ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. * DARABOS PÁL DR. * FISCHER ANTAL DR. * HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR. * SÓS JÓZSEF DR. * SZÁNTÓ GYÖRGY DR.
Felelős szerkesztő: TRENCSÉNI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

102. ÉVFOLYAM 14. SZÁM, 1961. ÁPRILIS 2

1961. április 4.

Tízmilliót meghaladó népességű ország ünnepli felszabadulásunk 16. évfordulóját, köztük ünnepel több mint százezer orvos-egészségügyi dolgozó. 1961-ben olyan ország emlékezik meg felszabadulásáról, melyben a népgazdaság minden ágában, városban és falun egyaránt egyeduralkodóvá váltak a szocialista termelési viszonyok.

A mi ünnepeink az emlékezés, a számvetés órái. Visszapillantunk a megtett útra s előre tekintünk a jövőbe. Mérlegre tesszük, hogy mit végeztünk, s megtervezzük, mit kell tennünk.

Az emlékezés első szavai a hála szavai. A hála szavai ahhoz a nagy néphez, amely felszabadította országunkat a zsarnokság, az elnyomás alól, amely elhozta nekünk a szabadságot és megteremtette a lehetőségét, hogy szabadon éljünk, dolgozzunk, pártunk vezetésével építsük a szocializmust, s szocialista egészségügyet teremtsünk népünknek.

A hála szavai ahhoz a nagy néphez, amely az elmúlt tizenhat évben újra és újra segítséget adott munkánkhoz. Önzetlenül rendelkezésünkre bocsátotta orvostudománya eredményeit, egészségügye megszervezésének tapasztalatait, úgy, hogy maga is nagyra becsüli a mi eredményeinket.

A hála szavai ahhoz a nagy néphez, amely először mondta ki, hogy az emberiséget véglegesen meg kell és meg lehet szabadítani a háború borzalmaitól, és a legnagyobb részt, a legnehezebb feladatot vállalja abban a harcban, amely azért folyik, hogy már a mi generációnk számára biztosítsuk a békét, a nyugodt, munkás, építő életet.

Az emlékezés óráiban megbecsüléssel kell szólnunk a magyar egészségügy dolgozóiról. Azokról, akik tudományos eredményekkel előre viszik orvostudományunkat, világszerte elismerést biztosítva a magyar orvostudománynak. Azokról, akik helytállnak, nem egyszer nagyon nehéz, egész embert követelő feladatokban, eredményesen gyógyítják betegeiket, védik a dolgozó nép egészségét. Azokról, akik gondosan, szeretettel ápolják a rájuk bizott betegeket. Mindazokról, akik mindinkább megfelelnek annak az eszménynek, amit Weil Emil elvtárs így fogalmazott meg: „... egész tudásunkkal, egész életünkkel, a magyar nép egészségét szolgáljuk!"

Az ünnepnap órái 1961-ben különösen alkalmasak a számvetésre. Hozzáfogtunk második ötéves tervünk megvalósításához, és olyan, vagy még nagyobb utat tervezünk meg előre, mint amilyet 1945 óta bejártunk.

Számvetésünk sok biztatót mutat.

103 ezer egészségügyi dolgozó — több mint kétszerese a felszabadulás utáni évekének — jelentős eredmény.

15 és félezer orvos, kiknek majd kétharmada szakorvos, olyan eredmény jelzője, ami világviszonylatban előkelő helyet biztosít a magyar egészségügynek.

70 ezret meghaladó gyógyintézeti ágy, a szakorvosi órák növekedése, üzemegészségügyünk alakulása, kiépülőben levő, s működésében mind teljesebbé váló közegészségügyi és járványügyi hálózat nagyarányú fejlődés jelzői, de egyben még jelentős gondok, nagyon komoly erőfeszítéssel legyűrhető nehézségek mutatói. Különösen most, amikor a társadalombiztosításba bevontak száma rendkívüli gyorsasággal 9 és félmillióra emelkedik.

Nehéz volna túlbecsülni egészségügyi ellátásunk elért eredményeit. A tízezrelék alá süllyedt halálozási arányszám még az igen alacsony születési szám mellett is mintegy félszázalékos természetes szaporodást biztosít.

A csecsemőhalálozás, amely 1960-ban az előző évhez képest egytizedével csökkenve, az eddigi legalacsonyabb értékét, 4,7 százalékot ért el, nagy

eredmény, de még mindig jelentős egyenetlenségek mutatója. Az egy év óta termelőszövetkezeti járássá lett hatvani járás (s ilyet nagy számmal sorolhatnánk) 3,5 százalékos csecsemőhalandósága, egész megyék, mint Vas megye, vagy a nagyalföldi Szolnok megye, a fővárosénál lényegesen jobb adatai azt mutatják, hogy a már elért eredményeket meghaladó célokat kell magunk elé tűznünk. A világviszonylatban kialakult jó átlagos eredmények elérésének a magyar egészségügy számára ma már megvannak a feltételei, mint ahogy reálisak a tbc-törvényben kitűzött feladatok. Hogy az orvostudomány jelenlegi fejlettsége és a szocialista egészségügy keretei között merész célkitűzések is reálisak, azt mutatják a poliomyelitis elleni küzdelem, a lues és malária leküzdésében elért sikerek.

Céljaink nem utolsósorban azért is reálisak, mert a Politikai Bizottság határozata nyomán az egészségügy jelentőségét mind jobban elismerik társadalmunkban és népgazdaságunkban. Ezt mutatja például a Magyar Népköztársaság 1961. évi költségvetése.

Ez a költségvetés közvetlenül egészségügyi feladatokra, az egészségügyi ellátás és egészségvédelem fejlesztésére 4380 millió forintot biztosít. Nem összehasonlításul, de emlékeztetőül álljon itt két adat a Horthy-korszak költségvetéseiből: 1927—28-ban az egy főre jutó évi állami egészségügyi kiadás 4 pengő 20 fillér, 1934—35-ben 2 pengő 40 fillér volt, szemben a mai 438 forinttal. A költségvetés emellett 619 millió forintot fordít szociális kiadásokra és 8748 millió forintot társadalombiztosítási feladatokra és nyugellátásra. Végeredményben az ország költségvetésének 18 százaléka közvetlenül vagy közvetve az egészségügy szükségleteinek fedezésére szolgál. Ide kell soroljuk természetszerűleg még a tudományos kutatásokra, ezenbelül az orvostudományi kutatásokra szolgáló, évről évre nagyobb és nagyobb összeget jelentő költségvetési tételeket is.

Népünk egészségét szolgálják nem utolsósorban, a műveltség emelésére biztosított összegek, a mind nagyobb arányú lakásépítési programm, s az a tény, hogy Magyarország lakosságának 1 főre eső kalóriafogyasztása világviszonylatban az elsők között van, s komoly törekvés és lehetőség van arra, hogy ez a fogyasztás mindinkább a biológiailag értékesebb táplálékok irányába tolódjék el. Mindez megmutatkozik többek között abban, hogy a felszabadulás előtti értékekhez viszonyítva a gyermekek több korosztályában a testhossz 10—12 centiméterrel nőtt meg, s az átlagos testsúlyuk 4—6 kilogrammal haladja meg a felszabadulás előttit.

A számvetés elvezet a jövő terveihez. Társadalmunk népgazdaságunk minden ágában távlati tervek kialakításán fáradozik.

Az egészségügyi ellátás megtervezésében most is a szocialista egészségügy alapelvei szolgálnak vezérfonalul, ahogy az elmúlt időszakban is ez irányította egészségpolitikánkat. Joggal! A szocialista egészségügy alapelvei időállónak és helytállónak bizonyultak, s követésük a jövőben szilárd, magasszintű szocialista egészségügyet eredményez.

A szovjet egészségügy megszervezése tapasztalatainak átvételét, s felhasználását a mi körülményeinkre adaptálva, olyan eredmények igazolják, melyek a szovjet egészségügynek kiemelkedő helyet biztosítottak. A Szovjetunió természetes szaporodása jóval megelőzi a tőkés államokét. Hét ezrelék körüli halálozási arányszáma jelenleg a legalacsonyabb az egész művelt világon. Gyógyintézeti ágyainak száma négyszeresére, az orvosok száma tizennyolcszorosára nőtt a szocialista építés éveiben.

A távlati tervek kialakításához, a szocialista egészségügy alapelvei közül csupán egy alapelvhez kapcsolódva említek meg néhány gondolatot.

A szocialista egészségügy egyik alapelve az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének megteremtése, állandó fokozása.

E téren döntő lépést teszünk meg most, amikor hazánkban a lakosság 95 százaléka válik biztosítottá.

Az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének alapvető tényezője a körzeti orvosi ellátás. Megszilárdítása érdekében be kell tölteni a ma még jelentős számban üresen álló körzeteket. Ahol arra szükség van, a körzethatárok olyan módosítását kell a jövőben elvégezni, amely reális munkafeltételeket biztosít a körzeti orvos számára. A körzeti orvos munkájának könnyítését szakképzett asszisztencia biztosításával, adminisztrációs terhei csökkentésével, illetve annak orvosírnokokra hárításával biztosíthatjuk. A körzeti orvosi munka javítását szolgálják még modern közlekedési eszközökkel való ellátásuk, a helyettesítések megoldása a szabadság és továbbképzés idejére, rendszeres magas színvonalú továbbképzésük, politikai és világnézeti nevelésük.

A körzeti orvosi ellátás megszilárdítását szolgálják olyan intézkedések, amellyel tervszerűen gondoskodunk a körzeti orvosok utánpótlásáról. A falu számára céltudatos, általános orvosképzéssel, a fővárosban és városokban e feladatokra irányított belgyógyász orvosok képzésével.

A körzeti ellátás megszilárdítását szolgálják azok a szervezeti intézkedések, amelyeknek kipróbálása most folyik a fővárosban (belgyógyászati sávrendszer), vagy amelyek (gyermekorvosi egységes ellátás) már az eddigi gyakorlatban is beváltak. Ezen szervezeti formák, azon túl, hogy a rendelkezésre álló erők és lehetőségek (orvosok, kórházi ágyak) leggazdaságosabb felhasználását biztosítják, más előnyökkel is járnak. A betegellátás integrálására tett intézkedések a jó értelemben vett háziorvosi ellátást biztosítják körzeti, szakrendelői, kórházi szinten. Biztosíthatja továbbá a gyógyító-megelőző tevékenység összekapcsolásának lehetőségeit. Azt a törekvést, amit épp az Orvosi Hetilap alapítója, Markusovszky Lajos sürgetett már jó száz évvel ezelőtt, ami a tőkés rendszerben megvalósíthatatlan volt. Ezzel együtt biztosíthatja azt

is, hogy a gondozásjellegű gyógyító tevékenység válik a körzeti orvosaink tevékenységének jellemzőjévé. Mindez együttvéve a pavlovi elvek fokozott érvényesülését is elősegíti egészségügyi ellátásunk szervezetében. A beteget élet- és munkakörülményeit jól ismerő orvos, illetve orvos-együttes gyógyítja, gondozza, védi teljes felelősséggel, minden szinten. E rendszeren belül megoldást nyerhet a gyógyító tevékenység világszerte, mind égetőbben jelentkező problémája: annak eldöntése, hogy az orvostudomány rohamos differenciálódása mellett ki és milyen típusú orvos legyen az, aki összegezi a szaktudományok, a szakorvosok leleteit és véleményét, és aki az egész embert figyelembevéve adja meg utasításait, végzi rendelését. Kialakuló szervezeti kereteink között orvosaink, ill. orvos együtteseink eredményesen oldhatják meg ezt a roppant nehéz feladatot.

A körzeti orvosi ellátás megszilárdítását olyan intézkedésekkel is elő kell majd segítenünk, melyek vonzóvá teszik a körzeti orvosok munkáját. Olyan bérpolitikára gondolok itt, amely — amikor ennek gazdasági lehetősége meglesz — a bérek kialakításánál figyelembe veszi a körzeti orvos munkájának nehézségeit, áldozatosságát, az éjszakai és ünnepnapi készenlétet, illetve munkát, az önálló döntések felelősségét stb.

Végezetül, úgy gondolom, csak erősítjük körzeti orvosi hálózatunkat azzal, hogy megfelelő számú orvos kiképzése, üres orvosi állások betöltése után megteremtjük annak feltételeit, hogy néhány évi körzeti orvosi munka után legyen lehetőségük szakorvosjelölti állások eredményes megpályázására, szakorvosi vagy kutatói állások betöltésére. Meggyőződésem, hogy ilyen lehetőség mellett lényegesen könnyebb lesz a körzeti orvosi állások, ma még annyi nehézséget jelentő, betöltése.

A hozzáférhetőség fontos eleme a szakorvosi ellátás továbbfejlesztése, úgy, hogy a megyeszékhelyen túl a járásokban is gondoskodunk az alapvető szakmákban a szakorvosi ellátásról és jól kiépített, gépkocsikkal jól ellátott mozgó szakorvosi szolgálat jut el a falu dolgozóihoz, s visz konzultatív segítséget a falu orvosainak.

Távlati terveink legnagyobb feladata talán az igen jelentős beruházásokat igénylő kórházépítési program. Távlati terveinkben előreláthatólag célul tűzhetjük magunk elé olyan korházi, gyógyintézeti ellátottság megteremtését, amellyel ma csak a legfejlettebb egészségüggyel rendelkező országok bírnak. Ilyen nagyarányú építkezés jelentős problémákat vet fel, ezek közül érintenék néhányat. Megyei kórházaink hálózata már ma is többé-kevésbé rendelkezik a legfontosabb szakágazatok ellátását biztosító osztályokkal. Ennek teljes kiépítése a következő években kell megtörténjék. Fontos kérdés ezen túlmenően, hogy további kórházainkat hová telepítsük, s milyen kórházakat építsünk. Úgy vélem, a járások történelmileg kialakult határai nem kell hogy feltétlenül iránymutatók legyenek kórháztelepítési politikánkban. Az egyes területek kórházi ágyellátottságának mutatói, az ipari területek fokozott kórházellátásának biztosítása meghatározóbb szempontok. Sokkal inkább tekintetbe kell venni a kórházak telepítése helyének kijelölésénél útviszonyainkat, a vonat- és autóbuszközlekedési helyzetet, tehát a közlekedési gócpontokat. Az eddiginél is nagyobb gondot kell fordítani a mentőszolgálat kiépítésére. Alaposan elemezni kell a morbiditási adatokat és az egyes osztályokra kerülő beteganyagon belül a sürgős esetek gyakoriságát. Nyilvánvalóan a négy alapszakmával rendelkező és a szakorvosi rendelővel egybekapcsolt kórház-típus alakul ki. Meg kell határozni azt a minimális ágyszámot, amellyel egy-egy osztály célszerűen, megnyugtatóan és gazdaságosan működtethető. Mindezen tényezők együttes figyelembevétele fogja — gondolom — meghatározni, hova építsük a megyeszékhelyen túl kórházainkat és nem a járások száma vagy székhelye. Mindjárt hozzátenném, hogy ez nem csökkentheti a helyi szervek, járási tanácsok érdeklődését, segíteni akarását. A kórházak építésének még egy problémáját említeném meg. Az elmúlt évek kórházfejlesztése elhanyagolta egészségügyi intézményeinkben a munkavédelmi, munkásellátási, szociális és kulturális szükségletek biztosítását. Jövőben ezzel fokozottabban kell törődnünk.

A fentiekben felsorolt feladatok eredményes végrehajtása nem képzelhető el tervszerű, átgondolt káderpolitika nélkül. Valamennyi feladatra kellő számú jól képzett szocialista világnézetű orvosra, s minden eddigi fejlődés mellett is jóval nagyobb számú szakképzett egészségügyi dolgozóra van szükség. Meg kell szüntetnünk a vidék, a falu ellátottságának lemaradását. Vonzóvá kell tennünk azokat az orvosi munkaköröket is, melyeket ma az orvosi közvélemény a klinikai, kórházi munka mögött másodrendűnek ismer csak el. Tervszerű továbbképzéssel biztosítani kell, hogy orvosaink, szakképzett egészségügyi dolgozóink munkájukat mindenkor az orvostudomány legfejlettebb színvonalán végezzék. S nem lankadóan kell fáradoznunk orvosaink, egészségügyi dolgozóink gondolkodásának, erkölcsének, világnézetének formálásán.

Csak egy vonatkozásban érintettem a szocialista egészségügy alapelveit, s csak vázlatosan, a teljességre törekvés igénye nélkül vázoltam ennek kapcsán fel néhány gondolatot. A feladatok ennél lényegesen nagyobbak. Világos célok, átgondolt tervek, az egészségügy valamennyi dolgozójának áldozatkész, hozzáértő összefogása, s nem utolsósorban az egész társadalom érdeklődő támogatása biztosítéka jövendőbeli sikereinknek. *Darabos Pál dr.*

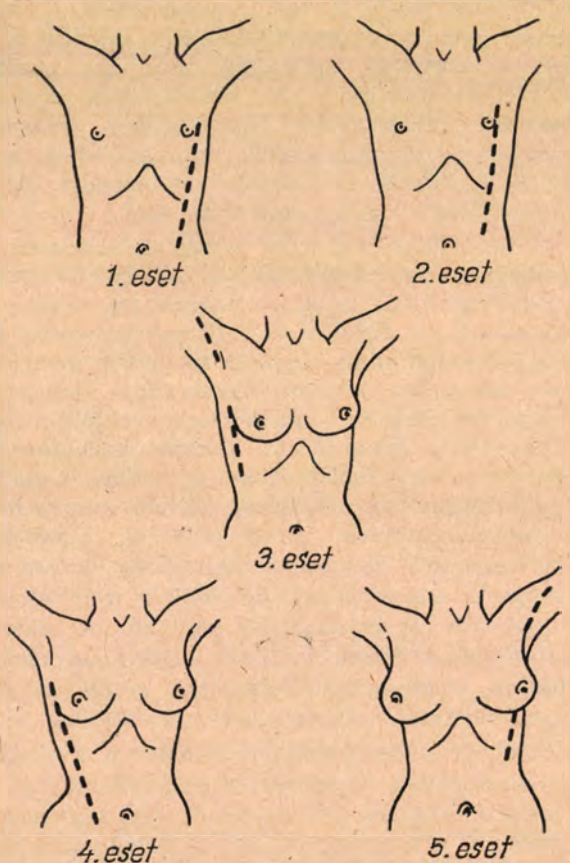
KLINIKAI TANULMÁNYOK

Budapesti Orvostudományi Egyetem, II. és III. sz. Sebészeti Klinika és Sebészeti Anatomiai és Műtéttani Intézet

A Mondor-betegség

Irta: Stefanics János dr., Nyuli László dr., Farkas István dr. és Görgő Pál dr.

A legutolsó 10 esztendő alatt 5 betegen észleltünk az oldalsó mellkasfalon, a vena thoracoepigastrica haladásának megfelelően olyan köteget, melynek tapintata leginkább a felületes végtagvenák idült phlebitisére emlékeztet. A köteg alig fájdalmas, a bőrrel gyakran összekapaszkodik. Általános tünetek (láz, rossz közérzés) csak ritkán jelentkeznek, vagy igen mérsékelten. Nőket az emlőráktól való félelem, férfiakat inkább a nehezebblenére is diagnosztikai nehézséget okoz. Aetiologiája, sőt pathologiája is sok szempontból mindmáig tisztázatlan. A sebészi irodalomban leginkább thrombophlebitis vagy phlebitis ven. thoracoepigastricae névvel, még gyakrabban egyik leírója után Mondor-betegség névvel szokták jelölni. Előfordul az is, hogy a vizsgálatkor már csak a vena thoracoepigastrica környékének felső szakaszán, esetleg ennek csupán hasfalra terjedő ágain észlelhető a köteg. Tudomásunk szerint az első hazai közlés *Hangos* (17) egy esete, amikor is ő az utóbbi formát észlelte.



1. ábra. Öt esetünk kötegeinek elhelyezkedése és hossza vázlatosan

munka végzésekor érezhető enyhe fájdalom viszi orvoshoz, de némely betegnek egyáltalán nincs panasza, csupán tanácsot kér orvosától az öltözködés vagy mosdás közben tapintott kötegre vonatkozólag. A betegség nem igen ismert az orvosi köztudatban, ezért jellegzetes megjelenési formája el-

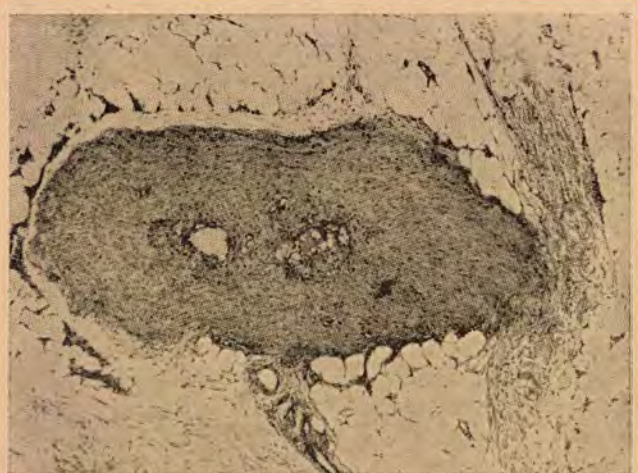
Öt betegünk közül kettő férfi, három nő; életkoruk 38—48 év között változott. A köteg a betegek elmondása szerint az első vizsgálat ideje előtt 2—4 hete már tapintható volt, valamennyi esetünkben a bőrrel összekapaszkodottnak találtuk. Az anamnesisben egy beteg megerőltető, számára szokatlan munkát (favágás), három másik beteg néhány héttel ezelőtt lezajlott influenzát említett, egy betegnél pedig a köteggel azonos oldalon, az alkaron furunculust találtunk. A kötegek elhelyezkedését, hosszát vázlatos ábránk mutatja (1. ábra). Kiújulást eddig nem észleltünk, azonban egyik esetünkben a beteg azt állította, hogy egy évvel azelőtt hasonló köteget figyelt meg az ellenkező oldalon. A köteg mindegyik esetünkben 3—8 hét alatt nyomtalanul eltűnt. Ez alatt az idő alatt két betegünk subfebrilis, három betegünk láztalan volt. Szövettani vizsgálatot két esetben végeztünk, közülük egyik esetünk kórtörténeti adatait és a szövettani vizsgálat eredményét az alantiakban ismertetjük.

2. sz. eset: F. Gy. 46 éves, gépkocsivezető. 1958. X. hó 6-án jelentkezett felvételre. Két hónap óta érez bal mellkasfelében enyhe húzódó fájdalmat. Felvétele előtt 2 héttel bal csuklótájon furunculus keletkezett, ezután néhány nappal észrevette, hogy a bal mellkasfalon az V. bordaköztől kb. 25 cm hosszú, hosszant futó, a hasfalra is ráterjedő, enyhén fájdalmas köteg keletkezett. A köteg a vena thoracoepigastrica helyének megfelelően halad, a mellkasfalról elmozdítható, de a bőrrel összekapaszkodott. A bőr egyébként a köteg felett épnek tűnik. A hónaljárokban néhány babnyi, nem fájdalmas nyirokcsomó tapintható. A csuklótájon kb. fillérnyi lobos beszűrődés, középen típusos furunculus. Láztalan. Fvs: 7600, vvt: 4 640 000, süllyedés 1 óra alatt: 6 mm, qual. vérkép: St: 4, Se: 65, Eo: 2. Mo: 1, Ly: 28. Mellkas átvilágítás semmi kórosat nem mutat. Vizelet negatív. A furunculus néhány napi párakötés után kiürült és gyógyult. Penicillin, Streptomycin. Naponta $3 \times 1/2$ tabletta Pelentán. 1958. X. hó 9-én a VII. borda tájáról a kötegből kb. 3 cm hosszú darabot szöveti vizsgálat céljára eltávolítottunk. Zavartalan gyógyulás. A beteg jelenleg is panaszmentes.

Szövettani vizsgálat *(dr. Horányi János)*: „Górcsővel (2. ábra) szabályos, többrétegű laphám alatt az írhában sorvadt mirigyek és néhány szőrtüsző látható. A bőr alatti zsírszövetben a felszíntől kb. 8 mm-nyire 1 mm átmérőjű kerek, tőle kb. 4 mm-nyire 1 × 2,5 mm nagyságú, ovalis köteg átmetszete ismer-

2. ábra. A bőr felszínére merőleges irányban készült metszet. A fedőhám ép. A vastag irhában néhány sorvadt mirigy és szőrtüsző. A kép közepén alul a bőralatti zsírszövetben hosszúkás, tőle balra kerek képlet (kb. 6x-os nagyítás)

hető fel. Mind a kettő igen sejtdús, rostos szerkezetű, fiatal kötőszövetből áll. Körülöttük enyhe lobos gyűrű. A kisebbik teljesen tömött, benne néhány capillaris. A nagyobbikban (3. ábra) két nagyobb és több kisebb, duzzadt, endothellel bélelt, szabálytalan alakú üregecske, amelyek üresek, vagy eosinnal rózsaszínűre festődő, egynemű anyagot tartalmaznak. Mind a kettőben előfordulnak sima izomrostok, azonban rugalmas rostoknak csupán töre-



3. ábra. Az ovalis képlet nagyjából hasonló szerkezetű. A kép baloldalán nagyobb, üres, a közepén egynemű anyagot tartalmazó, endothellel kibélelt üreg (40x-es nagyítás)

dékét találtuk. A szerkezet alapján a folyamat jelen szakaszában már teljes határozottsággal nem dönthető el, hogy ezek a képletek érből származnak-e. Megjelenési formájuk leginkább emlékeztet a *Whipple*-féle (52) lipodystrophia intestinalis kapcsán leírt endo- és perilymphangitis productiva stenotisansra, illetve obliteransra."

Mondor (32) 1939-ben 4 hasonló esetet írt le. Abból az időből származó szöveti vizsgálatai alapján még nem tudta bizonyossággal eldönteni a phlebitises jelleget, szóba hozta még a nyirokerek megbetegedését is. Későbbi szövettani vizsgálatai szerint azonban a kórképet phlebitises, főképp periphlebitises jellegűnek tartja. Meg kell jegyeznünk, hogy már jóval *Mondor* közlése előtt ismert volt a kórkép. *Fagge* (8) 1869-ben Addison egyik betegén észlelte és leírta már az elváltozást, és sklerodermás eredetűnek tartotta. *Addison* kétségbe vonta ezt az állítást anélkül, hogy az esetet részletesebben elemezte volna. *Shields* (48) 1897-ben közli, hogy mind a mellkasfalon, mind a hasfalon ugyanazon a betegen egy időben látta a köteget. *Olivier* (36) említi, hogy *Jadioux*, *Fremery* (1866), valamint *Paget* (1866) már tettek hasonló megfigyelést. 1922-ben *Fiessinger* és *Mathieu* (13) 4 atipikus phlebitis esetet közölt, melyek közül kettő az itt tárgyalt kórképpel azonos. A csupán a vena thoracoepigastrica területére szorítkozó kórkép első félreismerhetetlen leírását *Williams* (53) adta 1931-ben. Esetében a mellkasfal ánnyira fájdalmas volt, hogy nehéz légzés jelenkezett. *Daniels* (7) 1932-ben 6, hasonlóan pontos esetleírást közöl. *Moschowitz* (34) 1933-ban ugyancsak 6 esetet ismertetett, és 1 eset szövettani vizsgálata alapján úgy vélte, hogy a megbetegedés az embryonalis tejléc maradványaiból fejlődik ki. Ezt a felfogást mások későbbi vizsgálatai azonban nem igazolták. 1935-ben *Robinson* (45) 2 esetet ismertetett; eseteit testi megerőltetésből származó traumával hozta összefüggésbe. *Mondor* (32) 1939-ből való beszámolója után az esetközlések megszaporodtak. Közleményünkhöz csatolt irodalmi adatokban összesen 180 eset szerepel. A legtöbb szerző 10 esetnél kevesebbet észlelt. A legnagyobb számú esetészlelés *Farrow*-tól (9) származik; 1947—1957 között egy, kizárólag emlőbetegségekkel foglalkozó osztályon 43 beteget észlelt. A betegek többsége az emlőcarcinomától való félelmében jelentkezett vizsgálatra. *Adair* (1) egy emlőcarcinomával foglalkozó közleményében — anélkül, hogy az esetek részletesebb leírásába bocsájtkozna — 26 esetről tesz említést.

A Mondor-betegség leginkább középkorú embereken szokott jelentkezni. Az eddigi közlések szerint inkább nők megbetegedése. Az általunk áttanulmányozott esetek között 103 nőt és 41 férfit találtunk. Közülük 51 esetben megelőzően trauma és 24 esetben pedig gyulladásos betegség szerepelt. A hátralevő esetekben sem a nemről, sem a traumáról, sem a gyulladásról a közleményekben nem történik említés. *Pascalides* (40) 8 éves gyermeken is észlelte. A kórelőzményben a betegek jelentékeny számban említenek kisebb, a mellkasfalat közvetlenül érintő traumát (9, 15, 20, 26, 30, 51), máskor valamely szokatlan vagy megerőltető munkát (2, 14, 26, 45). Gondos anamnesis gyakran talál a közelmúltban lezajlott gyulladásos megbetegedést (2, 3, 9, 25, 29, 31). *Kaufmann* (24) egyik esetében röviddel azelőtt jóindulatú tumort távolítottak el a nyakról. Észlelték a Mondor-betegséget emlőből történt biopsia után is, mind jóindulatú (9, 35, 42, 44), mind rosszindulatú tumorok mellett (5, 9, 22, 28). Kórszármazás szempontjából különösen jelentősek a környező testtájakon lezajlott furunculusok (19,

28, 40). *Hangos* (17) esetében megelőzően az alsó végtag varixaiban alakult ki thrombophlebitis. Öt esetünk közül egy esetben az azonos oldali alkaron furunculus, három esetben megelőzően influenza zajlott le. Igen gyakran orvosok, ápolónővérek és hozzátartozóik szerepelnek a betegek között. E körülménynek azonban aligha tulajdoníthatunk jelentőséget, valószínűleg inkább csak a gondosabb önmegfigyelésről van szó (49).

Miközben tanulmányunkat végeztük, klinikánk egyik 28 éves orvosa tudomást szerzett e betegség lényegéről. Elmondotta, hogy egy évvel azelőtt, nyári időszakban a jobb mellkasfélen hasonló, enyhén fájdalmas köteget tapintott. Arra gondolt, hogy fürdés közben ismeretlen rovar csíphette meg. Az elváltozást megmutatta egy nagy tapasztalatú, kiváló bőrgyógyásznak, aki egyelőre megfigyelést ajánlott. A köteg közben nyom nélkül eltűnt. Ezt az esetet, mivel mi magunk nem észleltük, nem soroljuk észleléseink közé. Csupán azért említjük meg, mert ez az eset is azt példázza, hogy a megbetegedés valószínűleg gyakoribb, de néha gyors spontán gyógyulása miatt nem kerül észlelésre.

A betegek rendszerint a tapintható, kissé érzékeny kötegre, vagy a kar felemelésekor, munka alkalmával jelentkező, enyhe fájdalomra figyelnek fel. Máskor a ruházat dörzsölése okoz kisebb fájdalmat. Vizsgálatkor a vena thoracoepigastrica lefutásának megfelelő helyen néhány cm-től egészen 40 cm-ig terjedő hosszúságban, esetleg a hasfalra is ráterjedő tömött, noteszceruzánál alig vastagabb köteg tapintható. *Hangos* (17) esetében csak a hasfalon, *Jönsson és munkatársai* (19), és mások esetében is a mellkasfalon és a hónaljárokban észlelhető volt a köteg, mely többnyire a bőrrel is összekapaszkodik, a kar felemelésekor feszes húrként látható és tapintható. Némelykor zsugorodva, a bőrt behúzza és így lymphangitis cancrosára emlékeztet. Mi valamennyi esetünkben a bőrrel összekapaszkodottnak találtuk a köteget. Egyik esetünkben a köteg a felkaron is, a hónaljárok közelében tapintható volt, másik esetünkben a mellkasfalon sokkal kevésbé látszott, mint az axillaris árokban. Az általános tünetek többnyire igen csekélyek; a betegek néha subfebrilisek, esetleg enyhe leukocytosis áll fenn. A környéki nyirokcsomók gyulladása ritka, a legtöbb közlés szerint a környéki nyirokcsomók nincsenek megduzzadva, bár *Thurner* és *Hasenöhrl* (50) egy esetben szövettani vizsgálattal a hónalji nyirokcsomóban lymphadenitist talált. Mi két esetben találtunk a hónaljárokban kisebbfokú nyirokcsomó duzzanatot; az egyik esetben az azonos alkaron furunculus volt, a másik esetben a köteg a hónaljárokban is jelen volt.

Néha a köteg szétágozó, mintegy a vena thoracoepigastrica oldalágainak megfelelően, máskor több, egymással párhuzamosan, hosszant futó köteget észleltek ugyanazon az oldalon. *Fiessinger* és *Mathieu* (13), később *Favre* és *Sedillian* (11) egy időben, vagy röviddel a mellkasfali köteg megjelenése előtt az alsó végtagon is láttak phlebitist. *Braun—Falco* (4) esetében a betegség lefolyása alatt a penisen, a sulcus coronariusban is hasonló képlet alakult ki. Legelső esetünkben 2 évvel a mellkasfali folyamat lezajlása után ilyen köteg kialakulásáról tudunk a vena dorsalis penisen. A közelmúltban 45 éves betegen észleltük a sulcus coronarius penis hasonló kötegszerű megkeményedését anélkül, hogy a mellkasfalon hasonló elváltozást találtunk volna. Betegünk anamnesisében sem traumás, sem gyulladásos vonatkozásban semmi említésre méltó nem volt. A köteg kb. 2 cm hosszú, dróthoz hasonló tapintatú volt, felette a bőr jól elmozdult. Néhány hét alatt minden kezelés nélkül nyomtalanul eltűnt. Ezt az esetet azért említjük meg, mert *Braun—Falco* (4) hasonló elváltozást észlelt a mellkasfalon kialakult köteggel egy időben és mert magunk is észleltük egyik esetünkben két évvel a mellkasfali megbetegedés után.

A Mondor-betegségről szóló szövettani adatok távolról sem egységesek. A közölt szövettani leletek egy részében a köteg centralis területében thrombus volt látható (21, 22, 26, 33), igen gyakran jelentékeny periphlebitis kíséretében, máskor a teljesen elhegesedett kötegben a venák szöveti elemei sem voltak felismerhetők. *Mondor* és *Bertrand* (33), *Rauhs* (43) némely esetben nagy mennyiségű sympathicus idegelemet is talált a metszetekben. *Braun—Falco* (4) véleménye szerint proliferatív endophlebitisről van szó, a media izomelemeinek fellazulásával, valamint kifejezett periphlebitissel. Máskor azonban a szövettani vizsgálat nem tudja egyértelműen igazolni a phlebitises jelleget. *Jönsson és munkatársai* (19) hat esetben végzett szövettani vizsgálatból két esetben a különben tapintható köteget egyáltalán nem találták meg a szövettani metszetekben, többi eseteikben pedig endolymphangitisre emlékeztető elváltozásokat láttak. A mi két szövettanilag vizsgált esetünkben sem volt már a kötegben venafal biztosan felismerhető, a szövettani kép inkább chronicus lymphangitisre utalt. Mindkét esetünk több héttel a betegség kezdete után került szöveti vizsgálatra. Lehetséges, hogy ekkor már a kísérő lymphangitis lép előtérbe, míg kezdetben peri- és endophlebitis áll fenn. E lehetőség mellett szólnak *Hughes* (18) és mások (50) észlelései is. *Braun—Falco* (4), *Flegel* (14), *Fuchs* (15) adatai szerint a kórfolyamatot endo- és periphlebitis, nem pedig a thrombosis jellemzi elsősorban.

Az eddig közölt megfigyelések aetiologiai szempontból homályban hagyják a kórképet. Bár a betegek gyakran említenek a kórelőzményben kisebb-nagyobb traumát, szokatlan vagy megerőltető testi munkát, e traumák azonban többnyire csekélyek, önmagukban aligha elégségesek a kórszármazás teljes magyarázatára. A másik gyakran előforduló tényező valamely gyulladásos megbetegedés a szervezetben a kórkép kialakulásának idejében vagy röviddel előtte. *Leger* (27) éppen ezért gyulladásos jellegű endophlebitisnek tartja a kórszármazás lényegét, bár a köteg bakteriológiai vizsgálata minden esetben nemlegesnek bizonyult (27, 32, 35). Tanulmányaink és eseteink elemzése alapján úgy véljük, hogy az aetiológiában e két tényező, az enyhe trauma és a gyakran igen eltérő jellegű gyulladásos megbetegedés nem hagyható figyelmen kívül. *Braun—Falco* (4) hyperergiás, allergiás jellegű endophlebitisnek tartja a kórképet, és lehetséges, hogy az említett kettős alapon alakul ki a proliferatív, később szklerotizáló jellegű phlebitis, azonnal vagy később lymphangitissel is szövődve.

A jelenleg rendelkezésre álló klinikai és szövettani adatok alapján nem dönthető el, hogy mennyiben tartozik a kórképhez a végtagokon megfigyelt hasonló jellegű kötegszerű phlebitis. Tuberculotikus betegeken ilyen phlebitist írt le az alsó végtagokon *Favre* és *Sedillian* (10, 11), migráló formáról emlékezett meg *Parkes—Weber* (39) ugyancsak tuberculotikus betegeken. *Pearson* (41) 22 fiatal nő alsó végtagján valósággal epidemiaszerűen észlelt fájdalmas csomókat. A szöveti vizsgálat itt is perivenosus beszűrődést és fibrosist állapított meg. Mindezek mellett ismeretlen marad azonban e kötegszerű periphlebitis mellkasfalon való jelentkezésének oka. *Jönsson és munkatársai* (19) még arra is gondoltak, hogy a musculus sternalis inas elemeinek is szerepe lehet a betegség localisatiójában. Elgondolásukra közelebbi bizonyíték nincs. A musculus sternalis morphologiai és fejlődéstani változatosságaira még 1910-ben *Ruge* (47) hívta fel a figyelmet.

A kórjóslat jó (37, 38, 46, 54). Súlyosabb szövődményekről az eddig közölt esetekben nem történt említés, legalább is a mellkasra és a hasfalra szorítkozó esetekben. *Parkes—Weber* (39) esetében nem volt a mellkasfalon köteg. Ez az eset halálosan végződött (nephritis), de a szerző csak a köteg hasonló külleme és tapintata miatt hozta összefüggésbe esetét a mellkasfal hasonló kórképével. A köteg magára hagyva is kb. 6—12 hét alatt nyomtalanul eltűnik. Annak ellenére, hogy a folyamat csakhamar a bőrt is érinti, kifekélyesedésről nem tudunk; úgyszintén nem tudunk arról sem, hogy a folyamat phlegmonét okozott volna a mellkasfalon. E körülmény is a bakterialis eredet ellen és a hyperergiás-allergiás jelleg mellett szól.

A therápia tüneti (6, 12, 16, 23). Bár sok esetben antibiotikumokat, és anticoagulansokat is alkalmaztak, ezek a gyógyszerek nem siettették a spontán gyógyulást. Corticoidokat is adtak úgyszintén minden látható eredmény nélkül (4). Megfigyelték, hogy a próbakimetszés után a folyamat gyorsabban gyógyult. Lehetséges, hogy a műtét után bekövetkező környéki hyperaemiának van ilyen kedvező hatása.

A szövettani vizsgálatokért ezúton is hálás köszönetet mondunk *Horányi János dr.* egyetemi docensnek.

Összefoglalás. 1. A szerzők 5 esetben figyeltek meg az oldalsó mellkasfalon, a vena thoracoepigastrica lefutásának vonalában phlebitisre emlékeztető köteget. A kórképet általában Mondor-betegség néven említik. Leggyakrabban középkorú nőkön, valamivel ritkábban férfiakon észlelhető. Egyes esetekben a kórelőzményben infectio és kisebb trauma szerepel.

2. A szövettani vizsgálat a betegség kezdetekor leginkább subacut peri- és endophlebitist, esetleg kísérő lymphangitist mutat ki. Előrehaladott esetekben a venafal a szövettani metszeteken már alig ismerhető fel. Szerzők 2 esetében sklerosis és chronikus lymphangitis uralta a szövettani képet. A kórszármazás ismeretlen, leginkább még hyperergiás, allergiás eredetre lehet következtetni.

3. A kórkép enyhe tünetekkel jár. A therápia tüneti, a kórjóslat jó. A betegség jelentősége az eddigi adatok szerint főképp diagnosztikai.

IRODALOM. 1. *Adair F. E.:* Practitioner. 1950. *165.* 473. — 2. *Becker Th.:* Mschr. Unfallh. 1954. *57,* 332. — 3. *Betaneli A. M.:* Hirurgia. 1958. *8,* 128. — 4. *Braun—Falco O.:* Dermat. Wschr. 1953. *127,* 506. —; 1955. *132,* 706. — 5. *Calvet J.:* Mém. Acad. Chir. Paris. 1944. *70,* 445. — 6. *Chevrier L.:* Mém. Acad. Chir. Paris. 1951. *77,* 347. — 7. *Daniels W. B.:* Am. J. M. Sc. 1932. *183,* 398. — 8. *Fagge C. H.:* Guy's Hosp. Rep. 1869—70. *15,* 302. idézve: *Farrow H. J.* — 9. *Farrow H. J.:* Surg. Gynec. Obstetr. 1955. *101,* 63. — 10. *Favre M.:* Presse Med. 1953. *61,* 579. — 11. *Favre M., Sédillian P.:* Journ. Med. Lyon. 1929. *1,* 779. — 12. *Feldman S., Mahl M., Friedman D., Dunewitz A. L.:* New York State J. Med. 1954. *54,* 387. — 13. *Fiessinger N., Mathieu P.:* Bull. Soc. med. hop. Paris 1922. *46,* 352. idézve: *Farrow H. J.* — 14. *Flegel H.:* Hautarzt. 1955. *6,* 163. — 15. *Fuchs F.:* Dermat. Wschr. 1954. *129,* 640. — 16. *Grewe H. E.:* Dtsch. med. Wschr. 1956. *81,* 1058. — 17. *Hangos Gy.:* Magy. Seb. 1957. *10,* 265. —; Hirurgia. 1958. *4,* 112. — 18. *Hughes E. S. R.:* Austral. N. Zeeland J. Surg. 1952. *22,* 17. — idézve: Z. Org. Chir. 1953. *129,* 332. — 19. *Jönsson G., Linell F., Sandblom Ph.:* Acta Chir. Scandinav. 1955. *108,* 351. — 20. *Kahle H. R.:* Arch. Surg. 1955. *71,* 717. — 21. *Kapitanoff G.:* Mém. Acad. Chir. Paris. 1950. *76,* 945. — 22. *Kapitanoff G., Touzard, Darbon.:* Mém. Acad. Chir. Paris. 1950. *76,* 939. — 23. *Karlan M., Traphagen D. W.:* Am. J. Surg. 1954. *94,* 981. — 24. *Kaufman P. A.:* Ann. Surg. 1956. *144,* 847. — 25. *Kilinszkij E. L., Kreindlin J. Z.:* Hirurgia. 1959. *4,* 107. — 26. *Latarjet M.:* Mém. Acad. Chir. Paris 1951. *77,* 530. — 27. *Leger L.:* Presse Med. 1947. *55,* 849. — 28. *Lunn G. M., Potter J. M.:* Brit. Med. J. 1954. *1,* 1074. — 29. *Macher E.:* Arztl. Wschr. 1955. *10,* 430. — 30. *Mahl M. M., Wertheim J. M.:* New York State J. Med. 1955. *55,* 3629. — 31. *Mazingarbe A.:* Mém. Acad. Chir. Paris. 1947. *73,* 255. — 32. *Mondor H.:* Mém. Acad. Chir. Paris. 1939. *65,* 1271. —; 1944. *70.* 96. — 33. *Mondor H., Bertrand I.:* Presse Med. 1951. *59,* 1533. — 34. *Moschowitz A. V.:* Ann. Surg. 1933. *98,* 855. — 35. *Nylander P. E. A.:* Wien. Med. Wschr. 1941. *91,* 955. — 36. *Olivier Cl.:* Maladies des Veines. Masson. Paris. 1956. 72—82. old. — 37. *Osztrovszkij V. J., Szuszekov M. SZ.:* Hirurgia. 1958. *8,* 129. — 38. *Palmer E.:* New York State J. Med. 1954. *54,* 2610. — 39. *Parkes—Weber F.:* Lancet. 1954. *1,* 131. — 40. *Pascalides L.:* Mém. Acad. Chir. Paris. 1951. *77,* 982. — 41. *Pearson J. S.:* Circulation. 1953. *7,* 370. — 42. *Perrin E.:* Mém. Acad. Chir. Paris. 1947. *73,* 94. — 43. *Rauhs R.:* Klin. Med. 1956. *11,* 500. — 44. *Rappert E.:* Wien. Med. Wschr. 1959. *109,* 670. — 45. *Robinson R. H. O.:* Brit. J. Surg. 1935. *23,* 296. —; Lancet. 1954. *1,* 217. — 46. *Rosenauer F.:* Medizinische. 1958. *8,* 308. — 47. *Ruge G.:* Morpholog. Jahrbuch. 1910. *41,* 337. — 48. *Shields A. M.:* Diseases of the Breast. Macmillan. London. 1898. 150. old. idézve: *Farrow H. J.* — 49. *Thomas A.:* Presse Med. 1952. *60,* 78. — 50. *Thurner J., Hasenöhrl K.:* Klin. Med. 1957. *4,* 151. — 51. *Wener M.:* Presse Med. 1949. *57,* 166. — 52. *Whipple O.:* Bull. Johns Hopkins Hosp. 1907. *18,* 382. — 53 .*Williams G. A.:* J. Am. M. Ass. 1931. *96,* 2196. — 54. *Zschoch H.:* Zbl. Allg. Path. und Path. Anat. 1958. *98,* 263.

Torino-i Tudományegyetem, Általános Sebészeti Klinika

A rosszindulatú daganatok endokrin sebészeti kezelése*

Irta: Ruffo Antonio dr. egyetemi tanár

Úgy vélem, hogy a rosszindulatú daganatok endokrin sebészeti kezelésének pathophysiologiai alapjait tárgyalni felesleges, ezek közismertek. Ezért csupán a műtéti beavatkozások javallatainak kérdésével kívánok foglalkozni.

Emlőcarcinoma esetében a különféle műtéti eljárásokat olyan esetben végezzük, melyben már áttételek is észlelhetők. Kivétel csupán az ovariektomia műtéte, melyet, véleményünk és tapasztalatunk szerint, prophylaktikus céllal a lehető legrövidebb időn belül, minden esetben el kell végezni. Eszerint tehát alapvető fontossága van az esetleges metastasisok, különösen a csont-áttételek alapos ellenőrzésének és kimutatásának; ez utóbbiak különösen igen érzékenyek az endokrin-sebészeti beavatkozásokra.

A röntgenvizsgálat pontos adatokat ad, de viszonylag elég későn. Ezzel szemben a calcium-phosphor anyagcsere meghatározásával az esetek legnagyobb részében igen figyelemre méltó adatokhoz jutunk és elég korai állapotban. A csontmetastasisok histopathologiai jellegzetességei folytán, a legegyszerűbb és legjelentősebb biokémiai eltérés a hypercalcaemia, a napi, vizelettel kiürített calcium-mennyiség emelkedése és a serumphosphatase aktivitás enyhe változása.

Ha a csontmetastasis klinikailag, biokémiailag és röntgenológiailag bebizonyosodott, meg kell állapítani a daganat hormon-függőségi kapcsolatait. Az erre szolgáló adatokat a következőkből szerezhetjük meg: 1. Miként viselkednek a lokális, fájdalmassági tünetek? 2. Hogyan változik a calcium anyagcsere a menstruációs ciklussal kapcsolatban (a még ivarérett és nem ovariektomizált nőkben)? 3. Hogyan reagálnak a *Pearson* és mtsai javasolta oestrogen-therapiára? Tapasztalataink szerint ez a hormonterheléses vizsgálat igen jól beválik. Majdnem minden esetben a hormon-elvonásos műtétek után kitűnő klinikai és anyagcsere javulással járó állapot észlelhető, olyankor, amikor az oestrogen-függőségi „test" megelőzően pozitív.

Miután az oestrogen-függőséget megállapítottuk, a következő lépés a végzendő műtét megválasztása. Előre kell bocsátanunk, hogy az ovariektomia szinte kivétel nélkül minden esetben előnyös és a műtéttel történő eltávolítás hatásosabb, mint a sugaras castratio. Tapasztalataink alapján állíthatjuk, hogy a kétoldali mellékvese kiirtása akkor lesz eredményes, ha kizárólagosan vagy túlnyomórészben csak csont-áttétek vannak jelen. Ezzel szemben a hypophysektomia indokoltabb azokban az esetekben, melyekben csontmetastasis nincs, vagy legalábbis mérsékeltebb kiterjedésben, mint visceralis és lymphoglandularis manifesztációk esetén. Az endokrin-sebészeti beavatkozások kifejezetten ellenjavalltak, ha máj- vagy agymetastasisok is vannak. A hypophysektomiára vonatkozóan mi jobban szeretjük a mirigy radiobiológiai roncsolását radioaktív yttrium „90" behelyezésével végeztetni.

Prostata carcinoma esetében az oestrogen-therapiához csatlakozó castratio eredménye rendszerint igen kiváló. Éppen ezért a legutóbbi időkben a többi, hormon-elvonáson alapuló műtétet majdnem teljesen elhagytuk.

Az egyéb daganatos betegségekben eredményeink még igen elenyészőek (chorionepithelioma, melanoma, seminoma testiculi stb.); valamelyes szerény eredményt csak a hypophysektomiától láttunk.

*

A torinói neuro-endokrin-sebészeti központban, általában, az alábbi sebészeti eljárásokat követjük:

Ovariektomia és kétoldali here-eltávolítás által a klasszikus castratiót végezzük; az ovariektomiát legtöbbször összekötjük a baloldali mellékvese eltávolításával.

Kétoldali mellékvese eltávolításra — mint már említettük — a kétszakaszos módszert alkalmazzuk. Előbb a kétoldali ovariektomiát végezzük el a baloldali mellékvese egyidejű eltávolításával, majd 15—20 nappal később a jobboldali mellékvese kiirtására kerül sor.

Postero-lateralisan hatolunk be, borda-resectióval. Különös óvatossággal végezzük a 12. borda izolálását és átvágását, valamint a mellékvese-erek lekötését (különösen jobboldalt!), tekintettel az ér rövidségére és a v. cavahoz való közelségére.

Sebészi hypophysis eltávolítást kétféleképpen végezhetünk; az *Olivecrona* ajánlotta technikával, frontotemporalisan, vagy a *Chiari*-féle paranasalis transethmoidalis eljárással. Technikailag mindkettőnek vannak előnyei és hátrányai és nem minden esetben sikerül a mirigyet teljes egészében eltávolítani.

A hypophysis röntgenbiológiai roncsolását a transsphenoidalis-nasalis úton végzik, megfelelő sebészi felszerelés segítségével, rtg-felvétel és képerősítő berendezéssel javított rtg-átvilágítás ellenőrzésével. Két-három darab 4 mm hosszú és 1,3 mm átmérőjű yttrium oxyd (Y_2O_3) pálcikát vezetnek fel. Ezeknek radioaktivitását a Torinói Egyetem Radiológiai Intézetének nuclearis osztályán rendszeresen ellenőrzik és titrálják. A pálcikák optimális telítettsége kb. 5—7 mc (millicurie). Maximális tevékenységét 3—4 mm sugarú területen fejti ki, ami elegendő a hypophysis-szövet roncsolásához.

Ezt a műtétet a betegek jól tűrik, mortalitás nincs. Állíthatjuk, hogy a parasellaris idegszöve-

* Az 1960. július 2-án tartott szentesi neuro-endokrinológiai ankéton elhangzott előadás alapján.

tekben sérülés sohasem fordul elő, mivel az yttrium béta-sugárzó anyag s penetráló képessége viszonylag csekély. Az orrfolyás elég gyakori szövődmény, de néhány hónap alatt magától megszűnik.

A neuro-endokrin sebészet alkalmazásához szorosan kapcsolódik a kielégítő hormonpótlás lehetősége. Kétoldali mellékvese eltávolítás után okvetlenül kezelni kell a mellékvesehiány-kríziseket. Kielégítő, megnyugtató hormonbevitelt kell biztosítani a műtét után, hasonlóképpen hypophysektomia után is, tartósan.

A különböző eljárások kikísérletezése után sémát dolgoztunk ki a teljes mellékvesekiirtás gyógyszeres kezelésére. Ez a következő: a műtét előtti napon a beteg 150 mg cortison-acetatot és 5 mg DOCA-t kap; egy órával műtét előtt 100 mg cortisont és 5 mg DOCA-t. Ezután minden hatórában és a következő napon nyolcóránként ugyanennyit. A következő két napban csak 100 mg cortisont, a következő kettőben 75 és a további két napban 50 mg cortisont. Az elhúzódó kezelés adagja 25 és 40 mg között változik (per os), hetenként háromszor kiegészítve 2 mg DOCA-val (i. m.). Ha a műtét előtt vagy alatt, esetleg után collapsus jelentkezne, noradrenalin cseppinfúziót kell adni hydrocortisonnal és DOCA-glucosidával.

Az első műtét (kétoldali ovariektomia és egyoldali mellékvesekiirtás) előkészítéseként elégséges 50 mg cortison a műtét előtti este és egy órával a műtét előtt.

Analgetikumokat csak óvatosan és lehetőleg synthetikus készítmények formájában szabad adagolni.

A hypophysektomiával kapcsolatban — szem előtt tartva a műtét célját — meg kell jegyezzük, hogy a helyettesítő kezelést az életműködéshez elengedhetetlen hormonokra kell vonatkoztatni. Miután a pajzsmirigy- és a mellékvese-deficit tünetei lassan és fokozatosan alakulnak ki, teljesen elegendő a beteget időnként biokémiailag és hormonológiailag ellenőrizni. Kezelés céljából a fenntartási therapiában említett adagot kell előírni, DOCA nélkül. Ha szükséges, esetről esetre a kívánt mennyiségben, száraz thyreoidea port vagy trijodthyronint rendelünk.

Saját beteganyagunkban 46 emlőrákos beteg szerepel, akiket kétoldali petefészek- és mellékvesekiirtással kezeltünk. Ezek közül 18-an klimax után, 28-an a klimax időszakában voltak. Túlnyomó többségüknek csontáttételeik voltak, kizárólagosan vagy egyéb elhelyezkedéssel kombinálódva. A postoperatív mortalitás nulla volt.

34 beteg távolabbi időben meghalt a tumoros betegség további előrehaladása miatt és egy beteg a cortison-therapia hiánya következtében. A 34 betegből 4 a műtétet tizenkilenc hónappal, 12 tizenhárom hónappal, 9 hat hónappal, 9 három hónappal élte túl. Az 5 jelenleg is élő beteg túlélési ideje 4 és fél év, illetve 26, 20, 11 és 11 hónap. A 34 esetből 16-ban tapasztalható 12—19 hónapos átlagos maximális túlélés a módszer pozitív eredményének jele a betegek kb. felében, akik egyébként igen súlyos, végtelenül leromlott állapotban kerültek műtétre. Ez az eredmény már egyedül is indokolja a műtéti beavatkozásokat.

A fájdalom-tünetek az esetek 75%-ában mindjárt a műtét után eltűnnek, az általános állapot javulásával és az étvágy visszatérésével egyidejűleg. A szubjektív javulás tünetei sokszor akkor is észlelhetők, amikor az objektív tünetek regressiója nem mutatható ki.

A metastasisok az első időben megállnak a fejlődésben, ami röntgenfelvételekkel a calcaemia és a calciuria csökkenésével igazolható, és amit a savó alkaliphosphatase értékének emelkedése is bizonyít. Kedvező esetben a második időszakban az osteolytikus zónák fokozatos sűrűsödése és gyógyulása is észlelhető, amit a rtg-ellenőrző vizsgálatok világosan mutatnak.

A nyirokmirigyekben és szervekben levő metastasisok alakulását már lényegesen nehezebben tudjuk értékelni; sokszor csupán a klinikai tünetek javulásából, vagy indirekt vizsgálatokból (pl. légzés-funkció vizsgálatokkal), semmint röntgenológiai eltűnéssel.

Az ismertetett műtéti eljárással a legjobb eredményeket azokban az esetekben értük el, amelyekben kizárólagosan vagy legalábbis túlnyomó részben ossealis localisatiók állottak fenn.

Az emlőrákos hypophysektomiával kezelt betegeink statisztikájában 56 beteg szerepel. Ezek közül 51-ben radiológiai roncsolást és 5 esetben sebészi hypophysektomiát végeztünk.

Ezzel a gyógyító eljárással is az esetek 75%-ában azonnal szubjektív javulás következett be. A daganatos metastasisok regressiója az operáltak kb. 35%-ában volt észlelhető. Különösen jók voltak az eredmények pleurális szóródás eseteiben, amikor az izzadmány teljesen eltűnt, vagy lényegesen csökkent; hasonlóképpen nyilatkozhatunk a mediastinalis mirigyáttétekről és a csont-metastasisokról is. Bár ezen utóbbiak, a mi tapasztalatunk szerint, érzékenyebbek a kétoldali ovarium-mellékvese ektomiákra.

Az 56 operáltból 11 él, jó állapotban (kb. 20%). A túlélés sokszor igen hosszú (16—28 hónap).

A prostata-rák kezelésében mind a mellékvese, mind a hypophysis kiirtással kapcsolatos sebészi eredményeink kevéssé biztatóak. Mint már említettem, jobban szeretjük a gyógyszeres kezelést, oestrogenekkel, előzetes castratio után.

Egyéb daganatos betegségekben (cc. pulmonis, uteri, pankreatis, chorionepithelioma, melanoma, seminoma stb.), összesen 18 esetben, a hypophysis radiológiai roncsolása gyakorlatilag teljesen eredménytelennek bizonyult.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház, II. Belosztály és Laboratórium

Kísérlet a kórházi baktériumtörzsek antibiotikumresistentiájának reversiójára

Irta: Horváth Imre dr., Jekkel Magda dr., Mosonyi László dr., és Soós Ilona dr.

Az antibiotikus kezelés kedvezőtlen mellékhatásai sorában a beteg egyénre és környezetére egyaránt nagy jelentőségű a kórokozók antibiotikum-resistentiájának kialakulása. A resistentia kifejlődésének menete változatos. Resistens törzs elburjánzása kórházakban és más fekvő-intézményekben gyakoribb, mint általában.

Ennek a jelenségnek kutatásában *Barber* és munkatársai voltak az úttörők; különösen jelentősek a staphylococcus-problémával kapcsolatban tett és általában elfogadott megállapításai. Legújabb közléseiben (1959) a penicillin-resistens staphylococcus aureus törzsek arányát a kórházon belül 70—80%-ra becsüli. *Seeliger* hangsúlyozza (1959), hogy a resistens törzsek terjedésének fő forrásai az orvosok, ápolószemélyzet, valamint a beteg saját használati tárgyai (takarók, törülközők stb.). Ezenkívül szerepük van a ventillátoroknak, mosodai eszközöknek és természetesen a hiányos hygiénés berendezéseknek. A resistens törzsek gyors elterjedéséhez még két tényező járul: tartós csíraürítők kialakulása és a kórokozóknak emberi passage következtében megnövekedett virulentiája.

Ilyen körülmények között a resistentia — elsősorban a staphylococcusoké — egyre nagyobb horderejű problémává vált és az egész antibiotikus kezelési mód összeomlásával fenyeget. Az antibiotikus therapiának a resistentia kialakulásában nyilvánvaló szerepe van, erre közvetlen bizonyíték az adaptív enzymnek, a penicillinasenak kialakulása — de közvetve e feltevést támasztja alá az a számos tapasztalat is, amelyet a kezelések során betegeken gyűjtöttek.

Boda és *Békésy* (1959) különféle betegségben szenvedő csecsemők és gyermekek oxytetracyclin-kezelése folyamán rövid időn belül nagy százalékban a normálistól eltérő torokflórát talált. *Nagy* és *Veress* (1959) megállapította, hogy anyagukban a resistens törzsek száma kisebb, mint amilyenről az angolszász irodalom beszámol, de magasabb, mint a svéd kórházakban. A szerzők a resistens törzseket antibiogrammjuk alapján azonosították.

A probléma megoldásának egyik módszere, hogy az antibiotikumok közül úgynevezett tartalékot hagynak. Ez annyit jelent, hogy néhány szert csak akkor „vetnek be", ha a resistens törzs megfékezése a szokásos antibiotikummal nem sikerül. Erre a célra elsősorban az erythromycin és csoporttársai (Oleandomycin, Spiramycin, Novobiocin) alkalmasak. Újabb tartalékok a Kanamycin és a Ristocetin.

Az általános praeventiós szemléletnek azonban jobban megfelel az a törekvés, hogy a resistentia kialakulását, illetőleg fokozódását megállítsuk, sőt lehetőség szerint visszafordítsuk. A megelőzés eszközei kétirányúak. Az első törekvés megegyezik az általános asepsis szabályaival, de a staphylococcus aureus nagy elterjedtségének megfelelően szélesebb körre terjed ki. Magába kell hogy foglalja tehát az izolálást, esetleg egyes kórtermek bezárását, továbbá a betegek használati tárgyainak és a kórterem berendezésének állandó fertőtlenítését. Különösen ügyelni kell a mosodai rendszabályok szigorú betartására. Természetesen ebbe a kategóriába tartozik a baktériumhordozók eltávolítása, illetőleg radikális kezelése is.

Az izolálási és aseptikus lehetőségek korlátozott volta miatt a másik irányú beavatkozás a resistentia terjedésének főforrását igyekszik kikapcsolni vagy csökkenteni: a törzs érintkezését penicillinnel. A legjobb módszer az volna, ha rövidebb-hosszabb időre nagyobb területen teljesen elhagynák a penicillin-kezelést. Ez azonban kivihetetlen a közönség ellenállása miatt. *Barber* (1960) ezt a módszert kórházon belül hajtotta végre. Az elmúlt években a negyedévenként megszokott 70—80 staphylococcus aureus fertőzés a beavatkozás folytán két év alatt 50—60 alá csökkent. Nagyobb arányú csökkenést észlelt a resistens törzsek viszonylatában: a kezdetben 70%-os resistentia csak az asepsisre irányuló rendszabályok következtében három hónap alatt 50%-ra, a penicillin-kezelés elhagyása után pedig 36%-ra esett vissza.

Osztályunkon még *Barber* közleményének megjelenésénе előtt hasonló rendszabályokat léptettünk életbe. Eredetileg az úgynevezett „inga-kezelés" értékére nézve óhajtottunk adatokat kapni, melynek lényege az, hogy az antibiotikus és chemotherapiás szereket egymásután következő periódusokban váltogatják.

Siegenthaler (1959) a következő sorrendet ajánlja: 1. sulphonamidok, 2. penicillin és streptomycin, 3. tetracyclinek, 4. vegyes antibiotikus kezelés. Vizsgálatai szerint a resistens törzsek száma legalacsonyabb az első fázisban, legmagasabb a 4.-ben.

Ennek az inga-therapiának kipróbálására úgy jártunk el, hogy osztályunkat három részlegre osztottuk. Egy-egy rész három hónapon át kizárólag tartós hatású sulphonamid (Madribon), Chlorocid, illetőleg vegyes antibiotikus-kezelésben részesült (*Döme* és *Szirtes*, 1960). A három részleg orvosai és ápolószemélyzete mindvégig állandó maradt. A szigorú elválasztást azonban megnehezítette, hogy az ápoló nővérek egyszer-másszor

egymás helyettesítésére szorultak, továbbá az a körülmény, hogy néhány beutalt beteg közvetlen kórházba érkezése előtt már valamilyen antibiotikus kezelésben részesült. Egyes esetekben a beteg érdekében arra is szükség volt, hogy egyik vagy másik antibiotikum hatástalansága miatt kombinált kezelést alkalmazzunk.

található adatoknak és kb. 12%-nak felel meg, ami kórházunk, különösképpen belosztályunk szempontjából megnyugtató eredményt jelent. A 16 főnyi személyzet staphylococcus-fertőzöttségének aránya hasonlóképpen alacsony: 16-ból 2. Aránylag sok pneumococcust találtunk, amit az orvos és ápolószemélyzet jelentős fertőzöttségével — talán

1. táblázat

Kórterem jellege	Szám		Coccusok						Vegyes flóra		Steril		Egyéb		
			pneumo-		staphylo-		strepto-								
	személyzet	beteg	személyzet	beteg	személyzet	beteg	személyzet	beteg	személyzet	beteg	személyzet	beteg	proteus	E. coli	blastomyc.
Kizárólag Madribon kezelés	5	28	2	4	1	4	—	—	1	11	—	8	1	—	1
Kizárólag Chlorocid kezelés	3	9	—	1	—	1	1	—	—	4	2	2	1	—	—
Összevonva	45		7		6		1		16		12		2	—	1
Vegyes antibiotikum kezelés	8	6	3	1	1	—	1	1	2	2	1	1	—	1	1
Összevonva	14		4		1		2		4		2				

Kimutatás az izolált kórtermekben fekvő betegek és a személyzet torokflórájában talált baktériumokról

A vizsgálatok céljára torokváladékot vettünk. Az első vizsgálat alkalmával sterilnek bizonyult esetekben a váladékvételt megismételtük, illetőleg az orrváladék vizsgálatával egészítettük ki. A tenyésztés véresagar táptalajra szélesztéssel történt. Az antibiogrammokat papírkorong-módszerrel határoztuk meg. A törzsek azonosítását *Nagy* és *Veress* útmutatásai alapján végeztük; phag-typizálást nem állt módunkban végrehajtani. A staphylococcusok pathogenitását a coagulase-vizsgálattal ellenőriztük. A háromhónapos periódus végén a kórterem valamennyi betegén, orvosán, ápolónőin elvégeztük a vizsgálatokat (összesen 59 egyén). Ezután következő három napon felvett betegeink (24 személy) torokváladékának vizsgálatát azonnal, egy

az őszi „hurutos" hónapok miatt — magyarázhatunk: 16-ból 5 (1. sz. táblázat). Magas a vegyes normál flóra arányszáma és elég nagy számban találtuk a torokváladékot sterilnek. A pneumococcusok számának fokozódásában minden bizonnyal szerepet játszhatik a streptococcus haemolyticus csökkenése. Ezeknek száma a vegyes flórához képest significansan alacsonyabb ($p \lesssim 0{,}1\%$).

Az egyes részlegek összehasonlítása az esetek kis száma miatt statisztikailag nem vihető keresztül, mégis érzékelhető a sulphonamid- és a Chlorocid-kórtermek előnyösebb helyzete a vegyes kezelésben részesült betegekével szemben. Megnyilvánul ez a staphylococcusok és streptococcusok kisebb, a steril eredmények nagyobb, ez utóbbinak

2. táblázat

	Vizsgálatok száma	Staphylococcus aur.	Streptococcus haemol.	Pneumococcus	Steril
A teljes kórház, kivéve a II. Belosztály	477	28	20	11	73
II. Belosztály	59	7	3	10	14

A kórházi anyag és a II. Belosztály adatainak összehasonlítása. A táblázatban nem szerepel a vizsgálat folyamán felvett 24 személy

és két hét múlva ugyancsak elvégeztük, hogy fertőzésük fokát és menetét megállapíthassuk. Így a vizsgált személyek száma 83 főt tesz ki.

Eredmények megbeszélése

A baktériumtörzsek számbavételéből láthatjuk (1. sz. táblázat), hogy belosztályunk staphylococcus aureus fertőzöttsége alatta marad az irodalomban

statisztikailag is significans arányában. Az osztály és a kórház más részei közötti viszonylatban (1. és 2. sz. táblázat), feltűnő, hogy a II. Belosztályon gyakori a pneumococcus, másutt viszont ritkább a steril. Mindkét eltérés igen erősen significans ($p < 0{,}1\%$).

Az antibiogrammok összehasonlítása (3. sz. táblázat) statisztikailag ugyan nem értékelhető az

esetek kis száma miatt, mégis szembetűnő eltérést mutat. Az antibiotikum-érzékenységi adatok jól megfelelnek a klinikai tapasztalatoknak. A Superseptyl-resistentia in vitro nem egyezik a szernek in vivo tapasztalt hatékonyságával; közismert ugyanis, hogy a sulphonamid-resistentia meghatározása csak különleges táptalajokon: pl. lóvérrel készülteken ad megbízható eredményt.

milyen menetben cserélődik fel a kórteremben elhatalmasodott baktériumtörzsekkel. Láthatjuk, hogy a bejövetelkor többségük torokflórája vegyes volt (24-ből 7), de pneumococcus és staphylococcus is bőven akadt.

Egy hét múlva a betegek többségének baktériumflórája vegyessé változott (24-ből 13). A flóra penicillin-resistentia szempontjából az első tenyé-

3. táblázat

Kórterem jellege	Szám		Antibioticum																	
	személyzet	beteg	Penicillin		Streptomycin		Chlorocid		Terramycin		Aureomycin		Neomycin		Erythromycin		Superseptyl		Polymixin	
			sz	b	sz	b	sz	b	sz	b	sz	b	sz	b	sz	b	sz	b	sz	b
Madribon	5	16	1	5	3	8	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	5	9	5	10
Chlorocid	1	5	1	—	—	2	—	1	—	2	—	3	—	1	—	1	1	4	1	4
Összevonva	25		7		13		4		6		6		4		4		19		20	
Vegyes antibioticummal kezeltek közt	7	7	3	2	1	2	—	3	1	3	1	4	—	4	1	1	5	1	7	2
Összevonva	14		5		3		3		4		5		4		2		6		9	

Kimutatás a 3 hónapig isolált betegek és az ott szolgálatot teljesítő személyzet torokflórájában talált baktériumok antibioticum-resistentiájáról

A Madribonos és Chlorocidos kórtermekben jelentősen kevesebb a penicillin-resistens törzs, mint a vegyes kezelésű kórtermekben (25-ből 7, ill. 14-ből 5). A streptomycin-resistentia tekintetében éppen fordított a helyzet. A resistens törzsek aránya a penicillin és a streptomycin tekintetében megközelíti az irodalmi adatokat. A streptomycin-resistentia kialakulása lényegesen kisebb mérvű a vegyeskezelésű kórtermekben. Ez megfelel *Barber* és munkatársai álláspontjának (1960), akik hasonló tapasztalatok alapján kettős antibiotikus vagy chemotherapiás szer alkalmazása mellett törnek lándzsát.

Az egyes törzsek antibiotikus érzékenységének alakulását illetően kiderült, hogy a resistentia szempontjából nemcsak a staphylococcus aureus szetekhez viszonyítva lényegesen kedvezőtlenebbé vált: a penicillin-tűrők száma a kezdeti 4-ről 11-re nőtt; ezzel szemben a streptomycin-resistensek száma csökkent. Két hét múlva a helyzet javult: a penicillin-resistens törzsek száma 7-re csökkent, és tovább csökkent a streptomycin-resistensek száma is. A tenyésztési görbe sajátos viselkedését azzal magyarázzuk, hogy az újonnan felvett betegek többsége nem részesült kezelésben és a vizsgálatok alatt környezetének baktérium-flóráját átvette, mégpedig elsősorban a virulensebb antibiotikum-resistens törzseket. A második héten a kezelés hatására ismét kisebb számban fordulnak elő kevésbé érzékeny kórokozók. E tekintetben ugyancsak a Madribonnal kezelt kórtermek adatai a legelőnyösebbek.

4. táblázat

	Betegek száma hetenként			Pneumococcus			Staphylococcus aureus			Vegyes flóra			Blastomyceta			Steril		
Madribon	5	5	5	1	—	1	—	—	—	2	5	1	1	—	2	1	—	2
Chlorocid	6	5	3	1	1	—	1	—	—	3	3	2	—	—	1	1	1	—
Vegyes	13	8	5	3	1	—	4	1	—	2	5	5	1	—	—	3	1	—

Háromszor szűrtek vizsgálata, 1—1 heti időközben

jelent problémát. Megnyugtató volt, hogy a coccusok között egy sem akadt erythromycin-resistens.

A személyzet közül két coagulase-pozitív staphylococcus aureus-hordozót találtunk. Egyikük penicillin-, másikuk streptomycin-resistensnek bizonyult.

A 4. sz. táblázat arról ad felvilágosítást, hogy az újonnan bekerült betegek torokflórája hogyan,

Egyéb antibiotikumok tekintetében általában jelentős változásokat nem észleltünk. Ez is megfelel annak a tapasztalatnak, hogy a tartalékban hagyott antibiotikumok iránt a resistentia kialakulása kezdetben nem jelentős. Különösen a Chlorocid-kezelésnek ezirányú ártalmatlanságát kell hangsúlyoznunk. Ez a tény e szer egyéb, szerencsére ritka mellékhatásainak lehetősége mellett

óvatos használatának előnyös voltát mutatja. Anyagunkban nem észleltük proteus vagy más dysbakteriás flóra, sem gombák elhatalmasodását.

Összefoglalás

1. Három hónap alatt is megváltozik a kórtermek baktériumflórája és ezekben a kórtermekben fekvő betegek torokváladék-flórájának antibiogrammja, ha az antibiotikumokat „profilirozva" vagy inga-therapia módjára, felváltva alkalmazzuk.

2. Ez a változás még akkor is létrejön, ha a szigorú izolálás követelményeit nem tudjuk tökéletesen betartani és ezért az eljárás széles körben ajánlható.

3. A staphylococcus-incidentia és penicillinresistentia belosztályainkon, úgy látszik, egyelőre kisebb, mint a manualis osztályokon.

4. Újonnan felvett betegek általában nyolc nap alatt veszik át környezetük baktériumflóráját.

A statisztikai számítások szíves elvégzéséért a MTA orvosstatisztikai csoportjának, Juvancz Iréneusz dr.-nak e helyütt is köszönetünket fejezzük ki.

IRODALOM. 1. *Barber M., Dutten A. A. C., Beard M. A., Elmes P. C.* és *Williams R.*: B. M. J. 1960. L. 11. — 2. *Boda D.* és *Békésy Zs.*: Orv. Hetil. 1959. 100. 1405. — 3. *Döme L.* és *Szirtes M.*: Orv. Hetil. 1960. 101. 953. — 4. *Nagy E.* és *Veress M.*: Orv. Hetil. 1959. 100. 1834. — 5. *Siegenthaler W.*: Symp. intern. Chimiother. antiinf. et antimit. Genève, 1959.

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika és II. Belklinika

A csontvelői plasmasejtek és a serumgammaglobulin kapcsolata korai csecsemőkorban

Irta: Lombos Oszkár dr., Hutás Zsuzsanna dr., Szőnyi László dr. és Gofman Ljubov dr.

A plasmocytomával kapcsolatos serumfehérjeszaporulat hívta fel a figyelmet a plasmasejtek és a vérfehérjék közti összefüggésre (1, 2, 3, 4, 5). Önként vetődött fel a kérdés, mi köztük a kapcsolat physiologiás körülmények között. Erre vonatkozó vizsgálat felnőttkorban elég sok van, de csecsemőkorban végzett idevágó vizsgálatot nem találtunk. A szerzők nagyobb csoportja *Rohr* (2), *Fleischhacker* (1), *Fischer* (12), *Erisch* (10) és mások vizsgálatai szerint a durva dispersitású fehérjéket, ill. az utóbbi évek elektrophoretikus vizsgálatai szerint az antitesteket és serumgammaglobulinokat a csontvelői plasmasejtek termelik (6, 7, 8, 9, 11). A szerzők más csoportja nem talált ilyen összefüggést (4, 13, 14), sokan nyitva hagyják a kérdést (15, 16) és megemlítik, hogy az antitest tulajdonságú gammaglobulinokat a csontvelői plasmasejtek mellett a monocyták és a lymphocyták is termelik (7, 11, 12, 16, 17, 18, 19). Agammaglobulinaemiánál hiányzik a plasmasejt (11, 20). Mivel a felnőtteken végzett vizsgálatok az összefüggés kérdését csak valószínűsíteni tudták, úgy gondoltuk, hogy a csecsemőkor, bizonyos élettani jellegzetességei miatt, alkalmas a kérdés eldöntésének megközelítésére. Ugyanis irodalmi adatok szerint csecsemő csontvelejében plasmasejtet egyáltalában nem találunk, vagy számuk elenyészően csekély (21, 22, 23). Másrészt kimutatták, hogy a serumgammaglobulin születéskor normális, 3—6 hónapos korban az egész élet során a legalacsonyabb, a normális ⅓-a (24, 25, 26, 27, 28). *Karte* kimutatta, hogy gyulladásos megbetegedésekben a csecsemő is, a felnőtthöz hasonlóan, az esetek egy részében gammaglobulinszaporulattal reagál (25). Az elmondottak alapján a csontvelői plasmasejtek és a serumgammaglobulin-termelés összefüggésének kimutatására a 3—6 hónapos csecsemőkorcsoportot találtuk a legalkalmasabbnak. Tetszetősnek látszik az összefüggés annyiban, hogy ebben a korban normális viszonyok közt a legalacsonyabb a plasmasejtszám és az élet folyamán a legalacsonyabb a serumgammaglobulin. Elgondolásunk szerint e korcsoportban, kóros viszonyok közt, az alacsony kiindulási értékhez viszonyítva, könnyen keletkezhetnek erős szaporulatok a serumgammaglobulin értékében, másrészt a plasmasejtek physiologiásan alacsony értéke miatt biztosan ki tudjuk mutatni a plasmasejtek megjelenését, ill. emelkedését. Összefüggés esetén a serumgammaglobulin emelkedésekor a plasmasejteknek is meg kell jelenniük, ill. emelkedniük kell.

Vizsgálati módszer

Az elektrophoresist a *Miltényi* által javasolt methodussal (29) Nowotny-féle készülékkel végeztük. A Schleicher—Schüll 2043/b-féle papírra felvitt serumokat 8,6 pH-jú veronal-natrium karbonát-sósav pufferben húzattuk. Az alkalmazott feszültség 45 cm-es szűrőpapírcsíkok esetében 200—250 V volt. Kb. 14 órás húzatás után a csíkokat Nowotny-féle savanyú fuchsinos módszerrel festettük meg. A kiértékelés eluálás után Stuphen-photometerrel történt. Az alfa- és bétaglobulinoknál 2,5, a gammaglobulinnál 2,0-ás correctiós factort használtunk.

Ezzel a methodussal 10 egészséges 3—6 hónapos korú csecsemőnél a gammaglobulin átlagos középértéke 8,0% volt (határértékek: 4,3—11,2%) és 7 egészséges 5-től 10 éves korú gyermeknél 12,6% volt (határértékek 11,5—13,6%). Ezek az értékek nagyjából

megfelelnek a világirodalomban közöltekkel (25, 27, 29, 30).

A csontvelőpunctiót szabályos eljárással csecsemőknél a tibiából, gyermekeknél a sternumból végeztük. A kenetet May—Grünwald—Giemsa eljárással festettük. Egyéves kor alatt régebbi párhuzamos vizsgálataink szerint a tibia és a sternum csontvelőképe azonos értékeket ad (31). Irodalmi adatok szerint a csontvelői plasmasejtek egyéves kor alatt 0,0—1,5%-os határértéket és 0,1%-os átlagértéket (21, 22, 23), iskolásgyermek-korban 0,2—2,5%-os határértéket és 0,5%-os átlagértéket mutatnak (21). Felnőttkorban a határérték 1—3,6%, az átlagérték 2% (2). Saját vizsgálataink értékei átlagban alacsonyabbak az irodalmi értékeknél, szám szerint táblázatainkon tüntetjük fel őket. A csontvelőből 2000 sejtre adtuk meg a plasmasejtek számát százalékosan (13). Vizsgálatainkat párhuzamosan végeztük, ugyanabban az időben vettünk vért elektrophoretikus serumfehérje-meghatározásra, amikor csontvelőkenetet készítettünk. Meghatároztuk még a fehérvérsejtszámot és leolvastuk a vérképet. Az összes vizsgált esetünkben a serumösszfehérje normális (csecsemőinknél 6,4—7,8%, gyermekeinknél 7,6—8,5%) értéket mutatott.

Saját vizsgálataink kontrolljaképpen mi is meghatároztuk a normál csontvelő- és serumfehérje-értékeket és hogy a felnőttkori vizsgálatokhoz hasonló adatokhoz jussunk, iskolásgyermekeknél is végeztünk párhuzamos vizsgálatokat.

Eredményeink

Vizsgálati anyagunkat 4 csoportra osztottuk: *1. csoport:* 10 egészséges, eutrophiás csecsemő 3—6 hónapos kor között. Ezekre saját adataink kontrollja miatt volt szükség. *2. csoport:* 18 beteg csecsemő 3—6 hónapos kor között. Ebbe a csoportba, függetlenül a diagnózistól, csak azok a csecsemők kerültek, akiknél emelkedett volt a serumgammaglobulin. A vizsgált betegekben a következők voltak a diagnózisok: staphylococcus sepsis, osteomyelitis, furunculosis, phlegmone, pleuropneumonia, bronchopneumonia, enterocolitis, dyspepsia coli B_4.

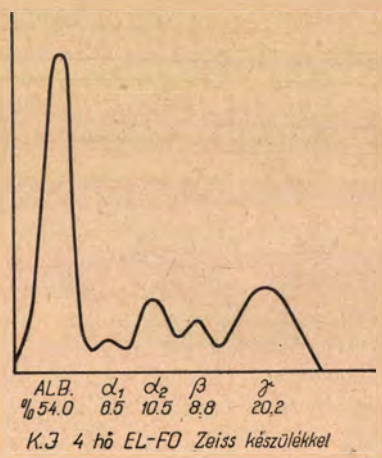
Azért, hogy összehasonlítást tudjunk tenni a felnőttkori adatokkal, 5—10 éves gyermekekben is elvégeztük vizsgálatainkat. Ezeknél a csontvelői plasmasejtszám és a serumgammaglobulin-szint már közel áll a felnőttkorihoz. Itt is különválasztottunk egy egészséges és egy beteg csoportot. *3. csoport:* 7 egészséges gyermek 5—10 év között. Ezekre is saját adataink kontrollja miatt volt szükség. *4. csoport:* 17 beteg gyermek 5—10 év között. Ebbe a csoportba is, függetlenül a diagnózistól, csak azok a gyermekek kerültek, akiknél emelkedett volt a serumgammaglobulin. A plasmasejtek viselkedése miatt a 17 beteg gyermeket két alcsoportra osztottuk. Ennek oka az — ami a felnőtteken végzett vizsgálatokban is a vita tárgya —, hogy a betegcsoport egyik részében a gammaglobulin emelkedésével emelkedett a plasmasejtek száma, a másik csoportban pedig nem változott. A vizsgált esetek diagnózis szerint a következőképpen oszlottak meg: polyarthritis rheumatica, glomerulonephritis, pneumonia, Schönlein—Henoch-kór, acut leukaemia, hepatitis infectiosa, aquirált haemolytikus anaemia. Eredményeinket két táblázatban foglaltuk össze.

Az I. táblázatban összefoglaltuk az 1. és 2. csoportban kapott adatokat. A táblázatból leolvasható, hogy 3—6 hónap között levő csecsemőkben csontvelői plasmasejt alig van és a gammaglobulin saját vizsgálataink szerint is lehet a normális ⅓-a. Betegség esetén a plasmasejtek száma nem változik. A gammaglobulin középértékben 100%-osan emelkedik (1. ábra). Az utolsó oszlopban a gammaglobulint a két szélső határértékben adtuk meg. A táblázatból leolvasható, hogy a *gammaglobulin emelkedésével nem jár együtt a csontvelői plasmasejtek emelkedése.*

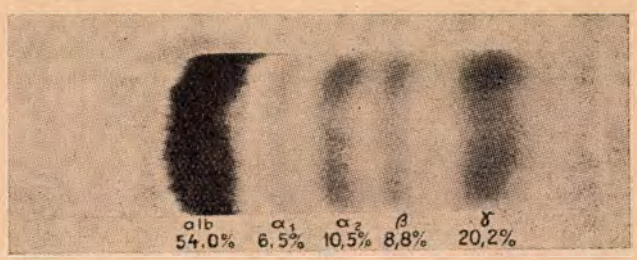
1. táblázat

Csecsemő	Esetek száma	Plasmasejt %	Gammaglobulin középérték %	Gammaglobulin határérték %
Egészséges	10	0,0—0,3	8,0	4,3—11,2
Beteg	18	0,0—0,3	16,8	13,2—21,3

Különböző fertőzésekben a gammaglobulin emelkedése mellett a plasmasejt változatlan.



1. ábra
Emelkedett serumgammaglobulin csecsemő korban



2. ábra

A 2. táblázat a 3. és 4. csoportban végzett vizsgálati adatokat mutatja. A táblázat szerkezete az előbbiével azonos, azzal az eltéréssel, hogy a 17 beteg gyermeket a plasmasejtek viselkedése miatt két csoportra osztottuk.

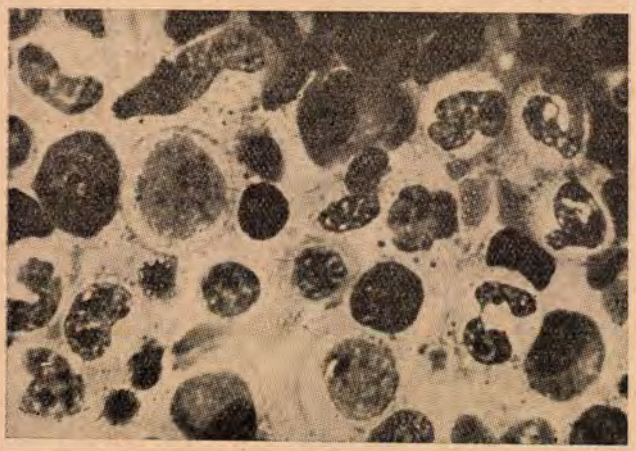
Az egészségeseken végzett vizsgálatokban a plasmasejtek száma kissé alacsonyabb az irodalmi átlagnál, a gammaglobulin megfelel az irodalmi értékeknek. A két betegcsoportban csaknem kétszeresére, ill. háromszorosára emelkedik a serumgammaglobulin, ezzel kapcsolatban az „a" csoport-

ban 10 esetben a plasmasejtek nem mutattak változást, a „b" csoportban 7 esetben kifejezetten emelkedtek (1. kép). A plasmasejtek kifejezett emelkedésének volt csak kísérője fiatal alakok megjelenése.

2. táblázat

Gyermek	Esetek száma	Plasmasejt %	Gammaglobulin középérték %	Gammaglobulin határérték %
Egészséges	7	0,0—1,0	12,6	11,5—13,6
a) Beteg	10	0,0—1,0	19,0	16,3—23,9
b) Beteg	7	2,0—6,6	27,7	22,6—38,4

A magas serumgammaglobulinszint és a csontvelői lymphocyták, lymphoid reticulumsejtek és monocyták között semmiféle összefüggést nem találtunk, bár erre is vannak irodalmi utalások (7, 11, 12, 16, 17, 18). Esetenként a globulinok egyéb



1. kép
M. F. 10 év Dg: Rheumás láz. A csontvelő képben több plasmasejt látható

fractiói is mutattak kiugrásokat vizsgált csecsemőinkben, de szintén a plasmasejtek mennyiségi és minőségi változása nélkül.

A qualitatív vérképben azon esetekben sem találtunk plasmasejteket, amikor a csontvelőben 2% feletti értékeket kaptunk. A quantitatív fehérvérsejtszám a kórképeknek megfelelő számot adott.

Megbeszélés

Az iskolásgyermekeknél végzett vizsgálatok ugyanazt a bizonytalanságot mutatják, mint a bevezetőben felsorolt felnőttkorban kapott eredmények. Durván az esetek felében hiányzik, a másik felében megvan a csontvelői plasmasejtek és a serumgammaglobulin közti párhuzam.

Ezzel szemben a 3—6 hónapos korú csecsemőkön kapott adatok egyöntetűen azt mutatják, hogy a gammaglobulin emelkedése és a plasmasejtek mennyiségi vagy minőségi változása között nincsen összefüggés.

Eredményeink a tulajdonképpeni alapkérdésre, vagyis arra, hogy normális körülmények közt a plasmasejtek termelnek-e gammaglobulint, nem tudnak választ adni. A beteg csecsemőkben végzett vizsgálatok alapján annyit azonban határozottan megállapíthatunk, hogy a szervezet a csontvelői plasmasejtek mennyiségi és minőségi változása nélkül is képes fokozott mennyiségű gammaglobulintermelésre.

Összefoglalás. Szerzők megállapították, hogy 3—6 hónapos korban levő csecsemők fertőzés esetén két- vagy háromszorosára képesek emelni gammaglobulinszintjüket anélkül, hogy a csontvelői plasmasejtek száma és minősége megváltozna. Az 5—10 éves korcsoportban viszont kereken az esetek felében párhuzamosságot találtak a csontvelői plasmasejtek és a serumgammaglobulinszint között. Vizsgálataikból azt következtetik, hogy csecsemő- és gyermekkorban a csontvelői plasmasejtek mennyiségi és minőségi változása nélkül is képes a szervezet fokozott mennyiségű gammaglobulintermelésre.

IRODALOM. 1. *Fleischhacker H.:* Klinische Hämatologie. W. Maudrich, Wien, 1948. 448. — 2. *Rohr K.:* Das menschlichen Knochenmark. G. Thieme, Stuttgart, 1949. 620. — 3. *Barta I.:* Orv. Hetil. 1952. *93.* 1488. — 4. *Leitner S. I.:* Die intravitale Knochenmarkuntersuchung. Benno Schwabe, Basel, 1945. 38. — 5. *Chadbourn W. A.* u. *Zinneman H. H.:* Blood 1955. 10. 1109. — 6. *Heilmeyer L.* u. *Begemann H.:* Atlas der klinische Hämatologie u. Cytologie. Springer Verlag, Berlin, 1955. 30. — 7. *Jeschal E.:* Plasma (Milano) 1953 *1.* 329. ref. Zbl. f. Khk. 1954. *49.* 316. — 8. *Zlotnick A., Gerichter Ch. B., Nir J.:* Blood 1959. *14.* 564. — 9. *Szamosi I.:* Gyermekgyógyászat 1960. *11.* 33. — 10. *Erisch W. E.:* Klin. Wschr. 1955. *33.* 315. — 11. *Barandum S., Hässig A.:* Schw. med. Wschr. 1956. *86.* 33. — 12. *Fischer A.:* Magy. Belorv. Arch. 1955. *8.* 20. — 13. *Gunner B., Stickler Ph. D., Pinkel D.:* Pediatrics 1958. *22.* 659. — 14. *Wuhrmann F., Wunderley Ch.:* Die Bluteiweisskörper d. Menschen. III. Benno Schwabe, Basel, 1957. — 15. *Donhoffer Sz.:* Kórélettan. Medicina, Bpest, 1957. 399. — 16. *Dittmer A.:* Papírelektrophorese. VEB G. Fischer, Jena, 1956. 76. — 17. *Ehrlich R. H., Harris T. N.:* Science 1945. *101.* 28. — 18. *Dougerthy T. F., Chase J. A., White:* Proc. Soc. Exper. Biol. u. Med. 1944. *57.* 295 u. 1945. *58.* 135. — 19. *Wuhrmann F., Wunderley Ch.:* Die Bluteiweisskörper d. Menschen. Benno Schwabe, Basel, 1947. 318. — 20. *Good R. A.:* J. Lab. Clin. Med. 1955. *46.* 167. ref. Exc. Med. Ped. 1956. *10.* 894. — 21. *Oehme J., Janssen W., Hagitte Ch.:* Leukämie im Kindesalter. G. Thieme, Stuttgart, 1958. 30. — 22. *Sturgeon Ph.:* Pediatrics 1951. 7. 642. — 23. *Joppich G., Liessens P.:* Monatschr. f. Kinderheilk. 1937. *71.* 382. — 24. *Knapp E., Rauth I. S.:* Pediatrics 1949. *4.* 402. — 25. *Karte H.:* Zeitschr. Kinderheilkunde. 1953. *73.* 467. — 26. *Caspani R., Negri M., Sticca C.:* Minerva Pediat. (Torino) 1953. *5.* 198. Ref.: Exc. Med. Ped. 1954. *8.* 1591. — 27. *Orlandini O., Sass-Kortsák A., Ebbs I. H.:* Pediatrics 1955. *16.* 575. — 28. *Sternberg I., Dagenais-Perusse P., Dreyfuss M.:* Canad. Med. Assoc J. 1956. *74.* 49. Ref.: Zbl. f. d. ges. Kinderheilk. 1956. *57.* 219. — 29. *Miltényi M.:* Kísérletes Orvostud. 1954. *4.* 289. — 30. *Lubschez R.:* Pediatrics, 1948. *2.* 570. — 31. *Lombos O., Radek M.:* Orvosi Hetilap 1953. *94.* 546.

Továbbképzés

Budapesti Balassa János Kórház, I. Belosztály

A laparoskopia szerepe a pancreas-diagnosztikában*

Irta: Wittman István dr.

A pancreas betegségeinek korai felismerése a szerv rejtett helyzete és a diagnosztikai módszerek bizonytalansága miatt sok nehézséggel jár és gondot okoz a klinikusnak.

Éppen ezért diagnosztikai készségünk megjavítására fel kell használni minden olyan módszert, mely e szerv megbetegedéseinek felismerésében előbbre vihet.

A pancreas anatómiai helyzeténél fogva azon szervek közé tartozik, melyek a laparoskop részére el nem érhetők. Éppen ezért nem meglepő, hogy a laparoskopiával foglalkozó monographiák és a gastro-enterologiai kézikönyvek egy része mégcsak említést sem tesz a laparoskopiának a pancreas-diagnosztikában való alkalmazásáról, esetleg csak néhány sorban utal arra, hogy a pancreas csak kóros megnövekedése esetén vizsgálható, közvetve, vagy közvetlenül laparoskop segítségével.

Boller endoskopiás atlasza mindössze egyetlen pancreas-betegséggel kapcsolatos képet közöl.

H. Kalk „Leitfaden der Laparoskopie und Gastroskopie" című könyvében csupán fél oldalon tárgyalja a pancreas megbetegedéseit laparoskopiai vonatkozásban.

Bergmann nagy belgyógyászati kézikönyve: „Handbuch der Inneren Medizin" kétkötetes emésztőszervi betegségekkel foglalkozó része *Gülzow* tollából csak három sorban említi meg a pancreassal foglalkozó fejezetében a laparoskopia diagnosztikai szerepét (233 oldalas fejezet).

Benedict „Endoscopy" című könyvében a szövegben egyáltalán nem esik szó a pancreasról, az atlaszrészben pedig mindössze két képnek van pancreas vonatkozása.

Handley és *Nurrick* 136 laparoskopizált esetében 14 alkalommal ismerte fel a pancreas-carcinomát. Ebből 12 esetben indirekt jelekből — obstructiós icterus, nagy epehólyag, metastasisok — következtetett a hasnyálmirigy rákjára.

Bötchner és *Brühl* 258 esetből 10 betegnél ismerte fel a pancreas-carcinomát laparoskopiával.

Niessen 293 esetben végzett laparoskopiánál sikeresen diagnosztizált pancreas-cystát is.

H. L. Bockus nagy gastroenterológiai kézikönyvében éppen csak említést tesz a pancreas fejezetében a laparoskopiáról.

A. Schmidt: „Laparoskopische Tafeln" című atlaszában összesen egy képnek van némi vonatkozása a pancreassal.

Az irodalomban található szórványos adatok, de főleg saját tapasztalataim alapján igyekeztem összeállítani azokat a lehetőségeket, amelyeket a laparoskopia a pancreas-diagnosztikában nyújt. Ezek szerint akkor kapunk felvilágosítást a hasnyálmirigyről,

1. ha a pancreas betegsége miatt olyan térfogatnövekedést ér el, hogy a laparoskop látóterébe jut (cysta, adenoma, carcinoma), vagy

2. ha a pancreas betegsége olyan következménnyel jár, ami olyan szerveken hoz létre elváltozást, melyek a laparoskop részére hozzáférhetők (omentum maius, mesenterium, peritoneum).

Ezek értelmében a laparoskopiát a pancreas diagnosztikájába bizonyos körülmények között be lehet iktatni, de az indikáció felállításánál kellően körültekintőnek és mértéktartónak kell lenni. Ez azt jelenti, hogy ezt a kis hasi műtétet jelentő beavatkozást csak akkor szabad elvégezni, ha:

1. még a fizikális, laboratóriumi és röntgenvizsgálatok elvégzése után is bizonytalan a kórisme;

2. ha nagy valószínűséggel számíthatunk arra, hogy a vizsgálandó elváltozást a laparoskop látóterébe lehet hozni, és

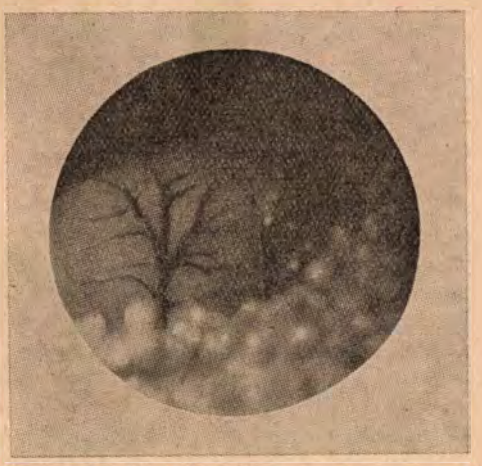
3. ha az adott esetben biztosan nincsenek olyan körülmények, amelyek miatt a tervbevett laparoskopia a beteg állapotában súlyosbodást hozhatna létre (súlyos cardiális decompensatio, hasi összenövések, vérzékenység, hasi gyulladásos folyamat stb.).

A pancreas megbetegedéseinek három olyan csoportja létezik, mely a felsoroltak értelmében laparoskopiával felismerhető: az acut gyulladásos pancreas-betegségek, a pancreas-cysták és jóindulatú daganatok, valamint a pancreas rosszindulatú daganatai.

1. *Heveny gyulladásos pancreas-betegségek.* Ide tartoznak: az acut pancreas zsírnekrosis, a pancreatitis acuta haemorrhagica és a gennyes pancreatitis. Ez a betegségcsoport természetesen nem képezi a laparoskopia elvégzésének javallatát. A kórisme itt általában más módszerekkel állítható fel. Laparoskopiára csak véletlenül kerülhet sor, akkor, ha a kivételesen subacutan vagy chronikusan lezajló folyamat a klinikust megtéveszti, s tumor gyanúja miatt állítja fel a laparoskopia elvégzésének indikációját (saját nyolc esetünk egyikében is ez történt). Zsírnekrosis esetében ilyenkor annak jellemző pathologiai képét látjuk: *a)* a gyulladás és vérzés következményét, a véres savót; *b)* a meszes plakkokat, amelyek általában néhány milliméter kiterjedésűek, de néha ennél

* Az 1960. évi parádi gastroenterologiai kongresszuson elhangzott előadás nyomán.

nagyobb fehér csíkok, foltok alakjában láthatók a mesenteriumon, nagycsepleszen és peritoneumon; c) végül, főleg az acut szak lezajlása után, a pancreas környezetére kiterjedt gyulladás következtében létrejött conglomeratumot, amely csepleszt,



1. ábra. Pancreasból kiinduló tumoros conglomeratum a máj és gyomor alatt, néhány gyomorfali metastasissal

mesenteriumot, esetleg belet és epehólyagot is magába foglal.

Ilyenkor fizikálisan kisebb-nagyobb tumor tapintható, laparoskoppal azonban csak egy csepleszszel fedett conglomeratumot látunk, amely kiemelkedik a hasi szervek szintjéből és rendszerint a máj széléhez tapad. Hasonló conglomeratum lehet a következménye egy lezajlott gennyes pancreatitisnek. A has felső felében elhelyezkedő conglomeratum elkülönítő kórismei szempontból okozhat problémát. A pancreas peracut gyulladásos betegségein kívül ugyanis hasonló tömkeleg keletkezhetik pancreas-carcinoma, Vater papilla- és choledochus-tumor, a cholecysta gyulladásos betegsége, valamint a cholecystából kiinduló carcinoma esetében is. Ilyenkor a pontos kórelőzmény, az egyéb klinikai vizsgálatok és a laparoskopia útján látottak pontos mérlegelésével lehet a hasi conglomeratum eredetére következtetni.

2. *A pancreas cystái és jóindulatú daganatai.* A pancreas adenomái csak ritkán növekszenek meg annyira, hogy a laparoskop látóterébe kerülhessenek. A cysták és pseudocysták (primaer és secunder cysták) azonban sokszor olyan nagyra nőnek, hogy utat törnek a felszín felé és vagy a gyomor és a colon transversum között, vagy a máj és colon között, vagy a colon alatt jelennek meg és ilyenkor lefelé tolják a vékonybeleket. Ezeket a cystákat, miután retroperitonealis szervből fejlődnek, a hátsófali peritoneum fedi. A boríték néha az előtte levő többi elvékonyodott réteggel együtt elszakad és ilyenkor a cysta saját fala válik láthatóvá. Sok esetben a cystát a nagycseplesz fedi. A laparoskoppal érintve, érezhető, hogy rugalmas tömlőről van szó. *Kalk* sok ezerre menő laparoskopiás anyagában, az ismertetett localisatióban számos cystáról számol be. Saját anyagunkban még nem volt alkalmunk pancreascystát észlelni.

3. *A pancreas rosszindulatú daganatai* néhány olyan tünetet produkálnak, amelyek a laparoskopia alkalmával igen jól megfigyelhetők. Ha a rosszindulatú daganat a pancreasnak csak térfogatnövekedését hozta létre, de a környezetet még nem infiltrálta, akkor a laparoskopia alkalmával a has felső felében a nagycseplesz által borított előbomborodást lehet látni. Magával a laparoskoppal kitapintható, hogy az előbomborodás igen resistens. Ha a tumor a környezetét is infiltrálja, akkor hasi conglomeratum képződik, amely elhelyezkedése szerint a csepleszen kívül a beleket, epehólyagot is magába foglalja és rendszerint odafekszik, vagy odatapad a májhoz (1. ábra). Ha a tumor a pancreas fejéből indul ki és a choledochust is infiltrálja, fokozatosan kialakul az obstructiós icterus képe, a zöld máj. Ha ilyenkor az epehólyag ép falú, az epepangás következményeképpen maximálisan kitágul és akkor a zöld máj mellett megtaláljuk a hatalmasan kitágult, fájdalmatlan epehólyagot,

2. ábra. Feszülésig telt, megnagyobbodott epehólyag, zöld színű, sima felszínű májjal (Courvoisier tünet)

3. ábra. Courvoisier tünet. Az epehólyag alatt a pancreasból kiinduló tumoros conglomeratum látható

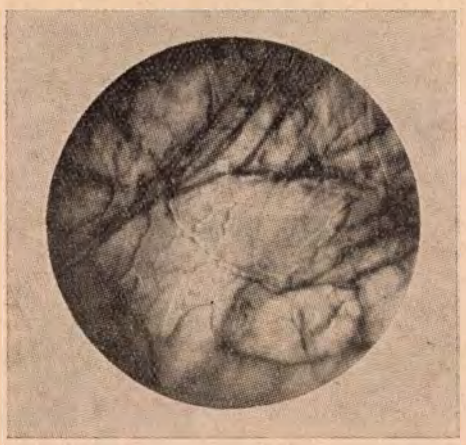
vagyis magunk előtt látjuk a Courvoisier-tünetnek megfelelő anatómiai képet (2. és 3. ábra). Jellemző még a tumor területében és környezetében látható — szinte varix-szerűen tágult — vénarendszer (4. ábra), amely abban az esetben, ha a daganat a vena portaet is compri-

málta, az egész hasüregre is kiterjedhet (5. ábra). Ezek a symptomák külön-külön, vagy csoportosan is megtalálhatók és rendkívül jellemzőek. Bár a tumort rejtett helyzete miatt általában nem lehet látni, jelenlétére az elsorolt symptomákból többnyire határozottan lehet következtetni. Ezek a tapasztalataink részleteikben, vagy egészükben egyeznek *Kalk, Benedict, Niessen, Handley* és *Nurrich, Bötchner* és *Brühl* megfigyeléseivel.

4. ábra. Vénatágulatok a tumoros conglomeratumon

Az elmondottak figyelembevétele mellett saját tapasztalataink a következők: 120 laparoskopiás vizsgálatnál 8 esetben találtunk biztosan pancreas megbetegedést. Ebből 7 pancreas carcinoma, 1 acut pancreas zsírnekrosis. A 8 esetből 2 férfi, 6 nő volt.

A klinikai vizsgálatnál 7 esetben találtunk nagyobb resistentiát a has felső felében. 3 betegnek volt icterusa. A gyomor rtg-vizsgálat 3 esetben mutatott benyomatott a gyomorfalon (a nagy curvaturán). Csak 5 esetben történt diastase meghatározás, amiből 3 esetben normális, 2 esetben alacsony értékeket kaptunk.



5. ábra. Következményes vénatágulatok a fali peritoneumon a pancreas tumor okozta vena portae compressio miatt

A laparoskopiás vizsgálat útján a 8 eset közül 7 betegnél volt látható conglomeratum; ezek közül 6 tumoros, 1 pedig zsírnekrosis utáni gyulladásos tömkeleg volt. A máj színe 3 esetben zöld, 4 esetben normális, 1 esetben átmeneti színű (zöldesbarna) volt.

Az epehólyag négy alkalommal igen tág, feszülésig telt volt, viszont a másik négy esetben az összenövések miatt nem volt látható. A conglomeratumon 4 esetben tágult vénák látszottak. A tumoros conglomeratum két esetben a gyomrot kívülről infiltrálta (6. ábra). A májon egy esetben volt áttételes góc.

Műtéttel igazolt 3 eset (2 carcinoma, 1 zsírnekrosis). Sectióval 1 pancreas-carcinoma igazolódott. Az ismertetett nyolc esetben a laparoskopia a pancreas-betegség fennálló gyanúját megerősítette. A továbbiakban az elvégzett műtét, a klinikai lefolyás, vagy a sectio a hasnyálmirigy-betegséget igazolta. A pancreas vonatkozású jelek összegyűjtésével és rendszerezésével célom a hasnyálmirigy betegségei felismerésének megkönnyítését szolgáló adatok bemutatása volt.

6. ábra. A pancreas carcinomából eredő tumoros conglomeratum kívülről infiltrálja a gyomor falát

Összefoglalva megállapítható, hogy a laparoskopiára kerülő beteganyag egy része — a mi esetünkben 6,7%-a — a hasnyálmirigy megbetegedéseiből adódott. Bár eseteink száma túl kicsiny, mégis alkalmasnak látszik néhány tapasztalat leszűrésére. Ezek szerint egyrészt, az egyébként a laparoskopia részére rejtett helyzetű pancreas cystái, daganatai és zsírnekrosisa megtekinthetők, másrészt következményes jelenségekből következtethetünk — egyebek mellett — a pancreas betegségére. Ilyen jelenségek, ha

1. nagycseplesszel borított terime-nagyobbodást találtunk a has középső vagy felső részében;

2. gyulladásos vagy tumoros szervconglomeratumot találunk ugyancsak a felső vagy középső has-részletben;

3. ha az említett elváltozásokon vagy környezetükben vénatágulatok észlelhetők, és végül, ha

4. az obstructiós icterus tüneteit, a zöld májat és a nagy, feszülésig telt epehólyagot (Courvoisier-tünet) észleljük.

Ha ezeket az endoskoposan felismerhető tüneteket a többi klinikai jelenséggel együttesen érté-

keljük, akkor a laparoskopia segítségével a pancreas-betegségek koraibb felismerését érhetjük el.

Színes photolaparoskopiás felvételeinket technikai okokból csak fekete-fehér nyomásban közölhetjük.

IRODALOM. *Benedict E. B.:* Endoscopy. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1951. — *Bergmann G.—Frey W.—Schwiegk H.:* Handbuch der Inneren Medizin. III/2. Band, 363. oldal. Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1953. — *Bockus H. L.:* Gastro-Enterology. Saunders Company, Philadelphia, 1953. III. kötet, 831. oldal. — *Boller R.:* Atlas der Gastroenterologischen Endoskopie. Urban & Schwarzenberg, Wien-Innsbruck, 1958. — *Bötchner* und *Brühl W.:* Med. Klinik. 1954. 1242. — *Kalk H.* und *Brühl W.:* Leitfaden der Laparoskopie und Gastroskopie. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1951. — *Handley R. S.* and *Nurick A. W.:* Brit. Med. Journal, 1956. 1211. — *Niessen K.:* Schweiz. Med. Wochschrift, 1954. 293. — *Schmidt A.:* Laparoscopische Tafeln. Deutsche Hoffmann—La Roche A. G. Baden, 1950.

Új Hazai gyógyszerek

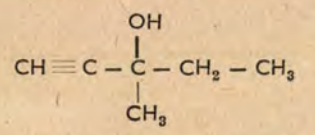
Fővárosi Tétényi úti Kórház, I. Belosztály

Tapasztalataink Dalgol alkalmazásával

Irta: Bodnár Jenő dr., Hargitai Ferenc dr. és Werkner János dr.

Az utóbbi 10 évben egyre nagyobb szerephez jutnak — elsősorban az ideggyógyászatban, de a belgyógyászatban is a psychosedatív gyógyszerek. Tekintettel arra, hogy a régebben ismert nyugtatóknál — az egyéni érzékenységtől függően — a hypnotikus hatás sokszor előtérbe került a szer sedatív hatásával szemben — mindinkább felmerült az igény olyan vegyületek előállítása iránt, amelyek elalvást nem, illetve csak nagy adagban okoznak, a szokásos, nyugtatásra szánt adagolás mellett álmosságot nem váltanak ki. Így a munkaképességet és a szellemi funkciókat nem zavarják, ezzel szemben sikerrel alkalmazhatók az idegrendszer különböző izgalmi állapotaiban. Ilyen körülmények között került sor egyéb tranquilláns hatású szerek mellett a methylpentinol kipróbálására.

A methylpentinol (M) a tertiaer acetylencarbinolok csoportjába tartozó vegyület. Képlete:



Eltérően más hypnotikumoktól, nitrogént, továbbá bromid-, sulfon- vagy urea-csoportot nem tartalmaz.

Állatkísérletek és klinikai tapasztalatok szerint a M-nak narkotikus, görcsoldó, analgetikus hatásai nincsenek. A vérnyomást közvetlenül nem csökkenti, a pulzusszámot nem befolyásolja. Nincs a légzőcentrumot bénító hatása sem.

A M.-t kezdetben főleg hypnotikus hatásával kapcsolatban alkalmazták. *Margolin* és mtsai (1) állatkísérletekben nagy adagokkal gyors elalvást hoztak létre. Ugyancsak ők közöltek az elsők között adatokat a szerrel kapcsolatban nagyobb beteganyagon. Hasonló tapasztalatokról számolt be *Hirsh* és *Orsinger* (2), akik 0,5 g bevétele után a betegeknél altató hatást észleltek. *Allen* és *Krongold* (3), valamint *Malone* és mtsai (4) tbc-s beteganyagon próbálták ki jó eredménnyel. Kedvező tapasztalatokról számolt be *Simpson* (5) és *Gangemi* (6). Utóbbi már nyugtatóként is használta kisebb dózisban (0,25 g), míg kétszeres adagban hypnotikumként adta. *Chevalley* és mtsai (7) szerint a M. az élettani alvást serkenti. *Tukel* és *Tukel* (8) EEG-s vizsgálatai szerint a szer okozta alvásban a physiologiás alvásnál található görbékkel azonos kép nyerhető.

A későbbiekben a klinikai kipróbálások során egyre inkább háttérbe szorult a M. hypnotikumként történő alkalmazása. Egyre több közlemény jelent meg, melyek a vegyületnek kisebb adagban félelmet megszüntető, szorongást csökkentő hatását emelték ki, mely lényegesen előnyösebb a hypnotikumok és egyéb tranquillánsok ilyen tulajdonságánál, mivel szellemi fáradságérzést a szokásos, nyugtató dózisban nem okoz.

Trotter (9) 1954-ben 3000 ambuláns fogászati betegnél próbálta ki a M.-t. A kezelés előtt 15 perccel alkalmazva kitűnő, félelmet csökkentő praemedicationak tartja. *Boag* (10) ugyancsak szorongást csökkentő hatását használta ki kisebb sebészeti beavatkozások alkalmával. *Exton-Smith* (11) irrigoscopiás vizsgálatok, *Rendell* (12) tonsillektomiák előtt adva számolt be jó eredményekről. *Bourne* (13) a szülés korai fázisában adagolva azt találta, hogy a szülő nők idegessége és félelemérzete nagyfokban csökkent, a szülés időtartama megrövidült, anélkül, hogy az anyára vagy a gyermekre káros hatást váltott volna ki. Kevésbé kifejezett, de még mindig számottevő a nyugtató hatás

a szülés későbbi fázisában is, ám ilyenkor óv 1,0 g-nál nagyobb dózis alkalmazásától, mivel e szakban túl nagy adagok, a túlzott relaxatio vagy a szülő nő elalvása miatt, a szülésnek ezt a szakaszát nem kívánatos módon elnyújthatják.

A M. új területen való alkalmazásáról írt *Bendkowski* (14) 1955-ben, aki asthma bronchiales betegek éjszakai rohamainak eliminálására próbálta ki a gyógyszert és valamennyi esetben az éjjeli attakok megszűnését érte el vele. Hangsúlyozza, hogy placebo-val kezelt kontrollcsoportban ilyen hatás nem volt észlelhető.

Hazánkban *Koltay* és *Szórády* (15, 16) számolt be egyéb tranquillánsok mellett M.-lal elért jó eredményekről a gyermekgyógyászatban, nyugtalansággal járó kórállapotok tüneti befolyásolása és a gyermekek intézeti benttartózkodásával kapcsolatos psychés reakciók leküzdése terén.

Katona, Levendel, Földes és *Pálinkás* (17) tbc-s beteganyagon próbálták ki a M.-t és azt találták, hogy a szerrel jó hatás érhető el tbc melletti asthmás jellegű nehézlégzés, illetve tbc-sek neurotikus jellegű panaszainak befolyásolásában.

A szerzők a M.-lal kapcsolatban a szokásos dózisban való adás mellett toxikus mellékhatásokról nem számolnak be. *Marley* (18) napi 3×1 g-os adagolás mellett a barbiturátmérgezéshez hasonló tünetcsoportot észlelt. *Glatt* (19) alkoholos psychopatáknál írt le ugyancsak ilyen tüneteket, szintén nagy dózisok bevétele mellett. Megjegyzi, hogy a M. az alkoholhatást együttes bevételnél erősen fokozza, így alkoholistáknál fennáll a hozzászokás veszélye. *Lemere* (20) M. és barbiturát együttes szedésénél egy esetben múló generalizált ataxiát észlelt. *Bendkowski* szerint is barbiturátokkal való együttes adás veszélyes lehet.

Osztályunkon a Kőbányai Gyógyszerárugyár által kipróbálás céljából rendelkezésünkre bocsátott *Dalgol sol.*-t alkalmaztunk. A készítmény 1 ml-e (kb. 60 csepp) 0,67 g methylpentinolt tartalmaz. Betegeinknél az alkalmazott napi adag általában 3×15—20 csepp volt, a napi 3×20 cseppet sohasem léptük túl. A betegek a kapott gyógyszer várható hatására vonatkozóan előzetes felvilágosítást nem kaptak. Tekintettel a szer jellegzetes ízére és szagára, megfelelő kontroll-csoportok beállítása placebo alkalmazásával technikailag nem volt keresztülvihető, ami az eredmények értékelését természetesen megnehezíti.

A gyógyszer szedésének időtartama eseteinkben általában 2—6 hét között váltakozott, megfigyeléseink nagy többsége a Dalgollal kezelt betegek kórházi tartózkodási idejére esik. Azon esetekben, mikor a szer adása eredményes volt, s a további alkalmazást még az intézeti ápolás tartama alatt félbeszakítottuk, legtöbbször visszaesést tapasztaltunk, a betegek ideges vagy szorongásos panaszait illetően. Ez a rosszabbodás rendszerint már néhány nappal a gyógyszer megvonását követően fellépett. Eredményeinket, az egyes betegségcsoportokra felbontva, a mellékelt táblázat tartalmazza.

Különösen jó eredményeket láttunk a vegetatív neurosisok Dalgol-cseppekkel történő kezelésében. A szer alkalmazására az esetek nagy részében megszűntek, ill. mérséklődtek a betegek szorongásos panaszai, izzadékonysága; csökkentek a kóros szervérzések, rendeződtek az alvászavarok. Az e csoportba tartozó betegeknek a kezelés közben más sedativumot nem adtunk. Egyes esetekben, a gyógyszer szedésének megkezdése előtt erős hatású hypnotikumokkal élő betegeknél a Dalgol-cseppek alkalmazása során az esti altatókat ki lehetett hagyni.

Ulcus-betegségben szenvedőknél a Dalgolt a szokásos spasmolytikumok és — hyperacid betegeknél — alkáliák mellett alkalmaztuk. Tapasztalataink szerint a betegek nagy részénél a régebben alkalmazott sedativumoknál kifejezettebben csökkentette az ideges panaszokat — egyeseknél, akik már más alkalmakkor is, ulcusuk reaktiválódása miatt kezelésünk alatt álltak, megrövidítette a panaszmentesség létrejöttéhez szükséges időt. Az e csoportba tartozó hatástalannak jelzett eseteinkben a gyógyszert intolerantia (gyomorpanaszok) miatt kellett kihagynunk.

A hypertonia-betegség csoportjában jelzett betegeink előzetesen Rausedyl (nyolc esetben), ill. Rausedyl + Hypothiazid (négy esetben) kezelésben részesültek. E kezelésre tensiójuk nem, vagy csak kismértékben csökkent. Fenti szerek Dalgollal történt kombinációjakor hat esetben (a csak Rausedyllel kezeltek csoportjában) az addig nehezen befolyásolható tensio észrevehető csökkenést mutatott, hat esetben nem változott. Csaknem minden esetben azonban jelentősen mérséklődött a hypertoniás betegek ideges feszültsége, ingerlékenysége. A jól reagáló esetekben nem direkt hypotensív, hanem centrális sedatív hatást tételezünk fel.

Asthma bronchiales eseteink több mint kétharmad részében Dalgollal igen jó hatást értünk el. A gyógyszert antiasthmatikumok, Prednisolon előzetes alkalmazása után, e szerekkel kombinálva alkalmaztuk. Nyolc betegnél a rohamok száma jelentősen, hétnél észrevehetően csökkent. Igen jótékony hatást gyakorolt a Dalgol az asthmások szorongásos panaszainak mérséklésében.

Cerebrosclerotikus, zavart betegeinknél — a betegség természeténél fogva — az eredmények

1. táblázat

Betegségcsoport	Betegek száma	Eredmény		
		jó	közepes	eredménytelen
Vegetatív dystonia (szervi localizáció nélkül)	32	22	6	4
Ulcus betegség	16	9	5	2
Hypertonia-betegség	12	6	—	6
Asthma bronchiale	13	8	3	2
Cerebrosclerotikus psychés zavarok	10	2	3	5
Szívinfarctushoz társuló psychomotoros nyugtalanság	8	5	2	1
Paroxysym. tachycardia	2	—	—	2
Climaxos neurosis	11	5	4	2
Összesen	104	57	23	24

csekélyebbek voltak. Így is az ilyen betegek felénél nyugtalanságukat kisebb-nagyobb mértékben sikeresen tudtuk befolyásolni.

Nyolc szívinfarctusos betegünknél a nagyfokú psychomotoros nyugtalanság miatt kezdtük el a Dalgol adását. Közülük öt igen jól reagált, nemcsak nyugtalanságuk és szorongásuk csökkent, hanem — közvetett úton — a stenocardiás panaszaik is ritkábbakká váltak. Két esetben a hatás mérsékelt volt, míg egy esetben — valószínűleg a súlyos centralis és perifériás keringési zavar miatt — eredménytelennek bizonyult.

Két betegünknél, akiknél ismételten paroxysmális tachycardia lépett fel, szintén megkíséreltük a gyógyszer adását, ez azonban az újabb rohamok fellépését nem befolyásolta.

Climaxos neurosisban szenvedő nőbetegeink nagyobb része kedvezően reagált Dalgol szedésére, neurotikus panaszaik javulást mutattak.

Eseteink egyikében sem észleltünk toxikus mellékhatást. Egy ulcusos betegünknél, mint említettük, gyomorpanaszok fellépése miatt kellett a szer adását félbeszakítanunk. Betegeinknél a Dalgol szedése álmosságot, bágyadtságot nem okozott, így ambulantaer szedésre is alkalmasnak tartjuk. A kórházból való távozás után ellenőrzésre visszarendelt betegek elmondása szerint a gyógyszer otthoni szedése mellett a kórházban elért nyugtató hatás változatlan maradt, és életmódjukat, ill. munkaképességüket nem befolyásolta.

Összefoglalás. A Dalgol jó hatású, toxicitástól mentes nyugtató, mely igen alkalmasnak látszik elsősorban vegetatív dystoniák, szorongásos állapotok és egyéb szervi betegségekhez társuló nyugtalanság leküzdésére, valamint neurotikus alvászavarok megszüntetésére. Szükségesnek látszik az irodalmi adatok ismeretében a figyelmet felhívni arra, hogy barbiturátokkal való együttes adásától óvakodni kell.

Köszönetünket fejezzük ki a Kőbányai Gyógyszerárugyárnak a gyógyszer rendelkezésünkre bocsátásáért.

IRODALOM. 1. *Margolin S., Perlman P. L., Villani F., McGaveck T. H.:* Science 1951. 114. 384. — 2. *Hirsh H. L., Orsinger W. H.:* Am. Pract. Digest. Treat. 1952. 3. 23. — 3. *Allen A. W., Krongold D. D.:* Quart. Bull. Sea View Hosp. 1951. 12. 61. — 4. *Malone H. J., Klimkewicz G. R., Gribetz H. J.:* Pediat. J. 1952. 41. 153. — 5. *Simpson R. G.:* Lancet 1954. I. 883. — 6. *Gangemi C. R.:* Int. Rec. Med. 1952. 165. 199. — 7. *Chevalley J., Heminway N., Meyer G., Frankhauser R., McGavack T. H.:* N. Y. St. J. Med. 1952. 52. 572. — 8. *Tukel K., Tukel M.:* Electroenc. clin. Neurophysiol. 1952. 4. 363. — 9. *Trotter P. A.:* Dent. Pract. 1953. 3. 376. — 10. *Boag A. G.:* Brit. Med. J. 1954. I. 393. — 11. *Exton-Smith A. N.:* Brit. M. J. 1954. I. 641. — 12. *Rendell C. M.:* B. M. J. 1954. I. 641. — 13. *Bourne G.:* Lancet 1954. II. 522. — 14. *Bendkowski B.:* B. M. J. 1955. II. 297. — 15. *Szórády I., Koltay M.:* Orv. Hetil. 1958. 99. 489. — 16. *Koltay M., Szórády I.:* Orv. Hetil. 1958. 99. 494. — 17. *Katona L., Levendel L., Földes I., Pálinkás J.:* Tuberkulózis 1960. 2. 57. — 18. *Marley E.:* Lancet 1955. II. 535. — 19. *Glatt M. M.:* Lancet 1955. II. 675. — 20. *Lemere:* cit. *Marley.*

A GYAKORLAT

Budapest, VIII. ker. Tanács Szántó Kovács János u. Rendelő Intézet, Emésztőszervi Osztály

Coccygodynia és proctalgia fugax

Irta: Wolf Rózsi dr.

Ismeretes, hogy *James Y. Simson* coccygodynia elnevezéssel jelölte meg a végbél és farkcsigolya tájékán, tartós vagy időszakos fájdalommal, mint főtünettel jelentkező kórképet. Az utóbbi időben a szerzők, a fájdalom keletkezésének helye és jellege alapján kettéválasztották ezt a kórképet és ma coccygodyniának tartjuk a farkcsigolyán vagy annak közvetlen környezetében jelentkező krónikus fájdalmat, míg proctalgia fugax-nak nevezzük a rectum különleges, heveny rohamokban jelentkező fájdalmát.

A coccygodynia keletkezésében két tényező szerepel, trauma és gyulladásos folyamat. A kívülről (ütés, zúzódás), vagy belülről (pl. szülés) ható trauma hatására sérülhetnek szalagok, sérülhet az artic. sacrococcygea, vagy a környezet izomzata. A keletkezett bevérzés vagy oedema önmagában is lehet a fájdalom oka s még fokozhatja a fájdalmat az S. V. ideggyök összenyomatása, valamint az izmokban (m. piriformis, m. coccygeus, m. levator ani) sérülés miatt vagy fájdalom hatására keletkezett spasmus. Gyulladásos folyamatok, mint cryptitis, papillitis, pectenosis, fissura ani, fistula ani, nodus haemorrhoidalis, prostatitis a nyirokutakban pangást okoznak s ez az alapja a krónikusan jelentkező fájdalomban, az izomzat spasztikus állapotának. A gyulladásos jelenségek, mint érzékeny,

(1960. júniusában megtartott endoscopiás rectoromanoscopia-továbbképzőn elhangzott előadás).

szabálytalan szövettömörülések digitalis vizsgálattal is észlelhetők.

A coccygodyniára jellemző fájdalom, mint említettük, inkább a farkcsontra és közvetlen környezetére korlátozódik, jellege krónikus, fokozódik ülőhelyzetben, helyzetváltoztatáskor, székelés alatt és után.

Részletesebben ismertetjük a proctalgia fugax-ot, mivel a coccygodynia ezen formája az orvosi gyakorlatban kevésbé ismert és kezelése sok gondot okoz.

A kórkép inkább fiatal és középkorú férfiakon jelentkezik, gyermekeken nem észlelték, ritkán fordul elő idős egyéneken és nőkön. A fájdalom rohamszerű, néhány hetes vagy hónapos tünetmentes időszak után hirtelen, este vagy éjszaka, rendszerint felismerhető ok nélkül, néha coitus után keletkezik. Lényegében gyötrelmes, kínzó, feszítő érzés a végbélben, kifejezett székelési ingerrel jár és székelési kísérletre a fájdalom inkább fokozódik. A beteg nyugtalan, beöntéssel kísérletezik: eredménytelenül. A fájdalom ½—1 perc múlva éri el a tetőfokát, 1—10—20 percig tart, majd hirtelen megszűnik. A roham végén a beteg úgy érzi, mintha nagy tömeg felgyülemlett bélsártól szabadult volna meg, mintha székelési kísérletek, vagy a beöntés szabadította volna meg fájdalmától. Ha a rectum bélsárral feszesen telt volt, a fájdalom — bár ritkán — a székürítéssel egy időben megszűnhet.

A proctalgia fugax keletkezésének mechanizmusa ismeretlen. A fájdalom görcsös jellege izomspasmusra mutat, de az sem tisztázott, hogy melyik izom görcsös állapota szerepelhet a kórképben. Tájékoztatást az a néhány eset nyújt, amikor sikerült orvosnak egy-egy roham alatt digitalis vizsgálatot végeznie. Roham alatt a sphincter ani érzékeny, de nem spasztikus, az anusgyűrű nincs felemelve, ami arra mutat, hogy a levator ani sincs görcsösen összehúzódva. Digitalis vizsgálattal gyakrabban inkább m. coccygeus és piriformis spasmusát, nyomásérzékenységét észlelték.

Egyes szerzők a roham alatt végzett rectoskopiás vizsgálat alkalmával a rectum és sigma határán a simaizomzat körkörös spasmusát észlelték. E szórványos megfigyelések azonban elégtelenek a betegség lényegének felderítéséhez. Fentiek és a tapasztalat, hogy a roham idején a végbél üres, digitalis vizsgálatra alig érzékeny, faecest rendszerint kis mennyiségben tartalmaz, arra mutatnak, hogy az okot inkább a rectum környezetében kell keresni.

Kezelés: 1. A coccygodynia traumás eredetű esetében fizikotherapia, gyulladásos eredetű eseteiben a góc sebészeti eltávolítása rendszerint eredményes. 2. A proctalgia fugax kezelésében inkább csak kísérletekről számolnak be a szerzők. A roham alatt amylnitrit inhalátióval, 1—2 pohár víz itatásával kísérleteztek alig értékelhető eredménnyel. Sikeresebb kezelésnek látszik a 3—4 naponként ismételt digitalis massage: a rectumba vezetett mutató ujjunkkal az elérhető izmokat hossztengelyük irányában masszírozzuk, főként postero-lateralis irányában ismételten nyomást gyakorolunk és ha ez a kezelés is eredménytelen, vagy elégtelen, vagy ha a végbélnek és környezetének érzékenysége miatt a massage a beteg számára elviselhetetlen. ujjunk védelme mellett Novocain (olajos) depôt kezelést alkalmazhatunk a farkcsigolya ventralis felszínén, illetve a környezet izomzatában.

Összefoglalás: A szerző a tankönyvekben csak röviden tárgyalt coccygodyniát és részletesebben a proctalgia fugax klinikumát és kezelését ismerteti.

IRODALOM. *Hedry Endre dr.:* „Részletes sebészet". 212. old. Tankönyvkiadó, Budapest, 1951. — *Manuel C., Spiesman M. D., Louis Malow M. D.:* „Essentials of Clinical Proctology". 416—418. old. A Hoeber-Harper Book, New York, 1957. — *L. Wullstein* és *Küttner:* A sebészet tankönyve. 360. old.

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Budapest, IV. kerületi Terhesgondozó Intézet

A terhességi bulimia gracidin-kezelése

Irta: Szécsi Károly dr.

Az utóbbi évek szülészeti kimutatásaiban a terhességi toxikosis és keringési elégtelenség majdnem változatlan százalékban fordul elő, ezzel szemben a fertőzés és elvérzés háttérbe szorul. A kóros elhízás a szívműködést fokozottan terheli meg, így keringési zavarok jelentkezését segíti elő. A következményes pangás és hypoxia szerepe a toxikosisok kifejlődésében bizonyított. A keringési zavar thrombosishoz és emboliához is vezethet. Az elhízott nők és férfiak aránya 2:1. Az elhízott nők 75 százalékánál a terhesség és szoptatás ideje alatt következett be a kóros súlygyarapodás. A hízásra való hajlam a pubertás és klimax idején is jelentkezhet. Ugyanebben az időben a petefészekben és az agyfüggelékben látható anatómiai és szövettani változások valószínűvé teszik, hogy nem csupán a helytelen, vagy túlzott táplálkozás, hanem hormonális és idegrendszeri hatások — „vegetatív stress" — felelősek a súlygyarapodásért.

A kóros elhízás szövődményeket okoz a terhesség és szülés alatt: fokozott hajlam a sérvekre, keresztcsonttáji fájdalom, légszomj, teltség-érzés, keringési elégtelenség, pangás, túlhordásra való hajlam, fájásgyengeség, elhúzódó szülés, atoniás vérzés stb.

Saját megfigyeléseink és a rendelkezésre álló irodalom alapján 20%-ra tehető azon terhesek száma, akik a javasolt 10 kg súlygyarapodást túlhaladják. Ha csak az étrend csökkentésével, szabályozásával akarjuk megakadályozni a kóros elhízást, úgy egyes terheseknél hamarosan olyan panaszok jelentkeznek, melyek miatt felhagynak a diétával:

a) az éhezés miatti gyengeségérzet, mely hypoglykémiás shock-szerű rosszullétig fokozódhat;

b) fáradtságérzet, a munkaképesség csökkenésével;

c) az önuralommal fékezett étvágy éhségérzettel jár, egy idő múlva idegessé, ingerültté teszi a terhest — bár ebben rendszerint nagy szerep jut környezetének is.

Amikor az étrend jelentőségére hívjuk fel a terhes figyelmét, csak előnyökkel kecsegtessük, az elhízás okozta szövődményeket ne hangsúlyozzuk a psychoprophylaxis érdekében. Nagyon hatásosnak bizonyul a kozmetikai szempontokra való utalás és az étrend betartásáért járó dicséret.

A hízás megakadályozására, illetve fogyasztásra használt gyógyszerek közül a thyreoidea készítmények a terhesség alatt azért nem jöhetnek számításba, mert az alkalmazásukhoz feltételként megszabott alacsony alapanyagcsere és myxoedemás jelek a terheseknél a legritkább esetben észlelhetők és mert alkalmazásuk kapcsán kellemetlen mellékhatások keletkezhetnek: szívdobogás, izzadás, ideges-ingerlékeny állapot. A magzatra kifejtett károsító hatás sem zárható ki.

Az amphetamin készítményeknek — melyek gyomoratóniát okoznak és csak részben hatnak centrálisan étvágycsökkentően — mellékhatásai: keringési zavar, álmatlanság, izzadás, ingerlékenység. A megszokás veszélye is fennáll. A rendelkezésre álló irodalomban nem találtunk adatot a terhességi bulimiának étvágycsökkentő gyógyszerekkel történt kezelésére, ezért indokoltnak véltük eddigi megfigyeléseink közlését, melyeket egy új magyar étvágycsökkentő, a gracidin (25 mg-os phenmetrazin tabl.) alkalmazásával szereztünk. Gracidinnal végzett laboratóriumi vizsgálatok, állatkísérletek és klinikai megfigyelések szerint a szer ártalmatlan és mentes a mellékhatásoktól.

Állatkísérletben az alapanyagcsere 1—2 heti adagolás után enyhén fokozódik, de egy hónap múlva visszatér a kiindulási értékre. A vércukrot, a máj glykogen-tartalmát nem befolyásolja. Egy hónap után sem mutat az állatok pajzsmirigye, mellékveséje és petefészke súlykülönbözetet vagy szövettani elváltozást. A glykogenolysis és a glykogen leépítés túlélő májszeletekben változatlan.

A klinikai megfigyelések, melyek az összfehérje, albumin, globulin, gammaglobulin, jód. zsír, 17-ketosteroid, cholesterin, K, Na, Ca, P, gonadotrop hormon, Krogh, specifikus dinamikus hatás, vércukor-görbe, ADH, ACTH meghatározásra vonatkoztak, lényeges változást nem derítettek ki.

A kúra alatt jelentkező enyhe euphoria, a psychét élénkítő hatása előnyös, és kedvező az is, hogy idejében kelti a jóllakottság érzését, de nem veszi el az evés örömét, nem kelt undort. A gyógyszer szedése idején az előírt fehérjedús étrend betartása nem ütközik nehézségbe. Álmatlanság, nyugtalanság csak akkor jelentkezik, ha délután, vagy este is szedik a gyógyszert. *Terheseknél rendszerint csak igen rövid ideig kell adnunk a gyógyszert, — többségüknél néhány hétig —; naponta egyszer vagy kétszer fél tabl. mennyiség elég a kívánt hatás elérésére. Ilyen adagolásban a megszokás veszé-*

lye — a kisfokú euphoria ellenére — nem fenyeget. Csak a huzamosan szedett nagy adagok — napi 15—20 tabl. — után észleltek toxikus psychosist.

35 gracidinnal kezelt bulimiás terhesünk adatait a következőkben foglaltuk össze (bulimiának vettük, ha a heti 500 g-ot meghaladó hízás mellett még farkasétvágyról is panaszkodott a terhes). Megfigyelésünk járóbeteg anyagon történt. Cardiális decompensatióra utaló panaszok esetén nem alkalmaztuk. A szokásos terhes ellenőrzési vizsgálatokat végeztük: súly, hőmérséklet, vizelet, vérnyomás. Szüleseik lefolyására és az újszülöttekre vonatkozó adatokat is feldolgoztuk.

A kúra hatására a következőképpen alakultak a súlyviszonyok: súlyban megállt: 15, fogyott: 12, keveset hízott: 8.

A gracidin-kezelés tartama: tíz nap: 20, húsz nap: 8, harminc nap: 6, negyven nap: 1.

Gracidinnal kezelt terheseink szülési adatai a következők: koraszülés: 1 (2200 g); lepényleválasztás: 1; fogóműtét: 1; toxicosis: 2; magzati és anyai morbiditás és mortalitás: ø; magzatok átlagsúlya: 3350 g; fejlődési rendellenesség nem fordult elő.

Valamennyien örömmel számoltak be arról, hogy kisebb mennyiségű étel fogyasztása után jóllaktak, élénkebbnek, munkaképesebbnek érezték magukat. A súlyban való megállás, illetve csekély fogyás módot adhat a szervezetnek a megváltozott terhességi viszonyokhoz való alkalmazkodásra. Álmatlanságról, ingerültségről, nyugtalanságról senki sem panaszkodott.

A gracidin bulimia-csökkentő hatása a keringési elégtelenség és a késői terhességi toxicosisok megelőzéséhez nyújt segítséget.

Összefoglalás. 35 bulimiás terhesnek adtuk az új magyar étvágycsökkentő gyógyszert, a gracidint. Az esetek többségében eredményesen. Kellemetlen mellékhatást nem észleltünk, fejlődési rendellenesség az újszülötteknél nem fordult elő.

IRODALOM. *Fekete S.:* Terhességi toxicosisok. Medicina, 1959. — *Csáki Gy., Hancsók M., Nagy I., Cseh Gy.:* M. N. L. 1959. 6. 373. — *Horn B., Zoltán I.:* A szülészet tankönyve. Medicina, 1958. — *Kehrer E.:* Biol. u. Path. des Weibes. Band VII. 566. — *Mullins A.:* Lancet, 1960. Vol. I. 146. — *Mosonyi L., Széplaki F., Kammerer L., Pollák L. Zulik R.:* Gyógyszereink, 1959. 41. 21. — *Opitz K., Ritter K., Rohrschneider H.:* Klin. Wschr. 1957. 35. 638. — *Rostalski M.:* Zschr. Geburtsh. Gynäk. 1955. 142. 260.

KAZUISZTIKA

Szegedi Orvostudományi Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika és Kórbonctani Intézet

Fatális kimenetelű panhaemophthisis Thiomicid-kezelés kapcsán

Irta: Csapó Gábor dr., Baradnay Gyula dr. és Rák Kálmán dr.

A thiosemicarbazon-készítmények bevezetése az 1940-es évek végén lényeges előrehaladást jelentett a tuberculosis különböző formáinak kezelésében. Hamarosan beszámoltak azonban a szerek nem kívánatos mellékhatásairól is, elsők között a vérképzőrendszer átmeneti vagy tartós károsodásáról. Alkalmazásukat a mérgező hatásra vonatkozó megfigyelések, s nem kevésbé a még hatékonyabb antituberculotikumok lényegesen háttérbe szorították ugyan, s az utóbbiak birtokában általában terápiás felhasználásukra nem kerül sor, de még ma is találkozunk thiosemicarbazonra visszavezethető és — mint alábbi esetünkben — akár fatálisan végződő gyógyszerkárosodással. Ismertetjük Thiomicid (p - acetylamino - benzaldehyd - thiosemicarbazon) medicatióval összefüggésbe hozható panhaemophthisis egy esetét, melyben a vérképzőrendszer károsodása mellett a máj súlyosfokú elváltozása volt még előtérben, s fatális kimenetelű volt.

Az eset ismertetése

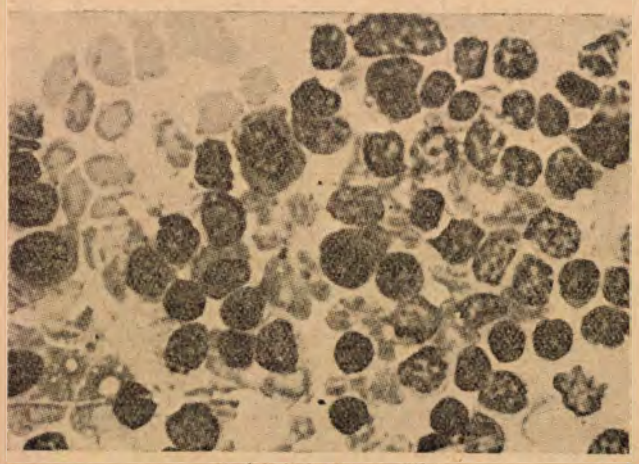
A 49 éves férfibeteget 1959. novemberében vettük fel egy hete tartó szivárgó orrvérzés, testszerte jelentkező bőrvérzések, lázas állapot, torokfájdalom miatt. Elmondta, hogy a lábán észlelt bőrelváltozás miatt kb. három hónapja gyógyszeres kezelésben részesül, ez idő alatt napi 3 tbl (3-szor 25 mg) Thiomicidet szedett. A legutóbbi napokban torokfájás miatt néhány tbl Superseptylt is bevett. (A kórelőzmény adatainak átnézésekor megtudtuk, hogy a Thiomicid-kezelés indicatióját histológiailag is vizsgált, specifikusnak tartott bőrelváltozás képezte, s kéthetenkint vérkép-vizsgálat történt. A felvételt megelőző utolsó ellenőrzés alkalmával 7000 fehérvérsejtet és 4 M vörösvértestet számoltak. A beteget figyelmeztették, hogy mindaddig, amíg a készítményt szedi, halat, sajtot ne egyék, és sulfonamid készítményeket ne szedjen.)

Státusából kiemeljük elesett állapotát, a testszerte látható, gombostűfejnyitól ötforintos nagyságig terjedő petechiákat, ill. suffusiókat. A szájüreg és garat nyálkahártyája belövelt, fekélyes. Duzzadt, a nyelést akadályozó tonsillák. Jelentősebb nyirokcsomó-megnagyobbodás, hepatosplenomegalia nem észlelhető. Magas,

40 C° körüli temperatura. Néhány *laboratóriumi* adata: vvt-süllyedése 45 mm egy óra alatt. Vvt-szám: 3,5 M. Reticulocytát nem találtunk. Fvs-szám: 1600, a perifériás vérkenetben kizárólag lymphocyta látható, többszáz sejt között sincs leukocyta. Thrombocyta-szám: 15 000 (direkt számolással). Sternum-punctiókor csontvelő jól ürül, a készítmény közepes sejttartalmú. A szokásosnál több zsírt tartalmaz. Haemopoesisnek alig van jele, az erythro- és thrombopoesis teljesen hiányzik, a leukopoesis sejtjeit néhány eosinophil képviseli. A sejtek többsége kerekmagvú, lymphoid jellegű sejt, ezeken kívül különböző érettségi fokú plasmasejt látható. Több, más típusú reticulumsejt látható még. *(1. s. felvétel.)* A Rumpel—Leede-tünet pozitív, a vizeletben számos vvt található. Fokozott aldehyd reactió. A serum-bilirubin szintje 2,34 mg%, direkt reactióval. Thymol: 7,0 E. A négy napos észlelési idő alatt lázas, a granulocyták hiányának, valamint vérzékenységének jelei egyre kifejezettebbek, általános állapota fokozatosan hanyatlik. Terápiás próbálkozásunk: antibioticumokat (Penicillin + Streptomycin), Prednisont, transfusiós kezelést, cukor- és só-infusiókat, valamint tüneti kezelést alkalmaztunk. Rövid észlelésének végén a perifériás keringés elégtelenségének jelei mutatkoztak.

Beszámoltunk még azon vizsgálat eredményéről, melynek során a beteg serumát nyúlba injiciáltuk, s figyeltük a leukocyta- és thrombocyta-szám alakulását *(Miescher-féle* teszt). Normál-, ill. a beteg-serum 2,0 ml-ét adtuk i. v. nyulaknak, egy harmadik állat a beteg-serummal együtt 10 mg Thiomicidet is kapott. Az 5 és 48 óra múlva vizsgált vérképben a leukocyta-számot illetően ± 20%-nál nagyobb változást nem észleltünk. A kontrol-serummal injiciált nyúl thrombocyta-száma 22%-kal, a másik kettőé (beteg-serum, ill. ugyanez + Thiomicid) 48, ill. 45%-kal csökkent, a 48 órás értékeket véve figyelembe. Közel azonos értékeket kaptunk már 5 óra után is. (Ezen tájékoztató jellegű vizsgálatokat kiegészíteni, ill. folytatni már nem állt módunkban.)

A *kórboncolás* szolgáltatta adatok közül a következőket emeljük ki: kiterjedt bőr- és nyálkahártyavérzések, a garat, a kemény- és lágyszájpad nyálkahártyáján nekrotikus szövettörmelékkel fedett fekélyek láthatók. Az 1050 g súlyú máj tömött tapintatú, durván dudoros felszínű. Metszéslapján az ép, lebenykés szerkezet csak helyenként ismerhető fel, máshol, különösen a nagyobb erek mentén vaskos, szürkésfehér kötőszövetes kötegek szelik keresztül-kasul az állományt, melyek néhol lencsényi, forintosnyi területté terebélyesednek. A humerus, femur csontveleje nagyrészt élénksárga, zsírvelő, csupán a diaphysisek közelében halvány rózsaszínű. A velőür normális tágasságú. Vöröscsontvelő a szivacsos csontokban sincs. Szövettanilag a májban subacut diffúz nekrosis képe, mely helyenként postrekrotikus cirrhosisba megy át. Helyenként friss elhalások is megfigyelhetők. *(2. sz. felvétel)* A sternum, humerus, femur és csigolyák mérsékelten sejtdús csontvelejében lymphocyták, plasmasejtek, láthatók nagy számban, a granulocyta- és erythrocyta-képzés nagymértékben csökkent, megakaryocyták egyáltalán nem figyelhetők meg. A tüdőben, májban, lépben, vesében és a szívizomban enyhén PAS-pozitív, egyedül a histológiai kép alapján közelebbről nem identifikálható gombatelepeket is látni lehetett.



1. sz. felvétel. Csontvelőkép

2 sz. felvétel. A máj szövettani képe

Megbeszélés

Thiomicid-kezelés közben fellépő, halálos végű megbetegedést észleltünk, hol klinikailag a csontvelő-elégtelenség jelei és tünetei álltak előtérben, s a boncoláskor talált súlyos májelváltozásra néhány májfunctiós próbának csak mérsékelt pozitivitása utalt. A következő kérdésekre kerestünk választ: 1. A haemopoetikus systema, s a máj károsodása összefüggésbe hozható-e a gyógyszerszedéssel? 2. Ha igen, toxikus ártalomról, vagy allergiás immunreactióról van inkább szó? 3. A legsúlyosabb elváltozást mutató két sejt-rendszernek, a csontvelőnek, s a májparenchymának a laesiója azonos pathogenetikai tényezőkkel magyarázható-e? Ha — mindjárt előljáróban — le is kell szögeznünk, hogy határozott igenlő vagy tagadó választ egyik kérdésre sem adhatunk, az észlelés, de még inkább az idevonatkozó irodalom véleményünk szerint bizonyos állásfoglalásra jogosítanak.

A thiosemicarbazon *vérképzőszervi* hatásának hazai szerzők is figyelmet szentelnek. Tankönyveink *(Issekutz, Heténvi, Magyar* és *Petrányi,* 1—3), ill. közlemények *(Asbóth, Rávnay,* 4, 5) granulocytopenia, az anaemia felléptére utalnak. A külföldi irodalomban elsősorban agranulocytosis szerepel *(Lutwyche* és *Brewerton, Lowe, Merkel* 6—8), de haemolytikus anaemiáról is olvashatunk *(Heilmeyer, Pribilla* és *Koester,* 9—10). Észleltek thrombocytopeniát is *(Schmidt—Voigt* és *Gensch,* 11). A szerzők többsége egyszerűen toxikus hatást tételez fel, mások, mint pl. *Miescher* (12) a thiosemicarbazont is a haemocytopeniát allergiás mechanizmus útján létrehozó szerek közé sorolják. A gyógyszerallergiás cytopeniák elméleti és gyakorlati kérdé-

seit *Miescher* és *Vorlaender* monográfiája (13) részletesen tárgyalja.

A szer *májkárosító* hatásáról is tudósít — kisebb számú — közlemény. *Böhm* (14) Conteben (másik elterjedt készítmény) — kezelés során jelentkező zsíros degeneratióról számol be, a szer elhagyása után az elváltozás reverzibilis. *Lüchtrath* (15) sectiós anyagon figyelt meg gyakori májnekrosist. *Savini* (16) állatkísérletben súlyos májártalmat, májelégtelenséget hozott létre. *Rávnay* (5) kezelt betegek egy részénél a májfunctiós-próbák átmeneti pozitivitását észlelte. Vegyszerek, gyógyszerek hepatotoxikus hatásáról *Magyar* és *Fischer* monográfiája (17), az allergiás májártalmakról többek között *Vorlaender* (18) szolgáltatnak adatokat.

Miescher és munkatársai általunk is alkalmazott módszere (19) keringő haemocytotrop antitestek kimutatását célozza. Eredményeinket inkább informatívnak, mint bizonyító erejűnek tekinthetjük, mégis immunológiai történés mellett értékesíthetők, legalábbis a thrombocyta-rendszert illetően.

A csontvelő-kép a sejtszámot, sejtes összetételt. elsősorban a plasmasejtek nagy számát tekintve, ugyancsak immunreactio mellett szól.

Az elmondottak alapján a felvetett kérdésekre így adható válasz: *ad 1.* A Thiomicid-kezelést megelőzően panaszmentes, feltehetően egészséges egyén halálos végű betegsége, panhaemophthisise, s májnekrosisa a gyógyszer szedésével nagy valószínűséggel összefüggésbe hozható. *ad 2.* A károsodás allergiás eredete mellett szól — de nem bizonyít — néhány megfigyelés, a kezelés három hónapos tartama a sensibilizálódáshoz szükséges időt biztosan meghaladta. *ad. 3.* Még bizonytalanabb a válasz, mint az első kérdésre, hiszen a májelváltozás elméletileg egyaránt lehetséges kétféle pathogenezisét a klinikai és sectiós adatok nem tisztázták. A Thiomicid szerepe közel kétségtelennek, a toxikus májhatás valószínűnek, a csontvelő feltehetően allergiás károsodásának tudatában a májlaesio hasonló eredete — a toxikus mellett, vagy akár helyett — lehetségesnek ítélhető.

Megemlítjük még *Rávnay* megfigyelését (20): a thiosemicarbazon nem kívánatos mellékhatásait sulfonamidok nagymértékben fokozni képesek, ezért együttes adásuk helytelen. Esetünkben a már kifejlődött elváltozások idején alkalmazott Superseptylnek biztosan potenciáló hatást nem tulajdoníthattunk.

Összefoglalás. Thiomicid-kezelés közben fellépő panhaemophthisis esetét ismertettük. A vérképzőszervi elváltozás mellett a sectio súlyos májlaesiót, a májparenchyma kiterjedt nekrosisát derítette fel. Összefoglaltuk a thiosemicarbazon csontvelő és májkárosító hatására vonatkozó irodalmat. A halálos végű vérképzőszervi- és máj-elváltozás pathogenesisében immunológiai, gyógyszerallergiás mechanizmusnak tulajdonítunk elsősorban szerepet.

IRODALOM. 1. *Issekutz:* Gyógyszertan, Budapest, 1954. — 2. *Hetényi:* Részletes belgyógyászat, Budapest, 1958. — 3. *Magyar—Petrányi:* A belgyógyászat alapvonalai, Budapest, 1953. — 4. *Asbóth A.:* Orv. Hetil. 1950. *91,* 1222 — 5. *Rávnay T.:* Bőrgy. és Venerol. Szemle, 1951. *5,* 135. — 6. *Lutwyche V. U.—Brewerton D. A.:* Brit. med. J. 1952. *1,* 1302. — 7. *Lowe J.:* Lancet, 1952. *2,* 831. — 8. *Merkel W.:* cit. Heilmeyer—Begemann. — 9. *Heilmeyer L.—Begemann H.:* Blut und Blutkrankheiten. Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1951. — 10. *Pribilla W.—Koester E. D.:* cit. Heilmeyer—Begemann. — 11. *Scmidt—Voigt—Gensch F.:* Tbkarzt, 1949. 518. — 12. *Miescher P.:* Ergebn. inn. Med. Kinderheilk. 1956. 7, 170. — 13. *Miescher P.—Vorlaender K. O.:* Die Immunopathologie in Klinik und Forschung, Thieme. Stuttgart, 1957. — 14. *Böhm F.:* Klin. Wschr. 1950. *28,* 548. — 15. *Lüchtrath:* cit. Böhm. — 16. *Savini E.:* Compt. rend. soc. biol. 1950. *144.* 1310. — 17. *Magyar—Fischer:* A máj és az epeutak, Akad. Kiadó, Budapest, 1956. — 18. *Vorlaender K. O.:* 1. cit. 13.: VI. Immunologische Vorgänge bei Lebererkrankungen. — 19. *Miescher P.—Cruchawd S.—Hemmeler G.:* Helv. med. Acta, 1952. *19,* 434. — 20. *Rávnay T.:* személyes közlés.

János Kórház-Rendelőintézet, Sebészeti Osztály

Ismétlődő masszív vérzést okozó vékonybél leiomyoma

Irta: Decker Iván dr.

A vékonybél jóindulatú daganatai a ritka kórképek közé tartoznak. Az irodalmi adatok szerint (5) eddig mintegy 230 myomatosus jóindulatú vékonybéltumort írtak le. Magyar szerzők közül a század elején *Herczel* (2), majd *Hültl* (3) számolt be jóindulatú vékonybéldaganatról. A közelmúltban *Herczeg—Gaál* (1), *Wein* (7), *Virágh—Csapó* (6) foglalkozott részletesen a betegség irodalmi vonatkozásaival.

Diagnosztikus nehézséget okoz az a körülmény, hogy a vékonybél myomatosus daganatai jellemző tünetet nem okoznak. A betegek többsége bélvérzéssel vagy ileussal járó tünetekkel kerül orvoshoz. *Olson* és mtsai (4) szerint a vékonybél jóindulatú tumoros eseteinek fele tünetet nem okoz, a tünetet adó esetek — statisztikájuk szerint — 42%-ban vérzéssel, közel 37%-ban ileussal járnak. A kórkép ritkasága és jellemző tünetei hiánya miatt a helyes diagnózist általában csak műtét kapcsán sikerül felállítani. Ez a helyzet még azon esetekben is, melyekben az amúgyis szegényes tünetek hiányában sürgős beavatkozás nem szüksé-

ges, így, ha a vérzés nem nagyfokú, vagy az elzáródás nem teljes. Ha a tumor már tapinthatóvá válik, merülhet fel a vékonybéldaganat gyanúja. Előfordul, főként vérzéssel járó esetekben, hogy még műtét közben sem derül ki a helyes diagnózis, mivel a melaena okául többnyire a gyomor, vagy a duodenum megbetegedéseire gondolunk elsősorban, és ezek megoldására alkalmazott felső medián behatolás nem minden esetben elégséges a teljes vékonybéltraktus alapos átvizsgálására.

Osztályunkon egy olyan eset fordult elő, melyben ismétlődő, súlyos melaenák miatt a beteget előzőleg már más intézetben két ízben explorálták, egyik alkalommal gyomorresectiót is végeztek, és a vérzést okozó vékonybéltumort nem találták meg.

Esetünk ismertetése:

S. O.-né 58 éves nőbeteget 1958. III. 21-én vettük át kórházunk I. Belgyógyászati osztályáról. *Anamn.:* 1950-ig nem volt beteg. Ekkor minden előzmény nélkül melaena lépett fel haematemesis nélkül. Melaenája többször ismétlődött, ezért 1952-ben gyomrát resecálták. A resecatumban azonban fekélyt vagy egyéb vérzést okozó elváltozást nem találtak. A műtét után melaenája többször kiújult anélkül, hogy a vérzést fájdalom előzte volna meg. Egyik pillanatról a másikra elsápadt, nagyon gyenge lett, ájulásszerű érzése támadt, majd néhány óra múlva megjelent a véres széklet. Az ismétlődő vérzések miatt 1954-ben újra megoperálták, a vérzés okát azonban ekkor sem találták. A második műtét után is többször ismétlődött súlyos melaenája, emiatt több ízben került kórházba. 1957-ben strumektomián esik át, melynek indicatiója előttünk ismeretlen. 1958-ban — 18. vérzése miatt — kivérzett állapotban kerül felvételre a János-kórház I. Belgyógyászati osztályára, ahol ismételten kap transfusiókat. Ezek hatására a vérzés megáll és nagyfokú anaemiája lassan rendeződik. Ápolásának 30. napján jobb alhasi görcsös fájdalmakra ébred. Fájdalmai spontán székelés után némileg enyhülnek, hasa azonban fokozatosan puffadttá válik. A fokozatosan kifejlődő ileusa miatt exploratio elvégzésére osztályunkra átvesszük.

Átvételi status: Kp. fejlett és táplált nőbeteg. Bőre, a látható nyálkahártyák kissé halványak. A nyakon gallérmetszés hege. Nyelve nedves, nem bevont. Mellkasi szervek felett fizikálisan kóros nem észlelhető. Felső medián laparotomia pp. gyógyult hege. A has előmdomborodó, aszimmetriás, a bal hasfél kissé kiemelkedőbb, mérsékelten feszes, de betapintható. A jobb alhasban, közvetlenül a Poupart-szalag felett, férfiökölnyi, kissé érzékeny terimenagyobbodás tapintható. Az egész has meteorisztikus, felette csengő perisztaltikus hang hallható, loccsanás nem észlelhető. Rectalis vizsgálat: üres ampulla, a Douglas jobboldalról feszesen ledomborított, nem érzékeny. P: 84/min. RR: 120/80 Hgmm. Temp.: 38 C°, vvs: 3 300 000, fvs: 10400. Nőgyógyászati vizsgálat: az uterus mellett a jobboldalon resistentia alsó pólusa tapintható, mely a genitáliáktól valószínűleg független. A belosztályon előzőleg végzett felső- és alsópassage negatívok. EKG: kissé eltérő görbe. *Műtét:* 1958. III. 21-én. Intravénás narkózisban jobboldali pararectalis metszés. A két előzetes laparotomia következményeként a hasüregben számos összenövés, mely a felső mediánvonalban lapszerinti. A vékonybelek mérsékelten tágultak. A kismedencében csecsemőfejnyi, cystosus, rögzített terimenagyobbodást találunk, melyet felszabadítunk és előemelünk. Ekkor tűnik ki, hogy a tumor a vékonybéllel függ össze. A tumoros bélszakaszt 1. a. resecáljuk és oldalsó — side to side — anastomosist készítünk (a műtéti készítmény makroszkópos képét az 1. ábra mutatja). Zavartalan sebészi kórlefolyás, a műtét utáni 10. napon panaszmentesen, pp. gyógyult műtéti sebbel távozik. Műtét óta a beteg teljesen panasz- és tünetmentes, súlya gyarapodott, vérzése azóta nem volt. A resecatum szövettani vizsgálatának eredménye: „22 cm hosszú, Kerkring-redős vékonybélszakasz, melynek a közepébe a serosaboríték felől női ökölnyi,

1. ábra

enyhén dudoros felszínű daganat domborodik be. A daganat több helyéről készült metszetekben sejtdús, de kiérett rostos szerkezetet látni, amelyből elsősorban leiomyomára, másodsorban neurilemmomára lehetett gondolni. Az elvégzett különböző specifikus festések (Mallory, van Gieson) alapján a képződmény *leiomyoma*nak bizonyult. (Dr. Kálló főo.)"

Saját esetünket azért tartottuk közlésre érdemesnek, mert egy ritkán előforduló, jóindulatú vékonybéldaganat okozott igen sokszor (18 esetben) súlyos melaenát. Osztályunkon ileus miatt végzett műtét derített fényt a közel tízéves vérzéses panaszok okára.

Összefoglalás. A szerző vékonybél leiomyoma egy esetét ismerteti. A betegnek 10 éven át volt gyakran ismétlődő súlyos melaenája, melynek okát kétszeri exploratio sem tisztázta. Ileus miatt végzett harmadik műtét eredménye adta meg a helyes diagnózist.

IRODALOM. 1. *Herczeg L., Gaál J.:* Orv. Hetil. 1960. 31:1103. — 2. *Herczel M.:* Orv. Hetil. 1904. 48:342. — 3. *Hültl H.:* Orv. Hetil. 1906. 50:482. — 4. *Olson J. D.* és mtsai: Ann. Surg. 1951. 134:195. — 5. *Starr G. F.* és mtsai: Cancer 1955. 8:101. — 6. *Virágh Sz., Csapó G.:* Magyar Sebészet 1959. 4:250. — 7. *Wein G.:* Magyar Sebészet 1960. 3:166.

GYÓGYSZERISMERTETÉS

RELAXIL-G.*

Ma már kétségtelen, hogy korszerű anaesthesiologia izomrelaxansok nélkül elképzelhetetlen. Előnyük, hogy kevesebb altatószert tesznek szükségessé, ami nagymértékben csökkenti a keringési és szervi károsodások lehetőségét, s a gyors felébredés a postoperatív betegségek megkevesbedését eredményezi. Támadáspontjuk alapján centralis és peripheriás csoportra oszthatjuk őket. A pachycurare és leptocurare csoportba tartozó peripheriás hatású izomrelaxansoknál a légzésbénulás veszélye igen nagy; elkerülésére az orvosi gyakorlatban centralis typusú izomrelaxansokat alkalmaznak, melyek a légzőcentrumot s a légzőizmokat nem bénítják. Az első ilyen typusú vegyület a mephenesin (Myanesin, Relaxil stb.) volt, mely mellékhatásai (haemolysis, haemoglobinuria, vesekárosodás, thrombophlebitis) miatt mindinkább háttérbe szorult és átadta helyét újabb készítményeknek. Ilyen új vegyület a guajacol-glycerin-aether, melyet az EGYT Relaxil-G néven hoz forgalomba.

A Relaxil-G *támadáspontja* centralis: izomelernyesztő effectusát a mesencephalis és a bulbospinalis polysynaptikus reflexek gátlásával éri el. Enyhe hypnotikus és analgetikus tulajdonságú, s a narkotikumok hatását potentiálja, amit az alkalmazott altatószerek adagolásánál számításba kell venni.

A Relaxil-G *hatása* 4—6 perccel a vénás befecskendezés után kezdődik. 10—15 perc után maximális és kb. 20—30 perc múlva megszűnik. Először a has, majd a végtagok izomzata ernyed el. A simaizmok, a légzés és a vegetatív idegrendszer mindvégig érintetlen marad.

A Relaxil-G *kiürülésének* módja pontosan nem ismeretes, de valószínű, hogy gyorsan lebomlik s — túlnyomórészt inaktív formában — a veséken keresztül kerül kiválasztásra.

Az *alhasi sebészetben, nőgyógyászati, urológiai és orthopaediai műtétek* során ideális relaxans. Az altatókat potentiáló hatása révén minimális narkotikum felhasználását teszi szükségessé; tehát felületes narkózisban és kitűnően ellazult műtéti területben történhetnek a beavatkozások. Alkalmazható a gyógyszer különböző spastikus betegségek kezelésére, végtagok ellazítására (pl. luxatiók, erősen dislocált fracturák repositiója), physicotherapiás eljárásokkal kombinálva spastikus bénulásokban. Jó eredményeket láttak a tetanus gyógyításában és legújabban értékes tapasztalatokat szereztek intravénás barbiturátokkal kombinálva, alsó végtagok arteriographiás vizsgálatai során.

* Védett név. Gyártja az Egyesült Gyógyszer- és Tápszergyár, Budapest.

A legkisebb *hatásos adag* 1 g (20 ml), az eddig adott maximális dosis 14 g (200 ml) volt. A hatás legkifejezettebb cseppinfusiós készülékkel történő folyamatos — percenként kb. 1 g adagoláskor. A kívánt hasi ellazulás általában 4—5 g (80—100 ml) beadása után következik be, bár a hatásos adag mennyisége nagymértékben függ a beteg alkatától, testsúlyától, az előkészítésre használt gyógyszerek minőségétől és mennyiségétől, valamint az egyidejűleg alkalmazott narkotikumoktól.

Éber állapotban levő betegeken elvégzett vizsgálatok a következőket mutatták: a vérkép elváltozásai egyetlen esetben sem lépték túl a normális értékeket. Az EKG a különböző elvezetésekben mindig normális maradt. A systoles és diastoles nyomás 10—15 Hgmm-rel csökkent, a pulsusszám kb. 10-zel emelkedett percenként. A peripheriás vénás nyomásban, a keringés sebességében, fehérjeanyagcserében, májfunciókban, nyál-gyomornedv elválasztásban és az epeutakban uralkodó nyomásban lényeges eltérést nem lehetett kimutatni. A vizeletelválasztás sem mennyiségben, sem minőségben nem mutatott érdemleges eltérést a normálistól, amit igen értékes pozitívumnak kell elkönyvelni, ha figyelembe vesszük, hogy a D-tubocurarin adagolásakor többen a vizeletelválasztás csökkenését észlelték kutyákon.

A különféle curare-anyagok histamin- és muscarinszerű hatással is rendelkeznek. A Relaxil-G-nek ilyen tulajdonságai nincsenek; alkalmazásakor nyáladzást, könnyezést nem tapasztaltak.

Szubjektíve melegségérzést arcon 98%-ban, foltokban 56%-ban, egész testre kiterjedően 43%-ban jeleztek a betegek. Bágyadtságról a vizsgáltak 39%-a, fejfájásról pedig 27%-a panaszkodott.

Bár a Relaxil-G eddigi klinikai alkalmazása során légzésbénulás nem fordult elő, az esetleg fellépő légzésromláskor — jól záró maszkon vagy intratrachealis intubatio útján, altatógépre kapcsolva — lélegeztetünk oxygennel mindaddig, amíg a spontán légzés helyre nem áll.

A mellűri műtétek általában ellenjavallatot képeznek, mivel a Relaxil-G egyik legértékesebb tulajdonsága (ti. nem hat a légzőrendszerre), ebben az esetben döntő hiányosságot jelent.

Varga Róbert dr.
Vukmirovits György dr.

IRODALOM. *Harkányi I.:* Therap. Hung. 1960. 8. 1. — *Török E., Decsi L., Papp Gy.:* Megjelenés alatt. — *Incze F.:* Megjelenés alatt. — *Forgács I.:* Megjelenés alatt. — *Lehoczky T.:* EGYT Gyógysz. Oszt. dok. anyag. Bizonylat. — *Pálos L.:* EGYT Gyógysz. Oszt. dok. anyag. Bizonylat. — *Scultéty S., Ábrándy E.:* Kísérl. Orv.-tud. 1960. 11. 66.

HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

1961. Szerkeszti az Országos Orvostudományi Könyvtár igazgatója 7. szám

Az egészségügy Kongóban

Dr. S. Betsh, az Egészségügyi Világszervezet részéről a kongói Egészségügyi Minisztériumhoz kiküldött tanácsadó az alábbiakban számol be az egészségügyi helyzetről.

A válság kitörése előtt az egészségügyi helyzet Kongóban kielégítő volt. A kormány 1945 után kidolgozta az egészségügyi ellátás tervét, amely a *decentralizáción alapult.* Az egészségügyi szolgálat alapját a körzeti kórházak képezték, amelyekhez egészségügyi központok tartoztak. Egy-egy ilyen egészségügyi egység 80 000—140 000 lakos gyógyító és betegségmegelőző ellátását végzi. 1949-ben tíz éves tervet készítettek az egészségügyi hálózat felépítésére és e terv 1959-re csaknem teljesen meg is valósult. A legtöbb tartományi kórház és néhány járási kórház jól felszerelt, korszerű épületben van.

A közegészségügyi szolgálat szervezése még nem érte el a fejlődésnek ezt a fokát. A terv szerint központi és vidéki közegészségügyi állomások hálózatán alapulna a munka, amelyek az egész országban küzdenének a járványos betegségek ellen (védőoltások, a vektorok irtása, kemoprofilaxis stb.). E szolgálat sajátos alakulata *a mozgó egészségügyi csoport,* amelyet európai szakemberek vezetnek és amelyek mind a városi mind a vidéki körzetekben működnek. E csoportok végzik a szűrővizsgálatokat is. A szűrővizsgálatokkal az utóbbi időben a benszülött lakosság mintegy harmad részét vizsgálták át évente. Leopoldvilleben központi egészségügyi raktárat létesítettek, amelynek a vidéken fiókintézményei is vannak.

Az egész egészségügyi szolgálatot európai szakemberek irányították és ellenőrizték. A kongóiak csak kisegítő és alacsony beosztásban működhettek. Ennek következtében *az egész egészségügyi szolgálat teljesen az európaiaktól függött,* mivel nem voltak kongóiak, akik betöltötték volna a vezető és irányító posztokat. Kidolgoztak egy tervet kongói vezetők kiképzésére, ennek ellenére azonban *1960-ban nem volt még egyetlen kongói orvos, de még kongói szakképzett ápolónő sem az országban.* Két kongói orvos előreláthatólag 1961-ben végzi el az egyetemet, az első négy kongói ápolónő 1962-ben nyeri el az oklevelét.

A válság

Az egészségügyi szolgálatban 1959 végén kezdtek a bomlás jelei mutatkozni. 1960 júliusára a szűrővizsgálatok és a védőoltások teljesen megszűntek, erre az időre esik az európai szakemberek tömeges „kivonulása" Kongóból. *Az orvosok mintegy kétharmada, valamennyi szakképzett ápolónő és az európai egészségügyi szakemberek nagy többsége elhagyta az országot.* Az orvosi szolgálatot a mintegy 150 kongói asszisztensre és 1000 férfi ápolóra hagyták. A tartományi kórházak többségét az európai személyzet kiürítette, csak a járási kórházak működtek — csökkentett személyzettel. A megelőző szolgálat megszűnt, a szervezett védőoltás és rovarirtás programja abbamaradt, a vízellátó berendezéseket szakképzetlen kongói személyzetnek adták át. Az egészségügyi anyagellátás dezorganizálódott, mert ámbár a központi és a vidéki raktárakban volt elég anyag, az nem juthatott el a távolfekvő helyekre mert *nem volt közlekedési eszközük.*

Nemzetközi segítség

Az ENSZ felszólította az EVSZ-t és a Vöröskeresztet, hogy nyújtson segítséget a nehéz helyzetben. A szituáció felülvizsgálata során kitűnt, hogy a megelőző tevékenység és a környezethigiéne terén mutatkozik a legnagyobb szükség. A gyógyító ellátás terén kisebb volt a baj, mert a kongói kisegítő személyzet folytatta a betegek rutinvizsgálatát és ellátását. A járványvédelmi szolgálat azonban teljesen meg volt bénulva.

A felhívás után hamarosan megérkeztek az EVSZ, a Vöröskereszt és több ország segítő csoportjai, orvosok és ápolónők. Augusztus közepére 20 országból 34 csoport működött már, ezek közül 27 csoportot az egyes országok vöröskeresztes szervezetei, 7 csoportot pedig egyes országok kormányszervei küldtek Kongóba.

Az EVSZ tanácsadó csoportjának kettős feladata volt. Segítenie kellett a kormánynak a *közvetlen problémák megoldásában* és ki kellett dolgoznia egy *távlati tervet* a hatékony egészségügyi szervezet felépítésére.

Az első feladatát olyképpen végezte, hogy a vöröskereszt szervezetek és a kormányok által kiküldött csoportok munkáját koordinálta. E csoportokat elosztották az országban és a tartományi központok (klinikák, kórházak stb.) rendelkezésére bocsátották. A közegészségügyi szakemberek egy része azonnal a megfelelő ivóvízről való gondoskodás problémáját, a védőoltás kampányok megszervezését és a vektor-irtást igyekezett megoldani.

A távlati terv lényege az egészségügyi szolgá-

lat megszervezése volt, amely a következő alapelveken alapult:

1. A meglevő szervezetet az ország változó szükségleteinek megfelelően kell átalakítani;

2. nemzetközi toborzást kell végrehajtani, hogy a megfelelő gyógyító és megelőző munkát hatásossá lehessen tenni;

3. azonnal meg kell kezdeni a helyi személyzet kiképzését széleskörű program alapján.

Becslés szerint a következő 10—15 évre *700—800 szakembert kell külföldről az országba hozni:* orvosokat, mérnököket, egészségügyi és más szakembereket.

Meg kell gyorsítani a kongóiak kiképzését, hogy át tudják venni a kulcspozíciókat amilyen gyorsan csak lehet. Ennek megfelelően *60 kongói asszisztenst 5 franciaországi orvosi főiskolára vittek*, ahol három év múlva orvosi oklevelet nyernek. A kongói egyetemnek olyan segítséget kell adni, hogy a jelenlegi *évi 10—15 orvostanhallgató helyett évente 40 hallgatót tudjanak képezni.* Meg kell kezdeni a kongói ápolónők, laboránsok, adminisztrátorok stb. munka melletti képzését, hogy hamarosan betölthessék a kulcspozíciókat a kórházakban, laboratóriumokban stb.

Járványveszély

Nem kétséges, hogy az országot járványveszély fenyegeti: himlő, pestis, malária, álomkór, sárgaláz és más betegségek, amelyeket az elmúlt időkben már többé-kevésbé megfékeztek. Becslés szerint a lakosság 80%-át védőoltásban részesítették például himlő ellen, mégis 3000—4000 eset fordult elő évenként, többségük a himlő módosult formája (alastrim). A jelenlegi helyzet, amikor is a törzsek közötti harcok gyakori helyváltoztatással járnak, elősegíti a betegség szóródását.

Kongóban nem számolták fel gyökeresen a maláriát. Csupán rovarölő permetezéssel és vegyi profilaxissal védekeztek ellene. Így azután *évente mintegy egymillió új malária beteg* volt, és ez nem csökkent az elmúlt öt év alatt. A malária elleni védelem lényegében csak a városokban volt hatásos. Most az a veszély fenyeget, hogy még a városi körzetekre is kiterjed a malária, hacsak nem térnek rá az aktív védelemre.

A járványok megelőzése céljából a következő lépéseket tették:

1. Megszervezték a *jelentő szolgálatot.* A vidéken működő csoportok állandó kapcsolatban vannak az egészségügyi központokkal és hetenként jelentik Leopoldvillebe a fertőző betegeket, akár kórházakban akár a kórházon kívül állapították is meg a diagnózist. Az EVSZ csoport szakképzett embereket küld oda, ahonnan növekvő számú fertőző beteget jelentenek.

2. *Mozgó csoportok* védőoltásokat és kemoprofilaxist hajtanak végre a veszélyeztetett körzetekben.

3. Az EVSZ malária-csoportja *ellenőrző látogatásokat* tesz vidéken (a csoport egy malária szakértőből és egy entomológusból áll) és jelenti tapasztalatait az EVSZ tanácsadónak Leopoldvillebe, aki a jelentést az Egészségügyi Minisztériumba és az EVSZ tartományi tanácsadójához továbbítja.

4. Öt EVSZ egészségügyi mérnököt küldtek a tartományi egészségügyi központokba, akik tanácsokat adnak a településegészségügyi, vízellátási, rovarirtási és élelmezéshigiéniai problémákkal kapcsolatban. Technikusok ellenőrzik a legfontosabb városok vízellátását, a szűrőberendezések működését, a víz klórozását stb.

Egyéb egészségügyi problémák

Kongóban van elegendő élelem (főzelék, gyümölcs, olaj, hal és vad). A jelenlegi zavaros helyzet előtt a lakosság hozzájuthatott az élelemhez, a Kongóban észlelt hiánybetegségek és roszszultápláltság nem annyira az élelmiszerhiánnyal mint inkább káros táplálkozási szokásokkal kapcsolatosak. A legjellemzőbb a fehérjehiány, a kwashiorkor igen elterjedt és ugyancsak elterjedtek a vashiányon alapuló anémiák különféle fajtái.

A helyzet jelenleg a munkanélküliség, a közlekedés zavarai és a törzsek vándorlása miatt súlyosbodott. E három tényező jelentős táplálkozási problémát okoz bizonyos városokban és környékükön. Az elmenekült törzsek pedig nem egy vidéken teljesen el vannak vágva a szokásos élelemforrásaiktól.

A jövő kilátásai

A kongói egészségügy jövője jó, ha sikerül megfelelő létszámú egészségügyi személyzetet toborozni, hogy kitöltsék a jelenlegi réseket. Kongónak két vonatkozásban is szüksége van nemzetközi segítségre: a helyi személyzet intenzív képzése céljából és az idegen személyzet odaküldésére, a helyi problémák megoldása céljából. Az 1959-es színvonalat ily módon néhány év alatt el lehetne érni.

A WHO Chronicle 1961. 2. számában megjelent cikk nyomán.

★

A Demokratikus Németország orvosai Kongóban

Ismeretes, hogy a kongói események folytán a belga kormány hazahívta a gyarmaton egészségügyi szolgálatot teljesítő orvosokat. Ezzel az intézkedésével is zavart akart kelteni az új kongói köztársaságban. Miután a népegészségügy ellátásában komoly zavarok keletkeztek, a Nemzetközi Vöröskereszt vezetősége és az Egészségügyi Világszervezet felhívására egészségügyi kirendeltségek indultak Kongóba az orvosi szolgálat ellátására.

A Demokratikus Németország egy jól felszerelt különítményt indított el Kivu tartományba dr. *Claus* és dr. *Scholz* vezetésével, akik Leopoldvillebe való megérkezésük után repülőn jutottak el Mwengaba. Itt egy kórházra bukkantak, amely 110 férőhellyel a súlyos betegek ápolásáról gondoskodott volna, ha lettek volna orvosok és ápolónővé-

rek. A fekvő betegek mellett rengeteg ambuláns és egy lepratelep várta az orvosi kezelés újrakezdését.

Ez az orvosi kerület kb. 10 000 négyzetkilométer terjedelmű, de az orvosok betegekhez való kiszállására csak egy kocsi állott rendelkezésre. Egyes ápolási helyek 120 km távolságra vannak a központtól és 2700 m magasan fekszenek a tengerszint fölött. A beosztott területen a Warega-törzs tanyázik, kisuaheli nyelven beszélnek, dolgos és szívélyes emberek, banán-, ananász- és teaültetvényeken dolgoznak. A munkások havonta 600 kongói frankot, kb. 12 dollárt keresnek. A lakosság zöme roszszul táplált, különösen a fehérje hiányzik az élelmezésükből. Minden második-harmadik embernek májbántalmai vannak, melyek gyulladásban, májmételyben vagy krónikus malária-megbetegedésben mutatkoznak meg. Rengeteg leprabeteg él szabadon, akik 100 km-es távolságról is bejárnak kezelésre, dacára a lábaikon levő súlyos sebeiknek.

A sebészek azonnal teljes gőzzel dolgozni kezdtek, nemkülönben a szülészek is, akiknek gyakran kell szülési segélyt nyújtaniuk, mert a benszülött nők körében sok a szűk medence. Érdekes, hogy az újszülött gyermekek világos bőrűek, mert a bőr sötét pigmentje csak később képződik. A bennszülött anya szülés után néhány órával már elhagyja betegágyát. A szülő anyáknak a gyenge táplálkozás folytán kevés a tejük, és, ezért Németországból sok ezer kg csecsemőtápszert küldtek.

*

Markhot Ferenc működése és az Egri Orvosi Egyetem

E hasábokon csak röviddel ezelőtt számoltunk be arról, hogy *Markhot Ferenc*nek, az első magyar orvosi fakultás alapítójának, szervezőjének és megvalósítójának tiszteletére az Egri Megyei Kórház emlékérmet alapított. Úgy gondoljuk, nem lesz érdektelen, ha erről a kezdeményezésről e helyen rövid ismertetést adunk.

Markhot Ferec a Nyitra megyei Vittencen született, 1714-ben vagy 1716-ban. Egyetemi tanulmányait Bolognában végezte, ahol orvosi oklevelet is nyert, melynek korabeli másolatát az Egri Állami Levéltár őrzi. 1746-ban Nagyváradon telepedett le mint püspöki orvos. Ebben az időben a magyar közegészségügy szomorú állapotban volt. Becslés szerint 37 orvos, 19 gyógyszertár és 120 orvosi tevékenységet folytató borbély működött egész Magyarország területén. (*Gortvay:* Az újabbkori Magyar orvosi művelődés és egészségügy története, Bp. 1953. 66. old.) Az orvosok idegen egyetemeken, idegen földön tanultak, legnagyobb részben idegen nemzetiségűek is voltak, mert magyar nemes szemében az orvosi foglalkozás többé-kevésbé megalázó volt. *Perliczi János Dániel,* Nógrád megye kiváló orvosa, aki nagy megbecsülésnek örvendett, így ír egy hivatalos beadványában:

„A közegészségügy gondozására éghajlatunkat, népünket, életmódunkat nem ismerő idegen orvosokra szorulunk, akik csak sok, igen gyászos eredményű experimentálás után tanulják meg, amire itten szükség van. A legközelebbi járványok megmutatták, hogy még az idegenekkel együtt is kevés az orvos, a sebész, és sem a megyék, sem a városok és kórházak nincsenek rendesen ellátva. Szükségből teljesen képzetlen, vagy jobb esetben az iskolából alig kikerülő kezdőkre kell nagy terület gondozását bízni. A vásári okulisták, chirurgusok, korlátozás nélkül űznek orvosi gyakorlatot és büntetlenül okoznak helyrehozhatatlan kárt az emberi életben. A gyógyszertárak sem állnak kellő ellenőrzés alatt, idegen, a mi viszonyainkat egyáltalán figyelembe nem vevő dispenzatoriumokat használnak. Az igazságszolgáltatásra nézve fontos törvényszéki vizsgálatokat nincs, aki teljesítse".

A hazai orvosképzés kérdése sürgős megoldásra vár. *Perliczi* 1751-ben kelt, *van Swieten*hez, *Mária Terézia* orvosi tanácsadójához intézett beadványában, melyből fentebb idéztünk, sürgeti az orvosi oktatás megindítását és egy collegium medico-chirurgicum tervezetét is elkészíti. Ez a javaslat újból felveti azt a kérdést, amelyet a Magyar Országgyűlés korábban is napirendre tűzött: 1723-ban kimondták, hogy a Nagyszombati Egyetemet teljessé kell tenni.

A delizsánc, a posta és a gondolatok is lassan haladtak abban a korban és a bécsi Kancellária még gondoskodott arról, hogy külön féket szereljenek fel a magyar ügyek fejlődését lassítandó. A kiváló *van Swieten* pártfogolta volna az ügyet, de a sok visszahúzó erő meggátolta az ügyek előbbrejutását. Ilyen volt például a Bécsi Egyetem, amely hallani sem akart a működését és privilégiumait csorbító másik orvosi kar alapításáról.

Eszterházy Károly püspök 1762-ben azzal a nagyigényű tervvel jött Egerbe, hogy itt, olasz mintára teljes egyetemet alapít. Már egy évvel később, *Mária Teréziá*hoz írott felterjesztésében ezeket írja: *„Ha felségednek legmagasabb elhatározása folytán biztosítva lesz az Egyetemnek Egerben való felállítása, arra fogok törekedni, hogy az orvostudomány tanításához szükséges alapokat megszerezzem."* Úgy látszik, a kezdeményezésnek országos híre megy, mert *Perlici* levélben fordul *Markhot Ferenc*hez (akit Barkóczy egri püspök külön megbízottak útján hív — bizonyára jó híre miatt — Egerbe). *Perlici* felveti: nem lehetne-e Egerben az orvostant tanítani? Nem tudjuk, hogy *Markhot* válaszolt-e erre a levélre, de annyi bizonyos, hogy 1767-ben már kész, kidolgozott tervet nyújt be *Eszterházy*hoz a felállítandó orvosi kar ügyében.

A tervezet az orvostanhallgatók számára 5 év tanulmányi időt ír elő, csak olyanok vehetők fel, akik a filozófiai tanulmányaikat már abszolválták. Az előadásokat reggel ½8—9-ig és délután 2—4-ig tartják, egyelőre az Irgalmasok Kórházában, ahol *„minden anatómiai, kémiai és botanikai segédeszköz rendelkezésre áll és a Kórház az én vezetésem alatt áll".* Tankönyvként *Boerhave* „Institutiones medicae" c. könyvét ajánlja *Haller* és *van Swieten*

kiegészítéseivel. Az orvostanhallgatók elég, ha megtanulják *„a bonctanból a testrészek belső felépítését, fekvését, egymáshoz való viszonyát, használatát; a kémiából, növénytanból mindazt, amit gyakorlati szempontból szükséges tanulni, mely dologban nem fogom engedni, hogy a hallgatók valamit elmulasszanak"*. *Markhot* egyelőre maga vállalja a tanítás egész terhét, csak az Irgalmas Kórházban levő chirurgustól vár segítséget. Bízik abban, hogy ez csak a kezdet, ha a tanulók jól vizsgáznak, annak híre megy, felbuzdulnak az eredmények láttán nemcsak a hazai orvosok, hanem egyéb jótevők is, alapítványokat tesznek és ezek jövedelméből később professzorokat lehet tartani, egyet kb. 3 év múlva, aki segítségül lesz a tanításban.

1769. november 25-e utáni szerdai napon *Markhot Ferenc* a püspöki iskolában díszes közönség előtt nagy beszédet mondott az orvosi oktatás jelentőségéről. Bejelenti, hogy megkezdi az orvostanhallgatók tanítását az Irgalmasok kórházában. A hallgatókról az egykori krónikás ezeket írja: *„Decem subituros auditores qui primi sunt in Hungaria Medices studiosi"* (tízen lesznek a hallgatók, az elsők Magyarországon, akik orvostant tanulnak). Ez az idézet is mutatja, hogy *Markhot* és hallgatói bátran és a tények világos ismeretében hirdetik, hogy Magyarországon az egyetemi színvonalú orvosképzés ezen a napon indult el, tanár és tanítványai nyitják meg a magyar orvosi fakultások és egyetemek tanári és hallgatói karának hosszú sorát.

1770. IX. 8-án *Brunswick Antal* királyi biztos előtt vizsgáznak az első magyar orvostanhallgatók, a Collegium Foglariánumban, a jogtudományi kar épületében, a mai Szilágyi Erzsébet Leánygimnáziumban. A vizsga jól sikerült, *Markhot* új erőt merített ebből, újabb tervezetet nyújt be, tanársegédek kinevezését, alapítványok létesítését sürgeti. Nem tudjuk név szerint kik voltak az első magyar orvostanhallgatók, csak a második év végéről maradt fenn háromnak a neve: *Palatini Jakab, Gogolák Imre, Tarcaly Sámuel. Markhot* később, másfél évtized múlva hivatkozik arra, hogy tanítványai, ha Egerben nem is fejezhették be orvosi studiumaikat, itt tanulták az alapokat, e tudás alapján szereztek orvosi képesítést, lettek a magyar közegészségügy hasznos tagjai.

1771/72-ben keltezés nélkül *Markhot* jelentést tesz az orvosi iskola működéséről, ismét az ösztöndíjakat sürgeti és *Blek Benjamin* kinevezését javasolja az anatómia és chirurgia tanítására. *Aloysius* irgalmas szerzetest pedig a botanika és kémia oktatására.

Bármilyen szépen is indult az orvosi iskola, az alapítványok nem jöttek, a professzorok nem kaptak megbízatást és legfőképpen az 1772-ben a Helytartótanácshoz benyújtott felterjesztést elutasították, az Egri Scola Medicinalis nem kapott jogot az orvosi képesítésre. Ez nem azért történt, mert a kezdeményezés kisszerű, vagy nem eléggé nívós volt, hanem mert 1770-ben talán éppen az egri kezdeményezést ellensúlyozandó, királyi rendelettel megalapítják a Nagyszombati Egyetem orvosi karát, mely semmivel sem rendelkezik nagyobb lehetőségekkel, de óriási a helyzeti előnye, közel van Bécshez és az udvar és a kancellária mindenható tisztviselői ellenőrizni tudják a tanítást. *Eszterházy* olasz műveltsége és szabadabb szelleme miatt nem élvezte az udvari körök bizalmát. Egerben 1775-ben megszűnik a Scola Medicinalis.

*Markhot*ban azonban benne van a tanítás szenvedélye — az a tulajdonság, mely annyira ritka ebben a korban. A tudás akkor féltett kincs, a legtöbben gondosan titkolják mások előtt azt a keveset, amit az orvostudományból elsajátítottak, mert ha más rájön a titkukra, felhasználja azt és ez anyagi és tekintélyveszteséget is jelent. Semmi sem volt *Markhot*tól annyira idegen, mint az ilyen mentalitás.

Időközben elkészült a Lyceum (a mai Pedagógiai Főiskola) és *Markhot* itt tanítja a bábákat és a borbélyokat. 1781-ben ugyanott bonctermet és kémiai laboratóriumot rendeznek be. Ez is bizonyítja, hogy Egerben nem szűnt meg az orvostan tanítása, csak a kényszerűség és a szükség alakította át a formát. Közben *Markhot* kiterjedt természetkutatást folytat, bejárja a Bükk és Mátra hegyvidékeit, tanulmányozza, vegyelemzi a forrásvizeket, ásványokat.

Úgy látszik, emberi magatartása nem volt mindig szerencsés. Összeütközésbe kerül az Egerben megtelepedett *Doslern Károly* orvossal és *Keszler János* igen tehetséges és ambíciós chirurgussal. Ma nem ismeretes teljesen a véleménykülönbség és harc oka, lehet, hogy féltékenység, vagy anyagi érdekek ütközése okozta az ellentéteket. *Markhot*nak sokat ártott a harc, sokak bizalma elfordult tőle, elveszti állásait, nyomorba kerül, majd mint írnok dolgozik tovább, éhbérért. Közben az orvoshiány miatt újra visszakerül kisebb orvosi állásba, itt éri őt az 1790-es esztendő.

II. József halála után magasba szöknek a remények az alkotmányosság visszaállításával. Markhot 72 évét meghazudtoló frisseséggel reagál az eseményekre: újabb tervezetet nyújt be és második egyetem megalapítását javasolja, amelyre egyetlen város alkalmas Magyarországon: Eger. Újból felajánlkozik a tanításra ingyen, az ügy szeretetétől áthatva. Mellette a pathológia tanítására *Doslern* vállalkozott. Ez annál meglepőbb, mert mint láttuk, *Markhot* és *Doslern* késhegyig menő harcot folytattak, olyan vádakat hangoztattak egymás ellen, amelyek az ellenfél becsületét, de anyagi létalapját is aláaknázták. De ha az orvosképzés ügye jött szóba, mindent félretettek, mindent elfelejtettek és közösen vállalják a tanítást, ingyen, lelkesedésből...

Közben *Hajnóczy*, a *Martinovics*-féle összeesküvés egyik vezére, a lánglelkű „aufklärista" is sürgeti, hogy hozzák az egyetemet Egerbe. *„Helyezzék át Egerbe a pesti Egyetemet, ha minden igazán nagyra törekvő kegyelmes egri püspök vallásfelekezetre való tekintet nélkül jól ellátja". (Czizmadia*

A.: Hajnóczy József közjogi-politikai munkái. Bp. 1958. 95. o.)

Sajnos azonban, a magyar kultúrtörténet nagy kárára, már nem támadt fel az Egri Scola Medicinalis és ezzel végeszakadt a félévszázados küzdelemnek és a páréves működésnek, és később az idők során már sosem támadt fel többé a gondolat az Egri Orvosi Kar felállítására. *Udvardy László* és *Breznay Imre* érdeme, hogy az első magyar orvosi iskola néhány adatát feltárták és megőrizték, ezzel nagyrészt a feledés homályából is kiemelték ezt a magyar egyetemi oktatás történetében igen értékes kezdeményezést. Kutatásainkkal igyekeztünk a hiányzó részeket pótolni, a kép még most sem teljes, reméljük, az elkövetkező évek során még újabb értékes adatok kerülnek napvilágra és gazdagítják ismereteinket.

Ringelhann Béla dr.
Soós Imre dr.

★

Az OOK 1961. évi kiadványai

Az Országos Orvostudományi Könyvtár 1961. évi kiadási tervében a legnagyobb súlyt a magyar orvosi szakirodalom feldolgozására helyezi. Ennek megfelelően továbbra is kiadja a Magyar Orvosi Bibliográfia című, negyedévenként megjelenő kiadványát, amelyben a kurrens irodalmat dolgozza fel. Emellett — több éves előkészítő munka eredményeképpen — 1961-ben megjelennek a magyar orvosi irodalom visszamenőleges (retrospektív) kötetei szakok szerint. Ugyancsak megjelenik a magyar orvosi könyvek bibliográfiája, amely az 1945—1956. évek közötti időszakot öleli fel.

Elsősorban az orvosi könyvtárosok tájékoztatására adja ki a „Magyarországra járó külföldi folyóiratok lelőhely-jegyzékét", a negyedévenként megjelenő „Orvosi Könyvtáros" c. folyóiratot és a „Tájékoztató az 1960—61-ben megjelenő külföldi orvosi könyvekről" c. kiadványt. Ez utóbbi a könyvrendelésekhez nyújt hasznos tájékoztatást.

Az olyan kiadványok, mint egy-két fontosabb kongreszus teljes anyaga, továbbá az OOK-ban készült fordítások jegyzéke (a fordítások kikölcsönözhetők) bizonyára az orvosok szélesebb köreit érdeklik majd.

Az OOK az alább részletezett kiadványokat jelenteti meg 1961-ben:

Magyar Orvosi Bibliográfia, 1—4. szám. Előfizetési díj egy évre	96.— Ft
Orvosi Könyvtáros, 1—4. szám. Előfizetési díj egy évre	40.— Ft
Magyar orvosi könyvek bibliográfiája (1945—1956), ára	40.— Ft
A szülészet-nőgyógyászat bibliográfiája (1945—1960), ára	50.— Ft
Az aneszteziológia bibliográfiája (1945—1960), ára	10.— Ft
A szemészet bibliográfiája (1945—1960), ára	30.— Ft
A fogászat bibliográfiája (1945—1960), ára	30.— Ft
Az orvostörténet bibliográfiája (1945—1960), ára	30.— Ft
Az orr-fül-gégészet bibliográfiája (1945—1960), ára	20.— Ft
A bőrgyógyászat-venereológia bibliográfiája (1945—1960), ára	30.— Ft
A Belgyógyász Kongresszus anyaga (1960. novemberben tartották meg), ára	40.— Ft
Magyarországra járó külföldi folyóiratok lelőhely-jegyzéke, ára	50.— Ft
Tájékoztató az 1960—61-ben megjelenő külföldi orvosi könyvekről, ára	30.— Ft
Orvostudományi fordítások jegyzéke, 1—2. szám, ára	20.— Ft

Az OOK arra kéri az e kiadványok iránt érdeklődőket, hogy megrendeléseiket már most küldjék meg az OOK gazdasági hivatalának (Budapest VIII., Szentkirályi u. 21), mert a kiadványokat korlátozott példányszámban állítják elő. Az előfizetési díjat az OOK 106450—70 számú Nemzeti Bank számlájára kell befizetni vagy átutalni.

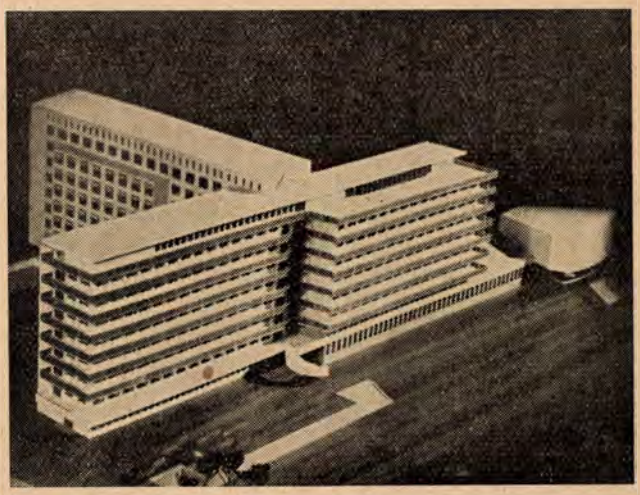
★

A pécsi egyetem klinikai tömbje

A Hospital and Health Management (London) c. folyóirat 1961. januári száma két képet és rövid összefoglalást közöl a Pécsi Orvostudományi Egyetem 400 ágyas klinikai tömbjének terveiről. A folyóirat egy magyar építészeti szaklapból meríti az

adatait, nevezetesen *Gádoros Lajos* egyetemi tanár, tervező mérnök cikkéből.

A közlemény ismerteti, hogy milyen klinikák nyernek majd elhelyezést az új épületben. Eszerint: 120 ágyas sebészeti, 120 ágyas belgyógyászati, 60 ágyas ortopédiai, 60 ágyas szemészeti, 40 ágyas izotóp-terápiás, valamint röntgenklinika helyezke-



dik el itt. Az épülettömbben ezenkívül — a klinikáktól függetlenül, mintegy kiegészítő osztályokként — baleseti sebészeti osztály, központi laboratórium, utókezelő osztály (vízgyógyintézet és fizikoterápia), rendelőintézet és gyógyszertár is működik

majd. Az épülethez 200 hallgatóra méretezett előadóterem csatlakozik.

Az épület tervezésekor figyelembe vették, hogy az egyes részlegeknek — zavartalan működésük biztosítása céljából — külön bejárata legyen. A főbejárat a T-alakú épület északi szárnyának a végén (a T szára) van. A szakrendelőintézet bejárata a keleti szárny végén van, külön út vezet hozzá.

A T-alakú épület kelet-nyugati tájolású „vízszintes" szárában helyezkedik el a klinikai rész, hat, egyenként 30 ágyas egység. E rész földszintjén van a rendelőintézet, az I. emeleten a radiológia. A kórtermek és betegszobák ablakai délnek nyílnak, a kertre néznek. A legfelső emeleten van a könyvtár, a kultúrhelyiségek és az ebédlő.

Az épület északi szárnya (a T függőleges szára) a laboratóriumi szárny, részben a műtők is itt helyezkednek el. Földszintjén van a betegfelvétel, a baleseti sebészet és a gyógyszertár. Az első emeleten az irodák és a központi várócsarnok nyer elhelyezést. A II. emeleten röntgenek és oktatóhelyiségek vannak, a III. emeleten diagnosztikai és kísérleti laboratóriumok, valamint a belgyógyászati klinika oktatóhelyiségei. A IV. emelet a szemészeté: műtők és oktatóhelyiségek, az V. és VI. emelet az ortopédiáé és a sebészeté (műtők stb.). A VII. emeleten vannak a központi kísérleti laboratóriumok, a VIII. emeleten pedig a klinikai tömb központi gépi berendezése foglal helyet.

*

IN MEMORIAM

Meghalt N. Hortolomei román sebésztanár

Bukarestben eltemették dr. *Nicolas Hortolomei* akadémikust, a bukaresti orvosegyetem sebészeti professzorát, a Román Népköztársaság kiváló orvosát. Ötven éven keresztül kiváló fizikumával, törhetetlen munkaerejével, kora reggeltől késő estig dolgozott, több kórházban operált, az egyetemen tanított és még arra is volt ideje, hogy a közügyekkel foglalkozzon.

Hortolomei professzor tudományos munkáinak százai világszerte ismeretesek és gazdag tudományos tevékenységéért nemcsak a román Tudományos Akadémiának, hanem a párizsi Orvosakadémiának, a leningrádi Sebészeti Társaságnak, a Nemzetközi Sebészeti Egyesültenek és több más külföldi tudományos társaságnak tagjává választották. Tudományos munkássága főleg az urológia, a szív és a vérerek sebészetének tárgykörére szorítkozik. Fiatalon nevezték ki a jassyi egyetem tanárává és rövidesen feltűnt ragyogó sebészeti és oktató tevékenységével. Néhány év múltán Bukarestbe került, ahol az elsők között tanulmányozta és tette magáévá az orvostudomány pavlovi elméletét. *Hortolomei* magatartása a betegek iránt a legnagyszerűbb példa marad a fiatalabb orvosgeneráció számára. Munkásságáért a párt és a kormány magas kitüntetésekben részesítette, de a legnagyobb elismerést az a határtalan részvét mutatta, mellyel koporsóját a román orvosi kar, tanítványai és volt betegei vették körül.

Hortolomei professzor több mint 300 szakmunkája mellett részt vett a politikai életben is: egy ideig egészségügyi miniszter volt, majd később, mint a Román Orvosok Egyesületének elnöke, a haladó szellemű értelmiség soraiban harcolt a béke és a népek közötti barátság eszméinek érvényre juttatásáért. Páratlan munkabírásával halála percéig ott volt kórházában és ezzel is méltó módon fejezte be munkásságát, mely örök példája marad egy nagy orvos életének és elmúlásának.

*

KONGRESSZUSOK

Nemzetközi kongresszus a zaj és lárma által okozott megbetegedések elhárítására

Rómában számos nemzet orvosai és technikai szakértői gyűltek össze minisztereik vezetésével, hogy napjaink nagy problémájáról, a zaj és lárma okozta ártalmak elleni védekezésről tanácskozzanak. A kongresszuson 20 nemzet kormányküldöttsége jelent meg, közöttük a Szovjetunió, Csehszlovákia, Jugoszlávia, Egyiptom, Franciaország, Spanyolország, Izrael, Tunisz, Nyugat-Németország, Görögország, Chile, Nagy-Britannia, az Egyesült Államok, Jordánia, Kanada és Olaszország legkiválóbb szakértői, orvosok, jogászok, mérnökök és más szakértők.

A Rómában megjelent delegátusokat az olasz kormány nevében *Zaccagnini* közmunkaügyi miniszter üdvözölte és megnyitó beszédében vázolta mindazon fáradozásokat és intézkedéseket, amelyeket az olasz kormány az utolsó évtizedben életbe léptetett a zaj elhárítása érdekében — sajnos mind ez ideig negatív eredménnyel.

Az első előadást *Angelini* szenátor tartotta *„A zaj által az emberi szervezetben okozott károkról"*. Elmondotta, hogy az olasz kormány most új tervezetet dolgozott ki, melynek életbeléptetésével eredményeket lehet elérni. A tervezet szerint minden üzemet szakértőkkel meg kell vizsgáltatni és a túl nagy zajt okozó gépezeteket más megoldásokkal kell helyettesíteni. A motorizált járművek rendőri ellenőrzésénél drasztikus szabályokat léptetnének életbe a közismert zajok megszüntetésére. A város központjában levő pályaudvarokat a peremvárosokba kitelepítenék. A forgalmat úgy szabályozzák, hogy minden zajos közlekedési eszköz útvonalát a kórházak, menhelyek, vagy tudományos intézetek közelségéből elterelnék. A legfontosabbnak tartja azonban a lakosság, különösen a fiatal generáció nevelését, hogy alkalmazkodni tudjanak a csendrendelet szigorú szabályaihoz, megismertetvén velük azokat a károkat, melyeket az állandó zaj az emberi szervezetben előidéz.

A kongresszus legérdekesebb előadását a népes szovjet delegáció vezetője, *Serenko* miniszter tartotta. A szovjet kormány — mondotta — már

hosszabb idő óta gondoskodott a legszigorúbb csendrendelet életbeléptetésével a zaj elhárításáról, úgy az üzemekben, mint a lakóházakban. Azonban a jó eredmények elsősorban a szovjet dolgozók fegyelmezett magatartásának köszönhetők. A zaj elhárításában eredmény csak akkor érhető el, ha abban minden ország közreműködik és ezért üdvözli a szovjet kormány a római kongresszust, mert úgy látja, hogy egy újabb békés nemzetközi összefogás van kialakulóban, mely megvalósulás esetén komoly eredményeket hozhat. A szovjet delegáció orvosvezetője ismertette a szovjet Egészségügyi Minisztérium 1957-ben kiadott zaj elleni rendelkezéseit, amely az üzemi orvosokat és a rendőrhatóságokat teszi felelőssé a csendrendelet betartásáért.

Az Egyesült Államok küldöttségének vezetője beismerte, hogy az amerikai nagyvárosokban nem tudják leküzdeni a technikai haladás és a túlnépesedés által okozott, éjjel-nappal tartó nagy zajt és lármát. Káros következményei pl. New-Yorkban szemmel láthatók, mert a zajos városnegyedekben született és nevelkedett gyermekek fejlődésükben erősen visszamaradnak és hajlamosabbak mindennemű megbetegedésekre. Feltétlenül szükséges egy szigorúan végrehajtott kormányintézkedés, amely, ha nem is tudja megszüntetni, de mérsékelni fogja a nagyvárosok zaját.

A francia *Besson* akadémikus ismertette az új francia csendrendelet részleteit, amely jelenleg a francia nemzetgyűlés előtt várja törvénybe iktatását.

A kongresszus az indítványok feldolgozására bizottságot választott, melynek tagjai az egyes küldöttségek vezetői lettek. A bizottság elhatározta, hogy együttműködésre szólítja fel a római kongresszuson meg nem jelent államok kormányait, és javaslatot dolgoz ki, amely kötelező hatállyal bírna valamennyi résztvevő állam illetékes hatóságai számára. Tanulmányozni fogják az érvényben levő csendrendeleteket és a legjobban bevált módszereket ajánlani fogják megvalósítás végett a tagállamoknak. A bizottság nagy súlyt helyez a társadalmi nevelésre, mert a túlzásba vitt zaj és lárma mérséklése elsősorban az egyén önfegyelmezésétől függ. A kongresszus azzal a szilárd hittel zárta le több napig tartó tárgyalásait, hogy hasznosan szolgálta a világ népeinek együttműködését.

*

Az Európai Hematológus Társaság VIII. Kongresszusa

Az Európai Hematológus Társaság 1961. augusztus 28-tól szeptember 2-ig tartja VIII. kongresszusát Bécsben, a bécsi egyetem helyiségeiben. A kongresszus elnöke: dr. *A. Hittmair* professzor.

A kongresszus fő témái: a limfociták; citológia és citokémia; sugárártalmak; anémiák; leukémiák; immunhematológia; sebgyógyulás és vérzéscsillapítás; plazmakémia. E fő témákon kívül azonban egyéb közleményeket is be lehet nyújtani a hematológia területéről.

A kongresszus keretében több kerekasztal-konferencia lesz. Külön ülésen foglalkoznak majd a vérátömlesztés és a szerológia kérdéseivel.

Az előadások és közlemények összefoglalóit előre be kell küldeni: német, angol vagy francia nyelven, legfeljebb 300 szóban, két példányban. Az előadások maximális időtartama 20 perc, a közleményeké 10 perc.

Részletesebb felvilágosítás a kongresszus főtitkárától nyerhető: dr. H. Fleischhacker prof., Wien IX., Frankgasse 8.

Nemzetközi kongresszusok 1961-ben

— A Nemzetközi Orvostudományi Szervezetek Tanácsa (CIOMS) adatközlése nyomán —

Idő	Hely	Kongresszus	Főtitkár (információ)
IV. 24—29.	Chicago	A nemzetközi patológus akadémia évi ülése	F. K. Mostofi, Arm. Forc. Inst. of Path., Washington 25. D. C.
V. 22—27.	Párizs	3. világkongresszus a foglalkozási betegségek megelőzéséről	E. Perrin, Paris 8., ave. Montaigne 9 Inst. Nat. de Sécurité
V. 22—27.	Bécs	Igazságügyi és társadalmi orvostudomány 5. nemzetközi kongresszusa	prof. Breitenecker, Wien IX., Sensengasse 2.
V. 25—27.	Róma	Nemzetközi Bronchológus Társaság 11. kongresszusa	G. Fegiz, Ospedale Forlanini, Roma, Piazza Forlanini
Tavasz	Olaszország	Európai Elmegyógyász Liga 11. gyűlése	Italian League for Mental Health, Roma Via Fornovo 12.
VI. 4—10.	Montreal	3. pszichiátriai világkongresszus	A. Roberts, Montreal 2, Pine Ave, West 1025.
VI. 5—9.	Velence	12. nemzetközi kórházügyi kongresszus	Intnl. Hospital Federation, London S. E. 1., London Bridge Str. 24—25.
VI. 9—11.	Torino	Az Orvosi Sajtó Nemzetközi Szövetségének 5. kongresszusa	Minerva Medica, Torino, Corso Bramante 83.
VII. 6—12.	Tours	A mezőgazdasági orvostudomány 1. kongresszusa	Tours (France), blvd. Tonnellé 2/b.
VII. 10—14.	Genf	A Nemzetközi Diabetes Szövetség 4. kongresszusa	B. Rillet, Geneve, blvd. des Tranchées 4.
VII. 10—14.	London	3. nemzetközi diétetikus kongresszus	miss B. J. Jamieson, London S. W. 3., Brompton road 251.

Idő	Hely	Kongresszus	Főtitkár (információ)
VII. 17—21.	New York	4. orvosi elektronikus konferencia	Winner, New York 36, 42nd Street 152 W.
VII. 23—29.	Párizs	7. nemzetközi fül-orr-gégész kongresszus	H. Guillon, Paris 17., Ave. Mac-Mahon 6.
VII. 24—30.	Rio de Janeiro	Nemzetközi Urológus Társaság 12. kongresszusa	J. Silva de Assis, Belo-Horizonte, E. de Minas Gerais, P. O. B. 1275.
VII. 30—VIII. 3.	Edinburg	22. nemzetközi pszichoanalitikus kongresszus	miss P. King, London W. 1., New Cavendish str. 63.
VII. 31—VIII.4.	Stockholm	Nemzetközi biofizikus kongresszus	Lindström, Stockholm 60., Karolinska Institutet
VIII. 10—16.	Moszkva	5. nemzetközi biokémiai kongresszus	N. M. Sziszakjan, Moszkva B. 71. Lenin szkij proszpekt 33.
VIII. 13—19.	Koppenhága	Az alkalmazott pszichológia 14. kongresszusa	K. Palsvig, Copenhagen K., St. Pederstraede 19.
VIII. 14—19.	Bécs	A szellemi elmaradottságról tartandó 2. kongresszus	O. Stur, Bécs IX., Lazarettgasse 14.
VIII. 21—26.	Bécs	5. nemzetközi pszichoterápiás kongresszus	W. Spiel, Bécs IX., Lazarettgasse 14.
VIII. 28—IX. 2.	Bécs	Európai Hematológus Társaság 8. kongresszusa	H. Fleischhacker, Bécs IX. Frankgasse 8.
VIII. 31—IX. 2.	Bécs	Exfoliatív citológia kongresszus	R. M. Graham, Buffalo, N. Y. USA., Elm street 666.
VIII. 30—IX. 5.	Párizs	6. nemzetk. elmegyógyász kongresszus	Ligue francaise d'hygiene mentale, Paris, rue Tronchet 11.
Augusztus végén	Cleveland	3. kongresszus az ultraszónikus orvoslásról	J. H. Aldes, Los Angeles, Fountain Ave. 4833.
Augusztusban	London	7. kongresszus a mikrobiológiai standardizálásról	J. Ungar, Greenford, Middlesex, Glaxo Labor.
IX. 2—9.	Dublin	Nemzetközi Sebésztársaság 19. kongresszusa	P. Martin, Bruxelles 5., rue des Champs-Élysées 43.
IX. 7—9.	Dublin	Nemzetközi Cardiovascularis Társaság 5. kongresszusa	H. Haimovici, New York 21., Park Ave. 715.
IX. 3—9.	Bécs	Nemzetközi Szülész-nőgyógyász Szövetség 3. kongresszusa	J. Froewis, Bécs IX., Spitalgasse 23.
IX. 4—7.	Róma	10. nemzetközi kongresszus a reumás betegségekről	C. B. Ballabio, Milano, Via F. Sforza 35.
IX. 4—9.	Prága	4. nemzetközi angiológus kongresszus	Gerson, Paris 8., rue Pasquier 4.
IX. 5—9.	Istanbul	9. nemzetközi vasútorvosi kongresszus	J. Ortega, Paris 10., rue de Chateau Landon 13.
IX. 7—12.	Róma	2. nemzetközi humángenetikai kongresszus	Instituto G. Mendel, Roma, Piazzo Galeno 5.
IX. 4—8.	München	4. nemzetközi neuropatológus kongresszus	H. Jacob, Marburg, Ortenbergtstrasse 8.
IX. 7—13.	Róma	5. nemzetközi EEG és neurofiziológiai kongresszus	R. Vizioli, Roma, Viale dell'Universita 30.
IX. 10.	Róma	Epilepszia elleni küzdelem nemzetközi szövetségének 9. gyűlése	R. Vizioli, Roma, Viale dell'Universita 30.
IX. 10—16.	Róma	7. nemzetközi neurológus kongresszus	G. Alema, Róma, Viale dell'Universita 30.
IX. 10—14.	Toronto	16. nemzetközi tuberkulózis konferencia	C. W. L. Jeanes, Ottawa, Elgin street 265.
IX. 12—15.	Athén	Gyógyszerészeti tudományok 21. nemzetközi kongresszusa	Fédération Intnle Pharmaceutique, Hague, Alexander Straat 11.
IX. 11—17.	Aachen Liege	Élelmiszerekről és tápanyagokról tartandó 7. nemzetközi konvenció	Hannover-Kirchrode (NSZK), Bemeroder strasse 61.
IX. 15—20.	Rio de Janeiro	WHO közgyűlésének 15. ülése	New York 19., Columbus circle 10.
IX. 18—22.	Róma	6. neurocardiológiai symposium	E. Valentino, Roma, Piazza Colonna 193.
IX. 26—30.	Párizs	Repülésegészségügy 6. európai kongresszusa	CERMA, Paris 15., Avenue de la Porte de Sevres 5/b.
IX. 29—X. 1.	St. Vincent	Konferencia az életkörülményekről, egészségügyről és gazdasági fejlődésről	F. Scholl, Bécs VII. —Burggasse 71/6.
X. 6—8.	Párizs	A CIOMS közgyűlésének 5. ülése	CIOMS, Paris 16., rue Franklin 5.
X. 6—8.	Genf	Nemzetközi Terápiás Szövetség 7. kongresszusa	R. Rentchnick., Geneve, Case postale 229
X. 14—20.	Washington D. C.	2. nemzetközi idegsebész kongresszus	B. S. Ray, New York 21., 68 street 525 E.
X. 15—20.	New York	4. nemzetközi allergológus kongresszus	W. B. Sherman, New York 22. 58 street 60 E.

Folyóiratreferátumok

Járványtan

Fertőző betegségek elleni küzdelem a hétéves terv idején. Zsdanov V. M. Terapevticseszkij Archiv. 1960. *XXXII.* 5. 3.

Az egészségügy egyik alapvető feladata a hétéves tervben a fertőző betegségek elleni további harc. 1—1½ év alatt a Szovjetunió területén fel kell számolni a malária. 1946-ban 3,3 millió, 1950-ben 781 329 és 1959-ben 1500-nál kevesebb eset fordult elő. Folytatni kell az egyes hordozók felkutatását, gyógyszeres kezelését, az endémiás területekről érkezett egyének vizsgálatát.

Néhány év alatt fel kell számolni a diftériát. Ez sok szovjet városban szerzett tapasztalat, valamint a külföldi adatok szerint lehetséges. Leningrádban 1950-ben 1054, 1955-ben 467 és 1959-ben csak 21 megbetegedés fordult elő. Jó eredmények elérhetők: a védőoltások jó megszervezésével, a diagnosztikai munka javításával és a gócban folytatott járványellenes intézkedésekkel. A diftériával együtt, a kombinált oltások következtében, csökkenie kell a pertussisnak is.

Komoly eredményeket értek el az utolsó években a poliomyelitis elleni harcban is. 1957-től kezdve Salk-vaccinával több, mint 15 millió gyermeket oltottak be a legmagasabb morbiditású helyeken. Ez megállította az 1950-es évek elejétől kezdődő emelkedő tendenciát. Az élő vaccinával végzett kísérletek eredményeseknek mutatkoztak. 1959-ben több mint 15 millió személyt oltottak be és 1960. első felében elvégzik 20 éves korig a védőoltásokat.

A 7 éves terv idején fel akarják számolni a szifilisz friss formáit, favust, trachomát, ankilosztomiázist, taeniazist, veszettséget, moszkitólázat, bőr leishmaniosis városi formáját és egyéb helyi jellegű megbetegedéseket. A felsoroltak a szifiliszen kívül helyi jellegű megbetegedések, melyeket a helyi egészségügyi és állami szervek együttes munkája megoldhat.

Gyorsítani kell a hastífusz, dizentéria, egyéb enterális fertőzések, brucellosis, tbc. megbetegedések számának csökkentését. Az enterális fertőzések ellen az 50-es évek elején megkezdett küzdelem (gyógyítás, diszpanzerizálás, gócok szanálása, egészségügyi kultúra emelése) helyesnek bizonyult és az utóbbi 5 évben a megbetegedések száma állandó csökkenéshez vezetett. A munkába be kell kapcsolni a gyermekgyógyászokat is. A betegségek számának csökkenésében szerepet játszanak a lakásépítési és kommunális beruházások is.

Komoly figyelmet kell fordítani azokra a betegségekre, melyek ellen nincs radikális védekezési eszköz. Itt a feladat: a megbetegedések emelkedésének megakadályozása. Az influenza elleni védőoltások egyes években tapasztalt alacsony hatásfoka elkedvetlenítette az egészségügyi szerveket. Tovább kell javítani a vaccinát és fokozni a védőoltások számát. Széleskörűen kell alkalmazni az influenza elleni immunsavót gyógyításra és a betegekkel érintkezett személyek megvédésére. A kanyarós letalitást a legfiatalabbak között lényegesen csökkenti a gammaglobulin. A teljes megoldás a védőoltás, melynek megvalósítása néhány éven belül várható.

Az angina, scarlatina, influenza, hepatitis ellen ma még döntő a gyógyító-megelőző munka, melyet csak kiegészítünk a specifikus védekezéssel. *Solt Katalin dr.*

*

Streptococcus fertőzések megjelenését és terjedését elősegítő tényezők egy kis falu lakósai között. Šramek J. Zsurnal Gigiénü, Epidemiologii, Mikrobiologii. 1960. *IV.* 293.

5 éven keresztül figyelték egy 340 lakosú faluban a streptococcus (strcc.) fertőzések megjelenését és terjedését. Cél: 1. milyen a kapcsolat a streptococcus megbetegedések megjelenése, egyes típusok megjelenése és elterjedése között, hogyan megy végbe a típusok cseréje. 2. Milyen alapvető módon terjed a strcc. fertőzés a faluban.

Rendszeresen figyelték a strcc. megbetegedéseket és időnként a lakosság nagy részénél szűrővizsgálatot végeztek. A lakosság kb. 40%-a naponta autóbuszon jár munkába, iskolába a közeli városba. A községi alsótagozatú osztatlan iskolának 31—37 tanulója van. A családok $^4/_5$ része naponta találkozott tehát más kollektívához tartozó egyénekkel.

1954. VII.—1959. VI. között 13 scarlatina, 221 angina, 4 lázas lymphadenitis volt a községben. Az angina után 2 gyermek esetében rheumás láz, 1 felnőtt esetében erythéma nodosum lépett fel.

5 év alatt 15 szerologiai típust sikerült kitenyészteniük. A vizsgáltak 71%-ából 5 típust izoláltak, melyek egymás után jelentkeztek,

Több hetes ambulans
Gracidin-
KEZELÉS
alatt is
egyenletes
marad
a testsúly
csökkenése;
a felvett
táplálék
mennyisége
és
a szervezet
valóságos
táplálék
szükséglete
között
normális
egyensúlyi
állapot
áll elő

PHARMACOLOGIAI ÉS KLINIKAI VIZSGÁLATOK SZERINT A

GASTROPIN

NEMCSAK A PARASYMPATHICUS VÉGKÉSZÜLÉKEKET, HANEM A VEGETATIV DUCOKAT IS BÉNÍTJA.

EGYT

mint betegségek előidézői. Ez ténylegesen olyan pathogén típusok cseréje, melyek megjelenésükkor újak a lakosság számára. Megjelenésükkor megbetegedéseket okoztak, majd utána néhány hónapon keresztül megtalálták őket a felső légutakban, klinikai tünetek nélkül. 5 év alatt nem okozott ismételt megbetegedést ugyanazon típus. A típusok elterjedésében nagy szerepet játszott a helybeli iskola. Az iskolások családjában mindig egy bizonyos strcc. törzs dominált, mely a többi család tagjai között nem, vagy alig volt megtalálható. Ezt azzal magyarázzák, hogy a helybeli iskola volt a legzártabb kollektíva. 1954. és 1959-ben az iskolai járvány idején alkalmazott penicillin-kezelés után az egész faluban csökkent a megbetegedések száma.

Solt Katalin dr.

★

A methylénkék fotodinámiás hatása, mint vírus inaktiválási módszer. Ananyev V. A., Blinova M. I.: ZsMEI 1960. 7. 22—26. (Előzetes közlemény).

Nem megoldott kérdés a hepatitis vírus inaktiválása a vérsavóban.

Ismeretes, hogy a methylénkék fotodinamiás hatása felhasználható baktériumok, vírusok és toxinok inaktiválására. Az inaktivált kórokozók immunogén hatása, az irodalmi adatok szerint, nem változott meg, így alkalmasak vaccina készítésére is. A szerzők modellként a kullancs encephalitis vírusát választották, mely külső befolyásokkal szemben eléggé resistens, ezenkívül több állathepatitis vírusnál találni encephalitist okozó hatást. 96 W égővel 20 cm-ről besugárzott vírus phys. NaCl-ban 10^{-2} hígításban 10—20 perc alatt, lósavóban 10^{-3} hígításban 2 óra alatt részlegesen, 3 óra alatt teljesen inaktiválódott. Rtg.-besugárzás nem aktiválta a methylenkék vírusra gyakorolt hatását. Az immunsavók immunogen hatása methylenkék hozzáadására nem szűnt meg, besugárzás után jégszekrényben tartva még 16 nap múlva is megőrizte védőhatását. A szerzők módszerüket javasolják donorsavók kezelésére és epidemiológiai kipróbálásra.

Solt Katalin dr.

★

Tüdőgyógyászat

A haemothorax kezelésének gyors módszere. F. A. Effendiev (Szovjetunió) Abstracts VI. Internationaler Kongress Für Erkrankungen der Thoraxorgane. Wien 1960. 47—48.

A beavatkozás lényege abban áll, hogy a vért eltávolítjuk, amelyet a pleuraüreg mosása követ, majd az extravasatum felszámolását a haemolyzált vér visszafecskendezésével segítjük elő. A módszert a haemothorax-képződés 2., 3. napján, csak a vérzés teljes megszűnése után szabad alkalmazni. A haemolyzáló folyadék destillált víz, vagy novocain (Procain) 0,25%-os oldata lehet. A punctiós tűt légmentesen 3 fúratú csap segítségével a mosó- és haemolyzáló folyadékot tartalmazó edényekkel, valamint a pleuraűr evacuálása szolgáló berendezéssel kell összekapcsolni! Miután az extravasatumot lehetőség szerint leszívtuk, kb. 300 ml haemolyzáló folyadékot beengedünk a mellhártyűrbe, a keletkezett haemolyzátumot 3—4 perces időközökben leszívjuk. A mosást ismételjük, anélkül, hogy levegőt engednénk a mellüregbe. Minden ismétlés után a leszívott folyadék tisztább, végül színtelenné válik. A mosófolyadék Hgb és fehérjetartalma fokozatosan csökken, míg az utolsó adagban csak nyomokban lelhető fel. Mielőtt a tűt kihúzzuk, antibiotikus sorozatot iniciálunk a pleuraüregbe. Ha szükséges, 1—2 napon belül controll-pleurapunctiót végzünk. Ha az 1. mosás után még coagulum marad a mellüregben, ez később feloldódik és ismételt punctióval kimosható. 160 különböző haemothorax-szal szerzett tapasztalat nyomán ez a gyors módszer sietteti, elősegíti a gyógyulást, minthogy bármily nagy haemothoraxot kiküszöböl néhány nap alatt. A pathogen mikroflóra kifejlődése kellemetlen szövődmény. Ez az eljárás megóvja a haemothorax-ot a későbbi gennyesedéstől és a legkisebbre csökkenti a masszív pleuralis adhaesio és fibrothorax kifejlődését.

Sikerrel alkalmazták ezt a módszert a haemarthrosis kezelésére is.

Miskovits Gusztáv dr.

★

Bőrgyógyászat

Dermatomykosisok griseofulvin kezelése. Peter, H.: Wien. Klin. Wschr. 1960. 72, 261.

A szerző a bécsi I. sz. bőrklinikának 41 griseofulvinnal kezelt dermatomykosis therapiás tapasztalatait a következő irányelvekben foglalja össze: 1. Minden griseofulvin kezelés előtt feltétlenül tenyésztési vizsgálat végzendő. 2. A griseofulvin teljes mértékben való hatásosságához kezdetben 25-30 mg/kg dosisok szükségesek. Ezt a dosist 7-14 napig ajánlatos adni. 3. A fenntartó dosis naponta 10-15 mg/kg. 4. A dosis fenntartása a normális bőr mykosisainál 3-5 hétig tenyér és a talp gombás betegségeinél 5-10 hétig, körömbetegségeknél 4-6 hónapig ajánlatos. 5. A

griseofulvin kezelést tanácsos és gazdaságos helyi therapiával is kiegészíteni (hámlasztás, fejmosás, szőrzet borotválása, köröm levétele, stb). 6. A kezelés alatt időnként a vérkép, vizelet, gombalelet ellenőrizendő. 7. A gombalelet negatívvá válása után is még legalább 2-3 hétig a fenntartó dosis tovább adandó. A griseofulvin védőhatásának ideje a reinfectioval szemben pontosan nem határozható meg. A szerző griseofulvin kezelésre javasol minden griseofulvin érzékeny gomba okozta felületes és mély folyamatot.

Pastinszky István dr.

★

Alopecia areata kezelése subcutan hydroadreson befecskendezésekkel. Rossberg, J.: Dermat. Wschr. 1960, *142*/42, 1129—1135.

A szerző 16 éves fiúbetegének egy éve fennálló alopecia areata esetében a szokásos kezelések (spiritus crinalis, 5% nikotinsavpropylesteer percutan, cyren kenőcs bedörzsölések, acetylcholin helyi befecskendezése, kékfény besugárzás, B+C vitamin) eredménytelenek voltak. Ezután 2× hetente hydroadreson (hydrocortison Organon, 1 ml:25 mg) vizes oldatát fecskendezte vékony tűvel subcutan a három alopeciagóc egyikébe a vizelet és vérnyomás állandó ellenőrzése mellett. Az eredmény meglepő volt; már 14 nap (4 befecskendezés) után mind a három gócban a szőrzet újra serkedni kezdett. 8 hét múltán ezen reménytelennek látszó esetben 20 hydroadreson (összesen 500 mgr) befecskendezése után kielégítő therapiás hatás mutatkozott, bár a szerző szerint is kétséges, hogy a kozmetikai eredmény tartóssága várható-e. *Ref.: Sajnos az alopecia areata ACTH vagy mellékvesehormon kezelése nem jelent gyógyulást, csupán »niveau eltolódást«: a gócok kisebbednek, de az egyén továbbra is beteg marad és a hormonkezelés megszüntével a szőrzet újból kihullik; emellett a localis befecskendezések igen fájdalmasak.*

Pastinszky István dr.

★

Hyperpigmentatiók kezelése hydrochinonmonobenzylaether kenőcscsel. Langhof H. és Zabel R.: Zschr. f. Hautkrh. 1959. *26*. 274.

12 hyperpigmentatioban szenvedő betegükön próbálták a bőr melanineredetű festenyzettségét hydrochinonmonobenzylaether kenőcscsel eltüntetni. A kezelés kezdetén bőrpróbát végeztek. A gyógyszert (Depigman forte 5%) kétszer naponta dörzsölték a hyperpigmentált területre, amíg a kívánt hatás nem jelentkezett; ez gyakran két-három hónapi kezelés után következett be. A további kezelésben a kiújulás megelőzésére naponta egy ízben 5% Depigman-kenőcsös bedörzsölést ajánlanak. Nézetük szerint a hydrochinonmonobenzylaether a bőrben a már kész melanint nem halványítja, viszont a melanin képződését gátolja. A gyógyszerrel sensibilisatiot nem észleltek. *Pastinszky István dr.*

★

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

Bázikus festékek intraventrikuláris adása gyermekek kommunikáló hydrocephalusa kezelésére. Mundinger F.: Arch. Psychiatr. u. Zeitschr. Neurol. 1960. *200*, 462—479.

Macskakísérletekben brillantkrezylkék és Bismarckbarna, illetve níluskék (A) intraventrikularis injiciálása csökkenti a plexus chorioideus liquor-szekrécióját.

Az utóbbi 7 évben a szerző 19 hydrocephalusban szenvedő gyermeket kezelt az említett festékek intraventrikularis, 4—7 alkalommal megismételt, növekvő adagolásban történő alkalmazásával. Az egyes befecskendezések közötti időszakot fokozatosan növelte, regresszió esetén újra csökkentette. Átmeneti lázon és hányáson kívül egyéb izgalmi tünetet a meninxek részéről nem észlelt, a szervezet feltehetően csakhamar adaptálódott az idegen anyaghoz. 3—6 évi megfigyelési idő mérlege: 6 esetben a hydrocephalus megállapodott, 5-ben lassult a progresszió (?), 8 exitált. *Szórády István dr.*

★

Indirekt lipase-aktivitási próba perorális jódterhelés segítségével. Bachmann K. D., De—Yi Wang: Zeitschr. Kinderheilk. 1960. *84*, 512—521.

Perorális jód (Jodipin) adása után a gyomorbél-csatornában egészségeseknél lipase-hatásra jód szabadul fel és ez 4 órán belül a vizelettel távozik a szervezetből. Amennyiben a vizeletben nem jelenik meg ez idő alatt jód, ez a lipase-aktivitás csökkent vagy hiányzó voltára enged következtetni. A szerzők egészséges csecsemőknél (52 vizsgálat) minden esetben „jódpozitivitást" észleltek, míg dystrophiás csecsemőknél az esetek kb. $^1/_5$-ében elhúzódó vagy csökkent, illetve hiányzó jódürítést észleltek („jód-negatívak"). 7 pankreasfibrosisban szenvedő csecsemőnél ugyancsak csökkent, vagy hiányzott a Jodipint követő jódürítés. A szerzők végeredményben a próbát gyermekgyógyászati alkalmazásra is alkalmasnak tartják, különösen a pankreasfibrosis diagnózisa felállításában hangsúlyozzák azonban, hogy

A GRACIDIN
étvágyszabályozó hatása a túlzott étvágyat, a túltápláltságra való hajlamot és a velük járó kövérséget korlátozza

ekkor sem pótolja, csupán kiegészíti az egyéb szokásos vizsgáló eljárásokat (verejték-elektrolyt-meghatározás, duodenális nedv vizsgálata stb.). *Szórády István dr.*

★

A cseretransfusio halálozása. Boggs T. R. és Westphal M. C. — Pediatrics, 1960. *26*, 745—755.

A philadelphiai transfusiós szolgálat az utóbbi 7 év alatt 656 csecsemőn 1139 esetben végzett cseretransfusiót. Csaknem minden esetben a köldökvénán keresztül sikerült a cserét egy catheterrel elvégezni, az esetek 1%-ában kellett a köldökvénát sebészileg kipreparálni, s mindössze 0,4%-ban kötötték be a véna femoralisba a cathetert. A transfusióhoz citratos vért használtak, 5 naposnál soha sem idősebbet. A transfusió megkezdésekor 1—4 ccm 10%-os Caglykonatot adtak i. v., amit minden 100 ccm vér beadása után megismételtek. Átlagban 500 ccm vért használtak fel a cseréhez, ami a beteganyagukon az eseteknek kb. 90%-ában a csecsemő vérmennyiségének 1,5—2,5-szeresét jelentette. A csecsemő vérmennyiségét testsúly kg-onként 80 ccm-nek vették. A vércserét a legtöbb esetben (96%) tervszerűen be tudták fejezni s csak néhány esetben kényszerültek technikai okokból, vagy a csecsemő általános állapotának súlyosbbodása miatt, előbb abbahagyni. Azokat az eseteket, melyek a transfusiót követő 6 órán belül meghaltak, vették a csere következtében beállott halálozásnak, bár egy esetet kivéve mindegyiknél nagyon súlyos volt a klinikai kép s a halál oka valószínűleg inkább az alapbetegség volt. Összesen 21 esetben következett be a halál a vércserét követő 6 óra alatt, 19 eset Rh (4,3%) és 2 eset ABO incompatibilitás (1,5%) volt. *Varga Ferenc dr*

★

Hypophysektomia hatása retinopathiával és nephropathiával járó súlyos juvenilis diabetesben szenvedő betegek állapotára. (Hernberg C. A. etc.: Acta Endocr. 1959 *31*. 241—248.).

10 betegnél távolították el teljesen, vagy részben az agyfüggeléket. A műtét után az inzulinszükséglet a korábbi felére csökkent, a nephropathia progressziója lassult, a szemfenéki vérzések felszívódtak. A postoperatív szak veszélyei: hypoglykaemia, epilepsiás rohamok, allergiás jelenségek, hypokalaemia, diabetes insipidus. A szubsztitúciós kezelés: cortison, pajzsmirigyhormon, nemi hormonok. DOCA-t nem adtak. Súlyos esetekben a műtét elvégzése szóbajöhet. *Szórády István dr.*

A fehérvérsejtek osmoticus resistentiája gyermekkori fertőző betegségekben. Oehlitz H. W. és Harder E. — Z. Kinderheilk. 1959. *83. 1—11.*

A vörösvértestek resistentiájához hasonlóan vizsgálták a fehérvérsejtek (fvs.) resistentia-változásait különböző fertőző betegségekben. Az eljárás elve egyszerű: fehérvérsejt-pipettával vért vettek, hypotoniás konyhasóoldattal hígították és azonnal meghatározták a fvs. számot, különvéve a poly- és mononuclearisokét. Majd 30, 60, 120 és 180 perc múlva ismét meghatározták a fvs. számot és az első értéket 100%-nak véve grafikusan ábrázolták az ép fvs-ek százalékos csökkenését a vizsgálat ideje alatt. Az alapgörbét 30 egészséges csecsemő, 20 kisgyermek, 25 iskolás és 20 felnőtt adataiból állították össze. A fvs. resistentia ugyanis a korral physiológiásan is csökken. Pl. csecsemőnél 60 perc múlva a polynuclearis fvs-ek közel 50%-ban épek maradnak a hypotoniás közegben, míg iskoláskorban már csak 40%-ban és felnőtteknél kb. 35%-ra csökken. Egészséges egyéneknél a mononuclearis fvs-ek resistentiája nagyobb, kb. 15—18%-kal, mint a polynuclearisoké.

Legjelentősebb a fvs. fragilitás fokozódása és legelhúzódóbb a normalizálódás a csecsemőkori enteritisekben, pneumoniában, meningitisben és kanyarónál. Kevésbé kifejezett scarlatnál, diphtheriánál, varicellánál és pertussisnál. Legkisebb az eltérés a grippés fertőzéseknél, rubeolánál és hepatitis epidemicánál. Ez utóbbi csoportban a fvs. fragilitás-fokozódás elsősorban a mononuclearisokat érinti, míg acut betegségi szakban a polynuclearisok resistentiája a normálisnál fokozottabb is lehet. *Varga Ferenc dr.*

★

A vérfehérjefractiók változása csecsemőkori táplálkozási zavarokban. Coles B. L. — Arch. Dis. Childh. 1960. *35*, 271—275.

20 egészséges, átlag 7 hónapos csecsemőnél határozta meg papírelektrophoresissel a fehérjefractiókat és ehhez hasonlította 47 beteg csecsemő értékeit. Ezek között szerepeltek sorvadtak, acut és chronikus hasmenéses és légúti fertőzéses betegek. Minden beteg csecsemőnél, tekintet nélkül a betegségre, az albumin significansan csökkent. Az alpha és gammaglobulin inkább magasabb volt a normalis controllhoz képest, a bétaglobulin és az összfehérje viszont változatlan maradt. A legjelentősebb változást a chronicus hasmenéses eseteknél találta, de a változás nagyságát nem lehetett összefüggésbe hozni sem a súlyveszteség nagyságával, sem a

pancreas fermentumok csökkenésével. A fehérjefractiók változásaiból a betegségre magára következtetni nem lehet, mert nincs significans különség közöttük a vizsgált betegeknél.

Varga Ferenc dr.

★

Rheumatológia

Rheumatoid faktor előfordulása nem rheumás betegek savójában. Howel D. S., Malcolm J. M., Pike R. Amer. J. Med. 1960, *29*, 662—671.

Szerzők 43 akut és chronikus hepatisises beteg savójában az esetek 32%-ában mutatták ki a rheumatoid arthritisre jellemzőnek tartott agglutináló faktort. (FII agglutináló faktor). Jóval kisebb százalékban fordult ez elő chronicus pyelonephritis és pankreatitisben, illetve rosszindulatú daganatokban (6,6%). Néhány esetben részletesen vizsgálták (frakcionálás, ultracentrifugálás) a faktor jellegét és azt a rheumatoid arthritisben megismert 19 S macroglobulinnal teljesen megegyező sajátosságúnak találták. Vizsgálataik alapján felvetik a kérdést, vajon a faktor rheumatoid specificus-e?

Forgács Péter dr. és B. Pártos Alice dr.

★

Sjögren syndromás betegek serológiai reactiói. Bloch K. J., Wohl M. J., Ship I. I., Oglesby L. B., Bunim J. J.: Arth. & Rheumat. 1960. *3*. 287—297.

Szerzők összehasonlították 21 Sjögren syndromával (keratoconjunctivitis sicca) terhelt rheumatoid arthritises beteg és 31 Sjögren syndroma nélküli rheumatoid arthritises beteg serológiai reactióit. A serumfehérjék quantitatív és qualitatív viszonyain kívül a rheumatoid faktort, L. E. sejtjelenséget, antinucleáris antitesteket, Coombs testet, és thyreoglobulin antitesteket tanulmányozták. Megállapították, hogy a Sjögren syndromások igen aktív immunológiai reactiókat mutatnak.

Forgács Péter dr. és B. Pártos Alice dr.

★

Haematológia

Humán vér-thrombokinase-val szemben ható aktivitás keltése nyúlban. Spaet, T. H.—Cintron, J. R. Blood, 1960, *15*, 772—7.

A kétféle thrombokinase, a szövetek és a plasma thrombokinaseja közötti kapcsolat, a hasonlóság, ill. a különbözőség kérdése szerzők vizsgálatának tárgya. Van-e immunologiailag kimutatható, antigen sajátságbeli differencia a szövetek thromboplastikus aktivitása és a vér, ill. plasma saját tényezőiből láncreakció során keletkező vérthrombokinase között? Humán vér-kinase komponensek, tehát plasma és serum faktorok, ill. kalcium és (thrombocyták helyett) kephalin elegyítésével nyert kinaset ülepítettek, s nyulakba injiciáltak i. p., hetenként egyszer, összesen 5—7 alkalommal. Vizsgálták a kezelt nyulak savóját a thrombokinase képződési tesztben (TGT), 0,1 ml savónak az inkubációs elegyhez való adásával, ill. a kész vérkinaset gátló képességét rekalcinálási idő segítségével. A kezelt nyulak seruma jelentősen gátolja a kinase generációt, és inhibitor hatású a kész kinaséval szemben is. A szöveti kinaséval szemben azonban hatástalannak bizonyult. Nem hatott, ill. nem tért el hatása a kontrollként szereplő állatok serumától akkor, ha a TGT-ben nyúlból származó komponensek szerepeltek, hatása tehát humán specifikus. Potens antithrombin aktivitása is van, de ebben a kezeletlen nyúl serumával megegyezik. Külön-külön vizsgálva az előfázis (thrombokinase generáció) plasma- és serumfaktoraira gyakorolt hatását, megállapították, hogy azokra izoláltan a kezelt nyulak savója nem hat.

A humán vérkinaséval szemben tehát nyúlban anti-thrombokinase aktivitás képződik, mely csak a vér kinaséjával szemben hat. Nincs hatással a kinase praecursoraira, a nyúl vérkinaséra, ill. a humán szöveti thrombokinaséra. *Shirakura* és mtsai ugyanezt találták, ők az immunológiai történéseket komplement fixációval és specifikus adsorptiós módszerrel követték (1959).

A kétféle humán thrombokinase között tehát antigenecitásbeli különbség van. A szöveti kinase nem tárolt, vagy kiválasztott vér-kinase, inkább valódi szöveti produktum. Mindkettő lipoprotein, hasonló foszfatida összetétellel, fehérje strukturájuk azonban — eredményeik alapján feltételezhető — különbözőséget mutat.

Rák Kálmán dr.

★

Ellenkező álláspontok az idiopathiás thrombocytopeniás purpura kezelésében. Dameshek W. JAMA. 1960. *173*. 1025—1029.

10 évvel ezelőtt az idiopathiás thrombocytopenia (ITP) v. Werlhof-kór egyetlen hatásos gyógyítényezőjének a splenektomiát tartották. Szerző gazdag tapasztalataira és vizsgálataira visszatekintve az acut esetekben határozottan kontraindikálja a műtétet, mely chronikus eseteinek is csak mintegy 50%-ban volt hatásos, míg 30%-ban teljesen hatástalannak mutatkozott. De el lehet e teljes

Adipositás kezelésére

Gracidin

Tablettánként 25 mg phenmetrazint tartalmaz

*

Csomagolás:

20 tabletta
200 tabletta

*

SZTK terhére csak lényeges pathologiás elváltozás esetén kórház, szakrendelés javaslatára előzetes főorvosi engedéllyel rendelhető

EGYT
A NEHEZEN BEFOLYÁSOLHATÓ CHOLECYSTOPATHIA, POSTCHOLECYSTECTOMIÁS SYNDROMA,
COLITISEK KEZELÉSÉRE
GASTROPIN

biztonsággal az acut eseteket a chronikus formáktól különíteni? Ez azért nehéz, mivel a thrombocytopenia hosszú ideje fennállhat anélkül, hogy vérzéseket okozna, vagyis a hirtelen kezdet nem zárja ki a régebbi fennállást. A chronikus forma azután egészen változó lefolyást mutathat, kezdve a teljes gyógyulástól a gyakori recidivákig. Valószínű, hogy a betegek egy része műtét nélkül is meggyógyult volna.

Az IPT-t az autoimmun betegségek közé sorolják, tagadhatatlan, hogy az esetek nagy részében gyógyszerártalom, vírusfertőzés, v. vakcinatio előfordul. Igaz, hogy a splenektomiával az antitestképzés csökkenthető, ezenkívül a sérült thrombocyták „temetője" is el lesz távolítva, de nem szabad elfelejteni, hogy a steroidok legújabb származékaival a thrombocytadús vér transfusiójával ugyanez az eredmény elérhető. Különösen hatásos a therapia az acut formában. Nem az a fontos, hogy a thrombocytaszám teljesen normalizálódjon, hanem az, hogy a beteg ne vérezzen. Ez pedig nem nagy adag de hosszú ideig végzett corticoid therapia mellett elérhető és az orvos és a beteg időt nyer. Csak a konzervatív therapia eredménytelensége után érdemes műtétet végeztetni.

Bizonyos fokig a splenektomia ellen szólnak azok az észlelések, melyek szerint műtét után haemolytikus anaemia, sőt lupus erythematosus disseminatus is fellép. Az ITP a LED prodromalis szaka is lehet és a lépkiirtás disseminálja az addig latens betegséget.

Bán András dr

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Több olvasónk szóvá tette, hogy nem helyesli a levélváltás formáját, nevezetesen azt, hogy az egymásra vonatkozó levelek nem együtt kerülnek közlésre (lásd alább!), nemkülönben helytelenítették azt is, hogy a hozzászólások igen későn jelennek meg. Szerkesztőségünk magáévá tette ezt az álláspontot és éppen erre való tekintettel szervezte át ennek a rovatnak a kezelését. Ebben a tárgyban már egy ízben a nyilvánossághoz fordultunk, de mivel közlésünk elkerülte egyesek figyelmét, kérésünket megismételjük.

A hozzászólásokat ezentúl azonnal kiszedetjük és két példányban húzatjuk le. Az egyik példány az aposztrofált szerzőhöz kerül, akinek a megválaszolásra 2 hét áll rendelkezésére — a másik a levélíróhoz korrigálás végett. Ha a szerző két héten belül reflektál a hozzászólásra, akkor a hozzászólás a szerzői válasszal együtt jelenik meg —, ha ezt elmulasztja, akkor anélkül. Ez az eljárás látszik a legméltányosabbnak és leggyorsabbnak. A Szerkesztőség

★

Purjesz Zsigmondról

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap m. évi 41. (1470. old.) számában örömmel olvastam id. Kováts Ferenc budapesti professzor cikkét Purjesz Zsigmondról, a kolozsvári egyetem kiváló belgyógyász professzoráról. Ma már kevesen élünk, akik orvosi gondolkodásunkat Purjesz Zsigmondtól tanultuk és mindvégig abban a szellemben is gondolkodunk.

Kováts professzor cikkét még a következő adatokkal szeretném kiegészíteni az újabb nemzedék tanulságára:

Purjesz professzor arra tanított bennünket tanteremben és betegágynál egyaránt, hogy éles megfigyeléssel ne csak a beteg szervet, hanem a beteg egész személyiségét vizsgáljuk meg. Ez a helyes irányzat most különösen a Szovjetunióban és a francia Svájcban ismét előtérbe került. Magánlakásban kiterjedt Purjesz professzor figyelme a beteg környezetére is, különösen azokra, akik szívvel-lélekkel csüngtek a beteg állapotán. Ezeknek is bölcs tanácsokat adott egyéni szükség szerint.

Purjesz professzor idejében kezdtek előtérbe nyomulni a laboratóriumi leletek. Ő észrevette, hogy különösen a fiatalabb nemzedék túlságos fontosságot kezd tulajdonítani ezeknek a leleteknek az éles betegészlelet rovására. Figyelmeztetett bennünket, hogy az egész beteg személyiségének helyes szemléletét a laboratóriumi leletek nem fogják pótolni, sőt, oda fejlődhetnek a viszonyok, hogy a kellő betegészlelet háttérbe szorul a leletek mellett. Sajnos, hogy Purjesznek sok tekintetben igaza volt. Purjesz Zsigmond tanítását a kolozsvári és szegedi egyetemen utóda, id. Jancsó Miklós és unokaöccse, Purjesz Béla professzorok, a kolozsvári román egyetemen pedig jeles tanítványa, a nemrég elhunyt Hatiegán Gyula belgyógyász professzor képviselte.

Purjesz halála után a kolozsvári egyetem az erdélyi magyar és román orvostársadalommal karöltve, szép tisztességtétel mellett mellszobrot állított emlékére volt klinikájának kertjében. Bennünk, akik ezen a szoboravatáson részt vettünk, felelevenedtek Purjesz

soha nem felejthető előadásai és kórtermi vizitjei. Az erdélyi impériumváltozás sok olyan túlzással is járt, melyeket a népi demokrácia sem Erdélyben, sem Magyarországon nem helyesel. Így történt, hogy a ma már román és magyar részről egyaránt nagyrabecsült Purjesz Zsigmond szobrát elmozdították helyéről és sírjára vitték, honnan azt ismeretlen tettesek elvitték. Meg vagyok győződve, hogy Purjesz Zsigmond egyéni kiválóságát és professzori értékét nemcsak mi, hanem mind a magyar, mind a román orvostörténelem kellő piedesztálra fogja emelni.

Kiss Ferenc dr.
orvosprofesszor

*

A tuberkulin pozitív csecsemők rutinszerű INH-kezeléséről

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. ez évi 6. számában a J. Ped szerkesztőségi közleményéről megjelent referátumhoz szeretnék hozzászólni. Meglepetéssel olvastam a referáló álláspontját, aki vitathatónak tartja, hogy a primer tbc-s és általában a tuberkulin-pozitív csecsemők rutinszerűen INH-kezelésben részesüljenek. Ezt az állásfoglalást azért tartom meglepőnek, mert a vita mindenütt a világon már eldöntöttnek tekinthető. Hazánkban a 0—3 éves gyermekek bejelentése Mantoux-pozitivitás esetén — ha nem BCG-allergiáról van szó — kötelező, (tbc. ún. 0 kórformája) és jóformán egyetlen tüdőgyógyász sem akad, aki e gyermekek INH-kezelését ne tartaná szükségesnek. A referált közleményben megadott adatokhoz hasonlóak igen nagy számban állnak rendelkezésre és meggyőzően bizonyítják, hogy primer tuberkulózisnak a felismerés után azonnal megkezdett kezelése INH-val nemcsak a generalizációt akadályozza meg az esetek többségében, hanem a felnőttkori tuberkulózis kialakulását is kedvezően befolyásolja. Ezzel kapcsolatban talán csak Debré-nek az 1959. évi istambuli nemzetközi tbc. kongresszuson tartott referátumára hivatkozom.

Böszörményi Miklós dr.
igazgató-főorvos

*

Egészségügyi törzskönyv

T. Szerkesztőség! Az egészségügyi törzskönyv ügyével kapcsolatos hozzászólásokból azt látom, hogy annak lényege ismeretlen. Ez ugyanis a terhesgondozástól a halottkémi jelentésig terjedő, hézagmentes kórtörténet, szakorvosi lelet és kórházi zárójelentés gyűjtemény, amely nem volt arra való, hogy a beteg azt hordozza, elveszítse vagy meghamisítsa. Hanem arra, hogy azt a lakóhely szerint illetékes körzeti kezelő orvos vezesse, értékelje és hasznosítsa, akár saját munkájában, akár szakrendelések és gyógyintézetek tárgyilagos tájékoztatása érdekében, vagy tudományos feldolgozás céljából.

Zemplényi Imre dr.
Karancskeszi

KÖNYVISMERTETÉS

Molnár László: Fogpótlástan. (Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1960.)

A mű fogorvostan-hallgatók részére tankönyv alakjában nyújtja azokat a korszerű protetikai ismereteket, amelyekre a fogorvosnak ma szüksége van. Amint a szerző az előszóban említi, a könyv tanulmányozása bizonyos odontotechnikai alapismereteket tudottaknak tételez fel és a munka megírásában a bonctani adottságok és a biomechanikai lehetőségek összefüggésének figyelembevétele és következetes érvényesítése vezette..

A munka terjedelme (292 oldal) korlátozott a tárgy nagyságához képest, a szerzőnek azonban sikerült az anyagot ezen a kereten belül oly módon csoportosítani, arányosítani és tömöríteni, hogy a protetika minden része benne foglaltassék, és a hallgatóknak szilárd és széles bázist nyújtson.

A munka első fejezetei a prothetikai szempontból számba jövő bonctani alap- és élettani ismeretekkel foglalkoznak. Gyakorlattabb szakember számára is örömet okoz az, hogy a biomechanikai szempontok figyelemmel tartásával az eddigi ismert adatok új és érdekes megvilágításba kerültek. A fogpótlásban használt anyagok rövid ismertetése után a szerző részletesen foglalkozik a különböző anyagokból álló betétek, inlayk, koronapótlások, csapos fogak, műcsonkok készítésével.

A szerző a biológiai és orvosi gondolkodással megegyezően elvileg a koronás és hidas fogpótlást tartja a legjobbnak. Ennek megfelelően világosan határozza meg ezek készítésének feltételeit és javallatait. Különösen figyelemre méltó és hasznos a korona- és hídmunkákkal kapcsolatban előforduló hibákra vonatkozó rész.

A teljes prothezis készítésével kapcsolatban a szerző a legmodernebb lenyomatvételi eljárások ismertetése mellett tüzetesen foglalkozik a prothezis használhatósága

A különböző koplalókúráknál a csökkentett kalóriájú étrend mindig több-kevesebb levertséget okoz

A GRACIDINNEK

ilyen hatása nincs

*

Nem kíséri éhségérzet, testi fáradtság, teljesítmény-csökkenés

ANTICHOLINERGICUM
GASTROPIN
TABL.INJ.
ÖSSZETÉTELE:
1 AMP. I:1ml:I 2mg
1TABL.I:0,2g:I5mg
N-P-PHENYL-BENZYL
ATROPINIUM BRO-
MIDOT TARTALMAZ.
SZTK TERHÉRE SZA-
BADON RENDELHETŐ.
ELŐÁLLITJA:
EGYESÜLT
GYÓGYSZER ÉS
TÁPSZERGYÁR
BUDAPEST.

szempontjából annyira fontos centralis occlusio meghatározásának különböző módszereivel. Hasonlóképpen tüzetesen taglalja a könyv a részleges, kivehető prothezis készítését. Ez a fejezet a klasszikus és még ma is használt elhorgonyzási módok mellett foglalkozik a Kemény-féle kapocsrendszerrel és a retentiós prothezissel is.

A könyv igen fontos részei vonatkoznak a parodontopathiák protetikai kezelésének indikációira és annak therapiai kivitelére, valamint a tejfogak protetikai kérdéseire.

A szerző bátor tárgyilagossággal mutat rá a fogpótlásokkal kapcsolatos károsodásokra, és megmutatja ezek megelőzésének módját. Külön fejezet tárgyalja azokat a bevált régebbi, valamint új műtéti eljárásokat, amelyek adott esetekben lehetővé teszik a fogpótlások elkészítését, valamint a restauratív jellegű (például szájpadhiányt korrigáló) prothetikai módszereket.

Külön említést érdemel a művet befejező „Terminológia" című fejezet, melyben a szerző a legtöbb protetikai fogalom világos, tömör megfogalmazását nyújtja, és a könyv egyik legsikerültebb fejezetének tartható.

A könyv stílusa a mondanivalók világos kifejtését sikerrel oldja meg.

Az ábrák kitűnően oldják meg a szövegben foglaltak illusztrálását.

A könyv tartalmánál fogva nemcsak a fogorvostan-hallgatók tanulását szolgálja, hanem a gyakorló fogorvosok részére is korszerű, modern szakkönyvül szolgál, és a magyar stomatológiai tankönyvirodalom legjobbjai közé tartozik.

A könyv külalakjában, nyomdatechnikai kivitelben a Medicina Könyvkiadó gondos munkáját dicséri.

Boros Sándor dr.

★

V. V. Goldberg: A prostata-adenoma sebészete. Latgoszizdat. Riga 1960 410 oldal, 90 kép. Ára: 14 rubel, 85 kopek.

A könyv előszavát Frumkin, moszkvai professzor írta.

A szerző az első részben áttekintést ad a prostata adenoma therápiájának fejlődéséről. A második részben a pathogenesis és a terápia főbb problémáival foglalkozik. A harmadik részben bírálja a különböző műtéti eljárásokat. Kiemeli, hogy a transvesicalis suprapubicus eljárásnak nagyon sok a hiányossága. Ma is tulajdonképpen úgy végezzük, mint sok évvel ezelőtt. A negyedik rész az adenoma eltávolítása után a hólyagzárás lehetőségeinek alapelveivel és történetével foglalkozik. Az ötödik részben megismerteti az olvasót saját műtéti eljárásával, a műtéti beavatkozás technikájával, a műtét nehézségeivel, szövődményeivel és ezek elkerülhetőségével.

A könyv első oldalain a terminológia kérdésével foglalkozva, elveti Mercier »hypertrophia prostatae« elnevezését. Ma már általában a prostata adenoma elnevezést használják. Szerző is ezt tartja megfelelőnek. Helytelen a »prostatektomia« szó használata is, helyesebb az adenomektomia kifejezés.

Több oldalt szentel a szerző a hormontherápia kritikájának. Hangsúlyozza, hogy skeptikus az androgen terapiával szemben. A kezdeti szakban megkísérelhető, azonban, ha dysuriás panaszok, residuum, vesefunctio-csökkenés észlelhető, akkor az androgen terápia a műtéti beavatkozás idejének késleltetésével csak a radikalis műtét prognosisát rontja.

A sebészeti gyógyítást tárgyaló fejezet két részre oszlik:

I. palliativ eljárások,

II. radikális eljárások.

A transurethralis resectioval kapcsolatban a történeti rész után mind a hazai, mind a külföldi urologusok tapasztalatait ismerteti. Összefoglalásképpen megjegyzi, hogy a transurethralis resectio a következő esetekben indikált:

1. Kifejezett dysuriás panaszokkal járó kis adenoma.
2. Sphincterscleresis.
3. Sphincterszélen ülő papillaris daganat és pseudopolyposis.
4. Prostatarák.

Radikális eljárások között részletesen foglalkozik mindegyik beavatkozás történetével, a műtét előnyeivel, szövődményeivel.

A könyv második részének a címe: A prostata-adenoma klinikai-anatómiai sajátosságai.

A vesében bekövetkező vizeletpangással kapcsolatban részletesen idézi Babics—Rényi—Vámos könyvéből a hydronephrosis kialakulására vonatkozó részeket. Ugyancsak a pyelonephritis tárgyalásánál is sokat hivatkozik e magyar szerzőkre.

Külön fejezetet szentel a haemostasis döntő fontosságú kérdésének. Ismerteti az összes eddigi vérzéscsillapító eljárásokat. (Ballonkathéter, tampon, Harris, Hryntschak eljárás, hypotensio, vérzéscsillapító fibron, gelfoam, oxycel, stb.). A szerző szerint csak az általa ajánlott aspiratios készülék teszi lehetővé a hólyag príma zárását, melyet 800 esetben végeztek. A hólyagot egy esetben sem kellett műtét után vérzés miatt feltárni.

A szerző 1941-ig a suprapubikus prostatektomiát végezte. Ritkán két ülésben. Megfelelő esetben *Lichtenberg*-féle elektroresectoskóppal transurethralis resectiót is. 1947—1948-ban a perinealis prostatektomiát részesítette előnyben. 1949-ben visszatért a suprapubi-

kus eljáráshoz. 1950-ben 52 suprapubikus és már csak egy perinealis műtétet végzett. Retropubikus beavatkozást csak 1950-ben.

A különböző metodusokat azért váltogatta, mert egyik eljárás sem elégítette ki teljesen. Ritkán — amikor a prostataágyból vérzés nem volt —, régebben is primára zárták a hólyagot. Vérzéscsillapítás céljából történő varratok elhelyezése a hólyagban már a huszas évek vége óta ismeretes a szerző előtt. *Lichtenberg* alkalmazta ezt az eljárást, azonban suprapubikus transvesicalis drainage-t is végzett és nem zárta primára a hólyagot.

A szerző műtét alatti vérzéscsillapítás céljából az orificium internum körüli nyálkahártyát elektromos késsel metszi be. A nyálkahártyaszél vérző helyeit elektrocoagulálja, szükség esetén harántöltő varratokat helyez be. Műtét utáni esetleges vérzés esetén a véralvadékok eltávolítására 1946-ban aspiratios irrigatort ajánlott, ennek segítségével elkerülhető a hólyag újabb feltárása. Dohányzacskóvarrattal zárja a hólyagot, s föléje Z-varratot helyez. A tampont teljesen elveti, mivel ez a prostataágy összehúzódását akadályozza, spasmust okoz, a nyálkahártyaszél vérzéseit nem csillapítja.

Harris eljárást sohasem alkalmazta. *Hryntschak* műtétjét akkor ismerte meg, amikor már saját technikáját kidolgozta. *Harris, Hryntschak és a szerző* eljárásának közös vonása, hogy a prostataágy haemostasisa és a hólyag prima zárása valósul meg, de metodusban és egyes részletekben különböznek egymástól. Szerző összefoglalja azokat a jellegzetes tényezőket, melyek eljárását megkülönböztetik *Harris, Hryntschak* műtétjétől: 1. A szerző elektrocircumcisiót és elektrocoagulatiot végez. Harántöltő varratokat csak szükség esetén helyez be (sajnos, nem írja le, hogy ilyen varratra hány esetben volt szükség, valamint azt sem, hogy a varratok nem vezettek-e hólyagkő keletkezéséhez). 2. *Harris* a hólyagnyak »retrigonisatioját« és »neoformatioját« végzi, *Hryntschak* a belső sphyncter és a trigonum egy részét kimetszi a ligamentum interuretericumig. Szerző egyiket sem végzi. 3. A hólyagsebet *Harris* nem mindig zárja teljesen, *Hryntschak* és a *szerző* mindig. 4. *Harris* és Hryntschak a szem ellenőrzése nélkül választja el az adenoma határán a hólyag-nyálkahártyát, így ez szabálytalan szélű lesz. A szerző az elektro-circumcisios vonal mentén választja el az adenomát a nyálkahártyától, a nyálkahártya élesszélű marad.

5. Merevebb falú gumicsövet használ a vizelet elvezetésére. 6. *Harris Hryntschak* eljárása után esetleg fellépő hólyagtamponade miatt a hólyag secunder feltárása szükséges, míg szerző a véralvadékokat aspiratios irrigator segítségével távolítja el. Több mint 800 esetben végezte a hólyag prima zárását, sohasem kellett a hólyagot újból feltárni.

Külön fejezetben tárgyalja a műtét nehézségeit, veszélyeit, hibákat, ezek kiküszöbölésének módjait. Szemléltető ábrákat közöl a sebészeti tok esetleges megsértéséről, ennek ellátásáról. Ha arteriás vérzés észlelhető, akkor az ereket le kell kötni. Elektrocoagulatioval rendszerint ezt a vérzést nem lehet megszüntetni. Nagyon ötletes a meghajlított végű cső segítségével történő syphondrainage.

Az irodalmi részben megtalálható a szovjet szerzőkön kívül mindazok a külföldiek, akik a hólyagnyak adenoma, a prostatektomia kérdésével foglalkoztak. A könyv kiállítására ízléses. Az ábrák kitűnőek. A könyvet minden urológus-sebész nagy haszonnal olvashatja.

Babics Antal dr.
Zádor László dr.

★

Chirurgie der Wirbelsäule und des Rückenmarkes, von F. Jaeger, mit einem Beitrag von J. Kastert (G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1959. 190. old. DM 59.)

Mint *F. Jaeger* az előszóban írja: „A gerincmegbetegedésekkel foglalkozó közlemények az utóbbi években annyira megszaporodtak, hogy áttekintésük egyesek számára igen nehéz. Ezért igen fontos a sebészet megalapozott ismereteit összefoglalva közölni." A szerzők tulajdonképpen ennek tesznek könyvükben eleget. A könyv tapasztalatai 2600 műtéti beavatkozáson alapulnak, melyek közül 1200 volt a discus-prolapsus, 1100 pedig csigolya-tbc miatt történt *(Kastert).*

A könyv 3 nagyobb részre oszlik. Az első a gerincoszloppal, a második a spondylitis tbc műtéti kezelésével, a harmadik a gerincvelő-megbetegedések műtéti kezelésével foglalkozik.

Az *első rész* általános megjegyzésekkel kezdődik, az anatomiai és fiziologiai kérdések nagyvonalú ismertetése után tárgyalja a speciális műtéti technikai problémákat. Ismerteti a szerző a narkózis különleges kérdéseit is. Hangsúlyozza ugyan az intratrachealis narkózis előnyeit, mégis megemlíti, hogy a discus-prolapsus műtéteket általában helyi érzéstelenítésben végzi, esetleg Evipan kiegészítéssel. Ezekkel a kijelentésekkel ma már nem lehet teljesen egyetérteni, még szerző nagy tapasztalatait elismerve sem, hiszen vitatható a teljes narkózissal

A **Kofka** hatóanyaga, a coffein az agy és szív ereit tágítja. Ezálta az agy fokozott szellemi munkára képes, a kifáradás és velejáró álmosság elmarad. Ennek a jó közérzetnek köszönheti a coffein, hogy mint élvezeti cikknek, egyre nagyobb a népszerűsége — ha ugyan „élvezeti cikknek" szabad neveznünk azt a fegyvert, mellyel a szellemi és fizika munkás az életért folyó nehéz küzdelemben a természetes kifáradás ellen felveszi a harcot.

A coffeinnek önmagában alig számottevő a káros mellékhatása. Dr. Izsó Zoltán és Dr. Zárday Imre vizsgálatai azt bizonyítják, hogy a keringési rendszer szempontjából egészséges személyeken nem mutatkozott az a vérnyomás fokozó hatás, melyet a coffeinnek régebben tulajdonítani szoktunk. (O. H. 1952. o. 755.) Dr. Izsó Zoltán hypertóniás betegeken végzett kutatásaiból ugyanezt az eredményt szűrte le. A coffein tehát az egyén és a társadalom szempontjából nézve egyaránt ártalmatlan stimuláns szer.

Csakhogy a coffein egyre növekvő népszerűsége oda vezetett, hogy mind többen szedték a coffein tartalmú kombinált porokat és gyógyszeres készítményeket, tekintet nélkül a többi hatóanyagra (phenacetin, amidozophen), és azoknak nem közömbös mellékhatásaira. Ez tette szükségessé egy tiszta coffein tartalmú készítmény forgalomba hozatalát.

A **Kofka** rendeltetése az, hogy megszüntesse a kombinált porok és coffeines készítmények fölösleges használatát. A **Kofka** révén egyrészt a gyakorló orvosok munkája egyszerűsödik, másfelől pedig hozzáférhetővé vált egy olyan élénkítő szer, melynek káros mellékhatásai elhanyagolhatóak.

szemben a lokális anaesthesia azon előnye, hogy „a megtartott spontán légzés sokkal jobb légzési viszonyokat biztosít, mint narkózissal — különösen hasfekvésben — a sensorium kikapcsolásával."

Az egyes technikai fogásokkal kapcsolatos megjegyzések igen nagy gyakorlatra vallanak, különösen részletesen és alaposan ismerheti a szerző a discus-herniával kapcsolatos műtéteket. A könyv ezen részét mindenki élvezettel és haszonnal olvashatja, aki a műtéti technikával meg akar ismerkedni.

A *második rész*, a spondylitis tuberculosa műtéti kezelésével foglalkozik, *dr. Kastert* korábbi közleményei és könyvei alapján. Ezt a részt igen jó pathogenetikai és pathológiai-anatómiai ismertetés vezeti be. *Kastert* eljárásának lényege a tbc-s csigolyagóc kitakarítása után, a hosszú ideig tartó antibiotikus, tuberculostaticus instillació. (Ezzel az eljárással, amely 6 heti drainálást kíván, a secunder fertőzés veszélye miatt, sokan nem értenek egyet.) Hiánya talán a fejezetnek, hogy egyes műtéti eljárásokat, mint a retroperitonealis feltárást, anterolateralis decompressiót, nem ismertet, és nem foglalkozik a gennyes csigolyamegbetegedéseket követő bénulások problémáival. Ugyancsak helytelennek kell tartanunk *Kastert* azon felfogását, hogy a spondylitis tbc bármely formája műtétet követel, hiszen csak a diagnosztikus vertebrotomia segítségével lehet eldönteni, hogy a folyamat aktív-e vagy sem?

A könyv *harmadik része* a gerincvelő sebészetével foglalkozik. Részletesen ismerteti a diagnosztikus beavatkozásokat (lumbalpunctio, suboccipitalis punctio, liquor-vizsgálat, myelographia, peridurographia stb.). Ezután tárgyalja a gerincvelőműtéteket, torzképződményeknél, tumorok, gennyedések és tályogok esetében egyaránt. Részletesen ismertet olyan ritka műtéteket is, mint pl. a rhizotomia posterior vagy a liquor-bevezetés a hólyagba, ill. hasüregbe.

A könyv igen kiváló kiállításban. a G. Thieme cég ismert sorozatában jelent meg, 162 részben színes ábrával. Zavarja talán az olvasást az, hogy az ábrák számozása nem folyamatos. Mindezeket összevetve, a könyv igen értékes segédeszköz, majdnem tankönyv, a gerincoszlop és gerincvelő sebészi megbetegedéseivel kapcsolatban.

Riskó Tibor dr.

Megjelent

AZ ORSZÁGOS ORVOSTÖRTÉNETI KÖNYVTÁR KÖZLEMÉNYEI

18. szám

A második magyarországi orvostörténeti vándorgyulés, Debrecen—Sárospatak, 1919. aug. 28—30.
Regöly-Mérei Gyula dr.: Semmelweis Ignác betegsége orvostörténelmi megvilágításban.
Haranghy László dr. prof.: Semmelweis Ignác betegsége kórbonctani szempontból.
Nyirő Gyula dr. prof.: Semmelweis Ignác betegsége a psychiatria tükrében.
Bencze József dr.: A magyar paraszti köpölyözésről és érvágásról.
Huszár György dr.: Adatok a magyar fogászat történetéhez. Régi fogorvosi hirdetések.
Katona Ferenc dr.: Evolúciós methodologia és klinikai orvostudomány.
Hints Elek dr.: Császármetszések a sterilitás előtti időben (Semmelweis korában).
Juhász Lajos dr.: A Tanácshatalom egészségpolitikája. Debrecenben (Orvosok a Kommün alatt).
Hahn Géza dr.: A materialista irányzat úttörői a magyar orvostudományban.
Hanny Irén, Keveházi Ferenc és Kulcsár Gizella: Néhány debreceni boszorkányper orvostörténeti vonatkozása.
Zsakó István dr.: Hogyan lehetne lényegesen megkönnyíteni a magyar orvostörténeti kutatók munkáját?
Székely Sándor dr.: Az orvostörténet oktatásának tapasztalatai a középfokú egészségügyi szakiskolákban.
Oláh Andor dr.: Újabb adatok Tormási Lajos (1784—1867) Békés megye fizikusa életéről.
Réti Endre dr.: Magyar darwinista orvosok.
Szodoray Lajos dr.: Debreceni orvosok, gyógyítók és kórházak a XVII—XVIII. században.
Földes Vilmos dr.: Szemelvények a magyar igazságügyi orvosian történetéből.
Tamássy Géza dr.: Adatok a valód himlő (variola vera) elleni védekezéshez és járványtanához.
Halmai János dr.: Gyógyszertárvizsgálati jegyzőkönyvek a XIX. század első felében.
Módis László dr.: A debreceni Református Kollegium tulajdonában levő Weszprémi: »Succincta . . .« kézirat eredetiségének kérdéséről.
Daday András dr.: Sebészsérelmek a XVIII. században.
Schultheisz Emil dr.: Későközépkori orvosi kéziratfragmentum.
Jantsits Gabriella dr.: Az első magyar bábakönyv illusztrációi.
Palla Ákos: A graviditás ábrázolása egy késői reneszánsz-kori elefántcsont faragványon.
Raffy Ádám dr.: Isten és az ördög a betegségek aetiologiájában.

★

FÜL- ORR- GÉGEGYÓGYÁSZAT

1961. 1. szám

Alföldy Jenő dr.: Az arcidegbénulások kérdésének mai állása.
Bauer Miklós dr. és Grastyán Endre dr.: Az acusticus cortexen regisztrálható »evoked potential«-ok változása feltételes reflex kiépítése folyamán.
Réthi Aurél dr.: A nyelés biztosítása bulbaris és hemibulbaris paralysisnél.
Nákó András dr.: A gégerák sebészi kezelésének javallatairól.
Ifj. Götze Árpád dr.: A magyar beszédaudiometria alkalmazása.
Láng Istvánné dr.: A vestibularis vizsgálat jelentősége ipari mérgezések felismerésében.
Révész György dr.: Tympanoplastikák utáni cholesteatomák.
Bánfai Iván dr.: Sérülés utáni elsődleges orrplasztika.

HÍREK

Közvéleménykutatás.

A szerkesztőség ezúton mond köszönetet mindazoknak, akik a közvéleménykutató ívek kitöltésével és sok esetben külön részletezett észrevételeikkel és javaslataikkal nagymértékben fognak hozzájárulni lapunk fejlesztéséhez és több fontos gyakorlati kérdés megoldásához. A szerkesztőség máris hozzálátott a hatalmas anyag feldolgozásához, ami természetesen jelentős időt igényel. A felvetett szempontokat szerkesztőbizottsági üléseken fogjuk részletesen megtárgyalni és a levont következtetéseket és a tennivalók kivitelezését a nyilvánosság elé terjesztjük.

SZERK.

★

Helyreigazítás! „A cukorbetegség és húgyúti infekció összefüggésének vizsgálata" c. az Orv. Hetil. 102. évf. 11. számában megjelent dolgozatunkban az 500. oldalon „Módszereink" fejezetében a kézirattól eltérően, félmondat kimaradt.

A mondat helyesen így hangzik: „Jól beállítottnak tekintjük azokat, akik megfelelően kooperálnak, és rendszeresen 20 g/die alatt ürítenek cukrot. A közepesen beállítottak csoportjába azok a betegek tartoznak, akik néha 20 g felett is ürítenek, de ürítésük nem haladja meg a 40 g-t. Ide soroltuk továbbá a labil típusú cukorbetegeket még elsőrendű kooperáció esetén is, mivel ezek cukorürítése a legnagyobb erőfeszítések mellett is szélesebb határok között ingadozik."

★

A Belgyógyász Szakcsoport Gastroenterologiai Szekciója, 1961. április hó 12-én, szerdán 7 órakor tudományos ülést tart a Semmelweis-teremben. Az ülés napirendje a következő: Lehoczky Dezső, Balázs Márta, Kardos Éva, Prekop László (Orvostovábbképző Intézet és II. sz. Gyermekklinika): Zollinger Ellison syndroma. Fogel Mária, Vajda Dezső, Siklós István (III sz. Sebészeti Klinika Röntgenosztálya): Perietographia jelentősége a gyomordaganatok röntgendiagnózisában. Radó Sándor, Miklós

György (János-kórház): Klinikopathologiai megfigyelések májcirrhosisban a steroidtherapia pankreasnekrosist okozó mellékhatására vonatkozólag. Roger Mario (I. sz. Sebészeti Klinika): A psychogen akut ulcusokról.

PÁLYÁZATI *hirdetmények*

(1126)
A nagykátai Járási Tanács eü. csoportja pályázatot hirdet Pánd község **körzeti orvosi** állására. Javadalmazás E. 181 kulcsszám szerint. Kézi gyógyszertára is van. Háromszobás lakás rendelővel rendelkezésre áll, az állás azonnal elfoglalható.

Csikós Sándor dr.,
csoportvezető

(1125)
A mosonmagyaróvári Városi Tanács Kórháza pályázatot hirdet egy megürült E. 181 kulcsszámú **körzeti orvosi** állásra. Lakást csak később tudunk biztosítani. A pályázati kérelmet 30 napon belül kell benyújtani a kórház igazgatójához.

Kis József dr.,
igazgató-főorvos

(1124)
A mátészalkai Járási Tanács VB. Eü. Csoportja pályázatot hirdet a Mérki **körzeti orvosi** állásra. Kapcsolt körzet nincs. Az állás javadalmazása az E 181 kulcsszámnak megfelelő 2300,— Ft alapbér és tanyai pótdíj. A pályázati kérelmet a mátészalkai Járási Tanács VB. Eü. Csoportvezetőjéhez kell benyújtani.

Fogarassy István dr.,
járási főorvos, eü. csop. vezető

Állami Gyógyfürdőkórház Parádfürdő. (1123)
Pályázatot hirdetek a parádfürdői Állami Gyógyfürdőkórháznál áthelyezés folytán megüresedett **belgyógyász** szakképesítéssel E 112 kulcsszámú állásra. Szolgálati szoba az intézetben rendelkezésére áll. Pályázatot a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül az intézet igazgató főorvosához kell benyújtani.

Csillag Endre dr.,
igazgató-főorvos

(1122)
Pécs mj. város tanácsa vb. eü. osztálya. Pályázatot hirdetek a Pécsi Szénbányázati Tröszt egészségügyi szolgálatánál újonnan szervezett E 134 ksz. **Üzemi főorvos I.** állásra. Illetmény ezen kulcsszámnak megfelelő. A pályázati kérelmeket Pécs mj. város főorvosához címezve, a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kell benyújtani.

Hal József dr.,
városi főorvos

(1121)
A Váci Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője pályázatot hirdet az elhalálozás folytán megüresedett E. 126. kulcsszámú főfoglalkozású **iskolaorvosi állásra.** Lakást biztosítani nem tudunk. A pályázati kérvényeket a mellékletekkel együtt a Vác Városi Tanács Egészségügyi Osztályához címezve 15 napon belül kell benyújtani.

Láng Jenő dr.,
városi főorvos

(1120)
Budapesthez közel, Szentendre város mellett, Pilisszentlászlón **védőnői** állást hirdet E 251 kulcsszámmal. Albérleti szoba biztosítva. Budapestről HÉV-vel is elláthatő.

Szepessy Barnabás dr.,
járási-városi főorvos

Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az ország 1961. január havi járványügyi helyzetéről

A januári járványügyi helyzet általában kedvezőnek mondható. Országos jelentőségű járvány a hónap folyamán nem fordult elő.

A dizentéria megbetegedések száma magasabb volt, mint 1960. január havában. A zömmel sporadikusan jelentkező esetek mellett néhány kisebb kontakt házi járvány is előfordult egyes gyermekkollektívákon belül 20—30 megbetegedéssel.

Némileg emelkedett a hepatitis epidemica megbetegedések száma is. A betegség kifejezett helyi járvány formájában 2 Győr megyei községben lépett fel, főleg iskolás és óvodás gyermekek között. Szaporodott az esetek száma a Szeged-környéki tanyavilágban is.

A hónap folyamán — az előző hónapokhoz hasonlóan — ismét csak egyetlen poliomyelitis-bejelentés történt. Január 26. és 31. között az ország egész területén lezajlott a 2 hónapnál idősebb, de 3 éven aluli gyermekek immunizálása 1. típusú élő attenuált poliovírus-vaccinával.

Csökkent a diftéria megbetegedések száma, amely alacsonyabb, mint az elmúlt évek január havában volt.

Tovább emelkedett az influenza complicata kórismével bejelentett esetek száma — főleg a fővárosban és Pest megyében — anélkül, hogy az influenza járvány előfordulása bármely területén észlelhető lett volna. A jelek szerint zömmel lázas-hurutos megbetegedések tüdőgyulladásos szövődményeiről van szó.

Az egyes fertőző betegségekre vonatkozó számszerű adatokat az alábbi két táblázat tünteti fel.

Bejelentett hevenyfertőző megbetegedések Magyarországon
1960. november— 1961. január hóban (Előzetes, részben tisztított adatok)

Betegség	1960, Nov.	1960, Dec.	1961. Jan.
Typhus abdominalis	42	38	41
Paratyphus	5	9	11
Salmonellosis gastroenteritica	45	44	36
Dysenteria	726	781	753
Hepatitis epidemica	1727	1820	1957
Poliomyelitis ant. ac.	1	1	1
Diphtheria	44	55	32
Scarlatina	2869	2729	1768
Morbilli	1672	2034	2220
Pertussis	177	118	149
Influenza complicata	38	120	287
Meningitis cer. epid.	21	15	25
Meningitis serosa	46	46	48
Leptospirosis	3	4	6
Encephalitis epid.	9	9	11
Malaria	1	1	—
Typhus exanthematicus	—	—	—
Anthrax	3	—	—
Brucellosis	3	1	2
Tetanus	15	12	5

Bejelentett hevenyfertőző megbetegedések Magyarországon 1956—1961, január hóban

Betegség	1956	1957	1958	1959	1960*	1961*
Typhus abdominalis	52	42	54	42	29	41
Paratyphus	17	1	5	9	3	11
Salmonellosis gastroenteritica	...	...	...	17	26	36
Dysenteria	667	396	759	743	568	753
Hepatitis epidemica	2075	1833	2238	2148	1831	1957
Poliomyelitis ant. ac.	11	59	15	15	23	1
Diphtheria	88	45	36	79	34	32
Scarlatina	1940	1035	1496	2520	1808	1768
Morbilli	5685	588	5843	2490	5779	2220
Pertussis	583	595	1813	344	80	149
Influenza complicata	16	83	135	36	54	287
Meningitis cer. epid.	31	23	18	25	29	25
Meningitis serosa	28	22	29	58	41	48
Leptospirosis	...	...	...	—	—	6
Encephalitis epid.	2	3	5	12	10	11
Malaria	—	—	—	—	—	—
Typhus exanthematicus	1	4	—	—	—	—
Anthrax	5	1	1	1	—	—
Brucellosis	4	—	4	—	2	2
Tetanus	13	8	11	9	6	5

* Előzetes, részben tisztított adatok.

ELŐADÁSOK ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1961. április 6. csütörtök	Orvostovábbképző Intézet. XIII. Szabolcs u. 33.	délután ½2 óra	*Az Intézet Tudományos Egyesülete*	*Móri Edit:* Hypophysistumor monosymptomás szemészeti esete. (Bemutatás.) *László János, Győry György:* Morphológiai elváltozások jelentősége a női kismedencei fájdalom pathogenezisében. (Előadás.)
1961. április 6. csütörtök	Magyar Tudományos Akadémia, 100-as terem. V. Roosevelt tér 9. II. em.	délután 3 óra	*A TMB és MTA V. Oszt.*	*Siklós István* „A külső epeutak szűkületei" c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitája. Az értekezés opponensei: *Molnár Béla,* az orvostudományok doktora, *Magyar Imre,* az orvostudományok kandidátusa.
1961. április 6. csütörtök	I. Sebészeti Klinika. VIII. Üllői út 78.	délután 6 óra	*A Sebész és Tüdőgyógyász Szakcsoport Mellkassebész Sectiója*	1. *Kulka Frigyes dr.:* A spontán ptx-ek primér műtéti ellátásáról. 2. *Sárközy Károly dr., Temesvári Antal dr., Kállai Kálmán dr.:* Mitrális commussurotómia és decorticatio pulmonis jobboldali behatolásból. 3. *Árvay Attila dr.* és *Álmos Sándor dr.:* Vena cave superior sinistra sebészi jelentősége és diagnosztikája.
1961. április 7. péntek	MÁV Kórház és Központi Rendelő Intézet, könyvtárterem. VI. Rudas László u. 111.	délután ½1 óra	*A MÁV Kórház és Központi Rendelő Intézet orvosai*	1. *Berke Béla dr.* és *Gesztessy Ákos dr.:* Állzület megoldás a lábszáron fordított csontléccel. 2. *Németh Lajos dr.:* A phacotoxikus és phacoallergiás glukomáról.
1961. április 7. péntek	Orsz. Ideg- és Elmegyógyintézet, tanácsterem. II. Vörös Hadsereg útja 116.	délután ½3 óra	*Az Intézet orvosi kara*	*Kárpáti Miklós dr.:* A sugárártalom kérdése a röntgendiagnosztikában.
1961. április 7. péntek	Szakorvosi Rendelőintézet, kultúrterem. XIV. Május 1 út 7.	délután 8 óra	*Az Intézet Tudományos Bizottsága*	*Vitrai Antal dr.:* Az orvosi bizonyítványokról és a veszélyeztetésről a gyakorló orvos szempontjából.
1961. április 8. szombat	Orsz. Sportegészségügyi Intézet, kultúrterem. XII. Alkotás u. 48.	délelőtt 10 óra	*Az Intézet orvosai*	1. *Nemessuri Mihály dr.:* Az elektromyographia sportélettani vonatkozásai. 2. *Laczkó László dr.:* Az urogenitális tbc néhány problémája.
1961. április 8. szombat	OITI, könyvtár. XIV. Amerikai út 57.	délelőtt ½12 óra	*Az Intézet orvosi kara*	*Remenár László dr.:* Féloldali exophthalmus.
1961. április 10. hétfő	Weil-terem. V. Nádor u. 32.	délután 8 óra	*A Belgyógyász Szakcsoport Kardiológiai Szakosztálya*	*Bodrogi György dr., Kálmán Péter dr.:* Mechanogramok a szívfunctió vizsgálatában. *Temesvári Antal dr.:* A kamrai septum defectus sebészi kezelése extracorporalis keringés segítségével. *Solti Ferenc dr.:* A mellékvese csökkent illetve fokozott működését kísérő EKG változások.
1961. április 10. hétfő	Orsz. Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet, könyvtár IX. Gyáli út 3/a.	délután ½3 óra	*Az Intézet tudományos dolgozói*	*Kovács Dénes dr.:* A parasztság élelmiszer fogyasztásáról.
1961. április 11. kedd	Magyar Tudományos Akadémia, Felolvasó terem. V. Roosevelt tér 9. I. em.	délután 3 óra	*TMB és MTA V. Oszt.*	*Zoltán Imre* „Császármetszés a mai szülészet keretében" c. doktori értekezésének nyilvános vitája. Az értekezés opponensei: *Fekete Sándor,* az orvostud. doktora, *Hedri Endre,* az orvostud. doktora, *Sós József,* az orvostud. doktora.
1961. április 11. kedd	*Szeged.* Bőrklinika, tanterem	délután 6 óra	*A Szegedi Orvos-Eü. Szakszervezet Tudományos Csoportja*	*Kollagen témakör.* Előadás. 1. *Rávnay Tamás:* Kollagén betegségek. (10') 2. *Sipos Károly:* Erythematodes chronicus discoides aetiológiájára vonatkozó vizsgálataink. A chronicus és systémás erythematodes összefüggése. (10') 3. *Kovács József, Bencze György* és *Lakatos László:* Rheumatoid arthritis és systémás lupus erythematosus kapcsolata vizsgálataink tükrében. (10') 4. *Sövényi Ervin:* Tüdőn és szíven előforduló röntgenológiai elváltozások systémás lupus erythematosusban. (10') 5. *Lakatos László* és *Bencze György:* Lupus erythematosus sejtvizsgálat diagnosztikus jelentősége. (10') 6. *Bencze György* és *Lakatos László:* Két típusú lupus erythematosus plasmafaktorra vonatkozó vizsgálatok. Lupusos plasmatransfer kísérlet különböző állatokon. (15')
1961. április 11. kedd	Semmelweis-terem. VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 6 óra	*A Tbc és Tüdőgyógyász Szakcsoport*	1. *Poszler László dr., Elsner Klára dr.:* A gyógytorna szerepe a resecalt tüdőbetegek gyógyításában. 2. *Vas Imre dr., Ratkó Ferenc dr.:* Rehabilitáció a Szabadsághegyi Tbc Szanatóriumban. (Filmbemutatással.)

Felelős kiadó: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. — Megjelent 11 000 példányban.
Kiadóhivatal: Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Budapest V., Beloiannisz u. 8. — Telefon: 122—650.
MNB egyszámlaszám: 69.915.272—46.
61 0980 Athenaeum Nyomda, Budapest (F. v. Soproni Béla)
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Előfizetési díj ¼ évre 45,— Ft. Csekkszámlaszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás a MNB 8. sz. folyószámlájára).
Szerkesztőség: Budapest V., Nádor u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. * DARABOS PÁL DR. * FISCHER ANTAL DR. * HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR. * SÓS JÓZSEF DR. * SZÁNTÓ GYÖRGY DR.
Felelős szerkesztő: TRENCSÉNI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

102. ÉVFOLYAM 15. SZÁM 1961. ÁPRILIS 9

Budapesti Orvostudományi Egyetem, II. sz. Belklinika

Az akut veseelégtelenség*

Irta: Gömöri Pál dr. és Nagy Zoltán dr.

Az akut veseelégtelenség kérdésével Kongresszusunkon két referátum is foglalkozik. A pathofiziológiai referátum elsősorban a *pathogenetikai* kérdésekkel van hivatva foglalkozni, és a kérdés megítélését természetesen a pathofiziológiai kutatások és klinikai megfigyelések szempontjából kívánja tárgyalni. Természetesen a szerkezet és a működés szoros összefüggései a klinikus referenst is éppúgy arra késztetik, hogy figyelembe vegyen bizonyos morphológiai szempontokat, mint ahogy a morphológus referens *(Endes)* sem mellőzheti a functionális adatokat.

Akut veseelégtelenség alatt tágabb klinikai értelemben általában az *akut anuriát,* ill. súlyos oliguriát szokás érteni, oliguriának nevezve a napi kb. 500 ml-nél kisebb diuresist. Így értelmezve, valóban akut veseelégtelenségről van szó az akut nephritisben, az idült vesebajok akut exacerbatiójában, a terhességi nephropathiában és sok közvetlen toxikus, mérgezési esetben, illetőleg a shockban, haemorrhagiában és dehydratióban létrejövő anuria vagy súlyos oliguria esetén is. Az utóbbi időben az „akut veseelégtelenség" értelmezése az irodalomban mindinkább körülírt, és szűkebb fogalommá vált és ma már csak az akut anuriák egy bizonyos csoportját szokás ebbe a kategóriába sorolni. Ez a szemlélet akkor alakult ki, amikor a második világháborúban London bombázása során számos traumás eredetű akut veseelégtelenség volt észlelhető. A probléma modern szemlélete tulajdonképpen *Bywaters* és munkatársai (1941—1944) és *Lucké* (1946) jól ismert közleményeire vezethetők vissza. Az irodalomban ma az akut veseelégtelenség alatt (a németek akutes Nierenversagen-je és az angolok acute renal failure-ja) általában azt az anuriás csoportot értik, amely kezdetben „Crush-syndroma" *(Bywaters),* illetőleg a „lower nephron nephrosis" *(Lucké),* majd pedig fokozatosan más és más néven szerepelt, így acut tubularis necrosis, acut anuria, shockvese stb. [cit.: *Van Slyke* (1954)]. Hasonló felsorolásokat bőven lehet találni a különböző szerzőknél, amelyek lényegében csak a synonymák számát szaporítják anélkül, hogy jobb megoldást jelentenének. Nem kívánunk itt a nomenklatura kérdésével foglalkozni, de úgy gondoljuk, hogy a mai koncepciónak az „akut veseelégtelenség" elnevezés felel meg leginkább, ami elég bő ahhoz, hogy az, ami idetartozik, beleférjen, és elég szűk ahhoz, hogy a tartalmat a szükségletnek megfelelően szabjuk meg. Ennek alapján, mai felfogásunk szerint ebbe a csoportba *nem* tartozik bele a primaer vesebajos an- vagy oliguria, mint pl. az akut nephritis, a terhességi nephropathia, a chronikus vesebetegek akut exacerbatiója során észlelhető anuriák, és nem tartoznak ide a „tubularis nekrotikus" vesebajok, amelyeket kémiai toxikus anyagok, gyógyszerek, nehézfémsók, kóros fehérjék hoznak létre. De döntően idetartoznak azok az anuriák, amelyek lényegében egészséges vesében súlyos traumák, égések, hibás transfusio, műtéti beavatkozások, dehydratio, súlyos vérveszteség következtében fejlődnek ki.

Sokan vethetnék fel azt a kérdést, hogy van-e értelme ezen akut anuriák részletes tárgyalásának, hiszen arra az álláspontra is lehet helyezkedni, hogy ezek tulajdonképpen ritkák. Szerencsére igaz, hogy ezek az akut veseelégtelenségek valóban nem túl gyakoriak és még nagyobb intézményben is aránylag kevés eset fordul elő, de ez a problémát mégsem teszi elhanyagolhatóvá. Egyrészt a háborús tapasztalatok igen nyomatékosan hívják fel a figyelmet e kórkép nagy háborús jelentőségére. Így

* A Magyar Belgyógyász Nagygyűlésen 1960. november 25-én tartott kórélettani referátum.

Teschan és munkatársai (1955) szerint pl. a második világháborúban egy adott csoportban a súlyos sebesültek 40%-ában fejlődött ki posttraumás veseelégtelenség 90%-os mortalitással. A háborús problémák mellett fel kell vetnünk az akut veseelégtelenségnek egy speciális békebeli vonatkozását is. Közismert ugyanis, hogy a közlekedési és egyéb balesetek száma a civilizáció fejlődésének arányában, elsősorban a nagy városokban nagymértékben növekszik, és nem egy országban a halálozási statisztikában a negyedik helyet foglalja el. A balesetekkel kapcsolatosan bekövetkező, nem egyszer nagyos súlyos shock vezethet és vezet az akut anuriák számának emelkedésére. *Skoubi* (1959) Dániában 56 akut veseelégtelenség klinikai anyagában 37 esetben talált shockvesét, nagyrészt nagysebészeti beavatkozások után. Tehát a háborús sérülések mellett, békebeli viszonyok között is a klinikus számára mindig több és nagyobb problémát jelent az akut veseelégtelenség kérdése. A művese mind kiterjedtebb alkalmazása a helyzetet enyhítette. A prevenció és a helyes therapia bevezetését a pathogenetikai ismeretek birtokában várhatjuk.

Az akut veseelégtelenség *pathogenesisének* kérdése tulajdonképpen már azóta foglalkoztatja a kutatókat, amióta ez a kérdés egyáltalán szóbakerült. Meg kell mondani, hogy az akut veseelégtelenség pathogenesisének megoldása nem könnyű kérdés és a probléma végleges formában ma sem tekinthető lezártnak. Világos, hogy az olyan bonyolult és komplex folyamatokban, mint amilyenek önmagukban is a különböző schockok, a shockkal kapcsolatos veseártalomnak is szükségszerűen nagyon bonyolultnak kell lenni. Ne felejtsük el, hogy mindazok a betegek, akik shock, haemorrhagia vagy exsiccosis következtében lesznek anuriásak, nem lehetnek mentesek mindazon egyéb ártalmas behatástól, ami a shock következtében egyáltalán előfordulhat. Sokszor még azt sem tudjuk minden esetben megmondani, hogy *az akut anuriás beteg valóban minek következtében halt meg,* hiszen az alapbetegség, pl. maga a shock, a haemorrhagia, az exsiccosis uraemia nélkül vagy uraemiával együtt is döntően befolyásolhatja a kórkép lefolyását. De akármilyen súlyos hatásúak is lehetnek a betegség lefolyásában az alapbetegség következtében az általános tényezők, a vese functionális és morphológiai károsodása az esetek egy részében igen súlyos. A functionális vizsgálatok szerint a glomerulusok (C^{in}; C^{K}) és a tubulusok működése (koncentráló képesség, U/P, Tm^{PAH}) egyaránt súlyosan károsodottak. A morphológusok többsége szerint az akut veseelégtelenség syndromájában döntően a tubulusok sérültek, míg a glomerulusokon a legtöbb szerző histológiai elváltozást nem talált, így *Goormaghtigh* (1947), *Oliver* (1953), kivéve egynéhány, inkább újabb megfigyelést (*Graber* és *Sevitt* (1956 és 1959), *Price* és *Palmer* (1960).

A tubularis sérülés tulajdonképpen az irodalom legkorábbi periódusa óta ismeretes, hiszen maga a lower nephron nephrosis — a ma már lényegében elfogadhatatlan kifejezés is — ebből a periódusból származik (*Lucké,* 1946). Különösen nagy jelentőséget kapott a tubularis elváltozás *Oliver* (1951, 1953) jól ismert mikrodissectiós vizsgálatai óta, amelyek ezt a kérdést messzemenően tisztázták (tubulorrhexis, lásd még *Bull,* 1950, *Perlmutter,* 1957). *Dalgaard* és munkatársai (1959) pedig újabban kimutatták, hogy elektronmikroszkóppal már akkor is lényeges elváltozás található a tubulusokon, amikor fénymikroszkóppal még nem.

Az akut veseelégtelenség pathogenesisének kérdése igen bonyolult, az idetartozó irodalom rendkívül szerteágazó. Nem áll módunkban e helyütt a teljes irodalommal foglalkozni, inkább csak példákra szorítkozunk. (Egyébként az irodalmat lásd az idevonatkozó munkákban, így: *Fishberg, Haranghy, Sarre* és *Smith* monographiája, továbbá *Dunn* (1941); *VanSlyke* és munkatársai (1944, 1948, 1954); *Phillips* és munkatársai (1945); *Corcoran* és *Page* (1947); *Swann* és *Merrill* (1953); *Gömöri* (1954, 1956); *Gömöri* és *Kállay* (1955); *Teschan* és munkatársai (1955); *Sevitt* (1956, 1959); *Graber* és *Sevitt* (1959); *Doolan* (1960); *Gömöri* és *Takács* (1960); *Franklin* és *Merrill* (1960).

Az első kérdés tulajdonképpen nem is az, hogy melyik része betegszik meg a vesének, hanem inkább az, hogy a tubulusokon vagy esetleg a glomerulusokon található eltérés *hogyan jött létre.* A jelenség keletkezését két módon is elképzelhetjük: vesekárosodást okozhatnak humoralis ágensek is, hiszen különböző mérgek hatása ebből a szempontból jól ismert. A humoralis hatásnak azonban megvannak a maga morphológiai kritériumai, és a morphológus referens erre részletesebben ki is fog térni. A lényeg az, hogy a humoralis agens rendszeresen érinti a tubulusokat, mindig diffúz és egyenletes. A másik lehető ok, ami a vesében vagy általában más szervekben súlyos károsodást okozhat, a keringés megromlása, a súlyos és kevésbé súlyos ischaemia. Jól ismert, hogy a keringés súlyosabb megromlása a szervezet bármely részén, így a vesében is, súlyos károsodásokra, akár nekrosisokra vezethet. Kórbonctanilag a vascularis laesio okozta ártalom, szemben a humoralissal, nem diffúz, nem egyenletes, hanem gócos. Így gócos ártalom esetén inkább vascularis eredetű laesióra kell gondolni.

Az akut veseelégtelenség pathomechanizmusát illetően felmerült az a koncepció, hogy a veseműködés megromlásáért, a vese károsodásáért esetleges ischaemia lehet a felelős (*Fishberg,* 1939; *Van Slyke,* 1944; *Lauson,* 1944; *Oliver,* 1951; *Goormaghtigh,* 1947; *Mukherjee,* 1952; *Houck,* 1951; *Gömöri* és *Kállay,* 1955). Egyébként régóta ismert fogalom a vesekéreg nekrosisa, amelyet még a múlt század végén írtak le (*Juhel—Rénoy,* 1886), s amellyel az utóbbi időben többen is foglalkoztak. Nem vitás, hogy a vesekéreg-ischaemia, ill. ennek extrem foka a vesekéregnekrosis nyilvánvalóan maximális keringési zavarnak maximális következménye. Ez maga is amellett szól, hogy a vesekárosodás a veseerek contractiója következtében

létrejöhet. Igaz, az ismert vesekéregnekrosisok száma nem nagy, de ilyen irodalmi közlések ma is vannak, ami azt mutatja, hogy elvileg a veseischaemia ilyen súlyos fokával számolni kell (*Gömöri*, 1948; *Zuelzer* és munkatársai, 1951; *Lauler* és *Schreiner*, 1958; *Wells* és munkatársai, 1960).

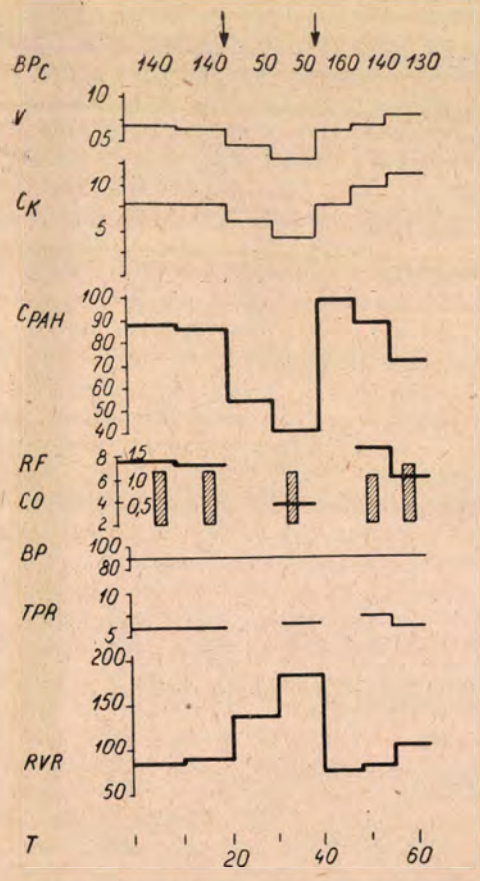
Az akut veseelégtelenség és a vesekeringés akut romlása közötti összefüggést általában a legtöbb nálunk is ismert monographia alapvető fontosságúnak tartja. Így *H. Smith*, *Fishberg*, *Haranghy* könyvei, és ugyanilyen értelemben nyilatkozik *Sarre* is. A kezdeti morphológiai észlelések is inkább támogatják az ischaemia szerepét a tubuluskárosodásban, hiszen mint említettük, az akut veseelégtelenségben, a shockos vesén észlelhető morphológiai elváltozások, szemben a humoralis agensek által okozott elváltozásokkal, nem diffúzak, nem egyenletesek, hanem inkább gócosak.

A clearance methodika fejlődése természetesen új lehetőségeket biztosított a veseischaemia exakt bizonyítására is. A C^{in}, C^{K} és a C^{PAH}, mint a filtráció és a vesekeringés emberen is alkalmazható mérési módja, volt az első olyan lehetőség, amely módot adott egyrészt emberen, másrészt intakt állaton a vese vérkeringésének mérésére. Az irodalomban számos olyan munka ismert, amelyben a különböző kutatók shockban, haemorrhagiában, dehydratióban a C^{PAH}-val igyekeztek mérni a vesén átáramló vérmennyiséget (*McCance* és *Widdowson*, 1957; *Margitay—Becht* és *Gömöri*, 1939; *Black* és munkatársai, 1941; *Corcoran* és munkatársai, 1943; *Lauson* és munkatársai, 1944; *Phillips—Van Slyke*-csoport, 1945; *Burnett* és munkatársai, 1947; *Sanderson* és munkatársai, 1948; *Bull* és munkatársai, 1950; *Miller* és munkatársai, 1951; *Block* és munkatársai, 1952; *Gömöri* és munkatársai, 1954; *Perlmutter*, 1957). Ezen vizsgálatok döntő többsége arra az eredményre vezetett, hogy a C^{PAH} ezekben az állapotokban kifejezetten csökken, és *a szerzők azt a következtetést vonták le, hogy az akut veseelégtelenségnek egyik fontos tényezője a vesekeringés megromlása.*

Az ilyen vizsgálatok azonban még nem olyanok, amelyekből egymagukban arra a következtetésre juthattunk volna, hogy a vesében valóban ércontractio van. Ha ugyanis figyelembe vesszük, hogy mindezen állapotok lényegében a perctérfogat csökkenésével járnak, arra a lehetőségre is gondolni kellett, hogy a vese keringése nem lokális veseércontractio következtében, selective romlik, hanem egyszerűen csak a keringés általános romlásának közvetlen következménye. Helyesebb szemlélet jellemzi azt az irányzatot, amely a kérdés megítélésében a perctérfogat különböző szervi fractióinak változását vette figyelembe. Nagyon jól tudjuk, hogy a perctérfogatnak egy bizonyos hányada folyik át az egyes szerveken. Így a perctérfogatnak renalis, coronaria vagy egyéb fractiója ma jól ismert fogalom, amely megmutatja, hogy az adott körülmények között a vesén vagy a szíven, vagy más szervekben a perctérfogatnak hány százaléka áramlott át. Világos, hogy minden olyan esetben, amikor csak arról van szó, hogy valamely szerv átáramlásának csökkenése pusztán mechanikus következménye a perctérfogat csökkenésének, a perctérfogat renalis és egyéb fractiója nem változhat. Ha azonban egy szerv átáramlása az általános keringéstől *függetlenül*, helyi vasoconstrictio következtében romlik, akkor az illető szerv perctérfogat-fractiójának csökkennie kell. A lokális változások kiderítésére további alkalmas út az egyes szervek keringési *ellenállásának* vizsgálata. A keringési ellenállást a szerven átáramló abszolút vérmennyiségből és a vérnyomásból könnyen ki lehet számítani. Ha a különböző akut veseelégtelenségekben a perctérfogat renalis fractióját és a vese keringési ellenállását vizsgáljuk, akkor kiderül, hogy az esetek többségében mind shockban, mind haemorrhagiában, mind exsiccosisban a *perctérfogat renalis fractiója csökken, a renalis vascularis resistentia pedig megnő* (*Lauson* és munkatársai, 1944; *Takács* és *Kállay*, 1957). Ez a kettő együttvéve, amennyiben a mérések helyesek voltak, bizonyítéknak tekinthető arra, hogy a vesében vasoconstrictio jött létre. Az előbb említett vizsgálatok arra utalnak, hogy ezekben az állapotokban a vesében is vasoconstrictióval kell számolnunk. Mindezek megerősítik azt a felfogást, amely a vese-vasoconstriction alapuló vese-ischaemiát helyezte a veseműködés-romlás okának központjába.

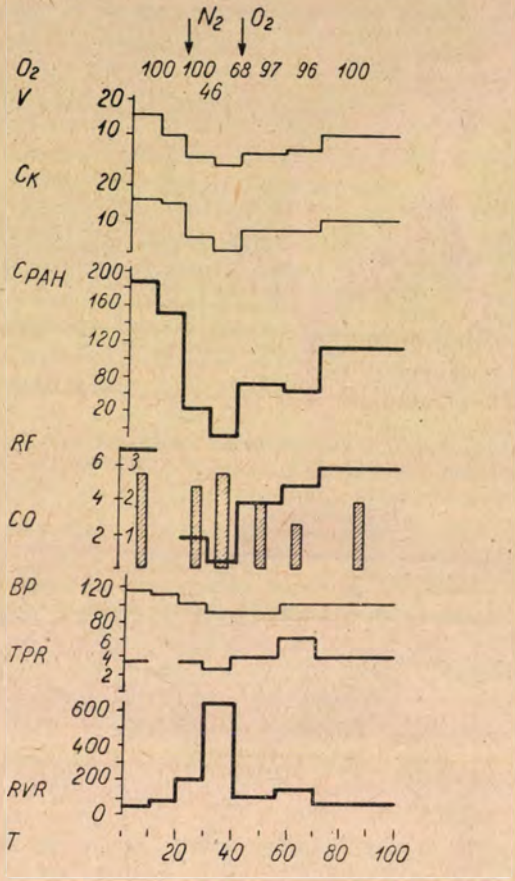
Probléma azonban, hogy ez a renalis-ércontractio hogyan váltódik ki. Ismerve a sympathico-adrenalis rendszer szerepét, nem lehet figyelmen kívül hagyni azt a lehetőséget, hogy a veseerek contractiója esetleg noradrenalin hatás következménye. Emellett természetesen az idegrendszer döntő regulatiós szerepének is szóba kell kerülnie. Erre utal, hogy az agykéreg elektromos izgatásával (*Hoff* és munkatársai, 1951) vesekéreg-ischaemiát idéztek elő, továbbá azok az észlelések, melyek szerint bizonyos központi idegrendszeri megbetegedések vagy sérülések súlyos vesenekrosisra vezethetnek (*Steinmetz* és *Riley*, 1960). Továbbá ugyanígy kell értékelni mindazokat az experimentalis kísérleteken alapuló adatokat, amelyek szerint a vese denerválása, vagy a vese transplantálása a vesekeringés romlását shockban vagy haemorrhagiában felfüggesztik (*Bálint* és munkatársai, 1954; *Jontz* és munkatársai, 1960). Ugyancsak az idegrendszer szerepe mellett szólnak azok a vizsgálatok is, melyek szerint a veséhez futó perifériás idegek, vagy az arteria renalison futó idegek izgatása súlyos vesekeringési zavarokra vezet (*Gömöri* és munkatársai, 1948; *Sarre* és *Moench*, 1951; *Block* és munkatársai, 1952/*a*, 1952/*b*). Ugyancsak így értékelhető a narkózis védőhatása (*Bálint* és munkatársai, 1953). Nem lehet tehát kétséges, hogy a vasoconstrictio létrejöttében a neuralis tényezőknek is döntő szerepük lehet az esetleges noradrenalin hatás mellett. Kérdés azonban, hogy mi az az inger, ami végeredményben idegrendszeri úton a veseerek contractiójára vezet. Az előbb említettek mellett természetesen szóba jöhet a keringő vérmennyiségnek a csökkenése is, hiszen ismeretes, hogy mind

shockos, mind haemorrhagiás vagy exsiccotikus állapotokban *oligaemia* van, a perctérfogat csökken (*Wiggers*, 1950). Másrészről azonban mindezen állapotokban éppen a keringés megromlása folytán a szövetek oxygenellátásában legtöbbször zavar van és *sztagnáló hypoxia* alakul ki. Szóba jöhet tehát az, hogy a veseércontractio neurogen kiváltásában 1. a keringés megromlása önmagában, vagy 2. a következményes sztagnáló hypoxia a felelős. Ennek a kérdésnek eldöntésére vizsgálatainkban (*Gömöri, Kovách, Takács, Földi, Szabó, Nagy, Wiltner*, 1954, 1960) úgy jártunk el, hogy keresztezett áramlásos kísérletekben a vizsgált állat fejében a vérnyomást normálisról 60 Hgmm-re csökkentettük, ami nemcsak a vérnyomás csökkenésére, hanem a fejen izoláltan átmenő vérmennyiség csökkenésére és az arterio-venosus O_2 differencia megnövekedésére vezetett. *Kísérleteinkben tehát a fejben nagyjából utánozhattuk a shockos állapotokat*, mely arra az eredményre vezetett, hogy bár a törzsben a vérnyomás, a keringés és az arterio-venosus oxygendifferencia normális volt, az izoláltan hypotoniás vérnyomás mellett átáramoltatott fej (központi idegrendszer) felől oly ingerek váltódtak ki, melyek a vesében a diuresis csökkenését (egyes esetekben anuriát), a C^{PAH} csökkenés alapján ítélve: a vesekeringés romlását, a renalis



1. ábra: Az első nyílnál vérnyomáscsökkentés a fejben, a második nyílnál újra normális vérnyomás. Az izolált feji hypotensio alatt a diuresis, a C^K, a C^{PAH}, a perctérfogat renalis fractiója csökken, ugyanakkor a vesekeringés ellenállása növekszik. Jelzések 1–4. ábrákig

BP = vérnyomás; O = oxigensaturatio; V = percdiuresis ml; C^K = kreatinin clearance ml/min.; C^{PVH} = effektiv renalis plasmaáramlás ml/min.; Rf = a perctérfogat renalis fractiója; Cp = perctérfogat; TPR = totális perifériás ellenállás; PVR = a vese keringési ellenállása; T = idő percben



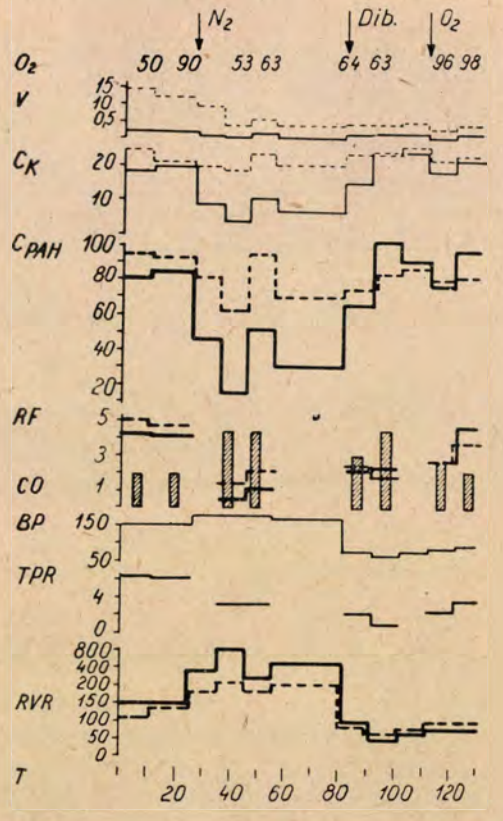
2. ábra: Az első nyílnál a fejkeringésben izoláltan csökkentettük az oxigen saturatióját. A második nyílnál a normális oxygensaturátio visszaállítva. A fej izolált hypoxiája alatt a diuresis, a C^K, a C^{PAH}, a perctérfogat renalis fractiója csökken, ugyanakkor a vese keringési ellenállása emelkedik

fractio csökkenését és a veseerek keringési ellenállásának növekedését idézték elő. A carotis sinusok denerválása az effektust nem csökkentette. Egyszóval ezen vizsgálatok azt mutatták, hogy a *központi idegrendszerben a vérnyomás csökkentése ,a keringés lassulása és a sztagnáló hypoxia együttesen olyan ingerületet tud kiváltani, amelyek veseischaemiát hozhatnak létre* (1. ábra).

Kérdés volt azonban, hogy maga a hypotensio és a hypovolaemia, vagy a hypoxia az, ami ezt a reakciót kiváltja. Ezért ezen kísérleteket elvégeztük olyan kutyákon is, amelyeknek a fejében szintén izolált keringést létesítettünk donor állattal, vagy Dale—Schuster-pumpával, de ezekben a kísérletekben az átáramoltatás normális vérnyomás mellett történt, a fejen átáramló vér oxygensaturatióját Bayliss-tüdő segítségével csökkentettük, tehát az agy izolált hypoxiáját hoztuk létre. Az effektus hasonló volt ahhoz, amelyet az izolált fej-hypotoniás kísérletekben találtunk; a fej-hypoxia

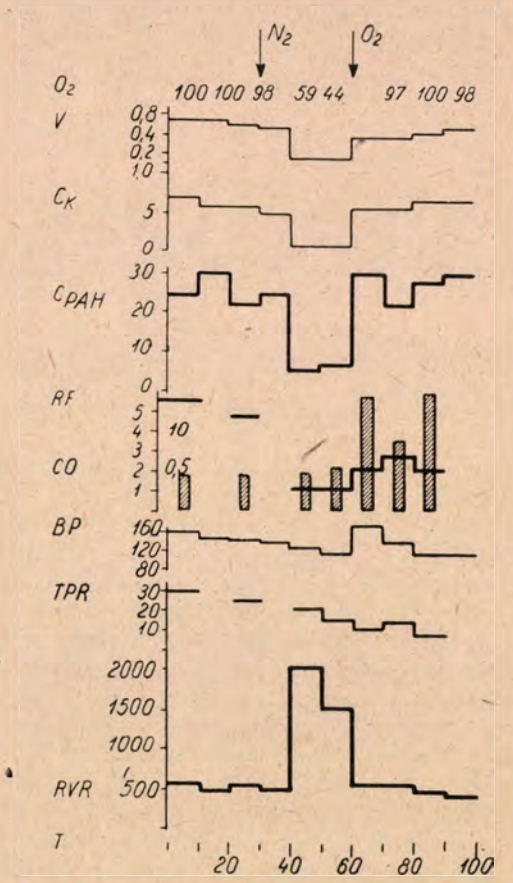
hatására a vesében ischaemia következett be (2. ábra). Hasonló kísérleteket végeztek *Franklin, McGee, Ullman* (1951) is, akik asphyxia hatására nyúlon a vese elsápadását észlelték.

Kérdés, hogy ezen központi idegrendszeri hatás idegi vagy humoralis úton jut-e el a vesébe. Ennek eldöntésére az egyik oldali vesét denerváltuk, és kiderült, hogy arteriás hypoxiában a denervált oldalon sem a C^{PAH}-ban, sem a diuresisben hatás nem volt, az innervált vesén azonban mind a C^{PAH}, mind a diuresis csökkent. Dibenamin pedig az innervált vesén felfüggesztette a hypoxia veseischaemiát okozó hatását, míg a denervált vesére hatástalan volt (3. ábra). Adrenalectomia a hypoxia vese-effektusát nem befolyásolta (4. ábra). E vizsgálatok nem zárják ki természetesen az adrenalin esetleges szerepét, de bizonyítanak amellett, hogy a központi idegrendszeri ingerületek direkt neuralis úton jussanak el a veséhez. Az ismert irodalmi adatok, továbbá saját kísérleteink alapján legelfogadhatóbbnak látszik az a nézet, hogy az akut veseelégtelenség lényege a vesekeringés súlyos zavara, melynek létrehozásában az idegrendszer el nem hanyagolható szerepet játszik.



3. ábra: Bal oldalt denervált vese (szaggatott vonal). Egész állat kísérlet. Első nyilnál egész test hypoxia. Jól látható, hogy az innervált vesén a hatás kifejezett: a C^K, a C^{PAH} és a renalis fractio határozottan csökken, a vese keringési ellenállása emelkedik. A denervált vesén a hatás lényegesen kevésbé érvényesül. A második nyilnál a kísérlet állat a hypoxia fenntartása mellett dibenamint kap. Ennek hatására az innervált vesén a hatás felfüggesztődik. A denervált vesére a dibenaminnak nincs hatása. A harmadik nyilnál az oxygensaturatio visszaállítása hatástalan marad, mivel a dibenamin a hypoxiás hatást teljesen kivédte

Azonban kiderült, hogy a kérdés nem ilyen egyszerű, mivel a C^{PAH} távolról sem olyan megbízható methodika a vesén átáramló vérmennyiség meghatározására, mint azt gondoltuk. Először 1946-



4. ábra: Kétoldali mellékveseeltávolítás. Első nyílnál egész állaton hypoxia, a második nyílnál a hypoxia megszüntetése. Mint látható, a mellékvesék eltávolítása után is a hypoxiás hatás létrejön

ban *Selkurt*, majd a későbbiek során hazánkban *Bálint* és munkatársainak részletes vizsgálatsorozata (1953—1960) alapján kétségtelenül kiderült, hogy a vese vérkeringésének direkt úton történő meghatározása esetén oliguriában a vesén átáramló vérmennyiség *nem csökken annyira*, mint ahogyan azt a C^{PAH}-val történt vizsgálatok alapján gondoltuk. *Bálint* és munkatársai kísérletei szerint a *vesekeringés csökkenése nagyjából arányos az általános keringés romlásával, így a perctérfogat renalis fractiója nem csökken és a vese keringési ellenállása sem emelkedik számottevően.*

Előbbiek alapján két lehetőségre kell gondolnunk. Az egyik, hogy neuralis vagy humoralis úton kiváltott veseischaemia nincs, nincs vasoconstrictio és a veseműködés romlásának más ismeretlen oka van. Egy másik lehetőség az, hogy a vesében, a shockos állapot alatt arterio-venosus shuntök nyílnak meg. Ugyanis a különböző szerzők által használt és az extractióval (E^{PAH}) nem korrigált C^{PAH}

és a direkt mérés által kapott eredmények között többek között különbség a C^{PAH} az ún. „effective renal blood flow"-t, azaz a *veseparenchymán* átáramló keringő vérmennyiséget méri, míg a direkt mérés az *egész vesén* átáramló, helyesebben szólva a *vesevénán kiáramló* egész vérmennyiséget méri, függetlenül attól, hogy ez a vér működő parenchymán, avagy inaktív részeken ment át. Mi magunk arra a gondolatra jutottunk, hogy a C^{PAH} kétségtelenül fennálló hibái mellett ez a direkt mérés és a C^{PAH} közötti különbségben, esetleg shuntképződés is szerepelhet. Ismerve *Trueta* (1947) és mások idevonatkozó munkáit, nem vitás, hogyha shuntök nyílnak meg, a direkt mért „total renal blood flow" nem kell hogy csökkenést mutasson. Ha ugyanis nagymértékben nyílnak meg a shuntök és bármennyire is ischaemiássá válnak egyes veserészek, a direkt mért totalis áramlás normális maradhat, sőt az ellenállás csökkenése miatt még növekedhet is. Evvel szemben a C^{PAH}, mint „extraháló" módszer csakis a veseparenchymán átmenő vérmennyiséget méri.

Ennek a kérdésnek a tisztázásával foglalkoztunk az utóbbi években (*Gömöri, Munkácsi, Nagy, Takács, Kállay*, 1960). Ezeknek az eredményeknek a teljes közlése még folyamatban van. Annak kiderítésére, hogy tényleg a vesében shuntképződésről van-e szó, ill., hogy a perctérfogat renalis fractiója és a vese keringési ellenállása hogyan változik, két út állt rendelkezésünkre. Az egyik a korroziós vizsgálat, éspedig *Munkácsi* (1957) módszere, másrészről *Sapirstein* (1958) izotópindicatoros fractionálási módszere. Nézzük a kettőt külön-külön.

A korróziós eredmények kétségtelenül a súlyos veseischaemia és a shuntképződés mellett bizonyítottak. A módszer az 5%-os PVC-oldat viscositása folytán alkalmas arra, hogy az arteriás rendszert jobban tanulmányozzuk és az esetleges arteriovenosus anastomosisokat is kimutathassuk. Ezen módszerrel vizsgálva a vesekeringést, a kontrasztanyag csak a glomerulusokig jut, azokat jól kitölti, de a vas efferensekbe és azokon keresztül a vénás rendszerbe viscositása miatt nem jut el. A normális készítményen tehát látjuk az arteriás systemát a glomerulusokkal, de mást nem. Figyelembevéve, hogy a vénás rendszer nem fedi az arteriás és glomerularis rendszert, ezek jól láthatók. Másrészt, ha mégis vénás telődést látunk, akkor az a vizsgálatok szerint csak úgy jöhet létre, hogy a vénák arterio-venosus anastomosisok megnyílása következtében shuntökön át retrográd telődnek.

Ezen vizsgálataink a következőkre vezettek: mind exsiccosisban, mind haemorrhagiában, mind traumás vagy ischaemiás shockban, ill. arteriás hypoxiában egyöntetűen kimutatható volt, hogy egyrészt a vese arteriás telődésében súlyos kiesések, nyilvánvalóan súlyosabb ischaemiás területek találhatók, másrészről, hogy azokon a területeken, ahol az arteriás telődés hiányzik, vénás telődés látható, ami nyilvánvalóan retrográd telődés: shuntképződés következménye. Igen fontosnak tartottuk azonban, hogy az arterio-venosus anastomosisokat közelebbről, morphológiailag is kimutassuk. Ez sikerült és a kísérletek alapján az a véleményünk, hogy a vesében nemcsak a juxtamedullaris, *Trueta*-féle shuntök vannak, hanem ilyenek a vese egész területén kiterjedten találhatók (lásd 5. és 6. ábra,

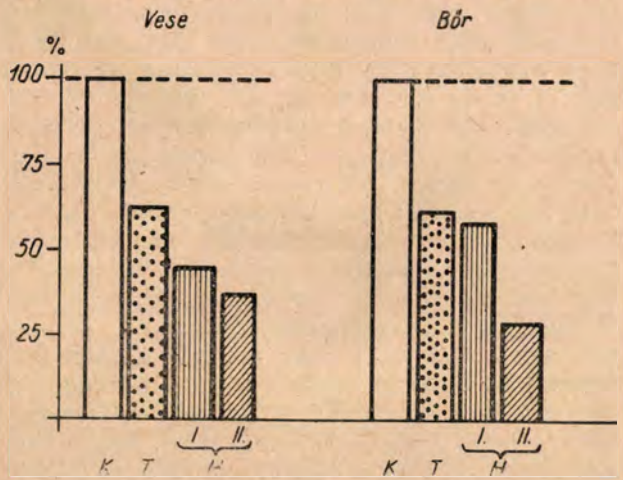
5. ábra: Normális kutya veséje. Korroziós készítmény. Makroszkópos kép. Egyenletes jó telődés látható

6. ábra: Exsiccált (pyloruslekötött) kutya veséje. Kifejezett telődési hiány, a hiány helyén nagy vénás telődés, a felső széleken vena stellata telődés (retrográd vénatelődés shuntképződés következtében). Korroziós készítmény

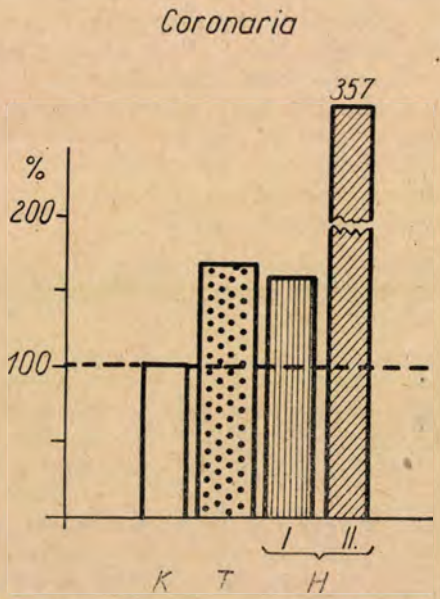
a részleteket és az ábraanyagot lásd még MTA V. Oszt. Közl. XI. 41.).

A korroziós methodikával súlyos vesekeringési zavarra utaló jelenségeket találtunk, azonban tudatában vagyunk annak, hogy a methodikának korlátai is vannak: 1. nem quantitatív, 2. post mortem eljárás. Éppen ezért kívánatosnak találtuk a vesekeringés romlásának functionális úton való kimutatását is. Ezen a téren nagy segítséget jelentett *Sapirstein* új izotópindicatoros fractionálási eljárása. A methodika lényege, hogy a K^{42}-t és a Rb^{86}-ot a szervek (az agy kivételével) a rajtuk átáramlott vér mennyiségével arányosan veszik fel. A módszer tehát, ha egyidőben a perctérfogatot és a vérnyomást is megmérjük, alkalmas arra, hogy — az agy kivételével — az egyes szervek vérkeringését és ke-

ringési ellenállását abszolút számokban is megadja és ezenkívül megadja a perctérfogatnak az egyes szervekre vonatkozó fractióját. Haemorrhagiás shockban ilyen vizsgálatokat *Sapirstein* (1958, 1960) maga is végzett és ilyeneket végeztek klinikánkon *Takács, Kállay* és *Skolnik* (1959). Mindezek egyöntetűen arra az eredményre vezettek, hogy shockban és haemorrhagiás hypotoniában a vesekeringés és a perctérfogat renalis fractiója csökken (7. ábra), a vese keringési ellenállása pedig emelkedik. Hasonlóképpen viselkedik a bőr is (7. ábra), míg ugyanakkor a perctérfogat coronariafractiója megnő (8. ábra). Legújabban egyébként *Corday* és *Williams* (1960) *direkt* módszerrel (dropmeter) is haemorrhagiás hypotoniában a vesekeringés csökkenése mellett a *vese keringési ellenállásának kifejezett emelkedését találták.* Úgy látszik a direkt mérések eredményei sem egyöntetűek.



7. ábra: A perctérfogat vese- és bőrfractiójának változása a normális (100%) értékhez viszonyítva. Takács, Kállay, Skolnik anyagából. K = kontroll; T = shock (tourniquet); H = haemorrhagia. Ezen belül I: enyhébb; II: súlyosabb shock. Mint látható, úgy shockban, mint haemorrhagiában a perctérfogat vese- és bőrfractiója csökken



8. ábra: A perctérfogat coronariafractiójának változása normális (100%) értékhez viszonyítva. Jelzés mint 7. ábrán. Takács, Kállay, Skolnik anyagából. Mint látható, úgy shockban, mint haemorrhagiában a perctérfogat coronariafractiója emelkedik. Igen kifejezett (a normálisnak három és félszerese) az emelkedés súlyos haemorrhagiás állapotban

A vesevéráramlás mérésére újabban gázmódszerek [nitrogenoxydul vagy radioaktív Krypton (Kr^{85})] is rendelkezésre állanak. Ezeknek a módszereknek is megvannak azonban a maguk korlátai, amennyiben a vesesúly pontos ismerete lenne szükséges az exakt számításhoz, másrészt arterio-venosus shuntök nagymértékű megnyílása esetén a módszer megbízhatóságához szó férhet. *Munck* (1958) akut veseelégtelenségben szenvedő betegeken ezzel a methodikával azt találta, hogy a vese véráramlása nem csökkent olyan nagy fokban, mint általában a C^{PAH} alapján ez feltételezhető, azonban így is a vizsgálatok a vesekeringés kifejezett károsodására mutatnak. Hiányzanak olyan adatok, melyek a renalis fractiót és a vese keringési ellenállását is megadnák, azonban *Munck* adataiból számítva, úgy látszik, az általa vizsgált állapotokban a keringési ellenállás a vesében növekszik. A talált eredmények alapján egyébként *Munck* is a vesében bekövetkező vasoconstrictiót tételez fel.

Koslowski (1960) tourniquet shockban végzett röntgenangiographiás vizsgálatokkal súlyos vese-ischaemiát talált.

Mindezek mellett azonban választ kellett adnunk azon megjegyzésekre is, amelyekkel általában a shuntképződéssel kapcsolatban találkozunk. A morphológusok részéről az anastomosisok létét még inkább szokás elismerni, mint „functionalis" szempontból. Nevezetesen többször hangzott el éppen a Trueta-shunt ellen is, hogy amennyiben shunt van, úgy a vesében az egyes extractiós értékeknek (PAH, O_2) csökkenniük kell. Saját vizsgálataink során a shuntképződésre utaló esetekben a PAH extractio kifejezetten csökken. Természetesen a PAH extractio csökkenésének a tubulusok functiójának sérülése is oka lehet. De biztosan oka lehet a shuntképződés is. Kísérleteink alapján határozottan mondhatjuk, hogy a PAH extractióval kapcsolatos vizsgálatok semmiképpen sem szólnak shuntképződés ellen, mint ahogy ezt többször mondták, és ha a vesetubulusok károsodását akut kísérletben nem becsüljük túl magasra, akkor inkább a shuntök mellett szólnak. Hasonló értelemben szokás említeni az arterio-venosus oxygendifferencia kérdését is. Az arterio-venosus oxygendifferencia (kutyán) általában 2—3% körül szokott lenni normálisan. Shuntképződés esetén ennek a differenciának nulla felé kell tendálnia, attól függően, hogy milyen mennyiségben jut át a vér működő veseparenchymán. Saját vizsgálatainkban az esetek egy részében az arterio-venosus differencia a biztosan kórosnak mondható 1% alá is csökkenhet, és találtunk olyan értékeket is, ahol zéró volt. Más esetekben nem változott kifejezetten.

Egyébként is arra hivatkozni, hogy az arterio-venosus oxygendifferenciacsökkenés elmaradása shuntök ellen szól, helytelen. Minden olyan álla-

potban ugyanis, ahol shunt mellett ischaemiás, tehát meglassult keringésű területek is vannak (a shockvesében pedig ilyenek vannak, amit a morphológiai kép is bizonyít), s meglassult keringés folytán az arterio-venosus differenciának meg kell nyúlnia, mint ahogy azt ki is lehet mutatni. Világos tehát, hogy a shunt mint olyan, az arterio-venosus differenciát lefelé, a ki nem iktatott területek meglassult keringése pedig felfelé viszi. A meghatározáskor mindig integrált, globális eredményt kaptunk, amelynek értéke attól függ, hogy a shuntök vagy az ischaemiás területek dominálnak (lásd még *Gömöri, Nagy, Jakab* és *Vajda*, 1960).

Végeredményben tehát az irodalmi adatok, valamint saját vizsgálatok alapján joggal gondolhatjuk, hogy a shock, a haemorrhagia, az exsiccosis a vesében ischaemiát okoznak, melynek a pathogenesis szempontjából döntő jelentősége van. Hogy az ischaemia, mely a veseerek contractióján alapuló aktív ischaemia, meddig tart, nem tudjuk. Lehetséges, hogy sokáig, de az is lehet, hogy csak rövidebb ideig, de feltételezhető, hogy ez az ischaemia vezet a veseparenchyma károsodására — kisebb mértékben a glomerulusok, döntően a tubulusok sérülnek. Hogy azonban ezek után az anuria hogyan jön létre, erre a kérdésre választ adni még az előbbieknél is nehezebb, és csatlakozni kell sokak, többek között *Teschan* (1960) józanul gondolkodó felfogásához. Azt a felfogást, amely a kérdést úgy teszi fel, hogy az anuria oka *vagy* glomerularis, *vagy* tubularis, nem lehet helyesnek tartani. A vese működő egysége a nephron, a maga egészében. Minden bizonnyal az anuria létrejötte komplex folyamat. Szerepelhet benne a szürlet csökkenése és szerepelhet benne tubularis rediffusio is. Az, hogy tubularis rediffusiós anuriák vannak, ezt *Richards* közismert régi kísérletei óta nehezen lehetne tagadni, és emellett szólnak *Bálint* és munkatársai kísérletei is. De ma mást mondani, mint hogy lényegében a nephron működő egységének functionális felborulásáról van szó, alig tudunk, amelyben mind keringési, glomerularis zavarok, mind tubularis resorptiós zavarok egyaránt szerepet játszanak. Nem hivatásom, hogy e helyen szóljunk olyan kérdésekről, mint a tubulust elzáró „cast"-ok, vagy a veseoedema problémáiról. Ezek a kérdések elsősorban morphológiai kérdések, de véleményünk szerint a tubulus elzáródásával járó esetek külön csoportot jelentenek. (Tubularis obstructiós nekrotikus vesebajok. *Gömöri*, 1957).

De akár ezekkel, akár ezek nélkül a veseischaemia önmagában is vezethet olyan károsodásra, ami végső fokon a súlyos diuresis zavaráért, az anuriáért és minden következményért felelős lehet. Lényegében a kórkép, amelyről szóltunk, az akut veseelégtelenség, ezek szerint sok tekintetben haemodynamikai jelenség. Ha összefüggéseiben szemléljük a kérdést, láthatjuk, hogy minden esetben *jellemző az oligaemia, a következményes perctérfogatcsökkenés, amelyet nevezzünk az egyszerűség kedvéért hypovolaemiának.* Ezt követheti a vérnyomás bizonyos fokú csökkenése is és ezt a sztagnáló hypoxia kialakulása is. Így van ez shockban, haemorrhagiás hypotoniában és exsiccosisban egyaránt. A fenti értelemben vett akut veseelégtelenségnek tehát talán ez is lehetne a kritériuma és a *definició* talán úgy szólhatna helyesen, hogy olyan veseelégtelenségről van szó, melynek alapja az oligaemia, a hypovolaemia, a hypotonia és a sztagnáló hypoxia, amelyek nyilvánvalóan *együttesen* váltják ki a veseischaemiát. Persze arra a kérdésre, hogy mindez miért van így, a válasz rendkívül nehéz. Sokan éppen a shockos állapot, a haemorrhagia, az exsiccosis kapcsán jutottak arra a meggyőződésre, hogy talán regulációs mechanizmusról van szó, amely lényegében a vese rovására biztosítja, a pillanatnyilag az életfontosságú szervek, a szív és az agy elérhető legjobb oxygen-, ill. vérellátását. Az újabban sokat emlegetett keringési „redistributio" vagy „shifting" mechanizmus (lásd *Gömöri* és *Takács*, 1960) olyan értelemben fennáll, hogy sok esetben a vese ischaemiája mellett a perctérfogat coronaria és agyi fractiója emelkedik, amit ezen szervek keringésének közvetlen vizsgálatai is bizonyítanak. A shuntképződés maga pedig, mint minden nagy arterio-venosus fistula, a keringés gyorsítása által vezet más szervek keringésének javítására. És ha pl. maga a coronariakeringés bizonyos esetekben romlik is, ez a romlás messze kisebb, mint a veséé (*Gömöri*, 1959). Mégis ténynek látszik az, hogy a vese és más szervek (pl. bőr) rovására bizonyos fokig megtartott maradhat a coronariák keringése a szívnek, továbbá az agynak az élethez szükséges vérellátása. Ennek a shifting mechanizmusnak tulajdonít egyébként nagy jelentőséget *Munck* is a radiokryptonnal végzett vizsgálatai alapján, mellyel veseischaemiát talált.

Végső fokon mai tudásunk szerint arra az álláspontra kell helyezkednünk, hogy az akut veseelégtelenség oka elsősorban haemodynamikai okokra vezethető vissza. De, hogy emellett vannak-e még más tényezők is, és ha vannak, akkor mi a jelentőségük, alig lehet ma még választ adni. Biztos, hogy tudásunk sok kérdésben nemcsak megerősítésre, de kiegészítésre is szorul.

IRODALOM. *Bálint P., Fekete Á., Hajdu A., László K., Pintér G.:* Kísérl. Orvostud. 1953. 359. — *Bálint P., Fekete Á., Gyöngypály J., László K., Romhányi Gy.:* Kísérl. Orvostud. 1953. 5. 414. — *Bálint P., Fekete Á., László K., Pintér G.:* Acta Physiol. Ac. Sci. Hung. 1954. 6. 69. — *Bálint P., Fekete Á., Hajdu A.:* Acta Physiol. Ac. Sc. Hung. 1956. 10. 239. — *Bálint P., Fekete Á.:* Acta Physiol. Ac. Sci. Hung. 1960. 17. 277. — *Bálint P., Fekete Á.:* Pflügers Archiv. ges. Physiol. 1960. 270. 575. — *Bálint P., Fekete Á., Sturcz J.:* Acta Physiol. Ac. Sci. Hung. 1960. 17. 287. — *Beall D., Bywaters E. G. L., Belsey R. H. R., Miles J. A. R.:* Brit. Med. J. 1941. 1. 432. — *Black D. A. K., Powell J. F., Smith A. F.:* J. Physiol. 1941. 99. 344. — *Block M. A., Wakim K. G., Mann F. C., Bennett W. A.:* Surgery 1952. 32. 551. — *Block M. A., Wakim K. G., Mann F. C.:* Am. J. Physiol. 1952. 169. 659. és 1952. 169. 670. — *Bull G. M., Joekes A. M., Lowe K. G.:* Clin. Sc. 1950. 9. 379. — *Bywaters E. G. L., Beall D.:* Br. Med. J. 1941. 1. 427. — *Bywaters E. G. L., Dible J. H.:* J. Path. Bact. 1942. 54. 111. — *Bywaters E. G. L.:* JAMA 1944. 124.

1103. — *Burnett C. H., Shapiro S. L., Simeone F. A., Beecher H. K., Mallory T. B., Sullivan E. R.:* Surgery 1947. 22. 856. és 1947. 22. 994. — *Corcoran A. C., Taylor R. D., Page J. H.:* JAMA 1943. 123. 81. — *Corcoran A. C., Page I. H.:* JAMA 1947. 134. 436. — *Corday E., Williams J. H.:* Am. J. Med. 1960. 29. 228. — *Doolan P. D., Wiggins R. A., Thiel G. B., Lee K. J., Martinez E.:* Am. J. Med. 1960. 28. 895. — *Dunn J. S.:* Lancet 1941. 2. 549. — *Fishberg A. M.:* Hypertension and Nephritis. Lea & Febiger, Philadelphia, 1939. — *Franklin K. J., McGee L. E., Ullman E. A.:* J. Physiol. 1951. 112. 43. — *Franklin S. S., Merrill J. P.:* New Engl. J. Med. 1960. 262. 711. — *Goormaghtigh N.:* Am. J. Path. 1947. 23. 513. — *Gömöri P.:* Orv. Hetil. 1948. 89. 136. — *Gömöri P., Földi M., Szabó Gy.:* Orv. Hetil. 1948. — *Gömöri P., Wiltner W.:* Orv. Hetil. 1954; Acta Med. Hung. 1960. *16.* 37, 43, 75 és 93. — *Gömöri P., Kovács A., Takács L., Földi M., Szabó Gy., Nagy Z., Wiltner W.:* M. B. A. 1954. 5. 129. — *Gömöri P., Romhányi Gy., Földi M., Szabó Gy.:* Acta Morph. Ac. Sci. Hung. 1954. 4. 9. — *Gömöri P.:* Ztschr. f. Ärztl. Fortbild. 1954. 48. I. — *Gömöri P., Kállay K.:* Ztschr. f. Ärztl. Fortbild. 1955. 49. 605. — *Gömöri P.:* Ztschr. f. Ärztl. Fortbild. 1956. 50. 359. — *Gömöri P.:* Orv. Hetil. 1959. 100. 849. — *Gömöri P.:* Aerztliche Forsch. 1959. 13. 322. — *Gömöri P., Munkácsi I., Nagy Z., Takács L., Kállay K.:* MTA V. Oszt. Közl. 1960. 11. 41. — *Gömöri P., Takács L.:* Am. Heart J. 1950. 59. 161. — *Gömöri P., Nagy Z., Jakab I.* és *Vajda V.:* MTA V. Oszt. Közl. 1960. *11.* 383. — *Graber I. G., Sevitt S.:* J. Clin. Path. 1959. 12. 25. — *Haranghy L.:* Részletes kórbonctan. I—II. Bp. 1959. — *Houck C. R.:* Am. J. Physiol. 1951. 167. 523. — *Jontz J. G., Shumacker H. B. jr., Bounous G.:* Surg. Gynec. Obst. 1960. 110. 622. — *Juhel-Renoy E.:* Arch. gén. de Méd. 1886. 17. 385. — *Koslowski L.:* Beiträge zur Pathol. Anat. und allgem. Pathologie (Ziegler) 1960. 122. 443. — *Lauler D. P., Schreiner G. E.:* Am. J. Med. 1958. 24. 519. — *Lauson H. D., Bradley S. E., Cournand A.:* J. Clin. Invest. 1944. 23. 381. — *Lucké B.:* Mil. Surg. 1946. 99. 371. — *Margitay-Becht A., Gömöri P.:* Ztschr. f. ges. exp. Med. 1938. 104. 22. — *McCance R. H., Widdowson E. M.:* J. Physiol. 1937. 91. 222. — *Miller J. H., McDonald R.:* J. Clin. Invest. 1951. 30. 1033. — *Mukherjee S. R.:* Brit. J. Urol. 1952. 24. 52. — *Munck O.:* Renal Circulation in acute Renal Failure. Blackwell Scientific Publications. Oxford, 1958. — *Munkácsi I.:* Ztschr. f. wiss. Mikroskopie u. mikroskopische Technik. 1957. 63. 352. — *Oliver J., MacDowell M., Tracy A.:* J. Clin. Invest. 1951. 30. 1305. — *Oliver J.:* Am. J. Med. 1953. 15. 535. — *Perlmutter M.:* Ann. Int. Med. 1957. 47. 81. — *Phillips R. A., Dole V. P., Hamilton P. B., Emerson K. jr., Archibald R. M., Van Slyke D. D.:* Am. J. Physiol. 1945. 145. 314. — *Price J. D. E., Palmer R. A.:* A. M. A. Arch. Int. Med. 1960. 105. 90. — *Sanderson P. H.:* Clin. Sc. 1948. 6. 207. — *Sapirstein L. A.:* Am. J. Physiol. 1958. 193. 161. — *Sapirstein L. A., Sapirstein E. H., Bredemeyer A.:* Circ. Res. 1960. 8. 135. — *Sarre H., Moench A.:* Ztschr. ges. exp. Med. 1951. 117. 49. — *Sarre H.:* Nierenkrankheiten. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1958. — *Selkurt E. E.:* Am. J. Physiol. 1946. 145. 376. és 1946. 145. 699. — *Sevitt S.:* J. Clin. Path. 1956. 9. 279. — *Sevitt S.:* Lancet 1959. 2. 135. — *Skoubi A. P.:* Acta Med. Scand. 1959. 163. 277. — *Smith H. W.:* The Kidney. Oxford University Press, New-York, 1951. — *Steinmetz P. R., Kiley J. E.:* Amer. J. Med. 1960. 29. 269. — *Swann R. O., Merrill J. B.:* Medicine 1953. 32. 215. — *Takács L., Kállay K.:* Acta Physiol. Hung. 1957. 10. 309. — *Takács L., Kállay K., Skolnik J.:* Acta Physiol. Ac. Sci. Hung. 1959. 14. 457. — *Teschan P. E., Post R. S., Smith H. L. jr., Abernathy R. S., Davis J. H., Gray D. M., Howard J. M., Johnson K. E., Klopp E., Mundy R. L., O'Meara M. P., Rush B. F. jr.:* Am. J. Med. 1955. 18. 172. — *Teschan P. E., Mason A. D. jr.:* First International Congress of Nephrology, Geneve-Evian, 1960. — *Trueta J., Barcly A. E., Daniel P., Franklin K. J., Pritchard M.:* Studies of the Renal Circulation. Blackwell, Oxford, 1947. — *Zuelzer W. W., Charles S., Kurnetz R., Newton W. A., Fallon R.:* A. M. A. Am. J. Dis. Child. 1951. 81. 1. — *Van Slyke D. D., Phillips R. A., Hamilton P. B., Archibald R. M., Dole V. P., Emerson K.:* Trans. Assoc. Am. Physiol. 1944. 43. 119. — *Van Slyke D. D.:* Ann. Int. Med. 1948. 28. 701. — *Van Slyke D. D.:* Ann. Int. Med. 1954. 41. 709. — *Wells J. D., Margolin E. G., Gall E. A.:* Am. J. Med. 1960. 29. 257. — *Wiggers C. J.:* Physiology of Shock. New-York, Commonwealth Fund. 1950.

Szellemi kimerültség esetén

CENTEDRIN **TABLETTA**

SZTK terhére szabadon rendelhető

A fiziológiás bélflórát nem károsítja a parenterálisan adagolható

TETRAN

intravénás injekció.

Összefoglaló Referátum

Budapesti Orvostudományi Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika

A gastroenteralis szondatáplálás

Irta: Kós Rudolf dr., Barankay Bertalan dr. és Votin József dr.

A folyadék-, elektrolyt-, és fehérjeszint physiológiás egyensúlyban tartása a postoperatív állapotokban gyakran nehéz feladat, különösen az emésztőtractuson végzett beavatkozások után.

Ekkor a szervezet extrarenalis vesztesége (hányás, hasmenés, gyomorból leszívás, fistulák révén) különösen nagy lehet. A physiológiás állandók laboratóriumi ellenőrzése és parenteralis bevitellel való tökéletes helyreállítása szinte megoldhatatlan. Ezért szögezte le *Petri* a Sebész Szakcsoport e témáról tartott nagygyűlésén referátumában, hogy amikor lehetőség van rá, legjobb, ha minél korábban etetjük a beteget. A sebészi betegek folyadék- és elektrolytegyensúlyának fenntartásáról hazánkban *Köves I., Balás B., Bodoky Gy., Stojanov I.* munkatársaival és *Kelemen E.*, valamint *Pataky Zs.* tettek alapvető közléseket.

A szájon át való étkeztetés súlyos betegeknél és az emésztőtractuson végzett beavatkozások után nem mindig valósítható meg. A mesterséges táplálásra két út kínálkozik.

1. A parenteralis táplálás (intravénásan, vagy subcután).

2. A gastroenteralis szondán, illetőleg sebészileg készített jejunostomián keresztül való táplálás.

A *subcutan* táplálás nehézsége: rossz felszívódás gyengült keringésnél, a bevitel fájdalmassága, a beadható mennyiség korlátozott volta, azonkívül dehydrált betegnél izo- vagy hypertoniás oldat további „belső dehydratiót" okozhat azáltal, hogy a plasmából a folyadék az infusio helyére áramlik. Az *i. v.* cseppinfusiós táplálás hátrányai: thrombosis, thrombophlebitis veszélye, lázas, hidegrázásos reactiók és a keringés megterhelése. Mi klinikánkon kb. 10%-ban láttunk ilyen kellemetlenségeket i. v. infusiók után. *Steward J. D.* 6,5%-ban észlelte ezeket a kellemetlenségeket. Huzamos időn keresztül — már csak technikai okokból is — majdnem lehetetlen az alapvető táplálkozási igényeket egyedül parenteralis módon kielégíteni. Miután az i. v. beadott táplálék megkerüli a felszívódás physiológiás útjait, el kell fogadnunk azt az általános nézetet, hogy az egyenesen a felső gastrointestinalis tractusba vitt táplálék biztosítja a beteg szükségleteit a legnagyobb hatékonysággal *(Crandon, Clauser* stb.). Különösen a fehérjepótlás nehéz, pedig a fehérje hiánya a szervezet fogyására, antitestképződés-, vérsejt- és plasmaképződés elégtelenségére *(Clark, Nelson, Youmans)*, a sebgyógyulás és a törésgyógyulások zavarára vezet.

Az oralis táplálás (akár gyomorszondával is) a parenteralis bevitelnél azért is előnyösebb, mert a szervezet a resorptiót ekkor a maga szükségleteihez alkalmazza. Olyan betegeknél azonban, akik nem tudtak enni, vagy akiket nem lehetett szájon keresztül étkeztetni, a szonda-táplálás elterjedése előtt a jejunostomia volt az utolsó menedék, ha az i. v. út nem bizonyult elegendőnek. A legutóbbi két évtizedig a postoperatív szonda-táplálás nem terjedt el kellően, mert nem vették eléggé tekintetbe a bélnyálkahártyának tűrőképességét a tápanyagokkal szemben és a betegek a vastag gumiszondákat hosszú időn keresztül nem tűrték el.

A szonda-táplálás nem újkeletű, mert már a görög-római időkben is alkalmazták. 1697-ben *Aquapendente* csövön keresztül való táplálásról írt és lerajzolt egy nasogastricus csövet. *John Hunter* a XVIII. század második felében felújította a táplálásnak ezt a módját visszhang nélkül. Egy századdal később találunk újabb ismertetést a Lancet-ben a „gyomorpumpá"-nak egyetlen esetben történt felhasználásáról. 1879-ben az amerikai irodalomban a rectalis táplálás helyettesítésére kettős-lumenű oesophagealis tubust ajánlottak, hogy az egyik csövön a gáz eltávozhasson, a másikon pedig folyadékkal táplálhassák a beteget. 1882-ben *Rankin* három esetben táplált betegeket nasogastricus tubuson keresztül. A szondát minden egyes táplálkozás idején négy erős férfi segítségével nyomták le és táplálás után rögtön visszahúzták. 1916-ban *Jones* jó eredményekről számolt be fekélyes betegeknek duodenalis szondán keresztül való táplálásáról. A 20-as években *Einhorn* duodenumszondájával táplált is betegeket, azonban e módszer széleskörű elterjedését gátolta a vastag- és merevfalú gumicső. *Ramsome* volt talán az első, aki a szondán való táplálást több száz maláriás és meningitises betegnél rendszeresen alkalmazta, mint életmentő módszert. 19 postmortem végzett vizsgálatnál egy esetben sem látott olyan szövődményt, amit a szonda okozott volna. *Henning* egészen puha és vékonyfalú gumiszondájával — amelyet orron keresztül vezetett be —, majd a műanyagszondák előállításával tovább javultak a szonda-táplálás lehetőségei. *Elliot* a tápoldatoknak tartós cseppinfusiós módszerével („drip-feeding") elérte, hogy a szervezet egész szükségletét a gyomorba, duodenumba, vagy jejunumba vezetett szondával fedezni tudjuk. Franciaországban *Michon* és *Pagnard* fogták fel az eljárás jelentőségét. Hazánkban *Lázár* 1957-ben számolt be Billroth I. műtét után rendszeresen alkalmazott trans-anastomoticus duodenumszonda használatáról, amelyen keresztül három napig folyadékot és sót vitt be. Feltételezhető, hogy sebészeink közül többen végeznek alkalomszerűen ilyen eljárást — azonban a szonda-táplálás korszerű technikájáról és diaetetikájáról hazánkban közlés nem történt.

A szondán, vagy gyomor-, illetőleg bélfistulán keresztül való táplálásra általában akkor kerülhet

sor, ha a normális nyelés akadályozott, a tápcsatorna felső részében műtét, sérülés történt, vagy az megbetegedés miatt kíméletre szorul, azonkívül nagymértékű fehérjevesztéssel járó betegségeknél (pl. kiterjedt égéseknél) és leromlott betegeknél, akik étvágytalanok (pl. inop. cc.-nél). *Clauser* és *Eckert* a gastroenteralis szonda-táplálást az alábbi esetekben javasolja:

1. Leromlott általános állapotokban a következő okokból: tbc, somaticus asthenia, functionalis emésztési zavarok, chronikus fertőzések.

2. Hosszabban tartó öntudatlanság után, koponyasérülések után, táplálkozási képtelenségben és agydaganatoknál.

3. Prae- és postoperatív alultápláltság esetén.

4. A nyelőcső műtétek, sérülések után szükséges kímélésére.

5. A tápcsatorna inop. daganatok által okozott stenosisainál.

6. Gyomor- és bélbetegségeknél (ulcus) a beteg szerv kímélésére.

7. Anorexia nervosánál, ha az fenyegető súlycsökkenéssel jár.

Ilyen esetekben a szonda-táplálás feleslegessé teheti a különben szükséges, de sokkal bonyolultabb parenteralis táplálást. A szonda-táplálás külön előnye még az, hogy ezúton visszajuttathatunk különböző testnedveket, így pl. gyomornedvet, epét, pancreasnedvet, duodenalis secretumot. Különösen előnyös olyan műtétek után, amelyek az emésztőtractus felső részén anastomosissal járnak. Ez esetben szívással való kombinálása szükséges és a táplálásra szolgáló szondarészt transanastomoticusan kell elhelyezni.

A finom, vékony polyethylen-csövek beszerezhetősége megszüntette a betegeknek és az orvosoknak az idegenkedését a huzamos szonda-táplálással szemben, miután az ilyen csöveket hosszú időn keresztül jól tűrik a betegek a felső gastrointestinalis tractusban. Az esetek legtöbbjében ezek az egyszerű és olcsó csövek szükségtelenné teszik a jejunostomiát. Nem minden esetben elegendő azonban a vékony polyethylen-csövek használata, mert a gastrointestinalis sebészetben a secretiókat nem lehet elnyomni és ha a peristaltica nem kielégítő, akkor az intestinalis táplálást szívással kell kombinálni. Ehhez két különböző szondára van szükség, vagypedig kettős lumenű csövekre. Az egyik csövön keresztül a szívást a proximalis szakaszból végezzük, s minthogy az állandó szívás elektrolyt- és folyadékvesztéshez és éhezéshez vezet, ezért a distalisabb bélszakaszba nyúló szondán keresztül a tápláló oldattal együtt a korábban aspirált testnedveket is visszaadhatjuk. Ezen módon a táplálás mellett biztosítva van a negatív nyomás az operált vagy megbetegedett szakaszon. A distensio megszűnése itt számos szövődményt hatásosan háríthat el. Ezen állapotokban *A. M. Gardner* szerint a kombinált intestinalis szívás és táplálás a tulajdonképpeni postoperatív kezelés.

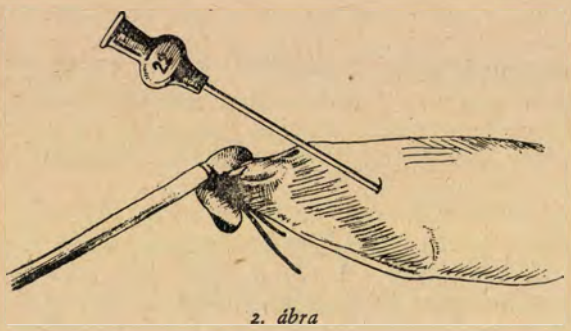
A szívásra és táplálásra szolgáló kettős tubust *Williams H., Walsh C. H.* 1930-ban írták le és stenosissal járó perforált ulcus duodeni műtétek után alkalmazták. A szondát gastrotomiával vezették be, a külső gumicső drainálja a gyomrot és a belső szonda — egy ureterkatheter — pedig folyadékbeadást biztosított a stenosison át a duodenumba. Kettős szonda használatát — az egyiket állandó szívásra, a másikat táplálásra — *Perl J. I.* ajánlotta duodenumfistulák kezelésére, majd *Abbott W. O.* és *Rawson A. J.* 1939-ben kettőslumenű csövet készítettek gastricus aspiratio és jejunalis táplálás céljára gastroenterostomiák után. Rövidebb időtartamú táplálásra és szívásra még sokan használják *Moses Einhorn* nasalis bilumenű tubusát és *Lewin* duodenalis szondáját számos átalakítással. *S. Hirsch* (1956) a Lewin-szondát úgy módosította, hogy a végére T-alakú toldalékot csavart és e szárakat az anastomosis oda- és elvezetőkacsába helyezte el műtét alatt, az anastomosis elülső falának bezárása előtt. *Hariss* 1941-ben a nasopharyngealis szondák levitelének megkönnyítésére higannyal töltött ballont helyezett az eszköz végére. Bár ez az eszköz ileus szonda volt, a higanyos ballon táplálást célzó műanyagcsövek levitelénél jelentőséget nyert. Azóta az irodalom adatai szerint egészen vékonyfalú gumi- és műanyagcsöveket gyárilag állítanak elő. A *Puestow—Olander*-tubus kettős lumenű, nemcsak szívásra és táplálásra alkalmas, hanem röntgen alatt árnyékot is ad. A *Davol*-féle Lewin-typusú duodenalis szondák röntgenárnyékot adó anyaggal impregnált polyvinil anyagból vannak. *Hegemann* e műanyagkathetereken kívül higannyal nehezített cigaretta-draint (vékonyfalú, puha gumicső) is ajánl táplálásra.

Mi — amikor csak rendelkezésünkre állott — polyethylen-csöveket használtunk szonda-tápláláshoz, amelyeknek furata 1,6 mm, külső átmérője pedig 2,2 mm volt. Az 1. ábra mutatja annak arányát a duodenumszondához. A cső vége fém- vagy

1. ábra

gumiolivát tartalmazott mindazon esetekben, amikor a beteg a szondát maga tudta lenyelni. A polyethylen csövet úgy készítjük elő, hogy cérnával három ponton megjelöljük (45, 60 és 75 cm-re) és ez a jelölés mutatja a cső végének a cardiához, a pylorushoz, illetőleg a végcélhoz érkezését. Ha azonban a beteg nem tud nyelni, vagy ha a jejunumba akarjuk levinni a szondát, akkor a cső végére higannyal töltött zacskót erősítünk, amely a súlya és a peristaltica segítségével jut le a megfelelő bélszakaszba. A ballon végét fel nem szívódó fonallal kötjük be. A kettősfalú gumizacskót a lekötés mellett 22-es tűvel ferdén átszúrjuk, hogy

biztonsági szelepet készítsünk a ballon esetleges diffusiós felfúvódásával szemben (2. ábra). Ha a ballont a polyethylentubus végére vékony cat-guttel kötjük (3. ábra), akkor a gyomorsav ezt feloldja



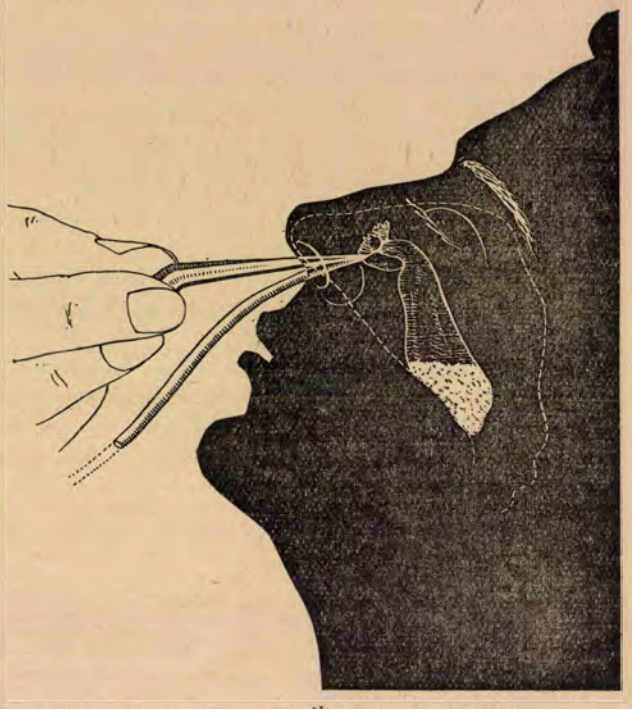
2. ábra

és a higanyos zacskó a béltractuson keresztülhaladva per vias naturales kiürül. Ugyanezt elérhetjük úgy is, hogy 00-ás selyemfonalat vezetünk a polyethylen-szondán keresztül és ennek segítségével a szonda kezdetéhez húzzuk a ballont. Ami-

3. ábra

kor a ballon segítségével a szonda már a kívánt bélszakaszba jutott, akkor a cérnát a cső proximális végénél elvágjuk és a ballon kiürül. A selyemfonalat a szonda lumenébe úgy vihetjük legkönnyebben be, hogy víz alatt egy fecskendővel a szonda egyik végét aspiráljuk és a cső másik végébe fűzött selyemfonal ezáltal keresztülhalad a szondán.

A szonda lenyeletését a következő módon vé-



4. ábra

gezzük: 1. A beteget felültetjük, vagy az ágy fejrészét felemeljük 45—60°-ra és a higanyos zacskó segítségével a szondát a gyomorba juttatjuk az orron keresztül. A higany-ballonos szonda levezetéséhez az orrjáratokat bekenjük 2%-os pantocainnal. A szonda végét vagy a higanyos-ballont jól hátratoljuk a naso-pharynxba. Innen a kívánt mélységig leengedjük vagy lenyeletjük a szondát (4. ábra). Egy óra múlva általában lejut a ballon az antrum pyloriba. 2. Ekkor a beteget jobb oldalára fektetjük és a csövet az orrnál a 60 cm-es cérna-jelig engedjük utána. Ezután röntgenen megnézzük annak helyzetét, s ha gyanúnk van összecsavarodásra, akkor a lument híg báriumpéppel töltjük fel. 3. Ha a ballon a duodenumban van, akkor a beteget bal oldalára fektetjük, hogy a cső tovább haladjon a 75-ös jelig. 4. Amennyiben szívás is szükséges, levezetés előtt egy második vékony polyvinil-szondát is kötünk az első szondához úgy, hogy az elsőnek a vége 20 cm-rel haladja meg a szívásra szánt csövet. Ez utóbbinak oldalán 10 cm szakaszon kis ablakokat vágunk. Amennyiben nem alkalmaztunk két csövet és utólagosan mégis szívásra van szükség, vékonyfalú duodenumszondát, vagy 3,5—4 mm-es lumenű, vékonyfalú műanyag-, ill. nyersgumicsövet utólag juttatunk be a gyomorba átfűzéses módszerrel (5. ábra). Ha a vékony szondát, a rajzon nyíllal jelzett megoldással vezetjük ki, akkor a vastag csövön a szívás akadálytalan. A táplálásra szánt polyethylen szondának legalább 180—200 cm hosszúnak kell lenni, hogy az orrhoz kiragaszthas-

suk és használaton kívül a fül mögött hátra vezethessük (6. ábra). Az általunk többnyire használt higanyos-ballon nélküli polyethylen-csövek levezetése egyszerű, éppúgy, mint a rendes duodenum-

5. ábra

szondáé. Amennyiben a szonda túl puha, aetherben áztatással keményítjük, ha túl merev, meleg vízben puhítjuk.

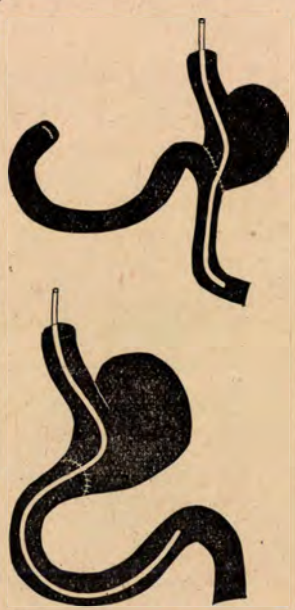
Ami a cső elhelyezését illeti, megkülönböztetünk naso-pharyngo-gastricus (3. ábra), naso-pharyngo-gastro-jejunalis (7/a ábra), naso-pharyngo-gastro-duodenalis (7/b ábra) és naso-pharyngo-jejunalis szonda elhelyezést. Amennyiben hasfalifistulán keresztül visszük be a szondát, úgy beszélünk egyszerűen gastro-duodenalis és gastro-jejunalis szondáról. A szonda aboralis vége transanastomoticusan helyezhető el, akár úgy, hogy műtét alatt zártan, akár úgy, hogy anastomosis készítés közben nyitott módon vezetjük a szondát a bélbe. *Gilchrist* a gyomor és a vékonybelek postoperatív decompressiója és táplálás céljára gastrostomiás nyíláson, ill. Billroth II. resectio után a proximális jejunumkacson készített nyíláson keresztül vezeti be a szondát (8. ábra). Eljárását peritonitises és olyan decompressiót igénylő betegeknél ajánlja, akik a nasalis szondát nem viselnék el hosszú ideig ártalom nélkül (pl. tüdőszövődmények esetén). Mások gastro-duodenalis és gastro-jejunalis szonda bevezetéshez Foley-katheter használnak.

Stewart J. D. már 12 év előtt meghatározta azokat a követelményeket, amelyek ideális gastrostomiás vagy

6. ábra

jejunostomiás tápláláshoz szükségesek. Eszerint a tápanyagban legyen:

1. A táplálkozáshoz szükséges tápanyagelemek mindegyikéből megfelelő mennyiség.
2. Legyen olcsó és könnyen elkészíthető.
3. Ne legyen túlmagas a sótartalma, vagy osmoticus nyomása.



7. ábra

4. Legyen könnyen emészthető és felszívódó a tápanyag, kevés emésztési maradékkal.
5. Legyen olyan híg a folyadék, hogy súlyánál fogva könnyen átcsöpögjön a vékony szondán.

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA

6. Ne legyen romlandó a folyadék, hanem hűtőszekrényben legalább 48 órán át legyen eltartható.

Ezeknek a követelményeknek, úgy látszott, leginkább a teljes tej felel meg. A tej könnyen beszerezhető, olcsó, közepesen magas kalória-értékű és majdnem teljes egészében táplálék, azaz nincs residuuma.

8. ábra

A legújabb kutatások alapján azonban el kellett vetni a teljes, sőt, a fölözött tejnek is jejunostomiás táplálékul való felhasználását, mert a jejunum intolerantiát mutat a tejben levő zsírral szemben. Jejunostomisált betegek több mint fele diarrhoeát és görcsöket kapott mindaddig, amíg teljes tejjel táplálták őket. A lefölözött tej sem bizonyult teljesen megfelelőnek. A kutyakísérletek és emberen tett megfigyelések azt mutatták, hogy a tolerantiát a teljes tejben levő zsírszemcsék nagysága befolyásolja. A normális tejben a zsírszemcsék 1—18 mikron nagyságúak, 4 mikronos átlagban, ezzel szemben a homogenisált tej zsírszemcséi 0,5—2 mikron átmérőjűek, átlag 0,76 mikron nagysággal. A homogenisált tejet a jejunum tapasztalat szerint jól tűri és saját megfigyeléseink is megerősítik a homogenisált tej értékét. A kereskedelemben kapható homogenisált tej az alapvető folyadék-, protein- és ásványi-só igényt kielégíti.

A szondán keresztül hirtelen adott nagyobb mennyiségű táplálás is könnyen hasmenésre és hányásra vezet. A szonda etetést lassú cseppszámmal kell folyamatosan végezni (mp-ként 2 csepp) és a gyomor-bélcsatorna időnként functionális állapotához kell alkalmazkodni.

Műtét után alkalmazott szondatáplálásunk vázlatát a 9. ábra táblázata tünteti fel. A negyedik naptól kezdve a dextrose- és folyadékbevitelt az igényekhez és a tűrőképességhez szabjuk.

Szonda táplálásnál alapelv, hogy a beteg extra-renalis vízvesztésének pótlásául naponta egy liter vizen kívül 100 kalóriánként 50 ccm vizet, rossz vese-concentrálás mellett pedig 75 ccm vizet kell adni — ezért szükség lehet a tápanyag hígítására.

Az oldatokat csak egy napra készítjük el előre és a bacteriális bomlás elkerülésére felfőzés után jól zárható edényben jégszekrényben tartjuk. Ha az aspirált testnedveket vissza akarjuk juttatni, a kétórás fractiókat jégszekrényben kell tartani. A hideg oldatot használatkor testhőmérsékletre kell felmelegíteni. Az oldatokhoz különféle gyógyszereket, antibiotikus készítményeket tehetünk. Huzamos szonda-táplálásnál vitaminokkal és májkészítményekkel való kiegészítés szükséges.

A szonda-táplálás kellemetlen oldalai: hasmenés, görcsök, nausea és hányás lehet. Erre való hajlam esetén a szerzők általában tinctura-opiit tesznek a tápoldathoz. Ha emellett is jelentkezik hasmenés, akkor 5—10%-os rizsnyák-oldatot ajánlanak, amelyet fokozatosan egészítenek ki tejcukor-

MŰTÉT UTÁNI SZONDATÁPLÁLÁS

NAPOK	TÁPANYAG	MÓDSZER	CSEPPSZÁM	MENNYISÉG	FEHÉRJE	CALORIA
0	TEA VAGY 5% DEXTROSE		10-20 CM³/3 HR.	100-200 CM³	—	—
1	HOMOGENIZÁLT TEJ + 200 MG. C VIT 1 AMP. POLYBÉ		50 CM³ / HR.	1000 CM³	35 GR.	700
2	+ TOJÁS	-"-	100 CM³/ HR.	2000 CM³ +2X50 GR. DEXTROSE	61 GR.	2000
3	+ HÚSLEVES +	-"-	150 CM³/ HR.	2500 CM³ +2X50 GR. DEXTROSE	100 GR.	2300

9. ábra

ral és sovány tejporral. Chronikus bélbetegeknél ajánlatos ensim-készítmények adása is.

Külföldi szerzők kész tápoldatokat ajánlanak a szonda-tápláláshoz, amelyek a szükséges tápanyagokat, vitaminokat, sókat együttesen tartalmazzák (pl. Susta-

gen, Aminotrat, Nutramit stb.). W. *Schega* postoperatív szonda-táplálásra ajánlott tápoldatreceptje a következő:

Rp.

Lävulose	300,0
Alcohol. aethylic.	1000,0
Nipagin M	2,0
Aminovit	60,0
NaCl	4,0
KCL	4,0
Acid. ascorbinic	0,5
1 Amp.-Paar BVK „Roche" Aq. dest. ad	2000,0

Solve, div. in part. IV.

Mi saját betegeinken különleges összetételű szonda tápanyag készítményt nem használtunk, mert a homogenisált tejoldattal, amelyet a szükséghez mérten tojással, cukorral, vitaminokkal egészítettünk ki, teljes mértékben meg voltunk elégedve. Az utóbbi három év alatt — néhány kivétellel — a szerzők által operált és megfigyelt 50 betegen alkalmazott szonda-táplálásról számolunk be. Ezek csoportosítása a következő:

total gastrectomiánál 7 esetben,
subtotal gastrectomia 11 esetben,
gyomorresectio+enterobiliaris anastomosis 3 eset,
Kehr-drainage mellett 4 esetben,
postresectiós anorrexia 3 esetben,
oesophagitis 2 eset,
cardiospasmus 1 eset,
hibernált sepsises betegnél 1 esetben,
resectio ventriculi Billroth I. 2 eset,
resectio ventriculi Billroth II. 16 eset.

A betegekben általában 3—8 napig hagytuk bent a szondát, szükség esetén azonban tovább is. Egy esetben pedig 21 napig. 37 betegnél polyvinil-szondát alkalmaztunk, 17 esetben kettős polyvinil-szondát, kombinált szívás, táplálás céljára. Állandó szívás céljára 6—12 cm-es negatív Hg-nyomás elegendőnek bizonyult. 8 esetben a vékony, csupán táplálás céljára transanastomoticusan levezetett polyvinil-szondát vastagabb, műanyag, ill. duodenum-szonda „átfűzött" levezetésével kellett kiegészíteni a gyomor leszívása céljából, ez azonban nem zavarta a szonda-táplálást. 13 betegnél egészen vékony, puha gumicsövet, illetőleg duodenum-szondát alkalmaztunk, miután nem állt mindig rendelkezésünkre polyvinilcső. A tápláló szondákat transanastomoticusan helyeztük el, amikor anastomosis készítés történt. Az olivával ellátott szonda végét az anastomosis elkészítése után zártan vezettük át az anastomosison és ez a művelet általában nem járt nehézséggel. Öt esetben, amikor a műtét előtt nem vezettük a gyomorba a szondát, az altatott betegeken az altató orvos gyomorszondába vezetett polyvinilcsövet dugott le az anastomosisig és onnan történt a tápláló-szonda továbbvezetése a bélbe, majd az olivának a bélfalon át kézzel való rögzítése után a gyomorszondát visszahúzták.

Amennyiben nem került a beteg postoperatív shockba, az intravénás infusiókat és transfusiókat mellőztük.

A következő szövődményeket láttuk: 2 beteg altatásból felébredés után kihúzta a transanastomoticusan elhelyezett szondát. 5 esetben pedig hasmenés miatt a szonda-táplálást mennyiségileg csökkentenünk, illetőleg kiegészítenünk kellett, 3 esetben szájsoor-t észleltünk, mely borax-os szájöblögetésre gyorsan megszűnt. A szövődmények legsúlyosabbikát, a faldecubitust nem láttuk, és ezt úgy igyekeztünk elhárítani, hogy a szondát az első napokban — amíg a peristaltica meg nem indult — az orrnyílásban időnként megmozgattuk, hogy a szonda végén levő fém- vagy gumioliva a bélfalat ne decubitálja. *Gardner* — több száz esete közül — egy esetben a visszakunkorodott csővég a duodenum perforatióját okozta.

Általában az volt a benyomásunk a szonda-táplálásról, hogy a betegek realimentatiója, bélműködése, általános állapota sokkal gyorsabban rendeződött, mint az intravénás táplálással. Eseteinkben a módszer a következő előnyökkel járt: 1. Az i. v. infusiókkal járó phlebitises és keringési komplikációkat elkerültük. 2. A beteg bélműködése általában hashajtó nélkül a második naptól kezdve normalizálódott. 3. A táplálási problémák, a folyadék-, elektrolyt- és nitrogen-egyensúly fenntartása egyszerűvé vált; a betegek laboratóriumi leletei ebből a szempontból normális értékeket mutattak. A gyűjtött és jegelt aspiratumokat egyes eseteinkben visszaadtuk az emésztőtractusba, a folyékony táplálékkal együtt. 4. A korai felkeltés könnyebbé vált, miután a beteg szabadon mozgathatta végtagjait. 5. Amennyiben gyomoratonia vagy paralyticus ileus lépett fel, a polyvinilszonda vezetésével könnyen lejuttattunk vastagabb csövet a kívánt bélszakaszba úgy, hogy a vékony polyvinilcsőre ráhúztuk a nagyobb lumenű szívócsövet. 6. Minden szükséges peroralis gyógyszerelést a tubuson keresztül vihettünk, beleértve a széles spectrumú antibiotikumokat is. 7. A betegek jobb realimentatióját a testsúlyveszteség elmaradása, illetve a testsúly gyorsabb visszanyerése bizonyította.

Hangsúlyozzuk, hogy e módszer eredményei attól is függnek, hogy milyen szaktudással, gyakorlattal és türelemmel járunk el ezekben az esetekben.

Nem állítjuk, hogy a szonda-táplálással, vagy ahogy egyesek nevezik „Enteralis Dauertropfinfusio"-val minden intravénás bevitel mellőzhető, de a felső bélszakaszon végzett beavatkozások után, fistulás, chronikusan leromlott betegek táplálását és realimentatióját fiziológiásabban, hatékonyabban és kíméletesebben végezhetjük el. A gastroenteralis tartós csepp-infusiós szonda-táplálás módszere haladást jelent klinikai vonatkozásban a beteg jobb táplálása és a személyzet nagymértékű tehermentesítése következtében. A nagy hasi műtétek eredményét a kombinált szívó-tápláló szondák segítségével biztosan megjavíthatjuk. A szonda-táplálás azonban nemcsak postoperatív szakban kitűnő, hanem minden olyan állapotban, amikor a beteg nem tud elegendően táplálkozni szájon át, anorrexia, hányás, tumor vagy organikus akadály miatt.

IRODALOM. *Abbott W. O., Rawson A. J.:* J.A.M.A. 1939. 112:2414. — *Balázs B., Köves I.:* Katonaorvosi Szemle 1955. 12:1163. — *Bodoky Gy., Köves I.:* Katonaorv. Szemle 1955. 12:1180. — *Case T. C.:* Surg. (St. Louis) 1949. 26:5, 364. — *Chashion:* Modern Med. 1957. 15. — *Clauser G., Eckert D.:* Schweiz. Med. Wschr. 1959. 36:939. — *Crandon J. H.:* J. Amer. med. Ass. 1955. 158:264. — *Einhorn M.:* Die Duodenalsonde und ihre Anwendungsmöglichkeit. Thieme, Leipzig, 1924. — *Elliot J., Smith D. W.:* Arch. Surg. 1952. 64:3, 278. — *Gardner A. M.:* Brit. J. Surg. 1956. 44:184, 156—163. — *Gömöri:* Orv. Hetil. 1949. 5:233. — *Harris, Gordon:* Surgery etc. 86:6, 647. — *Henning N.:* Lehrb. d. Verdaungskrankheiten. Thieme, Stuttgart, 1956. — *Hirsch S.:* Am. J. Surg. 1956. 91:117. — *Kelemen E.:* Zbl. f. Chir. 1951. 76:1019. — *Kelemen E., Pataky Zs.:* Zbl. f. Chir. 1957. 82:626. — *Kerpel-Fronius Ö.:* Ztschr. f. Kinderh. 1935. 5:489. — *Kerpel-Fronius, Kovács:* Pediatrics. 1948. 2:21. — *Köle W.:* Der Chirurg. 1958. 277. — *Köves I., Posch E.:* Katonaorv. Szemle 1955. 12:1190. — *Köves I., Stojanov I.:* Katonaorv. Szemle 1955. 12: 1186. — *Laurence S. F., Barron J.:* Am. Arch. of Surg. 1952. 65:2, 373. — *Michon P., Pagnard J.:* Sem. Hop. Paris 1954. 30:1825. — *Pareira M. D., Conrad E. J., Hick W., Elamn R.:* J. A. M. A. 1954. 156:810. — *Pareira M. D.:* Arch. of Surg. 1958. 77:6, 1851. — *Schega W.:* Der Chirurg. 1953. 552. — *Steward J. D.:* J. A. M. A. 1948. 136:1017. — *Youmans J. B.:* J. Amer. med. Ass. 1945. 128:439.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálata

Adatok az antikoagulans kezelés kontrolljához

Irta: Németh Gyula dr. és Szemere Pál dr.

A kumarin és indandion származékokkal végzett alvadásgátló kezelés ellenőrzésére az egész világon legelterjedtebben az egyszakos Quick-féle időmeghatározást alkalmazzák. Ez általában meg is felel a célnak, de kizárólagos alkalmazása — részben kiküszöbölhetetlen — hibaforrásai révén súlyos tévedések forrásává válhat.

A jellemző hibák a következőkből folynak:

1. A különböző interpretációk matematikai összeférhetetlensége.

2. A prothrombin aktivitás hígításos görbéinek a változékonysága.

3. A beteg vére Calcium érzékenységének fokozódása, amely a kumarin kezelés folyamán a Quick rendszerben is jelentkezik.

ad 1. A kumarin származékokkal kezelt beteg vérének Quick szerinti alvasztási ideje három módon viszonyítható az egészséges kontrolléhoz.

a) hígítási sorozat készítésével: így nyerjük a prothrombin koncentrációt, helyesebb megjelöléssel prothrombin aktivitást.

b) A beteg és a kontroll abszolut alvasztási idejének aránypárral történő és százalékban kifejezett összehasonlítása révén: ez a prothrombin index.

c) A beteg vére alvasztási idejének és kontroll idejének aránya, a prothrombin ratio.

A háromféle módon nyert értékek összehasonlítását — therápiás szint, illetve thromboemboliás és vérzéses veszélyekről adott felvilágosítás szempontjából — a következő táblázatban adjuk:

Eltekintve attól a sajnos még előforduló hibától, hogy a prothrombin indexet összetévesztik a prothrombin aktivitással, még korrekt értelmezés esetén sem alkalmazható veszély nélkül sem a prothrombin index, sem az előbbi reciprokját jelentő ratio. Ugyanis a prothrombin aktivitást a hígítási sor alapján grafikusan ki-

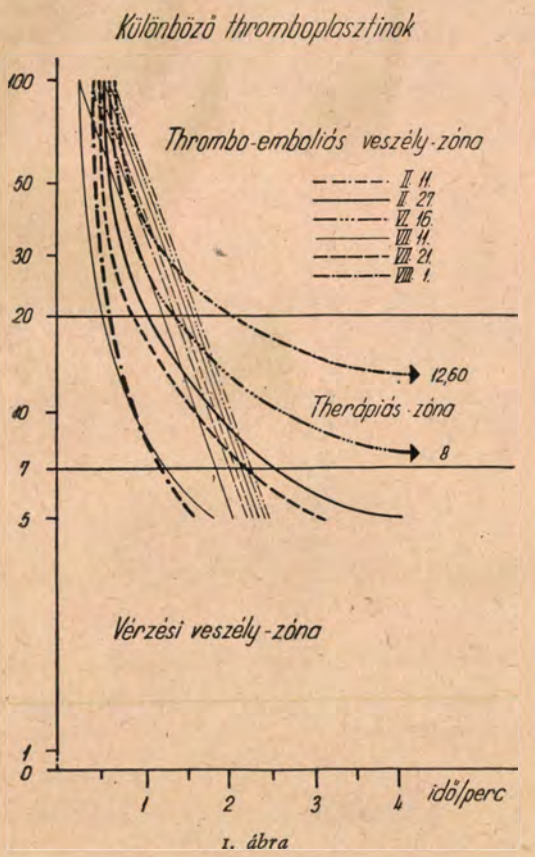
1. táblázat

Eredmények kifejezési módjai	Valószínű therápiás szélesség		Valószínű vérzéses veszélyzóna
	Dicumarin	Pelentan	
Prothrombin ratio	1,5—2× normál	1,5—2,5× normál	3× normá
Prothrombin index	50—65%	40—65%	33%
Prothrombin koncent.	10—20%	7—20%	5%

fejezve exponentialis görbét, nevezetesen hyperbolát nyerünk, míg az indexnek és a rátiónak egyenes felel meg. Értékeik csak metszéspontjaik környékén korrelálnak megfelelően, azoktól távolodva viszont lényegesen eltérhetnek a hígításos sorozat alkalmával nyert és a tényleges viszonyokat híven kifejező prothrombin aktivitásos értékektől. Jól szemlélteti ezt az alábbi grafikon:

ad 2. Az indexes és ratiós értékek használata esetén fokozza még a hibák előfordulásának gyakoriságát a thromboplasztinok általunk és mások által is szabályszerűen észlelt különbözősége. Minden egyes thromboplasztin hígításos alvasztási görbéjének lefutása más. Quick követelményeit kielégítő erősségű thromboplasztin — amely 12—14 mp. alatt

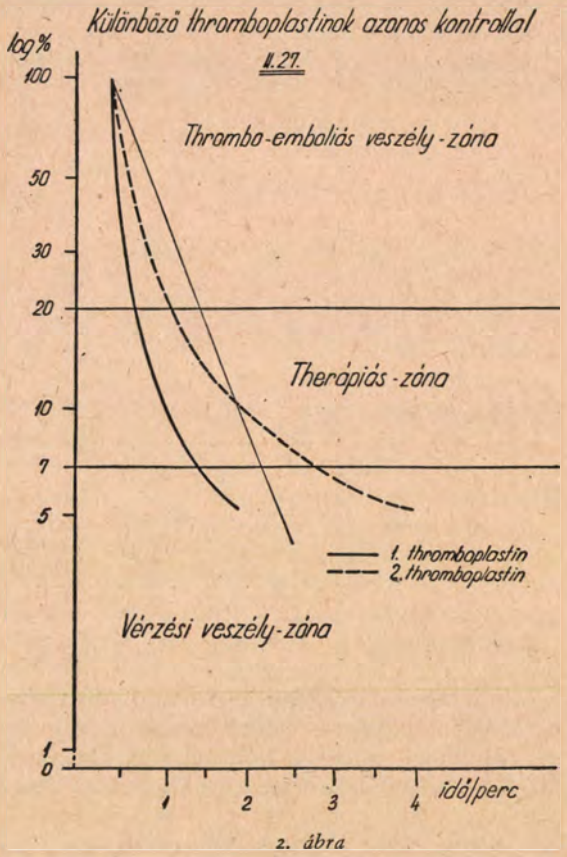
alvaszt — nehezen készíthető. De kérdéses, célszerű-e eme követelmény biztosítására törekedni, hiszen mi a hígításos görbét Quick eredeti előírásától eltérően a magunk kétszer gyengébb thromboplasztinjával szobahőmérsékleten készítjük, 37 C°-on ugyanis az alvasztási idők igen közel esnek egymáshoz, ami megnehezíti a módszer alkalmazhatóságát. Ezt illusztrálja a grafikon, amely azonos kontroll különböző thromboplasztinokkal nyert alvasztási görbéit mutatja be (1. ábra).



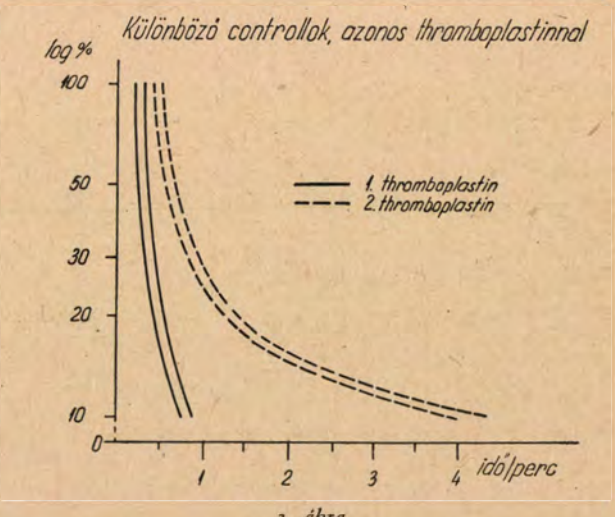
1. ábra

Hangsúlyozni kívánjuk azonban, hogy csak a thromboplasztinok különbözősége eredményezi a hígításos görbék lefutásának eltérő voltát, míg különböző kontrollok azonos thromboplasztinnal nyert görbéi igen jól korrelálnak egymással.

ad 3. Már régebbi közlések rámutattak arra, hogy kumarin kezelés kapcsán — de K-avitaminózisban, vagy alumínium hydroxyddal történt adsorptio után is — mind embernél, mind állatnál fokozódik a Quick-időt meghatározó rendszerben a Calcium érzékenység. Ha ezt a tényt nem ismerjük, vagy elhanyagoljuk — sajnos ez elég gyakori — a Quick-idő elhúzódását helytelenül tulajdonítjuk a prothrombin (helyesebben VII. factor) szint csökkenésének olyankor, amikor annak Calcium hiány az oka. Több Calcium hozzáadására kapjuk csak meg a tényleges prothrombin aktivitásnak megfelelő alvasztási időt. Magunk úgy lettünk figyelmesek e jelenségre, hogy az alvadásgátló kezelés kontrolljához a Qick-időn kívül rutinszerűen az alvadási idő kezdetét is meghatároztuk. Utóbbi a magunk és mások vizsgálata szerint is elég jól korrelál előbbivel. A Quick-idő discrepans meghosszabbodása jelzi a Calcium hiányt. A gyakorlati következmények igen lényegesek. Ha pl. a kumarin-kezelés alatt álló beteg Quick-ideje a Calcium hiány miatt erősen megnyúlt (a meghosszabbodás olymérvű is lehet, hogy alvadás egyáltalán



2. ábra



3. ábra

nem következik be), akkor a jelenséget nem ismerő orvos a vérzés ől való félelmében valószínűleg megszakítja a kumarin származékok adagolását, „óvatosabb" orvosok pedig K-vitamint is adnának.

Ennek következtében a beteg a therápiás szélesség felső határa fölé, a thromboemboliás veszélyek zónájába kerülne. A tények ismeretében viszont — több Calciummal a megrövidült, a valódi prothrombin aktivitásnak megfelelő időt megkapva — korrektül folytatható a kezelés.

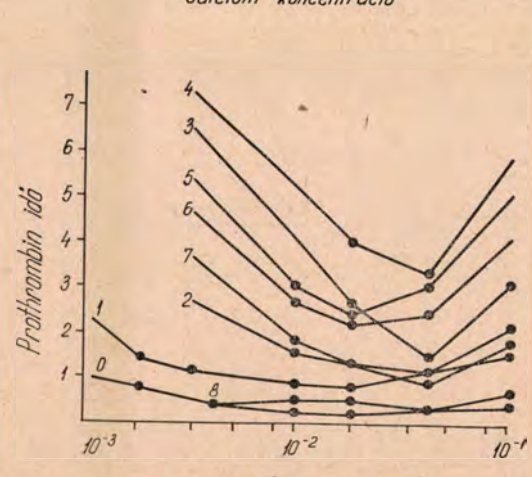
A jelenség előfordulási gyakoriságát szemlélteti a 2. sz. táblázat.

2. táblázat

Calcium koncentráció	Beteg		Vizsgálat	
	összes	rövidítő	összes	rövidítő
mol/40	24	5	500	14
mol/100	11	7	243	29

A táblázat értékelésénél feltűnt, hogy míg m/40 Calcium mellett is a *betegek* 1/5-ében, m/100 koncentráció mellett pedig 2/3-ában volt a fokozott Calcium érzékenység kimutatható addig a *vizsgálatok* lényegesen csekélyebb hányadában: az első csoportban mindössze 2,8%-ban és a másodiknak is csak kb. 12%-ában volt Calcium érzékenység tapasztalható. Ennek magyarázata egyszerű. Csak huzamosabb kumarin-kezelés után változik kimutathatóan a Calcium igény. Olyan betegeknél is, akiknél észlelhető volt, esetleg csak hetek után mutatkozott meg. Így az addig naponta végzett prothrombin meghatározások adják az ilyen szempontból negatív tömeget. Tulajdonképpen minden betegnél el lehet jutni a fokozott Calcium érzékenység jelentkezéséhez, csak az a kérdés mekkora kumarin-adagokkal.

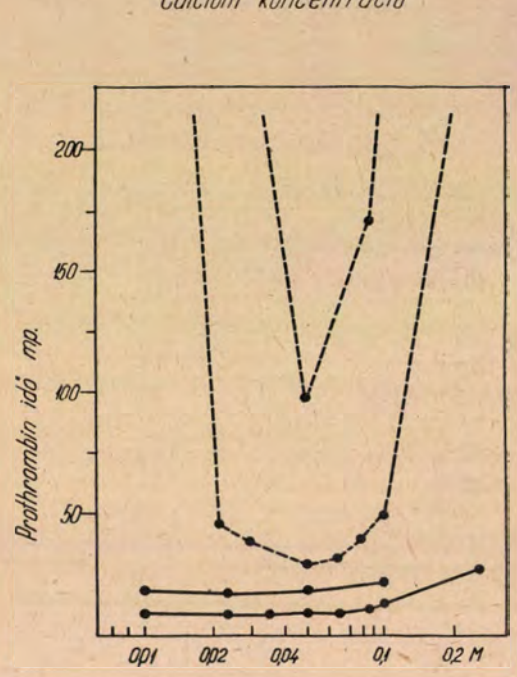
A jelenség magyarázata a következő. Ha Calcium hígítási sort készítünk és mindegyik tömény-ség 0,1 ml-ével meghatározzuk valamely plasma



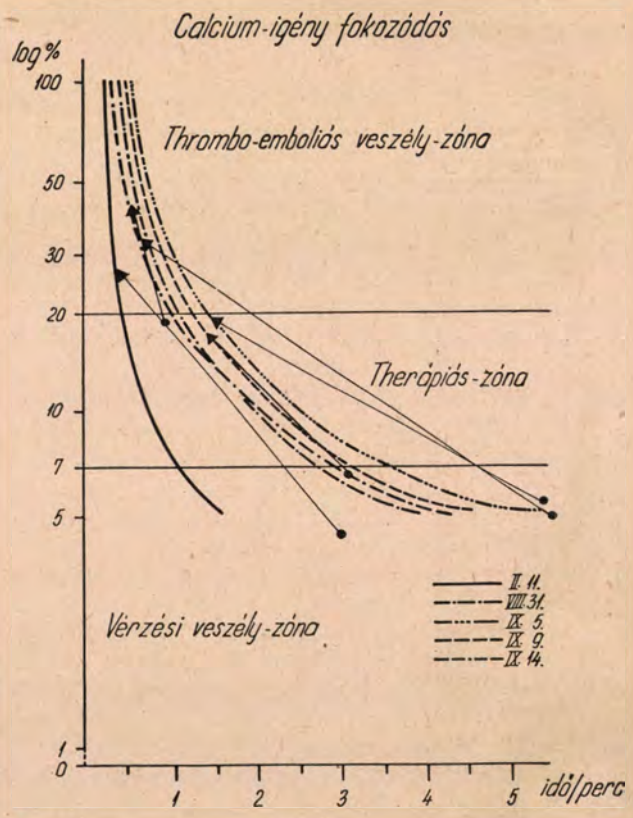
4. ábra.
A görbék száma a kumarin-kezelés napját jelzi

Quick-idejét, akkor igen lapos parabolát kapunk, ami azt fejezi ki, hogy az optimális (legrövidebb alvasztási időt adó) Calcium mennyiség emelése, vagy csökkentése csak kevéssé nyújtja meg a Quick-időt. Kumarin-kezelés folyamán viszont a parabola mind meredekebbé válik és már csekély eltérés az optimális Calcium mennyiségtől (fel vagy lefelé), jelentős megnyúlást idéz elő a Quick-időben.

Ugyanez a jelenség észlelhető, ha bármely



5. ábra.



6. ábra.

plasmából alumínium-géles adszorpcióval eltávolítjuk a prothrombint, és a VII. faktort. Ezt szemlélteti a *Jaques* és *Dunlop* nyomán készült 5. sz. ábra.

Ez a kumarin-kezelés alatti eltolódás megakadályozhatja a látszólag egyszerű, de ilyen jellegű hibák elkerülésére feltétlenül alkalmas megoldást: töményebb Calcium oldat adását. Az eltolódás előtt ez hamisan nyújthatná meg az alvasztási időt. Az is fokozza a szabályszerűség megállapíthatóságának nehézségét, hogy a betegek ez irányú érzékenysége rendkívül variabilis, egyeseknél már napokon belül, másoknál csak hónapok után jelentkezik a fokozott Calcium igény.

Annak szemléltetésére, hogy milyen konkrét veszélyeket idézhet elő a jelenség fel nem ismerése, közöljük a 6. sz. ábrát.

Két feltüntetett esetben a látszólag a vérzési veszély zónájában fekvő értékek több Calcium után a thromboemboliás veszélyek zónájába kerültek. Itt a Calciumhiányos értékek elfogadása helytelenül a kumarin-adagolás kihagyására vezetett volna, noha az adag emelése volt szükséges. Két másik eset azt példázza, hogy a látszólag a vérzési veszély zónájában levő betegek valójában a therápiás határokon belül voltak, nem merült tehát fel a kumarin származékok kihagyásának, illetve csökkentésének szükségessége. Végül az ötödik esetben a Calciumhiányos érték a therápiás szélességbe esett, csak több Calciumra került a thromboemboliás veszélyek zónájába. A jelenség fel nem ismerése esetén az orvos itt tévesen azt hihette volna, hogy betege elég kumarint kap, noha itt is az adag emelésére volt szükség.

Összefoglalva az elmondottakat fel kell tennünk a kérdést, milyen gyakorlati következtetések vonhatók le mindezekből, az alvadásgátló kezelés biztonságos kontrollja szempontjából.

Először, hogy csak a prothrombin aktivitás meghatározása, azaz a hígításos sor minden alkalommal kötelező elkészítésének módszere használható teljes biztonsággal. A prothrombin index és rátio alkalmazása veszélynek teheti ki a beteget egyrészt a vérzés, másrészt a thromboemboliás szövődmények szempontjából.

Másodszor, hogy a prothrombin aktivitás meghatározása esetén is számolni kell a Calcium-igény változásával, főleg nagy dózisú, vagy elhúzódó (esetleg tartós) kumarin-kezelés alatt. A jelenséget két módon lehet felismerni. Az egyik mód az alvadási idő parallel meghatározása, a másik, hogy többféle Calcium koncentrációval keressük a legrövidebb alvasztási időt, megjegyezve azt, hogy az alapmeghatározásnál a kevesebb tévedésre alkalmat adó m/40-es Calcium oldatot használjuk.

IRODALOM. 1. *Jaques L. B.* és *Dunlop A. P.:* Am. J. Physiol. 1945. *143*:355. — 2. *Quick A. J.:* Am. J. Physiol. 1947. *148*:211. — 3. *Jaques L. B.* és *Dunlop A. P.:* Am. J. Physiol. 1945. *148*:67. — 4. *Robson J. M.* és *Keele C. A.:* Recent advances in Pharmacology, 1956. 44.

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Állami „Fodor József" TBC Gyógyintézet, Nőgyógyászati Osztály

A női nemiszervi tuberkulózis és terhesség viszonya*

Irta: Kardos Ferenc dr.

A női ivarszervi gümőkór, (továbbiakban: n. g. tbc) diagnosztikájának és therápiájának megjavulása olyan klinikai megfigyelésekhez vezetett, amelyek alapján a genit. tbc klinikumáról alkotott régi nézetek revízióra és kiegészítésre szorulnak.

Ismeretes, hogy méhkaparással nem lehet minden n. g. tbc-t felismerni, sőt klinikai gyanú esetén a tenyésztés és méhkaparék negatív eredménye sem zárja ki a függelékek tuberkulózisát.

Klinikailag gyanús 10 Koch-negatív betegünknél a méhkaparék szövettani lelete csak idült lobosodást vagy „pseudotuberkulotikus" nyálkahártya elváltozást mutatott, a műtéti lelet mégis a függelékek tuberkulózisát bizonyította. *Moricard* (1), *Bret* (2), újabban pedig *Moore White—Polloc—Barton* (3) megfigyelései szerint is sokszor csak idült lobosodás vagy „pseudotuberkulotikus" elváltozás található a klinikailag gyanús beteg méhnyálkahártyájában.

A diagnosztika egyoldalúsága szükségszerűen egyoldalú és csak a felfedezett esetekre vonatkozó megállapításokra vezethetett.

A felismert esetek csak a töredékét tették ki a boncolásnál talált ismert általános 2—3%-os

* Előadás a „Society for the Study of Fertility" 1959. május 29-i dublini évi kongresszusán.

gyakoriságnak: a klinikai gyakorisági adatok tehát nem mutatták a valódi gyakoriságot.

A betegek egy része a primer meddők között keresendő, de vannak olyan betegek, akiket a n. g. tbc nem tett elsődlegesen meddővé.

A régebbi közlemények terhességgel szövődött esetei eddig alig kerültek értékelésre. *Nogales* (4) 92%-ra, *Kovács—Gavallér* (5) 75%-ra, *Batizfalvy* (6) 64%-ra teszi a genit .tbc-nél a meddőség gyakoriságát. *Greenberg* (7) azonban már csak 60%-os, *Kirchhoff* (8) pedig csupán 51%-os elsődleges meddőséget említ. Kétségtelen, hogy a *genit. tbc-s betegek egy csoportjánál a kórelőzményben terhességek, szülések szerepelnek; ezért, ha az anamnaesisben tbc szerepel — a gyermekágyban is, de később is indokolt a n. g. tbc lehetőségére gondolni.*

Kérdés, hogy létrejöhet-e fogamzás nem gyógyult n. g. tbc-nél? *Feuillade* (9) már 1924-ben beszámolt 17 nem gyógyult n. g. tbc melletti terhességről, *Sutherland* (11) 6 esetben a szülés vagy vetélés után hét hónapon belül mutatta ki a betegséget. *Stüper* (12) 145 esetet gyűjtött össze az irodalomból, ahol a genitális tuberkulózist vetélés vagy koraszülés után fedezték fel. Mi 1957-ben közvetlenül a gyermekágyban négy betegnél mutattunk ki n. g. tbc-t.

Ezekben az esetekben vitatható, hogy a fogamzás még tbc mentes vagy már gümős nemiszervben történt. (A terhesség alatt másodlagos szóródás folytán is keletkezhet nemiszervi tuberkulózis.) Egyik legutóbb észlelt esetünk azonban számunkra is kétségtelenné tette, hogy nem gyógyult és nem is gyógyszerelt genitális tuberkulózis mellett is történhet fogamzás.

V. L.-né 32 éves beteg (flsz. 208/1959.) 9 évi meddő házasság után 1959. március 5-én került felvételre. Specifikus kórelőzmény nincs. Jobboldali enyhe alhasi szúró fájdalmak miatt már 1954-ben appendektomia. A normál helyzetű méh mellett csupán jobboldali adnex-érzékenység tapintható. Normális laboratóriumi értékek mellett lymphocytosis.

A HSG-vizsgálat a jobboldali petevezeték isthmicus elzáródását jelzi, baloldalon nyitott vezeték van. A méhkaparék szövettani vizsgálata typusos gümőket mutat, amit később a Koch-tenyésztés is bizonyít. A beteg láztalan. Három nap szabadságra távozik. Következő vérzése éppen csak mutatkozik és az elvégzett biológiai terhességi reakció ismételten (4 ízben) pozitív. Sajnos a terhesség a SM+INH-kezelés ellenére a II. hónapban spontán vetéléssel végződött.

Második kérdés, hogy *kiviselhető-e nem gyógyult genit. tbc mellett a terhesség? Feuillade* (9) 17 esetéből 6 kiviselődött, de 3 magzat 3 hónapon belül elpusztult, tizenegy anya pedig súlyos hashártyagyulladásban pusztult el. A tuberculostaticus aera óta e téren örvendetes javulás történt. Bár a terhesség és genit. tbc találkozása mindig komoly szövődménynek számít, a tbc-s szövődmények korai tuberculostaticus kezeléssel megelőzhetők, a halálos szövődmények pedig úgylátszik teljesen elkerülhetők. *Studdiford* (10) ugyan a tuberculostaticus aera idejében, 1955-ben 6 terhességgel szövődött esetet ismertet, amelyek közül 3 meghalt, de a 3 meghalt anya közül csak egy kapott tuberculostaticus kezelést, az is csak 8 hónappal a betegség kitörése után, amikor már súlyos agyhártyagyulladás is jelentkezett a betegnél. Ez az egy anyai haláleset a túl későn és kis mennyiségben adagolt tuberculostaticus kezelés hatástalanságát egyáltalán nem bizonyítja. A szövődmények súlyossága a folyamat helyétől, kiterjedésétől és a gyógyszeres védelem nélküli műtéti traumától is függ. A terhesség és genit. tbc sokszor egészen enyhe lefolyására példa a következő eset:

R. F.-né, 23 éves (flsz. 882/1957.) kórelőzményében extragenitális specifikus elváltozás nem szerepel. Menarche rendes. 16 éves korában (1951) férjhez megy, rögtön teherbe esik, de terhességét megszakíttatja. A gyermekágyban 38 fokos láz, We.: 75 mm/ó. *A méhkaparék szövettani vizsgálata tuberkulózist mutat,* de gyógyszeres kezelést nem kap. A következő évben spontán vetél, a gyermekágy eseménytelen. Egy év múlva teherbe esik és élő gyermeket szül, teljesen panaszmentesen. A következő két évben két ízben terhességmegszakításon (1955 január és szeptember), majd ismét egy spontán vetélésen esik át (1956 október) és csak egy fél év múlva jelentkeznek rendetlen vérzések és hőemelkedések. Az elvégzett méhkaparás *endometritis tbc-t mutat.* Ettől kezdve tuberculostatikus kezelésben részesül. 1957 augusztusában kéthónapos terhességét intézetünkben megszakíttatja. A szövettani vizsgálat a *decidua nagyterületű foltos elhalását jelzi,* de kifejezett gümőket nem derít ki. Ekkor már 23 g streptomycint, 20 g INH-t és 500 g PAS-t kapott. A gyermekágy eseménytelen. Folytatjuk a tuberculostatikus kezelést. 1958 áprilisában intézeten kívül kéthónapos terhességet szakítanak meg nála, de ezután rendetlen vérzés marad vissza és az elvégzett méhkaparás 1958 augusztusában heges, *gümős méhnyálkahártyát mutat.* A beteg 1959. április 6-án végzett kontrollvizsgálatnál panaszmentes. HSG-vizsgálattal a jobb petevezeték átjárható a bal petevezető ampulárisan tágult, szakaszosan telődik, de nyitott.

Ha a fogamzás létrejöhet nem gyógyult n. g. tbc-nél is és nem okoz szükségképpen halálos szövődményt, akkor lehetséges, hogy *ha később állapítjuk is meg a n. g. tbc-t, az már a terhesség alatt is jelen volt.*

Tuberkulózisban a klinikai panasz sokszor csak évekkel a fertőzés után jelentkezik. A n. g. tbc is rendszerint csak a folyamat lassú progressziója után okoz panaszt és *nem szükségképpen jár a gyermekágyban sem akut tünetekkel vagy miliáris szórással,* mint a *Stüper* (12) statisztikájában szereplő esetek. *Stüper* (12) valószínűleg csak a legsúlyosabb eseteket gyűjtötte össze és ezek alapján vonta le a következtetéseit. A genit. tbc melletti terhesség sokkal enyhébb formában is lefolyhat, akut tünetek nélkül, esetleg csak lassan progrediál és később jelentkeznek a klinikai panaszok, fejlődik ki adnextumor és válik a beteg meddővé.

Vetélés befejezés kapcsán nyert kaparékban — ha szövettani vizsgálat történt — véletlenül kiderülhetett a gümőkór, de szülés után nem, mert a lepényt általában nem vizsgáljuk szövettanilag. Szülés után a genit. tbc általában csak akkor derült ki, ha miliáris

tbc-t okozott, vagy exitus esetén a boncolás utólag derítette ki, mint *Stüper* (12) esetei többségében.

Hibát követünk el tehát akkor, ha a terhesség után akár a gyermekágyban, akár később tapintott *függelékgyulladás gümős eredetét kizártnak tartjuk* és azt minden esetben felszálló pyogen fertőzéssel magyarázzuk.

Az antibiotikumok óta a gyermekágyi felszálló fertőzések nagyrészt megelőzhetők, de legalábbis ritkán terjednek rá a függelékekre. A műszeres befejezéssel kapcsolatos fertőzés, vagy a kriminális beavatkozások utáni fertőzés egyébként is gyakran a nyirokutakon a parametriumok felé terjed. A gonorrhea ma már lényegesen visszaszorult: Magyarországon csaknem 80%-ban (*Károlyi*, 13), és gyakorlatilag nem terjed rá a függelékekre. A tuberkulózis a kürtöket betegíti meg először és onnan a vesetuberkulózishoz hasonlóan descendál. Az elmondottakból következik, hogy *a függelékgyulladások specifikus eredete elvileg is gyakrabban felmerül, akár szülés után is.* Intézetünkben 31, terhessége előtt tuberculostatikus kezelést nem kapott genit. tbc-s beteget tartunk nyilván. A szülési események során sem anyai, sem magzati halálozás nem történt. Természetesen szövődmények, főleg az anyáknál, gyakran szerepeltek. A 31 concipiált genit. tbc-s nőbeteg átlagos életkora 31,5 év. Specifikus kórelőzmény a betegek 37%-ánál szerepelt.

Az I. táblázaton szemléltetjük a genit. tbc diagnózisának időpontját, az utolsó terhesség után.

I. táblázat

31 genit. tbc diagnózisa megállapításának időpontja az utolsó terhesség után

Időpont	Esetek száma	
1—2 hónap	5	16 = 51,6%
3—6 hónap	4	
1 év	7	
2 év	8	
3 év	3	
4—15 év	4	

Mivel az esetek 51,6%-ában a terhesség után egy éven belül derült ki a tuberkulózis, valószínűnek tartjuk, hogy a genit. tbc már a terhesség alatt is megvolt.

A 31 genit. tbc-s terhes fertilitási viszonyait a II. táblázat tünteti fel.

II. táblázat

31 nemiszervi gümőkóros beteg fertilitási viszonyai

Normál szülés élő magzattal		23 = 74%
Egyszer szült	17	
Kétszer szült	4	
Többször szült	2	
Spontán vetélés*		5 = 16%
Egyszer vetélt	1	
Többször vetélt	4	
Extrauterin terhesség		2 = 6%
Interruptio grav.		1 = 3%

* 5 esetben az első szülés után spontán vetélések következtek, majd II. sterilitás fejlődött ki.

Az esetek 74%-ában spontán szüléssel élő magzat született, 16%-ban azonban a terhesség spontán vetéléssel végződött. Méhenkívüli terhesség 6%-ban fordult elő. Fontosnak tartjuk azt a megfigyelést, hogy 5 *esetben normál szülés után sorozatosan spontán vetélések következtek, majd maradandó másodlagos meddőség fejlődött ki,* jelezve a folyamat állandó, lassú progressióját. Fordított sorrendben, spontán vetélés után normál szülés csak egy volt: ez esetben azonban a beteg közben méhkaparásban részesült.

Megjegyzendő, hogy nem lehet kielégítően bizonyítani, miszerint a táblázatokban szereplő esetekben a n. g. tbc a teherbejutáskor már fennállott. Lehetséges, hogy a felfedezés előtt normális spontán szülésen átesett betegeinknél az ivarszervek csupán utólag, a terhesség, szülés vagy a gyermekágy alatt fertőződtek a primaer gócból. (37%-nál tüdő-, mellhártya-, csigolya, nyirokcsomó-, peritoneum-tbc szerepel az anamnesisben.) A III. táblázatnak egy része többé-kevésbé súlyos szövődménnyel is járt.

Az anyai szövődményeket a III. táblázat szemlélteti.

III. táblázat

31 terhesség után megállapított nemiszervi gümőkór anyai szövődményei

I. Távoli szórás:		
Lethalis, miliaris tbc vagy meningitis tbc		ø
Általános peritonitis tbc		6 = 19,3%
Pleuritis exsud. tbc		
II. Helyi továterjedés a kismedencében		
Pelveoperitonitis tbc		3 = 9,6%
Abscessus ovarii tbc		2 = 6,4%
Specifikus adnextumor		10 = 32,2%
Adnexitis tbc		5 = 16,1%
III. Egyéb (láz, vérzés, stb.)		5 = 16,1%

Bár a 31 beteg tuberculostaticus kezelésben nem részesült, csak a diagnózis megállapítása után, mégsem fordult elő halálos szövődmény. Közel 80%-ban másodlagos meddőség következett be. Két beteg — mindkettő csak bakteriológiailag volt pozitív, — jelenleg is teherben van. Az első három hónapban összesen három magzat halt meg: kettő ismeretlen okból, egy pedig meningitis tbc-ben.

Megbeszélés

Nézetünk szerint a nemiszervi gümőkórt a klinikai lefolyás szempontjából két csoportra lehet osztani. Az első csoportot azok a — rendszerint primer meddő — betegek alkotják, akiknél a folyamat előrehaladt, és ezért csak elvétve esnek teherbe.

A fogamzás nagyobbrészt méhen kívül következik be s kiviselt terhesség kivételesen fordul elő. E csoportot mi „korai pubertás-kori" tuberkulózisnak nevezzük; *Halbrecht* (14) „latens" genitális tuberkulózisnak nevezi. A második csoportba tartozó betegek folyamata kevésbé előrehaladott. Ezt a csoportot „késői nemiszervi tuberkulózisnak" nevezzük. E csoportban a betegség klinikai tünete később fejlődik ki. Az elsődleges meddőségi panasz rendszerint hiányzik. Fennálló folyamat mellett is

létrejöhet méhen belüli fogamzás, amely az esetek egy részében szüléssel, egy részében azonban csak spontán vetéléssel végződik és ritkábban jön létre méhenkívüli terhesség. A *terhesség* a kezdetben enyhébb *folyamat progresszióját okozza* és vagy már a gyermekágyban, vagy később a nemiszervi gócból kiinduló *szóródást is előidézhet.* Gyógyszeres kezelés nélkül rendszerint másodlagos meddőség következik be. *Sutherland* (11) ezeket a formákat *„postpartalis"* tuberkulózisnak nevezi.

Pathogenetikailag éles különbség nem tehető a két forma között, mert a nemiszervek fertőzése mindkét csoportban a korai pubertáskori szórás talaján is keletkezhet. A második csoportban azonban vizsgálatunk szerint szó lehet arról is, hogy meg nem gyógyult, extragenitális gócból a fogamzás után a terhesség következtében késői szórás éri a nemiszerveket a terhesség alatt.

Az első csoportban a diagnózist az esetek többségében egyedül méhkaparással is sikerül biztosítani. A második csoportnál a méhkaparás ritkábban és később mutatja ki a gümőkórt. Itt nagy szerepe van az idejében alkalmazott bakteriológiai vizsgálatnak, amely a terhesség, illetve a szülés lezajlása után, még akkor is pozitív lehet, ha a beteg tuberculostatikus védelemben részesül, jelezve, hogy a terhesség a kis kiterjedésű folyamatot is aktiválhatja. *Kirchhoff* (8), *Hahn* (16), *Drasnar* és *Lundova* (17) és *Kardos* (15) közölnek a szülés után rövid idővel Koch-pozitív tenyésztéses eredményeket, minden egyéb klinikai szövődmény nélkül.

A felismert genit. tbc gyógyszeres kezelése után bekövetkező sikeres szülések ismeretében a terhességmegszakítás és a rtg-besugárzás korszerűtlenné vált. Nekünk csak öt primer meddő esetünk gyógyszeres kezelése után következett be terhesség. Három normál szüléssel és élő magzattal végződött, egy méhenkívüli terhesség miatt műtéten esett át, egynél pedig spontán vetélés után következett be méhenkívüli terhesség.

A nemiszervi gümőkór és terhesség lefolyásának klinikai elbírálása a tuberkulózis szemszögéből nézve szükségképpen revízióra szorul. Nagyobb figyelmet kell szentelnünk a tbc-s nők spontán vetélésének, koraszülésének, gyermekágyi gyulladásának és a gyermekágy után később jelentkező függelékgyulladásának is. Mivel a nemiszervi gümőkór és terhesség találkozásánál a connatalis tbc kérdése is felmerül, a született magzatokat is figyelemmel kell kísérni. *A felismert betegek terhessége esetén a bakteriostatikus védelem ellenére spontán vetélés, koraszülés fenyegethet, ezért az ilyen betegek terhességük első három hónapjában szigorú felügyeletet, esetleg intézeti felvételt igényelnek, szülés előtt pedig feltétlenül intézeti felvételre és gyógyszeres védelemre van szükségük. Ilyen módon a szóródás megelőzhető.* Erre a célra speciális tbc szülőintézetek felelnek meg legjobban. Az ilyen intézetek működésének eredményességét igazolja *Jentgens* (18) kölni intézete, ahol 860 extragenitalis tbc-s nő újszülöttje között egy esetben sem tudtak connatális tbc-t kimutatni. Genitális tuberkulózis melletti szülések esetén természetesen még fokozottabb gondosságra van szükség, s az ilyen esetek feltétlenül szakintézetbe valók.

Összefoglalás: A genit. tbc anatómiai károsodással nem járó eseteiben gyakrabban kell terhességgel számolni. Ezek egy részében élő magzat születik és tuberculostaticus védelem nélkül sem mindig következik be miliáris szórás. A terhesség azonban rendszerint a folyamat helyi progresszióját, II. meddőséget, esetleg haematogén szerv-metastasist okoz. A szövődmények sokszor csak a gyermekágy után több hónappal jelentkeznek és néha évek múltán okoznak klinikai panaszt.

Idejében alkalmazott tuberkulostaticus kezelés az egyébként elég gyakori spontán vetélést és a II. meddőség kifejlődését felfüggesztheti, a haematogén szóródást pedig megakadályozhatja.

Tuberkulotikák függelékgyulladásánál a gyermekágyban és később is gondolni kell genit. tbc lehetőségére — különösen spontán vetélések, koraszülések, méhenkívüli terhesség és másodlagos meddőség esetén.

Genit. tbc esetén sem a therapiás rtg-besugárzás, sem a terhesség megszakítása nem indokolt.

A nemiszervi gümőkór klinikai lefolyása szerint két csoportra osztható: egy rendszerint I. meddőséggel járó „korai pubertáskori" csoportra és egy „késői postpartalis" csoportra. Az első csoportban intrauterin terhesség ritkábban fordul elő és gyakrabban kell számolni méhenkívüli fogamzással.

A teherbe esett beteg terhessége első és utolsó harmadában, valamint a gyermekágyban tuberculostaticus védelemre — s a szakintézetben történő szülés lezajlása után — magzatával együtt ellenőrzésre szorul.

IRODALOM: 1. *Moricard R. és Mtsai:* C. r. XII. Congr. Franc. Gynéc. Montpellier. 1948. — 2. *Bret J. és Legros R.:* Tuberculose utéro-annexielle. Masson & Cie, Édit. Paris. 1956. — 3. *Moore White M.—Polloc M. és Barton M.:* Studies on Fertility, 1958. 9, 112. — 4. *Nogales F.:* Arch. Gynäk. 1953. 184, 139. — 5. *Kovács F.—Gavallér I.:* Acta. Med. Acad. Scient. Hung. 1958. XI. 2, 249. — 6. *Batizfalvy J.—Bukovinszky L.:* Magy. Tud. Akad. Közl. 1952. III. 3, 291. — 7. *Greenberg J. P.:* Bull. Johns. Hopkins Hosp. 1921. 32, 52. — 8. *Kirchoff H.:* Münch. Med. Wschr. 1956. 29, 975. — 9. *Feuillade P.:* cit. Jedberg H.: Acta. Obst. Gyn. Scand. 1956. 35, 535. — 10. *Studdiford W. E.:* Amer. J. Obst. Gyn. 1955. 69, 379. — 11. *Sutherland A. M.:* Proc. Roy. Soc. Med. London. 1952. 45/7. 411. —12. *Stüper P.:* Arch. Gynäk. 1954. 185, 359. — 13. *Károlyi I.:* Népegészségügy. 1957. 38, 12. — 14. *Halbrecht I.:* Obst. Gynec. 1955. 2, 174. — 15. *Kardos F.:* Zbl. Gynäk. 1957. 31, 1225. és Z. Geburtsh. Gynäk. 1959. 153. 2, 137. — 16. *Hahn J.:* Med. Klin. 1955. 52, 2182. — 17. *Drasnar J. és Lundova A.:* Gynaecologia 1958. 6, 387. — 18. *Jentgens H.:* cit. Kräubig H.: Der Landarzt 1959. 4, 109.

Országos Reuma és Fürdőügyi Intézet, Szemosztály

A nagyfokban közellátók hályogműtétéről

Irta: Lugossy Gyula dr.

A szemészeti műtéttan nagyarányú fejlődése ellenére is még mindig időszerű az erősen rövidlátó szemek lencséjének sebészetével foglalkozni. A hályogműtéti technika tökéletesedése, különösen a varratok alkalmazása azt eredményezte, hogy ma már a szemorvosok többsége a nagyfokban közellátó szemek tokos és kerekpupillás műtétének híve. Ez a beavatkozás kétségtelenül a kockázatosabb és ezért a legkényesebb feladatok közé tartozik.

Tömören fejezi ki álláspontját 30 év tapasztalata után *Csapody:* „Ha a lencse elszűrkülőben van, az operálás idejét a szem használhatósága szabja meg. Nem helyes, nem is szükséges az amúgyis igen lassan haladó myopiás lencsefolyamattal hosszú ideig váratni a látásának romlása miatt szinte már tehetetlen beteget, hogy a tokonkívüli műtétre alkalmas idő elérkezzék. Ehelyett nagyfokban közellátókon is tokos műtétet végzünk, lehetőleg kerek pupillával. Az igen nagy gyakorlottságot kívánó operálás sikerét a lehető legjobban biztosítanunk kell.

A kelló óvatosság tiltja még használható látású szemek műtétét, a kellő elhatározottság jutalma a nagyfokban közellátó hályogos szemeken elérhető kitűnő látáseredmény."

Minthogy az irodalomban csak *Spitzer, Elschnig* és *Papolczy* közleményében olvashatók részletes és pontos statisztikai adatok, talán nem lesz érdektelen, ha ismertetem saját tapasztalataimat. Az 1948-tól 1960-ig eltelt idő alatt osztályomon 88 nő és 21 férfi, tehát 109 nagyfokban myopiás betegen 144 hályogműtétet végeztem, ami az ugyanezen időre eső 1450 hályogkivonás 10%-ának felel meg. Az I. táblázaton látható a betegek kor szerinti eloszlása az egyes korcsoportokban végzett

I. táblázat. A betegek kora

Évek	A műtétek száma					
				α-Chymotrypsinnel		
	fi	nő		fi	nő	
21—30	1					
31—40						
41—50	4	5				
51—60	4	13	83,6%	1	6	100%
61—70	16	34		3	9	
71—80	6	31		1	2	
81—90	2	6				
Összesen	33	89		5	17	
	122			22		

műtétek számának feltüntetésével. Az utóbbi 22 műtét már *Barraquer*nek a hályogműtétek fejlődésében új korszakot nyitó felfedezésével: az alpha-chymotrypsinnel történt. A műtétek zömét az 51—80 éveseken végeztem. A műtét utáni, azaz aphakiás korrekció alapján megítélve: a 144 operált a 10,0 D-ás, vagy annál nagyobb fokú rövidlátók közül került ki.

Még érdekesebb a II. táblázat adatainak összehasonlítása. Az operáltak túlnyomó többségénél még nem teljesen kifejlődött hályog került eltávolításra, azaz cataracta progrediens, phakosclerotica és nondum matura. Még szembetűnőbb ez az alpha-chymotrypsinnel operáltak esetében, bár *a műté-*

II. táblázat. A hályog fala

			α-Chymotrypsinnel
Progred.	32 = 26,2%	84,4%	7 = 31,8%
Phakoscl.	38 = 31,1%		10 = 45,4%
Ndmat.	33 = 27,0%		3 = 13,6%
Mat.	12 = 9,8%		
Hmat.	2 = 1,6%		
Sublux.	5 = 4,0%		
Uveit.			2 = 9,0%

tek csekély száma (22), nem enged meg messzemenő következtetéseket. Az azonban így is kétségtelen, hogy éppen az alpha-chymotrypsin segítségével egyre kevésbé „érett" stádiumban válik eltávolíthatóvá a nagyfokban közellátók szemében képződő hályog.

III. táblázat. Látóélesség a műtét előtt

			α-Chymotrypsinnel
5/10—5/20	2 = 1,6%	32,5%	
5/25—5/40	4 = 3,2%		
5/50—3 mou	4 = 3,2%		2 = 9,0%
2,5 mou—1 mou	30 = 24,5%		7 = 31,8%
0,5 mou—féloc. jó	81 = 66,3%	67,5%	13 = 59,0%
Féloc. hiányos	1 = 0,8%		

Ugyanerre utal a III. táblázat, amelyen a betegek műtét előtti látóélessége van feltüntetve. Az operációra kerülőknek több mint ⅓-ánál 5/25—1 méterről olvas ujjakig terjedt a látóélesség. Sima kerekpupillás, tokos műtét után két betegnél 5/12, ill. 5/15 látóélesség mellett végeztem el a második szemen a lencsekivonást a kétszemes látás érdekében. Egy egyszemű beteget hiányos fényérzés ellenére is megoperáltam, és érdemes volt, mert a kiterjedt érhártyasorvadás mellett még volt egy kis használható rész a látóhártyáján.

IV. táblázat. Az extractio módja

		α-Chymotrypsinnel
Intracaps.	111 = 90,9%	21 = 95,4%
Extracaps.	11 = 9,0%	1 = 4,5%
Kerek pup.	84 = 68,8%	11 = 50,0%
Colob.	38 = 31,1%	11 = 50,0%

Amint a IV. táblázaton látható, 91%-ban sértetlen tokban sikerült a hályogot kivonni a szemből, alpha-chymotrypsinnel operálva pedig 22 esetből már csak egyszer volt extracapsularis a műtét. A tok megnyílása nagyon hátrányos lehet a gyógyulás szempontjából; sugártestgyulladás támadhat, sőt sympathiás ophthalmia és enucleatio lehetőségével is számolhatunk. Eppen ezért mindent meg kell tenni, ami a nagyfokban közellátó sze-

meken a hályogműtét biztonságát fokozza. A sebnek varrattal való biztosítása elengedhetetlen. A 122 műtétet *Papolczy* szerint végeztem, míg az alpha-chymotrypsinnel operált 22 myopiás szemen *Lindner* nyomán előre behelyezett corneo-sclerális varrattal zártam a sebet. Ahol csak lehetett, kerek pupillán át operáltam a myopiásokat, mert a meghagyott szivárvány műtét közben védi az üvegtestet és a látás is jobb, ha kereken hagyjuk a szembogarat.

Nem okos dolog kerek pupillán át operálni a szaruhomályos szemeket és ha már a sebkészítés alkalmával üvegtest ürül; ilyenkor széles szivárványkimetszés után Weber-hurokkal emeljük ki sértetlen tokban a lencsét. Az V. táblázaton feltüntetett műtéti komplikációk között 10,6%-kal szerepel az üvegtestveszteség, ami nagyon könnyen támad, minthogy a nagyfokban közellátó szemek üvegtestje többé-kevésbé erősen elfolyósodott, sokszor egészen vízszerűvé vált. Nem ritkán a tokfogó csipesszel a lencsére gyakorolt enyhe nyomás elegendő volt az üvegtest előeséshez. Ezért az alpha-chymotrypsinnel operált esetek nagy részében erysiphakkal emeltem ki az üvegtesti határhártyán szabadon fekvő lencsét. Ennek tulajdonítom, hogy a 22 szemből már csak egynél volt üvegtestveszteség.

V. táblázat. Műtéti szövődmények

		α-Chymotrypsinnel
Üvegtestveszteség	13 = 10,6%	1 = 4,5%
Sebrepesztés	16 = 13,1%	3 = 13,6%
Pup. elhúzódás	6 = 4,9%	
Abl. retinae	2 = 1,6%	
Expulsiv vérzés	1 = 0,8%	

A sebrepesztés és expulsiv vérzés erélyesebb nyugtatószerek adagolásával feltehetően el fog maradni, vagy a minimumra lesz csökkenthető.

Gyakori vita folyik szemészek között arról, hogy közellátó szemeken hályogműtét után többször fordul-e elő látóhártya-leválás, mint a nem operált esetekben. *Knapp, Krückmann, Jess, Leoz, Sobhy, Horay* szerint a nagyfokban rövidlátó szemeken végzett tokos hályogműtét látóhártya-leválást okozhat és ezért a sokkal kíméletesebbnek vélt extracapsularis operálást végzik és ajánlják. *Csapody* és *Mócsy* viszont azt vallja, hogy a sima tokos kivonás kisebb trauma, mint a tokból kivonás, főként, ha ezt még utóhályog műtétek is követik. Szerintük tokos kivonás mellett szól az is, hogy lencsemaradék nélküli szemen az egész látóhártyát jól áttekinthetjük, szakadásokat idejében meglathatunk és elzárhatunk. *Schiff—Wertheimer* és *Sédan* szintén kiemeli az intracapsularis műtétnek ezt az előnyét.

Köztudomású, hogy a látóhártya-leválás főként a nagyfokban közellátó szemekben keletkezik. Az ilyen szemeknek *Hippel* szerint 6—7%-ában, *Imre* szerint mintegy 10%-ában előbb-utóbb be kell következnie. *Papolczy* találó megjegyzése szerint ezen adatokra gondolva igen feltűnő, hogy a nagyfokban közellátó szemeken végzett extra- vagy intracapsularis hályogműtétek után csak igen ritkán észlelhető látóhártya-leválás. Így *Distler* 2,7%-ban, *Papolczy* 1,4%-ban, jómagam 1,6%-ban észleltem ezt a műtét utáni szövődményt. 22 sikeresen operált esetem természetesen nem elegendő annak eldöntéséhez, hogy több vagy kevesebb lesz-e az alpha-chymotrypsinnel operáltak között a látóhártya-leválás, mint az enzym nélkül műtöttek esetében.

Ilyenformán *ifj. Velhagen, Csapody* és *Mócsy, Papolczy* tapasztalataival egybehangzóan saját műtéti statisztikám is azt bizonyítja, hogy ma már az egyéb természetű hályogokhoz hasonlóan a nagyfokban közellátók esetében is mindenképpen a tokos műtétre kell törekedni. Így várható a legkevesebb szövődmény és különösebb kockázat nélkül sorozatosan végezhető a műtét, amiben a kellő körültekintéssel alkalmazott alpha-chymotrypsin nagy segítséget jelenthet.

A VI. táblázat adatai tanúsítják, hogy ilymódon operálva a betegek ¾ részénél a műtét után megfelelő korrekcióval munkaképességet biztosító látás érhető el. Hogy nem minden esetben következik be feltűnő látásjavulás, sőt az operáltak egy kis hányadánál változatlan a műtét utáni látóélesség, azt a nagyfokban közellátó szemekben sokszor észlelhető üvegtesti és szemfenéki megbetegedés kellőképpen megmagyarázza.

VI. táblázat. Látóélesség a műtét után

			α-Chymotrypsinnel	
5/5—5/10	44 = 36,0%	67%	4 = 18,1%	72,6%
5/12—5/20	23 = 18,8%		7 = 31,8%	
5/25—5/40	15 = 12,2%		5 = 22,7%	
5/50—3 mou	11 = 9,0%	25,3%	4 = 18,1%	
2,5 mou—1 mou	20 = 16,3%		2 = 9,0%	
Változatlan	8 = 6,5%			
Rosszabbodott	1 = 0,8%			

Összefoglalás. Az előre behelyezett corneosclerális varrat és az alpha-chymotrypsin igen jelentős haladás a hályogműtét fejlődésében. Segítségével az erősen rövidlátók esetében is csaknem 100%-ban intracapsularis műtét végezhető. Még nincs elegendő tapasztalat annak megítélésére, hogy több vagy kevesebb lesz-e az alpha-chymotrypsinnel operáltak között a látóhártya-leválás, mint az enzym nélkül műtöttek esetében.

IRODALOM. *Barraquer J.:* Acta Ophthalm. (Kjobenhavn) 1958. *36,* 803. Klin. Mbl. Augenhlk. 1958. *133,* 609. — *Csapody I.* és *Mócsy M.:* Szemészet 1952. *89,* 52. — *Distler A.:* Klin. Mbl. Augenhlk. 1913. *52,* 141. — *Elschnig A.:* Die intracapsuläre Starextraktion. Springer, Berlin, 1932. Arch. Ophthalm. 1934. *11,* 64. Arch. Ophthalm. 1934. *17,* 1118. — *Hippel:* idéz. *Papolczy* nyomán. — *Horay G.:* Szemészet 1950. *87,* 112. — *Imre J.:* idéz. *Papolczy* nyomán. — *Jess:* idéz. *Papolczy* nyomán. — *Knapp A.:* Trans. Ophthal. Soc. U. K. 1946. *66,* 133. — *Krückmann:* idéz. *Papolczy* nyomán. — *Léoz G.:* Soc. oft. hisp. Amer. 1947. *7,* 445. — *Lint, van:* idéz. *Papolczy* nyomán. — *Papolczy F.:* Klin. Mbl. Augenhlk. 1942. *108,* 567. Brit. J. Ophthalm. 1949. *33,* 296. Ophthalmologica 1955. *130,* 9. — *Schiff—Wertheimer* és *Sédan J.:* Ann. d'Ocul. 1947. *180,* 9. — *Sobhy M.:* Ophthalmologica 1948. *116,* 38. — *Spitzer B.:* Klin. Mbl. Augenhlk. 1924. *73,* 201. — *Velhagen K. jr.:* Klin. Mbl. Augenhlk. 1947. *112,* 225.

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Pécsi Orvostudományi Egyetem, I. sz. Belklinika

Az idült leukaemiák egésztestbesugárzásos röntgenkezelése Osgood módszerével

Irta: Benkő György dr. és Burger Tibor dr.

Az utóbbi évtizedben a cytostaticus gyógyszerek a röntgensugárzásnak az idült leukaemiák kezelésében addig szinte egyeduralkodó szerepét megdöntötték. Nem hálás ma a leukaemiák röntgenkezelésével foglalkozni és arról írni, az illető „maradi" therapeuta hírébe kerülhet a „modern" cystotaticumok korában. A röntgenkezelésre kerülő beteganyag erősen lecsökkent.

Egyelőre azonban nem lehet arról szó, hogy a leukaemiák röntgenkezelését az elavult gyógyeljárások lomtárába dobjuk. *Heilmeyer* és *Obrecht* (1) szerint a pusztán chemotherápiás szerekkel kezelt leukaemiás betegeik élettartama nem éri el azokét, akiket kombináltan röntgennel és cytostaticumokkal, vagy csupán röntgennel kezeltek. Ugyanez a megállapítása *Bauer*nek (3) is; szerinte 1905-től 1958-ig a röntgenkezelési eredmények — saját anyagukban, élettartamban kifejezve — fokozatosan javultak (2, 3). *Finze* (4) különböző szerzők kezelési eredményeit időrendi sorrendben nézve ugyanezt állapítja meg, chr. lymphadenosisra vonatkozólag, és ezt két tényezőnek tulajdonítja, hogy *a)* javult a röntgenkezelési technika és *b)* javult az általános kezelés.

A vértransfusiók széleskörű alkalmazása, az antibioticumok használata, illetve vizsgálati és kezelési módszereink általános fejlődése a leukaemiák kezelését kétségtelenül könnyebbé tette, de az természetesen a cytostaticumokkal kezelt esetekre is vonatkozik.

Idült myelosisban a szerzők túlnyomó többsége szerint [*Paterson* (5), *Bauer* (3), *Wintrobe* (6), *v. Braunbehrens* (7), *Schulten* (8) stb.] a legeredményesebb röntgenkezelési eljárás a lépbesugárzás. *Bauer* és *Vogt* (9) szerint a lépbesugárzás nem egyszerűen az extramedullaris vérképző gócok pusztítása útján hat, hanem regulatív folyamatot indít meg a csontvelőben. *Gunz* (10) megállapította, hogy myelosisban a lépnek 150—200 r-rel való besugárzása után 80'-cel a csontvelő éretlen myeloid sejtjeiben a mitosisok száma csökken. *Parsons* és mtsai (11) megállapították, hogy myelosisban lépbesugárzásos kezelés után a csontvelő cellularitása csökken, a granulopoesis minden sejteleme egyformán redukálódott. Myelosisban a lépbesugárzás indirekt hatása a csontvelőre, amit *Moeschlin* (12) tagadott, kétségtelennek látszik.

Az egész test besugárzását először *Teschendorf* (13) alkalmazta leukaemiák kezelésére; systemás betegségről lévén szó, szerinte helyesebb az összes metaplasiásan átalakult szervet és szövetet besugarazni, mintsem csak egyes gócokat. Mivel azonban kis adagokkal történő egésztest-besugárzásnál a léptumor nem fejlődik olyan gyorsan vissza, mint izolált lépbesugárzásnál, *Teschendorf* (14) myelosisban az egész test besugárzása mellett esetenként lépbesugárzást is végez, főként nagy léptumor esetén, ezzel szerinte „adott esetben" a betegség gyorsabban befolyásolható. *Ratkóczy* (15) akkor sugarazza a lépet, ha az egésztest-besugárzás nem járt kellő eredménnyel, a lép nem fejlődött eléggé vissza. *Bauer* és *Vogt* (9) szerint idült myelosisban az egésztest-besugárzás elsősorban azért hatásos, mert a lép sugárzást kap, ha kezelés alatt a lépet ólommal védték, a hatás elmaradt, vagy sokkal gyengébb volt.

Idült lymphadenosisban az egésztest-besugárzás sokkal kézenfekvőbb kezelési mód, mert a betegség generalizált tumorjellege szembetűnő, a leukaemiás gócok és beszűrődések klinikailag rendszerint elterjedten mutatkoznak. Mégis a legtöbb radiológus — önállóan vagy egésztest-besugárzással kombinálva — külön sugarazza a nyirokcsomótumorokat, a nagy lépet, vagy az esetleg megállapítható szervi megnyilvánulásokat, mert a helyi kezelés eredménye gyors és jó. Lymphadenosisban, ahogy *Bauer* (3) írja, az egésztest besugárzást ma sokszor a cytostaticumok pótolják.

Osgood (16) 1951-ben közölt módszere egyedülálló két szempontból: *a)* csak teljestest-kezelést végez, helyi kezelést sohasem, *b)* akkor is kezeli a beteget, mikor az „optimális állapot"-ban, azaz teljes remissióban van, hogy ezt az állapotot fenntartsa. Ezt egyénileg kititrált ún. fenntartó adagoknak szabályos időközökben az egész életen át történő adásával éri el. Az egész test sugárkezelése egyaránt történhet röntgennel és P^{32}-vel, a kettő hatását egyformának találta (18). Nevezettnek *Seaman*nal (17) együtt közölt eredményei feltűnően jók, betegeik 48%-a élt meg 5 évet a betegség kezdete után, míg *Tivey* (19) számításai szerint az egyéb módszerekel kezelt betegeknek csak 23%-a.

A továbbiakban a pécsi I. sz. Belklinika röntgenosztályán *Osgood* módszerével szerzett tapasztalatainkról számolunk be és bizonyos vonatkozásban a módszert kritika tárgyává tesszük.

Beteganyag, kezelési mód és eredmények

1953. február 1-től 50 idült leukaemiás beteget kezeltünk, illetve kezelünk ma is *Osgood* módszerével, 26 esetben myelosis, 25 esetben lymphadenosis és 1 esetben lymphosarcomatosis (leukaemiával) miatt. 4 myelosisos és 5 lymphadenosisos beteget elköltözés vagy más ok miatt jó állapotban más intézetnek adtunk át, 22 myelosisos és 18 lymphadenosisos beteg kezelése mindvégig, illetve túlnyomóan *Osgood* módszerével történt. Ez a 40 beteg képezi kiértékelésünk alapját.

A kezelést Stabilivolt készülékkel, 180 kV feszültséggel, 10 mA csőárammal, 0,5 mm Cu szűréssel végeztük, 130 cm fókuszasztal-távolságból (amin a beteg fekszik); a test felső és alsó felét külön-külön besugarazva a kettő alatt együtt értjük az egészt test besugárzását. A kezelési intervallumok a kezelés első szakában (beállítás) sem voltak rövidebbek egy hétnél; egyik alkalommal elülről, másik alkalommal hátulról történt a kezelés. A kezdő adag 10 r, a beállítás alatt a legnagyobb egyszeri adag myelosisnál 25 r, lymphadenosisnál 20 r volt, a fenntartó adagok leggyakrabban 10—15 r körül. Általában meglehetősen szigorúan alkalmaztuk Osgood elveit; később azonban ezektől egyes esetekben — betegeink érdekében — eltértünk.

2 myelosisos és 2 lymphadenosisos beteg kapott előzően röntgenkezelést más módszerekkel, mégpedig 3 beteg lépbesugárzást, egy lymphadenosisos beteg pedig több ízben nyirokcsomó-, illetve egésztest-besugárzást nem *Osgood* szerint. 5 myelosisos beteg kapott röntgenkezelésbe vétele előtt cytostaticus gyógyszeres kezelést, 3 esetben Urethant, 2 esetben Mylerant; 1 myelosisos beteg a betegség végső szakában kapott rövid ideig Mylerant. 1 lymphadenosisos beteg a sugárkezelést megelőzően mustárnitrogen kezelésben részesült. Olyan betegeket, akik kombinálva kaptak cytostaticus és egésztestbesugárzásos kezelést, vagy túlnyomóan gyógyszeres kezelést kaptak, nem vettünk be a sorozatba.

Az egyes sugáradagok kiszabása és a kezelési intervallumok megállapítása a beteg közérzete, általános állapota, munkaképessége, a lép, a máj és a nyirokcsomók nagysága, a fehérvérsejt-szám és a fiatal elemek aránya, továbbá a vörösvérsejt-szám

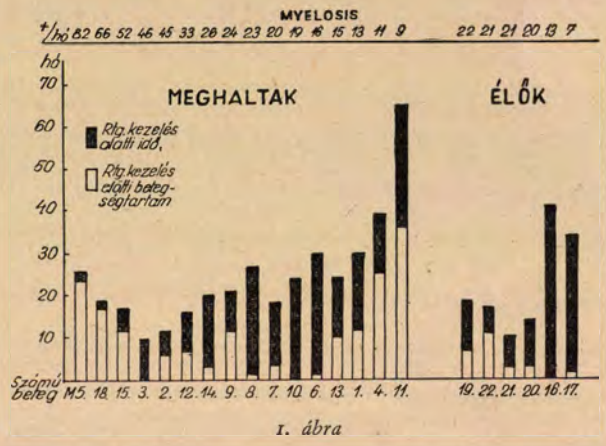
1. táblázat

Átlagos élettartam a betegség kezdetétől számítva

		Betegek száma	Átlagos élettartam
Myelosis	Meghalt	16	25 hónap
	Él.	6	22 hónap
Lymphadenosis	Meghalt	11	40 hónap
	É	6	38 hónap
		1	23 év

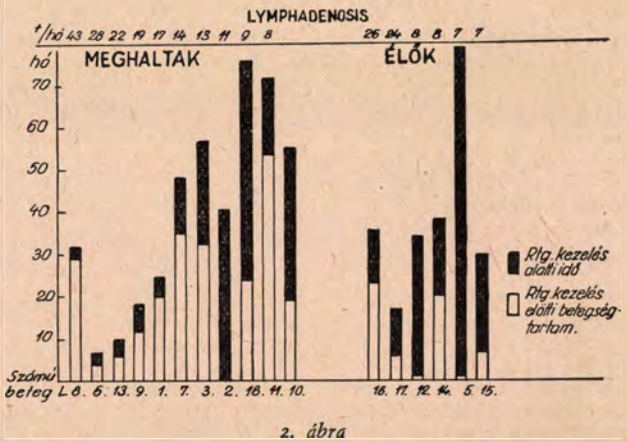
és a haemoglobin tartalom figyelembevételével történt. A fehérvérsejt-számnál a változás irányát legalább annyira tekintetbe vettük, mint annak abszolut értékét, ahogy azt *Osgood* is ajánlja. Előrehaladottabb esetekben szükséges volt a vérlemezkéknek minden viziten (nem történik minden alkalommal kezelés!) való számolása is, egyébként thrombocytaszámolást csak időközönként végeztünk.

A beállításhoz (a beteg ún. optimális állapotba hozásához) szükséges röntgensugár-mennyiség myelosisban átlagban 166 r (70—290 r), lymphadenosisban 79 r (30—144 r) volt. A fenntartó (az ún. optimális állapot fenntartásához szükséges) adag átlagban myelosisban évi 108 r (18—197 r), lymphadenosisban évi 91 r (30—194 r).



1. ábra

A betegeknek a betegség kezdetétől számított átlagos élettartamát az 1. táblázaton tüntetjük fel. Természetesen bármilyen súlyos állapotban kezdtük a kezelést, vagy bármilyen okból halt meg a beteg (pl. hirtelen szívhalál), szerepel a táblázatban. Az egyes betegek betegségi és kezelési ideje, az egész testre adott sugáradagok havi átlagának a sorrendjében, a meghaltakra és az élőkre vonatkozólag külön-külön csoportosításban, az 1. és a 2. ábrán látható.



2. ábra

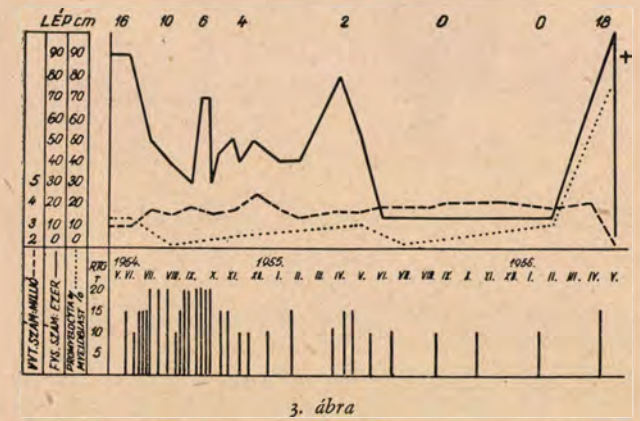
A 2. ábrán nincs feltüntetve egy 23 éve felfedezett lymphadenosisos nőbeteg, aki jelenleg 74 éves; 1953 óta kezeljük *Osgood* módszerével; ez a beteg kapott 1937. és 1953. között 4 ízben (rövid sorozatban) helyi kezelést nyirokcsomókra és 2 rövid sorozatban teljestest-besugárzást, összesen 180 r mennyiségben. Ezt az extrém hosszú élettartalmú lymphadenosis esetet az 1. táblázatban az átlagszámításból kihagyva külön tüntettük fel.

Megbeszélés

A kezelés eredményességének a megítélésénél külön kell tárgyalnunk a myelosist és a lymphadenosist.

Myelosisban a kezelési eredmények nem kielégítőek. Az átlagos élettartam 25 hónap. Ez jelentősen alatta van a más röntgenkezelési módszerek mellett kapott élettartam-átlagoknak *[Wintrobe* (6), továbbá *Heilmeyer* (20) gyűjtőstatisztikája, utóbbi saját anyaga, *Bauer* és *Vogt* (9), *Bauer* (3) stb.], melyek 3—4 év között mozognak. *Osgood* átlaga 4,2 év („median survival", geometriai középérték).

Myelosisban az Osgood-féle titrált, szabályos időközben adagolt egésztest-besugárzásos kezeléssel a beteg kétségkívül jó, sőt esetenkint igen jó állapotba hozható. Az *Osgood* által az egészségi állapot optimumának nevezett status jellemzői a teljes tünetmentesség és teljes munkaaktivitás, normális, vagy attól csak kevéssé eltérő testsúly és nyirokcsomók, normális vvs.szám, hgb. tartalom és thrombocyta-szám, 10 000—20 000 közötti fvs-szám és a bordaív alá nem érő lép és máj. Ez az állapot azonban számos esetben csak hosszú, 3—4½ hónapra elnyúló beállítási idő alatt adott, nagy, 200 r feletti egésztest-adagokkal érhető el.



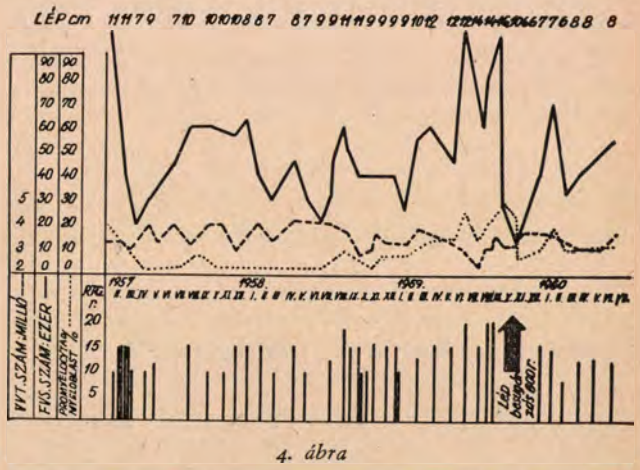
3. ábra

Egy 31 éves nőbeteget (M 10.) a betegség felismerésekor rögtön kezelésbe vettünk. A fvs.-szám 5 hónap alatt adott 290 r után sem ment tartósan 40 000 alá és a lép is még 4 cm-rel ért a bordaív alá; ekkor mégis — az addigi „tempót" folytatni nem mervén — áttértünk a nyújtott intervallum „fenntartó" kezelésre (3. ábra). Az Osgood-szerinti optimális állapot csak az 1. év alatt adott 390 r-re következett be, fvs.-szám 12 000, myeloblastok és promyelocyták aránya együtt 1%, lép csak légvételkor tapintható. További 8 hónapi „ragyogó" állapot után myeloblastos krízis, melyhez a kimerüléses (agranulocytosis, anaemia, thrombopenia) végstádium csatlakozik. Össz-élettartam 24 hónap, összdózis 445 r.

Felmerülhet az a kérdés, hogy pontosan betartottuk-e *Osgood* elveit az egyes dózisok kiszabásánál, az intervallumok meghatározásánál és más tekintetben is. Erre igennel kell válaszolnunk. Ezt bizonyítja pld., hogy a betegeink beállításához szükséges össz-sugármennyiség és az átlagos fenntartó dózis közel áll *Osgood* adataihoz, az előbbi myelosisnál 166 r, lymphadenosisnál 79 r (Osgood: 150 r és 100 r), utóbbi 108 r/év, illetve 91 r/év (Osgood: általában 12 r/hó.)

A zárójelben levő adatok *Osgood* 1951. évi közleményéből (16) valók. Nevezett 1955. évi közleményében (18) myelosisban az évi fenntartó dózist 350 r-es (!) átlagban adja meg. Azt kell hinnünk, hogy *Osgood*-nak is nehézségei voltak a myelosisos betegek egésztestbesugárzással optimális állapotban való tartásával. A myelosisra vonatkozó P^{32} átlagos fenntartó dózis is 6 μc/kg/hó-ról 250 μc/kg/év-re nőtt! A többi dózisadatra vonatkozóan nincs lényeges változás.

3 esetben el *kellett* térnünk attól az elvtől, hogy a beteget kizárólag egésztest-besugárzással kezeljük, szinte kényszerültünk, hogy helyi kezelést is adjunk.



4. ábra

Egy ma is élő 53 é. férfibetegnél (M. 16) 2½ évi kezelés, 490 r/egésztestadag után lépsugárzásra tértünk át, mert az addig sem kellő mértékben megkisebbedő lép erősen megnőtt, a fvs.-szám 98 000-re emelkedett, a vvs.-szám csökkent. A lép 600 r helyi kezelés után erősen megkisebbedett, a fvs-szám 14 000-ig ment le, az anaemia javult. 3 hónap múlva folytattuk az egésztest-besugárzásos kezelést, a beteg állapota kielégítő, de a lép újra nő. A kezelési adatok a 4. ábrán láthatók.

Egy 22 éves férfibeteg (M 18.) előzőleg 3 hónapon át Mylerant kapott, nem kielégítő effektussal. Ún. subakut myelosis eset volt. Extrém nagy lépe 5 hét alatt adott 73 r egésztest-besugárzás mellett nőtt, az fvs.-szám 61 000-ről 160 000-ig emelkedett, a perifériás vérben paramyeloblastok jelentek meg. Az egésztest-besugárzást lépbesugárzással egészítettük ki. a fvs.-szám átmeneti emelkedés után csökkent, a csökkenés a lépbesugárzás után is folytatódott, egészen 10 000-ig, majd beállt a paramyeloblastos reakcióval jellemzett végstadium. Az volt a benyomásunk, hogy az egésztest-besugárzásnak a (lépbesugárzással párhuzamos) folytatásával a vég bekövetkeztét siettettük.

Egy 46 éves férfibetegnél (M 6.) a bal mellkas bőre alatt az egésztest-besugárzásos kezelés folyamán 2 leukaemiás tumor nőtt, melyek helyi kezelésre jól reagáltak.

Túlzottan magas dózisok adása nélkül nem tudunk eleget tenni *Osgood* azon követelményének sem, hogy a fvs.-számot az ún. fenntartó adagokkal 10 000—20 000 között tartsuk.

Egy 54 éves nőbetegnek (M 19.), akit a betegség elején vettünk kezelésbe, 11 hónap alatt 245 r-t adtunk, ezzel a fvs-számot csak 40 000—45 000-es nívón

tudtuk tartani (induláskor 73 000), csupán két alkalommal volt a fvs-szám 30 000 alatt. Egy ugyancsak 11 hónapja kezelt nőbetegnél (M 20.) 225 r-rel szintén csak 40 000—45 000-es szintet értünk el. Emellett az előbbi betegnél a léptumor visszafejlődése, az utóbbinál a granulopoesis legéretlenebb elemei arányának a csökkenése sem volt kielégítő, bár egyébként jó állapotban vannak.

Az utolsó 1½ évben már nem erőltetjük a 20 000 körüli vagy alatti fvs.-szintet, hanem beérjük 40 000—50 000-es értékekkel és nem fokozzuk a sugárzás ütemét.

Van egy fontos fenntartásunk az Osgood-féle kezeléssel szemben, mely szorosan összefügg a tapasztalt rövid átlagos élettartammal. A 16 meghalt myelosisos beteg közül 14 a betegség terminalis fázisában halt meg, 2 pedig szívhalállal. Ha a beteget nagyon pontosan („szorosan") beállítjuk a fentebb már vázolt optimális állapot kritériumai szerint, így a fvs.számot 10 000—20 000 közti értékre, nagy lesz a beállító adag és még egy ideig erélyesen, rövidebb időközökkel és aránylag nagyobb, 15—20 r egésztest-adagokkal kell végezni a fenntartó kezelést. A beteg ezután az *Osgood* által megadott optimális állapotban lesz, jóformán függetlenül attól, hogy adunk-e további kisebb fenntartó adagokat, vagy sem. Ez a „szorosan" beállított optimális állapot azonban nem tart hosszú ideig, a csontvelő nagyon érzékeny, szinte elvesztettük felette az uralmunkat és spontán, vagy látszólag egy kis fenntartó adagra a fvs.-szám 10 000 alá csökken, majd korán, meglepetésszerűen bekövetkezik a myeloblastos vagy paramyeloblastos krízis, akut leukaemiaszerű állapot, agranulocytosis paramyeloblastos reakcióval, vagy agranulocytosis myeloblastos krízis után, mint M 10. esetünkben. A kialakult képek változatosak, de közös jellemzőjük, hogy mindig végstádiumot jelentenek. Eseteink kis száma miatt határozott ítéletet nem mondhattunk, azonban feltétlenül az a benyomásunk, hogy az erélyes (!) egésztestbesugárzásos kezelés sietteti a terminális fázis bekövetkeztét. Myelosis eseteink közül a kezelés folyamán 9-nél csökkent a fvs-szám 10 000 alá, ezek közül 5-nél direkt átmenettel a terminális szakba.

3 esetben láttuk a végstádiumban paramyeloblastok, 1 esetben pedig mikromyeloblastok tömeges megjelenését, mint a granulopoeticus rendszer extrém fokú kóros reakciójának a jelét. A kép akut leukaemiaszerű, hiatus leukaemicusszal.

Osgood (18) is említ 4 esetet, ahol a terminális szakban a vérkép alapján más (megváltozott) sejttípusú akut leukaemiára kellett gondolniuk; *Osgood* felveti annak lehetőségét, hogy a sejttípusban beállott változás a sugárzás mutatiót okozó hatásának tulajdonítható. *Isaacs* (21—23) elmélete szerint a sugárzás az éretlen sejteket ingerli, hogy életciklusukat gyorsabban teljesítsék (gyorsabban érjenek); mivel azonban a blastok reproduktív sejtek, melyek blastokká oszlanak, ha nagy számban vannak jelen (pl. akut leukaemia), a sugárzás által oszlási funkciójuk fokozott teljesítésére ingereltetvén nagymértékben megszaporodnak. *Isaacs* elméletét számos szerző nem osztja. *Osgood* kezelésmódjának is az ionizáló sugárzás mitosisgátló hatása az elméleti alapja.

Eseteinkben az események menete arra utal, hogy a csontvelő kimerüléséről (anaemia, thrombopenia, haemorrhagiás diathesis), valamint a csontvelőnek, illetve a kórosan átalakult mesenchymának a heves és erősen atípusos sejtalakokat produkáló, mondhatni, hogy „hézagpótló" reakciójáról egyaránt szó van. A röntgensugárzás, illetve az erélyes egésztest-besugárzásos kezelés legalább is alaposan gyanúba vehető a leukopenia után robbanásszerűen kialakuló myeloblastos krízis bekövetkeztéért. Ezért a 10 000—20 000 közötti fvs-számra való törekvést kockázatosnak tartjuk, ahogy már fentebb is szó volt róla, beérjük magasabb értékekkel és határszintet 30 000-nek vesszük. Ezen szint alatt fenntartó adagoknak nincs helye.

Lépbesugárzást, mint fő kezelési módot, 1953 előtt rendszeresen végeztünk myelosisban és az utóbbi években egyes (rendszerint távolabb lakó) betegeknél újra alkalmazzuk. Összehasonlító sorozatra való anyagunk azonban csupán lépbesugárzással kezelt betegekből nincsen. Mégis az a megállapításunk — *Bauer*rel egyezően —, hogy a beteg „beállítására", jó állapotba hozására a lépbesugárzás feltétlenül alkalmasabb, mint az egésztest-besugárzás. Hatása biztosabb. Egyedül egésztest-besugárzással számos esetben még nagy adagok árán sem tudjuk elérni azt az állapotot, amit *Osgood* célként kitűzött, s ha azt erőltetjük, veszélynek tesszük ki a beteget. A lépbesugárzást esetenként kombinálhatjuk a myeloid metaplasiás szövetek összeségét befolyásoló egésztest-besugárzással, vagy cytostaticumok adásával.

Lymphadenosisban más a helyzet. Betegeink élettartamátlaga (40 hónap) kielégítő, megfelel az irodalmi átlagértékeknek, emellett kezelésben levő betegeink eddigi élettartamátlaga (38 hónap) az eddiginél jobb eredményekkel kecsegtet. *Teschendorf* (14), *Bauer* (3), illetve *Bauer* és *Vogt* (9), *Finze* (4) megállapításaival egyetértve az a tapasztalatunk, hogy lymphadenosisban az egésztest-besugárzás a helyes alapeljárás, de nem a kizárólagos egésztest-keletkezés, ahogy *Osgood* végzi, hanem szükség esetén a kellően vissza nem fejlődött nyirokcsomóduzzanatok, bőr és egyéb szervi beszűrődések, vagy lép helyi kezelésével kiegészítve. 18 esetünk közül 5-nél végeztünk kiegészítő helyi kezelést, mert anélkül az eredmény nem volt kielégítő. Így jelentős, egész testre adott sugármennyiséget tudtunk megtakarítani. A helyi kezelésnek nagy leukaemiás duzzanatok esetén való közbeiktatása más okból is célszerű. Nagy nyirokcsomók, „tumorok" szinte „hajtják" az egésztest-kezelést, illetve azt, aki a kezelést végzi, holott különben a beteg minden tekintetben jól lehet. Évekig tartó kezelésről lévén szó, az egésztest adagokkal takarékoskodni kell. A gyakori, normochrom típusú, túlburjánzásos, vagy kimerüléses anaemia miatt vértransfusiókra sokkal gyakrabban szorulunk, mint myelosisban. Viszont szerzett haemolyticus anaemia kifejlődését csak egy esetben (L 7.) láttuk.

Ha az egésztest-besugárzás helyett cytostaticus gyógyszeres kezelést választunk (TEM, Leukeran, Degranol), helyi kezeléssel való kiegészítésére rendszerint akkor is szükség van.

A bevezetésben már említettük *Bauer* (3), valamint *Finze* (4) véleményét a röntgensugárkezelés eredményeinek fokzatos javulásáról. Ezzel szemben *Schulten* (8), *Moeschlin* (24), továbbá *Heilmeyer* (25) szerint a röntgenkezelés a beteg életét nem hosszabbítja meg. *Oberhoffer* és mtsai (26) legújabban alapos statisztikai munkában megállapították, hogy az idült leukaemia kórjóslata az elmúlt évtizedekben nem javult, továbbá, hogy *Osgood* (27) beteganyaga, ha az anamnesis tekintetében mindkét csoportot homogenizálják, nem különbözik az övéktől sem a túlélés, sem a betegségtartam szempontjából, úgyszintén nem különbözik a *Tivey* (19) által összegyűjtött világirodalmi csoport sem. Ez arra int, hogy ne kössük le magunkat szigorúan egyetlen röntgenkezelési módszer, jelen esetben *Osgood* módszere mellett, mert a célkitűzések adott esetben túlzottnak, elérhetetlennek bizonyulhatnak és elsősorban myelosis esetén a kezelés túlhajtása folytán adott esetben nem hogy meghosszabbítanánk, hanem esetleg megrövidítjük a beteg életét.

Összefoglalás. 50 esetben végeztek, illetve végeznek idült leukaemiában egésztest-besugárzásos kezelést *Osgood* módszerével. Myelosisban eredményeik nem kielégítők; meghalt betegeik átlagos élettartama 25 hónap; a beteg sok esetben csak túl nagy dózis árán tartható jó állapotban, emellett az a benyomásuk, hogy a nagy dózisok siettetik a myeloblastos-paramyeloblastos végstádium bekövetkeztét; végül a kezelés még nagy adagok esetén is cserbenhagyhat és helyi kezelésre (lép) kell áttérni. Lymphadenosisban meghalt betegeik átlagos élettartama 40, az élőké 38 hónap; a leukaemia ezen formájánál az egésztest-besugárzásos kezelést jó alapmódszernek tartják, de nagyobb leukaemiás duzzanatok esetén azok helyi kezelésével egészítik ki.

IRODALOM. 1. *Heilmeyer L.* und *Obrecht P.:* Strahlenforschung und Krebsbehandlung 1959. (Sonderbände zur Strahlentherapie Bd. 43) 213. old. — 2. *Bauer R.:* Röntgenpraxis 1941. *13*, 331. — 3. *Bauer R.:* Strahlenforshung etc. (lásd 1. sz. alatt) 223 old. — 4. *Finze H.:* Strahlenther. 1956. *101*, 88. — 5. *Paterson R.:* The treatment of malignant disease by radium und X-rays. Arnold, London. 1949. 441. old. — 6. *Wintrobe M. M.:* Clinical Hematology. Lea & Febiger, Philadelphia, 1949. 715. old. — 7. *v. Braunbehrens H.:* Die Röntgenbestrahlung der Leukämien. In Handbuch der inneren Medizin B. II. Springer, Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1951. 616. old. — 8. *Schulten H.:* Lehrbuch der klinischen Hämatologie. Thieme, Leipzig, 1939. 309. old. — 9. *Bauer R.* und *Vogt A.:* Erg. inn. Med. 1942. *61*, 586. — 10. *Gunz F. W.:* Blood 1953. *8*, 687. — 11. *Parsons Jr. W. B., Watkins C. H., Pease G. L.* and *Childs Jr. D. S.:* Cancer 1954. *7*, 179. — 12. *Moeschlin S.:* Die Milzpunktion. Schwabe, Basel, 1947. 152. old. — 13. *Teschendorf W.:* Strahlenther. 1927. *26*, 720. — 14. *Teschendorf W.:* Die Teleröntgentherapie. Thieme, Stuttgart, 1953. 26. o. — 15. *Ratkóczy H.:* Radiologia. Medicina, Budapest, 1959. 398. old. — 16. *Osgood E. E. E.:* Arch. Int. Med. 1951. *87*, 329. — 17. *Osgood E. E.* and *Seaman A. J.:* JAMA. 1952. *150*, 1372. — 18. *Osgood E. E., Seaman A. J.* and *Tivey H.:* Radiology 1955. *64*, 373. — 19. *Tivey H.:* Am. J. Roentgenol. 1954. *72*, 68. — 20. *Heilmeyer L.* und *Begemann H.:* Handbuch der inneren Medizin B. II. Blut and Blutkrankheiten. Springer, Berlin—Göttingen—Heidelberg, 1951. 598. old. — 21. *Isaacs R.:* Am. J. Roentgenol. 1930. *24*, 648. — 22. *Isaacs R.:* Arch. Int. Med. 1932. *50*, 836. — 23. *Isaacs R.:* Folia haemat. 1934. *52*, 414. — 24. *Moeschlin S.:* Praxis. (Bern) 1954. *43*, 43. — 25. *Heilmeyer L.:* Strahlenther. 1953. 91, 81. — 26. *Oberhoffer G., Schmitz—Dräger H. G.* und *Thurn P.:* Strahlenther. 1959. *108*, 325. — 27. *Osgood E. E., Seaman A. J.* and *Koler R. D.:* Proc. III. Nat. Cancer Conf. Philadelphia. 1957, 366.

TRIFAVIT
INJ. B_{12} III. FAKTOR
KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
SZTK terhére főorvosi engedéllyel rendelhető
KGy

Fertőzött sebek kezelésére:
SUPERSEPTYL-UREA
dh

RITKA kórképek

Pécsi Orvostudományi Egyetem, I. Sebészeti Klinika

Újabb adat a familiáris insulomához

(Familiáris insuloma második generatióban talált esete)

Irta: Makarész Dénes dr.

Az Orvosi Hetilapban familiárisan előfordult insuloma esetünkről számoltam be (1). Az irodalomban csak *Wermer* (2) és *McQuerrie* (3) esetei ismeretesek.

Az előző közleményben nyolc testvér szerepelt, akik közül egy esetben műtéttel igazoltuk az előtte kórismézett insulomát, másik esetben boncolással. Még három testvérnél találtunk hypoglycaemiás panaszokat, ill. hypoglycaemiára hajlamot mutató dextrose terhelési értékeket. Ezen hypoglycaemiára hajlamos szülők közül Sz. L.-né gyermeke került klinikánkra, akinél szintén szigetsejt adenomát kórisméztünk, melyet műtéttel is igazoltunk.

Esetünk:

Sz. L. 18 éves, ápoló. Elmondása szerint 1959 májusában kezdődött betegsége: reggeli étkezés után (mely egy pohár cukros tejeskávé és egy szelet kenyérből állt) kb. 90 perccel: munka közben szédülni kezdett, alig tudott állni, összeesett, de eszméletét nem vesztette el. Végtagjai rángatództak, erősen izzadt, gyenge volt. Pihenésre kb. két óra alatt — gyógyszer adása nélkül — panaszmentessé vált. Ezután még két ízben voltak hasonló panaszai: első alkalommal déli étkezés után másfél órával, úszás közben; második alkalommal pedig éjszakai szórakozás után.

Mindhárom rosszulléte vagy az étkezés utáni cukorszint süllyedés szakaszára esik, amikor ez munkával esett egybe, vagy pedig megerőltetéssel egybeeső éhezés idejére.

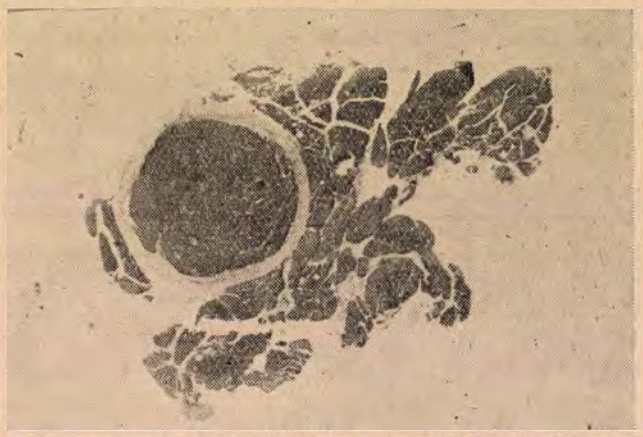
Felvételkor fizikális vizsgálattal kórosat nem találtunk. Orthostatikus hypotonia nem volt. RR: 130/80 Hgmm, vvt: 4 240 000, hgb. 14,5 g. Májfunctiós próbák negatívak. Gyomor-bél átvilágítás eltérést nem mutatott. 17-ketosteroidürítés: 8 mg/nap. Koponya rtg-felvétel: ép sella. Pneumoperitoneum retro: ép vese és mellékvese; pancreasnak megfelelő tumorárnyék nem látszik

Az elvégzett vércukorvizsgálatok azonban már nem mutattak normál értékeket: éhgyomri vércukorértékei alacsonyak: 77, 62, 61 és 68 mg%. Dextrose terhelés utáni vércukorszintjeit az I. táblázat mutatja, melyek szintén hypoglycaemiás lefutást mutatnak (50 g dextrose per os).

7 E s. c. adott insulinnal végzett vizsgálat során a cukorszint jelentős süllyedését nem észleltük (II. táblázat).

Éheztetést végeztünk, melynek során 54 óra múlva jelentkeztek panaszai: kettős látás, tántorgó járás, izomrángás, nagyfokú éhségérzés. Eszméletét nem vesztette el. Étkezésre panaszai teljesen megszűntek. A rosszullét alatti vércukor értéke 45 mg% volt.

A műtétet 1959. szept. 4-én végeztük (Prof. Póka): Az átvizsgált pancreasban öt kisbabnyi—



1. ábra. Az egyik adaenoma metszetéről készült kép

babnyi, inkább a széli részen elhelyezkedő sárgás színű — a többi pancreasszövethez képest tömöttebb — göböt találtunk. Kettő a testben, három a farokban helyezkedett el. A test és a farok resectióját végeztük a léppel együtt. Műtét utáni sebgyógyulás zavartalan.

2. ábra. Az adaenoma mikroszkopos képe

A göbök szövettani vizsgálatának eredménye: Langerhans-szigetsejt adenoma.

Az egyik göbről készült metszet jól mutatja a tokkal körülhatárolt daganatot (1. ábra), míg a szövettani kép annak szigetsejtből kiinduló jellegét (2. ábra).

A műtét utáni napokon a reggeli vércukorértékek: 116, 106 és 107 mg% voltak. Hyperglycaemiát nem találtunk. Dextroseterhelés értékei normál lefutást mutattak (I. táblázat). Insulinterhelésre jelentős vércukorszintsüllyedés jelentkezett (II. táblázat).

1. táblázat

		Éhgy	30'	60'	90'	120'	150'	180'
		mg %						
Műtét előtt		62 61	84 96	152 103	122 90	94 —	90 50	62 —
Műtét után	11. nap	91	118	104	91	83	83	81
	12. nap	91	95	77	81	77	73	81
	7. hónap	107	141	141	129	197	93	107

Műtét után hét hónappal kontrollvizsgálaton a beteg panaszmentes. Előző munkahelyét elfoglalta, dolgozik, nem fáradékony, ismét sportol.

Összefoglalás. Régebbi közleményben nyolc testvér közül kettőnél talált insulomáról számolt be. Jelen cikkben a harmadik testvér gyermekénél talált insulomát közli, melyet műtét előtt kórismézték és műtét után panaszmentes lett. Az eltávolított pancreasban öt szigetsejt adenoma volt. Ezen esettel egy családon belül két generatióban észlelte az elváltozást.

2. táblázat

	mg %	
	műtét	
	előtt	után
Éhgy.	68	91
15·	74	95
30·	72	77
45·	68	81
60·	55	77
75·	72	73
90·	65	81
120·	68	63

IRODALOM. 1. *Makarész Dénes dr.:* Orv. Hetil. 1959. *9.* 333. — 2. *Wermer P.:* Am. J. Med. 1954. *16.* 363—371. — 3. *McQuerrie:* lic.: *Brearly B. F.:* Med. Press. 1955. *6080.* 464—468.

KAZUISZTIKA

Szabolcs-, Szatmár megyei Közegészségügyi-Járványügyi Állomás, Nyíregyháza

Atípusos lefolyású Bac. cereus által okozott ételmérgezések

Írta: Bodnár Sándor dr.

Külföldi és hazai szerzők adatai szerint (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) az ételmérgezések között az olyan esetek vannak többségben, amelyek lefolyása rövid, enyhe tünetekkel járnak és amelyeknél klasszikus értelemben vett kórokozó baktériumokat sem az ételmintákból, sem a megbetegedettek váladékaiból kimutatni nem sikerül. Az ilyen ételmérgezéseket nemspecifikus kórokozók által létrehozott ételmérgezéseknek nevezzük, mert ezeket számos baktériumfaj (bélbaktériumok, festékképzők, coccusok, Clostridiumok, aerob spórás bacilusok) idézheti elő (10, 11), ha a fogyasztás időpontjában nagyobb mennyiségben (grammonként 10^5 élő csíra) van jelen. A tünetekért, egyes szerzők szerint, nem a baktérium vagy toxinja a felelős, hanem enzimatikus működésük által az élelmiszerből keletkezett káros anyagcseretermékek, melyeknek pontos vegyi összetételét ma még nem ismerjük.

A nemspecifikus kórokozók közül az utóbbi időben többen foglalkoztak a Clostridium perfringens és a Bacillus cereus kórokozó szerepével. A külföldi adatok közül mindkettővel kapcsolatban már a régebbi szakirodalomban is találunk utalásokat, azonban pontos diagnózisok csak az utóbbi 5—10 évben állnak rendelkezésünkre. Hazánkban először *Tarján* (8) hívta fel a figyelmet a nemspecifikus kórokozó baktériumok jelentőségére az ételmérgezések etiológiájában, majd később ugyancsak ő számol be munkatársaival együtt arról, hogy az OÉTTI bakteriológiai osztálya több nemspecifikus etiológiájú ételmérgezést diagnosztizált (9).

Az első hazai B. cereus ételmérgezést *Nikodémusz* (12) közölte 1956-ban. A betegség a közétkeztetésben következett be, s a fogyasztók 32%-a betegedett meg. Az azóta eltelt időben *Nikodémusz*

és *Csaba* 9 további B. cereus, ill. más aerob spórás által előidézett ételmérgezést írt le (13). Tudomásunk van továbbá arról, hogy az utóbbi évben más élelmiszerbakteriológiai laboratóriumok is diagnosztizáltak hasonló etiológiájú ételmérgezéseket (14, 15, 16).

Laboratóriumunk figyelme ez év eleje óta irányult különösképpen a nemspecifikus etiológiájú ételmérgezések felé és ezalatt a néhány hónap alatt több B. cereus okozta ételmérgezést sikerült felismernünk, amelyekről a későbbiek folyamán kívánunk beszámolni.

Előre kívánjuk bocsátani, hogy a nemspecifikus ételmérgezések, így a Cl. perfringens, a B. cereus ételmérgezések kórlefolyása a hazai és külföldi szerzők adatai alapján meglehetősen hasonlóak. A tünetek az élelmiszer fogyasztása után 4—12 óra lappangási idő elteltével jelentkeznek, hasi fájdalmakkal és hasmenéssel. A hasmenés 10—15-ször is ismétlődhet, a széklet vizes jellegű és vért nem tartalmaz. A kórképet a hasmenés dominálja. Más ételmérgezésekkel (Salmonellák, Staphylococcus) szemben a megbetegedés folyamán fejfájás és hányinger meglehetősen ritkán, hányás és láz úgyszólván sohasem következik be. Ezt az eddigi hazai adatok is hangsúlyozzák. A betegség 12—24 óra alatt lezajlik, halálozás nincs. A nemspecifikus kórokozókkal szemben az emberek érzékenysége meglehetősen különböző, éppen ezért nem lehetetlen, hogy erőteljesebb szennyeződés esetén — különösen a fiatalabb korban — lefolyása súlyosabb is lehet.

Ezek után rátérünk az általunk észlelt esetek ismertetésére.

Az első eset családi megbetegedés volt. A közös étkezésben hárman vettek részt (1 felnőtt és 2 gyermek). Tízóraira füstölt kolbászt és sült szalonnát, majd ebédre tyúkhúslevest és borjúpörköltet fogyasztottak. A négyéves leánygyermek délután öt óra tájban hirtelen rosszul lett, sokat hányt, többször ürített vizes székletet, eszméletzavar kíséretében. Orvoshoz vitték, aki kardiakumokat adott neki, majd mentőkocsival kórházba szállíttatta. Felvételi dg.: gastritis, szövődmény: acetonaemia. Fizikális vizsgálat eltérést nem mutat, a laboratóriumi vizsgálatok a vizeletben acetont (++++) mutattak ki. Bakteriológiai vizsgálatra gyomormosó folyadékot kaptunk, amelyből nagy számban aerob spórás mikróbák tenyésztek ki, a folyadék Salmonella-, Staphylococcus-negatív volt. A kitenyésztett törzs morfológiai és biokémiai sajátságai alapján B. cereusnak bizonyult (az identifikálást az OÉTI bakteriológiai osztálya végezte). A beteg székletéből patogén bélbaktériumok nem voltak kimutathatók. A beteg, akinek közérzete már másnapra feltűnő javulást mutatott, háromnapi ápolás után gyógyultan távozott.

A beteggel együtt étkezett 11 éves fiúgyermeken csak jelentéktelen gyomorpanaszok mutatkoztak, amely orvosi beavatkozást nem igényelt; a nagymama — akinél vendégségben voltak — nem betegedett meg. A beteg otthoni környezetében faeces szűrővizsgálatokat hajtottunk végre, de kórokozó bélbaktériumok nem voltak kimutathatók. Az étkezésből megmaradt szárazkolbászból vett minta tisztasági vizsgálata a következő eredményt adta: összcsíraszám 400 000/g, coliszám 10/g, penészszám 10/g, aerob, spórás (B. cereus) 280 000/g; Salmonella, Shigella, Staphylococcus: negatív.

A második eset szintén családi megbetegedés volt. Közös étkezésben négy személy vett részt (2 felnőtt és 2 gyermek). Előző nap vacsorára ebédmaradékot ettek (közelebbről nem ismert melegített ételt). Másnap reggelire tojásrántottát és tejeskávét fogyasztottak. A szülők közül csak az anyánál léptek fel kisebb fokú, orvosi kezelést nem igénylő gyomor-bél panaszok. A két gyermek — 9 éves fiú ikerpár — ugyanazon tünetekkel délelőtt 10 óra körül az iskolában lettek rosszul, fejfájásról panaszkodtak, többször hánytak. Mentőautóval kórházba szállították őket. Felvételi dg.: intoxicatio alimentaris. Szövődmény: collapsus. Th.: gyomormosás, carbo med. A gyermekek a kórházi felvétel alkalmával sápadtak voltak, izzadtak, a felvételi állapotot a hányás dominálta. A fizikális vizsgálat csak a hastájék kisfokú érzékenységét és puffadtságát mutatta. Feltűnő, hogy közérzetük már másnap kifejezett javulást mutatott, s harmadnap gyógyultan távoztak és további gyógykezelést nem igényeltek.

A laboratóriumi és rtg-vizsgálatok eltérést nem mutattak. Bakteriológiai vizsgálatra gyomormosó folyadékot és faecest kaptunk. A széklet agyagszerű, bűzös. Salmonella-, Shigella-negatív, a DC és Bi táptalajon szegényes normál bélflóra nőtt ki. A széklet mogyorónyi részletét fiz. konyhasóban szuszpendálva, forralás után agar táptalajra történt szélesztés után az egyik székletből nagy számú, a másik székletből jóval kevesebb aerob spórás baktérium tenyészett ki, amely morfológiai és biokémiai sajátságai alapján B. cereusnak bizonyult.

Közbevetőleg említjük meg, hogy a B. cereus legjellemzőbb sajátságai a következők: Gram-pozitív, hosszú pálcika, végálló spórával, amely már 24 óra alatt kialakul. Biokémiailag jellemző rá a nagyfokú hemolizis, a tojássárgája lebontása (lecitináz-próba) és a tej lúgos vegyhatás mellett történő peptonizálása. A régebbi tankönyvek a B. cereust B. anthracoides néven említik.

A gyomormosó folyadék (gyengén savanyú pH-jú) bakteriológiai vizsgálata alkalmával ugyanezen törzs tenyészett ki nagy számban. Az eredeti baktériummennyiségre következtetni nem tudtunk, mert nem ismertük a gyomortartalom mosás miatt bekövetkezett felhígulását. A gyomormosást a kórház központi vízellátásából nyert vízvezetéki vízzel végezték, amelyből nem tudtunk B. cereust izolálni.

Hogy a normális gyomorbennék aerob spórás baktériumtartalmáról képet kapjunk, a megyei rendelőintézet laboratóriumában, coffeines próbareggeli során kiemelt 52 gyomortartalmat vizsgáltuk meg. 16 esetben tudtunk (főleg hyp- és anacid gyomornedvekből) Gram-pozitív apatogén coccusokat és egy esetben E. colit kimutatni, B. cereus és más spórás bacilus a vizsgált gyomornedvekben nem volt kimutatható.

Megbeszélés

Mint a bevezetésben említettük, a nemspecifikus kórokozók, így a B. cereus által előidézett ételmérgezések enyhe tünetekkel járnak és elsősorban a hasmenés áll a kórtünetek előterében. Az általunk ismertetett esetekben a kórképhez erős hányás is társult, ami nagy folyadékveszteséggel járt. Ezt két tényezővel magyarázhatjuk. Az egyik a gyermekek fokozottabb érzékenysége a nemspecifikus kórokozókkal szemben, a másik az élelmiszerek feltehetően erősebb fokú szennyeződése. A hányadékból, ill. gyomormosó folyadékból mindkét esetben sikerült a B. cereust nagy mennyiségben izolálni. Normális gyomormosó folyadékban e baktériumokat nem találtuk meg, így vizsgálati eredményeinket az etiológia bizonyítására alkalmasnak tartjuk.

Első esetünkben a fogyasztott élelmiszerből (kolbász) szintén sikerült a B. cereust izolálni, míg második esetünkben a diagnózist a betegek széklet-vizsgálatával is alá tudtuk támasztani. E megállapításunknak azért kell különösebb fontosságot tulajdonítani, mert *Hauge* (17), aki először idézett elő önkéntes jelentkezőkön B. cereus által szennyezett élelmiszerekkel ételmérgezést, a székletben a kórokozót nem találta meg. Miután más adatról tudomásunk nincs, fel kell tételeznünk, hogy a B. cereus bekerülhet a székletbe, annál is inkább, mert ezt más ételmérgezések kórokozóival (Cl. perfringens, Staphylococcus, Ps. pyocyanea) kapcsolatban már leírták (18, 19).

Egyébként a közelmúltban értesültünk arról, hogy *Nikodémusz*, aki családi B. cereus ételmérgezést diagnosztizált, a kórokozót az egyik beteg (gyermek) hányadékában is megtalálta (20).

Ismertetett két esetünk a hányadék, ill. a gyomormosó folyadék bakteriológiai vizsgálata nélkül ismeretlen etiológiájú megbetegedés lett volna, az ételmérgezésre csak a gyors gyógyulás mutatott volna rá.

A pontos diagnózis biztosítása céljából hangsúlyozottan fontosnak tartjuk (jogszabályaink által is előírt) mérgezési gyanús esetekben a hányadék, ill. gyomormosó folyadék bakteriológiai vizsgálatra való beküldését a területileg illetékes KÖJÁL laboratóriumba, ami elég ritkán fordul elő.

E közleménnyel kívánjuk felhívni a gyakorló orvosok figyelmét arra, hogy a gyógyítás terén látszólag jelentéktelen tényezők (vizsgálati anyagok beküldése) mennyire fontosak lehetnek az etiológiai diagnózis tisztázásában.

Összefoglalás. Két családi ételmérgezést ismertettünk. Mindkét esetben B. cereussal szennyezett étel fogyasztása okozott megbetegedést. A tünetek rövid idő alatt, de a szokásosnál súlyosabban zajlottak le, előtérben a hányás állt. Különösen ki kell emelnünk a B. cereus kimutatását a gyomormosó folyadékból, hányadékból és székletből, miután ilyen adatok, tudomásunk szerint, a világirodalomban nincsenek. Az eddigi hazai adatok szerint a B. cereus Magyarországon is egyik komoly etiológiai tényezője az ételmérgezéseknek, s az általa előidézett megbetegedésekkel számolni kell.

Köszönetemet fejezem ki Devecseri Benő dr-nak a klinikai adatok rendelkezésre bocsátásáért, Nikodémusz István dr-nak a törzs identifikálásáért, Jánosi Mihály dr-nak a gyomorbennékek rendelkezésre bocsátásáért, Váry János dr-nak és Rózsahegyi Jánosné asszisztensnőnek a helyszíni vizsgálatok gyors és lelkiismeretes lebonyolításáért.

IRODALOM. 1. *Buttiaux R.:* Rev. med. Liège 1956. 11, 521. — 2. *Buttiaux R.:* Sem. Hopitaux. 1958. 34, 911. — 3. *Adam W.:* Desinfekt. 1957. 49, 6. — 4. *Adam W.:* Desinfekt. 1958. 50, 2. — 5. *Seidel G.:* Arch. Lebensmittelhyg. 1958. 8, 10. — 6. *Seidel G.:* Nahrung 1959. 3, 304. — 7. *Román J.:* Népegészségügy 1959. 40, 69. — 8. *Tarján R.:* Népegészségügy 1958. 38, 30. — 9. *Csaba K., Nikodémusz I., Tarján R.:* Előadás a Magyar Mikrobiológiai Társaság 1958-ban tartott vándorgyűlésén. — 10. *Nikodémusz I.:* Élelmezésegészségügyi jegyzet. — 11. *Csaba K.:* Útmutatás az emberi táplálkozás célját szolgáló ételek és élelmiszerek bakteriológiai és parazitológiai vizsgálatához (1960). — 12. *Nikodémusz I.:* Népegészségügy 1958. 39, 271. — 13. *Nikodémusz I., Csaba K.:* Z. Hyg. 1959. 146, 156. — 14. *Boján M.:* Személyes közlés. — 15. *Pápay D.:* Személyes közlés. — 16. *Kiss P.:* Személyes közlésü — 17. *Hauge S.:* J. appl. Bact. 1955. 18, 951. — 18. *Clarenburg A.:* Voeding 1958. 19, 693. — 19. *Floch S.:* Arch. Inst. Pasteur Guyane Franc. 1956. 17, 388. — 20. *Nikodémusz I.:* Személyes közlés.

Budapesti Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika

Adatok a kétoldali solitaer vesecysta és vesedaganat differentiáldiagnosztikájához és therápiájához

Irta: Balogh Ferenc dr. és Hajós Endre dr.

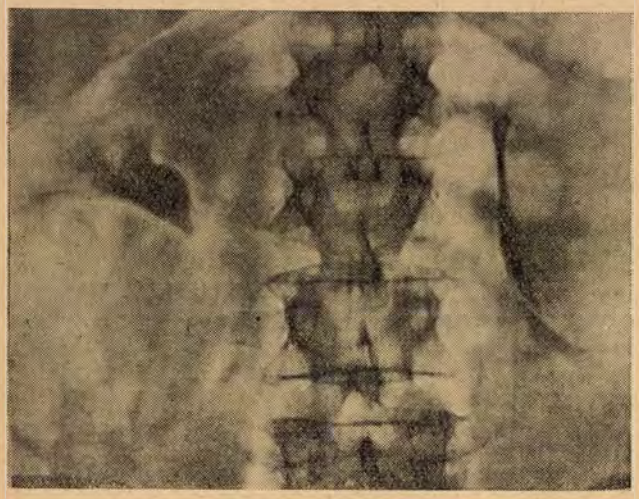
A vesedaganatok differenciáldiagnosztikáját lényegesen megkönnyíti a finom tünetek gondos értékelése mellett a jól kidolgozott vizsgálati eljárások igénybevétele. Ennek eredményeképpen egyre ritkábban történik meg, hogy a vesedaganat csupán feltáráskor kerül felismerésre. Természetesen még ma is vannak nehéz differenciáldiagnosztikai problémák, amint azt alább ismertetett esetünkből is láthatjuk.

F. S.-né 58 éves nőbetegünk évek óta tartó b. o. deréktáji panaszok miatt jelentkezett felvételre klinikánkon. Félévvel azelőtt agyvérzése volt, ez idő óta 10 kg-ot fogyott és b. o. vesetáji fájdalmai fokozódtak. Mindkét veséje megnagyobbodott, alsó fele sima felszínű, jól tapintható. Vizelet: negatív. Vvt-süly.: 46 mm/1 ó. Hólyag: ép. Vesefunctio: mindkét oldalon kielégítő. Kiválasztásos urographia: mindkét oldalon ívesen összenyomott kelyhek, deformált pyelum; a kép elsősorban kétoldali cystás, esetleg polycystás vesére gyanús (1. ábra). A kórelőzményben említett fogyás, agyvérzés (tumor áttétel?), valamint a fokozott vvt-süllyedés miatt azonban daganatra is gondolhattunk. A vesekontur világosabb ábrázolása végett az urographiát rétegfelvételekkel kombináljuk. Így a bal vese felső pólusán és a jobb vese alsó pólusán kerek, ívesen határolt, expansív növekedést mutató, tumorra gyanús képlet rajzolódik ki. A jobb vese felső pólusa ép, bár összezsúfolt kelyhek láthatók (2. ábra).

Abból a célból, hogy a tumor vagy solitaer kétoldali vesecysta diagnózisa eldönthető legyen, mindkét oldalon punctiót végzünk és miután folya-

II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára

dékot nyerünk, a cystákba kontrasztanyagot fecskendezünk. A röntgenfelvétel ezután a jobb alsó pólusban egy nagyobb tömlőt, a bal felső veserészben egy kisebb és egy nagyobb tömlőt ábrá-



1. ábra. Kiválasztásos urographia: Mindkét veseüregrendszer erősen deformált. A vesekonturok nem láthatók

zolt (3. ábra). A cysták tartalmát mindkét oldalról leszívjuk, jobboldalon 140 ml, baloldalon 290 ml alacsony fajsúlyú, gennymentes folyadékot nyerünk, ezután a tapintható terimenagyobbodás és a beteg panaszai megszűnnek.

Esetünkben kétoldali nagy cystás elváltozást találtunk, amelynek kétoldali vesetumortól és polycystás vesétől való elkülönítése nem tartozik a könnyű feladatok közé. Elsősorban vizsgáljuk meg a solitaer vesecysta és a vesedaganat műtét előtt való elkülönítésének lehetőségeit.

2. ábra Kiválasztásos urographia: Rétegfelvétel a 11 cm rétegmélységben. A cysták által deformált vesekonturok jól megfigyelhetők

A tumoroknál meglevő általános tüneteken kívül útbaigazíthat a tapintási lelet. Az alsó pólusból kiinduló nagyobb cystánál feltűnő lehet tapintáskor sima, rugalmas felszíne, szemben a vesedaganat durván egyenetlen felszínével és a ballotálhatóság hiányával. A retrográd pyelographia és a kiválasztásos urogramm alapján a két vesebetegség biztos elkülönítése úgyszólván lehetetlen. Egyesek a cysta falában gyakori mészlerakódást jellegzetesnek tartják, amely az üres felvételen más képet ad, mint a vesetumoroknál ugyancsak nagy százalékban előforduló elmeszesedés (daganatoknál centrális szokott lenni, bár hypernephrománál is láttunk már sok meszesedést).

A két kórfolyamat elkülönítésében az aortographiának van a legnagyobb szerepe, amikor a jellegzetes „tumorerek" mellett a daganatok belsejében kontraszttócsák rajzolódhatnak ki és a tápláló edények rendszerint vastagabbak, mint vesecystánál. Az utóbbinál a cysta területében edénymentesség jellemző. Tekintetbe kell vennünk a solitaer cysta egyéb jellegzetességeit is: aránylag ritka, kevés általános tünetet okoz, vizeletelváltozással ritkán jár. A gyulladásmentes vesecysta és a vesetumor elkülönítését segítheti a papírelektrophoresis is.

Ha az elkülönítés másképpen nem sikerül, elvégezhetjük a cystagyanús képlet punctióját. Ezt az eljárást *Lindblom* 80 esetben alkalmazta, ezek között 40 cysta és 34 vesetumor volt. Ő értékes diagnosztikai eszköznek tartja, mely sokszor eredményesebb, mint az aortographia. Mások *(Iverton, Karr)* a percutan punctio veszélyeit hangsúlyozzák, szerintük fertőződés, daganatszóródás jöhet létre. Mi ritkán látjuk indokoltnak a percutan punctiót, megfelelő óvatossággal és a sterilitás szabályainak megtartása mellett azonban eredményes eljárásnak tartjuk.

Esetünkkel kapcsolatban felmerült a polycystás vesétől való elkülönítés is, mely ugyancsak gyakran okoz differenciáldiagnosztikai nehézséget. Az összetévesztés elkerülhető az általános kórkép figyelembevételével. A polycystás elváltozás korábban manifestálódik, mindig kétoldali, rendszerint vérnyomásemelkedés kíséri s hosszabb idő alatt a vesefunctio erősen romlik.

Nagyobb nehézség csak kétoldali solitaer cystánál van. Természetesen ilyen esetben a polycystás elváltozásra jellemző klinikai tünetek (magas tensio, polydypsia, polyuria, alacsony fajsúlyú vizelet, a kontrasztanyag késése stb.) nincsenek meg. Retrograd pyelographiás képen solitaer cystáknál egyes kelyhek széttolódása, a kehelyszárak ívszerű megnyúlása vagy összenyomása figyelhető meg, polycystás vesénél pedig a normálistól eltérő configuratio valamennyi kehelyrendszerre kiterjed.

A kétoldali vesedaganatok okozhatják a legnagyobb nehézséget az elkülönítésben, amint arra többen *(Gironcoli, Sváb, Alnor* stb.) is rámutatnak. Szerencsére az ilyen esetek nagyon ritkák, bár ugyanígy ritkák a kétoldali solitaer cystás veseelváltozások is.

A kétoldali vesedaganatra jellemző általános tünetek, rohamos fogyás, kachexia, anaemia, magas vérsejtsüllyedés, gyakori haematuria, a daganat jellegzetes tapintási leletei értékesek ugyan, mégis gyakori jelenség, hogy a pontos diagnózis csak fel-

tárás után dönthető el. Sokszor az is hiba, hogy nem is gondolunk kétoldali solitaer cystás elváltozásra.

Ritkán okoz nehézséget más kétoldali vesebetegségek (kétoldali hydronephrosis, kétoldali pyonephros, kétoldali vesetuberculosis stb.) elkülönítése. Ezeknek a tünettana, lefolyása, tapintási lelete, röntgenvizsgálati képei, laboratóriumi leletei stb. annyira jellegzetesek, hogy ezekkel kapcsolatban sohasem kell egyéb komplikáltabb diagnosztikai segédeszközhöz nyúlni.

Esetünkben a kiválasztásos urogramm és a retrograd pyelographia egyaránt tumorra, illetve

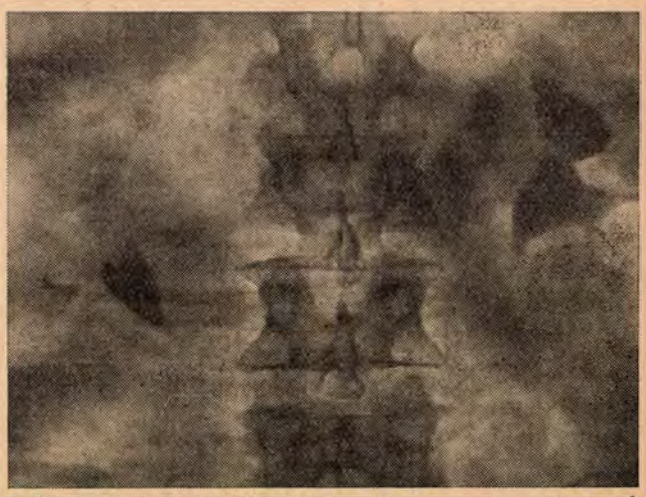
3. ábra. A cystákba percutan punctióval kontrasztanyagot juttattunk (11 cm rétegfelvétel)

kétoldali solitaer cystára jellemző képet mutatott. Emellett szól a kétoldali jó kontrasztanyag kiválasztás és maga a pyelographiás kép is. Tumorra a beteg rossz általános állapota miatt, továbbá azért gondoltunk, mert az apoplexiát is metastatikus eredetűnek vélhettük, mert ez Grawitz-tumoroknál nem tartozik a ritkaságok közé.

A beteg rossz általános erőbeli állapota alapján pneumoretroperitoneum és az aortographia elvégzését kontraindikáltuk. Rétegfelvételekkel azonban levegőbefúvás nélkül is kitűnően lehetett ábrázolni a vesekonturokat. Jól látható a bal vese dudoros határa. A jobb vese alsó pólusa hatalmasan megnagyobbodott, egy ívvel határolt, felső pólusa azonban rendes nagyságú, a felső kehelycsoport kissé összezsúfolt, de egyébként szabályos. A diagnózis eldöntése céljából kétoldali percutan vesepunctiót végeztünk és a kiszívott cystatartalom helyébe steril körülmények között kontrasztanyagot fecskendeztünk be, majd újabb rétegfelvételeket készítettünk. Mindezzel véglegesen sikerült eldönteni, hogy kétoldali solitaer cystáról van szó, mivel a 11 cm-es rétegfelvétel plasztikusan ábrázolta a mindkét oldalon jelenlevő nagy cystát.

Mindkét cysta tartalmát azért szívtuk le, mivel a beteg általános állapota a műtéti beavatkozást nem engedte meg. A beteg így a feszítő fájdalmaktól tartósan megszabadult és a két év múlva elvégzett ellenőrző vizsgálat szerint a cysták csak részben telődtek fel újból, a veseüregrendszerekre és a környezetre való compressiós hatásuk tartósan csökkent. Ez a palliatív beavatkozás inoperabilis esetben különösen értékes volt (4. ábra).

Az esetet ritkasága miatt tartottuk közlésre érdemesnek, azonban néhány figyelemre méltó tanulságot is szolgáltatott. Így a pneumoretroperitoneum elvégzését feleslegessé tette az egyszerű rétegfelvétel, amely a vesekonturokat pontosan ábrázolta. Talán nem szolgáltatott annyira mutatós képet, mint a levegőbefúvásnál várható lett volna, de a diagnosztika céljára teljesen elegendő volt.



4. ábra. Ellenőrző vizsgálat két év múlva: A veseüregrendszerek deformitása erősen csökkent

Az aortographiát viszont a cysta percutan punctiója pótolta teljes sikerrel. Ezzel a beteget két kellemetlen és nem minden veszély nélkül való vizsgálattól kíméltük meg, minimális beavatkozás, illetve egyszerű rétegfelvételes röntgenvizsgálat révén, differenciáldiagnosztikai téren pedig sokkal többet nyertünk, mintha az előbbi két eljárást alkalmaztuk volna. Érdekes a therapiás eredmény is: egyszeri punctio után a cysták hamarosan újra meg szoktak telődni. Jelen esetben ez csak részben következett be, az eredmény tartósnak bizonyult.

Szorongásos állapotok, klimaxos zavarok ellen hatásos új szedativum

DALGOL sol.

SZTK terhére, kórház (klinika) vagy rendelőintézeti szakrendelés javaslata alapján előzetes főorvosi engedéllyel rendelhető.

Dr. med., dr. med. h. c., dr. med. h. c., dr. rer. nat. h. c. *Max Bürger* egyet. tanár

Öregedés és betegség mint a biomorfózis problémája

Negyedik lényegesen javított kiadás. 1960, nagyoktáv, XX, 784 oldal, 388 ábrával és 3 szines táblázattal. Egészvászon kötésben DM(o) 68,—

*

Dr. med. *Fritz Hanschild* egyet. tanár, a lipcsei Karl-Marx-Egyetem Farmakológiai Intézetének igazgatója

Farmakológia és a toxikológia alapjai

Második kiadás, 1960, nagyoktáv. XX, 1162 oldal, 149 ábrával és 352 táblázattal. Egészvászon kötésben DM(o) 47,—

*

Dr. *Karl Velhagen* egyet. tanár, a berlini Humboldt-Egyetem Szemészeti Klinikájának (Charité) igazgatója kiadásában

Táblázatok a színérzék vizsgálatához

22. teljesen átdolgozott kiadás, kb. 16 oldal szöveg, kb. 32 színes táblázattal. Egészvászon kötésben DM(o) 17,—. Szöveg német, angol vagy orosz nyelven, rendelés szerint

*

Dr. med. *D. Schreiber*, az erfurti Orvostudományi Főiskola Belgyógyászati Klinikájának főorvosa:

Bevezetés a vér morfológiájába

Nagyoktáv, 69 oldal, 27 színes ábrával. Egészvászon kötésben kb. DM(o) 17,—. Szöveg német, angol és orosz nyelven

*

Dr. dr. h. c. *Gerhardt Katsch* professzor, Greifswald, dr. *G. Mohnike*, Greifswald, dr. *H. J. John*, Wiesbaden:

Az acetontól a cukorig, a cukorbetegek kézikönyve

3. kiadás, oktáv, VIII, 230 oldal, 32 ábrával. Egészvászon kötésben kb. DM(o) 10.—

VEB GEORG THIEME Leipzig

Folyóiratreferátumok

Onkológia

A metastatisáló emlőrák kezelésének mai állása. Matz G.: Schweiz. med. Wschr. *990.* 1277—1281.

A metastatisáló emlőrák kezelése a belgyógyászat egyik legégetőbb kérdése közé tartozik. Az emlőrák endokrinologiai kapcsolatait részletesen nem ismerjük, de hormonkezeléssel a már metastatisáló esetek egyharmadában remissio érhető el. A hormonkezelés vagy ablatív (ovarectomia, adrenalectomia, hypophysectomia), vagy additív jellegű (sexual hormonok és származékai, Cortison készítmények). Két kezelési lehetőséget szem előtt tartva a betegek két csoportba oszthatók. Első csoportba tartoznak azok, akik még menstruálnak, továbbá kiknél 4—5 évnél nem régibb keletű a menopausa. A második csoportba soroljuk a már ennél az időnél régebben menopausában levőket. Általános szabály, hogy az elkezdett bármilyen jellegű hormonkezelést addig folytatjuk, míg annak hatástalanságáról objektív adattal — metastasis terjedése — meg nem győződtünk. Újabb kezelési sorozat megkezdése előtt szünetet iktatunk be, mert a kezelés abbahagyásával is a hormonmiliő megváltozását érhetjük el. A két csoport kezelése az említett általános kezelési elvek mellett a következőkben foglalható össze: A menopausa előtt levőknél: 1. Ovarektomia 30—40%-ban objektív, 50%-ban szubjektív eredmény érhető el. Profilaktikus, metastasis fellépte előtti ovarektomiának eddigi eredményei nem egyértelműek. 2. Adrenalektomia szintén az ösztrogén csökkenését célozza. Technikai nehézsége miatt ma már alig végzik. Az eredmények egyenértékűek a technikailag könnyebb hypophysektomiával. 3. Hypophysektomia. A transfrontalis és transsphaenoidális műtét helyett radioaktív arannyal vagy yttriummal roncsolják a hypophysist. Feltételezik, hogy a növekedési hormon kiiktatásával hat. Ha az átmenetileg hatásos ovarektomia után újabb metastasisok jelentkeznek, az esetek 50%-ában ismét remissio érhető el. Eredménytelen ovarektomiánál hatástalan. Az elérhető remissio nem tartós. 4. Androgén kezelést (Testosteronpropionat, i. m. 3 × 100 mg, Testosteronester-Depot, i. m. heti 250 mg, Fluoxymesteron, p. o. napi 3 × 10 mg) a fenti kezelési sorrend eredménytelensége esetén ajánlja a szerző, habár a legrégebben alkalmazott kezelési eljárás nemcsak antiösztrogen és hypophysis gátló hatású, valószínűleg anabolistikus hatású is. Ellentétben az ösztrogén anyagokkal minden életkorban is alkalmazható. 20—30%-ban várható remissio és olyan esetekben, mikor az ovarectomia teljesen hatástalan volt, az androgénektől eredmény várható. 5. A kezelési sort a Cortison-származékok (Prednison, Triamcinolon, Dexamethason napi 3 × 10—20 mg) zárják be. A mellékvesekéreg működés gátlásával csökkentik az andrenogén ösztrogén termelést. Emellett eupohorisáló és analgetikus hatása is van. Máj, agymetastasisoknál, mellkasi exsudátumoknál a Cortison-készítményektől várhatunk még remissiót. A betegek másik nagy csoportjánál a menopausában levőknél első az ösztrogen-kezelés bevezetése (Diathylstiböstrol, p. o. napi 3 × 5 mg, Östradiolbenzoat (— propionat) i. m. 2—3 × 5,0 mg hetenként). Hatásmechanizmusát nem ismerjük, elérhető remissio kb. 30%, legtartósabb. Hatástalansága esetén a kezelést androgennel folytatjuk. Cortison-származékok is alkalmazhatók. A hormonkezelés szubjektív és a lágyrészekre kifejtett objektív hatása napokon belül jelentkezhet, a csontmetastasisoknál esetleg csak hónapok múlva. A metastasisok sebészeti eltávolítása csak abban az esetben jöhet szóba, ha mechanikus akadályt képez. Sugárkezelést, fájdalomcsillapítás és a törési veszély csökkentésére alapvetően csak a csontmetastasisoknál alkalmazzuk. Lágyrészeket csak a kifekélyesedés megakadályozására sugárzunk be. Cystostatikus szerekkel egyes hormonresistens esetekben még eredményt remélhetünk.

Gerő Andor dr.

*

Szülészet és nőgyógyászat

A méh nagysága a terhesség első hónapjaiban. Kaminszkij V. M.: Akus, i Ginek. 1960. *36,* 45—48.

A szakirodalom erre vonatkozó adatai és saját tapasztalatai alapján a szerző arra a megállapításra jutott, hogy a terhesség első hónapjaiban nincs szoros és állandó összefüggés a terhesség időtartama és a magzatvíz mennyisége között. Ugyancsak meglehetősen változékony az embryo nagyságának és súlyának a magzatvíz mennyiségéhez való viszonya is. Fajnberg (1937) adatai szerint pl. két 8 hetes terhesség esetében az embryók egyforma nagysága és közel azonos súlya mellett az egyik esetben 8,3

Új minor tranquillans

TRIOXAZIN

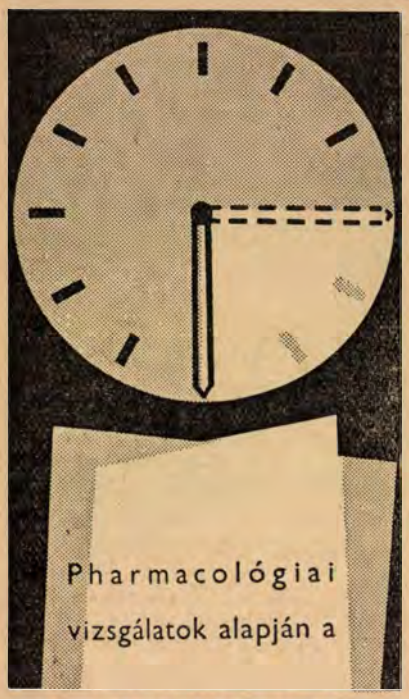
tabletta

Összetétele:
Tablettánként 300 mg N-(3, 4, 5-trimethoxy-benzoyl)-tet-rahydro-1,4-oxazin

Megjegyzés: SZTK terhére szakrendelések szabadon rendelhetik, egyéb esetben csak előzetes főorvosi engedéllyel rendelhető

Csomagolás:
20 × 0,3 g tabl.
200 × 0,3 g tabl.

Előállítja:
EGYESÜLT GYÓGYSZER
és
TÁPSZERGYÁR
BUDAPEST



ml, a másik esetben viszont 39,2 ml volt a magzatvíz mennyisége.

Ezek az eltérések okozzák azt, hogy a terhesség első hónapjaiban nem lehet mindig pontosan következtetni a méh nagyságából a terhesség időtartamára. A magzatvíz hirtelen felszaporodása a terhes méh ugrásszerű növekedéséhez vezethet ebben az időszakban. A szerző szerint elsősorban ez a jelenség az oka annak, hogy olykor még nagy tapasztalattal rendelkező orvosok is tévedhetnek a terhesség időtartamának megítélésében. *Zelenka Lajos dr.*

★

Leányok isosexuális koraérettsége. Jolly H.: Clin. Obst. & Gynec. 1960. *3.* 197—206.

Leányokban a saját nem irányába történő nemi koraérettséget az előidéző ok szerint szerző két csoportba osztja: a »konstitucionális« és az »organikus« csoportra. A szervi elváltozás lehet az agyban, petefészekben vagy a mellékvesében.

A *konstitucionális nemi koraérés* a leggyakoribb és a betegeknek kb. 90%-ában fordul elő. Ilyenkor szervi betegség nem bizonyítható. A pubertas normális, eltekintve a korai kezdettől, ami a 10. életév előtt következik be. A korai kezdet ellenére a pubertas jelenségei normális sorrendben következnek be, úgyhogy az első az emlőfejlődés, amit a szemérem-, hónaljszőrzet és menstruáció követ. Mint a normális serdülőkorban, itt is előfordulhat, hogy az egyik emlő jobban fejlődik, mint a másik. Sok esetben fehér folyás előzi meg a menstruációt, mint normális pubertasban. A pubertas korai kezdetével társultan a növekedés meggyorsul, úgyhogy az ilyen gyermekek mindig magasabbak az átlagnál, a csontok fejlettebbek. Ez az epiphysisek korai fusióját, és így a növekedés korai megállását okozza, úgyhogy ezek az addig szokatlanul magas gyermekek végül, mint felnőttek az átlagnál alacsonyabbak. Az epiphysis záródás további következménye az infantilis testarányok megmaradása, a törzs hosszabb, mint az alsó végtagok, ellentétben a felnőttekkel, akiknek alsó végtagjuk hosszabb. A fogfejlődés nem gyorsul. A menopausa nem következik be hamarabb. A fertilitas normális.

Előfordul, hogy *csak az emlők fejlődnek korán*, a nemi koraérettség többi jele hiányzik. A csontfejlődés normális. Az emlőfejlődés lehet egy- vagy kétoldali. A bimbók nem nagyobbodnak meg, a testarányok és körvonalak infantilisek maradnak. A pubertas normális korban következik be. Feltehető, hogy az állapotot az alacsony oestrogen-szinttel szembeni emlő túlérzékenység okozza.

Egyes esetekben *csak a szeméremszőrzet fejlődik ki* korán. Wilkins ezt az állapotot »korai pubarche«-nak nevezi. Véleménye szerint a szeméremszőrtüszők érzékenysége fokozott az androgenek iránt, vagy a mellékvese androgenek korábban termelődnek, némelyik esetben ugyanis a 17-ketosteroid-kiválasztás eléri a serdülőkor szintjét.

Agyi laesiók okozta korai nemi érettség esetén a folyamat a hátsó hypothalamust érinti. Azt hiszik, hogy ilyenkor a hypothalamusban levő gátló centrum elpusztul, így a hypophysis túlzott mennyiségű gonadotrophint bocsát ki, ami a petefészkeket stimulálja. A leggyakoribb szervi elváltozás az agydaganat, de meningitis, sclerosis tuberosa és veleszületett agydefektusok is előidézhetnek korai nemi érést.

Albright syndroma bőrpigmentációból, csont fibrosus dysplasiából áll és leányokban nemi koraéréssel társul. A tünetcsoport oka ismeretlen.

A petefészek granulosasejt daganata gyermekkorban rendkívül ritka. Ha tapintható daganat van, hasmetszést kell végezni. Az oestrogen-szint nagyon magas szokott lenni. Ritkábban más petefészekdaganatok, mint teratomák is idézhetnek elő nemi koraérettséget.

Oestrogenek szedése vagy stilboestrolt tartalmazó kenőcsök alkalmazása emlőfejlődést és hüvelyi vérzést okozhat. Kívülről a szervezetbe jutott oestrogenekre utal a bimbók és udvaruk sötét festenyezettsége.

Mellékvese laesiók rendkívül ritkán idéznek elő isosexualis koraérettséget magas oestrogen-kiválasztás folytán.

Kezelés. Első lépés a szervi ok kizárása. Az eseteknek kb. 90%-a konstitucionalis. Az anyával meg kell értetni az állapot természetét, mivel az gondos szülői nevelést igényel, sőt, ha szükséges, a problémát meg kell a gyermeknek is magyarázni. *Jakobovits Antal dr.*

★

A petefészekműködés diagnosztikája a gyakorlatban. Will I. Med. Klin. 1960. *55.* 140—143.

A petefészek funkciójára a célszervek reakciójából következtethetünk. A kórismét segítik: a méhnyálkahártya szövettani vizsgálata, hüvely és cervix cyklusos változása és a bazalis hőmenet. Szerző a petefészek működészavarait négy csoportban tárgyalja: másodlagos, elsődleges amenorrhoeák, vérzészavarok, túl gyakori és túl ritka vérzések.

Secundaer amenorrhoea esetén lényeges a kórismézhez az anamnaesis ismerete, aminek ki kell terjednie az általános megbetegedé-

sekre, egyéb endokrin zavarokra és psychés tényezőkre, mivel ezek is előidézhetnek vérzéshiányt.

A hüvelykenet segítségével megállapítható, hogy van-e a szervezetben tüszőhormon. A hüvelyhám igen érzékeny a folliculus hormonra, még olyan kis mennyiségre is reagál, amit kémiai hormonanalysissel kimutatni nem lehet. A továbbiakban a következő hormontestek nyújtanak felvilágosítást.

1. Progesterontest: 2×20 mg két egymásután következő napon. Pozitív esetben 2—4 nap múlva vérzés lép fel, ami bizonyos fokú petefészekműködést jelent (ezt a hüvelykenet is jelzi).

2. Folliculus hormontest: 1., 5., 10., 15. és 20. napon 5 mg oestradiolbenzoát (az endometrium proliferatio elősegítésére), majd a 22. és 23. napon 20 mg progesteron (az elvonásos vérzés kiváltására). Pozitív test jó endometrium reakcióra utal, tehát a vérzéshiány oka a petefészekben, hypophysisben, diencephalonban vagy más endokrin mirigyben (pajzsmirigy, mellékvese) van. Annak eldöntésére, hogy primaer petefészek zavarról van-e szó, szolgál a gonadotropin test.

3. Gonadotropin test: 1., 4. és 8. napon 1000 egység serum gonadotropin és a 12., 14. és 16. napon 1000 egység choriongonadotropin. Funkció-kész petefészek esetén az utolsó injectio után kb. 10 napra vérzés következik be, tehát a vérzéshiány hypophysaer-diencephalis eredetű. Ide tartozik az összes szülés utáni amenorrhoea.

A másodlagos amenorrhoeák kórismézéséhez a kémiai hormonmeghatározások csak ritkán szükségesek.

Az elsődleges amenorrhoeákat lényegileg ugyanazok a tényezők idézik elő, mint a másodlagosakat: uterin, ovarialis, hypophysaer-diencephalis vagy más endokrin mirigyek dysfunctiói. Normális testalkat és a kornak megfelelő nőies differenciálódás bizonyos fokú petefészekműködés mellett szól. Minden primaer amenorrhoeás beteget klinikailag pontosan ki kell vizsgálni.

Vérzészavarok.

Glandular cystikus endometrium hyperplasia oka lehet a persistáló folliculus, ami legtöbbször ismétlelten lép fel, különösen a csökkent petefészek-functio idején: fiatal leányokban és klimaxos asszonyokban. Nagy fontosságú a méhkaparás elvégzése a szervi ok kizárása végett idősebb betegekben. Bazális hőmenetvizsgálattal győződhetünk meg fiatal egyénekben a kezelés után a petefészekműködés normalizálódásáról.

Hypermenorrhoea oka lehet egyfázisos cyklus vagy a sárgatest túl lassú regressiója. Utóbbinál a bazális hőmenet két fázisú. Útbaigazíthat még a méhnyálkahártya, esetleg a vérzési és alvadási idő vizsgálata.

Az ovulatios vérzés ritka. A közti vérzésnek gyakrabban szervi vagy gyulladásos okai vannak. A kórismét segíti a bazális hőmenet, esetleg az endometrium vizsgálata.

Túl gyakori és túl ritka vérzések okát illetőleg diagnosztikus értékű a bazális hőmérséklet, valamint az endometrium szövettani vizsgálata. *Jakobovits Antal dr.*

★

Érbetegségek

1. Fényplethysmographiás vizsgálatok synkardialis massage-zsal. Gross D.: Z. Kreisl. Forsch. 1960. *11/12.* 550—558.

A szerző fotocellás fényplethysmograph-fal registralta a synkardialis massage hatására létrejövő pulsusvolumen-változásokat egészséges egyéneknél és peripheriás érbetegségben szenvedőknél.

Módszere a következő volt: Fuchs-féle synkardonnal a szívműködésével synchron massaget gyakorolva a végtagok ereire, egyidőben felvett plethysmorgraphiás görbével registralta a pulsusvolumen változásának nagyságát.

8 egészséges érrendszerű egyénnél 80 vizsgálatot végezve, tapasztalata a következő volt: a nyomást 40—100 Hgmm között, a massage időtartamát 0,16—0,42 sec. között változtatva ettől függően a pulsusvolumen nagyságának és a görbe alakjának a változását látta. Ez a változás egyenes arányban állt a nyomás nagyságával és időtartamával. A legnagyobb pulsusvolument 80—100 Hgmm-es nyomás és 0,3—0,4 sec.-os időtartamnál látta.

17 peripherias érbetegségben szenvedő egyénnél (8 arteriosclerosisban, 2 diabeteses angiopathiaban szenvedett, 2 Raynaud-kóros, 2 traumás angiopathiaban, 2-nek nyirokpangásból származó oedemája, 1-nek endoangiitis obliteransa volt) — összesen 181 vizsgálat elvégzése kapcsán tapasztalatai a következők voltak:

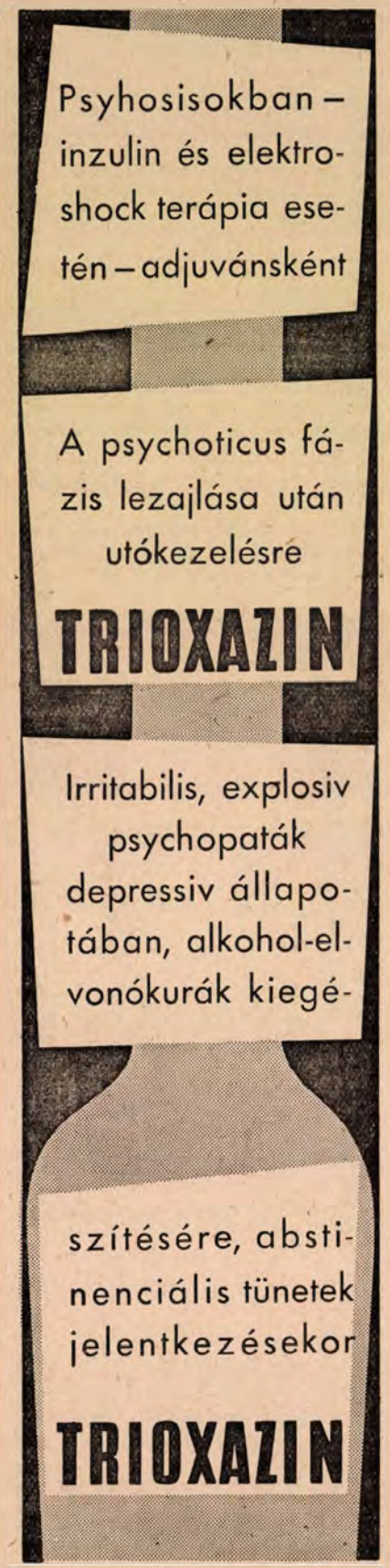
Synkardialis massage-zsal a szívműködéssel synchron pulsusvolumenváltozást lehet létrehozni a végtagokon (az ujjakon), a nyomás nagyságától függő mértékben, s ezt még olyan végtagrészeken is el lehet érni, ahol spontán pulsushullám már nem registrálható. Tapasztalata szerint az egészségeseknél észlelt megfigyelések érvényesek itt is: a nyomás nagyságának és időtartamának fokozására — mindenekelőtt arteriosclerosis obliterans és diabeteses angiopathianál — nő az amplitudo nagysága. (A legnagyobb hatást 80—100 Hgmm nyomással tudta elérni 0,4 sec. időtartam alatt.)

Traumás angiopathiaknál és

A klinikai vizsgálatok alapján a

TRIOXAZIN

főleg az emocionális állapotokra hat. Csökkenti a szorongást, feszültséget, gátolja az érzelmi, indulati reaktibilitást.



endoangiitis obliterans 1 esetében synkardialis massage-zsal a pulsusvolumen nagyságának növelése nem sikerült.

A plethysmographias vizsgálat jól bevált módszernek látszik a synkardon-kezelés therapiás hatásának regisztrálására peripheriás érbetegségekben. *Okos Gizella dr.*

*

2. Sensibilizálással kialakult nekrotizáló arteriitis. Cruchaud A., Bouvier A. C. és Humair L. — Schweiz. Med. Wschr. 1960. *11.* 258—265.

A szerzők 50 nyúlon intravénásan ismételten adott (10 ml/kg, másodszorra 5 ml/kg) lóserummal kísérletesen idéztek elő allergiás érelváltozásokat. A szövettani vizsgálatok alapján az érfalak elváltozásában 3 stadiumot különböztettek meg: I. az acut stadium, itt a 2. adag beadása után 10 napon belül a kis arteriák és arteriolákon fibrinoid nekrosis tűnt fel. II. A subacut stadiumban az 2. inj. beadása után 10. és 30. nap között az arteriák falában oedema, az endothel proliferatiója volt látható, azonkívül feltűnt ezeknek az ereknek a falában az adventitianak plasmasejtes beszűrődése. III. a chron. stádiumot — a 2. inj. után 1 hónappal — ezt az érfalnak kiterjedt fibrosisa és hyalinosisa jellemzi, azonkívül itt az I. és II. stádiumra jellemző elváltozások is mindig feltalálhatók. A legerősebbek ezek az elváltozások a szívben, a vesékben és a tüdőkben, a harántcsíkolt izmok ereiben kevesebb található. Ezeket az elváltozásokat a szerzők a sensibilizálás eredményének tekintették, s Zeek és munkatársainak véleményével egyetértve a „hypersensitiv angiitis"-ek közé sorolták. Ezek az elváltozások a szerzők szerint pontosan differentiálhatók a periarteriitis nodosától és a lupus erythematodestől.

A szerzők embernél 2 esetet láttak, amelyek az anatómiai és pathologiai lelet alapján a sensibilizálással létrehozott angiitisekhez sorolhatók: Az első egy 12 éves kislány volt, akit a gyermekklinikára streptococcus fertőzés után keletkezett heveny glomerulonephritis tüneteivel vittek be. 14 napi ápolás után a gyermek uraemia tünetei között halt meg, s a szövettani lelet subac. glomerulonephritis, nekrotisáló (fibrinoid nekrosis) arteriitist mutatott a vesékben, mellékvesékben, a lépben, májban, a bőrben, továbbá perikarditist és haemorrhagiás pneumoniat találtak. — A második eset egy 68 éves nőbeteg volt, akinek szemészeti megbetegedésen (keratomalatia) kívül az anamnesisben fekélyes gastritise, ízületi bántalmai és tartós albuminuriaja volt. 27 napi betegség után exitus következett be, s a szövettani vizsgálat eredményeképpen itt is chron. glomerulonephritist, a szervekben nekrotisaló arteriitist, továbbá fibrines perikarditist és agyvérzést találtak. — Az utóbbi két esetet a szerzők a sensibilizálással létrehozott arteriitisek csoportjába sorolták. *Okos Gizella dr.*

*

3. Arteriosclerosis obliterans: beszámoló 520 esetről a betegség pathogenesise és prognosisának különböző szempontjai alapján. — Juergens J. L., Barker N. W. és Hines E. A. jr.: Circulation, 1960. *21.* 188—195.

A Mayo klinikán 1935—1948-ban arteriosclerosis obliterans miatt kezelt 520 betegről számolnak be a szerzők a betegség pathogenesisére, klinikumára, lefolyására és prognózisára vonatkozólag. Egyetlen beteg sem volt közöttük diabeteses és 60 éven felüli. A férfiak és nők arányszáma: 11:1. A plasma cholesterintükör általában 50 mg/100 ml-rel volt magasabb, mint az érelmeszesedésben nem szenvedő kontrollcsoporté. A 478 beteg férfi közül 401 dohányzott, ez a szám lényegesen magasabb, mint bármelyik kontrollcsoportban. Az arteriosclerosis obliterans-sal összefüggésben adipositas nem gyakran fordult elő, ellenben a hypertonia 25%-ban, ez 3-szor gyakoribb, mint a kontroll személyeké. Az intermittáló sántítás szerepelt 73,1%-ban, ischaemias nyugalmi fájdalom, ill. ischaemias neuropathia 16,3%-ban, ischaemias fekély, ill. gangraena az esetek 10,6%-ában. Koszorúsér megbetegedés a vizsgáltak 16%-ában forrult elő. A betegeknek élettartama lényegesen rövidebb volt, mint a hasonló korú és hasonló körülmények között élő egészségeseké, ezenbelül még az aorta és art. iliaca elzáródásban szenvedőké rövidebb, mint azoké, akiknél az elzáródás az art. femoralisban volt. A betegek 4%-ában kellett amputatiót végezni röviddel a dg. felállítása után, további 4,9%-ban az első 5 év folyamán. Feltűnő, hogy a betegek 11%-a a diagnózis felállítása után is dohányzott, ezeknél amputatióra került a sor, míg a dohányzást abbahagyók közül egyet sem kellett amputalni az első 5 éven belül. *Okos Gizella dr.*

*

4. A peripheriás verőérszűkület kezelésének új módszere. Casten G., Gilmore H. R., etc. Angiology 1960. *5.* 408—414.

A relaxinról, amelyet Hisaw fedezett fel és állított elő 1926-ban

a sertés corpus luteumának kivonatából, már több szerző is beszámolt. Kémiailag vízben oldódó polypeptid, melynek pontos hatásmechanizmusa nem ismert, csak azt tudjuk, hogy a cholesterin synthesist gátolja és a heparinocyták megjelenését és számát befolyásolja, különösen akkor, ha ösztrogénnel kombináljuk. A relaxinkezeléssel elért eredményekről — főleg viscerális sclerodermiában, Raynaud-kórban és ischaemiás fekélyképződésnél — már Casten és Boucek, továbbá Ewans és mások is írtak.

A szerzők 43 — a szokott kezelésre nem reagáló — verőerszűkületben szenvedő betegen vizsgálták a relaxin therapiás hatását, azt kis mennyiségű ösztrogénnel kombinálva. A két csoportra osztott beteganyagból 35-nek volt arteriosclerosis obliterans-a (közülük 14-nek diabetese is volt), 2 Bürger-kórban, 6 beteg pedig Raynaud-kórban szenvedett. A gyógyszert részint intramuscularis inj., részint kúpok formájában kapták a betegek. Injectio formájában hetenként kétszer 20 mg-ot, azonkívül hetenként 3-szor 1,25 mg Premarint (ösztrogent) is kaptak. A kezdeti adagolás 2 hónapon át injectio formájában történt: a betegek klinikai állapota javult, bőrhőmérsékletük emelkedett, plethysmographiás értékeik is növekedtek. A relaxin abbahagyására mindezek a változások megfordultak és a betegek állapota romlott. Ezután a gyógyszer adását kúp formájában folytatták, erre az először tapasztalt kedvező hatás újra visszatért és a szer tartós adásával a klinikai kép rendeződött. — A relaxin kivétel nélkül gyógyulást eredményezett ischaemiás kifekélyesedéseknél: az érintett ujjak bőrhőmérsékletét a normális értékre emelte, az ujjvérátáramlás értékét is növelte.

A szerzők a leírt therapiás eljárást nagy reményekre jogosítónak gondolják a peripheriás verőérbetegségek kezelésében s a szívérrendszerre vonatkozó egyéb hatásait is tanulmányozásra érdemesnek tartják. *Okos Gizella dr.*

*

Mikrobiológia és fertőző betegségek

Serumferment vizsgálatok egy hepatitis epidemica járvány kapcsán. Schön H., Englisch B. és Wüst H. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1960, *85* 265—67.

Az anictericus hepatitis esetek nehezen ismerhetők fel, bár epidemiologiai jelentőségük nagy, az ictericus esetek számát többszörösen felülmúlják. Főleg a gyermekkorban gyakori az anictericus hepatitis. A chronicus hepatitisek nagy része is anictericusan zajlik. Ha meggondoljuk, hogy a hepatitisek 1,7—23,8%-a megy át chronicusba, továbbá hogy a cirrhosisok kb. 60%-ának aetiologiája (Németországban! Ford.) ismeretlen, feltehető, hogy ebben jelentős része van a fel nem ismert és később chronicus hepatitisbe, esetleg cirrhosisba átmenő anictericus hepatitiseknek.

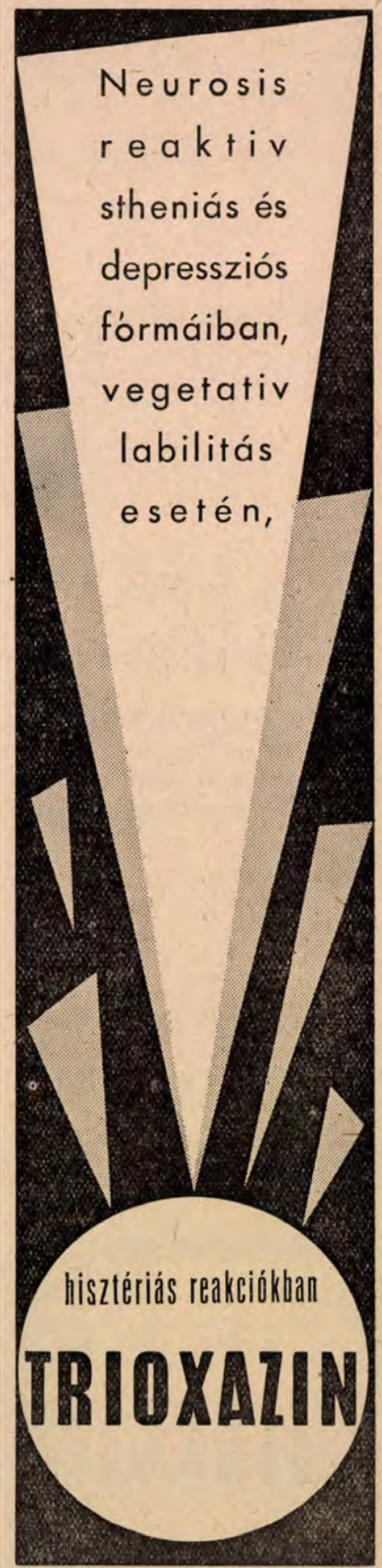
A szerzők 1959-ben egy bajorországi 1800 főnyi lakosú községben 166 hepatitises beteget (152 gyermek, 14 felnőtt) észleltek, akik közül 94-et a serumferment vizsgálatok alapján diagnosztizáltak és a kórlefolyásban követtek. Összesen 509 egyént controlláltak többszörösen.

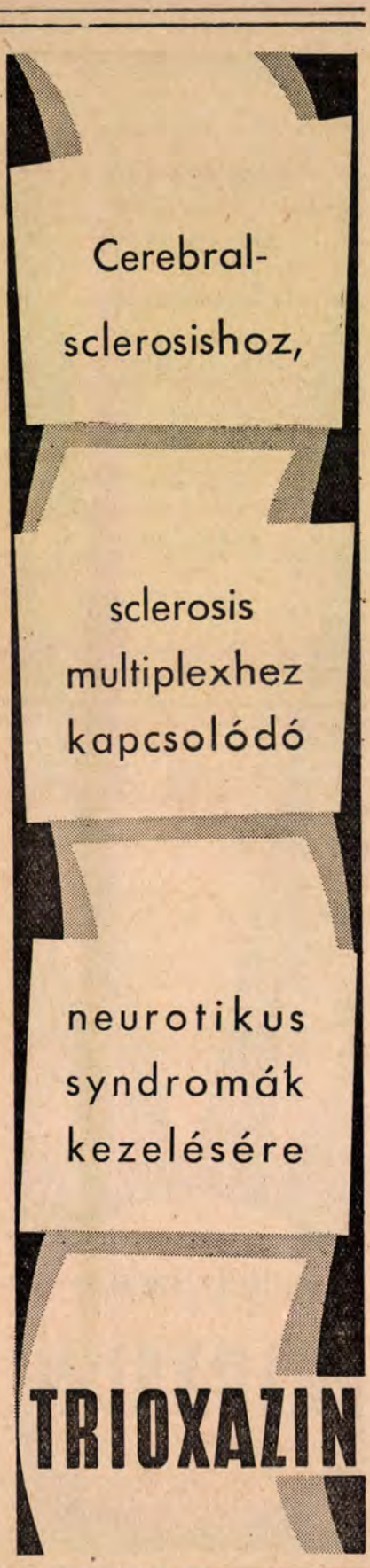
A SGOT, GPT, a sorbitdehydrase és tejsavdehydrase meghatározást, a Mancke—Sommer reactiót, a thymolturbiditást, az összbilirubin meghatározást, a serumösszfehérje meghatározást és a serumfehérjék papírelektrophoreticus vizsgálatát végezték el. Minden iskolás gyermeket megvizsgáltak, köztük néhány fel nem ismert hepatitises eset akadt. A betegek környezetében élőket, valamint a gastrointestinalis tüneteket mutató egyéneket is hepatitis irányában kivizsgálták.

A 94 fermentvizsgálattal felismert eset közül csak 22 esetben volt a Se. bi. 1,2 mg% felett, a többi mind anictericus volt, legfeljebb enyhe sclera icterus volt látható. Sok esetben a tünetek mindössze pár napos dyspepsiára utaltak: egyszeri hányás, étvágytalanság. A thymolpróba a betegség kezdetén bizonyos egyezést mutatott a fermentpróbák eredményével. A Mancke—Sommer nem volt eléggé érzékeny. A kórlefolyás követésére legjobbnak a fermentvizsgálatok bizonyultak.

A 166 esetből 20 esetben a serumferment vizsgálatok kettő, vagy több hónap után is még positivak voltak. Ismételten találtak a panaszmentes jászadozó gyermekek között magas fermentértékekkel rendelkezőket.

Arra következtetnek, hogy a német statisztikákon túlmenően sokkal elterjedtebb betegség a hepatitis, mint gondolják. Sok eset acut gastroenteritis, vagy nyári hasmenés formájában folyik le, a betegek korán felkelnek, ilyenkor fennáll a lehetősége a protrahált lefolyásnak és ugyancsak a kétes prognosissal bíró chronicus hepatitisbe való átmenetnek. Javasolják epidemiás időben thymol és fermentvizsgálatokkal minden gyanús esetet, a környezetet megvizsgálni és a betegeket kórházban izolálni, a gyógyulást fermentvizsgálatokkal ellenőrizni, a chronicus eseteket speciális gastroenterologiai osztályon kezelni. Acut hepatitis után a felkelést csak negatív fermentpróbák esetén tartják megengedhetőnek. *Keleti Béla dr.*





Salmonella Saint-Paul fertőzés kapcsán fellépő heveny veseelégtelenség és kezelése művesével. Massini M. A., Thölen H. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1960, *90* 785—786.

A typhus és a paratyphus kapcsán gyakran fellépő bacterialis vesekomplikációkon kívül ritkán fordul elő a régebben nephrotyphusnak nevezett heveny veseelégtelenség. A szerzők 68 éves férfi esetét ismertetik, akinél lázzal, hányással és hasmenéssel járó súlyos gastroenterocolitis lépett fel, mely 4 nap alatt oliguriát, isostenuriát, azotaemiát, hypocalcaemiát, hyponatraemiát, hypochloraemiát és haemoconcentratiót okozott. A székletből Salmonella Saint-Paul tenyészett ki, agglutinatio paratyphus (O) 1:200 pos., paratyphus B (H) 1:100 pos., haemocultura neg. Vizeletben fehérje nyomok, üledék norm. EKG.: Q—T megnyúlt. Infusiókra a diuresis 2800 ml-re nőtt, de az elektrolit helyzet nem javult. A 10. napon a hasmenés kiújult, senzoriumzavar lépett fel. Ekkor művesekezelést alkalmaztak, melynek hatására bőséges (4800 ml) diuresis mellett a 162 mg%-os R. N. és a kóros elektrolit helyzet rendeződött, a beteg állapota gyorsan javult. A szerzők foglalkoznak a kórkép pathogenesisével és létrejöttét a hasmenés okozta súlyos elektrolit- és vízháztartási zavarral, veseischemiával magyarázzák. *Keleti Béla dr.*

*

Kórélettan

A hypophysis lipémiát okozó aktivitása: a lipémiát-előidéző komponens elkülönítése az egyéb hypophysis hormonoktól. Rudman D. és mtsai. Proc. Sec. Exper. Biol and Med. 1960. *103.* 315—320.

Az arteriosklerosis pathogenesisében egyre nagyobb szerepet tulajdonítanak a vér-zsírtartalom növekedésének. Az alábbiakban referálandó cikk arra mutat rá, hogy az ismert, táplálkozási faktorok mellett a lipémia előidézésében regulációs tényezők is jelentős szerepet játszanak. Korábbi vizsgálataikban a szerzők azt találták, hogy az emberi, juh-, marha- és sertéshypophysis nyers kivonata lipémiát idéz elő. A lipémia előidézésének regisztrálására „test-objekt"-ként nyulakat használtak a szérum összzsírtartalmát a vizsgálandó anyag s. c. beadása után 18 órával vizsgálták meg. Jelen munkájukban a szerzők megvizsgálták különböző ismert hypophysis hormonok hatását. Azt találták, hogy a nyers hypophysis kivonattal ellentétben az ismert hormonok: kereskedésbeli ACTH, thyreotrop hormon, prolaktin, gonadotrop hormon stb. önmagukban nem képesek lipémiát előidézni. A hormonkombinációk közül ezzel szemben az ACTH és proloktin, de különösen a ACTH és thyreotrop hormon együttes adása lényeges hatást váltott ki. Minthogy tisztított thyreotrop hormon ACTH-val együtt adva nem okozott lipémiát, arra lehetett gondolni, hogy a kereskedésbeli thyreotrop hormon valamely eddig ismeretlen komponenssel való szennyeződésnek köszönheti hatásosságát. A kérdés tisztázására nyers sertés hypophysis kivonatot különböző irányú tisztításnak vetettek alá. Először különböző töménységű acetonos oldatokat használtak tisztításra és azt találták, hogy a hatóanyag a 75—90% acetonnal kicsapható frakcióban van. Az így kapott, „G" anyagnak nevezett hatásos frakciót IRC-50-s gyanta oszlopon tisztították tovább és még hatásosabb ún. „H" anyaghoz jutottak, melynek igen tekintélyes lipémiát okozó hatása volt. azonban az egyéb hormonokból már oly keveset tartalmazott, hogy ez a szennyeződés a lipémia előidézésében nem játszhatott szerepet.

A tisztítás mértékére jellemző, hogy minden g nyers hypophysis kivonatból 5 mg „H" anyagot nyertek. A szerzők további vizsgálataikban azt találták, hogy az ACTH a „H" anyag lipémiát előidéző hatását is potencirozni képes, épp úgy, mint ahogyan ezt a kereskedésbeli thyreotrop hormon hatásával tette. Az ACTH ilyen irányú hatásának mechanizmusa azonban még nem ismeretes.

Vecsei (Weisz) Pál dr.

*

Anti-inzulin-szérummal előidézett experimentális diabetes patkányon. Armin J. és mtsai. J. Physiol. 1960. *153.* 146—165.

Inzulin adagolással tengerimalacon antitestek képződését idézték elő, melyeknek jelenlétét korábbi kísérleteikben in vivo és in vitro (rekeszizom) készítményeken egyaránt kimutatták. Jelen kísérleteiben a tengerimalacokból nyert anti-inzulin szérumot a szerzők patkányoknak adagolták részben i. p., részben — egy külön e célra kidolgozott készülék segítségével — ébrenléti állapotban folyamatosan i. v. 20 órán keresztül. Az esetleges heteroprotein hatás fennforgását megfelelő kontrollkísérletekkel zárták ki: egyes patkányoknak kezeletlen tengerimalacból származó szérumokat adtak különösebb hatás nélkül. Azt találták, hogy az anti-inzulin szérum minden esetben hyperglikémiát idéz elő és ha az adag elég nagy, akkor szabályos diabetes syndroma keletkezik igen magas vércukor értékekkel, glykosuriával, polyuriával, ketonuriá-

val, étvágytalansággal, amely egyes esetekben testsúlycsökkenéshez, oliguriához, anuriához és az állatok pusztulásához vezet. Más, kevésbé súlyos esetekben az adagolás abbahagyása után az állatok magukhoz tértek. A kapott diabetes megfelel annak az állapotnak, melyet patkányokon pankreas eltávolításával lehet előidézni, de sok szempontból különbözik az experimentális alloxan diabetestől. A diabetes oka az, hogy a tengerimalacból származó és szarvasmarhainzulinnal szemben képződő antitestek megkötik és hatásának kifejtésében megakadályozzák a patkányok endogén inzulinját. Érdekes módon magán a tengerimalacon sem az antigénként használt, ismételten adagolt marhainzulin, sem a hatására képződő antitestek semmilyen effektust nem fejtenek ki, amit a szerzők azzal magyaráznak, hogy a tengerimalac saját inzulinjának összetétele és így antigéntulajdonsága is különbözik a többi állatfajtától.

Az új experimentális diabetes típus a diabetes patogenezisének új lehetőségeire hívja fel a figyelmünket. *Vecsei (Weisz) Pál dr.*

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

A haemophilia korszerű kezeléséről és gondozásáról

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam Kecskeméti Gyula dr. levelét az Orv. Hetil. 1961. 2. számában. Valóban helyesen mutat rá a haemophilia A kezelésében az utóbbi években bekövetkezett változásra. Teljes mértékben egyet kell érteni a teljes vér átömlesztésével kapcsolatban elfoglalt álláspontjával. Néhány adat azonban — úgy érzem — kiegészítésre, illetve helyesbítésre szorul.

Az A típusú haemophiliás betegek vérzéseinek csillapítására leghatásosabban és a legkevesebb mellékhatással az *antihaemophiliás plasma* használható. Így jelenleg ennek a készítménynek van a legnagyobb fontossága a haemophilia A kezelésében. Hatásossága ahhoz a feltételhez van kötve, hogy a vér levétele után 2 órán belül megtörténjék a plasma leszívása és lyophilizálása. Ez a rövid idő határt szab ugyan annak, hogy nagyobb mennyiségben állíthassuk elő, hiszen az idő rövidsége miatt a plasma izolálására és leszívására szolgáló jelenlegi gépi berendezés mellett a termelés korlátozott, de mai termelésünk a bizonyítottan haemophiliás betegek kezelésére elegendőnek látszik.

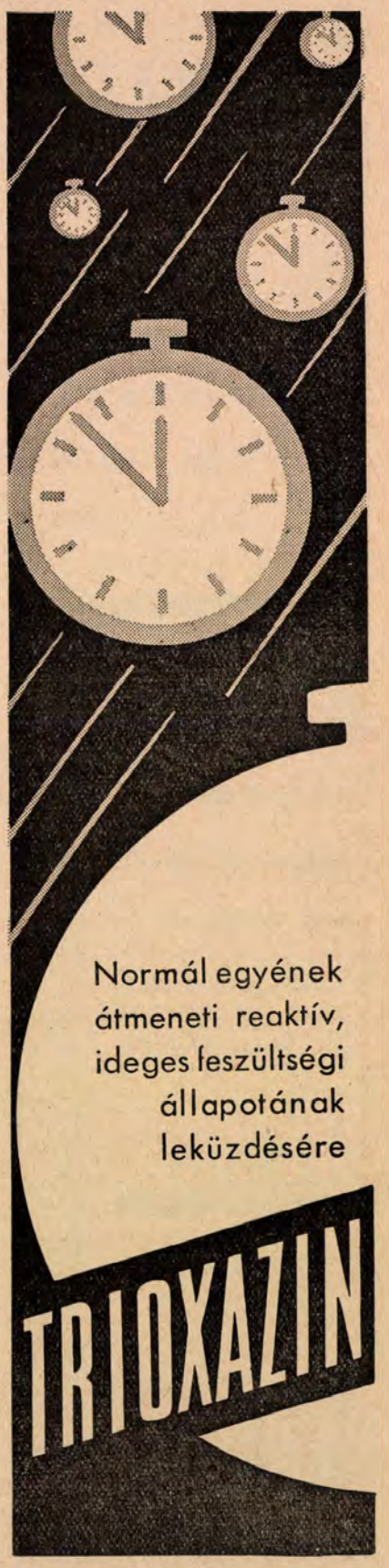
Intézetünk kezdetben kevert antihaemophiliás plasmát készített, majd különböző orvosi és gyártástechnologiai megfontolások alapján helyesebbnek látszott áttérni az egyedi plasma gyártására. Ez kétségkívül azzal jár, hogy beadása előtt vércsoport meghatározást kell végezni. Éppen az egyedi plasma alkalmazása csökkentette azonban a transfusióval átvihető betegségek veszélyét, ami pl. hepatitis átvitel szempontjából kevert plasma alkalmazása esetén lényegesen nagyobb. Ami a készítmény tárolásiidejét illeti, vizsgálataink szerint a lyophilizált antihaemophiliás plasma kb. félévig őrzi meg aktivitását.

Az egyes hatásos készítmények rangsorolásában második helyen áll a *friss teljes vér*. Csak akkor adjuk, ha a vérzés súlyos shockhoz és anaemiához vezetett, valamint ha nincs kéznél antihaemophiliás plasma. Friss vér alatt ez esetben 6 óránál nem idősebb konzervált vért értünk. Ezen időn túl ugyanis a vér AHG-aktivitása rohamosan csökken. Ezért nem érünk célt 1—3 napig tárolt vér transfusiójával.

Izolált antihaemophiliás globulinnal kevés tapasztalatunk van, de azok sem jók. Irodalmi adatok szerint hatásossága változékony, valószínűleg az előállítás és a tárolás nehézségei miatt. Ezért nem látszik célszerűnek Kecskeméti dr. javaslata, hogy a beteg kezébe adjunk néhány ampulla izolált AHG-t.

Elvi álláspontunk az, hogy minden haemophiliás beteg gondozásra szorul. Esetleges spontán vagy traumás vérzései feltétlenül a haemophilia kezelésében jártas szakember kezébe valók. Semmi esetre sem tartom helyesnek, hogy a körzeti orvos a beteg lakásán kísérelje meg a vérzések csillapítását a rendelkezésre álló 1—2 ampulla esetleg megbízhatatlan aktivitású AHG segítségével. Mai kiterjedt mentőhálózatunkkal és a rendelkezésre álló szállító eszközökkel (gépkocsi, repülőgép) 1—2 órán belül minden haemophiliás beteg olyan intézetbe juthat, ahol a haemophilia kezelésében jártas szakemberek végzik a vérzéscsillapítást. Tapasztalataink szerint a szállítás nem jelent olyan traumát, mely a vérzéses állapotot lényegesen súlyosbítaná. Az ország gondozó hálózatának bővülésével pedig a haemophiliások orvosi ellátása csak egyre javulni fog.

A külvilág felé történő traumás vérzések csillapítására valóban helyes, ha a haemophiliás beteg zsebében hord helyileg alkalmazható vérzéscsillapító — sebvédő anyagokat (Thrombinfibrin por). Szeretném azonban hangsúlyozni, hogy a haemophiliás betegek na-



TRIOXAZIN

adagolása egyéni, a beteg állapotától és reagáló képességétől függ. Napi átlagos adagja felnőttnek 600—1200 mg-(2—4 tabl.), súlyosabb kórképekben az adag növelhető napi 1800—2400 mg-ig (6—8 tabl.).

ELŐÁLLITJA:
EGYESÜLT GYÓGYSZER ÉS TÁPSZERGYÁR
BUDAPEST

gyobb vérzéseinek megelőzésére, illetve a vérzés korai csillapítására a helyes gondozás ad lehetőséget. A gondozás előfeltétele a haemophiliás betegek katasztere. Ennek összeállítása már megkezdődött. A gondozást az OVSZ. budapesti és vidéki intézetei végzik. A gondozó intézeteknek ellátása frissen fagyasztott antihaemophiliás plasmával vagy friss vérrel nem ütközik nehézségbe.

Feszler György dr.
OVSZ. Központi Kutató Intézete.

*

A kancsalság korszerű kezelésének néhány problémája

T. Szerkesztőség! Az utóbbi időben egyre több közlemény jelenik meg mind hazai, mind külföldi lapokban, melyek a kancsalság kérdésével foglalkoznak. Ugyanakkor a szemorvosok körében is mind többen törekszenek arra, hogy nemcsak kozmetikailag, hanem funkcionálisan is minél tökéletesebb gyógyulást érjenek el. Jelen közlés *nem* szemész kollégákhoz is szól, az esetek gyakorisága és fontossága miatt.

Hazánkban becslés szerint 100 000 körül van a kancsalok száma. Ismeretes, hogy a kancsalság elsősorban pathophysiologiai és csak másodsorban kozmetikai probléma. A monocularisan kancsal gyermek kancsalító szeme magára hagyva gyakorlatilag vak marad; a legtöbb esetben néhány méter ujjolvasást tud elérni. Szerencsésebb az alternáló kancsal, mivel mindkét szemével lát, sőt jól láthat, de ebben az esetben hiányzik a binoculáris együttlátás. Naponta hoznak klinikánkra 10—13 éves kancsal gyermekeket és a szülők legtöbbször nem is tudják, hogy a gyermek egyik szemére alig lát. Az előzményekből gyakran kiderül, hogy a gyermek 2—3 éves korában kezdett kancsalítani, szemüveget azóta hord és évenként ellenőrizték szemészeten. Arra a kérdésünkre, hogy a gyermek jó szemét zárták-e, nagyon ritkán kapunk igenlő választ. Már pedig a megfelelő üveg rendelése után monoc. kancsalnál a következő szükséges lépés a zárás elrendelése. Amíg a kancsalságot szemüveggel, műtéttel és egyéb eljárásokkal meg nem szüntetjük, a két szem egy időben egyszerre ne maradjon nyitva. A kancsal helyzet miatt monoc. kancsalnál amblyopia, excentrikus fixálás és majdnem minden esetben hibás kétszemes kapcsolat alakul ki. A takarás elmulasztása előmozdítja a monoc. kancsal szem amblyoppá válását, ami nemcsak az inaktivitás, hanem aktív gátlás következménye. Ha a szem a tompalátás mellett már excentrikusan fixálóvá is vált, az esetek igen nagy részében szinte elvesztettünk minden lehetőséget a látás megjavítására, illetve az olyan fáradságossá válik, hogy legtöbbször kivihetetlen. Ha a gyermek nem tud centrális fixálásra szert tenni, a takarásnak nincs sok értelme, mert látása úgysem lehet jobb, mint az excentrikusan fixáló rész feloldó képessége. Ha még nem régen kancsalít a 2—3 éves, zsenge korú gyermek és feltehető, hogy az excentrikus fixálás még nem rögzült, állandó ellenőrzés mellett elzáratjuk a néző szemet és ha néhány hét alatt centrálissá válik a fixálás, nyert ügyünk van, mert a jó szem további következetes letakarása a látás javulását biztosítja, ha egyéb oka nincs az ambolyopiának. Ellenkező esetben, vagyis az excentrikus fixálás fennmaradása esetén a takarás felesleges, sőt káros, mert az excentrikus fixálást még jobban rögzíti. Ilyenkor az excentrikusan fixáló szemet takarjuk és néha hosszabbb ideig tartó takarás után a gátlás többékevésbé oldódik. Ez kedvező feltételt teremthet arra, hogy ezt a szemet fixálásra tanítsuk, vagy euthyscoppal kezeljük.

Centrálisan fixáló vagy centrálisan fixálóvá vált amblyop szem látását a jó szem zárásával javíthatjuk. Ez igen sok türelmet igényel mind a gyermek, mind a szülők részéről. Ha a látás az eredetileg kancsalító szemen már megjavult, a gyermek hajlandó is lesz azt használni és így alternálóvá válik. Ez a szülőket gyakran megijeszti és azzal a panasszal jönnek, hogy most már mindkét szemével kancsalít a gyermek. A szülőkkel ilyenkor meg kell értetnünk, hogy ez már a gyógyulásnak egyik foka és ezért a további gyakorlatokra vagy takarásra vonatkozó utasításokat továbbra is pontosan tartsák be.

Ezen kezdeti és gyakran hosszadalmas eljárás mellett szükség esetén műtét és egyéb módszerek segítségével (diplopia gyakorlatok, synoptiscop, stereoscop, orthostimulátor, mioticumok stb.) gyakran évek fáradságos és kitartó munkájával tudjuk csak elérni a binoculáris látást, ami párhuzamos helyzetben tartja a szemeket és ezzel a beteget gyógyultnak mondhatjuk. Részben azért, mert a gyógyítás hosszadalmas, de elsősorban azért, mert minél előbb kezdjük a kezelést, annál több kilátásunk van eredményre, a kezelést — a gyermek korától függetlenül — már a kancsalság jelentkezésekor kell megkezdeni. Lehetőleg mire a gyermek iskolába megy szüntessük meg a kancsalságot, ami persze nem minden esetben jelenti a kezelés befejezését is.

Egyre kevesebb a közömbös szülő, a kancsalok száma pedig olyan nagy, hogy népbetegségnek vehetjük. Korszerű kezelésük fontos követelmény és komoly egészségügyi feladat. Csak akkor tekinthetjük a kancsalságot kozmetikai kérdésnek, ha már a funkcionális gyógyulásra nincs remény. Az amblyopia ellen egyáltalán nem, vagy rosszul kezelt gyermekek egyik szemükre gyakorlatilag vakká válnak, tehát igen nagy a felelősségünk velük szemben. Súlyosbítja a bajt, hogy szemorvosaink nagy részének — ha elméletileg tisztában is vannak ezzel a kérdéssel — az orthoptika gyakorlati megismerésére nem volt elegendő alkalmuk. Magyarországon az első orthoptikai állomás 1950-ben létesült a II. Szemklinikán. Az utóbbi években a többi szemészeti klinikán is megindult egy-egy orthoptikai állomás működése. Ezek teljesítőképessége korántsem elég ahhoz, hogy a kezelésre jelentkező gyermekeket ellássa, de arra elégséges, hogy az időnként továbbképzésre jelentkező szemorvosokat a kezelés irányelveivel ill. gyakorlati részével megismertesse. Tehát a továbbképzés ideje alatt az orthoptikai ismeretek bővítését is tegyék számukra lehetővé.

Helyes lenne, ha a szemész-szakcsoport megállapodnék a kancsal betegek kezelésének néhány irányelvében, mint ahogy az a trachoma kezelését illetően történt.

Ezen intézkedések részben megoldanák a szemorvosok orthoptikai problémáit, de még nem a betegekét. Tudniillik az SZTK-rendelők jelenlegi túlterheltségüknél fogva nem alkalmasak arra, hogy rendszeresen foglalkozzanak orthoptikai esetekkel. Szükségesnek látszik, hogy a klinikákon kívül legalább a megyei kórházakban (Budapesten SZTK-vonalon is) a a szemosztályokon megfelelő orthoptikai tapasztalattal rendelkező szemorvosok irányításával, orthoptikai állomások is működjenek.

Utóbbi elgondolás csak hosszú idő alatt valósítható meg, alapjait azonban a nehézségek ellenére már most le kell rakni. Jóakarattal, lelkiismeretes munkával megtaláljuk a módját annak, hogy a gyermekek ezreit mentsük meg az amblyopia veszélyétől.

Balázs Erzsébet dr.
II. Szemklinika
(Budapest)

KÖNYVISMERTETÉS

A munkaköri alkalmasság orvosi megállapításának irányelvei. I. és II. kötet. Szerkesztette dr. Rózsahegyi István. Medicina Könyvkiadó. I. kötet 315, II. kötet 252 oldal.

A magyar orvosi szakirodalom meglehetősen szegény társadalombiztosítási orvostani művekben. 1937-ben e sorok írója »Az orvosszakértői működés irányelvei, különös tekintettel a szociális biztosításra« című könyvét adta ki a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat. 20 évvel később Farkas Andor dr. könyve 1957-ben jelent meg, »A keresőképesség elbírálása a belgyógyászatban« címen. Most Rózsahegyi szerkesztésében megjelent »A munkaköri alkalmasság orvosi megállapításának irányelvei« c. művének első két kötete. Ez a munka lényegesen különbözik a két előző orvosszakértői műtől. Az előző munkák elsősorban a keresőképesség kritériumainak megállapításával foglalkoztak, a jelen munka a munkaköri alkalmasság kritériumaival. Mint ilyen, ez a munka úttörő. Sajnos, az úttörő munka bizonyos hátrányokkal is jár, amikor olyan területen kell lehetőleg pontos adatokkal szolgálni, amelyek még kellőképpen nem tisztázottak. A Szovjetunióban a Munkaképességet Elbíráló Orvosi Bizottság (1948) legfőbb functiója a különleges munkakörülményeknek megállapítása a rokkantak számára, illetőleg ezek átirányítása más munkakörbe, rámutatva a végezhető munkának a jellegzetességeire, valamint utalva az átképzés szükségességére. A szakértői véleményben javasolt munkakörülmények biztosításának ellenőrzése a társadalombiztosítási és szakszervezeti szervek kötelessége. A javaslat a törvény értelmében kötelező vállalatok, intézmények igazgatósága, illetőleg a szövetkezetek, kolhozok vezetősége számára. Magyarországon ehhez a bizottsághoz hasonló szervet még nem létesítettek és a Rózsahegyi szerkesztésében megjelent munka azt a nehéz feladatot tűzte maga elé, hogy előzetes törvényes intézkedések nélkül egyengesse a rokkantak és csökkent munkaképességűek orvosilag, munkaegészségügyileg és anyagilag való megfelelő elhelyezését. Erre a feladatra nálunk csak az üzemorvosok jöhetnek egyelőre szóba. Természetes, minél képzettebb az üzemorvosi kar, feltéve, hogy megfelelő lehetőségek állanak rendelkezésre, annál inkább végezhetnek jó munkát.

TRIOXAZIN

alkalmazása után toxikus melléktünetek nem jelentkeztek.

Az EKG, vérkép, vizelet, májfunkció a TRIOXAZIN hónapokig tartó szedése után sem változott.

Az esetleges száj- és torokszárazság az adag csökkentése után megszűnik.

A keresőképesség (munkaképesség) és a munkára való alkalmasság elbírálása között lényegbevágó különbség van. Az előző fogalom a keresőfoglalkozásban való szakmai munkaképességet fedi és gyakran előfordul, hogy keresőképesség helyett munkaképességet mondanak, vagy írnak. A munkaképesség elbírálásakor a vizsgált egyén magát legtöbbször betegnek tartja és az orvosszakértő nemegyszer a beteg panaszai ellenére állapítja meg kereső szakmájában a munkaképességet. Ezzel szemben a munkára való alkalmasság elbírálásakor az illető magát rendszerint munkaképesnek tartja, dolgozni kíván és az orvosszakértőnek a feladata az, hogy olyan munkakört állapítson meg, melyet a beteg előreláthatólag egészsége károsodása nélkül el fog tudni végezni. A keresőképesség elbírálásának nagy nehézsége a beteg betegségtudata, míg a munkára való alkalmasság elbírálásában ez a psychogen componens alig játszik szerepet. A keresőképesség elbírálásában megkönnyíti a feladatot, hogy csak egy foglalkozásra vonatkozólag kell véleményt mondani. A munkára való alkalmasság megállapításában a beteg bona fidese megkönnyíti az elbírálást, de megnehezíti az a sok foglalkozási ág, melyek a véleménymondás során szóbajöhetnek. A jelen munkában a munkaképesség és munkára való alkalmasság kifejezést nemegyszer felcserélve használják, ami félreértésre adhat alkalmat.

A könyv természetesen ismerteti a rokkantságra vonatkozó rendelkezéseket, a munkaviszony megkezdése előtti orvosi vizsgálat módozatát, a kártalanításra igényt adó foglalkozási betegségek jegyzékét és mindazt, ami az orvosszakértőnek, elsősorban az üzemorvosnak szükséges, álláspontja kialakításában. A szakmai munkaképesség részleges, időleges zavarának tárgyalása azonban ugyancsak félreértésre adhat alkalmat. A jelenleg érvényben levő rendelkezések nem teszik lehetővé, hogy a szakmai munkaképesség időleges elvesztése esetén a felülvizsgáló orvos úgy döntsön, hogy a beteget meghatározott időre más munkakörbe kell áthelyezni. A felülvizsgáló orvos csak azt állapíthatja meg, hogy valamely szakmában a beteg keresőképes, vagy keresőképtelen. Ha keresőképtelen, javasolhatja más munkakörben való elhelyezését, de ha keresőképesnek találta, hasonló javaslattal nem élhet. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy nem kötelező módon az üzemorvos ne kísérelje meg a betegnek megfelelő könnyebb munkakörben való elhelyezését.

A munkának eddig 2 kötete jelent meg: a belgyógyászat és a sebészet-urológia. A munka harmadik kötete, a kisebb szakmákra vonatkozó rész később fog megjelenni. Az első kötet külön fejezetekben foglalkozik a szívbetegségekkel és a vérkeringés betegségeivel (Kenedi), az érbetegségekkel (Bugár—Mészáros), a légzőszervek betegségeivel, a tüdőgümőkórral (Vas Imre), a vesebetegségekkel (Földi), az endocrin betegségekkel (Bach), az emésztőszervek betegségeivel (Szendrő), a vérképzőszervek (Horányi Mihály), a mozgásszervek betegségeivel (De Chatel) és végül a foglalkozási betegségekkel (Rózsahegyi). A második kötetet (sebészet és urológia) Valér Ferenc írta. A klinikusok az egyes kórformákat hozzáértéssel, érdekesen ismertetik, ezenkívül a különböző munkára való alkalmasság kérdésében is állást foglalnak. A klinikusok régebben általában idegenkedtek attól, hogy társadalombiztosítási orvostani kérdésekkel foglalkozzanak. Ez volt egyik oka annak, hogy a társadalombiztosítás nagy tisztviselő-orvosi apparátust alkalmazott a keresőképesség, illetőleg keresőképtelenség megállapítására. De a társadalombiztosítási szervek is idegenkedtek attól, hogy ezekben a kérdésekben a klinikusok véleményt mondjanak. Ezt az álláspontot sohasem tartottam egészségesnek, mert jeles klinikusoknak a keresőképesség, a rokkantság, a munkára való alkalmasság, betegség és trauma, betegség és baleset összefüggésének problémáiban való munkálkodása csak gyümölcsöző lehet. A jelen munka ezen a vonalon is úttörő jellegű, mert a társadalombiztosításon kívülálló orvosok, klinikusok behatóan foglalkoznak társadalombiztosítási orvostani problémákkal.

A munka elsősorban üzemorvosok számára jelent nagy nyereséget, de minden orvos érdeklődésére tarthat számot, aki társadalombiztosítási orvostani problémákkal foglalkozni kíván.

Csépai Károly dr.

Megjelent

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1960. 6. szám

Bazsó János és Gyöngyössy Andor: A lepény Rh antigen tartalmának kísérletes vizsgálata.

Adler-Hradeczky Claudia és Kelentey Barna: P-oxybenzoesav észtereinek toxikológiai és helyi érzéstelenítő hatásáról.

Kádas László és Virág Lajos: Neuroendokrin-rendszer és véralvadási viszonyok közötti összefüggések.

Wollemann Mária: A Phenothiazin vegyületek biokémiai hatásáról.

Vicsay Margit, Pusztai Rozália, Tóth János: Újabb adatok a thiamin acetylcholin-hatást befolyásoló szerepéhez.

Gorove László: Vércsoportantigenek liofilizálásával szerzett tapasztalataink.

Fazekas I. Gyula: Glucocorticoid- és mineralocorticoidszerű anyag biológiai kimutatása a zsírszövetben.

Csákány György: A kísérletes tüdőoedéma röntgenábrázolása.

Rengei Béla: Összehasonlító vizsgálatok az ember és háziállatok vérének megkülönböztetésére praecipitatiós és proteolyticus módszerrel.

Vörös Sándor, Rodler Miklós és Hegyi Pál: Kétrétegű polytrop táptalaj (CIG) a citrátfelhasználás, az indolképzés és gelatinafolyósítás egyidejű vizsgálatára.

Bíró György: Enterális bakteriophagok vízből történő kimutatásának módszere.

Káldor Antal és Szabó Zoltán: A vincamin vércukorcsökkentő hatásának vizsgálata.

Szalay Elemér és Baló József: Cholesterin adagolás házinyulakon vizes suspensio alakjában.

*

MAGYAR TRAUMATOLÓGIA

1960. 4. szám

Kótai Endre dr., Csányi Éva dr.: Váll- és könyökficam érzéstelenítés nélküli helyretétele.

Gurin József dr., Lénárt György dr.: A sarokcsont typusos exostosisairól.

Schweigl Ferdinánd dr.: Csonttörések a debreceni stomatológiai klinika ötéves (1951—55. évi) anyagában.

Salamon Antal dr., Nyakas Ákos dr.: Radikális synovectomia során nyert tapasztalataink nem specifikus idült térdízületi gyulladásnál.

Benedek Tibor dr.: Sérüléses hüvelykujj hiányok pótlása.

Czipott Zoltán dr.: Meniscus megbetegedések elvi kérdései 72 operált eset tükrében.

Kartik Ilona dr.: Tapasztalatok a hengerlebeny-plasztika idejének lerövidítésével.

Altorjay István dr.: A combcsont alsó ízvégének sérüléses leválása.

Bánhegyi József dr.: Adatok a nyelőcső átfúródásos sérüléseihez, két gyógyult eset kapcsán.

Pintér József dr., Lénárt György dr.: »Szokványos térdkalácsficam« különleges esete.

Vizkelety Tibor dr., Tömböl Teréz dr.: A gerincmozgások és a gerincvelői vérellátás összefüggéseinek kísérletes vizsgálata.

Kós Rudolf dr., Szász György: Ninhidrines ujjlenyomattal végzett érzésvizsgálatok technikája a kézen.

Könyvismertetés: Zoltán János dr.: A félvastag bőr szabad átültetése. — prof. dr. D. K. Jazikov: Csontregeneratio serkentése a törésgyógyításban.

*

TUBERKULÓZIS

1960. 12. szám

Amoszov N. M.: Tüdőresectio bronchus- és érvarrógéppel.

Papp András, Vámos Géza, Illés Ilona és Foki Mária: A gátori nyirokcsomók megbetegedésének három esete.

Kertay Nándor, Dolozselek Gyula és Makádi Margit: A bovin típus okozta gyermekkori tuberkulózis járványtani és klinikai jelentősége.

Vargha Géza: A tüdőgyógyászati gyakorlat nélkülözhetetlen adata: a Tiffeneau-próba.

Kulka Frigyes: A műtét előtti pleuralis elváltozások jelentősége a resectio utáni kórlefolyásban.

Szabó Emilné: A nyilvántartott gümőkóros betegállomány összetétele és életkörülményei.

Földes István és Katona László: Beszámoló a Szovjetunió Orvostudományi Akadémiája Tuberkulózis Intézetének XVI. tudományos üléséről.

HÍREK

T. SZERZŐ MUNKATÁRSAINK SZÍVES FIGYELMÉBE!

A közlemények szakirodalmi alátámasztása és irodalmi jegyzékkel való ellátásának formája országonként és folyóiratonként különböző, de abban egyöntetű a vélemény, hogy erre minden kéziratnál szükség van. Nehéz viszont megszabni az idézetek számának határát. A szerkesztőségnek az a nézete, hogy csak olyan forrásmunka idézhető, amelyet a szerző valóban elolvasott, feldolgozott s amely ezek között is jelentősnek tekinthető. Ilyen kritériumok mellett max. 40—50-re tehető az irodalmi idézeteknek a szerkesztőség által elfogadható száma. Erre a megszorításra, elméleti aggályokon kívül a helyhiány is kényszerít. Kivétel csak összefoglaló referátumok esetén tehető, de akkor is csak a szerkesztőséggel történt előzetes megbeszélés alapján. Az a kérésünk ezért t. Szerző munkatársainkhoz, hogy minden egyes kézirathoz szíveskedjenek irodalmi jegyzéket csatolni, de egyben racionális korlátok közé szorítani az idézetek számát. Egyúttal felhívjuk b. figyelmüket arra a formára, amely a Hetilapban szokásos. [Szöveg között szám (zárójelben), amelynek a jegyzékben a következő felel meg: Név (egyszer aláhúzva), kettőspont; folyóirat nemzetközi rövidítése, pont; évszám, pont; kötetszám (egyszer aláhúzva), pont; oldalszám, pont. Füzetszám fölösleges.] *Szerk.*

*

Az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Fogorvos Szakcsoportja Budapesten, 1961. április hó 14-én és 15-én délelőtt 8.30 órai kezdettel szakmaközi ankétot rendez. Budapest VIII., Szentkirályi u. 21. Semmelweis-terem. Az ankét tárgya: Ajak, állcsont és szájpadhasadékok korszerű gyógyítása. A megnyitót Balogh Károly dr. fogorvoskari dékán tartja Előadást tartanak többek között: Skaloud Ferenc dr. egy. doc. és Kertész Jenő dr. kandidátus.

*

Markusovszky Lajos Tudományos Emléknap Szombathelyen. Az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Vas megyei bizottsága és a Vas megye Tanácsa Markusovszky Kórháza folyó évi április hó 22-én de. 11 órai kezdettel, Markusovszky halálának évfordulóján *tudományos emléknapot* rendez. Program: 1. A Markusovszky-kultusz méltatása: Bencze József dr. megyei biz. elnök, kandidátus. 2. Pető Ernő dr. elhunyt igazgatófőorvos művészi portréjának átadása. Megemlékezést mond Remetei-Filep Ferenc dr. igazgatófőorvos, a Sebész Szakcsoport elnöke. 3. Tudományos előadás Markusovszky Lajos emlékére: Haranghy László dr. akadémikus professzor: A gerontológia célkitűzése és munkamódszerei. 4. A Markusovszky-plakett ünnepélyes átnyújtása: Cselkó László dr., a Markusovszky Kórház igazgatófőorvosa. 5. A Markusovszky-szobor koszorúzási ünnepsége. Beszél Balló László dr. megyei főorvos.

*

Helyreigazítás! Az Orvosi Hetilap 12. számában, a Hírek rovatában megjelent Traumatológiai konferencia rendezője tévesen lett megadva, nem a Gyógyszerész, hanem a Gyógytornász Szakcsoport volt a rendező.

*

A Debreceni Orvostudományi Egyetem 1961. április 13-án (csütörtök) du. fél 6 órakor *tudományos ülést* tart az I. sz. Belklinika tantermében. Tárgy: Bemutatás: *Molnár Lajos:* Az Adams-műtét felújítása (10 perc). Előadások: 1. *Nagy Tibor* és *Kajtor Ferenc:* Neurotikus betegek vizsgálata evipan alvásban (20 perc). 2. *Siró Béla:* A komplex fizikotherapiás kezelésről (20 perc).

*

A Heim Pál Gyermekkórház (VIII., Üllői út 86) orvosi kara *1961. április 14-én* (péntek) du. fél 3 órakor a kórház könyvtártermében *tudományos ülést* rendez. Tárgy: 1. Berndorfer Alfréd dr.: Sebész klinikai embryopathologia elméleti alapja (előadás). 2. Lapreferátum.

*

A Gyáli úti Kórház (IX., Gyáli út 17) tudományos köre *1961. április 14-én* (péntek) du. fél 2 órakor ülést tart. *Kozma Gyula dr.:* Epekövek okozta ismétlődő ileus műtéti esete.

PÁLYÁZATI hirdetmények

(1130)

A sásdi Járási Tanács Vb. Eü. Csoportja pályázatot hirdet a bakócai **védőnői állásra** 6. bekapcsolt községgel, melyekhez jármű mindenhol van. A lakás 1 szoba összkomforttal biztosítva van és egy szép nagy kerttel. A megfelelően felszerelt pályázati kérvényt a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül a sásdi Járási Tanács Vb. Eü. Csoport vezetőjéhez kell beküldeni.

Kormány Edith dr.
járási főorvos

(1127)

Pályázatot hirdetek a görgetegi (Somogy megye, nagyatádi járás) nyugdíjazás következtében megüresedett **körzeti orvosi állásra.** Az E. 182 kulcsszámú, 1800 forint alapfizetéssel, 100 forint pótlékkal és 518 forint útiátalánnyal. A községhez vele egybeépült Kuntelep, valamint a 4 km-re lévő Rinyaszentkirály tartozik. Azonnal beköltözhető korszerű orvoslakás. Az önéletrajzzal felszerelt pályázati kérvényt a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kell beadni a Nagyatádi Járási Tanács v. b. egészségügyi csoportjához, dr. Herepey Iván járási főorvoshoz.

Budapest Főváros Tanácsa végrehajtó bizottságának XII. egészségügyi osztálya (1129)

Pályázatot hirdetek a János-kórház tüdőosztályán megüresedett E 109 kulcsszámú **osztályvezető főorvosi állásra.** A születési adatokat és családi körülményeket feltüntető kérelemhez csatolni kell az orvosi oklevelet, az Orvosok Országos Nyilvántartásába történt felvételt tanúsító igazolást, a szakképesítést igazoló bizonyítványt, a tudományos munkásságra vonatkozó iratokat, újkeletű hatósági erkölcsi bizonyítványt, a pályázó közszolgálatra való alkalmasságát tanúsító újkeletű hatósági orvosi bizonyítványt, a részletes önéletrajzot. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet az Orvosi Hetilapban történt közzétételtől számított 15 napon belül, a Budapest Főváros Tanácsa VB. Egészségügyi Osztályánál (V., Városház u. 9/11. I. em. 610.) kell benyújtani. Közszolgálatban álló orvosok, pályázatukat alkalmazó hatóságuk útján adják be.

Fónay Sándor dr.
fővárosi vezető főorvos h.

Felelős kiadó: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. — Megjelent 11 000 példányban.
Kiadóhivatal: Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Budapest V., Beloiannisz u. 8. — Telefon: 122—650.
MNB egyszámlaszám: 69.915,272—46.
61 1275 Athenaeum Nyomda, Budapest (F. v. Soproni Béla)
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Előfizetési díj ¼ évre 45,— Ft. Csekkszámlaszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás a MNB 8. sz. folyószámlájára).
Szerkesztőség: Budapest V., Nádor u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765.

ELŐADÁSOK ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1961. április 11. kedd	Szakorvosi Rendelőintézet. IV. Dózsa György u. 30.	délután ½2 óra	*Az Újpest—Rákospalotai Orvosok Pavlov Tud. Munkaköre*	*Kovács Kálmán dr.:* Újabb adatok az idült bronchitis aetiológiájának és therapiájának kérdéséhez.
1961. április 11. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem. IX. Gyáli út 2—6. A-ép.	délután 2 óra	*Az Intézet tudományos dolgozói*	*Szántó Rózsa dr.* és *Geck Péter dr.:* Fluorescens mikroszkópia és alkalmazása a mikrobiológiában.
1961. április 12. szerda	László kórház, kultúrterem. IX. Gyáli út 5—7.	délután 2 óra	*A Kórház Tudományos Bizottsága*	1. *Galambos Márton dr., Bodor György dr.* és *Nyerges Gábor dr.:* Acut tubuláris necrosis. 2. *Podhragyay Lajos dr.:* Az erysipelas therápiájáról. 3. Beteg bemutatások.
1961. április 12. szerda	Semmelweis-terem. VIII. Szentkirályi u. 46.	délután 7 óra	*A Belgyógyász Szakcsoport Gastroenterológiai Szekciója*	1. *Lehoczky Dezső, Balázs Márta, Kardos Éva, Prekop László* (Orvos-t továbbképző Intézet és II. sz. Gyermekklinika): Zollinger Ellison syndroma. 2. *Fogel Mária, Vajda Dezső, Siklós István* (III. sz. Sebészeti Klinika Röntgenosztálya): Perietographia jelentősége a gyomordaganatok röntgendiagnózisában. 3. *Radó Sándor, Miklós György* (János kórház): Klinikopathológiai megfigyelések májcirrhosisban a steroidtherapia pankreasnekrosist okozó mellékhatására vonatkozólag. 4. *Roger Mario* (I. sz. Sebészeti Klinika): A psychogen akut ulcusokról.
1961. április 12. szerda	Orsz. Reuma- és Fürdőügyi Intézet, klubterem. II. Frankel L. u. 17—19.	délután 8 óra	*A Rheumatológus Szakcsoport Tudományos ülése*	1. *Fekete László dr.:* Diétás tényezők szerepe rheumatoid arthritisekben szenvedő betegek gyógykezelésében. 2. *Varsányi Ferenc dr.:* Helyi gyulladásos folyamatok rheumatológiai vonatkozása az EHT gócvizsgálatok alapján. 3. *Breznay Géza dr.:* A kilmakterium vegetatívneurotikus és mozgásszervi panaszainak therapiás befolyásolása placenta kivonattal.
1961. április 13. csütörtök	Szakorvosi Rendelőintézet. VII. Madách tér 2. I. em.	délután ½2 óra	*Az Intézet orvosi kara*	*Helmeczi Lajos dr.:* Steroidok a dermatológiában.
1961. április 13. csütörtök	Füll-orr-gégeklinika. VIII. Szigony u. 36.	délután 6 óra	*A Fül-orr-gége Szakcsoport*	1. *Allerám Rezső dr.* és *Ribári Ottó dr.:* A Terta hallásjavító készülék teljesítménye és rendelése. 2. Új vezetőség választása.
1961. április 13. csütörtök	Orsz. Orvostörténeti Könyvtár. II. Török u. 12.	délután 8 óra	*Az Orsz Orvostörténeti Könyvtár és az Orvos-Gyógyszerésztörténeti Szakcsoport*	*Fekete László dr.:* Dietetika fejlődésének iránya az újabb anyagcserekutatások tükrében.
1961. április 14. péntek	Heine-Medin Utókezelőkórház- és Rendelőintézet, tornaterem. II. Borbolya u. 2. Á-ép.	délután ½2 óra	*A Kórház orvosi kara*	*Rimaszombati Klára dr.:* A leggyakrabban előforduló gyermekkori deformitásokról és kezelésükről.
1961. április 14. péntek	I. Sebészeti Klinika, tanterem. VIII. Üllői út 78.	délután 3 óra	*A Magyar Biológiai Társaság Gerontológiai Szakosztálya*	1. A gerontológia üzemegészségügyi megvilágításban. 2. *Nagy Mária dr.:* Újabb vizsgálatok folyami kagylók (Unio pictorum) ganglion sejtjein.
1961. április 14. péntek	I. Sebészeti Klinika. VIII. Üllői út 78.	délután ½6 óra	*A Sebész Szakcsoport Anaesthesiológiai Sectiója*	1. *Csernohorszky Vilmos dr., Incze Ferenc dr.* és *Karácsonyi Sándor dr.:* Intratrachealis tubus hatása a gége-légcső nyálkahártyájára. (A február 3-i ülésről elmaradt előadás.) 2. *Ábrándi Endre dr., Ugocsai Gyula dr.* és *Jánosik Béla dr.:* Egy új, erélyes hatású általános anaestheticum (1—/1 phenylcyclohexyl/piperidin, monochlorid alkalmazása.
1961. április 15. szombat	Orsz. Reuma- és Fürdőügyi Intézet, kultúterem. II. Frankel L. u. 17—19.	délelőtt 8 óra	*A Kórház orvosi kara*	Előadások. 1. *Unghváry László dr.:* A Ballistocardiographiáról. 2. *Lovász László dr.:* A pyle-thrombosis okozta portalis hypertoniáról, különös tekintettel az oesophagus vérzésre.
1961. április 18. kedd	Szövetség utcai kórház, tanácsterem. VII. Szövetség u. 14—16.	délelőtt 12 óra	*A Korányi kórház és a Szövetség utcai kórház Tudományos Munkaközössége*	1. *Halasi Rózsa dr.:* Hypoparathyreoidismus. (Bemutatás.) 2. *Barabás János dr.* főmérnök: A mikroszkóp újabb fejlődése. (Felkért előadás.)
1961. április 18. kedd	*Szeged.* Bőrklinika, tanterem	délután 6 óra	*A Szegedi Orvos-Eü. Szakszervezet Tudományos Csoportja*	Bemutatás. *Török János, Turay Pál* és *Kovács Zoltán:* Citromsav meghatározások jelentősége a gyermekkorban. (10′) Előadás. 1. *Balogh József:* Kísérleti neurogén hypertonia korai érelváltozásai. (15′) 2. *Juhász Pál* és *Obál Ferenc:* Az agy elektromos tevékenysége hemispherektomiára került betegekben. (15′) 3. *Juhász Pál:* A mozgásintegratio problémája a hemispherektomiák tapasztalatának tükrében. (30′)
1961. április 22. szombat	II. Szemészeti Klinika. VIII. Mária u. 39.	délelőtt 9 óra	*Az Orvostovábbképző Intézet és az Orsz. Onkológiai Intézet*	*Ratkóczy Nándor dr.:* A gyomor-béltraktus daganatainak röntgen diagnosztikája. *Deák Pál dr.:* Új metodikák a csontízületi betegségek röntgen diagnosztikájában. *Bozóky László dr.:* Sugár védelem a röntgen diagnosztikában és a sugártherapiában. *Unger Emil dr.:* A sugárhatás következtében fellépő morphológiai változások.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. * DARABOS PÁL DR. * FISCHER ANTAL DR. * HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR. * SÓS JÓZSEF DR. * SZÁNTÓ GYÖRGY DR.
Felelős szerkesztő: TRENCSÉNI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

102. ÉVFOLYAM, 16. SZÁM. ÁPRILIS 16

Szegedi Orvostudományi Egyetem, I. sz. Belklinika

Női, u. n. C típusu haemophilia

(A „plasma thromboplastin antecedent" hiánya okozta vérzékenység)

Irta: Rák Kálmán dr. és Kovács József dr.

A *haemophilia* ma a véralvadás előfázisának zavarán alapuló vérzékeny állapotok gyűjtőneve. Mivel ezek klinikai megjelenésükben többnyire hasonlók, az alvadászavar azonban többféle okra vezethető vissza, haemophilia-*syndromáról* szokás szólni. A leggyakrabban előforduló haemophiliaféleség az antihaemophiliás globulin (AHG) hiánya, ill. szintcsökkenése okozta klasszikus haemophilia, vagy haemophilia-A. Emellett ritkábban találkozunk a IX. vagy Christmas-faktor hiányára visszavezethető haemophilia-B-vel, míg a harmadik plasmatikus thrombokinase-tényezőnek, a plasma thromboplastin antecedensnek, azaz PTA-nak hiánya okozta haemophilia-C kivételes ritkaságúnak mondható. Az öröklődés tekintetében eltér e ritka vérzékeny állapot a többitől, nőkön is előfordul, éppen ezért nők haemophiliája rendesen — nem kizárólag — PTA hiányállapot. Ennek, a leíró után *Rosenthal-syndromának* is nevezett vérzékenységnek két esetét ismertetjük. Egy család két nőtagjánál, két leánytestvérnél észleltük az alvadássystema ezen anomáliáját. A nem vérzékeny szülők közül az anya vizsgálati adatai érdemelnek említést. Eseteink kapcsán röviden összefoglaljuk a C-típusú haemophiliára, ill. a hiányzó alvadástényezőre vonatkozó ismereteket, saját észlelésünk, valamint az irodalom adatai alapján. A hazai literaturában PTA-hiány esetet — tudomásunk szerint — nem közöltek.

Az esetek ismertetése:

1. *P. K.* 15 éves leányt egy vidéki kórház nőgyógyászati osztályáról vettük át. Kb. négy hónapja van közel szabályos időben jelentkező menstruatiós vérzése, a legutóbbi az eddigieknél lényegesen tartósabb volt, s nagy vérvesztéssel járt. Ez ismételt transfusio ellenére jelentős fokú anaemiához vezetett. Lokális, gynekológiai eltérés nem volt észlelhető. Megelőzően gyakori, nehezen csillapodó orrvérzése, egy alkalommal foghúzást követően egy hétig tartó, erős vérzése volt. *Státusából:* halvány bőr és nyálkahártyák. Hypertelorismus (az interorbitális távolság nagyobb volta) észlelhető. Menstruatiós vérzése van. *Laboratóriumi adataiból:* vvt-szám 2,3 M, hgb: 9,6 g%, fvs: 8600, thrombocytaszám 250 000 (direkt számolással). A thrombocyták külleme, agglutinatiós készsége jó, retractio normális. Vérzési idő: 2,5 min., Rumpel—Leede-jelenség: negatív. Később — éppen transfusiós kezelések után — észleltünk átmeneti, kifejezett pozitivitást is. A többi, ún. rutinvizsgálat nem jelzett kórosat. A májfunctiós próbák eredménye normális. Az alvadásrendszert illető vizsgálatokról a táblázatok számolnak be. Anaemiája miatt, ill. az alvadászavar lehető correctiója céljából három alkalommal adtunk vért, ill. plasmát. (Hatásukra visszatérünk.) Anaemiája fokozatosan csökkent, állapota javult, vérzése egy hét után megszűnt. További vérzései szinte szabályszerűen zajlottak le, hazabocsátása óta eltelt közel fél év alatt klinikailag tünetmentes. Alvadászavara fennáll, ill. időközben változott is (lásd táblázatok).

2. *P. E.* 13 éves leány, P. K. húga. Nővéréhez szinte mindenben hasonló módon három—négy hónappal az első vérzés jelentkezése után szűnni nem akaró, nagyfokú anaemiához vezető, kórházi kezelést igénylő menstruatiós vérzés lépett fel. Kb. kétéves kora óta gyakori orrvérzése van. *Státusában* a bőr és nyálkahártyák halványságán kívül kevésbé kifejezett hypertelorismus említhető. *Laboratóriumi adatai:* vvt-szám 2,2 M, hgb: 9,0 g%, fvs 5400, thrombocytaszám 270 000, direkte. Minőségi eltérés nem észlelhető. Vérzési idő 3 min., Rumpel—Leede-tünet: negatív. A rutinvizsgálatok normális eredményűek. Az alvadás-vizsgálatok eredményét táblázatok foglalják össze. Megelőzően kórház nőgyógyászati osztályán ismételten kapott transfusiót. Vérzése klinikai tartózkodásának 10. napján szűnt meg. További transfusiós kezelés nem történt. Vaskészítményt kapott, anaemiája csökkent, jó állapotban távozott.

A két vérzékeny testvér *szülei* egészségesek. Az apa alvadásrendszere teljesen épnek látszott, az anya laboratóriumi leletei között van néhány, enyhe alvadászavarra utaló adat (lásd később).

Az alvadás-systema vizsgálata

Módszerek

A betegektől és kontrol-egyéntől oxaláttal vett vér (9 ml vér + 1 ml 1,34%-os Na-oxalat) centrifugálása útján nyert plasmát, s a vérek spontán alvadása után kapott serumot vizsgáltuk 0,025 M $CaCl_2$ oldat, humán acetonos agykinase, *Bell* és *Alton* módszerével készített partialis thrombokinase,, thrombin (Roche), s puffer oldatok segítségével. Egyes vizsgálatnál $BaSO_4$-vel kezelt plasmát, tartósan kumarin-készítménnyel (Pelentan) kezelt egyén plasmáját és serumát, B-típusú haemophiliában szenvedő beteg vérét, ill. thrombocyta-suspensiót is alkalmaztunk. A használt módszereket az I. táblázatban tüntettük fel, a többieket, valamint a kivitel részletkérdéseit illetően utalunk előző, metodikai közleményünkre (27).

Eredmények

Mindkét beteg alvadás-státusában hasonló természetű, következetesen kimutatható eltérést észleltünk. Mint az *I. táblázat* jelzi, mindkét esetben csökkent a prothrombin consumptio, megnyúlt a partialis thrombokinase idő (PTT, partial thromboplastin time), az alvadási idő P. K. esetében kissé megnövekedett, P. E.-nél a felső határon mozgott, a recalcinálási idők szintén a normális felső határán, vagy kissé felette voltak. Nem volt eltérés a plasma prothrombin aktivitásban, a thrombin-időben, a thrombin inaktiválásban, s a fibrinogen-szintben. Mindez az előfázis alterált volta mellett szólt, tehát haemophilia-szerű alvadászavarra utalt.

sec, A 15 sec feletti értékek kórosnak tekinthetők. [A TGT-ről szerzett tapasztalatokról, ill. a PTP-nak generatiós vizsgálatokban való használhatóságáról másutt beszámoltunk (28).] Mint a *II. táblázatból*

2. táblázat
A TGT-k eredménye P.K. esetében

No.	Kelt	Thromb. pl se komponens			incubatiós idő (min) 3	6	9
1.	1960. márc. 11.	PTP	K	K	28	12	13
			B	B	50	18	19
			K	B	29	12	15
			B	K	29	12	13
2.	1960. márc. 15.	PTP	K	K	46	11	13
			B	B	63	20	14
			K	B	33	10,5	12
			B	K	55	12,5	11,5
3.	1960. márc. 19.	PTP	K	K	56	12	13
			B	B	64	58	24
			K	B	33	11	12,5
			B	K	49	28	18
4.	1960. ápr. 3.	PTP	K	K	30	11	12
			B	B	80	90	100
			K	B	87	12	13
			B	K	75	82	74
5.	1960. aug. 1.	PTP	K	K	50	13	11
			B	B	40	22	23
			K	B	26	13	13
			B	K	56	53	33

PTP: partialis thromboplastin K: kontrol pl, ill. se
B: beteg (P. K.) pl, ill. se

kitűnik, P. K.-nál bizonyos idő után — a 3. vizsgálattól kezdve — eltérő viszonyok észlelhetők. Kont-

1. táblázat
Az alvadás-rendszert illető vizsgálatok eredménye

Vizsgálat	Módszer	P. K.	P. E.	Kontrol
Alvadási idő (min)	Lee—White	10—14	8—10	5—10
Recalcinálási idő (sec)	Howell	125—180	160—170	80—150
Prothrombin akt. (sec)	Quick	15—16	15	15
Prothrombin consumptio (se prothr. akt. 4 órával az alv. után, sec)	Quick	20—37	21—33	40 felett
Partialis thrombokinase idő (PTT, sec)	Landgell et al.	110—126	106—120	80—90
Thrombin inaktiválás	Gerendás	norm.	norm.	
Thrombin alv. idő (sec)	Horn és mtsai	21	20	20
Fibrinogen (mg)	gravimetriásan	360	330	200—400
Thrombokinase generatiós vizsg. (TGT)	Biggs—Douglas	lásd II. és III. tbl.	lásd IV. táblázat	

További informatiót a thrombokinase generatiós vizsgálattól várhattunk. Minden alkalommal kóros thrombokinase képződést észleltünk, amikor az incubatiós elegyben a beteg plasmája és seruma szerepelt, mind normál plasma, mind normál serum a zavart korrigálta (lásd *II. és IV. táblázat).* P. K. TGT (thromboplastin generation test) eredményeinek egyikét a szokásos ábrázolással is feltüntettük (lásd *1. ábra).* A TGT-ben általában partialis thrombokinasét (PTP, partial thromboplastin) használtunk; tapasztalat szerint elsősorban a hatperces incubatio utáni alvadási idők informatívak, mely a kontrol eseteiben 9 és 13 sec közötti, átlagérték 11

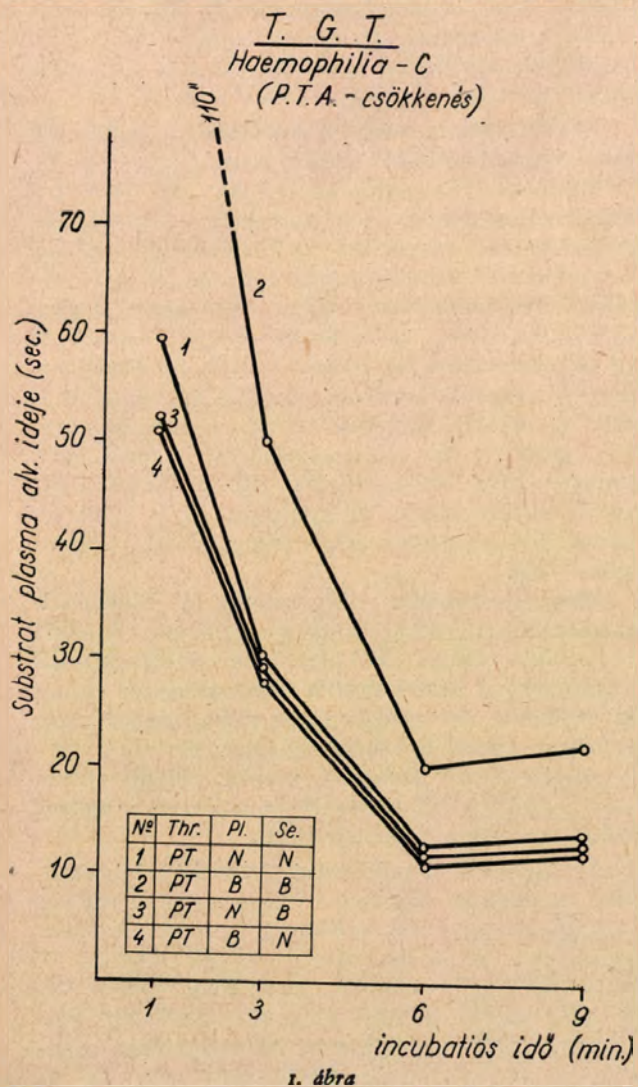
rol serum jelenlétében is megnyúltak az alvadási idők, ha a tesztben a beteg plasmája szerepel. Ez a jelenség legutóbbi vizsgálatakor is megfigyelhető volt. Előrebocsátjuk, hogy P. K. megelőzően és időközben is vér-, ill. plasmatransfusiókat kapott.

A TGT segítségével további adatokat szereztünk P. K.-nál (lásd *III. táblázat).* A beteg véréből izolált thrombocyták a tesztben a kontroll thrombocyta-suspensiójához hasonlóan szerepeltek, a thrombocyták kinase-tényezőjét, a 3. faktort tehát tartalmazzák. A beteg seruma normalizálta a chronikusan Pelentánnal kezelt beteg kóros TGT-jét, azokat a tényezőket tehát, amelyeket a kumarin-

3. táblázat
TGT-vel kapott további eredmények P. K.-nál

No.	Kelt	thromb. pl se komponens			Incubatiós idő (min) 3	6	9	Megjegyzés
1.	1960. márc. 11.	K B	K K	K K	24 21	12,5 12,5	16 17	A thromb. 3. faktor norm.
2.	1960. márc. 15.	PTP	K A A A	K A K B	46 79 40 35	11 26 11 10,5	13 15 13 12	A: tartósan kumarin-kezelt beteg
3.	1960. márc. 25.	K	K IX. IX. IX.	K IX. K B	52 25 32 28	12,5 18 12 11	15 20 14 13	IX.: haemophilia-B
4.	1960. aug. 1.	PTP	K K+B K	K K K+B	50 62 16	13 44 11	11 16 13	Incubatiós elegy + 0,3 ml beteg pl, ill. se

származékok csökkentenek, s thrombokinase generatióhoz szükségesek (tehát a IX. vagy Christmas-faktor, s a Stuart-faktor) a beteg-savó tartalmazta. B-típusú haemophiliában szenvedő beteg inkomplet thrombokinase képződését is normalizálta a beteg seruma, tehát IX. faktort — eszerint is — tartalmazott. A következőkben vizsgáltuk a beteg plasma hatását a TGT-re olyan incubatiós elegyben, amelynek minden komponense normál vérből származott. A vizsgálat idején a beteg-plasma már a leírt defektust mutatta, éppen ennek természetét kívántuk tisztázni. A plasma 0,3 ml-e (az incubatiós elegy 1/5-e) kórossá tette a TGT eredményét, míg azonos mennyiségű serumnak hasonló effektusa nem volt. A kivitel során a megváltozott Ca-szükségletre tekintettel voltunk. A beteg plasmájában tehát — ebben az időben már — egy plusz tényezővel számolhattunk. A plasma kontrol egyén PTT-jét is megnyújtotta, s a beteg PTT-jét kontrol-plasma csak részlegesen, s csak optimális arány esetén normalizálta. P. E.-nél hasonló jelenséget nem észleltünk, a TGT egységesen viselkedett, plusz-faktort nem kellett feltételeznünk. A PTT-vel végzett cserekísérletek is emellett szólnak (lásd *V. táblázat*).



1. ábra

Ezek jelzik, hogy az alvadászavart $BaSO_4$-val kezelt plasma is normalizálja, ha az egészséges egyénből való. Tehát a hiányzó tényező nem adsorbeálódik. A beteg adsorb-plasmája — mint várható volt — a megnyúlt alvadási időt nem rövidíti.

4. táblázat
A TGT-k eredménye P. E. esetében

No.	Kelt	Thromb. pl se komponens			incubatiós idő (min) 3	6	9
1.	1960. márc. 16.	PTP	K B K B	K B B K	24 43 24 32	12 25 13 13,5	15 27 15 14
2.	1960. aug. 10.	PTP	K B K B	K B B K	29 45 46 47	10 18 10 13	11 16 11 11

Az *anya* alvadásrendszere: normális alvadási és recalcinálási idő mellett ismételten csökkent volt a prothrombin felhasználás (26, ill. 23 sec a kontroll 40 sec feletti értékével szemben), ill. megnyúlt a PTT (100, ill. 97 sec). A TGT-ben a maximális (hat-

5. táblázat
Néhány csere-kísérlet PTT-vel P. E. esetében

P. K. plasma	Kontrol-plasma	Fiziol. NaCl	P. K. $BaSO_4$-plasma	Kontrol $BaSO_4$-plasma	PTT (sec)
0,4		0,1			106
	0,4	0,1			85
0,4	0,1				87
0,1	0,4				85
0,4			0,1		107
0,4				0,1	83
0,4				0,1	83
	0,4		0,1		86
	0,4				85
				0,1	

PTT-vizsgálatban a fenti keverékek 0,1 ml-e, a Ca-oldat és PTP hasonló mennyisége szerepelt.

perces inkubálás utáni) kinase-aktivitás 14 sec volt (kontrol átlag 11 sec), ha a plasma és serum egyaránt tőle származott. Az *apa* alvadás-státusa normális. A két vérzékeny leányon kívül gyermekük nincs.

Megbeszélés

A két leánybeteg klinikai adatai — az orrvérzések, fogextractio utáni vérzés, kórosan fokozott menstruatiós vérzés — vérzékenységre utaltak. A tájékoztató vizsgálatok alapján, elsősorban a normális thrombocytaszám, jó thrombocytaműködés, a vérzési idő, ill. tourniquet teszt normális, ill. negatív volta, s klinikailag a purpuraszerű vérzések hiányának ismeretében, a coagulopathiák valamely formájára kellett gondoljunk. Az alvadásvizsgálatok mindkét betegnél egyértelműen előfázis-zavart jeleztek, s elsősorban a TGT eredményei egy plasmatikus thrombokinase-tényezőnek, a plasmában és serumban egyaránt jelenlévő, $BaSO_4$-hoz nem adsorbeálódó plasma thromboplastin antecedensnek, PTA-nak nevezett alvadásfehérjének hiánya, vagy szintcsökkenése mellett szóltak.

P. K. esetében, kinél egy idő után újtípusú, egy antikoagulans megjelenésére utaló elváltozást is észleltünk, a vérzés és a nagyfokú anaemia ismételt véradást tett szükségessé. Klinikai tartózkodása alatt adott teljes vér-, ill. plasmainfusiók után két alkalommal feltűnt a Rumpel—Leede-jelenség pozitívvá válása, már rövid ideig tartó karvénastrangulatio után is számos petechia jelent meg az alkaron. Később a pozitivitás megszűnt. A jelenséget magyarázni nem tudtuk, s csak később, az antikoaguláns megjelenésekor, ill. kimutatásakor gondoltunk antigen-antitest reactio pathogenetikai szerepére az átmeneti vascularis fragilitás-változás létrehozásában. Az antikoagulans — a TGT-ben a beteg plasmájának kóros viselkedése — később, a klinikai tünetmentesség idején is kimutatható. Klinikai tartózkodása alatt vizsgáltuk vér-, ill. plasmainfusiók hatását, s a következőket észleltük: 300 ml ötnapos plasma a kórosan viselkedő tesztek (prothrombin consumptio, PTP, TGT) eredményét egyáltalán nem befolyásolta. 500 ml 24 órás teljesvér szintén nem eredményezett értékelhető változást. 450 ml friss plasma adása után a consumptio és a PTT normalizálódott, a TGT továbbra is eltérést jelzett. Az 5. napon mindhárom érték ismét kóros. Megjegyezzük, hogy a vizsgálatsorozat az antikoaguláns megjelenését közvetlenül megelőző időszakban volt. (Az ellenanyag képződéséért nem annyira ezek, inkább a hetekkel előbb adott transfusiók lehetnek felelősek.)

A fiatalabb testvér, P. E. plasmájában, a vizsgálatok idején nem volt hasonló antikoagulánsaktivitás kimutatható. Ő is kapott vér- s plasmainfusiót klinikai észlelése előtt, ismételt kezelésétől — fenti tapasztalatok alapján — tartózkodtunk.

Az *anya* alvadásrendszerében kisfokú, hasonló irányú eltérés volt észlelhető.

Mindezek szerint familiáris előfordulású haemophilia-syndromáról van tehát szó, nőbetegek ún. C-típusú, PTA-hiány okozta haemophiliájáról. Az egyik esetben — feltehetően a terápia komplikációjaként — keringő antikoagulans jelent meg, ennek ellenére — a kritikus metrorrhagiás időszak után — ő is, s testvére is tünetmentes. A betegekéhez hasonló, de kisebbfokú alvadászavar volt a panaszmentes maternél is kimutatható.

A *PTA-hiány,* vagy *Rosenthal-féle syndroma* igen ritka, nőben is előforduló haemophilia-féleség. A PTA-faktort *Rosenthal* és munkatársai 1953-ban írták le (1), s később is foglalkoztak a tényező sajátságaival, s a vérzékenység klinikai, laboratóriumi, örökléstani vonatkozásaival (2, 3). Az A- és B-típusú haemophiliához viszonyítva a közölt *esetek száma* igen csekély, az általunk elérhető literaturában 15 közleményt találtunk, melyek 20 vérzékeny beteg, ill. család tagjainak adatait foglalják magukba (1, 4—17). Egy haemophilia-B eset bemutatása kapcsán e tényező sajátságaival is foglalkozik *István* és *Jilly* 1956-os közlése (18). Magunk az elmúlt öt évben észlelt 20 A-típusú és 2 B-típusú haemophilia után most találkoztunk először haemophilia-C-vel.

Klinikai képben, tünettanban a Rosenthal-syndroma — az esetek tanúsága szerint — hasonló a klasszikus haemophiliához, ill. a Christmas-betegséghez, a vérzékenység foka azonban általában enyhébb. Az ízületi vérzés ritka, szabályszerű azonban a műtéti beavatkozás (akár foghúzás, tonsillectomia) utáni fokozott vérzés. Olyan esetet, ahol a legfőbb klinikai manifestatio éppen a metrorrhagia lett volna, nem ismerünk.

A *diagnosztika* módszerei elsősorban laboratóriumi módszerek. Típusos esetben az alvadási idő mérsékelt megnyúlása, csökkent prothrombin-consumptio, s a thrombokinase generatio jellemző eltérése észlelhetők normális thrombocytaszám, vérzési idő, tourniquet-teszt és prothrombin aktivitás mellett. A TGT-ben elégtelen thrombokinase keletkezik, de normál $BaSO_4$-plasma vagy serum a za-

vart korrigálja. Ez egyben elkülöníti a klasszikus A-típusú haemophiliától, hol csak plasmával, s a Christmas-betegségtől, hol csak serummal érhető el az előfázis correctiója. Differenciáldiagnosztikus szempontból szóbajön az egyidejű AHG- és PTC- (plasma thromboplastin componens) csökkenés, mely nagyritkán szintén oka lehet vérzékenységnek. Itt említjük meg *Seegers* és munkatársai (19) egyedülálló nézetét: a PTA-hiány valódi AHG (platelet cofactor I.), s mérsékelt PTC (platelet cofactor II.) hiány következménye, szerintük a haemophilia-A-ban jelen van AHG, de annak egy inhibitora is! (Ez utóbbi felfogásnak több híve van.)

A vérzékenység *terápiás* befolyásolhatóságát illetően eltérőek a tapasztalatok. A hiányzó tényező friss és tárolt vérben, plasmában, ill. serumban egyaránt megtalálható. *Rosenthal* azon észlelését, hogy a PTA-aktivitás a plasma tárolása során fokozódik, többen nem erősítették meg. A vérkészítményt, s a szükséges mennyiséget illetően nehéz lenne általános érvényű szabályt állítani, individuális elbírálás szükséges. A kezelés következménye lehet — mint a többi haemophiliában ez régóta ismert — antikoaguláns megjelenése. PTA-hiányban ilyen szövődményről beszámoló közlést egyet ismerünk (20). A terápiás resistentia hívta fel erre a figyelmet, s az antikoaguláns aktivitást abban az esetben is csak a plasma képviselte, a serum nem. Hasznos tanácsa a szerzőknek: haemophiliában feltűnő terápiás sikertelenség esetén az antikoaguláns keresendő, az — általuk ajánlott — incubatiós technikával is. Az eset ismételt figyelmeztetés: transfusiós kezeléstől — természetesen, ha lehet — tartózkodni kell haemophiliás betegeknél! Hogy éppen a PTA-val szemben könnyebben és gyakrabban képződne ellenanyag — ezt az eddigi közlésekből nem következtethetjük.

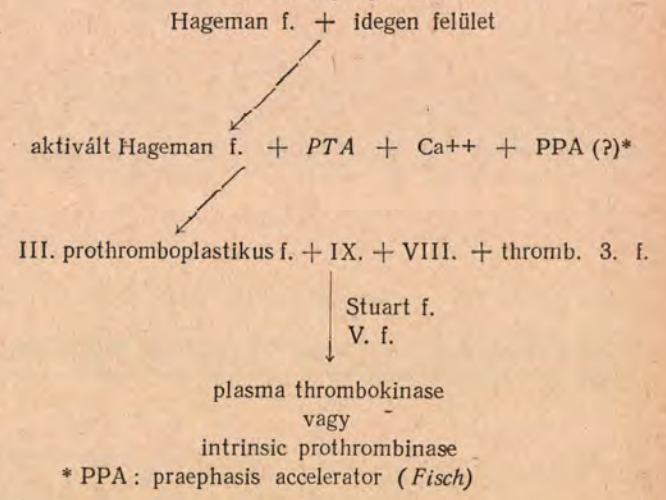
Az *öröklés* módja eltér a többi haemophiliától. Szemben a recessive, nemhez kötötten öröklődő A- és B-típusú (AHG és PTC hiánya által okozott) haemophiliával, ez a típusú vérzékenység nemtől függetlenül, domináns módon öröklődik. A laboratóriumi eltérést mutató, klinikailag tünetmentes, nem vérzékeny családtag nem ismeretlen a literaturában. Feltehetjük, hogy az eseteinkben konstatált hypertelorismus is congenitális gen-anomáliát jelent.

A *PTA szerepét* az alvadásfolyamatban — éppen a legutóbbi időben — sokan vizsgálják. A hozzá sokban hasonlító *Hageman*-faktorhoz való viszonya, az in vitro alvadásban betöltött szerepe az ún. idegen felület hatásának vizsgálatában fontos kérdések. A *Ratnoff* és *Colopy* (21) által leírt Hageman-faktor hiánya (Hageman trait) ugyanolyan laboratóriumi viszonyokat eredményez, mint a PTA-hiány, de az előbbi nem jár klinikailag vérzékenységgel. A *2. ábra* tünteti fel a PTA helyét és szerepét az ún. intrinsic thrombokinase keletkezésében. A *Pavlovsky* (22) nyomán készült összeállítás a mai, a szerzők többsége által elfogadott álláspontot tükrözi.

Waaler (23) szerint a PTA a Hageman-faktorral együtt az ún. activation product inaktív praecursora. Az ún. kontakt-faktornak sokan a Hageman-faktort tartják, s az aktivált Hageman-faktor a PTA-val együtt képezi az ún. harmadik prothromboplastikus tényezőt [*Soulier* és munkatársai (24)]. A *Fisch*-féle praephasis accelerator (PPA, 25) a feltevés szerint a PTA-val azonos helyen hat. Megemlítjük még *Ollendorff* (26) kísérletekre támaszkodó teóriáját: a plasmában van egy „foreign surface factor" praecursor (pro-FSF), s ennek egy inhibitora. Az alvadás úgy indul, hogy egy thrombocyta-faktor neutralizálja az inhibitort, s az idegen felület aktiválja a pro-FSF-t. Az aktív FSF nagy valószínűséggel a PTA-val azonos. Ez a tényező azután a IX. faktor aktiválódását eredményezi. Bárhogy is legyen, a Rosenthal-féle PTA-nak az előfázisában, annak is a kezdeti szakában lényeges szerepe van. Hiánya nemcsak az in vitro alvadás karakterisztikus zavarát, hanem az in vivo alvadásfolyamatnak, s ezzel a haemostasis egyik alapfolyamatának többé vagy kevésbé kifejezett defektusát okozza.

2. ábra

A PTA helye az előfázisban, az intrinsic thrombokinase-képződés folyamatában (Pavlovsky nyomán)



Összefoglalás. Két leánytestvér orrvérzésekben, de elsősorban metrorrhagiában nyilvánuló vérzékenységének magyarázataként a Rosenthal-féle plasma thromboplastin antecedent-nek, a PTA-nak hiánya volt megállapítható. Egyiküknél, feltehetően a transfusiós kezelés hatására, a plasmából kimutatható keringő antikoaguláns jelent meg. Az in vitro alvadás-anomalia ellenére mindkét beteg teljesen tünetmentes az észlelés későbbi időszakában. Összefoglaltuk a C-típusú haemophilia klinikai és laboratóriumi jellemzőit, érintettük a terápia és a genetika kérdését, valamint a PTA alvadásphysiológiai szerepéről alkotott mai nézeteket.

IRODALOM. 1. *Rosenthal R. L., Dreskin O. H., Rosenthal N.:* Proc. Soc. exp. Biol., N. Y. 1953. *82*, 171. — 2. *Rosenthal R. L., Dreskin O. H., Rosenthal N.:* Blood, 1955. *10*, 120. — 3. *Rosenthal R. L.:* J. Lab. clin. Med. 1955. *45*, 123. — 4. *Frick P. G.:* J. Lab. clin. Med. 1954. *43*, 860. — 5. *Ramot B., Angelopoulos B., Singer K.:* Arch. intern. Med. 1955. *95*, 705. — 6. *Oehme J., Hagitte Chr.:* Klin. Wschr. 1955. *33*, 841. — 7. *Henry E. I., Rosenthal R. L., Hoffman I.:* J. amer. med. Ass. 1956. *162*, 727. — 8. *Scardigli G., Guidi G.:* Acta haemat. 1956. *16*, 338. — 9. *Schmutzler R.:* Medizinische, 1957. *51*, 1889. — 10. *Caen B., Bernard J.:* Sang, 1956. *27*, 249. — 11. *Gouttas A., Tsevrenis H., Priovolos J., Fessas Ph., Mandalaki T.:* Sang, 1957. *28*, 141. — 12. *Campbell E. W., Mednicoff I. B., Dameshek W.:* Arch. intern. Med. 1957. *100*, 232. — 13. *Soulier J. P., Larrieu M. J.:* Thromb. Diath. haem. 1958. *2*, 1. — 14. *Chevallier P., Samama M., Bilski-Pasquier G., Fiehrer A.::* Sang, 1958. *29*, 65. — 15. *Bachmann F., Duckert F., Fisch U., Streuli F., Gerber D., Koller F.:* Schweiz. med. Wschr. 1958. *88*, 1037. — 16. *Biggs R., Sharp A. A., Margolis J., Hardisty R. M., Stewart J., Davidson W. M.:* Brit. J. Haemat. 1958. *4*, 177. — 17. *Bütler R., Röhrig S., Siegenthaler P., Moeschlin S.:* Acta haemat. 1959. *22*, 292. — 18. *István L., Jilly P.:* Orv. Hetil. 1956. *97*, 133. — 19. *Johnson S. A., McClaughry R. I., Seegers W. H.:* J. Mich. State Med. Soc. 1955. *54*, 797. — 20. *Josephson A. M., Lisker R.:* J. clin. Invest. 1958. *37*, 148. — 21. *Ratnoff O. D., Colopy J. E.:* J. clin. Invest. 1955. *34*, 602. — 22. *Pavlovsky A.:* Thromb. Diath. haem. 1959. *3*, 658. — 23. *Waaler B. A.:* Scand. J. clin. Lab. Invest. 1959. Suppl. 37. — 24. *Soulier J. P., Wartelle O., Ménaché D.:* Brit. J. Haemat. 1959. *5*, 121. — 25. *Fisch U.:* Thromb. Diath. haem. 1958. *2*, 60. — 26. *Ollendorff P.:* Thromb. Diath. haem. 1960. *4*, 410. — 27. *Rák K.:* Orv. Hetil. 1957. *98*, 1382. — 28. *Rák K.:* OVSZ Jubil. Kongr., Bpest, 1960.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Moszkvai Központi Orvosképző Intézet, II. Belklinika

A perifériás erek viselkedése hypertonia-betegségben

Irta: Prof. dr. B. E. Votcsal és G. E. Csapidze aspirans

A hypertonia-betegség a mai orvostudomány egyik legaktuálisabb kérdése. Problémát okoz azért is, mert általában munkaképes korosztályokat támad meg és gyakran szerepel ugyanezen korosztályoknál mint a munkaképtelenség vagy a halál oka. Ezzel magyarázható, hogy világszerte sokat foglalkoznak ezzel a témával klinikailag és experimentálisan egyaránt.

A betegség patogenezisében fontos szerepet játszik a helyi keringési zavar, melynek alapján a betegség különböző klinikai formái kialakulnak (cerebralis, cardialis és renalis). A megjelenési formától függően változik a prognózis is. Ismeretes, hogy a hypertonia-betegség egyik fontos megnyilvánulása az arteriolák nagy területre kiterjedő tónusos kontrakciója, görcse.

A hypertoniás érkrízis tüneteit először *Pal* bécsi klinikus írta le 1903-ban. Véleménye szerint a hypertoniás érkrízis oka a hirtelen tenzióemelkedés, mely érspasmus következtében jön létre. *Pal* a hypertoniás érkríziseket általános és helyi krízisekre osztotta fel. Szerinte az általános érkrízisek általános vérnyomásemelkedéssel járnak és ezt a testszerte létrejövő arteriola spasmus hozza létre. A lokális érkrízisek a különböző szervek ereinek görcsével állanak összefüggésben. A cerebralis krízis az agyi erek spasmusa miatt lép fel, de hangsúlyozni kell, hogy a beteg állapotának súlyossága csak a spasmustól, és nem az arteriás nyomás magasságától függ.

Mindezek alapján nagyon érdekesnek látszik *a perifériás keringés reakcióképességének tanulmányozása.* Ennek a munkának célja az orbitális erek és a perifériás erek viselkedésének tanulmányozása különböző pharmakonok hatására olyan betegeknél, akik a hypertonia-betegség cerebralis vagy cardialis formájában szenvednek.

Az optikai pletizmográfia módszere (Votcsal-f. 3 csatornás pletizmográffal) lehetőséget ad az erek reakcióinak tanulmányozására nemcsak a végtagokon, hanem a temporális területen is. Így az a. temporalis superficialison (az a. carotis ext. mellékága) és a szemet ellátó a. ophthalmican (az a. carotis int. mellékága). Vizsgálataink céljaira azért választottuk a szem és a temporalis tájék ereit, mert ezek az a. carotis comm. végágainak felelnek meg.

B. N. Koloszovszki, A. A. Kedrov és *A. I. Naumenko, T. P. Zsukova, Wolf* és *Lennox* experimentálisan kimutatták, hogy a vér CO_2-tartalmának növekedése az agyi erek dilatatiójához vezet. *Keti, Smidt, Steinberg, E. L. Lurie, T. Ju. Lieberman, Siv* és *Wilson* klinikai vizsgálatai szerint a CO_2-ben gazdag gázkeverékek belélegzése az agyi erek tágulásához vezet.

Annak bizonyítására, hogy az agyi erek és az orbitális erek reaktivitása azonos, pletizmografiás vizsgálatokat végeztünk egy 10 egyénből álló betegcsoporton, magas CO_2-tartalmú levegő belélegeztetésével. Valamennyi beteg pulsusamplitudója másfél—kétszeresére nőtt a belélegeztetés után 1—2 perccel. A lélegeztetés befejeztével a pletizmográfiás görbe gyorsan (10—40 mp) a kiindulási értékhez hasonlóvá vált. E vizsgálatok alapján nagy valószínűséggel leszögezhetjük, hogy az orbitális erek aktivitásának vizsgálatából indirekt módon következtetni lehet az agyi erek viselkedésére.

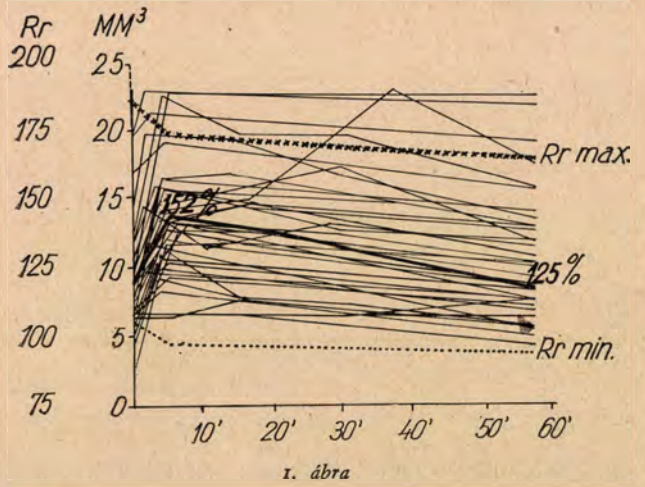
Ezek után elkezdtük tanulmányozni az értónus változását hypertoniás betegeken külön-

böző gyógyszerkészítmények: Devincan, Dibasol (2-benzyl-benzimidazol), Rausedyl (Reserpin) hatására.

A Devincan a vinca minor alkaloidáját, vincamint tartalmazó gyógyszerkészítmény. A vincamin szerkezeti képlete még nem ismeretes. A Kőbányai Gyógyszerárugyárban 1956-ban *Szász Kálmán* és mtsai vinca minorból állították elő a vincamin hatóanyagot. A farmakológiai vizsgálatok *(Szporny)* alapján a szer hatásos hypotensiv anyagnak bizonyult. Megállapították, hogy a vincamin kémiailag hasonló a reserpinhez. A farmakológiai vizsgálatok során megállapították, hogy a Devincan központi idegrendszeri mechanizmus útján csökkenti a perifériás erek ellenállását és így a vérnyomást. A Devincan a percvolumenre nem hat.

40 betegen tanulmányoztuk az orbitális erek, az a. temporalis sup. és az ujjbegy ereinek tónusváltozásait 5—10 mg Devincan i. v. adása után. A Devincant olyan betegeknél alkalmaztuk, erős fejfájás idején, akik a hypertonia-betegség cerebralis formájában szenvedtek (20 egyén), valamint hypertoniás agyi krízis alatt (10 egyén), továbbá olyan betegeknél, akik a hypertonia-betegség cardialis alakjában szenvedtek és fejfájásuk nem volt (10 egyén).

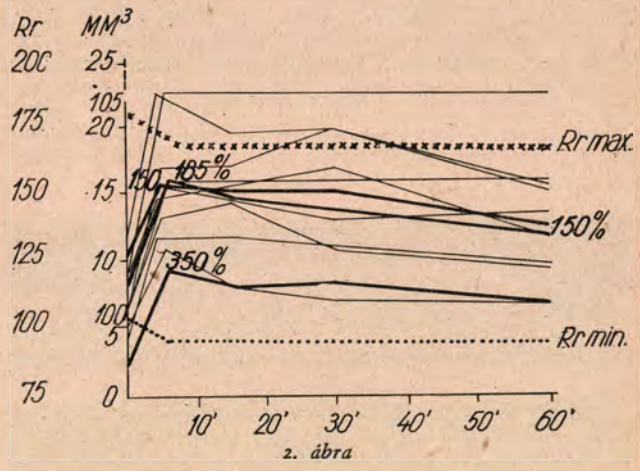
Két-három perccel a Devincan beadása után minden vizsgált betegnél növekedett a pulsusamplitudó, az orbitális erekről felvett pletizmografiás görbén. Ez amellett szól, hogy az erek tónusa csökkent, a pulsustérfogat növekedett, az arteriás nyomás csökkent. Az összes betegek szubjektíve jobban érezték magukat (fejfájás, fejzúgás, szédülés csökkent). A betegek 10—15 percen keresztül panaszmentesek voltak (1. ábra).



1. ábra

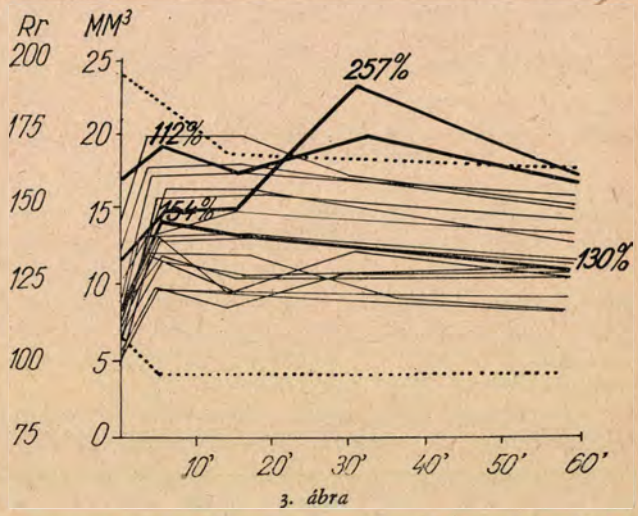
A cerebralis érkrízisben szenvedő betegeknél (10 beteg) a szemfenéki erek pulsustérfogata 85%-kal nőtt. A legnagyobb növekedés 250%, a legkisebb pedig 50% volt. A systolés nyomáscsökkenés átlaga 10—15 Hgmm volt, a diastolés csökkenés átlaga pedig 10 Hgmm. A legnagyobb fokú systolés nyomáscsökkenés 15 Hgmm volt, 6 betegnél nem változott, 1 esetben pedig 35 Hgmm-rel csökkent (2. ábra).

A hypertonia-betegség cerebralis formájában szenvedő betegeknél a pulzustérfogat az orbitális ereknél átlag 64%-kal emelkedett. A pulzustérfogat legnagyobb növekedése a betegek e csoportjában 157%, a legkisebb pedig 12% volt (3. ábra). Az arteriás nyomás az első 10 percben elkezdett csök-



2. ábra

kenni, átlagosan 10—15 Hgmm-rel csökkent a systolés nyomás, és 5—10 Hgmm-rel a diastolés nyomás. A systolés nyomás legnagyobb csökkenése 20 Hgmm volt, 10 betegnél a vérnyomás nem csökkent, és csak egy esetben csökkent 40 Hgmm-rel. Az arteria temp. superficialisról felvett pletizmogramm pulsatiós ingadozása csökkenő tendenciát

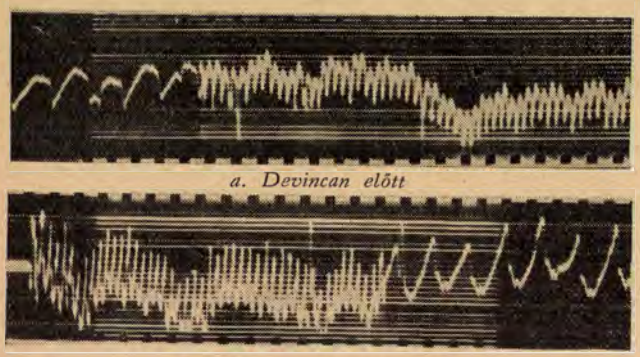


3. ábra

mutatott. A perifériás keringés az ujjbegy pletizmografiás vizsgálatainak tanúsága szerint nem változott lényegesen.

Ismertetjük egy betegünk kórtörténetét. K. E. 57 éves. A beteget 1959. XII. 2-án az utcáról mentők szállítják be a klinikára. Felvételekor nagyfokú fejfájásról, hányingerről és szédülésről panaszkodik. 1947 óta tud magas vérnyomásáról. Az utóbbi öt évben igen erős fejfájásai voltak. Felvétele napján a betegnek fogat húztak, mely után erős szédülés, majd tűrhetetlen fejfájás, hányás lépett fel. Ennek következtében szállították a beteget a mentők osztályunkra. Felvételkor súlyos állapotban van, zavart. Évszámokra rosszul emlékezik, vérnyomása 210/110 Hgmm, pulsus 76/min. A mentőorvos szavai szerint az utcán a vérnyomás 240/170 Hgmm volt és ott helyben 15 ml 25%-os $MgSo_4$-t adtak a betegnek vénásan. A klinikán 30 mg

Dibasolt, majd később 0,5 mg Reserpint kapott i. m. Bár a vérnyomás 170/95 Hgmm-re csökkent, állapota nagyjából változatlan maradt. XII. hó 3-án reggel a beteg ismételten 15 ml 25%-os $MgSo_4$-t és 30 mg Dibasolt kapott, vérnyomása 145/90 Hgmm-re csökkent, pulsus 80/min volt, állapota változatlanul súlyosnak tűnt. A továbbiakban 5 mg Devincant adtunk i. v., mely után 5 perccel a beteg közérzete hirtelen javult (fejfájása, szédülése csökkent, hányingere megszűnt), beszélgetni kezdett, noha vérnyomása az előzőkhöz képest nem változott (145/90 Hgmm maradt, pulsus 78/min). 8—9 órán keresztül a beteg állapota kielégítő, majd ismét erős fejfájás lép fel, tensio 160/100 Hgmm. Szédülés és hányás nem ismétlődött (4. ábra).



a. Devincan előtt

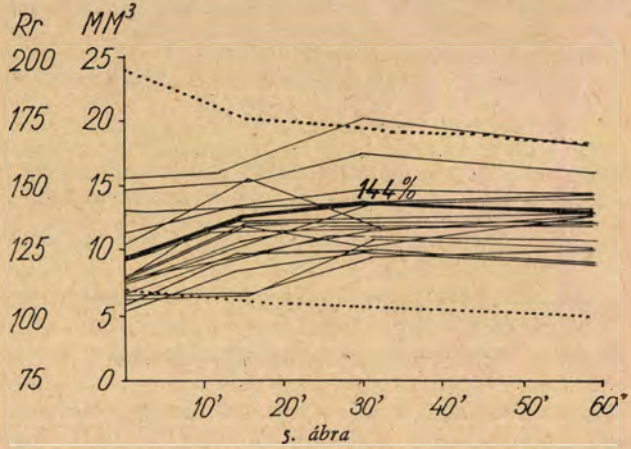
b. 5 perccel Devincan után

4. ábra

Azoknál a betegeknél, akiknél a hypertonia-betegség cardialis formája állott fenn (fejfájások nélkül), az orbita ereinek térfogati pulsusa átlagban 10%-kal nőtt. Maximális növekedés 48%. Négy betegnél a térfogati pulsus nem változott. Ebben a csoportban a systolés nyomás legnagyobb csökkenése 25 Hgmm volt, két betegnél a vérnyomás nem változott. A preparatum intravénás adagolásánál a hatástartam kb. 2—3 óra. Ezen idő eltelte után újból fejfájások lépnek fel, de kevésbé intenzívek, majd az arteriás vérnyomás eléri a kiindulási értéket. A pletizmografiás pulsatiós ingadozások (az orbitában) 2—2½ óra múlva kezdtek csökkenni (kb. az arteriás vérnyomás emelkedése előtt fél órával). Devincan i. v. adásával kapcsolatban semmilyen mellékhatást nem észleltünk.

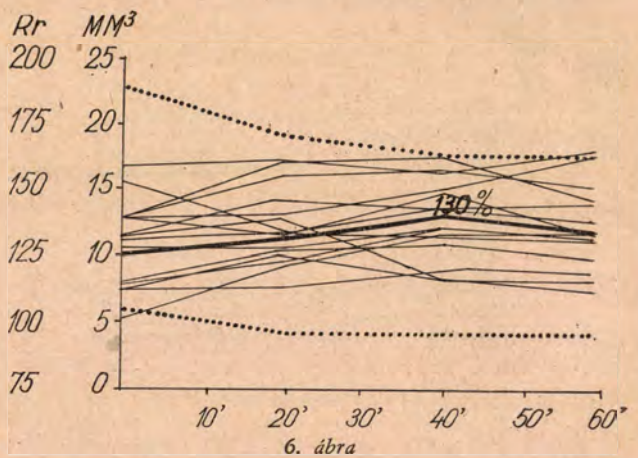
A betegek II. csoportja (30 ember) 30—50 mg Dibasolt kapott vénásan. Ezek közül 20 beteg a hypertonia-betegség cerebralis formájában szenvedett, és a fejfájások idején kapták az injekciót. A további 10 beteg a hypertonia-betegség cardialis formájában szenvedett, fejfájások nélkül. A Dibasol hatása az i. v. beadás után 25—30 perccel kezdődött és abban nyilvánult meg, hogy a szemfenéki erek térfogati pulsusa növekedett (átlagban 44%-kal). Legnagyobb növekedés 60%, legkisebb 22%. Négy betegen Dibasol vénás adása után a térfogati pulsus nem változott. Ami az ujjbegyet illeti, ott a pulsus amplitudó kismértékben emelkedett. Ezeken a betegeken az átlagos systolés nyomáscsökkenés 20—25 Hgmm, a diastolés pedig 10—15 Hgmm volt. A maximális systolés nyomáscsökkenés 50 Hgmm, a minimális 5 Hgmm, egy esetben 70 Hgmm volt. Öt betegnél a vérnyomás nem változott (5. ábra) Dibasol vénás adását az összes betegek jól tűrték, 24 betegnél csökkent a fejfájás, 5 betegnél teljesen megszűnt, egy esetben változatlan maradt. Mellékhatást egyetlenegy esetben sem észleltünk.

A betegek III. csoportja i. v. ½—1 mg Reserpint (Rausedyl) kapott. Ezen csoportból húszan



5. ábra

cerebrális hypertoniával, tízen cardialis formával (fejfájás nélkül) állottak kezelés alatt. Rausedyl i. v. adása után a hatás kb. 30—40 perc múlva kezdődött és 60 perc múlva érte el maximumát. A systolés nyomás 30—35 Hgmm-rel, a diastolés 10—15 Hgmm-rel csökken. A szemfenék térfogati pulsusa átlagban 30%-kal emelkedett. A térfogati pulzus legnagyobb emelkedése 136%. 16 betegnél nem változott, 2 betegnél kissé csökkent Reserpin hatására (6. ábra). A periférián, az ujjbegyen a pulsus-



6. ábra

amplitudó törvényszerű fokozódását észleltük, ami a tónus csökkenését bizonyítja. A temporális pletizmografiás vizsgálatok során a térfogati pulsus csak jelentéktelen emelkedést mutatott. Ebben a csoportban 19 beteg közérzete javult (fejfájás, szédülés, ingerlékenység csökkent), 2 beteg panaszai változatlanok maradtak, bár vérnyomásuk csökkent, rosszabbodást egy esetben sem észleltünk.

Vizsgálataink eredményeképpen megállapíthatjuk, hogy a Devincan jó terápiás hatású szer a hypertonia-betegség cerebralis formájánál, különösen érkrízisek alkalmával.

Budapest Fővárosi László-kórház és Országos Közegészségügyi Intézet

Sebészi bemosakodás hexachlorophennel

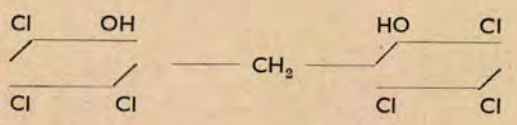
Irta: Littmann Imre dr. és Szita József dr.

Semmelweis és *Lister* munkássága alapján vált nyilvánvalóvá, hogy a sebésznek műtét előtt csíramentessé, vagy legalábbis csíraszegénnyé kell tennie a kezét. *Fürbringer* 1888-ban dolgozott ki először egy pontosan megszabott mosakodási módszert, amely az előírás szerint 25 percig tart. Érdekes módon a sebészetnek az elmúlt 70 évben bekövetkezett hatalmas fejlődésével a kézfertőtlenítés fejlődése nem tartott lépést és még ma is sok helyen a *Fürbringer*-eljárást alkalmazzák, rövidített módosításokban, a szublimátot elhagyva.

A *Fürbringer*-módszer hátrányai nyilvánvalók: mechanikusan sérti a bőrt, közömbösíti a bőr savköpenyét, eltávolítja a zsírréteget, felduzzasztja a hámsejteket, a túlzott hámfosztás gátolja az elszarusodást, emiatt a bőr sérülékeny, repedezett, fertőzésre hajlamos, fertőtlenítésre alkalmatlan lesz, amellett időtrabló.

Ezért már régen felmerült a kívánság olyan vegyszer és módszer iránt, amely a bemosakodás idejét lényegesen megrövidíti, fokozott biztonságot nyújt és a bőr optimálisan viseli el. Ilyenek voltak többé-kevésbé a csak alkohollal, a Neomagnollal, az ammoniákkal való bemosakodás, amelyek azonban — az utóbbit kivéve — nálunk nem terjedtek el széles körben.

Az utolsó évtizedben a sebészi bemosakodás céljára két vegyületcsoport kezd tért hódítani. Az egyik a quaternär ammonium vegyületek csoportja, amelyhez a Zefirol és a Sterogenol tartozik. Ezek kitűnő dezinficiensek, a legtöbb ember bőre is elég jól elviseli, de hátrányuk, hogy a szappan inaktiválja hatásukat. De ugyanígy inaktiválja a vízben levő kalcium és magnézium és a vérben levő vas és fehérje is. A másik vegyületcsoport a halogenizált bis- (kettős) fenolok, melyeknek legismertebb képviselője a hexachlorophen. Ennek a szernek nagy előnye, hogy a szappan nem inaktiválja, igen gyors és megbízható dezinficiens és az ekcémára hajlamos ember bőre is viszonylag jól tűri. Szerkezeti képlete: 2 fenolgyűrű, melyen 6 klóratom van:



A hexachlorophent 1941-ben szintetizálták, *Cade* és *Gump* először 1942-ben használták bőrdezinficiálásra. *Price* és *Bennett* 1948-ban kimutatták, hogy a hexachlorophen 1:8 millióhoz hígításban agar táptalajban a Staphylococcus aureus szaporodását gátolja, 30 perc behatási idő után már baktericid hatása is van. Kérésünkre a Kőbányai Gyógyszerárugyár szintetizálta a hexachlorophent és félszázalékos oldatban Ritosept néven hozza forgalomba. Az oldat káliszappant is tartalmaz. Kívánságunkra a Budapesti Orvosi Műszergyár ügyes szerkezetet konstruált, amellyel a Ritosept praktikusan és gazdaságosan adagolható.

Vizsgálataink célja az volt, hogy a hazánkban alkalmazott különböző sebészi kézfertőtlenítési eljárások hatásosságát összehasonlítsuk egymással és a Ritosept-tel.

Módszerek

A bakteriológiai vizsgálatokat a László-kórház laboratóriumában és sebészeti osztályán végeztük, az egyikünk által (Szita dr.) az Orvosi Hetilap 1953. évfolyamában ismertetett módszer szerint. Kétperces folyó vízzel és szappannal való kézmosás után a vizsgálandó személy, aki vagy sebész vagy bakteriológiai munkát végző laboratóriumi asszisztens volt, meghatározott ideig kezet mos a dezinficienssel, majd folyó vízben alaposan leöblíti a kezét. Ezután steril mosdótálba töltött 1 liter steril deszt. vízben két percig mossa a kezét. Ez utóbbi 1/50-ed részét, azaz 20 ml-t sterilen a Zsigmondy-féle coli 5-ös mebránfilteren átszűrtük. A filtert sterilen csokoládéagarra helyezzük, amelyen mint semipermeabilis hártyán 24 órás 37 fokos inkubálás alatt a tápanyagok átszivárognak és a szűrön fennakadt minden egyes baktériumból 1—1 telep nő ki. A fehér szűrőn a fehér telepek nem jól láthatók, ezért a szűrőt steril kautélák mellett Clauberg-táptalajra helyezzük, amelyben a baktériumok a káliumtelluritot fémtellurrá redukálják és ezáltal a baktériumtelepek fekete pontocskák formájában megszámlálhatók lesznek. A kontrollokat más napokon, de ugyanazon napszakban ugyancsak kétperces steril deszt. vízben való kézmosás után vettük. Minden kísérletet legalább háromszor, de néha többször is elvégeztünk. A megvizsgált bemosakodási módszerek a következők voltak: *Fürbringer* szerint 10 percig, *Szpaszokukockij—Kocsergin* szerint 5 percig, 1 ezrelékes Sterogenollal 5 percig, 1 ezrelékes Neomagnollal pH 3-nál, ill. pH 7,3-nál 2 percig, és végül 1%, ill. 0,5% Ritosept-tel 5 percig.

Eredmények és megbeszélés

A különböző bemosakodási módszerekkel kapott eredményeinket az 1. ábrán mutatjuk be.

Látható, hogy a 10 perces szappannal és folyó vízzel, kefével végzett bemosakodás a baktériumok számának csökkenését illetően alig hatásos. Az ötperces ammoniákos *(Szpaszokukockij—Kocsergin)* bemosakodás után még sok baktérium marad viszsza a kézen. A Neomagnol hatása jelentős mértékben függ a pH-tól, ami bőrt izgató hatása mellett nagy hátránya. A Sterogenolos bemosakodás kitűnő eredményt ad, ha az előzőleg használt szappannak még a nyomait is lemossuk a kézről. Mind az 1%-os, mind a 0,5%-os szappanos Ritosept oldat öt perc alatt teljes sterilitást biztosít.

Fahlberg és munkatársai 1948-ban kimutatták, hogyha valaki három napon át naponta egyszer 6—6 percig hexachlorophennel mosakszik, akkor a

* A Sebész Szakcsoport aszepszis-antiszepszis ankétján elhangzott előadás alapján.

1. ábra. 1. Kontrol telepek száma: megszámlálhatatlan. 2. Kézmosás Fürbringer szerint 10 percig, telepek száma: 1300 telep. 3. Kézmosás Szpaszokukockij–Kocsergin szerint 5 percig, telepek száma: 800 telep. 4. Kézmosás 1 ezrelékes Sterogenollal 5 percig: steril. 5. Kézmosás 0,1 %-os pH 3-as Neomagnollal 2 percig, telepek száma: 3 telep. 6. Kézmosás 0,1%-os pH 7,3-as Neomagnollal 2 percig, telepek száma: 205 telep. 7. Kézmosás 1%-os hexachlorophennel 5 percig; steril. 8. Kézmosás 0,5%-os hexachlorophennel 5 percig; steril. Átszűrve mindenütt a kézmosó folyadék 1/50-ed része

bőrben még két nap után is kimutatható a hexachlorophen. Mi is szükségesnek tartottuk, hogy a Ritosept kumulálódó hatását megvizsgáljuk. Ebből a célból a következőképpen jártunk el: a vizsgált személy Ritosept-tel végzett ötperces bemosakodás után steril gumikesztyűt húzott fel, egy óra hosszat gumikesztyűben dolgozott, majd a gumikesztyű levétele után a szokott módon mintát vettünk (kétperces kézmosás steril deszt. vízben). Ezután 2.5 percig mosakodott Ritosept-tel, utána újból egy órát dolgozott gumikesztyűben és ismét mintavétel következett. Végül már csak egy percig mosakodott be és újból egy órán át dolgozott gumikesztyűben. Az ezután vett minta valamennyi előzőleg vett többi mintával együtt sterilnek bizonyult (2. ábra).

0,5%-os Ritosept hatását a kézen hogyan befolyásolja a kézre kerülő vér. Ötperces bemosakodás után a vizsgált személy az egész kézfejét steril vérrel bekente, öt percig a kezén hagyta, majd leöblítette és ezután következett kétperces steril deszt. vízben végzett kézmosás mintavétel céljából. Ezt hatszor ismételtük meg, a minták mindig sterilek maradtak.

Vizsgálataink alapján a Ritosept-et megbízható, kellemes, a bőrt nem izgató, igen gyors hatású kézdezinficiensnek tartjuk, amelyet sem a szappan, sem a vér nem inaktivál.

A következő bemosakodási eljárást javasoljuk: két percig szappannal, kefével, folyó meleg vízben a bőr secundaer transitorikus baktériumflórájának eltávolítására. A bőr primaer, residens flórájának

2. ábra. 1. Kontrol telepek száma: megszámlálhatatlan. 2. Kézmosás 0,5%-os hexachlorophennel 5 percig: steril. 3. Kézmosás gumikesztyűben végzett 1 órai munka után: steril. 4. Kézmosás 0,5%-os hexachlorophennel újabb 2,5 percig: steril. 5. Kézmosás gumikesztyűben végzett újabb 1 órai munka után: steril. 6. Kézmosás 0,5%-os hexachlorophennel 1 percig: steril. 7. Kézmosás gumikesztyűben végzett újabb 1 órai munka után: steril. Átszűrve mindenütt a kézmosó folyadék 1/50-ed része

Kontrollként 10, 5, 2,5 percig szappannal, folyó vízzel, kefével végzett bemosakodást használtunk, ezek mind hatástalan eljárásnak bizonyultak a Ritosept-tel végzett kézmosáshoz viszonyítva (3. ábra).

elpusztítása céljából két percig kefével néhány ml Ritosept-tel kézmosás, majd három percig ugyanez kefe nélkül, csak a két kéz összedörzsölésével.

A tartályból lábpedál segítségével néhány ml

3. ábra. 1. Kontrol telepek száma: megszámlálhatatlan. 2. Kézmosás Fürbringer szerint 10 percig, telepek száma: megszámlálhatatlan. 3. Kézmosás gumikesztyűben végzett 1 órai munka után, telepek száma: megszámlálhatatlan. 4. Kézmosás Fürbringer szerint újabb 5 percig, telepek száma: megszámlálhatatlan. 5. Kézmosás gumikesztyűben végzett újabb 1 órai munka után, telepek száma: megszámlálhatatlan. 6. Kézmosás Fürbringer szerint újabb 2,5 percig, telepek száma: megszámlálhatatlan. 7. Kézmosás gumikesztyűben végzett újabb 1 órai munka után, telepek száma: megszámlálhatatlan. Átszűrve a kézmosó folyadék 1/50-ed része

Műtét után a gumikesztyűket megvizsgálva *Devenish* és *Miles* 24%-ban, *Göpel* és munkatársai 49%-ban találta azokat lyukasnak. Ezért szükségesnek tartottuk megvizsgálni azt is, hogy a

Ritosept fecskendezhető a kézre. Egy bemosakodáshoz 20—30 ml 0,5%-os oldat szükséges. Ez a módszer a sebészi bemosakodást kellemessé, megbízhatóvá és kultúrálttá teszi. A László-kórház se-

bészeti osztályán és jelenleg a Tétényi úti kórház sebészeti osztályán már hosszabb ideje ezt az eljárást alkalmazzuk és klinikai eredményeink csak megerősítik bakteriológiai vizsgálatainkat.

Összefoglalás. A szerzők különböző sebészi bemosakodási módszerek hatásosságát bakteriológiai vizsgálatokkal hasonlították össze egymással. Megállapították, hogy a szappannal, kefével való bemosakodás önmagában hatástalan, a *Spaszokukockij—Kocsergin*-eljárás alkalmazása után is igen sok baktérium marad vissza a kézen, a Neomagnol hatásossága jelentős mértékben függ a pH megfelelő beállításától, a Sterogenol igen hatásos, ha a szappan nyomait is eltávolítjuk előzőleg a kézről; a hexachlorophen (Ritosept) szappan jelenlétében is öt perc alatt teljes sterilitást biztosít. Utóbbi szer dezinficiens hatását vérrel való masszív érintkezés után is megtartja a kézen. A hexachlorophen kumulatív hatása miatt ismételt használat esetén a bemosakodási idő tovább rövidíthető. A szerzők megfelelő készüléket szerkesztettek a Ritosept adagolására.

Köszönetünket fejezzük ki a Kőbányai Gyógyszerárugyárnak és a Budapesti Orvosi Műszergyárnak a hexachlorophen (Ritosept), ill. az adagoló berendezés rendelkezésünkre bocsátásáért. Ugyancsak köszönetünket fejezzük ki Parragh Jánosné és Kiss Ferenc laboratóriumi asszisztenseknek a vizsgálatokban való odaadó közreműködésükért.

IRODALOM. *Semmelweis I. P.:* Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers. Pest, Wien und Leipzig, 1861. — *Lister J.:* Lancet 1867. *2.* 353—356, 668—669. — *Fürbringer P.:* Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfektion der Hände des Arztes. Wiesbaden, Bergmann, 1888. — *Cade A. R.* and *Gump W. S.:* cit. *Reddish, G. F.* — *Price P. B.* and *Bennett A.:* Surgery 1948. *24.* 542. — *Dahlberg W. J.* and *Swan T. O., Seastono C. .V.:* J. Bact. 1948. *56.* 323. — *Szita J.:* Orv. Hetil. 1953. *94.* 1130. — *Devenish E. A.* and *Miles A. A.:* Lancet 1939. *1.* 1088. — *Göpel H., Rücker G., Schütz W.:* Chirurg. 1958. *29.* 433. — *Reddish G. F.:* Antiseptics, Disinfectants, Fungicides and Chemical and Psysical Sterilization. Lea & Febiger, Philadelphia, 1954.

Budapesti Orvostudományi Egyetem, I. sz. Belklinika

Emelkedett serum thyreotrop-hormon szinttel járó hyperthyreosis esetek

A hypophysis szerepe a Basedow-kór létrejöttében

Írta: Földes János dr., Rév Judit dr. és Hermann Róbert dr.

A thyreotrop-hormon szerepe a thyreotoxicosis létrejöttében még nem tisztázott. Míg egyes irodalmi adatok a fokozott mennyiségben képződött TSH jelentőségét emelik ki, mások tagadják ennek a fontosságát. Véleményünk szerint, legalábbis az esetek egy részében, a hypophysis kóroktani szerepe vitathatatlan. Ennek a bizonyítására két betegünkön tett megfigyeléseinket közöljük.

Metodika

A Basedow-kór diagnózisának felállításához a következő metodikákat alkalmaztuk: alapanyagcseremérés Knipping-készülékkel történt. Szérumfehérjéhez kötött jódmeghatározást *Demeczki* metódusával végeztük (1). A pajzsmirigy J^{131} felvételét 5 μC izotóp beadása után 20 cm távolságból 1, 6, 24 és 48 óra múlva mértük. Az átalakítási ráta-hoz (conversion ratio) 50 μC J^{131}-et adtunk per os, majd a vért az izotóp beadása után 48 óra múlva vettük le (2). A szérum TSH meghatározást *Henri, Bloche-Michel* (3) általunk módosított metodikájával végeztük (4). A tengerimalacok endogen TSH képzését 4 napig adott 20 μg L-thyroxinnal szorítottuk vissza. A negyedik napon kétszer 0,5 ml szérumot adtunk. Ötödik nap reggel az állatok 0,5 μC J^{131}-et kaptak i. p., majd 6 óra múlva a tengerimalacokat aetherrel túlaltatva megöltük, pajzsmirigyüket kivettük és 2 ml 20%-os NaOH-ban homogenisáltuk, majd a radioaktivitást üreges scintillatiós számlálóval meghatároztuk.

Esetek ismertetése

1. eset. L. M.-né 37 éves nőbeteg. Panaszai 1947-ben kezdődtek. Fogyott, nyugtalan lett, nyaka rohamosan növekedett. Alapanyagcsere +62% volt. Állapota annyira romlott, hogy 1949-ben subtot. strumectomia történt. A műtét után átmenetileg jobban érezte magát, de egy év alatt nagyfokú exophthalmos alakult ki. Állapota azóta hullámzó lefolyást mutatott. Többször kezelték kórházban thyreotoxikus panaszok miatt. Így 1957-ben 1500 r hypophysis rtg-besugárzást is kapott.

1951-ben szült. Gyermeke súlyos exophthalmussal jött a világra és csak 21 napig élt. 1958-ban második alkalommal szült. Gyermekének nagy golyvája volt, lázas és görcsös állapot közepette meghalt. A terhességek alatt a beteg antithyreoidea kezelésben nem részesült.

1958-ban lezajlott terhesség után panaszai ismét rosszabbodtak. Exophthalmus, struma fokozódott, ideges, nyugtalan lett; erősen izzadt, haja hullott, meleget rosszul tűrte. Erős szívdobogás-érzésről panaszkodott. Pulzus 110/min. A vizsgálati leletekből megemlítjük: exophthalmus 22—22/98 *(Hertel).* Sze. feh. jód: 11 μg%; pajzsmirigy J^{131} felvételi görbe: 1 ó. = 53%, 6 ó. = 83%, 24 ó. = 61%, 48 ó. = 48%; 48 órás átalakítási ráta 73%. Szérum TSH vizsgálat: erősen fokozott TSH-szintet mutat (kb. 5 mE/ml).

2. eset. G. L.-né 38 éves nőbeteg. 1945 óta főleg az alsó testfélre fokozatosan hízik. Endokrinologiai kivizsgálás első alkalommal 1955-ben történt. A zsírszövet eloszlása lipodystrophia progressivára utalt. A vizsgálati leletekből csak a csökkent oestrogen hatásra utaló vaginális cytologia és a fokozott gonadotrophormon ürítés (40—60 P. E.) érdemel említést.

Primer ovarialis hypofunkciót tételezve fel, sexuálhormon terápiát s emellett thyreoidea kivonatot kapott.

1956-ban a klinikára ismét befeküdt. Előző bentléte óta 10 kg-ot fogyott. Subfebrilis, nyugtalan lett. P = 100/min. Exophthalmus fejlődött ki (19—17/100, *Hertel*). A panaszok fellépte előtt a betegnek izgalmai voltak, de thyroxin szedése miatt a tüneteket thyreotoxicosis factitiának fogtuk fel. Alapanyagcsere +30%, sze. feh. jód 7,9 μg% volt. Basethyrin-, Dityrin- és Serpasil-kezelésre panaszmentes lett.

A thyreotoxikus panaszok javulása után a beteg ismét a jellemző módon hízni kezdett. Emiatt egy ideig 1958-ban Preludint szedett. Az ekkor elvégzett endokrin vizsgálatok kóros eredményt nem mutattak. Alapanyagcsere +36%, sze. feh. jód 5,3 μg% volt.

1960-ban a betegnek súlyos izgalmai voltak, mely után thyreotoxikus panaszai ismét kiújultak. Strumája növekedett, exophthalmusa fokozódott (19—21/98, *Hertel*) Hirtelen 12 kg-ot fogyott, kifejezett remegés jelentkezett. Hasmenésre lett hajlamos. Ideges, nyugtalan lett. Klinikánkra való felvételekor már két hónapja nem volt mensese. Megelőző jódkezelés miatt sze. feh. jód meghatározás, valamint J^{131} felvételi görbe nem történt. Alapanyagcsere +75%. Sze. thyreotrophormon-szintet emelkedettnek találtuk (kb. 2 mE/ml). Vaginalis cytologia: kissé csökkent oestrogenhatásra utalt. Gonadotrophormon ürítés normális volt (20—30 P. E.). 17-ketosteroid 6,2 mg/24 óra. Vércukorgörbe, EEG, nőgyógyászati státus, koponyafelvétel kóros eltérést nem mutatott.

Megbeszélés

A hyperthyreosis aetiologiája még mindig ismeretlen. Míg egyesek a fokozott thyreotrop-hormon képzésnek tulajdonítanak nagy jelentőséget, mások a thyreotoxicosist a pajzsmirigy autonom megbetegedésére vezetik vissza (5). Az utóbbi időben különösen megszaporodott azok száma, akik a suprathyreoideális kórokot elvetik. Elképzelésüket azzal támogatják, hogy újabban hyperthyreosist tudtak kimutatni hypohpysectomizált vagy hypophysis chromophob adenomás betegeken (6, 7, 8). Hypophysectomizált Basedow-kóros betegek szérumában a százalékos hormontartalom is változatlan marad, szemben az euthyreotikus hypophysectomizáltakkal (9). Nagyon kérdéses azonban, hogy e betegekben a hypohpysectomia mennyire volt teljes, a Basedow-kór kezdetekor milyen volt a hypophysis működése, végül, hogy a hyperthyreosis fenntartásához mennyi TSH-t képző sejtre van szükség.

A kívülről bevitt pajzsmirigyhormon hyperthyreosisban sem a pajzsmirigy J^{131} felvételét, sem a thyreoidea hormonkidobási sebességét nem csökkenti. Ez a tapasztalat, amelyet a diagnosztikában is jól fel tudunk használni, a „feed-back" mechanizmus teljes csődjére utal, a thyreoidea vagy a suprathyreoideális tényezők teljes automáciájának elméletét támogatja. Ezzel szemben áll az a közismert tény, hogy antithyreoidea-terápiát Basedow-kórban is a golyva növekedése és az exophthalmos fokozódása, tehát következményes fokozott endogen TSH-termelés kísérhet. Itt tehát furcsa ellentmondással találkozunk: Míg a vérben keringő pajzsmirigyhormon-szint csökkenésére a „feed-back" mechanizmus Basedow-kórban is jól működik, a keringő thyreoidea-hormon koncentráció emelkedésére már látszólag érzéktelen marad.

A hyperthyreosis centrális aetiologiája ellen szól, hogy megnövekedett testnedv TSH aktivitás csak a betegeknek kis részében mutatható ki (10). Ez a megállapítás még a klinikailag diencephalon-hypophyser eredetűnek imponáló esetekre is érvényes. Saját tapasztalatunk is ezt támogatja (4). Másrészt azonban figyelembe kell venni a Basedow-kóros szervezet fokozott TSH elimináló képességét is.

Meg kell azonban említenünk, hogy legújabban thyreotoxicus betegek szérumában a normálistól eltérő tulajdonságú, elhúzódó hatású thyreotrop-hormont mutattak ki. Ez, a ma még nem teljesen bizonyított lehetőség ismét felveti a hypophysis jelentőségét a hyperthyreosis kóroktanában (13, 14).

Ismertetett két betegünkben a Basedow-kór centrális típusú volt, sőt a második esetben más, valószínűleg diencephalon eredetű kórképpel is társult. Mind a két beteg szérumában megnövekedett TSH-szintet tudtunk kimutatni. Véleményünk szerint ez arra utal [s ebben *DeRobertis* álláspontját képviseljük (11)], hogy — legalábbis a hyperthyreosis-esetek egy részében — a thyreotoxicosis létrejöttéért a negnövekedett mennyiségben képződött endogen TSH a felelős.

Az első beteg fokozott TSH-termelésére utal, hogy gyermekei exophthalmussal, ill. nagy strumával jöttek a világra. Ez az eset egyébként a TSH transplacentális útját is bizonyítja. Erre más irodalmi adatok is utalnak (12).

Máshol közlés alatt álló adataink szerint (4) néhány centrális típusú Basedow-kóros beteg szérumában TSH inhibitort találtunk. Ezekben az esetekben — bár klinikailag a fokozott endogen TSH-termelés feltételezhető volt — a szérum-TSH szintjének megnövekedését nem tudtuk kimutatni. Jelen lipodystrophiával kombinálódott és magas testnedv TSH aktivitású betegünk széruma TSH inhibitor hatást nem mutatott. Így feltételezhető, hogy a klinikai képpel nem mindig egyező TSH titrálási eredményért, nemcsak a kevéssé érzékeny TSH kimutatási metódus, hanem egyes esetekben a szérum TSH inhibitor jelenléte is felelős.

Összefoglalás. A szerzők két centrális típusú Basedow-kóros beteget ismertetnek. Mindegyik esetben a szérum TSH-szintje lényegesen emelkedett. Az első beteg egyik gyermeke nagyfokú exophthalmussal, a másik strumával született. Ez az észlelés is egyrészt a beteg fokozott thyreotrophormon képzésére utal, másrészt a TSH transplacentáris útját bizonyítja. A második esetben a Basedow-kór lipodystrophia progresszivával társult.

A szerzők a szérum thyreotrop-hormon mennyiség kimutathatóságának szempontjából a TSH inhibitor jelentőségét is tárgyalják.

IRODALOM. 1. *Demeczki J.*: Műszaki Egyet. Disszertáció, 1943. — 2. *Sheline G. E., Clark D. E.*: J. Lab. Clin. Med. 1950. 36, 450. — 3. *Henri R., Bloche-Michel*

H.: Ann. Endocr. (Paris) 1955. 16, 258. — 4. *Földes J.*: Magyar Belorv. Arch. (Megjelenés alatt.) — 5. *Werner S. C., Spooner M., Hamillton:* J. Clin. Endocr. 1955. 15, 715. — 6. *Werner S. C., Wellington B., Stewart:* J. Clin. Endocr. 1958. 18, 266. — 7. *Gurgling K. J., Baron D. N., Smith E. J. Q.*: J. Clin. Endocr. 1959. 19, 717. — 8. *Fajans S. S.*: J. Clin. Endocr. 1958. 18, 271. — 9. *Werner S. C., Becker D. V., Row V. V.*: J. Clin. Endocr. 1959. 19, 953. — 10. *Gilliland S. C., Strudwick J. J.*: Brit. Med. J. 1956. I. 378. — 11. *De Roberrtis E.*: J. Clin. Endocr. 1948. 18, 956. — 12. *Lewis I. C., Mac Gregor:* Lancet 1957. 14, I. — 13. *Adams D. D.*: J. Clin. Endocr. 1958. 865, 18. — 14. *McKenzie J. M.*: Endocrinology, 1958. 62, 865.

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Budapesti László kórház és az Országos Közegészségügyi Intézet

A Salk vakcináció és a poliomyelitis klinikai lefolyásának összefüggése

Losonczy György dr., Vigh Gyula dr., Rudnai Ottó dr. és Boda Domonkos dr.

A poliomyelitis járványok az utolsó évtizedek során világszerte gyakoribbá váltak, elsősorban a technikai és kulturális szempontból fejlettebb országokban. Ez a helyzet hazánkban is. A poliomyelitis morbiditás átlaga 1931—38-ban 4,2 százezrelék volt, 1950—57-ben már 8,5 százezrelék. Míg a II. világháborút megelőző időszakban 5—6 évenként fordultak elő poliomyelitis járványok, addig az 1954—1959 időszak hat esztendejéből négy járványos volt.

A poliomyelitis prevenciója érdekében megtett erőfeszítések e betegség járványos előfordulásának szélesbedésével arányosan fokozódtak, és 1950-es évek közepén sikerült a poliomyelitis elleni specifikus profilaxis első nagy eredményeképpen a majomvese szövetkultúrán tenyésztett, mindhárom — formalinnal inaktivált — polio vírus törzset tartalmazó Salk-vakcinát előállatani, illetve tömegoltások céljaira alkalmassá tenni.

Magyarországon a Salk-féle vakcina tömegoltások céljából történő bevezetését az 1957 tavaszán elindult és rendkívül gyorsan, igen magas morbiditást okozó polio-járvány leküzdésének a megkísérlésére, illetve a gyermeklakosság későbbi időkre való védetté tétele tette szükségessé és aktuálissá. 1957 nyarán az ország 6 hónapostól 6 éves korig terjedő gyermeklakossága, majd 1958-ban és 1959-ben a korhatárt felemelve, az ország lakossága egészen 18 éves korig kapott védőoltást. Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatása szerint 1959-re a 18 éven aluli lakosság 90%-a háromszori Salk-oltásban részesült. A védőoltásokat 1958 márciusáig intracutan módszerrel végezték 0,2 ml mennyiséggel, ez időpont után pedig az először oltandókat 1 ml, a második és a további oltásokban részesülőket 0,5 ml vakcinával oltották intramuscularisan.

A Salk-védőoltások epidemiológiai eredményeiről Petrilla (1) Bakács (2) és Rudnai (3) számoltak be. Eredményeink ugyanúgy, mint a világirodalmi adatok, azt mutatják, hogy bár a Salk-vakcina a védőoltottak 20—30%-át védtelenül hagyja a bénulásokkal szemben és amint a magyarországi 1959-es járvány is világosan mutatja, a járványok veszélye továbbra is megmarad; mégis az oltottak 60—70%-át megvédte a poliós tünetek manifesztálódásától és így nagy lépést jelentett előre a polio specifikus profilaxisa területén.

A Salk-féle vakcina eredményességének epidemiológiai értékelése mellett szükségszerűen fel kellett merülnie annak a kérdésnek is, hogy e védőoltás értéke megmutatkozik-e a megbetegedett védőoltottak betegségének klinikai lefolyásában, illetőleg a bénulások kiterjedésének és prognózisának a befolyásolásában.

A Salk-vakcináció óriási irodalmában meglepően kevés az olyan adat, amely az oltottak megbetegedésének lefolyásával foglalkozik. Lehet, hogy a számtalan epidemiológiai jellegű értékelés között van erre vonatkozó közlés is, azonban az oltott és nem oltott betegek kórfolyamatának klinikai lefolyására közvetlenül mindössze 3 irodalmi adatot találtunk. A legrégibb és legrészletesebb Prochaska és munkatársai (4) közlése. 143 vakcinált és 64 nem vakcinált egyén adatai alapján arra a következtetésre jutnak, hogy az általuk alkalmazott i. c. oltási módszer mellett az oltottak betegségének klinikai súlyossága semmiben sem különbözött a nem oltottakétól. Rotem (5) 245 eset tanulmányozása alapján azt találta, hogy az életveszélyes alakban megjelenő legsúlyosabb polio esetek száma csak a mindhárom oltásban részesült csoportban mutatott csökkenést. Curatolo (6) 42 oltott és megbetegedett egyén betegségének ismertetésében viszont arra a következtetésre jut, hogy ha az oltott egyén meg is betegszik, kórlefolyása kedvezőbb.

Az irodalmi adatokból látható, hogy az eddigi vizsgálatok eredményei nem egyöntetűek, sőt ellentmondóak, és hogy a Salk-vakcináció nagyobb beteganyagon való klinikai értékelésére még nem

került sor. Egyrészt ezért, másrészt azért, mert a Sabin-vakcináció bevezetése ezt az utolsó lehetőséggé tette, különösen indokoltnak láttuk, hogy az 1959. nyarán lezajlott járvány során kórházunkban ápolt poliós beteganyagot ebből a szempontból tanulmányozzuk.

Munkamódszerünk a következő volt: kidolgoztunk egy kérdőívet, amely a betegek kórlapjainak egységes szempontok szerinti feldolgozását célozta. A kérdőív alapján a betegek kórlapjait a hét adminisztratív kérdés (név, kórházi felvétel időpontja, stb.) mellett a betegségre, illetőleg annak lefolyására vonatkozó kilenc főkérdésre, ezen belül negyvenhét alkérdésre bontottuk fel. Ezek segítségével egyrészt az egyes betegségi esetek minden fontos momentuma feltárult, másrészt a sok száz beteg betegségének lefolyása a lehető legpontosabban összehasonlíthatóvá vált.

Az egyes betegek kórlapjai alapján kapott adatokat kiegészítettük az OKI járványügyi osztályán összegyűjtött Salk-oltási adatokkal. Így az egyes betegekre nézve teljessé vált a kép. Ennek adatait az összes betegekre vonatkozóan negyvenöt szempont alapján válogattuk szét, elsősorban aszerint, hogy 1, 2, 3 vagy 4 Salk-oltást kaptak-e a betegek, másodsorban aszerint, hogy alapimmunizálásuk i. c. vagy i. m.-an történt-e, és végül harmadsorban aszerint, hogy az utolsó oltásukat a megbetegedésük előtt 10 napon belül, 11 naptól 6 hónapig, 7 hónaptól 12 hónapig, vagy 12 hónapon túl kapták.

Az említettek közül először azt a kérdést tárgyaljuk meg, hogy a védőoltásban nem részesült, illetőleg specifikus védelemben — Salk-oltásban — részesült betegek kórlefolyása milyen különbségeket mutat.

Az előbb ismertetett szempontok szerint összesen 727 beteg kórlapját dolgoztuk fel, amelyek közül, adathiány miatt, 14 kórlap nem volt értékelhető. 713 beteg értékelhető kórlapja képezte tehát egész feldolgozásunk alapját. Ezt a betegszámot elegendőnek tartjuk ahhoz, hogy levont következtetéseinket kellően megalapozottnak tekintsük. Bizonyára növeli a feldolgozás értékelhetőségét az is, hogy valamennyi beteget ugyanabban a kórházban — a László-kórházban — ápolták, lényegében egységes kezelési elvek alapján, valamint, hogy a kórlapok feldolgozása a szerzők közös munkájának eredménye, ami kiküszöböli a kórlapadatok egyéni értékelésének különbözőségéből eredő összehasonlítási hibákat.

A 713 beteget a védettség szempontjából két alapkategóriába osztottuk: a nem oltottak és az egyszer oltottak nem immunizált csoportjára, akiket a továbbiakban, a rövidség kedvéért „A" kategóriaként említünk, valamint a 2, 3, esetleg 4 oltást kapott immunizáltak csoportjára, akiket „B" kategóriának fogunk nevezni.

Ezen az alapon az „A" kategóriába tartozott 333 beteg (46,7%), a „B" kategóriába 380 beteg (53,3%), ami annyit jelent, hogy az 1959-es évben kórházunkban ápolt és jelen feldolgozásunkban szereplő összes betegnek csaknem a fele az oltatlanok, vagy csak egyszer oltottak közül került ki. Ha a védettséget csak a háromszor vagy többször oltottaknál vesszük teljesnek, úgy az ennél kevesebb oltásban részesült és nem oltott betegek száma 447 fő, ami az összbetegek 62,7%-át teszi ki. Ez a szám igazolja a Salk-vakcina hatásosságát, hiszen az 1. típussal szemben — amely vírustípus kizárólagosan felelős az 1959. évi magyarországi járványért, — a háromszori oltás még Salk szerint sem ad átlagban 70%-nál magasabb mértékben védettséget a vakcináltaknál.

A poliomyelitis klinikai lefolyásának súlyosságát vagy enyhébb voltát számos jellemző megnyilvánulás határozhatja meg. Így pl. a betegség prodromális, illetőleg kezdeti szakában volt-e 38,5 C°-os vagy ennél magasabb láza a betegnek; vagy a lázas állapot 4 napig, esetleg annál rövidebb, illetőleg hosszabb ideig tartott-e. Adataink szerint ezekben a vonatkozásokban nincs lényeges differencia az „A" és a „B" kategória között. Más jellemzőkben azonban, mint pl. abban, hogy a poliós tünetek jelentkezése után, 36 órán túl folytatódott-e a progresszió vagy nem, már találunk bizonyos pozitív irányú különbséget a „B" kategória javára, amennyiben itt a tünetek súlyosbodása csak 39,2%-ban folytatódott, szemben az „A" kategóriával, ahol 45,9% volt az arány.

Még határozottabbá válik a védetlenek és a védettek betegségének klinikai lefolyásában mutatkozó különbség, ha a két csoportban előforduló légzészavarok arányát és súlyosságát mérlegeljük. Az „A" kategóriában, tehát a Salk-oltást nem kapott vagy csak egy oltásban részesült betegek között 73 esetben jelentkezett légzészavar, ami 21,9%-ot tesz ki, míg a „B" kategória védett betegeinél csak 45 esetben, azaz 12%-ban. Tehát a védettek kategóriájában, a védetlenekhez viszonyítva légzészavar csak mintegy fele arányban súlyosbította a klinikai képet. Ugyanígy lényeges különbség mutatkozik a két kategória között a légzészavar súlyosságát illetően is, amit olyan módon értékeltünk, hogy a két kategóriában hány esetben lehetett a légzészavart hintaágyon és hány esetben csak tankrespirátorban kompenzálni. Az összehasonlítás azt mutatja, hogy míg az „A" kategóriában a légzészavarral küzdők 52%-a volt olyan súlyosan légzésbénult, hogy tankrespirátorra szorult, addig a „B" kategóriában csak 37,7%. Ugyancsak a védettek javára mutatkozik különbség atekintetben is, hogy náluk a 4 hónapnál hosszabb ideig tartó légzésbénulás csak 13,3%-ban, míg az „A" kategóriában 17,8%-ban fordult elő.

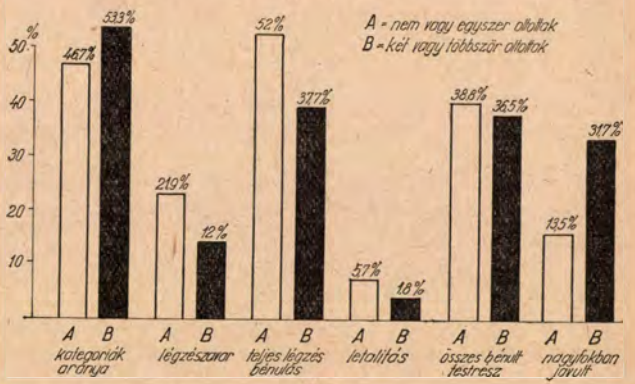
Egészen határozott a különbség a védetlenek és a védettek letalitási arányában, mert míg az előzőek közül meghalt 19, azaz 5,7%, addig az utóbbiak közül csak 7, azaz 1,8%. Ez annyit jelent, hogy a mi beteganyagunkban a Salk-vakcinát nem kapottak vagy csak egy oltást kapottak között a letalitás több mint háromszorosa az oltottak letalitásának.

A betegség klinikai lefolyásának értékeléséhez az akut szakban kifejlődött bénulásokat, illetőleg azok bizonyos időtartamon belüli esetleges regresszióját is tekintetbe kell venni. Ezt úgy próbáltuk megoldani, illetőleg az egyes betegek bénulásának mértékét összehasonlíthatóvá tenni, hogy hat testrészt véve alapul (2 felsővégtag, 2 alsóvégtag, törzs, illetőleg fej és nyak) a bénulásokat 3 alapcsoportba soroltuk. Ún. „masszív bénultnak" tekintettük azt a testrészt, amelyen a testrész egészének, illetőleg összes fontosabb izmainak teljes bénulása fejlődött ki. „Izoláltan bénultnak" tekintettünk valamely testrészt abban az esetben, ha annak kisebb hányadát kitevő vagy jól körülírt izmában vagy izomcsoportjában teljes bénulás alakult ki. Végül a „részlegesen bénult" csoportba soroltuk azokat a testrészeket, amelyeknek egyes izmaiban vagy izomcsoportjaiban valamilyen működési zavar fejlődött ki.

A bénulásokat ily módon csoportosítva azt találtuk, hogy az „A" kategória 333 betegének 1998 testrészéből masszívan bénult 312, azaz 15,5%, míg a „B" kategória 380 betegének 2280 testrészéből 328, azaz 14,4%. Ugyanez az összehasonlítás az izoláltan bénult csoportban, az „A" kategóriában 13,7%-ot, a „B" kategóriában 11,1%-ot mutat, míg a részleges bénultaknál, akiknek gyógyulási tendenciája a legjobb, az oltottak „B" kategóriája mutat valamivel magasabb arányt a 11,1%-kal az „A" kategória 9,6%-ával szemben.

Megnevezés	„A" kategória (nem vagy egyszer oltottak)		„B" kategória (két vagy többször oltottak)	
Betegek száma	333	(46,7%)	380	(53,3%)
Légzészavar	73	(21,9%)	45	(12,0%)
Ebből tankresp.-ban ...	38	(52,0%)	17	(37,7%)
4 hónapnál hosszabb légzészavar	13	(17,8%)	6	(13,3%)
Meghalt	19	(5,7%)	7	(1,8%)
Masszívan bénult testrész	312	(15,5%)	328	(14,4%)
Izoláltan bénult testrész	273	(13,6%)	252	(11,1%)
Részlegesen bénult testrész	192	(9,6%)	253	(11,1%)
Összesen	777	(38,7%)	833	(36,6%)
A bénulás változatlan..	266	(34,2%)	188	(22,5%)
A bénulás javult	308	(39,7%)	257	(30,7%)
A bénulás nagyfokú javulása	105	(13,5%)	262	(31,7%)
Gyógyult	98	(12,6%)	126	(15,1%)

A testrészek bénulási arányát értékelendő, véleményünk szerint a leghelyesebb, ha a két kategória összesen bénult testrészeinek a számát vetjük össze, mert ez a szám jellemzi legjobban a helyzetet. Az „A" kategória összesen bénult testrészeinek száma 777, azaz 38,7%, míg a „B" kategóriában ez a szám 833, azaz 36,6%. Ha a masszív, izolált, részleges bénulásokra bontás, valamint az összbénult testrészek arányában nincs is döntő különbség a védett és nem védett kategória között, mégis úgy látszik, hogy mind a részadatokból, mind az összevont adatokból a Salk-vakcináció bénulásokra kifejtett, bizonyos fokú gátló hatására következtethetünk. Ha már most azt vizsgáljuk, hogy a bénult testrészek regressziója a megbetegedés kezdetétől számított egy hónap után milyen fokot ért el az „A", illetőleg a „B" kategóriában, akkor azt látjuk, hogy változatlanul maradt az „A" kategóriában 34,2%, a „B" kategóriában csak 22,5%; kis fokban javult az „A" kategóriában 39,6%, a „B" kategóriában csak 30,7%. Kifejezett a különbség az oltottak javára a nagy fokban javultak között, amennyiben a védetlenek bénult végtagjai közül nagyfokú javulás egy hónap után csak 105 esetben, azaz 13,5%-ban következett be, míg az oltottak kategóriájában a bénult testrészek közül 262, azaz 31,7% állapota javult nagymértékben. Nem ilyen nagy fokban, de pozitív a különbség a teljesen gyógyult végtagok viszonylatában is. Az elmondottakból látható, hogy kifejezett pozitív differencia mutatkozik az oltottak javára a regresszió minden fokán, de különösen a nagymértékű javulás terén.



1. ábra.

A két csoport adatai közül statisztikailag csupán a halálozás különbsége szignifikáns, méghozzá igen kifejezetten. A többi számadat egymagában nem, csak együttesen szignifikáns, ami azt jelenti, hogy ha az egyes tünetekre külön-külön nem is, de az egész klinikai lefolyásra a Salk-oltások kedvező hatása statisztikai szempontból is bizonyítottnak tekinthető.

A másik szempont, amelyet anyagunkban vizsgálat tárgyává tettünk, az a kérdés volt, hogy az utolsó oltástól eltelt rövidebb vagy hosszabb időszak befolyásolta-e a megbetegedések klinikai lefolyását. E kérdés megvizsgálását azok a megfigyelések indokolták, amelyek szerint a Salk-vakcina utolsó alkalmazásától számított kb. egy év múlva az ellenanyagszint, főleg az 1. típussal szemben lecsökken és a betegséggel szembeni fogékonyság feltehetően ismét megnő.

Összehasonlítva a megbetegedéseket megelőző egy éven belül és az egy évnél régebben 3. vagy 4. Salk-védőoltásban részesült megbetegedettek kórlefolyását, azt találjuk, hogy a háromszor vagy négyszer oltott 266 beteg közül, megbetegedése előtt egy éven belül kapta az utolsó oltását 129, azaz 48,5%, és 12 hónapot meghaladó időn túl

kapta 120, azaz 45,1%. A fennmaradó 6,4%, a 10 napon belül oltottak csoportja.

Ha a két csoport viszonyát a közülük légzésbénultak arányszámában vizsgáljuk, úgy bizonyos fokú, de nem lényeges pozitív különbség mutatkozik az egy éven belül oltottak javára. Nem így a letalitás viszonylatában, ahol az egy éven belül oltottak közül meghalt 3 fő, míg az egy éven túl oltottak közül egy sem. Hasonlóképpen nem látszik meg az egy éven belüli emlékeztető oltás a betegek bénult testrészei arányainak kialakulásában sem, mert míg az egy éven belül revakcináltak összes testrészeiből 50,5% bénult meg, addig az egy éven túl revakcináltaknál ez a szám 36,5%-ot tesz ki.

Nem észlelhető lényeges különbség a két csoportbeliek bénult testrészeinek egy hónap utáni regressziója vonalán sem, mert a változatlanul bénult, javult, nagy fokban javult és gyógyult testrészek százalékos aránya nagyon hasonló.

Adataink szerint tehát a három, vagy többszöri oltás ellenére megbetegedett egyének betegségének klinikai lefolyásában nem volt lényeges különbség olyan szempontból, hogy utolsó oltásukat a megbetegedésüket megelőző egy éven belül, vagy egy évnél régebben kapták. Ez azért is érdekesnek látszik, mert egyikünk (3) a Salk-vakcináció és a polio morbiditás összefüggésének tanulmányozásakor az 1959. évi járvány teljes beteganyagára vonatkozólag azt találta, hogy a háromszor oltott, megbetegedett egyének közel 60%-a azok közül került ki, akik megbetegedésük előtt több mint egy évvel kapták utolsó oltásukat.

Vizsgáltuk végül azt is, hogy a Salk-vakcina i. c., illetőleg i. m. alkalmazási módja és az ilyen módokon oltott betegek betegségének klinikai lefolyása között megállapítható-e összefüggés.

Egy vakcina-adag, akár i. c., akár i. m. formában, nem tekinthető a polio elleni védettség alapjának. Összehasonlítást csak azoknál a betegeknél tehetünk, akik i. c. vagy i. m. formában legalább két oltást kaptak. Sajnos a csak két i. c. oltást kapott betegek száma nagyon alacsony, mindössze 20 mert a legtöbbje később a harmadik oltását már i. m. kapta, ami erősen rontja az értékelhetőséget. A csak két i. m. oltást kapott betegek száma kereken 90 volt.

Ha a kétféleképpen alapimmunizált csoportot, a közöttük előfordult légzészavar vagy annak súlyossága alapján hasonlítjuk össze, úgy bizonyos eltolódást látunk az intracutan oltottak rovására. Ilyen viszonyok mutatkoznak a bénult végtagok számarányában is. Amiben azonban a kétféle alapimmunizálási módszer, illetőleg vakcinamennyiség tényleges különbsége megmutatkozhatna, az a bénulások egy hónap utáni regressziója. Ebben azonban a két kategória között nincs figyelemre méltó eltérés.

Ezek az adatok és az összehasonlított számok nagyon alacsony volta magyarázza meg, hogy vizsgálatunk nem adhatott kielégítő választ erre a felvetett kérdésre.

A Salk-vakcináció és a poliomyelitis klinikai lefolyásának összefüggéséről tehát összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a Salk-vakcina nemcsak a védőoltottak morbiditását, hanem a védőoltott és megbetegedett egyének betegségének klinikai lefolyását is kedvezően befolyásolta.

Összefoglalás. Az 1959-es magyarországi Heine—Medin-járvány során kórházunkban ápolt betegek közül 713-nak a kórlapját dolgoztuk fel abból a célból, hogy megállapítsuk a Salk-vakcinációnak a poliomyelitis klinikai lefolyására gyakorolt hatását.

Összehasonlítottuk elsősorban a nem immunizáltak (oltatlanok, illetőleg a csak egy oltást kapottak) és az immunizáltak (kettő- vagy többször oltottak) betegség lefolyását. Azt találtuk, hogy míg a nem immunizáltak letalitása 5,3% volt, addig az immunizáltaké csak 1,8%. Határozott különbséget találtunk az immunizáltak javára a légzésbénulások arányában is, amennyiben ez a nem immunizáltaknál 21,9%-ban, míg az immunizáltaknál csak 12,0%-ban fordult elő. Hasonló jellegű differencia mutatkozott a légzésbénulások súlyosságában is. Kifejezetten jobbnak találtuk a bénult testrészek nagyobb mértékű javulásának az arányát az immunizáltaknál (31,7%), mint a nem immunizáltaknál (13,5%). Az itt közölt és az összefoglalásban nem közölt adatok közül csak a letalitás különbsége szignifikáns statisztikai szempontból, a többi számadat önmagában nem, csak együttesen szignifikáns, ami azt jelenti, hogyha az egyes tünetekre külön-külön kevésbé is, de az egész klinikai lefolyásra a Salk-oltások kedvező hatása statisztikai szempontból is bizonyítottnak tekintendő.

Másodsorban az utolsó oltás időpontjától eltelt rövidebb vagy hosszabb időszak befolyását vizsgáltuk meg a betegség klinikai lefolyására. Azt találtuk, hogy a háromszor vagy négyszer oltott betegek közül, megbetegedése előtt egy éven belül kapta az utolsó oltását 48,5%, és 12 hónapot meghaladó időn túl kapta 45,1%. A fennmaradó 6,4% a tíz napon belül oltottak csoportja. Adataink szerint tehát a Salk-vakcina hatása egy éven belül nem látszik erőteljesebbnek, mint egy és két év között.

Végül, miután az oltott korcsoportok egy része eleinte 0,2 ml oltóanyaggal intracutan kapta a Salk-vakcinát, megpróbáltuk összehasonlítani az intracutan és az intramuscularisan oltottak betegségének klinikai lefolyását. Ezt azonban a csak intracutan kategoria igen alacsony létszáma következtében nem tudtuk kellő eredményességgel elvégezni.

IRODALOM. 1. *Petrilla:* Orv. Hetil. 1958. 99. 1193. — 2. *Bakács:* Orv. Hetil. 1960. 101. 685. — 3. *Rudnai:* Act. Micr. Hung. (közlés előtt). — 4. *Prochaska J., Adamova V., Adam E.* and *Ratkovsky J.:* J. Hyg. (Prague) 1958. II. 478. — 5. *Rotem Y.:* Harefuah 1959. 56/4. 79—84. — 6. *Curatolo, Andreoni:* Gazz. int. Med. Chir. 1959. 64/12. 1586.

Fővárosi Tanács, Heim Pál Gyermekkórház, Sebészeti és Csecsemőosztály

A köldökzsinórsérvek műtéti és konzervatív kezelése

Irta: Szeleczky József dr. és Stuber Adrienne dr.

A fejlődési rendellenességgel — így feltehetően a köldökzsinórsérvvel születettek száma is — az utóbbi tíz évben emelkedőben van. Ez a tény is, de elsősorban a kezelés sürgőssége kívánatossá teszi, hogy sebészeink, gyermekgyógyászaink és szülészeink a legújabban alkalmazott konzervatív kezeléssel mind szélesebb körben tisztában legyenek.

Jelenleg az omphalokeleről lényegében a következőket tudjuk: az omphalokele olyan fejlődési rendellenesség, amely az embrio 5—10 hetes korában beállott fejlődési zavar következménye. Mivel a hasüreg kialakulása lasabban megy végbe, mint az ébrényi csöveké, amelyekből a hasűri szervek fejlődnek, az 5 hetes embrio ébrényi szervei még a köldökgyűrűn kívül helyezkednek el. Ez az egyenlőtlenség kb. 10 hetes korban a hasüreg kialakulásával megszűnik és az ébrényi szervek visszahúzódnak a köldökgyűrű mögé. Ha tehát ebben az időszakban valamilyen tényező megzavarja az embrio normális fejlődését, a leendő hasüregi szervek a köldökgyűrűn kívül rekednek és a magzat kisebb vagy nagyobb, a hasból kiemelkedő bőr helyett. kocsonyás anyaggal fedett, főleg bélrészleteket, de igen gyakran a máj egy részét, esetleg a lépet, a gyomrot is tartalmazó terimenagyobbodással születik meg.

Az antibiotikumok felfedezése előtt fejlődési rendellenesség sebészek szerint csak műtéti úton volt megoldható, sőt *Kós* és *Hortobágyi* (7) még 1949-ben is így nyilatkozott: „Minden technikai nehézség ellenére a szokatlan nagyságú esetek tanusága arra mutat, hogy az egyedüli járható út mégis a sebészi megoldás". E tapasztalatukat, egyrészt öt köldökzsinórsérv műtétileg megoldott esetéből, másrészt irodalmi közleményekből vonják le. A műtéti megoldás mellett szól mindenesetre az, hogy a fertőzés veszélye a születés után minden órával fokozódik és ez közvetlen életveszélyt jelent.

A külföldön mindinkább térthódító konzervatív kezelés esetében a sikert biztosító legfontosabb követelmény a tömlő sérülésének, megnyílásának és az infectiónak elkerülése. Ezt *Grób* (8) 1957-ben, ismertetett következő eljárással érte el: a köldökzsinórsérv burkát 2%-os mercurochrom (dibromhydroximercurofluorescein) oldattal keni be. E komplex só 2%-os vízes oldatának hatására az omphalokelét fedő kocsonyás anyag megkeményedik, pörkösödik, bacterium invasióra alkalmatlan fehérje coagulum keletkezik és a sérv burka pergamenszerű lesz. A mercurochrom oldatnak elsősorban desinficiáló, adstringáló, cserző hatása van és amellett nem mérgező. A széli részekről megindult sarjadzás, hámosodás 6—8 hét alatt végbemegy. Ezen idő alatt a hártya egyes helyeken történő felszakadásakor újabb ecsetelés válik szükségessé. Az első napokban Grób az újszülöttet couveuseben, kötés nélkül tartja, majd a későbbi napokban száraz gazzel, enyhe nyomókötéssel pólyázza.

Hazánkban *Kiss-Szabó és Fekete* (10) a folyó évben megjelent közös cikkükben közlik az általuk alkalmazott konzervatív kezelés módszerét. Eljárásuk a következő: A sérvtömlőt penicillin, chlorocid, majd chlorophyllos lappal borítják és ezt 24 óránként váltják, felületét naponta kétszer steril physiológiás konyhasó permettel hintik, s így védik a kiszáradástól, berepedéstől és a fertőzéstől, tehát míg *Grób* (8) száraz, addig *Kiss-Szabó és Fekete* (10) nedves kezelést ajánlott. E két ellentétes kezelési mód ellenére is betegeink egyaránt meggyógyultak. Ezek szerint nyilvánvaló, hogy a köldökzsinórsérv konzervatív kezelésében a desinfectio a fontos. A fertőzés következtében ugyanis a sejtek elpusztulnak és a sarjadzás, hámosodás nem indulhat meg időben.

A konzervatív kezelés tulajdonképpen *Ahlfeldtől* származik, aki a tömlőnek alkoholos borogatásokkal való kezelését ajánlotta. Az ilyen módon kezelt sérvtömlő az amnion nekrotizálása és lelökődése után a szélek felől 10—12 hét alatt behámosodhat (Caffier).

A sebészi megoldás az esetektől függően, a sérv nyitottságától, zártságától, a sérv nagyságától (átmérőjétől), a sérv tartalmától függ. A különféle műtéti megoldások ésszerű alkalmazásának elbírálásához célszerű *Gosselin* köldökzsinórsérv csoportosítását alapul venni. *Gosselin* beosztása szerint az első csoportba tartozó kis sérvek esetében, az egyszakaszos extraperitoneális megoldást választjuk. Az egyik leginkább alkalmazott módszer *Sievers* és *Klimkó* (2, 5) eljárása, amelynek lényege az, hogy a köldökzsinórt az óramutató járásával egyező irányban csavarjuk mindaddig, míg a hasüregen kívül fekvő szervek a hasüregbe csúsznak. Az így kezelt betegek, hacsak más fejlődési rendellenességük nincsen, aránylag simán gyógyulnak. A köldökzsinórsérveknél 29%-ban egyéb fejlődési rendellenességek is találhatók. Itt meg kell jegyeznünk, hogy abban az esetben is, amikor egyéb látható fejlődési rendellenesség nincsen, általában a kisebb hasüreg mellett a mellkas is gyengébben fejlett és így bizonyos fokig hypoplasiasnak tekinthető.

A második csoportba tartozó középnagyságú köldökzsinórsérvek esetében (a 7 cm átmérőjű sérveknél) tanácsos inkább a kétszakaszos megoldást választani, mivel ilyenkor elkerüljük a rekeszizom magasra tolódását, a vena cava, valamint a mesenterialis erek kompressióját és ekkor sem respirátiós, sem circulátiós zavar nem jön létre. Ugyancsak elkerülhetjük ezen kétszakaszos műtéttel a bélműködés zavarát is. *Gross* (9) könyvében leírt kétszakaszos műtéti eljárás a következő: a műtét első szakaszát, a születés után azonnal az első 24 órában végezzük. A bőr és amnion határán a bőrt körkörösen körülvágják, alápreparálják és a szervek visszahelyezését nem erőszakolva, a bőrt felhúzva a sérv felett összevarrják. A második műtétet (a hasfali reconstructiót) 3—8 hónap múlva végzik el, amikor már a hasüreg kialakult és a szervek spontán visszahúzódtak.

A harmadik csoportba tartozó igen nagy sérveknél — mivel *Ladd* és *Gross* (9) megfigyelése szerint, műtétet végezve az életben maradás valószínűsége csak 15%-os — a konzervatív kezelést ajánljuk. Az igen nagy nyitott sérveknél *Kós* (6) bőrhídlebeny eltolásos methodusát célszerű végezni. Az igen nagy sérveknél régebben *Wullstein* (1) azt ajánlotta, hogy a beleket, a gyomrot és a lépet helyezzük vissza és a hasüreget, ill. a sérvkaput annak alsó részétől kiindulva rétegenként zárjuk. A hasüregbe nem helyezhető májat a sérvkapu felső részébe üregképződés nélkül varrjuk be és egy bőrlebeny kettőzettel rögzítsük a bordaívhez. A májat tartalmzó hasfali sérvek megszüntetése a későbbi években ajánlatos hasfali plasztika által. *Arndt* és *Runge* a nagy, kétségbeejtő eseteket az előlfekvő máj részleges resectiójával oldják meg. Legújabban az amerikaiak az igen nagy sérveknél inguinalis, secrotalis sérvet készítenek és így tudják feszülés nélkül a hasfalon kívül fekvő szerveket a hasüregbe helyezni.

1. ábra

A köldökzsinórszervek konzervatív és műtéti kezelésének vázolása után a következőkben saját anyagunkat ismertetjük:

Kórházunkban 4 év alatt 5 köldökzsinór-sérvet láttunk el, négyet műtéttel, egyet konzervatív kezeléssel. A négy műtéttel megoldott esetünknek részletes tárgyalásába nem bocsátkozunk, csupán műtéteket és a betegek sorsát ismertetjük. Két kis sérves betegünknél az egyszakaszos, extraperitonealis műtétet végeztünk. Ezek gyógyulása szövődménymentes volt. A harmadik már inkább középsúlyos eseteknek számító betegünknél kétszakaszos műtét helyett sajnos, egyszakaszos műtétet végeztünk. Újszülöttünket alig 3 órás korában műtöttük. A műtétnél a tömlőben beleket, kocsányon lógó, anatomiai alakjától eltérő májtömeget találtunk, amelyet a hasüregbe nehezen lehetett belehelyezni. A műtét után 3. nap haspuffadás, ileusos tünetcsoport alakult ki, majd légzési és keringési elégtelenség következtében kis betegünk meghalt. A negyedik újszülöttünk igen nagy sérvét *Kós* (6) eljárásával, bőrhídlebeny eltolással oldottuk meg.

E betegünk a műtét után eleinte lassan gyógyult. Egyhónapos korában jól szopott, súlya emelkedett, a műtéti terület kis 10 fillérnyi bőrnekrosistól eltekintve p. p.-am gyógyult. Sajnos hathetes korában nála pneumonia ptx. alakult ki és az erőteljes gyógykezelés ellenére is exitált.

Gróh (8) könyvének megjelenése után a köldökzsinórsérvek konzervatív kezelésére ajánlott mercu-

2. ábra

rochrom oldatot mi is beszereztük. Ez év februárjában hatalmas köldöksérves újszülöttet szállítottak csecsemőosztályunkra. Mivel az eset sebészi megoldását igen kockázatosnak tartottuk, betegünket *Gróh*-féle eljárás szerint konzervatív kezelésbe vettük. Betegünk kezelését és kórlefolyását bővebben ismertetjük: Felvételi status: F. I. 2200 g-os 1 napos újszülött. Koraszülött küllem. A köldök helyén férfiökölnél nagyobb éles bőrszéllel határolt kocsonyás burokkal fedett terimenagyobbodás, amelyen át mozgó bélkontúrok és a proximális résznél sötétkékes színnel áttűnő májár-

3. ábra

nyék figyelhető meg. A terimenagyobbodás baloldalán az alsó negyedben az elszorított köldökcsonk látható. Feltűnően keskeny mellkas, hydrokephalikus alkatú koponya (KKF. 33 cm, mkf. 26 cm). Belszervi lelet negatív, reflexek jól kiválthatók, erőteljes sírás. Vérkép, vizelet eltérést nem mutat. Az omphalokelet két egymás utáni napon egész terjedelmében mercurochrom oldattal ecseteltük. Ennek eredményeképpen a terimenagyobbodás kismértékben összehúzódott, felszínét pergamenszerű kemény hártya fedte be. A későbbiek folyamán az ecsetelést esetenként csak azon a területen ismételtük, ahol a hártyán kisebb-na-

gyobb repedés keletkezett (főleg a széli részeken). Mi az újszülöttet 5 napig couveuseben tartottuk, és 5 nap után enyhe szorítókötéssel száraz gézzel fedve pólyáztuk. Ezen gondos bőrápolás mellett lefejt női tej táp-

4. ábra

lálására a csecsemő súlya lassan emelkedett. 3 hetes korában fokozatosan szoptatni kezdtük. 6 hetes korban lázak fellépése mellett fején a bal parietalis tájékon kiterjedt oedemával körülvett beszűrődés alakult ki, amelyből egy ízben 10 ml savós váladékot szívtunk le.

A bacterologiai tenyésztés a váladékból penicillin érzékeny streptococcus haemolyticust mutatott ki. Ugyanebben az időben az általános állapot romlása mellett kis kiterjedésű pneumonia is kialakult. Tiotrycin, majd penicillin, streptomycin, diazil hatására általános állapota javult, pneumoniája gyógyult, erysipelasa visszafejlődött, bár az oedema még hosszabb ideig látható volt. Láztalanná vált, a csecsemő ismét jól szopott, súlya emelkedett. Az omphalokele hámosodása ezen idő alatt is előrehaladt, míg végül a csecsemő kéthónapos korában az egész omphalokelet bőr borította be.

A lassan kialakuló hasüregi nyomás fokozódása miatt az utolsó héten mindkét oldalon inguinalis sérv fejlődött ki, amely azonban egyelőre mogyorónyi nagyságot nem haladta meg és jól reponálható volt. Az egyéb fejlődési rendellenességek lehetőségére vonatkozólag meg kell jegyeznünk, hogy a csecsemőnél hydrokephalus is kialakulóban volt. 6 hetes korában a kkf. 36 cm, mkf. 30 cm. Élmény volt a csecsemőosztályon dolgozók részére látni, amint a burok a mercurochrom hatására megkeményedett, összehúzódott, megkisebbedett, ezzel is előmozdítva a belek és a máj hasüregbe való visszahúzódását. A csecsemőt kéthónapos kora után néhány nappal jó általános állapotban 3250 g súllyal, bőrrel fedett omphalokelével adtuk haza, azzal az utasítással, hogy 1—2 éves korában elvégezhető lesz nála a hasfali reconstructio.

A köldökzsinórsérvek kezelése közben szerzett tapasztalataink alapján a magunk részéről *Gosselin* szerinti első csoportba tartozó kis sérvek esetében is ajánljuk műtét helyett a nálunk eddig mellőzött és a betegekre nézve kevésbé megterhelő konzervatív kezelési módot, noha csak egy esetben folyamodtunk ehhez a módszerhez, de a gyógyulás sima lefolyása, a köldökzsinórsérv épsége, a burok elégséges vastagsága és fertőzésmentessége arra mutatott, hogy ezen korszerű eljárás az említett csoportba tartozó esetekben is jobb lehet, mint a szokásos egyszakaszos műtét.

A középnagy sérveknél a szokásos kétszakaszos műtét mellett ugyancsak ajánlhatónak tartjuk a konzervatív kezelési módot, bár a kétszakaszos műtét kevésbé megterhelő a csecsemő részére, mint az egyszakaszos.

Az igen nagy sérveknél a műtét utáni mortalitás magas százaléka miatt, — természetesen ép burok mellett — a konzervatív kezelés szinte egyedül javasolható megoldásnak látszik. A nyitott sérveknél a *Kós*-féle eljárás célszerű.

A konzervatív kezelés semmi esetre sem nélkülözheti a sebész állandó figyelmét, mert a sérv esetleges megnyílásakor haladéktalanul műtétet kell végeznie. A konzervatív kezelés csak a sebész, csecsemőgyógyász és az ápolószemélyzet közös, igen gondos együttműködése mellett vihető keresztül. Teljesen igazat adunk *Kiss-Szabónak* és *Feketének* (10), akik az ilyen csecsemő eredményes ápolását a „csecsemőgondozás magas iskolájának" tartják.

A műtéti és konzervatív kezelési eljárások ismertetésével igyekeztünk felhívni a gyakorló sebészek figyelmét arra, hogy a köldökzsinórsérvek legtöbb esetében a túlzottan radikális beavatkozással szemben a konzervatív eljárás eredményesebb és kevésbé veszélyes.

IRODALOM. 1. *Wulstein—Wilms:* A sebészet tankönyve II. 1929. 209—212. — 2. *Sievers* Zb. Chir. 1929. 53. — 3. *Törő:* Az ember fejl. alapv. 1936. — 4. *Törő:* Az ember fejl. 1942. 475—476. — 5. *Klimkó:* EME Orv. H. O. Ért. 1945. 60 kt. — 6. *Kós:* Szokatlan nagyságú köldökzsinórsérv műtéti megoldása. Archivum Chirurgicum 2. sz. 71—75. old. — 7. *Kós* és *Hortobágyi:* A köldökzsinórsérvek szülészeti és sebészeti vonatkozásai. Magyar Nőorvosok Lapja, 1949. 12. sz. — 8. *Gróh:* Lehrbuch der Kinderchirurgie, 1957. 311—315. old. — 9. *Gross:* The surgery of infancy and Childhood. 1955. 407—422 old. — 10. *Kiss-Szabó és Fekete:* Köldökzsinór (amnion) sérv és therápiája. Gyermekgyógy. 1960. 4. f. 122—126.

TANULMÁNYOK

STATISZTIKAI

Szekszárd Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály

A légzőszervek fertőzéseinek szerepe a keringési elégtelenség kiváltásában

Irta: Meskó Kálmán dr. és Fenyőházi László dr.

A keringési elégtelenség problémáival az utóbbi években sokat foglalkoztak, mégis, ha feltesszük a kérdést, hogy egy régi szívbeteg mikor decompensálódik, erre nehéz felelni.

4—5 évvel ezelőtt feltűnt osztályunkon, hogy a keringési elégtelenséget kiváltó tényezők közt a légzőszervek gyulladásos betegségeinek mily nagy szerepe van. Ezért az anamnesist kiegészítettük azzal a kérdéssel, hogy a beteg hogyan látja, mikor kezdett a régi fulladása súlyosabbá válni, ill. mikor lépett fel először vizenyője és ezen történéseket nem tudja-e valamely más előző betegséggel, vagy életmódjában bekövetkezett változással kapcsolatba hozni. Természetes, hogy e kérdést nem lehet csupán a kórelőzmény segítségével megoldani, tekintetbe kell venni a beteg állapotát is.

A keringési elégtelenség enyhe foka az ún. subdecompensatio néha nehezen, esetleg csak az anamnesis segítségével diagnosztizálható és így hibaforrásokat rejt magában. E betegeket többnyire a járóbeteg-rendelés kezeli. Jelen munkánkban csak a súlyosan decompensaltakat dolgoztuk fel. Az évek óta a decompensatio-compensatio határán álló betegeket csak akkor vettük fel, ha első decompensálódásuk az alábbi időtartamon belül esett.

Ilyen szempontok figyelemvevételével 1956. jan. 1. és 1959. december 31. közt 457 decompensált betegünk volt. Ez körülírt munkaterülettel és felvételi kötelezettséggel rendelkező általános belgyógyászati osztályunk betegforgalmának 4,5—5%-át teszi.

Diagnosis szempontjából 5 csoportba osztottuk betegeinket:

1. Hypertonia következtében fellépő szívizomártalom.
2. Koszorúsérmegbetegedés következtében fellépő szívizomártalom.
3. Rheumaticus szívmegbetegedések.
4. Cor pulmonale.
5. Vegyes csoport.

A legutolsó csoportba számszerűleg kisebb jelentőségű, statisztikai feldolgozásra már nem alkalmas összes egyéb megbetegedéseket foglaltuk össze. Ezek közt szerepel 16 lueses eredetű szívmegbetegedés, 7 heveny carditis (rheumás természetük nem volt bizonyítható) 1 congenitalis vitium, 1 pericarditis tbc. Szerepel továbbá 10 tumoros, 1 leukaemiás és 1 vesegyulladásos beteg, kinél a keringési elégtelenség egyéb szívbetegség nélkül, a fenti alapbetegségekkel kapcsolatban kifejlődött anaemia, toxinaemia, hypoproteinaemia, ill. a következményes szívizomártalom miatt lépett fel (oedeman kívül is volt decompensatiós jel).

Beteganyagunk általános ismertetése, kor, nem, kórjelzés szerinti megoszlása, halálozási adatai a mellékelt táblázaton leolvashatók. A 457 decompensált beteg közül összesen 261-nél találtunk légúti-megbetegedésre utaló jelet. E 261 beteggel fogfoglalkozunk a továbbiakban részletesen.

A 60 rheumás beteg közül 44 szenvedett mitral-stenosisban (22 tiszta, 22 kombinált), a 16 nem stenosisos beteg közé soroltuk a rheumás carditisek azon részét, melyeknél a stenosis nem volt kimutatható, továbbá az aorta vitiumokat s a tiszta insufficientiákat. A 44 stenosisos beteg közül 25, a 16 nem stenosisos beteg közül 7 beteg decompensatiója csatlakozott légúti infectióhoz.

131 betegünknél a beteg statusában légzőszervi megbetegedésre utaló jel egyértelműen és határozottan található volt, anélkül, hogy a beteg kórelőzményéből, vagy esetleg más adatból következtetést lehetett volna arra vonatkozóan levonni, hogy e légúti megbetegedések elsődlegesek, vagy másodlagosak-e.

17 beteg statusában a kórházi felvételkor légúti megbetegedésre utaló jelet nem találtunk, de a beteg kórelőzményében határozottan a következőket állította: hosszabb idő óta tud szívebetegségéről és hosszabb időn át el tudta látni munkáját legfeljebb hegynek menet vagy gyors járáskor érzett nehézlégzést. Digitalist emellett szedett, vagy nem szedett. Az utolsó 1—2 héten elszenvedett influenzája, vagy tüdőgyulladása óta fulladása lényegesen rosszabb, lábai dagadnak, stb. 113 olyan betegünk volt, akiknek kórelőzménye az előzőekéhez hasonló, de ezenkívül statusuk felvételekor légúti megbetegedésre utaló jelet találtunk. Hangsúlyozzuk azonban, hogy nem tekintettük légúti megbetegedésre utaló jelnek a hallgatódzással megállapított bronchitist, hacsak más gyulladásos jelre utaló adat nem volt birtokunkban (pneumoniára utaló rtg.-lelet, purulens köpet, láz, fokozott vvs. süllye-

déssel, mely a továbbiak során nem bizonyult carditisnek); a köpetet folyamatosan figyeltük. A status szempontjából pozitívnek vettük továbbá mindazon betegeket is, kiknél csak utólag a sectio alkalmával lehetett a fenti betegségeket megállapítani. A kiváltó tényezők közt leggyakoribb a bronchitis, grippe s a tüdőgyulladás. (Számszerű előfordulást lásd a táblázatban.)

szerepe a cor pulmonálében. Ez a mi statisztikánkban is látszik, de mint már ismert dolgot most nem részletezzük, anyagunk a cor pulmonáléval kapcsolatban, az eddig ismerteken kívül, nem hoz újat.

Nem tudunk irodalmi teljességre törekedni, de megemlítjük Sodemann és Burch közleményét, kik válogatás nélkül 100 egymás után felvételre kerülő keringési elégtelenségben szenvedő beteg anamne-

Decompensalt betegeink 1956. jan. 1-től 1959. dec. 31-ig

Alapbetegség		Cor pulm.	Hypertonia	Coronaria	Rheuma	Vegyes	Összes
Betegek száma		68	83	166	102	38	457
Férfiak		52	34	108	38	22	254
Nők		16	49	58	64	16	203
Meghalt		13	10	54	23	11	111
60 év felett		34	57	130	21	17	259=57%
50—60 év között		23	23	31	33	11	
40—50 év között		9	3	5	24	6	198=43%
30—40 év között		2			12	2	
30 év alatt					12	2	
Légzőszervi betegség jele van a betegnél	csak statusaban	28	16	55	28	4	131
	csak anamnesisében	0	6	4	4	3	17
	statusaban és anamnesisében	30	10	36	28	9	113
	összesen	58=85%	32=39%	95=57%	60=59%	16	261=57%
Légzőszervi betegség nincs		10	51	71	42	22	196
Kiváltó betegség	pneumonia	6			42		48
	bronchitis	44			101		145
	grippe	3			49		52

A többi betegségeknek számszerűleg kisebb a jelentőségük: tüdőtályog, gangréna, tüdőembolia, putrid bronchitis, tbc. pulm., pleuritis exs. E betegségek 1—3 esetben fordultak elő, táblázatban nem tüntettük fel, statisztikai feldolgozásra semmiképpen sem alkalmasak. Itt említjük a légzőszervtől független kissszámú egyéb betegséget, melyeket betegeink kiváltó oknak véltek: két graviditas, 1 cystitis, pyelonephritis, enterocolitis. *Scherf* és *Boyd*, valamint *Brugsch* könyveikben említik a túlerőltetések, izgalmak, helytelen életmód és táplálkozás, narkózis, műtétek, terhesség szerepét, e tényezők is megtalálhatók voltak anyagunkban, azonban számuk a légúti fertőzéshez képest kicsi volt, s közülük többen több tényezőt is említettek, így számszerű jellemzésüktől eltekintünk.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy 457 keringési elégtelenségben szenvedő betegünk közül 130, azaz 28% állította azt, hogy megfigyelése szerint a régi szívbajának rosszabbodása, ill. a keringési elégtelenségének kialakulása a felvétele előtti hetekben elszenvedett légúti infectio következménye. Ezenkívül még 131 betegnél (29%) lehetett légúti fertőzést kimutatni, ami súlyosbította az alapbetegséget. Összesen 457-ből 261-nél azaz 57%-ban találtunk légúti fertőzést. Az utóbbi évek folyamán teljesen közismert lett a légúti fertőzések óriási

sisét vizsgálták a fenti szempontok szerint és ebből keringési elégtelenséget kiváltó tényezőként 20 esetben a túlerőltetést és 18 esetben valamilyen infectiós betegséget találtak. Más Flint statisztikája, ki Sheffield kórházába (angol iparvidéken) kb. 1 éven át felvett 300 decompensált beteg adatait dolgozta fel és ebből 156-nál azaz 52%-ban állapította meg, hogy a keringési elégtelenséget légúti infektio váltotta ki. S ezenkívül még 11 esetben talált légúti infectiót, mint intercurrens súlyosbító megbetegedést.

Saját eseteink a fenti két irodalmi adat közt foglalnak helyet. Ha az anamnesistől függetlenül az összes légúti fertőzés előfordulását nézzük, akkor adataink közel kerülnek Flint számaihoz (mi 57%, Flint 55%-ban talált légúti infectiót).

Betegeink közül 111 exitált, 110 esetben sectio történt. E 110 eset közül 82 esetben talált a kórboncnok purulens bronchitist, pneumóniát vagy tüdőtályogot. 21 esetben légúti infectiót nem találtunk, sem a boncolásnál, sem az azt megelőző kórházi észlelés alatt. Itt említjük meg, hogy a vegyes csoportba sorolt betegek közül 7 tumoros beteg exitált. Ez utóbbi betegek vizsgálatánál és sectiójánál nem találtunk légúti fertőzésre utaló jelet.

A hatásmechanismus megítélésénél gondolni kell arra, hogy bal szívfél-elégtelenség esetén ke-

letkező tüdőpangás a bactériumok elszaporodására kedvező körülményeket teremt. Az ilyen betegek könnyen kapnak hörghurutot, tüdőgyulladást. Ha ez bekövetkezik, ez hypoxiához vezet, ill. a meglevő hypoxiát súlyosbítja. A hypoxia nagy jelentősége a cor pulmonáléban ismeretes, a kisvérköri hypertoniát, a cor pulmonále legfőbb tünetét okozza. Beteganyagunk több mint fele 60 évesnél idősebb (57%) s pontos megfigyelés esetén nyilvánvaló, hogy sok betegünknél hypertonia, arteriosclerosis és cor pulmonale ill. cor pulmonalehoz vezető betegségek együttesen károsították a beteg szívét.

Véleményünk szerint tehát a légzőszervek gyulladásos megbetegedései nem egységes módon károsítják a keringést. Anyagunk nem mond ellent azon régi tapasztalatnak, hogy a keringési elégtelenségben szenvedők könnyen kapnak pneumóniát, vagy bronchitist ill. keringési elégtelenségben elhaltak boncolásánál gyakran található bronchitis vagy pneumónia. Ennek fordítottját viszont bizonyítja: a régóta szívbetegségekben szenvedő embereknél az intercurrens influenzák, hörghurutok és tüdőgyulladások keringési elégtelenség kialakulását siettetik, s ha ez így van, akkor ebből következik, hogy az említett betegségek a meglevő decompensatiót tovább rosszabbítják. Szinte circulus vitiosusról lehet beszélni.

Összefoglalás: 4 év alatt osztályunkon 457 súlyos keringési elégtelenségben szenvedő beteg került felvételre. Ezeknek több mint fele (57%) egyben a légzőszervek gyulladásos betegségeiben is szenvedett. A kórelőzmények tanulmányozása során az a véleményünk alakult ki, hogy a betegek 28%-ánál a légzőszervek gyulladásos megbetegedése váltotta ki a keringés elégtelenné válását, s további 29%-ban rosszabbította a már decompensált keringést.

IRODALOM. *Flint:* Brit. Med. J. 1954. 2. 1018—1022. — *Scherf* u. *Boyd:* Klinik und Therapie der Herzkrankheiten u d. — Gefässerkrankungen. Wien, Springer Verlag, 1951. 59. o. — *Brugsch:* Kardiologie, Hirzel Verlag Leipzig, 1955. 380. o. — *Sodeman* és Burch: idézve *Scherf* és *Boyd*-tól.

RITKA kórképek

Budapesti Orvostudományi Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika

Arteria lienalis aneurysma operált esete

Irta: Vidonyi Miklós dr. és Molnár János dr.

Az arteria lienalis aneurysmája, ha nem is gyakori, de nem is tartozik a legritkább elváltozások közé. Jelentőségét elsősorban az adja, hogy rupturája legtöbbször halálos végű szövődmény.

Előfordulási gyakoriságát a szerzők sectiós anyagon 0,038—0,08%-ra teszik, azaz kb. 1500—2000 sectióra esne egy eset.

Beaussier észlelt először 1770-ben art. lien. aneurysmát sectiónál, közleménye a Toulouse-i sebészeti lapban jelent meg. *Winkler* 1903-ban végezte az első sikeres műtétet: az aneurysma és a lép eltávolítását, műtéti mellékleletként észlelt aneurysma esetében. *Högler* diagnosztizálja először élőben 1920-ban surranás és tapintható pulsáló tumor alakjában. A beteg nem került műtétre, de a későbbi sectio a diagnózist igazolta. Röntgenvizsgálat segítségével *Lindboe* 1932-ben ismerte fel először az elváltozást. *Anderson* és *Gray* 1929-ben már 58 esetet gyűjtöttek és ez a szám 1950-ben *Sherwin* és *Gordimer* közleménye szerint 144-re emelkedett. Műtéttel sikeresen gyógyított arteriovenosus aneurysmák is ismertek *(Sigwart, Krebs, Evans).*

A legnagyobb gyűjtőmunka *Owens* és *Coffey*-től jelent meg 1953-ban. A világirodalomból saját eseteikkel együtt 204 közölt esetet dolgoztak fel részletesen. Gyűjtött eseteik legnagyobb része csak mint sectiós melléklelet került észlelésre, vagy pedig az aneurysma rupturája következtében éppen a halál oka volt. 1953-ig összesen 64 beteg került csak műtétre és ezek közül 34 halt meg. Ez az összes operált esetekre vonatkoztatva 51% mortalitásnak felel meg. Természetesen e 64 operált eset között rupturált aneurysmák is szerepelnek, ami érthetővé teszi ezt a magas mortalitási százalékot.

1953 óta a hozzáférhető irodalomban további 53 eset került közlésre. Tehát 257-re tehető a műtéttel vagy sectióval igazolt esetek száma. Ezek közül 104 került műtétre és 59 a túlélők száma.

Hazánkban *Bochor* és *Mayer* közölt 1928-ban egy-egy halálos kimenetelű rupturált esetet, majd *Pongrácz* és *Fodor* 1957-ben ismertetett egy szintén halálos kimenetelű gyomorba perforált, rupturált lienalis aneurysmát. *Kabay* 1951-ben az Orvosi Hetilapban egy halálos kimenetelű ruptura kapcsán részletesen foglalkozik a kórkép aetiológiájá-

val, tünettanával, pathológiájával. E kérdésekben az utóbbi évek változást nem hoztak, ezért *Kabay* felosztása megfelelőnek látszik és így aetiológiai factorként főleg arteriosclerosis (60%-ban), endocarditises eredetű mycoticus embolia (25%-ban) tehető felelőssé az aneurysma képződéséért, e mellett congenitalis érfaldefectus, lues, infectio, arosio, vagy trauma szerepelhet kiváltó okként.

Az elváltozás nőkön kétszer gyakoribb és érdekes a ruptura viszonylagos gyakori előfordulása terhesség alatt. *Owens* és *Coffey* 204 esetből 31 terhesség alatti rupturát gyűjtött össze, melyek közül 14 került műtétre és közülük 3 gyógyult, tehát ruptura esetén is hozhat gyors beavatkozás sikert. Az aneurysma rupturálhat a retroperitoneumba (40%), vagy a szabad hasüregbe (38%), esetleg szomszédos szervekbe (gyomor 10%, colon 7%, stb.). *Schultze* 1905-ben choledochusba történő perforatiót is észlelt. Számos szerző gyakorlatilag 100%-ra teszi a ruptura mortalitását, ezen megállapítást cáfolja az irodalomban eddig közölt, terhesség alatti rupturákat is beleszámítva, 14 gyógyult eset. Első sikeres műtétet ruptura esetén *Brockman* végezte 1930-ban. 1958-ban *James* saját esetével együtt 10-et gyűjtött és azóta négy újabb eset került közlésre.

Műtét előtt a diagnózis csak igen ritkán állapítható meg. *Owens* 1953-ban még csak 14 ilyen esetet talált, azóta a bal hypochondriumban fellépő, bizonytalan hasi fájdalmak, emésztési zavarok, splenomegalia esetén történő vizsgálat során, a röntgenvizsgálat több esetben biztosította a diagnózist. A kérdéssel foglalkozó szerzők nyomatékkal mutatnak a röntgenvizsgálat fontosságára, bár a fali meszesedés, mely rendszerint gyűrűalakú árnyék formájában jelentkezik a röntgenvizsgálatnál, csak 10—15%-ban áll fenn. Gyanú esetén splenoportographia végezhető.

A műtéti megoldást illetően ma már kialakult nézet, hogy az arteria lienalis ligaturája után splenectomia és az aneurysma eltávolítása a választandó eljárás. *Ronnen* 1953-ban 5 esetet ismertet, melyeket röntgen segítségével diagnosztizált, de műtétre a betegek nem kerültek. Ezt ma már nem helyeselhetjük, hiszen a ruptura veszélye és igen nagy mortalitása indokolttá teszi a műtétet annál is inkább, mert nem rupturált esetekben az 1953 óta gyűjtött 28 esetben műtéti mortalitás nem volt.

Röviden ismertetjük saját esetünket:

1959. II. 4-én S. I. 47 éves nőbeteget vettük fel klinikánkra. Kb. két év óta fennálló, utóbbi két hónapban kifejezetten fokozódó, általában étkezés után fellépő gyomortáji fájdalmai vannak, 10 kg-ot fogyott.

St. pr. Astheniás typusú, sovány, kp. fejlett nőbeteg. Epigastrialis nyomásérzékenységen kívül külső vizsgálattal kóros eltérés nem észlelhető. Tensio: 130/90. Szokásos laboratóriumi vizsgálatok normális értékeket adnak. Próbareggeli hypaciditast mutat. Mellkas átvilágítás: Tüdő, szív negatív.

Cholecystographia: Intensiv epehólyagtelődés. Negatív kőárnyék nem látható.

Gyomorbél-röntgen: Jó tónusú, horog alakú, két ujjal a crista vonal alá érő gyomor. Vaskos nyálkahártyaredőzet. A cardia alatt 6 cm-re a kisgörbületi oldalhoz közelfekvően a hátsó falon borsónyi, lapos telődési többlet. A célzott felvételeken ezen magasságban a gyomor kisgörbületi conturjától medialisan nagymogyorónyi, vékony, meszeshéjú árnyék látható (1. ábra). Gyomor ürülése és bélpassage kóros eltérést nem mutat.

Kétirányú felvétel a bal rekesz alatti tájról: Bal oldalt a XII. háti csigolya alsó széle magasságában a csigolyától kb. 1 harántujjal lateral felé nagymo-

gyorónyi, gyűrűalakú, mészintensitású árnyék látható, mely oldalirányú felvételen a csigolya ventralis széle elé vetül.

Diagnózisunk ulcus ventriculi. A felvételen észlelt gyűrűalakú árnyékkal kapcsolatban meszes falú aneurysma lehetősége merül fel.

A beteg kora (47 év), az ulcus elhelyezkedése (ventr.) és a beteg kifejezett panaszai miatt műtétre határoztuk el magunkat. Műtéti terv exploratio, magas gyomorresectio.

Műtét 1959. II. 12. Felső med. lap. A cardia alatt kb. 4 cm-rel a röntgen által leírt helyen, fillérnyi területen, kifejezett hegesedés, e helyen a gyomrot összenövések rögzítik a májhoz. A gyomor előemelése után exploráljuk a pancreas környezetét és a pancreas felső szélénél, annak distalis harmadában megtaláljuk a nagymogyorónyi, a röntgenfelvételen észlelt, meszeshéjú aneurysmát, mely a lienalisból indult ki. Az aneurysma igen vékonyfalú, felerészben rugalmas, meszeshéjú. Az arteria lienalis resectiója és splenektomia után pontos vérzéscsillapítás, majd subtotalis ferde gyomorresectio (varratvonal a heges területen keresztül), retrocolicus Billroth II. typusú sarokanastomosis Lép ágyába gumidrain, réteges hasfalzárás.

Műtét utáni második napon a drainen keresztül bőséges véres savó ürülése indul meg, melynek fokozódása miatt (vvt 2 300 000) relaparotomiára határozzuk magunkat azzal a feltételezéssel, hogy a lép ágyából vérzés indult meg (ligatura lelökődés?).

Műtét: Intratrachealis narcosis. Behatolás a kétnapos műtéti seben keresztül, a hasüregben kb. liternyi folyékony vér. A léphilus helyének megfelelően két helyen minimalis vérszivárgás észlelhető, ezeket elláttuk, ezenkívül kóros eltérést nem találtunk. Lép helyére fibrostan szivacs, 1 gazecsík, 1 gumidrain, réteges hasfalzárás.

Ezután a betegnél pneumonia alakult ki, majd ileus lép fel, mely állandó szívás, peristalticát fokozó szerek alkalmazására megoldódott.

A beteg műtét óta fennálló láza septicus jellegűvé válik. Bár a beteg bélműködése rendeződött, a has puffadtsága változatlan. A bal rekesz alatt a röntgen folyadéknívót jelez, mely fokozatosan nagyobbodik (absc. subphren.). Baloldali lateralis subcostalis behatolásból férfiökölnyi nagyságú rekesz alatti tályogot tárunk fel, melyből kb. 200 ccm sűrű, bűzös genny ürül. Medial és lateral irányban behelyezett gumicső között a hasfalat egyesítjük.

Három nappal a rekesz alatti tályog feltárása után a draincsöveken keresztül híg gyomorbennékre utaló savós váladék ürül. Gyomor-röntgenvizsgálat: A kis gyomorcsonk lateralis oldalán az alsó szakaszon az anastomosistól 2 cm-re sipolyjárat mutatható ki, melyen keresztül a csonkból a kontrasztpép a rekesz alatti draincsövek felé jut. A csonkból az ürülés akadálytalan.

A fennálló gyomorsipoly (fali necrosis, arteriae gastricae breves) miatt az oda- és elvezetőkacsba külön szondát vezetünk és az odavezető részt szívás alá vesszük. A beteget a másik szondán tápláljuk. A beteg állapota fokozatosan javul, a has puffadtsága megszűnik, a draincsöveken keresztül a váladékozás csökken, septicus állapota azonban továbbra is fennáll. Gyomorsipolya spontán gyógyul.

Szívást megszüntetjük, a szondákat eltávolítjuk és a beteget per os tápláljuk.

A beteg lázas állapota ellenére erősödik, étvágya javul. A draincsöveken keresztül a tályogüreget naponta átöblítjük. Az öblítések alkalmával bűzös, fibrinszivacs maradékok ürülnek. A váladékozás ezután minimálisra csökken. Septicus lázas állapota ennek ellenére sem szűnik meg. Douglas tályogot találunk, melyet per vaginam nyitunk meg: kb. 200 ccm bűzös genny ürül, drainage.

A beteg ezután fokozatosan láztalanná válik, erősödik, a draincsövek eltávolítása után gyógyultan, panaszmentesen távozik. A kórlefolyást tehát postoperatív vérzés, pneumonia, ileus, subphrenicus tályog, gyomorsipoly, Douglas tályog zavarta.

Az esetet közlésre méltónak véltük, mert art. lien. aneurysma előfordulása viszonylag ritka és diagnosztizált, operált, gyógyult esetet hazai szerzők eddig nem közöltek.

Összefoglalás. Szerzők a hazai irodalomban először számolnak be art. lien. aneurysma operált, gyógyult esetéről. Irodalmi áttekintés után részletesen ismertetik saját esetüket.

IRODALOM: 1. *Anderson W., Gray J.*: Brit. J. Surg. 1929. *17*, 267. — 2. *Beaussier:* Zit. Owens, Coffey. Int. Abstr. Surg. 1953. *97*. 313. — 3. *Berger S., Forsee H., Furst N.*: Ann. Surg. 1953. *137*, 108. — 4. *Bochor A.*: Orv. Hetil. 1928. *536*. — 5. *Brockman R. St. L.*: Brit. J. Surg. 1930. *17*. 692 — 6. *Chalmers J. A.*: Brit. J. Surg. 1949. *37*, 86. — 7. *Culver G. J., Pirson H. S.*: Radiology. 1957. *68*. 217 — 8. *Davis:* J. A. M. A. 1925. *84*. 200. — 9. *Downs R.* és munkatársai: Ann. Surg. 1955. *141*. 268. — 10. *Evans R. M.*: Lancet. 1954. *2*. 846. — 11. *Gillam J. F. E.*: Brit. Med. J. 1942. *1*. 69. — 12. *Henschen C.*: Schweiz. Med. Wschrift. 1928. *164*. — 13. *Högler F.*: Wien. Arch. f. Inn. Med. 1920. *1*. 543. — 14. *Hughes E., Joske R. A.*: Med. J. Austr. 1955. *2*. 188. — 15. *James C. L.*: Amer J. Surg. 1958. *96*. 18. — 16. *Kabay L.*: Orv. Hetil. 1951. *45*. 1462. — 17. *Krebs P.*: Die Medizinische. 1958. 526. — 18. *Lamy M., Ameline A.*: Mem. Akad. Chir. 1954. *80*, 577. — 19. *Lindboe E.*: Acta Chir. Scand. 1932. *72*. 108. — 20. *Machemer W., Fuge W.*: Arch. Surg. 1939 *39*. 190. — 21. *Marioni E., Pellegrini G.*: Arch. Ital. Chir. 1959. *84*. 313. — 22. *Marshall C. J.*: Brit. J. Surg. 1922. *9*, 570. — 23. *Mayer E.*: Zbl. Gynecology. 1928. *12*. 754. — 24. *Owen O. E., Holmes J., Scanell T.*: Lancet. 1957. *2*. 325. — 25. *Owens J., Coffey R.*: Int. Abstr. Surg. 1953. *97*. 313. — 26. *Palmer T. H.*: New England J. Med. 1950. *243*. 989. — 27. *Parsons C. G.*: Brit. J. Surg. 1937. *24*. 708. — 28. *Pongrácz F., Fodor I.*: Orv. Hetil. 1957. *46*, 1280. — 29. *Riemenschneider P. A.*: Amer. J. Roentgenol. 1955. *74*. 872. — 30. *Ronnen J. R.*: Acta Radiol. Stock. 1953. *39*. 385. —. 31. *Rozenstrauch L. Sz.*: Vesztnyik Roentgenologii i Rad. 1951. *6*. 17. — 32. *Roux M., Binet J. P.*: Presse Med. 1954. *400*. — 33. *Schultze W.*: Beitr. Path. Anat. 1905. *38*. 374. — 34. *Shands W. C., Johnston J. H.*: Arch. Surg. 1958. *77*. 970. — 35. *Sheps G.*, és munkatársai: Proc. Mayo Clin. 1958. *33*. 381. — 36. *Sherwin B., Gordimer H.*: Ann. Surg. 1950. *131*. 599. — 37. *Sigwart H.*: Der Chirurg. 1953. *24*. 318. — 38. *Tagart R. E. B.*: Brit. J. Surg. 1952. *39*. 469. — 39. *Tomsykoski A. I.*: Amer. J. Obst. Gyn. 1953. *66*. 1264. — 40. *Ward—McQuaid J. N.*: Brit. Med. J. 1958. *5085*. 1448. — 41. *Williams R. W., Harris R. B.*: Arch. Surg. 1954. *69*. 530. — 42. *Winkler V.*: Zbl. Chir. 1905. *32*. 257. — 43. *Wood W.*: Arch. Int. Med. 1954. *93*. 633. — 44. *Zummo B. P.*: Surg. Gyn. Obst. 1912. *95*. 512. —

Carbunculus, furunculus, panaritium kezelésére

SEPTOCHOL sebhintőpor

Új készítmény. SZTK TERHÉRE SZABADON RENDELHETŐ

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Budapesti XXII. ker. Szakorvosi Rendelőintézet, Fül-, Orr-, Gégerendelő

A rhinoallergosisok helyi hydrocortison-depot kezelése

Irta: Erődi Antal dr.

A rhinoallergosisok mint a vegetatív idegrendszer dystoniás megnyilvánulásai a legutóbbi időkig is a makacs és nehezen befolyásolható kórképek közé tartoztak. Aetiologiájuk szövevényes volta körülményessé tette specifikus therapiájukat is. A fajlagos allergennek bőrtest seriákkal való kísérletes felkutatása és ritka esetben sikeres azonosítása, majd a hosszadalmas desensibiláló injectiós kezelés általánosan csak kevéssé honosodhatott meg. A glycocorticoidok therapiás alkalmazása ezzel szemben adaequat, hatásos és gyakorlatias gyógymódnak látszik.

Közleményünkben a glycocorticoidok antiallergiás rhinologiai gyógyhatásáról óhajtunk beszámolni, nevezetesen rhinitis allergica esetekben depôtszerűen alkalmazott hydrocortison—retardillin-kezelések másféléves tapasztalatairól és eredményeiről.

A parasymp. (cholinerg) végkészülékek sensibilisatiós izgalmára, mint ismeretes, fokozódik a könny, az orr és nyálmirigyek működése; az orrnyálkahártya erei tágulnak, a kagylók duzzadnak. Rhinoallergiáknál is ezen tünetek állnak előtérben: az orrváladék híg, néha mucopurulens, a fő panaszt az orrdugulás és tüsszentési hajlam képezi. A dugulás éjszaka többnyire fokozódik, amely ugyan egyrészt a fekvő helyzettel kapcsolatos, másrészt azonban a vegetatív idegrendszer napi ritmusával magyarázható. Ennek lényege, hogy a szervezet éjszaka physiológiásan is vagotoniás phasisban van, amely csak a hajnali órákban csap át sympathicotoniás irányba *(Takács)*.

A glycocorticoidok mint a vascularis szövetreactiók (allergia, gyulladás stb.) specifikus hormonjai célzottan éppen a rhinoallergiás kórformák eseteiben fejtik ki értékes hatásukat a folyamatok pathológiás részfaktorainak elnyomása útján. Csökkentik az orrnyálkahártya erejnek permeabilitását, az exsudatiót, oedemát, akadályozzák a lobszövetképződést a hystiocyták fejlődésének gátlása útján, (gátolják a polypképződést) a rhinitis hypertrophica kialakulását. Azáltal pedig, hogy az invasiv csirok és toxinok propagatióját nehezítik meg a hyaluronidase-képzés gátlásával, közvetlenül is antiphlogosist, illetőleg antiallergiás hatást fejtenek ki. Végeredményben helyi viszonylatban normalizálva a dystonia állapotát, megszüntetik a sensibilisatiót, a túlérzékenységet.

A glycocorticoidok eme célzott hatásspectrumának előnyeit utóbbi évek során már számos szerző kamatoztatta rhinoallergiás esetekben: *Caligaris, Soliman, Claverie, Barbet, Rózsa és Ribáry* spray-kezeléssel, ecseteléssel, *Gentschy, Stackelberg, Lacke stb.* porbefúvással, míg a kagylókba ill. a polypok basisához adott corticoid injectiókkal és per os adagolással: *André, Sergent, Joly* és mások.

Hydrocortisonnak az arcüregbe való depotszerű alkalmazásáról *Sergent* és *Joly* közleményén és *Frigyes* beszámolóján kívül más adatot nem találtam. Az általuk subchron. sinusitisek eseteiben közölt sikerek nyomán módosított methodikával mi is valóban meglepő és meggyőző eredményeket értünk el másfél év alatt. Már az első próbálkozás, (önkísérlet) meglepően jó eredménnyel járt: a több mint egy esztendő óta húzódó kétoldali gennyes arcüreggyulladásból visszamaradt inveterált allergiás Highmooritisem, amely előzőleg mindmegannyi antibiot., sulfamid-, antihistaminkezelésekkel, öblítésekkel szemben már teljesen refractaer volt, hetenként egyszeri, összesen öt ízben kapott kétoldali arcüregöblítésre és helyileg alkalmazott hydrocortison—retardillin depôt-kezelésre tökéletesen és véglegesen gyógyult.

Kétségtelennek látszik, hogy az idültté váló, főleg kétoldali sinusitisek jelentős százaléka allergiás jellegű. *van Dishoeck* és *Franssen* a bilateralis esetek 81 és az egyoldaliak 44%-ában állapítottak meg allergiás jelleget. Figyelmet érdemel nevezett szerzők azon felfogása is, hogy a heveny és idült orrmelléküreg-gyulladások aetio-pathologiai szempontból is eltérnek egymástól. Az acut esetek fertőzések során lépnek fel s hamar gyógyulnak, az idült alakba való átalakulást viszont többnyire egyéb tényezők, igen gyakran allergiás faktorok okozzák. (A *Rost*-f. beosztás kombinált allergosisai.) Ezek szerint magyarázatot nyerünk egyes radicalisan operált betegek orrmelléküreg folyamatának további fennmaradására is. Mi is észleltük számos esetben, hogy olyan betegek, akiknél a rhinoallergia legjellegzetesebb symptomái uralták a kórképet, a tünetek tetőpontján nagy mennyiségű melléküreg eredetű mucopurulens váladékot termeltek, míg az állandósult és hónapokig fennálló „dugasznáthás" (Stockschnupfen) állapotukban melléküreg eredetű váladékot nem produkáltak. Ezeknél tehát nem idült gennyes melléküreggyulladásról, hanem rhinoallergosisról volt szó. Fenti meggondolás alapján rhinoallergiás betegeinket melléküregi váladéktermelésük szerint rhinitis allergica (RA), illetőleg sinusitis allergica (SA) alcsoportokra osztottuk. Valamennyi positiv öblítésű SA. esetünkben az Rtg.-felvétel is többé-kevésbé intensiv fedettséget

mutatott, míg az RA esetek csupán mérsékelt fátyolozottságot, illetőleg homályt. A kifejezetten gennyes sinusitisekkel ellentétben a fejfájásos panaszok enyhébbek, hőemelkedéses panaszok ritkák voltak, RA esetekben hiányoztak. Mindkét csoport symptomatologiájának homlokterében ott szerepelt viszont a többnyire respiratoricus jellegű hyp., illetve anosmia, amely azonban az esetek többségében már a 2—5. kezelés után a visszatérő szaglóképességnek adott helyet. A tüsszentési hajlam valamennyi esetünkben megnyilvánult. A kórkép legdominánsabb, egyben legkellemetlenebb tünete az orr állandó vagy időszakos dugulása volt. Ennek intensitását a gyakorlatban a betegek által állandóan igényelt vasoconstrictiós Naphtylkészítmények (Naphazolin, Histasolin, Imidin) használatának gyakorisága jellemezte.

A hydrocortison-kezelés ez irányú kedvező hatására jellemző volt R. A.-né 62 éves f. év V. 30-án kezelésbe vett betegünk esete: Három év óta fennálló súlyos rhinitis allergica. Állandósult orrlégzési akadályozottság, erősen duzzadt kagylók, vizenyős orrváladék, anosmia. A Rtg. enyhe kétoldali arcüregi homályt mutat, próbacsapolás negatív. Tüsszentési, könnyezési hajlam, ritkán enyhe fejfájás. Az addig alkalmazott antihistaminos stb. szerek eredményre nem vezettek. A beteg előzőleg már hónapok óta Naphazolinnal élt. Az első kezelés után naponta már csak háromszor, a második után naponta csak egyszer, a harmadik kezelés után pedig már csak kétnaponként egyszer használta az orrcseppeket, a szagokat kezdte érezni, az ötödik kezelés után saját értékelése szerint már 80%-kal érezte jobban magát.

Összesen 12 (5 RA. és 7 SA.) esetben (5 férfi, 7 nő) alkalmaztunk hydrocortison-depôt kezelést. A betegek életkora 15 és 73 év között mozgott, morbiditásuk időtartama: 2 hónap és 20 év között váltakozott. Az esetek zöme (egy kivételével) kétoldali folyamat volt. A betegek fele hyp., másik fele anosmiában szenvedett. Utóbbiak fele gyógyult, a többi javult, egy eset kivételével, amely a kezelésre nem reagált. A betegek 3—5 alkalommal részesültek heti 1—1 kezelésben. A 12 eset közül 8 gyógyult, 4 javult, 1 refractaer maradt. A javult esetekben (inveteráltak) a javulás mértéke a betegek saját megállapításai szerint 20—80%-os volt. — Összeredmény: gyógyult 66%, javult 25%, refractaer volt 9%.

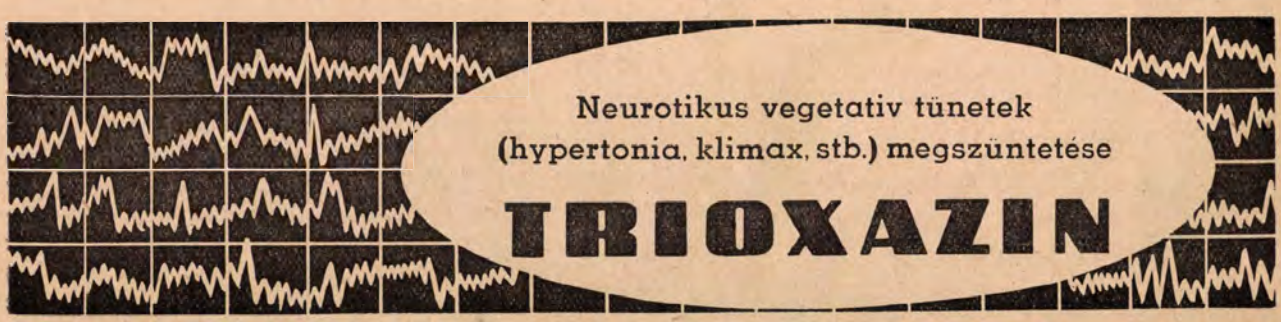
Kezelési methodica: Betegeinknél az arthropathiás betegek intraarticularis hydrocortison-kezelési elveivel egyezően hetenként 1—1 HC. depôt-t alkalmaztunk az érintett oldali arcüregekbe. SA. esetekben előzetes öblítéssel, RA. esetekben öblítés nélkül. Egy-egy üregbe 12,5 mg (½ ml) hydrocortison microkristály injectiót (jól felrázandó) + ½ ampulla (200 000 I. E.) retardillin mite elegyét instilláltuk.

Választásunk azért esett a kombinációra, mert 1. A Retardillin flocculáló és sedimentatióra hajló tulajdonságai alkalmasak az elegy üregi expositiós idejének prolongálására, 2. Mert eleget akarunk tenni annak a követelménynek, hogy a HC.-nak esetleg bacteriálisan fertőzött területen történő alkalmazása esetén antibioticumot is adagoljunk. 3. Tapasztalataink szerint a Retardillin — sulfamidokkal ellentétben — nem rontja a HC. hatásfokát.

A therapia előnyei: 1. A hetenként csupán egyszeri kezelés. 2. Az arcüregek, mint orrüregi reservoirok kínálkozó alkalmat nyújtanak depotkezelésre. 3. A kezelés veszélytelen, felszívódás minimális, melléktüneteket nem okoz. 4. A kezelés gazdaságossága: az 5—10 alkalomra elegendő HC. mikrokrist. inj. alig kerül többe egy Retardillin forte áránál. 5. Kiemelendő a gyors és inveterált esetekben is megnyilvánuló eredmény.

Összefoglalás: Szerző a rhinoallergosisok helyi hydrocortison depôt-kezelésének másféléves kedvező tapasztalatairól számol be.

IRODALOM. 1. *André P.:* Ann. d. Oto-Lar. 1957. 74, 834—851. — 2. *Barbet I.:* Rev. de Lar. etc. 1957. 78, 727—731. — 3. *Caligaris F.:* Minerva otolar. (Torino) 1958. 8, 132—136. — 4. *Claverie G.:* Rev. de Lar. etc. 1958. 79, 132—133. — 5. *Dishoeck H., Franssen M.:* Pract. otol. etc. (Basel) 1957. 19, 502—506. — 6. *Frigyes L.:* Szakoszt. előadás: 1958. — 7. *Issekutz B.:* Gyógyszertan Bp. 1955. — 8. *Kaiser—Meinhard I.:* Fül-orr-gégegyógyászat. 1960. 2, 49—51. — 9. *Lacke C. et alii:* Eye, Ear, Nose a Throat Mthl. 1958. 37, 176—178. — 10. *Rózsa, Ribáry:* Szakoszt. előadás, 1959. — 11. *Rost:* cit. Kaiser—Meinhard. — 12. *Sergent et Joly:* Bol. esp. Otorrino-lar. 1958. 11. Nr. 4. 39—41. — 13. *v. Stackelberg C.* és *Gentschy E.:* Münch. med. Wschr. 1959. 101, 863—865. — 14. *Soliman A. et alii:* J. Laryng. Otol. 1958. 72, 571—579. — 15. *Takács I.:* Magy. meteor. tság. időszaki köz. 1956.



KAZUISZTIKA

Központi Állami Kórház Sebészeti Osztálya

Solitaer coecum diverticulitis

Irta: Magyary Ferenc dr.

A vastagbél diverticulumai nem tartoznak a ritka kórképek közé, a coecumon való előfordulásuk azonban — a vastagbél egyéb szakaszaihoz képest — ritka. *Ochsner* szerint a colon diverticulumainak 41%-a esik a sigmára és csak 1,3%-a a coecumra. A Mayo-klinika 31 838 irrigoscopiás vizsgálata során 85%-ban (26 562 esetben) a sigmán és descendensen, 6%-ban (1910 esetben) a rectumon és csak 5,7%-ban (1814 esetben) a coecumon találtak gurdélyt (1). *Sprigg* és *Marker* 1000 rutin colon rtg-vizsgálatánál 100 esetben talált diverticulumot, ebből csak 7 (7%) volt a coecumon (2). Ugyancsak a Mayo-klinika anyagában 700 diverticulitis közül 9 keletkezett a coecumon.

A coecum diverticulumai — a vastagbél egyéb helyén előfordulókkal ellentétben — csaknem kivétel nélkül solitaerek (3). Elhelyezkedés szerint leggyakoribbak a Bauhin-billentyű síkjában, az anterolaterális vagy medialis falon (4). Férfiakon, nőkön az előfordulás aránya nagyjából azonos. Az első coecum diverticulitist (továbbiakban: c. d.) *Potier* közölte 1912-ben (5). Azóta 1952-ig *Lauridsen* és *Ross* 153 esetet gyűjtöttek össze (4). Ezek 72%-a valódi diverticulum volt.

A coecum diverticulum keletkezésének oka pontosan nem tisztázott. Jórészük valószínűleg congenitális eredetű. *Greensfelder* és *Hiller* már 1929-ben megállapították — s vizsgálataikat később *Cove, Kelly, Hurdon* és *Gladstone* is megerősítették, — hogy a coecum diverticulum residuális formája annak a kiboltosulásnak, mely az embryonális fejlődés hatodik hetében jelenik meg a coecumon s mely normálisan eltűnik még a valódi appendix kifejlődése előtt (*Gladstone* „transient appendix"-nek nevezi). Ha ez a visszafejlődés elmarad, diverticulum keletkezik (4, 6).

A szerzett diverticulumok lehetnek pulziósak és trakciósak. Keletkezésüknél számos tényező játszhat szerepet: gyulladások a bélfalon, nyomásfokozódás a coecumban (obstipáció, tumoros szűkület); portális pangás (7). Okozhatja hasűri összenövések vongálása. Több esetben korábbi appendektomia után, a csonk helyén találták (csonktályog?) (8,9). Gyakran ott keletkezik, ahol az erek átfúrják a musculáris réteget, különösen, mikor már a bélfal izomrétege gyengébb, rugalmassága csökkent. Talán ez az oka részben, hogy előfordulása leggyakoribb a negyedik évtizedben.

A diverticulum gyenge musculáris rétege a belekerült béltartalmat nehezen tudja kipréselni a keskeny szájadékon át a béllumen felé, a bélsár pang, víztartalma felszívódik és az esetek kétharmadában koprolit képződik. Ha a gurdély tartalma ki tud ürülni, a gyulladás visszafejlődhet, chronikussá válhat, többször recidiválhat. Ellenkező esetben a pangás, decubitálódás miatt létrejött gyulladás továbbterjedve, lobos tumort okozhat. Ez az ún. diverticulitis fibroplastica (10, 11). További súlyos szövődmények: perforáció, lokális vagy diffúz peritonitis, tályogképződés; a szomszédos szervekbe vagy a hasfalba perforálva sipolyképződéshez vezethet.

A c. d. tünetei — a betegség helyénél és jellegénél fogva — megtévesztésig utánozzák az appendicitist. A fájdalom helye típusos, jellege többnyire kevésbé heves. *Lauridsen* értékelhető különbségként hangsúlyozza, hogy nausea és hányás ritkább, mint appendicitis kapcsán, ez utóbbinál 78%-ban, c. d.-nál 27%-ban fordul elő (9). Hőemelkedés, leukocytosis, pulzusszaporulat megtalálhatók.

A heveny szakban végzett rtg-vizsgálat elvégzésére nincs mód, de joggal feltételezhető, hogy a gennyel vagy koprolittal telt diverticulumba az oedemásan beszűkült szájadékon át a kontrasztanyag nem is jutna be. Coecumtáji üres felvételen néha a bélsárkő árnyékot adhat, mint *Byrne* egyik esetében (12), meszes nyirokcsomót utánozva.

A praeoperatív dg. felállítása — meglevő appendix esetében — igen nehéz, többnyire lehetetlen elkülöníteni acut appendicistől (13). Az esetleg tapintható resistentia periappendiculáris infiltrátumot, vagy gyakran malignus, esetleg nekrotizáló daganatot utánoz. *Anderson* szerint a műtétre került esetek 84%-ában app. ac. volt a praeoperatív dg. (15). Szóba jöhet még tbc, aktinomykosis, ileitis terminalis.

Gyakran még műtét alkalmával sem lehet biztos dg-t felállítani, mert a bélfal is infiltrált lehet; a diverticulum esetleg tapintható szájadéka tumorkrátert utánozhat. Ez volt a helyzet a mi esetünkben is.

1959. december 9-én 47 éves férfit vettünk fel osztályunkra. Panaszai másfél napja gyomor-, majd jobb alhasi fájdalmak formájában jelentkeztek, melyek enyhültek, majd ismét felléptek. Hasonló panasza már egy évvel ezelőtt is volt. Hányingere nincs, nem hányt; széke, vizelete rendben. Rendelőintézet app. ac. dia-

gnózissal utalta be. Felvételkor az egyébként jó általános állapotú, láztalan férfibetegnél fizikálisan csak a has területén találunk eltérést. A has puha, betapintható, izomvédekezés nincs. Az ileocoecális tájon mérsékelt nyomásérzékenység; resistentia nem tapintható. Nyelv nedves, pulzus 90/min. RR: 140/80 Hgmm. Leleteiből: vvs: 4 600 000, fvs: 16000; vizelet: feh. h. nyom., genny: pos., ül.: 14—16 fvs. Tekintve, hogy leukocytosison kívül egyéb sürgető nincs, egyelőre observáljuk. Másnap fvs-szám 9200-ra csökken, a has érzékenysége minimális, láztalan. Urol. vizsg.: neg. Következő napon fájdalmai újra jelentkeznek, leukocytosis és pulzusszám emelkedik, ezért appendicitis diagnózissal műtétre előkészítjük.

Csipesz a Bauhin-billentyűn átdugva, mellette a nyíllal jelzett helyen a kifordított és felmetszett diverticulum a coecum belső felszíne felől. Jól látható benne a bélsárkő és az appendix

Műtét: 1959. dec. 11-én narkózisban. Jobboldali ileocoecalis metszésből a hasüreget megnyitva és a coecumot előhúzva, retrocoecalisan lenőtt, egyébként ép appendixet találunk. Tovább vizsgálva a coecumot, a Bauhin-billentyűtől aborálisan a coecum elülső falán, azzal szorosan összekapaszkodott, diónyi, porckemény resistentiát tapintunk. Felette a serosa oedemás, belövellt, a coecum fala infiltrált. Mesocolon és mesenterium nincs bevonva a folyamatba. Malignus tumornak tartjuk az elváltozást, mely részben necrotizált s ez okozza a lobos jelenségeket. Metszéshosszabbítás után ileocoecalis resectiót végzünk. Drain, antibiotikumok behelyezése után zárjuk a hasüreget. A resecált coecum felvágása után látjuk, hogy a Bauhin-billentyű felett lencsényi szájadékkal bíró diverticulum ül, benne cseresznyényi bélsárkő (1. sz. ábra).

Szövettan (Bizza P. dr.): Coecum resecatum az ileum kb. 7 cm-nyi darabjával és az appendix-szel. A resectiós vonaltól aborálisan felvágott állapotban levő, rostonyával fedett, kisujjnyi vastag, kb. 4 cm hosszú diverticulum ül. Ebből készült metszetben a nyálkahártya megtartott, a fal rétegei masszív gennysejtes beszűrődést mutatnak, az erek stasisig menő vérbőségével. Az appendix nyálkahártya idült gyulladást mutat submucosa kiszélesedésével, acut lobos jelenségek nélkül. Dg.: diverticulitis coeci partim haemorrhagica, appendicitis chron. infiltrativa.

Zavartalan postoperatív gyógyulás. A hatodik napon drainkivétel; a tizenhetedik napon elsődlegesen gyógyult sebbel, panaszmentesen távozik. Azóta is jól érzi magát, munkáját ellátja.

A colon egyéb szakaszain keletkező diverticulitisek esetén — szövődménymentes esetben — beltgyógyászati kezelés sokszor eredményes (16). C. d. esetében azonban, főleg a félrevezető és hamis dg. miatt, műtétet kell végezni (17).

A műtéti megoldások közül kétségtelenül legegyszerűbb az appendektomia mintájára elvégzett diverticulektomia. Ha a gurdély alapja széles, a coecumfal infiltrált, ezt nem tudjuk megnyugtató módon elvégezni. Ilyenkor *Frehling* a gangraenás fal anteponálását ajánlja coecostomia módjára (9), amely megbízható eljárás, de a kialakuló sipoly miatt később második műtétet igényel. Perforációnál többnyire elég a nyílás elvarrása és réteges buktatása. Ha a bélfal nagyon infiltrált, vagy különösen, ha nem tudjuk tumor lehetőségét biztosan kizárni — még coecotomia útján sem, mint pl. *Updegrov* öt esetéből három alkalommal — helyesebb ileotransversostomiát végeznünk, és később, második ülésben elvégezni a coecum resectióját lobmentes környezetben. Ha a vastagbél üres, székletmentes, nincs kiterjedt gyulladás, esetleg haemicolektomiát végezhetünk. E feltételek azonban acut esetekben többnyire hiányzanak.

Kialakult tályog esetén csak drainálunk, mint legkisebb beavatkozás a fertőzés tovavitelének lehetősége miatt.

A mortalitás ma a régiekhez képest jelentősen csökkent. *Friedmann* statisztikája szerint még 81 c. d.-ből csak 6 gyógyult (7). Ma, antibiotikumok és korszerű utókezelés mellett lényegesen kedvezőbb a helyzet. Egyszerű diverticulektomia mortalitása 153 gyűjtött — tehát vegyes származású — eset közül 1,6%, míg resectiónál 2,3% (4). *Anderson* 53 esetében 4, illetve 9% (9).

Az esetet ritka előfordulása és az ac. app. differenciáldiagnosztikai problémája miatt tartottam érdekesnek közlésre.

Összefoglalás. Szerző solitaer coecum diverticulitis esetét ismerteti, mely acut appendicitist utánzott és műtétnél malignus tumortól nem volt elkülöníthető. Coecum resectio után a beteg meggyógyult. Röviden ismerteti a coecum diverticulum pathológiáját, klinikumát, műtéti megoldását, s rámutat a differenciáldiagnosztika nehézségeire.

IRODALOM. 1. *Schaaf:* Chirurg. 1957. *28.* 36. — 2. *Epstein:* Am. J. Surg. 1933. *22.* 276. — 3. *Claude* és mtsai: Surgery 1956. *39.* 712. — 4. *Lauridsen* és *Ross:* Arch. Surg. 1952. *64.* 320. — 5. *Potier:* Bull. et mém. Soc. anat. de Paris, 1912. *87.* 29—31. — 6. *Greensfelder:* Surg. Gynaec., obst. 1929. *48.* 786. — 7. *Kirschner, Nordmann:* Die Chirurgie. Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1941. — 8. *Reid:* Brit. J. Surg. 1951. *39.* 76. — 9. *Henry F.:* Ann. Surg. 1949. *129.* 109—10. — 10. *Herschkovics:* EME O. Sz. 1934—36. *47.* 211. — 11. *Borsos:* Orv. Hetil. 1932. *76.* 139. — 12. *Byrne, Kallan, Basset:* JAMA 1950. *144.* 823. — 13. *Kron, Specter:* Gastroenterology, 1950. *15.* 62. — 14. *Bentley, Colcock, Sass:* Surg. Gynek. 1954. *99.* 624. — 15. *Anderson:* Surg. 1947. *22.* 479—488. — 16. *Hollaender:* Orv. Hetil. 1932. *76.* 15. — 17. *Boyden:* Ann. Surg. 1950. *132.* 94.

HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

1961. Szerkeszti az Országos Orvostudományi Könyvtár igazgatója 8. szám

A tuberkulózis antibakteriális terápiája

Körülbelül 15 éve kezdték a tuberkulózist streptomycinnel és PAS-sal kezelni, és 9 éve, hogy a nagyfokban specifikus tuberkulózis ellenes hatású isoniazidot felfedezték. Ez forradalmasította a tuberkulózis kezelését, mert így a betegség „gyógyíthatóvá" vált. A WHO Bulletinben Dr. Walsh McDermott és Livingston Farrand foglalkozik a tuberkulózis kemoterápiájának jelenlegi helyzetével. Következtetéseik egy részét foglalja össze az alábbi cikk.

A legújabb tuberkulózis ellenes gyógyszerek alkalmazása során szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy eljöhet az az idő, mikor a legtöbb tuberkulotikus beteg otthon kezelhető. Ez fontos közegészségügyi probléma megoldását jelenti, mert a betegek száma lényegesen nagyobb a rendelkezésükre álló ágyak számánál.

A kórházi kezelés szemben a házival

Noha ma már sok beteg gyógyítható otthon, mégis egyesek számára — különösen kezdetben — előnyösebb a kórházi kezelés, részint mert így elkülöníthetők a velük közös háztartásban élőktől akiket megfertőzhetnek, részint az ágy nyugalma jótékony hatással van rájuk. Bár két legújabb kutatás (az egyik *Hirsch* és munkatársai a new yorki Rockefeller Centerben, a másik a Tuberculosis Chemotherapy Centre, Madras, India) eredményeit összefoglaló referátum azt állítja, hogy az ágynyugalom nem olyan fontos addig, míg a beteg gondosan irányított kemoterápiás kezelésben részesül.

A fertőző esetek elkülönítése még mindig csak „kívánatos"-nak minősül, mert gyakran a legfejlettebb országokban is keresztülvihetetlen. Nagyon nehéz pl. a tünetmentes betegekkel megértetni, hogy bacilusokat terjeszthetnek, s ezért kell őket elkülöníteni. Ha a beteg erősen fertőző pl. ha gégefolyamat is fennáll — az általános vélemény szerint a beteget addig kell kórházban tartani, míg fertőzőképessége megszűnik. Viszont a bakteriológiailag pozitív betegnek, — akinek állapota olyan súlyos hogy élete végéig kórházban kellene tartani (pl. krónikus kavernás folyamattal) — megengedhető, hogy otthon maradjon, ha állapota nem túl veszélyes a vele egy háztartásban élőkre.

Kizárólagos otthoni kezelés mellett 3—6 hónap alatt lesz a köpet bacilusmentes. Gyakorlatilag azért kicsi a fertőzés veszélye a kezdettől otthon kezelt betegeknél, mert egyrészt a kezelés gyorsan megszünteti a fertőzőképességet, másrészt a vele közös háztartásban élők is megfigyelhetők és védelemben részesíthetők.

A kemoterápia megválasztása még kezelésben nem részesült betegek számára

A legmegfelelőbb gyógyszerek vagy gyógyszerkombinációk mind kórházban, mind az otthon kezelt betegek részére hatásuk sorrendjében a következők:

— isoniazid streptomycinnel naponta,
— isoniazid PAS-sal naponta,
— isoniazod magában,
— isoniazid streptomycin injekciókkal kétszer vagy háromszor hetenként.

Van egy másik kombináció is: a pyrazinamid és az isoniazid, amely talán a leghatásosabb a tuberkulózis bacilusok ellen, de általános használatra toxicus a pyrazinamid miatt.

Általánosan elfogadott vélemény: ha a betegség körülményei kedvezőek, akkor nem egy, hanem többféle gyógyszer használata ajánlatos. Bármilyen kezelésre az isoniazid elismerten a legaktívabb tuberkulózis ellenes gyógyszer. Kórházon kívüli kezelés esetén a streptomycin kevésbé megfelelő.

Isoniazid rezisztenciát nemcsak az isoniazid kizárólagos használata eredményezhet, hanem az is, ha a beteg ugyanakkor PAS-t is kap. PAS-ra abban az esetben van a legnagyobb szükség, ha a tüdő tuberkulótikus kavernája 2 cm-nél nagyobb átmérőjű. Mivel a tuberkulózis elleni gyógyszerek aktivitása a tuberkulózis bacilussal szemben a kezelés első heteiben talán a legnagyobb, azért legelőnyösebbnek látszik a gyógyszerek kombinálásával kezdeni a kezelést. Isoniazid — streptomycin, vagy isoniazid — PAS, — és csak ha a kaverna bezárult és a beteg már nem fertőző, akkor folytassuk a kezelést isoniaziddal.

Az isoniazid egymagában csak mint profilaxis, vagy a kavernamentes tuberkulózis kezelése esetén értékes. Kavernás tüdőtuberkulózisnál kezdetben alkalmazható az isoniazid speciális körülmények között, pl. ha a PAS használata külön anyagi megterhelést jelent, vagy a PAS-t nehezen tűri a beteg és a streptomycin napi adagolására nincs lehetőség.

Ha a mérsékelt vagy nagyon előrehaladott tüdőtuberkulotikus beteget a fent leírt négyféle

gyógyszerkombináció egyikével kezeljük, úgy a betegség háromféleképpen folyhat le.

a) A leggyakoribb eset, hogy a kavernák bezáródásával lényegesen csöken a beszűrődés és megszűnik a fertőzőképesség.

b) Az esetek talán 15—20%-ában a beszűrődés nagymértékben csökken, de a kavernák nem zárulnak, mindazonáltal a fertőzőképesség megszűnik. Ez az úgynevezett „nyílt negatív" syndroma.

c) Az esetek kb. 15%-ában nagyobb vagy kisebb mértékben csökken a beszűrődés, de a kaverna mérete nem szűkül jelentősen és a tuberkulózisbacilusok továbbra is megvannak a köpetben. Ebben az esetben a kezelés nem sikerült.

Az esetek kezelése, ha a kemoterápia nem kielégítő

A kemoterápia sikertelensége rendszerint 6 hónapos kezelés után világlik ki. A bacillusok rezisztenciájának előrehaladása éppúgy lehet eredménye, mint oka a megmaradó kavernának, mert az üreg fala kitűnő közeg a bacilusok elszaporodására és kedvező rezisztenciájuk megerősödésére.

Rendelkezésünkre állnak e küzdelemhez még más gyógyszerek is, de sajnos nagyfokú toxikus hatásuk miatt csak három vagy négy hónapig adagolhatók. Így tanácsolhatjuk a collapsus terápiát vagy az excisiót. Bármilyen új gyógyszert is adunk, az isoniazid adagolását érdemes folytatnunk még akkor is, ha „in vitro" rezisztencia mutatkozik.

Ezekben a rezisztens esetekben a következő gyógyszereket használhatjuk: cycloserin, pyrasinamid alpha-ethylthioamid és viomycin.

A cycloserin naponta kétszer 250 mg-os dózisban isoniaziddel kombinálva nagyon hatásos. Mivel epileptiform rohamokat okozhat és a biztonsági küszöbe nagyon alacsony, csak kórházi kezelés esetén ajánlható. A pyrodoxin közömbösíti a cycloserin neurotoxikus hatását, de nem tudjuk, nem csökkenti-e a tuberkulózisbacilusra gyakorolt hatását is.

Az alpha-ethyl-thioamid isoniaziddal együtt adagolva hatásos gyógyszer, mellyel jó eredményeket értek el, de émelygést és hányást idéz elő, sőt vannak bizonyítékaink arra is, hogy kumulatív hatása perifériás neuritist okoz. Az alpha-ethylthioamid kombinációja cycloserinnel hatásos rövid kezelés lehet, ha a beteg jól tűri a gyógyszereket.

A pyrazinamid magában adagolva korlátozott értékű, de isoniaziddal együtt talán a legjobb eredményű kombinációt adja. Toxikus hatását szem előtt kell tartanunk, mert a betegek kb. 3%-ánál sárgasággal járó hepatitist okoz. Az esetek kb. egyharmadánál a súlyos sárgaság lethalis kimenetelű, ezért használatát azokra az esetekre kell korlátozni, amikor a betegség veszélyessége felülmúlja a gyógyszer toxicitását. Meg kell említeni a pyrazinamid hatását streptomycinkombinációval. Megállapították, hogy ez a gyógyszerkombináció előrehaladott kavernás betegeknek elsődleges kezelésként adható, továbbá a tüdőtuberkulotikus betegek nagy részének, akiknek az isoniazid + PAS-kezelés nem használt.

Ezeket a másodsorban említett gyógyszereket általában csak akkor szabad előírni, ha az eddigi kezelés nem járt eredménnyel, nem pedig csak azért, mert a beteg köpetének baciluskultúrája in vitro isoniazid-rezisztens. Felesleges megemlíteni, hogy ez a kezelés csak kórházban történhet.

A tüdőtuberkulózis kezelésének állandó módja a következő lehet: isoniazid — PAS naponta hat hónapon át, vagy legalábbis addig, míg nincs világos bizonyítékunk a kezelés sikertelenségéről. Ha nincs eredmény, úgy excisiót vagy collapsus terápiát alkalmazunk streptomycin + cycloserin, alpha-ethyl-thioamid vagy pyrazinamid adagolásával és ha előnyösnek látszik, úgy a gyógykezelést még isoniaziddal is kiegészíthetjük.

S mi legyen a súlyos akut tuberkulotikus pneumoniában szenvedő betegekkel? Ezeknek isoniazidot és streptomycint kell naponta adni addig, amíg javulás nem mutatkozik és a fertőzőképesség el nem múlik. Ez a kezelés négytől nyolc hónapig terjedő hospitalizációt igényel. Ezért csak később lehet isoniazidot rendelni, amennyiben 2 cm, illetve ennél nagyobb átmérőjű kavernák nincsenek. Ha már három vagy négy hónapon át streptomycint adtunk, még mielőtt a kezelés sikertelensége nyilvánvalóvá vált volna, akkor a leghelyesebb eljárás, ha két vagy három másodlagos gyógyszert adagolunk egyszerre olyan hosszú ideig, amíg csak lehetséges, nem feledkezve meg azok toxikus hatásáról.

A viomycin toxicitása visszatart használatától, kivéve az egészen súlyos eseteket, pl. gégetuberkulózist, és csak korlátozott ideig speciális körülmények között adhatjuk. Süketséget és vesegyulladást okozhat. A neomycin is nagyon toxicus, azért csak lokálisan alkalmazható. Hasonlóképpen a kanamycin is, amely szintén süketséget okozhat. E két utóbbi gyógyszer használata nem tanácsos.

Betegek kezelése „nyílt negatív" syndroma esetén

Ezt a kezelést nehéz standardizálni, mert minden esetet értékének megfelelően külön kell mérlegelnünk, de az esetek legnagyobb részében a betegséget mégis aktívnak kell tekintenünk. Bizonyos esetekben sebészi beavatkozás is tanácsolható, pl. ha a beteg fiatal orvos vagy fogász, még akkor is, ha a kezelés eredményeképpen köpete már nem fertőző. Középkorú vagy idősebb betegeknél — ha nem érintkezik fiatalokkal — elégséges a kemoterápia.

A kemoterápia tartama és adagolása

Az általános gyakorlat azt mutatja, hogy a tüdőtuberkulózis kezelése 18—24 hónapig tart. Valószínű, hogy a legfőbb terápiás tevékenység a kezelés első heteire esik, azután a gyógyszerek inkább csak védő, illetőleg elfojtó hatásúak. A legtöbb

esetben bölcs dolog folytatni a kemoterápiás kezelést a gyógyulás után is.

Streptomycin előírható 20 mg/kg testsúly-adagokban naponta, azaz átlagosan 1 g az átlagsúlyú felnőttnek. Adhatunk többet, mondjuk 30—40 mg/kg-ot naponta két vagy három hétig, de akkor a vestibularis károsodás jelentős veszélyével kell számolnunk, különösen az idősebb betegeknél. Ha streptomycinnel együtt adjuk, akkor naponta 20 g PAS-ra van szükség. Ha isoniaziddal adagoljuk a PAS-t, akkor adagja függ az isoniazid adagjától. Pl. megfelelőnek látszik 6—10 g-ot adni naponta, ha az isoniazid napi adagja 300 mg vagy annál több. A legjobban tolerált ideális adagolása az isoniazidnak a legtöbb ember számára naponta 5—8 mg/kg között van. Mivel az utóbbi mennyiség megközelíti a toxicus adag határát, azért csak bizonyos esetekben, néhány héten át adhatjuk. A toxikus hatás epileptiform rohamokban megnyilvánuló periferiás neuritisben és encephalopathiában manifesztálódik. Ezért célszerű az isoniazid adagját napi 300—500 mg-ban, a beteg testsúlyától függően megállapítani.

A gyógyszerrezisztens tuberkulózis-bacilusok megjelenése megfontolandó azoknak a betegeknek kezelésénél, akiknek köpete három- vagy négyhavi isoniazid-terápia után is bacilust tartalmaz.

Jelenleg nincs más laboratóriumi módszer a köpet és a gyomornedv bakteriológiai vizsgálatán kívül, ami felvilágosítana arról, hogy milyen észszerű kemoterápiát vegyünk igénybe a kezdeti kezelésben, vagy hogyan módosítsunk ezen.

Ha a beteg még nem kapott kezelést, akkor nagy lehetősége van annak, hogy a bacilus érzékeny lesz az isoniaziddal szemben és hat vagy kilenc hónapi kezelés után nem jelentkezik még a rezisztencia veszélye az isoniaziddal és a többi gyógyszerrel szemben. A rezisztencia végül is megjelenhet, bár sokkal ritkábban fordul elő, mint gondolnánk. Ezért, ha öt- vagy hathónapos isoniazid-kezelés után a röntgen nem mutat határozott javulást és a bakteriológiai vizsgálatok pozitívek, akkor tanácsos a kezelést megváltoztatni és megfontolni, hogy a collapsus terápiát vagy az excisiót alkalmazzuk-e. Viszont, ha a beteg öt-hat hónapos isoniazid-kezelése után a röntgen kielégítő javulást mutat, beleértve a kavernák eltűnését és a bakteriológiai vizsgálatok is negatívak, akkor a klinikus biztosra veheti, hogy az isoniazid-kezelés hatása megmarad és jelentős rezisztencia nem alakul ki a jövőben sem.

A „nyílt negatív" syndroma speciális problémát vet fel a rövid időtartamú kezelésben, a hosszú időtartamú kezelésre vonatkozóan prognózis nem adható.

Epidemiológia

Az epidemiológiával kapcsolatban nem szabad elfelejtenünk, hogyha a isoniazid-rezisztens bacilusok új alanyokat támadnak meg, valószínűleg olyan tuberkulotikus fertőzést okoznak, amely maga is isoniazid-rezisztens lesz.

Mivel erre a kérdésre vonatkozólag megbízható adatokkal nem rendelkezünk, meg kell elégednünk a tuberkulózis epidemiológiájára vonatkozó általános ismereteinkkel.

Tartsuk szem előtt, hogy kevés azoknak az embereknek a száma, akik bár tuberkulózissal fertőződtek, annak következtében meg is betegedtek.

Azt is meg kell állapítanunk, hogy amióta bevezették az isonazidot, azóta sokkal többen halnak meg azért mert nem kapták ezt a gyógyszert, mint ahány embernek az isoniazid-rezisztens tuberkulózis bacilusok komoly kárt okoztak.

A collapsus terápia fontossága

Sajnálatos, hogy a pneumothorax erősen háttérbe szorult. Ugyanis a megmaradt kavernák elősegítették a bacilusok rezisztenciáját, azért minden eszközt meg kell ragadni a kavernák megszüntetésére és így megakadályozni a rezisztencia kifejlődését.

Különböző okokból nem mindig kívánatos a laesiot sebészetileg eltávolítani, különben is az ilyen operációk az antibakteriális kemoterápia kezdeti hónapjaiban ritkán javalltak. Ezért nem kívánatos a pneumothorax elhanyagolása. Ma már amúgy sem kell félnünk azoktól a komoly komplikációktól, amelyek a múltban ennél a beavatkozásnál gyakran felléptek. Kemotherápiával együtt sok betegnél alkalmazható, akiknek 2—4 cm átmérőjű kavernája és nagy kiterjedésű tüdőbeszűrődése van.

Ilyen módon gyakran elkerülhetjük a sikertelen kezelést pl. olyan esetekben, amikor a nyitott kavernák megmaradnak, amelyek a rezisztencia problémáját felvetik és a terápia kudarcát okozzák.

A pneumothorax igen eredményesen egészíti ki a kemoterápiás kezelést az olyan betegeknél,

akiknek kórházi kezelése nehézségekbe ütközik, vagy akiknek ugyan lehetséges a kórházi kezelése, de nem vethetik alá magukat műtéti beavatkozásnak. Ugyanis a pneumothorax ambuláns-kezelés során is elvégezhető időszakos felülvizsgálat mellett, sőt a betegek ésszerű fizikai aktivitását is lehetővé teszi. *WHO Chronicle, 1961., 1. sz.*

Gerontológiai és geriátriai poliklinikák létesítése a Szovjetunióban

Az 1960. november végén Moszkvában megtartott nemzetközi kongresszus, amely az emberi életkor meghosszabbításával és az öregkorban fellépő betegségek megelőzésével foglalkozott, nagy visszhangot keltett az egész világon.

A moszkvai határozat megállapítja, hogy a kommunizmus építése első szakaszának a befejezésével a nemzetgazdaság, az életnívó és a kulturális fejlődés mellett a Szovjetunió népeinek egészségügyi helyzete összehasonlíthatatlanul jobb lett, mint a forradalom előtt volt. A munkaidő leszállítása napi hat-hét órára, a dolgozó ember megvédése a betegségek ellen, a gyógyintézmények és a szovjet orvosok fáradhatatlan munkája lehetővé tette, hogy az emberi élet tartama kétszerese lett a századeleji átlagos életkornak.

A kongresszus határozatainak gyakorlati megvalósításához feltétlenül szükségessé vált egy olyan tudományos társaság megalapítása, amely kizárólag a gerontológia és geriátria tárgykörével fog foglalkozni. Ez a társaság lesz hivatva arra, hogy az egyes köztársaságokban poliklinikákat létesítsen, amelyek egyrészt az aggkorban jelentkező betegségek szakszerű kezelésével fognak foglalkozni, másrészt kutatni fogják az életkor meghosszabbításához szükséges életmód kipróbált módszereit.

Jóllehet a gerontológia és geriátria, mint orvosi szakágazat már nem úttörő tudomány a Szovjetunióban, mégis az orosz tudósok szükségesnek látják mindkét tudományág szakszerű újjászervezését. Az újonnan létesített poliklinikák ügykörébe fog tartozni a túlzott dohányzás és alkoholfogyasztás elleni országos védekezés megszervezése, mert az életkor meghosszabbításához feltétlenül szükséges mindkét szenvedély nagymértékben való csökkentése.

A klinikák mellett különleges orvosinstruktori állásokat szerveznek, amelyek a sport fejlesztésével foglalkoznak és igyekezni fognak rábírni az idősebb korosztályokat, hogy könnyebb testedzéssel állandóan igyekezzenek szervezetük frisseségét az elöregedés megakadályozása érdekében még hosszú ideig megtartani. Az új poliklinikák az öregedés minél magasabb korra való kitolása érdekében foglalkozni fognak az érelmeszesedés, az agyerek elmeszesedése és a magas vérnyomás újszerű gyógyítási módjaival, mert *Sztrelcsuk* akadémikus megállapítása szerint az emberi életkor meghosszabbításához feltétlenül szükséges a vérerek megóvása az idő előtt bekövetkezhető elmeszesedéstől.

Búcsú a polyásgyermektől

Visszapillantva az antik és az európai kultúra két és félezer évére, érdekes megfigyeléseket tehetünk a csecsemőgondozásra vonatkozólag. A józan ésszel ellenkező módon az újszülötteket olyan szoros pólyákba csavargatták, hogy a szerencsétlen kisgyermekek hosszú heteken, sőt hónapokon át jóformán mozdulatlanságra voltak kárhoztatva. Ha a csecsemő sírt vagy kiabált kényelmetlen helyzetében, úgy azt gondolták, hogy ez is a világi nyomorúsághoz tartozik.

Omnibonus Ferrarius veronai orvos a XIV. században azt írta, hogy a gyermek kezét és lábát a negyedik hónap végéig kell pólyázni. A negyedik hónap végén a karokat és a kezeket, a tizedik hónap végén a lábakat ki lehet már venni, de a mellkast és a hasat két évig pólyázni kell. A nyelvszokásokban is tükröződik ez a gyakorlat, mert csaknem minden nyelvben a „csecsemő" és a „pólyás" szinonim fogalom.

Az ókorban nemcsak az anyák, hanem az orvosok is nélkülözhetetlennek tartották a csecsemők pólyázását. Mivel az ókori orvostudomány nagy tekintélye még a XVIII. században is fennállt, elsősorban ennek tulajdonítható, hogy a pólyázást és a kötözést nem hagyták abba előbb. Az antik világ legkiválóbb szülésze, az ephesosi származású görög *Soranos*, aki i. sz. a 2. században Rómában fejtette

Andrea Mantegna (1431–1506) kisméretű olajképe korhű módon ábrázolja a szorosan pólyázott csecsemőt (Jézus a templomban)

ki működését, részletesen leírta a pólyázás technikáját. Szerinte a pólyákat használatlan gyapjúból kell készíteni, mert a gyapjú puhább, mint a len és nem nyomja a gyermek testét. A tisztaság nagyon fontos, mert a tiszta pólya könnyebb. Nem szabad, hogy a pólyának rossz szaga legyen és nem szabad a bőrt izgatnia. Sem ránc, sem varrás nem lehet rajta, nehogy a húsba vágjon. Előírja a végtagok és a test részére használatos pólyák szélességét is.

Hasonló részletességgel magyarázza *Soranos* magát a pólyázást is: az alsó karon kell kezdeni és

lefelé haladva a kinyújtott ujjacskákat be kell csavarni. Aztán felfelé haladva a könyökön át a felső kar kerül sorra, a csuklókon szorosan meghúzva a pólyát. A törzsre szélesebb pólya kerül, melyet fiúknál mindenhol egyenletesen kell meghúzni,

„Apai örömök" humoros zsánerkép (J. H. Steen, 1668). A nagy öröm oka: ikerszülés. A bepólyázott ikrek a kép közepe táján és bal szélén láthatók

míg lányoknál a csípőnél kissé lazábbra kell engedni. Ezután a lábakat külön-külön pólyázzák, egészen a lábujjakig. A combon és a lábikrán lazábban, a térden, a lábfejen és a bokán viszont szorosan kell csavarni a pólyát. A boka és a térd,

„Anyai könyörgés" – ex voto kép 1728-ból. Az imádkozó anyák előtt bevernek a szorosra pólyázott csecsemők

valamint a könyök és a test közé puha gyapjút kell helyezni a nyomás ellen. Ezek után a csecsemő karjait a törzs mellett ki kell egyenesen nyújtani, a lábait egymás mellé helyezni és az egész gyermeket nyakától a lábujjakig egy széles pólyába csavarni. A fej alá len- és gyapjúszövetet, a gyermek teste alá pedig két pelenkát tettek, amelyek a vizeletet felfogták. Sőt, még ezeket a pelenkákat is egy újabb széles pólyával hozzácsavarták a már bepólyált csecsemőkhöz.

Ezt az előírást kevés változtatással a múlt századig követték. Mint ahogyan az előbbi korok az antik világ patogenetikai elméleteit, diagnosztikai és terápiás módszereit átvették, úgy hittek abban is, hogy helyes úton járnak, ha a görög és római mintára a csecsemőkből kis múmiákat csinálnak.

Egy palermói templomi festmény 1160-ból a szorosan pólyázott újszülött Jézussal

A későbbi orvosok is azon a véleményen voltak, hogy a pólyázás megóvja a gyermek gyönge tagjait a kificamodástól, megakadályozza, hogy ujjaival megsértse önmagát vagy hogy szemébe nyúljon. Ezenkívül egyenes tartáshoz szoktatja a gyermeket és megelőzi a görbe lábak keletkezését. *Bernhard Bendix*, a berlini egyetem tanára még 1903-ban is ezt írta gyermekgyógyászati tankönyvében: *„Az első hónapokban a pólya azért célszerű, mert a törzsnek tartást ad."*

A középkor végén, 1513-ban *Eucharius Rösslin* wormsi városi orvos kiadott egy könyvecskét szülésznők számára, amelyben pólyázási módokat ír le. A XVIII. század közepén *Johann Storch* (1681—1751) tekintélyes türingiai orvos adott ki egy 4 kötetes munkát *„Theoretische und praktische Abhandlungen von Kinderkrankheiten"* címen, amelyben a pólyázást szükségesnek tartó régi felfogás mellett azt az újabb érvet is hangoztatta, hogy a pólyásgyermek jobban alszik, mert a szoros pólya rászoktatja a nyugodt fekvésre. A XIX. század végén *Alfred Vogel* (1829—1890), az orvostudományok és a gyermekgyógyászat tanára

Dorpatban és Münchenben, sok kiadást megért tankönyvében még mindig eltűrte a pólyázást, bár azzal a korlátozással, hogy a kezeket sohasem szabad bepólyázni. *Vogel* a gyermekek „pólyázásáról fácsnizásáról" beszél, ami szintén az ókornak a csecsemőápolásra való hatását mutatja. Ugyanis a

Madonna a pólyással. Lorenzetti műve 1329-ből (Milano, Poldi-Pezzoli múzeum)

„fácsni" (németül „Fatsche") szót a latin „fascia"-ra lehet visszavezetni, ami nemcsak a pólya, hanem a sebészeti kötés neve is volt a rómaiaknál.

Ha nem rendelkeznénk ezekkel az írott hagyományokkal, akkor is számos bizonyítékunk volna a pólyázás technikájáról a képzőművészeti alkotások révén. Az ókortól a középkoron át egészen a reneszánszig és az újkorig a művészeknek kedvelt témája volt a pólyásgyermek. Különösen Krisztus születésének és Máriának a kisdeddel való ábrázolása adott alkalmat arra, hogy a pólyásgyermeket a különböző korok változó stílusában megörökítsék. Így pl. *Andrea della Robbia* (1437—1525) világhírű firenzei csecsemőszobrairól pontosan megismerhetjük annak a kornak pólyázási szokásait.

A pólyázás megszűnése számos haladó szellemű orvos hosszú ideig tartó fáradozásának az eredménye. Már *Galenus* is azon a véleményen volt, hogy a csecsemők mozgásszabadságát nem szabad teljesen korlátozni, mert ez kínzást jelent számukra. Figyelmes orvosok valószínűleg észrevették, hogy a túl szoros pólyák károsodást okozhatnak, de nem mindenki merte megfigyeléseit közölni, ha azok az általános nézetekkel ellenkeztek.

Wilhelm Fabry von Hilden (1560—1634) alsórajnai seborvos leírja az általa észlelt púpokat és eltorzulásokat, amelyeket a pólyázás okozott. Azonban csak a XVIII. században kezdték az orvosok nagyobb számban szavukat a pólyázás ellen felemelni. Figyelemre méltó *Traugott Gerber*, későbbi moszkvai gyógyszerészeti felügyelő és kórházi orvos disszertációja, mely *„De thoracibus"* címmel jelent meg 1735-ben. Ebben kifejti, hogy a gyermekek pólyázása hasznos, mivel könnyebben lehet őket felemelni, vinni és táplálni, azonban saját megfigyelései alapján bizonyítja, hogy a szoros pólya szabálytalan növést, eltorzulásokat, ficamokat sőt gerincoszlopferdüléseket is okozhat. Bár *Gerber* túllőtt a célon és angolkóros csontelváltozásokat, bőrbetegségeket stb. is tulajdonított a pólyázásnak, mégis övé az érdem, hogy elsőként nézte kritikus szemmel a kérdést.

Rousseau „Emile" c. művében a természetes nevelést és a természethez való visszatérést hirdette és új nevelési módszereket dolgozott ki. *Zedler* nagy Universal-Lexikonjának 1748-ban megjelent 57. kötetében olvashatjuk, hogy talán helyesebb volna a négereknek és más népeknek szokásait követve a gyermekeket nem pólyázni és gyenge testüket szűk és szoros szalagokba préselni. 1764-ben a svéd *Nils Rosén von Rosenstein, Haller* tanítványa a gyermekbetegségekről írt könyvében ugyan ad még tanácsokat a pólyázásra, de hozzáteszi, hogy legokosabb volna a gyermekeket egyáltalán nem pólyázni.

A XIX. század elején egyre több orvos harcolt már a pólyázás ellen. *Bernhard Fleisch* 1803-ban megjelent *„Handbuch über die Krankheiten der Kinder"* c. négykötetes munkájában részletesen ecseteli a pólyázás veszélyeit és kötelességének tartja, hogy addig küzdjön ellene, amíg meg nem szűnik. *Friedrich Benjamin Osiander* (1759—1822), a göttingai egyetem szülésztanára sajnálattal állapította meg, hogy a népet nem lehet leszoktatni a pólyázás-

A gyermekágyas szent Anna. Giovanni da Milano freskója 1365-ből

ról. Ezért beérte azzal, hogy a pólyapárnát javasolja, amelyben a kezek és karok szabadon maradnak, a lábak pedig mozoghatnak. Óva int a szoros pólyától, amelyben a mozogni nem tudó csecsemő meg is fulladhat. A XIX. század második felében Angliában, majd Franciaországban és Németországban

apránként kezdett megszűnni a pólyázás szokása. *Eugène Bouchut*, a tekintélyes párisi gyermekklinikus (1818—1891) már feljegyzi, hogy a pólyát szerencsére félredobták, a gyermekeket nem börtönzik már be a pelenkákba.

Ennek ellenére az orvosok véleménye még sokáig nem volt egyöntetű és csak a XX. század második évtizedében, 200 évig tartó orvosi harc után fejeződött be a csecsemő felszabadítása a pólyából. Ezt talán nem egyedül egészségügyi megoldások okozták, hanem hozzájárult az egyén, a társadalom felszabadításának eszméje is, amelynek szintén köszönhető, hogy a „pólyásgyermek" fogalma és szenvedései véglegesen megszűntek.

J. Steudel cikke nyomán. Waage, 1961., 1. sz.

Egészségügyi törvényjavaslat Svájcban

A svájci egészségügyi hatóságok új egészségügyi tervezettel léptek a nyilvánosság elé, amely egyes vonatkozásaiban, megvalósítása esetén, igen nagy jelentőségű. A tervezet célul tűzi ki a svájci ember egészséges életmódra nevelését és a gyermekkortól kezdve egész életén keresztül megfelelő egészségügyi ellenőrzés alatt tartását. A tervezet főbb pontjai:

1. Egészségügyi passzus bevezetése, amelyben minden egyén személyi adatai mellett bejegyzendők a gyermekkori megbetegedések, balesetek, és testi elváltozások.

2. Az iskolákban az egészségügyi oktatást kötelező tantárgyként vezetik be és az iskolaorvosi kart átszervezik. Az oktató személyzet egészségügyi oktatása és megfelelő szakoktatók képzése. Az egészségügyi problémák oktatása a legalsó osztályoktól kezdve a középiskolán keresztül fokozatosan tart és 20 éves korban fejeződik be.

3. Minden svájci polgár 20. életévének betöltésekor az illetékes hatóságoktól egy egészségügyi könyvecskét kap, amely tartalmazza azokat az adatokat, és felvilágosításokat, amelyek elengedhetetlenül szükségesek az egészséges életmód folytatására.

4. Állami szervek létesítése a tömegsport fejlesztésére és a sportszerű életmód támogatása minden életkorban.

5. Tekintettel arra az életfontosságú körülményre, amelyet az egészséges emberi élet kialakulásában a táplálkozás jelent, rendeletileg kell intézkedjenek:

a) felvilágosító orvosi előadások tartásáról a célszerű és egészséges táplálkozás meghonosítására,

b) bejelentési kötelezettség és szigorú ellenőrzés valamennyi élelmiszer és élvezeti cikk pótanyagának felhasználás előtt,

c) ki kell terjeszteni a közegészségügyi ellenőrző állomások hatáskörét és élelmiszerkutató állomásokat kell létesíteni az egészséges táplálkozás fejlődési lehetőségeinek feltárására.

6. Meg kell szigorítani a fájdalomcsillapító és altatószerek forgalombahozatalát, és felhasználását szigorított orvosi ellenőrzéshez kell kötni. Felül kell vizsgálni a drogériáknak engedélyezett gyógyszerek forgalombahozatali jogusultságát.

7. Az egészségügyi hatóságok nagyobb gonddal ellenőrizzék a jövőben az ivóvizet különösen a vidéken, ahol az átmeneti fertőzéseken kívül pajzsmirigy betegséget idézhet elő a rossz víz.

8. Hathatós eszközökkel és intézkedésekkel meg kell akadályozni a városok és nagyüzemek közelében a levegő szennyeződését.

9. Erélyes intézkedésekkel csökkenteni kell az utóbbi időben szenvedéllyé fajult alkohol fogyasztást, dohányzást és a káros hatású orvosságok orvosi ellenőrzés nélkül való felhasználását. Statisztikai adatok szerint megállapítást nyert, hogy Svájcban évenkint több mint 1 milliárd svájci frankért adnak el szeszes italokat, melynek következtében Svájcban 50—70 ezer idült alkoholista van. Ezek közül csak a kisebbik fele jelentkezik orvosi ápolásra és elvonókúrára, míg a többiek tiltakoznak bárminő hatósági vagy orvosi beavatkozás ellen. *Löffler* svájci professzor adatai szerint a kórházi ápolásra kerülő férfi páciensek közül minden harmadik betegsége direkte vagy indirekte a túlzott alkoholfogyasztás rovására írandó. *Gubser* zürichi képviselő szerint az utóbbi években a dohányzás szenvedélye hallatlanul megnőtt Svájcban, a dohányjövedék kimutatása szerint a négyszeresére.

10. A gyermekkorban megkezdett vizsgálatokkal ellenőrizni kell a szellemi fejlődést, mert a helytelen életmód, nevelési rendszer, a megváltozott családi körülmények, a túlzott alkoholfogyasztás és a tiltott gyógyszerek fogyasztása miatt hallatlanul megnőtt az idegbetegek és elmebajosok száma. Az ellenőrző orvosi vizsgálatokon kívül felvilágosító előadásokkal és népszerű brossurákkal kell a svájci lakosság figyelmét az elmebetegségek veszélyére felhívni.

Az itt ismertetett egészségügyi törvényjavaslat széles körben nagy ellenkezést váltott ki, nemcsak az alkoholisták, idegbajosok, pedagógusok, droguisták, szóval az „érdekeltek" részéről, hanem elsősorban egyes politikusok és jogászok körében is, akik az új egészségügyi törvényben súlyos beavatkozást látnak az egyén magánéletébe és szabadságjogaiba. A javaslat ellenzői hangoztatják, hogy a beavatkozás az állam részéről az egyén életmódjába konfliktusokra fog vezetni, mert min-

den szabad polgár tiltakozni fog az ellen, hogy a jövőben állami hatóság írja elő az életmódját. Legnagyobb az ellenzés a felnőtt svájciak részéről, akik beleegyeznek ugyan a gyermekeik jövőbeli jobb egészségügyi nevelésébe, de a saját életmódjukon nem akarnak változtatni, még ha ezzel rossz példát mutatnak is utódaiknak.

Népszavazás engedélyezte a fogtechnikusok szabad gyakorlatát Svájcban

1960 folyamán a svájci fogtechnikusok mozgalmat indítottak, hogy a kormány engedélyezze számukra a műfogsor készítésére vonatkozó szabad gyakorlatot és közönségfogadást azzal a korlátozással, hogy a beteg fogak kezelésétől tartózkodni fognak. Kérelmük azonban nem talált meghallgatásra, mert a fogorvosi kar és az orvosegyetemek fogászati klinikái hevesen tiltakoztak az engedélyezés ellen, azt állítva, hogy a fogtechnikusok nem rendelkeznek elég tudományos felkészültséggel. A szájüreg anatómiájának kellő ismerete híján nem tudnak megfelelően lenyomatokat venni és a rágás technikáját ellenőrizni.

Hiába érveltek a technikusok azzal, hogy a műfogsort kereső közönség ilymódon fele áron juthat protézishez, a terv gazdaságossága ellenére elutasították a svájci hatóságok a fogtechnikusok kérelmét.

A svájci alkotmány értelmében jogukban állott azonban a fogtechnikusoknak magához a svájci néphez fellebbezni, ami meg is történt, és 1960. december 1-én az egész svájci nép szavazott a fogtechnikusok kérelme fölött. Az eredmény igazolta a svájci nép takarékos szellemét, mert a népszavazás nagy szótöbbséggel engedélyezte a fogtechnikusok szabad gyakorlatát.

Az új határozat kötelezte a fogtechnikusokat, hogy a szabad gyakorlat elnyerése érdekében előzőleg egy szakértő bizottság előtt képesítő vizsgát tegyenek. A rendelet 5. pontja azonban felmenti a vizsga letétele alól azokat az idősebb fogtechnikusokat, akik évek óta foglalkoznak szakmájukkal, és a múltban — bár titokban — készítettek műfogsorokat, kitéve magukat azon veszélynek, hogy feljelentés esetén súlyosan megbírságolják őket.

A szakmában uralkodó széthúzásra jellemző, hogy a vizsgák letételére kötelezett fiatalabb fogtechnikusok a Legfelsőbb Bíróságnál megtámadták a rendelet ezen kedvezményt nyújtó 5. pontját, követelve, hogy egyöntetűen járjanak el és ne történjenek kivételezések. A Felső Bíróság helyt adott a beadványnak és eltörölte a kedvezményt biztosító 5. pontot azzal az indokolással, hogy a törvény nem honorálhatja semmilyen téren az illegális úton szerzett érdemeket.

A VILÁG MINDEN TÁJÁRÓL

Bécsben korszerű szemétégetőberendezést építettek

Amint arról a »Städtehygiene« c. folyóirat 1960. 8. száma tudósít, Bécs nyugati városrészében felépítették a világ egyik legkorszerűbb szemétégető berendezését.

A városok fejlődése világszerte felveti a szemét elhelyezésének a problémáját. A szemétlerakodó területek már nem korszerűek és nem is jelentenek megoldást. Sok város különleges szemételtávolító módszereket dolgozott ki, többek között a szemét elégetését is sok helyen bevezették. A bécsi szemétégető három kazánnal működik, amelyek mindegyike 24 óra alatt 200 tonna szemetet éget el. Ez a telep a bécsi szemét 60%-át, vagyis évente 125 000 tonna szemetet éget el. A telep hőenergiáját távfűtéssel hasznosítják: két városi kórházat (összesen 5400 ággyal) fűtenek a telepről.

A telepet a közeljövőben kiegészítik fáradt-olaj égető berendezéssel is, amelyben az iparban már teljesen használhatatlan olajtermékeket semmisítik majd meg.

*

A gyógyszerrendelvények statisztikája Angliában. Az angol Egészségügyi Minisztérium kimutatása szerint táblázatot állítottak fel 240 000 orvosi receptről annak megállapítására, hogy az angol orvosok egyes gyógyszerfajtákból mennyit rendeltek betegeiknek:

Gyógyszercsoportok	a vények mennyisége %-ban	a gyógyszerek árai %-ban
Antibiotikumok	8,0	23,4
Sulfonamidok	3,1	2,2
Egyéb fertőzés elleni szerek	1,3	2,6
Insulin	0,5	2,5
Sexualhormonok	1,3	1,7
Corticosteroidok	3,0	10,7
Barbiturátok	7,0	2,6
Altatószerek	3,0	1,3
Görcsoldószerek	0,4	0,7
Antihistaminok	2,2	1,9
Vitaminok	1,6	1,4
Polyvitamin készítmények	1,4	1,0
Vérképzőszerek	2,4	2,7
Tonicumok	3,5	2,0
Fájdalomcsillapítók	9,6	5,2
Reuma elleni készítmények	3,3	3,3
Kábítószerek	0,9	0,6
Szívgyógyszerek	4,7	5,8
Vérnyomáscsökkentő szerek	1,1	2,7
Hashajtók	10,6	4,8
Anti-cholin készítmények	1,0	1,7
Köhögéselleni gyógyszerek	11,0	4,6
Oltószerek és szérumok	0,1	0,3
Asthma gyógyszerek	2,5	2,2
Gilisztahajtó szerek	0,1	0,1
Kenőcsök	7,4	3,6
Különfélék	9,0	8,4
Összesen	100 %	100 %

Folyóiratreferátumok

Tüdősebészet

A tüdőtartalék és befolyása a tüdősebészet fejlődésére. Adams W. E.: Journ. Thor. Cardiovasc. Surg. 1960. *40.* 141—160.

A tüdő tartalékerejével elsőnek *Vesalius* foglalkozott, ki felismerte a légmell következményeit. *Sauerbruchig* mégsem történt semmi számottevő ezen a téren. Ő a légmell következményeinek elhárítására kidolgozta az annak idején a mellkassebészetet forradalmasító negatív nyomású kamrákat. A *Brauer* által bevezetett pozitív nyomású készülékek, majd a *Meltzer*- és *Auer*-féle intratrachealis insufflatio teremtették meg a modern mellkassebészeti anaesthesia alapját, megoldva egyszersmind az intraoperatív légzési problémát is.

Graham tette fel elsőnek 1940-ben a kérdést, hogy mennyi a tüdőszövetnek az a minimuma, amely még az élettel összeegyeztethető? Kétoldali bronchiektasia miatt kétoldalon végzett tüdőresectiót és a betegnek csak két felső lebenye (baloldalon csak csonkalebenye) maradt. Később a jobb felső lebenyből emphysemás bullákat metszett ki. Ez a műtét felhívta a figyelmet arra, hogy minimális légzőfelület is elegendő az élethez és felmerült a resectio után kialakuló maradéktüdő túltágulás problematikája. *Reimann* bizonyítja a legújabb irodalomban (közlése sajtó alatt), hogy a maradéktüdő túltágulását nem követi szükségszerűen a pulmonalis vasculáris ellenállás növekedése és, hogy 15%-nyi légzőfelület esetén nem volt magasabb a pulmonalis arteriás nyomás a maradéktüdő kitágulása (túltágulása) után mint annak előtte. *Charbon* és *Adams* korábbi kísérleteikben bizonyították, hogy a kísérleti állatok túlélése pneumonektomia után rosszabb azokban az esetekben, amidőn a maradéktüdő túltágulását thoracoplasztikával megakadályozzák, mint amikor ez nem történik meg és a maradéktüdő korlátlanul túltágulhat. *Philips* és *Rasmussen* progressiv resectiókat végeztek kutyán több ülésben addig, amíg légzőfelületének csak 15%-a maradt meg. Ezt a folyamatos légzőfelületcsonkítást és a végső állapotot a kutyák látszólag jól tűrték.

Szerző megállapítja, hogy a kiterjedt légzőfelület csonkítás attól függően viselhető el, hogy az mennyire fokozatosan történik, tehát, hogy van-e ideje a szervezetnek alkalmazkodni. Ha csekély physiológiás shuntkeringési lehetőség marad vissza, mint amilyen pl. egy atelektasiás lebeny, akkor a durva légzőfelület csonkítást még jobban viseli el a jobbszívfél, ami érthető is, mert meg van a „by pass" lehetősége és ezzel csökken a vasculáris ellenállás. Ezt az állapotot úgy érték el, hogy a légzőfelület egy részét tüdőresectióval, egy másik részét a bronchus lekötésével csonkították. *Carlson* és mtsai szerint a 15%-nyi légzőfelülettel élő állatok pulmonalis nyomása átlagban 100 Hgmm volt. *Rasmussen* kimutatta, hogy ezen állatok „túltágult" csekély maradéktüdejében nagyfokú az alveoláris distensio, de fibrosist és obstructiv emphysemát nem észlelt. Ezek az állatok aránylag igen jól bírták a különböző hypoxiás állapotokat.

Fiatal egyéneken a pneumonektomiák functionális következményei és eredményei jól párhuzamba állíthatók az idézett kísérletekkel. A fiatalok még terheléshez is jól alkalmazkodnak. Ezzel szemben idősebbeken a csonkító műtétek kockázata erősen fokozott és a betegek aránylag kielégítő légzésfunctiós reserv után is meghalhatnak a csonkító műtét következtében. Öregeken és akiken az előrement betegség már diffus károsodást okozott — elsősorban a tüdő érhálózatán — a nagy légzőfelület csonkítás nagyon kockázatos. Az ilyen betegek sikeres műtét után nem bírják a terhelést és azonnali saturatiócsökkenéssel válaszolnak rá, amit csak O_2 adásával lehet megszüntetni. A közvetlen postoperatív periódusban a secretum felhalmozódása, a mellkasfal labilitása fokozza a közvetlen kockázatot az ilyen betegeknél.

Ellenőrizni kell a pulmonalis nyomást, még műtét közben is és a csonkítást csak kedvező értékek esetén szabad elvégezni.

55 betegükön, kiken átlagban 15 év előtt végeztek pneumonektomiát, általában csökkent ventillatiós reserv mellett jó diffusiós viszonyokat találtak, a nyugalmi pulmonalis nyomásérték is legtöbbször normális volt, de már csekély terhelésre emelkedett. Egyes betegeken évekig követték a respiratiós és haemodynamikai status alakulását és az értékek állandóak maradtak, de volt olyan esetük is, amikor 5—10 év után következett be a cardiopulmonalis elégtelenség.

Szerző azt a végső gyakorlati következtetést vonja le, hogy a tumorsebészetben, ha a tüdőtumor perifériás elhelyezkedésű, arra kell törekedni, hogy a megoldás

A GRACIDIN
étvágyszabályozó
hatása a túlzott
étvágyat,
a túltápláltságra
való hajlamot és
a velük járó
kövérséget
korlátozza

lobektomia legyen, ha csak pneumonektomia végezhető, gondoskodni kell arról, hogy a beteg absolut kímélő életmódot éljen.

A modern tüdősebészet az elmondottak miatt arra kell törekedjen, hogy a légzőfelületet ne csonkítsa, ellenkezőleg, azt visszaadja. Erre már történnek is sikeres próbálkozások, mint pl. a hörgőstenosisok resectiója anastomosissal, a légtelen tüdőrészek újra levegőztetése és végső fokon a kísérleti stádiumban levő tüdőtransplantatio. *Keszler Pál dr.*

Lector megjegyzése. Lector 1955-ben írott kandidátusi értekezésében kísérleti és klinikai anyagon részletekig terjedően azonos megállapításra jutott, mint idézett közlemény. Az akkoriban részben vitatott megállapitások azóta — fentin kívül is — számos oldalról megerősítést nyertek.

★

A bronchuscarcinoma conservativ és műtéti kezelésének eredményei. Salzer G.: Thoraxchirurgie. 1960. *8*, 215—220.

Szerző összegyűjtött az 1940—1957. évek irodalmából 14 szerzőtől 4153 sugárkezelésben részesített bronchuscarcinomát. Ebben az anyagban az 5 éves túlélés átlagban 1,9% volt. *Hellrigel* 1959-ben 331 szövettanilag igazolt esetében az 5 éves túlélés 2,1% volt. Ez igen gyenge eredménynek számít, különösen ha meggondoljuk, hogy egyes rákfajták, mint amilyen a laphámrák, néha igen lassan növekednek és a spontán túlélés is több évre terjedhet. Ez utóbbi rákfajta egyébként csaknem teljesen sugárérzéketlen. Ezzel szemben leginkább a kissejtes differenciálatlan rákfajták mutatnak sugárérzékenységet. Ezek akár el is tűnhetnek a besugárzás hatására, azonban a gyors generalisatiót ezzel sem lehet megakadályozni és ezek prognosisa a hatásos sugárkezelés ellenére is rosszabb, mint a laphámrákoké. Kielégítő palliatív hatás érhető el a mediastinális compressiót és következményes vénáspangást okozó tumorok esetében. Csökken a pangás és subjectiv javulás érhető el. Kedvezőbb kilátásokkal kecsegtet a kobaltágyúval történő besugárzás, a tapasztalatok azonban még nem elegendők ahhoz, hogy véleményt lehessen mondani. *Eichhorn* és *Bohndorf* számottevő regressióról számolnak be még szövettanilag érett ráktípusok esetén is, mint amilyen a laphámrák.

Fenti statisztikával szembe állítható 18 szerzőnek operatív anyaga; 5273 bronchuscarcinoma miatt tüdőresection átesett beteg 5 éves túlélése átlag 26,7%-nak bizonyult. Ezen összeállításon belül a két szélső érték: Therkelsen (Koppenhága) 41%-os aránya és Ochsner (New Orleans) 13%-os aránya. Az 5273 radikális műtét 7685 műtétből (exploratio) és nem kevesebb mint 16,361 beteg közül adódott. Ebből következik részben az a nagy és kedvező különbség, amely a sugárkezeléssel szemben a műtéti kezelés mellett szól. Ha az egész műtéti anyagra vonatkoztatjuk az 5 éves túlélést — tehát a 16,361 esetre — akkor ez 5% körül van, tehát még mindig több mint kétszer kedvezőbb a sugárkezelés statisztikájánál.

Az egyes esetek prognosisára vonatkozóan e statisztikákból következtetés alig vonható le. E téren csak akkor lehetne tovább haladni, ha általánosságban elfogadnák a német röntgenorvosok társaságának javaslatát és az összes statisztikákban tekintetbe vennék a bronchuscarcinoma stádiumfelosztását. Szerző saját beteganyagán azt tapasztalta, hogy az I. stádiumban levő betegek radikális műtét utáni 5 éves túlélése 33,5%, a II. stádiumban levőké 19,6% és a III. stádium betegei között már csak 5%. Az egyes esetek prognosisa a stádiumon kívül függ a tumor szövettani természetétől is. Laphámrákok esetén 33,5%, polymorphsejtes rákok esetén 24,8% és kissejtes rákok esetén 9,1% 5 éves túlélést tapasztalt. A primér műtéti mortalitást mintegy 12—15%-nak kell tekinteni.

A műtéti kezelés eredményeinek további javítása érdekében további erőfeszítéseket kell tenni a korai diagnosis érdekében és az ún. kombinált kezelés (műtéti + sugaras, műtéti + cytostatikus) terén.

Saját anyagában 1946—1954 között 47%-ban szerepeltek az ún. „korai" esetek és ekkor a tumorok 59%-a volt resekálható. Ezzel szemben 1958—1959. években a felkutatás javulása folytán már 70%-ban kerültek intézetébe „korai" esetek. Ekkor 77,5%-ban lehetett resectiót végezni.

Kedvező kezdeti tapasztalatokra tett szert a kombinált (műtéti + cytostatikus) kezeléssel, de a számok nem elég nagyok ahhoz, hogy belőlük számottevő következtetéseket lehessen levonni.

Javasolja, hogy a német nyelvterületen egyeztessék a módszereket az eredmények értékelése és a kombinált kezelés bevezetése terén. *Keszler Pál dr.*

★

Bronchuscarcinoma tüdő tbc.-s betegeken. Campbell R. E., Hughes F. A.: Journ. Thor. Cardiovasc. Surg. 1960. *40*, 98—101.

Az 1947—1958 közötti periódus 11 000 tüdő-tbc.-s és 650 bronchuscarcinomás beteganyagát vizsgálták át. A két betegséget együtt 24 betegen észlelték; 10 betegnek megelőzően zajlott le aktív tbc.-s folyamata, 14 betegen egyidejűleg. A tbc. kórismézét legalább két pozitív köpet tenyésztési lelet alapján fogadták el.

A betegek 31—68 év közöttiek voltak. 19 esetben azonosoldali tüdőben, ebből 16 esetben azonos lebenyben észlelték a két betegséget. 6 betegnél a rákot hat hónappal a tbc. kórismézése után konstatálták, másik 6 betegnél 1—10 évvel később, 2 betegnél 10 éven túl, míg a többieknél a tbc. már 2—10 év óta inaktívnak volt tekinthető.

16 beteg esetében a bronchoscopos vizsgálat és a cytologia vezetett a bronchuscarcinoma kórismézéhez ill. alapos gyanújához. Ezek közül 4 esetben volt pozitív a bronchoscopos biopsia, 5 esetben pedig látható volt a tumor, de excisióra nem került sor. A cytologiai lelet 5-ször volt pozitív és 2-szer gyanús.

A bronchuscarcinoma kórismézése rendszerint nehéz, mert a

tbc.-s kép uralja a röntgen és klinikai tüneteket. Éppen ezért inaktív tbc.-s esetekben gyorsabban állítható fel a diagnosis, mint az aktívakban. Szerzők anyagában mindössze 4 betegen vették észre három hónappal a kórházba utalás után a tbc. mellett a carcinomát, több esetben erre csak évekkel az intézeti kezelés elkezdése után került sor.

Thorakotomiát mindössze 7 betegen végeztek és 6 esetben volt operábilis az elváltozás; 3 pneumonektomia és 3 lobektomia árán. Ezek közül 3 betegnél a műtétet sugár- és nitrogénmustár-kezeléssel is kiegészítették. Három év után egyetlen betegük él, kinél lobektomia történt és a szövettani kórisme alveoláris sejtes carcinoma volt.

Gerstl 0,44%-ban észlelte a carcinoma előfordulását tbc.-s betegeken, *Robbins* és *Silverman* 1,5%-ban. A Mississippi-szanatórium 8 éves — aktív tbc.-sekre vonatkozó anyagában — 0,38% volt az előfordulás. Az ismertetett anyag 0,2% előfordulásnak felel meg. Ez átlagban húszszor magasabb, mint a lakosság általános morbiditása és eléri *Pack* és *Ariel* statisztikája szerint a nehéz dohányosok morbiditását. *Gerstl* szerint a lakosság általános bronchus cc.-s morbiditása 0,0050%.

Minthogy a tbc.-s megbetegedések egyre inkább az idősebb korosztályok felé tolódnak el, szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy mindinkább kell számolni a két betegség együttes előfordulásával is. Az alábbi jeleket emelik ki, melyeknek alapján gyanítható, hogy a fennálló tbc.-s folyamat talaján carcinoma alakult ki.

1. Ha megfelelő antituberculotikus kezelés után nem következik be megfelelő klinikai és röntgenologiai regressio, esetleg progressio észlelhető.

2. Ha féloldali hilusárnyék kiszélesedés észlelhető.

3. Ha lebenyre vagy segmentumra kiterjedő atelektasia van a röntgenképen.

4. Ha izolált nodosus elváltozás van jelen (ún. kerekárnyék) — főleg az alsó lebenyben — és ha ennek szélei egyenetlenek.

5. Ha az észlelt üreg (caverna) fala szokatlanul vastag és szabálytalan. *Keszler Pál dr.*

Virológia

Identifikálatlan filtrálható ágens izolálása átoltható emberi daganatokból. Toolan H. W., Dalldorf G., Barclay M., Chandra S., Moore A.: Proc. Nat. Acad. Sci. N. Y. 1960. *46*, 1256—58.

A szerzők egy vírus izolálásáról számolnak be, mellyel hörcsögembrio és újszülött hörcsög fertőzhető. A fertőzés eredményeként a hörcsögök fejlődése gátolt, csontjaik törékennyé válnak, és deformitások jönnek létre, melyek lehetnek microcephalia, a szemek és nyelv protrusiója, fogazat eltorzulása, esetleg teljes, vagy részleges hiánya. A vírus ismételt továbboltása esetén az infektivitás rohamosan nő, és az oltott állatok gyorsan elhullanak, még mielőtt a deformitások létrejönnének. Ilyenkor főleg a májban és csontrendszerben alakulnak ki histologiailag kimutatható elváltozások.

A vírust 8 emberi továbboltható, *in vivo* fenntartott daganat-törzsből (HEp 1, HEp 3, HEp 4, HEp 5, HS 1, HEmbRh 1, HAd 1, A—42 jelzésűek) izoláltak. Sikerült kimutatniuk carcinomás betegek májából és lépéből is, de ugyanezek daganatából nem. Olyan patkányok májából is izolálták, amelyekbe az előzőleg felsorolt 8 emberi eredetű daganat-törzset beoltották. Kontroll gyanánt izolálási kísérleteket végeztek normál patkány, egér, hörcsög szövetekből, valamint számos továbboltható állati eredetű daganatból (Crocker sarcoma 180, Ehrlich carcinoma, Bashford carcinoma, Glioma 26, Jensen patkány-sarcoma, Walker patkány-carcinosarcoma 256, stb.) negatív eredménnyel. Nem sikerült a vírust izolálniuk 4 olyan emberi eredetű daganat-törzsből sem (HEp 1, HS 1, HEp 2, HeLa) amelyeket már több éve *in vitro*, ló, vagy borjú savót tartalmazó tápfolyadékkal tartottak fenn.

A vírust neutralizálja a patkányok, egerek, nyulak, tengeri malacok, borjak és tyúkok vérsavója. Egészséges emberek és kezeletlen hörcsögök vére azonban neutralizáló ellenanyagot e vírussal szemben nem tartalmaz.

A vírus átmérője elektromikroszkópos mérés alapján 70 mμ. Infektivitását gyorsan elveszti UV besugárzás, vagy hő hatására. +4 C fokon legalább 1 évig, —79 C fokon legalább 2 évig eltartható.

A közlemény szerzői az elsők, akiknek sikerült kitenyészteni vírust emberi eredetű daganatokból. A felfedezés igen jelentős, még annak figyelembevételével is, hogy a vírus onkogenetikus szerepe nem tisztázott. *Dömök István dr.*

*

Májbetegségek

Cirrhosisos betegek „therapia-resistens" ascitesének kezelése aldosteron antagonista anyaggal. Clowdus B. F., Higgins J. A., Rosevear J. W. és Summerskill W. H. J.: Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 1960. *35*, 97—105.

Az utóbbi évek endokrinológiai kutatásai arra utalnak, hogy az aldosteron fontos szerepet játszik a májcirrhosisos betegek vízretentiójának a fenntartásában. Ez a felismerés olyan vegyületek synthesisére ösztönözte a kutatókat, amelyek antagonista tulajdonságuk folytán képesek arra, hogy a különböző diureticumokkal szemben már resistenssé vált cirrhosisos betegek immobilis vízretentióját áttörje. 1957 óta ismeretesek olyan synthetikus steroid-lacton vegyületek, amelyek antagonisztikus hatásúaknak bizonyultak az aldosteronnak a tubularis Na reabsorptiót fokozó hatásával szemben.

A szerzők egy új spironolactonnal (aldacton) végeztek therapiás kísérleteket 8 májcirrhosisos betegen. Mind a nyolc betegnek ascitese volt, amelyet Na-megvonással és a szokásos diureticumokkal nem sikerült befolyásolni. Az aldacton-kezelés előtt, alatt és után megmérték a testsúlyt, a 24 óra alatt ürített vizelet mennyiségét, a napi Na és K ürítést, a májfunctiós próbákat és a serum-elektrolytek concentratióját. A kísérletet a következő részekre tagolták: 1. Csak diéta (sómegszorítás). 2. Prednison + diuretica 3. Aldacton egyedül. 4. Aldacton + prednison. 5. Aldacton +diuretica. 6. Aldacton + diuretica + prednison. Az eredmények azt mutatták, hogy napi 600—800 mg aldacton minden esetben fokozta a Na-ürí-

A különböző koplalókúráknál a csökkentett kalóriájú étrend mindig több-kevesebb levertséget okoz

A GRACIDINNEK ilyen hatása nincs

*

Nem kíséri éhségérzet, testi fáradtság, teljesítménycsökkenés

tést, ezzel párhuzamosan csökkent az ascites mennyisége és a testsúly is. Az előzetesen alkalmazott prednison és diureticumok hatástalanoknak bizonyultak. Az aldacton hatás kifejlődéséhez 5—7 napi kezelés szükséges. Aldactonnal együtt adott diureticum [thiomerin (Hg. tartalmú), ill. diuril (chlorothiazid)] hatékonyabb, mint aldacton és prednison egy időben. A diurillal együtt adagolt aldacton negatív K mérleget eredményezett, ezért ilyen kezelés alatt külön K-adagolásra van szükség. A prednison fokozza az aldacton + diuril (vagy thiomerin) combinatio hatását, a steroid-therapia ismert hátrányai miatt azonban csak akkor kerülhet erre sor, ha nélküle megfelelő hatás nem mutatkozik. Az aldosteron-antagonista vegyületek egyértelmű hatásából következik, hogy asciteses májbetegek diureticumokkal szembeni resistentiájának mechanismusában az aldosteronnak igen fontos szerepe van. E therapiás kísérletek gyakorlati jelentősége igen nagy. Remény van arra, hogy ezen az úton megoldódik azoknak a therapia-resistens asciteses májbetegeknek a gyógyszeres kezelése, akiken eddig csak ismételt paracentesisekkel, porto-cavalis shunt műtéttel vagy bilateralis adrenalektomiával lehetett segíteni. Másfelől lehetségessé válik az étrendi szigorú sómegszorítás feloldása, mely szintén nagyjelentőségű azok számára akiknek ezt a diétát hosszú időn keresztül kell elviselniük.

László Barnabás dr.

★

Atebrin mérgezés okozta acut hepatitis. Marczynska—Robowska M.: Helv. Paediatr. Acta 1960. *15.* 307—309.

A szerző egy 5 éves fiú Atebrin okozta halálos kimenetelű toxikus hepatitisét ismerteti. A beteg ismeretlen eredetű lázas állapota miatt aspirin, pyramidon, C-vitamin, majd penicillin és streptomycin kezelésben részesült eredménytelenül. Az 1—2 napos szünetek után periodikusan jelentkező lázmenet miatt a házi orvos maláriára gondolt, s anélkül, hogy a parazitát kimutatta volna, szokatlanul nagy adag Atebrin adását kísérelte meg. A kezelés 3. napján a vizelet megsötétedett, 2 nappal később a bőrön és a sclerán sárgaság mutatkozott szüntelen hányás kíséretében. A kezelés ennek ellenére tovább folytatódott. Az Atebrin-adagolás 8. napján került a beteg intézetbe súlyos, lázas állapotban. A felvételkor máj- és lépnagyobbodást észleltek. A lázas állapot okának tisztázása céljából elvégezték az összes számba vehető serológiai, bakteriológiai és röntgenológiai vizsgálatokat, amelyekkel ty. abd., Bang-kór, Weil f. betegség, tuberculosis, malaria és syphilis kizárható volt. Hepatitis epidemica lehetősége is felmerült, az atypusos kezdet és lefolyás, továbbá az epidemiológiai összefüggések hiánya ezt a feltevést valószínűtlenné tette. A beteg állapota terramycin, tardocillin- és cortison-kezelés ellenére tovább rosszabodott, hőmérséklete 41 C fokra emelkedett, haematemesis és orrvérzés jeletkezett, meningealis tünetek után hepatargiás koma alakult ki. A parenteralis glutaminsav-kezelés hatástalan volt, s a gyermek meghalt 8 nappal a klinikai felvétel után. A sectio alkalmával atrophia hepatis flava mellett kétoldali, multifocalis haemorrhagiás pneumoniát találtak. A mesenteriumban és a beleken subserosusan vérzések.

Az Atebrin okozta acut hepatitis rendkívül ritka. Az irodalomban alig néhány eset ismeretes. Agress szerint 2—3000 Atebrinnel kezelt betegre esik egy toxikus hepatitis. Az irodalomban közölt esetek lefolyása és sectiós lelete lényegében egyezett a szerző által ismertetett esettel.

László Barnabás dr.

★

Gerontológia

B_6 vitaminhiány öregkorban. Ranke, Elma. etc. J. Gerontol. 1960. 15. 41—44.

Számos megfigyelés eredményeként kimutatták, hogy a vízben oldódó vitaminok közül öregkorban a B_{12} és a C vitamin serumszintje csökken. A szerzők a B_6 vit. anyagcserét vizsgálták különböző módon fiatal (átlagos életkor 25 év) és idős (átlagos életkor 76 év) egyének nagyobb csoportján vegyes és nem ellenőrzött étrend mellett.

1. A serum glutaminsav-oxalecetsav-transaminase (SGOT) a fiatalokban significansan magasabb volt (17,58 E), mint az öregekben (12,84 E).

2. B_6 vitamin 3 héten át napi 15 mg-os *per os* adása után az öreg csoportban a kezdeti 13,9 E SGOT-szint 19,6 E-re emelkedett.

3. A transaminase coezimjét, a pyridoxal phosphatot *in vitro* adták fiatal és idős egyének sérumához. Az első csoportban az SGOT-tartalom 16,1-ről 22,5 E-re, a második csoportban 8,7-ről 22,0 E-re emelkedett.

4. B_6 vitaminhiányos állatok tryptophan anyagcseréje zavart, tryptophan-terhelés után az állat vizeletében a xanthurin-sav felszaporodik. — A kísérleti csoportokban vizsgálva a xanthurin-sav kiválasztást, az idős egyénekben

kétszeresét találták a fiatalokéhoz viszonyítva (32,6 ill. 16,5 mg/24 óra). A 2. pont szerinti B_6 vitamin etetés után a kiválasztás 15,4 mg/24 órára csökkent az idős csoportokban is.

Bár a kísérleti egyének étrendjét nem ellenőrizték, mégis feltehető, hogy a különbségek nem diétás eredetűek. B_6 vitamin emeli az SGOT aktivitást és rendezi a tryptophan anyagcserét. A zavar elsősorban a coenzim, a pyridoxal phosphat csökkenésének következménye. Más szerzők a fvs-ek pyr. phosph. tartamát az életkorral haladva mind kevesebbnek találták. Állatokban a B_6 vitaminhiány csökkenti a B_{12} vitamin felszívódását és mellékvese-elégtelenséghez is vezethet. A szerzők úgy vélik, érdemes lesz megvizsgálni öregek mellékvese-működését B_6 vitamin elnyújtott adagolása mellett.

Timaffy Miklós dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

A parenteralis vaskezelésről

T. Szerkesztőség! Sydenham 1681-ben leírta, hogy vas adása után a chlorosisban szenvedő beteg pulzusa erőteljesebbé válik, arcszíne elveszti halvány vagy halottsápadt tónusát, pirosabb lesz. Az orvosi gyakorlatban azóta is és a jövőben is a vasmedikációban a per os adagolásnak van a legnagyobb tere. Mégis a parenteralis vaskezelésnek is vannak olyan lehetőségei, amelyekkel a modern gyógyításnak számolnia kell és ki kell használni a belőle származó előnyöket. Nem véletlen, hogy az orvosi közvélemény hosszú ideig idegenkedett a parenteralis vas adásától, mert a kezdeti eredmények igen lehangolók voltak.

Az injekciós vaskészítmények előállítására a harmincas években történtek kezdeményezések, de a mellékhatások súlyosak és sok esetben ijesztők voltak: hányinger, hányás, láz, hidegrázás, collapsus. A negyvenes évek elején sikerült olyan vas + C vitamin készítményeket előállítani, amelyeket a betegek jól tűrtek és a therápiás eredmények is kedvezőnek bizonyultak. 1947-ben Nissim új kombinációt hozott létre ferrooxydsacharat formájában, amely megnyitotta a vas + cukor készítmények sorát. A C vitaminnal, illetve cukrokkal kombinált vaspraeparatumok kedvező therápiás eredményeket mutattak, mellékhatásuk szinte nem volt, de azzal a hátránnyal jártak, hogy csak intravénásan voltak adhatók, ezért kisgyermekeknek, rossz vénájú betegeknek az adagolás nehézséggel járt. Az ötvenes évek elején vas + dextran készítményeket hoztak forgalomba és ekkor úgy látszott, hogy ideális praeparatum jutott a kezünkbe, mert nemcsak intravénásan, hanem muscularisan is adhattuk. Ekkoriban egyetlen mellékhatást írtak le, mely ha nem is volt veszélyes, aesthetikailag rossz érzést váltott ki a betegből: az injekció helyén sötét elszíneződés keletkezett, mely hetekig, hónapokig fennmaradt. A gyárak ezért olyan injekciós technikát ajánlottak, amely megakadályozza a gyógyszernek a szurcsatornán való visszaszivárgását. A legutóbbi időben azonban Haddow és Horning állatkísérletek során azt találták, hogy több hónapon át, extrem magas adagban i. m. vagy s. c. adott vas + dextran után az injekció helyén sarcoma keletkezett. A bevitt vas emberi gyógykezelésben alkalmazott adagoknál sok százszorosan nagyobb volt és csak egereknél és patkányoknál keletkezett malignus elfajulás nagyobb számban. Nyulak, tengerimalacok és hörcsögök alig mutattak ilyen átalakulást. Emberi gyógykezelések kapcsán malignitás kialakulására nincs semmi bizonyíték, mégis az egyik nagy gyógyszergyár a kérdés végleges tisztázásáig a vas+dextran készítményeket kivonta a forgalomból.

A vasanyagcsere részletesebb megismerése után megtudtuk, hogy a szervezet vasháztartását nem a kiürítés, hanem a felszívódás útján szabályozza. Nincs olyan reguláció, amely a vaskiürítést fokozná, a bevitt fölösvasat eltávolítaná. Csak a leváló hámsejtek, haj köröm, bélnedvek útján van physiológiásan napi 1 mg-nál valamivel kisebb veszteség. A felszívódás viszont a szervezet vasszükségletétől függ, ha nagyobb az igény, fokozódik. A parenteralis vaskezelésnek számos elméleti ellenzője akadt, mert ez megkerüli a szervezet természetes regulációját, túladagolás esetén vasfelhalmozódáshoz, haemochromatosishoz is vezethet. Később azonban állatkísérletekből és klinikai tapasztalatokból kitűnt, hogy a parenteralis úton bevitt vas felhalmozódása maga nem elegendő a haemochromatosis kórképének létrehozásához. Ebben a betegségben kötőszövetszaporodás és súlyos functiozavarok keletkeznek, vasinjiciálás után sem kötőszövetszaporulat (cirrhosis) sem kifejezettebb functiozavarok nincsenek. Ezek az újabb megismerések kedvezőbb légkört teremtettek a parenteralis vaskezelés létjogosultságának elfogadására. Érdemes tehát a kérdést revízió alá venni. Magunk sok száz esetben adtunk ily módon vasat és sorozatosan észlel-

Több hetes ambulans
Gracidin-
KEZELÉS
alatt is
egyenletes
marad
a testsúly
csökkenése;
a felvett
táplálék
mennyisége
és
a szervezet
valóságos
táplálék
szükséglete
között
normális
egyensúlyi
állapot
áll elő

PHARMACOLOGIAI ÉS KLINIKAI VIZSGÁLATOK SZERINT A

GASTROPIN

NEMCSAK A PARASYMPATHICUS VÉGKÉSZÜLÉKEKET, HANEM A VEGETATIV DUCOKAT IS BÉNÍTJA.

EGYT

tük a beteget fekvő és ambuláns kezelések alatt és után. Ezek a tapasztalatok elegendőknek látszanak, hogy a kérdésről beszéljünk. Ez a tény nem változtat azon az álláspontunkon, hogy a *vasmedikáció elsősorban szájon keresztül javallt.* Nem szabad továbbá elfelejtenünk, hogy mind per os, mind injekciós vaskezeléstől csak akkor várhatunk kedvező eredményt, ha vashiány áll fenn.

A parenteralis vaskezelést az alábbi esetekben tartjuk indokoltnak: 1. Ha a gyomor-bélcsatornából nem szívódik fel vas. 2. Ha gyorsan kell a vasat pótolnunk, pl. a terhesség utolsó szakaszában felismert vashiány, nagyobb vérzéssel járó vasveszteség esetén, amikor a vörösvérsejtek és szövetek vashiányát gyorsabban tudjuk pótolni. Ilyenkor nagyon sok esetben a transfúzió is csak a vörösvérsejtek vastartalma útján hat, a parenteralis vaskezelés gyorsabb (mert több vasat vihetünk be), olcsóbb és legfőképpen veszélytelenebb, mint a transfúzió („luxustranszfúzió"). 3. Ha szájon keresztül a beteg nem tud vasat szedni, mert intolerancia áll fenn (gyomornyomás, hányinger, szorulás, ritkán hasmenés). A betegek 10—15%-ában jeletkeznek ilyen panaszok. Néha vashiányos betegek kezelésekor azt látjuk, hogy kezdetben, feltehetően az atrophiás gyomor-bél nyálkahártya miatt, rosszul szívódik fel a vas, a haemoglobin-érték nem, vagy alig emelkedik. Ilyenkor néhányszáz mg vas parenteralis bevitele után ugrásszerűen emelkedik a haemoglobin és később már per os folytathatjuk a kezelést. 5. Néhány esetben a vashiány laboratóriumi módszerekkel nehezen állapítható meg. Pl.: vashiány + tumor, vagy vashiány + infekció együttes előfordulásakor. Ilyenkor kénytelenek vagyunk a gyors diagnózis felállítása céljából injekcióban vasat adni. Ez az indikáció azonban a következő szabályok betartására kötelez: *a)* minden más kezeléstől tartózkodnunk kell, hogy a vas kizárólagos therápiás hatását vizsgáljuk. *b)* 600—800 mg vas adása után Hb. mérést végzünk, ha ez 2 gr-al vagy többel emelkedik, és a beteg nem vérzik, vashiány áll fenn. *c).* Ha a Hb nem emelkedik, az anaemiának egyéb oka van, amely tisztázandó *d)* nem szabad elfelejtenünk, hogy vashiány tumor vagy infekció mellett is fennállhat, tehát a beteg megfigyelését továbbra sem nélkülözhetjük, ha ezekre gyanú van.

Mennyi vasat adjunk parenteralisan? Egyes szerzők matematikai formulák alapján kiszámítják, hogy mennyi vasat veszített a szervezet és ennyit adnak. Mi nem így járunk el, mert véleményünk szerint nem a kiszámított mennyiség, hanem a beteg állapota szabja meg a dosist. A beteg megfigyelése és a Hb. szint ellenőrzése a legbiztosabb útmutató. Tapasztalatunk szerint átlagosan 1000—1200 mg, néha 1500 mg és egészen kivételesen 2000 mg vas adására van szükség parenteralis bevitel alakjában. Sokszor azonban a tervezettnél jóval kevesebb is elegendő, mert a Hb. szint emelkedik és ilyenkor per os is folytathatjuk a kezelést. 100—150 mg-nál többet egyszerre ne adjunk, naponta, esetleg másodnaponta végezhetjük a kezelést Az intravénás injekciókat lassan, 3—4 perc alatt adjuk be, fecskendezés közben vérrel hígítjuk. Az első injekciót mindig fekvő helyzetben adjuk, később már ülő betegnek is adhatjuk. A hazánkban kapható Ferronascin, Ferrlecit, Ferrivenin készítmények után, ha az említett szabályokat betartottuk, collapsust vagy egyéb mellékhatást sosem láttunk. Iviron fecskendezés után egy esetben észleltünk collapsust. Vas + dextran készítményeket (Imferon, Myofer, Imferdex) ugyancsak minden zavar nélkül adtuk, az említett közlések óta azonban nem alkalmazzuk sem musculárisan, sem vénásan.

Mindezek alapján úgy véljük, a korábbi tartózkodóbb álláspontunkkal szemben, *bátrabban nyúlhatunk a vaskezelésben az injekciós tű után.* Feltétele ennek ma is, hogy a beteget klinikailag észleljük és Hb. pontos (!) mérésével ellenőrizzük. Végül talán elérkezett annak ideje is, hogy kérjük a magyar gyógyszeripart, hogy folytassa a pár évvel ezelőtt megkezdett, de utóbb abbahagyott kísérleteit hatásos parenteralis vaskészítmény előállítására.

Ringelhann Béla dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Cytologie der Cerebrospinalflüssigkeit. Sayk J. VEB G. Fischer V., Jena, 1960. 175 o., 90 kép, 12 táblázat.

Szerző nevét ismertté tette az elmúlt évtizedben az általa leírt liquorsedimentatiós módszer, melyet egyszerűsége s szép, deformálatlan sejtképei érdemessé tesznek arra, hogy széles körben elterjedjen s a rutin liquorvizsgálat szerves része legyen. Eddigi tapaszatalatait foglalja össze ebben a könyvben nagy beteganyagon; úgyszólván a neurologia minden fejezetét érinti és saját észlelései mellett a kérdés irodalmi adatait is igen részletesen ismerteti.

A bevezetésben Schaltenbrand prof. elismeréssel szól szerző eljárásáról s a neurológiai diagnosztika egyik nélkülözhetetlen eszközének tartja. A könyv általános része az eddig leírt liquorsejtvizsgálati módszerekkel, valamint a festési eljárásokkal foglalkozik. Az összehasonlító natív, fáziskontrasztos és festett képek, melyek a régi és az új módszer szerint készültek, meggyőzően bizonyítják a Sayk-féle módszer fölényét. A normál sejtkép összetételét, sajátosságait, a sejtek eredetének kérdését behatóan tárgyalja.

A részletes rész közel 30 oldalon át a gyulladásos betegségekről szól, majd egy összevont fejezet az allergiás kórképekről, eosinophil reactiókról — külön fejezetben ismertetvén a sclerosis multiplex cytologiai képét. A vérzéseknek is külön részt szentel. Igen részletes fejezet foglalkozik az agy- és gerinctumorok liquorsejtképeivel. Örömmel fogadja az olvasó a szép, részben színes felvételeket s bár Juhász—Barabás közleménye óta ismerjük a daganatsejt-keresés fontosságát a liquorüledékben, Sayk adatai mégis meglepőek és sok újat nyújtanak számunkra. A továbbiakban a lueses kórképekről, arteriosclerosisról, végül a diagnosztikai szempontból alárendelt jelentőségű „kísérőreactiókról" ad áttekintést. Értékes irodalomgyűjtemény zárja a kis monographiát, amely nyilván minden laboratóriumban a sejtképek elemzéséhez hasznos segítséget fog nyújtani.

Csorba Antal dr.

*

Dr. Wilhelm Umbach: Differentialdiagnose und Therapie der Gesichtsneuralgien. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1960. 142 old. Ára: DM 22,50

A mű célja, hogy vezérfonalat adjon az orvos kezébe, amely alapján fel tudja ismerni és megfelelően kezelni a neuralgiákat. A freiburgi idegsebészeti klinika beteganyagán épül fel. Mivel az essentialis neuralgiák mellett nagyszámú a tüneti eset, igen gyakran az ideggyógyászon és idegsebészen kívül a fül-orr-gégész, szemész és fogorvos közös munkája szükséges a kórképek felderítésére és kezelésére.

Az alapvető anatomiai és élettani viszonyok ismertetése után a munka foglalkozik a betegvizsgálat módszereivel. Alapvető a jó kórelőzmény, ennek segítségével határolhatók el a különböző fájdalmas zónák. A neuralgiák vezető tüneteinek ismertetésénél anatomiai beosztást követ. Először a homlok, szem és orr, majd a felső állkapocs, fogak, fül, végül az alsó állkapocs, a nyak és garat neuralgiáit tárgyalja. A közismert neuralgiák mellett foglalkozik a n. nasociliaris, a ganglion pterygopalatinum, a mandibula ízület, a n. auriculotemporalis, a ganglion geniculi és a r. laryngeus cranialis n. vagi neuralgiával. Az atypusos neuralgiák kapcsán ismerteti az arteriitis temporalis, az erythromelalgia vagy histamin-fejfájás, a n. petrosus superficialis major, a különböző autonom idegrendszeri arc- és fejfájások és a periódusosan jelentkező migrain-szerű neuralgiák tüneteit és kezelését.

A monographia második fele a neuralgiák kezelésével foglalkozik. A conservativ therapia lényege, hogy hatásos gyógyszeradagokat adjunk rövid ideig mert a kezelés elhúzódása a beteg leromlását és ezáltal a műtéti kilátások rosszabbodását okozza. A különböző analgeticumok általában csak enyhébb fájdalmaknál használnak és a megszokás veszélye nagy. Hasznosnak tartja a B_1 vitamin lökést, mellette 10 napon át napi 1000 gamma B_{12} vitamint. Jobbak az eredmények a Hydantoin-készítményekkel.

A tág értelemben vett neurochirurgiai beavatkozásokból a peripheriás ágak novocain infiltratióját gyakran alkalmazza, míg a tartós blockáddal szemben (alkohol) a recidiva és a környezet sérülésének veszélye miatt tartózkodó.

A Gasser-duc elektro-coagulatióját elsősorban a keratitis neuroparalytica lehetősége miatt nem ajánlja.

Az arcon kilépő peripheriás idegágak exhairesise kis beavatkozás, a recidiva, ill. regeneratio veszélyét a megfelelő foramenbe tömött műgyanta nagymértékben csökkenti.

A koponyaűri operatiók közül egyszerűsége és aránylag kis traumatisáló hatása miatt a Frazier-féle gyök-átmetszés a ma leggyakrabban végzett trigeminusműtét. Kb. 9% a recidiva. A Taarnj-műtét enyhébb beavatkozás, de késői eredményei nem jók. A Dandy-féle parapontin neurotomiánál a mellékérülések és vérzések veszélye nagy. A paramedullaris selektív neurotomia a IX. és X. agyideg és a ritka facialis és intermedius neuralgiánál végezhető.

A Sjöquist-féle tractotomia az I. ág isolált neuralgiájánál ad jó eredményt, keratitis neuroparalytica ugyanis legfeljebb 1½%-ban jelentkezik

Az utolsó fejezet tárgya az igen súlyos, recidiváló neuralgiáknál végzendő mesencephalotomia és thalamotomia. A lateralis magban végzett stereotacticus »fájdalom-thalamotomia« mellett a fronto-thalamicus pályák kikapcsolását célzó medialis mag coagulálása tulajdonképpen psycho-chirurgiai beavatkozás, általa a fájdalom-élmény változik meg. Ez a műtét feleslegessé teszi a fájdalom miatt végzett leukotomiát.

A munka felépítése igen jó, a tárgyalás világos, nem terjengős, jó képet nyújt a kérdés jelenlegi állásáról. Jó papíron, jó szemléltető ábrákkal készült. Az ideggyógyász, fül-orr-gégész, fogorvos és szemész számára nagy segítséget nyújt, ugyanakkor a gyakorló orvosnak is ajánljuk.

Máttyus Adorján dr

*

Einführung in die innere Medizin. Hans J. Wolf: Georg Thieme, Stuttgart, 1960. 751. oldal. 73 ábra (7. kiadás).

A belgyógyászat activ művelői rendszerint akkor fognak hozzá a belorvostani tankönyvek megírásához, amikor sok év oktatói tapasztalata után megismerkedtek a hallgatóság és a szigorlatok által támasztott igényekkel, amikor a nagy és kisebb kollégiumok során

betegbemutatásokon megbeszélésre kerültek már a gyakorlatnak a diagnostikával és a therápiával párosult igényei is. A klinikát vagy osztályt vezető oktatónak azonban a fejlődésben levő disciplinát is állandóan figyelemmel kell kísérnie és a belgyógyászat hatalmasra duzzadt anyagából ki kell szűrnie azt, amit a leendő orvosoknak át kell adnia. Ezekre az előfeltételekre épült *Wolf* göttingai professzor könyve, amelynek gerincét azok az egyetemi előadásai képezték, melyeket „Válogatott fejezetek a belgyógyászat köréből" címmel az egyetemi hallgatóknak tartott. A válogatott fejezetekből — és ez a könyv szerkezetéből világosan kitűnik — lassanként systematikusan kiépített belgyógyászati propedeutika lett, mely középhelyet foglal el a belgyógyászati diagnostika és a részletes belgyógyászat között. Ha emellett a könyv a diagnostikából és elsősorban fizikális diagnostikából ad talán többet, mint a tulajdonképpeni klinikumból, ez nyilván azért van, mert a szerző elsősorban a leendő orvosok igényeit akarja kielégíteni. Úgy tűnik, hogy a német klinikusok — elsősorban a hallgatók képzésénél — még mindig igen nagy gondot fordítanak, — amint azt Berlinben szigorlat meghallgatásánál magunknak is alkalmunk volt tapasztalni — a tüdő fizikális diagnosztikája hallgatózási leletének finomabb, ma már alig emlegetett jeleire, aminek gyakorlati haszna tán nem is annyira e jelek ma már helyenként túlhaladott jelentőségében, mint a megfigyelőképességnek finomításában rejlik és e mellett a logikus gondolkodásnak is próbaköve lehet. Ezt a ma könnyen feledésbe menő tendentiát nekünk magyaroknak azért is érdemes újból kiemelnünk, mert Korányi Sándor tanításaiban mindig is hangsúlyozta ily értelmű jelentőségüket.

Nem eléggé hangsúlyozható előnye Wolf könyvének világos, rövid stílusa, mely lehetővé teszi, hogy rövid tömondatokban, néha csupán felsorolásszerűen, minden felesleges sallang nélkül jellemezzen egy-egy betegségcsoportot: pathogenesisével, tünettanával, diagnostikájával és therápiájával együtt. Így végighalad a belgyógyászat egész területén: biztos kézzel vezeti a kezdőt és vigyáz arra, hogy az arányok mindvégig kiegyensúlyozottak maradjanak az egyes fejezetek között. Helyet kapnak a műben, hacsak rövid, de mégis közérthető formában az újabb, ma már az oktatás tárgyát képező diagnosztikus eljárások is, melyek esztendők óta a megalapozott segédeszközei mindennapos belorvosi munkánknak: így a szívinfarctusok mellkasi elvezetésében alapuló diagnostikája, a phonokardiographia vagy akár a pajzsmirigy radiojód diagnosztikája is. A therápiás részekben sok helyen utal a nálunk sajnos nem eléggé méltányolt egyszerű fizikális therápiás lehetőségekre, de ugyanúgy helyet kapott a könyvben a korszerű, daganatok elleni belgyógyászati therapia rövid összefoglalása is. Talán ebben — a tárgy nehézségeinél fogva is — nehezen egységbe foglalható fejezetben sikerült a szerzőnek legkevésbé megőriznie könyvének legfőbb előnyét, a világos és könnyen áttekinthető fogalmazást. Nem túl sok, de minden esetben típusos rtg-kép és egyéb instruktív ábra, grafikon egészíti ki a munkát, mely méltán vált közkedveltté a kettészakított Németországban.

Benedict János dr.

Megjelent

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

1960. 12. szám

Kátay Aladár: A poliomyelitis elleni védekezés Magyarországon.
Rudnai Ottó dr.: Az 1959. évi poliomyelitis járvány.
Rudnay Ottó dr. és Barsy Gyula dr.: A Salk-oltások eredménye az 1959. évi poliomyelitis megbetegedések szemszögéből.
Solt Katalin dr., Pánczél Dezső dr.: és Vedres István dr.: Társfertőzések a László-kórházban 1958-ban.
Andrásovfszky Barna dr.: A fejlődési rendellenességek, koraszülések és az életviszonyok összefüggéseire vonatkozó megfigyelések.
Garamvölgyi Károly dr. és Vezekenyi Nóra: Az általános iskolai napközi otthonok élelmezési helyzete.

*

FOGORVOSI SZEMLE
Stomatologia Hungarica

1960. 12. szám

Nagy Andor dr.: Onkológiai szervezési kérdések.
Kovács György dr.: A szájüreg onkológiai gondozása és blastomáinak megelőzése.
Skaloud Ferenc dr.: Az arc és állcsontok rosszindulatú daganatainak sebészi kezelése.
Vándor Ferenc dr.: A radiológus és szájsebész együttműködése a szájképletek daganatainak ellátásában.
Kertész Jenő dr.: Az onkológiai gyógyítás és helyreállítás protetikai vonatkozásai.
Sándor Béla dr.: Hozzászólás az onkológiai ankét előadásaihoz.
Gyenes Vilmos dr.: Subperiostealis fémvázbeültetés levehető hídpótlással.

*

FOGORVOSI SZEMLE

1961. 1. szám

Eredeti közlemények.
Huszár György dr.: Az első szegedi fogorvosok.
Czappán György dr.: A vena facialis anterior thrombophlebitisének klinikuma és szájsebészeti jelentősége.
Pónyi Sándor dr.: Tejfog radicularis cystája.
Kérdés — Felelet.
Bruszt Pál dr.: A fogszuvasodás és fogágybetegségek gyakorisága Madaras 15 éven felüli lakosságán.
Molnár László dr.: Az idős fogorvos problémája.

*

ORVOSKÉPZÉS
Az orvostovábbképzés folyóirata.

1961. február

Putnoky Gyula dr.: Szakorvosképzési és képesítési problémáink.
Petényi Géza dr.: A csecsemőhalandóság.
Noszkay Aurél dr.: A húgyhólyag hámeredetű daganatai.
Szabó Lajos dr.: Az »enzymopathiák« jelentőségéről.
Kelemen Endre dr.: A malignus folyamatok keletkezésére vonatkozó főbb elképzelések rövid áttekintése.
1961. Évi Orvostovábbképzési Terv.

*

MAGYAR TRAUMATOLÓGIA

1960. 3. szám

MUDr. Honsa Karel: Súlyos posttraumás állapotok kezelése ganglionbénítókkal.

Dr. C. N. Alivisatos, dr. C. H. Bonellos: A comb felső vége töréseinek korai kezeléséről.
Manninger Jenő dr., Szabó László dr., Kazár György dr.: A medialis varus (adductiós) combnyaktörés. III. rész.
Zolczer László dr., Lendránics István dr., Bálint József dr., Nádor György dr.: Supra- és intercondylaris femurtörések kezelése konzerv csontléccel.
Dreissiger László dr.: A tüdőidegentestek műtéti eltávolításának problémái.
Sillár Pál dr., Szilágyi Pál dr.: Az inveterált perilunaris ficamok véres repositiója kapcsán szerzett megfigyeléseink.
Gereben Zoltán dr.: Fedett hasi sérülések klinikánk 15 éves anyagában.
Nagy Zoltán dr., Volni György dr.: Sugárzás elleni védelem a baleseti sebészetben.
Zahumenszky Elemér dr.: Mellkasnyársalás esete.
Sáró András dr., Bánhegyi József dr.: A hasnyálmirigy teljes harántszakadásának lépruptúrával szövődött gyógyult esete.

*

MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1961. 1. szám

Farkas Károly dr.: A kliniko-pathológiai konferenciák jelentősége.
Törő Imre dr.: A thymus kutatás időszerű kérdései.
Haranghy László dr.: Mai felfogásunk a lymphogranulomatosisra vonatkozólag.
Nagy János dr.—Zsigmond Klára: Alkohol kimutatás a kilégzett levegőből. Alkoholszonda.
Szinay Gyula dr.: A sklerodermás nephropathia.
Slowik Felicia dr.: Hízósejtek vizsgálata emberi endometriumban.
Bálint József dr.: A vesekörüli zsírdaganatokról.
Kovács András dr.—Nagy László dr.: Carcinoma metastasis alapján kialakult acut perforált gangraenas appendicitis.
Takácsy László dr.—Solti Ferenc dr.—Papp Miklós dr.: Korai szívelváltozások kísérletes nicotin mérgezésében.
Csaba György dr.—Törő Imre dr.—Bernád Irén dr.—Ács Tamás: Thymus transplantátiós kísérletek.
Potondi András dr.—Kenyeres Imre dr.—Dul Kálmán dr.: Gyors lefolyású influenzás esetek Intézetünk 1959—60. évi boncolási anyagában.

*

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1961. 1. szám

Potondi András dr.: Rosszindulatú, a lágyburok között terjedő angioblastoma (»Lindau betegség«).
Zappe Lajos dr. és Vidovszky Tamás dr.: Intravénás urea: új szer a koponyaűri nyomásfokozódás kezelésében.
Gombi Róza dr. és Hullay József dr.: Ureverttel szerzett tapasztalataink.
Környey István dr.: Max Nonne.
Lóránd Blanka dr.: Az elektív mutizmusos gyermekek katamnezise.
Aszalós Zoltán dr. és Csatáry Zoltán dr.: Retroolivaris lágyulások, mint vertebralis angiographia szövődményei.
Könyvismertetés.

*

MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM

1961. 1. szám

Dobory Júlia dr. és Asztalos Miklós dr.: Hepatitis gyakorisága egészségügyi dolgozókon.
Fazakas Sándor dr. és Petrányi Gyula dr.: A pajzsmirigy jódaviditásának befolyásolása perchloráttal.
Endersz Frigyes dr. és Ludvigh Károly dr.: A cardiovascularis betegségek és a cardialis decompensatió összefüggése az elhízással.
Góth Endre dr., Liszka György dr. és Bartha Melinda dr.: A Morgagni syndroma.
Káldor Antal dr., Pogátsa Gábor dr., Buzási György dr.: Adatok a Carbutamid »cholagog« hatásához.
Komáromy István dr., Hotovy Eleonóra dr. és Bártfai Imréné technikai munkatárs: Akut hypoxia hatása szívbetegekre, különös tekintettel a vénás nyomásra.
Rák Kálmán dr. és Cserháti István dr.: A Di Guglielmo-syndroma.
Szabó György dr., Solti Ferenc dr. és Ács György dr.: Az effectiv keringő vérvolumen csökkenésének hatása az electrocardiogrammra normális egyénekben és decompenzált szívbetegekben.
Könyvismertetés.

*

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1961. 1. szám

Margitay-Becht Dénes dr.: A méhnyakrák megelőzés továbbfejlesztése.
Erneszt Judith dr., Rigó János dr.: Szívbetegek szüléssel kapcsolatos halálozása.
Aszódi Lili dr. és Gyöngyössy Andor dr.: Terhesek szervezett Rh szűrésével és immunhematológiai ellenőrzésével szerzett tapasztalatok.
Gimes Rezső dr., Mosonyi László dr., Papp Katalin dr., Szilágyi Géza dr.: A phenmetrazin-származékok hatása a női cyclusra.
Detreházy Károly: Kolposkópos vizsgálatok terheseken.
László János dr., Győry György dr.: A »parametrosis« klinikai képét alátámasztó histológiai vizsgálatok.
Tóth Emil, Méhes Károly, Szabó Emil és Zsifkovics István: A nemi chromatinok előfordulása különböző korú nők leukocytáiban.
Szeker János dr.: Myoma malignum esete.
Tombor János dr.: Petefészektömlő kocsánycsavarodása és méhenkívüli terhesség együttes előfordulása.
Szemesi Imre dr.: A bulbocavernosus kacsmütét.
Ferkó Sándor dr. és Székely Zoltán dr.: A konzervatívmyomamütét.
Surányi Sándor dr.: A női ivarszervi gümőkór korai felismeréséről.

MAGYAR SEBÉSZET

1961. 1. szám

Sebészet.
Kun Miklós dr.: Diagnosztikai tévedések a hasűri szervek heveny sebészeti megbetegedésében.
Mester Endre dr.: A Vater-papilla szűkületének sebészi kezelése.
Vas György dr.: Tapasztalatok egy új magyar véralvadásgátló gyógyszerrel, a Syncumarral.
Csillag Antal dr.—Gergely Rezső dr.: A felső végtag vénás keringéseinek zavarai radikális emlőműtét után.
Berndorfer Alfréd dr.: A veleszületett rendellenességek postembrionalis és postoperatív továbbfejlődésének problémája.
Róth Miklós dr.: Fonalberakó érdissectorhoz.
Münich Béla dr.: Műtét útján gyógyult szív-, tüdő- és májlövés.
Simárszky János dr.: Sacrococcygealis Wein Géza dr.: Inguinalisan elhelyezpilonidalis sinus.
kedő testis torsiója 7 hónapos csecsemőben.
Anaesthesiologia.
Harkányi István dr., Papp Sándor dr., Gömöry András dr.: A szívmegállás kezelésének korszerű technikája.
Csergő István dr.: Elhúzódó curare hatás toxicus csontízületi gümőkóros betegek műtétekor.
Vécsey József dr., Csorba Lajos dr., Filemon Tibor dr.: A korai tracheotomia jelentősége hypoxiás tüdőresecált betegeknél.
Szold Endre dr.: Könyvismertetés.
Szold Endre dr.: Könyvismertetés.

*

MAGYAR RADIOLOGIA

1961. 1. szám

Ratkóczy Nándor dr.: Az orvostanhallgatók radiológiai oktatása és a röntgenszakorvosképzés hazánkban.
Leszler Antal dr. és Füsy Ferenc dr.: Csontelváltozások idült leukosisban.
Krepsz Iván és Varna Alexandru dr.: A Kasin—Bek-féle betegség.
Berek László dr.: Adatok a sipolytöltéses röntgenvizsgálatok diagnosztikai értékéhez.
Kis-Várday Gyula dr.: Összehasonlító röntgenkymographiás vizsgálatok ductus arteriosus persistens műtéte előtt és azt követően.
Simon László dr. és Schultheisz Emil dr.: Az epehólyag késői telődésének jelentősége.
Barna László dr. és Gönnert László dr.: Flnőtt korban diagnosztizált megaloureter.
Sármai Ernő dr.: Angiographiás és tomographiás feladatok megoldása számított expozíciós adatok útján, az Autoheliophos kilowatt-automatikájával.
Dósay Károly: Tapasztalatok és eredmények a röntgen-osztályok és az ott dolgozók sugárvédelmével kapcsolatban.
Koczkás Gyula dr.: A betegek sugárvédelme röntgenfelvételek készítésekor.
Jóna Gábor dr.: Beszámoló az első bolgár radiológus kongresszusról és bukaresti látogatásunkról.

EGYT

GASTROPIN

CSÖKKENTI A SECRETIOT, OLDJA A SIMAIZOMGÖRCSÖT, EZÉRT A GYOMOR-ÉS BÉL-BETEGSÉGEKBEN JÓ HATÁSU

MÁS THERAPIÁRA NEM REAGÁLÓ ULCUS VENTRICULI-BAN ÉS DUODENI-BEN LÉVŐ BETEGEK KÖZÉRZETE JAVULT, A GÖRCSÖK MEGSZÜNTEK, AZ ULCUSFÉSZEK LEGTÖBBSZÖR ELTÜNT.

HÍREK

A Belgyógyász Szakcsoport Haematologiai Sectioja 1961. április 19-én (szerdán) 7 (19) órai kezdettel a Semmelweis-teremben (Budapest, VIII., Szentkirályi u. 21.) tudományos ülést tart. Program: 1. Kovács Ervin dr.: A savó rézszint változásai anaemiás állapotokban per os vasterhelés kapcsán. Előadás (20 perc). 2. Ringelhann Béla dr., Sóvári Miklós dr.: Anaemia refractoria sideroblastica. Bemutatás (15 perc) 3. Fiam Béla dr., Horváth Endre dr., Tanka Dezső dr. és Magyari József dr.: Vizsgálatok az immun atithrombinnal. Előadás (35 perc).

*

Meghívó az Orvosegészségügyi Szakszervezet Tiszántúli Szemész Szakcsoportjának 1961. évi április hó 29-én és 30-án tartandó tudományos ülésére. Az ülés helye: a szemklinika tanterme.

29-én délelőtt 8 óra 30 perckor: Korecz K.: (Budapest) Elastotonometriás vizsgálatok jelentősége a glaukoma klinikumában. *Bíró I.* és *Csépe I.:* (Budapest) Súlyemelőkön végzett egyidejű vérnyomás- és szemfeszülésmérés eredményei. **Bíró I.:* (Budapest) Súlyemelés közben végzett szemfenéki megfigyelések sportolókon. *Scripnitschenko, S. N.:* (Odessza) Tetra-Ethyl-Benzin prowoziertes Glaukoma toxicum. *Zajácz M.* és *Valu L.:* (Debrecen) A myopiás glaukoma sajátosságairól. **Csüllög F.:* (Debrecen) Az opticus- és retina-betegségek nyomáscsökkentő therapiájáról. *Graf K.:* (Rostock) Untersuchungen über die Pathogenität von Aspergillus niger Mycel-Sporen an Kaninchenaugen. *Halmai O.:* (Szombathely) Szaruhártyamykosist utánzó »white ring of the corneae«. *Kljuka I. W.:* (Odessza) Die Amblyopiebehandlung bei Kindern nach Keratoplastik. *Miklós A.:* (Szombathely) A retinalis vénaág-elzáródások klinikuma és gyógykezelése. *Hutás I.:* (Szombathely) Újabb adatok a sinus cavernosus thrombosisának gyógyításához. *Mándi L., Gát L.* és *Pintér L.:* (Debrecen) Heerfordt-tünet és mellkasi sarcoidosis.

29-én, délután 3 órakor: Aczél Gy.: (Budapest) Küszöbértékvizsgálat színtévesztőknél. *Gazdag I.:* (Budapest) Módosított decimalis látásvizsgáló-tábla dissimulatio lehetőségének kiküszöbölésére. **Prof. Kettesy A.:* (Debrecen) A Bezold—Rood-féle optikai csalódás megfejtése Helmholtz törvényszerűségei alapján. *Sommer G. und U. Sommer:* (Zittau) Über die Operation nach Burchardt gegen Trichiase. *Varga B.:* (Eger) Egyszerű eljárás a könnypont és könnycsövecske képzésére (filmvetítés). *Turi K.:* (Budapest) Az alsó szemhéj állásának változása Kettesy-féle félvastag bőr szabad átültetése után. *Prof. Heydenreich A.:* (Magdeburg) Die Epitheleinwanderungen in die vordere Augenkammer. *Varga B.:* (Eger) Ektopia lentis elleni látásjavító műtéteim és hályogsebzárási eljárásom (filmvetítés). *Pelláthy B.:* (Miskolc) Kétezer hályogműtét tapasztalatai. *Uzonyi Gy.:* (Budapest) Ötszáz hályogműtét tapasztalatairól, különös tekintettel a komplikált hályogra.

30-án, délelőtt 8 óra 30 perckor: Tarnótzky K., Együd K. és *Zempléni B.* (Nyíregyháza): Tömeges methylalkoholmérgezés szemészeti vonatkozásai. *Molnár L.:* (Debrecen) A mészsérülés gyógyítása a novoszibirszki módszerrel. *Kalapos S.* és *Valu L.:* (Debrecen) A sugártest korral járó elváltozásai. *Grósz I., Turi K.* és *Dózsán G.:* (Budapest) Újabb adatok az uveitis Kórtanához. (PPL—organismus). *Prof. Zoltán L.* és *Remenár L.:* (Budapest) A szemüregbe és az arcizomzat közé terjedő meningokele (filmvetítés). *Alberth B.:* (Debrecen) Myositis ocularis esete. *Pamphilova G. W.:* (Odessza) Experimentelle Untersuchungen in der Behandlung der Keratitis herpetica. *Vörösmarthy D.:* (Debrecen) A herpes corneae gyógyítása photocoagulatióval. *Bauer N.:* (Debrecen) A herpes corneae kezelése subconjunctivalisan adott C-vitaminnal. *Gát Gy.:* (Debrecen) Különleges szemmozgás-zavar. *Koleszár Gy.:* (Debrecen) A trachomás gócok felderítésének és felszámolásának módozatairól Hajdu-Bihar megyében, 5 éves munka alapján. *Darabos Gy.:* Kísérletek heterotopiás transplantatióval.

Délután 3 órakor: Szabó Gy.: (Makó) Lyophilizált tisztított tuberculinnal és tebeprotin-Toenissennel végzett Mantoux-oltássorozat összehasonlítása. *Zempléni B.* és *Somogyi I.:* (Nyíregyháza) A phlyctaenás szembetegségek helyzete a második világháború után. *Gát L., Mándi L.* és *Pintér L.:* (Debrecen) Keratoconjunctivitis ekzematosás betegekkel kapcsolatos tapasztalatok. *Pénzes T.* és *Grics L.:* (Pápa) Gyermekkori tbc. és myopia. *Szabó Gy.:* (Makó) Az uveitis tuberculosa kórszövettanáról.

A csillaggal megjelölt tárgyak csak abban az esetben kerülnek előadásra, ha az időbeosztás lehetővé teszi. Kéziratuk a klinika könyvtárában betekinthetők.

A Bolgár NK-ban, külföldi vendégek részvételével szervezendő kongresszusok, symposiumok és konferenciák 1961-ben

Június: Gyermekstomatologiai továbbképző tanf. I. V. Angelov, az Eü. M. stomatológus főorvosa.

Augusztus: A csont-ízületi tuberkulózissal foglalkozó nemzetközi symposium — a SZU-val és az NDK-val együttesen. B. Bojcsev prof., Szófiai Orv. Tud. Egy. *Fő tematika:* Az ízületi funkciókat megőrző műtéti és konzervatív módszerek a csonttuberkulózis kezelésében; közvetlenül a gócra irányuló műtétek tárgyalása.

Szeptember: Az endémiás golyvával foglalkozó nemzetközi symposium. I. V. Pencsev prof., Orv.-Szakképző és Továbbképző Intézet, Szófia. *Fő tematika:* Az endémiás golyva aetiológiája, pathogenesise és klinikuma; a jód-megelőzés megszervezésének tanulmányozása; therapia; a leküzdés megszervezése.

Október: A fiziológusok, pathofiziológusok, pharmakológusok, toxikológusok és biokémikusok konferenciája. D. Orahovac akad., Bolgár Tud. Akadémia, Szófia. *Fő tematika:* A magasabbrendű idegműködés, a vegetatív idegrendszer, a szív és érrendszer fiziológiája, pharmakológiája és pathophysiológiája; nucleinsavak a fehérjék biosynthesisében; kísérleti toxikológia és egyes hypoxiát okozó mérgek.

November: A neuroplegicák és a Nivalin alkalmazásával foglalkozó konferencia. G. Uzunov prof., Szófiai Orv. Tud. Egy.

PÁLYÁZATI *hirdetmények*

(1136)

A hatvani városi kórház igazgatója pályázatot hirdet egy E. 126. kulcsszámú rendelőintézeti **laboratóriumi szakfőorvosi** és egy E. 232. kulcsszámú **laboratóriumi asszisztensi** állásra. Mindkét állás betöltéséhez a megfelelő szakképzettség szükséges. A szakfőorvos részére másfélszobás összkomfortos lakást biztosítunk. A szabályszerűen felszerelt kérvényeket a szolgálati út betartásával — Városi Kórház, Hatvan — címre, a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül kell benyújtani.

Zeke Gábor dr.
kórh. igazgató h.

SZOT Szanatórium, Balatonfüred

(1135)

Pályázatot hirdetek újonnan szervezett, E. 210. kulcsszámú **ápolónői állásra.** Férőhelyet és napi 4,— Ft-ért étkeztetést biztosítunk. Pályázatokat a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül címemre kell megküldeni.

Szepesi Barnabás dr.
igazgató főorvos

(1134)

Pályázatot hirdetek a Heves megyei Tanács Kórháza Rendelőintézetében áthelyezés miatt megüresedett E. 125. ksz. **fül-orr-gégész szakfőorvosi** állásra. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmeket az alkalmazó hatóság útján, a Heves megyei Tanács Kórháza, Eger 1., Pf.: 15. címre kell benyújtani.

Osváth Gábor dr.
igazgató főorvos

SZOT Szanatórium, Balatonfüred

(1133)

Pályázatot hirdetek áthelyezés miatt megüresedett **laborasszisztensi** állásra. Javadalmazás: 1150,— Ft, plusz 30 százalék veszélyességi pótlék. Az állás elnyeréséhez három hónapnál nem régebbi keltű erkölcsi bizonyítvány is szükséges. Étkezést napi 4,— Ft-ért, és férőhelyet havi 25,— Ft-ért biztosítunk. A pályázati kérelmeket a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kell címünkre megküldeni.

Szepesi Barnabás dr.
igazgató főorvos

(1131)

A Hatvani Városi Tanács VB. pályázatot hirdet a Hatvan Városi Tanács VB. Egészségügyi csoportjánál áthelyezés folytán megüresedett **városi főorvosi állásra.** Másfélszobás összkomfortos lakást biztosítunk. A szabályszerűen felszerelt kérelmeket a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül kell szolgálati út betartásával hozzánk benyújtani.

(1132)

Győr Megyei Kórház igazgatója pályázatot hirdet a Megyei Kórház Tét községben működő Tüdőosztályán 109. kulcsszámú **osztályvezető főorvosi** állásra.

Szász János dr.
kórházigazgató főorvos

ELŐADÁSOK ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1961. április 17. hétfő	Orsz. Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet, könyvtár IX. Gyáli út 3/a.	délután ½3 óra	*Az Intézet tudományos dolgozói*	*Kállai László:* Fehérpatkány tenyészetünk tenyésztési és kísérleti módszertani színvonalának emelése.
1961. április 18. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem. IX. Gyáli út 2—6. Á-ép.	délután 2 óra	*Az Intézet tudományos dolgozói*	1. *Serény Béla dr.:* Gyorsított széklettenyésztési vizsgálat Shigella kimutatására. 2. *Koltai Ferenc dr.:* A gyorsított bakteriológiai diagnosztikai eljárás alkalmazása Shigella és E. coli B : 17 törzsek felismerésére.
1961. április 20. csütörtök	János kórház. XII. Diósárok 1.	délelőtt 11 óra	*A Kórház Tudományos Bizottsága*	1. *Góth Endre dr.:* Vizsgálatok emberi növekedési hormonnal. (15') 2. *Halmos Tamás dr.:* Spontán hypoglykaemiák. (15') 3. *Arató József dr., Mitzbán Izabella dr., Szegő Sándor dr.:* Fluor vaginalis modern therapiája. (15') 4. *Pajzs Zsuzsanna dr.:* Szívinfarctus ritka szövődménye; emboliás bőrnecrosishoz társuló proteus bacteriaemia. (10')
1961. április 20. csütörtök	Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet, tanácsterem. VII. Péterfy S. u. 12—16. IV. em.	délután 2 óra	*A Kórház orvosi kara*	1. *Vágfalvy Ilona dr.:* A radioactiv J 131-gyel végzett vizsgálatok szükségessége és lehetősége pajzsmirigybetegségek functionális diagnosztikájában. (20') 2. *Kuti László dr.:* A Péterfy S. utcai Kórház-Rendelőintézet Onkológiai Gondozójának 10 éves működése.

DIACODON tabletta
KÖHÖGÉSCSILLAPÍTÓ
erős hatású
OXYCODON tabletta
FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ
SZTK terhére szabadon rendelhetők
Kábítószer-rendelet hatálya alá tartoznak

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1961. április 20. csütörtök	Magyar Tudományos Akadémia, 100-as terem. V. Roosevelt tér 3. II. em.	délután 3 óra	*A TMB és az MTA V. Oszt.*	*Mányai Sándor* „Az adenozintrifoszfát és glicerinsav-23-difoszfát kölcsönhatása a magvtalan vörösvértestekben" c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitája. Az értekezés opponensei: *Tankó Béla*, a kémiai tudományok kandidátusa, *Wollemann Mária*, az orvostudományok kandidátusa.
1961. április 20. csütörtök	Weil-terem. V. Nádor u. 32.	délután 6 óra	*A Pavlov Ideg-Elme Szakcsoport*	*Lehoczky Tibor dr., Schischa Lipót dr., Haffner Zsolt dr.:* Tibialis anterior syndroma. *Bálint István dr., Murányi Mihály:* Neurotizáló tényezők hatásmechanizmusának vizsgálata Hollerith-könyvelőkön. *Juba Adolf dr.:* Alzheimer-féle betegség 34 éves egyénnél. *Juba Adolf dr.:* Adatok a Schilder-féle betegség pathológiájához. *Hárdi István dr.:* Frenolon a psychiatriai ambulans gyakorlatban. *Koronkai Bertalan dr.:* Tapasztalatok Frenolonnal és Thilatazinnal kórházi betegeken.
1961. április 21. péntek	Szájsebészeti Klinika. VIII. Mária u. 52.	délelőtt 8 óra	*A Fogorvos Szakcsoport és a Fogorvosi Kar*	1. *Szabó Csaba dr.:* Recidiváló ameloblastoma előzően gliomával operált betegen. 2. *Brandschott Sarolta dr.:* Fogvésésből támadt mandibula osteomyelitis. 3. *Borbély Béla dr.* és *Slovik Felicia dr.:* A klinika 10 éves epulis műtéti anyagának feldolgozása. 4. *Schweigl Ferdinánd dr.:* Az első bölcsességfog nehéz áttörésével kapcsolatos heveny szövődményes betegek műtéti és gyógyeredményei.
1961. április 21. péntek	Orsz. Ideg- és Elmegyógyintézet, II. Vörös Hadsereg útja 116.	délután ½3 óra	*Az Intézet orvosi kara*	*Nagy Tibor dr.:* Az EEG laboratórium 3 éves.
1961. április 21. péntek	Semmelweis-terem. VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 5 óra	*A Budapesti Orvostudományi Egyetem*	Előadás. *Tarján Imre dr.:* A biofizika időszerű kérdései. Bemutatás. *Láng Károly:* A hazai orvosi nuklearis műszerek ismertetése. Az előadás napján a Gamma Optikai Művek kiállításon mutatja be nuklearis műszereit.
1961. április 21. péntek	*Nyíregyháza.* Zrínyi Ilona u. 13. TIT T előadóterem	délután 6 óra	*A Szabolcs-Szatmár megyei Orvos-Eü. Szakszervezet*	Előadások. 1. *Stangl József* és *Kondray Gerő:* Ileus és gestatiós folyamatok. (20') 2. *Lengyel Ferenc* és *Dobi Sándor:* Mérgezések a nyíregyházi gyermekosztály öt éves anyagában. (20') 3. *Loós Tibor:* Aktív INH-meghatározás jelentősége gyermekkori gümőkórban. (20')
1961. április 21. péntek	II. Szemklinika, tanterem. VIII. Mária u. 39.	délután 7 óra	*A Szemész Szakcsoport*	*Bartók Imre dr.:* A szem ipari ártalmai és az ellenük való védekezés.
1961. április 21. péntek	I. Női Klinika, tanterem. VIII. Baross u. 27.	délután 8 óra	*A Nőgyógyász Szakcsoport*	1. *Goszleth Tibor dr.:* Placenta praevia cervicalis accreta esete. (Bemutatás.) 2. *Merényi Sándor dr.:* 5 év tapasztalatai a vacuum esztractorral. (Előadás.)
1961. április 21. péntek	Orsz. Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet, könyvtár IX. Gyáli út 3/a.	délután ½3 óra	*Az Intézet tudományos dolgozói*	*Telegdi Ervin dr.:* Iskolás gyermekek kis étkezése (tejakció).
1961. április 24. hétfő	Magyar Tudományos Akadémia, 100-as terem. V. Roosevelt tér 9. II. em.	délután 3 óra	*A TMB és az MTA V. Oszt.*	*Predmerszky Tibor* „A radioaktív szennyeződés és mentesítés néhány sugáregészségügyi kérdése" c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitája. Az értekezés opponensei: *Zsebők Zoltán*, az orvostudományok doktora és *Bozóky László*, a fizikai tudományok kandidátusa.
1961. április 24. hétfő	Weil-terem. V. Nádor u. 32.	délután 8 óra	*A Belgyógyász Szakcsoport Kardiológiai Szakosztálya*	*Prof. Elfriede Paul* (a magdeburgi Orvosi Akadémia eü. szervezési tanszékének ig. tanára): A kardiológiai gondozás néhány időszerű kérdéséről.
1961. április 25. kedd	Semmelweis-terem. VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 6 óra	*A „Korányi Frigyes" Tbc.- és Tüdőgyógyász Szakcsoport*	1. *Földvári Ferenc dr.* és *Flórián Ede dr.:* A hasi mély mycosisokról. 2. *Kelemen Sándor dr.:* Tüdőmycosisok előfordulása hazánkban és kórismézésük nehézségei.
1961. április 25. kedd	*Szeged.* Bőrklinika, tanterem.	délután 6 óra	*A Szegedi Orvos-Eü. Szakszervezet Tudományos Csoportja*	Előadás. 1. *Koltay Miklós* és *B. Ébrey Piroska:* Hypogammaglobulinaemia gyakorisága és jelentősége gyermekgyógyászati kórállapotokban. (20') 2. *Kerpel-Fronius Ödön:* Az újszülöttkori asphyxiával kapcsolatos anyagcsereváltozások. (40')
1961. április 25. kedd	Heim Pál Gyermekkórház, kultúrterem. VIII. Üllői út 86.	délután 7 óra	*Az Orvostovábbképző Intézet és a Fővárosi Tanács*	*Herczegh Miklós dr.:* Csecsemő- és gyermekkori orthopaediai megbetegedések diagnosztikája, megelőzése és therapiája.
1961. április 25. kedd	Szakorvosi Rendelőintézet. XI. Fehérvári út 12.	délután 8 óra	*Az Intézet Tudományos Köre*	1. *Meák Géza dr.:* A gócfertőzés immunbiológiai szemlélete. 2. *Kósa György dr.:* A malignus emlődaganatok gyógyításáról.
1961. április 20. csütörtök	Gyógyszerészeti Intézet, tanterem IX. Hőgyes Endre u. 7.	délután ½7 óra	*A Gyógyszerész Szakcsoport*	*Farkas Elek dr.:* A víruskutatás néhány újabb eredményéről.

Felelős kiadó: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. — Megjelent 11 000 példányban.
Kiadóhivatal: Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Budapest V., Beloiannisz u. 8. — Telefon: 122—650.
MNB egyszámlaszám: 69.915,272—46.
61 1315 Athenaeum Nyomda, Budapest (F. v. Soproni Béla)
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Előfizetési díj ¼ évre 45,— Ft. Csekkszámlaszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás a MNB 8. sz. folyószámlájára).
Szerkesztőség: Budapest V., Nádor u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. * DARABOS PÁL DR. * FISCHER ANTAL DR. * HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR. * SÓS JÓZSEF DR. * SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

Felelős szerkesztő: TRENCSÉNI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

102. ÉVFOLYAM. 17. SZÁM 1961. ÁPRILIS 23.

XIII. kerületi Tanács Kórháza, I. Férfi Ideg-elmeosztály, Női Ideg-elmeosztály és a Fővárosi Ideggondozó Intézet

Gyógyszeres kezelési kísérletek az idült alkoholizmus gyógyításában*

Irta: Kardos György dr.

A World Federation for Mental Health az 1960-as évet az „Elmeegészségügy éve"-ként meghirdető felhívásában különös gondot szentel az életviszonyok és az elmebajok közötti összefüggések vizsgálatának. Nyilvánvaló, hogy a nagyvárosok túlnépesedése, a közlekedési nehézségek, az állandó zaj, a (sokhelyütt) túlhajtott és kimerítő munka, a homo- és heterofamiliáris együttélési psychotraumák, az anyagi gondok, az existentiális zavarok stb. mellett a gyógyszerek és a szeszes italok túlzott fogyasztása, tehát a toxicomániák különböző súlyosságú esetei, ezeknek gyógyítása és megelőzése a psychohygiéne egyik legfontosabb problémáját és feladatát képezi.

Köztudomású, hogy az alkoholisták száma az utolsó tíz évben jelentősen emelkedett, főleg a nyugati országokban, ahol a „Süchtigwerden" útjait az ideálok elveszítése, a szeszélyesen változékony lét okozta félelmekkel kevert közöny, lelki üresség, s más tényezők kiszélesítették. (Nálunk, Budapesten 1939-ben 4,6%, 1948-ban 8,6%, 1957-ben 17,8% volt az alkoholisták arányszáma az összes psychiatriai felvételhez viszonyítva.) *Speer* szerint a „Trunksucht" úgy terjed, mint egy lelki epidemia, amely az emberi tervek, feladatok, magatartásmódok, írott és íratlan morális és szociális direktivák elejtésével, azaz feladhatóságával „fertőz". Számos aggasztó következménytől eltekintve gondoljunk csupán arra, hogy a balesetek, melyeknek száma világszerte három—négyszeresére nőtt a II. világháború előttihez képest, a legtöbb országban elfoglalták a halálozási statisztika 3. helyét; a halálos baleseteknek pedig (legalább) a fele alkoholra vezethető vissza. Nálunk, Magyarországon 3500—4000 halálesetet okoznak évenként a balesetek (immár ugyanannyit, mint a tbc!) és ezeknek 62—67%-ában mutatható ki alkoholos befolyásoltság *(Iványi)*.

Az idült alkoholizmus gyógykezelésében használatos szerek és módszerek négy csoportra oszthatók:

1. abstinentiát célzó és megvalósító beavatkozások és therapiás kísérletek;
2. a chronikus mérgezés következményeit, szövődményeit elhárító szerek (vitaminok, májtámogató kezelés, mellékvesekéreg-készítmények stb.);
3. nyugtatók (a tulajdonképpeni hypnosedativumoktól a phenothiazinokon és az ataracticumokig);
4. psychotherapia (idesorolva a szociális rehabilitáció különböző módjait és szervezeteit is).

Az alábbiakban „csak" az 1. ponttal foglalkozunk, a többit csupán a szükséghez képest érintjük.

Az *abstinentia* megvalósítható úgy, hogy a beteget kiemeljük környezetéből és elhelyezzük olyan intézetben, ahol nem jut italhoz. Itt azután hosszú hónapokat tölt el munka- és psychotherapia alatt kényszerű abstinentiában.

Az első ilyen intézetet *Forel* állította fel a zürichi kantonban 1889-ben; az „Ellikon Trinkerheilstätte" eredményei még ma is vetekednek minden más therapiás methodussal, hiszen az itt kezelt betegek 55%-a abstinens sok éves katamnesztikus idő után is. (De „kényszer-elvonást", illetve aszociális vagy antiszociális alkoholistát az Ellikonba nem vesznek fel!) Ezt a mintát követték a németországi, csaknem kizárólag egyházi kezelésben levő „iszákos-gyógyintézetek" felállításakor. A 30-as évek elején 40 ilyen intézet működött Németországban 2096 férőhellyel, de a betegek többségét (nyilván a hosszú ápolási idő és a lassú betegforgalom miatt) a zárt osztályok vették fel (pl. 1927-ben 19 000-et, s ugyanakkor az alkoholisták számát 200 000-re becsülték); most (amikor 300 000-re teszik ezt a számot) az NSZK-ban 7 iszákos-gyógyintézet mű-

* A II. csehszlovák psychiatriai kongresszuson (Prága, 1960. okt. 5—okt. 8.) és az ideg-elmeorvosi továbbképző tanfolyamon (1960. nov. 10-én) elhangzott előadások alapján.

ködik 336 ággyal. *Meng, Delbrück* és mások adatai szerint ezek az intézetek 11—24%-os eredményt értek el ápoltjaiknál. Az NDK-ban egy ilyen intézet van: a wilhelmshofi, 50 ággyal működik, falutól és kocsmától távol; betegeit saját tehenészetében és konyhakertjében foglalkoztatja. A felvétel önkéntes és fél évre szól, de felvesznek 10 őrizetest is. Aki a legcsekélyebb vétséget követi el, vagy megszökik, azt azonnal „kiírják" és a teljes ápolási díjat köteles megtéríteni. Másfél—17 éves katamnesztikus idő után 487 férfi- és 41 nőbetegük közül az előbbieknek 33%-a, az utóbbiaknak 20%-a nem iszik. Hasonló jellegű, félig társadalmi egyesületek, félig államigazgatási szervek vezetése alatt álló intézmények csaknem mindenütt vannak. Vagy sokszorosan visszaeső, ittasan bűnöző, családjuk anyagi és erkölcsi létét veszélyeztető, vagy önként jelentkező, jómódú, félévi—egyévi „szanatóriumi internálást" vállaló alkoholistákat helyeznek el ilyen intézetekbe (persze nem ugyanabba!). A betegek többségét azonban más módon kezeljük mintegy 25 év óta, de főleg az utolsó évtizedben.

Az abstinentiát több-kevesebb kilátással úgy is biztosíthatjuk, hogyha az italfogyasztást megakadályozzuk az apomorphin, illetve a disulfiram methodus segítségével. Az egyik esetben az undor, az émelygés, a hányás reflexes fellépte akadályozza meg az ivást. A másik esetben a reflexszerű aversiónak alárendelt szerepe van, itt a kín és a félelem áll a vágy és a szenvedély útjába, s az ivópróbák kellemetlen emlékei hárítják el a kísértést.

Az ún. *reflexkondicionáló kezelés* szovjet és angolszász szerzőktől ered. *Szlucsevszkij* és *Friken* 1933-ban, *Galant* 1934-ben, *Dent* szintén 1934-ben írta le első megfigyeléseit. *Dent* abból indult ki, hogy az alkoholisták nagy része szorong; félelmek és gondok elől menekül az iváshoz. Nyugtatóként adta az apomorphin kis adagjait (3 mg) és eközben megfigyelte azt, hogyha egyidejűleg italt is kaptak a betegei, akkor egy idő múlva képtelenek voltak inni. *Szlucsevszkij* és mtsai viszont *Podkopajev* következő kísérleteit vették mintául. Ha kutyának kis dózis apomorphint adnak és pár perc múlva a kísérleti szobában egy meghatározott magasságú hang szólal meg úgy, hogy mindaddig szól, amíg a kutya az apomorphintól nyugtalan lesz, nyálzik, öklendezik stb., és ezt a kísérletet többször megismétlik, akkor a hang megszólaltatása önmagában is hasonló (bár enyhébb) reakciót okoz. *Szlucsevszkij* és *Friken* első kísérletei: 10 napon át mindennap 3—10 mg apomorphint fecskendeztek be subcután és néhány perc múlva 1/4 dl vodkát itattak, majd a második tíz nap alatt a vodkában oldották fel az apomorphint (10—50 mg-ot) és a 21. napon „tiszta" vodkát adtak betegeiknek. Ha a hányás erre is fellépett, akkor a kezelést befejezték; ha nem, akkor visszatértek néhány napra az injectiókhoz, azután újabb próbát tettek „tiszta" vodkával, mindaddig, amíg az öklendezés, a hányás pusztán a vodkára is fellépett, tehát sikerült a feltételes reflexet létrehozni. *Galant*, leningrádi professzor, módosította ezt a módszert. Ő strychnin-injectiókkal kezdte a kezelést, 3—4—5 napig ezt kapták a betegek, s közben szuggesztív jóslatokat is kaptak, hogy ezektől az injectióktól majd émelygést, undort fognak érezni az itallal szemben, sőt, hányni fognak tőle. A 4. vagy 5. alkalommal már 5—7 mg apomorphint is befecskendeztek és vodkát is adtak, mondván, hogy most már olyan nagyfokú a megjósolt viszolygás bennük, hogy nemsokára hányni fognak. Azután 10—15—20 esetben megismételték az itatási kísérleteket. Az első 48 betegen tett tapasztalatai alapján *Galant* azt emelte ki, hogy az egész kúra alatt a psychotherapia a legfontosabb és „módszertanilag helytelen azt a célt üldözni", hogy a páciens a kezelés végén hányjon, hiszen az állatkísérletben létrehozott feltételes reflexek is időlegesek, tehát „az apomorphin methodussal kiépíthető negatív feltételes reflexet nem tekinthetjük hosszú abstinentiát garantáló tényezőnek" (1936!). Nálunk *Kő István* végezte az első apomorphin-kezeléseket, éppen az említett szovjet beszámolók alapján, 1936-ban.

A 30-as években ezek a therapiás kísérletek még elszigeteltek voltak, csak a 40-es években terjedt el a feltételes reflex kiépítésén alapuló elvonókezelés, miután *Voegtlin* és mtsai, illetve *Thimann* Amerikában, *Feldmann* pedig Svácjban kidolgozták nagy beteganyagon a methodikát és sokszáz betegre kiterjedő katamnesztikus vizsgálatokkal igazolták a hasznosságát. (Nálunk az 50-es évek elején honosodott meg az apomorphin-módszer, melynek újra-felfedezése és ambuláns alkalmazása is *Gartner Pál* érdeme.)

A reflexkondicionáló kezelésnek két, immár klasszikusnak mondott formája van: a Voegtlin-iskola által kidolgozott *amerikai módszer* és a Feldmann-féle *angol módszer*.

Az amerikai módszer hívei, akik egy „tiszta" feltételes reflex kidolgozása érdekében elvetették a diencephalonra is ható, részben euphoricumnak, részben narkotikumnak is tekinthető apomorphint, emetinnel dolgoznak. A kezelést olyan szanatóriumban végzik, ahová csak alkoholistákat vesznek fel, csak olyanokat kezelnek, akik szabadon, önként vállalkoznak erre. Alapos testi vizsgálat (itt említjük meg az ellenjavallatokat: ulcus, myocarditis, coronaria-insufficientia, hernia, cavernás tüdő-tbc) és psychologiai vizsgálat után a betegnek megmagyarázzák a kezelés alapelveit, mert azt tapasztalták, hogy őszinte felvilágosítás esetén jobbak az eredmények, mintha larvált suggestiót vennének igénybe.

Az emetin-kezelés, továbbá annak *Thimann* által, vagy *Max Müller* által kidolgozott módosításai részletes ismertetésétől el kell tekintenünk, de ismételten kiemeljük azt, hogy a páciensek kiválasztására nagyon ügyelnek; nem kezelnek olyanokat, akiknek a gyógyulási szándékához kétség fér (?!). A kúra alatt intenzív psychotherapiát folytatnak, egyénit és csoportost egyaránt, ebbe az exalkoholistákat is belevonják. A kúra után az elbocsátott beteget az alkoholista-gondozó kezeli tovább, ahol meghatározott időnként (éspedig Voegtlin előírása szerint az emissiót követő I., II., III., VI., IX., XII. hónapban) ún. *konszolidációs utókezelést* végeznek. Mindezek után érthetőek a kitűnő eredmények. *O'Hollaren* és *Lemere* 2323 esete közül fél évig abstinens volt 85%, egy évig 70%, két évig 60%, három évig 55%, négy évig 40%, hét évig 30%, és tíz évig vagy azon túl 25%. (Újabb közléseik szerint konszolidációs utókezelésekkel az I. év eredményessége megközelíti a 100%-ot.)

Az *angol módszer* abban különbözik az amerikaitól, hogy apomorphinnal végzik és nem naponkénti formában, hanem megszakítás nélkül, éjjel-nappal. A beteg az egész kezelés alatt (amit alapos testi vizsgálatnak kell megelőznie; az ellenjavallatok a fentiekkel azonosak) ágyban marad. Nem kap enni és nem kap inni mást, csak az általa választott szeszes italo-

kat. Nem szabad mosakodnia, nem szellőztetnek, a hányadék is ottmarad az ágya mellett egy tálban. (Dohányozni szabad!) A kezelés alapszabálya: ha nincs hányingere a betegnek, akkor *szabad* innia, de amikor öklendezik, akkor *kell!* Célja pedig az, s a kúrát akkor lehet befejezettnek tekinteni, ha az üveg puszta megpillantása, vagy az ital pohárba öntésének zaja, illetve a pohár közelítése szemmelláthatóvá undort, öklendezést vált ki. Rendszerint 2—3 napig tart egy kúra, nem ritkán 5—6 napig. Meg kell szakítani a kezelést, ha a páciens belázasodik, ha cukor jelenik meg a vizeletben, ha egyéb szövődmény lép fel. Az aránylag gyakori gyomorvérzésen kívül delirium tremens is kirobbanhat. Itt persze utókezelésekről nem lehet szó, hiszen elképzelhetetlen, hogy a betegek időnként, önként jelentkezzenek és alávessék magukat e kínos procedúrának. Ehelyett *de Morsier* és *Feldmann* ahhoz ragaszkodnak, hogy visszaesés esetén azonnal hozzák vissza a beteget és tüstént ismételjék meg az egész kezelést. Eredményeik: egy kúra esetén két év elteltével 47% abstinens, az ismételt kúrán átesettek közül pedig 55%. (Meg kell említeni, hogy az ő beteganyaguk korántsem volt olyan biztató prognosisú, mint a fentebb idézett amerikai szerzőké.) *Müller* és *Marthaler* szerint az „angol módszer" számos technikai nehézséggel jár és igen költséges; gondot okoz a rendkívül büdössé váló kezelőszoba elszigetelése az osztály többi részétől, kitakarítása nemkülönben stb. Ugyanakkor az eredményességéről legfeljebb annyit mondhatunk, hogy „nem rosszabb", mint az amerikai módszer. Vagy ennyit sem, mert pl. *Turek* 73 betege közül három év után mindössze 11 volt absztinens. Kétségtelen, hogy a „kényszer-elvonósok" kezelésére nagyon alkalmasnak látszik. *Mestrallet* és *Lang* 183 súlyos, aszocialis, renitens kényszer-elvonóst kezeltek az angol methodussal három hónapig; először három napon át éjjel-nappal, majd hetenként egyszer 24 óráig: betegeik 41%-a két év után is absztinens volt. Egyébként ez a módszer a hozzáfűzött hypothetikus fejtegetések ellenére a legősibb elvonó „kúrákra" emlékeztet.

*Mátyus István*nak (1792-ben Pozsonyban megjelent) „Ó és Új Diaetetica"-jában olvashatjuk (V. kötet, 360. oldalon), hogy „a régiek a bornak részegítő erejét mikkel szokták gátolni?... A bornak jó izén és vidámító erején eleitől fogva mindenek nagyon kaptak, de a részegségtől a tisztességesebbek mindenkor irtóztak. Azért sokat is szorgalmatoskodtak az aránt... hogy ők a bort éppen ne kivánnák... A huhuló bagoly tojásról azt jegyzi meg Plinius, hogyha azt félig megfőzve... a részeges embernek harmadnapig enni adják, a bort véle megutáltatja: a honnan a bagoly Bacchus előtt igen utálatos madár volt... Ezt tselekedni mondja ugyanott a fetske orrának hamvát is, melyet az Asszíriai király Hórus találmányának mond... egyebek közt tanátsolja, hogy három ángolnát tegyenek borba, míg ott meghal és azt a bort adják a részeges embernek és a bort utálni fogja és nem issza többé..." Egy másik régi könyvben, a Kolozsvárott 1773-ban megjelent „Házi Különös Orvosságok"-ban olvashatjuk (a 14. oldalon) „a Bor utálásról: A Fetskének vedd ki mint a bélit, gyomrát, s a többit aszald meg s törd porrá és add meginnya borban, de ő meg ne tudja, mert holtig ellenséged lészen." *(Oláh Andor* gyűjtéséből.)

Az ivás és az ital megutáltatását célzó próbálkozások ősrégiek. A Házi Különös Orvosságok és az alig 25 éves emetin-, illetve apomorphin-kúrák között csupán az a különbség, hogy manapság nem bízunk az egyszeri élmény okozta emotionális shock esetleges eredményességében, hanem a magasabb idegtevékenységről kialakult ismereteink alapján tervszerűen és módszeresen munkálkodunk az ivás szenvedélyét elhárító undor-reflex kiépítésén. *Feldmann* és *de Morsier* azonban ennél is messzebbre mennek a therapiás hatás megítélésében. Szerintük az apomorphin-kezelés: 1. elnyomja az ital euphorizáló hatását és a leírt módon megszünteti azt a kívánságot, hogy a beteg a kedves italából minél többet fogyasszon, sőt, 2. az ivás társítása hányással egy feltételes reflex kialakulásához vezet, amely valóságos psychologiai sorompót képez és hosszabb ideig abstinentiára kényszeríti a beteget; 3. s végezetül az apomorphin megszünteti az idült alkohol-impregnatio okozta idegrendszeri zavarokat. Ennek igazolására összehasonlítják az apomorphinnak különböző állatokon létrehozott toxikus hatásait *Hess* kísérleteivel. Hess szerint a diencephalon bizonyos pontjainak (éspedig a supraopticus regio, a corpus mamillare, a thalamus ventrális magja) az ingerlése hányást okoz, ugyanakkor lihegést, tüsszentést, szaglálást, rágcsálást, forgolódást, futkosást lehet innen kiváltani, sőt, ezen pontok izgatása heves affectiv jelenségeket (szorongás, harag, támadás) okozhat. Ebből az analógiából arra a következtetésre jutnak, hogy az apomorphin „nemcsak a hányásközpontra hat, hanem azon diencephalicus regiókra is, amelyek az emotiók, az affectusok, az impulsusok fölött rezideálnak".

Az amerikai emetin-methodus és az angol „halmozott apomorphin-kezelés" mellett a reflexkondicionáló elvonó-kúrának számos változata van. Mi, az angyalföldi psychiatriai osztályokon, főleg az 50-es évek első felében, igen ritkán végeztünk apomorphin-kezelést. Többnyire csak női alkoholistákon és akkor, ha a beteg társtalan, magányos volt, tehát az Antaethyl-tabletták beadását és ápoltunk ellenőrzését nem tudtuk kire bízni, vagy ha attól kellett félnünk, hogy a beteg az Antaethyl-alkohol-reactiót öngyilkosságra fogja felhasználni. Ezen esetekben naponta kétszer (délelőtt és délután) végeztük el a kondicionáló kísérletet 10 napon át, intenzív egyéni és csoportos psychotherapiával összekötve. *Gartner* négy héten át másodnaponta 10—12 betegnél egyszerre, mesterséges korcsma-milieut teremtve végzi a kezeléseket, különös gondot fordítva „a n. olfactorius reflexvonalának megterhelésére" (fűszeres húsételek fogyasztása a kezelés előtt; a zárt, kicsi helyiség szellőztetésének mellőzése stb.). 1950—1953 között kezelt 430 betege közül „tartósan" abstinenssé vált 88, tehát az esetek 20%-a. 51 betegnél ambulanter végezte el a kezelést és azt látta, hogy „a gyógyeredmények nem rosszabbak, mint a kórházban kezelteké", tehát „az ambuláns reflexkondicionáló gyógyeljárás is eléri, amit elérni egyáltalában lehet... felesleges a várható eredményeket nagyobb befektetéssel forszírozni". Ez a nagy kísérlet, ti. alkoholelvonó-kezelés ambuláns módon reflexkondicionálással mintegy két éve indult meg Budapesten. *Bálint* előzetes jellegű tájékoztatója szerint (1959) az első évben kezelésre jelentkezett

SEBÉSZETI KLINIKA

csaknem ezer páciens közül 363 csinálta végig a kezelést és annak befejezésekor 92%-uk abstinens. (Igen érdekes lesz ennek a nagy beteganyagnak a megfelelő, tehát másfél—kétéves katamnesztikus távolságból történő feldolgozása.) *Sztreljcsuk* 418 apomorphin-kúrával kezelt betege közül 47% volt egy évnél hosszabb ideig abstinens.

Az utóbbi években csak elvétve lehet találkozni az emetin vagy az apomorphin alkalmazásáról szóló beszámolókkal. A *tetraetiltiuramdiszulfid* iránti érdeklődés is csökkent, ha ezt a róla írt cikkek számával akarnánk mérni, de ugyanakkor csaknem minden szerző megegyezik abban, hogy *az idült alkoholisták gyógykezelését az Antabuse-medikációra és a psychotherapiára kell építeni;* ezt bizonyítják az összehasonlító utánvizsgálatok is. Így pl. *Wallerstein* 178 betegen a következő összehasonlítást végezte el: 47 beteget Antabuse-zal, 50-et feltételes reflex methodussal, 39-et hypnosissal kezelt, 42-vel pedig praktice semmi nem történt azonkívül, hogy kórházba kerültek és nem jutottak italhoz; megállapította, hogy ez utóbbi kontrollcsoporthoz képest a feltételes reflex módszerrel és a hypnosissal kezeltek nem mutatnak jobb eredményt, az Antabuse-zal kezeltek között viszont számottevően több és tartósabb therapiás eredményt észlelt (a katamnesztikus feldolgozás másféléves távolságból történt).

A tetraetiltiuramdiszulfidot dán szerzők *(Hald* és *Jacobsen, Martensen-Larsen)* alkalmazták először az idült alkoholizmus gyógykezelésére. Ennek a módszernek az a kiindulási elve, hogy vannak bizonyos anyagok, amelyek a szervezet alkoholtűrő-képességét csökkentik és módosítják. Ha ezeket a szereket szedi az ember, akkor kis mennyiségű alkoholtól is kellemetlen rosszulléte támad. Ide tartozik a ciánamid *(Koelsch,* 1914), a tetraetiltiuramdiszulfid, amely különböző neveken (Antabus, *Antaethyl,* Disulfiram, Abstinyl, Stopetil stb.) az egész világon elterjedt, valamint az „utódai": a calcium carbimid *(Temposil),* a *Pagitan.* Alkoholintolerantiát okozhat az INH és a Bucarban-csoport is; *Czyzyk* és *Mohnike* szerint a vércukorcsökkentő anyagok az acetáldehyd-dehydrogenase-t „bénítják" meg, tehát — amint látni fogjuk — az Antaethyllel közös támadáspontjuk van *(Solms).*

Az Antaethyl (a továbbiakban csak: A.) 0,25—0,5 g-os napi adagokban tartósan adható anélkül, hogy súlyosabb kellemetlenséget okozna, de az A.-hatás alatt álló ember alkoholtól rosszul lesz. Ez a rendkívül kellemetlen, olykor valóban ijesztő és veszélyes rosszullét: az *Antaethyl-Alkohol-Reactio* (az alábbiakban: AAR) therapiás kísérletünk „kulcsa" és a beteg „kémiai internálásának" *(Jacobsen)* a megvalósítója. Az AAR ma már eléggé közismert, csupán bizonyos kiegészítések és szövődmények kedvéért futunk át rajta.

A kúrát sokan a *Dimberg-féle test* alkalmazásával kezdik; a beteg az I. napon 4, a II.-on 3, a III.-on 2 tbl-t kap, majd két napig semmit és a VI. napon történik az első ivópróba. Így elég megbízhatóan tájékozódhatunk a beteg „reactiós-fekvése" felől. Az ital (3 dl sör, 2 dl bor, vagy 2—3 cl tömény ital) elfogyasztása után 5—10 perccel forróságérzés támad az arcban, majd láthatóan kitágulnak az erek, kipirul az arc, azután a nyak, a mell bőre; a kötőhártya is belövelltté válik, az ajkak kissé cyanotikusak. 15—25 perc múlva a betegek kellemetlen szívdobogásról panaszkodnak, lüktetést éreznek a nyakukban és a fejükben, fejfájásuk támad, pulsusuk szapora lesz (120—140/min), vérnyomásuk (olykor egy kezdeti, átmeneti emelkedés után) leesik (20—50 Hgmm-rel, sőt, néha 60 Hgmm-re zuhan a systolés nyomás); ugyanakkor émelygést, hányingert éreznek, továbbá szorító szívtáji fájdalmat és halálfélelmet. *Markham* és *Hoff,* akik 44 betegen 221 EKG-vizsgálatot végeztek AAR közben, a T-hullám ellapulását, eltűnését, megfordulását és az ST-szakasz depresszióját észlelték a leggyakrabban, A QT intervallum is sokszor megnyúlik, a PR és a QRS viszont megrövidül. Ez utóbbiakat a tachycardiával, míg az előbbieket a toxikus anyagcseretermékek okozta myocardiális anoxiával magyarázzák. *Franke* szerint, aki egyébként ugyanilyen EKG-eltéréseket észlelt, 70—90 perc alatt visszafejlődnek mindezek; ő a tachycardia és a vérnyomásesés okozta elégtelen vérellátás, s az acetaldehydaemia kiváltotta coronaria-spasmus mellett az AAR centrális (via vasomotor centrum) hatását is felveti. Hasonló ischaemia-reactiókat észlelt *Csia,* valamint *Szabó* és *Bobory,* akik néhány esetben infarctus kialakulását látták AAR alatt, ezért azt javasolják, hogy a próbaitatás kezdete után 25—50 perccel cardioscoposan ellenőrizzünk minden beteget. A leírt cardiovasculáris zavarok alatt a betegek egyre szaporábban és mélyebben lélegzenek, leheletük acetaldehyd-szagú. A hyperventillatio CO_2 veszteséghez vezet. Ezzel együtt alkalosis alakul ki (ami pH mérésekkel igazolt) és néhány esetben tetániás roham támad. Többen epilepsiás rohamot is észleltek AAR közben. Ezért, jólehet *Poloni,* továbbá *Desruelles* és *Fellion* szerint epilepsiás alkoholistáknál A.-kezelés alatt a rohamok nem válnak gyakoribbá, különös figyelmet érdemelnek az A.-lel kapcsolatos EEG-vizsgálatok. *Busse, Barnes* és *Ebaugh* 30 alkoholistát vizsgáltak meg EEG-vel A.-medikáció előtt és alatt. Tizenötnek az EEG-je a gyógyszer szedése előtt normális volt, kilencé „kérdéses", haté pedig dysrythmiás. A negatív esetekből háromnál az A. szedése alatt enyhe EEG-eltérések jelentkeztek; a másik két csoport EEG-ja kifejezetten dysrythmiássá vált: ritmuslassubbodás és amplitudónövekedés jelent meg, a hyperventillátiós effectus fokozódott, a megelőző fokális jelek is fokozódtak, sőt, fokális jelek léptek fel ott is, ahol azelőtt ilyenek nem voltak. *Pertorini* A.-kezeléshez szövődő psychosis alatt észlelt gócos károsodásra utaló EEG-elváltozásokat, amihez hasonlót *Derwort* is leírt. Tehát organikus agyi betegségek, főleg post-traumás encephalopathia és epilepsia esetén az A.-kúra kockázatos.

A súlyos AAR-t enyhíteni kell. Coffein, Pedrolon, Tetracor, Ephedrin, Sympathomim injectiók (szükség esetén többször megismétlendő) adása a collapsust csökkenti. Egyesek az ágy végének felemelését és kis adag adrenalin többszöri adását, mások nagy dózis C-vitamint (1,5 g!) intravénásan, O_2-inhalációt, dextrose + B-vitamin komplexum adását javasolják. *Böszörményi* szerint 5—10 mg ACTH 15—20 perccel az ivópróba megkezdése után, vagy 20—30 mg 1—2 órával az AAR előtt, csökkenti a korai és súlyos AAR veszélyét. (A korai és a késői, tehát az ivópróba után 5—8 órával fellépő vagy visszatérő, a szokásosnál rendszerint

veszélyesebb AAR-ra mindig számítani kell!) Mi — *Schédá*hoz, *Jokivartio*hoz és másokhoz hasonlóan — a C-vitamin + ferro (vas): Ferronascin i. v. befecskendezésétől láttunk súlyos AAR-kban kitűnő és frappáns hatást.

Közismert, hogy az A. „támadáspontja" az alkoholt lebontó enzymek egyike: az acetaldehydroxydase. A. jelenlétében az alkohol leépül acetaldehyddé, de itt meg is reked a folyamat és az egyre fokozódó acetaldehydaemia lesz a „primum movens" (egyéb és egyénenként változó praedisponáló tényezők, valamint a reakciót kísérő és ahhoz szövődő biokémiai történések mellett) az AAR létrejöttében. *Derwort* vizsgálatai szerint idült alkoholisták serumának acetaldehydszintje egyébként is magasabb, a normális 100 gamma%-nak két-háromszorosa; A. szedés esetén — alkohol nélkül is — öt-hatszorosa; delirium tremensben átlagosan (1179 gamma%) tizenegyszerese (de ennél sokkal magasabb is lehet); AAR-ban pedig tizenötszörösére emelkedik rövid idő alatt. In vitro az A. arányi dózisai (1 : 1 millió hígításban) is gátolják az acetaldehydroxydase-t és állatkísérletekben acetaldehyd infusióval utánozhatók az AAR tünetei, de ugyanezek megszüntethetők vas + ascorbinsav injectióval (*Lecoq*) anélkül, hogy az acetaldehydaemia megszűnne. *Tamminen* és *Hjelt* szerint az A. az enzym ferro-jához kötődik, „stabil" komplexum keletkezik és így „bénul meg" az alkohol leépítése. (Ezért nevezik egyes szerzők „antabus-antidotum"-nak az i. v. adható Ferrokészítményeket.) *Derwort* szerint az A. a sulfhydril csoport iránti affinitása miatt gátolja a máj acetaldehydet bontó dehydrase-ját, de ez a „leépülési-block" és az acetaldehydaemia önmagában nem tudná létrehozni az AAR-t, ha az A. egyidejűleg nem változtatná meg a sympathicus receptorokat; ő ezzel magyarázza az AAR sympathicomimeticus izgalmi jellegét. Még bonyolultabbá teszi az AAR kérdését az, hogy antihistaminokkal a reakció kivédhető. (*Martensen—Larsen* ezen megfigyeléseire alább visszatérünk.) Tehát az A. hatásmechanizmusát és az AAR pathogenesisét nem ismerjük pontosan, mindezeknek számos problematikus és tisztázatlan része van. De az említett szerekkel és beavatkozásokkal az esetek túlnyomó többségében enyhíteni tudjuk az AAR-t.

Az AAR csillapítása után vagy közben a beteg émelygése öklendezéssé, hányássá fokozódik. Utána megkönnyebbültnek látszik, elálmosodik és sokszor pár órára mélyen elalszik. *Böszörményi* szerint a félelmet keltő emlékek mellett az iváspróbák alatt kifejlődő undor a therapiás eredmény kialakulásában bizonyos szerepet játszik. Ennek fokozására az AAR kezdetén némi italt ad betegeinek, hogy azt szagolgassák és kóstolgassák, bár kétli azt, hogy a néhány ivópróba alatt végzett csekélyszámú társításnál kiépülhetne egy viszonylag konstans feltételes reflex. Ennél sokkal jelentősebbnek tartja a psychotherapiát, éspedig az iváspróba napjain (a kimerültség fokozta suggestibilitás miatt) egyéni formában, a pihenőnapokon pedig csoportos psychotherapia képében. Mi is megfigyeltük igen sok esetben azt, hogy a betegek lelki befolyásolhatóságát az AAR elősegíti, ti. annak ijesztő tünetei és élményei a betegekből egy sajátságos, reménykedő függőség és hálás vonzódás jellemezte közeledést váltanak ki, olykor halálfélelemmel kevert „bűnhődést" és kathartikus feloldódást. Rendszerint 3—4—5 próbaivást végzünk és ezek alapján állítjuk be azt az egyénenként változó A.-dózist, amit a betegnek hosszú ideig szednie kell. Szerintünk legalább két évig! Sok esetben célszerű az A. mellett ataracticumokat adni, főleg Andaxint vagy Trioxazint. S berendeljük ellenőrzésre, eleinte havonként, később 2—3 havonként. Olyan napokon kell bejönnie, amikor a bennfekvő betegeken úgyis iváspróba folyik; a bejáró beteg ezekkel együtt „konszolidációs" utókezelésben részesül. (A mi jószándékú segíteni akarásunk persze nem elég; a betegek zöme fokozatosan elmaradozik.)

Az A.-lel kezeltek egy része (mintegy 10%-a) enyhe fáradékonyságról, reggeli álmosságról és bágyadtságról, szédülékenységről és fejfájásokról, csökkent libidóról vagy impotentiáról panaszkodik; ritkábban görcsös hasi fájdalmakról, rossz („sós, fémes, büdös") szájízről; elvétve gyógyszerexanthemák is fellépnek. Súlyosabb somatikus (apoplexia, coronaria és agyi thrombosis) vagy psychiatriai szövődmények ritkán fordulnak elő, de vannak. Néhány halálesetről is tudunk. Ezeknek egy része öngyilkosságra vezethető vissza. Feltehető, hogy nagyobb része pedig nem került közlésre. *Illchmann—Christ* és *Pribilla* szerint a halált okozó kórbonctani elváltozások az AAR-val kapcsolatos történések következményei, ezeket pedig keringés-dinamikai, hypoxaemiás, főleg azonban toxikus (acetaldehydaemia!) tényezők indítják meg; nagy jelentőséget tulajdonítanak a súlyos szívelváltozásoknak („interstitialis myocarditis + acut rostnecrosis), a peracut serosus glomerulonephritisnek és az oedémaképződésre való „hajlamnak". (Tüdőoedéma, agyoedéma gyakran szerepel a sectiós leletekben.) *Becher* és *Sugarmann* 49 éves betegénél, valamint *Jones* 22 éves betegénél azonban a sectio sem tisztázta a hirtelen halál okát. A somatikus szövődményeknél gyakrabban fordulnak elő psychosisok. Mintegy 160—170 esetről tud az irodalom. Mi 33 A.-psychosist észleltünk 9 év alatt. Ezeket (itt) röviden összefoglalva: az A.-psychosisok az esetek többségében AAR-hoz csatlakozóan (aznap vagy 1—2 napon belül) lépnek fel és az exogen reactiókhoz sorolhatók (hol delirosus, hol inkább amentiformis jellegűek); kisebb részük az AAR-tól függetlenül alakul ki és atípusos schizophreniára vagy mániára emlékeztet.

A fentiekből következnek az A.-kezelés ellenjavallatai (s a kúrát megelőző testi vizsgálat fontossága!); ezeket *Martensen-Larsen*, illetve *Staehelin* és *Solms* után így foglalhatjuk össze:

1. *Absolut* ellenjavallatot képez az, ha a beteg nem tud róla, ti. ha tudta és beleegyezése nélkül csempészik bele az ételébe, az italába az A.-tabl.-kat. Súlyos myocardiális laesio vagy coronaria stenosis, továbbá cardiális decompensatio, apoplexiával fenyegető hypertonia és végezetül terhesség esetén *nem végezhető* A.-kezelés.

2. *Relatív* ellenjavallatot jelent: vitium cordis, cardiomyopathia, hypertonia, különböző cerebrális érbetegségek, cirrhosis és más májbetegségek, nephritis, asthma bronchiale, diabetes, hyperthyreosis, tetania, továbbá epilepsia, post-traumás encephalopathia, kóros részegségekre és psychogen tenebrositásokra való hajlam. (Gondos kórelőzmény!)

A felsorolt relatív kontraindikációknál megkísérelhető az, ami nálunk szokásos, ti., hogy a beteggel az

A.-t szedetjük, de az AAR veszélyének nem tesszük ki, az ivópróbákon csak nézőként vesz részt. A gyógyszer bevételéből összehasonlíthatatlanul kisebb kára származik, mintha a fenti betegségek valamelyikében szenved és iszik.

1951-től 1958-ig több mint 1000 chronikus alkoholistát kezeltünk A.-lel. Ezek közül 1959 második és 1960 első felében eddig 580 esetet dolgoztunk fel, minden válogatás nélkül. Az volt az egyetlen szempont, hogy olyan beteg ne kerüljön bele a feldolgozásba, akinek az elvonó-kúrája óta még nem telt el két év. A katamnesztikus idő tehát 2—8 év! Therapiás eredményeink a következők:

Betegeink 20,1%-a (117 beteg) 2—8 évig abstinens volt, illetve ma is az. Kétévi abstinentia után ritkán fordul elő visszaesés.

59 betegünk (=10%) 12—24 hónapig volt abstinens. Ezek azonban ismét isznak, vagy újabb elvonó-kúrán estek át és ez még két éven belül történt.

A kúra utáni első félévben visszaesett 153 iszákos, a második félévben pedig 107. Ezek együtt 45%-ot képviselnek.

A sikertelen esetekhez kell még számítanunk 122 személyt, akikről nem tudunk, mert disszidáltak, ismeretlen helyre költöztek stb. Ők 21%-ot jelentenek.

Meghalt (az A.-tól függetlenül!) 22 betegünk.

Indicatiós tapasztalatok leszűrése végett eseteinket — *Soeder* nyomán — két csoportra osztottuk, aszerint, hogy az alkoholizmusukat fenntartó, két irányból ható tényező: az exogen (milieu, sors, barátok, példaképek stb.) és az „endogen" (öröklött és alkatilag feltételezett psychopathiás hajlam stb.) faktorok közül melyik tűnik „oki" tényezőnek és melyik az, amelyiknek „csak" kiváltó szerepe van. Az iszákosság fokát illetően is csak két fokozatot vettünk fel: szocialis és aszocialis. Beteganyagunkat ilyen szempontok szerint átvizsgálva az alábbiakat állapítottuk meg:

Az „exogen Umweltalkoholismus" *(Solms)* esetei, ha *„soziale Gewohnheitstrinker"*-ek (azaz a korhely, részeges „szesztestvérek" csoportja), jól reagálnak az A.-therapiára. Az *„asoziale Gewohnheitstrinker"*-ek (= garázda iszákosok) A.-kezelése kevés kilátással jár; ezek rendszerint praemorbide is debilisek, vagy sok éves iszákosságuk következtében már súlyosabban demensek. Jobb eredmények érhetők el az *„Erleichterungsstrinker"*-eknél. Az első pillantásra ezek az ingerlékeny, hystériás (*K. Schneider* találóbb megjelölésével élve: „geltungsbedürftige") vonásokat mutató vagy depressiv letörésekre hajlamos, astheniás konflikt-neurotikusok sem mutatnak kedvező prognosist, viszont ők a psychotherapia számára nemcsak hozzáférhetők, hanem egyenesen igénylik azt, jólehet ők sem az alkoholizmus kezdetén, nem „Trinkerkandidat"-ként kerülnek kezelésre, hanem sokkal később, az alkohol + a táplálkozási zavar + a vitaminhiány (+ egyéb tényezők) okozta encephalopathia stádiumában.

Az esetek egy részében olyan szövevényes és bonyolult kölcsönhatás áll fenn az alkoholizmus pathogenesisét mozgató faktorok között, hogy a „Trunksucht" szinte elkerülhetetlen, sors-szerű reactiónak, *Wexberg* szavaival élve „balul-sikerült, szerencsétlen alkalmazkodási kísérletnek" látszik. Ezen iszákosok személyisége praemorbide is súlyosan abnormis (ők maguk is sok esetben iszákosok, epilepsiások, psychotikusok gyermekei, akik szorongással, nyomorúsággal teli „broken home"-ban nőttek fel), sorsuk mostoha, szinte egyetlen chronikus stress-situatio, ezért állandó feszültség és keserű ingerültség, „Daseins-defizit" és (a hibás vagy megrendült önbizalmat kísérő) sensitiv-paranoid társaslelki beállítottság jellemzi őket. Itt az ivás hátterében düh és szorongás lappang, s az alkoholizmusban egy menekülési tendentia nyilvánul meg.

Nyilvánvaló, hogy az alkoholisták nagy részénél az A. által megvalósított „kémiai internálás" nem lehet önmagában eredményes. A „Sucht"-ot nem gyógyítja meg sem az apomorphinnal (vagy az emetinnel) kiépíthető feltételes reflex, mint időleges „sorompó", sem az AAR félelmet keltő, kísértést legyőző emlékei. Az abstinentia alapvető feltétele az iszákosok gyógyításának; ez az első lépés, de ez önmagában nem elég. Az alkoholisták köré egy „varázskört" kell húzni, amely karakterük és élmény-reactióik gondos psychopathologiai analysisével kezdődik, majd az abstinentia-fázison át, s az aktuális konfliktusok megoldásán keresztül, személyiségük teljes átalakításával zárul. Ennek a psychotherapiás körnek egyik része lehet az A.-kezelés, különösen az intenzív psychotherapiával összekötött formája, azután a hypnosis, a detoxikálás stb. De minden jószándékunk és egész fáradságos munkánk veszélybe kerül a betegnek a kórházból való elbocsátásakor. (Elképzelhető, hogy ez a veszély milyen nagy az ambuláns kezeléseknél, amikor az alkoholistát otthagyjuk abban a milieuben, amelyben évek óta iszik.) Katamnesztikus vizsgálataink teljes mértékben igazolták *Angyal Lajos* véleményét: *„... az idült alkoholizmus kezelésének a sikere az utókezelés megszervezésén áll vagy bukik!"* (1952). Az első évben visszaeső és elkallódó, az esetek ⅔-át kitevő betegcsoport gondozásának és utókezelésének hatékonyabb megszervezésével az eredményeket javítani lehetne.

1. A kontroll-systémába (az eddigi „homofamiliáris" gondozáson kívül) be kellene vonni a beteg munkatársait. Az utókezelés betartását a közvetlen „főnök" (a brigád-, műhely-, üzemvezető stb.) tudná a leghatékonyabban ellenőrizni. Ugyanakkor az üzemi bizottság vagy az üzemi Vöröskereszt-szervezetek az abstinens munkások es értelmiségiek, de főleg a gyógyult alkoholisták segítségével megszervezhetnének olyan kis kollektívákat, csoportokat, amelyek a kezelés alatt álló, „reconvalescens" alkoholistákat kontrollálnák, s egyúttal gondjaik, bajaik megoldásában is segítenék őket. Ezek az „Alcoholics Anonymous"-hoz hasonló, *„jó-*

zan életre nevelő sejtek" az antialkoholista propagandát is fellendíthetnék.

2. A kontroll-systéma kiterjesztésével és átalakításával párhuzamosan szükséges lenne az *alkoholista-gondozók* hálózatának a nagyvonalú fejlesztése. Ezek (az üzemi sejtekkel és a betegek hozzátartozóival együttműködve) a kórházi kezelésen átesett betegeket rendszeresen látogatnák és elvégeznék az iszákosok gyógykezelésének legfontosabb részét: a psychotherapiás utókezelést, amit katamnesztikus vizsgálataink alapján két éven belül nem szabad abbahagyni, hacsak nem akarjuk kitenni a beteget a visszaesés kockázatának.

3. Az alkoholizmus elleni psychohygiénés szervezetet egy központi kórházi szervnek, egy „anyaintézetnek" kellene irányítani, mert a psychiatriai osztályoknak az elvonó-kúrák alóli felmentése immár égetően fontossá és sürgőssé vált.

4. A vázolt *kórház-poliklinikai szervezet* el tudná látni a betegek kezelése mellett az alkoholizmussal kapcsolatos tudományos (psychopathologiai, szociológiai, biokémiai stb.) kérdések kutatását is.

5. A minduntalan visszaeső, aszocialis iszákosok részére egyfelől megfelelő adminisztratív intézkedési lehetőségeket, másfelől több száz férőhelyes *munkatherapiás kórház-koloniát* kellene létrehozni. (Ennek részleteit és felépítését illetően *Simon Tibor* 1948-ban megjelent javaslatára utalunk.)

Befejezésül meg kell említenünk az ismertetett gyógyszeres kezelési kísérletek kombinációit és az A. „utódait".

Az A.-methodus és a reflexkondicionáló eljárások jó eredménnyel kombinálhatók. *M. Müller* már 1949-ben azt ajánlotta, hogy az idült alkoholisták kezelését kezdjük a feltételes reflex, az ivás elhárító undorreflex kiépítésével (akár az amerikai, akár az angol, akár egyéb módszer szerint) és folytassuk A. adagolásával. *Feldmann* és *de Morsier* 610 betegre vonatkozó anyagban azt látták, hogy ilyen módon az abstinentia 76%-ra emelhető (katamnesztikus idő: 15 hónap). 1957 óta *Martensen—Larsen* is kombinálja az A.-t és az apomorphint, de a svájci szerzőktől eltérő módon. Megfigyelte (már 1951-ben), hogy az A. antihistaminokkal együtt adva acut alkoholos intoxicatióban is beadható, anélkül, hogy nem-kívánatos AAR fejlődne ki; ehelyett a beteg megnyugszik és elalszik. Az A.-lel és az antihistaminokkal együtt kis adag barbiturátot is adhatunk. Ez a kombináció „minden veszély nélkül" egy 6—10 órás mély („restoring") alváshoz juttatja a beteget. Nagyfokú izgalmi állapot esetén célszerű B_6-vitamint is adni; ehhez keveri ő az apomorphin kis dózisait, aminek sedatív hatása még fékezhetetlenül izgatott betegeknél sem marad el. A részeg páciens apomorphin-érzékenysége a szokásosnál nagyobb; általában párhuzamos a részegség fokával (bár egyénenként változó mértékben) és elérheti a detoxikált állapotban észlelhető érzékenység négyszeresét. Tehát az apomorphin alkalmazása ilyen esetekben óvatosságot igényel. (Az általa ajánlott dózis: 0,5—1,0 mg.) Ha a beteg A.+ antihistamin + barbiturát kombinációt kapott, felébredéskor az antihistaminok már elvesztették az A.-re gyakorolt gátló hatásukat és ilyenkor alkoholt adva egy „normális" AAR jön létre.

Tudjuk és a fentiekben is részleteztük, hogy az AAR az esetek egy részében elég súlyos cardiovasculáris zavarokkal jár, s az A. szedésének számos mellékhatása van. Emiatt (persze főleg más okok miatt!) a betegek idegenkednek a szedésétől, s balesettől (!?) félnek. 1956-ban *Armstrong* és *Kerr*, majd *Ferguson* arról számoltak be, hogy a calcium carbimid citrátja az A.-hez hasonlóan túlérzékennyé teszi az embert az alkohollal szemben, anélkül, hogy nem-kívánatos mellékhatásai lennének. A *Temposil*-kezelés az A.-kúrához hasonlóan történik. 50 mg (olykor 100 mg) Temposilt vesznek be a betegek naponta; az iváspróbához féldeci whiskyt kapnak. A Temposil-Alkohol-Reactio (TAR) hasonlít az AAR-hoz. A kötőhártyák belövelltek lesznek, az arc kipirul, dyspnoe és szorongás lép fel, de az egész reakció nem olyan ijesztő, mint az AAR, és hypotensiót vagy collapsust sohasem észleltek. A tabletta bevétele után egy órával már kiváltható a TAR; 12—18 óra alatt pedig kiürül a szer és sensibilizáló hatása megszűnik. Nem kumulálódik; ha a beteg napokon át rendszeresen szedi, a 14. napon is ugyanolyan reakció váltható ki (azonos alkohol adagra), mint az első napon. *Smith*, *Mansfield* és *Herrick* szerint, akik 138 betegen próbálták ki az új szert és 174 TAR-t végeztek, Temposillal ugyanúgy fenntartható az abstinentia, mint az A.-lel; ugyanakkor a Temposil-kezelés kockázatmentes lévén, a páciens és az orvos számára egyaránt a legkevesebb „discomfort"-tal jár. Ugyancsak 1956-ban közölte *Craig*, hogy a *Pagitan* (1 - phenyl - 1 cyclopental-3-piperidino-1-propanol-HCl) nevű Parkinson elleni szer is potentiálja az alkohol hatását. Pagitan-t szedő betegnél, ha iszik, ataxia, hányinger, hányás lép fel. Mindössze 6 esetben próbálta ki a Patigant elvonó-kezelésre, de biztató eredményei és az eljárás veszélytelensége (?) ellenére utánvizsgálóra nem lelt.

Áttekintve az ún. alkoholelvonó-kúrák mintegy 25 éves történetét, kialakulását, methodikáját és főbb tanulságait, megállapíthatjuk, hogy az idült alkoholizmusnak gyógyszeres kezelési eljárásokra épülő therapiás eredményei szerények. Megbízható, azaz nagy beteganyagra és hosszú katamnesztikus időre vonatkozó adatok alapján „mindössze" annyit állíthatunk, hogy ezen kísérletekkel minden negyedik, minden ötödik betegnél sikerülhet tartós eredményt elérni. Ez nem sok, de nem is kevés, amikor egy jelentőségében ennyire megnövekedett kórképről van szó. Igaz, hogy ugyanez az eredmény a „klasszikus módszerrel" (hosszas intézeti kezelés, kényszerű abstinentia, psychotherapia, munkatherapia) is elérhető, de honnan vegyünk annyi helyet, amennyit alkoholistáink „klasszikus" kezelése igényelne. Kétségtelen, hogy az ismertetett *gyógyszeres elvonó-kúrák* enyhítik a gerontopsychiatriai esetek szaporodása és az ún. defect-beteganyag feltorlódása okozta ágyhiányt: *megrövidítik a chronikus alkoholisták intézeti kezelését és mégis kedvező feltételeket teremtenek a betegekben lappangó öngyógyító tendentiák megszilárdulásához.* Ezt azért emeljük ki, mert az abstinentia megteremtését célzó pharmacopsychiatriai kísérletek nem jelentik az alkoholizmus gyógyítását és nem helyettesíthetik a tulajdonképpeni gyógymódot: a psychotherapiát. Az alkoholista beteg meggyógyítása és főleg az alkoholizmus elleni harc nem kizárólag egészségügyi probléma, s nem rajtunk, psychiatereken múlik a megoldása. A rendelkezésünkre álló gyógyszeres és psychotherapiás

lehetőségeknek, az immár kellő katamnesztikus távolságba került sok ezer eset tanulságainak, sőt a végrehajtandó szervezési teendőknek a megvalósításával és mindezek optimális kihasználásával sem érhetnénk el többet, mint eddigi therapiás eredményeinknek bizonyos fokú (talán 20%-os, talán 50%-os) javulását. Az alkoholizmus elleni küzdelem általános jellegű mentálhygiénés feladat. Orvosok, jogászok, pedagógusok, államigazgatási dolgozók és társadalmi munkások szoros együttműködését igényli, súlypontja a megelőzésre esik, végrehajtása az iskolában kezdődik, a közvéleménynek alkoholellenes irányba való átnevelésével folytatódik és számottevő eredményei csak a következő, most felnövő nemzedékben várhatók.

Ezúton is hálás köszönetet mondok *dr. Haitsch Emil* főorvos úrnak, munkatársaimnak, *dr. Komlos Évának* és *dr. Vattay Irénnek* és a Fővárosi Ideggondozó Intézet *védőnőinek.*

Az irodalmi adatokat a szerző szíves készséggel megadja az érdeklődőknek.

Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Felvilágosító Központja

A társadalmi tevékenység szerepe az alkoholelvonó kúrákkal kapcsolatban*

Irta: Métneki János dr.

Az alkoholizmus elleni küzdelemben a legnagyobb szerepe az ismeretterjesztő, felvilágosító propagandamunkának van. Ugyanakkor ennek a munkának igen tág lehetőségei is vannak. Éppen ebből következőleg a legkülönbözőbb nézetekkel találkozunk arra vonatkozólag, hogy ez a propagandamunka milyen módszerekkel, eszközökkel, milyen mértékben folyjon, mely rétegekhez szóljon elsősorban.

Nem célom, hogy itt a teljes absztinencia, vagy a mértékletesség hirdetésének kérdéséről, annak fokozatairól vitatkozzam. Nálunk Magyarországon a jelenlegi társadalmi, gazdasági, fejlődési körülmények között az az álláspontunk, hogy az alkoholizmus elleni propagandamunkának döntően a mértéktelen alkoholfogyasztás ellen kell irányulnia.

Meg kell azonban mondani, hogyha általánosságban a propaganda nem is irányul a mértékletes alkoholfogyasztás ellen — elvi álláspontunk az, hogy alkoholellenes propagandamunkát bármely vonatkozásban — így a mértéktelenség elleni küzdelemben is — csak úgy lehet eredményesen folytatni, ha az alkohol melletti propaganda megszűnik. Ha az állam a maga rendelkezésével és közvetett kereskedelmi korlátozó intézkedésével a mérték nélküli és tömény alkoholfogyasztást szűkíti, ha az alkoholmentes italok bőséges választékával az alkoholfogyasztást ellensúlyozza. Ezekre az intézkedésekre a szocialista országokban — ahol a kereskedelem, az élelmiszeripar és a vendéglátóipar állami kézben van, az állam részéről a lehetőségek adva vannak.

Minden propaganda, felvilágosítási munka akkor számíthat igazán eredményre, ha nem általánosságban hangzik el, hanem a társadalmi rétegnek, kulturális színvonalnak, érdeklődési körnek, foglalkozásnak, kornak, nemnek, helynek, időpontnak és még sok más meghatározó tényezőnek megfelelően differenciáltan történik. Az alkoholizmus elleni propagandamunkában is mindenütt meg kell találni azokat a különleges, kiemelt, a propagandamunka előterébe állítható szempontokat, melyek ennek a differenciált, körülhatárolt egészségügyi felvilágosításnak irányát meghatározzák.

Nem hiszem, hogy erre vonatkozólag általános sémákat lehessen felállítani, melyek érvényesek lennének minden országban. Sőt a legtöbb esetben még egy országon belül is a begyökeredzett szokások, az alkoholtartalmú italok előfordulása, a néprétegek foglalkozás szerinti tagozódása igen speciális feladatokat adhat a propagandista részére egy-egy területen.

Ezeknek előrebocsátásával három olyan területet kívánok megemlíteni, ahol a meghatározott rétegnek szóló, differenciált propagandának véleményem szerint különösen jelentős feladatai vannak.

Ifjúság között végzendő felvilágosítási munkában úgy hiszem egyetértőleg mindenki az absztinencia álláspontját tartja helyesnek. Az ifjúság közötti propagandának a jelentősége azért kiemelt, mert ebben a korban a legfogékonyabb az ember, hogy olyan szokásokat, életfelfogást, erkölcsi normákat állítson fel, mely a személyiséget kialakítja, meghatározza és a felnőttkori magatartásra is döntő hatással van. Ezenkívül a fiatal korban az alkoholos veszélyeztetettség sokkal fokozottabb, hiszen kis mennyiségű alkohol súlyos, sokszor halálos egészségkárosítással járhat. Az ifjúság nevelésére irányuló törekvés csak akkor lehet teljes, ha a szülőkkel és pedagógusokkal is ezt az alkoholfogyasztás ellenes álláspontot meg tudjuk értetni. Ennek fontosságát mutatja falusi gyermekek között végzett vizsgálatunk, mely szerint a 10 évesek 60%-a, a 14 évesek 66%-a kevés, 8%-a, illetve 27%-a meghatározás nélkül bor ivását megengedhetőnek tartja a maga számára. A szülők 62%-a szerint 0,5—2 dl bor adható egyszerre 10 éven aluli gyermekeknek.

Az alkoholellenes propaganda szempontjából kiemelt terület a dolgozóknak az a rétege, akiket

* A stockholmi Antialkoholista Kongresszuson elhangzott előadás.

munkájuk során akár kisebb mértékű alkoholfogyasztás is súlyos baleseti következményekkel fenyeget. Ez a réteg szintén veszélyeztetettsége miatt kerül az alkoholellenes propaganda előterébe. A bányászat, építőipar, nehézipar, közlekedés dolgozói között a baleseti veszély a munka természeténél fogva nagyobb.

A harmadik fontos réteg az iszákosok, a rendszeresen mértéktelenül ivók, a krónikus alkoholisták, vagy azok, akik ilyen irányban „fejlődnek", akik anyagi, erkölcsi és egészségi romlásba viszik magukat és családjukat.

Az alkoholizmus elleni küzdelemben az a törekvés, hogy az erre irányuló munka egyik fő irányaként az iszákosokat, illetve az iszákos-jelölteket jelöljük meg, az erők ésszerű koncentrálását jelentik. Ez az irány olyan feladatot jelent, mely meghatározott réteget érint és elvégzése konkrét eredményeket mutathat fel. Nem általánosságban, erőtlenül folyik és nem riasztja el azokat, akik, ha nem is absztinensek, de a mértéktelenség ellen vannak. Nem áll szemben azokkal a kereskedelmi érdekekkel, melyek az alkoholtartalmú italok fogyasztása révén állami bevételt kívánnak elérni.

Egyes vélemények szerint a szeszesital-fogyasztóknak kb. 65%-a a mértékletesség határán belül fogyaszt. Az antialkoholista munka területe ezek szerint tehát leszűkül a fennmaradó 35%-ra és erre fokozottabban irányulhat.

Rövid előadásomban éppen az iszákosok között folyó felvilágosító, társadalmi munka Magyarországon kialakult módszereit kívánom ismertetni, ennek eredményességét bizonyítani.

Az alkoholizmus elleni küzdelemben jelentős a krónikus alkoholisták megszabadítása szenvedélyüktől. A különböző gyógyszeres elvonó kezelések ezt nagymértékben elősegíthetik. Hozzájárulnak ahhoz, hogy az eddig rendszeresen ivó egyén ne forduljon az alkoholhoz.

A gyógyszeres alkoholelvonó kezelés azonban önmagában igen sok esetben nem hoz végleges megoldást, mert az alkoholizmus keletkezésében számos olyan exogén és endogén ok játszhatik közre, mely a gyógyszerrel elért eredmény, így pl. a kialakult feltételes reflex ellen dolgozik és azt hosszabb-rövidebb időn belül lebontja.

A krónikus alkoholista egyidejű pszichoterápiás kezelése ezért számos szakember véleménye szerint elengedhetetlen. Ez legtöbbször hosszabb intézeti kezelést igényel. Hiányossága ennek, hogy sok olyan tényezőt, amely a környezet hatásából adódik, nehezen vagy egyáltalán nem tud befolyásolni.

Magyarországon másfél év óta a zárt-intézeti kezelés mellett az alkoholelvonásnak ambuláns formáját vezették be több intézményben, ahol *Gartner, Reuter, Récsey* által leírt apomorphines reflexkondicionáló módszerrel, ambuláns pszichoterápiás kezeléssel összekapcsolva gyógyítanak. A forgalmi adatok azt mutatják, hogy az a tény önmagában, hogy az alkoholelvonás kezelési körülményeit az egyén számára megkönnyítette, komoly propagandát jelent az alkoholelvonás számára is, és igen jelentősen megnövelte az alkoholelvonásban résztvevők számát. Így pl. Budapesten másfél év alatt közel 2500 egyén jelentkezett alkoholelvonásra és ebből kb. 2000-nél el is kezdték a kezelést. Ózd ipari városban egy év alatt kb. négyszer annyi elvonókúrást kezeltek, mint előzőleg.

Az eddigi tapasztalatok szerint azonban nem elegendő az alkoholelvonó kezelés lefolytatásának megkönnyítése, az ambuláns rendelések beállítása az elvonókúra előtti és utáni pszichoterápiával. Szükség van az egészségügyi gondozási hálózat kialakítására is, melynek révén egyrészt az elvonókúrára jelentkezettek közül a lemorzsolódókat fel lehet keresni és befolyásolni lehet az elvonókúra folytatására, másrészt a kezelésen átesettek állapotát szemmel lehet kísérni, ellenőrizni lehet.

Az egészségügyi hálózat gondozó tevékenysége mellett eléggé fel nem becsülhető jelentősége van a társadalmi gondozásnak. A társadalmi gondozás az, amely nemcsak felfedi, hanem sikeresen befolyásolni is tudja az alkoholizmus felé hajló exogén erőket. A hivatalos szervek igénybevételével a beteg esetleg nem megfelelő munka- és életkörülményein is változtatni tud és ezzel az orvos pszichoterápiás kezelését konkrétan alá tudja támasztani, ehhez segítséget tud nyújtani. Erre nálunk annál is inkább lehetőség van, mert az alkoholizmus okai közül az 1945 előtti létbizonytalanság, a rossz gazdasági körülmények lényegében eltűntek.

Ez a társadalmi munka két irányban hat. Részben az iszákosokat, illetve iszákos-jelölteket fel tudja kutatni, katasztert tud róluk összeállítani és ennek ismeretében befolyásolni tudja őket abban, hogy elhatározzák magukat az ivás abbahagyására és elvonókúrának vessék alá magukat. Másrészt szemmel tudja kísérni a volt iszákos további sorsát, be tud avatkozni, ha akár exogén, akár endogén ok következtében a visszaesés veszélye áll fenn.

A társadalmi gondozásra Magyarországon sok irányú kezdeményezés van. Két példát emelnék ki erre.

Ózd ipari városban egyik nagyüzem dolgozója, Csuhán Béla 1953-ban kezdett a krónikus alkoholisták között sokoldalú társadalmi tevékenységet. Munkáját a társadalmi szervek, a Vöröskereszt keretében végzi, támogatja őt az üzem vezetősége és a szakszervezet is. Rendszeres személyes beszélgetések, különböző családi problémák megoldása a társadalmi és hivatalos szervek támogatásával, a környezetből való kiemelés, kulturális szórakozásokhoz való hozzászoktatás — sokfajta lehetősége van ennek a munkának. Az iszákosok a legkülönbözőbb társadalmi rétegekből kerültek ki és igen szívós, rendszeres munkát igényelt meggyőzésük. Ennek a munkának egyik lényeges vonása az, hogy az alkoholisták, de főleg az alkoholizmustól megszabadultak érzik és tudják, hogy nincsenek magukra hagyva és nem megbélyegzettei a társadalomnak. Erre a személyes beszélgetéseken kívül az életkörülmények megváltoztatásában való segítség ad lehetőséget. Olyan, látszólag kis, apró tevékenység, mint pl., hogy egyes ünnepek alkalmával a Vöröskereszt az elvonókúrán átesetteket, azok gyermekeit megajándékozza — rendkívül meggyőző és hatékony a volt iszákosok számára.

A munka eredményeképpen az 1953 előtti évek egy-egy elvonókúrása helyett 1953-ban 9, 1954-ben 42, 1955-ben 24, 1956-ban 11, 1957-ben 11, 1958-ban 27, 1959-ben 52 és 1960-ban júniusig 33 esetben kerültek Ózdról alkoholelvonó kezelésre. Összesen 1953 óta 156-an. Ezek közül 19-ről nem tudnak, mert azóta máshova költöztek. A fennmaradó 137 sorsát ma is figyelemmel kísérik és pontosan tudnak róluk. A gyógykezelést végző intézetek is nagyrészt ennek a társadalmi gondoskodásnak a révén értesülnek kezeltjeiknek sorsáról. A kezeltek 43%-a gyógyultnak mondható, mert az alkoholelvonás óta már több mint egy éve nem iszik egyáltalán alkoholt. További 24% ugyancsak nem iszik alkoholt, de náluk az alkoholelvonás befejezése óta még nem telt el egy év. Ez összesen 67%. A kezeltek 17%-a javult, azaz esetenként mértékletesen fogyaszt alkoholt, de nem iszákos. A kezeltek közül 16% jelenleg is változatlan, elvonókúrán van intézetben, illetve továbbra is iszákos. Annak a kórháznak az idegosztályán — Gyöngyösön —, amely az ózdi betegekkel legrendszeresebb kapcsolatot tartja fenn, az 55 ózdi kezelt iszákos közül csupán 5 fő, tehát nem egészen 10% az, aki változatlan állapotban maradt. Ezek az adatok a világirodalmi adatoknál jóval kedvezőbb arányt mutatnak, amely szerint a változatlan, tehát továbbra is iszákosok aránya az elvonáson résztvettek kb. ⅓-a. Ezt az utóbbi arányt mutatják az említett kórházi osztály olyan alkoholistái is, akik elvonókúrán estek át, de társadalmi gondozásban nem részesültek.

Míg Ózdon csupán hivatalos munkája révén a problémával kapcsolatba kerülő lelkes ember társadalmi tevékenysége mozgatta meg a hivatalos és társadalmi szerveket, addig Békéscsaba mezőgazdasági jellegű városban más országokban is különböző formában kialakult volt alkoholisták társadalmi munkája ért el jelentős eredményeket az iszákosok között végzett propagandamunkában. Itt Z. M. volt krónikus alkoholista, aki teljes anyagi és erkölcsi züllésben volt már, feleségétől elvált, többszörösen börtönviselt ember volt, az alkohol elhagyása után saját példájával igyekezett meggyőzni iszákos ismerőseit. Ennek során került Soóky András dr. gyulai kórházi ideg-elme főorvossal kapcsolatba, akivel együtt a krónikus alkoholisták között végzett munka rendszerét dolgozták ki és a volt alkoholistákból bizottságot alakítottak. Az iszákosokat éjszakai „őrjáratok" útján kutatják fel. Igénybe veszik a rendőrség segítségét is annyiban, hogy az iszákosok felkutatásával kapcsolatban azok közlik tapasztalataikat. Még egyes vendéglátóipari dolgozók is segítenek nem egyszer nekik ilyenformán. Az iszákosokkal józan állapotban beszélnek és nagyon szívósan, rendszeresen igyekeznek meggyőzni őket, saját maguk példájára hivatkozva, misztikus vagy idealista jellegű okok keresése nélkül, hogy meg lehet és meg kell szabadulni szenvedélyüktől. Leginkább az erkölcsi fertő, a családi élet szétrombolásának megmutatásával tudnak hatást elérni, az anyagi vagy az egészségi károsodás ecsetelésével kevésbé. A legtöbb esetben — ha hónapok múlva is — elérik, hogy az iszákos rádöbben saját szörnyű állapotára és kész arra, hogy elhagyja az italt és hogy új életet kezdjen. A gyógyszeres alkoholelvonás ebben az esetben ezt a folyamatot segíti tovább, ahogyan a társadalmi segítséggel, munkájával, családjával kapcsolatos problémák megoldásával is az iszákos elhatározását támasztják alá. A társadalmi munkát összekapcsolják a hivatalos szervek munkájával. Az egészségügyi szervek mindenütt megadják a szaksegítséget a Vöröskereszten belül alakult bizottságnak. Az állami szociális ügyintézők pénzt és megfelelő munkaalkalmat teremtenek az elvonókúra után. Így pl. egy ügyvéd, aki már teljesen elzüllött és háromszor volt elvonókúrán, az utolsó elvonókúra után pénzt és képzettségének megfelelő munkahelyet kapott. Egy orvos hatodik elvonókúrája után kapott újból munkát. A volt iszákosok a gyakorlatban tapasztalják, hogy nem megvetettjei a társadalomnak és bíznak bennük. Volt olyan többszörösen büntetett iszákos, aki rendszeresen lopott és jelenlegi munkahelyén a kezelés óta jól megállja a helyét. A legtöbb volt iszákos igen jelentős anyagi javulást mutathat fel, pl. van, aki három év után már házat építtetett és legtöbbje rendezett anyagi viszonyok között él. A szenvedélytől való megszabadulás az iszákos részére új lendületet, új távlatot ad egész életének.

A volt alkoholisták bizottsága 1958 óta működik. Jelenleg 22 lelkes, szabad idejét jórészt erre fordító, rendszeres társadalmi munkában résztvevő tagja van. A bizottságban részt vesz az idegorvos és a városi rendőrkapitány is. Működésük óta az elvonókúrára jelentkezők száma jelentősen megnőtt. Míg 1951 és 1958 között a kórházi idegosztályon 189 iszákosat kezeltek összesen, 1958 óta, két és negyedév alatt 481-en kerültek kezelés alá. A bizottság az elvonókúra előtt kb. 800 iszákossal foglalkozott. 20 olyan személy volt, akiket csupán a volt alkoholisták példája, a bizottság gondoskodása segített hozzá, hogy gyógyszeres kezelés nélkül elhagyják az italt. A bizottság tagjai még a kúra befejezése előtt felkeresik a beteg munkahelyét, barátait, családját és segítik, hogy a beteg környezete is hozzájáruljon a beteg gyógyulásához. Ilyen értelemben több mint 300 családot látogattak meg eddig.

A volt alkoholisták nem szégyenlik régi betegségük miatt magukat, büszkék arra, hogy úrrá tudtak lenni szenvedélyükön és nyíltan kiállnak azért, hogy segítsék azokat, akik még nem tudtak megszabadulni ettől.

Az eredmények, melyeket a társadalmi gondozás kapcsán ezen a két helyen elértek, azt mutatják, hogy ott, ahol az exogén okok kiküszöbölésére a volt iszákosok társadalmi beilleszkedésére, további sorsának alakulására a társadalmi segítség igénybevételével gondot fordítanak, az eddig törvényszerűnek és szinte egyöntetűen egyformának talált világirodalmi adatok megdőlnek és lényegesen jobb eredményeket lehet felmutatni. Ezzel az iszákosok gyógyításának egészen új perspektívája teremthető meg.

A társadalmi gondozási munka két különböző példáját próbáltam megmutatni. Egyik helyen zárt egységben, főleg egy üzemen belül kialakult gondozó munka módszereit, eredményességét, a másik helyen szélesebb területen, egy egész városban működő volt alkoholisták szervezett, rendszeres társadalmi munkáját. Mindkét helyre jellemző az, hogy az állami szervek támogatását és közvetlen segítségét élvezik és a társadalmi szerv, a Vöröskereszt keretén belül működnek.

Nálunk Magyarországon megindítottuk, hogy ezeket az egyes tapasztalatokat az iszákosokkal kapcsolatban az alkoholizmus elleni küzdelemben összegezzük és hatékony országos mozgalmat alakítsunk ki az állami és társadalmi szervek összefogása révén.

Az a társadalom, ahol az állami és társadalmi szervek szoros együttműködésben tudnak küzdeni az alkoholisták nagy tömegeinek meggyógyításáért, számíthat arra, hogy ezen a betegségen győzedelmeskedik.

EPIDEMIOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Országos Közegészségügyi Intézet

A hepatitis epidemica jelenlegi helyzete Magyarországon

Irta: Bakács Tibor dr.

A fertőző betegségek elleni küzdelem az elmúlt évtizedekben Magyarországon is, mint *szerte az egész világon,* jelentős, sőt *látványos eredményekhez vezetett.* A viharos fejlődés nyomán *az eredmények,* különösen *a szocialista országokban* voltak *nagyok,* ahol a fertőző betegségek elleni küzdelmet nem korlátozták csupán a járványelhárítás specifikus lehetőségeire, a vaccinátióra, hanem kiegészítették a járványelhárítás aspecifikus védekezési lehetőségeivel is: a településegészségügyi munkával, a személyi hygiéne megjavítására való törekvéssel, az egyes ember „pozitív egészségben való tartásával" stb.

Mindezek eredményeképpen *a fertőző betegségek* szintjének *alakulása Magyarországon is évről évre kedvezőbbé vált.* Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy amíg hazánkban a két világháború között a fertőző betegségekben meghaltak az összes halálokféleségek között a harmadik helyen szerepeltek, addig *jelenleg a fertőző betegségek* okozta halálozás *hetedik helyre szorult vissza* a haláloki statisztikában.

Halálozások Magyarországon haláloki főcsoportok szerint az 1938. és 1958. években

Haláloki főcsoport	meghaltak száma		Meghaltak %-ban	
	1938	1958	1938	1958
Fertőző és élősdiek okozta betegségek	17 187	4 307	13,2	4,4
Daganatok	9 941	16 341	7,6	16,7
Allergiás, a belső elválasztásos rendszer, az anyagcsere, a táplálkozás, a vér és a vérképző szervek betegségei	1 701	2 610	1,3	2,7
Elme-, elmeidegbetegségek és a személyiség kóros zavarai	437	425	0,3	0,4
Az idegrendszer és az érzékszervek betegségei	9 666	14 764	7,4	15,1
A keringési rendszer betegségei	22 557	24 399	17,3	25,9
A légzőrendszer betegségei	17 508	9 948	13,4	10,2
Az emésztőrendszer betegségei	10 812	4 624	8,3	4,7
A húgyivarrendszer betegségei	2 768	1 931	2,1	2,0
Szülések. A terhesség, a szülés és a gyermekágy szövődményei	669	165	0,5	0,2
A bőr és a kötőszövet, a csontok és a mozgatószervek betegségei	999	731	0,8	0,7
Veleszületett fejlődési hibák	513	998	0,4	1,0
Az újszülöttkor bizonyos betegségei	8 372	4 087	6,4	4,2
Tünetek, öregség és rosszul meghatározott állapotok	21 613	5 782	16,5	5,9
Balesetek, mérgezések és erőszak	5 885	5 754	4,5	5,9
Összesen	130 628	97 866	100,0	100,0

Ezeken az igen tekintélyes összesítő eredményeken belül *vannak még egyes fertőző betegségek, melyeket leküzdeni* fokozott erőfeszítéseink ellenére is alig, vagy egyáltalán *nem voltunk képesek* az elmúlt 10 év alatt.

Ezek közé tartozik *a hepatitis epidemica* (továbbiakban: h. e.) mely hazánkban jelenleg az összes fertőző megbetegedéseken belül — *a dysenteriát* is beleértve — abszolut számokban és mutatókban is a legmagasabb morbiditást és mortalitást adja.

A közölt adatok természetesen csak a bejelentéskor rögzített állapotokat tükrözik. A tényleges helyzet ennél valószínűleg rosszabb. Például: az adatösszeállítás nem tartalmazza a késői halálozásokat, pedig feltételezhető, hogy a többszöröse a korai eseteknek. Nem tartalmazza továbbá az abortív és latens eseteket sem, mert ezek nem kerülnek észlelésre.

Ennyit a kérdésről általában.

Részleteiben:

A h. e. magyarországi járványügyi helyzetéről részletes összefoglalást ad: *Petrilla—Solt—Vedres* (5) az Orv. Hetil. 1959. évi 19. számában megjelent dolgozatában. Ebben, az 1957. évvel bezárólag, beszámol a kórkép havonkénti alakulásáról, időszaki ingadozásairól, életkor szerinti megoszlásáról, letalitásáról stb.

Felesleges a h. e. járványtanának, a fertőzéses lánc kialakulásának, új fertőzések keletkezésének mechanizmusát részletesen taglalni, mert erről az Egészségtudomány 1960. évi 1. számában *Solt Katalin* (7) részletes, a szakirodalmat is magában foglaló tájékoztatást közöl.

Ezért tanulmányomban csak azokra a kérdésekre kívánok kitérni, amelyekre az említett dolgozatok nem terjednek ki és amelyeknek ismerete alapján, illetve az abból levonható következtetések

révén a h. e. elleni küzdelmet még hatásosabbá és eredményesebbé tehetjük.

A betegség ellen jelenleg *számbajövő védekezési lehetőségek zömmel aspecifikusak*, mivel a fajlagos védekezés, *a vaccinatio*, a vírus ismerete híján, *nem áll rendelkezésre.*

Az aspecifikus védekezés maga a kórforma személyi hygiénés és településegészségügyi összefüggéseinek megismeréséből nőtt ki.

Lássuk ezek közül sorjában a legfontosabbakat: *1. Ivóvíz, csatornázás, szennyvízelhelyezés* (ártalmatlanítás) *kérdései és a h. e.*

A megbetegedések, de méginkább *a járványok gyakran szoros összefüggést mutatnak bizonyos területek ivóvíz, illetve a szennyvíz h. e. fertőzöttségével.* Erre mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban, a legkülönbözőbb szerzők tolláról, számos utalás van. Ezek alapján bizonyítottnak tekinthető, hogy a csatornahálózat defektusain keresztül h. e. vírussal fertőzött szennyvíz kerülhet az ivóvízbe olyan mennyiségben is, hogy az az ivóvízben fertőzőképes töménységben kimutatható. Az ilyen fertőzött vizek fogyasztása kisebb-nagyobb h. e. járványokat idézhet elő.

A legnagyobb ezek közül, az 1955 decemberében kirobbant *delhi vízjárvány volt*, amely kb. 6 hétig tartott. A város egészségügyi hatóságainak 7000 h. e. esetet jelentettek be, de az utánvizsgálatok kapcsán kiderült, hogy ebben az időszakban a város 1 700 000 lakosából pusztán a manifest icterus esetek száma kb. 30 000 volt.

Az utólagos részleges vizsgálat azt is kiderítette, hogy a járvány a városi vízellátás műszaki hibája folytán keletkezett. *A chandrawali vízmű szüretlen ivóvize*, mely Delhit ivóvízzel ellátja, *50%-ban szennyvizet is tartalmazott.* Bár *a vízmű vizét erőteljesen klórozták, ami egy esetleges bakterialis fertőzés kivédésére elégséges is lehetett* — hiszen ebben az időszakban a masszív szennyvízbetörés ellenére sem typhus, dysenteria, sem egyéb bakteriális fertőzés nem lépett fel a vízmű ellátási területén, *a h. e. járvány kialakulását nem tudta megakadályozni.* A rendkívül rezisztens hepatitis vírussal szemben az erőteljes klórozás elégtelennek bizonyult és kitört a világirodalomban eddig észlelt legnagyobb h. e. járvány (Dennis J. M. — 2.) Egyebekben a hepatitis vírus resistentiája erősségét bizonyítja az a megfigyelés is mely szerint a betegségben meghaltak holtteste még napokkal a halál után is erősen fertőzés veszélyes és emiatt igen gyakori a boncszemélyzet hepatitises fertőződése (Haranghy).

Ehhez *hasonló víz*, illetve szennyvíz eredetű *járványt* — bár lényegesen kisebbet — *mi is észleltünk Szegeden*, 1955 nyarán, amikor július 24-én egy szennyvízbetörés után az érintett vízellátási területen egy rendkívüli kiterjedésű *enteralis fertőzés járvány lépett fel* a városban és kb. 35 000 ember betegedett meg. *A járvány 3 hónapja alatt* a nagyszámú járványos enteralis eseten belül *a hepatitis megbetegedések nívója is erősen megemelkedett*, kb. 150-el több esetet észleltek mint amennyi — az előző évek átlagának alapján az egész évre elosztottan — várható lett volna. A 150-nyi többlet hepatitis eset, mint arra fentebb utaltam, nem egyenletes eloszlásban, hanem a járvány 3 hónapjára korlátozódva jelentkezett, félreérthetetlenül bizonyítva a járvány vízeredetét. (*Kubinyi*, 4.)

*Hepatitis epidemica Magyarországon**

Év	Megbetegedések		Halálozások		Letalitás %
	szám szerint	100 000 lakosra	szám szerint	100 000 lakosra	
1950	693	7,4	10	0,1	1,4
1951	2 260	24,0	14	0,2	0,6
1952	7 251	76,3	69	0,7	1,0
1953	12 809	133,6	169	1,8	1,3
1954	12 855	132,7	167	1,7	1,3
1955	15 583	158,9	152	1,6	1,0
1956	19 615	199,6	169	1,7	0,9
1957	19 130	194,9	138	1,4	0,7
1958	19 381	196,6	126	1,3	0,7
1959	18 449	184,9	93	0,9	0,5

Megbetegedések havonként

Hónap	1959	1960
	a megbetegedések száma	
Január	2148	1831
Február	1556	1708
Március	1336	1304
Április	1147	1158
Május	1103	959
Június	1056	1089
Július	1242	1122
Augusztus	1393	1300
Szeptember	1669	1442
Október	1946	.
November	2056	.
December	1797	.
Összesen	18 449	.

* Az OKI járványügyi osztályának adatai.

Az ivóvíz, illetve a szennyvíz szerepét a h. e. terjesztésében még számos eset kapcsán lehetne bizonyítani, de a példákból talán ennyi is elég.

2. A kontaktus, a sűrű egyhelyben lakás, a szociális körülmények szerepe a h. e. terjesztésében.

a) A kontaktus, a sűrű egy helyben lakás (egy szobára jutó magas lakósűrűség) *a h. e. terjedését* segítik. Ez a kedvezőtlen körülmény hatásfokában megsokszorozódik, ha a sűrű egy helyben lakással egyidejűleg a lakás vezetett vízes ellátása, csatornázottsága hiányos, vagy teljesen hiányzik.

Érdekes adatokat közöl erről *Galperin A. és Hampton (3).* Cikkükben egy h. e. járványról számolnak be, melyet 1952—1953-ban Iowa államban (USA) Des Moines-ben és Polk Countyban észleltek. A szerzők, az előfordult 548 esetből leszűrt megállapításukban: a szociális helyzetet, a szennyvízeltávolítás állapotát, a család nagyságát, valamint a túlzsufoltságot tartják a legfontosabb jár-

ványokozó tényezőknek. A betegséget a 5—14 éves korcsoportban találták leggyakoribbnak. Vizsgálataikat a szociális helyzet alapján kialakított 3 csoportban végezve, a következőket állapították meg:

Csoport	Jövedelem	Hepatitis megbetegedések az 5—14 év közötti lakosság °/°°-ében
I.	5000 dollár felett	2,84
II.	2000—5000 dollár között	11,64
III.	2000 dollár alatt	20,54

Ha ezt az anyagot korra való tekintet nélkül, csak a jövedelmi kategorizálás szerint rendezték, a helyzet a következő volt:

Csoport	Jövedelem	Hepatitis epidemica megbetegedések, — az összlakosság °/°°-ében
I.	5000 dollár felett	0,69
II.	2000—5000 dollár között	2,51
III.	2000 dollár alatt	3,02

Vizsgálták a szerzők a csatornázottság befolyását az érintett lakosságra. Megállapították, hogy míg 105 464 fertőzésnek kitett olyan egyéneknél, akinek lakóhelyén központi csatornahálózat volt, a h. e. megbetegedések aránya: 1,47‰, addig 10 142, csak árnyékszékkel rendelkező egyén csoportjában a morbiditás: 9,07‰.

A lakászsúfoltság és a h. e. összefüggését vizsgálva azt találták, hogy a jómódúaknál, akik nem éltek túlzsúfoltan, 0,84‰, a legszegényebbek kategóriájában pedig, akik kisjövedelmük miatt igen túlzsúfoltan éltek: 5,94‰ volt a h. e. morbiditása.

b) A kontaktus jelentőségére hívja fel a figyelmet az is, *hogy egy családon belül,* tehát a szorosabban élők között, a *h. e. előfordulása gyakoribb,* mint azon kívül.

Erről számol be *Reploh H.* és *Primavesi K. A.* (6), amikor egy 145 egyént mebetegítő járványt vizsgáltak meg. A megbetegedettek túlnyomórészt gyermekek voltak. Vizsgálataik során megállapították, hogy az általuk észlelt járványban a fertőzés kontakt úton terjedt. 98 esetben ugyanis, vagyis az esetek 68%-ában, a korábbi hepatitis esetekkel való közvetlen kapcsolat (kontaktus) volt kimutatható. Családon belül a kontaktus 57 esetben volt bizonyítható.

c) A kontaktus fontossága mellett bizonyít az is, hogy a betegség gyakori a diákotthonokban, napközikben és a bölcsődékben is. Fokozza a veszélyt, ha az ilyen helyeken a személyzet hygiénés kulturáltsága nem megfelelő, a munkakörülmények nem jók, pl. a vezetett vizes ellátás, a csatornázás, WC-k stb. hiányoznak. Az ilyen kollektívákban a h. e. nagyon gyakori és könnyen otthonossá válik.

Ilyen zárt kollektívában végzett megfigyeléseket *Babicsenko M. E.* (1). Az általa észlelt kollektíva tagjai több épületben laktak, amelyek kapcsolatban voltak egymással: közös volt az étterem és a vízellátás stb. Az észlelési idő alatt a kollektíván belül h. e. esetek fordultak elő. A megbetegedések zöme november—januárra esett, a csökkenés július—augusztusban következett be. Az esetek fellépése idején a vízellátásban zavar volt: a csatorna eltömődött és a WC-ben is dugulás keletkezett.

Miután kijavították a közműhibákat, elrendelték a szigorú fertőtlenítést; a WC-ben, a mosdóknál fertőtlenítő oldattal átitatott lábtörlőket helyeztek el, az utolsó megbetegedést követően 60 napig kötelezővé tették a fertőtlenítő kézmosást, a helyi járvány megszűnt.

Zhumatov K. Z. és *Dardik F. G.* (9) 1955 augusztus és 1956 január között Kazánban (Szovjetunió) 2676 h. e.-t észleltek olyan lakosság között, ahol diákok gyapotot szüreteltek. Főleg a 16—40 évesek betegedtek meg. Az összes esetek 61,4%-a esett erre a korcsoportra.

A vizsgálatok kiderítették, hogy a járványt az öntözőcsatornából származó, forralatlanul ivott víz okozta. Nem jelentkezett a fertőzés a járványtól érintett terület olyan falujában, ahol csak teát ittak. Olyan intézetben lakó gyermekeknél, akik csak forralt vizet ittak, ugyancsak alacsony volt a megbetegedések száma. Az észlelési terület egyik diákszállójában nem volt ivóvíz-fertőtlenítés, s szeptember folyamán 27 eset fordult elő. Miután az ivóvíz forralását itt is kötelezővé tették, több megbetegedés nem volt tapasztalható.

Az elmondottakat illetően tapasztalataink hasonlóak *Magyarországon* is. *1959-ben pl. a KÖJÁL-ok az OKI járványügyi osztályán 13 kisebb h. e. járványt jelentettek be* (sajnos többnyire azok lezajlása után). E 6—30 megbetegedésekkel járó *járványok többsége: gyermekkollektívában, iskolában fordult elő. Az egyes megbetegedések helyi járványa szélesedését a nem megfelelő hygiénés körülmények, a zsúfoltság, tisztátalanság stb. elősegítették.*

Az említett járványoknál az enteralis betegségek ellen szokványosan alkalmazott járványügyi intézkedések: így a helyi település *higiénes körülmények megjavítása, a zsúfoltság csökkentése,* személyi higiénes intézkedések stb. és végül az érintett kollektívák tagjainak gammaglobulin védőoltása, mindenütt *a járványok körülhatárolásához, majd felszámolásukhoz vezettek.*

d) *A kontaktusra hívja fel a figyelmet a hepatitis epidemicának szezonális ingadozása is:* az esetek sűrűsödése ugyanis szeptemberben kezdődik el, azok október, november folyamán érik el a csúcspontot. Ekkor kezdik meg ugyanis a legérintetebb korosztályok, az iskolába járó gyermekek (6—14 évesek) — a nyári szünet után — tanulmányaikat. A következtetés kézenfekvő: a szezonalis emelkedést — legalábbis részben — az iskolai intenzívebb együttlét és az ebből fakadó fokozott fertőzési lehetőség okozzák.

Ezt támasztja alá az a tény is, hogy az iskolás koron túli korcsoportoknál ilyen jellegzetes évszakos ingadozást nem lehet látni. Ezeknél a korosztályoknál a megbetegedések az egész év folyamán egyenletesen elosztva jelentkeznek.

Studer A. (8) erről ír, amikor egy svájci völgykatlanban 1953—55 között fellépő járványról ad részletes tájékoztatást. Az általa észlelt 2680 lakos közül 304 hepatitisben betegedett meg.

Az első hepatitis eseteket 1953 végén észlelte, a járvány 1954 közepén érte el tetőfokát, utána csak szórványos esetek fordultak elő. A legtöbb megbetegedés 6—16 éves iskolás gyermekek között lépett fel és mindkét nemet egyformán érintette. Szerző, az okokat kiderítendő, megvizsgálta az érintett lakosság topográfiai és lakásviszonyait, a vízellátást, a csatornázatot, az élelmiszerforrásokat, a járvány terjedésének lehetőségeit a családban, iskolában és munkahelyen stb. Vizsgálatai kimutatták, hogy a járvány során a betegség kontakt úton elsősorban az iskolában terjedt.

Miután ezt felismerték, általános higiénes, településegészségügyi és személyi egészségügyi intézkedésekkel sikerült a járványnak véget vetni.

e) *A kontaktus fokozott jelentőségére hívják fel a figyelmet* azok az észlelések is, melyek szerint *az egészségügyi szakszemélyzet fertőzöttsége kb. hatszorosa az egyéb foglalkozású lakosságénak.* Az egészségügyi szakszemélyzet ugyanis kétszeresen veszélyeztetett, egyszer: az egész lakosságot érintő általános fertőződési lehetőségek fenyegetik, másodszor: betegekkel dolgozik, akik közt gyakran van incubátióban levő, vagy abortív hepatitisben szenvedő beteg. Ezek esetleges fertőző ráhatása ellen pedig a kezelő személyzet — a fel nem ismerhetőség miatt — időben védekezni, nem tud.

3. A h. e. járványtanában és az ellene vezetett küzdelemben nagy *figyelmet kell még szentelni az inoculatiós hepatitis kérdésének is.* Hogy jelenleg az inoculatiós esetek arányaiban mit jelentenek, a dolog természeténél fogva nem tudjuk kimutatni, de hogy lényeges kérdés, erre több körülmény hívja fel a figyelmet:

a) *a h. e. a legelterjedtebb a 3—14 éves korcsoportok között* (a legtöbb injectiót, vaccinát és egyéb injectiós kezelést, ezek a korcsoportok kapják).

b) *Az inoculatio szerepére hívják fel a figyelmet egyes körülírt kórházi hepatitis járványok is,* pl. az elmúlt években a Korányi szanatóriumban lezajlott hepatitises megbetegedések, melyek az eszközök csírátalanításának megszigorításával felszámolhatóak voltak.

c) *Inoculatiós fertőzés lehetősége áll még fenn a haj, kéz, és lábápolásnál, a fodrásziparban,* rendesen *a nem megfelelő tisztaságú eszközök miatt.* Az ilyen eredetű fertőzések nem oly ritkák, mint azt egyesek gondolják.

4. A hepatitis epidemica terjesztésében nagy szerepet kell végül tulajdonítanunk az észlelésre nem kerülő *abortív, nem icterusos eseteknek és az incubatióban levő betegektől kiinduló fertőzéseknek.*

Összefoglalás: Mi a teendő? Általános intézkedésként: az enteralis fertőzések elleni küzdelemben használatos aspecifikus védekezési módok alkalmazása ajánlható, de nem mechanikusan, kívánatos bizonyos sorrendiséget megállapítani a feladatokban és tennivalókban.

1. Javítani kell a veszélyeztetett helyek általános hygiénés körülményeit, a helyi településegészségügyi viszonyokat: a vezetett vizes ellátást, a csatornázást, a szennyvízkezelést, a derítés hatásfokát, stb. Biztosítani kell a vízművek, a csatornaművek állandó hygiénés szakfelügyeletét, a szennyvizeknek a recipiensekbe való bevezetése körülményeinek ellenőrzését, a vízművek, szennyvízderítők stb. szakszerű műszaki kezelését, az esetlegesen felmerülő legkisebb hibák azonnali kiküszöbölését stb.

A felsorolt feladatok színvonalas ellátásának napjainkban, Magyarországon különös jelentősége van. Óriási építkezések kellős közepén vagyunk a második ötéves terv első évében. Szemünk láttára épül, alakul a szocialista falu. A falusi fejlődés kilépett végre évezredes elmaradottságából és határozottan halad a szocialista urbanizálódás útján. Országszerte gomba módra létesülnek *törpevízművek,* amelyek kommunálhigiénés szempontból minőségi előreugrást jelentenek. *Ha azonban ezek kezelése nem szakszerű, úgy komoly veszélyt okozhatnak:* járványok, pl. a h. e. forrásává válhatnak, szennyvízbetörés, vagy más fertőzéses mechanizmus révén.

2. Sokat segíthet a hepatitis epidemica korlátok közé szorításában a *kontaktus okozta fertőzési lehetőség csökkentése is.* E kérdés teljesértékű megoldása azonban hosszabb időt igénylő feladat. A teljes megoldást lényegében a folyamatban levő gigantikus méretű lakásépítkezés, a városok és falvak vezetett vizes ellátása, és csatornázottsága további kiépítése, a falu általános szocialista fejlődése, a magasszintű nagyüzemi gazdálkodás és ezzel párhuzamosan urbanizációja stb. fogják végül is biztosítani.

Fontos tennivaló *a lakosság személyi hygiénés kultúrája és egészségügyi felvilágosításának fokozása is,* különös tekintettel az egészségügyi, bölcsődei, iskolai stb. szakszemélyzetre.

3. A jövőben az eddiginél még *nagyobb gondot kell fordítanunk az inoculatiós, transfusiós hepatitis esetek keletkezésének megelőzésére. A fecskendők és tűk sterilizálásában lényegesen magasabb igényeket és követelményeket kell támasztani,* mint eddig. (Minden gyermek és felnőtt oltásához és a betegek injectiozásához, külön fecskendőt és tűt kell használni. A sterilizálást: száraz, hősterilizátorban 160—180 C fokon 2 óra hosszat, főzés esetén 100 C fokon, legalább 20—25 percig kell végeznünk. Autoklávozás esetében is hosszabb behatási időt; 20—30 percet kell alkalmaznunk.)

4. Lényeges segítség a h. e. visszaszorításhoz: a

korai diagnózis és az ezt kiegészítő, illetve biztosító széleskörű szűrő-vizsgálatok.

5. *Egyéb preventiv intézkedések:* A már fellépett *hepatitis gócok körülhatárolása* pl. gammaglobulin preventiv adagolásával. Nagyon fontos még a már felismert esetek gondos *elkülönítése* kórházban és azok *kezelése a járványügyi gyógyulásig.*

Végleges megoldást természetesen csak a vírus izolálása és az ebből várhatóan kinövő *vaccinatiós védekezés fog majd adni.*

Addig is azonban ezeknek *az aspecifikus intézkedéseknek együttes,* egyidejű és koordinált *alkalmazása hozzá fog segíteni ahhoz,* hogy a betegségnek jelenleg szinte leküzdhetetlennek látszó intenzitását (évi közel 20 ezer eset) letörjük és a megbetegedések számát mérsékelve, fokozatosan eljussunk az eseteknek és *járványgócoknak,* az egyre *szűkebb keretek közé való szorításához.*

És ez nem is lesz lebecsülendő eredmény . . .

IRODALOM. 1. *Babicsenko M. E.:* Zsurnal mikrobiologii epidemiologii i immunbiologii. 1959. 4. 71—74. — 2. *Dennis J. M.:* Journal Amer. Water Works. Assn. 1959. 51. 1288—96. — 3. *Galperin A.—Hampton W.:* American Journal Public Health 1955. 45. 1327—36. — 4. *Kubinyi L.:* Egészségtudomány, 1959. 3. 343—49. — 5. *Petrilla—Solt—Vedres:* Orv. Hetil. 1959. 100. 677. — 6. *Reploh H.* és *Primavesi K. A.:* Archiv für Hygiene und Bakteriologie, 1960. 144. 287—307. — 7. *Solt K.:* Egészségtudomány, 1960. 4. 84—93. — 8. *Studer A.:* Zeitschrift für Preventivmedizin. Zürich, 1959. 4. 336—61. — 9. *Zhumatov K. Z.—Dardik F. G.:* Problems of Virology (London) 1958. 3. 37—41.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Orvostovábbképző Intézet, EKG Osztály

A paroxysmalis pitvari fibrillatio kezelésének ujabb módszere*

Irta: Somló Ernő dr.

A pitvari fibrillatiónak megjelenése és tartama alapján három alakját különböztetjük meg.

1. Állandósult, 2. átmeneti és 3. egymást követő sorozatos paroxysmusokban jelentkező alakját. Míg az állandósult jól befolyásolható, az átmeneti alak pedig önmagától rövid idő alatt szűnik, tehát gyógyszeres beavatkozást nem igényel, addig a paroxysmusos fibrillatiónak tartósan sinus rhythmusba való convertálása mindig nehéz feladat volt. Noha a paroxysmusos pitvari fibrillatiót általában nem tekintik önálló klinikai entitásnak, mégis az elsődleges változata, mely mögött kimutatható szív-, ér- vagy egyéb betegség nincs, határozott sajátosságokkal rendelkezik. A másodlagos vagy tüneti alak aetiologiájában ugyanazok az okok szerepelnek, mint az állandósultban, tehát a pitvarokat ellátó ütőerek sclerosisa, thyreotoxicosis, mitralis stenosis, pitvar septum defectus, ritkábban familiaris cardiomegalia, amyloidosis, Friedrich-kór, pericarditis és alkoholizmus *(Evans).* A másodlagos paroxysmusos fibrillatio sajátsága, hogy előbb-utóbb állandósul. Az elsődleges alakot a következetesen paroxysmusos jelentkezés jellemzi. Megjelenésében hasonlít a supraventricularis tachykardia vagy az időnként jelentkező halmozott extrasystoliás rohamokhoz. Kamrai frequentiája lényegesen szaporább, mint az állandósult fibrillatióé, percenként 100—160, ezért légszomjjal és a közérzetet nagyon zavaró szorongásos félelemmel jár.

Míg a másodlagos fibrillatióban az alapbaj gyógyítása a fő cél, az elsődlegesben a rohamok mielőbbi megszüntetése és újabb jelentkezésük meggátlása a feladatunk.

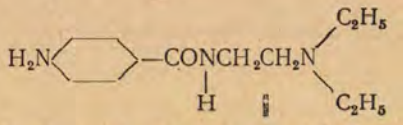
Mind ez ideig e célra a digitalis és a chinidin állott rendelkezésünkre. A digitalis csupán a kamrai frequentia csökkentése révén javít a beteg állapotán, a pitvarok firillálását azonban biztosan nem szünteti. A chinidin a pitvari és kamrai izomzat depolarisatióját lassítva válik hatásossá, azonban a megfelelő chinidin-szint eléréséhez, lassú felszívódása miatt, néha egy-két nap kell. Mivel a paroxysmusos fibrillatio a nap bármely szakában jelentkezhet, a betegnek olyan szájon át adható és rövid idő alatt ható szerre van szüksége, melyet a roham jelentkezésekor önmaga alkalmazhat.

Az utóbbi években az intravenásan adott procain-, majd procainamiddal főleg ventricularis tachykardia kezelésében elért sikerek (összefoglaló közlés: *Kayden* és mtsai) késztettek arra, hogy paroxysmusos fibrillatióban kíséreljem meg alkalmazását, noha az állandósult fibrillatióban a sinus rhythmusba való conversiót illetően nem éri el a chinidin hatásfokát.

Először *Mautz* és *Beck* észlelték a procain antiarrhythmiás hatását. Azóta kiterjedt irodalma van a procainnak. *Brodie* és mtsai szerint a plasmában enzym hatására gyorsan para-aminobenzoesavra és diethylaminoethanolra hydrolyzálódik. Antiarrhythmiás hatás a diethylaminoethanolhoz

* (Az Orvostovábbképző Intézet tudományos ülésén 1960. jún. 2-án tartott előadás alapján).

kötött. A tiszta procain a központi idegrendszerre gyakorolt hatása miatt nem vált be nagyobb adagban való alkalmazásra. A diethylaminoethanol synthetizált derivátumai közül a procain-amid (p-amino-N-//2-diethylaminoethyl//benzamid hydrochlorid) bizonyult a leghatásosabbnak:



A procain-amid gyorsan és teljesen szívódik fel a gyomor-bél tractusból és a plasmában legmagasabb szintjét intramuscularisan adva 1 óra, szájon át történő adagolásnál 2 óra múlva éri el. A procain-amidnak a procainnal szembeni nagyobb stabilitása annak tudható be, hogy a plasma esterase, mely katalyzálja a procain hydrolysisét, nem hat a procain-amidra.

Állati szívizomzat vezetőképességét lassítja. Ez a hatás legerősebb a His-nyaláb rostjain. A pitvari izomzat refractaer szakát jobban megnyújtja, mint a kamrákét. A szívizom contractilitását a chinidinnel ellentétben a procain-amid nem csökkenti.

Kiterjedt állatkísérletek alapján védőhatása ventricularis tachykardia jelentkezésével szemben kétségtelen.

Emberen végzett EKG-vizsgálatok alapján megállapítható, hogy intravénás procain-amid hatására a P-R-, QRS- és a Q-T távolság nő; csökken a verőtérfogat, esik a peripheriás arteriális és az art. pulmonalis nyomás. Oralis adás vérnyomás esést nem okoz.

Mintegy 60%-a a szernek a vizelettel változatlanul ürül ki. *Kayden* és mtsai szerint az intravénásan adott procain-amid az atrialis tachykardia 70, a nodalis tachykardia 74 és a supraventricularis tachykardia 66%-ban hatásos.

A chinidin felszívódási viszonyai lényegesen különböznek a procain-amidétól, mert a nehezen oldódó chinidin sulphat lassabban szívódik fel; a fő különbség azonban a kiürülésben van. A szájon át adott chinidinnek változatlanul alig 20%-a ürül ki a vizelettel. A chinidin legnagyobb mennyiségben a szívizomzatban halmozódik fel. Lényeges haladást jelent a chinidin-kezelésben a gyorsabban felszívódó és a vérszintet tovább tartó ún. „long acting" chinidin gluconat készítmény, melyet *Quinaglute* néven a philadelphiai *Wynn*-gyár hozott forgalomba. *(Bellet* és mtsai, *Shaftet* és *Halpern).*

Egy éve folyó therápiás kísérleteim eredményét a következő esetek szemléltetik.

1. D. F.-né 63 éves, 6 év óta szenved időközönként naponta sorozatosan jelentkező pitvari fibrillatióban. Hetekig tartó belklinikai vizsgálat (II. sz. belklinika) sem a szív, sem egyéb szervek részéről kóros elváltozást nem eredményezett. Roham alatt készült EKG felvételen kb. 160-as frequentiájú tachyarrhythmia absoluta, pitvari fibrillatio, rohammentes időben normalis EKG.

Dg. Primaer paroxysmalis atriális fibrillatio.

Paroxysmusai néha csak órákig, néha napokig tartottak, digitalis vagy chinidin adagolással bizonyíthatóan nem befolyásolhatók és mindenek szerint spontán szűntek.

Egyaránt 0,25 g hatóanyagot tartalmazó *Squibb*-féle *Pronestyl-* és *Hoechst*-féle *Novocamid* tablettákkal procain-amid kezelést kezdtem.

2 tabl. pronestyl vagy novocamid adására rohamai többnyire 1 órán belül, elvétve csak az adag ismétlése után szűntek. Fibrillatiós paroxysmusai azonban időnként oly sűrű sorozatokban jelentkeztek, hogy procain-amid ismételt adása már kellemetlen kísérő tünetekkel (szédülés, remegés és látási zavarok) járt. Ekkor procain-amid és chinidin kombinált kezelésre tértem át. A kombinált kezelés előnye kétségtelen volt. A két szer hatásmechanizmusának hasonlósága és a kiürülési viszonyok különbözősége magyarázza az együttes adás hatásosabb voltát.

Napi háromszor vett 0,20 g chinidin, majd később kétszer 0,30 (1 tabl.) quinaglute mellett a 2 tabl. procain-amid biztosan szüntette az aktuális rohamot és a sorozatos jelentkezés is elmaradt. A további észlelés során napi kétszeri 0,15 g quinaglute fenntartó adag mellett hat hétig is rohammentes és a most már csak elvétve jelentkező paroxysmusai 2 tabl. procain-amid és 1 tabl. quinaglute-ra 1 órán belül szűnnek.

A therápiás kísérletek során e betegen összesen 43 rohamot észleltem, melyeknek többsége a kombinált kezelés bevezetése előtti időre esett.

2. E. S. 60 éves férfi kórelőzményében banális légzőszervi hurutokon kívül említésre méltó nincs. Fizikális, laboratóriumi, Röntgen- és EKG-vizsgálat kóros elváltozást nem eredményezett. Vérnyomás 130/80 Hgmm. Öt év előtt 5 percig tartó fibrillatio. 1960 május óta 8 ízben jelentkezett pitvari fibrillatiója, minden alkalommal 2 tabl. pronestyl és 1 tabl. quinaglute-ra ¾ órán belül szűnt. A ritka jelentkezés miatt rohammentes időben nem szed gyógyszert. Roham alatt készült EKG-n kb. 140-es frequentiájú tachyarrythmia absoluta. Pitvari fibrillatio.

3. H. M. 60 éves nő évek óta a jobb bordaív alatt jelentkező görcsös fájdalmait páros duodenalis fekély és az epehólyag körüli összenövések okozzák. Évek óta időnként éjszaka jelentkező arrhythmiás rohamokra ébred, melyek spontán szűnnek. A szív Röntgenvizsgálata eltérést nem mutat. Vérnyomása 160/80 Hgmm. EKG: R-vector balra hajlik. Sinus rhythmus. 0,5 mm-es S—T deviatio.

1960 júniusában 5 óra hosszat tartó fibrillatio. 1960. IX. 15. és 18. között 5 ízben jelentkezett fibrillatiós roham. EKG-lelet: 140-es frequentiájú tachyarrhythmia. Pitvari fibrillo-flattern. S—T deviatio másfél mm-re fokozódott. Rohamai 2 tabl. pronestyl és 1 tabl. quinaglutera 1 órán belül szűnnek. Napi 0,30 g (két fél tabl.) quinaglute mellett azóta rohammentes.

Mindezek alapján jogosnak tűnik az a megállapítás, hogy a procain-amid minden más szernél gyorsabban szünteti a paroxysmalis fibrillatiót. A chinidinnel, főleg a chinidin gluconattal kombinált kezelés a rohammentes idő megnyújtásában, sőt a defibrillálásban is az egyszerű procain-amid kezelést felülmúlja.

Az a tapasztalatom, hogy a jobb hatás nem egyszerűen a két szer összeadódásából származik, hanem synergismus következménye. M. J. *Goldmann* részben hasonló következtetésre jutott az állandósult fibrillatio kezelésében, mert tapasztalata szerint a chinidin ezen esetekben felülmúlja a procain-amid hatását, s a procain-amid hatásossá

csak chinidinnel előzőleg megfelelő vérszint biztosítása után vált.

Eredményeim viszont kétségtelenné teszik, hogy *paroxysmusos fibrillatióban* fordított a helyzet, mert a *procain-amid messze felülmúlja a chinidint* és utóbbira főleg a sinus rhythmus fenntartása miatt van szükség.

A tüneti, tehát másodlagos fibrillatio kezelésében természetesen az alapbaj, pl. thyreotoxicosis, alkoholizmus stb. gyógyítása vezet célhoz.

Megemlítendőnek tartom, hogy a kombinált procain-amid — chinidin-gluconat kezelést paroxysmalis supraventricularis tachykardiában is megkíséreltem. Bár az ilyen irányú eseteim száma még kevés végleges vélemény kialakításához, mégis úgy tűnik, hogy a supraventricularis tachykardiás rohamok általam bevezetett intravénás atriphos therapiáját, legalábbis az esetek egy részében a peroralis procain-amid—chinidin gluconat kezelés pótolhatja.

Összefoglalás. Sorozatos rohamokban jelentkező, elsődleges pitvari fibrillatiót 3 betegen 56 esetben peroralis procain-amid — chinidin-gluconat kezeléssel átlag egy órán belül sikerült sinus rhythmusba convertálni. A rohamok megelőzésében haladást jelent a chinidin sulphatnál gyorsabban felszívódó és tartósabban ható chinidin-gluconat. Úgy látszik, ez a kombinált peroralis kezelési mód a paroxysmalis supraventricularis tachykardiában is használható lesz.

IRODALOM. 1. *Mautz F. R.:* J. Thoracic Surg. 1936. 5:612. — 2. *Beck C. S.* and *Mautz F. R.:* Ann. Surg. 1937. 106:525. — 3. *Kayden H. J., Brodie B. B.* and *Steele J. M.:* Circulation, 1957. 15:118. — 4. *Evans W.:* Brit. Heart J. 1959. 21:445. — 5. *Goldmann M. J.:* Progress in Cardiovasc. Diseases, March. 1960. — 6. *Ewans W.:* Progress in Cardiovasc. Diseases, March. 1960. — 7. *Bellett S., Finkelstein D.* and *Gilmore:* A. M. A. Arch. Int. Med. 1957. 100:750. — 8. *Shaftel N.* and *Halpern A.:* Am. J. M. Sc. 1958. 236:184.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, I. Belklinika és Orvosi Vegytani Intézet

Chlorpromazin hatása a vasfelszívódásra és a serumvas-szintre

Irta: Fülöp Tibor dr. és Dezső István dr.

A chlorpromazin (továbbiakban: chl.) hatását a bélből történő felszívódásra és az anyagcserére az utóbbi években számosan vizsgálták. 1954-ben *Laborit* és *Benitte* (1) kimutatták, hogy csökkenti a testsúlyt; hatása alatt a szervezet fő energiaforrását a fehérjék képezik. A N-mérleg *Neuwirt J.* és *Braun T.* 1956-os vizsgálatai szerint negatívvá válik (2). Más a helyzet a CH- és zsíranyagcsere területén. Számos kutató [*Mundeller P.* és mtsai, 1953 (3); *Wynn V.* 1954 (4); *Bamdas B. S.* és mtsai 1955 (5)] a chl. CH-anyagcsere gátló hatását észlelték. *Lindaur V.* 1956-ban (6) megállapította, hogy hatására a CH-resorptio jelentősen meglassul és gátolt a vérpályából a szövetek felé történő cukorleadás. *Bamdas* és mtsai (5) chl. adása után hyperglykaemiát mutattak ki, melynek mértéke a chl.-dosis nagyságától függött. *Lindaur V.* és *Cerhova M.* [1956 (7)] chl. hatására hyperlipaemiát észleltek és zsírterhelés alkalmával erősen csökkent zsírfelszívódást.

A vasforgalomra gyakorolt chl. hatással foglalkozó közleményekkel az általunk átnézett irodalomban nem találkoztunk. Tartós, nagydosisú chl.-kezelés eredményeit tárgyaló, főleg psychiatriai közlemények erythropoesisre gyakorolt káros hatásról nem számoltak be. Rendszerint a vvs-számot, a haematokrit-értéket és Hb-szintet normálisnak találták. Újabban azonban több klinikus tartós, nagydosisú chl.-kezelés folytán anaemisálódást észlelt (8). Ezzel kapcsolatosan néhány ilyen betegnél tájékozódó serumvas-szint és oralis vasterheléses vizsgálatot végeztünk *azzal a meglepő eredménnyel, hogy tartós szedés után a vizsgált egyének legtöbbjénél manifest vagy latens sideropenia alakult ki* és az éhgyomri serumvas-szint napi rhythmusa szabálytalanul megváltozott. Kísérleteinket abból a célból végeztük, hogy megtaláljuk ezen észlelések okát. Különös érdeklődéssel fordultunk a chl. felé, mivel benne csaknem minden neurovegetatív működésre főleg centrálisan ható vegyületre tettünk szert. Elképzeléseink szerint ugyanis, amelyet más oldalról irodalmi adatok (9, 10) bőségesen alátámasztanak, a vasanyagcsere, nevezetesen a vasfelszívódás, jelentős mértékben centrális vegetatív irányítás alatt is áll és ezekre a központokra, bár ez ideig azokat még lokalizálni nem sikerült, a chl. elektíve deprimálólag hathat. Ennek a hatásnak pedig tükröződnie kell a vasterheléses vizsgálatok értékváltozásaiban.

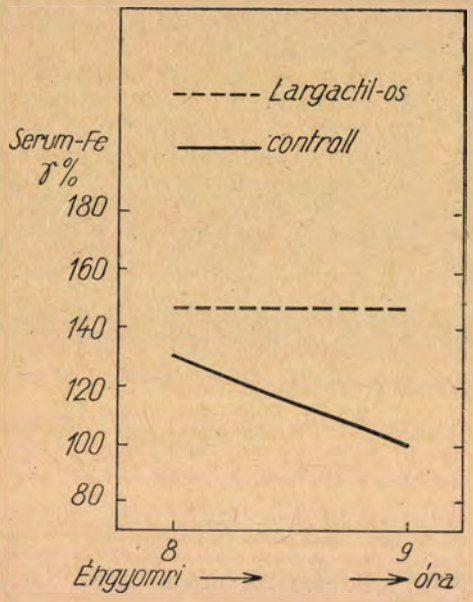
Vizsgálataink leírása

Kísérleteinket három csoportban végeztük. A vizsgált egyének részben klinikánkon fekvő betegek, részben fiatal egészséges egyének voltak. A per os vasterhelést minden vizsgált egyénnél 100 mg fémvasnak megfelelő ferro-sulfáttal (10 tabl. Ferroplex) végeztük. A terhelés folyamán valamennyien éhgyomorra maradtak. A vasmeghatározás a vérserumból *Ramsay*, általunk kis mértékben módosított eljárása szerint történt. A vérvétel, a vasterhelés, továbbá a vasmeghatározás részleteit illetően utalunk előbbi munkánkra (11, 12).

Vizsgálataink első csoportjában a chl.-nak az éhgyomri vasszintre kifejtett hatását néztük tizenöt 21—

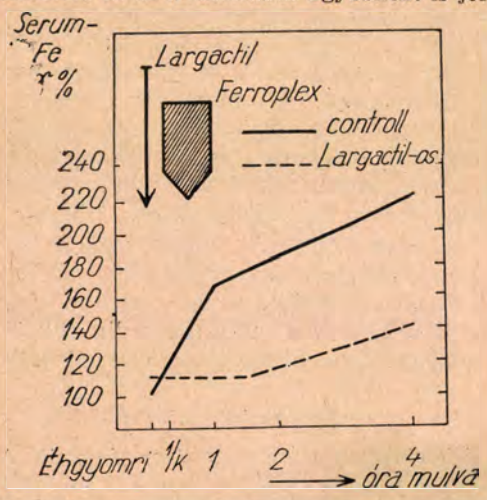
23 éves (férfi) klinikai betegen. Kontrollként tizenöt 21—23 éves egészséges egyént (10 férfi és 5 nő) alkalmaztunk. A vizsgáltak nyolc órakor, közvetlenül vérvétel után 1mg/testsúlykg Largactilt kaptak i. m. Majd egy óra múlva ismét vérvétel történt náluk. A kontrollok Largactilt nem kaptak. Tőlük is vért vettünk éhgyomorra 8, majd 9 órakor.

Ebben a csoportban az eredményeket az 1. ábra foglalja össze.



1. ábra. 15 chlorpromazinos és 15 controll egyén éhgyomri serumvas középértékei és azok egyórás váltakozása %-ban

Az 1. ábrából kitűnik, hogy chl. hatására az éhgyomri serumvas-szint *(középértékek: 8 órakor 145,3 γ%, 9 órakor 147,4 γ%)* 60 percen át vízszintesen, inkább kissé emelkedő irányt véve fut le. Elmarad tehát a kontrolloknál *(középértékek: 130 γ% és 100,5 γ%)* jól észlelhető és az irodalomból egyébként is jól ismert



2. ábra. 12 chlorpromazinos és 15 controll egyén orális vasterhelés serumvas középértékeinek változása %-ban

napszak eleji serumvasszint-süllyedés. A chl. mintegy hypersideraemiás irányban hat.

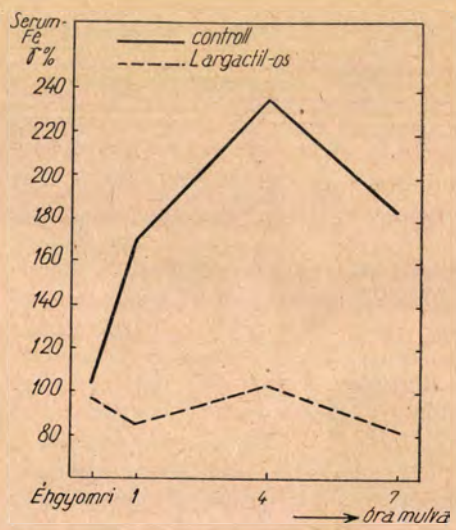
A második csoportban a chl. egyszeri therapiás adagjának per os vasterhelés alatti vasresorptióra kifejtett hatását vizsgáltuk. Itt 12, átlagban 42 éves (17—61 év) férfibetegnek adtunk éhgyomri vérvétel után azonnal 1 mg/testsúlykg Largactilt i. m., majd 15—60 perc múlva a betegek elfogyasztották a terheléshez szükséges vasat a már említett mennyiségben. Ezután kb. 1 és 4 óra múlva vért vettünk tőlük vasmeghatározásra. Kontrollként 15 egészséges, átlagban 40 éves (14—60 év) férfi szerepelt, akiknél vasterhelés történt előbbi módon. Tehát chl.-t nem kaptak.

Az eredmények a 2. ábrán láthatók.

A 2. ábra nyilvánvalóvá teszi, hogy chl. hatására *(középértékek: éhgyomri 112 γ%, 90 perces 114 γ%, 4 órás 140,8 γ%)* a vasresorptiós görbe igen lapossá válik. Vasterhelés után az első másfél órában vasfelszívódás nincs, ill. a középérték változatlan. Kb. 4 óra múlva a vasfelszívódás mértéke 28,8%. Ez igen mérsékelt emelkedés, szemben a kontrollok 116,6%-os emelkedésével *(középértékek: éhgyomri 102 γ%, 1 órás 167 γ%, 4 órás 221 γ%)*. A vasresorptio chl. egyszeri therapiás dosisára tehát kb. 4 órán át nagymértékben gátolt.

Kísérleteink 3. csoportjában a vasresorptióra a tartósabb chl. adagolás hatását vizsgáltuk. Ebből a célból 13, átlagban 36 éves (18—58 év) klinikai férfibetegnek 20 órán át 125 mg Largactilt adtunk i. m. 3 részletben (vizsgálat előtti napon délben 25 mg, este 9 órakor 50 mg és vizsgálat napján éhgyomri vérvétel után közvetlenül 50 mg). Ezután 7 órás éhgyomri vasterhelés történt. Minden vizsgált egyén egyben kontrollja is volt önmagának, mert egy héttel a Largactilos kezelés előtt vagy után, egyszerű oralis vasterhelést végeztünk nála.

Az itt nyert eredményeket a 3. ábrán láthatjuk.



3. ábra. 13 vizsgált egyén chlorpromazinos és controll orális vasterhelés serumvas középértékeinek változása %-ban

A 3. ábra a Largactilos és kontroll resorptiós görbének szignifikánsan eltérő lefutását mutatja *(középértékek: éhgyomri 96,9 γ%, 1 órás 85,6 γ%, 4 órás 104,4 γ%, 7 órás 82,7 γ%; kontroll középértékek: 103,9 γ%, 1 órás 170,7 γ%, 4 órás 236,1 γ%, 7 órás 173 γ%)*. Hasonlóan meggyőző a számszerű összehasonlítás is. A Largactillal kezelt egyének orális vasterhelés utáni serumvas középértékeinek maximális változása 7,5 γ% (7,7%). Ezzel szemben a kontroll-egyének középértékeinek maximális változása 132,2 γ% (127,2%). Tartós chl.-kezelés után közvetlenül orális vasterhelés alkalmával a bélrendszerből gyakorlatilag alig szívódott fel vas.

Megbeszélés

Chl. adás után elmarad az éhgyomri serumvas érték jól ismert napszakeleji csökkenése, hypersideraemiás készség alakul ki és per os terhelés

után a vasresorptio jelentősen gátolt, lecsökkent, a vizsgált egyének legtöbbjénél gyakorlatilag nulla. A leletek nagyban megegyeznek a chl. hatására a CH- és zsírforgalomnál észlelt eredményekkel.

Felvetődik a kérdés, mi a chl. hatásmechanizmusa? Mint ismeretes, a chl. hatása főleg centrális. Szelektíve hat a formatio reticularisban levő aktiváló rendszer gátlása útján a diencephalon vegetatív strukturáira. Gátolja az agyban a phosphatsynthesist. Fő támadáspontja a hypothalamus területe; ott is tárolódik a legnagyobb mennyiségben. Erélyesen bénítja a sympathicus működését, parasympathicus túlsúlyt teremt. Erélyes nyugtató, altató, de nem narkotikus hatású, csak az agy O_2-fogyasztását csökkenti. A domináló centrális hatás mellett különféle perifériás hatásai is kifejezésre jutnak, azonban methonium-szerű ganglionbénító hatása nincsen. A perifériás hatás közvetlen enzym-gátlásban nyilvánul meg (7, 13, 14).

Kísérleteink alapján a chl. vasresorptióra és serumvas-szintre gyakorolt hatásának pontos magyarázatát adni nem tudjuk. Analóg jelenségekkel kapcsolatos irodalmi adatok szerint a következő tényezők jöhetnek szóba: nagyban csökkent gyomornedv elválasztás, normális gyomormozgás mellett erősen lelassult bélmozgás, a béltónus csökkenése, a bélbolyhok mozgásának megszűnése, a splanchnicus területen a csökkent vérátáramlás, a lassúbb keringés (15, 14, 16, 17, 18, 5). Mint további faktor szerepet játszhat a fermentek aktivitásának direkt gátlása (14, 19, 7). Így elképzelhető, hogy a mucosa sejtekben gátolt a ferritin apoferritin részének enzymatikus lebontása. Transferrin esetében szintén enzymatikus gátlás alakulhat ki. A leletek alapján feltételezhető az is, hogy általánosan gátolt az apoferritin-képzés. Bár látszólag ellene szól az, hogy két vizsgált esetünkben Largactil-hatás alatt az i. v. adott vas eltűnési görbéje a kontrollok görbéjéhez hasonló lefutású volt.

Végeredményben megállapíthatjuk azt, hogy adrenergiás ingerek jelentős, feltehetőleg, főleg centrális gátlása lényegesen befolyásolni képes a vasanyagforgalmat. Így a chl. megszünteti a serumvas-szint napszakeleji törvényszerű csökkenését, enyhe hypersideraemiás készséget teremt és egyszeri therapiás dosis, de még kifejezettebben tartós adagolás hatására jelentős vasresorptiós gátlás alakul ki. A tartós resorptiós gátlás pedig latens vagy manifest sideropeniás állapothoz vezethet és vezet is több esetben, feltételezhetően kifejlődő kompenzáló mechanizmus ellenére.

Összefoglalás. A szerzők emberen a chl.-nak az éhgyomri serumvas-szintre és a vasresorptióra kifejtett hatását vizsgálták.

Megállapították, hogy a chl. megszünteti a serumvas-szint napszakeleji törvényszerű csökkenését, enyhe hypersideraemiás készséget teremt és hatására jelentős vasresorptiós gátlás alakul ki. Chl. hatására latens vashiányos állapot fejlődhet ki.

Végeredményben tehát adrenergiás ingerek jelentős, feltehetőleg, főleg centrális, részben perifériás gátlása lényegesen befolyásolni képes a vasforgalmat.

IRODALOM. 1. *Laborit H.:* Arch. exp. Path. u. Pharmakol. 1954. *222*, 41. — 2. *Neuwirt J.* és *Braun T.:* cit. Lindaur V. és Cerhova M.: Arch. exp. Path. u. Pharmakol. 1957. *230*, 174. — 3. *Mundeller P.* és mtsai: Anesthesiology, 1953. *10*, 448. — 4. *Wynn V.:* Lancet, 1954. *267*, 575. — 5. *Bamdas B. S.* és mtsai: cit. *Lindaur V.* és *Cerhova M.:* Arch. exp. Path. u. Pharmakol. 1957. *230*, 174. — 6. *Lindaur V.:* Arch. exp. Path. u. Pharmakol. 1956. *229*, 253. — 7. *Lindaur V.* és *Cerhova M.:* Arch. exp. Path. u. Pharmakol. 1957. *230*, 174. — 8. *Pertorini R.* és mások: Szóbeli közlés. — 9. *Schäfer K. H.:* Ergebnisse der inneren Med. u. Kinderheilkunde. Springer Verlag, Berlin, 1953. *XII.* 706—805. — 10. *Kovács E.:* Katonaorvosi Szemle, 1956. *8*, 345. — 11. *Fülöp T.* és *Dezső I.:* Orv. Hetil. 1956. *97*, 173. — 12. *Ramsay:* Biochemic J. 1953. *53*, 227. Univ. Edinburgh. — 13. *Lővei, Masszi* és *Till:* Gyógyszereink, 1959. *37*, 21. — 14. *Véghelyi P.:* A mesterséges hibernatio. Akad. Kiadó, Bpest, 1959. — 15. *Aron E., Nezelof C.* és *Guesle J.:* Arch. Mal. App. Digest. 1954. *43*, 496. — 16. *Lamarche M.* és *Arnould P.:* C. r. Soc. Biol. 1954. *148*, 565. — 17. *Koetschet P.:* Internat. Med. Rec. Gen. Pract. Clin. 1955. *168*, 295. — 18. *Gáti T., Sántha A.* és *Ludány G.:* Acta Physiol. Hung. Suppl. 1957. *11*, 100. — 19. *Schaumkell K. W.:* Klin. Wschr. 1955. *33*, 282.

Szorongásos állapotok, klimaxos zavarok ellen hatásos új szedativum

DALGOL sol.

SZTK terhére, kórház (klinika) vagy rendelőintézeti szakrendelés javaslata alapján előzetes főorvosi engedéllyel rendelhető.

Rheumás láz

activ szakában

BEACILLIN

EGYT

DIBENZYL-AETHYLENDIAMINO-DIPENICILLIN-G

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Központi Állami Kórház, I. belosztály

A szívinfarctusról

A Központi Állami Kórbáz 10 éves infarctus anyagának feldolgozása

Irta: Nagy Gyula dr., Mike Terézia dr. és Biró Sándor dr.

A szívkoszorúér megbetegedések száma az egész világon emelkedőben van. 1930—1950-ig számuk az európai országokban megötszöröződött, s 1955-ben kb. ⅓-át képezte a szívmegbetegedéseknek és 1/5—1/6-át az összes haláleseteknek (27). A myocardialis infarctusok száma a coronariamegbetegedések legsúlyosabb szövődményeként megsokszorozódott (37). A betegség súlyosságára jellemző, hogy az infarctust kb. 6%-ban követő acut shockban a mortalitás 60—70%, de shock nélkül is az első 4—6 hétben a betegek 30—40%-a, mások szerint 15—35%-a hal meg (2, 11, 27). A túlélést illetően a vélemények elég eltérőek. Az első infarctus gyógyulása esetén 5 év múlva a betegek kb. 90%-a, mások szerint csak 50%-a van életben, 10 év után pedig a statisztikák 70%, 36,5%, ill. 25% túlélést találtak (11, 12, 28).

Mindezek alapján érhető. hogy az infarctus ma a középkorú, s azon túl levő emberek legrettegettebb betegsége, mely igen gyakran előzmény nélkül, mint derült égből a villámcsapás lép fel (31, 34) s ha az egyén túl is éli, az esetek nagy részében fizikailag és szellemileg megtörve, előbbi tevékenységének csak igen kis hányadát tudja teljesíteni. Ez adja e betegségnek az egyéni mellett, egyre fokozódó mértékű társadalomegészségügyi jelentőségét is.

Nem feladatunk, hogy a myocardialis infarctus kóroktanát kimerítően tárgyaljuk, s csak annyiban kívánunk kitérni rá, amennyiben az anyag feldolgozása érdekében szükséges.

„A szívinfarctus a *coronariasclerosis* legsúlyosabb szövődménye" — írja *Kappert,* s ezt általános érvényű megállapításnak vehetjük. A kóroktani kutatások ezen a téren tulajdonképpen a ma világszerte nagy érdeklődéssel folytatott arteriosclerosis kutatásba torkollanak bele. Az ún. hajlamosító tényezők is, mint pl. a vérlipoidok összetételének megváltozása, hypercholesterinaemia, hormonzavarok (myxoedema, climax), obesitás, az art. scler. szempontjából azonos jelentőségűek. A szívinfarctust mégsem tekinthetjük csupán a coronariasclerosis legsúlyosabb komplikációjának, mert vannak olyan hajlamosító tényezők is, melyek a koszorúserek organikus betegségén túl, azok functionalis állapotát befolyásolva, nagy jelentőségűnek látszanak. Itt elsősorban bizonyos foglalkozási csoportokra, az idegrendszerre ható emotiók szerepére, a fiataloknál fellépő infarctusra, bizonyos fajták és országok közti jelentős különbségekre gondolunk. Mind a szovjet, mind a nyugati irodalomban igen nagy számú közlemény foglalkozik ezekkel a problémákkal. A központi idegrendszer, a viscerovisceralis reflexek szerepe biztosnak látszik — bár általános az a nézet, hogy az ún. functionalis behatások intakt coronariák esetében infarctust nem hoznak létre. Ahol a sclerosis kizárható, elsődlegesen coronaritisre, collagenosisra, vagy egyéb, az érendothelt sértő ártalomra gondolhatunk. Az igen ritka emboliás eredetű infarctus endocarditis szövődménye lehet (3, 21, 22, 23, 24, 27, 32, 34, 41).

Megemlítendőnek gondoljuk még, hogy az ischaemiás szívbetegségeknél a vér alvadékonysága is fokozott, mely főleg a véralvadás előfázisainak zavarában, a prothrombin-idő megrövidülésében, a vér fibrinolytikus aktivitásának csökkenésében nyilvánul meg. Részben ez a megismerés vezetett az anticoagulans therapia bevezetéséhez is (1, 26, 27).

Az 1. sz. táblázat betegeink kor és nem szerinti megoszlását és az ezeknek megfelelő mortalitást mutatja. A két nem megoszlása megegyezik a nagy statisztikákkal (3). Eszerint a férfi megbetegedések száma a IV., V. és VI. évtizedben sokszorosan meghaladja a nőkét, a nők megbetegedési aránya viszont a climax időszak után a hypertonia-betegséggel párhuzamosan fokozódni kezd, s a VII. évtizedben már megközelíti a férfiakét. A legtöbb halálos kimenetelű megbetegedés férfiaknál a VI—VII., a nőknél a VII. évtizedre esik.

1. táblázat. Az infarctusos esetek és közülük az exitáltak kor és nem szerinti megoszlása

Kor (év)	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	Össz.	%
férfi	1	5	33	41	18	98	81,7
nő				6	16	22	18,3
összes	1	5	33	47	34	120	100,0
férfi exit.			3	8	3	14	11,6
nő exit.					2	2	1,6
összes exit.			3	8	5	16	13,3*

* Az első napon bekövetkezett exitusok nélkül: 10,5%

A halálozási arányszám 13,3%, ill., ha a három, a beszállítás után közvetlenül elvesztett esetet leszámítjuk: 10,5%. Ez a szám lényegesen a hasonló statisztikák adatai alatt marad, melyek a férfiak mortalitását az első két hónapban 41%-nak, a nőkét 29%-nak, mások mindkét nem átlagában 15—35% közöttinek találják (11, 16, 27).

A 2. sz. táblázat összehasonlító adatokat közöl a foglalkozás szerinti megoszlás és ezen belül a betegek kórelőzményében található hajlamosító betegségek és egyéb anamnesztikus adatok között, mint cardiosclerosis, megelőző infarctusok száma, anginás panaszok, hypertonia-betegség, diabetes, nephrolithiasis, cholelithiasis, Bürger-kór, obesitás, dohányzás, allergia, elektrotrauma. A „nehéz szellemi munkás" csoportba az igen nagy felelősséggel, állandó szellemi túlfeszítettséggel járó foglalkozásokat soroltuk, a „vegyes" jelzésűbe pedig részben a valóban vegyes: szellemi és fizikai foglalkozásúakat, valamint nyugdíjasokat, háztartásbelieket.

Klinikailag cardiosclerosist 59,3%-ban találtunk (rtg, EKG, szemészeti eltérések, vérnyomásemelkedés, se.-cholesterin stb.), de sectiós anyagunkban minden esetben kimutatható volt. Anginás előzmény az összes esetek 41,8%-ban szerepel, talán viszonylag legmagasabb előfordulással a „szellemi munkás" jelzésű csoportban. A „nehéz fizikai munkás" csoportban 3 esetből kettőben volt anginás előzmény, ez *McDonald* és *Edgill* (1) közlésével megegyezően magas, de a kis esetszám miatt nem értékelhető. Hypertoniát (organikus szakban) 35,8 %-ban találtunk. Érdekes a köves betegeknek, az epe- és vesekőbetegségnek egyaránt 12,5%-os, relatíve magas előfordulása. Ez talán az anamnesisben többnyire szereplő anginás panaszok mellett, reflexes összefüggések szerepére mutat. Megemlítendőnek gondoljuk még, hogy a dohányosok és nemdohányosok aránya a 120 esetben 50—50%, így annak szerepét, mint mások, mi sem tudjuk statisztikailag értékelni — jóllehet károsító, érgörcsokozó hatásáról meg vagyunk győződve (1).

A diagnózis

A typusos klinikai tünetekkel járó infarctus diagnózisa nem nehéz feladat. Napjainkban azonban mind több jól definiált és „kötelező" klinikai tünetekkel járó kórkép mutat eltérést a megszokottól, gyakorivá váltak a „forme fruste"-k és néhány betegség egészen új klinikai köntösben jelentkezik. Az is tény azonban, hogy a diagnosztikus eljárások fejlődése, finomodása egy sor betegségnél további differentiálást tett lehetővé, s ez is fokozhatja a klinikai polymorphizmust. Mindez igaz a szívinfarctusra is. A néhány percig tartó szívtáji fájdalomtól, a napokig tartó nagy, értágítóra nem reagáló anginás rohamig igen sok változat lehetséges anélkül, hogy ebből az infarctus kiterjedésére, súlyosságára, vagy akár létrejöttére is következtetni lehetne. Az ún. klasszikus klinikai és laboratóriumi tünetek, mint vérnyomásesés, láz, verítékezés, dyspnoe, leukocytosis, vvs-süllyedés-fokozódás, hyperglykaemia megbízható, de nem specifikus tünetek, melyek nem jellemző EKG-kép esetén sokszor nehezen értékelhetők. Az EKG pedig bizonyos esetekben semmi, vagy csak kevés felvilágosítást ad. Ha nem változik, ha az anamnesisben infarctus szerepel, arrhythmiánál, Tawara-szárblocknál, hypertrophia-görbénél, digitalis intoxicationál, súlyosabb anaemiánál, hypoxiás állapotban, paroxysmalis tachycardia után stb. az EKG-ról véleményt mondani nem mindig könnyű (7, 9, 27, 39, 40). Ismeretesek tünet nélkül lezajlott infarctusok is. Egyik betegünk diabetesének beállítása céljából feküdt be osztályunkra, soha életében szívpanasza nem volt, s a rutinszerűen elvégzett EKG friss mellsőfali infarctust mutatott ki. Később ugyanennek a betegnek még kétszer volt infarctusa, akkor már typusos klinikai és laboratóriumi tünetekkel. Magyar szerzők közül *Földvári* és *László* közöltek ilyen eseteket (31, 34).

A tünetek változhatnak, az alapvető az ezek mögött álló kórélettani történés, a szívizomelhalás

2. táblázat. Az infarctusos betegek foglalkozásszerinti megoszlása és az anamnésisben szereplő hajlamosító tényezők

Foglalkozás	Összesen	Cardio scler.	Infarctus	Angina pect.	Hypertonia	Diabetes mell.	Nephrolithiasis	Cholelithiasis	Bürger kór	Obesitas	Nicotin	Allergia	Elektrotrauma
Szellemi (nehéz)	35	23	6	10	8	4	4	5	1		14		
Szellemi	46	22	6	23	17	3	3	4		3	28	1	
Fizikai (nehéz)	3	1		2	2		1				3		
Fizikai	12	6	1	5	6	1	3	2			2		1 (22 éves)
Vegyes	24	19	3	9	10	3	4	4	1	2	13		
Összesen	120	71	16	49	43	11	15	15	2	5	60	1	1
%		59,3	13,3	40,8	35,8	9,2	12,5	12,5	1,6	4,2	50	0,86	0,86

Volt egy betegünk — 22 éves —, akinél áramütés után elülsőfali infarctus képe alakult ki, az EKG-n typusos klinikai tünetek kíséretében. Zavartalan 6 hetes lezajlás után EKG-ja teljesen normalizálódott. Másik, 35 éves betegnél, penicillinallergiás eredetű, ugyancsak typusos EKG-mal járó kórkép fejlődött ki. Az EKG itt is normalizálódott.

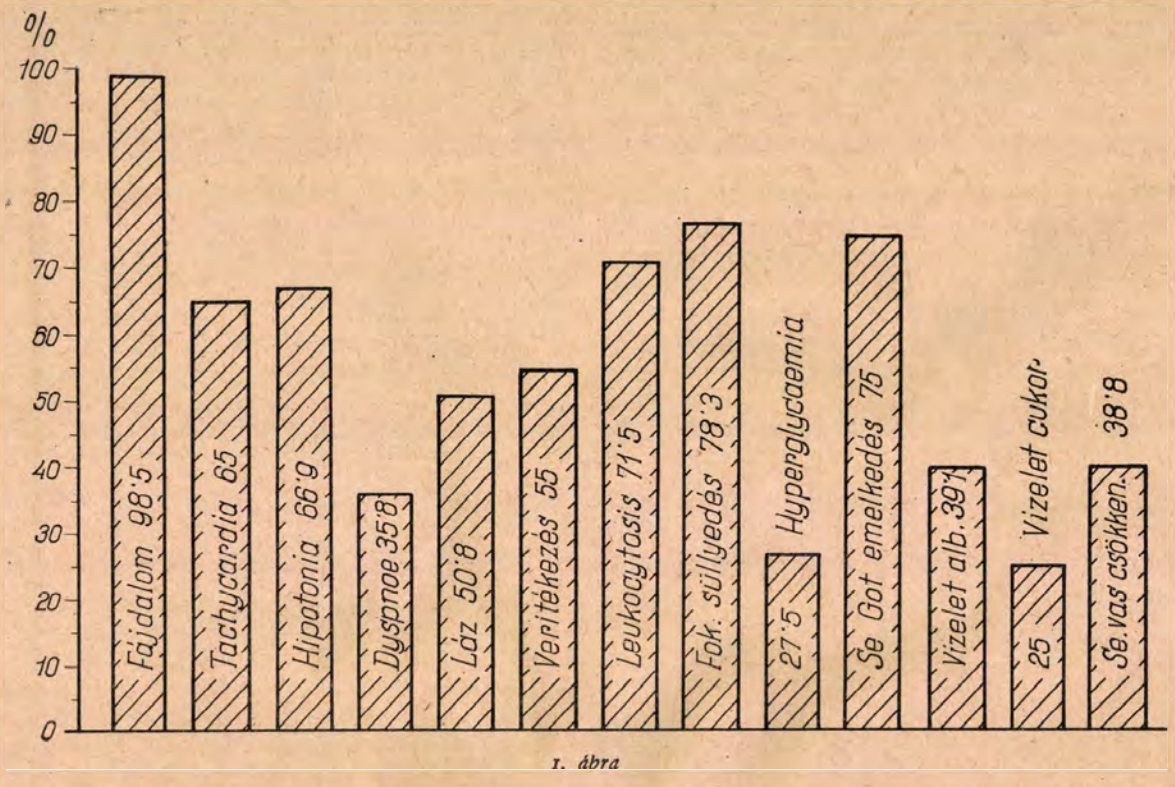
felismerése. Jellemző az ezen a téren még mindig meglévő nehézségekre, hogy utóbb mind külföldön, mind nálunk egy az angina és az infarctus között álló kórképet írnak le, „acut coronaria insufficientia", „acut myocardialis ischaemia", „intermediaer coronaria syndroma" néven. Erre múló jellegű infarctus-szerű klinikai kép, átmeneti EKG-változá-

sok jellemzők (4, 38). Kérdéses azonban az, hogy történt-e infarctus, vagy nem? Márpedig a kérdés megválaszolása a klinikai teendők és a prognosis szempontjából döntő jelentőségű lenne. Ezen nehézségeket leküzdendő, sok próbálkozás történt az utóbbi években az infarctusra fajlagos vizsgálat bevezetése érdekében, mely kétes esetben eldöntené a kérdést. Ezek között megemlítenénk a serumvas-vizsgálatot, melyet 6 éve, és a serum-transaminase-vizsgálatot, melyet az utóbbi két évben mi is alkalmazunk. Ilyen a serum aldolase, amylase, myoglobin, koproporphyrin stb. vizsgálata is. Legelterjedtebb a ma osztatlan bizalmat élvező se. GOT aktivitás meghatározása. Ezzel kapcsolatban idézünk *Goble* és *O'Brien* cikkéből: „A fájdalom jelzi az ischaemiát, a süllyedés és a se. GOT a necrosist, és az EKG, ha változik, a necrosis localisatióját." A transaminase aktivitás pathomechanizmusát és értékelését illetően számos külföldi munka mellett utalunk *Braun, Papp* és *Horváth* dolgozataira (4, 5, 6, 7, 8, 15, 19, 29, 30).

A szívinfarctus klasszikus tüneteit 3 csoportra osztva tárgyaljuk:

a) Fájdalom, shockjelenségek, láz, légzés-zavarok, rhythmus-zavarok, neurológiai és psychiatriai tünetek.

b) Humoralis jelenségek.



1. ábra

c) EKG-változások.

a) A betegséget az esetek közel 100%-ában fájdalom vezette be, amelyet typusos retrosternalis formában 92%-ban, atypusosan (epigastrialis, nyak, lapockatájon) 6,5%-ban észleltünk, s csak 1,5%-ban hiányzott. A fájdalom 19 esetben 1—3 napig, 79 esetben órákig és 20 esetben percekig tartott. A Nitromintre nem szűnő roham csillapítására 76 esetben (64%) volt alkaloidára szükség. A kisugárzás typusos volt, nyak, váll, bal kar ulnaris oldala irányába 89 esetben (74%). Az egyéb tünetek közül tachycardia 65%-ban, vérnyomáscsökkenés 66,9%-ban, verítékezés 55%-ban, nehézlégzés 35%-ban, végül láz 50,8%-ban fordult elő. Noradrenalin infusióra szoruló súlyos shockállapotot 4 esetben észleltünk, ezek közül hármat elvesztettünk. Acut balszívelégtelenség folytán 8 esetben fejlődött ki tüdőoedema, ezek közül 4 az acut szakban, 3 pedig a másodiktól az ötödik hétig. Négy esetben az oedema fatális kimenetelű volt. Egy beteget psychotikus tünetek miatt az ötödik héten az idegosztályra helyeztünk, egy másik súlyosan sclerotikus betegen pedig ismételten visszatérő desorientáltság fejlődött ki, mely a mobilisatióval egyidőben elmaradt.

b) A laboratóriumi leletek közül a fokozott vvs-süllyedés látszik legállandóbbnak, 78,3%-ban gyorsult volt; leukocytosist találtunk 71,5%-ban, múló albuminuriát közel 40%-ban, glykosuriát 25%-ban, átmeneti hyperglykaemiát 27,5%-ban. Serumvas csökkenést 54-ből 21 esetben észleltünk (38%). Serum transaminase aktivitás vizsgálatot 20 esetben végeztünk, melyből pozitív volt s a 2—7. nap között normalizálódott 15 (75%). Emelkedettnek tekintettük az 50 E feletti értékeket. Ilyen kevés eset statisztikai értékelést nem tesz lehetővé.

Az eddigieket összefoglalva, eseteink alapján is megállapítható, hogy az ún. klasszikus klinikai tünetek ismeretében EKG nélkül is nagy valószínűséggel felvehető, vagy kizárható az infarctus diagnózisa. Azokban az esetekben pedig, ahol az

EKG csak később válik pozitívvá, az infarctus diagnózisában kizárólag rájuk kell támaszkodnunk.

c) Az EKG — korlátait is figyelembe véve — a mindennapi klinikai gyakorlatban mégis az a vizsgálat, mely az orvos előtt egyéb tünetek birtokában az infarctus gyanúját bizonyossággá változtatja. A mély „Q"-hullám, de különösen a dómszerűen lefutó „ST—T" szakasz impressionáló hatását mindenki érezte már, aki a betegágy mellett tépelődve kezébe kapta a frissen készült „pozitív" EKG-t. Bár sok esetben nehezen értékelhető (9), és különösen egy vizsgálat esetén téves diagnózisra is vezethet (39), az EKG mégis méltán sorolható legobjektívebb vizsgáló eljárásaink közé.

Eseteink részletes EKG-analysisével külön közleményben kívánunk foglalkozni. A vizsgálat általában 3 végtagi, 6 Wilson- és 3 unipolaris elvezetésből állott.

3. táblázat

	EKG							
positívvá vált	0—2 napon	2—4 napon	4—8 napon	8— napon	összes	%	Restituálódott	Exitált
Negatív					1	0,8		
„Diffuse laesio"	17	ingadozás →			17	14,1		5
Positív a végtagi elvezetésekben	73	1	2	9	85	70,8	6	9
Csak mellkasi elv.-ben positív	4	3	5	5	17	14,1	8	2
Összesen	94	4	7	14	120		14	16
%	78,3	3,3	5,8	11,6				

Az EKG-leleteket a 3. sz. táblázatba csoportosítottuk, ahol egyrészt az EKG-vizsgálat eredményét, másrészt a „pozitív"-vá válás időpontját tüntettük fel. Feltüntettük az újra normálissá vált görbék számát és az exitusokat is.

56 betegnek az infarctus előtti időből is volt EKG-lelete — ezek közül 34-nek volt „eltérő" görbéje. Az EKG-vizsgálat egy ilyen esetben „pozitív" klinikai és laboratóriumi leletek mellett változatlan, „kissé eltérő" görbe maradt, azaz nem változott. „Diffus laesio"-ra utaló jeleket az EKG 17 esetben (14,1%) mutatott („szabályostól eltérő görbe"). Ezen esetek egy részében (hypertonia, angina, diabetes stb. miatt régóta gondozásunk alatt álltak) a már előzőleg is eltérő görbe változását regisztrálhattuk, ill. e változások ingadozását a bentfekvés alatt. 85 beteg (70%) végtagi és mellkasi elvezetései typusos első vagy hátsófali infarctust mutattak. Csak a mellkasi elvezetésekben volt infarctusra utaló eltérés 17 esetben (14%). Az EKG 14 esetben teljesen restituálódott.

Az infarctus-jelek kifejlődésével egyidőben 5 betegen láttunk ES-kat és 3 betegnél Tawara-szárblock jelent meg.

Igen meglepően alakult a jellemző EKG-jelek megjelenésének időpontja. 94 esetben (78,3%) a görbe változása 0—2 nap között jött létre. 2—4 nap között 4, 5—8 napig 7 és 8 napon túl 14 görbe (11,6%) vált pozitívvá! Utóbbiak olyan esetek, ahol a klinikai és laboratóriumi leletek infarctus mellett szóltak, de az EKG csak a 8-ik naptól mutatott jellemző változást. Három esetből 3-ban a transaminase aktivitás is emelkedett értéket adott. Egy késői EKG-jeleket mutató meghalt betegünk esetében a sectio typusos mellsőfali infarctus képét mutatta. E betegek közül 6 kapott, 8 pedig nem kapott kezdettől fogva anticoagulans therapiát.

Egy jellemző, későn kialakult infarctusos EKG-t mutató esetet részletesebben említünk meg.

K. F. 43 éves férfit, akinek anamnesisében négy évvel ezelőtt súlyos shockkal járó mellsőfali infarctus szerepel, két nap óta tartó nagy anginás fájdalmakkal vettük fel osztályunkra. Vérnyomásesést, magasabb vércukrot, leukocytosist, albuminuriát, kissé emelkedett transaminase-szintet találtunk a verítékező, még három napon át alcaloidára többször szoruló betegnél. Felvételi EKG-ja régi infarctusának nyomait mutatta, s megegyezett az előző hónapokban történtekkel. Infarctusként kezeltük, anticoagulanst kapott, s a másodnaponta elvégzett EKG-vizsgálatok 16 napig nem mutattak lényeges újat, míg a 17-ik napon hátsófali infarctus jellemző képe alakult ki.

Ennek az észlelésnek nagy jelentőséget tulajdonítunk, mert

1. rámutat arra, hogy az EKG-vizsgálat negativitása nem zárja ki biztonsággal az infarctust;

2. még jobban aláhúzza a klinikai észlelés és az *a), b)* pontban feldolgozott vizsgálatok jelentőségét;

3. nagy óvatosságra int olyan esetekben, ahol hosszabb-rövidebb anginás rohamot nem egyértelmű klinikai és laboratóriumi eltérések kísérnek, az EKG nem jellemző és a betegek a fájdalom elmúlása után relatíve panaszmentesek.

A pathomechanizmust illetően biztosat mondani nem tudunk. Talán a kezdeti mikroinfarctust újabb, tünetszegényen létrejövő érelzáródások kiterjesztik, s így több, önmagában néma mikroinfarctus összeolvadása nagyobb területen eredményezheti az EKG-on az infarctus-jelek késői kifejlődését.

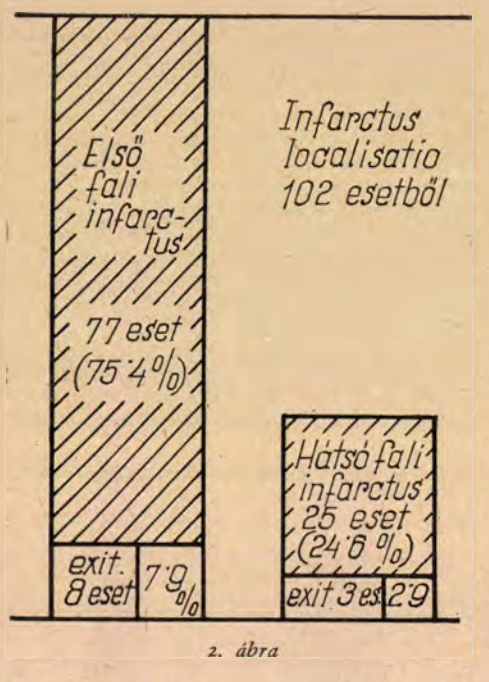
Az anticoagulanssal nem kezelt esetekben feltételezhető az is, hogy a bevezető anginás rohamot nem teljes elzáródás és következményes spasmus váltotta ki, később pedig a thrombus növekedésével az elzáródás teljessé válik és az eddig ischaemiás terület infarcealódik.

A 2. sz. ábra az infarctus localisatióját mutatja. Eszerint 102 biztos infarctus-jelet mutató EKG-ból 75-nél (73,5%) mellsőfali, 25 esetben (24,6%) hátsófali, 2 esetben anteroseptalis infarctust találtunk. 8 elsőfali (10,5%), 3 hátsófali jelzésű (12%) exitált — ugyancsak egyik anteroseptalis infarctusos betegünket elvesztettük. Ezek az eredményeink nagyjában megegyeznek az infarctusok megoszlásának arányát illetően *Bockel* közlésével (16).

Lefolyás és szövődmények

Zavartalan lefolyás esetén betegeinknél a fájdalom 1—3 nap alatt általában megszűnt, a láz ugyancsak az első hét végére elmúlt és a többi laboratóriumi leletek is normalizálódtak. Leglas-

sabban a vvs-süllyedés csökkent és néha hetekig fokozott maradt. A vérnyomás-csökkenés hypertoniás betegek kb. ¼-énél a kibocsátáskor az eredetihez képest 30—60 Hgmm-rel alacsonyabb szinten állapodott meg.



2. ábra

A 4 shockról és 8 tüdőoedemáról már volt szó. Ezeken kívül 2 pneumonia, 4 pericarditis, 4 tüdőembolia, 1 agyembolia, 4 thrombophlebitis, 3 újabb szívinfarctus szövődményt észleltünk. 3 beteget szívruptura következtében veszítettünk el az első, harmadik, ill. a tizenharmadik napon. Septumperforatióra utaló klinikai tünetek kialakulását 2 esetben észleltük. Egyik — akinél a 8-ik napon jellemző zörej fejlődött ki, ismételt tüdőoedema kíséretében, a rtg-vizsgálat erősen megnagyobbodott golyószívet mutatott — 10 hónapja életben van, és ellenőrzésünk alatt áll. Másiknál a sectio a septumperforatiót nem igazolta (35, 36).

A 16 exitusból az első napon meghalt 4 beteg, az 1—3. napon 4 és a 3-ik napon túl 8 betegünket vesztettük el. Az infarctus diagnózisát a sectio minden esetben igazolta, friss vagy inveterált elhalás kimutatásával. Az exitusok okai összefoglalva: 3 acut shock, 4 oedema pulmonum, 3 szívruptura, 4 késői decompensatio, 2 újabb infarctus.

Therapia

Ebben a részben tulajdonképpen csak két kérdéssel kívánunk foglalkozni. Ez: 1. a fektetés és mobilizálás ideje, és 2. az anticoagulans therapia (A. th.). Az egyéb therapiás eljárásokat a klinikumban ma használatos módon alkalmaztuk (33).

1. Manapság *Levine* kezdeményezése óta igen sok szó esik az irodalomban a betegek korai mobilizációjáról (arm-chair kezelés) és korai rehabilitációjáról. Az eredmények nem eléggé egyöntetűek ahhoz, hogy egységes álláspont alakulhatott volna ki e téren. Úgy látszik, hogy sok a korai szövődmény és a késői recidiva is (11, 17). Mi betegeinket általában a szokásnak megfelelően 5 hétig szigorúan fektettük és a 6-ik héten kezdtük fokozatosan kiültetni. Talán ez az egyik oka a késői szövődmények relatíve alacsony számának. Négy súlyosan sclerotikus betegünk többhónapos fektetés után kachektizálódott, decompensált állapotban vesztettük el őket. (Emollitio cerebri, nephrosclerosis, decompensatio.) Az átlagos ápolási idő 8 hét volt betegeinknél, ebből az utolsó kettő a fokozatos mobilizációval telt el.

2. Az infarctusos betegek vérének fokozott alvadékonyságáról már írtunk, mely főleg az első fájdalmas időszakban kifejezett. Ez a tény egyrészt a szűkült hely körüli thrombusképződést, ill. a már meglevő thrombus növekedését, másrészt a lábszárvéna-thrombosisok igen korai fellépését eredményezheti. Ezt megakadályozandó, ma általában alvadásgátló szereket adnak, s az eredmények igazolják ezt. *Gilchrist* közlése szerint az A. th. felére csökkenti a thromboemboliás szövődmények számát (25), míg *Huber* és mtsai A. th.-val 4%, anélkül pedig 17% szövődményt észleltek (14). Ugyanők a therapia szövődményeként 4,9%-ban hematuriát írnak le. E szerek hatásosságát, illetően ma már nemigen van véleményeltérés, de a kezelés célszerű időtartama még nem egységes. A kezelés egyik formájánál a beteg csak a felkeltésig, tehát 3—6 hétig kap A. th.-t (13). Az ún. „long term" kezelés az infarctust követően évekig tart a recidivát elkerülendő (42).

Betegeinknél mi is a teljes mobilizálásig adtuk e kezelést. ¾-nál Heparinnal kezdtük és ezalatt indítottuk el a peroralis therapiát.

120 betegből 74 kapott A. th.-t. Thromboemboliás szövődményt két esetben (2,6%) észleltünk, egy fatális kimenetelű újabb infarctus és egy thrombophlebitises eredetű tüdőembolia formájában. 46 beteg nem kapott A. th. t. Ezeknél 7 esetben lépett fel szövődmény (15,2%): 3 tüdőembolia, 3 thrombophlebitis és 1 agyembolia. Két betegnél az első infarctus lezajlása után keringési elégtelenség fejlődött ki. Egyikük az első 6 hétben kapott A. th.-t is. Ez utóbbinál a 10., a másiknál a 14. héten újabb myocardialis infarctus lépett fel, mely egyiküknél exitushoz vezetett. A. th. szövődményeként 1 haemopericardiumot, 2 haematuriát és 1 haematemesist észleltünk. E szövődmények az anticoagulans kihagyására és megfelelő therapiára rendeződtek.

4. táblázat

Anticoagulans therapiát	Összesen	Thromboembolia		Haemorrhagias szövődm.	Exitált
		nem volt	volt		
kapott	74	72 97,4%	2 2,6%	3 4%	8
nem kapott	46		7 15,2%		8

Mindezek alapján mi is úgy gondoljuk, hogy az A. th. infarctus esetén nem képezheti mérlege-

lés tárgyát, mert e kezelés aktív védelmet biztosít a thromboemboliás szövődmények ellen. (Kivételt képeznek a haemorrhagiás diathesis stb.) Az alvadásgátlók mind a heveny állapot kezelésében, mind a későbbi időszakban mint a megelőzés eszközei nélkülözhetetlenek (10).

Következtetések

120 infarctuson átesett betegünk kórrajzát dolgoztuk fel. Eredményeinkből a következő néhány szempontot kívánnánk kiemelni:

1. Úgy gondoljuk, hogy az infarctus diagnózisa ma is klinikai diagnózis, melyet az ún. klasszikus klinikai és laboratóriumi leletek biztosítanak. Az EKG egy vizsgálat esetén 26,4%-ban nem dönti el a diagnózist. Az újabb laboratóriumi vizsgálatok közül a serum transaminase aktivitásról, melyet az irodalom az infarctus differenciáldiagnózisban kórjelzőnek fogad el, a relatíve kis esetszám miatt végleges véleményt mondani nem tudunk.

2. Eseteink 11,6%-ban a heveny rosszullét után az EKG-görbe csak a 8-ik naptól vált pozitívvá. Ez óvatosságra int e betegek kezelését illetően, mert ha az egyéb tünetek sem egyértelműek, a beteget idő előtti mobilizálással nagy veszélynek tesszük ki. Ugyancsak igazolni látszik azt az eljárásunkat, hogy az infarctus alapos gyanújával behozott betegeket még elégtelen klinikai kép esetén is csak igen óvatosan mobilizáljuk.

3. Betegeinket általában 5—6 hétig fektettük, ezt követően óvatos mobilizálással. Úgy gondoljuk, hogy a korai felkeltés szükségtelenül fokozza a szövődmények és utópanaszok felléptének lehetőségét.

4. Az A. th. jó hatása a mi eseteinkből is lemérhető, mert az így kezeltek 2,6%-os thromboemboliás szövődményeivel szemben a nem kezeltek 15,2%-os aránya szignifikáns különbség. Az ún. „long term" kezeléssel tapasztalatunk nincs, betegeink általában a felkeltésig kapták az alvadásgátlót. A 4 haemorrhagiás szövődmény múló jellegű volt.

5. Betegeink mortalitási aránya jóval a világstatisztikák alatt marad.

6. Betegeink későbbi sorsának követése kívül esik e dolgozat szorosan vett céljén. Azonban ennek az anyagnak az összegyűjtése is folyamatban van.

IRODALOM. 1. *McDonald L., Edgill M.:* Lancet 1957/II. 457. — 2. *Littler T. R., McKenderick C. S.:* Lancet 1957/II. 825. — 3. *Brown R. G., McKeown T., Davidson L. A. G., Whitfield A. G. W.:* Lancet 1957/II. 1073. — 4. *Goble A. J., O'Brien E. N.:* Lancet 1958/II. 873. — 5. *Keele K. D., Newmann M. J. D.:* Lancet 1958/II. 1187. — 6. *Shabetai, A. Iglauer, Anderson D. M.:* Brit. Med. Journal 1957/I. 555. — 7. *Dewar H. A., Rowell N. R., Smith A. J.:* Brit. Med. Journal 1958/II. 1121. — 8. *Bruce R., Todd J. K., LeDune L.:* Brit. Med. Journal 1958/II. 1125. — 9. *Todd J. W.:* Lancet 1959/I. 845. — 10. *Parry E. H. O., Wells P. G.:* Brit. Med. Journal 1960. I. 26. — 11. *Leatham A.:* Practioner 1956. 176, 250. — 12. *Weiss M.:* A. J. Med. Sci. 1956. 231, 9. — 13. *Aschenbrennek R., Feth K.:* Med. Clin. 1956. 51, 716. — 14. *Huber E. F., Majer E., Tóth R.:* Dtsch. Med. Wschr. 1956. 81, 415. — 15. *Kiss A., Reinhart W.:* Wien. Klin. Wschr. 1956. 68, 154. — 16. *Bockel P.:* Dtsch. Med. Wschr. 1956. 81, 871. — 17. *Brummer P., Linko E., Kasanen A.:* Am. Heart J. 1956. 52, 269. — 18. *Sanders R. J., Kern W. H., Blount S. G.:* Am. Heart J. 1956. 51, 736. — 19. *Volk B. W., Losner S., Aronson St. N., Lew H.:* Am. J. Med. Sci. 1956. 232, 38. — 20. *Ley H., Schlagintweit M.:* Münch. Med. Wschr. 1956. 98, 1460. — 21. *Ensor R. E., Peters H. R.:* J. A. M. A. 1959. 169, 914. — 22. *Crawford:* cit. J.A.M.A. 1959. 169, 979. — 23. *Laubach C. A. jr.:* cit. Schweiz. Med. Wschr. 1958. 88, 674. — 24. *Schweizer W.:* Schweiz. Med. Wschr. 1958. 88, 727. — 25. *Rae Gilchrist A.:* Brit. Med. J. 1960/I. 5168. — 26. *Merskey C., Gordon H., Lackner H., Schrire V., Kaplan B. J., R. Sougin-Mibachan, Nosel H. L., Moodie A.:* Brit. Med. J. 1960/I. 5168. — 27. *Kappert A.:* Schweiz. Med. Wschr. 1959. 89, 889. — 28. *Master A. M., Jaffe H. L.:* J. A. M. A. 1951. 147, 1721. — 29. *Braun P., Papp M., Horváth J.:* Orv. Hetil 1958. 99, 1703. — 30. *Braun P., Horváth J.:* Orv. Hetil. 1958. 99, 1210. — 31. *László B.:* Orv. Hetil. 1952. 93, 1100. — 32. *Frigyes L.:* Orv. Hetil. 1952. 93, 1034. — 33. *Szigal A. M.:* Orv. Hetil. 1951. 92, 964. — 34. *Földvári Gy.:* Orv. Hetil. 1955. 96, 101. — 35. *Fodor J., Kincses A.:* Orv. Hetil. 1955. 96, 1293. — 36. *Gottsegen Gy.:* Orv. Hetil. 1957. 98, 327. — 37. *Bansi H. W.:* cit. *Kappert A.:* Schweiz. Med. Wschr. 1959. 89, 889. — 38. *Földvári Gy.:* Orv. Hetil. 1959. 100, 1289. — 39. *Blinder H., Smelin R.:* J. A. M. A. 1959. 171, 1323. — 40. *Unghvári:* Klinikai és kísérleti elektrocardiographia. Akad. Kiadó, 1958. — 41. *Russek I.:* J. A. M. A. 1959. 171, 503. — 42. *Loughridge W. M.:* Brit. Med. J. 1959/II. 217.

Egyenletes felszívódású, erős és tartós hatású, szájon át adható új ganglionbénító készítmény a

PLEGANGIN

1 tabletta 2,5 mg 3-methylaminoisocamphanhydrochloridot (mecamylamin) tartalmaz

SZTK terhére *szabadon* rendelhető

50 és 250 tabletta

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

KÓRÉLETTANI *kérdések*

A Bach-Mai Kórház (Hanoi, Vietnam) Belgyógyászati Osztály

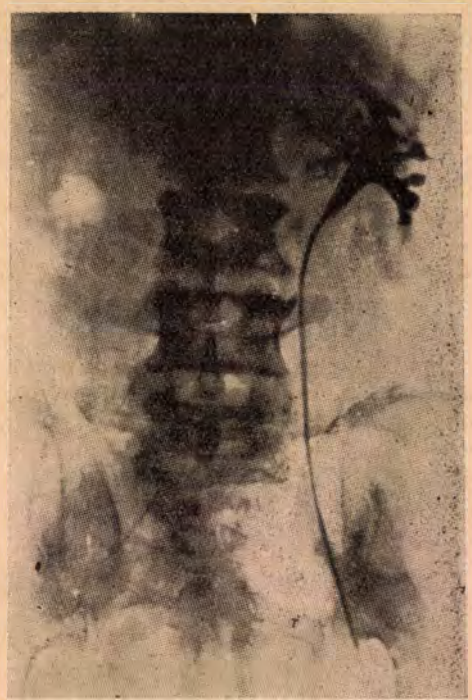
Trópusi chyluria Vietnamban

Irta: Szabó György dr.

A chyluria, vagy pontosabban a chylolymphuria és haematochylolymphuria jelenleg is egyike a legelterjedtebb trópusi megbetegedéseknek. Változatlanul sok a nyitott kérdés a betegség klinikumában, parazitológiájában és pathomechanizmusában. A kórokozót már *Wucherer* 1866-ban felfedezte és *Lewis* 1872-ben Calcuttában figyelt meg első ízben microfilariákat egy chyluriás beteg vérében és vizeletében. A szúnyogoknak, mint közti gazdáknak a szerepét *Manson* (1883) tisztázta. A felnőtt filariát *Bancroft* (1876) észlelte egy lymphaticus tályogban. Az első chyluriás esetet Tonkinban, tehát a mai Vietnami Demokratikus Köztársaság területén *Mathis* és *Léger* (1912) írták le.

A chyluria úgy látszik Vietnamban a filariosis leggyakoribb manifestatiója. Míg például *Ray* és *Rao* (1939) Indiában 12 386 filariosisos megbetegedésben mindössze 254 chyluriát (2,05%) észleltek, Vietnamban a chyluria az összes filariosis eseteknek csaknem a felében mutatható ki. Így *Phiem* (1936) eseteinek 42%-ában észlelt chyluriát, *Dieu* (1943) dissertatiójában 55 filariosis esetről számol be; ezek közül 16 chyluria és haematochyluria, 30 egyéb urogenitalis folyamat, 4 elephantiasis, 1 adenolymphocele és 4 esetben filariosisos manifestatiók nélkül találtak a vérben microfilariákat. *Tran-Anh* (1950) munkájában 48 esetről számol be. Ennek több mint a fele (25) chyluria, 15 hydrocele, 3 egyéb genitalis filariosis, 4 elephanthiasis és 1 esetben accidentalisan találtak microfilariát. *Tran van Sang* (személyes közlés) 1957—58-ban összesen 75 chyluriás esetet észlelt. Az említett és egyéb nagyszámú megfigyelések alapján filariosisos chyluria és más urogenitalis megbetegedés, szemben a más vidékeken észleltekkel, Vietnamban rendkívül gyakori, míg az elephanthiasis igen ritka.

A chyluria *tünettana* eléggé ismert. A betegség rendszerint hirtelen kezdődik: a vizelet tejszerűen fehér lesz, haematochyluria esetén rózsaszín. Kiváltó tényező rendszerint nem mutatható ki; máskor trauma, megerőltető testi munka, terhesség előzi meg. Néha megjelenését hidegrázás, láz, hányás kíséri, gyakrabban hasi vagy deréktáji fájdalmak. A vizelés néha megnehezült, mert a hólyagban képződött coagulumok elzárhatják a húgycsövet. A chylus kiválasztása függ a testhelyzettől: általában fekvéskor inkább fokozódik és természetesen sokkal bőségesebb zsírdús étrend mellett, mint zsírszegényen. Ezen utóbbi megfigyelés alapján ajánlották chyluriás betegek zsírszegény étrenddel történő kezelését. Természetesen ez a „kezelés" nem befolyásolja a nyirokérrendszer és a húgyutak közti kóros communicatiót, csak a zsír tűnik el a nyirokból és így a vizeletből is. Bizonyítja ezt az a tény is, hogy a lipiduria eltűnésével az azt kísérő albuminuria még egyáltalán nem szűnik meg. Erről *Tran quang Dieu* (1943) közvetlen kísérletekben is meggyőződött. Egyébként már *Low* (1912) leírt olyan eseteket, melyekben a vizelet csak fehérjét és vörösvértesteket tartalmazott chylomicronok nélkül. Boncoláskor ezekben az esetekben is megtalálhatók voltak a vesemedence- és ureterkörüli tágult nyirokerek. A betegség lényege tehát, mint ezt *Low* is hangsúlyozza, a nyirok bejutása a húgyutakba, függetlenül attól, hogy ez a nyirok tartalmazott-e zsírt, vagyis chylomicronokat, vagy sem. A chyluriás vizeletben röviddel kiürítése után alvadékok képződnek, jeléül annak, hogy ugyanúgy, mint a nyirok, bizonyos mennyiségű fibrinogent is tartalmaz.



1. sz. ábra. Retrograd pyelographia alkalmával injiciált elvezető nyirokerek (Tran-Anh felvétele)

A communicatio a nyirokerek és húgyutak között a legtöbb esetben a pyelonban van. Már *von Frisch* és *Schliffka* (cit. *Tran-Anh*) 1898-ban észlelték cystoscopos vizsgálat alkalmával a tejszerű vizelet kifolyását az ureterszájadékon, míg ugyanakkor a hólyagnyálkahártya teljesen épnek látszott. A későbbi vizsgálatok lényegében ezzel azonos eredménnyel zárultak. Hanoiban *Dieu* pél-

dául 1943-ban 27 betegnél 32 cystoscopiás vizsgálatot végzett és egyetlen esetben sem talált communicatiót a hólyag és a nyirokutak között. Ez egyébként megegyezik saját tapasztalatainkkal is. Saját anyagunkból 6 esetben végeztünk cystoscopiát és minden alkalommal azt észleltük, hogy a hólyagba bejutó vizelet már chylust tartalmaz. Mindenesetre *Coryllos* és *Portocallis* (1915), *Hartmann-Keppel* (1922) eseteikben varicosus nyirokereket észleltek a hólyagfalban és sokan arról számolnak be, hogy a hólyagnyálkahártyát duzzadtnak, gyulladásosnak találták.

Míg a cystoscopia eredménye csak utal a pyelo-lymphaticus communicatio lehetőségére, retrográd pyelographiával viszont azt bizonyítani is lehet. Ilyen eredményről tudomásunk szerint első ízben *Wood* (1929) számolt be. Az első tonkini esetet *Huard* és *Rivoalen* (1940) írták le. *Tran quang Dieu* 1943-ban már arról számol be, hogy a 30 esetből, melyben az összeköttetést pyelographia segítségével megkísérelte kimutatni, a pyelographia 21-ben sikerült és ezek közül 15-ben voltak a pyelon felől injitiált nyirokerek láthatók. *Tran-Anh* 26 esetéből 16-ban tudta a retrográd pyelographiát elvégezni és ezekben egy kivételével mindben látható volt a communicatio. Ezzel szemben pl. amerikai szerzőknek nem filariás chyluriában 10 esetből mindössze 2-ben sikerült csak az összeköttetést kimutatni *(Logan, Smith* és *Pool,* 1948). A rendelkezésünkre álló irodalmi adatok összesítéséből viszont kiderül, hogy az összeköttetés az esetek ⅓ részében kétoldali, egy-egy harmadban pedig jobb-, illetve baloldali. A szerzők megegyeznek abban, hogy e felvételeken látható nyirokerek valódi, praeformált communicatiók, és nem pedig a túlnyomásból eredő extravasatióról, calixrupturáról és refluxról van szó *(Wood,* 1929; *Chen* és *Ceray,* 1931; *Abeshause,* 1934; *Mercier* és *Montagné,* 1939; *Tran-Anh,* 1950 stb.). A calixból kiinduló injiciált nyirokerek jól láthatók 1. sz. ábránkon is. Hogy valóban praeformált, tágult nyirokerekről van szó, bizonyítja az az aránylag kevés eset, amelyben lehetőség nyílt boncoláskor vagy műtétkor a vese körüli nyirokereket közvetlenül megvizsgálni. *Mackenzi* (1882) egy chyluriás eset boncolásakor nemcsak a vese elvezető nyirokereinek erős tágulását észlelte, hanem ugyanakkor valamennyi lumbalis és iliacalis nyirokér, de a ductus thoracicus is dilatált volt. Hasonló észleletekről számol be a többi szerző is. Chyluriás betegeken végzett műtétek alkalmával tágult nyirokereket találtak többek között *Bhent* és *Gray* (1938), valamint *Huard* (cit.: *Dieu). Dieu* egyébként beszámol egy általa boncolt esetről is, ahol mindkét oldalt erősen tágult vesekörüli nyirokhálózatot észlelt. E nyirokutak a retroaorticus és retrocavalis nyirokcsomók felé vezettek. A közös vezeték az említett nyirokcsomóktól a cysterna chyliig erősen kitágult.

A leírt nyirokértágulatok oka kétségtelenül a nyirokutak elzáródása és másodlagos nyirokpangás. A primaer esetek, ahol fejlődési rendellenesség: lymphangioma rupturája okozza a chyluriát, ugyanis rendkívül ritkák. Nem gyakoriak egyébként a chyluriával járó nem filariás eredetű egyéb nyirokérelzáródások sem. Így például a nyirokutak syphilises, tuberculosisos eredetű gyulladása, tumoros eredetű elzáródása (veseeredetű carcinomák, mellkasi tumorok, pl. pajzsmirigy, mediastinalis nyirokcsomómetastasisok stb.), de ugyanígy a ductus thoracicusnak az erősen tágult bal pitvar, vagy aortaaneurizma által történő compressiója mind nyirokpangást és másodlagosan chyluriát okozhatnak. Be kell vallanunk azonban, hogy ez a magyarázat egyáltalán nem látszik kielégítőnek. Figyelembe kell ugyanis vennünk a mellkasi és hasi tumorok rendkívül nagy gyakoriságát, amivel szemben a nem filariás eredetű chyluria aránylag igen ritka kórkép. Az irodalomban jelenleg nem sokkal több mint 100 eset ismert. Ezzel szemben a chyluria a filariosisnak igen gyakori szövődménye.

Mint ismeretes, filariosisban a felnőtt parazita a nyirokutakban telepszik meg. Hogyan hozza ez létre a nyirokstasist? Erre vonatkozólag az irodalomban többféle magyarázat látott napvilágot:

1. A nagy számú parazita elzárhatja a nyirokutak lumenét.

2. Endolymphangitis obliterans fejlődik ki.

3. A filariák anyagcseretermékei gyulladásos reactiót váltanak ki a nyirokérfalban, vagy pedig az elhalt parazita körül fejlődik ki steril gyulladás.

Végeredményben azonban mindezek az elképzelések egyetlen alapvető kérdést vetnek fel, éspedig, hogy a nyirokpangás oka a nyirokereknek a paraziták által történő egyszerű mechanikus elzárása, vagy pedig a stasist a másodlagos lymphangitis okozza-e?

Számtalan experimentális adat egyöntetűen bizonyítja, hogy a nyirokutak egyszeri elzárásával chronikus nyirokpangást nem lehet létrehozni *(Rusznyák, Földi* és *Szabó,* 1955). *Drinker, Field* és *Homans* (1934) kísérleteiben az elephanthiasis, a chronikus nyirokpangás legjellemzőbb alakja csak úgy jött létre, ha az illető terület nyirokereit ismételten, több ülésben lekötötték és a pangó erekbe sclerotizáló anyagokat injitiáltak. Egyszerű elzárás után ugyanis a kialakuló collateralisok a pangást rövid idő alatt megszüntetik. Ezek szerint a filariosisban észlelhető chronikus nyirokpangás oka valószínűleg a nyirokutaknak a paraziták által történő multiplex elzárása és az ehhez társuló, a collateralis csatornákra is ráterjedő reactív lymphangitis. A chronikus nyirokpangás és ennek szövődményeként létrejövő chyluria nem filariás nyirokérelzáródásokban valószínűleg azért olyan ritka, mert ezekben a kórképekben csak ritkán záródnak el az összes elvezető nyirokerek, és nem fejlődik ki a collateralisokra is ráterjedő obliteráló lymphangitis. Vagyis a nyirokérfolyamat körülírtabb és az elzáródás functionalis szempontból nem teljes.

A fentiekben a filáriás eredetű chronikus nyirokpangás kielégítő magyarázatot nyert. Nem magyarázza ez még azonban azt, hogy miért jön létre ezeknél a betegeknél communicatio a nyirokerek és a húgyutak között, illetve, hogy miképpen kerül a nyirok a vizeletbe. Chyluriában a vese elvezető nyirokereiben a nagyfokú pangás jelei kétségkívül kimutathatók. A tágult nyirokerek billentyűszerkezete insufficienssé válik és így létrejöhet a nyirokutakban a retrográd áramlás a periferia, adott esetben a vese felé. A kérdés azonban, hogy miképpen jut *ki* a nyirok a nyirokerekből, valamint *be* a vizeletbe. Legvalószínűbbnek látszik az a feltételezés, hogy a nyirok valamely nagyobb, a vesemedence körül futó nyirokér megrepedése révén jut ki a nyirokutakból. Tény azonban az, hogy kísérleti nyirokérelzáródás után sohasem látható nyirokérrepedés sem a vesében, sem más szervben, hanem csak nagyfokú nyirokértágulat kiterjedt szöveti vizenyővel (*Rényi-Vámos*, 1956, 1957). Ennek ellenére fel kell tételeznünk, hogy chyluriában ez a repedés mégis létrejön. Ezt a magyarázatot egyébként *Rényi-Vámos* (1958) is elfogadja. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a nyirokérrepedés véleményünk szerint egyáltalán nem obligát, mert mint (*Szabó*, 1954) kimutattuk, a nyirokereken belül nyomás emelkedésekor a nyirok az ép érfalon keresztül is kiléphet a környezetbe.

Ahhoz, hogy a szövetekbe került nyirok bejusson a vese üregrendszerébe, az szükséges, hogy az üregrendszer falában is repedés jöjjön létre. A fornix ruptura azonban ép vesében előzmény nélkül spontán nem jön létre. Az üregrendszeri fal repedésének oka az intrapyelicus nyomás fokozódása (*Yamauchi*, 1945; *Rényi-Vámos*, 1958). Mivel a nyirokstasis egymagában ilyen nyomásfokozódást alig okozhat, *Rényi-Vámos* felveti, hogy a fistulát a szövetekbe kikerülő nyirok proteolyticus enzymeinek szövetdigeráló hatása hozza letre. Meg kell azonban jegyezni, hogy kórbonctanilag a fistula nem mindig mutatható ki, vagyis az üregrendszer falában fistulanyílás nem látszik.

Mint az eddig elmondottak mutatják, a nyirokutak parazitás eredetű elzáródása révén létrejövő chyluria pathomechanizmusa még sok tekintetben problematikus. Be kell azonban vallanunk, hogy e kórkép therapiája még sokkal kevésbé tekinthető megoldottnak. A nyirokutakban levő kórokozók parazitocid szerekkel való elpusztítása ugyanis a nyirokutak és húgyutak között létrejött kóros összeköttetést nem szünteti meg. Másrészt pedig, a localis, urológiai kezelés eredményei sem túlságosan meggyőzőek. Szerencsére azonban a chronikus chyluria önmagában nem jelent a szervezet számára súlyosabb veszélyt, egyedül a másodlagos bacterialis fertőzés és a következményes pyelonephritis az, ami ellen minden eszközzel küzdenünk kell.

IRODALOM. 1. *Abeshouse B. I.:* Amer. Journ. Surg. 1934. *25*:427. — 2. *Chen P. T., Ceray V.:* Journ. Urolog. 1931. *42*:68. — 3. *Coryllos P., Portocalis A.:* Bull. et mém. Soc. anat. de Paris, 1912. *87*. 264. — 4. *Drinker C. K., Field M. E., Homans I.:* Am. J. Physiol. 1934. *108*. 509. — 5. *Hartmann—Keppel:* Journ. d'Urolog. 1922. *13*:359. — 6. *Huard P., Rivoalen A.:* Rev. med. franç. d'Extrème Orient. 1940. *18*. 154. — 7. *Lewis T. R.:* Ind. Ann. Med. Sc. 1873/74. *16*. 504. — 8. *Logan A. H. jr., Smith H. L., Pool T. L.:* Am. J. Med. Sci. 1948. *216*. 389. — 9. *Low G. C.:* J. London School of Trop. Med. 1912. 243. — 10. *Mackenzie S.:* Transact. path. soc. London, 1881/82. *33*. 394. — 11. *Manson P.:* Filaria sanguinis hominis. H. K. Lewis, London, 1833. — 12. *Mathis A., Léger F.:* Bull. de la Soc. de Pathol. exot. 1910. *3*. 142. — 13. *Mercier és Montagué:* Bull. Soc. franç. d'Urol. 1935. 240. — 14. *Nguyen-huu Phien:* Contribution a l'étude de la Filariose a Wocheria. Bancrofti au Tonkin. Thèse de Hanoi, 1936. — 15. *Ray P. N., Rao S. S.:* Brit. J. Urol. 1939. *11*:48. — 16. *Rényi-Vámos F.:* Acta Med. Acad. Sc. Hung. 1956. *9*:153. — 17. *Rényi-Vámos F.:* Acta Med. Acad. Sc. Hung. 1957. *10*:295. — 18. *Rényi-Vámos F.:* Magyar Sebészet 1958. *11*:364. — 19. *Rusznyák I., Földi M. és Szabó Gy.:* A nyirokkeringés élet- és kórtana. Akadémiai Kiadó, Bpest, 1955. — 20. *Szabó Gy.:* A nyirok képződését és áramlását befolyásoló tényezők. Doktori értekezés, Bpest, 1954. — 21. *Tran-Anh:* La filariose a l'hopital Yersin. Thèse pour le doctorat en médicine. Hanoi, 1950. — 22. *Trang—Quang—Dieu:* Recherches sur la chylolymphurie et l'hématochylolymphurie Tonkinoise. Thèse de doctorat en médicine, Hanoi, 1943. — 23. *Wood A. H.:* J. Urol. 1929. *21*:109. — 24. *Yamaguchi S.:* Hawai J. Urol. 1945. *54*:318.

KAZUISZTIKA

Fővárosi János Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály

Higanyos vízhajtó okozta acut anuriák*

Irta: Halmos Tamás dr. és Kozma György dr.

Simon és *Gertsmann* (1) szerint a higanyos diureticumok okozta káros mellékhatások 2 csoportra oszthatók:

1. Krónikus adagolás kapcsán a vesékben lerakódó több ezer mg higany súlyos, tubularis laesiókhoz vezet, mely klinikailag fokozódó veseelégtelenség képében nyilvánul meg. Szövettanilag a tubulusokban ilyenkor a hám desquamatióját, szemcsés eosinophil festődésű anyag lerakódását, a tubulusok dilatatióját, illetve a csatornácskák necrosisát találhatjuk.

2. A szer adása után keletkező acut anuriák, a higanyos vízhajtók ritka, legtöbbször lethalis kimenetelű szövődményét képezik. A szöveti kép ilyen esetekben rendszerint semmitmondó.

Alábbi két esetünk rövid ismertetésével a novurit okozta acut anuriákra kívánjuk a figyelmet felhívni.

1. E. J.-né 55 é. nőbeteg kb. 25 év óta szenved kombinált mitralis vitiumban. Az utóbbi években hypertoniás. Betegsége folyamán intermittáló digitalis kezelésben részesült, higanyos vízhajtót nem kapott. A beteget 1958. VI. 22-én vettük fel ismételten osztályunkra. Bejövetelét uralkodóan nagyvérköri elégtelenség állapota indokolta. 3 nappal felvétele előtt — életében először — kapott 2 ml novurit inj.-t i. m., melyre 2 és fél literes diuresissel reagált. Az inj. adása után 24 órával rossz közérzet mellett hányinger, egy ízben hányás jelentkezett. Hányadéka kb. 20—30 ml nyálkás gyomorbenneket tartalmazott. Vizelete csökkent, majd a 2. napon 24 óra alatt 150 ml-t ürített, a 3. napon pedig teljes anuria fejlődött ki. A maradék-nitrogen és Se-kreatinin az oliguriás, anuriás szakban extrem magas értékekre emelkedett (1. táblázat). Vizeletében sem albuminuriát, sem glycosuriát nem észleltünk, üledékében kóros eltérés nem volt. WaR: neg. Amint a táblázatból kitűnik, a vizeletmennyiség növekedésével csaknem párhuzamosan, a maradék-nitrogen és Se-kreatinin értékek csökkentek. Az electrolyt viszonyok változását táblázatunk szintén jól érzékelteti.

A betegnél azonnal dextrosés, Ringeres infusiókat adtunk cardiális és antibiotikus támogatás mellett. A bevezetett therapia hatására diuresise fokozódott, szubjektív és objektív javulás lépett fel, majd a 10. napon vesefunctiói normalizálódtak, só- és vízháztartása egyensúlyba került.

Az azóta eltelt 2 év alatt a beteget több ízben ellenőriztük. Intermittáló digitalis, valamint időnként szedett thiasid készítményekkel cardio-renalisan compensalt.

2. G. E. 64 é. férfibeteg, emphysema pulmonum, asthma bronchiale, cor pulmonale chronicum betegségben szenved 30 éve. Említett betegségei miatt több alkalommal feküdt osztályunkon, ahol antiasthmaticus, cardiális kezelés hatására állapota rendeződött. Előző bentfekvései alatt nagyvérköri elégtelenséget nem észleltünk. 1960. IV. 5-én bo.-i alsó lebeny pneumonia lépett fel, súlyos cardialis elégtelenségre vezetett, mely ez alkalommal dominálóan a nagyvérkörre lokalizálódott. Otthonában 2 ml. novurit inj.-t kapott i. m., mely nem járt kielégítő diuresissel. Az inj. adása után 24 órával hányinger, aluszékonyság jelentkezett. Vizeletmennyisége csökkent, 2. és 3. napon teljes anuria fejlődött ki. Igen magas maradéknitrogén, Se.-kreatinin értékeket észleltünk. Bejöveteli negatív vizeletlelete az oliguriás szakban sem mutatott kóros eltérést. Wa: neg. Víz- és sóháztartás változását

1. táblázat

Napok száma	1. számú eset							2. számú eset						
	Vizelet mennyiség	Se-Kreatinin	Se-Cl	Se-Na	Se-K	Maradék nitrogén	RR Hgmm	Vizelet mennyiség	Se-Kreatinin	Se-Cl	Se-Na	Se-K	Maradék nitrogén	RR Hgmm
	ml	mg %	maequ	maequ	maequ	mg %		ml	mg %	maequ	maequ	maequ	mg %	
1	2500	0,8	102	141	5,1	32	200/11	1050	0,4	99	140	5.2	35	120/80
2	150	3,0	94	132	4,7	44	160/85	—	4,0	94	138	4,9	46	110/70
3	—	4,6	92	120	4,3	80	160/80	—	6,3	96	137	4,4	78	100/75
4	80	9,0	97	138	4,4	105	170/90	40	8,7	97	138	4,8	102	110/80
5	120	7,2	95	136	4,7	108	170/90	90	6,9	95	136	4,7	106	110/80
6	260	5,4	98	140	4,6	100	160/100	180	5,0	96	138	4,6	104	120/80
7	480	3,0	99	136	4,8	82	165/95	420	2,5	98	139	4,9	92	120/80
8	600	2,0	100	139	4,7	71	170/105	740	2,1	100	139	4,9	74	115/75
9	800	1,2	99	142	5,0	45	180/110	780	1,7	101	140	5,0	52	120/80
10	950	1,0	101	140	5,0	39	180/110	880	0,9	99	141	5,0	40	120/80

* Az 1960. évi Budapesti Nemzetközi Belgyógyász Nagygyűlésen elhangzott előadás nyomán.

táblázatunk érzékelteti. A bevezetett Ringeres, dextroses infusiók, cardialis támogatás, antibioticus kezelés hatására pneumoniája gyógyult, cardiálisan compensálódott, veseműködése normalizálódott.

Megbeszélés

Bár a higanyos vízhajtók okozta acut anuriák észlelése ritka, nem ismeretlenek az irodalomban. *Alwall és tsai* (2) acut anuriák leírása kapcsán említenek két, higanyos vízhajtó véletlen túladagolásából származó acut anuriát. Mindkét beteg acut veseelégtelenség tünetei között halt meg. *Sarre* (3) legutóbb megjelent monográfiája is említést tesz higanyos diureticum okozta acut anuria lehetőségéről. *Harvald* és *Bjorneboe* (4) cor pulmonale-s betegeknek adtak higanyos vízhajtót, s ezek közül 4 acut anuria tünetei között halt meg.

Első esetünk inkább *Alwall* eseteivel rokon, második esetünk *Harvald* és *Bjorneboe* eseteihez csatlakozik. Az anuria okául:

a) a Hg-ion direct tubulusra ható toxikus hatását,

b) esetleges allergiás pathomechanizmust,

c) az alacsony Se-Na szint következtében létrejött csökkent vesefiltratiót és a

d) cor pulmonale-s betegeknél *Harvald* és *Bjorneboe* által hangsúlyozott arteriás O_2 saturatio csökkenését tételezhetjük fel. (Eseteinkben az O_2 saturatio és maradék-nitrogen szint egymással fordított arányosságot mutatott.)

A higanyos diureticumok okozta acut anuriák létrejöttében a felsorolt okok közül az első kettő látszik valószínűbbnek. A krónikus adagolás kapcsán létrejövő elváltozásért oly nagymértékben felelős hyponatraemia, acut esetben aligha játszik vezető szerepet. *Gross (5)* a Hg-ion direct toxikus hatását hangsúlyozza, mely irreverzibilis, enzymaticus gátláshoz vezethet. *Mudge* és *Weiner* (6) úgy vélik, hogy a létrejövő anuria a vegyületekhez kötött allergiás reakció következménye, mert a vesében található higanymennyiség úgy látszik nincs szoros összefüggésben a pathológiás elváltozások súlyosságával.

Therápiásan a só- és vízháztartás rendezése látszik továbbra is a legfontosabb feladatnak, amíg a pathomechanismus pontosabban nem tisztázott. Ebben a vonatkozásban nagy szerep illeti meg a modern dialyzáló eljárásokat.

Az irodalomban ismertetett higanyos diureticumok okozta acut anuriák általában lethalis kimenetelűek voltak. Eseteink jóindulatú lefolyása részben a csekély mennyiségű diureticummal (2 ml novurit), részben talán az azonnal bevezetett adaequat therapiával magyarázhatók. (BAL adagolását a csekély mennyiségű higany miatt eseteinkben nem tartottuk szükségesnek.)

A leírt kórképek reverzibilis lefolyását magyarázhatjuk az ún. „functionalis tubularis károsodás"-sal is. *Clarkson* és *Kench* (7) megfigyelései szerint egyes nehézfémek — így a higany is — kifejezett amino-aciduriát okoznak, melyet szerzők a vese tubulusok hámsejtjeinek zavart reabsorptiójával magyaráznak (enzym-bénítás).

Eseteinkkel a higanyos diureticumok okozta acut anuriák reverzibilis formájáról számoltunk be.

IRODALOM. 1. *Simon R. M., Gertsmann K. E.:* New York State J. of Medicin. 1960. 61. 558. — 2. *Alwall N. és mtsai:* Acta Med. Scand. 1955. 153. 21. — 3. *Sarre H.:* Nierenkrankheiten. Georg Thieme Verl. 1959. Stuttgart. 286. — 4. *Harvald B., Bjorneboe M.:* Acta Med. Scand. 1956. 156. 303. — 5. *Gross M. cit.: Simon R. M., Gertsmann K. E.:* New York State J. of Medicin. 1960. 61. 558. — 6. *Mudge G. H., Weiner I. M. cit.: Simon R. M., Gertsmann K. E.:* New York State J. of Medicin. 1960. 61. 558. — 7. *Clarkson T. W., Kench J. E.:* Biochem. J. 1956. 62. 361.

BESZÁMOLÓK JEGYZŐKÖNYVEK

Orvos-írók Montecatiniben

Itt, e toszkán Édenkertben ült össze az *Orvos-írók Nemzetközi Szövetségének* IV. kongresszusa. Nem tehetek róla, ha megint játszik velem a történelem, s arra emlékeztet, hogy a pisaiak és firenzeiek véres csatája után itt tárgyaltak a marakodó városállamok küldöttei Uguccione dalla Faggiuolával. Vajon miről? Jól tudjuk: — a békéről... S az Orvos-írók Nemzetközi Szövetségének alapokmánya az első pontban a népek békéjéről és barátságáról szól, mint a legfontosabb célról... Most nem városállamok, hanem kisebb-nagyobb világrészek gyengébb vagy hatalmasabb államainak küldöttei vannak itt. Nem katonák, nem politikusok, nem podeszták és nem condottierék, csupán írók és orvosok; és mégis feltűnő, milyen ünneplő, szinte meghatott arckifejezéssel veszi őket körül az utca. Még a bárok, cukrászdák, sőt az utazási irodák alkalmazottai is kiállnak a színes gyöngyökből fűzött ajtófüggönyök elé, mégpedig némán — ami Itáliában szokatlan dolog.

A küldöttek között vannak fiatal, egészen fiatal doktorok, szakállas professzorok és — bizony — pocakos doktor bácsik is, üveggombos mellényben, amelynek zsebéből régimódi óra ezüstlánca fityeg ki. Az egyik egy távoli ország kisvárosából került ide, bajusza van, amely fehér az évektől és sárga a nikotintól. Éppen a napokban nyerte meg az egyik nagy televíziós társaság első irodalmi díját.

Talán érdemes közelebbről megnézni, mi is ez a tarka összejövetel, mi is az Orvos-írók Nemzetközi Szövetsége?

Legyünk tárgyilagos, száraz jegyzői az eseményeknek.

Rapallóban 1951-ben összegyűltek azok az olasz orvosok, akik — amint ők mondták — „foglalkozásuk mellett az irodalom szolgálatába szegődtek". Hivatásuk és hivatottságuk érzésével testületbe tömörültek, amelyet Olasz Orvos-írók Egyesületének neveztek el. Már első összejövetelükön elhatározták, hogy igyekezni fognak összeköttetésbe lépni más országok orvos-íróival is.

Első főtitkáruk *Carlo Nasi* novarai professzor — eleven, lelkes ember — nagy lendülettel látott a szervezéshez. Háza, egy ötszázesztendős palotácska, központja lett a „mozgalomnak". Jómagamnak is szerencsém volt élvezni e ház vendégszeretetét. Nasi ötletes, szellemes társalgó, remek megfigyelő, s otthona eleven itáliai prospektus: kerjében százesztendős pálmák s antik szobrok, konyhájában modern, automatizált gépek, három emeletnyi mély pincéjében pedig pókhálós palackokban töméntelen bor, a fekete manigiagguerától a kristályragyogású montefiascóig.

Erről a főhadiszállásról szervezte meg Nasi a külföldieket is. Amikor San Remóban 1956-ban az első kongresszus összeült, már ott voltak a franciák, svájciak és spanyolok is. A franciákat *Luc Durtain* és *Lucien Diamant-Berger*, Helvéciát *Attilio Ferrari*, a spanyolokat pedig *Leopoldo Cortejoso Villanueva* képviselte. Az itáliai csoport élén ekkor jelent meg az olasz kulturális élet egyik büszkesége, *Aldo Spallicci* professzor.

A kongresszus fő témája *Az orvosi gondolkodás befolyása a modern elbeszélő irodalomra* volt. Referensek voltak francia részről *Maurice Delort*, az olaszok oldaláról pedig a nagy műveltségű, fáradhatatlan *Ercole Vittorio Ferrario*, az olasz antifasizmus egyik többszörösen kitüntetett hőse.

San Remóban határozták el az Orvos-írók Nemzetközi Szövetségének megalakítását. *Fédération Internationale des Écrivain-Médecins* lett a szövetség neve; betűrövidítésben *F. I. S. E. M.* Így ismerik kiadók és olvasók egyaránt. A FISEM alapszabályai minden orvos-írónak megadják a lehetőséget, hogy egyénileg is csatlakozhat a nemzetközi szövetséghez, amennyiben hazájában nincs orvos-író csoport.

A második nemzetközi kongresszus, amely a San Remóban szövegezett alapszabályokat jóváhagyta, Evian les Bains-ben zajlott le 1957-ben. Elnöke *George Duhamel* francia akadémikus; az olasz küldöttek élén *Urio Clades* állott. Fő témák: 1. *Toszkáni orvos-írók Reditől Tobinóig; 2. Rabelais, az orvos s az író.*

Evianban az olaszokon, svájciakon és franciákon kívül már megjelentek a spanyolok, a tunisziak, görögök, belgák amerikaiak, lengyelek, románok, izraeliek is. A FISEM ekkor központi főtitkárságot szervezett Párizs székhellyel. Főtitkárrá a francia ellenállási mozgalom egyik közismert alakját, *Lucien Diamant-Bergert* választották.

A harmadik nemzetközi FISEM-kongresszus székhelye Vichy, 1959-ben. E gyűlésen a főtitkárság már bejelenthette, hogy az Orvos-írók Nemzetközi Szövetségét az UNESCO elismerte és affiliálta. A francia csoport pedig nagy örömmel közölte, hogy elnökét, *Jean Delayt* a francia akadémia beválasztotta a „halhatatlanok" közé. E kongresszus fő témája: *Írók Vichyben.* Ezzel kapcsolatban rendkívül érdekes előadások hangzottak el François Ponsardról, a Goncourtokról, Dumasról, Madame de Sévignéeről, Châteaubriandról, stb. Ezek az előadások *„Irodalmi séták Vichyben"* címmel könyvalakban is megjelentek.

Et nunc... térjünk át a montecatini negyedik kongresszusra. Ezzel már bővebben kell foglalkoznunk. Nemcsak azért, mert ezt nem jegyzőkönyvek, levelek, beszámolók és újságcikkek alapján ismerjük, hanem személyes tapasztalatból és benyomásokból; de azért is, mert e kongresszuson retrospektíve a múltat is megláttuk, s talán a jövőbe vezető útnak egy jelentős szakaszát is fel tudtuk mérni.

A kongresszus elnökségének tagjai voltak Lucien Diamant-Berger, aki Duhamel után a francia orvos-írók elnöke; *Paul Ganière*, a FISEM delegátusa az UNESCO-nál; *René Kaech*, a svájci, *Joseph Franklin Montague* az amerikai, *Juan Fernand Perez* a spanyol, *S. Sperantzasz*, a görög, *Urbain Thiry* a belga orvos-írók elnöke, s a kongresszus már az első napon megtisztelte Magyarország képviselőjét, e sorok íróját azzal, hogy beválasztotta az elnökségbe.

A rendezőbizottság lelke Ercole Vittorio Ferrario, az olasz csoport főtitkára volt.

A kongresszus megnyitásán megjelent a pistoiai prefektus, Montecatini polgármestere, és minden tartományi és helyi hatóság vezetője. Természetesen ott voltak a fürdőhely orvosai, élükön *Pier Felice Pieri* professzorral, aki maga is neves színpadi szerző.

Az ülések színhelye a Tamerici-forrás bástyafogú tornyokkal ékeskedő remek épülete volt. Zászlódíszbe öltözött ez alkalomból a ősi, híres palota, s a lobogók szemgyönyörködtető színpompájába először vegyült a magyar trikolor. A pálmák és babérfák zöld ragyogásának közepette emelkedő vörös-barna falak körül pedig rajzottak a fényképészek és filmesek.

A kongresszus fő témájának címe: *Írók és orvosok Itáliában Napóleon uralma alatt.* Referens: *Fabrizio Winspeare*, fordulatos, elmés, kitűnő szónok. Kimagasló előadások voltak még: Ercolo Vittorio Ferrario: *Carlo Porta politi-*

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA

kai szatírái a napóleoni uralom idején; Bernard Schmitt: Napóleon és Olaszország Eugène Sue műveiben.

A második kongresszusi nap eseménye volt Leopoldo Cortejoso Villanueva előadása: *Biológiai és patológiai vonatkozások Don Quijote de la Manchában.* És hogy még egy igen érdekes előadásról is szó essék, meg kell említenem *Paul Ganière* tanulmányát *Corvisart-ról, Napóleon orvosáról.*

A három napig tartó kongresszuson, az előadások, hozzászólások, viták, s az egymást váltó idegen nyelvekre való „átkapcsolódás" ellenére sem éreztünk fáradságot. Nemcsak azért, mert az írók nem felejtették el, hogy mint orvosok hány unalmas és fárasztó kongresszusnak voltak már hallgatói... Igyekeztek tehát röviden, színesen, unalom- és álmosságűző formában és fogalmazásban beszélni. De emellett mindennap gondoskodtak róla, hogy kényelmes „csodabuszokon" frissülni vigyék a részvevőket Toszkána hegyeibe és völgyeibe, ahol egyetlen lépést sem tehet az ember, hogy fel ne rebbentse az európai kultúra bölcsőjének ringatóit. Így járta be az immár egy famíliába kovácsolódott orvos-írók népes csoportja Vincit, Lionardo szülőfaluját, Luccát és termáit, ahol minduntalan felötlött előttünk az itt gyógyulást kereső Heine gúnyoros arcéle; aztán sorra került az emlékektől nyüzsgő, és szépségekben kimeríthetetlen Pisa, majd San Miniato, a passiójátékok ősi fészke, bérc tetején körülbástyázva, közepén a híres Rocca, II. Frigyes szicíliai király csonka tornya, amelyben a hű kancellár, Pietro de Vignea öngyilkos lett...

Az utolsó estén a résztvevők a Panteraie ligeti „Gundeljében" vettek búcsút „Gran Gala" keretében Montecatinitől. A Panteraie helyén valamikor mocsaras terület gőzölgött. Guelf és gibellin kürtök harsantak itt a nagy csaták idején a nádasok fölött. Most pedig a türkizkék burkolatú, kivilágított óriási vízmedence partján a zenekar Verdit és Puccinit játssza. Úgy hat ez a zene, mintha a szerzők vezényelnék, s az olaszok úgy is fogadják, mint akik személyesen ismerték a „falubeli" muzsikusóriásokat. Számukra testi valóságukban is élnek; mindennap elmennek a házuk előtt, s a borbélyok még most is Verdi szakállára és Puccini bajuszára nyírják, göndörítik, becézik és pomádézzák a férfiak szőrdíszeit...

De a Panteraie tündérkertjéből térjünk vissza a kongresszus végh határozatainak két pontjára. Az elsőnek értelmében a következő összejövetel — *Antoniadésznek* a görög delegátusnak meghívására — Athénben lesz. A második pont a magyar küldött javaslatára úgy döntött, hogy a FISEM valamelyik magyar könyvkiadó vállalattal igyekszik összeköttetésbe lépni — a világ orvos-íróinak sorozatos magyarnyelvű megjelentetése céljából. Három szerző már előre is lemondott a jogdíjról, hogy — amint mondták — a magyar nép iránti rokonszenvüket ezzel is kifejezzék.

Befejezésül pedig egy unalmasnak látszó, de nem érdektelen statisztikai összeállítás-féle. A FISEM 1960-ban nyilvántartott taglétszáma: Olaszország 53; Franciaország 133; Nyugat-Németország 2; Kelet-Németország 1; Anglia 17; Belgium 25; Kanada 1; Dánia 5; Spanyolország 3; Amerika 2; Görögország 22; Izrael 1; Japán 2; Lengyelország 1; Portugália 1; Románia 1; Svédország 4; Svájc 25; Tunisz 14; Magyarországon még nem alakult meg az orvos-írók csoportja.

Mint e számokból kitűnik, Franciaország és Itália áll az élen. Azt hiszem, nem érdektelen a franciák tevékenységéről kissé bővebben szólni, miután — ez írás elején — az olaszokról már vázlatos említést tettünk.

Nem vitás, hogy a franciák nemcsak taglétszámukkal, de kiemelkedő íróikkal is vezetnek. Hogy csak néhány nevet említsek: *Duhamel, Delay, Jean Rostand* akadémikusok; *Diamant Berger, Paul Noël, Gilbert Doukan, Bernand Schmitt.* Diamant-Berger a németek börtönében töltött évekről írt könyvével lett közismert. Paul Noël Verlaine-díjas költő. Különben vasúti orvos a Párizs melletti Chavilleben. Doukanról „csak" annyit, hogy sikeres poéta és színpadi szerző, de irodalmi nagydíjat 1956-ban *Szemtől szemben a Vörös tenger cápáival* című munkájával nyert... Mint a legkiválóbb „békaember", vízalatti filmet is készített a cápák életéről s a vízalatti cápavadászatról. Mi is láttuk a filmet és nem tudjuk, hogy szépségét, újszerűségét, merészségét, vagy izgalmas voltát dicsérjük-e elsősorban.

Bernard Schmitt, a francia orvosírók „benjáminja", — és enfant terrible-je. Volt istállófiú, korrepetitor, limonádé-árus, nyomdász, háborús önkéntes, stb., stb., majd hosszú ideig a német koncentrációs tábor foglya. Most idegorvos Metzben s a francia rádió orvos-irodalmi „konziliárusa". Egyforma könnyedséggel ír verset, regényt, novellát, — s mindezt egyforma könnyedséggel németül és franciául. Kétnyelvű író.

Az olasz orvosok irodalmi folyóiratának, a *La Serpe*-nek ha nem is pendant-ja, de francia rokona a *Lettres et Médecins.* Havonta jelenik meg. A legtöbb francia nagyváros könyvkereskedéseinek kirakatában külön sarok az orvos-íróké, akik egyébként előadásaikkal is gyakran szerepelnek a Club du Faubourgban s a televízióban.

Amint a fenti vázlatos ismertetésből is kitűnik, élénk mozgásban van az orvos-írók majdnem minden csoportja, elsősorban természetesen a FISEM, a „csúcsszervezet". De a közönség érdeklődése is színesen gyűrűzik körülöttünk. Hogy miért? Erre a kérdésre csak úgy lehet választ adni, ha alapos elemzés alá vetjük a külföldi irodalmi körökben mind gyakrabban vitatott alapvető kérdést: Miért volt mindig, s miért van ma is oly sok szépíró az orvosok között?

Erre a kérdésre azonban e rövid beszámolóban már nem lehet válaszolni. Terjedelmes és mélyreható, külön tanulmányra volna szükség, hogy megfelelő feleletet kapjunk. *Raffy Ádám dr.*

Folyóiratreferátumok

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

Megjegyzések az újszülöttkori Hirschprung-féle betegség konservatív vagy sebészi kezelésének kérdéséhez. Hecker W. Ch.: Kinderärztl. Prax. 1960. *28*, 501—506.

Az újszülöttkorban diagnostisált megacolon cong. (m. c.) kezelésére a legtöbb szerző a konzervatív utat javasolja, a műtéti megoldást csak a későbbi korban tartják eredményesnek. Swenson legújabb kimutatása szerint azonban a konzervatívan kezeltek 70%-a elpusztul, míg az újszülöttkorban elvégzett colostomia 25%-os halálozással jár a m. c.-t kísérő enteritis miatt. Lényegesen jobb az eredmény, ha a colostomiát megelőzően konzervatív kezeléssel megoldjuk az ileust és az enteritist (4% halálozás). A colon aganglionos segmentumának resectiója gyakorlatilag nem jár halálozással, ha a csecsemő eléri a 11—12 kg testsúlyt. A szerző a maga, de a mások keserű tapasztalata után, amit az újszülöttek m. c. betegségének konzervatív kezelésével szereztek, a következőket ajánlja: 1. Ha ileusa van a csecsemőnek először konzervatív kezeléssel: szélcsővel, bélbeöntésekkel próbáljuk az ileust megoldani.

a) Ha ez a kísérlet sikerül, várunk, míg a csecsemő összeszedi magát, hányás, haspuffadás megszűnik, a só-folyadékháztartás egyensúlyba kerül, azután anus praetert csinálunk.

b) Ha eredménytelen a konzervatív kezelés, azonnal colostomia. Amíg az ileust leküzdjük, csak i. v. táplálás, tartós gyomorszonda és gyakori gyomornedv-leszívás az aspiratio elkerülése miatt.

2. Enteritis esetén először ezt gyógyítjuk meg, azután colostomia.

3. Ha nincs acut ileus, az anus praeter minél előbb megcsinálandó.

4. Az anus praeternek kettős lefutásúnak kell lennie és a distalis végnek a ganglionsejttartalmú colon-szakaszon kell lennie (műtét közben gyors szövettani vizsgálattal döntendő el).

5. Altatás: intubatiós aether narcosis.

6. Az aganglionos segment és az anus praeter resectiója 3—4 hónapos kor után. *Varga Ferenc dr.*

★

A mictiocysto-urethrographia gyermek-urologiai alkalmazása. Heikel P.—E. Parkkulainen K. V.: Ann. med. int. Fenniae, 1959. *48*. Suppl. 28.

A korábbi megszokott röntgenologiai eljárások mellett, sőt néha azok helyett jó szolgálatot tesz a szerzők által évek óta alkalmazott eljárás. A mictiocysto-urethrographia menete: a rectum és sigma kiürítése után a hólyagot katéterrel kiürítik, majd ugyanezen katéteren át 25%-os bariumsulfat-szuszpenzióval feltöltik. A feltöltést mindaddig folytatják, míg kifejezett vizelési inger lép fel. A bekövetkező vizelés alatt sorozatban Rtg-felvételeket készítenek (4—5-felvételt). Néha az uréterek, sőt pyelonok is feltöltődnek. Az így nyert röntgenfelvételek értékelése hasznos segítség a rezidualis vizelet mennyiségi és elhelyezkedési viszonyai tekintetében. Indikációk: recidiváló, vagy hosszan tartó húgyúti infekciók, pathologiásan magas reziduális vizelet-mennyiség, fejlődési rendellenesség gyanúja, hosszan tartó enuresis. Kontraindikációt egyedül a gonádok sugárveszélye képez.

Szórády István dr.

★

Gyermekkori asthma bronchiale therápiás problémái. Sangiorgi, P.: Zentr. f. Heilung asthmatischer Kinder. Bordighera. Allergie u. Asthma. Leipzig. 1960. *6*, 178—185.

A gyermekkori asthma bronchialére jellemző, hogy igen elterjedt, a klinikai tünetek lényegesen különböznek a felnőttekétől, a therápiás eredmény a korai diagnosistól függ, 10 éves korig több fiú betegszik meg, mint lány, az öröklődés és konstitutio igen fontos szerepet játszik, positív bőrreactiot inkább tápszerek és belégzéses allergenek váltanak ki, első helyen áll a fertőzéses eredet gócfertőzések után, psychikus befolyások is szerepet játszanak, a tünetek gyorsan elmúlnak, de gyakori a recidiva. Therápia szempontjából a magaslati klímával szemben inkább a déltengeri klíma ajánlatos, mert nincsenek nagy hőmérséklet-különbségek. A tüneti kezelésben csak utolsósorban szabad corticosteroidokhoz folyamodni, lehetőleg ACTH-val együtt.

Legfontosabb a specifikus desensibilizálás a positív bőrreactiot adó anyagokkal. Nem specifikus kezeléshez kell folyamodni, ha az allergenkutatás nem járt eredménnyel, erre peptonkezelést ajánl. Elveti a sajátvér, láz-, stb. kezeléseket. Antibiotikus therapia minden esetben szükséges a vakcina-kezelés mellett, ha felsőléguti fertőzés áll fenn,

Új minor tranquillans

TRIOXAZIN

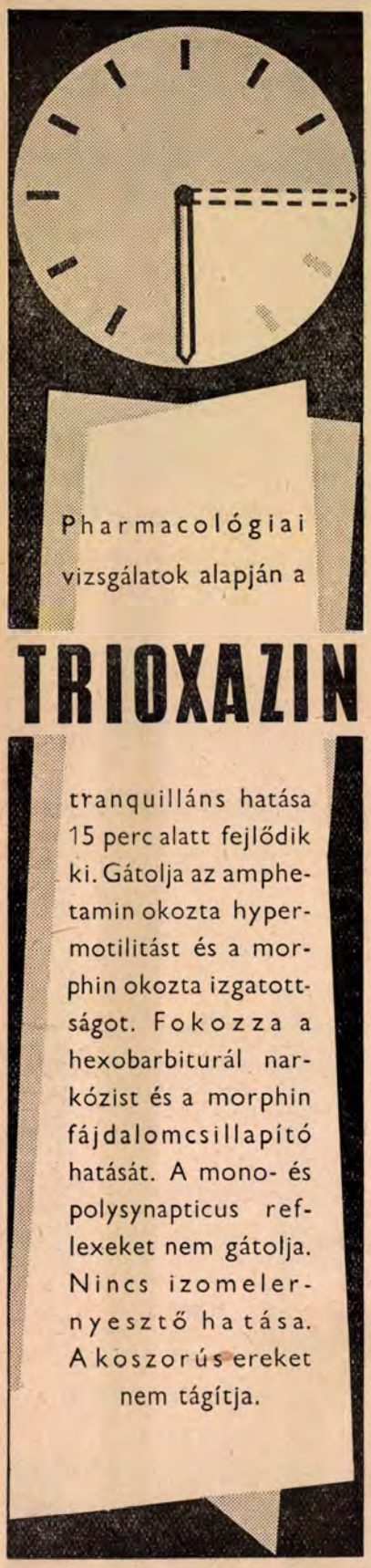
tabletta

Összetétele:
Tablettánként 300 mg N-(3, 4, 5- trimethoxy-benzoyl)-tet-rahydro-1,4-oxazin

Megjegyzés: SZTK terhére szakrendelések szabadon rendelhetik, egyéb esetben csak előzetes főorvosi engedéllyel rendelhető

Csomagolás:
20 × 0,3 g tabl.
200 × 0,3 g tabl.

Előállítja:
EGYESÜLT GYÓGYSZER
és
TÁPSZERGYÁR
BUDAPEST



a therápia célzott, az antibiotikum-érzékenység vizsgálatot mindig elvégzik.

Fehérjeszegény diétát csak pozitív bőrpróbák esetén vezetnek be, az éjjeli rohamok megelőzésére bevált az esti étkezés elhagyása. Igen fontosnak tartja a légzőgyakorlatok rendszeres végzését, a gyógyintézetekben való hosszabb tartózkodás psychotherápiás szempontból is jelentős, végül az asthmával párhuzamosan kell kezelni a bőr és belső szervek allergiás megbetegedéseit. *Hajós Mária dr.*

*

Gyermeksebészet

Hirschsprung betegség (aganglionaris megacolon). Swenson O.: New England J. Med. 1959. *260.* 972—976.

Sokáig azt tartották, hogy Hirschsprung-betegségnél a megbetegedés helye a kitágult vastagbélrészlet és így ezt a szakaszt resecálták. 1947-ben Swenson és Bill mutatták ki, hogy a megbetegedés helye a kitágult rész alatt levő aganglionaris szűk szakasz és hogy a tágulat csak másodlagos jelenség. Így a szűk segment eltávolítását ajánlották invaginatiós rectosigmoidectomia segítségével. Szerzőn kívül többen, Ehrenpreis, Wyllie, Hiatt jó eredményekről számoltak be. Szerzőnek 200 operált betege közül 189-et sikerült utánvizsgálnia. A műtét és a controll-vizsgálat időpontja között 2—10 év telt el. A betegek közül mindössze ötnek volt panasza, kettőnek obstipatiós, háromnak pedig diarrheás panasza. A postoperatív mortalitás 3% volt. Húgyút szövődmények a műtét következtében nem voltak és maradandó incontinentia sem következett be. Egyes szerzők felvetették az impotentia lehetőségét a műtét következtében — 12 operált, jelenleg felnőtt betegének azonban ilyen panaszai nem támadtak. State abdominalis resectiót ajánlott, de ezen eljárásnak az a hibája, hogy nem távolítja el egészében az aganglionaris szakaszt, így recidivára ad alkalmat. Ugyancsak ez a hibája Duhamel műtétének, mely az aganglionaris rectum nagy részét meghagyja. Csecsemő korban diagnosztikus nehézséget okozhat, hogy a klinikai és radiologiai tünetek nem mindig típusosak, ilyenkor rectalis biopsia elvégzését ajánlja, melynek az anustól 2—3 cm-re mindkét izomrétegre ki kell terjednie. Újszülöttkorban a nagy mortalitás miatt nem végez radicalis műtétet, hanem ha a rectalis biopsia pozitív, tehermentesítő colostomiát végez és a resectiót későbbi időpontra halasztja, amikor a gyermek a 11—14 kg súlyt eléri. A ritkán előforduló totalis aganglionaris colon esetében ileostomia után totalis colectomiát végzett 5 esetben jó eredménnyel. A Hirschsprung-betegséget gyakran kíséri megnagyobbodott hólyag, ritkán megaureter is. Ezt ugyancsak kóros parasympathicus beidegzés, ganglionok hiánya okozza. Az örökölhetőséget eseteinek 2%-ában tudta kimutatni. *Dénes János dr.*

*

Hirschsprung betegség miatt végzett abdominalis resectio eredményei. Rehbein F., Zimmermann H. Arch. Dis. Child. 1960. 35. 29—37.

Szerzők 6 éve az ún. State-műtétet végzik, abdominalis segmentalis resectiót Hirschsprung-betegség miatt. A Swenson-műtétet azért hagyták el, mert későbbi sexualis zavaroktól, incontinentiától és hólyag functiozavaroktól féltek. Bár ezen félelmüket azóta több szerző megcáfolta mégis a State műtét előnye, hogy a rectum preparálása könnyebb és így nem veszélyezteti a kismedencei vegetatív idegeket, azonkívül kisebb beavatkozásnak is tartják. 67 gyermeket operáltak, legnagyobb részüket 6 és 12 hónapos kor között. 58-nál a szűk segment a típusos helyre esett (rectosigmoid határ), 11-nél megarectum volt. 60 esetben a szövettani diagnosis a kórismét megerősítette, 7 esetben nem volt teljes aganglionosis. Műtétnél a resectio alsó határa a peritoneum áthajlás alatt 1 cm-re, az anustól 6—10 cm-re esett, a felső határ a sigma felső részéig, esetenként a flexura lienalisig terjedt. A kaliberdifferentia a két csonk között az end to end anastomosisnál nem okoz különösebb nehézséget, és szűkület ritkán keletkezik. Mivel eleinte 1—1 esetben műtét után a vastagbél tágulatát észlelték, mely sphinctertágításra megszűnt, jelenleg a sphincter tágítást minden esetben, esetleg megismételve elvégzik. Az operáltak közül 6 halt meg, 5 azonban nem közvetlenül a műtét után, hanem későbbi időpontban. 37 teljesen panaszmentes, 11-nek időnként hashajtóra és beöntésekre van szüksége. 9 esetben az eredmény rossz volt és 4 esetet nem tudtak utánvizsgálni. Míg a Swenson műtét után átmeneti incontinentia léphet fel, addig abdominalis resectio után achalasiás állapot, melyet azonban egy vagy több sphincter tágítással megszüntethetünk. Swensonnal ellentétben csecsemőkorban is elvégzik a resectiót, kivéve az első hetek ileusos állapotát, amikor a szerzők is co-

lostomiát ajánlanak. Összefoglalva, az abdominalis resectiót kisebb és egyszerűbb beavatkozásnak tartják, mint a rectosigmoidectomiát, bár a műtét a gyermekek állandó postoperatív ellenőrzését igényli. Ez a hátránya a Swenson-műtéttel szemben, de ez még nem ok arra, hogy az eljárást feladják.

Dénes János dr.

★

Rectalis biopsia, mint kisegítő vizsgálat a Hirschsprung betegség diagnózisához. Swenson O., Fischer J. H., Mac Mahon H. E.: New Engl. J. Med. 1955. 253, 632—635.

A Hirschsprung betegség típusos eseteiben a diagnózis könnyű, azonban akkor, ha a tünetek nem meggyőzőek nagyon nehéz lehet. A szerzők a következő esetekben ajánlják a biopsia elvégzését:

1. Előzetesen végzett colostomia után, mikor az inactiv colonon sem tágulat, sem szűkület nem mutatható ki.
2. Újszülötteknél, akiknél az egész colonból hiányzanak a ganglion sejtek.
3. Ha az elváltozás rövid, a szűkület kisfokú, s így rtg. által nem mutatható ki.
4. Végül szokatlan tünetekkel jelentkező (hasmenéssel) megacolonnál.

A biopsia technikája a következő: Általános anaesthaesiában egy cm hosszú longitudinális metszés a nyálkahártyán a Hilton-féle fehér vonaltól craniál felé a Morgagni-féle columnák között. A nyálkahártyát tompán szétválasztva a belső sphincter rostjaira jutunk, mely egyenes folytatása a végbél sima izomzatának. Ebből a rétegből 5—10 mm nagyságú részt távolítunk el úgy, hogy az kiterjedjen a belső sphinctertől a rectumba. Habár a ganglion sejtek a circularis és longitudinalis izomrostok között helyezkednek el, mindkettőt magában kell foglalnia. A biopsia helyét csomós öltésekkel kell elvarrni.

40 esetben végeztek biopsiát, melyből 19 esetben nem találtak ganglion sejteket. Az elvégzett resectió igazolta a Hirschsprung betegséget. 21 betegnél ganglion sejteket találtak, ezek konzervatív kezelésre gyógyultak, megerősítve a krónikus obstipatio diagnózisát.

Hittner Imre dr.

★

Az ileum subserosus haematomája. Martins A. G.: Arch. of Disease in Childhood, 1960. *35.* 509—511.

Az ileum angiomája nagyon ritka. De olyan esetet egyáltalán nem közöltek, amiben az angioma cystával együtt fordult volna elő.

A szerzők 11 hónapos betegüknél intussusceptiót állapítva meg, laparotomiát végeztek. A hasüreg megnyitásakor az ileo-coecalis szájadéktól 30 cm-re az ileumon 7 cm hosszúságú subserosus haematomát találtak, melynek közepén kicsi, kemény, sárgás színű tumor volt. A bélnek ezt a részét resecálták end-to-end anastomosissal és appendectomiát végeztek.

Szövettani vizsgálat az appendixen semmi kórosat nem mutatott. A subserosus haematoma a bél falában helyet foglaló haemangiomából származott, és a benne levő sárgás tumor cystának bizonyult, melynek falában jól fejlett izomszövetet mutattak ki. A belsejét mirigyhám bélelte, mely az ileum nyálkahártyájára emlékeztetett. A cysta üregе nem közlekedett a béllumen üregével, és szövettanilag vékonybél kettőzöttségnek felelt meg.

A vékonybél haemangiomájának ritkaságát mutatja, hogy Hansen csak 66-ot talált az irodalomban.

A vékonybél haemangiomája majdnem mindig többszörös és ugyanekkor a test más helyén is fellelhető. Az angiomából vérzés lehetséges, vagy intussusceptióhoz s ezenkívül bélelzáródáshoz is vezethet. A haemangioma és a közepén helyet foglaló cysta úgy nézett ki, mintha rokonságban lennének. Habár nincs olyan theoria, mely megmagyarázná a bél kettőzöttségének ilyen formáját. Bizonyosnak látszik, hogy fejlődéstanilag a haemangioma és a kettőzöttség különböző eredetűek, s úgy kell tekinteni, mint véletlen, kapcsolatban nem álló leletet.

A vékonybél kettőzöttség nem ritka. Gross 71 esetet ír le, melyből 19 az ileumban volt.

A subserosus haematomának a kezelése a resectio, különösen ha más kóros elváltozás is van, mint tumor, kettőzöttség, stb. Traumás esetben is resectiót végeznek, az egyszerű leszívást csak akkor alkalmazzák, ha a resectiónak kontraindicatiója van.

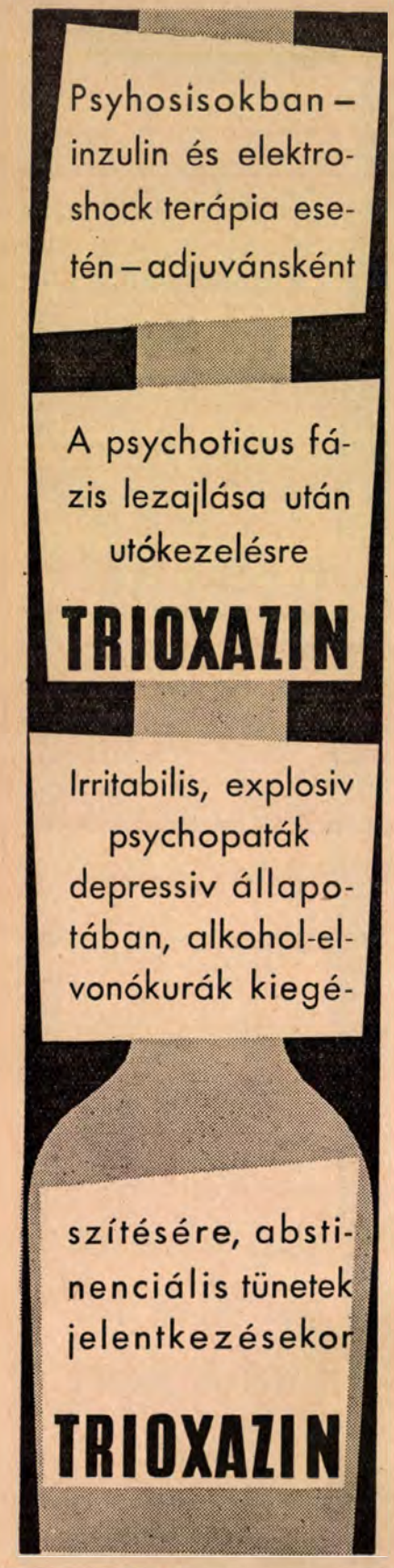
Hittner Imre dr.

★

Radiológia

A gynekologiai carcinomák betatron therápiája. Schubert G., Schmermund H. és Oberheuser F. (Univ. Frauenklinik, Hamburg—Eppendorf): Strahlentherapie 1960. *112*:1, 4—16.

A betatron — mint ismeretes — tetszés szerint egyaránt termel gyors elektronokat és ultrakemény röntgen-sugarakat. Szerzők 1955 óta rutinszerűen dolgoznak egy 15 MeV-s (millió Volt) betatron készülékkel. 1959-ig 347 beteget kezeltek, 160-at gyors elektronnal, 187-et ultrakemény röntgensugárzással. A



kétféle eljárás indikációs területe nagyrészt kialakult. Gyors elektronnal kezeltek 43 primär és recidiv mamma cc.-t, 52 primär és recidiv vulva cc.-t, a többi 65 eset különféle lokalizációjú tumor volt. A vulva-rákok gyors elektronnal való kezelése szerzők szerint „Methode der Wahl"-nak tekintendő. A kezdeti rossz eredmények ellenére a túlélés (legalább 1 évvel a kezelés befejezése után) kereken 70% volt. A mamma cc.-k számára is előnyös feltételeket teremt a gyors elektronok mélydosis eloszlása, amennyiben 5 cm. mélységben még kereken 80% hatékony adag mérhető.

A 187 ultrakemény röntgensugárral kezeltek között 75-nek primär és 52-nek recidiv collum cc.-ja volt. A többi megoszlása, 33 ovarium, 12 corpus, 3 vagina és egyéb elhelyezkedésű cc. A collum cc. kezelésében elért eredményeket egy összehasonlító táblázat mutatja, a konvencionális röntgentherápia és a betatron-kezelések túlélési idejéről. Eszerint míg a szokványos (200 KV) röntgentherápia 66%-os túlélést ad, betatron-kezeléssel a túlélés 79%-os volt. Mindkét eredmény a collum cc.-k III. internacionális csoportjára vonatkozik.

A szokványos röntgentherápiával szemben a betatron therápia fölényét szerzők abban látják, hogy a magas relatív-mélydózis alapján a carcinomás beszűrődések még nagyon adiposus betegeknél is magas adagokkal sugározhatók az egészséges szövetek sugárterhelése nélkül. Eddigi megfigyeléseik szerint — bár késői eredményekkel még nem rendelkeznek — az a véleményük, hogy a betratonkezelés a genitalis rákoknál mind a tumor visszafejlesztése, mind a sugárzás elviselhetősége és eredményessége tekintetében a konvencionális röntgentherápiával szemben határozott fejlődést jelent. *Fóti Mihály dr.*

*

A leukaemiák tüdőszövődményei. Green R. A. és Nichols M. J.: Am. Rev. Resp. Dis. 1959. **80**:833—844.

109 leukaemiás esetben összehasonlító klinikai, röntgen- és autopsiás vizsgálatokat végeztek. A tüdő, vagy pleura szövődményét találták az esetek 27%-ában. Az elváltozások nagy része csak mikroszkópikus eltérés volt. Klinikai eltérést 7%-ban mutattak ki.

A parenchimás eltérések diffus interstitialis és nodularis formában jelentkeztek. A nem parenchimás eltérések gyakoribbak. Ezek bronchialis, peribronchialis, perivascularis, pleuralis és subpleuralis beszűrődések. Három tüdőinfarctust észleltek olyanoknál, akiknek sem szívbaja, sem perifériás thrombosisa nem volt. Tüdőinfiltratió radiologiailag 21 esetben volt észlelhető, de csak kettőt okozott leukaemia. 10 esetben volt infectió, akiknél az antibioticus kezelés nem volt eredményes, ami amellett szól, hogy az infectió nem volt gyulladásos jellegű. 9 esetben észleltek haemorrhagiát, vérbőséget, fibrosist és infarctust. A röntgenvizsgálat 11 esetben mutatott elváltozást a pleurán, ebből 5 leukaemiás eredetű volt. A klinikai eltérések 10%-ában a krónikus, és 4%-ában az akut esetek voltak észlelhetők. Sokkal kifejezettebb eltéréseket találtak a krónikus lymphás és a krónikus myeloid leukaemiák között. Az előbbinél 17, az utóbbinál csak 3%-ban észleltek klinikai elváltozásokat.

Fóti Mihály dr.

*

Gastroenterológia

Aspirin, gyomorbélrendszeri vérzés és pepticus fekély. Levrat M. and Lambert R.: Amer. J. Digest. Dis. N. S. 1960. 5, 623—631.

52 esetet tanulmányoztak, melyekben az aspirin gyomorbélrendszeri betegséget okozott. A beszedett aspirin mennyisége változó volt, 10 g alatti mennyiség pár nap alatt, máskor 30—75 g pár héten belül. 13 esetben ulcus pepticum fejlődött ki vérzés nélkül, 1 esetben az ulcus perforált. 39 esetben gastrointestinalis vérzés jelentkezett, ezek közül 15-ben röntgennel szintén ulcus pepticum volt megállapítható, 21 esetben a rtg-vizsg. negatív volt („izolált" vérzés); 3 esetben alkoholos cirrhosis jelei voltak. Összesen tehát 28 esetben volt aktív, röntgennel kimutatható fekély. 7 esetben voltak aspirin intolerantia jelei, urticaria, oedema és gyomorfájdalmak. 39 esetben vizsgálták a véralvadást, a prothrombin-szint nem változott lényegesen.

A nyálkahártyára tapadt aspirin részecskéknek corrosiv hatása van, akut erosiv gastritist okoznak. Ezt gastroskópiás, műtét alkalmával végzett és gastrobiopsiás vizsgálatok bizonyítják. Kutya vagy nyúl gyomornyálkahártyáján az aspirin napi 200—700 mg/kg adagban heveny haemorrhagiás laesiót hoz létre. Az ún. oldódó aspirin, glycerin-aspirin és calcium-aspirin nem károsítja a gyomornyálkahártyát. Az aspirin *Frick* által leírt capillaris fragilitást okozó hatása is szerepet játszhat, de a legfontosabb a helyi irritatív hatás. A cortison által okozott laesio szövettani képe más, azonban figyelmet érdemlő, hogy különböző gyulladásellenes készítmények, mint a cortison, phenylbutazon, aspirin és

syncophen egyaránt ulcerogeneticus hatásúak.

Az aspirin irodalmi adatok szerint is gyakori kiváltója ulcusvérzésnek, illetve rtg. negatív gyomorbélrendszeri vérzésnek.

Gyomorbélrendszeri vérzésnél az anamnesisben aspirin után kell kutatni, ismert ulcusból eredő vérzésnél szintén. Ulcusbetegnek nem szabad aspirint szedni.

Benkő György dr.

*

Az emésztőrendszer nem ulcusos eredetű vérzése aspirin bevétele után. Levrat M., Lambert R. és mtsai: La Presse médicale, 1960. *68.* 2221—2223.

Aspirin adására fellépő ulcusos eredetű vérzések ismertek. A szerzők is aspirin bevétele utáni emésztőrendszeri vérzéseket ismertetnek, de fekély egyik esetben sem volt kimutatható (8 cirrhosis, 1 gyomor volvulus, 1 gyomorrák, 1 leukémia). A bevett gyógyszermennyiség nem bírt jelentőséggel. Szerzők véleménye szerint a gyógyszer okozta vérzés alapot szolgáltat arra, hogy ilyen betegeknél latens gyomor, illetőleg májmegbetegedés irányába is kiterjesszük vizsgálatainkat. Pathogenetikailag az allergiás tényező, a vérösszetételre és a neurohumorális rendszerre kifejtett hatás mellett, legnagyobb jelentősége a közölt esetekben jelentkező emésztőrendszeri fragilitásnak van. A praedispositio következtében akár általános, akár lokális hatásként haemorrhagia léphet fel.

Gerő Andor dr.

*

Az antibiotikumokkal való hizlaló kúrákról, különös tekintettel a gyomorresecáltakra. Boller R. és Partilla H.: Mediz. Klinik, 1960. *55.* 1105.

Az állatorvostanból ismeretes, hogy fiatal állatokon, különösen a csenevészesen fejletteken, jelentős testsúlygyarapodás érhető el, ha takarmányukhoz antibiotikumot keverünk. Boller régebbi próbálkozásai során azt is tapasztalta, hogy a cellulózét rosszul tűrő betegek cellulózetolerantája penicillinnel fokozható. E régebbi vizsgálatai során azonban nem tudott egyértelmű adatokat nyerni arra nézve, hogy a tápanyag-egyenleg is megjavul. Tekintettel arra a tapasztalatra, hogy a gyomorresecáltak nagy részének testsúlya fokozatosan csökken, a szerzők megpróbálták az antibiotikus therápiának az ilyen esetekben való alkalmazását. Párhuzamosan egyéb bántalmakban szenvedőket (ulcus duodeni, gastritis, vegyes esetek) is vizsgáltak. Összesen 855 esetük volt. A Billroth II. szerint resecáltak száma 280-at tett ki.

A választott antibiotikum aureomycin volt, de kísérleteztek terramycinnel és achromycinnel is. Az aureomycin adagja minimális: 45—50 mg egész napra elosztva. Eredményeik különösen az anacid resecáltakon voltak szembetűnők, akiken fokozott calóriabevitellel való hizlalókúrák nem vihetők keresztül. Egyéb betegek közül pl. a duodenalis fekélyben szenvedők fokozott calóriabevitelre éppúgy reagáltak, mint antibioticum bevitelére. Az antibioticummal kezelt resecáltak egy évvel később történt utánvizsgálata szerint ezeknek állapota jobb volt a kontrollcsoportokénál.

Egyenlegvizsgálatok azt mutatták, hogy míg egészségeseken az elfogyasztott fehérje 15—20%-a távozik a széklettel, addig ez resecáltakon 30—40%-ot is kitesz. Az antibioticum hozzáadására a fehérjevesztesség 39,6%-kal csökken. Éppúgy csökken a vizelet N-tartalma is. A nem anacid resecáltak fehérjevesztesége antibiotikum hatása alatt emelkedik, a nem resecált anacidoké csökken. Ennek megfelelően az anacid resecált 5 nap alatt 1200 g-t, a nem resecált anacid 1000 g-t hízik, a savat elválasztó resecált csupán 200 g-t. A hyperacid gastritisben szenvedőkön viszont 300 g súlyveszteséget is regisztráltak.

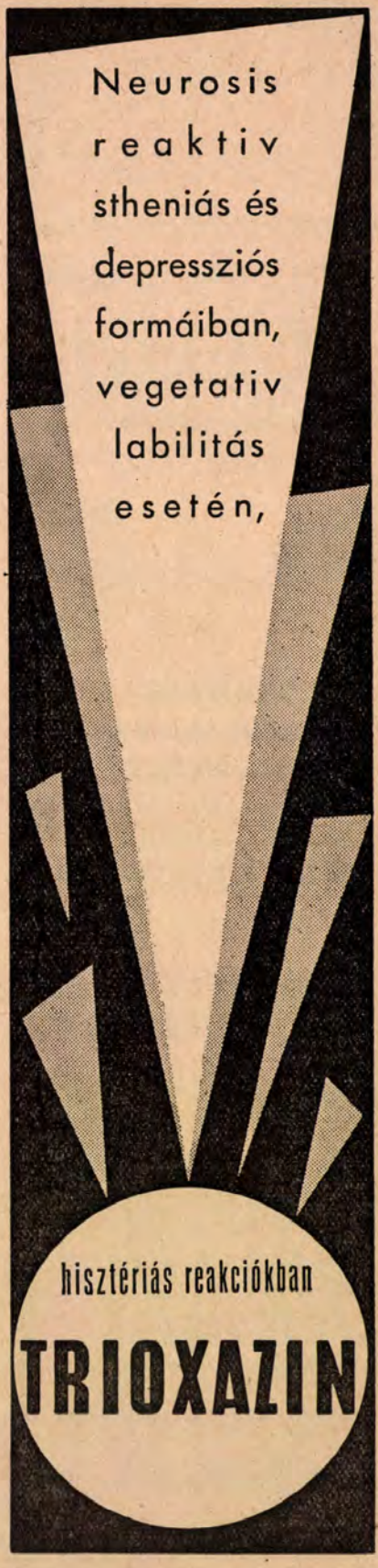
Placeboadagolással gyomorresecáltakon súlygyarapodást elérni nem lehetett. *Szemző György dr.*

*

Tüdőgyógyászat

A krónikus bronchitis új szemlélete. Herzog H.: Dtsch. med. Wschr. *85,* 2269—2275

Az utóbbi években egyre gyakrabban észleljük a cor pulmonale kórképet. A II. világháború előtt a cor pulmonale az alig ismert diagnózisok közé tartozott, ma viszont már majdnem áttekinthetetlen irodalma van. Az újabb diagnosztikai eljárásokkal (tüdőfunkciós vizsgálatok, szívkatéterezés) angol kutatók kimutatták, hogy az emphysema, bronchiectasia, pulmonalis hypertonia, jobb szívfél-elégtelenség, krónikus bronchitis következménye. A nagyvárosok és ipari centrumok lakosainál gyakrabban észleljük a krónikus bronchitist, mint a falun lakóknál. A betegség elterjedéséről pontos adataink nincsenek, de úgy látszik, hogy a népbetegségek sorába tartozik. Angol morbiditási statisztikában a krónikus bronchitis a tuberkulózis és a grippe előtt áll. 1953. évi adatok szerint Angliában 30 000-en halnak meg krónikus bronchitisre visszavezethető betegségben, míg tüdőrákban 16 000-en, tuberkulózisban 8000-en. A betegség minden élet-



ANTICHOLINERGICUM
GASTROPIN
TABL.INJ.
ÖSSZETÉTELE:
1 AMP. I:1ml:I 2mg
1TABL.I:0,2g:15mg
N-P-PHENYL-BENZYL ATROPINIUM BROMIDOT TARTALMAZ.
SZTK TERHÉRE SZABADON RENDELHETŐ.
ELŐÁLLITJA:
EGYESÜLT GYÓGYSZER ÉS TÁPSZERGYÁR BUDAPEST.

korban elkezdődhet, de leggyakrabban a 30—60 év között. A kezdő tüneteket, köhögés és bőséges nyákos köpet, kiválthatja pl. egy tüdőgyulladás, vírusmegbetegedés (grippe), dohányzás, de legnagyobb jelentősége a levegő izgató gázokkal, porral és füsttel való szennyezettségének van. A folyamat a hörgőrendszer csillószőrű hámsejtjeinek pusztulásával indul meg, váladékpangás lép fel, fokozódik a fertőzés lehetősége. Ehhez járulhat még a hörgőrendszer görcsös állapota is. A gyulladás elpusztítja az alveolus falakat és a benne elhelyezkedő véredényeket, így fokozódik a jobb szívfél megterhelése. A betegség folyamán tünetmentes időszakok is vannak, de a kóros folyamat a hörgőrendszerben tovább tart. Az általános életkor meghosszabbodásával gyakrabban alakul ki a krónikus bronchitis végkifejlődése, a cor pulmonale. Az elmondottak alapján gyógykezelésünknek hármas célt kell követnie: 1. Küzdelem a fertőzés ellen. 2. Váladék eltávolítása. 3. Bronchus tágítása. Az antibiotikumokat, szulfonamidokat hosszú időn át, sőt évekig is alkalmazhatjuk. Profilaktikus szempontból legfontosabb a levegő szennyezettségének megszüntetése.

Gerő Andor dr.

★

A tüdőemphysema: aetiologiai factorok és klinikai formák. — Richards, D. W. (First Med. Division, Bellevue Hosp., 462 First Ave., New York 16, N. Y. — U. S. A.). — Ann. Int. Med., 1960. *53*, 1105—1120.

A New York-i Columbia egyetem Nobel-díjas kutatója ebben a közleményben a tüdőemphysemáról nyert újabb ismereteket foglalja össze. Hangoztatja, hogy az újabb megismerések anatómusok, physiologusok, pathologusok és klinikusok együttes munkái nyomán születtek, s bár sok tekintetben még ma is hiányosak ismereteink, az emphysema rendkívüli elterjedtsége, s az általa okozott panaszok gyakorisága miatt is célszerű bizonyos tájékozódás egyes formái között. Az angolszász nomenclatura az idült tüdőemhysema 3 nagyobb csoportját különíti el, ezek:

1. chronicus bronchitis és emphysema,
2. tüdőfibrosis és emphysema,
3. bullosus emphysema.

Ad 1. Ebben a csoportban, melyben a chronicus bronchitiseknek van igen nagy szerepe, intő jel Fletcher közlése, aki szerint Angliában 45—65 év közötti férfiak chronicus bronchitis következtében kialakult emphysema előrehaladottabb formái miatt egyenlő számban halnak meg a tüdőrákosokkal, háromszor nagyobb számban, mint tüdőtbc-ben és nyolcszor nagyobb számban, mint pneumoniában. Az állandó bronchitist fenntartó infectio során először csak kevés köpetürítés van, később ez fokozódik, s bronchuselzáródás fejlődhet ki súlyos ventillarotikus elégtelenséggel, Ebben a csoportban a ventillatorikus elégtelenséget el kell különíteni az alveolaris hypoventillatiótól. Előbbinél hypercapnia nem fordul elő, cor pulmonale sem, míg utóbbinál hypoxia és hypercapnia, úgyszintén cor pulmonale is korán kifejlődik.

Ad 2. Klasszikus formája a pneumoconiosis során észlelt fibrosis és emphysema. Itt két alcsoport különíthető el: tractiós és obstructiós. Ezek közül fontosabb az utóbbi csoport, melyet szénbányászoknál írt le igen meggyőzően Heppleston. Egy bemutatott sectiós képen jól látható a tüdők centrilobularis emphysemája.

Ad 3. A nem elzáródásos bullosus emphysemánál a tüdő állományának ún. essentialis destructiója vagy atrophiája áll fenn, s ha erre infectio superponálódik, a panaszt esetleg nem is okozó bullák is fertőződnek, s ugyanaz a kép alakul ki évek során, mint az előző 2 csoportban: először tehát ventillatorikus elégtelenség, később pedig hypoxia és hypercapnia, majd cor pulmonale. *Iványi János dr.*

★

Belgyógyászat

Atherosklerosis és hypertonia. Staub H.: Schweiz. med. Wschr. 1960. *90*, 1417—1423.

A baseli egyetem 500 éves fennállása alkalmából rendezett ünnepségen elmondott előadáson Staub prof. svájci és dániai statisztikai adatokkal bizonyította, hogy az emberi átlagéletkor egyre inkább meghaladja a 65 évet, mindkét országban jelenleg 10%-on felüli a 65 évet túlhaladottak száma. Az életkor meghosszabbodásával az érelmeszesedésben elhaltak száma is növekszik, így pl. Svájcban az 1900-as évek elején a halálesetekből 3,3% volt arteriosklerosis, 1958-ban pedig már 18,8%. A korai kezelésbevétel éppoly fontos lenne tehát, mint más betegségeknél. A baseli klinikán 461 betegen vizsgálták a peripheriás arteriák állapotát, s 40 betegnél érelzáródást észleltek úgy, hogy e betegeknek semmiféle erre irányuló panaszuk nem volt. Még inkább előtérbe kerül a probléma, ha a különböző szervi lokalizációjú arteriosklerotikus rokkantak problémáját, ápolási lehetőségeit, kórházi elhelyezését és kezelését vesszük figyelembe.

A közlemény további részében történeti áttekintés következik az arteriosklerosis pathogenesisét illetőleg, majd a hypertonia pathogenesisének — a kettő összefüggésének —, s a különböző pathogenesisek kapcsán alkalmazott és alkalmazható therapiás lehetőségeknek tárgyalása következik. Aschoff lipoid degeneratiós és cholesterinlerakódásos elmélete jól ismert, de Büchner elképzelése is, mely szerint az arteriosklerotikus elváltozások nem lipoidosissal, hanem az intima akut oedemájával kezdődnek. Ennek az oedemának keletkezése azonban nem teljesen világos. Előbbre viszi a kérdést a durhami Duguid, aki 1946 óta hangoztatja és kísérletekkel igazolja, hogy az atherosklerotikus góc a körülötte levő fali thrombusokból származik, melyek különböző nagyságban helyezkednek el, s előbb-utóbb az intima pusztulásához vezetnek. Ez az elmélet, úgyszintén a thrombotikus folyamatoknál a fibrinolysisben szerepet játszó plasminsystema ma az egyik legjelentősebb tényező az atherosklerosis pathogenesisében. A plasminsystema 2 részből áll, az egyik a globulinfraktióban található proteolytikus enzym, ez a plasmin, ez hat a fibrinolysisre; az albuminban ennek ellenlábasa, a plasmininhibitor található meg. Ha a fibrinolysis zavarával, egyik vagy másik tényező túlsúlyra jutásával (plasmin vagy plasmininhibitor) a vér hyperkoagulabilitása is velejár, az atherosklerosis thromboemboliás komplikációi is érthetőkké váltak.

A cholesterin szerepét illetőleg újabban Rutstein és munkatársai, valamint Constantinides és munkatársai vizsgálatai figyelemre méltók. Előbbiek intimafibroblastjai cholesterin hozzáadására reversibilis elzsírosodást mutatnak, s ezt az elzsírosodást 1 mg%-os telítetlen linolensav hozzáadása megátolni képes. Ennek a felismerésnek therapiás jelentősége az ún. cholesterinantagonisták adásában van. Constantinidesék vizsgálatai szerint cholesterinnel táplált nyulakon 2 évre volt szükség, míg az emberihez teljesen hasonló atherosklerotikus elváltozásokat lehetett reprodukálni, s ezzel megnyílt az út a therapiás testek vizsgálatára is.

Az atheromás aortafalelváltozások és a lipoproteinek közötti biochemiai összefüggésre utalnak Zilversmit vizsgálatai is, aki P^{32}-Phosphat bevitelével nyulakon az aortafalban 90%-os phospholipoid synthesist figyelt meg. Másrészről E. B. Smith figyelte meg, hogy a lipoproteinek aortaintimában való synthesisére lehetőség van, bár a lipoproteinek magából a plasmából is eljutnak az arteriafal intimájába. Az összefüggés hypertonia és arteriosklerosis között ismert (egyik oldali art. renalis obstruktív atherosklerosisa magas vérnyomáshoz vezet, de a vérnyomás ismét helyreállítható normális szintre az ischaemiás vese eltávolításával). Másrészt ismeretes, hogy kutyánál a nagyvérkör egyik arteriájának az art. pulmonalissal való összekötése a kisvérköri nyomás fokozódásával és a pulmonalis arteria kifejezett arteriosklerosisával jár, de a keringés helyreállítása után még a súlyos és proliferatív érelváltozások is reversibilitást mutatnak. A carotissinusban és az aortaívben levő baroreceptorok is fontos szerepet játszanak a vérnyomás regulálásában, s az ezeken a helyeken levő atherosklerotikus elváltozások hatására reflexes úton arteriás vérnyomásemelkedés jön létre.

Ha tehát az arteriosklerosist nem öregkori megbetegedésnek tekintjük, hanem anyagcserebetegségnek, akkor az említett kutatások eredményeként megfelelő therapiás beavatkozásokra is lehetőség nyílik, s ezzel az élet is meghosszabbítható a maga fény- és árnyoldalaival együtt. *Iványi János dr.*

★

Cholecystographia és cholecystitis. Manecke H.: Münch. med. Wschr. *102.* 2496—2498.

Az epehólyag röntgenvizsgálatánál az alacsony jódkoncentrációjú kontrasztanyagok alkalmazása esetén a máj kiválasztó működése mellett az epehólyag koncentrálóképessége is szerepet játszik. A halvány telődés az epehólyagfal rezorpciós képességének csökkenésére, gyulladására utal. Az újabban használt magasabb koncentrációjú anyagoknál már a májepe is ad kontrasztot, az epehólyag szerepe háttérbe szorul. 66 epehólyag műtéti preparátumát — 42 esetben histológiailag is feldolgozták a készítményeket — hasonlították össze a cholecystographiás adatokkal. A magasabb jódkoncertrációjú kontrasztanyagokkal enyhe gyulladásnál telődést kaptak, a középsúlyosaknál még az esetek egyharmadában is jó telődés érhető el, súlyos gyulladásnál viszont csak egy esetben volt telődés. A magasabb jódkoncentrációjú anyagok pozitív előnye az epehólyag jobb láthatóvá tétele, a kőkimutatás nagyobb biztonsága. A nem-telődés majdnem minden esetben az epehólyag megbetegedésére utal. Negatív eredménye viszont az, hogy az epehólyag faláról, annak esetleges gyulladásáról felvilágosítást ritkábban ad. Az epehólyag kontrakció képességét a szerző nem tartja döntő érvnek a funkcióképesség megítélésében, mert szerinte az autónom

Adipositás kezelésére

Gracidin

Tablettánként 25 mg phenmetrazint tartalmaz

*

Csomagolás:

20 tabletta
200 tabletta

*

SZTK terhére csak lényeges pathologiás elváltozás esetén kórház, szakrendelés javaslatára előzetes főorvosi engedéllyel rendelhető

idegrendszer organikus megbetegedéstől függetlenül is dysfunkciót válthat ki. [(A szerző vizsgálatait Biliselektan (1,5 g jód) Telepaque (2 g jód) és Biligrafin (3 g jód) készítményekkel végezte.]

Gerő Andor dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

A carcinoma gyakoriságáról maláriától átvészelt egyének között

T. Szerkesztőség! Kertai Pál dr. az Orv. Hetil. CII/1961/2. sz. 49 oldalán megjelent „A leukémia-kutatás közegészségtani és kóreléttani vonatkozásai" című igen érdekes cikkéhez legyen szabad a következőkben hozzászólnom:

Cikkének utolsóelőtti fejezetében idézi Schöyer 1959-es elméletét a sejtszaporodást gátló anyagok hiányának szerepéről a leukémiák pathogenezisében. — Elhunyt kartársammal, dr. Wiener Imrével, már 1957-ben felhívtuk a figyelmet arra a tényre, hogy rákos betegek kórelőzményében malária igen ritkán fordul elő. (Saját statisztikánk szerint két százalékban.) Hivatkoztunk Ziemann 1916-ban megjelent maláriamonográfiájára, amelyben kimutatja, hogy sok évtizedes trópusi maláriás vidéken kifejtett működése alatt egyetlen egy rákos betege nem volt. Wiener az első világháború alatt Albániában vezetőorvosa volt egy ötszágyas ragálykórháznak és ötezer boncolásnál egyetlen rákos daganatot sem fedezett fel. — Krausz dr. 1950-ben tartott beszámolójában összehasonlítja Románia és Olaszország maláriás endémiás vidékeit a malária mentesekkel és az előbbiekben a rákhalálozást 50 százalékkal alacsonyabbnak találja, mint az utóbbiakban.

D. I. Calabrese professzor (Buenos Aires) felkérésünkre körlevélben érdeklődött hazája vidéki kollégáinál, akik megerősítették ezt a megfigyelést.

Mi ezt elsősorban a maláriás lázrohamoknak a R. E. S.-t áthangoló hatásának tulajdonítottuk. Amikor 1959-ben ez irányú elgondolásunkat az itteni orvoskamara tudományos gyűlésén felolvastuk, egyik kollégánk (Thau Ernő dr.) hozzászólásában elmondotta, hogy ő már 1948 körül, egy newyorki oncológiai intézethez írt magánlevélben felvetette a kérdést — vajjon az egysejtű lények plazmájában jelenlevő sejtszaporodást gátló anyagot nem lehetne-e rákos megbetegedések kezeléséhez felhasználni.

Valószínűleg ebből az elgondolásból kiindulva ajánlotta Calabrese prof. is 1948-ban rákos betegek gamétás — valamint Glyukra és Roskin trypanozoma kezelését.

Mind ezek után felvethetjük azt a gondolatot, hogy maláriásan inficiált betegek nemcsak a R. E. S. aktiválódása, hanem a beléjük oltott sejtszaporodást gátló anyag révén is válnak malignus daganatokkal szemben — quasi — immunisokká.

Megjegyezni kívánom, hogy az általunk tífusz-vaccinával kezelt rákos betegeknél elért átmeneti eredményeink éppen abból erednek, hogy a vaccinából hiányzik a sejtszaporodást gátló factor. — A feladat végső megoldása ezen elgondolás alapján tehát nem lehet a Wagner—Jauregg-módszer megismétlése, miután Calabrese prof. tapasztalatai szerint az erősen kahexiás betegek nehezen tűrik a lázrohamokat, hanem csakis e gátló faktor előállítása és a kezelésben való felhasználása.

Hozzászólásomnak egyetlen célja, hogy e munka-hyppotézisre felhívjam jól felszerelt rákkutató intézetek figyelmét, azzal a kéréssel, hogy ennek célirányosságát ellenőrízzék.

Acél Henrik dr., Arad,
újaradi járási kórház, belgyógyászati osztály. R. P. R.

*

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam Acél Henrik dr. hozzászólását, amely igen érdekes eredeti megfigyelést tartalmaz. A leukaemiák geográfiai elterjedéséről szóló irodalom, illetve a klinikai közlemények átolvasása közben nem találtam adatot a maláriás megbetegedések és a leukaemiák alakulásának összefüggéséről, mégis úgy gondolom, hogy az egysejtű lények plazmájában feltételezett sejtszaporodást gátló anyag valóban érdekes további kutatásokat tesz szükségessé.

Kertai Pál dr.

*

A Brill-Zinsser betegség felismerésének kérdéséhez

T. Szerkesztőség! Demeter és munkatársai az Orv. Hetil. ez évi 1. számában részletesen beszámoltak egy ismeretlen aetiológiájú esetükről, akinél a laboratóriumi vizsgálatok közül az OKI-ban R. prowazeki antigénnel végzett komplementkötési reakció eredménye döntötte el végül is azt, hogy Brill—Zinsser-kórképről van szó. A beteg kitütéses typhus kiállására vonatkozó anamnesztikus adatai is ezt a feltevést erősítették meg.

Demeter és munkatársai közleményükben felhívják a figyelmet

arra, hogy a 15—16 évvel ezelőtt lefolyt kiütéses typhus járványok következményeként lakosságunk körében számolni kell a Brill—Zinsser-betegség előfordulásával. A hazai irodalomban Dömök és munkatársainak, valamint az említett szerzőknek az érdeme, hogy pontosan feldolgozott adataik alapján a betegségre és felismerésének lehetőségeire rámutattak. A Baranya megyei Kójáll vírusdiagnosztikai laboratóriumában szűrővizsgálatok kapcsán 1960 nyarán nyert tapasztalatainkat fűzöm az Orv. Hetil. említett közleményéhez.

Baranya illetve Somogy megye területéről származó, magas lázzal járó betegségük miatt kórházi osztályon fekvő két beteg Widal reakció elvégzése céljából beküldött vérszeruma R. prowazeki antigénnel komplementkötési reakcióban is feldolgozásra került laboratóriumunkban. Negatív Widal és Weil-Felix eredmény mellett magas titerben pozitív eredményt kaptunk e savókkal a komplementkötési reakcióban. Az illetékes epidemiológussal való megbeszélés után mindkét betegnél még kétízben végeztük el a reakciót, 1—1 hónapos időközzel, titerük negatívvá válásáig. Két betegünk klinikai záródiagnózisa atípusos pneumonia illetve influenza volt, és a Brill—Zinsser-betegség fennállását egyedül a laboratóriumi vizsgálatunk eredménye döntötte el. Anamnesztikus adataik kiütéses typhus évekkel ezelőtti kiállására vonatkozóan laboratóriumi diagnózisunkat alátámasztották.

Az Egészségügyi Minisztérium 1960 óta néhány megyei Kójáll feladatává tette egyes vírusbetegségek diagnosztizálását elősegítő laboratóriumi munka elvégzését. A Baranya megyei Kójáll vírusdiagnosztikai laboratóriuma — egyebek mellett — az egyenesen erre a vizsgálatra kért vérszerumok feldolgozása mellett a területén illetékes körzeti valamint Kójáll laboratóriumokba Widal-reakcióra beküldött vérszerumokat is megvizsgálta typhus exanthematicus antigénnel komplementkötési reakcióban. Két pozitív esetünk savója is így (paratyphus gyanú miatt) került laboratóriumunkba és a szűrővizsgálat jelleggel ezen savókkal elvégzett komplementkötési próba eredményezte a Brill—Zinsser-betegség két ízbeni laboratóriumi diagnosztizálását.

Widal-rekacióra beküldött savómintáinkból származó R. prowazeki antigénnel pozitív komplementkötést adó eseteink tapasztalata alapján fel szeretnénk hívni a figyelmet a Kójáll vírusdiagnosztikai laboratóriumok munkájára. Az OKI vírusosztálya mellett rutinszerűen végzik R. prowazeki antigénnel az egyszerűen kivitelezhető komplementkötési reakciót, és minden orvosnak rendelkezésére áll ennek következtében, hogy a magas lázzal járó, klinikai kép alapján légúti vagy enteralis fertőzésnek látszó esetekben igénybe vegye R. prowazeki antigénnel komplementkötési próba elvégeztetése céljából az illetékes Kójáll vírusdiagnosztikai laboratóriumot (egyelőre Debrecenben, Pécsen és Szegeden működik). Bizonyos, hogy ezek szem előtt tartásával még számos klinikailag vagy más laboratóriumi módszerrel nem diagnosztizálható kórképről derül ki az, hogy Brill—Zinsser-betegségről van szó. Gyakoriságának megállapíthatósága érdekében is kívánatos, hogy ne csak a véletlenen múljon szerológiai diagnosztizálásuk, hanem a gyakorló orvosok vegyék igénybe a vírusdiagnosztikai laboratóriumok munkáját mindazokban az esetekben, amikor egyéb aetiológiai faktor híján felmerül a Brill—Zinsser-betegség lehetősége.

Kelemen Géza dr.

*

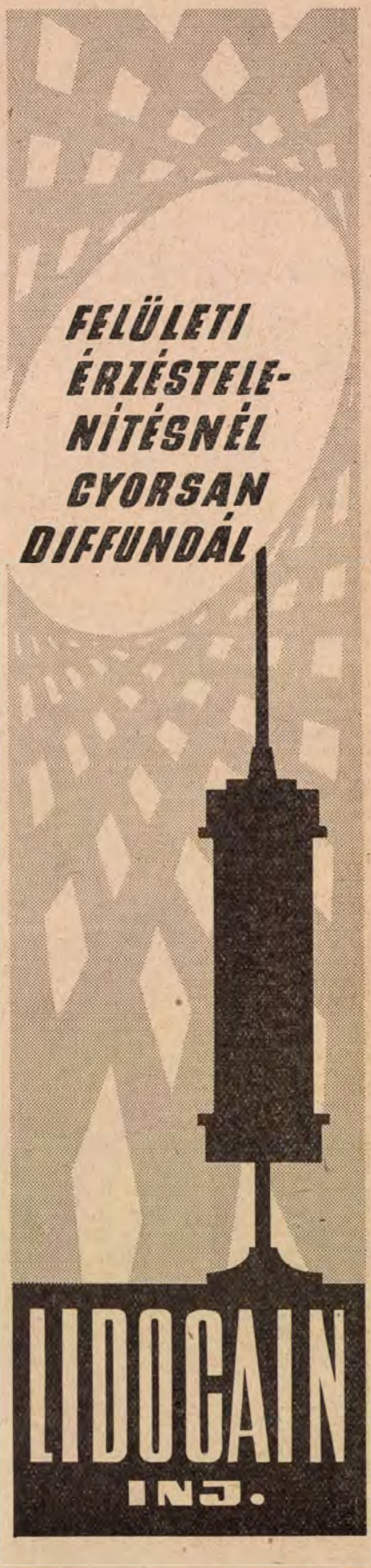
T. Szerkesztőség! Kelemen Géza dr. hozzászólása értékesen egészíti ki a Brill—Zinsser-betegség diagnosztikájáról írt tanulmányunkat. Ismertetése a KÖJÁLL vírusdiagnosztikai laboratóriumainak működéséről megkönnyíti a klinikus feladatát. Közölt két esete élesen rávilágít arra a tényre, hogy a *Weil—Felix-reactio a kórképben negatív lehet.* A mi esetünk diagnosztizálására egyáltalán nem került volna sor, ha a W.—F.-reactio így viselkedett volna. Szerencsére kórházunk központi laboratóriumában végzett Bien—Sontag-reactio positiv volt és csak ezért merült fel, hogy az OKI-ba vérsavót küldjünk be, ahol a komplementkötési reactiót elvégezték. A tanulság az, hogy, minden ismeretlen eredetű lázas betegségben gondolni kell erre a kórképre és a komplementkötési reactiót a többi vizsgálati eredménytől függetlenül el kell végeztetni.

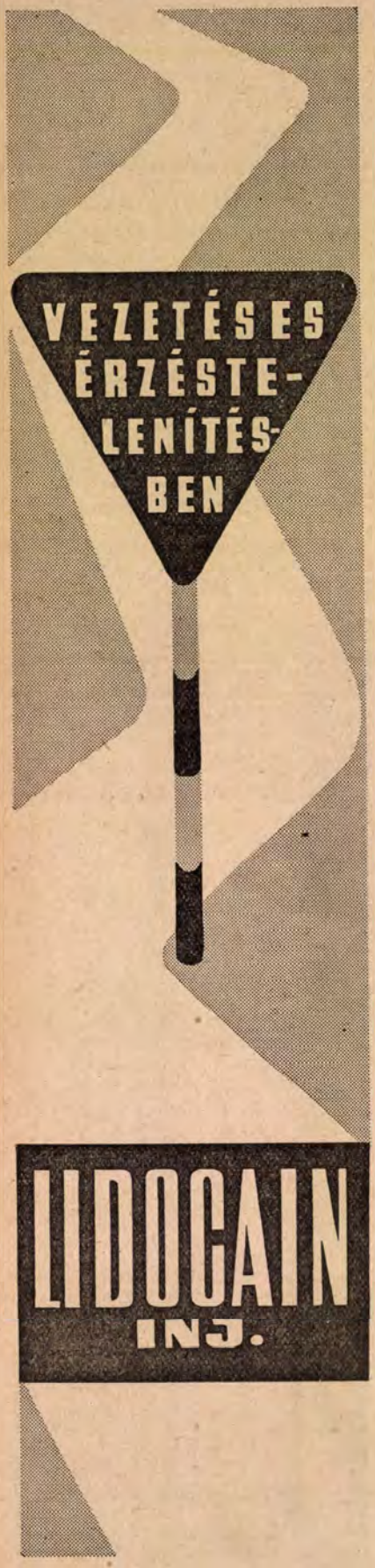
Demeter Katalin dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Walter Hadorn: Vom Symptom zur Diagnose. S. Karger, Basel—New York, 1960. 866 oldal, 20 táblázat, 131, részben színes ábra. Ára 79 svájci frank.

A berni belgyógyászati klinika igazgatójának, Hadorn professzornak új könyve nem más, mint a belgyógyászati symptomatologia





tankönyve. Bevezetőjében utal is arra, hogy ilyen természetű könyv a német nyelvterületről eddig hiányzott, ezért vállalkozott arra, hogy gazdag klinikai tapasztalata alapján dán, német, osztrák, svéd és svájci kollégák bevonásával (saját magával együtt 40) megírja diagnosztikai könyvét. A svájciak könyvei ismertek, minden nagyobb szakkönyvtárunkban megtalálható *Fanconi, Rohr, Hegglin, Moeschlin* munkája, s ezek elismerést is szereztek írójuknak. Méltán sorakozik most mellé jük Hadorn professzor könyve, melyről iger elismerően nyilatkozik a Deutsche med. Wschr.-ben megjelent ismertetésében Grosse-Brockhoff is. A könyv *3 nagyobb részből* és *egy függelékből* áll, s ezen belül *51 fejezetet* foglal magába.

Az *első rész* 11 fejezetben *általános symptomákat* (arckifejezés, cyanosis, icterus, láz, oedema, stb.) ismertet, a *második részben* 8 fejezetben a különböző typusú és lokalizációjú *fájdalmak* ismertetése következik. A *harmadik rész* a leghosszabb, 32 fejezetben esik szó a *különböző szervek sajátos symptomáiról*, utoljára pedig *Moeschlin* számol be a különféle, s *leggyakrabban előforduló mérgezések felismerésére szolgáló jelekről*. Ebben a legrészletesebb harmadik részben nemcsak szorosan vett belgyógyászati symptomák vannak, hanem a *határterületek* is szerepelnek a maguk leggyakoribb symptomáival. Így pl. az *eszméletlenség* fejezetben idegkórélettani vonatkozások is vannak (33. fejezet), utána több fejezet következik a *neurologia* tárgyköréből, a későbbiek során helyet kap az *urologia*, a *nőgyógyászat, szemészet, fül-, orr-, gégészet* is. Minden fejezet végén bőséges irodalmi tájékoztató van. A *függelékben* a különböző testnedvek laboratoriumi vizsgálati adatai és ezek normális értékei, haematologiai adatok vannak feltüntetve, a legvégén pedig a fertőző betegségek incubatiós ideje. Gazdag név- és tárgymutató zárja be a könyvet.

Nehéz ilyen sokrétű, alapjában véve azonban mégis egységre törekvő könyvből külön kiemelni egy-egy részt vagy fejezetet. Különkülön is mindegyik egész, összességükben pedig arra törekszenek, hogy a symptomák bonyolult szövevényéből kiindulva *vezérfonalat* adjanak az olvasó kezébe, s ez pedig a helyes diagnosis mielőbbi biztosításához vezessen. Valóban ma sem lebecsülendők azok a subjektív adatok és objektivizálható betegségi jelek, melyek szem előtt tartásával és megfelelő kritikájával gyakran eljuthatunk a helyes diagnosishoz, a tökéletesedő laboratóriumi metodikák világában pusztán a megfigyelés segítségével is.

Értékessé teszi a könyvet az is, hogy a szerző és munkatársai (így elsősorban Waldenström, de a többiek is) *saját gyakorlatukból egy-egy odaillő példával* is kidomborítják a mondanivaló fontosságát (pl. a syncope tárgyalásánál annak a gyermeknek az esete, akinek a nyelvét anyja tiltakozására vizsgálatnál spatulával lenyomták, s azonnal meghalt). Egy-egy fejezet jobb áttekinthetőségére sok *ábra* és *táblázat* is szolgál, a *színes ábrák* közül valóban diagnosztikus értékű a közölt 6 (hyperthyreosis, myxoedema, Addison, carcinoidos »flush«). A *táblázatok* közül igen jó az osteoporosisok felosztása (278. old.), a hypertoniák symptomatologiája (410. old.), a hepatomegaliák (502. old.) beosztása, stb. A *fejezetek* közül egyik legjobb a 13. fejezet, amelyben Bodechtel igen részletesen, csaknem teljességre törekvően ír a *fejfájásról*, korunk betegségéről. A *fájdalom* rész bevezetőjében egyébként is figyelemre méltó Löffler megállapítása, amikor utal arra a betegre, »aki észrevette ugyan az elváltozást, de miután nem fájt, nem ment orvoshoz«.

Persze, ilyen terjedelmű könyv nem mentes az apróbb hibáktól sem. Grosse-Brockhoff is megállapítja, hogy a symptomatologia nem teljes, a shock és collapsus különválasztását kissé elbagatellizálja, az említett fejfájás részben nincs megemlítve a cervicalis spondylarthrosis esetleges oki szerepe, a hasi fájdalmaknál ugyancsak nem történik említés, mégpedig kidomborítva, a thoracolumbalis spondylarthrosisról, s arról sem található említés, hogy a barnásfekete, száraz, lepedékes nyelv néha magában is kórjelző pneumoniára, s lázas betegnél féloldali arcpír és herpes labialis esetén szintén nem meglepő lelet a pneumonia. Úgy gondolom, a 287. oldalon Bogaert neve véletlenül szerepel fordítva Boegart-nak.

Ez a néhány közölt hiba és kritikai megjegyzés azonban Hadorn professzor könyvének értékét nem csökkenti, hiszen az olvasó, s itt nemcsak a belgyógyászra, hanem főleg az olyan gyakorló orvosra gondolok, akinek nem áll a háta mögött azonnal jól felszerelt laboratorium, megkapja összegyűjtve azokat az értékes symptomákat, melyek tényleg vezérfonalként használhatók, s melyek közül — valljuk be őszintén — sokat el is felejtett már egyetemi tanulmányai óta. Hasznos tehát az ismétlés, s erre igen jó szolgálatot tesz a kitűnő Karger-kiadás.

Iványi János dr.
(Gyula)

HÍREK

MEGHÍVÓ

az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete

Onkológus Szakcsoportja

V. MAGYAR ONKOLÓGUS KONGRESSZUSÁRA

Budapest, 1961. május 18, 19, 20

Általános tudnivalók. A Kongresszus időpontja: 1961. május 18, 19, 20. A Kongresszus helye: Budapest, Semmelweis-terem (VIII., Szentkirályi u. 21; II. sz. Szemklinika tanterme (VIII., Mária u. 39); I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet tanterme (VIII., Üllői út 26). Kongresszusi iroda a kongresszus ideje alatt: Semmelweis-terem (VIII., Szentkirályi u. 21) május 17-én 14—18 óráig, május 18, 19 és 20-án 8—17 óráig. Mindennemű felvilágosítással a kongresszus előtt a Kongresszus Titkársága szolgál, cím: Budapest XII., Ráth György u. 5. Az előadások időtartama 10 perc, hozzászólásoké 3 perc. A program zavartalan lebonyolítása érdekében felkérjük az előadókat és hozzászólókat, hogy ezt az időtartamot ne lépjék túl. Kérjük az előadókat, hogy előadásaik rövid (1—1½ gépelt oldal) kivonatát nyomdakész állapotban, az előadás elhangzása előtt a kongresszusi irodán leadni szíveskedjenek. Vetítési lehetőségek: episcopos és minden méretű diascopos vetítési lehetőség biztosítva van. A kongresszus tiszteletére május 19-én, este 8 órai kezdettel társasvacsorát rendezünk. Jelentkezés és felvilágosítás a kongresszusi irodában. — Szállodai elhelyezésről a kongresszus vezetősége nem gondoskodik.

Ülésrend:

1961. május 18. (csütörtök) délelőtt Plenáris ülés (Semmelweis-terem).

1961. május 18. (csütörtök) délután: A) Szervezés (Semmelweis-terem); *B)* Klinikai onkológia (II. Szemészeti Klinika tanterme); *C)* Kliniko-pathologia (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet tanterme.

1961. május 19. (péntek) délelőtt: A) Gyomor-symposium (Semmelweis-terem); *B)* Kísérletes onkológia (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet tanterme).

1961. május 19. (péntek) délután: A) Klinikai onkológia (Szemészeti Klinika tanterme); *B)* Chemotherapia (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet tanterme).

1961. május 20. (szombat) délelőtt: A) Praecancerosis (Semmelweis-terem); *B)* Klinikai onkológia, Sugártherapia (II. Szemészeti Klinika tanterme); *C)* Biochemia (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet tanterme).

1961. május 18. (csütörtök) délelőtt 9 órakor (Semmelweis-terem) *Plenáris ülés.* Elnöki megnyitó. Tartja: Prof. dr. Prochnow Ferenc, az Onkológus Szakcsoport elnöke. 1. Egészségügyi Minisztérium: Az onkológiai hálózat kialakításának és továbbfejlesztésének elvi kérdései. 2. Vikol János dr. (Országos Onkológiai Intézet, Budapest): Magyarország lakossága onkológiai ellátásának értékelése 1952—1960. években. 3. Dr. O. Costakel (Institutul Oncologic, Bucureşti): La Situation de la Lutte contre le Cancer dans la Republique Populaire Roumaine. 4. Dr. H. Kraatz (Universitäts-Frauenklinik der Charité, Berlin): Frühdiagnose und ihre therapeutische Konsequenz. 5. Dr. B. Pierquin (Inst. Gustave Roussy, Paris): Problème en curithérapie interstitielle. 6. Dr. Ves. Mikhailov, Dr. At. Bozduganav, Dr. R. Lazarov-Ikonopisov (Bulgarian Oncological Society, Sofia): Hair pigment changes in curie-therapy of tumours in the head region.

1961. május 18. (csütörtök) délután 3 órakor (Semmelweis-terem): A) Sectio. *A rákellenes küzdelem szervezési kérdései.* Üléselnök: Kárpáti György dr. 1. Nagy Andor dr., Kiss József dr. (Orsz. Onkológiai Int., Bp.): Az onkológiai gondozók tevékenysége a rák megelőzése és a rákos betegek gondozása terén. 2. Bartsch Aurél dr., Tőttösy Béla dr., Lehoczky Győző dr. (Orsz. Onkológiai Int., Bpest): A rákszűrések kedvező kihatása az onkogynekológiai klinikai munkára. 3. Kummerlender Lajos dr., Páli Kálmán dr. (Megyei Kórház Onkológiai Gondozó, Pécs): Megfigyeléseink a korai méhnyakrákok kezelésével kapcsolatban. 4. Terstyánszky Kálmán dr. (XIX. ker. Onkológiai Gondozó, Bpest): Szűrővizsgálataink és praeblastomás gondozói munkánk mérlege. 5. Kocsis Sándor dr. (Nyugatdunántúli Területi Onkológiai Intézet, Szombathely): A Nyugatdunántúli Területi Onkológiai Intézet 10 éves munkájának mérlege. 6. Takáts László dr., Uray Gyula dr., Lehoczky Győző dr. (Orsz. Onkológiai Int., Bpest): Újabb adatok az elhanyagolódás kérdéséhez. 7. Kuti László dr., Barabás Mihály dr. (VII. ker. Onkológiai Gondozó, Bpest): Rehabilitációs kérdések az onkológiai gondozóban. 8. Sármai Ernő dr. (Szántó-Kovács u. Rend. Int., Budapest): Az onkológiai gondozás egyes kérdései és ezek tükröződése röntgentherapiás osztályunk 10 éves (1950—1960) beteganyagán. 9. Degrell István dr. (II. Sebészeti Klin., Pécs): A pécsi városi rendelőintézet sebészeti onkológiai szakrendelésének preventív jelentősége a rákellenes küzdelemben. 10. Dr. I. Krepsz, Dr. I. Kozma (Institutul Oncologic, Bucureşti): Organisation de la Documentation Bibliographique en Oncologie. 11. Jeszenszky Gyula dr. (Cukorgyár, Selyp): Onkológiai szűrővizsgálatok körzeti és üzemorvosi gyakorlatban. 12. Galácz Lajos dr., Bárány János dr. (Megyei Onkológiai Gondozó, Veszprém): A rákgyakoriság és a geológiai formációk Veszprém megyében.

1961. május 18. (csütörtök) délután 3 órakor (II. Szemészeti Klinika tanterme). B) Sectio. *Klinikai onkológia.* Üléselnök: Prof. dr. Molnár Béla. 1. Rodé Iván dr. (Országos Onkológiai Int., Bpest): Az emlőrák praeoperatív masszív rácsbesugárzása. 2. Karlinger Tihamér dr., Degrell István dr. (II., Sebészeti Klinika, Pécs): A Janisevszkij-tünetek értékelése az emlőrák korai diagnosztikájában. 3. Bihari Ödön dr., Godán Frigyes dr. (Országos Onkológiai Intézet, Budapest): Az emlődaganatok differential-diagnosztikájában használatos vizsgálati eljárások értékelése. 4. Berniczey Mihály dr. (Orsz. Onkológiai Int., Budapest): 10 éves emlőrákos anyagunk értékelése. 5. Horányi János dr., Kántor Elemér dr., Németh Gyula dr. (II. Sebészeti Klinika, Bpest): A biológiai életkor jelentősége az emlőrákműtét késői eredményeiben. 6. Bárász Zoltán dr., Szarvas Ilona dr. (Korányi TBC Intézet, Bpest): A tüdőrák korai diagnózisa és operálhatósága. 7. Karády Gyula dr., Dániel Ferenc dr. (II. és III. Sebészeti Klinika, Bpest): Tüdőrák sebészi kezelésének késői eredményei. 8. Miskovits Gusztáv dr. (Tüdőgyógyászati Klinika, Budapest): Paracarcinomás empyéma. 9. Balogh Ferenc dr., Baranyai Elemér dr., Fürst Ferenc dr. (Urológiai Klinika, Bpest): A prostatarákok konzervatív kezelésének mai állása. 10. Pintér József, Balogh Ferenc dr. (Urológiai Klinika, Bpest): Adatok a hólyagdaganatok klinikumához 1000 eset kapcsán. 11. Rochlitz Károly dr., Fehér Mihály dr., Pajzs Zsuzsanna dr., Pusztai Ibolya dr. (János-kórház, Bpest): A máj primaer tumoros elváltozásainak klinikai differential-diagnosztikai lehetőségei.

1961. május 18. (csütörtök) délután 3 órakor (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet). C) Sectio. *Kliniko-pathologia.* Üléselnök: Baló József dr. egyetemi tanár. 1. Dr. Carlo Sirtori (Istituto Nazionale Per Lo Studio E La Cura Dei Tumori, Milano): L'ultrastructure de l'éndometre humain normal et tumoral au microscope éléctronique. 2. Ágoston János dr., Rechnitz Kurt dr. (I. Női Klin., Bpest):

Nyújthat-e segítséget az elektronmikroszkóp a méhnyakrák korai kórismézéséhez. 3. Szodoray Lajos dr. (Bőrklinika, Debrecen): Melanocyták szerepe egyes bőrdaganatokban. 4. Barla-Szabó László dr. (Uzsoki u. Kórház, Bpest): A melanoblastomás praeblastomatosisok értelmezése a melanocyták genesise tükrében. 5. Szalay Elemér dr. (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Bpest): A naevus pigmentosusra vonatkozó újabb megállapítások. 6. Farkas Károly dr., Fülöp József dr., Simon Lajos dr. (Orsz. Rheuma és Fürdőügyi Int., Bpest): Kiterjedt osteolysissel járó csontdaganat. 7. Beregi Edith dr., Jankovits Rezső dr., Brasch Zoltán dr., Simon János dr. (Semmelweis-kórház, Bpest): Adatok a rosszindulatú pajzsmirigydaganatok pathologiájához. 8. Vámos Imre dr. (Szájsebészeti Klinika, Budapest): Állcsontok ameloblastomái. 9. Arlette Masset dr. (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Int., Bpest): Multiplex veseadenomákról. 10. Bajtai Attila dr., Kendrey Gábor dr. (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Bpest): A myeloma multiplex pathomorphologiája. 11. Nagy László dr., Thurzó Rezső dr., Pintér József dr. (II. Kórbonctani Intézet; Csepeli Kórház; Urológiai Klinika, Bpest): Adatok a seminomák pathológiájához. 12. Frankl József dr., Vázsonyi Zsuzsanna dr. (Megyei Kórház, Kaposvár): A lupusrák (carcinoma in lupo). 13. Temes Judith dr. (Orsz. Idegsebészeti Tudományos Int., Bpest): Az astrocytoma-csoportba tartozó tumorok szöveti képének elemzése prognostikai szempontból. 14. Jegesi Leontin dr., Gorácz Gyula dr. (Igazságügyi Orvostani Int.; II. Kórbonctani Int., Budapest): A primaer agyi melanoma esete.

1961. május 19. (péntek) délelőtt 9 órakor (Semmelweis-terem). A) Sectio. *Gyomor-symposium.* Elnök: Prochnow Ferenc dr. I. *Bevezető.* II. *Statisztika.* 1. Szabolcs Zoltán dr. (Megyei Kórház, Szombathely): A Vas megyei gyomorrák-statisztika. III. *Praeblastomás állapotok.* 1. Farkas István dr., Dubecz Sándor dr., Kántor Elemér dr. (II. Sebészeti Klinika, Bpest): Gyomorneurinoma és rák. 2. Juhász Jenő dr. (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest): Gyomorfekély és rák. 3. Mincsev Mihály dr., P. Németh Éva dr., Vajda Dezső dr. (III. Sebészeti Klinika, Bpest): A gyomorcsonk rákjáról. 4. Szécsény Andor dr., Szilágyi János dr. (III. Sebészeti Klinika, Bpest): Gyomorpolypus és rák. IV. *Diagnosztika.* 1. Arató Károly dr., Hajdu Imre dr., Kuti Gyula dr., Liszka György dr. (János-kórház, Bpest): Adatok a gyomorrák röntgendiagnosztikájához. 2. Fogel Mária dr., Vajda Dezső dr., Siklósi István dr. (III. Sebészeti Klinika, Bpest): A parietographiáról. 3. Fóti Mihály dr. (Gyáli úti Kórház, Bpest): A kettős kontraszt spray röntgenvizsgálatokról. 4. Megay László dr. (Péterffy Sándor u. Kórház, Bpest): Az atypusos gyomorrák röntgendiagnosztikájáról. 5. Vargha Gyula dr. (Megyei Kórház, Szombathely): Az operált gyomor rákjának röntgendiagnosztikája. 6. Benkő György dr. (I. Belklinika, Pécs): Gastroskopia (gyomorfekély és fekélyes gyomorrák). 7. Medgyes Árpád dr. (Orsz. Onkológiai Int., Budapest): Gastroskopia (praecarcinoma és kezdődő gyomorrák. 8. Fehér Mihály dr. (János-kórház, Budapest): Laparoskopiás tapasztalatok. 9. Benyó Imre dr., Görgő Pál dr., Vajda Dezső dr. (III. Sebészeti Klinika, Bpest): A tápcsatorna többszörös daganatairól. 10. Szabolcs Zoltán dr .(Megyei Kórház, Szombathely): A gyomorrák osztályozása. V. *Therapia és eredmények.* 1. Péterffy Pál dr., Kerekes Sándor dr. (Sebészeti Klinika, Marosvásárhely): A műtéti előkészítés jelentőségéről. 2. Póka László dr., Pap Gyula dr. (I. Sebészeti Klinika, Pécs): A gyomorrák sebészi kezelésének időszerű kérdései. 3. Dr. Borislav Krestev, Dr. St. Kirov (The Cancer Research Institute, Sofia, Bulgária): On combined resections of carcinoma of the stomach. 4. Kun Miklós dr. (III. Sebészeti Klinika, Budapest): Az oesophago-duodenostomia technikájának módosítása 5. Hüttl Tivadar dr., Szabadkai Ferenc dr. (I. Sebészeti Klin., Bpest): Tízéves gyomorrák anyagunk analysise. 6. Megyesi Zoltán dr., Dubecz Sándor dr., Bárdosi Zoltán dr. (II. Sebészeti Klinika, Budapest): Összefüggés az anamnézis a radikalitás és a túlélés között. 7. Pataky Zsigmond dr., Nagy László dr., Tóth Gábor dr., Valent Károly dr. (I. Sebészeti Klin., Bpest): Tapasztalataink a gyomorrákos betegek kezelésében. 8. Szabolcs Zoltán dr. (Megyei Kórház, Szombathely): Száz teljes gyomorkiirtás tapasztalatairól. 9. Karády György dr., Németh Éva dr., Rubányi Pál dr., Székely János dr. (III. Sebészeti Klinika, Bpest): A kombinált kezelés (műtét és chemotherapia) tapasztalatairól. VI. *Összefoglalás.*

1961. május 19 (péntek) délelőtt 9 órakor (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet). B) Sectio. *Kísérletes onkológia.* Üléselnök: Korpássy Béla dr. egyetemi tanár. 1. Melczer Miklós dr. Hamar Matild dr. (Bőrklinika, Pécs): Adatok a daganatok keletkezésének kétszakaszos elméletéhez. 2. Lajos László dr., Görcs Jenő dr., Csaba Imre dr., Domány Sándor dr. (Szülészeti Klinika, Pécs): Átültetett trophoblast pathologiás burjánzása. 3. Kellner Béla dr., Németh László dr. (Onkopathologiai Kutató Intézet, Bpest): A haemoblastosisok pathogenesisére irányuló vizsgálatok egy beltenyésztett egértörzsön. 4. Kelemen Endre dr., Lehoczky Dezső dr., Rák Kálmán dr., Doktor Frigyes dr. (Orvostovábbképző Int., Bpest): A vérsavó granulocytosist keltő sajátsága myeloproliferatív folyamatokban. 5. Kövi József dr., Németh György dr. (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Int., Bpest): Az Amytal-ascitessarkoma és a tetraploid Ehrlich-ascites tumor összehasonlító chromosoma vizsgálata. 7. Jeney András dr., Hernádi Ferenc dr., Jekel Ernesztina, Vályi Nagy Tibor dr. (Gyógyszertani Intézet, Debrecen): Ehrlich-ascites tumor fejlődése hiányos diétán tartott egereken. 7. Masszi Ferenc dr., Till Gabriella dr. (Semmelweis Kórház, Bpest): Praecarcinomás állapot előidézésének kísérlete gyomorban ammoniumchlorid és cortison segítségével. 8. Nagy István dr., Putnoky Gyula dr., Csáky György dr. (XIII. ker. Szakorvosi Rendelő, Bpest): A serum-properdin koncentrációjának jelentősége emberi és állati daganatoknál. 9. Cseh György dr., Kovácsné Szabó Ilona dr. (Gyógyszeripari Kutató Intézet, Bpest): Vizsgálatok a daganatsejtek properdinkötésére vonatkozóan. 10. Csáky György dr., Nagy István dr. (János-kórház; XIII. ker. Szakorvosi Rendelő, Bpest): Kísérletes vizsgálatok zymosannal daganatok irradiatiós kezelésénél fellépő sugársérülések kivédésére.

1961. május 19. (péntek) délután 3 órakor (II. Szemészeti Klinika). A) Sectio. *Klinikai onkológia.* Üléselnök: Zoltán Imre dr. egyetemi tanár. 1. Lehoczky Győző dr. (Országos Onkológiai Intézet, Bpest): Curabilitás-incurabilitás kérdése az onko-gynekologiában. 2. Szendi Balázs dr., Lakatos István dr. (Megyei Kórház, Gyula): 150 méhtestrák, különös tekintettel therapiájára és az 5 éves túlélésre. 3. Szabó Emil dr., Kummerlender Lajos dr., Görcs Jenő dr. (Baranya Megyei Onkológiai Gondozó, Pécs): A hüvely állapota korai méhnyakrák miatt végzett hüvelyi méhkiirtások után. 4. Nemes János dr., Farkas András dr., Haraszti Károly dr. (Járási Tanács Kórháza, Pásztó): A méhnyakrákok korai kórismézésével elért eredményeink. 5. Uray Gyula dr., Takáts László dr., Lehoczky Győző dr. (Orsz. Onkológiai Int., Bpest): Inoperabilis hasi tumorok. 6. Ruzicska Gyula dr., Berta István dr. (Női Klinika, Debrecen): Collumcarcinoma praeoperatív rádium kezelésének tapaszta-

latai. 7. Berta István dr., Patkó József (Női Klinika; Alkalmazott Fizikai Intézet, Debrecen): A méhnyakrák gammasugár kezelésével járó hólyag és rectum sugárterhelés mérése kémiai módszerekkel. 8. Csömör Sándor dr., Cserveny Antal dr., Treit Sándor dr., Varjas Ferenc dr. (I. Női Klinika, Bpest): A méhcsonkrák kérdése. 9. Lust Iván dr. (Orvostovábbképző Intézet, Bpest): A jód negatív hám jelentősége a portión. 10. Sulyok István dr. (XX. ker. Onkológiai Gondozó, Bpest): Portio elváltozások kolposzkópos, cytológiai és szövettani vizsgálata. 11. Töttösy Béla dr., Bartsch Aurél dr., Lehoczky Győző dr. (Orsz. Onkológiai Int., Bpest): Rehabilitációs portio plastikus műtétek késői következményei. 12. Jenő Andor dr., Gorácz Gyula dr. (IX. ker. Onkológiai Gondozó, Bpest): A hüvelykenet szerepe rákszűréstől a therapiáig.

1961. május 19. (péntek) délután 3 órakor (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet). B) Sectio. *Chemotherapia.* Üléselnök: Sellei Camillo dr. főorvos. 1. Dr. J. Bichel (Institutet for Almindelig Patologi Aarhus Universitet, Denmark): Treatment of leukemia with radioprotective substances in combination with chemotherapy. 2. Vargha László dr., Horváth Tibor dr. (Gyógyszeripari Kutató Intézet, Bpest): Új cytostaticus hatású cukorszármazékok. 3. Kendrey Gábor dr., Baló József dr., Juhász Jenő dr., Gyenes Géza dr., Sellyei Mihály dr. (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest): Újabb cytostaticus hatású anyagok kísérletes vizsgálata. 4. Csányi Endre dr., Horváth Dezsőné, Institoris László, Vargha László dr. (Chinoin Gyógyszergyár, Gyógyszeripari Kutató Intézet, Bpest): Halogén mannit származékok cytostaticus hatásai. 5. Németh László dr., Kellner Béla dr. (Onkopathologiai Kutató Intézet, Bpest): Chemotherapiás kísérletek egy új ascites lymphomával. 6. Kemény Tibor dr., Schnell Mária dr. (Kórélettani Intézet, Bpest): Kombinált antimetabolit kezelés hatása az Ehrlich-ascites carcinoma fejlődésére. 7. Karády György dr., P. Németh Éva dr., Székely János dr., Rubányi Pál dr. (III. Sebészeti Klinika, Bpest): Különböző carcinomák kombinált (műtéti és chemotherapiás) kezelésének tapasztalatai. 8. Hartai Ferenc dr., Sellei Camillo dr., Eckhardt Sándor dr. (Országos Onkológiai Int., Bpest): Klinikai tapasztalatok Degranol tablettával. 9 Dimitrov-Szokodi Dániel dr., Gyarmathy Jenő dr., Szántó Imre dr. (Balassa János Kórház, Bpest): Degranol (per os és parenteralis) sebészi beavatkozással való egyidejű alkalmazása rosszindulatú daganatoknál. 10. Baranyai Elemér dr., Balogh Ferenc dr. (Urológiai Klinika, Bpest): Cytostaticumok alkalmazása hólyagdaganat kezelésében. 11. Zalay Magda dr., Csalay László, Simon György (Orsz. Onkológiai Intézet; Kórélettani Int., Bpest): Cytostaticumok antiphlogisticus és permeabilitást csökkentő hatásának vizsgálata állatkísérletekben.

1961. május 20. (szombat) délelőtt 9 órakor (Semmelweis-terem). A) Sectio. *Praecancerosis.* Üléselnök: Melczer Miklós dr. egyetemi tanár. 1. Melczer Miklós dr., Görcs Jenő dr., Kiss Gyula dr. (Bőrklinika, Pécs): A méhnyak praeblastomatosisai és a terhesség elektrometriás vizsgálata alapján. 2. Venkei Tibor dr., Bakos László dr. (Orsz. Onkológiai Int., Bpest): Thermodifferentia vizsgálatok gyakorlati jelentősége a bőr malignomáinak korai diagnózisában. 3. Dr. Heinrich Gerhartz (I. Mediz. Klinik der Freien Universität, Berlin, Deutschland): Die klinische Symptomatik der Praehaemoblastosen. 4. Bakács Tibor dr. (Orsz. Közegészségügyi Int., Bpest): A szájüreg leukoplakiai szövettani értékelése a rák preventio szempontjából. 5. Kovács György dr., Fleischmann György dr. (Központi Stomatológiai Int., Bpest): A szájüregi praeblastomatosisokra vonatkozó klinikai és kísérletes vizsgálatok. 6. Gömöri Béla dr. (Fül-orrgége Klinika, Bpest): Vizsgálatok a gége praecancerosisainak kialakulására. 7. Balogh Ferenc dr., Pintér József dr., Csontai Ágoston dr., Tóth Mihály dr. (Urológiai Klinika, Bpest): Papillomák malignisatiójának jelentősége. 8. Daubner Kornél dr. (Orsz. Onkológiai Int., Bpest): A vastagbél polyposisról. 9. Ruzicska Gyula dr. (Női Klinika, Debrecen): Új anyagvételi módszer alkalmazása sorozatos hüvelycytologiai vizsgálatokra. 10. Kádas László dr., Kocsis Sándor dr. (Nyugatdunántúli Területi Onkológiai Intézet, Szombathely): Hüvelykenet cytológiai vizsgálata mammacarcinomás betegeknél. 11. Simon József dr. (István-kórház, Bpest): Szülések és méhűri beavatkozások utáni kolposzkópos controllvizsgálatok jelentősége a méhnyakcarcinomák megelőzésében.

1961. május 20. (szombat) délelőtt 9 órakor (II. Szemészeti Klinika). B) Sectio. *Klinikai onkológia. Sugártherapia.* Üléselnök: Dr. Rodé Iván, az orvostud. doktora. 1. Polyánszky Tibor dr. (Orsz. Onkológiai Intézet, Bpest): Partialis gégeresectio kritikai megbeszélése. 2. Faragó László dr. (Orsz. Onkológiai Int., Bpest): Az elhanyagolódás okai az orr-gége-fülészeti daganatos betegeknél. 3. Vándor Ferenc dr. (Uzsoki utcai Kórház, Bpest): A rádiumtüzdelés helye a modern sugártherapiában. 4. Kárpáti György dr. (Uzsoki utcai Kórház, Bpest): A metastasis képződés szerepe az ajakcarcinoma prognózisában. 5. Kuhn Endre dr. (Uzsoki utcai Kórház, Bpest): Különféle eljárások és azok indikációi a nyelvrák kezelésében. 6. Skaloud Ferenc dr. (Szájsebészeti Klinika, Budapest): Sugárresistens ajakcarcinoma műtéti kezelése. 7. Hegedűs Melinda dr. (Uzsoki utcai Kórház, Bpest): Nyaki dissectio nyelvcarcinománál. 8. Ravasz László dr. (Uzsoki utcai Kórház, Bpest): A maxilladaganatok kezelése. 9. Pátkai György (Uzsoki utcai Kórház, Budapest): Rádiumtüzdelésekkel kapcsolatos sugárvédelmi kérdésekről.

1961. május 20. (szombat) délelőtt 9 órakor (I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet). C) Sectio. *Biochemia és histochemia.* Üléselnök: Kellner Béla dr. egyetemi tanár. 1. Tankó Béla dr., Zsindely Attila dr., Rosdy Béla dr. (Biokémiai Intézet, Debrecen): Nucleinsavak vizsgálata daganatos állatok szerveiben és daganatokban. 2. Dr. Johannes Lindner (Univ. Krankenhaus, Hamburg, Deutschland): Cytologisch-cytochemische und biochemische Untersuchungen über die Hexosaminwirkung auf Yoshida- und Ehrlich-Ascites. 3. Dr. Hubert Ballweg (Institut für experimentelle Krebsforschung der Universität, Heidelberg, Deutschland): Purinderivate von Aminosäueren. 4. Keleti Tamás (Onkopathologiai Kutató Intézet, Bpest): Daganatkemoterapeutikumok hatása izolált enzimekre. 5. L. Hágony Piroska (Onkopathologiai Kutató Intézet, Bpest): Tumor nekrotikus szövetek szabadzsírsav változása. 6. Sugár János dr. (Onkopathologiai Kutató Intézet, Bpest): A daganatsejtek nucleinsav tartalmának polarisatiós optikai és fluorescensmikroszkópos vizsgálata chemotherapiás hatás folyamán. 7. Vekerdi László dr., Sugár János dr. (Onkopathológiai Kutató Intézet, Bpest): Az autolysis hatására bekövetkező nucleinsav változások ascites-lymphoma sejtekben. 8. Pályi István (Onkopathológiai Kutató Intézet, Bpest): Összehasonlító aminosav és purinanyagcsere vizsgálatok normál- és daganatsejt-kulturákban. 9. Gáti Éva dr. (Onkopathológiai Kutató Int., Bpest): Chemotherapeuticumra resistens daganatsejtek enzym-histochemiája. 10. Szendrői Zoltán dr., Pósalaky Zoltán dr. (Urológiai Klinika; Szövettani Intézet, Budapest): A prostata rákszövet enzymeinek vizsgálata. 11. Tószegi Anna dr., Horváth Éva dr., Korpássy Béla dr. (Kórbonctani Intézet, Szeged): Enzymhistochemiai és mitochondrialis eltéré-

sek kísérletesen praeneoplasiássá tett májban. 12. Horváth Éva dr., Tószegi Anna dr., Korpássy Béla dr. (Kórbonctani Intézet, Szeged): Vasanyagcserezavar jelei kísérletes hepatocarcinogenesis során. 13. Schmidt Márta dr.: (Országos Onkológiai Intézet, Bpest): Serum phosphatase értékek változása daganatos betegek kezelése folyamán.

*

MEGHÍVÓ

A Magyar Gyermekorvosok Társasága (az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet Gyermekgyógyász Szakcsoportja) *1961. április 27-én* egésznapos *ülésnapot* rendez. Tárgysorozat: délelőtt 9 órakor: 1. Dániel Ferenc (Madarász utcai csecsemő- és gyermekkórház, gyermeksebészeti osztálya): A gyermekkori mellkasi kerekárnyékok sebészi szemlélete (15 p). 2. Papp, Haraszti, Stipula (debreceni gyermekklinika): Morbillis gyermekek korai nyirokcsomó elváltozása (15 perc). 3. Pintér Gizella és Ivády Gyula (szegedi gyermekklinika): Bronchitis spastica Hygroton-kezelése (15 perc). 4. Boda Domokos és Murányi László (Fővárosi Lászlókórház): A súlyos pneumoniás légzészavar respirációs therapiája (20 p). — Szünet. — Délelőtt 11 órakor: 5. Frank Kálmán (szombathelyi kórház, gyermekosztály): A Leiner-kór haematológiai vonatkozásai (20 perc). 6. Kalmár Zsuzsa (Schöpf-Merei kórház): Mongolizmus és kongenitalis leukaemia összefüggéseinek kérdése egy eset kapcsán (10 perc). 7. Szabó Lajos, Kovács Zoltán és B. Ébrey Piroska (szegedi gyermekklinika): A kongenitalis bilirubin-anyagcserezavarokról két különleges esetünk kapcsán (20 perc). 8. Koltay Miklós és B. Ébrey Piroska (szegedi gyermekklinika): Hypogammaglobulinaemia gyakorisága és gyermekgyógyászati jelentősége (15 p). Délután 3 órakor: 9. Rosta János és Zelenka Lajos (budapesti I. sz. Gyermekklinika és szegedi szülészeti klinika): Beszámoló a Centre Internationale de l'Enfance „Problémes perinataux" c. 1960. évi párizsi nemzetközi tanfolyamáról (20 perc). 10. Velkey László (miskolci megyei kórház, gyermekosztály): A járási konziliárius gyermekszakorvosi munkáról (15 p). 11. Varga Ferenc és Mess Béla (pécsi gyermekklinika): Thyreotrop hormon viselkedése a csecsemőkori sorvadásban (20 p). 12. Chemez Rózsa és Gergely Károly (Schöpf-Merei kórház): Appendicitis operált esete koraújszülöttnél (10 p). 13. Kneiszl Ferenc (Schöpf-Merei kórház): Adatok a koraszülöttek gyomorrepedésének aetiológiájához (15 p). — Szünet. — Délután 5 órakor: 14. Galambos Márton és Nyerges Gábor (László-kórház): Folyadék- és elektrolit egyensúlyzavar acut tubuláris necrosisban (15 perc). 15. Csirbesz Zsuzsánna (Heim Pál kórház): Nephrosis therapia eredményei (20 p). 16. Kassai Péter és Kende Éva (Madarász utcai kórház és budapesti KÖJÁLL): Staphylococcus phagtipizálási vizsgálatok kórházi csecsemőosztályon (20 p). 17. Tomka Mária (Schöpf-Merei kórház): Hernia diaphragmatica operált esete (10 perc). *Az ülések helye: Semmelweis-terem, Budapest VIII., Szentkirályi utca 21.* Kérjük munkatársaival együtt való megjelenését.

A Társaság Vezetősége.

*

A Magyar Hygienikusok Társasága, mint az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének Egészségtudományi Szakcsoportja, 1961. évi április hó 28-án, pénteken délelőtt 9 órai kezdettel a Szakszervezet Weil Emil-termében plenáris ülés keretében tudományos szakülést tart. Üléselnök: Bakács Tibor. Tárgysorozat: 1. Szita József: Dezinficiensek laboratóriumi ellenőrzése. 2. Farkas Elek: Adatok a hazai fertőtlenítőszerek vírusellenes hatásáról. 3. Kapos Vilmos: A fertőtlenítés kérdése külföldi államokban és újabb adatok a fővárosi fertőtlenítési gyakorlatról. 4. Felkért hozzászólók: Kneffel Pál és Makara György. 5. Vita. — Az érdeklődőket ezúton is meghívja a *Vezetőség.*

*

A Belgyógyász Szakcsoport Gastroenterológiai Szekciója és a Parádfürdői Állami Gyógyfürdőkórház 1961. évi

GASTROENTEROLÓGIAI GYŰLÉSÉT

1961. május 3-tól 6-ig rendezi az Állami Gyógyfürdőkórházban

Parádfürdőn

Részletes program:

Május 3. Érkezés Parádfürdőre 9.40-kor autóbuszon (indul: Budapest, Engels térről a menetrendszerű járat 6.30-kor). Ebéd 14 órától 15 óráig, vacsora 20 órától 21 óráig és folytatólag ismerkedési est.

Május 4. 8.30-tól 9 óráig reggeli. 9-től 14 óráig *tudományos előadások.* Megnyitás és a vendégek üdvözlése. Referáló előadások. Fő téma: A vékonybél betegségei. Referálók: kórélettan: Kertai Pál (OKI, Budapest); belgyógyászat: Szemző György (Korányi Kórház, Bpest); sebészet: Petri Gábor (I. Sebészeti klinika, Szeged); röntgenológia: Zsebők Zoltán (I. Sebészeti klinika, Bpest). Hozzászólások. Vita. Ebéd: 14-től 15 óráig. — 15.30-tól 19 óráig a referátumokhoz csatlakozó előadások: Liszka Gy., Székely Á. (János-kórház, Bpest): A vékonybelek fejlődési rendellenességeinek röntgendiagnózisa. Mészáros Gy., Sztankay Cs. (I. Sebészeti Klinika, Bpest): Adatok a vékonybél rosszindulatú daganatainak korai felismeréséhez. Csernai L., Jung I., Szarvas F., Varró V. (I. Belklinika, Szeged): Kísérletes adatok a vékonybélfelszívódás és a bélkeringés összefüggéséhez. Varró V., Csernay L., Jung I., Szarvas F. (I. Belklinika, Szeged): A vékonybélkeringés változásának hatása a nyálkahártya anyagcseréjére és felszívóképességére. Incze F., Karácsonyi S. (I. Sebészeti Klinika, Bpest): A magas vékonybélileus korai felismerésének lehetősége. Herczeg T., Domány J., Rutkai P. (Orvostovábbképző Intézet, Bpest): Mesenteriális arteriális érelzáródás. Molnár B. E. (Szövetség utcai Kórház, Bpest): A hányás jelentősége heveny bélelzáródásban. Lukács Sz., Prónay G. (Megyei Kórház, Miskolc): A kiterjedt vékonybélresectio következményei és prognosisa. Vécsey A. (Orvostovábbképző Int., Bpest): Adatok a Crohn-féle megbetegedés pathológiájához. Binder L. (László Kórház, Bpest): Salmonellosisok szerepe a vékonybél heveny és félheveny gyulladásos megbetegedéseiben. Preisich P., Ádám Gy., Kelemen V., Wittman I. (Balassa János Kórház, Bpest; Élettani Int., Bpest): Az agyi elektromos aktivitás változása a vékonybél mechanikus ingerlésére emberen. Földvári I. P., Czeizel E. (OKI, Bpest): Az organon subcommissurale hatása a vékonybélből történő víz- és elektrolit-felszívódásra. — 20-tól 21 óráig vacsora.

Május 5. 8.30-tól 9 óráig reggeli. 9-től 14 óráig *tudományos előadások.* Hetényi Géza emlékelőadás. Varró Vince (I. Belklin., Szeged): A gyomorszekréció változásainak klinikai jelentősége. Demling L. (Med. Klinik, Erlangen): Durchblutungsmessungen an den Verdauungsorganen. Cheli R., Celle G., Dodero M. (Ist. di Pat. Spec. Med. e Metodol. Clin., Genova): Données biopsiques sur l'histopathologie du grêle. Cheli R., Dodero M., Celle G., Orlando G. (Ist. di Pat. Spec. Med. e Metodol. Clin., Genova): Confrontations anatomo-secretoires de l'estomac à l'aide de 1200 biopsies. Rubányi P. (III. Sebészeti Klin., Bpest): Hiatus herniák gyakorlati jelentősége. Stössel H. U. (Bern): Die Bedeutung der Parietographie als röntgenologische Sicherheitsunterschung des Magens. — Külföldi résztvevők előre be nem jelentett előadásai. — Ebéd 14-től 15 óráig. — 16 órától Kerek-

asztal-konferencia: A májcirrhosis gyógyításának kérdései. A megbeszélés vezetője Magyar Imre (Orvostovábbképző Intézet, Budapest). Résztvevők: Kisfaludy S. (I. Belklinika, Bpest), Korányi Gy. (Orvostovábbképző Int., Bpest), Pronay G. (Megyei Kórház, Miskolc), Rigó J. (Kórélettani Int., Bpest), Szécsény A. (III. Sebészeti Klinika, Bpest). — 20-tól 21 óráig vacsora. Közös műsor.

Május 6. 8.30-tól 9 óráig reggeli. 9-től 14 óráig *tudományos előadások.* Szabadon választott gastroenterológiai előadások. Csillag E. (Állami Gyógyfürdőkórház, Parádfürdő): 3 év therapiás tapasztalatai az ulcusbetegségben. Wittman I.. Preisich P. (Balassa János Kórház, Bpest): Colitis ulcerosa Salazopyrin-kezelése. Csengődy J., Stefanics J., Kudász F. (II. Sebészeti Klin., Bpest): Strumektomiát követő pankreas-zsírnekrosis. Fogel M., Somogyi Zs., Vajda D. (III. Sebészeti Klinika Röntgenintézete, Bpest): Adatok az ileocoecális tájék röntgendiagnosztikájához. Barna L., Deák J. (Orvostovábbképző Int., Bpest): Brunner-mirigyek hyperplasiája. Bíró L., Bányász T., B. Kovács M., Bajor M. (Péterffy S. utcai Kórház, Bpest): Phenylaethylbiguanid hatása a cukorfelszívódásra. Csalay L., Frenkl R., Hegyváry Cs. (Kórélettani Intézet, Bpest): Vizsgálatok neurogen tényezők ulcuskeltő hatásának mechanizmusára. Gelencsér F., Palik I., Labant M. (Kórélettani Intézet, Bpest): Az intraduodenálisan beadott olivaolaj gátló hatása a Shay-ulcus kifejlődésére patkányban. Selmeci L., Romics L. (Kórélettani Int., Bpest): A mellékvese szerepe a Shay-ulcus kifejlődésében. Hegyváry Cs., Csalai L. (Kórélettani Int., Bpest): Vizsgálatok az anaphylaktoid ulcus mechanizmusára vonatkozóan. Zalay M., Csalay L. (Kórélettani Int., Bpest): Cytostatikus kezelés hatása a sósavsecretióra állatkísérletekben. Gáti T., Svatos A., Plessier J. (Kórélettani Int., Bpest; Hôpital St. Antoine, Paris; Biochem. Kutatóintézet, Prága): Sorbitol és glukose Shay-ulcust befolyásoló hatása. Márton I., Magyar I. (Orvostovábbképző Intézet, Bpest): Többszörös bromsulfalein-terhelés. Richter R., Magyar I., Vécsei A., Bán I. (Orvostovábbképző Int., Bpest): Vizes májkivonat és májhydrolysatum hatása patkányok akut és krónikus széntetrachloridmérgezésében. Korányi Gy., Doctor F. (Orvostovábbképző Int., Bpest): Bromsulfalein vizsgálatok gyermekkori hepatitis epidemicában. Keleti B., Pintér Z., Válfi F. (Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálata, Bpest): Adatok a hepatitis epidemica prognosisához (500 beteg utánvizsgálata 5—9 évvel a betegség után). Medgyes Á. (Orsz. Onkológiai Intézet. Bpest): Idült májbetegségek morfológiai elváltozásai. Várkonyi S (MÁV Kórház, Bpest): Klinikai, laboratóriumi és biopsiás vizsgálatok posthepatitises állapotokban. A fő témához csatlakozó és szabadon választott tárgyú előadások időtartama 10 perc. Hozzászólás maximális időtartama 3 perc. — Ebél 14-től 15 óráig. 16.40-kor indulás a menetrendszerű autóbuszon (érkezés Budapest Engels térre 20 órakor). Részvételi díj 360.— Ft. Az ellátás kezdődik május 3-án ebéddel és végződik május 6-án ebéddel. A fenti részvételi díjban nincs benne az utazási költség. Jelentkezés a meghívóhoz mellékelt válaszlapon történik. A korlátozott elhelyezésre való tekintettel, kérjük a jelentkezési határidő pontos betartását különösen, ha családtag elhelyezését is igénylik. Gyermekek elhelyezését nem vállaljuk. A résztvevők 1961. május 3-án (szerdán) délelőtt érkeznek Parádfürdőre. A fogadás és részletes program átvétele a Gyógyintézet gazdasági hivatalában történik.

PÁLYÁZATI *hirdetmények*

Budapest Főváros Tanácsa Végrehajtó Bizottságának XII. Egészségügyi Osztálya. (1141)

Pályázatot hirdetek a László kórház II. számú gyermek-fertőző osztályán megüresedett E. 108. kulcsszámú **osztályvezető főorvosi** állásra. Az állás elnyeréséhez gyermek- vagy fertőző szakorvosi képesítés, a heveny fertőző betegségek gyógykezelésében való több éves gyakorlati tevékenység, valamint az e szakmába vágó tudományos munkásság igazolása szükséges. A születési adatokat és családi körülményeket feltüntető kérelemhez csatolni kell az orvosi oklevelet, az Orvosok Országos Nyilvántartása«-ába történt felvételt tanusító igazolást, a megkívánt szakképesítést igazoló bizonyítványt, az eddigi tudományos munkásságra vonatkozó iratokat, újkeletű erkölcsi bizonyítványt, a pályázó közszolgálatra való alkalmasságát tanusító újkeletű hatósági orvosi bizonyítványt, valamint részletes önéletrajzot. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet az Orvosi Hetilapban történt közzétételtől számított 15 napon belül a Budapest Főváros Tanácsa VB. Egészségügyi Osztályánál (V., Városház u. 9—11. I. em. 610.) kell benyújtani. Közszolgálatban álló orvosok pályázatukat alkalmazó hatóságuk útján adják be.

Fónay Sándor dr.
fővárosi vezető főorvos h.

(1142)

Pályázatot hirdetek a görgetegi (Somogy megye, nagyatádi járás), nyugdíjazás következtében megüresedett **körzeti orvosi állásra.** Az E. 182. kulcsszámú, 1800,— Ft alapfizetéssel, 100.— Ft pótlékkal és 518,— Ft utiátalánnyal. A községhez vele egybeépült Kuntelep, valamint a 4 km-re levő Rinyaszentkirály tartozik. Azonnal beköltözhető, korszerű orvoslakás. Az önéletrajzzal felszerelt pályázati kérvényt a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kell beadni a Nagyatádi Járási Tanács VB. Egészségügyi Csoportjához.

Herepey Iván dr.
járási főorvos

Szabolcs-Szatmár Megyei Tanács Csont-Izület, TBC Gyógyintézete Nyírbéltek. (1140)

Pályázatot hirdetek egy fő E. 215. kulcsszámú **műtőasszisztensi** állásra. Pályázhatnak az előírt okmányok benyújtása mellett, műtőasszisztensi képesítéssel rendelkezők. Pályázati kérvényeket a hirdetmény közzétételétől számított 15 napon belül hozzánk kell benyújtani. Férőhely biztosítva.

Lelik Ferenc dr.
megbizott ig. főorvos

(1139)

A Zala Megyei KÖJÁL pályázatot hirdet egy E. 503. kulcsszámú **mérnöki** állásra. Amennyiben a jelentkezőnek legalább 5 éves mérnöki gyakorlata lenne, úgy az állást legkésőbb 1962. január 1-ével E. 500. kulcsszámú főmérnöki állásra szervezzük át. Az állásra 1961. április 15-ig lehet jelentkezni, a KÖJÁL igazgatójánál, Zalaegerszeg, Sénig Ferenc u. 2.

Az ózdi Járási Tanács VB. Egészségügyi Csoportja pályázatot hirdet a felügyelete alatt álló Bőr- és Nemibeteggondozó Intézetben **helyettesi** minőségben, ideiglenes jelleggel bíró, E. 124. kulcsszámú intézeti vezető **szakfőorvosi** állásra. A helyettesítés időtartama 1 év. Az állás ellátását csak bőr- és nemigyógyász szakorvos vállalhatja. Illetmény: havi 2590,— Ft törzsilletmény. Elsősorban olyan fiatal szakorvosok pályázhatnak, akik ideiglenes jelleggel a szakmában kívánnak gyakorlatot szerezni. Lakásról a Bőr- és Nemibeteggondozó Intézet vezető szakfőorvosa gondoskodik.

A szokásosan előírt okmányokkal felszerelt kérelmeket az ózdi járási tanács egészségügyi csoportjához kell benyújtani, a jelen hirdetmény közzétételétől számított 15 napon belül.

Adriányi Antal dr.
járási főorvos

Felelős kiadó: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. — Megjelent 11 200 példányban.
Kiadóhivatal: Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Budapest V., Beloiannisz u. 8. — Telefon: 122—650.
MNB egyszámlaszám: 69.915,272—46.
61 1316 Athenaeum Nyomda, Budapest (F. v. Soproni Béla)
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Előfizetési díj ¼ évre 45,— Ft. Csekkszámlaszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás a MNB 8. sz. folyószámlájára).
Szerkesztőség: Budapest V., Nádor u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765.

ELŐADÁSOK ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1961. április 25. kedd	István kórház. IX. Nagyvárad tér 1.	délután 1 óra	*A Kórház orvosainak tudományos köre*	Traumatológiai előadások. *Klimkó Dezső dr.:* A traumatológia jelentősége napjainkban. *Juhász István dr.:* Traumás shock és resuscitatio kérdése. *Juhász István dr.:* Koponyasérülések korszerű ellátása. *Zettner Sebő dr.:* Thoracoabdominalis sérülések. *Ádám Marcell dr.:* Patella fracturák.
1961. április 25. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem. IX. Gyáli út 2—6. Á-ép.	délután 2 óra	*Az Intézet tudományos dolgozói*	1. *Szita József dr., Czéh Katalin dr., Bognár Szilárd dr.:* Baktériumok vérből való kitenyésztésének újabb módszere. 2. *Milch Hedda dr. és Deák Zsuzsanna dr.:* E. coli dyspepsiae kórházi fertőzések vizsgálata fágtípusmeghatározás segítségével.
1961. április 25. kedd	Szakorvosi Rendelőintézet. IX. Mester u. 45.	délután 8 óra	*A Rendelőintézet Pavlov Köre*	*Kelemen Endre dr.:* Az orvosi gyakorlat igazságügyi orvostani vonatkozásai.
1961. április 26. szerda	Semmelweis-terem. VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 7 óra	*A Belgyógyász Szakcsoport*	Tudományos ülés. Bemutatások. *Erki István dr., Tényi Mária dr.:* Acut nephritis kapcsán észlelt másodlagos pellagra. *Koller László dr., Kusztos Dénes dr.:* Cerebrovascularis insultus okozta antidiabetikus effectus. *Kerekes Ernő dr., Zulik Róbert dr., Füzi Miklós dr., Csóka Rózsa dr.:* Weil-betegség előfordulása laboratóriumi állatgondozókon. Előadás. *Varró V. dr., Csernai L. dr., Szarvas F. dr., Jung I. dr.:* A colitis ulcerosa klinikumának néhány actualis kérdése.
1961. április 27. csütörtök	Weil-terem. V. Nádor u. 32.	délután 2 óra	*Az Iskolaorvosi Szakcsoport*	Endokrinológiai problémák az iskolákban (Symposion). Előadók: *Mentusznė Viola Ilona dr., Várgedő Aladár dr., Barta Lajos dr.*
1961. április 27. csütörtök	Margit kórház. III. Bécsi út 132.	délután 2 óra	*A Kórház tudományos köre*	*Láng Edit dr., Sávely Caesár dr.* és *Lőrincz László dr.:* Tapasztalataink Chloricid injekcióval.
1961. április 27. csütörtök	*Debrecen.* I. Belklinika, tanterem	délután ½6 óra	*A Debreceni Orvostudományi Egyetem*	Előadások. 1. *Tóth Lajos:* Új eljárás a stalagmometriás mérések pontosságának növelésére. (15') 2. *Szentpétery József dr.:* Meniscopathia. (20') 3. *Furka István dr.:* Ureter varratok összehasonlító vizsgálata. (20')
1961. április 27. csütörtök	I. Sebészeti Klinika VIII. Üllői út 78.	délután 6 óra	*A Sebész Szakcsoport*	Bemutatások. *Horányi János, Megyesi Zoltán:* Az ondózsinór börtömlője. (Cysta epidermoidalis funiculi spermatici.) *Horányi János, Nagy Tivadar:* A patkóbél elzáródása epehólyag eltávolítása után. Előadások. *Papolczy Antal, Kozma Andor:* Az empyemák sebészi kezelése. *Vajda Dezső, Nagy Ernő:* Gyomorresectio után fellépő korai ürülési zavarok.
1961. április 27. csütörtök	OTSI, kultúrterem. XII. Alkotás u. 48.	délután 7 óra	*A Sportorvos Szakcsoport*	*Csinády Jenő dr.:* Módosított „Bourdon" vizsgálatok a testnevelés fiziológiai kutatásában.
1961. április 27. csütörtök	Orvostörténeti Könyvtár. II. Török u. 12.	délután 8 óra	*Az Orvostörténeti Könyvtár és az Orvos-Gyógyszerésztörténeti Szakcsoport*	*Berndorfer Alfréd dr.:* Veleszületett rendellenességek patogenezise történelmi szemléletben.
1961. április 28. péntek	Fővárosi Közegészségügyi Járványügyi Állomás. XIII. Váci út 174.	délután 2 óra	*Az Állomás Tudományos Bizottsága*	*Török Piroska dr.:* Vízvezetéki vizek biológiai vizsgálata.
1961. április 28. péntek	Országos Ideg- és Elmegyógyintézet, tanácsterem. II. Vörös Hadsereg útja 116.	délután ½3 óra	*Az Intézet orvosi kara*	*Csaba József dr.:* Gümőkóros elmebetegek osztályának 10 éves működése. (1961. III. 31-ről elmaradt előadás.)
1961. április 28. péntek	Heim Pál Gyermekkórház, könyvtárterem. VIII. Üllői út 86.	délután ½3 óra	*A Kórház orvosi kara*	1. Bemutatás. 2. *Cirbesz Zsuzsa dr.:* Eredményeink a nephrosis steroid kezelésével. (Előadás.)
1961. április 28. péntek	Magyar Tudományos Akadémia, Felolvasó terem. V. Roosevelt tér 9. I. em.	délután 3 óra	*A MB és az MTA V. Oszt.*	*Kálmán Erzsébet* „Az ionizáló sugarak hatása az állati szövetek nucleoproteidjeinek antigen tulajdonságaira" c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitája. Az értekezés opponensei: *Bozóky László*, a fizikai tudományok kandidátusa és *Kesztyüs Loránd*, az orvostudományok kandidátusa.
1961. április 29. szombat	II. Szemészeti Klinika. VIII. Mária u. 39.	délelőtt 9 óra	*Az Orvostovábbképző Intézet és az Orsz. Onkológiai Intézet*	*Kellner Béla dr.:* A belső secretió szerepe a kísérletes carcinogenesisben. *Lajos László dr.:* Az oestrogenek és nőgyógyászati daganatok. *Holló István dr.:* Az endocrin szervek daganatairól.
1961. április 29. szombat	Szövettani Intézet, tanterem. IX. Tűzoltó u. 58.	délelőtt ½10 óra	*A Szövettani Intézet, a BOE Szövettani Intézete és a KOKI Morfológiai Osztálya*	*Csaba György dr.:* A szövetimmunitás aktuális kérdései. (Összefoglaló referátum.)
1961. április 29. szombat	Semmelweis-terem. VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 8 óra	*A Radiológus Szakcsoport*	1. *Molnár Géza dr.* és *Vajda Dezső dr.:* A duodenum-tumorok röntgendiagnosztikája. 2. *Nagy János* (Orvos-Fizikai Intézet): Az izotóp-medicina útjai.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. * DARABOS PÁL DR. * FISCHER ANTAL DR. * HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR. * SÓS JÓZSEF DR. * SZÁNTÓ GYÖRGY DR.
Felelős szerkesztő: TRENCSÉNI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

102. ÉVFOLYAM, 18. SZÁM, ÁPRILIS 30

Manitobai egyetem orvos-fogorvosi kara, Orvosi Kollégium, Winnipeg, Canada

Az akridinorange-fluorescencia-mikroszkópia a rák cytodiagnosztikájában

Irta: Bertalanffy D. Félix dr.

Az exfoliativ cytologia a rákdiagnosztika legegyszerűbb eljárása. A kérdéses váladéknak egyetlen cseppje tárgylemezre kenve és különleges módszerekkel megfestve rendszerint elégséges a kórismézéshez. Amennyiben a cytologiai vizsgálat morphologiailag rosszindulatú sejtek jelenlétét mutatja ki, a kórisme további igazolására biopsiát végeznek. Sajnos, a cytologiai rákdiagnosztika rutinszerű alkalmazását hátráltatja, hogy a cytologiai anyag értékelése tapasztalatot és megfelelő cytologiai ismereteket követel meg. Ahhoz, hogy valaki a morphologiai rákdiagnosztika alapismereteit megszerezze, az egyesztendős tanfolyamot általában nem tartják túl hosszúnak (21). Már a cytologiai kenetek elővizsgálata (prescreening = szűrő jellegű vizsgálata), amely azokat csupán nem gyanús és gyanús esetekre osztja, a sejtmorphologiának meglehetősen jó ismeretét követeli meg. Ezért nehézkes a cytologiai rákdiagnosztikát az általános gyakorlatban rutinszerűen végezni. Nagyobb méretekben ez csupán a kórházakban és a klinikákon hajtható végre. Ezek az intézmények azonban szükséges számú cytologiailag iskolázott személyzet hiányában rendszerint nem képesek az általános gyakorlatban rutinszerű vizsgálatok folyamán felgyűlemlő nagytömegű cytologiai anyagot diagnosztikailag feldolgozni. A rákokozta ijesztően magas halálozási arányszám eredményes csökkentése azonban csak akkor lehetséges, ha a rosszindulatú eseteket még kellő időben sikerül felfedezni, ez pedig elsősorban az általános gyakorlatban történhet meg.

Az itt leírandó akridinorange-fluorescencia-módszerrel lehetne ezt a célt részben elérni. A rákdiagnosztika tisztán morphologiai módszereivel szemben a fluorescencia-módszer tekintetbe veszi a ráksejtek cytokémiai kritériumait is, amelyek különösen a rosszindulatú szövet magasabb nukleinsav tartalmán alapszanak. Ezek a cytokémiai jelek teszik lehetővé, hogy a fluorescencia-módszer már néhánynapos gyakorlat után az elővizsgálatok (prescreening) céljára a rutinszerűen begyűjtött cytologiai anyagon alkalmazható legyen (4). Ehhez csupán a különböző sejttípusok csekély elméleti ismerete szükséges, ezt pedig az exfoliatív cytologiáról szóló rövidre fogott könyv tanulmányozásával is könnyen meg lehet szerezni. A fluorescencia-mikroszkópos elővizsgálatok segítségével a rendelésen már rövid idő után hörgőváladék és köpet 40%-ában, gyomor- és bélnedv 75%-ában, gynaekologiai anyag, vizelet, pleuralis és peritonealis folyadék 95%-ában, vagy akár ennél is nagyobb százalékos arányban mondható negatív vélemény a rutinszerűen készített kenetekről. Az 5—40% gyanús esetet a végleges diagnózis felállítása céljából klinikára vagy gyakorlott cytologushoz küldik tovább. A fluorescencia-mikroszkópos elővizsgálat, amit cytologiailag iskolázatlan orvosok és technikusok is elvégezhetnek, minimális mértékre csökkenti azoknak a cytologiai keneteknek a számát, amelyeket cytologusnak kell megvizsgálni és ezáltal lehetővé válik cytologiai tömegvizsgálatok végrehajtása olyan mértékben, ahogyan az tisztán morphologiai módszerekkel gyakorlatilag kivihetetlen lenne.

A cytodiagnosztikus fluorescencia-módszert *Bertalanffy Lajos* dolgozta ki (9, 10). Részben azon alapszik, hogy az akridinorange (AO)-festék a nukleinsavakat fajlagosan festi meg, amennyiben a desoxyribonukleinsav (DNS) a magban zöld vagy sárgászöld, a ribonukleinsav (RNS) a cytoplazmában és a nucleolusban vörösesbarna, narancsszínű

vagy vörös fluorescenciával villan fel (1, 8, 16, 18). Sejtek RNS nélkül zöld, csekély RNS-tartalommal barna, mérsékelt RNS-tartalommal vörösesbarna, és magas RNS-tartalommal élénknarancs színű vagy tűzvörös cytoplazmát mutatnak (3, 4, 7, 10). Másrészt a fluorescencia módszer azon alapszik, hogy a ráksejtekben az RNS mennyisége jelentősen megnő. Ribonukleinsav közismerten nélkülözhetetlen a sejt fehérjeszintéziséhez. Azok a sejtek, amelyek élénk mitotikus osztódásban vannak, sokkal nagyobb mennyiségű RNS-t tartalmaznak, mint azok, amelyek egyáltalán nem, vagy csak mérsékelt tempóban osztódnak, minthogy a sejtek képzéséhez fokozott fehérjeszintézis szükséges. Így a gyorsan proliferáló ráksejtek az akridinorange-módszerrel narancs színű vagy vörös cytoplazmát mutatnak, míg azoknak a normális sejteknek, amelyektől a rosszindulatú sejtek származnak, rendszerint csupán zöld, barna, vagy vörösesbarna a cytoplazmája. Hangsúlyozni kell azonban, hogy bizonyos körülmények között olykor normális sejtek is fokozódó vörös fluorescenciát mutathatnak. Idült fertőzésekben néha vörösesnarancs színűre festődő makrophagok, légző- és gyomor-bél-hámsejtek fordulhatnak elő (7). Uteruserosiókban, trichomonas és candida fertőzésekben olykor vörös endocervicalis sejtek találhatók (4). Feltehető, hogy ilyen körülmények a sejteket a normálisnál gyorsabb osztódásra serkentik, ezek ezért azután több RNS-t tartalmaznak, és így fokozódó cytoplazmatikus fluorescenciát mutatnak. Legtöbbször ezek az „aktív" sejtek morphologiailag változatlanok és narancsszínű vagy vörös fluorescenciájuk ellenére a cytologiai elővizsgálat folyamán már valamelyes gyakorlattal is mint nem rosszindulatúak kiszűrhetők. Azonban éppen az ilyen „aktív" sejtek alkalomszerű jelenléte az az ok, amiért olyan végleges kórismét, amely ráksejtek jelenlétén nyugszik, soha sem szabad egyedül a cytoplazmatikus fluorescencia alapján felállítani. A pozitív végleges kórisme felállításához tekintetbe kell venni a fluorescencia-gyanús sejtek valamennyi morphologiai tulajdonságát is (4). A cytologiai vonatkozásban tapasztalatlan orvos vagy technikus ne kísérelje meg, hogy végleges pozitív cytologiai kórismét állítson fel.

A cytodiagnosztikus akridinorange-fluorescencia-módszert jelenleg jelentős számú laboratórium és klinika alkalmazza (3, 6, 11—15, 17, 19, 20). A módszer diagnosztikus megbízhatóságát — amennyiben végleges diagnózisok felállítására alkalmazzák — a vizsgált esetek száma igazolja. Szerző előtt kb. 35 000 eset eredményei ismeretesek, azonban ezek valószínűleg a fluorescens-mikroszkópos módszerrel kórismézett eseteknek csupán egy részét teszik ki. A diagnosztikus megbízhatóság példája gyanánt szolgáljon négy egymástól független vizsgálat (4), amelyekben több, mint 8000 nőgyógyászati esetet vizsgáltak meg a fluorescencia- és a Papanicolaou-módszerek segítségével.

A fluorescencia-módszer rendszerint valamivel több gyanús (III. osztálybeli) esetet eredményez. Ez részben arra vezethető vissza, hogy a vörös fluorescencia az atypia morphologiai jeleit jobban

Módszer	osztály		
	I-II	III	IV-V
Fluorescencia	2,759	32	19
Papanicolaou	2,767	24	19
Fluorescencia	1,669	58	23
Papanicolaou	1,689	40	21
Fluorescencia	2,676	11	2
Papanicolaou	2,676	11	2
Fluorescencia	1,139	35	26
Papanicolaou	1,145	29	26

kiemeli. Lehetséges azonban az is, hogy némelyek ez esetek közül praecancerosisnak feleltek meg. Beszámoltak ismételten olyan AO-módszerrel diagnosztizált malignus esetekről, amelyek a szokásos cytologiai módszerekkel nem voltak felfedezhetők.

Módszer:

A cytodiagnosztikus fluorescencia-módszerhez csupán egy fluorescens lámpára van szükség. E célra szolgál egy 200 W-os magasnyomású higanygőzlámpa (pl HBO 200), amit a megfelelő szűrőkkel együtt pl. a Leitz, Reichert vagy Zeiss cég szállít. Egy ilyen lámpa bármelyik laboratóriumi mikroszkóppal használható, nincs szükség speciális objektívekre, tárgylemezekre vagy fedőlemezekre. A cytologiai preparátum elkészítése a fluorescencia-diagnosztika számára a fixálás után csupán 6 percet igényel.

1. A keneteket legalább néhány percen át éter—95%-os etilalkoholban fixáljuk. Nem fixált készítmények elkészítésük után közvetlenül is festhetők, amennyiben azonnali kórismézésre van szükség.

2. A készítményeket gyors egymásutánban 80%, 70%, 50%-os alkoholba, desztillált vízbe, 1%-os ecetsavba, majd ismét desztillált vízbe helyezzük; ez a folyamat egy percnél kevesebb időt igényel.

3. A keneteket három percig akridinorangeban festjük. Egy 0,1%-os desztilláltvizes törzsoldatot foszfátpufferrel 0,01%-osra hígítunk. A puffer 1/15 *M* Na_2HPO_4 és 1/15 *M* KH_2PO_4 keveréke, amit pH 6-ra (kb. 1:6 arányban) állítunk be.

4. A készítményeket egy percre foszfátpufferba helyezzük; itt azonban akár néhány órán át is maradhatnak, amennyiben nagyobbszámú kenetet festenek és vizsgálnak meg egymásután.

5. Differenciálás céljából a keneteket 1—2 percre 1/10 *M* $CaCl_2$-be helyezzük, amíg a sejtmagvak, különösen a fehérvérsejtek magvai világító zöld színben nem jelennek meg. A differenciálás tartama az akridinorange különböző fajtái szerint némiképpen változik, azonban könnyen standardizálható.

6. A keneteket pufferoldattal röviden leöblítjük, még nedvesen fedőlemezzel fedjük és ezzel a készítmény kész is a fluorescens-mikroszkópos vizsgálathoz. A vizsgálat tartama készítményenként átlagban 3—5 perc.

Azokat a keneteket, amelyek „fluorescens-gyanús"-nak mutatkoztak, a mikroszkópos vizsgálat után — miután a fedőlemezt róluk desztillált vízzel óvatosan eltávolították — néhány percre 50%-os etilalkoholba állítjuk. Ezáltal eltávolítjuk az akridinorangeot a kenetről s az azután szövettani módszerekkel, mint a heamatoxylin-eosin festés, a Papanicolaou- vagy egyéb módszer, festhető. Az elővizsgálatban gyanúsnak talált példányokat a színtelenítés után végleges diagnó-

zis felállítása céljából cytologushoz utaljuk át. A keneteket az alkoholéteres fixálófolyadékba is vissza lehet helyezni, minthogy az is színtelenít, avagy szárazon meg kell őrizni, hogy utóbb ismét AO-fluorescenciával vagy egyéb módszerrel festhetők legyenek.

Normál fluorescencia-cytologia

A szájüreg, a nyelőcső, a hüvely és a húgyhólyag többrétegű laphámjának sejtjei vagy barna, vagy vörösesbarna cytoplazma-fluorescenciát mutatnak, amennyiben a hám basalis rétegeiből származnak, avagy zöld fluorescenciát, ha a felső rétegekből hámlottak le (5). A légzőtraktus (2), a gyomor-bélhuzam és a méhnyak hengerhámsejtjei (4) vörösesbarnák. Ugyancsak vörösesbarna fluorescentiát mutatnak a pleuralis vagy peritonealis folyadékban a mesothel sejtek. Makrophagok normálisan barnák vagy vörösesbarnák. A leukocyták könnyen felismerhetők zölden fluoreszkáló magjukról.

Paraziter és bakteriális fertőzések is könnyen megállapíthatók a fluorescencia-módszer segítségével. A trichomonas vaginalis feltűnően barnásvörös fluorescenciával típusos alaki tulajdonságokkal bír. A monilia (candida albicans) is világító-vörös; a baktériumok vörösek vagy vörösesbarnák.

Erythrocyták a fluorescens képben nem tűnnek fel és így még nagyobb számban sem zavarják a cytologiai meghatározást.

A rosszindulatú sejtek fluorescencia-cytologiája

A méh- és hüvelyhámból származó ráksejteknek intenzíven, gyakran tűzvörösen fluoreszkáló cytoplazmájuk van; a hyperchromatikus sejtmagvak zöldessárgák. A morphologiai eltérések, mint anisocytosis, anisocaryosis, bizarr sejtformák (ebihal-, orsó- és rostsejtek) ugyanolyan világosan felismerhetők, mint a szokványos morphologiai módszerekkel (4, 11, 15, 19).

A pulmonalis, bronchialis vagy trachealis eredetű rosszindulatú sejtek cytoplazmája narancsvörös színben fluoreszkál (2, 6, 7). A malignitás morphologiai jelei határozott diagnózis felállításához világosan felismerhetők. A gyomor-bélhuzam rákjából származó hámsejtek cytoplazmája vörös. A pleuralis és peritonealis folyadékban fellelhető daganatsejteket az intenzív vörös vagy narancs színű fluorescencia jellemzi. A vizeletben, amely normális körülmények között csak zöld leukocytákat és zöld vagy barna laphámsejteket tartalmaz, a vörös ráksejtek különösen feltűnőek. Ráksejtek más szervekben is elárulják magukat feltűnően vörös vagy narancs színű fluorescenciájukkal (3), ami az esetek többségében már kis (80- vagy 100-szoros) nagyítással is felismerhető. A morphologiai jelek nagyobb nagyítással könnyen tanulmányozhatók.

Összefoglalás. A cytodiagnosztikus akridin-orange-fluorescencia-módszer a ráksejtek magasabb ribonukleinsav-tartalmának kimutatásán alapul. Lehetővé teszi a rutinszerűen vett cytologiai anyag előzetes vizsgálatát cytologiailag iskolázatlan orvosok és technikusok számára is; némely exfoliatív anyagban a kenetek 90 vagy még több százaléka is kiszűrhető. A fluorescencia-módszer ezenkívül a morphologiai ismérveket is világosan mutatja, úgyhogy vele a cytologusok számára a definitív rákdiagnosztika is könnyen végrehajtható. A gyanús sejtek feltűnő cytoplazmatikus fluorescenciája már kis nagyítással is felismerhető. Ez a „figyelmeztető jel" jelentősen gyorsítja a cytologiai kenetek vizsgálatát és beszámoltak arról, hogy ugyanazon idő alatt kétszerannyi kenet diagnózisa állapítható meg (12).

A fluorescencia-módszer megbízhatósága a definitív diagnózis megállapítására alkalmazva megfelel a szokásos morphologiai módszerekének (4, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 20). A kenetek előkészítési ideje csupán 6 perc, az átlagos vizsgálati idő 2—5 perc. A fluorescencia-módszer segítségével a parazita- és baktériumfertőzések is könnyen felismerhetők.

Ezt a munkát a Kanadai Nemzeti Rákkutató Intézet, Toronto és a Damon Runyon Memorial Rákkutató Alap, New-York támogatásával végeztük.

IRODALOM. 1. *Armstrong J. A.:* Exper. Cell. Res. 1956. *11*, 640—643. — 2. *Bertalanffy F. D.:* Canad. Med. Ass. J. 1960. *83*, 211—212. — 3. *Bertalanffy F. D.:* Mikroskopie (Wien) 1960. *15*, 67—72. — 4. *Bertalanffy F. D.:* Postgrad. Med. 1960. *28*, 627—633. — 5. *Bertalanffy L. von:* Klin. Wochenschr. 1959. *37*, 469—471. — 6. *Bertalanffy L. von* und *Bertalanffy F. D.:* Naturwiss. 1960. *47*, 165—166. — 7. *Bertalanffy L. von* und *Bertalanffy F. D.:* Ann. New York Acad. Sci. 1960. *84*, 225—238. — 8. *Bertalanffy L. von* und *Bickis I.:* J. Histochem. Cytochem. 1956. *4*, 481—493. — 9. *Bertalanffy L. von, Masin F.* und *Masin M.:* Science 1956. *124*, 1024—1025. — 10. *Bertalanffy L. von, Masin M.* und *Masin F.:* Cancer 1958. *11*, 873—887. — 11. *Bontke E., Kern G.* und *Schümmelfeder N.:* Geburtsh. Frauenheilk. 1950. *20*, 24—34. — 12. *Dart L. H.* und *Turner T. R.:* Lab. Invest. 1959. *8*, 1513—1522. — 13. *Elevitch F. R.* und *Brunson J. G.:* Surg. Gynecol. Obst. 1961. *112*, 3—10. — 14. *Holland J. C.* und *Ackermann M. R.:* Obst. Gynecol. 1961. *17*, 38—40. — 15. *Kaplan L., Masin F., Masin M., Carleton R.* und *Bertalanffy L. von:* Amer. J. Obst. Gynecol. 1960. *80*, 1063—1073. — 16. *Meisel M. N.:* Invest. Akad. Nauk. 1951. *15*, 788—792. — 17. *Raskin J.:* Arch. Dermatol. 1960. *82*, 965—970. — 18. *Schümmelfeder N., Ebschner K. J.* und *Krogh E.:* Naturwiss. 1957. *44*, 467—468. — 19. *Sussman W.:* Obst. Gynecol. 1959. *13*, 273—277. — 20. *Törnberg B., Westin B.* und *Norlander A.:* Acta Obst. Gynecol. Scand. 1960. *39*, 517—527. — 21. *Acta Cytologica* (Chicago) *4*. No. 2. & 3. 1960.

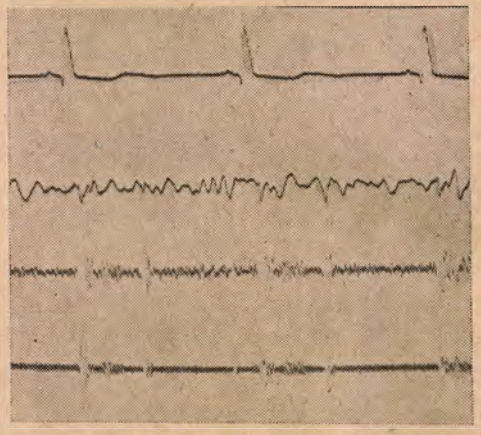
KLINIKAI TANULMÁNYOK

Budapesti Orvostudományi Egyetem, IV. Belklinika

A Bernheim-syndromáról*

Irta: Gottsegen György dr. és Romoda Tibor dr.

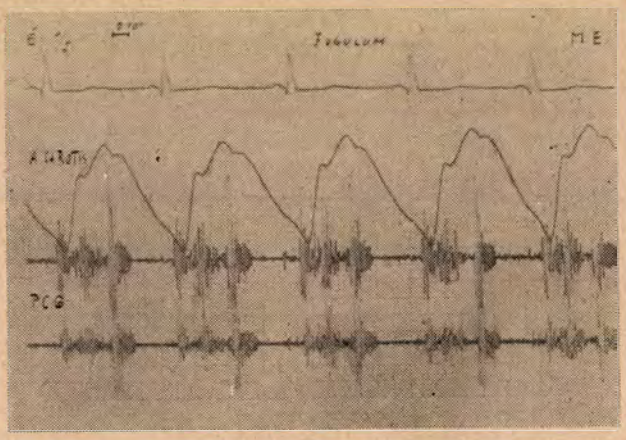
Fél évszázada írta le *Bernheim*, hogy bal kamra hypertrophiájával járó kórfolyamatokban jobbszív-elégtelenség jelei mutatkozhatnak tüdőpangásra utaló tüneteknek előzetes, vagy egyidejű megjelenése nélkül; e jelenség okát abban vélte fellelhetni, hogy a bal kamra magas nyomása következtében jobb felé erősen kidomborodó septum beszűkíti a jobb kamrát, akadályozza telődését. 50 esztendő sem volt elegendő azonban, hogy egységes álláspont alakuljon ki az irodalomban a syndroma jelentőségét, vagy akár csak létezését illetően. *Evans* és *White, Luisada, Selzer* és mt. kétségbe vonják vizsgálataik alapján, hogy a Bernheim által feltételezett mechanizmus alapján kifejlődhet ilyen tünetcsoport; francia, olasz és spanyol szerzők viszont — mint *Russek* és *Zehman* összeállításából kitűnik — nagyszámú esetét írták le; utóbbiak, valamint *Atlas* és mt., *Wilson* és *Zimmerman, Russek, Sanen* kórbonctani lelettel is alátámasztották a diagnózist; *Scherf* és *Boyd, Levine, Goldberger, Fischberg* megemlékeznek róla, mint klinikai ritkaságról; *Roberts* hasznos hypothesisnek véli, akár van valójában, akár nincs; *Wood*, valamint *Friedberg* egyaránt kevéssé tartják bizonyítónak a mellette és ellene felhozott érveket. A vita eldöntésére csak olyan megfigyelések alkalmasak, amilyenek a modern keringésphysiologia eszközeivel képesek igazolni Bernheim elképzeléseinek reális voltát: ezt a célt szolgálja alábbi észleletünk közlése.



1. ábra

* A Magyar Kardiologusok Társaságában tartott előadás nyomán.

22 éves nőbeteg, akinek kórelőzményeiben négy pneumonián kívül egyéb betegség nem található, néhány hónap óta egyre fokozódó mértékben fáradékony, gyenge, járás közben szívtáji szúrást érez. Légzése csak utolsó, néhány hónap előtt lezajlott tüdőgyulladása után vált átmenetileg nehezebbé; időnként enyhén megdagadnak bokái, hónapok óta éjjelenként egyszer kell vizelnie. Fizikális vizsgálata redukált tápláltsági állapot mellett a jobb kéz első ujjának csökevényes fejlettségét és a kissé benyomott kardnyúlványnak hosszanti irányban hasadt voltát mutatta. Bőrön, nyálkahártyákon nem látszott eltérés, tüdőlelet normális. Csúcslökése nem tapintható; kopogtatásnál jobbra egy ujjal nagyobbnak mutatkozik a szív; a jobb II. bordaközben parasternálisan igen rövid és halk (1. ábra), a jugulum felett azonban durva, hangos systolés zörej, melynek intenzitása előbb növekszik, majd csökken a systolé során (2. ábra); a zörej jól vezetődik a carotisokba, az aorta II. hangja



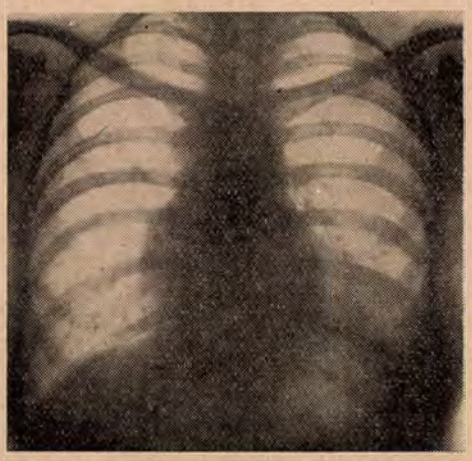
2. ábra. Hangos stenosis zörej a jugulum fölött. Anakrot megtörés a lassan emelkedő pulzusgörbén (ekg; Carotis-pulsus; PKG: logaritmikus és magas frekvenciasáv)

ékelt. Jobb carotis valamivel erősebben lüktet mint a bal, az axillarisok gyengén pulzálnak, radiális nem tapintható, femoralisok lüktetése normális. Az érlökés alacsony, lassan emelkedő, a carotis-görbének felhágó szárán megtöretés, a kiindulási pont és a csúcs közötti távolság 0,22". Vérnyomás a felső végtagokon 110/95 Hgmm, a lábfejen 80 Hgmm systoles nyomást mérünk. A hasban, idegrendszerben nincs kóros eltérés.

Az elektrokardiogramm 80-as frequentiájú laevogrammot mutat lapos T-hullámokkal a baloldali mellkasi elvezetésekben. Röntgenfelvételen (3. ábra) tiszta tüdőmezők, normális érrajzolat mellett az egész szívárnyék jobbra húzottnak látszik; kontrasztanyag nyeletése során kitűnik, hogy az oesophagus az aortagombtól balra és ventrálisan fut le (4. ábra).

A carotisokba jól vezetődő durva stenosis-zörej, pulsus-görbe anakrot megtöretése, az EKG és a röntgenkép alapján az aortaszájadék szűkületét kell felvennünk. A II. hang ékeltsége, valamint az

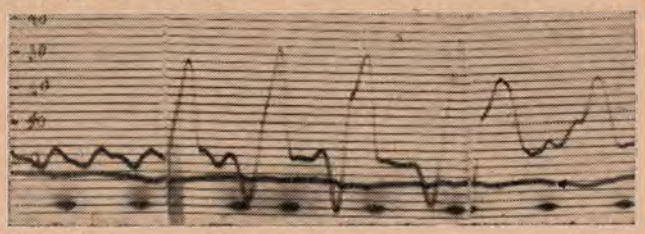
aorta magas dextropositiója az elváltozás subvalvularis, congenitalis voltára utalnak. Az abnormis anatomiai viszonyok magyarázzák azt is, miért nem az aorta szokásos hallgatózási helyén, hanem csak a jugulumban észlelhető jól a zörej. Továbbra is tisztázatlan marad azonban két kérdés. Az első: miért látszik jobbra nagyobbnak vagy áthúzottnak



3. ábra. A mellkasfelvételen világos tüdőmezők, jobbra nagyobb szív

4. ábra. Kontrasztanyag nyeletésekor kitűnik, hogy az olophagus az asztagombtól balra és vertcalisan fut le

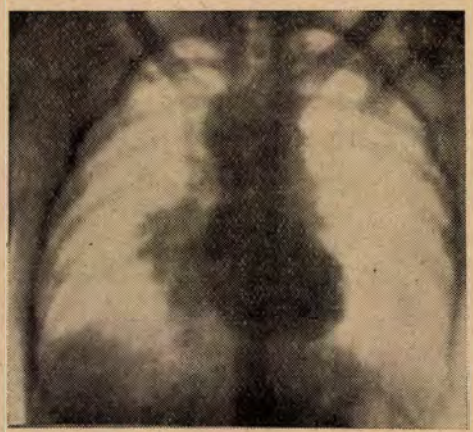
a szív anélkül, hogy bárminemű pleuroperikardiális folyamatnak nyoma lenne? A második: miért nem mutatkozott semminemű légzészavar — dyspnoe, orthopnoe — sem klinikai, sem radiologiai jele a tüdőpangásnak, holott a panaszok egyre szaporodtak, nykturia és időnként vizenyők is jelentkeznek? Felmerül a megoldás: nem társul-e pulmonális stenosis, vagy valami más, a jobb szívfelet terhelő, veleszületett anomália az előző kettőhöz? A diagnozis további tisztázása végett szívkatheterezést végzünk.



5. ábra

Pitvari sövénydefektusra is gondolva a saphenán keresztül vezetjük fel a kathetert, mely akadálytalanul jut az erősen tágult jobb pitvarba és onnan igen szűk jobb kamrán keresztül az art. pulmonalisba. Ennek kis ágát nem sikerült teljesen eltömeszteni, így a pulmonalis „capillaris" nyomást nem tudtuk mérni; az art. pulmonalis alacsony diastoles nyomása azonban kizárja a hajszáleres, illetve a bal pitvari nyomás emelkedett voltát. Az élettani határokat mindenütt respektáló nyomás- és oxygen-értékek mellett különös figyelmet érdemel azonban a kamrai nyomásgörbe alakja. A diastole kezdeti szakában mélyen a 0-vonal alá süllyed, majd röviddel később pozitív értékre emelkedik, amelyet a diastole II. felében plateau-szerűen megtart, hogy a kamra összehúzódásának kezdetével ismét magasba szökjék.

Hasonló, bár kevésbé szembeszökő plateauképződés látszik az art. pulmonalis nyomásgörbéjén is: ahelyett, hogy a diastole folyamán mindvégig süllyedne, csaknem állandó marad a nyomás. Az egyes szívüregek nagyságáról a katheterezés során nyert képet kiegészíti és megerősíti az angiokardiographia lelete; a vizsgálat elvégzéséért a Röntgenklinikának (Kiss-Várday Gyula dr.) tartozunk köszönettel. A vena cava inferiorba vezetett katheteren keresztül fecskendezett joduron gyorsan kitölti a tágultnak látszó jobb pitvart, majd igen rövid úton az arteria pulmonalisba kerül. Gyér pulmonalis értelődés után a kontrasztanyag a normális nagyságú bal pitvart, majd a bal kamrát tölti ki, mely utóbbi a szívárnyék legnagyobb részét adja; az aortaív magasan jobbra helyezett, a bal kamra felől telődik (6. ábra).



6. ábra. A kontrasztanyag kitölti a sternum jobb szélét meghaladó nagy bal kamrát és a dextroponált aortát (Odelkakamrával készült angiokardiogramm-sorozatból)

Betegünknél tehát a syndromának csaknem valamennyi karakterisztikus részjelensége — beleértve az újabban *Wood* által megkövetelt kriteriumokat is — fellelhető. A bal szívet terhelő súlyos kórfolyamat — subvalvularis aorta-stenosis — fennállása mellett a bal kamra és a jobb pitvar erősen mgnagyobbodott, a jobb kamra beszűkült, a bal pitvar nagysága normális. A kisvérköri nyomás nem emelkedett; sem radiologiai, sem klinikai tünetei a tüdőpangásnak — orthopnoea, paroxysmalis nehézlégzés, tüdővizenyő — nem szerepelnek az anamnezisben. Csupán a systemás vénás nyomás emelkedése hiányzik a tünetek sorából; miután azonban a vizsgálatot olyan időpontban végeztük, amilyenben jobb szívelégtelenségnek klinikai jelei — lábszárvizenyő, májduzzanat — sem voltak kimutathatók, nyilvánvaló, hogy a betegségnek korai szakáról van szó, amelyben a jobb kamra részleges obstructiója még csak intermittáló keringési zavart okoz. Beáramlási gátlásnak egyébként is finomabb jele a jobb pitvar tágulata, mint a centrális nyomás emelkedése, mely utóbbinak létrejöttében aktív vasoconstrictio szerepét kell döntőnek tekintenünk.

Esetünkben tehát a Bernheim-syndromának initialis, viszonylag tünetszegény formájával állunk szemben; annál nagyobb jelentősége van a haemodynamikai elváltozások kimutatásának. Hiszen *Selzer* és mt. is éppen azért vélik véglegesen elutasíthatónak a Bernheim-féle mechanizmusra vonatkozó feltevéseket, mert esetükben, mely klinikailag és kórbonctanilag egyaránt megfelelt a legszigorúbb követelményeknek is — súlyos hypertensio és bal kamra-hypertrophia mellett tüdőpangás nélkül mutatkoztak jobb szívelégtelenség tünetei és a sectio is nagy májat, száraz tüdőket és az erősen bedomborodó kamrasövénynek megfelelően kicsi, keresztmetszetében sarló-alakú jobb kamrát talált — a szívkatheterezés során magas nyomásokat mértek mind a kisvérkörben, mind a jobb kamrában. Miközben jogosan hangsúlyozzák, hogy az anatómiai kép önmagában soha nem döntő — hiszen ember és állat jobb kamrája élettani körülmények között is nagyjából ugyanolyan alakú, mint a diagnózis alátámasztására közölt kórbonctani képek — rámutatnak az egyedül értékelhető funkcionális bizonyíték hiányára az eddigi irodalomban: ha létezik Bernheim-syndroma, akkor a nyomásviszonyok alakulásának szerintük ugyanolyannak kellene lenni, mint a jobb kamra tágulását akadályozó konstriktív perikarditisben. Esetükben a syndroma klinikai jelei a bal kamra elégtelenségét szokványosan kísérő nyomásviszonyok — kisvérköri hypertensio — mellett mutatkoztak, a jobb kamra beszűkülésére alapozott koncepciót tehát egészében elvetendőnek tartják. Erre a végső következtetésre cáfol rá esetünk, mely teljes mértékben eleget tesz a *Selzer* és mt. által felállított követelményeknek. A „protodiastoles dip" a kamrai, valamint a „diastoles plateau" az arteriás nyomásgörbében mitsem különbözik a szívburok-összenövés során nyert képektől. Eddig is tudtuk, hogy ezek nem tekinthetők specifikusnak; bármely egyéb folyamat is előidézheti, mely a jobb kamra diastoles tágulását gátolja: a szívizom-fibrosishoz, endokardialis fibroelastosishoz, szív-amyloidosishoz — mely betegekségeknél már korábban kimutatták e jelenséget — csatlakozik, megfigyelésünk alapján, a Bernheim-syndroma is.

Egy eset nem sok; ám véleményünk szerint, egyetlen pozitív adat értéke is felülmúlja megannyi negatív közlését. Senki sem állítja természetesen, hogy a bal szívet terhelő kórfolyamatokban fellépő, látszólag izolált jobbszív-elégtelenség kizárólag a Bernheim-féle mechanizmus alapján fejlődhetik ki. A bal kamra elégtelensége a vese-átáramlás csökkenése révén olyan natrium- és víz-retentiót idézhet elő, amilyennek következményei a jobb kamra-elégtelenség klinikai jeleivel azonosak lehetnek. A kisvérköri resistentia másodlagos növekedése valóban insufficienssé teheti a jobb kamrát anélkül, hogy az arteriolák összehúzódása által védett tüdőkapillarisok részéről bárminemű congestív jelenség mutatkoznék. Mindez azonban korántsem jelenti, hogy nincsen Bernheim-syndroma, hanem csupán annyit mond, hogy pusztán a klinikai kép alapján, a haemodynamikai viszonyok tisztázása nélkül, nem szabad diagnosztizálnunk.

Felmerül végül a kérdés, miért olyan ritka e tünetcsoport a balszív-hypertrophia gyakorisága ellenére. Véleményünk szerint az esetek túlnyomó többségében a jobb kamra szabad fala ki tud térni a bedomborodó sövény elől s így belvilága nem csökken; csak akkor valósul meg a syndroma, ha a sajátos anatómiai viszonyok — feltehetően a szívburoknak különlegesen feszes, merev struktúrája — szűk határt szabnak a jobb felé való dilatatiónak.

Összefoglalás: A bal arteriás szájadék veleszületett szűkületének az aorta magas dextropositiójával szövődött esetében a tágult és hypertrophiás bal kamra comprimálja a jobbat. A Bernheim által leírt, fél évszázada vitatott pathomechanizmust igazolja a perikardiális összenövésekével azonos haemodynamikai lelet, mely a jobb kamra diastolés tágulásának akadályozott voltára utal.

IRODALOM. *Atlas D. H., Eisenberg L. H.* és *Gaberman H.:* Circulation, 1950. *1*:753. — *Bernheim:* Rev. Med. 1910. *30*:785 (cit. passim). — *Evans L. R., White P. D.:* Am. J. Med. Sci. 1948. *261*:485. — *Fishberg A. M.:* Heart Failure, 1940. p. 448. Lea—Febiger, Philadelphia. — *Friedberg Ch. K.:* Diseases of Heart, 1958. p. 150. Saunders, Philadelphia. — *Goldberger E.:* Heart Disease 1955. p. 244. Lea—Febiger, Philadelphia. — *Levine S. A.:* Clinical Heart Disease, 1958. p. 173. Saunders, Philadelphia. — *Luisada A. A.:* Heart. A physiologic and clinical study of Cardiovascular diseases: 1948. p. 545. Williams—Wilkins, Baltimore. — *Roberts H. J.:* Difficult Diagnosis 1958. p. 234. Saunders, Philadelphia. — *Russek H. J.:* JAMA. 1953. *152*:551. — *Russek H. J., Zohman B. L.:* Circulation 1950, *1*:759. — *Sanen, F. S.:* Z. Kreislaufforsch. 1960. *49*:331. — *Scherf D., Boyd L. J.:* Klinik u. Therapie d. Herzkrankheiten 6 Aufl. 1955. p. 56. Springer, Wien. — *Selzer A., Bradley H. W., Willett F. M.:* Am. J. Med. 1955. *18*:567. — *Wilson E. B., Zimmermann S. L.:* Am. J. Med. Sci. 1950. *220*:257. — *Wood P.:* Diseases of the Heart and Circulation 1957. p 774—75. Eyre-Spottiswoode, London.

Szegedi Orvostudományi Egyetem, Női Klinika

Prednisonnal kezelt adrenogenitalis syndromás beteg terhessége és szülése

Irta: Sas Mihály dr.

A mellékvesekéreg (mvk.) hyperplasiáján alapuló adrenogenitalis syndroma (ags.) kezelésében az irodalom egyöntetű véleménye szerint ma már a cortison, vagy cortison-szerű készítmények adása az adequat therapia. Ez a kezelés *Sprague* és mtsai (21), *Wilkins* és mtsai (24) megfigyelésén alapul, amely szerint cortisonbevitelre mvk-hyperplasia esetén a 17-ketosteroid (17-ks) kiválasztás csökken, míg, ha az ags.-t mvk.-tumor idézte elő, a 17-ks kiválasztás változatlan marad (25 és mások). Ezt az ún. „cortison-tesztet" azután *Segaloff* és mtsai (18, 19), valamint mások ajánlatára bevezették a therapiába, s azóta sokan számoltak be kedvező eredményeiről.

Jelentős haladás a prednison és prednisolon bevezetése a therapiába, mert ezek tartós alkalmazása mellett sem lépnek fel a cortison-kezelés nemkívánatos mellékhatásai, mint Na-retentio és K-elszegényedés. E készítmények 4—5-ször hatásosabbak is a cortisonnál. Az Orvosi Hetilap 1959. évi 21. számában ismertettük két prednisonnal kezelt ags.-betegünket, és e közlemény keretében tárgyaltuk a therapia hatásmechanizmusáról alkotott mai conceptiót (17).

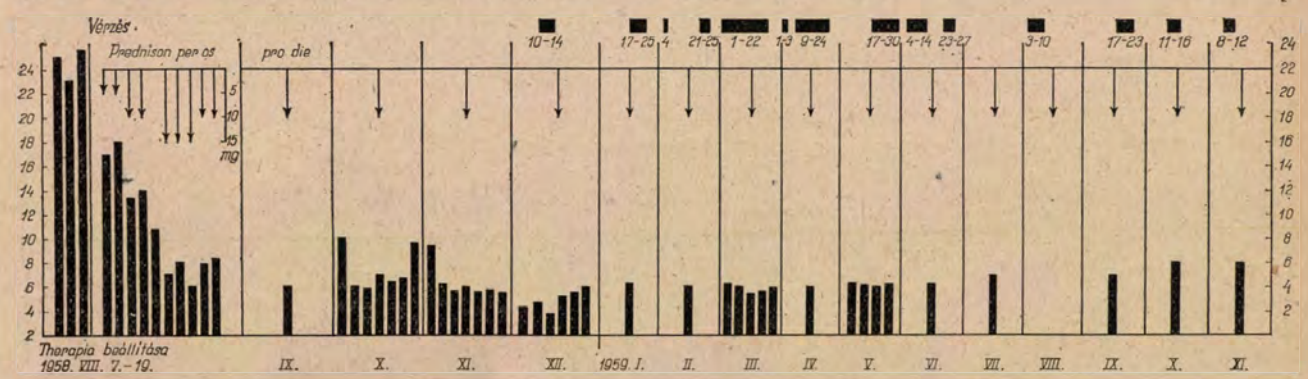
A két beteg közül az egyik csaknem másféléves kezelés után teherbe esett és a terhesség végén élő magzatot szült. A világirodalom ilyen közléseinek száma nagyon kevés, valószínűleg 10 körül lehet, ezért érdemesnek tartottuk az eset ismertetését.

A cortison-kezelést követő terhességről először valószínűleg *Smith* és *Alvarez* (20) számolt be. 18 havi cortison-kezelés után terhesség következett be, de az a IV. hónapban megszakadt. Az első kicortison-acetatot kapott. Ugyancsak ebben az évben publikálta *Husslein* (11) egy betegének adatait, akinek naponként 50—75 mg cortisont adott. A kezelésre két spontán vetélés következett be, a harmadik terhességét már a 34. hétig viselte és akkor 3080 g-os magzatot szült. *Gans* és *Ser* (7) 1959-ben közöltek egy esetet, aki már 4 és fél éve cortison-kezelés alatt áll. Az egészséges magzatot császármetszéssel segítették a világra. Végeredményben egészen kevés irodalmi adat állott rendelkezésünkre, így betegünket saját elgondolásaink alapján kezeltük.

A beteg adatai a következők:

A 32 éves asszony 1958-ban azzal kereste fel klinikánkat, hogy még sohasem menstruált, nyolc éve asszony s természetesen teherbe sem jutott még. 12 éves kora után arcán számos „pattanás" (acne) jelent meg, majd végtagjain, később arcán és mellkasán erős szőrnövés indult meg. Hasonló megbetegedés a családban nem fordult elő.

A 152 cm magas, szélesvállú, atléta-típusú nő karján, alsó végtagjain és arcán erősszálú szőrnövés. Arcán a szőrt epilálja, ill. borotválja. A pubes masculin-típusú, köldökig ér. A nagyajkak hypertrophiásak, a clitoris 2—3 cm hosszú. A hüvely szűk, a méh hypoplasiás, adnexumok nem tapinthatók. A laboratóriumi rutinvizsgálatok, hypophysis functiós próbák normális eredményt adtak, a 17-ks kiválasztás naponként 23—24 mg. Mindezek alapján a mvk. hyperplasiáján alapuló, postpubertalis ags.-ra gondoltunk. A pneumoretroperitoneum és röntgenographia mindkét mellékvese mérsékelt megnagyobbodását mutatta. A kór ismét biztossá a prednison-teszt tette: a prednison dózisának emelésével párhuzamosan csökkent a 17-ks kiválasztás. A kiválasztás mértékéből a kezelést könnyen sikerült beállítanunk: a prednison mennyiségét úgy szabtuk meg, hogy a 17-ks értéke a normális alsó határán ingadozzék.



1. ábra

hordott terhességből származó élő magzat születését *Yamashita* és *Kozakae* (27) ismertette. 1958-ban *Wilson* és *Keating* (25) két esetet közölt, melyek közül az egyik asszony spontán, a másik császármetszés útján szült. A műtétet szűk medence miatt végezték. Az egyik beteg naponként 50—75 mg cortisont, a másik kéthetenként 250 mg hydro-

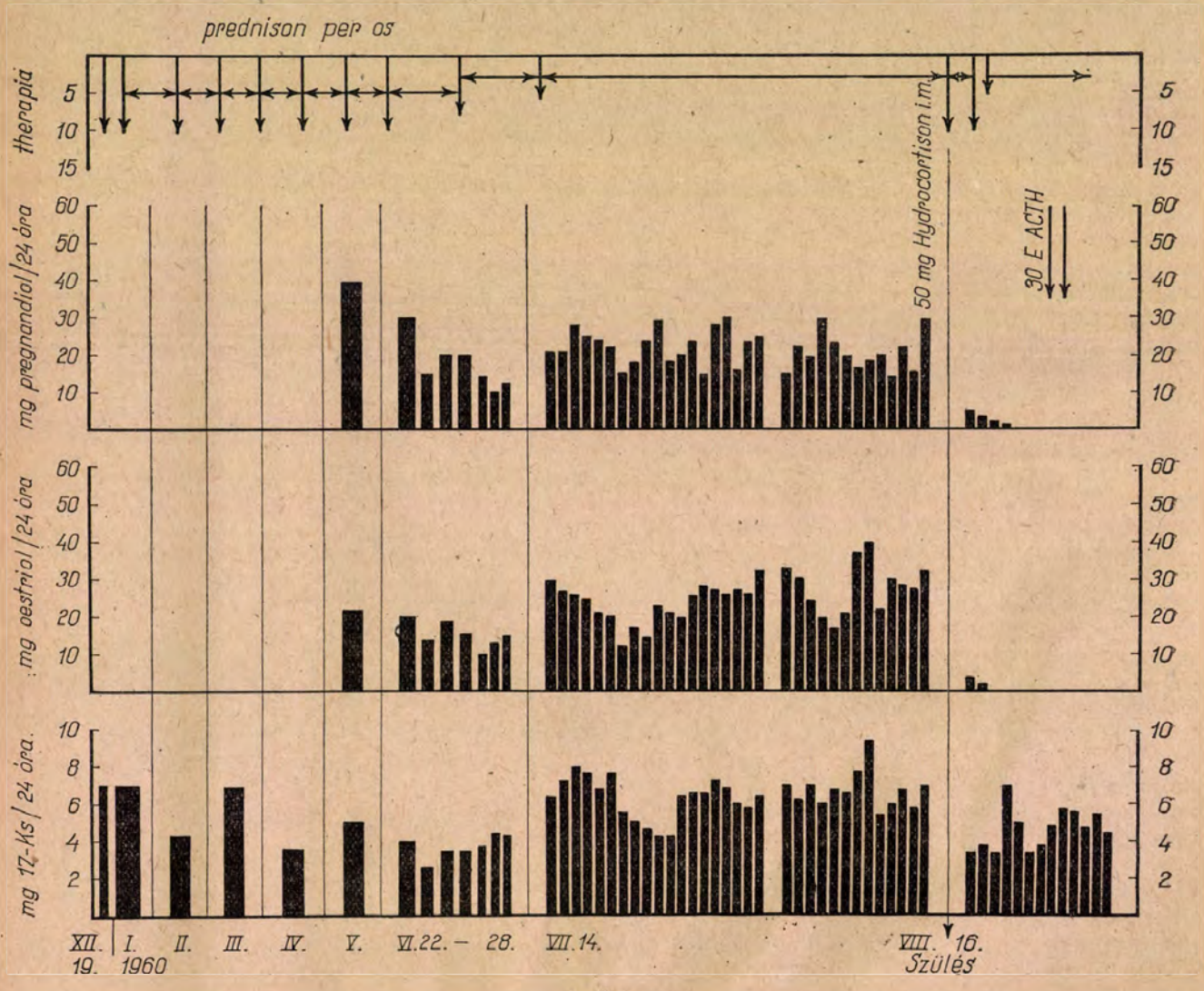
A kezelés hatására már két hét után csökkent a szőrnövés, főleg az arcon, s a beteg már csak fél órát foglalkozott naponta a szőrök kitépésével 2—3 óra helyett. A 17-ks kiválasztást 2—3, majd 4 hetenként állandóan ellenőriztük és a kezelést tovább folytattuk. Ennek eredményeként 3 hónap múlva jelentkezett a beteg első vérzése, melyet azután további vérzések követtek. Ezek a vérzések a megjelenésük, ill. periódusuk vizsgálata alapján anovulatiósak voltak s kb. fél

éven keresztül jelentkeztek. Ezek után cyklusos, 4 hetenkénti, 5—6 napig tartó menstruatio következett. Az asszony utolsó vérzése 1959. nov. 8—12. között zajlott le, decemberi menstruatiója nem jelentkezett, ezért dec. 19-én elvégeztük a biológiai terhességi próbát, amely pozitív eredményt adott. Egy hónappal később már bimanualisan is tapinthattuk a nagyobb és puhább, gömbölyűvé vált méhet. Az *1. ábrán* a terhesség bekövetkezéséig végzett kezelést, a 17-ks kiválasztást és a vérzések időpontját tüntettük fel.

A menstruatiós vérzés alapján a szülés 1960. aug. 16-án esedékes, az első magzatmozgást márc. 21-én érezte (a szokásosnál 2—3 héttel hamarabb). A terhesség a VIII. hónapig zavartalanul folyt le. Az első hónapokban az alhas bőrén igen intenzív striák jelentek meg, a prednison dózisát azonban nem csökkentettük. Ennek ellenére a striák nem erősödtek, sőt az V. terhességi hónaptól kezdve halványabbak lettek.

Július 13-án a gravidát újra felvettük a klinikára, mert elmondása szerint kb. egy hete hasfala és lábszárai nagyon megduzzadtak. Valóban, mindkét alszáron és különösen a hasfalon igen nagyfokú oedema látható. RR: 150/100, RN: 27 mg%, serum-chlor: 334 mg%, serum-kálium: 20 mg%, serum-natrium: 325 mg%, serum összfehérje: 5,10%. Vizeletben fehérje, üledékében gennysejtek, hámsejtek találhatók. Szemészeti lelet: ép papillák, nagyon szűk, spasticus arteriák, különben a fundusok épek. EKG: normális, lényeges belgyógyászati eltérés nincs. Azonnal naponként 3 tabl. Chloruritot kezdünk adni, melynek hatására 8 nap alatt az oedema lecsapolódik. Ekkor azonban a vérnyomás emelkedik egészen 180/120 Hgmm-ig, ezért 4×25 mg. Hypothiazidot és 3×0,25 mg Rausedylt is adunk. Erre a kezelésre a vérnyomás a 150/100 mm-es szinten megmarad.

Augusztus 15-én este időelőtti burokrepedéssel



2. ábra

A pete élő voltát az első hónapokban biológiai terhességi reactióval ellenőriztük, 1960 májusától kezdve pedig az oestrogen- és pregnandiol-kiválasztást is ellenőriztük. Ezen vizsgálatok eredményeit a *2. ábrán* ismertetjük.

Május végétől kezdve napi 10,0 mg-ról 7,5 mg-ra csökkentettük a prednison adagját, mert a 17-ks kiválasztás elég alacsony szinten mozgott.

megkezdődött a szülés. Néhány órával később igen jó méhtevékenység indult meg, s ennek eredményeként 16-án, 6 óra 45 perckor eltűnt a méhszáj. A koponya azonban erőteljes tolófájások hatására sem nyomult be a medence üregébe. Vaginalis vizsgálattal a fej nagy configuratiót mutatott, még a bemenetben helyezkedett el. A szeméremcsont alsó szárai feltűnően közel futnak egymáshoz, a hüvely is rendkívül szűk,

a gát feltűnően magas, a lágyrészek rigidek. A magzatvíz meconiumos. Szülészi szempontból mérlegelve az esetet: fokozott értékű magzatról van szó, nemcsak klinikai, de tudományos szempontból is. A már hypoxiát mutató magzatot további megviselésnek nem célszerű kitenni, mert esetleges magas üregi-fogóműtét a magzat életkilátásai szempontjából nem biztató. Ilyen meggondolások alapján cervicalis császármetszést végeztünk és 3100 g-os, 52 cm hosszú és 34 cm fejkörfogatú leánymagzatot segítettünk a világra. A vajúdónak műtét előtt 50 mg Hydrocortisont adtunk i. m.-an, a műtét után négy napon keresztül pedig penicillint és streptomycint. A gyermekágy zavartalanul folyt le. A tejelválasztás elegendő volt, a magzat szükségletét fedezte. Az újszülöttön kóros eltérés nem észlelhető. Hypadreniás krízis az újszülöttkorban nem lépett fel, így semmilyen kezelést nem végeztünk. Az asszony a klinikát a 14. napon egészségesen hagyta el. A prednison napi mennyiségét 5 mg-ban állapítottuk meg.

Az eddig közölt irodalmi adatok és saját észlelésünk alapján néhány kérdést kívánunk megbeszélni. 1. Egyáltalán nincs kiforrott vélemény a cortison vagy prednison adagját illetően. A bevezetésben említett esetekben olyan adagokat alkalmaztak, hogy a 17-ks kiválasztás normalizálódjék, vagy csak alig legyen magasabb. Mi olyan dózist választottunk, ami a 17-ks ürítést a normális szinten tartja. Úgy látszik az eddigi észlelések alapján, hogy a szükséges adag egyénenként változó, s ennek megítélésében a 17-ks kiválasztás lehet mértékadó.

2. Terhesség folyamán a dózis nagyobb arányú változtatásra, különösen emelésére, nincsen szükség. Esetünkben a terhesség harmadik trimesterében még csökkenthettük is az adagot.

3. A sexualhormon-kiválasztással kapcsolatban *Gans* és *Ser* (7) közöltek adatokat, ők az oestrogen-kiválasztást normálisnak, a choriongonadotropin ürítést meglehetősen magasnak találták. Mivel ezt a kérdést eddig kellőképpen nem vizsgálták, a terhesség utolsó trimesterében nagyobb számú meghatározást végeztünk *(2. ábra)*. Eredményeink szerint a pregnandiol- és totalis oestrogen-kiválasztás (oestriol-ban kifejezve) a normális terhességben észlelt értékeknek megfelelt. Ebből arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a vizelet pregnandiol- és oestrogen-szintjét a mvk. hyperplasia és prednison-kezelés észlelhető módon nem befolyásolja. A szülés után ugyanúgy bekövetkezik a pregnandiol- és oestrogen-kiválasztás hirtelen csökkenése, mint egészséges gyermekágyban.

4. A szülések lefolyását illetően kiderül, hogy viszonylag gyakran végeztek császármetszést. Ennek magyarázata nagyon kézenfekvő. A fokozott androgen-hatás következtében a medence androidtípusúvá fejlődött, ami a fokozott értékű magzat miatt is hajlamosította a szülészeket sectio végzésére. Megjegyezzük még, hogy bár nem hangsúlyozzák a közlések, a magasabb életkornak is szerepe lehetett abban, hogy gyakrabban kellett császármetszést végezni (idős I. paritas).

5. Korábbi adatok tartós cortison-kezelés után minden műtéti beavatkozást fokozott kockázattal járónak tekintettek esetleges hypadreniás krízis fellépése miatt. Néhány esetben a császármetszés előtt — számítva a nagyobb cortison-szükségletre — a szokásos mennyiséget 200 mg-ig emelték. Mi naponként 7,5 mg prednison mellett műtét előtt 50 mg hydrocortisont adtunk. Úgy látszik, hogy acut mvk.-elégtelenség ilyen esetekben nem fordult elő; a közleményekben erről nem tesznek említést.

6. Feltűnő a 17-ks kiválasztás viselkedése a gyermekágyban. Erre azért kívánunk kitérni, mert ezzel a kérdéssel az eddigi közlések nem foglalkoztak, jóllehet majdnem mindegyik esetben észlelhető volt. Ez a változás a kiválasztás nagymértékű csökkenése, s ez eltarthat több hétig is. Esetünkben 3,4 mg-ra süllyedt az ürítés a prednison adagjának csökkentése ellenére is, sőt az ACTH-teszt is negatív eredménnyel zárult, amennyiben a gyermekágy második hetében naponkénti 30 i. e. ACTH adására sem következett be a 17-ks kiválasztás hirtelen emelkedése. Egy-két szerző a ks-ürítés jelentős csökkenése következtében ki is hagyta a cortison adását. Az ACTH-teszt negatív eredménye ellenére a mvk. csökkent működésének semmilyen tünetét nem észleltük. Hogy ennek a meglepő és nem várt jelenségnek milyen mélyebb biokémiai háttere van, arra nem tudunk választ adni, hiszen eddig nem is figyeltek fel rá.

7. Utoljára hagytuk a magzati vonatkozásokat. Korábban óva intettek a terhesség alatti cortisonkezeléstől, mert feltételezték, hogy az a magzat károsodását okozza. *Fraser* és *Fainstat* (6) állatkísérletes vizsgálatai vetették fel azt a gyanút, hogy a terhességben alkalmazott ACTH- és cortisonkezelés a graviditást, ill. a magzatot nagymértékben károsíthatja. Néhány év leforgása alatt számos állatkísérletes vizsgálat és emberi megfigyelés adatait közölték. A cortison-kezelés egyik mellékhatásaként a vetélést előidéző hatást jelölték meg. *Courrier* és *Cologne* (1, 2), *Robson* és *Sharaf* (16) nyulakon 25 mg-os napi adaggal vetélést idéztek elő. A patkány a nyúlnál jóval resistensebbnek bizonyult, mert még napi 1 mg-mal sem sikerült a terhességet megszakítani, de 2—3 mg-os dózisra a magzati mortalitás jelentősen emelkedett *(Davis* és *Plotz*, 3).

Egy másik károsító hatás a fejlődési rendellenességek előidézése. *Fraser* és *Fainstat* (6) cortison 1,25—2,50 mg-os adagjával egértörzsektől függően 21—79%-ban az utódok szájpadhasadékát idézték elő. A szájpadzáródás elmaradását nyulakon *Fainstat* (5) 25—30 mg-os napi adagokkal 65%-ban érte el, s ugyanakkor a magzatok mortalitása 30%-ra emelkedett.

Emberi viszonylatban *Gilbeau* (8), *Wells* (23) az ACTH és cortison terhesség alatti alkalmazásától állítólag különböző fejlődési rendellenességek létrejöttét látták, *Harris* és *Ross* (9) pedig farkastorokkal született magzatot közölt. Emberi vonatkozásban a vetélést előidéző hatással kapcsolatban *DeCosta* és *Abelman* (4) vizsgálataik alapján nemleges eredményt kaptak és hangsúlyozzák, hogy az állatkísérletek eredményei emberre nem vihetők át. A fejlődési rendellenességekkel kapcsolatban a

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA

cortisont az organogenesis idején túl alkalmazták, de a fejlődési rendellenességek gyakorisága cortisonnal kezelt terheseknél nem nagyobb, mint egyébként. A terhesség első trimesterében, tehát a szervek kialakulása előtt alkalmazott cortisont *DeCosta* és *Abelman* (4), *Margulis* és mtsai (14), de károsító hatást nem észleltek. A terhesség későbbi szakában alkalmazott cortison-kezelésről sokkal több beszámoló jelent meg, különösen mint az erythroblastosis profilaktikumáról, de fejlődési rendellenességet előidéző hatást nem közöltek. Az ags.-ás gravidák magzatai sem mutattak fejlődési hibát. Az utóbbi évek közleményei e lehetőséget már el is vetik [*Lindemann* és mtsai (13), *Lacomme* (12), *Preisler* (15) és mások]. Az experimentalis vizsgálatok és a klinikai megfigyelések látszólagos ellentétének az oka egyszerű. Ha ugyanis az állatkísérletekben alkalmazott dózisokat emberi testsúlyra számítjuk át, akkor azok 200—400, ill. 2500—3000 mg-os naponkénti adagnak felelnek meg. Ekkora adagokat pedig nem alkalmazunk a klinikumban. Talán ez a magyarázata annak, hogy az utóbbi években már nem közöltek károsító hatást, jóllehet a terhesség alatt is mind gyakrabban végzünk cortison-kezelést. Esetünkben 5—10 mg-os napi prednisonnak semmilyen károsító hatását nem észleltük.

Az állatkísérletek tanulsága szerint cortison-kezelésre a magzatok mellékveséi atrophiásak, vagy legalábbis megkisebbedettek lehetnek. Emberi viszonylatban *Hottinger* (10) közölt újszülöttkorban átmeneti hypadreniás állapotot. *Preisler* (15) egy boncolt újszülött esetében a mellékvesék megkisebbedését nem találta meg. Saját esetünknél a magzat nem vált hypadreniássá.

Ha esetünkkel kapcsolatos észleléseinket összegezzük, akkor a következőket állapíthatjuk meg: ags.-ás beteg cortison-kezelése a terhesség bekövetkezése után tovább folytatható, a kezelés következményeként magzati fejlődési rendellenesség kialakulásával nem kell számolnunk. Szülés alatt az eddig közölt esetekben mellékvesekéreg-elégtelenség tünetei nem léptek fel. A terhesség folyamán a pregnandiol- és oestrogen-kiválasztás a normálisan észlelt értékeknek felel meg. A gyermekágyban a 17-ks kiválasztás jelentős mértékben csökken, amire az eddigi szerzők nem figyeltek fel, sőt esetünkben az ACTH-teszt is negatív volt. Ennek magyarázatát egyelőre nem ismerjük. A cortison- és cortisonszerű készítmények alkalmazásával a mvk.-hyperplasiás betegeknek nemcsak somatikus elváltozásait és amenorrhoeás állapotát tudjuk megszüntetni, hanem szaporodóképességüket is helyreállíthatjuk.

Összefoglalás. Szerző egy 34 éves, adrenogenitalis syndromában szenvedő beteg prednison-kezelését ismerteti. A kezelés hatására helyreállt a beteg ovarialis működése és kb. másfél év után terhesség következett be. A terhesség végén császármetszéssel élő, egészséges leánymagzatot nyert. A már közölt és saját esete alapján az eddigi tapasztalatokat összegezi.

IRODALOM. 1. *Courrier F.* et *Cologne A.*: J. A. M. A. 1951. *146*, 493. — 2. *Courrier R.* et *Cologne A.*: C. r. Acad. Sci. 1951. *232*, 1164. — 3. *Davis M. E.* and *Plotz E. J.*: Endocrinology 1954. *54*, 384. — 4. *DeCosta E. J.* and *Abelman M. A.*: Amer. J. Obstetr. & Gynecol. 1952. *64*, 746. — 5. *Fainstat T. D.*: Endocrinology 1954. *55*, 502. — 6. *Fraser F. C.* and *Fainstat T. D.*: Pediatrics 1951. *8*, 527. — 7. *Gans F.* and *Ser J.*: Acta Endocrinol. 1959. *30*, 424. — 8. *Gilbeau J. A.*: Amer. J. Obstetr. & Gynecol. 1953. *65*, 227. — 9. *Harris J. A.* and *Ross J.*: Lancet 1956. I. 1045. — 10. *Hottinger A.*: Schw. Med. Wschr. 1959. *89*, 419. — 11. *Husslein H.*: Wien. Klin. Wschr. 1958. *70*, 612. — 12. *Lacomme M.*: Bull. Soc. roy. Belge gynéc. obstétr. 1958. *23*, 17. — 13. *Lindemann C., Engstrom W.* and *Flynn R.*: Amer. J. Obstetr. & Gynecol. 1952. *63*, 167. — 14. *Margulis R. R., Hodgkinson C. P., Ratton W. C.* and *Jewell J. S.*: Amer. J. Obstetr. & Gynecol. 1954. *67*, 1237. — 15. *Preisler O.*: Zbl. Gynäk. 1960. *82*, 657. — 16. *Robson J. M.* and *Sharaf A. A.*: J. Physiol. 1952. *116*, 236. — 17. *Sas M.*: Orv. Hetil. 1959. *100*, 765. — 18. *Segaloff A. Gordon D.* and *Horwitt B. N.*: J. Laborat. Clin. Med. 1955. *45*, 219. — 19. *Segaloff A., Gordon D., Horvitt B. N.* and *Weed J. C.*: J. Clin. Endocrinol. 1955. *15*, 142. — 20. *Smith K. E.* and *Alvarez R. R.*: J. Clin. Endocrinol. 1954. *14*, 809. — 21. *Sprague R. G., Power M., Mason H. L., Albert A., Mathieson D. R., Hench P. S., Kendall E. C., Scolumb C. H.* and *Polley H. F.*: Arch. Int. Med. 1950. *85*. — 22. *Turner S. J., Lewine L.* and *Rothman A.*: Amer. J. Obstetr. & Gynecol. 1955. *70*, 102. — 23. *Wells C. N.*: Amer. J. Obstetr. & Gynecol. 1953. *66*, 598. — 24. *Wilkins L., Levis R. A., Klein R., Gardner L. I., Crigler F. J., Rosenberg E.* and *Migeon J. C.*: J. Clin. Endocrinol. 1951. *11*, 1. — 25. *Wilson R. B.* and *Keating F. R.*: Amer. J. Obstetr. & Gynecol. 1958. — ? — 26. *Würterle A.* és *Sas M.*: Orv. Hetil. 1957. *98*, 728. — 27. *Yamashita T.* and *Kozakae F.*: Endocrinologica japonica 1956. *3*, 176, cit. 25.

Állami Fodor József Tbc Gyógyintézet, I. Sebészeti osztály

Alsó végtagon elhelyezkedő semi-malignus csontdaganatok sebészi megoldásának néhány kérdéséről

Irta: Riskó Tibor dr.

A csontízületi megbetegedések diagnózisa az utóbbi évtizedben jelentős változáson ment keresztül, de a rendszeresen elvégzett laboratóriumi, tenyésztési, szövettani vizsgálatok és az ugrásszerűen fejlődő röntgentechnika birtokában sem lett könnyebb. A régebben leggyakoribbnak tartott csontízületi tuberkulózis mellett más betegségeket is egyre inkább figyelembe kell venni. A diagnosztikus problémát jelentők egyik csoportját alkotják a semi-malignus daganatos betegek, kiknek száma — a világirodalmi megfigyelésekkel egyezően — intézetünkben is szaporodik, a tbc szempontjából érdekelt, fiatalabb korosztályokban.

1954-től 1959 közepéig 50 csontdaganatos beteget vettünk fel, ami beteganyagunk 1,4%-át jelenti. Ennél természetesen sokkal gyakrabban fordulnak elő tüdő- és lágyrész-, főleg nyirokcsomódaganatok, melyekkel itt nem foglalkozunk. Ebből a beteganyagból jelenleg csak egy csoporttal (11 eset), az alsó végtagra lokalizált, általában nem rosszindulatú csontdaganatokkal fogunk foglalkozni, mert orthopaediai szempontból ezek jelentik a legnehezebb problémát. Náluk ugyanis lehetőség van arra, hogy a daganat terjedése nélkül meggyógyuljanak, ezért a korai felismerés és a modern sebészi technika segítségével arra kell törekednünk, hogy lehetőleg a végtag csonkolása nélkül, a mozgás megtartása mellett, oldjuk meg a felmerülő problémákat.

A sikeres beavatkozás legelső feltétele a *korai diagnózis*. Ezt a beteg megfigyelése árán nem biztosíthatjuk, mert a hetekig, hónapokig tartó észlelés során, esetleg a daganat terjedése következtében, értékes ízületeket, vagy akár egész végtagot veszíthetünk el. A *radiológiai vizsgálatok* nélkülözhetetlen segítséget jelentenek ugyan, de a többnyire rövid megfigyelési idő alatt nem tudják bizonyítani a daganat jó- vagy rosszindulatúságát. Segítségüket ezért elsősorban a daganat kiterjedésének pontos meghatározására kell igénybe vennünk. Azokban az esetekben, mikor a rtg-vizsgálatot *egyetlen* módnak tekintik a betegség tisztázására, és ez igen gyakori álláspont, nyugodtan állíthatjuk, hogy a vizsgálatok bármilyen gondosan történjenek is, károsan befolyásolják a beteg gyógyulási kilátásait, mert azok, akik a röntgenvizsgálat mellett ragaszkodnak a biopsiához, tudják, hogy *a röntgen- és szövettani diagnózis egymásnak ellentmondhatnak.*

T. Gy. 33 éves férfi 1958 decemberében került először intézetünkbe. 1957 szeptemberében elesett és bal lába a térd felett eltörött. Gipszrögzítést kapott, de az öthetes kontroll alkalmával azt találták, hogy a callusképződés nem indult meg, sőt, valami elváltozás kezdődött a törött rész alatt. Az egyik sebészeti klinikára helyezték, ahol szövettani vizsgálat történt, amely azonban daganatra és specifikus elváltozásra negatív volt. A műtét után nehezen csillapítható súlyos vérzés jelentkezett. Azóta konzervatív kezelésben részesült, bal térde közben gyermekfejnagyságúra duzzadt, fájdalmai nem voltak, de a térdduzzanat a járásban mégis akadályozta. A daganat növekedése és a röntgenfelvételen látható elváltozások miatt amputációt ajánlottak, amibe azonban a beteg nem egyezett bele. Az intézetünkben elvégzett laboratóriumi vizsgálatok lényeges eredményt nem adtak, de a rtg-képen rosszindulatú daganatra jellegzetes sugaras szöveti szerkezetet láttunk, ami a műtéti preparátumról készített rtg-felvételen még szembeötlőbben látszott (1. ábra). A beteg ennek ellenére elutasította az amputációt. 1958. XII. 12-én *epiphyso-diaphysealis resectióra* határoztuk magunkat (2. ábra). A műtétet követő hónapokban gipszrögzítésben feküdt, minimális felületi dehiscencián kívül lényeges esemény nem történt. A kórszövettani vizsgálat *benignus haemangiomát* bizonyított. Öt hónappal a műtét után medence-járógipszben felkelt, jelenleg teljesen panaszmentes, gipsz nélkül járkál.

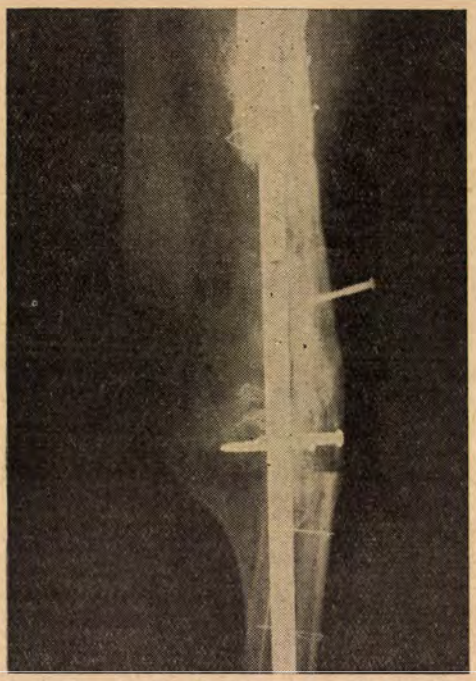
1. ábra. A műtét alkalmával eltávolított daganat sugaras szerkezete különösen jól látható, a corticalis legnagyobb részt elpusztult

Megjegyzés a korrekturánál: A szög eltávolítása után a csontlécen törés következett be, egy kis baleset kapcsán, a probléma Phemister-műtéttel megoldható, de a beteg műtétbe egyelőre nem egyezik bele.

A daganatos betegség *eredményes therapiája* főleg attól függ, hogy a kezelést a szóródás bekövetkezte előtt kezdjük meg.

A tumor gyanújának tisztázásában, sajnos, éppen a korai eseteknél, a *laboratóriumi vizsgálatok* alig játszanak szerepet. Leghasználhatóbbnak bizonyult az aránylag kevésre értékelt vörösvérsejtsüllyedés-vizsgálat.

Legértékesebb segítőeszközeink közé tartozik a *klinikai tünetek* megfigyelése. *Ha a beteg éjszaka, a rögzítés ellenére, fájdalmakról panaszkodik és az elváltozást rtg-nel sikerült lokalizálni, a fájdalom az antituberkulotikus kezelés ellenére sem*



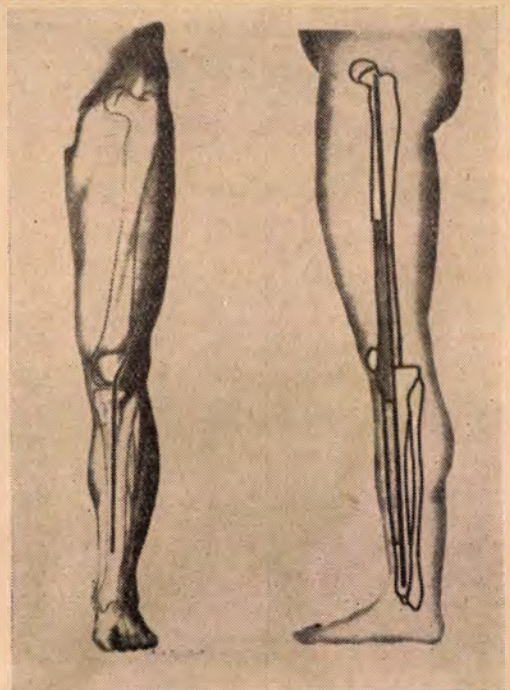
2. ábra. A műtét után készült felvételeken jól látható a hosszú velő-űr szög és a hiány pótlására beültetett csontlécek

szűnik, jogosnak látjuk a dg. tisztázása érdekében a műtétet.

A diagnózis tisztázásának általában legcélszerűbb módja a *biopsia* és az ezt követő szövettani vizsgálat. A vizsgálat történhet trocairt segítségével, vagy *műtéti feltárással.* Mi az utóbbi hívei vagyunk, mert jó feltárás mellett, az elváltozás makroszkópos megítélése is lehetőséget nyújt az adott időben gyökeresnek látszó megoldás elvégzésére. Aránylag hamar határozzuk magunkat a biopsiára, ha a megelőző vizsgálatokkal nem sikerül a diagnózist tisztázni és a tumor gyanúja akár az anamnesis, akár a klinikai tünetek mérlegelése alapján felmerül. A tuberkulózis lehetősége, felfogásunk szerint, nem zárja ki a biopsiát vagy a műtéti feltárást, hiszen a mai gyógyszeres védelem mellett nem kell a sipolyképződéstől félni.

A műtétet követő pathologiai véleménynek azonban gyorsnak kellene lennie, hogy akár már a műtét alatt újabb anyagot küldhessünk bakteriológiai vizsgálatra, ha a gyulladásos (tbc-s, nem spec. stb.) eredet gyanúja felmerül. Biztosnak kell lennie, hogy teljes felelősséggel határozhassa magát az operatőr a legradikálisabb beavatkozásra is. A szövettani vizsgálat terén azonban sok megoldandó feladat van. Eltekintve attól, hogy általában nem elég gyors, még számtalan más hibaforrással is küzd. Az egyes, egymástól szövettanilag alig elhatárolható, de lefolyásukban váltakozó rosszindulatúságot mutató daganatok jelentik a legnehezebb feladatot. Sokszor csak kiegészítő vizsgálatok, a beteg észlelése, a klinikai tünetek mérlegelése dönti el a kérdést. Fontos szerepet játszik tehát egyes esetek tisztázásában *a pathologus és a kezelő orvos szoros együttműködése,* megbeszélése. A pathologusok szempontjából a betegnek a klinikussal való megtárgyalása és a röntgenképek megtekintése értékes segítséget jelent. A klinikusnak viszont, a cél érdekében, óvakodnia kell attól, hogy az esetet mint találós kérdést tálalja a pathologus felé.

A *therapia* szempontjából az alsó végtag csontjainak megbetegedése esetében a radikális műtéti elv ellenére, *általában a végtag megtartására törekszünk.* Beteganyagunk nem ad még lehetőséget olyan irányú állásfoglalásra, hogy az amputációt. csak saját tapasztalataink alapján, kritika tárgyává tegyük, ezért a világirodalomra kell hivatkoznunk, ahol újabban gyakran tapasztalható olyan törekvés, hogy az amputációt elkerüljék, nemcsak jóindulatú, de még rosszindulatú daganatok esetében is, hiszen sajnos ezekben az esetekben az amputáció sem oldja meg a problémát, a mortalitást nem csökkenti, a beteget viszont igen nehéz psychés állapotba hozza végtagja elvesztése, ami miatt — főleg idősebb emberek — elvesztik életkedvüket is. Meggyőző előadást tartott a kérdésről a közelmúlt-



3. ábra Az epiphyseo-diaphysealis resectio sémás ábrázolása. Baloldali képen a femur közepétől a tibia alsó középső harmadáig terjedő metszésvonal, a jobboldali képen a femur distalis részének amputálása után a felfelé fordított tibia-féllel és konzerv csontlécekkel való pótlás látható

ban *Csaklin* professzor. Ebből a szemléletből fakad *Merle d'Aubigné* egyik legutóbbi munkája, mely a térdízülettel szomszédos tumorok kezelésében a régebben ismert diaphyso-epiphysealis resectio módosításáról szól (3. ábra), és *Brenner—Jeliffe* cikke

a pathologiás törések, velőűrszegezéssel való kezeléséről. Ezt a törekvést igazolja az, hogy a sugaras és chemotherapiás kezelések egyre javuló eredményeket adnak, vagy legalábbis nem rosszabbakat, mint az amputált betegek eredményei. Ezért véleményünk szerint *a semi-malignus daganatok tárgyalásakor az amputációt, mint kezelési lehetőséget, általában el kell vetni.*

A sebészi technikát lényegesen befolyásolja a daganat lokalizációja mellett a kiterjedése is. Az alsó végtagon elhelyezkedő, kis terjedelmű, körülírt daganatok kezelése nem sok nehézséget jelent. A daganat felismerése azonban még itt sem könnyű feladat, hiszen a rtg-kép megtévesztő lehet. A diagnózis tisztázása azonban attól függ, mikor határozza el magát az orvos a biopsiás vizsgálatra. Az ilyen betegek radikális műtéti kitakarításra általában meggyógyulnak. Többen ajánlják a műtétkor az üreg csontforgáccsal való kitömését, hangsúlyozva, hogy a csonttörmelék szorosan töltse ki az üreget. Sok szerző még a röntgenbesugárzást is feleslegesnek tartja, mert a recidiva is csak ritkán jelent rosszindulatú elfajulást.

Sokkal nagyobb problémát jelentenek azok a daganatok, amelyek szöveti jellegüket illetően, többnyire nem rosszindulatúak, de kiterjedésük vagy lokalizációjuk miatt kimetszésük olyan értékes részek feláldozásával jár, ami a végtagot járásra alkalmatlanná teszi. Ezeknél a betegeknél sikeresen alkalmaztuk a daganatszövet makroszkóposan felismerhető részeinek gondos eltávolítása

4. ábra. A bal combnyaktól a femurra terjedő nagy destrukció látható, inhomogen szerkezettel

után a *konzerv-csontléccel való áthidalását, megerősítve ezt velőűrszeggel vagy fémlemezzel.* A műtét után röntgenbesugárzást, illetve chemotherapiás kezelést alkalmaztunk.

M. P. hétéves kisfiú, 1958. VII. 19-én került először intézetünkbe. Egy hónappal felvétele előtt elesett és bal combja eltörött. Medence-gipszben rögzítették (4. ábra). Tekintettel az 5 cm-es rövidülésre, a műtét előtt extensiót kíséreltünk meg, ami azonban hosszabbodást nem eredményezett. Ezalatt elvégzett laboratóriumi vizsgálatok negatív eredményt adtak. Részben a diagnózis tisztázása, részben a tumorszövet eltávolítása érdekében 1958. VIII. 14-én műtétre határoztuk magunkat és McFarland—Osborne-metszésből behatolva, feltártuk a trochanter major és minor területében a szögletben tört femurrészletet. Ebben a magasságban tojásnyi üregbe jutottunk, mely szürkés-kocsonyás szövettel volt kitöltve. A tumornak tűnő szövetet az ép csontig kikapartuk és a velőűrbe csontlécet, kívülre pedig fémsínt helyeztünk (5. ábra). Eseménytelen műtét utáni lefolyás következett. A szövettani

5. ábra. A műtét utáni helyzet: A velő-űrbe behelyezett csontléc mellett fémsínnel támasztottuk meg a femurt

6. ábra. A csontléc beépülése után a fémsínt eltávolítottuk. A kétoldali combnyak-szögben úgyszólván nincs különbség

vizsgálat óriássejtes barna tumort mutatott, malignitásra utaló jelek nélkül. A beteg azóta ellenőrzésünk alatt áll, jelenleg már rögzítés nélkül jár, biciklizik, teljesen panaszmentes, a bal alsó végtag csak 1 cm-rel rövidebb. 1959. III. 3-án a beültetett fémsínt eltávolí-

tottuk. Az eltelt idő alatt tele-Kobalt besugárzásban is részesült (6. ábra).

Eredményeink részletes értékelésével a különböző daganatok kórszövettani képéből adódó problémákkal jelenleg még nem foglalkozunk. A végleges eredmény értékeléséhez sem érkezett el az idő, hiszen csak 1954 óta foglalkozunk ilyen betegek kezelésével. Kezelési elveinket pedig, reméljük, az elmondottakban sikerült kifejteni. Az elmondottak hangsúlyozása, úgy gondoljuk, nem felesleges, mert még ma is előfordul olyan alsóvégtagi amputáció, amit az ismertetett elvek figyelembevételével el lehetne kerülni, és sok tévesen tbc-sként beutalt beteg kezelését lehetne az idejében tisztázott diagnózis segítségével helyes irányba terelni.

Az elmúlt idő alatt egy lokális *recidivánk* volt. Egyik calcaneus osteoclastomás betegünknél, talán véletlenül éppen annál, akinél a műtétet nem követte besugárzás.

A daganatos betegségek leküzdése terén a műtéti technikai kérdéseken kívül is számtalan közismert és nagyon nehezen megoldható probléma van és sajnos sok kudarc vár az orvosra. A diagnosztikus eszközök finomodása és a rendszeres felkutató munka segítségével azonban egyre több korai eset kerül intézetekbe és így biztosak vagyunk abban, hogy egyre több beteg sorsán tudunk hatásosan segíteni.

Ezért is szükséges lenne a csontdaganatos betegek korai felismerésének és kezelésének kérdésével szervezettebben foglalkozni, hiszen az említett beteganyaghoz, egy-két kivétellel, véletlenül csonttbc diagnózisával beutalt betegek kezelése kapcsán jutottunk.

Köszönetet mondok Bálint József dr-nak (Budapest, Országos Traumatológiai Intézet), aki a szükséges konzervcsontlécek biztosításában segítségünkre van.)

Összefoglalás. Szerző 11 alsóvégtagi csontdaganatos beteg sebészi kezelése kapcsán szerzett tapasztalatait ismerteti. Hangsúlyozza a korai diagnózis fontosságát. Elengedhetetlennek tartja a rtg-kép mellett a szövettani vizsgálatot. A semimalignus daganatok sebészi kezelésében ellenzi az amputációt. Az ilyen jellegű folyamatok a mai sugaras és chemotherapiás kezelés birtokában a végtagot megkímélő eljárásokkal is eredményesen kezelhetők.

IRODALOM. 1. *Dahlin D. C.:* Bone tumors. Charles C. Thomas, Springfield (Illinois, USA), 1957. — 2. *Bremner R. A., Jelliffe A. M.:* J. Bone and Joint Surgery, 1958. *40—B.* 652—659. — 3. *Fábián E.:* Orv. Hetil. 1956. *97.* 569—572. — 4. *Merle d'Aubigné R., Dejounary J. P.:* J. Bone and Joint Surgery, 1958. *40—B.* 385—395. — 5. *Riskó T., Nyúl-Tóth P., Radinszky J.:* Z. Orthop. 1960. *93.* 183—191. — 6. *Riskó T., Nyúl-Tóth P., Eckhardt S.:* Magyar Onkológia, 1960. *4.* 127—132. — 7. *Trifaud A., Bureau H., Payan H.:* Tumeurs bénignes des os. Masson et Cie, Paris, 1959.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Megyei Tanács Kórháza, Debrecen

A gyomorsavtartalom quantitativ meghatározása szondázás nélkül

Lázár József dr., Stenszky Ernő dr. és Hajdu Béla dr.

A szondázás útján nyert próbareggelinek számos hátránya közismert. A *Boas—Ewald*-féle szondázás még pillanatképet sem nyújt a gyomor secretiós tevékenységéről, diagnosztikus jelentősége csekély. A frakcionált szondázás előnye az előzővel szemben kétségtelen; folyamatosabban megfigyelhető a gyomornyálkahártya secretiós tevékenysége, a kapott értékekből az an-, norm-, hypo- és hyperaciditás nagy biztonsággal megállapítható. Hátránya, hogy még a vékony duodenumszonda is afiziológiás ingert jelent, a gyomornyálkahártya secretióját — különösen érzékeny, vegetatív labilis egyéneknél — visszaszorítja. Levezetése ingerlékeny garat esetén körülményes; nausea esetén a duodenumnedv regurgitációja a gyomor aciditási viszonyait befolyásolja. Hypertoniás, kardiálisan nem intakt, pangás határán álló betegeken nem szívesen alkalmazzuk. Használata nem egy esetben kifejezetten ellenjavallt (oesophagus stricturák, oesophagus varixok, aorta aneurysma stb.). Nem elhanyagolható szempont a betegek nagyfokú idegenkedése sem ettől a vizsgáló eljárástól. Rendelőintézetekben történő használatát pedig hosszadalmas volta rendkívül megnehezíti.

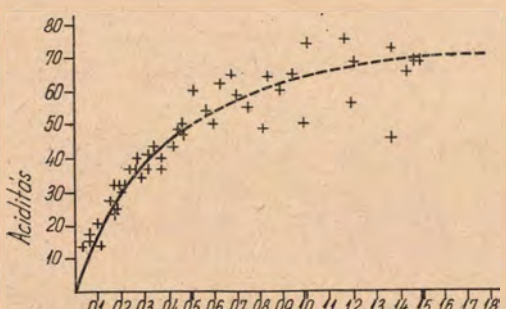
Érthető, hogy már régebben történtek próbálkozások a gyomor aciditási viszonyainak szonda nélküli meghatározására. *Segal* és mtsai (1) kininműgyanta komplexumot alkalmaztak, ahol a sósav a kininnel kicserélődik, felszívódik és vizelettel kiválasztódik. Később a kinint Azur-A festékkel pótolták (2, 3). A Gastrotest-Cilag nevű készítményt, melynek hatóanyaga 3 - phenylazo - 2 - 6 - diaminopyridin, az utóbbi években számos szerző sikerrel alkalmazta [*Bianchetti* és *Gerber* (4), *Zsebők* (5), *Garai* (6), *Zsebők* és *Egedy* (7), *Balassa* (8), *Szarvas* és *Varró* (9)]. A hatóanyag aránylag nagy

mennyiségben sem toxikus, vizelettel kiválasztódó festékanyag. Mint vizeletdezinficiens „Pyridacil" néven már régen ismeretes. Ez a festékanyag fehérjéhez van kötve, izoelektromos pontja pH 7 alatt van (4). Szabad sósav jelenlétében, annak mennyiségétől függően a festék szabaddá válik, felszívódik és a vizelettel kiválasztódik. Szekréciós ingerként coffeint alkalmazunk, de histamin is használható a histamin-refracter anaciditás megállapítása céljából.

Említett szerzők beszámoltak a Gastrotest könnyű alkalmazhatóságáról, az eredmények egyszerű leolvasásmódjáról, megbízhatóságáról. Szerzők adatai szerint jól használható az anaciditás, hypaciditás, normaciditás megállapítására, a hyperaciditás mértékének megítélése azonban bizonytalan (8). Nem is szükséges hangsúlyoznunk, hogy milyen előnyt jelent a szondázásnak, mint afiziológiás beavatkozásnak az elhagyása.

A Gastrotest-próba hátránya, hogy csupán qualitatív eredményeket ad. Az irodalom és a gyári ismertetés is csupán a savtartalom becsléséről számol be (anacid, hypacid, normacid, hyperacid). Ez a tájékozódás számára elegendő ugyan, de megítélése túlságosan szubjektív, az aciditás finomabb változásai — pl. antacidumok, anticholinergiás szerek hatásainak lemérése — biztonsággal nem ítélhetők meg, ezért a klinikai gyakorlatban igényeinket nem elégíti ki.

A szer előnyeinek ismeretében alább leírt vizsgálatainkkal arra törekedtünk, hogy a létrejött színreakció leolvasását exaktabbá tegyük. Ezzel nemcsak a szubjektív megítélés labilitását — első-



sorban határesetekben — akartuk csökkenteni, de az aciditás fokának *számszerű* megadásával a klinikus számára értékelhetőbb, összehasonlításra alkalmasabb adatokat akartunk adni.

Anyagok és módszer

Vizsgálatainkat különböző korú, mindkét nemhez tartozó, különböző, elsősorban gastrointestinális betegségekben szenvedő egyéneken (vese- és májbetegek kivételével) végeztük. Összesen 83 vizsgálatot végeztünk. A gyomor aciditásának napok szerinti, továbbá a szonda hatására létrejövő ingadozásainak kiküszöbölése céljából ugyanaznap végeztük el a Gastrotest-próbát és vele párhuzamosan a hagyományos frakcionált próbareggeli vizsgálatot, lényegében *Balassa* (8) eljárásának megfelelően.

A vizsgálatot üres gyomorra végeztük, s ezt megelőzőleg gyógyszereket sem kapott a beteg, mert ezek a vizsgálatot meghamisíthatják. Először az Einhorn-szonda lenyeletése után éhgyomri gyomornedvet vettünk, egyidejűleg a beteget kivizeltettük, majd a beteg a szonda mellett kevés vízzel lenyelte a 2 coffein-tablettát (összesen 0,4 g Coffeinum natr. benz.). 30 perc múlva 2 ml gyomornedv leszívása, 60 perc múlva újabb 2 ml gyomornedv leszívása és kevés vízzel 3 Gastrotest-tabletta (összesen 0,15 g 3-phenylazo-2-6-diaminopyridin) egészben való lenyeletése következett. Ezzel egyidejűleg a beteg hólyagját kiürítette. Ezt a vizeletfrakciót, mint kontrollt további vizsgálat céljára félretettük. A továbbiakban 30 percenként 2—2 ml gyomornedvet szívtunk le a Gastrotest-tabletták bevételétől számított 90. perccel bezárólag. Ekkor a beteget újból vizeltettük (1½ órás frakció). *Balassa* javaslatára rendszerint megvizsgáltuk az ezt követő 1½ órás (a Gastrotest tabletták bevételétől számított 3 órás) vizeletfrakciót is.

A gyomornedv-frakciókat a szokásos módon n/10 NaOH-dal titráltuk és értékét klinikai egységekben fejeztük ki. A 3 vizeletfrakciót: kontroll, 1½ órás, 3 órás, vízzel 200—200 ml-re egészítettük ki. Az egyes frakciók 2—2 ml-éhez egyenlő mennyiségű 25%-os HCl-ot adva az előállott piros szín intenzitását haladéktalanul Pulfrich-fotométerben a hasonlóan kezelt kontroll vizeletfrakcióval szemben S 53-as szűrőn át (533 mμ) 10 mm-es küvettában leolvastuk. A továbbiakban az így nyert extinkció értékekkel dolgoztunk. Sósav hatására a festék narancssárga színe pirosra változik.

Megbeszélés

Eredményeinket koordináta-rendszerben ábrázoltuk. Az ordinátán tüntettük fel a titrációs aciditást klinikai egységekben (feltételeztük, hogy a fotometriás érték a frakcionált próbareggeli maximális szabad sósav értékének felel meg), az abszcisszán pedig a másfélórás vizeletfrakciók fotometriás értékeit (ábra). Az ábrán nem tüntettük fel 33 anacid esetünket, mert azok valamennyien a koordinátarendszer 0 pontjára esnek. Az ábrán láthatjuk, hogy az aciditás és a fotometriás érték között egészen az 50 fölötti aciditásig jó quantitatív összefüggés van. Ezen érték fölött a két metódus közötti szórás már meglehetősen nagy.

Ez ideig nem tudtuk tisztázni, hogy hyperaciditás esetén miért válik a szórás kifejezettebbé, hiszen hyp- és normaciditás esetén az aciditás foka ezzel a módszerrel csaknem teljes biztonsággal megadható. Ezért a hyperacid régióban vizsgálatainkat tovább folytatjuk e jelenség okának tisztázása céljából.

Módszerünket egyszerű leolvasása és exaktabb értékei alapján jobbnak tartjuk, mint a színreakciónak a gyári színskálához való hasonlítását.

Összefoglalás. Szerzők módszert dolgoztak ki a gyomorsavmeghatározás quantitatívvá tételére szondázás nélkül, Gastrotest alkalmazásával. Az eljárás a vizeletben kiválasztott festék fotometriás meghatározásán alapul. Egyszerűségénél és exaktságánál fogva eddigi gyakorlatukban jól bevált az anaciditás, hypaciditás és normaciditás megállapítására, 50-en felüli hyperaciditás esetén azonban a quantitatív értékek kevésbé megbízhatóak.

IRODALOM. 1. *Segal H. L., Miller, Morton* and *Yung:* Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1950. *74*:218. — 2. *Segal H. L., Miller L. L.* and *Plumb E. J.:* Gastroenterology, 1955. *28*:402. — 3. *Segal H. L., Plossowe R. P., Gerle R. D.* and *Russel P. K.:* J. Lab. and Clin. Med. 1960. *55*:815. — 4. *Bianchetti E.* und *Gerber Th.:* Schweiz. med. Wschr. 1958. *88*:736. — 5. *Zsebők Z.:* Wien. med. Wschr. 1959. *25*:523. — 6. *Garai T.:* Magy. Belorv. Arch. 1959. *12*:143. — 7. *Zsebők Z.* és *Egedy E.:* Orv. Hetil. 1959. *100*:65. — 8. *Balassa M.:* Orv. Hetil. 1960. *101*:259. — 9. *Szarvas F.* és *Varró V.:* Orv. Hetil. 1960. *101*:861.

János Kórház és Rendelőintézet, Budapest

Gastropin hatása a gyomormozgásokra

(Összehasonlító pharmako-kymographias vizsgálatok)

(Előzetes közlemény)

Irta: Székely Árpád dr. és Liszka György dr.

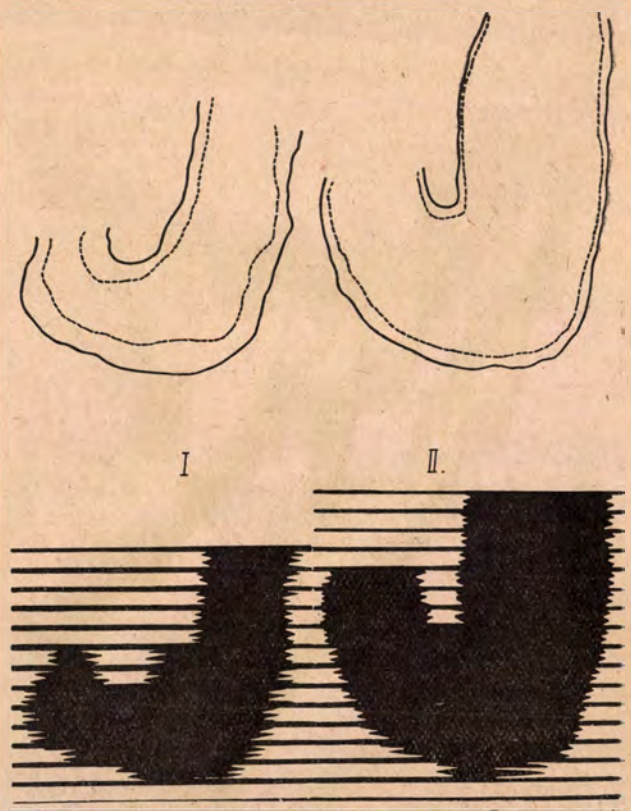
A gyomorra ható gyógyszerek hatásának egyik legjellemzőbb megnyilvánulása a gyomor mozgásainak megváltozása, amely röntgen (rtg.) vizsgálattal jól követhető (1). A pharmokokymographias vizsgálat az alkalmazott gyógyszerek hatásmechanizmusának és támadáspontjának objektív megítélésére és regisztrálására alkalmas módszer. Bizonyos esetekben organicus és functionalis elváltozások elkülönítésére is adatokat szolgáltathat (2). Közleményünkben 66 betegen végzett 82 pharmakokymographias vizsgálatunkat ismertetjük, melyekben parasympatholyticumok hatását hasonlítottuk össze (1. sz. táblázat). A kettős támadáspontú Gastropin

1. táblázat

Diagnosis	Esetek száma
Ulcus ventriculi	4
Ulcus duodeni	16
Fekélybetegség összesen	20
Vegetatív regulatio zavara (dystonia)	44
Neoplasma intest.	4
Diverticulum ventriculi	1
Cholelithiasis	7
Sigmoiditis	1
Megasigma	1
Hyperthyreosis	4
Egyéb összesen	18
Vizsgálatok száma	82

mellett, propanthelin-bromidot[1], hyoscin-N-buthylbromidot[2] és oxyphenonium-bromidot[3] alkalmaztunk (3). Pharmakologiai, valamint klinikai vizsgálatokból ismeretes a tranquillo-sedativumok csoportjába tartozó meprobamat[4] és a Gastropin kölcsönös synergizmusa (4), ezért ezeket külön-külön és együtt adva is vizsgáltuk.

Stumpf rendszerű kymograph-al dolgoztunk (12 mm-es rács, lefutási idő 60 sec., focus-filmtávolság 70 cm, 70 kV, 5—6 mA.). Kymographiás felvétel készítése után az egyes gyógyszereket i. v. illetve i. m. adtuk. A második felvétel a jellegzetes parasympatholyticus hatás kifejlődésének — előzetesen megfigyelt — opti-



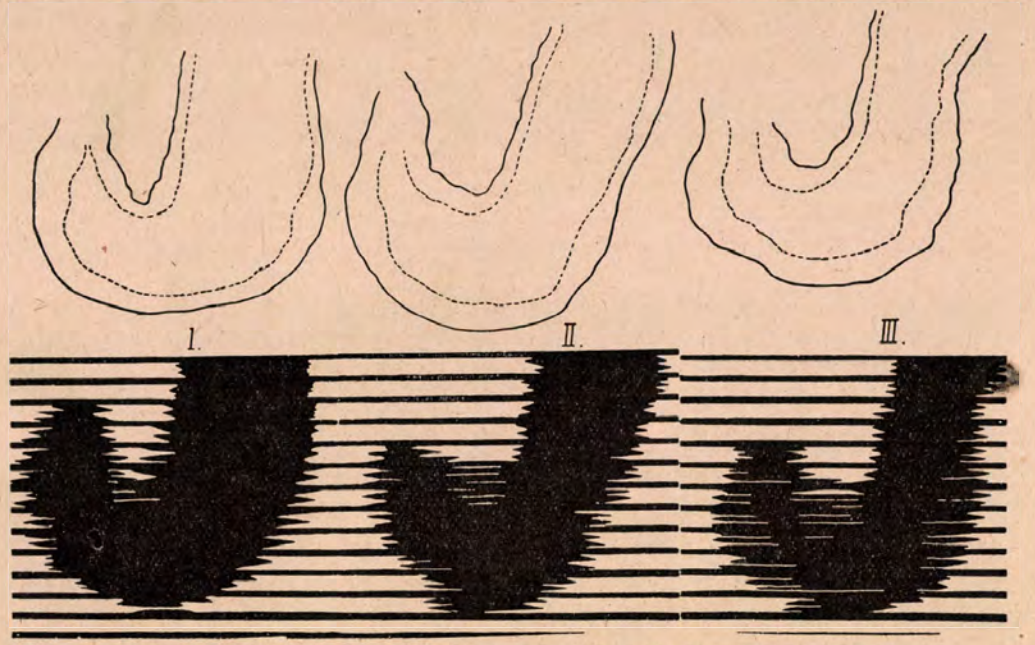
1. ábra: I. Gyógyszeradás előtt. II. 8 mg. i. v. Gastropin után 6 perccel

[1] Pro-Banthine, [2] Buscopan, [3] Antrenyl, [4] Andaxin.

mális idejében: i. v. adásnál átlag 4—6 perc múlva, i. m. alkalmazásnál 15—20 perc múlva történt. Gastropinból 4—6 mg-ot, meprobamatból 400—800 mg-ot adtunk vizsgálatonként, illetőleg 4—8 mg Gastropint

Eredmények

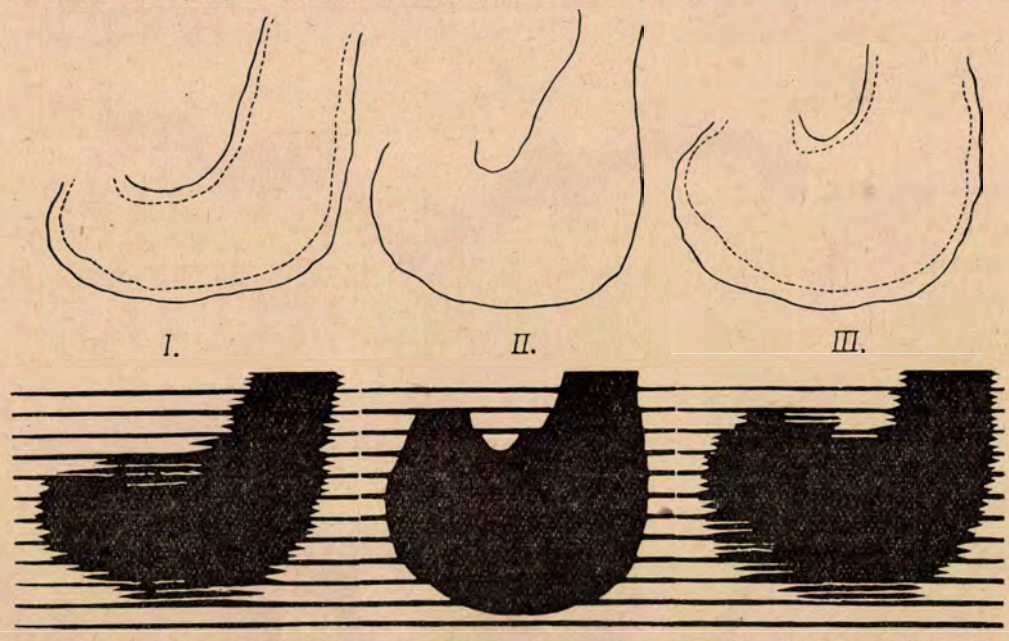
1. Propanthelin-bromid, hyoscin-N-buthylbromid és oxyphenonium-bromid vizsgálatánál a



2. ábra: I. Gyógyszeradás előtt. II. 800 mg. i. v. meprobamat után 6 perccel III. 800 mg. i. v. meprobamat után 20 perccel

kombináltunk esetenként 400—800 mg meprobamattal (a többi gyógyszer is therápiás adagban került alkalmazásra). A felvételek értékelésénél minden esetben megrajzoltuk a mozgásteret, regisztráltuk a gyomor tónusváltozását. Négy általunk megválasztott ponton (a corpus közepén és az antrumon, mind a nagy, mind a kisgörbületi oldalon) mért értékekből meghatároztuk a frequentiát, periódus időt, sebességet. Ezekből számítás útján megkaptuk a hullámhosszot. A kiindulási és a gyógyszerbeadás utáni felvételekből tehát — vizsgálatonként — 44 adatot nyertünk.

kapott eredmények megfeleltek az irodalomból ismerteknek. A gyomor tónusa csökkent, a peristaltica lassult, amplitudója kisebb lett.



3. ábra: I. Gyógyszeradás előtt. II. 8 mg. Gastropin + 800 mg. meprobamat i. v. után 6 perccel III. 8 mg. Gastropin + 800 mg. meprobamat i. v. után 20 perccel

2. Gastropin a peristaltika amplitudóját jelentősen csökkenti, a tónus ugyancsak csökken. Hatása fekélybetegeken a legkifejezettebb. Az alkalmazott adagokban teljesen mellékhatás-mentes. (1. ábra.) A hasonló nagyságrendű változást előidéző

SEBÉSZETI KLINIK

propanthelin-bromid bélgörcsöt, sápadtságot, tachycardiát, 24 órán túl tartó vizeletürítési képtelenséget okozott.

3. I. v. adott meprobamat a gyomormozgásokat significansan nem változtatta. Egyes esetekben kismértékben fokozta. (2. ábra.)

4. Gastropin és meprobamat együttes i. v. adása a gyomor mozgásait sokkal nagyobb mértékben csökkentette, mint az önmagában adott Gastropin. A 3. ábrán bemutatott esetben a gyomor mozgása átmenetileg teljesen megáll.

5. Az egyes pharmakonok hatásának időtartama általában 30—40 perc. A vizsgált gyógyszerek között significans különbség nem volt. (Hatástartam alatt természetesen csak a vizsgált mozgásváltozásokra gyakorolt hatást és nem a therapias hatás tartamát értjük.)

Összefoglalás. 82 pharmakokymographiás vizsgálat közel 4000 mérési adatának feldolgozása egyértelműen bizonyította, hogy a Gastropin, therapiás adagban, a gyomor mozgásait, tónusát lényegesen csökkenti. Más parasympatholyticumok hasonló nagyságrendű hatása az esetek egy részében, komoly melléktüneteket okozott, a Gastropin teljesen mellékhatás-mentes volt. Meprobamat önmagában a gyomor mozgásokat significansan nem változtatja meg. Gastropin és meprobamat együttes hatása a Gastropinénál lényegesen nagyobb, a kettő synergizmusának ez objektív klinikai bizonyítéka.

IRODALOM. 1. *Gimes B.:* Kandidátusi értekezés 1957. (Az addigi idevonatkozó teljes magyar irodalommal.) *Simon L.:* Magy. Radiol. 1959. *11*, 158. — 2. *Stumpf P., Weber H.* und *Weltz G. A.:* Röntgenkymographische. Bewegungslehre Innerer Organe. Thieme, 1936. *Stumpf P.* und *Grasser H.:* Münch. med. Wschr. 1954. *96.* 1366. *Reinecke H.:* Klin. Wschr. 1953. *31.* 465. — 3. *Nádor K.* és *Gyermek L.:* Orv. Hetil. 1958. *99*, 1504.; Arzneimittelforshung 1958. *8.* 336. — 4. *Pataki I.* és *Pfeiffer K.:* idézve *Pataki I.:* Új gyógyszerek II. kiadás, Medicina, Budapest, 1960. *Székely Á., Liszka Gy.* és *Halász M.:* Előadás a parádi Gastroenterologus Kongresszuson 1960. *Székely Á.* és *Liszka Gy.:* Ther. hung. (Közlés alatt).

REFERÁTUMOK

Budapest Fővárosi IV. ker. Károlyi Sándor Közkórház, Röntgen Osztály és a IV. ker. Árpád Közkórház Belgyógyászati Osztály

Idegen testek a szívben

Irta: Vasvári Jenő dr. és Lelkes György dr.

Idegen testek a szívbe kétféle úton kerülhetnek be:

1. direkt úton

2. vándorlás útján. Ez utóbbi lehet perforatiós, emboliás és kombinált.

Direkt úton háború és suicidiumok alkalmával lövedékek elég gyakran kerülnek a szívbe. Ezek legnagyobb része pathológusok publikációs anyaga a gyors exitus miatt. Az esetek egy részében sikeres a műtét, másik részében spontán gyógyulás után az idegen testet (továbbiakban: i. t.) tünetmentesen vagy kisebb-nagyobb panaszokkal évekig viselhetik a szívben. *Turner* (89) betegénél 23, *Vickersénél* (94) 30, *Bogicevicénél* (12) 26, *Boggieénél* 39, *Littmann* betegénél 33 évig tünetmentes volt a betokolódott lövedék. *Strouzer* (85) esetében a benntartózkodás negyevenedik évében jelentkeztek először panaszok, *Neimann* és mt (60) esetében három év múlva lépett fel fatális pericarditis.

Az irodalomban tíz szerző számol be direkt úton a szívbe jutott tűről. *Roget* (68), *Marquezy* (50), *Beahrs* (5), *Blaha (9), Mamedov* (51), *Kostjuschenok* (42), *Linner* (45), *Mehlsen* (53), *Tänzer* (92) és *Volkow* (95). Ezek egy betört i. cardiális fecskendőtűtől eltekintve suicid céllal vagy véletlen baleset folytán jutottak be.

A *vándorlásos* i. t.-k a szervezetbe természetes úton vagy a köztakaró megsértése útján bejutva a szívet lassú vándorlás után érik el. A vándorlás lehet

1. egyszerű perforatiós
2. egyszerű emboliás
3. kombinált.

1. Egyszerű perforatiós vándorlás történehet a mellkas lágyrészein keresztül — mint *Jankiewicz* (37) betegénél —, ahol a suicid céllal beszúrt kis tűdarab három nap alatt 3 cm-t haladt befelé és félig már a pericardiumban volt. A másik lehetőség a perforatióra a gyomor — béltraktus felső szakasza, amely szomszédos a szívvel. Ilyen esetről számol be *Milton* (54) egy 11 hónapos gyermekkel kapcsolatban, akinél a lenyelt biztosítótű a nyelőcsőből perforált napok alatt a szívbe. *Viholm* (86) hasonló halszálka — perforatiót írt le, *Callender* (16) és egy másik szerző szintén halszálka lassú perforatióját észlelték a gyomorból a szívbe.

2. Egyszerű, tiszta intravasális, emboliás vándorlás történhet, ha az i. t. a lövésnél egyenesen valamelyik visszértörzsbe kerül és innen vándorol a szívbe. *Piedeliévre* (64) vízzel átáramoltatott gumicső-kísérletében

azt észlelte, hogy ha a cső keményebb alapon fekszik, hátsó falát már nem üti át a lövedék, hanem a lumenben marad. *Naegeli* és *Janker* (58) tapasztalták, hogy a vándorlás a venatörzsben, ill. a. v. cavában lassú, a billentyűnél meg-megakad míg a rekesz nívóját el nem éri. Innen haladása erősen meggyorsul a rekesz és a tüdő mozgása valamint a szívpulsatio hatására.

3. Az előbbieknél sokkal gyakoribb a kombinált perforatiós-emboliás út. Az i.t. primer behatolási helytől, a bélcsatornából, (7, 26, 63) csontból (14) vagy a lágyrészekből perforatiós úton kerül az érbe, innen tovább emboliásan vándorol. A hegyes i. t.-ket az izommozgások akciói hajtják előre (37, 51), majd egy megfelelően vastag véna falát arrodálják és beleperforálnak. Az i.t.-t innen már a véráram viszi tovább. A végtagok, has, mellkasfal izomzata hasonlóan viselkedik. A tüdőben a légzőmozgás nyomja előre az i. t.-t, ha a vena bronchialist arrodálja, akkor a jobb szívbe, ha a vena pulmonalist, a bal szívbe kerülhet. Foramen ovale apertum vagy septum defektus esetén fennáll a lehetőség a szív jobb és bal üregei közötti vándorlásra is.

Riethus (66) kutyák szívüregébe helyezett golyókat: 35-ből 32 eltávozott a szívből, csak 3 maradt benn. A traumás vagy alimentáris úton bekerülő i. t.-nél több a bennrekedő esetek száma, mint a tovább vándorlóké, az arány 2:1. Ennek egyik oka az i. t. fertőzöttsége, ami fibrinképző reakciót vált ki, a másik oka az i. t. hegyes vagy érdes felszíne, amely megsérti az endocardiumot, thrombusképzést idéz elő. Elég hegyes i. t. bele is fúródhat a szívfalba. A fibrin, thrombus az i. t.-t a szívüreg védettebb zugaiban, a papilláris izmok között, inhúrok mellett, billentyűk alatt vagy a fülcsékben rögzítheti (*Riethus* szerint legkorábban a 31. napon), később a rögzítést hegedés teszi tökéletessé.

A szívből embolikus úton juthatnak ki az i. t.-k. Annak megfelelően, hogy az i. t.-k legtöbbször a j. szívbe vándorolnak, az embolia innen legtöbbször az a. pulm. ágaiba vezet, bár a j. pitvaron át a nagyvénákba is eljuthat. *Bauer* (3) esetében a j. kamrafalból a műtét alatt kimozdult lövedék rövid idő alatt a v. cava-n át a v. hepaticába csúszott. A beteget fejjel lefelé fordítva a golyó visszafelé vándorolt és a j. kamrán át egy a. pulm. ágba jutott el. A bal szívből kijutó i. t. bármely nagyobb arteriába eljuthat.

Összefoglalva az emboliás i. t. vándorlás iránya *a szívhez viszonyítva* lehet

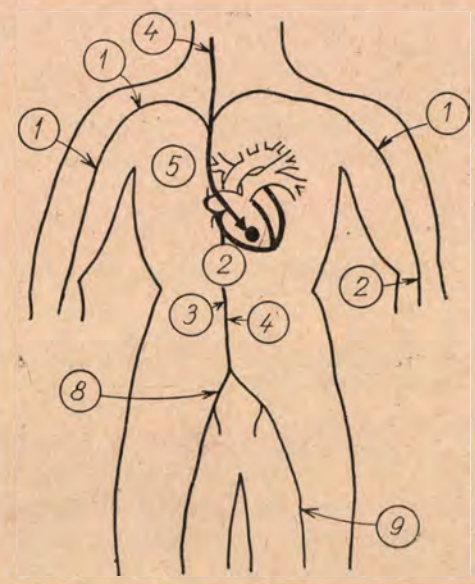
1. centripetális
2. centrifugális
3. kombinált.

Leggyakoribb a centripetalis vándorlás, amely a perifériáról indul ki és a szívben véget ér. Legritkább a centrifugális, amely alatt a direkt úton a szívüregbe került i. t. továbbjutását értjük a periféria felé. Aránylag gyakoribb a kombinált, amelynél a szívbe bejutott i. t. ismét elhagyja azt perifériás irányban, többnyire a tüdő verőeres ágaiba.

Az i. t. vándorlási ideje különböző. *Dneprovzhskij* (22) esetében egy tű útja a jobb vállból a jobb kamráig két évet vett igénybe, *Ganz* (28) betegénél egy lövedék a jobb comtól a szívig 3 év, *Zettel, Giebel* (96) betegénél 4 év alatt jutott el. Az intravenás haladás aránylag gyors, *Moskalenko* (56) szerint a testhelyzettől, a venás áramlástól és az i. t. felszíntől függően órák-napok alatt vándorolhat egy apró gömbölyű test a szívbe. Egy hosszú tű haladása több időt vesz igénybe és a billentyűknél hosszabb ideig megakadhat. A vándorlás arrosiv szaka a hosszabb.

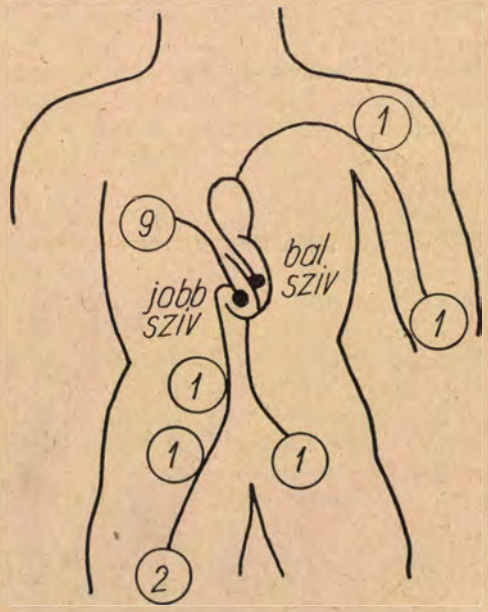
A szívvel kapcsolatos emboliás i. t. vándorlások száma az irodalomban kevés. *Biasini* (6) 1840. és 1949. között 50 esetet talált, de ebből csak 7 volt olyan, amit intra vitam diagnosztizáltak. Ezekkel együtt *Swan* (88) 18 esetről tesz említést (1952), *Ganz* (28) további 6 esettel bővítette az esetek számát (1954) és *Hiatt* (35) a legutóbbi évekből a sajátjával együtt 9 esetet dolgozott fel. A számunkra hozzáférhető irodalomból 47 emboliás szív i. t. esetet gyűjtöttünk össze, amelyeket egy-két kivétellel élőben kórismézték.

Az esetek kétharmada centripetális (31 eset), centrifugális 5, kombinált 11 eset.



1. ábra. Vándorló idegen testek belépési hely szerint: V. jugul. 4 eset, mellkas 5 eset, hasi vv 4 eset, v. subclav. 1 eset, v. cava 2 eset, v. iliaca 8 eset, v. axill. 2 eset, v. hepat. 3 eset, v femor 9 eset, v. cubit. 2 eset, ismeretlen 2 eset

Belépési helyét tekintve legyakoribb a lágyéktáj (16 eset), amiből a v. femor. 9, a v. iliaca 7 ízben volt behatolási kapu.



2. ábra. Szívből kiinduló emboliák: a. pulm. 9 eset, a. iliaca 1 eset, v. renal. 1 eset, a. axill. 1eset, v. femor 2 eset, a. brach. 1 eset

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA

A felső végtagból indult ki a vándorlás 5 esetben (v. subclav. 1, axill. 2, v. cubit. 2), a mellkasból szintén 5 esetben (ebből egy v. pulm. útján), a hasból 7 esetben (3 a v. hepat.-ból). Két ízben a v. caváből indult ki a centripetális út, két esetben ismeretlen a kiindulási hely, négyben a v. jugularis tájéka.

Az i. t.-k természetes venás áramlással — kettő kivételével a — jobb szívfélbe kerültek. A 16 esetben előfordult centrifugális irányú vándorlás esetéből 13-ban a j. szívfélből indult ki, az embolia az a. pulm. ágaiban végződött 9, a v. fémur.-ban 2 és v. renalis, ill. v. sacroil.-ban 1—1 esetben. A bal kamrából származó 3 embolia helye az a ilica, a. axillaris és a. brachialis volt (1, 2. ábra).

Előfordulhat paradox embolia is, pl. a foramen ovale apertumon át a j. kamrából valamelyik artériába. A fém i. t.-k a venás áramlással szemben is mozoghatnak súlyuknál fogva függőlegesen lefelé.

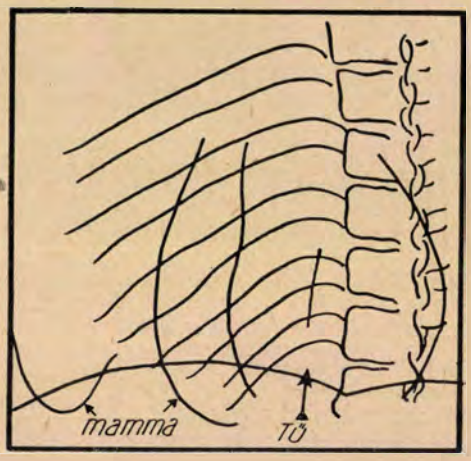
Az i. t.-k anyaguk szerinti megoszlása:

Lövedék, szilánk	35 db	fogpiszkáló	2 db
tű	3 „	fadarabka	1 „
radium tű	2 „	cirokszál	1 „
Kirschner drót	1 „	katheter	2 „

Az anyag legnagyobb részét a lövedékek, szilánkok alkotják, ezeken kívül tüket és más hegyes vékony tárgyakat találunk, amelyek arrosiv haladásra képesek. A modern therapiás eszközöket képviselik a Kirschner drót, a radium tűk és a kaheterek; az utóbbiak szívkatheterezés közben kerültek a venás rendszerbe.

Az i. t. vándorlása a szervezetben legtöbbször észrevétlen, a belépés a szívbe szintén. A szív direkt sérülésének tünetei igen sokfélék. Legsúlyosabb esetben shock, nagy sebfájdalom, profúz vérzés vagy szívtamponád közben exitus percek — órák alatt. Ha az i. t. bennmarad a szívben és a sérülés nem fatális, a tünetek az i. t. localisatiója szerint különbözők. A kamrafalban és septumban lehet teljesen tünetmentes, vagy többé-kevésbé kifejezett mellkasi fájdalmat okozhat, mely a máj felé, a gyomorba, vagy a bal vállba és karba sugárzik; ez a fájdalom inkább rohamokban jelentkezik és stenocardiás jellegű légszomjjal és szívdobogással. A pitvarfalban elhelyezkedő i. t. inkább okoz az előbbiekhez hasonló panaszokat. Nagyobb i. t. itt munkatöbbletet okozhat, közelebb lehet a pericardiumhoz, azt állandóan ingerelheti, pericarditis léphet fel időnként, az ezt követő hegesedés újabb panaszok forrása lehet. A szívüregben a falon fixálódott i. t. tünetmentes lehet, de a billentyűk alatt elhelyezkedve azt munkájában zavarhatja, insufficientiát utánozhat, az irritáció miatt heges stenosis alakulhat ki. A szív üregeibe emboliás úton került i. t. többnyire semmi panaszt sem okoz, ezért nem is gondolnak rá, mivel az anamnesis másfelé, a sebesülés helyére tereli a gyanút. Az EKG direkt úton behatolt i. t. esetén infarctushoz hasonló lehet, arrhythmia, blokk fordulhat elő. Vándorlással bejutott i. t. EKG-ja általában negatív.

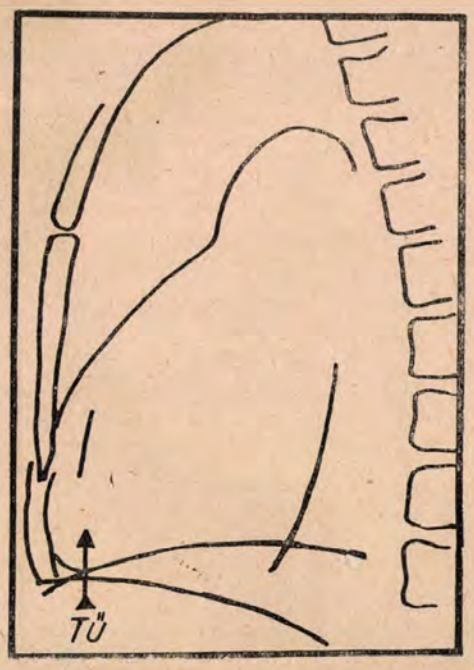
A kórismét egyedül röntgen vizsgálattal állíthatjuk fel. A röntgen-kép jellemző. Az i. t. a szívárnyékba vetül, forgatásnál állandóan a szív határain belül marad és állandó ritmikus pulsatiós mozgást végez. Ezt első leírói 1916-ban *Lobligeois* (47) és *Ledoux—Lebard* (43) csengőnyelv ingamozgásához hasonlították. A mozgás amplitudója legnagyobb a kamrákban, kisebb a pitvarokban, legkisebb a septumokban. A pulsatiós mozgás iránya a megfelelő szívrészével egyezik. Az intracavitális i. t.-k az előbbiektől eltérő, szokatlan irányú rezgést végeznek, amelyet a véráram determinál. Az intrapericardiálisan szabadon mozgó i. t. változtatia helyét a testhelyzet szerint. Ha már betokolódott, akkor csak abból következtethetünk elhelyezkedésére, hogy a szívárnyék szélére vetül. A vetület és a pulsatiós mozgás egybevetésével az i. t.-t elég pontosan lokalizálhatjuk. Az i. t. mozgását és a szív pulsatióját pontosabban összehasonlíthatjuk kymograph



1. kép. Jobb ferde felvétel

felvétellel. Értékes segítség a rétegfelvétel, természetesen a mozgás miatt több rétegben fogjuk megtalálni az i. t.-t. Ugyancsak értékes segítség a fokuseltolásos lokalizációs módszer is, a focus eltolást a

pulsatiós elmozdulásra merőleges irányban kell elvégezni. *Kienböck* különböző sémákat készített a pulsuson alapuló lokalizációhoz az ún. functionális aequatort, a négy üreg projekciójára az anatómiai topikus sémákat. Ezek jól használhatók (46). A második világháborúban nagy anyagon *Keves* fog-



2. kép. Oldalirányú felvétel, j. o. filmközel

lalkozott a lokalizáció kérdésével. *Frey* (25) a stereoscopos felvételek használhatóságáról számol be. Néha igénybe kell venni az angiocardiographiát is (*Goyette*, 29). Igen gondos vizsgálatok mellett is előfordult műtétnél, hogy az i. t.-t extracardiálisan találták vagy nem is sikerült megtalálni (33). Ebben szerepe van az i. t. vándorlóképességnek is.

A szív i. t. okozta komplikációk közül a legsúlyosabbak: az elvérzés, ruptura, szívaneurysma és a fertőzés. Sepsis a direkt úton behatoló i.t.-knél lép fel. *Dzsanelidze* 50, *Grossmann* 30, *Roedelius* 71%-ban találta fertőzöttnek a műtétnél eltávolított i. t.-ket. A genykeltőkön és anaerob bacillusokon kívül más kórokozók is szerepelhetnek, *Paplanus* (63) moniliás fertőzést írt le a bélfalon átfúródott, majd emboliásan a szívbe jutott fogpiszkáló darabkánál.

A vándorlással bekerült i. t. legkomolyabb szövődménye az embolia, amelynek több halálos esete is ismeretes (10, 34, 84). Az i. t. körül kisebb thrombusok keletkezhetnek, ezek elszabadulásuk után szintén kisebb emboliákat okozhatnak. *Zettel, Giebel* (96) foramen ovale spertum esetén agyemboliákat észlelt. Mozgó i. t. okozhatja a coronaria és ingervezető rendszer laesióját is. A locus min. resist. alapján minden i. t.-nél fennáll a későbbi endocarditis fellépésének veszélye, amelyek között *Ganz* (28) tbc-s endocarditist is talált. Végül a betegnél a szívben hordozott i. t. tudatának hatása alatt súlyos psychosis alakulhat ki (10, 34).

3. kép. Medence felvétel ap. irányban. Jelmagyarázat: a fekete nyilak a két tűdarabkát mutatják, a fehér nyil a repeszdarabot jelzi

Therapia: sebészi. Az első sikeres műtétet *L. Rehn* végezte 1896-ban. Az eleinte magas mortalitás (30—70%) ma már minimálisra csökkent *[Swan* (88)]. A műtét annál könnyebb, minél felszínesebben fekszik az i. t. a jobb szívfél műtéte sokkal egy-

szerűbb, mert nem kell a szívet közben felemelni. Ezért a műtéti javallatok is különbözők a szív egyes részei szerint. *Swan, Dzsanelidze, Harken, Grigorew, Gerke* és mások gyakorlatában kialakult műtéti indikációk:

1. fennálló vagy visszatérő sepsis, genyesedés, pericarditis, myocarditis;
2. szívtáji fájdalom, működészavar;
3. ha egyik kamrában szabadon van: embolia veszély;
4. a szövődmények elkerülésére a szív üregeiből minden 2 cm, a szívfalból minden 1 cm-nél nagyobb i. t.;
5. makacs neurosis.

Maga az i. t. nem ok az operációra *(Kehl,* 38). Bár vannak radikális operateurök *(Beaussenat, Carperssohn, Harken, Freud, Edwards),* mások tartózkodóbbak *(Kienböck, Sauerbruch, Singleton, Franz, Friedrich).* A tűkkel kapcsolatban a szerzők inkább a műtét mellett döntenek. *Schmitt* (86) szerint tűt és hegyes eszközt ki kell venni azonnal, vagy amint tünetet okoz, mert vándorolhat tovább, újabb sebzéseket és újabb infectiót okozhat, *Volkow* (95) ezt megerősíti: abscessust, fistulát okozhat, a tű további mozgása vérzést, pericarditist idézhet elő, hetek, vagy akár évek múlva is. Viszont *Linner* (45) a nyugodt, betokolt tűknél nem tartja szükségesnek a műtétet.

A műtét elhárítja a fatális és súlyos szövődmények veszélyét, de utána *Steffens* (81), *Schneider* szerint az esetek ⅓ részében panaszok maradnak vissza. *Lobacsev* eredményei jobbak. A legutóbbi években végzett i. t. eltávolító műtétek közt két letális kimenetelű volt, egyik thrombosis a másik irreverzibilis szívmegállás miatt, mindkettő tű eltávolításakor történt.

Esetünk ismertetése:

K. J.-né 29 éves beteg, 1959. X. 4-én került a belgyógyászati osztályra (Kórl. sz. 7657/1120. Családi anamnesis: férje két éve tüdő -tbc-ben halt meg. A kórelőzményben 1945-ben szilánksérülés, 1958-ban epeműtét, gyomorfekély, azóta erős gyomorégés, étkezéstől függetlenül fájdalom, néha hányinger. Bejövetele előtti napon elmondása szerint szürkésfekete széklete volt és kb. 3 dl fekete és kávéaljszerű vért hányt. Egy év alatt 10 kg-t fogyott. Szívpanaszai nem voltak.

Fizikálisan a tüdőkön kissé érdesebb légzést, a szíven semmi kórosat nem észleltünk, a szívhangok halkak, tiszták voltak. A hasban kisfokú epigastriális nyomásérzékenységet jelzett, resistentiát nem tapintottunk. Pulsus: 120/min, RR: 110/90 Hgmm. A laboratóriumi eredményei normálisak, vvs.: 4 500 000, fvs.: 9600.

Anamnesisének alapján haemoptoe lehetőségére is gondoltunk. Bejövetele után melaenát nem észleltünk, rectális vizsgálat norm. színű székletmaradékot mutatott.

Mellkas átvilágításnál a tüdők tiszták voltak, a szív norm. nagyságú, kóros config. nem mutatott, aorta rendes.

A-p irányban nem lehetett észrevenni, de elforgatva a gerinc vetületéből jól szembetűnt egy kb. 4 cm hosszú tűárnyék, amely majdnem függőleges, felső végével kissé ferdén jobbra és hátrafelé helyezkedett el a szívárnyék közepe táján, forgatásnál a szívárnyékból egyik irányban sem lehetett kivetíteni. A tű a kamrai pulsatióval synchron rithmikus pulsáló mozgást végzett, felső végének kitérése nagyobb volt, alsó vége kissé fixáltnak látszott. A tű intracardiális helyzetét a többirányú felvételekkel és rétegfelvételekkel is kontrolláltuk, hasfekvésben a tű a 2—2½ cm rétegben mutatkozott. A tű vetületét és pulsatiós mozgását egybevetve a jobb kamra ventrális falára localisáltuk, amelybe pár mm-re lyukas végével belefúródott, felső vége a lumenben szabadon volt.

A betegnek nem volt tudomása a szívében levő varrótűről, nem is nyelt soha tűt. Állandóan nehéz munkát végez, szívpanasza nem volt.

Részletes kikérdezésekor visszaemlékezett 13 éves korából egy epizódra, amikor testvére verekedés közben meglökte és egy teli tűpárnára esett. A tűk közül több a bőrébe fúródott. Ezen a területen komoly genyesedés keletkezett, mely heggel gyógyult. A gluteális tájon a bőrben és az izomzatban valóban kiterjedt hegesedést észleltünk és a röntgenfelvételen ezen a tájon a lágyrészekben két kisebb tűdarabot találtunk. Megtaláltuk az anamnesisben szereplő szilánkot is.

Mindezek alapján esetünket a centripetális irányú embolikus eredetű szív i. t.-khez sorolhatjuk. A mélyen az izmok közé került tű valószínűleg hegyével befelé fordult és így fúródott lassan-lassan át a lágyrészeken, míg a v. glut. valamelyik egyenesebb ágába nem jutott, innen a venás áramlás vitte a jobb pitvaron át a jobb kamrába, ahol a kamrabázison örvénylő véráramban függőleges irányba fordult és a kamra összehúzódása alkalmával lyukas végével a falba fúródott. Ebben a helyzetben systole alatt sem érinti a kamra átellenes falát, ezért nem okoz panaszt.

A tű behatolása 16 évvel ezelőtt történt, a vándorlás arrosiv szakasza valószínűleg sok évig tartott, az i. v. haladás is éveket vehetett igénybe. A tű valószínűleg már több éve a jelenlegi helyén van. A műtéti indikáció kérdéses. Az izomzatba fúródott és ott betokolódott tű eddig tünetmentes volt. Megvan a remény arra, hogy ezentúl is így marad. A beteg a szívében felfedezett i. t. hírét nem fogadta tragikusan, neurosistól nem kell tartanunk. Ezért eltekintettünk a műtét alkalmazásától. A továbbiakban a beteget állandó ellenőrzés alatt kell tartanunk, hogy a tű helyzetváltoztatása esetén azonnal be tudjunk avatkozni. A tű konturján kisebb kirágottság észlelhető, ez rozsdásodást jelent. Lassan emiatt elvékonyodhat valamelyik helyen és a véráram letörheti egy részét, ez újabb vándorlást, újabb komplikációt okozhat, de ez valószínűleg csak évtizedek múlva következik be. A locus min. resist. miatt endocarditis bármikor felléphet, de ezen már a műtét sem változtathat semmit.

Annak a valószínűsége, hogy egy tű valahonnan a szívbe vándoroljon emboliás úton, igen kevés. Az irodalomban összesen három hasonló esetet találtunk, a hazai írások között egyet sem. A testbe kerülő i. t. vándorlás lehetőségével számolni kell, ezért lehetőség szerint azonnal, de az ellenőrzés folyamán a vándorlás megindulása után feltétlenül el kell távolítani a szövődmények megelőzésére.

Összefoglalás: Az összegyűjtött irodalom alapján tárgyalják a szívbe direkt és emboliás úton bekerülő idegen testek pathologiáját és klinikumát. Összesen 47 vándorlással bejutott i. t. adatait gyűjtötték össze, ebből 3 esetben szerepelt tű, szerzők esete a negyedik.

IRODALOM. 1. *Albers—Schönberg, Freud:* Münch. Med. Wschr. 1925. 1224. — 2. *Adams H. D.:* Med. J. 1951. 2. 1431. — 3. *Bauer K. H.:* Chirurg 1943. 697. — 4. *Barrett N. R.:* Brit. J. Surg. 1950. 37. 416. — 5. *Beahrs O. H., Hattox J. S.:* Proc. Staff. Meet. Mayo Clin. 1951. *26,* 381. — 6. *Biasini A.:* Ann. ital. Chir. 1949. *26,* 398. — 7. *Bailey:* Arch. Int. Med. Chicago 1913. *48.* 440. —

8. *Binet* és mtsai: Presse méd. Paris 1926. *34.* 530. — 9. *Blaha R., Polak, Sobotka B.:* Cas. lek. ces. 1951. *20.* 601. — 10. *Bland—Sutton:* Lancet 1919. *1.* 773. — 11. *Boggio, Gilet G.:* Policlinico 1955. *62.* 345. — 12. *Bogicevic A. P.:* Radiol. Gasnik. 1939. *3.* 57. — 13. *Braunbehrens H.:* Zbl. Chir. 1947. *72.* 1176. — 14. *Burman M., Grossman S., Rosenach* S.: Am. J. Roent. 1956. *76.* 1061. — 15. *McCarney, Drummond L. Barrett-nél.* — 16. *Callender G. W.:* Tr. Med. Chir. Soc. London, 1873. *56.* 203. — 17. *Caspersohn:* Münch. med. Wschr. 1915. *35.* 905. — 18. *Cutler, L. Barrett-nél.* — 19. *Decker H. J.:* J. Thorac. Surg. 1939. *9.* 62. — 20. *Davies T.:* Med. and Surg. Ass. 1834. — 21. *Delitala:* Arch. ital. Chir. 1942. *63.* 468. — 22. *Dneprovolzhskij S. A.:* Klin. med. 1955. *33.* 84. — 23. *Fischer G.:* Arch. klin. Chir. 1868. *9.* 571. — 24. *Le Fort R.:* Presse méd. 1939. *1.* 305. — 25. *Frey E. K.:* Die Chirurgie des Herzens. Stuttgart, 1939. Zbl. Chir. 1947. 5. — 26. *Farber S., Craig J. M.:* J. Pediatr. 1956. *49.* 330. — 27. *Fry:* Lancet, London, 1920. *198.* 16. — 28. *Ganz P.:* Zbl. Chir. 1954. *79.* 1560. — 29. *Goyette E. M., Keirns M. M.:* Am. Heart J. 1951. *42.* 362. — 30. *Griessmann H.:* Dt. Militärärzt. 1943. *8, 6,* 346. — 31. *Grigorew N. L.:* Klin. med. 1951. *26.* 10. 42; Chirurgija 1950. *11.* 19. — 32. *Grey—Turner:* Lancet 1940. 487. — 33. *Harken D. E., Zoll P. M.:* Am. Heart J. 1946. *32.* 1. — 34. *Harken D. E., Williams A. G.:* Am. J. Surg. 1946. 70. — 35. *Hiatt R. B., McMillan C. W., Vilnejad J.:* Am. J. Roent. 1959. *81.* 846. — 36. *Hienert G.:* Wien. med. Wschr. 1953. *103, 46,* 863. — 37. *Jankiewicz S.:* Polski przegl. chir. 1952. *24,* 381. — 38. *Kehl R.:* Zbl. Chir. 1949. *74,* 230. — 39. *Kehlhammer:* Zbl. Chir. 1939. *66, 2,* 1773. — 40. *Karavanov G. G.:* Chirurgija, Moszkva 1954. *9,* 67. — 41. *Katz:* Beitr. gerichtl. Med. 1922. 4, 89. — 42. *Kebes E. L.:* Рентгенологическое усслепование при слепых огнестрельных ранениях грудной Клетки. Академия, Москва, 1948 — 43. *Kostjuschenok B. M.:* Vestn. Chir. 1953. *73, 3,* 57. — 44. *Ledoux, Lebard:* J. de Radiol. 1916. *1.* — 45. *Leider H. J., Miscall L.:* New York J. Méd. 1954. *54,* 1203. — 46. *Linner B.:* Zbl. Chir. 1941. *5,* 208. — 47. *Littmann I., Szenes T.:* Honvédorvos 1952. *VI. 3—4.* 218. 241. — 48. *Lobligeois:* Acad. de Méd. 1916. 364. — 49. *Macqueot P., Blondin S.:* Mém. Acad. Chir. Paris 1941. *67,* 287. — 50. *Makin:* Brit. J. Surg. 1920. *8,* 107. — 51. *Marquezy, mt:* Pédiat. de Paris 1950. 4. — 52. *Mamedov Z. M.:* Khir. Moskva 1954. *5,* 70. — 53. *Martin:* Arch. klin. Chir, 1929. *155,* 577. — 54. *Mehlsen F.:* ref. Z. org. ges. Chir. 1939. *91,* 395. — 55. *Milton—Peeler—Harris—Riley:* J. Dis. Child. 1957. *93, 3,* 308. — 56. *Miscall L., Harrison A. W.:* Ann. Surg. 1947. *125,* 311. — 57. *Moskalenko:* Vestn. Chir. 1933. *90,* 28. — 58. *Müller K. L., Pilgerstorfer W.:* Wien med. Wschr. 1951. *101, 24,* 455. — 59. *Naegeli, Janker:* Dtsch. Zschr. Chir. 1931. *232,* 560. — 60. *O Neil C. S.:* Brit. Med. J. 1917. *11,* 706. — 61. *Neimann B. H., Fritzgerald J. E.:* Amer. J. Surg. 1938. *42,* 401. — 62. *Neugebauer:* Zbl. Chir. 1957. *82,* 1133. — 63. *Paltauf:* Wien. klin. Wschr. 1933. 602. — 64. *Paplanus S., Cate W.:* 1. *Milton*-nál. — 65. *Piedeliévre* és mtsai: Presse méd. Paris 1933. *2.* 1681. — 66. *Prokop:* Z. org. ges. Chir. 1935. *74.* 153. — 67. *Riethus:* Dt. Ztschr. Chir. 1902. 67. — 68. *Roche L., Gravier J.:* Ann. méd. lég. 1953. *33.* 109. — 69. *Roget, Beaudoing, Guilhot:* Pédiatrie, Lyon 1956. *4.* 452. — 70. *Roedelius:* Dtsch. med. Wschr. 1918. *1.* 86. — 71. *Rohde C.:* Med. Klin. 1947. *9.* 376. — 72. *Samson F. C.:* Ann. Surg. 1948. *127.* 1127. — 73. *Sandusky W. R.:* ref. Exc. Med. Surg. 1952. 1159. — 74. *Sauerbruch F.:* Die Chirurgie der Brustorgane. 2. Aufl. 2. Bd. Berlin, 1925. — 75. *Sauerbruch F.:* Dt. Ztschr. f. Chir. 1941. *255.* 152. — 76. *Schwaiger M.:* Arch. Klin. Chir. 1949. *261.* 542. — 77. *Schloffer H.:* Z. Klin. Chir. 1903. *37.* 698. — 78. *Simpson R. J.:* A. M. A. Arch. Surg. 1922. *65.* 926. — 79. *Silverman J.:* Am. Heart J. 1947. *34.* 419. — 80. *Singleton A. O.:* Am. J. Surg. 1933. *20.* 1955. — 81. *Starke O.:* Tbk. Ärzt. 1954. *8.* 365. — 82. *Steffens W.:* Herzstockschüsse. Thieme, Leipzig, 1936. — 83. *Stepanova M. N.:* Chirurgija 1953. *12.* 66. — 84. *Störmer A.:* Dt. med. Wschr. 1947. 576. — 85. *Strauss R.:* Arch. Path. 1942. *33.* 63. — 86. *Strouzer P., Rose Y.:* J. radiol. et électr. 1952. *33.* 656. — 87. *Schmitt J., Kudász J.:* Wiederherstellungschirurgie an Herz und Herzbeutel. VEB Berlin, 1959. — 88. *Sellors T. H., Wigham J. R.:* Brit. J. Surg. 1949. *35.* 441. — 89. *Swan H., Forsee J. H., Goyette E. M.:* Ann. Surg. 1952. *135.* 314. — 90. *Turner:* Surgery 1942. *9.* 832. — 91. *Turner—Sommers:* New England J. med. 1954. *251.* 744. — 92. *Trusler G. A., Mustard W. T.:* Canad. M. Ass. J. 1958. *79.* 558. — 93. *Tänzer A.:* Fortschr. der Röntg. 1953. *78.* 357. — 94. *Valle A. R.:* A. M. A. Arch. Surg. 1955. *70.* 398. — 95. *Vickers J. F.:* Am. J. Roentg. 1954. *71.* 89. — 96. *Volkow L. F.:* Chirurgija 1949. *6.* 66. — 97. *Zettel H., Giebel M. G.:* Zbl. Chir. 1952. *77.* 481.

Psychés nyugtalanság megszüntetésére
TRIOXAZIN
EGYT

Rheumás láz
activ szakában
BEACILLIN
EGYT
DIBENZYL-AETHYLENDIAMINO-DIPENICILLIN-G

RITKA kórképek

Budapesti Orvostudományi Egyetem, I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet és IV. Sebészeti Klinika

A Zuckerkandl-szerv terhességgel szövődött malignus paragangliomája

Irta: Kendrey Gábor dr. és Husvéti Sándor dr.

A Német Anatómus Társaság 1901-ben tartott gyűlésen *Zuckerkandl* beszámolt arról, hogy újszülöttekben az aorta elülső felszínén, az art. mesenterica superior eredésétől kétoldalt egy-egy hosszúkás, világosbarna testecske található a sympathicus fonatba ágyazva. A jobboldali képlet valamivel nagyobb (átlag 11,6 mm), mint a baloldali (átlag 8,8 mm). E kis képleteket különböző korú embryokban is megtalálta és megállapította, hogy a sympathicus határköteg ganglionjaival azonos telepből fejlődnek. Mikroszkóposan dús capillaris hálózatból állanak és parenchymájukat képező nagy polygonalis, vagy köbös sejtekben chromsós fixálás után olyan barna, vagy sárgás granulák mutathatók ki, mint a mellékvese velőállományának sejtjeiben.

Az utánvizsgálók *(Kohn, Handschin,* stb.) ezeket az adatokat állati és emberi anyagon egyaránt megerősítették, és a testecskéket azóta Zuckerkandl szervként ismerjük. Az itt és egyebütt előforduló extra-adrenalis chromaffin szöveteket paragangliomoknak, daganataikat pedig paragangliomáknak nevezték *(Alezais* és *Peyron). Biedl* és *Wiesel* állapították meg, hogy a Z.-szervek vérnyomást emelő anyagot termelnek, és ameddig a mellékvese velőállománya nem eléggé fejlett, addig ezek az adrenalin termelés fő forrásai. Kétéves kor után, amikor physiologiás involutiójuk előrehaladott, adrenalin nem mutatható ki bennük *(Handschin).* Felnőttekben csak igen ritkán lelhetők fel mikroszkópos kicsinységű chromaffin sejtcsoportok. a Z.-szervek helyén.

Röviddel a testecskék leírása után, 1902-ben *Stangl* ismertette az első benignus Z.-szerv paragangliomát, melyeknek száma *Valach* szerint 1957-ig 23-ra szaporodott. Tekintettel arra, hogy a Z.szervek fiziológiás involutiója már kisgyermekkorban rendszerint bekövetkezik, érthető, hogy a kisszámú benignus tumor mellett elenyészően ritkák a malignus daganatok. Biztosan malignus — metastatisáló — Z.-szerv paragangliomát elsőként *Ortega* írt le 1952-ben, majd *Haug* és *Baker* 1956-ban. A harmadik esetet *Nikkilä* és *Saxén* 1957-ben ismertették.

Az általunk észlelt esetet az alábbiakban ismertetjük.

Saját észlelés:

Cz. E.-né 23 éves beteg 1959 februárjában — harmadik terhességének harmadik hónapjában — szegycsontjában egy csomót vett észre. Kezelőorvosa az elváltozást tuberculotikus eredetűnek tartotta és a Jánoskórház csontsebészeti osztályára utalta be, ahol 9 hétig feküdt és streptomycin-kezelésben részesült. A szegycsontban levő csomó a terhesség előrehaladtával gyorsan növekedett; próbakimetszést kíséreltek meg, mely azonban a daganatból eredő igen nagy vérzés miatt nem volt eredményes. Aneurysma art. mammariae internae, seu angioma sterni diagnosissal vettük át a IV. Sebészeti Klinikára, ahol a biopsia során magunk is nagy vérzést kaptunk. A beteg ekkor mérsékelten anaemiás volt (vvt-sz. 3,9 mill., hb. 75%), vérnyomása emelkedett (180/130 Hgmm), vizeletében túrós csapadék jelent meg és vérsejtsüllyedése is erősen fokozódott (38/70 ½ ó.).

Kórszövettani vizsgálatra (1580/1959. ksz.) egy lencsényi szürkés-vörhenyes szövetrészletet és kisbabnyi véralvadékot kaptunk. A szövetdarabka részben kötő- és izomszövetből, részben jól vascularisált daganatszövetből állott, melynek sejtjei helyenként többmagvúak voltak és az izomrostok közé is beterjedtek. A szövettani kép alapján a klinikailag tapasztalt malignitást lehetett igazolni.

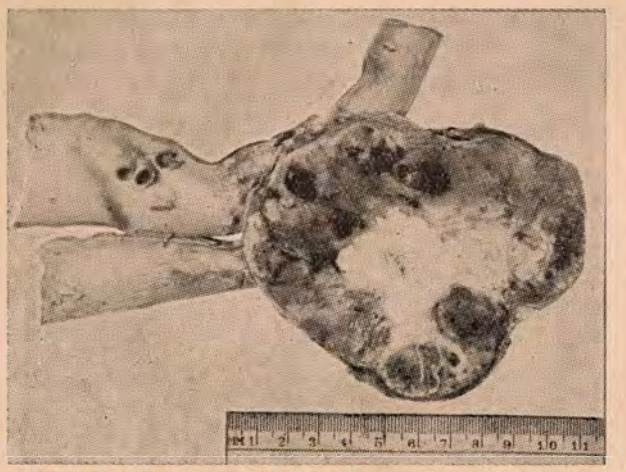
Ezt követően a leromlott beteget, kinek sternumdaganata időközben lúdtojásnyira nőtt, a kialakult terhességi toxicosis miatt áthelyezték az I. Női Klinikára. Az volt a terv, hogy a szülés után elvégzik a daganat radikális kiirtását. A női klinikán császármetszést végeztek, melynek során a hasüregben és az adnexumok területén kóros elváltozást nem észleltek. A szülés után két héttel a IV. Sebészeti Klinikán elvégezték a sternumtumor kiirtását a szegycsont subtotalis resectiójával. (1. ábra.) A műtét közben syncope lépett fel, és bár

1. ábra. Az elsődlegesnek tartott és subtotalis sternumresectióval eltávolított szegycsontdaganat

resuscitatiós eljárásokkal sikerült a légzést és keringést helyreállítani, a beteg anoxaemiás agyi károsodás tünetei közepette halt meg. A klinikai diagnosis haemangiosarcoma sterni volt.

Boncoláskor (240/1959 bjk.) közvetlenül az art. mesenterica inferior eredésénél, az ér jobb oldalán 10,5 × 9 × 8,5 cm nagyságú, tokbazárt, metszéslapon

barnás-sárga, centralis részén szürkés-fehér területeket tartalmazó daganatot találtunk, melyben vérzések is előfordultak. (2. ábra.) Daganatok voltak a májban, a tüdőhilusi, paratrachealis és mediastinalis nyirokcsomókban, valamint mindkét tüdő összes lebenyeiben a pleura alatt. Az art. mesenterica inferior eredésénél levő, elsődlegesnek tartott daganat kórszövettani képén



2. ábra. Az art. mesenterica inferior eredésénél levő primaer tumor metszéslapján vérzések és elhalások látszanak

szembetűnő az igen erős vascularisatio. Az aránylag vastagfalú erek hyalinos kötőszövetbe ágyazva haladnak. (3/a. ábra.) Körülöttük helyezkednek el a parenchymát alkotó sejtek, melyek helyenként oszlopokba rendeződnek, máshol szabálytalan csoportot formálnak. A daganatsejtek polygonalisak, magjuk kerek vagy ovális, plasmájuk habos, finoman granulált. Elvétve bizarr magvú daganatóriássejtek is megfigyelhetők. (3/b. ábra.) A metastasisok sok helyen teljesen anaplasticus jellegűek és kevéssé emlékeztetnek a primaer daganat szerkezetére. A paragangliomákra általában jellegzetes alveolaris structura és a Gömöri-féle ezüstimpregna-

3. ábra. a) *Az elsődleges daganat kórszövettani képe (H. E. 80x-os nagyítás)*
b) *Bizarr magvú daganat-óriássejtek a primaer tumorban (H. E. 400x-os nagyítás)*

tióval szépen feltüntethető reticularis hálózat leginkább a sternummetastasis egyes részleteiben tanulmányozható. (4. ábra.)

Bár a daganatból pressor anyagot nem isoláltunk és chromsós fixálás sem történt, a jellegzetes makro- és mikroszkópos lelet alapján a daganatot malignus, távoli metastasisokat képező paragangliomának tartjuk, mely a Zuckerkandl-szervből indult ki.

Megbeszélés.

Ismertetett esetünkkel kapcsolatban röviden rámutatunk azokra a nehézségekre, melyekkel az észlelés során szembekerültünk. Mindenekelőtt a sternum elváltozás természetének megállapítása okozott nehézséget. A korábban tuberculoticusnak tartott, de antituberculoticus kezelésre nem javuló csontelváltozás rohamos növekedése és bő erezettsége klinikailag malignus angiomatosus tumor mellett szólt és ezt a feltevést — bizonyos mértékben — a biopsiás vizsgálat megerősítette.

Természetesen felvetődött a daganat metastaticus eredetének lehetősége is. Mivel sem klinikai vizsgálatokkal, sem a császármetszés idején a hasüregben daganatos elváltozást kimutatni nem lehetett, a sternum tumora elsődlegesnek látszott. Bár a sternum primaer, malignus angiomatosus daganatai igen ritkák, mégis ismeretesek ilyen észlelések is. *(Pollak)* Az elsődleges daganat kiindulási helyét végülis csak a boncolás alkalmával lehetett megállapítani.

További kérdés, hogy van-e összefüggés a terhesség és a daganat progressiója között? Ennek megítélése rendkívül nehéz. Bizonyos, hogy a sternumáttét a terhesség 3. hónapjában jelent meg és annak előrehaladtával igen gyorsan növekedett. *Becker* és *Meier* szerint terhesség alatt a daganatos progressio veszélye a genitalis (collumcarcinoma, emlőrák) carcinomáknál a legnagyobb, de más tumoroknál, ha kevésbé szabályszerűen is, fennáll ennek lehetősége.

Paragangliomák esetén mindig felmerül a daganat hormonalis activitásának kérdése. Ennek

4. ábra. a) *A sternumáttétben helyenként a daganat alveolaris szerkezete tanulmányozható. (H. E. 80x-os nagyítás)*
b) *A daganat reticularis váza Gömöri-féle ezüstimpregnatióval (80x-os nagyítás)*

megállapítása a tünetek, továbbá laboratóriumi és biológiai vizsgálatok alapján lehetséges.

Klinikailag a paroxysmusokban fellépő, vagy állandóan fennálló hypertonia keltheti fel a gyanút ez irányban, ha pedig a vizelet catecholamin szint-

je jelentősen felemelkedik, a diagnosis megalapozottnak tekinthető. Ilyen esetben elsősorban a mellékvesékben keresünk phaeochromocytomát és törekszünk annak eltávolítására. Ismeretes ugyanis, hogy a betegek jelentős részénél a daganat eltávolítása után a hypertonia megszűnik. Betegünknél sem állandóan, sem rohamokban jelentkező hypertoniát nem észleltünk, csupán a terhességi toxicosissal kapcsolatban jelentkezett hypertonia, melyhez erős albuminuria is társult. A különböző szervek ereinek és a veséknek kórszövettani vizsgálata során sem találtunk olyan elváltozásokat, melyeket a hosszabb ideig tartó, vagy gyakran ismétlődő fokozott adrenalin hatásra lehetne visszavezetni. A fiatal beteg érrendszere ennek megállapítására alkalmas lehetett volna.

A hormonális aktivitás inkább a benignus, differenciált phaeochromocytomák és paragangliomák jellemzője és úgy látszik, hogy az anaplasia kialakulásával ez a működés megszűnik. Az eddig ismertetett malignus Z.-szerv paragangliomák egyikében sem lehetett igazolni a hormonalis activitást. A differenciált chromaffin daganatok adrenalin termelésének bizonyítására szép példát szolgáltatott hazai vonatkozásban *Szinnyai, Káplár* és *Szalay,* akik egy terhességgel szövődött phaeochromocyta esetben a boncolásnál talált daganat kivonatával kísérleti állatban vérnyomás emelkedést idéztek elő.

A paragangliomák benignitásának vagy malignitásának megítélése kórszövettani vizsgálattal elég nehéz feladat. Bizonyos fokú polymorphia paragangliomáknál eléggé állandó lelet és *Valach* szerint ez a daganat sajátos tulajdonságai közé tartozik. Így csak azokat a paragangliomákat tartják általában malignusnak, melyek áttéteket is képeznek. Bár esetünkben a malignitáshoz nem fér kétség, mégis a primaer daganat aránylag differenciált képe után szembetűnő volt az áttéti tumorok anaplasticus szerkezete.

Esetünk a negyedik Zuckerkandl-szervből kiinduló malignus paraganglioma és az első terhességgel szövődött észlelés.

Összefoglalás. Szerzők 23 éves terhes asszonynál gyorsan növekedő szegycsont daganatot észleltek, melyet haemangiosarcomának tartottak. A terhesség végén fellépett toxicosis miatt császármetszés történt, majd az elsődlegesnek látszó tumort sternumresectióval eltávolították. Boncoláskor a Zuckerkandl-szervből kiinduló, metastatizáló daganat volt található, mely kórszövettanilag malignus paragangliomának bizonyult. Esetük a Zuckerkandl-szervből eredő paragangliomának a világirodalomban 4. esete és az első terhességgel szövődött észlelés.

IRODALOM. *Alezais* és *Peyron:* cit. Valach — *Becker J.* és *Meier I.:* Strahlentherapie 1957. *104,* 384. — *Biedl A.* és *Wiesel J.:* Arch. f. d. Phys. 1902. *91,* 434. — *Haug W. A.* és *Baker H. W.:* A. M. A. Arch. Path. 1956. *62,* 335. — *Handschin E.:* Beitr. path. Anat. 1928. *79,* 728. — *Kohn A.:* Arch. f. mikr. Anat. 1903. *62,* 263. — *Nikkilä E. A.* és *Saxén L.:* Acta Path. Microbiol. Scand. 1957. *41,* 207. — *Ortega P. jr.:* A. M. A. Arch. Path. 1952. *53.* 78. — *Pollak A.:* Am. J. Surg. 1949. 77. 522. — *Stangl E.:* Verh. d. Path. Ges. 1903. 5. Tag. S. 250. — *Szinnyai M., Káplár Z.* és *Szalay E.:* Gynaecologia 1959. *147.* 172. — *Valach V.:* Zbl. allg. Path. 1957. *97.* 251. — *Zuckerkandl E.:* Anat. Anz. 1901. *19.* 95.

Új gyógyszerek, Új gyógymódok

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Orthoped Klinika és Debreceni Gyógyfürdő Intézet

Vibratiós lyra-súlyfürdő kezelés

Irta: Pap Károly dr.

Moll Károly új eljárása, a súlyfürdő-kezelés — mely egyesíti magában a tartós húzást és a víz gyógyító hatását — ma már a bevált eljárások közé emelkedett. Mindazok számára, akik e kettős hatást sem kevésre, sem túl nem becsülik; megbízható gyógyító tényező.

Az eredeti elgondolás változtatása nélkül — olyan helyeken, ahol csak *zárt* medence áll rendelkezésre — módosítások történtek. A fakaloda helyett egymás mellett elhelyezett, falba rögzített csőrendszer készült, melynek viszont előnye az, hogy kisebb helyen is több beteg kaphat egyszerre kezelést (pl. Gellért-fürdőben).

A *Moll-féle* koncepciónak szemelőtt tartása mellett a Debreceni Gyógyfürdőben megtörtént a továbbfejlesztése olyan értelemben, hogy egy, a természeteshez közelálló erővel— a *vibratióval* — a gerinc lazító hatását fokozni lehetett anélkül, hogy a betegre hátrányos lett (ni'l nocere!) volna.

Azon megfigyelés alapján, hogy — a bevert szeg, vagy nehezen járó, szoruló fiók kihúzása könnyebb előzetes vagy együttes rázó mozgással (vibratio) — jelen esetben a gerinc lazítása a víz hullámzó mozgásával történik. A vibratio egyébként az orthopaediában még nem eléggé méltatott — mikro erő—, melyet talán azért nem alkalmaz-

tak eddig, mert időhöz kötött. A hatás nem egyszerre, summálódás folytán összegeződik. Előnye éppen az időfaktor miatt az, hogy tetszés-szerint adagolható, a *Schulz—Arndt*-szabály szerint.

Megfigyelhető volt továbbá az is, hogy a vízmedencében már csak kézzel előidézett kisebb hullámzás átlag 8—10 percig tart. Jóllehet, hogy ez gépi erővel szabályosabban lenne ugyan előidézhető, azonban a tapasztalat szerint ez is megfelel a célnak. A meglevő nagy csapból (7—8 cm-es csőből) 1 méterről zuhogó víz kellő, tartós hullámzást biztosít. A Debreceni Gyógyfürdőben a súlyfürdőmedence eleve így van szerkesztve. A hőforrásvíz azonos hőmérsékleten tartását időnként ugyis melegvíz hozzáeresztésével kell biztosítani. Az egész rendszer így önmagától adódik.

Minthogy az eddigi zárthelyi, kalodát-pótló csőszerkezet merev és így a hullámzást eleve *fékezi*, felmerült a *rugalmassá tételének szüksége, hogy a hullámzást a beteg teste jól átvegye.*

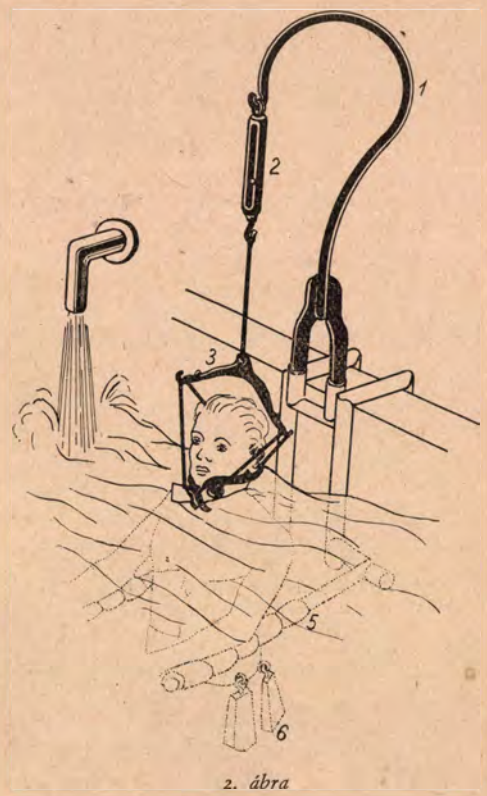
Ennek megoldása a „lyra"-szerkezetével történt. (1, 2 ábra). A csőbútor (Thonet) rugalmasságának elvét felhasználva olyan „?" (lyra) alakú fejtartó készült, mely a végén sodronykötéllel ellátott gallért tart. A gallér tágassága tetszés szerint szabályozható és gumiszivaccsal bélelt. Ez a *Glisson*-toknál jobbnak bizonyult. A vibratio fokának pontos ellenőrzését a lyra és gallér közé iktatott csőmérleg végzi. A kartartón változtatás nem történt. A betegek a megtámaszkodással saját maguk választják meg azt a hullámzási fokot, mely kellemes,

1. ábra

de még hatásos. Rendszerint maga a beteg jelzi egy idő múlva, hogy „érzem a lazulást".

Nem lebecsülendő a vibratio nyugtató, idegzsongító hatása sem. (Mozgó vonat, -autó, ringó csónak, -bölcső nyugtató hatása ismert.)

Említésre méltó, hogy a kezelési idő rövidebb, mely nemcsak az egyes kezelésben, hanem a kezelés-sorozat szempontjából is időnyereség. Ennek jelentősége a nagyobbszámú rendelésen van. Az



2. ábra

átlagos 20 perc helyett 8—15 perc elégnek bizonyult.

A gyógyfürdőben eddig 622 esetben történt vibratiós súlyfürdő kezelés. Jóllehet, hogy az eredmények értékelése bonyolult, mert több beteg összetett kezelést kap (masszázs, iszap, cortison, novocain, fűző, *Silfverskiöld*-torna stb.), mégis e módszer eredményesebbnek bizonyult. A saját statisztika helyett meggyőzőbb, ha mások is tapasztalatokat szereznek, és kellő számú eset kipróbálása után alkotnak véleményt e vázolt eljárásról.

A készülék nem költséges, a konstruktiós elv nem bonyolult. Alkalmazása eddig károsodást, szövődményt nem okozott.

Utólagos megfontolásként megemlíthető, ill. feltehető, hogy a vibratiós hatást a súlyfürdő kezelésben már mások is alkalmazhatták; mindenesetre erről irodalmi adat nem található. Mint ahogy a vízbe merült test súlyfürdővel tudatosan a gerinc extensiójáig fokozott — hasonlóképpen a gerinclazítás további tudatos fejlesztésének vehető a vibratio alkalmazása.

Összefoglalás: a lyra-súlyfürdő a *Moll*-féle kezelés egyik továbbfejlesztésére kigondolt módszer, azon megfigyelés alapján és egyben céllal, hogy a hullám-vibratio a gerinc lazítását — az élettani határon belül — fokozza. Az eddig kezelt betegek gyorsabb javulása az eljárást minősíti.

HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

1961. Szerkeszti az Országos Orvostudományi Könyvtár igazgatója 9. szám

Az EVSZ tevékenysége 1960-ban

Harc a malária ellen

Az EVSZ programjában a malária felszámolása fontos helyet foglal el. Ámbár igen szűkös anyagi eszközök álltak a rendelkezésére, 1960-ban mégis jelentős előrehaladást értek el. *63 országban vagy területen bontakozott ki a malária teljes felszámolásának a programja, további 17 országban a hatóságok hozzáfogtak a tervek kidolgozásához.*

A nemzeti programok végrehajtásához az EVSZ az esetek többségében közvetlen segítséget nyújtott. Szakértőket küldött a helyszínre, a malária felszámolásában jártas egészségügyi mérnökök segítettek hatásos terveket kidolgozni, segítettek továbbá a tervek végrehajtásában is. A világ különböző részein nemzetközi és regionális kiképző központok működnek, e központokban képezik ki azokat, akik a malária felszámolásában tevékenykednek. Az EVSZ segítette e központok működését tanerőkkel, tananyaggal. Számos nemzeti tanfolyamot is hasonló módon támogatott az EVSZ.

Egyre gyarapodnak a malária terjesztőiről szerzett ismeretek és tapasztalatok, ez a probléma állandó és beható tanulmányozásának az eredménye. Kiderült például, hogy *az anophelesek DDT-rezisztenciája ritkán válik nagyfokúvá és így gyakran ott is eredményes a DDT további használata, ahol DDT-rezisztenciát tapasztaltak.*

Fertőző betegségek

A fertőző betegségek elleni harc fő kérdése továbbra is e betegségek felderítése, a terjedés megelőzése. Ehhez kielégítő járványügyi szolgálatra van szükség, amely közegészségügyi laboratóriumokra és statisztikai szolgálatra támaszkodik. Az EVSZ folytatta a járványügyi szakemberek kiképzését és szolgálatba állítását az érintett országokban. Ahol az lehetséges volt, *racionalizálták a kiképzett személyzet munkáját és több irányban használták fel.* Például a framboesia felszámolására kiképzett csoportokat egyben felhasználták arra, hogy felderítsék a lepra eseteket.

További munka folyt a tuberkulózis diagnosztikája, terápiája és megelőzése terén használatos módszerek javítására. A madrasi Tuberculosis Chemotherapy Centre az EVSZ segítségével további eredményeket ért el a házi és az intézeti kezelés eredményeinek összehasonlító tanulmányozásában. Az eredmények megerősítik, hogy a *megfelelő körülmények között a házi kemoterápiás kezelés eredményei nem maradnak el az intézeti kezelés mögött.*

Kielégítő eredményeket értek el a framboesia felszámolásában egyes területeken. Néhány országban további egészségügyi csoportokat képeztek ki a falusi egészségügyi szolgálat keretében erre a munkára.

Számos országban *a szifilisz és a gonorrhea esetek számának a növekedését figyelték meg.* A megbetegedési arányszám magasabb a fiatalkorúak között, elsősorban a 20 éven aluliak között. Ez új szociális problémát is jelent.

Az EVSZ szerológiai laboratóriumai továbbra is nemzetközi együttműködés keretében tanulmányozzák a treponema pallidum szerológiai diagnosztizálására szolgáló eljárásokat, a reagensek nemzetközi standardizálását és az in vitro tenyésztett treponema életkörülményeit és szaporodási tényezőit.

Az EVSZ azt tervezi, hogy intenzívebben bekapcsolódik a *légutakon keresztül behatoló vírusok* (kivéve az influenza-vírust) *által okozott betegségek tanulmányozásába.* Javasolták, hogy e probléma tanulmányozására szervezzenek regionális központot a prágai Járványtani és Mikrobiológiai Intézetben. Jelenleg két intézet foglalkozik e kérdéssel nemzetközi vonatkozásban, az International Reference Centre for Respiratory Virus Disease (London) és a yalei egyetem keretében működő World Serum Reference Bank.

Bizonyos — elég csekély — fejlődés ment végbe az év folyamán a *himlő felszámolására* irányuló küzdelemben. Remélhető, hogy a Délnyugat-Ázsiában megkezdett program választ ad majd számos, a tömeges oltásokkal kapcsolatos technikai és szervezési problémára. A Csendes-óceán nyugati területein néhány év óta folynak hasonló akciók. Eléggé jelentős munkálatok folytak a himlő felszámolására néhány afrikai országban, és ezek az országok is igénybe vették az EVSZ segítségét.

Gyors volt a fejlődés az *élő poliovakcina* tanulmányozása terén. Sok országban kiterjedt programot hajtottak végre, és 1960 nyarára becslés szerint *70 millió ember kapott ilyen vakcinát.* Júniusban Washingtonban konferenciát tartottak e tárgyban, a konferenciát követően az EVSZ poliomyelitis bizottsága is megtárgyalta a kérdést.

Az EVSZ segítette a rovarok által terjesztett vírusbetegségek kutatását, valamint a trachomakutatást is. Elősegítette a kutatások koordinálását és a tapasztalatcserét, anyaggal látott el több intézetet.

Egy tanulmányt készítettek a *bilharziasis problémájáról,* amelyben feldolgozták a bilharziasis terjedését az endémiás területeken, valamint a betegség megjelenését kimutatták olyan országokban, amelyekben e betegség eddig ismeretlen volt. A szakértő bizottság szeptemberben ülést tartott és értékelték a csigák elpusztítására szolgáló vegyszereket, valamint a felhasználás módozatait.

Kielégítő előrehaladás mutatkozott világszerte a *lepra ambuláns kezelésében.* A lepra-bizottság 1959-es útmutatásainak megfelelően tanulmányozták a lepra okozta torzulásokat és rokkantságot. Több országban koordinálták a lepra mikrobiológiájára vonatkozó laboratóriumi kutatást.

Környezethigiéne

Folytatódott a *jó ivóvíz biztosítására* irányuló, világszerte folyó akció. Az év folyamán az EVSZ egészségügyi mérnökei sok országot meglátogattak, hogy tanáccsal és technikai segítséggel szolgáljanak. A világ különböző részein tanfolyamokat tartottak a vízellátás gazdasági, szervezési és egészségügyi kérdéseiről. Közvetlen segítséget nyújtottak több országban nemcsak a vízellátás egészségügyi és mérnöki kérdéseivel kapcsolatban, hanem a gazdasági tervezéssel és az üzemeltetéssel kapcsolatban is.

A program alapkérdése az, hogy biztosítani kell a bőséges és megfelelő minőségű ivóvizet, mert ez jelenti az egészséges élet alapját és nagy jelentősége van mind a szociális, mind a gazdasági fejlődés szempontjából.

Más nemzetközi szervekkel együttműködve az EVSZ résztvett abban a nemzetközi hosszúlejáratú akciónak a lebonyolításában, amelynek a célja *olcsó vízellátó berendezések létesítése* a kisebb településeken. Az EVSZ segítséget nyújtott a nemrégiben függetlenné vált afrikai országoknak a tervezésben és a szervező munkában.

Európában, de néhány más területen is a környezethigiéne elsősorban inkább az „ember csinálta" problémákkal, mint a „természetes" problémákkal foglalkozik egyre inkább. Így például *a folyók, a tavak, sőt a tenger vizének a szennyeződésével,* valamint más olyan problémákkal, amelyek a városok gyors növekedésével kapcsolatosak. E problémák egy másik változata kapcsolatos az *atomenergia egyre fokozódó felhasználásával, valamint az ionizáló sugárzás felhasználásával* az iparban és az orvostudományban.

1960-ban fokozódott a *rovarölő szerekkel és a vektor-pusztító szerekkel kapcsolatban kialakult rezisztencia-kutatás.* Az új rovarölő szerek értékelésével és kipróbálásával kapcsolatos munka első hathónapos programjában több mint 20 készítmény vizsgálatát kezdték meg. Lagosban a nigériai kormánnyal együttműködve az EVSZ kutató laboratóriumot rendezett be, hogy a helyszínen végezhessenek tanulmányokat. Folytatták a permetező és ködképző eljárások javítását a malária és más vektorok elleni küzdelemben és befejezték a repülőgépről történő rovartalanítás tanulmányozásának megszervezését.

A helyszínen tanulmányozták — és megfelelő standard módszereket dolgoztak ki — a különféle rovarok rezisztenciáját, így például bolhákét, poloskákét, házilegyekét, csecselegyekét és drosophiláké. Rövidesen radioaktív jelzett elemekkel készült rovarölő szerekkel is megkezdődnek a kísérletek és a vizsgálatok.

Táplálkozásegészségügy

A legfontosabb problémák között a *fiatal gyermekek fehérjehiányos táplálkozását* kell említeni, amellyel 1955 óta foglalkozik intenzívebben az EVSZ a FAO-val és az UNICEF-fel karöltve. Az akkor kidolgozott program eredményei a legjobban talán Guatemalában észlelhetők. Itt a Közép-Amerikai és Panamai Táplálkozástudományi Intézet egy „Incaparina" elnevezésű fehérjedús tápszert dolgozott ki, amelyet egyre szélesebb körben fogyasztanak. Eredmények vannak Afrikában is, ahol egy növényi fehérjekeverékből és lefölözött tejből készült tápszer válik egyre népszerűbbé Nigériában és Ugandában.

További munkálatok folytak a *táplálkozási eredetű anémiákkal* kapcsolatban. Indiában az EVSZ segítségével vizsgálatok folytak a táplálkozási eredetű anémiák diétás gyógykezelésének az értékéről.

Nem fertőző betegségek

A *szív és a vérkeringés* betegségeinek területén előkészületben van e betegségek nemzetközi osztályozásának, a klinikai diagnózis standardizálásának, az adatok összehasonlítható standardjainak és a tudományos tapasztalatok cseréjének a kidolgozása. Európában megkezdték a coronaria és az aorta sclerosis epidemiológiájának és patológiájának kombinált tanulmányozását. Más szív- és vérkeringési problémák tanulmányozásához segítséget nyújtott az EVSZ Jamaikában, Walesben és Ugandában.

Széleskörű munka folyik a *daganatos betegségek* terén, e munkálatok több országban működő központban már régebben megindultak. 1960 végén például Belfastban és Dublinben megkezdték a tüdőrák és a levegőszennyeződés összefüggésére vonatkozó tanulmány elkészítését; Norvégiában és Finnországban azt tanulmányozzák, hogy mi az oka a két ország tüdőrák-halálozásában mutatkozó arányszámkülönbségnek. Az EVSZ tudományos csoportjai megvitatták az élelmiszerek adalékanyagainak karcinogén hatását állatokra.

Elmeegészségügy

Az elmeegészségügy jelentős helyet foglal el a szervezet munkájában. Egy szakbizottság júniusban megvizsgálta a pszichiátria és az elmeegészségügy oktatásának kérdéseit; szeptemberben felülvizsgálták az EVSZ egész elmeegészségügyi programját. 1960 januárjában Marseilleben egy intézet kezdte meg a működését, amely a fiatalkorú epileptikusok problémáival foglalkozik, ezt az intézetet az EVSZ által még 1955-ben kidolgozott javaslatok alapján hozták létre.

Képzés — tapasztalatcsere

Az év folyamán számos értekezlet, megbeszélés, szeminárium és symposium zajlott le a legkülönbözőbb szakokban és témákkal. Az előző évhez képest valamivel kevesebb ösztöndíjast küldtek ki: 1959. dec. 1-től 1960. aug. 31-ig 1006 személyt (az előző évi adat: 1130). A kiküldöttek 122 országból rekrutálódtak és 83 országban jártak. Az ösztöndíjasok 32%-a speciális tanfolyamokon vett részt, amelyeket 17 országban az EVSZ maga, vagy az EVSZ közreműködésével az illető ország egészségügyi szervezete rendezett.

Ettől függetlenül az EVSZ által 64 országból kiküldött 212 személy tíz EVSZ tanfolyamon vett részt. 90 oktató 24 országban összesen 719 hónapot töltött az EVSZ megbízásából.

A tevékenység fő területe a megelőző orvostudomány, az ápolásügy és az orvosi alapkutatások voltak.

Orvosi kutatás

1960-ban jelentősen fokozódott az aktivitás e téren. A fő figyelmet a *fertőző betegségekre*, elsősorban a trópusi betegségekre fordították. Azután sorrendben *a daganatkutatás, a cardiovascularis betegségek, a radioaktív sugárzások problémái és a humángenetika* következett. Az EVSZ segítséget nyújtott többek között a nomenclatura és a technikai módszerek standardizálása, a tájékoztató központok munkája, a tudósok közötti kapcsolatok kiépítése és a kutatók képzése terén.

Az orvosi kutatás terén működő kilenc tudományos csoport szeptemberben ülésezett és megvitatta a tárgykörébe eső témákat (tuberkulózis, bilharziasis, táplálkozástudományi kérdések, daganatkutatás, radiobiológia, antibiotikumok, cardiovascularis betegségek, közegészségügy stb.).

*

Az év folyamán az EVSZ szervezete tovább erősödött. A 13. közgyűlés három új tagot vett fel: Kamerunt, Kuvaitot és Togót. Szeptember végén a Közép-Afrikai Köztársaság és Dahomey is teljesjogú taggá vált az ENSZ tagsága révén. Ezzel a taglétszám 92-re, az év végére pedig — újabb ENSZ tagállamok besorolásával — a taglétszám kereken 100-ra emelkedett.

Dr. M. G. *Candau*, az EVSZ főigazgatója 1960-ról szóló jelentésében egyébként a legkiemelkedőbb jelentőségű tevékenységként a Kongó Köztársaság megsegítésére irányuló fáradozásokat említi. Az EVSZ e tevékenységéről az O. H. 14. számában számoltunk be. *(A szerk.)*

A WHO Chronicle, 1961. 3. sz. nyomán.

G. Domagk élete és munkássága

Gerhardt Domagk 65. születésnapját ünnepelte az elmúlt hónapokban az egész világ orvostársadalma. Talán kevés élő orvos van, akinek a tevékenysége olyan széles körben mozogna és felfedezései a gyakorló orvos mindennapi tevékenységében hasonló segítséget nyújtottak volna, mint a még mindig új utakat kereső és sok tekintetben ma is úttörő munkát végző orvostudósé.

1895-ben született Kelet-Németországban, Lagowban (Brandenburg). Középiskolái elvégzése után, mint a kieli egyetem első szemeszteres medikusa, önként jelentkezett harctéri szolgálatra és egy gárdaezred sorkatonájaként az orosz fronton sebesült meg. Felgyógyulása után egészségügyi beosztást kapott és járványkórházakban teljesített szolgálatot. Itt látta, hogy milyen tehetetlen még az

Gerhardt Domagk (O. Dix festménye nyomán)

orvostudomány a vérhassal, kolerával, szepszissel stb. szemben.

A háború befejezése után promovált a ma is élő kiváló német belgyógyász — akkoriban még a kieli egyetemen működő — *M. Bürger* mellett. Nem maradt meg gyakorló orvosnak: a greifswaldi egyetem kórbonctanán működött és 1924-ben itt készítette el habilitációs munkáját, mely a RES működésével foglalkozott. Címe: *A RES jelentősége a fertőzést okozó csírok megsemmisítésében és az amyloid keletkezésében.*

Ennek a munkának a lényege: a RES működésében a véredények endotheljének van kiemelkedő

jelentősége, és már akkor kifejezte azt a reményt, hogy sikerülni fog az akkoriban nagyon elterjedt, részben a kieli klinikáról kiinduló fajlagos és nem fajlagos fehérje-therapiát, valamint a kolloid oldatok alkalmazását exakt alapokra helyezni.

Akkori megállapításaiba túlzás lenne a kemoterápia beharangozását belemagyarázni, az azonban kétségtelen, hogy *Domagk* már ebben, később a Virchow's Archivban megjelent munkájában ezirányú fontos megállapításokat tesz: streptococcusszal fertőzött egereken a véredények endothelje a coccusok erős fagocitózisát mutatja és felveti a problémát: hogyan lehetne az endothelsejteket akként befolyásolni, hogy fagocitáló tevékenységük fokozódjék.

Streptococcussal intraperitoneálisan fertőzött egér hasüregéből a fertőzés után 24 órával vett kenet. Tömegesen láthatók coccusok, széteső gyulladásos sejtek és néhány ép monocyta

Domagk főnöke Münsterbe kapott meghívást és *Domagk* vele ment. Münsterből hívták meg a gyógyszerkutatásban akkor vezető helyet elfoglaló I. G. Farbenindustrie kutató laboratóriumába. A kemoterápiás osztály vezetőjének szepszisben történt hirtelen elhunyta után a 30 éves *Domagk* kerül a kísérleti kórtani és bakteriológiai osztály élére.

A kemoterápia akkor már számos megbetegedés kezelésében számottevő eredményeket mutatott fel. Több trópusi megbetegedésnek — álomkór, kala-azar stb. —, a szifilisznek, maláriának már megvolt a kemoterápiás gyógykezelési lehetősége. de a legelterjedtebb és magas halálozással járó megbetegedésekkel: vérmérgezés, orbánc, pneumonia, meningitis, tbc-vel szemben nem volt specifikusnak nevezhető gyógyeljárásunk.

*Domagk*nak, és talán az egész emberiségnek szerencséje, hogy abban az időben az I. G. kutatólaboratóriumában olyan vegyészek dolgoztak, akiket szintén érdekelt a kemoterápiás kísérletezés és számos vegyületet adtak ki *Domagk*nak vizsgálatra. *Domagk* már korábbi egér-kísérleteiben megállapította, hogy károsodott, laedált coccusokat könnyebben pusztít el a RES-rendszer, és kutatásai alapgondolatát olyan vegyület előállítása képezte, amely a szervezeten belül, tehát az Ehrlich-i terápia sterilisáns magna értelmében hasson a kórokozókra.

Az út, amelyen a vegyészek elindultak, nem volt egészen új. Az azo-festékek különböző változataival már korábban is értek el kemoterápiás hatást, elsősorban in vitro, és a *Csicsibabin* orosz vegyész által szintetizált és Vestin néven hazánkban ma is forgalomban levő azo-festékanyag is már 1915 óta ismert volt.

Ezeknek a kísérleteknek a során jutottak el a Prontosilhez, amely az azo-festékhez kapcsoltan még szulfamidot is tartalmazott. Az ezzel az anyaggal folytatott állatkísérletek eredményeit pregnánsan szemléltetik *Domagk* első Prontosil publikációjából, a Deutsche medizinische Wochenschrift 1935. évfolyamából átvett képek. *Domagk*ot nem tántorította el az anyag további vizsgálatától az a körülmény, hogy in vitro szinte hatástalan volt, mert fertőzött egerekben a fenti frappáns hatást észlelte.

Az első nagyobb arányú állatkísérleteket az egér-modellkísérletek eredményei alapján egy klasszikus streptococcusfertőzés okozta megbetegedésben: a nyúlendocarditisben végezték.

Az eredmények, bár szerények voltak, de azért sor került wuppertali klinikákon számos streptococcus által okozott megbetegedésben a kipróbálásra. *Kleenek*, a ma is Wuppertalban működő klinikusnak a Deutsche med. Wschriftnek már idézett számában jelent meg a cikke, melyben súlyos angina, peritonsillaris tályog, peritonsillaris thrombophlebitis és lymphadenitis, a vena jugularis thrombosisa, szeptikus abortus, szeptikus parametritis, erysipelas, endocarditis acuta és ulcerosa stben elért eredményeiről számolt be. Ezek a kísérletek mintegy három évig tartottak és a betegek között, ha nem is név szerint megemlítve, de későbbi információk szerint *Domagk* kislánya is sze-

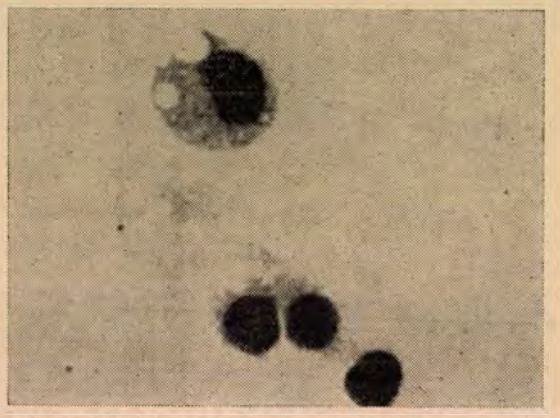
Prontosillal kezelt fertőzött egerekből vett kenetben coccusok nem láthatók, csupán ép leukocyták és lymphocyták

repel. (Tűszúrás következtében phlegmone lépett fel és az állapot olyan aggasztó volt, hogy felmerült az amputáció szükségessége. *Domagk* kérésére, mint első gyermekbetegnek kezdték adagolni a Prontosilt és a kislány meggyógyult műtét nélkül.)

Egyelőre tisztázatlan kérdés, hogy azt a felfedezést, amelyet a későbbi Nobel-díjas *Bovet* és munkatársai tettek, hogy a Prontosilban tulajdonképpen a szulfamidgyök a kemoterápiás hatás hor-

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA

dozója, felfedezték-e az I. G. laboratóriumban is, es szabadalomtechnikai okokból állottak el a közlésétől, vagy pedig az egyébként német alapossággal dolgozó *Domagk*on ebben az esetben „üzemi vakság" lépett fel. Szabadalomtechnikai szempontból ugyanis a para-aminobenzolszulfamid már régen ismert, leírt és így egy cég számára gyógyszeralapanyagként nem szabadalmaztatható vegyület volt, míg a Prontosil előállítása szabadalommal volt körülbástyázható. Mindenesetre történelmi tény, hogy az I. G. még sokáig igyekezett a Prontosil pozícióját megőrizni és nagyon elkésve hozta a szulfamidot — Prontosil album néven — forgalomba.



Az előkezelt állatból 48 óra után vett kenetben coccusok nincsenek, a monocytákban vakuolák láthatók a lezajlott fagocitózis jeleként

A szulfamid egyébként egy még máig sem véglegesen feltárt, kimeríthetetlen kincsesbányáját jelenti a gyógyszervegyészetnek, mint kiindulási anyag. Gondoljunk csak az Elektylre, Ultraseptylre, Bukarbanra, Fonuritra stb., melyek valamenynyien szulfamid származékok.

Bár az antibiotikumok, elsősorban a penicillin, lényegesen beszűkítette a szulfamidok indikációs körét, azonban az alatt a 10—12 év alatt, míg a penicillin nem vált általánosan hozzáférhetővé, a *Domagk* felfedezései alapján született szulfamidok jelentették a coccusos megbetegedések kezelésében a „Methode der Wahl"-t. Maga *Flemming* is hangsúlyozta, hogy az alapvető Prontosil modellkísérletek nélkül nehezebb lett volna eljutni a penicillin hatásának megismeréséhez.

Domagk 1939-ben kapott Nobel-díjat: Franciaország, az USA és Anglia javaslatára. A nácik nem engedték meg, hogy a díjat elfogadja és kényszerítették, hogy levelet küldjön Stockholmba, amiben lemond a díjról. A díj és érem átvételére csak 1947-ben került sor.

Domagk további szulfamidkísérletei során olyan vegyületeket talált, amelyek in vitro hatásosak voltak a mycobaktérium tbc-vel szemben és ezek a kísérletek vezettek a thiosemicarbazonok előállításához, melyek az INH előtti időben, különösen nyálkahártya-tbc esetén igen hasznosnak bizonyultak. Amint tudjuk, a tiosemicarbazononok toxicitásuk miatt csak átmeneti állomást jelentettek a tbc kemoterápiájában és *Domagk*nak két másik kutatócsoporttal egyidejűleg sikerült a hatásában máig felül nem mult, a tbc klinikai és epidemiológiai képét gyökeresen megváltoztató INH előállítása.

Azonban ez a vegyület is már 1912 óta ismert, és így ez sem volt szabadalmaztatható.

A 65 éves tudós még most sem pihen a babérain. Legújabb munkái a rákellenes küzdelemben vannak hivatva új utakat és lehetőségeket feltárni. A Therapeutische Berichte ünnepi Domagk-számában *Domagk* is írt cikket a rák kemoterápiájának perspektívájáról s ebben azt hangoztatja, hogy a rák kemoterápiája kísérletesen már jelenleg is jobban alátámasztott, mint akár az operáció, akár a sugaras kezelés. *„Ob die Chemotherapie sich allein oder in Kombination mit der Operation, oder Bestrahlung durchsetzen wird, wissen wir noch nicht."* *Domagk* eddigi pályafutása, úgy hisszük, jogossá teszi azt a reményt, hogy még ezen a kutatási terrénumon is tartogat meglepetéseket a számunkra. *Domagk* egyébként hazánkban is járt az akkori orvosi továbbképzés meghívására, 1939. III. 9-én Budapesten és 11-én Szegeden tartott előadást.

Talán még annyit: *Domagk* egyik legbuzgóbb résztvevője a Lindauban évenként megtartott Nobel-díjas tudós találkozónak, melyeknek hangsúlyozott célja a tudomány nemzetköziségének dokumentálása.

Kenéz János dr.

A Centre International de l'Enfance 10 éves

Több mint tíz esztendeje fejt ki hasznos és eredményes tevékenységet a gyermekegészségügy nemzetközi haladása érdekében a Centre International de l'Enfance. Ezt az alkalmat használnánk fel arra, hogy a magyar orvosi társadalom megismerkedjen e szervezet célkitűzéseivel, mivel az utóbbi években magyarok is bekapcsolódtak munkájába.

A CIE az Egyesült Nemzetek Szervezete egyik oldalhajtása. Természeténél fogva a világszervezet kulturális és egészségügyi létesítményeivel áll a legközelebbi kapcsolatban, nevezetesen az UNESCO-val és az Egészségügyi Világszervezettel. Alapításában és igazgatásában résztvesz még a Nemzetközi Gyermekalap (UNICEF, illetőleg FISE) és az ENSZ több más bizottságának képviselője. A közvetlen igazgatótanács élén prof. R. *Debré* áll, a francia gyermekorvoslás doyenje, mellette még számos világhírű szakember és néhány közéleti személy olvasható az igazgatóság névsorában. A szocialista államokat egyelőre dr. L. *Rajchman* (Lengyelország) képviseli, aki alelnökként az alapítása óta tagja a CIE vezetőségnek.

A CIE fenntartásának jelentős költségeit fele részben a világszervezetek, másik részét a francia kormány fedezi, mely utóbbi a szervezet otthonául rendelkezésre bocsátotta a Bois de Boulogneban

levő Château de Longchampt. A Centre a későbbiek folyamán még két modern földszintes épületet emelt az oktatás és a tudományos kutató laboratóriumok céljaira. A Bois de Boulogne, Párizs legnagyobb parkja, a budapesti Városligethez hasonlítható, de annál jóval terjedelmesebb, ideális lehetőséget nyújt a világváros zajától elvonult tudományos munkára.

A CIE székháza Párizsban

A CIE igen helyes szemlélettől vezetve működésébe bevonja mindazon szakembereket, akik a gyermek testi és szellemi fejlődéséért felelősek, nevezetesen az orvosokat, egészségügyi szervezőket, pszichológusokat, pedagógusokat, szociológusokat. Nagy súlyt helyeznek a középkáderek (gondozónők és szülésznők) képzésére is. Alapelvként vallják a szervező, a megelőző és gyógyító munka egységét!

A politikai önállóságukat még csak nemrég kivívott vagy gazdaságilag kevésbé fejlett államok támogatására afrikai és délamerikai központot hoztak létre. Külön tanfolyamokon foglalkoznak e területek sajátos egészségügyi problémáival.

Már az eddigiekből is kitűnt, hogy a Centre egyik fő feladatául a magasszintű továbbképzést tekinti. Az oktatás élén 1958 óta dr. N. P. *Masse* asszony áll. Sokban az ő kiváló szakmai felkészültségének és szervezőkészségének köszönhető, hogy a CIE tanfolyamain résztvevő, szinte bábeli hallgatóság jól megérti egymást és a különféle nézetek vitáiból hasznos tanulságok fakadnak.

Az első tíz évben 68 tanfolyamot rendezett a CIE. Ezeken 111 ország, illetve gyarmati vagy „gyámsági" terület 1832 hallgatója vett részt. A tanfolyamok leggyakoribb tartama 1—3 hónap, de vannak néhánynapos „kollokviumok" és féléves továbbképzések is. Az előadók a legkiválóbb francia és külföldi szakértők közül kerülnek ki. A francia nyelv kötelező használata miatt nagy súlyt helyeznek a kellő nyelvtudásra, mert az előadásokat hosszas viták, szemináriumok és kerekasztal-konferenciák egészítik ki, ahol erősen számítanak a résztvevők aktivitására. Ugyanakkor mindent megtesznek a nyelvi nehézségek áthidalására.

Az utóbbi évek magyar ösztöndíjasai megállapíthatták, hogy a nemzetközi légkör igen kedvező a Centre rendezvényein. A képviselt országok társadalmi rendszerüktől függetlenül tisztelik egymás eredményeit és igyekeznek minél többet tanulni egymástól. Nem hiszem, hogy elfogult lenne az a megfigyelésem, hogy megkülönböztetett érdeklődés kíséri a szocialista országok szereplését, különösen a szervezés területén elért eredményeinket tartják nagyra.

Mi a tárgyköre a Centre tanfolyamainak?

Egyik kedvelt terület a tuberkulózis és a BCG-oltás. Majd minden évben tartanak egy háromhónapos kurzust szociális pediátria címen, meglehetősen szerteágazó tematikával. A motorosan vagy szellemileg retardált gyermekek beilleszkedése a társadalomba, a fertőző betegségek, az oltási naptár szintén visszatérő téma. Magam a Problèmes périnataux c. kurzuson vettem részt, ahol szülészek és gyermekorvosok közösen tárgyaltuk meg az újszülöttkor kérdéseit.

A tanfolyamok műsorában számos intézmény meglátogatása is szerepel. Egyes kurzusok Franciaországon kívül többhetes tanulmányi kiránduláson további országokat látogatnak meg. Ilyen csoportok látogatták meg pl. Hollandiát, Svájcot, Jugoszláviát, Lengyelországot és Csehszlovákiát. A Centre figyelemmel kíséri a tanfolyamán résztvett hallgatók további pályafutását, érdeklődik, milyen eredménnyel használták fel a kurzusokon tanultakat. Több tanfolyam anyagát könyvalakban is kiadták.

A Problèmes péri-nataux tanfolyam résztvevői. Az első sor közepén balról jobbra: R. Debré, E. Bértha, a CIE igazgatója, M. Lelong és N. P. Masse asszony, az oktatási osztály igazgatója

A Centre másik feladatköre: a tudományos kutatás. E kutatások korunk időszerű társadalmi kérdéseit tükrözik. Foglalkoznak pl. a család, a bölcsőde és az iskola szerepével a legkülönbözőbb viszonyok között, a retardált gyermekek nevelésével, a gyermekkori bűnözéssel, az iskolai túlterhelés kérdésével. A jelenleg folyamatban levő kutató munkák közül kiemelkedik a testi és szellemi fejlődés normáival foglalkozó. Öt európai, két afrikai és egy amerikai egyetemi központban, neves professzorok vezetésével folyik ez a tevékenység.

A laboratóriumi kutatások a BCG-oltás és a reumás láz egyes kérdéseit ölelik fel. Vizsgálják egyes országok BCG-törzseinek tenyésztési körülményeit és hatásosságát. A reumás lázat illetően a recidivák megelőzésének lehetőségeit kutatják.

A különböző országokból érkező kutatók részére igen jól felszerelt és irányított laboratóriumokat bocsátanak rendelkezésre.

Végül meg kell emlékezni a CIE információs és dokumentációs tevékenységéről.

Két időszakos kiadványa van a Centrenak. A „Le Courrier", mely havonta jelenik meg, legnagyobbrészt kétnyelvű (angol—francia) közlemény- és könyvreferátumokat tartalmaz, de minden számban egy originális közlemény is helyet kap, amely rendszerint szervezési kérdésekkel foglalkozik.

A másik a „Biologia Neonatorum" (azelőtt „Études Neo-Natales") c. negyedévenként megjelenő szaklap, amely az embrió, a foetus és az újszülött élettanával és kórélettanával foglalkozik. Főszerkesztője dr. A. *Minkowski*, az újszülöttkérdés egyik legismertebb szaktekintélye. Magyar részről Kerpel-Fronius professzor tagja a szerkesztőbizottságnak.

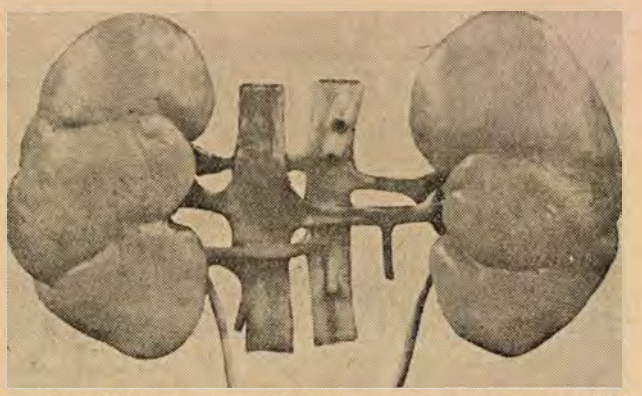
A CIE dokumentációs osztálya speciális bibliográfiák összeállítását végzi, évente több ezer fotókópiát és mikrofilmet küldenek szét. Tanulmányutak programjának összeállításával is segítik a hozzáfordulókat. A könyvtárban 7000 kötet könyv és több mint 1000 folyóirat várja az érdeklődő kutatókat.

Reméljük, az évek folyamán egyre több magyar orvos élvezheti a Centre segítségét és járulhat hozzá tevékenységével e jelentős nemzetközi szervezet további eredményeihez. *Rosta János dr.*

A bolognai viaszplasztikák

Az itt leírtak színhelye az anatómia egyik leghíresebb kultúrközpontja, a bolognai „Teatro dell' Archiginnasio di Bologna". A pompás faépítmény alsó részének építését 1649-ben fejezték be. 1733—34 között épült rá a második emelet valamint az előadó katedrája, amelynek baldachinját két,*Lelli Ercole* (1702—1766) fából faragott „izomembere" tartja. *Lelli*, ez a bolognai puskaműves, aki szabad idejében rajzolással és szobrászkodással foglalkozott, különös előszeretettel viseltetett anatómiai témák ábrázolása iránt. A két „izomember" modelljéül *„Lelli két emberi csontvázat vett, azokat bizonyos pózba beállította, majd kender, viasz, agyagos iszap és terpentin keverékéből kiformálta az izmokat. Ezután megfelelő helyükre illesztette azokat, a legnagyobb lelkiismeretességgel ragaszkodva az arányokhoz, amelyek mindég szeme előtt lebegtek."* (*M.* Medici 1857.)

Ettől kezdve már csak egy lépés volt az anatómiai viaszmodellekig. *Lelli* mintázta többek között a „renes duos e cera ductos super quandam tabulam"-ot, amely modell látása *Prospero Lambertini* (1675—1758) bolognai érseket csodálattal töltötte el, amikor az „Istituto delle Scienze"-t meglátogatta. Az intézetet 1714-ben nyitották meg a Palazzo Poggi-ban, az egyetem mai székhelyén. A palotában egy sor tudományos gyűjtemény talált otthonra. Mindegyik élén egy professzor állott, aki szemléltető és gyakorlati oktatásokkal egybekötött előadásokat tartott. Ezek az előadások — mivel azokon a nagyközönség is részt vehetett — különböztek az akadémiai előadásoktól, mivel azok elméleti és tudományos jellegűek voltak. A nagy műveltségű és felvilágosodott egyházfő azonnal felismerte Lelli anatómiai plasztikáinak didaktikus értékét. Amikor *XIV. Benedek* néven elfoglalta a pápai trónt, megbízta 1740-ben az intézet vezetőjét, hogy az ő költségére csináltasson *Lelli*vel egy anatómiai viaszplasztika gyűjteményt és ezzel is segítse elő egy meginduló anatómiai gyűjtemény keletkezését.



1. ábra. Vesék az uréter első szakaszával, valamint az aortából kijövő és a cavaba torkoló vese-erekkel. Valószínűleg ez Lelli munkája, a „rendes duos e cera ductos super quandam tabulam"

Lelli erre a munkára hat évet kért és oly remekül végezte el, hogy a pápa az anatómiai plasztikai kincsek őrévé és demonstrátorává nevezte ki, és a *Lelli* által készített modelleket az intézet egy külön termében helyezték el. A gyűjtemény legjelentősebb része életnagyságú emberi figurákból áll. A sort egy férfi illetve női akt nyitja meg, követi ezeket a többi viaszszobor, amelyek az izmok helyzetét mutatják be. Előállításuk hasonló módon történt mint az egyetemen található két fa-„izomember" modelljének elkészítése.

2. ábra Izompreparatátumok. Lelli, XIV. Benedek felszólítására készítette a bolognai Istituto delle Scienze részére. A viaszból mintázott izmok csontvázra vannak felrakva

Lelli bevonta munkájába, a preparátor *Boari* sebészt, a viaszplasztikus *Dardani* apátot, és a bolognai művészt, *Giovanni Manzolinit* (1700—1755). Ez utóbbi — *Lelli* által bevezetve a plasztikába — úgy elmerül az anatómia tanulmányozásába, hogy később *Lelli*hez hasonlóan értékes adalékokkal já-

3. ábra. Anna Morandi Manzolini (1716–1774), híres viaszplasztikák alkotója, agyvelő boncolás közben. (Önábrázolás viaszban)

rult ezen tudományághoz. Sajnos, *Lelli* és *Manzolini* közös munkája később vetélkedéssé fajult afelett, hogy melyiküknek nagyobb az érdeme. *Manzolini*, ez a gyanakvó, melankólikus jellem, háttérbe szorítottnak érezte magát és: *„három év múlva visszavonult saját házába, ahol folytatta munkáját és némely vonatkozásban értékesebbeket alkotott mint Lelli, mert egyéni tapasztalai alapján bizonyos anyag hozzáadásával a viasz tartósabbá vált és az utánzott részek színei élethűbben ragyogtak."*

Manzolini szerencsére feleségében, *Anna Morandi*ban (1716—1774) értékes munkatársat és segítőt kapott, aki *Manzolini* halála után a munkát tovább folytatta. Az ő preparátumait jobbnak tartották mint *Lelliét* vagy *Manzoliniét* és külföldön ugyancsak kereset tárgyát képezte.

Nehogy a város ezt az értékes gyűjteményt elveszítse — 1769-ben *II. József* császár bolognai tartózkodása alkalmával is megcsodálta — egy bolognai patricius megvásárolta. A gyűjteményt palotájába vitte és ugyanott adott lakást *Manzolini* özvegyének. *„Rangjának megfelelő lakosztályt biztosított neki, hogy állandóan — mondhatnánk — kedves teremtményei közt éljen, azokat őrizze, mindég szebbé és tökéletesebbé tehesse."*

Manzolini özvegye 1774-ben halt meg. Két évvel később az egész gyűjteményt megvásárolta az anatómiai múzeum, ahol öt művészi szekrényben helyezték el. *„Egy terem közepén, amely ezeket az értékes emlékeket rejti, törékeny piedesztálon, kristálybura alatt találjuk az emberi fülnek a természetesnél jóval nagyobb mását, hogy annak csodálatos belső felépítését ily módon könnyebben lehessen tanulmányozni".* Így került a *Manzolini*-szoba *Lelli*é mellé.

Ezt az eseményt 1777-ben „De Manzoliniana suppellectili" című felolvasásával ünnepelte *Luigi Galvani* (1737—1798) anatómiai előadásainak az intézetben való megkezdése alkalmából. *Galvani* lett ugyanis *Lelli* halála után 1766-ban annak utóda mint őr és demonstrátor a bolognai viaszplasztikumban.

Bolognában az anatómiát mintázó művészet egy másik ága is virágzott. A XVIII. század közepén — összefüggésben a szülészeti fogó gyakoribb használatával — általános és alaposabb tanulmányok jelennek meg a normális illetve patológikus szülések lefolyásáról. Ez a tény előmozdította a plasztikus anatómia fejlődését ezen a területen *Giovanni Antonio Galli*nak (1708—1782) köszönhetjük ennek legteljesebb kifejlődését.

Galli a bolognai egyetem sebész professzora volt és különböző anyagokból, valamint viaszból is *„számos terhes méhet készített természetes nagyságban és színben, különböző normális és abnormális magzat-fekvéssel, hogy a sebészeknek és bábáknak megkönnyítse a szülészeti műtétet". Galli* ezenkívül felhasználta anyagát saját otthonában megtartott magánkurzusokon. *Galli* gyűjteménye újabb alkalmat adott *XIV. Benedek* pápának mecénási tevékenységére: 1757-ben a gyűjteményt megvásárolta és az intézetnek ajándékozta. Ezzel megteremtette a szülészeti előadások helyét

4. ábra A. M. Valsalva (1666–1723) „De aura humana tractatus" című munkában levő illusztráció után készült emberi fül. Valószínűleg Manzolini munkája

— az elsőt Olaszországban — ahol a szülészetet nyilvánosan adták elő. *Galli* volt az első tanára ennek a katedrának 1782-ben bekövetkezett haláláig, utána *Galvani* következett.

A bolognai anatómia és szülészeti gyűjtemény jelentősége még azáltal is növekedett, hogy őre és demonstrátora az az orvos volt, aki Alessandro Voltával való vetélkedése révén új utat nyitott az elektromosság területén.

L. Belloni cikke nyomán. Ciba Symp., 1960., 2. sz.

Folyóiratreferátumok

Sebészet

A tracheostomia mai állása. Cawthorne T., Hewlett A. B. etc.: Proc. Roy. Soc. Med. 1959. *52*, 403—405.

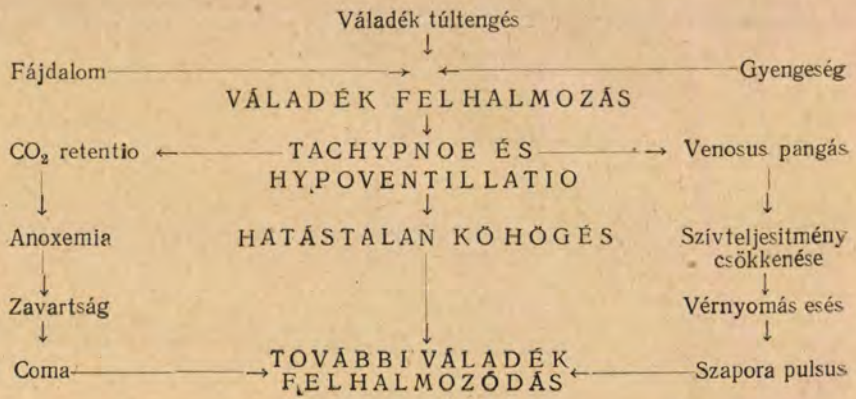
A már Asclepiades (i. e. I. század), majd Rhazes (IX. század) által ajánlott és Fabricius, valamint Casserius (XVI. század) által részletesen leírt tracheostomia műtétet az 1932. évig fenntartották a larynx magasságában és a felette levő légzési akadályok kezelésére. 1932-ben Wilson és 1936-ban Davidson voltak azok, akik először ajánlották e beavatkozást olyan légzési elégtelenségek javítására, amelyeket a polyomyelitis bulbaris alakja okozott. Az 1952. évi dániai polyomyelitis epidemica járvány alkalmával győződött meg először az orvosi világ arról, hogy a tracheostomia életmentő módszer lehet bárhonnan származó légzési elégtelenségeknél. Miután kiderült, hogy a légcső megnyitása hatékony, időt és életet adó lehet, alkalmazásának indikációit kiterjesztették és e beavatkozástól a vonakodás egyre inkább eltűnik. A szerzők szerint tracheostomia jelenleg indikált:

1. Heveny laryngeális dispnoék elhárítására
2. A tracheo-bronchiális rendszerben felgyülemlett secretumok eltávolításának megkönnyítésére.
3. Aspiratio megakadályozására.
4. A légzés elősegítésére a holttér csökkentése útján.
5. A légző-tractusnak az emésztőrendszertől való izolálására.
6. A mesterséges lélegeztetés lehetővé tételére. *Kós Rudolf dr.*

*

A tracheostomia alkalmazásának szempontjai az általános sebészetben. Wheatley A. E.: Proc. Roy. Soc. Med. 1959. *52*, 405—407.

A szerző összefoglalja azokat a szempontokat, amelyek a tracheostomia alkalmazásánál a sebészetben ma érvényesek. E műtét különösen a nyakon, állcsontokon és a mellkason végzett beavatkozások esetén lehet életmentő. A nyakon és az állcsontok területén végzett műtétek után a pharynxban vér és savó gyűlhet meg, a nyelv megduzzadásával, az állkapocs rögzítettségével együtt légzési és expectorálási nehézségek lépnek fel: az aspiratiós pneumonia kockázata igen nagy. Igen gyakran kerül sor tracheostomiára „nedves tüdő" (wet lung)-syndroma esetén. A szerző a syndroma keletkezésének mechanismusát az alábbi táblázattal szemlélteti:



A „nedves tüdő"-syndroma oka lehet bordatörés, tüdőcontusio, tüdőműtét, paradox légzés, nagyobb műtéti beavatkozások utáni állapot, heveny pulmonalis fertőzés, huzamos narcosis, vagy cardialis elégtelenség. Ezek a hatékony köhögés elmaradása, a secretum túltermelés, alacsony légzési reserv, vagy általános gyengeség révén vezetnek ilyen állapothoz. Azok az előnyök, amelyek ezekben az esetekben a tracheostomiával járnak, a következők:

1. Stoma a secretio aspiratiója számára.
2. A holt-tér reductiója. Normálisan a teljes légcsere ¼-a esik a holt-térre és ennek a légzésben semmi szerepe nincs. Ha a légzésben résztvevő levegőmennyiség csökken, akkor a holt-tér aránya az áramló levegő feléig emelkedhet. Amennyiben tracheostomiát végzünk, akkor a holt-tér redukálódik annyira, hogy a totalisnak csak $^1/_7$-ét teszi és így a beteg több oxygent kap, kevesebb erőfeszítéssel.
3. Csökken az ellenállás a légzéssel szemben. A glottis kiiktatásával a légzéshez kisebb izommunkára van szükség.
4. Lassul a légvétel tempója, ennek következtében pedig a vénák kiürülése, a szív teljesítménye javul és a vérnyomás emelkedik.
5. Az oxygen igény redukálódik, mivel a holt-tér és az izommunka kisebb.
6. A CO_2 felhalmozódás — a respiratio javulásával — megszűnik a vérben.

A szerző sebészeti esetekben is észlelte a tracheostomia ezen előnyeit. Betegei között nem volt olyan haláleset, amely e beavatkozás rovására írható. Sohasem bánta meg, hogy tracheostomiát végzett, azt azonban több ízben megbánta, hogy nem végezték korábban.

Kós Rudolf dr.

A referáló megjegyzése: *Gyakorló orvosainkat nyilvánvalóan érdekelni fogja a tracheostomia indikációjának kiterjesztésével foglalkozó két referátum, mert sebészeti-, mellkas sebészeti-, traumatológiai- és fertőzőbeteg-osztályainkon hazánkban alkalmazzuk és egyre többször fogjuk alkalmazni a tracheostomiát nem laryngeális obstructiók kezelésében is. Nelson (1958) kimutatása szerint míg 1940-ben csaknem kizárólag (98%-ban) laryngeális obstructiók esetében alkalmazták a tracheostomiát, addig 1958-ban már 52%-ban más okból származó légzési elégtelenségnél végezték. Műtőben, megfelelő felszerelés és anaesthesia mellett készített tracheostomia nem jelent olyan drámai beavatkozást, mint amilyet a szükségszülte, megfelelő felszerelés nélküli tracheostomia — amelyről coram populo jobb nem beszélni. Ha a tracheába behatolásnál a cricoid-porcot és az első porcos gyűrűt nem sértjük, akkor később sem stenosissal, sem más káros következménnyel számolnunk nem kell. Wheatley referátumában a sebészeti indicatiók között nem említi a koponyasérüléseket, amik pedig a tracheostomia kiterjesztett indikációi között jelentős helyet foglalnak el. Nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy könnyebb esetekben — különösen „nedves-tüdő"-syndrománál — bronchoscopos leszívás is megszabadíthatja a beteget a váladékfelhalmozódás okozta circulus vitiosustól: a leszívásra beálló javulás után a beteg már sokszor maga is meg tud küzdeni a helyzettel. Amennyiben azonban a váladék gyors újrafelhalmozódása miatt rövid időn belül újabb bronchoscopiára lenne szükség, vagy nagyon megviselt betegről van szó, akkor habozás nélkül el kell végezni a tracheostomiát.*

Parotishypertrophia és Dupuytren-kontraktura májcirrhosis kapcsán. Wegmann T., (Med. Klinik des Kantonspitals St. Gallen): Münch. Med. Wschr. 1960. *102.* 1926—1929.

Feltűnő, hogy az alkoholistáknál gyakran lép fel kétoldali, asymptomatikus parotisduzzanat. 50 esetből 42 esetben szerepelt az idült alkoholizmus az előzményben.

E betegeknél *Bartelheimer* szerint elvégzett quantitatív fraktionált pankreasnedvvizsgálat az esetek többségében a mirigy jelentékeny exokrin elégtelenségét mutatta ki. Feltűnt az esetek közt jelentős számban szereplő diabetes is. Az összefüggést a pankreas exokrin elégtelensége és a parotisduzzanat között a japán *Ogata* által kimutatott, s az elégtelen mirigyműködés miatt hiányzó pankreashormonban, a *parotin*ban vélik látni, melynek hiánya mesenchymalis elváltozásokhoz vezet.

Ugyancsak feltűnő volt, hogy 100 Dupuytren-kontrakturában szenvedő betegből a férfiak 78%-a volt alkoholista, 32%-nak volt cirrhosisa és további 48%-nak kóros májfunkciója. A parotishypertrophia és Dupuytren-kontraktura gyakran együtt fordultak elő.

A Dupuytren-kontraktura pathogenesisét, ill. fenti feltűnően halmozott előfordulásának okát illetően számos feltevés született — biztos kórkeletkezési okot egyelőre még nem lehet kimutatni.

A közlemény gyakorlati, ill. diagnosztikus jelentőségét szerző azon tapasztalata és megállapítása adja meg, mely szerint mind a parotishypertrophia, mind a Dupuytren *csakis* alkoholos eredetű cirrhosisban fordultak elő halmozottan, míg más eredetű cirrhosisokban sosem. *ifj. Kelemen Endre dr.*

*

A pankreastömlők kezelési eredményeinek értékelése a John Hopkins Hospital anyagán. Rienhoff F. W., (John Hopkins Univ., Dept. of Surg., Baltimore): Surgery (St. Louis). 1960. *47,* 188—194.

Az utolsó húsz évben a kórházban 24 pankreastömlős megbetegedést kezeltek sebészileg. A tömlők különböző fajúak voltak, természetesen a pseudocysták szerepeltek az anyagban legnagyobb számban. A műtéti megoldások: egyszerű drainage = 10, Roux-szerinti cystojejunostomia = 8, Exstirpatio = 4, Marsupialisatio = 3, Side to side cystojejunostomia = 2, Szívódrainage = 1 és Marsupial. + cholecystojejunostomia (vlsz. choledochuskő miatt) = 1.

Az eredményeket értékelve: bár az ideális megoldás a tömlő kiirtása, ez sajnos csak ritkán sikerül, mivel az esetek nagy része pseudocysta, ahol ez nem lehetséges, ill. aránytalan kockázatot jelent.

A drainage vagy marsupialisatio egyszerű és legkevésbé terheli meg a beteget — de utókövetkezményei sokszor nagyon kedvezőtlenek (sipoly, cachexia, bőrlaesiók, etc.) — s pontán záródási hajlam nincsen. ami egyúttal azt jelenti, hogy a beteget előbb-utóbb reoperálni is kell.

Az ideális megoldás a belsőanastomosis. Ezek között is szerző legjobbnak a Roux-féle Y-kaccsal végzett cystojejunostomiát tartja.

Az egyszerű drainage-műtéteket kizárólag a nagyon leromlott betegeknek, s csak átmeneti megoldásként tartja fenn.

Ref.: *A közleményhez annyi megjegyzést fűznénk, hogy szerző álláspontja lényegében a mai általánosan elfogadottat képviseli, s tapasztalatai csak megerősítik a hazai álláspontot, mely szerint a nemvalódi tömlők — melyek a túlnyomó többségét jelentik a pankreas tömlős elváltozásainak — egyedül célszerű sebészi kezelése a belsőanastomosis. Utóbbinak több változata adott esetekben beválik, de a legideálisabb viszonyokat kétségkívül a Roux-kaccsal végzett cystojejunostomia eredményezi.*

ifj. Kelemen Endre dr.

*

A lép supradiaphragmatikus transpositiója portalis hypertensióban. Hoffmann H. L. és Freedlander S. O. (Mount Sinai Hosp. Cleveland): Arch. of Surg. 1960. *80,* 452—459.

Két finn sebész, *Nylander* és *Turunen* 1955-ben közöltek 3 cirrhosis-esetet, vérző nyelőcsővarixokkal, melyben a lépet a rekesz fölé transponálták, hogy az ott keletkező összenövések révén extraportális kollaterális-rendszer alakuljon ki. 1959-ben mindhárom esetük újabb vérzéstől mentesen, jó állapotban volt.

Szerzők ezen alapon elindulva, előbb nagyszámú kutyakísérleten igazolták, hogy a lép mellűri áthelyezése után néhány hónappal végzett v. portae ligatura és átmetszés csupán az állatok 48%-ában volt végzetes. (A kontrollállatok mind elpusztultak a portalekötés után.)

Az állatkísérletek biztató eredményei után 3 esetben végezték el emberen a műtétet. Thorakalisan hatoltak be, s a rekeszen ejtett seben át emelték a mellüregbe a lépet; a műtét még nagy lép esetén sem jelentett lényeges problémát. A rekesz sebét a léphilus körül szűkítették s ezzel lényegében az befejezést is nyert. Betegeik egyúttal nyelőcsővarixukból véreztek is, ezért a műtét első fázisában a nagyobb varixokat aláöltötték.

A centralis támadáspontú vázizomzat-elernyesztő

RELAXIL

INJEKCIÓ

ampullánként 5% guajacol-glycerin-aethert tartalmaz, 5%-os szőlőcukor oldatban.

SZTK terhére indokolt esetben rendelhető.

CSOMAGOLÁSA:
10x10 ml és
50x10 ml amp

ELŐÁLLITJA:
EGYESÜLT GYÓGYSZER
és
TÁPSZERGYÁR
BUDAPEST

Egy betegüket, akinél műtét közben nagy vérzést kaptak, irreverzibilis shockban vesztették el. Másik két betegük simán gyógyult s 5 hónapja panaszmentes.

Szerzők kiemelik a műtét viszonylag egyszerű és kevéssé megterhelő voltát, valamint azon, főként az állatkísérletekből nyert tapasztalatukat, hogy a mellűrbe helyezett lép igen hamar bőséges kollaterális-rendszert képez, ami alkalmasnak látszik a portalis keringés legalábbis jelentékenyen részleges tehermentesítésére.

ifj. Kelemen Endre dr.

★

Szív- és keringési betegségek

Rheumás láz megelőzése. Wood H. F. Amer. J. Cardiology 1958. *1*:456—463.

Az a felfogás, hogy a rheumás láz az A-streptococcus (str.) törzsbe tartozó fertőzést követi körülbelül az esetek 3%-ban, általánosan elfogadott. A str. fertőzés utáni processus a betegség kifejlődésében még nem teljesen tisztázott, de klinikai és laboratóriumi megfigyelések ezt a kapcsolatot evidenssé teszik. A rheumás láz prophylaxisában bactericid gyógyszerek használata két kategóriára oszlik. 1. primer preventio, amely az első attak kivédését célozza, 2. secunder preventio ott, ahol egy vagy több acut rheumás roham már volt.

Az irányadó elvek a következők:

1. Prophylaxisban kell részesíteni azokat, akiknek az anamnesisében rheumás láz vagy chorea szerepel, vagy akik rheumás szívbajban szenvednek.

2. A megelőzésnek folytonosnak kell lennie.

3. A prophylaxis a rheumás láz diagnózisának felállításával kezdődik, az A-str. törzs kiirtását célozza.

4. A megelőzés tartama nem határozható meg és az állandó folytatás ajánlatos.

Áttekinti a sulphonamid, a szájon keresztül adagolt penicillin és az intramuscularis benzathin-penicillin előnyeit és hátrányait.

Saját anyagunkban a parenterálisan adagolt benzathin-penicillin G vált be legjobban.

Bodrogi György dr.

★

Rheumás szívbetegség. Rammelkamp C. H. Jr. Circulation 1958. *17*:842.

Részletes áttekintést ad a rheumás láz megelőzéséről és therápiájáról. A megelőzés szempontjából három probléma tekintendő át. 1., a fertőző góc eliminálása, 2., a streptococcus (str.) törzs átvitelének megakadályozása, 3., a gazda szervezet resistentia emelése.

ad 1. A fertőző góc a felső légúti traktusban van. A betegségért felelős A-str. leggyakrabban az orron vagy a szájon át hatol be. A törzs elszaporodásával a beteg súlyos légúti elváltozás tüneteit mutatja. Hangsúlyozza, hogy vannak enyhe str. fertőzések is, amelyek még a beteg figyelmét sem vonják magukra. Az infectio után a convalescentiában a str. metabolikus változáson esik át úgy, hogy legtöbbször a 4—5. héten nem tipizálható. *Wannamacker* szerint a betegség átvitelének lehetősége az első 3 hétig nagy. Ezen túl a fertőző képesség csökken.

Fontos feladat a fertőző góc eliminálása. Eredetileg sulphonamidot használtak, de kiderült, hogy a gyógyszer félbehagyásával az epidemia visszatért. Penicillinnel ezzel szemben a góc eliminálás tökéletes.

ad. 2. Az infectio átvitele nagy biztonsággal csak direkt úton történik. Újabb tapasztalatok szerint az indirekt fertőzés nem valószínű.

ad. 3. A gazdaszervezet resistentiájának emelése rendkívül fontos az esetleges rheumás visszaesések megakadályozására. Ismeretes ugyanis, hogy maradandó szívelváltozások főleg többszöri recidiva után lépnek föl. Ilyen esetben a legeredményesebb módszer a benzathin-penicillin adagolása intramuscularisan, havonta 1 200 000 E.

A gazdaszervezet resistentia emelésére klasszikus methodus az immunisatio. Elölt A-str. suspensiót is használnak erre a célra. Úgy látszik, hogy vakcina M-proteinnel keverve a rheumás lázban eredményes prophylaxist jelent.

Streptococcus infectio fennállása esetén specifikus therápiát kell alkalmaznunk. Minden felsőlégúti megbetegedést, ahol magas láz, nyelési nehézség, nyak vagy állkapocs fájdalom van, str. fertőzésnek kell tekinteni. Magas leukocytaszám is emellett szól. Természetesen végleges diagnózist csak a haemolyticus str. izolációja adhat. Az infectio megszüntetendő. 4693 infectióban szenvedő egyén közül 3552-ben specifikus kezeléssel megszüntették a gócot. Ebben a csoportban a rheumás láz fellépte 0,3% volt, míg a másikban (1141) 2,8%-ban lépett föl rheumás láz.

A rheumás láz therápiájában a cortison adagolás mellett foglal állást. Az eredmény attól függ, hogy milyen korán vezetik be a hormonkezelést.

Billentyű hiba esetén a preventiós therápia vég nélkül adagolandó.

A referáló megjegyzése: Az összefoglalásnak különös érdekességet ad az, hogy hazánkban ez évben kezdődik el a rheumás láz recidivájának prophylaxisa s ezért — bár az eredeti közlemény 1958-ban jelent meg — fontosnak tartottuk a téma tárgyalását. A tökéletes preventiónak azonban arra kell törekednie, hogy már az első rheumás attakot is ki lehessen védeni. Ehhez szükséges a str. fertőzések megakadályozása, illetve a fennálló góc eliminálása.

Bodrogi György dr.

*

A jobb kamrai szívinfarktusról. Wade, W. G.: Brit. Heart J. 1959. *21*:545—552.

Az összes infarktusok legfeljebb 3%-a lokalizálódik kizárólag vagy túlnyomórészt a jobb kamrára. Szerző 11 saját esetének klinikai és kórbonctani tanulságait az irodalomban talált 9 más esettel együtt értékeli. 19-ből 18-ban a r. coronarius dexter elzáródása okozta az infarktust, valószínű azonban, hogy létrejöttének előfeltétele a baloldali r. descendens arterior atheromatosis által okozott előrement elzáródása. A r. coronarius dexter érterületéhez futó kollaterálisok a jobb coronaria-ág elzáródása esetén ugyanis, ellentétben régebbi nézetekkel, amelyek a Thebesius f. vénáknak tulajdonítottak jelentőséget, a r. descendens arteriorból származnak. Mint ismeretes, a ramus dexter a jobb kamra hátsó falát, a kamraközti sövény hátsó részét és részben a jobb pitvar hátsó falát látja el vérrel; ennek megfelelően a jobb főág elzáródása e területek elhalását vonja maga után.

A jobboldali infarktus leggyakoribb előfeltétele a pulmonalis hypertensio, amely viszont különböző idült bronchopulmonalis elváltozások következtében jön létre. Ezek a jobb kamra infarktusaiban négyszer gyakoribbak, mint a baloldalon. Az infarktust megelőző jobb kamra hypertrophia kétszer gyakoribb, mint a bal kamrai infarktusoknál. A jobb kamra falának viszonylagos vékonyságával magyarázható, hogy az infarktusok általában transmuralisak és gyakori a szívruptura. A transmuralis infarktusokhoz gyakrabban társul pericarditis epistenocardica és gyakoribb az intraventricularis thrombosis is, amely a jobb szívfélben ül és tüdőinfarktushoz vezet.

• Az EKG diagnosis nehéz. Gyanú esetén el kell végezni a jobboldali mellkasi elvezetéseket, de sokszor ezek sem tájékoztatnak megbízhatóan a lokalizációról.

Kezelés szempontjából a gyakori kamrai thrombusképződés miatt az antikoaguláns kezelésnek fokozott jelentősége van. (A szervülő fali thrombus támasztó szerepének kiesése következtében antikoaguláns kezelés esetén számolni kell ugyanakkor a szívruptura gyakoribb előfordulásával is.) Pangásos májlaesio esetén a kumarinszármazékokkal folytatott kezeléssel óvatosság szükséges, illetve ha a pangásos máj prothrombin termelésének elégtelensége áll fenn, e kezelés ellenjavallt, illetve felesleges is lehet. *Rényi Kázmér dr.*

*

Szívinfarktus miatti antikoaguláns kezelés folyamán fellépő akut haemopericardium. Dickerson J. és Morrison F. C.: JAMA 1960. *174*:1939.

Számtalan közlemény foglalkozott a szívinfarktus antikoaguláns kezelésének kérdésével és ma már nem kétséges, hogy e kezelés a mortalitás csökkentéséhez vezet. Azonban Schoen és mások rámutattak, hogy az intraventricularisan keletkező thrombus támasztó szerepének kiesése következtében alvadásgátlók által kezelteken valamivel gyakoribbá válik a szívruptura. Másik ritka szövődmény az antikoaguláns szerek által előidézett, ruptura nélküli haemopericardium és szívtamponade.

50 é. férfi infarktusa súlyos shockhoz vezetett, ami miatt 6 napig adagoltak laevarterenolt. Az első napon heparin kezelést is kezdtek és csak a 17. napon tértek át Dicumarolra. A 18. napon hányás lépett fel, a tensio 100 Hgmm volt. Másnap a prothrombin idő 21%, az alvadási idő 18 perc volt; a szívárnyék megnagyobbodott és a vérnyomás mérhetetlenül alacsonyra szállt le. Az V. bordaközből történő mellső behatolással 400 ml vért szívtak le, mire a nyaki vénák pangása, a cyanosis és a kollapszus megszűnt. A következő napon a proc. xiphoideus alatti behatolással a punkciót megismételve 1225 ml vért szívtak le és az előző napon elkezdett i. v. K-vit. kezelést (Mephyton) folytatták. Az antikoaguláns kezelést végleg abbahagyták. A beteg állapota ezután tartósan rendeződött, újabb haemopericardium nem keletkezett.

Coronaria thrombosis alvadásgátlók általi kezelése folyamán fokozatosan kifejlődő haemopericardium a betegágynál felismerhető, és mint a bemutatott eset bizonyítja, konzervatív úton gyógyítható is. *Rényi Kázmér dr.*

A
RELAXIL-G
Javallatai:
Abdominalis, anorectalis és végtag-sebészetben adjuvansként az izomtónus csökkentésére. Discus herniás spasmusok oldására. Tetanus kezelésében.
EGYT

Az elülső mediastinum novocain blokádja coronaria elégtelenség esetén. Bulatov P. K. prof. (Leningrád): Klin. Med. 1960. 2, 42—46.

88 betegen 219 esetben végeztek novocain blokádot. Jó eredményt észleltek 36 betegen, akiken az angina pectorisos fájdalmak hosszú időre megszűntek. Javulást értek ell 33 betegnél, míg eredménytelen volt a kezelés 19 esetben. Szövődmény sohasem fordult elő.

A retrosternális novocain blokádot V. I. Kazinszkij eljárása szerint végezték. A beteget műtőasztalra fektetik, mint a struma műtétnél, lapockái alá helyezett henger párnával, hátrahajtott fejjel. A manubrium sterni felső szélén érzéstelenítik a bőrt és bőralatti szöveteket. Ezután speciális tűvel a manubrium sterni hátsó felületén előrehaladva az aorta ívéhez, ami rugalmas pulzáló képletként érezhető, 100 ml 30 C°-ra felmelegített 0,5%-os novocain oldatot adnak be. Ezt az eljárást 5—7 napos időközökben 3—5-ször ismétlik meg.

A retrosternális novocain blokád után, akár stenocardiás roham idején, akár attól függetlenül végezték, az elektrocardiogrammon a coronaria keringés javulásának jelei voltak észlelhetők: a P—Q távolság megrövidült, az QRS komplexum kiszélesedett, az S—T intervallum közeledett az izoelektromos vonalhoz és csökkent a T-hullám mélysége. A javulásnak e jelei a blokád után 20—30 perc múlva jelentkeztek és 3—5 napon át, sőt az ismételt injekciók után lényegesen hosszabb ideig tartottak.

Javul maga a szív coronaria keringést szabályozó rendszerének működése. Olyan testi megerőltetés pl., amely azelőtt stenocardiát váltott ki, a kezelés után reakció nélkül marad.

Ez az eljárás gyakran hatásos olyan esetekben is, ahol más kezelésmódokkal nem tudtak javítani a beteg állapotán.

Hótay Kálmán dr.

*

A nitroglicerin hatása koszorúérbetegek cardiovasculáris rendszerére. Chlebus H. (Warszava): Polski Tigodnik Lekar. 1960. 35, 1337—1343.

Szerző kardiográfiás módszerekkel vizsgálta a nitroglicerinnek koszorúérbetegségben szenvedők és egészségesek keringési rendszerére gyakorolt hatását. A szisztolé dinamikáját és a teljes hemodinamikát ily módon egyidejűleg tudta észlelni az art. carotis és femoralis arteriogramjának, továbbá az elektrokardiogramok, fonokardiogramok és ballisztokardiogramok párhuzamos regisztrálásával.

A nitroglicerin hatása azonnal jelentkezett és kb. 15 percig tartott. A szívműködés szaporábbá vált. Átmenetileg gyakran normálissá váltak a carotis-arteriogramok és javulás mutatkozott a ballisztokardiogramokon. Az aorta pulzushulláma gyakran lassult. A vérnyomás, különösen a szisztolés, jelentősen csökkent; úgyszintén a szív percvolumene. Csökkent tehát a szív munkája. Ez a gyógyszer terápiás hatásának alapja. A szív szisztole dinamikája a koszorúérbetegek esetében rosszabbodott a nitroglicerin beadása után. A ventriculáris nyomásfokozódás ideje jelentősen meghosszabbodott és a szív mechanikus szisztolé indexe, az egészségesekével ellentétben, csökkent.

Az atheroszklerotikus coronariák nem tudnak alkalmazkodni a csökkent aorta nyomáshoz. A véráram az elmeszesedett koszorúerekben még csökkenhet is a nitroglicerin bevitele után. Még jobban csökken azonban az oxigén szükséglet a szív munkájának megkevesbedése következtében. A nitroglicerin tehát növeli a szív munkaegységére eső oxigén mennyiségét a szívizomzatban.

A koszorúérbetegek szisztolé dinamikájában a nitroglicerin hatására bekövetkező jellegzetes változások kiegészítő adatokat szolgáltathatnak a coronariaszklerosis diagnosisának felállításához.

Hótay Kálmán dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Ismerjük meg a hazai irodalmat
(A Peutz-Jeghers syndromáról)

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastuk az Orvosi Hetilapban (1961. *102.* 129—130) *Hermann Béla dr.* és *Sáró András dr.*: *„Polyposis intestinalis generalisata melanoplakiával (Peutz—Jeghers-syndroma)"* c. dolgozatát, amelyben tudomásuk szerint hazai előfordulásról *elsőként* számolhatnak be.

A szerzők figyelmét elkerülte *„Adatok a lentiginosis periorificialis cum polyposi hereditaria (Peutz—Touraine—Jeghers-syndroma) kórtanához"* címmel közölt esetünk ismertetése (Bőrgyógy. Szemle 1957. 33. 110—113). 30 éves nőbetegünkön gyermekkora óta fennálló, szem, fül, orr, száj, végbél körüli *lentiginosis periorificialist* és *chloasma facieit* észleltünk *polyposis rectalissal.* A beteg monozygota ikernővérén hasonló el-

változások voltak. A tünetegyüttest a következő tünetekkel egészítettük ki: *a) lentiginosishoz társuló chloasma faciei, b)* polypusból történő vérzések által kiváltott, secundaer, súlyos *sideropeniás anaemia* (pallor faciei), *c) a vérsavó alacsonyabb sulfhydril szintje*, amelynek festékzavar létrejöttében tulajdonítunk szerepet.

A tünetegyüttes *Touraine* szerint *„polyembryodysplasia"*, amit egyrészről a bőr melanoblastáinak, másrészről a gyomorbélhuzam nyálkahártyájának burjánzási zavara vált ki. Kórtani és megkülönböztető kórisme szempontjából meg kell említeni azon pigmentzavart, ahol a lentiginosis nem periorificialisan, hanem centrofacialisan helyezkedik el: *„Lentiginosis centrofacialis neurodysraphica"*. E congenitalis neuroectodermosis tünettriásza: az arc középső részének lentiginosisa, neuropsychés zavarok és status dysraphicus *(Vánkos J.* és *Kapus E.)*.

A Peutz—Touraine—Jeghers-syndroma világirodalmi 120 esetét legutóbb *Klostermann G. F.* dolgozta fel *„Pigmentfleckenpolyposе"* (G. Thieme, 1960.) c. monográfiájában. *Pastinszky István dr.*
Vánkos József dr.

★

Vérsejtsüllyedés és plasmafrakciók

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. 1960. év 22. számában Dr. Janics Kálmánnak a vörösvérsejt-süllyedést gyorsító plasma fehérjék differenciálása című dolgazatához kívánok néhány kérdésben hozzászólani.

Mindenekelőtt igen értékesnek tartom az ismertetett eljárást. A gyakorló orvos így egyszerű módon elvégezhető differenciál-diagnosztikai eljárást nyer. Több mint száz esetben mi is kipróbáltuk és elvégeztük a vizsgálatokat az ismertettek alapján, azzal az eltéréssel, hogy a formalinos süllyedésnél 0,3 ml fiziológiás oldathoz adtuk a 0,1 ml 1%-os formalint. Így akartuk még szigorúbban betartani az általánosan használt 1,6/0,4 vér és oldat arányt. Az elvégzett vizsgálatok adatai igazolták Janics dr. eredményeit és a dolgozatában felsorolt szempontokat.

Ismeretes az a tény, hogy anémiásoknál a megváltozott $\frac{\text{vérsejt massza}}{\text{plasma}}$ arány nagyban befolyásolja a vérsejtsüllyedések eredményeit. Ahhoz, hogy ezen megváltozott körülmény hatását kiiktassuk, szükséges, hogy visszaállítsuk a normális viszonyokat, mert csak így tudjuk azt kimutatni, hogy a fokozott süllyedéséért a plasma frakciók eltolódása a felelős. Ebből a szempontból mintegy kiegészítő vizsgálatként javasolnám a korrigált vérsüllyedés beállítását is. Az eljárás leírása megtalálható az Orv. Hetil. 1957. év 42. sz.-ban. Ezáltal még komplexebb képet kaphatunk és jobban megítélhetjük a vérsejtsüllyedések változásai kapcsán adódó diagnosztikai lehetőségeket.

Igen értékesnek tartjuk azt a tényt, hogy a daganatos megbetegedésekkel párhuzamosan alacsony értéket ad a defibrinált és a formalinos süllyedés, szemben a klasszikus módon elvégzett eljárás emelkedett értékeivel. Ötven verifikált tumoros betegünkön a defibrinalt vérsejtsüllyedés az első órában 94%-ban a normalisnak megadott 10 ml alatt maradt, emelkedést így csak 6%-ban tapasztaltunk. A két órás értékeknél az esetek 84%-ában alacsony a süllyedés. A formalinos süllyedések eredményei még ennél is jobban megmaradnak a normalisnak megadott határok alatt. Azon betegeinknél, akiknél emelkedettebbek az értékek, megtaláltuk a szervezetbe lejátszódó gyulladásos, vagy szövetszéteséses folyamatot. Tehát ebből a szempontból is felhasználhatjuk a defibrinált és formalinos süllyedések értékeit és csatolhatjuk azt mintegy újabb lehetőséget a nehéz differencial diagnosztikai problémák megoldására.

Csontos Árpád dr.
szakorvos
2. sz. Poliklinika.
Marosvásárhely
(R. N. K.)

★

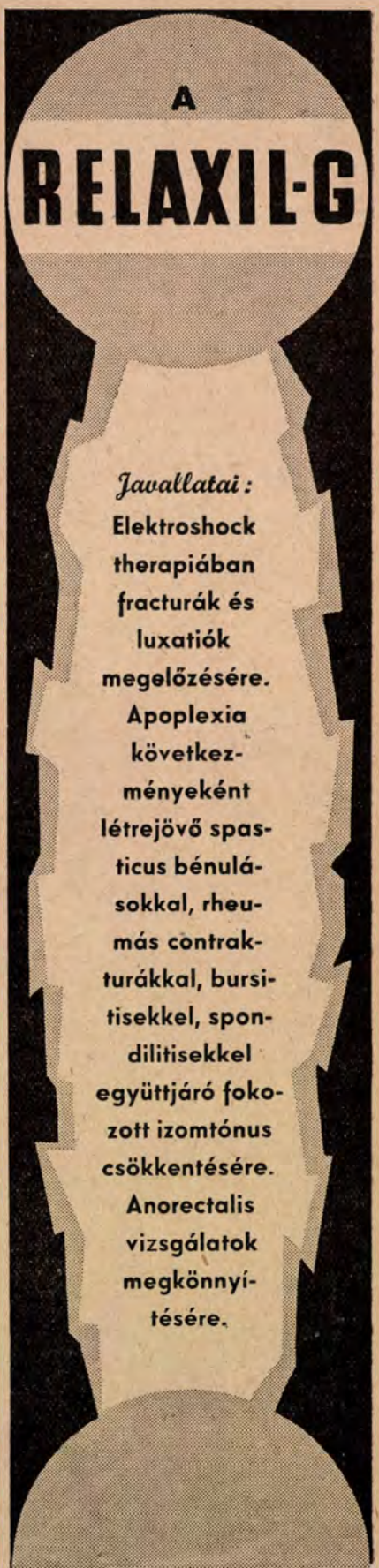
A gyomorvérzés időszerű kérdései

T. Szerkesztőség! Fenti címmel a közelmúltban megjelent közleménnyel kapcsolatban az Orv. Hetil. 1961. *2* számában *Gábor Aurél dr.* tett a „Levelek a szerkesztőhöz" rovatban néhány értékes észrevételt.

Nagyon örülünk, hogy Gábor főorvos egyetért velünk a kérdés széleskörű irodalmának statisztikai értékelésével s általánosságban a kezelésre vonatkozó álláspontunkkal.

A műtéti indikációra vonatkozó azon megjegyzése, mely szerint masszív vérzésnél, ha a konzervatív kezelés eredménytelen, s a kórkép progressziója egyre kifejezettebb, ilyenkor a műtét elvégzése sürgető, természetesen egyezik a mi álláspontunkkal.

Végül szeretném megragadni az alkalmat mintegy kiegészítésképpen, hogy a közelmúltban magyar szerzők — Csillag—Gergely—Jellinek — a gyomorvérzés pathogenezisével kapcsolatban végeztek kísérletes vizsgálatokat, melyekben



kimutatták állatkísérletekben, hogy a gyomornedv emésztő hatása, valamint az arteriákban uralkodó magasabb nyomás következtében majdnem mindig az arteriák fala arrodálódik s válik a vérzés forrásává. *Salamon Antal dr.*

*

Női genitális tbc; konverzatív vagy radikális kezelést

T. Szerkesztőség! Kardos főo. az O. H. 1960. 45. sz. 1617. o. II. hasáb 3. bekezdésében cikkünkkel kapcsolatban azt közli, hogy: »sajtos zárt petevezető visszahagyásáról stb.« írtunk, mint a g. tbc gyógymódjáról a Magy. Nőorvosok Lapja 1958. 6. sz.-ban. Ki kell jelentenünk, hogy ilyen, vagy ehhez hasonló megnyilatkozás sem az idézett, sem más helyen nem található. Így gyógyeljárásunkkal kapcsolatos eszmefuttatásának nincs alapja s nem ad választ közzétett eljárásának igazolására sem.

Szendi Balázs dr.
és
Lakatos István dr.

KÖNYVISMERTETÉS

E. Tonutti, O. Weller, E. Schuchardt, E. Heinke: Die männliche Keimdrüse. Struktur, Funktion, Klinik. Grundzüge der Andrologie. Georg Thime Verlag, Stuttagart, 1960.

A könyv terjedelme 267 oldal, melyből 187 oldal szöveg és utána a második rész atlasz.

A munka, a nem fogalom meghatározása, tisztázása után a here anatómiájával, majd a hypophysis-here rendszer élettanával és regulációjával foglalkozik. Érdekes a következő, androgenekről szóló fejezet, melyben a hereandrogenek mellett a 17-ketosteroid csoport kémiájával, élettanával és chromatographiás szétválasztásával, valamint az egyes tagok androgen aktivitásának milyenségével foglalkozik. Az androgenek hatásáról írt fejezetben e vegyületeknek az anyagcsere hatásaival, a nemi apparátusra kifejtett és a férfialkat kialakulására kifejtett hatásaival foglalkozik. Az ejakulátumról szóló fejezet a sperma összetételén, fizikai, kémiai és cellularis tulajdonságainak ismertetésén kívül a spermavizsgálat menetét is bemutatja. A klinikai rész mintegy bevezetéseképpen a pubertas megindulásának élettanával foglalkozik. A következő fejezetek az andrologia klinikumának részletes ismertetését tartalmazzák. E fejezetek igen korszerűek és a therapiára vonatkozó szakaszok is igen hasznosak az andrologiában jártas és járatlan olvasó számára. Különösen kiemeljük a fertilitas zavarairól írt kitűnő fejezetet. A munka szövegi része az andrológiában használatos diagnosztikai módszer elveit és értékelését is tartalmazza.

A kitűnő stílusban írt szöveg igen kellemes olvasmány. Fogalmazásának módszere: a kiterjedt irodalmi anyagból néhány mondatban ismerteti a lényeget, de a részletekre vonatkozóan a megfelelő szakirodalomra hivatkozik. Ugyanezt az eljárást alkalmazza a könyv a problémák felvetésénél is. A munka tartalmilag korszerű. Nem hiányolható a chromosomák számbeli eltéréseire vonatkozó újabb megismerések hiánya sem, minthogy ezek kb. a munka nyomtatása idején váltak közkinccsé. A felhasznált irodalom igen kiterjedt. Csak dicsérni lehet a második részében, az atlaszban, közzétett mikrófényképeket, rtg.-képeket és egyéb demonstrációs anyagot, valamint a hozzájuk fűzött magyarázatokat. Minthogy azonban az andrológia számos orvosi szakma histológiában gyakran nem jártas képviselőit is érdekli, helyesnek gondolnánk, ha a következő kiadásban a jobb érthetőség kedvéért a szövettani felvételek mellé több sémás rajz kerülne.

Holló István dr.

Prof. Dr. A. Herrlich: Die Pocken (Erreger, Epidemiologie und klinische Bild). Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1960.

Amikor a hazánkban évtizedek óta csak leírásokból ismert pusztító betegségről olvasunk, elsősorban két gyakorlati fontosságú kérdésre várunk választ. Az egyik: történt-e haladás napjainkban a himlőkutatás területén, a másik: mi teszi időszerűvé 1961-ben a himlőre vonatkozó ismereteink összefoglalását? Herrlich alapos tárgyismerettel megírt fenti munkája mindkét kérdésre választ ad. Ez a válasz annál is inkább hiteles, mert ahhoz a felhasznált nagyszámú korszerű irodalom és a szerző személyes tapasztalata együttesen szolgáltat alapot. Herrlich ugyanis a második világháború óta Afrikában, Indiában és Ázsiában összesen mintegy ezer himlőben szenvedő beteg gyógyítása kapcsán gyűjtötte megfigyeléseit.

A himlőkutatás újabb eredményeire vonatkozó első kérdésünkre a könyv első két fejezete — a kórokozóról és az emberi himlőről írott fejezet — szolgál válaszul. Megtudhatjuk ebből, hogy bár a betegség tünettana és a kórlefolyás súlyossága az évszázadok során lényegében változatlan maradt, a kórkép vírus-eredetére, valamint a pathomechanizmus és kísérőjelenségek mikéntjére vonatkozó ismereteink az utóbbi évtizedekben jelentősen bővültek. Míg az első fejezet a víruskutatás jelenlegi állásának megfelelő, korszerű és alapos prezentációját nyújtja a kórokozónak, a humánpathológiai fejezet főképp gyakorlati fontosságú kérdésekben ad eligazítást. Itt kerülnek tárgyalásra olyan jelentős problémák, mint pl. a viraemia, a különféle anyagcserekapcsolatok, a mortalitás, járványtan és védekezés, valamint a még ma is sajnos kevés eredményt felmutató és csupán tünetinek tekinthető terápia. Míg az első, a kórokozót ismertető fejezetet igen szép mikrofotogrammok, a humánpathológiai fejezetet áttekinthető táblázatok, járványtérképek és — jórészt színes — fényképfelvételek teszik

szemléletessé. Külön kiemelném a betegség lefolyását szemléltető sémákat (pl. a szervlokalizációt szemléltető táblázatot). A járványtan és védekezés fejezetei különösen epidemiológusaink számára nyújthatnak értékes, új adatokat. Itt említeném meg azt is, hogy a mind mélyrehatóbb vizsgálatok ellenére meglepően kevés a variola anyagcserekapcsolataira vonatkozó vizsgálat (pl. mellékvesekéreg és egyéb hormonális kapcsolat, a folyadék- és elektrolytháztartás viselkedése stb.). Germekgyógyászati és immunológiai szempontból az sem közömbös, hogy a transplacentáris vírusátvitelre vonatkozó nézetek is eltérőek. Mégis a fentiek együttesen arra utalnak, hogy a himlőkutatás nem szűkölködik újabb eredmények felmutatásában.

A könyv — egészében — a kérdés időszerűségét is igazolja. Az időszerűség oka, hogy a közlekedéstechnika fejlődésének, a békés nemzetközi kapcsolatok kifejlődésének korában — nevezetesen a himlő esetében 1946 óta — fokozódik a betegség behurcolásának veszélye (légiközlekedés, hajóforgalom stb. révén). Ezt a második világháború utáni franciaországi és németországi esetek is igazolják. Ilyen körülmények között ma egyetlen ország sem mondhatja magát védettnek a variola behurcolásával szemben.

Igaz ugyan, hogy Spiess tollából a Springer kiadásában alig két éve összefoglaló munka jelent meg a védőoltásokról, e kérdés oly nagy horderejű, hogy véleményem szerint önálló fejezetbe kívánkozott volna. Hasonlóképp kifogásolható a csupán alfabetikus sorrendben megadott irodalom. A tárgykörök és a vonatkozó irodalom kapcsolata ilymódon meglehetősen lazává válik.

A könyv harmadik fejezete végül az állatok himlőjét tárgyalja.

A fejezetek egymásközti aránya a fontosságuknak megfelelő.

A képek és ábrák nyomdatechnikai szempontból is kifogástalanok.

Nem hallgatható el végül a mű orvosetikai, sőt általános humanisztikus értéke. Olvasás közben — és az ápolószemélyzetet a betegekkel együtt ábrázoló képek láttán — önkénytelenül is elismeréssel adózunk a munka hősei előtt. Kockázatvállalás, emberi küzdelem, törhetetlen hivatásérzet, a halálos veszélyt is vállaló humánus szándék van a könyv sorai mögött, tanulságul és példaképül.

Szórády István dr.

Megjelent

ACTA MEDICA HUNG.

1960. XVI/3

Juba A. és Péterfai J.: A subacut sclerotisáló leukoencephalitisről.
Solti F., Rév J., Preisich P. és Koltay E.: A nicotin hatása a verejték-elválasztásra.
Bugár-Mészáros K. és Praznovszky M.: Anticoagulánsok alkalmazása myocardiális infarctusban.
Barna S. és Baumann M.: A pajzsmirigy hormon-frakciók jelentőségéről.
Kis-Várday Gy.: Angiográfiával nyert tapasztalatok pulmonalstenosisban.
Pogyilcsák M. D., Makar D. A. és Jurmin E. A.: Az oestrogén hormonok hatása a vér cholesterin és fehérje szintjére.
Tóth K.: A teljes nyál terminális oxydációjáról.
Vajda Gy.: Klinikai és elektrocardiographiai megfigyelések post-traumás cardiopathiában.
Trencséni T. és Keleti B.: A hämorrhagiás nephroso-nephritis Magyarországon és Európában.
Bugár-Mészáros K. és Okos G.: A phlebothrombosis és thrombophlebitis anticoaguláns therapiája.
Tóth K.: Adatok a nyál oxygénfogyasztásának meghatározásához.
Bugár-Mészáros K.: Anticoagulánsok használata agyi thrombosisban és emboliában.

★

AZ ORSZÁGOS ORVOSTÖRTÉNETI KÖNYVTÁR KÖZLEMÉNYEI

19. szám

Magyari-Kossa Gyula dr.: Adatok Hatvani István életéhez.
Kováts Ferenc dr. prof.: Jean Fernel hatása a gümőkór magyarországi irodalmára.
Izsák Sámuel dr.: Váradi Sámuel (1773—1857) Enyed város és Alsó-Fehér vármegye egykori orvosának élete és tevékenysége.
Szőkefalvy Nagy Zoltán dr.: Winterl Jakab, a pesti orvoskar első kémiatanára.
Berndorfer Alfréd dr.: A veleszületett rendellenesség pathogenesise történeti szemléletben. I. rlsz. A babonák.
Kárpáti Endre: A magyarországi alkoholellenes küzdelem története.
Adattár:
Javaslatok a pesti szegénygyermekkórház átszervezésére (Varga Lajos dr.).
Adatok id. Bókai János életrajzához (Varga Lajos dr.).
Adatok Flór Ferenc életrajzához (Varga Lajos dr.).
Adatok Hőgyes Endre életrajzához (Varga Lajos dr.).
Könyvismertetés.
J. Thorwald: A sebészek évszázada (Gondolat Kiadó Budapest, 1919) (Balogh János dr.).

★

SZEMÉSZET

1961. 1. szám

Weinstein Pál: Az ophthalmoneurológia újabb haladása.
Szabó Zoltán: Tapasztalataink Tosmilen szemcseppel.
Medgyaszay Attila: Transitorikus reakció változás Fonurit (Diamox) hatására.
Korecz Károly: Pyrophos-szal szerzett tapasztalataink.
Alberth Béla: A Descemet-hártya megkettőződése emberen végzett perforáló keratoplastica után.

Szarvasy György, Schéda Vilmos: Ataxia teleangiectatica, Louis-Bar syndroma.
Nagy Ferenc, Farkas István, Stefanics János, Erdélyi Mihály: Torus supraorbitalis.
Molnár Lajos, Herpay Zsombor, Gát György: A cephalosporium niveolanosum (Benedek) okozta mykosis conjunctivae.
Kahán Ágost: A szem biokémiájának gyakorlati vonatkozásairól (I. rész: könny, cornea, lencse).
Ülésjegyzőkönyv.
Könyvismertetés.

★

RHEUMATOLOGIA, BALNEOLOGIA, ALLERGOLOGIA

1961. 1. szám

Rheumatológiai közlemények.
Gáspárdy Géza dr. és Bányai Barna dr.: A tryptophan-anyagcsere rheumatoid arthritisben.
Bozsóky Sándor dr. és Kovács László dr.: Liquorvizsgálatok primaer chronicus polyarthritisben.
Szutrély Gyula dr. †, Osztovics Magda dr. és Tarczal Éva dr.: A mellékvesekéreg functióinak vizsgálata nagy adagú delta-cirtison kezelés után.
Rákosi Ilona dr., Rosner Egon dr. és Vida Margit dr.: A vörösvérsejtszám 1956—1959. években észlelt alakulása statisztikai értékelés alapján.
Kovács László dr. és Gombácsi Pál dr.: Az arthrosisok kezelése Gt_{50}-nel.
Nagy Jenő és Nyúl-Tóth Pál: A sternoclavicularis ízület arthrosis deformansa.
Bencze György dr., Lakatos László dr. és Forró László dr.: A rheumatoid arthritis és a systemás lupus erythematosus kapcsolata rheumatoid arthritises betegen tett megfigyelés alapján.
Bencze György: Plasmafaktor inaktiválásos vizsgálat.
Balneológiai, Klimatológiai közlemények.
Cziráky József dr.: A hévízi tó morfológiai változásai.
Allergológia.
Lugossy Gyula dr.: Permeábilitás vizsgálatok a szemen ép és kóros viszonyok között.
Szemle.

★

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1961. 1. szám

Csapó József, Jákics József és Beréményi István: A kanyaró terjedését és megelőzését célzó újabb vizsgálatokról.
Budai József: A víruskutatás és immunológia jelenlegi állása a kanyarónál.
Lombos Oszkár, Szőnyi László és Hutás Zsuzsanna: A csontvelőkép értékelésének nehézségei csecsemő- és gyermekkori leukaemia korai diagnosisában.
Trencséniné Balogh Margit: Laryngotracheo-bronchitis maligna esetek.
Tóth Margit és Róbert József: Újszülöttkorban észlelt és sikerrel operált phrenoschisis.
Levél a Szerkesztőséghez.
Fülöp Tamás: A szociális pediátria.

★

TUBERKULÓZIS ÉS TÜDŐBETEGSÉGEK

1961. 1. szám

Sebők Lóránd dr.: Az új tuberkulózis rendelet.
Poszler László dr. és Vas Imre dr.: Adatok a tüdőbetegek egyszerű funkcionalis diagnosztikájához.
Marton Sándor dr., Ungár Imre dr. és Laczkó Ede: Cukorbajos gümőkórosok resectiójának javallata.
Keszler Pál dr. és Temesvári Antal dr.: Mitralis stenosis és bronchus carcinoma miatt együlésben végzett commissurotomia és pneumonectomia.
Kőrösi Andor dr. és Halász György dr.: Bronchoscopos vizsgálat szövődményeként jelentkező acut mediastinitis két esete.
Szilágyi János dr. és Mészáros Lajos dr.: Oxymetriás vizsgálatokkal nyert tapasztalataink.
Lakatos Mária dr.: A Fővárosi TBC Utókezelő kétéves működéséről.
Csergő István dr. és Kremsier Katalin dr.: MY 301 alkalmazása a csontízületi gümőkór sebészetében.
A gümős residuum aktivitása.
Levelek a szerkesztőhöz.
Könyvismertetés.

★

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

1961. 1. szám

Bevezető.
A szocialista országok egészségügyi miniszterei V. Értekezletének a keringési betegségek megelőzésének és gyógyításának szervezési kérdéseiről hozott határozata.
Hahn Géza dr.: A keringési rendszer betegségei a statisztika tükrében.
Puskás József dr.: Vezető kórházaink területi feladatai.
Andor Miklós dr.: Szívbetegek ellátása a körzeti orvosi munkában.
Rácz György dr., L. Kozma Mária dr., Lippai József dr. és Iványi János dr.: A jászberényi városi kórház 5 éves belgyógyászati idős beteganyaga.
Nagy György: A természetes gyümölcslevek szerepe a népélelmezésben.
Pomóthy Rudolf dr.: A gyermek-egészségügy jelenlegi helyzete Lengyelországban.
Egészségügyi hírek.
Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az ország 1960. november havi járványügyi helyzetéről.
Folyóiratismertetés.
Orosz és német nyelvű összefoglalás.

★

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE

1961. 1. szám

Előszó.
Szodoray Lajos dr.: A melanocyták (dendritsejtek) viselkedése egyes bőrdaganatokban.
Vámos László dr.: Az elektrolyt háztartás az allergiás folyamatokban s főképpen az egyes shockokban.
Nékám Lajos dr.: A bacterium resistentia néhány problémája in vitro kísérletek alapján.
Thoroczkay Miklós dr.: Mikrophotographálás infravörös fényben.
Kovács Zsigmond dr.: Májkészítmények és B_{12}-vitamin alkalmazása a fényártalom recidiváinak kivédésében.
Vértes Bódog dr. és Masszi József dr.: Újabb adatok a hólyagképzés mechanizmusához.

★

DEMOGRÁFIA

1961. 1. sz

Tanulmányok.
Szabady Egon dr.: Magyarország népességének foglalkozási megoszlása.
Mihail Ptuha: A demográfiai jelenségek és folyamatok vizsgálatának általános formája.
Kiss Albert dr.: Az agrárnépességi viszonyok területi alakulása Magyarországon, 1880—1960.
Közlemények.
Bene Lajos dr.: Magyarország népességi súlypontja.
Gergely Imre dr.—Neubauer György dr.: A termékenység alakulása császármetszéses születések után.
Figyelő.
Vitaülés Magyarország népesedési helyzetéről.
Aspiránsképzés népességtudományi tárgykörökből.
Az 1961. évi New York-i népességi kongresszus előkészületei.
A Bombay-i demográfiai kutató központ működése. (B. L. Á.)
Irodalom.
Könyvek.
Ifj. Kodolányi János: Ormánság. Budapest, 1960. (A. Gy.)
Weiner—Valentiny—Visontai: Sztálinváros, Miskolc, Tatabánya, Városépítésünk fejlődése. Szerkesztők: Sós A., Faragó K., Hermány G., Korompay Gy. Budapest, 1959. (A. Gy.)
Staszewski, Jozef: A világ népességének vertikális megoszlása. Warsaw, 1957. (V. A.)
Teuber, Irene B.: Japán népessége. Princeton, 1958. (V. Gy.)
Ausztria idegenforgalma 1957—58. Wien, 1959. (F. I.-né.)
Folyóiratok.
Kučera, J.: A veleszületett fejlődési rendellenességek társadalmi jelentősége. Demografie, 1960. 3. sz. (B. I.)
Ledermann, S.: A halandóság dimenziói. Bulletin de l'Institut International de Statistique. XXXVII. kötet, 2. sz. 1960. (Th. E.)
Durand, John D.: Kína népesedése 2 és 1953 között. Population Studies XIII. kötet, 3. sz. 1960. (Cs. J.)

★

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1961. 1. szám

Bíró László, Graber Hedvig, Iván Éva és Weisz Károly: Dexamethason hatása a cukorfelszívódásra.
Dávid Margit, Horváth István, Kovács Kálmán: Adatok a transplantált adenohypophysissel rendelkező patkányok mellékvesekéreg működéséhez.
Hankiss János, Demény Péter és Keszthelyi Mihály: Kísérleti adatok a szöveti ADH elbontás mechanizmusához.
Fazekas I. Gyula: Normális, valamint túltengetett mellékvesejű házinyulak máj- és izomkivonatának hatása intact és adrenalectomizált patkányok eosinophil leukocytáinak számára.
Rontó Györgyi, Tamás Gyula: Az ultrahang hatása izolált békaizom kálium leadására.
Pósalaky Zoltán, Gyévai Angéla, Bukulya Béla: Adatok a spermiogenesis folyamatának mechanizmusához, a savalló festődés, valamint a succin dehydrogenase aktivitás és lipidek hisztokémiai vizsgálata alapján.
Szilárd János, Császár Gyula és Riesz Ede: A bőr elektromos kapacitása és ellenállása változásának vizsgálata.
Weisz Pál, Gláz Edit, Demeczky Mihályné, Faragó Erika és Lax Vera: Chromatographiás corticosteron meghatározás patkány perifériás vérből.
Solymoss Béla: Diétás tényezők hatása cholesterinnel etetett csirkék savó és ér elváltozásaira.
Csernay László, Kovács Kálmán, Dávid Margit, László Ferenc, Horváth István, és Julesz Miklós: Kísérletek a zylose ürítés befolyásolására patkányban.
Barta Lajos és V. Szobotka Viola: Aminósavak kimutatása diabeteses vizeletben.
Vajda Gy., Rigó J. és Sós J.: Methioninhiány hatása a heterohaemotropin képződésére.
Csapó Gábor, Tiszai Aladár és Szűcs Zsuzsanna: Carbutamid hatása az emberi vörösvértestek kálium- és nátrium-tartalmára.
Nagy Sándor és Petrányi Gyula: Csontvelőtenyészetek befolyásolása a nyomásviszonyok változtatásával.
Fazekas I. Gyula, Fazekas Árpád G. és Rengei Béla: Máj és vese glutaminsav-oxalecetsav-transaminase aktivitásának változása nagy adag pyramidon hatására.
Pro laboratorio.
Lózsa Albert: Papírelektroforézis készülék és metodika nagyszámú szérumminta fehérjefrakcióinak szeparálására és festésére.
Lózsa Albert: A savanyú fuchsin tulajdonságai és kötődése a szérumfehérjékhez papírelektroforézisnél.
Könyvismertetések.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1961. 2. szám

Frater Rózsa dr. és Wohlmuth Gertrud dr.: Adatok koraszülöttek és újszülöttek EEG-vizsgálataihoz.
Turai László dr., Somogyi Endre dr., Cserháti Endre dr. és Kelemen József dr.: A gyermekkori acut alkoholmérgezések.
Kaszás Tibor dr. és Csorba Sándor dr.: Csecsemő- és gyermekkori staphylococcus pneumoniákkal kapcsolatos tapasztalataink.
H. Oláh Éva, Orosz Árpád dr. és B. László Mária: Hexosamin-meghatározások egészséges csecsemők és gyermekek serumában.
Balogh László dr. és Riha Éva dr.: Congenitalis lymphoedema, Milroy Nonne—Meige-féle betegség.
Turay Pál dr. és Kolbusz András dr.: Invaginatio képében jelentkező kisgyermekkori appendicitis.
Könyvismertetés.

★

FOGORVOSI SZEMLE

1961. 2. szám

Eredeti közlemények.
Pastinszky István dr.: A nemiség meghatározása a szájnyálkahártya kenet hámsejtjeinek magszerkezetéből (mucosa epithel test).
Lelkes Kornél dr.: Az ivóvíz leptothrixeinek vizsgálata a fogszú chelatiós elméletének megvilágításában.
Horváth László dr. és Rehák Rudolf dr.: Szájsebészeti beavatkozások felnőttkori fogszabályozások támogatására.
Hetessy Györgyné dr.: A beszédzavarok stomatológiai vonatkozásai.
Igazságügyi fogorvostan.
Kérdés — Felelet.
Könyvismertetés.
Hírek.

★

TUBERKULÓZIS ÉS TÜDŐBETEGSÉGEK

1961. 2. szám

Marton Sándor, Ungár Imre és Laczkó Ede: Gümőkóros cukorbetegek anyagcseréjének jellegzetességei és vezetése tüdőresectió kapcsán.
Lehoczky Arthur és Szalay György: Tüdőgümőkór és anyaság.
Szalay György és Lehoczky Arthur: 731 tüdőgümőkóros asszony állapotváltozása a terhesség alatt és a gyermekágy első heteiben.
Kovács Kálmán: Idült, nem gümős tüdőbetegségek intramuscularis trypsinterápiája.
Schrádi Antal és Bene Júlia: Adatok a felnőttkori tüdőgümőkór »kiegészítő« B. C. G.-kezeléséhez.
Lakatos Mária és Markos Györgyné: Hogyan javíthatjuk a pulmonectomiára kerülő tbc-s beteg légzésfunkcióját fizikotherápiával?
Horányi János, Horlay Béla és Molnár János: Endobronchialis lipoma.
Mészáros György és Simárszky János: Endobronchialis extramedullaris plasmocytoma.
Entz Albert: Tüdőgümőkórosokon végzett EKG vizsgálatokról.
Földes István: Beszámoló a Szakcsoport november 14. és 15-én tartott ankétjáról.

★

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1961. 2. szám

Ambrózy György dr.: Septum pellucidum-cysták tünettana.
Magyar István dr.: Acut schizophren psychosisok kóros electroencephalographiás jelenségeinek értékelése.
Fekete János dr.: Intézetünk rövid története az Országos Tébolydától az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetig.

Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az ország 1961 február havi járványügyi helyzetéről

A hónap folyamán a járványügyi helyzet általában kedvezően alakult. Országos jelentőségű járvány nem volt. Az előző hónappal szemben a legtöbb fertőző betegség előfordulása tekintetében csökkenés volt tapasztalható.

Kisfokú emelkedés mutatkozott a dysentéria előfordulása terén. Békéscsaba városban nagyobbszámú kontakt megbetegedés történt egy ivóvíz-eredetű intézeti járvány folyományaként.

Tovább emelkedett az influenza complicata kórismével bejelentett esetek száma is, anélkül, hogy az ország területén influenzajárvány bárhol is előfordult volna.

A két bejelentett Brill-eset még az előző hónap folyamán történt megbetegedésekre vonatkozik.

Az egyes fertőző betegségek előfordulására vonatkozó számszerű adatokat az alábbi két táblázat tünteti fel.

Bejelentett heveny fertőző megbetegedések Magyarországon
1960 december—1961 február hóban
(Előzetes, részben tisztított adatok)

Betegség	1960, Nov.	Dec.	1961 Jan.
Typhus abdominalis	38	41	36
Paratyphus	9	11	4
Salmonellosis gastroenteritica	44	36	11
Dysenteria	781	753	824
Hepatitis epidemica	1820	1957	1495
Poliomyelitis ant. ac.	1	1	2
Diphtheria	55	32	22
Scarlatina	2729	1768	1487
Morbilli	2034	2220	2228
Pertussis	118	149	139
Influenza complicata	120	287	350
Meningitis cer. epid.	15	25	23
Meningitis serosa	46	48	42
Leptospirosis	4	6	2
Encephalitis epid.	9	11	9
Malaria	1	—	—
Typhus exanthematicus	—	—	—
Anthrax	—	—	—
Brucellosis	1	2	2
Tetanus	15	5	5
M, Brill	...	...	2

Bejelentett heveny fertőző megbetegedések Magyarországon
1956—1961, február hóban

Betegség	1956	1957	1958	1959	1960*	1961*
Typhus abdominalis	34	47	33	23	30	36
Paratyphus	6	7	6	5	9	4
Salmonellosis gastroenteritica	...	...	...	18	38	11
Dysenteria	734	499	613	1612	837	824
Hepatitis epidemica	1699	1527	1733	1556	1708	1495
Poliomyelitis ant. ac.	10	52	10	7	11	2
Diphtheria	97	42	50	47	42	22
Scarlatina	1374	904	1294	2086	1635	1487
Morbilli	4840	551	6661	2397	6046	2228
Pertussis	420	653	1537	281	88	139
Influenza complicata	30	282	161	470	1499	350
Meningitis cer. epid.	33	26	21	26	21	23
Meningitis serosa	32	15	28	54	31	42
Leptospirosis	...	...	...	2	2	2
Encephalitis epid.	2	6	8	7	31	9
Malaria	4	—	—	—	—	—
Typhus exanthematicus	8	1	—	—	—	—
Anthrax	2	1	2	—	2	—
Brucellosis	3	1	2	1	4	5
Tetanus	9	15	6	4	7	2
M· Brill	...	...	...	...	...	2

* Előzetes, részben tisztított adatok.

HÍREK

XX. Nemzetközi Orvosi Továbbképző Tanfolyam Karlovy Varyban. 1961. szept. 18—23. Fő téma: a cukorbetegség. A tanfolyam másik felében az orvostudomány különböző területeiről vett szabad témákat tárgyalják meg. Előadók: Belgium, Bulgária, NDK, Német Szövetségi Köztársaság, Franciaország, Nagy-Britannia, Itália Ausztria, Románia, Svédország, Svájc, Szovjeunió, Magyarország, USA, Jugoszlávia és Csehszlovákia neves tudósai. Hivatalos nyelv a német, angol, francia, orosz és cseh. A programban kirándulások, kulturális és társadalmi rendezvények is szerepelnek. Kísérők számára speciális programról gondoskodnak. Felvilágosítással szolgál a Csehszlovák Physiatriai Társaság, Praha, 2, Albertov 7. Dr. Ing. J. Charvát titkár.

★

MEGHÍVÓ

a **Magyar Kardiológusok Társaságának** (a Belgyógyász Szakcsoport Kardiológiai Szakosztálya) **1961. évi**

TUDOMÁNYOS ÜLÉSÉRE

Balatonfüreden, május 7 és 8-án (vasárnap, hétfő), valamint a *Balatonfüredi Állami Kórház* által rendezett *oxymetriás*, illetve *rehabilitatiós kerekasztal-konferenciára* május 6-án (szombaton). Program: 1961. május 7-én, vasárnap de. 9.30. Téma: Vizsgáló eljárások. Üléselnökök: Gottsegen György, Kudász József. Előadások: 1. Bodrogi György, Kálmán Péter, Kusztos Dénes: A rheokardiogrammok szerepe a szívfázisok meghatározásában. 2. Solti Ferenc, Bekény György, Zádori Ernő: EKG- és keringésvizsgálatok polymyositisben szenvedő betegekben. 3. Kunos István, Szabó Zoltán: A mélyfrequentiájú szívhangkép jelentősége az aortabetegségek kórismézében. 4. Böszörményi Ernő, Chan-Ven-pin: Ballistokardiographiás elváltozások a szív különleges rhythmuszavaraiban. 5. Tomory Emilia: A mechanikus és elektromos systole viszonya teljes pitvarkamrai blockban. 6. Romoda Tibor: Tapasztalatok Seldinger-módszerrel végzett balszívkatheterezéseknél. 7. Kovács Gábor, Pepó János: Trans-septális balszívfélkatheterezés. 8. Árvay Attila: Kísérletes vizsgálat a pulmonalis stenosis szívkatheteres diagnosztikájához. *1961. május 7-én, vasárnap du. 16 órakor:* Téma: Diagnosztika. Üléselnökök: Gábor György, Sós József. Előadások: 1. Világi Gyula, Kis-Várday Gyula: Az ún. „egyenes hát syndroma". 2. Csákány György, Vargha László: A Kerley-vonal, mint a nagyfokú postcapillaris pulmonalis hypertonia jele. 3. Szám István, Álmos Sándor: A systoles rekeszrándulás. 4. Kis-Várday Gyula: Az oesophagus vizsgálat jelentősége az aorta anomáliák megítélésében. 5. Lónyay Tihamér: A coarctatio aortae ritka megjelenési formái. 6. Debrőczi Tibor: A szívműködés familiáris rhythmuszavarairól. 7. Somogyi Endre, Potondi András Tolnay Lajos, Papp Zoltán: A fiatalkori coronariathrombosisról. 8. Kerkovits Gyula: Pitvari paroxysmalis tachycardia pitvarkamrai block-kal. *1961. május 8-án, de. 9.30-kor:* Téma: Kórélettan — Kórbonctan. Üléselnökök: Zárday Imre, Bodrogi György. Előadások: 1. Szűcs Ottó, Árvay Attila: Pulmonalis atresiával társuló tricuspidalis elváltozások. 2. Sós József, Gáti Tibor, Gelencsér Ferenc, Kemény Tibor, Rigó János, Budavári István: Vizsgálatok kísérletes alimentáris cardiopathiában. 3. Csalay László, Frenkl Róbert, Sós József: A mellékvesék hormonelválasztásának vizsgálata experimentális cardiopathiában. 4. Harmos György, Pucsok József, Vargha Bertalan: Szívizom fermentactivitás változások experimentális cardiopathiában. 5. Kálmán Péter, Hollósi Katalin: Életkor és pangás hatása a máj és lép distensibilitására. 6. Juhász István, Pogátsa Gábor, Gábor György: Kísérletes myocardiumnecrosis I. Anyagcsere bomlástermékek által okozott szívizomnecrosis. 7. Pogátsa Gábor, Juhász István, Gács János, Gábor György: Kísérletes myocardiumnecrosis II. Mikrogolyók által létrehozott myocardiumnecrosisok haemodynamikája. 8. Szinai Gyula, Árvay Attila: Focalis myocytolysis szerepe rheumás szívizomhegek keletkezésében. 9. Simonyi János, Gábor György: Szorongás által létrehozott kísérletes hypertonia patkányokon. *1961. május 8-án, hétfőn du. 15.30-kor:* Téma: Therapia — Klinika. Üléselnökök: Debrőczi Tibor, Kunos István. Előadások: 1. Szabó Árpád, Kovács Vince: Újabb adatok a szívmassage okozta szívizomsérülésekhez. 2. Záborszky Béla, Király László: A staphylococcus okozta szívbetegségekről. 3. Muzsay József, Debrőczi Tibor: A mitralis tüdő anticoagulans kezelése. 4. Sárközy Károly: Arteria pulmonalis—vena cava superior anastomosis a Fallot-tetralogia sebészi kezelésében. 5. Pataki Lenke, Kamarás János: Adatok a therapiás effectus kérdéséhez febris rheumaticában. 6. Solti Ferenc: Devincan hatása az agykeringésre és a koszorús keringésre. 7. Erneszt Judith: A késői terhességi toxicosisokban javasolt korai és rendszeres kardiális kezelés indokolása. 8. Preisich Péter: Tapasztalatok egy új ganglionbénító gyógyszerrel, a Synapleg-gel. — *1961. május 6-án, szombaton* kerekasztal-konferenciák a Balatonfüredi Állami Kórház rendezésében. 16 órakor: Oxymetria. Vezető: Gábor György. 18 órakor: Rehabilitáció. Vezető: Gömöri Pál. Szív-, tüdő-készítmények kiállítása (1961. május 6—8.) Katona István. Stereomikroszkópos készítmények demonstratiója (1961. május 7., 15 órakor) Katona István. Felvilágosítás, jelentkezés: Ghyczy Kálmán dr. titkár, Országos Kardiológiai Intézet, Budapest IX., Nagyvárad tér 1. (Telefon: 340—350)

★

MEGHÍVÓ

az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet **Dunántúli Belgyógyász Szakcsoportjának** 1961. május hó 25, 26 és 27-én a Komárom megyei Tanács Kórházának rendezésében, a **tatai edzőtáborban** tartandó

VIII. VÁNDORGYŰLÉSÉRE

Műsor:

1961. május 26-án de. 10 órakor: Ünnepélyes megnyitás, Kroszner László elvtárs, a Komárom megyei Tanács VB elnöke megnyitó beszéde. Nemeslaki Tivadar elvtárs, a Komárom megyei Pártbizottság első titkára üdvözli a vándorgyűlést. *Tárgysorozat:* 1. Prof. Hámori, Nemes, Bibor, Rüll, Sinkó (Pécs, II. Bel- és fül-klinika): Haematemesis, ill. melaena aktív diagnosztikája. 2. Vargha Gy. (Tatabánya): Postresectiós késői panaszok pathológiai substratuma. 3. Héger, Lélek (Sopron): A dumping-syndroma kezelésében sympathicusbénító guanethidinnel elért eredmények radiológiai jelentőségéről. 4. Nagy, Kocsis (Szombathely): Az öregkori vírus-hepatitis jellegzetességeiről. 5. Ablonczy P. (Bonyhád): Serumglucuronsav vizsgálatok sárgaságos betegeknél. 6. Mészáros I. (Sümeg): Áttéti májrák generalizált csontvelőmetastasisa. 7. Péter P. (Szombathely): Epekőműtét utáni májtályog.

1961. május 25-én du. 16 órakor: 1. Grossmann S. (Sztálinváros): Diencephalikus eredetű kórképek. 2. Kádas, Virág, Lélek, Nagy (Szombathely, Sopron): Lipoid-mobilizáló hormon emberben. 3. Holló J. (Esztergom): Új vizsgáló eljárás a mellékvesekéreg működésének kimutatására ACTH hatására létrejövő C-vitamin ürítés meghatározásával. 4. Czirner, Gofman,

Hámori (Pécs, II. Bel.): A mellékvesekiirtás hatása a Brown—Pearce-carcinoma progressiójára. 5. Mészáros, Zöldy (Sümeg): Krónikus bronchitisesek gondozásba vételéről. 6. Háber, Csermely (Pécs, I. Bel.): A légzésfunctiós vizsgálatok értéke egyes tüdőbetegségekben, különös tekintettel az emphysemára és a munkaképességre. 7. Tamási, Keszthelyi (Pécs, I. Bel.): Az agysérültek tüdőelváltozásai.

1961. május 26-án de. 9 órakor: 1. Prof. Barta I. (Pécs, I. Bel.): Enzymopathiás kórképek a haematológiában. 2. Szász, Vörös (Székesfehérvár): Splenektomia hatása a lymphocytaképre. 3. Burger, Keszthelyi, Peer (Pécs, I. Bel.): Össz vvt-térfogat meghatározások P^{32}-vel kezelt erythraemiás betegeken. 4. István, Zsámbéky (Szombathely): Adatok a leukaemiás reticulosis klinikumához. 5. Patakfalvi, Lénárd (Pécs, I. Bel.): Adatok a malignus reticulosis kórképéhez. 6. Alexy, Brenner (Győr, Sopron): Myelosclerosis eseteink tanulságai. 7. Zsembery D. (Dorog): Myelosclerosisnál alkalmazott splenektomia esete.

1961. május 26-án du. 16 órakor: 1. Varga E. (Zirc): Panmyelophtisissel kombinált lymphoid leukaemia. 2. Brenner F. (Sopron): Urticaria pigmentosa — systemás mastocytosis. 3. Szász, Lux (Székesfehérvár): Csontvelőelváltozás hideg-agglutinációs betegségben. 4. Bibor, Gofman, Hámori (Pécs, II. Bel.): A complementvizsgálatok jelentősége a rejtett LED felismerésében. 5. Ludwig K. (Szombathely): LE-sejt kimutatásának új módja és a vizsgálattal szerzett tapasztalataink. 6. Barna, Bohenszky, Csermely (Pécs, I. Bel.): Tapasztalatok pulmonális Boeck-betegségben.

1961. május 27-én de. 9 órakor: 1. Bohenszky, Eper, Bokor (Pécs, I. Bel.): Az elektrokymographia a szívérrendszeri megbetegedések diagnosztikájában. 2. Horváth, Hermann, Horváthné (Balatonfüred): 'Oxymetriás perctérfogat- és residuális levegőmeghatározással kapcsolatos tapasztalataink. 3. Horváth, Hermann, Pauser (Balatonfüred): Oxymetriás shunt-vizsgálatok. 4. Réthly E. (Sopron): A cardiogenetikus shock és annak therapiája. 5. Komáromy, Lukácsi (Székesfehérvár): A Synapleg alkalmazása a hypertoniák, különösen a diabetesszel kombinált esetek therapiájában. 6. Kopasz, Galácz, Tímár (Veszprém): A vérkeringési rendszer betegségeinek viszonya a rosszindulatú daganatokhoz. 7. Meskó, Fenyőházi, Gesztesi, Éles (Szekszárd): A thrombosisos beteganyagunk áttekintésekor nyert tanulságok.

1961. május 27-én du. 16 órakor: 1. Gábor I. (Sztálinváros): A proteinuria értékelésének új szemlélete. 2. Lélek I. (Sopron): Különböző aetiologiai faktorok jelentősége atherosclerosisban. 3. Horváth, Ludvigh (Balatonfüred): Stypvennel végzett coagulogramm-vizsgálatok lipaemiás betegeken. 4. Mohos, Tábori, Kerekes (Esztergom): Élőben felismert cryptococcus neoformans sepsis. 5. Medgyesi Gy. (Sopron): Pontosabb alapanyagcseremeghatározás korrigált »Sollwert« segítségével. 6. Meczner L. (Devecser): Diagnosztikai valószínűségszámítás.

Tájékoztató. Az előadások helye, elhelyezés és étkezés a tatai sportedzőtáborban. Elhelyezés: 29.— Ft, egésznapi étkezés 41.— Ft. Május 25-én este ismerkedési est az edzőtábor éttermében. Május 26-án du. városnézés a hozzátartozók részére (részletes program a helyszínen). A részvételt, elszállásolási és étkezési igényt, a résztvevő hozzátartozók számát, az ott tartózkodás idejét 1961. május 6-ig kérjük bejelenteni a rendezőbizottság vezetőjének. Címe: Vargha Gyula dr. főorvos, Tatabánya, Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet. Kérjük, hogy a vasúton érkezők érkezésük időpontját szintén közöljék, hogy beszállításukról gondoskodni tudjunk. A 24-én este érkezők vacsoraigényüket jelentsék be. Kérjük, hogy a jelentkezési határidőt szigorúan betartani szíveskedjenek, mert határidő után beérkezett jelentkezéseket figyelembe venni nem tudunk.

★

Helyreigazítás! „A munkaköri alkalmasság orvosi megállapításának irányelvei" c. könyv ismertetésébe (Orv. Hetil. 1961. *102.* 717) sajtóhiba csúszott. Az emésztőszervek betegségeivel *Szemző György dr.* (és nem Szendrő) foglalkozik.

A Szegedi Orvos-Egészségügyi Szakszervezet Tudományos Csoportja 1961. május 2-án (kedd) du. 6 órakor a Bőrklinika tantermében *tudományos ülést* tart a szocialista egészségügy témaköréből. Előadás. 1. *Piukovich István* és *Budai Margit:* A nemiszervi gümőkór szociálhygiénés problémái. (15 perc). 2. *Hattyasy Dezső:* A falusi lakosság fogászati ellátottsága (20 perc). 3. *Bakács Tibor:* A településegészségtani kutatások és a településegészségügyi tevékenység távlati feladatai (40 perc).

PÁLYÁZATI *hirdetmények*

A Borsod-Abauj-Zemplén Megyei Gruby Dávid Bőr- és Nemibeteggondozó Intézet vezetője pályázatot hirdet Miskolc székhellyel az intézetben betöltendő E. 126. kulcsszámú **bőr- és nemigyógyász szakorvosi** állásra. Az állás javadalmazása 2550,— Ft, mellékállás vállalható az intézetben. A pályázatokat 15 napon belül kell benyújtani. Cím: Miskolc, Csabai-kapu 11. sz.

Balogh Miklós dr.
i. v. főorvos

(1143)

Pályázatot hirdetek Eger városban áthelyezés folytán megüresedett E. 181. kulcsszámú városi **körzeti orvosi állásra.** Lakást biztosítani nem tudok. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmeket a hirdetmény közzétételétől számított 15 napon belül, közszolgálatban álló orvosok a szolgálati út betartásával az Eger Városi Tanács Vb. Egészségügyi osztályára (Eger, Dobó tér 2) küldjék meg.

Dely János dr.
városi főorvos

(1144)

Városi Tanács Kórháza Nagykőrös pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett 2 fő E. 181. kulcsszámú **körzeti orvosi állásra,** továbbá elhalálozás folytán megüresedett E. 126. kulcsszámú, napi 6 órás rendelőintézeti **szemész-szakorvosi állásra.** Lakást jelenleg egyik esetben sem tudunk biztosítani. Pályázati kérelmek 15 napon belül a kórház igazgatóságához nyújtandók be.

Hidvégi Zoltán dr.
igazgató-főorvos

(1145)

Budapest Fővárosi Közegészségügyi-Járványügyi Állomás igazgatója (Budapest XIII. ker., Váci út 174.) pályázatot hirdet a Kójálban megüresedett E. 144. kulcsszámú élelmiszer bakteriológiai csoportvezető **főorvosi állásra.** Az állásra közegészségügyi és járványügyi laboratóriumi vizsgálatokból való szakképesítéssel és több éves élelmiszer bakteriológiai gyakorlattal rendelkezők pályázhatnak.

Kapos Vilmos dr.
igazgató

MELLÉKVESEKÉREG-HORMONOKKAL VALÓ KEZELÉS ESETÉN „ERNYŐZÉSRE"
BEACILLIN TABLETTA
EGYT

ELŐADÁSOK ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1961. május 4. csütörtök	Idegklinika, tanterem. VIII. Balassa u. 6.	délután 6 óra	*A Pavlov Ideg-Elme Szakcsoport*	1. *Stipula Magda dr.:* Ectopiás pinealoma esete. 2. *Lénárd Lili dr.:* Olfactometriás vizsgálatok jelentősége a neurologiában. 3. *Bekény György dr.:* A pseudomyomathias polymyositisekről. 4. *Horányi Béla dr.* és *Szendrői Mária dr.:* Myoclonus epilepsiával járó spinpcerebellaris degeneratio.
1961. május 4. csütörtök	Orsz. Orvostörténeti Könyvtár. II. Török u. 12.	délután 8 óra	*Az Orvos-Gyógyszerésztörténeti Szakcsoport*	*Szőkefalvi Nagy Zoltán dr.:* Hazai gyógyvizeink kémiai vizsgálata a XVIII. században.
1961 május 4. csütörtök	I. Belklinika tanterme	délután 1/2 6 óra	*Debreceni Orvostud. Egyetem*	Bemutatás: *Maklári Endre és Szentpéter József:* Combnyaktöréshez társuló tomporalatti törés (10'). Előadások: 1. *Lelkes György és Ladányi Pál:* A rugalmas rostok fejlődésének submikroskópos vizsgálata. (15') 2. *Kaszás Tibor és Papp Gábor:* Idegentest szerepe csecsemő- és gyermekkori balesetekben (15'). 3. *Uri József és Herpai Zsombor:* Emberpathogén gombák selectív izolálása Desertmycint tartalmazó táptalajon. (15')
1961. május 5. péntek	XIII. Tanács Róbert Károly krt. 82-84. sz. Főv. Korház Klubhelység.	délután 2 óra	*Belgyógyász szakcsoport*	1. Előző ülésről elmaradt referátum. *Dr. Angyal Lajos:* „A psychiatriában alkalmazott modern gyógyszerek mellékhatásai és ártalmai". 2. *Dr. Haitsch Emil:* Iatrogén-ártalmak az orvosi gyakorlatban.
1961. május 5. péntek	Orsz. Ideg- és Elmegyógyintézet, II. Vörös Hadsereg útja 116.	délután 1/2 3 óra	*Az Intézet orvosi kara*	*Máthé Valéria dr., Kassai György dr.:* A szorongás objektív vizsgálata.
1961. május 5. péntek	I. Női Klinika, tanterem. VIII. Baross u. 27.	délután 8 óra	*A Nőgyógyász Szakcsoport*	1. *Páli Kálmán dr.:* Hüvelyi műtét után keletkezett szokatlanul nagy hólyag-hüvely sipoly eredményes gyógyítása Döderlein módszerével. („Einroll-plastic.") (Előadás.) 2. *Gyöngyössy Andor dr.:* Születésszám-népszaporodás országos és Szabolcs-Szatmár megyei adatok alapján. (Előadás.)
1961. május 6. szombat	Orsz. Sportegészségügyi Intézet, kultúrterem. XII. Alkotás u. 48.	délelőtt 10 óra	*Az Intézet orvosai*	*Mező Ferenc dr.:* A magyar orvosi kar és az olimpia.
1961. május 6. szombat	Semmelweis kórház, tanácsterem. VIII. Gyulai P. u. 2.	délelőtt	*A kórház orvosi kara*	*Szathmáry Ágnes dr.:* Amit az EKG-ról mindenkinek tudnia kell.
1961. május 9. kedd	Weil-terem. V. Nádor u. 32.	délután 7 óra	*A Pavlov Ideg-Elme Szakcsoport Ophthalmo-Otoneurológiai Sectiója*	*Lampé István* és *Albert Béla:* A látás és halláscsökkenés vizsgálata degeneratio pigmentosa retinae-ban szenvedő betegeken. *Ribári Ottó:* A különböző regressiós vizsgálati módszerek összehasonlítása. *Ifj. Götze Árpád:* A magyar beszédaudiauetria.

Felelős kiadó: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. — Megjelent 11 200 példányban.
Kiadóhivatal: Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Budapest V., Beloiannisz u. 8. — Telefon: 122—650.
MNB egyszámlaszám: 69.915,272—46.
61 1317 Athenaeum Nvomda, Budapest (F. v. Soproni Béla)
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Előfizetési díj 1/4 évre 45,— Ft. Csekkszámlaszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás a MNB 8. sz. folyószámlájára).
Szerkesztőség: Budapest V., Nádor u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765.