

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ÜNNEPI ÉVFOLYAMA

ALAPÍTÓJA: MARKUSOVSZKY LAJOS
SZÜLETÉSENEK 150. ÉVÉBEN

Szerkesztő bizottság:

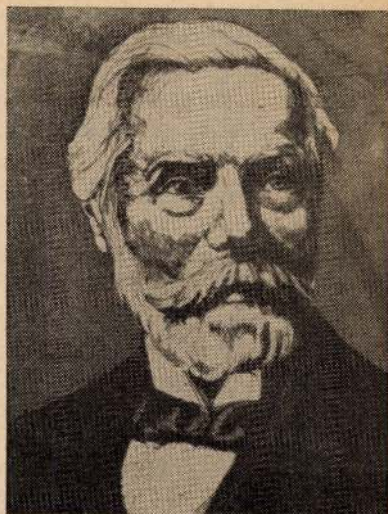
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. • DARABOS PÁL DR. • FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR. • LENART GYÖRGY DR. • SÓS JÓZSEF DR.
SZANTÓ GYÖRGY DR.

Felelős szerkesztő: TRENCSENI TIBOR DR.

Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. • FORRAI JENŐ DR.

106. ÉVFOLYAM 14. SZÁM, 1965. ÁPRILIS 4.



»Valamint a nemzet, melynek története van, örömmel andalodik el múltján, s magának abból hazaszeretetet és tetterőt merit; úgy a magyar orvos is büszkébb önérettel tekintendő jelene és jövőjére, ha a történelem tükrében látja, hogy az úttörő elődök hosszú sora vonul el előtte, s hogy a hazai orvosi irodalmat koránt sem kezdeni, hanem az elődök nyomdokain folytatni kell.«
(MARKUSOVSZKY 1861)

Április 4

Húsz évvel ezelőtt, mintha évezredes átok hatalma dőlt volna meg Magyarországon: a Szovjetunió győzelmes seregei fiatal életek feláldozásával vívták ki szabadságunkat, törték szét a fasiszta rabság bilincseit és söpörték el az ellenforradalmi rendszer negyedszázados uralmát. Mindezzel lehetővé vált, hogy a magyar nép kezébe vegye sorsának intézését. A magyar munkásság az MKP vezetésével elsőnek fogott hozzá a háborús romok eltakarításához, de a továbbfejlődésért vívott küzdelemben is harcra mozgósította a nemzet progresszív erőit. A reakciós erők elleni harcban a vívmányok egész sora született: a földreform, a gyárak, bankok államosítása, a szocialista termelési viszonyok uralomra juttatása. A népi demokratikus forradalom megszüntette a kiváltságos osztályok kulturális monopóliumát, a kereseti viszonyok javulása jobb életkörülményekhez vezetett s mind ez alapját képezte olyan hatalmas arányú országos egészségvédelmi apparátus kiépítésének, amelyre Magyarországon — eltekintve a Tanácsköztársaság rövid életű kezdeményezéseitől — az ország egész története során nem volt mód.

Mindez aláhúzza az idej felszabadulási ünnepeket, az idej évforduló különös jelentőségét és arra

int, hogy két évtized múltán április 4-e igazi méltatása nem annyira az emlékezésben, hanem inkább a számvetésben, mérlegben, eredményeink és tennivalóink felmérésében kell hogy kiteljesedjék. Arról kell számot adnunk, hogyan éltünk a szabadság nyújtotta történelmi lehetőséggel, hogyan raktuk le az új, magasabbrendű társadalom, benne a szocialista egészségügy alapjait, hol tartunk és melyek fejlődésünk távlatai.

A feladat nem volt könnyű. A felszabadulás előtt az egészségügyi ellátásban csakúgy mint a szakemberképzésben, a tudományos munkában, ezek feltételeiben a tőkés-félfeudális majd a fasizálódó társadalmi rend, annak törekvései és korlátai tükröződtek. Ez a társadalmi rend szűk látókörű egészségügyi politikát folytatott és méltatlannak mutatkozott a XIX. század második fele kimagasló orvosai, Markusovszky, Fodor, Hógyes, a Korányiak kezdeményezései felkarolására. Az ország lakosságának kétharmada kívül rekedt a társadalombiztosításon, számos népbetegség, magas csecsemőhalálozás és más bajok tizedelték a három millió koldus országát. A második világháború mindezt a maga borzalmával tetézte: a nép éhezett, fiai tízezerszámmal pusztultak a harctereken, az orvosok nagy része

bevonult vagy elhurcolták őket, a kórházak, rendelőik fele elpusztult, járványok ütötték fel fejüket.

Annak a felismerésnek a nyomán, hogy az orvosok alapvető problémái nem választhatók el a lakosság ügyétől, az orvosok társadalmi szervezkedése éppen a gyors és hathatós segítség érdekében, a szakszervezeti mozgalomba kapcsolódva indult el: a felszabadulás után azonnal megalakult az Orvosszakszervezet és Weil Emil vezetésével, az orvosok túlnyomó többségének tevékeny támogatásával megkezdte sok irányú munkáját. Az érdekvédelmi és szociális tevékenységen túl jelentős politikai és szakmai nevelőmunkát fejtett ki, mozgósította az orvosokat, a megrongált egészségügyi apparátus, a háborús károk helyrehozására, a járványok felszámolására, az egészségügyi ellátás normalizálására. Megkezdődtek az első tüdőszűrések — az üzemekben, majd az első BCG oltásokkal kirajzolódtak a tervszerű, kötelező preventív rendszer távlatai. A gyógyintézetek és gyógyszertárak államosításával megteremtődtek a megelőzés és gyógyítás egyesítésének feltételei, létrejött az egészségügyi minisztérium s a társadalombiztosítás az ötvenes évek elején már a lakosság több mint 40 százalékára kiterjedt. Szaporodtak a rendelőik, létrejött az alapellátást biztosító körzeti orvosi hálózat, mind több gondozó kezdte meg működését, a tbc.-szűréseket követték az onkológiai ellenőrző vizsgálatok. Noha új kórház mint ismeretes kevés létesült, a rekonstrukciókkal és különféle épületek igénybevételeivel jelentékenyen bővült a kórházi férőhelyek, szanatóriumok száma. A gyógyintézeti ágyak száma a felszabadulás előtti 48 000-ról 76 000-re emelkedett. Ezen belül a gyermekosztályok ágylétszáma csaknem megháromszorozódott, a szülészeti-nőgyógyászati osztályok férőhelyei mintegy 60%-kal bővültek. 1938-ban a szüléseknek mindössze 25, ma viszont 99%-át intézetben végzik. 1938-ban 1000 élve született csecsemő közül 131, 1964-ben 40 halt meg. Ez az arány — a kétségtelen fejlődés ellenére — még nem kielégítő, javítása egészségügyünk egyik legfontosabb feladata.

Szocialista egészségvédelmünk, a létrehozott szervezet, az orvosok és egészségügyi dolgozók fáradhatatlan munkája az elért eredményekben tükröződik. Sikerral járt a gümőkór ellen indított intézményes küzdelem. Az ágyak száma e téren szaporodott leggyorsabban — mint 230%-kal. A felszabadulás előtt évente 100 000 szűrővizsgálatot végeztek, 1963-ban több mint 5 milliót. A 10 000 lakosra jutó gümőkóros halálozás a háború előtti 14-ről 2,6-ra csökkent, a 10 000 szűrésre jutó új megbetegedések aránya az 1953. évi 37 helyett 1963-ban 22 volt. 1938 és 1960 között 1/5-ére esett a fertőző bántalmak mortalitása, egyidejűleg a betegségek belső arányai is megváltoztak: megszűnt vagy a sporadikus esetek szint-

jére estek: a hastífusz, malária, tetanusz, valamint a venereás megbetegedések. Vakcinációval sikerült visszaszorítani a diftériát, pertussist és az érintett lakosság egészére kiterjedő masszív immunizációval likvidálni a poliomyelitist. (Ismeretes, hogy ez a bántalom 1953-ban milyen súlyos arányokat öltött.) Vannak még betegségek, amelyeket sem védőoltással, sem kommunálhigiénés, sem szociálhigiénés eszközökkel nem tudunk komolyabban befolyásolni. Ezek sorába tartoznak a dysenteria, a hepatitis epidemica és más vírusbetegségek, amelyeknek szűkebb korlátok közé szorítása további közegészségügyi feladataink közé tartozik.

A felsorolt eredmények után, amelyek a jelzett, még megoldandó problémák mellett is világosan utalnak a felszabadulás óta eltelt két évtized egészségügyi vívmányaira, tekintsük át röviden, milyen egészségügyi hálózat felett rendelkezünk jelenleg. Az alapellátás bázisa a körzeti orvos. A körzetek száma az utóbbi években jelentősen megnőtt, mintegy 3500 országosan az orvosi körzetek száma és egy körzeti orvosra ugyancsak országos átlagban 3150 lakos jut (a fővárosban: 2150, a városokban 2500, a falvakban 3000). Az alapellátás fejlődésében fontos lépés volt a belgyógyász szakorvosok bevonása a körzeti orvosi munkába, továbbá a körzeti orvosi- és belgyógyász-szakorvosi képzés megteremtése. Az alapellátás magasabb szintjét, hatásosságát egyéb módon is szolgálja a fokozatos szakosítás. E törekvés leginkább a gyermekellátásban valósult meg. De körzeti szülész-nőgyógyász is működik már 86 körzetben. A belgyógyászati sávrendszerrel sikerült biztosítani a területi betegellátás szervezeti egységét. Mindez jelentős orvosigénnyel jár. Noha Magyarország orvosellátottság tekintetében, az 1961-es nemzetközi adatok szerint a negyedik helyen szerepel (550 főre jut 1 orvos), a differenciált igényeknek megfelelően még több orvosra volna szüksége. Az orvosok összlétszáma jelenleg közel 17 500. Évente 780-an nyerne oklevelet, akiknek 80%-a vidéken helyezkedik el. Az előirányzat szerint 1980-ra csaknem 28 000 orvosunk lesz, úgy hogy egy orvosra 380—400 lakos jut majd. De még emellett az öröndetes fejlődési arány mellett is meg kell fontolnunk, mit kell tennünk a rohamosan szakosodó ellátás fejlesztésére. Egyrészt a gyorsan szaporodó szükségletek, a betegellátást igénylők növekvő tömege, a zsúfoltság, az orvosi illetmények viszonylag alacsony szintje miatt, másrészt mind az orvosok, mind a betegek körében meglévő bizonyos tudati reziduumok következtében nem mondható még teljesen eszményinek az orvos—beteg viszony. Mind emellett nem túlozhatjuk el e negatív jelenségek hatását. Öt év alatt 7 millió ápolási nap és sok millió orvos—beteg

találkozás nyomán az etikai bizottságok gyakorlatában összesen 2—3000 probléma adódott, s a pánaszoknak mindössze 15%-a volt anyagi természetű.

Meg kell emlékeznünk egészségügyünk két területéről, amely jelentős eredményekkel dicsekedhet: az orvosképzés érdekében kifejtett sokoldalú erőfeszítések, valamint az orvosi kutatótevékenységben elért eredmények. A továbbképzés jelentékeny bővülését reprezentálja a 18 tanszékkel rendelkező Orvostudományi Továbbképző Intézet létesítése. A továbbképzés stabil bázisának megteremtése mellett sokat tettünk az oktatás korszerűsítése érdekében is. A jelen tanévben a felsőoktatási reform keretében, lépések történtek pl. az úgynevezett ciklikus oktatás bevezetésére, a hatásosabb gyakorlati oktatás érdekében.

Amikor egészségügyünk szocialista fejlődésének eredményeit számba vesszük, nem feledkezhetünk meg egyrészt arról a nagy segítségről, amelyet a Szovjetunió egészségügyének tapasztalatai nyújtottak, másrészt arról a személyes támogatásról, amelyet a Szovjetunió egészségügyének és orvostudományának képviselőitől közvetlenül kaptunk.

Ami a kutatómunka fejlődését illeti, a magyar medicina egyrészt folytatta a korábbi tradicionális irányokat, másrészt pedig a fokozott lehetőségekre, elsősorban a Magyar Tudományos Akadémiára támaszkodva, új utakat tört az experimentálásban.

Az elmúlt két évtized tudományos ülései, kongresszusai szervezésével, szakmai folyóiratok kiadásával, az orvostovábbképzésben nyújtott fáradhatatlan munkájukkal érdemes munkát végeztek a szakszervezet szakcsoportjai. Tekintélyes méretekben növekedett meg a felszabadulás óta a magyar orvosi és egészségügyi könyvkiadás és a könyvek, monográfiák mellett, amelyek a medicina mind több ágát felölelik, örvendetesen nő a jó tankönyvek és népszerűsítő kiadványok aránya.

Jubiláris emlékezésünket nem zárhatjuk anélkül, hogy ne emlékeznénk meg a magyar egészségügy történelmének nagy jelentőségű évfordulójáról: e hónapban lesz 150 esztendeje, hogy Markusovszky Lajos, a magyar orvostudomány és közegészségügy e legnagyobb szervezője megszületett. Ebben az esztendőben fogunk megemlékezni Semmelweis Ignác halálának centenáriumáról is. Mindketten a múlt századi magyar orvosi reformnemzedék kimagasló alakjai voltak és a korszerű magyar medicina megteremtésén fáradoztak.

Markusovszky és nemzedéke haladó orvosai munkásságának köszönhetjük, hogy a szocialista egészségügy építését viszonylag magasabb szinten kezdhettük el. Ügyszeretük, odaadó munkásságuk ma is példa lehet, amely nagy célkitűzésünk, a szocialista egészségügy megvalósítására ösztönöz bennünket.

Szabó Zoltán dr.

ACEDOXIN

injekció és tableta

Az acetyldigitoxin a digitalis lanatából nyerhető glukozyd, mely a lassúbb, de tartós hatású digitalis félékhez tartozik. A gyomorbélhuzamból igen jól szívódik fel, hatása orális adagolás mellett is 2—4^h alatt beáll. A hatás gyorsasága szempontjából a lanatosid—C és a digitoxin között áll; hatás-tartama a digitoxinénál valamivel rövidebb. Az ingerképztést és az inger-vezetést kifejezetten csökkenti.

*

Javallatok: A keringési elégtelenség (kardiális dekompenzáció) helyreállítása és a kompenzáció fenntartása.

*

Összetétel: 1 ampulla (2 ml) 0,2 mg acetyldigitoxint tartalmaz.
1 tableta 0,2 mg acetyldigitoxint tartalmaz.

*

Adagolás: A kompenzáció helyreállítására az első (esetleg a második) napon nagyobb adag 2—3 ampulla i. v., illetve 3—5 tableta alkalmazható, amit a kö-vetkező napokban akkor is helyes csökkenteni, ha toxikus jelenség egyáltalán nem mutatkozik. A helyreállított kompenzáció fenntartására általában napi 1/2—3 tableta szükséges.

*

Mellékhatások: Az Acedoxin mellékhatásai megegyeznek más digitalis készítmények mellékhatásaival (étvágytalanság, hányinger, látászavarok, bigeminia, brady-cardia).

*

Csomagolás: 5x2 ml ampulla 8,50 Ft 40 tableta 11,— Ft
100x2 ml ampulla 128,— Ft 250 tableta 49,60 Ft

*

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető.

*

Forgalomba hozza: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST, X.

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Ideg- és Elmeklinika

A tudatállapot zavarai*

Környey István dr.

A tudat tisztaságának fokát az mutatja, hogy különböző ingerek több vagy kevesebb, korábbi tudattartalmakhoz viszonyított reakciót váltanak ki, s ezek tudatos volta a vizsgált egyénnek vagy beszámolójából, vagy reakcióiból következtethető, és — ha közvetlen beszámolót, ill. reakciót nem is nyerünk — később emlékképekként megjelennek. Tehát a tudatállapot csak tudattartalmakból ítéltető meg. A tudatállapot tisztaságára perceptív és apperceptív teljesítményekből következtethetünk, míg a tudattartalmaknak főleg minősége, de mennyisége is bizonyos fokig független a tudatállapot tisztaságától.

Tudatunk tisztasága naponta legalább egyszer elvész. Érthető, hogy a kóros öntudatlanságot régóta az alvás fiziologiás öntudatlanságával hasonlították össze.

Hogy a tudat kórosan különböző fokban homályosodhatik el, a mindennapos orvosi tapasztalat tanúsítja. A tudathomályosodások fokozati különbözősége és a bennük észlelt minőségi — érzékelési, associatív — tartalmi zavarok érthetővé teszik a definitív nehézségeket és azt, hogy a nomenklatura terén számos javaslat történt. Az egyes nyelvek műszóhasználata nem egységes. Az utóbbi két évtizednek a tudatzavarokkal első sorban foglalkozó angolszász és francia irodalma számos olyan kifejezést alkalmazott, amelyek a nyelvterületek határait csak többé-kevésbé tudták átlépni; ezért a következőkben a legfontosabb műszavakat is megemlítem, hogy az irodalmat tanulmányozni kívánó olvasóim számára bevezetést nyújtsak.

Régi általános szokás a tudat elhomályosodásának három fokát — somnolentiát, soport és comát — megkülönböztetni. A *somnolens* beteg alvó benyomást tesz, szemei csukottak, reflexei zavartalanok, beleértve a nyelés és vizelet-székürítés reflexeit, — esetleg könnyen, ébreszthető, kérdésekre válaszol; azonban, ha nem foglalkozunk vele, visszasüllyed az alvásszerű állapotba. Ezt az állapotot nevezi a francia irodalom „coma vigil”-nek, vagy „obnubilation”-nak. A *soporos* beteg csak erősebb ingerekre ébred. *Comában* megszűnt az ingerek ébresztő hatása, a fiziologiás reflexek is hiányoznak, viszont esetleg kóros reflexek jelennek meg. A francia irodalom a két súlyosabb fokot „coma type” és „coma carus”, vagy „coma complet” névvel jelöli. Közös vonásuk ezeknek az ébreszthetőség hiánya; elkülönítésük alapja, hogy a nagy

vegetatív szabályozások — lélegzés, keringés, hőgazdaság — a coma type-ben megtartottak, a coma carus-ban felbomlottak.

A tudat angolszász és francia irodalmában sűrűn szerepel a „vigilance” szó. Ez megfelel a mi éberség fogalmunknak; fokozatai vannak és ezek a fokozatok képezik a tudattisztaság hátterét.

Természetesen, a tudathomályosodásnak ez a jellemzése elnagyolt, s az egyes fokozatok átmennek egymásba. Ezen alapulnak a pupilla- és cornea-reflexek magatartására vonatkozó nem egységes adatok és az újabb irodalom egyes részletesebb felosztásai (*Jouvet, Bozza Marrubini*).

A bevezetőben adott jellemzés magában foglalja azt, hogy a tudat tisztaságához szükséges, hogy a központi idegrendszerbe ingerületek jussanak be és hogy ezek bizonyos feldolgozást nyerjenek. De láttuk azt is, hogy már ezeket a centripetális és centrális működéseket is csak megnyilvánulásokból, tehát centrifugális működésekből tudjuk megítélni.

Bizonyára feltűnt már régóta és sok megfigyelőnek, hogy egyik-másik öntudatlannak mondott betegünk nyugodtan fekszik, megnyilvánulások nélkül, azonban szemei nyitva vannak, esetleg a középállásban, esetleg conjugáltan elmozdulnak. Spontán megnyilvánulások hiányoznak, legfeljebb elvéve látszik a beteg szemeit valamilyen tárgyra rögzíteni, vagy ad ki magából egy-egy sóhajt, sőt szót, vagy gesztust. Ez az állapot nem nagyon ritka, mégis csak 1940-ben jellemezte *Kretschmer* és állította szembe a tudatállapotnak a *somnolentia* — *sopor* — *coma* sorozatba tartozó zavaraiival, amelyeket „hypnoid” tudatzavarok néven foglalt össze. A hypnoid tudatzavarokat a *III. agykamra falában elhelyezkedő vegetatív központok*, illetve a *diencephalon-mesencephalon átmeneti területeinek* bántalmára vezettük vissza már régebbi kísérletes és klinikai adatok alapján; ennek a vidéknek sérülésénél ugyanis az alvás és ébrenlét szabályozása zavart. *Kretschmer* úgy vélte, hogy a nem hypnoid jellegű tudatzavar alapját képező kórfolyamat nem a közti agyban székel, hanem a *nagyagykéreg* kiterjedt területeit iktatja ki; ezért *apalliumos tünetcsoportnak* nevezte el.

Az *apalliumos* tünetcsoport felismerésében segítségünkre van, hogy benne leépülési körjeleket találunk, körjeleket, amelyek arra vallanak, hogy subcorticalis területek a kéreg gátló hatása alól felszabadultak. Súlyos esetekben rigid feszítésben van — az extrapyramidalis izomtónusfokozó rendszerek felszabadulása folytán — valamennyi vég-

* A Balatonfüredi Orvosgyűlésen 1964. szeptember 20-án tartott előadás nyomán.

tag, vagy legalábbis az alsók, míg a felsők hajlítói tartást vettek fel. Vagyis azt a két képet látjuk, amelyet sok leírás mint decerebratiós és decortatiós merevséget állít egymással szembe. Megjelenik a fogó-szopóreflex-complexus, mint az ún. praemotor mező körjele; a praefrontalis kéregterületek működéshiányáról pedig a középvonalbeli reflexek fokozott volta és esetleg katalepsiás tünetek tanúsodnak.

Az apalliumos inaktivitásban két tényezőt kell elkülönítenünk. Egyik az *aktivitási képtelenség*, amelynek oka, hogy centrifugális, efferens, rendszerek működése szűnt meg. Másik a kezdeményezés, *iniciativa hiánya*, tehát kiesése egy centrális működésnek, amely indító hatással van a centrifugális rendszerekre. Chronicus bántalmak tanulmányozásából következtettük már régóta, hogy a kezdeményezés a homloklebeny szerepe. Az apalliumos tünetcsoportot gyakran látjuk olyan kórfolyamatokban, amelyekben a homloklebeny idegsejtjei kiterjedten pusztulnak. Talán a homloklebeny károsodására utal az is, hogy az elektroencephalographia ilyen jellegű tudatzavaroknál a homloklebenyről vezet le súlyosan kóros potentialváltozásokat.

Mint hogy a *homloklebenyen belül további localisatio* lehetőségére utalnak, megemlítem két régi megfigyelésemet, noha anatómiai ellenőrzés híján vannak. Lövési sérülésnél, amelynél a golyó a középső homloki tekervény hátsó részén át hatolt be, s az egyik esetben a túoldalal symmetriás területen távozott, a másikban pedig ez alatt volt Röntgen-képen kimutatható, a *Kretschmer* által éppen akkor leírt apalliumos tünetcsoportot észleltem. Utaltam annak idején arra az analógiára, amely e között a tünetcsoport között és aközött áll fenn, amelyet *Kennard* és *Ectors* majmoknál a frontális szemmozgató mező körülírt kiirtásánál találtak.

Három tényezőt szoktunk tehát a tudatállapot zavarainak jellemzésében értékelni: az *alvás semiologiai jelenségeit*, a *reactivitást* külső ingerekre, a *spontán aktivitást*.

Az alvás semiologiai jelenségei között említenünk kell a szemrés záródását, a szemgolyók felfelé és széttérését, a lélegzés és szívverés lassulását, valamint az izomtónus általános csökkenését. De általános jellemzői az alvásnak az *ébredzhetőség*, a *rhythmusos visszatérés és tartam* is. A csökkent reagálás külső ingerekre az élettani alvásban is megvan, de függvénye annak is, hogy az alapjukat képező idegrendszeri mechanizmusok épek-e. Ébredéskor a normális egyénnél visszatér a kapcsolat a környezettel és a spontán cselekvési hajlam is.

Az *alvás és a kóros öntudatlanság között semiologiai* különbségek vannak. Ez érvényes a hypnoid sorozatra is. Már a somnolentia eltér az alvástól abban, hogy hiányzik a rhythmusosság és az ébrenlét többé-kevésbé a külső ingerek behatásának tartamára korlátozott. Ébredéskor a tudat beszűkült. Ha a beteg túlzott aluszékonysága mellett időközönként spontán is — rendszerint csak félígmeddig — ébernek látszik, *lethargiáról* beszélhetünk.

Az apalliumos tünetcsoport fent adott leírása pedig bizonyára eléggé érzékelteti a semiologiai különbséget közte és az élettani alvás között.

Az *agy elektromos működésének* vizsgálata is állapított meg elvi eltéréseket az alvás és a kóros tudatállapotok között. Az utolsó 15 év fontos megismerése, hogy normálisan a nagyagykéregbe érkező „nem specifikus afferens ingerületek” szabályozzák az ébrenlétet. Ezeknek vezetése az agytörzsben elválik azoknak az ingerületeknek útjától, amelyek az agykéreg érzékszervi mezői psychés élmennyé dolgoznak fel. A nem specifikus ingerületek az agytörzsnek azokban a sejtcsoportjaiban kapcsolódnak át, amelyek jórészt a formatio reticularisban helyezkednek el. Ezeket mint agytörzsi integráló rendszereket foglaljuk össze. (Összefoglaló ismertetésünket l. *Horányi*). Olyan tudatzavarban, amelyben a kéregnek magának elektromos tevékenysége károsult, sőt hiányzik, az agytörzsi integráló rendszerektől szolgáltatott ingerületek átmenetileg hatékonyak lehetnek. Az elektroencephalographia kimutatta azonban olyan esetek létezését, amelyekben afferens ingerek beérkeznek a nagyagykéregbe, mint ezt az elektromos ébredési és gátlási reakciók tanúsítják, de a beteg tudatmegnyilvánulásai hiányoznak. Tehát ilyenkor a kéreg megbetegedése folytán nem jöhetnek létre tudatmegnyilvánulások akkor sem, ha az agytörzs ébresztően, actíválóan hat.

Ezzel az agytörzsi és kérgi eredetű tudatzavarok elválasztása elektrophysiológiai támasztékot is nyert. Ezért egyet kell értenünk *Jeffersonnal*, aki a tudatzavarok számára a francia és angol nyelvhasználatban kedvelt hypersomnia kifejezést „parasomnia”-val kívánja helyettesíteni.

Bizonyos gyógyszerek hatásából is következtethetünk arra, hogy a tudat elhomályosodása mely agyi szelvények működéshiányán alapszik. Egyes altatószerek és psychopharmakonok támadáspontja főleg az agytörzsben van. Ezeknek mind elektrophysiológiai, mind tüneti hatása fennmaradhat akkor is, ha tudatmegnyilvánulások hiányoznak. Így észlelték, hogy a spontán alvás és rhythmusossága csak jelzetten voltak meg, de Nembutal mégis meg lehetően szabályszerű alvást váltott ki és a *Largactil* hatékony volt (*Fischgold* és *Mathis*).

A felsorolt tények utalnak arra, hogy a nagyagykéregnek minő jelentősége van a tudatállapot szempontjából és bizonyos lehetőséget is nyújtanak *agytörzsi és agykérgi tudatzavarok elkülönítésére*. Figyelemre méltók ebben a vonatkozásban továbbá azok az adatok, amelyek az arteria cerebri anterior lekötésére vonatkoznak, továbbá azok a vizsgálatok, amelyek natrium amylnak az agyat ellátó arteria-törzsekbe való fecskendezésével történtek.

Az idegsebészet tapasztalatai szerint a bal arteria cerebri ant. lekötése vezethet végleges öntudatlanságra, ha nem is érvényes *Dandy* eredeti állítása, hogy ez mindenkor bekövetkezik, míg a j. o. arteria cerebri ant. lekötése nem jár ezzel a következménnyel (*Poppen*). Általánosságban is látjuk, hogy a bal nagyagyféltekén a műtéti beavat-

kozások a tudatot inkább veszélyeztetik, mint a jobbon. Vagyis a „vezető” félteke működése a tudatállapot szempontjából döntő jelentőségű.

A natrium amytal injekciója egy az agyhoz menő artériába néhány másodperc múlva előidézi néhány percre azokat a tüneteket, amelyeket az arteria ellátási területének működéskiesése okoz. Az ilyen kísérlet — mint *Terzian* a nagyagyféltekékre kifejti: „átmeneti gyógyszeres hemisphaerectomia” — eredménye ugyan csak óvatosan értékesíthető, mert nem bizonyos, hogy a kísérleti feltételek között is érvényesül az agy normális vérellátásának az az elve, hogy minden agyalapi artériatörzs az anastomosisok ellenére csak a saját ágaiba juttat vért.

A domináns félteke időleges kizárása megszünteti a külvilággal való érintkezés és kifejezés lehetőségét (*Terzian; Alema* és *Rosadini*) vagyis a kísérlet eredménye megegyezik az apalliumos tünetcsoporttal; de ilyenkor — még kevésbé mindkét félteke működésének felfüggesztésekor — nem zárhatjuk ki bizonyossággal, hogy a III. kamra környékének elülső része is nem iktatózott-e ki. Egy arteria vertebralisba történt injectio után, noha az agyidegtünetek általában kétoldaliak, tudatzavart nem észleltek és az elektroencephalogramm nem lesz alvós jellegű, „synchronizált” (*Alema* és *Rosadini*). Ez megerősíti egyéb állatkísérletes és klinikai vizsgálatok eredményeit, amelyek szerint az agytörzs caudalis részének laesiói tudatzavart nem, ill. csak a keringésre és lélegzésre kifejtett hatásuk közvetítésével okoznak.

A mozgató rendszerek kiiktatása az apalliumos tünetcsoportban nem mindig olyan fokú, hogy pyramidalis és extrapyramidalis kórjelek mutakoznának. Körülírta laesió nál, aminőt az említett frontális lövés sérülései eseteimben feltételeztem, a pyramispálya kórjelei minimálisak lehetnek, sőt hiányozhatnak. Mégis az agykérgi és extrapyramidalis „központok” sérülése mind gyakorlati, mind elvi szempontból alapvető jelentőségű. Általuk az apalliumos tünetcsoport vonatkozásba jut azokkal a chronicus kórképekkel, amelyekben a supranuclearis neuronrendszerek pusztulnak. Az agyidegek reflexes magatartása és az általuk beidegzett izomzat spasmusa apalliumos betegeknél is supranuclearis beidegzéskiesést árulhat el. Így a nyelés reflectoricusan lefolyhatik, azonban az itatás a rágóizmok spasmusát idézheti elő (*Fischgold* és *Mathis*). Ilyen jelenségekben analogiát állapíthatunk meg a chronicus pseudobulbaris állapotokkal. Ha tachypnoes rohamok jelentkeznek, a harántcsikolt légzőizomzat szabadult fel magasabb szabályozás alól.

A vegetatív rendszer supranuclearis beidegzésének kieséséből vélnem értelmezendőnek az izzadási állapotokat, amelyek a harántcsikolt izomzat felszabadulása jelenségeivel társulhatnak.

A kéreg működéskiesése folytán függetlenné válhatnak az érzőrendszer subcorticalis állomásai is. Az ezekben érkező ingerületek kiváltják a fájdalmat kifejező mozgási reactioformát: a beteg a legkisebb ingerre nyög, arca fájdalmas és félelemteli kifeje-

zést vesz fel. *Fischgold* és *Mathis* ezt a reactiót *hyperpathia* néven írták le, tehát azzal a műszóval illették, amely *Foerster* óta a fájdalom subjectív jellegének megváltozására használatos: túlzottan kellemetlen voltára, megnyúlt tartamára és kisugárzására. A leírt — főleg mimikai-kifejezésbeli — reakciónak kiváltásához nem kell fájdalmas inger; sokszor már az is elég, hogy valaki közeledik a beteghez. Analog ez a reactio a „pseudoaffectiv reflex”-ekkel, amelyeket *Sherrington* olyan állatoknál talált, amelyek agykérgét, és részben thalamusát is, kiirtotta. Állatkísérletes adatok szerint a köztiagy reflex-mechanismusai, amelyek a pseudoaffectiv („sham rage”) magatartást létrehozzák, éppen úgy alá vannak vetve az activáló agytörzsi rendszernek, mint az ébrenlétet jellemző agyi elektromos tevékenység (l. *Guazzi* és társai).

Az apalliumos tünetcsoport említése nélkül vele tünetileg messzeménően egyező képet ismertettek *Cairns* és társai *akinetikus mutismus* néven. Bár *Cairns* megjegyezte, hogy részletesebben leírt betegének állapota hasonlított az alváshoz, amennyiben izomzata teljesen petyhüdt volt, de eltért tőle abban, hogy tekintési figyelme megmaradt. Ebben az esetben a III. kamra epidermoid cystája volt a kórfolyamat; a cysta kiürítése ismételt az aktivitás visszatérésére vezetett, beleértve a beszédet is. Az elektroencephalogramm az öntudatlan állapotban emlékeztetett az alváásra, míg a cysta kiürítése után nagyjából normális lett. Az akinetikus mutismust általában diencephalon-folyamatoknál találták, de nem mindig teljes alakjában (*Cairns*).

Egyet kell értenünk *F. Lhermitte*-tel és társaival abban, hogy az akinetikus mutismus fogalma határozatlan, s körébe soroltak igen különböző zavarokat. Azt hiszem, a nehézségek eloszlatásában segíthet bennünket semiologiai oldalról az elv, hogy megkíséréljük a tünetcsoport egyes összetevőit különböző képletek sérüléséből magyarázni, annak analogiájára, hogy chronicus psychiatriai kórképek elemzése is nem egyszer a globalisan dementiának mondott állapot különböző gnosticus stb. összetevőit tudja megállapítani. Mint az akinetikus mutismusban és apalliumos tünetcsoportban, az organikus psychés syndroma mellett is zavart lehet a supranuclearis beidegzés is. De az agytörzs laesiója kiterjedhet mind corticofugalis, mind alvásszabályozó rendszerekre. Így a Varol-híd megbetegedésekor található „akinetikus mutismus”-nak két összetevője lehet. Okozhat az integráló reticularis-rendszer bántalma agytörzsi jellegű tudatzavart; de emellett supranuclearis pályák is iktatódnak ki, s ez zárja ki az activ megnyilvánulásokat. *Fischgold* és *Mathis* fogalmazása szerint a functiozavarokat a „hypersomnia” fedheti. Azok közé az irodalmi adatok közé, amelyekből már korán az agytörzsi rendszerek szerepére következtettek az akinetikus mutismus-szerű állapot létrejöttében, tartoznak *French* esetei. Ezekben a közép- és köztiagyban hosszú projectio pályák is bántalmazottak voltak.

Kubik és *Adams* az arteria basilaris vérellátási elégtelenségének olyan eseteiben is észleltek tudatza-

vart, amelyekben a híd elváltozásai a caudalis és középső harmadra szorítottak. Ezek a hídszervények pedig az állatkísérletes adatok szerint nem bírnak jelentőséggel a tudat fenntartására. *Kubik* és *Adams* említett észleléseik magyarázatára felteszik, hogy oralisabb területek anatómiai károsodásra nem vezető vérrellátási hiánya volt a tudatzavar oka. Ezt a gondolatot átvették *Géraud* és mtársai lueses basilaris-tünetcsoport gyógyulással végződött esetére.

Az apalliumos tudatzavart látjuk, amidőn az agy égési folyamatai hirtelen nagy fokban csökkennek. Különös fontosságot nyertek ezek az „anoxiás-vasalis agykárosodások” az utolsó 10—15 évben többek között azért is, mert kapcsolatban a sebészi tevékenység kiterjedésével és módszereinek változásával átmeneti légzésbénulást és szívmegeállást gyakrabban látunk. Az életbentartás és felélesztés új módszerei mellett, hogy sok ilyen esetben teljes restitutiót tesznek lehetővé, máskor csak a tudat visszatérte nélkül hosszabbítják meg az életet.

Főleg légzésbénultaknál az idő haladtával a tudat és a reflexek elvesztése után a vegetatív szabályozás is teljesen megszűnik; ezt az állapotot, amelyben az élet csak gépi lélegeztetéssel tartható fenn, *Mollaret* és *Goulon* „coma dépassé”-nak nevezték el. Újabban *Kramer* a „state of deanimation” kifejezést használja.

Megismertük azonban nemcsak a comaszerű állapotból gyógyult és a „deanimált” beteget, hanem megismertük a tudattalan állapotot követő többé-kevésbé súlyos kórképeket: a változatos „postcomás” állapotokat. Ezekben az aktivitás hiánya és az izomzat rigiditása kifejezett szokott lenni. Ezért a francia irodalom a „postcomás hyper-tonusos stupor” névvel jelöli őket. Ugyanis míg a német szaknyelv a stupor kifejezést a tiszta tudatállapot mellett fennálló megnyilvánuláshiányra, ill. az associatiók felfüggesztésére (*E. Bleuler*) alkalmazza, az angol és francia terminológia ezzel a műszóval jelöli a tudatborulás és aktivitáshiány együttesét, sőt „stupor”-t és „comá”-t synonymaként is használja.

Fischgold és *Mathis* a postcomás ébrenléti állapotot úgy jellemzik, hogy „a kapcsolódás a külső inger és a megjavult agyi elektromos tevékenység között értelmi, ill. associatív hozzászövődés nélkül történik”. Az ilyen esetek egy részében hiányozni látszik a spontán alvás, ill. az alvás-ébrenlét rhythmusa, vagyis az agytörzsi alvásszabályozó rendszer működése hiányzik, ill. tökéletlen.

A »hypertroniás stupor« eseteivel összehasonlítva vizsgáltak *Fischgold* és *Mathis* súlyos tudatzavarral járó tuberculosus agyhártyagyulladásra átment gyermekeket, akiknél az alvás-ébrenlét rhythmusa és valamelyes reaktivitás, sőt aktivitás-nyomok visszatértek. De az ébrenlét mentnek látszott minden tudattartalomtól, nem volt »hasznosítható lelki teljesítményekre«. A klinikai kép tehát megfelelt annak, amelyet súlyos idiotiában vagy gyermekkori destruktív agyi kórfolyamatok következményeként ismerünk. Ezek a gyermekek sírnak. Egy részük nem nyeli a bevitt táplálékot. Némelyikük különbözőképpen viselkedik különböző ízekkel szemben, tehát ezekben az egyszerű reakcióikban megnyilvánul bizonyos válogatás, amely tülemeli

őket azokon az anencephalusokon, amelyekben a híd oralisabb síkjai a legmagasabb még kifejlődött agyrészek, s ezért alvás-ébrenlét szabályozásuk nincs is.

Azok között a különböző eredetű kórfolyamatok között, amelyek a fentiekben ismertetett és az agy magasabb szelvényeinek teljesítményeit kiiktató tudatzavarokat okozzák, az anoxiás-vasalis károsodások azért is érdemelnek figyelmet, mert bennük a szövettani elváltozások meglehetősen szabályszerű kiterjedésűek. Ilyen esetek agyszövettani vizsgálata arról tanúskodik, hogy a pusztulás kiterjedt a nagyagykéregben és egyes extrapyramidalis dúcokban. Ezzel szemben a hypothalamus, ill. a III. kamra-környék vegetatív magvai épek maradnak, illetve csak a legsúlyosabb esetekben károsodnak. Egészen véve jellemzi a folyamatot, hogy cranio-caudalis irányban enyhül és a köztiagtól caudalis szelvényeket — kivéve a kisagykérget és az oliva inferiort — érintetlenül hagyja.

A köztiagy vegetatív-szabályozó területeinek szövettani épsége azonban nem jelent feltétlen normális teljesítményt. *Molnár*, *Bozsik* és *Grastyán* állatkísérletes vizsgálatai alapján úgy látszik, hogy ezek a területek az anoxiában már korán izgalmi állapotba jutnak, még mielőtt a cranio-caudalis teljesítmény-leépülés bekövetkeznék. A későbbiekben kétségtelen a működészavar: közismert az anoxiás betegek erős izzadása és, legalábbis részben, ezzel kapcsolatos hőszabályozási zavara.

A maradványos vegetatív zavarokat főleg egyéb »postcomás« állapotokban tanulmányozták. Így korai pubertást láttak meningitis tuberculosa után. Figyelemre méltó, hogy a trophiás-vegetatív következmények, mint hypertrichosis és amenorrhoea, néhány hét alatt kifejlődhetnek (*Fischgold* és *Mathis*).

A hypothalamus megkímélt maradhat még hosszú kórlefordulás után is. *Fischgold* és *Mathis* egy esetében, amelyben a beteg 3 és fél hónapig élt abortus-kísérlet során kialakult anoxiás laesio, feltételezeten gázembolia, után, *Gruner* a nagy- és kisagy kérgének igen súlyos pusztulása mellett az agytörzs magasabb részeinek sorozatban történt vizsgálatakor sem találta nyomát idegsejtelfajulásnak.

A coma dépassé leletei is visszatükrözik a folyamat cranio-caudalis enyhülésében az anoxiás-vasalis károsodás kiterjedésbeli szabályszerűségét. A hosszú kórlefordulású esetekben azonban a laesio elérhet olyan szelvényeket, amelyeket a frissekben megkímélteknek találunk (*Mollaret* és mtársai, *Kramer*). A gerincevelő ilyenkor lehet ép, de találkozzunk benne is nekrosissal.

Ha az anoxiás folyamatokban észlelt apalliumos tudatzavart a kórszövettani elváltozások kiterjedésével vonatkozásba akarjuk hozni, nem látszik eléggé tisztázottnak a thalamus jelentősége. Az utolsó 10 évig úgy véltük, hogy a folyamat ezt a képletet aránylag kíméli; azóta *A. Meyer*, magam és több más szerző találtuk többé-kevésbé súlyos laesióját. Tisztázandó ezért, hogy a tudatzavar és a thalamus sérülése között állapítható-e meg párhu-

zam. *French* említ egy esetet, amelyben szívmegeálás után 7 hónapig akinetikus mutismus állapotában túlélő betegnél a thalamus jelentékeny része nekrotikus volt, és pedig mind medialis, mind lateralis magvai.

Amidőn az előzőkben megkísérletem a kórszövet-tani lelet és a tudatállapot zavara között vonatkozásokat felismerni, a szürkeállomány elváltozásaira voltam tekintettel. Különösen az utóbbi években — a szénoxydra vonatkozólag ugyan már évtizedek óta tudtuk — megismertünk olyan anoxyakárosult eseteket is, amelyekben a nagyagy velőállománya is, sőt néha kizárólag, pusztult.

Nagyon fontos adatot szolgáltatott a fehér állomány jelentőségére és a tudatállapot értelmezésére néhány év előtt a traumás agysérültek vizsgálata. *Strich* ismertetett néhány esetet, amelyben fedett agysérülés után a szürke állomány laesiója nem volt számottevő, ellenben súlyos velőshüvelyelfajulás volt található a fehér állományban s ez hosszú pályák elfajulására vezetett. *Strich* ezt a leletet azzal az állatkísérletes tapasztalattal magyarázza, hogy a trauma az agyállomány distorsióját okozza; ez rostrendszerek meghúzódását idézi elő. Ezzel a felfogással jól egyeztethető össze, hogy az ilyen betegek súlyos apalliumos tünetcsoportja a trauma után rögtön kialakul és hosszú időn át — *Strich* leghosszabban túlélő esetében ötnegyed évig — lényegében változatlanul áll fenn. Ezek az esetek szép bizonyítékát szolgáltatják annak, hogy a megnyilvánulások hiányát a kéreg — főleg efferens — pályáinak kiiktatása okozhatja. Így kiegészítik, ill. megerősítik azt a törekvést, hogy kéreglaesióknál, amelyekben sokkal nehezebb a laesio elhelyezkedéséből, de főleg fokából tünet-tani következtetéseket levonni, a kérgi teljesítmények kieséséből magyarázzuk a tudatzavart. *Strich* eseteiben több-kevesebb thalamus-elváltozás is volt, ezeket azonban ő másodlagosaknak tartja, a rostrendszerek pusztulása következményének. Az agytörzsi integráló rendszerek sérült volta ellen szól, hogy a körlefolynak legalábbis egy részében az alvás-ébredésnél semiologiai váltakozását lehetett észlelni.

A *somnolentia*—*sopor*—*coma*—*sorozat*nak megfelelő tudatzavarra az elme-idegkór-tanban az athiáminosison alapuló *Wernicke*—*Korsakow*-féle folyamat nyújtja a legszebb példát. Ennek a kórszövet-tani folyamatnak nemcsak finomszövet-tani vonásai — a kis erek szövetelemeinek és a gliának burjánzása a környező parenchyma pusztulásával és sokszor petechiákkal — hanem localisatiója is jellegzetes és teljesen eltér attól, amelyet az apalliumos tünetcsoport eseteiben láttunk. Kéregelváltozás ugyanis nincs, vagy csak járulékos tényezők folytán van. Viszont a corpus mamillare és a III. kamra, ill. aquaeductus környéke betegek. Tehát valóban agytörzsi elváltozásokra kell a tudatzavart vonatkoztatnunk.

A *Wernicke*—*Korsakow*-folyamat közismert klinikai megnyilvánulásai egyrészt szemizom-, ill. tekintési bénulás alvászavarral a *Wernicke*-féle ún. polioencephalitis haemorrhagica superior alak-

jában, másrészt a *Korsakow*-féle psychés tünetcsoport. Mindkettő átmehet comába. A *Korsakow*-triaszt az elváltozás legfeltűnőbb és legállandóbb localisatiójával, a corpus mamillare megbetegedésével, szoktuk összefüggésbe hozni. A *Wernicke*—*Korsakow*-folyamatban is nem egyszer láttunk thalamus-laesiót. Minden esetre összehasonlító tanulmányt kíván az a kérdés, hogy a hypnoid tudatzavarral járó diencephalon-folyamatok kiterjedése mennyire eshetik össze az anoxyában is esetleg károsult területekkel. Néhány eset vizsgálata alapján *Saethre*-vel azt az álláspontot foglaltam el, hogy a *Korsakow*-psychosis átmenetele comába attól függ, hogy a III. kamra falára mennyire terjednek reá az elváltozások.

A korábbi irodalom az alvás-ébredés szabályozásának zavarát főleg diffúz folyamatoknál, ill. intracranialis nyomásfokozódással járó daganatoknál (*Pette*, *Horányi* és mások) tárgyalta. Újabbban *Orthner* állított össze olyan esetanyagot, amelyben a somnolentiát okozó daganat azt a területet foglalta el, amely az állatkísérletek adatai szerint egybeesik az alvás-ébredés szabályozó rendszereivel, s ezt szembeállította olyan esetekkel, amelyekben ettől orálsan vagy caudalisan elhelyezkedő daganat nem okozott alvásszabályozási zavart. Igen feltűnő *Horányi* egy esete, amelyben többhónapos körlefolynak során a kezdeti lethargiás állapotot az akinetikus mutismushoz messzemenően hasonló kép váltotta fel, katalepsiás tünetekkel. Az anatómiai lelet cavernosus angioma volt, amely orálsan a thalamus dorsomedialis részei között kezdődött s caudalfelé az elülső ikertelepig terjedt. Ez az eset csatlakozik olyan megfigyelésekhez, amelyek szerint thalamusgócok is idézhetnek elő katalepsiás tüneteket.

Többnyire hypersomnia jelöléssel írnak le újabb közlemények tudatzavart olyan esetekben, amelyekben a thalamus érederetű gócait találták. A betegek legalábbis a körlefolynak egy-egy szakaszában ébreszthetők (*Façon* és mtársai), sőt tájékozottak voltak (*Castaigne* és mtársai). *Lhermitte*-nek és mtársainak betege viszont mutismusos volt; megfigyeiői meg tudták tanítani arra, hogy gesztusokkal válaszoljon kérdésekre és szóbeli felszólításokra. Feltűnően azonos az ilyen esetek anatómiai vizsgálatoknál talált lágyulás kiterjedése: minden esetben több-kevesebb kétoldali symmetriával elfoglalja az aquaeductus Sylvii körüli szürkeállomány kisebb-nagyobb részét, a thalamusban pedig egy területet, amely a keresztmetszeteken a III. kamra falától a nucleus ruber és a Forel-mező felett ívszerűen húzódik és a centrum medianum medialis részét is magában foglalja, míg a medialis ventralis thalamus-mag nem mindig pusztul (*Castaigne* és mtársai). Nagyon hasonló egymáshoz ezeknek a lágyulások gócnak és a lethargiás encephalitisben a thalamusban talált gyulladással járó folyamatnak kiterjedése (*Spatz*). Orális irányban rendszerint a corpus mamillare síkjáig terjed a lágyulás. *Brage* és mtársai esetében közvetlenül a

kamrafal alatt helyezkedik el a thalamusgóc és hossz tengelye függélyes.

A régi nagy kérdés így hangzott: localisálhatjuk-e és hová a „tudat”-ot. Ma a kérdést szerényebben fogalmazzuk: milyen agyi területek működése szükséges a tudatállapot különböző tisztasági fokainak fenntartásához? Mind az állatkísérlet, mind embernél a klinikai-kórbonctani egyeztetés azt bizonyítja, hogy az alvás-ébrenlétet agytörzsi rendszerek szabályozzák, s ezek az egész nagyagykéreg activálói. Ahhoz azonban, hogy a tudatállapot tiszta legyen, az agykéregnek perceptio-képes állapotban kell lennie, az integráló rendszerek rendelkezésére kell állnia az agykérget ért korábbi ingerületek nyomainak. A tudatállapot zavart lehet tehát egyrészt a szabályozás hibájából, másrészt megtartott szabályozás mellett a kéregműködés hibája, ill. elveszte alapján.

Számolnunk kell azonban azzal a ténnyel, hogy a kórszövettani vizsgálat — legalábbis mai módszereinkkel — tudatzavarban nem mindig derít ki elváltozást. Áll ez az *anyagforgalmi eredetű tudatzavarokra*, első sorban a *diabetikus comára*. De az *uraemiás coma* lelete is lehet negatív, illetőleg szerény s alkalmatlan a klinikai-ideglettani kép magyarázatára.

Igen figyelemre méltó ebből a szempontból, hogy *Lossky-Nekhorocheff* és mtársai 20 acut azotaemiás anuriában szenvedő beteg elektroencephalogramjában abnormitást találtak, amelyet a vizsgálati értékek szerint sem anoxya, sem a sav-basis-egyensúly megbomlása, sem elektrolyt-zavarok nem okoztak. Magát az azotaemiát sem hozzák vonatkozásba az EEG-eltéréssel, hanem a plasmahypertoniát okolják érte. A betegek tudatállapota részben tiszta volt; ha szenvedett, a zavar a psychomotoros nyugtalansággal társult coma vigil-ig terjedt. Egyes esetekben állottak fenn görcsök, másokban nem.

Igen komplikált a kórszövettani alap kérdése a *coma hepaticumot* illetően. Az erre vonatkozó, de nagyobb részt a májlaesiók és agyi szövödmények közötti összefüggést általában tárgyaló dolgozatokban leírt leletek szerények és főleg a neuroglia kóros elváltozását (Alzheimer-typusú sejtek) hangsúlyozzák.

A tudatállapot előzőekben részletesen tárgyalt zavarait összefűzi, hogy klinikai megnyilvánulásait jól tudjuk jellemezni, elektroфизиologiai elváltozásait ismerjük, s mindezeket határozott kórszövettani elváltozásokkal tudjuk vonatkozásba

hozni. A reájuk vonatkozó új megismerések lehetőségét adtak therápiás beavatkozásokra. De a betegek megfelelő vizsgálata, beleértve az elektroencephalographiát, fel tudja tárni azt is, hogy tudatzavar fenyeget és így lehetőséget ad megelőzésére.

A tárgyalt anyag belső anatómiai és élettani kapcsolatai alapján a tudat problémáinak körében önmagában véve is meglehetősen zárt területet képez. Fejtegetéseimből ezért kimaradtak a természetükönél fogva átmeneti tudatzavarok. Így az epilepsziások tudatvesztése és a rohamok után hosszabb ideig, esetleg tőlük függetlenül jelentkező tudatborulásai, a synkopés tudatvesztés stb.

IRODALOM. 1. *Alemà G.* et *Rosadini*: Acta Neurochir., Wien. 1964, 12, 240. — 2. *Bertrand I., F. Lhermitte, B. Antoine et H. Ducrot*: Rev. Neur. 1959, 101, 101. — 3. *Bozza Marrubini, M. L.*: Acta Neurochir., Wien. 1964, 12, 352. — 4. *Brage D., R. Morea et A. R. Copello*: Rev. Neur. 1961, 104, 126. — 5. *Cairns H.*: Brain. 1952, 75, 109. — 6. *Castaigne P., A. Buge, R. Escourolle et M. Masson*: Rev. Neur. 1962, 106, 357. — 7. *Façon E., M. Steriade et N. Wertheim*: Rev. Neur. 1958, 98, 117. — 8. *Fischgold H. et P. Mathis*: Obnubilations, comas et stupeurs. Masson, Paris. 1959. (E. E. G. and Clin. Neurophysiol. Suppl. 11.) — 9. *French F. D.*: A. M. A. Arch. Neur. A. Psych. 1952, 68, 727. — 10. *Géraud J., A. Rascol, J. Bénazet, L. Arbus et A. Bès*: Rev. Neur. 1963, 109, 461. — 11. *Guazzi M., A. Malliani and A. Zanchetti*: Acta Neurochir., Wien. 1964, 12, 198. — 12. *Horányi (Hechst), B.*: Arch. Psychiatr. 1929, 87, 505. — 13. *Horányi (Hechst), B.*: Z. Neur. 1932, 142, 590. — 14. *Horányi B.*: Orv. Hetil. 1963, 104, 2401. — 15. *Jefferson M.*: Brain. 1952, 75, 55. — 16. *Jouvet M.*: Acta Neurochir. Wien. 1964, 12, 258. — 17. *Környey St.*: Arch. Psychiatr. 1942, 114, 649. — 18. *Környey St.*: Histopathologie und klinische Symptomatologie der anoxisch-vasalen Hirnschädigungen. Akad. Kiadó, Budapest. 1955. II. kiad. — 19. *Környey St.*: Studii si Cercetări de Neurologie. 1960, 5, 265. — 20. *Környey St.*: Arch. Psychiatr. u. Z. N. 1961, 201, 508. — 21. *Környey St. u. Saethre*: Acta Psychiatr. et Neurol. Scand. 1937, 12. — 22. *Kramer W.*: Acta Neurol. Scand. 1963, 39, 139. — 23. *Kretschmer E.*: Z. Neur. 1940, 169, 576. — 24. *Lhermitte F., J. C. Gautier, R. Marteau et F. Chain*: Rev. Neur. 1963, 109, 115. — 25. *Lossky-Nekhorocheff I., A. Lérique-Koechlin, J. L. Funk-Brentano et M. Delprat*: Rev. Neur. 1959, 100, 317. — 26. *Meyer A.*: Proc. roy. Soc. Med. 1956, 49, 619. — 27. *Mollaret P. et M. Goulon*: Rev. Neur. 1959, 101, 3. — 28. *Mollaret P., I. Bertrand et H. Mollaret*: Rev. Neur. 1959, 101, 116. — 29. *Molnár L., G. Bozsik u. E. Grastyán*: Arch. Psych. u. Z. Neur. 1956, 194, 125. — 30. *Orthner, H. v.*: Pathologische Anatomie der vom Hypothalamus ausgelösten Bewusstseinsstörungen. I. Congr. Internat. des Sciences Neurol. II. 76. Bruxelles. 1957. — 31. *Pette H.*: Dtsch. Z. Nervenheilk. 1928, 105, 250. — 32. *Poppen J. L.*: Nervenarzt. 1939, 12, 126. — 33. *Spatz H.*: Encephalitis. Bumke. Hdb. d. Geisteskrankheiten. 1930, 11, 250. Berlin, Springer. — 34. *Strich S. J.*: J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 1956, 19, 163. — 35. *Terzian H.*: Acta Neurochir. Wien. 1964, 12, 230.

Magyar Tudományos Akadémia, Orvos-Radiológiai Kutatócsoport (vezető: Zsebők Zoltán dr.)

A Degranol szervtransportja és kiürülése

Zsebők Zoltán dr., Török István dr. és jr. Petrányi Győző dr.

A daganat terápiában a sugaras és sebészi gyógymódok mellett lassan tért hódítottak a chemotherápiás eljárások is. A kutatók erőfeszítése főképp arra irányult, hogy olyan cytostatikus anyagokat, olyan vegyületeket állítsanak elő, amelyeknek magas affinitásuk van a daganatsejtekhez, vagyis kielégítő cancerotoxicus hatást fejtsenek ki és lehetőleg alacsony legyen a toxicitásuk a szervezet ép sejtjeivel szemben.

A harmincas évek végén jelentek meg az első közlemények arról, hogy nitrogénmustár vegyületek cytostatikus hatásúak. Ezt követően aránylag lassú volt az előrehaladás, de az utóbbi évtizedben egyre több különböző kémiai szerkezetű cytostatikus anyag került forgalomba, amelynek előnyei, vagy hátrányai a szakemberek előtt ismeretesek.

Ilyen anyagok a mustárvegyületek közül többek közt a phenylvajsav-mustár (Leukeran, Chlorambucil) a phenylalanin-mustár (Sarkolysin) a nitrogénoxymustár (Mitomen) stb. Az aránylag kedvező hatásfokkal használható vegyületek közt van a magyar produktum, amely 1,6-bis chloraethylamino-1,6 desoxy-D-mannitol dihydrochlorid (BCM) mely Degranol néven kerül forgalomba. Ennek a vegyületnek patkányokra vonatkoztatott toxicitása, a DL—50, 56 mg/kg.

A Degranol az alkylező vegyületek közé tartozik, mellyel a klinikai és kísérletes vizsgálatokat főképp Kellner, Németh, Sellei és Eckhardt végezték (8, 10, 11, 12, 15). Állatkísérleteik, klinikai megfigyeléseik eredményeinek ismertetése meghaladná közleményünk kereteit, ezért csak utalunk munkásságukra.

Valamennyi cytostatikus anyaggal szemben felmerül a kérdés, hogy ezek a vegyületek milyen mechanizmus szerint fejtik ki hatásukat, amely kérdéssel ugyancsak többen behatóan foglalkoztak, így többek közt Arnold és munkatársai (1—3). Az idevágó vizsgálatokból kétségtelen, hogy az említett vegyületek in vitro és in vivo egyaránt, aránylag hamar elbomlanak, s a bomlás a bevitt anyag 50%-ára vonatkoztatva kisebb ingadozással 30—60 perc alatt megy végbe a chlór lehasadás tekintetében.

Vizsgálataink során elsősorban arra a kérdésre kerestünk választ, hogy hol és miként helyezkedik el a Degranol-molekula a szervezetben és onnan milyen gyorsan ürül ki.

Ennek a célnak elérésére az látszik célravezetőnek, ha a molekulát valamely isotóppal jelöljük meg. A számításba vehető jelölések közül a leg-

megfelelőbbnek az látszott, ha a molekula — chloraethyl-gyökén jelöljük C 14-gyel. Azért láttuk célszerűnek a jelölést, a vegyületnek a -chloraethyl-gyökén elvégezni, mert Nadkarni és mtsai (9, 14), akik tritiummal jelöltek Endoxan-t, vizsgálataikkal megállapították, hogy ezek a vegyületek in vivo aránylag gyorsan elbomlanak, valamint megfigyelték, hogy pl. az Endoxan aránylag rövid ideig marad a szervezetben, amennyiben az összes activ molekulának több mint $\frac{2}{3}$ része 72 óra alatt kiürül. Valamennyi előbb említett vegyületnél, ideértve a Degranol-t is a Cl. lehasadás lassabban-gyorsabban bekövetkezik pH7, 5, 37,5 C°-nál is in vitro és bicarbonat pufferoldatban úgy, hogy ennek mértéke 24 óra után is alig mutat különbséget. Nagyobb differencia csak az 1 órás értékekben van (1, 2, 6, 7, 9).

Egyébként itt meg kell említenünk, hogy számos idevonatkozó kutatásból ismeretes, hogy valamennyi nitrogénmustár-származék kémiai reaktivitása, cytostatikus hatása a chloraethyl gyökkel szoros kapcsolatban van. Azt lehetne tehát mondani, hogy a kémiai reaktivitás a Cl.-lehasadással priméren összefügg.

Ezeknek az adatoknak ismeretében az első kérdés, mely felmerült, az volt, hogy vajon a Degranol-molekula melyik részét jelöljük meg, mert egyszerűnek látszott volna az oldalláncban levő chlór-atomot aktív atommal helyettesíteni, de az ismert és említett közlésekből világos, hogy az oldalláncról a chlór aránylag könnyen leszakad és ezáltal nem fogunk megnyugtató képet kapni a molekula további részének viselkedéséről. Az aethylamino-oldallánc jelölése minden szempontból megfelelőnek látszott. Nem remélhetünk ugyanis más információkat akkor sem, ha a mannit-vázat jelölnék. Az ugyanis teljesen valószínűtlen, hogy in vivo a mannit váz és oldallánc közötti kötés megszűnjék. Ennek következtében a molekulát aethylamino-oldalláncán jelöltük C—14-gyel. A jelölés munkáját Ötvös (13) végezte el, aki kidolgozta az aethylenimin félmikrosynthesisét, majd az aethylenimint kapcsolta az 1,2—5,6-dianhydro-3—4-isopropyliden-D-mannittal.

Az aethylenimin már tartalmazta a C 14-et. A jelzett aethylenimint C—14-gyel jelzett glycin-aethylesterből, saját eljárásunk alapján állítottuk elő. Az így előállított jelzett Degranol-t, melynek fajlagos aktivitása 0,044 μ C/mg volt, használtuk kísérleteinkben.

Vizsgálatainkban első lépésként arra törekedtünk, hogy az isotóppal jelzett Degranol (1,6-bis-(2-

chloraethyl-C¹⁴-amino)-1,6-didesoxy-D-mannit) útját és a szervezetben való transzportját, a retenciót, akkumulációt és a kiürülést vizsgáljuk az időfüggvényben, elsősorban a vérben és a parenchymás szervekben, izomszövetben, különböző időpontokban vett minták alapján és párhuzamosan meghatározzuk a vizelettel kiürült aktív mennyiségét. Folyamatban levő vizsgálatainkban a Degranolnak a plasmafehérjékhez kötődését az egyes enzim funkciókra, a DNS synthesisre gyakorolt hatását vizsgáljuk.

A vizsgálatok methodikája

A vizsgálatokat 6 hetes vegyes nemű, Wistar-patkányokon végeztük.

Az állatokat kísérletek előtt és alatt azonos körülmények között tartottuk, mesterséges táplálékkal etettük. Víz ad libitum kaptak.

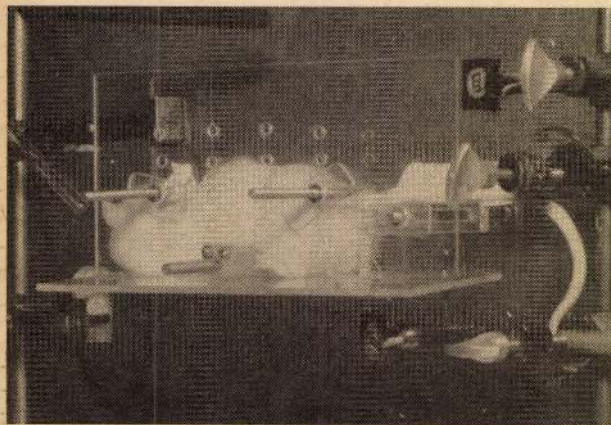
A jelzett Degranol-t a vér- és szerv-vizsgálatok alkalmával 100 mg/kg, a vizeletvizsgálatok alkalmával pedig 8–15 mg/kg dosisban adagoltuk. A Degranol azért voltunk kénytelenek ilyen aránylag magas dosisban adagolni, mert az alacsony fajlagos aktivitású anyagból csak így tudunk értékelhető eredményt nyerni.

Vérminta-vétel: Az állatokat 5 mg/kg Nembutalal narkotizáltuk, majd intravénásan befecskendeztünk 0,02 ml Heparint, majd ezt követően a testsúlynak megfelelő Degranol-t. A vérmintákat a beadás után 0,5–1–2–5–10–15 és 30 percekben vettük. A mintavételkor az előmelegített farokvénát incidáltuk és 2–3 csepp vért óraüvegre cseppentettünk, ebből 1:2 arányú, fiziologiás sóval hígítást készítettünk, majd 0,02 ml-t aluminium tálkára vittünk.

Szervminta-vétel: A szerv-aktivitás vizsgálatokat a Degranol beadása után 0,5–1–2–12 és 24 óra múlva végeztük a teljes májban, lépben, vesékben és 2–3 gr izomszövetben. A szerveket a megadott időpontban kiemeltük, megmértük nedves súlyukat, majd súlyállandóságig beszárítottuk.

Vizeletminta-vétel:

A vizeletet két módszer szerint gyűjtöttük. 12 és 24 órás periódusokban a vizeletet széklet- és vizeletválasztó rendszerbe fogtuk fel, míg óránként, katéter segítségével nyertük az egyes porciókat.



Mindkét módszernél az állatok az ételment és vizet ad libitum kaptak. Az óránkénti vizeletgyűjtés alkalmával egy 0,9 mm átmérőjű polietilén katétert vezetünk fel a hólyagba, majd a katétert ragtapaszos rögzítés után az állatot rögzítő berendezésbe szoktattuk,

(1. kép), mely időszakban több ízben a hólyagot ml-ként 10 000 Penicillin IE-t tartalmazó fiziologiás oldattal öblítettük. A kondicionálás után a Degranol a fentebb említett dózisban i. v. adtuk be és az óránkénti vizeletporciókat külön kis üvegsövegekbe fogtuk fel.

A mérések végrehajtása

A méréseket Friecke és Hoepfner gyártmányú FH 407 típusú methan átfolyószámolóval (2 geometria), valamint a Siemens GSDMZ scálerrel végeztük. A methan átfolyószámoló kézi preparatúmváltóhoz volt illesztve, így a mérések folyamatossága biztosítva volt. Az alkalmazott gáz anal. tisztaságú methan volt. A gázátáramlás sebessége 2 buborék/sec. A mérések előtt 1 órás előöblítést végeztünk, majd az egyes preparátumok között 5 perces előöblítést alkalmaztunk.

A mérés elektromos jellemzői:

Nagyfeszültség: 2100 V, imp. polaritás: negatív, magasság: int. discr. állásnál 5 V, erősítés: százszoros, mérési idő: 5×1 perc.

A készülék határfoka: C-14 izotópra vonatkoztatva: 45% volt. A készüléket naponta ellenőriztük, hitelesítő preparátummal. A méréseket a kísérletek során ugyanaz a személy végezte, állandó kontroll mellett. A mért háttér 22–23 impulzus/min. volt. A háttéringadozás nem haladta meg a ± 2 imp./min.-t.

A C-14-gyel jelzett Degranol előkészítése

250 mg Degranol 25 ml fiziologiás konyhasó-oldatban aseptikus feltételek mellett feloldottunk. A fenti oldat 0,1 ml-ét bepároltuk infravörös lámpa alatt és aktivitását megmértük. 1 mg C-14-gyel jelzett Degranol 49 200 impulzust adott, ami 0,044 μ C aktivitásnak felel meg.

A szervek előkészítése a méréshez

1. Az óraüvegeket 6 órán át szárítószekrényben 140 C fokon tartottuk, majd 20 perc exsiccáltuk és analitikai mérleggel mg-pontossággal lemértük.
2. A szervek szárítása szárítószekrényben 140 C fokon történt, a szerveket súlyállandóságig szárítottuk. (12–16 óra). A máj súlyállandóságig való szárítása két órával több időt vett igénybe, mint a többi szerveké.
3. A porítást porcelán dörzsmozsárban végeztük.
4. A suspensio előkészítéséhez analitikai mérleggel mg. pontossággal 140 mg szervport lemértünk és egy kémcsőbe helyeztük. Adtunk hozzá 2 ml olyan destillált vizet, melyhez előzőleg egy csepp 10%-os sorboxaethen-stearát oldatot cseppentettünk. A kémcsövet gumidugóval erősen lezártuk és rázógépen 30 percig ráztattuk. Kísérleteinkhez ez a suspensio megfelelő, mert eléggé stabil volt ahhoz, hogy 3-szor, 0,05 ml-t ki tudjunk belőle pipettázni.
5. A suspensióból a megfelelő rétegvastagság megállapítása végett különböző mennyiséget pipettáztunk ki és vittünk rá 30 mm átmérőjű aluminium tálkára, melyen egyenesen elterítettük, infravörös lámpával megszárazítottuk, majd az aktivitását megmértük.

Méréseink során a következő eredményeket kaptuk:

0,02 ml susp.	210 impulzust ad,
0,05 ml susp.	550 impulzust ad,
0,1 ml susp.	740 impulzust ad,

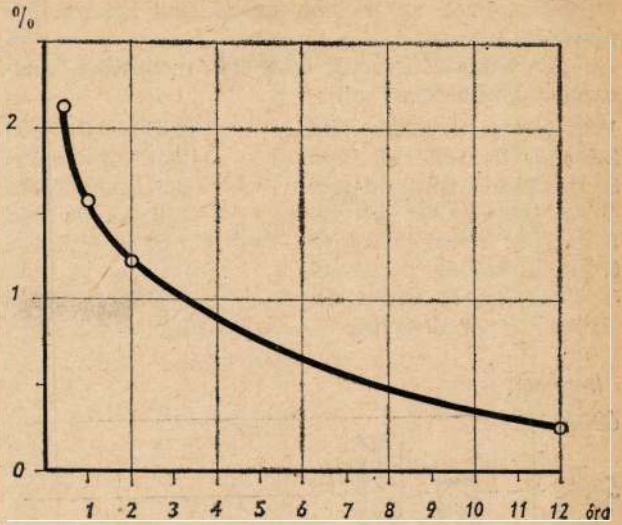
Ezekből az adatokból láthatjuk, hogy elfogadható eredményt akkor kaphatunk, ha a fenti koncentrációjú suspenzióból 0,05 ml-t viszünk rá egy tálkára. Ez kb. 1 mg/m² rétegvastagságnak felel meg.

A suspensióból 0,05 ml-t mikropipettával zsirtalanított alumínium tálkára vittünk. A szervsuspensiót egyenletesen elterítettük és beszárítottuk.

Vérvizsgálat eredményei

Miután a vérből a kenetek a már említett eljárás szerint elkészültek, sor került a preparátumok aktivitásának mérésére. A preparátumokat 5×1 percig mértük, a mérések számtani középértékét vettük figyelembe az eredmények kiértékelésekor, majd 1 ml vérré vonatkoztattuk. A bevitt impulzusszámot 100%-nak véve, 1 ml-re vonatkozó százalékos aktivitás eloszlás átlageredménye a következő:

Beadás után eltelt idő	Beadott imp. 1 ml vérré vonatk. %
30 sec.	2,83
1 perc	2,8
2 perc	2,19
3 perc	1,69
5 perc	1,16
10 perc	1,9
15 perc	0,87
30 perc	0,65



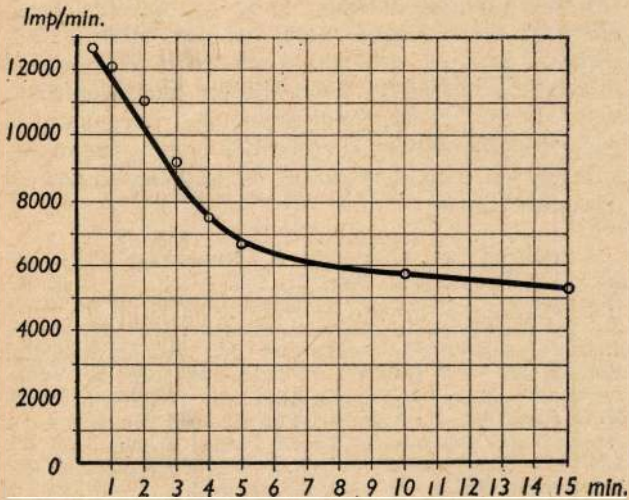
2. ábra. Az aktivitás kiürülése a májból

A vesevizsgálat eredményei

Méréseinket 1 g nedves vesére vonatkoztattuk.

Eredmények a következők:

30 perc alatt a bevitt aktivitás	3,10%-a
1 óra alatt a bevitt aktivitás	2,47%-a
2 óra alatt a bevitt aktivitás	2,60%-a
12 óra alatt a bevitt aktivitás	0,21%-a

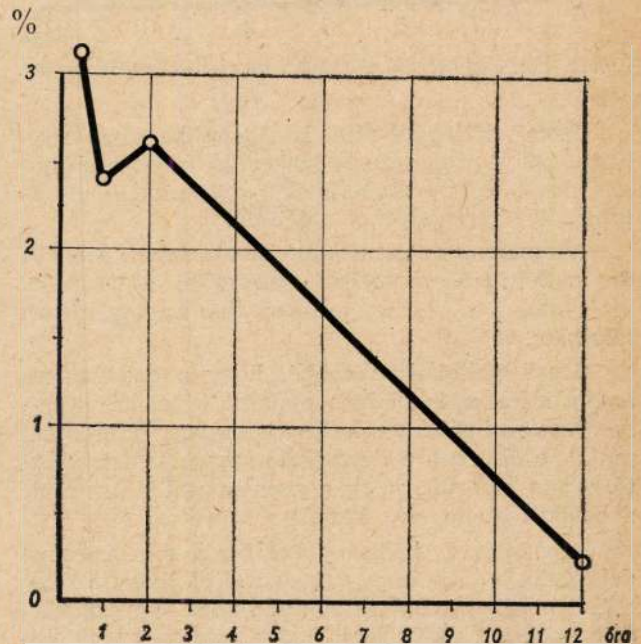


1. ábra. Az aktivitás csökkenése a vérben

A májvizsgálat eredményei

A májból elkészített preparátumokkal szintén 5×1 perces méréseket végeztünk. A májban specifikus felhalmozódásokat tapasztaltunk, a többi szövetekhez képest. 1 g nedves májra vonatkoztattuk az eredményeket, melyek a fenti időközökben a következőképp oszlanak meg:

30 perc alatt a bevitt aktivitás	2,14%-a
1 óra alatt a bevitt aktivitás	1,62%-a
2 óra alatt a bevitt aktivitás	1,25%-a
12 óra alatt a bevitt aktivitás	0,28%-a
24 óra alatt a bevitt aktivitás	



3. ábra. Az aktivitás megoszlása a vesében

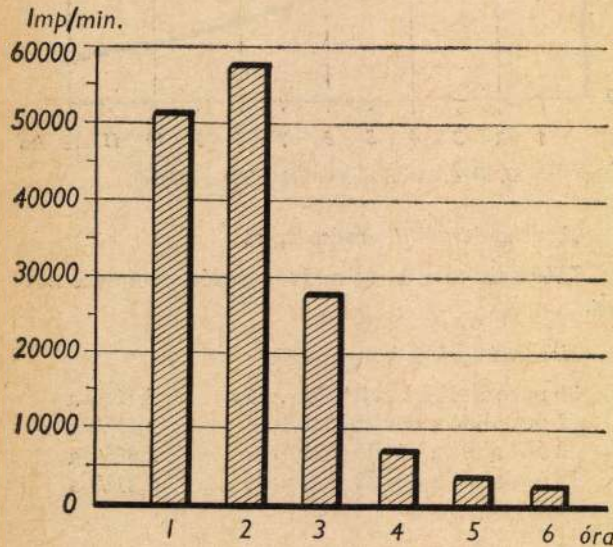
A vizeletvizsgálat eredményei

A bevitt aktivitás kiürülését a vizelettel 3 állaton vizsgáltuk, de értékelhető eredményt csak két állaton tudtunk kapni a vizeletvételnél fellépő technikai akadályok miatt. Méréseink esetén 0,1 ml vizeletet vittünk rá egy 30 mm átmérőjű alumínium tálkára, mert előző méréseink során ez a

mennyiség volt az, melyet optimálisan lehetett értékelni.

A vizelettel kiürülő aktivitás óránkénti megoszlása a következő volt:

1 óra alatt a bevitt aktivitás	34,51%-a ürült ki
2 óra alatt a bevitt aktivitás	19,56%-a ürült ki
3 óra alatt a bevitt aktivitás	3,57%-a ürült ki
4 óra alatt a bevitt aktivitás	1,49%-a ürült ki
5 óra alatt a bevitt aktivitás	1,07%-a ürült ki
6 óra alatt a bevitt aktivitás	0,41%-a ürült ki
6—24 óra között az aktivitás	2,53%-a ürült ki
24 óra alatt az aktivitás	63,14%-a ürült ki



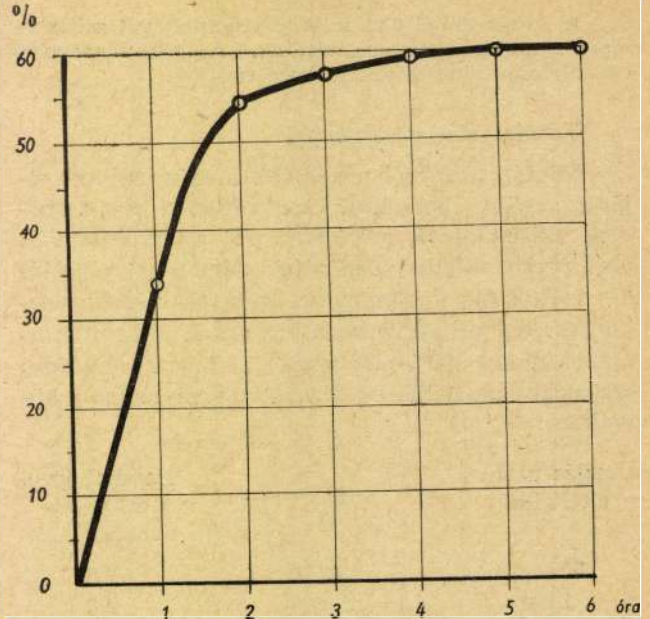
4. ábra. Vizelettel kiürülő aktivitás 1 ml vizeletre vonatkoztatva.

Izom- és lépszövetekkel is végeztünk vizsgálatokat, s bár a preparátumoknak volt ugyan aktivitásuk, de az impulzusszám kisebb volt annál, hogy értékelhető eredményeket mérjünk.

Vizsgálatainkból megállapítható tehát, hogy az ún. detoxikáló szervekhez viszonyítva a Degranol az izomban és lépben, jelentéktelen mennyiségben található.

Megállapítottuk továbbá, hogy a cytostatikus anyag a keringésből igen gyorsan kiválasztódik, a szervezeten belül az eloszlása igen nagy eltéréseket mutat, elsősorban a detoxikáló szervekben található. Az is kiderült, hogy a szervezetből 6 óra alatt a beadott mennyiség 62,61%-a kiürült.

A vizsgálati eredményeket figyelembe véve indokoltnak látszik, hogy azt javasoljuk, hogy a Degranol klinikai gyakorlatban napjában legalább kétszer kellene alkalmazni, hogy relative kielégítő szervkoncentrációt lehessen elérni. Hasonlóképpen célszerűnek véljük az állandó serum, ill. szervkon-



5. ábra. Az aktivitás kiürülése a vizelettel

centráció érdekében, hogy az anyag cseppinfúzióban kerüljön alkalmazásra.

Összefoglalás: Szerzők C^{14} izotóppal jelölték az aethylenamino oldalláncon a Degranolt. Megállapították állatkísérletekben, hogy cytostatikus anyag eloszlása a szervezeten belül nem egyenletes, elsősorban az ún. detoxikáló szervekben észlelhető magas koncentráció. Hasonlóképp megállapítható volt, hogy a Degranol-molekula, hasonlóan a rokonvegyületekhez, a serumból igen gyorsan kiválasztódik, s a szervezetből közel kétharmada 6 óra alatt kiürül.

IRODALOM. 1. Arnold H., Bourseaux F., Brock N.: *Arzneim.-Forsch.* 1961, 11, 143. — 2. Arnold H., Bourseaux F., Brock N.: *Naturwiss.* 1958, 45, 64. — 3. Arnold H., Klose H.: *Arzneim.-Forsch.* 1961, 11, 159. — 4. Bolt W., Ritzl F., Nahrman H.: *Nuclearmedizin.* 1962, 2, 251. — 5. Bolt W., Ritzl F., Toussaint R., Nahrman H.: *Arzneim.-Forsch.* 1961, 11, 170. — 6. Brock N., Hohorst H. J.: *Arzneim.-Forsch.* 1961, 11, 164. — 7. Brock N., Wilmanns H.: *Dtsch. Med. Wschr.* 1958, 83, 453. — 8. Eckhardt S., Sellei K., Molnár A., Hartai F.: *Krebsarzt.* 1957, 2, 73. — 9. Goldenthal E., Nadkarni V., Smith K.: *Rad. Res.* 1959, 5, 571. — 10. Kellner B., Németh L., Sellei K.: *Acta Unio Internat. C. Cancrum.* 1957, 13, 473. — 11. Németh L.: A malignus tumorokra ható anyagok kiválogatásának kísérletes módszerei. (kandidátusi értekezés, 1959). — 12. Németh L., Kellner B., Lapis K.: *New York Acad. Sciences.* 1958, 68, 879. — 13. Ötvös L., Grubner L.: *Acta Chem. Hung.* (közlés alatt). — 14. Ross R. B., Noll C., Nadkarni M. V., Morrison B. H. jr., Bond H. W.: *J. Med. Pharm. Chem.* 1961, 3, 1—23. — 15. Sellei K., Németh L., Eckhardt S., Kellner B.: *MTA. Közleményei.* 1957, VIII, 119.

Budapesti Orvostudományi Egyetem, I. Sebészeti Klinika (igazgató: Rubányi Pál dr.)

Az angiographiás vizsgálat okozta thrombosisról és megelőzéséről

Sztankay Csaba dr. és Stekker Károly dr.

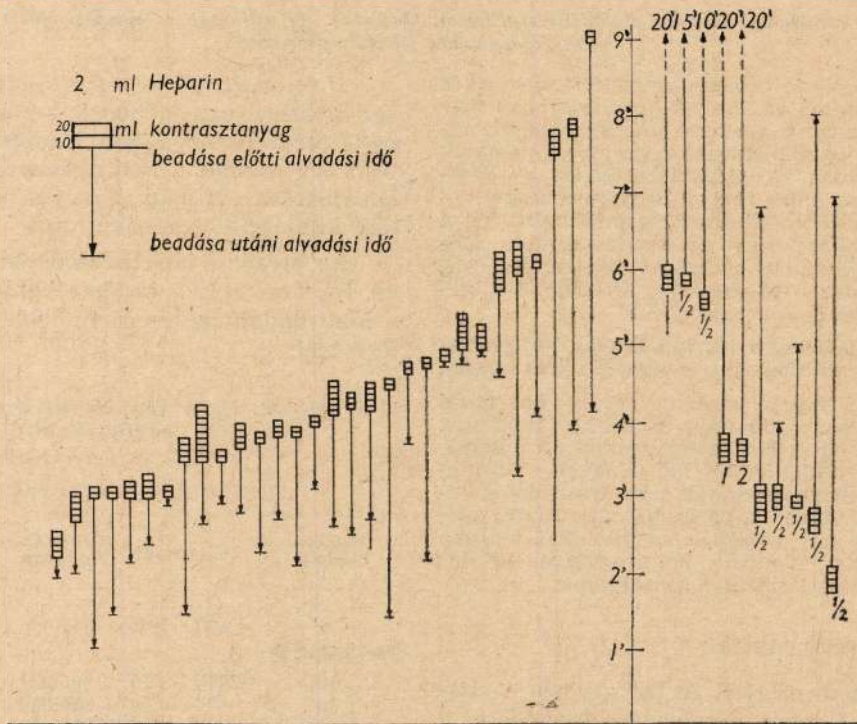
Az angiographiás vizsgálatok során, nem gyakran ugyan, mégis előfordul, hogy a vizsgálatot követően, azzal kétségkívül összefüggésben, helyileg, vagy a beavatkozás helyétől távol — thrombosis jön létre. E thrombosis többé vagy kevésbé súlyos következményekkel jár, elsősorban az érintett ér funkciójától függően.

A kérdés időszerűségét a szövődmények számának növekedése is felveti. Wilder és Steichen (43) 13,207 vizsgálaton alapuló gyűjtő-statisztikája szerint 37 halálos, 98 súlyos, nem halálos, összesen 1,02%-nyi súlyos szövődmény kísérté az aortographiás vizsgálatot. Ráadásul nagyon valószínű, (17), hogy a szövődmények száma magasabb a közölteknél. Ez a körülmény arra kötelez bennünket, miként Wertheimer (42) is hangoztatja, hogy ne titkoljuk el a szövődményeket, hanem kutassuk az okokat.

san ismert. Tönnis és Schiefer (35) gyűjtött anyagában carotisangiographiák szövődményeként 11 thrombosis fordult elő. May és Nissl (18) a vénás rendszer angiographiás ábrázolását követően fellépő thrombosisos szövődményekről ír, máskor gyógyulóban levő alsó végtag-thrombosisos betegek visszaeséséről phlebographia után. Ruggieri és Piccioni (29) alsó végtag phlebographia után vena femoralis thrombosisát észlelt. Fontaine (11) óva int vénatranszplantátumok angiographiás kontrolljától, felismerve a transzplantátumok érzékenységét a thrombosisos szövődményekkel szemben.

E szövődmények okainak felderítésére sok kísérlet történt, a magyarázatot részint a kontrasztanyag minőségében (pH, direkt hatás az intimára), illetve mennyiségében (toxicitás), a befecskendezés technikájában, a kiváltott spasmusban keresték.

Mivel angiographiás anyagunkban mi is észleltünk thrombosisos szövődményeket, foglalkoz-



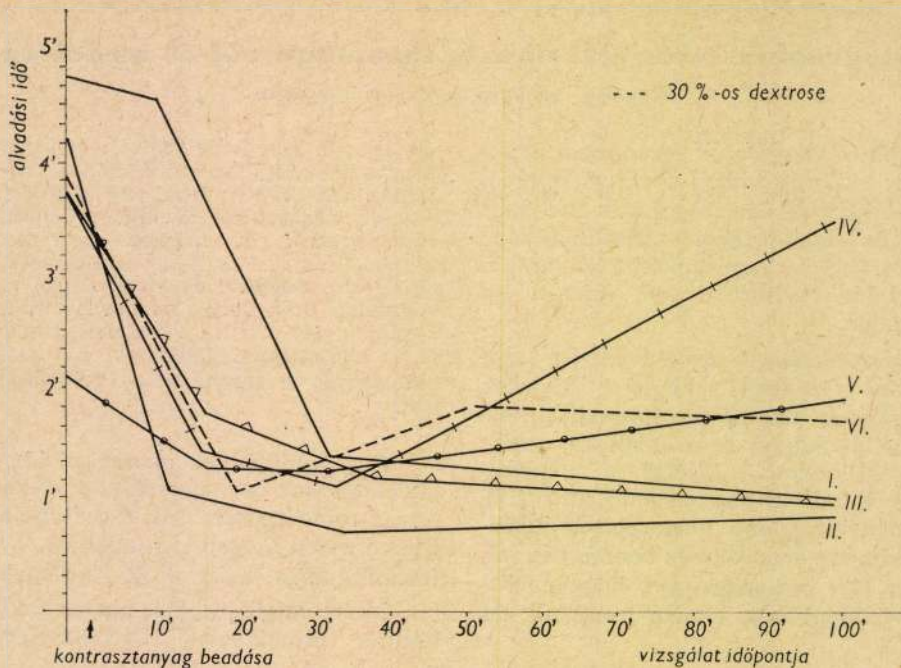
1. sz. ábra. A megfigyelt, kontrasztanyagot, illetve kontrasztanyag + heparint kapott betegek véralvadási idejének alakulása. A nyíl alapja a beadás előtti, a hegye a 10 perccel utána mért alvadási időket jelzi. A nyíl alapjánál a beadott kontrasztanyag és heparin mennyiségét is jeleztük

Rövid áttekintésül megemlíjtük, hogy az irodalomban aortographiát követően az art. mesent. sup. thrombosisát észlelte Vitt (37); Völpel (38); Wagner és Price (40); — valamennyi halálos kimenetelű volt. Az art. mesenterica inferior thrombosisát közölte Pratt (26); Guilfoil (13); Baum és Eufate (5), míg Robinson (27) akut pancreasnecrosist, Wilder és Steichen (43) pedig az egész béltraktus elhalását ismertették. Ismeretes aortographiát követő alsó végtag gangraena is (41), thoracalis aortographiát követő halál, valamint a gerincevelő harántlaesiójával összefüggő bénulás is (3, 4, 7, 12, 23, 34), az utóbbinak oka nem egészen pontos-

tunk a kiváltó okokkal. Jelen vizsgálatunkat annak a kérdésnek a tisztázására végeztük, hogy a kontrasztanyagnak milyen hatása van a véralvadásra.

Kísérleti anyag és módszer

Megfigyeléseinket először betegeken végeztük, majd állatkísérletekkel egészítettük ki tapasztalatainkat.



2. sz. ábra. 6 kutya véralvadási idejének alakulása grafikusán ábrázolva. Az ordinátán az alvadási időket, az abszcissán a vizsgálati időpontokat jeleztük percekben.

I. csoport: 30 olyan beteg vizsgáltuk meg a vér alvadási idejét, akiken valamilyen intraarterialis vagy intravénás kontrasztanyag-befecskendezés történt angiographia, arteriographia, phlebographia, pneumoangiographia kapcsán. A meghatározásokat a kontrasztanyag beadása előtt, illetve 10 perccel utána végeztük nedves-kamra módszerrel, normálisnak véve a 3 és 5 perc közötti értékeket az alvadás kezdeti időpontját illetően. Kontrasztanyagként Triopac 400, 300, 200, Opacoron, Joduron 30—50—70%, Uromiro 60% néven ismert készítményeket használtuk.

II. csoport: 10 beteg a kontrasztanyag beadásával egy időben $\frac{1}{2}$ —2 ml Heparint is kapott intravénásan.

III. csoport: 6 kutyán végeztük el a következő vizsgálatokat; alvadási idő (nedves kamra módszer), thrombocytaszám (Hegedüs), prothrombin-idej (egyszakaszos Quick), a recalcificációs idő (Howell), fibrinogen-B (Lyons). A meghatározások a kontrasztanyag beadása előtt, majd utána 10, 30 és 100 perc múlva történtek. Az esetek egy részében az állatokat másnap is ellenőriztük. Egy esetben kontrasztanyag helyett hipertóniás (30%-os) Dextroset használtunk.

Vizsgálati eredményeink

I. csoport: A megfigyelt 30 beteg közül a vizsgálat előtt csak 2 egyén véralvadása kezdődött 3 percnél hamarabb, valószínűleg tumoros alapbetegségük miatt. 6 beteg vizont csak 5 perc után mutatkozott. Ezek megelőzően heparin-kezelésben részesültek, feltehetően a gyógyszer utóhatásáról volt szó.

A kontrasztanyag befecskendezése után 10 perccel 27 beteg véralvadási idejének kezdete kisebb-nagyobb mértékben megrövidült, annyira, hogy 19 esetben a normális alsó határának elfogadott 3 perces értékét sem érte el, tehát a fokozott alvadékonyság fennállását abszolút értelemben is valószínűsíteni lehetett. 3 beteg véralvadási ideje nem változott.

II. csoport: 10 beteg a kontrasztanyag befecskendezésével egy időben $\frac{1}{2}$ —2 ml Heparint is kapott intravénásan, külön fecskendőben. Emellett nem érvényesült a kontrasztanyag véralvadást fokozó hatása, sőt nagyobb adag heparin az alvadási időt kifejezetten megnyújtotta.

Az alvadási idejének alakulását az 1. sz. ábra mutatja a beadott kontrasztanyag, illetve a kontrasztanyag+heparin mennyiségének feltüntetésével.

1. sz. táblázat. Egyik kutyakísérlet vizsgálati adatai 24 óras megfigyelés alatt

II. sz. kutyakísérlet
8,5 kg-os ♂ kutya

Vizsgálat időpontja	Alvadási idő	Thrombocytaszám	Recalc. idő	Fibrinogen-,B"	Prothrombin-idej
0'	4'15"—10'35	334,000	220"	+++	9 $\frac{1}{2}$ "
10 ml Triopac 400 ▶					
10'	1'05"—8'10"	306,000	200"	++	9"
30'	45"—6'50"	320,000	245"	++	9 $\frac{1}{2}$ "
100'	50"—8'20"	314,000	200"	++	9"
24h	1'15"—8'45"	286,000	235"	+	9 $\frac{1}{2}$ "

Ha 100%-nak vettük a betegek vizsgálat előtti alvadási idejét, a rövidülés a kontrasztanyag hatására átlagosan 32%-os volt, de 66%-ot nem haladta meg. Heparin egyidejű adása mellett az alvadási idő sohasem rövidült meg, sőt, az esetek felében a szokásos 200% feletti volt a hosszabbodás.

III. csoport: Állatkísérleteinkben a legfeltűnőbb változást az alvadási időben találtuk. A 2. sz. ábrán feltűntettük a 6 vizsgált kutya véralvadása kezdetének idejét a különböző vizsgálati időpontokban. Az alvadási idő következetesen, nagymértékben meg-

rövidült, és a legtöbb esetben átmenetileg ilyen is maradt.

Hasonló, de kisebb fokú rövidülés mutatkozott a recalcificációs időben egy eset kivételével. A thrombocytaszám alakulásában nem volt értékelhető változás, a prothrombin-idő és a fibrinogen-B-vizsgálat eredményei sem adtak lehetőséget semmiféle következtetésre. Egyik kísérletünk összesített adatait az 1. sz. táblázat mutatja.

Megbeszélés

A postangiographiás thrombosisokat részint klinikai, részint kísérleti vonalon a következő okokra igyekeztek visszavezetni:

1. A kontrasztanyagok minősége. (pH, töménység, intima-izgató hatás.)
2. A kontrasztanyagok mennyisége. (toxicitás.)
3. A befecskendezés technikája. (subintimalis injectio).
4. Az érrendszer reakciója.

ad 1. A *kontrasztanyagok minősége* kétségkívül jelentős szerepet játszik. A régebbi anorganikus jódvegyületek sokkal gyakrabban okoztak szövödményeket, míg a dijudált pyridin-származékok már jelentős haladást jelentettek. A háromjódatos benzoészavszármazékok (12) és a methylglucaminsav-vegyületek toxicitása még sokkal alacsonyabb, mint az előzőké, de még ezek a kontrasztanyagok sem mentesek a szövödményektől. Tanácsolják a kontrasztanyagok teshőmérsékleten tartását is, miután a hideg kontrasztanyag érgörcsőt vált ki.

ad 2. A szövödmények létrejötte függ a *kontrasztanyag mennyiségétől* is; noha az általánosan használt mennyiségek a tolerancia-dosist általában meg sem közelítik (8). Gyakoriak azonban a viszonylagos túladagolásból adódó szövödmények: pl. az agy, vese, bélfodor ereibe közvetlenül, töményen, viszonylag nagy mennyiségű kontrasztanyag bejutása következtében. Ennek következményei igen súlyosak lehetnek; hemiplegia emolliációval, a veseműködés részleges, vagy teljes leállása, kétoldalúság esetén gyakran lethalis kimenetellel (2, 10, 20, 21, 31), valamint mesenterialis thrombosis. *Pizon* (24) szerint azonban távoli thrombosis is előfordul. *May* és *Nissl* (18) emlékeztetnek arra, hogy különösen veszélyeztetettnek tekintendők azok a vénaszakaszok, amelyekben akadályozott a keringés. Ez a probléma adva van az arteriás oldalon is, úgy, hogy *McAfee* (20) szerint pl. *Leriche*-szindrómában 12–15 ml kontrasztanyag elegendő egy jól értékelhető kép elkészítéséhez. Lassult keringéssel, lassú elfolyással tehát az ütőereken is számolni kell. A *Leriche*-szindróma esetében éppen a veseerek vannak kitéve legjobban a kontrasztanyagoknak. *Shaw* (30) amellett megemlíti a töménység és az érfalra hatás időtartamának szerepét is, amelynek spasmuskeltő hatást tulajdonít.

ad 3. A befecskendezés technikája, vagy a módszer megválasztása esetenként helytelen lehet. A percutan lumbalis aortographia alkalmával a túa páratlan hasi ágak valamelyikébe kerülhet, és a

nagy mennyiségű kontrasztanyag töményen tölti ki az ereket. Ennek majdnem kivétel nélkül az érintett ér thrombosisa a következménye. A mechanikus ártalom arterioskleroticus plaqueot is leszakíthat a rajta ülő thrombóssal együtt. Kerülendő a magas nyomású készülék rutinszerű alkalmazása is. A subintimalis befecskendezés szintén számottevő veszélyt jelent.

ad 4. A fájdalomnak, a spasmusnak, a magas osmotikus nyomásnak (45) is szerepe van a thrombosisok létrejöttében, miután ezek mind olyan tényezők, melyek a vér károsan őrzött állandóit megváltoztatják. *Zsebők* és *Incze* (44) a kontrasztanyagok hatását vizsgálták az érfalon; sem ők, sem *Mazza*, vagy *Ruggieri* és *Piccioni* (29) nem találtak szövettani elváltozást. Ennek ellenére logikusnak tűnik az, hogy a sokszor hatalmas osmotikus nyomás, a kontrasztanyag normálistól eltérő pH-ja a kényes szerkezetű intimára nem marad hatástalan. *Tönnis* és *Schiefer* (33). Ha durvább szövettani elváltozásokat nem okoz is, kémiai és egyéb, egyelőre még ki nem mutatott elváltozás okául szolgálhat. *May* és *Nissl* (18) utal is erre; „Jedes Kontrastmittel irritiert etwas die Intima.” *Shaw* nem látja eléggé megmagyarázottnak a vizsgálatokat követő thrombotikus szövödményeket (30).

Vizsgálataink alapján mindezek mellett igen jelentősnek tartjuk a thrombosis keletkezésében a kontrasztanyagoknak a véralvadásra kifejtett hatását (33). Erre vonatkozó megfigyeléssel eddig nem találkoztunk. Bár esetszámunk kicsi; mégis értékelhető, mivel mind a beteganyagon, mind az állatkísérletekben következetesen észleltük a kontrasztanyag beadása után az alvadási idő kezdetének megrövidülését.

Intravasalis történésre utal az a megfigyelés, hogy paravasalis befecskendezéskor az alvadási idő nem rövidült meg.

Az alvadási idő egyedüli változása pedig arra utalna, hogy az érrendszeren belül a plazmatikus tényezők változásáról van szó. A rendelkezésre álló adatok a heparin-szerű anyagok zavara felé mutatnak. Ugyanis a kontrasztanyag a megelőző heparinhatást csökkenti, (az enyhe heparinhatást esetleg teljesen meg is szünteti), viszont a heparin az az anyag, amely az észlelt alvadás-fokozódást felüggeszti. Ezt a feltevést erősíti az az észlelés is, hogy több heparin szükséges azokban az esetekben, ahol az alvadási idő a vizsgálat előtt a megszokottnál rövidebb volt. Ilyen jelenség pedig nagy százalékban éppen érbetegeken és thrombotikus betegeken mutatkozik.

Egyébként a kontrasztanyagok alvadást fokozó hatása szoros összefüggést mutat más hypertoniás oldatok, elsősorban dextrose-oldat hatásával. Viszont a vizsgálati eredmények alapján nem sikerült értékelhető kapcsolatot találni a kontrasztanyag mennyisége és az alvadási idők megrövidülése között. Tehát úgy látszik, hogy a koncentrációnak lényegesebb a szerepe. Természetesen a hatásmechanizmus pontosabb tisztázásához még szélesebb körű vizsgálatok végzése szükséges.

Néhány esetben a kontrasztanyag beadása előtt és után abs. eosinophyl-sejtszámolást végeztünk. Mindig számottevő csökkenés mutatkozott és hypertoniás dextrose adására ugyanígy bekövetkezett. Így szóba kerül a stressz-reakció szerepe, de számolni kell más lehetőségekkel is.

A gyakorlat számára ezekből a vizsgálatokból az a következtetés adódott, hogy: a) minden ilyen vizsgálat előtt meghatározzuk az alvadási időt; b) a megrövidült alvadási idejű betegeknek és a prominens veszélyeztetettségű ér-betegeknek rendszeresen adunk a kontrasztanyaggal együtt, vagy azal egy időben, más érbe 2500—10 000E ($\frac{1}{2}$ —2 ml) heparint [ezt May és Nissl (18) is végzik]. Tapasztalat szerint a csupán kontrasztanyagot tartalmazó fecskendőbe visszaáramló vér kicsiny rögökben megalvadhat, injiciálásánál pedig thromboticus elváltozás kiindulásául szolgálhat. Ezért jobb a kontrasztanyag mellé szívni a heparint. c) a vizsgálat után, amennyiben az alvadás erősen rövidült, ugyancsak adunk hasonló adag heparint.

Összefoglalás: A szerzők áttekintik az angiographiás vizsgálatok thrombotikus szövődményeit és ezek eddig felkutatott okait. Vizsgálták a kontrasztanyagok hatását a véralvadásra. Megállapították, hogy a kontrasztanyagok befecskendezése után az alvadási idő lényegesen megrövidül. Ezt a hatást eddig még nem vizsgálták és nem írták le. A veszélyeztetett betegeknek vizsgálatkor heparint adnak esetleges thrombotikus szövődmények kiküszöbölésére.

IRODALOM. 1. Albert F.: Min. Cardioang. Europ. 1957, 5, 99. — 2. Alwall N. S., Johnsson S., Tornberg A., Werko L.: Acta Chir. Scand. 1955, 11, 109. — 3. Ambrózy G., Gallai M.: Ideggy. Szemle. 1962, 15, 168.

— 4. Antoni N., Lingren E.: Acta Chir. Scand. 1949, 98, 230. — 5. Baum V., Eufate S. A.: New York. J. Med. 1962, 62, 3931. — 6. Beall A., Crawford St., Couves C., DeBakey, M. E., Moyer I.: Surgery 1958, 43, 364. — 7. Boyarski S.: J. A. M. A. 1954, 156, 599. — 8. Crawford E. S., Beall A. L., Moyer J. H., DeBakey M. E.: Surg. Gyn. Obst. 1957, 104, 129. — 9. Csillag A.: Orv. Hetil. 1960, 101, 201. — 10. Ducuing J. H., Pons H., Emjalbert L.: J. de Radiol. 1949, 30, 497. — 11. Fontaine R.: Zbl. f. Chir. 1955, 80, 683. — 12. Gottlob R.: Min. Cardioang. Europ. 1957, 5, 87. — 13. Guilfoil P. H.: New Eng. J. Med. 1963, 269, 12. — 14. Heuber W.: Münch. Med. Wschr. 1942, 89, 792. — 15. Kloss K., Radlunger C.: W. klin. Wschr. 1950, 62, 914. — 16. Kremer K.: Chirurgie der Arterien. Thieme. Stuttgart. 1959. — 17. Martin P.: Min. Cardioang. Europ. 1957, 5, 92. — 18. May R., Nissl R.: Die Phlebographie der unteren Extremitäten. Thieme. Stuttgart. 1959. — 19. Mazza P.: cit. 45. — 20. McAfee J. G., Wilson G.: Radiology. 1956, 75, 1956. — 21. Miller G. M., Wylie E. J., Hinman F.: Surgery, 1954, 35, 385. — 22. Morino F., Tarquini A.: Min. Chirurg. 1957, 12, 401. — 23. Moritz P., Beregi E., Sztankay Cs.: Psych. Neurol. Basel. 1964, 147, 20. — 24. Pico C.: Min. Chir. 1957, 12, 216. — 25. Pizon P.: Presse Méd. 1956, 48, 1107. — 26. Pratt G. H.: Arch. Surg. 1956, 72, 500. — 27. Robinson R. S.: Arch. Surg. 1956, 72, 290. — 28. Ratschow M.: Angiologie. Thieme. Stuttgart. 1959. — 29. Ruggieri R., Piccioni L.: cit. 45. — 30. Shaw R. S.: Surgery 1956, 39, 385. — 31. Sprenger F.: Helv. Chir. Acta. 1951, 18, 358. — 32. Sztankay Cs.: Sebész Nagygyűlés. Budapest. 1960. — 33. Sztankay Cs.: Lyon Chirurg. 1963, 59, 16. — 34. Sztankay Cs.: Orvosképzés. 1964, 3, 66. — 35. Tönnis W., Schiefer W.: Fortschr. d. Neurol-Psychiatr. 1958, 26, 265. — 36. Tarazzi A. K., Margolis G., Grimson K. S.: cit. 46. — 37. Vitt A.: Am. J. Roentgen. 1956, 67, 196. — 38. Völpel A. W.: Verhandl. dtsche. Ges. f. Kreislaufforschung. 1951, 17, 305. — 39. Wagner F. B., Price A. H., Swenson D. U.: Am. J. Roentgen. 1947, 58, 591. — 40. Wagner F. B., Price A. H.: Surgery 1950, 27, 621. — 41. Weissleder H., Schrop W., Kloess J.: Fortschr. Roentgenstr. 1963, 98, 288. — 42. Wertheimer P.: Lyon. Chir. 1957, 53, 428. — 43. Wilder R. J., Steichen F. M.: A. M. A. Arch. Surg. 1960, 80, 198. — 44. Zsebők Z., Incze F.: Acta Med. Hung. 1958, 1. — 45. Zsebők Z.: Röfo. 1959, 90, 48. — 46. Zsebők Z.: Kongress d. Deutsch. Ges. f. Radiol. Giessen. 1960.

HEXETIDIN hüvelykúp és oldat

Adagolás: A vaginális kúpot kúraszerűen napi 1—2 kúp felhasználásával kell adagolni. A oldatból 2 gyermekkanálnyit 1 liter vízzel felhígítani és a hígított oldatot hüvelyöblítésre alkalmazni.

Összetétel: 1 hüvelykúp 5 mg 1,3-bis-(β -ae thylhexil)-5-methyl-5-aminohexahidropirimidint tartalmaz. 1 üveg oldat 4 g 1,3 bis-(β -aet-hylhexyl)-5-methyl-5-aminohexahidropirimidint és 1,1 g acidum lacticumot tartalmaz 100 ml-enként.

Javallat: Alkalmazható mindenféle fertőzéses eredetű (trichomonas, monilia stb.) fluor kezelésére.

Csomagolás: 10 db kúp 8,10 Ft
100 db kúp 55,— Ft
100 ml oldat 57,40 Ft

Megjegyzés: SZTK terhére csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer nem biztosítaná megfelelően.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Orvostovábbképző Intézet, II. Gyermekgyógyászati Tanszék

A connatalis tbc kórisméje és kezelése

Steiner Béla dr., Peisz Ida dr.

A connatalis tbc. a streptomycin felfedezéséig elsősorban kórbonctani érdekesség volt. Antibiotikumok révén lehetségessé vált aktív kezelése. A kezelés eredményessége függ: 1. a fertőzött magzat korától, 2. a fertőzés súlyosságától, 3. a terapia megkezdésének idejétől, 4. a kezelés módjától, 5. a szervezet ellenálló képességétől.

1964-ig 15 gyógyult esetről találtunk említést az irodalomban; ebből 13 beteg többé-kevésbé részletes adatai rendelkezésünkre álltak.* (1, 3, 5, 7, 8, 10, 13—17).

5 gyógyult eset ismertetése

Az első kezelt és gyógyult esetről *Lesne* (10) számolt be 1950-ben. Már a szülés előtt 38 nappal megállapították, hogy a terhes nő meningitis tbc.-ben szenved, kezelését csak 8 nappal később kezdték meg streptomycinnel. A koraszülöttség és az esetleges tbc.-s fertőzés közötti összefüggés lehetőségét nem vetették fel. Az anyát szülés után tovább kezelték. A csecsemő fertőződése csak a 30. napon bekövetkező láz, hányás és pozitív Mantoux-reactio révén lett nyilvánvaló. A pozitív Mantoux-reactio ellenére a streptomycin-kezelést csak a 35. napon indították meg; azután 9 hónapig folytatták. Fel kell figyelni arra, hogy 3 hónapos kezelés után a liquorban tbc.-bacilust találtak. Gümőkóros agyhártyagyulladás nem fejlődött ki.

Értékelés: Mai felfogásunk szerint hiba volt, hogy csupán a meningitis tuberculosa-ban szenvedő anyát kezelték a szülés után, tünetmentes csecsemőjét nem. Tapasztalat szerint az anya gümős agyhártyagyulladásánál és miliaris tbc.-jében nagy a valószínűsége annak, hogy a csecsemő haematogen úton fertőződik, vagy Koch-bacilussal fertőzött magzatvizet aspirál. Az ilyen csecsemő változó ideig látszólag tünetmentes lehet, súlya emelkedhet. A napokon-hetekken belül bekövetkező betegségi tüneteket gyors halál követheti.

Következtetésünk: Meningitis tuberculosa-ban szenvedő anya újszülöttjét is kezelni kell. Az anyától való elválasztása természetes követelmény. A gyógyulást elősegíti a csecsemő intrauterin streptomycin kezelése.

Amick és társai (1) közlése szerint 17 éves néger nőnél szülés előtt tüdő tbc.-t állapítottak meg. Szülés után közvetlenül észlelt miliaris tbc.-jét

streptomycinnel kezelték. Az 1284 g-os újszülöttnél a Mantoux-reactio már a 21. napon pozitív volt. A 72. napon miliaris tbc.-t mutattak ki és a gyomortartalom is Koch-pozitív volt. Ekkor streptomycin kezelésbe kezdtek (240 mg/24 ó.) és azt 4 hónapon át folytatták. Tüdő-röntgen teljesen feltisztult, de hőemelkedés, középfül-infectio, máj-lép duzzanat még hosszú ideig észlelhető volt. Kétéves korában szellemileg visszamaradt.

Értékelés: Az anya miliaris tbc.-je, a Mantoux-reactio korai pozitivitása ellenére, sem vették kezelésbe a csecsemőt, mert a teljesen biztos kórismére vártak. Feltűnő, hogy a nagyon kis súlyú koraszülött a késői és rövid ideig tartó kezelés mellett is életben maradt. Szellemi retardatio gyakran ismétlődő tünet az életbenmaradottaknál és kórtana nem tisztázott.

Amick és társai (1) második esetében az anyán közvetlenül szülés előtt tracheobronchitis tbc.-t állapítottak meg. Szülés után streptomycinnel kezelték, a 28. napon hasi panaszok miatt műtét, amikor genitális tbc.-t találtak és a Koch-bacilust is kimutatták. Az 1770 g-os koraszülött hőemelkedését, nyirokmirigy duzzanatát, jobboldali otitisét, 56. napon jelentkező faciális paresisét sem tartották elegendőnek specifikus terapia megkezdésére. Csak mikor a 71. napon végzett antrotomiával az ant-rumban caseosus anyagot találtak, a fülvadászban pedig Koch-bacilust mutattak ki, kezdték meg streptomycinnel a kezelést (1 g/24 ó.). Másfél éves korában 10,2 kg volt — beszédben visszamaradt.

Értékelés: A diagnózisban és terapiában elkövetett hibákat nem kell külön kiemelni. A szerzők maguk említik, hogy a kezelést azért kezdték olyan későn, mert a kórismében teljesíteni akarták a *Beitzke*-kritériumokat (12). Az ő nézetük szerint is helyesebb lett volna a kezelést hamarabb kezdeni.

Steiner (16) esete is sok diagnosztikus és terapiás problémát vetett fel, „szülészeti-gyermekgyógyászati” hiányosságáról is tanúskodik. 25 éves egyetemi hallgatónőnél terhessége alatt nem figyeltek fel az ismétlődő pleuritis, ill. „pneumonia” esetleges gümőkóros eredetére. Nem értékelték ilyen szempontból helyesen a terhes nő „tüdőgyulladásának” kezelésekor alkalmazott penicillin hatástalanságát és a streptomycin eredményességét.

A csecsemőnél szokatlanul kiterjedt sub- és retroauricularis mirigyduzzanat oka kezdetben nem volt tisztázott. Hiányzott a connatalis otogen tbc.-re jellemző praeauricularis mirigy megnagyobbodás. Közrejátszott még, hogy az anyánál a

* Helyhiány miatt csak néhány jellegzetes esetet ismertetünk. A teljes anyag az *Acta Paediatrica Acad. Sci. Hung.*-ban jelenik meg.

szülés után 6 héttel megállapított endometritis tbc.-ről értesítést nem küldtek. A mastoiditis műtét révén az aetiológia a tbc. bacilus kimutatásával tisztázódott. A streptomycin kezelés a koraszülött csecsemőnél a 4. hónapban kezdődött és 12 hónapig tartott.

Értékelés: Annak ellenére, hogy a beteg meggyógyult, a kórismézésben és kezelésben sok hiba volt. Megtanulhattuk újra, hogy fiatal terhes nő pleuritisénél és „pneumoniájánál” elsősorban tbc.-re kell gondolni, kiegészítő vizsgálatokkal igyekezzünk a kórismét igazolni. A kezelés megindítása újszülöttnél gyanú esetén is indokolt. Miután ez az eset aspiratiós eredetű otogen connatalis tbc. volt, érthető, hogy a csecsemőnél az ismételt tüdőfelvételek is negatívak voltak. A hónapokon keresztül észlelt negatív Mantoux arra figyelmeztet, hogy ez — a különben értékes próba — fiatal csecsemőkorban diagnosztikailag kevésbé vált be. Figyelmet érdemel, hogy a sokszor későn kezdett kezeléssel is sikerült életképtelennek tartott, 1250 g-os csecsemőt, életben tartani.

A jelenleg 13 éves gyermek szellemileg visszamaradt — 9 éves korában történt tüdő fertőzéséről (hyperergias Mantoux-reactióval) és gyógyulásáról más helyen részletesen beszámolunk.

Salvioli (14) esete mutatja, hogy kivételes esetben súlyos tüdőgümőkóros anya is szül, és a csecsemő is tbc.-vel fertőzött. A csecsemőben az első héten észlelt májduzzanatot nem tudták kellően értékelni. A májnak és a lépnek a köldökvonallig terjedő megnagyobbodása, majd hőemelkedés és nyaki mirigyduzzanat részletesebb vizsgálatot tett szükségessé, ami aránylag későn vezetett a helyes diagnózishoz. A röntgen a 45. napon miliaris tbc.-t mutatott. Ugyanakkor a nyaki nyirokmirigyben Koch-bacillust találtak. A liquor vizsgálata az 5. hónapban Koch-pozitív; Mantoux hyperergias. A másfél hónapos kortól 5 hónapos korig tartó, streptomycinnel és INH-val végzett kezelés eredménytelen volt. Drámai javulás következett be, amikor INH-kezelés mellett intrathecalisan streptomycint, prednisolont is adagoltak 7 hónapos korig.

Értékelés: Nézetünk szerint súlyos tüdő tbc.-ben szenvedő terhes nő szülésekor tbc.-s fertőzés lehetőségével számolni kell a csecsemőnél. Az első tünetek ilyen irányú értékelésével és elsősorban a gyomortartalom vizsgálatával a kórismét hamarabb felállíthatják, s a kezelést előbb megkezdhetik volna. Nagyon tanulságos, hogy a szokásos streptomycin- és INH-kezelés nem minden esetben eredményes — prednisolon adása is szükséges lehet. Annak eldöntése, hogy prednisolon mellett az intrathecalis streptomycin- és INH-kezelés mennyire volt hatékony, utólag biztonsággal nem lehetséges. Egészen kivételes a Mantoux-reactio hyperergias volta, mely exogen ráfertőzés kizárását is szükségessé teszi. Tanulságos, hogy a liquor Koch-pozitivitása csak minimális fehérje- és sejtszám-szaporodást okozott normális cukor mellett. Szerencsére a feltételezett tbc. meningomot nem követte meningitis tbc.

Megbeszélés:

Adataink azt mutatták, hogy a kórismét minden betegen későn állították fel és a kezelést minden betegnél későn kezdték. Ez a lehangoló tapasztalat arra int, hogy a tünetek interpretálása nem megfelelő. Emellett a tünetmentes, de súlyosan veszélyeztetett gyermek védelmének gondolata is háttérbe szorul. Az is hiba, hogy a szülész és gyermekgyógyász között nem megfelelő az együttműködés. Ezért a betegség tüneteit sokszor hiányos anamnesissel értékelték. Hozzá kell szoknunk ahhoz, hogy az újszülött betegségének jeleit a méhlepény-anya-újszülött egység szemszögéből vizsgáljuk. A méhlepényről rendszerint nincs semmi adat. Az újszülött kórelőzményét a terhesség lefolyásából olvashatjuk ki. Anyagunkban az anamnesis részben hiányos volt, részben rosszul értékelték azt. A leggyakoribb tévedés az anyai tbc.-vel kapcsolatos.

Tankönyvi megállapítás szerint az anyai tbc. annál inkább veszélyezteti az újszülöttet, minél súlyosabb természetű az. Az újabb adatok ezt a nézetet ilyen fogalmazásban nem támasztják alá (12). Tapasztalati tény másrészt, hogy miliaris tbc.-ben, meningitis tbc.-ben szenvedő anya újszülöttjét prenatalisan, vagy sub partu gyakran fertőzi. Mindhárom említett tbc.-forma súlyos, de míg Rattner (12) anyagában tbc.-vel elsősorban régen fertőzöttek szerepelnek, addig a miliaris és meningitis tbc. az esetek túlnyomó többségében friss, sokszor csak hónapok előtti fertőzés következménye. Az összegyűjtött anyag is azt igazolta, hogy frissen fertőzött anyák csecsemőinek tbc.-s fertőzöttsége a gyakoribb.

A friss fertőzés jeleit (initialis láz, erythema nodosum, pleuritis) sokszor nem megfelelően értékelik és negatív tüdő röntgen lelet esetén nem számolnak a tünetszegény friss tbc.-sfertőzés veszélyes dinamikájával.

Friss fertőzés megbízható jele az is, ha a terhesség elején negatív Mantoux-reactio a terhesség folyamán pozitívvá válik. Ezt nem szokták vizsgálni. Friss fertőzés alatt számolni kell a szóródás lehetőségével. S nem ritka a szóródás genitalis localisatiója sem.

Ha az anamnesis felvételekor nem kellő nyomatékkal faggatjuk a beteget a friss fertőzés esetleges hátterét illetően, akkor ennek felismerése könnyen elsikkad. Adataink azt is mutatták, hogy amikor a friss fertőzés tüneteit biztosan kimutatták, antituberculosikus kezelést a leggyakrabban elmulasztották a terhes nőknél. Ezen változtatni kell.

Régebben az volt a cél, hogy Beitzke-kritériumi (2) alapján a connatalis tbc.-t teljes biztonsággal igazolják és a kórismét csak ilyenkor fogadják el. Abban az időben kezelés nem volt lehetséges. Ma a therapiás lehetőség birtokában a klinikusnak az a feladata, hogy a connatalis tbc.-t már akkor ismerje fel, amikor legtöbb reménye van gyógyítására. Ennek megfelelően a kezelést már a connatalis tbc. alapos gyanújánál meg kell indítani.

Helyes, ha a meningitis tuberculosa-s anya kezelését a szülés után tovább folytatják, de helytelen, ha ugyanakkor az újszülött kezelését a betegség „biztos” jelére várva elmulasztják. Ez rendszerint a csecsemő halálát jelenti. Logikus arra gondolni, hogy a miliaris tbc.-ben szenvedő terhes nő kezelésekor a méhben levő magzatját is kezelték és korszerűtlen a rendszeren elégtelen ideig tartó kezelést a szülés után hirtelen megszüntetni.

Tetanus gyanúnál kötelező a kezelés; miért nem követjük ezt az elvet a connatalis tbc. gyanújánál?

A connatalis tbc. tünettana rendkívül változatos. Kezdetől fogva lehet a láz magas. Észlelhetjük a bronchitis, bronchopneumonia jeleit. Rosszul fejlődnek. Korán kimutatható máj- lép-megnagyobbodás. Mantoux-reactio már a 7—16. napon pozitív lehet (18). Máskor esetleg 42 napig is tünetmentes a csecsemő (6). Súlynövekedése töretlen. Ismételt átvizsgáláskor nincs kóros lelet. A Mantoux-reactio állandóan negatív. Majd meglepetésszerűen, az első tünetek észlelése után hálnak meg connatalis tbc.-ben a beteg csecsemők.

Eredményeink javítására két út kínálkozik. Keresnünk kell a terhes nő anamnesisében a tbc.-re, elsősorban a friss tbc.-s fertőzésre utaló jeleket és mérlegelni kell azok jelentőségét az újszülött esetleges fertőzöttségére vonatkozólag. Beszükíti a keretet az a körülmény, hogy a connatalis tbc.-s újszülöttek rendszerint korák, vagy kis súlyúak. Ezek szerint helyes ezen kategóriánál az eddiginél fokozottabb mértékben számolni tbc.-s fertőzéssel. Még helyesebb ha szülészeti-gyermekgyógyászal konzultálva a frissen fertőzött anyákat negatív tüdő röntgen leletük ellenére is tbc.-ellenes kezelésben részesítjük. Már 1952-ben ajánlottuk, hogy az aktív tbc.-ben szenvedő anyák antituberculoitikus védelemben szüljenek (16). Connatalis tbc. gyanújánál — kezeléssel párhuzamosan — sorozatosan kutassanak tbc. bacilus után a felkötött váladékban és a kiemelt gyomortartalomban tenyésztéssel is. A szülészeti intézet az anyánál talált tbc.-s megbetegedésről sürgősen értesítse a gyermekosztályt. *László és Wermer* (9) esetében az anyánál a 13. napon állapították meg a miliaris tbc.-t. Csecsemőjét a 16. napon helyezték a gyermekosztályra, anélkül, hogy az anya leletéről említést tettek volna. Máskor 5 hónapot is késték a kezeléssel.

Az adatokból jól látható, hogy az anya tbc.-s betegségének súlyossága és az újszülött veszélyeztetettsége nem azonos fogalmak. Összegyűjtött anyagunk tanúsítja, hogy a connatalis tbc. nem annyira rosszindulatú betegség, mint gondoltuk. Egyes esetek késői és elégtelen kezelés ellenére is meggyógyultak. *Hughesdon* (6) congenitális tbc.-s beteget kezelés nélkül két és fél évet élt. Szükséges

volna a gyógyultnak jelzett connatalis tbc.-s betegek további sorsáról pontosabb adatokkal rendelkezni. *Steiner* betegéről tudjuk, hogy 13 éves korában tbc.-szempontból gyógyult. A connatalis tbc. terapiájára az irodalomban még nem alakult ki egységes nézet. Véleményünk szerint helyes két csoportot elkülöníteni. Connatalis tbc. gyanújánál 3 hónapon keresztül Isonicotinsav hydraziddal (10 mg/kg/24 ó.) és streptomycinnel — csecsemőnél 0,3—0,5 g/24 ó. — folytatunk kezelést. Ha ezen idő alatt megállapítható, hogy kórisménk téves, a kezelést abbahagyjuk. Ha gyanúnk továbbra is alapos, a kezelést folytatjuk, de streptomycint csak 3 naponként adunk. A connatalis tbc. terapiája azonos a miliaris tbc.-nél alkalmazottal. Általában több hónapos kezelést ajánlanak: *Fanconi* (4), *Petényi* (11). Helyes minden esetet terapiás szempontból individuálisan felfogni. Nem csak a tünetek felszámolására, hanem a recidiva elkerülésére is törekednünk kell. Ezért tanácsos a gyógyulás megállapítását követően még két hónapon át biztosító kezelést folytatni.

Összefoglalás:

Az irodalomban fellelhető 15 gyógyult connatalis tbc.-s esetből 5 jellegzetes esetet ismertettünk. Szerzők maguk is megállapítják, hogy a kórismét minden esetben későn állították fel és a kezelést későn kezdték meg.

A connatalis tbc. — adataik szerint — sokkal gyakoribb tbc.-vel frissen fertőzött, mint súlyos phthisisben szenvedő anyák újszülöttjeinél. Ezért fontos a terhes nő friss tbc.-s fertőzésének az eddiginél pontosabb kórismézése és korábbi kezelése. A terapiával nem várhatunk a biztos tünetek megjelenéséig; connatalis tbc. gyanúja esetén az azonnali kezelés kötelező.

A szülész és gyermekgyógyász szorosabb együttműködése szükséges.

IRODALOM. 1. *Amick F. E.* és tsai: *Pediatrics*. 1950. 6. 384. — 2. *Beitzke H.*: *Ergebn. ges. Tuberk. Forsch.* 1935. 7. 1. — 3. *Davis S. F.* és társai: *J. Pediatrics*. 1960. 57. 221. — 4. *Fanconi G., Wallgren A.*: *Lehrbuch der Pädiatrie*. 1961. 510. oldal. Schwabe, B., Basel/Stuttgart. — 5. *Hudson F. P.*: *Arch. Dis. Childh.* 1956. 31. 136. — 6. *Hughesdon M. R.*: *Arch. Dis. Childh.* 1952. 27. 167. — 7. *Imerlund O.* és tsai: *Acta Tubercul. et Pneumolog. Scandinav.* 1962. 42. 45. — 8. *Krűbig H.*: *Dtsch. med. Wschr.* 1961. 86. 1904. — 9. *László J.* és tsa: *Gyermekgyógyászat*. 1952. 10. 314—318. — 10. *Lesne E.* és tsai: *Arch. france de Pédiat.* 1950. 7. 138. — 11. *Petényi G.*: *Gyermekgyógyászat*. 1961. 728. oldal. Medicina, Budapest. — 12. *Ratner B.* és tsai: *Am. J. Dis. Child.* 1951. 81. 471. — 13. *Rossier A.* és tsa: *Bull. Soc. Med. Paris*. 1954. 70. 667. — 14. *Salvioli G.*: *Clin. Ped.* 1960. 43. 6. — 15. *Schmidt-Rohr H.*: *Zschr. f. Kinderhkl.* 1953. 72. 399. — 16. *Steiner B.*: *Orvosi Hetilap*. 1953. 94. 1026. — 17. *Weingarten V. L.*: *Tuberkulosearzt*. 1953. 7. 411. — 18. *Zarfl M.*: *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1930. 74. 380.

**Készülékek
JENA-ból
a szemészet
szolgálatában:**



Egybeesés — törésicsúcsérték-mérő

Egybeesés — sugártörés-mérő

Törésicsúcsérték-mérő 70

Rövidlátást vizsgáló készülék

Raszterválasztó

Sugártörés vizsgáló készlet

Zentriskóp

Skiaskóp

Kézi szentükör

Oftalmométer

Kézi oftalmoszkóp

A mi jelünkkel ellátott termékek a tudományos műszaki haladás előkészítői az egész világon.

Pontosság és minőség!



VEB Carl Zeiss JENA

A modern optika úttörője és központja

LATROGEN ÁRTALMAK

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Bőr- és Nemikórtani Klinika (igazgató: Szodoray Lajos dr.)
és Igazságügyi Orvostani Intézet (igazgató: Nagy János dr.)

Rheopyrin draszté által okozott halálos Lyell syndroma

Daróczy Pál dr., Szabó Miklós dr. és Buris László dr.

Lyell 1956-ban „toxic epidermal necrolysis” néven egy kórképet írt le, melyet a hám kiterjedt nekrozisa és lysis jellemez. A kórfolyamatban az egész bőrfelszín és a látható nyálkahártyák is érintettek. A betegség kialakulása folyamán, kezdetben körülírt területeken gyorsan terjedő, erythemás alapon, más helyeken szemmel láthatóan kóros tüneteket nem mutató bőrterületeken petyhüdt, szabálytalan szélű, gyorsan felszakadozó hólyagok jelennek meg. A hólyagok falának megnyílása után kiterjedten denudált bőrterületek jelennek meg, mely miatt a klinikai kép másodfokú forrázáshoz hasonlít. Frain—Bell (17) a kórképet „scalded skin syndrome”-nak nevezte. A folyamat kezdetétől fogva pozitív a Nikolskij—Stukovenkov tünet. Szövet-tanilag jellemző a hám gyorsan tovaterjedő elhalása, melynek során ballonáló és retikuláris degeneráció figyelhető meg, mint átmeneti állapot a colliquatiós nekrozishoz. Az elhalásos folyamat a folliculusokban és perifolliculárisan legkifejezettebb (Steigleder 38). Az elhalás a hám minden rétegére kiterjed, a lysis sub-epidermalisan lép fel. Egyes szerzők (9, 27, 32) megfigyelései szerint az elhalás csak a hám felső rétegében jelentkezik és a lysis a hámon belül lép fel. Rowel (35) és Thompson (35) esetében egyes testrészekben sub-, más helyeken intraepidermalisan észlelték a jelenséget. Vánkos és Borza szerint a lysis másodlagos jelenség, illetve az elhalással egy időben fellépő reakció (39).

meg a világirodalomban, így hazánkból Vánkos és Borza (39), valamint Fülöp és Zangel közölték eseteiket (18), továbbá bolgár (36), francia (8), német (6, 25) és egyéb nemzetiségű szerzők ismertették megfigyeléseiket, ami egyben arra is utal, hogy a kórkép sokkal gyakoribb, mint ahogyan azt eredetileg feltételezték. Valószínűleg már Lyell előtt is leírták a betegséget más körjelzéssel, melyre Soltermann (37) is felhívja közleményében a figyelmet. Az esetek szaporodását Hoff (24) az egyre növekvő gyógyszerfogyasztás miatti gyakori túlérzékenységi jelenségekre vezeti vissza.

Keletkezéséről Lyell a kórképet toxæmia következményének tartja (véleménye szerint a kiváltó okok gyógyszerek). A szerzők nagy része ma már nem toxikus, hanem a túlérzékenységi tényezőnek tulajdonítanak szerepet az aetiológiában. Véleményünk szerint is ez a kézenfekvő magyarázat (vö. Vánkos—Borza 39). A kórelőzményben különféle gyógyszerek szerepelnek, mint kiváltó tényezők (I. táblázat). Rheopyrin draszté szedés közben gyakran észlelünk különböző mellék tüneteket. Az első súlyos Stevens—Johnson syndromát okozó Rheopyrin toxikósis hazánkban Vánkos és Paszinszky közölték (40).

Esetünk leírása:

K. Zs-né 32 éves nőbeteg, htb. Családi kórelőzmény: apja cukorbetegségben halt meg, anyja, 7 testvé-

I. sz. táblázat.

Az eddig leggyakrabban Lyell-syndromát okozó gyógyszerek.	okozó gyógyszerek.
Lyell	Dover por, Aspirin, Butazolidin
Lang, Walker	ol. Chenopodii, methylsalicylicum, tinct. capsici phenolphthalein, penicillin (inj.)
Rook, Gill	Na amylobarb., tetrachloraethyl
Catto	meclizin
Evans	tetracyclin, promethazin, vioform
Soltermann	saridon
Farin-Bell, Koblenzer	penicillin (p. os)
Grimmer	butazolidin
Korting, Holzmann	metachlorphenol, nitrosocarbazol, aminotriazol
Ponelis, Rietschel, Zerbst	anaesthesin, prokain
Potter, Auerbach, Lorincz	prokain-penicillin, sulphanylamid, Aspirin
Wassmuth	Aspro, Melabon
Browne, Ridge	phenolphthalein, Dapsone
Rowel, Thompson	tetanus serum, atropin, Pethidin, paraldehyd
Vánkos, Borza	Belloid
Fülöp, Zangel	Salazopyrin
De Toni	sulphametoxipiridazin

A betegség lefolyása súlyos, az esetek mintegy 30%-a halálos [vö. Braun—Falco (6)]. Lyell közleménye óta a súlyos esetek száma egyre szaporodik. Az utóbbi években nagyszámú közlemény jelent

re, férje és 3 gyermek él, egészségesek. Egyéni kórelőzményében gyermekbetegségekre nem emlékszik. Néhány évvel ezelőtt száraz mellhártyagyulladásra volt. Az utóbbi években ágyéki gerincétájékán gyakori fájdalmat érzett, mely miatt salicylátokkal kezelték. Pa-

naszai ezen kezelésre nem szűntek meg, s ezért a gyógyszer szedését abbahagyta. Kb. 2 éve ízületi panaszai is voltak, főleg a térd- és csukló-izületekben. (Enyhe formában ezen panaszok már 8–10 évvel ezelőtt is megvoltak, de ekkor kezelést még nem igényelt). Ízületi és gerinctáji panaszai miatt orvosa 1964 március második felében napi 3×2 tbl. Rheopyrint rendelt. A gyógyszer szedésének negyedik napján lázas lett, hőmérséklete $38,4\text{ C}^\circ$ -ig emelkedett, kötőhártyája vörös volt, igen gyengének érezte magát. Másnap testszerte, de főleg a nyakon és a végtagok hajlító felszínén viszkető-égő csalángöb-szerű kiütések jelentek meg, melyek 1–2 nap múlva tenyérnyi nagyságú hólyagos folyamattá alakultak át. Egyre gyengébb állapota miatt a gyógyszerzedés negyedik napján ismét orvosához fordult, aki Prednisonot, Pipolphen tbl.-t és Calcimusc inj.-t adott, de a Rheopyrin-drazsét továbbra is szedte. Állapota eközben gyorsan romlott, a bőrijelenések kiterjedten jelentkeztek. Ezért egyik vidéki kórház bőrosztályára szállították, ahol 1964. április 3–8-ig kezelték, majd április 8-án mentőkkel a debreceni Bőr-klinikára hozták.

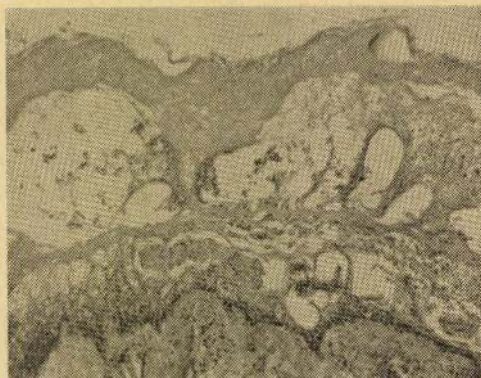
Felvételi állapot: jól fejlett és táplált adiposus nőbeteg. Esméletlen, kérdésekre nem válaszol, tüszúrás- és izomösszehúzóással reagál. Az arc, homlok, áll és



1. ábra. Exitus előtt 2 órával készült felvétel az arcról és a törzs elülső felszínéről

nyak bőre (1. ábra) részben denudált és barnás-véres pörkkel fedett, részben mogorónyi hólyagokkal borított. A kötőhártyák erősen vérbőek, a szemrés a nagyfokú vízenyő miatt zárt, nehezen tárható fel, a kötőhártyák gyulladása miatt a szemhéjak alól véres-gennyes váladék ürül. Az orr- és szájnyálkahártyák rész-

ben hámfosztottak, a száj- és orrüreg alvadt vérrel telt, ezért a légzés megnehezített. A külső hallójáratokból szintén alvadékos vér szivárog. Alsó és felső ajkak pörkkel fedett erosiokkal ill. élénkvrös denudált területekkel borítottak. Mellkas középső része, a jobb mell részben, a hát csaknem egészében denudált, más helyeken a hám könnyen letolható alapról. A has felső felében ujjbegynyi hámfosztott területek mellett fillérnyi-forintosnyi nagyságú, nagyjából kerek, papu-



2. ábra. 200-as nagyítással készült haematoxilinnal festett szövettani metszet. Jellegzetes intraepidermalis bulla, az epidermában intracellularis oedema, a papillák felszínén néhány sejtsorral

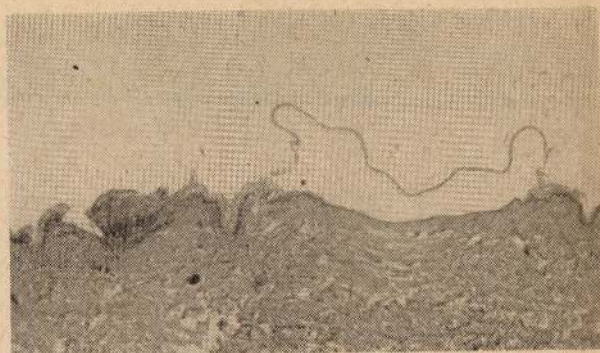
losus beszűrődések láthatók, melyek közepe kissé behúzódtott és halványabb. A fartájékon és a végtagokon a leírt elváltozások mellett, főleg a kézfejekon és lábháton kisdíónyi hólyagok láthatók, melyek feszes falúak, sárgás bennékel teltek. A kézfejekon ezek mellett jellegzetes erythema multiformera emlékeztető jelenségek (2. ábra). A nagy- és kisajkak erodáltak, barnás pörkkel borítottak. Feltűnő az egész testfelszínén kiváltható Nikolskij-Stukovenkov-tünet.

Egyéb vizsgálati leletei: Nyirokcsomó duzzanatot nem tapintunk. Pajzsmirigy normális tapintatú. Tompa szívhangok. Szapora légzés. Tüdők fölött érdesjeles alaplégzés. Érverés: 110/perc, egyenletes, könnyen elnyomható. Vérnyomás 110/70. Has betapintható, nyomásérzékenység, vagy kóros duzzanat nem észlelhető. Inreflexek nem válthatók ki. Hőmérséklete (hónaljban mérve) $40,6\text{ C}^\circ$. Gégészeti és szemészeti vizsgálattal a leírtakat észlelték.

Laboratóriumi leletei: We: 20/57. (Egyéb vizsgálat céljára a betegtől nem tudunk vért venni). Vvt: 3 900 000, fvs: 13 400. Qualitativ vérvkép: ju: 4%, st: 1%, se: 1%, eo: 2%, ly: 46%. A kenetben vérlemezkék ismételt vizsgálattal sem mutathatók ki. A halál előtt 2 órával készített vérvképben vvt: 3 100 000, fvs: 5200. A qualitativ vérvkép lényegében nem változott, vérlemezkéket ekkor sem találtunk. A beteg vizeletet nem ürít. Katheterrel vett 200 ml rozsdabarna vizeletben fehérje ++, genny és cukor nincs, az ubg-t a vizelet színe miatt nem lehet megítélni. A beteg székletét maga alá üríti, de az csak külső felszínén véres, tehát a vér az alsó bélszakaszokból származik. Bár semmiféle ételt, ill. folyadékot nem vesz magához a beteg, ennek ellenére gyakran van hányingere. Serum fehérje, RN, stb. vizsgálatokhoz vért nem tudunk venni.

Felvétele után azonnal, kipreparált bokavénába tartós cseppinfúziót kötünk be szívszerekkel, vitaminnokkal, központi és perifériás hatású keringési szerekkel, nagy adagú Diadreson-F-Aquosummal és plasmával, a beteg külsőleges ellátása mellett. A szájüreget és az ornyílásokat óvatosan kitisztítjuk, a nyákos-véres váladékot óvatosan kiszívjuk. A légzés azonnal könnyebb lesz. Láza kielégítő mennyiségű lázcsökkentő szerek és a nagy adagú steroid ellenére sem csökken $38,6\text{ C}^\circ$ alá. Vérvképben ekkor, bár csak plasmát kapott és nem teljes vért, 3 800 000 vvt. és 7000 fvs. mellett 180 000 vérlemezkét is találunk. Qualitativ vérvképben a lymphocyták száma csökken a segmentált

magvúak javára. Katheteres vizeletben a lelet változatlan. A vizelet üledékben látóterenként 15–20 vvt, sok laphámsejten kívül egyéb kóros nem látható. RR: 110/60 Hgmm. A beteg továbbra is eszméletlen, a vérzések azonban a testüregekből megszűnnek. Néhány óra múlva a vérnyomás 70/50 Hgmm-re csökken (a szükséges kezelés ellenére), légzés egyre szaporább, érverés percnként 140-re emelkedik, rövidesen a vérnyomás már nem mérhető, reflexek nem válthatók ki. A vérnyomást az infúzióban adott Nor-Adrenalin sem befolyásolja. Fél óra múlva Cheyne–Stokes típusú légzés, egyre gyengülő szív működés mellett beállt a halál. A több ízben kért belgyógyászati konzilium alkalmával pneumoniára, vagy más belgyógyászati elváltozásra utaló tünetet nem találtak.



3. ábra. Haematoxilinnal festett, 200-as nagyítású metszetben a hám hiányzik, vékony szaruréteg látható, mely a hólyag fedelét alkotja

Bone-jegyzőkönyv: (Igazságügyi Orvostani Intézet, 167/1974. jkv. sz.). A 168 cm magas, kp felett, jól táplált nő holttestének bőre szederjes-vörös ujjbegyni foltokkal borított testszerte. A foltok területében kerek, körülírt, a bőr szintjéből kiemelkedő, lapos, lencsényi, vérbő duzzanatok láthatók. A test egyes részein a bőr hámfosztott, legkisebb érintésre a hám lemezeken leválk. A mellkas elülső-középső részén, a kulcscsontok belső harmada és a szegycsont egész hosszában levő bőrterület másodfokú égésre emlékeztető képet mutat. Hasonló területek láthatók az arcon, a bal felkaron is. Testszerte számos fillérnyi-lencsényi víztiszta bennékű hólyag. Az orr- és szájnyálkahártyák beszáradt, véres hámfatokkal borítottak. Az agy kissé vízenyősen duzzadt. Garatképletek erősen vérbővek. A garat és gégebemenet területén a nyálkahártya haragos-vörösen elszíneződött. Légcsőnyálkahártya vízenyősen duzzadt, sötétvörös, hasonlóan a nagyobb és kisebb hörgőágak is. A nagyobb és kisebb légutakból bőségesen ürül fehéres-rózsaszínes savó. A jobb mellkasfélben 100 ml-nyi sárgás-vöröses színű transsudatum. Tüdők állománya vérbő. Mindkét szív kamra kissé tágult. Thymus megtartott, zsírszövettel átszőtt állományú. Gyomor-bélrendszerben lényeges elváltozás nincs. A máj a zsíros el-fajulás kifejezett jeleit mutatja. Lép állománya nagymértékben felpuhult, törékeny, septikus jellegű. Egyéb belszervi lelet normális.

Összefoglalás: 32 éves nőbeteg esetét ismertetik aki Rheopyrin draszté szedése közben hevenyen kifejlődő Lyell-syndromában meghalt. Az eset arra figyelmeztet, hogy az egyre szaporodó gyógyszeres eredetű bőrelváltozások miatt különös figyelemmel kell kísérni a beteg állapotát és toxikus bőrkiütések esetén a gyógyszert ki kell hagyni, a bőrelváltozások kezelése mellett.

IRODALOM. 1. Adami E.: Farmacologia e Farmacoterapia. 5. ediz. Ist. Edit. Cisalpino, Milano—Varese, 1960. — 2. Beare M.: Arch. Dermat. Syph. 1962, 86, 633. — 3. Bernheim M. és mtsai: La Presse Médicale. 1962, 18, 902. — 4. Beyer P. és mtsai: La Presse Médicale, 1962, 18, 902. — Arch. franc. pédiatr. 1962, 19, 633. — 5. Bolgert M. és mtsai: Bull. soc. franc. dermat. syph. 1961, 68, 850. — 6. Braun—Falco O. és mtsai: Med. Welt. 1962, 34, 1737. — 7. Browne S. G. és mtsai: Brit. M. J. 1961, 1, 550. — 8. Calas E. J. és mtsai: Bull. soc. franc. dermat. syph. 1962, 69, 210. — 9. Catto J. V. F.: Brit. M. J. 1959, II, 544. — 10. Degos R. és mtsai: Bull. soc. franc. dermat. syph. 1962, 69, 430. — 11. Degos R. és mtsai: Bull. soc. franc. dermat. syph. 1953, 60, 419. — 12. De Toni E. jun.: Minerva Pediatrica. 1961, XIII, 1489, és 1499. — 13. De Toni E. jun.: Minerva Medica, 1962, 53, 86. — 14. Dugois P. és mtsai: Bull. soc. franc. dermat. syph. 1961, 68, 734. — 15. Dugois P. és mtsai: Bull. soc. franc. dermat. syph. 1961, 68, 263. — 16. Evans C.: Brit. M. J. 1959, II, 827. — 17. Brain-Bell W. és mtsai: Proc. Roy. Soc. Med. 1959, 52, 1029. — 18. Fülöp E. és Zangel V.: O. H. 1962, 103, 458. — 19. Garnier M. G.: Bull. soc. franc. dermat. syph. 1962, 69, 211. — La Presse Méd. 1962, 29, 1437. — 20. Gill N.: Brit. J. Dermat. 1958, 70, 312. — 21. Gerbaux J. és mtsai: Arch. franc. de pédiatr. 1959, 16, 1231. — 22. Grimmer H.: Zschr. Haut-Geschl. Krkh. 1960, 28, 3. — 23. Griveaud E. és mtsai: Bull. soc. franc. dermat. syph. 1961, 68, 600. — 24. Hoff F.: Verh. Dt. Ges. f. Inn. Med. 1961, 67, 473. — 25. Korting G. W. és mtsai: Arch. klin. exp. Derm. 1960, 210, 1. — 26. Lang R. és mtsai: S. Afric. M. J. 1957, 31, 713. — 27. Lyell A.: Brit. J. of Derm. 1956, 68, 355. — 28. Michon P. és mtsai: Bull. soc. franc. dermat. syph. 1961, 68, 656. — 29. Musumeci V.: Minerva Dermat. 1962, 37, 352. és 382. — 30. Overton J. Brit. J. of Derm. 1962, 74, 100. — 31. Poneis E. és mtsai: Z. Haut-Geschl. Krkh. 1960, 29, 207. — 32. Potter B. és mtsai: Arch. Derm. Syph. 1960, 82, 903. — 33. Rallison M. L. és mtsai: Pediatrics. 1961, 28, 908. — 34. Rook A.: Arch. Belges Derm. et Syph. 1957, 13, 391. — 35. Rowel N. R. és mtsai: Brit. J. of Derm. 1961, 73, 278. — 36. Schaulow J. és mtsai: Derm. Wschr. 1962, 146, 491. — 37. Soltermann W.: Dermatologica, 1959, 118, 265. — 38. Steigleder G. K.: in Gottron Schönfelds Hdb. 1961, I/1, 274. — 39. Vánkos J. és Pastinszky I.: Hetil. 1962, 103, 452. — 40. Vánkos J. és Pastinszky I.: Orv. Hetil. 1959, 100, 909. — 41. Wassmuth M. P.: Hautarzt. 1961, 12, 179.

Kórjelzés: vízenyősen duzzadt agyállomány. Gyulladásos garatképletek. Légcső-, hörgő-hurut, tüdővízenyő. Megtartott csecsemőmirigy. Zsírmáj. Felhám-elhalálos jelenségek.

Szövet-tani vizsgálattal a következő elváltozások mutathatók ki: Előből kimetszett bőr (a bőrklinikán): az epiderma általában hyperkeratoticus, felső sejtsorai-ban intracellularis oedema, nekrobiosissal. A mcszet több területén a hám részben vagy teljes egészében hiányzik, a kötőszöveti papillák felszínén csak egy-két sejtsor maradt meg. Egy-két területen a hámban a str. basale felett a hámsejtek összeköttetése megszünt. Irha kapillárisai erősen tágultak, vörösvértestekkel kitöltöttek, körülöttük mérsékelt sejtszaporulat látható. Irha felső részében elastikus rostok összecsapzódtak. (Prof. Szodoray).

A has oldalának bőrből (hullából) készült metszeten egy területen a hám szerkezeti rajzolata eltűnt, s a basalis réteg maradványai ismerhetők fel. Ezt a területet részben egynemű eosinophil festődésű anyag fedi, másrészt basophil részek is fellelhetők. Az elváltozás széli részén vesciulák láthatók, melyek üregébe leukocyták, makrophag elemek vándoroltak be. Az elváltozások alatt kifejezett sejtes reakció is látható, melyek leukocyták, makrophagok és plasmasejtekből állnak. A basalis réteg és a str. spinosum sejtsorai mérsékelt oedema-képződés. A metszetben intraepidermalis bulla is megfigyelhető, ahol csak a basalis réteg egy-két sejtsora maradt meg. Az irha ereiben kifejezett stasis. Egyéb szövetekben: tüdőkben vérzés és következményes gyulladási reakció látható az interstitiumban és perivascularisan. A légcsőben állhártyás gyulladásra emlékeztető elváltozás. Persistáló thymus. Parenchymás szervek degenerációja észlelhető. (Szövet-tani ábra: 3., 4.)

ÚJABB **D**IAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Fővárosi IV. ker. Árpád Kórház, Szülő-Nőbetegosztály (főorvos: Lóránd Sándor dr.)
és a B. M. Korvin Ottó Kórház Szülő- és Nőbetegosztály (főorvos: Falus Miklós dr.)

Utánvizsgálatok új hormonecytologiai festési eljárással

Barbél László dr.

A nőgyógyászatban a hormonzavarok gyakran komoly probléma elé állítják a gyógyító-vizsgáló szakorvost. A különféle okokkal magyarázható vérzésekmaradások eredetének, az oestrogen, androgen és progesteron hormonok fokozott, illetve csökkent kiválasztásának tisztázásában a fenyegető és szokványos vetélések prognózisában, diagnosztikai, továbbá számos fel nem derített területen a megfelelő gyógymód beállításában nagy segítséget nyújthat a hüvelykenet hormonecytologiai vizsgálata. Ezt a régen ismert vizsgáló módszert a széles gyakorlatban még mellőznünk kell, mert a vizsgálat lényegét alkotó többszínű festési eljárás igen bonyolult. A Papanicolaou által kidolgozott festés — bár pontos és megbízható képet ad — a nőgyógyászati gyakorlat számára nem megfelelő, mert a szükséges festékanyagok igen drágák, azokat nehezen, vagy egyáltalán nem lehet beszerezni. Szükség van tehát olyan festési eljárásra, amely értékelés és megbízhatóság szempontjából a Papanicolaou-festést megközelíti, a festékek pedig olcsón, könnyen beszerezhetők.

A többek által ajánlott monochrom festések, amelyek gyorsaságuk miatt váltak be a rákcytologiai vizsgálatokban és a hormonecytológiában — mely utóbbi nemcsak a morfológiát kutatja, hanem a sejtek és a sejtmagok kétszínű festődési viszonyait is — kielégítő eredmény elérésére nem alkalmazhatók. Hormonecytologiai vizsgálatokra a Gimes által 1961-ben közölt háromdimenziós kondenzorral végzett vizsgáló módszer a sejtek morfológiáját plasztikusabbá, lényegesen felismerhetőbbé teszi és a diagnosztikát megkönnyíti. Az eljárás gyors és az áttekintés elősegítésére alkalmazott egyszínű vitális festés megfelelő. Az említett eljárások hátránya, hogy nem teszik lehetővé a sejtek acidophil és basophil festését. A többféle polychrom festési eljárás között találunk ugyan egyszerűbbet a Papanicolaou-féle eljárásnál (Pundel, Shorr), de gyorsaságuk ellenére sem előnyösesek, mert ezek festőanyagai is nehezen szerezhetők be.

A Szófia Biokémiai Intézet munkatársa, A. Dokumov 1960-ban eljárást közölt a hüvelyhámsejtek kétszínű festésére. A Dokumov- és a klaszikus Papanicolaou-féle festési eljárás összehasonlítására — a két módszerrel — 300—300 hüvelykenetet festettünk meg. A nagyobb pontosság elérésére Dokumovtól kértünk festéket — míg a Papanicolaou-festést eredeti festékekkel végeztük.

Vizsgálataink során azt tapasztaltuk, hogy a Dokumov módszere mindazon tulajdonságokkal rendelkezik, melyek a megbízható hormonecytologiai diagnózishoz szükségesek. Ez a festési eljárás is biz-

tosítja a sejt magjának és protoplazmájának acidophil és basophil festődését és lehetővé teszi a vörös- és a fehérvérsejtek elkülönítését.

Mielőtt tapasztalatainkat ismertetnénk, összehasonlítás végett közöljük a két festési eljárás menetét.

Papanicolaou-féle festés:

1. Mosás 90%-os alkoholban,
2. Mosás 80%-os alkoholban,
3. Mosás 70%-os alkoholban,
4. Mosás dest. vízben,
5. Festés Haematoxinin Harrissal 5',
6. Mosás dest. vízben 1',
7. Mosás dest. vízben 1',
8. Mosás $\text{NH}_4(\text{OH})$ 1',
9. Mosás csapvízben,
10. Mosás lithiumkarbonát oldattal 1',
11. Mosás csapvízben,
12. Mosás dest. vízben,
13. Mosás 50%-os alkoholban,
14. Mosás 70%-os alkoholban,
15. Mosás 80%-os alkoholban,
16. Mosás 95%-os alkoholban,
17. Festés »Orange G« festékekkel 3',
18. Mosás 95%-os alkoholban,
19. Mosás 95%-os alkoholban,
20. Festés E. A. Ortho festékekkel 1,5',
21. Mosás 95%-os alkoholban,
22. Mosás 95%-os alkoholban,
23. Mosás 95%-os alkoholban,
24. Mosás abszolút alkoholban,
25. Mosás abszolút alkoholban,
26. Mosás xylollal,
27. Fedés canada balzsammal.

Dokumov-féle festés:

1. Fixálás 10',
2. Festés »A«-festékekkel 1',
3. Mosás csapvízben,
4. Festés »B«-festékekkel 2',
5. Mosás 75%-os alkoholban,
6. Mosás 95%-os alkoholban,
7. Mosás xylolban,
8. Fedés canada balzsammal,

Az »A«-festék anyagai és elkészítésének módja:

Haematoxinin 1 g, alkohol 95% 10 ml, timsó 20 g, aqua dest. 200 ml, sárga higanyoxid 0,5 g, ZnSO_4 1 g, kálium jodátum 1 g, jégecet 4 ml, glicerin 50 ml.

A 20 g timsót 200 ml meleg dest. vízben oldjuk, felforraljuk és összekeverjük a 95%-os alkoholban előre feloldott 1 g haematoxininnal. Újra felforraljuk és hozzáadjuk a sárga higanyoxidot, mely után ismét felforraljuk és gyorsan lehűtjük. Ehhez az oldathoz a következő sorrendben ZnSO_4 -t, KJ-t, jégecetet és glicerint adunk.

A »B«-festék anyagai és elkészítésének módja:

Erytrosin 0,5 g, lichtgrün 0,25 g, phosphormolybdénsav 0,25 g, 50% alkohol 100 ml.

Az alcoholt két részre osztjuk, egyikben feloldjuk az erytrosint, a másikban a lichte-grünt, majd összekeverjük és hozzáadjuk a phosphormolybdénsavat.

A fenti két metodust összehasonlítva azt látjuk, hogy a *Dokumov*-féle festési eljárás sokkal egyszerűbb és kevesebb fázisú, mint a *Papanicolaou*-féle festési eljárás. *Dokumov* módszerénél két festékre van szükség és a kenet festése 13 perc alatt, míg a *Papanicolaou*-festésnél négy festékre és többféle mosóanyagra van szükség, a kenet megfestésének ideje pedig 35 perc.

Elsősorban azt vizsgáltuk, hogy a *Dokumov*- és a *Papanicolaou*-módszerrel festett kenetek között van-e eltérés a sejtek falában, protoplasma-állományában, valamint a magok alakjában és szerkezetében. Tapasztalatunk az, hogy ezeken az igen lényeges területeken a két módszer között eltérés nem észlelhető.

Ezután azt kutattuk, hogy a *Dokumov* szerint festett kenetekben ugyanaz-e az acidophil és a basophil sejtek száma, mint a *Papanicolaou* szerint festett kenetekben. Megállapítottuk, hogy a *Dokumov* f. eljárás eredményei 80%-ban megegyeznek a *Papanicolaou*-eljárás eredményeivel. Ez a magas százalékos arány alapozta meg bizalmunkat *Dokumov* eljárásában.

Figyelmet fordítottunk arra is, miként festődnek a *Murray* által leírt vaginó-epithel rétegek sejtjei *Dokumov* módszerével.

Első réteg sejtjei: Basal sejtek

Kis, kerek sejtek, sötét kékeszölden festődő plasmával, nagy, kerek, feketészöld maggal.

Második réteg sejtjei: Parabasal sejtek

Az előbbi típusnál nagyobb, világosabb protoplasmájú, basophilia esetén zöldeskéken festődő sejtek, középen elhelyezkedő kerek, vagy ovális feketészöld maggal, acidophiliánál piros protoplasmával, az előbbihez hasonló feketéspiros maggal.

Harmadik réteg sejtjei: Intermediaer sejtek

Mindkét előző sejttípusnál nagyobb, hosszú, sajká alakú sejtek, basophil festődés esetén kékeszöld plasmában nagy, puffadt, kék chromatin-állományú, kékre festődő mag. Acidophil festődés esetén rózsaszín plasmában nagy, puffadt, feketés-piros chromatin állományú, pirosra festődő mag található.

Negyedik réteg sejtjei: Superficiális sejtek

A legnagyobb típusú polygonális sejtek, melyekben ha acidophilen festődnek, pirosas-rózsaszínű protoplasma közepén elhelyezkedő picnotikus, feketéspiros mag foglal helyet. Basophil festődés esetén a világoskékes protoplasmában középen sötét kékeszöld mag helyezkedik el. A felhajtott szélű degenerált felületes sejtek festődése jól érzékelteti az egymásra fekvő protoplasma-széleket, amelyek szín-

intenzitása megfelel a kettőződésnek. A sejtek közötti hidképződmények festődése azonos a közvetlen környezetben levő sejtek festődésével. A fehérvérsejtek protoplasmája minden esetben kék, magjuk pedig feketeskék.

Vizsgálataink kiterjedtek a fentieken kívül arra is, hogy a *Dokumov*-féle festési eljárással a hüvelyhám sejtjei hogyan festődnek a menstruációs ciklus egyes szakaszaiban.

Postmenstruációs, vagy folliculus-szak

Egyre inkább nő a világos rózsaszínben festődő acidophil sejtek száma a kékeszölden festődő basophil sejtekkel szemben és az egyes sejtek egyre inkább távolodnak egymástól, — s amíg a menstruációs szakra még jellemző volt — csoportokat már alig alkotnak. A világoskékes plasmájú, fekete magvú leukocyták száma lényegesen csökken.

Praevulatiós, vagy késői folliculus-szak

A képpen igen sok rózsaszínűre festődő, sima szélű, szétterült sejt látható, középen feketéspirosra festődő, picnotikus maggal. A basophil sejtek száma kevés. A protoplasmában finomabb a feketé szemcsézettség. A leukocyták száma is csökken.

Postovulatiós vagy lutein-szak

Erre jellemző, hogy az eddig rózsaszínűre festődő sejtek túlsúlya mellett zöldeskéken festődő, hullámos, felhajtott szélű kisebb csoportokat alkotó sejtek jelennek meg, feketészöldes picnotikus maggal. A leukocyták megszorodnak és sok a Döderlein-pálcika. A protoplasma szemcsézettsége szembevető.

Praemenstruációs vagy késői lutein-szak

A basophil sejtek festődése hasonló az előbbiekhöz, de sokkal erősebben festődnek, széleik nem olyan élesek, a degeneratio miatt elmosódottakká válnak. A nagy mennyiségű leukocytá az egész képet mintegy „szennyezi”. A sejtek csoportokban helyezkednek el, széleik felhajtottak.

Menstruációs-szak

A képpen kékeszölden festődő, degenerált basophil sejteket látunk, felhajtott, töredezett szélű protoplasmával, nagy maggal. Vörös- és fehérvérsejtek nagyszámban találhatóak, s ez erre a szakra igen jellemző. A menstruáció második napján már sok az endometrium sejt is, mely sötétkékre festődik, ovális alakúak, lilásan elszíneződött magokkal, durvaszemcsés chromatin-állományal.

Miután a többféle összehasonlítás eredményei azt mutatják, hogy a *Dokumov*-féle festési eljárás hormoncytologiai vizsgálatokban lényegében hasonló képet ad, mint a *Papanicolaou*-féle festés — mely továbbra is klasszikus módszer marad — ezért a nőgyógyászati ambulanciákon és a kórházi osztályokon ennek javasoljuk bevezetését.

Összefoglalás: A szerző összehasonlította 600 hüvelykenetben az egyszerű kétszínű (acidophil-basophil) Dokumov f. festési eljárás és a Papanicolaou f. festési eljárás értékét ugyanazon betegeken. Vizsgálatai igazolták a Dokumov f. eljárás megbízhatóságát.

IRODALOM. 1. A. Dokumov: Akusersztvo i ginekologija. 1960, 36, 103. — 2. Gimes R.: MNL. 1960, 23, 183. — 3. Gimes R.: MNL. 1961, 24, 283. — 4. Papanicolaou. Atlas of exfoliative cytology Cambridge 1954. — 5. Pundel J. Paul: Les frottis vaginaux et cervicaux. Masson & Cie Paris, 1950. — 6. Takács L.: MNL. 1962, 25, 358. — 7. Zinser H. K.: Zytodiagnostik in der Gynäkologie. G. Fischer. Jena, 1957.

KAZUISZTIKA

Bács-Kiskun megyei Tanács Kórház, I. Belosztály (főorvos: Benedict János dr.)

Sheehan-syndroma abortus után

Borka István dr.

Sheehan-syndroma a Simmonds-kór speciális aetiológiai formája. A szülés utáni adenohypophysis-necrosis okozta hypopituitarismust értik alatta.

A Simmonds-kórt elsőnek 1913-ban írta le *Glinski* lengyel kórboncnok. A post-partum hypophysis-necrosis részletes megfogalmazása Sheehan által történt 1939-ben.

A hazai irodalomban eddig három közölt eset található: *Nyiri I.* (1), *Góth E.* (2), valamint *Winter* és mts. (3) esete. A terhesség első harmadában bekövetkező abortus utáni panhypopituitarismust tudomásunk szerint hazai szerzők nem közöltek.

A betegség tüneteinek, aetiológiájának, gyakoriságának részletes tárgyalásától eltekintünk, hiszen ezek megtalálhatók a jól hozzáférhető magyar irodalomban is (4—7), eredményes kezeléssel pedig *Góth E.* (2) számolt be.

Az eset kivonatos ismertetése:

B. S.-né, 51 éves, (Osz. napló száma: 1209/1962. és 449/1963) első ízben 1962. dec. 29-én került osztályunkra évek óta fennálló gyengeség, étvágytalanság, fogyás stb. miatt. Gyengesége az utóbbi időben annyira fokozódott, hogy járni is alig tud. Panaszai miatt az elmúlt évek folyamán több kórházban vérszegénység miatt kezelték. Rendszeresen kap »májinjectiót« (B₁₂-vit.), de vérszegénysége és panaszai alig javultak. Rákérdezésre elmondja, hogy 1940-ben — 28 éves korában — három és fél hónapos terhességet szakítottak meg nála 6 alkalommal végzett rövidhullám-kezeléssel. Az abortus nagy vérvesztéssel járt, nagyon legyengült és később is „sohasem tudta magát összeszedni”. Menstruációja sohasem jelentkezett többet. Az ab. után hónalj- és szemérem szőrzete rövid idő alatt teljesen kihullt, a beteg szavaival élve: „szinte marok számra volt ruhájában a kihullott szőr”. Fázékony, bőre száraz, izzadni nagy melegben sem szokott, hangja mélyült, bőre sápadttá vált, fogyott. A menstruatio elmaradása semmiféle climaxos panaszt nem okozott. Lues miatt hat kórában részesült. (A beteg elmondása szerint az ab. után több évvel szerette a luest.) Wa. r.: az első alkalommal neg., majd Kahn: ++, Kolmer: +++, liquor Wa. r.: neg.

Statusából kiemeljük a következőket: sovány, de nem cachexiás beteg; bőre száraz, hámló, alabástrom színű, az areola mammae és az anusnyílás körül pigmentáltóság, valamint a hónalj és szeméremszőrzet teljesen hiányzik, a szemöldök laterális harmada gyér. Myxoedemás mongoloid arc [Julesz (8)], tüdőszerte érdebb légzés, sipolás-bűgás, megnyúlt expiratio, sorvadt, petyhüdt emlők, halk szívhangok, 60/min. aequ. ritm. pulsus, 130/90 Hgmm. vérnyomás.

Az ún. »sima climax« (5, 8), hypothyreoidismus, hypocorticalismus (adynamia, bronchitis asthmatica: Julesz), a melanophor hormon hiány okozta pigmentzavar egybevetve, a betegség kezdetét illető típusos anamnesissel post-partum-, helyesebben post-abortum hypophysis elégtelenség alapos gyanúját keltette. Gyanúkat az alábbi kiegészítő vizsgálatok erősítették meg: Se. cholesterin: 160, máskor 104 mg%. (Ismeretes, hogy hypophyisaer hypothyreoidismusban a se. cholesterin-érték normális lehet (5)). Lapos terheléses vércukor-görbe. (Éhgy.: 112, 1/2 ó.: 143, 1 ó.: 145, 2 ó.: 95 mg%.) Spec. dynamiás hatás vizsgálat 200 g fehérje etetés után: alapanyagcsere: —18%. Fehérje etetés után: —6%. A normális 20—40% helyett 12%-os emelkedés. Histaminos fr. pr. r.: 0/14, 0/10, 0/6, 0/9, 0/8. 17-ketosteroid-ürítés (3 napos átlag): 3,8 mg/24 ó. Sella alapterülete: 80 mm², ép contúrú. Nőgyógy.: Sorvadt genitáliák. Kraurosis vulvae. Malignitás? Colposcopia: Leucoplacia. Se. Cl.: 103 maeq/l. Se. Na.: 144 maeq/l. Se. K.: 5,2 maeq/l.

A diagnosis helyességét az adaequat terapia frapáns hatása igazolta: 1963. febr. 5-én sebészeti osztályunkon kettő db. borjúhypophysist implantáltak a has bőre alá. A hypophysis implantatio mellett 3×1 tabl. Thyreoidea II-t, hetenként 2×10 000 E. Hogivált, másnaponként 500 E. Pregnylt, 2×1 tabl. Prednisolont is adtunk substitutióként. A beteg állapota a kezelésre fokozatosan és határozottan javult: az eddig ágát is alig elhagyó, közönyös beteg egyre mozgékonyabb, egyre aktívabb lesz, mint volt ápolónő készségesen segítkezik a nővéreknek az ágyazásban, súlyos betegek etetésében, haját tartós hullámmal rakatja be, testsúlya 43 kg-ról fokozatosan 50 kg fölé emelkedik, valósággal kivirul. 3 hónap múlva a kontroll vizsgálaton meglegen izzadásról számol be. Szembetűnő az addig kis, sorvadt mammák jelentős megnagyobbodása. Bőr sápadtsága csökkent, nem száraz, a szeméremdombon szőrnöves. Pulsusszám 60/min. körüli értékről 80/min.-ra, vvs: 2 500 000-ról 4 000 000-ra, Hgb: 6,5 g%-ról 10 g%-ra, Se. vas: 80 gamma%-ról 150 gamma%-ra nőtt, az alap-

anyagcsere (a kontroll vizsgálat előtt 2 héten át nem kapott Thyreoidéát), fehérje spec. din. hatás nem változott, 17-ketosteroid ürítés 3,8 mg/24 ó. átlagról 19,2 mg/24 ó. értékre emelkedett. Otthonában tsz-tagként nehéz mezei munkát végzett. A továbbiakban másodnaponként 1 tabl. Thyreoida II-t, hetenként kétszer 20 E. Exacthint kapott, majd a beteg számára kényelmesebb 2×1 Prednisolon, 2×1 Thyreoida II., 3×1 Nebrol tablettát.

Megbeszélés

Feltételezhetően esetünket korábban ismerték volna fel, ha az anamnesisben szereplő abortusra és az azt követő eseményekre nagyobb figyelmet fordítanak a beteg korábbi észlelésekor. A beteg panaszait a betegség egyetlen tünetével, az anaemiával magyarázták. Mivel a beteg acid is volt, ami a hypophysis elégtelenség gyakori velejárója (8), az anaemiát pernicioosa typusúnak tartva, a vérértékesítést csupán B₁₂-vit. inj.-val kezelték, természetesen eredménytelenül.

A másik félrevezető körülmény, hogy az orvosi köztudatban az a hibás nézet terjedt el, hogy a hypophysis elégtelenség mindig hypophysoer cachexiával jár. Ennek a Simmondstól származó tannak helytelenségére először Sheehan hívta fel a figyelmet, többek között a magyar irodalomban is (5, 9). Több magyar szerző is (2—6), megerősíti Sheehan álláspontját. Betegünk is inkább kerekarcú myxoedemás, sovány, de nem cachexiás küllemű volt a kezelés megkezdése előtt is.

A hypophysis implantatio előtt végzett ACTH-terhelésre (10) értékelhető 17-ketosteroid ürítés fokozó-

dást nem észleltünk (az előperiódus 3,8 mg/24 átlagáról 4,7 mg/24 ó-ra). Az implantatio után 3 hónappal viszont az előperiódusban észlelt 6,4 mg/24 ó. értékről 19,2 mg/24 ó-ra emelkedett. A hypocorticalismus hypophysoer- vagy glanduláris voltának eldöntésében — különösen régen fennálló esetekben — tartós ACTH-kezelést, vagy hypophysis implantatiót követő hormon ürítés vizsgálatot lehet ajánlani. Így a 17-ketosteroid vizsgálat, mint a legtöbb laboratórium által elvégezhető vizsgálat értéke és megbízhatósága nő, esetleg pótolhatja a még csak kevesek számára hozzáférhető Metopiron-próbát.

Ez úton is köszönjük Jármay Árpád dr.-nak az alapananyagcsere és specifikus dynamias hatás vizsgálat elvégzését.

Összefoglalás: Szerző három és fél hónapos abortust követő, 23 évig fel nem ismert Sheehan-syndroma substitúcióval eredményesen kezelt esetet ismertet.

IRODALOM. 1. Nyíri I.: Magyar Nőorvosok Lapja. 1958, 21, 41. — 2. Góth E.: Orv. Hetil. 1962, 103, 2284. — 3. Winter M. és mtsai: Orv. Hetil. 1962, 103, 2286. — 4. Kovács K.: Orv. Hetil. 1961, 102, 1777. — 5. Sheehan H. L.: Az endocrinologia újabb eredményei. (Szerk.: Góth E.). Budapest. Medicina. 1963, 33. — 6. Bűder A.: Magyar Nőorvosok Lapja. 1963, 1, 10. — 7. Gáti I. és mtsai: Magyar Nőorvosok Lapja. 1963, 2, 65. — 8. Julesz M.: A neuroendokrin betegségek kórtana és diagnosztikája. Budapest. Medicina. 1957, 453—458. — 9. Sheehan H. L.: Előadás a szegedi tudományos szakcsoportban. 1961. — 10. Gitter A. und Mitarb.: Taschenbuch klinischer Funktionsprüfungen. Jena.

SPIRACTIN

inj. 1,5% és 2,5%

Összetétel: 1 ampulla (1ml) 15 mg, ill. 50 mg 1-piperidinomethyl-cyclohexanon-(2)-chlorhydrat.-ot tartalmaz.

Javallatok: Újszülöttek, csecsemők és kisgyermek asphyxiája. Inhalációs és intravénás narcosis, morphin-, barbiturat és egyéb altatók, szénmonoxid mérgezés és pneumonia következtében fellépő légzészavarok és légzésbénulás veszélye.

Adagolás: I. ven. i. musc. Intravénás alkalmazás esetén a hatás csaknem azonnal jelentkezik. A keringésre nincs befolyással, hibernációban is alkalmazható. Cseppinfúzióban elnyújtott hatás érhető el. Súlyos esetekben az intravénás alkalmazás indokolt. Felnőtt adagja 50—100 mg (1—2 ampulla 2,5%-os inj.) Ez az adag szükség esetén $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óránként óvatosan megismételhető. Újszülöttek, csecsemők és kisgyermek adagja 5—15 mg i. ven. ($\frac{1}{4}$ —1 ampulla 1,5%-os injekcióból). Szükség esetén ez az adag is $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óránként megismételhető.

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető. Intranarconnal egy fecskendőben nem adható, mert kicsapódik. Lejárató idő: 2 év.

Csomagolás: 5×1 ml 1,5% inj. 7,20 Ft, 50×1 ml 1,5% inj. 72,— Ft
5×2 ml 2,5% inj. 15,60 Ft, 50×2 ml 2,5% inj. 156,— Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST, X.

Chronicus tüdő, hörgő, mellhártya megbetegedésekben, bronchiectasiában, asthma bronchialeban a gennyes nyákot, váladékot oldja a

TRYPSIMUSC injekció!

Dystorsiók, posttraumás haematomák, haemarthros, scleroderma, ulcus, cruris, diabeteses, gangrenák, decubitusok, torpid fekélyek, thrombophlebitis, phlebothrombosis esetén

TRYPSIMUSC injekció!

Nőgyógyászati gyulladások (parametritis, adnexitis, szemészeti gyulladások) iritis, iridocyclitis, chorioretinitis, arhtritis, periarthritis, synovitis, bursitis kezelésére

TRYPSIMUSC injekció!

A pancreasból nyerhető proteoliticus hatású trypsin antiphlogisticus hatását valószínűleg annak köszönheti, hogy a ferment a gyulladásos szövetek fibrinbarrierjének oldásával elősegíti a gyulladásos oedemák elfolyását, továbbá megkönnyíti a phagociták útját a gyulladásos góchoz. A trypsin különösen meggyorsítja a posttraumás oedemák és vérömlenyek felszívódását. Az oldószerben levő promethasin antiallergiás és helyi érzéstelenítő hatásánál fogva különösen alkalmassá teszi a készítményt a széles körű therápiás alkalmazásra.

Ellenjavallatok: A máj és vese súlyos megbetegedései. Vérzékenység esetén csak nagy óvatossággal adható!

Forgalomba kerül:

5 üveg + 5 oldószerampulla dobozban 44,50 Ft
50 üveg + 50 oldószerampulla dobozban 439,40 Ft

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető!

Szobahőmérsékleten oldott állapotban fokozatosan veszít az aktivitásából. Hűtőszekrényben 2—3 napig értékcsökkenés veszélye nélkül tárolható.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRÜGYÉR BUDAPEST, X.

Markusovszky Lajos (1815-1893)

Születésének 150. évfordulója alkalmával emlékezzünk meg emberi nagyságáról, tehetségéről, hiszen oly sokat köszönhet neki az egész magyar nép — nemcsak az orvosok és az egészségügyi dolgozók. *Markusovszky Lajos* valóban csodát művelt az orvostudomány, az egészségügy, a közegészségügy, az orvosképzés és a magyar orvosi irodalom megszervezése terén.

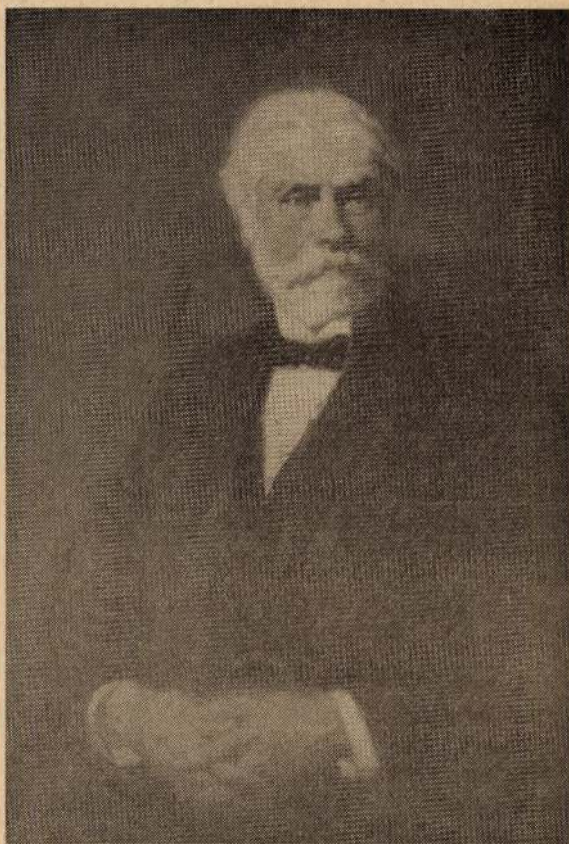
„A művelt ember a jelen pillanat tudatával a múltat és a jövőt egyesíti, s egyediségén kívül nemcsak családjá, hanem népe, az emberiség életét és sorsát érzi kebelében.” Ezt írta 1857 szeptemberében, az oktatási év megnyitása alkalmával.

Néhány évvel később, a tanulóifjúsághoz szóló írásában ezeket a mondatokat olvashatjuk: „Csak betegágy mellett készülhetnek betegágyhoz. A betegség maga fogja őket oktatni, s nemcsak a betegséget magyarázó tanár. A betegség a valódi tárgy, ez az, amit látniuk kell, s mit látás nélkül meg nem ismerhetnek. Itt tanulják meg az észlelést, és a róla való felelősséget, amelyeket utóbb magukra vállalniuk kellend. Kísérjék a beteget elejétől végig figyelemmel, részvéttel, aggodalom és reménnyel, baja minden változatain át, és szívük s tudományuk soha nem veszthető kinccsel fog gazdagodni. Kísérjék az esetet folytonos jegyzetekkel, ezek nélkül a kórképek mindig homályosak maradnak és mielőbb felejtődnek. Nem ajánlhatjuk a tanulóknak, hogy előbb kizárólag csak elméleti ismereteket gyűjtsenek, s aztán ezekre építsék a gyakorlatikat. Ez elavult (scholasticus) modor, mely az élettel s az életre való tanulással merőben ellenkezik. Egyesítsék az elméletet a gyakorlattal, mint az életben van, és látogassák mihelyt lehet a kóródakat, tegyenek a beteg körül mindent, mit orvosnak értenie, tudnia kell.”

Úgy gondoljuk, hogy ezt egyszerűbben és világosabban ma sem fejezhetjük ki.

Testi-lelki jó barátja, — *Trefort Ágoston*, a nagy miniszter ezt mondta Markusovszkyról: „Az igaz orvos az embert és a népet szolgálja

mélységes szeretettel és alázattal.” Ez a mondat valóban kitűnő fényt vet *Markusovszky Lajos*ra, aki az Orvosi Hetilap első számaiban (1857—1860 közt) cikkeinek, tanulmányainak minden mondatában a „kor és nép szelleme” kifejezéseket használja, a kor változásainak hatásáról írt és a mélységes humanizmust és materialista felfogást sugá-



rozza, amely jellemeket és embereket alakít, irányít és a társadalmat meghatározza.

*

A darwinizmus körüli ádáz harcokban nagy győzelmet aratott: a Magyar Tudományos Akadé-

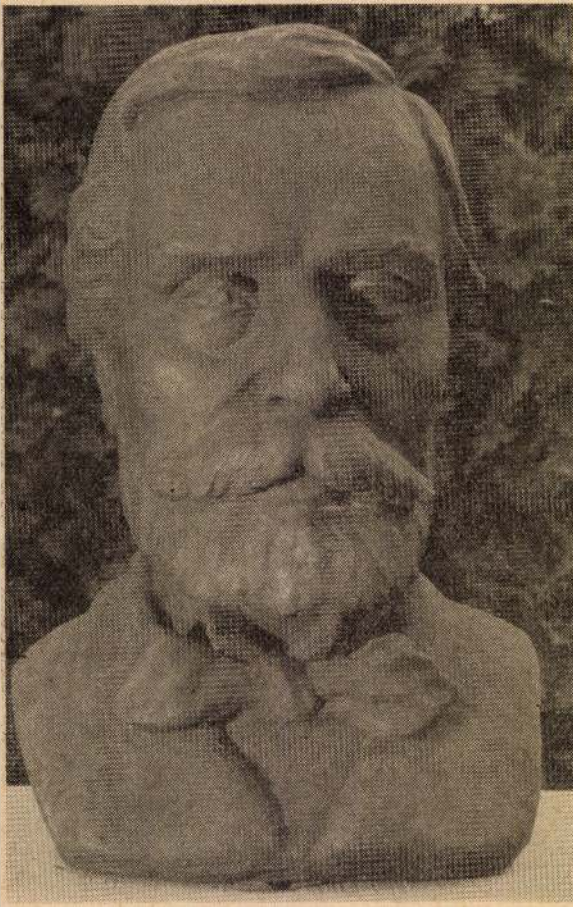
mia éppen akkor, amikor a Francia Akadémia me-reven elutasította a nagy angol tudós tanait, *Markusovszky* javaslatára *Arany János*, aki az Akadémia titkára volt, tiszteletbeli tagságra ajánlotta.

Dialektikus szemléletére jó fényt vetnek a következő sorai: „Az élő, minduntalan változó és mégis örökké azon egy természet egész nagyszerűségében fekszik s ő úgy a legnagyobb, mint a legkisebb tárgyak, az egészség és a kór vizsgálatánál az élet ugyanazon törvényeit keresi és fődözi fel...”

*

Csodálkozva állhatunk meg élete, működése, tettei és írásai előtt: ki volt ez a nagy magyar orvos, honnan jött, hol vette a bátorságot és a lobogó forradalmi szellemet, amelyet nem titkolt egy percig sem?

Markusovszky Lajos 1815-ben született Csorba községben, a Magas Tátra kis szlovák falucskájában, ahol édesapja evangélikus lelkész volt. 12 éves korára egyformán jól beszélt, írt és olvasott ma-



Markusovszky mellszobra a szombathelyi kórház kertjében

gyarul, szlovákul, németül és latinul. A gimnáziumot a felvidéki evangélikus gimnáziumokban végezte, ahol — mint evangélikus lelkész gyermeke — kedvezményesen tanulhatott. Érettségi után atyja kívánságára jogász lett a pozsonyi evangélikus

jogakadémián. Szorgalmasan tanulta a jogot, habár sok kedve nem volt hozzá. Idejének legnagyobb részét nyelvek tanulásával töltötte, jómódú barátaitól kapta kölcsön a könyveket. Az első tanév után azzal az elhatározással lepte meg szüleit, hogy orvos szeretne lenni. Nem ellenkeztek, csak aggódtak: miből teremtik elő a pesti egyetem költségeit, mert a szerény kis csorbai parochia nagyon keveset jövedelmezett.

1834 szeptemberében Pestre jött, hogy beiratkozzék orvostanhallgatónak. Első útja a Csorbáról Pestre származott *Szedlacsek*-családhoz vitt, az Aranykéz utcába, ahol *Szedlacsek* urasági kocsis volt. Az ő révén bemutatkozhatott a *Festetich*-családnak, ahol a két gimnázista fiú részére éppen instruktorra volt szükség. A kitűnő megjelenésű és nyelveket beszélő *Markusovszkyt* azonnal felvették, szép szobát, ellátást és rendes fizetést kapott. Sok dolga volt ugyan a két fiúval, de azért nagyserűen el tudta végezni az orvosegyetemet is. A *Festetich*-családnál rajta kívül még egy nevelő volt, *Schober*, egy svéd fiatalember, aki franciára és angolra tanította a gyermekeket. Összebarátkoztak, és kiválóan megtanult franciául, angolul és oroszul.

Balassa, a kiváló és első nagy magyar sebész, pártfogásába vette, tanította, hogy sebész legyen. 1844-ben ösztöndíjat eszközölt ki részére és ősszel már Bécsbe utazhatott, ahol az Allgemeines Krankenhausban, az akkori világ egyik legkitűnőbb intézetében *Wattman* sebészprofesszor mellett műtősebészetet tanult. Ugyanakkor Bécsben tanult már *Semmelweis* is, akihez őszinte és meleg barátság fűzte.

A két fiatal beszélgetésének állandóan visszatérő tárgya az volt, hogy mennyire sivarak és elmaradtak a magyar orvostudományi állapotok. Bécsben új világba cseppentek, amelyet *Jackson* és *Liebig*, *Laennec*, *Auenbrugger*, *Virchow* és *Addison*, *Claude Bernard*, *Du Bois Reymond*, *Helmholtz*, *Corti*, *Purkinje* termékenyítették meg.

Ezt a világot már a nagy francia forradalom ereje vitte előre az orvosi tudomány terén, elég, ha csak *Bichat* és *Laennecet* említjük, akik a szövettan és a pathologia, a klinikai vizsgálatok egész új metódusait indították el, és mozgató erői voltak a kutatásoknak, a tudomány majdnem minden területén.

Markusovszky Lajos és *Semmelweis Ignác* közvetlen közelből szemlélhette *Rokitansky* nagyszerű működését, aki megsillantotta a konstitutio kérdését és bátran hirdette *Virchow* ellenére, hogy a kórbonctan és vele a gyógyítás új rendszere még ezután következik. E korban, a XIX. század első felében a szerves kémia fellendülése, a narkózis ismerete és alkalmazása, az új laboratóriumi módszerek, számos új gyógyszer: megdöntötték a régi bécsi egyetem therapiás pesszimizmusát. Ebbe a légkörbe került a két rendkívül eszes és szorgalmas magyar orvos.

Semmelweis Ignác felfedezése és tanai nagy ellenkezésre találtak, csupán *Rokitansky*, *Hebra* és *Skoda* tartottak ki mellette. *Markusovszky* fanati-

kusan hitt *Semmelweis* nagy felfedezésében, amelyet világraszólónak tartott, és meggyőződött róla, hogy az emberiség egyik nagy jótéteménye. Felrázta a sokszor elcsüggedt és hallgatag barátját.

*

1847 őszén a forradalmi megmozdulások hírére *Markusovszky* hazatért Pestre, *Balassa* mellé neveztek ki tanársegédnek. 1847 végén híret vettek az éter-narkózis bevezetésének Londonban. Hamarosan ők is alkalmazták, kitűnő eredménnyel.

A szabadságharc márciusában az egyetemi fiatalisággal együtt *Balassával* és *Korányi Frigyes*szel azonnal csatlakozott a forradalmi mozgalomhoz. Tábori sebészorvosnak jelentkezett és mint ilyen harcolta végig a szabadságharcot *Görgey* hadseregében, az ún. muraközi hadtestben, amely Zala és Vas megyékben állomásozott. *Markusovszky Lajos* négy Vas megyei faluban tábori kórházat rendezett be. Kiváló lovas volt, lóháton járta be naponta a kórházait. Szívesen gyógyította az egyszerű parasztokat és cselédeket. Egy alkalommal az egyik kis Vas megyei falu szélén vitte el az útja. Szegényes gúnyában egyszerű parasztember állította meg és kérte, hogy nézze meg 10 éves kisfiát, lezuhant a fáról, és erősen vérzik a lába. *Markusovszky* bekötötte a nyílt törést és meghagyta, hogy a kisfiút azonnal hozzák át a tábori kórházba. Mosdóvizet kért, de bizony a szegény házban zavarba jöttek, és sajtárban akartak vizet hozni. Meglátta ezt a szomszédban lakó nemzetes úr kisleánya, azonnal futott és percek alatt hófehér törülközőt, szappant és porcelán lavórban meleg vizet hozott. Ez a kislány *Kiss Zsófia Zsuzsanna* volt, *Kiss Gyula* közép-nemes leánya, aki nagyon megtetszett a daliás őrnagyorvosnak. Ettől fogva naponta odalátogatott, a barátságból szerelem lett, és mire 6–8 hét múlva a *Görgey* hadseregnek Komárom felé kellett visszavonulnia az osztrák és horvát túlerő elől, már mint vőlegény és menyasszony búcsúzkodtak egymástól fájó szívvel.

A bukás után Pestre jött. Első útja *Balassához* vitt. Hasztalan, *Balassát* börtönbe vetették, *Klagenfurtba* akarták hurcolni, de *Andrássy* és *Deák* közbenjárására Komáromból visszahozták és a pesti Neugebäudeba zárták. *Balassát* és őt is megfosztották egyetemi állásuktól. Hamarosan mozgalom indult *Balassa* kiszabadítására. Ezután mint magánsebészek dolgoztak együtt. A Tudományos Akadémiát bezárták. Az orvosi fakultás jelentéktelen intézményeit éjjel-nappal ellenőrizték. Az egész hazai életet a császári elnyomás ülte meg. *Schöpf-Merei* emigrált. *Korányi Frigyes* falusi orvos lett. *Flór Ferenc* bújkált. *Bugát* és *Wágner* rendőrségi felügyelet alatt állottak. A magyar egészségügy helyzete kétségbeejtően sivár volt. Közben *Semmelweis* hazajött és a *Rókusban* dolgozott.

Markusovszky Lajos és *Balassa* többi barátaikkal együtt állandóan az egészségügyről tanácskoz-

tak. Alig hallottak valamint az eredményekben oly gazdag külföldi orvosi életről. Szomorú esztendő-kön keresztül óvatosan, de annál energikusabban nyerték meg maguknak *Trefort Ágostont*, *Bezerédi Istvánt*, *Deák Ferencet* és *Andrássy Gyulát*. Hosszú tárgyalások és 9 esztendő hallgatás után 1856-ban a Helytartótanács engedélyt adott az Orvosi Hetilap megindítására. Az Orvosi Hetilap megindítása új korszakot jelentett.

Nemcsak a korszerű tudomány megismertetését, de az orvostársadalom felrészését és összefogását is jelentette. Végre 1867-ben *Eötvös* is hazatért müncheni emigrációjából és az *Andrássy*-kormány közoktatásügyi minisztere lett. Hamarosan meghívta *Markusovszkyt* az egyetemi oktatás reformjának előkészítésére, általában az egyetemi ügyek intézésére.

Lázás energiával fogott munkához. Éjjel-nappal dolgozott, barátaival mindent megtanácskozott. Hamarosan mutatkoztak az eredmények, öt éven belül 23 tanzék működhetett, egyre-másra épültek a klinikák és 1881 nyarára Közép-Európa legmodernebb orvosi intézményei álltak Budapesten.

Ha fáradt volt, feleségével Vas megyei kis birtokukra, *Keményegerszegre* (ma *Vasegerszeg*) vonult vissza, ott pihent, lovagolt és fürdött a Récepatakban. Vendégül látta barátait. *Fodor József* hetekig nála lakott, előkészítették az első magyar közegészségügyi törvényt. Megállapításaival odáig jutott, hogy minden körülmények között el kell jönnie a fejlődés folyamán annak az időnek, amikor az állam és a társadalom közös célja lesz a dolgozó népről való egészségügyi gondoskodás.

*

Óriási munkája mellett nem feledkezett meg az orvostanhallgatók oktatásáról és lelkesítéséről sem. Állandóan hangoztatta az orvostörténelem fontosságát. Az Orvosi Hetilap 1861. évfolyamában a következőket írta:

„Valamint a nemzet, melynek története van, örömmel andalodik el múltján, s magának abból hazaszeretetet és tetterőt merit: úgy a magyar orvos is büszkébb önérettel tekintend jelene és jövőjére, ha a történelem tükrében látja, hogy az úttörő elődök hosszú sora vonul el előtte, s hogy a hazai orvosi irodalmat korántsem kezdeni, hanem az elődök nyomdokain folytatni kell. A történelem befolyása az utódok szellemére akkora, amekkora a napsugáré az állatok tenyésztésére.

A magyar orvostannak történelme nem létezik. Mi idegenek vagyunk magunk körében. Tanuljuk, tudjuk a francia, német stb. gyógytanodák jobban és ferde nézeteit, rendszereit stb.-it, a mi hazabelieink tevékenységéről mit sem tudunk, mit sem hallunk. Hogy hazánkon kívül e tárgyról nincsen szó, annak elég oka van, de hogy mi saját múltunkat és jelenünket elhallgatjuk és keleti közönyt mellőzzük, ezt nem lehet még magunk ír-

nyában sem rossz néven nem vennünk. Irodalmunk e tátongó hézagán segítve kell lenni; tűzzük ki pályakérdésül az orvosi tudomány hazánkbeli fejlődésének történelmét. Nekünk, magyarhoni orvosoknak, múltunk szebb, mint jelenünk, nekünk az orvosi pályakérdéseket a múlton kell megkezdenuünk. A múltnak tudása világot vet a jelenre és sejteti velünk a jövőt, mert valamint a múlt meghozta a jelent, éppen úgy kebelében hordja a jelen a jövőt.”

Úgy gondoljuk, Markusovszky mondatai ma is elsőrangúan időszerűek.

*

Állandó összeköttetésben volt részben személyes látogatásai során, másrészt levelezéssel Európa nagy orvosaiival. Látogatásai Londonban, Párizsban stb. mindig nagyon eredményesek voltak. Vasegerszegi pihenőjében újabb és újabb tervek szótt, azokat meg is valósította. Sor került az orvosi könyvkiadás megteremtésére, a második magyar egyetem felállítására, az Orvosi Hetilapban megjelenő cikkei és tanulmányai részletesen megismertették az orvostudomány külföldi állásait, óriási eredményeit nemcsak itthon, de Bécsben is kénytelen-kelletlen elismerték. Az egyetemi orvosi oktatás reformját a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társaság követte, a közegészségügyi törvény kodifikálása után a klinikák, intézetek létesítését vitte keresztül, közben külföldi kongresszusokon tárgyalt, dogozott ernyedetlen energiával, hogy megteremtse a magyar nép egészségügyét, a magyar orvosképzést, az európai nivójú orvostudományt és kutatást.

Vasegerszegen — most már vasút is kiépült Ausztria irányába — gyakran látogatták meg külföldi és hazai barátai. *Skoda, Pettenkofer, Korányi Frigyes, Jendrassik Jenő, Hirschler Ignác, Balogh Kálmán, Fodor József* többször vendégei voltak. Ezekből a látogatásokból mindannyiszor újabb tervek születtek.

*

Nagy tehetségét és óriási eredményeit belföldön és külföldön egyaránt nagyrabecsülték és elismerték.

Sajnos, 1880-tól egészségi állapota gyengült. Emphysemája és vele kapcsolatos cor pulmonáleja egyre több bajt okoztak. A Királyi Orvos Egyesület 50 éves jubileumán elmondott nagy emlékbeszéde után azonnal Vasegerszegrre utazott és pár hónapig pihent. Két év múlva már oedemák jelentkeztek, sőt látási zavarai is voltak. Késő őszig Vasegerszegen tartózkodott, télre újra Pestre költözött. 1893. tavaszán tengerre vágott, ahová felesége és hűséges barátja, *Korányi Frigyes* kísérte el. Eleinte úgy látszott, hogy az abbaziai tavaszi levegő fel-frissíti. Mindez azonban csupán csalóka átmenet volt. Pár nap múlva állapota ismét romlott. *Korányi* táviratilag hívták, már másnap odaérkezett.

Boldogan ölelte magához a hűséges barátot, egy-két szenvedéssel teli nap után, április 21-én meghalt.

*

Utolsó délutánján a verőfényes tengeri napsütésben az Adriára pillantott, miközben felesége és barátja támogatta és így szólott: „A világ szép, csak túl kell nézni a napi sürgés által felvert porfellegen és az emberek apró súrlódásainak csörtetésén.”

*

Utolsó kívánsága szerint Vasegerszegen temették el a Répce-patak partján, az annyira szeretett füzesek és borongó tölgyek alatt. A századforduló után egyre jobban elhanyagolták az emléket. Csupán *Korányi Sándor*, a Markusovszky Társaság elnöke tartotta fenn emlékét. Később elhalkultak az emlékezők. A Horthy-kormányzat alatt nem szívesen vették a materialista szellemű, mindvégig forradalmár lelkületű magyar orvos emlékét. A család kihalt (felesége 1914-ben halt meg). Sírjuk besüppedt és érdemes siremléke sem volt.



A vasegerszegi sír

Vas megye orvosai és egészségügyi dolgozói a felszabadulás után kötelességüknek érezték és tartották a nagy *Markusovszky Lajos* emlékének felélesztését. Sírját rendbehozták és méltó siremléket állítottak. Vas megye kórházát róla nevezték el, gyönyörű rózsaparkjában bronz mellszobor hir-

deti *Markusovszky Lajos* dicsőségét. Megalakították a *Markusovszky Bizottságot*, megfestették művészi portréját és kultusza ébrentartása céljából évente *Markusovszky*-emlékünnepeket rendeznek, amelyen hazánk legkiválóbb tudósai tartanak emlékelőadást. *Markusovszky* nevével évente tudományos pályázatot hirdetnek Szombathelyen is, és Budapesten is az Orvosi Hetilap szerkesztőségében: az év legértékesebb tudományos tanulmányait *Markusovszky*-díjjal tüntetik ki.

Markusovszky Lajos kultuszának ébrentartása nemcsak az orvosegészségügyi dolgozók kötelessége, mert *Markusovszky* az egész magyar népé.

Bencze József dr.

Olasz orvosok Magyarországon

Számos monográfia és még több tanulmány foglalkozik a középkor és a renaissance olasz egyetemeket járt magyar orvosával. A hazai orvostudomány és orvosi gyakorlat szempontjából jelentős szerepe volt azonban az akkori tudományos élet színe-javát reprezentáló olasz orvosok magyarországi működésének. Következő rövid összefoglalásunk néhány kiemelkedő olasz orvos nevét sorolja fel, akiknek munkássága a hazai orvostörténelem — nem ritkán pedig a köztörténet számára is fontos, hiszen közülük nem egy töltött be humanitárius missziója mellett országos, sokszor pedig nemzetközi jelentőségű küldetést.

Az első olasz orvos, akiről a magyar források megemlékeznek, *Draco* volt, *Kálmán* király udvari orvosa az 1090-es években, aki a király első felesége, szicíliai *Busilla* hercegnő kíséretében került Magyarországra. Az 1205—1235 között uralkodott *II. Endre* királynak is olasz archiatere volt, egy bizonyos *Philippus*, aki az uralkodó harmadik felesége, estei *Beatrix* udvarnépével együtt jött ebbe az országba, ahol politikai funkciókat is végzett. Itália szülőtte volt *Magister Gerardus Italus* (más néven *Gerardus Latinus*) is, *IV. Béla* és *V. István* magyar királyok orvosa, aki az 1270-es években odaadó és sikeres gyógykezelése jutalmául két falura királyi adományt kap.

Az olasz Anjou-dinasztia magyarországi trónralépése még jobban megnyitja az utat az olasz orvosok előtt. *Róbert Károly* király Magyarországra hívja *Benedictus ab Italia* sebészt, akit később *Nagy Lajos* király uralkodása alatt pappá szenteltek. 1316-ban *Nyitra* püspöke lett, s ezzel Magyarország főpapjai sorába emelkedett. Később két fivére, *Bertalan* és *Miklós* — szintén orvosok — követtek példáját és ugyancsak Magyarországra költöztek.

A magyar fővárostól nem messze fekvő *Esztergom* városának a XIV. század első felében még autonómiával rendelkező olasz városnegyede volt. Ennek egy 1332-ben kelt oklevele a következőket tartalmazza: „Ad Universorum notitiam volumus

pervenire, quod vir providus et honestus, Magister Perectoldus Cirolicus, seu Medicus excellentissimi Domini nostri regis Karoli, Dei gratia Illustris regis Hungariae” etc. Veszprémi István, mindehhez hozzáfűzi: „Italicae originis Virum fuisse illo solo constare poterit indicio, quod domum non alibi, quam in civitate Latinorum sive Italarum emptam esse voluerit.”

Magyar főurak udvari orvosa gyanánt működött 1300 körül *Guilelmus de Varignana* is, aki egy ideig a bolognai egyetem professzora volt. Bár magyarországi működéséről nem rendelkezünk közelebbi adatokkal, tudjuk, hogy *Magister Fridericus de Bononia* is megfordult Magyarországon, mint *Gentilis* kardinális, pápai legátus orvosa.

1330-ban „magistro Andrre, nato quondam Mancii de Eugubio, clerico, medicinalis scientiae Professori, ex consideratione Caroli regis Ungariae, canonicatus in ecclesia Strigoniensi vacans conferitur”. Emellett *Eugubioi András* a magyar királyné udvari orvosaként is működött.

Róbert Károly és *Nagy Lajos* királyok másik olasz udvari orvosa, *Piacenzai Jakab*, mint a magyar uralkodók követe több fontos diplomáciai missziót is teljesített. 1343-ban halt meg Buda várában.

Conversius da Frignano a sienai egyetem professzora volt, s mint *Nagy Lajos* udvari orvosa került a magyar fővárosba, Budára.

Róbert Károly király udvari sebésze, *Magister Jacobus de Cellino* működéséről is maradtak reánk adatok.

1395-ben *Zsigmond* magyar király orvosa *Guglielmo de Santa Sofia* volt, a híres paduai orvodinasztia egyik tagja. Apját, *Marsilio di Santa Sophiát* egy 1410. május 10-én kelt páduai okirat szintén úgy említi, mint a magyar király orvosát.

Ugyanebben az időben az esztergomi érseknek udvari orvosa is olasz ember volt: *De Amelia Tamás*.

Zsigmond király — 1433 óta egyidejűen a német—római birodalom császára — különösen nagyra értékelte az olasz orvosok tudását és humanista műveltségét. Csaknem egy emberöltőn át (1417—1445) tartózkodott Magyarországon — Budán, mint *Zsigmond* vendége és orvosa, Nagyváradon mint *Vitéz János* püspök barátja — *Pier Paolo Vergerio*, a capo d’istriai születésű tudós orvos és humanista költő. „Petrus Paulus utriusque juris ac medicinae doctor necnon poeta laureatus” 1410-ben került először érintkezésbe *Zsigmonddal*, amikor mint a pápa követe jelentkezett a királynál. A következő találkozásuk színtere Konstanz. A zsinatról már a király kíséretében érkezik Magyarországra, ahol haláláig marad. Ő volt az első igazi nagyszabású humanista magyar földön. 1414-ben *Zsigmond* király kíséretében találjuk *Antal* raguzai főesperest, aki orvos volt, s mint ilyen tanáccsal látta el az uralkodót.

Ugyancsak Raguzában élt *Bartholomaeus Squarcialupis de Plumbino*, aki kitűnő munkáját, „Colcodei seu liber de peste” című kéziratát *Zsig-*

mondnak ajánlja. A kézirat a bécsi National-bibliothekben található Cod. lat. 2349 jelzet alatt. *Bartholo* doktor élete javát Raguzában töltötte. 1413. augusztus 14-én kelt az az okirat, melynek értelmében egy *Zsigmond*hoz Budára küldött deputatio tagjai között van „egregius vir Magister Bartholomaeus de Plumbino”, valamint Magister *Jacobus de Saligherii de Padua*, mindkettő „phisici et salariati communis Ragusi”.

1437 körül a magyar főurak keresett orvosa volt *Capodilista Ferenc János* olasz orvos.

1445 körül *Hunyadi János*, a nagy magyar hadvezér szolgálatában áll *Trevisoi Tádé* magister, akit mint IV. *Jenő* pápa orvosát ismer az orvostörténelem.

Míg eddig inkább csak koronás fők, vagy országnagyok udvarában találkoztunk olasz orvosokkal, 1448-ban feltűnik „*Bartholomaeus Italicus phisicus*”, aki Pozsony városában a polgárság körében folytat gyakorlatot.

Sforza Ferenc milánói herceg udvari orvosa, *Ambrosius Griffus* 1465-ben a magyar fővárosban, Budán tartózkodik, de nem orvosi minőségben, hanem mint urának követe.

*Corvin Mátyás*nak, a nagy magyar renaissance-uralkodónak házi-orvosai jóformán valamennyien olaszok, akik közül csak néhány kiemelkedő személy nevét emeljük ki.

Aquilejai Angelo magister ebben a minőségében több okiraton is szerepel. *Fontana Ferenc* nevű udvari orvosát diplomáciai sikon is foglalkoztatta *Mátyás* király és több ízben fontos misszióval küldte el a milánói herceghez. Hasonlóképpen *Florio della Roverella* nevű orvosát is. *Joannes de Leonibus de Galluccio* capuai származású olasz orvos is kezelte egy ideig *Mátyás* királyt. *Alfonz* calabriai herceg egy urbinói származású sebész-mestert *Dominicus de Phophetat* küldi ajánlásával *Mátyás* királyhoz. *Mátyás* király udvari orvosai sorába tartozott „*Julius Milius, Regis Pannoniae Archiater*”. *Miliust* — aki forrásainkban mint *Aemilius* is szerepel — *Mátyás* király magasztalva emlegeti *Sforza Lajos* milánói herceghez írt leveleiben.

Ez a kiváló olasz orvos mint humanista költő is tevékenykedett, s a korabeli magyar tudóstársaság, a *Sodalitium Danubianum* is tagjai sorába választotta. Rajta kívül még *Francesco da Brescia*, a ferrarai orvoskar egykori növendéke, *Egano da Floreno* sebész és *Baptista Canano* tartozott a nagy uralkodó ismert orvosai közé. Utóbb nevezett őse volt *Gianbattista Cananin*ak, a kiváló ferrarai anatómusnak.

Mátyás király kapcsolatot tartott fenn a híres humanista tudóssal, *Marsilius Ficinus*szal is, akit mindenáron szeretett volna udvarába csalogatni. Érdekes levélváltásuk fennmaradt az utókor számára. *Ficino* 1489-ben csillagászati alapon jó egészséget jósolt *Mátyás* királynak, aki azonban ennek ellenére már a következő évben meghalt. *Ficino* maga helyett *Valori Fülöpöt* küldte Budára, aki va-

lóban egy ideig a magyar fővárosban működött, sőt mint Ulászló magyar király követe, Rómában is járt.

Estei Hyppolit esztergomi érsek, majd egri püspök udvartartási számadáskönyvei szintén utalást tartalmaznak e korban Magyarországon működött olasz orvosokra, nevezetesen *Benzo Agostonra* és *Sbizzarino Benedekre*, kik közül az első 200, a második 300 magyar arany fizetéssel bírt, *Dimerbroek* említi „*Tractatus de peste*” c. munkájában, hogy *Mátyás* király egy pestis elleni szer receptjéért ezer magyar aranyat adott *Ludovicus a Leonibus* bolognai orvosnak. *Christophorus Gallus* magyarországi olasz orvos emlékét kortársa, *Janus Pannonius* magyar humanista költő epitaphiuma örökíti meg. E rövid, inkább csak seregszemlét nyújtó felsorolást dr. *Branche*, az udinei *Leonardo de Masseri*, *Hieronymus* Italus nevei zárják le. A XVI. század későbbi folyamán olasz orvosok — közte oly ragyogó nevek, mint *Manardo* — oly nagy számban működtek Magyarországon, hogy mégoly hézagossá méltatásuk is túlnó a közlemény keretein.

Schultheisz Emil dr., Tardy Lajos dr.

Magyar kormányhatósági intézkedés 1862-ből Semmelweis szülészeti profilakszisének a kórházakban való bevezetése érdekében

Semmelweis 1862. március 31-én a könyvét sajtóközül irt levélben megküldte a magyarországi helytartótanácsnak, és kérte, hogy profilaktikus óvszabályait a magyarországi kórházakban vezessék be. „... Ebbeli meggyőződésemben, emberi, úgy mint hazafiúi kötelességemnek ismerem — ezen eredményt az ország legfőbb kormányzékének tudomására hozni, már csak azért is, hogy az általam ajánlott óvszer, melyet elméletemnek ostromlói is ártalmatlannak tartanak következőleg, ha nem is használna, mit az általam összegyűjtött tapasztalati adatok fényesen megcáfolnak, semmi esetre sem árt — országszerte, legkivált a kórházaknál általánosítottassék.”

A helytartótanács a pesti egyetem orvoskarának a véleményét kérte, amely 1862. május 7-én javasolta a *Semmelweis* által bevezetett profilaxis bevezetését a kórház- és baba-gyakorlatba. „*Semmelweis tanárnak a gyermekágyi láz körüli könyve ezen tanári testület előtt eleget ismeretes, de ismeretes előtte azon nagy érdem is, melyet a nevezett tanár magának az által szerzett, hogy ő azon fertőzési anyagokat, melyek a gyermekágyi lázat leggyakrabban gerjesztik, ténylegesen bebizonyította, és ezen tényekre építvén következőlegesen meg is mutatta: hogy melly óveljárás alkalmazandó a gyermekágyi láz fejlődésének gátlására. Annak alapján az alóírt tanári testület javaslatos véleménye abban összfontosul: miszerint az óvszerek, melyeket *Semmelweis* tanár javasolt, kórházaknál, de a magángyakorlatban is mennyire csak lehet, alkalmaz-*

tassanak, s hogy az illető főorvosok e részben a bábáknak pontos utasítást adjanak.”

Az egyetemi orvoskar tehát 1862-ben nyilvánosan állást foglalt Semmelweis tanítása mellett. Ugyancsak az egyetemi tanács is 1862. évi június 5-i ülésében.

A legfőbb magyar kormányhatóság, a helytartótanács 1862. szeptember 1-én az alábbi körrendeletet intézte Semmelweis szülészeti óvszabályainak bevezetése érdekében az összes törvényhatósághoz.

„Valamennyi Törvényhatóságnak.

Dr. Semmelweis Ignác Fülöp m. k. egyetemi igazgató tanár a gyermekágyi lázról írt és ide felterjesztett jeles munkájában a gyermekágyi láznak egyedüli okát egy, a gyermekágyas által felvett állati szerves elbomlott anyagban helyezi.

E nézet úgy a m. k. orvostanár testülete, valamint számos tudós orvosi tekintélyek által pártolattatik.

Miután eszerint ezen öldöklő betegség elleni óv-eljárásnak okszerű feladata nem lehet egyéb, mint ily fertőző bomlott anyagoknak a gyermekágyas testébe netaláni behozatalát gátolni, ennél fogva a nevezett szerző azt hozza javaslatba, miszerint az orvosok és bábák mielőtt egy fertőző anyagot érintenek, a fennebbi cél elérésére kezüket jól beolajozzák, hogy a fertőző anyag a bőr likacsokba be ne hatolhasson, ezután kezüket szappannal jól megmosván a még netán el nem távolított fertőző anyag megsemmisítése tekintetében halvaggal (chlorkalk, chloratum calcis) addig mossák, míg a kezük sikamlós lesz.

Ily eljárás után a kéz tökéletes fertőzetenlenné tétetvén megjegyeztetik: miszerint nem csak a vizsgáló új által történhetik fertőzés, hanem minden egyéb tárgy által is, melyek fertőzött anyagokkal érintkezésbe jönnek: ezek tehát a nemzövégekkel leendő érintkezésük előtt szinte fertőzetenlenné, avagy alkalmazáson kívül helyezendők: ide tartoznak sebési műszerek, ágyneműk, szivacsok s. a. t.

Miután továbbá a fertőző anyagok a levegő által is továbbvitethetnek: ennél fogva szükséges, hogy a levegő kór- és szülőházakban gyakran megújításék és az egyének kigőzölgése annak elbomlása előtt szellőztetés által eltávolítottassék.

Ezen óveljárás ok és célszerűnek találtatván, s ennek alkalmazása úgy kór- és szülőházakban, valamint a magányakorlatban is kívánatos lévén, fölhívatik a címzett, hogy a fennemlített szerzőtől kitűnő szakavatottság és tanulmányossággal a gyermekágyi lázról írt művében foglalt ezen óveljárást úgy az orvosok, valamint a seborvosoknak és szülészeknek és bábáknak is figyelmébe behatólag ajánlja, és a kórházakban mindenütt alkalmazásba hozza.”

Az első lépés tehát Magyarországon 1862-ben megtörtént, hogy Semmelweis „tanítása ne a könyvtárak porában penészedjen, hanem győztesen hasson a gyakorlati életben” is, hogy „az egészségügyi személyzet egészen a legutolsó falusi orvosig és bábáig aszerint dolgozzon”. (Nyílt levél Scanzonihoz).

Gortvay György dr.

OOK fordításjegyzékei

Az alábbi jegyzékben felsorolt, valamint a régebbi jegyzékekben közzétett fordítások díjtalanul kölcsönözhetőek avagy — kívánságra — oldalanként 1,— Ft másolási díj ellenében meg is vásárolhatók. A témabibliográfiákat díjtalanul küldjük meg az igénylőknek. Az igényléseket a téma címének a megjelölésével, valamint a címleírás előtt szereplő jelzőszám feltüntetésével az Országos Orvostudományi Könyvtár és Dokumentációs Központ, Budapest, VIII., Szentkirályi u. 21. sz. címére kell beküldeni.

Gyógyszertan

1926. Castillo, S.—Serrano, P. A.—Segura, M.: Methalon anabolikus steroid hypocholesterinaemiás hatása. Lancet, 1964. 2, 7369, 1090—1092. sz. o.: 8.—

1921. Dubach, U. C.: Vese és gyógyszer. Schweiz. med. Wschr. 1964. 94, 43, 1510—1514. sz. o.: 16.—

Belgyógyászat

1906. Berndt, H.: A vérfehérje-összetétel ulcus pepticumnál. Dtsch. Z. Verdau.-u. Stoffwechselkr. 1964. 1—2, 24, 21—26.

1901. Duckert, F.: Az intravascularis coagulatio és a fibrinolysis differentialis diagnosisa. Schweiz. med. Wschr. 1964. 94, 39, 1375—1377. sz. o.: 6.—

1925. Faber, J. J.—Burton, A. C.: A szívzörejek biofizikája s ennek alkalmazása a klinikumban a hallgatózásnál. Canad. med. Ass. J. 1964, 91, 3, 120—128. sz. o.: 22.—

1902. Finke, J.: Az apoplexia-szerű inzultusok differenciáldiagnosztikájának mai állása. Dtsch. med. Wschr. 1964. 89, 42, 1938—1990. sz. o.: 18.—

1924. Gunn, A.—Michie, W.—Irvine, W. J.: A thymus szerepe a pajzsmirigy megbetegedésében. Lancet, 1964. 2, 7363, 776—777. sz. o.: 7.—

1910. Lorenzo—Velazquez, B.: Gyógyítható-e a cirrhosis hepatis az ascites fázisban. Arch. Fac. Med. (Madrid), 1964. 6, 5, 325—328. sz. o.: 5.—

Sebészet

1900. Cantero, J.: Az égések ambulans kezelése Terra-Cortril Spray-el. Praxis, 1964. 53, 37, 1229—1232. sz. o.: 11.—

1908. Dunea, G.—Hazard, J. B.—Kolff, W. J.: Vascularis elváltozások vese-átültetés esetén. J. Amer. med. Ass. 1964. 190, 3, 199—202. sz. o.: 11.—

1916. Ehalt, W.: Sportsérülések fiatalokorúknál. Wien. med. Wschr. 1964. 114, 775—777. sz. o.: 10.—

1912. Első tapasztalatok a Halle-féle szív-tüdő készsülékkel. Schober, K. L.—Baust, G. és mtsai. Zbl. Chir. 1964, 89, 44, 1641—1645. sz. o.: 6.—

1911. Az érzéstelenítők feladatai a szív-tüdő-géppel végzett műtétknél. K. M. Martin.—G. Baust és mtsai. Zbl. Chir. 1964. 44, 89, 1645—1649. sz. o.: 7.—

1893. Mayrhofer, O.—Steinbereitner, K.: A cardiális reanimatio a bécsi egyetemi klinikákon. Cah. Anesth. 1964. 12, 2, 133—144. sz. o.: 10.—

1922. Yunis, E. J.—Ziegler, N.—Benson, S.: Haemolytikus transzfúziós reakciók retrospektív szerológiai diagnózisa. J. Amer. med. Ass. 1964. 189, 0, 907—910. sz. o.: 10.—

1918. Zenker, R. és mtsai: Haladás a szívsebészet területén. Dtsch. med. Wschr. 1964. 89, 42—43—44, 1979—1981., 2033—2035., 2078—1081. sz. o.: 19.—

Onkológia

1903. Berndt, H.: Prophylaktikus castratio mellrák esetében. Münch. med. Wschr. 1964, 106, 42, 1884—1892. sz. o.: 18.—

1920. Gebhardt, K.: Operált rákbetegek utókezelése. Med. Welt, 1964. 0, 43, 2313—2315. sz. o.: 8.—

1890. Ilrath, D. C.: A pancreas daganatai. Proc. Mayo. Clin. 1964. 39, 9, 662—665. sz. o.: 5.—

1905. Kallenberger, A.: Sexchromatin mammarcarcinomákban. Schweiz. med. Wschr. 1964. 94, 41, 1450—1458. sz. o.: 16.—

1923. MacDougall, I. P. M.: A colitis ulcerosa rákos elfajulásának veszélyéről. Lancet, 1964. 2, 7361, 655—658. sz. o.: 14.—

1919. Schwarz, K.: Az emlőcarcinoma endocrin kezelése. Münch. med. Wschr. 1964. 106, 42, 1897—1884. sz. o.: 12.—

1891. Schirren, C. G.—Gruber, L.: A bőrtumorok cytostatikus helyi kezelésének értékelése. Münch. med. Wschr. 1964. 106, 46, 2101—2105. sz. o.: 10.—

1909. Sutow, W. W.: A fej és a nyak carcinómája gyermekeken. J. Amer. med. Ass. 1964. 190, 5, 414—416. sz. o.: 7.—

Egészségtudomány

1895. Charney, E.: Iskoláskor előtti gyermekek vizsgálata. New. Engl. J. Med. 1964. 270, 26, 1408—1411. sz. o.: 8.—

1899. Ciocatto, E.—Vandone, A.: Reanimációs központok szervezése. Sem. méd. (Paris), 1964, 40, 14, 267—270. sz. o.: 10.—

1889. Kienitz, M.—Welling, P.: Staphylococcusok az újszülöttszobában. Dtsch. med. Wschr. 1964, 89, 37, 1744—1751. sz. o.: 13.—

1894. Trautwein, H.: A szív és a keringési rendszer betegségeiben szenvedők rehabilitációja. Med. Welt, 1964. 0, 46, 2448—2455. sz. o.: 25.—

Orvostörténelem

1896. Olschak, B. C.: Az ősrégi tibeti gyógyító tudomány nyomában. Ciba Symp. 1964, 12, 3, 129—134. sz. o.: 8.—

1897. Tochowicz, L.: A krakkói Orvosi Iskola 600 éve. Münch. med. Wschr. 1964, 106, 43, 1948—1955. sz. o.: 15.—

1913. Verso, M. L.: A véresejtszámlálás technikáinak fejlődése. Med. Hist. 1964. 8, 2, 149—158. sz. o.: 14.—

Varia

1896. Frahm, M.: A phaeochromocytoma kémiai diagnosztikája. Dtsch. med. Wschr. 1964, 89, 46, 2195—2196. sz. o.: 5.—

1917. Husslein, H.: A modern gestagen terápia. Wien. med. Wschr. 1964, 114, 42—43, 726—729. sz. o.: 12.—

1904. Lorenzo—Velazquez, B.: Gyógyszeres és terápiás aktualitások. A tuberkulin bőrpróbák jelenlegi helyzete. Arch. Fac. Med. (Madrid). 1964, 6, 3, 185—187. sz. o.: 4.—

1907. McAlpine, D.: A sclerosis multiplex benignus formája. Egy hosszúlejárati vizsgálat eredményei. Brit. med. J. 1964, 2, 0, 1029—1032. sz. o.: 14.—

1915. Morczek, A.: A klinikai sugárbiológia és biofizika aktuális kérdései. Dtsch. Gesundh.—Wes. 1964, 19, 40, 1856—1859. sz. o.: 10.—

1914. Picha, E.: Gondolatok a deformált újszülöttek euthanasiájáról. Wien. med. Wschr. 1964, 114, 44, 779—780. sz. o.: 4.—

1892. Raas, E.: A sport szerepe a pubertáskorban. Wien. med. Wschr. 1964. 114, 39, 670—674. sz. o.: 14.—

Szemelvények a Tájékoztató Osztály bibliográfiai anyagából

K. Sz. M. 2612/64. di Guglielmo syndroma. 19 t.

K. Sz. M. 2625/64. Vegetatív dystonia. 9 t.

K. 2626/64. Multiplex tumorok. 18 t.

K. Sz. 2627/64. Epeutak baleseti sérülései. 13 t.

K. Sz. 2628/64. Pancreas-kövek. 5 t. annot.

K. 2630/64. Lathyrismus. 111 t.

K. Sz. 2631/64. A glaucoma megelőzése. 26 t.

K. Sz. 2632/64. Latex-vizsgálatok. 16 t.

K. Sz. 2633/64. Lábszárcsontok törése és kezelése. 15 t.

K. M. 2634/64. Calcaneus törése és kezelése. 16 t.

K. Sz. 2635/64. Olecranon törése és kezelése. 9 t.

K. Sz. M. 2636/64. Csontdaganatok. 33 t.

M. 2637/64. Strongyloides stercoralis. 12 t.

K. Sz. 2638/64. TBC és corticosteroid kezelés. 10 t.

K. 2639/64. Tietza-syndroma. 10 t.

K. Sz. 2640/64. Kullancs encephalitis. 23 t.

K. 2641/64. Fehérvérsejtek alkalikus-foszfataze, toxikus granulatiója. 44 t.

K. Sz. 2642/64. Distrophia musculorum progressiva. 29 t.

K. 2643/64. Transulfurase. 6 t.

K. Sz. M. 2644/64. Thrombocytopenia. 48 t.

K. Sz. 2645/64. INH metabolizmus. 20 t.

K. Sz. 2646/64. Ureter érellátása. 6 t.

A TMB hírei

A Tudományos Minősítő Bizottság *Földes Istvánt* »Adatok a chondrális csontfejlődéshez, különös tekintettel a foszfátészterekre és a mucopolysaccharidákra« c. disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává nyilvánította.

Tiszteletbeli tagok

Gegesi Kiss Pál dr. akadémikust a Lengyel Gyermekorvosok Társasága tiszteletbeli tagjává választotta.

Rajka Ödön dr. akadémiai levezető tagot és *Gerlóczy Ferenc dr.* egyetemi tanárt, a Csehszlovák Purkyne Társaság tiszteletbeli tagjává választotta.

A VILÁG MINDEN TÁJÁRÓL

Mellkasi lövés után — golyó a combartériában. A lövedék elvándorlásának különös esetét írták le egy dél-afrikai kórház orvosai. Egy férfi mellébe véletlenül elsült revolver golyója hatolt be. A kórházbeszállításkor azonnal elvégzett rgt-felvétel a szívtájon mutatta a lövedék árnyékát. A sebészek műtetre készültek, a műtőben a beteg arról panaszkodott, hogy a jobb lába elzsibbadt és hideg. Az újból elvégzett rgt-vizsgálat (az első felvétel után nem egészen egy órával) a lövedéket az art. femoralisban mutatta. A lövedéket valóban a combartériából távolították el. Megállapítást nyert, hogy a szívbe hatolt golyó az aortán keresztül a vérárammal került az art. femoralisba.

Kisebbség esetén — forduljon a gyógyszerészhez. Az angliai Egészségügyi Gazdasági Hivatal egy múlt év végén kiadott jelentésében javasolja, hogy az orvosok tehermentesítése céljából — ami egyben gazdaságossági kérdés is — a gyógyszerészek is adhasanak egészségügyi tanácsokat. A javaslat indokolása megállapítja, hogy a gyógyszerészek is magas képzettségű egészségügyi szakemberek, akiket nyugodtan be lehetne vonni tanácsadó és bizonyos vizsgált munkába is. Például a gyógyszerterápiát berendezett kisebb helyiségekben — orvosok irányításával — bizonyos szűrővizsgálatokat lehetne végezni.

Folyóiratreferátumok

Szembetegségek

Az internuclearis ophthalmoplegia. Smith J. L. és Cogan D. G. A. M. A. Arch. Ophthal. 1959. 61. 687—694.

Szerzők az internuclearis ophthalmoplegia 58 esete alapján bemutatják a syndroma szemészeti és neurológiai tüneteit. Röviden tárgyalják a syndroma terminológiáját.

Lhermitte 1922-ben »ophthalmoplegia internuclearisnak« nevezte; Leslie Paton beszélt először internuclearis bénulásról akkor, amikor a conjugált tekintéskor az egyik szem rectus internus nem működik normálisan, míg convergentia esetén az izom normálisan működik. Paton a fasciculus longitudinalis medialis sérülésével magyarázza a jelenséget. Duke-Elder — Lutz után — először és hátulsó internuclearis bénulásról beszél. Először, ha a musculus rectus internus, és hátulsó, ha a musculus rectus externus működészavaráról van szó a conjugált tekintésben, míg a convergentia mindkét esetben normális. Szerzők ajánlják a következő elnevezést:

— Ophthalmoplegia internuclearis anterior (a convergentia károsodása mellett a conjugált horizontális tekintés is zavart)

— Ophthalmoplegia internuclearis posterior (a convergentia sérületlen annak ellenére, hogy a conjugált horizontális mozgásban a rectus medialis működése zavart).

A laesio helye minden szerző szerint a fasciculus longitudinalis medialis; az oldaliságra azonban a tünetekből biztosan nem lehet következtetni. Sem a boncolások, sem az állatkísérletek erre vonatkozóan nem adnak támpontot.

Szerzők külön tárgyalják a féloldali és kétoldali eseteket. Három fő szempont szerint elemzik az elváltozásokat:

1. Általános vonatkozások: nem, életkor, a tünetek uni- vagy bilaterális volta, a panaszok kezdetétől a diagnosis felállításáig eltelt idő, vérnyomás.

2. Szemtünetek: convergentia, ferde deviatio, verticalis nystagmus, látásélesség, látótér, diplopia, pupillák viselkedése.

3. Neurológiai tünetek: trigeminus érintettsége, hosszú motoros, ill. sensoros pályák bántalmazottsága, egyéb agyideg károsodása, liquor-változások és cerebelláris jelek.

Végeredményben megállapítják, hogy az internuclearis ophthalmoplegia egyoldali esetei az idősebb korú férfiakon a leggyakoribbak.

Típusos esetekben jobboldali. Hypertóniás vagy diabeteses betegek-nél gyakrabban találták, és a híd-ban levő vascularis eredetű laesiókkal magyarázzák. Verticalis nystagmus, cerebelláris tünetek kísérik átmenetileg, és agyidegek sérülései is társulhatnak. Prognosis rossz.

Kétoldali internuclearis ophthalmoplegia nőknél és férfiaknál egyaránt előfordul, bármelyik életkorban. Leggyakrabban sclerosis multiplexre utal. Rendszerint verticalis nystagmus kíséri. Kétoldali Babinsky, cerebrális jelek, skandáló beszéd jelennek meg a betegség kifejlődése során. Prognosis bizonytalan.

Vereb Katalin dr.

*

Hypophysis besugárzás diabeteses retinopathia ellen. Oosterhuis, J. A., etc. Acta Ophthal. 1963. 141: 621—639.

Tizenkét retinopathia diabetica-ban szenvedő betegen végeztek röntgen-besugárzást (3000—5900 R, 18—36 nap alatt). Előrehaladt esetben eredménytelen a kezelés. A szemfenéki fényképezéssel és labor. vizsgálatokkal dokumentált megfigyelésekből arra a következtetésre jutottak az amsterdami szemklinika munkatársai, hogy a várható gyógyhatás szerény volta nem áll arányban az agy sugársérülésével: 3 ízben necrosisra utaló jelek léptek fel (érelváltozások miatt fokozott sugárérzékenység!). Ezek alapján a hypofízis röntgenbesugárzását nem tartják indikálnak ilyen körképben.

Grósz István dr.

*

A sugártest és szivárványhártya állapota a gümőkóros érhártyagyulladásban. Chentsova O. B. (Klinika glaznüh boleznei Moszkovszkogo oblasztного nauchno-issledovatelszkogo kliniceszkogo insztituta): Vesztnik Oftalm. 1964. 4:45—49.

A gümőkóros folyamat aktivitásának és az érhártyában való kiterjedésének felbecsülése végett a szerző 84 betegen (136 szem) gonioscoppal tanulmányozta a sugártest és a szivárványhártya állapotát a betegség különféle stádiumaiban. Érhártyagyulladás 114 szemből 65 esetben volt sugártesti és szivárványhártyai elváltozás kimutatható. Ezen elváltozásokra jellegzetes

volt az exsudatum (13 szem), a goniosynechiák (34 szem) és praecipitatumok jelenléte (20 szem); exogen pigmentatio (20 szem), érujdonképződések a szivárványgyök tájon, a sugártestben és a corneoscleralis trabeculákban (35 szem). A szivárványban tuberculumok, nodulusok (12 szem) és sorvadások foltok voltak találhatóak.

A sugártestnek a szivárványhártyának a folyamatba való keveredése főként a chorioiditis disseminata és periphlebitis esetében fordul elő, valamint aktív friss folyamat során. Az utóbbi kiújulása, a különböző maradék elváltozás alapja elleni ténykedés folyamán a sugártest és szivárványhártya részvétele kevésbé gyakori. Kiderült végeredményben, hogy a szem hátsó segmentjének gümőkóros bántalmaiban a sugártest és szivárványhártya az esetek több, mint felében résztvesz a folyamatban.

A szerző szerint ezen gonioscopias jellegzetességek a direkt és indirekt szemtükrözésből származó adatokkal, továbbá a dinamikus funkcionális vizsgálatokkal egyetemben lehetővé teszik a klinikai gyógyulás állapotának pontosabb megítélését és így a gümőkóros szembajok kezelésének természetét és tartamát szabatosabban meghatározhatóvá válik. Amikor összeállítunk egy menetrendet a szem gümőkórával sújtott beteg kezelésére és tartamát meghatározzuk, vezető alapelvként elfogadhatók a szervezet általános kondíciója, az érhártyai góc aktivitása és a sugártest és szivárványhártya állapotát jellemző adatok.

Lugossy Gyula dr.

*

Retinopathiát eredményező hosszú nivaquin szedés. Lamers W. P. M. A. (Oog. Universiteitskliniek, Nijmegen, Neherlands): Ophthalmologica 1964. 148:188—195.

Hosszú évek óta kedvelt gyógyszer a chloroquin és sói rheumás megbetegedésekben, lupus erythematosusban. A betegek rendszerint nagy dosisokban hónapokig, évekig szedik. Így jótulajdonságai mellett káros hatásai is hamarosan felfedezésre kerültek.

A szemészeti komplikációk: az accomodatio zavara, a cornea elváltozása és a retinopathia többnyire ismertek. Az első két elváltozás reversibilis, a szer elhagyásával gyógyul, a retinopathia azonban irreversibilis és olyan súlyos lehet, hogy a beteg szociálisan vak lesz. Tekintettel erre a lehetőségére a szerző válogatás nélküli 10 beteg vizsgálatát közli — hónapokon, éveken át szedtek nivaquint — annak a kérdésnek megközelítésére, hogy milyen gyakoriak e komp-

likációk. A betegeken teljes szemészeti kivizsgálás történt, beleértve a perifériás, centrális látóteret valamint az ERG-t. 10 beteg közül 7 beteg szemében talált valamilyen elváltozást. Volt ahol csak ERG-elváltozást, volt ahol centrális és perifériás látótérdefectust is.

A retinopathia első jele az ERG értékeinek csökkenése. Ez még reversibilis. Ezt követi a gyűrűalakú centrális scotoma megjelenése, amely mellett subjective még panaszmentes lehet a beteg. Ez az elváltozás igen nehezen mutatható ki, de már irreversibilis. Végül a perifériás látóteret is súlyosan károsodik. 10 beteg közül 7 betegnek volt ERG és 3-nak volt centrális, ill. perifériás látótérdefectusa. A gyógyszer dosisa igen fontos tényező az elváltozások kialakításában. A károsodott betegek 200–300 mg nivaquint kaptak naponta. 10 beteg adataiból messzemenő következtetéseket nem lehet levonni, de figyelmeztetőül szolgál, hogy chloroquint és származékait szedő betegeket gyakran kell szemészetten ellenőriztetni.

Bajka Ágnes dr.

★

A cortison glaukoma klinikai alakjai. Weekers R., Grieten J., Watillon M. és Prijot E. (Clinique ophthalmologique de l'Université de Liège): Ophthalmologica 1964. 148:81–90.

A szerzők cortison-hatásra fellépett szemnyomás emelkedés 3 esetét ismertetik. Első esetükben prolongált helyi kezelés idült hipertenziót eredményezett. Második betegüknél intenzív parenteralis terapia következményeként acut glaukoma lépett fel. A harmadik esetben szivárványgyulladás jelentkezett, amelyben a cortico-steroidok lokális, ill. parenteralis adagolása egyaránt rossz hatással volt a szemnyomásra. A szerzők megfigyeléseik alapján megállapítják, hogy a corticosteroid kezelés okozta hipertensio a csarnokvízelvezetés akadályozottságának következménye, mely utóbbi létrejöttének oka mind ez ideig még ismeretlen.

Kiss Jolán dr.

★

A leptospira uveitisekről. Tarkanen A. és Raitta C. (Universitäts-Augenklinik, Helsinki): Ophthalmologica 1964. 148:91–97.

A szerzők leptospira uveitis 5 esetét ismertetik. Diagnózisukat részben a leptospira agglutinolysin-titer pozitivitására, részben egyéb aetiológiai tényezők lehetőségének kizárására alapozták. 3 esetükben az elülső csarnokból tenyésztést és tengerimalac oltást is végeztek. Az eredmények negatívak voltak. Betegeiket különböző anti-

bioticumok és Prednisolon parenteralis adásával kezelték. Emellett helyileg Atropin, Neosynephrine és Prednisolon cseppeket is adtak. Az uveitis 3 betegnél 4 héten belül gyógyult és a látóélesség romlását egy esetben sem észlelték. 3 esetükben kiújulás biztosan nem következett be.

Kiss Jolán dr.

★

Arteria carotis elzáródásával kapcsolatos rubeosis iridis. Hoefnagels K. L. J. (Oogk. Universiteitskliniek, Nijmegen, Netherlands): Ophthalmologica 1964. 148:196–200.

Uveitis anterior chronica dg.-al került klinikára egy beteg, akinek betegsége 6 hónap óta állt fenn, a kezeléssel ellenére azonban visusa fokozatosan romlott. Felvételi adatai: visus 5/5 j. sz., 5/50 b. sz. Bal szem kissé belővelt, csarnokban Tyndall-jelenség. A pupilla kerek, centralis, fénymercv. Az iris elülső rétege atrophias, a pigmentszegély néhány helyen a lencsetokhoz nőtt. Az irisben sűrű capillaris hálózat különösen temporalisan. Néhány haemorrhagia is látható volt a capillarisok mentén. Vastag szabálytalan elágazású ereket lehetett látni, amelyek radier irányban, illetve körkörösben a csarnokzugban futottak. A gonioscopiás vizsgálat lezárt csarnokzugot mutatott. A retina arteriális általános kalibercsökkentést mutattak és határozott helyi szűkületeket. Számos haemorrhagia, és az art. temp. inf. mentén néhány gyapot-tépésszerű folt volt látható. A látóideg fő feltűnően piros, amit nagyszámú capillaris okozott; collateralis? Az arteriális törzseken spontán pulsatio, a nagyobb vénákban agglutinatio volt megfigyelhető. A jobb szemfényében az erek sclerosisan kívül más elváltozás nem volt. Intraocularis nyomás 18 Hgmm jo., 26 Hgmm bo. Jobb látóteret normális, bal kissé beszűkült volt. A belgyógyászati, bőrgyógyászati, neurológiai kivizsgálás kétoldali Babinszki tüneten kívül mást nem talált.

A legfontosabb tünetek a következők voltak: haemorrhagia retinae, rubeosis iridis, spontán arteriális pulsatio. Ez utóbbi glaucomára vagy retinalis hypotensiora engedett következtetni. Az ophthalmodynamometria retinalis hypotensiot bizonyított. Arteriographiát végeztek, amely az arteria carotis interna elzáródását mutatta. Az elváltozások oka tehát ez volt. A retina vérzéseit és a rubeosis iridist azonban nem magyarázza. Bár az irodalomban többen tettek említést endangitis obl., pulseless disease-létezéséről, pathogenesisének magyarázatát nem adták. Walsh arteria elzáródással kapcsolatban

írt le a papilla területében látható apró vérzéseket.

A szerző következőképpen magyarázza e tünetek létrejöttét: az arteriális és vénás nyomás közötti kis különbség miatt a vér áramlása csökken egészen a stasisig. A szöveti anoxia és a CO₂ felszaporodása a vérben localis vasodilatatiót okoz. Lehet, hogy ilyen módon kapcsolat van a véráram lassúbbodása és a rubeosis iridis között. A beteg kezelése a helyes kórismézés után a collateralis keringés stimulálásából állt és annak javulásával párhuzamosan csökkent a rubeosis iridis.

Bajka Ágnes dr.

★

A phacogen iridocyclitis klinikai képe és kezelése. Kobzeva V. I. (Kafedra glaznuh boleznei Orenburszkogo medicinskogo insztituta): Vesztnik Oftalm. 1964. 4:41–45.

A szerző 65–90 éves 36 betegének kórtörténetét analizálva a phacogen folyamatok osztályozására tesz javaslatot. Eszerint a phacogen iridocyclitis egyik csoportjában a lencsetok nem sértetlen a) postoperatív vagy b) traumás behatás folytán. A másik csoportban a lencsetok sértetlen: phacolyticus glaucoma.

A lencsetok sértetlensége mellett kifejlődő phacogen folyamat jellemzői: a cataracta, a szemfájdalmak, a praecipitatumok, a hátsó synechiák, az elülső csarnokban és a lencse tokján található izzadmány és az emelkedett szemnyomás. A lencsetok sérüléseivel együtt kifejlődő phacogen iridocyclitisre ugyanezen tünetek jellemzők, kivéve az emelkedett intraocularis nyomást, amely ebben a csoportban — úgy látszik — nem állandó jelenség.

A szerző szerint minden phacogen iridocyclitis kezelésében gondoskodni kell a lencse eltávolításáról, mert csak ez tekinthető kauzális gyógymódnak. Feltétlenül az intracapsularis hályogkivonás részesítendő előnyben. Extracapsularis műtét esetén a lencserészek gondos eltávolítása kizárja a phacogen postoperatív iridocyclitis kifejlődését.

Lugossy Gyula dr.

★

A köztiagy pathológiája glaucomában. Bogdanovich Yu. I., Goldelman M. G. és Seifulina M. G. (Kafedra glaznuh boleznei i kafedra nervnuh boleznei Zaporozszkogo insztituta uszoversensztvovaniya vracsei): Vesztnik Oftalm. 1964. 5:39–44.

Speciális neurológiai vizsgálatok és 31 beteg biochemicali vérendexinek eredményei igazolták a szerzők azon következtetéseit, hogy az

elsődleges glaukoma esetében nyilvánvalóan megzavart a centrális vegetatív mechanizmus funkciója, amely a köztiagyban székel. A glaukoma kezelése folyamán a szerzők 50 betegnél centrálisan ható szereket használtak, mint amilyen a chlorpromazin, phenergan (promethazin) és promedol. Ezeket a szereket 36 esetben myotikumokkal együtt és 14 esetben (18 szem) nélkülük alkalmazták. Az első csoportból 11, míg a másodikból 16 szemben volt teljes compensatio elérhető.

Lugossy Gyula dr.

★

Szemészeti klinikai és bakteriológiai tapasztalatok kanamycin tartalmú készítménnyel. Gängel G. és Heuberger J.: Med. Klin. 1964. 59. 2068—2071.

A japánok által izolált és terápiásan először az amerikai kutatók által alkalmazott kanamycin (továbbiakban: k.) tartalmú szemcseppet és szemkenőcsöt (Kanamytrex) próbálták ki a szerzők különféle gyulladáshoz vezető szembetegségekben. 186 esetből 177-ben (95%) a kezelés eredményes volt. 9 vírus eredetű beteg nem gyógyult (keratitis denticulata, keratoconjunctivitis epidemica). A 186 esetből 41 esetet kezeltek más gyógyszerrel a k. terápia előtt eredménytelenül. A szemcseppet naponta 4-szer—6-szor cseppentették, a kenőcsöt 2-szer (délben és éjjelre) helyezték naponta a kötőhártyaszakba, ill. juttatták megfelelő eszközzel a könnytömlőbe. Hivatkoznak Zanger-ra, aki kísérletesen megállapította, hogy a k. bejut a vér-csarnokvízgyáton át a szem belsejébe. A szerzők semmiféle izgalmi jelenséget nem figyeltek meg a szemcsepp és kenőcs alkalmazása közben. Exanthema előfordulhat a k. borax-bórsav pufferoldatban megfelelő pH mellett stabil.

Részletesen ismertetik az egyes betegség-csoportban elért jó eredményeket. Conjunctivitis acuta-ban szenvedők 92%-a 7 napon belül gyógyult. 16 ulcus serpens cornae-ból 15 eset 2 hét alatt behámosodott, 1 eset 21 nap alatt gyógyult. Hátsó lenővést egy esetben sem észleltek. 2 kezdődő hypopyon-t óránkénti k. terápiával sikerült tüntetnemesíteni, 1 esetben a masszív kezelést tovább folytatták. Nem specifikus újszülöttkori kötőhártyagyulladás 13 esetben 6 napon belül, 2 esetben 12 napon belül gyógyult. 2 hét alatt 17 esetből 17 conjunctivitis chronica (blepharconjunctivitis, conjunctivitis angularis) gyógyult k. és ezüstnitrát együttes alkalmazására. 15 gyulladáshoz vezető szembetegséget 2-szer naponta k.-kenőccsel és 3 napi kezelés után gennyet sem feleltetve, sem nyomással nem lehetett a könnytömlőből nyerni.

Bakteriológiai vizsgálatokat is végeztek. Betegeik 48%-ában staphylococcus albus-t, 34%-ában staphylococcus aureus haemolyticus-t tudtak kitenyészteni. (Az utóbbi baktérium 58 törzsből 57 volt érzékeny k.-re, ebből 3 törzs minden antibiotikumra rezisztens volt, csak k.-ra nem.) 12 coli-törzsből 1 kivételével mind érzékeny volt k.-ra.

Betegeiktől vett váladékokat leoltották különféle táptalajokra. Legtöbb esetben a kezelés előtt és után, 4 esetben a kezelés közben is végeztek bakteriológiai vizsgálatokat. Eredményeiket több szempont szerint csoportosítva jól szerkesztett, könnyen áttekinthető táblázatok segítségével ismertetik.

Hanisch József dr.

★

Szemfenéki változások a gyermekek gümőkóros meningitise folyamán. Geimos E. K. (Klinika detszkij glaznüh boleznei II. Moszkovszkogo medicinszkogo insztituta i Moszkovszkaja detszkaja gorodszkaja kliniceszkaja bolnica N°—I.): Vesztnik Oftalm. 1964. 5:31—38.

A gümőkóros meningitisnek basilaris, mesodiencephalikus vagy meningovascularis formájában szenvedő 1029 gyermek szemfenéki állapotának adatait ismerteti a szerző. Az esetek 61%-ában fordul elő kóros szemfenéki folyamat. A leggyakrabban neuritis (50%), decoloratio papillae (19%), pangásos papilla és chorioretinitis (11%) volt észlelhető. A legsúlyosabb mesodiencephalikus alak eseteiben a szemfenéki elváltozásokat 100%-ban meg lehetett találni.

Amidőn a szerző a szemfenéki klinikai képet szembeállította a megbetegedett egyének boncolási leleteivel, kiderült, hogy a pangásos papilla megtalálható volt az agy és burkainak komoly elváltozásaihoz, az állandóan megzavart folyadékkeringés eredményeként. A betegek egy részénél hasonló postmortalis adatokat lehetett kimutatni decoloratio papillae esetén is. Utóbbi a folyamat első napjaiban jelent meg a gümőkór toxinjának a látóidegre és ereire kifejtett hatása következményeként. A chorioretinitis a haematogen disseminatio folytán támadt és a gümőkór egyéb megnyilvánulásaihoz társult. Látóidegsorvadást a szerző az esetek 23%-ában észlelt. Értágító szerekkel, vitaminokkal és stimulánsokkal végzett kezelés 67%-ban vezetett funkciójavuláshoz. Különösen hangsúlyozza a szerző azon megfigyelését, hogy milyen ritkán fordult elő szemfenéki elváltozás olyan esetekben, amelyekben a betegség 5. napja előtt kezdetét vette a specifikus kezelés.

Lugossy Gyula dr.

Az art. temporalis sup. biopsiája a szemészeti diagnosztikában. Moro, F., Bull. Mém. Soc. Franç. d'Ophthal. 1963. 76, 226—239.

Szerző a páduai szemklinika anyagából hat esetet ismertet. Az arteria temporalis superficialisból kimetszett szövet fontos felvilágosítást ad 40 év felett jelentkező papillitisek aetiologiai tisztázásában; ezek túlnyomóan ischaemiás optocopathiák vagy más néven vascularis pseudopapillitisek. A szövettani lelet arteriosclerosisát vagy óriássejtes panarteritist (Horton) mutat ki. Az arteritis temporalis klinikai tünetei gyakran hiányoznak.

Grósz István dr.

Az okulokardiális reflexről. Hollwich, F. etc. Med. Klin. 1965. 60: 170—172.

Az Aschner és Dagnini által leírt reflex kiváltását különböző súlyok és ujjnyomás révén tanulmányozták. 30 év alatt könnyű kiváltani, később csak az esetek 80%-ában: nők jobban reagálnak, mint férfiak. Az EKG-változások mellett a fő tünet a bradycardia, a reflektorikus vagus izgalom következtében.

A praeeoperatív-bulbuskompresszió 100—150 g nyomást igényel 5—10 percen át, hogy hypotonia álljon be; ez nem vált ki okulokardiális reflexet. A külső szemizmok vöngölése műtét közben szintén kiválthat reflexet. Fontos, hogy súlyos contusio bulbi hányáshoz, légzéslassúbodáshoz vezethet, ami hibás következtetésekre ad alkalmat (shock, commotio cerebri).

Az intraoculáris nyomásemelkedés nem vált ki okulokardiális reflexet; ez azt bizonyítja, hogy a receptorok nem a bulbusban, hanem a retrobulbáris szövetben keresendők. A retrobulbáris procain kikapcsolja a reflexet s ezért kancsalsági műtét folyamán — mért narcosis esetén is — elvégzendő.

Grósz István dr.

★

Accomodatioszélesség, mint az általános és egyéni biomorphosis (acceleratio) fokmérője. Hahn D. és Winter K.: Das deutsche Gesundheitswesen. 1964. 19. 473—476.

Az acceleratio — azaz gyorsult biológiai fejlődés — gyermekkorban a gyorsabb súlygyarapodással, tejfogak korábbi megjelenésével, korábbi felállás és beszéd kezdetével, valamint a serdülés korának előbbre tolódásával regisztrálható. Felnőttkorban is van acceleratio — főleg az utóbbi 30 évben —, de ennek megfigyelésére a menopause idején kívül kevés adat áll rendelkezésre. Szerzők a felnőttkori acceleratio bizonyítására az accomodatioszélesség vizsgálatát választották.

Vizsgálataik menete: a közelre korrigált, emmetrop egyéneknél — a menopausa és presbyopia kezdetének megkérdése után — pontos közelpont meghatározást végeztek, majd kiszámították az alkalmazkodás szélességét (közel- és távolpont különbsége).

Eredményeik a következők: nem-csak a menopausa ideje tolódott ki 45-ről 49,5 évre, hanem a presbyopia kezdeté is 40-ről 48 évre. Az accomodatio-szélesség vizsgálatánál kapott értékek nem egyeztek meg Donders által közölt 100 év előtti eredményekkel. Utóbbihoz képest 5 év eltolódás jelentkezett, vagyis a szerzők egy meghatározott korban olyan accomodatio-szélességet észleltek, melyet Donders csak 5 évvel fiatalabbnál talált.

A szerzők eredményeiket a felnőttkori acceleratio egyik bizonyítékának tartják. A felnőttkori acceleratio elnevezésére a »biomorphosis« szót javasolják.

Járfás Katalin dr.

★

A papilla ödémájának jelentősége koponyasérülésben. Wertheimer, P. stb. Bull. Mém. Soc. Franç. d'Ophtal. 1963. 76, 275.

300 koponyasérült közül 80 ízben jelentkezett papillaödéma; az első 48 órában mindig hiányzik e tünet, ilyenkor a pupilla viselkedése a fontos.

1. intrakraniális haematoma esetén a 4—9. napon jelentkezik, rendszeren egyéb tünetekkel együtt.

2. Késői agytályog, meningitis mellett hydroma esetén is jelentkezhet.

3. 59 ízben nem történt beavatkozás. A 12—20. napon fellépő papillodémát hyperthermia kíséri: neurovegetatív reactio.

4. 6 ízben történt feltárás nem mutatott haematomát.

Brégeat, az ezzel foglalkozó monográfia szerzője, hangsúlyozza az arteriográfia jelentőségét és a gyermekkorban észlelhető hamaros ödéma-jelentkezést; agytályogban a lelet lokalizatorikus értékű.

Grósz István dr.

★

Gyermektuberkulózis

Összehasonlító tuberkulin vizsgálatok. Módszer a virulens gümős fertőzés baktérium-típusának elkülönítésére. Stewart C. J. és mtsai. (Chest Service, East Suffolk, Anglia). Brit. med. J. 1961. 1, 7—13.

8839 gyermeket vizsgáltak szimultán, humán illetőleg bovin típusú tuberkulózis baktériumokból előállított tisztított tuberkulinnal. 7201 gyermek tuberkulin-negatív, 1638 pedig tuberkulin-pozitívnek bizonyult. 1125 esetben

mindkét fajta tuberkulinnal kaptak reakciót, míg 397 alkalommal csak bovin, illetőleg 116-szor csak humán tuberkulinnal volt pozitív a bőrpróba. Azokban a körzetekben, ahol tuberkulózis baktériumokat tartalmazó tej volt forgalomban és sok extrapulmonális gümőkóros megbetegedés fordult elő, több gyermekben (az illető körzet összes gyermekeinek 15,9%-án) volt pozitív és erősebb a bovin tuberkulinnal elvégzett vizsgálat, mint a humán tuberkulinnal végzett próba. (0,1%). Más körzetben, ahol már 15 éve tuberkulózis baktériumokat nem tartalmazó tejet árusítottak és extrapulmonális gümőkóros megbetegedés csak kis számban fordult elő, kevesebb volt a bovin-tuberkulin okozta pozitívítás (0,7%), míg a humán típusú tuberkulin gyakrabban és intenzívebben adott reakciókat (2,6%).

Az életkorral növekedik mind a bovin, mind a humán tuberkulinnal szembeni érzékenység. A szerzők vizsgálata szerint az egyik faluban a humán tuberkulin pozitívítás a 15 éves korúaktól a 30 évesekig 8%-ról 70%-ra emelkedett, míg ugyanezeket a korosztályokat vizsgálva bovin tuberkulinnal, a pozitívan reagáló aránya 32%-ról 73%-ra növekedett. A pozitív reakciók százalékos arányának fokozódását okozhatja az idők folyamán a szervezetbe kerülő különböző mikrobaktériumok stimuláló hatása, de gondolhatunk arra is, hogy az organizmus reaktivitása változik a korrallal és ez az oka annak, hogy a kétféle tuberkulin már nem ad különbséget. Akárhogyan is van, az nyilvánvaló, hogy járványtani vizsgálatokra a gyermekek a legalkalmasabbak. A fenti vizsgálatok szerint úgy látszik, hogy a humán, illetőleg bovin típusú baktériumokból készült tisztított tuberkulin alkalmazása segítséget jelenthet a fertőző források felkutatásában, amennyiben utalhat a fertőzés esetleges emberi, vagy állati eredetére.

Fodor Tamás dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A tüdőgümőkór gátlószeres kezelésének értékeléséről

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 106. évfolyama 5. számában Böszörményi Miklós »A tüdőgümőkór gyógykezelésének időszerű problémái« c. összefoglaló tanulmánya felvetette azt a problémát, hogy a betegek jelentős részénél a folyamatos prongált gyógyszeres

kezelés nem vihető keresztül, mégpedig leginkább a betegek nem megfelelő hozzáállása következtében. Hasonló okok miatt nincs mód a gátlószeres kezelés eredményességének kielégítő értékelésére sem.

A tbc-s betegek körében valóban nagymértékben tapasztalható a kezelés elhúzóásával szemben tanúsított türelmetlenség, s így a kezelés önkényes abbahagyása. Szerintem ezen lehetne és kellene is segíteni, mégpedig erre egyetlen megoldható mód a betegeknek az ő műveltségi színvonalukról elindulva történő és megfelelő szintre emelt türelmes kioktatása, hogy maguk is érezzék szükségét a kitar-tó és pontos kezelési eljárás betartásának és megfelelő befejezésének gyógyszeres kezelésében.

A betegségükről szerzett megfelelő ismeret birtokában, annak következményeként pszichológiai stress-el is eredményesebbé, hogy szabadjon ezzel a kifejezéssel élnem »látványosabbá« tudná tenni saját gyógyulását, s ezzel az orvos segítségére lenne, nem beszélve a társadalom és környezetéhez való viszonyáról, mely ugyancsak jelentősen megváltozna, és pedig pozitív irányban.

Mivel megváltozna a beteg magatartása, befejezhetővé és így értékelhetővé válna az alkalmazott gátlószeres kezelés is.

Az Intézetek felé pedig élnék egy javaslatlaltal:

Bár ez eléggé költséges és körülményes valami. Keressék meg a Tbc Gyógyintézetek — már amelyik fel kívánja dolgozni és értékelni kívánja a széleskörű, azaz 1½ évtizedes gátlószeres kezelési eredményét — a Gondozóintézetek vezetőorvosait, hogy beteganyagukból válogassák ki intézetük volt ápol-táit, és teljes kórtörténetükkel felszerelve küldjék kontroll-vizsgálat-ra a Gyógyintézetekhez.

Ennek a betegek legnagyobb részt szíves-örömmel eleget is tennének, mivel eleve megnyilatkozá-suk, különösen a sokéve gyógyult, vagy magát annak érzőknek, hogy megmutassák magukat régi intéze-tüknek. Ha erre idézést kapnának, valamint SZTK úttiköltségmegtérítést, örömmel tennének eleget. Így azután a magukkal vitt teljes kórtörténeti anyagukból, melyet az Intézet ott fogna és értékelés, feldolgozás után juttatna vissza a gondozóhoz, mód volna a teljes széles-körű, jól megalapozott következte-tések levonására. Így azután bizto-sabb alap állna annak eldöntésére is az Intézetek rendelkezésére, hogy a beteg számára eléggé súlyos pszichológiai megterhelést jelentő műtét vajon milyen mértékben indikált?

Meglátásom szerint elsődleges és ha lehetséges, végleges megoldást a gátlószeres kezelésnek kell jelentenie a műtét megoldások háttérbe-szorítása mellett.

Nagy Pál dr.

T. Szerkesztőség! Nagy Pál kar-társ közleményemhez hozzászólva értékes gyakorlati gondolatokat vet fel, melyekkel teljesen egyetértek. Az egészségügyi felvilágosítás egyik legfontosabb módszerünk a gyógyszeres kezelés prolongálásának keresztülvitelében, sajnos, a betegek egy részén a leggondosabb felvilágosítás mellett sem érhető el eredmény.

Ugyancsak egyetértek azzal, hogy a különböző kezelés-módok értékelésének egyik legfontosabb módszere a késői gyógyeredmények vizsgálata. Ilyen vonatkozásban számos hazai és nemzetközi munka jelent meg és az ez évi Tbc. Kongresszus központi témája is a tbc gyógykezelésének késői gyógyeredményei

Ami a műtéti megoldások hát-térbe szorítását jelenti, csak ismételnem tudom közleményemben írottakat: A tüdőtbc-s betegek egy részét még ma is meg kell operálni és az ilyen esetekben a műtét mel-lőzése nagyon súlyos következmé-nyekkel jár.

Böszörményi Miklós dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Sárkány Jenő dr.: Terhes- és Csecsemőtanácsadás. Medicina Könyvkiadó Budapest, 1964. 128 ol-dal, Ára: 21,50 Ft.

Sárkány Jenő dr. szerkesztésében jelent meg a munka a Gyakorló-orvos Könyvtárának kiadványá-ként. Írói a szerkesztőn kívül: Frank Kálmán dr., Szontágh Fe-renc dr. és Zelenka Lajos dr.

A mű célja, hogy a terhesnők, va-lamint az újszülöttek és a csecse-mők gondozásával foglalkozó gy-aakorló orvosok számára szakmai segítséget nyújtson.

A szerzők a könyv megírásával úttörő munkát végeztek, mert sem hazai, sem külföldi — hasonló tár-gyú — forrásmunkákra nem tá-maszkodhattak. A munka így szak-irodalmunkban hézgapótló szerepet tölt be. Irányt mutat a szülész-nek és a gyermekorvosnak, hogy a pre-vencióban milyen szorosan kell együttműködniük munkájuk ered-ményesebbé tétele érdekében. A két szakma jó kapcsolatának hang-súlyozása vezet gondolata egyé-b-ként az egész műnek.

Az általános részben a szervezési kérdésekkel foglalkoznak a könyv írói. Rámutatnak arra, hogy a Ta-nácsadás dologi feltételeinek (meg-felelő helyiség, a rendelő korszerű felszerelése) biztosítása adja meg a

jó munka alapjait. A tanácsadás egyik része csak a munkának, a másik a családlátogatás. A tanács-adáson észlelték és a családláto-gatások alkalmával szerzett ta-pasztalatok összeegyeztetésével al-kuhthat ki az eredményes terhes-gondozás, a csecsemővédelmi munka, valamint a jó kapcsolat a gondo-zottal, illetve annak hozzátartozó-jával.

Új gondolat, hogy a szakkönyv hasábjain helyet kap egy nagyon fontos tanács: az eredményes ter-hes- és csecsemőtanácsadás alap-feltétele a jó együttműködés a köz-igazgatási hatóságokkal (Tanácsi szervekkel) aminek egyrészt igaz-gatási, pénzügyi és ügyintézési szempontból van jelentősége, más-részt így az állandó bizottságon ke-resztül létrejön a kapcsolat a leg-szélsebb tömegekkel.

A tanácsadás hatékonyságát a Vöröskereszt, a Nőtanács, a TIT és egyéb szervezetek is jelentősen tá-mogatják.

A tanácsadás adminisztrációja című fejezetben az ügyvitelhez nyújt segítséget az orvosnak. Igaz ugyan, hogy ez a védőnő feladata, de azt is tudjuk, hogy az ellenőr-zés az orvosé. Az ellenőrzéshez vi-szont pontosan kell ismernie az adminisztrációt, a legapróbb részle-tig, amit a könyvben jól áttekint-hető rendszerezésben kap meg a gyakorló-orvos.

A munka nagyobbik része: A »Részletes rész« két nagyobb egy-segre tagozódik: A) a gyakorlati terhestanácsadás, B) Csecsemő- és kisdeditanácsadás.

A terhestanácsadást, valamint a csecsemő- és kisdeditanácsadást vezető orvosnak a legnagyobb rész-letességgel körvonalazza a hatás-körét, szakmai tanácsokat nyújt a mindennapos munkájához. Annak ellenére, hogy a problémákat a leg-alaposabban tárgyalják a szerzők, a könyv mégsem terjedős. Egy szó-val nincs sem több, sem kevesebb benne, mint ami szükséges.

Minden remény megvan arra — amit tanácsok is —, hogy a könyv a legrövidebb idő alatt nép-szerű lesz, olyannyira, hogy ott találjuk majd minden tanácsadó orvos íróasztalán.

A kis könyvet Vadas Zoltán dr. »Függelék«-e zárja le, amelyben az anya- csecsemő- és gyermekvéde-lem szervezetére vonatkozó előírá-sok rövid összefoglalását adja.

Gergely Károly dr.

★

Varró Vince dr.: Achlorhydria. Akadémiai Kiadó Budapest 1964. 136 oldal. Ára 40,— Ft.

Szűk témát, széles alapon és mélyreható részletességgel tárgyal ez a kis monographia, amely talán éppen ezért aránylag kevés szak-

ember kezébe fog kerülni. Igaz, hogy aki ebben a témakörben ke-res tájékozódást az itten bőven talál is.

I. Metodikai bevezető rész. Az achlorhydria fogalmának (A). pon-tos meghatározása után ezen álla-pot felismerésére alkalmas eljárá-soknak kitűnő áttekintését adja. A klinikai élettani fejezet saját viz-sgálati adatainak felhasználásával a legmodernebb szemléletben készült és a savelválasztás physiologiája mellett a savürítés zavarának kü-lönböző formáit is méltatja. A gyom-or festékkiválasztásával szerző sokat foglalkozott, ami külön érde-keességet ad az erre szánt fejezet-nek. Külön fejezet foglalkozik a gyomor enzimtermelésével.

II. Klinikai rész. Az anamnesis és panaszok tárgyalásában bőséges irodalmi hivatkozás mellett saját megfigyeléseit ismerteti. Sorra tár-gyalja azokat a vonatkozásokat, amelyek az A. és az ún. idült gyom-orhurut, a gyomorrák és egyéb emésztőszervi betegségek között is-meretes. Az A. és az anaemia per-niciosa kapcsolatának beható tár-gyalásában ugyancsak saját tapasz-talataira támaszkodik. Jelentős fe-jezet tárgyalja az A. és az ideg-rendszer vonatkozásait a pernicio-sás myelosis kérdésén túlmenően is. Az achlorhydriás gyomor bakté-riumflórája érdekes pathogeneticai kérdéseket vet fel, amelyeket ugyancsak saját vizsgálatainak fel-használásával tárgyal. Végül az A. sósavkezelését kísérletes megállá-pításokkal igyekszik megvilágítani; elismeri, hogy még a szokásos kis adagban is lehet jó hatása.

Több mint 500 irodalmi hivatko-zás egészíti ki a könyvet, amely kevés eltéréssel már 1962-ben megjelent angol nyelven a szege-di Orvostudományi Egyetem ki-adásában. Megérdemelné, hogy mostani igen tetszetős és némileg kiegészült kiadásában is megjelen-jék valamely világnyelven.

Fornet Béla dr.

★

Marx H. H.: Lungenemphysem und Bronchitis. (Pathophysiologie, Klinik, Therapie). 1963. 224 old. 59 ábra. G. Thieme V. Stuttgart. 35,— DM.

Hosszú évek tanulmányainak, rendszerező, gyógyító munkájának összefoglalása ez a könyv, mely segítséget kíván nyújtani — első-sorban a klinikusnak és gyakorló orvosnak —, hogy elsajátíthassa az emphysema, a cor pulmonale, a bronchitis chronica felismerése, megítélése, kezelése terén össze-gyűlt korszerű ismereteket. E nem specifikus kórképek jelentősége egyre növekszik, haláluk szerepük már sok helyen nagyobb a tuber-kulózisénál, az átlagos életkor to-vábbi emelkedésével, az iparosodás

fokozódásával, valamint a civilizált életmód levegő-szennyező és egyéb káros következményei miatt további szaporodásuk várható. Ennek megelőzése érdekében mindent meg kell tenni.

A szerző szemlélete jól tükröződik a könyv beosztásában. Bár tudja jól, hogy emphysema-asthma-bronchitis egymással erősen összefonódott kórképek, igyekszik éles differenciáldiagnosztikai elkülönítésükre (erre a célra közölt táblázat igen ügyes) és tudatosan állítja a tárgyalás középpontjába az emphysema betegségét, mint a leggyakoribbat és legfontosabbat, melyben a funkciók zavarok alapja a tüdő már irreverzibilissé vált szöveti destrukciója. Ezért kerül az emphysema-fejezetben megtárgyalásra kellő részletességgel a cor pulmonale chronicum is.

A diagnózis, megítélés, thérapia és megelőzés egyaránt csak a kórleletani és kórbonctani alapok pontos ismeretén alapuló funkcionális szemlélettel lehetséges, ezért foglal el ezeknek részletes elemzése jelentős helyet a könyvben és ezért tárgyalja meg a szerző a különféle klinikai és funkciók vizsgálati eljárások értékét, anélkül azonban, hogy metodikai részletekbe merülne. Nagy gyakorlati tapasztalata nyilvánul meg abban, ahogyan külön kiemeli mindig a lényeges és egyszerűbb felszerelést igénylő, az általános gyakorlatban is elérhető módszereket. Talán ezzel van összefüggésben pl., hogy a vér haemoglobintartalmát gramm helyett még Sahli-értékben adja meg és ebből festődési indexet is kiszámít, ami nálunk már szokatlan. A gyakorlat, a thérapia szempontjait figyelembe véve állítja fel az emphysema-betegség stádiumait is (I.: munkadyspnoe, II.: nyugalmi dyspnoe, az artériás vér O_2 telítettségének csökkenésével, III.: már a CO_2 tensio is emelkedett, IV.: keringési és légzési elégtelenség, dekompenzált cor pulmonale.).

Az obstruktív emphysema mellett megtárgyalja egy-egy rövidebb fejezetben az öregkori, a bullozus és a vikariáló emphysemát is. A bronchus-betegségek közül ugyan csak rövidebb fejezetek szólnak az asthma bronchiale-ról, a bronchiectasiáról, viszont jelentőségének megfelelően részletesen tárgyalja az idült bronchitist. Külön fejezetet szentel a külső ártalmak közül a füst-por-dohányzásnak és ezzel kapcsolatban a szilikózishoz csatlakozó emphysemának és bronchitisnek és röviden méltatja a légzési elégtelenséghez vezető egyéb betegségeket (kóros elhízás, polycythaemia vera, mucoviscidosis, tüdőfibrozisok, tuberkulózis stb.).

Minden betegséggel kapcsolatban a therapiás lehetőségeket is felsorolja a szerző, ezt is legrészletesebben az emphysema-cor pulmonale

és idült bronchitistról szóló fejezetekben. Színesen egészíti ki az elmondottakat néhány kórtörténet, mely mintát ad a vizsgálati leletek felhasználására, értékelésre és a therapiára egyaránt.

A könyv értékes és hasznos záró fejezetei az emphysemás betegek operálhatóságának, munkaképességük megítélésének, az emphysema foglalkozási ártalomkénti minősítésének kérdéseit tárgyalja ismét nagy tapasztalatok alapján, biztos gyakorlatiassággal.

Az irodalomjegyzék 415 művet sorol fel Rokitsansky, Siebeck és mások klasszikus munkáitól az 1962-es kiadványokig.

Mindent egybevetve a szép kiállítású, gondos nyomdai munkával készült könyv hasznos segítőtárs a mindennapi tüdőgyógyászati munkában és szakértői tevékenységben, a megoldatlan problémák megemlékezésével további kutatásokra is ösztönzést ad.

Fauszt Imre dr.

★

P. A. Jaensch és F. Hollwich:
Einführung in die Augenheilkunde.
G. Thieme kiadás, Stuttgart 1964.

Ez a kötet az eddig már háromszor megjelent Jaensch-féle tankönyv negyedik kiadása. A munka terjedelme 284 oldal és 340 részben színes ábrát tartalmaz. Az ábrák egy része Thiel atlaszának legújabb nagy terjedelmű kiadásából átvett kép. Ez az első tankönyv, amely tárgyalja a látóideg energetikai részét, s így utal a szem optico-vegetatív funkciójára.

A munka korszerű szinten tárgyalja a szemészet valamennyi fejezetét. Rövid 14 oldalas anatómiai bevezetés után a gyakorló orvos, helyesebben nem szemész igényeihez alkalmazkodva nem az optikával, hanem a szemhöz betegségeivel kezd a klinikum tárgyalását és az optika és a kancsalság a könyv végére került. Helyenként nagyon tömör, a tüneteket táblázatokba foglalja, amelyeknek megtanulása csak akkor volna könnyű, ha megfelelő részletes kísérelőszöveg volna hozzá.

Ha tartalmilag a mi viszonyainknak nem is felel meg teljesen, de terjedelmében körülbelül annyit nyújt, amennyit az orvostanhallgatótól meg lehet kívánni. A szerző is tisztában van azzal, hogy csupán alapismereteket közöl, hiszen a cím is erre utal »Bevezetés a szemészetbe« mégis ilyen terjedelemben dolgozta át a munkát, amely messze alatta marad a régi nagy tankönyveknek. Recenziójában Ehlers megjegyzi, hogy a skandináv államokban is ennyit kívánnak meg a hallgatóktól. Ha a hallgatótól ennyit kívánnak meg, akkor többet kell nyújtani, mert ennek a könyvnek szinte minden szavát

meg kell tanulni. A könyv kiállítása igen jó, nagyon jól sikerültek a fekete-fehér szemfenéki felvételek.

Radnóti Magda dr.

Megjelent

ACTA CHIRURGICA

1964. 4. szám

Csillag Miklós, Avar Zoltán: A különböző eredetű női ivari funkcionális zavarok elkülönítésének jelentősége a kezelés eredményeinek tükrében.

Bornemissa György, Gyurkó György: Thrombusképződés kísérletesen szűkített éranastomososokban.

Lázár Dezső, Tóth Emil, Pölskey Árpád: A gyomorrákok sebési kezelése és késői eredménye.

Kovács Gábor, Pepó János: A szelektív arteriális diluáció alkalmazása a fokozott bronchopulmonális kollaterális keringés vizsgálata destruktívul járó idült tüdőbetegségekben.

Ferkó Sándor, Bakos György, Gyórvári Vilmos, Méhesz Ernő, Szilassy Kornélia: A glyocorticoidok szerepe a fertőzőes eredetű szülészeti és nőgyógyászati megebetegedések kezelésében.

Ludvik W.: Új utak a chronicus prostatitis diagnosztikájában és kezelésében.

Pecherstorfer M.: Újabb tapasztalatok az urogenitalis tuberculosis diagnosztikájában és kezelésében.

Übelchör, R., Figdor, P. P.: Az uraemia kezelése különös tekintettel a haemodialysis alkalmazására az urológiá-Pajor Rezső, Trux Erzsébet: Herpes corneae kezelése IDU-val.

Magasi Péter, Frang Dezső, Babics Antal: A mellékvese hyperfunkciójával járó megbetegedések sebészetről.

Hatala István, Tamás Antal, Gyöngyösi Andor: Az eklampsia kezelése osztályunkon.

Tóth J., Rosdy Ernő, Csontai Agoston: Az extrophia vesicae gyógykezelése.

Pintér József, Balogh Ferenc: A Mannitol szerepe a chronicus uraemiás betegek gyógykezelésében.

MAGYAR

TRAUMATOLOGIA, ORTHOPAEDIA
ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET

1964. 4. szám

Deák György dr., Áfra Dénes dr.: Atlas-luxatióval járó dens epistrophei törések.

Lazarits Jenő dr., Horváth Nándor dr.: Sérült diabeteses betegek kezelése.

Szilágyi Pál dr., Lénárt György dr.: Nem kielégítően reponált bokazületli törések rekonstrukciója.

Herezegh Miklós dr., Stuber Adrienne dr.: A csecsemő- és gyermekkori osteomyelitis orthopaedial következményeiről.

Nádor György dr., Baranyai Elemér dr.: Indirekt traumához társuló ritka hólyagsérülés.

Gergely Mihály dr.: Gyalógép okozta kézsérülések.

Podhragyal László dr.: Szívszűrés sikeresen operált esete.

Nagy Ernő dr., Ravasz János dr., Serényi Pál dr.: Átmeneti keringészavar a felső végtagokon kulcsfontosságú után.

Krakovits Gábor dr., Gara György dr.: Szokatlan formájú meszesedés a bursa praepatellarisban.

Sík János dr.: Pancoast tumor vállpanaszok hátterében.

Prof. Enrico Malizia dr.: Sérültek belgyógyászati kezelése az olasz beteg-

biztosító intézet (INAIL) baleseti kórházaiban.
Peer Gyula dr., Bálint József dr., Gonda András dr., Molnár Tibor dr.: A csöves csontok alízületének műtéti megoldásai klinikai tapasztalatok alapján. (II. rész.)
Szabó Árpád dr.: Az epidurális haematoma.
N. Gy. dr.: Helytelen technikával végzett velőúdrótozás.

MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE
1964. 4. szám

Potondi András dr.: Öngyilkosság és terhesség.
Nyíró Gyula dr., Irányi Jenőné dr.: Adatok a Ganser tünetek értékeléséhez.
Szuchovszky Gyula dr.: Rendkívüli hálalesetek Budapesten, 1963. évben.
Ókrós Sándor dr.: Módszer a szívizomrostok sérüléses struktúráinak kimutatására.
Földes István dr., Kállai László dr.: A foszfátészterek callus képződésre kifejett hatásának vizsgálata a tűrószilárdság és rugalmassági modulusz mérése alapján.
Pokorny Lajos dr., Virágh Szabolcs dr.: A szív dextroverzója, egyéb ritka fejlődési rendellenességekkel.
Vallent Károly dr., Facht József dr., Palkovits Miklós dr., Dévényi István dr.: Heparin kezelés hatása a mellékvesekéreg szövettani képeire és a vese juxtaglomerularis granulátsejt indexre.
Krausz Géza dr.: A máj cholangiodysplasiás congenitalis pseudocirrhotosisa.
Czeizel Endre dr., Palkovits Miklós dr., Palkovich Imre dr., Vaczó György dr., Kertai Pál dr.: A petefészek sugárkárosodásának kvantitatív szövettani vizsgálata.
Jóó Ferenc dr., Kálmán György dr., Gajó Márta dr.: A Wofatox (methylparathion) alkalmazása a carboxy-esterase-k histochemiai elkülönítésére.
Szodoray Lajos dr., Nagy János dr.: Thromboticus thrombocytopeniás purpura.
Börzsönyi Mátyás dr.: Adatok a struma congenita aetiopathogenesiséhez.
Klinikai-patológiai konferenciák anyagából.
Könyvismertetés.

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY
1964. 5. szám

Bot György, Andrassy Katalin, Porcsalmy Iona és Veréb György: Eteztetés, éheztetés és adrenalin hatása a máj glukóz-6-foszfátáz aktivitására.
Gidáli Júlia és Fehér Imre: Myelopoesist szabályozó anyagok vizsgálata in vitro kísérletben.
Facht J. és Cseh Gy.: Összefüggések a thymus és a mellékvesekéreg hormonok properdin-szintet befolyásoló hatásában.
Schwartz János és Nagy Dezső: Klinikai eljárás a szomatotropin kimutatására.
Schweiger O., Tomcsányi A. B., Löw B.: A tuberkulin hatása a tengerimalac peritoneális exsudatum sejtjeire in vitro.
T. Zsínka Agnes, Faur Nonna, Kemény Tibor és Véghegyi Péter: Hypothermia hatása a pancreas külső secretió működésére.
Czina Géza: Cyanidin hatása fehérje oldatokra.
Nagy Sándor, Tárnok Klára, Tanos Béla és Petri Gábor: Kísérletes adatok a keringési rendszer vézés utáni alkalmazkodásához.
Kovács Kálmán, Dávid Margit és László Ferenc: Hypophoskemia hatása a hormonok okozta vesekéregnekroszis kifejlődésére patkányban.
Mályusz Miklós és Kövér György: Papaverin hatása a vese tubulussejtek működésére.
Taraba István: A kísérletes acut veseelégtelenség gyógyszeres kivédése.

Fazekas I. Gyula: A vérserum corticosteron tartalmának változása nemhálós alkoholdag után.
Fazekas I. Gyula: A »peripheriás hormonepote«-k corticosteron tartalmának mobilizálhatóságáról.
Fazekas Árpád Gy. és Kovács Endre: Egyszerű módszer a 4-3-keto-steroidok papirkromatogrammon történő kvantitatív meghatározására.
Kádas László, Mórocz József: Kísérletes vizsgálatok a vörösersejtsüllyedés mechanizmusára vonatkozóan.
Veres János és Mayláthné Palágyi Jolanda: A tripszin-kalikein-inaktivátor (Trasyloyl) hatása az elaszolizisre az acut haemorrhagiás pancreatitis pathophysiológiájának tükrében.
Füzi Miklós: Szelektív táptalaj a haemophilus influenzae tenyésztésére.
Bálint Péter és Forgács Iván: A dehydratációs veseelégtelenség mechanizmusáról.
Jeney A., Kovács P., Hernádi F.: Mustárnitrogén és Degranol bélfal-DNA károsító hatásának befolyásolhatósága kémiai sugárvédőkkel.
Szabó Gy. és Magyar Zs.: Nyirokpanasz hatása a veseműködésre.
Lehotai Lajos, Szabó Rezső: Heparin és egyéb mucopolysaccharidák mennyiségi meghatározása biológiai anyagokban.
S. Pálma Iona: Módosított Van Slyke készülék.
Guth Péter és Budvári Róbert: Rhegnotipus-meghatározás tömeges rutinvizsgálat céljára módosított kivitele.



MEGHÍVÓ

A Fül-orr-gégész Szakcsoport *Fonetikai Szakosztálya* 1965. április 8-án, csütörtökön délután 6 órakor a Fül-orr-gégeklinika (Budapest, VIII., Szigony u. 36.) tudományos ülést tart.

Napirend:

1. Dr. Magyar Endre: A phonetikai mérés gyakorlati alapkérdései.
2. Dr. Molnár Imre: Euphonetica.
3. Dr. Vértes O. András: A magyar nyelv hangtanának újabb eredményei.



Felhívás

A Magyar Higiénikusok Társasága, mint az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének Egészségtudományi Szakcsoportja a Nyugadtunántúli Szakcsoport közreműködésével 1965. augusztus 26—27—28-án Kőszegen a Jurisich-vár lovagtermében rendezi

Vándorgyűlését.

A vándorgyűlés fő témái az alábbiak:

1. Közlekedés-higiéne Magyarországon.
2. A fertőző betegségek elleni védekezés és megelőzés időszerű feladatai.

3. A kórházi sterilizálás gyakorlatának és ellenőrzésének időszerű kérdései.

4. Mezőgazdasági termelőüzemek telepítésének higiénés kérdései.

5. Növényvédőszeres élelmezés-egészségügyi megítélése.

6. Munkaegészségügyi tükrök jelentősége a munkaköri alkalmasság megállapításában.

A fő témákhoz csatlakozó, esetleg egyéb, szabadon választott témájú előadások *bejelentésének határideje 1965. április 30.* Az előadások időtartama 15 perc.

Kérjük a Társaság tagjait, hogy a bejelentett előadások 15 soros összefoglalását *legkésőbb 1965. május 31-ig* a Társaság főtájkárának (Habán György dr., Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest, IX. Gyáli út 2—6.) címére küldjék meg.

A Társaság vezetősége fenntartja azt a jogát, hogy a bejelentett előadásokat a lehetőséghez képest vegye fel a tárgyszerozatba.

Kívánatos lenne, hogy a közegészségügyi-járványügyi állomások hazánk felszabadulásának 20. évfordulója, a KÖJAL-ok fennállásának 10. évfordulója alkalmából elsősorban a főtémákhoz, de esetleg egyéb, saját munkájukkal összefüggő tárgykörből előadásokat jelentsenek be.

A vándorgyűlés részletes programját, a gyűlésen való részvétel módját későbbi időpontban fogjuk a Társaság tagjaival közölni.

A Magyar Higiénikusok Társaságának vezetősége



»Az Országos Bányaiipari Dolgozók Szakszervezete, a Sikondai Éjjeli Szanatórium és a Mecseki Szénbányászati Tröszt Bányaelegségügyi Szolgálat 1965. szeptember 22—25. között rendez meg a III. Bányaelegségügyi Napokat a Sikondai Éjjeli Szanatóriumban.

Témakörök:

1. Általános Bányaelegségügy;
2. Porártalom a bányászatban;
3. Rehabilitáció a bányászatban.

Kérjük a témakörből előadást tartani szándékozókat, hogy részvételüket, előadásuk címét és annak rövid összefoglalását 1965. július 1-ig, a teljes előadás szövegét pedig 1965. augusztus 31-ig a rendezőség címére megküldeni sziveskedjenek. (cím: Sikondai Éjjeli Szanatórium, Sikonda, up. Magyarszék.)

Minden témából az előadások után kerekasztal megbeszélést tartunk.

Az elhangzott előadások és a kerekasztal megbeszélés anyaga nyomtatásban fog megjelenni.

Érdeklődők részére részletes tájékoztatást küldünk.

Rendezőség

Értesítés

A MMT Immunológiai és Allergológiai Szekciója legközelebbi (XVIII.) tudományos ülését 1965. május 7–8-án (pénteken-szombaton) Balatonfüreden tartja. Az ülés fő témaköre: *Kísérletes allergia és klinikai immunológia.*

Az ülés részvételi díja 170.— Ft, mely összeg magában foglalja a kétnapi szállás és ebéd, valamint egy vacsora költségét. Kérjük azokat, akik az ülésen részt kívánnak venni, ezen összeget Veszprém megye tanácsa Idegenforgalmi Hivatala, Balatonfüred, címére a 662 810—158. számú egyszerűlára legkésőbb f. év április 10-ig befizetni, és ugyanakkor részvételi szándékukról *Ujhelyi Károly dr.-t* (OKI, Bp., IX. Gyáli út 2—6.) értesíteni szíveskedjenek, hogy részükre a szekció vezetősége az ülésen való részvételt biztosíthassa.

★

Értesítem, hogy a TMB Orvosi Klinikai Szakbizottsága 1965. április 8-án, délután 3 órára tüzte ki *Takáts István dr.* önálló aspiráns »A szívárványhártya izmainak fiziologiája és pharmacológiája« c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében (V., Roosevelt tér 9. II. e.).

Az értekezés opponensei:

Kelemen Károly dr., az orvostud. kandidátusa,

Varga Emil dr., az orvostud. kandidátusa.

★

Felhívás

A Magyar Mikrobiológiai Társaság Bakteriológiai és Vírustani Szekciója 1965. június 4-én, pénteken Budapesten, az Országos Közegészségügyi Intézetben egész napos tudományos ülést rendez. A Szekció elnöksége felhívja a Társaság, illetve a Bakteriológiai és Vírustani Szekció tagjait, hogy előadásait a pontos cím közlésével legkésőbb 1965. április 20-ig a Szekció titkárnak, *Habán György dr.* osztályvezetőnek (Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest, IX. Gyáli út 2—6.) jelentsék be.

★

A TMB Orvosi Klinikai Szakbizottsága 1965. április 12-én délután 3 órára tüzte ki *Simon Lajos dr.* önálló aspiráns »Klinikopathológiai szemlélet az arthritisek és arthrosikok orthopaediai kezelésében« c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját.

A vita helye: Magyar Tudományos Akadémia kisterme, Bp., V. Roosevelt tér 9. II. emelet.

Az értekezés opponensei:
Chatel Andor dr., az orvostud. kandidátusa,
Pap Károly dr., az orvostud. kandidátusa.

PÁLYÁZATI
hirdetmények

(957/c)
A Püspökladányi Járásai Tanács VB. Egészségügyi Csoportja pályázatot hirdet az áthelyezéssel megüresedett Tételen és Báránd község **eu. védőnői állásra.** Az állás azonnal elfoglalható. Illetmény az E. 252. kulcsszámának megfelelően a beszámítható szolgálati idő alapján. Tetételen azonnal beköltözhető szoba-konyhás szolgálati lakás rendelkezésre áll.

Nagy Béla dr.
járásai főorvos

(117)
A Fővárosi Fürdőigazgatóság a Széchenyi-fürdő üzemesség részére fürdőorvost keres. Elfoglaltság napl 6 óra, 8-tól 14 óráig. Munkabér: havi 2300 Ft. Szakképzettség: rheuma, vagy belgyógyász szakorvos. Jelentkezni lehet: a Föv. Fürdőigazgatóság Üzemgazdasági Osztályán, Budapest, V. Guszev u. 25. (127—280, 127—380.)

Krajcsir József
igazgató

(113)
Pályázatot hirdetek az Országos Testnevelés- és Sportegészségügyi Intézet (Sportkórház) sebészeti osztályán áthelyezés miatt megüresedett E. 108. ksz. **osztályvezető főorvos I. állásra.** Kellő általános sebészeti gyakorlattal rendelkezők szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmüket a megjelenéstől számított 15 napon belül hozzám nyújtásuk be (Budapest, XII. Alkotás u. 48.).

Hajdú Ferenc dr.
igazgató-főorvos

(112)
A Békés megyei Tanács Kórháza (Gyula) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház II. sz. Belosztályán áthelyezés folytán megüresedett E. 112. kulcsszámú **segédorvosi állásra.** Szakképzett jelentkező hiányában az állást szakképzetlen orvossal is betölthetjük.

A 135/1955 (Eü. K. 10) Eü. M. számú utasításban meghatározott okmányokkal felszerelt pályázati kérelmet a hirdetés közzétételétől számított 15 nap alatt — munkaviszonyban állóknak a szolgálati út betartásával — a megyei kórház igazgató-főorvosához kell benyújtani.

Sáró András dr.
igazgató-főorvos

(115)
Tamási Járásai Tanács VB. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet a Járásai Kórháznál (Pinchehly) lemondás folytán megüresedett E. 109. kulcsszámú **osztályos szülészfőorvosi állásra.** 3 szoba összkomfortos lakás garázzsal a kórház területén előreláthatóan az év végén lesz beköltözhető. Mellékállásra van lehetőség a kórház mellett működő rendelőintézetben. A pályázni kívánók a felszerelt pályázati kérvényeket a hirdetés közzétételétől számított 15 napon belül a Tamási Járásai Tanács VB. Egészségügyi Csoportjához nyújtásuk be.

Pilaszanovich Tivadar dr.
igazgató-sebészfőorvos

(114)
A szombathelyi Járásai Tanács VB. Eü. Csoport Vezetője pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett törvényi orvosi körzetben. A körzetnek három csatolt községe van. Alapfizetés az E. 181/II. kulcsszám szerint, ezen kívül körzeti orvosi pótlék, körzeti orvosi ügyeleti díj, kézigyógyásztartás kezelési díj és fuvarátalány jár. Háromszobás összkomfortos lakás, különbejárattal váró, rendelővel, garázzsal azonnal beköltözhető.

A meghirdetett állást a 135/1955. (Eü. K. 10.) Eü. M. számú utasításban meghatározott okmányokkal felszerelt pályázati kérelmet a hirdetés közzétételétől számított 15 nap alatt — munkaviszonyban állóknak a szolgálati út megtartásával — pályázatot meghirdető szervhez kell benyújtani.

Körmendy László dr.
járásai főorvos

(116)
A 135/1955. (Eü. K. 10.) Eü. M. számú utasításban előírt okmányokkal szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet az Orvosi Hetilapban történt közzétételétől számított tizenöt napon belül a Budapest Fővárosi Tanácsa VB. Egészségügyi osztályánál (Budapest V., Városház u. 9/II. sz. II. pav. I. em. 610.) kell benyújtani.

Gyergyai Károly dr.
fővárosi vezető főorvos

(110)
Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Területi Irodája 1966. január közepén 12 hónapos **anaesthesiológiai tanfolyamot** indít Koppenhágában. A tanfolyam nyelve angol, ezért a résztvevők részére az angol nyelv ki való ismerete szükséges.

További feltételek:

a) A diploma megszerzése után legkevesebb 2 éves (1 év általános kórházi, 1 év belgyógyászat vagy sebészet) gyakorlat.

b) Elméleti és gyakorlati anaesthesiológiai gyakorlat.

c) Előnyben részesülnek azok, akik anaesthesiológiát oktatnak.

A tanfolyam elvégzéséről diplomát adnak.

A kellően felszerelt kérvényeket (részletes önéletrajz, anyja neve és lakóhely megjelölésével, az illetékes munkahely, személynapi osztály és párt-szervezet javaslata, tudományos munkák rövid összefoglalása) a határidő szigorú betartása mellett, szolgálati úton **1965. április 5-ig** kérjük eljuttatni az Egészségügyi Minisztérium WHO ö. osztálya címére (Budapest V., Akadémia u. 10.).

A határidő után beérkeztetett kérvényeket figyelembe venni nem tudjuk.

(109)
Kisvárdai Járásai Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a rendelőintézetnél nyugdíjazás folytán megüresedett E. 126. kulcsszámú **fogszakfőorvosi állásra.** Kétszobás összkomfortos lakás rendelkezésre áll. Az állás azonnal betölthető.

Stangl József dr.
igazgató-főorvos

(106)
A bonyhádi járásai Tanács VB. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet a kétely **körzeti orvosi állásra.** A körzethez 2 kaposított község tartozik.

Illetmény E. 181. ksz. szerint, 100 Ft körzeti orvosi pótlék, 500 Ft ügyeleti díj, kézigyógyásztartás kezelési díj és jármű szerinti utátalány.

A székhely község a Szekszárd—Siófoki műút mellett fekszik. Beköltözhető 3 szoba, konyha, fürdőszoba, mellékhelyiségekkel ellátott kertés szolgálati lakás, rendelő és váró biztosítva van.

A körzeti orvosi lakáshoz autógarázs is tartozik.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1965. április 6. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem. IX. Gyáli út 2/6. A-ép.	délután 2 óra	<i>Az Intézet tudományos dolgozói</i>	Lányi Béla: A törzsközpontok munkája és jelentősége.
1965. április 6. kedd	Szeged Szemészeti Klinika, előadóterem	délután 5 óra	<i>A Szegedi Orvostudományi Egyetem és Eü. Szakszervezet</i>	Előadás. 1. Lékék Imre, Pokorný Lajos: A renalis angiographiával kapcsolatos érsérülésekre vonatkozó kísérletes vizsgálatok (20'). 2. Altörj István, Török István, Kapros Károly: Halálóki tényezők a szegedi I. Sebészeti Klinika 15 éves beteganyagában (30'). 3. Kalmár László: Kibernetikai alapfogalmak.
1965. április 7. szerda	Főv. Róbert Károly-körúti Kórház, könyvtár. XIII. Róbert Károly körút 84.	délután 2 óra	<i>A kórház tudományos bizottsága</i>	1. Angyal Lajos dr.: Alkohollevonás psychotherapiás módszerrel. (Bemutató.) 2. Derzsi Sarolta dr.: Műtétrel gyógyított scalenus anterior syndroma. 3. Hérmán Gábor dr.: Acutan kifejlődő frontalis psychoorganicus syndroma (két eset alapján). 4. Lax Vera dr.: Tartós altatás provokálta heveny tudatzavar. 5. Klein Magda dr. és Szobor Albert dr.: Az organicus idegoszta 1 éves agydaganat anyaga.
1965. április 8. csütörtök	Szakorvosi Rendelő-intézet, előadóterem. VII. Madách tér 2.	délután 1/2 óra	<i>Az intézet orvosi kara</i>	Józsa Béla dr.: A pyuria kórjelző szerepe a diagnosztikában.
1965. április 8. csütörtök	Debrecen I. Belklinika	délután 1/2 óra	<i>A Debreceni Orvostudományi Egyetem</i>	Kaszás Tibor, Kovács Ilona és Nagy Róbert: Celbenin kezeléssel szerzett tapasztalatok a csecsemő és gyermekkorban. Mészáros Csilla: A Bőrklínikára került iatrogen betegségek az 1964. évben. Oross László és O. Veress Olivia: Endogen heparin vizsgálata Elastaseval kezelt arteriosclerosisos betegeken. Kettesy Aladár: A hálygműtét üvegtestvesztésének okai és megelőzése.
1965. április 8. csütörtök	Orsz. Ideg- és Elme-gyógyintézet, tanács-terem. II. Vörös Hadsereg útja 116.	délután 3 óra	<i>A Pavlov Ideg-Elme Szakosztály Gyermek-pszichiátriai subszektója</i>	Ballay Judit dr.: Gyermekkori epilepsia. Nagy Tibor dr.: EEG vizsgálat jelentősége a gyermekkori epilepsiákban. Kiszely Katalin dr.: Dysphoriás állapotok epilepsiáknál. Sik László dr.: Epilepsiás rohamok és időjárási viszonyok összefüggése. Vékássy László: Epilepsiások rajvizsgálata.
1965. április 9. péntek	Szájsebészeti Klinika. VIII. Mária u. 52.	délelőtt 8 óra	<i>A fogorvos szakcsoport és fogorvostudományi kar</i>	Tóth Árpád, Csémi László: Az ikerfog képződés gyakorisága a tejfogazatban. Sinkovits Viktor, Bencse Jolán, Gyulavári Olivér, Policzer Györgyi: A Debrecenben 1964-ben beiskolázottak fogazata. Adler Péter: A túlélő fogak arányszáma.
1965. április 9. péntek	Budai Területi Gyermekkórház. II. Cserje u. 11–13.	délután 2 óra	<i>A kórház tudományos dolgozói</i>	Kiss Jolán dr.: Másfél éves gyermek kombinált szemfejlődési rendellenessége. Fábán Mária dr.: A ventricularis septum-defectusról egy esettel kapcsolatban. Harmath Agnes dr.: Panmyelophthisisről egy esettel kapcsolatban.
1965. április 9. péntek	Heim Pál Gyermek-kórház, orvosi könyvtár. VIII. Üllői út 86.	délután 1/2 óra	<i>A kórház orvosi kara</i>	Kallay Ferenc dr.: Gyermekkori légúti idegentestek ellátása. Kamarás János dr.: Accidentaliss systolés zörejek.
1965. április 9. péntek	I. Női klinika, tanterem. VIII. Baross u. 27.	délután 8 óra	<i>A nőgyógyász szakcsoport</i>	1. Gúti István dr., Tóth Kálmán dr., Sárosi Zoltán dr.: Hormonvizsgálatok szerepe a szülési utáni hypophysis elégtelenség kóriszmésésében. 2. Domány Sándor dr., Székely József dr., Tóth Kálmán dr., Balogh Sándor dr.: Endometrium anyagcserevizsgálatok fiziológiás és pathológiás állapotokban

Figyelem! Lapzárta: minden szám megjelenési időpontja előtt 13 nappal

Felelős kiadó: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. — Megjelent 12 200 példányban
 Kiadóhivatal: Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Budapest V., Beloiannisz u. 8. Telefon: 122—650
 MNB egyszámalszám: 69.915.272—46

65 1384 Athenaeum Nyomda, Budapest. Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

Terjesztő a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest V. ker., József nádor tér 1.),
 és bármely postahivatalnál. Csekk számszám: 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
 Előfizetési díj egy évre 180,— Ft, negyedévre 45,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft

Klimaxos kiesési tünetek, férfi- vagy női klimax-szal kapcsolatos osteoporosis, arthritis, incontinentia, spondylosis, involutios melancholia, ostitis deformans, osteoporosis senilis, periferiás keringési zavarok, Raynaud-kór, angina pectoris, ulcus ventriculi et duodeni, Cushing-kór, hypophyser cachexia és panhypopituitarismus, prostata hypertrophia, lactatio megszüntetésére, Chiari—Frommel syndroma esetén alkalmazható az új

AMBOSEX

prolongatum olajos injekció

Az oestrogen és androgen nemi hormonok hypophysis gonadotrop hormonra gyakorolt gátló hatása összegeződik, extragenitalis hatásaik fokozódnak a fenti kombinációban. A sexuális spherára gyakorolt hatás szempontjából antagonitálják egymást. Az injekció gyors és egyben tartós hatású is a testosteron észterek különböző idejű felszívódása miatt.

Összetétel: 1 ampulla (1 ml) 1 mg oestrol. benz.-ot, 4 mg oestrol. phenylprop.-ot, 20 mg testosteron prop.-ot, 40 mg testosteron. isocapron.-ot tartalmaz olajos oldatban.

Adagolás: Általában havonta 1 ml (1 ampulla) szükséges. Osteoporosisban havonta 2 ml egyszerre, vagy két adagban.

AZ INJEKCIÓ KIZÁRÓLAG INTRAMUSCULARISAN, MÉLYEN A FARIZOMBA ADHATÓ!

Forgalomba kerül: 1 ampulla 18,70 Ft
25 ampulla 436,— Ft

Megjegyzés: SZTK terhére csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.



Forgalomba hozza: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ÜNNEPI ÉVFOLYAMA

ALAPÍTÓJA: MARKUSOVSKY LAJOS
SZÜLETÉSÉNEK 150. ÉVÉBEN

Szerkesztő bizottság:

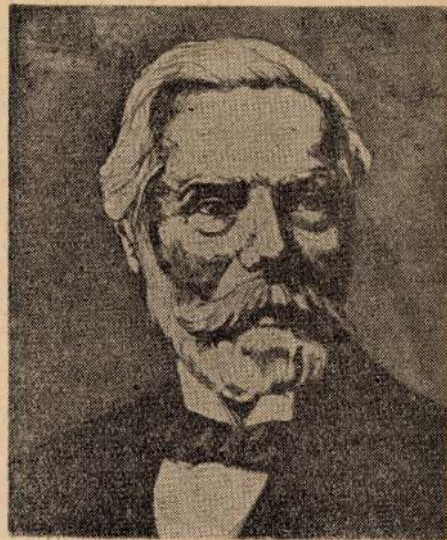
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. • DARABOS PÁL DR. • FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR. • LENART GYÖRGY DR. • SÓS JÓZSEF DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

Felelős szerkesztő: TRENCSENI TIBOR DR.

Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. • FORRAI JENŐ DR.

106. ÉVFOLYAM 15. SZÁM, 1965. ÁPRILIS 11



„Valamint a nemzet, melynek története van, örömmel
andalódik el múltján, s magának abból hazaszeretetet és tett-
erőt merít; úgy a magyar orvos is büszkébb önérettel tekint-
tend jelene és jövőjére, ha a történelem tükrében látja, hogy
az úttörő elődök hosszú sora vonul el előtte, s hogy a hazai
orvosi irodalmat koránt sem kezdeni, hanem az elődök nyom-
dokain folytatni kell.»
MARKUSOVSKY 1861

I. sz. Lenin-rendes Moszkvai Egyetem, Sebészeti Klinika

A nyelőcső sebészetének mai állása

B. V. Petrovskij dr.

Markusovszky Lajos születésének 150. évfordulójára, a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány

A nyelőcső sebészetének kialakulásában az orosz sebészek úttörő munkásságot fejtettek ki. V. D. Dobromiszlov anatómiai vizsgálatai, P. A. Herczen és Sz. Sz. Judin munkássága és eredményei a nyelőcső-plasztika terén világszerte ismeretesek. A szovjet sebészek elődeik útját folytatva tökéletesítették a műteti eljárásokat és jelenleg is új módszerek után kutatnak.

A második világháború után a vizsgáló eljárások tökéletesedése, az anaesthesiologia és reanimatologia fejlődése következtében megnőtt a nyelőcső betegségeinek kezelésében is a sebészek aktivitása és javultak a közvetlen és távoli eredmények, tisztázódtak a műteti javallat elvei. A sebészet ezen területén is egyre inkább érvényesül *Szecszenov* és *Pavlov* physiologiai irányzatával összefüggően a kímélő reconstructió beavatkozások elve.

Ebben a munkában néhány olyan gondolatot szeretnék ismertetni, mely a nyelőcső sebészetében 18 év alatt (1946—64) felhalmozódott jelentékeny tapasztalaton alapszik.

Ilyen irányú ténykedésünkben változatlanul érvényes az az alapelv, hogy a korai kórisme és az idejében végzett racionális műtét a tartós gyógyulás biztosítója. A hagyományos vizsgáló eljárások közül szükségesnek tartjuk hangsúlyozni az altatásban és izomrelaxációban végrehajtott nyelőcső-

tükrözés és biopsia jelentőségét és megemlíteni az újabbakat, mint az elektromyographia, röntgenkynematographia, azygographia, mediastinoscopia és mediastinographia. A modern anaesthesiologia sikerei mutatkoztak a nyelőcső sebészetében is. Az intratrachealis altatás, az irányítható mesterséges hypotonia lényegesen kedvezőbb körülményeket terem, mint a helyi érzéstelenítés. Így kisebb a műteti kockázat, nagymértékben csökken a műteti shock, vérzés, hypoxia veszélye. A közvetlen műtét utáni időszak szövődményeinek veszélyét csökkentő activ reanimációs eljárások, tracheotomia, gépi lélegeztetés tovább javítanak eredményeinken.

A műteti behatolás kiválasztásakor a nagy, de kímélő eljárásokat részesítjük előnyben. Véleményünk szerint legcélszerűbb az oldalsó transpleuralis behatolás. Ha a folyamat a nyelőcső alsó harmadán van, úgy a bordaív átmetszésével bal oldali anterolateralis feltárást végzünk a VII. bordaközben. A középső harmad betegségei esetében előnyösebb a jobb oldali thoracotomia az V. bordaközben. Merev szabály azonban nem állítható fel, és az elveinktől az esettől függően nemegyszer el kell térnünk, különösen jóindulatú betegségek esetében.

A nyelőcső jóindulatú betegségei közül leggyakoribb a *cardiospasmus* (achalasia, idiopathiás nye-



lőcsőtágulat). Mi neurogén eredetűnek tartjuk és a következő négy fázisát különböztetjük meg:

Első, vagy korai fázis: intermittáló functionális görcs a nyelőcső tágulata nélkül.

Második fázis: állandósult görcs a nyelőcső kistagulatával.

Harmadik fázis: a cardia izomzatának elhegesedése kifejezett nyelőcsőtágulattal.

Negyedik fázis: nagymérvű cardia-szűkület, nagyfokú nyelőcsőtágulat S-alakú deformálódással és a nyelőcső gyulladásával.

A cardiospasmus ezen fázisai átmehetnek egymásba, de kedvező körülmények között gyakran hosszú évekig az állapot az első és második csoportban állandósul.

A cardiospasmus gyógy módjának kiválasztásakor tekintetbe kell venni a betegség fázisa mellett a beteg életkorát és más betegségeit is.

Az első fázisban a gyógyszeres kezelés mellett javallt a cardia dilatátorokkal való tágítása.

A második fázisban javasolható a műtét, ha az erőteljes tágítás nem vezet sikerre.

A harmadik és negyedik csoportba sorolható betegek javulása csak műtéttől várható.

Mikulic, Heller, Vendel, Hejrovskij műtétei egyrészt súlyos szövődmények lehetőségeit rejtik magukban, másrészt eredményeik sem mindig jók. A szövődmények között megemlíthető a cardia ruptúrája és különböző localis fertőzések. A késői eredményeket illetően nem ritka a recidiva, kiesik a cardia működése, regurgitatio jöhet létre. Mindezek miatt jelenlegi ténykedésünket cardiospasmus műtétekor az a cél szabja meg, hogy helyreállítsuk a cardia átjárhatóságát, s ezzel egy időben tartjuk meg teljes mértékben a cardia záróműködését.

E cél érdekében 1950-ben kidolgoztuk és javasoltuk a nyeles rekeszlebennel végzett cardioplasztikát. Az első ilyen műtétet 1956-ban végeztük, azóta hazánkban és külföldön is többen alkalmazzák. Mi eddig 120 ilyen műtétet végeztünk, másutt — beleértve a külföldieket is — a leközlöt adatok szerint kb. 200-at.

A műtét lényege az oesophagogastricus átmenet anterolateralis izomfalának 10×4 cm-es területen való kimetszése és az így keletkezett hiány erekkel és idegekkel átszőtt nyeles rekeszlebennyel történő pótlása. A lecsupaszított nyálkahártyát a rekeszlebens nemcsak megbízhatóan fedi, de jól be is épül, mert jellegében hasonló a nyelőcső izomzatához. A lebens mintegy „merekítőt” képez, meggátolja a cardia-tájéki hegesedését és így a betegség kiújulását. Eredményképpen a cardia functiója helyreáll, regurgitatio nem jön létre, s így megelőzhető a pepticus oesophagitis.

Olyan esetekben, amikor a cardiospasmust hiatus hernia is kíséri, a rekeszlebens cardioplasztica után szűkítjük a hiatus és helyreállítjuk a His-szögletet is.

A nyelőcső jóindulatú betegségei közül anyagunkban gyakoriság szempontjából a második a „rövid oesophagus” és a „hiatus sérv” voltak. Nem

bocsátkozunk a kérdés részletes tárgyalásába, de hangsúlyozni kívánjuk felismerésük és gyógyításuk kérdésének rendkívüli időszerűségét a betegség gyakorisága és cardia rákkal való gyakori együttes előfordulása miatt.

A csuszamlásos hiatus sérv megszüntetése tapasztalatunk szerint önmagában nem szabadítja meg minden beteget a regurgitatio kellemetlen tünetétől és szövődményeitől. Éppen ezért fontosnak tartjuk annak megszüntetését és ecélből Nissen-féle funduplicatiót vagy oesophagofundoraphiát is végzünk.

A „rövid-oesophagus” mindig hiatus sérvvel jár együtt és gyakran alakul ki pepticus oesophagitis a cardia-szelep elégtelensége miatt. A műtét javallata ugyanaz, mint a csuszamlásos hiatus sérvé.

A műtéti behatolás helyét a nyelőcső megrövidülésének mértéke szabja meg. Azonban akár transplurálisan, akár abdominálisan operálunk, a sérvkaput nem szűkítjük, hanem tágítjuk és a gyomrot a széléhez rögzítve a cardia-tájat a mellüregben, illetve a mediastinumban hagyjuk. Emellett leglényegesebb, hogy a regurgitációt megszüntessük. Mi ebből a célból ugyanúgy, mint egyszerű hiatus sérv eseteiben, Nissen-féle funduplicatiót, vagy ritkábban oesophagofundoraphiát végzünk.

1950. óta klinikámon több mint 200 oesophagus diverticulum-ot észleltünk, s közülük 60-at megoperáltunk. Kétségtelen, hogy a diverticulum kiirtása a leggyökeresebb és a legjobban bevált műtét. Sok esetben azonban a tractiós mechanizmusú zsák a kiszabadítása után nagymértékben megkisebbedik. Ilyenkor végezhető a Girard-féle invaginatio. Ennek a műtétnak az eredményét sok sebész jogosan kritizálja, mivel gyakori a kiújulás. Tapasztalatokon nyugvó véleményünk szerint ez annak a következménye, hogy a diverticulum tájékan mindig elvékonyodott, atrophias vagy hiányos a nyelőcső izomzata és így a varratok rosszul tartanak. Ezért tartjuk igen fontosnak a diverticulumon végzett műtét után a nyelőcső falának plasztikus megerősítését, amit az alsó harmad diverticulumaiban esetében nyeles rekeszlebennel, a középső harmadban pedig alloplasticusan polyvinil szivaccsal végzünk.

A nyelőcső jóindulatú daganatai viszonylag ritkák. Mi 41 ilyen beteg közül 36-ot operáltunk, mert a daganatok súlyos szövődményeket okozhatnak a környező szervek összenyomása, gennyedés és cysta-perforatio révén, és rosszindulatúan el is fajulhatnak. Ezért a kórisme után azonnal műtétet javasolunk.

Kórisméjünkben döntő szerep jut a röntgenvizsgálatnak és a nyelőcső tükrözésének, az endoscopiás biopsia azonban ép nyálkahártya esetében veszélye miatt ellenjavalt.

Mi a daganatok kórbonctani felosztása helyett a diagnosztikus és therapiás célból is jobban alkalmazható intraluminalis és intramuralis csoportba soroljuk eseteinket. A kis alapon ülő intraluminalis daganatokat endoscoposan távolítjuk el, a nagy, valamint a széles alapú polypoid daganatokat vi-

szont megoperáljuk és transoesophagealisan éppen kivágjuk. A nyelőcső falának varratát szükség esetén plasztikusan megerősíthetjük nyeles rekeszlebennel, vagy műanyagszivaccsal.

Az intramuralis daganatok műtéte lehet enucleatio vagy excisio a nyelőcső falával együtt, vagy a daganat eltávolítása, a nyelőcső resectiójával. Ha lehet, az enucleatiót választjuk és a gyengült fal megerősítésére nyeles rekeszlebenszövetet vagy alloplaszticát végzünk. Ha a jóindulatú nyelőcső-daganat hiatus herniához társul, akkor a nyeles rekeszlebenszövet helyett funduplicatiót, vagy oesophagofundoraphiát készítünk.

A nyelőcső vegyi sérülését (sav, lúg) követő állapotok műtéti rekonstrukciója a helyreállító sebészet egyik legbonyolultabb problémája. Eddigi tapasztalatok szerint functionális szempontból legcélravezetőbb a mesterséges nyelőcső bélből történő képzése (autoplasztika). Ezek közül is a legjobb eredményt véleményünk szerint a vastagbél jobb felének és az ileum terminalis szakaszának retrosternalis autoplasticája nyújtja. Ennek a műtétnek kisebb a kockázata, ritkább a transplantatum elhalása és a Bauchin billentyű meggátolja a regurgitációt.

Az utóbbi 10 év alatt nagy vita alakult ki a különböző (vékony-, vagy vastagbél) transplantatumok előnyeiről és hátrányairól, a bélcsővezetés helyéről (antethoracalis, retrosternalis, intrapleurális, intramediastinalis). Ez a vita mindmáig nem zárult le, éppen ezért az ileocolicus transplantatum alkalmazása nem lehet merev szabály, az egyéb műtétek is még megmaradnak a helyreállító nyelőcsősebészet fegyvertárában.

Mi bizonyos körülmények és javallatok esetén még most is végezzük a klasszikus Roux—Herzen—Judin-féle műtétet, például nyelőcsőrák miatt végzett nyelőcső kiirtás (Dobromiszlov—Thorek) után.

Különböző nyelőcső-betegségek műtéti gyógyításának eredményei (18 év saját anyaga)

Megbetegedés	Operált betegek	Meghalt	%
Jóindulatú betegségek	421	13	3,0
Cardiospasmus	157	3	1,9
Diverticulumok	52	2	—
Jóindulatú daganatok	39	—	—
Heges szűkületek	38	2	—
Hiatus herniák	97	6	—
Rövid nyelőcső	38	—	—
A nyelőcső mellkasi szakaszának rákja	183	41	22,4
Összesen:	604	54	9

Ilyen beteget nem célszerű kitenni az intrapleurális vagy intramediastinalis plasztika fokozottabb veszélyének.

A többszakaszos műtétek hiányosságai és későbbi esetleges szövődményei (oesophagitis, pepticus ulcus) miatt a sebészek új plasztikus eljárások

A nyelőcső mellkasi szakasza rákjának műtéti eredményei

A műtét megnevezése	Operált betegek	Meghalt	%
Radikális műtétek	104	29	28
Thorek-exstirpatio	63	11	—
Resectio anastomosissal	41	18	—
Palliatív műtétek	76	10	—
Összesen:	180	39	22

után kutatnak. Japán sebészek (Kacura és mások) javasolták az együlékes plasztikát intrathoracalis vékonybél interpositummal. Tapasztalatunk szerint ez munkaigényes, traumatizáló, kockázatos műtét, négy így operált betegünk közül három meghalt.

A nyelőcső allo- és heteroplasztikái klinikai gyakorlatban még nem váltak be.

Míg a nyelőcső jóindulatú betegségeinek gyógyításában haladás mutatkozik, és az eredmények is jobbak, addig a nyelőcsőrák sebészi kezelése terén csak kismértékű előrehaladás tapasztalható. Bár jobban érvényesül ezen a területen is a radikalizmus és kisebb a postoperatív halálozás, a távoli eredmények igen szerények.

1950. előtt a nyelőcső bifurcatio feletti rákjai esetében rendszerint egyszakaszos nyelőcsőresectiót végeztünk subclavicularis oesophagogastronastomosissal (Garlock). Ez a műtét azonban szovjet adatok szerint 50% halálozással jár. Ezért az utolsó 5—6 évben csak ritkán és a nyelőcső alsó harmadában ülő daganatok alkalmával akkor végezzük, ha a gyomor megbízhatóan mobilizálható.

Mi gyakran végezzük az onkológiai szempontból gyökeres Dobromiszlov—Thorek műtétet, melynek veszélyei kétségtelenül kisebbek a Garlock-műtétéhez viszonyítva. Az így operált betegek közül az utolsó 3 év alatt 29-ből csak három halt meg légzőszervi szövődményekben. Ha a műtét után 2—3 hónappal metastasisra utaló tünetek nem jelentkeztek, a tápcésatorna folytonosságát Roux—Herzen-féle praesternalis oesophagus plasztikával állítjuk helyre.

Ezzel a munkánkkal azt igyekeztük szemléltetni, hogy a nyelőcső sebészetének fejlődése a vele elért eredmények fokozatos javulására vezetett és ebben a helyreállító plasztikai sebészeti elvek megvalósításának igen jelentős szerep jutott.

IRODALOM. 1. Berezov E. L.: Voproszű hirurgii zseludka i piscsevoda. Gorkij, 1956. — 2. Berezov E. L.: Hirurgija piscsevoda i kardii zseludka pri rake. Gorkij, 1954. — 3. Berezov Ju. E.: Rak kardial'nogo otdela zseludka. Klinika i hirurgicseszkoje lecsenie. Moszkva, 1960. — 4. Kazanszkij V. I.: Csreziplevral'naja rezekcija grudnogo otdela piscsevoda pri rake. Moszkva, 1954. — 5. Petrovszkij B. V.: Hirurgicseszkoje lecsenie raka piscsevoda i kardii. Moszkva, 1950. — 6. Poljanec A. A.: Hirurgicseszkoje lecsenie bol'nüh rakom piscsevoda i kardii. Moszkva, 1954. — 7. Diagnose und Therapie der Hiatushernie, Basel, 1960. — 8. J. Godart: Traité pratique de pathologie digestive I—II. Paris, 1963. — 9. R. Nissen: Handbuch der Thoraxchirurgie. Bd. III. 1958. Herausgegeben von E. Derra. — 10. R. Postlethwait: Surgery esophagus. R. Illinois W. Sealy. USA, 1961.

NEROBOLETTA TABLETTA

per os szedhető anabolikum

Összetétel: 1 tablettá 1 mg 17-methyl-17-hydroxy-androsta-1,4-dien-3-on-t tartalmaz.

Hatásai: A Neroboletta tablettá anabolikus hatású: elősegíti a fehérjeszintézist, javítja az étvágyat és ezáltal az általános állapotot, súlygyarapodást hoz létre. A gyomor-bélrendszerből történő jó felszívódásánál fogva orális szedés mellett is teljes anabolikus hatást biztosít.

Javallatok: A csecsemőkor különböző testfelépítési zavaraiiban (sorvadás különböző alakjai), fertőzőbetegségek utáni reconvalescentiában, krónikus inféktiókkal kapcsolatos dystrophiában, gyengeségben, kimerültségben, osteoporosisban, elhúzódó callusképződésben, kortikoszteroid kezelés katabolikus hatásainak (súlycsökkenés, osteoporosis stb.) ellensúlyozására, renális fehérjevesztésben. Kiemelendő a kissúlyú koraszülöttek és csecsemők gyarapodásában elért eredmény.

Alkalmazás: Csecsemőknek és gyermekeknek 2 éves korig naponta — másodnaponta $\frac{1}{2}$ —1 tablettá (0,5—1 mg), 5 éves korig napi 1—2 tablettá (1—2 mg), 14 éves korig naponta 3—5 tablettá (3—5 mg). Gyermekeknél és a fejlődés korában levő fiataloknál célszerű 4 heti szedés után 1—2 hónap szünetet tartani.

Forgalomba kerül: 20 tablettá üvegben.



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Stomatológiai Klinika (igazgató: Adler Péter dr.)

Amelogenesis imperfecta non-hereditaria segmentalis

Adler Péter dr. és Bencze Jolán dr.

A zománc különböző dignitású fejlődési zavarait Weinmann és munkatársai osztályozták. Ennek nyomán a matrix-képzés zavara esetén hypoplasiáról, az elmeszesedés zavara esetén hypocalcificatióról, recte hypomineralisatióról beszélünk. A kórokat tekintve e zavarok örökletesek, valamint a fogfejlődés idején ható általános és helyi betegségek következményei lehetnek. Az irodalomban azokat az örökletes kórképeket, melyeknek domináns tünete a fogzománc károsodása, „amelogenesis imperfecta”, azokat, melyekben elsődlegesen a dentinképződés zavart, „dentinogenesis imperfecta” névvel jelölik. 12—14 000 emberre esik egy ilyen jellegű zománc-károsodás és minden 6—8000-re egy dentinképződési zavar. Ez a gyakoriságbeli különbség azt bizonyítja, hogy a zománc és dentin károsodása nem feltétlenül kapcsolódik.

A közelmúltban a zománc-képződésnek oly zavarát észleltük, amely az irodalomban eddig ismeretett képekkel nem egyezik és kóroktanilag is az eddigiektől eltérő magyarázatot igényel.

Észleletünk:

Sz. O. 11 éves fiúnak több hónapja időnként feldagad az ínye az állkapocs bal oldalán, és fájnak a fogai. A panaszok spontán elmúlnak, majd látszólag ok nélkül újra jelentkeznek. E területen a fogak a jobb oldallal ellentétben csak részben vagy egyáltalán nem nőttek ki. A szülők szerint a tejfogain semmiféle elváltozás nem volt. Az anya terhessége idején vírusos vagy egyéb betegségben nem szenvedett. A gyermek 1 éves korában anyja szerint bárányhimlős, apja szerint kanyarós volt. Két idősebb testvére van, fogazatuk a kornak megfelelő, durvább, a szülőknek feltűnő elváltozás nélkül. A szülők fogazata hiányos, a hiányzó fogakat extrahálták, a meglevő fogakon kóros elváltozás nincs.

Leletek:

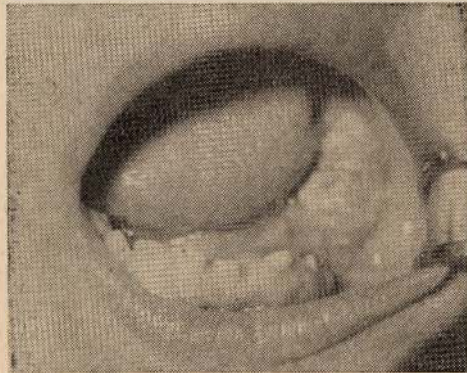
A felső fogsorban mindkét oldalon megvan az 1, 2, 4, 6 és mindkét oldalon hiányzik a 3, 5, 7 és 8. A jobb oldalon két tejfog is van. A jobb alsó quadránsban csak a 8 hiányzik. E fogak klinikai és rtg-vizsgálat szerint épek. A bal alsó quadránsban teljesen csak az 1 és a 6 tört át, a 2, 3 és 7 áttörőben van. Az egészben vagy részben látható fogak viszont (a —7 kivételével) már külső megjelenésükben is eltérnek a többi quadráns fogaitól: alakjuk nagyjából normális, az egyes fogtípusok megkülönböztethetők, azonban mindegyik lényegesen kisebb a többi quadráns homolog fogainál; a csücskök kisebbek és alacsonyabbak. Az egészben vagy részben áttört fogak sárgásan elszínezettek, felszínük fénytelen, egyenetlen (1. kép).

Rtg-képen az áttört és át nem tört fogakon egyaránt látszik, hogy hézagosan állnak a sorban. Vékony, illetve hiányzik a zománcuk; a pulpa-kamrák tágabbak, mint az ellenoldalon (2. kép).

A gingiva e quadránsban duzzadt, hyperaemiás, helyenként fájdalmas. Rtg-képen a —6 gyökércsúcsa körül csontfelritkulás látható.

A klinikai átvizsgálás alatt angiographiát végeztünk. Az erek kalibere és eloszlása teljesen normálisnak bizonyult. Sudomotoros vizsgálattal nem találtunk eltérést a n. trigeminus jobb- és baloldali ágai által ellátott területek között. A klinikai neurológiai vizsgálat a n. facialis nagyon enyhe, jelzett centrális paresist talalta a bal oldalon.

Az elhalt pulpájú fogat eltávolítottuk. Az extractio után a gyermek akut panaszai megszűntek; 6 hónap múlva ellenőriztük, a mandibula bal felében nem haladt tovább a fogzás. Az eltávolított fogból készült csiszolatokat részben nativan, részben lúgos fukszinnal festve vizsgáltuk. A feldolgozás során a fog igen törékenynek bizonyult, ezért nem tudtuk 200 μ -nál vékonyabbra csiszolni. A zománc-dentin határ kiszélesedett. Alatta épnek tűnő dentin található, mely helyenként vastagabb, helyenként viszont igen vékony.



1. kép. A bal alsó fogak zománcborítéka hiányzik. A fogak kisebbek az ellenoldaliaknál, hézagosan állnak.



2. kép. A mandibula testének bal felében az áttört első nagy- és nem tört második kisörlőnek nincs zománcborítéka. A második és fejlődésben levő harmadik nagyörlő zománca ép.

A centrálisabb dentin szerkezete felbomlott, a csatornák lefutása szabálytalan, alig vagy egyáltalán nem követhető: a dentin »globularis« jellegű.

A zománc elváltozása súlyosabb, mert prizmás szerkezetet csak elvétve lehet látni; túlnyomó részben szabálytalan, részben hagymalevél szerkezetű (3. kép).



3. kép. Csiszolat: A felszínről a mélybe haladva szabálytalan zománc (a), a kiszélesedett zománcdentin-határ (b), perifériás ép dentinréteg (c), globularis dentin (d) látható.

A testvérek fogászati lelete:

A két évvel idősebb leánytestvér betegünkkel egyidejűen, 3 éves korában szenvedett kiütéssel járó gyermekbetegségben. 13 éves korában vizsgáltuk. Az extrahált —6 kivételével sapiensek nélküli teljes maradó fogazat. A —5 mindkét csücske — a vestibularis kifejezettebben — hibás, hiányos zománcal fedett. A többi fagon kóros elváltozás nem látható.

Az 5 évvel idősebb fiútestvér (Sz. J.) fogazata ép, cariesmentes. Ez a fiú Sz. O-val egyidejűen — 6 éves korában — azonos betegségben szenvedett. Fogain semmiféle zománcképződési zavar nem látható.

Megbeszélés:

1. A klinikai kép előterében a zománcképződés zavara áll. A rtg.-képek szerint is csaknem teljes a zománc hiánya, nemcsak az áttört, hanem a még át nem tört fogakon is. A mikroszkópos kép is megfelel az amelogenesis imperfectának.

Zavart a dentinogenesis is: az érintett fogak pulpája tágabb, mint az ellenoldaliaké. Csiszolaton a normális felszínes dentin-réteg alatt mineralizációs zavart szenvedett, »globularis« dentin látszik. Dentinogenesis imperfectában az eleve ép zománc az áttörés után a mechanikai igénybevétel folytán letöredeznek. Így a még át nem tört fogak zománchiánya semmilyen körülmények között nem a dentinképződés károsodásának a következménye. Vizsgáltunk fogai egyébként rtg.-képen nem mutatták a dentinogenesis imperfectára jellemző filiformis gyökéralakot.

E leletek alapján kizárható, hogy a dentin károsodása az elsődleges. A morphologiai makroszkópos, mikroszkópos és rtg.-kép amelogenesis imperfectára jellemző (hypoplasias típus). Ezért a talált állapotot amelogenesis imperfecta névvel jellemtük.

2. Az amelogenesis imperfecta örökletes formája valamennyi, de mindenképpen sok fogat érint szimmetrikus elrendeződésben. Gyakran (de nem mindig) mindkét foggeneráción manifesztálódik.

A szülők megmaradt fogain zománcelváltozás nem volt; ennek ellenére sem zárhatjuk ki a dominánsan örökletes jelleget, mert extrahált fogaikon lehetnek olyan elváltozások, melyeket sem laikusok, sem gyakorló fogorvos nem vettek észre. A dominánsan öröklődő formában sem minden családtag érintett, tehát a fitestvér minden maradó fogának épsége nem bizonyító. A leánytestvér egyetlen fogának elváltozása sem bizonyítja azonban az elváltozás örökletes jellegét.

Döntőnek az a körülmény látszik, hogy hat egymás melletti fog betegedett meg. Ilyen térbeli elrendeződést örökletes formában eddig még nem írtak le, ezért az elnevezést »non-hereditaria« jellezővel egészítettük ki.

3. A laesio egy quadránsra lokalizált és egyazon foggenerációnak különböző periódusaiba tartozó fogait érinti. Így kizárható, hogy oka általános, pl. anyagcseremegbetegedés. Ha általános megbetegedés lett volna az ok, akkor minden olyan fogat érintett volna, amely azonos fejlődési állapotban volt az adott időben (pl. rachitises zománchyoplasia).

4. Helyi kórkiváltó okként a tejfogak apicalis lobja károsíthatja a maradó utód zománcát; ez a károsodás egy-egy kisörlőn jelentkezik (Turner-fog), de öt egymás melletti fagon még nem észlelték; egyébként e kóroktani magyarázatot a tejelőd nélküli —6 zománclaesiója is kizárja.

Sok fogat érinthet a kiterjedt osteomyelitis. Lehetetlen viszont, hogy a tejfogakat egyáltalán nem érintette, nem okozott erős duzzanatot, sipolyokat és nem löködtek ki sequesterek. Nem múlik el nyomtalanul olyan osteomyelitis, amely a középső metszőtől az első nagyörlőig terjed. Jellemző a csecsemő- és gyermekkori állcsont-osteomyelitisre, hogy a fogcsírák elhalnak és sequesterként kilökődnek (sequestrálódó fogcsírgyulladás). A súlyosan károsodott, de ki nem löködött fogcsírok magukhoz térhetnek, és tovább növekedve nem fogat, hanem csak foghoz hasonló képződményt produkálnak (Schulze). Nem tudunk azonban osteomyelitisre utaló anamneszticus adatot kinyomozni, és sem klinikai, sem rtg.-vizsgálattal nem találtuk ennek semmiféle residuumát.

5. A pathogenesis tisztázásakor mindenképp előt a lokalizációt kell figyelembe venni: egy quadráns 6 foga érintett. Ennek kidomborítására a segmentalis jelzőt használjuk. E lokalizáció vascularis vagy neuralis zavarra enged következtetni.

6. A vascularis zavar anatómiai előfeltételei adottak, mert az állkapcsot és az alsó fogakat

egyetlen főér, az a. alveolaris mandibularis látja el. A korlátozott vérellátás, mely a már morphodifferentiatio állapotán túljutott fogcsírokat érinti, zománcképződési zavart hozhat létre. Ez esetben a —6 mögött létrejött ér-elzáródás lehetett a kórkiváltó ok. Ez azt is megmagyarázná, hogy miért nem károsodott a —7, és miért károsodott a vele kb. egy időben fejlődő —5.

E feltevés ellen szól, hogy az a. alveolaris mandibularis nem végarteria. Anastomosisok az a. maxillaris externával, a. lingualissal és az ellenoldali a. alveolaris mandibularissal biztosítják a csont, a periodontium és a pulpa vitalitását, mint arról nagy dislocatióval járó töréseknél is meggyőződhattünk. Lehetséges, hogy az ameloblastok aktív funkciójuk idején csak ideiglenesen csökkent vérellátásra is érzékenyek, és már akkor tartósan károsodnak, amikor még más szövetek nem. Ez ellen szól az a tapasztalat, hogy gyermekkori állcsonttörések következtében mindig csak a törvonalban fekvő, a dislocatio és repositio által közvetlenül traumának kitett fogcsírok károsodnak (*Benzea*). Erősen dislokált törések esetén, amikor az arteria elszakad, sem jön létre soha távolabbi fogcsíra károsodása.

A —6 és —7 közötti egykori elzáródásnak ellene szól az angiographiás lelet is. Érelzáródás után, teljes recanalizációt figyelembe véve is kizárt, hogy az angiogrammban annak jele (a kollaterálisok kitágulása) ne lenne látható. Mindez a vascularis eredet ellen szól.

7. Így csak az *idegi eredet* marad pathogenetikai tényezőként. A fogakat a köztudattal ellentétben nemcsak a n. trigeminus innerválja. A megterhelési érzékenység közvetítésében az a. carotis adventitiájában futó sympaticus szálak is részt vesznek (*Adler*). A parasympaticusra ható mérgek állatkísérletek szerint mélyrehatóan befolyásolják az amelogenesisist (*Hattysy*). A mély-érzés továbbvezetésében a száj és állcsont területéről a n. facialis is szerepet játszik (*Davis*). A ganglion cervicale superius resectiója fiatal macskán az alsó fogak gyorsult növekedését eredményezte kivétel nélkül, míg a n. alveolaris mandibularis resectiója csak 60%-ban járt ilyen eredménnyel (*Edwards és Kitchin*). Ezt a sympaticus kikapcsolásának melléktermékeként bekövetkező arteria-tágulatnak tulajdonítják.

11 éves vizsgálatunkon az említett területen a sudomotorica épsége nem bizonyítja, hogy kisgyermekkorban az autonóm idegrendszer területén nem volt esetleg hosszabb ideig is eltartó zavar. Vizsgálatkor a n. facialis jelzett centralis paresisét találtuk. Az egyes idegekről nem tudunk jóformán semmit, hogy miképpen befolyásolják az amelogenesisist; így nem tudjuk megmondani, hogy az elváltozás melyik idegnek tulajdonítható. A lokalizáció a n. trigeminusra utal, de nem feltétlenül bennük; *Edwards és Kitchin* vizsgálataira támaszkodva inkább hosszantartó irritációra gondolhatunk.

A zománclaesio idegi eredete összefüggésbe hozható az első életévben lezajlott kiütéses megbetegedéssel. Bárányhimlője vagy talán kanyarója volt a gyermeknek. Általánosan ismert a varicella-vírus neurotropiája és más vírusok (rubeola) epitheliotropiája. A varicella és kanyaró ritka, de típusos szövődménye az enkephalitis. A bal állkapocsfelbe lokalizált zavart amelogenesisist az egy éves korban lezajlott kiütéses megbetegedés idegi részvétele vagy következménye okozhatta.

8. Vizsgáljuk meg, hogy e feltevés a —7 épségben maradásával, valamint a fogfejlődés időrendjével összeegyeztethető-e. Meg kell tehát határozunk a zománclaesio keletkezési idejét.

A dentinmag minden fogon normális alakú volt; rtg.-képen előrehaladott dentinképződés volt kimutatható. Ezek a leletek azt mutatják, hogy a maradó fogzatnak két különböző fejlődési periódushoz tartozó fogain a morphodifferentiatio zavartalan volt, és hogy a belső zománchám a mesenchyma sejtjeit odontoblastokká indukálta. A morphodifferentiatio és az odontoblastok inductiója időhöz kötött események, melyek az érintett fogakon *különböző időpontokban* jönnek létre. Az egyes fogakon tehát különböző időpontban jött létre a laesio; *hat fogon nem lehet egyszeri, heveny behatás eredménye*. Csak hosszabb ideig fennálló zavar eredményezhette a hat fejlődésének időrendjében egymástól eltérő fogcsírán a zománcképződés leírt laesióját. Ez egyben, a 6. pont alattiakat kiegészítve, szintén a laesio vascularis genesis ellen szól; egyúttal azonban hat egymás melletti zománctszervben létrejött vírusmetastasis ellen is. A dentin ép perifériás rétege arra utal, hogy kezdetben a dentinképzés normális volt. A zavar kezdete az anamnesisben szereplő exanthemás megbetegedés idejére esik. Ez a zománclaesio időbeli kezdete is.

Hogy milyen sokáig tartott a zavar, mely az ameloblastokat megakadályozta a normális zománcképzésben, azt a többi fog fejlődési chronológiájának segítségével határozhatjuk meg. *McCall* és *Schour*, valamint *Logan és Kronfeld* szerint (*Thomából* idézve) a kemény szövetek mineralizációja az alsó második praemolarison a 27—30., a második molárison csak a 30—36. hónapban kezdődik. Ez a szórás azonban túlságosan szűk; *Garn és Lewis* lényegesen nagyobb idő-különbséget talált e két fog mineralizációjában, mert az egyiknek a koronája már többé-kevésbé kialakult, mielőtt a másik folliculusa egyértelműen felismerhető. Ezen időviszonyok figyelembevételével feltételezhetjük, hogy az amelogenesisist bénító noxa kb. a 20—25. legfeljebb 30 hónapos korig tartott. Ez kb. egy-másfél évig tartó betegségnek felel meg. A leírt zománclaesio *teratogenetikai terminatiós periódusa a fejlődésben legkésőbbi fogon tehát kb. a 30. hónapban határozható meg*.

Vizsgáltunkon azok a csírák is gyakorlatilag csak dentinből álló, de mégis típusos alakú fogakká fejlődtek, melyeken a kemény szövetek képződése az akut exanthemás megbetegedés *után* kezdődött. Ebből következik, hogy a neurotrophiás

laesio különbözőképpen befolyásolta a belső zománchám különböző funkcióit: a növekedés és sejtszaporulás nem csorbult meg, a praemolarisokban normális alakú dentinmagok képződtek, rtg.-képen ezeknek a fogaknak a gyökere is növekszik. A noxa vagy magukat az ameloblastokat érintette, melyek semmilyen vagy kevés matrixot produkáltak, vagy a stratum intermedium, ill. a zománcpulpá azon sejtjeit, melyeknek a funkciója a zománc-képzés előfeltétele.

Leleteink egyértelműen mutatják, hogy a zománchám formátadó és mesenchymát indukáló funkciója azon fogakon is megmaradt, melyek a laesio első behatása idején csak folliculus-állapotban voltak. Ugyanezen sejtek viszont a matrixképző tulajdonságukat elvesztették. Látjuk, hogy ugyanazon sejtek egyes funkciói különbözőképpen reagálnak a noxára. A sejt ilyen differenciált laesioja könnyebben képzhető el trophicus károsodás mint direkt infectio folytán.

9. A kiütéses betegség idején már 6 éves gyermekek nem támadt zománclaesio: fogai ugyanis túl voltak a teratogenetikai terminációs perióduson. A 3 éves nővér szintén túlságosan idős volt, hogy károsodjék a két metsző, a szemfog, az első praemolaris és molaris. Csak a második praemolaris betegedett meg; fejlettebb stádiumban volt, mint a vizsgáltunk első nagyórlője. A szóban forgó laesio iránti érzékenység időhatárai nyilván szűkek; vizsgáltunk második nagyórlőjének épenmaradását is így tudjuk magyarázni. A feltehetően nem közvetlenül, hanem idegi úton ható noxa kisebb expressivitásán, a 3 éves gyermek nagyobb ellenállóképességén, a csekélyebb idegi részvételen kívül szóba jön esetleg vírus-metastasis lehetősége is az egyetlen fogcsíra laesiójában a nővéren.

10. A dentinképződés zavara nem tartozik az amelogenesis imperfecta körképhez; esetünkben azonban a dentinogenesis is súlyosan zavart volt. *Schimmelpfennig* és *McDonald* esetében is társult a zománclaesiohoz a dentinogenesis zavara. Így vizsgáltunkon ez nem egyedülálló.

Hogy a dentint illetően a matrixképződés zavaráról, vagy csak elmeszesedési zavarról van szó, nem tudjuk biztosan eldönteni, mivel elhalt pulpájú fog csiszolatát vizsgáltuk. A —6 dentinstruktúrája azonban lehetővé tette annak megállapítását, hogy mikor érte a noxa először a fogat.

11. Jól ismert a fogak késleltetett áttörése amelogenesis imperfectában. *Reichenbach* e fogak áttörését idegentestnek sequesterkénti kilökődéséhez hasonlítja. *Weinmann* és mt. szerint a külső zománchám szétesése felelős ezért, mely a koronát elválasztja a környező kötőszövetből, ill. áttörés idején a gingiva hámfjától. Esetünkben az íny klinikai képe jól egyezik *Reichenbach* adataival, azonban a szövettani lelet ellentmond *Weinmann* magyarázatának, mivel a környező szövetben bőven volt odontogén hám.

Úgy véljük, hogy a kései eruptio összefügg a dentinogenesis lassúságával, az elhúzódó gyökér-

növekedéssel. A laedált hám atypiaja a zománccal nem fedett korona körül gyulladásra adhat okot. A szövetekből számos hámfészeknek kell eliminálnia; s ahogyan a fog áttörése is gyulladással jár az ínyben, az eliminálandó számos hámfész körül nyilván kiterjedtebb gyulladás jött létre.

12. A pathogenesisről alkotott nézetünknek el-lene szól, hogy a varicella és morbilli igen gyakori betegség; és — bár kanyaró következtében típusos zománchyoplasia támadhat (*Kassowitz*) — az általunk leírt képről említés sehol sem található. Jogos az a kérdés is, mi módon magyarázható a lokalizáció. Legegyszerűbb azt feltételeznünk, hogy a vírusos betegség folytán támadt idegi laesio örökletes jegyet precipitált, más szavakkal: a zománclaesio alkati adottság talaján accidentalis külső befolyás révén keletkezett. Ez a feltevés meg-egyezik a család két tagjának érintettségével, de a jelenkor orvosi gondolkodásával is. Ezen túlmenően azonban más tény nem támasztja alá e magyarázatunkat. A lokalizációt véletlen eredményének tartjuk.

Ezen munkánkban tanácsot és segítséget nyújtottak *Boros S.* (Budapest), *Endes P.* (Debrecen), *G. Gustafson* (Malmö), *H. Mathis* (Berlin), *M. A. Rushton* (London), *Ch. Schulze* (Göttingen) és *C. J. Witkop jr.* (Bethesda); ezért e helyen is köszönetet mondunk. A megkérdezett szakemberek az amelogenesis imperfecta itt közölt formáját sem maguk nem látták, sem az irodalomban nem találkoztak vele. Jogosnak tűnik tehát az a véleményünk, hogy eddig le nem írt, új kórkép.

Összefoglalás

Makroszkóposan, mikroszkóposan és rtg. vizsgálattal igazolt amelogenesis imperfecta leírása: a folyamat az állkapocs bal oldalán hat szomszédos fogat érintett, míg a többi fog ép volt.

Aetiológiáját illetően egyéb magyarázatokat kizárva az első életévben elszenvedett akut exanthemás betegség folytán támadt vírusos idegártalom következményének tartható. Az amelogenesis imperfecta ezen eddig le nem írt alakja nem örökletes, segmentális jellegű.

IRODALOM. 1. *Adler P.*: *Paradent.* 1948, 2, 87—93. — 2. *Bencze J.*: *Stoma*, 1964, 17, 330—35. — 3. *Davis L.*: *Neurological Surgery.* Lea & Febiger, Philadelphia, 1936. — 4. *Edwards L. F., a. Kitchin P. C.*: *J. Dent. Res.* 1938, 17, 115—124. — 5. *Garn S. M., a. Lewis A. B.*: *J. Dent. Res.* 1957, 36, 992—995. — 6. *Hatytyasy D.*: *Magyar Orv. Arch.* 1940, 41, 277—284. — 7. *Kassowitz K.*: *Z. Kinderhik.* 1924, 38, 224—231. — 8. *Reichenbach E.*: *Zahnärztl. Welt.* 1948, 3, 138—140. — 9. *Schimmelpfennig C. B., a. McDonald R. E.*: *Oral. Surg., Oral Med., a. Oral Path.* 1953, 6, 1444—1449. — 10. *Schulze Ch.*: *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 1952, 7, 788—800, és 1956, 11, 14—25. — 11. *Thoma K. H.*: *Oral Pathology.* Mosby St. Louis, 1950, p. 165. — 12. *Weinmann J. P., Svoboda J. F., a. Woods R. W.*: *J. Amer. dent. Ass.* 1945, 32, 383—414.

Fővárosi IV. ker. Tanács Árpád Kórház, Szülészeti Osztály

Quantitatív fájásmérés tokometerrel, mint rutinvizsgáló eljárás

Lóránd Sándor dr., Czikk János dr., Kovács Tibor dr. és Nyitrai Gyula dr.

A perinatalis magzati mortalitás csökkentésének keretében a korszerű szülésvezetés a magzatok szülés alatti károsodásának kiküszöbölésére törekszik. Ennek érdekében egyes műtéteket elhagy vagy mellőz (pl. bemeneti és magas üregi fogóműtét), helyettük másokat előnyben részesít (pl. császármetszés, vacuum extractio) és gyakrabban is alkalmaz. A szülésbefejező műtétek eredményességét fokozhatjuk, ha e műtétek javallatát időben állítjuk fel.

A szülés tartama ceteris paribus a fájástevékenység függvénye. A szülés műtéti befejezésének időpontja is függ a fájástevékenység minőségétől. A fájástevékenység exaktabb megítélésére nyújt módot a külső fájásmérés, tehát szerepet játszhat a szülés művi befejezésének pontosabb időzítésében és így a magzatok szülés alatti károsodásának csökkentésében.

A fájástevékenység quantitativ mérésének lényege a contractiók amplitudójának összeadása és kifejezése mm-ben. Ezt a munkát automatikusan elvégzi a Lóránd f. tokogometer (2), de a tokogramokon is bárki meghatározhatja. A tokogometer és a tokograph szerkezetében kisebb fékező hatások érvényesülnek súrlódás következtében. Több száz, ezres szériavizsgálat tokograph-fal körülményes (tokogramszalag felragasztása, a toll megtöltése tintával, a rajzolás kipróbálása és tartós ellenőrzése stb.), ezért látszott célszerűnek, hogy a Lóránd f. tokometerrel (1, 7) tegyünk kísérletet a fájástevékenység quantitativ meghatározására.

A tokometer zsebóránál alig nagyobb műszer, mely empirikusan kalibrált számlapon mutatókitéréssel jelzi a contractiók erősségét — amplitudóját — fájásszünetben pedig a nyugalmi tónus magasságát. Kezelése könnyű, szaktudást nem igényel, adatainak értékelése egyszerű, néhány perc alatt megbízható számértékekből tudunk következtetni a fájástevékenység erősségére.

Eljárásunk

1463 vajúdo fájástevékenységének határoztuk meg az ún. *órateljesítményét* tokometerrel. A fájástevékenység erősségének legmegbízhatóbb mértéke az órateljesítmény (3, 6), mely alatt az egy órán belül jelentkező contractiók amplitudójának mm-összegét értjük. Sokkal pontosabb, mint a szülés tartama, a Frey f. maximális fájásszám, vagy az egyes contractiók izolált nagysága (4, 8).

A tokometert úgy helyezük fel a hasra, hogy a műszer alaplapjából kiálló csap a méhkantúr középvonalában a fundusszélthől kb. 10 cm-rel lefelé kerüljön. Meghatároztuk egy, vagy két contractio amplitudóját és ezt, vagy a számtani középarányost beszoroztuk az egy órára kiszámított fájásszámmal. Pl. ha a mért két contractio amplitudója 10, ill. 12 mm volt, a középarányost (11) beszoroztuk 5 perces fájásfrekvencia esetén 12-vel; az órateljesítmény ebben az esetben 132 mm-t tesz ki. Kétségtelen, hogy az egyórás tokogramszalagokon kiszámított értékek pontosabbak, mert minden egyes contractio amplitudóját külön mérjük

meg és adjuk össze, de tokometriával is aránylag megbízható eredményt értünk el, mint ez az alábbiakból kiderül.

Az órateljesítményen kívül ismerni kell a *tágulási szak összteljesítményét* is, mely alatt az egész tágulási szak folyamán fellépő összes contractio amplitudójának mm-összegét értjük. Ezt az értéket úgy határozzuk meg, hogy a tágulási szak tartamát megszorozzuk az órateljesítménnyel, amely primiparáknál a 2000 mm-t, multiparáknál az 1700 mm-t többnyire csak kóros szülés esetén haladja meg (3, 6). Ha tehát adott esetben primiparáknál a 2000 mm, multiparáknál az 1700 mm értéket elosztjuk a tokometerrel meghatározott órateljesítménnyel, megkapjuk, hogy meddig tarthat a tágulási szak és mikor kell felkészülnünk a szülés esetleges művi befejezésére. Pl. 132 mm órateljesítmény esetén a tágulási szak tartama 2000:132, azaz 15 és $\frac{1}{4}$ órát primiparánál, 1700:132, azaz 12 óra 50 percet multiparánál nagyjából csak kóros esetben lépi túl. Viszont, ha az órateljesítmény 280 mm (contractiók amplitudója 14 mm, fájásfrekvencia 3 perces, egy óras fájásszám 20, $14 \times 20 = 280$), akkor a tágulási szak maximális tartama az esetek többségében rövidebb, mint 7 és $\frac{1}{4}$, ill. 6 óra.

A tágulási szak tartamának meghatározásához tudnunk kell, hogy mikor kezdődtek a rendszeres szülőfájások. Ez sokszor bizonytalan. Kisebb fájások jelentkezhetnek a szülés kezdetén, majd rövidebb-hosszabb időre megszűnnek és a szülést nem viszik előre, a méhszaj tágulásában szerepük nincsen, vagy alig van. Ilyen esetben csak a rendszeres, és fokozódó erősségű fájások fellépésének időpontját vesszük alapul. Retrospektíve, 2–3 ujjnyi méhszajnál erről visszakeresve a vajúdot, pontosabb adatot kaphatunk, mint korábban, mert ekkor már jobban tudja a fájásokat megítélni és értékelni. Előfordul olyan eset is, hogy 2 ujjnyi méhszajnál kimaradnak a szülőfájások és csak órák múlva jelentkeznek ismét; a tágulási szak tartamából ezt az időt levontuk. Hypotoniás fájásgyengeség esetén kis egységekben Syntocinont adagoltunk 61 vajúdonál, ilyenkor a contractio-amplitudókkal és a fájások frekvenciájával együtt az órateljesítmény is megnövekedett és ezt számításainkban figyelembe vettük.

Hangsúlyoznunk kell, hogy az 1463 szülés, melyben tokometerrel gyűjtöttük az adatokat, nem egymás után zajlott le. Adatgyűjtésünk kezdetén nem rendszeresen végeztük a méréseket, inkább csak kóros esetekben. Ezért adatainkban a kóros és műtétes szülések aránya nagyobb, mint valójában volt. Nem mértük a fájásokat a tágulási szak végén, vagy a kitolási szak elején beszállított vajúdoáknál sem, kiknek szülését rövidesen várhattuk. Csak több merült fel a gondolat, hogy az adatokat tudományosan dolgozzuk fel. Ettől kezdve minden szülő nőnél éppen úgy mérjük a fájástevékenységet tokometerrel, mint a vérnyomást tonometerrel, kóros esetben rövidebb időközökben. A szülésznőket könnyűszerral megtanítottuk a fájásmérésre, így jelentésükben a fájásokat már nem minősítik rendesnek, gyengének, erősnek, vagy renyhének stb., hanem megadják a tónusnak, contractio erősségnek és fájásfrekvenciájának számértékét és ezek kerülnek bele a kórlapokba.

A tokometria jelentőségére a mai szülészetben azokból az adatokból igyekeztünk következtetni, amelyeket osztályunkon a *vacuum extractio bevezetése óta*, 1960. októberétől gyűjtöttünk. 1463 szülés 1968 mérésének következő adatait: nyugalmi tónus, contractio erősség, fájásfrekvencia, órateljesítmény, tágulási szak összteljesítménye — dolgoz-

tuk fel munkatáblázatokban a szülésre vonatkozó egyéb adatokkal, mint a vajúdo kora, hányadszor szülő, a fájástevékenység kezdetének időpontja, a méhszáj tágassága méréskor, a burok állapota, a szülés lefolyása és befejezésének módja, a magzat súlya és életviszonyai.

Gyakorlati szempontból külön táblázatokat készítettünk primiparák, idős primiparák és multiparák szülésének adataiból, mert a szülés vezetése és esetleges művi befejezésének javallata tekintetében egyáltalán nem közömbös, hogy melyikükről van szó. Különösen jelentős ez idős primiparák műtetes szülei esetén.

Adatainkat külön csoportosítottuk:

1. a tágulási szak maximális teljesítménye szerint. A határérték primiparáknál 2000 mm, multiparáknál 1700 mm. *A határértékek alatti és feletti csoportok szüleiének lefolyása között mutatkozó különbség jelzi a fájástevékenység quantitativ mérésének jelentőségét;*

2. a burok intaktsága vagy repedt volta szerint, mert ez is kihat a szülés lefolyására;

3. a méhszáj tágassága szerint. A fájástevékenység teljesítményének megítélésében nem mindegy, hogy azt milyen méhszajtagasság mellett határozzuk meg. Zárt, vagy éppen nyíló méhszajnál még nem alakul ki a rendes erősségű fájástevékenység, viszont 3 ujjnyinál tágabb méhszajnál már olykor és egyre gyakrabban jelentkező haspréműködés tévesen nagyobb értékeket adhat. Így a pontosabb analysis érdekében, hogy tapasztalatainkat a jövőben a gyakorlati szülészetben felhasználhassuk és a quantitativ fájásmérést tokometerrel rutinvizsgáló eljárásként a szülészeti diagnosztikába bevezethessük, az esetleges hibafor-

a) a nagyobb szülőtevékenységet igénylő szülek: átlagosnál nagyobb súlyú magzatok (primiparánál 3500 g, multiparánál 3700 g felett), ikerterhesség, hydramnion;

b) a mechanikai akadályok: fekvési, beilleszkedési, tartási és forgási rendellenességek, téraránytalanság, persistáló burok, méhszajrigiditás és méhszajspasmus;

c) a nagyobb szülőtevékenységet nem mutató műtetes szülek (ezeket külön ponttal (.) jelöltük meg táblázatainkon, adataink kiértékelésénél is számításba vettük): placenta praevia, köldökzsinórelőesés, gyógyszeresen nem befolyásolható fájásgyengeség, eklampsia. Előre ment császármetszés utáni születeket csak akkor tekintettünk kórosnak, ha a műtét téraránytalanság miatt történt.

5. a szülészeti műtétek fajtája szerint. Sectio caesarea, vacuum extractio és fogóműtét szerepel a beosztásunkban, Bracht f. születésvezetés nem.

Műteteink javallatának felállításában *egyik fontos tényezőként* alapul vettük a fájástevékenység eddigi teljesítményét is, különösen mechanikai akadály esetén. Ilyenkor nem vártuk meg, amíg a fájástevékenység teljesítménye a felső határt meghaladja, hanem már sokkal előbb indikáltuk a műtétet. Viszont alacsony órateljesítmény esetén hypotoniás fájásgyengeség mellett előbb a fájástevékenység erősítésével próbálkoztunk, míg nem tudtuk eldönteni, hogy a fájástevékenység fokozódása ellenére — tehát mechanikus ok miatt — stagnál-e a szülés. Normo- és hypertoniás fájásgyengeség esetén is korábban határoztuk el magunkat a szülés művi befejezésére, mert ezek alig befolyásolhatók és tapasztalataink szerint prognózisuk rosszabb. Ugyanígy jártunk el idős primiparák szüleiénél is.

I. táblázat
A szülek adatai

Szülek	száma	rendes %	kóros, %	ebből műtetes %	sectio caes. %	vacuum extr. %	forceps %
<i>primipara</i>	581	399	182	44	14	27	3
2 u. méhszaj 367		68,68	31,32	24,18	31,81	61,38	6,81
3 u. méhszaj 214							
<i>idős primipara</i>	96	54	42	29	11	18	0
2 u. méhszaj 78							
3 u. méhszaj 18		56,25	43,75	69,05	38,27	61,73	
<i>multipara</i>	323	244	79	17	10	7	0
2 u. méhszaj 187							
3. u. méhszaj 136		75,54	24,46	21,52	58,72	41,18	
<i>összesen</i>	1000	697	303	90	35	52	3
		69,70	30,30	29,73	38,89	57,78	3,33

1000 szülésre eső műteti frequentia 9%, ebből sectio caesarea 3,5%, vacuum extractio 5,2%, fogóműtét 0,3%.

463 fel nem dolgozott szülésből: kora 107, 2 ujjnyi méhszajnál korábban, vagy 3 ujjnyi méhszajnál később mért esetek száma 356.

rások csökkentésére csak azokat a születeket vettük számításba, melyekben a fájásmérést 2 vagy 3 ujjnyi méhszajnál végeztük el;

4. a szülés lefolyása szerint. Táblázatainkban kóros szülésként szerepelnek fájástani szempontból:

Eredményeink

1463 szülésből 1000 szülés adatait dolgoztuk fel az említett módon. A hibaszázalékok csökkentése céljából tartottuk szükségesnek ilyen nagyszámú szülés quantitativ mérését tokometerrel.

2. táblázat
Primipara

2000 mm alatt					2000 mm felett					
2 ujjnyi méhszáj										
burok	esetek száma	rendes %	kóros %	ebből műtétes %	műtét neve	esetek száma	rendes %	kóros %	ebből műtétes %	műtét neve
álló	172	128	44	6	sectio caes.: 0 vacuum extr.: 5	80	38	42	11	sectio caes.: 4 vacuum extr.: 6
repedt	77	74,42 57	25,58 20	13,64 4	forceps.: 1 sectio caes.: 0 vacuum extr.: 4 forceps.: 0	38	47,50 21	52,50 17	25,24 7	forceps.: 1 sectio caes.: 3 vacuum extr.: 4 forceps.: 0
összesen	249	185 74,30	64 25,70	10 15,62	sectio caes.: 0 vacuum extr.: 9 forceps.: 1	118	59 50,0	59 50,0	18 30,52	sectio caes.: 7 vacuum extr.: 10 forceps.: 1
3 ujjnyi méhszáj										
álló	96	74	22	6	sectio caes.: 3● vacuum extr.: 2	35	18	17	4	sectio caes.: 3 vacuum extr.: 1
repedt	62	77,08 51	22,92 11	27,26 2	forceps.: 1 sectio caes.: 1 vacuum extr.: 1●● forceps.: 0	21	51,43 12	48,57 9	23,53 4	forceps.: 0 sectio caes.: 0 vacuum extr.: 4 forceps.: 0
összesen	158	125 79,11	33 26,89	8 24,24	sectio caes.: 4 vacuum extr.: 3 forceps.: 1	56	30 53,57	26 46,43	8 30,77	sectio caes.: 3 vacuum extr.: 5 forceps.: 0

● ebből 2 szűk medence + nagyfokú prominentia miatt; tisztított arányszám 18,18%
●● eklampsia; tisztított arányszám: 9,09%

3. táblázat
Idős primipara

2000 mm alatt					2000 mm felett					
2 ujjnyi méhszáj										
burok	esetek száma	rendes %	kóros %	ebből műtétes %	műtét neve	esetek száma	rendes %	kóros %	ebből műtétes %	műtét neve
álló	31	19	12	7	sectio caes.: 4● vacuum extr.: 3	10	7	3	2	sectio caes.: 1 vacuum extr.: 1
repedt	28	61,29 17	38,71 11	58,33 8	forceps.: 0 sectio caes.: 4 vacuum extr.: 4 forceps.: 0	9	70,0 3	30,0 6	66,66 6	forceps.: 0 sectio caes.: 2 vacuum extr.: 4 forceps.: 0
összesen	59	36 61,02	23 38,98	15 65,21	sectio caes.: 8 vacuum extr.: 7 forceps.: 0	19	10 52,63	9 47,37	8 88,89	sectio caes.: 3 vacuum extr.: 5 forceps.: 0
3 ujjnyi méhszáj										
álló	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0
repedt	12	6 50,0	6 50,0	3 50,0	sectio caes.: 0 vacuum extr.: 3	3	0 100,0	3 100,0	3 100,0	sectio caes.: 0 vacuum extr.: 3
összesen	14	7 50,0	7 50,0	3 42,86	sectio caes.: 0 vacuum extr.: 3	4	1 25,0	3 75,0	3 100,0	sectio caes.: 0 vacuum extr.: 3

● ebből szervi szívbaj + szűkebb medence

463 szülés adatait mellőztük, mert ezek között 107 koraszülés volt (ez fájástani szempontból is más-képpen bírálható el), 356 szülés pedig 2 ujjnyi méhszájnál korábban, vagy 3 ujjnyi méhszájnál később került mérésre. Az I. táblázat részletezi adatainkat 581 primipara, 96 idős primipara és 323 multipara szüléséről.

A) Primiparák szülei

A II. táblázat szerint 2 ujjnyi méhszájnál 2000 mm alatt 25,70%-a volt korábbi felsorolásunk értelmében kóros és közülük 15,62% fejeződött be műtéttel, 2000 mm felett már 50% volt kóros és ezek közül 30,5% volt műtétes. (A műtétek aránya is erősen eltolódott a sectio caesarea felé.) 3 ujjnyi

4. táblázat
Multipara

1700 mm alatt					1700 mm felett					
2 ujjnyi méhszáj										
burok	esetek száma	rendes %	kóros %	ebből műtétes %	műtét neve	esetek száma	rendes %	kóros %	ebből műtétes %	műtét neve
álló	102	77	25	1	sectio caes.: 1●	27	20	7	2	sectio caes.: 1
		75,49	24,51	4,0	vacuum extr.: 0		74,07	25,93	28,57	vacuum extr.: 1
repedt	52	40	12	5	sectio caes.: 4●●	6	3	3	3	sectio caes.: 2
		76,92	23,08	41,67	vacuum extr.: 1		50,0	50,0	100,0	vacuum extr.: 1
összesen	154	117	37	6	sectio caes.: 5	33	23	10	5	sectio caes.: 3
		75,98	24,02	22,22	vacuum extr.: 1		66,97	33,03	50,0	vacuum extr.: 2
3 ujjnyi méhszáj										
álló	79	61	18	4	sectio caes.: 2●●●	12	10	2	0	
		77,22	22,78	22,22	vacuum extr.: 2		83,34	16,66		0
repedt	37	28	9	1	sectio caes.: 0	8	5	3	1	sectio caes.: 0
		75,68	24,32	11,11	vacuum extr.: 1		62,50	37,50	33,33	vacuum extr.: 1
összesen	116	89	27	5	sectio caes.: 2	20	15	5	1	sectio caes.: 0
		76,73	23,27	18,52	vacuum extr.: 3		75,0	25,0	20,0	vacuum extr.: 1

- resectio szűkmedence + téraránytalanság miatt; tisztított arányszám: 0%,
- ebből 1 resectio szűkmedence + téraránytalanság és 1 előesett köldökzsinór miatt; tisztított arányszám:
- mindkettő resectio szűkmedence + téraránytalanság miatt; tisztított arányszám: 11,11%

5. táblázat
Műteti kimutatás

	2000 mm alatt				2000 mm felett			
	szülések száma	sectio caes. %	vacuum extr. %	forceps %	szülések száma	sectio caes. %	vacuum extr. %	forceps %
Primipara	407	4	12	2	174	10	15	1
		0,98	2,94	0,49		5,74	8,61	0,57
Idős primipara	73	8	10	0	23	3	8	0
		10,96	13,69			13,04	34,76	
17 mm alatt				1700 mm felett				
Multipara	270	7	4	0	53	3	3	0
		2,59	1,49			5,66	5,66	
	750	19	26	2	250	16	26	1
		2,55	3,47	0,67		5,4	10,4	0,4

méhszájnal is hasonló az arány, de az egyes műtétek viszonya különbözik. Ez a különbség is eltűnik, ha már az ismertetett megfontolások szerint a 2000 mm alatt végzett császármetszések közül kettőt (szűkmedence+nagyfokú prominentia), a vacuum extractiók közül egyet (eklampsia) nem vesszük tekintetbe.

2 ujjnyi méhszájnal 2000 mm alatt és felett is repedt burok esetén másfélszer annyi a műtétes szülés, mint álló burok mellett. 3 ujjnyi méhszájnal repedt burok esetén 2000 mm alatt viszont kevesebb a kóros szülés, mint álló burok mellett ($\frac{3}{4}$:1, tisztított statisztika szerint $\frac{1}{2}$:1).

B) Idős primiparák szülei

A szülők kora a szülések elbírálásában jelentős szerepet játszik. Idős primiparáknál 2 ujjnyi méhszáj mellett (III. táblázat) 2000 mm alatt

az amúgyis magas számú kóros szülés 65,21%-át műtéttel fejeztük be. 3 ujjnyi méhszájnal az esetek kis száma miatt (18) érvényes következtetést nem vonhatunk le, de annyit érdemes megjegyezni, hogy míg 2000 mm alatt 6 kóros szülés közül 3 fejeződött be műtéttel (50%), 2000 mm felett 3 közül mind (100%). Repedt burok esetén lényegesen magasabb a műtét frekvencia, mint álló burok mellett.

C) Multiparák szülei

A multiparák szülei teljesen más elbírálás alá esnek, mint a primiparáké vagy az idős primiparáké. A IV. táblázat szerint 2 ujjnyi méhszájnal 1700 mm alatt a szülések 24%-a volt kóros és ebből — tisztított adattal — 8,1% műtétes; 1700 mm felett a kóros szülések arányszáma 33,33%, a műtéteseké pedig 50%. 3 ujjnyi méhszájnal 1700 mm

alatt a kóros szülések aránya teljesen megegyezik a 2 ujjnyi méhszájnal kiszámított arányszámmal, 1700 mm felett a műtétes szülés lényegesen kevesebb (20%). A kvantitatív fájásmérés adatai multiparák szüléseinél 2 és 3 ujjnyi méhszáj mellett csaknem azonosak és ez a multiparák aránylag gyors szülési tempója alapján érthető is.

2 ujjnyi méhszájnal jóval több a műtétes szülés repedt burok esetén, mint álló burok mellett, 3 ujjnyi méhszájnal lényegesen különbség nincsen.

D) Műtétes szüléseink

Műtétes szüléseink adatait külön táblázatba foglaltuk össze (V. táblázat). Primiparáknál a sectio caesareák száma 5 és $\frac{3}{4}$ -szer, a vacuum extractióké közel 3-szor magasabb 2000 mm felett, mint alatt. Idős primiparáknál a műtétek arányszáma lényegesen nagyobb, mint a primiparáké. A műtétek korábbi indikálása következtében idős primiparáknál 2000 mm alatt a sectio caesareák aránya 11-szerese, a vacuum extractiók aránya 4 és $\frac{1}{2}$ -szerese, viszont felette már csak 2-, ill. 4-szerese a primiparáké. Az idős primiparák 2000 mm alatti és feletti adatait összehasonlítva kiderül, hogy a sectio caesareák aránya mindkettőnél közel azonos, s ez azt bizonyítja, hogy — ismerve az idős primiparák általában nehezebb szülését — a műtétet már korábban javalltuk, mint a többi primiparánál. Ha viszont a szülések per vias naturales lefolyását vártuk, 2000 mm felett a vacuum extractiók száma 2 és $\frac{1}{2}$ -szeresére emelkedett. Multiparák szülése 1700 mm felett 2-szer gyakrabban fejeződik be császármetszéssel és közel 3-szor gyakrabban vacuum extractióval, mint 1700 mm alatt.

Összegezve műtéti táblázatunk adatait kiderül, hogy a tágulási szak maximális tartamát jelző értékek felett a császármetszések száma több, mint kétszerese, a vacuum extractióké pedig több, mint háromszorosa a maximális tartam alatti azonos műtétek számának.

Megbeszélés

1463 szülésnél 1968-szor mértük meg a tágulási szakban a contractiók amplitudóját és szoroztuk meg az egy óra alatt jelentkező fájások számával. Így egyszerű számítással határoztuk meg a fájástevékenység „órateljesítményét”. Az órateljesítmény és a tágulási szak tartamának szorzata megadja a „tágulási szak összteljesítményét”. Ha a tágulási szak összteljesítménye primiparák szülésénél a 2000 mm-t, multiparáknál az 1700 mm-t meghaladja, a kóros és műtétes szülések száma többszörösen megnövekszik. 1463 szülés kvantitatív fájásmérési csoportjából 1000 szülés 2 és 3 ujjnyi méhszájnal felvett adatait táblázatokon és graphikonokon tanulmányoztuk. Azért választottuk ki a fájástevékenység órateljesítményének és a tágulási szak várható maximális tartamának meghatározását erre az időpontra, mert a rendes fájástevékenység ekkorra kialakul és mechanikus akadály esetén

már célszerű eldönteni, hogy számíthatunk-e a szülés per vias naturales lefolyására — a vacuum extractio igénybevételét is tekintetbe véve — vagy a császármetszést kell inkább előnyben részesíteni. A tágulási szak maximális tartamának meghatározásával a szülés korai szakában exaktabb időpontot jelölhetünk ki, hogy meddig várhatunk és mikor kell felkészülni a szülés művi befejezésére. Ezzel sokszor meg tudjuk előzni a magzatok szülés alatti károsodását, mely a késői indicatio és műtét miatt bekövetkezhetne. A koponya beékelődése a medencébe magát a műtétet, a császármetszést is megnehezítené, az anyát pedig veszélyeztetné mind az elhúzódó várakozás, mind a szövődményesebb műtét. Eljárásunk a gyakorlatban bevált.

Feltűnik, hogy igen sok szülés minimális órateljesítmény ellenére rövid idő alatt lezajlik. Fel kell tételezni, hogy ilyen esetekben az alsó szakasz és a méhszáj igen tágulékony vagy aktíve kitágul. Szüléseink egyidejű klinikai és tokographiás ellenőrzése kapcsán erre a jelenségre már 1950-ben felfigyeltünk (4).

Vizsgálatainkból az alábbi következtetéseket vontuk le:

1. Kvantitatív fájásmérés tokometer felhasználásával módot nyújt adott esetekben arra, hogy már a szülés korai szakában eldönthessük, meddig várakozhatunk a per vias naturales lefolyására, mikor kell felkészülni a műtéti befejezésre. Az időben elvégzett műtéttel meg lehet előzni magzatok szülés alatti károsodását, sub- és postpartalis elhalálását.

2. Repedt burok esetén, ha a tágulási szak teljesítménye a felső határ fölé emelkedik, megszapornak a kóros és műtétes szülések. Ezért fájástani szempontból művi burokrepesztést csak persisztáló burkon ajánlatos végezni.

3. A kvantitatív fájásmérést, ill. meghatározást tokometerrel érdemes bevezetni a szülészeti diagnosztikába és erre a szülész orvosokon kívül a szülésznőket is ki kell oktatni.

A fájástevékenység minősítésére a rendes, erős, gyenge, renyhe stb. megjelölés helyett a tokometriás adatokat: a nyugalmi tónus és contractio-amplitudo értékét, ill. a fájások frequentiáját kell megadni és a kórlapokba bevezetni. Kóros szülés esetén az órateljesítmény kiszámításával a tágulási szak maximális tartamát 2—3 ujjnyi méhszájnal meg kell határozni és a kórlapba be kell írni. A kiszámított maximális tartam túlhaladása esetén fel kell készülni a szülés művi befejezésére. A tokometriás számadatokat mindenki és mindenütt egyformán tudja értékelni. Így kevesebb hiba csúszik be a diagnosztikus és prognosztikus számításainkba.

Összefoglalás: A szerzők leírják a kvantitatív fájásmérés módszerét tokometerrel. Ennek az egyszerű, könnyű és gyakorlati szempontból mégis jelentős eljárásnak a szülészeti diagnosztikába való általános bevezetését ajánlják 1000 szülés mé-

rési analysise alapján. Az eljárás módot nyújt már a szülés korai szakában a várható maximális tágulási tartam, az esetleges műtéti befejezés időpontjának pontosabb meghatározására kóros szülések számos esetében. Ez úton is lehetőség nyílik magzatok szülés alatti károsodásának, sub- és postpartalis elhalálózásának csökkentésére.

IRODALOM. 1. Lóránd S.: Gynaecologia. 1947, 124, 98. — 2. Lóránd S.: Gynaecologia. 1950, 129, 405. — 3. Lóránd S.: Gynaecologia. 1950, 130, 242. — 4. Lóránd S.: Acta Med. Acad. Sc. Hung. 1951, II., 303. — 5. Lóránd S., Wicinski R.: Fortschr. Geburtsh. u. Gynäk. 1958, 7, 49. — 6. Lóránd S.: A szülészet és nőgyógyászat haladása. 1962, Szerk. Fekete S. 82. o. Budapest, Medicina. — 7. Szécsi K.: Gynaecologia. 1950, 130, 210. — 8. Wicinski R.: Gynaecologia. 1957, 144, 242.

NEO-GYNOFORT

injekció és cseppek

Összetétel: 1 ampulla (1 ml) 0,0625 mg ergometrin, malein., és 0,125 mg ergotam. tart.-ot tartalmaz. 1 üveg (10 ml) 0,25 mg/ml ergotam. tart. és 0,125 mg/ml ergometrin malein.-t tartalmaz.

Javallatok: A gyermekágyi vérzések megelőzésére és kezelésére, abortus incompletus esetén a vérzés csökkentésére, vetélés befejezése után a méh összehúzódásának elősegítésére, nőgyógyászati vérzések mennyiségének csökkentésére.

Adagolás: Az injekcióból 1—2 ml i. m., sürgős esetben ugyanaz az adag lassan i. v. is adható
A cseppekből naponta 2—3×15 csepp.

SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás: 5×1 ml amp. 13,50 Ft.
50×1 ml amp. 113,80 Ft.
1 üveg (10 ml) 13,80 Ft.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

TAXIN TABLETTA

Összetétel: 1 tablettá 10 mg diacetyl-dioxyphenylisatint tartalmaz.

Javallat: Hashajtó.

Adagolás: 1/2—2 tablettá este lefekvés előtt.

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás: 10 tablettá 2,— Ft

20 tablettá 4,— Ft

Gyártja: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

ÚJABB LABORATÓRIUMI ELJÁRÁSOK

Budapesti Orvostudományi Egyetem, II. Női Klinika (igazgató: Zoltán Imre dr.)

Az immunterhességi próbák „laboratóriumi” és „klinikai” biztonsága

Csillag Miklós dr., Fehér G. Katalin és Valenti Ilona

Terhesség bekövetkeztének vagy fennállásának biztos megállapítására már régen kerestek kémiai eljárásokat. E törekvés azóta sem szűnt meg, amióta megbízható biológiai reakciók állnak rendelkezésre, mert a kémiai reakcióktól joggal várható, hogy gyorsak, rendelőben vagy kis laboratóriumban közvetlenül is elvégezhetőek legyenek.

Sok kétes értékű kísérlet után e kérdés a fehérje természetű hypophysaer és lepényi eredetű trophormonok immunológiai kimutatása útján megoldottnak látszik. A gyakorlatban ez utóbbi módszerek közül éppen ezért elsőnek a lepényi eredetű chorialis hormon kimutatásán alapuló terhességi próbák terjedtek el. *Wide* és *Gemzell* (2, 20) alapvető vizsgálatai óta a világirodalomban számos adat igazolta e módszerek használhatóságát és a hazai kutatók is többen (14, 16, 17) számoltak be e módszerekkel elérhető jó eredményekről.

Számos közlemény (6—15) foglalkozik az immunitáson alapuló terhességi próbáknak a tulajdonságával, hogy az eljárások eredményei mennyire bizonyítják a kétségtelenül fennálló terhességet, vagy annak kétségtelen hiányát. A vizsgálat ilyen értelmű bizonyító értékének megállapítása csak akkor lehetséges, ha az a körülmény, hogy a vizsgált nő terhessége a vizsgálat időpontjában biztosan fennáll, vagy biztosan nem áll fenn, klinikai módszerekkel is kétségtelenül megállapítható, vagy respectively bizonyítható.

A biztosan terhes és biztosan nem terhes esetek diagnosztikai problémáinak zöme abból adódik, hogy a nők többnyire akkor fordulnak orvoshoz, amikor terhességük bimanuális vizsgálattal teljes biztonsággal még nem állapítható meg. Bár lényegesen kisebb a száma, de nagyobb a jelentősége azoknak az eseteknek, amelyekben az orvos mint klinikai problémát veti fel a terhesség megállapításának szükségességét, mint pl. myoma+terhesség, ill. intact vagy megszakadt, méhen kívüli terhesség, megszakadóban levő intrauterin-terhesség esetén. A klinikum tehát gyakran olykor kívánja a terhesség megállapításának szükségességét, amikor sem a vizsgálat időpontjában, és többnyire később sem tisztázható teljes biztonsággal, hogy azt megelőzően, de különösen a vizsgálatkor, fennállt-e egyáltalán terhesség és főleg, ha igen, a vizsgálat idejére megszakadt-e, vagy sem.

E kérdéssel foglalkozó régebbi munkánkban igyekeztünk szétválasztani a terhességi reakcióknak e két igényt külön-külön kifejező laboratóriumi és

klinikai biztonsága fogalmát (3). Laboratóriumi biztonságon értjük azt a körülményt, hogy biztosan terhes és biztosan nem terhes esetekben a különböző módszerek hány százalékos pontossággal fejezik ki a valóságos állapotot. A klinikai biztonság azt fejezi ki, hogy a vizsgálat mennyire alkalmas a terhesség gyanújának, esetleg a terhesség megszakadásának kimutatására olyankor is, amikor a terhesség már megszakadt, vagy megszakadóban van. Mennyire lehet tehát e reakcióra támaszkodni megszakadóban levő méhen kívüli terhesség, fenyegető vetelés, vagy megszakadt terhesség megállapításában. Már akkor rámutattunk arra, hogy bár a Galli—Mainini—Bach (GMBR) reactio laboratóriumi pontossága kiváló, a klinikailag kétes, a valóságban már megszakadt terhességek esetében, éppen, mivel a valóságot fejezi ki, negatív eredményt ad. Rámutattunk arra, hogy ebben a tekintetben az Aschheim—Zondek (AZR) reactio a klinikai igényeket sokkal határozottabban elégíti ki, mert tüszőérés és véres tüsző formájában jelzi azt, hogy bár ép és meghatározásra érett terhesség nem áll fenn, a folyamatnak valamiképpen a növekvő, vagy megszakadt terhességhez köze van (3).

Az immunológiai próbák ilyen jellegű értékelése végett hasonlítják össze különböző kutatók méhen kívüli, illetve megszakadt terhességek esetében a különböző biológiai és serológiai vizsgálatok eredményeit (2, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 15, 18). Ezek a vizsgálatok sem adnak azonban kielégítő választ az előbbieken körvonalazott problémákra, amennyiben ismét csak a laboratóriumi megbízhatóságot vizsgálják, vagy vetik egybe a GM és az AZR laboratóriumi biztonságával.

Anyag, módszer és eredmények

Lehetőségünk nyílt arra, hogy három, egyazon principiumon, de különböző módszereken (haemagglutináció, praecipitáció) alapuló különböző immunológiai terhességi eljárásokat párhuzamosan vizsgáljunk. A három eljárásból kettő haemagglutinációs, egy latexpraecipitációs elven alapul. Az előbbi eljárások lényege, hogy állati vörösvérsejtekre, az utóbbié, hogy colloidalis latexre emberi chorialis gonadotropint adsorbeálnak, miáltal ez antigénként szerepel choriogonadotropinnal (HCG), sensibilizált nyulak serumával szemben. E készítmények mindegyike a különböző országokban és intézményekben a kivizsgálás útját már megjárta és laboratóriumi biztonságuk a terhességi próba szempontjából kielégítőnek bizonyult. Ezért vizsgálatainkban elsősorban e módszerek klinikai biztonságával kívánunk foglalkozni, mennyire lehet segítségükkel megszakadóban levő és pozitívításra még nem érett terhességek alkalmával a terhesség gyanújára követ-

keztetnünk. Annak elemzésére törekedtünk továbbá, hogy az egyes módszerek egyformán-e és mennyire elégitik ki a gyakorlatiasság követelményeit.

A három eljárás menete vázlatosan a következő:

I. *Haemagglutinációs eljárás hígítás nélkül.*

a) Centrifugált friss vizeletből 0,1 ml-t mérünk a vizsgálati csőbe, amely a lyophilisált antiserumot tartalmazza.

b) Lyophilisált sensibilisált vörösvérsejtekből megfelelő oldószerrel suspensiót készítünk és ebből 0,4 ml-t bocsátunk az előbbi csövekbe.

c) Erősen összerázzuk. Az eredmény 2 óra múlva leolvasható. Pozitív eredmény: a cső fenekén barna gyűrűképződés.

II. *Haemagglutinációs eljárás különböző hígításoknak megfelelő fokozatokkal.*

a) Centrifugált friss vizeletből egyötöd, egytized, és egyhuzad hígítású elegyet készítünk, a csomaghoz mellékelt pufferrel. Megadott méretű (7×0,7 cm) 2×3 csőbe mindegyik hígításból bemérünk 1—1 ml-t. Így két sorozatot nyerünk.

b) A mellékelt test-anyagból (lyophilizált vörösvérsejt+antiserum) és kontroll anyagból (nem sensibilizált vörösvérsejt+antiserum) suspensiót készítünk és az egyik sorozat mindegyik csővébe 0,1 ml test-suspensiót, a másik sorozat mindegyik csővébe 0,1 ml kontroll suspensiót adunk.

c) 8—12 órai állás után (éjszakán át) az eredmény leolvasható. Pozitív az eredmény akkor, ha a testsorozatoknál legalább két csővében gyűrű keletkezik.

III. *Latexpraecipitációs módszer.*

a) Az adott csövecskékbe 0,5 ml antiserumot, majd 0,5 ml centrifugált vizeletet mérünk. Összerázás után 37 C°-ú vízfürdőben 1 órán át incubáljuk.

b) A mellékelt antigénből a csőhöz 1 ml-t adunk és 37 C°-on 2 óra hosszat incubáljuk.

I. táblázat

	GM	I.	II.	III.	AZR
A) Biztosan nem terhes esetek					
a) Egyöntetű eredményű esetek	36	—	—	—	—
b) Nem egyöntetű eredményű esetek	4	—	—	±	—
		—	±	±	—
		—	—	—	—
		—	—	±	—
Összesen	40				
B) Biztosan terhes esetek					
a) Egyöntetű eredményű esetek	26	+	+	+	+
b) Nem egyöntetű eredményű esetek		—	±	±	±
		—	+	—	+
			+	±	+
			±	+	+
Összesen	30				

GM = Galli-Mainini (hímbéka) reakció.

AZR = Aschheim-Zondek (patkány) reakció.

I. Pregnosticon (Organon), II. Prepuerin (BWC), III. Ortho (Cilag Chem.) anyagokkal végzett immun reakciók.
± = nem teljes értékű pozitivitás: GM-nél kevés spermium, AZR-nél tüszővérzések, véres tüszők. I. és II-nél nem eléggé határozott gyűrűképződés. III.-nál a zavarosság a standardhoz képest kevésbé kifejezett.

2. táblázat

	GM	I.	II.	III.	AZR
Kétes esetek					
A) Méhenküüli terhesség					
a) Egyöntetű eredményű esetek	8	+	+	+	+
Egyöntetű eredményű esetek	2	—	—	—	—
b) Nem egyöntetű eredményű esetek	16	—	+	+	±
		—	+	±	+
		—	+	+	+
		—	—	±	+
		+	—	±	+
		—	±	±	+
		+	+	—	—
		—	—	—	±
		—	—	—	±
		—	—	—	±
		±	±	±	±
		±	—	—	—
Összesen	26				
B) <i>Megszakadóban levő terhesség</i>					
a) Egyöntetű eredményű esetek	9	+	+	+	+
Egyöntetű eredményű esetek	13	—	—	—	—
b) Nem egyöntetű eredményű esetek	15	±	+	±	+
		—	—	±	+
		—	+	—	—
		—	±	—	—
		—	±	—	—
		±	±	±	±
		—	—	—	—
		—	±	±	±
		±	—	—	—
		±	+	+	+
		—	—	—	±
		—	—	—	±
		—	+	—	+
Összesen	36				

c) 3000/perc fordulatszámú centrifugán centrifugálunk.

d) Értékelés: a zavarosodás összehasonlítása a standardéval. Negatív eredményű vizeletben zavarosodás nincs.

A rendelkezésünkre álló anyagokat 132 esetben próbáltuk ki párhuzamosan és az eredményeket egybevetettük az ugyanezen esetekben végzett GMBR- és AZR-vizsgálatok eredményeivel. A vizsgálat 70 olyan esetben történt, ahol a terhesség fennállása vagy hiánya kétségtelenül megállapítható volt (I.: 1. táblázat). 62 esetben a klinikai vizs-

gálat „kétes” volt, amely esetek az alábbi csoportosításban méhenkívüli terhességből, megszakadóban levő terhességből, a terhesség második felében egyébként is észlelhető hormonszint-esésekből származtak (1.: 2. táblázat).

Megbeszélés

E vizsgálatok adatai megerősítik a már ismert eredményeket; mindhárom módszer laboratóriumi megbízhatósága kiváló. A biztosan nem terhes esetekben mind az immun, mind a biológiai próbák negatív eredményűek voltak. Az immunpróbák közül kétesen pozitív eredmény 40 esetből 4 esetben volt észlelhető. A biztosan terhes esetek közül a biológiai próbákkal is csak pozitívításra gyanús fiatal terhességek esetén észlelhetünk elvétve ellentmondást. A 30 vizsgált, biztosan terhes közül 2 esetben a GMBR negatív, az AZR pedig kétes eredményű volt.

Ezekben az esetekben az immunpróbák a GMBR-nél többször voltak pozitívák, sőt 1 esetben az I. próba biztosan pozitív eredményű volt, amikor az AZR még csak kétesen pozitív eredményt adott.

Mindhárom kipróbált immunmódszer egységesen előnyös tulajdonságának tekinthető tehát, hogy az általában alkalmazott biológiai próbáknál érzékenyebb. A felhasználható vizeletmennyiséggel korábban ad pozitív reakciót és e tulajdonságát tovább tartja meg, mint a biológiai próbák. Az érzékenység fokát bizonyos határok között az előállítás módja szabja meg és leginkább a vizualizálható anyagra, a vörösvérsejtekre, ill. latexre felvihető antigén, továbbá az alkalmazott antiserum mennyiségétől, illetve hígításától függ. Az antigént és a serumot a gyártás folyamán úgy koncentrálják, hogy 600–800 E/l HCG legyen kimutatható. Ez kb. 2–3-szorosa a GMBR-nek, ill. 3–4-szerese a Friedmann-reactionnak, valamivel nagyobb érzékenységet jelent, mint az infantilis patkányon végrehajtott AZR-reactio. Fennálló terhesség esetén a próbának tehát mindenképpen pozitív eredményt kell nyújtania.

Az immunpróbák fokozott érzékenységük következtében, továbbá, mivel érzékenységük nem mindig eléggé specifikus a hypophysaer-gonadotrop hormonok elkülönítésére, elvétve hamis pozitív eredményeket produkálnak. Ilyen értelemben leírtak pozitív reakciókat férfiakon, műtettek, tályog, heredaganatok nyomán, klimaxos nők vizeletével (6), mindezek azonban kontroll-hígítások útján elháríthatók. A három hígításos módszer alkalmas e hibák kiküszöbölésére. Szülés, ill. terhességszakítás után a próbák 4–6 napig adhatnak még pozitív reakciót (12).

A gyakorlatiasságra vonatkozóan nehéz bizonyítékszerű adatokat nyújtanunk, ezért inkább tapasztalatainkat ismertetjük.

Mindhárom vizsgáló eljárás végrehajtása bizonyos mértékű laboratóriumi gyakorlatot kíván. E felkészültség hiányában az esetek egy részében az eredmények értékelése nem nyújt elég biztonságot.

Kellő laboratóriumi ismeretek birtokában viszont egyik eljárás sem tekinthető komplikáltnak.

A reakciók végrehajtásának munkai igényessége kb. a GMBR-nek felel meg, a leolvashatósághoz szükséges 2–12 óra pedig jóval kevesebb az AZR 96 órájánál.

A terhességi immunreakciók ma még eléggé költségesek. Kétségtelen előnyük azonban, hogy a reagensek megfelelően hűtve, elég hosszú ideig tárolhatók. Ezért alkalmazásuk különösen olyan körülmények között célszerű, amikor a terhességi vizsgálatok száma nem oly nagy, hogy állatok rendszeres tartását indokoltá tenné, vagy állatok tartására nincsen lehetőség. Nem tűnik ki előnyük oly intézményekben — hacsak a biológiai próbák kontrolljaként nem — ahol rendszeresen nagyobb számú terhességi próba végzése válik szükségessé és veszélyesnek látszik, ahol a vizsgálatok száma annyira csekély, hogy az eredmények értékelésének begyakorlására nincsen lehetőség.

A három eljárás között végrehajtásában, érzékenységében, gyakorlatiasságában mutatkoznak bizonyos különbségek.

A latex-praecipitációs módszer (III) megfelelő laboratóriumi felszerelést, thermostatot és kalibrált fordulatszámú centrifugát kíván. E módszernél kell a legnagyobb gyakorlat az eredmények leolvasásakor. Ilyen körülmények között azonban a legérzékenyebb a három eljárás közül.

A három fokozatú haemagglutinációs próba (II) a choralis hormonszintre vonatkozóan kvantitatív értelemben is nyújt bizonyos fokú tájékoztatást. Hátrányos azonban, hogy 12–16 óráig tart, többszöri beállítást, gondos kvantitatív pipettázást tesz szükségessé.

Legegyszerűbb és mind végrehajtás, mind leolvasás tekintetében a legkevesebb felszereléssel és gyakorlattal végrehajtható és leolvasható a hígítás nélküli haemagglutinációs próba (I). A próba 2 óra múlva leolvasható. Bár magárahagyott, megfelelő laboratóriumi felszerelés nélküli orvos részére, aki a próbát ritkán végezné (községi rendelő stb.), a terhességi immunpróbák végzése általánosságban nem ajánlható, a három eljárás közül még leginkább a legutóbbi eljárással érhet el kielégítő eredményt.

A klinikai megbízhatóság szempontjából az immun módszereknek GMBR-nél és bizonyos értelemben az AZR-nél nagyobb érzékenysége kifejezetten előny méhenkívüli terhesség esetében, amikor is az esetek egy részében a vizsgált pozitívnek bizonyult olyankor is, amikor a többi a reactio negatív, vagy legfeljebb „gyanús” eredményt adott. 16 nem egyöntetű eredményű esetből a GMBR 5-, az AZR 10, a I.: 10-, a II.: 8-, a III.: 12 esetben jelezte a terhesség gyanúját.

Ez a fokozott érzékenység, ellenkező előjellel érvényesült a megszakadóban levő terhességek alkalmával. 15 nem egyöntetű esetből a GMBR 4-, az AZR 7-, a I.: 9-, a II.: 5- és a III.: 12 alkalommal jelzett terhességet. Folyamatban levő abortusok alkalmával ugyanis a méhet általában akkor

ürítjük ki, ha a méhből peterészek távoztak, vagy a biológiai próbák negatívvá váltak. Az a körülmény, hogy az immunológiai próbák negatívvá válása, a vizsgált esetek jelentős részében késlekedett, ami azt jelenti, hogy ha egyedül e vizsgálatokhoz tartottuk volna magunkat, a kórházban fekvő betegek ápolási ideje nagymértékben meghosszabbodott volna.

A vizsgálatokat egyszerűen alkalmazva, azok segítségével a hormonszint csökkenésére utaló kvantitatív, vagy kvalitatív jelek nem észlelhetők, a leolvasott eredmény vagy pozitív, vagy negatív lehet csak. Az immunológiai próbák a GMBR reakcióhoz hasonlóan átmenet nélküli hatásúak (quantal effect). A táblázatban \pm -ként jelzett eredmények éppúgy, mint a GMBR-nél a kevés spermium, csupán kétes eredménynek, vagy inkább technikai bizonytalanságnak, mint minőségileg, vagy mennyiségileg eltérő eredménynek tekinthetők. A próbák magasabb érzékenysége útján tehát legfeljebb a terhesség gyanúja jut kifejezésre, de hogy a terhesség fennáll-e, vagy valószínűleg már megszakadt, arra vonatkozólag nem nyújthat felvilágosítást. A klinikai megbízhatóság pedig lényegében a reakciónak éppen azzal a tulajdonságával van kapcsolatban, hogy a biztos eredményen kívül észlelhetők-e olyan kvalitatív elváltozások, amelyek alkalmasak arra, hogy a kóros állapotra, ill. terhesség fennállásának és megszakadásának gyanújára a figyelmet felhívják. Ilyen jelek az AZR-nél a tüszőérések, esetleg véres tüszők. A klinikai biztonság tehát bizonyos fókig a hatás fokozatos kialakulásával van kapcsolatban. Az eredmények fokozatosságának értékelésére, egyedül a három hígítási készítmény nyújt bizonyos fokú lehetőséget. Ha nincs is akadálya annak, hogy a többi vizsgálati módszer alkalmazása esetén is különböző fokú vizelethígításokat alkalmazunk, ez azonban érthető módon újabb munkát, időt és főleg költséget jelent.

Abban a törekvésben, hogy az immunpróbák eredményében bizonyos fokozatosság is felismerhető legyen, segítséget nyújthat az a körülmény, hogy az immunpróbák a biológiai próbánál érzékenyebbek, vagy érzékenyebbé tehetők.

A terhességi biológiai próbák esetében ugyanis a próba érzékenysége természeti adottságok által megszabott. Az állatnak beadható vizelet mennyisége és a beadott vizeletben levő gonadotrophinra kialakuló reactio szabja meg az érzékenység felső határát. Ennek fokozása csak oly módon érhető el, hogy a vizeletben levő chorialis hormon koncentrációját fizikai-kémiai úton, kicsapás, adsorptio, habosítás stb. útján fokozzuk. Az immunológiai próbák érzékenységét elméletileg az anti-serum agglutináló, ill. praecipitáló képessége és az antitest kicsaphatóságának, továbbá a latex, vagy a vörösvérsejtek antigénkötő képességének határai szabják meg. Ez a gyakorlatban alkalmazott érzékenységnek többszöröse is lehet és terhességi reakciók érzékenységét a gyári előállítás alkalmazott módszere, beállítása határozza meg. Az a körülmény, hogy az érzékenység ilyen módon bizonyos

határok között változtatható, messzemenően nincs kihasználva. Még a többhígítási módszer is csak 1—4 arányban változtatja a kimutatható HCG-mennyiségét. E határ módosítása, csökkentése a vizelet hígítása útján természetesen minden további nélkül bármikor keresztül vihető, az érzékenység fokozása már kevésbé. A készítmények klinikai biztonságának növelése céljából helyes volna megoldást keresni arra, hogy az érzékenység még növelhető is legyen; ennek főleg a méhenkívüli terhesség diagnosztikájában volna jelentősége, még ha e körülmény aspecifikus pozitív reakció létrejöttének veszélyével is jár. Célszerű volna továbbá, hogy a vizelet hormontartalmának csökkenése (az előző vizsgálathoz képest) megállapítható legyen. Mivel e jelenlegi lehetőségek között hígítási kísérletek beállítása az amúgy is drága készítményekkel a vizsgálatokat nagyon megdrágítaná, helyes volna mindegyik vizsgáló eljárást többszakaszossá alakítani, vagy ha ez jobban megoldható, fokozottabb és csökkentebb érzékenységű testanyagokat is készíteni, mégpedig lehetőleg úgy, hogy nagyobb amplitúdókat fogjon közre.

E kérdés felvetésének hazai viszonylatban azért tulajdonítanánk jelentőséget, mert hazai ilyen jellegű készítmény előállítás is folyamatban van (17). A gyártás megindulása előtt helyes volna meghatározni azokat az érzékenységi határokat, amelyek a vizsgálat klinikai biztonságát méhenkívüli terhességre, valamint megszakadóban levő terhességre vonatkozóan egyaránt fokozná.

Az érzékenység kívánt határaitra vonatkozóan még vizsgálatokat kellene végezni, de az eddigi adatok és megfontolások alapján is valószínű, hogy a jelenlegi többhígítási módszer (II.) hígításának arányai a jelzett célkitűzéseknek nem felelnek meg minden tekintetben. Ha a patkányon végzett AZR-reakcióval szerzett chorionhormon koncentrációs tapasztalatokat vesszük figyelembe, úgy olyan érzékenységű anyagra van szükség, amely már 300 IE/1 chorionhormont kimutat és szélesebb skálát átfogó hígítási sorozatra.

Összefoglalás

Három különböző elven (haemagglutinatio gátlásán és latex praecipitációjának gátlásán) alapuló immunológiai terhességi próba eredményeit és az eljárás technikáját vetik egybe szerzők 132 esetben párhuzamosan végzett vizsgálat alapján a Galli—Mainini—Bach- és Ascheim—Zondek-reakciókéval. Adataik alapján megállapítják, hogy a vizsgálatok *laboratóriumi pontossága* kifogástalan, klinikailag biztos esetekben hibaszázalékuk a biológiai próbákét nem múlja felül (kevesebb mint 2%).

Klinikai biztonságuk abban a tekintetben, hogy megszakadt méhenkívüli és méhenbelüli terhesség esetében mennyire fejezik ki a terhesség valószínűségét, az AZR mögött marad. Mivel érzékenységük a biológiai próbákénál nagyobb, megszakadt méhenkívüli terhesség diagnosztikájában jól használhatók. A sokáig megmaradó pozitív reakció, megszakadt méhenbelüli terhesség esetén azonban a kórállapot tisztázását hátráltatja.

A szerzők célszerűnek tartják a klinikai biztonság fokozása végett az immun terhességi próbák technikájának és érzékenységének olyan módosítását, hogy azok rendszeresen, több hígításban legyenek elvégezhetőek. Ily módon mind a terhesség idejéhez képest a kevés, mind a sok choriális hormon mennyiségét őrítő esetek elkülöníthetőkké válnak.

Megjegyzés: a kézirat benyújtása óta alkalmunk nyílt, a terhesség megállapítására, újabb, immunitáson alapuló reagenst és módszert, a tárgylemezen végrehajtható gyors eljárást (Gravindex Ortho) kipróbálnunk. Ezzel szerzett tapasztalataink a fenti közleményben a laboratóriumi és klinikai biztonságra vonatkozó megállapításainkat nem módosítják.

IRODALOM. 1. *Backhausz R.*: Die Untersuchungen von Antihormonalen-Antikörpern mit der passiven Haemagglutinations Reaktionen. (Előadás). Lípce, 1962,

XI. 6. — 2. *Böhne C.*: Med. Welt. 1963, 638. — 3. *Csillag M.*: Orv. Hetil. 1958, 99, 253. — 4. *Fenner O.*: Münch. med. Wschr. 1962, 104, 46, 2216. — 5. *Henry J. B., W. A. Little*: J. Amer. med. Ass. 1962, 182, 230. — 6. *Káivola S., U. Küstala, E. Axelsson*: Acta endocr. (Kbh.) 1963, 42, 395. — 7. *Keele D. K., J. Webster*: Proc. Soc. exp. Biol. (N. Y.) 1960, 104, 232. — 8. *Keller M., H. Erb*: Gynaecologia (Basel), 1963, 155, 80. — 9. *McKean C. M.*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1960, 80, 596. — 10. *Mollen H. J., J. H. Bakker, P. M. Oudkerk*: Ned. T. Geneesk. 1962, 106, 48, 2425. — 11. *Read C. H., D. B. Stone*: Am. J. Childr. Dis. 1958, 96, 538. — 12. *Richter R. H.*: Gynaecologia (Basel), 1963, 155, 72. — 13. *Robyn C. L.*: Bull. Féd. Gynéc. Obstét. franc. 1962, 14, 257. — 14. *Sulyok S., Oriovics J., Erdősi F., Czeizel E.*: Orv. Hetil. 1963, 104, 51, 2428. — 15. *Southam A. L., M. Sultzer, H. Cohen*: Amer. J. Obstet. Gynec. 1963, 85, 495. — 16. *Székeley J.*: — 17. *Valló D., Szász I., Perkedí J.*: Orv. Hetil. 1963, 104, 48, 2273—2280. — 18. *Weegman F.*: Med. Welt. 1963, 4, 204. — 19. *Wide L., C. A. Gemzell*: Acta endocr. (Kbh.) 1960, 35, 261. — 20. *Wide L., P. Ross, C. A. Gemzell*: Acta endocr. (Kbh.) 1961, 37, 445. — 21. *Wide L., C. A. Gemzell*: Ciba Found. Coll. on Endocrinology. 1962, 14, 896.

K L I M O V A N

emulziós injekció

prolongált hatású, egyenletes felszívódású, oestron-progesteron tartalmú készítmény.

Összetétel: 1 ampulla (1 ml) emulziós injekció 2,5 mg oestrol, benz.-ot és 12,5 mg progesteron.-ot tartalmaz.

Javallatok: Primér és szekunder amenorrhoea, habitualis és imminens abortus, ovarialis insufficiencián alapuló vérzési rendellenességek, menses postponálása. *Terhességi próbaként az emulziós injekció nem alkalmazható, csak a Klimovan olajos injekció.*

Adagolás: Amenorrhoea esetén megfelelő oestrogen előkészítés után 3—3 ampulla egyszerre, *habitualis abortusoknál* a vérzés kimaradása után hetenkint 1—2 ampulla, a kritikus időpont után legalább 1 hónapig, *imminens abortus* esetén a kezelést Klimovan olajos injekcióval célszerű elkezdni (naponként 1—2 ampullát), majd az eredmény tartósítására hetenkint 1—2 ampulla Klimovan emulziós injekció 1 hónapig, *menses postponálására, vagy rendezésére* a ciklus megfelelő időszakában 2—3 ampulla egyszerre mélyen és lassan a farizomba.

Forgalomba kerül: 5 ampulla emulziós injekció 34,—Ft
50 ampulla emulziós injekció 322,—Ft

Megjegyzés: SZTK terhére abban az esetben rendelhető szabadon, ha a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer nem biztosítaná.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRÜGYÁR, BUDAPEST X.

Deppersolon

orr- és fülcseppek

Antiphlogisticum

ÖSSZETÉTEL: Az oldat 0,5% 21-Desoxy-21-N-(N'-methylpiperazinyl)-prednisolon-hydrochlor.-ot, 1% ephedrin. hydrochlor.-ot és 0,5% diaethylaminoaceto-2,-6-xylidid. hydrochlor.-ot (Lidocain) tartalmaz.

JAVALLATOK: Fülbetegek műtéti utókezelése, allergiás, mucopurulens, mesotympanalis folyamatok, idült gennyes középfülgyulladás acut exacerbatiója. Rhinitis vasomotorica, rhinitis allergica, az orrnyálkahártya heveny és idült gyulladása, oedemája, heveny orrmelléküreggyulladás.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: Naponta több ízben 4—5 cseppet a fülkagylóba, ill. az orrnyílásba csepegtetni. A KÉSZÍTMÉNY CSECSEMŐ ÉS GYERMEK-GYÓGYÁSZATI CÉLRA NEM ALKALMAZHATÓ.

MEGJEGYZÉS: Kizárólag csak külsőleg alkalmazható!

SZTK terhére szakrendelések szabadon, körzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg gyógyintézet) javaslata alapján rendelhetik.

CSOMAGOLÁS: 5 ml üveg 21,80 Ft

FORGALOMBA HOZZA: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

KLINIKAI TANULMÁNY

Heim Pál Gyermekkorház, a Fővárosi Tanács Központi Gyermekegészségügyi Módszertani Tudományos Kutató és Továbbképző Intézete, Fül-, orr-, gége- és bronchologiai osztály (főorvos: Kallay Ferenc dr.)

Oesophagoskopia csecsemő- és gyermekkorban

Csermely Gyula dr.

A broncho-oesophagologia az utolsó húsz évben jelentősen fejlődött. Gégészeken kívül tüdőgyógyászok és mellkassebészek is kiterjedten alkalmazzák. A fejlődés elsősorban a bronchológiára vonatkozik. Ezzel szemben az oesophagologia a fejlődésben viszonylag visszamaradt mind az indikációs terület, mind a technikai kivitel tekintetében, aminek oka, hogy a nyelőcső-megbetegedések ritkábbak, mint a tüdő megbetegedései.

Bár a hörgőtükrözés ma már rutineljárásnak tekinthető, mégis az életkorral összefüggő alkati és anatómiai sajátosságok okozta nehézségek miatt csecsemő- és gyermekbronchoskopiával általában speciális osztályok foglalkoznak.

Az oesophagoskopiánál (oe) jelentkező azonos eredetű nehézségek miatt az általános gégészeti osztályok az idegentest eltávolításán kívül ritkán végeznek ilyen kiskorúakban nyelőcső-tükrözést. Főköze a nehézséget, hogy nincs külön gyermek-oe.-ás készlet és az univerzális broncho-oesophagoskopiás instrumentárium is igen kevés műszert tartalmaz a csecsemő- és gyermekkori nyelőcső-tükrözéshez. E hiányosságokat kénytelen a gégész úgy áthidalni, hogy oe.-hoz is perforált bronchoskopcsövet használ, amelynek nyílásain azonban a laza nyelőcsőnyálkahártya a lumenbe domborodva kellemetlen zavaró fényeket és helyenkénti látótérrelstétülést okoz. Ez megnehezíti a vizsgálatot, a manipulálást.

Az említett hiányosságok kiküszöbölésére igyekeztünk a csecsemő- és gyermekkori oe. korszerű módszereit kidolgozni és alkalmazási területét meghatározni. A fő feladatként a megfelelő műszerek és az anaesthesia kidolgozását tekintettük.

Néhány szót az *anatómiáról*. A VI. nyak és a XI. hátsígyolya magassága között elhelyezkedő nyelőcső élettani szűkületei a kortól függően a következő távolságra vannak a felső fogsortól:

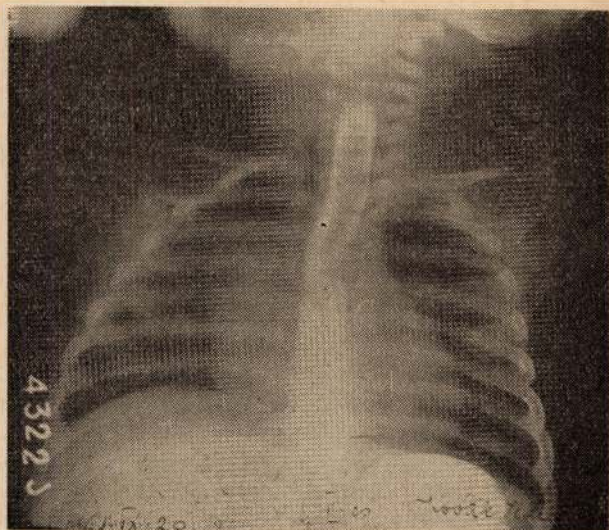
	újszülött	1 év	3 év	6 év	10 év	14 év
angustia cricoidalis (VI. nyakcsigolya)	7	9	10	11	12	14 cm
angustia bifurcationis (III. hátsigolya)	12	14	15	16	17	21 cm
angustia diaphragmatica (X. hátsigolya)	17	18	21	24	26	33 cm

Kiemeljük, hogy a nyelőcső tágulékony, mobilis szerv. Physiologiás hajlatai és szűkületei oesophagoskopcsóval kiegyenesíthetők, ill. tágíthatók.

Az ebből adódó technikai előnyök jól kihasználhatók az oe. elvégzésénél.

Nagy gondot okoz a kis méreteknél megfelelő, egyszerűen kezelhető, jó világítást és nyugodt manipulációt biztosító eszköz beszerzése. A distalis elhelyezett égő fényerejét a rákerülő secretum csökkenti, de egyébként is kis területet világít meg. Ezenkívül vezetéke a cső hasznos lumenéből elvesz. A proximális világítású endoskopoknál a cső bemenetét szűkítő, ill. a bemenet előtt elhelyezett alkatrészek teszik nehezkessé a vizsgálatot és az eszközös beavatkozást. Ezeket a hátrányokat a Kallay-féle broncho-oesophagoskop küszöbölte ki. Az endoskopfejben elhelyezett égő és gyűrűtükör kifogástalan világítást biztosít, és a lument nem szűkíti le és nem adódik elő zavaró reflex. (1). A különböző méretű csöveken kívül lényeges tartozékok a finom szívók, és idegentestfogók, valamint a relaxációban végzett beavatkozásnál a laryngoskop és az intratrachealis tubus. Utóbbiak kéznél-tartása egyébként minden narcosisban végzett oe-nál célszerű.

Az alkalmazandó cső vastagságának megválasztására a tankönyvek nem adnak útmutatást és így mindenki saját tapasztalatára van utalva. Holinger P. (2) 4,5—5 mm átmérőjű csövet ajánl csecsemőkorban, de a kisdud- és gyermekkori méreteket nem közli. A csővastagság megválasztásánál igen fontos, hogy



1. ábra. 6 napos egészséges csecsemő norm. oesophagogramma (fekvő helyzetben)

a beavatkozás optimális feltételeinek biztosítására minél nagyobb lumenű csövet alkalmazzunk, ugyanakkor ne okozunk sérülést, légső-, ill. gégecompressiót. Mint az 1. sz. ábrán látható, a csecsemő nyelőcsőve meglepően tág és így indokolatlan a túl vékony cső alkalmazása. Ezért mi 0—2 évig, mindig 7 mm átmé-

rőjű csövet használunk, 2—6 év között 8 mm-es, 6—14 év között 9 mm-es a cső átmérője.

Az anaesthesia kérdésében az álláspont nem egységes. A műtői környezet a gyermekeket félelemmel tölti el, a rögzítés, a szájterpesz behelyezése védekező reakciót vált ki, amely csak fokozódik, ha az asszisztens energikusan igyekszik azt végrehajtani. Nem lesz jobb a helyzet a cső bevezetése után sem! Mindennek káros hatását figyelembe véve megállapíthatjuk, hogy a módszer jelentékenyen megterheli a beteget, orvost egyaránt. Mivel nyugodt körülményeket nem lehet biztosítani, a melléksérülésekre több a lehetőség. Ezért 1957. óta újszülöttek kivételével anaesthesia nélkül nem végzünk oesophagoskopiát (3).

A helyi érzéstelenítéssel, melyet barbiturat-atropin, ill. mo.-atropin praemedicatio után végzünk, két nagy és rendkívül fegyelmezett gyermek kivételével, tapasztalataink az említettekkel megegyezők.

A Largactil-Phenergan-Dolargan coctailal végzett *deconnexio* sem váltotta be reményeinket. A beavatkozás előtt és azután még órákig mélyen alvó betegek legtöbbször védekeztek a cső bevezetése és a vizsgálat ellen.

1958. óta kizárólag általános érzéstelenítésben végzünk oe.-t.

Vinydan bevezetése után aetherrel mélyítjük az alvást a III/3. stádiumig — ez a szint szükséges a garat-reflex megszűnéséhez —, majd öt percig ezt a mélységet tartjuk. Bentfekvő cső mellett a narcosis folytatása körülményes és veszélyes, az aspiratio, suffocatio lehetősége fennáll. Kiméletes, nyugodt vizsgálatra tovább nincs mód. Ugyanez vonatkozik ún. kosaras altatás esetén a Fluothanera is.

Másik lehetőség az általános érzéstelenítésre a relaxatiós módszer.

I. v. rövidhatású barbiturat után Succinylt adunk, a hatás beállta után intubálunk és O₂-vel lélegeztetünk. Ez után vezetjük a csövet az oesophagusba. Mindez 1/2—1 percen belül megtörténik. A narcosis és relaxatio szükség szerint tetszőlegesen hosszabbítható.

Ennek a technikának legfontosabb előnye, hogy a beteg számára a legnagyobb biztonságot jelenti: tökéletes oxigenisatiót és az aspiratio lehetőségének kizárását (4). A nyelőcső ellazulása egyszerűvé teszi a cső bevezetését és a vizsgálatot (5, 6). Idegentestek eltávolításakor a melléksérülés veszélyét csökkenti, szabálytalan alakú, hegyes, éles tárgyak eltávolítását megkönnyíti. Ez az igény indokolja elsősorban ennek a módszernek szükségességét (7). Szűkületek megítélésénél a zavaró spasmus kikapcsolásával szintén előnyös. Figyelembe kell venni, hogy a mellkason belüli nyomásviszonyokat az ellenőrzött lélegeztetés megváltoztatja. A relaxatio következtében a III. physiologiás szűkületben elakadt idegentestek az eltávolításra irányuló kísérlet közben könnyen bejutnak a gyomorba.

A relaxatio veszélytelenségéről több, mint ezer bronchoskopia és több száz narcosis alkalmával

győződünk meg, ezért, mint rutineljárást alkalmazzuk.

Beteganyagunk anaesthesia szempontjából a következőképpen oszlott meg:

éztelenítés nélkül	10
helyi éztelenítésben	9
deconnexióban	16
aether narcosisban	123
Fluothane narcosisban	6
relaxatióban	26

oesophagoskopiát végeztünk.

A cső bevezetésére különböző módokat ajánlanak. A helyes irány biztos megtartása céljából ezt lehet a középvezetékben végezni. Tájékoztató pontként az orrcsúc, első metszőfogak közötti rés és az interary táj szerepel (8). Egyszerűsége miatt és nyelésphysiologiai analógia alapján egyesek a jobb, mások a bal sinus piriformison át való behatolást javasolják (9). Mi a hanyattfekvő gyermek válla alá henger párnát helyezünk, mely a fej mérsékelt hátrabilenését eredményezi. *Macintosh* laryngoskoppal a nyelvgyököt megemeljük, a nyelvet balra mintegy elkampozzuk. Így látótérbe kerül a hangrés hátsó fele az aryporcookkal. A csövet a jobb szájzug felől a gége mögé, majd a jól feltárt oesophagusbemenetbe vezetjük, tengelyét a nyelőcső tengelyébe igazítjuk. A laryngoskop eltávolítása után az eszközzel mélyebbre hatolva folytatjuk a vizsgálatot. E technikával biztosan elejét vehetjük a falsérülésnek, mely az endoskopiák között a nyelőcsőtükrözésnél fordul elő legkönnyebben és leggyakrabban, a gyűrűporc és a csigolyatest közti szűkületben.

Klinikai anyagunk megbeszélése előtt táblázaton ismertetjük az indicatio és kor szerinti megoszlást:

	0-1	1-2	2-3	3-4	4-6	6-8	8-14 év	év
Marószermérgőzés	8	23	19	4	3	5	62	
Stricture	—	7	21	10	8	4	50	
Idegen test	4	19	11	13	11	7	65	
Oesophagus varix	—	—	2	—	1	4	7	
Nyelőcső atresia és Oesophagotrachealis fist.	2	—	—	—	—	—	2	
Vascularis gyűrű	1	—	1	—	—	—	2	
Dysphagia	—	—	—	—	—	2	2	
Összesen:	15	49	54	27	23	22	190	

Legnagyobb számmal marószermérgőzés szerepelt.

Ezek egyharmada NaOH-val történt és kivétel nélkül az oesophagus laesióját okozta, hét esetben gyorsmódot készített és retrograd szondakezelést tett szükségessé. A többi esetben egyéb maróanyag szerepelt (híg sósav, Hypo-, Triso-oldat, Sidel stb.), melyeknél nem találtunk mélyreható elváltozást.

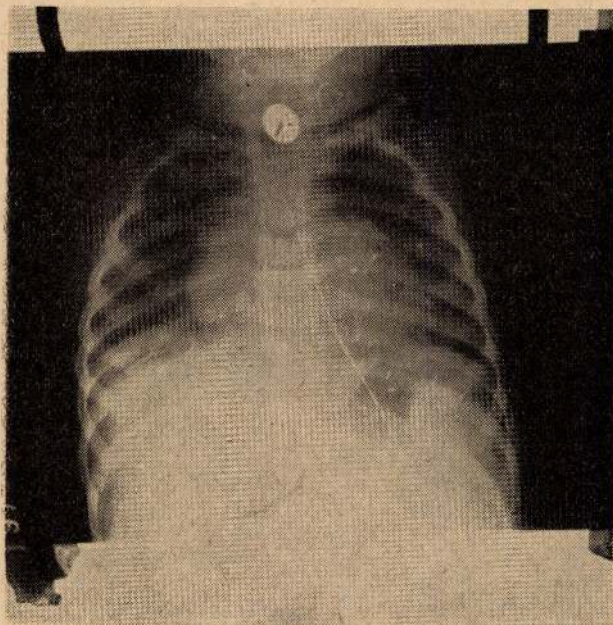
Eldöntő és a lankadatlan felvilágosító munka szükségességére hívja fel a figyelmet, hogy a 8 csecsemőt gondatlanságból a szó szoros értelmében megmérgezték. Jellemző az egyik nagymama védekezése: »azt hittem, bor van benne«. Megdöbbenően nagy az 1—4 év közöttiek száma. Itt a felelőtlenül elől hagyott — két ízben a gyermek kedvenc poharába öntött — maró anyag okozta a balesetet.

Nemcsak minden marószermérgezésnél, hanem annak gyanúja esetén is elvégezzük az oe.-t, ha azt az anamnesis, vagy a száj- és garatnyálkahártya elváltozása a legcsekélyebb mértékben alátámasztja. A nyelőcsőszűkület nemcsak helyi károsodás, hanem messzemenően kihat a gyermek testi és lelki fejlődésére (10). Nem felesleges tehát az a vizsgálat, mely a strictura észrevétlen kialakulását van hivatva megelőzni.

A beavatkozás időpontjáról eltérőek a vélemények. Az első 24, ill. 48 órát a korai diagnózis felállítása és a szükséges therápia időben történő bevezetése érdekében javasolják (11, 12), mások a negyedik napon végzik. Általában az első tíz napot jelölik meg (13).

A beavatkozástól való tartózkodás következtében régebben kénytelenek voltak minden lügmérgezettet korai szondázásban részesíteni. A corticosteroid kezelés bevezetése előtti időben az acut szak lezajlása után, a 6. napon végzett oe. eredményétől tettük függővé a Salzer f. korai szondázás elkezdését. A hormontherápia elterjedése óta (14, 15, 16, 17) a nyelőcsőtükrözés a mérgezés után azonnal elkezdett Cortison-therápia hatásosságának megítélésére, később pedig a gyógyulási folyamat ellenőrzésére szolgál. Ha mellékvesekéreg hormon-kezelés ellenére (18) strictura alakul ki, a tágitást csak a gyógyszer elhagyása után 2—4 héttel tanácsos elkezdni (19).

Retrograd oe.-ra, melyhez rectoskopcsövet használunk, az ún. fonahalászásnál kerül sor gastrostomiaslt gyermekekben.



2. ábra. Rajzszeg az angustia cricoideában. 11 hónapos csecsemő.

Ennél jó hasznát vesszük a Kallay-féle universalis endoskopfejnek. Lélegeztetőszelpe segítségével a gyomor jobban felújtható, mint a szokásos ballonnal s evvel a tájékozódást megkönnyíti.

Régi heges szűkületbe ékelődő idegentestek eltávolítása gyakran teszi szükségessé az oe.-t.

Idegentestnyelés gyanúja miatt 65 vizsgálatot végeztünk, 39 alkalommal pozitív eredménnyel.

Rajzszeg, pénz, gomb, gyűrű, játékautó kereke, zipp-zár, villanydrót, hajcsat, síp és egyéb fém-, műanyagtárgyak kerültek elő a nyelőcsőből (2. ábra). Túlnyomó többségük — 34 — az első, 3 a második, 2 pedig a harmadik physiologiás szűkületnél akadt meg. Harmincegyet eltávolítottunk, a többi részben a vizsgálat előtt, részben azalatt a gyomorba jutott és per vias naturales távozott. Három idült — 8, 8 ill. 19 napos — idegentestet észleltünk.

Egy beteget veszítettünk el, akinél rajzszegeltávolítás után öt nappal mediastinitis lépett fel. A 11 hónapos pastosus csecsemő három héttel a mediastinotomia után mellkasi empyemát követő sepsisben halt meg.

Néhány esetünk:

Kétéves kised gyűrűt nyelt, amit a Rtg. az első élettani szűkületben mutatott. Oe.-t végezve az idegentestet nem találtuk. Az ellenőrző átvilágítás alkalmával sem a gyomor vetületében, sem a nyelőcsőben nem lehetett fémintenzitású árnyékot látni. A Rtg.-ernyő véletlen magasabbra csúszásakor a koponya alap vetületében pillantottuk meg a gyűrűt, melyet ujjunkra húzva távolítottunk el.

1½ éves kised egy hete meghajlított drótot nyelt, ami napokig nem okozott panaszt. A nyolcadik napon, találtuk meg és távolítottuk el az I. phys. szűkületből az idegentestet.

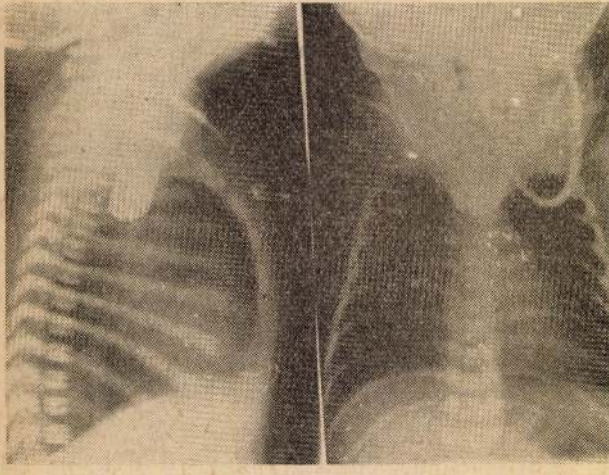
4 éves mongol-idióta gyermek baracmagot nyelt. A 19. napon került felvételre magas lázzal, nyelésképtelenséggel. Izomrelaxációban, necroticus, oedemas környezetben ülő sárgabarackmagot távolítottunk el az I. szűkületből. 48 órás parenteralis folyadékpótlás, majd hét napig orrszondán tápláljuk. Erythromycin és Exacthin adása mellett 4. naptól láztalan. Sima gyógyulás.

A nyelőcsőidegentest kórismézése csecsemő- és gyermekkorban nem mindig könnyű. Az anamnesis sokszor nem megbízható, a panaszokra bizottsággal nem lehet támaszkodni, s a Rtg. sem ad mindig egyértelmű választ. Nyeléssel kapcsolatos öklendezés, hányinger, hányás, köhögési roham szólhat idegentest mellett. A fájdalom localisatiója, a felnőttekével szemben, nem jellemző (20). Amennyire bizonyító a teljes nyelésképtelenség és nyálfolyás, annyira nem kizáró az ellenkezője. Árnyékot adó tárgyaknál a Rtg. bizonyít, sugárátteresztő anyagok esetében nem segít. Ilyenkor merül fel a kontrasztpépes vizsgálat lehetősége. Mi azonban nem vesszük ezt igénybe, egyrészt mert ez sem ad minden esetben egyértelmű választ, másrészt a nyelőcsőben maradt pép megnehezíti az oe.-s vizsgálatot. *A kérdést egyedül a nyelőcsőtükrözés döntheti el, amit idegentestgyanú esetén Rtg.-átvilágítás és kétirányú felvétel készítése után haladéktalanul elvégzünk.* Az idegentest eltávolítását sürgősnek tartjuk, függetlenül annak anyagától, nagyságától és alakjától, mert ez a szövődmények megelőzésének alapfeltétele (21, 22).

Hat alkalommal *oesophagus varixra* gondolva kért vizsgálatot gyermekosztályunk. A felmerült gyanút azonban nem tudtuk megerősíteni.

Röviden ismertetjük nyelöcsőtágulatos esetünket. 7 éves lányt vérhányás, melaena miatt vett fel sebészeti osztályunk shockban, nagyfokú anaemiával. Shocktalanítás után, másnap, relaxatiónban oe.-t végeztünk, s a nyelöcső alsó harmadában kötött vastagságú tágult vénákat találtunk. Vérést nem észleltünk sem itt, sem a gyomorban. Következő napon exploratív laparotomia, amely masszív cirrhotisist állapított meg, a bal májlebeny megnagyobbodásával. Ezután a vérhányás nem ismétlődik, a melaena állandó. Ascites, hepatorgiás coma a kilencedik napon exitushoz vezet. A sectio typusos Laenec cirrhotisist konstatál, kifejezett nyelöcső varicositással. Az eset érdekessége, hogy gyermekkorban a Laenec cirrhotis ritka (23), s a portalis hypertensio alapja gyakorlatilag praehepaticus block ép májparenchymával és ascites nélkül (24, 25).

Oesophagus atresia és *oesophagotrachealis fistula* miatt 2, ill. 5 napos koraszülöttet vizsgáltunk. Mindkettőnél rövid, vak tasakba jutottunk, mely ennek a fejlődési rendellenességnek típusos nyelöcsőtükri képe. (A 3. sz. ábrán az *oesophagogram* mot látjuk).



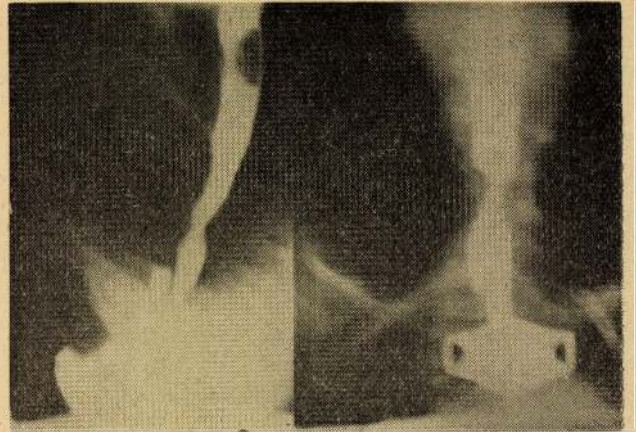
3. ábra. *Atresia oesophagi*. 2 napos csecsemő.

Az anaesthesiologia és a műtéti technika fejlődése, a csecsemőgyógyászok ez irányú tapasztalatainak bővülése mindinkább lehetővé teszi ennek a nem ritka, már 1696-ban leírt és következményében évszázadokon át egyértelmű rendellenesség megoldását. Holinger P. beszámolója szerint (2) a mortalitás néhány év alatt 50-ről 30%-ra csökkent.

Nehéz diagnosztikai problémát okoznak a *vascularis gyűrűk*.

Két esetünk — 8 hónapos és 3 éves — anamnesisében születés óta fennálló stridoros légzés, dysphagia, étkezéssel kapcsolatos fulladásos roham, állandó bronchitis szerepelt, ami miatt több intézetben állottak a betegek kezelés alatt. Oe. alkalmával a bifurcatio táján a hátsó fal bedomborodását észleltük, mely a lument mintegy felére szűkítette be. Éranomáliára irányuló gyanúnkat az *oesophagographia* támasztotta alá (4. ábra), az *aortographia* megerősítette, a műtéti lelet — aorta duplex — bizonyította. A kettős aorta ritka fejlődési rendellenesség. A legnagyobb műtéti anyaggal rendelkező Gross 70 mediastinalis éranomalia közül huszonhatot talált (26).

Az elmúlt hét év tapasztalataiból a következő tanulságokat vontuk le. Csecsemő- és gyermekkor-



4. ábra. *Vascularis gyűrű (aorta duplex) typusos oesophagogramja*.

ban is gyakran szükség lehet nyelöcsőtükörözés elvégzésére. Az endoszkopia fejlődésével feltétlenül lépést kell tartani, ami biztonságosabb módszerek kidolgozását és alkalmazását jelenti. Elsőrendű szempont a kíméletesség és a beteg biztonsága. Tapasztalatunk szerint a relaxatós technika jelenleg a legjobb érzéstelenítési eljárás.

Összefoglalás:

Az elmúlt hét évben 190 csecsemőben és gyermekben végzett *oesophagoscopia*ról számol be.

Részletesen foglalkozik az anaesthesia kérdésével, hangsúlyozza annak döntő szerepét a kíméletes, veszélytelen és nyugodt *oesophagoscopia*ban. Állást foglal az érzéstelenítés nélkül végzett beavatkozással szemben.

Rámutat a nyelöcsőtükörözés fontosságára a marószermérgezés és idegentestnyelés, valamint fejlődési rendellenességek kórismezésében és kezelésében.

IRODALOM. 1. Kallay F.: Orv. Hetil. 1958. 99. 1615. — 2. Holinger P.: Intern. Congr. of Broncho-oesoph. 1958. Kyoto. — 3. Kallay F.: 10. Intern. Congr. of Bronchooesoph. 1961. Düsseldorf. — 4. Forgács I. és tsai: Orv. Hetil. 1958. 99. 787. — 5. Skipin G. V.: Fiziol. Z. SSSR. 1958. 44. 481. — 6. Vogel H. N. O.: (Berl.) 1958. 7. 159. — 7. Molnár M.: Fül-orr-gégegyógy. 1960. 6. 181. — 8. Lüscher E.: Lehrbuch d. Nasen u. Halsheilk. 1956. Springer Verl. Wien. — 9. Pichler H.: Mschr. Ohrenheilk. 1960. 94. 119. — 10. Zippel R. H. N. O.: Wegweiser 1958. 6. 293. — 11. Lyle G.: Waggoner Laryngoscope 1958. 68. 1790. — 12. Yurich L. E.: Laryngoscope 1959. 69. 131. — 13. Kollár D.: Fül-, orr-, gégegyógy. 1962. 8. 156. — 14. Cleveland W. és mtsai: South. Med. 1958. 51. 861. — 15. Schobel H. H. N. O. (Berlin). 1959. 7. 193. — 16. Kochaus J. és mtsa: Med. Klin. 1959. 54. 1018. — 17. Hartay P. és mtsa: Fül-, orr-, gégegyógy. 1960. 6. 34. — 18. Neuberger F.: Mschr. Ohrenheilk. 1958. 92. 318. — 19. Des Portes W. és mtsa: A. M. A. Arch. Otolaryn. 1959. 70. 130. — 20. Biesalski P.: H. N. O. Krankheiten im Kindesalt. 1960. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. — 21. Földvári Gy. és mtsa: Orv. Hetil. 1955. 96. 1450. — 22. Müller H.: Orv. Hetil. 1961. 102. 507. — 23. Fanconi G. és mtsa: Lehrbuch d. Pädiatrie. 1961. Benne Schwabe Verlag. Basel. — 24. Ungeheuer E. és mtsa: Münch. Med. Wschr. 1959. 101. 1900. — 25. Schmitt W.: Zbl. f. Chirurg. 1961. 86. 277. — 26. Gross cit.: Lackner Fortschr. Röntgenstr. 1960. 93. 429.

FEJLŐDÉSI **R**ENDELLENESÉGEK

Mosonmagyaróvári Városi Tanács Kórház, Röntgen és Belosztály

A vállöv fejlődési rendellenességei

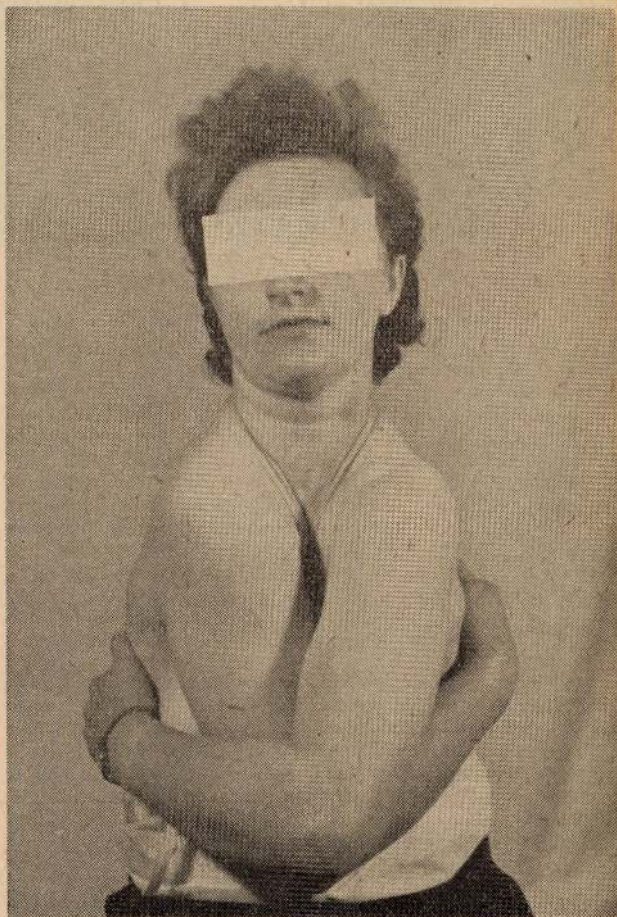
Lussa György dr., Poór Ferenc dr. és Szalontai Theodóra dr.

A klinikai teratologia szemszögéből nézve az anomáliák jelentőségét az éptől való elkülönítés adja meg. Ez gyakran igen nehéz, mert az anomália pusztán a többséget alkotó normális esetektől való eltérést jelenti. Dolgozatunkban a *funkcionális egységet képező vállöv* szövetelemeiben fellépő rendellenességek ismertetését tűztük ki célként magunk elé. Hiszen funkcionális szempontból a vállövet alkotó csontok és lágyrészek abnormitásai egyaránt a felső végtag különböző működési zavarát okozhatják. Munkánk gyakorlati jelentősége, hogy a beteget vizsgáló orvos számára útmutatást adjunk egy ismeretlen rendellenesség észlelésekor az előforduló lehetőségek mérlegelésére.

Az 5. magzati hétben a későbbi humerus felső részében az első scleroblastoma proximalisan a scapulába, distálisan a kézbe folytatódik. Az előporcmagvak először a humerusban, majd a scapulában is megjelennek (11 mm-es embrió). A clavicula lateralis vége a scapula blastema folytatásaként jön létre. A *clavicula* a csontváz legelőször ossifikálódó csontja. Kötőszövetes telepe a lateralis végtől a középvonal felé növekszik úgy, hogy a 2. hónapban eléri az első borda sternalis végét. Csontosodása endesmalis úton jön létre. A sternalis végben a 20. életév idején csontosodási mag keletkezik, mely a 20—24. évben csontosodik el. A *scapulában* processus acromialist és processus coracoidest különböztetünk meg. A spina scapulae telepe a 3. hónapban fejlődik ki. A csontosodási mag először az angulus inferiorban, majd a processus coracoidesben az 1 évben, az acromionban a 14—16. évben, majd az angulus inferiorban és margo vertebralisban jelenik meg a csontosodási mag. Az összecsontosodás a 25. év körül fejeződik be. A *humerus* csontosodása a 7—8. héten kezdődik. A diaphysis az újszülöttben végig csontos már. A caput az első, a tuberculum majus a második, a tuberculum minus a harmadik évben képez csontmagvat (Törő).

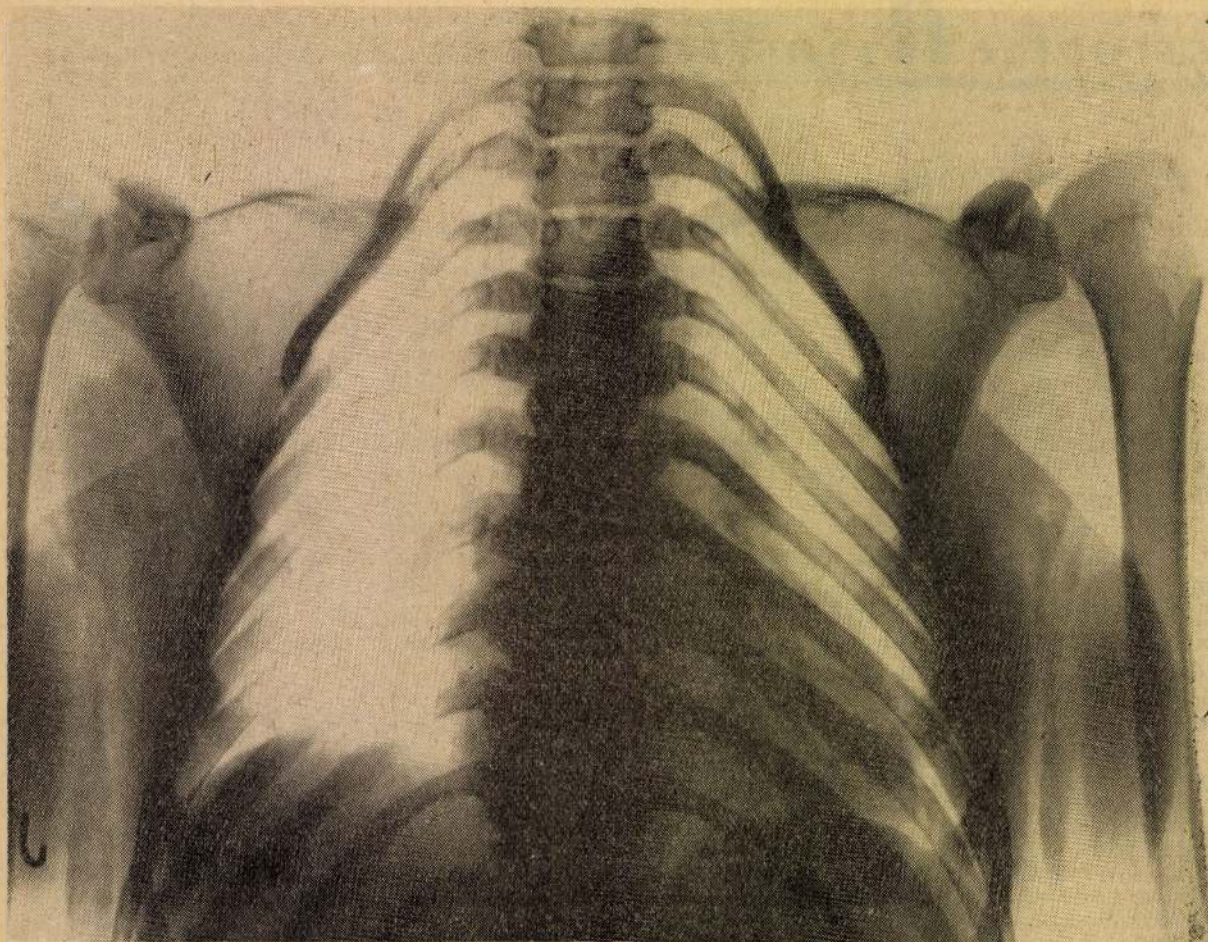
A kulcscsont fejlődési zavarai között előfordulnak egyszerű dysplasiák, melyek véletlenül kerülnek észlelésre (29). *Salvi* (47) a clavicula diastalis végének bifurcatióját írta le. *Carpenter* (7) a clavicula congenitalis pseudoarthrosisáról számol be. Leggyakoribb a *Pierre Marie* és *Sainton* által 1898-ban leírt *dysostosis cleidocranialis*. Ez a hereditér anomalia a koponyavarratok késői elcsontosodásából és a kulcscsontok aplasiájából áll. A koponya szélessé válik, alapja megrövidül (kyphosis basilaris, impressio basilaris). Az arckoponya kicsiny, fogfejlődési zavarok keletkeznek *Schinz* (48) szerint. A kulcscsontok mindkét oldalon (néha egy oldalon) hiányoznak. Többnyire a középső rész hiánya mellett kétoldalt csökevényes darab látható.

Előfordul, hogy a két szélső rész közepütt congenitalis pseudoarthrosist alkot. A thorax keskeny, fent összenyomottnak látszik. A gerinc gyakran scolioticus. Az anomalia dominánsan öröklődik. *Liebenam* (31) egy petéjű ikreknél, *Hopkins* (19) két petéjű ikreknél figyelte meg előfordulását. Nők és férfiak aránya azonos. *Mella* (35) kiemeli differenciáldiagnosztika jelentőségét, ha a kulcscsontok elváltozása nem feltűnő. Így a dysostosis craniofacialis *Crouzon* és *dysostosis mandibulofacialis* jön számításba. A jellegzetes elváltozások miatt többnyire újszülöttben jól diagnosztizálható (46).



1. ábra

Az alábbiakban ismertetjük saját észlelésünket, melyet egy anyán és két gyermekén mint örökletes elváltozást találtunk.



2. ábra

1. N. J-né 52 éves, földműves felesége. Gyermek-kora óta tudja, hogy két vállát a mellkas elülső oldalán egymáshoz tudja érinteni. Ez számára idáig panaszt nem okozott. Aktuálisan bal karja zsibbadt, ezzel kereste fel a szakrendelést. *Status:* jól fejlett nő-beteg. Két vállát mellkasa előtt aktíve és passzíve össze lehet hozni. *Tensio:* j. o.: 210/110 Hgmm, b. o.: 195/115 Hgmm. A radialis pulsus mindkét oldalt aequalis (80/min.). *Röntgen felvétel a mellkasról:* A csúcsok felé elkeskenyedő mellkas. A bal clavicula középső harmada, a jobboldali oldalsó kétharmada hiányzik. A csontok csőkevényesek. *Felvétel a koponyáról:* Az agykoponya szélességben megnyúlt. Az arckoponya kicsiny. A Chamberlein-vonalat a dens epistrophei 3 mm-rel meghaladja (*impressio basilaris*).

2. K. K-né 24 éves htb. Az első beteg leánya. Válta-ait a mellkasa előtt össze tudja hozni (1. ábra). Panasza nincsen. *Röntgen felvétel a mellkasról:* A csúcsok felé elkeskenyedő mellkas. A claviculák középső, csőkevényes harmada van csak meg. (2. ábra). *Felvétel a koponyáról:* Széles agykoponya, kicsiny arckoponya. *Impressio* nem mutatható ki. Az alsó és felső fogmedernyújtványban retentiós fogak láthatók (3. ábra).

3. N. K. 26 éves szakács. Az első beteg fia. Gyermek-kora óta tud fejlődési rendellenességéről, mely munkája elvégzésében nem akadályozta, de kisebbségi érzése van. *Röntgen felvétel a mellkasról:* Csúcsok felé elkeskenyedő mellkas. A claviculák csak a középső harmadban csőkevényes formában vannak meg. *Felvétel a koponyáról:* Széles agykoponya, kicsiny arckoponya. *Impressio* nem mutatható ki. A koponyaaalap rövid. Retentiós fogak láthatók az alsó és felső fogmedernyújtványban.

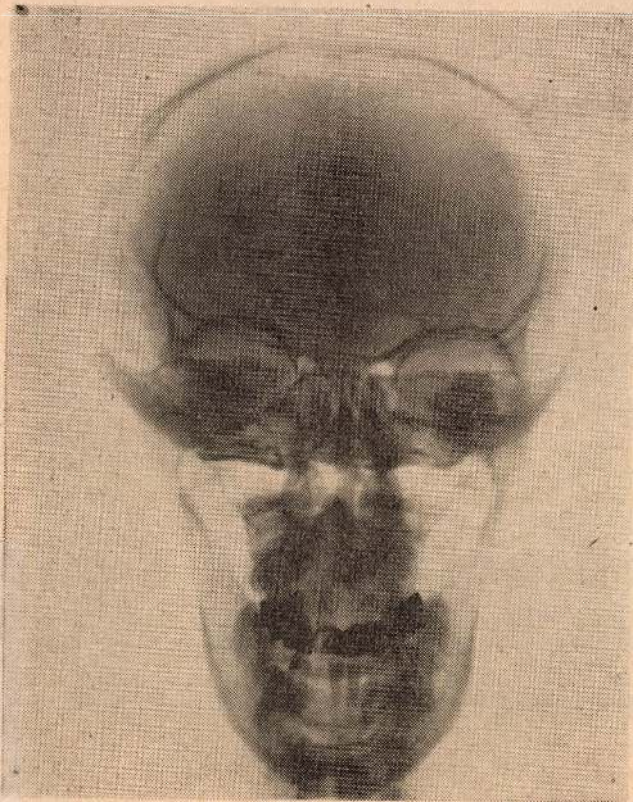
Ismertetett eseteinkben típusos dysostosis cleidocranialis öröklődő formájával talákoztunk. A hasonló közlemények (9, 10, 17, 20, 33, 39, 51, 55) szerint az észlelt anomalia nem okozott panaszt a betegeknek. *Oesterreich* (38) a koponya elváltozások idegrendszeri tüneteiről számol be, melyek nem típusosak. *Vitetta* (53) a dysostosisához társuló kryptorchismusos esetét ismerteti.

Betegeink közül az elsónél fellépett karzsibbadást a claviculacsonk nyomási tüneteként foghatjuk fel, a plexus brachialis közvetett izgatásával. A második és harmadik esetben a fogzási zavarok lényeges rágászavart nem okoztak. Megjegyezni kívánjuk, hogy mindkét testvérnek egy-egy gyermeke van. Ezek egészségesek.

A scapula anomáliái ritkák. Az irodalomban közölt esetek főleg a corpus scapulae-ban fellépő részleges fissurák előfordulására vonatkoznak, melyek egy csontosodási mag részleges kettéosztódásából keletkeznek. *Khoo* (24) és *Köhler* (26) a processus coracoides és az acromion abnormalitásairól írnak. *Pratesi* (44) kétoldali scapula dysmorphiát közöl, mely a lateralis scapula széltől a musculus triceps caput longumja kezdetéig húzódik. *Giordano* (14) a ligamentum transversum scapulae öröklődő elcsontosodását közli. *Packer* (41) a scapula és a VII. borda bilateralis, *Siecke* (49) a sca-

pula és a VI. borda unilateralis synostosisát ismer-teti. Az *os supracoracoideum* a processus coracoi-des külön csontként való megjelenése (32).

Ha a lapocka fejlődés közbeni descensusa el-marad, úgy ún. magas lapockaállás (*scapula ele-vata*) jön létre, melyet első leírójáról *Sprengel-*



3. ábra

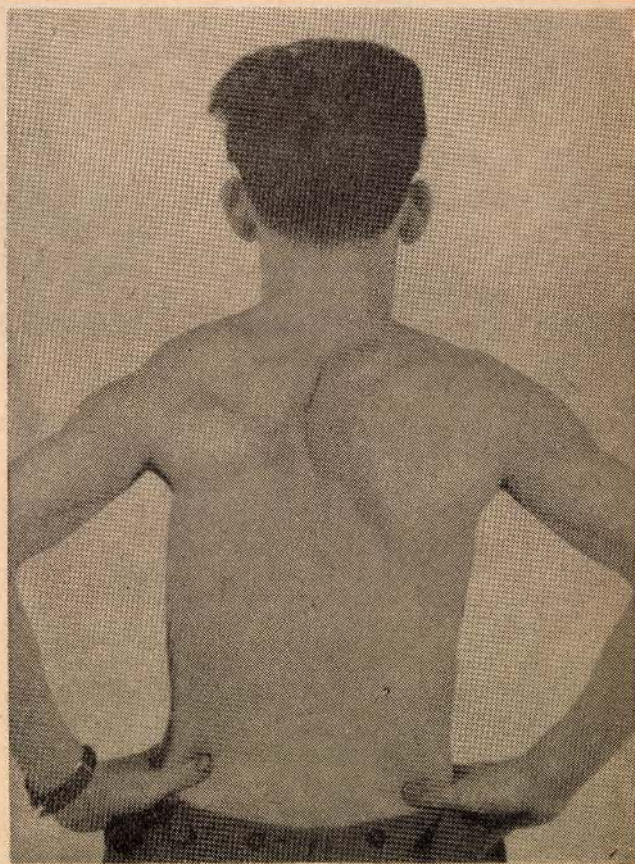
kórnak nevezünk. Ilyenkor a kóros oldali lapocka magasabban áll az épnél és sagittalis irányban meg-csavarodott. Az axillaris szél gyakran horizontális helyzetű. Előfordul kyphoscoliosis, melynek con-convexitása a kóros oldal felé hajlik (28). Az elválto-zást nyakcsigolya synostosisok is kísérhetik (*Klippel—Feil syndroma*). A bordákon hypoplasia és synostosisok jönnek létre. Néha nyaki bordák és a magas állású scapula között csontlécek keletkez-nek. A deformitás ritkasága miatt a közlések (1, 8, 13, 16, 22, 43) többnyire egyes esetekről számolnak be. A Klippel—Feil syndroma és Sprengel deformitás öröklődhet. *Gottesleben* (15), *Perls* (42) és *Neuhof* (37) több generáción keresztül kimutatta a domináns öröklődést a scapula elevatánál. Ide vo-natkozó észlelésünket az alábbiakban ismertetjük:

4. T. B. 21 éves képeretező. Gyermekkorá óta tud-ja, hogy egyik lapockája rendellenes helyzetű. Lénye-ges mozgászavara nincsen. *Status:* A bal lapocka fel-jebb áll, mint a jobb, a regio suprascapularis elődom-borodik. A háti gerinc felső szakasza balra convex scolioticus (4. ábra). *Röntgen felvétel a mellkasról és a háti gerincről:* A bal spacula majdnem 3 ujjal ma-gasabban áll, mint a jobb, kissé kifelé rotálódott. A bal felső hét borda részben hypoplasias, részben hyper-

plasiás. Egyes bordák között paravertebralis csont-hidak vannak pseudoarthrosisokkal. A gerincen a felső szakaszon balra convex scoliosis látható. A II—III. és a III—IV. háti csigolyák közötti intervertebralis rések keskenyebbek az alatta és felette levőknél. (5. ábra).

Betegünknel scapula elevata állott fenn. Eh-hez hátszigolyák fejlődési zavara és borda anomá-liák társultak. Lényeges mozgás- és érzésvizsgálat nem volt kimutatható. A beteg munkáját jól el tudta látni.

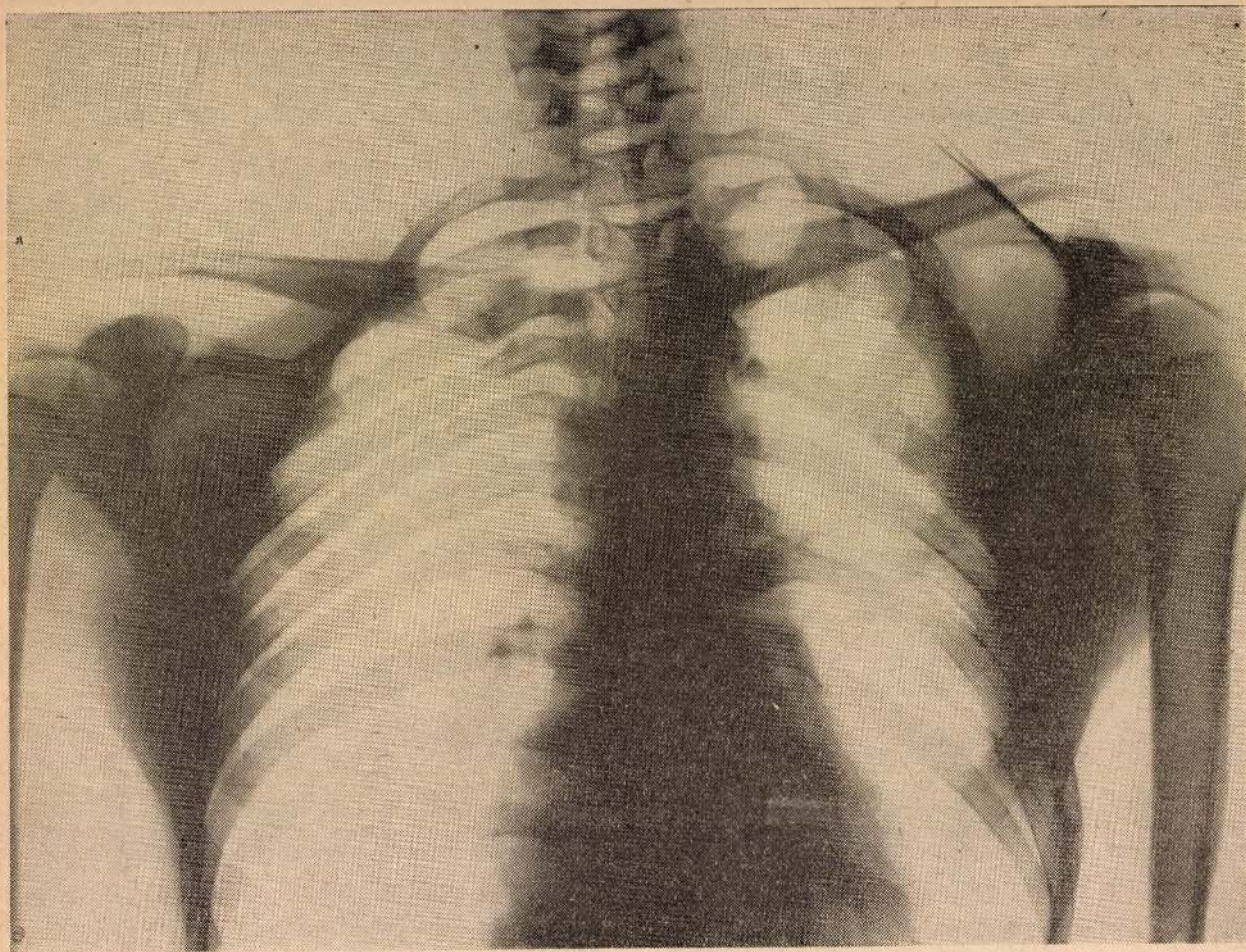
A scapula elevata kifejezettebb panaszt okozó eseteiben szóba jön a sebészi korrekció. *Junghans* (23) szerint a 2—3 éves kor a legalkalmasabb erre. A műtét lényege a lapocka mobilizálása után az al-só szöglet selyemkantárral a II. hátszigolyához va-ló rögzítése. *Spitzky* (50) és *Putti* (45) az alsó lapoc-kaszögletet a VIII. bordához erősíti selyemszalag-gal. *König* (27) a medialis scapulaszél drótvarrat-tal fixálja. Mindezek a korrigáló eljárások a csont-



4. ábra

fejlődési zavar komplex jellegénél fogva természet-szerűleg csak részleges kozmetikai javulást ered-ményeznek.

A humerus aplasiája a felső végtag egész hiá-nyával többnyire együtt jár. Ez nem képezi jelen referátumunk tárgyát, hiszen ilyenkor nem beszél-hetünk a vállöv funkcionális elváltozásáról. Az izo-lált humerus aplasia ritka előfordulásáról *Vyaghe-reswarudu* (54) számol be. Gyakoribb a vállízület



5. ábra

dysplasiájával együtt előforduló humerusfej deformitás. Ez könnyebb esetben panaszt nem okoz és csak véletlen leletként kerül észlelésre (3, 25, 30, 40). Kifejezettebb esetben *Hohmann* (18) szerint az ízületi árok hypoplasiás, a collum scapulae megrövidült, a humerus fejecse ellapult. Ilyenkor a humerus congenitalis luxatiója áll fenn többnyire (36).

A *humerus congenitalis luxatiója* hasonló a velészületett csípőficamhoz, de annál sokkal ritkábban fordul elő. Öröklődő voltát *Blümel* (5) egyetű ikreknél írta le. Más esetekben az elváltozás apánál és több gyermekénél egyaránt kimutatható volt. *Mazo* (34) a caput humeri izolált congenitalis deformitását ismerteti. Ha a fenti vállízületi deformitások enyhébb fokúak, úgy csak a felnőtt korban kerülnek véletlen leletként észlelésre. A dysplasia okát *Andreason* (2) a caput humeri epiphysis magja hiányának, *Owen* (40) pedig az ízületi árok alsó része csökkent fejlődésének tulajdonítja.

A vázizomzat fejlődési zavarai akkor kerülnek klinikai észlelésre, ha funkcionális zavar is keletkezik, illetve kozmetikai elváltozás jön létre.

A vázizomzat a mesodermből fejlődik. Az ősigolyákból megfelelő segmentátságukat némileg megtartva alakulnak ki a hát-, mell-, illetve végtagizmok.

A felső végtag izmai az 5–8 nyaki és első mellkasi myotomból fejlődnek. Az ősiszom csoportokból több izom alakul ki. A musculus pectoralis major, minor és latissimus dorsi a végtagizomzathoz tartozik és onnan növekszik a törzs felé. A 20 mm-es embrióban a felső végtagizomzat már kifejlődött.

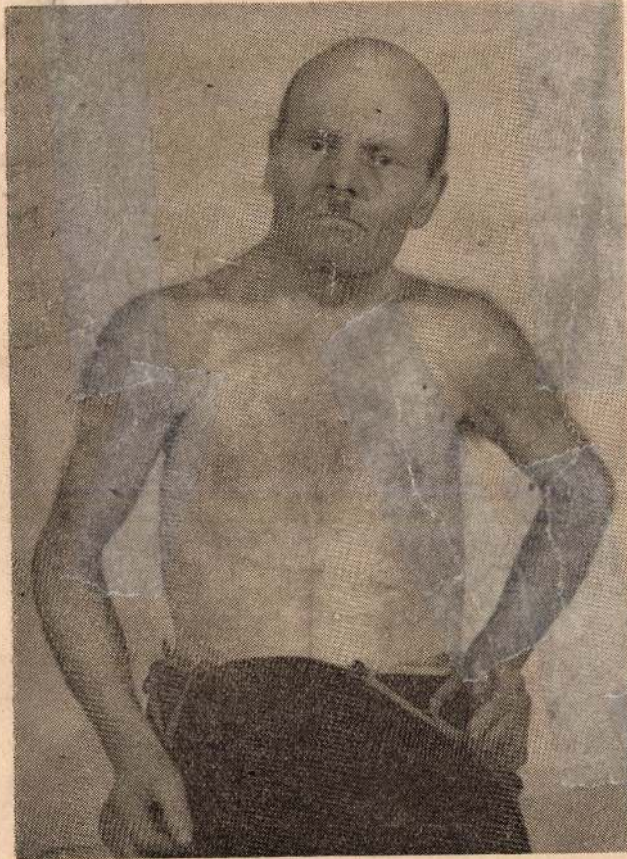
Az izomzat fejlődési anomáliái gyakoriak. Ilyenkor az ősiszomzatból való szétválás nem teljes. Ha több szétosztódás van, úgy számszerű izmok keletkeznek (52).

Az izomfejlődési zavarok többnyire több izomra terjednek ki és gyakran a csontváz egyéb fejlődési zavarával párosulnak. *De Benedetti* (11) a musculus pectoralis major féloldali hiányát hypomeliával, *Brown* (6) és *Jean* (21) a pectoralis izomzat hiányát brachy- és syndactyliával párosulva ismerteti.

A hiányzó izomzat helyett többnyire zsíros kötőszövetet találunk. Az izomzat primer hiányánál izomrostok egyáltalán nem mutathatók ki, ha sekunder úton egyes részletek visszafejlődnek, dystrophiáról beszélünk. A vállöv izmai közül a deltoidizom és a pectoralis izmok fejlődési zavarai a gyakoribbak. Az alábbiakban ide vonatkozó észleléseinket ismertetjük:

5. D. K. 53 éves férfi beteg. Jelenleg éjjeliőr. Gyomorpanaszokkal került kórházi felvételeire. Fizikális

vizsgálatnál kétoldali mellizom fejletlenségét észleljük, melyről a beteg régóta tudott. Fiatal korától nehéz testi munkát végzett. Családjában hasonló rendellenesség nem fordult elő. *Status:* A kétoldali pectoralis major hiányzik. (6. ábra). Jobb oldalt a musculus pectoralis minor nem tapintható, ugyanitt a musculus deltoideus pars claviculárisa a szokottnál fejlettebb. A jobb alsó végtag izomzata a balhoz viszonyítva fejlettebb. Comb körfogat: j. o. 35 cm, b. o. 46 cm. Alsó végtagok hossza (spin. il. ant. sup. -mall. int.): j. o. 87 cm és b. o. 89 cm. *Röntgen felvétel mindkét lábszárról és lábfejről:* A lábszárcsontok jobb oldalt kissé gracilisebbek, mint bal oldalt. A jobb lábboltozat domborulata jóval nagyobb a bal oldalnál, ugyanitt mérsékelt scleroticus atrophia látható (pes excavatus).



6. ábra

6. H. A. 10 éves gyermek kétoldali mellizomzatát összehasonlítva előtűnik a jobboldali musculus pectoralis hiánya. Ugyanitt a musculus pectoralis minor jól tapintható. A két vállöv izomereje között lényeges különbség nem észlelhető. Egyéb eltérés nincs. (7. kép).

A fenti két beteg közül az elsőnél bilateralis pectoralis aplasia állott fenn. Az egyik pectoralis minor ugyancsak hiányzott, ezt a musculus deltoideus pars claviculárisának túlfejlettsége compensálta. Ugyanennél a betegnél féloldali pes excavatust, mint egyéb fejlődési zavart észleltünk. Másik betegünknel unilateralis pectoralis major aplasiát találtunk. Panaszokat az izomhiányok nem okoztak. Az egyik beteg nehéz testi munkát végzett. A mellizom-hiány jelentősége főleg kozmetikai.

Összefoglalás: A funkcionális egységet képező vállöv gyakoribb anomáliáit foglalják össze. A cla-

vicula, scapula és humerus egyedi, illetve kombinált fejlődési zavarait ismertetik. A lágyrészek izomanomáliáit, mint önálló elváltozást és más rendellenességhez társuló variánst írják le. Hat saját esetüket közlik. Targyalják a klinikai és röntgenológiai vonatkozásokat, kiemelve az igen gyakran előforduló örökletes jellegét.



7. ábra

IRODALOM. 1. Alvik I.: Acta Orthop. Scand. 1959, 29, 2257. — 2. Andreason A. T.: Bone Jt. Surg., Ser. B. 1948, 30, 333. — 3. Barth H. M.: Z. Orthop. 1955, 86, 283. — 4. Bier-Braun-Kümmel: Chirurg. Operationslehre. 1958, Leipzig. — 5. Blümel P.: Zbl. Chir. 1932, 59, 9. — 6. Brown J. B., Mc Dowell F.: Surgery 1940, 7, 599. — 7. Carpenter E. G., Garbett R. G.: Bone J. Surg. (Amer.). 1960, 42, 337. — 8. Caskie J. D., Anderson R. D.: U. S. Arm. Forc. Med. J. 1960, 11, 1367. — 9. Chemin J. P., Prudhon A., Ribout B., Burgos C.: Bull. Soc. Med. Milit. Franc. 1961, 55, 202. — 10. Conte A.: Min. Pediat. 1961, 13, 661. — 11. De Benedetti M., Chiapuzzo A.: Arch. Ortop. (Milano). 1960, 73, 408. — 12. Erlacher PH.: Technik des orthop. Ein. 1928, Wien. — 13. Fourrier P., Cochet: Lyon. Chir. 1960, 56, 603. — 14. Giordano A.: Fortschr. Rtgstr. 1962, 96, 834. — 15. Gottesleben A.: Arch. Klin. Chir. 1927, 144, 723. — 16. Greenberg L. M.: Ann. Paediat. (Basel). 1962, 198, 89. — 17. Guliaev V. N., Elashov Iu. G.: Ortop. Travm. Protez. 1961, 22, 64. — 18. Hohmann G., Hackenbroch M., Lindemann K.: Handbuch der Orthopädie, 1959, Stuttgart. — 19. Hopkins P.: Med. J. Aust. 1962, 49, 205. — 20. Iversen J.: Acta Obstet. Gynec. Scand. 1962, 41, 93. — 21. Hean G., Scolcard J.: Bull. Mém. Soc. Anat. Paris. 1923, 93, 496. — 22. Jeannopoulos C. L.: Clin. Orthop. 1961, 20, 132. — 23. Junghans cit.: Bier-Braun-Kümmel. — 24. Khoo F. Y.: J. Bone Jt. Surg. (Amer.). 1948, 30, 1010. — 25. Klemm F. W.: Fortschr.

- Rtgstr. 1956, 85, 113. — 26. Köhler A., Zimmer E. A.: Ed. Ambrosiane Milano, 1955. — 27. König cit.: Erlacher. — 28. Lanier M., Leclercq L.: Lyon. Chir. 1959, 55, 598. — 29. Legre J., Padovani J., Roussel A., Clement J. P.: Marseille Med. 1962, 99, 617. — 30. Lewin H.: Röntgenpraxis, 1931, 3, 556. — 31. Liebenam L.: Zschr. menschl. Vererb. u. Konst. 1938, 22, 373. — 32. Lisch G.: Radiol. Chin. (Basel). 1960, 29, 71. — 33. Magrini M., Ghigo M.: Min. Med. 1960, 51, 2318. — 34. Mazo I. S.: Ortop. Travm. Protez. 1960, 21, 76. — 35. Mella L., Galuzzo F.: Min. Med. 1962, 53, 2429. — 36. Moser F.: Fortschr. Rtgstr. 1962, 97, 661. — 37. Neuhoj H.: Zschr. Orth. Chir. 1931, 31, 518. — 38. Oesterreich K.: Nervenarzt. 1962, 33, 208. — 39. Outland T., Sherk H. H.: Clin. Orthop. 1961, 20, 241. — 40. Owen R.: J. Bone Jt. Surg., Ser. B. 1953, 35, 262. — 41. Packer J. M., Harris E. J., Henderson R. P.: Radiology. 1960, 74, 289. — 42. Perls W.: Zschr. Orth. Chir. 1921, 41, 428. — 43. Pova L. P., Bazhenova A. A.: Vesth. Rentgenol. Radiol. 1959, 34, 32. — 44. Pratesi A. C.: Fortschr. Rtgstr. 1963, 99, 571. — 45. Putti V.: Fortschr. Rtgstr. 1908, 328. — 46. Sadovskaia I. A., Kagan Ju. L.: Pediatria. 1960, 38, 75. — 47. Salvi V.: Arch. Ortop. (Milano), 1961, 74, 463. — 48. Shinz H. R., Baensch W. E., Friedl E., Uehlinger E.: Lehrbuch der Röntgendiagnostik, 1952, Stuttgart. — 49. Siecke H.: Fortschr. Rtgstr. 1962, 96, 697. — 50. Spitz H.: Verh. Dtsch. Ges. orthop. Chir. 1927, 22, 239. — 51. Tardos R., Imbert J. P., Le Marchand G.: Bull. Soc. Med. Milit. Franc. 1961, 55, 116. — 52. Törő I.: Az ember fejlődése. 1942, Debrecen. — 53. Vitetta M., Caliri F.: Rass. Neuropsych. 1961, 15, 449. — 54. Vyagheswarudu C., Venkatarao B., Bangachari P.: Indian J. Pediat. 1961, 28, 342. — 55. Zaffaroni A.: Arch. Ortop. (Milano). 1959, 72, 1428. — 56. Zieli L., Stefani G.: Friuli Med. 1960, 15, 1522.

DIGOXIN cseppek, inj., tabl.

Összetétel: 1 üveg 15 ml sol. (1 ml = 40 csepp = 1 mg)

15 mg digoxin-t;

1 amp. (2 ml) 0,5 mg digoxin-t;

1 tabl. 0,25 mg digoxin-t tartalmaz.

Javallatok: A keringési elégtelenség (kardiális dekompenzáció) helyreállítása és a kompenzáció fenntartása.

Adagolás: A kompenzáció helyreállítására az első (esetleg a második) napon nagyobb adag 2—2½ ampulla i.ven., illetve 40—60 csepp, illetve 4—6 tablettát alkalmazható, amit a következő napokban csökkenteni helyes akkor is, ha semmi toxikus jelenség nem mutatkozik. A helyreállított kompenzáció fenntartására általában napi 20—40 csepp, illetve 2—4 tablettát szükséges.

Tekintettel arra, hogy a Digoxin gyorsan eliminálódik és nem kumulálódik, a fenntartó kezeléskor szünetek beiktatása nem indokolt, csak intoxikációs jelenségek felléptekor.

Megjegyzések: SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás: 1 üveg 15 ml 21,30 Ft;

5 × 2 ml amp. 10,50 Ft, 100 × 2 amp. 160,— Ft;

50 tabl. 14,40 Ft; 250 tabl. 60,50 Ft.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

NITROPENTON tabletták

Rohamokban jelentkező verőérszűkület (angina pect. stb.) roham m e g e l ő z é s é r e, továbbá: coronariasclerosis; arteriosclerosis stb. okozta (verő)-érszűkülettel járó megbetegedések kombinált kezelésére

Naponta 3—4 × 1 tablettát lenyelni!

SZTK terhére szabadon rendelhető!

50 tabletták 11,— Ft

Bajcsy Zsilinszky Kórház, I. Szülészeti-Nőgyógyászati (főorvos: Bereznay István dr.)

12 hétnél idősebb terhességek megszakításának egyszerű módja

(Hypertoniás konyhasó intraamniális alkalmazása)

Bereznay István dr. és Hajdú László dr.

Idősebb terhességek megszakítására, amikor a nyakcsatorna tágítása és a méh kiürítése egy időben már nem végezhető el, egyetlen biztos megoldás ismeretes: a méh abdominalis, vagy vaginalis hysterotomia útján való kiürítése. A hasonló célt szolgáló egyéb eljárások csak részben eredményesek. Ilyenek: 1. a nyakcsatorna lassú tágítása laminariákkal, vagy a cervix kitömése; 2. extraamniálisan alkalmazott hypertoniás cukoroldat (1., 3., intraamniálisan bevitt formalin oldat (2)). Ezeket a megoldásokat többen, (3, 4, 5), köztük hazai szerzők is javították teljesítőképességükben, de még a beavatkozás megisméltése után sem biztos az eredményességük. A beavatkozás után elhúzódik a vetélés és nem mindig szövődménymentes (gyulladás).

Borth, Stamm és de Watteville (6, 7) közölték először, hogy hypertoniás konyhasónak előzetesen lebocsátott magzatvíz helyébe juttatása után biztosan megszakad a terhesség és pár napon belül kilökődik a foetus. Brosset (8) 50 százalékos Glukose intraamniális alkalmazása után közölt jó eredményeket. Mások (9, 10) a konyhasó koncentrációjának emelésével módosították az eljárást és valamennyien kitűnő eredményekről számoltak be. Wood (11) a terhesség harmadik harmadában méhen belül elhalt magzat esetében alkalmazott 20 százalékos konyhasót intraamniálisan a szülés megindítására jó eredménnyel.

Az egyenként kevés esetre hivatkozó, de igen biztató eredményeket mutató közlemények indítottak bennünket arra, hogy nagyobb anyagon ellenőrizzük a többször felfedezett és ismét feledésbe merült eljárást.

Műtéti módszerünk.

Az intraamniális ürbe való behatolást általában a hasfalán át végezzük. A has bőrének csirtalanítása után helyi novocain érzéstelenítést végzünk a köldök és a symphysis közötti távolság felezési pontjában. Itt szúrunk be hosszú, vastag, a parasacralis infiltrációhoz alkalmazott tűvel. A hólyag elkerülésére műtét előtt vizeltetjük vagy megcsapoljuk a beteget és a bélaesio kiküszöbölésére Trendelenburg helyzetbe fektetjük. Ajánlatos a tű beszúrásakor egyik kezünkkel a fundus felett a hasat benyomva eltartani az útból a beleket.

Elvégezhető a méhür punctiója a hüvelyen át is. Mi magunk is több esetben végeztük a tű beszúrását hüvelyi feltárás mellett, a kitisztított hátulsó boltozaton, a méhizmon keresztül minden érzéstelenítés és fájdalom nélkül. A behatolás helye nem befolyásolja az eredményt.

A tűnek az amnionürbe érését magzatvíz ürülés jelzi. Fecskendő helyezve a tűre, vagy gumicsövet illesztve rá legalább 200 ml magzatvizet bocsátunk le. Tapasztalatunk szerint minél több magzatvizet szívunk le (250—300 ml), annál hamarabb zajlik le a vetélés. A magzatvíz lebocsátása után 200 ml 20 százalékos koncentrációjú konyhasó oldatot nyomunk az amnionürbe. A tűt eltávolítjuk és ezzel a beavatkozás befejeződik.

A vetélés lezajlása spontán történik, és utána minden esetben a méhűrt műszerrel kitakarítjuk.

Műtéti eredményeink.

Az Egészségügyi Minisztérium egyéni elbírálás alapján személyre szóló engedélyvel 75 esetben alkalmaztunk 12—18 hét között levő terhességek megszakítására intraamniális natriumchlorid oldattal való feltöltést. A feltöltés után a vetélés 28 ± 8 óra belül minden esetben spontán lezajlott. A legrövidebb idő a beadás után 10 óra volt, a leghosszabb pedig 52 óra. A fájások spontán kezdődtek és az esetek 83 százalékában fájáskeltők adása nélkül született meg az elhalt foetus. Fájáskeltőket csak akkor alkalmaztunk, ha 24—28 órával a feltöltés után még nem indult meg spontán a fájástevékenység. A fájások általában nem erősek és a vetélés 1 1/2—2 1/2 óras fájástevékenység után zajlott le. A foetus a legtöbb esetben „in toto” született meg, épnek látszó lepénnyel. A vetélés után minden esetben kikaptuk a méhűrt. Igen lényegesen csökkenti véleményünk szerint ez a beavatkozás a gyermekágyi folyást és sok endometritis előzhető így meg. A 75 abortus között egy esetben sem fordult elő olyan szövődmény, ami a beteg kibocsátási idejét hátráltatta volna. Az átlagos ápolási idő 3—4 nap volt.

A foetusok megszületéskor már mind elhaltak s rajtuk korai maceratio jelei mutatkoztak. A bőr felázott, vérrel inbibált, szinte elfolyósodó. Szövet-tani vizsgálattal a bőr hámján és a burok belső felszínén oedema mutatható ki, helyenként necrosisokkal. A lepény véresen infarceralt.

Kihordott terhesség esetén eddig egy alkalommal volt módunk a szülés megindítására intraamniális natriumchloridot alkalmazni. Hydramnionnal szövődött, intrauterin elhalt, rtg.-felvétellel igazolt anencephalus magzat esetében a terhesség VIII. hónapjában indítottuk meg a szülést 500 ml magzatvíz lebocsátása után 200 ml 20 százalékos natriumchloriddal. A „szülésre még nem érett” portiójú betegnél 18 óra múlva jó fájástevékenység kezdődött és 4 óra vajúdás után megszületett a ko-

rai maceratio jeleit mutató 2200 gr-os anencephalus fiú-magzat.

Eredményeink megbeszélése.

Eredményeink azt mutatják, hogy 200 ml 20 százalékos nátriumchlorid oldatnak intraamniális adására minden esetben lezajlott a vetélés. Eredményesség tekintetében tehát csak a méhür mûtéti kiürítése versenyképes ezzel a beavatkozással. Előnye szövődésmenyesítés és a lényegesen rövidebb kórházi ápolási idő. Az eljárás 100 százalékos eredményessége felveti a kérdést, hogy mi a hatásmechanizmusa? A hypertoniás konyhasó okozta intrauterin elhalás egymagában nem magyarázat, mert a magzat méhen belüli elhalását nem minden esetben követi annak belátható időn belüli kilökődése (Missed Abortion).

Csapó—Lloyd—Jakob (12) szerint a hypertoniás sóoldatnak a lepényre gyakorolt necrotizáló hatására egyéb funkcióin kívül annak progesteron termelése is megszűnik. Szerintük a méhnek saját intrinsic stimuláló rendszere van, amelyre gátlólag hat a lepény által termelt progesteron. Ennek megszűnésekor előtérbe jut a méh minden külső inger nélkül meglévő saját fájáskészsége és ezért indul meg a vetélés. Stamm és de Watteville (7) viszont sem a fájások megindulásakor, sem a pete megszületésekor nem tudott a vizeletben kimutatni szignifikánsan emelkedett pregnandiolt. Ez a progesteron védő-mechanizmus elméletnek, mint egyedüli vagy lényeges oknak ellene szól. Nevezett szerzők igazolni tudták állatkísérletekben, hogy intact terhességből származó amniális folyadék patkány, tengerimalac és nyúl izolált túlélő méhének motilitására kifejezetten gátlólag hat. Bár emberi magzatvíznek ilyen fájást gátló hatását nem sikerült kimutatniuk, szerintük feltételezhe-

tő, hogy a magzatvíznek van ilyen hatása. A szülés megindulásának oka éppen az, hogy az amnion már nem termel ilyen védőanyagot. Szerintük ugyanez történik, ha a hypertoniás sóoldat tönkre teszi az amnion secernáló képességét. Mi magunk a vitához még nem tudunk hozzászólni, mert az ilyen irányú kísérleteink nincsenek olyan stádiumban, hogy valamelyik irányban döntöek lennének.

Jelen közleményünk célja klinikai vonatkozású: fel kívánjuk hívni a figyelmet egy olyan eljárásra, mely alkalmas 12. hetesnél idősebb terhességek megszakitására, vagy indokolt esetben a szülés megindítására. Egyszerűsége, veszélytelensége és eredményessége miatt bátran ajánljuk ezt a módszert, amely tudomásunk szerint eddig hazánkban még nem volt használatos.

Összefoglalás: Szerzők 200 ml 20 százalékos nátriumchlorid oldatnak a lebecsátott magzatvíz helyébe juttatásával 75 esetben eredményesen szakítottak meg 12—18 hét között levő terhességeket. egy esetben pedig letalis congenitalis magzati fejlődési rendellenesség miatt a terhesség VIII. hónapjában a szülést indították meg. Az eljárást megbízhatósága, veszélytelensége és gyors eredményessége miatt ajánlják.

IRODALOM: 1. Kovács F.: Gyakorlati és mûtétes szülészet. 1944. Debrecen. — 2. Boero E. A.: Gynec. et Obst. 1935. — 3. Molnár R., Rigó J., Verő T.: Magyar Nőorvosok Lapja. 1954. 17. 355. — 4. Ács M., Tóth B.: Magyar Nőorvosok Lapja. 1962. 25. 33. — 5. Avar Z.: Magyar Nőorvosok Lapja. 1963. 26. 72. — 6. Borth R., Stamm O., de Watteville H.: Acta Endocrin. 1952. 11. 103. — 7. Stamm O., de Watteville H.: Gynec. et Obst. 1954. 53. 171. — 8. Brosset A.: Acta obst. et gynec. scandinav. 1958. 37. 519. — 9. Bengston L. Ph., Csapó Á. I.: Am. J. Obst. & Gynec. 1962. 83. 1083. — 10. Jaffin H., Kerényi T.: Am. J. Obst. & Gynec. 1962. 84. 602. — 11. Wood E. C.: In. Ciba Foundation Study Group. 1961. No 9. New York. — 12. Csapó Á. I., Lloyd L., Jacob M. A.: Am. J. Obst. & Gynec. 1962. 83. 1073.

Antihistaminicum

Neurolepticum

PIPOLPHEN VÉGBÉLKÚP

25 mg N-2-dimethylamino-propyl-/phenothiazin HCl (promethazin)

allergiás tünetek és megbetegedések minden formájában

(urticaria, gyógyszer-exanthema, serumbetegség, Quincke oedema, pruritus stb.)

mûtéti előkészítésre

Adagolása: reggel és este 1—1 kúp

Megjegyzés: Nem ajánlatos más antihistaminnal együtt rendelni. A Pipolphen fokozza az altatók és fájdalomcsillapítók hatását, így azok csökkentett adagban adhatók.

5 kúp 6 Ft

SZTK terhére szabadon rendelhető

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat

Epilepsiás tünettől együtt manifesztálódó óriássejtes reticulosis

Gulyás Lajos dr., Zsiga Imre dr. és Liskai László dr.

A reticulosisok definíciójával, felosztásával, a kísérleti reticulosisal, valamint a myeloproliferatív syndromához való kapcsolatával számosan foglalkoztak (1—13). A reticulosis alapjául elsősorban a szöveti képet kell tekinteni, mivel a reticulosis a megszokottól eltérő különleges klinikai képet hozhat létre.

Alábbiakban ismertetünk egy esetet, melynél a betegség epilepsiás rohamokkal kezdődött, a haematologiai képben éveken át az anaemia, thrombopenia, illetve a klinikai képben vérzések, hepatosplenomegalia domináltak, és csak a betegség utolsó fázisában jelentek meg a reticulum-sejtek.

A köreset lényegének rövid ismertetése. K. J. 52 éves férfi 1960. április 20-án került első ízben osztályunkra. Anamnesis: 1957-ben eszméletvesztéses rohamai jelentkeztek, ami miatt az egyik pszichiatriai klinikára került. Ott betegségét késői epilepsiás syndromának tartották, melynek okaként j. o. centralis tüskegócot tételeztek fel. 1957-től a test különböző részein petechiák jelentek meg. 1959-ben splenomegalia, thrombopenia és anaemia miatt az egyik belgy. klinikán hyperspleniát diagnosztizáltak. A csontvelőben megakaryocytákat nem láttak. Prednisolon adása ellenére a vérzések nem szűntek meg, ezért lépeltávolítást végeztek. A 350 g-os lép szöveti szerkezete hyperspleniára utalt. A lépeltávolítás után a beteg vérzései nem szűntek meg, gyengült, 20 kg-ot fogyott. Felvételi statusából: a bőrszín szürkés-barnásan pigmentált, conjunctivák halványak, testszerte több petecs, suffusio. Máj 1 ujjal nagyobb. Adenomegalia nincs. Labor-leletekből: Mellkas rtg.: neg. We.: 5 mm, Vizelet: neg., serum összfeh.: 4,5 gr⁰/₁₀₀, ebből gamma globulin: 19,4⁰/₁₀₀, Coombs test: direct: neg., indirect: neg. ismételt. Vvt. osmotikus resist., alvadék retractio: norm., Rumpell—Leede: 7 petecs (3 perc), vérzési idő: 3,18, alvadási idő: 4,20—9,40 perc. Májfunctio: Se. bi.: 1,13, e. d. Thymol: 9,36 E. Bromsulphólein: 20,5⁰/₁₀₀ retentio. Dg: Myelofibrosis? Cirrhosis hepatis. — Therápiánk lényege: Prednisolon, ACTH, transfúsiók friss vérrel a cytopenia miatt, mely esetleg immunológiai alapfolyamat kapcsán fejlődött ki.

Otthonában 1960. augusztusában epileptiform görcsök miatt a L₃ csigolya pathológiásan fracturált, ugyanekkor a bőr- és visceralis vérzések nagymértékben fokozódtak.

E miatt újabb felvételre került. A csigolya és koponyafelvételen ritikulációs és scleroticus zónák láthatók az L₃ csig. fractura jelei mellett. A többi csonton is fokozódó meszszegénység látszott. Egyéb vizsgálatok közül megemlítjük a ca-tükröt, mely 8—9 mg⁰/₁₀₀-os értéket mutatott. Se. P: 7,30 mg⁰/₁₀₀, savi phosphatase: 8,5 BE. — A csigolyaelváltozás következtében fellépett neurológiai tünetek fokozatosan visszafejlődtek. — Dg: Autoimmun thrombopenia et anaemia? Fract. pathol. vert. L₃. Cirrhosis hep.

1961. febr.-ban került sor utolsó bentfekvésére, igen elesett állapotban. A vérzések testszerte fokozódtak, jellemző vérkép (I. táblázat) alakult ki, s j. o. pneumonia kialakulása után következett be az exitus.

Dg.: Reticulosis? Myeloid metaplasia? Erythroblastosis? Cirrhosis hep.? Pneumonia l. d.

Csontvelő kenet

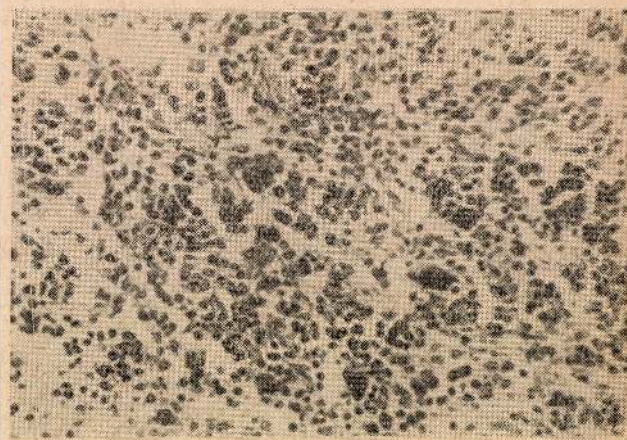
1960. IV. hó: Erősen fokozott vvt-képzés. (normobl.) Normálisnál több myeloblast.

1960. IX. hó. Myelocyta képzés fokozott. Igen sok és nem tipusos megakaryocyta, plasmodium lefűződés nélkül. Sok plasmasejt, magvas vvt.

1961. II. hó. Nagyfokú hypercellularitás, relative kevés a zsír. Normális haemopoiesisnek kevés jele van. A sejtek zöme atypusos, kerek, leginkább lymphoreticulum sejt, nucleusokkal. Kerek sejtek a lymphocytaénál nagyobb plasmával, nucleolus jelzi fiatal voltukat. A sejtek kb. 99⁰/₁₀₀-a ezen tipushoz tartozik. Néhol plasmasejtre hasonlítanak a sejtek, melyek nagy plasmával bíró kerek magvú elemek, laza szerkezetű chromatinnal. Annyira háttérben van a 3 norm. sejtszám, hogy a kép alapján primaer malignus reticulosisra lehet gondolni.

Boncoláskor nyert kenet. Csaknem 100⁰/₁₀₀-osan reticularis eredetűnek tűnő atypusos, kevésbé differenciált, helyenként többmagvú sejtek alkotják a képet.

A boncolási leletből: a lépét régebbi műtéttel eltávolították. A máj megnagyobbodott, barnás-sárga színű. Az epelelyás szabad. A mellcsontban, a j.



I. ábra. Óriás reticulumsejtek nyirokcsomóban

combesont diaphysisében vörös csontvelő van. A csigolyák a fűrészelési felszínen mályvavörösek, spongiosus állományuk körömmel könnyen törhető. A II—III. ágyéki csig. felső felszíne egyenetlen, kirágott. A szövettani leletből: a nyirokcsomó folliculusai eltűntek, szabályos nyirokszövet sehol nem látható. A sinusok mérsékelten tágak, bennük lymphocytá, eosinophil leukocytá, több bő plasmájú, sötét, változó nagy magvú sejt van. Gyakran láthatók nagy, lebonyozott magvú, tömeges chromatin tartalmú, bőséges plasmájú sejtek. Csontvelő: A lapos csontokban és csigolyákban a velőtüreket mindenütt sejtűs állomány tölti ki, melyben a legtöbb nagy, szabálytalan alakú, halvány acidophil, olykor vacuolás plasmájú sejt, melyben a magvak egy része nagy, világos, egyenetlen finom el-

1. sz. táblázat
K. J. haematologiai adataiból

	D á t u m		
	1960. IV. h6	1960. IX—XII. h6	1961. II. h6
Vvt. M.	2,8—3,2	2,56—3,2	2,84—2,24
Hgb. %	58—60	56—60	52—50
Haematokrit	25	22	18
Reticulocytá	39,200	25,000	5600
Fvs	9600—12 000	29 400—16 2000	38000—48000
Thrombocytá	28 000—48 000	20 400—22 400	7900—50400
Myeloblast	1	—	—
Promyelocytá	3	—	3
Myelocytá	4	3	11
Fi.	4	4	3
Pá.	5	13	6
Se.	56	53	31
Eo.	—	—	—
Ly.	9	6	3
Mo.	5	7	2
Baso. normobl.	2	3	5
Ortochr. normobl.	7	10	32
Polychr. normobl.	4	1	4
	aniso—poikilocytosis, ovalocytosis, polychromasia.	aniso—poikilocytosis. Baso. punctatio.	Ezeken kívül több paraerythroblast. Lymphoid reticulum-sejtek.

oszlású chromatin-tartalommal, 1—3 piciny, sötét magvaeszkával bír. Ezek a sejtek kis halmazokat képeznek. A magvak más része chromatingazdagabb, a chromatin durva eloszlású, a magvak olykor bizarr alakot mutatnak. A régebben eltávolított lép metszetében csiraközpont csak 1—1 helyen van. A sejtek legnagyobb tömegét változóan bőséges, halvány, vagy sötét acidophilen festődő plasmájú sejtek képezik, melyeknek magja igen változatos. Egy részük világos, máskor változó chromatin-tartalmú maggal bír. Ezek mellett olyan sejtek láthatók, melyek változatos chromatin-tartalmú, 2—3, vagy akár 20—30, rendszerint excentrikusan egy tömegben elhelyezkedő maggal ren-



2. ábra. Reticularis óriássejtek csontvelőben

delkeznek. A sokmagvú sejtek plasmájában gyakran apró vacuolák, máskor vvt-k figyelhetők meg. A májban szövettanilag fibrosist találtunk.

Megbeszélés:

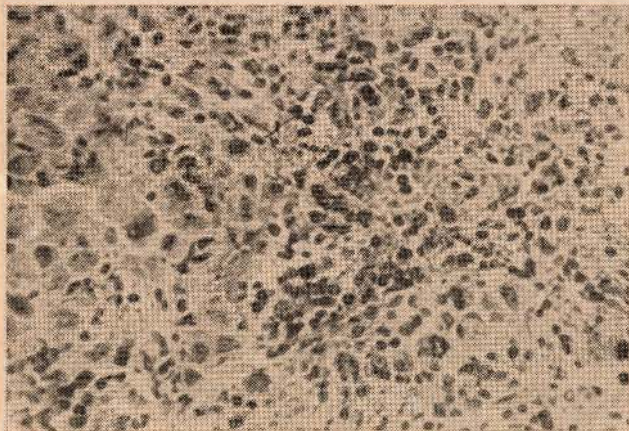
Esetünket a szöveti kép és a haematologiai leletek alapján tartjuk reticulosisnak. A szöveti képet vegyesen plasmasejtek, lymphoid reticulum és pontosan meg nem határozható mononuclearis sej-

tek alkották nagyszámú megakaryocytá típusú óriássejt képzéssel. Az óriássejtek megakaryocytákhoz hasonlóak voltak, azonban itt csak hasonlóságról van szó, mert ezek az óriássejtek a mononuclearis sejtek sorozatos endomitosisai révén jöhetnek létre. Más szerzők is leírják, hogy reticulosisok és reticulosarcomák kapcsán a sokszoros osztódások miatt polyploid óriássejtek keletkeznek. (14). Rohr ezen óriássejteket a mesenchyma, ill. a reticulohistiocytá rendszer különös származékaként fogja fel (15). Az óriássejtek csak a betegség későbbi lefolyásában léptek fel. A haematologiai leletek közül megemlíjtjük az anaemiát és thrombopeniát. A perifériás vérképben számos erythroblast jelent meg. A boncolás a feltételezett myeloid metaplasziát nem igazolta, ezért el kellett vetnünk az ún. primer „agnogen” myelofibrosist, s a boncolási kép osteosclerosisnak sem felelt meg. Fentiek alapján az erythroblastok képzési helyének a csontvelőt tekintjük. Feltételezzük, hogy a súlyos thrombopenia oka kezdetől fogva a reticulosis volt; bár eleinte kóros számban nem jelentek meg a csontvelőben a reticularis elemek, terminalisan már a sejtek zömét alkották.

A klinikai lefolyásban másokhoz hasonlóan (3, 13), mi is észleltünk izomatropiát. A csontvelő-elváltozások oka elsősorban a reticulosisban kereshető, azonban az osteoporosist a tartós corticosteroid terápia is elősegíthette.

Az irodalomban eddig nem szerepel reticulosisal szövődött epilepsziás rohamok közlése. Nincs kizárva az sem, hogy véletlen coincidentiáról van szó, de az együttes jelentkezés, a vérzések fokozódásakor újabb rohamok fellépése inkább azonos aetiológia mellett szól. Bár a szövettan morfológiai elváltozást nem mutatott ki, feltételezésünk szerint a tüske-gócot cerebrális vérzés, ún. cerebrális purpura okozta.

A differenciáldiagnosztikai problémák közül csak a leghasonlatosabb tüneteket létrehozókkal foglalkozunk. El kell esetünket különíteni néhány myeloproliferatív betegségtől. A chr. erythromyelosis, ill. erythroleukaemia periferiás vérképe, a sejt-dús csontvelő és a hepatosplenomegalia esetünkéhez hasonló; a csontvelői reticulumsejtek késői



3. ábra. Reticularis eredetű óriássejtek tumorszerű megjelenése (lép)

megjelenése és az extramedullaris haemopoiesis hiánya azonban elkülöníti. Másik myeloproliferatív betegség a myelofibrosis (4, 15, 26), mely a reticulosisokkal sok közös tünetet okozhat, sőt esetenként reticulosis talaján is kifejlődhet. (ún. secundar myelofibrosis). Azonosnak látszó kórképet ír le *Fleischhacker* anaemia leukoerythroblastica (16) és *Croizat* essentialis aleukaemiás reticulomyelosis (17) néven. Ezeknél esetünkhöz hasonlóan splenomegalia, csontstructura megváltozás, s a periferiás vérképben erythroblastos anaemia, leukocytosis fordul elő, a csontvelő azonban esetünktől eltérően sejtzegény és metaplasziás vérképzés van jelen. Bizonytalan a reticulosis és az aplasticus anaemiák elkülönítése, mert néha annyira hasonló képet produkálnak, hogy *Moeschlin* a reticulosisok egy csoportját pseudo-aplasticus anaemia néven ismertette (18).

A generalizált reticulumsejtburjánzást el kell különíteni a lokalizáltan jelentkező tumoros (sarcomás) jellegű burjánzásoktól is. Ezek egyik alcsoportja a lympho- és reticulosarcomatosis (1) a sejtek hasonló morfológiája miatt jelent elkülönítési nehézségeket. Az irodalomban ismertett esetek egy részénél lokális tumorszerű burjánzás és

generalizált terjedés együttesen fordulhat elő. A medullaris sarcomák egyik alcsoportja a plasma-sejtes sarcomák szövettani képében — az óriássejtes reticulosishoz hasonlóan — a lymphoid reticulumsejtek között sok megakaryocytá látható. Ilyen típusú képet ismertettek *Fruhling* L. és társai megakaryocytás sarcoma (14), *Rohr* reticulogranuloblastosis (15), *Albertini*, valamint *Haranghy* megakaryocytoma (19, 20), újabban *Kiss* I. aleukaemiás megakaryocytás myelosis néven (21). E folyamatokat a tumorképzés, adenomegalia, kóros fehérjék képzése, magas We.-érték az általunk ismertett reticulostól elkülöníti.

Fentiekben röviden ismertetni igyekeztünk néhány hasonló kórképet, melyektől azonban a leírt óriássejtes reticulosis az epilepsiás rohamok és a sajátos szöveti kép alapján elkülöníthető.

Összefoglalás. Szerzők epilepsiával együtt fellépő, s ezzel feltehetően oki összefüggésbe hozható reticulosis esetét ismertetik, melynek szövettani érdekessége a nagyszámú polykaryocytá típusú óriássejtképzés.

A haematologiai készítmények átnézésében való szíves segítségért Rák Kálmán dr. tanársegédnek és Kelemen Endre dr. adjunctusnak ezúton is köszönetet mondunk.

IRODALOM. 1. *Rüttner* J. R., *Mayer* C.: Schweiz. med. Wschr. 1960. 90. 1105. — 2. *Dameshek* W., *Gunz* F.: Leukaemia. Grune and Stratton, New York and London. 1958. — 3. *Bretán* M. és *Antalóczy* Z.: Magy. Belorv. Arch. 1953. 6. 162. — 4. *Barta* I.: Zschr. Inn. Med. 1959. 14. 698. — 5. *Barta* I.: Orv. Hetil. 1953. 94. 823. — 6. *Gráf* F., *Rétsági* Gy., *Vereckei* I.: Orv. Hetil. 1953. 94. 1390. — 7. *Hollán* Zs., *Bossányi* A.: A malignus reticulosis syndroma. Haematologiai Nagygyűlésen elhangzott előadás. Bp. 1961. — 8. *Patakfalvi* A., *Lénárd* E. G., *Kiss* K.: Orv. Hetil. 1962. 103. 405. — 9. *Benkő* S.: Magy. Belorv. Arch. 1953. 11. 132. — 10. *Palmer* J. G. és társai: *Blood*, 1953. 8. 72. — 11. *Kelemen* E.: A klinikai haematologia alapvonalai. Medicina. Bp. 1961. — 12. *Rák* K., *Cserhádi* I.: Magy. Belorv. Arch. 1961. 14. 29. — 13. *Barta* I.: Orv. Hetil. 1962. 103. 2113. — 14. *Fruhling* E. és tsai: *Le Sang*. 1953. 621. Tome XXIV. No. 7. 24. — 15. *Rohr* K.: Das Menschliche Knochenmark. Georg. Thieme, Stuttgart. 1960. — 16. *Fleischhacker* H.: Klinische Haematologie. Maudrich. Linz. 1950. — 17. *Croizat* P. és tsai: Proceedings of the sixth congress of the European Society of Haematology, Copenhagen, 1957. Basel. S. Karger. — 18. *Moeschlin* S.: Schweiz. med. Wschr. 1960. 90. 1198. — 19. *Albertini* A.: Histologische Geschwulstdiagnostik. Georg Thieme. Stuttgart. 1955. — 20. *Haranghy* L.: Általános kórbonctan. Medicina. 1959. Bp. — 21. *Kiss* I.: Haematologia Hung. 1961. Tom. 1. Fasc. 1. 142.

Chronicus tüdő, hörgő, mellhártya megbetegedésekben, bronchiectasiában, asthma bronchialeban a gennyes nyákot, váladékot oldja a

TRYPSIMUSC injekció!

Dystorsiók, posttraumás haematomák, haemarthros, scleroderma, ulcus, cruris, diabeteses, gangrenák, decubitusok, torpid fekélyek, thrombophlebitis, phlebothrombosis esetén

TRYPSIMUSC injekció!

Nőgyógyászati gyulladások (parametritis, adnexitis, szemészeti gyulladások) iritis, iridocyclitis, chorioretinitis, arhtritis, periartthritis, synovitis, bursitis kezelésére

TRYPSIMUSC injekció!

A pancreasból nyerhető proteoliticus hatású trypsin antiphlogisticus hatását valószínűleg annak köszönheti, hogy a ferment a gyulladós szövetek fibrinbarrierjének oldásával elősegíti a gyulladós oedemák elfolyását, továbbá megkönnyíti a phagociták útját a gyulladós góchoz. A trypsin különösen meggyorsítja a posttraumás oedemák és vérömlenyek felszívódását. Az oldószerben levő promethasin antiallergiás és helyi érzéstelenítő hatásánál fogva különösen alkalmassá teszi a készítményt a széles körű therápiás alkalmazásra.

Ellenjavallatok: A máj és vese súlyos megbetegedései. Vérzékenység esetén csak nagy óvatossággal adható!

Forgalomba kerül:

5 üveg + 5 oldószerampulla dobozban 44,50 Ft
50 üveg + 50 oldószerampulla dobozban 439,40 Ft

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető!

Szobahőmérsékleten oldott állapotban fokozatosan veszít az aktivitásából. Hűtőszekrényben 2—3 napig értékcsökkenés veszélye nélkül tárolható.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRÜGYÁR BUDAPEST, X.

Kliniko-pathológiai konferencia

Mayo Clinic Proceedings, 1964. 39 452-465*

A kórelőzmény röviden összefoglalva

1962. augusztus végén vette fel a 62 éves férfi beteget a Mayo-klinika, hat hónapja tartó változó mennyiségű haematemesis és melaena miatt.

A klinikán felvett anamnesis:

1960-ban discus-hernia műtété. Az előesett porckorong eltávolítása után lumbo-sacralis összeolvasztás történt. Ez teljesen rendben, utópanasz nincs.

1961-ben kezdődtek a beteg gyomorpanaszai: étkezés után fájdalmak az epigastrium tájon, melyek hányásra enyhülnek. Ez hetenként egyszer-kétszer ismétlődött. A rtg-vizsgálat praepylorikus fekélyt állapított meg és megfelelő belorvosi kezelésben részesült. A később végzett rtg-vizsgálat a fekély gyógyulását jelezte.

1962. februárjában ismét kórházba került vérhányás miatt. A rtg-vizsgálat újból praepylorikus fekélyt talált. Belorvosi kezelés után javultan távozott.

Április havában a beteg ismét ugyanabba a kórházba vétetett fel vérhányás és melaena miatt. Ekkor már műtétet végeztek.

I. műtét: gyomorresectio és egyidejűleg vagotomia. A szövettani vizsgálat fekélyt nem talált a kimetszett gyomorrészletben, csak idült gastritist. A beteg „gyógyultan” távozott.

Június havában ismét vérhányás, mely azonban magától megszűnt. A rtg-vizsgálat fekélyt nem tudott kimutatni, csak a gyomorresectio utáni gyomordeformáltságot.

Július havában ismét melaena. Egy másik kórházban II. műtét: laparotomia. Azonban sem vékony- sem a vastagbelekben sem a pankreasban nem találtak elváltozást. A megmaradt gyomorzsákot is megnyitották, azonban nem találták meg ott sem a vérzés forrását. A duodenum is épnek bizonyult. A megnyitott gyomorrészt eltávolították és a megmaradt pici gyomorcsonkba szájaztatták a jejunomot (gastrojejunostomia).

Augusztus 9-én tömeges vérhányás miatt ismét sebészi feltárás, hasmetszés történt. III. műtét: laparotomia. A megmaradt kis gyomorrészletben elszórtan szivárgó vérzést észleltek, de komolyabb vérzést nem. A maradék kis gyomorrészt is eltávolították és a nyelőcsövet a vékonybéllel kötötték össze (oesophago-jejunostomia).

* A konferencia anyagát olyan tanulságosnak tartjuk, hogy a kivonatolt fordításnak, ami messze túlhaladja »Folyóiratreferátum« rovatunk terjedelmét, kivételesen egészében helyt adunk. Szerk.

Augusztus 21-én ismét haematemesis és melaena. A rtg-vizsgálat sem a nyelőcső alsó részén, sem a vékonybélben nem talált elváltozást.

Mint ahogy a melaena és haematemesis állandósult, a beteget a Mayo-klinikára szállították be.

*

A Mayo-klinika belgyógyászatának vizsgálati eredménye:

Vérnyomás: 120/70 Hg, érverés szabályos, percenként 92; hőmérséklet: 38,5° C; arc: halvány; mellkasfalón erythema, mely nyomásra elfehéredik; a has mérsékelt puffadt, szabályos bélkorgások; széklet rectalis vizsgálatkor: folyékony, kátrányszerű.

(Laboratóriumi adatok):

Haemoglobin: 9,0 g/100 ml; fehérvérsejtszám: 10 000; 84% polynuclearis; 15% lymphocytá; 1% monocytá; vércukor: 116 mg/100 ml (éhező állapotban); bilirubin: 1,4 mg/100 ml direct és 1,3 mg indirect; urea: 54 mg/100 ml; véralvadási idő: 3 perc; vérsídső: 3 perc; serum-natrium: 145 mEq/lit.; plasma-chlor: 90,2 mEq/lit.; plasma széndioxid-kötőképesség: 27 mEq/lit.; serum-calcium: 8,4 mEq/lit.; vizeletfajsúly: 1009, vegyhatása savi; vizelet: enyhe glykosuria (a beteg glykosét kapott i. v.), vizeletüledékben semmi kóros; vérkenet: enyhe fokú anisocytosis és hypochromasia. Mellkasátvilágítás: a bal rekesz felett kevés mellhártyaizzadásmány, pleurális reactio észlelhető. Gyomor-rtg: teljes gyomorkiirtás utáni állapot, jól működő nyelőcső-vékonybél szájadékkal. Az anastomosis körül némi bárium-rendellenesség észlelhető a nyelőcső alsó-hátsó részénél, nyilván barium-pép torlódás vagy vékonybél-elcsavarodás következtében. EKG: lényegesebb eltérést nem jelez.

*

A vérzés állandósul, ezért a beteg több esetben vérátömlesztést kap.

Augusztus 23-án 650 ml vért hány. Vérnyomása leesik 78/64 Hg/mm-re. Újból sürgős hasmetszés.

IV. műtét: relaparotomia.

(Ekkor az elnök a belgyógyásznak adja meg a szót.)

BELGYÓGYÁSZ: az emésztőcsatorna felső szakaszából származó gastro-intestinalis vérzés problémájával állunk szemben. A haematemesis arra utal, hogy a vérzés nem jöhet mélyebbről, mint a Treitz-szalag, a flexura duodeno-jejunalistól feljebb eső szakaszból. (Kivétel az az eset, ha az illetőn gyomor-bél egyesítés történik a bél alsó szakaszával, vagy gastro-entrikus sipoly áll fenn. Ez itt nem jöhet számításba.)

Legelső helyen állnak a *peptikus fekélyek* és az *oesophagus varixokból* (portalis hypertensio!) származó vérzések (a peptikus fekélyek 50—90%-kal, majd 10—45%-kal a nyelőcső, vagy gyomorvarixok). Ugyancsak vezető helyet foglalnak el a *gyomorrákból* eredő vérzések, 5—20%-kal. A nyelőcső *hiatus herniák* is elég gyakran szerepelnek a felső gastro-intestinalis vérzések listáján, de ritkán okoznak elvérzést.

A felsőbb szakaszból származó gastrointestina- lis vérzések ritkább okai a *nyelőcső-neoplasmák* és nem a hiatus herniához csatlakozó *oesophagitis*. Ebben az esetben egyik sem jöhet számításba, sem a cardia felszakadása erőltetett, kínzó hányás következtében (*Mallory—Weiss* syndroma). A betegnek semmi olyan tünete nem volt, mely nyelőcső betegségre utalt volna, sem a röntgen-vizsgálat, sem a sebési exploratio ez irányban nem tudott semmit kimutatni.

A vérzést okozó leggyakoribb jóindulatú gyomordaganat a *leiomyoma* és *adenomás polypok*, a rosszindulatú tumorok közül a rákon kívül említendő a *lymphosarkoma*. A kórtörténetek alapján mind a jó-, mind a rosszindulatú gyomordaganatok kizárhatók.

A *heveny erosiós gastritis* már szóba jöhet a diagnosztikus lehetőségek közt. Sok esetben ez a vérzés forrása. Olykor meg egészen kicsi, vagy egészen *felületes laesiók* komoly vérzést okozhatnak, melyek forrása csak gastroskópos vizsgálattal fedezhetők fel, vérzés közben.

Duodenális vagy *pankreas* betegségre, mely esetenként okozhat vérzéseket, ebben az esetben nem gondolhatunk, hasonlóképpen elesik a rosszindulatú duodenalis vagy Vater-papilla neoplasma vagy pancreas-carcinoma kórjelzése. Ezek a műtétkor észrevehetőek és esetleg orvosolhatók lettek volna.

Különbféle *dyskrasiás vérbetegségek*, leukæmiák, thrombocytopeniás purpura, a reticuloendotheliosisok (beleértve a Hodgkin-kórt is), polycythaemia vera és aplastikus anaemia okozhatnak vérzést a gastrointestialis csatorna felső szakaszában.

Az *aneurysma* okozta gastrointestialis vérzés sem olyan ritka lelet, mint általában feltételezik. Egy boncolási sorozatban a hasi aorta aneurysma a negyedik helyen szerepelt a felső gastrointestialis elvérzéses halál okaként. Ezek az aneurysmák rendszerint a hasi aorta felső szakaszán keletkeznek és a duodenum harmadik szakaszába törhetnek.

Öröklődő vérző *teleangiectasiára* az elhalt beteg esetében nem gondolhatunk, erre semmi adat nincs a kórelőzményben, nem szerepel a családi anamnesisben vérzés. (Azokban az esetekben, ahol ez a hereditarius kórállapot okoz gastrointestialis vérzést, családi anamnesisükben rendszerint szerepelnek rendellenes vérzések.)

A felső gastrointestialis szakasz vérzéseinek ritkább okai lehetnek még: a *malignus hypertensio*, *periarteritis nodosa*, gyomor vagy máj *sarcoid*,

amyloidosis, *pseudoxanthomatosus elasticum*, *aortastenosis*, a központi idegrendszer bántalmazottsága (pl. agydagánat), *Curling-fekély* (égési sérülés szövődeményeként fejlődő heveny gyomor-, vagy nyombélfekély), *mesenterialis thrombosis* és *gyomor-syphilis*. Hasonlóképpen *prothrombin-deficit*tal járó sárgaság is oka lehet a vérzésnek.

Még a totalis gastrektomia után is folytatódott a vérzés. Ha csakugyan totalis gastrektomia történt, akkor nem maradt savtermelő sejt vissza és peptikus fekély kórjelzését fel kell adnunk. Eddig fekélyből eredő vérzésre kellett gyanakodnunk, mert a többi lehetőséget elemezve, azok kizárhatók, bár nem tudok szabadulni a gondolattól, hogy egy kis gyomorrész maradt vissza és mégis csak peptikus fekélyből történt a vérzés.

A fizikalis leletek, a sápadt arc, szurokszerű széklet a végbélben — nem meglepő. A mellkasfal erythemája sem nyújtott specifikus diagnosztikai segítséget. Okozhatta láz, gyógyszer, vagy az utoljára adott vértransfusio. Carcinoid-syndroma „kipirulási tünet”-ére sem volt jellegzetes, mert az jól körülhatárolt és nem csak a mellkasfalán, hanem éppúgy a fejen és nyakon is mutatkozik.

Az anaemia várható volt. Talán a polynucleosisnak volt jelentősége. A lázzal társult 84%-os polymorphonuclearis leukocytosisból arra következtethettünk, hogy valahol infectio fészkel a szervezetben.

A vérkenetből nem gyanakodhattunk dyskrasiás vérbetegségre. A vérzési és alvadási idő normális volt.

A null-diétán tartott betegnek kisértékű vércukor emelkedését okozhatta az érbe adott glykose, vagy esetleg pancreas bántalmazottság, de erre semmi adat nincsen és ez a feltevés eljuthet.

A vér-urea (karbamid) enyhe emelkedését kétségtelenül a belekben felhalmozódott vér okozta.

A serum-bilirubin emelkedés magyarázata szorul. Semmi bizonyíték nincs arra vonatkozólag, hogy a betegnek idült májbaja lett volna. A kórelőzményben nem szerepel alkoholizmus, sárgaság vagy hepatitis. A fizikális vizsgálat sem talált semmi olyan elváltozást, melyből májbetegségre következtethettünk volna— póklábrajzatú angiómákat, tágult collateralis ereket, a máj vagy lép megnagyobbodását, ascitest vagy oedemát. Az előző műtéti leletekben sincs említés májváltozásról, májbiopsia sem történt. Az a tény, hogy a nyelőcsővérzés csillapítására alkalmas gumiballont nem alkalmaztak, arra utal, hogy nem is vetődött fel az oesophagus-varixokból eredő vérzés gondolata.

A hyperbilirubinaemiát okozhatta serum hepatitis. Kétségtelenül a beteg több alkalommal kapott vérátömlesztést, úgy, hogy ez a lehetőség nem zárható ki. Elvéve epekő is okozhat hyperbilirubinaemiát más betegség ideje közben, ez a lehetőség is ebben az esetben kizárható.

A láz, a polynucleosis és a mellkas rgtg-vizsgálata arra utal, hogy gondolhatunk az utolsó műtéttel kapcsolatosan fejlődött májkörüli *subphrenikus tályogra*.

(Kérdést intéz a röntgenológushoz a mellkas- és gyomorvizsgálattal kapcsolatban.)

RÖNTGENOLÓGUS: A mellkas rtg-felvételén a bal rekesz felett folyadék, vagy pleuramegvasztódás látható. A rekeszállás normális. A gyomor röntgenogrammján azonban a rekesz kissé felnyomott. Van-e itt subphrenikus tályog, vagy nincs, nem tudnám megmondani.

BELGYÓGYÁSZ: Azt hiszem, ennek az embernek perforált peptikus fekélye volt és a gyomor anastomosisa körül perihepatikus subphrenikus tályogja van és valószínűleg ez felelős a hyperbilirubinaemiáért.

ELNÖK: A klinika orvosainak diagnózisa volt: vérző folyamat a duodenumban, valószínűleg leiomyoma.

(Felkéri a sebészt, aki a klinikán a negyedik műtétet végezte, ismertesse az esetet.)

SEBÉSZ: Én augusztus 23-án láttam először a beteget, hogy a felső gastrointestinalis szakaszból történő vérzés miatt *negyedszer nyissam fel a hasat*. Véleményem egyezett a belgyógyászéval a vérzés okát tekintve. Különösen figyelembe vettem az oesophago-jejunális anastomosis körül észlelt radiológiai jelentést, noha a relaparotomia előtt végzett oesophagoszkopia csak véralvadékokat észlelt az anastomosis körül.

A sebészi explorációt tekintve nehéz, de nem egészen reménytelen helyzettel állottam szemben. A férfi nemcsak testes, hanem eléggé elhízott is volt.

Az előzetes műtétek következtében a normalis viszonyok annyira megváltoztak, alig lehetett tájékozódni. A vizenyős és gyulladós zsírszövet amorph massává sült össze a hasüregben.

A bal oldalon nagy *subphrenikus tályogot* találtam és a cardiából visszamaradt kis részletet. A tályogot részleges varratelégtség okozta a maradék gyomor és a jejunum egyesítésének műtete után.

A jelentékeny gyulladós reactio következtében a szivárgó nyílást lehetetlen volt elvarrni, a dehiscencia pedig ahhoz túl nagy volt, hogy konzervatíván kezelhettük volna. Ezért a maradék gyomorrészt eltávolítottam, hogy majd a kéznél levő jejunummal összekötöm a nyelőcsövet end-to-end anastomosisal, Roux Y-megoldással. Szerencsétlenségre a nyelőcső annyira törékeny volt, hogy az anastomosis varratát nem lehetett befejezni. Ekkor a rekeszizmot behasítva a nyelőcső mellkasi szakaszának alsó részét szabaddá tettem abban a reményben, hogy ott már varratra alkalmas szövetet talállok. Azonban ugyanolyan lehetetlen viszonyokat találtam, mint előbb, mert a nagyfokú gyulladós folyamat a mediastinumba is felhatolt.

Minthogy a nyelőcső-vékonybél egyesítés seho- gyan sem sikerült, a nyelőcső alsó végét vakon zár- tam, mert nem lehetett a külvilág felé kiszáraztatni. Majd összevarrva a rekeszizmot, a mellkasnak ezt a részét tamponáltuk, draineztük és a jejunum proximalis végét a hasfalán készített szűrőmetszé- sen kiszáraztattuk táplálás végett, abban a remény-

ben, hogy később helyreállítható lesz a nyelőcső- vékonybél continuitás.

A vérzés a műtét közben megszűnt és valószí- nűnek látszott, hogy az utolsó vérzések a varrat- elégtelenség, a dehiscencia területéről származtak, már csak azért is, mert a subphrenikus tályogban meglehetősen nagy mennyiségű friss véralvadék volt. Mikor megpillantottuk a „totalis gastrektom- ia” után még megmaradt cardia részletet, gon- doltunk Zollinger—Ellison syndromára is, azonban az anastomosisnál észlelt szivárgás inkább varrat- elégtelenségnek, mint fekély-perforationak lát- szott.

Szabályszerű viszonyok között a gastrointesti- nális vérzéssel műtőasztalra került beteg egész emésztőtraktusa és hasi zsigerei pontosan átvizs- gálhatók. Ez a vizsgálat magában foglalhatja a du- denum mobilizálását, a vékony- és vastagbelek transilluminációját és esetleg endoszkópos vizsgála- tot steril rectoskóppal. Ezek a vizsgálatok ezen a be- teten nem jöhettek számításba. A hasüreg hozzá- férhető vizsgálata nem derített ki semmi lényege- sebb újkeletű elváltozást.

Műtét után a beteg változatlanul súlyos álla- potban maradt. Néhány óráig vérzés nem mutatko- zott, majd hirtelen nagymennyiségű vér tört elő a kiszáraztatott jejunum nyíláson, mely katasztrófa- lisan végződött.

*

KÖRBONCNOK: a boncoláskor mintegy 200 ml vér volt a belekben. Származott pedig a nyombél legalsó szakaszából, ahová a *hasi aorta kisalmányi aneurysmája* tört be. Az aneurysma zsákja töré- keny sarjszövettel szorosan a duodenum falához ta- padt és közvetlen összeköttetésben volt a nyombél ürterével. A szövettani vizsgálat atheromás elvá- tozáson alapuló aneurysmát állapított meg.

Különös fontosságú az a tény, hogy az aneu- rysmák körül rendszerint igen jelentékeny gyulla- dós folyamat alakul ki. Ennek kiterjedése válto- zó, de a bonctani képleteket egybeolvasztja környe- zetével. Jelen esetben a duodenum alsó szakaszá- val olvadt össze.

*

Leszűrhető tanulságok

ELNÖK: Végül is arra kell következtetnünk, hogy legalábbis az utolsó időben egyáltalában nem fekélyvérzésről volt szó, hanem az aneurysma-zsák- ból származott a vérzés.

KÖRBONCNOK: Igen.

ELNÖK: Elemezve az esetet, két téves felfo- gásomat kell revideálnom. Éspedig: (1) úgy gondol- tam, hogy csak igen nagy aneurysma okozhat ilyen szövödményt, (2) nem hittem volna, hogy elkép- zelhető, miszerint a duodenumba törő aneurysma csaknem egy éven át ilyen intermittáló vérzést okozhat.

KÖRBONCNOK: a megrepedt aneurysma állandó összjátéka a thrombosis és a vérzés. Az aneurysmák vérzése rendszerint katasztrófális. Ebben az esetben azonban az aorta és a duodenum közti nyílás kicsi volt és a zsák thrombotikus masszával bélelt, és kétségtelenül az aneurysma belsejében jóval kisebb volt a vérnyomás mint magában az aortában. A zsákban levő granulációs szövet, valamint a thrombus kialakulása és átalakulása magyarázza az intermittáló vérzést.

BELGYÓGYÁSZ: Nem látom, hogy a rendelkezésünkre álló klinikai adatokból hogyan lett volna lehetséges a kórjelzés, különösen ha azt is figyelembe vesszük, hogy a hasüreget többször is felnyitó sebészek nem találták meg a baj fészket. Vannak közlemények, melyek beszámolnak arról, hogy meginduló, de nem végzetes aneurysmális vérzések után néhány hónap múlva következik be a fatális vérzés. Nem tudom, hogy a szóban forgó eset-

ben pontosan mennyi idő telt el a kezdeti és végzetes vérzés között. Legtöbb beteg az initialis vérzéstől számítva néhány nap múlva meghal. Ez a tárgyalt eset egészen szokatlan.

II. BELGYÓGYÁSZ: csak annyi a megjegyzésem, hogy borzalmasan nehéz probléma volt mind a belgyógyász, mind a sebész számára. Éjjel beszállítanak egy idősebb férfit, aki hat hónapja vért hány és totalis gastroektomián átesett.

III. BELGYÓGYÁSZ: a mellkasi aneurysma betörhet a bronchus-ágba. Volt néhány ilyen esetünk, mikor az aneurysma arrodálta az egyik oldali főbronchust és ismételt vérköpést okozott mielőtt a végzetes vérzés bekövetkezett volna. Az erósióhoz társuló gyulladós folyamat egy ideig gátolja a nagyobb vérzést, hasonlóképp tárgyalt esetünkhöz, mikor a gastro-intestinalis traktusba tört aneurysma.

Bugyi István dr.

HEXETIDIN

hüvelykúp és oldat

Adagolás: A vaginális kúpot kúraszerűen napi 1—2 kúp felhasználásával kell adagolni. A solutióból 2 gyermekkanálnyit 1 liter vízzel felhígítani és a hígított oldatot hüvelyöblítésre alkalmazni.

Összetétel: 1 hüvelykúp 5 mg 1,3-bis(β -aethylhexyl)-5-methyl-5-aminohexahidropirimidint tartalmaz. 1 üveg oldat 4 g 1,3 bis-(β -aet-hylhexyl)-5-methyl-5-aminohexahidropirimidint és 1,1 g acidum lacticumot tartalmaz 100 ml-enként.

Javallat: Alkalmazható mindenféle fertőzőes eredetű (trichomonas, monilia stb.) fluor kezelésére.

Csomagolás: 10 db kúp 8,10 Ft
100 db kúp 55,— Ft
100 ml solutió 57,40 Ft

Megjegyzés: SZTK terhére csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer nem biztosítaná megfelelően.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.



KÖNYVISMERTETÉS

Bíró László dr. és Graber Hedvig dr.: Cortison származékok klinikai alkalmazása. Medicina, Budapest, 1962. 327 old.

Fontos feladatra vállalkoztak a szerzők a corticosteroidok klinikai alkalmazásáról szóló könyv megírásával. E hormonok a medicina minden ágában nélkülözhetetlen gyógyszerek lettek, segítségükkel számos, azelőtt magas mortalitású betegségben meg lehet menteni az életet, meg lehet rövidíteni a betegséget, enyhíteni lehet a szenvedést. A mellékhatások azonban súlyosak lehetnek, és ez visszariasztja az orvost a szer alkalmazásától akkor is, amikor e mulasztás súlyos következményekkel járhat. Ezért igen fontos egy oly összefoglaló munka, mely a corticosteroid terapia hatalmasra duzzadt irodalmának útvesztőjében tanácsot ad a gyógyító orvosnak a követendő irányra. E hormonokat több mint száz különböző betegségben alkalmazzák, és mellékhatásaik sokfélesége is egyedülálló.

Hasznos élettani, kémiai és farmakológiai ismertetéssel kezdődik a könyv, áttekintést biztosító táblázatokkal. Selye koncepciójának ismertetése rövidreszabottnak tűnik. A dexametazonról az olvasható, hogy »diabetogen hatása kisebb, ez a remény azonban nem vált be teljesen«. Talán nem volna már elhamarkodott annak kijelentése sem, hogy e remény végképp megsemmisült.

A II. részben a substitúciós kezeléssel olvasunk. Azzal a megállapítással, hogy az Addison-kóros betegeknek csaknem mindig van igényük a mineralo-corticoid pótlást is, magunk részéről nem értünk egyet. E betegek nagyobb része csupán cortisonnal kifogástalan állapotban tartható. Az Adams—Stokes-szindróma corticoid-kezelését illetően megjegyezzük, hogy azt hazánkban e sorok írója alkalmazta először.

A terápiás fejezetek közt jó összefoglalást kapunk a mellékvesekéreg szerepéről az oedematizációban. A szénanátha fejezetéből kimaradt a betegség corticosteroid-kezelése, csak a pathomechanizmust és a tüneteket ismertetik. A haematológiai, renális és emésztőszervi betegségek részletes tárgyalása után a májcirrhosis kérdésével igen szűkszavúan foglalkoznak.

A III. részben a fertőzőbetegségek steroid-therápiáját tárgyalják. Érdekes pathophiziologiai bevezetés után részletesen foglalkoznak az egyes bakteriális és vírus-betegségek steroid-kezelésének lehetőségével, az utóbbiakban helyesen emelve ki a többnyire negatív álláspontot, mert vírusok ellen hatásos antibiotikumokkal nem rendelkezünk, és így a védekező mechanizmus gyengítése fokozott veszélyt jelent.

A IV. rész a glykocorticoid-kezelés mellékhatásaival foglalkozik. Ezt a fontos fejezetet részletesen és minden oldalról megvilágítva tárgyalják. Nyíltan feltárják ugyan a sokféle veszélyt, de feleslegesen nem riasztják vissza az olvasót az életmentő hormonok alkalmazásától. Hasznosan egészíti ki a könyvet az ACTH és corticosteroid készítmények jegyzéke, kár, hogy a gyárak és országok neveit nem tüntették fel.

A stílus világos, az állásfoglalások határozottak. A hatásokat mindig pathofiziológiai alapra vezetik vissza. A rövid esetismertetések jól megvilágítják a kérdéseket. A mű főleg a belgyógyászati betegségek corticoid terapiájával foglalkozik, pl. a pemphigust meg sem említi, noha annak steroid-kezelése az utóbbi évtized egyik legnagyobb vívmánya. Így a könyv címe nem fedti pontosan tartalmát. Az irodalom bőséges, és nagyon helyesen a közlemények címeit is tartalmazza. A szép kiállítású könyv hézagpótló, és komoly nyeresége orvosi irodalmunknak.

Góth Endre dr.

Megjelent

EGÉSZSÉGÜGYI FELVILÁGOSÍTÁS

1964. 5. szám

- Prof. dr. h. c. Glaser Hugo: A civilizációs betegségek megelőzéséről.
Váry István dr.: A társadalmi tényező hatása a szemészeti kórkepek alakulására.
Várgédy Aladár dr.: A szülők és a pedagógusok szerepe a szívbeteg gyermek gondozásában.
Farkas Ferenc dr.: A mezőgazdaságban dolgozó tüdőgümőkóros betegek rehabilitációja.
Maróti Andor: A népművelés egyetemi oktatása.
Sz. Fodor Katalin: Népművelés és egészségügyi felvilágosítás. Gyakorlati kérdések.
Kovács László dr.: A nemibetegségek újabb terjedése elleni védekezés legfontosabb problémái.
Buda József dr., Tényi Jenő dr., Bédi Gyula dr.: Gondolatok a siklósi járás higiénés viszonyainak felmérése kapcsán.
Ifjú Ferencné: Az anyák jogai. Bibliográfia.
F. M. S. Az egészségügyi felvilágosítás magyar nyelvű irodalmának bibliográfiái adatai (1956—1964 május).
Vitaforum.
Katona László dr.: A kisfilmek kérdéséhez.
Füsti Molnár Sándor dr.: Hiba-e a játékos jelleg az egészségügyi filmekben?
Lapszemle, külföldi tapasztalatok.

K. L. dr.: Világszerte növekszik a nemibetegek száma.

Ferenczi Endre dr.: Gyermekbénulás elleni védőoltások Új-Zélandban.

M. J. dr.: Szemléltető eszközök az alkoholizmus elleni felvilágosításban.
M. Gy. né: Az üzemi rádió egészségügyi felvilágosítási munkája a Szovjetunióban.

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1964. 5. szám

- Czeizel Endre, Hancsók Mária, Bogárnár Zoltán és Schulek Elemér: Vizsgálatok a brucellózis szülészeti jelentőségének tisztázására.
Szendí Balázs dr. és Lakatos István dr.: Farfekvés és perinatális mortalitás.
Dellamartina Ferenc dr.: Véralvadás, vegetatívum, thromboembólia.
Aszódi Imre dr., Losonczi István dr. és Magyar Éva dr.: A Trichomonas »hexetin« therapiájáról.
Írás Jenő dr., Tarján Erna dr., és Dénes Zsuzsanna dr.: Anorganikus szulfát-meghatározások terhességben.
Avar Zoltán dr. és Kubinyi János dr.: Húsz év granulosa- és theca-sejt daganatos anyagának tanulmányai.
Volom Frigyes dr., Szónyi György dr., Kalmár Lajos dr.: A »Pregnostikon« test klinikai jelentősége.
Potondi András dr.: Korai terhesség — öngyilkossági melléklete.
Börzsönyi Mátyas dr.: A struma congenita szülészeti vonatkozásai.
Treit Sándor dr. és Német János dr.: A terhesség végén fellépő mély vénás thrombózis.
Tóth Pál dr.: Szülőotthonban végzett művi vetélések tapasztalatai 3410 eset kapcsán.
Zilahy Zoltán dr. és Kerner Pál dr.: Urethradiverticulum és cystocele Philipp György és Szabó Sándor és Szijjártó Lehel dr.: Graviditas extrauterin interstitialis esete.
Nagy Tamás dr., Boros Sándor dr. és Benkő Károly dr.: Különböző terhességi időből származó humanplacenták elektronmikroszkopos vizsgálata.
Szendí Balázs dr. és Lakatos István dr.: Tíz év 90 000 szülésének anyai halálása a mezőgazdasági foglalkozású Békés megyében.
Könyvismertetés.

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE

1964. 5. szám

- Vámos László dr.: A nikotin által kiváltott érszűkítő jelentősége bőrgyógyászati szempontból.
Káldor István dr. és Nékám Lajos dr.: Immunelektroforetikus eltolódások a szérumszékletben allergiás sokk kiváltása folyamán.
Hamar Matild dr.: Az aphthosis vírusos eredetűre vonatkozó vizsgálatok.
Szádeczky László dr. és Antalfi Sándor dr.: Vágóhídi mirigygyűjtők foglalkozási betegsége.
Radó György dr.: Verruca vulgaris kezelése Euphorbium tapasszal.
Frankl József dr.: Bőrgyógyászati vonatkozások Csorba József dr. »Higiasztika« c. munkájában.
Polgár Péter dr. és Szabó Sándor dr.: A gombás és kókkogen ekzémák kezelése Prednisonon J. kenőccsel különös tekintettel a Chloroxylinolra.
Kocsis András dr.: Fagyártalmak kezelése és kezelés energia forgalmat okozó szerrel.
Cseplák György dr.: Adatok a haemangiopericytoma (hpc) kórszármazásához.
Ülésjegyzőkönyv.

SZEMÉSZET

1964. 5. szám

- Boros Béla: A Behcet-szindróma klinikai és szövettani képe.
Csapody István: Szemmeltekintet az élet végén.

Kettesy Aladár: Az érzékszervi észlelés Helmholtz-féle három törvényszerűsége.
 Kukán Ferenc: Késői phakogenetikus uveitisek extracapsularis hályogmegtét után.
 Nónay Tibor: Az ideghártyaleválás megelőzése.
 Radnóti Magda: A steroid-glaukomáról.
 Weinstein Pál: A glaukoma kérdés mai állása.
 Ülészjegyzőkönyv.
 Könyvismertetés.

ORVOS ÉS TECHNIKA

1964. 5. szám

Szentágotthay János dr.: Kibernetika és orvostudomány.
 Langfelder Mária dr.: A klinikai kémiai laboratórium új műszerei.
 Kövesdi József dr.: Ultrahang erosol inhalátor.
 Váradi István dr.: Tapaszlatataink a vákuumextrattal és helye a modern szülészeti gyakorlatban.
 Lengyel Éva dr. és Kovács Lászlóné: A Gerontológiai Kutató Intézet kutatási anyagának Hollerith rendszerű gépi adatfeldolgozása.
 Energia szelektív számláló.
 BNV 1964.
 Orvosi műszerkiállítás Szolnokon.
 Orvosi műszer-vonatkozású irodalmi tájékoztató.
 Lapszemle.

ORVOSKÉPZÉS

1964. 5. szám

Kiszely György: Örökléstani vita, genetika, küzdelem az örökletes betegségek ellen.
 Glauber Andor: Az orthopaediai kezelés jelentősége a mozgásszervi elváltozások megelőzésében.
 Pap Gyula és Németh Viktor: Az appendicitis felismerésének nehézségei és diagnosztikai kérdései.
 Böszörményi Miklós: Változások a gümőkór epidemiológiájában.
 Kellner Béla és Gáti Éva: A daganatos betegségek klinikai-patológiai kiértékelésének tanulságai.
 S. Pálka Ilona: Adatok a myokardiális infarctus laboratóriumi diagnosztikájához.
 Magyar Imre: A májkóma.
 Osváth Pál: Virusfertőzések jelentősége a légúri megbetegedésekben.

MAGYAR SEBÉSZET

1964. 5. szám

Imre József dr.: Az emésztőtraktus felső szakaszának (oesophagus, cardia, gyomor) rekonstrukciós lehetőségeiről. Tapaszlatataink a Roux-kaccsal.
 Podhragay László dr. és Jenővári Éva dr.: Öregeken végzett közepek és nagy mütéteink.
 Rozsos István dr.: Adatok a mütéti seb-
 fertőzés okaihoz.
 Benyó Imre dr., Ihász Mihály dr., Fűsy Fridolin dr. és Bertha Ilona dr.: A vékonybél intraluminális elektromos ingerlésére vonatkozó további vizsgálatok.
 Kopasz Pál dr.: A vékonybél és vastagbél anastomosisa Maylard-Sonnenburg módszere szerint.
 Léder József dr. és Kerekes László dr.: A thymustumorok és myasthenia gravis közötti összefüggésről.
 Krausz Géza dr.: Heveny fekély kapcsán abnormis kaliberű submucosus arteriálból eredő halálos gyomorférzés.
 Fazekas I. Gyula dr.: A gyomornyal-kahártya többszörös spontán repedésből származó halálos vérzés.
 Rozsos István dr.: A féregnyúlvány többszörös gurdtya.
 Kós Rudolf dr. és Siklós István dr.: A bélfodor tömlői.
 Rigler András dr.: Hasi aktinomycosis radicalis mütéttel gyógyult esete.
 Baranyai E. dr., Cellár M. dr., Szendrői Z. dr.: Retrocavalis ureter plastikai megoldása.

Tóth József dr. és Pósta Bekény dr.: Retrocavalis ureter utanzó, óriási hydronephrosis operált esete.
 Csata S. dr., Molnár J. dr.: Ureteritis cystica ureter fissusban.
 Ferencz Béla dr. és Kovács Dezső dr.: Traumával szövődött óriási hydronephrosis.
 Mátyus Endre dr. és Szporny Gyula dr.: Az uretert dislocáló és a hólyagot deformáló óriási retroperitonealis tumor.
 Mezey József dr., Moldvai Sándor dr. és Ottó Ferenc dr.: Trauma után diagnosztizált polycystas rupturált Könyvismertetés.

MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM

1964. 5. szám

Szerkesztői bevezetés.
 Policzer Miklós dr., Katona András dr. és Marton Mihály dr.: Szívbetegség pajzsmirigyműködése.
 Somló Ernő dr.: A-v block-kal járó pitvari tachykardiáról.
 Debrőczy Tibor dr.: Adams-Stokes-tünetesoport ritka okai.
 Gottsegen György dr. és Romoda Tibor dr.: A concreto cordis és az idült myocardiopathiák elkülönítő diagnosztikája.
 Horváth Mihály dr., Hermann János dr. és Peuser Lóránt dr.: Adalékok a pitvarseptum-defectus oxymetriás diagnosztikájához (mellíri nyomás-változások hatása az oxymetriás görbére).
 Lozsádi Károly dr.: A bronchialis artériák vizsgálata Fallot-tetralogiában (pentalogiában).
 Antalóczy Zoltán dr. és Erdélyi András dr.: Acetylcholin és catecholaminok jelentősége a ritmuszavarok kialakulásában.
 Levelek a szerkesztőhöz.
 Könyvismertetés.
 Hírek.

MAGYAR RADIOLOGIA

1964. 5. szám

II. Magyar Radiológus Kongresszus.
 J. Nagy Éva, Nyírő László dr., Elekes István: J^{131} -el jelzett trioleinnel végzett zsírresorptiós vizsgálatok normál és patológias viszonyok között klinikai anyagban.
 Elekes István: Zsírresorptiós vizsgálatokhoz használatos anyagok jellemzése s a J^{131} -el jelzett triolein analitikai ellenőrzése.
 Augustin Vince dr.: Tüdőbeszűrődés 8-as típusú adenovírus fertőzés következtében.
 László Imre dr.: A szilacsont elülső felszínének röntgenanatómiájáról.
 Walko Rózsa dr.: A nyaki esigolyák törése spondylarthritiss ankylopoeticiában.
 Makos Tivadar dr., Szikorsky Tamás dr., Hercsech Béla dr.: A magányos costovertebralis bordaficam.
 Ádám Géza dr., Pongor Erzsébet dr., Berta István dr., Molnár András dr., Jóna Gábor dr.: Kísérletes adatok a besugárzott betegek vasfogalmára vonatkozólag.
 Geszti Oleva dr., Sztanvik László dr., Árki István dr. és Mándi Erika: A vér kataláz aktivitásának szerepe az erythrocyták sugárkárosodásában.
 Kizsel János dr., Varga József dr.: Seminomás apa sugárkezelése után született egészséges gyermek.
 Gyenge György: Fókuszáló kollimátorok.
 Patkó József dr. és Berta István dr.: Szilárdtest doziméterek.
 Zétény Győző dr.: Új »impresziós tubus« a gyomor röntgen-vizsgálatához. Könyvismertetés.
 Szerkesztőségi hírek.
 In memoriam.

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1964. 6. szám

Nagy Sándor: Chromosoma vizsgálat kísérleti állatoknál.
 Pácsa Sándor: A virushordozás tanulmányozása sejtenyészetekben, valamint a virushordozás hatása a Sabin-féle attenuált L. típusú poliovirus (LSC 2ab) genetikai stabilitására.
 Dávid Margit és Kovács Kálmán: Oestron-előkezelés hatása a vasopressin antiuretikus aktivitására.
 László Ferenc, Dávid Margit és Kovács Kálmán: A hypophysis-volumen változása patkányban a hypophysisnyél részleges elroncsolása után.
 Balázs Viktor és Varró Vince: Különböző tápcsatornanedvek eltérő baktericid hatása savas vegyi hatás esetén.
 Fazekas I. Gyula és Rengel Béla: Intact és adrenalectomiált patkányok vérszérumanak beta-glucuronidase aktivitása alkohol adás nélkül és alkohol adás után.
 Solti F., Rév J., Dubsky M. és Braun E.: A veritékelválasztás megváltozása hypoxia, illetve oxigénlelégzetes hatására. (Keringésség egészség és idült keringési elégtelenségben szenvedő betegekben végzett vizsgálatok).
 Kesztyűs Lóránd, Csernyánszky Hedvig és Kával Mária: Haptengátolás módszer a cellularisan fixált (sessilis) antitestek meghatározására.
 Kesztyűs Lóránd és Jókai István: Anti-enzym-módszer a cellularisan fixált (sessilis) antitestek meghatározására.
 Kesztyűs Lóránd, Csernyánszky Hedvig és Kával Mária: Aktive hyperimmunizált és passive sensibilizált nyulak szerveinek cellularisan fixált (sessilis) antitesttartalma.
 Kesztyűs Lóránd, Csernyánszky Hedvig és Kával Mária: Cellularisan fixált (sessilis) antitestek termelődése tengerimalacokban egyszerű antigeninger hatására.
 Csapó Gábor: A glukagon zsírsavcsere-hatásának vizsgálata.
 Fazekas I. Gyula és Fazekas Attila T.: Corticosteroid-frakciók papírchromatográfiás kimutatása patkány szervekben és -szövetekben.
 Banga Ilona, Mayláthné Palágyi Jolanda és Jobbágy Aladár: Fluoreszkáló kromofor csoportok az elasztinban.
 Endes P., Dévényi I. és Gomba Sz.: A juxtaglomerularis apparatus viselkedése a vegetatív idegrendszer és az érzőszerv befolyásoló anyagok hatására.
 Józsa László, Pernecky Mária, Szederkényi Gyula, Luszti Gábor: Kémiai thyreoidectomia, thyreoida kezelés és thyreotrop hormon hatása nyúlban a vér mucopolysaccharida tartalmára.
 Horváth Éva, Hadházi György és Kulcsár Gábor: Strepomyces tenyészték szűrletel víruszaporodás-gátló hatásának vizsgálata.
 Czeizel Endre, Majorossy Kálmán és Palkovits Miklós: A májregeneráció kiértékelésének néhány kvantitatív módszere.
 Varró Vince, Blahó György, Csernay László, Jung Ibolya és Szarvas Ferenc: A lokális keringés csökkentésének hatása izolált vékonybélkacs felszívóképességére kutyában.
 Miriszlai Ernő és Tigyli András: Atropin és adrenalin hatása a labyrinth nyomásra emlíőzőkön.
 Markel Éva, Pásztor Emil és Ádám György: Krónikus középagyi macskapreparátum készítése.

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE

1964. 6. szám

Nékám Lajos dr. és Rác István dr.: A bőr alkalineutralizációt befolyásoló tényezők.
 Daróczy Pál dr.: A bőr alkalineutralizációjának és alkalirezisztenciájának vizsgálata psoriasisos betegekben.
 Masszi József dr. és Mechner Tibor dr.: A katalázaminósavoxidáz rendszer vizsgálata pemphigusban.

Mészáros Csilla dr. és Debreczeni Margit: Felületi lipoid réteg vizsgálata gravimetriás módszerrel.
 Fülöp Eva dr. és Kovács Elek dr.: Hexetidin-terápia eredményei.
 Kiss Gyula dr.: Adatok a hyperhidrosis röntgenterápiájához.
 Cseplák György dr.: Az ekrin szekréciójú veritékmirigy gogli-készülékének fáziskontraszt-mikroszkópos vizsgálata.
 Dvorszky Kornél dr., Cseplák György dr., Plechl Ágota dr. és Béres Vera dr.: A vasculitis allergia cutis papulonecroticus típusa.
 Könyvismertetés.

ORVOSKÉPZÉS
 1964. 6. szám

Bevezetés.
 Szabó Gábor dr.: Antibiotikumok szerepe a természetben.
 Vályi Nagy Tibor dr.: Rákellenes antibiotikumok.
 Váczi Lajos dr.: Vírus-ellenes antibiotikumok.
 Fornet Béla dr.: Antibiotikumok alkalmazása a belgyógyászatban.
 Kövér Béla dr. és Székely Katalin dr.: Az antimikrobás antibiotikumok alkalmazásának néhány problémája a gyermekgyógyászatban.
 Szodoray Lajos dr.: Az antibakteriális és antifungális antibiotikumok kezelése néhány aktuális kérdése a dermatológiában.
 Ladányi Józsa dr.: Az antibiotikumok szerepe az akut hasi betegségek kezelésében.
 Kettesy Aladár dr.: Antibiotikumok a szemészetben.
 Ruzicska Gyula dr.: Antibiotikumok szülészeti alkalmazásának újabb szempontjai.

MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM
 1964. 6. szám

Gottsegen György dr., Török Eszter dr. és Matos Lajos dr.: Essentialis hypertonia és keringési hyperkinesis kapcsolatai.
 Barta Imre dr.: A reticulosis problémái.
 Radó János dr., Hammer Sarolta dr. és Szilágyi László dr.: Újabb chlorothiazid-származékok gyűjtőtubularis hatása és annak jelentősége decompenzált májcirrhosisban: chlorothiazid és az Aldacton eltérő hatása a distalis nephronra.
 Solti Ferenc dr., Iskum Miklós dr., Rév Judit dr. és Nagy János dr.: A Mydeton vétagkeringésre gyakorolt hatásának kísérletes vizsgálata.
 Bohenszky György dr., Bokor Zsuzsa dr., Kiss Kornélia dr. és Huiher Sándor dr.: Vizsgálatok kísérletes tüdőembóliában.
 Bíró István dr. és Bíró Ilona dr.: Krvo-globulinaemia előfordulása májbetegségekben.
 Patakfalvi Albert dr., Fábian Imre dr. és Brasch György dr.: Collagenosokban nvert klinikai és serológiai tapasztalataink.
 Könyvismertetés.

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA
 1964. 6. szám

Beköszöntő.
 Szontagh Ferenc dr.: Későterhességi szövődmények gestagenkezelésének lehetősége, a lepényli steroidsecretio alapján.
 Sívó József dr.: Osztályunk öt évi felnőtt halálozásának kritikai értékelése.
 Váczy László dr.: A genitalekből kiinduló rákok cytostaticus-kezelésével szerzett tapasztalataink.
 Gáti István dr., Tóth Kálmán dr., Saáry Zoltán dr. és Glós Iván dr.: A szülés utáni hypophysis-elégtelenség paritális formáinak diagnosztikája.
 Domány Sándor dr., Székely József dr., Tóth Kálmán dr. és Balogh Sándor

dr.: A terhességi méhnyálkahártya anaerob glikolízise.
 Kecskés Lajos dr., Mutschler Ferenc dr., Thán Ede dr. és Kóbor József dr.: Steroidok izolálása gonad és mellékvese szövétből.
 Illei György dr.: Emberi lepény heterotranszplantációja patkányban.
 Székely József dr., Igazi Károly dr. és Hasitz Sándor dr.: Tapasztalataink Shirodkar műtéttel.
 Gáti István dr., Kecskés Lajos dr. és Tóth Kálmán dr.: A hypophysis ACTH-tartalmának felmérése metopironnal hypopituitarismusban és normál esetekben.
 Keller Gábor dr. és Gáti István dr.: Röntgen-besugárzás jelentősége a mastitis korszerű kezelésében.
 Illei György dr. és Zernik Frigyes dr.: Kétoldali Müller-cső aplasia vese agenesiával és dystrophiával szövődött esete.
 Major András dr. és Krommer Károly dr.: Congenitális varicella.
 Lux János dr.: Szokatlan onkogenetikus uterus inversio.
 Könyvismertetés.

ORVOS ÉS TECHNIKA
 1964. 6. szám

Adamis Béla, Horváth Péter, Somogyi György dr.: Négycsatornás radiocirkulográf.
 Gottsegen György dr.: A szív ingerképzei zavarainak megszüntetése elektromos áramúttal.
 Zoltán János dr.: A plasztikai sebészet speciális műszereit és alkalmazásait.
 Hajdú Ferenc dr.: Sportegészségügy és technika.
 Szakmáry Géza dr.: Laboratóriumaink levegőszűrőtlanító fénycsővel.
 Bugyi Balázs dr.: A századfordulót megelőző hazai röntgenlaboratóriumok gazdasági és forgalmi adatai.
 Fogászati anyagok bemutatója.
 Spirolyt.
 Zseb dózismérő.
 A hordozható szondás izotóp szennyezettségmérő.
 Az Intézeti Tudományos Bizottság hírei.
 Lapszemle.

MAGYAR SEBÉSZET
 1964. 6. szám

Hantos László dr.: Vagotomiáink késői analízise.
 Kopasz Pál dr.: Az emésztőcsatorna aspectikus granulómái.
 Gyurkó György dr. és Furka István dr.: A bélbeültetett pancreas-csonk kísérletes vizsgálata.
 Szabó György dr., Satori Ödön dr., Forgács István dr.: Dexamethason haemodynamikai hatásai experimentális shockban.
 Székely Tamás dr.: A koponyaalap töréséhez társuló perifériás arctidegbenulás műtéti ellátása.
 Jankovich Rezső dr., Polgár János dr. és Vida István dr.: Gyomor tuberculosos esete.
 Metzli János dr.: A pancreas cystadenomáiról (Gyomorcarcinoma és pancreas cystadenoma együttes előfordulása).
 Mátyus Endre dr. és Szporny Gyula dr.: A vese egyoldali sokcystás megbetegedése.
 Csellár Mihály dr. és Frang Dezső dr.: Kétoldali savós vesecysta és jobboldali hypernephroma együttes előfordulása.
 Rosdy Ernő dr., Tóth József dr. és Csontai Agoston dr.: A vesehely cysticus tágulatairól.
 Miklós Ferenc dr.: Tampon nélküli prostatectomiával elért eredményeink.
 Faragó György dr., Wermer Tamás dr. és Balázs Márta dr.: Retrovesicalis liomyoma.
 Tóth József dr., Rosdy Ernő dr., Csontai Agoston dr.: Klinikai tapasztalatok az exstrophia vesicae sebészeti ellátása után.

Farsang István dr.: 30 éve fennálló, rectourethralis fistulával szövődött, kiterjedt hátsó húgycsőszűkület sikeresen operált esete.
 Pintér József dr., Csata Sándor dr., Tóth József dr. és Tóth Mihály dr.: A deconnexio és a hibernatio szerepe az acut anuriás betegek gyógykezelésében.
 Rosdy Ernő dr., Csellár Mihály dr., Csontai Agoston dr. és Frang Dezső dr.: Penthrane narcosisról szerzett tapasztalataink az urológiai sebészetben.
 Furka István dr.: Varróanyagok összehasonlító vizsgálata vesén.
 Merényi István dr. és Wermer Tamás dr.: Klinikai megfigyelések 503 ureterköves betegünkknél.
 Gósfay Sándor dr.: Elsődleges vesevénathrombózis előben diagnosztizált gyógyult esete.

EGÉSZSÉGÜGYI FELVILÁGOSÍTÁS
 1964. 6. szám

Bakács Tibor dr.: Az urbanizáció higiénés problémái.
 Jeney Endre dr.: A megelőző orvosi munka új feladatai.
 Székely Lajos dr.: Nyári táborban szerzett egészségügyi nevelési tapasztalatok.
 Kósa Sándor dr.: Kérdőlapos felmérés a Vöröskereszt Családi Lapja olvasóinak témaigényeiről.
 Galambos László dr.: Betegek csoportos egészségügyi felvilágosítása.
 Nikodemusz István dr.: Disznósajt, mint az élelmiszerártalmak gyakori terjesztője.
 Katona István dr.: Egészségügyi témájú iskolai rajzpályázat a Fővárosi István Kórház szervezésében.
 Simon Tamás dr.: A budapesti orvos-tanhallgatók 1964 februári téli népművelő munkájának elemzése.
 Lehrner Lóránt dr., Vadász Rudolfné: Az egészségügyi felvilágosítás összehangolása Fejér megyében.
 Füst Molnár Sándor dr.: Egy példamutató kezdeményezés.
 Havasi Pál: Egészségügyi felvilágosítás a borsodi rádióban.
 Földvári Tamás: Az egyetemi hallgatók szexuális felvilágosultságáról és nemi erkölcséről.
 Hogyan dolgozik az egészségügyi felvilágosítás módszertani irodája a Bolgár Népköztársaságban.
 Orvostanhallgatók gyakorlati oktatásának kísérletes formája Jugoszláviában.
 Az egészségügyi felvilágosítás eseménnyel, hírel.
 Megjegyzések a második gyógy-testnevelési ankéthoz.
 Mennyi a vérnyomásom? A vérkeringési betegségek megelőzése.

MAGYAR RADIOLOGIA
 1964. 6. szám

Hrabovszky Zoltán dr.: Kopári József dr. (1900-1964).
 Vödrös Dániel és Miklós Katalin: A GM-számlálócsövek jellemző sajátosságai.
 Balla Ildikó dr.: Forestier-betegség és dysphagia.
 Kural János dr.: Miért aszimetrikus a csörképződés a dorsolumbalis gerincszakaszon?
 Kórecz Károly dr., Szirmák Éva dr.: Beta-sugárzás hatása a cornea anyagcseréjére.
 Kovács Kálmán dr., László Ferenc dr., Sövényi Ervin dr. és Kocsis Júlia dr.: Angio-enographiás vizsgálatok élő patkányokban veseékéreg-necrosis kapcsán.
 Csömör Sándor dr., Nagy János, Gazsó József dr., Varga József dr.: Vörösvértettek és vérlémezkek ultrahang-rezisztencia változása női carcinomás betegeken a sugaras kezelés alatt.
 Czeizel Endre dr., Majorossy Kálmán dr., Keresztes Miklós dr. és Görgényi Ákos dr.: A radiotoxinok hatása a magzat intrauterin fejlődésére.

Pálvölgyi Richárd dr.: Segédeszkő a koponya röntgenfelvételeinek értékeléséhez.

Tóth Árpád: Inkorporáció-ellenőrzés exkréciós analízissel.

Fried László dr.: A röntgenfilm-archiválás elméleti és gyakorlati kérdései. Könyvismertetés.

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI KÜZLÖNY 1964. szept.-okt.

20/1964. (VIII. 20.) Korm. sz. rendelet. A termelőszövetkezeti csoportok, valamint a szőlő- és gyümölcsstermelő szövetkezetek, szakcsoportok és hegyközségek tagjainak betegségi ellátásáról

1964. évi I/11. sz. körirat. A mezőgazdasági termelőcsoportok tagjainak betegségi ellátása.

4/1964. (IX. 9.) SZOT sz. szabályzat. A kisiparosok betegség esetére szóló önkéntes biztosítása tárgyában kiadott 1/1962. (I. 5.) SZOT sz. szabályzat, illetőleg a betegség esetére szóló önkéntes biztosítás kiterjesztéséről kiadott 1/1963. (VIII. 1.) SZOT sz. szabályzat egyes rendelkezéseinek módosításáról, illetőleg kiegészítéséről.

2-10/8/1964. Az önkéntes betegségi biztosítás egyes kérdéseiről.

1964. évi I/13. sz. körirat. Ipari (kereskedelmi, mezőgazdasági) tanulók társadalombiztosítása.

39/1964. (Eü. K. 19.) Eü. M. sz. utasítás. Az orvosi döntőbizottsági eljárás új rendjéről, valamint a keresésképtelen biztosítottak táppénzes állományba helyezésének, orvosi felülvizsgálatának szakmai és ügyviteli ellenőrzéséről.

2-10/6/1964. Külföldön szolgálatot teljesítő dolgozóval külföldre távozó feleségének nyugdíjbiztosítása.

A biztosításra kötelezett munkaviszony megállapítása iránti per feltételei.

Jogszabálymutató.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT 1964. 9. szám

Gerlóczy Ferenc dr., Márk István dr., Bencze Béla dr. és Tóth Mária dr.: Adatok a gyermekkori E-vitaminhiány klinikopathológiájához.

Brta Lajos dr., Kassai Stefánia dr., Róka Edit dr.: Noradrenolin phenylpropionattal (Durabolin) kezelt növekedésben elmaradt gyermekek ellenőrző vizsgálata.

Tarján Róbert dr., Lindner Károly dr., Krámer Mihályné dr. és Szőke Sándorné: Szeptotátos anyák tápanyag-szükséglete.

Kemény Pál dr., Hódosi Júlia dr.: Chloroquin-sulfat kezelés mellékhatásai rheumatoid arthritises gyermekeken.

Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az ország január havi járványügyi helyzetéről.

A hónap folyamán decemberhez képest emelkedett a salmonellosis gastroenteritica, a dysenteria, a hepatitis epidemica, a dyspepsia coli, a diphtheria és a morbilli bejelentések száma; csökkenés állott be a typhus abdominalis és a tetanus előfordulása tekintetében.

A salmonellosis gastroenteritica esetek nagy része budapesti. A fővárosban négy gyermekkollektívá-

ban kisebb házi járvány is volt összesen 40 megbetegedéssel.

A dyspepsia coli a Hajdú megyei kórházban jelentkezett járványosan, máshol csak sporadikus esetek kerültek észlelésre.

Az aránylag nagyobb számú diphtheria-bejelentés nagy része (11 eset) Borsod megyei megbetegedésekből adódik, ahol két családi járvány és néhány súlyos eset is előfordult.

A decemberben kezdődött miscalci morbilli járvány még január-

ban is sok megbetegedést okozott, köztük súlyos lefolyásúakat is.

A múlt év vége felé kezdődött nyugat-dunántúli tularemia járvány január hónapra is áthúzódott; a hónap folyamán Győr-Sopron és Vas megye területéről újabb 48 esetet jelentettek be.

A többi fertőző betegség előfordulása tekintetében a helyzet nagyjából változatlan maradt. Influenza-járvány kezdetére utaló jelek az ország egész területén a hónap folyamán nem kerültek észlelésre.

Bejelentett hevenyfertőző megbetegedések Magyarországon 1964 november—1965 január hó (Előzetes, részben tisztított adatok)

Betegség	Nov.	Dec.	an.
Typhus abdominalis	44	52	32
Paratyphus	8	2	2
Salmonellosis gastroenteritica	117	96	111
Dysenteria	872	683	782
Hepatitis epidemica	1653	1618	1751
Poliomyelitis ant. ac.	—	1	—
Diphtheria	13	9	17
Scarlatina	910	896	919
Morbilli	2093	2513	3225
Pertussis	11	12	12
Influenza complicata	19	44	44
Meningitis cer. epid.	13	10	19
Meningitis serosa	66	55	57
Leptospirosis	4	4	4
Encephalitis epid.	11	6	8
Malaria	—	—	—
Typhus exanthematicus	—	—	—
M. Brill	—	—	—
Anthrax	—	1	—
Brucellosis	3	1	3
Tetanus	7	13	3
Dyspepsia coli	172	188	217

Bejelentett hevenyfertőző megbetegedések Magyarországon 1960—1965. január hó

Betegség	1960	1961	1962	1963	1964*	1965*
Typhus abdominalis	31	36	28	24	34	32
Paratyphus	4	1	5	2	6	2
Salmonellosis gastroenteritica	29	20	63	81	84	111
Dysenteria	615	717	1098	848	1023	782
Hepatitis epidemica	1664	1789	1902	1467	2061	1751
Poliomyelitis ant. ac.	10	—	—	1	—	—
Diphtheria	21	24	14	9	10	17
Scarlatina	1710	1804	2178	1781	910	969
Morbilli	5750	2142	2685	5164	2725	3225
Pertussis	97	192	543	151	31	12
Influenza complicata	79	339	124	51	35	44
Meningitis cer. epid.	14	15	9	11	9	19
Meningitis serosa	27	48	43	23	94	57
Leptospirosis	—	5	2	—	—	4
Encephalitis epid.	12	7	8	10	13	8
Malaria	—	—	—	—	—	—
Typhus exanthematicus	—	—	—	—	—	—
M. Brill	1	—	—	1	—	—
Anthrax	—	—	2	2	—	—
Brucellosis	4	6	2	3	—	3
Tetanus	6	6	6	5	8	3
Dyspepsia coli	197	172	217

* Előzetes, részben tisztított adatok.

ACEDOXIN

injekció és tableta

Az acetyldigitoxin a digitalis lanatából nyerhető glukozyd, mely a lassúbb, de tartós hatású digitalis félékhez tartozik. A gyomorbelhuzamból igen jól szívódik fel, hatása orális adagolás mellett is 2—4^h alatt beáll. A hatás gyorsasága szempontjából a lanatosid—C és a digitoxin között áll; hatás-tartama a digitoxinénál valamivel rövidebb. Az ingerképzést és az inger-vezetést kifejezetten csökkenti.

★

Javallatok: A keringési elégtelenség (kardiális dekompenzáció) helyreállítása és a kompenzáció fenntartása.

★

Összetétel: 1 ampulla (2 ml) 0,2 mg acetyldigitoxint tartalmaz.
1 tableta 0,2 mg acetyldigitoxint tartalmaz.

★

Adagolás: A kompenzáció helyreállítására az első (esetleg a második) napon nagyobb adag 2—3 ampulla i. v., illetve 3—5 tableta alkalmazható, amit a következő napokban akkor is helyes csökkenteni, ha toxikus jelenség egyáltalán nem mutatkozik. A helyreállított kompenzáció fenntartására általában napi 1/2—3 tableta szükséges.

★

Mellékhatások: Az Acedoxin mellékhatásai megegyeznek más digitalis készítmények mellékhatásaival (étvágytalanság, hányinger, látászavarok, bigeminia, bradycardia).

★

Csomagolás: 5x2 ml ampulla 8,50 Ft 40 tableta 11,— Ft
100x2 ml ampulla 128,— Ft 250 tableta 49,60 Ft

★

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető.

★

Forgalomba hozza: **KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST, X.**

HÍREK

A Belgyógyász Szakcsoport és Orvostovábbképző Intézet »Modern vizsgáló eljárások a belgyógyászatban« című előadásorozatának következő előadása április 14-én (szerdán) este 7 órakor lesz a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.). Az előadás címe: A légzésfunkció modern vizsgáló módszerei. Előadó: *Hutás Imre*.

*

A Pest megyei Tanács Semmelweis kórházának tudományos köre 1965. április 24-én szombaton de. 10 órakor a kórház (VIII. Gyulai Pál u. 2.) tanácstermében ünnepi **Semmelweis ülést** tart, melynek programja:

1. Schilling Béla dr.: Gyógyszeres kezelés a terhesség alatt.
2. Kovács Tibor dr.: A mamilla rhagadok kezelése.
3. Lázár Károly dr.: A magyar szülészeti ellátás fejlődése a szülészeti rendtartás alapján.

*

A TMB Orvosi Klinikai Szakbizottsága 1965. április 15-én délután 3 órára tűzte ki Boda Domokos dr., az orvostud. kandidátusa »A légzési zavar elhárítása poliomyelitisben és egyéb heveny életveszélyállapotokban« c. doktori értekezésének nyilvános vitáját.

A vita helye: Magyar Tudományos Akadémia, felolvasóterme, Bp. V., Roosevelt tér 9. I. e.

Az értekezés opponensei: Donhofer Szilárd dr., az MTA lev. tagja, Kerpel-Frónius Ödön dr., az MTA lev. tagja, Keszler Pál dr., az orvostud. kandidátusa.

*

Hazánk felszabadulásának 20. évfordulója alkalmából a **Budapesti Orvostudományi Egyetem** és az **Orvostovábbképző Intézet** közös ünnepi ülést rendez.

Napirend: 1. Bevezető előadás. Tartja: *Szabó Zoltán dr.* egészségügyi miniszter.

2. *Sós József dr.:* Az orvosképzés elméleti alapjai. Felkért hozzászólók: *Kesztyűs Lóránd dr. és Rauss Károly dr.*

3. *Gegesi Kiss Pál dr.:* A klinikai képzés elvi szempontjai. Felkért hozzászólók: *Petrányi Gyula dr. és Petri Gábor dr.*

4. *Putnoki Gyula dr.:* A szakorvosképzés problémái. Felkért hozzászólók: *Alföldy Zoltán dr. és Szodoray Lajos dr.*

5. *Magyar Imre dr.* A továbbképzés problémái. Felkért hozzászólók: *Kádár Tibor és Mosonyi László dr.* 1965. április hó 17-én (szombat) de. 9 órakor VIII. ker. Mária u. 41. sz. Bőrklínika, tantermében.

*

1965. október 8–9-én Miskolcon, **Jubileumi Vándorgyűlést** kívánunk tartani, a miskolci Baleseti Sebészeti Osztály 10 éves fennállása alkalmából, a Baleseti Sebészeti Osztály és az Orhopaediai Rehabilitációs Osztály rendezésében.

A vándorgyűlés helye: Miskolc, Szentpéteri kapui Kórház kultúrterme.

Téma: 1. A rehabilitatio (Különös tekintettel a baleseti, és orthopaed betegek rehabilitációjára.)

2. A lábszártörés kezelése, és szövődmenyei. Ezenkívül szabadon választott előadások is bejelenthetők.

Előadások időtartama: 10 perc, bemutatás 5 perc, hozzászólások 3 perc. Vetítési igényeket kérjük közölni.

A részvételi szándékot, illetve az előadás címét és rövid kivonatát legkésőbb május 15-ig a következő címre kérjük megküldeni:

Baleseti Sebészeti
Szervező Bizottsága
Miskolc, Szentpéteri kapui Kórház

*

MEGHÍVÓ

A Mellkassebészeti Sectio április 24-én 10 órakor a Semmelweis-teremben **tudományos ülést** tart, melyre szeretettel meghívjuk.

Téma: A tüdő nem specifikus megbetegedéseinek differenciáldiagnosztikai problémái és műtéti indikációi.

Referens: *Salzer G. prof. dr.* (Wien.)

Korefrens: *Barna László dr.*

Bejelentett előadások:

Ungár Imre dr.: A tüdődagاناتok műtéti javallata és a daganat igazolásának módja (15 perc).

Kulka Frigyes dr.—Baradnay Gyula dr.: A szoliter tüdőmetastasisok differenciáldiagnosztikája és műtéti indikációja (10 perc).

Domokos Károly dr.: Néhány adat a mellkasi differenciáldiagnosztika nehézségeihez (10 perc).

Tompa Ferenc dr.: Néhány, diagnosztikai nehézséget jelentő eset (10 perc).

Csorba Lajos dr.: Diagnosztikus problémák az alsólebeny területén elhelyezkedő aspecifikus elváltozásoknál (10 perc).

Hozzászólások:

Üléselnök: *Schnitzler József dr.* egytemi docens.

PÁLYÁZATI Hirdetmények

(120)

A Dorogi Járási Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgatója pályázatot hirdet a dorogi rendelőintézetnél nyugdíjazás illetve áthelyezés miatt megüresedett **röntgen és laboratóriumi szakfőorvosi állásra**. Az E. 127. ksz. szerint díjazott 6 órás főfoglalkozású állás mellé 2 órással melléállás biztosítható. Mindkét állással 30%-os veszélyességi pótlék jár. A röntgen szakfőorvosi állás elnyerőjének Esztergomban 3 szobás modern lakást biztosítunk. Az állások és a lakás is azonnal elfoglalható.

Miskolczi Zoltán dr.
kórházigazgató főorvos

(119)

Pályázatot hirdetek az adácsi **körzeti orvosi állásra**. Az állás javadalmozása: E. 181. kulcsszám szerinti alappér, 100 Ft vidéki pótdíj és 400 Ft ügyeleti díj. Közművesített orvosi lakás biztosítva, ugyanott váró és rendelő. A község a budapesti—miskolci vasútvonal mellett fekszik. Pályázati kérelmet a Járási Tanács VB. Egészségügyi Csoporthoz (Gyöngyös, Fő tér 13) kell megküldeni.

Czáka Andor dr.
járási főorvos

(118)

A Sárvári Járási Tanács VB. Eü. Csoport vezetője pályázatot hirdet az áthelyezés folytán Sárvárotól megüresedett belterületi E. 181. kulcsszámú **körzeti orvosi állásra**. Az állás javadalmozása: 2200 Ft alappér, 100 Ft körzeti orvosi pótlék és 400 Ft ügyeleti díj. Körzeti ápolónő, asszisztens, védőnő van. Amennyiben a pályázó házastársa gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkezik, úgy előnyben részesül, mivel a Járási Rendelőintézetnél napi 6 órás főfoglalkozású rendelőintézetű főorvosi állást kaphat.

A körzeti orvos részére 2 szoba összkomfortos lakás a város szívében, a körzeti rendelőtől néhány lépésre rendelkezésre áll. Az állás azonnal elfoglalható. Pályázati határidő: 1965. április 30. Hargittai Katalin dr. járási főorvos.

(121)

A Bp. XVIII. ker. Tanács VB. Eü. Osztály Vezetője pályázatot hirdet az egészségügyi osztályon áthelyezés következtében megüresedett **kerületi orvosi állásra**.

A kinevezésre kerülő orvos illetményét a 116/1960. Mű. M. rendelet alapján a szolgálati évek szerint fogjuk megállapítani. Az állás azonnal elfoglalható. A kellően felszerelt pályázatokot a megjelenéstől számított 15 napon belül kell beadni az egészségügyi osztály vezetőjéhez.

Bordás Szilárd dr.
kerületi főorvos

(124)

Pályázatot hirdetek az áthelyezés folytán üresedésben levő E. 181. kulcsszámú ácsi III. sz. **körzeti orvosi állásra**. 1 órással melléállás biztosítunk. Felesség részére esetleg orvosirnokai állás is biztosítható. 2 szoba összkomfortos lakás azonnal beköltözhető. A hétfői ügyelet felváltva történik. Pályázatokot a Járási Tanács VB. Eü. Csoportja, Komárom címre kérem megküldeni.

Szigetvári Ferenc dr.
járási főorvos

(138)

A Püspökladányi Járási Tanács VB. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet Bihartornajbajom II. számú **körzeti orvosi állásra**, amely elhalálozás folytán megüresedett. Az állás il-

letménye az E. 181. kulcsszám szerinti alapfizetés, 100 Ft körzeti orvosi pótlék, és 400 Ft ügyeleti díj. Az álláshoz 3 szoba, összkomfortos, rendelő, váróval egybeépített modern szolgálati lakás rendelkezésre áll. Két szoba, összkomfortos azonnal beköltözhető, a harmadik szobában folyó év október 1-ig társbérliként lakik az előző orvos özvegye. A körzet lélekszáma kb. 2800 fő.

(122)
A Komárom megyei KÖJAL igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a megüresedett állami közegészségügyi felügyelői állásra. Beosztás az élelmezéségeszségügyi csoportnál. Illetmény az E. 146. ksz. szerint. Lakás biztosítása lehetséges.

Zámbolt Kálmán dr.
igazgató-főorvos

(137)
A Tamási Járási Tanács VB. pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett járási főorvosi állásra. Az álláshoz 3 szoba összkomfortos lakás biztosítva van. Szakorvos részére mellékállás vállalása lehetséges. Orvosházaspár és gyermekszervek előnyben részesül. A szabályszerkesztés felszerelt kérelmeket szolgálati úton a hirdetésny megjelenését követően 15 napon belül a Tamási Járási Tanács VB.-elnökéhez kell benyújtani.

(139)
A Püspökladányi Járási Tanács VB. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet a folyó év május 1-vel nyugdíjazás folytán megüresedett kábalkörzeti ápolónői állásra. Az állás illetménye az E. Kulcsszám-nak megfelelően. Szolgálati lakást nem tudunk biztosítani.

(136)
A Nagykanizsai Városi Tanács VB. Egészségügyi Osztály vezetője pályázatot hirdet a nagykanizsai Városi kórházban megüresedett E. 109. ksz. szülész-nőgyógyász osztályvezető főorvosi állásra. A szabályszerkesztés felszerelt pályázati kérelmeket a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül a Városi Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kell benyújtani. Lakást az év folyamán biztosítunk.

Szollár István dr.
városi főorvos

(135)
A Bp. III. ker. Szakorvosi Rendelőintézet (III. Vörösvári út 88-96. sz.) rtg-osztályán megüresült E. 126. kulcsszámú rtg-szakorvosi állást meghirdetem. A pályázat határideje a közlemény megjelenésétől számított 15 nap.

Sas Jenő dr.
ig.-főorvos

(134)
A Keszthelyi Városi Tanács VB. Egészségügyi Csoportja pályázatot hirdet Keszthely városában megüresedett II. körzeti gyermekorvos állásra. Illetmény az E. 177. ksz. szerint 2700 Ft. Pályázatot két héten belül csoportomba küldjék be, önéletrajzzal és szakorvosi bizonyítvánnyal felszerelve.

Kató Gergely dr.
városi főorvos

(123)
Az Ózdi járási Tanács VB. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet a f. évi március 15-én áthelyezés folytán megüresedett E. 180. kulcsszámú csernelyi körzeti orvosi állásra. Illetmény kulcsszám szerint, ügyeleti díjjal, fuvarátalánnyal, és kézigyógyásztár-

kezelési díjjal. A körzethez három kapcsolatos közeg tartozik. Felszerelt orvosi rendelő, váró és 4 szobás lakás rendelkezésre áll.

Az Ózdi járási Tanács Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet az E. 183. kulcsszámú Sajókaza-bányaüzemi körzeti orvosi állásra. Kapcsolt közeg sincs.

Mindkét állásban 6-10 000 Ft-ig terjedő évvégi jutalmazás van.

Konkoly Ádám dr.
járási főorvos

Felelős kiadó: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. Megjelent 12 200 példányban.

Kiadóhivatal: Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Bpest, V., Beloiannisz u. 8. Telefon: 122-650.

MNB egyszámúszám: 69.915,272-46. 65 1385 Athenaeum Nyomda, Budapest Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hirlapirodájánál (Budapest, V. ker. József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál.

Csekkszámúszám: egyéni 61 273. közületi 61 066 (vagy átutalás a MNB 8. sz. folyószámlájára)

Szerkesztőség: Bpest, V., Nádor u. 32. Telefon: 121-804, ha nem felel: 122-765.

Előfizetési díj egy évre 180,- Ft, negyedévre 45,-, egyes szám ára 4,50 Ft

INDEX: 25 674

ELŐADÁSOK-ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1965. április 12. hétfő	Semmelweis-terem VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 6 óra	A Radiológus Szakcsoport	1. Szatai I., Jóna C., Gyarmati J., Kelemen J., Ádám G.: Transsternalis phlebographia emlőcarcinomás betegek terápiájában (15'). 2. Kelemen J., Jóna C. Berta I.: Lymphographia retroperitonealis tumormetastasisok kimutatásában. (10'). 3. Déssi Z.: Ektázus alkalmazása telecobaltterápiánál (10'). 4. Berta I., Görgey M.: Adatok a méhnyakrák korszerű kezelésének kérdéséhez.
1965. április 13. kedd	Semmelweis-terem VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 4 óra	A Tbc. és Tüdőgyógyász Szakcsoport	Fráter Miklós, Szöllösi Irma, Dobossy Ilona: A paucibacillaria jelentősége az újonnan felfedezett és idült tuberkulotikus folyamatok aktivitásának eldöntésében. Sassy-Dobray Gábor, Katona Klára, Desbordes Emil: A tüdőaluminóziszóró.
1965. április 13. kedd	Szeged Szemészeti Klinika, előadóterem	délután 5 óra	A Szegedi Orvostudományi Egyetem	Előadás. 1. Sövényi Ervin, Kovács Júlia, Kovács Kálmán, László Ferenc: Kísérletesen előidézett vesekéregnecrosis kimutatása angioprographiával (20) 2. Juvancz Iréneusz: A terápiás hatásnak a diagnosztikai, prognosztikai jelek megbízhatóságának számszerű mérése. 3. Kalmár László: Kibernetikai módszerek a természettudományban.
1965. április 14. szerda	Semmelweis-terem VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 7 óra	Az OTKI és a Belgyógyász Szakcsoport	Modern vizsgelő eljárások a belgyógyaszban. III. Hutás Imre: A légzésfunkció modern vizsgálómódszerei.
1965. április 15. csütörtök	Üzemi Rendelőintézet, tanácsterem VIII. Kőbányai út 21-23. I. em.	déllelőtt 1/2 11 óra	Az Intézet Tudományos Köre	„Mozdonyok szerkesztésével, gyártásával és üzemelésével kapcsolatban felmerülő egészségügyi problémák” című kerekasztalkonferencia. Vitavezetők: Regös János dr. és Suba Gábor. Felkért hozzászólók: Turgyán Mihály, Falk Alfréd, Ecséri József, Farsang Pál, Gombás Béla és Ernyei Alice.
1965. április 15. csütörtök	Főv. Péterfy S. utcai Kórház-Rendelőintézet, tanácsterem VII. Péterfy Sándor utca 14. IV. em.	délután 2 óra	Az Intézet Tudományos Egyesülete	Fleischmann László emlékelőadás. Nákó András dr.: A fülébszét fejlődése a XX. században.
1965. április 15. csütörtök	Debrecen I. Belklinika	délután 1/2 5 óra	A Debreceni Orvostudományi Egyetem	1. Kleininger Ottó: Adatok a debilitás és psychopathia differenciáldiagnosztika problémáihoz. 2. Nagy Sándor, Leövey András és Kakuk György: Cytogenetikai vizsgálatok jelentősége a férfi hypogonadizmus differenciáldiagnosztikájában. 3. Szabó Gábor: A chromosoma és a differenciálódás problémája.
1965. április 17. szombat	Orsz. Reuma és Fürdőügyi Int., kultúrterem II. Frankel L. u. 17-19.	déllelőtt 8 óra	A Kórház orvosi kara	1. Forgács Péter dr., Frigyer Eszter: Klinikó-pharmacologiai vizsgálataink polyarthritises betegeknél. 2. Forgács Péter dr., Katona Anna dr., Frigyer Eszter dr.: Prednisolon terápia mérelege polyarthritises betegeinknél. 3. Déllamartina Ferenc dr.: A heveny ízületi reakcióról.
1965. április 17. szombat	Orsz. Sportegészségügyi Int., kultúrterem XII. Alkotás u. 48.	déllelőtt 10 óra	Az Intézet orvosi kara	iff. Krajcsovic Pál dr.: A methaemoglobinaemiák kórtana és gyógyítása.

Klimaxos kiesési tünetek, férfi- vagy női klimax-szal kapcsolatos osteoporosis, arthritis, incontinentia, spondylosis, involutios melancholia, ostitis deformans, osteoporosis senilis, periferiás keringési zavarok, Raynaud-kór, angina pectoris, ulcus ventriculi et duodeni, Cushing-kór, hypophyser cachexia és panhypopituitarismus, prostata hypertrophia, lactatio megszüntetésére, Chiari—Frommel syndroma esetén alkalmazható az új

AMBOSEX

prolongatum olajos injekció

Az oestrogen és androgen nemi hormonok hypophysis gonadotrop hormonra gyakorolt gátló hatása összegeződik, extragenitalis hatásaik fokozódnak a fenti kombinációban. A sexuális spherára gyakorolt hatás szempontjából antagonitálják egymást. Az injekció gyors és egyben tartós hatású is a testosteron észterek különböző idejű felszívódása miatt.

Összetétel: 1 ampulla (1 ml) 1 mg oestrol. benz.-ot, 4 mg oestrol. phenylprop.-ot, 20 mg testosteron prop.-ot, 40 mg testosteron. isocapron.-ot tartalmaz olajos oldatban.

Adagolás: Általában havonta 1 ml (1 ampulla) szükséges. Osteoporosisban havonta 2 ml egyszerre, vagy két adagban.

AZ INJEKCIÓ KIZÁRÓLAG INTRAMUSCULARISAN, MÉLYEN A FARIZOMBA ADHATÓ!

Forgalomba kerül: 1 ampulla 18,70 Ft
25 ampulla 436,— Ft

Megjegyzés: SZTK terhére csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.



Forgalomba hozza: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ÜNNEPI ÉVFOLYAMA

ALAPÍTÓJA: MARKUSOVSKY LAJOS
SZÜLETÉSENEK 150. ÉVÉBEN

Szerkesztő bizottság:

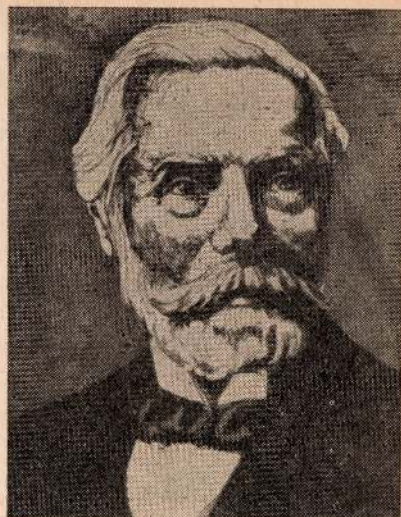
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. • DARABOS PÁL DR. • FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR. • LENART GYÖRGY DR. • SÓS JÓZSEF DR.
SZANTÓ GYÖRGY DR.

Felölős szerkesztő: TRENCSENI TIBOR DR.

Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. • FORRAI JENŐ DR.

106. ÉVFOLYAM 16. SZÁM, 1965. ÁPRILIS 18.



„Valamint a nemzet, melynek története van, örömmel andalodik el múltján, s magának abból hazaszeretetet és tetterőt merit; úgy a magyar orvos is büszkébb önérettel tekintend jelene és jövőjére, ha a történelem tükrében látja, hogy az úttörő elődök hosszú sora vonul el előtte, s hogy a hazai orvosi irodalmat koránt sem kezdeni, hanem az elődök nyomdokain folytatni kell.»
(MARKUSOVSKY 1861)

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Kórélettani Intézet

Az orvos- és az orvos-kutató-képzésről

Donhoffer Szilárd dr.

Markusovszky Lajos születésének 150. évfordulójára, a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány

Születésének 150. évfordulóján alig lehetne témát találni, mely ennél jobban foglalkoztatta volna Markusovszkyt. Fokozza a kérdés időszerűségét, hogy mind az orvos-, mind az orvos-kutató-képzés a változás állapotában van világszerte és számos új módszerrel kísérleteznek egy-egy országon belül is. Megelégedéssel tölthet el bennünket, hogy az elmúlt 20 évben mind az orvostudomány, mind az orvos-kutató-nevelés problémakörének néhány szektorában nagyot léptünk előre és nem méltatlanul folytattuk azt, amit ezen a területen Markusovszky megkezdett.

Az eredményeket felesleges részletezni. A mennyiségi fejlődés egészen nyilvánvaló: sokkal több orvos hagyja el az egyetemeket, és sokkal többen foglalkoznak kutatással, mint régebben. Fejlődtek a képzés minőségi feltételei is. Az orvostudományban első helyen kell említeni korszerű tankönyvek kiadását és a diploma megszerzése utáni két-éves kötelező kórházi gyakorlatot, de ugyanide tartozik a nyári ápolási és kórházi gyakorlat is. Az oktatás és különösképpen a betegágy melletti oktatás kérdésének előtérbe helyezése vezetett legutóbb az úgynevezett ciklikus oktatás kísérletéhez. A kutatók számának megsokszorozódása, a felszerelésnek az utóbbi években megindult korszerűsítése a

kutatás területén is megvetette a minőségi fejlődés alapját.

Éppen egészségügyünk 20 éves gyors fejlődésének következményeként ütköznek ki élesen az orvostudományban a megmaradt hibák és fogyatékoságok, és ez a fejlődés sürgeti egyre nagyobb nyomattal ezek kiküszöbölését és a további fejlődés útjának keresését. Egészségügyünknek ez a gyors — bár nem kielégítő — fejlődése hozta magával, hogy az orvostudomány világszerte jelentkező problémáin felül is adódnak kérdések. Könnyű, de helytelen volna a tanrend és a vizsgaszabályzat fogyatékoságaiban, valamint az oktatás feladatától helyenként mutatkozó húzódozásban keresni a kérdés lényegét. Éppen ezért a tanrend és vizsgarend — nem mindenben szerencsés — reformja, de még a tananyag korszerűsítése és az oktatás kérdésének állandó hangsúlyozása sem hozott és nem is hozhatott átütő változást.

Az egészségügyi ellátás kiterjesztése az egész népességre parancsolóan követelte az orvosok számának gyors növelését; ezt a feladatot mindenképp teljesíteni kellett. Ezért ma háromszor vagy annál is több orvostanhallgató tanul egyetemünkön mint a második világháború előtt. Igaz, lényegesen több az oktató és néhány új tanszék és új klinika is lé-



tesült, de mindez nem tarthatott lépést az oktatás és más feladatok által támasztott követelmények növekedésével. Az intézetek és klinikák mai oktatólétszáma és fejlettsége elérte azt a fokot, mely megengedné a háború előtti hallgató-létszám valóban korszerű, magasszínvonalú képzését — ami nem lebecsülendő fejlődés —, de semmiképp sem biztosítja a mai hallgatólétszám kielégítő színvonalú, korszerű oktatását. Még súlyosabb lenne a helyzet, ha akár csak átmenetileg fokozni kellene az orvosképzés ütemét, de az sem változtatna a probléma lényegén, ha akár 20 százalékkal csökkenteni lehetne a jelenlegi hallgatószámot. Ez természetesen egyben azt is jelenti, hogy egy ötödik orvostudományi egyetem létesítése nem oldaná meg a kérdést.

A hallgatólétszám és az oktató intézmények teljesítő képessége közötti aránytalanság az oka annak is, hogy annak ellenére, hogy az egészségügyi kormányzat világosan felismerte a betegágy melletti oktatás, a kis csoportokkal való intenzív foglalkozás szükségességét, mindebből kevés lett élő valóság. Egyetlen példa: a pécsi I. sz. Belklinikája két évfolyamot, kb. 330 hallgatót oktat, belgyógyászati ágainak száma 100 és természetesen nem minden beteg alkalmas betegágy melletti oktatásra. Nem kell részletezni, hogy ilyen körülmények között valóban korszerű intenzív betegágy melletti oktatásról alig lehet szó. Ezen a helyzeten az oktatókat nagyon megterhelő, elvileg helyes, ciklikus oktatás javít ugyan, de megoldani képtelen a kérdést. A legfejlettebb orvosképzéssel rendelkező országokban közös vonás, hogy kis csoportok betegágy melletti oktatása képezi a klinikai tanulmányok súlypontját és feltétlenül helyes volt a felismerés és törekvés, hogy a mi orvosképzésünkben is alapvető szerephez jusson a betegágy melletti oktatás. A felismerésen és törekvésen túl azonban egyre parancsolóbban sürget a gyakorlati megvalósítás.

Az első három évet lényegében elméleti intézetekben töltik a hallgatók. Az elméleti intézetek megerősítése, néhány esetben megkettőzése megszüntethetné az eredményes oktatást akadályozó zsúfoltságot. Pécsen hozzákezdtek az új elméleti intézeti tömb kialakításához a volt Dózsa tiszti iskolában; ez elkészültekor, a már adott lehetőségek felhasználásával módot adna, hogy a Pécsi Egyetemen három év múlva megoldódjék a kérdés, sőt szükség esetén megengedné az első három évfolyam létszámának növelését is, ha úgy döntene az egészségügyi kormányzat, hogy átmenetileg fokozni kell az orvosképzés ütemét. A többi egyetemen a közeli vagy a távolabbi tervekben ugyancsak szerepel új elméleti tömb, vagy az elméleti intézetek más módon való erősítése. Ez a fejlődés megteremtené az elméleti intézetekben az alapot a zsúfoltság megszüntetésére és ezzel az eddig is nagyjában korszerű tananyag mellett biztosítaná az oktatás színvonalának és eredményességének felzárkózását a nemzetközi élvonalhoz.

Az elméleti intézetek megerősítése és az oktatás ezzel járó minőségi fejlesztése, a kutató- és oktató-gárda létszámának az elmúlt 20 év alatti növekedése, a tudomány fejlődése és párhuzamos intézetek létesítésének gazdasági korlátai igen komolyan felvetik a kérdést, nem kellene-e változtatni az intézetek belső struktúráján és az egy professzor — egy intézet elvét feladva, sok élenjáró külföldi egyetem példáját követve, fokozatosan áttérni a több-professzoros intézetre, melyben esetleg váltakozva az egyik professzor látná el az intézetigazgató teendőit.

Az elméleti tárgyak oktatásával kapcsolatos problémák megoldása tehát nem támaszt teljesíthetetlen követelményeket és mind az elméleti intézetek megerősítése, mind a belső struktúra megváltoztatása csak olyan nagyon is esedékes lépéseket jelent, melyek logikusan következnek az elmúlt két évtized fejlődéséből.

A klinikai oktatás problémája nehezebb és bonyolultabb az elméleti tárgyakénál. A két világháború között lényegében az egész hallgatószám számára tartott tantermi előadásokból állott a klinikai oktatás. Egyedül belgyógyászatból volt többé-kevésbé rendszeres betegágy melletti oktatás, melyen a hallgatószám nagy része nem vett részt; éppen ezért lehetett itt-ott eredményes azok számára, akik rendszeresen eljárak.

Mintegy másfél évtizede került előtérbe a *gyakorlati oktatás*. Bevezették olyan tárgyakban, melyekben régebben nem volt, és törekedtek megváltoztatni az *elméleti* és *gyakorlati* órák arányát a *gyakorlat* javára. Ezt a helyes törekvést azonban nem koronázta átütő siker. A két oktatási forma elnevezése sem szerencsés és semmiképp sem tükrözi az elmélet és gyakorlat egységének elvét. A *klinikai előadás* is a gyakorlatból indul ki és ha elveszti a szoros kapcsolatot a beteggel, megszűnik klinikai előadás lenni. Másrészt, a *gyakorlat* sem szorítkozhatik vizsgálati módszerekre és technikai fogásokra, hanem elsőrendű célja az orvosi gondolkodás kifejlesztése konkrét esetek kapcsán.

Helyesebb, és talán az értékelésben is kevésbé vezet tévedéshez, ha a klinikai oktatásban nem *elméleti* és *gyakorlati* órákról, hanem *előadásokról* és *betegágy melletti oktatásokról* beszélünk. A kettő közül a betegágy melletti oktatás nehezebb és nagyobb tapasztalatot igényel, de — ha jó — sokkal eredményesebb is. Jó betegágy melletti oktatás nélkül nincs korszerű, színvonalas orvosképzés.

A klinikai oktatásban sem a helyes út felismerésének hiánya okozta, hogy eddig nem sikerült a szükséges mértékben megvalósítani a korszerű, színvonalas betegágy melletti oktatást. A klinikai oktatás szám jelentős növekedése, több párhuzamos klinika létesítése, a nyári kórházi gyakorlatok bevezetése mind tanúsítja a helyes törekvést. Növelte a betegágy melletti oktatás határfokát — ahol helyesen alkalmazták — a ciklikus oktatás, mert megengedte kisebb, 6—8 fős csoportok kialakítását; igaz, az oktató személyzet erős megterhelésével és a klinika gyógyító és tudományos munkájában oko-

zott kisebb-nagyobb nehézségek árán. A ciklikus oktatás, tehát a betegágy melletti oktatásra szánt idő összevonása, kétségtelenül javított a helyzeten, de semmiképp sem oldotta meg és nem is oldhatta meg a kérdést.

Sajnos, az oktatók egy része sem értékeli helyesen a betegágy melletti oktatás fontosságát. Klinikai előadást a professzor és a docensek tartanak, az adjunktusok általában megtiszteltetésnek veszik, ha egyszer-mászor ők is tarthatnak előadást; a betegágy melletti, összehasonlíthatatlanul nehezebb és nagyobb tapasztalatot igénylő oktatásból viszont sok helyen az idősebbek szívesen kivonják magukat és átruházzák fiatal tanársegédekre, klinikai orvosokra, sőt nemegyszer gyakornokra is. A betegágy melletti oktatás helyes értékelése sok helyen biztosan javítana valamennyit a mai helyzeten, de ez sem változtatna a probléma lényegén.

Világosan kell látni, hogy a klinikák oktatásra felhasználható beteganyagán a betegek túlterhelése nélkül legfeljebb a jelenlegi hallgató-szám felét vagy harmadát lehetne színvonalas és hatékony betegágy melletti oktatásban részesíteni. Nyilvánvaló, hogy a mienkénél jóval gazdagabb ország sem választaná azt a megoldást, hogy megkettőzze, vagy megháromszorozza a klinikákat, a klinikai tanszékeket és minden egyebet, amit az ilyen rendkívül költséges intézmények elengedhetetlen tartozékának tekintenek. Valóban, mindenütt, ahol magas színvonalú betegágy melletti oktatás a klinikai tanulmányok gerince, más megoldást választottak: kórházakban fejlesztették ki a klinikai oktatást, illetőleg bevonták a kórházakat a klinikai oktatásba. Ez az egyetlen módszer, mely megengedi kis csoportok színvonalas és intenzív betegágy melletti oktatását az erre alkalmas betegek túlterhelése nélkül, és egyedül ez biztosíthatna nagy tapasztalatú oktatót elegendő számban eme legigényesebb oktatási formának.

Találkozunk néha azzal az aggálllyal, hogy a kórházakban szenvedne az oktatás színvonala. Vezető kórházaink főorvosai általában egyetemi klinikákról kerültek kórházi osztály élére, miután docensként, adjunktusként, vagy idős tanársegédként évekig rendszeresen oktattak. Teljesen indokolatlannak látszik tőlük félni a betegágy melletti oktatás színvonalát és aggódni, hogy egyszerre kevesebb hallgatóval foglalkozva ezeket kevésbé jól vezetnék be a betegágy mellett az orvosi gondolkodásba, mint az a fiatal tanársegéd, vagy klinikai orvos, akinek egyszerre jóval több hallgatóval kell foglalkoznia, és akinek legalább 10 évig kell még várnia, míg számot tarthat arra, hogy alkalmasnak találják vezető kórház főorvosi állására. Különösen csodálkozni kell, ha ennek az aggodalomnak olyanok adnak hangot, kik maguk is sok évet töltöttek kórházi osztály élén, mielőtt egyetemi tanszékhez jutottak volna.

Az egészségügyi kormányzat is foglalkozott a problémával és ennek eredményeképpen ebben a tanévben a Pécsi Honvéd Kórház, a Városi Kórház, a Baranya megyei Gyermekkorház, a Baranya

megyei TBC Gyógyintézet már részt vesz a betegágy melletti oktatásban a ciklikus rendszer keretében. A tapasztalatok jók és ennek megfelelően a tanév második felében bővítik a kísérlet keretét. oktatás, az adott hallgatólétszám mellett nem valószínű, hogy a kórházak bevonása nélkül. Más a helyzet a klinikai előadások tekintetében; ahol kelendő számú elvonalszámú kórházi betegágy áll rendelkezésre az egyetem székhelyén, nincsen technikai akadálya, hogy minden klinikai előadás az egyetemen hangozzék el, amivel természetesen velejár, hogy igen nagyszámú hallgatószám vesz részt ezeken. Ebben az esetben is helyesnek látszik, ha a betegágy melletti oktatásban részt vevő főorvosok alkalomadtán klinikai előadást is tartanának az egyetemen. Olyan helyen, ahol az egyetem székhelyén nincs elegendő kórházi ágy, nehézséget okoz, ha ragaszkodunk ahhoz, hogy az egyetemen hangozzék el minden előadás, de a kérdés a ciklikus oktatás továbbfejlesztésével, egy félév klinikai előadásainak, illetve a betegágy melletti oktatásra szánt időnek egy-egy nagy ciklusban való összevonásával megoldható.

Kérdés természetesen, hogy szükséges-e, vagy egyáltalában helyes-e ahhoz ragaszkodni, hogy egyetemi tanteremben hangozzék el minden klinikai előadás. Magam nyugodtan rábíznám a klinikai tanulmányokat folytató negyedik és ötödik évfolyam jelentős hányadát vezető kórházainkra a klinikai előadások szempontjából is, hiszen olyanok tartanák ezeket, kik rövidebb, vagy hosszabb idő előtt az egyetemen is tartottak klinikai előadást. Szomorú volna, ha azt kellene feltételezni legjobb kórházaink főorvosi karáról, hogy képtelen a hallgatószámuk megfelelő színvonalú klinikai előadást tartani, vagy sajnálná az ezzel járó fáradtságot. Klinikai előadásban is nagy előny, ha a hallgatószám 20—25 fő és nem 150—200, vagy annál is több.

A vezető kórházak bevonása az oktatásba természetesen nem járhat klinikai tanszéki igényekkel és nem lehet forrása új Egyetem, vagy Orvosi Akadémia álmának sem, hanem a szó igazi és szó szerinti értelmében az *Oktató Kórház* szerepét kell betölteniük. Ez természetesen azzal járna, hogy az oktatás területén szoros együttműködés fejlődne az illetékes egyetem és az Oktató Kórház között, de nem érintené a kórházfenntartó szerepét. Ezzel nálunk is kialakulna az a rendszer, mely kifejlődött azokban az országokban, ahol régóta a betegágy melletti oktatást tekintették a klinikai tanulmányok súlypontjának, és döntő lépést tennék abba az irányban, melyet az egészségügyi kormányzat eddig is kijelölt; a klinikai oktatás közelebb kerülne a betegágyhoz, tehát az élethez és megteremtődne a feltételek, hogy az orvosi tevékenységre jobban felkészült orvosok hagyják el az egyetemet.

Néhány közvetett hatással is lehetne számolni, ha a kórházak részt vennének az oktatásban. Nem lehet kételkedni abban, hogy az oktatás feladata a kórház egész orvosi személyzetét, a főorvostól az új diplomával nemrég odakerült legfiatalabbakig,

erősen ösztönözné az önképzésre, és ezzel hozzájárulna a kórház színvonalának további emeléséhez. Az oktatási teher egy részétől megszabadult egyetemi klinikák viszont nemcsak intenzívebben és eredményesebben foglalkozhatnának a megkevesbedett hallgatósággal a betegágy mellett, de több idő jutna a gyógyító munkára és a klinikai tudományra is, ami elősegítené a fejlődést az egyetemi klinikák hármass feladatának ellátásában.

Az egyetemi tanulmányok végeztével a nagy többség a gyógyító-megelőző orvosi munkát választja élethivatásul. E többség mellett eltörlül azoknak a száma, akik kutatással fognak foglalkozni. A gyógyító-megelőző orvosi képzés tehát helyesen áll az oktatási feladatok középpontjában. A jelentéktelen szám ellenére sem szabad azonban elhanyagolni az orvos-kutató-képzés problémáját. A gyógyító-megelőző orvosképzés és egész egészségügyünk színvonalának biztosítása megköveteli az orvos-kutató-utánpótlás korszerű feltételeinek kialakítását is. Harminc, vagy még inkább negyven év előtt fel sem merült a probléma. Jó középiskolai matematikai alap birtokában a tehetséges hallgató az egyetemi tanulmányok során megszerezhetette mindazokat a természettudományi alapismereteket, melyek arra képesítették, hogy az egyetemi tanulmányok után elméleti intézetekben, vagy klinikán aránylag széles területen követhesse a tudomány fejlődését és önképzéssel folyamatosan elsajátítsa mindazokat az ismereteket, melyek kutatási területek műveléséhez szükségesek voltak.

Azóta gyökeresen változott a helyzet: a biológia mindinkább felzárkózik az exakt természettudományok sorába és ez a folyamat nyilván nem maradhat hatás nélkül a biológia egyik alkalmazási ágára, az orvostudományra. A biológia átalakulása exakt természettudománnyá az emberiség történetében feltétlenül egyenrangú esemény az atomenergia felfedezésével, sőt talán annál is nagyobb jelentőségű. E felismerés jele, hogy a biológusképzésben előtérbe került a matematika, biofizika, biokémia, molekuláris biológia, élettan intenzív oktatásának szükségessége. Különösen elengedhetetlen ezeknek az alaptárgyaknak széleskörű és mélyreható ismerete a biológus-kutató és ezzel természetesen a jövő orvos-kutatója számára. Ilyen ismeretek nélkül úgy festene és olyan eredményes is lenne, mint a páncélos vitéz az atomfegyverrel szemben.

Világos, hogy a gyógyító-megelőző munkához távolról sincs szükség a matematika és alaptermészettudományok olyan szintű ismeretére, mint amilyenek nélkülözhetetlenek a korszerű kutató munkában. Ezért teljesen helytelen volna arra törekedni, hogy gyógyító-megelőző munkára készülők is olyan képzésben részesüljenek, mely ma a kutatómunka nélkülözhetetlen előfeltétele. Nagy részük képtelen volna megfelelni a követelményeknek, szá-

mottevéően megnyújtaná a tanulmányi időt, mégpedig anélkül, hogy ez bármilyen hasznot jelentene a túlnyomó többség későbbi gyógyító-megelőző tevékenységében.

A probléma megoldására több mód is kínálkozik, persze mindegyik szükségképp szakítana, így vagy úgy, a megszokott egységes képzéssel egy számban jelentéktelen, de az orvostudományban nélkülözhetetlen kisebbség érdekében. Nehéz volna e pillanatban határozott javaslatot tenni a legjobb megoldásra, de sürgősen szembe kell nézni a kérdéssel és megfontolni a tennivalót.

A két, nagy vonásokban felvetett kérdés közül az első közvetlenül érinti az egész orvosképzést és ezen keresztül az egész egészségügyet, a másik egy törpe kisebbség képzését érinti, közvetett hatása a jövő orvosképzésére és ezzel a jövő egészségügyére azonban fontosságban nem marad el az előbbi mögött.

Orvosképzésünk nagyjában helyes irányban haladt az elmúlt két évtizedben a Markusovszky által megkezdett úton és ennek következtében érkezett ma olyan ponthoz, hogy a további fejlődés érdekében új lépésekre kell elhatároznia magát.

Felhívjuk a figyelmet a

Dr. Madarász-féle szemészeti kezelőszékre,

amely gyors folyamatos kezelést biztosít. Az újfajta kezelőszék előnye, hogy a maródásos sérülések elsősegélyét szolgáló lap az orvos balkeze felé esik, míg a jobbkezről helyezkedik el a többi kezeléseket szolgáló asztallap.

Előnye: nincsen szükség Stohscheín állványra, mert minden üvegszköz az asztallapba van beágyazva.

Igénybejelentés:
ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT
IV. Kereskedelmi Osztály
Budapest, VI., Ó-utca 44. sz.
Telefon: 124-775.

Fővárosi István Kórház, II. Sebészeti Osztály (főorvos: Klimkó Dezső dr.)

A gyomor- és patkóbélfekély perforációjáról 430 eset alapján

Juhász István dr.

A fekélybetegségekre vonatkozó ismeretek az időszámításunk előtti időkre nyúlnak vissza (3).

Ulcus perforatióval kapcsolatos alapos és megbízható klinikai leírás csak 1793. óta, az olasz Penada (cit: Hetényi, 6) észlelése révén ismeretes. Ettől kezdve egyre több esetet gyűjtenek össze és Brinton 1857-ben (cit: Jennings, 12) már közel 200 esetről számol be, mely gyűjtemény 70%-ában főleg fiatal, 20 év körüli nők gyomorperforációja szerepel. Az ulcus perforatio sebészi kezelésének kidolgozása 1892-ből Mikulitz nevéhez fűződik, és a századforduló utáni években már hazánkban is beszámolnak (9) egy-egy eredményesen végrehajtott műtétről.

Azok a szembetűnő változások, amelyek az elmúlt évszázadban a fekélybetegség alakulásában a nemekre, az egyes korcsoportokra, és a localisatióra vonatkozóan felismerhetők, a legélesebben a perforált eseteket feldolgozó gyűjteményekben domborodnak ki (12).

A társadalmi tényezők, a külső behatás szerepe és a lehetséges adaptáció bonyolult összefüggései, a változóan alakuló reakciós lánc eredményeként létrejövő betegség kialakulásának megértéséhez — az ulcusbetegség esetében is — közelebb visznek ama újabb ismeretek, amelyek elsősorban Selye (32) munkássága révén váltak ismeretessé.

A perforatio problematikája ma már nem csupán csak „függeléke” az ulcusbetegség bonyolult témakörének és nem csupán csak sebészeti kérdés, amit az alábbi néhány összefüggés is igazolhat.

Az elmúlt néhány évtized adatai alapján hazánk lakosságának 10%-a szenved ulcusbetegségben és ezeknek 8%-a perforál (6). A profus vérzés mellett a perforatio és a penetratio gyakorisága együttesen jelzi a kórkép súlyosságának mérlegét egy adott időszakban. A perforatio és a penetratio lényegében azonos dinamizmus szerint létrejövő kórtani állapot, és a különbség csupán bonctani jellegű. Az alapbetegség agresszivitása szempontjából azonos megítélés alá esik mindkettő. Hogy mennyire gyakori a penetráló ulcus (4), és gyakran milyen nehéz feladat elé állítja a sebészt (18, 42) az eléggé közismert. A késői eredményeket tekintve a nem ritkán eredményesnek egyáltalán nem mondható ún. palliatív gyomorcsonkolások gyakran inresecabilis ulcusokat jeleznek. Mindezek gyakoriságuknál fogva arra hívják fel a figyelmet, hogy azon nézetek, amelyekre manapság általában építjük az ulcus műtéti indicióját, revízió alá szorulnak.

Hetényi (6) ama véleményét, miszerint az ulcusbetegség kezelésében a sebészetnek csak jelene van, jövője nincs — nem vitathatjuk — azonban a jelen terápiás lehetőségeit akkor használjuk fel a legjobban, ha kiiktatjuk az inresecabilis eseteket pl. azáltal, hogy kiszélesítjük a műtéti indiciót.

Mindezeket alátámasztja Kunz (16) ama megállapítása is, miszerint igen nagy anyag átvizsgálása során sokkal több ún. gyomorrokkant található a konzervatív kezelték között, mint az idejében operált betegek csoportjában.

Az alábbiakban 430 gyomor- és patkóbélfekély perforációt ismertettünk az 1947—61 évekre eső időszakra a Bajzsi-Zsilinszky és az István Kórház 15 éves anyagából. Az esetek között csupán 21 (4,8%) nő szerepel. A legfiatalabb betegünk 14 éves, a legidősebb pedig 82 éves volt.

Korcsoportok	Esetek száma
14—20	24 (1)
21—30	62 (2)
31—40	109 (5)
41—50	103 (6)
51—60	84 (5)
61—70	35 (14)
71—82	13 (5)

A zárójelbe tett számok az egyes korcsoportokon belül elhaltakat jelölik. Halálozásunk 8,8% (38 eset) volt. Világirodalmi adatok szerint a halálozás 5—10% között van jelenleg (17, 21). A német sebéstársaság 1897-ben még 70%-os halálozásról számolt be, míg napjaink eredményeihez ismert tényezők folytán jutottunk el (38). Az elhalálozás okai között ma a két legdöntőbb tényező a beteg életkora és méginkább a műtéti eltelt idő.

Így anyagunkban míg a 60 év alatti betegek halálozása csupán 4,4% volt, addig az ennél idősebb perforáltak mintegy 39%-át vesztettük el. Még hatványozottabban növekszik a műtéti halálozás a késve érkezők esetében. A 24 órán túl műtetre került betegek 66,5%-a veszett el, de mások, mint pl. Kunz (17) még ennél is magasabb (71,4%) halálozást észlelt a tragikusan elkésztett betegek között. Szerencsére betegek 78%-a 6 órán belül érkezett be, 6—12 óra között 13,8%, 12—24 óra között 5%, és 24 órán túl 3,2% került felvételre.

A boncolások során az eseteknek több mint a felében (52%) a halálokot az általános peritonitis képezte, míg a többi esetben a halálokok megoszlottak. Pneumonia, pleuritis, májelégtelenség, és tüdő embólia szerepeltek a leggyakrabban. Masszív vérzés és perforatio előfordulását három esetben észleltük, amelyek közül kettő exitált. Ezen viszonylag ritka, de rendkívül veszélyes kettős szövődménnyel Rubányi (29) foglalkozott behatóbban. Itt szeretném megemlíteni, hogy anyagunkban másodszer bekövetkező perforatio szintén 3 esetben fordult elő, exitus nélkül.

Betegeink ápolási ideje 12,4 nap volt, és az esetek 61,7%-ában per primam sebgyógyulást tapasztaltunk.

taltunk, minden szövődmény nélkül. Eseteink közel 40%-ában a gyógyulást kisebb-nagyobb szövődmények késleltették, azonban többségüknél csupán jelentéktelen fonalgennyedés, enyhébb lefolyású felületes visszérgyulladás és rögzösödés, továbbá cystitis, és bronchitisek szerepeltek. A gyógyulást jelentősen késleltető szövődményt 47 esetben találtunk:

Jelentős sebszétválás, bélelőesés	16 eset
Rekesz alatti, letokolt hasüregi absz.	11 eset
Pneumonia, tüdőinfarctus	11 eset
Mélyvénás thrombosis	5 eset
Empyema thoracis	4 eset

Az esetek évszakos előfordulását mutatja az alábbi táblázat:

tavaszi	nyári	ősz	téli
111	88	154	77

tavaszi+ősz=61,6%.

nyári+téli=38,4%.

vagyis az őszi és tavaszi hónapokban a perforatio lényegesen gyakoribb, mint a többi évszakban.

Hasonló megfigyelésről számolt be Metzl (21) és Turner (37) is. A nem perforatio miatt műtetre kerülő ulcusos betegekkel kapcsolatban, a csonkolási statisztikák szintén ilyen értelmű évszakos ingadozást mutatnak (16, 34). A fekély panaszok évszakos periodicitása általában ismert tény (25), amivel behatóbban hazánkban Hetényi (6, 7) és Rusznyák (30) foglalkoztak: a periodicitást a külső ártalmak periodikus jelentkezésével, az okot pedig közvetlenül a vegetatív idegrendszer és a belsőválasztású mirigyek megváltozott működése nyomán kialakuló belső milióben látják.

Eme egybehangzó megfigyelésekre a fenti magyarázaton túl, további következtetésekhez is eljuthatunk, ha az évszakos periodicitást az ulcus aktivitás kérdésével hozzuk összefüggésbe. Ugyanis az ulcus aktivitással kapcsolatban általában az a felfogás az uralkodó (5, 6, 33) miszerint az anatómiai elváltozások, vagyis a szervi manifestatio csak másodrendű tényezője az activ szaknak. Véleményünk szerint az activ szakot nem maga az ulcus jellemzi, hanem azt elsősorban a személyiség árulja el a maga megváltozott subjectív és objectív tüneteivel. Hetényi (6) jobbnak tartja, ha az activ és inactiv elnevezést mellőzve inkább friss vagy régi, fennálló, vagy gyógyult ulcusról beszélünk.

Bárhogy is nevezzük az activ szakot, vagyis azt az állapotot, amikor az ulcusbetegség progrediál, annyi bizonyos, hogy az ulcus anatómiai értelemben vett rosszabbodása erre legalább annyira jellemző, mint akármely közvetlen, vagy közvetve észlelhető egyéb tünet. A sebészet legalább is erre tanít, hiszen pl. maga a perforatio kétséget kizáróan és elsősorban anatómiai elváltozás és tényfelethetőleg mindig activ szakra utal. Ha tehát abból indulunk ki, hogy azon időszakban (tavasz, ősz), amikor a legtöbb perforatio észlelhető, ugyanakkor szaporodnak meg az ulcus panaszokkal kezelt betegek mind a sebészeti, mind pedig a különböző belgyógyászati intézetek anyagában (34), akkor kézenfekvőnek látszik a fenti állítás érvényessége. Sőt ha mindezen túlmenően figyelembe vesszük a későbbiek során megbeszélésre kerülő, anyagunk 38%-ában előforduló ún. „néma ulcusok” nagy szá-

mát, akkor azt kell mondanunk, hogy az anatómiai progresszió gyakran megelőzi az egyéb észlelhető tüneteket és azt még a fájdalom sem jelzi kellő időben.

Az ulcus perforatio tünetei az esetek döntő többségében annyira jellegzetesek, hogy a kórisme felállítása a sebész számára nem okoz különösebb nehézséget. Így anyagunk 95,2%-ában a tünetek klasszikus módon drámai hirtelenséggel alakultak ki (késszúrászerű epigastriális fájdalom, deszkakemény izomvédekezés az egész hasban, a hasi légzés kikapcsolódása) és csupán 4,8%-ban észleltünk eltérő kezdeti tüneteket enyhébb fájdalom mérsékelt izomvédekezés formájában.

Az átfűródásnak egyébként három típusa ismert, és a klinikai kép mindig a kórbonctani elváltozástól függ: 1. acut, vagy szabad perforatio peritonitis diffusával, 2. subacut perforatio (micro vagy fedett) amire az enyhébb tünetek, körülírt peritonitis, általában enyhébb lefolyás jellemző. Ezek gyakran nem kerülnek azonnali műtetre. 3. Chr. perf. vagy penetratio peritonealis tünetek nélkül, azonban nem ritkán igen intenzív fájdalommal (24).

Általában a diagnosztikus problémákat adó esetek a második csoportból kerülnek ki. Bizonyos, hogy a microperforatiók sokkal gyakoribbak, mint azt gondolnánk (6), csak a viszonylag enyhe tünetek miatt sokszor nem kerülnek észlelésre és egyszerű gyomorgörcs, vagy puffadás stb. címén esetleg nem is kerülnek intézetbe. Elsősorban ezeknek a viharos tüneteket nem okozó eseteknek a felismerésében nyújthat igen fontos szerepet a röntgen vizsgálat. Itt szeretném megjegyezni, hogy a diagnosticus röntgen vizsgálatot anyagunk 72%-ában végeztük el, de értékelhető eredményt, vagyis rekesz alatti szabad levegőt csupán a megvizsgáltak 67%-ában találtunk. Ez a tény elsősorban arra hívja fel a figyelmet, hogy ulcus perforatio alkalmával a negatív röntgen lelet nem ritkaság, megítélése tehát óvatosságot igényel (28). A röntgen vizsgálat közben létrejövő perforatio nem gyakori észlelés, ami azt bizonyítja, hogy a mechanicus tényezők szerepe nem túlzottan jelentős és azok az ulcusok, amelyek vizsgálat közben perforálódnak, bizonyos, hogy egyébként is rövidesen perforatiohoz vezetnek volna. A perforatiót közvetlenül siettető tényezők között egyesek komolyan számításba veszik a gyomor teltségi állapotát és ezzel magyarázzák azt a tényt, hogy a perforatio nem ritkán táplálkozási (nagy italozás) abuzusok után következik be. Ezzel ellentétben a tisztán mechanicus tényezők szerepének csökkentését láthatjuk a gastroscopos vizsgálatok tükrében, amely vizsgálattal kapcsolatban ritka az ulcus perforatio létrejötte (2). A mechanicus tényezők mellett a táplálkozási abuzusok kapcsán fellépő helyi keringési zavar jelentősége valószínűbb, és inkább hozzátartozhat összefüggésbe a perforatio siettetésével.

Anyagunkban két olyan esetet találtunk, ahol a perforatio röntgen vizsgálat közben következett be még az SZTK szakrendelésén, ahol a vizsgálatot heveny gyomor panaszok miatt végezték el. Ulcusra utaló elváltozást egyik esetben sem észleltek, csak a vizsgálat közben fellépő perf. utalt annak jelenlétére. A kiadott leletből kiemelendő a jelentős atonia és motilitási ryenheség, amit újabban az activ ulcus indirect tüneteként könyvelnek el (5). Egyébként a fentiek eléggé élesen bizonyítják az ulcus röntgendiagnosztikájának nehézségeit, valamint azt, hogy a röntgen vizsgálat az ulcus progressiónak illetőleg az aktivitás fennállásának lemérésére alig alkalmas.

Anyagunkban 79% ulcus duodeni és 21% ulcus ventriculi szerepel, ami általánosságban megegyezik hazai irodalmunk idevonatkozó adataival (34, 35, 40). Az ulcus duodeni és így ennek perforatióval

járó szövődménye az utóbbi néhány évtizedben vált gyakorivá. Ha figyelembe vesszük a különböző gyógyintézetek ulcusos anyagát (6, 21), továbbá a boncolási statisztikákat (20), akkor az utóbbi néhány évtizedre vonatkozóan megállapítható, hogy az ulcus duodeni és ventriculi előfordulási aránya megközelítően 2:1, míg a perforatiók esetében ez közel 4:1 módosul. Ebből viszont az következik, hogy az ulcus duodeni gyakoribb előfordulásán túlmenően, annak fokozottabb perforatiós készségével is számolni kell.

Megfigyelhető volt anyagunkban az is, hogy a pylorus környezetében az ún. lencsényi perforatiós nyílás fordul elő leggyakrabban (81%), és ettől felfelé haladva a kiscsőment mentén a perforatiós nyílás nagysága általában növekszik. A magasabb kiscsőment, vagy hátsófalú perf. nyílások néha a 10–15 mm-es nagyságot is elérik, ritkán ennél is nagyobbak. Azok a szerzők, akik a perforatiós nyílás nagyságának lényeges prognosztikai jelentőséget tulajdonítanak (40), ezt azon logikus megfontolásból teszik, miszerint a nagyobb perf. nyíláson keresztül a peritonitis kialakulása rövidebb idő alatt következhet be. Ezt a vitathatatlant tény a halálzási arány igazolja leginkább, hiszen anyagunkban is 21% volt a gyomor perforatiók halálzási számban az átlagos 8,8%-kal. Hoch (8) még ennél is magasabb halálzási számot be az általában nagyobb nyílású gyomor perforatiókkal kapcsolatban.

Az ulcus keletkezésének, a perforatio létrejöttének mint localis szervi elváltozásnak pathomechanizmusával és pathológiájával e dolgozat keretein belül nem foglalkozhatunk, annyit azonban megjegyezhetünk, hogy az imént érintett a localisatio és a perf. nyílás nagysága közötti meglehetősen standard összefüggés azokra az anatómiai és kórtani tényekre világít rá, amely az ulcus progressziót tekintve a vascularis theoriában nyer leginkább magyarázatot.

Az utóbbi évtizedek jelentős terjedelmű ulcus perforatióval foglalkozó irodalma főleg a therápiával kapcsolatos kérdések körül csoportosul (15, 26, 27, 41). Mikulitz kezdeményezését követően a módosított eljárások egész sorát dolgozták ki az ulcus perf. sebészi gyógyítására (19). Háberer 1919-ben elvégezte az első primaer csonkolást, majd ettől kezdve mintegy három évtizeden keresztül, nemegyszer igen éles vita folyt annak eldöntésére, hogy szabad-e perforatio esetében csonkolni, vagy sem. Ez a vita ma már lezártnak tekinthető, hiszen a gyakorlat kikristályosította mindkét eljárás javallati körét, miszerint eme eljárások nem szemben állnak egymással, hanem egymást jól kiegészítik a therápiában.

Wangensteen (39) nyomán 1945-ben Bedford majd Turner (37) a konzervatív leszívásos kezelés létjogosultságát propagálták, azonban sok követőjük nem akadt sem külföldön, sem hazánkban. Nem vitatható ugyanis, hogy szabad perf. esetén a leszívásos kezelés meglehetősen bizonytalan eljárás, nem is beszélve arról, hogy a diagnosticus tévedések igen komoly veszélyeit rejti magában és alkalmazása csak idővesztéshez vezethet (22). Gyakorlatilag csak az ún. micro perforatiók és a fedett perforatiók esetében engedhető meg.

Az az aggodalom, amely néhány évvel korábban még szinte merényletnek minősítette a primaer csonkolás elvégzését (11), ma már eloszlott, hiszen bebizonyosodott, hogy megfelelő körültekintés ese-

tén az eredmények nem rosszabbak a csonkolásokkal kapcsolatos átlagos eredményeknél a műtési halálzási arányra (14, 31). Hazánkban Körmendi (15), majd Szécsényi (35) foglalták össze a perforatiókora követendő eljárás szabályait, és a primaer csonkolás mellett foglalnak állást. Megállapítják, hogy mindenek előtt a beteg életének megmentésére kell törekednünk, és hogy a választandó eljárás módját a beteg életkora mellett az általános állapot, a peritonitis előrehaladottsága, továbbá az ulcus hozzáférhetősége határozza meg. Véleményünk szerint a 6 órán belüli eseteknél legtöbbször adva vannak a primaer csonkolás feltételei.

Túl a heveny életveszély problémáján a legfőbb vitát éppen az szolgáltatja — és ez a kérdés ma sem lezárt —, hogy a fentiek szerint az arra alkalmas esetekben a primaer csonkolás elvégzése vajon az ulcus-betegség végleges gyógyítása szempontjából mely esetben indokolt, és mikor felesleges. Az erre adandó válasz eléggé nehéz, mivel az egymással ellentétben álló adatok között csaknem lehetetlen eligazodni. A hazai és a külföldi szerzők között is bőven találunk olyanokat, akik az egyszerű elvárási késői eredményeit igen jónak találják, főleg a fiatal korúknál és az olyan esetekben, amikor a perforatiót jelentősebb ulcusos panaszok nem előzték meg. Ezen szerzők 70–90% közötti végleges gyógyulásról adnak számot (36). Ezekkel szemben állnak azok, akik szerint az elvárással kezelt betegeknek legalább 75–85%-ban a késői eredmények rosszak és akik szerint ezen betegeknek a csonkolást második ülésben előbb vagy utóbb el kell végezni. Ezen utóbbiak tehát a primaer csonkolás hívei, amivel 75–80% végleges gyógyulást tudnak felmutatni (24, 31, 33, 35).

Vannak, akik a középúton járnak, akik szerint kevés esettől eltekintve rendkívül nehéz előre megmondani, melyik eljárás vezethet végleges gyógyuláshoz, aminek okát elsősorban az ulcusbetegség bonyolult kórtani sajátágaiban találják (1).

Rátérve ezeketán saját anyagunk eredményeinek részletezésére, elsőként szeretnénk megjegyezni, hogy betegek döntő többségénél, közelebbről 397 esetben elvárást végeztünk és csupán 33 esetben került sor primaer csonkolásra. Ezen utóbbiakat kis számuk miatt kihagyjuk a további értékelésből, valamint levonjuk a műtét után elhalt 38 esetet, és 16 a vizsgálatok elvégzéséig időközben elhalt beteget. Semminemű válasz nem érkezett 37 beteg részéről. Ily módon 308 elvárással gyógyított beteg késői eredményének értékelésére nyílt alkalomunk.

A korelőzményi adatokat tekintve jelentős, vagyis két évnél régebben fennálló gyomorpanasza volt betegeknek 40%-ának. Két évnél rövidebb időre visszatekintő ulcusos panasza volt 22%-nak, míg a perforatiót megelőzően semmi, vagy csupán néhány napja jelentkező gyomorpanasza volt betegeknek 38%-ának. Különösen ezen utóbbiak feltűnően magas száma érdemel figyelmet, elsősorban abból a szempontból, hogy ezen betegek műtési leleteinek tanulmányozása során, döntő többségüknél (81%) az előzetes teljes panaszmentesség ellenére idült heges ulcust találtunk. Ez közelebbről annyit jelent, hogy betegek kerek egyharmadánál ún. néma fekélyről volt szó. Hetényi (6) véleménye szerint is az ulcusbeteg 15–20%-ánál tételezhető fel

néma fekély, amit anyagunk jelentősen megerősít. Szemző (33) szintén hangsúlyozza a panaszok kezdete és a betegség előrehaladottsága között gyakran észlelhető aránytalanságot. Hasonló megállapításra jut Hindmarsch (10) is, aki szerint az ulcusbetegeket jelentős hányadánál nem lehet figyelembe venni a műtét előtti betegségtartamot, mivel gyakran rövid ideig tartó tünetszakasz ellenére előrement, fixált szervi elváltozás található.

Ezen nézetek legtárgyilagossabb bizonyítéka az idült heges ún. néma fekélyek nagy száma, amelyek gyakran perforatio folyamán kerülnek észlelésre.

Vizsgálataink során teljesen panaszmentesnek azokat a betegeket vettük, akik régi munkakörüket látják el, és vegyes táplálkozás mellett lényeges emésztési panaszról vagy gyomorfájdalomról nem tettek említést.

Ezek figyelembevételével 308 betegünk közül teljesen panaszmentes 26% (77 beteg) és 74%-nak (231 beteg) továbbra is ulcusos panasz van. Kiemelve azokat a betegeket, akiknek a perforatio előtt lényeges panaszuk nem volt, akiknél az ulcus fennállására csak a perforatio derített fényt (38%), az elvarrás után ezek között is csupán 47,9%-ban (59 eset) találtunk teljes panaszmentességet.

A perforatio előtt is panaszos betegek csoportjában az elvarrás után csupán 17,1% végleges gyógyulás, illetve panaszmentesség volt kimutatható.

Az életkor alapján (a perf. idejére vonatkoztatva) is megnéztük az elvarrás után panaszmentes betegek csoportját és megállapíthattuk, hogy ezek átlagos életkora 44,5 év volt, ami csaknem azonos azzal a korátlaggal (45 év) amit a perforatiós anyag összességében mutattak eseteink. Eme megfigyelésünk sem egyezik azok nézetével, akik a fiatal, 30 év alatti betegek csoportjában kitűnő eredményeket mutatnak ki elvarrás után. Bazsenij pl. 90%-ot közöl (cit: Metz 21).

Azon 231 beteggel kapcsolatban, akiknél elvarrás után újabb panaszok léptek fel, választ kértem arra vonatkozóan, hogy panaszuk a műtétet követően mennyi idő múlva jelentkeztek. Ezek alapján a következő összeállítás adódott:

a műtét után azonnal	46 betegnél
a műtét után 1—6 hónappal	59 betegnél
a műtét után 6—12 hónappal	102 betegnél
a műtét után több mint egy évvel	24 betegnél

a leghosszabb panaszmentes szak az elvarrás után 4 év volt. Az elvarrás utáni első évben tehát betegek csaknem 90%-ánál felléptek a visszatérő panaszok, sőt eseteink felénél néhány hónap múlva már.

Az ellenőrző vizsgálatok idejéig természetesen számos betegünk másodlagos csonkoláson esett át, közelebből 151 beteg. Ezek állapotáról az alábbiak derültek ki: teljesen panaszmentes 76 beteg, enyhébb panasz van 30 betegnek, és rossz eredményről számolt be 45 betegünk.

Ha figyelembe vesszük azt, hogy az ulcus miatt csonkolt betegeknél általában a műtét utáni ered-

mények világirodalmi adatok szerint kb. 10—20%-ban minősülnek nem kielégítőnek (13, 21) akkor a fentiek szerint az elvarrás után másodlagosan csonkoltaknál az eredmények lényegesen rosszabbak (49%).

Ez azonban nem meglepő, mivel az elvarrás után továbbra is panaszos betegeknél nem csak a műtėti lehetőségeket nehezítő anatómiai körülmények szerepelnek fokozottabb mértékben, hanem sok esetben az ulcus, mint a pathológiás viscerocorticalis reflexek forrása, számos olyan átkapcsolást hoz létre, amelyek az agykéreg közbeiktatása révén a betegségtudat fixációjához vezetnek és ezáltal gátolják a végleges gyógyulást. Azt lehetne mondani, hogy a perforatio ténye az ulcusbetegség súlyossági fokának kialakításában nemcsak mint organikus, hanem mint funkcionális tényező is szerephez jut. Így részben ezzel a körülménnyel is magyarázható, hogy a másodlagosan csonkolt betegeknél a postoperatív panaszok lényegesen nagyobb szá-
zalékban szerepelnek.

A 231 elvarrás után nem gyógyult beteg közül az ellenőrző vizsgálat idejéig 80 nem került még csonkolásra, jóllehet, panaszuk alapján a javallat már fennállott. Az egész anyag átlagát illetően az újabb panaszok fellépte után betegekünk csupán 36%-a esett át félévben belül a csonkoláson. Bizonyos, hogy ezen körülményt sem szabad figyelmen kívül hagyni akkor, amikor a másodlagosan csonkoltak késői eredményeit vizsgáljuk, és a rosszabb eredmények egyik okaként jelölhetjük meg e hibás gyakorlatot.

Összevetve tehát eredményeinket a primaer csonkolást végzők 75—80%-os jó eredményeivel (14, 35), akkor eme utóbbiak előnye nem vitatható. Ennek ellenére mint az anyagunkból is kiderül, a primaer csonkolástól való tartózkodás indokolatlanul gyakori. Ennek oka csak részben magyarázható meg óvatossággal, vagy elvi állásfoglalással. Inkább hozható összefüggésbe azzal a megfigyeléssel, ami a perforatiók napszakonkénti előfordulásából adódik. Anyagunk alapján ugyanis megfigyelhettük, hogy a perforatio 8 és 20 óra között csupán betegekünk 26%-ánál lépett fel, míg 74%-ban a késő esti és éjszakai órákban következett be. Ez egyrészt jelent, hogy pihenő állapotban sokkalta gyakoribb a perforatio létrejötte, mint munkavégzés közben, ami határozottan az idegrendszeri akciók és a következményes szervi elváltozások szoros időrendi kapcsolatára utal, és amihez hasonlóan foghatók fel az ulcusbetegségre jellemző éjszakai fájdalmak jelentkezései is (4, 28).

Másrészt a gyakoribb éjszakai előfordulások egyben arra is magyarázatul szolgálhatnak, hogy miért esik a választás sokszor a kevesebb mérlegelest igénylő és minden vonatkozásban egyszerűbb elvarrásra.

Összefoglalás: szerző 430 ulcus perforatiót felölelő anyagot ismertet, amelynek során a kórkép lényegesebb adatait mutatja be. Kidomborítja a perforatio problematikájának összefüggéseit az alapbetegséggel, főleg az ulcus aktivitás szempontjából. Rámutat az ún. néma fekélyek gyakoriságára és azok jelentőségére. A kórkép diagnosztikai és

therápiás problémáival kapcsolatban 308 eset utánvizsgálatának alapján megállapítja, hogy az elvárás csupán az esetek egy negyedében adott jó késői eredményeket, függetlenül az életkortól és a körelőzményi adatoktól. A második ülésben végzett csonkolások esetében, lényegesen rosszabb késői eredményeket talált, mint amelyekről a csonkolásokkal kapcsolatban általában az irodalom beszámol. A primaer csonkolástól való indokolatlan tartózkodást helyteleníti és végül javasolja az elvárás után jelentkező újabb panaszok fellépése esetén a másodlagos csonkolás mielőbbi elvégzését.

IRODALOM. 1. *Bazsenova*: Chirurgia. 1953, 10. — 2. *Friedrich L.*: Orv. Hetil. 1951, 92, 1518. — 3. *Goldstin*: Internat. Coll. Surg. 1939, 2, 379. — 4. *Guszich A.*: Magy. Seb. társ. nagygyűlés. 1958. — 5. *Hajós E.*: Orv. Hetil. 1955, 96, 897. — 6. *Hetényi G.*: A fekélybetegség időszerű kérdései. 1954. Bp. Akadémiai k. — 7. *Hetényi G.*: Orv. Hetil. 1938, 79, 543. — 8. *Hoch*: Arch. Klin. chir. 1952, 628. — 9. *Herczel M.*: Magy. Seb. munk. 1907, 435. — 10. *Hindmarsch*: Lancet. 1957, 1, 113. — 11. *Jáki*

Gy.: Orv. Hetil. 1952, 93, 822. — 12. *Jennings*: Lancet. 1940, 395. — 13. *Johnson*: Surg. Gyn. Obstr. 1954, 425. — 14. *Judin*: Chirurgia. 1938, 87. — 15. *Körmenyi-Ékes*: Orv. Lapja. 1948, 1237. — 16. *Kunz*: Wiener. med. Wschr. 1963, 113. — 17. *Kunz*: Das acute abdomen. 1948. Wien. — 18. *Ladányi J.*: Orv. Hetil. 1954, 95, 790. — 19. *Littman I.*: Orv. Hetil. 1948, 89, 278. — 20. *Madelung*: Klin. med. 1939, 136. — 21. *Metzl J.*: Orv. Hetil. 1953, 99, 959. — 22. *Milkó V.*: Orv. Hetil. 1942, 83, 1234. — 23. *Moynihan*: Brit. med. J. 1908, 1092. — 24. *Moore*: Surgery. 1948, 442. — 25. *Németh Gy.*: Orv. Hetil. 1956, 97, 684. — 26. *Novák M.*: Orv. Hetil. 1923, 64, 519. — 27. *Novák M.*: Orv. Hetil. 1931, 72, 1159. — 28. *Petz A.*: Acut hasi katasztrófák. 1955. Bp. Múvelt Nép K. — 29. *Rubányi P.*: Magy. Seb. társ. 1938. XII. nagygyűlés. — 30. *Rusznayk I.*: Wiener Arch. inn. med. 1922, 379. — 31. *Rosanov*: Chirurgia. 1953, 12. — 32. *Selye J.*: Életünk és a Stress. 1964. Bp. Akadémiai K. — 33. *Szemző Gy.*: Orv. Hetil. 1958, 99, 581. — 34. *Szél K.*: Orv. Hetil. 1955, 96, 932. — 35. *Szécsényi A.*: Magy. seb. 1955, 361. — 36. *Sztucskov*: Chirurgia. 1953, 3. — 37. *Turner*: Brit. med. J. 1945, 457. — 38. *Turner*: Surg. Gyn. Obstr. 1951, 281. — 39. *Wangensteen*: Minnesota m. 1935, 477. — 40. *Viczián A.*: Orv. Hetil. 1958, 99, 283. — 41. *Vigyázó Gy.*: Gyógyászat. 1925, 535. — 42. *Zsebők Z.*: Honvédorv. 1951, 892.

KLIMOVAN *emulziós injekció*

prolongált hatású egyenletes felszívódású, oestron-progesteron tartalmú készítmény.

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) emulziós injekció 2,5 mg oestrol. benz.-ot és 12,5 mg progesteron.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Primér és szekunder amenorrhoea, habitualis és imminens abortus, ovarialis insufficiencián alapuló vérzési rendellenességek, menses postponálása. Terhesség i próbaként az emulziós injekció nem alkalmazható, csak a Klimovan olajos injekció.

ADAGOLÁS: A menorrhoea esetén megfelelő oestrogen előkészítés után 2–3 ampulla egyszerre, habitualis abortusoknál a vérzés kimaradása után hetenként 1–2 ampulla, a kritikus időpont után legalább 1 hónapig, imminens abortus esetén a kezelést Klimovan olajos injekcióval célszerű elkezdni (naponként 1–2 ampullát), majd az eredmény tartósítására hetenként 1–2 ampulla Klimovan emulziós injekció 1 hónapig, menses postponálására, vagy rendezésére a ciklus megfelelő időszakában 2–3 ampulla egyszerre mélyen és lassan a farizomba.

FORGALOMBA KERÜL: 5 ampulla emulziós injekció 34,00 Ft
50 ampulla emulziós injekció 322,00 Ft

MEGJEGYZÉS: SZTK terhére abban az esetben rendelhető szabadon, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Klimaxos kiesési tünetek, férfi- vagy női klimax-szal kapcsolatos osteoporosis, arthritis, incontinentia, spondylosis, involutios melancholia, ostitis deformans, osteoporosis senilis, periferiás keringési zavarok, Raynaud-kór, angina pectoris, ulcus ventriculi et duodeni, Cushing-kór, hypophyser cachexia és panhypopituitarismus, prostata hypertrophia, lactatio megszüntetésére, Chiari—Frommel syndroma esetén alkalmazható az új

AMBOSEX

prolongatum olajos injekció

Az oestrogen és androgen nemi hormonok hypophysis gonadotrop hormonra gyakorolt gátló hatása összegeződik, extragenitalis hatásaik fokozódnak a fenti kombinációban. A sexuális spherára gyakorolt hatás szempontjából antagonitálják egymást. Az injekció gyors és egyben tartós hatású is a testosteron észterek különböző idejű felszívódása miatt.

Összetétel: 1 ampulla (1 ml) 1 mg oestrol. benz.-ot, 4 mg oestrol. phenylprop.-ot, 20 mg testosteron prop.-ot, 40 mg testosteron. isocapron.-ot tartalmaz olajos oldatban.

Adagolás: Általában havonta 1 ml (1 ampulla) szükséges. Osteoporosisban havonta 2 ml egyszerre, vagy két adagban.

AZ INJEKCIÓ KIZÁRÓLAG INTRAMUSCULARISAN, MÉLYEN A FARIZOMBA ADHATÓ!

Forgalomba kerül: 1 ampulla 18,70 Ft.
25 ampulla 436,— Ft

Megjegyzés: SZTK terhére csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.



Forgalomba hozza: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Orvostovábbképző Intézet, II. Gyermekgyógyászati Tanszék

A világrahozott rekeszsérvek diagnosztikai és therapiás kérdései

Vadász György dr., Korányi György dr., Kovács Klára dr. és Holló Tamás dr.

A világrahozott rekeszsérvek száma, hasonlóan a többi fejlődési rendellenességhez, az utóbbi években növekszik. Ezt tükrözik a világirodalmi és magyar irodalmi adatok (2, 6, 17, 27). Jelentősége ezen túlmenően az, hogy a korai diagnózis felállítása esetén a korszerű műtéti technika, a gyermekgyógyászati elő- és utókezelés reményt nyújt az újszülöttek életben maradására és zavartalan fejlődésére.

Mint ismeretes (28), a hernia diaphragmaticának (továbbiakban h. d.) két nagy csoportja van. Az első, az újszülött korban súlyos tüneteket okozó kórkép, az embryonalis fejlődés korai szakaszában (4. hétig) jön létre. A magzati élet elején a diaphragma ventralis részét egy mesenchymalis lemez alkotja (His f. transversalis septum), amely a szívet választja el a hasúri szervektől. Később mesodermális sejtek burjánzásából pleuro-peritonealis-köteg alakul ki, mely az elválasztó fal hátsó szelvényét képezi, s a transversalis sövényvel együtt elkülöníti a mell- és hasüreget. A magzati élet 4. hetéig azonban még összeköttetés áll fenn a két üreg között, a rekeszhártya mindkét oldali posterolateralis részén (pleuro-peritonealis v. Bohdalek-féle hasadék). A továbbiakban cranialisan pleuralis, caudalisan peritonealis eredetű lemez erősíti meg a válaszfalat, majd ezek közé izomrostok nyomulnak be. A rekeszsérvek első csoportjának létrejötte úgy magyarázható, hogy a postero-lateralis hasadék megmarad, mivel a hátsó telep hiányosan fejlődik, vagy a mellső teleppel nem nő össze. Ezért nevezik egyes szerzők (26) topographiai és embryologiai okokból is az ilyenfajta veleszületett rekeszsérveket posterolateralis h. d.-nak.

A fejlődéstani adatok arra is magyarázatot adnak, miért található egyes esetekben csupán nagyobb nyílás, máskor pedig a rekesz-kupola teljes hiánya. Az is érthető, a fejlődéstani alapján, hogy miért nincs ezeknek a sérveknek tömlőjük. Ezért az ilyen sérveket hernia spuriáknak lehet nevezni. Helyesebbnek tartjuk viszont *Tosovsky* és *Vychytil* (26) által említett „fissura diaphragmatica congenita” megjelölést, mely a kórbonctani és fejlődési rendellenesség lényegét egyaránt kifejezi.

A h. d. másik csoportja az embrionális fejlődés 4. hete után jön létre, amikor a membrana pleuro-peritonealis már kifejlődött, a mell- és hasüreg elkülönült. A hasi szervek a normálisan fejlődött rekeszizom anatómiai nyílásain, vagy praeformált réssein hatolnak a mellüregbe. Az ilyen módon keletkezett h. d.-nak többnyire van peritonealis zsákja, tüneteket nemcsak újszülött korban, hanem a súlyosságtól függően később okoz, akár felnőtt korban is. Műtéti megoldása csaknem mindig eredményes.

Ugyancsak a h. d.-hoz tartozó kórkép (mintegy 3. csoportot alkotva) az a fejlődési rendellenesség,

ahol a rekesz-hártya serosus lemezei közé nem nőnek be izomrostok. A diaphragma helyén, vagy annak egy részén vékony hártya van, mely a magasabb hasúri nyomásnak nem tud ellenállni, s a hasúri szervek a hártyával együtt nyomulnak a mellüregbe (eventeratio, relaxatio diaphragmatica). Ilyenkor mintegy a rekesz hártyás része képezi a sérvtömlőt.

Tanszékünk pathológiás újszülött-részlegén az elmúlt 10 év alatt 5 h. d.-ban szenvedő újszülöttet észleltünk, valamennyien a fenti beosztás szerinti 1. csoportba tartoztak. Három ízben történt műtéti beavatkozás.

Eseteink rövid ismertetése

I. T. J. 3700 g súlyú újszülött első vizsgálatkor feltűnt, hogy a szívtempulát és a szívhangok j. o. hallhatók. Tüdők felett gyengült légzés. Máj 1 harántujjal a bordaív alatt, rendes helyén volt tapintható. Az újszülött rendkívül súlyos állapota (oxygen nélkül azonnal fellépő asphyxia) nem tette lehetővé a részletes kivizsgálást. Élete 2. napján meghalt. Kiírási diagnózisunk haemorrhagia intracran., atelactasia pulm., dextrocardia volt.

Boncolási leletéből: A vastag- és vékonybelek a mellkas bal oldalán helyezkednek el. A rekesz hátsó részén b. o. két ujjat befogadó nyílás van, melyen át a belek felnyomultak a mellüregbe, csak a duodenum és a sigma végső része van a hasüregben. A bal tüdő alig harmada a rendes nagyságnak, légtelen, teljesen a csúcs helyére felnyomott. A jobb tüdő rendes nagyságú, a szív rendellenes helyzete miatt hátra és felfelé nyomott. A szív egészen jobbra tolt, billentyűrendszere ép. A hasüreget csaknem kitölti a nagy máj, bal oldalán a felfúvódott gyomor van, mögötte a lép a rendes helyén.

II. D. I. 3000 g súlyú újszülött. Születés után élénken felsírt, de rövidesen cyanoticus, dyspnoes lett. Szívtempulát és szívhangok j. o. voltak hallhatók, tüdők felett léghang nem volt. 35 perc múlva meghalt. Az előző eset tanulságaképpen kiírási diagnózisunk h. d. volt.

Boncolási lelete: A rekesz teljes bal kupolája hiányzik, a nyíláson keresztül a gyomor, a vékonybelek és a vastagbelek nagy része a mellüregbe nyomult. A lép szintén a mellüregben, a tüdőcsúcs helyén található. A bal tüdőlebenyek cseresznye-nagyságúra összenyomva láthatók. A szív jobb oldalra nyomott, a jobb kamra izomzata megvastagodott, ürtere tágabb a rendesnél. A jobb tüdőt is összenyomja hátra és felfelé a szív, lebenyei teljesen légtelenek. A máj csak részben van a hasüregben, bal lebenye szintén a mellüregbe nyomul.

III. S. E. 3300 g súlyú újszülött asphyxiában született. Élesztés után sirt fel. Cyanoticus volt; scrobicularis, jugularis és intercostalis behúzóadások voltak láthatók. A bal mellkásfél felett rövidült kopogtatási hang; légzés csak a jobb tüdő felett volt hallható. Szívtempulát és szívhangok a jobb mellkásfélben, szívcsúcslökés a jobb med.-clav. vonalon kívül volt. EKG-felvétel a megszokottnál fokozottabb dextrogrammot mutatott, a néhány óra múlva megismételt EKG a dextropositio fokozódását mutatta. *RTG-felvétel:* A bal rekesz 3 ujjal magasabban áll, a szív teljes egészében a jobb mellkásfélben. Gyomor-léghólyag a rekesz alatt. Lipiodolos kontraszt-anyag vizsgálat alapján kiderült, hogy a bal mellkásfélben hasi szervek helyezkednek el, az oesophagus és a szív a jobb mellkásfélbe áttolt (1. kép).

Műtét (op.: *Zahumenszky dr.*): Intratrachealis aether narcosisban, a bal VIII. bordaközben történt thoracotomia után láttuk, hogy a lép, a vékony- és vastagbelek nagy része a bal mellkasfélben van. A bal tüdő teljesen atelectasiás, negyedére összenyomott. A rekeszkupola bal hátsó részén ötforintosnyi folytonossági hiány van, sérvtümlő nélkül. A hasi szervek repónálása után a rekeszszéleket varratokkal egyesítettük. A kollabált bal tüdőt igyekeztünk felfújni. Műtét után rövidesen ismét súlyos cyanosis alakult ki, b. o. légmell és j. o. tüdőgyulladás következett be. Tartós szívdás és antibioticumok adása ellenére a műtét után kb. 6 órával exitált.

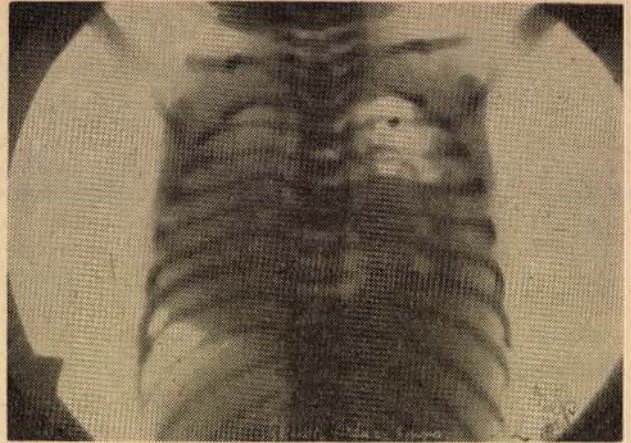


1. kép

Boncolási lelete: Bal tüdő atelectasiás, hiányosan fejlett. Szív középpállásban, izomzata ép, úrtere normális. Jobb tüdő kissé hátra és felfelé nyomott, metszéspapján gyulladásos izzadmány, a széli részeken emphysema. Rekesz b. o.-án műtételtékek. Hasi szervek a hasüregben helyezkednek el, a zsigeri hashártya élénk vörös, vérbő.

IV. E. F. cyanoticus, 2700 g súlyú újszülöttet 1 napos korában vettük át más intézetből, *h. d.* beküldő diagnózissal. Vizsgálatkor a szívtoppulatot j. o., a szívcsücsülökést a jobb mamillaris vonalban találtuk. Tüdők felett j. o. toppulatot kopogtattunk, hörghi színezetű légzést hallottunk. B. o. légzés alig volt hallható. A has lapos volt, máj 2 harántujjal ért a jobb bordaív alá.

Mellkas-felvétel: (2. kép). A bal mellkasfélben levegővel telt belek vannak, a bal felső tüdőmező rendszer levegőtartalmú. A szív árnyéka teljes egészében a jobb oldalon van. A kontrasztanyag vizsgálat szerint a gyomor is a mellüregben helyezkedik el. Felvételt után 6 órával **műtét** (op. *Zahumenszky dr.*): Intratrachealis narcosisban felső median laparotomia. A rekesz bal felső része és oldala a bal mellüregbe simult. A gyomrot,

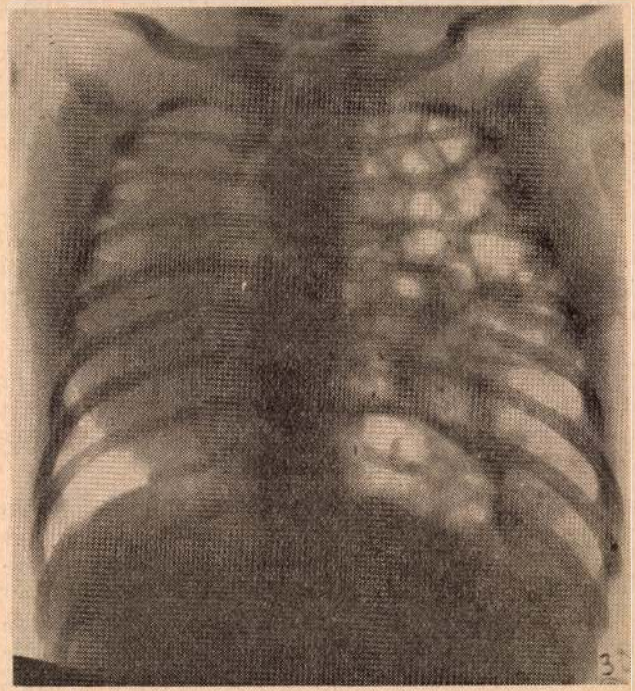


2. kép

a vékony- és vastagbeleket a hasüregbe helyezzük, a rekesz széleit leválasztjuk és rétegesen összevarrjuk. Műtét után állapota nem javult, dyspnoeja fokozódott, respiratoricus és cardialis elégtelenség tünetei között műtét után 3 órával meghalt.

Boncolási leletéből: A bal oldali rekesz helyén át-látszó hártya van, melyben izomszövet nincs. A hártvás rekesz zsákszerűen tágult és ezen belül a gyomor- és vékonybélkacsok egy része a mellüregben foglal helyet. A hártvás zsákon láthatók a műtételtékek. A bal tüdő teljesen atelectasiás, a mellüreg csücsében foglal helyet. A szív jobbra tolt, szabályosan fejlett.

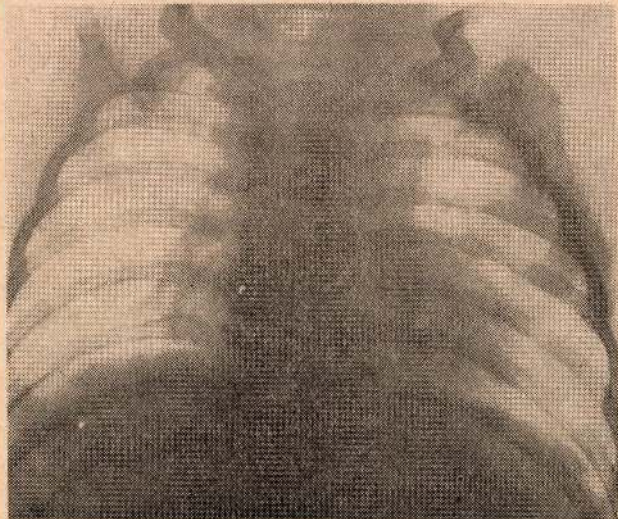
V. Cs. Zs. 3200 g súlyú újszülött livid asphyxiában született. Néhány perc után felsírt, de nyögve lélegzett, szürkült. Felvételtkor szívtoppulát b. o. volt észlelhető, szívhangok tiszták. Tüdők felett j. o. időnként nedves zörejek. Másnapra cyanosisa erősen fokozódott, szív-



3. kép

toppulát a jobb mellkasfélben volt kopogtatható, jobb határa a med.-clav. vonalon kívül 1 harántujjal. Szívcsücsülökés a jobb med.-clav. vonalban, b. o. tüdő felett léghang nem volt hallható. Beesett has, máj 1 harántujjal ért a jobb bordaív alá.

Mellkas-felvétel: Az egész bal mellkasfél a csúcsig levegővel telt belekkel kitöltött. A középárnyék a jobb mellkasfél vetületében van, jobb határa az elülső hónaljvonalban látható. A bal felső lebeny területe atelectasiás (3. és 4. kép).



4. kép

Műtét (op. Löblovits dr.): Intratrachealis narcosisban laparatomia. A hasüregben belek nincsenek, a vékony- és vastagbél, a gyomor, a lép a bal rekeszen levő nyíláson át a mellüregbe nyomult. A zsigereket visszahúzzuk a hasüregbe. A rekeszen hátrafelé nyíló hasadék; hátul paravertebralisan rekeszizom nem látható. Elöl elég jó izomrészecskék vannak, ezeket direkt varrattal egyesítjük. A hátsó szögletbe háromszög alakú műanyaglapot varrtunk. A mellüregben hypoplasiás, de jól ventilláló tüdőt tapintunk. Az atelectasiás leküzdésére az intratrachealis tubuson keresztül pozitív nyomással óvatosan levegőt fúvunk a bal tüdőbe.

Műtét után a szívhangok a sternum területén voltak hallhatók legerősebben. **RTG-felvétel** szerint a középárnyék a megelőző felvételhez képest balfelé tolódott. A bal mellkasfél területén atelectasiás tüdőlebeny, a bal sinusban levegőárnyék.

A b. o. pneumothoraxot sorozatos punctiókkal nem sikerült megszüntetni, ezért tartós gépi szívást állítottunk be, melyet 4 napig tartottunk fenn. A lefolyást b. o. tüdőgyulladás és hasfali phlegmone komplikálta, melyek erélyes antibiotikus kezelésre gyógyultak. Egy hónapos korában jó általános állapotban, negatív klinikai és RTG-lelettel bocsátottuk haza. Újabb egy hónap múlva elvégzett ellenőrző vizsgálataink teljesen physiologiás állapotot mutattak. Tudomásunk szerint Magyarországon a második eredményesen operált újszülött, az elsőről **Tóth és Robert** 1961-ben (28) számoltak be.

Megbeszélés

Észlelt eseteink az ismertettet beosztás szerint első, azaz az ún. fissura diaphragmatica csoportjába tartoznak. 4. esetünkben a Bohdalek-hasadék megmaradása mellett a rekeszhártya izomrostjainak ki- fejlődése is elmaradt.

Felmerül a kérdés, vajon többszörös fejlődési rendellenességről van-e szó, vagy a rekesz fissurája az elsődleges fejlődési hiba, a többi pedig következmény. Mások véleményével egyezően (26) úgy gondoljuk, hogy elsődleges a rekeszizom fejlődési

rendellenessége és bár minden esetben megtalálható a bal tüdő hypoplasiája is, ez csak mechanikus következménye a rekesz hasadékának. E feltevésnek nem mond ellent az, hogy a tüdőagenesia, vagy hypoplasia önálló kórképpént is előfordul (16). A rekesz hasadékán át a nagyobb hasúri nyomás miatt a hasúri szervek, főleg a belek a mellüregbe nyomulnak. Ehhez valószínűleg segítséget nyújt, hogy a mesenterium csak lazán fixálja a beleket a hátsó hasfalhoz. Az idegen szervek térfoglalása és nyomása következtében nem képes a bal tüdő növekedni, kitérni is alig tud, mert felfüggesztése merev. A szív rugalmasabban tud kitérni a nyomás elől, mert rögzítése kevésbé merev, a rekesz megtámasztása elégtelen, a magzati életben még nem működő jobb tüdő sem akadályozza meg vándorlásában.

Tosovsky és Vychytíl (26) néhány órás újszülöttnél a szív fokozott jobbra vándorlását észlelték. Hasonlót tapasztaltunk magunk is III. sz. betegünk-nél az ismételt klinikai és EKG-vizsgálatok alapján. Bár **Fatou** (9) nézete — mely szerint a rendellenesség oka primaer tüdő-hypoplasia, ennek következtében hiányzik a rekeszizom fejlődésének stimulációja — igen tetszetős elmélet, azonban nem ad magyarázatot arra, hogy miért gyakoribbak (4:1) a baloldali rekeszfissurák, mint a jobboldaliak. Feltehető viszont, hogy sok jobboldali rekeszfissura a máj tamponáló hatása miatt latens marad, vagy csak később okoz tüneteket és panaszokat. **Rikhy** (20) 6 hónapos csecsemőben ír le jobb rekesz h. d.-t, melynek sebészi kezelése eredményes volt. **Canino** (6) 4 (saját) jobboldali rekeszsérvi esetét ismerteti.

A betegség — más fejlődési rendellenességekhez hasonlóan — gyakran halmozódik családokban. Érdekes **Roxby** (21) megfigyelése, aki ikerpárokon észlelt h. d.-t. Ez terhességi ártalomra, vagy hiánybetegsége enged következtetni. Valóban **Ander- sen** (1), valamint **Warkany** (30) terhes patkányok A-vitamin hiányos diétájával, **Giroud** (10) riboflavinmentes étrenddel hasonló elváltozást tudott patkány-magzatokban előidézni. Figyelemre méltó **Ken Kure** (12) kísérlete, aki majmon a n. phrenicus át- metszésével diaphragma-relaxatiót, és ezzel egyide- jűleg ggl. coeliacum kiirtással rekesz-fissurát idé- zett elő. A ggl. coeliacum szerepét **Del Buono** (5) is megerősíti, aki az általa boncolt h. d. esetek 60%-ában talált a ggl. coeliacumban elváltozásokat.

Az általunk észlelt öt esetben valamennyi újszülött zavartalan terhességből született, érett, normális súlyú volt.

A betegség jellemző *klinikai tünetei* az irodalmi adatok (11, 17, 22) és saját megfigyelésünk szerint a következők:

Legfontosabb tünet a *cyano-sis*, mely az esetek többségében közvetlenül a születés után észlelhető. Előfordulhat, hogy csak órák múlva alakul ki, vagy lassan fokozódik, ha relative ép jobb tüdő működni képes. Lehetséges az is, hogy a légzéssel fokozódó mellkasi szívó hatás következtében még több bél kerül a mellüregbe, s ezzel mintegy circulus vitio- sus-t okozva nehezíti a tüdő kitágulását.

A fokozódó hypoxia és hyperkapnia rövidesen *dyspnoe*hoz vezet.

Igen fontos tünet a szív *dextropositiója*; a jobb oldalon hallható szívhangok *dextrocardia* vagy *situs inversus totalis* gyanúját kelthetik fel.

A cyanosis, *dyspnoe* és *dextropositio cordis*, együttesen az ún. *Moore-féle triász* (2, 8, 17) valamennyi esetünkben észlelhető volt. Az első négy esetünkben a *dextropositio* már születéskor megvolt. 3. esetünkben a szív a születéskor észlelt helyzetéhez képest is jobbra tolódott. 5. esetünkben születés után a szív-tompulat és szívhangok bal oldalon voltak hallhatók, a jobbra-tolódás órákkal a születés után következett be, valószínűleg a mellüregben levő gyomor és belek levegővel való megtelése után, mint *Papp* esetében (*Peter-féle phenomenon*, 17).

A *hányás* ritkábban előforduló, nem jellemző tünet, inkább megtévesztő lehet, mert más fejlődési rendellenességek felé tereli a figyelmet (*Piriesyndroma*, *atresia oesophagi* stb.).

Még két esetben észleltünk enyhébb formában *hányást*. Érdekes módon a bélpassage többnyire zavartalan — a mi betegeink is táplálhatók voltak. Többen (14, 31) felhívják a figyelmet a bal mellkasfélben hallható bélkorgásra, továbbá a bal hasfélnek *relative* homorú voltára a jobb hasféllel szemben. Eseteinkben a bélkorgást a mellkas felett nem észleltünk, nem hallottuk *dobos kopogtatási* hangot sem a belekkel telt mellkasfél felett. A bal hasfél beesettségét sem sikerült észlelnünk, utolsó két esetünkben az egész hasat találtuk beesettnek.

A biztos diagnózis felállításában legnagyobb segítséget a röntgen-vizsgálat nyújt. Az „üres” mellkas-átvilágítás közvetlenül a születés után esetleg csak a szív *dextropositióját* és a bal rekesz rendellenes állását mutatja. Rendellenes rekeszállást csak 3 esetünkben észleltünk. Amennyiben a gyomor-béltractusban a születés utáni első órákban még nincs levegő, nem állapítható meg biztonsággal a szervek mellüri elhelyezkedése. Ha azonban a gyomor-léghólyag már látható, vagy puha szondával a gyomorba tudunk jutni, helyes mielőbb (esetleg többszörös fejlődési rendellenesség felismerése céljából is), könnyen felszívódó kontrasztanyagot a gyomorba juttatni.

Így az elváltozás pontosan nyomon követhető. Betegeink közül a 3. esetben láttuk szükségesnek *lipiodolos vizsgálat* elvégzését, az utolsó két esetben mellkas-felvétele is biztosan kimutatta a hasüri szervek mellkasi elhelyezkedését.

Az *elkülönítő körjelzésben* gondolnunk kell a különböző fejlődési rendellenességeken kívül (*atresia oesophagi*, *tracheo-oesophagealis fistula*, *congenitalis vitiumok*, *dextrocardia* vagy *situs inversus*, *tüdő-agenesia*, *tüdő-cysta*), *tüdőtumorra*, *atelectasiára*, *koponyaüri vérzésre*.

Az irodalmi adatok és saját észleléseink tanulságaképpen a sikeres kezelés feltétele: *korai diag-*

nózis és korai műtét. A konzervatív kezelés: *oxygen*, *cardiacumok*, *antibioticumok*, *elektrolyt- és folyadékterápia*, csak a műteti előkészítésre és utókezelésre alkalmasak. A műtét célja a hasüri szervek visszahelyezése és a *rekesz-fissura* tökéletes zárása. A behatolás *abdominális* és *thoracalis* úton történhet. Mindkét eljárásnak vannak előnyei és hátrányai. Több szerző (3, 25, 26) a kisebb *shock-veszély* miatt az *abdominalis* megoldást ajánlja, mások (19) a *thoracalis* műtétet helyeslik, mivel így nagyobb az áttekintés lehetősége. A hasi behatolás mellett szól, hogy gyakoriak a *tüdő fejlődési rendellenességei* s az amúgy is csökkent *légzőfelület* *mellkasi műtét* alkalmával nagyobb károsodást szenvedhet.

A műtét sikeres megoldásának akadálya volt az utolsó évekig a *rekesz nagyfokú hiánya*, amely miatt a meglévő *rekeszrészeket* nem lehetett tökéletesen egyesíteni. Az újabban alkalmazott *szövetbarát műanyagok*, mint utolsó esetünkben is, nagy hiányok pótlására is alkalmasak, s nem gátolják a *rekesz növekedését* sem.

A műteti mortalitás még ma is igen magas, a két leggyakoribb *szövődmény*, a *shock* és *tüdőgyulladás* miatt. Ezek veszélye annál kisebb, minél hamarabb állítjuk fel a diagnózist és végezzük el a műtétet. Az elő- és utókezelés s a műteti technika kialakult, ezért várható az eredmények javulása s a mortalitás rohamos csökkenése.

Ez annál is inkább lényeges, mert — mint a bevezetőben említettük — sikeres műtét után a *csecsemő fejlődése* tökéletesen zavartalan lehet, semmiben sem különbözik az egészséges, ép kortársaktól (22, 27, 29).

Összefoglalás: Szerzők tíz év alatt észlelt öt *hernia diaphragmatica* esetüket ismertetik. Valamennyi újszülött volt, fejlődési rendellenességük az ún. *fissura diaphragmatica* csoportjába tartozott. Három esetben történt műtét, közülük egy életben maradt, egészséges. Magyarországon ez a második újszülött, akit műtéttel sikerült megmenteni. Eseteikkel kapcsolatban ismertetik a kórkép kóroktanát, klinikai tüneteit, rámutatva a gyors diagnózis és műtét fontosságára.

IRODALOM. 1. *Andersen D. H.*: Am. J. Path. 1949, 25, 163. — 2. *Arditi E.*: Minerva Ped. 1957, 9, 779. — 3. *Beck W. W., Motsay D. S.*: Arch. Surg. Chicago. 1958, 65, 557. — 4. *Bókay Z.*: Jahrbuch f. Kinderh. 1910. cit. Preisich: A magyar irodalom 100 éve. — 5. *Del Buono F.*: Riv. Rad. Terap. Fisica. 1930, 2, 137. — 6. *Canino C. et soc.*: Radiology. 1964, 82/2, 249. — 7. *Claireaux, Ferreira*: Arch. Dis. Child. 1958, 33, 364. — 8. *Conca G., de Nicolai E.*: Minerva Ped. 1959, 11, 730. — 9. *Fatou E.*: These de Paris (1924), cit.: Arch. Franc. Ped. 1959, 3, 300. — 10. *Giroud L.*: Rev. Med. Liège. 1951, 6, 101. — 11. *Kardos R.*: O. H. 1956, 97, 645. — 12. *Ken Kure*: cit. Arch. Franc. Ped. 1951, 3, 320. — 13. *Kiszel J., Varga J.*: O. H. 1964, 105, 749. — 14. *Ladd W. E.*: New England J. Med. 1940, 223, 917. — 15. *Mertins J.*: cit. Arch. Franc. Ped. 1959, 16, 300. — 16. *Nábrády J.*: Gyermekgyógyászat. 1962, 13, 18. — 17. *Papp*

K.: Magyar Nőorvosok Lapja. 1964, 27, 117. — 18. *Peiper A.*: Krankheiten der Neugeborenen. Veb. Georg. Thieme Leipzig. 1958. — 19. *Richard J.* et soc.: Arch. Franc. Ped. 1959, 16, 300. — 20. *Rikhy S. S.* et soc.: Indian J. Child. Hlth. 1963, 12, 456. — 21. *Roxby A. B.*: Brit. J. Radiol. 1950, 23, 231. — 22. *Schaffer A.*: Diseases of the Newborn. W. B. Saunders Comp. Philadelphia and London, 1960. — 23. *Sée G.*: Arch. Franc. Ped. 1947, 4, 536. — 24. *Szlávik I.*: Magyar Radiologia. 1958, 10, 115. — 25. *Teinturier J.* et soc.: Mem. Acad.

Chir. Paris. 1958, 84, 219. — 26. *Tosovsky V., Vychytil O.*: Das akute Abdomen im Kindesalter auf Grund angeborener Anomalien. VEB. Verlag, Berlin, 1958. — 27. *Törő I.*: Az ember fejlődése. Egészségügyi Kiadó. Bp. 1953. — 28. *Tóth N., Róbert J.*: Gyermekgyógyászat. 1961, 12, 25. — 29. *Verboom*: Ch. Kranke Säulinge G. Thieme Verlag. Stuttgart. 1960. — 30. *Warkany J.*: J. A. M. A. 1958, 168, 2020. — 31. *Wangensteen O. H.*: Ann. Surg. 1949, 129, 185. — 32. *Zawartka*: Arch. Ped. 1963, 14/79, 37.

SPIRACTIN

inj. 1,5% és 2,5%

Összetétel: 1 ampulla (1ml) 15 mg, ill. 50 mg 1-piperidinomethyl-cyclohexanon-(2)-chlorhydrat.-ot tartalmaz.

Javallatok: Újszülöttek, csecsemők és kisgyermek asphyxiája. Inhalációs és intravénás narcosis, morphin-, barbiturát és egyéb altatók, szénmonoxid mérgezés és pneumonia következtében fellépő légzészavarok és légzésbénulás veszélye.

Adagolás: I. ven. i. musc. Intravénás alkalmazás esetén a hatás csaknem azonnal jelentkezik. A keringésre nincs befolyással, hibernációban is alkalmazható. Cseppinfúzióban elnyújtott hatás érhető el. Súlyos esetekben az intravénás alkalmazás indokolt. Felnőtt adagja 50—100 mg (1—2 ampulla 2,5%-os inj.) Ez az adag szükség esetén $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óránként óvatosan megismételhető. Újszülöttek, csecsemők és kisgyermek adagja 5—15 mg i. ven. ($\frac{1}{4}$ —1 ampulla 1,5%-os injekcióból). Szükség esetén ez az adag is $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óránként megismételhető.

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető. Intranarconnal egy fecskendőben nem adható, mert kicsapódik. Lejárati idő: 2 év.

Csomagolás: 5×1 ml 1,5% inj. 7,20 Ft, 50×1 ml 1,5% inj. 72,— Ft
5×2 ml 2,5% inj. 15,60 Ft, 50×2 ml 2,5% inj. 156,— Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST, X.

TAXIN TABLETTA

Összetétel: 1 tablettá 10 mg diacetyl-dioxyphenylisatint tartalmaz.

Javallat: Hashajtó.

Adagolás: $\frac{1}{2}$ —2 tablettá este lefekvés előtt.

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás: 10 tablettá 2,— Ft

20 tablettá 4,— Ft

Gyártja: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Chronicus tüdő, hörgő, mellhártya megbetegedésekben, bronchiectasiában, asthma bronchialeban a gennyes nyákot, váladékot oldja a

TRYPSIMUSC injekció!

Dystorsiók, posttraumás haematomák, haemarthros, scleroderma, ulcus, cruris, diabeteses, gangrenák, decubitusok, torpid fekélyek, thrombophlebitis, phlebothrombosis esetén

TRYPSIMUSC injekció!

Nőgyógyászati gyulladások (parametritis, adnexitis, szemészeti gyulladások) iritis, iridocyclitis, chorioretinitis, arhtritis, periarthritis, synovitis, bursitis kezelésére

TRYPSIMUSC injekció!

A pancreasból nyerhető proteoliticus hatású trypsin antiphlogisticus hatását valószínűleg annak köszönheti, hogy a ferment a gyulladásos szövetek fibrinbarrierjének oldásával elősegíti a gyulladásos oedemák elfolyását, továbbá megkönnyíti a phagociták útját a gyulladásos góchoz. A trypsin különösen meggyorsítja a posttraumás oedemák és vérömlenyek felszívódását. Az oldószerben levő promethasin antiallergiás és helyi érzéstelenítő hatásánál fogva különösen alkalmassá teszi a készítményt a széles körű therápiás alkalmazásra.

Ellenjavallatok: A máj és vese súlyos megbetegedései. Vértékenység esetén csak nagy óvatossággal adható!

Forgalomba kerül:

5 üveg + 5 oldószerampulla dobozban 44,50 Ft
50 üveg + 50 oldószerampulla dobozban 439,40 Ft

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető!

Szobahőmérsékleten oldott állapotban fokozatosan veszít az aktivitásából. Hűtőszekrényben 2—3 napig értékcsökkenés veszélye nélkül tárolható.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRÜGYÉR BUDAPEST, X.

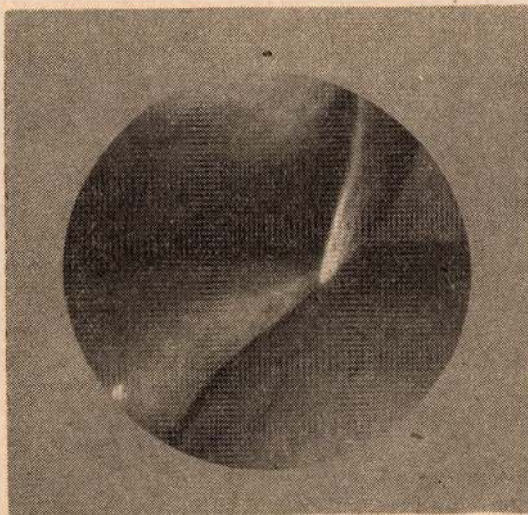
Budapesti VIII. ker. Tanács, Balassa János Kórház, I. Belosztály

A zsírmáj felismeréséről és prognózisáról*

Wittman István dr. és Trebitsch Magdolna dr.

I.

A zsírmáj klinikai felismerésének lehetősége az orvosi technika fejlődésének eredménye. Amíg a laparoscopia és a máj-biopsia nem vált elismert diagnosztikai módszerré, a zsírmáj csak kórbonctani fogalom volt. E két eljárás segítségével a klinikus részére is ismeretessé vált, hogy a steatosis hepatis a májnak diffúz megnagyobbodása, mely sima felszínnel, sárgás-vörös színnel, puha állománnyal, gyakran feszülésig telt epehólyaggal és néha a lép megnagyobbodásával jár együtt (1. kép). A



1. kép. Zsírmáj jellegzetes laparoscopiás képe: diffúz, sima felszínű májmegegyesülés. A lig. falciforme hepatis mélyén a két májleány között tapad

májpunctatum szöveti képét jellemzi, hogy a májparenchymasejtek jelentős része zsírcseppekkel kitöltött, ami többnyire a sejt megnagyobbodásával és a sejtmag széli elhelyezésével jár (2. kép).

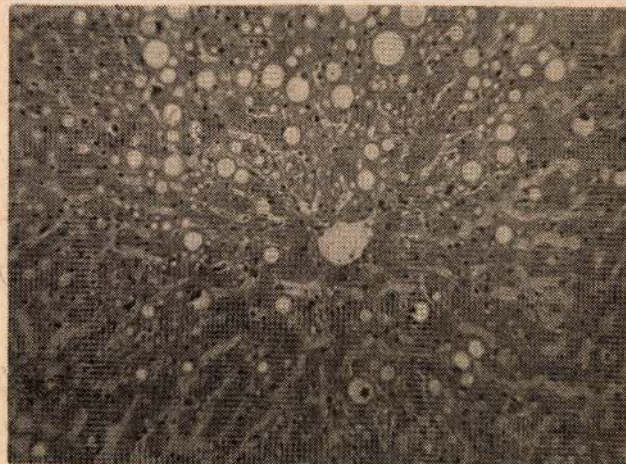
E kórfolyamatnak megfelelő klinikai képet májtáji nyomásérzet, esetleg májtáji fájdalom, továbbá étvágytalanság, puffadás, teltség érzete és fáradékonyság jellemzi, de vannak szubjektív panasz nélküli esetek is. A beteg vizsgálatánál nagyobb, érzékeny, sima felszínű májat és gyakran nagyobb lép lehet találni.

A kialakult zsírmáj további sorsa változó. Lehetőség egyrészt a zsírmáj állapotának állandósulása, előfordul másrészt, a máj elzsírosodásának teljes visszafejlődése, esetleg a máj fibrosisának visz-

szamaradásával és végül lehetséges a zsírmájnak cirrhosisba való átalakulása. Az utóbbi lehetőséget sorozatban végzett májbiopsiás vizsgálatok bizonyították [Schiff, Gall, Young (6), Kalk (2), Thaler (8), Hartsock és Fischer (1)]. Ezek a vizsgálatok arról is felvilágosítást nyújtottak, hogy a zsírmájból a cirrhosisba való átmenet histológiai folyamata két módon lehetséges:

- a) portalis cirrhosis;
- b) postnekrotikus cirrhosis kialakulása útján.

A portalis cirrhosis klasszikus klinikai formája a krónikus alkoholisták alkohol-cirrhosisa, mely zsírmájból alakul ki. A postnekrotikus cirrhosis klinikai prototypusa a posthepatitises cirrhosis. Újabb vizsgálatok azonban kimutatták, hogy egyrészt alkohol-fogyasztók-nál is lehetséges nekrotikus parenchyma laesio alapján a cirrhosis kialakulása, másrészt pedig súlyos vírus-hepatitisnél is előfordul a máj parenchyma elzsírosodása és ennek következtében portalis típusú cirrhosis kialakulása [Kinzlmeier H. und Ranft H. (4), Siede W. und Schneider H. (7)].



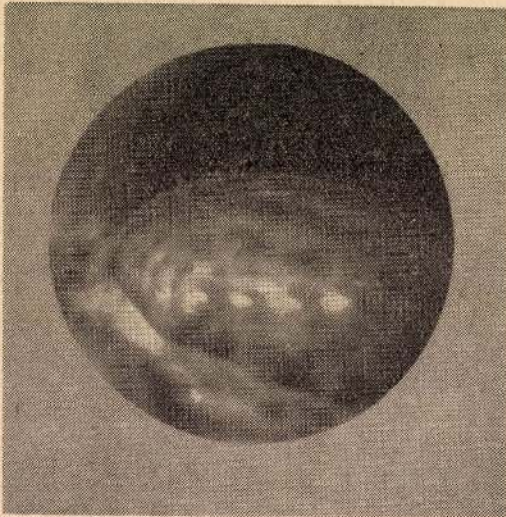
2. kép. Zsírmáj biopsiás punctatumának szövettani képe: a májparenchymasejtek nagy részében cseppekben lerakódott zsír

Zsírmájban megbetegedettek laboratóriumi vizsgálati leletei általában nem egyértelműek. A kolloid-labilitási próbák, a bromsulphalein retentio, a serumfehérjespectrum, az SGOT, a serumbilirubin, az alkalikus phosphatase értékei változóak esetenként és nem mutatnak törvényszerűségeket. Különböző közlések adatait egybevetve mégis megállapítható, hogy a bromsulphalein retentio az esetek többségében emelkedett, a többi vizsgálati módszer azonban hol kóros, hol normális eredményt szolgáltat.

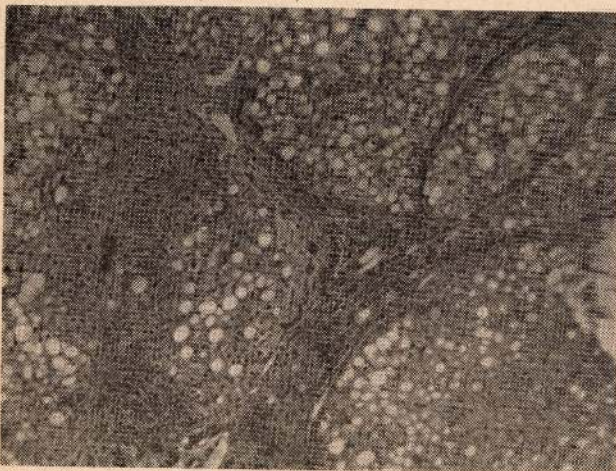
* 1963. május 5-én a parádi Gastroenterologiai Orvosegyesületen megtartott előadás nyomán.

II.

Klinikai anyagunk elemzése a zsírmáj lefolyásának és prognózisának néhány problémáját világította meg. Az első 500 laparoskop-pal vizsgált esetünkben 35 zsírmájat észleltünk. A diagnózist minden esetben a laparoskopias makroszkópos kép és az egyidejűleg végrehajtott célzott májbiopsia szövettani lelete alapján állítottuk fel. Megállapítottuk, hogy a 35 eset nem adott egységes képet, mert amíg 23 esetben valódi steatosis hepatis észleltünk, mely a máj megnagyobbodásával, tükörsima felszínnel (1. kép), puha konzisztenciával, a máj sárgás-barna, vagy sárgás-vörös színével, valamint a jellegzetes szövettani képpel (2. kép) járt együtt, addig a többi 12 eset makroszkópos és mikroszkópos



3. kép. Zsírmáj és cirrhosis kombinációjának laparoskopias képe



4. kép. Zsírmáj és cirrhosis kombinációja biopsias punctatumának szövettani képe: a parenchyma-sejtek nagy része zsírcseppekkel kitöltött, a májacinusok között kötőszöveti nyalábok jelentek meg

kép alapján (3. és 4. kép) a cirrhosis és steatosis kombinációját mutatta.

Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy azokban az esetekben, ahol a cirrhosis a zsírmájjal kombi-

nálódott, a máj mikroszkopikus képe és a szövettani vizsgálat különböző változatokat mutatott.

Az esetek egy részében laparoskop-pal észlelt sima májfelszín mellett a szövettani készítményben zsírosan elfajult parenchymát és egyidejűleg a kötőszövet proliferációját lehetett észlelni. Más esetekben makroszkóposan enyhén zsugorodó egyenetlen májfelszín mellett a mikroszkópos lelet zsírosan degenerált májparenchymát és egyben a periportalis terek kötőszövet-burjánzását mutatta. Végül voltak olyan esetek is, melyeknél a kétségtelenül zsugorodást mutató májfelszín mellett a biopsias anyag olyan máj-részletből származott, mely csak steatosis-t mutatott, kötőszövet-szaporulat nélkül.

Ennek megfelelően a diagnózist csak a makroszkópos és mikroszkópos kép együttes értékelésével lehetett felállítani. Ebből következik, hogy tiszta steatosis hepatis diagnózist akkor állapítottuk meg, ha a laparoskopos kép és a szövettani vizsgálat egyértelműen zsírmáj-t mutatott, zsírmáj és kezdődő cirrhosis kombinációját pedig akkor; a) ha sima májfelszín mellett a histologiai készítményben nagyszámú zsírsejt mellett a periportalis terek kötőszövet szaporulatát észleltük; b) ha a máj felszíne zsugorodást mutatott, a szövettani készítményben zsíros elfajulást és egyidejű kötőszövet-szaporulatot és c) ha zsugorodó májfelszín mellett a szövettani képen csakis zsírosan degenerált májparenchyma-sejteket észleltünk.

Az elmondottak alapján a laparoskopias vizsgálat és a biopsias szövettani lelet figyelembevételével a steatosis hepatis két szakaszát lehet meghatározni, nevezetesen a tiszta zsírmáj-t és a zsírmáj és kezdődő cirrhosis kombinációját. Ez a két stádium nem éles határral különül el egymástól.

A rendelkezésül álló laboratóriumi leletek elemzése útján megvizsgáltuk, hogy van-e a zsírmáj két fázisa és a laboratóriumi eredmények között törvényszerű összefüggés.

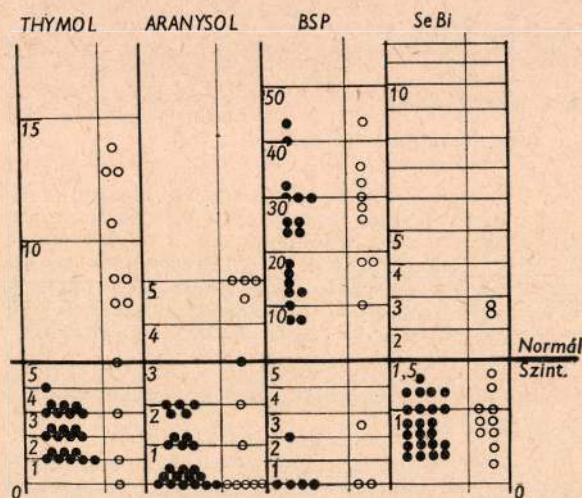
Mivel a betegek többsége csak a laparoskopias vizsgálat idejében feküdt osztályunkon 24–48 óra hosszat, csak azokat a szokványos laboratóriumi vizsgálatokat lehetett az összehasonlításra felhasználni, melyeket valamennyi klinikai osztályon elvégeztek, ahonnan a betegeket hozzánk a hastükrözés elvégzésére elküldték. Ezek a vizsgálatok a következők: Thymol-turbiditási próba, arany-sol-reakció, bromsulphalein retentio, serum bilirubin, serum fehérje-spectrum és néhány esetben a serum transaminase (SGOT) meghatározás.

Megállapítható volt, hogy a tiszta steatosisok csoportjában néhány kivételtől eltekintve a bromsulphalein retentio emelkedett volt, a többi vizsgálatok negatív eredményt adtak (I. táblázat). Ezzel szemben a steatosis és kezdődő cirrhosis kombinációjának csoportjában az emelkedett BSP-retentio mellett a többi megemlített colloid-labilitási próba is többnyire kóros értékeket mutatott.

Ezek a vizsgálati eredmények csak azon közlemények laboratóriumi vizsgálati eredményeivel állanak összhangban, melyeknél a zsírmáj diagnózist laparoskopos és biopsias együttes alkalmazásával állapították meg, mint pl. Kalk és Wildhirt (3) és ellentétesek olyan

kutatásokkal, ahol a diagnózis meghatározása laparoscopia nélkül csak vak májbiopsia szövettani lelete alapján történt, mint pl. Thalernél (8), valamint Kinzlemeier és Ranftnál (4).

I táblázat



● zsírmáj 23 eset
○ zsírmáj és kezdődő cirrhosis kombinációja 12 eset

Figyelemre méltó, hogy a serumfehérje-spectrumban csak három esetben találtunk kóros eredményeket, és pedig egy tiszta steatosishoz és két zsírmáj és kezdődő cirrhosis kombinációjánál. Ez az eredmény ellentétben áll Kinzlemeier és Ranft (4) azon megállapításával, hogy a zsírmájnál domináló kóros laboratóriumi lelet a serumfehérje-spectrum eltolódása.

Igen eltérő volt 35 betegünkénél a betegség aetiologiája. (II. táblázat). Szembetűnő volt a

II. táblázat

Aetiologia	Zsírmáj	Zsírmáj + Cirrhosis	Összesen
Diabetes mellitus	4	3	7
Vírus-Hepatitis	5	5	10
Alkoholismus	1	—	1
Cholelithiasis	4	—	4
Carcinoma	3	—	3
Cardialis decomp	—	1	1
Tuberculosis	—	1	1
Hyperthyreosis	1	—	1
Ólom-mérgezés	1	—	1
Helminthiasis	1	—	1
Ismeretlen	3	2	5
	23	12	35

vírus hepatitis viszonylag gyakori előfordulása az anamnesisben mindkét kategóriában (10 eset), míg a zsírmájnak csak egyetlen esetében lehetett a kronikus alkoholizmust, mint előidéző tényezőt felvenni. Ez egybehangzó azon néhány szerző megállapításával, akik kivételesen, mint Siede és Schneider (7), vagy gyakran, mint Kalk (2) a vírus hepatitiszt találták a zsírmáj előidéző tényezőjének.

A betegeket 1/2–2 éves időközzel rendeltük ellenőrzésre. A kórlefolyás, a fizikális vizsgálat és a labo-

ratóriumi leletek ellenőrzését végeztük kontroll laparoscopia, vagy májbiopsia nélkül.

A tiszta steatosishoz szenvedő betegeknél többnyire a klinikai kép javulását, ritkábban változatlan állapotát észleltük. A laboratóriumi vizsgálatok ellenőrzése pedig normális BSP-értéket, vagy az eredeti kóros retentiót megközelítő adatot szolgáltatott. A többi májfunctió próba változatlanul negatív maradt. Viszont a steatosishoz és kezdődő cirrhosis együttes előfordulásakor az ellenőrzött betegek állapotát változatlanul, vagy rosszabbnak találtuk. Utóbbi esetben a laboratóriumi leletek is súlyosbodást mutattak.

A betegek gyógykezelése a laparoscopia és az ellenőrzés közötti időszakban máj-hydrolysatumok parenterális adásából (sirepar), továbbá cholin-chlorid, methionin, B₁- és B₁₂-vitamin, néhány esetben pedig ezeken kívül prednisolon adásából állott.

Összefoglalva:

35 felismert zsírmáj-esetet magában foglaló anyagot tanulmányozva az alábbi következtetésekre jutottunk:

1. A cirrhosisra alakuló zsírmájnak két fázisa van: a tiszta steatosishoz hepatitis és a zsírmájnak kezdődő cirrhosisra való kombinációja.

2. A máj steatosisa mellett megnagyobbodott, sima felszínű, sárgás-vörös máj és a májparenchyma typusos elzsírosodását mutató szövettani kép szől.

Steatosishoz és kezdődő cirrhosis kombinációja esetén sima, vagy zsugorodó májfelszín, a máj szövettani vizsgálatok pedig zsírosan degenerált parenchyma mellett a periportal kötőszövet szaporulata észlelhető.

3. Míg a tiszta steatosishoz a szokásos terápiás módszerekkel gyógyítható, azokban az esetekben, ahol a periportalis teremben a kötőszövet burjánzása is megindult, a cirrhosis kifejlődése alig akadályozható meg.

4. Tiszta steatosishoz csak a bromsulphalein retentio kóros értékű, steatosishoz kezdődő cirrhosisra az összes laboratóriumi értékek kórosak lehetnek (thymol, aranyol, BSP, SGOT, plasmafehérjespectrum). Az exact diagnózis felállításához laparoscopia és egyidejű biopsia szükséges.

U. i. Felhívjuk a figyelmet Szarvas F., Hód M., Tiszai A. és Kovács K. »A zsírmájról 100 eset klinikopatológiai elemzése alapján« című közben megjelent közleményére (O. H. 1964, 105, 913), mely hasonló problémát tárgyal.

IRODALOM. 1. Hartsock R. J., Fischer E. R.: Am. J. Med. Sc. 1960, 239, 445. — 2. Kalk H.: Cirrhose und Narbenleber. Ferd Enke Verl. Stuttgart, 1957, 39. old. — 3. Kalk H., Wildhirt E.: Lehrbuch und Atlas der Laparoskopie und Leberpunktion. Thieme Verl. Stuttgart, 1962, 165. oldal. — 4. Kinzlemeier H., Ranft H.: Zschft. f. Gastroent. 1963, 1, 227. — 5. Magyar I.: Erkrankungen der Leber und Gallenwege, Verl. Ung. Akad. Wiss. Budapest, 1961. — 6. Schiff L., Gall E. A., Young P. C.: Gastro-enterology. 1958, 34, 135. — 7. Siede W., Schneider H.: Leitfaden und Atlas der Laparoskopie. Lehmanns Verl. München, 1962, 40. oldal. — 8. Thaler H.: Deut. Med. Wschft, 1962, 87, 1049.

STATISZTIKAI TANULMÁNY

Országos Mentőszolgálat Kórháza (igazgató: Oravetz Béla dr.)
 Budapesti Orvostudományi Egyetem, Igazságügyi Orvostani Intézet (igazgató: Ökrös Sándor dr.)

Az ittasok spontán sérülései

Dömötör E. dr., Potondi A. dr., Oravetz B. dr. és Gábor I. dr.

A balesetek számának emelkedése miatt az ezzel kapcsolatos kérdések állandó témái a világirodalomnak. A legtöbb baleset közlekedési eredetű, de az ipari balesetek mellett a mezőgazdasági és háztartási balesetek egyre inkább számottevőek. Megállapítható, hogy a balesetek oka 70%-ban személyes természetű, a balesetet okozó, vagy szenvedő hibája, valamilyen „emberi fogyatékosága”. Mindössze 30% írható az egyéb, technikai, műszaki, időjárás tényezőkről rovására (10).

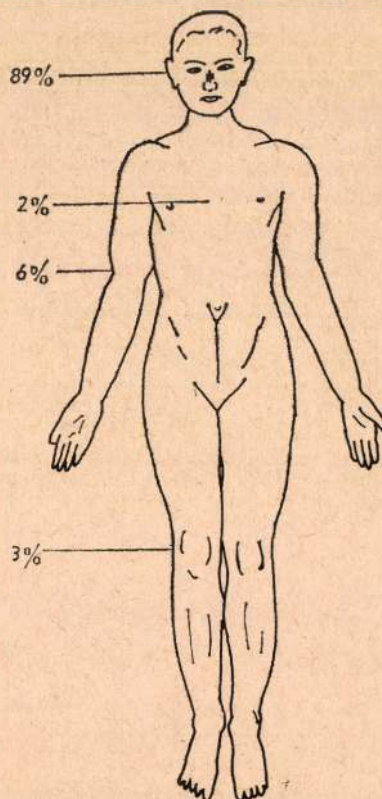
Az alkohol szerepét egyes statisztikák néhány százaléktól 70–75%-ig veszik figyelembe, a közlekedési balesetek létrejöttében (1, 2, 10, 11, 19, 21). 1949–50-ben hazánkban Oravetz és Budvári (16), valamint Gyöngyösi (8) vizsgálatai szerint baleseteknél 37, ill. 39%-ban található alkoholos befolyásoltság. Halálos végű balesetekben az arány magasabb; 1949-ben 62,3%, 1950-ben 67,9%. A gyalogosok hibájából létrejövő balesetekben a gyalogosok 20–30%-a bizonyult alkoholosan befolyásoltnak (3, 4, 13). A közlemények a gyalogosok sérüléseit legfeljebb a közlekedési balesetek szempontjából vizsgálják (5, 6, 7, 9). Nem találkoztunk olyan közleménnyel, amelyik az ittas egyének spontán eleséstől származó sérüléseivel foglalkozik.

Budapesten az utcán és közterületeken talált ittas egyéneket az Országos Mentőszolgálat Kórházába szállítják (újabban a nem sérülteket a rendőrségi kijózanítóba viszik). A sérülteket sebészi el látásban részesítik. A súlyosabbakat és politrauma-

hanem az ittas spontán elesésétől keletkezett. A szakértőnek kell megmondani, hogy a sérülés hogyan jött létre, eleséstől, vagy verekedés során idegen személytől. A spontán sérülések jellegzetességeinek feldolgozásával az orvosszakértőnek kívántunk adatokat szolgáltatni a differenciál diagnosztika kialakításához. Ilyen vonatkozásban speciális szaklapokban számoltunk be (17, 18).

Jelen közleményben főleg a sebészi szempontokat tárgyaljuk.

Az adatokat a kórlapokból nyertük, a sérüléseket lokalizáció és jellegzetességük alapján csoportosítva mindig a főbb elváltozást vettük figyelembe. A nemet, kort, foglalkozást táblázatban tüntettük fel (1. táblázat).



1. ábra. Sérülések megoszlása

1. táblázat

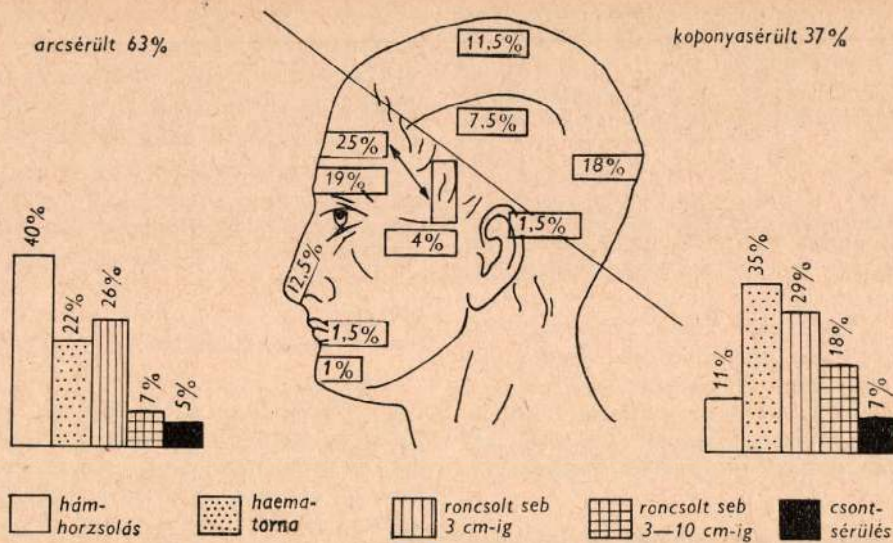
A sérültek neme, kora, foglalkozása

Neme		Kora				Foglalkozása					
férfi	nő	20-ig	20-30-ig	30-55-ig	55-ön túl	s. m. alk. m.	szakm. iparos	alkal. mazott	értelm.	egyéb	
87%	13%	3%	20%	47%	30%	56%	26%	8%	7%	3%	

tízaltakat speciális osztályon helyezik el. A sérültek között meglepően magas százalékban (52,2%) a sérülés okozásában idegen személy, gépjármű, szerepet nem játszott. Ezek az ittasok tehát eleséstől szenvedték el sérüléseiket. 1962. június 1-től 1963. június 1-ig, egy év alatt 1908 sérült ittas közül 1001 esetben a sérülés spontán eleséstől keletkezett. Ez a szám igen magas és több irányú jelentősége van.

A bíróságon a testi sértéses ügyek magas százalékát ittas egyéneknek követik el. A tárgyaláson a vádlott azzal védekezik, hogy a sérülés nem verekedéstől,

A sérülések 89%-át a fejen, 6%-át a felső, 3%-át az alsó végtagon, 2%-át a mellkason észleltük. (1. ábra). A fej sérülései közül 63% az arcon, 37% a koponyán jött létre. Az arc sérüléseinek megoszlása: homlok 25%, szemöldökív 19%, orr 11%, pofagumók 4%, ajak 1,5% és az áll 1%. A sérülések nagyobb része hámphorzsolódás, (40%), kevesebb



2. ábra

a vérbeszűrődés (20%), kisebb roncst sebek 26%-ban, hosszabb lágyrészsérülések 7%-ban fordultak elő. Az arc lágyrészsérüléseihez 5%-ban társult csonttörés, mely gyakorlatilag orrcsont-, vagy járomív-törést jelent. Jellegzetes homlok-sérülés a haematoma feletti abrasio. Zegzugos szélű repesztett seb a szemöldökíven keletkezik, a szemöldökíven párhuzamosan, melyet rendszerint hámosorzsolás övez. Az ajak repesztett sebei az ajakra merőlegesek, annak teljes vastagságára nem terjednek rá. Az állcsúcs — bár az arc egyik legkiállóbb része — viszonylag ritkán sérül, rajta hámosorzsolás, vagy repesztett seb jön létre. Eleséskor a homlok és a szemöldökív éri előbb a talajt, a mellkasra hajló áll bizonyos fokig védett helyzetben van. Az arcsérüléseket jellemzi: az egyes régiókon belül többszörösek.

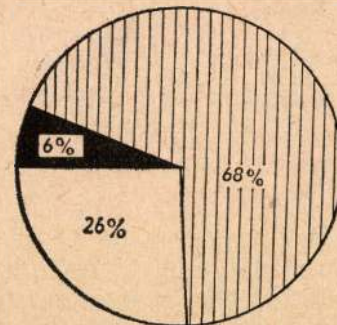
A hajas fejbőr, illetőleg a koponya részei a tarkótájon sérülnek (18%). Jellegzetes a haematómával, vagy anélkül megjelenő csillag-alakú zúzott seb, melynek alapját a galea, vagy a koponyacsont képezi. A tarkótájon fordulnak elő hosszabb lágyrészsérülések, melyekhez mintegy 2-4%-ban agyrázkódás és koponyatörés társul. (2. ábra).

A százalékos megoszlásból kitűnik, hogy az eleséstől eredő sérülések az arc és fej kiálló részein keletkeznek. Tompa erőbehatásra jönnek létre. Az eleső ittas egyén fejét kemény, sima felszínű, vagy kiálló tárgyhoz üti. Ebből következik, hogy jellegzetes eszközre mutató elváltozás, pl. szúrás, vágás rajtuk nem ismerhető fel. Az arcsérülések mellett koponyatörések azért keletkeznek kisebb számban, mert az ittas egyén előreesve — bár a reakció idő és a védekező reflex tevékenysége csökkent — az esés lendületét bizonyos mértékig kezével lefékezi. A tarkótáji sérülések magyarázata, hogy az erőbehatás nagyobb, a hátravágódó test lendületét a kéz még részlegesen sem tudja lefékezni, a lendületből adódó erő maradék nélkül érvényesül. Elégé típusos sérülés keletkezik, ha az ittas lépcsőn

hanyattesik, fejét a lépcső élébe üti. Ilyenkor a bőrön kiterjedt lágyrészsérülés áll elő, melyhez viszonylag gyakran koponyatörés társul. A koponya- és fejsérülések többségének magyarázatához még hozzá tartozik, hogy elesés során a fej nagyobb erővel ütődik a földhöz, kiálló tárgyhoz. A fizikából ismert tényezőknél is lehet ebben szerepe, pl. erőkar, forgatónyomaték, stb.

A törzset a ruházat védi, bőrsérülés ritka, ha a mellkast erőbehatás éri, inkább bordatörés, bordarepedés keletkezik.

A felső végtag sérülése az alsóhoz viszonyítva gyakoribb (6%), ezen belül a kézfej sérülése számot-



- 1% alatt
- ▨ 1%—2,5%
- 2,5% felett

3. ábra. A véralkoholszint %-os megoszlása

tevőbb. A tenyereken ritkán észlelt metszett sérülés kézbe fogott és eltört borosüveg szilánktól ered.

Az alsó végtag sérüléseit mindössze 3%-ban észleltük. A térden és a sípcsont elülső részén abrasio keletkezik. A boka és lábfej sérülése distorsio, ficam,

vagy törés. Úgy jön létre, hogy az ittas egyén lába eleséskor valamibe beleakad, a rögzített lábfej miatt törés, vagy ficam következik be.

Más kórházba átszállított súlyos sérültek közül három esetben a spontán eleséshez halálos agyzúzódás csatlakozott.

Spontán sérülés az alkoholos befolyásoltság kezdeti szakaszában 1%-os véralkoholszint mellett csak kis százalékban fordul elő. Magasabb véralkoholérték mellett (2–2,5%) alakulnak ki a jellegzetes tünetek, a szellemi műveletek meglassulnak, bénulások lépnek fel, az ösztönös törekvések csökkennek, a járás ataxiás, a mozgás inkoordinált, az ittas dülöngél, elesik. A legtöbb sérülés az alkoholmérgezés ezen depressziós fázisában jön létre, bizonyos fokig arányosan a mérgezés fokával. (3. ábra).

Vázlatosan érdemes megemlíteni e sérülések gyógytartamát. Joggyakorlatunk 8 napon belül, vagy túl gyógyuló, azaz könnyű és súlyos testi sérülést különít el. A jobb szemléltetés kedvéért felosztásunkban három kategóriát állapítottunk meg. 8 napon belül gyógyuló: abrázio, kisebb primeren gyógyuló sebek; 8–20 nap közöttiek: nagyobb, vagy másodlagosan gyógyuló lágyrészsérülések, esetleg agyrázkódások; a 20 napon túliak gyakorlatilag: ficamok, törések; (2. táblázat).

2. táblázat.

Sérülés helye	Fej		Felső végtag	Alsó végtag	Törzs	
	arc	koponya				
A sérülés várható gyógytartama	8 napon belül	50 %	28 %	4,5 %	0,5 %	1,5 %
	8–20 nap közt	3 %	2 %	0,5 %	1,0 %	0,5 %
	20 napon túl	2 %	4 %	1,0 %	1,5 %	—
Összesen:	55 %	34 %	6,0 %	3,0 %	2,0 %	

A fentiekből látható, hogy ezen sérülések zöme egyszerű lágyrész sérülés. Diagnosztikailag a sebésznek nehézséget nem okoznak. Probléma akkor van, ha az ittas comás, egyben koponyasérülésre is gyanú merül fel. Ilyenkor nehéz elkülöníteni, hogy a comát agysérülés, koponyaúri térszűkítő folyamat, vérzés okozza-e, vagy egyszerűen az ittasság következménye (a többség ui. fejsérült). Az ilyen beteget fokozott gonddal kell megfigyelni. Koponyasérülés legkisebb gyanúja esetében röntgenvizsgálatot végzünk. Másnap, ha a kijózanodott beteg még fejfájásról, szédülésről panaszkodik, csak úgy engedjük el, ha röntgenlelete negatív és organikus neurológiai tünetei nincsenek. Az ittas egyénnel kapcsolatos diagnosztikai nehézségekre, különösen koponyasérültekben Juhász (12), Mohr (15), Szabó és Sători (20) mutatott rá.

Az ellátás megegyezik az egyéb sebési elvekkel. A sérülések többsége földdel, piszokkal szeny-

nyezett. A gyógytartam ennek ellenére meglepően jó. Gennyedést, varratsétválást csak legtrikább esetben észleltünk. A törést, vagy ficamot a lehetőségekhez képest még a beszállítás után közvetlenül reponáljuk és véglegesen ellátjuk.

Az ittas sérülteknek az ittasság elmúlása előtt tetanus serumot nem adunk, mert a megelőző tetanus oltással kapcsolatos anamnesis nem vehető fel. A nyugtalan, kötekedő sérült Bezredka-szerint való injekciózása körülményes lenne. Bár a sérültek egy része az injekciót visszautasítja, ennek ellenére tetanus kifejlődéséről nincs tudomásunk.

Eseteink nagy számát tekintve megállapítható, hogy önmagában az ittasság — a közlekedési és ipari balesetekben játszott jelentőségén kívül — fontos problémát jelent, mert az egyénben veszélyességi állapotot hoz létre, melyben az ittas egyén számos, akár halálos sérülést szenvedhet. Ez a kérdés orvosi és általános társadalmi vonatkozásban is jelentős.

Összefoglalás: A szerzők az Országos Mentőszolgálat Kórházának egyéves anyagában azt találták, hogy 1908 ittas sérült közül 1001 esetben (52,2%) a sérülés létrejöttében sem jármű, sem idegen személy nem játszott szerepet. Ezek az egyének spontán eleséstől szenvedték el sérüléseiket. A fej 89%-ban, a törzs 2%-ban, a felső végtag 6%-ban, az alsó végtag 3%-ban sérült. Három esetben halálos szövődmény lépett fel. Az anyagot elemezve megállapítják, hogy az ittasság nemcsak a közlekedési és ipari balesetekben játszik szerepet, hanem az egyénben olyan veszélyességi állapotot teremt, mely miatt az egyén fokozottabban van sérülésnek kitéve. Felhívják a figyelmet az alkohol ilyen irányú jelentőségére is.

IRODALOM. 1. Breitenecker L.: Wien. Med. Wschr. 1959, 109, 861. — 2. Casier és Delaunois: id. Iványi. — 3. Elbel H. és Schleyer F.: Blutalkohol. G. Thieme. Stuttgart. 1956. — 4. Ewerwahn W. J.: A Nemzetközi Mentőkongresszus Beszámolója. OMSZ. Budapest, 1958, 105. old. — 5. Eysenck H. J.: Med. Sci. and the Law. 1962, 3, 439. — 6. Garwood F. és Moore R. L.: Med. Sci. and the Law. 1962, 3, 416. — 7. Gissane W. és Bull J.: Practitioner. 1962, 188, 489. — 8. Gyöngyösi J.: Orv. Hetil. 1952, 93, 277. — 9. Havard J. D. J.: Practitioner. 1962, 188, 498. — 10. Iványi F.: A Nemzetközi Mentőkongresszus Beszámolója. OMSZ. Budapest. 1958, 24. old. — 11. Jean: id. Iványi. — 12. Juhász P.: A Nemzetközi Mentőkongresszus Beszámolója. OMSZ. Budapest. 1958, 83. old. — 13. Lawes W.: Der Strassenverkehrsfall. T. Enke. Stuttgart. 1956. — 14. Norman B. G.: Med. Sci. and the Law. 1962, 3, 411. — 15. Mohr H.: A Nemzetközi Mentőkongresszus Beszámolója. OMSZ. Budapest. 1958, 70. old. — 16. Orovetz B. és Budvári R.: Népeü. 1948, 17, 366. — 17. Potondi A., Gábor I., Orovetz B., Dömötör E.: Belügyi Szemle. 1964. május. — 18. Potondi A., Dömötör E., Orovetz B., Gábor I.: Z. ger. Med. Megjelenés alatt. — 19. Sujbert: Népeü. 1962, 43, 88. — 20. Szabó A. és Sători R.: Előadás a Pathologus Nagygyűlés Igazságügyi Sectióján. 1962. — 21. Vámosi M.: A Nemzetközi Mentőkongresszus Beszámolója. OMSZ. Budapest. 1958, 94. old.

ÚJABB LABORATÓRIUMI ELJÁRÁSOK

Debreceni Orvostudományi Egyetem, I. Belklinika (igazgató: Fonet Béla dr.)

A serum β -lipoprotein tartalmának photometriás meghatározása Burstein és Fried-Hoeflmayr eljárások alapján

Sári Bálint dr., Göös Katalin dr. és Dán Sándor dr.

A klinikai diagnostikának ma még megoldatlan, de jogos igénye a serum β -lipoprotein tartalmának quantitativ meghatározása. Ismeretesek azok a technikai és methodikai nehézségek, melyek akadályai annak, hogy a quantitativ β -lipoprotein meghatározást ultracentrifugával, electrophoresissel, Cohn-féle fractionálással, immunológiai módszerekkel végezzék.

Újabb lehetőséget jelentettek a turbidimetriás eljárások (1—4).

Burstein (1) vizsgálatai szerint calciumchlorid jelenlétében a β -lipoprotein heparinnal kicsapható. Megfelelő körülményeket választva jól mérhető zavarodás keletkezik, melynek mértékéből következtetni lehet a β -lipoprotein mennyiségére. Electrophoreticus kontrollvizsgálatok is igazolták (1, 6), hogy a zavarosodást kizárólag a β -lipoprotein fractio okozza, és hogy szoros összefüggés van a zavarosodás mértéke és a β -lipoprotein mennyisége között. A standard görbe készítéséhez szükséges tiszta β -lipoprotein előállításának körülményes volta miatt e fractio quantitativ és széleskörű meghatározása ezen eljárással sem oldódott még meg.

Fried és Hoeflmayr (7) vitték előbbre a kérdés megoldását. Eljárásuk lényegét Pezold (11) azon megállapítása képezi, hogy a serum β -lipoprotein cholesterol-tartalma és az össz- β -lipoprotein mennyisége között egy megközelítően állandó viszony van. Meghatározva a serum β -lipoprotein cholesterol-tartalmát, a viszonzszám ismeretében az össz- β -lipoprotein mennyisége könnyen kiszámítható. Pezold szerint ez a viszonzszám 2,86. Fried és Hoeflmayr a heparinnal és calciumchloriddal kicsapott β -lipoproteint lecentrifugálták és a csapadék cholesterol-tartalmát Lieberman—Burchard (8, 9) eljárással határozták meg. A cholesterol-tartalmat a viszonzszámmal szorozva kapták az össz- β -lipoprotein mennyiségét. A viszonzszámot 2,63-ra módosították, mert a Liebermann—Burchard-eljárással mintegy 8%-kal magasabb cholesterol-értéket kaptak.

E módszert alkalmazni kívántuk, és azt tapasztaltuk, hogy meghatározás közben néha a várt kékes szín helyett barnáskék, vagy határozott barnás színt kapunk. A zavaró körülmény okát kideríteni nem tudtuk. További vizsgálataink azt mutatták, hogy egyszerűbb és zavartalan a színreactio, ha a csapadék cholesterol tartalmát Joshimasa (10) eljárásával határozzuk meg.

Szükséges oldatok:

I. Lipoprotein kicsapó oldat: 0,025 M calciumchlorid-oldat minden ml-éhez 20 E. heparint adunk.

II. Cholesterol reagensek:

a) Ferrichlorid-jégecet oldat: 0,8 g ferrichlorid 100,0 ml jégecetben oldva.

b) Cc. kénsav.

III. 100 mg %-os chloroformos standard cholesterol törzsoldat.

Meghatározás: Üveg dugóval ellátott centrifugacsőben 2 ml. kicsapó oldathoz 0,1 ml serumot adunk.

Összerázzuk, majd 2 perc múlva 3000/min. fordulatszámmal 5 percig centrifugáljuk. A supernatant leöntjük a jól tapadó csapadékról. A leöntés után visszamaradó kb. 0,1 ml kicsapó oldattal a csapadékot a centrifugacső aljáról jól felrázzuk, majd 8,0 ml ferrichlorid jégecet oldatot adunk hozzá. A csapadék könnyen feloldódik. Az oldatból 6,0 ml-t száraz kémcsőbe pipettázunk és 4,0 ml cc. kénsavat adunk hozzá. Barnáslila szín keletkezik, melynek extintióját vak ellenében 560 m_{μ} -on olvassuk le. A vak: 6,0 ml ferrichlorid-jégecet+4 ml cc. kénsav. A méréseket Uvifot photometerrel végeztük.

A törzsoldatból megfelelő hígításokat készítünk, melyek 0,1 ml-ével végezzük el a színreactiót. Ennek alapján nyerjük a standard görbét, melyből az extintiónak megfelelő cholesterolin $mg\%$ leolvasható.

Vizsgálatainkban minden serumban meghatároztuk a serum összcholesterin tartalmát is Joshimasa szerint:

0,1 ml serumhoz 8,0 ml ferrichloridos jégecet adunk. Összerázás után centrifugáljuk, a supernatansból 6,0 ml-t száraz kémcsőbe pipettázunk, majd 4,0 ml kénsavat adunk hozzá.

Az extintio leolvasását a fenti módon végezzük.

Eredményeinket a táblázatban összcholesterin $mg\%$, ill. β -lipoprotein cholesterolin $mg\%$ -ban adtuk meg. Az össz- β -lipoprotein mennyiségét megkapjuk $mg\%$ -ban, ha a lipoprotein cholesterolin tartalmát 2,86-tal, Pezold eredeti viszonzszámával megszorozzuk.

Vizsgálataink részleteit az alábbiakban ismertetjük.

1. Színállandóság. Az állás időtartama és a szórt fény befolyásolja-e a szín erősségét?

5 különböző β -lipoprotein tartalmú serumban végeztük el a serum összcholesterin és a β -lipoprotein meghatározást. Az extintiót leolvastuk a színreactio kiváltásakor azonnal, majd 5, 10, 15, 20, 25, 30, 60 és 120 perc múlva. A mérések szüneteiben a színes oldatot tartalmazó cuvetta egy csoportját természetes világításnak tettük ki, a másik csoportját sötétben tartottuk.

2. Parallelek.

5 különböző β -lipoprotein tartalmú serumból 10—10 párhuzamos meghatározást végeztünk.

3. A reagensek eltarthatóságának ideje.

5 különböző serumban frissen készített és 1 héti tárolás után, ill. szobahőmérsékleten tárolt reagen-

Színállandóságra vonatkozó vizsgálatok átlaga és szórása				Párhuzamos meghatározások átlaga és szórása					
Serum jelzése	n	\bar{X}	S			Serum jelzése	n	\bar{X}	S
1	10	87,1	3,32	Se. b-lipoprot. cholest.	mg ^o / _o	a	10	79,1	4,44
	10	143,3	2,79	Se. összcholesterin	mg ^o / _o		10	134,6	5,93
2	10	151,7	2,75	Se. b-lipoprot. cholest.	mg ^o / _o	b	10	117,0	10,2
	10	203,6	1,15	Se. összcholesterin	mg ^o / _o		10	216,3	9,3
3	10	151,2	2,15	Se. b-lipoprot. cholest.	mg ^o / _o	c	10	185,3	3,58
	10	232,4	3,37	Se. összcholesterin	mg ^o / _o		10	236,4	5,55
4	10	157,5	1,17	Se. b-lipoprot. cholest.	mg ^o / _o	d	10	212,4	3,88
	10	264,9	3,28	Se. összcholesterin	mg ^o / _o		10	280,7	3,63
5	10	263,7	3,19	Se. b-lipoprot. cholest.	mg ^o / _o	e	10	246,0	10,52
	10	308,4	3,40	Se. összcholesterin	mg ^o / _o		10	309,9	7,20

sekkel határoztuk meg az össz-cholesterin- és a β -lipoprotein koleszterin-tartalmat.

4. A serum eltarthatósága.

5 betegtől nyert serum-mintákat szobahőmérsékleten és jégszekrényben is 9 napig tároltuk. A koleszterin-, ill. β -lipoprotein koleszterin-meghatározásokat a tárolás első, 2., 3., 5., 7., és 9. napján végeztük el.

A színállandóságra és a párhuzamos meghatározásokra vonatkozó vizsgálatunk átlagát és szórását táblázatban tüntettük fel.

Vizsgálataink alapján a következőket állapíthatjuk meg:

ad 1. A színreactio kiváltása után 2 órával sem a szórt, sem a sötétben tartott cuvetákban az extintio értéke lényegesen nem változik meg. Az állás ideje alatt mért eltérések kisebbek, mint a párhuzamos meghatározások szórása.

Ez arra utal, hogy a szórás a technikai kivittel, a serum lemerésének pontosságával és a photometer érzékenységével függ össze.

ad 2. A párhuzamos meghatározások szórása 3—10 mg^o/_o között ingadozik és az ingadozás független a serum β -lipoprotein-tartalmának magasságától.

ad 3. A calciumchlorid-heparin keveréket és a ferrichlorid-ecetsav reagenst naponta frissen kell készíteni.

ad 4. Az összcholesterin és a β -lipoprotein meghatározásához a serumot egy hétig jégszekrényben tárolni lehet.

Munkánkban a *Pezold* által talált 2,86-os viszonyszámot utánvizsgálatnak nem vetettük alá. Ügyszintén utánvizsgálat nélkül fogadtuk el a *Burstein* által javasolt és többek által (1, 6) ellenőrzött lipoprotein kicsapási módszert.

Burstein szerint a kicsapóoldatban a calciumchloridot nickelchlorid vagy cobaltchlorid is helyettesítheti.

Előzetes vizsgálataink szerint a nickelchlorid-, vagy cobaltchlorid-heparin keverékkel magasabb értékeket kapunk, mint calciumchlorid-heparinnal. E különbség okát még tisztázni kell: quantitative tökéletesebb-e a kicsapás, vagy pedig a kicsapott fractio β -lipoprotein kivül más koleszterin vagy lipoprotein fractiót is tartalmaz.

A serum β -lipoproteinnek a koleszterin-tartalma alapján történő meghatározása egyszerűvé teszi a β -lipoprotein meghatározását, a *Joshimasa* szerinti koleszterin-meghatározás pedig a színreactiót teszi biztonságossá. Eddigi tapasztalataink szerint a módszer kielégíti a gyakorlati követelményeket és jól alkalmazható a β -lipoprotein indirekt quantitativ meghatározására.

Összefoglalás: Módosították *Burstein*, ill. *Fried—Hoeflmayr* β -lipoprotein meghatározási eljárását. A lipoprotein csapadék koleszterin-tartalmát *Joshimasa* módszerével határozták meg és az eredményeket β -lipoprotein-cholesterin mg^o/_o-ban adják meg.

IRODALOM. 1. *Burstein M., Samaille J.*: C. R. Acad. Sci. (Paris). 1956. 243. 2185. — 2. *Burstein M., Samaille J.*: Rev. Hemat. 1957. 12. 679. — 3. *Boyle E., Moor R.*: J. Lab. Clin. Med. 1959. 53. 272. — 4. *Bernfeld P., Berkowitz M., Donahue V. M.*: J. Clin. Inv. 1957. 36. 1363. — 5. *Ledvina M.*: Lab. delo. 1960. 3. 13. — 6. *Castaigne A., Amselem A.*: Ann. Biol. Clin. 1959. 15. N. 5—6. — 7. *Fried R., Hoeflmayr J.*: Klin. Wschr. 1963. 41. 246. — 8. *Libermann C.*: Ber. d. chem. Ges. 1885. 18. 1803. — 9. *Burchard H.*: Chem. Zentr. 1890. 61. 25. — 10. *Joshimasa J., Motoski K., Harushiha J.*: Clin. Chim. Acta. 1962. 7. 529. — 11. *Pezold F. A.*: Lipide und Lipoproteide in Blutplasma. Berlin—Göttingen—Heidelberg: Springer. 1961.

Mikrophthalmiával járó többszörös fejlődési rendellenesség

Kiszel János dr. és Varga József dr.

A mikrophthalmia nem tartozik a ritka fejlődési rendellenességek közé. Hazai irodalmunkban e kórképről kevés az ismertetés. *Dániel* egyoldali mikrophthalmiát ismertet, mely azonos oldali alsószemhéjzystával szövődött (1). *Hönig* mikrophthalmia, glaukoma és ablatio retinae együttes előfordulásáról számol be (2). Alább többszörös fejlődési rendellenesség egy esetét ismertetjük, melyet újszülöttkorban észleltünk. Ebben az esetben a mikrophthalmia egyéb súlyos fejlődési hibákkal, köztük a nagyerek ritka anomáliájával szövődött.

Az eset ismertetése

Z. L. 38 éves hetedszer terhést 1963. I. 7-én 12 óra 15 perckor vesszük fel a klinikára, 10 perces fájásokkal. Elmondja, hogy három művi és egy spontán abortusa volt, valamint két normális szülése. Utolsó menstruatio 1962. IV 18. (Szülés várható terminusa: I. 25.). Terhessége elején néhány napig tartó, lázzal, köhögéssel járó felsőlégúti hurutja volt. Az V. terhességi hónapban cholelithiasissal klinikánkon feküdt. Azóta epe-panaszai nem voltak. Felvétele után 4 óra 15 perc múlva élő, 2150 g súlyú leányt szült. Az újszülött azonnal felsír, légzik. Feltűnik a szokottnál kisebb agykoponya (fejkerület: 26 cm), mely mindkét halántékáján



I. ábra.

benyomott és előrefelé, a homlok közepén csúcsosan ívelt. Kisujjbegyni nagykutacs. Mindkét szemrés a szokottnál kisebb. Szemgolyó jelenlétéről jobb oldalt meggyőződünk, bal oldalt a szemhéjak szoros zárása miatt

csak a későbbi szemészeti vizsgálat derítette fel szemgolyó jelenlétét. A szemészeti vizsgálat mindkét oldalt mikrophthalmiát és cornea homályokat állapított meg. A felső ajakra, a felső állcsontra, a kemény- és lágyszájpadra kiterjedő kétoldali archasadék. (1. sz. ábra). Bőr és a látható nyálkahártyák mérsékelt fokban cyanoticusak. Egyéb eltérés fizikális vizsgálattal nincs. A következő napon reggel bronchopneumoniára jellemző tünetcsoport alakult ki. Az elkezdett antibioticus kezelés, légzést és keringést javító szerek adagolása ellenére állapota rosszabbodott, és 14 óra 30 perckor exitált. Dg: cheilo-gnato-palatochisis l. u., mikrocephalia, mikrophthalmia l. u., bronchopneumonia l. s. A boncolás fenti elváltozásokon kívül még a nagyerek következő fejlődési rendellenességét derítette ki: A jobb kamrából kiinduló arteria pulmonalis a tüdőhöz menő ágakat leadva, mint mellkasi aorta folytatódik, belőle indulnak ki az arteria intercostalis ágak. Az aorta eredése normális, a coronariák eredete is megtalálható. Az aorta két ágra oszolva végződik. A jobboldali ág megfelel az arteria anonymának, mely tovább oszlik a jobb arteria subclaviára és arteria carotis communisra. A bal oldali ág a jobb oldalhoz hasonlóan osztozik. A ductus Botalli hiányzik. A foramen ovale nyitott. (A szív és nagyerek anatómiai viszonyait a 2. sz. ábra mutatja.)

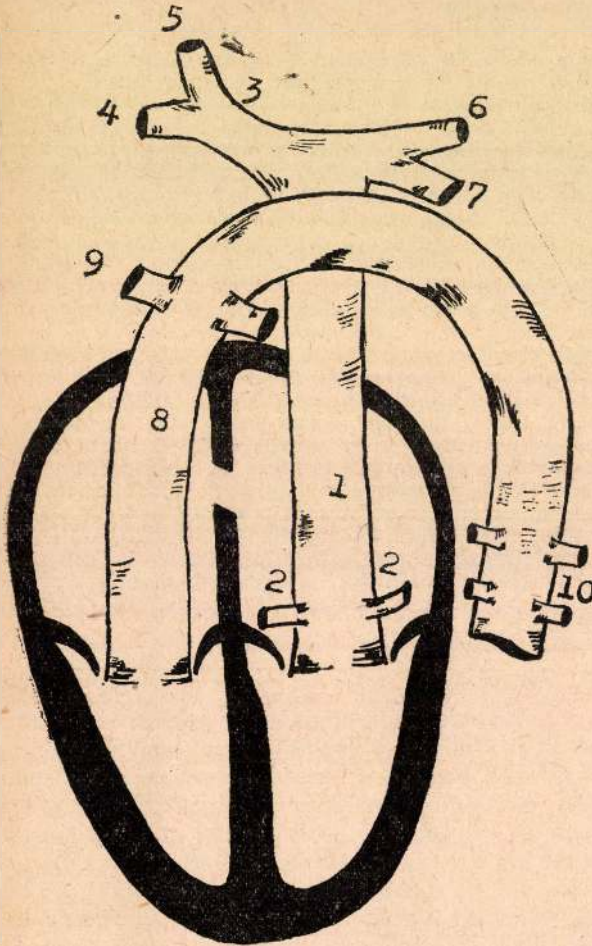
Megbeszélés

Ismeretes, hogy a mikrophthalmia egy vagy kétoldali, valamint különböző súlyosságú lehet (3). Előfordul, hogy csak kisméretű a szem megkisebbedése, míg extrém esetben a bulbusnak csak szövettanilag kimutatható maradványa található, átmenetet képezve az anophthalmia felé. Önmagában is előfordul, de a szem más fejlődési hibáival, a szomszédos, vagy egyéb szervek hibás fejlődésével is társulhat. Ez utóbbiak között jól jellemzett csoportok is vannak. Ilyen a *dysplasia oculo-dentodigitalis* (4), amelyben a mikrophthalmia mellett perifériás csontelváltozások (az 5. kezűj kamptodactyliája, az 5. lábujj középső phalanxának hiánya), a fogak barnás elszíneződése és a zománc dysplasiája szabályszerűen megtalálhatók. A vázolt képet egyéb eltérések is tarkíthatják (glaukoma, hibás irisfejlődés, úszóhártyaképződés az ujjak között). Egy másik, a mikrophthalmiával kapcsolatban említett tünetegyüttes az ún. *dyscranio-pygo-phalangia*.

E változatos és igen súlyos többszörös fejlődési rendellenesség részjelenségei között egyesek a mikrophthalmiától az anophthalmiáig terjedő szemelváltozásokat írnak le, azonban a szerzők többsége a szemfejlődés hibájának kevés figyelmet szentel (4—7).

Esetünkben a mikrophthalmiát egyéb fejlődési rendellenességekkel együtt észleltük, melyek magára a szemre (cornea homályok), a koponyára (mik-

rocephalia, cheilo-gnato-palatoschisis) és az érrendszerre (nagyér fejlődési rendellenesség) terjedtek ki. Közülük különösen figyelemre méltó a szívből kiinduló nagyerek anomáliája, mely eltér a nagyér fejlődési rendellenességek gyakoribb típusaitól. Az általunk ismertetett esetben előforduló fejlődési hibákat vizsgálva megállapítható, hogy hasonló fejlődési hibákat dyscranio-pygo-phalangia mellett töb-



2. ábra. 1. aorta, 2. arteriae coronariae, 3. arteria anonyma, 4. arteria subclavia d., 5. arteria carotis comm. d., 6. arteria carotis comm. s., 7. arteria subclavia s., 8. arteria pulmonalis, 9. tüdő-
ágak, 10. arteriae intercostales

ben megfigyeltek. Az ismertetett kórképet azonban nem tarthatjuk dyscranio-pygo-phalangianak, mivel több olyan elváltozás hiányzott, amelynek jelenlétét az utóbbi tünetegyüttesben szabályszerűnek tartják (polydactylia, mikrognatia, genitális szervek fejlődési hibái) (7).

A mikrophthalmia kórcserdetével kapcsolatban gyakran történik említés örökletes tényezőkről. Az irodalomban több mikrophthalmia esetről találunk ismertetést, ahol a familiáris előfordulás bizonyítást nyert (3, 8). Mind domináns, mind recessív öröklést kimutattak. Ma már azonban tudjuk, hogy a mikrophthalmiák jelentős részének aethiopathogenesisében exogén okok szerepelnek (3). Így a rubeola vírusáról ismert, hogy az általa előidézett embriopathiák között mikrophthalmia előfordulhat (8—10). Mikrophthalmia mikrocephaliával együtt előfordulhat congenitalis toxoplasmosisban is (8, 9). Terhesség alatti rtg. besugárzás ugyancsak indukálhat mikrophthalmiát (8). A felsorolt tényezők mellett valószínűleg egyéb exogén okok is előidézhetik ezt a fejlődési rendellenességet. Állatkísérletekben A-vitaminmentes táplálás, O₂-hiány a terhes állat újszülöttjének mikrophthalmiáját idézheti elő (11).

Az általunk ismertetett esetben öröklődéses jellegét kimutatni nem tudunk. Az anyának terhessége alatt rubeolája nem volt. Az anamnesisében nem szerepel rtg.-besugárzás sem. A toxoplasma infectio ellen szól a szülés után vett anyai vérsavóval és a köldök vérmintával elvégzett Sabin—Feldman-reactio negatív eredménye. A koponya rtg.-felvételén sem láttunk toxoplasmosisban igen gyakran kimutatható meszes göcöket. Listeria complementkötési reactio ugyancsak negatív. Gyógyszer-ártalom is kizárható. Az anya a terhesség első harmadában gyógyszereket nem szedett. Az anyának a terhesség elején lázas felsőlégúti hurutja volt.

Lehetségesnek tartjuk, hogy az említett betegség vírus infectio következménye volt és oki jelentősége szóba jöhet a fejlődési rendellenesség létrejöttében.

Összefoglalás: Szerzők többszörös fejlődési rendellenesség egy esetét ismertetik, amelyben kétoldali mikrophthalmia mikrocephaliával, kétoldalt cornea homállal, archasadékkal és a nagyerek fejlődési rendellenességével társult.

IRODALOM. 1. Dániel, E.: Orvosképzés különfüzetek. Dolgozatok a Budapesti Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. Sebészeti Klinikájáról. 1928, 137. — 2. Hönig, M.: Szemészet. 1963, 100, 181. — 3. Badtke, G.: Mikrophthalmus congenitus. Velhagen, K.: Der Augenarzt, IV. kötet. 146. old. Thieme Leipzig, 1961. — 4. Meyer—Schwickerath, G., Grüterich, E., Weyers, H.: Klin. Mbl. Augenheilk. 1957, 131, 18. — 5. Ullrich, O.: Erg. inn. Med. 1951, 2, 412. — 6. Meyer—Schwickerath, G.: Ber. dtsch. ophth. Ges. 1953, 58, 147. — 7. Hövels, O., Müllerersert, F.: Z. Kinderheilk. 1955, 77, 454. — 8. Lenz, W.: Z. Kinderheilk. 1955, 77, 384. — 9. Nelson, W. E.: Textbook of Pediatrics 6. kiad. Saunders. Philadelphia—London. 1134. és 606. — 10. Vancea, M. P., Tudor, E.: Ophthalmologica. 1960, 139, 105. — 11. Idézve 8-ban.



Orvosok és orvosi törekvések a román felvilágosodás korában

A XVIII. sz. második felét és a XIX. sz. első évtizedeit — akárcsak a szomszédos nemzetek művelődéstörténetében — a román orvostudomány múltjában is a felvilágosodás koraként tartják számon. A román nép történetében is ugyanazok a haladó társadalmi erők és törekvések ásták alá és feszítették szét a történelmileg elavult feudális rendszert, mint a szomszédos országokban. S bár a felvilágosodás-kori mozgalmak értékelésénél a külső hatások sem hagyhatók figyelmen kívül, a helyi, történelmileg meghatározott haladó társadalmi erők hatása a döntő és meghatározó.

A felvilágosodás korának feltörekvő román polgársága olyan művelődési és politikai áramlatokat hozott létre, amelyek saját érdekeinek feleltek meg. A demokratikus nemzeti jogok kivívását, a nemzeti nyelv fejlesztését és az oktatás kiszélesítését, művelődési és szociális intézmények (színházak, tudományos testületek, könyvtárak, kórházak és más egészségügyi intézmények) létrehozását szorgalmazták. Racionalisták módjára, a román felvilágosítók hitték, hogy a nemzeti kultúra révén előmozdíthatják országuk társadalmi fejlődését. Ezzel szorosan összefügg a felvilágosodás korának egyik, művelődéstörténeti vonatkozásban nagyhorderejű következménye: a népszerűsítő irodalom megjelenése.

A felvilágosodás eszmei áramlatai serkentően hatottak az orvosi gondolkodás fejlődésére, ugyanakkor fellendítették a közegészségügyi intézmények fejlődését is. E kor haladó orvosai — Havasalföldön, Moldvában és Erdélyben egyaránt — nemcsak orvosi ismeretek népszerűsítői, de ugyanakkor a művelődési és demokratikus törekvések képviselői, a társadalmi haladás hívei is voltak. Népszerűsítőkként, az orvosi nyelv megalkotóiként és művelődéspolitikai tényezőkként sokoldalú és változatos munkásságot fejtettek ki. Ilyen vonatkozásban a román felvilágosodás számos orvosa, mint pl. az erdélyi *Ioan Piuarium-Molnar* és *Vasile Popp*, a havasalföldi *Constantin Caracaș*, *Ștefan Vasile Episcopescu*, *Nicolae Kretzulescu*, a moldvai *Iacob Cihac*, *Mihail Zotta* és *Constantin Virnav*, a bánáti

Pavel Vasici-Ungureanu —, hogy csak a legjelesebbeket említsük — koruk művelődésének élvonalában állottak.

Ioan Piuarium-Molnar (1749—1815)

kiváló szemész-orvosként általános elismerést szerzett, s egyben a román művelődés fáradhatatlan éltetője is volt. Bécsben nyert chirurgusi oklevelet és szemészi képesítést. A bánáti román határzred orvosaként ugyanakkor mint néptanító működött. Népművelésügyi kérdések foglalkoztatták, különösen a román népiskolák számának szaporítása. Ebben a kérdésben folyamodvánnyal fordult a Guberniumhoz.

Erdély közegészségügye és orvosi ellátottsága a XVIII. sz. második felében még meglehetősen elmaradott volt. A *Normativum Generale in Re Sanitatis* (1770) rendelkezései e helyzetben csak korlátozott mértékben és lassú ütemben javítottak. Köz-kórházak nem léteztek, kevés volt az orvos és sebész, gyógyszerészekről, bábákról nem is szólva. Az 1775-ben Kolozsváron felállított *Lyceum Regium Medico-Chirurgicum* (a későbbi Orvos-sebészi Intézet) — bár szerény keretek között — igyekezett pótolni a hiányzó sebész- és szülésmestereket. Szakorvosokban, pl. szemészekben, igen nagy volt a hiány. Ilyen körülmények között a hatóságok figyelmé hamarosan a kiválóan képzett *Piuarium* felé fordult, s 1777-ben Erdély hivatalos szemészévé nevezték ki. Szemműtéseket végzett Erdély városai-ban, a Nyugati Kárpátok bányászai nemegyszer vették igénybe szaktudását, megfordult Bukarestben és Iașiban, nemkülönben Bécsben (és feltehetőleg Prágában is), ahol hályogműtéseket végzett. Tekintettel arra, hogy a császárvárosban jeles szemész-tanárok működtek, *Piuarium* bécsi meghívásai igen figyelemre méltóak.

Erdély egészségügyi szükségletei elkerülhetlenné tették a *Lyceum Medico-Chirurgicum* programjának kibővítését, így került sor a szemészeti tanszék felállítására is. Erre 1791-ben *Piuarium* nevezték ki „*de morbis et medicina oculorum professore publico*” címmel. Ez alkalommal tartott székfoglaló előadása 1793-ban jelent meg Kolozsváron

Paraenesis ad auditores chirurgiae címmel. Ez a kiis könyvecske, amely ma bibliográfiai ritkaság, az első orvosi mű akadémiai felkészültségű román orvos tollából. 1791. és 1812. között, míg tanszékét vezette, *Piuarium*nak számos tanítványa volt. Mint tanár és szemsebész egyaránt hírnévről örvendett. Utóda, az 1815-ben kinevezett *Judenhoffer Mihály* példának tekintti a maga számára. Ő is olyan „hasznos szemorvos” kívánt lenni, mint „doktor és professzor Molnár úr Erdélyben”.

Piuarium közművelődési ténykedése több munkát ölel fel. Figyelme kiterjedt nyelvészeti, történelmi, gazdasági és más területekre is. 1785-ben kiadott Bécsben egy méhészeti könyvet a gazdák számára: *Economia stupilor* (Méhkasok gazdasága) címmel. E műve 1808-ban, Szébenben újra megjelent. Nyelvészeti munkái a gazdasági és társadalmi életben mindjobban számottevő román polgárság számára nélkülözhetetlenek voltak és megkönnyítették a hivatalos német nyelv elsajátítását. Ebbe a tárgykörbe tartozik a *Deutsch-walachische Sprachlehre* (1788), amely három kiadást ért el és posthumus szótára, a *Wörterbüchlein deutsch und walachisches* (Szében, 1822). Román iskolák részére szerkesztett *Retoricája* 1789-ben jelent meg, majd 1800-ban *Claude François Millot* munkáját fordította le franciából *Istoria universală, adecă de obște* (Világ, vagyis egyetemes történelem) címmel.

Munkái kétségkívül magukon viselik a feltörekvő román polgárság eszméit, optimizmusát és művelődési vágyát. *Piuarium* a felvilágosodás mérsékeltbb irányzatához tartozott, ő elsősorban művelődési eszközökkel és folyamodványok útján igyekezett a román polgárság érdekeinek érvényt szerezni. Újságalapítási próbálkozásait, valamint a több társával tervezte erdélyi román filozófiai társaság megteremtését a reakciós osztrák kormányzat már csírájában elfojtotta. *Piuariumnak* az *Aranika György* vezette Erdélyi Magyar Nyelvművelő Társasággal is voltak kapcsolatai. Személyes példájával *Piuarium* nagy hatást gyakorolt a román ifjúságra. Az ő példája nyomán kezdték felkarolni az orvosi hivatást. E nemzedékhez tartozott a szintén erdélyi

Vasile Popp (1789—1843)

Orvosi és filozófiai tanulmányait Bécsben végezte. Értekezése a *Dissertatio inaug. historico-medica de funeribus plebejis daco-romanorum sive hodiernum valachorum* (1817), tárgyában és szellemében egyaránt jellegzetes felvilágosodáskori munka; orvostörténeti szempontból érdekessége, hogy a román jobbagynép temetkezési szokásairól értekezik. A nép kérdései felé fordulás igen előremutató vonása művének. Popp korában még csak kibontakozóban voltak a néprajzi irodalmi művek, s így tárgyánál fogva Popp könyvecskéje ebben az irányban is gazdagította a szakirodalmat. Munkájában a román temetkezési szokások római eredetének kétségbevonhatatlanságát hangsúlyozta.

Éveken át mint bányorvos Zalatnán működött. Figyelmét nem kerülte el a bányásznép és a mócok rendkívül nehéz, egészségügyi szempontból is gyötrelmes élete. Tervet dolgozott ki a jobb orvosi és egészségügyi ellátottság érdekében. Sokoldalú érdeklődését tükrözi az első román népszerű balneológiai munka megírása. Ezt 1821-ben adta közre Szébenben, *Despre Apele minerale de la Arpătaș, Bodoc și Covasna* (Az árpataki, bodoki és kovászai ásványvizekről) címmel. Ez volt az első nemzeti nyelven írt orvosi munka, amelyet román orvos szerkesztett. Popp széles látókörű, nagy műveltségű orvos volt. A iași-i főiskolán egy ideig a filozófiát tanította. Mint bibliográfus, szorgalmasan gyűjtötte a román könyvekre vonatkozó adatokat. Ezeket később értékes könyvészeti munkájában, a *Disertație asupra tipografiilor românești* (Értekezés a román nyomdákrol)-ban dolgozta fel és 1838-ban Szébenben nyomtatta ki. E műve a román könyvészeti irodalomban alapvető fontosságú. Popp, akárcsak előde, *Piuarium* műveiben a népi nyelvre támaszkodott s úttörő munkát végzett a román orvosi szaknyelv megteremtése területén is. *Pavel Vasici-Ungureanu, Șt. Episcopescu, N. Kretzulescu* és *C. Vîrnav* mellett ő a román orvosi szaknyelv egyik megteremtője.

A felvilágosodás havasalföldi történetébe elvévülhetetlenül írta be nevét *Constantin Caracaș, Ștefan Vasile Episcopescu* és *Nicole Kretzulescu*.

Constantin Caracaș (1773—1828)

orvos-család sarja. Apja Bukarestben városi orvos volt. Diplomáját 1800-ban Bécsben szerezte. A himlőoltás lelkes híveként már hazatérése évében hozálátott a fővárosi gyermekek beoltásához. Mint városi orvos, egyúttal a Pantelimon kórházban is működött. Az orosz—török háború alatt (1806—1812) szerzett érdemeiért megkapta a Sz. Vladimir érdemrendet. *Caracaș* élesen bírálta a Pantelimon-kórházban uralkodó elmaradott viszonyokat és a haladó közvéleményre — a fiatal polgárságra — támaszkodva, sikeresen harcolt egy, a kor igényeinek megfelelő kórház alapításáért. Vezetésével és terve alapján valósult meg 1811-ben a „Filantrópia”-kórház, amely 1815-ben saját épületébe költözhetett. Ez volt Bukarest első korszerű, polgári kórháza.

Havasalföld egészségügyi viszonyainak alapos ismerőjeként, tapasztalatait egy orvosi topográfiában foglalta össze. Műve csak két évvel halála után, 1830-ban jelent meg Bukarestben, *Topografia, Tării Românești* (Havasalföld tájleírása) címen. E könyv gazdag és színes anyagával a múlt század eleji román orvos—egészségügyi viszonyok megismerésének páratlanul értékes dokumentuma. *Caracaș* kora társadalmi viszonyainak felvilágosult szellemű bírálója. Minden rokonszenvével a nyomorban élő parasztság felé fordul. Az egészségügyi elmaradottság felszámolására *J. P. Frank* híveként az állami egészségvédelem szükségességét hangoztatja.



Constantin Caracas

Ștefan Vasile Episcopescu (1777—1850)

orvosi oklevelét Bécsben szerezte (1805). Népszerű orvosi írások szerzőjeként jelentős irodalmi munkásságot fejtett ki. Művei egészségügyi, járványvédelmi, diétetikai és balneológiai kérdéseket tárgyalnak. Egyik legnagyobb érdeme, hogy összefoglaló, népszerűsítő házi használatú orvosi könyvet szerkesztett. Művei a román orvosi nyelv további gazdagodását eredményezték. Első írása 1824-ben jelent meg *Mijloace și leacuri de ocrotire a ciumei* (A pestis ellen óvó szerek és eljárások) címen. Ezt 1829-ben az *Oglinda sănăuții și înfrumusețării omenești* (Az ember egészségének és szebbételetének tükré) követte. További írása az *Apele metalice ale Rumîniei mari* (1837), amelyben Havasalföld az Olténia fémes ásványvizeiről és azok gyógyhatásáról stb. értekezik. Ezután adta ki az *Oglinda înțelepciunii* (A bölcsesség tükré; 1843) c. írását, amelyben az ember szellemi képességeivel és kozmológiai kérdésekkel foglalkozik. A *Practica doctorului de casă* (1846) c. könyvében a házi orvoslás tudnivalóit adta közre. Könyvei hézagpótlók voltak, s nagy népszerűségnek örvendtek. A homeopatia túlzásait és veszélyeit hamarosan felismerte és bírálta.

Egészségügyi felvilágosító törekvések érvényesültek a Havasalföldön 1831-ben, Moldvában pedig 1832-ben életbeléptetett *Regulamentul Organic* (Szervezeti Szabályzat)-ban, az első román alkotmányban is. Ez a törvénykönyv meghatározta a Román Fejedelemségek államrendjének és közintézményeinek rendszerét. A bukaresti orvosok közreműködtek a benne foglalt egészségügyi rendelke-

zések megfogalmazásánál, arra törekedtek, hogy az orvosi, gyógyszerészeti és kórházi hálózatot korszerűsítsék. Az intézkedések serkentőleg hatottak az ország egészségügyére és az orvosi intézmények fejlődésére. Orvosi körök alakultak, a kórházügyet újjászervezték, az orvosok száma nőtt, kialakult az orvosi-testületi élet, stb. E korszak jeles képviselője

Nicolae Kretzulescu (1812—1900)

a román orvosi múlt egyik kiemelkedő alakja. Orvosi oklevelét Párizsban szerezte (1839), ott a haladó szellemű román diákság köréhez tartozott. Demokratikus elvei később az 1848-as havasalföldi forradalomban való részvételhez vezették.

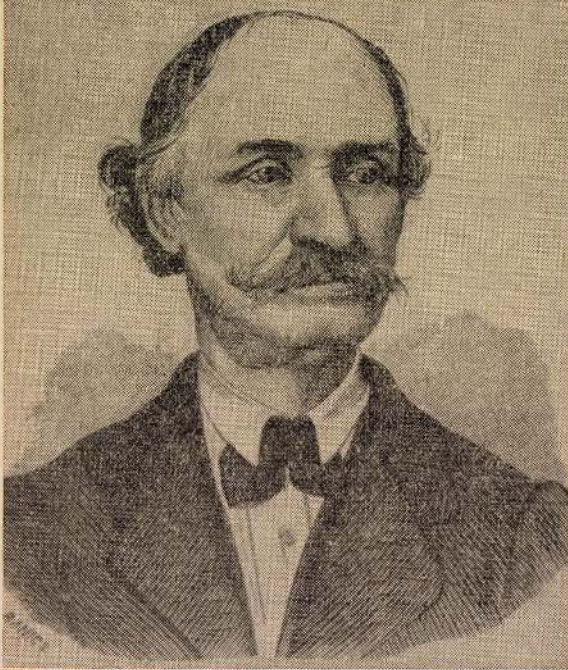
Hazatérése után Kretzulescunak az volt a szándéka, hogy orvosi iskolát alapít. Kezdeményezése sikerrel járt: 1842-ben létrehozta a bukaresti felszerképző *Școala de mică chirurgie* (Kissebészeti iskola). Ez a szerény intézmény a későbbi magasabb fokú román orvosi oktatás kiindulópontjává vált. Ő szerkesztette diákjai számára az első rendszeres leíró anatómia tankönyvet (*Manual de anatomie descriptivă*, Bukarest, 1843). Ebben sok új elemmel gazdagította a román orvosi szaknyelvet. A román orvosi iskola kezdeményezőjeként Kretzulescu elévülhetetlen érdemeket szerzett. Segítségé-



Nicolae Kretzulescu

vel alapította C. Davila 1857-ben a *Școala națională de medicină și farmacie* (Nemzeti orvosi és gyógyszerészeti iskola). Jelentős szerepet játszott a bukaresti Orvosi Kar (1869) megteremtésében is. Még 1857-ben, C. Davilával együtt létrehozta a *Societatea medicală științifică din București* elnevezésű orvosi tudományos társaságot. Az anatómia tovább-

ra is kedvelt tárgya maradt. Ezt bizonyítja 1878—1887 között megjelent háromkötetes leíró anatómiája. Ő volt a *Román Akadémia* megalapításának egyik kezdeményezője. Ennek tagja, majd elnöke is lett. 1894-ben adta ki *Amintiri istorice* (Történelmi emlékezések) című memoirját, mely orvostörténeti szempontból is sok érdekes adatot tartalmaz.



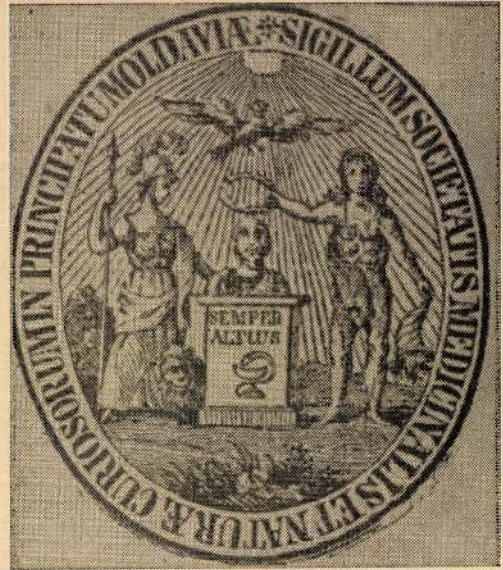
Pavel Vasici-Ungureanu

A XIX. század első felének bánáti román orvosai nemcsak mint az orvosi felvilágosodás, de mint az általános haladás képviselői is kiemelkedő érdemeket szereztek. Legjelesebbjük a temesvári születésű

Pavel Vasici-Ungureanu (1806—1881)

orvos, népszerűsítő, fordító és publicista. A század második felében folyóiratszerkesztőként és a természettudományi ismeretek terjesztőjeként dolgozott. Ő volt a darwinizmus első román népszerűsítője Erdélyben.

Diplomáját Pesten szerezte 1832-ben. Az orvosi ismeretek népszerűsítése már diákkorában foglalkoztatta. A román polgárság művelődési igénye, valamint az iskolák egyre nagyobb szükségletei ezt mindinkább megkövetelték. Még orvosá avatása előtt adta ki Budán 1830-ban az *Antropologia sau scurta cunoștință despre om și însușirile sale* (Antropológia, vagy az emberről és tulajdonságairól szóló rövid ismeret) c. könyvét, amelyet 1831-ben a *Dietetica sau învățătura a păstra întreaga sănătate* (Dietika vagy a teljes egészség megőrzésének tanítása) követett. 1834-ben Vasici állami szolgálatba lépett. Így került a zsupalniki, majd a tömösi vesztégyár élére, ahol teendői ellátása mellett sokat írt és fordított. 1843-ban az *Iași-i Orvosok és Termé-*



A Iași-i Orvosok és Természettudósok Társaságának pecsétje

szettudósok Társasága tagjává választotta. Publicisztikai munkássága gazdag témakört ölelt fel, írt novellákat és költeményeket is. A korabeli román lapok fáradhatatlan munkatársa volt. Ő fordította le „minden művelt román számára” Hufeland híres „Makrobiotik”-jét, *Macrobotica sau măiestria de a lungi viata* (M. vagy az élet meghosszabbításának



Jacob Cihac

művészete; Brassó, 1844—1845; 2 kötet) címmel, s azt eredeti kiegészítésekkel látta el. Kapcsolatot tartott fenn az 1848-as havasalföldi forradalom menekültjeivel, állása veszélyeztetésével támogatta

óket. A század második felében folytatott népszerűsítő munkássága keretében behatóan foglalkozott a darwinizmussal is. Erről írt cikkei halála után, 1882-ben jelentek meg. 1870. és 1877. között Temesváron több ismeretterjesztő munkát tett közzé. *Vasici* volt az első erdélyi román orvosi-egészségügyi folyóirat, a *Higienea și școala* (Higiéné és iskola) megalapítója és szerkesztője, amely előbb Temesváron (1876—1877), majd Szamosújváron (1878—1880) jelent meg. 1879-ben *Vasici* a *Román Akadémia* tagja lett.

A felvilágosodás Moldvában is utat tört magának és az ottani haladó orvosok, erdélyi és havasalföldi kartársaikkal együtt, a román orvosi és művelődési felvilágosodás nagy törzsfájához tartoznak. Iașiban olyan kedvező helyzet alakult ki, amely lehetővé tette a haladó orvosi és természettudományi eszmék szervezett testületi keretek közötti terjesztését. *Iacob Cihac* (1800—1887) és *Mihail Zotta* (1800—1884) kezdeményezésére az iașii orvosok egy *Orvosi olvasókört* alapítottak (1830). Mindkét alapító orvos a természettudományok művelésének híve, Moldva természeti kincsei számbavételének, tanulmányozásának és leírásának nemcsak ösztönzői, hanem annak maguk is cselekvő résztvevői voltak. 1837-ben jelent meg Iașiban *Cihac* nagy, több százoldalas természetrajzi munkája, az *Istoria naturală*. A továbbfejlesztett *Olvasókörből* 1834-ben kialakult a *Societatea de medici și naturalisti din Iași* (Iași-i Orvosok és Természettudósok Társasága). E testületbe tömörültek Moldva élenjáró orvosai, gyógyszerészei, természetkutatói és tudománypártoló értelmiségei. Tagjai sorában rendszeres, lelkes és eredményes munka indult meg. A Társaság kapcsolatot létesített Európa hasonló intézményeivel és külföldi, közöttük több magyarországi tudóst választott levelező tagjává. Tevékenysége sokoldalúságával és jelentőségével fontos szerepet játszott a román tudományos élet kibontakozásában.

Tagjai közül külön figyelmet érdemel

Constantin Virnav (1806—1870)

Őt bízták meg 1851-ben a Társaság kiadványának szerkesztésével. *Virnav* nézetei és törekvései jellemző módon felvilágosítók. Orvosi diplomáját Pesten szerezte meg 1836-ban *Rudimentum Physiographiae Moldaviae* című kiváló disszertációjával. *Virnav* munkájában együttérzéssel ír a moldvai parasztok nehéz életkörülményeiről, figyelmet fordít a népgyógyászatra és leírta a legelterjedtebb betegségeket. Topográfiaja a román orvostörténeti irodalom egyik igen értékes műve. *Virnav* egészségügyi ismeretek terjesztésével igyekezett népe segítésére sietni. Ennek érdekében adta ki 1844-től kezdve a *Povățuitorul sănătății și a economiei* (Egészségi és gazdasági tanácsadó) elnevezésű időszakos lapját is. A kolera ismételt megjelenése Moldvában arra készítette, hogy közérthetően tájékoztassa a közvéleményt a járvánnyal szembeni védekezés lehetőségeiről. 1848-ban adta közre *Despre holera epidemiească* (A járványos koleráról) c.

könyvét. *Virnav* részt vett az 1848-as moldvai megmozdulásban, majd éveken át Moldva protomedikusaként dolgozott.

A felvilágosodás serkentően hatott a román orvosi művelődésre is. Víványait továbbvitték és elmélyítették a XIX. sz. második felének orvosai. A felvilágosodással induló művelődési és társadal-



Constantin Virnav

mi áramlatok az 1848-as polgári-demokratikus forradalmat közvetlenül megelőző és az azt előkészítő mozgalmakba torkollnak és azokkal fonódnak össze. Tartalmánál, sokrétűségénél és jelentőségénél fogva, a felvilágosodás kora egyike a román orvosi művelődés története legkiemelkedőbb fejezeteinek.

Izsák Sámuel dr.

Lister magyarországi tartózkodásáról

A *Horus* 1965. január 24-iki 2. számában *Gortvay György* professzor „*Semmelweis és Lister kapcsolata*” című cikkét hozta. Ebben engem is említ az Orvosi Hetilapban megjelent: „*Mozaikok Markusovszky Lajos életéből*” című folytatásos cikkeimmel kapcsolatosan, melyben azt írtam, hogy *Lister* Grazból érkezett Szombathelyre, és onnan Vasegerszegre *Markusovszkyék* tuszkulánumba.

Gortvay György ezt kutatásai nyomán kétségbe vonja. Így kénytelen vagyok leírni a következőket, amelyeket ugyan már évekkal ezelőtt *Gortvay* professzorral személyesen is közöltem.

Valamennyi adatot a családi napló könyvből vettem, amelyet Vasegerszegen vezetett több gene-

ráción át Kiss Gyula (Markusovszkyné szülei és hasonló nevű testvére), később Markusovszkyné nővérének családja, a gróf Arz familia. Markusovszkyné bejegyzése csak egy-két helyen található, a többit az említett családok jegyezték be. A családi napló a familia utolsó magyarországi tagjánál, Arz Rudolfnál volt, aki Markusovszkyné nővérének a fia, és aki 1959-ben, vagy 1960-ban kivándorolt és semmiképpen sem volt hajlandó az Orvostörténeti Könyvtár részére a családi naplót itthagyni. Jelenleg — tudomásom szerint — az USA-ban élő fiánál van.

Markusovszkyné bejegyzése, amint én kijegyeztem, így szól: „Markóval madarat lehetett fogatni, annyira örvende Listernek, aki szemlátomást jól érezte magát körünkben. Hívtam is minden napra teához partnereket, itt volt Bezerédj, Okolicsányi, egyszer a kecöli Czirákyak is. Örvende, hogy mind tudtak, ha nem is jól, angolul diskurálni.”

Az első világháború után házi orvosa voltam úgy a Bezerédj, mint az Okolicsányi, Cziráky és Arz családoknak, megkérdezéseimre többször is emlegették Lister látogatását.

Többet az ügyre vonatkozólag sajnos nem tudok.

Bencze József dr.

OOK fordításjegyzékei

Az alábbi jegyzékben felsorolt, valamint a régebbi jegyzékekben közzétett fordítások díjtalanul kölcsönözhetőek avagy — kívánságra — oldalként 1,— Ft másolási díj ellenében meg is vásárolhatók. A témabibliográfiákat díjtalanul küldjük meg az igénylőknek. Az igényléseket a téma címének a megjelölésével, valamint a címléírás előtt szereplő jelzőszám feltüntetésével az Országos Orvostudományi Könyvtár és Dokumentációs Központ, Budapest, VIII., Szentkirályi u. 21. sz. címére kell beküldeni.

Biokémia

1944. Braun, H. J.—Vorländer, K. O.: Az interferon. Dtsch. med. Wschr. 1964, 89, 45, 2151—2155. sz. o.: 11.—

1930. Brotman, M.—McGill, D. B.: A fehérjék bioszintézise és a genetikai kód. Mayo Clin. Proc. 1964, 39, 10, 777—791. sz. o.: 12.—

Belgyógyászat

1942. Heyden, S.: Az »egészséges« táplálkozás és az arteriosclerosis problémája. Praxis, 1964, 53, 47, 1578—1583. sz. o.: 12.—

1938. Ogston, D.—McAndrew, G. M.: Fibrinolysis elhízásnál. Lancet, 1964, 2, 7371, 1205—1207. sz. o.: 6.—

1927. Smith, A. F.: Szérum enzimek jelentősége myocardium infarctusban. Lancet, 1964, 2, 7370, 1143—1145. sz. o.: 7.—

Sebészet

1946. Creyssel, M. J.: A súlyos égési sérültek sürgős kezelése. Rev. Lyon. Méd. 1964, 13, 11, 9—19. sz. o.: 25.—

1950. Grondin, P.—Lepage, G.—Gastonguay, Y.: Aortabillentyű pótlás: 13 klinikai eset tapasztalata. Canad. med. Ass. J. 1964, 91, 9, 405—410. sz. o.: 12.—

1939. Monsallier, J. F.—Cartier, F.—Huault, G.: Külső és belső szívmassage. Presse méd. 1964, 72, 47, 2769—2774. sz. o.: 18.—

Gyermekgyógyászat

1951. Friedberg, V.: Az újszülöttek perinatális mortalitása praeeclampsiaéknál. Geburtsh. u. Frauenheilk. 1964, 24, 8, 649—659. sz. o.: 13.—

1941. Lang, W.: Az intravénás gammaglobulin-terápia. Dtsch. med. Wschr. 1964, 89, 50, 2374—2379. sz. o.: 12.—

Onkológia

1935. Cachin, Y.—Richard, J.: A kemoterápia jelenlegi lehetőségei a cervico-faciális (O.—R.—L.) cancerológiában. Presse méd. 1964, 72, 42, 2447—2451. sz. o.: 16.—

1934. Junghans, E.—Sachs, V.: Kritikai megjegyzések a collum carcinoma prophylaxisához. Münch. med. Wschr. 1964, 106, 42, 1873—1878. sz. o.: 13.—

1928. Karrer, K.—Speiser, P.: Megjegyzések a daganat immunitás kérdéséhez. Wien. klin. Wschr. 1964, 76, 48, 843—844. sz. o.: 4.—

1937. Rieche, K.: Perorális hormonális fogamzásgátlás és neoplázia. Dtsch. Gesundh.—Wes. 1964, 48, 19, 2226—2231. sz. o.: 11.—

1943. Rudali, G.: Gondolatok a carcinomák kemoterápiájának jelenlegi helyzetéről. Presse méd. 1964, 72, 44, 2581—2584. sz. o.: 10.—

1933. Seifert, B.: Gyomorrák és ABO-vércsoportrendszer. Zbl. Chir. 1964, 42, 89, 1576—1580. sz. o.: 6.—

Orvostörténelem

1945. Guerra, F.: A maya orvostudomány. Med. Hist. 1964, 8, 1, 31—43. sz. o.: 14.—

1948. Kootz, F.: Egykor és most. A szívsebészet fejlődése. Münch. med. Wschr. 1964, 106, 44, 2000—2006. sz. o.: 15.—

Varia

1931. Charlton, R. W. és mtsai: Az alkohol hatása a vasfelszívódásra. Brit. med. J. 1964, 2, 5422, 1427—1429. sz. o.: 8.—

1936. Grenzmann, M.—Vorländer, K. O.: Thymus és autoimmunfenomének. Dtsch. med. Wschr. 1964, 89, 34, 1598—1602. sz. o.: 11.—

1929. Jadassohn, W.: Szifilisz. Praxis, 1965, 54, 1, 9—10. sz. o.: 5.—

1947. Jenny, M.: A corticosteroidok metabolizmusának néhány szempontja. Schweiz. med. Wschr. 1964, 94, 45, 1576—1581. sz. o.: 10.—

1932. Henderson, D. A.: Bénulásos betegségek és orális polivaccinák. J. Amer. med. Ass. 1964, 190, 1, 45—51. sz. o.: 12.—

1940. Klug, H.: A levegőszennyezés meteorológiai problémái. Fortschr. Med. 1964, 82, 23, 877—916. sz. o.: 7.—

1949. Lob, M.: A mezőgazdasági környezet orvosi problémái. Praxis, 1964, 53, 36, 1192—1197. sz. o.: 13.—

Szemelvények a Tájékoztató Osztály bibliográfiái anyagából

K. 2647/64. Mozgásszervi megbetegedések kezelése. 86 t.

K. 2648/64. Malabsorptiós syndroma. 44 t.

K. 2649/64. Cacchi-Ricci syndroma (szívacs vese). 31 t.

K. 2651/64. Időérzékelés, időélmény. 37 t.

K. 2652/64. Periarthritis humero-scapularis. 25 t.

K. 2653/64. Sclerosis tuberosa. 27 t.

K. 2654/64. Maffucci syndroma. Dyschondroplasia multiplex et haemangiomas. 17 t.

- K. Sz. 2655/64. Polycythaemia vera. (Therapia + pathogenesis). 34 t.
- K. 2656/65. A tüdőtuberculosis elsődrendű gátlószere-
res kezelése (PAS streptomycin) és a BCG-oltások. 13 t.
- K. 2657/65. Postoperatív hernia. 7 t.
- K. Sz. 2658/65. Appendicitis és vese-szövődme-
nyek. 6 t.
- K. Sz. 2659/65. Thromboemboliás műtéti szövődme-
nyek. 22 t.
- K. 2660/65. Endocarditis parietalis. Fibroplastica.
(Löfler). 10 t.
- K. Sz. 2661/65. Rehabilitáció. 43 t.
- K. Sz. 2662/65. Pancreatitis kezelése. 27 t.
- K. 2663/65. Clostridium Welchii előfordulása. 21 t.
- K. 2664/65. Alkalineutralisatio, alkalinresisten-
tia. 9 t.
- K. Sz. 2665/65. Embryopathia. 16 t.
- K. 2666/65. Veszületelt csípőficam aetiologiá-
ja. 18 t.
- K. 2668/65. Transossealis venographia. 20 t.
- K. 2669/65. Orvosi szociográfia. 18 t.
- K. 2670/65. Plexus brachialis kezelése érzéstelenít-
téssel. 14 t.
- K. 2671/65. Letterer—Sive-betegség. 20 t.
- K. 2672/65. Újszülött élesztés, pathophysiologia. 20 t.
- K. Sz. 2675/65. Égési sérülések utáni veseszövőd-
mények. 9 t.
- K. 2676/65. Akut szívinfarktus diagnosztikája. 21 t.
- K. 2677/65. Frenolon mellékhatásai. 7 t.
- K. Sz. 2678/65. Szív-tüdő transzplantáció. 12 t.
- K. 2679/65. Rausedyl-mellékhatás. 5 t.
- K. Sz. 2681/65. Véralvadás. 72 t.
- K. Sz. 2682/65. Insulomák. 34 t.
- K. 2683/65. Sorvadt csecsemők kórtana. 8 t.
- K. Sz. 2684/64. Mezőgazdasági foglalkozási betegsé-
gek — Antropozoonosisok. Szerk. Hegyessy Gyula. Bp.
1964. OOKDK—OKI. 52 p. 409 t.
- K. 2685/64. (Dresden). Querschnittsyndrom. Ver-
letzungen des Rückenmarks. 36 t.
- K. 2686/64. (Dresden) Wirbelfrakturen bei Tetanus.
5 t.
- K. Sz. 2687/64. (Dresden). Sowjetische Literatur
über Arteriosklerose 1959—1963. 37 t.
- K. 2688/64. (Dresden). Tumorenzerfall. (1949—
1962). 71 t.
- K. 2689/64. (Dresden). Perforierte Appendizitiden
im Kindesalter. 14 t.
- K. 2690/64. (Dresden). Somatotropes Hormon. 124 t.
- K. 2691/64. (Dresden). Gutartige Lungentumoren
(Lungenmischtumoren) (1950—1961). 27 t.
- K. 2692/64. (Dresden). Über postoperativen und
paralytischen Ileus 1940—1963. 88 t.
- K. 2693/64. (Dresden). Über Candida. 1958—
1963. 35 t.
- K. 2694/64. (Dresden). Aerosoltherapie 1956—
1963. 55 t.
- K. 2695/64. (Dresden). Druckmessung im Harn-
trakt. 1951—1963. 35 t.
- K. Sz. 2696/64. (Dresden). Über postoperative Fib-
rinolyse. 1957—1963. 23 t.
- K. 2697/64. (Dresden). Bösartige Tumoren im Kin-
desalter. (1958—1964). 69 t.
- K. 2698/64. (Dresden). Über Nephrose und Nephri-
tis während der Schwangerschaft. 1959—1963. 31 t.
- K. 2699/64. Über den Intestinalsender 1957—
1963. 42 t.
- K. 2725—64/65. Gastroduodenális ulcus. 105 t.
- K. 2726—64/65. Diabetes Mellitus. 118 t.
- K. 2727—64/65. Obesitas. 40 t.
- K. 2728—64/65. Kibernetikus készülékek felhaszná-
lása. 19 t.
- K. 2729—64/65. Orvostovábbképzés. Orvoskép-
zés. 66 t.
- K. 2730—64/65. Rák-diagnosztika. Szűrővizsgálá-
tok. 69 t.

- K. 2731—64/65. Sarcoidosis. Morbus Besnier—Boeck
—Schaumann. 49 t.
- K. 2732—64/65. Hodgkin-kór. 31 t.
- K. 2733—64/65. Pacemaker. 44 t.
- K. 2734—64/65. Myocardialis infarctus. 59 t.
- K. 2735—64/65. Antibiotikumok. 62 t.

Az OOK hírei

Az OOK filmarchívuma

Az OOK több mint két éve állította fel filmarchí-
vumát, amelyben orvostudományi oktató és kutató fil-
meket tárol. Az archívumban több mint 30 féle hazai
és több mint 40 féle külföldi film van. A filmarchí-
vum anyagáról az OOK katalógust adott ki, amelyet
megküldött az orvosi szakkönyvtáraknak. E katalógus
alapján, de közvetlen érdeklődések nyomán is az OOK
jelentős kölcsönző forgalmat bonyolított le az elmúlt
esztendőben. A filmek kölcsönzése díjtalan.

Az archívum külföldi filmanyagát elemezve meg-
állapítható, hogy a természet tárgyköréből 11, a szüle-
zet-nőgyógyászat köréből 7, a kísérletes és elméleti
orvostudomány köréből 9, a fül-orr-gégészet köréből 8
film, stb. áll a kölcsönzők rendelkezésére.

*

Filmbemutató

Sokan ismerik már a Pfizer gyógyszergyár orvosi
filmjeit. Nemrégiben a Pfizer budapesti képviselője be-
mutatta az újabb érkezett filmeket: A bal szívfél
billentyűinek működése kutyaiban; A bélfergek; Resus-
citáció közlekedési balesetekben; Terhességi toxemia
és Laparoscopia. A filmek közül különösen az első ket-
tő nyerte meg a megjelent nézők tetszését.

A filmeket a Pfizer Tudományos Központ (Bp, V.
Alpári Gyula u. 2.) kérésre díjtalanul kölcsönzi.

KONGRESSZUSOK

Az EVSz Európai Irodájának konferenciái

Az Egészségügyi Világszervezet Európai regionális
irodája az idén 13 nemzetközi konferenciát szervez az
európai országok közegészségügyi és egészségügyi szer-
vezési problematikájának tárgykörében. Ezek a kon-
ferenciák az egyes országok hivatalos küldöttei, va-
lamint az EVSz irodája által meghívott szakértők vesz-
nek részt. Valójában tehát nem széleskörű konferen-
ciákról, hanem inkább kerekasztal megbeszélésekről
van szó, amely alkalommal a vezető szakembereknek
módjuk nyílik tapasztalataik kicserélésére, egységes
módszerek, intézkedések kidolgozására, az együttmű-
ködés megszervezésére. A napirenden szereplő kérdé-
sekről előzetesen kislétszámú szakértő munkabizottsá-
gok készítik el a megvitatandó anyagot.

Az év folyamán megvitatásra kerülő kérdések és
a konferenciák időpontja és helye a következő:

*

A szív- és érbetegségek megelőzése és leküzdése.
Bukarest, március 10—18. között. Megvizsgálják az ed-
dig bevezetett megelőző módszerek hatékonyságát; kü-
lönösen a szívizom vérellátási zavarai okozta betegsé-
gek megelőzésének a lehetőségét tanulmányozzák majd.

Gyermekgyógyászati képzés. Berg-en-Dal (Hollandia), április 22—29. között. A szeminárium azzal foglalkozik, hogy miképpen lehetne az egyetemi oktatásban és az orvostovábbképzésben további eredményeket elérni, színvonalasabb képzést biztosítani a gyermekbetegségek megelőzése és gyógyítása céljából.

*

Egészségügyi statisztika. Budapest, április 26—30. között. Megvitatják a statisztika felhasználását az egészségügyi szervezés terén, valamint a társadalombiztosítási statisztikai adatok felhasználását epidemiológiai vizsgálatok céljára.

*

Vírus-laboratóriumok. London, május 25—29. A közegészségügyi intézetek vírus-laboratóriumainak vezetői találkoznak ezen az értekezleten. Megvitatják a laboratóriumok fejlesztésének — mint a víruskutató központjainak — a perspektíváit.

*

Ischaemiás szívbetegségek. Moszkva, június 15—17. Ezen a technikai értekezleten a számos európai országban folyó munka további koordinálásának a megbeszélése a cél. A már megkezdett munka során foglalkoznak a cardiologus szakképzéssel és a nemzetközileg összehasonlítható leletek rendszerének kidolgozásával.

*

Egészségügyi mérnökök értekezlete. Nápoly, június 22—29. Ezen az immár 9-ik megbeszélésen több kidolgozott anyagot vitatnak meg, pl. a vízbe kerülő új vegyi anyagok által jelentkező veszélyeket, a kisvárosok szennyvíztisztító berendezéseinek a terveit.

*

A kórházi ágy-szükséglet megállapítása. Koppenhága, július 12—16. A kórházak építkezési költségei egyre növekednek. A symposion tudományos mérőszámokat igyekszik kidolgozni, amelyek meghatározzák, hogy adott lakosság-számnak megfelelően mennyi kórházi ágyat kell tervezni.

*

Az Európai Regionális Bizottság 15. ülése. Isztambul, szeptember 7—11. Az EVSz Európában folyó munkáit beszélik meg.

*

Pszichiátriai szakrendelő szolgálat. Genf, szeptember 15—24. A szakrendelőkben és gondozókban folyó gyógyító és megelőző tevékenység megbeszélése, beleértve a rehabilitáció problematikáját is.

*

Radioaktív sugárzás elleni védelem. Lund (Svédország), október 4—9. Főleg a fogászati és általános röntgensugárzás okozta káros hatásokat vitatják majd meg, mert a lakosság számára ez jelenti ma a fő sugárveszélyt.

*

A rák korai felfedezése. Oslo, november 15—19. Még Európában is a rák-diagnózis késői felállítása a fő probléma, ez egyben a kezelés késői megkezdését jelenti. A szemináriumon megvizsgálják a késedelmet okozó tényezőket és azokat a módszereket, amelyeket különféle európai országokban a rák korai diagnosztizálása érdekében már alkalmaznak.

*

A földközi-tengeri országok közegészségügyi problémái. Algír, december 1—10. A tengerparti országoknak vannak közös problémáik: bizonyos fertőző betegségek terjedésének megakadályozása; a malária felszámolása; táplálkozási kérdések; környezetegészségügy; az egészségügyi személyzet kiképzése, stb. Ezeket a problémákat vitatják meg az értekezleten.

A tuberkulózis leküzdése. Koppenhága, november 22—27. Európában számos országban már átszervezték a tbc ellen küzdő szervezetet és nagyobb súlyt helyeznek a tbc epidemiológiájára. A symposiumon megvitatják a tapasztalatokat és a közös problémákat.

*

Nemzetközi aneszteziológus tanfolyam

A koppenhágai kiképző központ az idén ünnepli fennállásának 15. évét. Az 1950-ben, az EVSz támogatásával alapított központ eddig 445 aneszteziológust képezett ki 55 országból. Az idén februárban kezdődött meg a 15. tanfolyam (mindegyik tanfolyam egy évig tart), amelyen 24 országból 26 orvos vesz részt. A tanfolyamnak magyar résztvevője is van, valamennyi résztvevő EVSz-ösztöndíjjal végzi a tanfolyamot.

*

Az Életkörülmények és az Egészség Vizsgálatára Alakult Nemzetközi Orvostudományi Társaság IV. világgongresszusa

A Társaság szeptember 2—5. között tartja Karlovy Varyban soronkövetkező világgongresszusát. A kongresszus fő témái: a népegészségügy és az orvos szerepe a gazdasági tervezésben; a gyökértelemné vált munkásnak és családjának életfeltételei és egészségügye; az egészségügy és az életkörülmények különféle kérdései.

A napirendre kerülő témákat részben teljes üléseken, részben kerekasztal konferenciákon vitatják meg. A résztvevőknek előadásaik összefoglalóját (az előadások időtartama tíz perc) május 1-ig kell beküldeniük a kongresszus titkárságára: Praha, 2., Apollinarská 18.

A VILÁG MINDEN TÁJÁRÓL

Lister érdemérem. Lister centenáriumának ünneplésére a glasgowi egyetem szept. 27—29. között tudományos ülésszakot rendez. Az ünnepségek során osztják ki a most alapított Lister érdemérmeket azok között a kiváló orvosok között, akik a sebészet továbbfejlesztése, valamint a fertőzés leküzdése terén nagy érdemekre tettek szert. Az előkészítő bizottság 13 tudóst javasol az első kitüntetettek jegyzékére, elsősorban P. B. Medawart, aki a Lister-émlékbeszédet mondja majd. A további javaslatok: F. L. P. de Gaudart D'Allaines, a párizsi egyetem professzora, szív-ér sebész; A. N. Bakulev, a Moszkvai Orvostudományi Intézet sebészeti klinikájának igazgatója; I. Boerema, az amsterdami egyetem sebész professzora; J. E. Dunphy, a californiai egyetem sebész professzora; Howard Florey, a penicillin társfelfedezője; L. P. Garrod, a londoni egyetem volt bakteriológiai professzora; Charles Klingworth, a glasgowi egyetem volt sebészprofesszora; F. Linder, a heidelbergi egyetem sebészprofesszora; F. D. Moore, a Harward Egyetem sebészprofesszora; H. R. Robertson, a McGill Egyetem volt sebészprofesszora; P. Sandblom, a lundini egyetem sebészprofesszora és Herbert Seddon, az oxfordi egyetem volt ortopéd-sebész professzora.

*

Szomorú világrekord Stockholmban. A stockholmi nemibeteg gondozókban egy napon több férfi jelentkezett friss gonorrhoea fertőzéssel, forrásként ugyanazt a 14 éves prostituáltat jelölték meg. Amikor a nyomozók megkérdezték a fiatal hölgyet, hogy hány embert fertőzött meg, a prostituált azt válaszolta, hogy 24 óra alatt 52 férfival volt dolga. A szakemberek egyszerűen nem hitték el, hogy fizikailag és pszichikailag ez lehetséges. A további vizsgálatok azonban bebizonyították, hogy a prostituált által adott információ pontos volt.

Folyóiratreferátumok

Endokrinológia

Mesosigmából kiinduló, születés előtt manifestálódó phaeochromocytoma. Wulsin, J. H. (Dept. of Surg., Cincinnati Gen. Hosp., Cincinnati 45229, USA) közleménye. J. A. M. A., 1964, 190, 242—244. old.

A phaeochromocytomák kb. 10%-ban a mellékvese velőállományán kívül helyezkednek el, ott, ahol chromaffin szigetek elszórtan előfordulnak, így elsősorban az aorta bifurcatiójánál, de előfordulnak másutt is. *Terhesség és egyidejű phaeochromocytoma* eddig között mintegy 50 esetében 50%-os anyai és 40%-os magzati mortalitásról számolnak be, mert a tünetek toxæmiát és más hypertóniás állapotokat utánoznak, s nem gondolnak chromaffin tumor lehetőségére. Extraadrenalis elhelyezkedésű phaeochromocytoma és terhesség egyidejű fennállásáról eddig nagyon kevés adat áll rendelkezésre.

Szerző egy 26 éves, születés előtt álló nőbeteg kórtörténetét ismereti, akinek ez 6-ik terhessége volt, s előző terhessége végén már rohamszerű fejfájás, szemkáprázás, hányinger és hasi fájdalmak jelentkeztek vérnyomáskiugrással, de múltó jelleggel.

Ugyanilyen panaszok jelentkeztek jelenlegi felvétele során is, s elsősorban a rohamszerűen jelentkező panaszok és a 180/80 Hgmm-re kiugró vérnyomásemelkedés alapján gondoltak az észlelők minden más egyéb ok kizárásával phaeochromocytomára is. A születés minden különösebb szövődmény nélkül zajlott le, a puerperiumban elvégzett laboratóriumi vizsgálatok a magas catecholamin — ürítés alapján, mely 45 gamma histamin adására még fokozódott, ugyancsak chromaffin tumor mellett szóltak. A laboratóriumi adatokat alátámasztotta a köldök feletti bal oldalon tapintott, golflabda nagyságú terimenagyobbodás is, melynek tapintásakor a betegnél a már észlelt rohamszerű roszszullét és vérnyomáskiugrás újból bekövetkezett.

18 nappal a születés után elvégzett műtét az arteria mesent. inferiort magában foglaló, mesosigmából kiinduló tumort fedett fel, melynek eltávolítása levarterenol iníciálása mellett sikerült. Másol chromaffin-tumor jelenléte nem volt észlelhető.

Műtét után az asszony teljesen rendbe jött, és még két terhességet viselt ki sikeresen.

Iványi János dr.

A corticosteroidok anyagcseréjének néhány kérdése. Jenny M. (Clinique universitaire de Thérapeutique, Genève) Schw. med. Wschr. 1964. 94. 45. sz. 1576.

A corticosteroidok közös kémiai tulajdonsága, (amelyek a biológiai aktivitás hordozói): a cyclopentanophentantren gyök; a 3-as szénatomon elhelyezkedő 0 atom; a 4 és 5 szénatom közötti kettős kötés; és a 17-es szénatomhoz csatlakozó oldallánc.

A mellékvese vénás vére cortisolt, corticosteront és aldosteront tartalmaz. A keringésben a cortisol 95%-a fehérjéhez, az un. transcortinhoz kötött. Ez alfa típusú globulin, amely 20 microgram/100 ml cortisolt tud megkötni. Ha ezen felül tartalmaz a vér cortisolt, úgy az albuminhoz kötődik. Isotopos módszerekkel tisztázták a cortisol felezési idejét. Ez normális körülmények között 90 perc. Függszöveti felhasználástól és a máj lebontási képességétől. Hypothyreosis esetén a szöveti felhasználás kisebb, ezért a felezési idő megnyúlik. Hypophysaer hypofunkcióban a hypothyreosis miatt lassúbb a cortisol felhasználása: ezért, bár a termelés is kisebb, a hypadrenia jelei nem mutatkoznak. Ha pajzsmirighormonnal euthyreoid állapotot idézünk elő, azonnal megnyilvánul a hypadrenia. Hypophysaer eredetű hypothyreosisban ezért mindig együtt kell a pajzsmirigy- és mellékvesehormon pótlást alkalmazni.

A cortisol lebontása 4 lépcsőben történik: 1. oxydatio a 11 szénatomon (cortison képződése), 2. a 4 és 5 szénatom közti kettős kötés megbomlik, négy H atom belépésével: tetrahydrocortisol, ill. tetrahydrocortison képződik. 3. a 17 szénatom oldalláncának hydroxydatioja révén cortol, ill. cortolon alakul. 4. a 17 oldallánc megszakad: így keletkeznek a 17 ketosteroidok. A cortisol 10%-a ilyen formában ürül ki. E metabolitok glukuronsavval, kisebb részben sulfattal conjugálódnak. E folyamatok függszöveti működésétől. Cirrhotikus egyénben a cortisol lebontása lassú, a felezési idő megnyúlik. A »visszajelentő« mechanizmus következtében a cortisol termelése csökken. A csökkent termelés és csökkent lebontás mellett a vérszint normális marad.

A vizeletben a termelt cortisol 60—70%-a glukuronat formájában ürül ki.

Graber Hedvig dr.

Mellékvesekéreg hormonok hatása a közti anyagcserére. Jeanrenaud, B. (Institut de biochimie clinique, Genève.) Schw. med. Wschr. 1964. 94. 45. sz. 1573.

Új vizsgálatok tükrében a corticosteroidoknak a közti anyagcserére gyakorolt befolyását tárgyalja.

I. Fehérjeanyagcsere. A mellékvesekéreg (mvk) hormonok elősegítik a proteolysist, csökkentik a synthesist. Az aminosavak felszaporodnak a sejt belsejében, innen kiáramlanak a keringésbe. A keringésen át jutnak a májba, ahol a gluconeogenesis fő substratúmat képezik. Korner kísérletei szerint a cortidoidok a ribosoma RNS minőségének változtatásán át hatnak a fehérjesynthesisre. Ez azonban nem az egyedüli magyarázat.

Adrenalectomia után a fehérje synthesis nő — egy hónap múlva azonban csökken. Ennek valószínű oka, hogy mvk írtás után következményesen az anabolikus hormonok (insulin, növekedési hormon) elválasztása is csökken.

A mvk hormonok hatására, mint a Cushingos betegek példája mutatja, súlyosabb a fehérjeanyagcsere zavara (osteoporosis, bőratrophia, stb.) mint a szénhidráté. Valószínűleg a fehérje anyagcsere-re gyakorolt hatás az elsődleges.

II. Szénhidrátanyagcsere. A vérben felszaporodott aminosavak hatására a májsejtekben felszaporodnak a gluconeogenesis katalizáló enzimek és fokozódik a gluconeogenesis.

A máj glycogennel telődik fel, ugyanakkor a vérben emelkedik a glucose szintje. A hyperglycaemiát elősegíti az is, hogy a cukor felhasználása a szövetekben csökken.

III. Zsíranyagcsere. A mvk hormonok gátolják a máj és a zsírszövetek lipogenesisét és fokozzák a lipolysist, azaz a zsírok hydrolysisét zsírsavvá és glicerinné. Ez a hatás lehet direkt, de lehet »permissiv«: azaz a szöveti noradrenalin lipolytikus hatása csak cortisol jelenlétében érvényesülhet.

Graber Hedvig dr.

★

Malignus extra-adrenális phaeochromocytoma. Holsti L. R. közleménye (Radiotherap. Clinic, Univ. Central Hosp., Helsinki), Brit. J. Radiol, 1964. 37, 944—947. old.

A phaeochromocytomák 90%-a a mellékvesevelőből indul ki, 10%-a azonban extra-adrenalis eredetű. Az eddigi közlések kb. 8—11%-ra becsülik azokat a phaeochromocytomákat, melyek malignus természetűek. 1961-ig 59 esetet közöltek, ezek között azonban biztosan csak 53 merítette ki a malignus kritériumát, ti. a legszigorúbb elbírálás alapján biztosan csak azok a phaeochromocytomák

tekinthetők malignusnak, melyek áttétel is hormont választanak ki.

A finn szerző 1959—62 között 5 malignus esetet észlelt, ezek közül e közleményben 3 esetét ismerteti, mert ezek a diagnózis felfedése után *radiotherapiában részesültek*.

A 3 eset közül kettő metastasist is produkált a májban, tüdőben és hasi nyirokcsomókban, a harmadik eset, melynek nagyságát suprarenalis angiographiával állapította meg, inoperabilis volt. Az első két eset nem mutatta a phaeochromocytoma által okozott klaszszikus triast, a tapintási lelet alapján kerültek műtetre, a harmadik, környezetével legjobban összekapaszkodott tumor pathológiás catecholamin-ürítést produkált.

Mindhárom esetben sebészi beavatkozás történt, a második, 24 éves nőbetegnél 3 alkalommal is. A harmadik eset annyira összekapaszkodott volt környezetével, az arteria mesent. inf.-al is, hogy eltávolítása nem történhetett meg, csak próbaexcízió történt. Mindhárom esetben a histol.-vizsgálat az eltávolított tumorok és metastasisaik típusos phaeochromocytomaképet mutatva.

Mindhárom esetben *nagydózisú* rtg.-besugárzás történt műtét után (5000 R körül), az első beteg azonban 10 hónappal a műtét után meghalt, a második a többszörös műtétek után 3 év múlva még él, a harmadik két évvel a besugárzás után panaszmentes, a megismételt angiographia a tumor megkisebbedését mutatja.

Mindezek ellenére szerző nincs meggyőződve a malignus phaeochromocytomák irradiációs terápiájának hatásosságáról, s hivatkozik *Bacq* és *Alexander* megfigyeléseire, akik szerint állatkísérletben a radiotherapia okozta károsodásokat adrenalin és noradrenalin képes kivédeni. Ez a megfigyelés támasztaná alá a noradrenalin és adrenalin termelő phaeochromocytomák radioreszisztenciáját.

(Ref.: *Fentiek figyelembevételével érdekesek és megalapozottaknak tűnnek azok a törekvések, melyek a chromaffintumorok belgyógyászati kezelését propagálják. Az Apresoline, Ismelin és Aldomet gyógyszerkezeléssel történő próbálkozások mellett igen figyelemre méltó Engelman és Sjoerdsma közlése (Ann. Int. Med., 1964, 61, 229), akik legjobbnak tartják 4 beteg kezelését kapcsán a catecholamin synthesis blockolását phenoxybenzaminnal.*)

Iványi János dr.

Urológia

Adatok a iatrogen ascendáló, anuriával járó, pyelonephritishez. G. Karcher és E. Wahlsieck. Der Urologe, 1964. 1, 22.

Számos szerző írt le orvosi beavatkozás kapcsán fellépő halálos kimenetelű ascendáló pyelonephritist.

A kórképet jellemzi az acut vesemedencegyulladás, súlyos septicus infectio, magas láz, hidegrázás, albuminuria, leukocytosis (20—30 000), oliguria, mely gyorsan anuriához vezet. A sulfamidok és antibiotikumok ilyenkor teljesen hatástalanok. A fellépő oliguria esetében a kőextractio, vagy a konzervatív műtéti köeltávolítás, vagy a decapsulatio a halálos kimenetelt feltartóztatni nem tudja.

A szerzők 9 iatrogen ascendáló pyelonephritis eset kórtörténetét ismertetik, ebből 5 beteget orvosi beavatkozás kapcsán felszálló anuriás pyelonephritisben elvesztettek. Négyet sikerült nephrectomiával megmenteni. Az esetek kórtani képe jellemző, hogy az inficiált oldalon tipikus gennyes felszálló, részben nekrotikus pyelonephritis, részben nephrosis található.

Az ellenkező oldalon hiányzik a gyulladás jele. A csatornák hámszárú nekrotikus és finom cseppes zsíros degenerációja a nephrosis képét mutatja.

A profilaxis és terapia szempontjából a következőket ajánlják:

Minden instrumentalis beavatkozást a megfontolás és körültekintés vezesse. A legszigorúbb aseptis szükséges. Ha egy veseelzáródás vagy hólyagelzáródás kapcsán a katheteres vizsgálat után hőemelkedés lép fel, az ok, antibioticus védelemben azonnal megszüntendő, miáltal a végzetes veszély kisebb. Ha a hőemelkedés 2—3 napot tart, a leukocytaszám emelkedik, a vese feltárandó és ha észlelik a kéregabscessusokat, a vese eltávolítandó. Ha az oliguria vagy anuria nem oldódik, szóbajöhet az extracorporalis haemodialysis.

(Ref.: *Habár a hazai tapasztalatok nem ilyen sötét képet mutatnak, a közlemény mégis gondolkodásra készítet és óvatosságra int.*)

Szold Endre dr.

★

Sebészet és radiotherapia az urológiában: a hólyag. Riches E.: Jour. of Urol. 1963. 90. 339—351.

A hólyagtumorok hagyományos radiotherapiája még palliatív vonatkozásban is csupán adjuvans értékűnek bizonyult, szerző a magasfeszültségű terapiával szerzett tapasztalatairól számol be a sebészi beavatkozások érintése mellett.

Az interstitialis sugárkezeléssel (radon-tűk, rádióaktív aranygranu-

lák) elért eredményeket a cystodiathermiával kapott túlélési adatokkal összevetve a jól differenciált papillaris tumoroknál az 5 éves túlélés mind cystodiathermia után, mind interstitialis irradiatio után 70%. Anaplasticus tumoroknál a cystodiathermia után az 5 éves túlélés 32%, interstitialis sugárkezelés után 47%. A recidiva cystodiathermia után 75%, irradiatio után 42%. A hólyag oldalsó vagy hátsó falán ülő tumoroknál eredményesen implantált extravascularisan radiumtűt 15 esetben.

120 betegen cystectomiát végeztek; az 5 éves túlélés 42%-os, ahol csupán a mucosát infiltrálta a daganat, míg ha muscularis réteggig ért a tumoros infiltratio 9%-os, a perivesicalis részt infiltráló tumornál 4%-os a túlélés. Az utóbbi két csoport solid típusú, az első csoport papillaris típusú tumorokat foglalt magában.

A radicalis radiotherapiával kezelt 113 beteg közül 48 beteg csupán radiotherapiás, 65 beteg a radiotherapia mellett sebészi kezelésben is részesült. Az átlagos dosis: 6700 r. Míg a csupán radiotherapiás kezelésben részesültek 5 éves túlélése 18%, a radiotherapiás és sebészi kezelésben részesülteké 14%. A 113 beteg közül 22 túlélőt tartanak számon, 5 éve él 9 (3 solid és 3 papillaris), 3 éve él 13 (10 solid és 3 papillaris), 11 tumormentes (8 solid, 3 papillaris).

A magasfeszültségű sugárkezelés *szövődményei* közül a hólyag nyálkahártya teleangiectasiás területeiből 10%-ban fellépő haematuria észlelt, a vérzést megszüntető eljárások ellenére (vértransfusio, Renacidin, a vérző nyh. rész cystodiathermiája, esetleg excíziója, vagy mindkét arteria iliaca interna lekötése) profus vérzés miatt 3 betegnél cystectomiára kényszerült. További szövődmény a 15%-ban előforduló zsurghólyag. 3. szövődményként a belek radionekrosist tárgyalja, amely jelentőségében az első helyen áll a komplikációk között és az esetek 1/5-ében fordult elő.

A magasfeszültségű sugárkezelés előidézte súlyos és gyakori szövődmények elkerülésére a kivezető utat az irradiationak a hólyagra, illetve a tényleges tumorra való korlátozásában látja.

Horváth László dr.

★

Genetika

A nukleinsav-struktúra enzimatis belyolósolása. P. R. Srinivasan és Ernest Borek (Dept. Biol. Chem., Coll. Physicians and Surgeons, Columbia Univ., New York.) Science 1964. 145. 548—553.

A nukleinsavak — mind az RNS, mind a DNS — elsődleges struktú-

rájukban a négy fő bázison kívül több mellékössztevőt tartalmaznak. Baktériumok DNS-ében ilyen a 6-methyl-adenin, s egyes növényi és állati DNS molekulákban az 5-methyl-cytosin. A ribosoma RNS-ben is találtak methyl-származékokat, de a transfer RNS-ben nem kevesebb, mint tíz ilyen methylezett bázis fordul elő, s ráadásul ez az RNS-fajta pseudouridint tartalmaz, amely egy olyan ribozida, melyben a ribóz a bázis 5. szénatomjához kapcsolódik.

Rendkívül nehéz volt megmagyarázni, hogy a transfer RNS, amely tízféle methylált bázist és pseudouridint tartalmaz, hogyan vezethető le a DNS-ből, amely csak egyetlen methylált bázissal rendelkezik, mivel erre a DNS molekula megkét-szereződésére és az RNS képződésére vonatkozó Watson-Crick elmélet sem nyújt semmi támpontot.

Sikerült azonban olyan enzimeket kimutatni, amelyek a transmethylationt az RNS képződésének idején aktiválják, s az is kiderült, hogy a bázisok methylezése a nukleinsav polimerok képződése után következik be.

Ha methionin éhezés alatt felhalmozódott methyl-deficiens *E. coli* solubilis RNS-t inkubáltak adenosylmethionin jelenlétében *Escherichia coli* sejtek kivonataival, akkor a transfer RNS-ben a különböző bázisok methyleződtek addig a fókig, ameddig a normális, teljes táptalajon nőtt sejtek RNS molekulái. Ezt a folyamatot a szerzők által »RNS methylase«-nak elnevezett enzim aktiválja, melyről kiderült újabb vizsgálatokkal, hogy nem kevesebb, mint hat különböző enzim keveréke. Ezek minden sejtben egyaránt megtalálhatók, s az eddig vizsgált minden szövet tartalmazza mindegyiket. Megoszlásuk azonban nem azonos minden fajban, s ez a megoszlás határozott fajspecifitásra mutat. Viszont kimutatták, hogy ha ezeket az enzimeket tökéletesen methylált transfer RNS-hez adják, újabb methyl-csoportok kapcsolódnak a molekulába.

A nukleinsavak struktúrájában a methyl-csoportok beépülése jelentős változást okoz egyrészt térbeli, másrészt elektron-szerkezetük tekintetében; e csoportok biológiai funkciója egyelőre nem teljesen világos, de valószínű, hogy a DNS molekula védelmében, valamint abban is szerepet játszanak, hogy az idegen (főképp fertőző) DNS-től megkülönböztessék a molekulát. Az is feltehető, hogy a methylált DNS ellenállóvá válik homolog desoxyribonuclease (DNase)-val szemben.

Legújabbán kiderült, hogy néhány methylező enzim-komplekxnak carcinogen hatása van. Így kimutatták, hogy alkylező carcinogen anyagok a transfer RNS-t is alkylezik, s abban egyes helyeken bősé-

gesen keletkeznek 7-methylguanin, egy normális körülmények között igen ritka methylezett bázis. Mindenesetre érdekes, hogy leukaemiás beteg vizeletében jelentősen megnő a methylguanin és 7-methyl 8-hydroxyguanin ürítése, valamint az is, hogy némely daganatszövet tartalmazza a legnagyobb mennyiségű methylezett bázist, amit valaha transfer RNS-ben észleltek.

Szemere György dr.

*

Gyűrű chromosoma (ring-1 chromosoma) és mikrocephal törpeség. Gordon R. R., Cooke P., Lancet dec. 5. 1964. 1212—13.

A kör chromosoma jelenséget eddig 10 esetben ismertették, valamennyit veleszületett rendellenesség esetén. A legjellemzőbb elváltozás minden esetben a szellemi visszamaradottság, ami fejlődési rendellenességgel vagy anélkül fordul elő.

Szerzők egy mikrocephal törpe lányt vizsgáltak, akinek chromosomái normál női constitutiót mutatnak. Az egyetlen eltérés az volt, hogy egy fölös számú kör chromosomát találtak az 1-es chromosomához kapcsolva.

Az ismertettett beteg 5 éves korában 92 cm és 12 kg volt, fejkörfoga 38 cm. Szellemileg is súlyosan elmaradt. Más fejlődési rendellenessége nem volt. A kör ebben az esetben monocentrikus volt és változó nagyságú, de egyszer sem fordult elő, hogy meghaladta volna az 1. chromosoma nagyságát. Maga a kör is gyakran felbomlott. Különbözik a beteg sexchromatin pozitív volt.

(Ref.: Francesco Di Grado és munkatársai a Sao-Paulo-i egyetemről a Lancet ugyanezen számában közölnék egy Di Guglielmo syndromát (erythroleukaemia) ahol a 2-es chromosoma helyén találtak kör chromosomát.)

Korányi György dr.

*

Az újszülöttek glucose-6-phosphat-dehydrogenase hiánya és a súlyos sárgaság kockázata. Doxiadis S. A., Valaes T., Karaklis A. és Stavrakakis D. Lancet ii dec. 1964. 1210—1212.

Szerzők előzőleg már kimutatták, hogy a glucose-6-phosphat-dehydrogenase hiánya gyakran okoz súlyos újszülöttkori sárgaságot, görögök között. Lesbos szigetén különösen gyakori a súlyos hyperbilirubinaemia incompetibilitás nélkül is.

Szerzők egy éven át az összes Lesbos szigetén született fiú újszülötteket vizsgálták. 634 vizsgált újszülöttnél 29 esetben (4%) találtak

g-6-p.-d. hiányát. 16 mg%-nál magasabb serumbilirubin több, mint 34%-ban fordult elő az enzimhiányos csoportokban míg normális enzimaktivitás esetén csak 9,1%-ban.

A vizsgálatok alapján kiderült, hogy a lesbosi lakosságban van egy másik genetikai tényező is, amely megemeli az újszülöttkori sárgaságot, különösen akkor, ha ez kombinálódik a g-6-p.-d. hiányával.

Ugyanezen okból ezek az egyének viszonylag előnyös helyzetben vannak, maláriás fertőzéssel szemben.

(Ref.: Szerzők nem említik, hogy a görögöknél egyes vidékeken igen gyakori a rokon házasság.)

Korányi György dr.

*

Adatok a Marfan syndroma genetikájához. Zimprich H.: Helv. Pead. Acta. 1964. 5. 483—489.

Szerző egy Marfan syndromás gyermeket vizsgált, kinek családjában az anya, az anya testvére és az anyai nagyapja is beteg volt. A gyermeknél a szem és szívtünetek hiányoztak. A család két tagjánál kerestek a chromosomában strukturális eltérést. Más szerzőkkel ellentétben nem találtak chromosoma-eltérést.

Korányi György dr.

*

»Cri du chat« syndroma: egy újonnan felismert kórkép. McCracken J. S., Gordon R. R.: (Ped. Dept., City General Hospital, Sheffield.) Lancet 1965. 1, 23.

A syndromát francia szerzők 1963-ban írták le [C. R. Acad. Sci. (Paris) 257, 3098, 1963]. Jellegzetességei: 1. erőtlen, macskanyávogásra emlékeztető sírás. Ez a larynx felső részének, ill. az epiglottisnak a puhaságra vezethető vissza és már a születéstől kezdve annyira feltűnő, hogy a syndromát erről nevezték el. 2. Szellemi és testi fejlődésben való visszamaradás. 3. Mikrocephalia és rendellenes arcstruktúra: hypertelorismus, epicanthus, anti-mongoloid szemrések, széles orrgyök, strabismus, alacsonyan elhelyezkedő fülek, mikrognathia. 4. Az esetek többségében a tenyerek és talpak bőrreljolatának és redőinek morfológiai rendellenességei, 5. chromosoma-rendellenesség, amely az 5. chromosomapár egyik tagja rövid karjainak teljes vagy részleges hiányában nyilvánul meg.

A syndroma a 13—15, a 17—18 és a 21 trisomia után egy újabb »klinikocytogenetikusan« kórforma felismerését jelenti, melyben a chromosoma-rendellenességnek meghatározott és többé-kevésbé ál-

landó klinikai tünetek felelnek meg. A közlemény egy 4. é. leánygyermekről számol be, akiknél a típusos tünetegyüttes mellett a Botali vezeték is nyitott volt.

(Ref.: A 13–15 trisomia az agyvelő és a szem fejlődési rendellenességein kívül nyúlajakkal, farkastorokkal, továbbá polydaktiliával és néha egyéb fejlődési rendellenességekkel jár együtt. A 17–18 trisomiára klinikailag mikrogna-thia, fejlődésben való visszamaradás, az izomzat spasticitása és a kéz- valamint lábujjak rendellenességei jellemzők. A 21 trisomia klinikai megnyilvánulása a Down-kór.)

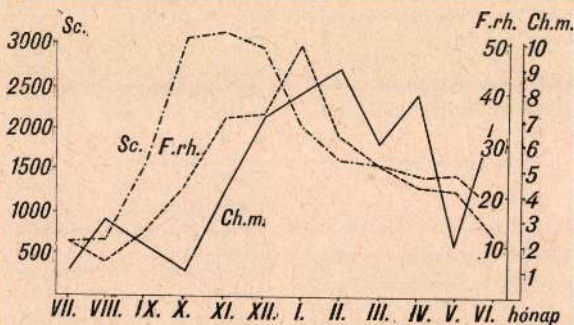
Koltay Miklós dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A scarlatina, febris rheumatica és chorea minor járványgörbéjének összefüggése

T. Szerkesztőség! Boda Domokos dr. az 1965. 4. sz. Orvosi Hetilapban levelet intézett a Szerkesztőséghez, Gottsegen György dr. és munkatársai az 1962. 52. sz. Orvosi Hetilapban megjelent közleményének hozzászólásaként. Ebben egybevetette a febris rheumatica és a scarlatina esetek számának változását az 1961-es esztendőben, ugyanarra a területre vonatkoztat-



va. Grafikonon kimutatta a görbék lefutásának hasonlóságát és ezzel bizonyította a Mitchell-Nelson-féle gyermekgyógyászati standard tankönyv megállapítását, hogy a febris rheumatica mindig a streptococcus fertőző és a scarlatina járványgörbéjét követi. Ezekben a körképekben azonos körülmény, az összezsúfolódás, a gyermekek közötti szoros kontaktus a legfontosabb tényező.

Szeretném a fentieket kibővíteni az általam feldolgozott anyaggal.

Ebből a chorea minorra vonatkozó adatokat már 1960-ban, a Magyar Gyermekorvosok Társasága Gyermekgyógyász Szakcsoport ülésén, majd 1963-ban a Weimari Terápiás Nagygyűlésen ismerttettem. Az 1958. év II. felétől 1962. közepéig eltelt 4 év alatt az egész országban előfordult, bejelentett scarlatos eseteknek a közepértékét vettem és összesítettem saját febris rheumatica és chorea minor eseteinket, havi megoszlásban. A következő ábrán ezeket óhajtom grafikusán ábrázolni más-más léptékkel.

Jól látható a scarlatina elsődleges, a febris rheumatica másodlagos és a chorea minor ezután következő megjelenése, 1–2 hónapos eltolódásban. Eseteink aránylag kisebb száma miatt a görbe teljes lefutásában nem mutatja a fenti szerzők által bemutatott párhuzamosságot, viszont világosan látható a görbék párhuzamos eltolódása a kezdeti szakaszon. Ez megfelel Chaptal és munkatársai dolgozatában (Arch. Fr. Péd. 14:910. 1957.) kifejtett véleményének, amely szerint a streptococcus haemolyticus fertőző, immunológiai és pathológiai következményei néhány hónapra terjedő periodicitást mutatnak, mely egybefolyó fázisokból áll. 1. Infekciós fázis (tonsillitis follicularis), 2. toxicus fázis (scarlatina), 3. immunológiai fázis, melynek kezdetén a febris rheumatica, majd 1–2 hónapos eltolódással a chorea minor áll. Erre utal a chorea minor saját anyagunkban látható megoszlása: míg a febris rheumatica főleg a késő őszi és téli hónapok betegsége, addig a chorea minor a téli hónapokban jelenik meg nagyobb számban és a nyár

kezdetéig tart (a II. félévben 18, míg az I. félévben 40 choreás eset). Bár a chorea minor az immunológiai fázis későbbi szakaszában foglal helyet, amikor a carditis klinikai és serológiai jelei kevésbé kifejezettek, ennek felismerése mégis rendkívül fontos, mert elégtelen kezelés miatt gyakrabban alakulhat ki rheumás vitium.

Ezen adataink közlésével szerettem volna hozzájárulni Gottsegen professzor értékes, átfogó munkájához és Boda professzor érdekes

kiegészítő adataihoz. Remélhetőleg az orvosi közvéleményben teljesen elfogadott lesz a chorea minor eseteknél a carditis jelek igen gondos keresése, a megfelelő intenzív terápia beállítása és a betegség lezajlása után a rheuma prophylaxis alkalmazása.

Péntek Erzsébet dr.



KÖNYVISMERTETÉS

S. Schirren: Fertilitätstörungen des Mannes. Beiträge zur Sexualforschung 22 fűzet, 1961. F. Enke Verl. Hamburg 122. oldal, 46 kép, 37. tabl., 22 DM.

Rövid történelmi áttekintés és általánosabb szakmai adatközlés után, melyhez saját, több mint 2000 betegről szóló statisztikáját is csatolja, a korszerű spermavizsgálat ismert fázisait veszi sorra, kiemelve a vizsgálat előtti sex. carentia fontosságát. Rendszeresen alkalmazza az »eosin-test«-et a »holt« és élő — bár éppen nem mozgó — spermiumok elkülönítése céljából. A herebiopsiát gyakran végzi, mint az andrológiai képek célszerű dokumentálási eljárását. Fontosnak tartja, hogy minden esetben a sperma biochemiai analysise is megtörténjen. Ez — és ezen belül a sperma-fructose meghatározás — adott módot szerzőnek arra, hogy egy újszerű spermatológiai eltérést (58 eset!) leírjon: a postpuberalis Leydig-sejt insufficienciát (normospermia + normális herebiopsiás kép + fructose hiány). Ez a kép bizonyos hasonlóságot mutat a Mac Cullagh és Pasqualini által leírt »fertilis eunuchoidismushoz«, mely szintén a luteinizáló hormon kiesésén alapul, de már praepuberalisan fennáll.

A monographia második részében a spermaplazma több biochemiai összetevőjével foglalkozik és saját beható vizsgálatai alapján mond külön-külön véleményt jelentőségükről. A ondómirigyben képződő spermafructose és a fructolysis vizsgálatát igen fontosnak, bizonyos esetekben döntő jellegűnek itéli, úgy is mint az androgenszintre jellegzetes, könnyen nyerhető adatot. A prostatában keletkező citromsav meghatározása kevésbé célszerű eljárás; értékei a Leydig-sejt funkciótól nem függenek. Böven foglalkozott a phosphatase szerepével; andrológiai értelemben ez háttérbe szorul, az androgentől közvetlenül nem függ. A hialuronidase mennyiségét a szerző is szoros összefüggésbe hoz-

za a spermiumszámmal. E ferment aktivitása kísérletileg csökkenthető pl. hesperidinphosphattal stb., fokozható ACTH-val és histaminnal. Nem segíti elő az andrológiai diagnosztát a sperma papírelektrophoreticus vizsgálata; 800 fehérjeferrogramm értékelése alapján úgy találta, hogy a fehérje-fractions összetétele csak primer herehypoplasiánál és a postpub. Leydig-sejt elégtelenségnél változott. Az elsők között foglalkozott az inosit szerepével; ez a szénhidrátszerű anyag a prostatából ered és a fructosehoz hasonlóan viselkedik. Szerepe egyébként még nem ismert. K, Na, és Ca vizsgálatok andrológiailag nem értékesíthetők. A spermin és 10%-át kitevő spermidin jelentőségéről szerző sem tudott újabb adatokat nyerni. A phosphohexose-isomerase fermentet 182 esetben ellenőrizték — értéke független a spermiumok jelenlététől.

Végül therápiás kérdésekkel foglalkozik. A magas, »rebound hatást« kiváltó testosteronem adagolást a szerző is visszautasítja; hypo- és oligospermiák esetében a serumgonadotropin + testosteronem igen kis mennyiségének nyújtását pártolja; a postpub. Leydig-sejt elégtelenség kezelésében chorigonin és methyltestosteronem együttes adásától látott jó eredményeket. Klinefelter syndrománál és primer herehypoplasiánál csak a substituíáló jellegű testosteronem-therápia követhető. A 25 oldalt kitevő, igen alapos, 771 hivatkozást tartalmazó irodalmi résszel fejeződik be a munka.

A jól áttekinthető, könnyen érthető monographia újszerű adataival, több értékes megállapításával rámutat arra, hogy egyrészt milyen tág kutatási lehetőségeket rejt magában a spermiaszám, másrészt igazolja szerző alapos tárgyismertét, nagyszámú vizsgálatából levont következtetéseinek reális és a spermátológia fejlődését elősegítő voltát. Endokrinológusok, andrológusok, biochemikusok egyaránt sok haszonnal forgathatják ezt az értékes, beható munkát, mely aránytalanul bőséges bibliographiája révén a kutatóknak ilyen értelemben is jó segítséget nyújt.

Molnár Jenő dr.

*

Radnót Magda dr.: »A szembe-tegységek atlasza.« Akadémiai Kiadó, Budapest. 1963. Két kötetben 655 színes és 41 fekete-fehér ábrával. Ára: 560 Ft.

Radnót professzor atlaszának előszavában és a két kötet »Bevezetés«-eiben összefoglalja a problémákat, amelyek szemészeti tanszékeinket azóta foglalkoztatják, amióta az általános orvosképzés keretében a szemészet oktatására csupán egy félév 38—40 elméleti és 20—24

gyakorlati órái jutnak. Ezeken kell hallgatóinkkal elsajátíttatni azokat az ismereteket, amelyek alapján megtanulhatják mindazt, amit szemészetből minden orvosnak tudnia kell. Az atlasz szerkesztője ezzel a munkájával a szemészet megtanulását kívánja megkönnyíteni és az oktatók munkáját segíteni. Ilyen célkitűzésű könyv elbírálásánál fontos szempont, hogy miként vált be a gyakorlatban.

Kétségtelen, hogy a didaktikai és differenciáldiagnosztikai szempontok figyelembevételével csoportosított jó ábrák tömege lehetővé teszi, hogy a hallgatók behatóan tanulmányozhassák a fontos és gyakori szemészeti kórképeket tüneteikkel együtt, amelyek felismerésére ezután betegeknek már sokkal könnyebb. Klinikánk szépen gyarapodó színes diaposzitiv gyűjteményét — egyebek között — eddig is igénybe vettük és természetesen ezután sem mondunk le róla. »A szembetegségek atlasza«-ban oktatásunk javításának új lehetőségét látva, az elmúlt tanulmányi félévben az atlaszt már rendszeresen és tervszerűen alkalmaztuk a gyakorlati órákon. Már az első gyakorlat tapasztalata az volt, hogy a nagy létszámú évfolyam sok tanulmányi csoportja közül azokban, amelyekben az atlasz alapján megkezdtek a szemhéj és kötőhártya kórképeinek tanulmányozását, a múlthoz képest fokozódott a szemészet iránti érdeklődés. Ez akkor sem csökkent, ha valamelyik kórkép beteganyagunkon abban az időben nem volt demonstrálható. Mindez kezdetben a megkapó ábrának volt köszönhető, később mindinkább az egyes fejezeteket tömören és világosan összefoglaló és az ábrákat magyarázó szövegnek, amely főleg a nem szakorvos csoportvezetőknek igen tanulságos és minden csoportvezetőt megvívó a nem kívánatos ún. kiselőadások tartásától.

A szemészet oktatásának, a finomabb elváltozások felismerésének egyik nehézsége abból ered, hogy a hallgató nehezen szokja meg figyelmének egy apró területre való összpontosítását. Ezért szerencsés méretűek az ábrák melyek a bulbus és környéke elváltozásait a természetesen 2—3-szor nagyobbak, mintegy nagyító alatt mutatják. (Természetes nagyságú a kép ahol a beteg két szeme, összehasonlítás céljából, egy ábrán szerepel.) Az ábrák túlnyomó többsége igen jó és kiegészíti a Szemészet tankönyvének képanyagát.

A többféle célt szolgáló és különleges szerkezetű atlasznak orosz, angol, német és francia változata is megjelent és feltehetően új kiadásra is sor kerül.

Néhány javaslatom elfogadása az új kiadás előnyére szolgálna. Az I. kötetből elhagynám vagy mással pótolnám a 133., 183., 326., 338., 343.

ábrákat. A II. kötetből az 1. ábrát (az iris síkja előtti bulbusrész rajza miatt), továbbá a 161., 162., 163. ábrákat. Az I. kötet szövegéből elhagynám a 22. oldalon, hogy »viszonylag leggyakoribb a tarsusra lokalizálódó gyulladások közül a tarsitis syphilitica.« A szöveg helyenként az új kiadásban átférlésre szorulhat: 92. old. »szemrés területében a szemrés mellett.« 54. old. »ciliáris inj.-ra jellemző, hogy a kötőhártya a limbus körül vérbő...« A 96. oldalon kétszer is előfordul a »cysta spontán eltűnik« kifejezés. A 40. oldalon »Perforáló sérülés után nemcsak a sérült szem sorsa van veszélyben...« mondat a sorsa nélkül megfelelőbb lenne. A II. kötet 48. oldalán »Cataractát általában csak akkor érdemes operálni, ha jó látásélesség várható, vagyis ha a retina ép...«. Az 54. oldalon a 86. (abscessus lentis) ábrát magyarázó szövegben a méhcsipés mint oki tényező elhagyható. A 160. ábrán a nagyon elmosódott határú papilla, a szöveg szerint nem elmosódott. A 163. ábrát (ép papilla) magyarázó szöveg szerint »a kép éles, a papilla határa és az erek élesen láthatók«, ami bizony — nyilván nyomdatechnikai nehézség miatt nem így van. A 183. ábrát magyarázó szövegben a »felülről lecsöpögő vér« kifejezés nem szerencsés. A 166. oldalon érdemes volna megemlíteni, hogy a keresztződési tünet hypertonia nélkül is lehetséges a retina arterioláinak sclerosisa következtében. A 283. kitűnő ábra szövegében a »torzító elváltozás« kifejezés túlságosan szelíd.

Ennek a néhány kifogásolható részletnek a jelentősége eltörpül az egész szöveg világos, a lényegyet megvilágító fogalmazása mellett.

A II. kötet bevezetésében a szerkesztő megemlíti, hogy elsősorban arra törekedtek, hogy a hallgató számára könnyítsék meg a szemtűkörrel látható kórképek felismerését és az anyag elsajátítását. Az oktatási reform szemészeti részének megvitatása után azonban úgy tűnik, hogy ennek a képanyagnak egy része inkább a szakorvosképzés, mint az általános orvosképzés igényeit hivatott kielégíteni.

Az atlasz igen nagy segítség mind az oktatóknak, mind a hallgatóknak az ismeretanyag elsajátításához, amelynek birtokában az anamnesis, a panaszok és egyszerű gyakorlati módszerekkel vizsgált elváltozások (tünetek) alapján képes lesz a szembetegsége, vagy rendelkezés felismerésére, vagy legalábbis feltételezésére. Akkor pedig helyesen fogja megítélni, hogy adott esetben a beteg szemszakorvoshoz való irányításának elmulasztása milyen káros következményekkel jár.

Az atlasz kitűnően foglalja össze számos szembetegség összefüggéseit a szervezet egyéb betegségei-

vel, amelyek ismeretében minden orvos tudhatja, hogy milyen betegségben várhat fontos útmutatást a szemész consiliariustól.

Bizonyos, hogy az atlasz tanulmányozása nem csupán a hallgatóknak, hanem minden szemésznek hasznos, de különösen a pályájuk kezdetén tartóknak növelheti a látókörét és biztonságérzetét.

A kétkötetes atlasz nagy nyeresége a magyar orvosi könyvkiadásnak. A színes fényképeket dr. Bölcs Sándor, dr. Gáll János dr. és Solti Ferenc készítették, a rajzokat pedig Kelemen József.

Kukán Ferenc dr.

Megjelent

MAGYAR SEBÉSZET

1964. 3. szám

- Barabás Csabáné dr., Molnár János dr.: Hiatus hernia patológiája és röntgen-diagnosztikája.
- Bartos Gábor dr., Szöllőssy László dr., Török Béla dr., Kustos Gyula dr. és Karmos Viktor: A műanyag érpótlék gyakorlati kérdéseiről.
- Vallent Károly dr. és Facht József dr.: A heparin szerepe a víz és elektrolyt-háztartás regulációjában.
- Könyvismertetés.
- Thurzó Rezső és Hangos György dr.: Az epeköleusról.
- Bochkor Béla dr.: Adatok a hámeredetű hólyagdaganatok kérdéséhez.
- Horváth Győző dr.: Specifikus veseelváltozással szövődött penis tuberculosis esetei.
- Kótay Pál dr.: Alláspontunk a prostatectomiák érzéstelenítésének kérdésében.
- Kondral Gerő dr.: Érzéstelenítés új módja prostatectomia alkalmával.
- Rosdy Ernő dr., Frang Dezső dr., Csontai Agoston dr.: Az intratrachealis necrosis jelentősége az urológiában.
- Zádor László dr.: Az urogenitális gúnműködés károsodása más szervi gúnműködéssel.
- Frang Dezső dr., Csontai Agoston dr., Rosdy Ernő dr.: Az endovascularis eszközös beavatkozások anaesthesiája.

ORVOSI SZEMLE

1964. 4. szám

- Puskás Gy., Nussbaum Vera., Nussbaum O., Pap Z., Nagy L., Újabb adatok a dystrophiás csecsemők elektrolyt- és fehérje-anyagcsere kapcsolatáról (II).
- Szabó I., Barbu Z., Mody J., Lapohos Eva., Adorján K.: A szlikózis korai diagnózisának lehetőségei szerológiai és biokémiai eljárásokkal.
- Olosz E., Máthé J.: Szívinfarktussal kapcsolatos diagnosztikai tévedések a kórbontani és klinikai adatok tükrében.
- Műlfay L., Sábádeanu V., Henter K.: A könnyutak anatómiájával kapcsolatos gyakorlati megfigyeléseink.
- Papahagi P., Stanciu Gr., Huszár G., Papahagi Monica, Nistor V.: Fekélybetegség eredetű spontán nyombélpepít sopolyok.
- Rákosszalvy Z.: A biológiai indexek jelentősége a fürdőkrízis megállapításában.
- Kertész E.: A tájékoztató peritonealis scintigramm.
- Darvas I., Stanciu Gr., Bancu E.: Az emésztőrendszer felső részéből szá-

mazó vérzések korai röntgenvizsgálata.

- Bartel Gy., Mody J., Hoffmann E., Major B.: Az immunoelektroforezis alkalmazása a heveny reuma latens formáinak korismérésében.
- Arsenescu Ch., Sabau M.: Kísérletes adatok egyes vectocardiographiai regisztrációs módszerek érvényességére vonatkozólag.
- Horvath Eva, Nagy J., Demeter Katalin, Bálint E., Agglutináló faktor kimutatását szolgáló párhuzamos vizsgálatok belgyógyászati beteganyagban.
- Baltá N., Gánufá Victoria: Hozzájárulás az olánesti 24-es forrás vizével történő ivókúra tanulmányozásához nefropátiákban (a vese-clearance vizsgálataival).
- Gidaly M., Onesciuc I., Gavrila I., Holan T., Szántay J., Fărăcașanu M.: S₂₅-tel jelzett methionin-próba a hepatitis epidemiciában.
- Mózes Magda, P. Gece Olga, Pálffy B., Mocanu I.: Egyes ásványvizek hatása a patkányban histaminnal kiváltott coccum-gyulladásra.
- Horváth G., Filep Gy., Almási Zsuzsa: Kísérletes adatok a Citrobacter (Escherichia freundii) morfológiájával kapcsolatban.
- Domokos L., Sabău Monica, Domokos Klára: Maros-Magyar Autonóm Tartomány területén eddig nem izolált enteropatogén E coli serotípusok (0₉ és 561) tanulmányozása.
- Gyergyay F., Lakatos O.: A daganatszövet cukoranyagcsereje és annak jelentősége a sejtburjánzásban.
- Donáth Angela, Orlik J.: A human mycosisok modern kezelése.
- Papp J., Csath Zamfira: A végbélkúpok gyógyszerleadóképeségének vizsgálati módszerei (in vitro) és azok alkalmazhatósága.
- Csath Zamfira, Gáspár Mária, Papp J., Ádám L., Szánthó Éva: Adatok a végbélkúpok gyógyszerleadóképeségének vizsgálatához.
- Verégh J., Fülöp L., Neumann Stefánia: Adatok a kalciumfoszfátok komplexometriás érték meghatározásához.
- Kelemen L., Nagy A., Lőrincz P.: Tapasztalataink a tetanus gyógykezelésében.
- Mera Aurora: Adatok a végbélkúpok készítéséhez.
- Riga I., Niculescu Ch.: Eredeti készülék a tibio-fibularis diastasis reponálásához.
- Mody J.: Szöveti és szerv-fehérjék kivonásának javított módszere.
- Horváth E., Papp K., Olosz E., Tótkés B., Lukácsy J., Pinescu I., Bocánete L., Horga M., Petrelăcan V.: Az ivóvizek ásványi összetétele és a magasvérnyomás gyakorisága a Maros-Magyar Autonóm Tartományban.
- Jantea I., Bad Doina, Mișeșcu E.: Néhány enterobacterium életképessége hentesárkban, tárolás idején.
- Pop D., Popa I., Deac R., Nagy F., Gálffy J., Rácz L., Băican M.: Adatok az arteria-sérülések vénás transzplantátummal való sürgősségi ellátásához.
- Forrai Gy.: Leiner-dermatitis halmozott fellépése kamptodaktyliás családban.
- Daschivici S., Tóth F., Vincze L.: Jejuno-ilealis fekély kapcsán tett megfigyeléseink.
- Róth Gy., Nagy P., Mureșan Gh.: A bal arcfejlés szűrt sebe következtében kialakult carotis interna thrombosis.
- Kelemen A., Hirsch Eta, Vass Jolán: A Marfan-betegség.
- Lax I., Enăchescu Gh., Vajna G.: Generalizált osteopoyilia.
- Barbu G.: Adalékok az orvosi oktatás megszervezéséhez Havasföldön.

TUBERKULÓZIS ÉS TUDÓBETEGSÉGEK

1964. 9. szám

- Szántó Sándor, Hankovszky Mária, Csérei Terézia: A területi tüdőkörház feladata a tüdőrák elleni küzdelemben.
- Kárpáti György, Németh György, Szántó Sándor, Ungár Imre, Han-

- kovszky Mária: Tüdődaganatok telecobalt terápiája.
- Hutás Imre: Tüdődaganatos betegek légzésfunkciós vizsgálatai.
- Szunygi Zoltán: Fertőző tüdőgümőkóros betegek környezetében megbetegedettek szociális viszonyai és a superinfeció kérdése.
- Albert Aron, Fénusz Emma: A haemoptoe-kérdés alakulásáról.
- Pintér Endre, Besznayk István, Lencz László: A tüdőresecciót követő ellenoldali légmellről.
- Bölcs Márta, Szentkereszty Béla: Kísérletek a cavernostomia gyors bakteriológiai támogatására.
- Csákány György: A v. azygos-v. cava superior átmenet tágulata v. cava inferior anomáliáiban.
- Barzó Pál, Gondkiewicz Mária: A bronchoadenitis tbc és következményei beteganyagunkban.
- Kenéz János: Prof. dr. med. habil. A. Tegtmeier 70 éves.
- Hírek.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologica Hungarica

1964. 9. szám

- Eredeti közlemények.
- Nitsche Hermin dr.—Vályi Edit dr.: Nyálmirigyfeltöltés Endograftinnal.
- Papp Piroska dr.—Tóth Károly dr.: Az anamnézis jelentősége a szájüregi tumorkorai felismerésében.
- Vámos Imre dr.—Csiba Árpád dr.: Mucoepidermoid tumor eseteink.
- Fedor József dr.—Vavrovics Magda dr.: Az otitis alveolaris gyógyítása trypsinnel.
- Walter János dr.: Az ultragyors forgácsolás néhány elméleti problémája.
- Oszvath Imre dr.—Németh György dr.: Extrem nagyságú bucca lipoma.
- Viltsek Ernő dr.: A fogágyra ható tényezőkről.
- Külföldi közlemények.
- Antoni Bobrovskij: Új plasztikai módszer alsóajakrak műtői gyógyítására.
- Könyvismertetés.
- Hírek.

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

1964. 9. szám

- Vadász Gyula dr.: A fekélybetegségek kezelésének szociális problémái.
- Hamza Imre dr. és Pataky György dr.: Hypertonias betegek gondozásának tapasztalatai a körzeti orvos gyakorlatában.
- Angell István dr.: A cukorbetegség gondozás irányelvei körzeti orvosok részére.
- Horváth W. István dr.: A körzeti orvos geriatriai feladatai falun.
- Vidovszky Kálmán: A szocialista egészségügy alapelveinek érvényesülése a magyar gyógyszerészet fejlődésében.
- Losonczy György dr.: A klinikai epidemiológia fogalma, feladatai és módszerei.
- Hozzászólás Gergely Károly dr. cikkéhez (Sárkány Jenő dr.).
- Hozzászólás Mária Béla dr. cikkéhez (Dobi Sándor dr.).
- Rentábilisan működik-e a szülőotthon-hálózat? Hozzászólás Tóth Pál dr. cikkéhez (Veress Sándor dr.).
- Hozzászólás Pataky László dr. cikkéhez (Ferenczy Miklós dr.).
- Reflexiók Czeglédi-Jankó Géza dr. cikkéhez (Kovács Imre dr.).
- Egészségügyi hírek.
- Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az ország 1964. június és július havi járványügyi helyzetéről.
- Orosz és német nyelvű összefoglalás.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1964. 9. szám

- Zappe Lajos dr.: A trigeminus-neuralgia pathomechanizmusáról.
- Tapolyai Mihály dr.: A penicillin convulsiv hatásáról.
- Szöke Tamás dr., Kómár József dr. és Haffner Zsolt dr.: Neuromyelitis optica.
- Sziliágyi A. Katalin dr.: A liquorfehérjékutatás papírelektroforezissel elért újabb eredményei.
- Szakcsoport hírei.

HIREK

»Klinikai microbiologiai (bakteriologiai) diagnosztika« c. tanfolyam IV. 26—V. 8-ig.

IV. 26. (hétfő).

10.00: Megnyitó.

10.30—11.30: A baktériumok helye az élőlények világában. A baktériumok szerepe és jelentősége a természetben. A baktériumsejt szerkezete. *Putnoky Gyula dr.*

12.00—13.30: A baktériumok szaporodása, spóráképzése, mozgása, hő- és fényttermelése, táplálkozása, festékttermelése, légzése. Antagonizmus és symbiosis. *Putnoky Gyula dr.*

IV. 27. (kedd).

8.00—9.30: A baktériumok anyagcseréje és energiaforgalma. *Egler László dr.*

10.00—11.30: A baktériumok enzimtevékenysége. *Egler László dr.*

12.00—13.30: Táptalajok. Biokémiai diagnosztikus eljárások *Dóbiás György dr.*

IV. 28. (szerda).

8.00—9.30: Szűrőpapír-módszer a bélbaktériumok biokémiai azonosításában. *Egler László dr.*

10.00—11.30: Antibiosis. Antibiotikumok. Antibiotikumokkal szembeni ellenállóképeség. *Lányi Miklós dr.*

12.00—13.30: Baktérium-genetika. *Alföldi Lajos dr.*

IV. 29. (csütörtök).

8.00—9.30: Pathogenitás és fertő. Virulencia. *Egler László dr.*

10.00—11.30: A fertőzés kialakulását befolyásoló tényezők. Immunitás. *Egler László dr.*

12.00—13.30: Antigének. *Dóbiás György dr.*

IV. 30. (péntek).

8.00—9.30: Ellenanyagok. Komplement. Properdin. Az antigén-ellenanyag reakciók mechanizmusa. *Dóbiás György dr.*

10.00—11.30: Agglutinatio. Praecipitatio. *Dóbiás György dr.*

12.00—13.30: Haemolysis. Bakteriolysis. Complementkötés. *Dóbiás György dr.*

V. 3. (hétfő).

8.00—9.30: Oponin és bakteriotropin. Toxin-antitoxin reakciók. Védő ellenanyagok. Virust közömbösítő ellenanyagok. Újabb serológiai módszerek. *Dóbiás György dr.*

V. 3. (hétfő).

10.00—11.30: Actív és passív immunizálás. Anaphylaxia és allergia. *Joó István dr.*

12.00—13.30: Staphylococcus. *Dóbiás György dr.*

V. 4. (kedd).
8.00—9.30: Streptococcus. *Böszörményi József dr.*

10.00—11.30: Gaffkya tetragená. *Diplococcus pneumoniae. Haraszi Mária dr.*

12.00—13.30: Neisseria gonorrhoeae. N. intracellularis. *Kovács Elek dr.*

V. 5. (szerda).
8.00—9.30: Escherichia coli. Klebsiella-csoport. *Ujvári György dr.*

10.00—11.30: Salmonella-csoport. *Szita József dr.*

12.00—13.30: Shigella-csoport. Proteus-csoport. *Serény Béla dr.*

V. 6. (csütörtök).
8.00—9.30: Corynebaktérium-csoport. *Bognár Szilárd dr.*

10.00—11.30: Mycobaktériumok csoportja. *Fodor Tamás dr.*

12.00—13.30: Haemophilus-csoport. Brucella-csoport. *Joó István dr.*

V. 7. (péntek).
8.00—9.30: Listeriosis. *Füzy Miklós dr.*

10.00—11.30: Pastourella-csoport. *Füzy Miklós dr.*

12.00—13.30: Aktinobacillus mallei. Fusobacterium fusiforme. Bacillus anthracis. *Ormay László dr.*

V. 8. (szombat).
8.00—9.00: Clostridium-csoport. *Putnoky Gyula dr.*

9.15—10.00: Treponema pallidum. *Király Kálmán dr.*

10.15—11.00: Leptispirák. *Füzy Miklós dr.*

11.00—12.00: Kiértékelés és tanfolyamzárás.

Előadások helye: Orvostovábbképző Intézet.

★

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT NEMZETI KONGRESSZUSA

Nemzetközi részvétellel

Tárgy:

A) Vegyi szenzibilizáción alapuló foglalkozási bőrbetegségek.

B) A pemphigus csoportba tartozó körképek.

A kongresszus helye és időpontja: Budapest, 1965. április 21—22—23—24.

Rendező Bizottság:

Elnök: *Földvári Ferenc.*

Társelnökök: *Berde Károly, Fejér Endre, Gróf Pál, Károlyi István, Lengyel Júlia, Liebner Ernő, Melczér Miklós, Nékám Lajos, Pasztinszky István, Rajka Ödön, Simon Miklós, Sipos Károly, Somogyi Zsigmond, Szodoray Lajos, Venkei Tibor.*

A kongresszus főtitkára: *Király Kálmán.*

A. M. D. T. főtitkára: *Faragó László.*

Titkárok: *Borza László, Flórián Ede, Fülöp Éva, Káldor István, Ko-*

rossy Sándor, Kovács László, Rácz István, Valér Márton.

Tagok: *Haller Tibor, Heintz Erzsébet, Lengyel Bertalan, Nebenfűhrer László, Petki Gusztáv, Spät István, Vértés Bódog.*

Április 21. szerda délelőtt 9 óra
PLENÁRIS ÜLÉS

(Rózsa Ferenc Kultúrotthon)

Megnyitás

Vegyi szenzibilizáción alapuló foglalkozási bőrbetegségek kutatásainak újabb eredményei

1. *Rajka Ö.* (Budapest): Bevezető előadás.

2. *Memmesheimer A.* (Essen): A foglalkozási bőrbetegségek gyakorisága és népgazdasági jelentősége.

3. *Longhin Sc.* (Bucuresti): A foglalkozási bőrbetegségek idült jellegéért felelős tényezők.

4. *Hellerström S. és Rajka G.* (Stockholm): Terpentin-allergia; a mesterséges szenzibilizálás kérdése.

5. *Gorbovickij Sz., Archangel-szkaja E. I., Burikina G. N., Usztinova G. A., Beszprozvannij M. B. és Goljfeder J. M.* (Leningrad): Foglalkozási bőrbetegségek egyes új műanyagok termelésében dolgozó munkásokon.

6. *Calnan C. D.* (London): Fémek és nyomelemek a foglalkozási eredetű szenzibilizációban.

7. *Konopik J.* (Prah): Foglalkozási bőrbetegségek rehabilitációjának kérdése.

8. *Popchristov P. és Michailov P.* (Szofia): Védőkenőcsök a foglalkozási bőrbetegségek megelőzésében.

9. *Földvári F.* (Budapest): Bevezető előadás.

Április 21., szerda délután 15 óra
PLENÁRIS ÜLÉS

(Rózsa Ferenc Kultúrotthon)

Pemphigus csoport időszerű kérdései.

10. *Nicolau St. G., Negulescu V. N., Porojan és Grigoriu D.* (Bucuresti): Adatok a corticoterápia késői eredményeihez pemphigusban.

11. *Marchionini A.* (München): A pemphigus terápiája mai helyzete.

12. *Degos R., Civatte J., Touraine R. és Belaich S.* (Paris): Pemphigus eseteink klinikai, szövettani adatainak és lefolyásának összehasonlítása.

13. *Lapière S.* (Liège): Néhány adat a bullozus genodermatosisok korszövettanához és nozológiájához.

14. *Sztudnyicin A. A., Akopjan A. T., Avakjan A. A. és Danilova T. N.* (Moszkva): A szövettanészeti és elektronmikroszkópos vizsgálatok alkalmazása a pemphigus és hólyagos bőrbetegségek etiológiájának tanulmányozására.

15. *Tappeiner J.* (Wien): A pemphigus csoportba tartozó bőrbetegségek Hebra dermatologus iskolájának szemszögéből.

16. *Lever W. F.* (Boston): A hólyagképződés mechanizmusa.

17. *Kogoj Tr.* (Zagreb): Permatitis pephigoides acuta.

18. *Jablonska St.* (Warszawa): Az akantholysis jelentőségéről általában.

19. *Midana A. és Ormea F.* (Torino): A pemphigus neurológiai vonatkozásai.

20. *Baló J.* (Budapest): A pemphigus kóroktana.

21. *Grüneberg Th.* (Halle): A mellékvesekéreg működése pemphigus vulgarisban és variánsaiban.

22. *Melczér M.* (Pécs): Adatok a pemphigus kóroktanához.

23. *Szodoray L. és Vezekényi K.* (Debrecen): Histochemiai problémák a pemphigus-csoporthoz tartozó kórképekben.

Ápr. 22. csütörtök délelőtt 8,30 óra
A/1. Sectio

(II. Belklinika tanterme)

Vegyí szenzibilizáción alapuló foglalkozási bőrbetegségek kutatásainak eredményei

Aetiogenesis, allergen kutatás:

24. *Király K., Forró L. és Abrándi E.* (Budapest): Adatok a mesterséges szenzibilizálás mechanizmusára vonatkozóan.

25. *Nilzén A.* (Stockholm): Néhány szempont a vegyi anyagokkal végzett allergiás próbákkal kapcsolatban.

Krónikussá válás tényezői:

26. *Monacelli M.* (Roma): A krónikussá válás tényezői és jelentősége kontakt dermatitisben.

27. *Sipos K.* (Szeged): Pyogen antígenek elleni bőrtúlérzékenység vegyi szenzibilizáltakban.

28. *Carrié C.* (Dortmund): Láb-beli okozta idült ekzéma.

Fémek, fémmnyomok, mint gyakrabban szenzibilizáló munkaanyagok:

29. *Szomova B. A.* (Moszkva): Krómvegyületek által előidézett foglalkozási eredetű allergiás dermatitisek és ekzémák.

30. *Fregert S.* (Lund): Szenzibilizálódás 3- és 6-vegyértékű krómmal szemben.

31. *Flegel H.* (Rostock): Fémkrómmal és nikkellel végzett bőrpróbák.

32. *Zina G. és Bonu G.* (Torino): Foglalkozási bőrbetegségek fémekkel történt szenzibilizálódás következtében.

33. *Czernielewski A.* (Lodz): Krómokozta ipari allergia.

34. *Fettich J.* (Ljubljana): A kromátekzémáról.

35. *Reichenberger M.* (Essen): Bőrből készült használati tárgyak okozta kromátallergia veszélyéről.

36. *Negulescu V. N.* (Bucuresti): Megfigyelések cementokozta foglalkozási dermatitisekben.

37. *Resl V. és Sykora J.* (Plzen): Króm és nikkellel vegyületek okozta szenzibilizáció mechanizmusának összehasonlítása.

38. *Schaulow I. I., Minkow N. és Dessev D.* (Plovdiv): Króm-, nikkellel- és kobalt-allergiára vonatkozó vizsgálatok a cement-és építőiparban dolgozó munkásokon.

39. *Valér M., Rác I. és Somogyi Zs.* (Budapest): Kobalt szenzibilizációra vonatkozó vizsgálatok.

A petróleumipar gyakrabban szenzibilizáló munkaanyagai:

40. *Mierzecki H.* (Wroclaw): Vegyi szenzibilizáció a kőolajiparban.

41. *Lejhancova G. és Polák B.* (Brno): Ásványolajok okozta bőrkárosodások a fémfeldolgozó iparban.

Ápr. 22. csütörtök délelőtt 8.30 óra
A/2. sectio

Ípárművészeti Múzeum I. terem

Vegyí szenzibilizáción alapuló foglalkozási bőrbetegségek kutatásainak újabb eredményei.

Hajlamosító, elősegítő tényezők szerepe:

42. *Nicolau St. Gh. és Badanoiu Al.* (Bucuresti): Megfigyelések a terrain-faktorok szerepére vonatkozólag a vegyitermészetű foglalkozási szenzibilizációk kialakulásában.

43. *Flesch P.* (Philadelphia): A bőr néhány tényezőjének szerepe a vegyi anyagokkal szembeni szenzibilizálódásban.

44. *Zajcsenko A. I.* (Tarnopol): A petefészkek hormonális funkciójának állapota foglalkozási bőrbetegségekben szenvedő betegeken.

45. *Hybásek P. és Serák L.* (Olomouc): Lúgok és tisztítószerek hatása a hám védőfunkciójára.

46. *Vezekényi K. és Szodoray L.* (Debrecen): A histochemiai barrier változásai dermatopathiákban.

47. *Fejér E.* (Budapest): Gombás allergia és vegyi szenzibilizáció.

48. *Petki G.* (Budapest): A vegyi szenzibilizációt megelőző degeneratív bőrelváltozások.

Hardening-effektus (accomodatio):

49. *Vincze E.* (Budapest): Tapasztalataink a hardening-effektussal kapcsolatban.

Újabb diagnosztikai eljárások:

50. *Montagnani A. és Biondi C.* (Napoli): A basophil-sejtek viselkedése a vérben és szövetekben vegyi szenzibilizáció okozta dermatózisok kapcsán.

51. *Valér M.* (Budapest): Összehasonlító vizsgálatok epikután, intrakután próbákkal és letépesi-módszerrel foglalkozási bőrbetegségeken.

52. *Forró L. és Nagy A.* (Szeged): A bőr nyirokapparátusának makromolekulákat transzportáló képessége és a vegyi szenzibilizáció.

53. *Nagy A. és Forró L.* (Szeged): Makromolekulák transzportján alapuló teszttel szerzett klinikai ta-

pasztalataink a vegyi szenzibilizációról.

54. *Szegő L.* (Nyíregyháza): Mezőgazdasági dolgozók vegyi szenzibilizációjának vizsgálata a makromolekulák transzportján alapuló teszttel.

Terpentin és származékai, valamint a gumigyártás anyagai, mint gyakrabban szenzibilizáló munkaanyagok:

55. *Prilá V.* (Helsinki): Szenzibilizálás terpentinolajjal.

56. *Hanslian L. és Kadlec K.* (Olomouc): A fában levő anyagok okozta foglalkozási bőrbetegségek kórokának megállapításáról.

57. *Darabos L. és Faragó J.* (Tatabánya): A gumicsizma allergizáló anyagainak vizsgálata bányászokon.

58. *Kulcsár S.* (Pécs): A gumi szerepe a bányászok foglalkozási ekzémájában.

Ápr. 22. csütörtök délelőtt 8.30 óra
B/1 sectio

(Egyetemi Bőrklinika tanterme)

Pemphigus csoport időszerű kérdései

Pemphigus csoportba tartozó kórképek rendszertana és diagnosztikája:

59. *Lapière S.* (Liège): A dermatitis herpetiformis Dühring-től különálló kórképnek tekinthető-e a pemphigoid Lever.

60. *Stejnlich L. és Zverjkova F. A.* (Leningrád): Hólyagos bőrbetegségek a csecsemő- és kisgyermekkorban.

61. *Cerutti P. és Pisani M.* (Napoli): Az öregkori jóindulatú pemphigusról.

62. *Teodorescu St.* (Bucuresti): A Senear Usher syndromáról és a nyálkahártyák jóindulatú pemphigusáról.

63. *Seklakov N.* (Moszkva): »Perifokális szubepidermális hámleválás«-tünet.

64. *Lindemayr W. és Lofferer O.* (Wien): A jóindulatú bőr és nyálkahártya pemphigoid.

65. *Paskov B. M.* (Moszkva): Hólyagos megbetegedések a szájüregben.

66. *Nékám L. és Fülöp É.* (Budapest): A szájpemphigus diagnosztikus és terápiás nehézségei.

67. *Procházka K., Skach M. és Zábrodsky St.* (Praha): A pemphigus-csoporttal kapcsolatos problémák a szájüregben.

68. *Sonck C. E.* (Turku): Adatok a pemphigus hereditarius benignus (Hailey—Hailey) finnországi előfordulásához.

69. *Santoanni P.* (Napoli): A familiaris jóindulatú idült pemphigus: klinikai és kísérletes adatok.

70. *Pastinszky I.* (Budapest): Adatok a Hailey—Hailey betegség kórképéhez.

71. Jung H. D. (Pasewalk): Az ún. parapemphigus (bullosus pemphigoid, pemphigus bullosus, öregkori pemphigus) nosológiai különállásáról.

72. Fegeler F. (Münster): Dermatitis pustulosa subcornealis (Sneddon—Wilkinson) és a pustulosus bakterid (Andrews) terápiájának kérdéséhez.

73. Reich H. (Münster): A Sneddon—Wilkinson-szindróma a bőrgyógyászat és az orvostudomány szemszögéből.

74. Kalantajevszkaja K. A. (Kiev): A subcornealis pustulosis etiológiájának, pathogenesisének és kezelésének kérdései.

75. Schlamadinger J. (Szolnok): A pemphigus megnyilvánulási formáinak változásáról terápiás beavatkozásokkal kapcsolatban.

Apr. 22. csütörtök délelőtt 8.30 óra
B/2. sectio

(Iparművészeti Múzeum II. terem)
Pemphigus csoport időszerű kérdései

Akantholysis jelentősége, a hólyagkeletkezés mechanizmusa:

76. Braun-Falco O. és Petzoldt D. (Marburg a. d. Lahn): Az akantholysis biokémiai és hisztokémiai kérdései.

77. Braun-Falco O. és Vogell W. (Marburg o. d. Lahn): A hám finomabb struktúrája akantholysisben.

78. Comel, M. és Mian E. U. (Pisa): Klinikai-funkcionális és kísérletes kutatási eredmények a pemphigus-csoportban.

79. Pierard J. és Kint A. (Gand): Elektronmikroszkópos összehasonlító vizsgálatok az akantholysis mechanizmusára vonatkozóan Darier-kórban, chronikus pemphigus vulgarisban és Hailey—Hailey betegségben.

80. Stüttgen D. (Düsseldorf): Hólyagképződés és izomorf bőrreakció.

Histochemiai, histoenzymológiai, elektronmikroszkópos vizsgálatok:

81. Baccareda-Boy A. (Genova): Histochemiai elváltozások időült, fixált, körülírt muco-synechiális pemphigoidban.

82. Torszujev N. és Romanenko V. (Donyeck): A bőridegek histomorphológiája pemphigusban.

83. Lejman K. (Krakow): Néhány citológiai megfigyelés az akantholysis kapcsán.

84. Akopjan A. T. (Moszkva): A pemphigus sejt (Tzanck) morfológiai jellegzetességei.

85. Georgieva Sl. (Szófia): Fehérveresjétek leépülési alakjai a pemphigus és dermatitis herpetiformis differenciáldiagnosztikájában.

86. Fülöp É. (Budapest): Összehasonlító citodiagnosztikai vizsgálatok hólyagos megbetegedésekben.

87. Schneider I. és Szekeres L. (Szeged): Hisztológiai és hisztokémiai vizsgálatok pemphigusban.

Aetiológia. Virologiai vizsgálatok eredményei:

88. Grace A. W. (New York): A pemphigus virus aetiológiája.

89. Scserbakov I. M. (Leningrad): Virologiai vizsgálatok a pemphigus-csoporthoz tartozó kórképekben.

90. Crosti A., Gianotti F., Hahn E. és Bubola A. (Milano): Virologiai vizsgálataink a pemphigus-csoport kórképeiben.

91. Nasemann Th. (München): Újabb elektronmikroszkópos megfigyelésekhez kapcsolódó vizsgálatok a pemphigus vulgaris aetiológiájára vonatkozóan.

92. Gluchenykij B. T., Podgajek-kaja M. G. és Kucenko N. Sz. (Kiev): A pemphigus pathogenesisééről és kezeléséről.

93. Földvári F., Angyal J. és Bottyán E. (Budapest): Virologiai vizsgálatok pemphigusban.

94. Angyal J., Masszi J. és Mecher T. (Budapest): Aminosav és hypoxanthin oxydase vizsgálatok virológiai vonatkozásai pemphigusban.

Április 23. péntek délelőtt 8.30 óra
A/1. Sectio

(II. Belklinika tanterme)

Vegyí szenzibilizáció alapuló bőrbetegségek kutatásainak újabb eredményei.

Gyakoriság, népgazdasági jelentősége:

95. Braun W. (Leipzig): Négyéves megfigyelések a foglalkozási bőrbetegségek gyakoriságáról és formáiról különös tekintettel a vegyi szenzibilizációra.

96. Ländemayr W. (Wien): Allergiás foglalkozási bőrbetegségek Ausztriában.

97. Petri G., Radó Gy. és Sáfár L. (Budapest): Szűrővizsgálatok a III. kerület ipari üzemekben.

Bőrvédelem:

98. Schneider W. (Tübingen): A borszennyeződések eltávolítása.

Vegyianyagok és gyógyszerek mint gyakrabban szenzibilizáló munkaanyagok:

99. Sidi E. (Paris): Vegyianyagok és gyógyszerek szerepe a foglalkozási szenzibilizációban.

100. Teodorescu St. (Bucuresti): Különböző, a munkások által használt vegyi anyagokkal szembeni latens szenzibilizációról.

101. Skog E. (Stockholm): Kísérletes szenzibilizálás parafeniléndiaminnal.

102. Meneghini C. L. (Milano): Kísérletes vizsgálatok a vegyi anyagok okozta kontakt szenzibilizáció mechanizmusára vonatkozóan emberen.

103. Zenin B. A., Lubasevszkaja L. N., Tyerehova N., Livancova E. K. és Szkonda V. V. (Voronyezs): Voronyezs kémiai iparának egyes dolgozói érzelt foglalkozási bőrbetegségek jellemzése.

104. Huriez Cl., Martin P. és Vandamme J. (Lille): Quaternaer ammóniumsó mint gyakori allergén.

105. Țirlea P. (Cluj): Foglalkozási bőrbetegségek egészségügyi dolgozókon.

106. Rieth H. (Hamburg): Szenzibilizálódás antimykotikumokkal.

107. Gadzsiev, R. G. (Baku): A penicillin-dermatitisekről (klinikai formák: erythémák, erythematosquamosus alakok, urticariák, bullosus formák, általános toxicodermák, exfoliatív dermatitisbe átmenő alakok, stb.).

108. Hegyi E. és Stota Z. (Bratislava): Adatok a mezőgazdasági vegyszerek okozta foglalkozási szenzibilizálódás kérdéséhez.

109. Kadlec K. és Hanslian L. (Olomouc): Csoportallergia pyridinszármazékokkal szemben.

110. Haller T. és Kovács L. (Budapest): Pyrocatechin allergia észlelése hajfesték rátevési próbák kapcsán.

111. Behrbohm P. (Berlin—Lichtenberg): Vegyszerekkel nem kezelt lisztekkel történt szenzibilizálás okozta ekzéma pékeken és molnárokon.

112. Forck G. (Münster): A perszulfát-allergiák előfordulása és időült jellege.

113. Réffy F. (Budapest): Az élelmiszeriparban előforduló foglalkozási bőrbetegségek.

Április 23. péntek délelőtt 8.30 óra
A/2. sectio

(Iparművészeti Múzeum I. terem)

Vegyí szenzibilizáció alapuló foglalkozási bőrbetegségek kutatásainak újabb eredményei.

Műanyagok, műgyanták mint gyakrabban szenzibilizáló munkaanyagok:

114. Zsuncke E. (Berlin): Műanyagok okozta ipari szenzibilizálódás.

115. Somogyi Zs., Valér M. és Rác I. (Budapest): Tapasztalatok az epoxigyanta-túlérzékenységről.

116. Rác I., Valér M. és Somogyi Zs. (Budapest): Állatkísérletek epoxigyantával és szilárdítókkal.

117. Capusan I., Pop O. és Suciú I. (Cluj): PVC synthesissal dolgozó munkásokon észlelt három papulus mucinosus (lichen myxoedematosus) esetéről.

118. Georgiev G., Grigorov J., Koszlovski G. és Sztoinovszki V. (Szofia): Műanyagpaszta okozta foglalkozási bőrbetegségek.

Fotoszenzibilizációt előidéző műanyagok:

119. Bielický T. (Praha) Ipari fény-szenzibilizáció.

120. Faragó L. (Budapest): Fényérzékenység és chlorpromazinszenzibilizáció.

121. *Paukert H.* (Praha): A porphyria cutanea tarda foglalkozási vonatkozásai, pathogenesise és therápiája.

Deszenzibilizáció és therápiás kísérletek:

122. *Nastase Gh. és Munteanu M.* (Jasi): A lokális deszenzibilizációról néhány foglalkozási kontakt dermatitis kapcsán.

123. *Sztojanov B. G.* (Moszkva): Ionizáló sugárzások és corticosteroid hormonok hatása vegyi anyagokkal szenzibilizált tengerimalacok bőrreakcióira.

124. *Chlebarov St.* (Szofia): Foglalkozási ekzémák magashegyi klímakézelése.

125. *Dovzsanszkij Sz. I.* (Szocsi): Foglalkozási bőrbetegségek és az üdülőhelyi-szanatóriumi gyógykezelés.

Gondozás és katamnesztikus vizsgálatok:

126. *Rajka Ö., Vincze E. és Korossy S.* (Budapest): Foglalkozási allergiás bőrbetegségek katamnesztikus vizsgálata, különös tekintettel a szenzibilizáció és munkaképesség alakulására.

127. *Petki G.* (Budapest): Textilipari bőrbeteggek gondozása.

128. *Réffy F.* (Budapest): Foglalkozási bőrbeteggek gondozása.

129. *Szillányi Á.* (Budapest): Foglalkozási bőrbetegségek gondozása a XXI. ker. Bőr-nemibeteg gondozó Intézetben.

Április 23. péntek délelőtt 8.30 óra
B/1. sectio

(Egyetemi Bőrklínika tanterme)

Pemphigus csoport időszerű kérdései

Aetiológia. Neuroendokrinológiai vonatkozások:

130. *Rozsivalova V., Rozsival V., Kyrál V., Korska M. és Mateja F.* (Hradec Králové): Elektrodiagnosztikus (enkephalographiás és myographiás) valamint immunoelektrophoretikus vizsgálatok a pemphigus-csoportba tartozó néhány kórképben.

131. *Csóka és Vadász E.* (Debrecen): A pemphigus endokrinológiai vonatkozásai.

132. *Vértés B., Masszi J. és Török É.* (Budapest): Metopyron-teszt pemphigusban és kezelése kapcsán.

Enzimológiai, elektrolyt és a kötőszövet alapanyagaira vonatkozó vizsgálatok:

133. *Langhof H.* (Jena): Serumproteinase vizsgálatok bőrbetegségekben.

134. *Nastase Gh., Costea V., Munteanu M. és Trandafirescu M.* (Ja-

si): Vizsgálatok néhány anyagcsere-változásra vonatkozóan pemphigusban és dermatitis herpetiformis Duhring-ban.

135. *Turkevics A. T.* (Lvov): A vérsavó foszfohexosisomerase aktivitása pemphigusos betegeken.

136. *Tumaseva N. I.* (Vinyica): A vérsavó antistreptolysin, antihyaluronidase tartalma és hyaluronidase aktivitása hólyagos betegségekben.

137. *Vortel, V. és Kraus Zd.* (Hradec Králové): Savanyú mucopolysaccharidák hólyagos bőrbetegségekben.

138. *Káldor I.* (Budapest): Immunelektroforetikus vizsgálatok pemphigusban.

139. *Török É., Káldor I. és Bíró I.* (Budapest): Kryoglobulin vizsgálatok pemphigusban.

Therapia. Therápiás eljárások eredményei:

140. *Degos R., Touraine R. és Civatte J.* (Paris): A pemphigus korszerű kezelése.

141. *Montagnani A. és Pisani P.* (Napoli): Megjegyzések a pemphigus therápiájához és prognosisához.

142. *Piper H. G.* (Erfurt): A sulfonamid- és sulfontherápia indikációi és eredményei a pemphigus-csoportba tartozó bőrbetegségekben.

143. *Lutowiecki J. és Wrancz A.* (Lodz): Therápiás tapasztalatok Duhring-kórban histaglobinnal.

144. *Rozsivalová V.* (Hradec Králové): Therápiás kísérletek gammaglobulinnal a pemphigus-csoportba tartozó kórképekben.

145. *Paukert H. és Palous V.* (Praha): Gammaglobulin a pemphigus vulgaris kezelésében és ennek elméleti alapjai.

Kórházi és ambuláns steroid kezelés:

146. *Epstein, Norman N.* (San Francisco): Avascularis csontnecrosis egy pemphigus vulgarisban szenvedő betegen.

147. *Maskilleison A. L.* (Moszkva): Tízéves tapasztalatok a valódi pemphigus corticosteroid kezelésével és bizonyos anyagcsere-változások a kezelés folyamán.

148. *Rachmatov B. R. és Kijamov F. A.* (Dusany): A vérképzés változásainak kérdéseiről hólyagos betegségekben a corticosteroid kezelés bevezetése előtt és után.

149. *Désaknai M. és Snekszer M.* (Budapest): Egyes steroid károsodások prevenciójáról.

150. *Zangel V.* (Budapest): Steroid-diabetesről pemphigusos betegeken

Április 23. péntek délelőtt 8.30 óra
B/2 sectio

(Iparművészeti Múzeum II. terem)

Szabad témájú előadások:

151. *Simons R. D. G. Ph.* (Amsterdam): A dyshidrosiform kiütések »id«-elmélete.

152. *Kleine-Natrop H. E.* (Dresden): A bőr foglalkozási eredetű savmaródásai.

153. *Stejnlicht L. és Zvarjkova F. A.* (Leningrád): 85 vakciniform pustulosis (eruptio varicelliformis Kaposi) eset.

154. *Kasandjiev R.* (Szofia): Tapasztalataink foglalkozási eredetű égési-sérülések helyi kezelésével.

155. *Braun H.* (Leipzig): Pemphigoid allergodermiák.

156. *Lutowiecki J. és Olszewska Z.* (Lodz): A bakteriális allergia kimutatása intracutan próbával Duhring-kórban.

157. *Sonneck H.* (Halle): Vizsgálatok a bőrtúlérzékenység kérdéséhez a tengelyvonal rendszer területén.

158. *Andreew V.* (Szofia): Hólyagos bőrbetegségek rosszindulatú daganatokban.

159. *Gadzisiev R. G., Davatdarova M. M. és Guszeinzade G. A.* (Baku): Epidermolysis bullosa hereditaria (simplex) és disztrofiás forma egy családban csak a fiúgyermeknél).

160. *Zimmermann H.* (Leipzig): Termékenyítőképesség és foglalkozás.

161. *Filkov T.* (Szofia): Zootrichomykosisok mint foglalkozási betegségek Bulgáriában.

162. *Reznikova L. Sz.* (Moszkva): Syphíliszes reagínok kromatographiás vizsgálatának eredményei.

163. *Kovalisina T. G.* (Lvov): Alapvető foglalkozási tényezők a lvovi gépipari dolgozók pyodermáiban.

164. *Madjarow I.* (Plovdiv): Larva migrans mint a mezőgazdasági dolgozók foglalkozási betegsége.

165. *Venkei T., Bakos L. és Gulbert A.* (Budapest): Vegyi szenzibilizáció előfordulása keratoanthoma esetén.

166. *Gróf Pál (Pécs):* Hízósejtek szerepe a photodermatitisek kialakulásában.

167. *Simon M., Horkay I. és Szabó É.* (Debrecen): Fénydermatosisek és fényvédelem a mezőgazdasági lakosságon.

168. *Szádeczky L. és Antalfi S.* (Szeged): Vágóhídi mirigygyűjtők foglalkozási betegsége.

169. *Lengyel B. és Palicska J.* (Szolnok): Pasztinák dermatitis, a konyhakertészeti dolgozók foglalkozási betegsége.

170. **Szegő L. és Szilvássy I.** (Nyíregyháza): Dohányfermentáló munkásokon végzett vizsgálatok.

Általános tudnivalók:

1. A kongresszus helye:

A plenáris ülések helye az **Építők Rózsa Ferenc Művelődési Otthona**, Budapest, VI. Dózsa György út 84/a.

A szekció ülések helyei:

A/1. szekció: Egyetemi II. sz. Belklinika tanterme: VIII. Szentkirályi utca 46.

A/2. szekció: Iparművészeti Múzeum I. terem: IX. Üllői út 33—37.

B/1. szekció: Egyetemi Bőrklinika tanterme: VIII. Mária utca 41.

B/2. szekció: Iparművészeti Múzeum II. terem: IX. Üllői út 33—37.

2. A kongresszusi iroda 1965. április 20-tól 24-ig az Egyetemi Bőrklinika előcsarnokában, (Címe: Budapest VIII. Mária utca 41. Telefon: 339—558 és 340—566.) április 21-én a plenáris ülések színhelyén is működik.

3. A kongresszus résztvevői a kongresszusi jelvényeket, az előadások kivonatait tartalmazó, kiadványt és a kongresszusi rendezvények jegyeit naponta 7.30—20 óra között a kongresszusi irodában vehetik át.

4. Az ülések az első napon de. 9 órakor, a többi napokon de. 8.30 órakor kezdődnek. Az első napon délután 15 órai kezdettel is lesz plenáris ülés. A többi napokon a délutánok szabadok.

5. Szinkron tolmácsolás a plenáris üléseken.

6. Vetítés: 5 × 5 cm-es diaposzítívok vetítése és episcopus vetítésre minden ülészakon van lehetőség. A vetítendő anyagot pontosan sorszámozva, az előadó nevének és az előadás címének feltüntetésével az ülés előtt az ülés tudományos titkárnak kérjük leadni.

7. Előadások időtartama a plenáris üléseken 15 perc, a szekció-üléseken 10 perc. Vita a plenáris ülések végén a szekció-üléseken az egyes témacsoportok után lesz. A hozzászólások maximális ideje 3 perc. A hozzászólók az ülés tudományos titkárától űrlapot kapnak. Kérjük erre a hozzászólás lényegét röviden leírni és a kitöltött lapot az üléstitkárhoz visszajuttatni.

8. Április 24-én, szombaton betegbemutatás lesz. A betegek de. 8.30 órától 10.30 óráig megtekinthetők az Egyetemi Bőrklinika kijelölt helyiségeiben. 10.30 órakor a Bőrklinika tantermében vita kezdődik a bemutatott esetek felett.

9. A klinika belső berendezése, laboratóriumi április 23-án, pénteken du. 15—17 óra között csoportosan megtekinthetők.

Meghívó

A **Magyar Kardiológusok Társaságának** (a Belgyógyász Szakcsoport Kardiologiai Szakosztálya) 1965. évi Tudományos ülésére **Balatonfüreden**, május 15—17. (szombat—hétfő).

Program: 1965. május 15-én, szombaton de. 10.30 órakor.

Téma: Pathologia.

Üléselnökök: **Gottsegen György, Somogyi Endre.**

Előadások:

Kiss István, Fónyad László (Tétnyi úti Kórház Kórbonctani és Kórszövettani Osztálya, Budapest): Adatok a Lutembacher-szindróma klinikopathológiájához.

Winter Miklós, Molnár Etelka, Ormos Pál (Városi Tanács Kórháza, Belgyógyászati Osztály és Prosectura, Hódmezővásárhely): A primaer szívizombetegség klinikuma és pathológiája.

Szinay Gyula (OTE Igazságügyi Orvostani Intézet, Budapest): A sclerodermás kardiopathia morfológiája.

Gorács Gyula, Király László (Heim Pál Gyermekkorház, Prosectura, Budapest): A csecsemőszív izomzatának degenerációjáról.

Somogyi Endre, Nagy Ferenc (OTE, Igazságügyi Orvostani Intézet, Budapest): Adatok a szívbeteg gépjárművezetők kérdéséhez secitios leletek alapján.

Baráth Jenő, Veres János, Csörgei Márta (Fővárosi János Kórház, Hypertonia Osztály, Budapest): Functionalis tényezők és különleges érzárószervek szerepe a szívinfartus keletkezésében.

Naszlady Attila, Böszörményi Ernő (Országos Kardiologiai Intézet, OTE IV. és II. Belklinika, Budapest): A szívizom és vesekéreg véráramlásának változásai keringési shunt esetén.

Kárpáti Pál, Holló János (Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): Kongenitalis ingervezetési zavarok.

Kenedi, Simon László (Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat és OTE Anatómiai Intézet, Budapest): Massiv tüdőembolia kísérleti modellje.

du. 16 órakor.

Téma: Pathologia.

Üléselnökök: **Kunos István, Antalóczy Zoltán.**

Ealőadások:

Török Béla, Kovács Sándor, Pap János, Temes Gyula (OTE Sebészeti-Anatómiai és Műtéttani Intézete és Élettani Intézet isotop-laboratórium, Pécs): A szív vérkeringésének alakulása kísérletes coronaria- ligaturák és revascularisatiós műtétek után.

Iskum Miklós, Solti Ferenc, Nagy Júlia, Krasznai István, Hartai Anna (OTE I. Belklinika, Budapest): Zárt mellkasban létrehozott — az emberi infarctust utánzó — acut coronaria elzáródást kísérő EKG- és haemodynamikai elváltozások vizsgálata kutyákban.

Szám István, Csapó György (OTE, IV. Belklinika, Budapest): Az agyszövet CO₂-tartalmának változása adrenalin okozta tüdővízenyőben.

Lozsády Károly (Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): Adatok a bal vénás szájadék szűkületéhez társuló aortainsufficiencia keletkezésének pathomechanizmusához.

Bodnár Endre, Lakner Géza (OTKI Sebészeti Tanszék, Budapest): Kísérletes vizsgálatok acut mitralis elégtelenségben.

Arvay Attila, Tomory Emília (Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): Kongenitalis balkamra diverticulum.

Matos Lajos, Török Eszter, Gottsegen György (Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): Epikritikus vizsgálatok keringési hyperkinesisben.

Follmann Piroska, Vadász Zsuzsanna (OTE I. Szemklinika, Budapest): Systemás vénáskeréngés és intraoculáris nyomáspulsus.

Horváth Mihály, Antalóczy Zoltán (Állami Kórház, Balatonfüred): Az acetylcholin és a nátriumfluorid hatása az emberi vvs-ek kálium koncentraciógradiensére és káliumforgalmára.

május 16-án vasárnap délelőtt 10.30 órakor.

Téma: Therápia.

Üléselnökök: **Gábor György, Barcza István.**

Előadások:

Kerkovits Gyula, Mázsár Miklós, Gilányi Éva (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest): A carotisnyomás effektusa az állandósultnak látszó Tawaraszár-blockban.

Debrőczy Tibor, Rozsnyai Klára, Walter József (Állami Kórház, Balatonfüred): 400 postinfarctusos beteg egy éven belüli rehabilitációs adatai.

Simon György, Marcsek Zoltán (Állami Gyermek Szívstanatórium, Sopron): Therápiás tapasztalatok Ajmalinnal gyermekkori rhythmus-zavarokban.

Östör Erika, Gottsegen György (Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): Pitvarremegés gyógyszeres- és elektroshock-kezelése.

Naszlady Attila, Romoda Tibor, Gottsegen György (Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): Haemodynamika és légzésmechanika változása pitvarremegés megszüntét követően.

Kálmán Péter, Gyárfás Iván, Gottsegen György (Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): A pitvarkamrai vezetés cardioversio után.

Debrőczy Tibor (Állami Kórház, Balatonfüred): Spontán sinusrythmus több évtizedes pitvarfibrillatio után cor bovinum beteg.

Boros Jolán, Debrőczy Tibor (Állami Kórház, Balatonfüred): Szivgylikosidák és embolisatio.

Solti Ferenc, Szücs János, Gyulai Ernő, Rév Judit, Hermann Róbert (OTE I. Belklinika és ORFI II. Belosztálya, Budapest): Digitális toxikosis vizsgálata embereken és kísérleti állatokban, különleges tekintettel a dinátrium-EDTA hatására.

délután 16 órakor:

Téma: Klinikum.

Üléselnökök: Kudász József, Debrőczy Tibor.

Előadások:

Löblovits Iván, Bodnár Endre, Lakner Géza, Littmann Imre (OTKI Sebészeti Tanszék, Budapest): A mitralis restenosis pathológiája és klinikuma.

Littmann Imre, Löblovits Iván, Bodnár Endre, Böröcz Lajos (OTKI Sebészeti Tanszék, Budapest): Bal pitvari myxoma sikerrel operált esete.

Árva Attila (Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): A ventriculotomia.

Marcsek Zoltán, Simon György, Kovács Erzsébet, Szerdahelyi Éva (Állami Gyermek-Szívzanatórium, Sopron): Pitvari septum-defektus 1-6 hónappal a műtéti megoldás után.

Romoda Tibor, Istvánffy Mária, Záborszky Béla, Varga László (OTE IV. Belklinika, Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): Adatok az Ebstein anomalia diagnosztikájához.

Barcza István, Horváth Mihály, Kedvessy Ferencné, Pabsz Frigyesné, Sebestyén Zsuzsa, Szlavonits Erzsébet (Állami Kórház, Balatonfüred): Metabolit meghatározásokkal egybekötött komplexterheléses EKG-vizsgálatok kardiosclerotikus beteganyagban.

Mészáros Lajos, Tóth Mária (Meyeri TBC Gyógyintézet, Zalaegerszeg): Cor pulmonale korai diagnózisa kibővített ergospirometriás vizsgálattal.

Mendelényi Margit (Központi Ifjúsági Szívbeteg gondozó Intézet, Budapest): Szívneurotikus gyermekek személyiségvizsgálata.

Krosch, H. (I. Medizinische Universitäts-Klinik Halle Saale): Probleme der akuten Perikarditis.

Rochlitz Károly (Fővárosi János-kórház VI. Belosztálya, Budapest): Reflexes koszorúsér-spasmus szívinfarctusban.

Május 17-én hétfőn, délelőtt 9.30 órakor.

Téma: Diagnosztika.

Üléselnökök: Kamarás János, Bodrogi György.

Előadások:

Bodor Elek, Kunos István (OTE IV. Sebészeti Klinika, Budapest): A szívcsücsgörbe alaki sajátosságai mitralis vitiumban.

Simonyi János, Kiss Éva, Kenéz Béla, Bánsági László, Gábor György (OTE II. Belklinika, Budapest): A karotispulsus első elektronikus derivált görbéjének klinikai alkalmazása.

Bodrogi György, Diósszilágyi Gertrud, Kocsis Klára (Központi Ifjúsági Szívbeteg gondozó Intézet, Budapest): A decompensációs állapotra gyanús mechanographias jelek.

Bodrogi György, Diósszilágyi Gertrud, Világi Gyula, Kálmán Péter, Gyárfás Iván (Központi Ifjúsági Szívbeteg gondozó Intézet, Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): Kettős hangfelvételek értéke a gyakorlatban.

Bendig László, Kamarás János (Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): Megfigyelések a protosystoles csattanás keletkezési mechanizmusáról és diagnosztikus jelentőségéről pulmonalis stenosisban.

Peuser Lóránt, Antalóczy István (Állami Kórház, Balatonfüred): A systoles kattanás diagnosztikai jelentősége.

Csürös Éva, Kamarás János (OTE Gyermekklinika és Országos Kardiologiai Intézet, Budapest): A kamrai septum-defectus quantitativ megítéléséről a hallgatózási leletből.

Romoda Tibor, Istvánffy Mária (OTE IV. Belklinika, Budapest): Adatok a pitvari intrakardiális EKG identifikálásához.

Endersz Frigyes, Walter József, Pekó Edith, Debrőczy Tibor (Állami Kórház, Balatonfüred): A terhelésre jelentkező T-hullámváltozásról.

Antalóczy Zoltán (Állami Kórház, Balatonfüred): A térbeli deltavektorok elektromos lokalizációi és irányjai.

Kaiser W., Krosch H. (I. Medizinische Universitäts-Klinik Halle/Sale): Über moderne QT-Berechnungsverfahren und ihre Bedeutung für die praktische Elektrokardiographie.

Bodnár Endre, Álmos Sándor, Löblovits Iván (OTKI Sebészeti Tanszék, Budapest): Nyomás- és nagyságváltozások összefüggése a bal pitvarban.

Délután 15.20 órakor.

Téma: Információelmélet és kibernetika.

Előadások:

Strobl György (OTE I. Szemklinikája, Budapest): Klinikai információelmélet és kardiologia.

Heszberger István, Jobbágyi Péter (Medicor Művek vezérgazgató-sága, OTE I. Szemklinikája, Budapest): A KAT-három szivgenerátoros számítógép klinikai alkalmazása.

Strobl György (OTE I. Szemklinikája, Budapest): A BOTE I. sz. Szemklinikája és a Medicor Művek között orvosi kísérleti kibernetikai és számítógéptudományi.

Jobbágyi Péter (OTE I. Szemklinikája, Budapest): Foetalis keringés és vitiumok leképzése az orvosi gyakorlat számára a KAT-számítógépen.

Május 16-án, vasárnap délelőtt 9.30 órakor Kerekasztal a mester-séges pacemaker alkalmazásáról. Moderator: Romoda Tibor. Résztvevők: Árva Attila, Bodnár Endre, Solti Ferenc, Szabó Zoltán.

Május 17-én, hétfőn délután 15 órakor: Filmvetítés.

Brandstein László, Lakner Géza (OTKI Sebészeti Tanszék, Budapest): A mitralis restenosis sebészeti kezelése (színes, hangosfilm).

Az előadások ideje 10 perc, a hozzászólásoké 3 perc. Ezt és a kérdések időpontját szigorúan betartjuk. Epi- és diaskópos vetítés szabvány méretekben lehetséges.

Résztvételi díj 260.— Ft.

Felvilágosítások: Ghyzzy Kálmán dr. szakosztályi titkár. Budapest, IX. Nagyvárad tér 1. Országos Kardiologiai Intézet. Telefon: 130-832.

Jelentkezés: Veszprém megye Tanácsának Idegenforgalmi Hivatalában, Balatonfüred. Blaha Lujza u. 5.

Egyéb: A Budapest Déli p. u.-ról 1965. május 15-én reggel 6.30 órakor induló gyorsvonaton külön fülkék állnak rendelkezésre.

★

Meghívó

A János Kórház Rendelőintézet a Laboratóriumi orvosok, az Onkológusok, és a Patológusok Szakcsoportjával együttesen tudományos ülést rendez, amelyen Dr. Rudolph Schade főorvos (Newcastle upon Tyne): *Magenzytologie* címmel német nyelvű előadást tart.

Az előadás helye és időpontja: Bp., V. Nádor u. 32. Weil-terem, 1965. április 21. (szerda), du. 6 óra.

★

Meghívó

Az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének Vas megyei Bizottsága és Vas megye Tanácsa, Markusovszky kórháza, a Hazafias Népfőnt Vas megyei Bizottsága, a TIT orvosi szakosztálya 1965. április hó 24-én, szombaton délelőtt 11

órai kezdettel a szombathelyi Markusovszky kórház előadótermében, Markusovszky Lajos születésének 150. évfordulóján

EMLÉKÜNNEPÉLYT

rendez.

Az ünnepi nagygyűlés programja:

1. Elnöki megnyitó: *Bencze József dr.*

2. Emlékbeszéd: *Darabos Pál dr.*, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének főtitkára.

Szünet.

3. Tudományos emlékelőadás: *Sós József dr.* Kossuth-díjas akadémikus, a Budapesti Orvostudományi Egyetem rektora.

4. Markusovszky emléklakett átnyújtása: *Cselkó László dr.* igazgató-főorvos.

5. Markusovszky szobrának koszorúzása a kórház parkjában. Megemlékezést mond: *Trencsényi Tibor dr.*, az Orvosi Hetilap fel. szerkesztője, orvosezredes.

Az előcsarnokban büfé.

Másnap, azaz 1965. április 25-én, vasárnap délelőtt 10.30 órakor Vasegerszeg, Markusovszky Lajos és hitvesének sírjánál tartandó koszorúzási ünnepély programja:

1. Emlékbeszéd: *Zsigmond László dr.*, a Vas megyei Hazafias Népfőnemi Bizottság elnöke, orsz. gyűl. képviselő.

2. Koszorút helyez el: *Falvy József*, a vasegerszegi Hazafias Népfőnemi Bizottság titkára.

3. Koszorúk elhelyezése.

A Tudományos Minősítő Bizottság Orvosi Klinikai Szakbizottsága 1965. április 29-én délután 3 órára tűzte ki *Németh Tibor dr.* önálló aspiráns »Adatok a gümőkór változásának és leküzdésének korszerű mutatóihoz« c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját.

A vita helye: MTA kisterme, Bp. V., Roosevelt tér 9. II. emelet.

Az értekezés opponensei:

Miskovits Gusztáv dr., az orvostudományok kandidátusa,

Mosolygó Dénes dr., az orvostudományok kandidátusa.

★

Markusovszky-ünnepségek Szlovákiában

A csehszlovákiai Purkinje Társaság szlovák tagozata május 6-8-án megrendezésre kerülő kelet-szlovákiai orvoskongresszusát Markusovszky Lajos emlékének szenteli. A kongresszus első napján magyar előadók előadásai hangzanak el német nyelven.

Trencsényi Tibor dr.: Markusovszky Lajos emlékezete.

Kerpel-Frónius Ödön dr.: A folyadékterápia iatrogén ártalmai.

Földi Mihály dr.: A központi idegrendszer nedvkeringésének néhány problémájáról.

Zoltán Imre dr.: A női nemzőszerv tbc-je és a meddség.

Petri Gábor dr.: A műtéti trauma leküzdésének módjairól.

Szabolcs Zoltán dr.: A gyomorrákról.

Kneffel Pál dr.: Markusovszky Lajos és Fodor József kollaborációjáról. Az első napon emléktáblával fogják megjelölni azt a házat, amelynek helyén állott Markusovszky Lajos szülőháza.

★

A Magyar Élettani Társaság XXIX. kongresszusát 1965. július 1—2—3-án Szegeden tartja külföldi szakemberek részvételével. Felvilágosításért a rendezőbizottság elnökéhez lehet fordulni: *Obál Ferenc dr.*, egyetemi tanár, Szeged, Orvostudományi Egyetem Élettani Intézete.

★

Előzetes jelentés

A Radiológus Társaság Nyugat-dunántúli Csoportja folyó évi június 26—27-én Mosonmagyaróvár vándorgyűlést rendez. Szombaton, jún. 28-án d. e. beszámoló előadások, du. tutajkirándulás a Szigetközbe. Vasárnap de. továbbképző előadások, utána kerekasztal-értekezlet a »Radiologia feladatai és megoldásuk«, vezető *Zsebők Zoltán* professor. Ugyancsak de. asztal-összejövétel két továbbképző előadások, utána kerekasztal-számoló előadásokra *Bárány János dr.* főorvosnál (ápr. 22-ig, Veszprém Megyei Kórház), egyéb kérdésekben *Luzsa György dr.* főorvos (Mosonmagyaróvár, Megyei Kórház) nyújt felvilágosítást.

★

Meghívó

Az Angiológiai Sectio 1965. évben 4 ülésből álló ankétorozatot rendez, amelynek tárgya az arteriosclerosis obliterans (diagnostica, conservatív kezelés, sebészi terápia, gondozás). Az üléseket április, május, szeptember, november hónapban tartjuk.

Az ankétok részletes programja:

I. Az arteriosclerosis obliterans diagnostica.

Üléselnök: *Bugár-Mészáros Károly dr.*

Üléstítkár: *Urai László dr.*

1. Klinikai vizsgálatok: *Okos Gizella dr.*

2. Műszeres vizsgálatok: *Kusztos Dénes dr.*

3. Angiographias vizsgálatok: *Sztankay Csaba dr.*

4. Elkülönítő körjelzés: *Soltész Lajos dr.*

II. Conservatív kezelés: *indicatio, módszerek, lehetőségek.*

Üléselnök: *Soltész Lajos dr.*

Üléstítkár: *Kusztos Dénes dr.*

1. Általános gyógyszeres kezelés: *Bugár-Mészáros Károly dr.*

2. Célzott vasodilatációs terápia, (sympathicus blocádok, intraarteriális injectiók kezelése): *Fonó József dr.*

III. Sebészi terápia: *indicatiók, módszerek, lehetőségek.*

Üléselnök: *Prof. Kudász József dr.*

Üléstítkár: *Urai László dr.*

1. Vasodilatációs műtétek: *Szabó Imre dr.*

2. Desobliterációs műtétek: *Soltész Lajos dr.*

3. Transplantációs műtétek: *Ránky László dr.*

IV. A kezelés eredményei, gondozás kérdése.

Üléselnök: *Urai László dr.*

Üléstítkár: *Szabó Imre dr.*

1. Conservatív kezelés eredményei: *Bugár-Mészáros Károly dr., Bereczky Mihály dr.*

2. Sebészi kezelés eredményei: *Papp Sándor dr.*

3. A gondozás elvi szempontjai és gyakorlati tapasztalatai: *Okos Gizella dr.*

Hazánkban az arteriosclerosis obliteransban szenvedők számát reálisan 20—30 000-re lehet becsülni. A korszerű kezelés, gondozás elveinek széles körű megvalósítása fontos feladat. Az üléseken a beteg-ellátás különböző területeinek képviselőit szívesen látjuk és az ülések munkájában activ részvételük-re számítunk.

Az első ülés időpontja 1965. április 21., szerda délután 7 óra, helye az I. sz. Sebészeti Klinika tanterme.

Az Angiológiai Sectio Vezetősége

★

Nyomdatechnikai okokból lapunk 1965. 11-es és 12-es számaiban megjelent gyógyszerismertetésben NITROFURATION gyógyszer elnevezés helytelenül jelent meg, a készítmény helyes elnevezése

NITROFURANTOIN

KIADÓHIVATAL

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1965. április 20. kedd	István Kórház. IX. Nagyvárud tér 1.	délután 1 óra	A Kórház Tudományos Köre	Bugár-Mészáros Károly dr. és Bereczky Mihály dr.: Nagy adag fibrinolysinne (Actase) szerzett tapasztalataink. Bugár-Mészáros Károly dr. és Fonó József dr.: Obliteratív verőbetegségek kezelése az új összetételű Paniverinnel.
1965. április 20. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem. IX. Cyáli út 2-6. Á-ép.	délután 2 óra	Az intézet tudományos dolgozói	Dr. Horváth Sándorné: SV-40 vírusközbősítő antitestek laboratóriumi dolgozók vérében. Karasszon Dénes dr.: SV-40 vírus okozta hürcsög tumorok kórszövetana.
1965. április 20. kedd	Szeged Szemészeti Klinika, előadóterem	délután 5 óra	A Szegedi Orvostudo- mányi Egyetem és Eü. Szakszervezet	Előadások. 1. Traub Alfréd: A placenta elektronmikroszkópiája (15'). 2. Kárpáti Ferenc, Botos Árpád, Antal István, Baradnay Gyula: Egy colocystoplastica műtéti tanulságai (15'). 3. Török Gabriella: A diffus epeperitonitisről saját eseteinkkel kapcsolatban (10'). 4. Ladányi János: 10 éves epeműtét-anyagunk felülvizsgálatával szerzett tapasztalataink (25'). Zalányi Sámuel: Egy termelőszövetkezeti közeg komplex szűrővizsgálata (25').
1965. április 21. szerda	I. Sebészeti Klinika, tanterem. VIII. Üllői út 78/a	délután 7 óra	Az Angiológiai Sectió	Ankétorsorozat az arteriosclerosis obliteransról. I. Diagnosztika. Okos Gizella dr.: Klinikai vizsgálatok. Kusztos Dénes dr.: Műszeres vizsgálatok. Szitankay Csaba dr.: Angiographiás vizsgálatok. Soltész Lajos dr.: Differential diagnosztika.
1965. április 22. csütörtök	Föv. Üszoki utcai Kórház, könyvtárterem. XIV. Üszoki u. 29.	délután 1 óra	A Kórház Tudományos Köre	Ambrus Pál dr., Galambos László dr.: A szülészet-nőgyógyászat haladása, az indicatiók változása. Galambos László dr., Scholz Magda dr.: A perinatalis mortalitás alakulása kórházunk 10 éves anyagában. A koraszülések és fejlődési rendellenességek meghatározó szerepe. Várdi István dr.: A Shirodkar-műtét
1965. április 22. csütörtök	Debrecen I. Belklinika	délután 1/2 óra	A Debreceni Orvostudo- mányi Egyetem	1. E. Krokowski: Die röntgenologische Mineralsalzbestimmung im Knochen. Methoden und deren Ergebnisse. 2. H. Oeser: Der Beitrag des Radiologen in der Krebsbekämpfung. 3. Jóna G.: A telecobaltterápiával szerzett eddigi tapasztalatainkról.
1965. április 23. péntek	MN. Központi Kórház, tanásterem. XIII. Róbert Károly körtút 44.	délután 2 óra	A honvédkórházak	1. Szüts J., Hermann I., Bandics I.: Belső epéut-anastomosisok eredményei, utóvizsgálatok kupesán. 2. Forrai J., Bandics I. techn. m. Waczlavik I.: A tarsus frontális síkú röntgen réteg-anatómiája. 3. Nagy J., Remete T., Faber V.: Haemangioendotelioma. 4. Kazuisztika.
1965. április 23. péntek	Heim Pál Gyermek- kórház, orvosi könyvtár. VIII. Üllői út 86.	délután 1/2 óra	A kórház orvosi kara	Valádi Anna dr.: Adatok az úgynevezett D-vitamin resistens rachitishez. Lap-referátum.
1965. április 23. péntek	Weil-terem. V. Nádor u. 32.	délután 3 óra	A Szemész Szaksz csoport	1. Nónay Tibor dr.: Iatrogen fertőzések a szemészetben. 2. Grósz István dr.: Szemészeti iatrogen ártalmak.
1965. április 24. szombat	Balassa János Kórház, kulturterem. VIII. Vás u. 17.	délután 10 óra	A kórház orvosi kara	Drexler Miklós dr., Wittmann István dr. és Jakub Mihály dr.: Sárgasággal operált eseteink sebészeti, belgyógyászati és laboratóriumi tanulságai. Kerekasztal megbeszélés. Vitavezető: Drexler Miklós dr.
1965. április 26. hétfő	Áll. Fodor József Tbc. Gyógyintézet, XII. Szanatórium u. 2.	délután 2 óra	Az intézet orvosi kara	1. Kardos Larissa dr.: Folyóiratreferálás. 2. Csergő István dr.: Folyóiratreferálás. Orvostudomány és technika. 3. Nyirő József dr.: Az egészségügyi intézetek építkezése.
1965. április 26. hétfő	OTSI kulturterem. XI. Alkotás u. 48.	délután 7 óra	A Sportorvos Szaksz csoport	Gerbner Mátyas dr.: A mérkőzéseken fellépő izgalom (startláz) néhány kérdése.

Felelős kiadó: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. — Megjelent 12 200 példányban
Kiadóhivatal: Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Budapest V., Beloiannis u. 8. Telefon: 122-650

MNB egyszámlasszám: 69.915.272-46

65 1386 Athenaeum Nyomda, Budapest. Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hirlapirodájánál (Budapest V. ker., József nádor tér 1.)
és bármely postahivatalnál. Csekk számlaszám: 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

Előfizetési díj egy évre 180,- Ft, negyedévre 45,- Ft, egyes szám ára 4,50 Ft

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ÜNNEPI ÉVFOLYAMA

ALAPÍTÓJA: MARKUSOVSZKY LAJOS
SZÜLETÉSÉNEK 150. ÉVÉBEN

Szerkesztő bizottság:

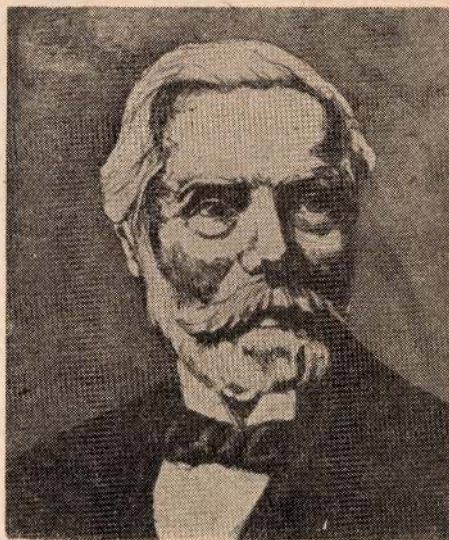
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. • DARABOS PÁL DR. • FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR. • LENART GYÖRGY DR. • SÓS JÓZSEF DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

Felelős szerkesztő: TRENCSENI TIBOR DR.

Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. • FORRAI JENŐ DR.

106. ÉVFOLYAM 17. SZÁM, 1965. ÁPRILIS 25



»Valamint a nemzet, melynek története van, örömmel andalodik el múltján, s magának abból hazaszeretetet és tetterőt merit; úgy a magyar orvos is büszkébb önérettel tekintend jelene és jövőjére, ha a történelem tükrében látja, hogy az úttörő elődök hosszú sora vonul el előtte, s hogy a hazai orvosi irodalmat koránt sem kezdenti, hanem az elődök nyomdokain folytatni kell.«

MARKUSOVSZKY 1861

A neuron-koncepció mai helyzete

Epilógus-féle a Lenhossék-Apáthy vitához¹

Szentágothai János dr.

Markosovszky Lajos születésének 150. évfordulójára, a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány

A biológiai és orvosi tudományok történetében nemigen találunk más elméletet, amely hosszabb ideig állt volna a szenvedélyes, sőt elkeseredett támadások kereszttüzeiben, de egyben szinte elejétől fogva szilárd alapot képezett új, nagy jelentőségű tudományágak (neurofiziológia, neuropathológia) megindulásához, és végül, amelyet az eredeti koncepció kialakításakor nem is sejthető későbbi technikai fejlődés oly fényesen igazolt volna, mint a neurontant. Számunkra a neuronkoncepció és a körülötte mintegy hét évtizedig zajló vita azért különleges érdekességű, mert a vita, azaz sokkal inkább az alapját képező tudományos kutatás két nemzetközileg kiemelkedő alakja hazánkfia volt és mindkettőjük 100 éves születési évfordulóját a közelmúltban ünnepelhettük. Apáthy István és Lenhossék Mihály tanítványai közül sokan ma is élnek, és így érthető, hogy a régi szenvedélyes vita visszhangjai itt-ott visszatérnek, sajnos legtöbbször már csupán eredeti tudományos tartalmuktól függetlenné vált érzelmi színezetű vélemények vagy kitorérések alakjában. Pedig szégyenkezésre vagy ha-

ragra, sőt jogos büszkeségen kívül bármi más érzelmi színezetű állásfoglalásra semmi okunk nincsen e vita körül: tudományos vitában általában lehetséges két eshetőség közül — azaz, hogy vagy egyiknek sincs igaza, vagy az egyiknek igaza volt és a másik tévedett — ez esetben a jobbik eshetőség következett be, de úgy, hogy az aki tévedett, egyben a vita tárgyát túlhaladó fontos jövőbeli fejlődés irányára mutatott rá. A neurontan körüli, ma már teljesen történelmi jellegű vita rövid felelevezítésével céлом sokkal kevésbé történeti visszajelentés, mint inkább a jövőben előttünk álló fejlődés útjainak felvázolása.

W. His (1886) mutatott elsőként rá arra fejlődéstani észleletei nyomán, hogy az idegelemek eredetileg más szöveti sejtekhez hasonlóan köbös, vagy gömbalakú sejtek, amelyek nyúlványok kinövesztése útján hozzák létre az idegrostokat. Lényegében tehát ő ismerete fel, hogy az idegrendszer alapegységei fejlődésileg egyszerű sejtekre vezethetők vissza. Nem sokkal ezután A. Forel (1887) már felveti azt a gondolatot, hogy az idegelemek nem csupán fejlődésük kezdetén, de később is független egységekből állnak, amelyek ingerüleiteket bizonyos meghatározott kontaktushelyeken adják át egymásnak. Az idegelemek közötti ingerületátadó kontaktusok világos szövettani bizonyítékok alap-

¹ Ezzel a kissé »Ady«-s alcímmel a dolog le-nemzart voltát óhajtom jelezni. Sz. J.



ján való határozott felismerése mégis *S. Ramón y Cajal* (1888) elévülhetetlen érdeme és az idegrendszer normális és kóros szerkezete és működése kutatásában új korszak kezdetét jelző mérföldkő. Cajal észleletei olyan újszerűek voltak és kristálytisza okfejtése nyomán az idegrendszer elemi felépítéséről kibontakozó kép olyan lebilincselő és egyben a régebbi zavaros elképzelésekkel szemben harmonikus egyszerűségével oly meggyőző volt, hogy szinte egy csapásra több kiváló kutató tette magáévá az elméletet — érdekes módon szinte valamennyiük első ilyen irányú cikke ugyanarra az évre esett — és *v. Gehuchten* (1891), *Lenhossék M.* (1891), és *G. Retzius* (1891) ettől kezdve munkásságuk jelentékeny részét a neuronelmélet továbbfejlesztésére és minden oldalról való alátámasztásának áldozták. A neuron fogalmat nem az ez irányú kutatásban aktív részvevők valamelyike, hanem *Waldeyer* (1891) egy komplikációs jellegű cikkében ajánlotta. A neuronok közötti ingerületátvezető kontaktusok fogalmát világosan körülíró szakkifejezés, a »synapsis« nem hisztológustól, hanem fiziológustól *Foster* és *Sherrington*-tól (1897) származik.

Nem kísérhetjük nyomon e helyen a neuron-koncepció körül hamarosan kifejlődött és a közel-multig változó szerencsével és különböző részletterületeken kiújuló mintegy 70 éves harcot pontos időrendben, pedig váratlan fordulatok és a frontok ismételt teljes elcserélődése folytán még a nem közvetlen szakember számára is érdekfeszítő regény kerekedne ki a történetből. Nézzük meg helyette inkább, hogy melyek voltak azok a lényeges pontok, amelyekben a neuronelméletet elfogadó és el nem fogadó kutatók eltértek és mik lehettek az eltérő állásfoglalások okai.

1. A neuron egységes és zárt felületi membránjának kérdése

A neuronkoncepció vagy kimondottan, vagy ki nem mondva magában foglalja azt a posztulátumot, hogy az egész neuron, tehát az idejsejt bonyolult és hosszú nyúlványrendszerével együtt egyetlen megszakítatlan plazmatömeg, amelynek felületét megszakítás nélküli sejthártya zárja körül. Sejthártyáról és ennek néhány alapvető tulajdonságáról persze már a múlt század közepe körül tudtak. Egyes sejtek felületi hártájára fénymikroszkóppal is látható, vagy határaik speciális módszerekkel feltüntethetők. Később a sejthártya tulajdonságaira egyes sejteken (vörsvértestek) jól észlelhető ozmotikus jelenségekből is lehetett következtetni. A neuronon ellenzői számára értelmetlennek és lehetetlennek tűnt annak feltételezése, hogy mint pl. a központi idegrendszerben számtalan egy mikronnál is vékonyabb ideg- és gliasejtnyúlvány összefonódják és ennek ellenére mindegyikük megtartsa saját zárt felületi hártáját. A környéki idegrendszerben pedig egész „homousion”-„homoiusion” jellegűvé fajult a vita az idegvégződés „epilemmalis” — azaz a beidegzett sejt hártájára külső felületén való elhelyezkedése — vagy „hypolemmalis” — azaz a sejtbe behatoló volta körül. Az a kétségtelen észlelet, hogy egy Schwann f. sejtben vagy akár ennek nyúlványán belül több ezüstimpregnációval feltüntethető idegszál is látható, a neuronelméletet elvető egész tudomá-

nyos mozgalmat indított el a 30-as években, amelynek *Boeke* „Grundplexus”-elképzelése és *Stöhr* „Terminalreticulum”-elmélete volt gerince. Az egész neuronelmélet-ellenes okoskodás alapja az volt, hogy egy sejtben belül látható több ezüstözhető szál = neurofibrilla, minthogy pedig itt nem idegsejtben, hanem nyilvánvalóan más sejtben van neurofibrilla a neuronelmélet nem lehet igaz. Elektronmikroszkóppal persze ma már nyilvánvaló az egész okoskodás tarthatatlansága, hiszen az 1. sz. ábrán látható Schwann-sejt plazmájában belül jónéhány idegnyúlvány (axon) látszik beágyazva, anélkül, hogy akár a nyúlványok, akár a Schwann-sejt betüremkedő felületi hártájára bárhol megszakadna. Ezt persze akkor még senki sem tudhatta, mégis tanulságos és jellemző a vitára — sajnos a legtöbb tudományos vita színvonalára egyaránt —, hogy a 30-as években ekörül köteteket betöltő vitában sehol sem szerepelnek érdemlegesen a sejthártya jelenlétére, vagy nemlétére vonatkozó és annak akkor már sok vonatkozásban ismert biofizikájára vonatkozó, nemhogy kísérletek, de még okoskodások sem. Pedig akkor főleg polarizációs optikai, biokémiai és biofizikai kutatások alapján már a sejthártya molekuláris szerkezetére is voltak elképzelések. Amikor pedig e sorok írója¹ (1938) kissé naiv módon bár, de mégis felvetett ilyenirányú okoskodást, sőt modellkísérletet is tett, ezt *Stöhr* (1939) egy kezdő szánalmas és ostoba próbálkozásának jelentette ki².

Ma az elektronmikroszkóp birtokában persze már a napnál világosabb, hogy a neuronkoncepció e fejezet kezdetén lerögzített posztulátuma igaz. Az idegelemek egymás közötti vagy egyéb szövetelemekkel való bármily szoros és bonyolult összefonódása mellett is mindenütt zárt sejthártya borítja őket (2. ábra), amint az a különböző szövetelemek sejthártyáinak összefekvéséből adódó, mindenütt látható kettős határokból látható. Ritka kivételként, elektromos átvezetésű synapsisokban (*Robertson et al.*, 1963), a két érintkező sejthártya összeolvadhat, tehát a sejtek közötti rés megszűnhet, de a két neuron plazmája mégis világosan elválasztott. Érdemes ehhez elolvasnunk, hogy *Lenhossék Mihály* 1918-ban megjelent tankönyvében hogyan beszél a neuron anatómiai egységéről: „A neuron

¹ Nehogy valaki is túlságosan nagy érdemnek számítsa fel ezt a kezdeményezésemet, be kell vallanom, hogy okoskodásom az akkori biofizikai világkép által kb. már 50 évvel meghaladott szinten mozgott. Ebből talán extrapolálható, hogy milyen eredményes lett volna, ha csak 10 éves lemaradás alapján okoskodtam volna. Sz. J.

² Persze *Stöhr* (1957), miután az 1. sz. ábrához hasonló elektronmikroszkópi képek az irodalomban már megjelentek, még megírt egy 633 oldalas kézikönyvkötetet tarthatatlan Terminalreticulumtanáról, amit egyik legelőkelőbb nemzetközi tudományos könyvkiadó megjelentetett. A tudományszervezés gazdasági szakemberei számára tanulságos feladat lenne kikalkulálni, hogy ilyen, már koncepciójaker elavult és biztosan minden objektív tudományos haszon nélküli mű mibe került. (t. i. a könyv vevőinek). De talán jobb ilyen kérdést fel sem vetni.



1. A velőtlen rostok viszonya Schwann sejtekhez. Részlet hátsó gyökér gerincvelőbe való belépése körül 20 000-szeres nagyításban. Baloldalon egy Schwann sejt magja látható (Sch s m), melynek plazmájába egy velőtlen axon (ax) van beágyazva. A jobboldali látható ebben a síkban magot nem tartalmazó Schwann sejt plazmába 11 axon (ax) van beágyazva. A Schwann sejt hátyája mindenütt világosan betüremkedik és körülveszi az ugyancsak mindenütt axolemmával borított idegrostokat. Ahol a velőtlen rostok mélyebben fekszenek a Schwann sejt hátya mesaxon-nak (ma) nevezett kettőzettel éri el az axonokat. A felülethez közel levő rostok mesaxonja rövid, vagy mint a jobbra lent levő kis keresztmetszeten látható az idegrost csak kevésbé nyomja be a mellette levő félhold alakú Schwann sejt nyúlványt. 2. Kisagy szemcsés rétegének ún. glomerulusa, annak bizonyítására, hogy a teret axonok és dendritok végelágazódásai teljesen kitéltik. A glomerulus fő alkotórésze egy centrális elhelyezésű moharost (mo) végződése, mely több mitochondriumot és a synaptikus végződésekre jellemző mintegy 400 Å átmérőjű nagy Golgi neuronjaiból (Go) is résztesz. E végződés vékony odavezető axonja egy darabon jobbra és lefelé követhető. Az axonok és dendritok végelágazódásai a teret felületi hátyáik közt fennmaradó kb. 200 Å tágasságú réstől eltekintve tökéletesen kitéltik. Macska kisagykérgé, 20 000-szeres nagyítás. 4. Nauta—Cygax specifikus ezüstözési eljárásában levő velőtlen axon végelágazódások feltüntetésére. Macska pulvinar thalamija 4 nappal parietális agykéregben előidézett gócos roncsolás után. A normális idegelemek nem impregnálódnak, csupán a másodlagos szétesésben levő rostok.

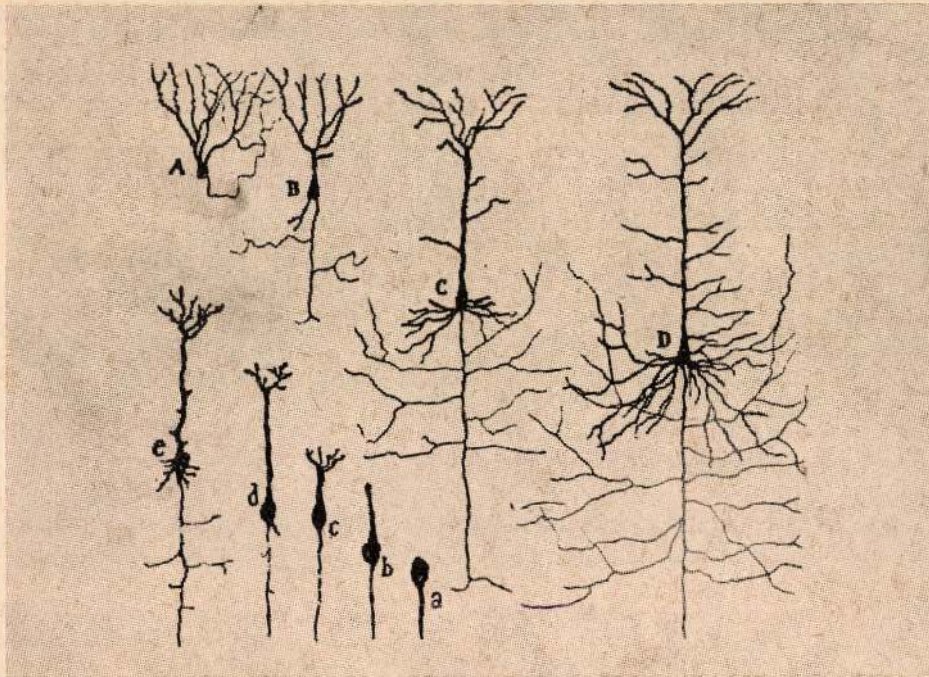
morfológiai tekintetben bennsőleg összefüggő önálló egység; egy egymagvú sejtnek felel meg. A szomszédos neuronok felé elhatárolt képződmény, velük érintkezik és törvényszerű kapcsolatba jut ugyan, nyúlványaikkal összefonódhat, végfácskája útján egy más neuron sejttestével szoros érintkezésbe, contiguitásba, sőt az összetapadás (coherencia) viszonyába is juthat, de más neuronnal szakadatlan anyagi összefüggése: continuitása nincs.”

A kérdés e része tehát — egyelőre legalábbis lezárt, mégis tanulságos a hosszú vita a tekintetben, hogy kutatók — még a legkiválóbbak is — milyen kevésbé ismerik és alkalmazzák a maguk idejében más tudományos diszciplínák már rendelkezésre álló eredményeit és szemléletét, amelyek pedig döntően alkalmasak volnának előrehaladásunk elősegítésére.

2. *A neuronok klasszikus szövettani eljárásokkal feltűntethető elemei nem töltik ki a központi idegrendszerben rendelkezésre álló teret.*

A neuronkonceptió szerint az idegi funkció strukturális szubsztrátuma a neuron: tehát az idegsejteken és nyúlványokon kívül nincsen más ingerületvezető vagy információkezelő anyag. Az idegszerveket a neuronelemeknél kívül kizárólag az idegtámasztó (glia) szövetelemek és erek, illetve eze-

rint nem igaz, tehát a neurontan sem igaz. Nissl (1903) a gondolatmenet legkonzekvensebb képviselője érvelését egy indirekt bizonyítékra alapozza, nevezetesen arra a kétségtelen tényre, hogy a gerincesek filogenezeze során az agykéreg idegsejtjeinek sűrűsége a központi idegrendszer fejlődésével csökken. Az okoskodást logikai gerincére lemeztenítve tehát: „ha az idegsejtek részvétele az agy legmagasabb működésű szövetében ennek organizációs szintjével ellentétes irányban csökken, a magasabb idegi működés strukturális szubsztrátuma más kell legyen, nevezetesen valamiféle misztikus sejtközötti szürkeállomány („das interzelluläre nervöse Grau”). Felületi szellemessége ellenére az okoskodás vulgáris: hiszen egy pillantás Cajal (1911) ábrájára (3. ábra), melyben az agykéreg sejtjeinek onto- és filogenetikai fejlődési létrafokait mutatja be, mindenkit könnyen meggyőzhet arról, hogy a fejlődés lényege nem elsősorban a sejtszám szaporodása, hanem a nyúlványrendszer kiterjedése és bonyolódása, tehát a sejtsűrűség csökkenése a filogenezeze során nyilvánvaló mértani szükségszerűség. Megint csak jellemző, hogy az egész vita során még becslésszerűen sem próbálta senki sem valóban felmérni a központi idegszöveti tér kitöltöttségét, pedig ennek lehetősége az 1870-es évek közepétől megvolt, hiszen a Golgi-módszer nyomán a legtöbb



3. Cajal (1911) rajza az agykéreg pyramisisejtjei filogenezezeinek (felső sor) és ontogenezezeinek (alsó sor) összehasonlító ábrázolására. A = béka, B = gyík, C = egér, D = ember kérgének pyramisisejtje. a – e : pyramisisejt egyedi fejlődésének főbb stádiumai. Világosan látható a nyúlványrendszer fokozatos bonyolódása mind a filogenezeze mind az ontogenezeze során.

ket kísérő kevés kötőszövet építi fel. A neuronkonceptió ellenes tábor egyik legerősebb támadása éppen e kérdés körül bontakozott ki. Ha ugyanis ez az állítássorozat igaz, akkor a rendelkezésre álló teret a neuronok és gliaelemek, valamint a keringési szövetelemek teljesen ki kell töltsék. Ez pedig a neuronkonceptiót tagadó kutatók egész sora sze-

idegsejt nyúlványrendszere ismert volt, néhány reprezentatív neuron- és gliasejt látható nyúlványrendszer felméréseiből, annak valódi úrtartalma és cytoarchitektonikai szöveti képekből az illető sejtfeleségnek a tér üregységére vonatkoztatott száma könnyen megállapítható, a többi egyszerű szorzás lett volna. Ilyen adatfelvételeket és számításokat

már csak jóval később, egészen más megfontolásból Sholl (1953) végzett, amikor az egész okoskodás már természetes halállal (önmagától) kimúlt.

Érdekes volna pszichológiailag kielemezni, hogy a vita ez egyszerű fogással való könnyű eldönthetősége ellenére — amelyre lehetetlen, hogy többen nem gondoltak volna —, senki sem vállalkozott akkoriban a nyilvánvalóan kínáló utat végigjárni. Feltehető, hogy a neurontan támogatói számára az eredmény úgyszólván előrelátható, azaz triviális lett volna, tehát „kár a fáradságért”, a neuronkonceptió ellentáborra már kevésbé védhető és tudatalatti húzódozás alapvető tévedésük megbizonyosodásától komolyan gyanúba hozható mint lényeges rugó. Mindenesetre érdekes, hogy a „nérvöses Grau«-elmélet egy egész tudományos munkáirányt még az 1950-es évek derkáig foglalkoztatott (H. Held, 1929; K. F. Bauer, 1953), majd óriási matematikai és statisztikai apparátussal vitt kvantitatív vizsgálatsorozatokot végeztek, az ún. »Grauzellenkoeffizient«, azaz a »sejt« és a »nem sejt«-állomány téraaránya filogeniai és helyszerinti változásaira vonatkozóan (Haug, 1953). Minthogy az egész vizsgálati irány sohasem számolt a központi idegszervek leglényesebb vonásával, a sejtek és befutó rostrendszerek nyulványrendszereivel, az óriási munkával összegyűjtött adathalmaz értéke felette vitatható.

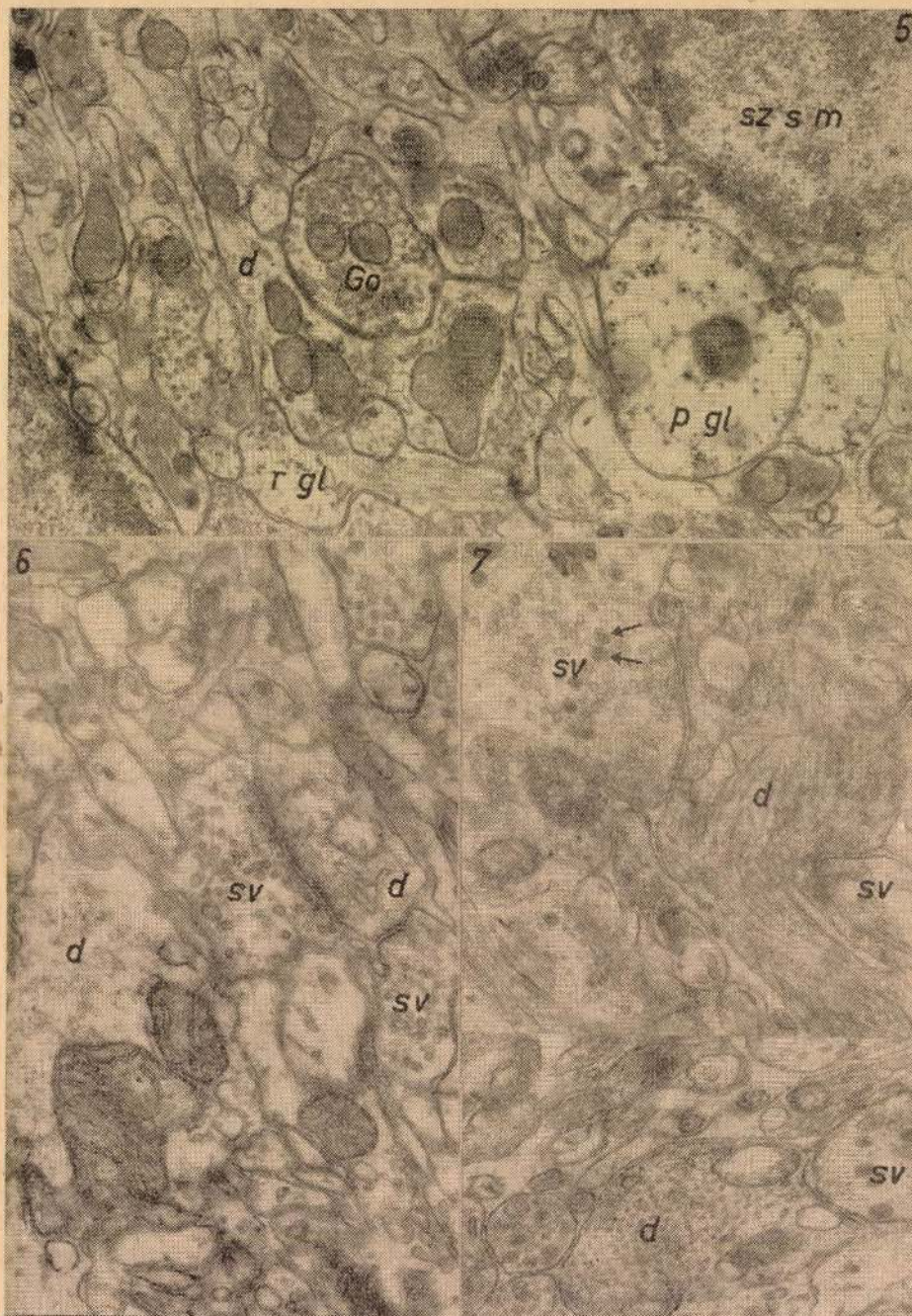
Rendkívül érdekes, ugyancsak pszichológiai szempontból, kíváló kutatók, sőt egész kutató iskolák és irányok idegenkedése attól, hogy vizsgálataikat az idegszövet legjellemzőbb és ezért valószínűleg a specifikus idegfunkció szempontjából is legfontosabb részére, a nyulványrendszerekre alapozzák. E tekintetben — elért jelentős eredményeik ellenére — nem menthetők fel az ún. cytoarchitektonikai iskolák képviselői, közöttük a Vogt-házaspár (1928), sem, az idegnyulványok összefonódásai és főleg a synaptológia kérdéseinek elhanyagolása, illetve ekörül tanúsított indokolatlan pesszimizmus és negatívizmus vádjától. Ez még aránylag érthető az elsődlegesen neuropathologus szerzőknél, kiknek vizsgálataiban a pathológiai reakciók során (az akkori módszerek számára) aránylag inert nyulvány- és synapsis-rendszerek mellett figyelmüket inkább az idegsejt magtartalmú plazmadús részére irányították, mely a fénymikroszkóp számára is aránylag jól megfogható jellemző változásokkal szolgált elsősorban az ún. chromatolysis jelenségeivel kapcsolatban. Nem értékeljük kellően a hazai Schaffer iskola, elsősorban maga Schaffer és Miskolczi (pl. 1938-as monográfiájukban) tudománytörténeti jelentőségét, amely mintaszerű és a maga idejében szinte egyedülálló, a neuron egészének: nyulvány- és synapsis-rendszerének, sőt távolabbi kapcsolatainak vizsgálata és a pathológiai észlelésbe és szemléletbe való beillesztése terén.

Persze ma, az elektronmikroszkópi kép birtokában, már nyilvánvaló, hogy az eddig is ismert ideg- és gliaelemek az egész rendelkezésre álló teret kitöltik. Neuronrészekben, glián és ereken kívül semmiféle anyag nincs az idegközpontokban, sőt az elektronmikroszkópi képben talált intercelluláris tér olyan minimális, hogy a nehézség ma már nem az, hogy nem tudnánk a rendelkezésre álló szövettérrel elszámolni, hanem ellenkezőleg, hogy az nem elég bizonyos anyag-, főleg iontranszportok magyarázatára. Ezért e helyen két idetartozó mellékkérdést is röviden érintenünk kell: a) a központi idegrendszeri intercelluláris tér és b) a gliaszövet szerepének problémáját.

a) A központi idegrendszeri intercelluláris tér. A Nissl, Held és K. F. Bauer-féle fantasztikus kép-

zetrendszerrel függetlenül természetesen az intercelluláris térnek a központi idegrendszerben van reális problematikája is. Az újabb hisztokémiai módszerek általánosabb használata nyomán jelentek is észleletek, amelyek PAS-pozitív, tehát valószínűleg mucopolysaccharid jellegű anyagok jelenlétére utaltak idegsejtek és nyulványaik felszínén. Ilyen típusú megfigyelések nem egészen újak, hisz főleg Golgi-képek alapján már a múlt század utolsó két évtizedében beszéltek egy ún. „külső Golgi hálóról”, mely az idegsejteket harisnyaszerű hálóval veszi körül. Ugyancsak, ha kissé naivul is, a neurontan képviselői, köztük Cajal is beszéltek a synaptikus érintkezési felszínnek közé illeszkedő „ragasztó anyagról” (Kittsubstanz). Az elektronmikroszkópi képekből kitűnt, hogy a központi idegrendszerben sejtközötti tér az egyes elemek közt húzódó mintegy 200 Å tágasságú tértől eltekintve, amely persze a szürkeállományban összefonódott nyulványok kicsinysege és a nagyobb sejteknek az osztérfogatában elfoglalt csak mintegy 1:60 aránya folytán mégis egészében jelentékeny — Horstmann és Meves (1959) szerint mintegy az osztérfogat 7%-át teheti ki. E kérdés azért érdekes, mert az idegingerület ma általánosságban elfogadott Hodgkin—Huxley (1952) membránelmélete nátriumban gazdag extracelluláris tér létét követeli meg. Az a kérdés mármint, hogy a méhléphez hasonló csupán 200 Å — vagy egyes újabb elektronmikroszkópos szerzők (még nem közölt legújabb adatok) szerint még keskenyebb rétegvastagságú extracelluláris tér megfelel-e az elmélet követelményeinek. Egy időben az elektronmikroszkópi képben emlősökben eléggé „vizes” — tehát kevés plazmaalkatrészt tartalmazó gliasejtekről (plazmás glia) tételezték fel, hogy ők képeznék a szükséges „nátriumteret”. A gliasejthártyák aránylag jelentős elektromos ellenállása és nyugalmi potenciálja (Kuffler és Potter, 1964) legalábbis piócában ezt igen valószínűtlenné teszi. Kuffler és Potter nagy jelentőségű észleletei szerint a piócában a ganglionszövetternek csak mintegy 5%-át kitevő és 100—150 Å rétegvastagságú intercelluláris tér teljesen elégséges az idegműködés feltételezett extracelluláris anyag- illetve töltésvándorlásokhoz.

Megjegyzendő, hogy az extracelluláris tér nem mindenütt olyan szűk, mint említettük. Hámosi József munkatársammal (közlés alatt levő adat) a kisagy Purkinje-sejtjei axonja kezdeti szakasza körül az ott elhelyezkedő gátló hatású (Andersen, Eccles és Voorhoeve, 1963) kosársejtsynapsisok sajátos elágazó axonköri »szakáll«-át elég tág extracelluláris tér veszi körül, amelyet a körülvevő glianyulványok plazmájánál sűrűbb (elektronsugárelnyelőbb) anyag tölt ki. Réthelyi Miklós munkatársammal végzett vizsgálatokban a mozgó neuronok körül és a rajtuk levő synapsisok között még ennél is nagyobb extracelluláris teret találunk. Ezek kivételes helyek ugyan, azonban jelentőségük valószínűleg mégsem hanyagolható el. A mozgó sejtekbe mikroelektrodával való speciálisan könnyű behatolás, illetve a synaptikus mediátornak a praesynaptikus végtalpak körül való közismert rendkívül gyors elfogyása talán épp ezekkel a speciális ultrastrukturális viszonyokkal függ össze.



5. Két hónapja a környező idegszövetből teljesen izolált kisagykéregrészlet, amelynek vérkeringését a pia mater felől belépő erek biztosították. A mintegy 25 000-szeres nagyítású ábra ugyanolyan részletet mutat, mint a 2. ábra. A glomerulus külső eredetű centrális moharostja elpusztult, ugyancsak elpusztultak a szemcsesejtdendriteknek a moharosttal érintkező postsynaptikus ki-dudorodásai. Megmaradtak a dendritek maguk (d) és a velük synaptikus kapcsolatban lévő helyi Golgi-neuronok axonvég-elágazódásai (Go). Az idegelemek nagyrészének pusztulása során az egész szövet jelentősen összehúzódott (l. az egymáshoz sokkal közelebb került szemcsesejtmagokat (sz s m) a két kép egymással átellenes sarkában). Együttal a keletkező szövetközi hézagokat az addig háttérben levő gliaszövet nyálványai töltik ki. Ilyenkor kétféle hypertrofizált glianyúlvánnyal találkozunk: egyik glykogenszemcséket (fekete szemcsék) bőven tartalmazó világos plazmás (p. gl) glianyúlvány, a másik feleség filamentozus szerkezetű (r. gl). — Példa arra, hogy meghatározott beavatkozás után a megmaradó idegvégződések elemzésével identifíkalni lehet egyes idegvégzések eredetét a legbonyolultabb synaptikus összefonódásban is (Hámori József (1964) anyagából). 6. Inaktív nucleus ventromedialis részlete macska hypothalamusából. 32 000-szeres nagyítással. Mind a dendritek (d), mind a velük kapcsolatban álló synaptikus végzések (sv) teljesen jellegtelen képet mutatnak. A nucl. ventromedialis hypothalami ilyen fokú inaktivitása csak tökéletesen testi és pszichikus „stressz” mentesen tartott, majd hirtelen narkotizált állatból nyerhető. 7. 2 hét előtti feloldali mellékveseirtással erős hyperaktivitásba hozott nucl. ventromedialis hypothalami részlete. Feltűnő a dendritek (d) erős tubulusos szerkezete mind hossz- (felül), mind keresztmetszetben (alul) és a synaptikus végzésekben (sv) található nagyszámú nagyobb méretű stötét magvú synaptikus hólyagcsa. Ilyen kifejezett hyperaktivitás csak a kiirtott mellékvesével ellentétes oldali nucl. ventromedialisban fordul elő.

b) A glia szerepe

Újabb elektrofiziológiai adatok nyomán (Galambos, 1961; Mitarai et al., 1961) felmerült az a gondolat, hogy a gliának az ingerületvezetésben közvetlen szerepe volna. Annak ellenére, hogy ezt az elképzelést az elektronmikroszkóppal szerzett adatok semmiképpen nem támogatják — mert mindenütt, ahol korszerű mikrofiziológiai módszerekkel kimutatható ingerületátvitel van egyik neuronról a másikra, a két idegelem között jellemző ultrastruktúrájú kontaktus mutatható ki és közéjük sehol sem ékelődik gliaszövet — mégis elég sokan szimpatizáltak ezzel az elképzeléssel. Kuffler¹ és Potter (1964) piócán tett észleletei azonban élesen ellentmondanak az elméletnek. Rendkívül előnyös kísérleti feltételeik mellett sem sikerült semminemű olyan kölcsönhatást kimutatniuk glia- és idegelem között, ami utalhatna előbbinek az ingerületi folyamatokban való közvetlen részvételére. A jelek sokkal inkább arra mutatnak, hogy a neuron ingerületi állapota kizárólag lokálisan stimulálhatja a szomszédos gliaplazmát, mire ez válaszképpen pl. bizonyos az idegelem anyagcseréje szempontjából fontos anyagokat adhat le. A glia ilyen trofikus vagy az idegelemek anyagcseréjét kiegészítő funkciójára egyébként direkt bizonyíték is van (Hydén és Pigon, 1960). Távol áll tehát tőlünk, hogy a gliaszövet jelentőségét a meglehetősen naiv régi „támasztó”-szerepre kívánjuk korlátozni. Ma mikor tudjuk, hogy a központi rostok velőhüvelyei oligodendroglia sejtnyúlványok a rostra spirálisan felcsavart sejthártyakettőzetei, ilyen mechanisztikus felfogás már eleve képtelenség. Ellenkezőleg, nem lehet eléggé hangsúlyozni a gliaelemek fontosságát az idegszövet anyagcseréjében. Hámori munkatársammal rövidesen be tudunk számolni azon észleléseinkről, hogy kísérletileg tartós hiperaktivitásra fogott neuronok közötti gliaelemek egyébként ergasztoplazmában és riboszómákban elég szegény plazmája a riboszómák szembevető megszaporodását mutatja. A gliaszövet tehát minden kétséget kizáróan döntően részt vesz a specifikus idegelemek — a neuronok — tartósabb életfunkcióiban, de pillanatnyi ingerületi állapotaiban nem bír közvetlen szereppel. Persze a tartós funkciók közé tartozik az is, ha egy synapsis gyakori funkcionális igénybevétele annak ingerületátvezetőképességét fokozza. Ilyen, aránylag maradandóbb változások létrejöttében a szomszédos gliaelemek szerepét nem zárhatjuk ki. Ha pedig kitűnne, hogy az ilyen tartós változások képezik a kondicionálás, tanulás, vagy emlékezés elemi anyagi szubsztrátumát, akkor ezekben sem zárható ki a gliaszövet szerepe. Ilyesfajta gondolatok azonban ma még kívülesnek a tudományos realitás határain.

Mindezekből világosan kitűnik, hogy a neuronkoncepció az idegrendszer felépítését kezdettől fogva konzekvensen celluláris alapon képzelte el. Ez a szemlélet alapjaiban helyesnek bizonyult, viszont

¹ Csak kevés beavatott tudja, hogy a mai neurofiziológiai kutatás e kiemelkedő képviselője hazánk szülőltje.

az idegműködés lényeges strukturális szubsztrátumát más, komplexebb szerkezetű anyagban kereső elméletek misztikus fantazmagóriáknak bizonyultak.

3. „Ignorabimus” álláspont az idegnyúlványok bonyolult összefonódásaival kapcsolatban

A neuronatan határozott ellenzői elsősorban, de számos olyan kutató is, aki egyébként józan biológiai ítélete folytán elfogadta, hogy az idegrendszer építőelemei neuronok, az idegnyúlványoknak a szürkeállományokban észlelt hihetetlen bonyolultságú fonatai láttán kétségbevonták annak belátható időn belüli lehetőségét, hogy ebből az összevisszaságból valamiféle világos kapcsolási vázlatot lehessen kiolvasni. Az ún. cytoarchitektonikai iskola képviselőinek jelentős része, elsősorban maguk Vogt-ék is a fentebb már részletezett, aránylag elfogadható okok mellett ezért is voltak olyan peszsimisták a synaptológia részdiszciplinával szemben. Azt mint kiváló neuropathologusok még csak elfogadták, hogy a másodlagos degeneráció felhasználásával egyes idegpályákat követni lehet, de szépségszissel fogadtak minden olyan törekvést, amely a szürkeállományban a pályák finomabb kapcsolási viszonyait kívánta felderíteni.

Pedig a neuronkoncepció kialakulása során már aránylag korán megfogalmazták a neuron ún. „trofikai egység” voltát, amin azt értették, hogy a neuron minden részének fennmaradása a magtartalmú rész épségétől függ. Amennyiben a magtartalmú rész elpusztul, vagy egy nyúlvány vele kapcsolatát elveszti, a neuron többi része, illetve nyúlványa hamarosan szétesik. Bizonyos feltételek mellett a megmaradt magtartalmú rész új nyúlványt növeszthet: ez az idegregeneráció. Ma az élő anyag önprodukciója mechanizmusainak pontosabb ismerete nyomán tudjuk, hogy a fehérjeszintézis elsőrendű végrehajtó szervei az ergasztoplazma riboszómái, melyek a mag kromoszómáiról levált és az ergasztoplazmába beépülő ún. messenger-proteinek által adott információk szerint végzik a plazma fehérjetesteinek szintézisét. Az idegsejt kétféle nyúlványa közül az aránylag rövidebb dendritek maguk is tartalmaznak riboszómákat, tehát lokálisan is képesek fehérjeszintézisre. A jóval hosszabb idegnyúlvány (axon) és ennek végelágazódása riboszómákat nem tartalmaznak. Ennek megfelel az a jelenség, hogy a neuron magtartalmú részéből állandó anyagáramlás folyik az axonon keresztül a végelágazódás felé (Weiss és Hiscoe, 1948). Itt a plazmafehérjék, sőt valószínűleg a végkészülék ugyancsak a magtartalmú részből elvándorolt sejtorganellumai is — pl. mitochondriumok — állandó szétesésben vannak és az idegnyúlvány és synaptikus végződéseik addig életképesek, míg a magtartalmú rész felől az anyagutánpótlás tart. Ha a sejttest elpusztul vagy a nyúlvány megszakad, a disztális rész ideig-óráig — emlősben 2–3 napig — még megtarthatja ingerületvezetőképességét, de az idegnyúlvány szemcsés szétesésekor természetesen az ingerületvezetés is megszűnik. Ez a jelenség az idegrostok másodlagos elfajulása.

A velőshüvelyek másodlagos elfajulása oly nyilvánvaló és egyszerű hisztológiai eszközökkel is követhető, hogy a neuronkonceptió legerélyesebb ellenzői sem tagadhatták a jelenséget, sőt fel is használták nagyobb idegpályák útjának követésére. Minthogy azonban az idegrostok a végelágazódás tájékán elvesztik velőshüvelyüket, a pályák szürkeállománybeli kapcsolatai homályban maradtak. Ez volt a nem kimondottan neurontan-ellenes tábor synaptológiai „ignorabimus” álláspontjának egyik döntő forrása. Egyedül Cajal teljesen következetes abban az álláspontjában, hogy nem csupán a széteső velőshüvelyt, hanem a széteső idegnyúlványt és végelágazódásait is ki lehetne mutatni és ezzel az idegpályák szürkeállománybeli synaptikus kapcsolatait is fel lehet deríteni. Tanítványai és valószínűleg ő maga is ismételt próbálkoztak e vizsgáló módszerrel, azonban a központi idegrendszerben lényegileg siker nélkül. A sors különös ironikus játéka folytán ugyanis Cajal impregnációs eljárásai, amelyek egyébként a normális synapsisok feltüntetésére a legjobbak, a degenerált synaptikus végeket csak kivételes esetben tüntetik fel. A neuronkonceptió hívei pedig, akik ilyen kísérletekkel megpróbálkoztak általában a Cajal-féle ezüstözési eljárásokat alkalmazták, így fáradozásaik javarészt eredménytelen maradtak. A neuronkonceptió-ellenes tábor, amely általában a degenerációs vizsgálatokhoz igen alkalmas Bielschowsky-eljárásokat alkalmazta, természetesen nem kísérletezett. Így a synapsis-degeneráció felhasználása mintegy 30 évet késett.

Az első kétségtelen sikert *Rasdolskij* (1923) leningrádi neuropathologus érte el synapsisdegenerációs kísérletekben, azonban — rendkívül impresszionáló képei és később helyesnek bizonyuló adatai ellenére — hisztológiai módszere, valószínűleg meglehetősen körülményes volta folytán nem terjedt el és teljesen feledésbe merült a Szovjetunióban is.¹ Újabb fordulatot jelentett, mikor *Miskolczy Dezső* (1931), igaz ugyan Cajal-módszerrel, az első világos központi idegvégződés-degenerációs eredményeket közölte a kisagy moharostjain. Ez ugyanis ismeretlen okból az egyetlen végződéscsoport, mely elfajulás közben Cajal-ezüstözéssel is világosan feltüntethető. *Miskolczy* eredményei nyomán főleg amerikai hisztológusok széles körben kezdték alkalmazni ezt az eljárást, azonban a Cajal-eljárás és az Amerikában igen használatos Bodian-féle ezüstözés sajátosságai folytán az eredmények nem voltak eléggé meggyőzőek (*Hoff*, 1934) és végül is teljesen negatív kritikához vezettek (*Phalen* és *Davenport*, 1937). Időközben a vegetatív idegrendszer területén, ahol szükségszerűen Bielschowsky típusú ezüstözéseket kellett alkalmazni *B. I. Lavrentjev* és számos munkatársa kiváló sikerrel alkalmazta a synapsisdegenerációs módszert, amely irányba annak idején mint fiatal kezdő kutató én is bekapcsolódtam (1935, 1937, 1938), főleg a fontos vegetatív idegvégzések degenerációs elemzése körül. Így számomra természetes volt, hogy *Miskolczy Dezső* útját követve a központi idegrendszerben nem Cajal, hanem a jobban megszokott Bielschowsky impregnációs eljárásokat alkalmaztam, amelyek a degene-

rált központi synapsisokat világosan feltüntetik (1938, 1939, 1941). A kezdődő II. világháború lehetővé tette akkoriban a szélesebb nemzetközi kapcsolatokat, de vége után azonnal, főleg angolszász nyelvterületen az ez irányú kutatás hatalmasan fellendült. *P. Glees* (1946) módszere, amely az eredeti Bielschowsky-eljárás módosítása, hosszú ideig nagy népszerűségnek örvendett, de az eljárás nem elég szigorú kritikával való alkalmazása és a degeneráció alapjelenségeinek Glees általi nem egészen szerencsés leírása még mindig hátráltatta a fejlődést, mígnem *Nauta* és *Gygax* (1954) újszerű, a normális idegrostok impregnációját elnyomó és csak a degenerált szemcséket kiemelő (4. ábra) eljárása meghozta a teljes fordulatot és ma a szürkeállománybeli pályakapcsolatok degenerációs elemzése a neuroanatómia legjelentősebb irányát képviseli. A *Nauta*-féle eljárás nem teszi feleslegessé a nehezkesebb Bielschowsky-eljárásokat, mert a legvégső synaptikus érintkezések pontos lokalizációja tekintetében ez utóbbi módszerek által nyújtott információk nélkülözhetetlenek. Ezért ma rutinszerűen a két eljárást váltakozó metszeteken alkalmazzuk.

A degenerációs eljárások következetes alkalmazása ma már tökéletesen bebizonyította a synaptológia körüli pesszimista szemlélet helytelenségét és Cajal követelése, hogy a legbonyolultabb összefonódásban is identifikáljuk az egyes idegnyúlványok eredetét reális kutatási programmá vált. Persze a dolog a valóságban azért nem olyan egyszerű, mint az eddig elmondottak szerint gondolhatnánk. Minden szürkeállományban rengeteg egészen rövid nyúlványú — az ún. Golgi II. típusú neuron — vagy csupán néhány milliméter hosszú nyúlványú idegelem van, amelyek direkt degenerációs elemzés számára nem hozzáférhetők. Ezeket eddig aránylag a legjobban Golgi-módszerekkel lehetett vizsgálni és az erre vonatkozó adatok óriási tömegével találkozunk a neurohisztológia klasszikusainak — ezek között *Lenhossék Mihálynak* — munkái között. A Golgi-módszerek főleg a nem egészen rövid — néhány milliméter hosszú — nyúlványú neuronok kapcsolatai elemzése körül felmondják a szolgálatot, ezért egy újabb eljárás bevezetése vált szükségessé (1958), nevezetesen a degeneráció negatív felhasználása oly módon, hogy egy szürkeállomány fő odavezető hosszú összeköttetéseit megszakítjuk, esetleg azt teljesen izoláljuk úgy, hogy vérellátása megmaradjon. Ez utóbbi akkor lehetséges, ha mint pl. az agy- és kisagykéregben, de sok más helyen is a pia mater felől elég vérellátás marad meg egy idegszöveti darab izolálása után. Ha már most kb. 2 hónapig várunk, míg az elfajulásnak áldozatul eső bejövő elemek termékei mind eltakaríthatnak, az izolált szürkeállományrészben megmaradó sejtek rövid összeköttetéseit és ezek synapsisai megmaradnak és részben fény-, részben elektronmikroszkóppal vizsgálhatók. Tehát nem az elfajuló, hanem a „megmaradó elemeket” vizsgáljuk. E kísérleti eljárás konzekvens alkalmazása főleg elektronmikroszkópi módszerekkel kombinálva kezünkbe adja az utolsó eszközt, amely a Golgi és neurofibrilláris, illetve degenerációs eljárások mellett az idegközpontok kapcsolási vázának felderítéséhez elvileg még szükséges volt. A birtokunkban levő ezen eljárások megfelelő alkalmazásával az idegrendszer minden létező bármily bonyolult neu-

¹ Amikor 1949-ben Leningrádban találkoztam vele és szóba hoztam, hogy régi kezdeményezése a neuroanatómia milyen hatalmas új iránya és fellendülése kezdetét jelezte, kitűnt, hogy maga is teljesen megfellebbezett régi munkáiról és nem követte a további ez irányú fejlődést. Sz. J.

ronkapcsolása elvben felderíthető. Az 5. sz. ábrán példaként *Hámori* (1964) kutatásaiból egy 2 hónapja izolált kisagykéregrészet szemcsés rétegéből mutat egy elektronmikroszkópi részletet. A megmaradt synaptikus végkészülék a 2. ábrán mutatott hatalmas synaptikus komplexus — a kisagysziget vagy glomerulus — lokális eredetű, nagy Golgi-sejtekből származó axonvégződést mutatja, míg az afferens pályákból származó moharost természetesen megsemmisült. Így lehetett e komplex synapsisféleség egyik praesynaptikus tagját tökéletesen identifikálni. A gyakorlatban persze az összefonódó idegelemek óriási száma és a synaptikus átvitel konvergens kapcsolások által biztosított „speciális (térbeli) szummáció”-hoz kötött, vagy ettől függő volta folytán egy szürkeállományban lezajló kapcsolási műveletet néhány reprezentatív neuron kapcsolatainak bármily tökéletes felderítése esetén sem válnak még érthetővé. A kapcsoló műveletet valódi megértéséhez ezen felül — szerkezeti oldalról — még elengedhetetlenek kvantitatív adatok arról, hogy hány bizonyos féleségű neuron-elágazódása hány következő neuronláncszemmel hol és milyen számú kapcsolatot létesít. Az elemek nagy száma folytán ilyen adatok már csak igen fejlett matematikai módszerekkel nyerhetők, amelyekhez a hisztológus bizonyos „nyersanyagot” adhat, amelyek azonban meglevő matematikai ágazatok (topológia, gráf-elmélet), valószínűleg lényeges speciális továbbfejlesztését is fogják igényelni.

Helytelen volna ezért olyan benyomást keltenünk, hogy az itt kifejtett hisztológiai eljárásokkal az idegrendszer neuronális kapcsolódásai terén a munka nehezen túllennénk. A neuronkonceptió következetes alkalmazása csupán olyan pozícióba juttatott bennünket, amelyből az előző szakasz szerint most már egészen más eszközökkel az idegrendszer „huzalozása” felderíthető. A munka nagya tehát még előttünk áll.

3. A neurofibrillák kérdése

Fejtegetéseink végére hagytuk a neuronkonceptió körüli vita leginkább magyar vonatkozású részét a neurofibrillák kérdését. Bár a neurofibrillákat *Max Schultze* írta le, mégis *Apáthy István* (1897) nevéhez fűződik az a gondolat, hogy a neurofibrillák képeznek az idegi működés lényeges anyagi subsztrátumát, ezek volnának az idegrendszer ingerületvezető elemei. *Apáthy* páratlan hisztotechnikai invencióval és ügyességgel alátámasztott elképzelései *A. Bethe* (1900) élettani kutatásaiban találták meg funkcionális párhuzamukat. *Apáthy*-t különböző, ma sem egészen tisztázott körülmények, aránylag korán elkedvetlenítették az ezirányú kutatástól, ezért a neurofibrillák jelentőségét előtérbe helyező kutató irányzatban hamarosan *Held* (1929), majd később *Boeke* és *Stöhr* (1933—57) munkái kerültek előtérbe, melyek már nélkülözték *Apáthy* szemléletének világosságát és egyértelműségét — egyben persze szélsőséges vonásait is — így érhető, hogy a neurofibrillaris koncepció egészséges továbbfejlődése helyett, amely tévedései

ellenére a kutatást lényegesen megtermékenyítette volna, ködös félmegállapítások és zsargonszerű, az élő anyag strukturális organizációja szempontjából meg- és felfoghatatlan leírásokban sekélyesedett el, melynek legijesztőbb példája *Stöhr*¹ és számos követőjének „Terminalretikulum” koncepciója.

Pedig *Apáthy* neurofibrillaris koncepciója, stílusának sajátos nehézkessége és mondanivalóinak áttekinthető tagolásától való idegenkedése ellenére, lényegében világos, elgondolkoztató és új kérdésfelvetéseket provokáló elképzelés. Eszerint a neurofibrillák önálló szöveti egységek, amelyek több elemi fibrillából, helyenként kötegszerűen összefogva, majd újra felosztódva az idegszövet sejtjeit és pedig dúc- és hüvelysejteket kábelszerűen felhasználva, a receptorsejteket megszakítás nélkül összekötik az effektorsejtekkel. Bár dúcsejtek neurofibrillahálózata között is vannak szerinte kapcsolatok a fő kapcsolókészüléket mégis a dúcok centrális neuropilje képezné, amelyben a neurofibrillák ismételt bonyolult átrendeződése biztosítaná az ingerületvezetés sokféle lehetséges útjait. Ezt a koncepciót a neutronan képviselői, köztük ismételtelen *Lenhossék Mihály* is erélyesen cáfolni igyekeztek egyrészt azzal, hogy a neurofibrillák nem folyamatos fonalak, hanem valódi térrácszerű belső differenciálódásai az idegsejtplazmának. Másrészt azt vitatták, hogy az idegelemek közötti kapcsolópontokon — a synapsisokon — a fibrillák az egyik idegelemből nem lépnek át a másikba. A vita ma már kizárólag történelmi jelentőségű, és a maga idejében is meglehetősen meddő volt, mert *Péterfi Tibor* (1928) jóval később történt felléptétől elteltintve, aki a plazma szerkezetére alapozott korszerű okfejtésével magasan kiemelkedett, a vita csaknem teljesen leíró morfológián és a durva műtermekkel dolgozó impregnációs eljárásokon túl nem jutó szinten mozgott. *Lenhossék Mihály* maga nem volt harcos egyéniség és mint maga mondotta a vita, különösen szóban, nem volt erős oldala. *Apáthy* már sokkal inkább az lett volna, de korai elkedvetlenedése és visszahúzódása, valamint írásai kifejezőképességének határai — ebben osztozott sajnos egy másik nagy kutatónkkal, *Högyes Endrével* — meggátolták a vita egészséges kibontakozását. *Lenhossék—Apáthy-vitáról* beszélni ezért a valóságban némi költői túlzás.

Apáthy eredeti koncepciójára a halálos csapást az idegingerület membránelmélete mérte, valamint az a tény, hogy az idegelemek egy időben csak egyfelé terjedő jellegű ingerületi állapotban lehetnek, tehát semmi adat sincsen arra, hogy az idegsejteken belüli neurofibrillák külön-külön vezetnének ingerületi folyamatokat. Így szinte egycsapásra a neurofibrillák tökéletesen elvesztették a századforduló körül még megvolt vonzerejüket. Mi sem jellemzőbb erre a fordulatra, mint az, hogy *A. Bethe* az *Apáthy*-féle koncepció funkciók ekvivalense kidolgozójának az 1950-es évek elején írt *Allgemeine Physiologie* c. könyvében ez a szó „neurofibrilla” elő sem fordul. Hasonlóképpen hiába keressük a fogalmat a legtöbb mai élettani tankönyvben. Pedig, mint mindjárt meglátjuk, kár oly gyorsan elhagyni a látszólag süllyedő hajót.

Az elektronmikroszkópi kutatások eleinte a neurofibrillák ultrastrukturális alapjairól nem sokat árultak el. Az eléggé kétségtelen, hogy nincsenek olyan fonalszerű képződmények, amelyek két synaptikus érintkezési felszínen egyszerűen az

¹ Összefoglaló irodalom *Moellendorff—Bargmann* kézikönyv, IV/5. kötetében.

egyik elemből a másikba áthaladnának. Viszont az elektronmikroszkópi hisztoteknika (kontrasztosítás stb.) fejlődésével mind világosabbá válik, hogy a neurofibrillák kétségtelen ultrastrukturális alapját képező ún. neurofilamentumok, vagy amint helyenként látható — pl. a dendritekben, ahol vastagabbak —, hogy a valóságban csövek, tehát „neurotubulusok” az idegelemeknek jellemző és fontos alkotórészei. A fénymikroszkópban látható neurofibrillák természetesen sok neurofilamentum vagy tubulus rögzítési műtermékként való összecsapzódásából jönnek létre. Különösen érdekes az a 6. és 7. ábrán látható tény, hogy a dendritek neurotubulusai nem stabilis szerkezetek, tehát pl. egyszerűen strukturproteinek, amelyek micellái mondjuk áramlás folytán rendeződtek. A tartósan funkcionálisan megterhelt neuronokban a neurotubulusok ilyen látványos megnagyobbodása, ugyanakkor, mikor az illető sejtek ergasztoplazmája is hatalmas aktivitás jeleit mutatja és synaptikus végződéseikben is szinte forradalmi változások zajlottak le, már egymagában is jelzi, hogy igen fontos és nyilván a hosszú nyúlványú sejtek specifikus szerkezeti sajátosságai. Meddő volna már most spekulációba bocsátkozni, hogy mire való ilyen csőrendszerek jelenléte, bár F. O. Schmitt (szóbeli közlés, 1964) felveti a gondolatot, hogy speciális konfigurációjú molekulák számára aránylag gyors szállítórendszert képezhetnek. Mindenesetre Cajal kétségtelenül tévedett, amikor a neurofibrillákat térrácsként fogta fel. Elektronmikroszkópban vitán felül hosszanti csőrendszerek, amelyek nemigen anasztomozálnak. E tekintetben tehát Apáthy és Bethe leírása bizonyul helyesebbnek.

Semmi okunk sincs tagadni, hogy az idegelemek specifikus terjedő ingerületei az ideghártya depolarizációs folyamatai, tehát az idegelemek jel-továbbító működéséhez belső plazmadifferenciációk valószínűleg nem szükségesek. Ugyanakkor azonban igen sok és állandóan szaporodó adatunk van arra is, hogy az idegelemen végig nem csupán egyirányú anyagtranszportra, de kétirányú és a nem specifikus ingerületi működések kategóriájába tartozó információtovábbításra is szükség van. Az idegelem trofikusan függ és egyben befolyásolja mindazon ideg- vagy szövetelemeket, amelyek vele synaptikus kapcsolatba lépnek, illetve amelyekkel maga kapcsolatot létesít. Az idegelemek fejlődési specificitása amely meghatározza, hogy mely idegelem melyik másik ideg- vagy egyéb szövetelemmel léphet kapcsolatba, a funkciós megterhelés vagy éppen inaktivitás tartós visszahatása az idegelem szerkezeti és működési tulajdonságaira, nem csupán helyileg, hanem egészen a mag nukleotid összetételéig (Hydén, 1959), bonyolult belső nem-ingerületi jellegű információkövetítést tételez fel. Nem állíthatjuk természetesen, hogy ebben éppen a neurotubulusoknak van döntő szerepük, de odáig már nyugodtan elmehetünk, hogy az idegszövetre specifikus eme strukturális elemeket az eddiginél lényegesen nagyobb figyelemben kell részesítenünk és meg kell kezdeni pontosabb vizsgálatukat a ma

rendelkezésre álló szerkezetelemző módszerekkel.

A neurontan tehát igaznak bizonyult és döntő tételeiben minden valószínűség szerint időálló lesz. Hasonlóan időálló lesz, legalább főbb vonalaiban mai képzetrendszerünk, az idegsejt — azaz neuron — egészének ingerületi jeltovábbításáról. De ha lehet, vagy szabad a tudományban jósolnunk, akkor megkockáztathatjuk azt az állítást, hogy ez *nem minden!* A jövő kutatója a ma ismert terjedő ingerületben nem az idegműködés elemi alapjelenségét fogja látni, hanem durva össz-eredőjét számtalan, a sejtjénél lényegesen finomabb nagyságrendben lezajló anyag- és energiamozgásnak, illetve információtovábbításnak és tárolásnak. Ilyen értelemben arról, hogy Apáthy szavaival élve mi még „vezető elem” az idegrendszerben, az utolsó szót még távolról sem mondhatták ki.

Összefoglalás

A neuronelmélet körül közel hét évtizedig folyó harc fontosabb vitapontjainak elemzése a mai elektronmikroszkópi ismeretek megvilágításában. Az elektronmikroszkópi feloldás minden kétséget kizáróan bebizonyította, hogy a neuronelmélet alábbi posztulátumai helyesek: 1. A neuront minden nyúlványával együtt megszakítás nélküli zárt sejt-hártya veszi körül és egymással szomszédos neuronok, vagy neuron és egyéb szöveti elem között plazmatikus vagy fibrilláris kontinuitás nincsen. 2. Az idegszövetekben, idegsejten és nyúlványaikon, valamint gliasejteken és nyúlványaikon, úgyszintén a keringést szolgáló szövetelemeken kívül semmiféle további magasabb strukturális organizáltságú anyag nincsen. Az idegszövetek sejt közötti tere aránylag csekély, az egymással szorosan érintkező szövetelemek felületi hártái között található mintegy 150—200 Å tágasságú résrendszer alakjában, van jelen, amely a központi szürkeállományban az össztérfogat mintegy 7%-át teszi ki. A neuronon képviselői a neurofibrillák megítélésében tévedtek: ezek szubmikroszkópos szubsztrátumai az ún. neurofilamentumok, azokon a helyeken, ahol elég vastagok, kétségtelenül csövek. E csőszervezetek rendkívül változékonyak a neuron aktivitási állapotai szerint. Ha az ingerület tovavezetésében ezek a szerkezetek a mai ingerületi membránelmélet szerint nem is szerepelhetnek, egyáltalán nem zárható ki, hogy a neuronokban felleveendő nem ingerületi információtovábbításban mégis fontos szerepük lehet.

IRODALOM. 1. Andersen P., Eccles J. C., Voorhoeve P. E.: Nature, (London), 1963, 119, 655. — 2. Apáthy I.: Das leitende Element des Nervensystems und seine topographischen Beziehungen zu den Zellen. Mitt. Zool. Stat. Neapel, 1897, 12, H. 4. — 3. Bauer K. F.: Organisation des Nervengewebes und Neurencythiumtheorie. Urban und Schwarzenberg, München — Berlin. 1953. — 4. Bethe A.: Arch. mikr. Anat. 1900, 55, 516. — 5. Bethe A.: Allgemeine Physiologie, Springer, Berlin—Göttingen—Heidelberg. 1952. — 6. Boeke J.: Innervationsstudien I—XII. Z. mikr.-anat. Forsch. 1933—1949, 33, 23; 33, 239; 34, 330; 35, 551; 38, 554, 594; 39, 477; 46, 488. — 7. Cajal S., Ramon y: Rev. trim de Histol. norm. y path. Barcelona 1888. p. 1. — 8. Cajal S.,

Ramon y: Histologie du Système Nerveux de l'Homme et des Vertébrés. Tome II. Paris, Maloine. 1911. — 9. Forel A.: Arch. f. Psychiatr. 1887, 18, 162. — 10. Foster M., Sherrington C. S.: A text book of physiology. 7. kiad. Macmillan, London. 1897. — 11. Galambos R.: Brain and Behaviour, 1st. Conf. Ed. M. A. B. Brazier, Amer. Inst. Biol. Sc. pp. 1961, 187, 188. — 12. Gehuchten A. van: Cellule, 1891, 7, 79. — 13. Hámosi J.: 3rd European Regional Conf. on Electr. Micr. p. 291, C. S. Acad. Publ. Prague. 1964. — 14. Haug H.: Acta Anatomica, (Basel), 1953, 19, 60, 153. — 15. Held H.: Die Lehre von den Neuronen und vom Neurencytium und ihr heutiger Stand. Fortschr. naturwiss. Forsch. 1929. — 16. His W.: Abhdl. d. mel.-physiol. A. d. kgl. Sächs. Ges. d. Wiss. 1886, 13, 6. — 17. Hodgkin A. L., Huxley A. F.: J. Physiol. (lond.) 1952, 117, 500. — 18. Hoff E. C.: Proc. Roy. Soc. Lond. 1932, 111, 175, 226. — 19. Horstmann E., Meves H.: Z. Zellforsch. 1959, 49, 569. — 20. Hydén H.: Proc. IV. Internat. Congr. Biochem. London, 1959, 3, 64. Ed. O. Hoffmann-Ostenhof, Pergamon. — 21. Hydén H., Pigon A., J. Neurochem. 1960, 6, 57. — 22. Kuffler S. W., Potter D. D.: J. Neurophysiol. 1964, 27, 290, 645. — 23. Lavrentyev B. I.: Z. mikr. anat. Forsch. 1929, 6, 241; — 1932, 18, 233; — 1934, 23, 527; 1926, 35, 71. — 24. Lenhossék M.: Neuere Forschungen über den feineren Bau des Neevensystems, Basel. 1891. — 25. Lenhossék M.: Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuer Forschungen, Kornfeld, Berlin. p. 1895, 409. — 26. Lenhossék M.: A sejt és a szövetek, Franklin, Budapest. — 27. Mitarai G., Svættichin G., Vallecalle E., Fatechaud R., Villegas J., Lauf-

fer M.: »The Visual System«-ben Kiad. R. Jung és H. Kornhuber, Berlin, Springer. 1961. — 28. Miskolczy D.: Z. Anat. Entw.-gesch. 1931, 96, 537. — 29. Nauta W. H., Gygar P. A.: Stain Techn. 1954, 29, 91. — 30. Nissl F.: Die Neuroenenlehre und ihre Anhänger, G. Fischer, Jena. 1903. — 31. Péterfy: Das leitende Element, Bethe-Bergmann, Hdb. d. norm. u. path. Physiol. 1928, 9. — 32. Phalen G. S., Davenport H. A.: J. Comp. Neurol. 1938, 68, 67. — 33. Rasdolskij J.: Z. ges. Neurol. u. Psychiatr. 86, 361. — 34. Retzius G.: Biol. Untersuchungen, Stockholm. 1891. — 35. Robertson J. D., Bodenheimer T. S., Stage D.: J. Cell. Biol. 1963, 19, 159. — 36. Schaffer K. és Miskolczy D.: Histopathologie des Neurons, Acta Med. Szeged. 1938, 9, pp. 1—411. — 37. Sholl D. A.: J. Anat. (Lond.) 1953, 87, 387. — 38. Stöhr Ph. jr.: Z. Zellforsch. mikr. Anat. 1939, 29, 562. — 39. Stöhr, Ph.: Mikroskopische Anatomie des vegetativen Nervensystems, Moellendorff-Bargmann, Hdbch. d. mikr. Anat. d. Menschen, IV/5, 1—633 p., Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg. 1957. — 40. Szentágothai (Schimert), J.: Z. Zellforsch. mikr. Anat. 1935, 37, 38; 25, 247; 27, 246; Z. mikr.-Anat. Forsch. 44, 85. — 41. Szentágothai (Schimert), J.: Z. Anat. entw. Gesch. 1938, 39, 41; 108, 761; 109, 665; 111, 322. — 42. Szentágothai J.: Acta Morph. Ac. Sci. Hung. 1958, 8, 287. — 43. Vogt C. és O.: Die Grundlagen und die Teildisziplinen der mikroskopischen Anatomie des Zentralnervensystems. Moellendorff, Hdb. d. mikr. Anat. d. Menschen, IV/1, p. 475. 1928. — 44. Waldeyer G.: Dtsche. Med. Wochenshr. 1891, 17, 1213. — 45. Weiss P., Hiscoe H. B.: J. Exp. Zool. 1948, 107, 315.

Sammlung von Monographien über Infektionskrankheiten und ihre Erreger

Szerkesztik: **Richard Bieling, Bonn; Johannes Kathe, Rostock; Werner Köhler, Jena és Anton Mayr, München**

Az egyes leírások kisebb-nagyobb, hasonló kiállítású kötetei gyűjteményes munka részei, melynek lényegét a kórokozó morfológiai, biológiai, és fizikai-kémiai tulajdonságainak tárgyalásán kívül az általuk okozott emberi és állati megbetegedések és járványok, ezek pathogenezeise, az előidézett kóros elváltozások, valamint a gyógyítási eljárások és az immunitás kifejlesztése adják.

Első kiadás: II. kötet

Die infektion durch das Herpes simplex-Virus

Írta: prof. dr. med. **Theodor Nasemann**, Egyetemi Bőrgyógyászati Klinika és Rendelőintézet, München. Kb. 240 oldal, 111 db, részben színes illusztrációval és 14 táblázattal L 6 = 16,7 × 24 cm, 1965, lenvászkonkötésben.

Részletesen tárgyalja a herpesz megbetegedések klinikai és mikrobiológiai kérdéseit. A művet szemléltető ábrák, valamint gyógyászati és differenciáldiagnosztikai utalások egészítik ki.

Megrendelhető Budapesten, az Akadémiai Kiadó könyvesboltjában.

VEB GUSTAV FISCHER VERLAG JENA BERLIN

KLINIKAI TANULMÁNY

Heim Pál Gyermekkórház, Fővárosi Tanács Központi Gyermekegészségügyi Módszertani Tudományos Kutató és Továbbképző Intézete, Fül-, orr-, gége- és bronchológiai Osztály (Főorvos: Kallay Ferenc dr.) Phoniatriai Rendelés

A dadogásról

Hirschberg Jenő dr.

A dadogás az egyik legsúlyosabb és legelterjedtebb beszédhiba. Különböző statisztikák szerint gyermekek között 0,5—2% gyakorisággal fordul elő (17, 32), így hazánkban is több, mint 50 000 dadogó gyermekkel kell számolnunk.

A dadogás problémájával Hippokrates óta napjainkig számos tudós, kutató, orvos és pedagógus, sőt laikus és beteg is foglalkozott már, azonban sok lényeges kérdésben még ma sem alakult ki egységes álláspont. Kussmaul 1877-ben megjelent monographiájában fogalmazta meg elsőként a korszerű meghatározást e beszédhiba lényegéről, amely szerint a dadogás a beszéd spasticus coordinációs neurosis. A kezelés vonatkozásában Hermann Gutzmann munkássága jelentette a döntő fordulatot, aki a múlt század végén a modern phoniatriát megalapította és apja — Albert Gutzmann — nyomdokain a physiologiai szempontokat érvényesítette a dadogás gyógyításában. A pathophysiologia kidolgozásában Seeman (32) végzett úttörő munkásságot.

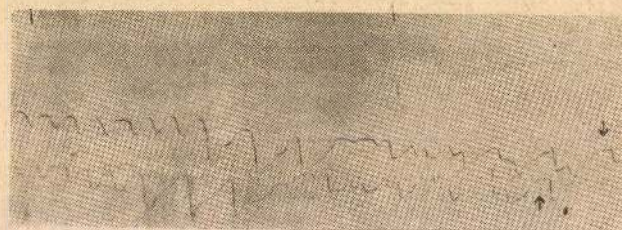
A dadogás (balbuties, spasmophemia) a folyamatos beszéd zavarát jelenti. Külső tünetei általában közismertek, ezek a beszédszervek területén jelentkező görcsös állapotok következményei. A normál beszédhez a légzés, a hangadás és az articulatio együttműködésére van szükség. Dadogásnál a fellépő görcsök hatására ez a coordinatio felborul, és a kóros jelenségek a beszéd folyamatát mindhárom fázisában jelentkezhetnek. Ezek közül a légzőmozgások zavarai a legfeltűnőbbek. A tünetek formáikban és súlyosságuk tekintetében rendkívül változatosak. Froeschels (8, 9) tízezer dadogó vizsgálata után kijelentette: nincs két dadogó, aki azonos tüneteket produkálna. Nagy általánosságban a görcsök jellege szerint klónusos, tónusos vagy vegyes típusú dadogásról beszélünk. Klónusos esetben a dadogó a szavak első hangzóját, vagy szótagját ismétli. Tónusos görcsök esetén a gyermek nem tudja a szót elkezdni, vagy a szavak első hangzóját görcsösen megnyújtja. Leggyakrabban e kétféle típus különféle kombinációit figyelhetjük meg.

Igen feltűnőek lehetnek a beszédet kísérő kóros együttmozgások, melyek leginkább a mimikai izmok területén lépnek fel, de a nyak-, törzs- és végtagizmok részéről is jelentkezhetnek.

Ritkább megjelenési forma a traumás eredetű dadogás, amelyre a levegőnek a szőkezdés előtt való hangtalan, vagy hehezett kibocsátása — Atemvorschieben — jellemző (6). Az ún. belső dadogásnál a gyermek a hozzá intézett kérdésekre rövidebb-hosszabb ideig nem válaszol. Ilyenkor a mellkas- vagy hasizomzat tónusfokozódása állhat fenn. A tónusok vagy klónusok

regisztrálása pneumograph-fal történik (1. ábra).

A dadogó gyermek beszédét sok körülmény befolyásolja: fáradtság, egészségi állapot, meteorológiai viszonyok, és az a környezet, ill. situatio, amelyben beszélnie kell. A dadogó általában idegen környezetben beszél a legrosszabbul, mikor figyelmét saját beszédére összpontosítja, a hadaró gyors beszéde viszont családi és baráti körben a legkifejezettebb. Az említett behatások mellett a dadogásban spontán javulások és rosszabbodások is megfigyelhetők. Nem kezelt esetekben másodlagos psychés tényezők kialakulása nagyfokban rontja a beszédet. A dadogó fél a beszédétől, logophobiássá, emberkerülővé válik. Így a beszédneurosis psychoneurosisal súlyosbodik. A dadogás spontán beszédben, elbeszéléskor, rákérdezés esetén a legkifejezettebb. Ismert szövegek, versek elmondásakor a beszéd jobb.

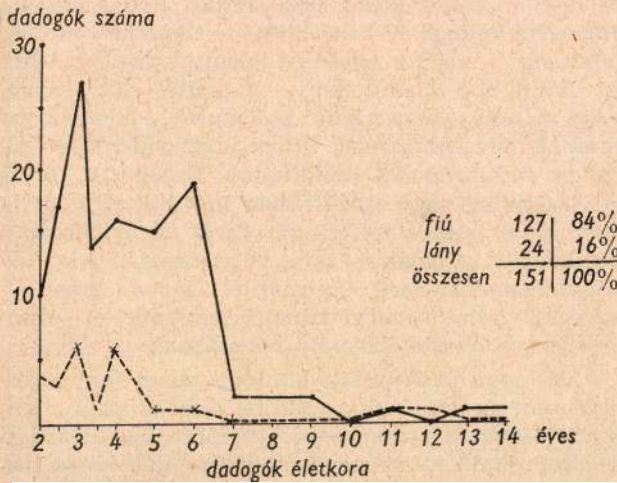


1. ábra. R. J. 6 é. tónusosan dadogó leány mellkasi pneumogramja (Jaquet f. thorakograph-fal) A nyílak a beszéd közben fellépő tónusokat jelzik.

A dadogás kialakulásában számos tényezőnek lehet szerepe. Ezek kutatása és tisztázása elsőrendű fontosságú, mert csak ezek ismeretében lehet a dadogás különféle formáit differenciálni és a leginkább megfelelő kezelést elkezdni. E szempontokat saját betegeink kezelésében is érvényesítjük, így a dadogást kiváltó vagy elősegítő tényezőket saját beteganyagunk tükrében tárgyaljuk.

A Heim Pál Gyermekkórház poliklinikáján 3 éve működő phoniatriai rendelésünkön az utóbbi 2 év alatt (1962—63) összesen 151 dadogó beteget vizsgáltunk ki. Ez a szám megközelíti a bécsi Allgemeinem. Krankenhaus beszédhibás rendelésének forgalmát, ahol Imre (16) évi 80—90 új dadogó kezelésbevételéről számol be.

A dadogás okai között mindenekelőtt a fejlődés korai szakaszán kialakuló agyi sérülés, az ún. „frühkindliche Hirnschädigung” (27) organicus tünetei, familiaris vonatkozások és psychés körülmények hatása után kutattunk. A komplex kivizsgálás érdekében szorososan együttműködtünk Bogárdi Mihály főorvossal és Kolos Tamás psychologussal, akik a rendszeres neurológiai, esetleg EEG, ill. pszichológiai vizsgálatokat elvégezték.



2. ábra. A dadogás kezdete. Nem és kor szerinti megoszlás.

A 2. ábra a dadogók nem és kor szerinti megoszlását tünteti fel a dadogás kezdetének időpontjában.

A százalékos megoszlás (84% fiú, 16% leány) megegyezik az irodalmi adatokkal, amely szerint a dadogók közt fiúk túlnyomó többséggel szerepelnek (17, 21, 32). Ennek pontos oka ismeretlen. Egyesek általában jobb beszédadottságaival magyarázzák.

A dadogás kevés kivételtől eltekintve gyermekkorban kezdődik. Seeman (32) szerint az első tünetek 60%-a akkor keletkezik, amikor a gyermek összefüggő mondatok képzését tanulja, tehát a 3–6 életév között. További időpont, amikor a dadogás gyakrabban lép fel, a 6–7 év, tehát az iskolábalépés időszaka. Végül a harmadik a pubertás kezdete. Ezt a megoszlást tükrözi saját eseteink kor szerinti grafikonja is.

1. táblázat
Familiaris vonatkozások 151 dadogónál

	Apa	Apai rokon	Anya	Anyai rokon
Dadog	5	9	8	11
Hadar	17	4	25	6
Összesen:	22	13	33	17
Együtt:	35 (23%)		50 (33%)	
Csak anyai ágon	43			
Csak apai ágon	28			
Mindkét ágon	7			
Összesen	78 gyermeknél (51,6%) familiaris tényező			

Familiaris vonatkozásokat az esetek felében tudtunk kimutatni (1. táblázat). A közölt nagyszámú világirodalmi statisztika is általában 30–40%-os örökletes dispositióról számol be. Különösen hadarás szerepel gyakran a szülőknél, főleg az anyai ágon. Ez utóbbi megfigyelésünk egyezik Sedláčková (31) adataival, aki szerint kétszer olyan gyakran öröklődik dadogás az anya, mint az apa részéről.

A 2. táblázat a dadogás keletkezésében szerepet játszó további tényezők gyakoriságát mutatja. Ennek az összeállításnak kellő értékelése egy adott eset kezelésén túlmenően egyben segítséget nyújt a dadogás általános profilaxisában is. Hangsúlyozni kívánjuk, hogy nem minden dadogónál tudtunk közvetlen kiváltó, vagy a beszédneurosis elősegítő körülményt kimutatni, néhol viszont a károsító hatások több vonatkozásban is jelentkeztek.

2. táblázat

A dadogást kiváltó vagy elősegítő tényezők

Infectio	11	esetben
Hyp. tons. Veg. aden.	67	„
Balkezések átállítása	38	„
Iskola	5	„
Rossz családi milieu, educatio inadaequata	43	„
Utánzás	7	„
Állattól való megijedés	23	„
Egyéb lelki trauma	13	„
Esés, ütés	18	„
Bilinguizmus	2	„

Infekciós megbetegedések Gutzmann (12) statisztikája szerint az esetek 10%-ában szerepelnek provokáló momentumként, saját betegeink között 7%-ban. Természetesen a praedispositio megítélése a legnagyobb óvatosságot igényli. A fertőző megbetegedéseket is legfeljebb akkor lehet praedilectiós tényezőként felfogni, ha a dadogás a betegség alatt, vagy közvetlenül utána lép fel. A heveny fertőző betegségek nemcsak a dadogás kiváltásában szerepelnek, hanem a javuló esetek visszaesését is előidézhetik.

Feltűnően gyakran találtunk hypertrophisált mandulákat és nagy adenoidot dadogó gyermekekben. A következményes gátolt orrlégzés praedisponálhat dadogásra, aminek oka Seeman (32) szerint a savbázis egyensúly megbomlása, ill. ennek következtében fellépő zavar a neurovegetatív szabályozásban. Ez a feltevés azonban még alapos utánvizsgálatra szorul. Imre (16) a beszéd spontán javulását figyelte meg mandulaműtét után a légzés normalizálódása következtében.

A balkezesség, ill. az átállítás kérdésében még ma sincs egységes álláspont. Kétségtelen, hogy a dadogók között több a balkezes, mások szerint a mindkét kezét használó gyermek. Vannak, akik a dadogók családjában találtak feltűnően sok balkezest. Saját megfigyeléseink szerint főleg a balkezések erőszakolt átállításának van szerepe a dadogás gyors kialakulásában. 151 betegünk között 38 esetben szerepelt átállítás, ez a 7 balkezessel együtt összesen 30%-ot tesz ki. (3. táblázat). Nem dadogó gyermekeken nagy statisztikák szerint ez a szám nem haladja meg a 15%-ot. Egy bizonyos: a balkezések erőszakolt átállítása tilos, mert komoly szerepe lehet a dadogás kiváltásában.

Az iskola szerepét már érintettük. A kezdeti nehézségek kapcsán jelentkező első tüneteket a tanár helytelen hozzáállása és a társak csúfolása súlyosbíthatja.

Igen nagy számban szerepel milieu okozta ártalom a dadogás kiváltásában vagy fenntartásában. Gyakori a szülők veszekedése, testvérféltékenység, vagy a gyermek állandó félelme a család valamelyik tagjától.

3. táblázat

Jobb- és balkezesség előfordulása dadogókon

Jobbkezes	Kétkezes	Balkezese	Átállított
100 (66%)	6 (4%)	7 (5%)	38 (25%)

Az is helytelen, ha a 2—3 éves korban gyakran fellépő szótagismétlések, az ún. fiziologiás dadogás eseteiben a gyermek beszédét állandóan kijavítjuk, mert ezzel elősegítjük az ismétlések (iterációk) kóros fixációját. Egyesek szerint a szótagismétlés a gyermekek 80%-ának beszédében előfordul, de általában néhány hónap alatt eltűnik, ha csak a környezet hibás magatartása nem vezet annak tartós fennmaradásához. A korai, 3—4 éves korban jelentkező dadogások ilyen esetekben a fiziologiás dadogás fixált formájának tekinthetők. Fiatal, 3 év körüli gyermekek esetében sokszor nehéz elkülöníteni a fiziologiás formát a valódi dadogás kezdeti fázisától. Seeman szerint az ismétlés akkor válik pathológiássá, ha a gyermek emellett a szavak kezdő hangzóját görcsösen préseli ki. A préselés, spasmus, idővel olyan erős lesz, hogy az a szavak kimondását meggátolja, a gyermek megakad a beszédben. Schönhärl (30) szerint élettani dadogás esetében a gyermek beszéde mindennap egyforma, míg a kezdődő valódi beszédneurosisnál gyakran egyik nap jobban, másik nap rosszabbul beszél. Fiziologiás dadogásnál emellett a légzés sohasem zavart, a görcsök csak a nyelv és száj területén jelentkeznek.

Az utánzás szerepének megítélése is nehéz, főleg abban az esetben, ha a gyermekkel együttlakó egyik családtag, pl. a szülők valamelyike dadog. Ilyenkor az utánzás lehetősége mellett örökölhető dispositióra is gondolnunk kell.

Az ijedtség és az esés, vagy ütés a szülők által leggyakrabban megfigyelt kiváltó tényező, sokszor — helytelenül — ezt tartják a dadogás kizárólagos okának. Állatoktól való megijedés valóban sokszor szerepel a dadogás közvetlen kiváltásában. Több ízben tapasztaltuk azt is, hogy ilyen esetekben és más kifejezett testi, vagy lelki trauma behatására a gyermek napokig egyáltalán nem beszél (psychogen mutizmus), ezután beszéde súlyos tónusos dadogással indul.

A bilinguizmus — vagyis két nyelven történő nevelés — kiváltó szerepét 2 ízben tapasztaltuk. Általában 7—8 éves kor alatt nem helyes a gyermeknél idegen nyelv tanítását elkezdni, meg kell várni, míg a gyermek anyanyelvét tökéletesen megtanulta.

Az említett familiaris vonatkozások és a felsorolt közvetlen kiváltó okok, valamint a psychés tényezők tisztázása után minden esetben nagy gondot fordítunk az esetleges organicus laesiók felderítésé-

re. A Schilling (25) szerint ezeknek a faktoroknak a kutatása mindinkább előtérbe kerül a dadogás kialakulásának vizsgálatánál. Véleménye szerint egy időben kizárólag psychologiiai nézőpont uralkodott ezen a téren, ma egyre inkább a polyetiologiiai szemléletet fogadják el. A legújabb gyermekpsychiatriai kutatások alapján megállapították, hogy magatartási zavarok, psyches, vagy jellembeli eltérések, valamint a gyermek- és fiataalkori neurosok nagy százalékának háttérében szerepel eddig ki nem mutatott korai agyi sérülés (frühkindliche Hirnschädigung). A beszédhiba — dadogás, esetleg pöszesség — sokszor egyetlen megnyilvánulása lehet egy különben tünetszegény, a szülés előtt, alatt, vagy az első életévekben kialakuló enkephalopathiának. Máskor esetleg finom idegrendszeri — pl. reflex — eltéréseket találhatunk. Betegeink között is viszonylag nagy százalékban tudunk pl. enyhe connatalis jeleket felfedezni. Ezek az ártalmatlan degeneratív stigmák — mint pl. arca-symmetria, fülkagylórendellenesség, epicanthus, Darwin gumó — egyetlen látható szervi tünete lehetnek az egész szervezetet érintő károsító behatásnak.

Az agyi elváltozások kimutatásában fontos szerepe van az EEG-nek, annál is inkább, mert a kezelést kiegészítő gyógyszeres-therápia beállításában sokszor döntő jelentőségű. A diffus agyi károsodás mellett paroxysmusok jelenléte, vagy típusos sacceres görbe is előfordulhat. Az epilepsia, migrain és a dadogás közötti összefüggésre Szondi (33) mutatott rá először 1932-ben. A kérdés újabban a therápia vonatkozásában került előtérbe. A közölt adatok szerint Bente, Schönhärl és Krump (1), 103, Moravek és Langova (22) 149, Luchsinger (5, 8) 63 esetben végzett EEG-vizsgálatot dadogóknál. Schilling (25) nem közölt számú esetei között 31%-ban, Bente és társai (1) 59%-ban találtak pathologiás EEG-t, míg Luchsinger és Moravek, Langova szinte kizárólag csak hadaró komponens jelenléte esetén tudott kóros eltérést kimutatni. Ez utóbbi megállapításokat saját megfigyeléseinkkel nem tudtuk igazolni.

A 4. táblázaton mutatjuk be az általunk végzett 91 EEG-vizsgálat kiértékelését. Leleteink megoszlása Bente és társai adataival egyezik, mert az összes pathologiás görbék száma 60%-ot tesz ki.

4. táblázat

Dadogók EEG leletei

Enyhébb, vagy súlyosabb fokú, nem jellegzetes agyi károsodás	15 eset
Izgalmi jelek, paroxysmusok	25 „
Típusos sacceres	15 „
Negatív EEG	36 „
Összesen:	91 eset

Az EEG mellett az elektronystagmographia és a vibrációs érzés vizsgálata is segíthet a mélyebb agyi régiók károsodásának megítélésében (25, 27). A finom mozgások összerendezettségének, a motoriumnak vizsgálatára szolgál az ún. Oseretzky-test, amely ugyancsak finom nidicatója lehet egy korai enkephalopathiának. Ezt a vizsgálatot a közeljövőben fogjuk phoniatriai munkánkba beállítani.

Az ideggyógyászati és műszeres vizsgálatok mellett sokszor pusztán a beszéd pontos megfigyelése ad támpontot a pathogenesis vonatkozásában, mert pl. kifejezett monotónia igen nagy százalékban organicus eredet mellett szól (20, 24). Fontos az anamnesis gondos felvétele is: nehezített szülés, késői motoros- és beszédfejlődés gyakran szerepel a kórelőzményben. Saját betegeink között pl. 48 esetben, tehát az esetek közel egyharmadában találtunk késleltetett beszédkialakulást. Ez egyezik Borel—Maissonny (4) adataival, aki 58%-ban észlelt késői beszédfejlődést dadogóknál.

Amint látjuk, a dadogó gyermekek kórelőzményében, vizsgálati adataiban, a psychés állapot vonatkozásában számos esetben mutatható ki eltérés. Ennek a sok tényezőnek a jelenléte, vagy egymásra hatása mégsem vezet minden esetben dadogáshoz. Berendes (2) szerint neuropathicus konstitutio az az alap, mely a kiváltó-tényezők hatására beszédneurosishez vezet. Ez a neuropathiás hajlam a vegetatív idegrendszer területén is kifejezésre jut, és a neurovegetatív egyensúly felbomlásával vago-tonia vagy sympathicotonia formájában jelentkezik.

Fernau—Horn (7) szerint a beszédneurosis — tehát a dadogás — kialakulása két úton, két irányban történhet. Egyrészt centripetális irányban a személyiség felszínes rétegei felől a mélyebbek felé (Randneurose), ahol külső konfliktus vagy traumák által előidézett súlyos beszédzavar mellett a psychés tünetek másodlagosak és a közlési bizonytalanságnak a következményei. A másik út a centrifugális irány (Kernneurose), amikor a gyermek egy helyzetet képtelen megoldani és neurosisba menekülve másodlagosan alakítja ki a viszonylag enyhe dadogási tüneteket. Fernau—Horn megfogalmazásában az első esetben a gyermek nem hiszi, a másodikban nem akarja, hogy beszédkoordinációja helyesen működjék. Ennek a megkülönböztetésnek is a kezelés — főleg a psychotherapia — megválasztása szempontjából van jelentősége.

Az érzelmi behatásoknak Seeman (32) is nagy szerepet tulajdonít. Az ő vizsgálatai szerint a dadogás a striopallidaris rendszernek erős indulatok, emótiók hatására bekövetkező functiozavara. A pathomechanizmusnak ez a megjelölése a ma legáltalánosabban elfogadott theoria.

A kórjósolat és a therapiás lehetőségek megítélésében eléggé tartózkodóak vagyunk. Egyetértünk Schilling-gel, aki azt mondja: mindenki gyanús, aki hangosan beszél a dadogás végleges gyógyításában elért eredményeiről (26). Saját tapasztalataink kb. megegyeznek az általános véleménnyel, amely szerint a betegek egyharmada gyógyítható meg véglegesen (5, 21). 30%-ban értékelhető javulást lehet elérni, vannak esetek viszont — a további 30% — ahol minden kezelés ellenére a beszédhiba befolyásolhatatlan. Eredményeink pontos értékelésére azért nem kerülhet sor, mert a dadogás kezelése hosszadalmas, hónapokat, esetleg éveket vesz igénybe és így az 1962—63-ban kezelésbe vett betegek gyógyulásának, vagy javulásának biztos megítélésére még nem áll kellő idő rendelkezésünkre.

A kezelésben a komplex therapia elvét érvényesítjük, mely a phoniater orvos és a logoped ta-

nár szoros együttműködésén alapszik (15, 18). Ennek előfeltétele a pontos kivizsgálás és a dadogás sokféle formájának az eddigiekben vázolt elkülönítése. A kezelés alapja — Seeman szerint — a psychotherapia, amely elválaszthatatlanul összefügg a logopediai gyakorlatokkal és a gyógyszeres kezeléssel. Bár túlzás, de van alapja annak a kijelentésnek, hogy nem is a módszer a fontos, hanem a kezelést végző szakember szuggesztív egyénisége (3). A psychotherapia útján a dadogó nagyfokú érzékenységet és beszédfelelmét befolyásoljuk, meggyőzve őt arról, hogy physiologiás hangképzéssel épp oly hibátlan beszédet tud kialakítani, mint a többi gyermek. Ha a psychés sérülés igen mély (mint a Kernneurose Fernau—Horn szerint), ott véleményünk szerint avatott szakemberek által végzett komoly psychotherapiára van szükség. Minden dadogás kizárólagos psychologiai kezelésével — amint azt egyes külföldi intézetek végzik — nem értünk egyet, különösen, ha a másodlagos psychés tényezők még nem épültek ki és csupán a beszéd zavara áll a tünetek előterében. Ez a véleménye Froeschelnek is (8). A logopediai foglalkoztatással elsősorban a hibás légzéstechnikát javítjuk és ezt kiegészítjük lazító-, ütem- és ún. associációs gyakorlatokkal. Saját betegeink rendszeres logopediai kezelését Szabó Lászlóné logoped tanárnő végzi. A gyógyszeres therapia fontosságát számos közlemény hangsúlyozza (5, 10, 16, 29), egyesek célzott therapia hatására logopediai kezelés nélkül is teljes gyógyulást észleltek (28). Magunk részéről a gyógyszerelést csupán kiegészítő ténykedésnek tartjuk, bár kétségtelen, hogy egyes esetekben a gyógyszer hatására komoly javulást tapasztaltunk. Ez elsősorban azokra az esetekre vonatkozik, ahol a neurológiai és a sacert kimutató EEG-lelet alapján anticonvulsiv therapiát alkalmaztunk. Az ataracticumok és tranquillánsok közül — melyek kedvező alkalmazásáról Rendi (23) is beszámolt — főleg a Frenolon, ritkábban a Dalgol és Trioxazin adása után észleltünk beszédjavulást. Egyes esetekben a vegetatív dystonia befolyásolására acetylcholin, ill. Sympathectoman therapiát alkalmaztunk. Legújabbban Weller (35) közlése alapján vérkémiai vizsgálatokat végzünk. Az említett szerző dadogó gyermekeken általában 60—80%-ban csökkent serum Ca-értéket talált, amit több esetben mi is igazolni tudtunk. Ilyen eredmények esetén a Ca-szint rendezésétől a göreszkéség, ill. a beszédszervek spasmusainak vagy tónusfokozódásának oldódását várjuk. 105 betegünknel összesen alkalmazott 17 különféle gyógyszerkészítmény hatásának kiértékelését a közeljövőben szándékozunk elkezdeni, az Állami Beszédjavító Intézet nagy beteganyagának közös vizsgálatával, ahol egy év óta a phoniatria tárgykörébe tartozó orvosi tanácsadást végzem.

A kezelés leghelyesebb módját világszerte keresik, és az eddig felsoroltakon kívül is számos egyéb módszert ajánlanak, mint pl. autogen training (26), vibrációs massage (11, 34) hypnosis, tartós altatás (32), Impletol blockad a nyak és a mell Head-zónáinak területén (5), a ganglion stellatum novocain blokkádja (16) stb.

Ezeknek a methodusoknak — véleményünk szerint — egyes speciális esetek megoldásában lehet szerepe. Az alvási idő meghosszabbítása gyermekekénél mindenképpen ajánlatos. Megemlítjük az új amerikai, ún. negatív módszert, amely a dadogás összes tüneteinek tudatos gyakorlásával igyekszik a kialakult gátlásokat feloldani. Ennek a methodusnak a megvitatása lesz az egyik fő témája az 1965-ben Bécsben megrendezésre kerülő phoniatriai világkongresszusnak.

Egyelőre hazánkban, országos viszonylatban, a legnagyobb gondot a vidéki és az ambulánsan nem kezelhető súlyos esetek ellátása jelenti. Feltétlenül szükség lenne fektető részleggel ellátott intézet létesítésére, amelynek fontosságáról külföldi tanulmányutaim alkalmával ismételtelen meggyőződtem (13, 14).

A dadogás lényegéről, legfőbb formáiról, a legfontosabb kórosi tényezőkről és a therapiás lehetőségekről számoltunk be. Ezek ismertetésével igyekeztünk hangsúlyozni azokat a preventív rendszabályokat is, amelyek az orvosnak segítséget adhatnak a dadogás megelőzésében. Ha a beszédhiba már kialakult, legfontosabb teendő a dadogó gyermeket mielőbb szakemberhez irányítani. A spontán gyógyulás felesleges ígérgetésével igen fontos időt veszítünk, mert minél később kezdjük a szakszerű kezelést, annál rosszabbak lesznek az eredmények. Ne feledjük, hogy itt nem csupán rossz szokásról, hanem egy következményeiben esetleg igen súlyos beszédhibáról van szó, ahol helyes tanáccsal talán kedvezően dönthetünk a gyermek jövő sorsának alakulásáról.

Összefoglalás: A Heim Pál Gyermekkórház phoniatriai rendelésén két év alatt észlelt 151 dadogó gyermek vizsgálati adatait ismerteti. Fontosnak tartja a dadogás különféle formáinak differenciálását, a kiváltó tényezők, a familiáris vonatkozások, esetleges organicus károsodás és a psychés körülmények tisztázását. Saját beteganyaga tükrében tárgyalja az elkülönítés lehetőségeit és ennek je-

* A kézirat beküldése óta néhány esetben — főleg nagyobb gyermekeken — jó eredményt értünk el Réthi új módszerével, melynek lényege az inspiratoricus phoniátatás.

lentőségét a gyógyítás szempontjából. Hangsúlyozza a komplex kezelés és a gyógyszeres therápia szükségességét. Felhívja a figyelmet a kezelés mielőbbi megindításának jelentőségére, mert elhanyagolt esetekben a beszédneurosis psychoneurosisal súlyosbodik. A korszerű ellátáshoz szervezési kérdések megoldása, intézetek létesítése is szükséges. A beszédhiba megelőzésében a praedisponáló körülmények ismerete nyújt segítséget. Időben megkezdett, szakszerű gyógyítással kb. 60%-os eredmény érhető el.

IRODALOM. 1. Bente D., Schönhärl E., Krump J.: Arch. f. Ohren usw. Heilk. 1956, 169, 513. — 2. Berendes J.: Einführung in die Sprachheilkunde, (Leipzig, 1958). — 3. Bernhardt A.: Arch. f. Ohren usw. Heilk. 1956, 169, 523. — 4. Borel-Maisonny: cit. Froeschels, Folia phoniatriat. 1961, 13, 187. — 5. Daskalov D.: Die Sonderschule, 1959, 4, 141. — 6. Fernau-Horn H.: Arch. f. Ohren usw. Heilk. 1956, 169, 521. — 7. Fernau-Horn H.: Med. Monatschft. 1952, 5, 323. — 8. Froeschels E.: Folia phoniatriat. 1951, 3, 1. — 9. Froeschels E.: Folia phoniatriat. 1961, 13, 187. — 10. Gutzmann H.: Deutsch. med. Journ. 1962, 13, 467. — 11. Gutzmann H.: Arch. f. Ohren usw. Heilk. 1954, 165, 626. — 12. Gutzmann H.: cit. Seeman. — 13. Hirschberg J.: Fül-orr-gégegyógyászat. 1961, 7, 189. — 14. Hirschberg J.: Orvosi Hetilap. 1963, 104, 804. — 15. Hirschberg J., Szabó L-né: II. Orsz. Gyógyped. Tud. Konf. (Budapest, 1963). — 16. Imre V.: Wiener Med. Wschft. 1955, 105, 286. — 17. Kanizsai D.: A beszédhibák javítása. (Budapest, 1961). — 18. Kluge E.: Die Sonderschule, 1958, 3, 30. — 19. Luchsinger R.: Arch. f. Ohren usw. Heilk. 1954, 165, 612. — 20. Luchsinger R.: Folia phoniatriat. 1951, 3, 135. — 21. Luchsinger R., Arnold G. E.: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. (Wien, 1959). — 22. Morávek M., Langová L.: Folia phoniatriat. 1962, 14, 305. — 23. Rendi L.: Fül-orr-gégegyógyászat. 1963, 9, 157. — 24. Schilling A., v. Göler D.: Folia phoniatriat. 1961, 13, 202. — 25. Schilling A.: HNO Wegweiser. 1962, 10, 149. — 26. Schilling A.: Das sprach- und stimmgestörte Kleinkind und Schulkind. Phoniatriekurs f. Kindergärtnerinnen, 1961. — 27. Schilling R., Schilling A.: Akt. Probl. Phoniatriat. Logopäd. Vol. I. 134. — (Karger, Basel, New York, 1960). — 28. Scholz V.: Arch. f. Ohren usw. Heilk. 1954, 165, 618. — 29. Schönhärl E.: Med. exp. 1960, 2, 179. — 30. Schönhärl E.: Deutsch. med. Journ. 1957, 8, 12. — 31. Sedlacková E.: cit. Seeman. — 32. Seeman M.: Sprachstörungen bei Kindern. (Halle, 1959). — 33. Szondi L.: Orvosi Hetilap. 1936, 77, 1171. — 34. Trojan G., Weihs H.: Folia phoniatriat. 1963, 15, 42. — 35. Weller H. C.: Central States Speech Journal, March, 1952.

NITROPENTON tablettá

Rohamokban jelentkező verőérszűkület (angina pect. stb.) roham
m e g e l ő z é s é r e, továbbá: coronariasclerosis; arteriosclerosis stb.
okozta (verő)-érszűkülettel járó megbetegedések kombinált kezelésére

Naponta 3—4×1 tablettát lenyelni!

SZTK terhére szabadon rendelhető!

50 tablettá 11,— Ft

Az Entamoeba histolytica fertőzések klinikumában észlelhető ellentmondások laboratóriumi okairól

Dóbiás György dr.

Az *Entamoeba histolytica* (E. h.) laboratóriumi diagnózis nem tartozik a könnyű feladatok közé. A vizsgáló részéről sok türelmet, nagy gyakorlatot és kellő kritikai érzéket követel; bármelyik feltétel hiányában mind pozitív, mind negatív irányban egyaránt fordulhatnak elő tévedések.

A kimutatás nehézségeinek fő oka, hogy az E. h. törzsek azonosítása még ma is a morfológiai-kép alapján történik, noha ez a legkevésbé alkalmas eljárás a mikroorganizmusok identifikálására. Per analogiam a bakteriológiában gyakran előfordul, hogy azonos morfológiával, festődéssel, sőt biokémiai tulajdonságokkal rendelkező kórokozók nagymértékben különböző típusokat foglalnak magukban, gondoljunk csak a *Coli dyspepsiae*-törzsekre. A morfológiai diagnózis lényegéből fakadó pontatlanságot, megbízhatatlanságot tovább növelheti a vizsgáló túlterheltsége, a kimutatás módszereinek különbözősége, a törzsek változékonysága, a laboratóriumi hibák viszont újabb tévedések, ellentmondások forrásává válhatnak az amoebiasis klinikai képének, endemiológiájának, előfordulási gyakoriságának és közegészségügyi jelentőségének megítélésében.

A mérsékeltégövi E. h. fertőzések értékelésében fenti okok miatt sokszor még ugyanazon ország irodalmában is igen szélsőséges állásfoglalásokkal találkozhatunk, ezért G. Otto (56), az Amerikai Parasitológiai Társaság elnöke, kénytelen volt feltenni a kérdést: „Felismerhetjük-e az *Entamoeba histolytica*-t és tudjuk-e mi jellemzi ezt a speciest?” A helyzetre jellemző, hogy az American Journal of Clinical Pathology szerkesztősége szükségesnek tartotta szerkesztőségi közleményben — T. Magath (40) — foglalkozni a problémával és élesen kritizálja az egyes szerzők túlzásait, miután voltak, akik az E. h. átlagos gyakoriságát 10%-nál magasabbnak találták, ugyanakkor, mikor a Mayo klinika beteganyagában — amelyben nagy számban szerepeltek trópusi országok betegei is — mintegy 70 ezer eset észlelése alapján az előfordulási gyakoriság átlagosan 2,1% volt, mások az E. h. rovására írták az arthritisek egy részét, sőt a Hodgkin-kórt is, a hibásan kórismézett esetekben az anti-amoebas-kezelés a panaszokat nem szüntette meg, ez a terápiás törekvések mértéktelen túlzásához vezetett stb.

Hasonló szélsőséges állásfoglalásokkal hazánkban is találkozhatunk, ezért célszerűnek látszott az

ellentmondások okait megvilágítva, áttekintést nyújtani az amoeba-kutatás jelenlegi állásáról. A probléma időszerűségét az a körülmény adja meg, hogy Zoltai Nándor és Balló Tibor nagy beteganyagon végzett értékes vizsgálatai (5, 6, 86, 87) — a korábbi, hasonló tárgyú munkák (3, 12, 13, 30, 36, 41—44, 79, 80) megállapításait felelevenítve — ismételten felhívták a figyelmet az amoebás-fertőzések jelentőségére; közleményeik nyomán egyre többen foglalkoznak a kérdéssel (22, 25—27, 46, 62).

Az E. h. klinikumban észlelt ellentmondások okai

1. A kimutatás eltérő technikája. Az E. h. kimutatása leggyakrabban székletből és rectalis nyákból történik. A sikeres kimutatás feltétele, hogy a beteg a vizsgálat előtt ne kapjon antibiotikumokat vagy chemoterapiás szereket, bismut vagy barium tartalmú készítményeket, olajos hashajtókat, ill. ételeket — sajnos, sok helyen nem ügyelnek kellőképpen ezen feltételek betartására.

A mérsékelt égöv alatt elsősorban cysta-ürítőkkel találkozunk. A naponta ürülő cysták száma változó, sokszor igen csekély lehet, ezért az egyszeri natív vizsgálattal a pozitív eseteknek csak egy része mutatható ki (20, 29, 48, 64). Sós hashajtók a kimutathatóságot nagymértékben fokozzák. Magnesiumsulphat itatása után egyszeri vizsgálattal a pozitív esetek 80—90%-a mutatható ki, míg hashajtó nélkül 6 egymás utáni napon végzett vizsgálattal is csak 75%-a diagnosztizálható (2, 38). Cystadúsítással, ill. az amoebák tenyésztésével a diagnózis biztonsága tovább fokozható. H. Tsuchya (77) koncentrálás nélkül a biztosan pozitív esetek 86%-át, dúsítás után 91%-át, míg tenyésztéssel 97%-át tudta kimutatni. Zoltai Nándor szerint a tenyésztés a pozitív esetek számát az egyszeri natív vizsgálathoz képest 2—4-szeresére emeli (85—88). Más szerzők a dúsításnak, ill. a tenyésztésnek nem tulajdonítanak ilyen nagy jelentőséget (3, 15, 23, 39, 43).

Attól függően, hogy a laboratórium milyen módszerrel dolgozik a klinikus több, vagy kevesebb pozitív leletet fog kapni, az eredmény értékelésénél azonban figyelembe kell venni, hogy a pozitív lelet csak az előfordulási százalék megállapítására alkalmas, minden további nélkül. Ha a székletminta natívan negatív és csak dúsítás, vagy tenyésztés után lehet a készítményben hosszas keresés után 1—2 cystát, vagy trophozoitot kimutatni

— tekintettel a tünetmentes cystaürítők nagy számára — a pozitív laboratóriumi lelet és a vizsgált egyén panaszainak oksági összefüggésbe hozása már jóval nagyobb óvatosságot igényel. *Makara György* (45) figyelmeztet arra, hogyha valamely klinikai tünetért egy bizonyos mikroorganizmus felelős, úgy az illető mikroorganizmus a vizsgálati anyagokban többnyire igen nagy számban mutatható ki, ellenkező esetben felmerül a panaszok és az előfordulás között a véletlen coincidentia gyanúja. Megfelelő mérlegelés hiányában a fenti, valamint az alább felsorolt okok miatt sok furcsa tünetet írtak már az *E. h.* rovására.

2. Az *E. h.* összetévesztése más amoebákkal. Adott esetben az *E. h.* vegetatív alakját, de különösen cystáját nagyon nehéz elkülöníteni egyéb — apathogen — bélamoebáktól. Nativ készítményből csak tipusos esetben szabad diagnoszt mondani, vitás esetekben a készítményt meg kell festeni. A festési eljárások többnyire nehézkesek, routine laboratóriumban nem szívesen alkalmazzák, enélkül viszont a kisebb gyakorlattal rendelkező vizsgáló könnyen kaphat hamis eredményt.

3. Tisztázatlan, hogy az *E. h.* csoport egységes-e, vagy sem. A morfológiai kép alapján *E. h.*-nak nevezett protozoonok között eltérő tulajdonságú típusok fordulhatnak elő. *E. Brumpt* (14) 1925-ben az *E. h.*-val morfológiailag megegyező 10—16 mikron nagyságú, de csökkentett pathogenitását variánst *E. dispark* nevezte és az 5—10 mikron cysta-nagyságú, apathogennek tartott *E. hartmanni*val együtt külön fajként fogta fel. Azóta is éles vita tárgyát képezi, hogy ezen törzsek külön fajnak tekinthetők-e és hogy a 10 mikronnál kisebb törzsek valóban apathogének-e? A kérdés eldöntése a mikroszkópos kép alapján nehéz, mivel az egyes törzsek nagysága, megjelenési formája significánsan változhat és nem jellegzetes egy törzsrre a vegetatív életcyclus különböző periódusaiban (28). A probléma megoldása gyakorlatilag azért lenne jelentős, mivel megfelelő rendszertan hiányában a klinikus nem tudja, hogyan értékelje pl. azon beteg panaszait, kinél a laboratórium kiscystájú törzsek, vagy 10 mikront alig meghaladó vegetatív alakok ürülését jelzi? Gazdagíthatják-e ilyenkor a beteg panaszai az amoebiasis egyébként is színes tünettanát, vagy sem? Biztos alapokon nyugvó rendszertan hiányában a válasz ma még a klinikus vérmérsékletére van bízva.

A morfológiai kép mellett miért nem alkalmazznak immunológiai vagy biochemiai módszereket az amoebák kimutatására?

A kérdésre a választ az *E. h.* törzsek sajátos biológiai tulajdonságaiban találjuk meg. Az *E. h.* csak más mikroorganizmusokkal symbiosisban szaporodik kielégítően. Tenyésztése tisztán, baktériumoktól mentes környezetben, kellő mennyiségben, rendkívül nehéz, inhomogen kultúrák viszont nem alkalmasak az immunológiai vagy biochemiai tulajdonságok tanulmányozására.

A kísérő mikroorganizmusok szerepe kettős: egyrészt biztosítják az *E. h.* számára a megfelelő fizikokémiai feltételeket (alacsony redoxpotential, semi-anaerob viszonyok, redukált környezet stb.) másrésztől az amoeba a baktériumok bekebelezésével értékes praeformált tápanyagokhoz jut. In vitro tenyésztetek vizsgálata során megfigyelték, hogy az *E. h.* növekedése akkor indult meg, ha a táptalaj redoxpotentialja —200 mV értéket ért el. *S. Chang* (17) szerint optimális szaporodás —350, —425 mV között észlelhető, —50 mV körül az amoebák elpusztulnak. Igen érdekesnek tartjuk, hogy *B. Phillips* (60) a csiramentes (germfree) állatok coecumának redoxpotentialját —90 mV találta, a normál állatoké viszont —367 mV volt. Ha a csiramentes állatok steril béltraktusába az *E. h.*-t baktériumok nélkül fecskendezte be, kóros elváltozások nem fejlődtek ki (58, 60, 61). Ha az állatokat előzőleg peroralisan baktériumokkal fertőzte és ezután adta intracoecalisán az *E. h.*-t, az állatok belében fekélyek keletkeztek, de fekélyek kialakulását észlelte akkor is, ha az amoebákat baktériumok nélkül, csupán redukáló szerekkel (cistein-HCl, Na-thioglycolat, stb.) juttatta be, vagy a coecumot traumatizálta. Az említett kémiai szerek önmagukban nem okoztak elváltozást. A kísérő baktériumflóra aktiváló hatása tehát nemcsak in vitro, hanem in vivo körülmények között is érvényesül, ez igazolja azt a klinikai tapasztalatot, hogy a bélflórának jelentős szerepe van az amoebiasis pathogenesisében.

A környezet ozmosisnyomásának csökkenése az *E. h.*-t csak kismértékben károsítja, destillált vízben hosszabb ideig életképes marad. Felületaktív anyagok (epesavak, zsírsavak stb.) hatására az amoebák desintegrálódnak (53). Az amoebiasis klinikumából ismeretes, hogy az *E. h.*-val fertőzött egyének igen rosszul tűrik a zsíros ételeket. Lehetséges, hogy a zsírok, valamint a következményes epesecretio az amoebák tömeges pusztulásához vezet, s a tünetek rosszabbodását a felszabaduló endotoxinok, esetleg allergiás történések idézik elő.

Az *E. h.* vegetatív alakjainak morfológiai diagnosztikában fontos szerepet játszik a mozgástípus jellege. Az amoeba mozgása a sejt membránpotenciáljának a függvénye, a membránpotenciál kialakítása viszont a környezet ionösszetételétől függ. *S. Bingley* (9) kimutatta, hogy *Amoeba proteus* esetében a KCl koncentráció és az amoeba mozgása fordított viszonyban van egymással, 0,1 és 10 mM KCl konc. között a mozgáscsökkenés lineáris a koncentráció-növekedés logaritmusával. Lényeges, hogy a táptalaj KCl koncentrációját optimális szinten állandósítsuk.

Újabb lehetőségek az *E. h.* azonosítására és rendszertanának kidolgozására

Táptalajok, tenyésztés. Az előzőek alapján nyilvánvaló, hogy az amoeba-probléma megoldása attól függ, sikerül-e olyan táptalajt összeállítani, melyen az *E. h.* izoláltan is kellő mennyiségben szaporodik. *M. Nakamura* (51, 52) az amoebák növekedési tényezőinek beható tanulmányozása után kidolgozott egy syntheticus táptalajt, melyen sikerült baktériummentes környezetben 100 000—1 000 000 protozoon/ml sűrűségű tenyészetet nyerni, bár a protozoon-szám az egymás után következő subkulturákban egyre csökkent. *R. Benham* és *I. Havens* (7) leírtak egy készüléket, mely alkalmas az amoebák kísérő flórától mentes folyamatos tenyésztésére, módszerük azonban meglehetősen bonyolult. (Mint szükségmegoldás szóba jöhet az amoebák tanulmányozása ismert monobakterialis vagy *Trypanosoma crusit* tartalmazó kultúrákban.)

Megemlítjük, hogy *Szécsey Gy.*-gyel magunk is több éve foglalkozunk az *E. h.* izolált tenyésztésével. Vizsgálatainkban *M. Nakamura* munkáira támaszkodtunk. Alaptáptalajként módosított Locke-oldatot, tyúkembrio-kivonatot, lactalbumint, ill. a szövettényésztésekhez használt Parker-féle 199. sz. táptalajt használtunk, melyek antibiotikumokat, mycostaticumokat, finom dispersitású rizskeményítőt és human serum helyett 1:5 arányban bikasavót is tartalmaztak. (A human serumokban u. i. — ha amoebás egyéntől származnak — növekedésgátló ellenanyagok fordulhatnak elő.) Az alaptáptalajokat Ribose-5-phosphattal, ATP-al, RNS-al, DNS-al, vitaminokkal, esetenként különböző módon előlt amoebás székletből származó baktériumokkal dúsítottuk. Az *E. h.* növekedését figyeltük aerob, valamint anaerob (Na-thioglycolatot tartalmazó) tenyésztésben is. Az optimális redoxpotential, pH, K^+ -ion koncentráció betartására minden esetben ügyeltünk. Sikerült egy routine-célokra is használható kombinációt kidolgoznunk, melyen a protozoonok száma ml-ként 4–6-szor nagyobb volt, mint a kontrollként alkalmazott Boek—Drbohlav táptalajon. A dúsabb növekedés miatt a diagnosis könnyebb és biztosabb volt, s a kontroll táptalajokhoz viszonyítva gyakrabban kaptunk pozitív eredményt. Vizsgálatainkról egy későbbi munkánkban kívánunk részletesen beszámolni.

Immunbiológiai vizsgáló eljárások. Az immunbiológiai módszerek egyrészt a **fertőzöttség megállapítására** használhatjuk a morfológiai vizsgálatok mellett vagy helyett, másrészt állatokban termelt immunsavó segítségével **felderíthetjük a törzsek antigén szerkezetét**, ami lehetőséget ad egy biztosabb alapokon nyugvó rendszertan kidolgozására.

A fertőzöttség megállapítására a következő eljárások alkalmazhatók: 1. **In vivo kimutatás.** Az amoebából készített alkoholos extractummal *J. Shaffernek* (69) sikerült pozitív bőrreakciót kapni a fertőzött egyének 77%-ánál. A reakció átmeneti típusú volt. 2. **In vitro kimutatás.** a) **Complement kötés.** Szerzők egy része jó eredményeket kapott a reakcióval, más részük csökkent jelentőségűnek tartja. Legtöbb pozitív reakció szervi manifestatio esetén észlelhető, enteralis fertőzés esetén a reakció pozitívítása többnyire párhuzamot mutat a szövetinvasio mértékével. Tünetmentes cystaürítőknél, vagy enyhe tüneteket okozó amoebiasisban a reakció az esetek nagy részében negatív. A hibás pozitív és negatív reakciók száma általában magas, (15–20%), a próba reprodukálhatósága nem kielégítő, egyéb bélparasitákkal történt fertőzésekben keresztreakciók fordulhatnak elő (1, 10, 20, 33–35, 57, 63, 74, 76). b) **Immobilizációs reakció.** *E. h.* ellenes antitesteket tartalmazó serum hatására, a vegetatív alakok mozgása csökken vagy megszűnik. Akut amoebiasisban a próba 70–90%-ban pozitív, de 20%-os pozitívitas a kontroll-egyének között is előfordul (8, 16, 19, 78). c) **Szaporodás gátlás** (54, 75). d) **Vörösvértest phagocytosist gátló hatás** (70). Az immunserumok az amoebák szaporodását és azok vvs. phagocytosist gátolni tudják. e) **Opsonisáló hatás** (32). Immunserumok fokozzák az *E. h.* antigénnel fedett bentonit-szemcsék fehérvérsejtek által történő phagocytosist. Az utóbbi három reakció használhatóságát nagyobb anyagon nem vizsgálták. f) **Praecipitációs reakció.** Praecipitáló antitesteket több szerzőnek sikerült kimutatni amo-

bás betegek, vagy kísérleti állatok savójában, részben classicus módszerekkel, részben geldiffúzióval (4, 46, 47, 49, 50, 52, 73, 82). g) **Immunfluorescens módszer.** *T. Doxiades* (21) szerint a fluoresceinnel jelzett immunserum alkalmas az amoebák székletben történő kimutatására. h) **Cysta agglutinatio, passiv haemagglutinatio** (31, 83). A nagyszámú specifikus reakció miatt a két eljárás jelenlegi formájában, ill. az alkalmazott gyári készítésű antigénnel kiterjedt vizsgálatokra nem alkalmas.

A diagnosztikus célból végzett serológiai próbák használhatóságát több tényező korlátozza. 1. Az *E. h.* elsősorban a bél nyálkahártyájában él, mérsékeltégövi amoebiasis esetén komoly szövetinvasióra — eddigi ismereteink szerint — ritkán került sor, így az amoebák a szervezet számára kisebb antigénigert jelentenek, mint általában azok a kórokozók, melyek generalisálódni képesek a szervezetben. 2. Az amoebák valószínűleg gyengébb antigéntulajdonságokkal rendelkeznek, mint a baktériumok, ezt mutatja az a tény, hogy a serológiai reakciók — még mesterségesen immunizált állatok savójával is — csak tömény, ill. alacsony (5–10-szeres) hígításban adnak pozitív reakciót (8, 55, 75). E két ok miatt, különösen enyhe tüneteket okozó amoebiasisban, a serológiai próbák gyakran negatív eredményeket adhatnak akkor is, ha a széklet-lelet pozitív. 3. Nem tudjuk, hogy az antigénnel használt amoeba-törzs és a fertőzést okozó törzs antigénstruktúrája azonos-e, ha nem, pozitív eredmény még pozitív széklet-eredmény esetén sem várható — ez a hibás negatív reakciók számát tovább növelheti. Az eredményeket polyvalens antigének használata javíthatja. 4. Nem tisztázott az amoebák és egyéb bélparasiták antigén rokonsága sem. *M. Nakamura* (55) az *E. h.*, az *E. coli* és *Endolimax nana* antigének között geldiffúzióval, *Hussey* (34) maláriában clonorchiasisban, chromoblastomycosisban, complement kötéssel észlelt keresztreakciókat. Téves reakciókhoz vezethet, hogy a kísérő baktériumflóra zavaró hatását a közölt esetek túlnyomó többségében nem lehet biztosan kizárni — a két utóbbi ok a hibásan pozitív reakciók egy részét magyarázhatja.

Az *E. h.* csoport antigén-szerkezetét az utóbbi években számos módszerrel vizsgálták, így complementkötéssel, allergiás bőrpróbákkal, immobilizációs reakcióval, phagocytosis gátlással, immunfluorescens módszerrel, geldiffúzióval stb. (11, 24, 29 a — e, 34, 55, 69, 71, 72, 73, 84). Kimutatták, hogy az *E. h.* törzsek antigén tulajdonságai nem egységesek (eltérést találtak pl. az *E. hartmanni* az *E. h.* K9, Laredo 25, Laredo 37, PM285, PM286, *E. moshkowskii* stb. között), illetve sikerült néhány adatot nyerni az *E. h.*, a bélbaktériumok, valamint egyéb bélamoebák kapcsolatára is.

Biológiai, biochémiái módszerek. Egy-egy jellegzetes exoenzym vagy metabolit kimutatása elvileg az *E. h.* esetében is lehetséges lenne, ilyen jellegű vizsgálatokat azonban a tenyésztési problémák megoldatlansága miatt eddig csak szórványosan végeztek. A rendelkezésre álló kevés adat az immunológiai módszerek eredményeit megerősítve bizonyítja, hogy az *E. h.* csoport nem egységes. (A csoporton belül eltérő a törzsek által termelt haemolysinek specifitása, nem azonos az egyes törzsek penicillin érzékenysége (67, 68) stb.)

Összefoglalás

Az *Entamoeba histolytica* laboratóriumi diagnosisa még ma is a morfológiai kép alapján törté-

nik. A kimutatásnak ez a módja több hibalehetőséget rejt magában: 1. A histolytica csoport amoebái könnyen összetéveszthetők más bélamcebákkal. 2. A csoporton belül nincs mód a morfológiailag identicus, de biológiai és immunológiai tulajdonságaikban eltérő típusok megkülönböztetésére. Feltehető — bár erre közvetlen kísérleti adatokkal alig rendelkezünk —, hogy az egyes típusok a patogénitásban tekintetében is különböznek egymástól. További ellentmondásokhoz vezethet, hogy a vizsgálati anyag nyérésének és feldolgozásának módja nem egységes. A hibás laboratóriumi diagnosztika újabb tévedések kiindulópontját képezi az amoebiasis tünettanát, gyakoriságát, terápiáját illetően. Fenti okok miatt az amoebiasis jelentőségének megítélésében sokszor még ugyanazon ország irodalmában is igen ellentétes nézetekkel találkozhatunk.

A megoldást az Entamoeba histolytica biokémiai és immunológiai sajátosságainak felderítése, valamint a routine-laboratóriumokban is alkalmazható tipizálási módszerek kidolgozása fogja jelenteni. Ilyen irányú vizsgálatokat csak székletalkatrészekről és kísérő mikroorganizmusokról mentes kultúrákban célszerű végezni, ilyen izolált tenyésztésben azonban a megfelelő protozoon-szám biztosítása ma még csak bonyolult összetételű táptalajokkal lehetséges. A kutatás fő irányvonalát az amoebák növekedési factorainak vizsgálata kell, hogy képezze. Ezek ismeretében törekednünk kell egyszerű táptalajok kidolgozására — az amoeba-probléma tehát végső soron táptalaj-problémát jelent.

Az amoebiasis klinikumának jobb megértéséhez szoros együttműködés szükséges a gyakorló orvos és a laboratórium között. A laboratórium jelölje meg a klinikus felé a cystanagyságot, a protozoon-számot, esetleg az amoeba egyéb jellegzetességét, a klinikustól viszont meg kell követelni, hogy ne írja minden további nélkül a beteg tüneteit a pozitív székletlelet rovására. Az amoeba-kérdés megnyugtató módon történő lezárása csak igen szigorú feltételek mellett végzett vizsgálatokkal lehetséges, ebben reményünk szerint igen nagy segítséget fognak nyújtani azok az újabb módszerek, melyeket közleményünkben vázoltunk.

IRODALOM. 1. *Anderson H., Bostick W., Johnston H.*: Amoebiasis, Charles C. Thomas, Springfield Jel. 1953. — 2. *Andrews J.*: J. Parasit. 1934, 20, 334. — 3. *Aradi M. P.*: Egészségtudomány. 1959, 237. — 4. *Atchley F., Auernheimer A., Wasley M.*: J. Parasit. 1963, 49/2, 313. — 5. *Balló T., Lóránt O., Zoltai N., Jankó M. és Szécsey Gy.*: Orvosi Hetilap, 1961, 102, 303. — 6. *Balló T.*: A Fertőzőbetegségek Orvosainak Szakcsoportja 1963. dec.-i ülésén elhangzott előadás. — 7. *Benham R., Havens J.*: J. Inf. Dis. 1958, 102, 121. — 8. *Biagi F. F., Buentello L.*: Exp. Parasitol. 1961, 11, 188. — 9. *Bingley S., Thompson C.*: J. Theoret. Biol. 1962, 2, 16. — 10. *Boe J.*: Par. Soc. Expl. Biol. and Med. 1945, 60, 31. — 11. *Bozicevich J.*: Am. J. Gastrent. 1955, 23, 332. — 12. *Bodrogi Gy., Breyer Gy.*: Orvosi Hetilap, 1934, 78, 446. — 13. *Bodrogi Gy., Makara Gy.*: Mediz. Klinik. 1939, 27. — 14. *Brumpt E.*: Bull. Acad. Med. 1925, 94, 943. — 15. *Brandt T.*: Zbt. f. Bakt. I. Orig. 1931, 123, 358. — 16. *Brown J., Whitby J.*: J. Clin. Path. 1955,

8, 245. — 17. *Chang S. L.*: Parasitol, 1946, 37, 101. — 18. *Cleveland L., Sanders E.*: Science, 1930, 72, 149. — 19. *Cole B., Kent J.*: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1953, 83, 811. — 20. *Craig F.*: Lab. Diagn. of Protozoon Dis. Lea and Febiger Philadelphia, 1940. — 21. *Doziades T., Candreviotis N.*: Brit. Med. J. 1962, I. 1810. — 22. *Fekete T., Cseley M.*: Orvosi Hetilap, 1960, 101, 1396. — 23. *Faust E. et al.*: Am. J. Trop. Med. 1938, 18, 169. — 24. *Frye W., Meleney H.*: Am. J. Hyg. 1938, 27, 580. — 25. *Frank H., Gémesi Gy., Pászthy O.*: Előadás, Balatonfüred, 1959. — 26. *Frank Kálmán*: A Fertőzőbetegségek Orvosainak Szakcsoportja 1963. decemberi ülésén elhangzott előadás. — 27. *Gémesi Gy., Pászthy O.*: Orvosi Hetilap, 1960, 101, 1750. — 28. *Gleason N. N., Goldman M. and Carver R. K.*: Am. J. Hyg. 1963, 77, 1. — 29. *Goldman M.*: J. Exper. Med. 1957, 105, 557. — 29/a. *Goldman M.*: Exp. Parasitol. 1960, 9, 25. — 29/b. *Goldman M., Gleason N., Carver R.*: Am. J. Trop. Med. Hyg. 1962, 11, 341. — 29/c. *Goldman M., Carver R., Gleason N.*: Exp. Parasit. 1960, 10, 366. — 29/d. *Goldmann M.*: Proc. Soc. Exptl. Biol. Med. 1959, 102, 189. — 29/e. *Goldmann M. and Gleason N. N.*: J. of Parasit. 1962, 48, 778. — 30. *Galgóci és Lórinç F.*: Orvosi Hetilap, 1933, 77, 87. — 31. *Greif R.*: Am. J. Trop. Med. 1947, 27, 131. — 32. *Halpern B., Anderson P., Dolkart R.*: J. Lab. Clin. Med. 1962, 60/5, 729. — 33. *Heinz H., Brauns W., Mac Nac G.*: S. Afr. J. Med. Sci. 1956, 21, 9. — 34. *Houssey, Brown*: Am. J. Trop. Med. 1950, 30, 147. — 35. *McDerman S., Dunham W.*: Am. J. Trop. Med. Hyg. 1952, 1, 182. — 36. *Lórinç F.*: Gyógyászat, 1931, 31, 45. — 37. *Magath T., Meleney H.*: Am. J. Trop. Med. 1940, 20, 24. — 38. *Magath T., J. A. M. A.* 1934, 103, 1219. — 39. *Magath T., Ward Ch.*: Am. J. Hyg. 1928, 8, 840. — 40. *Magath T. B.*: Am. J. Clin. Path. 1960, 33, 441. — 41. *Makara Gy., Almássy A.*: Orvosi Hetilap, 1937, 81, 987. — 42. *Makara Gy.*: OKI évi jelentése, 1937. — 43. *Makara Gy., Varga L., Ziegler N.*: Népegészségügy, 1941, 22, 546. — 44. *Makara Gy., Bodrogi Gy.*: Magyar Orvos, 1938, XIX., 7. — 45. *Makara Gy.*: Szóbeli közlés, 1963. — 46. *Magyar E.*: Az Immunologus Sectio miskolci ülésén elhangzott előadás, 1961. — 47. *McHardy G.*: Gastroenterology, 1956, 30, 535. — 48. *Marsden A. T.*: A. M. J. Australia, 1946, 1, 915. — 49. *Menendez P.*: Am. J. Hyg. 1932, 15, 785. — 50. *Moane J.*: Am. J. Trop. Med. Hyg. 1957, 6, 499. — 51. *Nakamura M.*: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1955, 89, 680. — 52. *Nakamura M., Baker E.*: Am. J. Hyg. 1956, 64, 12. — 53. *Nakamura M., Edwards P.*: J. Parasitol, 1958, 44, Suppl. 24. — 54. *Nakamura M.*: Parasitology, 1959, 49, 104. — 55. *Nakamura M., Baker E.*: Bakt. Proc. 1957, 95. — 56. *Otto G. F.*: J. Parasitol, 1958, 44, 1. — 57. *Paulson M., Andrews J.*: Arch. Inf. Med. 1938, 61, 562. — 58. *Phillips et al.*: Am. J. Trop. Med. Hyg. 1955, 4, 675; Am. J. Protology, 1957, 8, 445. — 59. *Phillips B.*: Science, 1950, 111, 8. — 60. *Phillips B., Wolf P.*: Ann. New York Acad. Sci. 1959, 78, 308. — 61. *Phillips B. et al.*: Am. J. Trop. Med. Hyg. 1958, 7, 4. — 62. *Prónay G.*: A Fertőző Betegségek Orvosainak Szakcsoportja 1963. decemberi ülésén elhangzott előadás. — 63. *Rita G.*: Riv. di Parasit. 1947, 8, 113; Trop. Med. Hyg. 1963, 12/3, 315. — 64. *Shaffer J., Con-Smirnova E.*: Med. Parasit and Parasitic. Dis. 1946, 15, 82. — 65. *Shaffer J., Frye W.*: Am. J. Hyg. 1948, 47, 214. — 66. *Shaffer J., Ryden F., Frye W.*: Am. J. Hyg. 1949, 49, 127. — 67. *Shaffer J. G., Irlau V.*: Am. J. Trop. Med. Hyg. 1963, 12 3, 315. — 68. *Shaffer J., Conner Ph., Rosenthal G.*: Am. J. Trop. Med. Hyg. 1957, 6, 646. — 69. *Shaffer J. et al.*: Gastroenterology, 1958, 34, 981. — 70. *Shaffer J., Balsam T.*: Proc. Soc. Exp. Biol. N. Y. 1954, 85, 21. — 71. *Shaffer J., Ansfield J.*: Am. J. Trop. Med. Hyg. 1956, 5, 53. — 72. *Spector B.*: Am. J. Publ. Health. 1936, 26, 981. — 73. *Sen A., Ghosh S., Mukerjee S., Ray J.*: Nature, 1961, 192, 893. — 74. *Stone*: Am. J. Trop. Med. 1935, XV, 485. — 75. *Swart D., Watten L.*: J. Parasit. 1962, 48, 124. — 76. *Terry L.*

and *Bozicevich J.*: South Med. J. 1948, 41, 691. — 77. *Tsuchya H.*: Am. J. Trop. Med. cit: *Anderson H.* (1.) — 78. *Valentino L.*: Riv. de' Ist. Sieroth. Ital. 1956, 31, 310. — 79. *Véghelyi P., Makara Gy.*: Gyógyászat. 1937, 77, 749. — 80. *Véghelyi P.*: Orvosi Hetilap, 1938, 82, 853. — 81. *Wagener E. H.*: Calif. Publ. Zool. 1924, 26, 15. — 82. *Wagner*: Arch. Schiffs u. Tropen Hyg. 1934, 39, 1/10. — 83. *Walls*

K., Goldman M., Gogel R.: Gastroenterology, 1961, 40, 649. — 84. *Zamar V.*: Am. Trop. Med. Parasitol., 1960, 54, 381. — 85. *Zoltai N.*: Amoebas Dysenteria. *Rauss K.*: Dysenteria, Múvelt Nép, Budapest, 1955. — 86. *Zoltai N.*: Kandidátusi Értekezés, 1959. — 87. *Zoltai N., Jankó M.*: Orvosi Hetilap, 1960, 101, 1369. — 88. *Zoltai N.*: Parasitológiai Vizsgálatok. *Bálint P.*: Klinikai laboratóriumi diagnosztika. Medicina, Budapest, 1962.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Budapest, XIX. ker. Rendelőintézet-Kórház, Belosztály és Országos Testnevelési- és Sportegészségügyi Intézet, Központi Laboratórium

Az anaemia perniciosa pathogenesiséről

III. A B₁₂ vitamin hatása a duodenális intrinsic factor termelésére

Horányi Mihály dr. és H. Sárffy Erzsébet dr. Technikai munkatárs: Andrényi Józsefné

Az anaemia perniciosa (a. p.) pathogenesiséről a fenti főcím alatt közölt eddigi eredményeink két pontban összegezhetőek:

1. Az általunk alkalmazott coli mutans növekedés mérésén alapuló módszer alkalmas a kérdés új oldalról való megvizsgálására, mert ezzel az eljárással nyert eredmények összhangban állnak az a. p. pathogenesis klasszikusnak ismert adataival (1).

2. Módszerünkkel a duodenális nedvben intrinsic factor (i. f.) hatású anyag volt kimutatható és pedig jóval nagyobb mennyiségben, mint amennyi a gyomornedvben található (2).

Közleményünkben (2) az irodalomból több adatot idéztünk, melyek nagyrészt állatkísérletekre, ill. állatból nyert duodenális i. f.-ra vonatkoznak.

Külön felemlítjük még ezek mellett *Bethell*-nek és munkatársainak (3) klinikai megfigyeléséről beszámoló munkáját, mely három a. p.-s beteg esetében sertésből származó duodenum extractum igen kifejezett i. f. hatását mutatta ki. *Nagyon valószínű tehát, hogy a bakteriológiai módszerrel kimutatott anyag a duodenális nedvben valóban i. f.-nak felel meg.*

Az irodalomban emberi duodenális nedvre, különösen pedig az a. p. betegekre vonatkozó adat nem volt található. Munkánk célja a duodenális nedvben levő i. f. további vizsgálata a coli mutans növekedés módszerével.

A vizsgálati módszerről

Évek folyamán felvételre került összes a. p.-ás beteg duodenális nedvének i. f.-tartalmát meghatározottuk lényegében az előző közleményeinkben megadott módon (1, 2). A vizsgálatok folyamán néhány módosításra

került sor. Rájöttünk arra, hogy a seitzelés elhagyása az eredményt nem befolyásolta.

Miután *Tookey* és *Barker* (4), valamint *Friedrich* (5) vizsgálataiból megtudtuk, hogy cyanocobalamin és hydroxycobalamin is fényérzékeny, a duodenumnedvet felhasználásig fekete papírba csomagolva jégszekrényben tartottuk. Az eredményt az anyagok néhány napos jégszekrényben való tartása nem módosítja. Vizsgálataink ugyanis úgy alakultak, hogy a duodenális nedv i. f. tartalmát sorozatosan több napon keresztül reggel éhgyomorra gyűjtött anyagban vizsgáltuk és a végén az összehasonlítást úgy végeztük el, hogy ugyanazon a táptalaj lemezen figyeltük meg a coli mutanst növesztő hatást.

Az eredményt most is a növekedési zóna szélességével mértük; minden táptalaj lemez közepén vájt lyukba kontrollképpen 0,03 gamma B₁₂-vitamint mértünk.

Vizsgálataink célja ezúttal is az összehasonlító adatok nyérése volt; vagyis az abszolút adatok mellett elsősorban a változást figyeltük, és pedig a duodenális i. f. mennyiségének változását B₁₂-vitamin adagolás hatására.

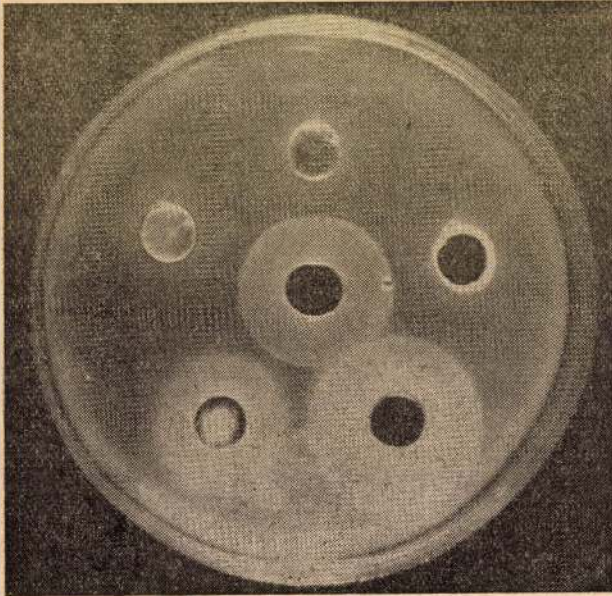
Erre a problémára azért terjedt ki a figyelmünk, mert miután aránylag kevés beteg került észlelésre, előfordult, hogy ugyanazon beteg esetében a B₁₂-vitamin injectio előtt és után is elvégeztük a mérést és a két adat összevetéséből az derült ki, hogy az injectio után a duodenális nedv i. f. tartalma, feltűnően fokozódott. A jelenségre felfigyeltünk, mert már előző munkáink során is felmerült az a feltevés, hogy a B₁₂-vitaminnak extramedulláris haemopoetikus hatása is van (6, 7).

Mint közismert, a B₁₂-vitamin 48 órán belül átalakítja a csontvelőt és ezért a duodenális nedv változását is 2 napon át figyeltük. Az esetek egy részében külön mértük a 24 és 48 óra múlva nyert duodenumnedvet, miután a két érték azonos volt, a későbbiek folyamán a két duodenális nedvet keverten vizsgáltuk és együttesen állítottuk szembe a B₁₂-vitamin injectio előtti duodenális nedvvel. Itt is külön hangsúlyozzuk, hogy maga a duodenális nedv sem az injectio előtt, sem utána növekedési factort nem tartalmazott. A B₁₂-vitamin injectio-adagja 60, majd 100, ill. az utolsó esetekben 250 gamma volt. A vizsgálathoz hazai készítményeket használtunk.

Vizsgálataink eredménye

Az évek során 16 a. p.-ás és 15 egyéb beteg és egészséges kontroll duodenumnedvét vizsgáltuk meg.

Az esetek több mint felében párhuzamosan megnéztük azt is, hogy a gyomornedv i. f. tartalma nem emelkedik-e B₁₂-vitamin injectio hatására. Miután változást egy esetben sem találtunk, ezt a mérést a továbbiakban elhagytuk.



Az ábra a 6. számú anaemia perniciosa eset vizsgálatának eredményéről készült fénykép. A táptalajlemez közepén a kontroll 0,03 gamma B₁₂ vitamin növekedési zónája látható. A széli részen van a legnagyobb növekedési zóna, mely 60 gamma B₁₂-vitamin injectio után 24 óra múlva nyert duodenumnedv és hús incubált elegyének hatását jelzi, mellette a jóval kisebb növekedési zóna az injectio előtti érték. A többi lyuk körül növekedés nem látható, ezekbe a gyomor és a duodenumnedv magában került.

Méréseink eredményét két táblázatba foglaltuk össze. Az első táblázatban szerepelnek azok az adatok, melyek kezeletlen vagy relapsusban levő, tehát nagyobbfokú anaemiás, teljesen megaloblastos csontvelőjű esetek vizsgálatából adódtak, míg a második táblázat adatai egyéb esetekből származnak.

Az első táblázat 16 esetet ölel fel. Amint a táblázatból leolvasható, a 16 eset közül 5-ben a duodenális nedv i. f. tartalma a B₁₂-vitamin injectio hatására jelentősen megnőtt, míg a többi 11 esetben a növekedés csak lényegtelen, ill. változás nem volt található. Factor-csökkenést egyetlen esetben sem észleltünk. A változás nagysága eseteinkben nem állott összefüggésben a B₁₂-vitamin adagjával.

A factor fokozódását tehát az esetek kb. egyharmadában észleltük és azonnal megnéztük, hogy van-e ezeknek az eseteknek valami közös jellemzőjük, mert nyilvánvalóan itt az ún. idiopathiás a. p. esetekből egy csoport különül el a duodenális i. f. viselkedés különbözősége alapján. Már első pillantásra látszik, a növekedést mutató esetek egyik kö-

1. táblázat

Sor-szám	A vizsgált esetek adatai	A coli mutans növekedési zóna szélessége milliméterben a B ₁₂ vitamin injectio	
		előtt	után
		nyert duodenális nedv és hús inkubált elegyében	
1.	W. J. 44 é. nő a. p. relapsus	4	8
2.	B. J. 50 é. férfi a. p. kezeletlen	3	8
3.	Cs. I. 44 é. férfi a. p. kezeletlen, resecált gyomrú	3	8
4.	G. L. 64 é. férfi a. p. remissióban	8	10
5.	M. P. 61 é. nő a. p. relapsus	10	10
6.	F. M. 62 é. nő a. p. relapsus	14	15
7.	V. S. 64 é. férfi a. p. kezeletlen	4	7
8.	B. S. 64 é. férfi a. p. kezeletlen	11	12
9.	D. A. 64 é. nő a. p. relapsus	9	10
10.	B. P. 73 é. férfi a. p. kezeletlen	11	12
11.	V. M. 71 é. nő a. p. kezeletlen	13	13
12.	H. K. 73 é. nő a. p. relapsus	13	13
13.	N. L. 45 é. férfi a. p. kezeletlen	11	12
14.	M. P. 61 é. nő a. p. relapsus	10	10
15.	M. J. 56 é. nő a. p. kezeletlen	8	11
16.	N. A. 49 é. a. p. kezeletlen	10	10

zös vonása az, hogy a kiindulási duodenális i. f. mennyisége a többinél és a normálisnál alacsonyabb. Más tekintetben különbséget nem találtunk. Számbavettük a betegség tartamán, az anaemia mértékén kívül a betegek korát, tápláltsági állapotát, fogazatát, előző táplálkozási körülményeit, elsősorban a fehérje fogyasztását, nemét, esetleges szülések számát, a gastrointestinalis szervek adatait, a csontvelőképet, a B₁₂-vitamin injectio észlelt reticulocyták krízis nagyságát. (Az egyik pozitív esetben haslövés miatt 12 év előtt gyomorresecció történt). Minden pozitív esetben kontrollképpen a mérést a következő napon a duodenális nedv hússal való újabb inkubálásával megismételtük és az eredményt mindig azonosnak találtuk.

A vizsgálati eredményekből levonható következtetés

Az a. p. kórlényege a megaloblastos csontvelői képpel járó oválo-makrocytaer anaemia. Ezt a jellegzetes elváltozást a tünetek változatos sora kíséri. Kiderült, hogy a tünetek tarkasága mögött a pathogenesis sokfélesége áll és az a. p. fogalma tulajdonképpen syndromát takar. Amint a kutatás egyre több új adatot tár fel a betegség keletkezéséről, egyre bomlik a syndromába tartozó kórképek sora. Ami az eredeti a. p. csoportból kikerült (agastri-

kus, táplálkozási, bélféreg, sprue, bélkacs stb. anaemia), annak pathogenesiséről valamivel többet tudunk már, míg a megmaradt, még mindig a legnagyobb csoportról ismereteink még nagyon fogyatékosak és ezért itt idiopathiás a. p.-ról beszélünk.

A fejlődés iránya a vázolt folyamat ismeretéből adódik. Bizonyos, hogy az idiopathiás csoport tovább fog bomlani és ez az irányzat addig tart, míg az a. p. pathogenesis minden részlete ismertté nem válik. Itt meg kell említeni, hogy a symptomás a. p. esetekről is csak viszonylag tudunk többet és ezek pathogenesisét sem ismerjük teljesen, de az sem lehetetlen, hogy épp ezek további tanulmányozása vezet el végül is az egész csoport jobb megismeréséhez.

Az összes és közismert symptomás a. p.-féleség felsorolása helyett csak a legújabban leírt csoportokra térünk ki, főleg azért, mert egészen új pathogenetikai elgondolások miatt érdeklődésre tarthatnak számot: Néhány év előtt csak annak lehetősége merült fel, hogy az orális i. f. tartalmú készítmények szedése után resistentia alakul ki hete-

2. táblázat

Sor-szám	A vizsgált esetek adatai	A coli mutans növekedési zóna szélessége milliméterben a B ₁₂ vitamin injektió	
		előtt	után
		nyert duodenális nedv és hús inkubált elegyében	
1.	S. P. 53 é. férfi a. p. teljes remissió coronar. scler.	13	13
2.	F. J. 54 é. nő hyperthyreosis	13	14
3.	K. P. 47 é. férfi colitis	14	14
4.	V. Gy. 22 é. nő neurasthenia	13	13
5.	P. I. 32 é. nő lupus erythemat.	15	15
6.	B. M. 29 é. férfi gastritis	13	14
7.	G. J. 43 é. nő pyelonephr. anaemia	14	14
8.	M. S. 54 é. férfi cc. pulm., anaemia	12	13
9.	K. M. 79 é. nő tu. abd., anaemia sec.	15	15
10.	B. I. 36 é. nő colitis	10	10
11.	Cs. J. 72 é. nő myxoedema, anaemia	14	14
12.	F. L. 62 é. nő myxoedema, anaemia	13	14
13.	F. M. 62 é. nő kezelt anaemia, hyposider.	14	14
14.	T. I. 53 é. nő myxoedema	11	12
15.	Cs. T. 31 é. nő neurasthenia	11	11

rolog antitest-képződés miatt (8, 9). Újabbán kiderült, hogy kezeletlen a. p. esetek 30—50%-ában is ki lehet mutatni *i. f. antitesteket*, vagyis az a. p. az *autoimmun betegségek* közé sorolható (10, 11, 12).

Kiderült még az is, hogy az a. p. betegek között gyakori a myxoedema (14), amit thyreoiditis

előz meg (15), amit ugyancsak autoimmun betegségek tartanak. A hypothyreosis és az a. p. közötti kapcsolatról régebbi adatok is vannak és ezzel a kérdéssel magyar szerzők is foglalkoztak (16). Ezek a vizsgálatok jelentősek a thyreoidea myelotrop funkciójának feltételezése szempontjából (17).

Az a. p. pathogenesisére vonatkozó legújabb adatokat Herbert (18) közölte, szerinte a normális bélnedv egy factort tartalmaz, mely a B₁₂-vitamin felszívódását oly módon segíti elő, hogy a B₁₂-vitamin i. f. kötést a bélfalban felbontja. Cooper és Castle (19) familiáris B₁₂-vitamin felszívódászavar okát ennek a bélfactornak hiányában látja. Refracter a. p. kezelésében, a succus entericus kedvező hatását mások is leírták (20, 21, 22).

A felsorolt irodalmi adatok a kutatás általános irányát mutatják és az általunk közölt eredmény is beilleszthető ezek sorába: Vizsgálataink eredménye arra enged következtetni, hogy az idiopathiás a. p. esetek egy részében, a 16 eset közül 5 esetben, a duodenális i. f. mennyisége kevesebb volt és ezekben az esetekben a B₁₂-vitamin injektio után rövid idő múlva a duodenális i. f. megszaporodott.

A duodenális i. f. termelés fokozódása időben éppúgy folyik le, mint a csontvelő-átalakulás, ezért feltételezhetjük, hogy indirekt úton ez is a haemopoesissel összefüggő változás. Igen lehetséges, hogy a duodenális i. f. elégtelen mennyisége is szerepelhet egyes a. p. létrejöttében.

Vizsgálataink eredményeink még arra is utalnak, hogy a B₁₂-vitamin hatását nem ismerjük teljesen. *Mivel a B₁₂-vitamin az a. p. hatásos gyógyszere, igen valószínű, hogy ezt a sokrétű és bonyolult részletfolyamatokból összetett betegséget csak azért képes gyógyítani, mert hatása ugyancsak többirányú.*

A B₁₂-vitamin tehát semmiképpen sem tartható olyan anyagnak, mely csupán a csontvelő hibás működését korrigálja. Direkt csontvelői hatását in vivo vizsgálva mi is kimutattuk (21), hogy csak generális hatása érvényesül és hatásához nyilvánvalóan extramedulláris tényezők is szükségesek. Előző vizsgálataink ilyen, a haemopoesissel összefüggő extramedulláris hatás létezéséhez más adatokat is szolgáltatottak (6, 7).

Vizsgálataink eredményéből még egy fontos törvényszerűség olvasható ki. *A B₁₂-vitamin szerepet játszik további sorsának irányításában.* Jelenléte saját felszívódását, esetleg egyéb hatását is elősegíti, tartós hiánya pedig természetesen további B₁₂-vitamin felszívódását csökkenti, vagy lehetlenné teszi, épp az i. f. termelésre gyakorolt hatása révén. Meg kell jegyezni, hogy ez idő szerint a B₁₂-vitaminnak ezt a működését csupán egyes esetekben és csakis a duodenális i. f. termelésre vonatkozólag mutattuk ki. Ez azonban a fontos biológiai törvényszerűség tényét nem érinti.

A kérdés különben nyilván bonyolult azért is, mert számolni kell azzal, hogy az a. p. kifejlődéséhez hosszú idő kell. A *diphyllbothrium latum* perniciososa és az agastrikus esetek tanulmányozásából tudjuk, hogy a nagy B₁₂-vitamin raktárak és az

aránylag kis napi szükséglet miatt az anaemia kifejlődéséhez hosszú évek kellenek és nagyok az individuális különbségek. Szerepet játszanak ebben a táplálkozási viszonyokon kívül az alkati és örökletes sajátságok is.

Összefoglalás: A bacteriologiai módszerrel 16 kezeletlen ill. relapsusban levő anaemia perniciosa eset közül 5-ben B₁₂-vitamin injectióra a duodenális intrinsic factor mennyiségének emelkedését észlelték 24, ill. 48 óra múlva. A gyomornedvben hasonló hatást egy vizsgált esetben sem találtak. Az 5 pozitív esetben a duodenális intrinsic factor mennyisége a többenél alacsonyabb volt. Foglalkoznak a B₁₂-vitamin haemopoesissel összefüggő extramedulláris hatásával és rámutatnak arra, hogy a B₁₂-vitamin az intrinsic factor termelésére gyakorolt hatása révén saját felszívódását ill. felhasználását is befolyásolja.

Ezúton is köszönetet mondunk Stekker Károly dr.-nak és Udvardy-Nagy Istvánné dr.-nak a módszer beállításában nyújtott segítségükért.

IRODALOM. 1. Horányi M. és Stekker K.: Orv. Hetil. 1960, 101, 804. — Acta Med. Hung. 1960, 16, 25. — 2. Horányi M. és Stekker K.: Orv. Hetil. 1962, 103, 1019; Acta Med. Hung. 1962, 18, 293. — 3. Bethell F. H., Swenseid M. E., Meyers M. C., Neligh R. B., Richards H. G.: Univ. Hosp. Bull. Michigan Ann. Arbor. 1949, 15, 49. — 4. Toohey J. I. és Barker H. A.: J. Biol. Chem. 1961, 236, 560. — 5. Friedrich W.: Münch. med. Wschr. 1963, 105, 990. — 6. Horányi M. és Stekker K.: Magy. Belorv. Arch. 1957, 10, 16; Sem. Hop. de Paris. 1957, 33, 28. — 7. Horányi M., Benedict J., Stekker K. és Budai S.: Magy. Belorv. Arch. 1958, 11, 100; Folia Haemat. 1958, 76, 634. — 8. Schwartz M., Lous P. és Meulengracht E.: Lancet. 1957, i, 751. — 9. Taylor K. B. és Morton J. A.: Lancet. 1958, i, 29. — 10. Schwartz M.: Lancet. 1958, ii, 61. — 11. Taylor, K. B.: Lancet. 1959, ii, 106. — 12. Schwartz M.: Lancet. 1960, ii, 1263. — 13. Markson J. L. és Moore J. M.: Lancet. 1962, ii, 1240. — 14. Bastenie P.: Arch. Intern. Med. 1937, 12, 1. — 15. Williams D. és Doniach I.: J. Pathol. Bacter. 1962, 83, 255. — 16. Boros J. és Czoniczer G.: Orv. Hetil. 1935, 79, 1. — 17. Mansfeld G. és Sós J.: Klin. Wschr. 1938, 17, 386. — 18. Herbert V.: Fed. Proc. 1960, 19, 884. — 19. Cooper B. A. és Castle W. B.: J. clin. Invest. 1960, 39, 199. — 20. Colle E., Greenberg L. és Krivit W.: Blood. 1961, 18, 48. — 21. Movitt E. R., Maugum J. F., Cohen J. I. és Porter W. R.: Am. J. med. Sci. 1963, 245, 699. — 22. Björnstad P. és Imerslund O.: Acta Haemat. 1963, 30, 340.

DEPERSOLON INJEKCIÓ

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 30 mg 21-Desoxy-21-N-/N'-methylpiperazinyl/prednisolon. hydrochlor.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Elsősorban olyan akut kórképek, ahol gyors glukokortikoid hatás életmentő: égési, traumás, műtéti vagy intoxicáció következtében fellépő shock. Súlyos allergiás állapotok, anaphylaxiás shock, transfúziós shock, status asthmaticus, súlyos gyógyszer-túlérzékenység. Fertőző betegségek kapcsán fellépő toxicus állapot (huzamosabb alkalmazásánál megfelelő antibiotikummal kombinálva). Acut mellékvese-elégtelenség (pl. Addisonos-krízis), máj-kóma, myocardialis infarctus shock stádiuma.

ELLENJAVALLAT: Az akutan alkalmazott parenterális prednisolon kezelésnek gyakorlatilag nincs ellenjavallata. A huzamos kezelés ellenjavallatai megegyezők a corticosteroid kezelés ismert ellenjavallataival.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Shockban nor-adrenalinnal kombinálva 30—90 mg Depersolon (1—3 ampulla) lassan intravénásan, vagy cseppinfúzióban, egyéb indikációkban 30—45 mg (1—1½ ampulla) lassan intravénásan. Az akut állapot enyhültével célszerű a kezelést csökkentett dózisban Prednisolon tablettával folytatni.

CSOMAGOLÁS: 3 ampulla
50 ampulla

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Orvostovábbképző Intézet, II. Gyermekgyógyászati Tanszék (tanszékvezető: Steiner Béla dr.)

Perinatalis halálozás

Steiner Béla dr.

A perinatalis halálozás (továbbiakban: p. n. h.) kérdésével hazánkban régebben keveset foglalkoztak, bár a hazai magas p. n. h. szükségessé teszi a kérdés széleskörű megvilágítását. Magyarországon 1959-ben 2153 volt a halvaszületések száma és 4451 újszülött halt meg egy hónapon belül. Ugyanezek az adatok 1960-ban: 1967, ill. 4008.

P. n. h.-on az Egészségügyi Világszervezet (WHO) értelmezésével összhangban — a foetalis és a születést követő, a 0—28 napon belül bekövetkező neonatalis halálozást értjük.

Antenatalis halálozás

A születési súlyra és a méhen belül eltöltött időre való tekintet nélkül hazánkban élveszülöttnak kell anyakönyvezni minden megszületett magzatot, akin bármiféle életjelenség (légzés, szívhang, köldökzsinór-lüktetés, izomösszehúzódás) észlelhető.

Tapasztalat szerint egyes újszülötteket az anya anyagi érdekeire tekintettel kritikus esetekben is az élveszülöttek közé sorolnak.

Az Egészségügyi Világszervezet tíz pontba foglalja össze az antenatalis halálozás főbb okait, ezek közül 8 az anya betegségével, ill. a szüléssel függ össze. A gyermekre vonatkozó halálok: 1. a magzat veleszületett fejlődési rendellenességei, 2. a magzat betegségei, rosszul meghatározott okok, (pl. lues, egyéb infekciók, Rh incompatibilitás, maceráció stb.).

A méhen belüli elhalálozások okaira vonatkozó különböző statisztikákban a „bizonytalan okok” igen nagy számmal (31—43%) szerepelnek. Aránylag kicsi az intrauterin anoxiák száma; klinikusok azonban nagyobb jelentőséget tulajdonítanak ezeknek, mint a kórboncnokok. Újabban érzékeny műszereket is használnak a méhen belüli anoxia felismerésére (3). A halvaszületettség ismérvére és okaira vonatkozólag nem alakult ki egységes állásfoglalás. Ismereteink még sok tekintetben hiányosak és ez a statisztikai adatokra, de a csökkentésére irányuló intézkedésekre is hat.

A gyermekorvosnak szerepet kell vállalnia a halvaszületések csökkentésére irányuló munkában. Általános elvként kell tartani szem előtt, hogy a sok antenatalis halált okozó fejlődési rendellenességek koraszülötteknél lényegesen gyakrabban fordulnak elő, mint érett újszülötteknél. Elsőrendű feladat a koraszülések számának visszaszorítása.

A neonatalis halálozás

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia a neonatalis halálozást 5 csoportba osztja:

1. postnatalis asphyxia és atelectasia;
a) abnormális tüdőventilláció;
b) anoxia, mely congestiót, oedemát, vérzést és szövethalált okoz;
c) hyalinmembran betegség.
2. Születési sérülés (intracranialis vérzés szeríntük gyakorlatilag megszűnt).
3. világrahozott rendellenesség;
4. fertőzés;
5. vérbetegség.

Ez a beosztás nagyjában megszabná a gyermekorvos teendőit. A régi elképzelés szerint a gyermekorvosi feladat az volt, hogy a légzési nehézséggel küzdő újszülöttnél elsősorban elvégezze a légúti toiletet, támogassa a légzést és keringést, akár oxigén adásával is.

Az utóbbi időben a postnatalis asphyxia és atelectasia, hyalinmembran betegség kezelésében új utakra tértünk.

Usher (12) szerint az újszülöttkori halálozásban a koraszülöttek légzési nehézségei 7%-ban szerepeltek, 6%-kal az 1000 g-nál kisebb súlyú koraszülöttek. Az általános nézet az volt, hogy a halál oka mindkét esetben az asphyxia fokozatos rosszabbodása volt. Ezzel szemben Usher (12) kimutatta, hogy az említett csoportban a halál nem mindig direkt oxigén hiány és fokozott széndioxid-tartalom következménye, hanem szerepe van benne az acidosisnak, hyperkaliaemiának, hyperphosphataemiának és hypoglycaemiának is. Szerinte a ventilációs nehézségből eredő halálnak két formája van: az egyikben az újszülött légzési nehézség miatt hal meg, a másikban az asphyxia melléktermékeként fatális anyagcsere-zavar alakul ki.

Ennek leküzdésére Usher (12) olyan folyadékot adott, amely 100 ml-ben 15 g glucoset és 5—7 E insulint tartalmazott. A folyadékhoz adott nátriumcarbonat koncentráció az infúzió előtt vett vér pH-tól függött. Az intravénás oldat minden 100 ml-éhez 5 mEq nátriumbicarbonátot adott, ha vénás pH 7,20 felett volt, 10 mEq-t, ha 7,10—7,19 között volt és 15 mEq-t, ha 7,10-nél kevesebb volt. Az infúziót addig folytatta, míg lehetségessé nem vált hasonló mennyiségű táplálék felvétele, különben súlyos hypoglycaemiás shock keletkezett.

A folyadékot 65 ml/kg-os napi adagban adta. A halálozási százalék a nem kezelt ventilációs zavarban (respiratory distress syndrome) 37% volt, míg a kezelt csoportban 17%. Ez a kezelés tehát gyakran életmentő volt annak ellenére, hogy a therapia magára az asphyxiára nem volt hatással.

Számszerűen a montreali Royal Victoria Hospital-ben a koraszülött halálozás 1958-ban 19,3%, 1959-ben 13,6%, 1960-ban 9,2% (!) volt. Az 1000 g-nál kisebb súlyú koraszülöttek első heti halálozása 1960-ban 60% volt.

Hutchison (4) szerint az Usher által adott natr. bicarbonat kevés és a metabolikus acidosis nem korrigálja elég gyorsan.

Kerpel—Fronius (5) szerint, ha a kálium-érték az első nap 7 mEq/l volt, a halálozás 30%, alacsonyabb kálium-szint mellett 4%. A hyperkaliaemiás csoportban az esetek felében az EKG vezetési zavart mutatott, az alacsony kálium-szintű csoportban ez ritkán fordult elő. Vizsgálataik szerint koraszülöttekben a vércukor-értékek olyan alacsonyak lehetnek, hogy halálként ezzel is számolni kell. Újabban, ha újszülöttben a »valóságos« vércukor 30 mg% alatt van, testsúly kg-onként 300 mg glucogant adnak. Ha szükséges 100 mg/kg újból adható.

Usher (12) adatainak ismertetésénél hangsúlyozni szeretnénk az új eljárás principiális jelentőségét. A 2—12 hónapos halálozás nagyfokú, soha sem remélt csökkentését általában használható kezelési elvek alapján értük el, az életszínvonal emelkedése mellett. A neonatalis halálozásban minden életért egyénileg kell küzdeni; minden újszülött betegsége külön diagnosztikai és therapiás probléma. Az acidosis elleni therapia a fentebb jellemzett csoportban újra egy általános elvi kezelés bevezetését jelenti. Annál eredményesebb, minél hamarabb kezdjük el. Jobb, ha megakadályozzuk a hyperkalaemia létrejöttét, mint ha leküzdjük. Miután a neonatalis halálozás $\frac{1}{4}$ -a az első 24 órára esik, javasoljuk, hogy az eddigi szokással ellentétben a károsított újszülöttek minél hamarabb irányítottan aktív kezelés elvégzésére alkalmas intézetbe, — tehát minél rövidebb időt töltsenek szülészeti osztályokon.

A szülész és gyermekorvos szoros együttműködése csökkentheti a neonatalis halálozást. Ennek eredményeképpen pl. vércserére készülünk fel, ha az anya már szült morbus haemolyticus neonatorumban szenvedő újszülöttet, valamint ha a terhes nő isoimmunizációját kimutattuk. Közös megegyezéssel be kell vezetni — főleg a fiatal terheseknél — a tuberculin-próbát. Ha tuberculin neg. terhes nő a terhesség alatt pozitívvá válik, INH-kezelésben részesítendő. Hasonlóképpen helyes volna a terhesség elején és végén a toxoplasmin-testet elvégezni. A pozitívvá váló betegek Supronallal és Daraprinrel való kezelése életmentő lehet.

A diabetes mellitusban, szívbetegségben, anaemiában szenvedő terhes nők nincsenek minden terhesgondozóban korszerűen ellátva. Bársony (2) hazai vonatkozású adatai szerint 157 diabetes mellitusban szenvedő terhes nő betegségét 16%-ban csak a szülés alatt, ill. a gyermekágyban ismerték fel.

A halvaszülés és koraszülés elhárítása érdekében — amint arra előző munkámban rámutattam (11/a) — olykor nem teszünk meg mindent a szénhidrátanyagcsere-zavar kivédésére.

Az illetékes consiliariusok állandó igénybevétele is sok helyen nehézségbe ütközik. Talán az általános praxisban járatos gyermekorvos bekapcsolása oldaná meg könnyebben a problémát. Nálunk is kifejlődne a »szülészeti-gyermekgyógyászat«, az anyák és a csecsemők javára.

Perinatalis halálozás nemzetközi viszonylatban

Sárkány (9) a p. n. halálozásról írva megállapítja, hogy hazánk e vonatkozásban megelőzi Ausztriát, a Német Szöv. Köztársaságot, Japánt, Olaszországot, Portugáliát és lényegében azonos szinten mozog pl. Angliával. Közölt táblázata jól illusztrálja az elmondottakat. Érdekes ezeket az 1955-re vonatkozó adatokat az Egészségügyi Világszervezet 1959-re vonatkozó demográfiai beszámolójával összehasonlítani. A két táblázat adatai anynyiban különböznek, hogy míg az 1955-i statisztika a foetalis és a 6 napon belüli halálozást adja meg, addig az 1959-es adatok a halvaszületésekre és a 0—28 napon belüli halálozásra vonatkoznak. Amint a táblázatban látható 19 európai országot mellett Kanada adatait is közlik. A beszámolóból megállapítható, hogy halvaszületettek tekintetében aránylag jó a helyzetünk. Legjobbak Csehszlovákia adatai (10,8), legrosszabb Portugáliáé (31,3), míg Magyarország 15,2-es értékével a 8. helyet foglalja el.

1. táblázat

Ország	Halvaszületés + neonatalis halálozás együtt	Halvaszületett	Neonatalis halálozás (0—4 hét)
1. Csehszlovákia	23,8	10,8	13
2. Svédország	27,7	14,8	12,9
3. Hollandia	28	16	12
4. Finnország	31,9	16,2	15,7
5. Kanada	32,1	13,7	18,4
6. Görögország	33	13,5	19,5
7. Bulgária	34,2	12,3	21,9
8. Belgium	34,3	14,6	19,7
9. Franciaország	34,6	16,5	18,1
10. Anglia és Wels	37,1	21,2	15,9
11. Luxemburg	38,5	15,7	22,8
12. Nyugat-Németország	39,1	15,7	23,4
13. Románia	39,8	17,1	22,7
14. Ausztria	40	15,6	24,4
15. Lengyelország	41	13	28
16. Skócia	42,1	22,7	19,4
17. Málta	45,2	22,7	22,5
18. Magyarország	49	15,2	33,8
19. Olaszország	49,9	25,9	24
20. Portugália	58,7	31,3	27,4

A 0—4 hétre vonatkozó neonatalis halálozásban azonban 33,8%-os értékünkkel az utolsó helyre szorulunk. A halvaszületés és a 0—4 hétre vonatkozó neonatalis halálozás értéke hazánkban 49%, amivel a 20 nemzet között a 18. helyre kerültünk.

Érdeemes ezt a táblázatot pontosabban elemezni. A fentebb elmondottak alapján nem kétséges, hogy a halvaszületettek száma aránylag azért kevés, mert — mint erre már korábban utaltunk — azok egy része az élveszületések csoportjába került át. Az összesítésnél végeredményben kiderül, hogy a halvaszületésből és a neonatalis halálozásból veszteségünk igen magas és több, mint kétszerese Csehszlovákia (korrigált) 23,8%-os értékének, de igen magas a svédek 27,7%-os értéke mellett is. Ha az 1959-es statisztika ránk vonatkozó adatait kritika nélkül elfogadnánk akkor arra a következtetésre juthatnánk, hogy p. n. halálozásunk csökkentésére irányuló erőfeszítéseinkben figyelmünket elsősorban a neonatalis halálozásra kell összpontosítani. Ezzel szemben az igazság az, hogy a halvaszületettek

száma is igen magas. A halvaszületettek számának csökkentésére irányuló munkában a szülészekre vár a nagyobb feladat.

A világrahozott fejlődési rendellenességek esetében a gyermekorvos feladata elsősorban a korai diagnózis. A szüléssel történt előzetes tanácskozás alapján sok esetben már időben felkészülhet a gyors segítségre. Így hydramnion esetében számol az oesophagus atresiával (trachealis fistulával, vagy anélkül), a bélrendszer szűkületével, vagy más bántalmakkal. A világrahozott fejlődési anomáliák létrejöttében újabb jelentőséget tulajdonítanak a chromosoma aberrationának. Új kutatási irány kezdetét jelenthetik azok az állatkísérletek, melyek serotonin-injectióval fejlődési rendellenességet, maceratiót váltottak ki terhes patkányok utódain. Ezzel összhangban megemlítjük, hogy carcinoid tumorban szenvedő terhes asszonyban a halvaszületett újszülött sokszor fejlődési rendellenességet mutatott [Reddy D. V. és tsai, (8)].

A fertőzés jelentősége

A fertőzés jelentősége az utolsó évtizedben világviszonylatban csökkent. Kétségtelen azonban, hogy ugyanakkor a fertőzések leküzdése nehezebbé vált, mert kiterjedtebb az antibiotikus resistencia, veszélyes staphylococcus-törzsek bukkantak fel és eddig inkább saprophytáknak tartott törzsek kórokozóként szerepelnek. A foetus fertőzése szülés előtt általában az anyai keringésen keresztül történik. A diaplacentáris fertőzés bizonyított toxoplasmosisban, gombás betegségekben, luesben, maláriában és listeriosisban. E betegségek kórismézése és kezelése az anyában csökkenti a p. n. halálozást. A vírusfertőzések jelentősége állandóan emelkedik.

Érdekes, ha a fertőzéseket külön tanulmányozzuk érettekben és koraszülöttekben. Egy finn statisztikában (1) a fertőzés érettekben 109 esetben szerepelt, koraszülöttekben 138-szor mutatták ki, pedig a koraszülöttek az újszülötteknek csak egy kis részét alkották.

Sárkány (9) 1954. évi adatai szerint Magyarországon az infectio okozta halálozás újszülötteknél megközelíti a portugál adatokat — ami lemaradásunkra vall.

II. táblázat

Újszülöttek	Tüdőgyulladás		Hasmenés		Egyéb sepsis	
	0-6	7-31	0-6	7-31	0-6	7-31
	n a p		n a p		n a p	
1956	235	561	27	183	11	39
1959	181	355	13	155	11	19
1960	182	276	14	64	11	21

A 7—28 nap közötti igen magas késői hazai neonatalis halálozásban döntő szerep a fertőzésnek jut. Amint a II. táblázatban közölt Központi Statisztikai Hivatal adatai mutatják, újszülöttkorban a késői neonatalis fertőzés okozta halálozás továbbra is magas. (II. táblázat).

Vizsgálat tárgyává kell tennünk a fertőzések elhárításának lehetőségeit. A neonatalis bakteriális betegségek korai diagnózisában nagy szerepe van az orvos tapasztalatának. *Legfontosabb annak szem előtt tartása, hogy kis súlyú újszülött életveszélyes fertőzése, sepsise, majdnem tünetmentes lehet. Schaffer (10) bakteriologiai vizsgálattal már akkor keresi az esetleges sepsis okát, ha az újszülött „nincs jól”.*

A bakteriális fertőzés bekövetkezhet szülés előtt, alatt és után. Származhat: 1. az anyából, 2. a környezetből. Az anyából történő fertőzés lehet: a) haematogen, b) az anya hüvelyéből származó, c) székletből, d) légzőtractusból, e) bőrön levő bakteriumokból.

Fertőzödhet a csecsemő környezetének élő tagjaitól, berendezési tárgytól, és nem utolsósorban csecsemő társaitól. Eichenwald »Cloud baby«-je a staphylococcusok milliárdjait szórja szét. Ezért elvileg jobb a csecsemőt az anyánál hagyni, mint az újszülötteket csoportba gyűjteni. Az újszülött nem társas lény.

Szülés alatt leggyakoribb a bakteriális felszálló fertőzés. A koraszülött magzat környékben betegszik meg, mint az érett. Nelson (6) szerint újszülött korban E. coli és a többi Gram-negatív baktérium a leggyakrabban fertőző agensek. Szülés után az újszülött-periódusban a kórházban szerzett fertőzések között leggyakrabban staphylococcus aureus haemolyticus, enteropathogen E. coli, salmonella okoz betegséget. Ritkán szerepel a streptococcus haemolyticus, pneumococcus, H-influenzae, tetanus stb. és vírusok. Nelsonnal egy időben hangsúlyoztuk, hogy az újszülöttkori tüdőgyulladásokat leggyakrabban az E. coli váltja ki. *Jelentősége nagy, szerintünk nemcsak korai, hanem a késői neonatalis halálozásban is. Újszülöttkori pneumóniánál mindig adunk penicillin mellett, már a bakteriális vizsgálat eredményének ismerete előtt, streptomycint és sokszor tetracyclint is (11).*

A szülész és gyermekorvos együttműködésének célja a terhes asszony fertőzésének elhárításával a csecsemő messzemenő védelme, illetve gyógyítása is. Közösen kell megbeszélni a lázas terhes nő antibiotikus kezelését is, szem előtt tartva, hogy pl. a chloramphenicolal szemben az újszülöttek, de különösen a koraszülöttek feltűnően érzékenyek. A különböző hormonok és gyógyszerek a magzatot károsíthatják. Ha az újszülött, elsősorban a koraszülött légzési nehézséggel jön a világra, fertőzés lehetőségére is gondoljon az orvos. Segítségét nyújthat a placenta és köldökzsinór gyors szövettani, bakteriologiai vizsgálata. Tapasztalataink alapján újszülöttkori tüdőgyulladásnál a bakteriális fertőzés áll előtérben; atelectasiánál és hyalin-membran betegségnél 48 órán belül ez csak kivételesen fordul elő (11). A régebben oly fontos lueses fertőzés hazánkban elvesztette jelentőségét. Congenitalis és connatalis tbc-s esetek is a ritkaságok közé tartoznak. A szülés és gyermekorvos közös feladata ennek elhárítása.

Miliaris tbc-ben szenvedő szülőanyák tünetmentes újszülöttjei feltétlenül kezelendők! A tünetek megjelenésére várni rendszerint egyértelmű a halálos kockázattal.

Következtetések:

Az elmondottak alapján magas p. n. h. javítására a következő intézkedések látszanak célszerűnek:

1. Minden rendelkezésre álló eszközzel csökkenteni kell a koraszülések számát. Erre vonatkozó javaslataimat előző munkámban már közöltem (11).
 2. A koraszülöttsztyályok tehermentesítésére, az ott már feleslegesen fekvő betegek elhelyezésére olyan berendezésű csecsemőosztályokra van szükség, ahol védelmet lehet biztosítani a fertőzéssel szemben. Ide helyezendők azok az egészséges újszülöttek is, akik részére a szülői otthon egészségük megőrzésére nem alkalmas. Ez az intézkedés a 7—28 nap közötti magas neonatalis halálozás leküzdéséhez kedvezően járulna hozzá.

3. Javítani kell a szülészeti osztályokon levő újszülött osztályok állapotán. *Petényi* (7) szerint ezek jelentős része túlzásfolt; hurutos felső légúti, enterális és bőrinfectiók tovaterjedése ezekben elkerülhetetlen. Az otthon jelentkező fertőzések egy része innen származik.

4. A beteg asszonyok (diabetes mellitus, szív-baj, anaemia, tbc stb.) terhességénél a consiliáriusokat ne időlegesen, hanem folyamatosan vegyük igénybe.

5. A hiányzó koraszülött ágyakat gyorsan pótolhatnánk incubátorok beszerzésével.

Összefoglalás: A perinatalis halálozás hazánkban igen magas. Csökkentésére legfontosabbnak látszik a koraszülések számának mérséklése.

Az újszülöttkori acidosis elleni therapia eredményesnek ígérkezik.

A terhesgondozás hiányosságain sürgősen javítani kell.

A szülész és gyermekorvos szorosabb együttműködésével fejlesszük a „szülészeti gyermekgyógyászat”-ot.

A fertőzések leküzdésénél számolni kell az eddig saprophytának tartott bakteriumok jelentőségével.

Perinatalis halálozásunk javítására pozitív javaslatokat tettünk.

IRODALOM. 1. *Ahvenainen E. K.*: Acta Obst. et Gynec. Scandinav. 1960, 39, 438. — 2. *Bársony J.* és tsai: Medicina, Gyakorló Orvos Könyvtára. Budapest, 1962. »A terhesség szövődése belgyógyászati betegségekké« — 3. *Cox L. V.*: Lancet. 1963, 1, 841. — 4. *Hutchinson J. H.* és tsai: Lancet. 1962, 2, 465. — 5. *Kerpél-Fronius Ö.*: In »Somatic Stability in the Newly Born« Churchill. London. 1961. Ed. Wolstenholme G., O'Connor M. — 6. *Nelson W. E. J.*: Pediatr. 1960, 56, 274. — 7. *Petényi G.*: Orvosképzés. 1961, 1, 16. — 8. *Reddy D.* és tsai: J. Pediatr. 1963, 63, 394. — 9. *Sárkány J.*: Demográfia. 1963, 3, 460. — 10. *Schaffer A. J.*: Diseases of the Newborn W. B. Saunders Comp. London. 1960. — 11. *Steiner B.* és tsai: Orv. Hetil. 1961, 102, 244. — 11/a. *Steiner B.*: Orv. Hetil. 1963, 104, 40. — 12. *Usher R. H.*: In »Somatic Stability in the Newly Born« Churchill. London. 1961. Ed. Wolstenholme G., O'Connor M.

NEO-GYNOFORT

injekció és cseppek

Összetétel: 1 ampulla (1 ml) 0,0625 mg ergometrin, malein., és 0,125 mg ergotam. tart.-ot tartalmaz. 1 üveg (10 ml) 0,25 mg/ml ergotam. tart. és 0,125 mg/ml ergometrin malein.-t tartalmaz.

Javallatok: A gyermekági vérzések megelőzésére és kezelésére, abortus incompletus esetén a vérzés csökkentésére, vetélés befejezése után a méh összehúzódásának elősegítésére, nőgyógyászati vérzések mennyiségének csökkentésére.

Adagolás: Az injekcióból 1—2 ml i. m., sürgős esetben ugyanaz az adag lassan i. v. is adható
 A cseppekből naponta 2—3 × 15 csepp.

SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás: 5 × 1 ml amp. 13,50 Ft.
 50 × 1 ml amp. 113,80 Ft.
 1 üveg (10 ml) 13,80 Ft.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

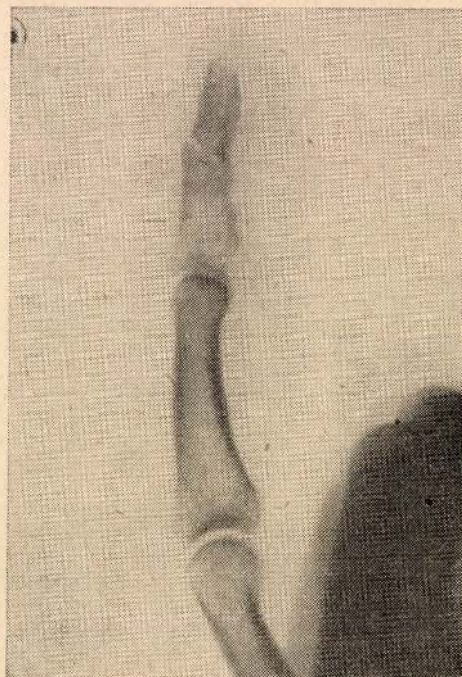
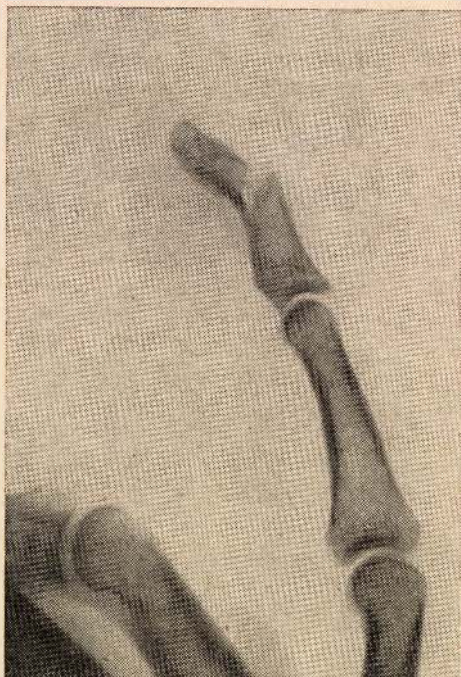
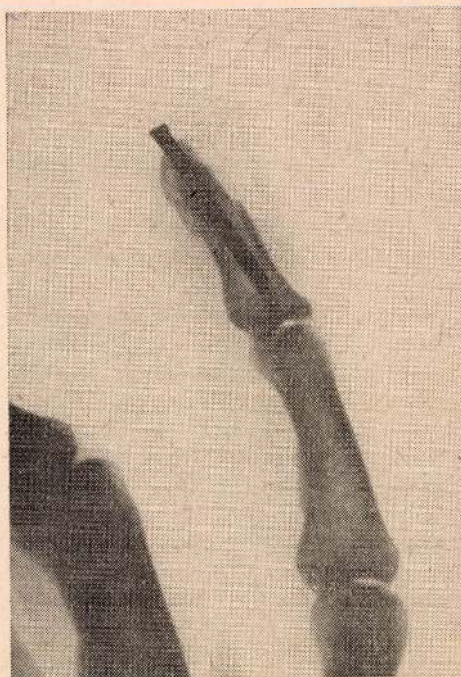
Szénbányák Üzemorvosi Rendelője, Várpalota, Traumatológiai Szakrendelés

Ujjperctörések belső rögzítése

Miklósy Lajos dr.

A fedett és nyílt ujjperctörések gyakran szerepelnek keresőképtelenségi okként — célszerűtlen kezelésük maradandó munkaképesség-csökkenést eredményez. Kifogástalan működési eredményt csak elsődlegesen, jó anatómiai helyzetben gyógyult törések eseteiben várhatunk.

A régebben alkalmazott, kizárólag külső rögzítési eljárások nem vezettek mindig kellő eredményre, gyakran nehézkesek voltak a korai működést akadályozta, a rögzítő kötések torzulása másodlagos dislocatiókat okozott. Célszerűtlenül és pontatlanul alkalmazott sín- és nyújtókötések a törődarabok széthúzásával gátolták a „hasznos rövidülés” létrejöttét, elhúzódó törésgyógyulásra vezettek. Az elsődleges ellátáskor megfelelően alkalmazott belső sinezési eljárások a nehezen rögzíthető törések kezelését eredményesebbé teszik. Elterjedésüket a csontbeavatkozásoktól talán túlzott tartózkodáson kívül megfelelő fűrókészülékek hiánya is akadályozza. Tapasztalataink szerint legkedvezőbb



gyógyeredményt a műtéti elsődlegesen végzett seb-ellátáskor alkalmazott belső rögzítés adja — megfelelő fűrókészülékkel pedig nem rendelkezünk — kidolgoztuk az injectiós tűkkel szegezés eljárását. A jelenleg forgalomban levő „serum 1.” méretű tűk fémanyaga az előzetes vizsgálatok szerint alkalmasnak bizonyult belső rögzítés céljára.

F. I. 35 éves. Bejövetele előtt 2 órával skipajtó roncsolta j. kéz V. ujjának végpercét. A végperc ferdesikú nyílt törésének helyzetét velőtüvel biztosítottuk. Elsődleges gyógyulás, hibátlan kozmetikai és functionalis eredmény. Túeltávolítás a 30. napon

Az injectiós tűk bevezetési helye és iránya azonos a szokásos belső sínek bevezetési helyével és irányával. A lágyrészek átdőfése után a tű forgó mozgásával — kemény csontkéreg esetén ár-előfúrással — hatolunk át a csontkérgen, majd a tűt kalapácsütésekkel vezetjük a kívánt irányba és mélységbe.

Az eljárás alkalmazási feltételei:

1. Legyen biztosított az elsődleges sebgyógyulás.
2. Többet használjon a megmentett ujjrész a kéz funkciójának — mint elvesztése károsítaná.
3. Minden beavatkozás az „atraumaticus műtéti technika” és „super-asepsis” betartásával történjen. A sebfelszínek elsődlegesen zárhatók legyenek.
4. A törés alakjának megfelelő belső rögzítési módot alkalmazzuk.
5. A beteg igen gondos észlelése és rendszeres functionalis kezelése nélkül az eljárás alkalmazása céltalan.

Az alkalmazási feltételek szigorú betartása elengedhetetlen követelmény — bármely pontjának megsértése kockáztatja a beavatkozás sikerét. Gondos mérlegelés alapján dönthetünk, minden adott-ságunk figyelembe vételével, hogy *ki, mikor és mi módon* alkalmazzon belső rögzítési eljárást. Kétségtelen, hogy a fedett és nyílt ujjperctörések belső rögzítése *nem életmentő sürgősségi műtét — tehát hiányos felkészültséggel és bizonytalan sterilítással végzése indokolatlan és káros*, — azonban megfelelő körülményekkel alkalmazva az „elkerülhető rokkantságok” számát csökkenti. A belső rögzítés ha atraumaticus technikákkal és asepsisünkkel nem vétettünk — kedvez az elsődleges sebgyógyulásnak; ha stabil belső rögzítést alkalmaztunk, a sérült végtagrész működtető kezelését sebgyógyulás után haladéktalanul megkezdhetjük. Különösen ízfelszint bontó törések esetén mutatkozott előnyösnek a *korai és fájdalomtalan* működtető kezelés.

Injectiós tűvel belső rögzítést 50 sérült 52 sérült ujján végeztünk. Eseteink között 5 fedett és 47 nyílt törés szerepelt. Sebfertőzéses szövődményünk nem volt. 1 esetben súlyos lágyrészcsoncsolás és a hüvelyüthőér sérülése miatt másodlagos csonkításra szorultunk. 20 esetünkben a nyílt törés és súlyos lágyrészsérülés csonkító beavatkozást is indokolhatott volna. Sérültjeink foglalkozási megoszlása: 47 föld alatti lignitbányász és 3 kiszolgáló üzemi fizikai munkás. Elettör szerinti csoportosításuk:

18—30 éves	17
31—50 éves	26
51—60 éves	6
61— éves	1

A sérülés és elsődleges ellátás között eltelt idő:

3 órán belül	24
12 órán belül	12
24 órán belül	4
24 órán túl	10

Sérülési szövődmények:

Nyílt ízületi sérülés	9
Feszítőín-sérülés	6
Inhüvelymegnyílás	4
Súlyos keringési zavar	1
Fagyás	1
Elsősegély	1

(Zsineggel alkalmazott szorítókötés az alappercen.)

A belső rögzítést általában 28 nap után (22—42 nap) távolítottuk el. Átlagos keresőképtelenség: 36,4 nap. (3—97 nap). Az alacsony táppénzes-átlag oka: 5 sérültünk saját kérésére 3 napon belül kiíratta magát, könnyebb munkabeosztást vállalt. Ezen csoportunkban egyetlen szövődményt sem észleltünk; elmondásuk szerint könnyebb munkabeosztásukat fájdalomtalanul el tudták látni. Minden sérültünk munkábaállításakor átmeneti könnyebb beosztást javasoltunk 3—32 nap időtartamra. Sérültjeinket munkába állásuk után is rendszeresen ellenőriztük (1—36 hónap után).

Gyógyulási eredményeinket 4 csoportba osztottuk:

I. Teljes functio	33
II. Mérsékelt mozgáskorlátozottság, időszakos érzékenység 6 hónapon belül, 15% alatti munkaképesség-csökkenés	10
III. Átmeneti 15% meghaladó keresőképtelenség-csökkenés 1 éven belül. (izmerevítések, súlyosabb kísérősérülések miatt).	6
IV. Ujjpercvesztés	1

Az ujjperctörések belső rögzítése különösen a súlyosan sérült ujjak használhatóvá mentésének értékes eszköze. Az elsődleges sebállításban megfelelő technikával alkalmazott belső rögzítés a *megszakítatlan nyugalom* biztosításával az elsődleges sebgyógyulást segíti — az elsődlegesen alkalmazott *stabil belső rögzítés* (keresztezett drótok és tűk) lehetővé teszi a korai fájdalomtalan működtető kezelést. Ízületi törések anatómiai gyógyulása a késői jó functionalis eredményeknek előfeltétele. Belső rögzítési eljárások segítségével jó használható fogóképességet biztosíthatunk esetleges izmerevítésekkel. A sérült ujj ellátásának fontos mozzanata a törések ellátása, azonban gondos atraumaticus sebállítás, a lágyrészsérülések biztosított elsődleges gyógyulása és pontos észlelés nélkül műtéti töréskezelés nem alkalmazható. Ha a korszerű elsődleges ellátás egyetlen akadály a megfelelő fűrókészülék és drótok hiánya — a fent ismertetett eljárás igen jó szolgálatot tesz. Régebbi időszakból származó kézsérült anyagunkat utánvizsgálva (24 hónap alatt kezelt 1068 kézsérült — 144 ujjperctörés), mintegy 10% relatív — ezen belül 3% abszolút műtéti indikációt találtunk.

Összefoglalás: Szerző ismerteti az ujjperctörések belső sinezését vastag injectiós tűk alkalmazásával.

ACEDOXIN

injekció és tableta

Az acetyldigitoxin a digitalis lanatából nyerhető glukozyd, mely a lassúbb, de tartós hatású digitalis félékhez tartozik. A gyomorbelhuzamból igen jól szívódik fel, hatása orális adagolás mellett is 2—4^h alatt beáll. A hatás gyorsasága szempontjából a lanatosid—C és a digitoxin között áll; hatás-tartama a digitoxinénál valamivel rövidebb. Az ingerképzést és az inger-vezetést kifejezetten csökkenti.

★

Javallatok: A keringési elégtelenség (kardiális dekompenzáció) helyreállítása és a kompenzáció fenntartása.

★

Összetétel: 1 ampulla (2 ml) 0,2 mg acetyldigitoxint tartalmaz.
1 tableta 0,2 mg acetyldigitoxint tartalmaz.

★

Adagolás: A kompenzáció helyreállítására az első (esetleg a második) napon nagyobb adag 2—3 ampulla i. v., illetve 3—5 tableta alkalmazható, amit a következő napokban akkor is helyes csökkenteni, ha toxikus jelenség egyáltalán nem mutatkozik. A helyreállított kompenzáció fenntartására általában napi 1/2—3 tableta szükséges.

★

Mellékhatások: Az Acedoxin mellékhatásai megegyeznek más digitalis készítmények mellékhatásaival (étvágytalanság, hányinger, látászavarok, bigemínia, bradycardia).

★

Csomagolás: 5x2 ml ampulla 8,50 Ft 40 tableta 11,— Ft
100x2 ml ampulla 128,— Ft 250 tableta 49,60 Ft

★

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető.

★

Forgalomba hozza: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST, X.

Orvostovábbképző Intézet, Sebészeti Tanszék (tanszékvezető: Littmann Imre dr.)

A phlegmasia coerulea dolens activ sebészi kezelése (Thrombectomia)

Brandstein László dr., Mátjus Lajos dr. és Littmann Imre dr.

A *Gregoire* (7) által phlegmasia coerulea dolensnek (továbbiakban: ph. c. d.) nevezett, az alsó végtag hirtelen fellépő kékes elszíneződésével, nagyfokú oedemájával és heves fájdalommal, esetleg elhalásával járó kórkép mindenki előtt jól ismert. *Vas* (19) nemrég megjelent könyvében 135 eset irodalmi feldolgozását említi. Hazai észlelésekről *Degrell* és *Szabó* (4), *Sági* (16), *Szabolcs* és *Stefanics* (17), *Vas*, *Gávay* és *Varga* (6) számolt be.

A kórkép kialakulásában a végtag vénás keringésének súlyos akadályozottsága jelentős szerepet játszik. A reflectorikusan és compressio következtében kialakuló arteria-spasmus az állapotot tovább súlyosbítja és a végtag gangraenáját is okozhatja (1, 8, 10, 18), emiatt gyakran tévesztik össze a kórképet arteriás elzáródással. A tévedés alapját az arteriás pulzus hiánya képezheti. A biztos kórismézést az alapos megfigyelés segíti elő. Arteriás elzáródást oedema sohasem kísér és a végtag hullásápadt, hűvös tapintatú, az elzáródás után néhány órával kékes foltozottság jelentkezik. Az elzáródástól distalisan érzékszavar, bérulás lép fel; ph. c. d. esetében ezen tünetek nem észlelhetők, ellenben a lágyékhajlatig felterjedő súlyos oedema és egyöntetű kékes elszíneződés figyelhető meg. A két kórképben a felületen a vénák teltségi állapota is különböző. Arteriás elzáródás esetében a felületi vénák üresek, ph. c. d. esetében viszont ennek ellenkezője figyelhető meg.

A kórkép végzetes szövödményekkel is járhat: tüdőembolia és shock-állapot.

Közleményünknek nem célja a ph. c. d. aetiológiájának, pathológiájának és klinikumának részletes ismertetése, hanem csak adatot kívánunk szolgáltatni az aktív sebészi kezeléshez.

A sebészi beavatkozás az ismert gyógyító eljárások között a legrégebbi. A thrombosis tovaterjedésének és az embolisatióknak a megakadályozását *Hunter* (11) már a XVII. században ajánlotta. Az anticoaguláns szerek használata a sebészi beavatkozást erősen háttérbe szorította.

Kétségtelen, hogy az alvadásgátló-szerek alkalmazása jelentős a phlebothrombosisok kezelésében, de a gyógyszeres kezeléssel csak a thromboemboliák keletkezésének a lehetősége és a thrombus növekedése akadályozható meg. A vénás keringés helyreállítása alvadásgátló szerektől nem várható. Ma még nem áll rendelkezésünkre elég adat, melyek a fibrinolitikus szerek hatásosságát bizonyítanák a kórkép kezelésében.

A legfrissebb irodalmi adatok szerint a betegség kezelésére ajánlott eljárások megoszlanak a konzervatív (2) és az aktív sebészi módszerek között. Ennek ellenére úgy látszik, hogy a gyógyszeres kezelés csak a műtéti beavatkozás kiegészítője lehet. A különböző vénák lekötései nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. *Cywes* (3) és tsa a ph. c. d. kezelésére a fascia látán fasciotomiát és anticoaguláns szerek alkalmazását ajánlja. Eljárásuk csak az arteriás keringés javítását szolgálja a compressio megszüntetésével, a vénás keringés akadályozottsága változatlan marad. Ideális eljárásnak csak a physiologiás vénás keringés helyreállítása, azaz a thrombectomia tekinthető, melyet anticoaguláns therapia egészít ki. Az utóbbi időben egyre több azon közlések száma, melyek nagyobb anyagon végzett vénás thrombectomiáról számolnak be. A vena femoralis megnyitását és a thrombus eltávolítását révén a keringés helyreállítását *Läwen* (12) írta le 1938-ban. *Fontaine* (5) és *Mahorner* (14, 15) 1954-ben az eljárást alvadásgátló szerek alkalmazásával kombinálta a rethrombosis megakadályozására. Hasonló elvek alapján kezelte *Haller* (9) 33 és *DeWeese* (20) és tsa 23 beteget jó eredménnyel.

Saját esetünket az alábbiakban ismertetjük:

G. S. 45 éves férfit beteget (foglalkozása gépkocsivezető) 1963. VI. 5-én a bal alsó végtag acut mély vénás thrombosisa miatt szállították osztályunkra. Elmondja, hogy előző nap erős fizikai munka után nagy fájdalom lépett fel bal csípőjében és lábszárában. A fájdalom az alhasba sugárzott. Éjszaka hirtelen heves fájdalomra ébredt, úgy érezte, hogy lábának bőre »szűk lett«. Kórelőzményében myocardialis infarctus, ismétlődő tüdőembolia, a bal saphena magna területén többször fellángoló thrombophlebitis szerepel, mely miatt saphenáját fél évvel ezelőtt leköttették. A saphena ligatura óta mérsékelt fokú postthrombotikus syndromája van a bal lábszáron. Körfogat-különbség kb. 18 cm.

Localis statusa: a bal alsó végtag a lágyékhajlatig extrem fokban oedemás, szilvakék. Lábfej hűvös tapintatú. Femoralis pulzus nem érezhető. Az alhason baloldalt tág vénás hálózat rajzolódik ki. Tekintettel a beteg fiatal korára és a rövid ideje fennálló betegségre, anticoaguláns védelemben azonnali thrombectomiát határoztunk. Mivel a klinikai tünetek alapján várható volt a bal vena iliaca communis elzáródása is, ezért a *Mahorner* által ajánlott femoralis behatolással ellentétben az alhasi nagy-vénák feltárását határoztuk el. Intratrachealis narcosisban alsó median laparotomia. A hátsó hasfali peritoneum felhasítása után feltárjuk a nagyereket. A rögmertes vena cava inferior alá gunicsovét vezetünk és az embolia-veszély kiküszöbölésére lezorítjuk. Ugyanezt tesszük a vena iliaca

communis dextrával. A bal vena iliaca communis 2 ujjnyi vastag, véralvadékkal feszesre kitöltött. Puncióval belőle vért nem nyerünk. A vena elülső falát hosszanti irányban bemetszjük, majd a végtag alulról felfelé irányuló erőteljes massage-zsával kb. 100 g-nyi — részben régebbinek tűnő szürkés-törmelékes — nagyrészt azonban friss thrombust ürítünk ki az alsó végtag vénáiból. Az apróbb rögöket a vena sebén mindkét irányban alkalmazott szívással távolítottuk el. A beavatkozás eredményességét a distalis irányból meginduló masszív vérzés mutatta. Az incisio helyét további matrac-varrattal zártuk. A leszorítások megszűntetése után réteges hasfal varrat.

Zavartalan postoperatív körlefelvétel. A beavatkozást követő 24 óra alatt a végtag színe normalizálódott, a comb körfogata 4 cm-rel csökkent. A 12. postoperatív napon a comb átmérő csökkenés összesen 8 cm volt. (A lábszáron a megelőző postthromboticus syndroma miatti körfogat-különbség természetesen változatlan maradt). Combtőig érő gumiharisnyával, fentjártó állapotban panaszmentesen bocsátottuk haza. További 2 hónapig anticoaguláns terápiában részesült. Jelenleg panaszmentes, munkáját ellátja. Sajnos — a műtét eredményességét dokumentáló phlebographiát a beteg ellenkezése miatt nem tudtuk elvégezni.

Esetünk megerősíteni látszik azokat az irodalmi adatokat, melyek a ph. c. d. kezelésére az anticoaguláns terápiával kombinált, a végtag vénás keringését helyreállító aktív-sebészti beavatkozást

ajánlják. A műtét sikerét és a szövődmények — főleg a gangraena és a postthrombotikus syndroma — elkerülését a minél korábban végzett thrombectomia biztosítani látszik.

Összefoglalás: Szerzők 45 éves phlegmasia coerulea dolensben szenvedő férfibetegük esetét ismertetik, akinél a vena iliácán eredményes thrombectomiát végeztek, melyet tartós anticoaguláns kezeléssel egészítettek ki.

IRODALOM. 1. DeBaKey M., Ochsner A.: Surg. 1949, 26, 16. — 2. Bayd D. P., Clarke F. M.: Surg. 1962, 51, 19. — 3. Cywes S., Louw J. H.: Surg. 1962, 51, 169. — 4. Degrell és Szabó: Zbl. Chir. 1957, 82, 344. — 5. Fontaine R.: Surg. 1957, 41, 6. — 6. Gavay É., Varga L.: O. H. 1964, 105, 464. — 7. Gregoire R.: Presse Med. 1938, 46, 1313. — 8. Haimovici H.: Circulation. 1950, 1, 225. — 9. Haller J. A.: New England J. of Med. 1962, 267, 65. — 10. Hershey C. D., Synder R. E.: Surg. 1953, 34, 296. — 11. Hunter cit. Vas. Gy. — 12. Löwen A.: Arch. Clin. Chir. 1938, 193, 723. — 13. Mahorner H.: Am. Surg. 1954, 20, 487. — 14. Mahorner H., Castleberry J. W., Colemann W. O.: Ann. Surg. 1957, 146, 510. — 15. Sági T.: O. H. 1954, 95, 827. — 16. Szabolcs és Stefanics: cit. Vas Gy. — 17. Tagariello P.: Minerva Med. 1952, 2, 500. — 18. Vas Gy.: Az alsó végtag vénás betegségei. MEDICINA. 1963. — 19. DeWeese J. A., Jones T. I., Lyon J., Dale W. A.: Surg. 1960, 47, 140.

DIGOXIN

cseppek, inj., tabl.

Összetétel: 1 üveg 15 ml sol. (1 ml = 40 csepp = 1 mg)

15 mg digoxin-t;

1 amp. (2 ml) 0,5 mg digoxin-t;

1 tabl. 0,25 mg digoxin-t tartalmaz.

Javallatok: A keringési elégtelenség (kardiális dekompenzáció) helyreállítása és a kompenzáció fenntartása.

Adagolás: A kompenzáció helyreállítására az első (esetleg a második) napon nagyobb adag 2—2½ ampulla i. ven., illetve 40—60 csepp, illetve 4—6 tableta alkalmazható, amit a következő napokban csökkenteni helyes akkor is, ha semmi toxikus jelenség nem mutatkozik. A helyreállított kompenzáció fenntartására általában napi 20—40 csepp, illetve 2—4 tableta szükséges.

Tekintettel arra, hogy a Digoxin gyorsan eliminálódik és nem kumulálódik, a fenntartó kezeléskor szünetek beiktatása nem indokolt, csak intoxikációs jelenségek fellépésekor.

Megjegyzések: SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás: 1 üveg 15 ml 21,30 Ft;

5 × 2 ml amp. 10,50 Ft; 100 × 2 amp. 160,— Ft;

50 tabl. 14,40 Ft; 250 tabl. 60,50 Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

KLIMOVAN *emulziós injekció*

prolongált hatású egyenletes felszívódású, oestron-progesteron tartalmú készítmény.

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) emulziós injekció 2,5 mg oestrol. benz.-ot és 12,5 mg progesteron.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Primér és szekunder amenorrhoea, habitualis és imminens abortus, ovarialis insufficiencián alapuló vérzési rendellenességek, menses postponálása. Terhességi próbaként az emulziós injekció nem alkalmazható, csak a Klimovan olajos injekció.

ADAGOLÁS: Amenorrhoea esetén megfelelő oestrogen előkészítés után 2—3 ampulla egyszerre, habitualis abortusoknál a vérzés kimaradása után hetenként 1—2 ampulla, a kritikus időpont után legalább 1 hónapig, imminens abortus esetén a kezelést Klimovan olajos injekcióval célszerű elkezdni (naponként 1—2 ampullát), majd az eredmény tartósítására hetenként 1—2 ampulla Klimovan emulziós injekció 1 hónapig, menses postponálására, vagy rendezésére a ciklus megfelelő időszakában 2—3 ampulla egyszerre mélyen és lassan a farizomba.

FORGALOMBA KERÜL: 5 ampulla emulziós injekció 34,00 Ft
50 ampulla emulziós injekció 322,00 Ft

MEGJEGYZÉS: SZTK terhére abban az esetben rendelhető szabadon, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

SPIRACTIN

inj. 1,5% és 2,5%

Összetétel: 1 ampulla (1ml) 15 mg, ill. 50 mg 1-piperidinomethyl-cyclohexanon-(2)-chlorhydrat.-ot tartalmaz.

Javallatok: Újszülöttek, csecsemők és kisgyermek asphyxiája. Inhalációs és intravénás narcosis, morphin-, barbiturát és egyéb altatók, szénmonoxyd mérgezés és pneumonia következtében fellépő légzészavarok és légzésbénulás veszélye.

Adagolás: I. ven. i. musc. Intravénás alkalmazás esetén a hatás csaknem azonnal jelentkezik. A keringésre nincs befolyással, hibernációban is alkalmazható. Cseppinfúzióban elnyújtott hatás érhető el. Súlyos esetekben az intravénás alkalmazás indokolt. Felnőtt adagja 50—100 mg (1—2 ampulla 2,5%-os inj.) Ez az adag szükség esetén $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óránként óvatosan megismételhető. Újszülöttek, csecsemők és kisgyermek adagja 5—15 mg i. ven. ($\frac{1}{4}$ —1 ampulla 1,5%-os injekcióból). Szükség esetén ez az adag is $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óránként megismételhető.

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető. Intranarconnal egy fecskendőben nem adható, mert kicsapódik. Lejárati idő: 2 év.

Csomagolás: 5×1 ml 1,5% inj. 7,20 Ft, 50×1 ml 1,5% inj. 72,— Ft
5×2 ml 2,5% inj. 15,60 Ft, 50×2 ml 2,5% inj. 156,— Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST, X.

Járási Tanács Kórháza, Kőrmend, Belosztály (főorvos: Péter Ferenc dr.)

Anaemia perniciosához társult chr. lymphoid leukosis

Kóta József dr.

Az idült lymphocytás leukaemiák többsége az 5—7. évtizedbe esik. Vezető klinikai tünetei: felületes, ritkábban mély adenomegalia, splenomegalia, bőrijelenségek, az esetek egy részében plasma-protein anomáliák. Diagnosztikusan azonban döntő a perifériás vérkép, a csontvelő és nyirokcsomó punctatum. A keringésben található lymphocyták többsége kis lymphocytá, melyek gyakran különböző morfológiai eltéréseket mutatnak. A lymphoblastok száma rendszerint kicsi. A csontvelő punctatumban lymphoid hyperplasia látható. Nyirokcsomó próbaexcisiójára is sor kerülhet, ha a perifériás vérkép és a csontvelő lymphocytosisa nem olyan fokú, hogy a diagnoszt eldöntené. A klinikumból jól ismert, hogy a chr. lymphocytás leukaemiás betegek egy része minden kezelés nélkül is panaszmentes lehet, s hogy a betegek élettartama egy évtizeddel is meghaladhatja a folyamat diagnosztizálását. Ezek alapján egyes szerzők *benignus, subleukaemiás, idősebbkori formákról* beszélnek. Külön elbírálás alá esnek azok az időskori betegek, akiknél a fehérvérsejtszám tartósan 10 000 és 20 000 között van, a sejtek 50—60%-a lymphocytá, a csontvelő azonban lymphoid hyperplasiát nem mutat. Ez esetben a betegnek inkább *benignus lymphocytosisa* van. Mindig mérlegelni kell azt a lehetőséget is, hogy nem *lymphoid leukaemoid reakcióval* állunk-e szemben. Türelmes keresés után az esetek nagy részében sikerül olyan alapfolyamatot találni, amely oka lehet a leukaemoid jelenségnek.

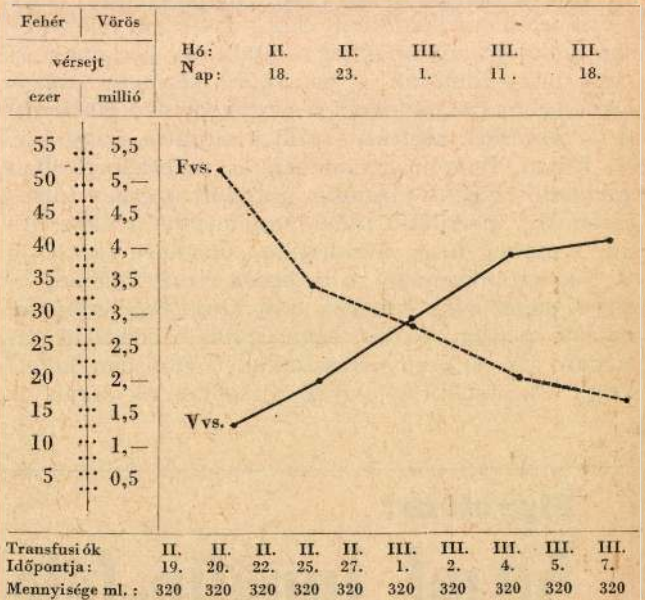
Lymphoid leucosis társulása anaemia perniciosával (továbbiakban a. p.) ritka. Ikkala és Kaipainen esetében a lymphoid leucosis (továbbiakban ly. 1.) két évvel később a. p. követte. Rich és Schiff, valamint Papageorgiu és Wotters egy időben észlelt a. p.-t és ly. 1.-t. Videbaek, Bakos B. és Tényi M. 5, ill. 8 évvel az a. p. kórismézése után észleltek ly. 1.-t. Ez utóbbihoz hasonló esetet figyeltünk meg osztályunkon.

G. J. 70 éves férfi beteg. 1963. II. 16-án mentő szállította osztályunkra. Ezt megelőzően két ízben (1956. III. 5—III. 26-ig, és 1959. X. 24—XI. 19-ig) feküdt osztályunkon a. p. dg.-al. Anamnezisében ezen kívül ty. abd. (1918) és cholecystectomya (1934) szerepel. Jelen panaszai: Az utóbbi néhány hét alatt nagyon elgyengült, étvágytalanná és feltűnően sápadttá vált, néhány kg-ot fogyott, nyelve ég, zsibbad, 2 hét óta nagyfokú erőtlensége és szédülése miatt ágyból felkelni nem tud.

Fizikális vizsgálat: Lesóványodott, sápadt küllemű férfi. Testszerte csökkent turgor, vérszegény nyálkahártyák, subicterusos sclerák, glossitis, a normálisnál valamivel nagyobb nyirokcsomók mk. lágyékhajlatban. Emphysemás mellkas, megnyúlt kilégzés, dobos kopogtatási hang. Halk, tompa szívhangok, csúcson fűvő systoles zöreje, szabályos szív működés. Has szabad, máj 2 h. ujjal meghaladja a bordaívét, lép tapintható. J. c. hernia ing.

Laboratóriumi leletek: Vizelet, negatív. VS: 50 mm/ó. Vérvék: Vvs: 1 500 000, Hgb: 38%, Fvs: 55 000, Qualitativ vérvék: Ly: 89%, Segm: 10%, Mo: 1%. Anisocytosis, poikilocytosis, polychromasia. Sternum punctatum: Hyperplasiás csontvelő. A kenetben a sejtes elemek 60—70%-a lymphoid elem. Lymphoblastok, nagy és kis lymphocyták. Sok megalocerythroblast. Histaminos fr. próbareggeli: anacid, Májfunctio: Se. bi: 1,6 mg/ó. Thymol: 4,5 E. Thy. flocc. Ø, Aranyosol: Ø. Széklet: Weber-Benzidin: negatív. Sia: negatív. GOT: 5 E., GPT: 10 E., Se. elektrophoresis: Alb: 71%, α_1 -globulin: 3,5%, α_2 -globulin: 5,4%, β -globulin: 6,8%, γ -globulin: 13,3%, Összfehérje: 5,9 gr/ó, A/G: 2,45. Inguinalis nyirokcsomó szöveti képe: »A nyirokcsomó szerkezete bizonyos fokig megtartott és a széli részeken, kifejtett, nagy tüszők láthatók. Emellett nagy számban szigetekben reticulo-hystiocyter elemeket és eosinophil-sejteket lehet találni. Az elváltozások nem kimondottan jellegzetesek, a vérképpel, klinikai tünetekkel megfelelőnek lymphoid leukaemiának.« (Kádas dr. f. o.). Mellkasátvilágítás: mérsékelt emphysemás tüdőmozgók, cor lényes alakú és nagyságbeli eltérést nem mutat. Intenzívebb árnyékú aorta. Gyomor rtg.: atrophias gastritis jelei.

A felsoroltak alapján anaemia perniciosához társult chr. lymphoid leucosis diagnosztizáltunk, mivel mindkét kórkép jellegzetes klinikai és laboratóriumi tünetei megnyugtatóan kimutathatók voltak. A beteg elesett állapota miatt a szokásos antiperniciosás kezelés mellett transfúziós therapiát vezetünk be. Összesen 10×320 ml csoportazonos vérátömlesztést végeztünk. Meglehető gyors javulást tapasztaltunk. A Vvs-szám fokozatosan 4 000 000 fölé emelkedett, ugyanakkor az fvs-



1. ábra. Az fvs és vvs. szám alakulása a transfúziós kezelés alatt.

szám 16 000-re csökkent (ábra). 33 napi kezelés után jó erőbeli állapotban bocsátottuk haza. Havonta kontroll-vizsgálatra rendeltük vissza. A vérvék alakulását a táblázat tünteti fel. Betegünk idős kora ellenére jelenleg is jól van. A nyári hónapokban komoly fizikai munkát is végzett.

Táblázat

Év	Hó	Nap	Vvs.	Hgb %	Fvs.	Ly %	Abs. Ly.	Megjegyzés
1956	III.	6.	1,2	25	4 000	46	1,840	kórházi ápolás
1959	X.	26.	2,0	55	7 600	44	3,340	kórházi ápolás
1963	II.	18.	1,5	38	55 000	89	50,000	kórházi ápolás
	III.	11.	3,9	78	20 000	53	10 600	kórházi ápolás
	III.	18.	4,1	95	16 000	52	8 300	kórházi ápolás
	IV.	23.	4,1	96	22 000	83	16 260	ambuláns ellenőrzés
	VII.	2.	4,3	96	23 000	80	18 400	kórházi kontroll vizsg.
	IX.	30.	4,0	87	38 400	93	37 200	ambuláns ellenőrzés
	X.	30.	4,3	88	42 400	88	37 840	ambuláns ellenőrzés
	XI.	28.	4,5	90	35 200	92	32 384	ambuláns ellenőrzés
	XII.	28.	4,1	85	28 000	87	24 360	ambuláns ellenőrzés

A vérkép alakulása kezelésünk alatt.

Megbeszélés

Esetünk szinte azonosnak látszik Bakos B. dr. és Trényi M. dr. ismertetett esetével. Kezelésünkben annyi eltérés volt, hogy transfúziót is alkalmaztunk. A gyorsabb ütemű javulás talán ezzel magyarázható.

Az 1956-ban diagnosztizált anaemia perniciosát a beteg anamnézise, laboratóriumi leletei, az adequat kezelésre bekövetkező javulás bizonyította, az 1959-ben észlelt hasonló állapot megerősítette. Az 1963-as jellegzetes anaemia perniciosás kép lymphoid laucosissal bővült. Ennek obligát tüneteit megnyugtatóan bizonyítani lehetett: magas fvszám (55 000) 80–90%-os lymphocytosissal, lymphoid hyperplasiát mutató csontvelő-punctátum, hepatospleno-adenomegalia, plasma-protein anomalia.

A transfúziós kezelés alatt megfigyeltük, hogy a vvszám emelkedése mellett a fvszám fokozatosan csökkent, ugyanakkor a kvalitatív vérképben is eltolódást észleltünk. A neutrophil segetek százalékos aránya emelkedett, a lymphocytáké csökkent. (I. a táblázat). Metcalf (1956) kimutatta, hogy chr. ly. I.-ban, lymphosarcomában és myelofibrosisban szenvedő betegek plasmája újszülött egérben intracerebralis inoculáció után lymphocytosist okoz. Az ún. lymphocytosis stimulating substance (LSS) 60 C. fokon tönkremegy, a betegség remissiójában, illetve transfúziós kezelés után aktivitása csökken, hatása cortison, v. oestrogen egyidejű adásával gátolható. A tényező valószínűleg thymusban keletkezik. A későbbi ellenőrző vizsgálataink során az

fvszám emelkedését észleltük 80–90%-os lymphocytosissal, változatlan 4 000 000 körüli vvszám mellett, annak ellenére, hogy hónapokon át kezdetben 300 gammás B₁₂ Vit.-t, később 60 gammás Neoperhepar inj.-ot kapott hetente. Október óta anti-perniciosás kezelést sem kap azzal a céllal, hogy megfigyelhessük, kezelés nélkül változik-e a klinikai kép. XII. 28-ig lényegest nem tapasztaltunk. Ebben van eltérés Bakos B. és Trényi M. esete és esetünk között. Lényeges fvszám csökkenést csak a transfúziós kezelés alatt tapasztaltunk. Cytostatikumot nem alkalmaztunk.

Összefoglalás: Anaemia perniciosához 7 évvel később benignus, chr. lymphoid leucosis társult. A két haematologiai kórkép együttes előfordulása ritka. Transzfúziós kezelés alatt fokozatos vvszám emelkedés mellett lényeges fvszám csökkenést következett be. A további B₁₂ Vit. kezelés során a vvszám nem változott, az fvszám ismét emelkedést mutatott. Ennek alapján lehetségesnek látszik, hogy az ismételt transfúziók a lymphocytosis stimuláló plasmafaktor visszaszorítása útján csökkentették a fvszámot.

IRODALOM. 1. Kelemen E.: A klinikai haematologia alapvonalai. — 2. Bakos B. és Trényi M.: Orv. Hetil. 1962, 103, 1906. — 3. R. Gross: Dtsch. Med. J. 1963, 14, 319. — 4. Rák K.: Orv. Hetil. 1963, 104, 145. — 5. Rich M. L. és Schiff: Ann. Int. Med. 1963, 10, 252. — 6. Videbaek A. és J. Mosbech: Acta med. scand. 1947, 149, 137. — 7. Papageorgiou A. és H. G. Wolters: Folia haematol. (Frankf.). 1961, 5, 70. — 8. Ikkala E. és Kaipainen W. I.: Acta Haematol. 1962, 27, 189.

Figyelem!

50 ml. Junglin-féle Rotanda fecskendő

raktárról azonnal szállít

Orvosi Műszerkereskedelmi Vállalat

I. Kereskedelmi Osztály

Budapest, VI., Ó u. 4. — Telefon: 118-483.

Folyóiratreferátumok

Radiológia

Számológép analízis a röntgenképek rögzítésére tüdőráknál. Lodwick G. S. és munkatársai. Radiology 1963. 81, 2. 185.

A számológép klinikai felhasználása nem újkeletű. A radiológiában való alkalmazása azonban újszerű kísérlet és fontosságát mi sem jelzi jobban, minthogy a folyóiratban szerkesztőségi közlemény is foglalkozik a problémával a neves Rigler tollából. Szerzők szerint a számológépek használata nagy segítséget jelent a radiológiai diagnosztika kialakításában. Adatok átvétele és rögzítése, új adatokkal való időrendi összehasonlítás és azok statisztikai feldolgozása, rendkívüli gyorsasággal és pontossággal vihető keresztül. Kísérletüket kézi számológéppel végezték és a iovai egyetem 541 primár tüdőrákos anyagát dolgozták fel az 1939–1952. évekből. A klinikai diagnosztika az összes esetekben primár tüdő-cc. volt. A diagnosztika 66,2%-ban erősítette meg a histológiai vizsgálatot. 43,4%-ban történt műtét és 19,4%-ban segémentresezőnek, sem pneumoniectomiának nem vette magát alá. 5 éven belül meghalt 500 (92,4%), életben van, de nem érte el az 5 évet 30 (5,6%), 5 évet túlélte 7 (1,3%) és ismeretlen 4 (0,7%), eset sorsa. Vizsgálataikkal azt kívánták tisztázni, hogy a tüdő-tumorok melyik kategóriája jobb, vagy rosszabb prognózisú, melyek operabilitása lehet előnyös és milyen elváltozások szerepelnek a tumor diagnosztikában és a differenciál-diagnosztikában. Első lépésként a legbanálisabb tüneteket állapították meg és meghatározták, hogy milyen direkt, vagy indirekt jelek játszhatnak szerepet a betegség kórlefolyásában. Az ABC 26 betűje szolgált a tünetek jelzésére egy-egy oszlopban és az elváltozás 12 fokát jelölték meg. Minden vizsgálatnál a legmagasabb fokot lyukasztották. Anamnesisükben primár karakterisztikus jelnek vették az elváltozás helyét, magasságát, alakját, intenzitását, secundár manifestationak tekintették azokat az árnyékokat, melyek nem jelentettek közvetlen a tumort, de kapcsolatban voltak vele, mint pl. collapsus, hyperexpansio, peribronchialis infiltratio, nyirokmirigyek, a tüdő transparentriája, pleurális izzadmány, vagy a pleura megvastagodása, mediastinum helyzete, rekeszek assimetriája, szórás és a tumorhoz társult progressio. Közlésükben mellőztek minden olyan jelet, melyet nem tartottak jellemzőnek, vagy véletlen is lehetett. A primár tumor felállításához szük-

ség mutatkozott annak tanulmányozására, hogy a tumor maga miként különíthető el a pneumoniától, vagy collapsustól. A laesio és környezetének viszonyát tanulmányozva 7 fokot különböztettek meg és a túlélés százalékos megoszlása alapján igyekeztek következtetéseket levonni. Atelectasiánál és azokban az esetekben, melyeknél a tumor radiológiailag nem volt teljesen tisztázott, az alacsony túlélési százalék emellett szót, hogy ezek a tumorok paramediastinalisak és szoros kapcsolatban vannak vitalis szervekkel. A laesio leggyakoribb helyének a felső lebenyt találták. A j. kp. lebeny localisatioja mutatja a legszegényebb prognoszt. Az alsó lebeny tumorok adják a legjobb operabilitási százalékot.

Adataik azt mutatják, hogy a tumor alakja és nagysága, valamint az operabilitás és túlélés között összefüggés áll fenn. A gömbalakú tumorok operabilitása és túlélése sokkal jobb, mint az elongáltaké. Hivatkoznak Overholt és társai adataira is, akik közlése szerint 55 öt évet túlélő tüdő cc. esetükből 33-nak volt jól körülhatárolt, kerek laesioja. A sima conturu tumorok is jobb prognosztisúak. A mézlerakódások, ha bizonyítottan a laesion belül észlelhetők, gyulladással, vagy benignus jelleg mellett szólnak 276 négy cm-nél nagyobb tumornál, melyek a hilustájról lokalizálódtak 40 esetben észleltek meszesedést, 102 közép, vagy perifériásan helyezkedő tumornál viszont csak két esetben. 33 kerek tumorból csak 3 hilustáji volt, amelyekben meszesedést észleltek, 30 a tüdőben, máshol helyezkedett el, mézárnyék nélkül. Megfigyelésük szerint kerek tumoroknál a meszesedés szokatlan. Minden esetben, ahol a tumoron belül meszesedést láttak, a tüdőben máshol, rendszerint a hilusban is volt meszesedés, amit ők granulomák, főként a primár complexusának tartottak. A tumor és pleura kapcsolatának 4 fokát különböztetik meg, melyek fokozatosan befolyásolják a tumort. Az üreges tüdőrákok közül az epidermoid carcinomák valamivel jobb túlélési százalékot mutatnak, mint az adenocarcinomák. A pleurális izzadmány mennyisége és az operabilitás között szoros összefüggés áll fenn. Akiknél az izzadmány nagyfokú, vagy kétoldali, az operabilitási százalék egészen a 0-ra süllyed. A tumor szórása a tüdőben a szórás extensitása arányában csökkenti a túlélési százalékot. Csont áttétél a túlélési százalék igen alacsony.

A tumor tüdőbeli lokalizációja, valamint az operabilitás és túlélési

százalék között mérsékelt és nem significans összefüggés áll fenn a perifériás tumorok javára, illetőleg a hilustájiak hátrányára. A tumor röntgen-árnyékának intenzitása nem játszik szerepet. Collapsus jelenléte és terjedelme sem befolyásolja az operabilitást és a rekeszek assimetriája sem. Nem láttak összefüggést a mediastinum dislocatioja és az operabilitás, valamint a túlélési százalék között. Külön megvizsgálták a Rigler által leírt umbilicatio és a Golden által leírt S. jelek vonatkozásait is. Az előző malignitási tünet azokra a 10 cm átmérőnél nagyobb laesioakra vonatkozik, melyeket a tumor szélén csomó jellemez. A tünet legjobban rétegfelvétellel demonstrálható. Átnézeti felvételeken 8 esetben észlelték, rétegfelvételeken sokkal többször. Eseteik kis száma miatt statisztikai következtetéseket nem vontak le. Az S. jelet Golden a jobb felső lebenyben észlelte, de szerzők másutt is megfigyelték. A jobb felső lebenyben és hilusban 23 esetük volt átlagos túlélési százalékkal. Azoknál a betegeknek, akiknél bronchographia történt, kissé jobb volt a prognosztis, de nem volt differentia akár normális bronchusképet, akár szűkületet, akár intrinsic tumort, vagy bronchiectasiákat észleltek.

Sem a pleura megvastagodása, sem a primár tumorban képződő üreg nem jelzett semmiféle prognosztikai kapcsolatot. Eredményeik összegezésénél a túlélők két extrám csoportját különítették el. Az egyik csoportbeliek kis tumorról a jobb felső lebenyben, és széllel, secundár reactio és pleurális szövődés nélkül nyújtották a legeredményesebb műtétet és túlélést. A másik csoport túlélői viszont amellett szóltak, hogy a tüdőrákok malignitásában kevés variációs fokozat áll fenn.

(Referens: A közlemény értékes adatainak elismerése mellett nem hagyhatjuk figyelmen kívül Rigler jelzett cikkének megjegyzését; »Könnyen esünk abba a tévedésbe, hogy a matematikai számítások hűek, mert matematikaiak. Nem szabad, hogy elcsábítson bennünket a számológép-idea.« Nagy segítséget jelentenek a számológépek a tünetek regisztrálásában, az esélyek kiszámításában, a prognosztis megállapításában, de nem pótolhatják a klinikai gondolkodást, amely hosszú évek megfigyeléseinek és tapasztalatának rendkívüli megnyilatkozása.) Fóti Mihály dr.

A spondylolysis etiológiája. Tailard W. (Clinique infantile univ. Basel) Schweiz. med. Wochenschr. 1963. 93, 301.

A spondylolysis etiológiájáról, pathogenesiséről és kialakulásáról

számos ellentétes nézetű közlemény jelent meg. Általában 4 elmélet áll előtérben; 1. A defectus eredete veleszületett, a spina bifida lateralis keletkezése módján. 2. A defectust stress, vagy az interarticularis isthmus túlterhelése okozza, vagy a lumbalis szakasz sérüléséből származó csontos maradvány szerepel mechanikus stress gyanánt. 3. A defectust dysplasia okozza. 4. A defectus az interarticularis isthmus fracturája következtében jön létre, ami fibrosus pseudoarthrosishez vezet.

Az első feltevés ellen szól, hogy foetusoknál és újszülötteknél laesio nem mutatható ki, másrészt serdülő korban meglepően nagy számban (5–6%) fordul elő. A laesio tehát szerzett. Ennek a mechanizmusa akár pseudoarthrosis, akár fractura általi stress, akár az isthmus rendellenes ossificatioja következtében — ma még nem tisztázott. A röntgenfelvételeken majdnem mindig kimutatható lysis, ami megmagyarázza a lumbago keletkezését. Szerző is gyakran megfigyelte a laesiot, de soha nem tudta észlelni annak a keletkezését. Szerző több, mint egy évtizeden keresztül végzett lumbalis gerinc felvételei alapján úgy véli, hogy spondylosis keletkezhet intact csigolyák esetében is. A spondylosis keletkezése szerinte a következő körülmények között jöhet létre; 1. Spontán a gyermek- és serdülőkorban és lumbalis-lordosis keletkezésével kapcsolatban. 2. A lumbalis gerinc statikájának nagyobb változása következtében (gerincműtét). 3. Nagyobb trauma következtében.

Fóti Mihály dr.

★

Dermatológia és venerológia

A systemás lupus erythematosus bőrlenségei. Tuffanelli D. L. és Dubois E. L. (Dept. of Dermat. and Dept. of Med., Univ. of Sth. California, Los Angeles): Arch. Derm., Chicago 1964, 90, 377–386.

13 év alatt 520 systemás lupus erythematosusban (SLE) szenvedő beteget kezeltek. A diagnosist 75,7%-ban a pozitív LE-sejtjelenlenség, 6%-ban a bőrszöveti lelet, 1,1%-ban a pozitív vese-biopsia és 17,1%-ban a klinikai lefolyás alapján állították fel. A betegek 89%-a nő volt. A betegek 26%-a meghalt. A betegek 71,5%-án volt bőrlensőség, 23%-án a betegség első tünete a bőrváltozás volt. Az arcon pillangó alakú erythema 36,7%-ban jelentkezett. Szétszórt maculopapulósus laesiók fénynek kitett helyeken 9%-ban, fénytől védett területeken 19%-ban keletkeztek. Fokozott fényérzékenységet 32,7%-ban észleltek. Az SLE első bőrlenségégeként a krónikus discoid forma 10,8%-ban, a betegség lefolyása so-

rán a beteganyag 1/3-ában mutatkozott. A discoid forma lassan ment át akut systemás formába. A diffúz vagy foltos alopecia a betegség toxikus fázisában jelentkezett. Durva, száraz, fénytelen, töredezett haj (»lupusos haj«) 5,6%-ban fordult elő. Raynaud-jelenség 18,4%-ban, vasospastikus tünetek 1,7%-ban léptek fel. Bőrvérzések 19,8%-ban fordultak elő, és az esetek többségében a steroid-kezeléssel magyarázták. Nyálkahártyaelváltozás 9,1%-ban jelentkezett. A nagyizületek területében és a kézen múlt subcutan csomók, azokívül a lábszárakon ulcerációk is előfordultak. Kéregsteroid-kezelés hatására a fekélyek gyorsan gyógyultak. Az SLE kísérőbetegségeként herpes zostert és pyodermát észleltek.

Korossy Sándor dr.

★

Hypercalcaemia sarcoidosisban. (Szerkesztőségi összefoglaló). Brit. med. J. 1964, II., 707.

Sarcoidosisban szenvedők egy részében a vér- és a vizelet Ca-tartalma emelkedett. Ez megmagyarázza a betegek alábbi panaszait: fáradtság, gyengeség, étvágytalanság, hányinger, testsúlyvesztés, szomjúság, polyuria. Ca-lerakódás előfordulhat a conjunctivában, köteges keratopathia formájában, továbbá lehetséges metastatikus calcinosis a lágy szövetekben, erekben, dobhártyában. Legsúlyosabb következmény a vese calcificatioja, diffúz lerakódás vagy kő formájában. A vese megbetegedése halálhoz is vezethet. Anderson és mtsai véleménye szerint a Ca-anyagszere zavaráz okozza, hogy a bélből igen nagyfokú a Ca-felszívódás. Ezen Cortison adásával lehet javítani. Visszavezethető továbbá normális mennyiségű D-vitaminnal szembeni fokozott érzékenységre vagy nagy mennyiségű D-vitamin jelenlétére is. Elképzelhető, hogy napfény hatására a D-vitamin a bőrben nagy mennyiségben termelődik, de lehetséges az is, hogy a sarcoid-szövet D-vitaminszerű anyagot termel, ill. a D-vitamin lebomlása a szervezetben csökkent. Megfigyelték, hogy a hypercalcaemia gyakori nyáron. A D₃-vitamin termelését a bőrben a napfény elősegíti, ill. UV-besugárzással egyeseken hypercalcaemia váltható ki. Sarcoidosisban egyenként D-vitamin adására a széklet Ca-tartalma csökkent. Prednisolon-kezelés mind a spontán, mind a D-vitamin okozta Ca-absorptiót csökkentette. D-vitamin adására a serum antirachitikus aktivitása (ami alacsony vagy normális volt) nem fokozódott. Ezek a megfigyelések amellől szólnak, hogy sarcoidosisban a betegek normális mennyiségű D-vitaminnal szemben erősen fokozott érzékenységgük és nem igen nagy

mennyiség jelenlétére van szó. Egyes betegeken előfordult, hogy a D-vitamin kezelés valóban veszedelmes hypercalcaemiát váltott ki. Ha tartósan emelkedett a serum vagy a vizelet Ca-érték, kéregsteroidot kell adni a vesekárosodás fokozódásának megelőzésére.

Korossy Sándor dr.

★

Adatok az autoimmunizálás tanulmányozásához és utóbbi szerepe egyes bőrbetegségek létrehozásában. St. Gh. Nicolau és Al. Badanoiu Arch. f. Klin. Exp. Dermat, 1964, 220, 517.

Heterolog (tengerimalac) és autolog (nyúl) szervkivonatok befecskendezésével normális állatokon elváltozásokat hoztak létre a májban, vérben stb. és ezeket szövettani úton tanulmányozták. 10–12 injectio cachexiára és az állatok elhullására vezetett. A zsigeri elváltozások nagyon hasonlítottak a Liebmann-Sachs syndromához, mely a szerzők többsége szerint autoagressziós mechanizmuson alapul. Így a máj, lép és vesében parenchymás degenerációt találtak a szervi funkciót biztosító szerkezet felbomlásával és különösen a cytoplasmikus elemek (mitochondriumok, Golgi apparatus stb.) sérülésével. A beszűrődés lymphoretikularis jellegű volt, az erekben pangás, endothel duzzanat, haemorrhagia, majd elfajulás volt kimutatható. A szervkivonatok ic. befecskendezése az Arthus phenomenhez hasonló elváltozásokat hozott létre. Szerzőknek sikerült az autoantitest syndromát kísérleti úton létrehozni.

Nékám Lajos dr.

★

A lichen sclerosus et atrophicus genito-vulvaris lokalizációjáról. Nicolau St. Gh. és Báluş L. (Centrul de dermatovenerologie al MSPS, Bucureşti): Derm.-Vener., Bucureşti 1964, 9, 391–398.

31 lichen sclerosus et atrophicusos betegeken szerzett tapasztalataikat ismertetik. A betegség gyakori lokalizációja a vulva területén. Ebben az esetben a klinikai és szövettani kép eltér a szokásos lichenes képtől. Megévesztően utánozhatja a kraurosis vulvae tünetét. Ha leukoplakiás góc előzte meg, praecancerosus állapotnak tekinthető, mert a sclero-atrophias laesióban epithelioma fejlődhet ki. Pathogenetikai szempontból a vulva területében és a bőrön jelentkező sclero-atrophias lichen kapcsolatban áll a genitális sphaera hormonalis dysfunktiojával. Gero-vittal, E-vitaminnal és helyi hydrocortison-befecskendezéssel kielégítő therapiás eredményt értek el.

Korossy Sándor dr.

Az INH-kezelés közben jelentkező acneiform bőrelváltozások az acne vulgaris csoportba sorolhatók-e? Amann W. (84 Regensburg, Neumann str. 16): Derm. Wschr. 1964, 150, 647—651.

Szerző véleménye szerint az INH-kezelés közben észlelhető acneiform bőrelváltozásokat szabályos acne vulgarisnak kell tekinteni. A folyamatért az INH-kezelés hatására létrejövő májfunctio-károsodást és a nemi hormonok lebontásáért felelős fermentrendszer teszi felelőssé. Elsősorban az oestrogenek lebomlása károsodik, hyperoestrogenia alakul ki és ad lehetőséget az acne vulgaris fellépésére.

Korossy Sándor dr.

★

A naevus sebaceus Jadassohn és epitheliomás átalakulásai. Vulcan P. (Clinica I. de dermatovenerologie, București): Derm.-Vener., București 1964, 9, 413—424.

Részletesen ismertet 7 naevus sebaceus Jadassohn esetet, azok komplex (faggyú- és verejtékmirigy) struktúrájával. Egy esetben a faggyúmirigy hyperplasiához naevus syringocystadenomatosus papilliferus, egy másik esetben hydradenoma társult. 3 esetben a bőrelváltozás a fejtetőn foglalt helyet, és különböző időtartam (23, 32, 55 év) után epithelioma fejlődött ki belőle, a szövettani kép alapján pilaris eredettel. Ezek alapján szerző a naevus sebaceust az epitheliomás átalakulásra nagyon hajlamos naevusok közé sorolja.

Korossy Sándor dr.

★

A treponemák megmaradása kezelt syphillisben. (Szerkesztőségi összefoglalás) Lancet 1964, II, 453.

A penicillint a syphillis minden stádiumában általában a leghatásosabb szerként ismerik el. Korai fertőzésben a jelenségek gyors gyógyulása és a pozitív serológiai próbák negatívvá válása azt a látszatot kelthetik, hogy lehetséges a fertőző treponemák teljes kiirtása. Latens és késői syphillisben a kezelés objektív eredménye már kevésbé dramatikus. A betegség folyamatát hegeképződéssel megállítja, de ez nem teljes megoldás. A serológiai javulás kisebb mértékű, és a fajlagos próbák mint pl. a treponema immobilisációs teszt több évig — ha nem egész életre — pozitív marad. Ez utóbbit inkább »serológiai heg«-nek tekintik, mint a kezelés után visszamaradt, treponemából eredő folyamatos antigen-stimulusnak. Collart, Borel

és Durel (Ann. Inst. Pasteur 1962, 102, 596, 693, 103, 953) vizsgálatai más oldalról világítják meg a kérdést. Szerzők *Treponema pallidum* virulens Nichols-törzsével nyulakat fertőztek; 2 év múlva az állatokat 5 napig benzathin-penicillinnel kezelték. Összmenyiségben 200 000 E-t adtak testsúly-kilogrammonként, ami emberen megfelel 14 ME-nek. A 3. év után a 20 kezelt állat popliteális nyirokcsomóit eltávolították. Ebből részben keneteket készítették s ezüst-festéssel kezelték, részben a nyirokcsomókat egészséges nyulakba átoltották. A kenetekben 11 esetben típusos és 9 esetben atípusos treponemákat találtak. 9 beoltott nyúlban klinikai tünetek jelentkeztek, 1 állatban a treponaemia immobilisációs teszt pozitívvá vált, 8 nyúl festett készítményében spirális organismusokat találtak. Újabb kísérleti sorozatban a nyulakat a fertőzés után 2 évvel igen nagy mennyiségű penicillinnel (2,4—9 ME/kg) kezelték. Ennek ellenére a nyirokcsomóból készült festett készítményekben treponemákat tudtak kimutatni. A szerzők kísérleteiket emberekre is kiterjesztették. 7 neurosyphillisben és 8 syphillis latensben szenvedő beteg, aki megelőzően masszív penicillin-kezelésben részesültek (az egyik pl. 151 ME penicillint kapott) és a treponaemia immobilisációs teszt náluk pozitív volt, inguinális nyirokcsomót távolítottak el. Valamennyi esetben a treponaemia kimutatható volt. 5 egyénből vett anyaggal nyulakat oltottak és 3 állatnál enyhe laesiók keletkeztek, de a fertőzést további állatoltással nem tudták megerősíteni. Mindezen vizsgálatok alapján szerzők feltételezik, hogy a penicillin nem irtja ki szükségszerűen a treponemákat, hanem a betegben modus vivendi alakul ki a gazdaszervezet és a parazita között, ennek lenne következménye a gyengült fertőzés. Abból a tényből, hogy az átvitel nyulakra nem sikerült és az állatok többségében immunizáló antitest nem fejlődött ki, arra következtetnek, hogy a treponaemia virulenciája csökkent.

Korossy Sándor dr.

★

Corynebacterium acnes antitest-szint meghatározás. Puhvel S. M. Barfatani M., Warnick M. és Sternberg T. H. (Dept. of Med., Div. of Dermat., Center for the Health Sciences, Univ. of California, Los Angeles): Arch. Derm., Chicago 1964, 90, 421—427.

22 különböző fokú acne vulgarisban szenvedő beteg serumának *bacterium acnes*-antitest szintjét határozták meg bakteriális agglutinatio, agar-gel immundiffúzió és immunfluorescentia segítségével.

Az eredmények szerint a pustulosus és cystás formában szenvedő egyének serumában a szint szignifikánsan magasabb volt, mint az enyhe comedo-papularis formájú acnés folyamatban, ill. az egészséges bőrű egyéneknél. 18 más bőrbeteg serumában a szint ugyanolyan megoszlású volt, mint az egészséges egyéneknél. Mindezek alapján a *Corynebacterium acnes*-nek oki szerep tulajdonítható, de lehet a magasabb szint a szervezet nem-fajlagos folyamatának eredménye is. A kérdés eldöntésére további kísérleteket tartanak szükségesnek.

Korossy Sándor dr.

★

Serologia és immunológia

Antibacterialis antitestek coliform húgyúti fertőzésekben. Williamson J., Brainerd H., etc. Archives of Int. Med. 1964, Vol. 114, 222—231.

A húgyúti fertőzések pathogenesise tisztázatlan. Lehetséges, hogy a szervezet resistentiacsökkenése kedvez a fertőzés létrejöttének vagy a meglévő fertőzés fenntartásának.

A szerzők két kérdést tettek vizsgálat tárgyává: 1. a húgyutak coliform fertőzése serkenti-e az »0« antitest termelést, mely az ilyen fertőzések ellen a feltételezett védőmechanizmus egyik jele lenne. 2. az ilyen antitestek hiánya vagy jelenléte kapcsolatos-e a klinikai manifestációval vagy a kórelfolyással. 101 nőt vizsgáltak: 31 acut pyelonephritisben, 11 alsó húgyúti fertőzésben, 29 chronicus pyelonephritisben szenvedett, 30-nak tünetmentes bakteriuriája volt. - 354 nő szolgált kontrollként; ezeknek nem volt húgyúti fertőzése.

A kontroll egyének serumában »0« antitesteket találtak a vizeletből izolált különböző coliform organismusokkal szemben. Az acut pyelonephritis betegek serumában a fertőző csírával szembeni »0« antitest szint emelkedett volt. A titer hat hónapon belül a fertőzés előtti értékre csökkent.

A cystitisekben az antitest válasz nulla vagy csekély volt. A chronicus pyelonephritisesekek és tünetmentes bacterium ürítők serum antitest titerai hasonlóak voltak, de mindkettőben magasabb a nem fertőzött kontroll titeréhez képest.

A serum »0« antitestjei nem játszanak jelentős szerepet a pyelonephritis megelőzésében vagy a folyamat mérséklésében. Megállapítják, hogy bár a betegek serumában kimutathatók saját csírák elleni specifikus antitestek, a húgy-

úti fertőzés létrejöhet vagy a meglevő fennmaradhat.

Minden bizonnyal más tényező szerepel a vese infektív elleni resistenciában. Ennek felderítése lehetővé teheti, hogy jobban megértsük az immunitás szerepét a húgyúti fertőzések pathomechanizmusában.

Barna Kornél dr.

*

Újabb adatok az immunglobulinokról. P. Burtin, P. Graber. Rev. Franc. études clin. biol. vol. 1964. IX:583.

Az immunglobulinokat immunelfo nomenclatura szerint gamma, béta₂A és béta₂M globulinak nevezzük. Egyes szerzők és Waldenström csak gamma jelzést használnak különböző indexekkel. Legújabb terminológia szerint I jelzésű minden immunglobulin.

gamma	béta ₂ A	béta ₂ M
gamma ₂	gamma ₁ A	gamma ₁ M
IgG	IgA	IgM

A gamma₂ helyett Waldenström gamma -t használ (ss = stricto sensu).

A) Az IgG mol. súlya 160 000, sedimentációs constansa 7. Elektroforetikus a gamma és béta zónába esik, antigen strukturája complex. Papaninál 3 részre bontható: Az I. és II. monovalens antitestek, a III. kristályosítható, nem antitest, de complementet köt szövetekhez kötődik (ezek által tud gamma-globulin a placentán áthatolni). A 3 fractiót A, B és C jelzéssel is jelölik. Elektroforetikus mozgásuk szerint lassú (S = slow) az A és C, gyors (F = fast) a B fractió.

Mercurio-ethanollal az IgG 2-typusra bontható: könnyű (L = light) és nehéz (H = heavy) a bennük levő polypeptid láncok molsúlya szerint. Minden gamma-globulinban van 2 nehéz lánc és 2 vagy 4 könnyű. Az izolált könnyű lánc a Bence-Jones fehérje physicochemiai tulajdonságát mutatja. A Bence-Jones fehérjének két fajtája van I. és II. Ezt az antigen variációt a könnyű láncok különbözősége okozza, mert ezeknek is I. és II. változata van. Egy molekulában csak egy típusú könnyű lánc lehet.

B) Az IgA mol. súlya szintén 160 000, sedimentációs constans 6,5 vagy 7. Polymereket képezhet, akkor 9 és 13 S. Szintén könnyű és nehéz láncokból áll, melyek közül a könnyűek az antigen determinansok.

C) IgM mol. súlya 1 millió, sedimentációs constans 19. Többékevésbé reversibilis módon monomerekre bonthatók mercurio-ethanollal, melyek mol. súlya 160 000 és sed. const. 6,5. Könnyű és nehéz

láncok létezése valószínű, antigenitásuk az I G és I A-nak megfelelő.

Nagyon fontos tény, hogy mindhárom globulinnak közös antigen strukturája van, mely a bennük levő könnyű láncnak felel meg. Ezt specifikussá teszi a hozzá kötődő nehéz lánc. Miután az antigen determináns a gamma-globulineknél közös könnyű láncban van, a Bence-Jones fehérjék antigen rokonságba kerülnek a három gamma globulinnal.

Physiológiásan az IgM globulinok közé tartozik emberen az iso-haemagglutinin, az RA factor, az Rh factor, bizonyos antimicrobás ellenanyagok stb. Az I A csoportban vannak az antitoxinok, anti-insulin és anti-allergiás anyagok. Az I G csoport az infektív elleni ellenanyagok zömét tartalmazza.

Az immunanyag funkció a lassú fractió nehéz láncához kötött. A két láncnak megfelelően az immunanyag bivalens. A láncok szétválásztása az immuntulajdonságot univalenssé teszi. A macromolekuláris structura szükséges (nehéz láncok) az immunanyag funkcióhoz, leválasztásuk megszünteti ezt a funkciót, míg az antigenitást egészen, vagy majdnem megmarad. A complement fixáló készség is a nehéz láncához kötött az IgG-nél.

Mindhárom immunglobulin a lymphoid systéma plasma sejtjeiben keletkezik. Ennek a rendszernek tumorai, aplasiája vagy benignus proliferációjára megzavarhatja structura változásukon keresztül működésüket is. Myelomában, Waldenström macroglobulinaemiában hiányozhatnak az antigen determinánsok. Míg normálisan az IgG-ben és I. és II. fractió együtt van jelen, myelomában pl. csak az egyik I. vagy a II. A Bence-Jones fehérje, mely hasonló, ha nem azonos az immunglobulinok könnyű láncával, jelenlétét ezen proteinek incomplet synthesisének köszönheti. Normálisan is jelen vannak a plasmában igen kis mennyiségben, myelomában, Waldenström macroglobulinaemiában ismeretlen mechanizmus szerint megsaporodnak. Az immunglobulinok megfogynak: a gammaglobulinaemiában, lymphocytophtisisben (alymphocytosis), szerzett hypogammaglobulinaemiában.

Genetikusan az immunglobulin synthesist 4 factor irányítja (vagy gén csoport): C factor a közös structura synthesist irányítja és az X chromosomában van. Sérülése agammaglobulinaemiához vezet. G, A, M, factorok a sajátos strukturák elrendezésének synthesist irányítják. Sérülésük hypogammaglobulinaemiát okoz.

Néhány gyulladási betegségben (hepatitis, polyarthrititis) immunglobulin szaporulatot találtak az IgG, IgA, és az IgM fractiók vala-

melyikében. Ilyen secundaer, gyulladási IgM szaporulat a primer Waldenström macroglobulinaemia képét teljesen utánozhatja.

Bobory Júlia dr.

*

Orthopédia

Az ízületi porc-destrukciója septikus arthritiben. P. H. Curtiss—L. Klein. (Div. Orthop. Surg. Western Res. University School of Medicine, Cleveland. USA.) J. Bone Joint Surg. 1963, 45—A, 797.)

A septicus arthritis kifejezés a cikk vonatkozásában felöleli az összes pyogen baktériumok által okozott ízületi infektívot, a tuberkulózis kivételével. Korábban az volt az álláspont, hogy az ízületi porc az ízület gyulladási folyamatában csak passzív szerepet játszik, aktív gyulladási szöveté nem válik.

Phemister próbálta először »proteolytikus aktivitással« magyarázni a porc-destrukciót.

Az ízületi porc három nagy komponensből tevődik össze: collagen, chondromucoprotein és chondrocyták. Sepsis esetén a porc destrukció majdnem biztosan enzim hatás alapján jön létre. Kísérletileg tanulmányozták a szerzők a különböző proteolytikus enzimek hatását a collagenre és a chondromucoproteinre. Kísérleteik szerint a collagen károsodás előfeltétele a destrukciónak. Intakt kollagen állomány esetén a staphylococcus aureus kultúra nincs hatással az ízületi porcra. Emlőállatnál nincs olyan enzim, amely nem sérült collagen esetében destrukciót okozna a porcon, kivéve a clostridium Welchii, vagy clostridium hystolyticum által termelt collagenázt. Gyulladás esetén a collagen rostok denaturálódnak. E denaturált rostok aztán könnyen hozzáférhetővé a proteolytikus enzimek számára. Septicus arthritis esetén az ízületi porc destrukciójánál a matrix szerepe eddig még tisztázatlan. Úgy látszik — kísérleteik után is —, hogy septicus arthritiben az enzim hatás nem elegendő magyarázat a destructio kialakulására a porc matrix vonatkozásában. Valószínű, hogy az ízületi mozgás mechanikus dörzsölésének is szerepe van.

(Ref.: A kísérletek azt bizonyítják, hogy septicus arthritis esetén nem elég a konzervatív kezelés megfelelő gyógyszerekkel, mert a gennyben levő egyéb anyagok, sőt, a mozgás következtében létrejövő mechanikus inger is elősegíti a porc elpusztulását. Szükséges tehát septicus arthritis esetén a gennyes ízületi folyadék mielőbbi tökéletes elávolítása és a rögzítés, hogy a porc feloldódását megakadályozhassuk.)

Fodor J. Tbc Gyógyintézet Dokumentációs Csoport

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A hypophysis daganatának therapiás kérdéséhez

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1965. I. hó 31-i számában olvastuk Radó János, Takó József és Miklós György doktorok közleményét a Cushing-szindrómával járó hypophysis adenomáról.

Nem a közlemény elméleti fejtegetéseivel kívánunk vitába bocsátkozni, hanem különösen az idegsebész szemével nézve — therapiás felfogásáról. A betegnél látótér kiesést és röntgennel kimutatható destructiót okozó hypophysis tumort találtak és ennek ellenére a beteg sem kielégítő sugárkezelést nem kapott, sem a műtéti megoldás lehetősége nem merült fel.

A megbeszélésből azt a következtetést lehetne levonni, hogy ha a jelen esetben az adrenalectomia a Cushing-szindrómát megszüntette volna és a műtét után a hypophysis tumor csak úgy fejlődött volna tovább, mint eddig, a hypophysis tumorról nem is kellett volna tovább foglalkozni.

Véleményünk szerint világosan le kellett volna szögezni a közleményben, hogy teljesen függetlenül attól, hogy milyen összefüggés van a Cushing-szindróma és a hypophysis tumor között, a hypophysis tumor mindenképpen kezelést igényel. Különösen akkor, ha látótérkieséshez is vezetett. Amennyiben a beteg állapota a műtéti beavatkozást nem engedi meg, vagy külső sugártherápiát kell folytatni, vagy belső sugárforrást (isotop) kezelést kell alkalmazni.

A kérdést nemcsak a szerzőknek tesszük fel, akik a beteget csak rövid ideig és már csak rossz állapotban vizsgálták, hanem mindazoknak, akik a beteget már hosszú ideje észlelték. Valószínű ugyanis, ha a betegnél megfelelő időben helyesen vetik fel a therápia kérdését, a beteg sorsa másként alakult volna.

Tóth Szabolcs dr.

T. Szerkesztőség! Egyetértünk Tóth Szabolcs dr.-ral abban, hogy a »hypophysis tumor mindenképpen kezelést igényel«. Már cikkünk bevezetésében említettük, hogy »adrenalectomiával gyógyított Cushing-szindrómás betegekben súlyos intracranialis szövődményeket észleltek«. Az egész közleményt pedig annak érdekében írtuk meg, hogy a Cushing-szindrómával járó chromophob adenoma (nagyon ritka) esetében nem a klasszikus gyógy-

mód (adrenalectomia), hanem hypophysectomia indokolt. Ismételten hangsúlyoztuk, hogy »a chromophob adenomával, ill. adenocarcinomával való összefüggést indokolt tekintetbe venni és a therápiát ennek megfelelően megtervezni«. Ezek után teljesen érthetetlen számunkra, hogy milyen alapon állítja a hozzászóló: »a megbeszélésből azt a következtetést lehetne levonni... ha az adrenalectomia a Cushing-szindrómát megszüntette volna... a hypophysis tumorról nem is kellett volna tovább foglalkozni.« Úgy gondoljuk, hogy az általunk írt cikkből nem lehet ilyen következtetést levonni, annál is inkább nem, mert éppen az ellenkezőjét fejtjük ki. Mi ezt írtuk: »a gyógyítás nem adrenalectomiával, hanem a hypophysectomiával (sugaras vagy műtéti) beavatkozással kell hogy történjen.« A hozzászóló sem mond mást! De igenis felhívjuk a figyelmet arra, hogy ilyen esetben a bilaterális adrenalectomia csapda az endokrin sebész számára, mert »a Cushing-szindróma ugyan megszűnik, viszont a hypophysis tumor expandál«.

Arra vonatkozólag, hogy a »kérdést nemcsak a szerzőknek tesszük fel... hanem mindazoknak, akik a beteget hosszú ideje észlelték... a következőket jegyeznék meg. A beteget sok év alatt valóban számos orvos (köztük néhány vezető szakember) észlelte, de nem hypophysis tumorra gondoltak. Sejtesünk szerint ebben az játszható szerepet, hogy: 1. világirodalmi ritkaságomba menő körképről van szó; 2. a korai szemés sellalelet interpretációjában — jogos — controversiák voltak (a korai bitemporalis kiesés értékelhetőségét pl. vitathatónak tartották; a késői — főként concentricus kiesés viszont a hypophysis tumor irányában zavaró lehetett); 3. A »korai« és »késői« átvizsgálás között a beteg jelentékeny időt töltött elfekvő kórházban számtalan pathológiás fractura, refractaer oedéma és intractabilis polyneuritis miatt. Ez a situáció nem kedvez egy rendellenesség dinamikája (nagyon is minuciózus vizsgálatokat igénylő) nyomonkövetésének. A »késői« átvizsgálás eredménye sem volt egyértelmű. Az exitus előtt kb. 1 hónappal (szemész javaslatára, az egyik sebészeti intézet felkérésére) a beteget idegsebész szaktekintély is konzultálta, de hypophysis tumort nem állapított meg. (Ez idő tájt a kérdés persze csak akadémiai érdekességgel bírt, mert a beteg már közel reménytelen állapotban volt). Ámbár saját végső diagnosztikánk jó volt, (»intraselláris adenoma?«), mi nem törnénk pácát az észlelő orvosok felett a korai helyes diagnózis elmulasztásáért. Esetünk is példázta a koponyaúri tumor-diagnosztika nehézségeit, amelyek nem egyszer tévesen negatív és ha-

misan pozitív véleményezéshez vezethetnek. Cikkünknek az volt a célja, hogy: 1. a Cushing-szindrómával járó chromophob hypophysis adenoma ritka lehetőségére a figyelmet felhívjuk; 2. a hypophysectomia szükségességét hangsúlyozzuk; 3. rámutassunk »hogy a betegünkhöz hasonló eset az endokrinsebész számára több csapdát is rejt magában«.

Radó János dr.
Takó József dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Regöly-Mérei Gyula dr.: Akik legyőzték a betegségeket. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1963. 322 + XXIV. oldal. Ára: 30,— Ft.

A tudománytörténet napjainkban kritikus korát éli. A tudományok nagymérvű haladása, a differenciálódás és ezzel a kutatói munkamegosztás kiterjedése, az ismeretanyag felgyorsult szaporodása nehéz helyzet elé állítja azt, aki akár a maga szűkebb szakterületének fejleményeivel is — lépést szeretne tartani. Éppen ezért arra már kevésbé van mód, hogy a tanulmányait végző egyetemi hallgató vagy szakember még tudománya történetével is foglalkozzék. Valószínűleg ez a magyarázata annak, hogy kevés tudománytörténeti munka születik, pedig az objektív szükségletek ma is változatlanul megvannak. Sőt, miután a tudományok nemcsak »osztódnak«, szakosodnak, hanem bizonyos értelemben integrálódnak is, halaszthatatlanul szükségessé válik az összefüggések vizsgálata, a szintetizáló tevékenység, vagyis olyan tudománytörténet, amely a fogalmak, axiómák létrejöttét, fejlődését, túlhaladott fogalmak elmúlását, újak születését vizsgálja, értelmezi, beavat az ismeretelmélet módszereibe, ideológiai, didaktikai és pedagógiai vertezettségét biztosít. Mindenki gyorsan belátja ennek igazát, ha arra gondol, milyen fonákjai vannak annak a helyzetnek, hogy a fiatal szakember-nemzedék a tudományos fogalmakat készen örökli az idősebb nemzedéktől és az uralkodó deduktív előadásmódnak köszönhetően e fogalmak maguktól értetődőknek, problémátlanoknak, evidenseknek tűnnek. E szemlélet maga bizonyosfokú dogmatizmus. Az orvostörténelem tárgya a betegségfogalmak, kórképek fejlődéstörténete, az orvosi szemlélet, a diagnosztika és a therápia alakulása konkrét viszonyok közepette, annak hangsúlyo-

zásával, hogy a tudomány folyamata s nem lezárt egész. Ezzel szemben az orvostörténeti művek zömében az életrajzok, ezenkívül a tudomány fejlődésének bizonyos túldimenzionált fázisai (empirikus korok) uralkodnak, kuriózumokkal, történetekkel körítve. Eppen azért kell üdvözölni Regöly-Mérei Gyula könyvét, mert az jó arányérzékkel, a figyelmet a lényegre összpontosítva, helyes összefüggésekkel operálva, mutatja be az orvosi gyógyító-munka fejlődésének bonyodalmas útját, jóformán napjainkig. Regöly-Mérei sem vetette el eljessen a színes leírások, epizódok alkalmazását, gondolnia kellett ugyanis a nem szakember olvasókra, határozott pozitívuma viszont, hogy azt módjával teszi, gazdaságosan tömörítve mondanivalóját, és a történelmi távlat kérdését helyesen értékelve a medicinában, eljut könyvében századunk első évtizedeinek fejleményéig. Módszere emlékeztet Pólya Jenő nagyszerű művének metodikájára: a 16 fejezet fele egyes orvosi korszakokat tárgyal, másik fele az orvostudomány egyes ágainak kialakulását, egy-egy fontos terület (a bonctan, élettan, kórtan, sebészet, mikrobiológia, farmakológia, az egyes klinikai szakmák) ismeretanyagának sokszor századokat átívelő fejlődését ábrázolja. A fejlődés gondos visszatükrözésére irányuló szándékáról tanúskodik, hogy a 11. fejezetben Santoriotól a pavlovi kísérletekig, a következőben az infekció-fogalom és az immunbiológia kialakulása érzékeltetése során Fracastorotól Pirquetig, az érzéstelenítés történetét tárgyaló 14. fejezetben az Ebers papyrus szentenciáitól Dollinger Gyuláig és Ádám Lajosig, az utolsó fejezetben pedig — összefüggő képet adva a vesekórtan fejlődéséről — Korányi Sándorig és a funkcionálisizmusig jut el.

Jó áttekintést kap a könyv olvasója a vérkeringés megismerésének folyamatáról, mégpedig az óegyiptomi metu-koncepciótól a pneumatanon és R. Colombo, a XVI. század első fele kevésbé ismert anatómusának úttörő munkáján keresztül, a hajszálerek felfedezéséig. Megismeri az olvasó a humorál és szolidárpátológia váltakozásának időszakait, a vitalizmus megnyilvánulásait, azt a hosszantartó lényeges folyamatot, amelynek során a tünetek elváltak a bántalmaktól és kialakult a természettudományos orvostan, s a továbbiakban megértjük például, miért jelentős vívmány a hallás mechanizmusának értelmezésében a Nobel-díjas Békésy György kísérletekkel alátámasztott akusztikai teóriája. Közben a tudós életének sajátos körülményei, mozzanatai sem kerülnek el figyelmét; értékes fejtegetései, amelyekben a tehetséges tanítványok és főnökeik sokszor feszült, máskor termékenyítően harmonikus viszonyt ábr-

ázolja (Auenburger—de Haen, Laennec—Corvisart, Claude Bernard—Magendie, Semmelweis—Klein, Obermeier—Virchow, Banting—Macleod és mások). Akár a történetírásban, a tudománytörténetírásban is nehéz feladat a kritikai szemlélet objektív, mértéktartó érvényesítése. Tanulságos példa erre Virchow megítélése. Az utóbbi két évtizedben olykor tudománytalan, indulatosan szubjektív értékelések is elhangzottak Virchow személyéről, életművéről, főként a népszerűsítő cikkekben. Amellett, hogy a bírálatok gyakran egyoldalúan elmarasztalóak voltak, sokan azt szúrták le, hogy Virchow alapvető téziseinek bírálatára csak napjainkban került sor. Korántsem így áll a dolog. A nagy német tudós tanításainak több elemét, sejt-kórtanának megállapításait és szimplifikáló következtetéseit már életében túlhaladta az idő: gondoljunk csak Hegar vélekedésére. Regöly-Mérei idézi Pertik Ottó 1911-ben mondott Semmelweis emlékezésének a virchow-i tanok egyoldalúságát elítélő mondatait, majd Buday Kálmán megállapítását, aki másfél évtized múltán mutatott rá arra, hogy a sejt-kórtan már csak azért sem magyarázhatja meg kielégítően a bántalmak létrejöttét, mert a mindig halálosan végződő — és elsőnek Virchow által leírt — amyloidosis sohasem a sejtokban, hanem mindig a sejtközi állományban támad. Haranghy 1938-ban már a reticuloendothelialis rendszer ismeretében fejthette ki: »... a sejt-kórtan keretei hovatovább szűknek bizonyultak s az újabb vizsgálatok határozottan megbizonyították, hogy a megfigyelések nem korlátozhatók a sejtre, mert az élet és kórtani folyamatok helye az egész szervezet s annak minden szilárd és folyékony alkatrésze...« Regöly-Mérei más kérdéseket is napjaink tudományos megismerésének fényében közelít meg, például az olyan tévedésből fakadó felfedezést, mint a mesmerizmus (delejjesség!), Charcot munkásságát, a reflexológia kevéssé ismert úttörőinek, a svájci N. Griesingernek és a magyar Lechner Károlynak érdemeit. Higgadtan, tárgyilagosan ábrázolja a megismerés rögzös útjait és nagyon tisztában van vele, hogy amikor az új ismeretért vívott harc s a benne résztvevő orvosgyógyászok körülményeit, kvalitásait, objektív és szubjektív körülményeit ábrázolja, szigorúan figyelemmel kell lenni a korviszonyok által meghatározott anyagi, szellemi koordinátákra, amikor viszont a megismerési folyamat tényleges tendenciáit érinti és szintetizál, szabad, sőt figyelembe kell vennie a történelmi távlat kínálta nagyobb áttekintés lehetőségeit. Ez a magatartás óvja meg a tudománytörténetet a történelmietlenségétől, a távlat fetisizálásától és az »utólagos bölcsesség« helytelen

adaptálásától. Erényei mellett meg kell említenünk a mű fogyatékoságait is. A tömörség olykor-olykor már a mű egyébként olvasmányos stílusának rovására megy. A modern szövettanról szólva megemlíthette volna a 104. oldalon Péterfi nevét, a 131-en pedig Huzzelléét, akinek úttörő szerepe volt a sejt-közi állomány leírásában és akinek ilyen irányú munkásságát maga Aschoff, éppen Virchowról szóló könyvében emeli ki. Végül ennyi nevet, adatot tartalmazó műben igen hasznos lett volna a név- és tárgymutató beillesztése. Befejezésül azonban hangsúlyozni szeretnénk a könyv érdemeit: a szerző a megszokottól eltérő stílusú, besztású, tartalmú művet produkált, amelyből szakember és nem orvosi olvasó egyaránt rekapitulálhatja ismereteit és újakkal gazdagíthatja tudását.

Hidvégi Jenő

*

Fourman P.: Calciumstoffwechsell und Knochenkrankheiten. A német bővített kiadás angolból fordította és átdolgozta: Zöllner N. G. Thieme Verlag. Stuttgart, 1963. A könyv terjedelme 296 oldal, 28 ábrát és 14 táblázatot tartalmaz.

Fourman könyvének 1960-ban megjelent első angol nyelvű kiadása világsikert aratott. Ennek magyarázata kettős. Egyfelől a munka jól sikerült, másfelől világszerte nagy jelentőségű hiányt pótol. A csontok betegségeivel kevés modern szemléletű munka foglalkozik. A csontbetegség után érdeklődők rendszerint különböző szakmákhoz tartozó — belgyógyászati, gyermekgyógyászati, traumatológiai, orthopaediai — szakkönyvek alapján tudnak csak az őket illető kérdésekről megfelelően tájékozódni. Különösen nagy a hiány csontokra vonatkozóan élettani és kórélettani alapon nyugvó munkákban. Fourman könyvének viszont éppen ez a főerőssége. A német fordítás célja a német nyelvű irodalomban jelentkező csontmonográfia hiány pótlása. Meggyőződésünk, hogy ez jelentős sikerre vezet. A Zöllner átdolgozásában olvasható német nyelvű kiadás az eredeti könyvtől néhány év újabb irodalmi adatainak a beillesztésében és a jó ábrák számának növekedésében különbözik.

A könyv 3 fő fejezetre oszlik. A első fejezet az anyagcsere eredetű csontbetegségekkel kapcsolatos élettani, biokémiai, kórélettani alapismereteket foglalja össze. Részletesen foglalkozik a csontok szerkes és szeretlen állományának összetételével, a csontanyagcsere funkcióival. Az első fejezet tárgyát képezi a calcium- és phosphormérték alkotó elemeinek részletes taglalása is. A calcium-, és phosphor-

anyagcserére vonatkozó vérkémiái, felszívódási és kiválasztási ismeretek, valamint a szükségletre vonatkozó adatok részletes összefoglalásra kerülnek.

Külön alfejezet foglalja össze a mellékpajzsmirigyek anatómiájára és élettanára vonatkozó ismereteket. A második nagy fejezet a csontok anyagcserebetegségeit ismerteti. E fejezet első része a laboratóriumi és klinikai tünetek értékelését tartalmazza bő irodalmi utalásokkal. E fejezetben kerülnek összefoglalásra az osteoporosisokra, a pajzsmirigy és akromegalia eredetű csontbetegségekre vonatkozó ismeretek. Külön alfejezet tárgyalja a D-vitamin élettani, kórélettani hatásait és a rachitis kérdést. Igen értékesek azok a differentialediagnosztikai szempontok, melyek a különböző eredetű osteomalaciák klinikai elkülönítését és pathogenesizsük megértését teszik lehetővé. A következő alfejezetben a D hypervitaminosis kérdés állását ismertetik. Ezen probléma részletes taglalását az teszi indokolttá, hogy Angliában a különböző élelmiszerek D-vitaminnal való túlzott komplementálása miatt a D hypervitaminosis kérdés jelenleg majdnem fontosabbá vált az angolkórnál. Ugyanebben a fejezetben találjuk a hypoparathyreosis és a hyperparathyreosis korszerű ismertetését is. A munka harmadik és talán legérdekesebb része a vesebetegségekkel kapcsolatos osteopathiák viszonylag részletes összefoglalása. Különösen érdekesek a vesctubulus zavaraival kapcsolatos csontelváltozások ismertetése és a differentialediagnosztikai szempontok ügyes összefoglalása. E fejezetből is kitűnik, hogy Fourman nemcsak a csontbetegségeknek, hanem a nephrologiának is kitűnő művelője.

A munka hiányosságai lényegében az angol kiadásával azonosak. Az ismertetett kórképek összeválogatása bizonyos fókig ötletszerű. Különösen a ritkábban előforduló anyagcsere-csontbetegségek egy része legföljebb az egyes fejezetek differentialediagnosztikai szakaszai-ban kerülnek említésre. Az új kiadásba újonnan beépített irodalmi adatok száma úgy érezzük nagyobb is lehetett volna. Mint a legtöbb átdolgozott könyv esetében észlelhető, az új adatok itt is csak kevéssé változtatták meg a munka eredeti állásfoglalásait. Pl.: Több adat olvasható az osteoporosisok calciumhiány, illetve fokozott csontresorptio elméletét illetően, mégis e fejezet kevéssé tükrözi, hogy jelenleg ez az elmélet áll az osteoporosis kutatások előterében. Ugyanígy; a hyperparathyreosisok diagnosztikájában, fontos szerepet betöltő újabb eljárások sincsenek talán kellőleg értékelve. A munka végén kis módszertani függelék segítséget nyújthat a gyakorló belgyógyász munkájához.

Igen értékes része a munkának az irodalmi jegyzék: 76 oldalon teljes címmel együtt, igen nagyszámú, a régebbi és az újabb irodalomból kitűnően összeválogatott irodalmi jegyzéket minden e munkakör iránt érdeklődő kitűnően hasznosíthat.

Úgy érezzük, hogy a német irodalom Fourman könyvének megjelentetésével értékes munkával gazdagodott.

Holló István dr.

Megjelent

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1964. 10. szám

Draskovich Éva dr. Székely Tamás dr.: Cochleo-vestibularis vizsgálatok streptomycinnel kezelt gyermekeken. Andriská Jolán dr.: Acut infectio után keletkezett végtag gangraena csecsemőkori. Ludmány Konrád dr., Csorba Sándor dr. és Jezerniczky Judit: Különböző testfelépítésű csecsemők keringő összpoidja. Tóth Árpád dr.: A testsúly és testhossz közötti korrelációs együttható változása a csecsemőkori. Hervei Sarolta dr., Kiss Sándor dr. és Schuler Dezső dr.: Galactosaemiás betegen végzett vizsgálatok. Sternberg Alice dr.: A kancsalság gyermekorvostani vonatkozásai

FOGORVOSI SZEMLE

Stomatologica Hungarica

1964. 10. szám

Deseő Dezső dr.: Az ammónia alkalmazása a konzerváló fogászatban. Kemény Imre dr.: Az állkapocs kényszerhelyzetei. Gergely Lajos dr.—Herpaly Zsombor dr.: Aktinomyces israeli kimutatása szuvas üregben és pulpában. György Izabella dr.: A funkcionális állcsonthopaedia szerepe a paradontopathia megelőzésében. Petrucz Katalin dr.: Nyálenzymek vizsgálata. Danzinger László dr.: Atipusos nyálkó esete. Szabó Imre dr.: A nyál fajsúlyának meghatározása mikromódszerrel. Lapszemle. Hírek.

NEPEGESZÉGÜY

1964. 10. szám

Szerkesztői bevezető. Fülöp Tamás dr. és Mányi Géza dr.: A kórházi orvosi munka néhány szervezési kérdése. Károlyi György dr.: Falusi körzeti orvosok munkaidőszükségletének vizsgálata. Szoró Zoltán dr.: Az Intenzív ápolási részleg. Rex-Kiss Béla dr. és Balás Béla dr.: A gazdaságosság kérdése az orvosi laboratóriumok működési területén. Kocsis Sándor dr.: A Nyugat-Dunántúli Területi Onkológiai Intézet sajátos problémái és elért eredményei. Egészségügyi hírek. Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az ország 1964. augusztus havi járványügyi helyzetéről. Orosz és német nyelvű összefoglalás.

TUBERKULÓZIS ÉS TUDÓBETEGSÉGEK

1964. 10. szám

Rosenthal Sándor: Az inaktív folyamatú tbc esetek ellenőrzéséről. Seri István, Balogh Zoltán, Kolombán Katalin, Szabó István: Minimális gümös folyamatok aktivitásának igazolása havonként végzett tenyésztésekkel. Simon Emil, Juhász Pál: Klinikai tapasztalatok rigeniciddel. Juhász Pál, Simon Emil: A rigenicid tuberkulózis hatásának vizsgálata tengerimalac kísérletben. Mihók György, Barna László, Wachtl István, Siltkery Iván: A bronchographia veszéylei. Kohajda Péter: A spontán ptx kérdéséhez. Szabó István: Adatok a férfi ivarszervi tuberkulózis bakteriológiai diagnosztikájához és a bovin típus gyakoriságához. Levelek a szerkesztőhöz. Ülészegyzőkönyv. Meghívó a rehabilitációs anketra. Könyvismertetés és lapszemle. Hírek.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1964. 10. szám

Vikár György dr.: A kényszerneurosis formái és lefolyási típusai. Dénes László dr.: Az arteria cerebelli inferior posterior elzáródásának tünetivel jelentkező arteria vertebralis thrombosis esetei. Az arteria vertebralis elzáródásáról. György Júlia dr.: A szülői alkoholizmus hatásai a gyermek mentális, illetve személyiség-fejlődésére. Tanulmányút Victoriában. Előadások kivonata.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1964. 11. szám

Schöngut László dr., Turai László dr., Cserháti Endre dr., Hüttner István dr.: A chronicus corticosteroid kezelés egyes problémái. Mestyan Gyula dr., Fekete Miklós dr., Bata Géza dr. és Járai István: Koraszülött csecsemők minimális O₂-fogyasztása. Barta Lajos dr., Domján Ottilia dr.: Hypophysis hyperfunctio tünetek a gyermekkorú kövérseg folyamán. Rosta János dr., Vecsei (Weisz) Pál dr. és Kemény Vera: Bilirubin és steroid rebound újszülöttkori vércserék alatt.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1964. 11. szám

Máttyus Adorján dr., Bohár Anna dr., Kiszely Katalin dr.: Hereditaer cerebello-lentalis degeneratio oligophreniával (Marinesco-Sjörgen syndroma). Ambrózy György dr.: Tónusos rohamok. Boczán János dr., Oszlánszky Ottó: Posttraumás fejfájás EEG-vonatkozásai. Kiss Zoltán dr.: Klinikai tapasztalatok Frenolonnal. Pavlov Ideg-Elme Szakcsoport ülésének programja. Rerefátumok.

TUBERKULÓZIS ÉS TUDÓBETEGSÉGEK

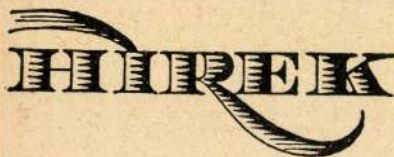
1964. 11. szám

Ph. Schwartz: Nyirokcsomók, tüdővész és tüdőrák. Birnbauer L. N., Joffe R. A.: Plasmafibrin alakulása tüdőgümőkóros betegeknek. Rodé Iván, Gyarmati László: A tüdőrák korszerű sugárterápiája. Ferenczi György és Juhász Pál: Az egyszerű Koch-pozitivitás jelentősége.

Papp Margit, Tompa Ferenc és Katona László: Rendellenes lefutású vena azygos műtétet igénylő esete.

H. Kálnai Etelka: Beszámoló az 1964. évi Nantes-i XIV. francia nemzeti tbc kongresszusról.

Levél a szerkesztőhöz.
Ülésjegyzőkönyv.
Könyvismertetés.
Hírek.



MEGHÍVÓ

a Budapesti Orvostudományi Egyetem I. sz. Gyermekklinikája által hazánk felszabadításának 20. évfordulója alkalmával a klinika tantermében (VIII. Bókay János utca 54.) 1965. május 13-án, délután 3 órakor rendezendő ünnepélyes

tudományos ülésére.

Tárgysorozat: Gegesi Kiss Pál dr.: A csecsemő- és gyermekgyógyászatról. — Gerlóczy Ferenc dr., Bencze Béla dr., Malik Teréz dr., Ugrai Miklósné, Tóth Mária dr. és munkatársaik: E-vitaminhiány-állapot; E-vitamin és fehérje szintesis (8 perc). — Véghelyi Péter dr., Vizi Szilveszter dr., Kocsis Magda dr.: Gamma oxyvajsav és anticonvulsiv hatása (6 perc). — Barta Lajos dr., Szőke László dr.: Kövér gyermekek anyagcseréje (6 perc). — Romhányi József dr., Letenyei Klára dr., Schmidt Károly dr.: Leukaemia és remissio (6 perc). — Liebermann Lucy, Majláth György, Popper Péter, Csépanyi Lóránd, dr., Varga Zoltán, Elkán György dr., Révész Lászlóné: A klinika pszichológiai munkájának összefoglalása (8 perc). — Erdős Zoltán dr., Simon Hedvig dr.: Gümös combtályogok klinikuma (6 perc). — Schöngut László dr., Hüttner István dr., Turai László dr.: Chronicus steroidkezelés tüdőszövődményei (6 perc). — (Szünet) — Kassai Stefánia dr., Jámbor Mónika dr., Makói Zita dr.: Állami gondozott leányok fejlődése és táplálkozása; 10 éves utánvizsgálat (6 perc). — Lános Ferenc dr.: Nephrosis és morbilli (6 perc). — Székely Áron dr., Gefferth Károly dr.: Staphylococcus pneumoniae röntgen manifestatioi (6 perc). — Leeb György dr.: A csecsemőfülészeti kóriszmérés fejlődése az utóbbi 20 évben (6 perc). — Rosta János dr., Szőke László dr.: Anyatejjel táplált újszülöttek elhúzódó hyperbilirubinaemiája (6 perc). — Pataki Lenke dr., Csürös Éva dr.: Adatok a rheumás vitiumot elősegítő tényezőkhöz (6 perc).

A klinika 20 éves munkásságát dokumentáló kiállítás a könyvtárban (VIII. Bókay J. u. 53. I. em.) 1965. V. 10—20-ig 10—16 óráig tekinthető meg.

★

A TMB Orvosi Elméleti Szakbizottsága 1965. április 30-án, 3 órára tűzte ki Putnok Gyula dr., az orvostudományok kandidátusa »A kísérletes daganatos betegség néhány kórélettani problémája. A daganat, szervezet és külvilág viszonyának néhány kérdése.« c. doktori értekezésének nyilvános vitáját.

A vita helye: MTA kisterme, Bp. V., Roosevelt tér 9. II. emelet.

Az értekezés opponensei: Baló József dr., az MTA levelező tagja, Weiszfeiler Gyula dr., az MTA levelező tagja, Jeney Endre dr., az orvostudományok doktora.

★

FELHÍVÁS

A Magyar Gyermekorvosok Társasága 1965 novemberében előrelátólag 16—17—18-án Nagygyűlést rendez.

Tárgya: I. Vírusbetegségek. II. Reanimatio (Kerekasztal-konferencia).

Kérjük a Kartársakat, hogy előadásukat minél előbb, de legkésőbb augusztus 1-ig jelentsék be Társaságunk főtítkárának (dr. Gergely Károly kórházigazgató, Budapest, IX. Knézits u. 14. Schöpf-Merei kórház).

A Nagygyűlés 3. napján — a témához nem illő — előadásokra is biztosítunk időt.

A Magyar Gyermekorvosok Társaságának Vezetősége

★

MEGHÍVÓ

a Magyar Higiénikusok Társasága mint az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének Egészségtudományi Szakcsoportja és a Somogy megyei Közegészségügyi-járványügyi Allomás rendezésében 1965. május 13—14—15-én Siófokon a Bányászuduló dísztermében tartandó

VIII. Balatoni Közegészségügyi Napokra.

Tárgysorozat:

Május 13-án, csütörtökön 9.30 órakor

Prof. Bakács Tibor dr. OKI főigazgató: Elnöki megnyitó. Tóth Béla dr. miniszterhelyettes: Bevezető előadás. Várkonyi Imre megyei tanácselnök-helyettes: A siófoki közegészségügyi napok jelentősége. Prof. Páter János dr. egye-

temi tanár: A gyermek és ifjúság üdültetésének higiénéje. Majtényi Zsuzsa dr. főelőadó: A hazai gyermeküdültetés higiénés értékelése. Székely Lajos dr. főelőadó: Az egészségügyi felvilágosítás hatása az ifjúság üdültetésénél (filmvetítéssel).

Május 13-án, csütörtökön 15 órakor.

Kerekasztal-konferencia a gyermeküdültetésről. Vezetői és a bevezető előadást tartja: Gyergyai Károly dr. fővárosi vezető főorvos. Résztvevők: Prof. Sárkány Jenő dr. igazgató-főorvos; Róna Borbála dr. OKI tudományos munkatárs; Juhász Károly dr. munkavédelmi felügyelő; Tóth Sándor dr. KÖJÁL igazgató; Szógh Károlyné SZOT gyermeküdültetési előadó; Kneffel Pál dr. KÖJÁL igazgató; Merétey Klára dr. iskolahigiénikus; Takács József dr. körzeti orvos.

Május 14-én, pénteken 9 órakor.

Katona Ibolya dr. osztályvezető: Az orvos feladatának jelentősége az ifjúság üdülésében és pihenésében. Körmendi István dr. csoportvezető főorvos: Az iskolaorvos feladata a gyermeküdültetésben. Róna Borbála dr. OKI tudományos munkatárs és Bánhegyi Máttyás dr. állami közegészségügyi felügyelő: Nyári napközi úttörőtáborok higiénés problémái a fővárosban. Merétey Klára dr. iskolahigiénikus: Kéthetes vizitúra tapasztalatai általános iskolai tanulóknál. Róna Szilvia dr. egyetemi tanárség: Az üdültetés értékésének (értékmeghatározásának) problémái. Pajor Géza dr. állami közegészségügyi felügyelő: A SZOT Vas megyei gyermeküdültetésének higiénés tapasztalatai. Major Magda dr. OKI tudományos munkatárs: A balaton-szabadi üdülőben gyermekeken végzett vizsgálatok tapasztalatai.

Május 14-én, pénteken délután.

Kirándulás szervezeten és egyénien 18 órakor: Egészségügyi Felvilágosítási Központ: Újabb egészségügyi kisfilmek vetítése.

Május 15-én, szombaton 8.30 órakor.

Mórik József dr. OKI osztályvezető: Aeroszeszton vizsgálatok a Balaton térségében. Berend Ernő dr. megyei főorvos: A balatoni üdültetés egészségügyi szervezési problémái. Tóth Sándor dr. KÖJÁL igazgató: Az 1964. évi balatoni üdültetés higiénés tapasztalatai. Felkért hozzászólók: Holényi László főmérnök, BIB; Mihályfi Ferenc dr. epidemiológus, Veszprém m. KÖJÁL; Nagy Gyula dr. osztályvezető, Országos Idegenforgalmi Hivatal; Horváth Erzsébet dr. higiénikus, Veszprém m. KÖJÁL; Káldosy Rudolf dr. SZOT-igazgató,

Balatonföldvár; *Zavilla Norbert dr.* orvosőrnagy, Somogy m. Rendőrkapitányság; *Bagó Gyula dr.* járási tanácselnök, Fonyód; *Ficzko Gyula dr.* higiénikus, Fonyód; *Virovecz József* járási tanácselnök, Siófok.

Tudnivalók: *Részvételi díj* (szállás és napi háromszori étkezés): 195 Ft. *Jelentkezési határidő:* 1965. április 30. Jelentkezni lehet a *Somogy megyei Közegészségügyi-Járványügyi Állomásnál* (Kaposvár, Ezredév u. 13.) a részvételi díjnak az MNB 743 043—824 csekkzámlára történő egyidejű befizetésével.

A Magyar
Higiénikusok Társasága
elnöksége

★

A Magyar EEG Társaság 1965. május 6—7-én tartja 1965. évi 9. vándorgyűlését az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet székházának Weil-termben (Budapest V., Nádor u. 32.).

Program:

1965. május 6. Délelőtt 9 óra

I. fő téma: »Az elektroencephalogram analysisének problémái«. Bejelentett előadások:

1. *Lissák Kálmán* (Élettani Intézet, Pécs): Sokcsatornás analízátor alkalmazása bioelektromos jelek vizsgálatánál.

2. *Kellényi Lóránd, Grastyán Endre, Kormos György*: (Élettani Intézet, Pécs): A bioelektromos jelek gépi elemzésére átalakított sokcsatornás analízátor jellemzői.

3. *Rémond, Antoine* (Paris): (Az előadás címét szerző a későbbiekben közli.)

(Szünet)

4. *Farkas Ildikó, Dési Illés, Garamszegi László, Sipos Katalin* (Kórleltani Intézet, Budapest): EEG-görbék kvantitatív értékelése amplitudointegrátorral.

5. *Csáki Péter, Székely József Iván* (MTA Matematikai Kutató Intézet Biometriai Osztálya és az Élettani Intézet, Budapest): EEG-görbék vizsgálata elektronikus számítógép felhasználásával.

6. *Dési Illés, Farkas Ildikó, Hajtman Béla, Nikolits Ilona* (Kórleltani Intézet, Budapest): Fourier- és autokorrelációs analysis kistokú EEG-változások kimutatására.

7. *Székely József Iván, Csáki Péter* (Élettani Intézet Budapest, és a MTA Matematikai Kutató Intézet Biometriai Osztálya): Módszer EEG-görbék szinkronizációjának mérésére.

8. *Bauer Miklós, Kellényi Lóránd, Karmos György, Szabó Imre* (Élettani Intézet és Fül-Orr-Gége-klinika, Pécs): Hallásvizsgálat embernél hallókérgi kiváltott potenciálok sokcsatornás analízátorral végzett átlagolásával.

1965. május 6. Délután 15 óra.

Szabadon választott előadások:

9. *Kajtor Ferenc*: (Ideg-Elmeklinika, Debrecen): Újabb adatok a reticularis rendszer organizatiojához Evipan alvásban embernél.

10. *Velok Gyula* (Ideg-Elmeklinika, Debrecen): K-komplexumok emberi spontán alvásban.

11. *Gombi Róza* (Ideg-Elmeklinika, Debrecen): Egyes cerebrális mélystruktúrák bioelektromos válszainak elemzése emberben.

12. *Halász Péter, Zsadányi Ottó, Karácsony Aranka* (Ideg-Elmeklinika, Debrecen): Elysióhatás polygraphiás vizsgálata.

13. *Madarász István, Zoltán Ö. Tamás, Földi Mihály, Obál Ferenc* (Élettani Intézet, II. Belklinika, Szeged): B₆-vitamin pantothensav hatása az EEG-re experimentalis és klinikai esetekben.

14. *Rákos György, Büky Béla, Böröcz Lajos* (II. sz. Gyermekklinika, Budapest): Gyermekkori nyitott szívűtűtekkel összefüggő EEG-el-térésekről.

15. *Mechler Ferenc, Kajtor Ferenc* (Ideg-Elmeklinika, Debrecen): Emberi peripheriás idegek vezetési sebességének mérései Evipan alvásban.

(Szünet)

16. *Fényes István* (Országos Idegsebészeti Intézet, Budapest): Paroxysmalis EEG-elváltozás trigeminus neuralgiánál.

17. *Fényes István, Benedikt Alice, Kalmár Zsuzsa* (Országos Idegsebészeti Intézet, Budapest): EEG-vel diagnosztizált subduralis haematoma 3 napos csecsemőben, utólagos epilepsiás aktivitás megjelölésével.

18. *Walsa Róbert* (Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálat): EEG-megfigyelések vertebro-basilaris keringési zavaroknál.

19. *Kékesi Ferenc* (Ideg-Elmeklinika, Pécs): Az elektroencephalogram Sheehan-szindrómában.

20. *Somogyi István, Somló Zoltán, Bence György, Lakatos László* (Ideg-Elmeklinika, I. Belgyógyászati Klinika, Szeged): Terheléses EEG-vizsgálatok collagenbetegségeken.

21. *Nagy A. Tibor, Halász Péter* (Ideg-Elmeklinika, Debrecen): EEG-elváltozások diagnosztikai jelentősége cerebrális atrophianál barbiturát alvásban.

22. *Zsadányi Ottó, Lipák János* (Ideg-Elmeklinika, Debrecen): Psychopathologiai tünetek dominantiajának kérdése az EEG-vizsgálatok tükrében.

1965. május 7. Délelőtt 9 óra.

Szabadon választott előadások (folytatás):

23. *Karmos György, Grastyán Endre, Kellényi Lóránd, Vereczkei Lajos* (Élettani Intézet, Pécs): Különböző motivációs hatásokhoz társuló hippocampalis elektromos jelenségek.

24. *Ángyán Lajos* (Élettani Intézet, Pécs): A kísérletesen kiváltott kérgi spike and wave aktivitás vizsgálata feltételes reflexes módszerrel.

25. *Kukorelli Tibor, Ádám György, Pásztori Emil* (Élettani Intézet, Budapest és Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet, Budapest): Thalamikus kiváltott potenciálok kondicionálása macskán.

26. *Herpai Sándor, Somogyi István, Porszász János* (Ideg-Elmeklinika és Élettani Intézet, Szeged): Vizsgálatok az egyes agykérgi területek különböző strychninérzékenységéről.

27. *Such György, Szabó Lajosné* (Élettani Intézet, Szeged): Gél állapotú EEG-paszta (»Elektrogél«). Bemutatás.

(Szünet)

28. *Nicolits Ilona, Szám István* (Budapest, Föv. Tanácsának kórháza, Visegrád és IV. Belgyógy. Klinika, Budapest): Kísérletes EEG-változások kivédése K-Mg-asparagináttal.

29. *Mészáros László, Telegdy László, Abónyi Eszter* (Élettani Intézet, Budapest): Chlorpromazin hatása az elektrográfias feltételes tájékozódási reflexre.

30. *Szabó Imre* (Élettani Intézet, Pécs): Egy adat az elektroshockot követő görcstevékenység központi idegrendszeri mechanizmusához.

1965. május 7. Délután 15 óra.

II. fő téma: »Az EEG-szűrővizsgálatok és gyakorlati értékük.«

31. *Nagy Tibor* (Országos Ideg-Elmegegyintézet, Budapest): A felnőttkori EEG-normalitásról a szűrővizsgálatok tapasztalatai alapján. (Referátum).

32. *Szék János* (Budapest Föv. Tanács IX. ker. Kórháza): Hosszmetzeti EEG-vizsgálatok repülőhajózákon.

33. *Bogárdi Mihály, Chemez Róza* (Heim Pál kórház EEG-laboratórium, Budapest): Szűrővizsgálatok iskolásgyermeknél.

(Szünet)

34. *Magyar István, Kisszékelyi Ödön* (Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálat): Epilepsiára jellemző EEG-jelek értékelése gépkocsivezőtöknél.

35. *Rábai Kálmán, Molnár Miklós, Horváth György* (MÁV Kórház és Rendelőintézet, EEG-laboratórium): A zajártalom, különös tekintettel a mozdonysemélyzetre az EEG-szűrővizsgálatok tükrében.

36. *Varga Berta, Avar Pál* (Országos Munkaegészségügyi Intézet, Budapest): Aldrinnal dolgozók EEG-vizsgálata.

37. **Avar Pál** (Országos Munkaegészségügyi Intézet, Budapest): EEG-vizsgálatok toxikus anyagokkal érintkező dolgozóknál.

(Szünet)

Utána: A Magyar EEG Társaság 1965. évi közgyűlése.

★

A Pavlov Ideg-Elme Szakcsoport és a Magyar EEG Társaság 1965. május 8-án, szombaton de. 9 órakor az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet székházának Weil-termében (Budapest V., Nádor utca 32.)

»Az EEG jelentősége és szerepe a klinikai diagnosztikában« címmel kerekasztal-értekezletet rendez.

Az értekezlet vezetője: Juhász Pál dr. egyetemi tanár.

Az értekezlet résztvevői: Obál Ferenc dr. egyetemi tanár, Kajtor Ferenc dr. kandidátus, Moussong-Kovács Erzsébet dr. kandidátus, Nagy Tibor dr. kandidátus, Fráter Rózsa dr. egyetemi tanársegéd, Walsa Róbert dr. adjunktus.

★

Az Orv. Eü. Szaksz. Radiológus Szakcsoportjának Sugárvédelmi Sectiója 1965. május második felében zártkörű kerekasztal-konferenciát fog rendezni »A veleszületett haemangiómák, gyógyításuk és az ezzel kapcsolatos sugárvédelmi kérdések«-ről. Kérjük azokat a kollégákat, akik a témával kapcsolatban gyakorlati tapasztalataikkal a kerekasztal-konferencia sikeréhez hozzá akarnak járulni, jelentkezzenek Hrabovszky Zoltán dr. főorvosnál (Madách téri rendelő), vagy a Sectió titkárnál: Újhelyi Adorján dr. (Orsz. Munkaegészségügyi Int. Bp. IX. Nagyvárad tér 2.).

A Szabolcs-Szatmár megyei Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete 1965. április hó 30-án (péntek) du. 5 órakor a Városi Tanács nagytermében (Nyíregyháza, Kossuth Lajos tér 1.) tudományos ülést tart.

Referátum: **Árvay László** (Nyíregyháza): Az antibioticus kezelés veszélyeiről.

Felkért hozzászólók:

Sebészet: **Eisert Árpád**.

Gyermekgyógyászat: **Palásthy Géza** (Kisvárd).

Szülészet-nőgyógyászat: **Gyöngyössi Andor** (Nyíregyháza).

Szünet.

Fül-orr-gégészet: **Hollóházy Lajos** (Kisvárd).

Fertőző betegségek: **Strébely Gusztáv** (Kisvárd).

Tüdőgyógyászat: **Pálfy Roland** (Nyíregyháza).

Körzeti gyakorlat: **Magyar János** (Nyíregyháza).

Laboratóriumi megfigyelések: **Bodnár Sándor** (Nyíregyháza).
Vita.

PÁLYÁZATI hirdetmények

116
A Budapest Főváros Tanácsa VB. Egészségügyi Osztálya pályázatot hirdet egy E. 129. kulcsszámú csoportvezető szülésznőgyógyász főorvosi állásra.

A 135/1955. (Eü. K. 10.) Eü. M. számú utasításban előírt okmányokkal szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet az Orvosi Hetilapban történt közzétételtől számított tizenöt napon belül a Budapest Főváros Tanácsa VB. Egészségügyi Osztályánál (Bp. V. Városház u. 9/11. sz. II. pav. I. em. 610.) kell benyújtani.

Közszolgálatban álló orvosok pályázataikat a szolgálati út betartásával adják be.

Gyergyai Károly dr. s. k.
fővárosi vezető főorvos

108/b
Sátoraljaújhelyi Járásai Tanács VB. füzérradványi TBC Kórházának igazgatója pályázatot hirdet egy E. 232. kulcsszámú szakképzett laboratóriumi asszisztens állásra.

Javadalmazás a kulcsszámnak megfelelően alappér, valamint az eltöltött szolgálati idő után korpótlék és 30% veszélyességi pótlék.

Intézeti elhelyezést biztosítunk.

Zabolay Sándor dr.
igazgató főorvos

131
Pályázatot hirdetek a Pétfürdői Nitrogénműveknél megüresedett E. 131. kulcsszámú üzemorvosi állásra. Az állás javadalmazása kulcsszám és szaképesítés szerint. Kétszobás összkomfortos lakás azonnal beköltözhető. Orvosházaspár előnyben részesül.

Kuncze Lajos dr.
kórházi főorvos

130
A Marcali Járásai Tanács VB. Egészségügyi Csoportja pályázatot hirdet a megüresedett állami közegészségügyi felügyelő II. állásra. Illetmény E. 147. kulcsszám szerint 3300 Ft alapfizetéssel.

Nagy József dr.
járásai főorvos

126
Pályázatot hirdetek az átszervezés útján betöltésre kerülő Egercsehi II. körzeti orvosi állásra. A körzethez Egercsehi községen kívül hozzá tartozik Egercsehi bányatelep egy része és Bekőce község.

Fizetés az E. 181. kulcsszám szerint havi 2300 Ft, 103 Ft körzeti orvosi pótdíj, 450 Ft ügyeleti díj és a kapcsolt község, Bekőce ellátására szolgáló fuvarátalány. 2 szoba, mellékhelyiségekkel ellátott, közművesítendő, tágas szolgálati lakás rendelkezésre áll.

Király Edith dr.
járásai főorvos

128
Székesfehérvár Városi Tanács VB. Egészségügyi Osztálya pályázatot hirdet az üresen álló városi orvosi állásra. Illetménye az 1526. kulcsszámú a) fizetési fokozat szerint a szolgálati éveknek megfelelően adható. Az állás betöltéséhez lakás biztosítva van.

A kellően felszerelt kérvényeket kérem hivatalomnak megküldeni, a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül.

Szigethy Tibor dr.
városi főorvos

127
A Veszprém Megyei Tanács Kórháza pályázatot hirdet E. 108. kulcsszámú szemészeti osztályvezető főorvosi I. állásra, mely megyei szintű. A pályázathoz szükséges: önéletrajz, orvosi oklevél, szakorvosi bizonyítvány, erkölcsi bizonyítvány, működési bizonyítvány és a tudományos dolgozatok külön lenyomata.

Lakást a Megyei Tanács később biztosít.

Pályázati kérelmeket a hirdetésnek az Orvosi Hetilapban történt megjelenésétől számított 15 napon belül kell benyújtani a Veszprém Megyei Tanács VB. Egészségügyi Osztályához, szolgálatban állók a szolgálati út betartásával.

Hegedüs Károly dr.
kórházigazgató

129
A Zirci Járásai Tanács VB. Egészségügyi Csoportjának Vezetője pályázatot hirdet

áthelyezés folytán megüresedett Tési körzeti orvosi állásra, csatolt község Jásd, Csószpuszta település.

Nyugdíjazás folytán 1965. április 15-én megüresedő Bakonybéli körzeti orvosi állásra, csatolt község Pénzesgyőr, Somhegypuszta települések.

Illetmény mindkét helyen az E. 181. kulcsszám szerint 2200 Ft, 300 Ft körzeti orvosi pótdíj, 450 Ft ügyeleti díj, Tészen 388 Ft, Bakonybéli 312 Ft fuvarátalány és kézi gyógyszerár kezelési díj.

A tési körzethez 2 szobás, azonnal beköltözhető szolgálati lakás van és f. évben 3 szobás összkomfortos szolgálati lakás lesz kialakítva.

Bakonybéli 2 szoba összkomfortos azonnal beköltözhető szolgálati lakás jár.

Bakonybéli mellékháló a Szociális Betegotthon ellátása 450 Ft havi illetményen és üdülési idnyben a SZOT-üdülő ellátása.

Mindkét körzetben az orvos felesége részre 6 órás orvosirnokai állás biztosított.

A kellően felszerelt pályázati kérelmeket munkaviszonyban állók a szolgálati út megtartásával küldjék.

Dikó István dr.
járásai főorvos

Felelős kiadó: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója.
Megjelent 12 200 példányban.

Kiadóhivatal: Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Bpest, V., Belotianisz u. 8.
Telefon: 122-650.

MNB egyszámúszám: 69.915.272-46.
65 1387 Athenaeum Nyomda, Budapest

Felelős vezető: Soproni Béla igazgató
Terjesztő a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hirlapiróddájánál (Budapest, V. ker. József nádor tér 1.)

és bármely postahivatalnál.

Csekkszámúszám: egyéni 61 273.
közületi 61 066 (vagy átutalás a MNB 8. sz. folyószámlájára)

Szerkesztőség: Bpest, V., Nádor u. 32.
Telefon: 121-804, ha nem felel: 122-765.

Előfizetési díj egy évre 180,- Ft,
negyedévre 45,-, egyes szám ára 4,50 Ft

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1965. április 27. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem. IX. Gyáli út 2/6. A-ép.	délután 2 óra	Az intézet tudományos dolgozói	Erdős László dr.: A Di-per-te oltás eredménye 6 hetes, 3 hónapos csecsemőknek Dániel Márta dr., Erdős László dr., Koch Sándor dr.: Mumps elleni oltóanyag hatékonyságának szerológiai vizsgálata.
1965. április 27. kedd	Szeged Szemészeti Klinika, előadóterem	délután 5 óra	A Szegedi Orvos-Eü. Szakszervezet és a Szegedi Orvostudományi Egyetem	Előadás. 1. Obál Ferenc: A folyamatos tanulás kérdése és a tanulás ellenőrzésének módja (15'). 2. Fráter Lóránd: A röntgenológiai szívtérfogatmérés diagnosztikai értéke (15'). 3. Bach Imre: A monovalens kationok hatása a vérnyomásra és mellékvesekéregre (40'). 4. Fleischmann Tamás: Human chromosoma-analýsis (25').
1965. április 27. kedd	Heim Pál Gyermek-kórház VIII. Üllői út 86.	délután 7 óra	A Föv. Tanács VB. XII. Eü. Osz. és az OTKI	Dobszay László dr.: Nephritis a gyermekkorban.
1965. április 27. kedd	Szakorvosi Rendelő-intézet, előadóterem. XIII. Visegrádi u. 47/c	délután 8 óra	A rendelőintézet tudományos bizottsága	Chatel Andor dr.: A rheumáról. A rheumás betegségek modern therápiája.
1965. április 27. kedd	Szakorvosi Rendelőint., XI. Fehérvári út 12.	délután 8 óra	Az intézet tudományos köre	Matsch Jenő dr.: A diabetes mellitus kérdés mai állása. Therápiás következtetések.
1965. április 29. csütörtök	Bajcsy-Zsilinszky Kórház, tanásterem. X. Maglódi út 89.	délután 2 óra	A kórház tudományos bizottsága	Előadások. 1. Polgár Endre dr.: Hyperinsulinismus a diabetes mellitus korai szakában (10'). 2. Selmeci Ernő dr.: Ritka fejlődési rendellenességek tarsulása Stein-Leventhal szindrómával (10'). 3. Osztóth Imre dr.: A sugártherápia teljesítőképessége és korlátai a daganatos betegségek kezelésében (30').
1965. április 29. csütörtök	Szakorvosi Rendelőint. IX. Mester u. 45.	délután 2 óra	Az intézet Pavlov tudományos köre	Szentklárai János dr.: Pajzsmirigy és a női genitáliák rákja.
1965. április 29. csütörtök	Miskolc Szentpéteri-kapui Kórház, kultúrterem	délután 1/2 óra	A Miskolc Egyesített Kórházai tudományos bizottsága	1. Csépanyi A. dr., Vida E. dr.: Tbc. cutis előfordulása a fülkagylón (5', bemutató.) 2. Fedor J. dr., Keresztury S. dr.: Extramedullaris plasmocytoma intracranialis esete (15'). 3. Mátyus E. dr.: A veserek fejlődési rendellenességei és a vese megbetegedései I. (A vese segmentum izolált atrophija, 40'). 4. Sántonyi G. dr.: A vese erek fejlődési rendellenességei és a vese megbetegedései II. (Pathológiai rész, 20').
1965. április 29. csütörtök	Debrecen I. Belklinika	délután 1/2 óra	A Debreceni Orvostudományi Egyetem	1. Gyurkó György és Szabó Miklós: A lép vérellátásának vizsgálata sebészet anatómiai szempontból. 2. Szilágyi János, Osváth Sándor, Kántor Erzsébet, Simay Átila: Kisvérköri haemodynamikai és angiographiás vizsgálatok jelentősége mellkasi megbetegedésekben. 3. Fábrián Sándor: Gátolozó perfüziós szivós kezelés technikája és alkalmazása a septikus sebészetben. 4. Szalai Imre Jóna Gábor, Gyarmati János, Kelemen János, Adám Géza: A transzternális phlebographia jelentősége a mamma carcinoma sugártherápiás tervnek felállításában. 5. Tasnádi László és Adám Géza: Ritka labdóficamok.
1965. április 29. csütörtök	II. Gyermekklinika tanterem. IX. Tüzoltó u. 7.	délután 5 óra	A II. Gyermekklinika	Kazuisztika.
1965. április 29. csütörtök	Idegkórtani Klinika és Pszichiatriai Klinika előadóterem. VIII. Balassa u. 6.	délután 6 óra	A Pavlov Ideg-Elme szakcsoport	I. Betegbemutató. II. Előadások: 1. Áfra Dénes dr.: Aneurysma rupturából származó subdurális haematomák. 3. Környey Edit dr. és Szobor Albert dr.: Az időskori myasthenia. 4. Kómár József dr. és Kómár Gyula dr.: A periodikus ataxiára vonatkozó összehasonlító klinikai és pathológiai megfigyelések.
1965. április 29. csütörtök	Semmelweis-terem. VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 7 óra	A Belgyógyász Szakcsoport Endocrinológiai Sectiója	1. Biliczki Ferenc: Pseudohermaphroditismus masculinus esete. (Betegbemutató, 10'). 2. Szarvas Ferenc, Biliczki Ferenc: Here elváltozások experimentális cirrhosisban (15'). 3. Tóth István, Faredin Imre, Julesz Miklós: Új módszerek a bőr és szőrzet a steroidtartalmának vizsgálatára. (Előadás, 15'). 4. Julesz Miklós, Faredin Imre, Tóth István: Steroidok a bőrben és a szőrzetben. (Előadás, 35').
1965. április 29. csütörtök	Orsz. Orvostörténeti Könyvtár. II. Török u. 12.	délután 8 óra	Az Orsz. Orvostörténeti Könyvtár és Orvos-Gyógyszerésztörténeti szakcsoport	1. Korányi György dr.: Hatvan éve jelent meg Flesch Ármán úttörő munkája a gyermekkori hepatitisről. 2. Zboray Bertalan dr.: Patikavizsgálat 1830-ban.
1965. április 29. csütörtök	Orsz. Reuma- és Fürdőügyi Int., klubterem. II. Frankel L. u. 25. (Lukács-fürdő)	délután 8 óra	A reumatológus szakcsoport	1. Chatel Andor dr.: Izomlazítók alkalmazása rheumás kórképekben. Felkért hozzászóló: Altai Magda dr. 2. Bencze György dr.: Angliai tanulmányúton szerzett tapasztalatok a reumatologia területén. 3. Mráz Anna dr.: Egy különlegesen súlyos prim. chron. polyarthritises beteg rehabilitációja. (Kisfilm.)
1965. április 30. péntek	II. Női Klinika, tanterem. VIII. Üllői út 78/a	délután 1/2 óra	A Magyar Anaesthesiológ Társaság	1. Dr. H. Ruben (Koppenhága): Heranziehung der dänischen Bevölkerung zur Wiederbelebung. 2. Ciacinto Miklós dr. és Cseti István dr.: Egési sérültek sorozatos műtéti érzéstelenítésének problémái.
1965. április 30. péntek	II. Belgyógyászati Klinika, tanterem. VIII. Szentkirályi u. 46.	délután 6 óra	A Budapesti Orvostudományi Egyetem	„Jendrassik Ernő emlékelőadás”. 1. Elnöki megnyitó: Knoll József dr. 2. „Jendrassik Ernő emlékelőadás.” Somogyi Endre dr.: Elektropathológiai vizsgálatok az igazságügyi és szociális orvostan szemlélete alapján.

Figyelem! Lapzárta: minden szám megjelenési időpontja előtt 13 nappal

NEROBOLETTA TABLETTA

per os szedhető anabolikum

Összetétel: 1 tablettá 1 mg 17-methyl-17-hydroxy-androsta-1,4-dien-3-on-t tartalmaz.

Hatásai: A Neroboletta tablettá anabolikus hatású: elősegíti a fehérjeszintézist, javítja az étvágyat és ezáltal az általános állapotot, súlygyarapodást hoz létre. A gyomor-bélrendszerből történő jó felszívódásánál fogva orális szedés mellett is teljes anabolikus hatást biztosít.

Javallatok: A csecsemőkor, különböző testfelépítési zavaraiiban (sorvadás különböző alakjai), fertőzőbetegségek utáni reconvalescentiában, krónikus infekciókkal kapcsolatos dystrophiában, gyengeségben, kimerültségben, osteoporosisban, elhúzóó callusképződésben, kortikoszteroid kezelés katabolikus hatásainak (súlycsökkenés, osteoporosis stb.) ellensúlyozására, renális fehérjevesztésben. Kiemelendő a kissúlyú koraszülöttek és csecsemők gyarapodásában elért eredmény.

Alkalmazás: Csecsemőknek és gyermekeknek 2 éves korig naponta — másodnaponta $\frac{1}{2}$ —1 tablettá (0,5—1 mg), 5 éves korig napi 1—2 tablettá (1—2 mg), 14 éves korig naponta 3—5 tablettá (3—5 mg). Gyermekeknél és a fejlődés korában levő fiataloknál célszerű 4 heti szedés után 1—2 hónap szünetet tartani.

Forgalomba kerül: 20 tablettá üvegben.



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.