ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

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

108. ÉVFOLYAM 14. SZÁM, 1967. ÁPRILIS 2.

FELSZABADULÁSUNK ÜNNEPÉRE!

Hazánk felszabadulását az idén a Nagy Októberi Szocialista Forradalom 50-ik évfordulójának évében ünnepeljük. Népünkben már régen tudatosult, ebben az évben azonban külön is súlyt kap az a tény, hogy április 4. nem lett volna a Nagy Október nélkül.

Április 4. nemcsak a német és magyar fasizmustól való megszabadulást, nemcsak a magyar feudál-kapitalista állam széttörését jelentette, hanem nagy alkalmat adott arra, hogy a magyar dolgozó nép végre kezébe vegye sorsának irányítását. Lehetővé vált, hogy megismerje azokat az igazságokat, azokat a célkitűzéseket, amelyek nemcsak a szovjet nép, hanem a világ valamennyi országának dolgozó népe számára is egyedül biztosíthatják, hogy a reakciós erőkkel szemben győzni tudjanak.

A magyar nép április 4-ének köszönheti azt, hogy az emberiség új nagy korszakában az élenjárók megtisztelő soraiban foglalhat helyet.

A marxizmus—leninizmus igazsága népünknek a szebb, gazdagabb életlehetőség útját mutatta meg. A magyar egészségügy dolgozóinak pedig azt, hogy munkáját hogyan tudja leghatékonyabban gyümölcsöztetni a dolgozó nép szolgálatában.

A mi számunkra is a szovjet egészségügy nagy bolsevik úttörői fogalmazták meg a legtisztábban a szocialista egészségügyi ellátás alapvető célkitűzéseit, azt, hogy:

„— az egészségügy szemléletét és gyakorlatát a prevenciónak kell áthatnia;

— mindenki számára hozzáférhetővé, ingyenessé kell tenni a legmagasabb szintű egészségügyi ellátást;

— szervezetileg egységes legyen;

— biztosítsa a munkásosztály ellátásának elsődlegességét;

— az egészségügyi helyzet javítása csak akkor eredményes, ha az egész dolgozó nép segíti a szakhálózat munkáját."

A szocialista egészségügy alapelveinek helyességét fél évszázad tapasztalatai erősítették meg, sőt a „munkásosztály ellátásának elsődlegessége" történelmi kategóriává vált és azt messze túlszárnyalva, ma már az egész dolgozó nép szervezett és magasszintű egészségügyi ellátásának építése van napirenden.

Az elmúlt 22 év során megvalósult az egységes irányítás az Egészségügyi Minisztériumon keresztül. A fejlődés mennyiségi mutatói sok tekintetben a munka minőségének színvonalát is jelzik: az orvosok száma kétszeresére emelkedett, több mint 60 százalékuk rendelkezik szakképesítéssel, a kórházi ágyak száma 50 százalékkal magasabb a felszabadulás előttinél. A népbetegségek elleni küzdelemben az elért eredmények rendkívül jelentősek, a nemi betegségek leküzdése nemzetközi összehasonlításban is imponáló. Járványellenes intézkedéseink a fertőző betegségek egész sorát minimálisra csökkentették, a járványos gyermekbénulást felszámoltuk. Az egészségügynek nincs olyan területe, amelyen ehhez hasonló eredmények ne születtek volna.

Mégis, ma, amikor az egészségügy helyzetéről beszélünk, sokkal inkább a negatívumok vannak előtérben. Ennek oka elsősorban abban keresendő, hogy az egészségügy fejlődésében sok az ellentmondásos jelenség. Eredményeink annak arányában valósultak meg, amennyiben sikeresen tudtuk alkalmazni viszonyainkra a szovjet egészségügy tapasztalatait és szocialista egészségügyi célkitűzéseink megvalósításában következetesek tudtunk lenni. Negatívumok pedig elsősorban akkor jelentkeztek, amikor mechanikusan másoltuk a szovjet egészségügy gyakorlati intézkedéseit, amikor sémákban gondolkodtunk, vagy nem követeltük meg következetesen az általunk hozott törvényes rendelkezések végrehajtását. Az egészségügy területén bőségesen találunk példát ennek bizonyítására.

Ha sorra vesszük a szocialista egészségügy célkitűzéseinek gyakorlati megvalósítását, az eredmények és hiányosságok különböző arányainak keveredését találjuk.

A megelőzés elve elsősorban a preventív feladatokra specializált intézmények kiépítésében és ez intézmények munkájának jelentős színvonal

II. SZ. SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA

emelkedésében érvényesült, de még korántsem hatotta át orvosaink gondolkodását, az egyetemi képzéstől a területi intézmények gyakorlati munkájáig.

A társadalombiztosítás általánossá válásával lényegében mindenki számára hozzáférhetővé tettük valamennyi egészségügyi intézményünket. Ezek fejlesztése terén azonban még sok feladatunk van, hogy ellátásunkat a legmagasabb színvonalúnak mondhassuk. Míg ugyanis a korszerű ellátás biztosításához az orvosképzés terén nagyot léptünk előre, az intézmények fejlesztésének és korszerűsítésének üteme ettől messze elmaradt. Az utóbbi években az egészségügyi ellátás ingyenességével kapcsolatban is egyre több észrevétel adódik amiatt, hogy egyes munkaterületeken általánossá, szinte erkölcsi kényszerré vált a külön honorálás, amely nemcsak szocialista egészségügyi ellátásunk ingyenességét veszélyezteti, de az egyre nagyobb mértékben jelentkező orvosellenes közhangulatot is növeli.

Az egészségügy egysége elsősorban az egészségügyi igazgatás szempontjából valósult meg, de szerény kezdeti eredményektől eltekintve, a mai napig nincs biztosítva a mindennapi betegellátásban a különböző szintű és jellegű intézmények munkájának szerves egysége. A kórházi és járóbetegellátás még mindig sok tekintetben a múltból örökölt módon elkülönül egymástól. Hasonló a helyzet az egészségügyi felsőoktatás és a területi feladatokat ellátó intézmények kapcsolatában is.

A munkásosztály ellátásának elsődlegessége — amely az üzemegészségügyi hálózat kiépítésében realizálódott — a szocialista egészségügyi célkitűzések között történelmi kategóriának bizonyult. Ma már az általános népbiztosítás feladatai vannak előtérben, azonban az üzemegészségügyi ellátás jelentősége ma sem vitatható. Eredményeink nagyok ezen a téren is, de hatékonyságát szintén nem tartjuk kielégítőnek. Így pl. a fővárosban, ahol a magyar munkásosztály közel fele dolgozik, az üzemorvosok több mint fele csak mellékállásban, néhány órában végzi — többnyire receptírási — tevékenységét. Az üzemorvosi munka színvonala nem éri el a más területek átlagát.

Népünk egészségügyi kultúrája a felszabadulás előtti viszonyokkal össze sem hasonlítható. Ez elsősorban az egészségügyi felvilágosítást végző intézmények és szervek munkájának köszönhető. Orvosainknak azonban még csak kisebbik része ismerte fel, mit jelent az egészségügy számára a dolgozó tömegek támogatása, amelyet a Vöröskereszt tömegszervezeti bázisára építve kell elsősorban realizálnunk és annak szervezeti kereteit felhasználva megvalósítanunk azt a célkitűzést, hogy az egészségügy az egész dolgozó nép ügye legyen.

A gazdasági élet területén napirenden van az irányítás mechanizmusának reformja. Célja az, hogy fejlődésünk új szakaszában a szocialista építést az eddiginél hatékonyabban segítő szervezési formát alakítsunk ki. Az irányítás reformja népgazdaságunk egészét átfogja, de jelentős hatással van az államigazgatásra és természetesen az egészségügyet is érinti.

Az egészségügyi vezetőszervek a különféle érdekeltségek és kötöttségek miatt — nem beszélve az egészségügy területén mutatkozó sok szubjektív vonásról — csak bizonytalanul tudják érvényesíteni szakmai irányító munkájukat. A területi elv az intézmények működésében nem érvényesül kellően. Mindezek következtében nincs gazdája annak, hogy egy adott területen jelentkező hibáért vagy hiányosságért ki, milyen mértékben felelős.

A szocialista egészségügy alapelveinek hazai viszonyainkra kidolgozott konkrét követelményei jelentik egészségpolitikánk alapjait. Meglevő hiányosságaink felszámolásához döntő feladat, hogy:

— célkitűzéseinket félreérthetetlenül rögzítsük,

— megvalósításukhoz rendelkezzünk gondosan kimunkált ütemtervvel, és

— a végrehajtásban egyértelmű, határozott fellépést tanúsítsunk az egészségügyi vezetés minden szintjén, a minisztériumtól a legkisebb intézmény vezetőjéig.

Ehhez magasabb szintre kell emelnünk az egészségügy különböző területén a tervező és irányító munkát. Következetesen fel kell lépni az ellen a szemlélet ellen, amely a tervezés jelentőségét a mi területünkön lebecsüli, vagy csak az intézmények fejlesztésére korlátozza, arra hivatkozva, hogy nem termelő üzemről van szó.

A vezetés színvonalának emelése mellett tovább kell harcolnunk intézményi hálózatunk fejlesztése és korszerűsítése érdekében, az egészségügy anyagi bázisának kiszélesítéséért. Legalább ilyen fontos fejlődésünk meggyorsításához az egészségügyi dolgozók szocialista tudatformálása terén az eddiginél nagyobb igényesség is.

Felszabadulásunk huszonkettedik évfordulóját ünnepelve, a Nagy Október fél évszázados ünnepére méltóan úgy készülünk, ha gondosan számbavéve eredményeinket és hiányosságainkat, feladataink meghatározásánál a szocialista egészségügy követelményeit tartjuk szem előtt. Népünk nagy célkitűzéséhez: a szocializmus teljes felépítéséhez az egészségügy dolgozóinak a maguk területén szintén hozzá kell járulniuk.

Bartha Ferenc dr.

Semmelweis Kórház, Miskolc, Gyermeksebészeti Osztály (főorvos: Balogh Pál dr.)

Daganatok a gyermekkorban

500 gyermekkori daganat kezelésének tapasztalatai*

Dankó János dr., Sánta Sándor dr., Balogh Pál dr. és Baksa József dr.

Az irodalom és számos nemzetközi kongresszus a gyermekkori daganatok szaporodásáról számolnak be. A fertőző betegségek hatásos leküzdése folytán a gyermekkori halálozásban a daganatok egyre nagyobb szerepet játszanak.

Az Egyesült Államokban 20 évvel ezelőtt még nem szerepelt az első tíz halálok között, ma az 1—4 éves korban a negyedik, 5—14 éves korban a balesetek után a második helyen áll (2). Az európai államok nagy részében hasonló a helyzet. Hazánkban az utolsó 30 év alatt 0,2%-ról 8,3%-ra emelkedett aránya a gyermekhalandóságban és a negyedik helyen áll (8). Az emelkedés abszolút számokban is jelentkezik és további fokozódása várható.

Feldolgozásunkban 1956 október és 1965 március között eltelt 8 és fél év daganatos anyaga szerepel. Ezen idő alatt gyermeksebészeti osztályunkon 500 daganatos beteget kezeltünk, részben felvett, részben járóbetegként, vagy csecsemő osztályon folytatott utókezeléssel. Ebből 470 jóindulatúnak, 30 rosszindulatúnak bizonyult. Koruk 0—14 évig terjedt.

A jóindulatú daganatok esetében a fiúk és leányok számában lényeges eltérést nem találtunk. A rosszindulatúak között a fiúk száma nagyobb (17:13).

Jóindulatú daganatok:

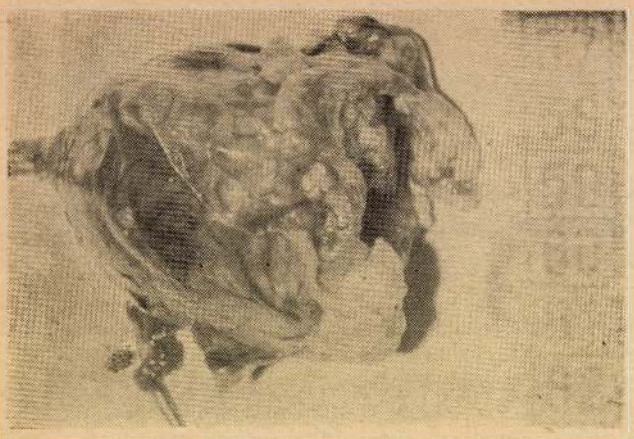
Az első életév leggyakoribb daganata a *haemangioma.* A következő években a *vastagbél polypusai* és *kötőszöveti eredetű daganatok* szaporodnak, a harmadik életévtől a *csontdaganatok* is egyre nagyobb számban lépnek fel. Gyógyításuk csaknem kizárólag sebészi. Engedményt csak az arcon, szemhéjon, ajkon levő nagyobb haemangiomák, lymphangiomák, növekedési vagy funkcionális zavart nem okozó exostosisok terén teszünk.

Jóindulatú daganatok esetében rtg-besugárzást évek óta csak kivételesen végzünk, mivel súlyos növekedési torzulásokat, helyi pigmentzavarokat és bőratrophiát láttunk utána több esetben, melyeket műtétileg kellett eltávolítanunk. A haemangiomák és lymphangiomák legjobb gyógymódjának a sebészi kimetszést tartjuk. Az utóbbi években a csecsemőkorban scleromerphenes befecskendezéseket végzünk. Egyrészük obliterál, másrészük hegesen zsugorodik, mellyel időt nyerünk a kedvezőbb korban és körülmények között történő műtétre. A colon és rectum juvenilis polypusai nagy számban szerepelnek anyagunkban. Mind soliter, mind csoportos formája műtéti eltávolítást igényel az emésztőtractus bármely szakaszán, mivel potentialisan malignus. Különösen annak kell tartanunk polyposis esetén. A kötőszöveti és teratoid tumorok mindig gyanúsak rosszindulatú elfajulásra. Az első életévekben jelentős szerepet játszanak még az embryonalis fejlődési zavar talaján, főleg a nyakon és arcon kifejlődött branchiogen képződmények (cysták, fistulák, fissurák, függelékek), ductus thyreoglossus maradványok, a bárhol előforduló dermoid, epidermoid és a már említett teratoid képződmények (előszeretettel a test középvonalában). Az 5—6. életév után egyre gyakoribbá válik az ízületi tokból és ínhüvelyekből kiinduló ganglion. A csontok jóindulatú daganatai közül leggyakoribb az exostosis cartilaginea, osteocysta és osteoclastoma. A két utóbbi gyakran okoz pathológiás törést. Nagyobb cysták spontán gyógyulására törés esetén sem számítha-



1. kép. Branchiogen függelék a nyakon.

* 1965. október 28-án, a VII. Magyar Onkológus Kongresszuson tartott előadás alapján.

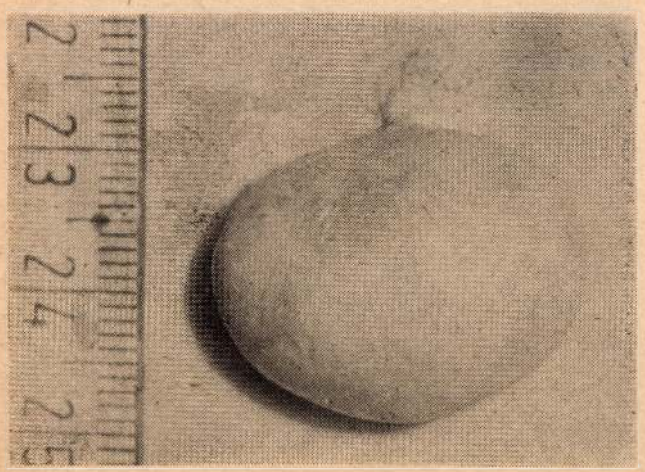


2. kép. Enterogen cysta.

tunk, így ezeket műtétileg kell gyógyítanunk. A cysta tartalmát éles kanállal kikaparjuk (szövettani vizsgálatra) a velőűrt mindkét irányban feltörjük és az üreget a csípőcsontból, vagy csontbankból vett spongiosával szorosan kitöltjük (a gyermeki csontokból kevés spongiosa nyerhető). Törés esetén a stabilitás biztosítására csontlécet is helyezünk az üregbe.

Sürgős műtéti javallatot képezhet a nyak, mediastinum, hasüreg térszűkítő daganata, valamint az emésztőtractus beszorult, előesett, vagy egyéb szövődményt (invaginatio, vérzés, rosszindulatú elfajulás) okozó daganata és a kocsányos tömlők csavarodása.

Műtéti halálozásunk a jóindulatú csoportból kettő volt. Egy esetben a carotis internát beszövő ganglioneuroma műtéte közben több esetben reflexes szívmegállás következett be, és a tumort csak a carotis interna lekötésével tudtuk eltávolítani. Műtét után egyre mélyülő comában, a szívmegállásokat követő agyi hypoxiás károsodás következtében halt meg. A másik esetben húgyhólyag papillomatosis volt az alapbetegség, mely uraemiát okozott s az epicystostomia ellenére rövidesen meghalt. Komolyabb szövődményt egy esetben láttunk. A nyaki sympathicus lánc ganglioneuromájának kiirtása után maradandó Horner-trias alakult ki.



3. kép. Köldök-dermoid.

1. táblázat

Jóindulatú daganataink felosztása (Andersen D. H. (1) szerint

Daganat típusa	Esetek száma		Összesen
Kevert, több csíralemezből eredő tu.	Teratoma (benignus)	1	
	Branchiogen képződmények	11	
	Dermoid, epidermoid (bőr)	11	
	Ovarium dermoid	3	
	Enterogen cysta	1	
	Duct. thyreogloss. maradvány	6	33
Ectodermalis eredetű tu.	Benignus bőr epithelioma	1	
	Cysta sebacea	63	
	Pilonidalis cysta	1	
	Parotis kevert tu.	1	66
Entodermalis eredetű tu.	Pajzsmirigy adenoma	1	
	Pajzsmirigy cysta	1	
	Vastagbél polypus	60	
	Húgyhólyag papillomatosis	1	63
Mesodermalis eredetű tumorok	*a)* Kevert	8	
	b) Ér eredetű		
	Haemangioendothelioma és cavernosus haemangioma	91	
	Lymphangioma	7	
	Glomangioma	1	
	Eosinophil granuloma	1	
	c) Lágyrész eredetű		
	Lipoma	15	
	Fibroma (bőr)	25	
	Xanthoma	1	
	Myoblast myoma	1	
	Ganglion	100	
	Ovarium cysta (simplex)	4	
	d) Csont eredetű		
	Osteoma, chondroma	24	
	Fibroma	1	
	Osteoclastoma	5	
	Osteocysta	7	291
Idegszövet eredetű tumor	Naevus pigmentosus	15	
	Ganglioneuroma	2	17
Összesen			470

Rosszindulatú daganatok

Daganatos anyagunk 6%-ában, 30 esetben fordult elő. Számuk anyagunkban a harmadik életévig növekszik, majd a tizedik életévig fokozatosan csökken, s a praepubertásban a tizedik életév után ismét hirtelen emelkedik. Az első négy évben túlnyomóan az embryonális daganatok, ezután a jól differenciált szöveti elemekből kiinduló daganatok dominálnak. A praepubertásban a nemi szervek daganatai szaporodnak meg. Szembetűnő a sarcomák nagy száma, carcinomát csak két esetben találtunk.

Megoszlásuk

Neuroblastoma sympathicum

Két betegnél észleltük. Egy 12 éves leányt egyik fővárosi gyermeksebészeti osztály találta inoperabilisnak. Nálunk csak transfusiót kapott. A másikat mi találtuk annak az exploratiónál (6 éves

leány). Felülvizsgálatra egyik sem jelentkezett, ezeket elveszettnek tekintjük.

Nephroblastoma

A leggyakoribb gyermekkori rosszindulatú daganat. 11 esetben észleltük, melyből 9 fiú, 2 leány volt. 10 az első négy életévben, 1 tizenegy éves korban került észlelésre és műtétre. Mindegyik esetben nephrectomia történt és műtét után rtg-besugárzás. Felülvizsgálatra egy jelentkezett. Hat évvel a műtét után tünet- és panaszmentes. Ezen betegség prognosisa anyagunkban rossz, melynek okát elsősorban a késői diagnosisban kell keresnünk.

Lágyrész-sarcoma

a) *Subcutan kötőszövetben* 4 esetben észleltük. 3 leány, 1 fiú volt. Radicalis műtét és rtg-besugárzás történt. Egy él, öt éve panaszmentes.

b) *Lymphosarcomát* 2 esetben találtunk, egy tíz- és egy tizenegy éves fiún. Mindkettőnél kiterjedt metastasisok voltak a has- és mellüregben. Felülvizsgálatra egyik sem jelentkezett.

c) *Generalisált sarcomatosist* egy 12 éves fiún találtunk, a has- és mellüreget szőtte be, és egy 14 éves leány sigmájából kiinduló, ileust okozó myxosarcomatosist. Mindkettő röviddel a műtét után meghalt.

d) *Nemi szervek sarcomáját* 3 esetben találtuk. Két heresarcoma közül egyik 11, másik féléves korában került műtétre. Az első két évvel a műtéte után recidivában meghalt, a másik egy éve tünet- és panaszmentes. Egy 9 éves leány esetében uterusból kiinduló, széteső hasi sarcomatosist találtunk, és az exploratio után rtg-besugárzást végeztünk. Nagy meglepetésünkre 4 évvel a műtét után tünet- és panaszmentes.

Csontsarcoma

Két esetben észleltük. Egy 8 éves leányon Ewing-sarcomát találtunk a tibián. Rtg-besugárzás után 5 éve tünet- és panaszmentes. Egy 3 éves fiún mandibula osteosarcomát találtunk. Rtg-besugárzást kapott. Felülvizsgálatra nem jelentkezett.

Egyéb rosszindulatú daganatok

Egy 2 és fél éves fiú esetében sacralis teratomát távolítottunk el. Két évvel a műtét után recidiva miatt vesztettük el. Egy féléves fiú primaer májcarcinomáját a jobb lebeny részleges resectiójával távolítottuk el. Műtéte után 5 és fél évvel tünet- és panaszmentes (23). Egy 14 éves leánynak óriás ovarium dermoidjából kiinduló carcinomáját távolítottuk el radicalisan. Rtg-besugárzás nélkül 5 évvel a műtét után recidivamentességet és zavartalan menstrualis cyclust találtunk.

Kiemelésre érdemes a sigma myxosarcomája, az uterussarcoma és a májcarcinoma irodalmi ritkasága, s az utóbbi kettő a négy-, ill. ötéves túlélés miatt.

Műtéti halálozásunk viszonylag magas volt, 5 beteget vesztettünk így. Ezeknél igen előrehaladó stádiumban, leromlott állapotban — két esetben ileus miatt — történt a műtéti beavatkozás.

Ha szerények is eredményeink a rosszindulatú csoportban, nem maradnak el az irodalmi átlagtól. Az 5 éves túlélést 10—15%-ban adják meg általában (8). Mi 20%-os 3 éves, és 16,6%-os 5 éves túlélést találtunk. Egyes csoportokban, mint pl. a nemi szervek rosszindulatú daganatainál eredményeink kitűnőnek mondhatók, 5 betegből egyet veszítettünk.

2. táblázat

Daganat típusa	Esetek száma	Él	Él 3 év után	Él 5 év után
Neuroblastoma	2	—	—	—
Nephroblastoma	11	1	1	1
Lágyrészsarcoma	11	3	2	1
Csontsarcoma	2	1	1	1
Egyéb malignus	4	3	2	2
Összesen	30	8	6	5

Nem osztjuk azt az indokolatlan pesszimizmust, ami a gyermekkori rosszindulatú daganatokkal szemben a közvéleményben, részben az orvosok véleményében is kialakult. Erőfeszítéseinket a korai kórismézésre és az időbeni műtétre kell összpontosítani. E téren sokat tehetnek a gyermekek gyógyításával foglalkozó (gyermek-körzeti, iskola-, sport- és általános) orvosok, ha a *csecsemő- és kisgyermekkort az embryonalis daganatok szempontjából veszélyeztetettnek* tekintik, rendszeres és szervezett rákszűrést végeznek.

Gyógyításuk — eltekintve a vérképző szervek rosszindulatú daganataitól — a gyermekkorban is elsősorban sebészi, melyet lehetőleg radicalisan kell végezni. Kevés kivételtől eltekintve (pl. ovarium radicalis műtéte) postoperatív rtg-besugárzást kell végezni. A gyermekek a rtg-besugárzást jól tűrik és daganataik legnagyobbrészt sugárérzékenyek, különösen a differenciálatlan sarcomák és blastomák. Az utóbbi években kezelésünket cytostaticumok adásával egészítettük ki. A Degranoltól meggyőző javulást nem láttunk. Endoxan hatására daganatok megkisebbedését, sőt, ascites felszívódását is észleltük, átmeneti jelleggel. (Kétnaponként vérképcontroll!!!)

Meggyőződésünk, hogy korai diagnózissal és műtéttel, adaequat műtét utáni kezeléssel ezen betegek nagyobbik fele megmenthető.

Összefoglalás. A szerzők gyermeksebészeti osztályuk utolsó 8 és fél éves daganatos anyagát dolgozzák fel. Ezen idő alatt 470 jóindulatú, 30 rosszindulatú daganatos beteget kezeltek. Mind a jó-, mind a rosszindulatú daganatok gyógyításában a műtéti kezelés mellett foglalnak állást. Rámutatnak arra, hogy a rosszindulatú daganatok sikeres gyógyításának feltétele a korai diagnosis, gyökeres műtét és adaequát műtét utáni kezelés.

IRODALOM: 1. *Andersen, D. H.:* Cancer. 1951, *4*, 890. — 2. *Ariel, I. M.* and *Pack, G. T.:* Cancer and allied diseases of infancy J. & A. Churchill Ltd. London. 1960. — 3. *Church, R. E.* and *Schwartz, A. D.:* J. Pe-

diat. 1954, *44*, 104. — 4. *Costin, M. E. Jr.* and *Kennedi, R.:* Am. J. Dis. Child. 1948, *76*, 127. — 5. *Dániel F.:* Csecsemő- és gyermekkori mellkasi daganatok. Referátum. Gyermekseb. Ankét. Balatonfüred. 1962. 35. — 6. *Dankó J.—Balogh P.:* Orv. Hetil. 1966, *32*, 1503. — 7. *Dargeon, H. W.:* JAMA. 1948, *136*, 459. — 8. *Dénes J.:* Orv. Hetil. 1963, *104*, 1836. — 9. *Gross, R. E.:* The surgery of infancy and childhood. W. B. Saunders Company. Philadelphia. 1957. — 10. *Grob, M.:* Lehrbuch der Kinderchirurgie. Georg Thieme. Verlag. Stuttgart. 1957. — 11. *Grochowski, J.:* Ergebnisse der Haemangiombehandlung bei Kindern. Előadás. Magy. Gyermekseb. II. tud. üléssorozat. Tihany. 1965. szept. 9—11. — 12. *Herczeg M.:* Csontdaganatok a gyermekkorban. Referátum. Gyermekseb. Ankét. Balatonfüred. 1962. 29. — 13. *Hittner I.—Rosta J.:* Orv. Hetil. 1959, *129*, 1050. — 14. *Karfik, V.:* Acta. Chir. Plast. 1960, *3*, 93. — 15. *Knox, W. E.* and *Pillers, E. M. K.:* Lancet. 1958, *1*, 188. — 16. *Léb J.:* Gyermekgyógy. 1963, *14*, 175. — 17. *Lawrence, E. A.* and *Donlan, E. J.:* Cancer. Res. 1952, *12*, 900. — 18. *Nagy L.:* Adatok a csecsemő- és gyermekkori daganatok pathológiájához. Ref. Gyermekseb. Ankét. Balatonfüred. 1962, 49. — 19. *Pilaszanovich, I.:* A vesedaenomáról 20 évi beteganyagunk tükrében. Előad. Gyermekseb. Ankét. Balatonfüred. 1962. 49. — 20. *Ravasz L.:* Orv. Hetil. 1965, *106*, 2019. — 21. *Sellei, C.—Eckhardt, S.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 1168. — 22. *Videbeak, A.:* Acta Pediat. 1950, *39*, 502. — 23. *Vincze J.:* Primaer májcc. operált, gyógyult esete. Előad. VII. Magy. Onkológus Kongr. Bp. 1965. okt. 30. — 24. *Vondrai N.—Hittner I.:* Húgy-ivarszervi daganatok. Ref. Gyermekseb. Ankét. Balatonfüred. 1962. 19.

Budapesti Orvostudományi Egyetem, IV. Belklinika és Országos Kardiológiai Intézet (igazgató: † Gottsegen György dr.)

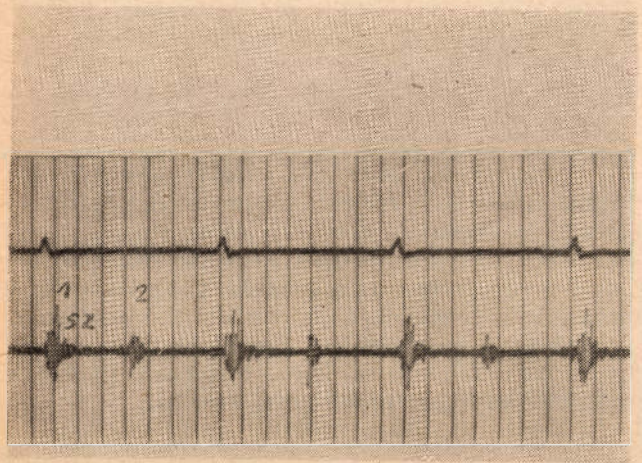
Adatok a mitralis insufficientia systoles zörejéhez

Romoda Tibor dr., Kálmán Péter dr. és Varga László dr.

A mitralis insufficientia kórismézése, az insufficientia okozta zörej megítélése hosszú idő óta problémát jelent. A tiszta mitralis insufficientia, valamint mitralis stenosissal való együttes előfordulása esetében sokszor felmerül a kérdés: fennáll-e egyáltalán a kéthegyű billentyű elégtelensége vagy sem, illetve melyik a dominaló vitium? Diagnosztikus nehézségekkel számolhatunk azokban az esetekben is, amikor a mitralis stenosishoz tricuspidalis insufficientia társul *(Blömer és mt.)*.

A Rivero—Carvallo-phenomen némi segítséget nyújt a tricuspidalis insufficientia elkülönítésére a hangjelenségek viselkedése folytán az egyes légzési fázisokban, bizonyos esetekben mégsem tudjuk a helyes diagnosist teljes biztonsággal felállítani, különösen azokban az esetekben, melyekben a mitralis és tricuspidalis billentyűelégtelenség együttesen áll fenn.

Az utóbbi években ugyanis számos szerző hívja fel a figyelmet a mitralis insufficientia okozta zörej atypusos viselkedésére *(Barlow és mt., Segal* és *Likoff, Ronan és mt.* stb.). Az atypia vonatkozhat a zörej tartamára és időbeli megjelenésére egyaránt. Hogy a mitralis insufficientia kórismézése korántsem egyszerű, bizonyítják az újabb megfigyelések is. *Aravanis és mt.* nemrég megjelent közleményében 4 olyan műtéttel igazolt, mitralis stenosissal szövődött insufficientiát írtak le, ahol a kéthegyű billentyűelégtelenség zörejt nem okozott.



1/a. ábra. Korasystolés zörej (sz) tiszta mitralis insufficientiában.

Beteganyag

Eseteink száma 20. A 20 esetből 7 tiszta mitralis insufficientiának, 13 kombinált mitralis vitiumnak bizonyult. A 20 vizsgált mitralis insufficientia esetből 8 korasystolés, 12 holosystolés zörejt mutatott.

Methodika

Magunk tanulmányoztuk a mitralis insufficientia hangjelenségeit olyan betegeknél, akiknél felmerült a mitralis insufficientia lehetősége akár mint önálló kórkép, akár mitralis stenosishoz csatlakozva. Balszív-katheterezéssel, illetve b. o. ventriculographiával, az esetek egy részében pedig az art. pulmonalisba fecskendezett kontrasztanyaggal és az ily módon nyert laevokardiogramm segítségével biztosítottuk a diagnosist. Az arteficialis tényezők okozta hibaforrások kiküszöbölése végett egyetlen esetben sem alkalmaztunk transseptalis szívkatheterezést, hanem a kathetert retrograd úton vezettük a bal kamrába, annak hegye a kamra közepén szabadon foglalt helyet és csúcsa nem tekintett a mitralis szájadék felé *(Malers)*. A betegeknek 1 ml/kg Opacoront adtunk. A kontrasztanyag útját cineangiocardiographiás módszerrel verifikáltuk. A regurgitatio fokát becsléssel, keresztek alkalmazásával jeleztük (+, ++, +++, ++++).

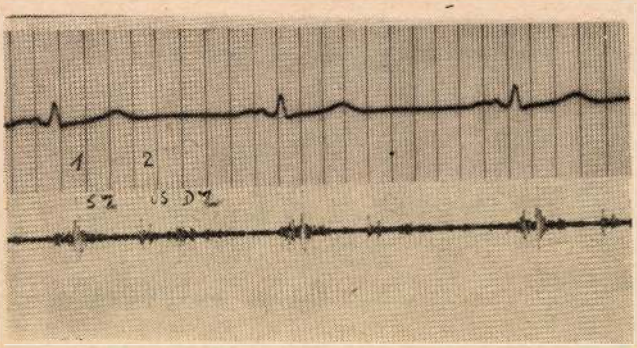
A betegek fizikális vizsgálata során megállapítottuk a szív nagyságát, a hangtani jelenségeket és

szívfrekvenciát. Minden esetünkben elvégeztük az EKG vizsgálatot (végtag és mellkasi elvezetések) továbbá a PKG-t, fluoroscopiát. A PKG vizsgálatok kapcsán megállapítottuk a zörej punctum maximumát, localisatióját, időbeli fellépését és tartamát. Eszerint csoportosítottuk a zörejeket holosystolés, illetve korasystolés zörejekre. A zörejek punctum maximuma minden esetben a csúcson volt.

Megbeszélés

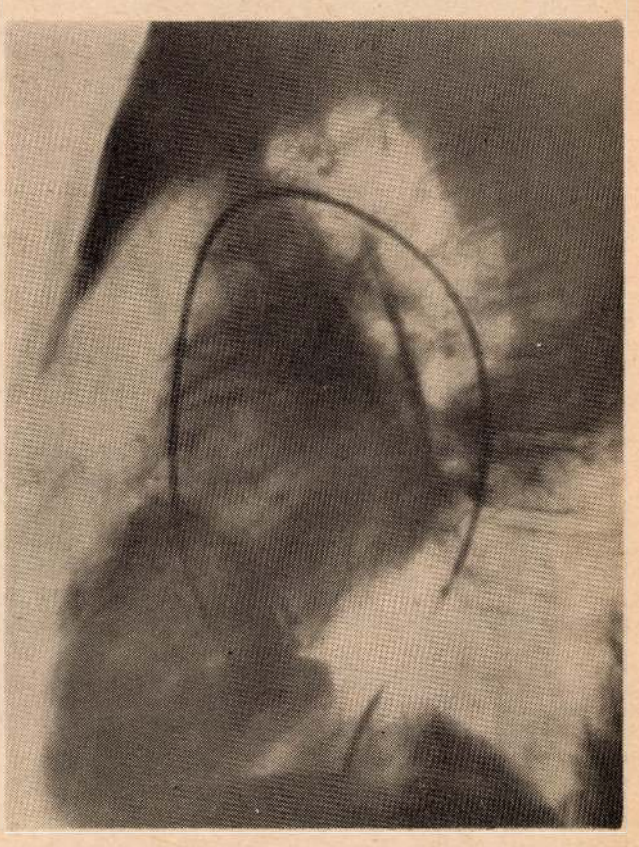
A mitralis insufficientia holosystoles zöreje nem szorul magyarázatra. Magunk csak az általunk észlelt és angiographiával bizonyított mitralis insufficientia korasystoles zörejével (1/a ábra) kívánunk foglalkozni.

A korasystolés zörej az I. hanghoz csatlakozik és a systole első harmadát, legfeljebb felét tölti ki, magas frekvenciájú. Maga a korasystolés zörej több szívbetegséghez csatlakozhat. Jelentkezhet tricuspidalis insufficientia *(Segal* és *Kálmán)*, továbbá kisfokú, a muscularis septumra lokalizálódó kamrai defectusok esetében *(Humphries* és *Mc Kusick)*. Megjegyzendő továbbá, hogy a kombinált mitralis vitium esetében észlelhető korasystolés zörej, élesen elkülönítendő a mitralis stenosishoz csatlakozó és csúcson jelentkező ejectiós systolés zörejtől. Amennyiben az I. hang után kis szünet következik, majd csak ezután kezdődik a systolés zörej, akkor vagy ártatlan ejectiós zörejjel, vagy pulmonalis hypertonia esetén, a csúcsra odavezetett ejectiós zörejjel állunk szemben. Ezzel ellentétben, ha a zörej az I. hanghoz közvetlenül csatlakozik, azaz korasystolés zörej áll fenn, akkor a mitralis stenosis hallgatózási jeleinek fennállása mellett mitralis insufficientiával is számolnunk kell (1/b ábra).



1/b. ábra. Korasystolés zörej (sz) kombinált mitralis vitiumban.

Az irodalomból már ismeretes, hogy telesystolés zörej többek között mitralis insufficientiát is jelenthet *(Barlow és mt., Segal* és *Likoff, Kálmán* stb.). Nem tesz említést az irodalom bizonyított módon arra vonatkozóan, hogy vajon korasystolés zörejek előfordulása esetén, mitralis insufficientia kimutatható-e vagy sem? *(Humphries* és *Mc Kusick)*. Meg kell említenünk *Kunos* vizsgálatait, aki nagyszámú műtéttel igazolt domináló mitralis stenosis eseteiben egy-egy atypusos zörejjel járó mitralis insufficientiát talált. Magunk, 20 betegünk vizsgálata kapcsán felhívjuk a figyelmet arra, hogy a korasystolés zörej mitralis insufficientiát jelenthet. 8 korasystolés zörejjel járó esetünkben a mitralis insufficientia fennállását a ventriculographia kapcsán mutatkozó kontrasztanyag-regurgitatio a bal pitvarba (2. ábra), továbbá a bal fülcse alternalo pulsatiója kétséget kizáróan igazolta. A 8 korasystolés zörej 5 esetben a mitralis stenosis hallgatózási jelei mellett kombinált mitralis vitiumnál volt kimutatható, 3 esetben pedig tiszta mitralis insufficientiánál találtuk.



2. ábra. Kontrasztanyag regurgitatio a bal pitvarba korasystolés zörejjel járó kombinált mitralis vitium esetében.

Vizsgálatainkból az is kitűnt, hogy a korasystolés zörejjel járó mitralis insufficientiák esetében a regurgitatio mérsékeltnek bizonyult.

Összefoglalás. 20 betegünknél a fizikális vizsgálat, PKG és angiocardiographia segítségével mitralis insufficientia diagnosisát állítottuk fel. Ezek közül 8 esetben korasystolés zörejt találtunk, a 12 holosystolés zörej mellett. Kétséget kizáróan beigazolódott, hogy a mitralis insufficientia nemcsak typusos holosystolés, hanem mint 8 esetünk bizonyítja, korasystolés zörejjel is járhat. Valamennyi esetünkben a cineangiographia tanúsága szerint a regurgitatio foka mérsékeltnek bizonyult, azokban az esetekben, melyekben korasystolés zörej volt kimutatható.

Szerkesztőségi megjegyzés:

A mitralis billentyű elégtelenségének felismerésében a systoles zörej értékelésének nehézségei közismertek. Ennek tudható be, hogy a belgyógyászati tankönyvek egészen a legutóbbi időkig a bicuspidalis insuf. dg.-át csak megfelelő configuratio fennállása esetén tartották megengedhetőnek. De hogy nemcsak holo-, hanem korasystoles zörej is lehet egyedüli bizonyítéka a kéthegyű billentyű elégtelenségének, azt a mindennapi gyakorlat nem egyszer bizonyítja.

E sorok írója gyakran tapasztalta, hogy a kettős mitralis hibában szenvedő beteget álló helyzetben vizsgálva, csupán korasystolés zörejt észlelve, azt organikusnak értékelte, ami a fekvő betegen észlelhető diastoles zörejben nyert megerősítést.

IRODALOM: 1. *Aravanis, Ch.:* Amer. Heart. J. 1965, *70*, 620. — 2. *Barlow, J. B., Pocock, W. A., Marchand, P., Denny, M.:* Amer. Heart J. 1963, *66*, 443. — — 3. *Blőmer, H., So, C. S.* and *Kiefhaber F.:* Cardiologia. 1964, *44*, 247. — 4. *Humphries, J. O. N., Mc Kusick, V. A.:* Progress in Cardiovasc. Dis. 1962, *5*, 152. — 5. *Kálmán P.:* Magy. Belorv. Arch. 1965, *18*, 287. — 6. *Kunos I.:* Cand. Dissert. 1957. — 7. *Leatham, A., Segal B. L.:* Circulation. 1962, *25*, 318. — 8. *Malers, E.:* Acta Universitatis Upsaliensis. 1964, *19*, 1. — 3. *Ronan, J. A., Perloff, J. K., Harwey, W. P.:* Amer. Heart J. 1965, *70*, 319. — 10. *Segal, B. L., Kálmán P.:* Progress of Cardiovasc. Dis. 1964, *6*, 581. — 11. *Segal, B. L., Likoff, W.:* Amer. Heart J. 1964, *67*, 757.

DEPERSOLON

SZEMCSEPP

ÖSSZETÉTEL: 15 mg 21-desoxy-21-N(N' methylpiperazinyl)-prednisolon. hydrochlor.-ot tartalmaz 5 ml-es üvegenként.

HATÁS: A prednisolon a kötőhártyára cseppentve a cortisonnál, illetve hydrocortisonnál kifejezettebb localis gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatást fejt ki. A vizes oldat alkalmazása a szemészetben a kenőcsöknél és mikrokristályos suspensióknál előnyösebb.

ADAGOLÁS: A kórkép súlyosságának megfelelően naponta 1—3-szor 1—2 cseppet az alsó áthajlásba cseppenteni.

CSOMAGOLÁS: 1×5 ml-es üveg.

FORGALOMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, Budapest X.

K-Strophantosid

INJEKCIÓ

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 0,25 mg K-Strophantosidot tartalmaz.

JAVALLATOK: Cardiális decompensatio. Coronaria sclerosis. Asthma cardiale. Tüdőoedema. Paroxysmalis tachycardia. Súlyos fertőző betegségek. Súlyos műtétek előtt. Általában minden esetben, amikor a keringés gyors javítása szükséges.

CSOMAGOLÁS: 5 × 1 ml 9,20 Ft 50 × 1 ml 66,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosító terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Budapesti Orvostudományi Egyetem, II. Gyermekklinika (mb. intézetvezető: Lóránt Imre dr.)

Icterus gravison átesett újszülöttek katamnesztikus vizsgálatairól

Hervei Sarolta dr., Rákos György dr. és Kontor Elemér dr.

Az exchange transfusió bevezetése az újszülöttek és koraszülöttek halálozásának jelentős csökkenését eredményezte. Azonban mind több közlemény számol be arról, hogy az újszülöttek átsegítése a haemolysis és az icterus időszakán nem jelenti azt, hogy a gyermek biztosan mentes az isoimmunisatiós folyamat minden következményétől. Az idegrendszer ép vagy károsodott voltáról csak későbbi korban történő ellenőrzések során lehet meggyőződni. Az erre vonatkozó adatok gyűjtése érdekében a klinika 1960 és 1963 között icterus gravis miatt kezelt betegeit először 1962-ben, majd ugyanezeket 1965-ben újra, ellenőrzésre hívtuk be.

Vizsgálatunk célja annak megállapítása volt, hogy a kezelt gyermekek hány százalékában észlelhető később károsodás és a kóros vizsgálati eredmények, valamint az újszülöttkorban átélt hyperbilirubinaemia súlyossága között van-e összefüggés?

Beteganyagunk összetétele a következő volt:

Vércserével kezelt	ellenőrzött
Rh isoimmunisatió: 31	24
AB0 isoimmunisatio: 13	13
koraszülött hyperbilirubinaemia: 3	2
ismeretlen eredetű hyperbilirubinaemia: 3	3

Vércserével nem kezelt	ellenőrzött
AB0 isoimmunisatió: 3	3
koraszülött hyperbilirubinaemia: 2	2
ismeretlen eredetű hyperbilirubinaemia: 15	15

A vércseréket Diamond-módszerrel, köldökvénán keresztül végeztük, a testsúly 20%-ának megfelelő mennyiségű, 48 óránál nem régibb, ACD stabilisatorral vett vért adtunk.

A 62, ellenőrzésünk alatt álló beteg közül 42-t első alkalommal berendeltünk 1962-ben. Az akkor 1 és 2 éves gyermekeken fizikális és neurológiai vizsgálat történt csupán és egy esetben állapítottunk meg károsodást. 1965-ben az egész beteganyagot ellenőriztük s ekkor a vizsgálatot, ha a gyermekek collaboratiója lehetővé tette, kiegészítettük EEG görbe és Binet—Simon-test készítésével is.

Megállapítások

a) Az Rh isoimmunisatió miatt kezelt 31 beteg közül ellenőrző vizsgálaton megjelent 22. Két betegről postán kaptunk értesítést a gondozónőtől, ill. orvostól, hogy a gyermek állapota kifogástalan. Kettő meghalt, egy vércsere közben, egy pedig 6 hónapos korban enteritisben.

Nyolc esetben az anya immunisálása transfusió útján történt, s közülük három esetben a legutóbbi években, kórházi kezelés során.

Huszonnégy ellenőrzött beteg közül 6 esetben volt károsodás megállapítható. Két esetben perceptiós halláskiesés, ehhez még az egyik esetben a járás nagyfokú bizonytalansága társul. Egy gyermek 2 és $^1/_2$ éves korban bizonytalanul jár és nehezen kezelhető, bölcsődei közösségbe beilleszkedni nem tud. Egy gyermek tünetmentes, csak az EEG görbén található kóros eltérés. Két gyermeken az ellenőrzés kapcsán spasticus haemiparesis állapítható meg, melyhez az egyik esetben idiotia társul. Ezeknél súlyos isoimmunisatiós folyamat miatt, megszületés után azonnal vércsere történt, majd intracranialis vérzésre utaló tünetek alakultak ki. Serum bilirubin szintjük a 20 mg%-ot nem érte el, azonban a morbus haemolyticus neonatorumon átesett betegek sectióinál ismerten gyakrabban található intracranialis vérzés (1), ezért ezeket az eseteket is a betegség károsításaként tartjuk számon.

A halláskiesést mutató betegek újszülöttkori anamnesise:

B. L.: 3 napos korban 28 mg% serum bilirubinnal kerül felvételre. Két napig izomzata spasticus, mozgása kóros, hány.

E. T.: művi koraszüléssel, kezdődő hydropsszal jön a világra. Születéskor azonnal vércsere, majd 1 napos és 4 napos korában újra vércsere. Max. serum bilirubin 30 mg% volt. Újszülöttkorban idegrendszeri tünet: ∅.

b) AB0 isoimmunisatio miatt 13 beteget kezeltünk, csakis érett újszülöttek szerepelnek ebben a csoportban *Schellong G.* (2) és *Grundbacher F. J.* (3) megállapításaival egyezően. Ezek mindegyike megjelent ellenőrző vizsgálaton, egy esetben súlyos hallászcsökkenést találtunk.

c) Ismeretlen eredetű hyperbilirubinaemia miatt 3 gyermeken történt vércsere. Ezek közül 2 az ellenőrzéskor kifogástalan állapotban volt, egy esetben súlyos halláskiesést lehetett megállapítani.

d) Koraszülött hyperbilirubinaemia miatt 3 betegen történt vércsere, ezek közül 1 meghalt 5 hónapos korában enteritisben, kettő megjelent az ellenőrző vizsgálaton. Egyik esetben nagyfokú hallászcsökkenés volt megállapítható.

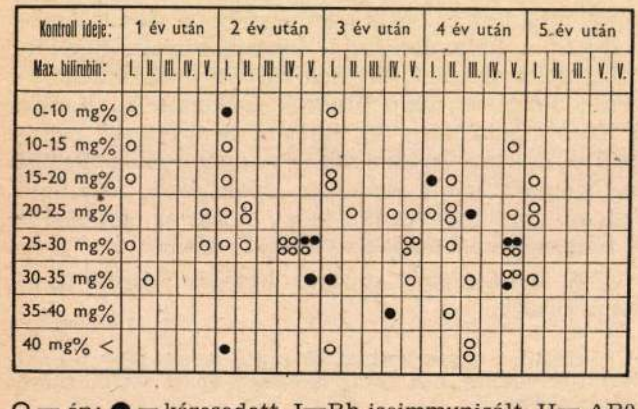
Újszülöttkori anamnesise

W. J., 1900 g-os koraszülött. A szülészeti osztályon 10 mg (!) K-vitamint kap. Klinikai felvétel 2 napos korban, apnoés rohamok, bágyadtság, scleroedéma miatt. Vércsere 3 napos korban, ekkor a serum biliru-

bin 22 mg% volt. A következő napokban a serum bilirubin 17 és 21 mg% között ingadozott, eközben számos apnoés rohamot észleltünk, nem nyelt, Moro-reflexe igen renyhe volt.

e) Vércserét nem végeztünk 20 esetben, 20 mg%-ot meghaladó bilirubin szint ellenére, ahol kifejezett haemolysist bizonyítani nem lehetett és idegrendszeri tünet nem volt. *Trolle D.* (4), *Killander A.* és *Müller—Eberhard U.* (5) megfigyelései alapján kezdtük ezeket a próbálkozásokat. Ennek a csoportnak az összetétele a következő volt: 15 gyermek hyperbilirubinaemiájának az eredete ismeretlen volt, 3 esetben AB0 incompatibilitás volt megállapítható, 2 gyermek koraszülött volt, akiket születés utáni 5—7-ik napon vettünk fel, 30 mg%-ot elérő vagy meghaladó bilirubin értékkel, kifogástalan állapotban. Az összes beteg megjelent az ellenőrzésen, mindegyik jól fejlett, tünetmentes, 3 esetben az EEG görbén kóros eltérést észleltünk. Mindhárom az ismeretlen eredetű hyperbilirubinaemiás csoportba tartozott.

Az ellenőrző vizsgálatok ideje és eredménye a táblázaton látható.



O = ép; ● = károsodott. I=Rh isoimmunisált, II= AB0 isoimmunisált, III = koraszülött hyperbilirubinaemia, IV = ismeretlen eredetű hyperbilirubinaemia, V = kezeletlen csoport.

Megbeszélés

Az elmondottakból megállapítható, hogy az ellenőrzött 62 beteg közül 12 károsodott.

Leggyakoribb és ezért legjelentősebb eltérés a halláskiesés, melyet összesen 5 esetben észleltünk. Megjegyzendő, hogy hallásvizsgálatot az ellenőrzés során nem végeztünk rendszeresen, csak akkor, ha a szülő panaszkodott a gyermek hallására, vagy a hibás beszéd ezt indokolttá tette.

Coquet M. (6) 1944-ben ismertette először, hogy a magicterus süketséghez vezet, azóta vércserével kezelt betegeken is észlelték. Azonban az irodalomban található közlemények jelentős részében, mely icterus gravison átesett újszülöttek ellenőrzéséről szól, a vizsgálat olyan fiatal korban történt, amikor még süketség, illetve hallászcsökkenés nem állapítható meg, így valószínű, hogy sokkal több van, mint ahányról eddig beszámoltak.

Wohlmuth G. és *Frater R.* (7) 350 icterus gravison átesett betegéből, az ellenőrzéskor 4 volt süketnéma, de ekkor csak 11 haladta meg a 2 éves kort. *Krömer* és *Krivelitz H.* (8) kizárólag 4 és ½ éves kor után ellenőrzött 42 erythroblastosison átesett gyermeket, négy esetben talált halláskiesést. *Schurno A.* et al (9) 24 beteg esetében 6 éves koruk után végeztek audiometriás vizsgálatot és 4 esetben találtak kóros értéket, ezek közül azonban csak egy gyermeknek volt panasza. A hyperbilirubinaemia foka és a halláskiesés előfordulása között szoros összefüggést kimutatni nem tudtak. *Nichol H. J.* és *Stück B.* (10) az elhanyagolt és kezeletlen esetek felében észlelt hallászcsökkenést. *Kintzel H. W.* (11) 112 ellenőrzött betegéből 2 volt nagyothalló, az ellenőrzöttek korát nem közli. *Fisch L., Norman A. P.* (12) 50 hyperbilirubinaemiás beteg ellenőrzése során 6 esetben észlelt perceptiós halláskiesést, ezek közül két esetben a serum bilirubin nem haladta meg a 20 mg%-ot sem.

Anyagunkban összesen 32 beteg collaboratiója volt megfelelő ahhoz, hogy az ambulans ellenőrző vizsgálat során EEG görbét készítsünk. Ezek közül kettőnek súlyos halláskiesése (egyik Rh, másik az A0 isoimmunisatiós eset), egynek járási bizonytalansága volt (Rh isoimmunisált), 29 vizsgált gyermek klinikailag tünetmentes. A 3 károsodott gyermek EEG görbéjén kóros eltérést nem találtunk. Ez megfelel *Chaptal J. és mtsai* (13) megállapításának, akik hangsúlyozzák, hogy az EEG görbe csak az általános agyi károsodást mutatja, a tényleges magicterussal semmiféle kapcsolatban nincsen. Az acusticus magjának vagy az extrapyramidalis rendszer magjainak károsodása önmagában nem okoz EEG eltérést.

Pathológiás EEG görbét 4 tünetmentes gyermeken észleltünk. Ezek közül egy az Rh isoimmunisatiós, 3 a kezeletlen csoportba tartozik. Valamennyinél az élet első napján a serum bilirubin meghaladta a 25 mg%-ot.

A kóros EEG görbék és az újszülöttkori súlyos sárgaság közötti oki összefüggés nem bizonyítható. Ha egyéb, EEG eltérést okozó betegségről az előzményekben nem tudunk, a magas bilirubin szintet átélt gyermekeknél való gyakoribb előfordulása, nagyszámú adat egybevetése után, az összefüggést valószínűsítheti *(Doose H. és mtsai,* 14).

Hazánkban először *Frater R.* és *Wohlmuth G.* (15) közöltek EEG vizsgálatokat icterus gravison átesett koraszülöttekről. 12 hónapos korban 75%-kal gyakrabban találtak EEG eltérést, mint klinikai tünetet, míg a neurológiai eltérést mutató gyermekek mindegyikénél volt EEG eltérés. *Beliznai P.* és *Pap V.* (16) 43 gyermek utánvizsgálatánál, akik a 2-ik életévet már betöltötték, 9 kóros EEG görbét talált, míg 16-nál neurológiai eltérés is megállapítható. *Kaloud H.* és *Messner H.* (17) kiemelik, hogy tünetmentes esetekben többször láttak kóros EEG görbét. *Krömer W.* és *Krivelitz H.* (8) 42 gyermek ellenőrzésekor 8-nál talált kóros EEG-t, ezek közül csak egy volt tünetmentes, de további 18 neurológiai eltérést mutató beteg EEG-je normális volt. *Preisler O.* (18) 90 haemolyticus icteruson átesett 4 és 6 év közötti betegen végzett EEG vizsgálatot. Ezek közül 36 kóros volt, de csak 16-nál talált kli-

nikai eltérést. A kóros EEG leletek előfordulása és az icterus súlyossága között párhuzamot talált.

Binet—Simon-testet 21, 3 éven felüli gyermeknél végeztünk, akiknek a collaboratiója megfelelő volt. Az Rh isoimmunisált csoportban 7, az AB0 isoimmunisatiós csoportban 4, az ismeretlen eredetű hyperbilirubinaemiás csoportban 1, a kezeletlen csoportban 10 esetben. A test szerint az átlagosnak, normálisnak vehető 1-es intelligentia quotienst csak egy vizsgált beteg nem érte el. Ez az Rh isoimmunisatiós csoportba tartozó, klinikai vizsgálat szerint Little-kóros idiota gyermek volt. A 4 pathológiás EEG görbét mutató gyermek közül 3-nál készült Binet—Simon-test, ezeknél is 1,2; 1,8 I. Q.-t találtunk. Természetesen a Binet—Simon-testek eredményéből az ellenőrzött csoport általános intelligentia fokára nem lehet következtetni, mert a súlyosan károsodottak a vizsgálatból eleve kiestek. Kizárólag azt lehet megállapítani, hogy újszülöttkori icterus gravison átesett és tünetmentes gyermekek ezzel a módszerrel sem bizonyulnak kortársaikhoz viszonyítva elmaradottnak. *Carol W. és mtsai* (1) és *Preisler O. és mtsai* (18) is hasonló eredményre jutottak.

A nem nagyszámú eset katamnesztikus vizsgálatából a következőkre kívánunk rámutatni:

1. A károsodott gyermekek anamnesise arra utal, hogy még mindig kapunk későn beküldött, elhanyagolt eseteket.

2. Az Rh isoimmunisált esetekből 3-nál biztosan kórházban történt transfusió okozta az immunisatiót. Ez azt mutatja, hogy a kórházi gyakorlatunkban hibák történnek az Rh factor meghatározásánál. Erre *Neubauer Gy. és mtsai* (19), *Carol W. és mtsai* (1), legutóbb pedig *Kiszel J. és mtsai* (20) is rámutattak.

3. A károsodott betegek mindegyikének bilirubin szintje a születés utáni első 4 napon a 25 mg%-ot meghaladta (kivéve a 2 spasticus és 1 koraszülött, számos apnoén átesett beteget).

4. Ezzel szemben mindegyik csoportban több olyan tünetmentes beteg van, akinek serum bilirubin szintje elérte, vagy meghaladta a károsodott betegekét. Kétségtelenül nem ismerünk még több tényezőt, mely az egyes betegeknél meghatározza, hogy hyperbilirubinaemiájuk maradandó károsodást fog-e okozni vagy sem.

5. 1962-ben 1 és 2 éves gyermekek ellenőrzése során csak egy esetben állapítottunk meg károsodást. Az 1965-ben történt ellenőrzésnél, az akkor már nagyobbrészt 3—4 éves kort elért gyermekeknél 12 esetben találtunk károsodást. Ez az adat is bizonyítja a már többek által is hangsúlyozott hosszú katamnesis fontosságát *[Ballowitz L.* (21), *Krömer* és *Krivelitz H.* (8), *Preisler O. és mtsai* (18), *Török és mtsa* (22)]. Eredményeinket ezért most sem tartjuk véglegesnek, a beteganyag további ellenőrzést igényel.

Összefoglalás. 62, újszülöttkori icterus gravison átesett beteg későbbi ellenőrzésekor 12 esetben tudtak károsodást megállapítani. A leggyakoribb és legjelentősebb károsodás a halláskiesés volt. A beteganyag további ellenőrzést igényel.

IRODALOM: 1. *Carol, W., Kunze, E., Dante, K. H.:* Zbl. f. Gynäk. 1963, *85*, 1459. — 2. *Schellong, G.:* Z. Kinderheilk. 1964, *90*, 134. — 3. *Grundbacher, F. J.:* Acta paed. scand. 1965, *54*, 550. — 4. *Trolle, D.:* Acta paed. scand. 1961, *50*, 392. — 5. *Killander, A., Müller—Eberhard, U., Sjölin, S.:* Acta paed. scand. 1960, *49*, 377. — 6. *Coquet, M.* cit. Schurno et al. — 7. *Wohlmuth, G.* és *Fráter, R.:* Acta paediatr. Hung. 1961, *2*, 173. — 8. *Krömer, W., Krivelitz, H.:* Kinderärztl. Praxis. 1964, *32*, 263. — 9. *Schurno, A. és mtsai:* Kinderärztl. Praxis. 1965, *33*, 457. — 10. *Nichol, H. J., Stück, B.:* Dtsch. Med. Wschr. 1963, *88*, 124. — 11. *Kintzel, H. W.:* Dtsch. Gesundheitswesen. 1957, *12*, 584. — 12. *Fisch, L., Norman, A. P.:* Brit. med. J. 1961, *3*, 142. — 13. *Chaptal, J. és mtsai:* Arch. Franç. Pédiat. 1960, *17*, 332. — 14. *Doose, H. és mtsai:* Med. Welt. 1960, *33/34*, 1655. — 15. *Fráter, R., Wohlmuth, G.:* Gyermekgyógyászat. 1961, *12*, 321. — 16. *Beliznai P., Pap V.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 158. — 17. *Kaloud, H., Messner, H.:* Österr. Z. Kinderheilk. 1960, *1*, 16. — 18. *Preisler, O. és mtsai:* Dtsch. Med. Wschr. 1963, *88*, 1828. — 19. *Neubauer Gy. és mtsai:* Gyermekgyógyászat. 1953, *4*, 16. — 20. *Kiszel J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1966, *2*, 84. — 21. *Ballowitz, L., Fleischhauer, G.:* Monatschr. Kinderheilk. 1957, *105*, 328. — 22. *Török J., Szabó L.:* Gyermekgyógyászat. 1959, *10*, 292.

CHLOROCID kenőcs

1,5% chloramphenicol, vaselin típusú alapanyagban

impetigo, pyoderma, ekzema impetiginosum, ecthyma, ulcus cruris, folliculitis, sycosis vulg., otitis ext. stb. kezelésére.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

1 tubus (5 g) 4,60 Ft
1 tubus (15 g) 10,50 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (igazgató: Tarján Róbert dr.) és a Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálata

Diétás problémák a székletben lévő vér kimutatásával kapcsolatban

Engländer Zsuzsa dr., Zajkás Gábor dr., Válfi Frigyes dr. és Sólyom Ágnes dr.

A székletben levő vér kimutatása egyike a legfontosabb laboratóriumi vizsgálatoknak.

Boas (4) és *Adler* (1) közlése óta erre a célra elterjedten alkalmazzák a Weber- és benzidin próbákat. E vizsgálatok előkészítéseként a legtöbb kézikönyv és közlemény megelőzően 3—4 napos hús- és zöldfőzelékmentes étrendet ír elő. A vizsgálati diéta azon a meggondoláson alapul, hogy a próba — melynek lényege a guajac vagy benzidin könnyen végbemenő és színreakcióval kísért oxidálódása aktív oxigénnel haemoglobin és származékai jelenlétében — a húsban levő haemoglobin és myoglobin, valamint a zöldfőzelékekben levő klorofill révén ál-pozitív reakciót adhat. Ezt az álláspontot képviselik *Bálint* (2), *Magyar* és *Petrányi* (13), *Gitter* és *Heilmeyer* (9), *Stubbe* (17) és még sokan — míg *Caravay* (5), *Thornton* (19), *Johnson* (10) és munkatársaik csupán haemoglobin-mentes étrendi előkészítést tartanak szükségesnek. *Soós Aladár* (16), *Kolta* (11) és *Fekete* (8) a húsféléken kívül csak az intenzív hőhatásnak ki nem tett zöldfőzelékeket tiltják el. Találhatók azonban a szakirodalomban az eddig elmondottakat bizonyos mértékig cáfoló közlések is: így pl. *Szemző* (18) és munkatársai eseteik jelentős részében minden megelőző étrendi korlátozás nélkül is negatívnak találták a székletben a benzidin reakciót. Hasonló értelműek *Krülov* (12) megfigyelései is: 112, gyakorlatilag egészséges egyén közül, akik napi 400—500 g húst fogyasztottak, csak 18 esetben volt pozitív a székletben a benzidin, ill. Gregersen-próba.

Évek óta foglalkoztat bennünket a gondolat, hogy a széklet Weber-próba előkészítésére vonatkozó saját megfigyeléseink nem egyeznek meg a tankönyvi, ill. irodalmi adatokkal. A Néphadsereg Központi Kórházában ugyanis nagy számban kerülnek felvételre betegek fekélybetegség diagnózisa, ill. gyanúja miatt. Természetesen ilyenkor a széklet Weber-próba már a legelső napok ismételt rutinvizsgálatai közé tartozik és eseteink túlnyomó többségében — lényegében az összes nem vérző betegnél — minden speciális étrendi beállítás nélkül is negatív eredménnyel jár.

A probléma tisztázását saját megfigyeléseink kontrolljával kezdtük: ennek érdekében végignéztük azon betegeink kórlapjait, akiknél 1964 egy bizonyos időszakában széklet Weber-vizsgálatot végeztünk, különböző indikációk alapján. Összesen 837 vizsgálat közül 829 (vagyis a vizsgálatok 99,8 százaléka) negatív eredménnyel járt, csak 8 esetben volt a próba pozitív (0,2%). Az osztályon kialakult gyakorlat szerint hús- és zöldfőzelékmentes, ún. Weber-diéta beállítására csak akkor került sor, ha kontrolláltan pozitív eredményt kaptunk és vérzésre utaló egyéb adat hiányában esetleges ál-pozitív reakció okait kerestük. A 829 negatív Weber-próbát olyan betegek székletéből végeztük, akik előzetesen a kórházon kívül vagy már a kórházban valamilyen vegyes összetételű étrendet fogyasztottak. A 8 pozitív eredmény közül 6 esetben valóban melaenáról volt szó, 2 pozitív lelet eredete tisztázatlan maradt.

Ezek a tényezők ösztönöztek bennünket további vizsgálatokra, melyekhez gastrointestinalis vérzésben biztosan nem szenvedő egyéneket választottunk ki (hasmenéses és székrekedéses betegeket is kizárva). Beteganyagunkat 5 kísérleti csoportra osztottuk, mindegyik csoportban meghatározott mennyiségű húst és zöldfőzeléket fogyasztottak a betegek és 2, usque 3 napos ilyen étrendi előkészítés után elvégeztük a székletből a Weber-vizsgálatot a szokásos módon (2).

Táblázat

Gastrointestinalis vérzésben nem szenvedő egyének székletéből végzett Weber-vizsgálatok

Étrend	Napi bevitel		Betegek száma	Weber-vizsgálatok száma	Negatív	Pozitív
	hús	zöldfőzelék				
1. Vegyes alapétrend	240 g	400 g	34	69	69	0
2. Zöldfőzelék-terhelés	240 g	800 g	8	13	13	0
3. Hústerhelés	720 g	400 g	7	9	9	0
4. Zöldfőzelék-és hústerhelés ..	600 g	800 g	10	17	17	0
5. Véreshurka-terhelés	240 g hús +500 g véreshurka (100 g vér)	400 g	8	18	18	0
Összesen				126	126 (100%)	0 (0%)

Több beteg két vizsgálati csoportban is szerepelt, így az összes vizsgálati személyek tényleges száma 43.
Az étrendben felhasznált zöldségfélék: paraj, zöldbab, zöldborsó, kelkáposzta.
A mennyiségi adatok tisztított, nyers zöldfőzelékekre vonatkoznak.

Az eredmény teljesen egyértelmű: mind a 126 Weber-próba negatívnak bizonyult.

További bizonyítékokat keresve, kiegészítésül in vitro vizsgálatokat is végeztünk hússal és néhány zöldfőzelékkel. Az erre vonatkozó irodalmi adatok közül *Johnson* (10) és *Fearson* (7), valamint *Krülov* (12) a hőkezelésnek a zöldfőzelékek, ill. húsok oxidáló enzymaktivitását gátló hatását írják le. *Bramkamp* (3) vizsgálatai szerint a vérben levő kataláz aktivitás pancreasnedvvel történő előemésztés következtében 50%-kal csökken. Mi vizsgálatainkat friss és gyorsfagyasztott parajjal, zöldborsóval és zöldbabbal végeztük; ezek a főzelékek (péppé turmixolva) nyers állapotban és hőkezelés során (15, 30, 45 és 60 perces 100° C-on való főzés után) egyaránt negatív Weber-reakciót adtak. (A módszer azonos a székletben levő vér kimutatására használt — előzőekben már említett — Weber-methodikával.) A gyümölcsök közül a nyers alma vizsgálata szintén negatív eredménnyel járt. Sertéshússal a próbát nyers állapotban, hőkezelés során (30, 60, 90, 120 és 140 perces 100° C-on történő főzés, ill. párolás, ill. 10 perces 170° C-on való sűrítés után), valamint hőkezeléssel egybekötött tripszines előemésztés után (140 perces főzés 100° C-on + 12 órás, 37° C-os termosztátban való előemésztés) végeztük el és minden esetben pozitív reakciót észleltünk.

Eredményeink összefoglalásaként két tényt állapíthatunk meg. Először: klinikai és in vitro kísérleteink teljesen egyértelműen azt bizonyítják, hogy a vizsgált zöldfőzelékek fogyasztása (és ezek alapján joggal következtethetünk a többi főzelékfélére is) még a szokásosnál jóval nagyobb mennyiségben sem okoz a székletben ál-pozitív Weber-reakciót. Másodszor: a húsra vonatkozóan a klinikai kísérletek szintén egyértelműek, vagyis a széklet Weber-próbák negatívok, még olyan körülmények között is, mikor az elfogyasztott hús, ill. vér mennyisége lényegesen meghaladja az átlagos bevitelt. A hússal végzett in vitro vizsgálatok pozitivitása nem csökkenti a más feltételek között kapott klinikai eredmények hitelét, de szükségessé teszi a megfigyelt átalakulás további tisztázását.

Saját vizsgálataink alapján tehát nem tudtuk megerősíteni azokat az irodalmi adatokat, amelyek a széklet Weber-vizsgálat hús- és zöldfőzelékmentes étrendi előkészítését tartják szükségesnek. Úgy gondoljuk, hogy az egyre bonyolultabbá váló betegellátás szempontjából nem lehet közömbös, ha egy nagyon gyakran alkalmazásra kerülő és a beteg számára korlátozást is jelentő diagnosztikus étrend kihullik az újabb ismeretek rostáján. A kérdésnek van azonban egy másik, ennél is fontosabb oldala, mely a fekélybetegség dietotherapiájával függ össze. A vérző fekélybetegek konzervatív therapiájával kapcsolatban *Meulengracht* (14) óta számos szerző mutatott rá a tényleges tápanyagszükségletnek megfelelően összeállított, komplettált, változatos diéta jelentőségére. Mégis gyakori jelenség, hogy a kórházi kezelés során a fekélybetegség aktív szakában levő, vérző vagy erre gyanús betegek sorozatos Weber-vizsgálatok címén hosszabb ideig, 1—2 hétig is hús- és zöldfőzelékmentes diétát, vagyis állati fehérjében, vitaminokban és ásványi anyagokban szegény étrendet kapnak — éppen abban az időszakban, mikor fokozottan van szükségük ezekre a tápanyagokra. Eredményeink alapján szükségesnek tartjuk ez utóbbi korlátozások, ill. az egész Weber-diéta létjogosultságának alapos revízióját. Ennek érdekében további munkánk folyamán kísérleti úton elsősorban azt kívánjuk tisztázni, hogy az emésztés mely szakaszában, milyen módon jönnek létre azok a változások, melyek következtében a székletben megjelenő húsmaradványok már nem okoznak ál-pozitív Weber-reakciót.

Összefoglalás. Klinikai tapasztalataink arra utaltak, hogy a kézikönyvek és az irodalmi adatok nagy része által ajánlott, a széklet Weber-vizsgálat előtti hús- és zöldfőzelékmentes étrendi előkészítés (ún. Weber-diéta) nem szükséges. Gastrointestinalis vérzésben biztosan nem szenvedő betegeket 5 csoportba osztva, étrendjüket jelentős zöldfőzelék, hús, ill. véres hurka mennyiséggel egészítettük ki; ezen terhelések ellenére a Weber-vizsgálatok negatívnak bizonyultak. Direkt in vitro vizsgálatokat is végeztünk nyers és hőhatásnak kitett húsokkal és zöldfőzelékekkel, valamint tripszinnel előemésztett hússal; a zöldfőzelékek negatív, a húsok pozitív Weber-reakciót adtak. A továbbiakban tisztázandó kérdés, hogy az emésztés és felszívódás mely szakaszában, milyen módon jönnek létre a húsokban olyan változások, amelyek következtében a széklet Weber-reakció negatívvá válik. Eddigi eredményeink amellett szólnak, hogy a szokásos ún. Weber-diéta létjogosultsága alapos revízióra szorul.

A munkánkhoz nyújtott értékes tanácsokért Bedő Magda dr. kandidátusnak, a technikai segítségért Hajnal Júliának, Tömörkény Endrének, Németh Lajosnénak, Fakan Évának és Raics Erzsébetnek ezúton is köszönetünket fejezzük ki.

IRODALOM: 1. *Adler, G., Adler, I.:* cit. Thornton G. H. M., Illingworth D.: Gastroenterology. 1955, *28*, 593. — 2. *Bálint P.:* Klinikai laboratóriumi diagnosztika. Medicina. Budapest. 1962. — 3. *Bramkamp, R. C.:* J. Lab. Clin. Med. 1929, *14*, 1087. — 4. *Boas, L.:* Deutsche Med. Wschr. 1901, *27*, 315. — 5. *Caravay, W. T.:* Amer. J. Clin. Path. 1962, *37*, 445. — 6. *Christensen, O.:* Nord. Med. 1964, *71*, 264. — 7. *Fearson, W. R.:* An Introduction to Biochemistry 3th ed. Grune and Stratton. New York. 1947. — 8. *Fekete L.:* A diétás gyógykezelés alapjai. Medicina. Budapest. 1964. — 9. *Gitter, A., Heilmeyer, L.:* Taschenbuch Klinischer Funktionsprüfungen. VEB G. Fischer Verlag, Jena. 1963. — 10. *Johnson, A. S., Oliver, E. B.:* J. Lab. Clin. Med. 1947, *32*, 181. — 11. *Kolta E.:* Belgyógyászati dietetika. Művelt Nép Kiadó, Budapest. 1955. — 12. *Krülov, A. A.:* Vop. Pit. 1962, *21*, No. 5, 82. — 13. *Magyar I., Petrányi Gy.:* A belgyógyászat alapvonalai. Medicina. Budapest. 1964. — 14. *Meulengracht, E.:* Lancet. 1935, No. 229, 1220. — 15. *Pannhorst, R.:* Der Internist. 1964, No. 8, 323. — 16. *Soós A.:* Étrendi előírások a gyakorlatban. Az „Orvosi Hetilap" kiadása. Budapest, 1944. — 17. *Stubbe, L. T.:* Brit. Med. J. 1962, *1*, 675. — 18. *Szemző Gy., Wolf R., Zborovári J.:* Orv. Hetil. 1954, *95*, 223.— 19. *Thornton, G. H. M., Illingworth, D.:* Gastroenterology. 1955, *28*, 593.

RITKA KÓRKÉPEK

Heves Megyei Tanács Kórháza, Kórbonctani osztály (főorvos: Haraszti Antal dr.) II. Belosztály (főorvos: Halmos Béla dr.) és Laboratórium (főorvos: Ringelhann Béla dr.)

Goodpasture-syndroma

Haraszti Antal dr., Sóvári Miklós dr., Ringelhann Béla dr. és Szabó László Pál dr.

Az essentialis pulmonalis haemosiderosis (EPH) olyan eseteit, amelyek veselaesióval járnak, Goodpasture-syndromának (Gs.) nevezik. Az első ilyen megfigyelést *Goodpasture* (11) 18 éves fiúban az influenza pandemia során tette 1919-ben. *Stanton* és *Tange* (35) 1958-ban a tünetcsoportot Gs-nek nevezi el. Azóta számos hasonló tárgyú közlemény jelent meg. *Saltzman és munkatársai* (31) 1962-ben 36 esetet gyűjtenek össze az angolszász irodalomból. *Sarre és munkatársai* (32) 1964-ben mintegy 41 esetről tudnak, és ezeket 1 esettel egészítik ki, amely első a német nyelvű irodalomban. *Caulet és munkatársai* (6) e tárgyú közleménye ugyanebben az évben a harmadik francia nyelvű közlemény. Azóta *Battesti* (1), *Morin és munkatársai* (25) növelték a francia esetek számát. *Megyeri és munkatársai* (24) 7 felnőttkori EPH esete közt az egyik chronicus glomerulonephritist követő uraemiában halt meg, e szerzők azonban a vese és tüdő kapcsolatára még nem hívták fel a figyelmet. Esetünket, amely tudomásunk szerint a második hazai eset, ezért tartjuk közlésre érdemesnek.*

Esetismertetés

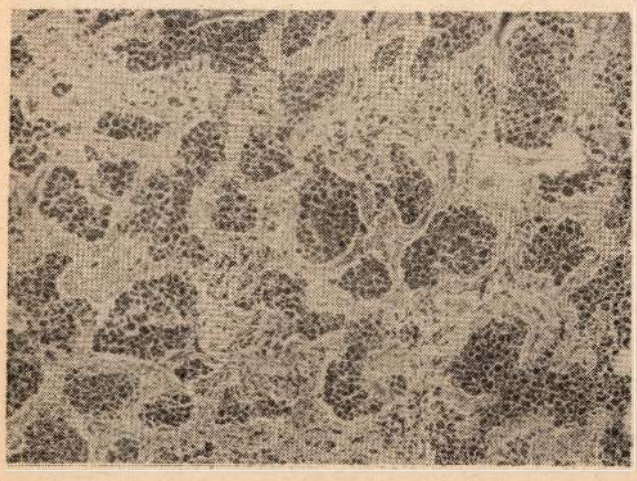
F. J.-né, 25 éves nő 1956-ban fordult először orvoshoz gyengesége, fáradékonysága és időnként jelentkező vérköpései miatt. 1957-ben a haemoptoe egyre gyakoribbá vált, a mátraházai Állami Tbc Gyógyintézetbe került, ahol megállapították, hogy a haemoptoe nem tbc-s eredetű. 1959-ben az egri haematológiai szakrendelésen jelentkezik vizsgálatra. Ekkor az EPH gyanúja már felvetődik. Változatlanul nagyon gyenge, gyakran van haemoptoeja.

Vvt.: 3 300 000; fvs.: 4000; hgb.: 8,0 g%, reticulocyta 26‰. Bodonyi lakos, de a kezelés tartamára Egerben helyezik el hozzátartozói. Intravénás vaskezelésre állapota feltűnően javul, de a hgb.-érték nem emelkedik párhuzamosan. Hazamegy falujába, de 10 nap múlva, újabb rosszulléte miatt, az egri megyei kórház II. Belosztályára vesszük fel 1959. VII. 9-én. Elmondja, hogy fáradékony, gyenge, étvágytalan, dolgozni nem bír. Fél év alatt kb. 6 kg-ot fogyott. 5 nappal felvétele előtt hidegrázás lépett fel magas lázzal. Felvételi statusából kiemelendő a nagyfokú sápadtság, kifejezett anaemiás küllem. Máj 4, lép 1 h.-ujjnyi. Fontosabb vizsgálati leletei: vvt.: 2 640 000; fvs.: 4600; qual. vérkép: segm.: 49%; st.: 6%; ju.: 4%; mo.: 3%; ly.: 38%. Sternum: a vörösvértestképző elemek nagyfokú túlsúlya, 100 myeloid elemre 310 erythroid elem és 24 egyéb (plasmasejt, reticulumsejt, stb.) esik. Szembetűnő a lymphoid reticulumsejtek viszonylagos megszaporodása. Vérzési idő: 2'. Alvadási idő 5'. Thrombocyta: 236 000. Reticulocyta: 52‰. We.: 24 mm/ó. Se vas: 45 γ%. Terhelés: 2^h: 98 γ%. 4^h: 200 γ%. Se. feh.: 6,3 g%. Se-elfo.: norm. Vizelet: fs: 1020, negatív. Frakc. pr.: I—V.: anacid. VI.: 12—20. Széklet-Weber: neg. Vitalkapacitás: 2000 ml. EKG: jobbra deviáló R-tengely, repolarisatio zavart. Se. bi.: 2,26 mg%. Thymol: 5,8 E. Gyomor-rtg: neg. Mellkas átv. + felv.: a tüdők transparentiája diffuse csökkent, diffuse megszaporodott reticularis rajzolat. Mindkét tüdő, a csúcsok kivételével, tele van szórva puha, miliaris szemcseárnyékokkal. (Osváth Gábor dr. főorvos.) Immunhaemolyticus anaemia kizárására elvégeztük a Coombs-próbát. Direct-indirect Coombs: neg. A subicterus néhány nap alatt megszűnt.

Tekintettel lázas állapotára és a tüdő rtg-leletre, Streptomycin kezelést adtunk. Nagyfokú anaemiája miatt csoportazonos „A" Rh-neg. csepptransfusiókat és Ferroplex kezelést kapott. Láza 10 nap alatt fokozatosan megszűnt, anaemiája is fokozatosan rendeződött. A kifejezett klinikai javulás ellenére nem változott a tüdő rtg-képe. Az ismételt rtg-átv. és felv. (VIII. 3.) lelete megegyező a VII. 10-i képpel. Az anamnesis, vizsgálati eredmények és a klinikai kép alapján EPH-ra gondolunk. Ismételt sternumpunctio: feltűnő a két hét előttihez képest az erythroid elemek csökkenése. 100 myeloid elemre 45 erythroid és 15 egyéb sejt esik. Ugyancsak eltűntek, vagy alig láthatók a kis lymphoid reticulumsejtek. Az egyes szerzők által javasolt tüdőbiopsiától eltekintünk annak nem egészen veszélytelen volta miatt, mivel az EPH diagnosist bizonyítottnak látjuk. A beteget 4 heti kezelés után, VIII. 5-én bocsátjuk el jó általános állapotban, rendezett haemostatussal.

Mivel a beteg Egerben mindig jól érzi magát, és rohamai otthon, Bodonyban jelentkeznek, joggal gondoltunk allergiás tényezők szerepére. Javaslatunkra Egerben töltött fél évet, teljesen jól érezte magát. 1959. IX. 3-án végzett mellkas átv. + felv.: status idem. 1959. X. 1.: vvt.: 4 200 000; fvs.: 6000; hgb.: 12,2 g%; We: 4 mm/ó. Fél év után haza költözik Bodonyba. Rendszeresen jár ellenőrzésre, állapota jó. Rtg-kontroll (1961. III. 8.): mindkét oldalon a tüdőmezőkben kiterjedt, a basis felé fokozódó intenzitású, igen sűrű, apró, összefolyó, halvány gócárnyékok. A csúcsi területek szaba-

* Közleményünk beküldése óta jelent meg a Magyar Belorvosi Archivumban Brenner és munkatársainak „A Goodpasture-syndromáról" c. közleménye.



1. ábra

dok. (A klinikai leletekkel egybevetve EPH-nak megfelel.)

Másodízben 1963. IV. 2.-ától VI. 5-éig feküdt a beteg a II. Belosztályon. Ismét vérköpései voltak, lázas, anaemiás. Ekkor már kialakult cor pulmonaleja és decompensatiós tünetei is előtérbe kerültek. Strophantin kezeléssel compensáltuk. Ismételt csepptransfusiókat, Ferroplex kezelést kapott, haemostatusa ismét rendeződött, lázai megszűntek. Ezután ismét haematológiai ellenőrzésre járt, jól érezte magát, kisebb subcompensatiós panaszoktól eltekintve.

Harmadszor 1964. III. 9-étől IV. 10-éig volt az osztályon. Felvétele előtt két héttel lázas lett, vérköpései léptek fel, és ismét decompensáltan vettük fel. Ekkor vizeletében már fehérje: ++ és mikroszkópos haematuria volt észlelhető. Kielégítő állapotban emittáltuk, haemostatusa ismét javult.

Negyedízben és egyben utoljára 1964. XI. 16-án került felvételre. Otthon néhány hónapig kielégítően érezte magát. Két hónapja ismét gyengült, több ízben volt véres köpése. Egyre erősebben fullad, lábai megdagadnak. Felvételi leletei: vvt.: 2 360 000; fvs.: 16 200; We: 60 mm/ó; hgb.: 5,40 g%; HK: 21%; vizelet: fs: 1010, feh.: +++, genny, cukor: neg., ubg.: norm., ül.: 80—100 vvt., 50—60 fvs. Addis: 4 320 000 fvs., 140 000 000 vvt./24h. RN: 136 mg%. Se. kreatinin: 2,68 mg%. Se. bi.: 0,79 mg%. Súlyosan decompensált, jobb szívfél-elégtelenség tüneteivel, sápadt, uraemiás. Strophosid kezelés, ismételt transfusiók, folyadék és elektrolyt kezelés, stb. ellenére uraemiás statusa nem javul, és uraemia és jobb szívfél-elégtelenség tünetei között 1964. XI. 24-én meghalt.

Boncjegyzőkönyvi kivonat

367/1964. bjk. sz. A szív billentyűi épek, jobb kamrájának fala kissé megvastagodott, ürege enyhén dilatált. A tüdők megnagyobbodottak, súlyosak, állományuk törékeny. A metszéslapról, mely sötétbarnán színezett, nyomásra bő, habzó savó ürül. Az elvégzett vas-reactio pozitív. A lép megnagyobbodott, 190 g, tömött, vérbő. A máj metszéslapján szerecsendió rajzolatot mutat. A vesék megkisebbedtek, súlyuk 210 g, felszínük durván szemcsés, a csillagos venák tágultak. Mindkétoldali vesemedencében számos borsszemnyi, sárgásbarna, sima felszínű kő.

Kórszövettani vizsgálat

Tüdő: a metszetekben alig találunk szabad alveolust. Ezek egyrésze vörösvértestekkel, másrésze siderophag sejtekkel kitöltött. Olyan alveolusok is vannak, melyek vörösvértestek közé ágyazott siderophagokat tartalmaznak (1. ábra). Az alveolusfalak kiszélesedtek, siderophag sejtcsoportokkal beszűrtek. Több helyen érdús, fibrotikus gócok észlelhetők. A bronchiolusok tágultak, lumenükben több-kevesebb ún. szívbajsejt helyezkedik el. Orcein-vas festést alkalmazva, az interalveolaris septumokban a rugalmas rostozat töredezése látszik, idegentest typusú óriássejt csak elvétve akad. Az erek falában a rugalmas rostozat néhol felrostozódott. A membrana elastica interna helyenként körkörösen, másutt a membránnak csak kis része mutat vasimpregnatiót. Az interalveolaris septumokban levő rugalmas rostozatban is kivehető a vasbeivódás. Endestrichrom festéssel az alveolusok falában kollagenrostszaporulat mutatható ki.

Vese: a kéregállományban a glomerulusok túlnyomó többsége károsodott. Feltűnő a Bowman-tok epithel sejtjeinek burjánzása, melyek változó nagyságú epitheliális félholdakat képeznek. A glomerulusok nagyobb részében azonban alig néhány kacs rajzolata vehető ki sejtes proliferatióval, a már hyalinizált részek mellett (2. ábra). Sok glomerulus teljesen hyalinizált, zsugorodott. A kóros glomerulusok között elvétve akad egy-egy compensatorikusan hypertrophizált is. A kéregben a tubulusok részben erősen tágultak, részben kifejezetten sorvadtak. A velőállományban a kivezetőcsatornákban cylinderek, vörösvértestek, néhol leukocyták is találhatók, az interstitiális kötőszövet kissé felszaporodott. A pyelon hámja alatt csekély lympho-leukocytás infiltratumok helyezkednek el.

Az epicrisisben megállapítottuk, hogy az essentialis pulmonalis haemosiderosis cor pulmonale kialakulásához vezetett. A vesék kórszövettani vizsgálata diffus chronicus glomerulonephritist mutatott, mely uraemiával okozta a beteg halálát.

Megbeszélés

Az EPH olyan állapot, amelyben a tüdőben haemosiderosis jön létre anélkül, hogy ennek okát ki tudnák deríteni. A secundaer pulmonalis haemosiderosis, mely pulmonalis pangáshoz vezető folyamatok, pl. mitralis stenosis következménye, és az általános haemosiderosis nem sorolhatók ide. *Megyeri és munkatársai* (24) histológiai különbséget találtak az essentialis és secundaer pulmonalis haemosiderosis között, ez utóbbiból ugyanis szerintük hiányzik az elasticus rostok vas-impregnatiója. Az EPH kórképét *Ceelen* (7) írta le először gyermekekben. Az első felnőttkori esetet *Borsos—Nachtnebel* (2) közölte. Azóta a megbetegedést mind gyermekben *[Steiner* (36, 37), *Schuler* (33), *Propst* (28) és mások], mind felnőttben *[Halmágyi és mtsai* (12), *Tait* és *Corridan* (39), *Propst* (28), *Megyeri és mtsai* (24) és mások] észlelték. Ha az EPH-hoz vesekárosodás társul, Gs.-ról beszélünk. *Soergel* (34) már élesen elkülöníti az EPH-t a Gs.-tól, melyet számos szerző, így *Goodpasture* (11), *Stanton* és *Tange* (35), *Oldham* (26), *Rusby* (30), *MacGregor* (21), *Cruickshank* (9), *Parkin* (27), *Holzel* (14), *Canfield* (5), *Saltzman* (31), *McCaughey* (23), *Heptinstall* (13), *Lexow* (19), *Sarre* (32), *Botting* (3), *Lundberg* (20), *Crosnier* (8), *Caulet* (6), *Elder* (9/a) és mások ismertettek.

A két szerv megbetegedése között kétféle kapcsolat lehetséges:

1. Veseelégtelenséghez társult „uraemiás" tüdő, melyet *Goodhart* (10) írt le, és *Hopps* (15) szerint



2. ábra

az uraemiás betegek 62%-ában található meg. Ilyenkor a tüdőalveolusokat fehérjedús anyag tölti ki, gyakori a hyalinmembrán-képződés, vérzések, haemosiderin.

2. A tüdőpurpurához glomerulonephritis társul. Gs.-nak csak az utóbbi tekinthető.

Klinikailag az EPH rohamokban jelentkező intrapulmonalis vérzések következményeként fellépő haemoptoeval és következményes anaemiával járó kórkép. A *heveny* szakban láz, leukocytosis dyspnoe, cyanosis, haemoptoe és anaemia jellemzi. Haematológiailag a kórképet tartósan fennálló és időnként hirtelen súlyosbodó anaemia jellemzi. A se. vasszint és hgb. szint alacsony, a reticulocytaszám magas. Ugyancsak magas a se. fehérje vaskötő képessége is. Javuláskor, a hgb. szint emelkedésekor viszont a reticulocytaszám csökken. Differentialdiagnosztikailag elsősorban haemolytikus anaemia és vashiányos anaemia jön szóba.

A tüdőben jellegzetes röntgenológiai kép alakul ki a lerakódó haemosiderosis következtében. E kép miliaris tbc-re emlékeztet, gyakran össze is tévesztik ezzel. Jellemzője, hogy a középső és alsó tüdőmezők diffus miliaris gócárnyékokkal vannak teleszórva, a csúcsok viszont szabadok. Chronicus esetekben fokozatosan cor pulmonale chr. alakul ki. Dobverőujjakat észlelhetünk, és egyre inkább előtérbe lépnek a jobb szívfél elégtelenségének tünetei.

Ha az EPH leírt tüneteihez veselaesio társul, albuminuria, mikroszkópos haematuria, cylindruria lép fel. A vesekárosodás veseelégtelenségbe megy át, oligoanuria alakul ki, és átlagban fél éven belül a betegek uraemia (70%) vagy masszív tüdővérzés következtében halnak meg. *Lundberg* (20), *Canfield* (5), *Sarre* (32) szerint haemodialysissel kezelt betegeknél befolyásolhatatlan cardialis insufficientia a halálok. A betegség átlagos tartama kb. 5 hónap. *Lehmann* (17) ismertet csupán 1 évnél hosszabb lefolyású esetet. *Sarre* (32) szerint 90%-ban férfiak betegszenek meg, 85%-ban 30 éven alul. EPH esetében az irodalomban közölt felnőttkori esetek átlagos életkora 30,1 év. (A legidősebb 52 éves, a legfiatalabb 18 éves.) *Megyeri* (24) 7 EPH esetének átlagos életkora 45,5 év volt.

Sarre (32) szerint klinikailag Gs. dg.-t kell felállítani a következő tünetek esetén: 1. haemoptoe (tbc bac. nélkül), 2. aspecificus beszűrődés mko. középső és alsó tüdőmezőkben, 3. nagyfokú proteinuria, haematuria, gyorsan romló vesefunctio, 4. nagyfokú hypochrom anaemia.

A therapia tüneti, tranfusiók, haemostipticumok, dialysis. Antibioticumok, corticosteroidok hatástalanok.

A szöveti képen a tüdőkben foltos intraalveolaris haemosiderosisok, focalis chronicus szervülő alveolitis és interstitialis pneumonitis jellemzőek. *Ceelen* (2), *Propst* (28) a tüdő rugalmas rostjai fragmentatiójának és ezen rostok vas-impregnatiójának tulajdonít jelentőséget. *McCaughey* (23), *Sarre* (32) viszont nem észlelték a tüdő rugalmas rostrendszerének károsodását és vas beivódását. Egyes szerzők az alveolusokban hullámos lefutású hyalinmembránt találtak, mely nyomokban vasat tartalmazhat, *Saltzman* (31) ezt nem tekinti valódi hyalinmembránnak. *Lendrum* (18) a tüdővérzést az alveolaris capillarisokból, vagy a broncho-pulmonalis anastomosisokból származtatja.

A vese szöveti képe általában diffus necrotizáló glomerulonephritisnek felel meg. *Heptinstall* (13) két esetében acut, *Parkin* (27) subacut glomerulonephritist észlelt. *Saltzman* (31) szerint a vesében egymás mellett acut, subacut és chronicus stadiumban levő károsodások fordulnak elő, számos glomerulusban a basalis membran fibrinoid necrosisa, a capillarislumen elzáródása mutatható ki. *McCaughey* (23) gócos veselaesiót, *Lundberg* (20) Ellis I. typusú, *Sarre* (32) intracapillaris glomeruluskárosodást talált.

A Gs. aetiológiájára és pathogenesisére a histológiai és klinikai kép nem ad pontos választ. A syndroma kialakulására nézve több hypothesis ismert.

1. A pathogenesisben sokan tulajdonítanak jelentőséget a tüdők elasticus rostkárosodásának. *Ceelen* (7), *Propst* (28) primaer elasticagyengeséget feltételeznek. *Megyeri* (24) is hangsúlyozza az elasticus rostok vas-impregnatiójának fontosságát, mivel azt secundaer haemosiderosisban nem tudta kimutatni. Véleményünk szerint a tüdő rugalmas rostozatának károsodása bizonyára szerepet játszik a kórfolyamat kialakulásában, de primaernek nem tekinthető.

2. Másik lehetőség, hogy a Gs. érmegbetegedés következménye. *Bruwer* (4) a tüdőben EPH-t, a vesében periarteriitis nodosára (PN) utaló vesekárosodást észlelt. *Sweeney* (38) PN esetei egyikében tüdővérzést talált. *Rose* (29) szerint a PN tüdőhaemosiderosishoz és glomerulonephritishez vezethet. *MacMahon* (22) haemoptoehoz társuló veseinsufficientiát figyelt meg, a tüdőben panarteriitis, a vesében glomerulonephritis volt kimutatható. *Sarre* (32) a tüdőben látott endophlebitis obliteransban a kis vénák elasticakárosodásának tulajdonít jelentőséget. *Sweeney* és *Baggenstoss* (38) az EPH-t veselaesióval a LED alakjának tekinti.

Esetünk alapján úgy véljük, hogy az érbántalomnak nem lehet döntő szerepe a Gs. keletkezésében, mivel sem PN-t, sem endophlebitist nem észleltünk. Ez természetesen nem zárja ki azt a lehetőséget, hogy a PN maga is okozhat haemosiderosist, mely azonban nem tekinthető essentialisnak.

3. A harmadik lehetőség, hogy sajátos antigen-antitest reactio alapján kialakuló autoimmun megbetegedéssel állunk szemben. *Steiner* (36, 37) a tüdőt shockszervnek tekinti és hypersplenismus alapján therapiás célból splenectomiát ajánl. Hazánkban *Jilly* és *István* (16) közöl két splenectomiát, hangsúlyozzák, hogy a splenectomia csak egészen korai esetekben jöhet szóba. Lehetséges, hogy mind a tüdőben, mind a glomerulus capillariskacsokban a basalis membran károsodik. *Botting* (3) elektronmikroszkóppal kimutatta, hogy a tüdőben a capillaris endothelium ép, a károsodás az alveolo-capillaris membranon jelentkezik. *Egyidejűleg* fennálló capillarislaesiót feltételez a tüdőparenchymában és veseglomerulusban. Capillarislaesiót feltételeznek a

tüdőparenchymában és veseglomerulusban egyaránt *Lexow* (19), *MacGregor* (21), *Rusby* (30). *Lexow* (19) esetében eosinophilia utalt allergiára, illetve immunreactióra, a gyengén pozitív Coombs-test pedig antitestképződésre. *Parkin* (27) szerint a syndromán belül mindkét szerv betegsége hypersensibilitáson alapszik. Kórokozót egyedül *Lundberg* (20) talált, a Streptococcus A 12-t, generalizált basalmembran károsodást nem észlelt, és veseellenes autoantitesteket fluoresceinnel jelzett globulinnal nem sikerült kimutatnia.

Lehetséges, hogy haemorrhagiás diathesis vezet a tüdőcapillarisok kóros permeabilitásához és következményes vérzéséhez. *Sarre* (32), *Zollinger* (41) a tüdőre localizált allergiás capillariskárosodást feltételez, és az EPH-t a tüdőben jelentkező Schönlein—Henoch-purpurának tekinti. *Stadelmann* (34/a) esetében a Gs. bőrpurpurával is társult.

Schuler (33) EPH-s betegében az allergént a gyermek otthonában találta meg, s így az elváltozás pathogenesisében allergiás eredetre gondol. Az inhalatiós allergen szerepének lehetőségét esetében alátámasztja, hogy a gyermeket vidékre küldve, rohamai kimaradtak. Esetünkben szintén felmerült helyi allergén lehetősége, mert a beteg rohamai Egerben kimaradtak, míg otthonában rendszeresen felléptek. Autoantitestek jelenlétét nem sikerült kimutatnunk. Nem volt észlelhető eosinophilia sem. A sternumleletben lymphoid reticulumsejtek viszonylagosan felszaporodtak, ez azonban a javulási periódusban megszűnt. A szerzők nagy többsége antitesteket kimutatni nem tudott, és ezért ezt esetünkben sem tekintjük az autoallergiás mechanismust kizáró körülménynek.

Összefoglalás. Szerzők Goodpasture-syndroma második hazai esetét ismertetik. Esetük érdekessége, hogy a nőbeteg az első essentialis pulmonalis haemosiderosisra utaló tünetek megjelenésétől számítva több mint 7 esztendőt élt. A vesekárosodás fellépte után fél évvel meghalt, mely egyezik az irodalmi adatokkal. Úgy vélik, hogy a tüdő- és vesemegbetegedés azonos károsító tényező hatására jön létre. Feltételezik, hogy immuno-allergiás alapon az alveolusok és glomerulusok membrankárosodásának, permeabilitás fokozódásának van döntő szerepe a kórkép kialakulásában.

IRODALOM: 1. *Battesti, J. P.:* Poumon. 1964, *20*, 431. — 2. *Borsos—Nachtnebel, Ö.:* Zbl. allg. Path. pathol. Anat. 1942, *79*, 174. — 3. *Botting, A. J., Brown, A. L., Divertie, M. B.:* Amer. J. clin. Path. 1964, *42*, 387. — 4. *Bruwer, A. J., Kennedy, R. L. J., Edwars, J. E.:* Amer. J. Roentgenol. 1956, *76*, 98. — 5. *Canfield, C. J., Davis, T. E., Herman, R. H.:* New Engl. J. Med. 1963, *268*, 230. — 6. *Caulet, T., Barré, Y., Lesueur, G., Diebold, J., Lavrillier, A.:* Arch. d'Anat. Path. 1964, *12*, 188. — 7. *Ceelen, W.:* in Henke, J., Lubarsch, O.: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Springer, Berlin. 1931. — 8. *Crosnier, J., Mery, J. Ph., de Montera, H., Saltzman, S., Rueff, B.:* J. Urol. Néphrol. 1962, *68*, 569. — 9. *Cruickshank, J. G., Parker, R. A.:* Thorax. 1961, *16*, 22. — 9/a. *Elder, J. L., Kirk, G. M., Smith, W. G.:* Brit. med. J. 1965, *2*, 1152. — 10. *Goodhart:* id. Lexow. — 11. *Goodpasture, E. W.:* Amer. J. Med. Sci. 1919, *158*, 863. — 12. *Halmágyi D., Felkai B., Sövényi E., Weber A., Czipott Z., Kovács G., Steiner B.:* Magy. Belorv. Arch. 1954, *7*, 188. — 13. *Heptinstall, R. H., Salmon, M. V.:* J. clin. Path. 1959, *12*, 272. — 14. *Holzel, A., Faweitt, J.:* J. Pediat. 1960, *57*, 695. — 15. *Hopps, H. C., Wissler, R. W.:* Amer. J. Path. 1955, *31*, 261. — 16. *Jilly P., István L.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 1029. — 17. *Lehman, J. D., Cross, K. R.:* J. Iowa M. Soc. 1961, *51*, 279. id. McCaughey. — 18. *Lendrum, A. B., Scott, L. D., Park, S. D.:* Quart. J. Med. 1950, *19*, 249. — 19. *Lexow, P., Sigstad, H.:* Acta Med. Scand. 1960, *168*, 405. — 20. *Lundberg, G. D.:* JAMA. 1963, *184*, 915. — 21. *MacGregor, C. S., Johnson, R. S., Turk, K. A. D.:* Thorax. 1960, *15*, 198. — 22. *MacMahon, H. E., Derow, H. A., Patterson, J. F.:* Bull. New. Engl. med. Cent. 1953, *15*, 161. — 23. *McCaughey, W. T. E., Thomas, B. J.:* Am. J. clin. Path. 1962, *38*, 577. — 24. *Megyeri L., B., Soltész M.:* Morph. és Ig. Orv. Szemle. 1964, *4*, 1. — 25. *Morin, M., Gravelean, J., Leclercq, A., Lescure, J.:* La Presse Medicale. 1965, *73*, 169. — 26. *Oldham, B. E.:* New Zeal. Med. J. 1959, *58*, 378. — 27. *Parkin, T. W., Rusted, I. E., Burchel, H. B., Edwards, J. E.:* Amer. J. Med. 1955, *18*, 220. — 28. *Propst, A.:* Virchow's Arch. path. Anat. 1962, *326*, 633. — 29. *Rose, G. A., Spencer, H.:* Quart. J. Med. 1957, *26*, 43. — 30. *Rusby, N. L., Wilson, C.:* Quart. J. Med. 1960, *29*, 501. — 31. *Saltzman, P. W., West, M., Chomet, B.:* Ann. int. Med. 1962, *56*, 409. — 32. *Sarre, H., Sieberth, H., Noltenius, H.:* Dtsch. Med. Wschr. 1964, *89*, 2405. — 33. *Schuler D.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 1022. — 34. *Soergel, K. H., Sommers, S. C.:* Amer. J. Med. 1962, *32*, 499. — 34/a. *Stadelmann, O.:* Zbl. allg. Path. pathol. Anat. 1966, *108*, 382. — 35. *Stanton, M. C., Tange, J. D.:* Aust. Ann. Med. 1958, *7*, 132. — 36. *Steiner B.:* Orv. Hetil, 1954, *95*, 1120. — 37. *Steiner B.:* Orv. Hetil. 1957, *98*, 847. — 38. *Sweeney, A. R., Baggenstoss, A. H.:* Proc. Staff. Meet. Mayo Clin. 1949, *24*, 35. — 39. *Tait, G. B., Corridan, M.:* Thorax. 1952, *7*, 302. — 40. *Thomas, A. M.:* J. clin. Path. 1958, *11*, 146. — 41. *Zollinger, H. U., Hegglin, R.:* Schweiz. Med. Wschr. 1958, *18*, 439.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

a NÉPEGÉSZSÉGÜGY-et

a Posta Központi Hírlap Irodánál Budapest, V., József nádor tér 1. Telefon: 180-850

Orvostovábbképző Intézet, II. Gyermekgyógyászati Tanszék (vezető: Steiner Béla dr.)

Csecsemőkori életveszélyes és igen súlyos betegségek kezelése Ceporinnal

Steiner Béla dr., Kovács Klára dr. és Székely Olga dr.

Több mint 10 éve foglalkozunk a légúti megbetegedések bakteriális kórokozóinak keresésével, eredményes célzott kezelés érdekében. A megfelelő vizsgálati anyag vétele — különösen koraszülött, újszülött és csecsemőosztályon — elég sok akadályba ütközik. Közismert tény, hogy az orr-garatváladék baktériumflórája a kórokozóra vonatkozólag nem ad kellő útbaigazítást, a felköhögött váladék és köpet pedig a szájüreg saprophyta-flórájával keveredik. Ezért vizsgálataink folyamán arra törekedtünk, hogy a mélyebb légutakból nyerjünk váladékot, ún. subglotticus szívás útján, ami nagyobb valószínűséggel tartalmazza a légúti megbetegedés kórokozóját, és az orr-garatűr baktériumflórájával nem szennyezett. E vizsgálatokról és elért eredményeinkről több előadásban és cikkben számoltunk be hazai és külföldi folyóiratokban (9—19).

Ma már ritkán kerül az intézetbe olyan beteg, aki előzetesen ne részesült volna antibiotikus kezelésben. Ez a körülmény megnehezíti a kórokozók kitenyésztését még olyan esetekben is, amikor a betegség az antibiotikus kezelés ellenére nem gyógyul meg. A subglottisból viszonylag sok a steril lelet — koraszülöttben, újszülöttben a subglotticus szívás alkalmazása nehézkes. Emellett a laboratóriumi vizsgálat eredménye legjobb esetben is csak két-három nap után ad pozitív útmutatást. Az antibiotikus kezelést a laboratóriumi eredmény ismerete előtt kezdjük el, s mire a baktériumflóra milyensége, a baktériumok antibiotikumokkal szembeni érzékenysége vagy resistentiája ismertté válik, már bizonyos mértékig a klinikai kép alapján is megítélhető, hogy az alkalmazott kezelés hatásos lesz-e vagy sem. A laboratóriumi vizsgálat segít az antibiotikum váltásban azokban az esetekben, amikor előző kezelésünk hatástalan volt (20). Természetesen ugyanez érvényes az egyéb nem légúti bakteriális fertőzések (meningitis, sepsis, húgyúti fertőzések, stb.) esetében is.

Nem célzott kezelés széles spektrumú antibiotikummal

Miután koraszülött és csecsemő részlegünkön a légúti megbetegedések jelentenek elsősorban közvetlen veszélyt, már régen felmerült az a gondolat, hogy olyan széles spektrumú antibiotikumot keressünk, ami egyaránt hat Gram-negatív és Gram pozitív kórokozókra. Emellett viszonylag csekély a mellékhatása, nem oto- és nephrotoxicus és nem okoz dysbakteriosist. *Uri* (21a) cikkében olvastunk először a Cephalosporin nevű antibiotikumról. Ezért figyeltünk fel a British Medical Journal, majd a Lancet-ben 1964-ben ismertetett új, ún. polypotens antibiotikumra, a Ceporinra (1, 3, 7, 8, 21, 22). Egyikünk már előzetesen bronchiectasiában szenvedő felnőtt betegben antibiotikus kezelésre resistens. E. coli és Proteus mirabilis okozta tüdőgyulladásban meglepő gyors és tartós eredményt ért el Ceporinnal.

A Ceporin (Glaxo) ismertetése

Gyógyszernevén cephaloridine, semisyntheticus antibiotikum, a cephalosporin C-ből származik, és először a cephalosporin acremoniumból állították elő. Szerkezeti képletét 1961-ben ismerték meg. Saválló, penicillinase nem bontja. Vízben jól oldódik, vizes oldata hűtőszekrényben 4 hétig is eltartható. Különösebb mellékhatás nélkül hosszú ideig adható (7).

In vitro különösen hatásos staphylococcus aureusra, streptococcus viridansra, corynebacterium diphtheriae-re, clostridiumok több fajtájára, E. colira, a typhus és paratyphus csoport csaknem minden tagjára, proteus vulgarisra és pseudomonas pyocyanea-ra is. A cephaloridine nagy fokban baktericid hatású. Gyorsan megöli és feloldja a kórokozókat; ezerszer jobban ellenáll a staphylococcus penicillinasenak, mint a penicillin V. *Biró* és munkatársai (1/a.) in vitro kísérletekben cephaloridint hatásosnak találták staphylococcus, pneumococcus, enterococcus, klebsiella, coli és proteus ellen.

Önként vállalkozó felnőtteknek adva az injectiók alig voltak fájdalmasak, nem észleltek különösebb mellékhatást sem. A gyógyszer serum szintje a beadás után fél és egy óra múlva volt a legmagasabb, de nyolc órán át is kielégítő maradt (2, 4).

A vizeletben igen magas koncentrációban találták, ezért jó hatást várnak a Gram negatív kórokozók által okozott húgyúti fertőzésekben.

Adagja felnőtteknek 250—500 mg pro die. A Lancetben és a British Medical Journalban 1964-ben megjelent cikkek klinikai tapasztalatokról számolnak be. Elsősorban húgyúti fertőzésekben találták hatásosnak olyan esetekben is, amikor a kórokozók minden más antibiotikummal szemben resistenseknek bizonyultak.

Olyan esetekben, amikor a fertőzést valamilyen anatómiai elváltozás — fejlődési rendellenesség — segítette elő, nem értek el eredményt. Hatásos volt több ízben sepsisben és meningitisben. A Ceporin intrathecalisan is adható; az adag 15—30

mg/24h. Hangsúlyozzák, hogy a kezelés elkezdhető a kórokozó ismerete előtt is.

A kezelés általában 5 napig tartott. Ha a Ceporin csak részben bizonyult hatásosnak, folytatták a kezelést, akár 20 napon keresztül is. Ha teljesen hatástalan volt, más antibiotikumot adtak.

Saját eseteink ismertetése

A beteganyag kiválasztása

Elvben nem a betegség jellege, hanem a folyamat súlyossága döntötte el a Ceporin kezelés indicatióját. Életveszélyben vagy igen súlyos állapotban levő koraszülötteket, csecsemőket kezeltünk Ceporinnal, gyermekeket csak kivételesen. Célunk annak megismerése volt, hogy a csoportban beválik-e mint multipotens antibiotikum. Ezért az esetek többségében eredménytelen antibiotikus kezelés után adtuk. Különösen fontos volt részünkre annak megállapítása, hogy a Ceporin mennyire alkalmas az E. coli okozta tüdőgyulladások gyógyítására. Vizsgálataink szerint a 0—28 napos tüdőgyulladások kórokozói között az E. colinak kiemelkedő szerepe van, ezt mutatja 1. táblázatunk.

Ceporin adagolásáról

Gram pozitív kórokozók esetében 10—15 mg/kg/die, súlyos esetben 20 mg/kg/die adagban adtuk. Dosisát akkor sem változtattuk, ha egyéb antibiotikummal kombináltuk.

Gram negatív kórokozók által okozott megbetegedésekben az adag 20—25 mg/kg/die volt.

1. táblázat
0—28 napos bronchopneumoniában elhalt csecsemők tüdejéből nyert bakteriumflóra

E. coli színtenyészetben	11-szer
E. coli és Paracoli	1-szer
E. coli és gram-pozitív coccusok	1-szer
E. coli, Staphylococcus és gram-pozitív coccusok	1-szer
E. coli és Proteus	1-szer
B. paracoli	1-szer
Staphylococcus	1-szer
Proteus és gram-pozitív coccusok	1-szer
Gram-negatív baktériumok	1-szer
Steril	4-szer

A kezelés időtartama Gram pozitív kórokozók esetében 5—12 nap, általában 7,8 nap; Gram negatív kórokozóknál 6—20 nap, általában 10,4 nap.

Betegeink általános ismertetése (2. táblázat)

Tanszékünkön eddig *37* beteg részesült Ceporin kezelésben, összesen *44* alkalommal. A kezelés eredményesnek bizonyult *30* betegünknél, közülük 1 beteg 3 ízben, 3 beteg 2 ízben kapott Ceporint, összesen *35* alkalommal. Az eredménytelenül kezelt esetek száma 7, közülük 1 betegnél 2 ízben kíséreltük meg a Ceporin kezelést.

A 44 ízben alkalmazott Ceporin kezelés megkezdése előtt 26 beteg már antibiotikus kezelésben részesült, vagy kombináltan, vagy széles spektrumú antibiotikummal. A már adott antibiotikumhoz kapcsoltuk a Ceporint 3 alkalommal, az antibiotikumot váltottuk Ceporinra ugyancsak 3 alkalommal. Az adott antibiotikumot elhagytuk és csak Ceporint adtunk 20 ízben. 12 alkalommal adtunk

2. táblázat
Betegeink általános ismertetése

Diagnózis	Esetek száma	Kezelések száma	Újszülött	Koraszülött	Csecsemő	Gyermek	Ceporin		Meghalt	Feltételezhető kórokozó*	
							hatásos	hatástalan			
Bronchopneumonia	18	21	1	8	8	1	20	1	—	E. coli Staphyloc. pyog. Banalis flora	13 2 6
Bronchopneumonia tüdő fejl. rendellenességgel	4	5	2	1	1	—	—	2	3	E. coli Banalis flora	3 2
Angina (septikus lázakkal)	3	5	—	—	1	2	5	—	—	E. coli Banalis flora	3 2
Otitis media	4	4	—	1	3	—	4	—	—	E. coli Banalis flora (fülváladék)	1 3
Phlegmone, abscessus multiplex	1	1	1	—	—	—	1	—	—	Staphylococcus pyogenes (genny, színtenyészet)	1
Osteomyelitis ac. infectiosa	1	1	1	—	—	—	1	—	—	Staphylococcus pyogenes (genny, színtenyészet)	1
Peritonitis ac. infectiosa	1	1	1	—	—	—	1	—	—	E. coli (hasűri genny, színtenyészet)	1
Pyelitis	1	2	—	1	—	—	2	—	—	E. coli (vizelet, színtenyészet)	2
Toxicosis (parenteralis)	1	1	—	—	1	—	1	—	—	Banalis flora	1
Allergiás jellegű megbetegedések	3	3	—	—	2	1	—	3		Banalis flora	3
Összesen	37	44	6	11	16	4	35	6	3		44

*A külön nem jelzett tenyésztési eredmények garatváladékból származnak.

Ceporint egymagában, előzetes más antibiotikus kezelés nélkül, az antibiogramm ismerete előtt. 6 ízben más antibiotikummal kombináltuk a Ceporint, mindjárt kezelésünk kezdetén.

Penicillin, Streptomycin, Chlorocid, Tetran, Neomycin, (injectióban Bykomycin), Erythromycin, Oxacillin, Methicillin, Xanthomycin, Resistomycin szerepel az adott antibiotikumok között.

Minthogy a Ceporint csak életveszélyes vagy igen súlyos állapotban levő betegeknek adtuk, érthető, hogy 8 ízben a kombinált antibiotikus kezeléshez steroid készítményt is kapcsoltunk, elsősorban gyulladáscsökkentő hatásában bízva. Egy alkalommal adtuk a Ceporint más antibiotikum nélkül, csak Prednisolonnal kombinálva.

Mint a 2. táblázatból kitűnik, minden kezelt esetünkben végeztünk bakteriológiai vizsgálatot. A vizeletből, phlegmone, osteomyelitis acuta, peritonitis acuta gennyéből színtenyészetben nyertük a feltételezhető kórokozót. A garatflóra vizsgálatakor színtenyészetet egyszer sem nyertünk. E. coli — egyéb nem jellemző vegyes baktériumflóra kíséretében — 16 alkalommal, staphylococcus pyogenes aureus 2 alkalommal tenyészett ki, nem jellemző vegyes flórát 8 esetben nyertünk tüdőgyulladásos betegeink garatváladékának vizsgálatakor.

Az alábbiakban néhány tanulságos észlelést ismertetünk.

1. Cz. Zs., 2500 g születési súlyú újszülött. Diagnosis: abscessus multiplex. Staphylococcus — phlegmone (1. ábra). 2 napos korában vesszük fel, magas láz, kezdődő phlegmone antebrachii miatt Erythromycin, Penicillin és Oxacillin kezelés ellenére septicus lázai tartanak, testének több helyén képződik újabb abscessus; széklete nyálkássá válik. 12. napon adunk Ceporint, adagja 25 mg/kg/die. 2 nap után láztalan, újabb abscessus nem keletkezik. Széklete 6 nap alatt rendeződik. Ceporint 9 napig kap.

2. K. M. születési súlya 3000 g. Születése óta kezelésünk alatt áll; diagnosisunk: adrenogenitalis syndroma (2. ábra).

3 napos kora óta DOCA-t, Cortisont, majd Prednisolont kap, kezdetben nagyobb, jelenleg is fenntartó adagban (DOCA 5 mg, Prednisolon 5 mg).

7 hónapos korában septicus láz, angina, mellyel együtt úgyszólván csillapíthatatlan hányást észleltünk. Ionogrammja i.v. cseppinfusió után normális. Streptomycin, majd Erythromycin és Bykomycin kezelés hatástalan; láza, hányása nem szűnik. 14 napi lázas állapot után Ceporint adunk, 25 mg/kg/die. 4 nap után láztalan, hányása megszűnik, anginája gyógyul. Ceporint 10 napig kap.

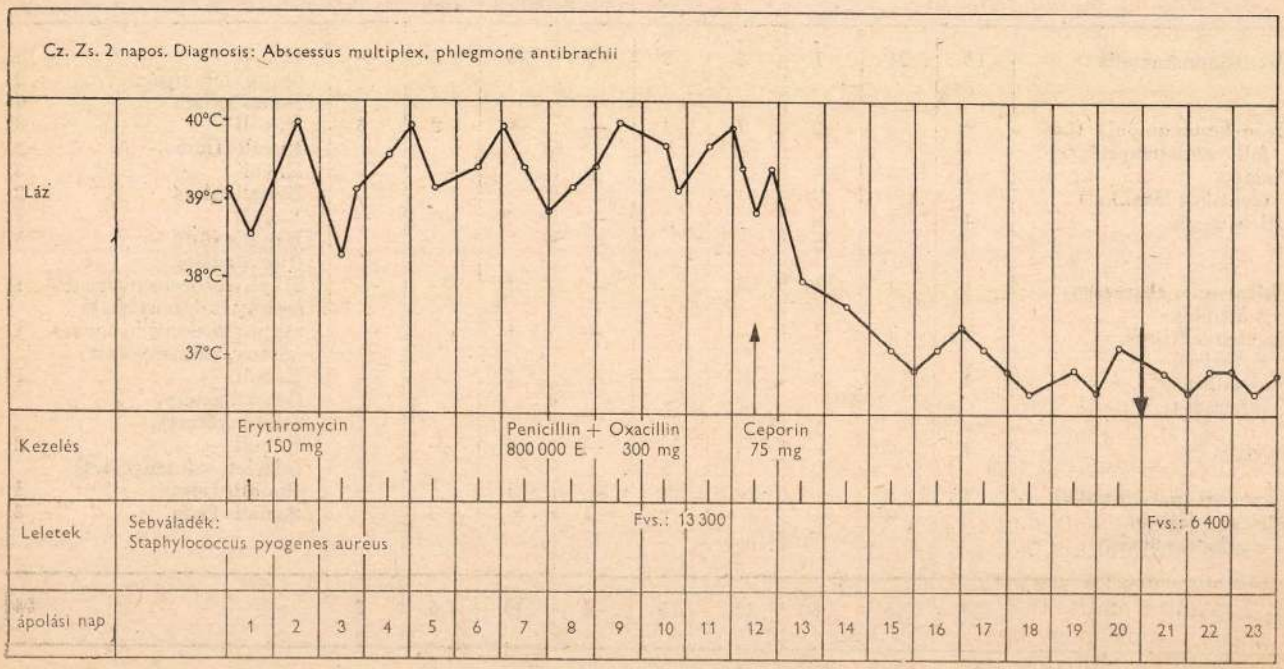
3 hétig jól van, láztalan, hízik. 3 hét után újabb lázkiugrás, angina, hányás. Kombinált antibiotikus kezelés: Bykomycin, Erythromycin és Xanthomycin hatástalan. A lázas állapot 8. napján adunk Ceporint az előbb ismertetett adagban. 2 nap után láztalan, jól van. Ismét 10 napig kap Ceporint.

7 hétig zavartalan fejlődés, ekkor ismét lázas angina. Streptomycin és Erythromycin hatástalan. Ceporin adására 4 nap alatt gyógyul.

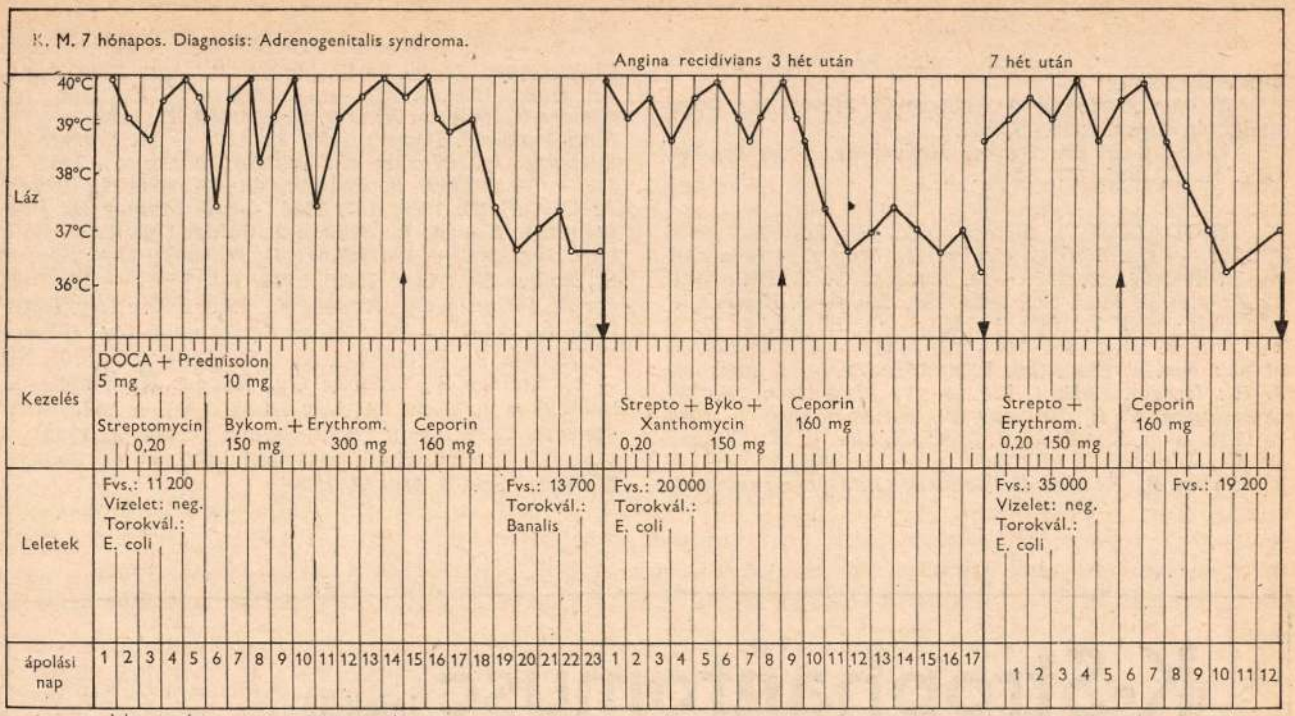
3. K. Gy., 4 hónapos csecsemő, születési súlya 2750 g. Diagnosis: paresis plexus brachialis et nervi phrenici l.s. Bronchopneumonia recidivans.

6 hetes eredménytelen kórházi kezelés után (vidékről) igen súlyos állapotban vesszük fel, j. o. bronchopneumonia tüneteivel. Azonnal Ceporint (25 mg/kg/die) és Prednisolont (10 mg/die) adunk. Állapota másnapra lényegesen javul, subfebrilitása 6 nap alatt megszűnik, tüdőlelete 8 nap alatt válik negatívvá. A Ceporint 12 napig adjuk. Torokváladékából mindenre resistens banalis baktériumflóra tenyészik ki.

4 hét múlva ismét magas láz, j. o. bronchopneumonia recidivans. Ismét Ceporint adunk (30 mg/kg/die). Lázas állapota nem szűnik, 8 nap után is változatlanul kóros a tüdőlelete. Ekkor Methicillint adunk, hatástalanul. Erythromycin és Bykomycin, majd Xanthomycin kezelésre csak átmenetileg javul. Újabb 4 hét múlva ismét septicus láz kezdődik. Ceporin + Methicillin adására 5 nap alatt láztalanná válik. 8 nap múlva tüdőlelete negatív. (A beteg állapotában végleges javulást csak a később elvégzett műtét: diaphragma-plicatio hozott, ami a kiváltó okot, a rossz ventilatiót megszüntette.)



1. ábra



2. ábra

Megbeszélés

A kezelés hatásának különböző megnyilvánulásait a következőkben foglalhatjuk össze:

A láz megszűnésének időpontja átlagban 3 nap azoknál a betegeknél, akik csak Ceporint kaptak, 4—5 nap a kombinált antibiotikus kezelést és Prednisolont kapott betegeknél. Különösen impresszionáló volt, hogy 6 esetben láttunk azonnali hatást (láz leesése, általános állapot javulása). Eleve lázatlan volt és maradt is 6 beteg, mind koraszülöttek. Ahol a láz nem szűnt meg, egyszer biztosan, kétszer feltehetően allergiás eredetről volt szó, 4 ízben pedig a betegség alapja tüdőfejlődési rendellenesség volt.

Klinikailag negatív vizsgálati leletet találtunk átlagban 6,5 nap után (szélső értékek 4—14 nap). Kivételt képez osteomyelitises betegünk, akinél a javulás napok alatt, a gyógyulás a betegség természeténél fogva csak hetek múlva következett be.

A vérképeltérések közül a fehérvérsejtszám változása nem volt jellemző, mert a klinikai kép javulásával nem haladt párhuzamosan. 10 esetben emelkedett a fehérvérsejtszám a Ceporin kezelés alatt (közülük 7 kapott Prednisolont is), 12 alkalommal csökkent, 11 ízben nagyjából változatlan maradt. A qualitatív vérkép normalizálódott 31 alkalommal, változatlan maradt 4 ízben. A vérképeltérés egyébként nem különbözött lényegesen az egyéb antibiotikus kezelés után, a javulás stádiumában észlelt vérképelváltozásoktól.

Amint említettük, a Ceporin kipróbálásával az volt a célunk, hogy nem célzott kezelésnél eredményesen használható-e életveszélyes vagy igen súlyos állapotokban csecsemőkorban, különös tekintettel a koraszülöttekre és mellékhatásai elhanyagolhatók-e.

A klinikus impressziója az volt, hogy igen sok esetben a javulás frappáns volt, sok esetben változtatta át az intenzív, de eredménytelen antibiotikus kezelést eredményessé. Hozzátehetjük a kialakult, majdnem diagnosztikus jelzést: ha a Ceporin kezelés hatástalan, talán a kórisme helytelen és a betegség inkább az allergiás csoportba tartozik, vagy légúti fejlődési rendellenességgel is kell számolni.

Arra a kérdésünkre, hogy az újszülött- és csecsemőkori tüdőgyulladásokban az E. coli valóban kiemelkedő szerepet játszik, ebben a vizsgálatsorozatban nem kaptunk megbízható feleletet. Színtenyészetben E. colit a torokváladékból egyszer sem nyertünk, emellett gyógyuláskor is több esetben az E. coli a torokváladékban kimutatható maradt.

Úgy véljük, hogy a Ceporin az újszülött- és csecsemőkori bakteriális betegségek kezelésében igen hatásosnak bizonyult. Kisszámú, de súlyos anyagunkon kellemetlen mellékhatást nem észleltünk. Az irodalomban leírt mellékhatást a jogosulatlanul nagy adagok okozták (6).

Összefoglalás. Életveszélyes vagy igen súlyos bakteriálisnak vélt fertőzések esetében nem célzott kezelésként adtuk koraszülötteknek és csecsemőknek a Ceporint (10—25—30 mg/kg/die). Az általános impresszió igen jó volt. A Ceporint értékes antibiotikumnak tartjuk az újszülött- és csecsemőkori súlyos megbetegedések kezelésében. Mellékhatást nem észleltünk.

Megjegyzés a korrektúránál:

A közlemény elkészülte után jelentek meg a következő cikkek:

Stuber Adrienne dr., Gasparik Mária dr.: Gyermekgyógyászat. 1966, *17*, 317.

Biró László dr., Graber Hedvig dr., Iván Éva dr.: Orv. Hetil. 1966, *107*, 2264.

IRODALOM: 1. British med. J.: Editorial. 1964, *2*, 1211. — 1/a. *Biró L., Graber H., Iván É.:* Chemotherapia. 1965/66, *10*, 245. — 2. *Keusch, G. T., O'Connell, C. J.:* Am. J. Med. Sci. 1966, *251*, 428. — 3. *Kippax, P. W.:* Brit. med. J. 1964, *2*, 1530. — 4. *Kislak, J. W. et al.:* Am. J. Med. Sci. 1966, *251*, 433. — 5. *Michael, A. et al.:* Am. J. Med. Sci. 1966, *251*, 266. — 6. *Mitchell, J. H.:* Lancet. 1965, *1*, 915. — 7. *Muggleton, P. W., O'Collagan, C. H., Stevens, W. K.:* Brit. med. J. 1964, *2*, 1234. — 8. *Murdoch, J. McC., Speirs, C. F., Geddes, A. M., Wallace, E. T.:* Brit. med. J. 1964, *2*, 1238. — 9. *Steiner B., Kovács K., Székely O.:* Gyermekgyógyászat. 1954, *5*, 169. — 10. *Steiner B.:* Orv. Hetil. 1956, *97*, 323. — 11. *Steiner B., Putnoky Gy.:* Arch. Diseases Childh. 1956, *31*, 96. — 12. *Steiner B.:* Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1956, *9*, 382. — 13. *Steiner B., Putnoky Gy., Kovács K., Szabon J.:* Orv. Hetil. 1956, *97*, 1189. — 13/a. Acta Paediatr. (Upps.) 1958, *47*, 172. — 14. *Steiner B., Putnoky Gy., Kovács K., Szabon J.:* Lancet. 1958, *1*, 643. — 15. *Steiner B., Putnoky Gy., Kovács K., Szabon J.:* Orv. Hetil. 1960, *101*, 1130. — 16. *Steiner B., Putnoky Gy., Kovács K., Szabon J., Földes Gy.:* Orv. Hetil. 1961, *102*, 244. — 17. *Steiner B., Putnoky Gy., Kovács K., Földes Gy.:* Orv. Hetil. 1961, *102*, 1501. — 18. *Steiner B., Putnoky Gy., Kovács K., Földes Gy.:* Orv. Hetil. 1961, *102*, 2407. — 19. *Steiner B., Putnoky Gy., Kovács K., Szabon J., Haidekker J.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 21. — 20. *Steiner B., Putnoky Gy., Kovács K., Szabon J., Haidekker J.:* Acta Paediat. Hung. 1963, *4*, 119. — 21. *Stewart, G. T., Holt, R. J.:* Lancet. 1964, *2*, 1305. — 21/a. *Uri I.:* Orv. Hetil. 1963, *104*, 2209. — 22. *Walker, W.:* Brit. med. J. 1964, *2*, 1529.

K-Strophantomusc injekció

Muszkularisan alkalmazható strophantin készítmény

ÖSSZETÉTEL:

1 ampulla (1 ml) 0,25 mg K-Strophantosid-ot és 10 mg diaethylamino-aceto 2,6-xylidid. hydrochlor.-ot tartalmaz.

HATÁS:

A K-Strophantomusc injekció a gyorsan és erélyesen ható K-Strophantosid glükozidot tartós hatású helyi érzéstelenítővel együtt tartalmazza.

JAVALLATOK:

A K-Strophantomusc általában minden olyan esetben alkalmazható, ahol a keringés gyors javítására van szükség és intravénás K-Strophantosid injekció alkalmazására nincs lehetőség.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosító terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, Budapest X.

Egészségügyi Felvilágosítás

Az egészségügyi nevelés-ismeretterjesztés időszerű szervezési, módszertani és tudományos kérdéseivel foglalkozik rendszeresen az Egészségügyi Felvilágosítás.
Hasznos segítséget nyújt az egészségügyi felvilágosítás elvi, tudományos kérdéseiben, a szervezési, a képzési, a továbbképzési területen, segítséget nyújt a mindennapos rutinfeladatokhoz kapcsolódó gyakorlati tevékenységhez.
A kéthavonként megjelenő folyóirat előfizetési díja 1 évre 60,— Ft. Megrendelhető a Posta Központi Hírlapirodájában (Budapest, V., József nádor tér 1.), bármely postahivatalnál és a folyóirat szerkesztőségénél: Budapest VI. Népköztársaság útja 82.

Szegedi Orvostudományi Egyetem, II. Sebészeti Klinika (igazgató: Láng Imre dr.)

Acut isonicotinsav-hydrazid intoxicatio

Huszka Endre dr. és Viszt József dr.

Az isonicotinsav-hydrazid (INH) chronicus és acut mérgező hatásáról, ennek megelőzéséről, illetve gyógyításáról számos közlemény jelent meg. Az elhúzódó kezelések kapcsán 1—5%-ban fellépő mérgezési tünetekkel, a neurológiai, haematológiai, endokrinológiai, parenchymás szervi elváltozásokkal a hazai és külföldi irodalom bőven foglalkozik. Több szerző *[Berencsy és mtsai* (1), *Tiboldi és mtsai* (33), *Juhász és mtsai* (14), *Mori és mtsai* (22), *Engbaek és mtsai* (8), stb.] az INH carcinogen hatásáról közöltek adatokat.

Az INH hatásmódja még ma sem tisztázott. A szervezetbe jutott INH gyors hydrolysisen megy át — a bomlás végtermékeként ammónia szabadul fel *Cedrangolo és mtsai* (5) —, metabolizálódik — acetylezéssel és oxydatióval —, isonicotinsav-isonicotonoylglycin alakjában, vagy alfa-oxo-glutarsavval kötődve ürül a vizeletben. Változatlanul ürülő INH is kimutatható (3, 16). Az INH idegrendszeri hatását többféleképpen magyarázzák, feltehetőleg rendkívül összetett. A legvalószínűbbnek az enzymekre gyakorolt hatása látszik. Az INH mint diaminooxydase gátló, másrészt transaminase, decarboxilase enzymeket gátló hatásán keresztül befolyással van a tryptophan anyagcserére is. *[Zeller* és *Barsky* (37) álláspontja került ismét előtérbe, mely szerint az INH monoaminooxydasera gyakorolt hatása kizárható, főleg az agyban és májban.] A tryptophan anyagcsere zavarával viszont mint oki tényezővel számolnak neuritisek, convulsiók, illetve más idegbetegségek jelentkezésénél. Annyi leszűrhetőnek látszik az irodalomból, hogy normális tryptophan anyagcsere B_6-vitamin zavarai esetén nem lehetséges. Ezt látszik igazolni, hogy deoxypyridoxinnal is kiváltható neuritis, illetve convulsio, ennek kifejlődése viszont B_6-vitamin adásával meggátolható *[Biehl* és *Vilter* (2)]. Számolni kell az isonicotinsavhydrazon-pyridoxal-phosphat komplex vegyület jelenlétével is, amely gátló hatással (?) lehet különböző enzymrendszerekre, de hatásmechanizmusa még nem tisztázott *[Gonnard* és *Camier* (10)]. A pyrodoxal-rendszer co-enzymjét blockirozza az INH *Coleman* (6) szerint. *Roberts* (27) vizsgálatai pedig kimutatták, hogy a gamma-aminovajsav képződését és működését két olyan enzym irányítja, melynek a pyridoxal-phosphat a co-enzymje. A gamma-aminovajsav szintjének bekövetkező csökkenése az agy elektromos tevékenységét labilissá teszi, így elősegíti a convulsiók létrejöttét. Az INH a dehydrogenase enzymrendszer gátlásával megakadályozza a nicotinsav-amid beépülését a diphospho- és triphospho-pyridin nucleotidába (24). Vitatott az INH — nicotinsav antagonizmus kérdése. A gátolt enzymek főleg a subcorticalis dúcokban játszanak szerepet, így az INH feltehetőleg ezeken a helyeken hat. *[Killam* és *Bain* (18)]. *Cedrangolo és mtsai* (5) az INH bomlása során felszabaduló ammóniát teszik felelőssé az intoxicatióért. Állatkísérleteikben az ammonia megkötése glutaminsav adásával, a tünetek visszafejlődését vonta maga után. A fentieken kívül EEG vizsgálatok alapján: *Schallek* és *Walz* (28), *Kappéter* és *Kajtor* (15) feltételezhető, hogy az INH közvetlenül az idegszövetre hat.

Az acut INH intoxicatióval egyre több közlemény, előadás foglalkozik. Ezt a mérgezések emelkedő száma, az elég magas mortalitás — külföldön 15—25% —, a diagnostikai és therápiás nehézségek és bizonytalanságok teszik indokolttá. Az általunk hozzáférhető irodalomban kb. 80 leírt mérgezés van. Az 1,0 g-on aluli eseteket nem vettük figyelembe. Ezek között 15 halálos kimenetelű esetet találtunk: *Grimminger* (11), *Grochowska* és *Kauza* (12), *Kiss és mtsai* (19), *Krückemeyer* (21), *Nasiowski* és *Sybirska* (24), *Otto* (25), *Scheibe* (29), *Spann* (31), *Vetter* (35).

Saját, illetve gyűjtött 5 esetünk kapcsán, a rendelkezésünkre álló hazai és külföldi irodalom egy részének áttekintése alapján az INH intoxicatio tüneteit, komplex therápiáját vázoljuk, néhány új szempont, szövődmény, illetve therápiás lehetőség kiemelésével.

A fő veszélyt három tényezőben látjuk: 1. görcsrohamok, légzésbénulás; 2. vesekárosodás; 3. a nyugvó tbc-s folyamatok recidivája.

Eseteink

1. A. J., 41 éves férfit 1964. szeptember 8-án vettük fel klinikánkra. Felvétele előtt kb. 16 órával 200 db. (10,0 g) INH-t vett be. Tbc-s anamnesise volt, de már régebben nem szedett INH-t. Otthonában gyengeség, majd görcsrohamok, eszméletvesztés lépett fel. Mentők szállítás közben epilepsiaszerű görcsrohamot észleltek. Az illetékes tüdőosztályon peripheriás keringési elégtelenség miatt coffein-tetracor injectiót kapott, csak később értesültek a mentőktől a görcsrohamokról. Az ekkor adott Sevenal inj. a görcsrohamot nem akadályozta meg. Légzészavarai miatt Spiractint, majd antibioticumot kapott. A therápiára eszméletét nem nyerte vissza, állapota romlott. Az arcon levő külsérelmi nyomok, és sebész consilium alapján idegsebészeti intézetben való elhelyezést tartottak szükségesnek. Felvételkor: súlyos légzészavar: szakaszos légzés, tachypnoe, „nedves tüdő", hypercapnia, a tracheo-bronchiális váladékban fuldokló beteg. Azonnal tracheotomiát, és leszívást végeztünk. A trachea-bronchus rendszerből igen sok véres váladékot távolítottunk el. A légzés rendezése után RR: 110/80 Hgmm, pulsus: 130/perc, légzésszám 50/perc volt. Közepesen tág, fénymerev pupillákat, éles határú, nem promineáló, hyperaemiás papillákat észleltünk. Az areflexiás, comás betegnél intracraniális térszűkítő folyamatra utaló tünetet nem találtunk. Lumbal-punctiónál normális nyomású, tiszta liquor ürült. *Laboratóriumi vizsgálatoknál:* leukocytosis, vizeletben: albumen — túrós csapadék —, üledékben: sok fvs. és friss, illetve kilúgozott vvt. Közepes fokú haemoconcentratio, 51,2 mg%-os RN. Az 1,7 mg%-os indirect serum bilirubin kivételével az ún. májfunctiós próbák, a serum elektrolyt értékek, vércukor, normális határokon belüli értékeket mutattak. Az eddigi keringést, légzést támogató gyógykezelés mellett glucoset, plasmát adtunk B_6-vitaminnal egyidejűleg. Másnapra a beteg comája felületessé vált, harmadnapra eszméletét visszanyerte, de teljes retrograd amnesiája volt. A mérgezés utáni 5.

napon decanuláltuk, a 6. naptól járkált, egy hétig psichésen deprimált, 15 nappal a mérgezés után gyógyultan távozott.

2. M. J.-né, 22 éves nő, 1962. június 17-én férje részére kiadott Isonicid tablettából 200 db.-ot (10,0 g) vett be suicidium céljából, felvétele előtt másfél-két órával (32). A mérgezés tünetei az előzőhöz hasonlítottak, megfeleltek az irodalomban leírtaknak. Az eszméletvesztés, majd a fenyegető légzésbénulás viszont már kb. másfél óra múlva fellépett. *Therápia:* tracheotomia, sedálás, majd a gyors progressio miatt művese-készülékkel dialysist végeztek. Az INH eltávolítása sikerrel járt, a beteg 12 nap múlva gyógyultan távozott.

3. A. S., 47 éves férfi 1965. január 19-én 5,0 g INH-t vett be suicid céllal (20). Egy óra múlva eszméletét elvesztette. Gyomormosás megkísérlésekor azonnal epileptiform görcsök léptek fel. Tünetek az előzőkhöz hasonlítottak. Phenobarbiturált kapott. 12 rohamot észleltek, majd retrograd amnesiát. *A beteg 2 napig anuriás volt.* RN: 98,7 mg%. Később a vizeletben szemcsés cylindert észleltek. Teljes gyógyulás következett be.

4. Sz. J., 43 éves férfi 1963. január 3-án suicid céllal 50 tbl. Phtysont (5,0 g INH) vett be (23). 10 éve inactiv folyamattal gondozói megfigyelés alatt állt. Felvételkor aluszékony, zavart volt. Fokozott reflexeket észleltek, görcsroham nem lépett fel. Állapota 3 napig tartott. Therápia: B_6-vitamin. Később állandó panaszai miatt többször ellenőrizték. Ismételten INH-t is kapott, majd eddig negatív jobb felső lebenyben kialakult tbc-s folyamat miatt resectiót végeztek.

5. N. E., 21 éves nő 1965. február 18-án, 1,25 g (heteroanamnesis szerint többet) INH-t vett be suicid céllal (20). Tbc miatt kezelés alatt állt. Néhány óra múlva eszméletét elvesztette, majd tonusos-clonusos görcsroham lépett fel. Enyhe cyanosis, vizeletben minimális fehérje, egyébként negatív leletek voltak. Phenobarbituralt, antibioticumot kapott. Másnap panasz- és tünetmentesen távozott.

Megbeszélés

A körültekintő anamnesis fontosságára kívánjuk felhívni a figyelmet. A mérgezetteknél, illetve környezetükben szinte mindig megtalálható a tbc-s anamnesis. Kívánatos, hogy ezt, az először jelentkező epileptiform jellegű görcsöknél már az első ellátást végző orvos tisztázza, mivel intézetben a gyors heteroanamnesis sokszor nehézségekbe ütközik. A diagnosis birtokában ugyanakkor elkerülhető, hogy helytelen kezeléssel — Tetracor, ephedrin, coffein, antihistaminok, stb. *Selikoff és mtsai* (30), illetve a központi idegrendszert is hosszasan deprimáló szerek *Rehnig* és *Haumann* (26) — a mérgezést súlyosbítsuk. Ezenkívül az epilepsia, koponyasérülés kórisméjével kezelt mérgezettek életébe kerülhet a kezdeti pár óra diagnostikai tévedése, mivel elmulasztjuk az INH eliminálási lehetőségét, és az idejében megfelelő intézetbe való szállítást. Az INH laboratóriumi meghatározására sokszor nincs lehetőség. A laboratóriumi értékek a mérgezés súlyosságára, a prognosisra vonatkozóan alig nyújtanak támpontot *[Nasiowski* és *Sybirska* (24) meghatározásai alapján]. Az egyéni INH inaktiválás ismeretében *[Csokonay* és *Kardos* (7)] értékelhetőségük nőne.

Az INH a gyomor-bélrendszerből gyorsan felszívódik, a vérben 2—5 óra alatt éri el a maximális concentratiót *[Gedeon* (9)]. *Nasiowski* és *Sybirska* (24) újabb vizsgálatai szerint a felszívódás lassúbb, mint eddig gondolták. Ugyanakkor rámutattak, hogy a kiürülés is elhúzódóbb, a gyorsan halállal végződő esetekben pedig az INH legnagyobb része még a gyomor-bélrendszerben található. Az emberre vonatkoztatott DL_{50} 120—150 mg/kg-ra tehető, a minimális, halált okozó dosis 75—80 mg/kg volt. A magasabb értékeket megadó tankönyvi adatokat a gyakorlat megcáfolta. (Ritkán 20—30 mg/kg INH is görcsöket okoz.)

A tünetek általában az INH bevétele után kb. 1 órával kezdődnek. Fejfájás, nyugtalanság, általános gyengeség, paraesthesiák, gyakran hányások lépnek fel. Eszméletvesztés leggyakrabban 2—4 óra múlva alakul ki, ugyanekkor a tonusos-clonusos görcsök, légzészavarok is létrejönnek az esetek nagy részében. Légzés, pulzusszám szaporulat, tensióesés, anuria, oliguria, haematuria, cylindruria, azotaemia, leukocytosis, hypoglykaemia (?), serum bilirubin emelkedés a 2—3. napon, ritkán kiütések *[Hand és mtsai* (13)] jelentkeznek. *Tiszai és mtsai* (34) cardialis eltéréseket is leírtak. *Kappéter* és *Kajtor* (15) EEG elváltozásokat találtak. A szemfenéken hyperaemia észlelhető. A pupillák fénymerevek, kp. tágak, roham esetén tágultak lehetnek. Enyhébb mérgezéseknél, illetve kezdeti szakban fokozott reflexingerlékenység, súlyos esetekben adynamiás, illetve areflexiás coma lép fel. Gyógyulás esetén retrograd amnesia, majd egy-két hétig depressiv psichés állapot észlelhető. Súlyos, halálos esetekben a tünetek jelentkezése jóval gyorsabb lehet, vezető tünetük a légzészavar. A halál oka leggyakrabban légzésbénulás. A boncolásnál (lásd halálos esetek) agyoedema, az összes szervek hyperaemiája, perivascularis vérzések, vese-májkárosodás, szívdilatatio található. *Krückemeyer* (21) haemolysist is leírt. Az agyoedema jelentős része valószínűleg praemortálisan alakulhat ki, az anoxia, hypercapnia miatt.

Felmerült, hogy a görcsrohamok alatt létrejövő irreversibilis agykárosodások vezetnek halálhoz. *Katona* (17) altatással kivédett görcsök esetén letalis dosissal mérgezett kutyákat is életben tartott. Retrospektív vizsgálataink és eseteink alapján azt tapasztaltuk, hogy a letalis esetek, illetve fenyegető légzésbénulások egy részében 2—5 görcsrohamot észlelünk, a sokszor órákig ismétlődő tonusos-clonusos görcsök után pedig szövődménymentes gyógyulás következik be. Ezek szerint tehát a gyakori görcsök nem jelentenek feltétlenül rossz prognosist. Az esetek kisebb részében az INH vasotoxikus hatásának következményei mint halálokok nem zárhatók ki. A tonusos-clonusos görcsöket 4 esetünkben észleltük, a hazai közölt esetekben — *Gedeon* eseteit kivéve — mindben megtalálhatók. A görcsöket a középsúlyos, súlyos mérgezésekben jellemzőnek tartjuk, előfordulásukat — a külföldi irodalommal együtt — 80—90%-ra becsüljük.

Az a tény, hogy igen változó mennyiségű INH hatására jönnek létre mérgezések, illetve görcsök, részben egyéni idegrendszeri adottságokkal, részben az INH-val szembeni gyors, közepes, lassú és ál-inaktivátor csoportokkal *[Kardos* és *Csokonai* (16)] magyarázhatók.

Több szerző foglalkozik az alkohol hatásával INH mérgezés esetén, annak synergista voltát állítva, illetve tagadva (9, 12, 19, 24, 25, 29, 31, stb.). Ma már kétségtelen, hogy az alkohol elősegíti az INH felszívódását, és a légzészavarok, légzésbénulások létrejöttét. Egy esetleges INH-alkohol aránytól függő convulsiógátlás a synergista hatást nem befolyásolná lényegesen.

Súlyos veseszövődmény még a nagymennyiségű INH-val mérgezetteknél sem gyakori. *Hand és mtsai* (13) közöltek súlyos veselaesióval járó gyógyult esetet. Állatkísérleteikben a mérgezés kapcsán létrejövő elváltozást a crush-syndromához hasonlónak találták. Acut tubulus necrosist észleltek. *Nasiowski* és *Sybirska* (24) lower-nephron syndromát írtak le. Meghatározásaikból kiderül, hogy nem feltétlenül a vese tartalmazza a legtöbb INH-t. Ismeretlen, hogy egyes esetekben miért a vesekárosodás kerül előtérbe, a légzés szempontjából egyébként letalis dosisú mérgezés esetén. Enyhébb esetekben is oliguria, anuria jöhet létre, RN emelkedéssel. Máskor a vizeletben fehérje, üledékben vvt., szemcsés cylinderek találhatók. A vizelettel változatlanul ürülő INH mennyisége arányos a vér szabad INH szintjével *[Kardos* és *Csokonai* (16), *Bönicke* és *Reif* (3)].

A mérgezések alatt fellépő általános hyperaemia, a szervezetet ért nagy fizikai és psychés megterhelés az inactiv tbc-s folyamatok fellángolására vezethet.

Az acut mérgezésekben jó therápiás eredmény megbízható antidotum hiányában csak a körültekintő, komplex kezeléstől várható.

A mérgezéseket — a nagy egyéni eltérések ellenére — helyesnek tartjuk három csoportba osztani. 4,0 g-ig könnyű, 4,0—8,0 g-ig közepes, 8,0 g felett súlyos INH mérgezésről beszélhetünk. A mennyiségtől függetlenül súlyosnak kell minősítenünk a mérgezést, ha az eszméletvesztés, görcsök, légzészavarok a szokottnál gyorsabban, 30—90 perc alatt lépnek fel.

Amennyiben a mérgezés óta rövid idő telt el, feltétlenül végezzünk gyomormosást, keserűsós hashajtást, carbo med.-t adjunk. Az ál-inaktivátorság fokozására még 5—7 óra múlva is javasoljuk a hashajtást.

Bár a B_6-vitamin adásától gyors és biztos eredmény nem várható, kísérleti adatok és elméleti megfontolások alapján, adását javasoljuk a therápia kezdetétől fogva. Káros hatást nem észleltek.

Súlyos mérgezéseknél a légzés biztosítása a legfontosabb feladat. Igyekezzünk elkerülni az anoxiát, hypercapniát, aspiratiót. Intubatio, szükség esetén tracheotomia, leszívások, gépi lélegeztetés életmentő lehet. Antibioticum preventív adása szükséges.

A barbiturátok adását csaknem valamennyi szerző javasolja. Az irodalomban néhány ellenvéleménnyel is találkozunk. Már rámutattunk, hogy a görcsök nem jelentenek feltétlenül rossz prognosist. *Wolf és mtsai* (36) kimutatták, hogy a phenobarbital a görcsöket bár kivédi, de az LD_{50}-et nem változtatja meg. Ugyanakkor rámutattak az INH narcosispotentiáló hatására is. *Rehnig* és *Haumann* (26) is veszélyesnek tartja a barbiturátot. Ezt láttuk igazolva *Bruncsák* és *Timár* (4) előadott esetében is. *Rehnig* és *Haumann* (26) súlyos esetekben helyesebbnek tartják peripheriásan ható izomrelaxansok alkalmazását a görcsök kivédésére és gépi lélegeztetést. Enyhébb esetekben, szállítás alatt, illetve egyéb lehetőségek hiányában rövid hatású barbiturátok adása jöhet szóba. *Rehnig* és *Haumann* (26) az esetleges tensióesést nor-adrenalin infusióval védi ki. Cortison adását is javasolják.

Az intoxicatio kapcsán kialakult, az ismétlődő convulsiók után fokozódott agyoedema csökkentésére koncentrált plasma, hypertoniás glucose, levulose, Reparil intravenás, glycerin per os, illetve etetőszondán át adását jónak tartjuk.

Az állatkísérletekben jó hatású narcosist, emberi INH mérgezés esetén az előbbiek ismeretében nem javasoljuk. Bekövetkező irreversibilis légzésbénulás esetén nehéz lenne eldönteni, hogy az INH vagy az altató okozta-e.

Calcium-preparátum adását számos szerző ajánlja.

A vesefunctiót figyelemmel kell kísérni, szükség esetén a szokásos konservativ kezelés eddig kielégítőnek bizonyult.

A szokottnál gyorsabban fellépő eszméletvesztés, görcsök, fenyegető légzésbénulás esetén — melyeknél az INH mennyisége is számottevő — a dialysis életmentő lehet. Súlyos mérgezetteket tehát célszerű művesével rendelkező intézetbe szállítani. Jelenleg ez az egyetlen mód, mely biztosan a méreg eliminálásával fejti ki hatását a kritikus időszak óráiban, ugyanakkor a veseszövődmények kialakulásának lehetőségét is csökkenti.

A beteget lehetőleg őrzőszobában, zajtól és erős fénytől óva kezeljük.

Tbc-s anamnesisű mérgezettek gyógyulás után fokozott ellenőrzést igényelnek, antituberculoticum preventív adása szükséges.

Összefoglalás. Szerzők eseteik és irodalmi adatok alapján ismertetik az acut INH mérgezés tüneteit, komplet therápiáját. Hangsúlyozzák a gondos anamnesist, a légzés biztosítását, szükség esetén intubatio, tracheotomia, gépi lélegeztetés fontosságát. A mérgezéseket súlyosság szerint három csoportba osztják. A barbiturát therápia mellett előnyösnek tartják görcsök kivédésére a peripheriásan ható izomrelaxansokat. Ismertetik a dialysisben rejlő therápiás lehetőséget. Felhívják a figyelmet a nyugvó tbc-s folyamatok mérgezés utáni fellángolásának lehetőségére.

Köszönetünket fejezzük ki ez alkalommal is *Csányiné Durkó Irén dr.* tud. munkatársnak, *Koczka György dr., Nagy László dr., Szabó Mihály dr.* főorvos uraknak, *Gál György dr., Kiss Ferenc dr.* adjunktus uraknak észrevételeik, illetve eseteik rendelkezésünkre bocsátásáért.

IRODALOM: 1. *Berencsy Gy., Entz A., Vajkóczy A.:* Tuberk. Kérd. 1955, 8, 84. — 2. *Biehl, J. P., Vilter, R. W.:* Proc. Soc. exp. Biol. 1954, 85, 389. — 3. *Bönicke, R., Reif, W.:* Arch. Exper. Path. Pharmakol. 1953, 220,

321. — 4. *Bruncsák A., Timár S.:* V. Bács-Kiskun Megyei Orvosnapok. 1965. november 4. — 5. *Cedrangolo F., Gioia, A., Rangulo, R.:* Enzymologia. 1953, *1*, 41. — 6. *Coleman, Ch. M.:* Amer. Rev. Tuberc. 1954, *69*, 1062. — 7. *Csokonay L., Kardos K.:* Tuberkulosis. 1965, *10*, 303. — 8. *Engbaek, H. C. és mtsai:* Acta path. microbiol. scand. 1965, *65*, 69. — 9. *Gedeon A.:* Orv. Hetil. 1960, *101*, 339. — 10. *Gonnard, P., Camier, M.:* Path. et Biol. 1962, *10*, 231. — 11. *Grimminger, A.:* Beitr. Klin. Tuberk. 1953, *110*, 387. — 12. *Grochowska, Z., Kauza, J.:* Gruzlica. 1960, *28*, 807. — 13. *Hand, G., Wunder, M., Ferenbach, H.:* Medizinische. 1954, *1*, 683. — 14. *Juhász J., Baló J., Szende B.:* Magy. Onk. 1963, *7*, 193. — 15. *Kappéter I., Kajtor F.:* Ideggyógy. Szle. 1965, *4*, 116. — 16. *Kardos K., Csokonai L.:* Tuberkulosis. 1964, *8*, 235. — 17. *Katona L.:* Orv. Hetil. 1955, *96*, 911. — 18. *Killam, K. F., Bain, J. A.:* J. Pharmacol. exp. Ther. 1957, *119/2*, 255. — 19. *Kiss L., Zsigmond K., Nagy J.:* Acta morph. Acad. Sci. hung. 1962, *X*, 97. — 20. *Koczka Gy.:* Sepsisszentgyörgyi Kórh. Bel.-oszt. Személyes közl. 1965. — 21. *Krückemeyer, K.:* Arztl. Wschr. 1957, *30/31*, 689. — 22. *Mori, K., Yasuno, A., Matsumoto, K.:* Gann. 1960, *51*, 83. — 23. *Nagy L.:* Szeged, Kórház Tüdő Oszt. Személyes közl. 1965. — 24. *Nasiowski, W., Sybirska, H.:* Third Intern. Meeting in Forensic. London. 1963. — 25. *Otto, B. S.:* Z. ges. inn. Med. 1954, *9*, 1089. — 26. *Rehnig, H. J., Haumann, J.:* Anaesthesist. 1965, *11*, 329. — 27. *Roberts, E.:* Amer. J. clin. Path. 1963, *12*, 291. — 28. *Schallek, W., Walz, D.:* Amer. Rev. Tuberc. 1954, *69*, 261. — 29. *Scheibe, F. W.:* Z. ges. inn. Med. 1953, *8*, 283. — 30. *Selikoff, I. J., Robitzek, E. H., Ornstein, G. G.:* J. Amer. med. Ass. 1952, *10*, 973. — 31. *Spann, W.:* Arch. Toxicol. 1955, *15*, 141. — 32. *Szabó M., Kiss F., Gál Gy.:* SZOTE. II. sz. Bel.-, Fül-Orr-Gége, I. sz. Seb. Klinika. Személyes közlés. 1965. — 33. *Tiboldi T., Dávid M., Kovács K., Molnár B.:* Orv. Hetil. 1955, *6*, 151. — 34. *Tiszai A., Könyves Kolonics L., Macskássy O.:* Tuberkulosis. 1962, *15*, 337. — 35. *Vetter, H. F.:* Medizinische. 1959, *44*, 2117. — 36. *Wolf, P., Eller. T., Gröger, H.:* Acta biol. med. german. 1965, *15*, 184. — 37. *Zeller E. A., Barsky J.:* Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1952, *81*, 459.

Bradycardiával vagy tachycardiával járó szívelégtelenségben

DIGOXIN

Jól felszívódó, gyorsan ható, gyorsan eliminálódó digitalis-készítmény

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest, V., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalban. Előfizetési díj egy évre 180,— Ft. Csekkszámlaszám egyéni 61.299, közületi 61.066 vagy átutalás az MNB 8. sz. folyószámlára

Szegedi Mj. Város Gyermekkórháza (igazgató-főorvos: Szórády István dr.)

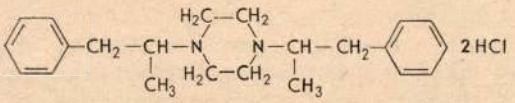
Quietidin kezeléssel szerzett gyermekgyógyászati tapasztalataink

Szórády István dr. és Mile Ibolya dr.

Amióta a gyermekgyógyászatban is meghonosodtak és tért hódítottak a minor tranquillánsok vagy ataracticumok (3, 11, 19), a terápia ezen területén is megnövekedett az érdeklődés az újabb készítmények iránt (2, 13, 15, 20, 21).

Hazánkban, ahol a gyermekgyógyászat évek óta alkalmazza eredményesen a korábban forgalomba hozott magyar minor tranquillánsokat: az Andaxint (19), a Trioxazint (17) és a Dalgolt (18), érthető érdeklődés nyilvánult meg a legújabb készítmény: a *Quietidin* (Chinoin) iránt.

A Quietidin (továbbiakban: Qu.) vegyileg 1,4-bis-(1)-phenyl-isopropyl-piperazin. dihydrochlor. Brutto képlete: $C_{22}H_{30}N_2 \cdot 2HCl$; szerkezeti képletét az 1. ábra szemlélteti.



1. ábra

Színtelen, szagtalan, 317—325° C között bomló kristályos anyag. Molekulasúlya 395,37. Szerves oldószerekben oldhatatlan, levegőnek, fénynek és nedvességnek ellenáll, lúg hatására elbomlik.

50 mg hatóanyagtartalmú tabletták formájában kerül forgalomba.

Issekutz pharmacológiai vizsgálatai szerint (5) egérben gátolja az Aktedron és morphium hatását, macskának intravénásan adva mintegy fél óráig tartó 30—50 Hgmm-es vérnyomássüllyedést okoz, csökkenti az állat carotis-sinus-reflexét és sympathicus központjainak ingerlékenységét. Patkányban a Qu. narkózispotenciáló. Tranquilláló hatása egyébként a Rauwolfia alkaloidáénak kb. tizedrésze. Toxicitása csekély: egérben s.c. alkalmazásakor a terápiás adag 19-szerese okoz mérgezési tüneteket.

Az észlelt tranquilláns hatás mechanizmusába *Magyar* (12) EEG vizsgálatai tettek lehetővé mélyebb betekintést. *Magyar* azt tapasztalta, hogy Qu. alkalmazásakor lassul az agy elektromos tevékenysége, különösen a szenzoros ingerekre adott válasz. Az EEG görbe — anélkül, hogy az állat elaludna — az alvás alatt észlelt görbéhez válik hasonlóvá. Az elektromos változások kiindulási helye a formatio reticularis. A Qu. ezek szerint az aktivációs rendszerre kifejtett hatásával csökkenti — mint a minor tranquillánsok általában — a központi idegrendszer ingerelhetőségét és tónusát.

Minthogy a nagyszámú — mintegy 800 esetet feldolgozó — felnőtt beteganyagon tett észlelések általában kedvező eredményekről számoltak be a minor tranquillánsok ismert alkalmazási területein (4, 7, 8, 9, 10, 16), időszerűnek és szükségesnek látszott a Qu. gyermekgyógyászati értékelése is. A Chinoin Gyár, ill. az Egészségügyi Minisztérium Gyógyszer- és Műszerügyi Főigazgatósága felkérésére és segítségével ezért vizsgálat tárgyává tettük a szegedi Városi Gyermekkórházban a Qu.-t.

Vizsgálatainkkal — a gyermekgyógyászat sajátos körülményei között — elsősorban az alábbi kérdésekre kívántunk választ kapni:

1. Alkalmas-e a Qu. ebben a korcsoportban is tranquillisatio céljára, mégpedig sajátosan a kórházi elhelyezéssel, illetve különböző megbetegedésekkel kapcsolatos izgalmi állapot csökkentésére?
2. Eléri-e hatása a Trioxazinét?
3. Mekkora az optimális gyermekgyógyászati adag?
4. Van-e a kezelésnek mellékhatása, esetleg ellenjavallata?

Kísérleti anyag és módszer

A vizsgálatokat a Chinoin Gyógyszergyár által rendelkezésünkre bocsátott kísérleti anyaggal végeztük, 60 válogatás nélküli betegből álló betegcsoporton (12 csecsemő, 48 gyermek), kettős vak módszerrel. A betegek három, egyenként 20 betegből álló alcsoportot alkottak. Valamennyi betegnél a kórházi elhelyezésükkel, illetve alapbetegségükkel összefüggő izgalmi állapot állott fenn. Kétharmaduknál légúti fertőzés (tonsillitis, grippe, bronchitis spastica, pneumonia), egyharmaduknál egyéb lázas megbetegedés (otitis media, mastoiditis, abscessus retroauricularis, illetve — 6 betegnél — heveny rheumás láz) volt az alapbetegség.

A 60 beteget — egyszerű időrendi sorrendet követve — A, B és C jelzésű, külsőre teljesen azonos porral kezeltük, a port ostyában kapták. Az egyik por 0,05 g Qu.-t, a másik 0,15 g Trioxazint, a harmadik cukorport tartalmazott (placebo); az adag ilyenformán — előzetes számítások alapján, közepes napi adagokat véve alapul — mindhárom porból egyformán 1 por/5 kg volt naponta, 3—5 részre elosztva. A porok tartalmáról egyetlen, a kísérletben részt nem vevő személy tudott. A kezelés tartama 3—15 nap között változott.

Kiegészítő kezelésként a betegek az alapbetegségüket befolyásoló gyógyszereket kaptak csupán, az idegrendszer tevékenységét közvetlenül befolyásoló készítményeket (nyugtatók, stb.) nem kaptak. A betegek — így a kialakult csoportok — életkora, nembeli megoszlása lényegében azonosnak volt tekinthető és azonos volt a gyógyító-ápoló személyzet és betegosztály is.

Valamennyi „por-kezelésben" részesített betegről — a szokásos decursus mellett — külön írásos feljegyzés készült. A kiértékelést 60 adat-lap birtokában végeztük el, és csak ennek megtörténte után tájékozódtunk a porok hatóanyagtartalma felől.

Vizsgálati eredmények

A tranquilláns hatást három fokozatba osztottuk:

1. Igen jónak tekintettük a hatást, ha az izgalmi állapot, nyugtalanság a kezelés megkezdését követő 24 órán belül megszűnt, a beteg megnyugo-

dott, hozzáférhetővé, táplálhatóvá vált, játékos kedve is visszatért és ez az állapot állandósult.

2. Jónak minősítettük azokat az eseteket, ahol ez a hatás a kezelés megkezdését követő 24—28 óra között következett be, s végül

3. hatástalannak minősítettünk minden további esetet.

Az ilyen alapon végzett értékelés azt mutatta, hogy a 20 Qu.-nel kezelt beteg közül 17-nél bizonyult a kezelés eredményesnek, mégpedig 9-nél igen jó, 8-nál pedig jó hatásúnak; hatástalanságot mindössze háromnál észleltünk (egyikük súlyosan neuropathiás rheumás carditises leány, a másik lázas eclampsiás, illetve a harmadik pneumoniás kisgyermek). A Trioxazinnal elért eredmény ezzel summásan egyezett, de a Trioxazinos csoportban a 16 eredményesen kezelt esetből lényegesen kevesebb — mindössze kettő — bizonyult „igen jó"-nak.

Az „üres" (placebo) tabletták 8 esetben észlelt kedvező hatása azt mutatja, hogy placebo-hatással a gyermekgyógyászatban is számolni kell (1. táblázat).

Táblázat

Kezelés	Hatás			Összesen
	igen jó	jó	hatástalan	
Quietidin	9	8	3	20
Trioxazin	2	14	4	20
Placebo	—	8	12	20

Allergiás vagy toxikus mellékhatást nem észleltünk, 6 esetben nappali aluszékonyság lépett fel, az aluszékonyság mértéke azonban egy esetben sem akadályozta a táplálást vagy a beteggel való szóbeli érintkezést: a betegek könnyen voltak felkelthetők és ébredésük vagy ébresztésük után nem panaszkodtak kábaságról.

A testhő, pulzusszám, vérnyomás, vérkép, vizelet és májfunkciós próbák nem mutattak változást és fotodermatitist sem észleltünk betegeinknél.

Az eredmények megbeszélése

A csecsemők és gyermekek idegrendszeri megterhelései között igen jelentős szerepe van a kórházi betegosztályon történő elhelyezésnek, az otthoni, megszokott környezet megváltozásának, a kórházi életformába és rendbe történő beilleszkedésnek (1, 14). Különösen a 4 éves életkor alattiaknál jelent ez a körülmény nehézséget és teszi szükségessé nemegyszer a gyógyszeres nyugtatást (1, 6). Természetesen a kórházi felvételt szükségessé tevő alapbetegség és a neuropathiás alkat, mint további két, gyakori tényező, még inkább nehezíti a hospitalizációt. Mindez együttesen magyarázza, hogy a minor tranquillánsok indikációi között a gyermekgyógyászatban olyan gyakran szerepel az ilyen jellegű nyugtalanság, továbbá, hogy magunk is éppen ezt a gyakran adódó javallatot választottuk a Qu. megítélésének alapjául.

A vak kísérlet alatt figyelemre méltó volt — az egyéni megfigyelések aprólékos részletei mellett — a gyógyító és ápoló személyzet „közvéleményének" alakulása is a vizsgálat tárgyát képező, számukra is ismeretlen porok hatásosságát illetően. 10—12 nap alatt kialakult egy „valószínűségi sorrend"; elsősorban a hatástalannak, illetve legcsekélyebb hatásúnak tartott porról alakult ki vélemény, amelyet csak a néha észlelt kisebbfokú nyugtató hatás észlelése tett kétessé. Mint a vizsgálat végén kiderült, valóban ez a por volt a placebo és a másik két por tartalmazott hatóanyagot. A két hatóanyagtartalmúnak bizonyult por között (számadatok pontos ismerete nélkül) a kezelő személyzet hosszú időn át nem tudott különbséget tenni, csak az egyik porról alakult ki — a mintegy két hónapig tartó kísérletsorozat végén — az a vélemény, hogy az „erősebb hatású" a másiknál. Mint kiderült: ez a por tartalmazott Qu.-t.

A számszerű eredmények végül is részleteiben is megfeleltek a várakozásnak és ezáltal a vizsgálat céljaként kitűzött első két kérdésre ezek együttes figyelembe vételével pozitív választ is kaptunk.

A harmadik válaszra váró kérdésünk az optimális adag kérdése volt.

Úgy látjuk, hogy a kísérlet kezdetén, a felnőttkori adagok alapján számított adag megfelelő hatású volt s így átlagadagnak elfogadható. Eszerint a Quietidin gyermekgyógyászati átlagos adagja 0,01 g/kg/die.

Végül a negyedik gyakorlati kérdésre (mellékhatás, ellenjavallat) tapasztalataink alapján úgy válaszolhatunk, hogy a Qu. csecsemőknek és gyermekeknek általában mellékhatás veszélye nélkül adható, az egyetlen mellékhatás a kisfokú aluszékonyság. Mint a minor tranquillánsoknak általában, a Qu. kezelésnek sincs — a megelőző pharmacologiai adatok és saját észleléseink szerint — gyermekgyógyászati ellenjavallata.

Összefoglalás. Az új magyar minor tranquilláns: a Quietidin (Chinoin) csecsemők és gyermekek kórházi elhelyezésével, illetve alapbetegségével kapcsolatos izgalmi állapotát jelentősen csökkenti. Tranquilláló hatása — mint azt a vak kísérlet igazolta — eléri, sőt, valamivel meg is haladja a Trioxazinét. Optimális adagja 0,01 g/kg naponta. Mellékhatása, ellenjavallata nincs.

IRODALOM: 1. *Briggs, R. F.:* Canad. med. Add. J. 1966, *94*, 485. — 2. *Diesing, U.:* Kind. Praxis. 1965, *33*, 193. — 3. *Gayral, L., Turnin, J., Roux, G., Puyuelo, R.:* Therapie. 1965, *20*, 817. — 4. *Haffner Sz.:* Fogorv. Szle. 1964, *57*, 321. — 5. *Issekutz B.:* Cit.: Kuncz E. — 6. *Klerman, G. L.:* J. Nerv. Ment. Dis. 1963, *137*, 143. — 7. *Komár J., Szőke T.:* Gyógyszereink. 1965, *15*, 164. — 8. *Kuncz E.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 19. — 9. *Kuncz E.:* Gyógyszereink. 1965, *15*, 63. — 10. *Lehoczky T.:* cit. Széll K. — 11. *Lourie, R. S.:* Pediatrics. 1964, *34*, 691. — 12. *Magyar I.:* cit.: Széll K. — 13. *Markham, Ch. H.:* Pediatrics. 1964, *34*, 511. — 14. *Mason, E. A.:* New Engl. J. Med. 1965, *272*, 406. — 15. *Santamouris, C., Heye, D.:* Mschrft. Kinderheilk. 1964, *114*, 104. — 16. *Széll K., Nagy G., Kertesi K.:* Gyógyszereink. 1966, *16*, 85. — 17. *Szórády I.:* Gyermekgyógy. 1962, *13*, 47. — 18. *Szórády I.:* Gyógyszereink. 1964, *14*, 255. — 19. *Szórády I.:* Tranquillánsok alkalmazása a gyermekgyógyászatban. (Fekete Gy.—Braun P.: „A therápia aktuális kérdései", Medicina, Budapest. 1964. 36. old.) — 20. *Tan, A., Blaschegg, M.:* Therap. Umschau. 1965, *22*, 447. — 21. *Weinmann, H.:* Päd. Praxis. 1965, *4*, 83.

A RESUSCITATIO KÉRDÉSEI

Budapest, XIII. ker. Tanács Róbert Károly körúti Kórház II. Belosztály (főorvos: Braun Pál dr.), Női Elmeosztály (főorvos: Angyal Lajos dr.)

Két eredményes resuscitatio

Gedeon András dr., Kuncz Elemér dr. és Orosz László dr.

Az akut szívmegállás problematikája korunk egyik égető kérdése lett. Statisztikai adatok szerint évről évre növekszik az akut szívmegállás következtében elhaltak száma (24, 25). A resuscitatiós eljárás sem újkeletű, de döntő fejlődését, elsősorban belgyógyászati szempontból, tulajdonképpen 1959—1961-ben *Jude, Kouwenhoven* és *Knickerbocker* emberen végzett, vértelen úton történő szívmasszázs eljárása jelentette (1, 2). Így zárt mellkason végzett masszázs segítségével, sebészi felkészültség és felszerelés nélkül is megszüntethetővé válik a különben végzetes kamrafibrillatio vagy asystolia. Az utóbbi években a resuscitatio kérdésével hazánkban is sokan foglalkoztak (3—14), de főleg sebészi és forenzikus szempontból és a belgyógyászat területén az újraélesztés még nem terjedt el a kívánt mértékben. Az első, vértelen úton történő sikeres szívmasszázsról egy barbiturát mérgezett gyereken *Bognár* számolt be 1962-ben (4). A külső vagy belső szívmasszázs vitája még nem dőlt el, de kétségtelen, hogy megfelelő technikával, a Kouwenhoven-módszerrel meglepően hosszú ideig és kevesebb szövődménnyel kielégítő keringés biztosítható (27—29, 31, 34).

Az alábbiakban ismertetjük saját tapasztalatainkat akut szívmegállás eseteiben:

1. Sz. E., 37 éves nőbeteg (8093/1965.). 1964 óta ismételten észleltük extrasystolés jellegű, bizonytalan eredetű rhythmuszavar miatt. Fizikai statusában az egyedüli eltérés diffus strumája, de hyperthyreotikus anyagcserezavart igazolni nem tudtunk. Cardialis statusa is negatív volt.

Ismételt felvétele alkalmával 1965. VII. 27-én ágya szélén ülve elvesztette eszméletét. A közelben tartózkodó orvos akut szívmegállást diagnosztizált. A beteget a földre helyeztük, azonnal extern szívmasszázst kezdtünk és a beteg légcseréjét szájtól szájig mesterséges lélegeztetéssel igyekeztünk biztosítani. Észlelésünket és a kezelést táblázatban szemléltetjük (l. 1. tábl.).

A beteg pulsusa ettől kezdve mind erőteljesebbé vált, légvételei mélyültek, de mély coma fejlődött ki. 22.30-kor az EKG-n a kamrai komplexusok is csaknem normalizálódtak, a frequentia 100 körüli volt. Az eszméletlenség 22.45-kor kezdett oldódni, ekkor azonban psychomotoros nyugtalanság jött létre. A keringési állapot ettől kezdve változatlan maradt, a nyugtalanság azonban egyre fokozódott. Az excitatiós állapot csak éjfél után csökkent valamelyest, a beteg ekkor szemét kinyitotta, de kontaktust nem tudtunk vele létesíteni. Az észlelést követő napon komplex apalliumos syndroma fejlődött ki leépülési reflexekkel, változó izomtónussal, időnkénti spontán Babinski-tartással. Mindehhez székelési és vizelési incontinentia társult. Ez az állapot fokozatosan átalakult és kb. egy hétig a kétoldali halántéklebeny sérülésnél ismert, ún. Klüver—Bucy-tünetegyüttes képét láttuk: a beteg állandóan masturbált, a körülötte levő tárgyakat és ételneműt válogatás nélkül a szájába tömte. E tevékenységétől eltekintve teljesen gátolt volt; értelmes kapcsolatot vele teremteni nem tudtunk. Az elkövetkező 3—4 napban a környezetében levő személyekkel kapcsolata a „shamrage" magatartásnak volt megfelelő: az eddigi közönyös-gátolt állapotot a riadt-gátoltság váltotta fel, ápolóit megharapta, raptusszerű dühkitöréseket, amorph védekezést láttunk. Ekkor neurológiai statusa: j. o. centrális facialis parezis, élénk ínreflexek, „triple flexion", leépülési reflexek. A 12. naptól kezdődően móriás hangulat, krisztallizációs tünetek, a megértés első jelei voltak felfedezhetők: igen-nem intés, majd stereotyp szóismétlések, végül fellazult associatiójú logorrhea.

1. táblázat

Időpont	Pulsus	Tensio Hgmm RR	Légzés	Pupilla	EKG	Therapia
21,30	0	0	0			
21,33	0	0	m	tág		extern masszázst kezdünk
21,34	m	90/60	m	szűk		
21,35	m		sp	szűk	kamrai fibr.	500 mg Novocamid intracard.
21,40	m		sp	szűk	kamrai fibr.	
21,45	m	100/50	sp	szűk	kamrai fibr.	500 mg Novocamid intracard.
21,50	m		sp	szűk	kamrai fibr.	
22,00	m	80/40	sp	szűk	kamrai fibr.	
22,10	m		sp	szűk	kamrai fibr.	2 mg Noradrenalin intracard.
22,12	m	100/50	sp	szűk	kamrai fibr. + 1—1 QRS kompl.	
22,15	sp 180	80/50	sp	szűk	kamrai tachycardia	
22,20	sp 120	100/60	sp	szűk	P hullámok különíthetők el	

m = mesterséges, sp = spontán

A 16. napon gyermekeit felismerte és velük az emotionalis kapcsolat teljesen rendezetté vált. Ezután fokozatosan helyreállt a megértés és szóbeli kifejezés funkciója és így kimutathatóvá vált a teljes amnesia, mely csak egy hónappal a resuscitatio után kezdett részlegessé válni. Ezután szinte újból megtanult olvasni, számolni, néhány hétig litteralis alexia volt nála észlelhető, majd írása is teljesen rendeződött. Jelenleg, kb. másfél évvel az újraélesztés után, neurológiailag tünetmentes, psychésen az első három hétre vonatkozó, csaknem teljes amnesia és mérsékelt emotionális labilitás állapítható meg. EEG görbéje lényeges eltérés nélküli. Belgyógyászati statusában — feltehetően a masszázs mechanikus ártalmát követően — pericarditises zörejek alakultak ki. EKG görbéje a jelenleg is időnként megjelenő supraventricularis extrasystoléktól eltekintve szabályos.

2. S. V.-né (15639/1965.) 66 éves, menopausában levő nőbeteg 1965. XII. 18-án került felvételre, napokkal ezelőtt kezdődő status anginosus miatt. Ezen idő alatt több ízben voltak órákig tartó, verejtékezéssel járó stenocardiás rohamai. A kórházi felvételt követő EKG vizsgálattal típusos elülsőfali infarctus képe volt kimutatható. A kezdődő kisvérköri pangás miatt a szokásos egyéb kezelés mellett strophantin injectiókat adtunk. Néhány nap alatt panaszmentessé vált, a pangásos bronchitis és a dyspnoe megszűnt. A strophantin kúrát befejeztük. Teljesen panaszmentes állapotban, 1966. I. 17-én megkezdtük a fokozatos mobilizálást. Mivel erre időnként némi anginosus panaszról tett említést, a mozgást kissé redukáltuk, majd recidiva elhárítására anticoagulans kezelést kezdtünk. Naponta 1—2 tbl. Syncumart szedett, prothrombin szintje 30% körül megállapodott. Időközben cardialis támogatásban is részesült. Panaszai rövidesen megszűntek és fokozatosan ismét mobilizáltuk. Mindennek eredményeképpen állapota rendeződött; fennjárt.

II. 10-én fél háromkor a közvetlen közelben tartózkodó orvosnak rosszullétről panaszkodott, elsápadt, majd néhány másodperc múlva eszméletét vesztette. Állapotát és a resuscitatio lefolyását ugyancsak táblázatban rögzítettük (l. 2. tábl.).

Ettől kezdve a beteg spontán légzése és szívműködése kifogástalan maradt. Nyugodtan aludt, könnyen kelthető volt, kérdésekre válaszolt. Az EKG-n újabb infarctusos elváltozás később sem volt kimutatható. Az élesztést követő napon a beteg tiszta tudatú, rendezett viselkedésű, bár arckifejezése kissé közönyös és kábult. Felfogása meglassult, de válaszai megfelelőek és érzelmi kapcsolata környezetével is kielégítő volt. Az előző napon történtekre amnésiás lett. Neurológiailag enyhe tarkókötöttségen kívül statusa negatív volt. A resuscitatiós eljárást követően két hétig légzésre fokozódó parasternalis fájdalomról panaszkodott, de bordafracturát röntgenfelvételen kimutatni nem tudtunk. Az élesztés után fél évvel lezajlott kontroll vizsgálaton psychés vagy neurológiai elváltozásokat nem találtunk, az EEG szabályos, az EKG és cardialis statusa az infarctus utáni állapotnak megfelelő.

A fent leírt két sikeres és eredményes újraélesztési kísérletünkön kívül — e kézirat benyújtásáig — még két esetben kíséreltük meg a resuscitatiót és végeztünk extern masszázst, de eljárásunk sikertelen maradt. Az egyik 49 éves férfibeteg volt, akit ismétlődő stenocardia miatt szállítottak osztályunkra és itt a kórteremben alakult ki myocardiális infarctusa hosszan tartó angina pectorisos roham alatt. Az akut szívmegállás kb. 6 órával az infarctus kialakulása után jött létre. EKG-n kamrai fibrillatio volt kimutatható, 3 percen belül extern masszázst kezdtünk, de a szívműködést újból megindítani nem tudtuk. A sectio alkalmával körülírt, kis kiterjedésű infarctus volt látható.

A másik sikertelen kísérletünk 52 éves arrhythmia absolutában szenvedő nőbetegen történt, akit cardialis decompensatio miatt kezeltünk. A compensatio bekövetkezte, oedemáinak kiürítése után hirtelen kamrai fibrillatio jött létre. Az első 5 percben az elkezdett extern szívmasszázzsal jó pulsust, 110/50 Hgmm-es tensiót, spontán légzést tudtunk fenntartani, majd ismeretlen okból a beteg keringése, később légzése a masszázs ellenére megszűnt. Alapbetegségét a sectio sem tisztázta, a szíven lényeges elváltozás nem volt látható.

Mindkét betegen a kórboncnok bordatöréseket talált, de egyéb sérülés sem a szíven, sem egyéb szerveken nem volt kimutatható.

Megbeszélés

Fentiekből az a következtetés vonható le, hogy — bár felszerelésünk nagyon hiányos és ez eredményeinket korlátozta, — két eredményes esetünk mégis bizonyítja a resuscitatiós eljárás elterjesztésének szükségességét.

A haláljelenségek megállapítása pusztán a szokásos észlelési mód alapján nem elégséges, mert ezzel működésünket befejezettnek kellene nyilvánítanunk heveny szívhalál esetében is, holott éppen ez az állapot teszi szinte kötelességünkké az újraélesztés azonnali megkezdését.

Fenti eseteinket elemezve figyelemre méltó, hogy 4 közül 3 alkalommal a kamrafibrillatio spon-

2. táblázat

Időpont	Pulsus	Tensio Hgmm RR	Légzés	Pupilla, tudatállapot	EKG	Therapia
14,35	30	130/90	sp	szűk		
14,38	30 arrhythm.	130/90	sp	szűk		extern masszázst kezdünk
14,40	m	120/80	sp	szűk	kamrai fibr.	
14,50	m		sp	motoros	kamrai fibr.	500 mg Novocamid intracard.
14,55	m	110/80	sp	nyugtalan	kamrai fibr.	
15,00	m	120/90	sp	nyugt. fokozódik	kamrai fibr.	0,01 mo. i. v.
15,03	m	100/70	sp igen felületes	pupilla szűk, mély coma		
15,05	sp 120		sp igen felületes	pupilla szűk, mély coma	megnyúlt átvezetésű szab. kamrai kompl.	
15,10	sp 100	100/60	sp légzés mélyül	pupilla szűk, mély coma	P hullámok	
15,15	sp 100	130/70	sp légzés mélyül	soporositas		

m = mesterséges, sp = spontán

tán megszűnt. Tehát a resuscitatio elvégzése még defibrillátor alkalmazása nélkül is érdemes (15).

Ismert adat, hogy az élesztési eljárás túlélési százaléka myocardialis infarctusban lényegesen kisebb és így ennek az alapbetegségnek a feltételezése megfontolásra adhatna alkalmat (16, 17, 26). A betegágynál azonban, különösen váratlanul fellépő „cardiac arrest" esetében az alapbetegség differenciálására nincs idő és így a kóros elváltozás jellegére, súlyosságára és kiterjedésére sem tudunk semmilyen választ adni. A statisztikai adatok szerint is az akut szívmegállást követő halál esetében csak 30%-ban volt a halálok valóban myocardialis infarctus. Az esetek 70%-ában sem coronariaelzáródást, sem myocardialis infarctust nem találtak (20, 23). Egyik saját esetünk is ezt támasztja alá.

Leírt első esetünkben a súlyos psychiatriai kép jóideig az irreversibilitas látszatát keltette. Az így kialakult, csak alacsony agytörzsi működésekkel rendelkező élőlény kétséget kelthetett bennünk az újraélesztés lényegi, gyakorlati eredményességéről. A csaknem ötvennapos időtartam, amíg az újrafelépülés bekövetkezett, a legmagasabb kérgi működés területén is végül a reversibilitást igazolta és egyben azt is, hogy még ilyen hosszú időtartamú resuscitatiót is érdemes megkísérelni.

Döntő kérdés természetesen a keringés fenntartása, illetve gyors megindítása, hogy az anoxia miatt az életfontosságú szervek ne szenvedjenek olyan hosszú ideig működési zavart, mint amennyi idő alatt irreversibilis károsodás kialakulhat. Tulajdonképpen még ma sincs teljesen rögzítve, mennyi ez az idő és melyik szerv károsodása teszi irreversibilissé az állapotot. A maximális időt általában 4 percnek tartják, de egyesek (22, 23) 1 perc időtartamban jelölik meg az irreversibilis károsodások bekövetkeztét. Nehezebb kérdés, melyik szerv sérülése dönti el az újraélesztés sikerét. Egészen a legutóbbi időkig a központi idegrendszer túlélési idejét vették alapul. *Horányi* szerint (35) az idegrendszer szerkezeti károsodásához a nagyagykéregben 5—6, a nyúltagyvelőben 10—12, a gerincvelőben 15 percnyi anoxaemiára van szükség. Az utóbbi években viszont *Bretschneider* (21) kísérletesen megállapította, hogy a szívizomban 2 perc alatt a phosphokreatinin szint a kritikus 2 mol/g alá csökken és a szívizom sérülése irreversibilissé válik. Ezt a megállapítást tette állatkísérletei alapján *Gleichmann* is (19). *Isselhardt* (16) adatai szerint a szív túlélési ideje 3—5 perc. Így újból nyitott kérdéssé vált a szervek túlélési idejének meghatározó szerepe az egész szervezet túlélése szempontjából.

A kamrafibrillatiót gyógyszeresen eseteinkben nem tudtuk befolyásolni. Elsősorban procainamidot alkalmaztunk, ezt tartottuk a legveszélytelenebbnek. Az irodalmi adatok sem biztatóak (17, 30, 32, 33, 18), sem a pressor aminok, sem a kálium, sem a procainamid nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Ez is egyike a megoldásra váró kérdéseknek, amelyek mind elméleti, mind gyakorlati szempontból a resuscitatio problémakörében felvetődnek, az azonban bizonyos, hogy az eljárás szükségessége vitathatatlan.

Összefoglalás. Szerzők két sikeres és eredményes resuscitatióról számolnak be részletesen. Egyik esetükben 50 nap után rendeződött az anoxiát követő és eleinte irreversibilisnek látszó súlyos psychiatriai kórkép. Eseteik kapcsán megvitatják a resuscitatiós eljárás egyes kritériumait.

Megjegyzés a korrektúránál:

Pótlólag utalunk *Csapó György dr.* és *Palik Imre* dr. időközben megjelent azonos tárgyú, kimerítő közleményére (Orv. Hetil. 1967, *107*, 289.).

IRODALOM: 1. *Jude, V. R., Kouwenhoven, W. B., Knickerbocker, G. G.:* J. Amer. med. Ass. 1960, *173*, 1084. — 2. *Jude, V. R., Kouwenhoven, W. B., Knickerbocker, G. G.:* J. Amer. med. Ass. 1961, *178*, 1063. — 3. *Harkányi I., Papp S., Gömöry A.:* Magy. Seb. 1961, *14*, 15. — 4. *Bodnár E.:* Magy. Seb. 1962, *15*, 182. — 5. *Szabó Á., Kovács V.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 253. — 6. *Biró L., Selmec I., Gura L.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 942. — 7. *Kudász J., Besznyák J.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 2270. — 8. *Kokas F., Baranyi K.:* Orv. Hetil. 1963, *104*, 1062. — 9. *Szabó Á., Kovács V.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 514. — 10. *Bacsa S., Kónya L.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 601. — 11. *Varga K., Nyírő L., Véghelyi P.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 928. — 12. *Heid J., Molnár E., Varga P., Nagy E., Bona E.:* Orv. Hetil. 1965, *106*, 29. — 13. *Heid J., Forgács J., Varga P., Nagy E.:* Magy. Seb. 1965, *19*, 405. — 14. *Csapó G.:* Verh. dtsch. Ges. Kreislauff. 1964, *30*, 194. — 15. *Nixon, P. G. F.:* Lancet. 1962, *I*, 990. — 16. *Effert, S.:* Internist. 1965, *6*, 483. — 17. *Frey, R., Jude, J., Safar, R.:* Dtsch. med. Wschr. 1962, *87*, 857. — 18. *Grosse-Brockhoff, F.:* Verh. dtsch. Ges. Kreislauff. 1964, *30*, 113. — 19. *Gleichmann, U.:* Verh. dtsch. Ges. Kreislauff. 1964, *30*, 185. — 20. *Hauss, W. H.:* Verh. dtsch. Ges. Kreislauff. 1964, *30*, 153. — 21. *Bretschneider, H. J.:* Verh. dtsch. Ges. Kreislauff. 1964, *30*, 11. — 22. *Isselhardt, W.:* Verh. dtsch. Ges. Kreislauff. 1964, *30*, 79. — 23. *Wilburne, M., Fields, J.:* J. Amer. med. Ass. 1963, *184*, 453. — 24. *Dotter, Ch. T., Straube, K. R., Strain, D. C.:* Radiology. 1961, *77*, 426. — 25. *Spang, K.:* Verh. dtsch. Ges. Kreislauff. 1964, *30*, 56. — 26. *Poul Pedersen, L. E., Brams, L., Buchmann, G., Fris, F. V., Guldmann, N.:* Danish med. Bull. 1965, *12*, 93. — 27. *Himmelhoch, S. R., Decker, A., Gazzaniga, A. B., Like, A. A.:* New Engl. J. med. 1964, *270*, 118. — 28. *DeWall, R. A., Lillehei, C. W.:* J. Amer. med. Ass. 1965, *193*, 651. — 29. *Day H. W.:* Amer. J. Cardiol. 1965, *15*, 51. — 30. *Goble, A. J., Sloman, G., Robinson, J. S.:* Brit. med. J. 1966, *I*, 1005. — 31. Lancet Editorial. 1965, *II*, 730. — 32. *Cohen, A. I., Sumner, R. G., Whalen, R. E., Brown, I., Mcintosh, H. D.:* Arch. intern. Med. 1962, *110*, 57. — 33. *Hossli, G.:* Dtsch. med. Wschr. 1966, *91*, 29. — 34. *Finn, R., Haggart, B. G., White, W. F., Jones, R. H. T.:* Brit. med. J. 1966, *I*, 39. — 35. *Horányi B.:* Neurológia. Medicina Kiadó. Bp., 1962, 30. o.

KAZUISZTIKA

Igazságügyi Orvosszakértői Iroda (vezető: Szabó Árpád dr.)

A szív bal kamrájába perforált idült gyomorfekély

Kiss Lajos dr.

Az idült gyomorfekély penetratiója a hasűri szervekbe (hasnyálmirigy, haránt-vastagbél, máj lép, stb.) ismert. Viszonylag kisebb számú közlés jelent meg a penetratio ritkább változatairól (rekesz, szívburok, elülső hasfal, stb.). Az idült gyomorfekélynek a bal kamrába történt perforatiójáról idáig a világirodalomban 14 esetet írtak le *(Oser, Brenner, Finny, Brünnicke, Tylecote, Salmony, Rappert, Dietrich, Wasmer, Pendl, Bittmann és mtsai* két eset, *Ritz, Szavescsenko).* A közölt esetekben magasan elhelyezkedő gyomorfekély perforatióját észlelték. A gyomorfekélynek ilyen elhelyezkedésére vonatkozóan eltérőek az adatok. *Martin* (1909) 3%-ban, *Hauser* (1926) és *Wassmer* (1943) 4,2%-ban észlelték a gyomorfekélynek a funduson való localisatióját; cardialis v. subcardialisan elhelyezkedő fekélyt *Bittmann* (1960) 17,4%-ban, *Finsterer* (cit. *Rapant)* 20,4%-ban állapított meg.

Ahhoz, hogy a fekély a szívbe perforáljon, több tényező szükséges:

1. Legfontosabb, kizárólagos feltétele a fekély magas elhelyezkedése. *Priesel* (cit. *Rappert),* aki formalinos készítményeken vizsgálta a gyomor, rekeszizom, szívburok és bal kamra egymáshoz való viszonyát, úgy észlelte, hogy a fekélynek a gyomor elülső falán, a kisgörbület közelében, kb. 3 cm-nyire kell a cardia alatt feküdnie; itt ugyanis a gyomorfekély kb. 1,5 cm-nyi területen összetapadhat a rekeszizommal. Ennek vetületében foglal helyet a szív bal kamrája, éspedig az anulus fibrosus alatti terület.

2. Több szerző *(Pick, Finny* és *Brenner)* fontosnak tartja azokat az idült összenövéseket, melyek a perforatio útját a szívburokig, illetve a bal kamráig praeformálják.

3. Mások szerint *(Mur—Králik)* megkönnyíti a fekély átfúródását a máj bal lebenyének szokásosnál kisebb volta.

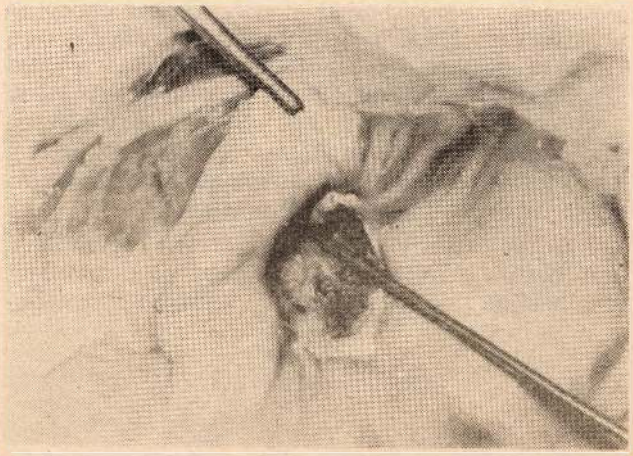
4. Elősegítő tényezőként szerepelnek az idős korban fellépő pathológiás körülmények: a rekeszizom lesüllyedt volta, izomerejének csökkenése, renyhébb kitérései, szívműködés gyengesége. (Ezek magyarázhatják, hogy a gyomorfekélynek a szívbe való perforatióját 60 éves kor felett észlelték.)

Esetünk ismertetése

G. Gyuláné, 89 éves nőt 1965. február 2-án 7 órakor szállítják Balassa J. Kórház I. belosztályára. Leánya elmondása szerint évtizedekkel ezelőtt volt gyomorvérzése. 1961-ben a röntgenvizsgálat hiatus hernia oesophagei diaphragmae-t, valamint a gyomor kisgörbületi oldalán fekélyt állapított meg. Felvétele napján, hajnalban, többször egymás után jelentős mennyiségű vért hányt. Felvételi status: kollapszuszos állapot, RR: 95/70 Hgmm. Pulzus: 88/min. Vvs.: 2,92 millió, fvs.: 33 400, hgb.: 46%. A kontaktus nehezen vehető fel. A has puha, betapintható. A köldök bal oldalán ökölnyi, mozgatható, kissé érzékeny resistentia, melyet telt vastagbélnek vélnek. Vérátömlesztésre, vérzéscsillapításra (calcium, C- és K-vitamin) szívszerek (Strophantin) adására állapota átmenetileg javult. 9 óra tájban vérhányás és melaena. A megismételt fenti kezelésre a vérhányás megszűnt. A déli órákban újabb vérhányás, majd 15.45 órakor hirtelen állapotrosszabbodás következik be és az alkalmazott kezelés, vérátömlesztés, szívtámogatás ellenére 16 órakor meghal.

Boncolás adatai

152 cm magas, idős, gyengén táplált, elaggott, lesoványodott nő holtteste. Halvány bőr, csekély kiterjedésű hullafoltok. Mellüreg és hasüreg átvizsgálásakor látható, hogy a gyomor fundusának egy része a hiatus oesophagei diaphragmaen keresztül a nyelőcső mellett bal oldalt a mellüregbe felnyomult, a szívburok hátsó-alsó felszínéhez hozzánőtt. Ezért a nyaki és mellkasi szerveket a gyomorral összefüggésben távolítottuk el. A gyomorban egy liternyi alvadékos vér. A gyomor fundusán, a kisgörbület mentén elöl, a cardia alatt 3 cm-rel egy 3 cm átmérőjű, 1,5 cm mély, kör alakú fekély mutatkozik, mely a gyomornak azon területén helyezkedik el, amely a szívhez lenőtt. A fekély és környezete 1 cm szélességben gyűrűszerűen a szívburokkal együtt a bal kamra hátsó felszínéhez lenőtt úgy, hogy az tompán nem is választható szét. A fekély széle mintegy 0,5 cm-es szakaszon szürkésfehér, tömött, szívós, és itt a gyomornyálkahártya szabályos rajzolata nem észlelhető. A fekélyalap centrumában harántul futó izomrostrészletek mutatkoznak, ahol finom gombostűfejnyi és mákszemnyi vérrögök tapadnak. A fekélycentrum bal oldali részén egy nagygombos szondát befogadó nyílás található, melyen keresztül szabadon a bal kamra üregébe juthatunk (1. ábra). A szív súlya 330 g, külhártyája alatt a jobb kamra mentén, kocsonyaszerűen átalakult zsírszövet. A billentyűk mérsékel-



1. ábra. A cardia mellett helyetfoglaló gyomorfekély, alapján a szívizom rostjai láthatók, gombosszonda a perforatiós nyílásban.

ten megvastagodottak, a szájadékok kóros eltérést nem mutatnak. Tág kamrák. A bal kamra izomfala halvány, fakó zavaros, sárgásbarna, zsírfényű, szakadékony. A hátsó falban az anulus fibrosus alatti terület gyermektenyérnyi nagyságban hegesen átszőtt. A kéthegyű billentyű hátsó vitorlája alatt 0,5 cm-rel rizsszemnyi nyílás észlelhető, melyen keresztül a bal kamra ürege a már leírt fekélyen keresztül a gyomor üregével közlekedik. Ez a nyílás a bal kamra hátsó falában említett hegesedés területébe esik, és itt a belhártyán mákszemnyi, gombostűfejnyi, finom vérrögök ülnek (2., 3. ábra). A hátsó billentyűvitorlán a billentyű és az ínhurok találkozásánál babnyi szürkevörös vérrög tapad. Ezenkívül súlyos fokú koszorúsverőér-szűkület és meszesedés,* a vékony- és vastagbelekben emésztett és emésztetlen vér, általános öregkori senyvedés, tüdő- és hörgtágulat, tüdőgyulladás, a máj zsíros elfajulása, általános érelmeszesedés, vérszegény zsigeri szervek voltak észlelhetők.



2. ábra. A hátsó szemölcsizom átmetszésével és felhajtásával szabaddá vált az anulus fibrosus alatt a hátsó falon helyetfoglaló perforatiós nyílás.

Szövettani vizsgálat

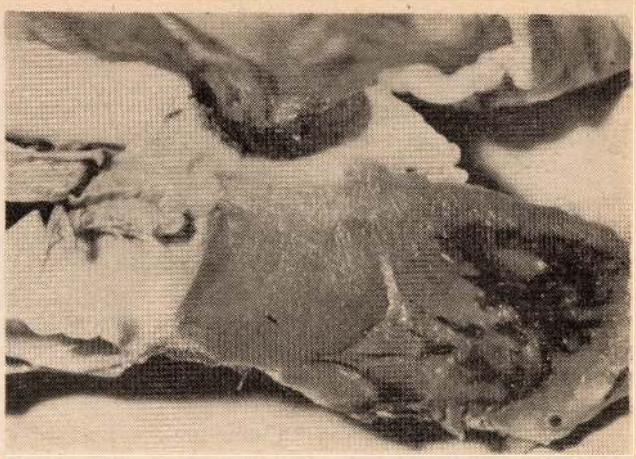
A szabad szemmel látható perforatiós nyílás környezetében típusos, chronicus fekélyfelszín látható, melynek felületes rétegeit rostonyás lepedék fedi, alatta ún. fibrinoid degeneratiós zóna, majd ez alatt igen kifejezett hegesedés van. A hegesedésben elvétve megtartott szívizomrostok is megfigyelhetők. A szövettani kép mindenben megfelel penetráló chronicus fekélynek A szerv, melybe a fekély penetrált, jelen esetben a szív (4., 5. ábra).

Megbeszélés

A peptikus gyomorfekélynek igen ritka szövődménye a szívbe való perforatio. A bemutatott esetben adva voltak azok a feltételek, amelyek lehetővé tették a magasan elhelyezkedő kisgörbületi-elülsőfali gyomorfekélynek a szívburokhoz, szívhez történő kitapadását, a perforatio kialakítását.

Esetünk arra a körülményre is felhívja a figyelmet, hogy az oesophagus mellett a hiatus diaphragmaen keresztül a gyomornak a mellüregbe történő sérvszerű bedomborodása alkalmas körülményt teremt magasan elhelyezkedő gyomorfekélynek pericardiumhoz, a szívizomzathoz történő letapadásához és lenövéséhez. Ilyenkor a szívbe való betörés létrejöhet anélkül is, hogy a fekély a re-

* Mönckeberg-sclerosis.



3. és 4. ábra. A perforatiós nyílás magasságában készült makroszkópos és átnézeti szövettani kép.





5. ábra. A fekélyfelszín mikroszkopikus képe.

kesz izomzatán keresztül perforáljon. A hiatus hernia tehát megkönnyítheti a fekélyátfúródás ilyen szövődményének kialakulását.

Az esetet ritkasága és a szívbe való perforatio ilyen lehetőségének demonstrálása miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek.*

Összefoglalás. Magasan elhelyezkedő, idült gyomorfekély esetének közlése, mely a bal szívkamrába perforált és massiv gyomorvérzés révén vezetett halálhoz. A fekély a korábbiban közölt esetektől eltérően nem a rekeszen át, hanem az oesophagus mellett kialakult hiatus hernián keresztül perforált a szív üregébe.

* E helyről is köszönetet mondunk a Balassa J. Kórház I. Belgyógyászati osztályának a kórtörténeti adatok rendelkezésre bocsátásáért.

IRODALOM: 1. *Oser-Chiari:* Wien. med. Blätter. 1880, 52. — 2. *Brenner:* Wien. med. Wschr. 1881, 47. — 3. *Finny:* Brit. Med. J. 1886, *1*, 1102. — 4. *Bruennicke:* cit.: nach Tylecote. — 5. *Tylecote:* Lancet. 1913, *2*, 1613. — 6. *Salmony:* Zbl. Path. 1921—1922, *32*, 225. — 7. *Rappert:* Klin. Med. 1950, *2*, 367. — 8. *Dietrich:* cit.: im. Lehrb. d. Pathol. Anatomie. Kaufmann. 1957, S. 1008. — 9. *Wassmer:* cit.: In Kaufmann Lehrbuch d. Pathol. Anatomie. 1957, S. 1008. — 10. *Pendl, O.:* Wien. Klin. Wschr. 1958, *70*, 301. — 11. *Bittmann, O., Kralik, I., Dusek, I., Mur, I.:* Zbl. Chir. 1960, *85*, 1379. — 12. *Ritz, A., Fischer, R.:* Schweiz. med. Wschr. 1966, *96*, 327. — 13. *Szavcsenko, E. D.:* Khirurgiia. 1962, *38*, 132. — 14. *Martin:* cit.: Katsch, B., Bichel, H.: Handb. der Inneren Med. III/1. — 15. *Hauser:* cit.: Katsch, B., Bichel, H.: Handb. der Inneren Med. III/1. — 16. *Wassmer, R.:* L'ulcére gastrique penetrant le myocarde. Thése Nr. 1800 Genéve 1943. — 17. *Rapant:* Rakovina zaludku a kardie. SZN, Praha, 1956. — 18. *Pick:* Z. Klin. Med. 894, 26.

MYDETON

INJEKCIÓ

ÚJ IZOMRELAXANS ÉS PERIPHERIÁS ÉRTÁGÍTÓ!

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 100 mg 1-piperidino-2-methyl-3/4'tolyl/-propanon-3-hydrochlor.-ot 2,5 mg diaethylaminoaceto-2,6-xylidid. hydrochlor.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: A harántcsíkolt izomzat bármilyen organikus neurológiai megbetegedés következtében (pyramispályák sérülései, sclerosis multiplex, myelopathiák, encephalomyelitis stb.) létrejött tónusfokozódással járó állapotai: izomhypertonia, izomspasmus, izomcontractura, rigiditás, spinális automatizmus.

Postencephalitises és arteriosclerоticus parkinzonizmus.

Obliterativ érbetegségek (arteriosclerosis obliterans, angiopathia diabetica, thromboangiitis obliterans, Raynaud-kór, sclerodermia diffusa), továbbá érbeidegzési zavaron alapuló kórképek (acrocyanosis, dysbasia angioneurotica intermittens. Egyéni megítélés alapján postthromboticus vénás- és nyirokkeringési zavarok, ulcus cruris.

ADAGOLÁS: Az injekció intramuscularisan, intravénásan lassan és intraarteriásan alkalmazható.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Az orvosképzés több mint kilenc évtizedes múltra visszatekintő, kéthavonként megjelenő folyóirata az

ORVOSKÉPZÉS

Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájában (Budapest, V., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalban. Előfizetési díj félévre 32,— Ft.

Csekkszámlaszám: egyéni 61,299, közületi 61.066 vagy átutalás az MNB 8. sz. folyószámlára

BESZÁMOLÓK JEGYZŐKÖNYVEK

Beszámoló az ICAA XII. nemzetközi szemináriumáról és az alkoholizmus elleni küzdelemről Csehszlovákiában

A közelmúltban (jún. 8-ától 28-áig) tanulmányúton voltam Csehszlovákiában. Alkoholelvonó kórházi, klinikai és munkaterápiás intézeti osztályokat, illetve kijózanító és tanácsadó intézeteket látogattam meg, Prágában és környékén (Bohnicén, Lojovicén), Pozsonyban, Pezinokon és Nyitrán. Tájékozódtam a csehszlovákiai alkoholizmusprobléma helyzete és ellátása felől; részt vettem a Purkinje-társaság és az *ICAA (: International Council Against Alcoholism)* által közösen rendezett tíznapos *XII. Nemzetközi Szemináriumon.* Ez a konferencia, melyet az ICAA évről évre megrendez, az alkoholizmus interdisciplináris jellegének megfelelően különböző munkaterületeket ölel fel. Prágában is volt egy-egy *epidemiológiai, sociológiai, közlekedésrendészeti* ill. *büntetőjogi,* valamint a preventio *(közvélemény-nevelés, egészségügyi felvilágosítás)* általános és sajátos problémáival foglalkozó napja. A délelőtti plenáris üléseken az egyes témakörök legjelesebb kutatói — köztük *A. Tongue,* az ICAA igazgatója — tartottak előadásokat, melyeket jórészt kerekasztal és »munkacsoport«-értekezleten délutánonként vitattunk meg. A konferencia rendezőbizottsága a program jelentős részét ezúttal is *orvostudományi és népegészségügyi kérdésekre* fordította.

M. M. Glatt, mint az »alkoholizmus és a toxikomániák« téma főreferense kifejtette, hogy miért kell az *alkohol-mániát* és egyéb toxikomániákat élesen elkülönítenünk, jóllehet, az alkoholisták jelentős része »mást« is fogyaszt, sőt keresi azt a gyógyszert, ami a »lelki egyensúlyát«, jó életérzését, magabiztosságát helyreállítaná és biztosítaná. Sajátos prealkoholos karakteropathia nincsen. Az alkoholizmus kialakulásában a legkülönbözőbb személyiségfejlődési hibák »fakultative predisponáló« szerepet játszhatnak és kedvező körülmények, azaz pathogén stress-helyzetek esetén az alkoholos megkönnyebbülés megszokását egyaránt elősegíthetik. »Normális«, érett személyiség-szerkezet esetén is kialakulhat alkoholizmus, és pedig olyanoknál, akik a sorsukkal joggal elégedetlenek és az alkoholban valamiféle megkönnyebbülést találnak, sőt, olyanoknál is, akik a helyzetükkel elégedettek, de túl sokat dolgoznak, és a mindennapi frustratiókat rosszul viselik el.

Prof. G. Lundquist az alkoholizmus etiopathogenesisével kapcsolatos különböző munkahypotésiseket ismertette. Kiemelte, hogy az alkohol-megszokást, az alkoholfüggőség kialakulását a szeszes italok hozzáférhetősége és az ivási szokások csupán elősegítik; sokkal nagyobb szerepet játszanak azok a személyiségfejlődési hibák, stress-helyzetek és psychotraumák, melyek hatására az ivó iszákossá s az iszákos alkoholistává lesz. Utóbbit tehát a tulajdonképpeni alkoholizmust nem pszichikai, hanem fizikális jellegű alkohol-dependentia jellemzi. Kialakulása az adott személy *kritikus alkohol-küszöbétől* függ, ami *enzymopathiákhoz hasonló* jelenségre, s végső fokon pharmakogenetikai adottságra vezethető vissza, melyet *J. R. Williams* »biokémiai személyiségnek« nevezett.

A therápiás referátumok a többoldalú, *gyógyszeres + psichotherápiás kezelés szükségességére* mutattak rá, amit *H. Reys—Brion,* jeles francia pszichoanalitikus *»bifokális therápia«*-ként adott elő. Kifejtette, hogy az alkoholmánia *»kevert«* eseteiből eltekintve, melyeket a somatogen és a psyschogen faktorok bonyolult szövedéke jellemez, a *másodlagos alkohol-mánia,* ahol az ivás szokása csak idővel »somatizálódik«, *elkülöníthető a primér alkohol-mániától,* melyben a betegek a szeszes italok fogyasztását »már a kezdet-kezdetén képtelenek kontrollálni és mérsékelni«. Ugyanakkor mindhárom esetben az *alkoholizmus-syndroma* mögött különböző jellegű és súlyosságú »psychopathologiai elemek«, (főleg emotionális zavarok, feszültségek, szorongások, dysphoriás-dysthymiás epizódok, éretlen vagy leépült személyiségre való karaktervonások) húzódnak meg, és ezek alapvetően módosítják betegeink gyógyíthatóságát. Ezért *»nem elég az alkoholistáktól az alkoholt elvennünk, ha nem pótoljuk valamivel«.* Ez a *»valami«:* részint psychotherapia, részint somatotherapia. A szív- és májkárosodások, valamint a polycarentiás hiányállapot és a hormonális elégtelenség ellátása mellett *igen fontos* a megfelelő psychotrop gyógyszerek, főként az *antidepressivumok és ataracticumok beállítása és »fenntartó«* adása. Ott, ahol a beteg »politoxikomániás« vonásai miatt a gyógyszeres támogatás célszerűtlen, larvált suggestióhoz, pl. a fentiek »placeboi«-hoz folyamodhatunk. Mindezek ellenére az alkoholisták sorsának, családi és társas környezetének a rendezése nélkül a »bifokális« somatopsychotherapia kilátásai is kevéssé kecsegtetőek. Az ún. »gyógyító-csoportok«, vagyis a gyógyult alkoholisták abstinentia-egyesületei, a volt-alkoholisták sociotherápiás ellátásában szinte nélkülözhetetlenek. Ugyanez a célja az egy-két évig tartó, hetenkénti egyszeri ülésre szervezett *»outpatient«* (ambuláns vagy gondozói) *csoport-therapiának,* mert — Prof. *E. C. Hoff* szavait idézve — »a csoport-therapia során az alkoholisták megtanulnak egymáson és önmagukon segíteni, önmagukért és másokért felelősséget vállalni, tehát felnőtté válni.«

Több előadó a visszaesések okaival és körülményeivel foglalkozott. *J. B. Kendis* szerint az alkoholisták gyógykezelésére sok esetben az orvosok elutasító és ellenséges beállítottsága hat hátrányosan.

K. Kryspin-Exner, nagy gonddal és körültekintéssel elemzett több száz esete, éspedig a 3—10 év múltán is gyógyultnak minősített 40%-os és a minduntalan visszaeső, tehát megoldhatatlan 20%-os hányad összevetése alapján ezt emelte ki:

1. Az ismételt felvétel, psychopathia, dementia, idült társ-betegségek és szövődmények, továbbá »korai alkoholizmus« korai kontrollvesztéssel és palimpsestusokkal, valamint az »eleve állhatatlan« munkakészség és a megoldhatatlan konflikt-situatiok *kedvezőtlen, rossz kórjóslatra mutatnak.*

2. A hosszabb betegség és a lassan kialakuló, ill. idősebb korban fellépő alkoholizmus, továbbá a reverzibilis szervi károsodások és psychosyndromák, megtartott részleges vagy teljes betegségbelátás mellett s végül »symptomás alkoholizmus« neurotikus és psychotikus betegeknél: ezek *kedvező, jó kórjóslatot jelentenek.*

A. Matova a prágai *»Apolinar«*-ban mintegy 15 évvel ezelőtt kidolgozott, *J. Skála* által bevezetett *»therápiás regime«*-t és eredményeit ismertette. E módszer főtörekvése: ránevelni a betegeket arra, hogy a *frustatiós érzéseiken, feszült, szorongó, deprimált állapotaikon a rendszeres tevékenység és a »természetes euphoriát« nyújtó akaraterő segítségével felülemelkedhetnek.* Vázlatosan: az I. héten detoxikáló kezelés folyik, a II.-on a kivizsgálás befejeződik; a III—IV. héten *Antabus,* az V.-en *Emetin +Apomorfin* kezelést végeznek. A VII. héten a betegek *a kijózanító állomáson* kisegítő szolgálatot teljesítenek. A IX. hetet *Lojovicén* töltik az »Apolinar«-hoz tartozó munkatherapiás elvonóintézetben »terrain therapián«; a XI.-en pedig a *Bohnice-i* elmegyógyintézet bűntettes alkoholistákat ellátó 75-ágyas osztályára mennek. A XII. héten *megismétlik az Emetin-Apomorfin kezelést,* míg a közbeeső VI., VIII., X. és végül a XIII. héten nappali szanatóriumba kerül-

*het*nek, azaz félig hazamehetnek, ... ha megérdemlik, mert elég sok »jó pontot« szereztek Ti. az »Apolinar«-ban a napi, heti, havi program minden mozzanatát *jó és rossz pontokkal* mérik. Ezektől függ minden engedmény. *A csoportos psychotherapia* is *»didaktikus«* jellegű. A betegek előadásokat hallgatnak, ezeket megvitatják; meghatározott »tanterv« szerint »alkohol elleni textusokról« tanulnak, »házi dolgozatokat« írnak; kezelésükről, javulásukról naplót vezetnek, és így tovább ... A helyes, fegyelmezett magatartást, jó tanulást, gondos naplóvezetést, stb. »jó«, míg a helytelen, nem-disciplinált magatartást »negatív« pontokkal mérik. A kezelés után az abstinentiára beállított betegeket *therápiás klubokba* sorolják be.

A háromhónapos »therápiás-regime« bevezetése óta az »Apolinár«-ban végzett munka tartósan eredményes volta 24,3%-ról (1950—52) 53,2%-*ra* (1959—61) javult s a korai recidivák részaránya 44%-ról 17%-ra csökkent. A heti és napi program ismertetése igen messze vezetne, ezért csak az alábbiakat szeretném kiemelni:

Aversiós (Emetin + Apomorfin) kezelést az »Apolinar«-ban kidolgozott és bevált metodikát követve Csehszlovákiában naponta kétszer vagy háromszor végeznek, egy vagy két héten át, tehát összesen 12—36 »ülésben«. Az Antabus-Alkohol-Reakciót viszont csak egy ízben, »információképpen« hozzák létre, amit a tanácsadók is vállalnak, de apomorfin kezelést ambulanter Csehszlovákiában *sem* végeznek.

A konferencia hetedik napjára az alkoholizmushoz társuló és szövődő betegségeket tűzték ki. *Levendel László* a tbc-s alkoholisták gyógykezelési eredményeit és problémáit ismertette. *L. Schmidt* (NSZK) az alkoholbetegek klinikai vizsgálatairól, míg a két prágai belklinika igazgatója, Prof. *V. Hoenig*, illetve *K. Herfort* az alkoholos máj-, és pankreas-károsodásokról adott elő.

A továbbiakban röviden összefoglalom, hogy *az alkoholizmus milyen súlyos társadalmi és népegészségügyi probléma Cseszlovákiában és a küzdelem milyen módszerekkel, intézményekkel és intézkedésekkel folyik ellene.*

A szeszes italok fogyasztása a CSSR-ban *is* egyre növekszik. 1954-ben 14 milliónyi lakosság »még csak« 5,5 milliárd K-t költött szeszes italokra, 1964-ben már 8,5 milliárdot. Ugyanezen idő alatt az absolut alkohol-konzum egy évben egy főre 3,8 literről 6,8 literre nőtt. Ennek kétharmadát a sör fogyasztása képezi. A bor-fogyasztás az utolsó harminc évben alig változott s alig 18—20%-a az összfogyasztásnak, a tömény italoké pedig jelentősen csökkent. Az utóbbiak évi »fejadagja« 1950-ben még közel 4 liter volt, 1965-ben »már csak« 2,7 liter. Ugyanakkor az évi 130 literes »sörfejadag« azt jelenti, hogy a sörfogyasztás terén Csehszlovákia az egész világon az *első* helyen áll. Mindezt — legalábbis jórészt — a szeszes italok fogyasztását módosító árpolitika hozta létre, mellyel a fogyasztókat az alacsonyabb szesztartalmú és több »táplálékot« tartalmazó sör felé terelték. Csehszlovákiában a sör ma is ugyanannyiba kerül mint 1938-ban, (!), jóllehet az élelmiszerek, pl. a hús, tej, cukor stb. ára sokkal magasabb. A borok árát 50%-kal, a tömény italokét pedig 400%-kal emelték fel. Jelenleg 1 liter 40%-os rum áráért 30 liter sört lehet venni. A kétezrelékes vérszinthez »szükséges alkohol-dosist« a fogyasztók sörben 8,60 K-ért, borban 17,0 és rumban 20,0 K-ért vásárolhatják meg. Ezért a csehszlovák szakemberek most arra törekszenek, hogy a sör árát felemeltessék. *J. Skála* szavait idézve: »A közgazdászok megfeledkeznek arról, hogy az állam bevételeiben nem minden korona egyenlő értékű!«. Az orvosok és a közgazdászok között Csehszlovákiában *is* ez az alapvető ellentmondás: az utóbbiak nem akarnak tudomást venni arról, hogy *a szeszes italok fogyasztásának bármiféle emelkedése anyagi kihatásaiban is messze meghaladja az alkoholfogyasztásból származó bevételt.* A WHO becslései szerint 100 főből, akik mindennapos »mérsékelt fogyasztók«, évek múltán 15—20 alkalmasint vagy rendszeresen »nagyivóvá«, iszákossá, és 3—5 fő alkoholistává lesz. Világos, hogy ha a mindennapi fogyasztók száma nem egymillió, hanem hárommillió fő, akkor az iszákosság várható és valószínű kockázata nem 150—200 000, hanem 450—600 000, az alkoholizmusé pedig nem 30—50 000, hanem 90—150 000 »eset«. S minél jellemzőbb egy társadalomra nézve az, hogy a »tizen ... évesek« mindennapos vagy gyakorlati italfogyasztók, annál »biztatóbb« e kockázat várható eredménye(!).

Az alkoholizmus-endémia helyzetképét a szeszes italok fogyasztásának állandó emelkedése, a szabados ivási szokások elterjedése, a közvélemény helytelen, immár kártékony módon elnéző nemtörődömsége jellemzi Csehszlovákiában is. Az alkoholisták egészségügyi ellátása pedig három intézményre hárul: a *kijózanító állomásokra,* melyek rendszerint *tanácsadókkal* működnek együtt és *elvonó-osztályokra,* melyek mintegy 700 kórházi ágyat képviselnek. 48 kijózanító állomásuk van, összesen 411 ággyal (fektetővel); ezek 1965 folyamán 31 720 esetet láttak el. A kijózanító állomások részint önállóak, részint együttműködnek az azonos területet ellátó tanácsadó, gondozó állomással. Az utóbbiak egy része önálló, vagyis kijózanító nélkül dolgozik. Csehszlovákiában összesen 205 tanácsadó van: ezek 1965-ben közel 90 000 esetet láttak el. Az elmeosztályokon — intézetekben és klinikánkon (Csehszlovákiában *minden egyetemen külön psychiátriai tanszék és klinika van)* sorra létesülnek alkoholelvonó osztályok, melyek többnyire a *J. Skála* által kidolgozott »therápiás rezsim«-et követik. Az önkéntesek kezelése 1—4 hónapig, a kényszereseké 3—12 hónapig tart. A munka-therápia jobbára mezőgazdasági jellegű (konyhakert, gyümölcsös, gyógynövénytermelés, fakitermelés, stb.). A somatikus kezelés kombinált (emetin — apomorfin + Disulfiram). A psychotherápiás kezelés csoportos. Ugyanez (kisebb-nagyobb helyi különbséggel) elmondható az *»Apolinar«*-hoz tartozó *Lojovice*-i intézetről, a Bratislava határában *Dr. Turček* által létesített *»Dubravká«*-ról, illetve a *nyitrai* kórház psychiátriai osztályáról. Az utóbbiról még megemlíteném, hogy az ott épülő, új alkoholelvonó osztályrészlegen *Dr. Miššik* egy épületben, együtt és mégis elkülönítve, helyezi el a kijózanítót, tanácsadót, s a kórházi osztályt műhelytherápiás helyiségekkel (kerámia, fotolabor, artetherápiás szoba, stb.) és olyan társalgóval együtt, ami a volt-alkoholisták számára klubhelyiségül szolgálhat. Ezzel a sociotherápiás utókezelés »beköltözhet és »rátelepülhet« az aktív kezelést végző kórázi osztályra és az elvonó-kezelést előkészítő kijózanító, szűrő- és gondozó-állomásra.

Fentieket összefoglalva megállapíthatjuk: Csehszlovákiában az alkoholizmus-endémia helyzetképe majdnem olyan súlyos, mint nálunk; az alkoholisták ellátása viszont mennyiségileg is, minőségileg is megfelelőbb és igényesebb módon történik. Ez tapasztalható a régebben létesült és a most alakuló intézményekben egyaránt. Érthető, hogy az ICCA XII. Nemzetközi Szemináriumára 22 országból összesereglett mintegy 500 résztvevő elismeréssel fogadta a hallottakat és a látottakat. *Kardos György dr.*

Folyóiratreferátumok

Orvosi pszichológia

Sarokba szorítva! Dialogus. Brody, L. S. (Department of Psychiatry, University of Southern California, Los Angeles, Calif.) International J. Group Psychother., 1966 *16*, 463—483 és *Diszkusszió* 484—500.

A párbeszéd — ez a dolgozat irodalmi alakja — a szerző és csoport pszichoterápiás szupervizora között hangzik el, a szerző pszichoterápiás kiképzése során.

Brody szabadlábra helyezett bűnözők egy terápiás csoportját vezeti. A tagokat a törvény kötelezi szabadulásuk után egy pszichoterápiás csoportban való részvételre. Brody nem boldogul velük a »konvencionális« módszerekkel, csak hallgatnak vagy ellenséges megjegyzéseket tesznek, úgy érzi az üléseken, hogy veszélyben van, sarokba szorították. Nem tud őszinte lenni a csoporttagokkal. Szupervizora véleménye szerint a csoportpszichoterápiát a spontán és őszinte interakció mozgatja. Tanítványa felelősnek érzi magát a csoportért, úgy érzi tennie kell értük valamit, azt érzi, hogy a csoport ebben akadályozza őt, szembeszegülnek vele, támadják, nem tud spontán lenni, görcsben van. Felettesei, akik rábízták a csoport vezetését azt mondták neki: »ha rossz taktikai húzást csinálsz, a fickók rabolhatnak vagy gyilkolhatnak.« A párbeszédből nem derül ki, valóban elhangzott-e ez a mondat vagy csak a terapeuta fantáziájában él, mint nyomasztó felelősségérzésének racionalizálása. Szupervizora azt javasolja, viselkedjék a csoportban éppenúgy, mint ahogy pajtásai körében szokott és ha hallgatnak, mondja azt például: »Itt nem történik semmi. Mindenki hallgat mint dinnye a fűben.« Legyen természetes. Ha a páciensek megérzik, hogy a terapeuta előírások szerint viselkedik, akkor ezekhez igazodnak abban az esetben, ha alkalmazkodni akarnak és megszegik őket, ha nehézséget akarnak okozni a terapeutának. Szupervizora szerint a csoport legyen önmagáért felelős és ezt tudtukra is kell adni valamilyen mellékesnek tűnő megjegyzésben. Ez elősegíti azt, hogy felelősséget tudjanak vállalni cselekedeteikért: Ha viselkedésük zavarja a terapeutát, mondja ezt meg nekik, például így: »Nem, ne csinálják ezt, ez borzasztó!« Szóval legyen spontán és természetes. Lássák a csoport tagjai, *mit vált ki a terapeutában a viselkedésük.* A terapeuta ne legyen »szülő«, hanem valaki, akinek a társaságában jól érzik magukat. Megérzik a terapeuta elhárításait, ha nem is mondja ki őket, a non-verbális közlés, az affektus a lényegesebb kommunikációs eszköz. A leghelyesebb, ha minimalizálja a vezető-terapeuta felelős, kritikus, omnipotens, embertelen szerepét. Fel kell keltenie érdeklődésüket a »terápiás élmény« iránt. Az aktuális feladatot ebben a csoportban a szupervizor abban látja, hogy a terápeuta elérje azt, hogy a csoport-tagok *el tudják magukat engedni* egy tekintély jelenlétében. Ehhez azonban az szükséges, hogy *a terapeuta is el tudja magát engedni*, ne töprengjen azon mit mond majd. Amennyire lehet ne tegyen fel kérdéseket, inkább komentáljon. Jó elvnek tartja a terapeuta saját reakcióinak verbalizálását, ha erre alkalmasnak látszik a helyzet. Például: »Unatkozom, a többiek hogyan érzik?« A csoport-tagokat önismeretre kell tanítani és erre legjobb módszer a példamutatás.

A csoportpszichoterápiás tanítvány a dolgozat második részében beszámol arról, magnetofon felvételekkel illutszrálva, hogyan vált be spontán és természetes viselkedési kísérlete a bűnözők e csoportjában.

A csoport-munka lényegesen megjavult, a csoport-tagok agressziv itása a vezetővel szemben kifejezetté vált és barátsággal ötvöződött, előhozták személyes problémáikat. A terapeuta sokkal jobban érezte magát a csoportban, nyugodtabb és spontánabb lett, sokkal inkább ki tudta fejezni, mit érez a csoportban.

(Ref.: A dolgozatban két elv nyilvánvaló: az egyik a relaxáció elve, ahogyan azt nálunk Ferenczi Sándor és Hajdú Lilly megfogalmazta: a pszichoterapeuta hűvössége és elzárkózottsága (a merev szakmai szerepek) a beteggel szemben lehetővé teszi az infantilis küzdelem folytatását a felnőtt tekintélye ellen és ugyanazt a karakter- és tünetreakciót váltja ki, amely a voltaképpeni neurozis alapját képezte. Az elengedettséggel, amely érezteti a beteggel, hogy ugyanazon vágyak, érzelmek és fantáziák, amelyeket ő archaikus módján fejez ki, bennünk is megvannak, közöljük a beteggel, hogy ő nem más mint a többi ember. A »hivatásbeli képmutatásról« való lemondás nem a mi nívónk csökkenését, hanem a beteg én-jének nívó emelkedését vonja maga után.

A másik elv a viszontindulatáttétel értelmezésének elve, azaz a páciens által a terapeutában kiváltott hatások verbális kifejezése, más szavakkal a szociális feed-back tudatosítása. A két elv egymást feltételezi.)

A dialógust követő vitában 16 oldalon követhető, mekkora port vert fel a lapban ennek a két elvnek a közlése.

E. Fried rámutat, hogy ahhoz, hogy a terapeuta viszontindulat-áttételes értelmezéseket adhasson, saját pszichoterápiás élmény alapjan érzelmi függetlenséget kellett elérnie, hogy betegei érdekében szabadon választhassa meg az alkalmas közlést. Spontaneitás az ember saját érzelmei és gondolatai alapos ismeretének eredménye. Lényegesnek tartja a kommunikáció tartalma mellett annak interperszonális jelentését. *Slavson* úgy látja, hogy ennek a csoportnak az ellenségessége mögött mélyen elfojtott szorongás húzódik meg, ennek feloldására helyesnek tartja a tanácsolt könnyedséget és spontaneitást a terapeuta részéről. Acting-out betegeknél (szociopaták) lényeges a terápia kezdetén pozitív érzelmeket gerjeszteni a terapeuta iránt, csak ennek kialakulása után lehet tőlük ön-elemzést és introverziót kívánni. A terapeuta non-verbális kommunikációi sokkal könnyebben és hatásosabban érik el a beteg tudattalanját, mint szavak. *Spotnitz* szerint helyes az, hogy a csoportpszichoterápiát inkább operacionális elvek, mint szabályok szűk készlete alapján vezessék. Szerinte a csoport-szupervízio nem oldja meg a terapeuta érzelmi nehézségeit, ez azokat csak megkerüli, a terápeutának személyes pszichoanalízisre van szüksége. A szupervizor abban segíthet, hogy a tanuló felismerje azt, hogy nehézségei vannak és változásra van szüksége.

Hidas György dr.

☆

A pszichotherápia oktatásának szervezése, problematikája és feladatai. Hans Hoff és H. Strotzka (Egyetemi Idegklinika, Wien): Z. Psychother. med. Psychol. 1965, *15*, 24—31.

A pszichoszociális okok által előidézett zavarok száma egyre nő az egyre erősebben iparosodó országokban. Ezzel együtt fokozódik a pszichotherapeutákban mutatkozó szükséglet, állapítja meg Hoff professzor a wieni idegklinika pszichotherápiás tanintézetéről szóló beszámolójában. Véleménye szerint Ausztriában is szükség van külön pszichotherápiás szakkiképzésre. A kiképzés klasszikus modellje a pszichoanalitikus képzés, ennek hátránya az, hogy senkit nem lehet akkora idő- és energiaráfordításra kötelezni, mint amekkorát ez megkíván.

Hoff professzor a pszichogén betegségek megértésének alapját a pszichoanalízis elméleti modelljében látja. A klasszikus pszichoanalízist azonban csak a pszichoterápiára szorulók 10—15%-ában látják javasoltnak, a többi betegnél analitikusan orientált pszichoterápia,

csoport-pszichoterápia, training- és szuggesztív módszerek jönnek szóba. A kiképzés gerincét, amennyiben valamilyen okból nem jön szóba kiképző analízis, a „csoport-szupervízió" alkotja. Ennek a csoport-munkának a módszere közbülső helyet foglal el az egyszerű esetszemináriumok és a csoportpszichoterápia között, a csoportvezető a tagok aktív közreműködését biztosítja, és a csoportra mint egészre vonatkozó értelmezéseket ad. A csoportokat az önkéntesség alapján szervezik. Az önkéntesség és a csoportdinamika kiválasztási folyamata az alkalmatlanokat kirostálja.

Konkrét eseteket nem beszélnek meg rendszeresen ezekben a csoportokban, csak elvi és személyes problémákat, amelyek a pszichoterápiával és szupervíziós (ellenőrző) munkával kapcsolatosak. Véleménye szerint a csoport-ellenőrzés módszere nem kompromisszum tanítás és pszichoterápia között, hanem egy önértékű és törvényű új forma. Elméleti szemináriumaikban különböző pszichoterápiás iskolák elméleteit és módszereit tanítják. Amikor a jelöltek elértek egy bizonyos szintet az elméleti kiképzésben, a klinika ambulanciájáról beteget kapnak ellenőrzött pszichoterápiás kezelésre. A wieni klinikán a kiképzés időtartama jelenleg 3 év. Tapasztalatuk szerint a fiatal orvos nemzedékben igen csekély spontán érdeklődés van csak a pszichoterápiás képzés iránt. Ennek egyik oka, hogy az egész orvos képzés a hallgató érdeklődését az organikus folyamatokra irányítja, semmit nem tanítanak pszichodinamikáról és pszichoszociális kapcsolatokról, pszichoterápia és szociál pszichiátria általában valami háttérbe szorított ága a medicinának.

Hidas György dr.

☆

Neurozisok rövid-pszichotherápiájáról. R. Furger (Egyetemi pszichiátriai poliklinika. Zürich. Igazgató: prof. M. Bleuler): Psychother. Psychosom. 1965, *13*, 434—448.

Napjainkban a pszichotherápia egyik központi problémája — a létező hosszú ideig tartó és nem célzott kezelési módszerek mellett, amilyen például a pszichoanalízis —, rövid és meghatározott célkitűzésű eljárások kidolgozása. A szerző Zürichben, Manfred Bleuler mellett dolgozott ki egy ilyen eljárást, amely szerinte alkalmasabb egyszerű, a pszichológia iránt kevésbé érdeklődő, inkább a gyakorlati eredményekre beállított emberek kezelésére, mint a Londonban Bálint Mihály irányításával kidolgozott rövid pszichotherápiás módszer (Malan, D. H.: A Study of Brief Psychotherapy). Az eljárás úttörői Ferenczi Sándor, Rank és Stekel. A lelki gyógyulás — leegyszerűsítve — fejlődés jellegű utánérés, az infantilis tartományokban lekötött erők szabaddá válása, a rögzítődött hibás beállítódások feloldása által. A rövid pszichoterápiának nem célja a kezelés ideje alatt a beteg személyiség fejlődési folyamatát alakítani, a beteget csupán egy zsákutcából kívánja kivezetni, szabaddá akarja tenni számára a helyes irányba való fejlődést saját erejéből. Elvben sokféle rövid pszichoterápiás módszer lehetséges. Minden ilyen eljárás lényeges alkotórésze meghatározott időre szóló és körülírt célú kezelési terv. Feltételezhető, hogy meghatározott területen történő sikeres fejlődési lépés hatalmas indukáló hatást gyakorol a spontán öngyógyító erőkre. Ennek a lépésnek nem kell okvetlenül a központi kauzális konfliktus területén történni. Elegendő, ha jelentős vagy példamutató problémát illetően következik be. A tervezés igen fontossá teszi a kezdeti, diagnosztikus exploráció szerepét. A szerző esetismertetésében a 6 hétig tartó 18 terápiás ülésből álló pszichoterápiát 3-nál több diagnosztikus explorációs ülés előzte meg.

A szerző szerint rövid pszichoterápiában az orvos-beteg kapcsolatot nem az egyéni tapasztalatokon alapuló, intenzív, intim-személyes relációk határozzák meg, hanem az orvos és a beteg kulturálisan intézményesített személyek feletti szerepe. Ez szerinte lehetővé teszi a kezelés során az orvos személyének zavart nem okozó cseréjét is. A terápiás terv kidolgozásakor az orvos azt is eldönti, milyen témát dolgozzon ki a beteggel. A témát két kritérium szerint választja: 1. olyan probléma, amelyik nyilvánvalóan és belátható időn belül megoldhatónak látszik; 2. amelyik a beteg számára érzelmileg fontos, mert csak ez biztosítja a hatásos pszichoterápiás élmény lehetőségét.

(Ref.: A dolgozat fontos gondolata, hogy pszichoterápiás módszerek kidolgozásánál tekintetbe kell venni ökológiai és szociál-pszichológiai szempontokat is. Fontos tényezők az orvos elméleti beállítottsága, képzettsége, a betegek szociális rétege, kulturális háttere, műveltsége. Malan-ék beteganyaga magas fokon kiválasztott populációból áll, dominálnak közöttük a „magasabb hivatások" és a jó belátó képességű emberek. Az orvosok munkacsoportban dolgozó pszichoanalitikusok.

Eljárásokat nem lehet sematikusan átvenni, adaptálni kell őket az adott társadalom adottságaihoz.)

Hidas György dr.

Szív és érsebészet

Aortagyök aneurysma. Najafi Hassan, JAMA. 197. 2, 133.

Az aortagyök aneurysmái általában szívközelben fejlődnek ki. Emiatt jelentősebbek a distalisabb elhelyezkedésű elváltozásoknál, mert kialakulásuk aorta insufficientiát eredményezhet.

Az elváltozás aetiologiáját illetően a szerző három lehetőséget említ:

1. cysticus medionecrosis,
2. syphilis,
3. arteriosclerosis.

Tapasztalat szerint az első a leggyakoribb ok. Ez az elváltozás degenerativ jellegű, nem gyulladásos. Az így kialakult aneurysma »fusiformis« typusú, kezdetben a media elasticus állományának körülírt degeneratiója mutatható ki. A kórki-alakulás során a media tágul s ez az intima repedését okozza, dissectióhoz vezethet. A szöveti elváltozás alapja örökölt defectus is lehet (pl. Marfan syndromával előforduló esetekben). A syphilis és arteriosclerosis által okozott elváltozás hasonló az előbbihez, ezeknél azonban az intima sérülés elsőként jelentkezik.

A leggyakrabban azonnali halált okozó disssectio mellett az aorta insufficientiához vezető kórforma a legjelentősebb, mert ez könnyen felismerhető és műtéttel gyógyítható.

Az aneurysmát kísérő aorta insufficientia klinikumával kapcsolatban a szerző megjegyzi, hogy ez tünetmentes is lehet. Ha tünetek jelentkeznek, akkor ezek: substernális fájdalom, heveny balkamra gyengeség — utóbbi a kórlefolyás során akár többször is előfordulhat —, továbbá aorta insufficientia typusos fizikális jelei, ill. a vena cava superior elzáródásának tünetegyüttese.

A következőkben a szerző saját esetét ismerteti: a 49 éves férfibeteget néhány hónap alatt két ízben, decompenzált állapotban vették fel a kórházba. Legutolsó felvételekor súlyos aorta insufficientia tünetei voltak kimutathatók (peckelő pulzus, »hyperkinetikus praecordium«, balkamra tágulat, typusos helyen hallható, fúvó diastoles zörej). Rtg-vizsgálattal prominens aortaívet, szívnagyobbodást láttak. EKG-on bal szív túlsúly és bal szárblokk; PKG-on »gyémántformájú« diastolés zörej látszott. A beteg anamnézisében rheumás láz, endocarditis, syphilis nem szerepelt. Retrograd aortographiával a feltételezett diagnosist igazolni tudták. Hónapokkal később műtétet végeztek. Ekkor kiderült, hogy az aneurysma az elülső mediastinumot kitöltötte. A dissectio megelőzésére az arteria és vena femoralisba kanült kötöttek. Billentyű prothesist helyeztek be, elvé-

gezték az aneurysma resectióját s műanyag pótlást alkalmaztak. Szövettanilag cysticus medionecrosist mutattak ki. A beteg meggyógyult.

Végül a szerző összefoglalja, hogy a gyöki aneurysmák progressiv jellegük miatt halálhoz vezethetnek: 1. ruptura útján, 2. a koszorúserek, vagy más vitális arteriák érintésével, 3. az aorta insufficientia okozta heveny szívelégtelenség által. Sebészi megoldás 1956 óta lehetséges (Bahnson, Nelson). Abban az időben maga az aneurysma és nem a következményes aorta insufficientia állott a kérdés középpontjában. Nyilvánvaló azonban, hogy az utóbbi megoldása látszik jelentősebbnek. Ez napjainkban műanyag billentyűk beültetésével elérhető, hacsak a dissectiót követően billentyű eltolódás nem keletkezett.

Lamboy László dr.
Okos Gizella dr.

☆

Az arteria iliaca communis aneurysmájának a coarctatio aortaenak együttes előfordulása. Segal B. L., MD, Bower R., MD and Nadkarni B. G. MD. JAMA. 197. *8*, 660.

Abbott összegyűjtött anyagában 200 coarctatio aortae-s esetből 39-ben talált aorta aneurysmát is. Más szerzők 7—23%-os együttes előfordulást figyeltek meg. Skandalakis és társainak statisztikája intra- és extrathoracalis aneurysmákat ismertet. Utóbbiak leginkább az art. mesenterica sup., art. anonyma, art. vertebralison fordulnak elő és csak ritkábban az art. iliaca communison.

A szerzők saját anyagukból 37 éves nőbeteg esetét ismertetik, aki jobb alhasi fájdalmakkal került be kórházukba. Ezek a fájdalmak a jobb alsó végtagba sugároztak. Anamnesiséből kiderült, hogy hasonló jellegű panaszok miatt 2 évvel előbb hysterektomiát végeztek nála, eredmény nélkül. A felvétel előtt 3 évvel »felnőtt típusú« postductális coarctatio miatt műtét történt, amely után normális art. femoralis pulsatio mutatkozott. A jelenlegi vizsgálatokkal a felső végtagon 120/80, az alsó végtagon 140/90 Hgmm-es vérnyomást találtak. A bal iliacalis árokban 6 × 3 cm nagyságú, pulsáló resistentiát tapintottak, felette hangos surranást észleltek. Translumbális aortographiával mindkét oldali arteria iliaca communison aneurysmát találtak. A jobboldalit resecalták, a baloldalit Dacron hálóval burkolták. A beteg a műtét után tünet és panaszmentessé vált.

A következőkben a szerzők e ritka esetek pathogenesisát tárgyalják: Sellors szerint a coarctatioval járó billentyű anomáliák endocarditisre hajlamosítanak és a peripheriás aneurysmák septicus embolizátiok következményei lehetnek. (Saját esetükben coarctatio műtétjénél nem találtak bicuspidalis typusú aorta billentyűket, pedig a vizsgálatok alapján az aneurysmák a műtét után fejlődhettek ki.) Feltételezhető az arteriák falának congenitális gyengesége, általában megtalálható az elasticus elemek destructiója. Egyéb fejlődési rendellenességekkel együtt előforduló aneurysmák esetében (arachnodaktylia) az arteria fal gyengesége valószínűleg chondroitin-sulfat anyagcsere zavarával áll összefüggésben.

Azt a tényt, hogy az aneurysmák gyakran érelágazások táján találhatók, Sellors a szöveti structura helyi megváltozásával magyarázza. Mások nem veleszületett gyengeséggel, hanem a kóros haemodynamikai viszonyok érfalra gyakorolt hatásával magyarázzák az elváltozást. Eszerint a coarctatio következtében alacsonyabb nyomáshoz alkalmazkodott erek a műtét utáni nyomásnövekedés hatására kitágulnak s így aneurysma keletkezik.

A szerzők a kettős éranomalia kialakulásáért részben az erek congenitális gyengeségét, részben a kóros haemodynamikai viszonyokat teszik felelőssé.

Lamboy László dr.
Okos Gizella dr.

☆

A pulmonalis embolia megelőzése plasztik vena cava clippel. Miles R. M. Ann. of Surg. 1966. *163*, 2. 192—198,

A vena cava inferior részleges elzárásának több módja használatos 1958 óta — a komplet cavalis lekötésen kívül — a tüdőemboliák megelőzése céljára. Ilyenek a De-Weese-féle szűrő, a Spencer-féle plicatios módszer és a Moretz-féle lumen-szűkítő clamp. Eme eljárások közös elve a cava keresztmetszet szűkítése, ill. megosztása, azért, hogy a lethalis nagyságú embóliák a szűkítés helyén fennakadjanak, de a normalis vérkeringést ne akadályozzák. E módszerek tehát a v. cava lekötését kívánják helyettesíteni, miután a teljes elzárás 30—60%-os munkavégző-képesség csökkenést okozó következménnyel jár. A szerző 2 éves klinikai tapasztalatról számol be »serrated« Teflon clip-pel, amely azt a célt szolgálta, hogy a széles v. cava lument több csatornasorra osztotta, olyan kis csatornákra, amelyeken keresztül lethalis nagyságú embolusok már nem juthattak keresztül. E clip-ről úgy gondolta, hogy hatékonyabb, mint a közölt egyéb eszközök és felhelyezése retroperitoneális úton nem járt nehézséggel. 20 esetében a venás nyomás a clip felhelyezése után nem nőtt lényegesen (kb. csak 10%-kal), további emboliát sem észlelt, kivéve egy agydaganatos beteget. 2 beteg halt meg (10%), ugyanakkor egy v. cava lekötéses csoportból (33 eset) ötöt vesztettek el (15,2%). A 2—24 hónapos megfigyelés során alsó végtag oedemát a 14 praeoperativ oedémások között 7 esetben, a 6 praeop. oedéma nélküliekből pedig 2-ben találtak. A szerző véleménye szerint indikált a cava clip alkalmazása ismétlődő olyan pulmonalis emboliáknál, amelyek az alsó végtagból vagy a medencéből származnak, és ha az anticoagulánsok ellenjavaltak, hatástalanok, vagy szövődményt okoznak. Ezen túlmenően jogosult lehet a clip profilaktikus feltétele olyan betegek hasműtéte előtt, akiknek megelőzően v. ileofemoralis vagy cavalis thrombectomiájuk volt. Az elért eredmény előnyös — a v. cava lekötéshez viszonyítva — és a szerző a lekötés helyett ajánlja, kivéve a septicus thrombophlebitist, amelyben a lekötés a helyénvaló.

Kós Rudolf dr.

☆

Implantalt, mechanikus segítő szívkamrával szerzett klinikai tapasztalatok. A. Kantrowitz, T. Akutsu, P.-A. Chaptal, J. Krakauer, A.-R. Kantrowitz, R.-T. Jones. JAMA. 1966. *197*, 97.

A szerzők 1966. február 4-én mechanikus segítő szívkamrát implantáltak egy 33 éves betegbe, aki idiopathicus cardiomyopathia miatt hosszú idő óta balszív elégtelenségben szenved. A készüléket — mely lényegében kívülről szabályozható pneumaticus rendszerű pumpa — az aorta ascendens és descendens közé iktattak be, az arcus aortae átvágása és az átvágott végek elvarrása után. A műtétet controllált hypotensio védelmében végezték. Sikeres intraoperativ resuscitatio után a normalis haemodynamikai viszonyok (normális systemás vérnyomás és bal pitvari nyomás) akkor állottak helyre, amikor a segítő kamra 35—40 ml pulsustérfogatot szolgáltatott.

A közvetlen postoperativ periódusban mesterséges lélegeztetés mellett a beteg vérnyomása normális maradt, sensoriuma visszatért. 7 órával a műtét után transfusio adásával corrigálható vérzés lépett fel, majd 1 óra múlva fokozatosan (180/min.-ig) emelkedő tachycardia keletkezett. 11 órával a műtét után bal pitvari és centralis vénás nyomásemelkedéssel egyidőben peripheriás arteriás nyomáscsökkenés következett be, és 20½ óra múlva a beteg meghalt — feltehetően a befolyásolhatatlan tachycardia miatt.

A szerzők úgy vélik, hogy a mechanikus segítő kamra képes támogatni a keringést acut- vagy chronicus balszív elégtelenség eseteiben.

Addendumban röviden közlik második esetüket 13 napos túléléssel.

Temesvári Antal dr.

☆

A tricuspidalis billentyű pótlása szerzett billentyűbetegségben. Starr A. és mtsai (Dept. of Surg., University of Oregon Medical School, Portland) Surg. Gyn. Obst., 1966, *122*, 1295—1310.

1960 szeptembertől 1965 szeptemberig 31 szerzett tricuspidalis billentyű megbetegedésben végeztek billentyű beültetést. Két beteg meghalt műtét közben, kettő pedig később thromboembolia következtében. Minden betegen klinikai és haemodynamikai javulás következett be a műtét után, de különböző és előre meg nem mondható mértékben. A betegek többségénél az eredmény »látványos« volt. A tricuspidalis billentyűbetegség sebészi kezelésének szükségességét a szerzők szerint 3 megfigyelés igazolja. Kilenc betegből nem lehetett volna eltávolítani a cardiopulmonalis by pass-t a tricuspidalis billentyű cseréje nélkül. A szív munkája a korai post op. szakban hirtelen és veszélyesen gyengül, ha a többi billentyű megbetegedése visszamarad. Az előrehaladt, többszörös billentyű megbetegedés kezelésének sikere sokkal inkább minden kóros elváltozás korrekciójától, mint a műtéti beavatkozás nagyságától függ.

Vas György dr.

☆

14 év tapasztalatai az emberi coronaria elégtelenség sebészi kezelésében. Vineberg A. M. (Sub-Dept. of Cardiac Surg., Royal Victoria Hospital, Montreal): Canad. Med. Ass. J. 1965, *92*, 325—332.

Éveken keresztül végzett állatkísérletek után a szerző kétszáznál több beteget operált meg az arteria coronaria elzáródása miatt. A sebészi beavatkozás célja, hogy extracoronariás collateralisokat hozzon létre, illetve azok képződését elősegítse. Intramyokardialis collateralisok általában spontán kialakulnak. Választott műtéti eljárásnak az art. mammaria int. szívizomba való implantatióját tartja, omentotransplantatióval vagy anélkül.

Az elmúlt 14 év alatt operált betegeinél a műtéti mortalitás 2,9% volt. A műtéten átesettek több mint 70%-ában az általános állapot jelentősen elavult. Az elvégzett coronariographia a 29 implantált art. mammaria 76%-át 10 év után még átjárhatónak mutatta. Friss infarctus, trombózishajlam, hypertonia és diabetes a műtétet ellenjavallja.

Vas György dr.

A glukozéval végzett extracorporalis keringés kritikai vizsgálata 175 eset kapcsán. Trarieux M. és mtsai (Clinique Chir. des Malad. Cardiaques, Hopital du Tondu, Bordeaux) Ann. Chir., 1965, *19*, 11—16.

1958 és 1964 között extracorporalis keringés segítségével végzett szívműtét kapcsán 205 esetben a perfusio glukozéval történt. 175 beteg műtéti és műtét utáni kórlefolyását átvizsgálva kiderül, hogy a halálozás 20% volt. 38 betegnek szerzett, a többinek veleszületett szívbetegsége volt. Részletesen közlik az O_2, CO_2, a pH, a vizeletkiválasztás és a véralvadás adatait. A szerzők véleménye szerint az operabilis szívbetegségek műtétjében az extracorporalis keringés »vérfelhígításos módszerrel« a hagyományosnak megfelelő biztonsággal végrehajtható.

Vas György dr.

☆

A varicositas gyökeresen egységesített műtétjének eredményei 5 év tapasztalatai alapján. Birger I., Acta chir. scand. Suppl. 1965, *332*, 160—161.

A szerző véleménye szerint az alsó végtag varicositása a lábszár vv. communicantes elégtelensége következményeként alakul ki. Ezt az elméletet véve alapul, 1956—58 között 114 betegen 133 esetben minden varixot exstirpáltak és az insufficiens vv. communicantes-t lekötötték. 109 beteget 5 év után ellenőrző vizsgálatnak vetettek alá. A műtét eredményességét az oedema, ekzema, ulcus, varixok újramegjelenése és az esetleges egyidejű szubjektív panaszok alapján ítélték meg. Ideálisként jelöli meg a szerző az esetek 35%-át, amelyekben az említett tüneteket nem észlelték. Jónak fogja fel az eredményt 38,3%-ban, amikor csak a varixok jelentek meg újra. A többi betegnek többé-kevésbé kifejezett szubjektív és objektív panaszai voltak és így az eredményt a kevésbé jó, ill. a rossz kategóriába sorolja. A betegek 66%-ában a műtétet megelőzően sclerotisaló kezelés történt. A szerző megállapítása szerint a varixok injekciós kezelését a skandináv országokban egyre inkább elhagyják.

Vas György dr.

☆

100 mitralis insufficientia klinikai és haemodynamikai vizsgálata. Binda G. és mtsai (Ospedale Maggiore di Milano) Atti Accad. med. Lombarda. 1965, *20*, 84—88.

100 mitralis insufficientiában szenvedő betegről (26 férfi és 74 nő 2 és 57 év között) készült a közlemény. A betegeket koruk szerint öt csoportba osztották. A legsúlyosabb elváltozásokat a 31. és 40. év közöttieken találták, a károsodások 70%-a rheumás eredetű volt. Fizikális vizsgálattal leggyakrabban apicalis systolés zörejt találtak, amely a hónalj felé sugárzott ki, valamint a pulmonalis II. ékeltségét. Rtg-nel a legszembetűnőbb a bal szívfél hypertrophiája volt. A tüneteket a haemodynamikai vizsgálattal kapott eredményekkel összevetve állították fel a diagnózist. Megállapításuk szerint pitvari fibrillatio nagyon komplikálja a haemodynamikai képet.

24 beteget operáltak meg: kettőn valvuloplasztika, huszonkettőn pedig Starr—Edwards-protézis beültetése történt. Tapasztalataik szerint a műtét jelentősen megjavítja a betegség prognózisát.

Vas György dr.

☆

Endovenosus szívás, mint kiegészítő eljárás késői arteriális embolektomiákban. Jackson B. B. (Norton Mem. Infirm., Louisville): Surgery. 1965, *57*, 358—362.

Az elmúlt két évben 9 késői embolektomiát végeztek (12—96 órával az embolisatio után), amelyek során kiegészítésképpen a venából szívással eltávolították a thrombust. Az eljárás eredményeként a végtag amputatiója lényegében elkerülhetővé vált és csak a lábujjak gangraenescáltak, ill. felületes bőrelhalások keletkeztek. Egy korábbi, 25 embolektomiát magában foglaló sorozatban, 6 késői embolektomia után (venás leszívás nélkül) 4 esetben a végtagot a comb magasságában amputálni kellett. Az eredmények tárgyalása után a szerző részletesen ismerteti az alkalmazott műtéti technikát.

Vas György dr.

☆

Máj- és epeútbetegségek

A hepatitis utógondozás klinikai és szociális problémái. Burow, B., Hollmann, W., Vetter, K. Zschr. inn. Med. 1966, *21*, 567—572.

A hepatitis infectiosa nagy morbiditása, a chr. hepatitis és cirrhosis esetek szaporodása és az a körülmény, hogy helyes kezeléssel az idült esetek megelőzhetők, indokolják a hepatitis utógondozás szükségességét. A potsdami körzeti kórház két év óta végez ilyen feladatot. 477 betegből 408-at közvetlenül acut hepatitis után, 69-et heveny betegségük után egy-két évvel ellenőriztek folyamatosan, kezdetben 2—3, majd 4—6 hetenként, később 3 havonként, általában egy éven át. A controll-vizsgálat tényezői: anamnesis, fizikális vizsgálat, SGPT, Sebi, ubg-uria, Mancke—Sommer vagy zinksulfat reactió. A munkába állás előtt BSP retentio, elektrophoresis és máj-

biopsia. A jó gyógyhajlamú betegség kezelésében kímélet, diétás rendszabályok, a protrahalt kórlefolyásban ágynyugalom, májkímélő étrend, ennek eredménytelensége esetén 3 hónapig tartó Prednisolon kúra szerepel. Ha ezt sem követte javulás, a beteget intézetben kezelték tovább. Közepes testi megerőltetéssel járó munkakörben panaszmentesség és a labor. próbák normalizálódása után még 4—8 hétig, nehéz testi munkánál — ha nem volt lehetőség enyhébb munkabeosztásra — 8—12 hétig tartott a kíméleti idő.

Tapasztalataikat táblázatokkal és számadatokkal részletezik. Lényegesebb megállapításaik a következőkben foglalhatók össze. 55 posthepatitises beteg májbiopsiája kifejezett szöveti aktivitást eredményezett, de közülük csak 26-ban észleltek pathologiás laboratóriumi eredményt. A klinikailag és labor-kémiailag »néma« esetekben még több kifejezett májszövetkárosodás szűrhető ki, ha hepatitis betegek munkába állítása előtt legalább egy ízben biopsiát végeznek (a szerzők ezt javasolják).

A SGPT a szövettanilag aktív esetek egyharmadában jelez csak aktivitást. Negatív volta nem bizonyít gyógyulást. Gyulladásban vagy májdystrophiás shubban mindig emelkedett, ilyenkor nem szükséges a biopsia. Egyébként a labor. próbák gyorsabban jelzik a roszszabbodást vagy javulást mint a szövettani kép. A májbiopsia a protrahált kórlefolyás gyógyulásának ellenőrzését, vagy a chr. hepatitis kizárását célozza a persistáló hyperbilirubinaemiában. Az ubguria értéke közel áll a SGPT értékéhez. Kifejezetten nagyobb máj a le nem zajlott folyamat jele. A kötött bilirubin emelkedése prognostikailag kedvezőtlen. A szövettanilag aktív esetek felében a gammaglobulin megszaporodott. A Mancke—Sommer és Zinksulfát próbák közül az utóbbi volt értékesebb a kórjóslat megítélésében.

Az utóbbi években a hepatitis megrövidült kórlefolyását a Prednisolon kezelésre vezetik vissza. 59 (1963—64 évekből származó) ellenőrzött beteg közül egy aktív chr. hepatitis esetet észleltek biopsiával. Az 1961—62 év 69 gondozottjából 15-ben végeztek májpunctiot; közülük 2-nek cirrhosisa, 6-nak chr. hepatitise és 2-nek zsírmája volt. További 15-nél a biokémiai vizsgálatok utaltak idült hepatitisre.

296 betegből közvetlenül a kórházi elbocsátás után 44 reaktiválódott — elsősorban a kisgyermekes anyák, otthoni fokozott megterhelésük miatt, 6 beteg relapsusa a munkábaállást követte. 63 betegen észleltek utóbetegséget (functionális posthepatitises hyperbilirubinaemia, manifestálódó cholelithiasis, epeútdyskinesis, posthepatitises syndroma stb.).

A kórlefolyásra kedvezőtlenül hat a megelőző terheléses próba nélkül az idő előtti hazabocsátás, a munkábaállítás előtt a könnyebb munkabeosztás elmulasztása, a negatív psychés hatások (a családellátás gondja, a diétás étkezés anyagi többlete, a hosszadalmas betegség alatt a munkatársakkal és munkájával megszakadt kontaktus stb.). Mindezek szociál-hygienes kérdések megoldásának szükségességét is felvetik (erre a szerzők évek óta már ismételten rámutattak). Ilyenek: 1. Olyan gyógyító otthonok, ahol az akut betegség után fokozatos terhelés mellett ellenőrzik a betegek gyógyulását. 2. Minden beteget eredeti munkájába állítása előtt is fokozatosan kell megterhelni (könnyebb munkabeosztás, csökkentett munkaidő, bérkiegészítés) legalább 4 hétig. 3. Lehetőséget kell teremteni, hogy állami támogatással életkörülményei szintjét a betegsége előtti szinten tarthassa és 4. diétás étrendjét biztosíthassa. 5. Táppénzes állományban kell tartani munkaképességének helyreálltáig, vagy betegségének irreversibilis cirrhosisba való átmenetéig.

Márton Erzsébet dr.

☆

Adatok a posthepatitises májcirrhosis kérdéséhez katamnesztikus vizsgálatok alapján. Franken, F. H., Amelung, D. és mtsaik (1. Medizinische Klinik und 2. Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Düsseldorf). Dtsch. med. Wschr. 1966, *91*, 1753.

A szerzők 332 különböző korcsoportú felnőtt, előzőleg hepatitis epidemica miatt ápolt betegüket kérdőíven megkérdezték panaszaikra vonatkozóan. A betegség kezdetétől eltelt idő minimálisan két és fél év volt. A panaszosokat és a kórházi kibocsátás óta »májbetegség« miatt gyógykezelteket ambulans vizsgálatra rendelték be, illetve kórházi osztályra vették fel. Akiknek laboratóriumi vizsgálati eredménye kóros volt, azokat másodszor is megvizsgálták, illetve egyrészüknél májbiopsiás vizsgálatot végeztek.

A 332 volt hepatitises betegük közül időközben meghalt 14. Az elhalálozottak között csak egy idült alkoholistának volt májcirrhosisa; hepatitissel összefüggésbe hozható idült májgyulladást egynél sem találtak.

A 144 utánvizsgált leggyakoribb panasza a zsírintolerancia és a hasi nyomásérzés volt. Három esetben észleltek enyhe ikterust, négynek tenyérerythemája, egynek csillagnaevusa, tíznek nagyobb mája, egynek nagyobb lépe volt. Egy vagy több májfunctios vizsgálat (túlnyomó részben a Takata-reactio és a »Zweifarbstofftest«) kóros volt 33 betegen. Ezek között epeút-, szövődményes cukor-, szív- és érrendszeri-, idült mozgásszervi-, illetve fekélybetegségben szenvedők voltak. Összesen 10 esetben állapítottak meg idült májbetegséget. Közülük ötnél májbiopsiás vizsgálatot is végeztek. A 10 beteg között 3 májcirrhosisos volt. A májcirrhosisos betegekről hosszas nyomozás után derült ki, hogy idült alkoholisták. A többi idült májbetegnél is — részben vagy egészben — szerepet játszott az alkoholfogyasztás a betegség kialakulásában.

A szerzők arra gondolnak, hogy a 3 májcirrhosisos betegnek eredetileg sem volt fertőző májgyulladása, hanem az első alkalommal észlelt ikterus már a cirrhosis jele volt. Egy esetben sem találtak olyan májcirrhosist, amely kizárólag az előzőleg lezajlott hepatitis epidemicával állott volna összefüggésben.

Rámutatnak arra, hogy különféle közleményekben a fertőző májgyulladást követő cirrhosisok száma 3,3—35% között van. A magas százalékarány inkább a nyugatnémet utánvizsgálók anyagában található. Ezzel szemben az angolszász szerzők nagyszámú — összesen 2500 — volt hepatitises beteg között, a hepatitis lezajlása után átlag 2—7 évvel, egy esetben sem találtak olyan idült májbeteget, akinek májbetegsége az előzőleg lezajlott hepatitis epidemicával összefüggött volna.

Részletesen elemzik a hepatitis epidemica és a májcirrhosis összefüggésével foglalkozó ismertebb közleményeket, s arra a következtetésre jutnak, hogy az esetek túlnyomó részében a két betegség közti összefüggés nem bizonyított. A posthepatitises májcirrhosist »Defectheilung«-nak tartják, amely nem azonos a chronicus, progrediáló májbetegséggel. A kérdés végleges tisztázásához további hasonló jellegű utánvizsgálatok szükségesek.

Pintér Zoltán dr.

☆

Epe kiválasztás zavarok emberben. A cholestasis problémája. Sherlock Sh. (Dept. of Med., The Royal Free Hosp., London W. C. 1, England), Ann. Int. Med., 1966, *65*, 397—408.

A cholestasis problémájának megértéséhez recapitulálni kell az epe elválasztó rendszer anatomiáját (májsinusoid, ennek microvillosus fala, a májsejt, s benne a microsomák, a májsejthez csatlakozó canaliculus, majd a Heringféle ductulusok, melyekből az interlobularis epevezetékek, s végül az elsőrendű epe csatornácskák az

arteria hepaticaval és a portális vénával együtt alkotják a portális triast). A májsejt elektron-microscopos vizsgálata alapján 1—1 sejtben a sejtmagon kívül endosplasmás reticulum, pigment tartalmú hólyagocskák, pigmentált lysosomák, Golgi apparatus és mitochondriumok láthatók, ezeknek igen nagy szerepe van az epeelválasztásban és a bilirubin conjugatioban.

A cholestasisnak jól jellemzett klinikai és biochemiai összetevői vannak: lassan kifejlődő sárgaság, kezdeti pyrexia és fájdalom, viszketés, világos széklet, emelkedett conjugált se. bilirubin, emelkedett alk. phosphatase és se. cholesterin, továbbá emelkedett lipoproteinek.

A különböző klinikai megnyilvánulású cholestasisokat aszerint lehet csoportosítani, a fentebb vázolt biliaris systema melyik részén van a zavar. Ezek szerint megkülönböztetünk *hepatocellularis, canalicularis és pericanalicularis, ductularis* és *interlobularis*, továbbá *septális és a nagyobb intrahepaticus epevezetékek cholestasist.*

Az *első csoportba*, ahol tehát az epe stasis postmicrosomalis szinten, illetve a canaliculusokban van, sorolható a *Dubin—Johnson és a Rotor syndroma, továbbá a heveny vírus hepatitis, de ide sorolják az alcoholos eredetű heveny hepatitist is.* Ez utóbbi megbetegedésekre jellemző a steroidokra adott kedvező válasz, s utána az icterus gyors csökkenése. A *második csoportba bizonyos steroidok (elsősorban methyltestosteron és az újabban elterjedő anticoncipiensek) kiváltotta cholestasis és a Hodgkinkór májra localisalt formája tartozik.* Ezen cholestasisokban ugyancsak a canaliculusok microvillusainak elváltozásai mutathatók ki, s ezek az esetek nem reagálnak steroidokra. Egyes anticoncipiensek szedése következtében megsárgult asszonyok előzetes terhességében ugyancsak szerepel cholestaticus icterus. A *harmadik csoportba* elsősorban a *promazin származékok* okozta, jelentős eosinophiliával járó icterus és az ún. *idiopathiás recurráló cholestasis tartozik.* Mindkét formára jellemző a portalis terület mononuclearis sejtes reactiója, utóbbiban allergiás diathesist is felvesznek és geneticai eredetet is, mivel 10 közölt esetből a cholestasis 5 betegben 10 éves kor előtt lépett fel. A *negyedik csoportba* tartozik a *primaer biliaris cirrhosis* (idült, intrahepaticus, elzáródásos sárgaság), valamint *az intrahepaticus biliaris atresia.* E kétfajta cholestasisban az interlobularis és septalis epecsatornák részvétele és az ugyancsak portalis sejtes infiltratio emelhető ki. A biliaris cirrhosis dominálóan középkorú nőkön fordul elő, rendkívüli fokú icterussal jár és a kezdettől számítva 2—7 év alatt halálhoz vezet. Histologiailag jellemző a *nem gennyes, granulomatosus reactiója* az említett epecsatornákban, a későbbiek során pedig teljes pusztulásuk és legvégül a septalis cirrhosis. A primaer biliaris cirrhosist a sebészi típusú epecsatorna elváltozásoktól az *immunofluorescens test* segítségével jól el lehet különíteni, mert az elzáródásos típusra a próba negativitása jellemző. Az *ötödik csoportba* tartoznak a *sclerotisaló cholangitisek elsődleges és másodlagos formái, valamint a cholangio-carcinoma.* Előbbiekben a gyulladások kapcsán kitágulásra képtelen és fibroticus epevezető csatornák alakulnak ki, melyek igen gyakran más betegséghez, így elsősorban *colitis ulcerosához* társulnak. A másodlagos formában az extrahepaticus ductusok obstructiója során alakul ki ascendáló cholangitis kapcsán periductalis sclerosis, s ennek következtében cholestasis.

Bár a felsorolás és csoportosítás alapján nem tűnik nehéznek a cholestasis besorolása, a gyakorlatban sokszor igen nagy nehézségeket jelent az egyes típusok egymástól való elkülönítése. Ehhez az ismert májszakértő, Sherlock professzornő 69 idevágó közleménnyel értékes adatokat szolgáltat.

Iványi János dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A Meniére-syndroma pathogenesiséről.

T. Szerkesztőség! A betegek subjectiv panaszai között gyakori a szédülés. Ha az orvos a szédülésnek közvetlen okát nem tudja adni, sokszor az immár több mint 100 éves Menière-féle betegségre gondol.

Mindennapi tapasztalat, hogy a szédülésről is panaszkodó beteg diagnózisa *„Menière-szerű"* megbetegedés. Ez az indokolatlan általánosítás magyarázza, hogy az orvosi gyakorlatban kevés olyan ellentmondás és határozatlanság uralkodik, mint a „Menière"-féle betegségnél.

Sok évtizedes tapasztalataim alapján bátorkodom ehhez a kérdéshez hozzászólni és lehetőleg egyes téves fogalmakat tisztázni.

Több mint 100 éve, hogy Menière ezt a róla elnevezett kórképet leírta. Legérdekesebb azonban az, hogy a kortárs Charcot, ki ezzel a kérdéssel előadásai kapcsán sokat foglalkozott, szintén tévedett. Eredeti közleménye kapcsán megállapítható, hogy az a kórkép, melyet ő először Menière-betegségnek nevezett, nem volt más, mint egy chronicus gennyes otitis következménye, nyilván fistula tünettel.

Évtizedekig a félreértések sorozata került az irodalomba, míg végre az utóbbi években több szaktekintély hangsúlyozta, hogy élesen meg kell különböztetni a valódi Menière-féle betegséget a csaknem minden központi idegrendszeri betegségnél észlelhető úgynevezett Menière-szerű betegségtől.

E téren leggyakoribb tünet a szédülés, mely a kiváltó ok szerint sokféle lehet. Csak egyetlen példát említek: a cerebral-sclerosist, melynél gyakori a szédülés, de ez nem tart hosszú ideig, inkább csak pillanatokig és nem forgó jellegű, mint pl. a typusos Menière-féle szédülés.

Felfogásom az, hogy a Menière nem egy tisztán labyrinthusban lejátszódó periferiás megbetegedés, hanem egy centralis, a hypophysis-hypothalamus rendszer — megbetegedése és a labyrinthusban lejátszódó folyamat, csak második lépcsőfok, azaz következmény.

Ma már nagy számban vannak kutatók, akik ezt a felfogást — melyet én már 1942-ben határozottan hangoztattam — vallják.

1935-ben a „Labyrinthus vizsgálatok etc." című könyvemben ezt írtam: „Előfordulhat az is, hogy vérzés, tumor, gyulladás a *vestibularis idegmagvakat* vagy a vestibularis idegtörzset éri. Ez esetben a Menière-tünetek épp úgy jelentkezhetnek, mint a labyrinthus localis megbetegedésénél.

Már 1935-ben több eset kapcsán az a meggyőződés érlelődött meg bennem, hogy ezek a megbetegedések csak elenyésző kis számban peripheriás laesiók és tulajdonképpen egy centralis bántalom részlettüneteivel állunk szemben. (Pollatschek emlékkönyv 1942.)

Analógiája ennek a nystagmus, mely nem sui generis szembetegség, hanem sokféle centralis megbetegedés egy jól *észlelhető, peripheriás tünete.*

1947-ben a „Vegetatív idegrendszer és a hallószerv" című monographiámban ezen felfogásomnak már határozottan kifejezést adtam.

A Menière problémairodalom ma már óriási, szinte áttekinthetetlen. Ezen okból csak néhány fontosnak tartott szerző véleményét kivonatosan ismertetem.

1938-ban *Hallpike* és *Cairns* 2 eset sectiójánál a következőket találták: 1. a ductus cochlearis kitágult, a Reissner-hártya megnyúlt és a scala vestibuliba előnyomult. A pars. sup. labyrinthi endolympha rendszere is kitágult, így a saccus és utriculus is — utóbbi ritkábban. A hártyás ívjáratok lumene sértetlen. A saccus endolymphaticus és az aquaeductus cochlea jellegzetes elváltozást nem mutatott.

Más szerzők azonban nem látták igazolva *Hallpike* és *Cairns* felfogását, így *Thornwal* (Quelques consideration sur la pathogenie de le Maladie de Meniére) már 1928-ban azt a felfogást vallotta, hogy a Me-

nière nem peripheriás, hanem centrális nyúltvelői magvi laesio.

Aubry és *Ombrodanne* (1936) a Menière-tüneteket arachnitissel magyarázták. *Bergen* 1942-ben más okból exitalt, de életében hosszú időn át Menière-szerű tüneteket mutató beteg labyrinthusait és központi idegrendszerét szövettanilag feldolgozta, negatív eredménnyel.

Varga (1956) a Menière-t vegetatív megbetegedésnek, a parasympathicus és sympathicus rendszer laesiójának tartja.

Altmann Menière-nél capillarmikroscoppal egyes esetekben a test különböző helyein a legfinomabb arterialis területeken spasmusokat, majd nagyfokú capillaris tágulatokat talált, ami a venosus területeken is észlelhető volt. Szerinte ez magyarázza a Menière-nél észlelhető egyéb vasomotoros tüneteket.

Williams ezekért a spasticus-atonicus edénytünetekért a parasympathicus rendszert teszi felelőssé (allergia) centralis tünet.

Zimmermann 600 beteg kapcsán arra következtet, hogy a labyrinthusban levő végkészülék hydropsa egyedül nem magyarázza a tüneteket, hanem ezen elváltozások oka a nyúltagybeli vestibularis és cochlearis magvak labilis ingerlékenységi állapota.

Rossberg szerint a Menière egy a diencephalont szabályozó centrum zavara, melyhez azonban labyrinthusban lejátszódó indispositio is kell. Ezek lehetnek tónuszavarok, erszűkületek, stb. A diencephalicus functiozavar többek között a vízháztartás vegetatív zavara, mely közvetve a labyrinthusra hatva Menière rohamot idéz elő.

Greiner és *Contaux:* véleményük szerint a Menière-nak 1. centralis dysregulatio, 2. a belsőfül trophicus zavara és 3. az agytörzs laesiója az okai.

Több szerző, kik a Menière centralis eredetét vallják, kórtörténeteikben egyéb centralis idegrendszeri tüneteket agytörzsi laesio, VI., VII. idegek laesiója, pyramis tünetek, etc.) is felemlítenek.

Klinikai észleleteim alapján ismertem fel én is a diencephalon és a vestibularis rendszer közti szoros kapcsolatokat.

Itt mutatok rá Menière és glaukoma analógiájára. *Duke—Elder* szerint a glaukoma a thermodynamikai egyensúly megbomlásának a következménye.

Szerintük fontos a vérkeringés állapota, de még fontosabb a diencephalon szerepe. Glaukománál a szűk csarnokzug feltétele a congestiv jellegű glaukomáknak, a Menière-nél pedig a praedisponáló momentum a labyrinthus ereinek zavara. *Weinstein* szerint a glaukoma primaer oka functionalis, a központi idegrendszer fokozott ingerlékenysége. A betegség lényege neuroregulatiós zavar, mely a központi idegrendszerből *áttevődik* a gg. cili aren át a szemgolyóra.

Lampe, Tomits, Csüllög 33 primaer glaukomás eset kapcsán megállapították, hogy a betegek nagy részénél cochleo-vestibularis centralis jellegű eltéréseket észleltek.

Mindket betegségnél fontos a központi idegrendszernek a reguláló szerepe, a vegetatív zavarok sympathicus és parasympathicus distoniájával.

Az anatómiából ismert centralis vegetatív centrumokon kívül ki kell emelnem, mint a Menière tüneteivel talán legszorosabban összefüggő vegetatív centrumokat a nyúltvelőben a IV. agykamra fenekén a fossa rhomboideában levő vegetatív sejtcsoportot, melyeket általában vasomotoros központoknak tekinthetünk. Általában megállapíthatjuk, hogy az anatómiai viszonyok magyarázzák a legmagasabb vegetatív centrumok, a thalamus és az egész hypophysis-hypothalamus rendszer közvetlen összeköttetéseit a vestibularis nucleus triangularisával és ezzel a vegetatív rendszer reguláló szerepét.

Véleményem az, hogy a Menière-t *csak az egész szervezet* szemléletével szabad értékelni és el kell fogadni, hogy a labyrinthus receptorai végső elemzésben a diencephalonban reprezentálódnak. A diencephalon felett pedig a cortex uralkodik.

A valódi Menière-nél a szédülés mindig rohamszerű és hosszabb ideig tartó — ellentétben egyéb, pl. a cerebralsclerosisnál észlelhető — néha csak pillanatokig tartó szédüléssel. Menière-nél mindig észlelhető a nystagmus, legtöbbször az egészséges oldal felé. A nyugalmi állapotban lehet a vestibularis vizsgálat negatív (ez is centralis eredetre utal). Többször ismétlődő esetekben hypofunctiót találunk. Ok: ismétlődő anoxaemia.

Valódi Menière-nél mindig van hallási laesio is (a recruitement Menière diagnosist megerősíti, de nem szól centralis eredet ellen, csak a peripheriás receptor laesióját bizonyítja).

Az a tény, hogy napokig fennálló heves szédülésnél nystagmussal és súlyos hallási laesióval járó, valódi Menière sokszor teljes restitutióra is képes, önmagában a legmeggyőzőbb bizonyíték a peripheriás jelleg ellen és a centralis tényezők mellett.

Arra az ellenvetésre, hogy a többször ismétlődő Menière kisebb-nagyobb cochlearis laesiót és vestibularis hypofunctiót okoz, az a megjegyzésem, hogy természetes az, hogy az ismétlődő, jóllehet vegetatív jellegű labyrinthuszavar — anoxaemia, érszűkület stb. — előbb-utóbb maradandó károsodást okoz.

Valódi peripheriicus Menière-szerű tüneteket okozó labyrinthus laesiónál, traumás vagy pl. leukaemiás bevérzés kapcsán és az otogen gennyes labyrinthisnél nincs restitutio ad integrum, hanem maradandó cochlearis—vestibularis kiesés. A valódi Menière-nél a roham alatt is találunk a központi idegrendszer laesiójára utaló tüneteket, reflexzavarokat, hypoglossus, glossopharyngeus és vagus (pulsus) tüneteket, abducens gyengeséget, convergentia insufficientiát, tonusdifferenciákat, facialis gyengeséget, reflex fokozódást vagy csökkenést stb. Természetesen ezek csak részletekben lelhetők fel és csak *akkor, ha keressük ezeket. Menière-nél ugyanis oly hevesek az uralkodó tünetek,* ú. m. *a rohamszerű szédülés, a hányás, fülzúgás stb., hogy ezek annyira uralják a kórképet, hogy az idegrendszeri vizsgálatra legtöbbször nem is kerül sor.*

Mittermajer szerint a bevezető stadiumban oliguria is észlelhető, míg a roham lezajlása után felszaporodik a vizelet (vízháztartás centralis zavara). A therapiás eredmények csaknem kivétel nélkül a vegetatív rendszerre ható gyógyszerek javára írhatók.

Meggyőződésem mindezek alapján az, hogy az igazi Menière a hypophysis, hypothalamus rendszer valamely vegetatívumot károsító hatásának a következménye. Ez indított arra, hogy 1942-ben a félreértések elkerülésére új nomenklatúrát ajánlottam.

Nagyon szép a kegyelet — még az elnevezésekben is —, de ez nem elég ok arra, hogy ha kiderül, hogy ez az elnevezés zavarokat és félreértéseket okoz — mereven ragaszkodjunk hozzá. Ma már sokan valljuk a classicus Menière centralis eredetét és a Menière nevű kifejezésének sok félreértésre adó jellegét. Ezért ajánlom ezen elnevezések megváltoztatását, mégpedig a következő módon. Örülnék, ha hozzászólás alapján ennél még jobb nomenclatúra alakulna ki.

A peripheriás jellegű — nem lobos, toxicus vagy traumás jellegű „Menière-szerű" megbetegedéseket nevezzük *vasoneurosis labyrinthi*nak, a centralis jellegűeket pedig *Neuroencephalitis oktavi* névvel jelöljük.

Pogány Ödön dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Paraicz Ervin dr. és Szénássy József dr.: Ideggyógyászati és idegsebészeti vizsgálatok csecsemő- és gyermekkorban. Akad. Kiadó. Bp. 1966. 159 old., 94 ábra, 5 tábl. Ára: 35,— Ft.

A könyv előszavában Zoltán László dr., az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet igazgatója már kiemeli azokat az okokat, amelyek a könyv megjelenését időszerűvé tették. A gyermek-ideggyógyászat és idegsebészet az utóbbi időben szinte önálló tudományággá fejlődött. Felnőttekhez képest a neurológiai diagnosztikus eljárások és azok értékelése, valamint a therapiás beavatkozások több szempontból mások, ill. csak lényeges módosításokkal alkalmazhatók a csecsemő- és gyermekkorban. Ez tette szükségessé speciális szakemberek kiképzését a gyermek-ideggyógyászat és idegsebészet terén. A szerzők az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetben a gyermek-idegsebészeti osztály munkatársai és így a leghivatottabbak ezen a területen elért eredmények tolmácsolására. Az, hogy a könyvben elsősorban az idegsebészeti diagnosztikus eljárások domborodnak ki, a szerzők munkaterületének természetes következménye.

A könyv 10 fejezetben ismerteti a különböző neurológiai diagnosztikus eljárásokat.

Az első fejezetben az általános neurológiai vizsgálatokat tárgyalják röviden, csak a lényegre szorítkozóan. Kitérnek az újszülöttkor idegrendszeri sajátosságaira, az idegrendszer fejlődéséből adódó változásokra. Hasonló rövidséggel és érthetően ismertetik a szemészeti és fülészeti vizsgálatok diagnosztikus jelentőségét.

Az electroencephalographia fejezetében 12 eredeti felvétel alapján mutatják be a különböző korok jellegzetes EEG-képét és egyes betegségek typusos EEG-elváltozásait. Néhány oldalon az EEG-vizsgálatok diagnosztikus jelentőségének világos ismertetését kapjuk meg. Az epilepsiának a régi Gibbs-féle beosztását közlik a szerzők, s így a hypsarrhythmiát, mint annak csecsemőkori megnyilvánulását ismertetik, azonban ezt az újabb közlemények önálló elbutulással járó kórképek tartják. Talán jobban ki lehetett volna emelni az EEG diagnosztikus fontosságát a panencephalitisekben. Sajnálatos módon a 14. és 15. ábra szövege elcserélődött.

A liquorvizsgálatok fejezetben a liquorban bekövetkező elváltozások alapismereteit találjuk meg a jó összefoglalásban.

A craniographia, pneumographia és az arteriographia c. fejezetek a könyv legszebben és legjobban dokumentált részei. Jól sikerült, áttekinthető rtg-képeken mutatják be a koponyacsontok fejlődési rendellenességeit, traumás és gyulladásos elváltozásait, az intracranialis meszesedés és a nyomásfokozódás tüneteit. Hasonlóan jól áttekinthetők a gerincoszlop legfontosabb rtg-elváltozásai is.

A szerzők ismertetik az elsőnek *Dandy* által leírt levegőfeltöltéses eljárás mellett a túlnyomásos levegővel történő fractionált PEG-módszert is. A szerzők a túlnyomásos eljárást ajánlják, mert saját vizsgálataik a liquornyomás alakulására vonatkozóan megnyugtatóak voltak: liquor leengedése nélkül lassan, 10—12 perc alatt annyi levegő befújható, amivel megfelelő irányítás mellett jól értékelhető rtg-felvételeket lehet készíteni, anélkül, hogy a liquornyomás ezalatt lényegesen emelkedne. Ezzel az eljárással elérhető volt az, hogy a pneumographia indicatiós területe a koponyán belüli térszűkítő folyamatokra is kiterjeszthetővé vált. Ez a fejezet részletesen tárgyalja a liquorűrök viselkedését a különböző intracranialis megbetegedésekben.

Az agyi angiographia fejezetében ismertetik a percutan carotis angiographia indicatiós területeit és értékelhetőségét. A szerzők kidolgozták csecsemő- és kisgyermekkorra is a percutan carotis angiographiát és ezt a vizsgálatot 423 esetben végezték el. Ezen a nagy anyagon eljárásuknak mortalitása nem volt és átmeneti komplikációt is csak egy esetben észleltek. Ezt az eljárást a PEG elé helyezik diagnosztikus felhasználás szempontjából. Kisebb megterhelést jelent a beteg számára, emellett az erek láthatóvá tétele a folyamat fajlagosságára és a táplálóereire is felvilágosítást ad. A szerzők szerint koponyaűri vérzések esetén feleslegessé teszi a diagnosztikus műtétet. A focalis epilepsia kezelésében is elengedhetetlen eljárásnak tartják. A rtg-felvételek kitűnőek.

Végül, mint legújabb eljárást röviden ismertetik az izotóp encephalographiát és myelographiát, valamint a visszhang (Echo)-encephalographiás eljárást. Ezekkel az eljárásokkal hazánkban jelenleg csak egy-két intézetben találkozhatunk és kialakulóban van a diagnosztikai értékelhetősége is. Csecsemőkorban eddig ritkán került rájuk a sor. Echoencephalographiával sikerült már nagyféltekei daganatokat diagnosztizálni és pl. hydrocephalusnál meg tudták állapítani az agykamrák tágasságát, sőt, az agyállomány vastagságát is. Előnye az eljárásnak, hogy ismételten elvégezhető, ártalmatlan és fájdalmatlan.

A könyv kiállítása kifogástalan. A könyvet az ideggyógyászok, de különösen a gyermekgyógyászok forgathatják sok haszonnal.

Varga Ferenc dr.

☆

Ehrig Lange: »Der misslungene erweiterte Suizid«. VEB, G. Fischer Verlag, Jena, 1964.

Az orvosi-jogi határkérdésekkel foglalkozó Hanns Schwarz professzor által szerkesztett sorozat 8. része ez a könyv. Írója Ehrig Lange professzor, a dresdai Neuropsychiatriai Klinika igazgatója.

A 92 oldalas könyv előszavában írja a szerző, hogy mind az elmeszakértőnek, mind az igazságügyi psychiatereknek ismerniük kell a büntetőjog és a kriminal-psychologia lényegesebb kérdéseit. Az ügyvédnek, a bűnügyi rendőrség nyomozóinak és a bírónak együttesen kell résztvenni a tettes személyiségének megítélésében és nem hagyhatjuk figyelmen kívül a kriminal-psychologiai tapasztalatokat és ismereteket.

A sikerületlen, ún. kiterjesztett öngyilkosságot elhatárolni — melyet psychésen beteg emberek követnek el egy második vagy harmadik személy élete ellen — a gyilkosságtól, melyet a tettes öngyilkossági kísérlete követ, számos olyan problémát vet fel, melynek megoldása csak a szakemberek együttműködésével lehet. Ennek a kérdésnek a könnyebb tisztázásához igyekszik hozzájutni könyvével a szerző.

Az I. fejezet az öngyilkosság, ill. kísérlete a psychosis és a bűncselekmény összefüggésével foglalkozik, a továbbiakban meghatározza a kettős öngyilkosság, ill. a kiterjesztett öngyilkosság fogalmát. A psychiatriai megfigyelések szerint a mindkét részről psychotikus talajon elkövetett ún. kettős öngyilkosságok ritkák, de gyakori megfigyelés, hogy pl. melancholiában, világfájdalmas hangulatban az aktív fél a szeretett személyt öngyilkosság elkövetésére bírja rá.

A psychologiailag érdekes kettős öngyilkosságok a kriminal-psychologiában és az igazságügyi psychiatriában alárendelt szerepet játszanak. A kiterjesztett vagy kombinált suicidiumok azonban nagyobb érdeklődésre tartanak számot. Ilyen kiterjesztett vagy kombinalt suicidiumról beszél a szerző akkor, ha — szemben a kettős öngyilkosságokkal — a másik vagy esetleg több személlyel, akikre az öngyilkosság »kiterjed«, nincs közös előkészület vagy egyetértés.

Szerző a további fejezetekben a különböző psychés kórállapotok és a kiterjesztett öngyilkosság, vagy kísérlete közötti összefüggéseket tárgyalja, mindenütt esetek kapcsán. Így pl. az endogen, endoreac-

tiv, paranoid, féltékenységi és epilepsiát megelőző depressiokban elkövetett cselekményeket részletezi.

A könyv később részletesen fejtegeti az öngyilkosságba vitel motívumait: kiemelendőnek tartja a szeretett személlyel kapcsolatban altruista vagy pseudoaltruista motívumokat (megkímélni az élettársat vagy közelálló személyt vélt vagy valódi bajoktól), a psychopathologiai hajlamot, mint motívumkulcsot, a rövidzárlati katathymiás élményreakciót, mint ugyancsak motívumot. Leír olyan beszámíthatatlan paranoid psychotikus beteget, akinél gyilkosság (kísérlet) és azt követő öngyilkosság (kísérlet) csak látszólag vetette fel a kiterjesztett öngyilkosság lehetőségét, de az a vizsgálat során nem bizonyult annak. A kiterjesztett öngyilkosságoknak olyan eseteiben — írja a szerző — ahol a kiterjesztett cselekmény sikerült, de az öngyilkosság sikertelen, az eljárás gyilkosság vagy emberölés miatt megindul. Ilyenkor az elmeszakértőnek döntenie kell a tettes büntetőjogi felelősségre vonhatóságának kérdésében. A szerző véleménye szerint azokban az esetekben, melyekben a depressiv — psychotikus állapot áll fenn és az altruista, ill. pseudoaltruista motíváció kimutatható — tipikus sikerületlen kiterjesztett öngyilkosság esetéről van szó — és kimondja a beszámíthatatlanságot. Sokkal nehezebb a megítélés, ha a cselekményt meghatározó motívum: a depressiv psychoticus megbetegedés epizódikusan tudatzavarral kombinálódik (pl. epilepsiás homályállapot vagy kombinált alkoholos bódulat).

Természetesen gyilkosságot és azt követően sikerületlen öngyilkosságot elkövethetnek másfajta psychotikus betegek (Schizophreniások, paranoiasok), mely esetekben a gyilkosságot és öngyilkosságot kóros gondolat és élménytartalmak befolyásolják, ilyenkor a kiterjesztett öngyilkosságoknál meglevő altruista vagy pseudoaltruista motívumok nem lelhetők fel. Ezekben az esetekben is fennáll azonban a büntetőjogi beszámíthatatlanság, de ezek nem tartoznak a kiterjesztett sikerületlen öngyilkosságok körébe.

Ha az elmeszakértő előtt az a probléma áll, hogy a tettes által elkövetett gyilkosság, ill. emberölés és azt követő öngyilkossági kísérlet a sikerületlen kiterjesztett öngyilkosságok esete- e, vagy sem, — szükséges eldifferenciálni, hogy a depressiv-psychotikus beteg kiterjesztett öngyilkossága rendelkezik-e éppen a depressioból fakadó kritériumokkal: a saját élet feladásának az óhaja a primaer-e, nem pedig az elkövetett cselekmény után utolsó lehetőségként akar végetvetni saját életének.

Minthogy kétségbeesési, lehangoltsági okok vagy motívumok vezetnek a gyilkossághoz vagy emberöléshez, mindig pontosan kutatni kell, hogy a kiterjesztett öngyilkosság önzetlen altruista, ill. pseudoaltruista motívummal befolyásolható volt-e.

A könyv esetismertetései igen érdekesen támasztják alá a szerző állásfoglalását, s a kérdés több oldalú gyakorlati megvilágítását adják. Különösen jelentős annak a hangsúlyozása, hogy az igazságügyi elmeszakértőnek a nyomozás korai szakaszába kell bekapcsolódnia és csak a megfelelő együttműködés vezethet eredményes munkához.

Somogyi Endre dr.

☆

Neurologie der Wirbelsäule und des Rückenmarkes im Kindesalter. Dagobert Müller kiadása. (Sammlung Zwangloser Abhandlungen. Heft 27. Veb Gustav Fischer Verlag Jena. 1964.)

E füzet a Berlinben 1962. október 5—8-án tartott 2. Nemzetközi Gyermekneurológiai Symposion anyagának kiadása 452 oldalon, 235 ábrával, 48 szerző 35 cikkének közlésével. D. Müller előszava szerint a symposion alapgondolata az volt, hogy a gyermekkori gerinc egész problematikáját a különböző érdekelt szakmák, úgymint az összehasonlító anatómia, humangenetika, orthopaedia, neurológia, neurochirurgia, paediatria, rheumatologia, radiologia és physiologia együttműködésével tárgyalja úgy, hogy a klinikusok részére használható megállapításokat emeljen ki. Az eddigi statikus-mechanikus felfogás helyett a gerincet mint egységes „tengelyszerv"-et (Achsenorgan) kell tekintetbe venni, ami mint ilyen, éppen fejlődésében, a gyermekkorban, az idegrendszer vezető szerepével alakul. A modern felfogás az idegrendszernek a szervek hierarchiájában elfoglalt uralkodó szerepét felismerve, a gerinc klinikumában is mind fontosabb összefoglaló szerepet juttat a neurológiának.

Fajfejlődésileg, összehasonlító morphologia alapján tekintve, az emberi gerinc a kétlábon járás óta, aránylag még igen fiatal árboc szerkezet (Gittermast). A négylábon járó gerincesek ívhíd szerkezetű gerincéből való átalakulása még nem fejeződött be, még nem jutott el a madarak merevedő gerincének fejlődési fokáig sem. Az emberi gerincnek az álló helyzethez történő alkalmazkodása még folyamatban van; gyenge pontjain a megváltozott és fokozott igénybevétellel szemben sérülékenyebb. Ez az oka annak, hogy az emberi gerinc számos baját csak tünetileg lehet kezelni, nem pedig aetiológiailag. Ez T. Koch cikkének konklúziója.

Teratogenetikailag az ember embryonalis gerincfejlődési hibáinak causalis, chronologiás és formális genesisére — hogy mi, miért, mikor és hogyan keletkezik —, csak állatkísérletekből lehet következtetni, de a modern kutatások megállapításai alapján már mind több bizonyossággal, a gerincet segmentalisan felépítő elemek részleteire vonatkozólag is. Ez olvasható ki a humangenetikus K. H. Degenhardt cikkéből.

Orthopaed morphologiai szempontból tekintve, a gyermekgerinc különleges tényezője: a növekedés, a fejlődés, tehát a változhatóság. Ebben a korban „szerzett" gerincbajok közül inkább csak a ritkábban előforduló gyulladásos és neoplasmás eredetűek járnak mozgáskorlátozottsággal, ami viszont a felnőttkori gerincbajok legkifejezettebb velejárója. Gyermekkorban a gerinc tartóelemeinek (szalag, izom) elváltozásán (egyik oldali túlfeszülés, másik oldali ellazulással) alapuló functionalis, aktive még javítható tartáshibák (Haltungsfehler) vannak klinikailag túlsúlyban, a passive még korrigálható (Stellungsfehler) a tartó elemek nutritiv alkalmazkodású megnyúlásával, illetőleg zsugorodásával járó, és a már sem aktíve, sem passive nem javítható, a súlyt hordó merev (csont) elemek elváltozásával járó alaki elváltozások (Formfehler) előtt. Másik jellegzetesség az, hogy a subjektív panaszok közül a fájdalom — ami a felnőttkori gerincbajok mondhatni „civilizációs járvány"-a — a gyermekkorban a ritkaságok közé tartozik. A gyermekkori súlyos működészavarok és gerincelgörbülések szinte panaszmentesen támadnak, a gyermekkori nagyfokú kompenzálóképesség folytán. A szerző (H. Müller—Stephann) hangsúlyozza, hogy a gyermekkori gerincelhajlások problémájának „sarkpont"-ja a kezdeten van: az egyszerű hanyag tartás reflectorikus izomtónus fokozással promt kiegyenlíthető, de a röntgenvizsgálat sok esetben mutat ki már különböző alaki elváltozást a csigolyákon. Ez pedig a primer dysostosis döntő szerepére utal, ami mellett természetesen a functionális megterhelés jelentősége is lényeges. A gyermekkori scoliosisok 75%-a ilyen „idiopathiás scoliosis". Imbecillis gyermekek kyphosisa („zerebrale Rundrücken") centralis, idegrendszerű eredetűnek tartható.

A gyermekneurológus (a kiadó D. Müller) 70 ábrával 56 oldal terjedelmű cikke mondhatni tengelye, gerince a gerincsymposion anyagának. Újszerűen összefoglaló, keretet adó és előre mutató tendenciájú. Ő a gerinc-tengelyszerv „működés és alak" összefüggésének problémáját veti fel eredeti módon és tárgyalja igen érdekesen. Eszerint a gerinc az emberi test főtengelyének egységes szerve, amit nemcsak segmentalis részletei szerint kell tekintetbe venni, hanem egységes reactiói szerint is. A régi „oszlop"-os

és az eddigi morphologiai szemlélet után, a functióból kiindulva, inkább a gerinc működési phylogenesisét kell előtérbe helyezni. A kiinduláshoz alapvető tény: a földi gravitatio, amihez minden szervezetnek eleve igazodni kell, nemcsak testtengely, hanem testalak és testnagyság szerint is. A szervezetek „geomorphaticus effectus" alapján fejlődnek és élnek, minden porcikájukban szakadatlan „georeactio"-ik folyamatával. A növény törzse felfelé nő (orthotrop módon), gyökere pedig lefelé, a földbe nő táplálékszerzésért (negatív geotropiával). Ha a fa törzsét vízszintesre hajlítják, az ágak belőle törzs módján felfelé nőnek. Miért? Hogyan? Minden élőlény képes valami módon percipiálni a Föld gravitatiós terének erejét és irányát. A növényi sejtben erre „statolithképesség" van, ami nemcsak gravitatiós georeactióval, de geoelektrikus effectus útján szabályozza a sejt chemomechanismusát és azontúl a sejt hosszpolarisatióját is úgy, hogy azt harántpolarisatióra változtathatja, mint azt például a ledöntött fatörzs ágainak felfelé növése esetében teszi. Alacsonyrendű állatoktól felfelé a statolith, csillószőrös statocystává alakulás útján mind bonyolultabb statikus érzékszervvé fejlődik, mind bonyolultabb idegrendszeri szerkezet és szabályozás kialakulásával egészen az emberi fejlődés fokáig. A felegyenesedett, két lábon mozgó ember testének főtengelyszerve, a gerinc, „orthotropiásan orientált", mint a fatörzs és orthotropiásan reagál, de a szabályozásban effektor szerepű izomzatának statotonusa által, amit érzékszervi perceptio (a belsőfül labyrinthusok és szemek) útján idegrendszerének központjai kormányoznak idegpályákon, a négylábon járó gerincesekhez viszonyítva kedvezőtlenebb súlypont viselés mellett, bonyolult testmozgások közben is. A gerinc felső végén viselt fej kialakulása, „emberivé válása" is gravitatiós hatás alatt, geomorphotikus effectussal történt és történik; másszóval: a koponya alakulására a kétlábon járás és a gerinc tengelyállása döntően hatott és hat. Az emberi testtartás szabályozásának egyik alapvető ténye az, hogy a fejben kétoldalt beépült két receptor érzékszerv, a belsőfül horizontális ívjáratainak tengelye és a szemek optikai síkja egymással párhuzamosan a vízszintesre és így a nehézkedési erő irányvonalára merőlegesen vannak beállítva. Ily módon a reflexpályákkal egymáshoz kapcsolt statikus és optikai apparatus között impulsus egyenlőség áll fenn. Magasabbrendű állatokban a szabályozáshoz optikai dominantia fejlődött. A tónusos labyrinthreflexek a szemre olyan hatást gyakorolnak, hogy a bulbusok a fixált pontot a fej megváltozott helyzetében is tartani tudják. Az optikai kontroll fontosságát emberben az egyszerű Romberg-próba is bizonyítja: a tabeses beteg nyitott szemmel állni képes, behunyt szemmel elvágódik. Egy másik példa a Bechterew-betegségben látható: a hyperkyphotikus háti és ágyéki gerincszakasz felett hyperlordotikus nyaki gerincgörbület alakul idegi szabályozással azért, hogy az optikai sík a térben vízszintes maradhasson. A nyaki gerincszakasz előre görbülése ily módon geo-inductiós secunder kompenzáló reactiónak tekinthető. Így jön létre scoliosisnál is az ellenoldali kiegyenlítő elhajlás: nem valami isteni csoda folytán, hanem geoinductiós idegrendszeri szabályozással. A bonyolult neurologiai összeköttetéseken át a nehézségi erő egyszerű ingere végül ismét egy egyszerű, ún. „közös végső útdarab"-on fut az izomhoz és annak működését váltja ki. Az egész rendszer a kibernetikai szabályozás elve szerint működik: „kell-érték" jelzéssel, „van-érték" visszajelentéssel nemcsak az extrapyramidalis rendszerhez, hanem gamma-rostokon át direkt a cortexbe is. Ily módon a Föld gravitatiós terében a különböző testhelyzet tartások és beállítások — mozgás közben is — a tartóreflexek és állítási reflexek útján szabályozódnak. Az izom maga mint beállító alkatrész szerepel e kibernetikai rendszerben.

A szerző foglalkozik még az egyes mozgásszelvények működésével is. Az ún. hypermotilitás példáján, a block-csigolya képződéssel kapcsolatban mutatja be a kompenzációs lehetőségeket, amelyek a tengelyszerv rendelkezésére állanak. A gyermekkor ezen functionalis elváltozásaiból lesznek későbbi korban a morphológiai leletek. A ventralis discusprolapsus okozta functionalis nyelészavarok és lumbalis aortasclerosis példáin világítja meg a tengelyszerv elváltozásainak jelentőségét topographiai vonatkozásban.

Ezen felfogás keretébe illően szól K. Bobath cikke a cerebralis gyermekbénulás neuropathológiájáról, különösen a gerinctartás vonatkozásában. Rámutat arra, hogy a therapiát nem az izomzaton, a reflexek mechanikus effektor tagján kell elkezdeni, hanem kauzálisan a reflex kikapcsoló helyek gátlásával, amelynek eredményességéről a londoni intézetük tapasztalataira hivatkozik.

A neuroradiológiai diagnostika keretébe sorolt közlemények a gyermekkori gerincvizsgálatok sugárvédelmével, az arachnoidealis letapadások pneumographiájával, a csigolyák növekedésének törvényszerűségeivel (Bugyi B. cikke), a csigolyaívek egymás közti távolságának a gyermek testhosszához való viszonyával és a gyermekkori transspinalis phlebographiával foglalkoznak. H. Markuse közleménye saját vizsgálati eljárását ismerteti, amivel sportiskolás fiatal tornászok nyaki gerincszakaszát extrem mozgáshelyzetekben készített felvételeken vizsgálva meglepő korai kóros elváltozásokat talált a klinikailag néma esetekben, főleg a C 5—6—7 szelvényen, amit ő a túlzott mozgás következményének tart.

A dysraphiás zavarok, főleg a spina bifida és a diastematomyelia klinikumáról és sebészi kezeléséről két közlemény szól kazuisztikai beszámolással. A gyermekkori gerinctumorok klinikumával öt közlemény foglalkozik, köztük Paraicz E. cikke a budapesti Idegsebészeti Intézet 30 esete alapján.

Elektrodiagnostikai közlemények a Werdnig—Hoffmann-betegséggel, az idiopathiás scoliosissal és a gyermekkorban kezdődő discuskárosodások korai polyelektromyographiás jeleivel foglalkoznak.

A klinikai syndromák csoportjában kilenc közlemény szerepel. Egy rheumatológiai közlemény a gerinc fiatalkori osteochondriosisáról és annak felnőttkori következményeiről szól; egy másik a gyermekkori primer chronicus polyarthritisszel kapcsolatos gerincelváltozásokról. Egy közlemény a gerincelváltozások miatti afferentiazavarok EEG-s leleteit ismerteti, egy másik megállapítja, hogy nincs összefüggés a dadogás és a gyermekkorban gyakori nyaki gerincelváltozások között. A gyermekkorban levő chondrodystrophiások gerincelváltozásairól szól egy radiológiai közlemény. Lewit és Janda közleménye először is a „vertebragen panaszok" és „vertebragen zavarok" fogalmát kívánja meghatározni és bevezetni annak megállapításával, hogy azok a gyermekkorban functionalisak és később vezetnek morphológiai elváltozásokhoz. A gerincet egységes szervnek tekintve is, rajta „kulcspontokat", átmeneti helyeket kell megkülönböztetni, mint amilyen a craniovertebralis fejízületek szakasza, a lumbosacralis és a sacroiliacalis összeköttetés, ahol discusok hiányoznak és különösen nagyobb igénybevételnek vannak kitéve. Prágai iskolás gyermekeken végzett rendszeres vizsgálataikkal azt találták, hogy a gyermekkori, ún. migrénes fejfájások nem kis része nyaki „vertebragen" eredetű és tractiós therapiával sikeresen kezelhető. A sacroiliacalis ízületben már gyermekkorban nem ritkán jön létre egyoldali eltolódás rotatióval, észlelhető asymmetriát és különféle panaszokat okozva. Ha ez a helyzet blokálódik, akkor a gerincnek kell azt kompenzálni.

Connatalis toxoplasmosis esetekben talált liquorelváltozásról a gyermekkori liquor-cytológiáról és a spinalis izomatrophia (Werdnig—Hoffmann) gyógyszeres kezeléséről (Nivalin és Pachycarpinnál) beszámoló közlemények szerepelnek még a kiadásban.

Csupán a téma megjelölésével, csak címeikkel felsorolt közlemények is érdekes, színes mozaikdarabjai a symposion anyagának és beleillenek D. Müller által megadott conceptióba. A symposion követendő példát mutatott a különféle szakmák üdvös, „összehangoló" együttműködésére. A kiadvány pedig számos specialszakma művelőit érdekelheti, akik azt részleteiben olvasva, abból értékes adatokat és gondolatokat nyerhetnek.

Láng Imre dr.
Szeged

HÍREK

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1967. április 5-én (szerdán) du. 3 órára tűzte ki *Salamon Antal dr.* asp. kív. benyújtott »Az ínregeneratio kísérletes vizsgálata ínátvágás, különböző típusú ínvarratok és transplantatumok alkalmazása során« c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját.

A vita helye: MTA II. emeleti kis-előadóterme, Bp. V., Roosevelt tér 9.

Az értekezés opponensei: *Bornemisza György dr.*, az orvostud. kandidátusa, *Kós Rudolf dr.*, az orvostud. kandidátusa.

☆

Paracelsus symposion.

A **Magyar Orvostörténelmi Társaság** folyó évi április hó 7-én péntek de. 11 órakor az Országos Rheuma és Fürdőügyi Intézet klubhelyiségében (II. Frankel Leó u. 27. sz.) rendezi Paracelsus életművével foglalkozó megbeszéléseit. A bevezetőt tartja *Szodoray Lajos dr.*, a Társaság elnöke. A napirenden felkért előadók is szerepelnek. A Társaság tagjain kívül érdeklődőket is szívesen látunk.

☆

MEGHÍVÓ

A **Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társaságának Oto-neuroophthalmologiai Sectioja** 1967. április 8-án, szombaton reggel 9 órai kezdettel a *Semmelweis-teremben* (Budapest VIII., Szentkirályi u. 21 sz.) kerekasztal-konferenciát rendez a *szédülés* kérdéséről.

A kerekasztal konferenciát megnyitja *Pogány Ödön dr.*

Vitavezető: *Békény György dr.*

Kerekasztal tagjai: *Alföldy Jenő dr., Magyar Imre dr., Molnár László dr., Pataky István dr., Szentágothai János dr., Weinstein Pál dr.*

A vitában bárki részt vehet.

PÁLYÁZATI hirdetmények

(205/a)

A Kőbányai Gyógyszerárugyár pályázatot hirdet a Gyógyszeripari Ellenőrző Laboratórium megüresedett **vezetői** állására.

A laboratórium a magyar gyógyszeripar termékeinek biológiai és mikrobiológiai ellenőrzésével foglalkozik és ezeken a területeken önálló kutató munkára is lehetőséget ad. Ezért olyan szakemberek pályázatát kérjük, akik a jelzett területen szakismerettel és gyakorlattal rendelkeznek. Illetmény a 14/62. NIM. utasítás Műszaki vezető I. A kategória alapján.

A pályázatokat a Kőbányai Gyógyszerárugyár személyzeti osztályára kérjük megküldeni részletes szakmai önéletrajz mellékelésével.

(207)

Pályázatot hirdetek a nagykállói elme és ideggyógyintézetnél nyugdíjazás következtében megüresedett **osztályvezető főorvosi** állásra elme-ideg, vagy elme szakon. Az állás javadalmazása az E. 109. ksz. munkakörnek megfelelő besorolás 30%-os veszélyességi pótlékkal. Az álláshoz az intézet megfelelő lakást biztosít.

A pályázati kérelmeket a 135/1955. (Eü. K. 10.) Eü. M. sz. utasításban meghatározott okmányokkal felszerelten a hirdetmény közzétételétől számított 15 nap alatt — munkaviszonyban állóknak a szolgálati út betartásával — a Szabolcs megyei főorvosi hivatalhoz kell benyújtani.

Moskovits Károly dr.
megyei főorvos

(208)

Az országos Korányi TBC Intézet mellkassebészeti osztályán megürült E. 111. kulcsszámú **alorvosi** állásra pályázatot hirdetek. Az állásra sebészi, vagy mellkassebészi szakvizsgával rendelkezők jelentkezhetnek. A pályázatok elbírálásánál anaesthesiologiai tapasztalattal rendelkezők előnyben részesülnek. A kellően felszerelt pályázat beküldésének határideje — melyet a szolgálati út betartásával kérünk — a megjelenéstől számított 15 nap.

Böszörményi Miklós dr.
egyetemi tanár
igazgató-főorvos

(209)

I. Miskolc Város Tanácsa V. B. I. kerület Eü. Csoport vezetője (Vörösmarty u. 16.) pályázatot hirdet Miskolc I. kerületében megüresedett **körzeti kezelőorvosi** állásra az E. 180. kulcsszámú körzeti orvos I. besorolásnak megfelelő illetménnyel.

A pályázók részére szövetkezeti lakást biztosítunk.

2. Állami Közegészségügyi Felügyelő II. állásra az E. 147. kulcsszámú 2800 Ft alapfizetéssel.

A pályázó részére tanácsi lakást biztosítunk.

Endrey Gyula dr.
ker. főorvos eü. csop. vez.

(210)

Mezőkovácsházai Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet Medgyesegyháza község **II. körzeti orvosi** állására. Illetmény: alapbér kulcsszám szerint, továbbá 450 Ft ügyeleti, 300 Ft körzeti pótdíj és fuvarátalány. A körzethez egy, könnyen megközelíthető, bekapcsolt község tartozik. Szép, háromszoba összkomfortos lakás, garázzsal, kerttel rendelkezésre áll. Magángyakorlat lehetőség, feleség részére hat órás orvosírnoki állás biztosítható.

Az állás azonnal betölthető.

Vörös Áron dr.
járási főorvos

(211)

A Kapuvári Járási Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (Kapuvár) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett szülészeti-nőgyógyászati osztály E. 109. ksz. **osztályvezető főorvosi** állásra.

A 135/1955. Eü. M. sz. utasításban előírt mellékletekkel szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet az Orvosi Hetilapban történt közzétételtől számított 15 napon belül kell a Járási Kórház igazgató-főorvosának megküldeni.

Fábián Ferenc dr.
mb. kórházigazgató

(212)

Pályázatot hirdetek a szentendrei rendelőintézetnél április hó 1-vel áthelyezés folytán megüresedő **labor. szakfőorvosi** állásra. Illetmény E. 126. ksz. szerint a biztosított napi 1 órai mellékállással havi 3000 Ft (2575 + 425) 30%-os veszélyességi pótlékkal. Az állás Budapestről ellátható. Érdeklődés lehetséges telefonon Szentendre 261, vagy este a 889—646 számon.

Szinna Ferenc dr.
rend. int. igazgató-főorvos

(213)

A sátoraljaújhelyi Városi Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet a Városi Kórház elme-osztályán nyugdíjazás folytán megüresedett **osztályvezető főorvosi** állásra.

Illetmény az E. 109. kulcsszámú állásnak megfelelően.

Az álláshoz háromszoba összkomfortos lakás biztosítva van.

A pályázati kérelem a sátoraljaújhelyi Városi Tanács V. B. Egészségügyi Csoportja címre küldendő a hirdetmény közzétételétől számított 15 napon belül.

Idrányi László dr.
városi főorvos

(214)

Pályázatot hirdetek nyugdíjazás folytán megüresedő **állami közegészségügyi felügyelő II.** állásra. Javadalmazás E. 147. kulcsszám szerint. A pályázatokat a hirdetmény megjelenése után 15 napon belül címemre kell megküldeni szolgálati úton.

Szepesi Barnabás dr.
városi főorvos

(215)

Budapest Fővárosi János Kórház igazgató-főorvosa (Bp. XII. Diósárok 1.) pályázatot hirdet a kórház Mellkassebészeti osztályán megüresedett E. 112-es kulcsszámú **segédorvosi állásra.** Illetmény a kulcsszámnak megfelelően + 30% veszélyességi pótlék.

Az állásra csak Budapesten állandó munkaviszonyban levő orvosok pályázhatnak, **akik sebész szakorvosi képesítéssel rendelkeznek.**

Takó József dr.
igazgató-főorvos

(216)

Az Országos Korányi Tbc Intézet (Budapest XII., Pihenő út 1.) pályázatot hirdet az intézet módszertani osztályán megüresedett **tudományos főmunkatársi** állásra. Az állásra olyan tüdőgyógyászok pályázhatnak, akiknek a szervező munkában jelentős tapasztalatuk van és ilyen vonatkozású tudományos munkásággal is rendelkeznek. A pályázatokat a szolgálati út betartásával kérjük.

Böszörményi Miklós dr.
egyetemi tanár
igazgató-főorvos

(217)

Az Országos Korányi Tbc Intézet (Budapest XII., Pihenő út 1.) pályázatot hirdet a tüdő-belosztályán megüresedett **segédorvosi** állásra. Az állásra tbc szakképesítéssel, vagy szakképesítés nélküli orvosok jelentkezhetnek, akik kedvet éreznek a tüdőbetegségekkel való foglalkozásra. A pályázatokat a szolgálati út betartásával kérjük.

Böszörményi Miklós dr.
egyetemi tanár
igazgató-főorvos

(218)

A Fehérgyarmati Járási Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház gyermek osztályán megüresedett E. 112. **gyermekgyógyász szaksegédorvosi** állásra. Az állásra szakképesítés nélküli orvos is pályázhat, ebben az esetben E. 113. kulcsszám szerint lesz besorolva.

Egyszoba összkomfortos szolgálati lakást biztosítunk.

A szabályszerűen felszerelt pályázatokat — a szolgálati út betartásával — a kórház igazgató-főorvosának kell megküldeni.

Romhányi Tibor dr.
kórh. ig.-főorvos

(219)

Békés megyei Tanács Csecsemőotthona (Gyula) pályázatot hirdet E. 115. sz. **gyermekgyógyász szakorvosi** állásra. Szakképesítés hiányában E. 116. ksz. intézeti orvosként is betölthető. Szakképesítésbe 6 hónap beszámít. Illetmény a kulcsszám szerint és ügyeleti díj. Szolgálati szoba fürdőszobával, rendelkezésre áll.

Hunya Tibor dr.
igazgató-főorvos

(220)

A Fejér megye és Székesfehérvár Város Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet Székesfehérvár Városban áthelyezés folytán megüresedett egy E. 176. ksz. **körzeti gyermekorvosi** státusra. Illetmény kulcsszám szerint, valamint évente egy alkalommal hűségjutalom. Az álláshoz 1967. évben szövetkezeti lakást biztosítunk. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmeket a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül lehet benyújtani.

Szoró Zoltán dr. s. k.
kórházigazgató-főorvos

(221)

Budapest Főv. III. kerületi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (III. Fő tér 3.) pályázatot hirdet a Margit kórházban megüresedett E. 109. kulcsszámú **laboratórium főorvosi** állásra.

Pályázati kérelmeket a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kell benyújtani.

Vidosfalvy Magda dr.
ker. főorvos, eü osztályvezető

222

Az újonnan létesített és 1968. évben megindulő Dombóvári Járási Kórház függetlenített **igazgató-főorvosi** állására pályázatot hirdetek. A kórház 460 ággyal és a kórházhoz kapcsolt 17 munkahelyes rendelőintézettel fog működni. Illetmény az egészségügyi bérrendszernek megfelelő E. 102. ksz. kórházigazgató II. munkakör szerinti fizetés. Komfortos lakás rendelkezésre áll. A pályázatot — jelen hirdetmény megjelenését követő 30 nap alatt, szolgálati úton »Járási főorvos, Dombóvár« címre kell benyújtani.

A Nógrád megyei Tanács Kórháza igazgatója pályázatot hirdet a Véradó Alközpontnál levő üres E. 111. kulcsszámú alorvosi állásra. Az állás elnyeréséhez laboratóriumi szakorvosi képesítés szükséges. Bérezés a kulcsszámnak megfelelően. Az állás azonnal elfoglalható.

Szabó Sándor dr.
igazgató-főorvos

(224)

VIII. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály pályázatot hirdet a VIII. Korányi Sándor u. 3/a Tbc Gondozóintézet Diagnosztikai Laboratóriumban újonnan szervezett E. 126. ksz. **laborszakorvosi** állásra.

Elengedhetetlen feltétel a laboratóriumi szakorvosi képesítés és kívánatos tbc tenyésztési laboratóriumi munkában való jártasság.

Fizetés a fenti kulcsszámnak megfelelő + korpótlék és 30% veszélyességi pótlék.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet a lapban történt közzétételtől számított 15 napon belül a VIII. ker. Tanács V. B. Egészségügyi osztályán kell benyújtani.

A szolgálatban álló orvosok pályázatukat a szolgálati út betartásával az alkalmazó hatóságuk útján adják be.

Tóth Béla dr.
mb. ker. vez. főorvos

(225)

Gyógyszerkutatási irodalmi munkakörbe keresünk nyelvismerettel rendelkező orvost **tudományos munkatársi** beosztásba. Jelentkezés: Gyógyszerkutató Intézet munkaügyi Osztályán Bpest., IV. Szabadságharcosok útja 47—49 lehetőleg a délelőtti órákban.

ELŐADÁSOK — ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1967. április 6. csütörtök	Orvostovábbképző Intézet XIII. Szabolcs u. 33.	délután ½2 óra	*Az Intézet Tudományos Egyesülete*	1. *Bodnár Endre dr.:* Mitrális vitiumok haemodynamikája. (Előző ülésről elmaradt előadás.) 2. *Broóser Gábor dr., Bikich György dr.:* Diabeteses angiopathiás betegeink észlelése. (Előadás)
1967. április 6. csütörtök	Semmelweis-terem VIII. Szentkirályi u. 21.	délután 7 óra	*A Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság*	1. *Gláz Edit dr.:* A szervezet aldosteron fellátottságának kliniko-pathológiai vonatkozásai. (Előadás, 30') 2. *Kertész Frigyes dr.:* A felnőttkori de Toni—Debré—Fanconi syndroma néhány problémája. (Előadás, 20')
1967. április 6. csütörtök	Orsz. Orvostörténeti Könyvtár II. Török u. 12.	délután 8 óra	*Az Orsz. Orvostörténeti Könyvtár*	*Radó Polykárp dr.:* Orvostörténet és kodikologia.
1967. április 7. péntek	Orsz. Ideg- és Elmegyógyintézet. II. Vörös Hadsereg útja 116.	délután ½3 óra	*Az Intézet Tudományos Bizottsága*	*Brunecker Györgyi dr.:* A motorium psychopathologiája. Felkért hozzászóló: *Böszörményi Zoltán dr.*
1967. április 7. péntek	Heim Pál Gyermekkórház, orvosi könyvtár VIII. Üllői út 86.	délután ½3 óra	*A Kórház orvosi kara*	*Mester Judit dr.:* A fejlődési rendellenességek gyakorisága a bejelentések tükrében. *Berndorfer Alfréd dr.:* A veleszületett rendellenességek sebészeti és gyermekgyógyászati vonatkozásai.
1967. április 7. péntek	I. Sebészeti Klinika, tanterem VIII. Üllői út 78.	délután ½6 óra	*A Magyar Anaesthesiologiai és Reanimatiós Társaság*	1. *Pataki István dr.:* Kémiai szerkezet és pharmacologiai hatások összefüggései. 1. Premedicatióra használt szerek. (Továbbképző előadás, 50') 2. *Molnár Lajos dr.:* Beszámoló a Petrovszkij-klinikán töltött 2 éves aspiranturám alatt szerzett anaesthesiologiai vonatkozású tapasztalataimról (30').

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat. Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 000 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató. Telefon: 116—660
MNB egyszámlaszám: 69.915.272—46
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hirlapirodájánál (Budapest, V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Csekkszámlaszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás a MNB 8 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
67 0817 Athenaeum Nyomda, Budapest. Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. • DARABOS PÁL DR. • FISCHER ANTAL DR. • HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR. • SÓS JÓZSEF DR. • SZÁNTÓ GYÖRGY DR.
Felelős szerkesztő: TRENCSÉNI TIBOR DR. • Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.
Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. • FORRAI JENŐ DR.

108. ÉVFOLYAM 15. SZÁM, 1967. ÁPRILIS 9.

Országos Reuma és Fürdőügyi Intézet (igazgató: Farkas Károly dr.) Szemészeti Osztály (főorvos: Lugossy Gyula dr.)

A glaukoma gyógyítása

Lugossy Gyula dr.

„Dolgozatom főként a megelőzést, az idejében kezdett gyógyítást akarja szolgálni. De meg is akarja ismertetni a folyton tevékeny kórtani munka mai állásával az érdeklődő és folyton tanulni vágyó orvosokat. A szemészet különösen alkalmas arra, hogy a szervezet titkaiba betekintsünk. Főként mégis az a célom, hogy kiáltó szóval hívjam fel az orvosok figyelmét: Találjátok meg és mentsétek meg a glaukomásokat! Gondoljatok mindig glaukomára!" — írta ezen a helyen *Csapody* (6) professzor 10 esztendeje.

Ezen felhívás óta, az eltelt évek folyamán a glaukomával kapcsolatos problémák egyre növekvő komplexummá váltak, minthogy ennek a betegségnek a tisztán leíró korszaka lejárt. A morfológiai tanulmányokat a különböző szemfunkciók vizsgálatai váltották fel (23). Ismeretes, hogy glaukoma alatt serológiailag és pathogenetikailag különböző betegségeket értünk, amelyeknek közös ismertetőjele a normális szemtensiók határértékeit meghaladó nyomásemelkedés. Kiderült, hogy primaer glaukoma esetén a szem hypertensiója 11—20 évvel az összes funkcionális manifesztációk előtt megmutatkozik, ha kellő körültekintéssel és megfelelő módon végezzük a vizsgálatokat. Ennek pedig megvan a nagyon hasznos gyakorlati konzekvenciája is, amely különösen időszerűvé teszi *Csapody* professzor felhívását.

A primaer glaukoma és alakjai

A tankönyvekben szokásos osztályozás szerint primaer, secundaer és kongenitális glaukomát különböztetünk meg. Primaernek mondjuk a kétoldali ismeretlen eredetű glaukomát. A secundaer glaukomának oka a szemben felismerhető. A kongenitális glaukoma oka az elülső csarnokban már a születéskor meglevő anomália. A genetikai kutatások nyomán ma már kétségtelen, hogy ez a felosztás módosításra szorul. A primaer glaukomák a genetikailag determinált defektusok példájára olyan szembajoknak tekintendők, amelyeknek tünetei az élet folyamán később nyilvánulnak meg. *Shaffer R. N.* (26) kétségtelennek tartja, hogy nem egy gén felel a glaukoma különféle alakjaiért, azonban a primaer glaukomák genetikai eredetének elfogadott volta kiemeli őket az „ismeretlen vagy idiopathiás" kategóriából.

Milyen mértékű tensióértékeknél beszélünk glaukomáról? Mielőtt erre a kérdésre válaszolnék, nézzük meg az egészséges szemek feszülésének határértékeit.

Leydhecker W. (17) 1958-ban 19 518 ép szemen végzett vizsgálatainak középértéke szerint az egészséges férfi és női szem tensiójának átlagértéke 15,3—16 Hgmm a *Schiötz*-féle tonometer 1955-ben kalibrált adatai alapján. Az egészségesek két szemén klinikailag azonos nyomás mérhető. A vizsgálatok során az is kiderült, hogy *22 Hgmm* szemfeszülés az egészséges nőknek csak 1%-ában, férfiaknak 0,5%-ában található. Ez tehát már *gyanús tensióérték* és ha technikailag korrekt tonometrizálás, standardizált tonometer, normális sclera rigiditás mellett ismételten 22 Hgmm-t mérünk ugyanazon a szemen, akkor feltétlenül további vizsgálatok szükségesek.

Leydhecker (17) szerint az egészségesek szemtensiójának alsó határa 6,5 Hgmm. Az egészséges férfiak és nők 99,4%-ánál a szemfeszülés 9 Hgmm-nél, 98%-ánál 10 Hgmm-nél nem alacsonyabb. Ily módon *a normális szemfeszülés 10—22 Hgmm határértékek között* ingadozik. Ez megfelel *Goldmann* (12) vizsgálati eredményeinek is, mert a sclera rigiditását kiküszöbölő applanatiós tonometerével mért normális szemfeszülés átlagban 16 Hgmm körül van és *22 Hgmm felett már glaukomás a szem.*

II. sz. SEBÉSZETI KÖNYVTÁRA

Már *Maslenikow A.* (21) felismerte, hogy a szemfeszülésnek egészségeseknél kisfokú, míg glaukomások esetében erősebb napszaki ingadozásai fordulhatnak elő. A fokozott napszaki tensióingadozást az utánvizsgálók egy része a glaukoma különösen gyakori korai tünetének tekinti. *Duke—Elder* (7) szerint az ép szem belső nyomásának napszaki ingadozása ritkán haladja meg a 4 Hgmm-t. *Langley* és *Swanljung* (16) 4, míg *Hager* (14) 5 típust figyelt meg a glaukomások napszaki tensióingadozásainak 24 órás görbéjében. *Leydhecker* (17) szerint reggel felkelés előtt a szemnyomás 6 Hgmm-rel magasabb lehet, amint 5—16 perccel a beteg felkelése után. 314 szemből éjjel csak 22 esetben haladta meg a tensio a nappali maximumot, ha napközben gyógyszeresen szabályozott volt a szemnyomás. Mindösszesze 4 szemen volt 24^h vagy 4^h-kor 6 Hgmm-rel magasabb a szemfeszülés, mint nappal, ami a therápia változtatásához vezetett.

Az a régi felfogás, amely szerint nem minden tartós nyomásemelkedés káros a szemre és jelent betegséget: nyilvánvalóan rövid észlelési idő és a sclera rigiditás elhanyagolása révén keletkezett. Ma már kétséget kizáróan bebizonyosodott, hogy előbbutóbb minden nyomásemelkedés a szem károsodásához vezet. Hatásos további bizonyítéknak tekinthető ilyen értelemben *Leydhecker* (17) lelete, amelyet 10 000 subjektive egységes egyén sorozatvizsgálatánál tudott kiemelni. Eszerint a glaukoma százalékaránya minden korcsoportban olyan magas volt, mint a 20 évnél idősebb egyének látótérdefektusainak százalékaránya. A szembeli nyomásemelkedés tehát megelőzi az excavatiót és a látótérkiesést. Egyetérthetünk *Leydhecker* (17) tapasztalataival, amelyek szerint *a nyomásemelkedés a fő oka a látótérkiesésnek* és 20 évig tarthat, amíg kezdődő csekély nyomásemelkedésnél látótérkiesés keletkezik. Abban is igazat kell neki adnunk, hogy a betegségfogalom nem tehető függővé minden kardinális symptoma (tensióemelkedés, látóidegfő-kivájulás, látótérkiesés) jelenlététől. Különösképpen akkor nem, ha főként ezen symptomák egyike (a nyomásemelkedés) okozza a másik kettőt.

A nyomásemelkedés mértéke igen változó lehet a primaer glaukoma klinikailag egymástól eléggé különbözőnek látszó 2 csoportjában: a torlódásos (congestiv) és az egyszerű (simplex) glaukomában. A gonioscopiás lelet alapján az előbbit szűk zugú, míg az utóbbit tág zugú glaukomának is mondjuk. A torlódásos vagy szűk zugú glaukomák heveny és idült formában jelentkezhetnek.

1. *A heveny torlódásos glaukoma*

A beteget ért „stress" hatására az egyik vagy olykor mind a két szem kivörösödik (congestio), fájdalmassá válik. Szubjektíve rossz közérzet, ködlátás, a fényforrás körül színes karikák figyelmeztetik a beteget, hogy forduljon szemorvoshoz. Ilyenkor, a roham tetőpontján, 60—100 Hgmm-es szemnyomás is mérhető. Az óránkénti szembe cseppentett 2%-os pilocarpin és 3-szor napjában 1—2 tbl. fonurit hatására a szemfeszülés 24—48 óra alatt általában normalizálódik. Ha nem puhul meg a szem, akkor együlésben végzett sclerotomia posterior és iridectomia segítségével a legtöbb esetben megmenthető a látás. Fájdalomcsillapítóként Dolargan injekció vagy „cocktail lytique" adható a betegnek, ezáltal a szemfeszülés csökkentése is elősegíthető.

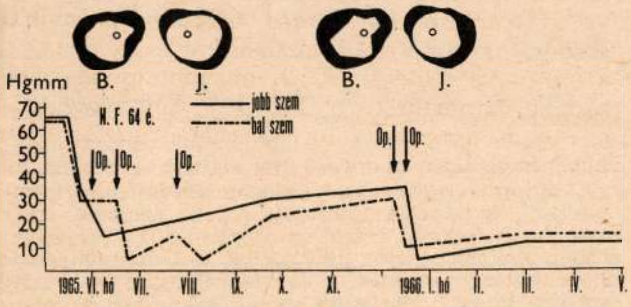
A sűrű pilocarpinozás hatására megpuhult szem ne tévessze meg a szemorvost és ne térítse el a műtét végrehajtásától. A rohamot esetleg megelőző prodromalis tünetek idején vagy közvetlenül a roham lezajlása után elvégzett iridectomiával *meggyógyítható a glaukoma.* A roham után rendszeres pilocarpinozással ideig-óráig normalizálható ugyan a szemfeszülés, kivételesen esetleg évtizedeken át, azonban bármikor újabb roham támadhat. Ilyenkor azután már kedvezőtlenebb körülmények között esetleg magas szemnyomás mellett kényszerülhetünk a műtét elvégzésére. Minthogy pedig ezen esetekben a túloldali, épnek látszó szem is szűk csarnokzugú, óvatosságból legalább 1-szer napjában pilocarpin becseppentése ajánlatos. *Winter F. C.* (32) a rendszeres pilocarpin cseppentés ellenére 20 egyén közül 8 esetében glaukomás rohamot észlelt a túloldali szemben.

A glaukomás roham idején a csarnokzug elzáródása nem oka a nyomásemelkedésnek *Weekers és társai* (30) szerint, mert néha elzáródott zugot találtak normális szemnyomás és elfolyási ellenállás mellett is. A glaukomás roham oldódása után csak akkor indokolt az iridectomia, ha az elfolyási ellenállás is normális. Ellenkező esetben: vagyis ha a glaukomás roham lezajlása után elvégzett tonográfiás vizsgálat szerint az elfolyási ellenállás magas maradt, csak iridenkleisis normalizálja tartósan a szemfeszülést.

Amilyen gyorsan és végérvényesen lehet segíteni a prodromális tünetek vagy heveny roham idején azonnal jelentkező glaukomáson, éppen olyan nehéz feladat elé állítja a szemorvost a baj fel nem ismerése miatt elkésve gyógykezelésre kerülő beteg, miként az alább ismertetendő esetünk kórtörténete is példázza.

1965. IV. 30-án H. F., 64 éves nőt mentők szállítják osztályunkra a család kérésére. Fia elmondása szerint 2 héttel korábban erős szem- és fejfájása támadt és elhomályosodott a látása. Rossz közérzetét hányinger súlyosbította. Körzeti orvosa fájdalomcsillapítókat rendelt, azonban sem közérzete, sem látása nem javult. A kórházi felvételkor mindkét szemén a 2 hét óta tartó glaukomás roham következményes tünetei voltak észlelhetők. Szemtekei érágasság, szurkált, borus szaru, sekély csarnok, zárt zuggal; tág, függélyesen ovális szembogár és 65 Hgmm-es szemfeszülés. Az első 2 napon át óránként, majd 5-ször napjában becseppentett 2%-os pilocarpin és 3-szor napjában 1 tbl. fonurit hatására egy hét alatt kézmozgást-látásról csak 1, ill. 0,5 m-ről ujjolvasásra javult a látóélessége és 35, ill. 30 Hgmm-re csökkent a szemfeszülése. Minthogy a látóterekben már részleges kiesés (1. ábra) és a lencsében phakosclerosis mutatkozott, ezért megfelelő műtéti előkészítés után (VII. 6-án) a jobb szemen együlésben sclerotomia posteriort és széles iridectomia után intracapsularis lencsekivonást végeztem enzymatikus zonulolysis segítségével. Két nappal később (VII. 8-án) a sclerotomia posterior révén hypotoniássá vált a bal szem, így 2 héttel utóbb (VII. 22-én) puha szemből Quimotraseval sértetlen tokban sikerült kivonni a lencsét. A látó-

élesség 2 hónap múlva a jobb szemen 5/6-ra, míg a balon (macula degeneratio miatt) 5/30-ra volt javítható. A tensió rendszeres ellenőrzése és a látótérvizsgálat megismétlése (1. ábra) azt mutatta, hogy a pilocarpin lelkiismeretes használata ellenére ($^1/_2$ év alatt) romlottak a funkciók. Ezért előbb (1966. I. 6-án) az egyik, majd



1. ábra

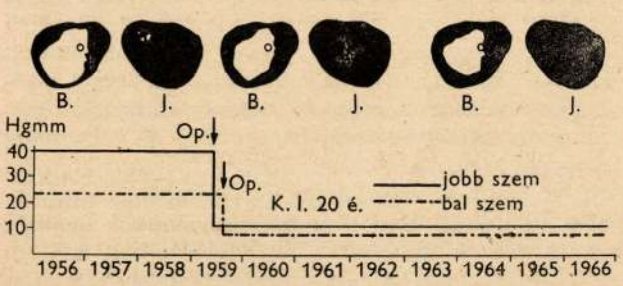
(I. 11-én) a másik szemen *Blaskovics* szerint cyclodialysis inversát végeztem. Azóta pilocarpin használata nélkül is normális mindkét szem feszülése. (A jobb szemen 12, a balon 15 Hgmm.)

2. *Az idült torlódásos glaukoma*

Kezdeti stádiuma egy nem teljesen lezajlott heveny glaukomás roham szokott lenni. A subacut és acut glaukomától a heveny torlódásos állapot lezajlása utáni fokozott szemfeszülés különbözteti meg. Az erős nyomásingadozások nem ritkák, azonban a heveny glaukomás rohamra jellemző szubjektív symptomák csak enyhébb fokban jelentkeznek. Gyógykezelés nélküli esetekben a hosszabb időn át tartó szemfeszülés-ingadozások a látóidegfő kivájulásához és látótérkieséshez vezetnek; ezek hiányzanak a heveny torlódásos glaukománál.

A betegek jellegzetes panaszai, az esetek zömében észlelhető szűk csarnokzug és kóros szemfeszülés lehetővé teszik a korai bajmegállapítást. Ha azonban a gyógyszeres kezeléssel nem sikerül állandóan 20 Hgmm alatt tartani a szem belső nyomását, akkor műtétet, mégpedig sipolyképzőt kell végezni. Ennek halogatása funkciókárosodáshoz vezet, miként a következő esetünk is bizonyítja.

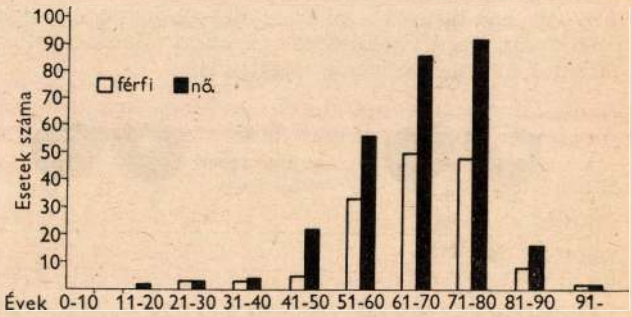
1956. X. 13-án K. I., 20 éves hajadon jelentkezett ambulanciánkon azon előzménnyel, hogy 3 év óta időnként színes karikákat lát a fényforrás körül. Emiatt ismételten gyógykezelték szemklinikán, majd meg is operálták a bal szemét. A jobb szemén már nem lehetett segíteni. Azóta 5-ször napjában 2%-os pilocarpint cseppent mindkét szemébe. Látóélessége: a jobb szemen fényérzés nincsen, a bal szemen — 4,0 D = 5/6. Episcle-



2. ábra

ralis érágasság, mély csarnok, de szűk csarnokzug, fakó, üstszerűen kivájult látóidegfő, nasalisan eltolt értölcsér. A látótérben jelentős, főként nasalis kiesést (2. ábra) találtunk. A rendszeres pilocarpin cseppentés mellett jobb oldalt 40, bal oldalt 23 Hgmm volt a szemfeszülés 1959 áprilisáig. Ekkor megismételve a látótérvizsgálatot, újabb kiesést találtunk és a vakfolt is megnagyobbodott, pedig *23 Hgmm-nél magasabb szemfeszülést egyszer sem mértünk.* Ekkor felvettük az osztályra és a jobb szemén (1959. V. 8-án) trepanatio sclerae sec. *Elliot*-műtétet végeztem. Sima, zavartalan gyógyulást tapasztalva egy héttel később bal szemét is megoperáltam *Elliot* szerint. Azóta a jobb szemén 12, a balon 8 Hgmm a tensio pilocarpin nélkül. Látóélessége: — 2,0 D = —3,5 D cyl. 5° = 5/5. A látóidegfő kivájulása pedig a jobb szemén részben, a bal szemén egészen megszűnt. Időközben férjhez ment, szült, munkaképes.

Amint ismertetett esetünk is mutatja, a glaukoma már a 20-as életévekben sem extrém ritkaságú. A kiemelkedő funkcionális károsodások túlnyomó többségükben később jelentkeznek, 15—20 esztendővel a könnyebbfokú szemfeszülés fokozódás kezdete után. Ezen károsodások kimutatásának alapján az általános irodalmi felfogás szerint a glaukoma először a közepes életkorban kezdődik, zömében a 40. életév után. A kor előrehaladtával a baj gyakoribb, mint a 3. ábrán is látható. A közegészségügyi viszonyok általános javulása folytán



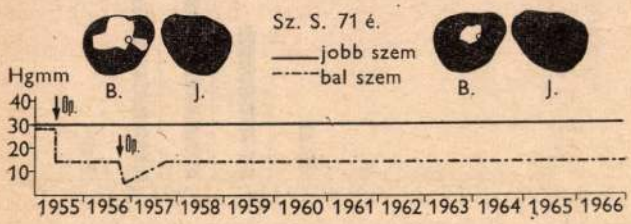
3. ábra. Az O.R.F.I. szemosztályán 1946—1966 ápolt glaukomások kor- és nem szerinti megoszlása.

a magasabb életkorú emberek száma folyton növekszik. Ennélfogva a glaukomának mint vaksági oknak a jelentősége tovább fokozódik, pedig már eddig is világszerte a vakság 3-ik leggyakoribb okaként szerepelt. Durva megközelítésben a vakoknak mintegy 12—20%-a glaukomában vakult meg. Hazai vizsgálatok szerint *Biró I.* (3) 19%, *Tóth Z.* (28) 17—19% glaukomást talált a megvakultak között.

A várható átlagos életkor fokozatos megnövekedése miatt még inkább meg kell tennünk mindent annak érdekében, hogy minél korábban felismerjük a glaukomát. A baj korai felismerésével lehetővé válik a korai gyógykezelés. Amíg a 40. életév körüli lakosságnak 2—3%-a, addig a 70 éveseknek már 8—9%-a glaukomás. Az utóbbiaknál igen sokszor vérnyomásbetegség, általános érelmeszesedés, szívbaj stb. szövődik a glaukomával és teszi még nehezebbé a gyógykezelést. A betegeknek kb. fele nem tud glaukomájáról vagy pedig nemtörődömség, hanyagság stb. folytán már csak olyankor kerül szemészeti osztályra, amikor gyakorlati-

lag a vakság küszöbén van. Ilyen reménytelennek látszó esetekben sem szabad azonban feladni a küzdelmet, mert a maradék látás megmentésével nemegyszer hosszú évekre visszaadhatjuk a beteg életkedvét. Tanulságos ilyen szempontból a következő kórtörténet.

1955. II. 7-én Sz. S., 71 éves nőt azon előzménnyel vettük fel osztályunkra, hogy 5 esztendővel azelőtt ismerték fel glaukómáját. Az egyik intézetben már a műtőasztalon feküdt, amikor azon orvosi megjegyzésre, hogy látásának megtartása nem garantálható — ijedtében megtagadta beleegyezését az operációba és hazament. Azóta 3-szor napjában 2%-os pilocarpint cseppent mindkét szemébe. Osztályunkra történt felvételekor látóélessége: a jobb szemen fényérzés, míg a balon — 2,0 D = 5/25 volt. Mindkét szemen episcleralis érágasságot, kissé sekély csarnokot, szűk csarnokzugot és szembogarat, míg a szemfenéken fakószürke, jobb oldalt mély üstszerűen, bal oldalt mélyen kivájult látóidegfőt találtunk súlyos arteriosclerosissal. A szemfeszülés 30 Hgmm volt mindkét szemén; a látótérben a centrumot megközelítő kiesés mutatkozott (4. ábra). Belgyógyászati lelete: nagyobbfokú kyphoscoliosis, tágult mellkas, a bázisokon ropogások. Halk szívhangok. Aorta II. kissé ékelt! RR: 130/80 Hgmm. P: 96. Therapia: 2-szer napjában 0,05 g digitalis volt. A bal szemen *Blaskovics* szerint végzett cyclodialysis inversa duplex után tartósan 14 Hgmm maradt a szemfeszülés. 1956. X. 16-án sértetlen tokban eltávolítottam az elszürkült lencsét. Látóélessége: + 12,0 D = + 1,0 D cyl. 25° = 5/12; szemfeszülése változatlanul 14 Hgmm pilocarpin nélkül. Ma már 81 éves a lábán is alig álló betegünk és a centrumnál levő látótérkiesés (4. ábra) ellenére változatlanul 5/12 a látóélesség jelenleg is!



4. ábra

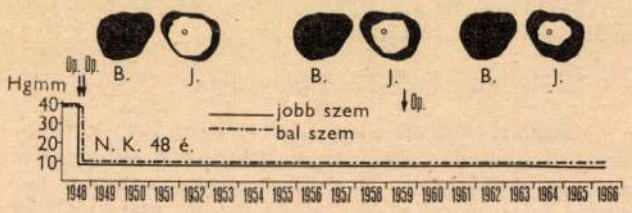
3. *Az egyszerű glaukoma*

Korai stádiumában szubjektív és objektív tünetek nélkül, alattomosan fejlődik a szemben. Eleinte a szemfeszülés nagyobb ingadozásai is észrevétlenek maradhatnak, A tág csarnokzug mindig nyitott marad, még a régóta fennálló glaukoma simplex esetében ritkán előforduló roham idején is! Az idült torlódásos formától éppen abban különbözik az egyszerű glaukoma, hogy a roham alatt és után egyaránt nyitott a csarnokzug és az előzményből hiányzanak a „congestiv" symptomák. Az emelkedett szemfeszülés, látóidegfő-kivájulás, látótérkiesés mellett tonográfiával fokozott elfolyási ellenállás mérhető.

Az egyszerű glaukoma esetében az elfolyási ellenállás megnövekedése kezdetben valószínűleg a vascularis és tensióbeli ingadozáshoz kötött. Később azután a funkcionális kieséseket és a szemfeszülés állandó emelkedettségét talán az uvealis érkárosodások és a csarnokvíz elülső elvezetését végző intrascleralis érfalak anatómiai vagy biokémiai változásai okozzák (*Matteucci P.* 22). Végül teljessé válik a csarnokzugban a trabecularis sclerosis.

A hosszú éveken át tünetmentesen végbemenő folyamatok eredményezik azt, hogy a simplex glaukoma felismerésekor már igen súlyos károsodások vannak a szemben. A beteg egyszer csak döbbenten veszi észre, hogy fél szemére megvakult, amint a következő esetünk is bizonyítja.

1948. XI. 26-án N. K., 48 éves nőt vettünk fel osztályunkra azon előzménnyel, hogy egy esztendővel azelőtt véletlenül eltakarta a jobb szemét és nagy megdöbbenésére a bal szemével már a fényt sem látta. Az egyik intézetben pilocarpin rendszeres cseppentését rendelték el és műtétet ajánlottak a jobb szemére. Csak most tudta rászánni magát az operációra. Látóélessége: a jobb szemen + cyl. 1,0 D = 5/6, a balon fényérzés nincs. Mindkét szemén a tág csarnokzugú glaukoma jellemző tüneteit észleltük. A bal szemfenéken mély üstszerű, a jobbon üstszerű kivájulást találtunk a papillán. A tensio 40 Hgmm volt mindkét szemén. A jobb látótérben főként nasalis szűkület mutatkozott (5. ábra). Megfelelő műtéti előkészítés után trepanatio sclerae végeztem *Elliot* szerint a jobb szemen és *Blaskovics*-féle cyclodialysis inv. duplexet a balon. Azóta 8—10 Hgmm-es a szemfeszülés mindkét szemen; a látóidegfő kivájulása kitelődött. A jobb szem látóélessége 8 évig változatlanul jó volt, akkor szürkülni kezdett a lencse. Ezért 1959. XII. 3-án a szokott műtéti előkészítés után enzymatikus zonulolysissel és erysiphakkal sértetlen tokban eltávolítottam a hályogot a jobb szemből. A jól filtráló sipoly megkímélése végett nem a szokott helyen, vagyis felül, hanem alul (6^h-nál) készítettem a hályogsebet az előre behelyezett corneo-scleralis varrat mellett. A látóélesség: + 11,0 D = + 1,0 D cyl. 105° = 5/5, a szemfeszülés jelenleg is 8—10 Hgmm; a látótér a körkörös szűkület ellenére még kielégítő (5. ábra).

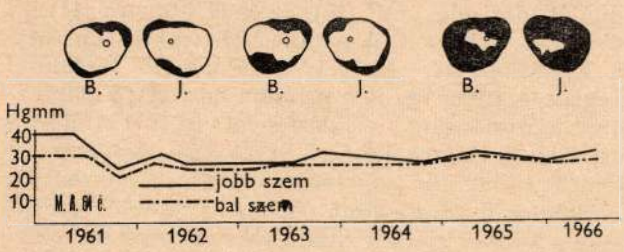


5. ábra

Megfigyeléseink egyeznek azon régi tapasztalattal, amely szerint a nyitott csarnokzugú glaukomások egy részénél a látóideg nem kielégítő vérellátása miatt viszonylag nem magas szemnyomás ellenére is gyorsan romlik a látótér. Erre a kérdésre a látóidegfő érellátásának beható tanulmányozása adott feleletet, főként *François J. és mtsainak* (8, 9) kutatásai alapján. Kiderült, hogy a látóidegnek saját tápláló ere van: az arteria centralis nervi optici. Ily módon egy olyan tényezővel kell számolnunk, amely a szembeli nyomásemelkedés mellett a látóidegkárosodásra mértékadó lehet és megvilágíthatja, vajon némelyik szem miért tűri el viszonylag hosszabb ideig károsodás nélkül a fokozott szemfeszülést, mint a másik. A legkiterjedtebb és leggyorsabb látóidegfő-kivájulás és látótérkiesés ugyanis azon egyszerű glaukomás betegek esetében található, akiknek generalizált érelmeszesedése van, alacsony általános és látóhártyai vérnyomással és

emelkedett szemnyomással, néha csak mérsékelt fokban. Példa erre a következő esetünk.

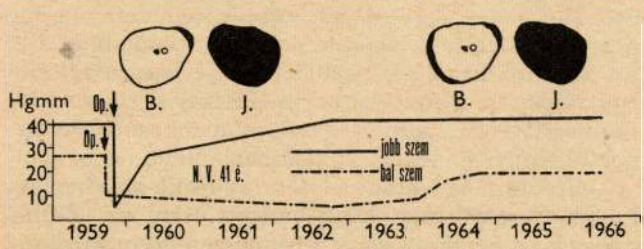
1961. V. 22-én M. A., 61 éves nő jelent meg ambulanciánkon és olvasó üvegének kicserélését kérte. Vizsgálat közben a szemfenék tükrözésénél derült ki, hogy decolorált és excavált mindkét papillája, látóhártyai és általános érelmeszesedése van. Tensió: a jobb szemén 40, a balon 30 Hgmm. RR: 110/80 Hgmm. A látótérben nasalis szűkület (6. ábra). Eleinte 3-szor napjában 2%-os pilocarpin hatására 30, ill. 28 Hgmm volt a szemfeszülés, majd 5-ször napjában 2%-os pilocarpin és 3-szor napjában 1 tbl. fonurit hatására 20—23 Hgmm körül ingadozott a tensió. Műtétet javasoltunk, a beteg azonban családi okokból annak elhalasztását kérte. Azóta is folyton halogatja, pedig a 3—4 havonta történő ellenőrzés a funkciókárosodások kétségtelen jeleit találja. Ma már mindkét szem látótérkiesése megközelíti a centrumot (6. ábra), pedig *a szemfeszülés ritkán haladta meg* a hazai tankönyvekben a normális tensió felső határaként elfogadott *26 Hgmm-t.*



6. ábra

Mindezekből természetszerűleg következik, hogy a gyógyszeresen kezelt glaukoma simplex eseteiben a 20—22 Hgmm-t meghaladó tensióemelkedést feltétlenül kórosnak kell tekinteni és nem szabad késlekedni a műtéti beavatkozással, miként az alábbi esetünk is tanúsítja.

1959. X. 12-én M. B. 41 éves nő kérte felvételét osztályunkra attól való félelmében, hogy a bal szemének látása is veszélyben van, miután jobb szeme több műtét ellenére is megvakult. Először 1946-ban jelentkezett valahol szemvizsgálat végett makacs fejfájása miatt. 1958-ban az egyik szemosztályon cyclodialysis inversa sec. *Blaskovics* történt a jobb szemén, majd 1959 februárjában szürkehályogkivonás széles iridectomia kíséretében. 1959 májusában cyclodialysis inv. duplexet, júliusában *Weekers*-féle cyclodiathermiás műtétet végeztek a jobb szemén. A bal szembe rendszeresen 2%-os pilocarpint cseppentett, így is 23—26 Hgmm-es szemfeszülést mértünk, a jobb szemen pedig 40 Hgmm-t. A teljes látású bal szem látóterében megnagyobbodott vakfoltot találtunk, míg a jobb szem látótere gyakorlatilag már elveszett (7. ábra). Mindkét szemben tág csarnokzug, a jobb szemfenéken fakószürke, mély üstszerűen kivájult, a balon ép papilla volt. Műtéti előkészítés után előbb a bal szemen (X. 14-én) az általam (19) módosított iridenkleisist, majd egy héttel később (X. 21-én) a jobb szemen *Blaskovics* szerinti cyclodialysis inv. duplexet végeztünk. Azóta a bal szem feszülése 10—18 Hgmm, míg a jobb szemé lassan ismét elérte a 40 Hgmm-t (7. ábra). A bal szem látása jelenleg is teljes, látótere és tensiója változatlanul jó.



7. ábra

Az öröklés kérdésével foglalkozó irodalmi adatok zöme *az egyszerű glaukoma domináns öröklődését bizonyítja.* Eszerint a tág zugú glaukomák 5—50%-a családi adottság és feltehetően egy domináns gén továbbítja a betegséget. *François J.* (10) eseteinek 20%-ában szembeötlő volt az öröklés tényező. Ezért nagy gondot kell fordítani a glaukomások családtagjainak vizsgálatára, amelyben komoly segítséget jelenthet a corticosteroidok helyi alkalmazása. A simplex glaukomához nagyon hasonló kórkép támadhat a corticosteroidok adagolásának reakciójaként. *Becker B.* (1) vizsgálatai szerint arra praedisponált egyéneken 3—6 hétig tartó helyi corticosteroid adagolás hatására kiadós tensióemelkedés jöhet létre a csarnokvízelfolyás csökkenésével egyidejűen. Az is bebizonyosodott *Becker* és *Hahn* (2) kutatásai során, hogy a tág csarnokzugú glaukomások ezen örökölhető tulajdonságát heterozygoták viszik és adják tovább. Egy heterozygota és homozygota partner ivadékainak a fele, míg ha mindkét szülő homozygota, az összes gyermek glaukomás. Az ilyen *gyermekeknél rendszeres tonometrizálás nélkül nem szabad hosszú időn át corticosteroid szemcseppeket alkalmazni (pl. tavaszi kötőhártyahurut miatt), mert észrevétlenül súlyos funkciókárosodás jöhet létre a látóideg kivájulása révén, amely a kórosan emelkedett szemfeszülés következménye (Shaffer, 26).*

Következtetések

Mindezek alapján nyilvánvaló, hogy a glaukoma súlyos betegség, amely gyógykezelés nélkül kérlelhetetlenül vaksághoz vezet. A megvakulás közvetlen oka a centrumot elérő látótérkiesés, amely a szem kórosan emelkedett belső nyomása folytán jött létre. A szemfeszülés emelkedése tehát megelőzi a látótérkiesést A kettő közötti távolság képviseli „a szem ellenállóképességét a hypertensióval szemben" („la capacité de résistance de l'oeil à l'hypertension" *Goldmann,* 12). A számítások azt mutatják, hogy *ez középértékben 11 esztendő (Orgaud és Étienne,* 23). Az is kétségtelen, hogy egyénenként különbözik a nyomásemelkedés toleranciája; elsősorban a szemfeszülés magasságától függ, továbbá a látóideg vérellátásától. Mindenesetre elegendő idő és mód áll rendelkezésünkre, hogy felismerjük és sikeresen elhárítsuk a beteg látóképességére végzetessé válható bajt, ha — gondolunk a glaukomára!

A glaukoma gyógyítható szembaj, de akkor csupán, ha 1. korán felismerjük és 2. idejében, megfelelő módon gyógykezeljük, állandó ellenőrzésünk, gondozásunk alatt tartva a beteget, amíg csak él.

Ad. 1. *A korai kórisme* felállítása gyorsan és viszonylag könnyen sikerül, ha a torlódásos glaukomára jellemző panaszokkal jelentkezik a beteg. Ilyenkor is félreismerheti a gyakorló orvos a szem-

bajt, ha az előzményekből csak a hányinger, rosszullét ragadja meg a figyelmét és nem vizsgálja meg a beteg szemeit, ahogyan fentebb ismertetett esetünkben is történt. Fokozódik az „iatrogen ártalom", ha glaukomás helyett epeköves rohamra gondolva, görcsoldás céljából atropin tartalmú injekciót ad az orvos az émelygéssel, fájdalmakkal küszködő betegnek, avagy iritissel tévesztve össze a glaukomát: atropint cseppent a szembe, ami végzetes hiba lehet, ha nem kerül azonnal szemorvoshoz a beteg. *Leghelyesebb tehát, ha nem múló szemtünet vagy panasz, tartós fejfájás esetén szemészhez küldi páciensét az általános gyakorlatot folytató orvos!*

A szemorvos pedig gondoljon arra, hogy a magát egészséges szeműnek hivő lakosság körében a 40. éven felüliek 2,31%-a glaukomás (*Leydhecker*, 17) és mérje meg rendszeresen a vizsgálatra jelentkezők szemfeszülését. Azonban amint a 3. ábrán is látható: a 11. és 39. évesek között sem ritka ez a szembaj, vagyis a fiatalok glaukomája arra utal, hogy a vascularis sclerosis nem az egyetlen aetiológiai tényező.

Különösen gondos és ismételten végzett tonometrizálás szükséges a simplex glaukoma korai felismeréséhez. A rendelőintézeti vagy a lakosság egy részére kiterjedő *szűrővizsgálat* alkalmával minden *23 Hgmm-es* vagy ezt meghaladó szemfeszülés már *kórosnak* tekintendő és a paciens intézeti szemosztályra beutalva, gondos kivizsgálásra szorul. *Annak valószínűsége, hogy egy 26 Hgmm-es szembeli nyomás még élettani lenne: 0,1%-nál is kisebb (Leydhecker,* 17). Ezzel szemben hazai tankönyveink szerint a normális szemfeszülés 12—16 és 24—26 Hgmm között van és csak a 26 Hgmm feletti érték esetén kell glaukomára gondolni. *Ezt a tankönyvi adatot tehát sürgősen revideálni és a glaukomára vonatkozó* legújabb megismerések alapján *szemléletünket is módosítani kell.* Akkor még véletlenül sem fog előfordulni, hogy a rendelőintézetben ismételten olvasó üveget kérő vagy fejfájásról panaszkodó paciens nemcsak tensiómérés, hanem szemfenéki vizsgálat nélkül is marad. Márpedig a tükrözéssel felfedezhető a látóidegfő kezdődő kivájulása, amely megelőzi a funkcionális károsodást; ilyenkor még nincs látótérszűkület. A finomabb módszerek: staticus perimetria, criticus flicker-fuziós perimetria, angioscotometria, stb. segítségével viszont esetleg korai funkcióváltozások találhatók a klinikai kivizsgálásra beutalt betegen. A rövidlátók phakosclerosisa megnehezíti a szemfenéki vizsgálatot és a glaukoma korai felismerését (18). A nagyfokban myopiások tonometrizálásánál a szemgolyó anormális rigiditásának megtévesztő volta miatt előnyben kell részesíteni a *Goldmann*-féle applanatiós tonométert.

A genetikai kutatások eredményei alapján nagyon gondosan és rendszeresen tonometrizálni kell a glaukomások családtagjait, mégpedig életkoruktól függetlenül. A corticosteroid-teszt segítségével idejében felismerhető a genetikusan determinált glaukomás diszpozíció és a korai diagnózis különösen gyermekek esetében sok tragédiát tesz elkerülhetővé (26).

Ad. 2. *Idejében és megfelelően kell gyógykezelni a glaukomát* annak szem előtt tartásával, hogy nem helyi megbetegedésről, hanem cortico-visceralis-neuro-vascularis problémáról (31) van szó. Ez másként azt jelenti, hogy beteg ember szembaját gyógyítjuk, de mindig az egyénre optimális módon. Az ideg- és érrendszer állapota mellett a hormonális szabályozás is szerepet játszik (15, 25). Éppen ezért életük végéig ellenőrzésünk alatt kell tartanunk glaukomásainkat és egyénileg foglalkozva velük, mindig éreztetnünk kell, hogy szívügyünknek tekintjük legféltettebb kincsüknek, reánkbízott szemükvilágának a megóvását.

A glaukoma korai felismerése korai gyógykezelést biztosít. Az a szemlélet vezessen bennünket, hogy *a szemfeszülés tartós normalizálásával (10—16 Hgmm) a látóidegfő károsodását megelőzhetjük.* A fokozott szemnyomás ugyanis a látóidegfő ischaemiáját idézi elő, amit *Gafner* és *Goldmann* (11) kísérletileg is igazolt. A papilla ischaemiája károsítja a hajszálereket, amelyek a látóidegfő táplálását végzik. A hypertensió a primum movens; a papillaerek károsodásának előidézésével végül is látótérkieséshez és látásromláshoz vezet (29). Következésként *a szemgolyó hypotonizálása révén javíthatjuk a látóidegfő vérellátását.* Tartós hypotoniát gyógyszeres kezeléssel csak ritkán lehet biztosítani, ezért legjobb *korán műtétet végezni.*

Heveny torlódásos glaukoma esetében a pilocarpin és fonurit hatására megpuhult szemen 48 órán belül elvégzett iridectomia *meggyógyítja* a betegséget. Ha a roham 48 órán túl is tart, kialakulnak az elzáródott csarnokzugban a goniosynechiák, az elfolyási ellenállás fokozott marad: iridenkleisis hypotonizálja és gyógyítja meg a szemet, amint ezt az ORFI szemosztályán gyógykezelt glaukomások műtéti statisztikája is mutatja (táblázat). A 64 heveny eset közül 8, az idült torlódásos és simplex glaukomásoknak pedig $^1/_3$-a nem adta beleegyezését a műtét elvégzéséhez, ezért maradt konzervatív kezelésben.

Az idült torlódásos glaukoma korán felismert eseteiben esetleg egyetlen *jól választott és idejében elvégzett műtét* tartósan normalizálhatja a szemfeszülést. Sipolyképző műtét (trepanatio, iridenkleisis) a legjobb; az iridectomia ritkán tartós hatású. *Pintér L.* (24) 23 totalis és 14 basalis iridectomiás beteg későbbi ellenőrzése során azt találta, hogy a szemnyomás az eseteknek több mint felében újra magassá vált, a látóélesség pedig 33%-ban romlott. Basalis iridectomia után mindez valamivel nagyobb számban következett be. Látásromlás általában minden glaukomaellenes műtét után várható előbb-utóbb — a lencsehomályok képződése miatt —, de nem lehet előre kiszámítani a mértékét. Jelenleg azt sem tekinthetjük tisztázottnak, hogy az esetek egy részében a műtét után miért késik a csarnok helyreállása, mégpedig annál inkább, minél betegebb szemen történik az operáció.

Graefe (13) észlelte először az idült glaukomás esetek 2%-ában azt, hogy műtét után az elülső csarnok igen sekély vagy eltűnik és a szem megkeményedik, fájdalmassá válik, a látás rohamosan

Táblázat: Az O. R. F. I. szemosztályán 1946—1966. gyógykezelt glaukomások műtéti statisztikája

Glaukoma alakjai	Betegek száma		Műtét neme	Száma	Javult	Változatlan	Romlott
Glaukoma cong. ocutum	64		Iridektomia	50	Konzervatív kezelésre		
					4	3 -	1
	Konzerv. therápia	Operált	Iridenkleisis	27	Műtétre		
			Cyclodialysis	15	40	10	6
	8	56			Összesen		
			Összesen	92	44	13	7
Glaukoma cong. chronicum	299		Iridektomia	53	Konzervatív kezelésre		
			Iridenkleisis	54	49	11	21
	Konzerv. therápia	Operált	Cyclodialysis	152	Műtétre		
			Trepanatio scler.	27	71	104	43
	81	218	Extr. cat.	140	Összesen		
			Összesen	426	120	115	64
Glaukoma simplex	65		Iridektomia	11	Konzervatív kezelésre		
			Iridenkleisis	9	15	2	9
	Konzerv. therápia	Operált	Cyclodialysis	31	Műtétre		
			Trepanatio scler.	6	27	9	3
	26	39	extr. cat.	9	Összesen		
			Összesen	66	42	11	12
Összesen: 428	115	313		584	206	139	83

csökken; kialakul a *malignus glaukoma*. Chandlernek (4) 2 megszívlelendő megfigyelése van: *a)* Ha az egyik szemen a glaukoma-ellenes műtét után rosszindulatú a kórlefolyás, csaknem bizonyos, hogy ugyanez várható a másik szemen is. *b)* Ha egyik szemen a műtét után malignus glaukoma következett be és operáció szükséges a másik szemen, a lencse eltávolítása a kívánatos műtét.

A simplex glaukoma korai eseteiben mindaddig nem mutatkozik látótérkiesés, amíg gyógyszeresen vagy műtéttel normalizálható a szemfeszülés; kivételt képeznek a súlyosan scleroticus szemfenéki esetek. Bebizonyosodott, hogy már megindult látótérkieséssel és kóros tensióval jelentkező glaukomásoknál sipolyképző műtét vagy cyclodialysis után csak a 10—16 Hgmm-t meg nem haladó szemfeszülés esetében stagnált rövidebb-hosszabb ideig a látótérdefektus. Ha *Blaskovics*-féle cyclodialysis inv. duplex-szel 10 Hgmm és azon aluli szemfeszülés elérése után egy évvel elvégzett lencsekivonás tartósította a hypotoniát, akkor még a centrumot elérő látótérkiesés esetében is változatlan maradt a beteg állapota miotikumok nélkül (20), miként fentebb ismertetett 3. esetünk is mutatja.

Mindezek alapján kétségtelen, hogy a glaukoma korai felismerése az eredményes gyógykezelés előfeltétele. Minél hamarább kórismézzük a bajt, annál több a lehetőségünk a szem funkciókárosodásainak az elhárítására. Tartós eredmény az esetek túlnyomó többségében csak operatív beavatkozással biztosítható, vagy ahogyan *Csapody* (5) professzor írta: *„A szemfeszesség haladó jellegű megbetegedés. Haladását műtét megállíthatja, gyógyszerek többnyire csak késleltetni tudják. Minél korábbi a műtét, annál hatásosabb. Általában kisebb kockázat operálni, mint nem operálni. A kockázatot csökkenti az eset tüzetes vizsgálata és a kevésbé értékes szem előbb operálása, hogy amit ezen tapasztaltunk, a másik szem javára fordíthassuk."*

Összefoglalás. A glaukoma elterjedtségénél és öröklődő jellegénél fogva komoly orvosi és közegészségügyi problémát jelent. Az ismertetett 6 eset kórtörténetének tanulsága szerint a glaukoma súlyos betegség, amely kezelés nélkül biztosan megvakulással jár. Gyógyítása lehetséges, de csak a korán felismert esetekben. A haladó és elkésett esetek kezelése a legtöbb tapasztalatot és türelmet igénylő szemorvosi feladat. A glaukomásoknak fele nem tud bajáról, ezért a betegség korai felismerése érdekében szűrővizsgálatok szükségesek. Az orvosok gondoljanak mindig glaukomára, a rendelőintézetek szemészei és az általános gyakorlatot folytató

orvosok egyaránt. Minden 22 Hgmm-es és ennél magasabb szemfeszülés esetében részletes intézeti kivizsgálás szükséges a glaukoma korai felismerése érdekében. A korai kórismét korai kezelés követheti, amelynek során esetleg egyetlen jól megválasztott és idejében elvégzett műtét a tensió tartós normalizálásával (10—16 Hgmm!) meggyógyíthatja a glaukomát.

IRODALOM: 1. *Becker, B.:* Am. J. Ophth. 1964, *58,* 1065. — 2. *Becker, B. és Hahn, K. A.:* Am. J. Ophth. 1964, *57,* 543. — 3. *Biró I.:* Klin. Mbl. Augenheilk. 1936, *96,* 209. — 4. *Chandler, P. A.:* Am. J. Ophth. 1951, *34,* 993. — 5. *Csapody I.:* Orvosok Lapja. 1947, 33. — 6. *Csapody I.:* Orv. Hetil. 1957, *98,* 945. — 7. *Duke—Elder, S.:* Glaucoma, A Symposium, Blackwell, Oxford. 1955. 147. — 8. *François, J. és Neetens, A.:* Brit. J. Ophth. 1956, *40,* 45. — 9. *François, J. és Neetens, A.:* Mod. Probl. Ophthal. 1957, *1,* 147. — 10. *François, J.:* Am. J. Ophth. 1966, *61,* 652. — 11. *Gafner, E. és Goldmann, H.:* Ophthalmologica. 1955, *130,* 357. — 12. *Goldmann, H.:* idéz. Ourgaud és Étienne nyomán. — 13. *v. Graefe, A.:* Arch. f. Ophth. 1896, *15,* 108. — 14. *Hager, H.:* Beiheft Klin. Mbl. Aug. 1958, *29.* — 15. *Imre J.:* Orv. Hetil. 1920, 291. — 16. *Langley, D. és Swanljung, H.:* Brit. J. Ophth. 1951, *35,* 445. — 17. *Leydhecker, W.:* Glaukom. Ein Handbuch. Springer. 1960. — 18. *Lugossy, Gy.:* Orv. Hetil. 1956, *38,* 1054. — 19. *Lugossy Gy.:* Szemészet. 1958, *95,* 112. — 20. *Lugossy Gy.:* Orv. Hetil. 1960, *35,* 1239. — 21. *Maslenikow, A.:* Z. Augenheilk. 1904, *11,* 564. — 22. *Matteucci, P.:* Excerpta Med. 1958, *12/9,* 37. — 23. *Ourgaud, A. G. és Étienne, R.:* L'exploration fonctionelle de l'oeil glaucomateux. Masson, Paris. 1961. — 24. *Pintér L.:* Szemészet. 1966, *103,* 20. — 25. *Radnót M., Orbán T. és Bárkány B.:* 1954, *91,* 49. — 26. *Shaffer, R. N.:* Amer. J. Ophth. 1965, *60,* 981. — 27. *Skwierczyńska, J. és Sobáńsky, J.:* XXIV. Cong. Oculist. Polsky. 1954, *1,* 39. — 28. *Tóth Z.:* Klin. Mbl. Augenheilk. 1937, *98,* 681. — 29. *Weekers, L.:* Arch. d'Ophth. 1959, *19,* 270. — 30. *Weekers, R., Delmarcelle, Y. és Prijot, E.:* Brit. J. Ophth. 1952, *36,* 511. — 31. *Weinstein P.:* A primaer glaukoma. Medicina. 1961. — 32. *Winter, F. C.:* Amer. J. Ophth. 1955, *40,* 557.

MYELOBROMOL tabletta

Tablettánként 250 mg 1,6-Dibrom-1,6-didesoxy-D-mannit hatóanyagot tartalmaz

JAVALLAT: A MYELOBROMOL alkalmazásával a krónikus myeloid leukaemia mind korai, mind későbbi szakaszában klinikai és haematológiai remisszió érhető el.

ELLENJAVALLATOK: Haemorrhagiás diathesis, vagy egyéb kezelések kombinálása (röntgen, cytostaticumok).

ADAGOLÁS: Egyéni. Az adagot a vérkép és a beteg klinikai állapotának gondos ellenőrzésével úgy kell megállapítani, hogy a legkedvezőbb terápiás hatás, minimális toxicitással legyen elérhető.
Átlagos adagolására az alábbiakat ajánlhatjuk:
A kezdeti adag 50 kg-os testsúlyra számítva naponta 1 tabletta (250 mg), 25—75 kg testsúlyra számítva ½—1½ tabletta (125—375 mg). Ezen adagolással a leukocyták száma (esetleg átmeneti emelkedés után) fokozatosan csökken, a lép kisebbedik, a minőségi vérkép összetétele és a csontvelő állapota javul. Ezután az adagolást kúraszerűen, a beteg állapotától függően 3—6 héten át folytatjuk.
Ha a leukocyták száma 20.000 alá csökken, akkor 2—3 naponként ½—1 tabletta fenntartó adagolásra térünk 8—12 héten át, a vérkép és a beteg állapotának rendszeres ellenőrzése mellett.
Fontos a megfelelő fenntartó adag meghatározása az esetleges korai visszaesés elkerülésére. A leukocytaszám emelkedésének első jelére és a beteg klinikai állapotának rosszabbodása esetén ismét a kezdeti naponkénti adagolás (½—1—1½ tabletta) ajánlott, az újabb klinikai remisszió beálltáig.
A teljes vérkép és a thrombocytaszám rendszeres ellenőrzése a kezelés kezdetén hetenként háromszor, későbbiekben hetenként szükséges!

MELLÉKHATÁSOK: Jelentősebb mellékhatások a gyomor-bélhuzam részéről (étvágytalanság, hányinger, hányás, hasmenés) leginkább túladagolás következtében előfordulhatnak.
A kezelés folyamán a készítmény anaemiát nem okoz, de a fennálló thrombopeniát fokozhatja, ezért a 100.000 alatti thrombocytaszám esetén csak transfuzió védelmében adható.

CSOMAGOLÁS: 10 db á 0,25 g tabletta 45,50 Ft, 100 db á 0,25 g tabletta 445,50 Ft.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CHINOIN GYÓGYSZER- ÉS VEGYÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA, BUDAPEST, IV. TÓ UTCA 1—5.

Budapesti Orvostudományi Egyetem, Bőr és Nemikórtani Klinika (igazgató: Földvári Ferenc dr.)

Naevus pigmentosus és melanoma beteganyagunk katamnesztikus áttekintése klinikai és szövettani vizsgálatok alapján

† *Nékám Lajos dr. és Fülöp Éva dr.*

1950 és 1965 között naevus pigmentosussal a klinikai ambulancián 710 beteg jelentkezett. Legtöbb esetben a panasz csak kozmetikai jellegű volt és a naevusok eltávolítása szövődménymentesen elektrokauterrel történt. 126 esetben azonban a pigmentált naevusok formája, kiterjedése vagy exponált elhelyezkedése, valamint a beteg által észlelt növekedés miatt sebészi eltávolítást és szövettani vizsgálatot végeztünk. A kimetszések általában, de különösen, ha aktivitás gyanúja is felmerült, *in toto* mélyen az épben történtek.

A 126 esetből 114-ben a kórszövettani lelet naevus pigmentosus volt, a malignitás legcsekélyebb jele nélkül. Típus szerinti megoszlásuk:

Naevus pigmentosus junctionalis	17
Naevus pigmentosus intradermalis	40
Naevus pigmentosus compound	37
Naevus pigmentosus verrucosus intraderm.	8
Naevus coeruleus	12
Összesen	114

Egyik esetünket szeretnénk részletesebben ismertetni:

Hétéves fiú törzsén a szétszórt anyajegyek barnássárgás színárnyalata tűnt fel. Már klinikailag is felmerült a thesaurálás lehetősége, ezért nem a szokásos beágyazást, hanem fagyasztást végeztünk a felmetszés előtt. A szövettani képben a kissé megvastagodott fedőhám alatt a naevus sejtek részben intraepithelialis sejtfészkeket alkottak, részben lefelé terjedve oszlopszerű elrendeződést. A naevus sejtek habos szerkezetet mutattak és pigmenten kívül H.-Sudán festéssel zsírszemcséket tartalmaztak.

Csepp vagy tűalakban mutatkozó lipidfelhalmozódást gyorsan növő melanomákban először *Kreibich* írt le. *Hueck* szerint a naevus sejtek egy része is lipidtartalma következtében habos szerkezetet mutat. *Miescher* egyik esetében a polyedrikus világos sejtekből álló naevus faggyúmirigyre hasonlított, amit ő faggyúmirigy irányába történő differentiálódásnak, *Hoffman* másodlagos xanthomatizálódásnak tulajdonított. *Masson* az általa leírt világos sejtekben zsírcseppeket, cholesterin kristályokat, vacuolás szerkezetet talált és a sejtekből minden átmenet megvolt a naevus sejtek irányában. Végül *Feyrter* foglalkozott a kérdéssel kimerítően.

Borkősav-thionin festéssel ugyanolyan rózsaszínű metachromasiát észlelt a naevus pigmentosus sejtjeiben, mint a velőhüvely nélküli idegrostokban, ami lipid tartalmuknak köszönhető és egyben a naevus sejtek ideg eredetét támasztja alá.

Hét esetben a junctionáló naevus praemalignus aktivitást mutatott, 5 esetben pedig a malignitásra klinikailag csak gyanús elváltozás már malignus melanomának bizonyult. *Allan* szerint a melanomák legnagyobb százaléka pigmentált naevusokból ered.

A 126 szövettanilag feldolgozott naevus pigmentosus eseten kívül melanoma malignumok, juvenilis melanomák és egyéb tumoros elváltozások, összesen 167 esetét klinikai és kórszövettani diagnosis összefüggése szerint az 1. táblázatban foglaltuk össze.

1. táblázat

A klinikai és szövettani diagnosis összefüggése

Klinikai diagnosis	Eset száma	Szövettani diagnosis				
		melanoma malignum	melanoma juvenile	naevus pigmentosus		Egyéb tumor
				praemalign.	különböző formái	
Naevus pigmentosus	126	5	—	7	114	—
Melanoma malignum	17	14	—	—	—	3
Egyéb tumor (angioma epithelioma, granuloma stb.)	21	16	5	—	—	—
Melanoma juvenile	3	—	3	—	—	—
Összesen	167	35	8	7	114	3

Klinikailag melanoma malignum kórismét 17 esetben állapítottuk meg, azonban a szövettani vizsgálat ezt csak 14 esetben igazolta.

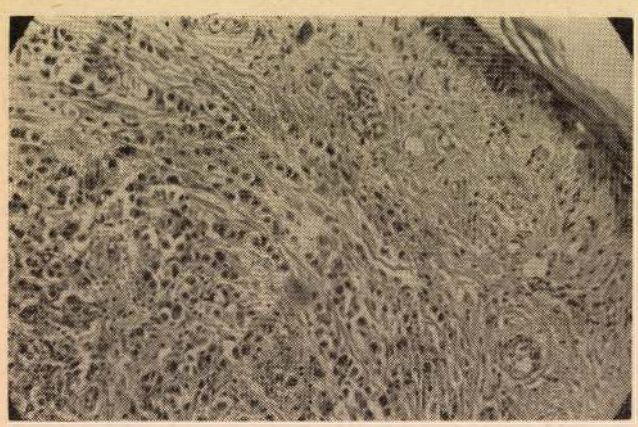
Három beteg melanomára gyanús elváltozása glomus tumor, angioma, illetve pigmentált verruca senilis szövettani képét mutatta. Ugyanakkor 15 év alatt 16 esetben klinikailag egyéb tumornak, többek között angiomának, pigmentált epitheliomának, granuloma teleangiectaticumnak v. fibromának tartott elváltozás melanoma malignum szöveti képét mutatta.

Kórszövettanilag juvenilis melanoma 8 esetben fordult elő 5—12 éves korban. Klinikailag 3 esetben a diagnosis melanoma juvenile volt, 5 esetben egyéb.

A helytelen megítélés oka, hogy a melanoma malignum megjelenési formája, különösen megfelelő mennyiségű pigment hiányában sok esetben megtévesztő lehet, ugyanakkor ennek fordítottja ritka. Klinikai gyakorlatunkban 15 év alatt mindössze háromszor fordult elő.

Magyarországon külön onkológiai-bőrgyógyászati osztály működik és a melanoma malignum esetek legnagyobb része ott kerül észlelésre *(Venkei—Sugár)*. Ez a magyarázata annak, hogy a klinikán 15 év alatt mindössze 35 melanoma malignum eset sorsát kísérhettük figyelemmel.

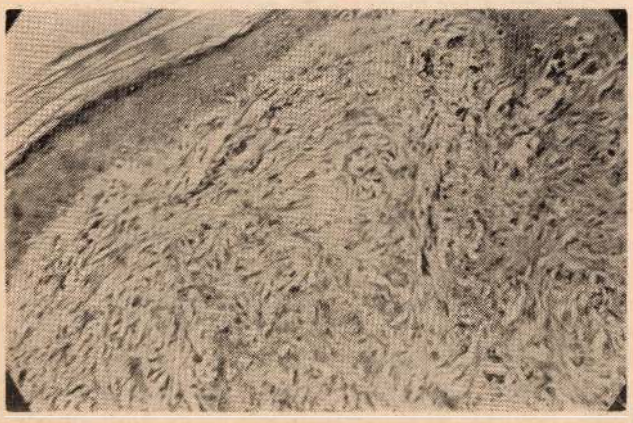
Kórszövettanilag 13 betegben a tumor felületesen helyezkedett el, 22 esetben azonban invasiv típusú melanoma malignumot találtunk, amely mélyen a cutisba tört. Hat betegnél a kimetszés a kívánatostól eltérően nem az épben történt, aminek valószínű oka, hogy klinikailag másképp volt megítélve.



1. ábra

Az általunk vizsgált melanoma malignumok kórszövettanilag nem mutattak egységes képet. Minden egyes esetben más-más volt az atypia foka, a sejtoszlások gyakorisága és a pigmenttartalom, valamint a tumort kísérő kötőszöveti gyulladásos reakció nagysága.

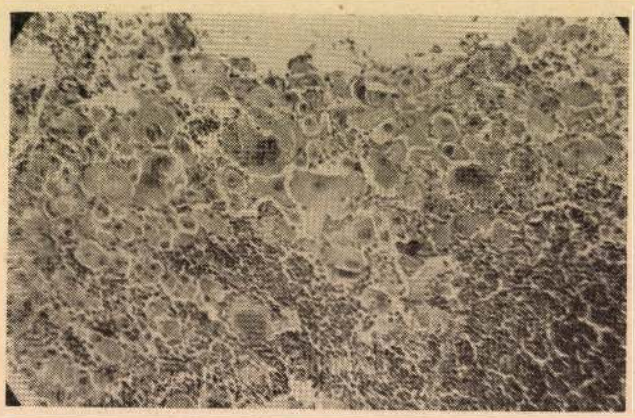
Jellemzőnek tekintettük az erős junctionalis aktivitást, amely egyaránt érintette felfelé a hámot és mélyebbre terjedően a cutist, atypiás naevus sejtekkel, rendezetlen fészkes vagy egyéb elrendeződésben. Invasio esetében az eredeti fészkes szerkezet megbomlott és a sejtek kötegekben vagy maszszív infiltratumot képezve nyomultak mélyen a cutisba (1. ábra). A tumor sejtes összetételét illetően kereksejtes burjánzást 23 esetben találtunk, orsósejtest 5 esetben; 7 betegben a tumor a két sejttípus különböző fokú keveredéséből állt. Egy esetben a melanoma malignum kék naevusból indult ki és az irodalomból *(Fischer)* ismert enyhébb lefolyást mutatta (2. ábra).



2. ábra

Három esetben nem az elsődleges, hanem már a metastatikus tumor került eltávolításra és szövettani vizsgálatra.

Két esetben a másutt történt elektrokauterezés után részben a beavatkozás helyén, de attól függetlenül is különböző mértékben pigmentált, illetve depigmentált többszörös tumorok képződtek, már tapintható nyirokcsomókkal, melyekben az áttételt kórszövettanilag



3. ábra

is igazoltuk (3. ábra). Egy esetben pedig a bal bokatáján levő valószínű primaer tumort sebészi eltávolítás után másutt, tévesen Kaposi-sarcomának diagnosztizálták; 2 évvel később a bal lábháton néhány (4. ábra), a combon pedig egy-egy borsónyi-babnyi, makroszkóposan pigmentet alig tartalmazó tumor alakult már ki. Ezek közül eltávolított egyik tumor kórszövettanilag igen malignus melanoma metastasis képét mutatta (5. ábra). Két esetben pedig, ugyan az elsődleges tumor került eltávolításra, azonban már tapinthatók voltak a regionalis nyirokcsomók.

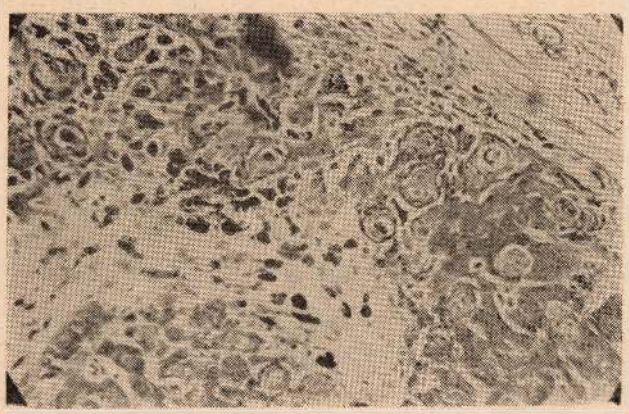
Ami a malignus melanomában szenvedő betegek therapiáját és sorsukat illeti, azt a 2. táblázatban foglaltuk össze.

2. táblázat
A therapia és túlélési idő összefüggése

Therapia	A betegek sorsa					Eset száma
	Megfigyelési idő			Az ellenőrzést elmulasztotta	Meghalt	
	1 év	1–5 év	5 éven túl			
Sebészi	—	3	3	—	1	7
Sebészi majd röntgen	1	4	4	4	3	16
Röntgen majd sebészi	—	—	3	—	1	4
Röntgen-sebészi röntgen	—	1	1	—	1	3
Kezelés nélkül (metastasis miatt)	1	—	—	—	4	5
Összesen	2	8	11	4	10	35



4. ábra



5. ábra

Anyagunk áttekintésénél feltűnik, hogy az egyedül sebészi eltávolításban részesült 7 betegünkből csak 1 halt meg. Ezekben az esetekben a kimetszés messze az ép szövetben történt és áttétek nem mutatkoztak.

E csoportból az egyik beteg ellenőrzésre többszöri felszólítás ellenére csak 6 év után jelentkezett, amikor már a hegben kórszövettanilag is igazolt recidiva mutatkozott, a regionalis nyirokcsomók megnagyobbodása nélkül. Jelenleg röntgenkezelést kap.

Az excisio után röntgenbesugárzásban részesült 16 beteg közül 12 sorsát kísértük figyelemmel. Miként a táblázatból kitűnik, közülük hárman haltak el. Az excisiót megelőzően röntgenbesugárzásban részesült 4 beteg közül 1 halt meg; 3 él: 5 éven túl. Az előzetesen és excisiót követően is sugárkezelésben részesült 3 betegből szintén 1 halt meg. Az 5 már áttétekkel jelentkező egyénből 4 meghalt, az élőnél a megfigyelési idő eddig $^1/_2$ év, azonban jelenlegi állapotában sorsa reménytelen.

Anyagunk összeállításánál nem volt célunk therapiás irányelveket lefektetni, csupán a különböző helyeken és módszerekkel kezelt betegek sorsát kívántuk megvilágítani.

Összefoglalás. A budapesti Bőr- és Nemikórtani Klinika 15 évi naevus pigmentosus és melanoma beteganyagát dolgozták fel katamneszikusan klinikai és kórszövettani szempontból 167 esetben. Különös tekintettel voltak a melanoma malignumra vonatkozó téves klinikai diagnosisokra és ezek következményeire, valamint a betegek sorsának alakulására az alkalmazott therapia után.

IRODALOM: 1. *Allan, A. C., Spitz, S.:* Cancer. 1953, *6*, 1. — 2. *Feyrter, F.:* Virchow's Arch. Path. Anat. 1938, *301*, 417. — 3. *Fisher, E. R.:* AMA. Arch. Dermat. 1956, *74*, 227. — 4. *W. Gertler:* Derm. Wschr. 1965, *151*, 2015. — 5. *Hoffman, E.:* Dermat. Z. 1935, *72*, 168.; 1936, *73*, 185. — 6. *Hueck, W.:* Beitr. path. Anat. 1912, *54*, 68. — 7. *Kreibich, G.:* Berl. klin. Wschr. 1911, *II*, 1541, 2193. — 8. *Masson, P.:* Ann. d'Anat. Path. 3 Tagg. 1926. Nr. 5 és 7. — 9. *Miescher, G.:* Hdb.- der Haut- u. Geschlkrh. Jadassohn. Bd. 12, 1005. — 10. *Venkei T.—Sugár J.:* Malignant skin tumors. Akadémiai Kiadó. 1965.

Bradycardiával vagy tachycardiával járó szívelégtelenségben

DIGOXIN

Jól felszívódó, gyorsan ható, gyorsan eliminálódó digitalis-készítmény

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető

Forgalomba hozza: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest, Fővárosi Tanács Terhespathológiai Rendelő és Osztály, János Kórház Rendelőintézet

A terhesség alatti bacteriuriák gyakorisága

Czeizel Endre dr., Hancsók Márius dr., Margitay Becht Dénes dr., Ormay László dr., Berecz Margit dr. és Tarján György dr.

A preventio elvének térhódítását legkifejezőbben talán a szűrővizsgálatok gyakoribbá válása és a különböző gondozói hálózatok kiépülése jelzi. A terhesgondozás magzatokon mért hatékonysága viszont az elmúlt években — elsősorban a magzati károsodások kóreredetének tisztázatlansága és methodikai nehézségek miatt — nem javult számottevően. Épp ezért keltettek nagy feltűnést a terhesség alatti tünetmentes bacteriuriák gyakoriságáról és ezek ártalmas következményeiről beszámoló közlések. A különböző országokban elvégzett szűrővizsgálatok során a *terhes nők 4—14%-ánál* találtak bacteriuriát (21, 38, 5, 45, 7, 23, 30, 36, 32 stb.). A bacteriuria viszont a húgyúti fertőzések indikátora és emiatt az esetek legalább egyharmadában — a terhesség alatt, vagy később — *pyelonephritis* lép fel (20, 21, 38, 45, 7, 30 stb.). De a húgyúti fertőzések esetén gyakoribb a *koraszületések* (8), *magzati halálozások* (28), *toxaemiák* (23), *újszülött-halálozások* (20) előfordulása is. A terhesgondozás szempontjából azért nagyjelentőségű ez a kérdés, mivel a tünet nélküli bacteriuriások kiszűrése nem látszik megoldhatatlannak és a therapia lehetőségei is kecsegtetőek (21, 30, 1, 49). Mindenekelőtt azonban fel kellett nálunk is mérni a terhesség alatti bacteriuria frekvenciát, mivel a további teendők nagymértékben ettől függnek.

Módszer

A Budapest Főváros Tanácsa Terhespathologiai Rendelésén és Osztályán, valamint a XII. kerületi Terhesgondozóban megjelent 1000 asszonynál a terhesség első felében elvégeztük az ún. középáramú vizelet (50) *kvantitatív bacteriologiai* vizsgálatát. (A „középáramú vizelet" nyerésekor az asszonyok a vulva előzetes letörlése után a vizeletsugár középső részét fogják fel, amely — mint újabban többen igazolták (16, 50) — alkalmas laboratóriumi vizsgálatokra.) A bacteriologiai vizsgálat során a pathologiai szempontból legfontosabb E. colit Endo-táptalajon, az összes többi bacteriumot tápagar lemezen együttesen tenyésztettük. Az értékelés során csak az E. coli fertőzéseket értékeltük és ez esetben is csak a *„jelentős"*, tehát a 100 000 bacterium/ml feletti bacteriuriát fogadtuk el kórjelzőnek. (A vizeletnyerés és a vizsgálat során a vizelet csaknem mindig szennyeződik microbákkal. A középáramú vizelet vizsgálatakor 1 ml friss vizeletben a contaminatio 1000 bacterium/ml körül van, és általában nem éri el a 10 000 bacterium/ml szintet. 100 000 bacterium/ml felett már mindig a húgyutakban szaporodó kórokozókra, tehát „valódi" fertőzésre kell gondolnunk (18). Minden alkalommal elvégeztük a bacteriuriák kimutatására *Simmons* és *Williams* (42) által leírt kémiai próbát, a triphenyl-tetrazolium-chlorid reakciót, de tapasztalatainkról később számolunk be.

Eredmények

Eredményeinket az 1. táblázatban foglaltuk össze.

A terhesség alatti bacteriuriák gyakoriságát anyagunkban 11,4%-nak találtuk. Ezt az irodalmi adatokhoz képest magas arányszámot a Terhespathologiai Rendelés és Osztály anyaga magyarázza. A főváros 23 terhesgondozójából a habituális vetélők és koraszülők, a toxaemiások, a belgyógyászati és sebészeti kórképekkel szövődött terhességek stb. bizonyos részét utalják a Terhespathologiai Rendelésbe és Osztályba. Így az ebben az anyagban észlelt magas bacteriuria arányszám önmagában is hangsúlyozza a terhesség alatti bacteriuriák pathologiai fontosságát. Valószínű viszont, hogy az általános gyakoriságot inkább a XII. ker. Terhesgondozó adatai reprezentálják. Ezt az adatot alapul

1. táblázat
A „jelentős" E. coli bacteriuria gyakorisága budapesti terhes asszonyoknál

Csoport	Eset szám	< 100 000 E. coli/ml bacteriuria	
		szám	%
Terhespathológiai Rendelő és Osztály	722	99	13,71
XII. ker. Terhesgondozó	278	15	5,39
Összesen	1000	114	11,40

véve és csak az élveszületéseket tekintve *Budapesten 900-ra, országosan pedig több mint 7000-re kell becsülnünk a bacteriuriás terhes nők évi létszámát.* Az E. coli viszont a húgyúti fertőzéseknek csak mintegy 70—90%-áért tehető felelőssé, tehát az összbacteriuria arány feltétlenül magasabb. Meg kell még említenünk, hogy a középáramú vizeletek egy alkalommal végzett kvantitatív bacteriológiai vizsgálatakor ± 20%-os hibalehetőséggel kell számolnunk (21).

Megbeszélés

1000 esetet felölelő vizsgálati anyagunk alapján állíthatjuk, hogy a terhesség alatti húgyúti fertőzések Budapesten — és feltehetően országosan is — relatív gyakoriak, ezért az irodalomban említett potenciális veszélyekkel számolnunk kell.

Röviden ki kell térnünk a húgyúti fertőzések *eredetére.* A húgyúti fertőzések *nőknél* — eltekintve az öregkortól — sokkal, 5—14-szer gyakoribbak, mint férfiaknál (11, 32, 34, 12, 36). Igen jellemző a bacteriuriások *életkor*megoszlása is (26, 32, 15, 36). Férfiaknál csak

az 50 év feletti korosztálynál található 1%-nál magasabb arányszám, amely azután a kor előrehaladásával tovább nő. A fiatalabb férfigenerációk esetén viszont a bacteriuria igen ritka, csak ezrelékekben, sőt, tízezrelékekben fejezhető ki. Nőknél a fiatalabb korosztályokban is eléri a bacteriuriák gyakorisága az 1, majd a 2%-ot, *20 és 30 év között* viszont ez a szám hirtelen jelentősen megemelkedik és *7—10% körül* mozog. A későbbiekben az index fokozatosan csökken, de azért 2% alá már nem esik vissza. A latens húgyúti fertőzések említett nem és kor szerinti megoszlása a kóreredetre is rávilágít. A nők gyakoribb fertőződése elsősorban az *urethra* anatómiai helyzetével, felépítésével és rövidségével magyarázható (17, 37). Emiatt pl. a székelés utáni tisztálkodás is a fertőzés forrása lehet. A vizelet visszatartás kedvezőtlen hatása is elsősorban a kisebb húgyhólyagú és szemérmesebb leányoknál érvényesül. A nők életkorának és a bacteriuriák gyakoriságának összevetése pedig a *szexuális élet*nek a húgyúti fertőzések létrejöttében játszott szerepére hívja fel — közvetve — a figyelmet. S valóban, a házas, ill. nemi életet folytató nőknél a bacteriuriák arányszáma szignifikansan magasabb, mint a hasonló korú hajadonoknál (45, 32, 15, 36, 34, 12). A jól ismert *„defloratiós cystitis"* lehet az iskolapéldája az ilyen jellegű fertőzéseknek. A bacteriuriás férfiak kormegoszlása elsősorban az *urologiai műszeres beavatkozások* veszélyeire irányítja a figyelmet. Sajnos a gyakorlatban, elsősorban a catheterezéseket, sokszor túl gyakran és indokolatlanul végzik (19, 9, 35). Gondoljunk például a szülések alkalmával a lepényi szakban szinte rutinszerűen végzett catheterezésekre. Pedig a sterilitás szabályainak maximális betartása, a húgycsőnyílás és környékének desinfectiója esetén is az egyszerű catheterezések után 2—6%-ban, míg a tartós catheterezések után csaknem minden esetben kialakul a húgyúti fertőzés. A műszeres beavatkozások esetén ugyanis elsősorban az urethra saját bacteriumflórája a fertőzés forrása. A vizeletnyerés céljára — általában — a középáramú vizelet mindkét nemnél megfelelő. Fontos ezért, hogy a catheterezésre mindig a veszélyek és a várható eredmények gondos mérlegelése után kerüljön sor és természetesen akkor is a leggondosabban. Hangsúlyozni kell még, hogy a bacteriuria általában *chronicus állapotot* jelent (31). Ezt egyrészt a fertőzések gyakori ismétlődése magyarázhatja — erről lehet szó például a propagatív korban levő nőknél — de másrészt endogen tényezőkre is gondolni kell. A gyermekkori bacteriuriák hátterében ugyanis az esetek jelentős részében a húgyútak anatómiai rendellenessége áll (6, 24, 27). A húgyúti fertőzéseket döntő részben a coli bacteriumok okozzák. Újabban derült ki viszont, hogy a húgyúti fertőzésekért elsősorban a 01, 02, 04, 06 és 075 típusok felelősek és így felmerült *speciális pyelopathogen coli típusok* lehetősége (46, 40, 44, 48). A *teendőket* illetően a szakemberek álláspontja egységes, eszerint a bacteriuriák „megszüntetésére mindent el kell követnünk" (2).

Terhes nőknél — szemben *Kass* eredeti feltételezésével (2, 20, 21) — a bacteriuriák nem gyakoribbak, mint a hasonló életkorú házas nőknél. Ugyanakkor azonban — a nem specifikus resistentia terhesség alatti csökkenése (41), valamint a húgyutak terhes nőknél bekövetkező kedvezőtlen módosulása miatt (29, 3) — számolni kell a húgyúti fertőzések gyakoribb manifestatiójával.

A terhesség alatti bacteriuriák általában tünetmentesek, felismerésük ezért csak *szűrővizsgálatok* során remélhető. A szűrővizsgálatok technikai problémáit most nem érintjük. Ezúttal csak ezek *jelentőségére* kívánjuk a figyelmet felhívni. A terhesgondozás során végzett ilyen jellegű vizsgálatok és a feltárt húgyúti fertőzések szanálása valószínűleg a koraszületések, vetélések és perinatalis halálozás jelentős csökkentését eredményezné. De még fontosabb lenne ez a szűrés a pyelonephritis kérdés szempontjából. A tünetmentes vagy enyhe symptomákkal járó bacteriuriák nyilvánvaló heveny megbetegedés nélkül is vezethetnek heggel gyógyult vagy chronicus pyelonephritishez (20, 33. 13, 25, 4, 39, 14, 43). Ismeretes, hogy az összes boncolások 3—20%-ában találnak — általában urológiai betegség nélkül — pyelonephritist, és ugyanakkor ezeknek az eseteknek csak 20—30%-ában volt a klinikusoknak tudomása erről a betegségről (33, 31). Az idült veseelégtelenségek legnagyobb hányada idült pyelonephritisre vezethető vissza és a hypertonia betegség hátterében is gyakran ez a kórkép áll (47, 4, 22). Mint *Finland* mondotta: „A pyelonephritis esetén tulajdonképpen mindaddig a vereség beismeréséről van szó, amíg nincs megfelelő preventio". (10). A terhesgondozás során széles körben végzett szűrővizsgálatok egyúttal talán ezen a területen is jelentős előrehaladást eredményeznének. A therapiával dacoló esetek kivizsgálása pedig egyúttal a húgyutak anatómiai rendellenességeinek kiszűrésére is felhasználható lenne.

A bacteriuriák kiszűrése és kezelése különösen azért sürgősen megoldandó feladat, mivel a húgyúti fertőzések ártalmas következményei sokirányúak és gyakoriak, ugyanakkor a megelőzés és therapia lehetőségei reményt keltőek.

Ezúton is köszönetet mondunk Babics professzor úrnak a kézirat átnézéséért és segítő megjegyzéseiért.

Összefoglalás. A terhespathológiai rendelésen és az egyik kerületi terhesgondozóban megjelent 1000 terhes asszonynál végezték el az ún. középáramú vizelet kvantitatív bacteriológiai vizsgálatát. A „jelentős" E. coli bacteriuria gyakoriságot 11,4%-nak találták. Ezt az irodalmi adatokhoz képest magas arányszámot a terhespathológiai rendelés speciális anyagán észlelt magas gyakoriság (13,71%) magyarázza. A főváros terhes asszonyainál általában előforduló bacteriuria frekvenciát viszont inkább a kerületi terhesgondozó anyagában észlelt mutató (5,39%) reprezentálja.

IRODALOM: 1. *Andriole, V. T., Epstein, F. H.:* J. clin. Invest. 1965, *44*, 73. — 2. *Babics A.:* Urologia. Tankönyvkiadó. Budapest. 1952. — 3. *Beeson, P. B.:* Yale J. Biol Med. 1955, *28*, 81.; Amer. J. Med. 1958, *24*, 1. — 4. *Brod J.:* Orv. Hetil. 1961, *102*, 1201. — 5. *Brumfitt, W., Davies, B. I., Rosser, E. I.:* Lancet. 1961, *II*, 1059. — 6. *Burke, J. B.:* Lancet. 1961, *II*, 1116.; Mayo clin. proceedings. 1965, *40*, 113. — 7. *Chard, T., Cole, P. G.:* Lancet. 1965, *II*, 326. — 8. *Czeizel E., Hancsók M., Ormay L., Philipp Gy.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 101. — 9. *Davis, J. H. és mtsai:* J. Urol. 1959, *82*, 613. — 10. *Finland, H.:* Symposium über die Biologie der Pyelonephritis. H. Ford. Hospital. Detroit. 1959. cit. Brod, J. — 11. *Fry, J. és mtsai:* Lancet. 1962, *I*, 1318. — 12. *Gallagher, D. J. A., Montgomerie, J. Z., North, J. D. K.:* Brit. med. J. 1965, *I*, 622. — 13. *Gömöri P., Szendei A.:* Orv. Hetil. 1959, *100*, 965. — 14. *Hámori A.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 1063. — 15. *Hanley, H. C.:* Lancet. 1963, *I*, 22.; Brit. J. Urol. 1965, *37*, 53. — 16. *Hart, E. L., Magee, M. J.:* Amer. J. Nurs. 1957, *57*, 1323. — 17. *Huffman, J. W.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1948, *55*, 86. — 18. *Kass, E. H.:* Tr. A. Am. Physicians. 1956, *69*, 56. — 19. *Kass, E. H., Schneiderman, L. J.:* New Engl. J. Med. 1957, *256*, 556. — 20. *Kass, E. H.:* Arch. int. Med. 1957, *100*, 709. — 21.

Kass, E. H.: Arch. int. Med. 1960, *105*, 194. — 22. *Kass, E. H., Miall, W. E., Stuart, K. L.:* J. clin. Invest. 1961, *40*, 1953. — 23. *Kincaid-Smith, P. és mtsai:* Lancet. 1964, *II*, 61. — 24. *Kincaid-Smith, P., Bullen, M.:* Lancet. 1965, *I*, 395. — 25. *Kleeman, C. R., Hewitt, W. L., Guze, L. B.:* J. Amer. med. Ass. 1960, *173*, 257. — 26. *Kunin, C. M. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1960, *263*, 817.; 1962, *266*, 1287. — 27. *Lapides, J., Anderson, E. C., Petrone, A. T.:* J. Amer. med. Ass. 1966, *195*, 248. — 28. *Layton, R.:* J. Obstet. Gynaec. Brit. Com. 1964, *71*, 927. — 29. *Leary, D. C., Peters, J. P.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1943, *46*, 803. — 30. *Little, R. J.:* Lancet. 1965, *I*, 567. — 31. *Lindemeyer, R. I., Turck, M., Petersdorf, R. G.:* Ann. int. Med. 1963, *58*, 201. — 32. *Loudon, I. S. L., Greenhalgh, G. P.:* Lancet. 1962, *II*, 1246. — 33. *MacDonald, R. A. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1957, *256*, 915. — 34. *Miall, W. E. és mtsai:* Brit. med. J. 1962, *II*, 497. — 35. *Miller, A.:* Brit. J. Urol. 1965, *37*, 34. — 36. *Mond, N. S. és mtsai:* Lancet. 1965, *I*, 514. — 37. *Moore, T., Hira, N. R.:* Brit. J. Urol. 1965, *37*, 25. — 38. *Mulla, N.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1959, *78*, 578.; Obstet. and Gynec. 1960, *16*, 89. — 39. *Pinkerton, J. H., Wood, C., Williams, E. R.:* Brit. med. J. 1961, *II*, 539. — 40. *Rantz, L. A.:* Arch. int. Med. 1962, *109*, 91. — 41. *Roberts, A. P., Beard, R. W.:* Lancet. 1965, *I*, 1133. — 42. *Simmons, N. A., Williams, J. D.:* Lancet. 1962, *I*, 1377. — 43. *Thrupp, L. D., Kass, E. H.:* J. Amer. med. Ass. 1964, *189*, 899. — 44. *Turck, M., Petersdorf, R. G.:* J. clin. Invest. 1962, *41*, 1760. — 45. *Turner, G. C.:* Lancet. 1961, *II*, 1062. — 46. *Ujváry Gy.:* Orv. Hetil. 1956, *97*, 425.; Zbk. Bakt. I. Abt. Orig. 1958, *170*, 394. — 47. *Weiss, S., Parker, F.:* Medicine. 1939, *18*, 221. — 48. *Wheeler, W. E.:* Pediatrics. 1964, *33*, 863. — 49. *Williams, J. D. és mtsai:* Lancet. 1965, *I*, 831. — 50. *Wood, C., Pinkerton, J. H. H., Calman, R. M.:* Brit. med. J. 1960, *I*, 961.

Phylaxia Állami Oltóanyagtermelő Intézet (igazgató: Molnár József dr.) HUMAN Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet (igazgató: Veres Gábor dr.)

Brucella törzsek antibiotikum és kemoterapeutikum érzékenységének vizsgálata Human-Biotest korongok segítségével

Nagy Gábor dr. és Zalay László dr.

Az állatokról emberre átterjedhető fertőző betegségek közül jelentős szerepe van a brucellosisnak.

Ismeretes, hogy főleg fertőzött tehenek ellésekor, magzatburok eltávolítása esetén, állatorvosok, valamint segéderők gyakran fertőződhetnek, de ki vannak téve a fertőződésnek azok a személyek is, akik ilyen állatokkal foglalkoznak. Számolni kell azonkívül a brucellosisos tehenek tejének nyers állapotban való fogyasztása után is a fertőzéssel.

A fertőzés, illetve betegség megállapítására különböző eljárásokat és próbákat használnak. Azok pozitivitása esetén elsősorban humán vonatkozásban igen fontos, hogy a gyógykezelés minél hamarabb elkezdődjön, hogy a kórokozóknak ne legyen alkalmuk a predilekciós helyeken megtelepedni.

Az elmúlt évtizedek alatt nagyszámú és sokoldalú kísérleteket végeztek a specifikus (immunszérum, reconvalescens-szérum, vaccina-, baktériumkivonat- és brucellin-therapia), valamint nem specifikus ingertherapiás készítményekkel, kemikáliákkal és utóbb pedig különböző antibiotikumokkal.

A chemotherapeutikumok közül a trypaflavinnal, a metaphennel, majd a sulfonamidokkal próbálkoztak több-kevesebb sikerrel *[Huddleson* (4)].

Az antibiotikumok megjelenése fordulópontot jelentett a brucellosis therapiájában. A szerzők sokasága nagyszámú vizsgálatot végzett in vitro és kísérleti állatokon. Megfigyeléseket folytattak betegek kezelése kapcsán is. A sulfonamidok in vivo hatását *Nilson* és *Maier* (13), majd *King* és *Lucas* (6), míg az in vitro hatékonyságot de *Francicis* (2) tanulmányozták. A penicillinnel kapcsolatban *Tung-Tsun* (12), in vitro megfigyelései alapján a brucellák rezisztenciáját állapította meg. Ezért szervekből a brucellák közvetlen izolálására penicillin tartalmú táptalajt javasolt, mivel az a zavaró Gram-pozitív baktériumok kisebb-nagyobb százalékának növekedését visszaszorítja. *Stubbs és társai* (11) tengerimalac kísérletben hatástalannak találták a penicillin tartalmú készítményeket. *Löffler* és *Moroni* (7), hivatkozva *Hall, Spink, Smith, Welch* és sok más szerző in vitro és in vivo végzett kísérleteire, a penicillint hatástalannak, míg a streptomycint, chlor- és oxitetracyclint (aureo- és terramycin), chloramphenicolt, valamint a sulfonamid és antibiotikum kombinációkat emberek gyógykezelésére alkalmasnak tartják. *Manninger* és *Mócsy* (5), a sulfadiazin és streptomycin kombinációt, de méginkább a chlor- és oxitetracyclint, chloramphenicolt ajánlják. *Prohászka* (9) a brucella törzseket érzékenynek találta in vitro a penicillinnel szemben. Különösen a B-19 törzs és a Br. suis törzseknek érzékenységét emeli ki. A penicillinérzékenységet a B-19 elkülönítésére is alkalmasnak tartja. *Benedek* és *Nyiredy* (1), a Br. abortus, suis és melitensis törzsekkel végeztek fehéregereken gyógykezelési kísérleteket chlortetracyclinnel (aureomycinnel), rac. chloramphenicollal (threomycinnel), valamint ezen antibiotikumok és az ultraseptyl kombinációjával. A gyógykezelés eredményesnek mutatkozott, noha a kezelt egerek egy részéből a brucellák kitenyésztek. *Fülöp* (3), az oxitetracyclinnel kedvező hatást ért el a brucellosis megelőzésében sertéseknél. *Nyiredy* (8), in vitro vizsgálatokban a Br. abortust, suist és melitensist mérsékelten érzékenynek találta a furasolidon iránt. *Walter* és *Heilmeyer* (14), a streptomycint, tetracyclint, chloramphenicolt és erythromycint hatékonynak, a sulfonamidokat pedig kevésbé hatékonynak tartják.

Vizsgálataink nem táptalajba adagolt különböző antibiotikum mennyiségekkel, hanem 22 féle Human-Biotest korong segítségével történtek *[Rex-Kiss, Zalay* (10), *Zalay* (15), *Zalay és tsai* (16)].

Saját vizsgálatok és eredmények

Anyagok és módszerek: állatokból kitenyésztett, főként hazai eredetű, 27 különböző (20 abortus, 5 suis, 2 melitensis) typusú brucella törzset, valamint a nálunk használatos és más országból származó 5 B-19 törzset vizsgáltunk meg.

Az antibiotikum és chemotherapeuticum érzékenységi vizsgálatokat a Humán Oltóanyagtermelő és Kutató Intézetben előállított, 7 mm átmérőjű, ún. *Biotest* korongokkal végeztük. Ebből a célból, 20—20 ml agarral 10 cm átmérőjű Petri-féle csészékbe kiöntött lemezek felületét a törzsek 48 órás agartenyészeteiből, fiziológiás konyhasóoldattal 5 mrd/ml sűrűségűre készített szuszpenzióba mártott steril gégetamponnal egyenletesen fertőztük. A felület beszáradását követően a korongokat az agarlemezekre helyeztük és 48 óráig 37° C-on történő tenyésztés után, a körülöttük kialakult gátlási zónák nagyságát tolómércével mm-ben megállapítottuk. Az értékelés a Biotest korongokhoz mellékelt előírás szerint történt.

Az eredményeket az alábbi 1. táblázatban összegeztük.

Amint a táblázatból látható, a különböző Brucella törzsek nem voltak érzékenyek az oxacillin, salvoseptyl, superseptyl, quinoseptyl és vancomycin iránt, ellenben kivétel nélkül mindegyik törzs érzékeny volt a streptomycin, furadantin (nitrofuran), kanamycin, neomycin, chloramphenicol, tetracyclin, chlor-, és oxitetracyclin iránt. A többi antibiotikummal szemben a különböző törzsek nem egységesen viselkedtek. Az erre vonatkozó eredményeket a könnyebb áttekinthetőség végett táblázatban (2. táblázat) összesítettük.

2. táblázat

Sorszám	Antibiotikum	Rezisztens	Mérsékelten érzékeny	Érzékeny
		törzsek száma		
1.	Penicillin	17	6	9
2.	Methicillin	26	2	4
3.	Ampicillin	6	7	19
4.	Pyostacin	26	6	0
5.	Oleandomycin	13	15	4
6.	Erythromycin	3	15	14
7.	Novobiocin	5	15	12
8.	Spiramycin	26	1	5

A táblázatból látható, hogy az ampicillin, erythromycin és novobiocin iránt elég sok törzs volt érzékeny, ill. mérsékelten érzékeny.

A brucellák antibiotikumérzékenysége tekintetében igyekeztünk egy sorrendet is megállapítani. Ennek érdekében a felhasznált antibiotikumok hatására kialakult gátlási zónákat összehasonlítottuk.

Többször megismételt vizsgálataink során azt láttuk, hogy a streptomycin esetében 29 mm volt az átlagos átmérő, furadantinnal és kanamycinnel 30, neomycinnel 31, chlortetracyclinnel 33, chloramphenicollal 36, míg a tetracyclinnel és oxitetracyclinnel 40 mm. Ezek az adatok azt mutatják, hogy a Biotest-korongos meghatározás során a brucella tör-

1. táblázat

Sorszám	Törzs jele	penicillin	oxacillin	methicillin	ampicillin	pyostacin	streptomycin	neomycin	kanamycin	chloramphenicol	oleandomycin	tetracyclin	chlortetracyclin	oxitetracyclin	polymixin	erithromycin	novobiocin	spiramycin	vancomycin	salvoseptyl	superseptyl	quinoseptyl	furadantin
1.	Br. ab. Mezőkövesd	R	R	R	R	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É
2.	Br. ab. Zsuzsi	R	R	R	É	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É
3.	Br. ab. Körmend	R	R	R	R	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É
4.	Br. ab. Békéscsaba	R	R	R	R	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É
5.	Br. ab. Bábolna	É	R	R	É	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	É	MÉ	R	R	R	R	R	É
6.	Br. ab. Érd	R	R	R	MÉ	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É
7.	Br. Bovin 12 Weybridge	R	R	R	É	MÉ	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	MÉ	R	R	R	R	R	R	É
8.	Br. ab. Karácsond	R	R	R	MÉ	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É
9.	Br. abortus	R	R	R	MÉ	R	É	É	É	É	R	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É
10.	Br. ab. 99	R	R	R	MÉ	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	É	É	R	R	R	R	R	É
11.	Br. Bang OKI ab.	R	R	R	MÉ	R	É	É	É	É	R	É	É	É	É	R	É	R	R	R	R	R	É
12.	Br. ab. bikahere	É	R	É	É	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	É	É	R	R	R	R	R	É
13.	Br. ab. Budapest	R	R	R	É	MÉ	É	É	É	É	R	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É
14.	Br. Bovin 12 P	MÉ	R	R	É	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	É	É	MÉ	R	R	R	R	É
15.	Br. ab. G. 1334	R	R	R	R	R	É	É	É	É	R	É	É	É	É	R	R	R	R	R	R	R	É
16.	Br. Bact. I.	R	R	R	R	R	É	É	É	É	R	É	É	É	É	MÉ	R	R	R	R	R	R	É
17.	Br. ab. OKI	MÉ	R	R	É	R	É	É	É	É	R	É	É	É	É	R	R	R	R	R	R	R	É
18.	Br. ab. Sopron	É	R	R	É	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	É	É	R	R	R	R	R	É
19.	Br. ab. Jvt.	R	R	R	É	MÉ	É	É	É	É	É	É	É	É	É	É	É	R	R	R	R	R	É
20.	Br. ab. 950	MÉ	R	R	É	MÉ	É	É	É	É	É	É	É	É	É	É	É	R	R	R	R	R	É
21.	Br. suis Üllő	É	R	R	É	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É
22.	Br. suis Párizs	R	R	R	MÉ	MÉ	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	MÉ	R	R	R	R	R	R	É
23.	Br. suis P 2	MÉ	R	R	É	MÉ	É	É	É	É	É	É	É	É	É	É	É	R	R	R	R	R	É
24.	Br. suis Manninger	R	R	R	MÉ	R	É	É	É	É	R	É	É	É	É	É	MÉ	R	R	R	R	R	É
25.	Br. suis Mezőhegyes	É	R	É	É	R	É	É	É	É	R	É	É	É	É	MÉ	É	R	R	R	R	R	É
26.	Br. melit. M. 16. W.	R	R	R	R	R	É	É	É	É	R	É	É	É	É	É	É	R	R	R	R	R	É
27.	Br. melitensis	É	R	R	É	R	É	É	É	É	R	É	É	É	É	É	É	R	R	R	R	R	É
28.	Br. B—19	É	R	É	É	R	É	É	É	É	MÉ	É	É	É	É	É	MÉ	R	R	R	R	R	É
29.	Br. B—19. Pozsony	É	R	R	É	R	É	É	É	É	É	É	É	É	É	É	É	R	R	R	R	R	É
30.	Br. B—19. angol	É	R	MÉ	É	R	É	É	É	É	É	É	É	É	É	É	MÉ	R	R	R	R	R	É
31.	Br. B—19. Gräub	MÉ	R	É	É	R	É	É	É	É	É	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É
32.	Br. B—19. Angeloff	MÉ	R	MÉ	É	R	É	É	É	É	R	É	É	É	É	MÉ	MÉ	R	R	R	R	R	É

É = érzékeny
MÉ = mérsékelt érzékeny
R = rezisztens

zsek a tetracyclin és terramycin iránt mutatkoztak a legérzékenyebbnek. Ugyanilyen számítások szerint a penicillinnel szemben a mérsékelten érzékeny és érzékeny brucella törzsek által kiváltott gátlási udvarok átlagos átmérője mindössze 24 mm volt. Ez alig haladja meg a mérsékelt érzékenységet jelentő 20 mm-t. Ugyanakkor az ampicillin (penbritin) esetében 28 mm volt a kioltási zóna átlagos átmérője.

Összegezve vizsgálataink eredményeit, megállapítható, hogy azok — a penicillin- és szulfonamid-érzékenység kivételével — egybeesnek a nemzetközi szakirodalom adataival. Tapasztalataink szerint az észlelt különbségek mindössze az alkalmazott hígításos és dfifúziós érzékenység meghatározási módszerek különbözőségére vezethetők vissza.

Összefoglalás. Szerzők 18 féle antibiotikumot és 4 chemotherapeuticumot tartalmazó Human-Biotest korongokkal végeztek 32, különböző abortus, suis, melitensis typusú brucella törzsön érzékenységi vizsgálatokat. E vizsgálatok során azt tapasztalták, hogy mindegyik törzs rezisztens volt a sulfonamidokkal és az antibiotikumok közül az oxacillinnel, valamint vancomycinnel szemben, míg a streptomycin, neomycin, kanamycin, chloramphenicol, tetracyclin, chlor, oxitetracyclin és polymixin antibiotikumokkal, valamint a furadantin — bár különböző mértékben —, de mindegyik törzs fejlődését gátolta. A penicillinnel, methicillinnel, ampicillinnel, az oleandomycinnel, erythromycinnel, valamint novobiocinnel és spiramycinnel szemben a törzsek érzékenysége nem volt egybehangzó.

IRODALOM: 1. *Benedek L., Nyiredy I.:* MÁL. 10. 2. 43. — 2. *De Francicis, V.:* Boll. Soc. Ital. Biol. Sper. 1942, *17*, 301. — 3. *Fülöp L.:* MÁL. 16. 5. 175. — 4. *Huddleson, J. F.:* Brucellosis in man and animals. 1943. — 5. *Hutyra, F., Marek, J., Manninger, R., Mócsy, J.:* Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. 1954. 10. Aufl. I. Band. 848. — 6. *King, E. S., Lucas, M.:* T. Labor. a. clin. Med. 1941, *26*, 616. — 7. *Mohr, L., Staehelin, R.:* Handbuch der inneren Medizin. I/2. 1952. — 8. *Nyiredy I.:* MÁL. 16. *8—9.* 43. — 9. *Prohászka L.:* MÁL. 8. *6.* 176. — 10. *Rex-Kiss, B., Zalay, L.:* Ann. Immunol. Hung. 1960, *3*, 213. — 11. *Stubbs, E. L., J. Live, F. G. Sperling, Kocholaty, W.:* Amer. J. Med. Sci. 1945, *78*. 209. — 12. *Tung-Tsun:* Proc. Soc. exper. Biol. a. Med. 1944, *8*, 56. — 13. *Wilson, G. S., Maier, J.:* Brit. Med. J. 1940, *47*, 4123. — 14. *Walter, A. M., Heilmeyer, L.:* Antibiotika Fibel. 1965. 541. — 15. *Zalay, L.:* Ann. Immunol. Hung. 1960, *3*, 222. — 16. *Zalay, L., Gyarmati J., Égler L.:* Kíséri. Orvostud. 1966, *18*, (3), 285—290.

spi rac tin

inj. 1,5% és 2,5%

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

Javallatok: Újszülöttek, csecsemők és kisgyermekek 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 ¼—½ óránként óvatosan megismételhető. Újszülöttek, csecsemők és kisgyermekek adagja 5—15 mg i. ven. (¼—1 ampulla 1,5%-os injekcióból). Szükség esetén ez az adag is ¼—½ óránként megismételhető.

Megjegyzés: Társadalombiztosítás 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.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, II. sz. Belklinika (igazgató: Petrányi Gyula dr.)

Krónikus myeloid leukaemiák kezelése Myelobromollal

Petrányi Gyula dr. és Bobory Júlia dr.

1962 óta alkalmazzuk a Myelobromolt myeloproliferatív kórképek gyógyításában. A Myelobromol (dideoxy-dibrom-mannit Chinoin, rövidítve: MB) tapasztalatunk szerint az eddig alkalmazott cytostaticumoknál lényegesen hatásosabb a krónikus myeloid leukaemia gyógyításában *(Petrányi)*. Myleran resistens esetekben is eredményesen adható *(Petrányi* és *Nagy)*. MB-lal szemben eleve resistens esetet eddig még nem találtunk. Egyes felnőttkori akut myeloid leukaemiákban is jól befolyásolja a haematológiai képet és remissio érhető el vele *(Petrányi)*.

Közleményünk a MB kezelés négyéves tapasztalatait foglalja össze krónikus myeloid leukaemiákban.

Beteganyag és adagolási módszer

Összesen 20 betegen alkalmaztuk rendszeresen a MB kezelést. 7 beteg adatai értékelésre nem alkalmasak részben a rövid megfigyelési idő, részben a nem kellő kontrollok miatt. 13 betegről rendszeres klinikai bennfekvéses és ambulans adataink vannak. A MB therápia első beállítása, a megfelelő adag megállapítása mindig bennfekvés alatt történt.

A kezelés elvileg kétféleképpen végezhető: 1. Folyamatos kisdosisú kezelés. A bevezető adagok: naponta 1 × 250 (125—375) mg, vagy 4—6 mg/testsúly kg. Így a remissio lassan, hetek alatt következik be és azután az adagot csökkentve, „fenntartó adaggal" folytatjuk a kezelést *(continuus kezelés)* hónapokon át napi 1 × 175 mg-mal. Ezt ajánlják *Eckhardt* és mtsai. 2. Gyors, minél gyorsabb remissióra törekszünk nagyobb bevezető adagokkal és ennek elérése után a kezelést abbahagyjuk *(intermittáló, lökés kezelés)*. A dosist úgy választjuk meg, hogy a javulás már kb. 7 napon belül jelentkezzék és a minél teljesebb remissio 14 napon belül bekövetkezzék. Ezután abbahagyjuk a kezelést, a beteget ellenőrizve várjuk a relapsus bekövetkeztét és ennek korai fázisában a beteget újra hasonló módon lehetőleg teljes remissióba hozzuk.

Mi ez utóbbi megoldást választottuk több meggondolás alapján. Az adag meglehetősen egyéni, de általában szabálynak adódott, hogy a korai kezeletlen leukaemiában, ill. addig mással (pl. Myleranal, 6 MP-al, vagy röntgenbesugárzással) kezelt leukaemiában a MB első alkalmazásakor kisebb adagok is hatásosak lehetnek és teljes remissiót hozhatnak, míg sokszori remissió után, azonos eredmény eléréséhez a dosist emelni kell. Ha a MB-t túldozirozzuk, átmenetileg az ép leukocytaszám is csökkenhet. Ennek elkerülésére az *első kezelésben* a megfelelő, de azért elég gyorsan ható dosis kititrálását a következőképpen ajánljuk: napi 1 × 0,75 g-ot adunk 7 napig. Ha erre nincs hatás, a napi adagot harmadnaponként napi 1 tablettával, azaz 0,25 g-mal emeljük (fvs.-számolás mindennap, a napi adag bevétele előtt). A kezelés kezdetén a fvs.-szám átmenetileg emelkedhet. Ebben a dozirozásban a kezelést a túladagolás elkerülésére nem folytatjuk a teljes remissióig, hanem csak a fvs.-szám esésének határozott megindulásáig; ezután a remissio már magától folytatódik. Ha nem lenne teljes, a hatásosnak mutatkozott dózist adjuk újra még a szükség szerint néhány napig. Relapsus esetén az első kezelésben hatásosnak mutatkozott dosist adjuk a fvs.-szám esés határozott megindulásáig. Ha ez nem következnék be 1 hét alatt, az adagot harmadnaponként, fvs.-kontroll mellett, napi 1 tablettával emeljük.

A remissio bekövetkezte utáni további ellenőrzést és relapsus kezdetén az újabb kezelést ambulanter végezzük. A beteg fvs.-számát a remissióban hetenként—kéthetenként ellenőriztetjük. Relapsus esetén általános orvosi vizsgálat és haematológiai kontroll után a szükséges MB tablettákat a betegnek napra kiszámolva, a várható remissióhoz szükséges, de legfeljebb 1 hétre szóló mennyiségben adjuk a kezébe. A kiadott gyógyszer elfogyasztása után ismét jelentkeznie kell. Intézeti felvétel csak közbejött komplikáció (pl. pneumonia), vagy a végső akut transzformáció tüneteinek jelentkezésekor történt.

Eredmények

MB kezeléssel a krónikus myeloid leukaemiás betegek panasz- és nagyrészt tünetmentesen, munkaképesen tarthatók. A betegek közérzete jó. Eseteink száma kevés ahhoz, hogy értékelhessük a MB kezelés hatását a beteg élete meghosszabbítására, a therápia nélkül is nagy egyéni szórás miatt. Célszerűbb a munkaképesség meghosszabbítást vizsgálni. A meghalt betegek munkaképes ideje összesen 20—24 hónappal volt meghosszabbítható; haláluk ezután 2—6 hónap múlva következett be. Az 5 élő beteg közül a 3 nő ellátja családját és háztartását (egyik közülük tanyán lakik, férje beteg!), a 2 férfi nehéz munkaköre miatt rokkantsági nyugdíjban van, de otthoni munkát végez. Nagyon érdekes, hogy a betegek megérzik a remissio végét, a fvs.-szám emelkedését, ilyenkor spontán jelentkeznek vizsgálatra és újabb therápiára. Ritkábban a lép növekedése, nyirokcsomó megjelenése miatt jönnek el. A lökés kezelésben a remissiók tartama egy idő után 60 nap körül van. Ezért egy befejezett

1. táblázat

Név	Kor	Nem	Betegség felismerése	MB előtti kezelés	MB kezelés kezdete	Betegség tartam (hó)	MB kezeléssel eltelt hónapok	MB remissiók száma	Meghalt
H. A.	34	fi	1961. III.	RTG M	1962. VI.	29	14	3	1963. VII.
K. A.	50	fi	1962. II.	M	1962. VIII.	27	21	6	1964. V.
E. M. *	67	fi	1962. X.	—	1962. XI.	22	21	10	1964. VII.
D. K.	68	nő	1961?	M	1963. I.	51	27	8	1965. III.
K. L.	57	nő	1960?	M	1963. I.	41	4	2	1963. V.
V. A.	63	fi	1963. II.	—	1963. II.	24	24	13	1965. II.
F. J.	53	nő	1962. XII.	M	1963. VIII.	14	5	2	1964?
I. M.	29	fi	1963. X.	—	1964. VIII.	22	14	5	1965. X.
O. J.	55	fi	1963. XII.	M	1964. III.	28	24	11	
B. E.	61	nő	1961. XII.	M	1962. IX.	52	42	14	
D. K.	64	nő	1961. I.	RTG	1963. II.	64	36	13	
P. F.	44	nő	1962. III.	—	1963. VII.	48	32	14	
T. L.	40	fi	1963. IX.	—	1963. XI.	32	30	15	

Magyarázat: M = Myleran

*** A beteg szív-infarctusban halt meg haematológiailag jó állapotban.**

kezelés után legkésőbb 8 hét múlva mindig berendeljük a beteget közvetlen ellenőrzésre.

Nem láttunk összefüggést az egy kezelési periódusban adott MB összdosis nagysága és az ezt követő remissió hosszúsága között. Ebben inkább a remissio teljessége volt az irányadó.

Eseteink főbb adatait az 1. táblázat tünteti fel: 13 kezelt beteg közül (7 férfi, 6 nő) meghalt 8 (5 férfi, 3 nő), életben van 5 (3 nő, 2 férfi). Három évnél hosszabb ideig tartó betegség 5 esetnél mutatható ki és mind az 5 nő. E nem szerinti eltéréssel kapcsolatban csak azt tudjuk megjegyezni, hogy a nők sokkal rendszeresebben járnak ellenőrzésre és sokkal pontosabban tartják be utasításainkat a gyógyszer szedésére vonatkozóan, mint a férfiak. Minden MB-lal kezelt krónikus myeloid leukaemiás beteg sokszor teljes, vagy nagyrészt teljes remissióban volt tartható. Nagyrészt teljes remissión az értendő, hogy a beteg teljesen panaszmentessé vált, egészségesnek, gyógyultnak érezte magát, a perifériás vérképe teljesen normalizálódott, de a lépe, bár jelentősen megkisebbedett, valamennyire tapintható maradt. A nyirokcsomók általában egészen eltűntek. Megfelelően választott, kellően nagy adag szükséges ahhoz, hogy a lépnagyság is normálissá váljék. Ez általában már a vérkép normálissá válása és a MB elhagyása után következik be. A csontvelőt nem ellenőriztük rendszeresen, de a lökés therapiában a perifériás vérkép és a csontvelőkép javulása általában párhuzamos.

A betegek kora és a betegségtartam, ill. a kezelés sikeressége között nem láttunk összefüggést.

Nem vonható le egyelőre következtetés a leukaemia valódi kezdete, a panaszok kezdete, a diagnosis első felállítása és a MB kezelés elkezdése közötti idő hosszúságából sem. Tisztázatlan még az a fontos kérdés is, hogy a MB therápiát azonnal elkezdjük-e, amint valószínű diagnosisunk van, vagy más therápiával kezdjünk (pl. Myleran, RTG) és csak ezek sikertelensége esetén folytassuk MB-lal, vagy esetleg — amire egyáltalában nincsen adatunk — ne kombináljunk-e többféle cytostaticumot a kezelésben.

A MB adását a lökés-kezelésben előbb kell abbahagyni, mint a fvs.-szám normálissá válik, mert a csökkenés megindulása után a szer elhagyása mellett is még néhány napig tovább esik a fvs.-szám. Többször kaptunk 1—2000-re eső fvs.-számot. A betegnek ez nem okozott panaszt, tünetet, és általában 1—2 héten belül magától normalizálódott.

Mellékhatások: Két betegünk haja hullott az első túl erőteljes kezelést követően, amikor még nem ismertük kellően a lökéstherapia megfelelő biztonságos dosisait. Az egyik férfi teljesen kopasz lett, de haja gyorsan és teljesen visszanőtt. Kisebb dosisú lökéstherapia megismétlésére ez újra nem jelentkezett. A gyors fvs.-szám csökkenés kezdetét a betegek ugyanúgy megérzik, mint emelkedését, az addigi tünetek 1—2 napig kifejezettebbek: gyengeség, levertség, végtagfájdalom, étvágytalanság, esetleg hőemelkedés. A fvs.-szám normalizálódásával mindezek gyorsan eltűnnek és teljesen jó közérzet áll be.

A haematológiai kép változása igen meggyőző: az adag nagyságától függően még több százezres fvs.-szám is néhány nap alatt a normálisra, vagy az alá süllyed. A qualitatív fvs.-képben az egészen fiatal alakok eltűnnek, csak erős balratoltság emlékeztet még a leukaemia lehetőségére. Az abszolút lymphocytaszám nem változik. Hasonlóan változik a csontvelői kép is: MB kezelés után csak myeloproliferatív túlsúlyt találunk, az erythro- és thrombopoesis érintetlen. A csontvelői képben feltűnően sok a sejtárnyék, felismerhetetlen töredék. A vvt.- és thrombocytaszám a kezelés előtt többnyire alacsonyabb a betegség következtében (feltételezhető a vvt.- és thrombocytaképzés közvetlen onkogén elnyomása a burjánzó myeloid rendszer részéről) és közvetlenül a kezelés alatt sem változik (lásd a 2. táblázatot). A teljes remissióban a vér- és csontvelőkép normális és az addigi anaemia és thrombopenia is normalizálódik. Ezáltal az anaemia és thrombopenia nemhogy kontraindikálja, hanem éppen ellenkezőleg, indikálja a beteg minél gyorsabb remissióba hozását MB-lal. Súlyos anaemia és thrombopenia esetén kielégítően nagy transfusiók-

kal kell átsegíteni a beteget a MB hatásának érvényesüléséig, az erythro- és thrombopoesis elnyomottságának felszabadulásáig.

2. táblázat

H. A. betegünk 7,5 g MB adagra a következő peripheriás vérképi eltéréseket mutatta

Kezelés előtt		Kezelés után	
1963. V. 18.		1963. V. 30.	1963. VI. 10.
Vvt:	3 300 000	3 400 000	3 600 000
Thromboc.	132 000	150 000	180 000
Fvs	174 000	3 400	5 000
Myblast	13%	—	—
Promyc	29%	—	—
Myc	15%	3%	—
Ju	14%	10%	3%
St	18%	30%	10%
Eo	5%	1%	1%
Sg	5,5%	36%	68%
Mo	—	2%	3%
Ly	0,5%	18%	15%
Össz. Ly/mm³	870	612	750

3. táblázat

Dátum	Fvs. szám	MB tabletta	Se húgys mgr%	U húgys mgr/24 óra	U $ZnSO_4$ próba
XII. 30.	104 000	2	11,0	330	—
XII. 31.	95 000	2	11,0	338	+
I. 1.	93 000	2	12,3	400	+++
I. 2.	96 000	1	13,8	382	+++
I. 3.	96 000	2	8,0	975	+++
I. 4.	88 000	3	8,0	1120	++++
I. 5.	80 000	3	8,6	1200	++++
I. 6.	71 000	3	8,6	1960	++++
I. 7.	55 200	3	7,4	1650	++++
I. 8.	48 000	1	8,2	3240	++++
I. 9.	32 000	—	9,0	1175	++++
I. 11.	16 000	—	7,7	858	+++
I. 13.	7 000	—	6,6	600	—
I. 15.	6 400	—	5,4	800	—
I. 17.	5 400	—	8,4	900	—

A fvs.-ek gyors pusztulását a vérhúgysav-szint, ill. napi húgysav ürítés megemelkedése követi (3. táblázat).

A MB kezelés nagy előnye az elektív myelocytostaticus hatása. Ez a hatás a betegség késői, ill. végső stádiumában is megmarad, amikor pedig a kórkép egész jellege megváltozik. A halált megelőző 2—6 hónapban minőségi változást tapasztaltunk a betegség lefolyásában, klinikai tüneteiben és a haematológiai képben. A krónikus leukaemia gyorsan malignizálódik, „akut transzformálódás" jeleként myeloblastos, paramyeloblastos képbe megy át. A remissiók ideje gyorsan rövidül. A beteg anaemizálódik, kachektizálódik, csillapíthatatlan láz, meningeális tünetek, szolid leukosarcomás csomók, thrombopeniás vérzések lépnek fel, melyek rövidesen halálhoz vezetnek. Erre a végső stádiumra az hívja fel a figyelmet, hogy a myeloblastok száma a peripheriás képben és a csontvelőben szaporodni kezd. Több betegünknél ilyenkor atypusos alakokat, paramyeloblastokat láttunk. Ezen fiatal elemek száma néhány hét alatt 50—80%-ra nőtt. MB növekvő adagjával (1,5—2,5 g naponta néhány napig) ugyan ezek az alakok is kiirthatók, de egyre gyorsabban újra megjelennek. Ez az akut transzformatio hasonlít ahhoz, amilyen Myleran kezelés után is felléphet. Érdemes lenne a Myleran utáni akut transzformatio MB kezelését megkísérelni, de ilyen esetünk eddig még nem volt. MB utáni akut transzformatiót eddig kizárólag előzetesen Myleranal kezelt betegeken észleltünk, és így a Myleran alkalmazása nem jött szóba. Leupurin (6 MP) napi 150—200 mg-os adagban mindig eredménytelen volt, erre a beteg semmilyen javulást sem mutatott.

Kétségtelen tehát, hogy MB kezeléssel igen jó remissiók érhetők el a krónikus myeloid leukaemiák kezelésében. (Ezt saját tapasztalataink mellett más vizsgálók adatai is bizonyítják, *Sellei* és *Eckhardt, Eckhardt és mtsai, Gráf, Csomor.)* A további cél a relapsusok megelőzése lenne. Nagy kérdés, hogy ez hogyan érhető el. Ha egy kis, az ép csontvelőt nem bántó adagot adunk (pl. napi 125 mg-ot) hosszabb ideig, vagy tartós kezelésként, egyáltalán nem biztos, hogy enélkül is mikor következnék be a relapsus. Néhány igen jól ellenőrzött betegünk remissiói a lökés kezelések után olyan szabályszerűséget mutatnak, hogy alkalmasak a tartós kezelés eredményességének kipróbálására, elvi létezésének vizsgálatára, a hatásfenntartó adag meghatározására. Az eltelt idő nem elég a tapasztalatok lemérésére, de azt máris megállapítottuk, hogy egyik esetünkben a másodnaponként tartósan adott egy 0,25 g-os tabletta a remissiót nem hosszabbította meg és az esedékes relapsus fellépését nem védte ki. A fvs.-szám azonban 7 nap alatt normálissá vált napi egyszeri 2 tbl., azaz 0,5 g MB adására.

Ebből az következik, hogy ennél a betegnél állandó hatásfenntartó adagú kezelésben a remissio fenntartására legalább naponta 1 tablettát kellett volna adni. Hasonló tapasztalatról számolt be *Csomor* is egy esetében. Ez azonban még nem jelenti azt, hogy ez az adag mindenkin beválik, vagy helyes általában, hiszen nagy egyéni különbségek lehetségesek. De még ha el is képzeljük, hogy a napi $^1/_4$ vagy $^1/_8$ grammos adagokkal a remissio elkerülhető, akkor is így sokkal több MB-t kellene szednie összadagban a betegnek. Fent említett esetünkben lökés kezeléssel a remissiós idő átlagban 60 nap és a lökés kezelés összadagja egy-egy alkalommal 3—6 g volt. Ezzel szemben, ha a feltételezetten hatásos napi $^1/_4$ gramm fenntartó adagot szedte volna a beteg 60 napig, akkor is 15 g lett volna az összadag, azaz két és féltől ötszöröse a lökés kezelésben hatásosnak. Folytonos kezeléssel a hatásfenntartó adag nagysága nem is határozható meg, hiszen a remissio elég különböző időkig tarthat (pl. a fent említett betegünknél az első remissio 228 napos volt, mely ideig feleslegesen szedte volna a kétséges fenntartó adagot) és nem is racionális az összadag szempontjából. A lökéskezelésekkel egy idő múlva kialakuló elég fix remissiós idők módot adnak arra, hogy tovább vizsgáljuk a hatásfenn-

tartó adagolási módszer elvének a helyességét, ill. helytelenségét.

Primaeren MB resistens krónikus myeloid leukaemiát nem észleltünk. Első MB kezelésekkel kivétel nélkül minden beteg, még az előzőleg Mylerannal már nagyrészt eredménytelenül kezeltek is teljes remissióba voltak hozhatók. A remissiók lökés kezelésekkel sokszor megismételhetők. Ezzel a 100%-os eredménnyel szemben *Echardt és mtsai* csak a betegek 75%-ában kaptak kedvező hatást. A különbség az adagolási módszerben kereshető. Amíg ők kezdeti kis napi adagokat adtak (max. 0,375 g) és a lassú, egyenletes fvs.-szám esésre törekedtek, mi a minél gyorsabb, de azért kontrollálható remissio elérését tűztük ki célul és nem riadtunk vissza alkalmakként a napi 1 g-on felüli adagoktól sem, ha a beteg a kisebb adagokra nem reagált.

A végső cél a gyógyulás érdekében a leukaemiás sejtpopulatio teljes kiirtása, hiszen amíg a sok milliárd tumorsejtből csak egy is szaporodásra képes marad, a relapsus bekövetkezhet. Ezt a célt pedig inkább elérhetjük — az antibiotikumokhoz hasonlóan — egy gyors, nagy adagú kezeléssel, mint a folyamatosan adott, elaprózott adagokkal, mely folyamatos módszer még a gyógyszerresistentia későbbi kifejlődése szempontjából is — legalább elméletileg — inkább kedvezőtlennek ítélhető.

Összefoglalás. Négy éve folytatott Myelobromol (MB) kezelés eredményeit ismertettük. 13 krónikus myeloid leukaemiás beteg adataiból megállapítottuk, hogy a MB elektív myelocytostaticus hatása és a mellékhatások relatív hiánya miatt erre az egyik legjobban bevált gyógyszer. A még jól kontrollálható, de elég erélyes adagú lökés kezelés bevezetőül eredményesebb, mint a remissiót lassan előidéző kisebb dosisú kezelésmód. Hatásfenntartó adagnak nagysága, sőt, még létezése is problematikus.

Amíg ez a kérdés el nem dől, az ismételt lökés kezelések ajánlhatók, melyekkel a betegek munkaképes állapota jelentékenyen meghosszabbítható. Ez a dozirozási módszer azonban csak fekvőbeteg-osztályon állítható be és akkor folytatható ambulanter, ha a beteg az előírt ellenőrző vizsgálatokat elvégezteti és a kezelését irányító intézet gondozásában tartható.

IRODALOM: 1. *Csomor Gábor:* Gyógyszereink. 1965, *15*, 261. — 2. *Eckhardt S.* et al.: Orv. Hetil. 1964, *105*, 547. — 3. *Eckhardt S.* et al.: III. Conf. Hung. Ther. Invest. Pharmak. Budapest, 1965. Publ. House of the Hung. Acad. Sci. P. 267. — 4. *Graf F.:* Jelentés az ETT-nak. 1962. — 5. *Petrányi Gy.:* Jelentés az ETT-nak. 1962. — 6. *Petrányi J.:* Verhandlungsbericht der 10. Weimarer Therapietagung. Bibl. Ber. d. Deutschen Statsbibl. 1964. — 7. *Petrányi Gy.:* VI. Magyar Onkológus Kongresszus Cytológiai symposium. 1963. — 8. *Petrányi J.* et *Nagy S.:* III. Conf. Hung. Ther. Invest. Pharmak. Budapest. 1965, Publ. House of the Hung. Acad. Sci. P. 259. — 9. *Sellei C.* et *Horváth P.* et *Institorisz L.:* Cancer. Chemother. Reports. 1963, *33*, 57. — 10. *Sellei C.—Eckhardt S.:* Rev. Franç. Étude clin. biol. 1963, 483.

CHLOROSAN paszta

1 tégely (20 g) 5% chlorchinaldol-t és 35% amylum solani-t tartalmaz
vízzel lemosható alapanyagban

streptococcus
staphylococcus
és gombák okozta

BŐRFERTŐZÉSEK, ILLETVE TÁRSFERTŐZÉSEK ESETÉN

bőrgyógyászatban,
gyermekgyógyászatban, sebészetben
és szülészet- nőgyógyászatban.

A nyálkahártyát ízgatja (szem, orr)!

A kezelendő bőrfelületre vékony rétegben kenik fel a Chlorosant és a kötést 24 óránként cserélik. Kötés előtt a hámfoszlányok és a pörkök eltávolítandók

SZTK terhére szabadon rendelhető!
1 tégely (20 g) 10,10 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, Budapest

Nagykanizsa Városi Tanács V.B Kórháza, Sebészeti Osztály (főorvos: Lázár Dezső dr.)

Mit tegyünk az „elkésett" heveny appendicitisszel?

Lázár Dezső dr.

Amennyire egyértelmű az acut appendicitis kezelése, annyira problematikus, hogy mit tegyünk az „elkésett" acut appendicitisszel? Ha tartjuk magunkat a több mint fél évszázados elvhez, hogy acut appendicitist két 24 óra múltán már célszerűbb konzervatíve kezelni, és „késsel a kézben" várakozni, nagyon lecgyszerűsödik a kérdés. A széles spektrumú antibiotikumok megismerése és alkalmazása óta a két 24 óra, tapasztalataink szerint legalább a kétszeresére bővíthető, de még sokkal reálisabb, ha nem 24 órákban gondolkodunk, hanem a beteg több ízben megismételt „folyamatos vizsgálata" alapján döntjük el a műtét szükségességét. A betegre akkor hárul a legkisebb veszély, ha acut vagy subacut appendicitisnek vélt esetben műtét mellett döntünk.

A műtéttel nemritkán megbontjuk ugyan a féregnyúlvány körül kialakult korai infiltrátumot, és a törékeny szövetek között olykor nehezen tudunk csak dolgozni, de a baj „gyökerét" így mégis megoldjuk és a megbolygatott periappendicitis gyógyulását rábízhatjuk a bőven adott antibiotikumokkal támogatott szervezet reparációjára.

Jóval nehezebb helyzetbe kerül a sebész, ha 4—5 napos hasi tünetek fennállása után *„elkésve" kapja csak meg a beteget és nem képes nyomban diagnózishoz sem eljutni.*

Még ilyenkor is viszonylag egyszerűbb a helyzet, ha ileustól, extrauterin graviditás megszakadásától, volvulustól, intussusceptiótól vagy „lecsorgott" gyomorperforatiótól nem tudja az elkésett acut appendicitist elkülöníteni. Ilyenkor ugyanis a diagnosztikus kétséget okozó baj is kizárólag műtéttel kezelhető eredménnyel; *a diagnózis tehát bizonytalan, de a teendő egyértelműen sürgős sebészi beavatkozás.*

Jóval több gondot okoz, ha acut pancreatitistől „fedett" gyomorperforatiót, mesenterica thrombosist, pneumoniát, ureterbe szorult követ, vagy szívinfarctust kell kórismével leválasztanunk.

Ilyenkor az egyébként banalis kis műtét (appendectomia) tragikusan súlyosbíthatja a beteg helyzetét. Tapasztalataink szerint ekkor csak a beteg „folyamatos" megfigyelése döntheti el a teendőt. 10—15 percenként meg kell ismételten vizsgálnunk a beteget, és a pillanatképeket egymáshoz téve kell megpróbálnunk következtetni a kórfolyamatra. Közben kézhez kapjuk a laboratóriumi eredményeket is (vérkép, vizeletvizsgálat, diastase értékek), elvégezzük a mellkasátvilágítást, EKG-t készíttetünk, és ha indokolt, nőgyógyásszal is konzultálunk. Gyógyszeresen célszerű, ha csak görcsoldók adásáig megyünk el. Dolargan és Ridol annyira „elmossa" a heveny tüneteket, hogy a diagnózishoz csak értékes órák elvesztése után tudunk közeljutni.

Az elmúlt két évtized tapasztalatai alapján ma elkésett esetben is sokkal könnyebben döntünk azonnali műtét mellett, mint régebben.

Az 5—7. napon hozzánk került beteg jelenti a legnehezebb sebészi problémát. Ilyenkor már a beteg tartalék ereje is kimerülőfélben van, és a psychéje sem töretlen. Az eltelt napok eseményeit igen nehéz már visszapergetni. Az sem ritka, hogy a későn hívott orvos sem képes azonnal diagnózisig jutni, ezért még fél-egy napig ő is observálja a beteget. Gyakori, hogy a sebészhez került beteg már több napos — gyakran elégtelen — antibiotikus kezelést is kapott, mely a betegség lényegét jelentő destruens gyulladáson csak nagyon keveset segített, de a heveny tüneteket alaposan elfedte. Rendkívül nehéz ilyenkor a döntés.

Nem szabad tehát azon sem meglepődnünk, ha azt tapasztaljuk, hogy a sebész ilyen esetben inkább a konzervatív eszközök felé hajlik — ezt is tanulta. Elhatározását az is befolyásolja, hogy az adott „elkésett" eset mégis „csak" vakbélgyulladás, amit a közhit szerint ma már igazán illik meggyógyítani. A pillanatnyi helyzet súlyát mégis érzi, és ezért sokkal nehezebben vállalja az adott eset műtéti kockázatát.

A leghatározottabban le kell szögeznünk, hogy az elkésett appendicitisnek ma is igen tekintélyes a mortalitása (10—30%). Nagy itt a veszély, ami mind a betegre, mind a sebészre leselkedik!

Mi tehát a teendő? Nem lehet egyértelmű választ adni. A nagyobb gyakorlatú, jó technikájú sebész ilyenkor is vállalni fogja a műtét kockázatát, bízván a modern kezelés eszközeiben. Olykor még váratlan, de jó irányú meglepetés is éri a katasztrófa elhárítását megkísérlő sebészt.

Például: torquált, nekrotizált ovariális cystát talál, vastagbél-volvulust, vagy belső-sérvet, melyet elkésett stádiumban már nem volt képes diagnosztizálni, de időben végzett beavatkozásával mégis megmentheti a beteget.

Az „elkésett" acut appendicitis megoldása során gyakran felmerül a „fellobbantás"-tól, ill. a „lobgát" megbontásától való félelem, mely oka lehet a műtét elhagyásának. Úgy vélem, hogy itt a széles spektrumú, célzottan adott antibiotikumok és a lokális Neomycin kezelés rendkívül nagy segítséget hozott.

A Littre-nek tulajdonított Richter-féle bélfalsérvek gyakran necrosist okoznak, a kórisme felállítása rendkívül nehéz, rendszerint csak műtétnél diagnosztizálhatók. Jobb tehát, ha elkésett appendicitisnek vélve a kórképet, sürgős műtétet végzünk és így nyerünk lehetőséget néhány olyan ritka kórkép eredményes kezelésére, melyet műtét nélkül diagnosztizálni nem tudunk; például alkalmunk volt operálni — tévesen appendicitisnek vélve — appendix epiploica torsio okozta bélfalnecro-

sist is. A műtét előtti diagnózis ebben az esetben sem sikerült, de a sürgős műtét mégis lehetővé tette a beteg megmentését.

Az acut pancreatitis modern konzervatív kezelése hozott még az utolsó években sok sikert.

Trasylol azonnali adásával, teljes koplaltatással, gyomorleszívással, erélyes antibiotikus kezeléssel és steroid therápiával sok olyan rendkívül súlyos eset is meggyógyítható, akiket a régi aktív műtéti kezeléssel nem tudnánk megmenteni.

A konzervatív kezelés folytatása mellett „elkésett" appendicitisnek vélt esetben csak akkor foglalunk állást, ha a folyamatos betegvizsgálat igazolja, hogy a hasüregi gyulladást a szervezet védekező erőinek sikerült megfékezni és lokalizálni, ezért a beteg már nincs közvetlen életveszélyben.

Könnyebb a diagnózis, ha már az első betegvizsgálatkor a jobb csípőárokban fájdalmas, körülhatárolt kóros resistentiát tapintunk, a panaszok 4—6 naposak, a fehérvérsejtszám magas, de a beteg általános állapota jó. Nyilvánvaló ilyenkor, hogy *periappendiculáris infiltrátum stádiumában* észleljük az elkésett appendicitises beteget. A periappendicitis azonban ekkor már lokális betegséggé vált, és a hasüregi gyulladás megnyugvófélben van. A szervezetnek sikerült „úrrá lenni" a betegségen.

Régi, jól bevált gyakorlat szerint diagnostizálható periappendiculáris infiltrátum esetében, diffúz peritoneális tünetek híján, *célszerűbb a konzervatív kezelés folytatása.*

Fektetés, borogatás és erélyes antibiotikus kezelés hatására szinte szemünk előtt „olvad el" az infiltrátum, és alig 8—10 nap múltán megszűnik a leukocytosis és megindul a magas vérsejtsüllyedés regressiója is.

Ekkor kerül ismét választ elé a sebész. *Az antibiotikum „árnyékában" visszaszorított periappendicitist célszerűbb-e műtéttel végleg rendezni?* Vagy helyesebb 6—8 hétre még hazaküldeni a beteget és valóban „à froid" stádiumban elvégezni a műtétet.

A kérdés eldöntése nem könnyű. Ha a hosszú regressio idejét kórházban, szemünk előtt tölthetné a beteg — kétségkívül eredményesebb volna a hosszabb várakozás. Az egy-kétheti konzervatív kezelés azonban már rendszerint visszaadja a beteg egészségérzését. A hasában tapintott kóros resistentia is kisebb és már alig érzékeny, ezért napról napra sürgeti a beteg a műtétet.

Ilyen körülmények között a sebész csak két alternatíva között választhat: *vagy megoperálja félig felszívódott infiltratum stádiumában* a betegét *vagy* enged a beteg kérésének és *hazabocsátja 6—8 hétre.* Nyíltan meg kell mondani, hogy egyik alternatíva sem veszélytelen.

A félig felszívódott periappendiculáris infiltrátum műtétje technikailag nehéz, bár a beteg ekkor már el sem tudja képzelni, hogy még veszély fenyegeti. A hazabocsátott beteg egészségesnek érezvén magát, természetszerű, hogy folytatja megszokott életét. Az antibiotikus kezelés elhagyása után a megnyugodott periappendiculáris gyulladás nem ritkán spontán is fellobban, de a betegre otthonában excessusok is várnak. Alkalmunk volt látni, hogy a gyógyszerekkel és a felszívó kezeléssel teljesen megnyugtatott periappendiculáris infiltrátum lakodalomban történt részvétel folyamán tragikus hirtelenséggel annyira fellángolt, hogy műtétre kényszerültünk és a beteget mégis elveszítettük. Azonban a klinikailag regressióba hozott, antibiotikum „árnyékában" végzett appendektomia sem veszélymentes. Láttunk olyan heveny peritoneális fellobbanást, ami csak 3—4 heti, izgalmakkal teli kezelés után volt rendezhető.

Mi a megoldás? *A döntés* ilyenkor is *csak egyéni lehet.* Türelmes beteggel, akivel értelmesen lehet kollaborálni, jól meg lehet értetni a veszélyeket — ezekkel célszerűbb 6—8 hétig várni.

Azt szoktuk mondani hazabocsátáskor: „Egy bombával a hasában megy haza". A türelmetlen, nyughatatlan beteg azonban ki fogja kényszeríteni a műtétet félig felszívódott infiltratum stádiumában. A kórházak túlterheltsége miatt az is nyilvánvaló, hogy a sebész sem tarthatja ott hetekig a tüneteiben már megnyugodott, látszólag gyógyult beteget; rossz tapasztalatai alapján azonban haza se szívesen engedi.

Az eredmény a gyakorlatban legtöbbször túl korai stádiumban végzett műtét. Fiatal egyén, jól reguláló szervezetében a műtét rendszerint így is sikeres. A beteg el sem tudja képzelni, hogy a sebész milyen technikai nehézségek legyőzésével gyógyította meg. A 6—8‰-es appendektomiás letalitás azonban ezekből az „elkésett" esetekből adódik. 12 év alatt osztályunkon végzett 9400 appendektomia halálozása 7,7‰.

A legtöbb nehézséget és a legrosszabb prognózist az öregek elkésett appendicitise jelenti.

Idős korban már nehezen és halkan szólalnak meg a szervezet veszélyt jelző csengői, a diagnózis felállítása ezért is nehéz. *Welcker* (36) hangot adott sokunk azon megfigyelésének, hogy az öregkori appendicitisek az elmúlt évtizedben megszaporodtak. Nem lehet elégszer figyelmeztetni a beteget elsőként látó körzeti orvosokat, hogy *idős betegek hasi panaszait hallván, elsősorban acut appendicitisre gondoljanak.* A beteg olykor még a műtéttől való félelmében leplezni is igyekszik a tüneteket, de joggal félti az idős beteget a kezelőorvos is a műtéti megterheléstől. Ezen összetevőknek lesz az az eredője, hogy öreg betegeken gyakran gondolnak „gyomormegterhelésre", epehólyaggyulladásra, hasi arteriosclerosisra, vagy senilis obstipatióra acut appendicitis kezdeti tünetei kapcsán. A betegség tehát igen könnyen válik elkésetté.

A műtéti indikáció felállítása mindig nehéz döntés. Az 5—6. napon kórházba hozott betegen már gyakran diffúz peritonitis és paralytikus ileus tünetei dominálnak. A kórisme felállítása legfeljebb a gondosan felvett anamnézis adatainak kihámozásától remélhető. Gyakoribb, hogy csak odáig jutunk el a folyamatos betegvizsgálattal, hogy *hasi katasztrófa miatt a beteg heveny életveszélyben van, melyből csak mielőbb végzett műtéttel menthető meg.*

Ezért a keringés rendezése és folyadék-„feltöltés" után gyomorleszívást végzünk és azonnali műtétet indikálunk. A diagnózis acut hasi katasztrófa, diffus peritonitis, perforatio. A műtéti behatolás jobb oldali pararectalis hasmetszés. Amennyiben a peritonitis oka valóban az appendix szétesése, igyekszünk a nekrotizált féregnyúlványt eltávolítani és a hasüreget rétegesen, elsődlegesen zárni. Csak egészen súlyos szövetszétesést okozó putrid peritonitis helyi antibiotikus keze-

lése végett vezettük be, az elmúlt években, hogy vékony draincsövet hagyunk a Douglasban. A drainezést ilyenkor sem a hasüregi genny levezetése céljából végezzük — mert arról meggyőződtünk, hogy nem lehetséges —, hanem kizárólag a helyi, folyamatos Neomycin kezelés végett.

Idős betegen appendicitis mellett mindig gondolnunk kell egyidejű tumor lehetőségére is. A 9400 appendectomia végzésekor 3 esetben volt alkalmunk megfigyelni a két kórkép kombinálódását. *Christensen* (3) is kiemelte a két kórkép együttes előfordulási lehetőségét.

Az öregkori appendicitisek műtéti kezelése ma sem lezárt kérdés. *Kirschmair* (17) pl. 1962-ben arról számolt be, 106 időskori appendicitis tapasztalatai alapján, hogy esetei nagyobb részét, 63%-át konzervatíve kezelte, és csak 43-at operált meg.

A sebész felelőssége tehát a döntéskor óriási. Vallom, hogy *ma már nincs elveszett, csak elveszített eset.* Alacsony vérnyomással és alig tapintható pulzussal kézhez kapott beteg is meggyógyulhat, de a halálozás ezekben az esetekben nagyon nagy.

A közvélemény viszont amennyire megérti, hogy idős beteg elkésett hasüregi rákos daganatán nem képes segíteni az orvostudomány, annyira értetlenül áll a tragédia előtt, ha kiderül, hogy a betegnek „csak" vakbélgyulladása volt. Nem ritkák ilyenkor a törvény előtti felelősségrevonások sem, amik mélyen sérthetik a minden erejével segíteni akaró orvost.

Továbbhaladás csak a közvélemény még szélesebb felvilágosításától és az appendicitisre gyanús betegek még koraibb kórházba irányításától várható. A sebésznek viszont ismeretei birtokában elkésett esetekben is vállalnia kell a veszélytöbbletet a beteg megmentése érdekében. Tapasztalataim szerint a *legcélravezetőbb, ha még elveszettnek látszó, kétségbeesett helyzetben is műtétet végzünk.*

Összefoglalás. Az „elkésett" heveny appendicitis kezelésében szerzett tapasztalatai alapján az első négy napig azonnali műtét mellett van. Még a legelkésettebb esetben is látott sikert az azonnali műtéttől és az erélyes antibiotikus kezeléstől. Csak a periappendicularis infiltrátummal célszerű várni és az aktív konzervatív kezelést folytatni. A legkisebb veszélye a 6—8 heti konzervatív kezelés után az „à froid" stádiumban végzett appendektomiának van. Minden eset egyéni elbírálást és döntést igényel. Csak a többször megismételt „folyamatos" betegvizsgálat észrevételeinek filmszerű összetevésétől és a laboratóriumi leletek beillesztésétől várható a pontos diagnózis és az eredményes kezelés.

IRODALOM: 1. *Berut, O.:* Zbl. f. Chir. 1958, *83,* 1026. — 2. *Bugyi I.:* Orv. Hetil. 1936, *80,* 671. — 3. *Christensen, E.:* Brit. med. J. 1958, *II,* 832. (Ref.: Chir. 1961, *32,* 394). — 4. *Drescher, Ch.:* Zbl. f. Chir. 1958, *83,* 1032. — 5. *Elfving, G.—Railo, J.:* Ref.: Chir. 1959, *30,* 45. — 6. *Engel, H.:* Chir. 1966, *37,* 123. — 7. *Gegesi-Kiss P.—Koós A.—Csukássy M.:* Orv Hetil. 1951, *92,* — 8. *Gehl, W.:* Chir. 1947, *17—18,* 462. — 9. *Goeppel, H.:* Chir. 1948, *19,* 59. — 10. *Grob, M.:* Schweiz. med. Wschr. 1943, *19,* 163. — 11. *Gulecke, N.:* Chir. 1947, *17,* 480. — 12. *Heinrich, G.:* Chir. 1963, *34,* 343. — 13. *Haller, H.:* Chir. 1948, *19,* 286. — 14. *Hentschel, M.—Hemsendorf, K.:* Chir. 1962, *33,* 420. — 15. *Hiertonn, T.:* Acta Chir. Scand. 1947, *96,* 224. (Ref.: Chir. 1952, *23,* 189.) — 16. *Hildebrand, H.:* Med. Klin. 1962, *19,* 1249. — 17. *Kirschmair, W.:* Chir. 1962, *33,* 543. — 18. *Jáki Gy.:* Orv. Hetil. 1954, *95,* 1096. — 19. *Ladányi J.:* Seb. Nagygyűl. 1952. Bpest. — 20. *Ladányi J.:* Korányi Vándorgyűl. 1955. Bpest. — 21. *Makai E.:* Bud. Orv. Újság. 1912, *4,* 37. — 22. *Penkov I.—Ábrándi E.:* Orv. Hetil. 1957, *98,* 295. — 23. *Peter, R.:* Chir. 1948, *19,* 519. — 24. *Radwitz, E.:* Chir. 1948, *19,* 383. — 25. *Rácz D.:* Orv. Hetil. 1959, *100,* 1000. — 26. *Rozsos I.—Szeness L.:* Orv. Hetil. 1963, *104,* 298. — 27. *Singer, H.:* Dtsch. med. Wschr. 1961, *79,* 16. — 28. *Stelzner, F.:* Append. in klinische chir. für die Praxis. Bd. III. Stuttgart. Thieme. 1962. — 29. *Szutrély A.—Máriaföldi M.:* Orv. Hetil. 1959, *100,* 434. — 30. *Tasnády L.—Ladányi J.—Kiss B.:* Orv. Hetil. 1965, *106,* 439. — 31. *Theissen, W.:* Chir. 1949, *20,* 458. — 32. *Weidemann, W.:* Chir. 1953, *24,* 487. — 33. *Welcker, E.:* Zbl. f. Chir. 1964, *89,* 1494.

25 MG HIBERNAL + 0,5MG RESERPIN + 5 MG PIPOLPHEN –

HIREPIN drazsé

A Hibernal + reserpin együttes használatakor az ellentétes mellékhatások kölcsönösen mérséklik egymást, a psychés hatás pedig — synergismus miatt — kifejezettebb lesz. A hátrányként jelentkező parkinsonszerű tüneteket a harmadik componens: a Pipolphen védi ki.

Javallata és adagolása a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelése" c. könyv szerint. Társadalombiztosítás terhére szakrendelésre szabadon, egyéb esetekben szakrendelés javaslatára rendelhető.

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR BUDAPEST

KAZUISZTIKA

Miskolc Városi Tanács V. B. Egyesített Kórháza, Miskolc, Szentpéteri-kapu. Fül-orr-gége Osztály. (főorvos: Dévald József dr.)

A hallószerv villámsérülése

Tolnay Sándor dr.

A villámcsapás okozta sérüléssel aránylag ritkán találkozunk. *Irányiné és mtsai* (9) 1956—1960 között 156 villámtraumát észleltek, ebből 50 volt halálos kimenetelű. *Dannhorn* (6) adatai szerint Németországban évente 1 millió lakosra 2,1 villámhalál esik. A villámcsapás által okozott sérülések tanulmányozását nehézzé teszi elszórt, főleg mezőgazdasági vidéken való jelentkezése, és az a tény, hogy modell és állatkísérletben sem tudjuk fizikai jellemzőit pontosan reprodukálni.

Legfontosabb tüneteit több szerző is (1, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 17, 18) részletesen összefoglalja. Legtöbb sérültön megtaláljuk a jellemző „villámrajzolat"-ot, a különböző fokú égési sérüléseket, haj, szőrzet megpörkölődését. Egyik leggyakoribb acut tünet a tudatzavar, mely percekig, órákig, néha napokig is tarthat, és részben retrográd, részben congrad amnesia követheti. Előfordulhat múló psychés változás. Gyakran megtaláljuk a peripheriás idegkárosodásokat, vasovegetatív zavarokat, agyidegek functiozavarát. Az esetek egy részében az életfontosságú központok látszólagos teljes felfüggesztése észlelhető.

A hallószerv villámtraumája ritkán fordul elő. *Csillag* összefoglaló munkájában (5) több esetet részletesen ismertet az irodalomból. *Irányiné és mtsai* 106 villámsérült controllvizsgálatánál 8 esetben találtak halláspanaszt (9).

A villám által okozott hallásszervi károsodások igen változatosak lehetnek. A hangvezető apparátus sérülésénél megtalálhatjuk a fülkagyló és külső hallójárat égési sebeit, mely gyulladásos infiltratióban, hyperaemiában, hólyagszerű elváltozásban, oedemás duzzanatban jelentkezhet. Az égési sérülés ráterjedhet a dobhártyára, mely ezáltal perforálódhat. Ez a dobüreg secundaer fertőződéséhez vezethet. Létrejöhet a villámkárosodás által dobhártya ruptura is, dobüri haematomával. Ennek kialakulása ma sem teljesen tisztázott, legvalószínűbb, hogy a keletkezett magas légnyomás okozza (5).

A hangfelfogó apparátus károsodását ismertető irodalmi adatok jóval szegényesebbek. A sérülteken ép dobhártya mellett enyhe, múló hallászcsökkenéstől kezdve tartós, sőt progrediáló nagyothallást és süketséget is találhatunk. Pathomechanismusa nem tisztázott. Létrehozásában szerepelhet vasomotoros reactio, következményes ganglion spirale degeneratióval, vagy az elektromosság által okozott serosus meningitis, ami a nervus acusticus gyökét vagy a ganglion spiralet károsítja (2, 3, 5, 14). *Lobell* szövettanilag vérzéseket észlelt a csigában és a vestibulumban. Felléphet a magasabb hallópályák és központok károsodása is.

A villámtrauma után keletkezett halláskárosodások irodalmi feldolgozása legtöbbször egy adott, kialakult helyzet ismertetésére korlátozódik. Az alább közölt esetünkben a hallást röviddel a sérülés után audiométerrel regisztráltuk, és huzamosabb időn át pontosan figyeltük változását. Ezáltal a fellépett károsodásokról pontos képet kaptunk.

Esetismertetés

R. K., 12 éves leány (836/65. sz.) 1965. június 9-én délelőtt került kórházba. A kísérők elmondása szerint reggel cseresznyét szedtek a szőlőben, ahol villámütés érte. Eszméletét elvesztette. Egyik társa meghalt. St. praesens: eszméletlen beteg. A hajas fejbőr j. o. temporalis részén a haj, szemöldök megperzselt. Az arc jobb oldalán, a fülkagylón, az állon, a bőr vöröseslilásan elszíneződött. Rajta felületes hámhiány. A mellkas elülső felszínén a jugulum tájon mélyebb, onnan a bal bordaívig húzódó, kb. 4 cm-es sávban vöröseslilásan elszíneződött, felületes hámhiány. A has jobb oldalán a köldök magasságától az inguinalis hajlatra merőlegesen a combra is ráterjedően a bőr vöröseslilásan elszíneződött.

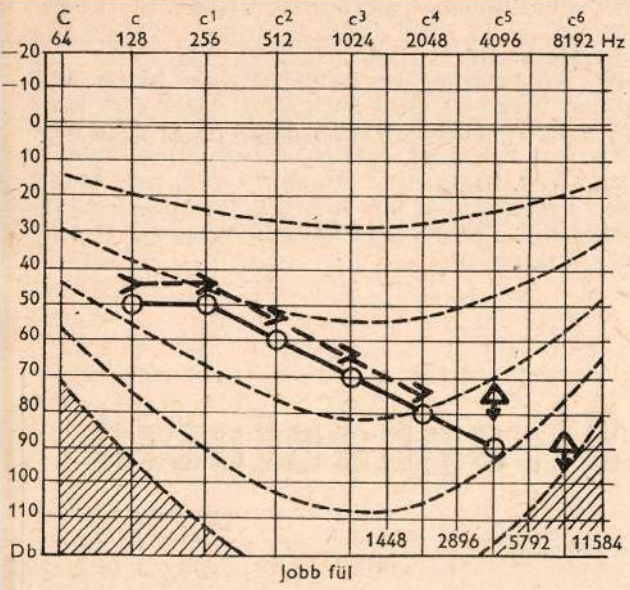
Fülészeti lelet: torok-orr-gége eltérés nélkül. Bal hallójárat szabad, bal membrana ép. A jobb kagylóárokban felületes hámhiány. Jobb hallójárat bemenete vörösesen elszíneződött, oedémásan duzzadt, lúdtollnyira beszűkült, benne serosus váladék, dobhártya nem látható. Hallásvizsgálat a beteg eszméletlensége miatt nem végezhető.

A beteg a szokásos shocktalanító kezelés mellett Depersolon injekciót, Strophosidot, nagy adagban antibioticumot és vitaminokat kap, másnapra eszméletre tér, és június 22-ére általános állapota fokozatosan rendeződik. Fülészeti statusa ezalatt a következőképpen alakul:

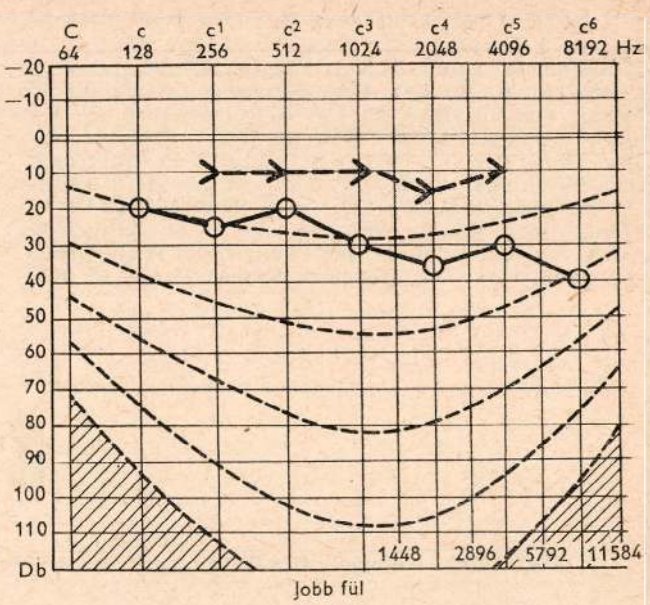
Június 10-én a jobb hallójárat még oedemásabb, duzzadtabb, benne bő serosus váladék található. Bárány-féle lármadobbal végzett hallásvizsgálatnál jobb oldalon teljes süketség, hangvilla vizsgálattal csupán rezgésérzet észlelhető. Június 11-én *audiometria:* j. o. nagyfokú, idegi eredetű hallászcsökkenés mérsékelt regressióval. Bal oldalon ép hallás (lásd 1. ábra). Június 16-án jobb hallójárat hámjának duzzanata minimális, jobb oldali membrana vérbővebb, elülső alsó részén színes gombostűfejnyi perforatio, membranán több helyen szürkéssárgásan elszíneződött necrotikus terület. Kevés serosus váladék. *Audiometria:* jobb oldalon csupán a magas hangokra ráterjedő, közepes fokú idegi eredetű hallászcsökkenés (lásd 2. ábra).

Schüller—Mayer—Stenvers szerinti röntgenfelvétel: bal oldalt jól fejlett cellularendszer, a cellulák legnagyobb részükben fátyolszerűen fedettek.

Június 23: jobb oldali membranán lencsényi centralis perforatio. Minimális serosus váladék található a dobüregben. *Audiometria:* enyhe vezetéses jellegű hallászcsökkenés jobb oldalon (lásd 3. ábra). Június 26., július 6., augusztus 5., október 16-án további audiometriás méréseket végeztünk, ahol jobb oldalon továbbra is enyhe vezetéses jellegű hallászcsökkenést találtunk. A betegnél nagy száraz centralis perforatio alakult ki. A szülők a tervezett plasztikai műtétbe nem egyeztek bele. Ellenőrző vizsgálat 1966. január 13-án: a beteg



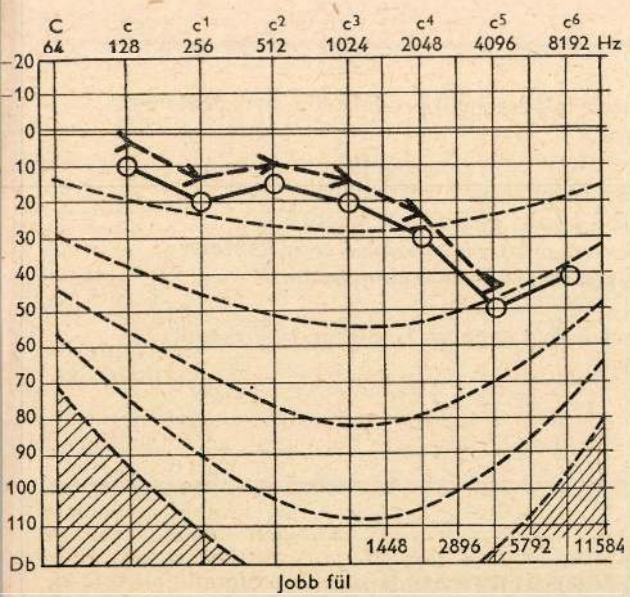
1. ábra. A jobb fül hallása 1965. június 11-én



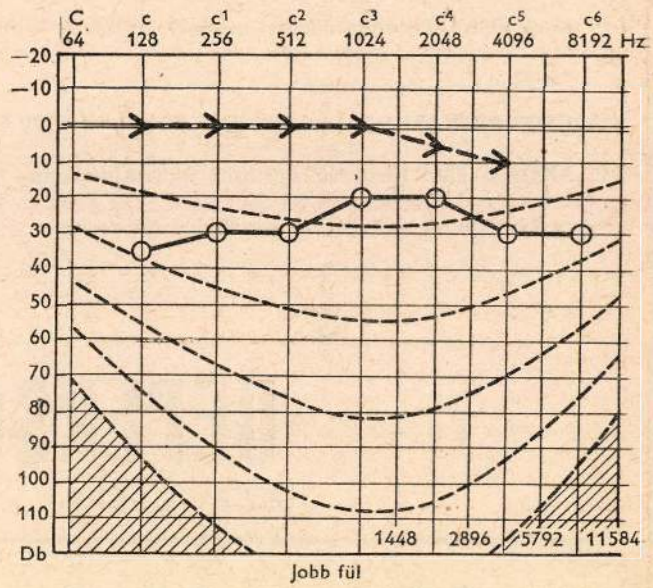
3. ábra. A jobb fül hallása 1965. június 23-án

panaszmentes, jobb oldalon jelenleg is száraz nagy centralis dobhártyahiány található. Tiszta-hang audiometria: enyhe vezetéses jellegű hallászcsökkenés jobb oldalon, bal oldalon ép hallás (lásd 4. ábra). Beszéd audiogramm ennek megfelelő. Neurológiai vizsgálattal eltérés nem mutatható ki.

Ismertetett esetünket összegezve megállapíthatjuk, hogy fizikális vizsgálattal kezdetben a jobb oldali külső hallójárat és dobhártya villám által okozott égési sérülése dominált, ez a villám belépési helyének felelt meg. A dobhártya-perforatio szintc szemünk előtt növekedett, és végleges nagyságát a sérülés után kb. 2 hónappal érte el. A functionalis vizsgálat a hangfelfogó apparátus károsodását is mutatta. Először jobb oldali teljes süketséget, ezután nagyfokú, majd fokozatosan javuló idegi eredetű hallászcsökkenést találtunk. Ez csak 10



2. ábra. A jobb fül hallása 1965. június 16-án



4. ábra. A jobb fül hallása 1966. január 13-án

nappal a sérülés után ment át vezetéses jellegű hallászcsökkenésbe. Tehát a villám hatására a hallójárat és dobhártya sérülése mellett a hangfelfogó rendszer degeneratív folyamatot még nem okozó, valószínűleg vasomotoros zavaron alapuló reversibilis sérülése is bekövetkezett.

Összefoglalás. A villámcsapás által okozott fülsérülések rövid összefoglalása után ismerteti esetét, akinél a sérülés után röviddel a hallást audiométerrel regisztrálták és huzamosabb időn át figyelemmel kísérték annak változását. A sérült fülön először teljes süketséget, ezután nagyfokú, majd fokozatosan javuló idegi eredetű hallászcsökkenést talált, mely a sérülés után tíz nappal vezetéses jellegű hallászcsökkenésbe ment át.

IRODALOM: 1. *Berencsi Gy.:* Orv. Hetil. 1950, *91*, 637. — 2. *Bertelsen, S.:* Nord. Med. 1958, *60*, 1602. — 3. *Bingel, A.:* Dtsch. Z. Nervenheilk. 1936, *97*, 141. — 4. *Critchley, M.:* Lancet. 1934, *68*, 226. — 5. *Csillag S.:* Mschr. Ohr. hk. 1959, *93*, 258. — 6. *Dannhorn, G.:* Veröff. Volksgesd. dienst. 1937, *48*, 703. — 7. *Incze Gy.:* Orv. Hetil. 1952, *93*, 1075. — 8. *Irányi J.* és *Oravecz B.:* Orv. Hetil. 1957, *98*, 302. — 9. *Irányi Jenőné és mtsai:* Orvosképzés. 1964, *39*, 128. — 10. *Irányi J. és mtsai:* Münch. med. Wschr. 1962, *104*, 1496. — 11. *Jellinek S.:* Atlas zur Spurenkunde der Elektrizität. Wien. Springer. 1955. 14. — 12. *Koeppen, S.* und *Panse, F.:* Klinische Elektropathologie. Stuttgart. Georg Thieme Verlag. 1955. — 13. *Lihacsev, A. G. és mtsai:* Fül-orr-gége betegségek. Bpest. Tankönyvkiadó. 1951, 178. — 14. *Mörl, F.:* Lehrbuch der Unfallchirurgie. Berlin, VEB. Verlag Volk und Gesundheit. 1964, 190. — 15. *Muck, O.:* Denker—Kahlers Handb. Berlin. Julius Springer. 1926, *8*, 3, 338. — 16. *Priorov, N.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 1301. — 17. *Somogyi E.:* Morph. Iü. Orv. Szle. 1964, *4*, 175. — 18. *Zetkin M.* und *Kühtz, E. H.:* Allgemeine Unfallchirurgie. Berlin. VEB. Verlag Volk und Gesundheit. 1955, 90—93.

K-Strophantosid

INJEKCIÓ

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 0,25 mg K-Strophantosidot tartalmaz.

JAVALLATOK: Cardiális decompensatio. Coronaria sclerosis. Asthma cardiale. Tüdőoedema. Paroxysmalis tachycardia. Súlyos fertőző betegségek. Súlyos műtétek előtt. Általában minden esetben, amikor a keringés gyors javítása szükséges.

CSOMAGOLÁS: 5 × 1 ml 9,20 Ft 50 × 1 ml 66,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosító terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

DEPERSOLON

SZEMCSEPP

ÖSSZETÉTEL: 15 mg 21-desoxy-21-N(N' methylpiperazinyl)-prednisolon. hydrochlor.-ot tartalmaz 5 ml-es üvegenként.

HATÁS: A prednisolon a kötőhártyára cseppentve a cortisonnál, illetve hydrocortisonnál kifejezettebb localis gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatást fejt ki. A vizes oldat alkalmazása a szemészetben a kenőcsöknél és mikrokristályos suspensióknál előnyösebb.

ADAGOLÁS: A kórkép súlyosságának megfelelően naponta 1—3-szor 1—2 cseppet az alsó áthajlásba cseppenteni.

CSOMAGOLÁS: 1×5 ml-es üveg.

FORGALOMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, Budapest X.

HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti az Országos Orvostudományi Könyvtár igazgatója

1967. 8. szám

Az egészségvédelem a Bolsevik Párt dokumentumaiban az Októberi Forradalom előtt

Az Oroszországi Szociáldemokrata (bolsevik) Munkáspárt mindig nagy figyelmet szentelt a nép egészségvédelmének. A párt álláspontját először az első pártprogramban fejtették ki, amelyet 1903-ban az OSZDMP II. kongresszusa fogadott el.

A dolgozók követelései, amelyek gyökeresen meg akarták változtatni az egészségügyi rendszert az első orosz forradalom éveiben (1905—1907) bekerültek a különböző bolsevik dokumentumokba — röplapokba, proklamációkba és egyéb anyagokba. Szerepeltek olyan követelések is, hogy szervezzék meg az ingyenes orvosi ellátást a munkáltatók terhére és dolgozzák ki a munkások részvételével az összes iparvállalatra és a munkásokra is kötelező egészségügyi rendszabályokat.

1908—1917-ben több cikk jelent meg a dolgozók egészségvédelméről a legális és illegális bolsevik sajtóban. A februári polgári demokratikus forradalom után az egészségvédelem és a társadalombiztosítás ismét tág teret kapott a Pravda hasábjain.

1917. márciusában a *„Biztosítási feladatok"* című cikk felszólított, hogy hozzanak törvényt valamennyi munkás és alkalmazott társadalombiztosításáról. Az újság azt is követelte, hogy adják a munkások kezébe a betegsegélyző pénztárak vezetését.

Az 1917. III. 28-i szám foglalkozott a Petrográdon tartott országos társadalombiztosítási konferenciával, amely határozatot hozott arról, hogy az orvosi ellátást utalják a betegsegélyző pénztárak hatáskörébe.

1917. IV. 6-án, a Munkás- és Katonaküldöttek Tanácsának Összoroszországi Tanácskozása után — amelyen többek között elfogadták a biztosítási konferencia határozatait a társadalombiztosításról és a betegsegélyző pénztárakról — a Pravda közölte *A. V. Vinokurov* (álnéven: Viv) kommunista orvos nagy cikkét *„A forradalom és a munkavédelem"* címmel. A cikkben a szerző kifejtette, hogy harcolni kell a munkások és alkalmazottak munkavédelméért, a túlmunka betiltásáért, a női munka korlátozásáért, a gyermek munka megtiltásáért. A bolsevikok pártja azzal a követeléssel lépett fel, hogy hozzanak törvényeket a munka egészségügyi körülményeinek javítására, a munkások életének és egészségének védelmére, a teljes társadalombiztosításról, és terjesszék ki a munkavédelmi törvényeket minden dolgozóra. A Pravda javasolta, hogy a szovjetek a munkástörvények kiadásáig is azonnal fogjanak hozzá a műhelyek egészségügyi viszonyainak megjavításához és egészségesebbé tételéhez *„a vállalatokra gyakorolt nyomás útján"* és szervezzenek a gyárakban és üzemekben egészségügyi bizottságokat, amelyek vegyék saját kezükbe *„az ipari intézmények egészségügyi ellátását, az egészségügyi felügyeletet és a munkaviszonyok higiénés megjavítását mindaddig, amíg be nem vezetik az egészségügyi rendelkezéseket és a munkásokból választott felügyeletet"*.

A Pravda jelentős helyet szentelt a gyermekek és serdülőkorúak munkavédelmének is. Áprilisban e kérdéssel kapcsolatban közölték *V. M. Boncs-Bruevics* és *N. K. Krupszkaja* cikkét.

A Bolsevik Párt az egészségvédelmi programot felhasználta a városi duma-választások szakaszában is. A választási előkészületeket megtárgyalták az OSZMDP pétervári bizottságának ülésein és a választási programba felvették az ingyenes orvosi ellátás bevezetéséről szóló követelést.

Május 10-én az OSZDMP pétervári bizottsága megvitatta a városi duma-választásról szóló előterjesztést, amelyben hangoztatták annak szükségességét, hogy iktassák be a választási programba az ingyenes bölcsődék és terhesgondozók megszervezését és adják át a gyógyszertári ügyeket a városi önkormányzati szerveknek.

Május 12-én a Pravdában és más újságokban közölték az OSZDMP városi választási programját, amelyben az egészségvédelemmel nem foglalkozott külön fejezet, de számos fejezetben voltak egészségügyi vonatkozások. Kifejtették, hogy a párt feladatának tekinti a kórházak, fürdők, gyógyszertárak, közegészségügyi-bakteriológiai laboratóriumok, és egyéb orvos-egészségügyi jellegű intézmények községi kezelésbe adását. A bolsevikok pártja követelte, hogy mindenütt harcoljanak a jó ivóvizű vízvezetékek építéséért, a csatornahálózat kialakításáért, gondoskodjanak a hulladékok fertőtlenítéséről — az öntözött földeken alkalmazzák a biológiai tisztítás módszereit.

„A munkáskérdés és a munkavédelem" című fejezet tartalmazta a nyolcórás munkanapra, a túlmunka és éjszakai munka megszüntetésére, a dolgozók heti 42 órás pihenésének biztosítására vonatkozó követeléseket. Ez a fejezet foglalkozik a mun-

kások és alkalmazottak állami biztosításával betegség, öregség, súlyos sérülés, rokkantság, anyaság, özvegység, árvaság és munkanélküliség esetén (a biztosítottaknak teljes autonómiát követeltek). Ugyanebben a fejezetben szerepeltek a szülési szabadságra vonatkozó követelések (8 hét a szülés előtt és ugyanennyi a szülés után), a gyermekmunka védelmére hozott törvények pontos ellenőrzésének követelése stb.

A program leszögezte, hogy a legfontosabb a béke megkötése és a Bolsevik Párt felszólította *„... a munkásosztályt, hogy a legádázabb harcot mindenekelőtt a háború mielőbbi befejezéséért vívja"*.

A program *„Az orvostudomány és a népjólét"* c. fejezetében ismertette a párt követelését az orvostudomány és a népjólét terén. Eszerint széles körű népjóléti és közegészségügyi intézkedéseket kell foganatosítani a városok egészségesebbé tétele céljából, a gyermekhalandóság csökkentéséért, a gyermekélelmezés, nyári gyermektáborok, szanatóriumok, gyermekétkeztetők megszervezéséért; az ingyenes, mindenki számára biztosított egészségügyi ellátás megszervezéséért otthon, az ambulanciákon, a kórházakban; a párt javasolta, hogy vonják városi önkormányzati ellenőrzés alá a magánkórházakat és az anyavédelemmel kapcsolatos intézkedéseket (ingyenes szülőotthonok szervezése, gondoskodás a szülő nőkről otthon, stb.).

„A munkáskérdés" c. fejezetben kifejtették annak szükségességét, hogy minden üzemben, ahol asszonyok dolgoznak, létesítsenek bölcsődéket és óvodákat, vezessék be a nyolcórás munkanapot, juttassanak 42 órás pihenőidőt, tiltsák be a női munkát ott, ahol ártalmas, tiltsák be az iskoláskorúak foglalkoztatását, teljes mértékben szerezzenek érvényt minden munkaegészségügyi követelésnek, a munkások biztosításának betegség, baleset, rokkantság, munkanélküliség esetére.

A júniusban lezajlott duma-választásig a bolsevik sajtó több cikket is közölt az egészségügy fontos kérdéseiről.

1917 szeptemberében és októberében a központi bolsevik sajtóban ugyancsak sokat foglalkoztak a dolgozók egészségének kérdéseivel. A Rabocsij puty című bolsevik lap hasábjain, amely az Ideiglenes Kormány által betiltott Pravda helyett jelent meg, cikkeket közöltek a közegészségügy, az orvostudomány és népjólét problémáiról, az összes városra kiterjedő pénztár megszervezéséről, a gyógyszertárak községi kezelésbe vételéről, és jelentős teret szenteltek az alkoholizmus elleni harc problémáinak. A Rabotnyica című folyóiratban a gyermekek egészségvédelmének kérdéseivel foglalkozó anyagokat publikáltak, például *„A gyermekek és a háború"*, *„Új törvény a gyermekek védelméről"*, *„A kisemmizett gyermekek védelmében"* címmel. Ez utóbbi cikk hangsúlyozta, hogy nyissanak gyermekkórházakat és szanatóriumokat. A szerző megjegyezte, hogy *„kevés a gyermekkórház, nincs elég hely azoknak a beteg gyermekeknek, akik még nem vesztek el az élet számára"*. Hangsúlyozta, hogy *„ezt nem lehet elérni mindaddig, amíg a kórházak ügye nem lesz a proletariátus kezében, közvetlen megfigyelés alatt... amíg ennek élén nem olyan emberek állnak, akik odaadó hívei a proletariátusnak, nem pedig ellenségei"*.

A dolgozók egészségvédelmének kérdéseivel sokat foglalkoztak azokban a programokban is, amelyek az alkotmányozó nemzetgyűlés és a zemsztvo-szervezetek választásaival voltak kapcsolatban. Ezeknek az okmányoknak további feltárása nagy jelentőségű a szovjet egészségvédelem története szempontjából.

A. I. Neszterenko cikke nyomán, Szov. Zdrav.

Részletek a polio regényéből

— Enders 70. születésnapja alkalmából —

Sokáig az a tévhit uralkodott, hogy poliomyelitis (polio) új betegség. Századunk egyik legnagyobb orvostörténésze, *Ackerknecht* azonban bebizonyította, hogy ezt a betegséget Egyiptomban már időszámításunk előtt több ezer évvel ismerték. Mumián jellegzetes csontelváltozást talált és egyiptomi műalkotásokon is látható olyan elváltozások ábrázolása, amelyeket polionak tarthatunk. Hippokratész is megemlékezik nyár végén és ősz elején — vagyis a polio szezonban — fellépő megbetegedésről, amely bénulásokkal járt. A bibliában is említés történik bénult és sorvadt végtagokról. 1921-ben Grönlandban ásatások alkalmával találtak olyan csontvázakat, amelyeknek csontdeformitásai arra mutattak, hogy tulajdonosaik életükben polion estek át. A XV. század neves művészének, *Hieronymus Boschnak* a képein is feltűnnek olyan nyomorékok, akiknek állapotát polio következményének tartjuk. Kétségtelen azonban, hogy sporadikus és nem járványos megbetegedésekről lehetett szó.

A gyermekbénulás részletes és regényszerű leírása a XVIII. századból származik. *Walter Scotto* (1771—1832) a későbbi nagy regényírót ismeretlen eredetű betegség támadta meg, amely egész életére nyomorékká tette. Ez 1783-ban történt. Ugyanebben az évtizedben egy *Underwood* nevű angol orvos is leírt bénulással járó megbetegedéseket. A leírás azonban nem egészen szabatos és így nem bizonyos, hogy csak polioról volt szó.

A polio ma is elfogadható leírása egy *Montegia* nevű szerzőtől származik. Egy több nemzedéken át ortopédiával is foglalkozó orvosdinasztia leszármazottja *Jakob von Heine* canstatti orvos volt az első, aki a betegségnek ma is elfogadott elnevezését — spinalis gyermekbénulás — adta és utalt már a járványos előfordulása is. Az időseb német orvosnemzedék legjobban tisztelt belgyógyásza: *A. Strümpell* írta le a cerebrális formákat. A X. Nemzetközi Orvoskongresszuson (1889-ben *Medin* stockholmi orvos számolt be az első nagyobb járványról. 43 megbetegedés történt. A következő évtizedben már számos járványt említenek 1905/06-ban Stockholmban 1000 eset fordult elő.

Az első nagyobb járvány a múlt században 1894-ben Vermontban (USA) volt, ahol 116 esetet

jelentettek. A kezdeti elnevezés — minthogy a betegség elsősorban a gyermekeket támadta meg — gyermekparalízis volt. Az első nagy, több tízezeres nagyságrendű járvány ugyancsak az USA-ban zajlott le 1916-ban: 27 000 megbetegedés, 6000 halott. Különösen New Yorkban félelmetes a pusztítás: 2000 ember halt meg ott.

Ne felejtsük el: 1916-ot írtunk. Dúl az első világháború. Az európai újságolvasók a csaták hekatombáiról, 10 és 100 000-res veszteségekről olvastak. El is siklottak a hír felett. De nem New Yorkban, ahol a szülők körében olyan riadalom és pánik tört ki, mint valami természeti katasztrófa alkalmával. Ekkor kezdődött el tulajdonképpen a polio elleni szervezett küzdelem. Ekkor kezdtek utánanézni az eddigi kutatásoknak és kitűnt, hogy már vannak számottevő eredmények. *Landsteiner* még bécsi működése során *Popper* nevű munkatársával majomra vitte át a betegséget és *Flexner*nek sikerült az is, hogy egyik majomról a másikra vigye át a betegséget. További polio kutatások az I. világháború előtt: *Römer, Levaditi* stb. Azt is tudták már, hogy a polio kórokozója a filtrálható vírusok közé tartozik.

1916 után néhány évig nem volt nagyobb járvány. 1921-ben azonban egy kisebb járvány sepert végig New York környékén, amely bevonult a világtörténelembe is, mert a már akkor felnőttkorú *Franklin Delano Roosevelt* megkapta a betegséget és megbénult mindkét lába. *Roosevelt* politikai karrierjének ez nem ártott; bámulatos energiával küzdötte le a testi hibájával járó fogyatékosságokat és az USA történelmének egyik legjelentősebb alakja lett. Személyes balsorsa is közrejátszhatott abban, hogy 1938-ban megalakult az amerikai közegészségügy történetében a legjobban dotált egyesület: a gyermekbénulás leküzdését szolgáló nemzeti alap. Ekkor még nem sejtette senki, hogy a polio a magas életstandard, a fokozott élelmiszer higiéne velejárója. Ilyen körülmények között a csecsemők kisebb virulenciájú törzzsel nem fertőződnek és nem képződnek bennük ellenanyagok. Azt sem sejtették, hogy a neurovírusnak imponáló noxa tulajdonképpen peroralis úton fertőz.

Bakács egyik összefoglaló cikkében hangsúlyozta, hogy a polio patomechanizmusa ma sem teljesen ismert. A korábban „obligát neurotrop"-nak tartott vírusról kiderült, hogy elsődleges megtelepedési helye a bélcsatorna, annak is a Peyer plaqueokkal dúsan ellátott szakasza. A központi idegrendszeren belüli terjedésében a tengelyfonalak szerepét a klasszikus *Pette—Demme—Környei* kísérletek bizonyították.

Az is tisztázódott, hogy a rossz higiénés körülmények között élő népek miért betegszenek meg kevésbé. Bebizonyosodott, hogy épp a rossz higiénés viszonyok kedveznek a gyermekpopuláció korai átfertőződésének, sőt az átvészelés esetleg még az anyai immunitás védelme alatt történik (Egyiptom, Spanyolország, stb.). A legjobban veszélyeztetett a 2—4 éves vagyis a csúszkáló-kor.

A polio kutatás azonban csak akkor kezdett igazán nekilendülni, amikor 1949-ben *Enders*nek sikerült a polio kórokozóját kitenyésztenie.

Enders munkássága

Tehát 1949 jelenti a fordulat évét a polio elleni küzdelemben. Ekkor jelent meg a bostoni gyermekkórház kutató laboratóriumából egy szűkszavú jelentés arról, hogy *Endres*nek és két mts.-nak sikerült a polio vírus tenyésztés problémáját megoldani.

Enders figurája valahogy elüt a tudósokról alkotott elképzelésektől. A polio leküzdéséhez építőkövet hordó kutatók az amerikai tudóstípusok szinte teljes választékát adják: *Salk* istenfélő brooklyni proli gyerek; *Cox* puritán presbiteriánus; *Koprowsky* csillogó debatter, aki állandóan hangoztatja kozmopolitaságát; *Sabin* a férfikorban emigrált orosz zsidó, aki leküzdi mindazokat a nehézségeket, amelyeket idegen származása jelenthetett. *Enders* alapvetően más. Dúsgazdag bankárcsalád sarja. Kicsit emlékeztet a feudális kor arisztokrata kutatóira: *Lavoisier*-ra vagy *Lady Mary Montague*-ra. Származása ellenére kiemelkedő tulajdonsága a mindenki által megcsodált szerénysége. Számos foglalkozást próbált ki mielőtt a tudománynak szentelte volna életét. Az I. világháborúban pl. felcsapott repülő kiképzőnek a tengerészet szolgálatában, majd megpróbálkozott a nagy amerikai üzlettel, az ingatlanközvetítéssel. Ebben a foglalkozási ágban csődött mondott. Ezután angol irodalommal, germán és kelta nyelvészettel foglalkozott. Később elvesztette ez irányú érdeklődését és a bakteriológia felé fordult. Közben megszerezte a bölcsészdoktori címet. Tehát semmi köze sem volt az orvosi vagy más természettudományhoz. A bakteriológia, illetve virológia is csak inkább időtöltés volt kezdetben számára.

Ekkor már ismerték *Sabin* alapvető kutatásait, vagyis azt, hogy a polio vírus a béltraktusban található. Ez megingatta az addigi elképzeléseket a polio vírus neurotrophiáját illetően. *Parker* és *Nye* állapította meg 1925-ben, hogy a vírus szövetkultúrában tenyészik. *Maitland* Manchesterben még tovább fejlesztette ezt a technikát, *Theiler* ugyancsak Nobel-díjas víruskutató sárgaláz vakcinája már *Maitland* eredményeire épült.

Enders kutatásait 1937-ben a Harvard Medical School bakteriológiai és immunológiai osztályán kezdte el. Csak mellesleg említjük, hogy ebben az időben *Weller*, a triász másik tagja még 22 éves, negyedéves orvostanhallgató volt. Első kísérleteinek tárgya — *Wellerrel* együtt — az influenza és a parotitis vírus tenyésztése. Az idő azonban úgy látszik megérett már arra, hogy a polio vírus kérdése is napirendre kerüljön. *Sabin* és *Olisky* már 1936-ban próbálkozott a *Maitland* metodikával és bár élő sejteket használtak, mégis eredménytelenek voltak kísérleteik, kivéve az embrio-agy kultúrákat. Ezért terjedt el az a nézet, hogy a polio szigorúan neurotrop vírus és kizárólag az idegsejtekben szaporodik. *Endersék* 1940-ben kezdtek behatóbban

vírustenyésztéssel foglalkozni és visszatértek az eredeti *Carrel* technikához azzal a könnyebbséggel, hogy a szennyeződést mycinekkel kerülték el. Csakhamar kimutatták, hogy a poliovírus nemcsak az agyszövetben, hanem sok más szövetkultúrában is tenyészthető. Ugyanakkor azt is felfedezték, hogy a növekvő vírus szétroncsolja azt a szövetet, amelyben tenyészik és így a növekedés mikroszkópban kimutatható. Később az is kitűnt, hogy a csont- és porcszövet kivételével praktikusan minden sejt használható a tenyészethez. Bár *Enders* fő érdeme a polio tenyésztés megvalósítása, azért megemlítjük, hogy e kultúra segítségével vált lehetővé az influenza-vírus számos típusának tenyésztése és így sikerült a varicella, a herpes zooster vírusát is kitenyészteni. *Endersnek* a kanyaró vírusát is, amely sokáig hozzáférhetetlen volt a kutatás számára, sikerült kimutatnia. *Endersék* felfedezésének az is a nagy előnye, hogy a felfedezés nem involválja a túl komplikált technikai berendezések igénybevételét, hanem a legegyszerűbb módszerekkel vált lehetővé a megközelíthetetlen vírusok tenyésztése.

A kísérletek nem szüneteltek teljesen a II. világháború idején sem, de lassúbbodtak. A háború után kezdett el *Enders* a bostoni gyermekkórház víruskutató osztályán intenzíven dolgozni. 1945-ben egy jónevű kutató, *Robbins* is csatlakozott *Enders* kutatásaihoz. (Korábban Olaszországban a Q láz okának felderítésével foglalkozott.)

A „Science" nevet már olvastuk a Horus hasájain. Ez a lassan 200 éves folyóirat számtalan világhíres felfedezést közölt. *Enders* cikke is itt jelent meg 1949. I. 28-án. A címe: „Cultivation of Lansing Strain of Poliomyelitis Virus in Culture of Human Embryonic Tissues". Amikor az utánvizsgálók is igazolták *Enders* eredményeinek helyességét, a Nobel-díj bizottság 1954-ben *Endersnek* és két munkatársának ítélte a Nobel-díjat.

Endersék felfedezésének lényege tömören a polio vírus cytopathogenitásának felfedezése vagyis: a polio vírus szétroncsolja a sejteket, ami mikroszkóposan követhető és látható. A team tagjai ezenfelül azt is kimutatták, hogy ez a hatás a vírus fertőzőképességének mennyileges kimutatására is alkalmas.

Enders 1897. II. 10-én született (Hertford, Connecticut). 1915-ben iratkozott be a Yale Egyetemre, 1917-ben abbahagyta tanulmányait és pilótaként a frontra került. A világháború befejezése után visszatért az egyetemre és újabb egy évig tanult. Ezután ingatlanügynök lett, mint említettük csődbe jutott. Ekkor a Harvard-re iratkozott be, négy évig angol irodalmat, valamint a germán és kelta nyelveket tanulmányozta. Angoltanár akart lenni, de azután ettől is elment a kedve. A biológia kezdte érdekelni, *Zinser* és *Ward* mellett kezdett bakteriológiával foglalkozni, utóbbi később a sydneyi egyetem bakteriológus professzora lett. Doktori disszertációjában a baktériumok okozta anafilaxia és a tuberkulin túlérzékenység kérdése foglalkoztatta. 1930—46-ig a Harvard egyetem oktató személyzetéhez tartozott.

Eközben a baktérium virulencia terén tett felfedezéseket. *Ward*dal együtt leírta, hogy bizonyos pneumococcusok gátolják a phagocyták tevékenységét.

A Nobel-díj elnyerése óta visszatért a kanyaró vírusának kutatásához. *Enders* egyébként szellemi őséül *Claude Bernard*-t vallja. Számos külföldi tudományos társaság, többek között a Halleban működő legrégibb német tudományos orvostársaság, a Deutsche Akademie der Naturforscher, népszerű nevén Leopoldina tagja. 1927-ben nősült. Felesége 1943-ban meghalt, 1951-ben újra nősült.

Enderstől a vakcináig

A Nobel-díj nyomán ismét optimista hullám hömpölygött végig az amerikai sajtó hasábjain a polio elleni védekezés tekintetében.

Enders tisztában volt azzal, hogy szükség van vakcinára, azonban egyáltalán nem ambícionálta hogy ezt a problémát is ő oldja meg. Kezdettől fogva úgy érezte, hogy ennek a kérdésnek a megoldására vannak nálánál elhivatottabbak. Megelégedett azzal a nagy hírnévvel, amit a Nobel-díj hozott neki és nem szándékozott további babérokat gyűjteni. Visszavonult a Harvard egyetem laboratóriumába és tovább kutatott azokon a témákon amiben kedve telt, nem állt az USA riporterek kíváncsi lencséi elé. Az sem izgatta különösebben, hogy felfedezése nyomán újból 15 millió dollárt bocsátottak a kutatók rendelkezésére.

Ez az alap támogatta *Salk* és *Sabin* kísérleteit is, amelyeket majmok ezrein végeztek.

Salk kísérleteihez három törzset használt. Az elölt kórokozókból készített vakcinával igen óvatosan kezdte kísérleteit emberen. Mielőtt eredményeit szaklapokban publikálta volna „kiszivárogtatta" a napisajtó útján. Az USA-ban a publicitás e módját kedvelik. Ha valami nincs rendjén, az illetőnek módja von a cáfolatra. *Salk*nak azonban valóban sikerült. A vakcinálás eredményeképpen antitesteket lehetett kimutatni. Az első nagy tömegkísérletet *Salk* korábbi főnökének *Francis*nek az irányításával kezdték el.

Sabin 1931-ben végeze el az orvosi egyetemet és kezdettől *Park* laboratóriumában dolgozott.

A Lederle gyógyszergyár laboratóriumában *Cox* és *Koprowsky* fáradozott a polio elleni oltóanyag előállításán. *Cox* mögött már nagy sikerek állottak. Ő fedezte fel a veszettség vírusának kacsatojásban történő tenyésztését. A háború alatt védőoltást dolgozott ki a kiütéses typhus ellen és ő az egyik felfedezője a Q láz vírusának. *Koprowsky* még Varsóban szerzett diplomát és mögötte is komoly tudományos sikerek állottak a sárga láz kutatása terén. 1946-ban kezdték el a polio vírus kutatást *Cox*-szal közösen. Útjaik azonban később szétváltak és 1952-ben *Koprowsky* élő vírusból készített vakcinával végzett kísérletekről számolt be.

Sabin is megoldotta az élő vírusból készített vakcina előállítását. Zsenialitása a kissé epés kortársak szerint abban mutatkozott meg, hogy meg tudta szervezni a tömegkísérlet lehetőségét. A ha-

zai szaksajtóban már beszámoltak arról, hogy a szovjet virológusnak, *Csumakovnak* és *Szmorodincevnek* milyen történelmi szerep jutott a tudomány történetében páratlan tömegoltás megszervezésében. *Sabin* mentes volt a kapitalista üzemben dolgozó tudósok elfoglaltságától, azonfelül jól beszélt oroszul és amikor már úgy látszott, hogy a Salk-vakcina győzedelmeskedik és Amerikában nincs tere élő vakcinájának széleskörű kipróbálására, akkor a szovjet tudósokhoz fordult.

Szmorodincev szállt síkra elsősorban a vakcina széleskörű kipróbálása mellett. Csehszlovákia is azonnal magáévá tette *Sabin* eredményeit és teljes egészségügyi apparátusa igénybevételével kezdte el alkalmazni, hasonlóan az NDK. A lengyelek a *Koprowsky* vakcinát alkalmazták. A dél-amerikaiak a *Cox* és *Koprowsky* vakcinával dolgoztak. 1958-tól mind nagyobb méretű tömegkísérletek folytak a Sabin cseppel. 1959-ben az EVSZ élő vírus vakcina nemzetközi kongresszusa Washingtonban hozta meg a döntő győzelmet *Sabin* számára.

Sikerei annyira átütőek voltak, hogy mellette eltörpültek *Cox* és *Koprowsky* érdemei. Az élő vírus vakcina céljára alkalmas nem neurovirulens, jó immunogén tulajdonságú, genetikailag elég stabil attenuált törzsek előállításával először *Koprowsky* kísérletezett, és csak utána *Sabin* és *Cox*. Mindhárom kutatócsoportnak lényegében sikerült a megfelelő törzseket kialakítania. Mégis az attenuált vakcina fogalma teljesen összefonódott *Sabin* nevével és ezen már az sem segít, ha buzgó és alapos orvostörténészek annak idején majd pontosan kicentizik a három tudós érdemeit és tetteit.

Kenéz János dr.

A gyermekgyógyászat feladatai Indiában

India 400 milliós lakosságából 180 millió 15 éven aluli. Ez önmagában is megmutatja a gyermekgyógyászati ellátás súlyát és problémáit annál is inkább, mert a kormányzatnak minden, a születésszabályozásra irányuló erőfeszítése ellenére a közeljövőben az arány további eltolódása várható a fiatal korosztályok javára. A közszükségleti javak termelése és elsősorban az élelmiszertermelés nem tud lépést tartani a népesség szaporulatával. Ezért az első számú gyermekgyógyászati probléma a rosszultápláltság, amely annyira általános jelenség, hogy a legtöbben valami természetes, úgyszólván magától értetődő dolognak tartják. És e természeti törvénynek tekintett jelenségnek nem csupán a szegénység az oka. A középső és a felsőbb társadalmi rétegek gyermekei is rosszultápláltak a tudatlanság, a babona és a hagyományos táplálkozási szokások következtében.

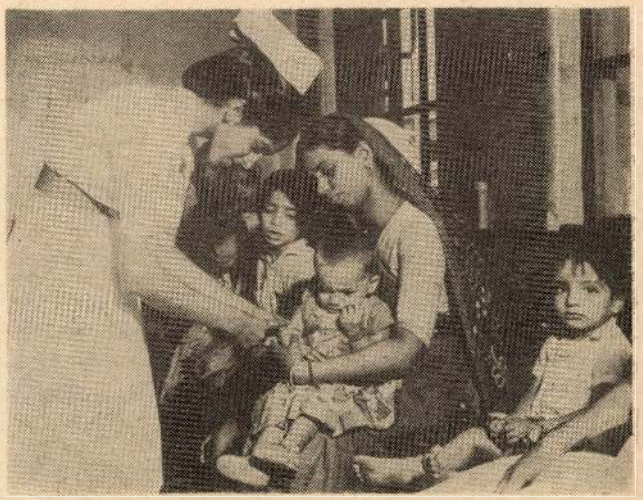
A rosszultápláltság a gyermekek fejlődését gyermekkoruk minden szakaszában befolyásolja. A szegénysorsú lakosság körében az újszülöttek átlagos testsúlya mintegy 30%-kal kisebb a jómódú osztályok újszülötteinek átlagsúlyánál. Ez a magzat hiányos tápláltságát jelzi, ami viszont a terhes



Egy ambulancia várótermében

anyák rosszultápláltságának a következménye. Általában az a nézet alakult ki, hogy a krónikus rosszultápláltság, a kedvezőtlen közegészségügyi viszonyok, a gyakori fertőző betegségek az indiai nép genetikus károsodását okozta és kedvező táplálkozási és életkörülmények között is több generációra volna szükség e károsodás kiheverésére, például arra, hogy az újszülöttek átlagos hossza és súlya elérje a normális mértéket.

Ebből a helyzetből önként adódnak a leggyakrabban előforduló kórképek: a fehérjehiány következtében fennálló ödéma, különféle vitaminhiányok következményei, például xerophthalmia, rachitis, B-komplex-hypovitaminózis, vashiány-anémia. A skorbut és a beri-beri ezzel szemben ritkán fordul elő. A rosszultápláltság következménye a fertőző betegségek nagyszámú előfordulása is: a tuberkulózis igen gyakori, 1954-ben a 13 éves gyermekek 80%-a volt Mantoux pozitív. Az azóta széles körűen bevezetett tbc elleni hadjárat eredményeképpen 1965-ben a pozitivitás 40%-ra csökkent. A



Az oltásokat és rutinmunkákat speciálisan kiképzett középkáderek végzik

Mantoux pozitív gyermekek INH-t kapnak profilaktikusan, a Mantoux negatívokat BCG oltásban részesítik.

Ami a többi fertőző betegséget illeti: pusztít a himlő, a tetanusz, a diftéria, a légutak vírusbetegségei és a tüdőgyulladás. A hasmenéses betegségek a csecsemőhalálozás 28,5%-át, a pneumonia pedig 36,8%-át okozzák. Rendkívül elterjedt a bélférgesség, amelyet az adott körülmények között lehetetlen leküzdeni. Különösen veszélyes a nagyon leromlott, rosszultáplált gyermekekre a kanyaró és a szamárköhögés, amelyen csaknem mindegyik gyermek átesik. Gyakori a súlyos és hosszantartó szövődmény: recidiváló hasmenés, nagymértékű leromlás, kwashiorkor, a tbc kiújulása, tbc-s meningitis. A vírushepatitis kórlefolyása is súlyosabb a rosszultápláltság miatt; gyakran szubakut vagy krónikus lefolyású és májcirrhosissal végződik. Sok gyermek — gyakran a kezelés ellenére — 3—4 hónap alatt elhalálozik májcirrhosisban.

A poliomyelitis gyakoribbá vált az utolsó évtizedben, remélik azonban, hogy a védőoltások bevezetésével 10—15 év alatt fel tudják számolni. A maláriát a legtöbb körzetben nemsokára felszámolják; a lepra néhány déli körzetben jelent problémát. Az ország keleti részén előfordul a kalaazar is.

További gyermekgyógyászati problémát jelent a testileg vagy szellemileg fogyatékos gyermekek ellátása. Sok a vak, a süket, a poliomyelitis után kisebb-nagyobb bénulásban szenvedő. Becslés szerint a lakosság 3—4%-a szenved az oligophrenia különböző fokozataiban.

A közlekedési balesetek és a rosszindulatú daganatok, amelyek nyugaton a leggyakoribb halálokok között vannak, itt nem játszanak szerepet.

Mit tesznek az itt vázolt körülmények megjavítására? A központi kormányzat támogatásával az egyes indiai államok hozzáfogtak a gyermekgyógyász képzés, a kutató és gyógyító intézetek megszervezéséhez. Ebben segítséget nyújt az EVSZ is. Az orvosképző főiskolák száma 1948 óta 18-ról 68-ra emelkedett, mindenesetre közülük elég sok szűkölködik még tanerők tekintetében. A gondozó és gyógyító központok óriási módon túl vannak terhelve, ennek ellenére nagy erőfeszítéseket tesznek a közegészségügyi helyzet megjavítására: oltó kampányokban, közegészségügyi és táplálkozáshigiéniai felvilágosító munkában vesznek részt és a propaganda munkát kiterjesztik a születésszabályozásra is. Remélik, hogy a nagy erőfeszítések, valamint a gazdasági és a társadalmi fejlődés meghozzák majd az eredményt: az indiai gyermek-egészségügy a következő egy-két évtizedben jelentősen javul majd.

Az „Image"-ban megjelent közlemény nyomán

KONGRESSZUSOK

Nemzetközi kongresszusok 1967-ben

A Nemzetközi Orvostudományi Szervezetek Tanácsának (CIOMS) kongresszus naptárából a Horus 4. számában (Orv. Hetil. 7. sz.) közöltük számos, idén megrendezésre kerülő kongresszus adatát. Az alábbiakban — újabb közlések alapján — kiegészítjük az említett híradást. Az időpont, a hely és a rendezvény megnevezése után a részletesebb információk forrását is feltüntetjük.

Április 3—5., Louvain, az Európai Kísérletes Sebészeti Társaság 2. Kongresszusa, J. H. Haxhe dr., Laboratoire de Chirurgie Expérimentale, 69. rue de Bruxelles, Louvain, Belgium.

Április 13—15., Basel, az Európai Gyermekgyógyász—Radiológus Társaság 4. évi konferenciája, J. Sutcliffe dr., The Hospital for sick Children, Great Ormond Str., London W. C. 1.

Április 23—26., Madrid, 3. idegsebészeti kongresszus, G. Dierssen dr., Apartado Postal 6176, Madrid.

Május 9., Wiesbaden, 3. európai gyermekpszichiátriai kongresszus, H. Albrecht prof., Hamburg—Eppendorf, Martinistrasse 52.

Május 17—19., Prága, a Nemzetközi Bronchológus Társaság 17. kongresszusa, Styblo dr., Institut de Recherche sur la Tuberculose, Praha 8.

Május 24—27., Madrid, a Nemzetközi Sebész Szövetség európai kongresszusa, A. de la Fuente prof. Catedra de P. Quirurgica, Hospital Clinico, Faculdad de Medicina, Madrid.

Június 5—7., Louvain, az Európai Thyreoidea Társaság 1. kongresszusa, C. Beckers dr., Laboratoire de Pathologie Générale, 69. rue de Bruxelles, Louvain, Belgium.

Június 7—10., Milánó, 35. fiziológus kongresszus, P. Dejours prof., rue de Saints-Pères, Paris 6e.

Június 21—23., Bécs, az Európai Elmeegészségügyi Liga évi konferenciája, Berner prof., Annagasse 12, 1010 Wien 1.

Június 27—30., Párizs, a Szövetátültetési Társaság 1. nemzetközi kongresszusa, J. Dausset prof., Hôpital Saint—Louis, 2. Place du Dr. Fournier, Paris 10e.

Július 3—5., Bécs, európai rák konferencia, K. Karrer dr., Wiener Medizinische Akademie, Alser Strasse 4, A—1090 Wien.

Július 5—7., Párizs, 3. nemzetközi kemoterápiai konferencia, Société de Chimie Thérapeutique, 2. rue d'Alésia, Paris 14e.

Július 17—19., Würzburg, az Európai Fluorkutató és Cariesmegelőző Szervezet (ORCA) kongresszusa, H. R. Held dr., 18. Passage du Terraillet, CH 1204, Geneva.

Július 23—28., Strasbourg, a Nemzetközi Neurokémiai Társaság 1. nemzetközi konferenciája, J. Folch-Pi dr., McLean Hospital, Belmont, Massachusetts 02178, USA.

Augusztus 6—9., München, a Nemi betegségek és Treponematosisok ellen küzdő Nemzetközi Szövetség közgyűlése és konferenciája, G. A. Canaperia prof., Via Salaria 237, Róma.

Augusztus 21—24., Ghent, 1. egészségügyi jogi világkongresszus, Mr. R. Dierkens, Apotheekstraat 5, Ghent, Belgium.

Augusztus 21—25., Karlovy Vary, az összehasonlító endokrinológusok 4. európai konferenciája, Karel Cerny dr., Research Institute of Endocrinology, Praha 1.

Augusztus 30—szeptember 2., Prága, az Orvosi Sajtó Nemzetközi Szövetségének 8. nemzetközi kongresszusa, Macek Zdenek prof., Čapajevovo Namešti 9, Praha.

Szeptember 2—9., Bécs, a Nemzetközi Kardiovascularis Társaság 8. Nemzetközi Kongresszusa, G. Arnulf dr., 6. Place des Jacobins, Lyon.

Szeptember 4—8., Spindlerov Mlyn, az Európai Radiobiológus Társaság 5. konferenciája, M. Arient dr., Central Hospital, Praha 69.

Szeptember 7—9., Prága, a Radiografikusok és Radiológiai Technikusok Nemzetközi Társaságának 4. interkontinentális konferenciája, Mr. J. Koci, Oncological Institute, Praha 8, Bulovka.

Szeptember 10—14., Athén, a Nemzetközi Hematológus Társaság európai részlegének konferenciája, A. Gouttas dr., Herodotou 6, Athens 139.

Szeptember 10—17., Madrid, 21. orvosi világnagygyűlés, A. Z. Romuldez dr., 10. Columbus Circle, New York, N. Y. 10019.

Szeptember 12—20., Montpellier, a hiányos elmeműködést tanulmányozó nemzetközi társaság 1. kongresszusa, D. Duché dr., 2. rue Ancien Courrier, 34. Montpellier.

Szeptember 18—24., Luxemburg és Trier, az életfontosságú anyagokról, élelmiszerekről és a civilizációs betegségekről tartandó 13. nemzetközi konvenció, H. A. Schweigart prof., Bemeroderstrasse 61, 3000 Hanover—Kirchrode, NSZK.

Október 1—6., Washington, az Elmeegészségügyi Világszervezet 20. évi konferenciája, Mr. P. Visseur, W.F.M.H., 1. rue Gevray, Geneva.

Október 3—7., Amszterdam, 19. nemzetközi tbc konferencia, J. Meijer dr., P.O.B. The Hague.

☆

A 8. nemzetközi gastroenterológiai kongresszus

Az idei nemzetközi gastroenterológiai kongresszust *Prágában* rendezik *július 7—13.* között. *A négy fő téma:* a nyálkahártya enzimeinek hiánya okozta syndromák; segmentalis colitis; a pancreas exocrin működésének szerepe más betegségekben és anyagcsere-zavarokban; a gastroenterológia immunpathológiája. Az előreláthatólag nagylétszámú kongresszuson 8 symposiumot és 3 kerekasztal vitát terveznek. *A symposiumok témái:* a gyomorszekréció szabályozása és a klinikai vizsgálat módszerei; a papilla Vateri nem daganatos betegségei; a duodenitis; dysmicrobismus és emésztési zavarok okozta malabsorptiós syndromák; gyomor és bél polipok; a máj toxikus és gyógyszerártalmai; az arteriográfia a gastroenterológiában; a histokémia a gastroenterológiában. *A kerekasztal viták témái:* a gyomor és duodenalis ulcus sebészi kezelésének következményei és prevenciójuk; a gyomor és a belek gyógyszerártalmai; krónikus hepatitis.

A gastroenterológiai kongresszust megelőzően, *július 5—6-án* tartják ugyanott *a gastroenterológiai endoskópia első európai kongresszusát.*

Részletes felvilágosítást ad: Secretariat of the 8th International Congress of Gastroenterology, Sokolská 31., Praha 2.

☆

Egészségügyi technikusok kongresszusa

Az Egészségügyi technikusok III. világkongresszusa február 6—12. között zajlott le a chilei Santiagoban. A kongresszus díszelnöke Montalva köztársasági elnök volt. A vezetőség és az előadók túlnyomó többsége latin-amerikai és spanyol, de képviseltették magukat az európai, afrikai és ázsiai államok is. A szocialista országok a kongresszuson nem vettek részt, képviseletüket a marokkói Lamari asszony látta el. A hét főreferátum, a számos előadás és a kerekasztal-konferenciák szervezési, továbbképzési és szervezeti problémákat, továbbá a fizikoterápiás és rehabilitációs munka kérdéseit tárgyalják.

Szemészkongresszus Amszterdamban

A jövő évben, június 17—22. között rendezik meg Amszterdamban az Európai Szemész Társaság 3. Kongresszusát. A kongresszus elnöke dr. A. Hagedoorn prof., az amszterdami egyetem szemész professzora lesz. A rendezőség mintegy 1500 szemész részvételére számít. Részletesebb tájékoztatásért a titkársághoz kell fordulni. Címe: Holland Organizing Centre, 16. Lange Voorhout, The Hague.

☆

Reumatológus kongresszus

A IV. Pánamerikai Reumatológiai Kongresszust Mexico Cityben 1967. október 22—26. között rendezik meg. Részletes felvilágosítást a kongresszus titkársága ad. Címe: dr. Gábor Katona, Avenue Cuauhtémov 300, Mexico 7, D. F., Mexico.

ORVOSOKNAK ORVOSOKRÓL

Könyvek Valsalváról

Valsalva születésének 300. évfordulóján szülővárosában, Imolában orvostörténeti konferenciát rendeztek. Az évfordulót örökíti meg az a két kiadvány, amelyek közül az egyik a konferencia anyagát, a másik pedig *Valsalva* életrajzát tartalmazza *(Paride Ravanelli: Anton Maria Valsalva,* Galeati kiadás, Imola, 1966.).

A két mintaszerű kiállítású kötetből részletesen megismerjük *Valsalva* életét és tevékenységét. Imolában, a Bologna közelében levő városkában született, itt kezdte meg tanulmányait is, amelyeket a bolognai egyetemen folytatott. Egyidejűleg avatták orvos- és bölcsészdoktorrá „A kísérletes tudományok felsőbbrendűsége" címet viselő értekezésének elfogadásával. 1697-ben a bolognai egyetemen megbízzák az anatómia oktatásával, a következő évben emellett a „Halál Kórháza" sebészfőorvosává nevezik ki. 1705-ben az egyetem anatómus professzora lesz, ezzel egyidejűleg továbbra is ellátja kórházi sebészfőorvosi tennivalóit. Az anatómiai tevékenység a klinikai gyakorlattal párosulva eredményezi azt, hogy *Valsalva* a klinikai kórtan és a kórbonctan egyik előfutárává válik.

Egész élete, munkássága Bolognában zajlik le e kettős tevékenység jegyében, e várost haláláig nem hagyja el, még csak szabadságát sem tölti idegen városban.

1704-ben jelenik meg nagyjelentőségű műve: „Az emberi fülről", amely a modern hallószervi anatómia és fiziológia megalapozásának tekinthető. Kutatásai során felismeri az orrvérzések leggyakoribb helyét — amelyet később mégis locus Kisselbachiinek neveztek el. Elsőként szondázza meg az orrmelléküregek járatait és a könnylevezetőt. Kórházi tevékenységének területéről említést érdemel, hogy azon kevés sebész közé tartozott, akik a vérzéscsillapításra érlekötést alkalmaztak. Az elmebetegséget az agy betegségének tekintette, a betegeket kórházban helyezte el és kezelte, és elvetette a korában szokásos kegyetlen módszereket.

Számos kitűnő anatómiai preparátumot készített, amelyek a bolognai egyetem múzeumába kerültek, a második világháború bombázásai során azonban sajnos megsemmisültek.

Felismeréseit halála után 17 évvel nagy tanítványa, *Morgagni* tette közzé saját művében. Talán ezért is nem váltak szélesebb körben ismertekké ezek, hiszen felfedezéseinek jó részét más szerzőknek tulajdonítva tartja számon az orvostudomány.

Az Imolában rendezett konferencia és az ezzel kapcsolatos két kiadvány hozzájárul *Valsalva* igazi jelentőségének megismertetéséhez.

Bugyi Balázs dr.

Százéves az Urban & Schwarzenberg

Hundert Jahre Urban & Schwarzenberg (1866—1966), Ein Beitrag zur Geschichte und Soziologie des medizinisch-naturwissenschaftlichen Verlagswesens, Urban & Schwarzenberg, München—Berlin—Wien, 1966. I. köt. 186. pp., II. köt. 330. pp.

A neves könyvkiadó két igényes kiállítású kötetben számol be száz éves munkásságáról, a könyvkereskedelem, a könyv- és folyóiratkiadás terén elért nagy eredményeiről. A kötetek alcíme arról tanúskodik: nemcsak történeti visszapillantásról van szó e munkában, hanem szociológiáról is, mert a cég történetét az évszázad orvostudományának történetébe ágyazzák be az egyes fejezetek szerzői — természetesen a könyvkiadás szempontjából.

Az *első kötet* a tulajdonképpeni történeti rész, e kötet egyes fejezetei — tanulmányai — olyan kérdésekkel foglalkoznak mint: a bécsi könyvkereskedelem története a 19. századig; az első és a második bécsi iskola; a cég kezdeti időszakának története Bécsben; a könyvkereskedelem és könyvkiadás története Berlinben; a cég berlini leányvállalatának története; az orvostudományi illusztráció történetéből stb.

A hamarosan világhírűvé vált cég egyszerű könyvkereskedésből indult ki száz évvel ezelőtt. A tulajdonosok hamarosan felismerték, hogy a nagy fellendülést a *könyvkiadás* hozhatja számukra, mégpedig az olyan könyvek kiadása, amelyek iránt megfelelő szükséglet is mutatkozik. A kereskedőknek tehát piackutatókká is kell válniuk, azután pedig meg kell szervezniük a piacon mutatkozó kereslet megfelelő művekkel történő kielégítését. Erre igen jó lehetőséget teremtett a második bécsi iskola kiváló orvosgárdája, akikkel a kiadók bensőséges személyi kapcsolatokat is teremtettek. Így jelennek meg már a 70-es évek első felében az első kiadványok, amelyeket a következő évtizedekben a könyvek, monográfiák egyre bővebb áradata követ. (Az első kiadványok között szerepel hazánk fiának, Kaposi Móricnak, Hebra Kaposvárról elszármazott professzor utódának nagy bőrgyógyászati munkája is, amely jó tíz év alatt négy kiadást ért meg.)

Az egyre kiterjedtebb tevékenységet folytató kiadó a századfordulót követő években alapítja meg a berlini, 1945-ben pedig müncheni leányvállalatát. Ezek a vállalatok nemcsak monográfiák, hanem sorozatos kiadványok, valamint folyóiratok kiadásában is jelentős szerepet játszanak. Számos kiadványukból és sorozatukból egész generációk tanulták az orvostudományt, gondoljunk csak Toldt anatómiai atlaszára, amelynek első kiadása 1897-ben, 23-ik — természetesen újra és újra átdolgozott formában — pedig 1957-ben hagyta el a nyomdát. De a mű története ezzel még nem ért véget: Hayek átdolgozásában 1960—1963 között jelent meg a legutóbbi, 3 kötetes „Toldt".

Az emlékkönyv *második kötete* bibliográfia. Az első fejezete a monográfiákat és sorozatos kiadványokat sorolja fel a szerzők betűrendjében 283 oldalon, a második fejezet a folyóiratok bibliográfiája (13 oldalnyi terjedelemben), a harmadik fejezet országonként csoportosítva sorolja fel a kiadó kiadványaiból készült fordításokat. (Magyar nyelven 6 kiadvány jelent meg.)

A kiadó ezúttal szűkmarkúan bánt az indexekkel. Az első kötet végén név- és tárgymutató, a második kötet végén csupán a folyóiratok szerkesztőinek névmutatója olvasható. Természetesen itt felesleges is volna a szerzői névmutató, hiszen a bibliográfia szerzői betűrendben dolgozzák fel a kiadványanyagot. Annál érdekesebb lett volna azonban egy, a II. kötetet kiegészítő tárgy- vagy szakmutató, valamint egy — az ilyen jellegű munkáknál szinte elengedhetetlen — időrendi mutató. Mert hiszen azt, aki az ilyen munkát forgatja, bizonyára nagyon is érdekli: melyek voltak az első kiadványok? Hány munkát adtak ki az egyes szakterületek irodalmából — és mikor? Ezekre az érdekes kérdésekre most nem egykönnyen kaphat feleletet az olvasó. Feledteti azonban a hiányosságokat a szép kiállítás és a gazdag tartalom.

Sz. S.

Elhalálozások

Bak Miklós dr. (szül. 1913) a balassagyarmati Rendelőintézet nőgyógyász szakorvosa január 28-án;

Beney László dr. (szül. 1930) a Magyar Tudományos Akadémia tudományos munkatársa 1966. július 22-én;

Berényi István dr. (szül. 1886) nyugdíjas orvos Budapesten január 22-én;

Desbordes Emil dr. (szül. 1925) a Fővárosi János Kórház adjunktusa február 6-án;

Domokos Andor dr. (szül. 1908) az Egészségügyi Minisztérium csoportvezetője február 20-án;

Götz Frigyes dr. (szül. 1902) körzeti orvos Hegykőn 1966 július 13-án;

Hajdú László dr. (szül. 1914) a budapesti IV. ker. Rendelőintézet nőgyógyász szakorvosa január 11-én;

Hegedűs Károly dr. (szül. 1896) a Veszprém Megyei Kórház igazgató főorvosa 1966. november 27-én;

Helle Barna dr. (szül. 1902) a budapesti MÁV Kórház rendelőintézetének szakorvosa január 16-án;

Jónásch Antal dr. (szül. 1887) a miskolci Rendelőintézet sebész szakfőorvosa február 6-án;

Kenyeres Gyula dr. (szül. 1886) körzeti orvos Imrehegyen január 4-én;

Kun Lajos dr. (szül. 1904) az Orsz. Munkaegészségügyi Intézet tudományos osztályvezetője január 31-én;

Major Gábor dr. (szül. 1906) nyugdíjas orvos Budapesten január 24-én;

Marton István dr. (szül. 1901) a budapesti Tétényi úti Kórház belgyógyász főorvosa január 13-án;

Máriaházy János dr. (szül. 1898) nyugdíjas orvos Solymáron január 4-én;

Steiner Ignác dr. (szül. 1886) a kiskunhalasi Rendelőintézet belgyógyász szakfőorvosa 1966. december 6-án és

Szalontay Miksa dr. (szül.1897) nyugdíjas orvos Zánkán 1966. október 23-án elhunyt.

A VILÁG MINDEN TÁJÁRÓL

Pacemaker a hipothermia szolgálatában. A birminghami Queen Elizabeth Kórházban kutyákat 11° C-ig jeges vízzel lehűtöttek. Egyébként ilyen fokú hipothermiában kamrai fibrilláció lép fel. A fibrillációt pacemakerrel meg tudták akadályozni, természetesen a pacemaker lassúbb ütemet — egészen a percenkénti 2—3 systoleig — diktált.

Az EVSZ európai regionális irodájának új igazgatója. A Koppenhágában működő regionális iroda 33 ország problémáival foglalkozik (közöttük 3 nem európai ország: Törökország, Marokkó és Algéria). Az iroda eddigi igazgatója, Paul van de Calseyde dr. a belgiumi Egészségügyi Minisztériumban nyert beosztást, helyére Leo A. Kaprio dr.-t nevezte ki a genfi EVSZ központ. Kaprio dr. 48 éves, finn állampolgár, a finnországi közegészségügyi szolgálat vezetője volt 1963-ig, azóta pedig a genfi EVSZ központban a közegészségügyi osztályt vezette.

Akupunktúra osztály Leningrádban. A leningrádi Kirov Orvostovábbképző Intézetben akupunktúra osztályt szerveztek. Az osztályon e gyógymód elméleti és gyakorlati vonatkozásaival egyaránt foglalkoznak. Az osztály munkáját a leningrádi Behterev Pszichoneurológiai Intézet irányítja.

Új balneológiai intézet Moszkvában. A Városi Kórház Moszkva központjában — régi épületek átalakításával — új 700 ágyas balneológiai és fizikoterápiás intézetet rendezett be. Az intézet nagymértékben foglalkozik az orvosok és balneológus-fizikoterápiás középkáderek kiképzésével és továbbképzésével. 1966-ban több mint 200 szakember részesült itt képzésben.

Folyóiratreferátumok

Szív- és keringési betegségek

Staphylococcus endokarditis. Quinn E. L., Cox F., Drake E. H. (Department of Medicine, Henry Ford Hospital, Detroit, USA): JAMA. 1966, *196*, 815.

Főleg 1953 óta nőtt meg a kórkép jelentősége, mert azóta egyre gyakrabban penicillinresistens törzsek okozzák. Klinikai és laboratóriumi szempontból a betegek 3 csoportba oszthatók: *I. csoport.* Heveny, bakteriális endokarditis, melyet coagulase-positiv törzsek okoznak; ezen törzsek szokványosan penicillinresistensek. *II. csoport.* Subacut bakteriális endokarditis, melyet penicillinérzékeny, coagulase-negativ törzsek okoznak. *III. csoport.* Postkardiotomiás endokarditisek, amelyeket szintén coagulase-negativ törzsek okoznak; ezek azonban penicillinresistensek.

Az új, félsynthetikus penicillinnel való kezelés arra reagáló esetekben eredményesebb, mint a régi antibioticumokkal való therapia. Lényeges azonban a nagy dosis és a minimálisan 6 héten át történő adagolás.

Először *Dowling és mtsai* számoltak be 1952-ben arról, hogy megnőtt a staphylococcusok aránya az endokarditist okozó mikróbák között. Ennek két oka volt: a resistens staphylococcus törzsek megszaporodása és előtérbe kerülése, valamint a postkardiotomiás staphylococcus-endokarditis keletkezésének lehetővé válása. Míg 1948-as adatok szerint csak az endokarditisek 8%-a volt staphylococcus eredetű, egy 1962-ben készült összeállítás már 28%-ot mutat ki.

A szerzők anyagát az 1953—1962 között intézetükben kezelt 34 beteg alkotja. A kórismét csak akkor állapították meg, ha az endokarditises tünetek mellett legalább 2—10 esetben staphylococcus-positiv volt a haemocultura. Eseteik közül 16 beteg az I., 9 a II. és 9 a III. csoportba tartozott. A penicillinérzékeny esetekben vagy napi 20—40 millió E-t adtak i.v., vagy hatszor naponta 1200 mg phenoxymethyl („V")-penicillint per os. A penicillinresistens folyamatoknál 1959-ig napi 40 millió E feletti penicillinadagokat adtak vagy erythromycin, tetracyklin, chloramphenicol, novobiocin különböző combinatióit; 1959 óta vagy vancomycin-HCl-t adnak i.v. (2 × 1 g), vagy methicillint, 6—12 g-os napi adagban, i.v., vagy i.m. Két betegüknél átmeneti methicillin kezelés után napi 6—12 g per os Na-oxacillinre tértek át. A teles időtartamú kezelést 17 esetüknél tudták lefolytatni (közülük 16-an meggyógyultak!); ha szükséges volt, a tályogokat megnyitották, ahol lehetett, az intravascularis idegentesteket eltávolították. Részletes eredményeik:

I. csoport. Közülük 13-nak már előzetesen volt vitiuma; 5 esetben az aortabillentyűn. 6 esetben a kórképet subcutan vizelet- vagy foginfectio előzte meg. A betegek szokványos panasza láz és hidegrázás volt. Petechiák 10, lépmegnagyobbodás 6 esetben fordult elő. A 16 beteg kezelés előtt levett 79 haemoculturájából 77 adott positiv leletet. 13 beteg staphylococcus törzse penicillinresistens volt. Ezen csoportból hetet vesztettek el (56%-os eredmény).

II. csoport. Az ide tartozó 9 beteg közül 8 esetben lehetett kimutatni előzetesen már fennálló szívelváltozást. Náluk a lefolyás valóban subacut volt; 1 héttől 6 hónapig tartott. A kórokozó staphylococcus albus volt. Láz minden betegnél volt, de egy esetben átmenetileg hiányzott. Petechia 5, lépmegnagyobbodás 4, embolia 3, keringési elégtelenség 2 betegnél fordul elő. Előzmények: 1 fogeltávolítás, 3 heveny légúti fertőzés, 1 acut húgyúti infectio. A haemoculturák ezen csoport betegeinél nem voltak olyan egyöntetűen positivak, ellenben a kitenyésztett törzsek penicillinérzékenyek voltak. Így a kezelés egy beteg kivételével eredményes volt (89%-os eredmény). A legtöbb beteg a kezelés 30—42. napján jutott klinikailag remissióba. Egy esetben az előzetes 24 napos kezelés után 2 hét múlva relapsus lépett fel, azonban a beteg az utána adott második 24 napos therápiára ismét reagált.

III. csoport. Ez a 9 beteg ötféle szívműtéten esett át, s a postoperatív szakban adott penicillin + streptomycin vagy tetracyklin ellenére postkardiotomiás staphylococcus-endokarditist kapott. A kórkép a műtét után 1—9 heti latentia idő elteltével manifestálódott. Minden lelet negatívnak bizonyult. Kezdeti tünetek: láz, hidegrázás. Mindösszesze egy törzs reagált penicillinre. Eredmény: a 7 albus törzs okozta eset közül 5, a 2 aureus törzsűből egy jött rendbe. A csoport betegeit a legkülönbözőbb antibioticumokkal gyógyították. 28 napi kezelés után minden esetben relapsus következett be. Azon 5 beteg viszont, akiknél 40 napnál hosszabb ideig történt a kezelés, mind rendbejött.

Major László dr.

Heveny, nem specifikus perikarditis. Martin A. (Orpington Hospital, Kent, Anglia): Brit. med. J. 1966. *5508.* 279.—

A heveny, nem fajlagos szívburokgyulladás már több évtizede ismert kórkép. Az első esetet Hodges közölte le 1854-ben. Ennek ellenére 1942-ig mindössze 14 esetről számoltak be, amelyek szívinfarctust utánoztak. Azóta számos közlés történt, főleg az amerikai irodalomban, azonban, pl. a legnagyobb közölt angliai esetszám mindössze 14 volt. Szerző anyagát alig több, mint egy éven át észlelt 19 eset alkotja.

A kórkép typusos esetben hirtelen fellépő retrosternalis fájdalommal kezdődik, amely nagyon kifejezett s gyakran heveny felső légúti fertőzést követ. A fájdalom a váll, a nyak, hát felé sugározhat ki vagy lefelé, a karok irányába. Gyakran a mély belégzés, ill., a háton vagy a baloldalon történő fekvés is fájdalmas. A szív felett perikardialis dörzszörej hallható s az EKG legkülönbözőbb elvezetéseiben ST-elevatio látható. Leukocytosis szokványos. A megbetegedés jóindulatú: a beteg 1 hét — 10 nap alatt nagyjából tünetmentessé válik s 6—8 hét alatt teljesen rendbejön. Az EKG általában néhány nap alatt megváltozik: az ST-szakasz isoelektromos lesz s egy hét után a T-hullámok invertálódnak, majd normalisálódnak. Reciproc ST-depressio nem szokott előfordulni.

A szerző 19 esetének kor szerinti megoszlása: 22—61 (átlag: 39.4) év. A férfi:nő arány = 8.5:1. Megelőző felső légúti fertőzés 5 betegénél volt kimutatható. Előzetes („figyelmeztető") mellkasi fájdalma 6 betegének volt. Ellenben minden esetben megvolt a jellegzetes tartós, tompa retrosternalis fájdalom. Perikardialis dörzsölést 12 esetben észlelt, mely jellegzetesen hangos volt; kiterjedt a szív egész területére. Általában csak néhány napig tartott — 1—1 esetben azonban 10, ill. 16 napig. EKG-vizsgálattal 17 esetben fordult elő 2 mm-nél nagyobb ST-elevatio. 4 betegnél T-inversio fejlődött ki 1 hét után; ezen kívül ez az elváltozás csak az aVL-ben fellelhető volt még 5 esetben. Az EKG-elváltozások átlagosan 2—3 hétig álltak fenn (szórás: 8 nap — 6 hét). A Westergren 13 betegnél volt magasabb, általában 20—30 mm/h, azonban volt egy 83-as és egy 100-as érték is. 9 esetben 10 000 körüli volt a fehérvérsejtszám; egy betegnél 10 napon át fennálló eosinophilia fordult elő, norm. süllyedéssel. Leukopeniás egy beteg volt; egy másik esetben 12%-os monocytosis lépett fel. Rheumás láz 9 beteg kórelőzményében szerepelt. A transaminaseszint 3 esetben volt emelkedett. Előzetes felső légúti fertőzést csak 5 betegnél sikerült a szerzőnek ki-

mutatni, szemben az addigi közlésekben szereplő 50—80%-os gyakorisággal. 4 betegénél olyan súlyos volt a mellkasi fájdalom, hogy shock is fellépett. Emiatt eleinte infarctusnak tartotta a kórképet s megjegyzi, hogy nagyon fontos az ezen megbetegedéstől való elkülönítés, mert az ezen a címen megindított anticoagulans kezelés már nem egy heveny, nem specifikus perikarditisben szenvedő beteg halálát okozta, haemoperikardium és szívtamponad előidézésével.

Bár a kórjóslat általában jó, a világirodalom eddig 11 halálos kimenetelről számol be.

Előfordul az is, hogy a megbetegedés néhány hét — néhány hónap után kiújul.

A megbetegedés aetiológiáját a szerző sem tudta megállapítani. Sokan vírusra gondolnak (Coxackie, lymphogranuloma venereum, Bornholm-betegség, ill., az infectiós mononucleosis vírusára). Mások az allergiás kóreredetet valószínűsítik s hasonlóságot fedeznek fel a postmyokardium-infarctus syndroma, továbbá, a postcommissurotomiás tünetcsoport és az acut, nem specificus perikarditis között. Csonka és mtsai Reiter-syndromával együtt észlelték a kórképet.

Fontos egyéb perikarditist okozó közönséges kórokok (febris rheumatica, infarctus myokardiii, collagen betegségek és neoplasma) kizárása.

A szerző betegeit fekvéssel és analgeticumokkal kezelte; ennek ellenére minden esetben gyógyulás következett be. Így antibioticumok vagy corticosteroidok adására nem került sor.

Véleménye esetei alapján az, hogy a kórkép lényegesen gyakrabban fordul elő, mint ahogy azt az eddigi közlemények vélik.

Major László dr.

☆

A. S. tejsavdehydrogenase szint mint a rheumás carditis diagnosztikus jele. Gamal E. Megahed és Ahmed M. Yassin. Circulation. 1965, *6*, 925.

A rheumás láz kezelésében igen nagy fontosságú annak a megállapítása, hogy activ carditis társul-e a megbetegedéshez, vagy sem. Ennek eldöntése azonban esetenként nehézségbe ütközhet. A klinikai dg. felállításához az acut carditis ötféle megjelenési formája közül legalább egyet meg kell állapítani, ezek: 1. mitralis valvulitis, 2. aorta valvulitis, 3. részleges blokk, 4. pericarditis, 5. cardiális decompensatio. A rtg-, EKG, laboratóriumi leletek nem specifikusak és a rheumás aktivitáson túl, carditis fennállását nem jelzik egyértelműen. Így nyilvánvaló, hogy fontos olyan diagnosztikus tesztet keresni, mely rheumás láz esetén jelzi az acut carditist.

A tejsavdehydrogenase (lactic dehydrogenase = LDH) enzim, mely a kötőszövetben mindenütt jelen van és különösen bőségesen található a myocardiumban, a vázizomzatban, a májban és vesékben. Necrosis, degeneratio vagy gyulladás következtében fokozott mennyiségben szabadul fel a sejtekből és a serumban a szintje növekszik. Mivel ezek az elváltozások mind a rheumás carditis pathológiai képéhez tartoznak, a szerzők elhatározták, hogy megvizsgálják: ennek az enzimnek a növekedése rheumás lázas betegeknél felhasználható-e az activ carditis diagnosztizálásához, valamint összehasonlították ugyanezen betegeknél a SGOT viselkedését, tekintve, hogy utóbbi szintje is necrosis, degeneratio, gyulladás következtében növekszik.

Vizsgálataikat 54 rheumás betegen végezték. Két csoportba osztották őket: 1. csoport. Ehhez tartozott 30 activ rheumás lázas beteg. Két alcsoportot alkottak: *A)* 13 beteg activ carditissel és *B)* 17 beteg acut carditis minden jele nélkül. Az acut rheumás láz diagnózisát a Jones-féle kritériumok alapján állították fel és az acut carditisét az öt fő megjelenési forma közül legalább egynek a megállapításával. A 2. csoportba 24 beteg tartozott, akiknek inactiv chr. rheumás billentyűmegbetegedésük volt. Két alcsoportba osztották őket: *A)* 14 compensalt, *B)* 10 decompensalt beteg. Minden betegnél elvégezték a következő vizsgálatokat: teljes vérkép, süllyedés, SGOT, LDH, EKG, mellkas- és szív-rtg. Ezenkívül 80 egészséges egyénnek is megnézték az SGOT és LDH értékeit, hogy megállapítsák a normális szintet és ugyancsak 10 olyan betegét, akiknek nem rheumás eredetű cardialis decompensatiója volt, hogy megfigyeljék, hogy a decompensatio mint olyan, önmagában is képes e SGOT és LDH szintjének megváltoztatására.

Eredményeiket a következőkben lehet röviden összefoglalni: az LDH és SGOT értékek a normálison belüli határon mozogtak mind az inactiv chr. rheumás szívbillentyűmegbetegedésekben (akár compensáltak voltak, akár nem), mind a nem rheumás eredetű decompensáltaknál. Az LDH kezdeti átlagszintje activ rheumás betegeknél szignifikánsan magas volt, akár volt carditisük, akár nem. Ezen felül minden carditises beteg kezdeti serum LDH szintje szignifikánsan magasabb volt, mint a carditis nélkülieké. Az LDH szint 500 E felett kóros. Activ rheumás betegeknél a kezdeti 700 E/ml vagy ennél magasabb LDH érték activ carditist jelez. Az SGOT nem alkalmas a carditis diagnosztizálására, mert habár rheumás activitású betegeknél az átlagszint magasabb volt mint a normál controlloknál, de a carditis vagy nem carditis esetekben nem volt szignifikáns különbség.

A magas LDH szint lassabban normalizálódik a betegség javulása folyamán, mint a Westergreen érték. Nem lehet addig gyógyultnak kimondani egy esetet sem, amíg az LDH érték a normálisra nem csökkent. A serum LDH szint emelkedését néhány carditis nélküli betegnél is megfigyelték, ez valószínűleg subklinikai myocardiális folyamathoz társul. A klinikai kritériumok és a süllyedés túl durva módszerek ahhoz, hogy finom pathológiás myocardiális elváltozásokat jelezzenek, melyeket az enzimszint érzékenyebben visszatükröz.

Szilágyi Julianna dr.

☆

Gyógyszerresistens, 62 napig tartó kamrai tachykardia. Kilpatrick Th. R., Moore Ch. B., Maza E. (Alton Ochsner Fundation Hospital New Orleans, USA and Hospital Rosales, San Salvador): JAMA 1966, *197*, 762.

A szakirodalomban közölt kamrai tachykardiák jellemzői: hosszas időtartam (túléléssel vagy anélkül), ill. a sikeres kezelés leírása amely új vagy többféle módszerre történik. A szerzők által ismertetendő eset nemcsak hosszas fennállásával tűnik ki, hanem azzal is hogy a gyógyszeres kezelés kudarca után milyen könnyen meg lehetett szüntetni elektromos kezelésse a beteg kamrai tachykardiáját.

A 65 éves férfit 1966. februá 22-én veszik fel két hónapja (! fennálló kamrai tachykardiája miatt. 1958-ban gyógyszerrel nen befolyásolható tachykardiája jó napi fennállás után magától megszűnt. Ez az attack nem viselte meg nagyon a beteget, bár 1959 elején az akkori anterolateralis szívinfarctus jeleit EKG segítségével ki lehetett mutatni. Ettől kezdve jelen fel vételéig jól is érezte magát. Jele felvételekor az előzetes kórisme heveny szívinfarctus + másodlagos kamrai tachykardia volt. A New Orleans-i kórházba repülővel történt átszállításakor vérnyomás 90/70 Hgmm, érverése 180/min, má ja 8 cm-nyivel haladta meg a jobb bordaívet, továbbá alszárvizenyőj volt. Röntgenvizsgálattal kifejezet szívmegnagyobbodást találtak (harántátmérő 18,6 cm volt). Kezelés: miután a legutóbbi 24h-ban nem kapott a beteg digitalist, 6×27 mg chinidinnel indultak be; azonban eredmény nélkül. Ekkor előkészítésképpen i.v. meperidint, atropint és altató adagú Pentothalt adtak a betegnek, majd elektromos kezelésben részesítették, egyenáramú ellenshock alkalmazásával. A beteg azonnal reagált az első 10

W/sec-os áramütésre: két idő előtti kamraösszehúzódás után normális sinusrhythmus alakult ki, laevogrammal, a V_{1-5}-ben nagy Q-hullámokkal s a V_{2-5}-ben mérsékelten elevált ST-szakaszokkal, emlékeztetve a távolabbi kórelőzményre.

A következő 1 év folyamán még 3 ízben lépett fel a betegnél kamrai tachykardia: minden rohamnál 200 W/sec-os ütést alkalmazva, azonnal sikerült visszaállítani a sinusrhythmust. Egyik roham sem infarctus kapcsán lépett fel.

Irodalmi adatok szerint kb. 10—17%-ban lép fel kamrai tachykardia heveny szívkatasztrófától függetlenül. Adams (1962) 39 betege közül 9-nél volt „functionalis" a kamrai tachykardia. Ezen betegeknél emotionális tényezők, kimerülés, alkoholfogyasztás, testhelyzetváltoztatás, terhesség, myxoedema, thyreotoxicosis, phaeochromocytoma, koponyaűri vérzés, hypothalamicus megbetegedés vagy dumping syndromával kapcsolatos és egyéb diarrhoea okozta hypokalaemia válthatja ki a rohamot. Természetesen, nemegyszer myo- vagy perikarditishez csatlakozhat kamrai tachykardia. Lehet az ok iatrogen is: ha pl. csökken az intracellularis:extracellularis kálium = 30:1 aránya. Digitalis, diureticumok, calcium, ioncserélő gyanták, sőt, maga a chinidin is létrehozhatja a kórképet. Előidézheti még mellkassebészeti beavatkozás, szívkatheterezés, hörgőtükrözés, sigmoidoscopia és respiratoricus obstructio is.

20 napnál hosszabb ideig tartó kamrai tachykardia ritka. A rekordot *Moia* és *Campana* (1947) argentin szerzők tartják: betegük 123 napig tartó roham után halt meg. A leghosszabb, túléléssel végződött roham 103 napig tartott. Legáltalánosabban használt kezelés: procainamid, ill. chinidin. Ha a kórkép nem digitalis eredetű, *Scherf* digitalisszal próbálkozik. Egyéb kezelés: lidocain, papaverin, Mellaril, Vistaril-Parenteral, Benadryl, Antistin, RO2—5803, diphenylhydantoin, kalium, corticosteroidok, antibiotikumok, valamint kalium + cukor + insulin. Az elektromos kezelés hatása 1899 óta ismert.

Major László dr.

☆

Szívinfarctus közepes nagyságú kórházi osztályon. Brinkmann, H. E. (Inn. Abt. des Stadtkrankenhauses Rüsselsheim, Main, NSZK), Dtsch. med. Wschr., 1967, *92*, 23—28.

110 ágyas belgyógyászati osztály 7½ éves szívinfarc. beteganyagának ismertetése során a szerző különböző szempontok alapján jut arra a megállapításra, hogy az 573 főt kitevő beteganyag kedvező halálozási aránya részben a betegek gyors kórházi elhelyezésével, részben a beküldő orvosok jó helyzetfelismerésével, részben pedig az átlagosnál valamivel fiatalabb infarctusos beteganyag (60 év) rendkívül gondos ápolásával hozható összefüggésbe.

1956-tól az infarctusok gyakorisága 1,4%-ról 8,4%-ra növekedett, sőt érdekességként azt is megemlíti, hogy 1962. június 4-én, tehát egyetlen napon 29 infarctusos beteg feküdt az osztályon. Az összes betegből 457 volt férfi, a férfiak:nők aránya 3,9:1. A betegek 44,3%-a (319) került ki a keresőképes egyénekből. ezek zömmel a vidék jellegének megfelelően az iparban dolgoztak.

Az infarctus 53,9%-ban a szokásos napi munka végzése idején lépett fel, 40,5%-ban, nyugalomban, vagy alvásban és csak 5,3%-ban szokatlanul nagyobb megerőltetés után. Localisatio szerint az elülső- és hátulsófali infarctusok aránya csaknem azonos volt (37,2%, ill. 34,6%).

A beküldő orvosok 58,6%-ban gondoltak infarctusra, ez az arány 1963-ra 72,8%-ra javult. Beszállítás után 52 olyan eset volt az osztályon, akiknél az első EKG vizsgálatok nem támasztották alá a diagnosist, 104 esetben pedig az ún. néma infarctus volt észlelhető, typusos kórelőzményi adatok teljesen hiányoztak. — 116 beteg halt meg (20,2%), ez a nőkre vonatkoztatva 37,9 férfiakra vonatkoztatva 15,7%. A 20,2% lényegesen alacsonyabb, mint 10 szerző nagyjából hasonló beteganyagon tett észlelése. A súlyosbító tényezők közül elhízás 22,3%-ban, magasvérnyomás 19,7%-ban, előzetes infarctus 15,1%-ban és diabetes mellitus 10,5%-ban fordult elő, ha ezen factorok közül 2, vagy több is jelen volt, a letalitás is arányosan növekedett.

Szövődményt 330 betegen észleltek, első helyen a rhythmus zavarok, utána az elégtelenségi tünetek voltak leggyakoribbak. A rhythmus zavarok — más szerzőkkel ellentétben — nem rontották a prognosist.

A betegeket átlagban 6 hétig fektették az osztályon, a heveny tünetek lezajlása után lehetőleg 1 ágyas szobában, a javulás szakaszában maximálisan 4 ágyas szobában, s ekkor lehetőség nyílott más infarctusosokkal együtt csoportos foglalkozásra is. Ezen tényezők együttesen járultak hozzá a viszonylag alacsony letalitáshoz.

Iványi János dr.

☆

Az acut myocardialis infarctusos betegek folyamatos megfigyelése. Nachlas M. M., Miller D. J., Siedband M. P. (Sinai Hospital of Baltimore) JAMA 1966. *198*, 119—126.

Az acut m. infarctusos betegek »folyamatos megfigyelése« iránti érdeklődést az váltotta ki, hogy a hirtelen halál néha azonnali kezeléssel visszafordítható (resuscitatio). Már előzőleg bebizonyosodott, hogy a szívműtétek alatti és utáni állandó megfigyelés, képzett anaesthesiologus és elektromos készülékek beállítása csökkentette a mortalitást. Irodalmi hivatkozások után úgy látják, hogy beteg szíven 2 percen belül elkezdett resuscitatio eredményes lehet. Az azonnali beavatkozást segíti elő az acut m. infarctusos betegek folyamatos megfigyelése és az e célból szervezett *coronaria gondozási egység* (coronary care unit — CCU). 1961-től 32 hónapon át 346 acut m. infarctusos beteget tartottak folyamatos megfigyelésben, átlagban 3,5 napig, összesen 29 520 órán át. E betegeik 13%-a halt meg szemben az előzőleg folyamatos megfigyelésben *nem tartottak* 29%-ával. Az irodalomban eddig még 6 kórházból jelent meg közlemény: 3-ban hasonló jó eredményekről számoltak be, 2-ben a mortalis kisfokú csökkenését találták, 1-ben nem volt különbség.

Mivel az eredmény rendkívül sok tényezőtől függ, igen részletesen leírják mindazt, ami befolyásolhatja. Ezzel rendkívüli segítséget nyújtanak azoknak, akik a folyamatos megfigyelést be akarják vezetni. Kórházuk általános kórház, 2 × 4 ágyas CCU-t szerveztek, középen a megfigyelő helyiség, ahol a monitorokat helyezték el. A kórtermeknek csak egyik felében voltak ágyak, másik felében a megfigyelés és resuscitatio eszközei. Egy 4 ágyas egység 5 napos folyamatos figyeléssel évente 300 beteget lát el, tehát egy 250—400 ágyas kórház igényeit kielégíti.

Monitorok olyan complex készülékek, amelyek állandó kapcsolatban vannak a megfigyelt beteggel és azonnal jelzik, amikor változás történik a szívműködésben. Hang és fényjelenségek jelzik a változásokat: pl. norm. QRS complexus villanó fényt és beep hangot gerjeszt, az arrhythmiák állandó fényt indukálnak, az asystolia kezdetén vörös fény és éles hang (riadó) keletkezik. Ez az egység automatikusan pacemakert kapcsol be, amely azonnal stimulust ad az asystoliás szívnek. A monitor ritkán *fals riadót* okozott, amelynek okát gyakran nehéz tisztázni: a nyugtalan beteg megfordul, az ágy fémszéléhez ér, meglazul az elektróda (bőrnedvesség csökken, elektróda pasta elpárolog). Low voltage önmagában kiválthat riadót. Volt egy monitor, amelyben a riadókör szétkapcsolt, amikor az R alacsony volt, a P és T hullám nagysága megközelítette azt. Ezek a hibák nem voltak gyakoriak és megelőzhetők megfelelő beállítással. De mégis veszélyesek, mert a nővérek, ha többször előfordult tevékenysé-

gük felesleges megszakítása, úgy jártak, mint a fiú, aki »farkast« kiabált. Felkészült nővérek a bajra vagy szívmegállásra ilyenkor a hang és fényjelekből következtethettek. Oscilloskopon az elektromos jelenségek figyelhetők és regisztrálhatók.

Rendkívül fontos az *elektródák* szakszerű elhelyezése. Foglalkoznak ezek technikai adataival, elhelyezésével, a földeléssel, a kábelek vezetésével, a rögzítéssel. Az elektródák helyét 8—24 óránként változtatni kellett (dermatitis). Jó tapasztalatuk van a tűelektródákkal.

Személyi problémák: 2 jól képzett nővér szükséges állandóan egy 4 ágyas egységhez. Ismerni kell a készülékeket, a fenti hibalehetőségeket. Fel kell ismerniük az arrhytmiákat, a ventric. tachycardiát, a kamra fibrillátiot és az asystoliát. Ki vannak képezve a resuscitatio technikájára. A *betegeket* kioktatják a CCU rendeltetéséről. Kezdetben rossz hatású volt rájuk, hogy figyelték szívműködésük hang és fényjeleit, ezért kivitték a monitorokat a megfigyelőbe. Rossz hatású a szomszéd ágyon végzett eredménytelen resuscitatio. Kezelőorvosok is szabadkoztak, ha privát betegeiket nem separálták.

A *resuscitatiót* zárt mellkasi massage-zsal, száj a szájhoz lélegeztetéssel végezték. A resuscitatiós eszközöknek és gyógyszereknek az egységben kell lenniük: plastic intubációs cső, lélegeztető maszk, defibrillator 100—200 watt-sec.-ra állítva, szívókészülék, mechanikus pumpa külső cardialis massage-hoz. Ismertetik az eszközöket a széles guruló ágytól, a készenlétben levő defibrillator vizes elektródáján át a fecskendőbe szívott 1:1000 epinephrines oldatig. Még számos tényezőre térnek ki, amely munkájukat segítette vagy hátráltatta. Kiemelik a zavartalan kollektív munka fontosságát, az azonnali cselekvést, amelyet a nagy sebészi műtétek menetéhez hasonlítanak. Eredményeik további javulását a resuscitatiós technika további fejlődésétől, a tökéletesebb monitoroktól és a nővérek állandó készenlétének fokozásától várják.

Széplaki Sándor dr.

☆

Koszorúsér thrombosis és szívinfarctus. Harland, W. A. és A. M. Holburn (Dept. of Pathol., Western Infirmary, Glasgow, Great Britain), Lancet, 1966, *ii*, 1158—59.

Annak igazolására, hogy a szívinfarctus előzményében a különböző factorok mellett a koszorúsér thrombosis is jelentős szerepet játszik, a két glasgowi kórboncnok 64 szívinfarctusban elhalt beteg coronariáit rendkívüli gondossággal 3 mm-ként felszeletelve vizsgálta microscoposan.

11 beteg infarctusára már csak a szívizom körülírt fibrosisa utalt, 53 betegen azonban friss infarctus volt kimutatható. Ezen friss infarctusosok koszorús ereiben 90,6%-ban volt kisebb, vagy nagyobb thrombosis kimutatható, sőt többszörös thrombust is találtak 28%-ban. Már ezen adatok is cáfolják *Spain és Bradless* (Am. J. med. Sci. 1960, 240, 701) azon feltételezését, hogy a thrombosis az infarctusnak következménye és nem az oka. 33 olyan esetben, ahol a szívinfarctus már korábban gyógyult, valamennyi esetben ki lehetett mutatni a fibroticus területben régi occlusio jeleit. A *thrombosisoknak több mint a fele a bal elülső leszálló ágban helyezkedett el (51%)*. Az infarctusok *typusa szerint* a leggyakoribb a localisalt necrosis volt, multicentricus necrosist mindössze 7 esetben láttak, ezekből is kettőben thrombust nem lehetett kimutatni.

Szerzők feldolgozásra került esetei 19—80 évig terjedtek, s az anyagban nem láttak olyan összefüggést, mely a thrombusok és a fiatalabb életévek közötti gyakoriságot mutatta volna. A feldolgozott esetekből 36 volt férfi, 17 nő, s a thrombosis a nemeket illetően sem mutatott különbséget.

Végső következtetésként szerzők saját vizsgálataik alapján kimondják, hogy a szívinfarctus kialakulásában a koszorúsér thrombosisnak igen jelentős szerepe van.

Iványi János dr.

☆

Geriatria

A thyreoid problémák kezelése a geriátriában. Rossin, Herbert W. és mtsai (Northland Radioisotope Laboratory, Southfield, Suite 300, Mich) J. Am. Ger. Soc. 1966. *14*:557.

Az idős emberben a functionális tartalék általános csökkenése észlelhető. Ez nagy részben organikus elváltozások talaján alakul ki. A pajzsmirigy is megváltozik az öregkorban. A legszembetűnőbb elváltozás a göbösödés: 50 év után a betegek 50%-ának olyan mértékben nodosus a pajzsmirigye, hogy az fizikális vizsgálattal is megállapítható. Ezek a hyperplasiás csomók degenerálódnak és végül meszesednek. A nodózus golyva lehet tünetmentes, de társulhat

1. obstructiv tünetekkel,

2. dysfunctióval (hyper- v. hypothyreosis), és

3. carcinomával.

A thyreoid problémák kezelése az öregkorban gyakran elkeserítő folyamat a beteg, a családja és talán mindenek előtt az orvos számára. A pajzsmirigy működést az öregkorban óvatosan kell szabályozni. Az orvos gyakorlottságát és türelmét olykor próbára teszi a myxoedemás és egyben angina pectorisos beteg kezelése. A hypothyreosistól az euthyroid állapot felé lassan és óvatosan kell haladni. Az indukált hyperthyreosis lehetősége mindig fennáll. A hyperthyreosis ezen formája esetleg csak relatív intolerantia a thyreoid hormonnal szemben, mely cardiális decompensatió jeleiben mutatkozik meg. Ezzel szemben a hyperthyreosis korrekciójának gyorsnak és teljesnek kell lennie.

A pajzsmirigy carcinoma idős betegben hajlamos egyrészt az anaplasticus (differenciálatlan) formára, mely gyorsan fatálisan végződik, másrészt a lassan növő differenciált típusra. Az előbbire jelenleg nincs hatásos kezelés. Az utóbbi esetében a legcsekélyebb kezelés a legjobb. Leginkább szóbajövő beavatkozás a kifejlődő obstructio korructiója vagy preventiója. Hosszú idő óta fennálló göbös golyva esetében tisztázni kell, hogy nincs-e ú. n. »rejtett« hyperthyreosis. A hyperthyreosis ezen formáit legjobban jódizotópos vizsgálattal lehet felderíteni.

Timaffy Miklós dr.

☆

A fehérvérsejtek C-vitamin tartalma és ennek klinikai jelei az öregkorban. Andrews, J., Brook, M. (West Middlesex Hospital, Isleworth, Middlesex) Lancet, June 18, 1966. 1350—51.

Irodalmi adatok azt mutatják, hogy sok idős embernek alacsony lehet a plasma és fvs (beleértve a vérlemezkéket is) C-vitamin szintje és különböző klinikai tünetek és jelek társulnak az öregkorhoz, melyeket C-vitamin hiánynak tulajdonítanak. A szerzők kilencvenhárom 60 év feletti személyt vizsgáltak meg ebből a szempontból. A vizsgált öregek Nyugat-London különböző intézeteiben és otthonaiban éltek. A fvs-ek C-vit. tartalmát febr. végén és márc elején vizsgálták. Közvetlenül a vérvétel előtt klinikailag megvizsgálták a nyelv alsó felszínét és 64 egyénnek a felkar bőrét is.

Sublingualis petechiát 29 betegen találtak. Öt héttel később vizsgálva a betegeket, mindegyikben megtalálták a petechiákat, ami azt mutatja, hogy nem múlandó jelenség volt.

Azokban az esetekben, ahol vérzéseket nem találtak, a fvs-ek átlagos C-vitamin tartalma mikrogramm/10^8 sejtre számolva 17,67 volt, míg a petechiás csoportban 10,23. 5 petechiás betegnek napi 100 mg C-vitamint adtak 2 hónapon át. Az ezután végzett vizsgálat 26,00

értéket mutatott. 30 személynek »senilis purpurája« volt. Ezek átlagos fvs—C-vit tartalma 16,00, míg a purpura nélkülieknek 16,50 volt. (A normál átlag 26,0—28,0) A fvsek C-vitamin tartalma jobb mutató a szöveti statusra, mint a plasma szint. A szájban a submucosás vérzések a C-vit. hiány helyi megnyilvánulásai, a petechiák és az alacsony C-vit. tart. között összefüggés látszik. Az átlag C-vitamin tartalom a senilis purpurás és a purpura nélküliekben olyan hasonló volt, hogy a senilis purpura és a C-vit. szint között nem valószínű az összefüggés.

A szerzők valószínűnek tartják, hogy az alacsony C-vit. tartalom az elégtelen bevitelből adódik. Platt és mtsai kimutatták, hogy a kórházi és szoc. otthoni ételek készítésekor nagymértékű C-vitamin pusztulás fordulhat elő.

Timaffy Miklós dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A gyomorbiopsia hazai irodalmáról

T. Szerkesztőség! Újabb diagnosztikai eljárások ismertetése mindig helyes dolog, így az emésztőszervi betegségek területén is, különös tekintettel arra, hogy az újabb diagnosztikai vizsgáló eljárások és azok értékelései a morfológiai, kóréletttani és funkcionális szemléletek szintézisének minél jobb megközelítésére törekednek.

A dolgozatban (Luzsa György dr.: „Gastrobiopsia", Orv. Hetil. 1966. 31. sz.) ismertetett vizsgáló eljárás és annak értékelése azonban már nálunk sem új. Szerző előtt úgy látszik nem ismeretes az, hogy hazánkban én ismertettem először a gyomorbiopsia metodikáját és jelentőségét (megj.: Acta Med. Acad. Hung. 1962. XVIII. 349., tehát Szerző számára is könnyen hozzáférhető helyen), a Belgyógyász Szakcsoportban, továbbá az OTKI által rendezett endoskópos továbbképző tanfolyamokon pedig levetítettem azoknak a gastrobiopsiás színes szövettani diapoztiívoknak egy részét, amelyek az Erlangeni Egyetemi Belklinikán (Prof. N. Henning) az 1961. és 1962. években végzett gastrobiopsiás vizsgálataimmal kapcsolatban készültek. 1963-ban pedig a Catania—Taorminai kongresszuson ismertettem (ugyancsak vetítéssel kapcsolatban) a máj és az epeutak különféle megbetegedéseiben végzett (296) gastrobiopsiás vizsgálataim eredményeit. (Atti del Congresso della Societa Italiana di Gastroenterologia, 295—307. Catania—Taormina, 15—17. Novembre 1963.)

Szerző kilátásba helyezi dolgozatában, hogy gastrobiopsiás vizsgálatait a „gastritis kérdés" tisztázására szeretné főleg kiterjeszteni.

Ebben a részben azonban olyan nem helytálló megállapítások és hiányosságok vannak, amelyek a gastritis kérdését téves megvilágításba helyezhetik.

A gastritiseknek a dolgozatban megjelölt felosztása ma már túlhaladott és az 1962. évi müncheni gastroenterológiai világkongresszuson — elsősorban Henning iskolájának kiterjedt vizsgálatai alapján — a következő felosztás alakult ki: (amely nem azonos a dolgozatban ismertetett Cheli-féle felosztással) „még norm. gyomornyálkahártya (a fedőhám csekély elváltozása, a stratum proprium kisfokú szélesedése, elszórtan plasma- és mesenchymasejtek) — krónikus felületi gastritis — kezdődő és kifejezett atrophiás gastritis, s végül az intestinális metaplasia, amikor krón. gyulladás morphológiai jelei már alig észlelhetők, csak a nyálkahártya nagyfokú sorvadása.

Nem derül ki a dolgozatból, hogy Szerző a szabályos gyomornyálkahártya mellett miért éppen csak egy „interstitialis gastritis" szövettani képét mutatja be (nem közli, hogy az ábrák honnan valók, így feltehetően saját vizsgálatának eredményei), de mindenesetre oly rosszul sikerültek, hogy az esetleges kóros elváltozások értékelésében a magyarázó szöveg sem sokat segít. (Lehet, hogy itt nyomdatechnikai tökéletlenség is áll fenn, amiről Szerző természetesen nem tehet.)

A gastritis-kérdés tárgyalása kapcsán helyénvaló érinteni a krónikus hypertrophiás gastritisek problémáját is, amely jelenleg a vizsgálatok és az érdeklődés előterében van. Itt a szövettani elváltozás lényege a nyálkahártya gyulladásos megvastagodása, a mirigyek pusztulása nélkül, de a mirigyek, azok interstitiuma és a felületi hámréteg bizonyos kóros elváltozásokat mutatnak (R. Schindler: Klin. Wschr. 1966, *44*, 601.). Három különféle formája van: 1. Hypertrophiás interstitialis, 2. hypertrophiás proliferatív, és 3. hypertrophiás glanduláris gastritis, az utóbbi kettő csak sebészi biopsia útján határozható meg. (M. Shiner: Combined gastroscopy and direct vision biopsy. Americ. gastroscopic Soc. Bull. 1959, *5*, 411., S. J. Stempien and all Hypertrophic hiperchlorhydric gastropathy. Proc. of World Congr. of Gastroenterology. München. 1962. Hypertrophic hypersecretory gastropathy. Americ. J. dig. Dis. 1964, *9*, 471.). E kérdés kétségtelenül még vitatott és nem lezárt, főleg abból a szempontból, vajon a hypertrophiás gastritis functionális, gastroscopos vagy morphologiai fogalom-e inkább.

A Szerző által ismertetett „gastroexcisor" technikailag jó és hasznos megoldásnak látszik, kár, hogy az antrum vizsgálatára nem megfelelően alkalmazható, holott a kóros elváltozások szempontjából éppen a gyomornak ez a része a legfontosabb. Az antrumi rész biopsiás vizsgálatára a Heinkel által szerkesztett elektromechanikus, olajpumpás leszívó apparátus alkalmas (maximális szívóereje 560 Hgmm), amelyet az előbbiekben megjelölt közleményemben ismertettem, s amellyel a corpus és az antrum nyálkahártyájából egyidejűleg tévedhetetlen biztonsággal kaphatunk biopsiás anyagot, amint azt Heinkelnek több mint 7000-es biopsiás anyaga bizonyítja. (K. Heinkel u. N. Henning: Der Radiologe. 1964, *4*, 32.).

Természetesen tudom, hogy egy korlátozott terjedelmű dolgozat keretében nem lehet a gyomorbiopsia és a gastritis kérdését minden szempontból tárgyalni, még kevésbé kimeríteni, de a dolgozatnak ezekre a véleményem szerint nem helyes részeire rá kívántam mutatni, és azt bizonyos fokban kiegészíteni.

Kürthy László dr.

☆

T. Szerkesztőség! Kürthy László dr. hozzászólásához a „Gyomorbiopsia" és „Gastroexcisor: célzott gyomorbiopsiás szerkezet" (Orv. Hetil. 1966, 31, 1453. és 1472. oldal) című dolgozataimmal kapcsolatban az alábbiakban válaszolok:

1. Kürthy dr. jelzett cikke figyelmemet elkerülte, ez helytelen volt. A prioritás kérdéséhez csak ennyit: Kürthy dr. az erlangeni klinikán töltött tanulmányútja alkalmával végzett vizsgálatairól számolt be általa idézett dolgozatában. (Hazai vonatkozású biopsiás munkájáról hozzászólásában nem ír!) Magam pedig hazánkban, egy vidéki városi kórházban sajátszerkesztésű műszerrel végeztem biopsiás vizsgálataimat. Ezt csak az értékeli, aki valaha is megpróbált távol az egyetemtől és segítőtársaktól valamilyen új vizsgálatot, vagy gyógymódot kezdeményezni.

2. A továbbiakban foglalkozik dolgozatom „Gastritis kérdés" részletével. Itt kifogásolja az általam idézett szövettani felosztást. Lényegében Kürthy dr. által helyesnek tartott meghatározások sem nyújtanak többet. Pusztán *Cheli*-féle „interstitiális gastritis" nem egyezik a *Henning*-féle beosztással. Ennek létjogosultságát viszont hozzászólásában később elismeri (*Schindler* idézett cikke).

3. A hozzászólás felveti, miért csak egy „interstitialis gastritis" szövettani képét mutattam be kórosként. Hasonlóan foglalkozik a képek eredetének kérdésével is. Röviden: dolgozatom nem a gastritisről, hanem a gyomorbiopsiáról

általában szól. Ezért mellőztem valamennyi gastritis forma szövettani képét bemutatni. Az eredetet illetően ez épp úgy saját munkám, mint Kürthy dr. cikkében jelzett számos színes diapozitív, melyeket előadásában bemutatott. Ezeket a metszeteket és még több jellemző képet 1966. május 4—7. tartott parádi „gastroenterologiai orvosgyűlésen" elhangzott előadásomon bemutattam. Véleményére, hogy a szövettani képek reprodukciói „oly rosszul sikerültek" — válaszolom, hogy az ilyen jellegű felvételek pusztán tájékoztató értékűek, nem azonosíthatók a diapozitívekkel, még kevésbé az eredeti szövettani metszetekkel.

4. Kifogásolja a hozzászólás, hogy a hypertrophiás gastritisről említést sem teszek az 1965 novemberében beadott dolgozatomban. Rögtön közli is *Schindler* erre vonatkozó véleményét, mely csak munkám benyújtása után fél évre jelent meg (*Schindler R.*: Klin. Wschr. 1966, *44*, 601.). *Henning*, az erlangeni professzor, nemrég megjelent cikkében a gastritis és gyomorsecretióról írt. A szövettanilag jellemző elváltozások között a gastritis hypertrophicansot nem említi meg (*Henning N. et al.*: Münch. med. Wschr. 1966, 1977. old.). Részletesen foglalkozik azonban ezzel a kérdéssel ugyanezen számban *Oshima* cikke a gastrocamera ismertetésével kapcsolatban, mivel a hypertrophiás gastritis gastroscopiás és nem annyira szövettani fogalom (*Varró V.*: Gastroenterologia. Bp. 1964. 182. old.). Tény, hogy ez a kérdés még vita tárgyát képezi. Semmiképpen sem oly eldöntött kérdés, hogyha bárkinek erről ellentétes nézete van, azt feltétlenül elvetendőnek tartsuk.

Kürthy dr. a gastroexcisort jó és hasznos megoldásnak tartja, sajnálva, hogy az antrum vizsgálatára csak részben alkalmas. Rögtön ajánlja is erre a célra *Heinkel* műszerét. A fenti hozzászólás óta már én is rendelkezem olyan műszerrel, amellyel a corpus és antrum nyálkahártyájából egyaránt „tévedhetetlen biztonsággal" kaphatunk biopsiás anyagot (*Magen-Saugbiopsiesonde Priv. Doz. H. J. Sielaff: R. Wolf GmbH.*). Egyébként ugyanerre a célra alkalmas ugyancsak általam szerkesztett vakbiopsiás szonda is.

6. A hozzászólás igen nagy értéke, hogy a hazai irodalomban megjelent és általam nem említett dolgozatra hívta fel figyelmemet. Helyes volt a prioritás kérdésének felvetése, annál is inkább, mert kérdéses dolgozatomban ilyesmiről nem is írtam. Nem ez volt munkám célja. Fel akartam hívni erre a hazai vonatkozásban kevéssé ismert és tudomásom szerint mindössze 4—5 helyen alkalmazott értékes eljárásra a figyelmet. *Arra, hogy ezt megtegyem, feljogosított sajátszerkesztésű műszerem, melyet hazánkban készíttettem — újító társammal Hajdú Sándorral — és ugyanitt használom is. Nem könnyű feladat irodalmi adatok alapján, a technikai felszerelés teljes hiányában egy új vizsgálatot kezdeményezni, vállalva érte természetesen a megfelelő kockázatot is.*

Luzsa György dr.

☆

A végbélrák felismerésének hiányosságáról

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam Molnár Béla Emil dr. cikkét a vastag- és végbélrákok felismerésének nehézségeiről (Orv. Hetil. 1967, *108*, 163.).

A közlemény mindnyájunk által ismert és úgyszólván tankönyvi megállapításokat bizonyít saját anyaga alapján. Hogy azonban ezeket a közismert tényeket még mindig nem lehet eléggé hangsúlyozni, dokumentálják a dolgozat adatai is és a magam sebészi gyakorlatából is szeretném néhány példával alátámasztani a legutóbbi fél év anyagából:

1. K. J.-né, 75 éves beteg évek óta panaszkodott körzeti orvosának arról, hogy székrekedése hasmenéssel váltakozik, holott azelőtt székletzavara nem volt. Legutóbbi időben felpuffad, végbeléből véres váladék ürül. A kolléga — aki a beteg férjét huzamosabb idő óta kezeli s így gyakran fordul meg náluk — a panaszokat azzal intézte el, hogy idős korban ez gyakran előfordul. Sem vizsgálatot nem végzett, sem kezelést nem rendelt el. A beteg hasi görcsökkel, subileusos állapotban került osztályunkra, ahol digitalis vizsgálatkor 5 cm-re óriási tumort találtunk, mely inoperabilis adenocarcinomának bizonyult.

2. T. V.-né hasmenéses panaszai miatt többször feküdt kórházban. Ezelőtt 3 hónappal rectoscopiát is végeztek és proctitist találtak. Az irrigoscopia colitist mutatott ki tumor nélkül. Jelen felvételkor digitális vizsgálatánál a végbélnyílástól 4 cm-re — végbéltumor volt tapintható (adenocarcinoma) inoperabilis.

Lehetne még eseteket sorolni vég nélkül. De nem ez a valódi cél. Ha a helyzeten javítani akarunk, fel kell tárni azokat az okokat, melyek a diagnosztikus hiányosságokhoz vezetnek és ezeket kell kijavítanunk.

A legfontosabb okot abban látom, hogy — bár ennek fontosságát az egyetemen hangsúlyozzák — a digitalis vizsgálat elvégzése az általános orvosok körében nem nagy közkedveltségnek örvend. Egyik előző munkahelyemen találkoztam olyan belgyógyász szakorvossal, aki egy beteget hozott hozzám vizsgálatra rectalis panaszok miatt. A digitalis vizsgálattal 6 cm-re végbélrák volt tapintható. Mikor — demonstrálási céllal — felkértem, hogy a rektális vizsgálatot ő is végezze el, felháborodottan válaszolta: „Orvosi pályafutásom alatt rectalis vizsgálatot még nem végeztem!" Azt hiszem, ehhez nem kell kommentár. Hogy azonban ez nem szórványos jelenség, elég felhívnom a figyelmet arra a tényre, hogy sok belosztályon csak huzamos keresés után kerül elő gumikesztyű rectalis vizsgálathoz, gumiujjat pedig rendszerint a sebészetről kell hozatni. Arra még gondolni sem merek, hogy egy esetleges ellenőrzés során a körzeti rendelőkben, vagy pláne az orvosi táskákban hány helyen lehetne gumikesztyűt vagy gumiujjat találni. Pedig a végbélrákos beteg sorsa *elsősorban* a körzeti és belgyógyász kollégákon múlik, sebészetre vagy onkológiára csak a már felismert esetek kerülnek többnyire.

Gyakorta végeznek — igen helyesen — nemcsak sebészeti osztályokon rectoscopos vizsgálatot. Sajnos néhányan elfelejtik azt az aranyszabályt, hogy *rectoscopia előtt is kötelező a digitalis vizsgálat*, mert ha a tumor igen közel van a végbélnyíláshoz, előfordulhat, hogy az eszköz felvezetésekor — mely többnyire vakon történik — az a tumor mellett elcsúszik s a vizsgáló ép viszonyokat talál, mint második esetünkben történt. Ugyanígy irrigoscopiánál sem lehet a rectum mélyén ülő tumort mindig kimutatni, mert a végbélcső a tumor felett van. A digitális vizsgálatot tehát sem a rectoscopia, sem az irrigoscopia *nem pótolja*.

Megítélésem szerint tehát a legtöbb tennivaló a digitális vizsgálat elvégeztetése körül adódik, hiszen ezzel az esetek tekintélyes részében lehetne gyorsan korai diagnózishoz jutni.

Hazánkban a körzeti orvosok képzése általában a belosztályokon folyik. Igen nagy tehát a belgyógyász főorvosok felelőssége, mert ha a fiatal kollégának úgyszólván vérévé válik, hogy a digitalis vizsgálatot *minden betegnél* végezze el, tekintet nélkül egyéb panaszaira, erről később sem fog elfeledkezni. Céltudatos nevelőmunkával és ellenőrzéssel kellene a kezdeti ellenérzést legyőzni.

Ezenkívül célszerű lenne a továbbképzések alkalmával is — szinte az unalomig — állandóan hangoztatni a rectalis vizsgálat fontosságát, majdnem olyan stílusban, mint hajdan Cato: „ceterum censeo..." Jó volna továbbá rectoscopiás továbbképzést is szervezni.

Szándékosan emeltem ki Molnár Béla Emil dr. közleményének azon részét, mely nem a beteg, hanem az először vizsgáló orvos hibájával foglalkozik. Azt hiszem, először itt kell javítani munkánkon s remélem, ennek rövidesen meglesz az eredménye is. *Hangos György dr.*

T. Szerkesztőség! Köszönöm *Hangos György dr.* hozzászólását. Dolgozatomnak valóban nem az volt a célja, hogy a tankönyvekben is lefektetett, közismert megállapításokat ismételgessen, hanem hogy azokat a meggyőzés erejével elmélyítse és egyben taktikát ajánljon az e téren meglevő hibák lehető elkerülésére.

A meggyőzést segíti elő Hangos dr. két tanulságos esetének közlése, de különösen hasznosan egészíti ki az általam elmondottakat az a bőséges és plasztikus fejtegetés, amelyet a rektális vizsgálat jelentőségének szentel, hasonlóképpen javaslatai annak kiegészítésére.

Hangsúlyoznom kell azonban, hogy a végbélrák diagnosztikájában *is* — a hozzászólás a címében erre szorítkozik! — elengedhetetlen a digitális vizsgálatnak rectoscopiával és irrigoscopiával történő kiegészítése. A végbéltükrözés segítségével közvetlenül, pontosan szemügyre vehető az anushoz bármilyen közel levő elváltozás, ez teszi lehetővé a próbakimetszést, de a vizsgálható magasságig megmutatja az esetleges második tumort. Ugyancsak a többszörös daganat felfedezésére, ill. kizárására kell mindig az irrigoscopiát elvégezni. Ennek a hatósugara is kiterjeszthető az anus irányába azáltal, hogy a kontrasztpép lebocsátása és a beöntőcső eltávolítása után reliefképet készítenek.

Ismételten örömömnek adok kifejezést azért, hogy Hangos dr. hathatósan támogatja törekvésemet az orvosi éberség fokozására. „Vészkiáltásunk" indokoltságát igazolja az is, hogy újra és újra jelennek meg olyan közlemények — cikkem benyújtása óta is találkoztam velük — mind angolszász, mind szovjet folyóiratokban, amelyek hasonló megállapításokat tesznek.

Molnár Béla Emil dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Humangenetik. Ein kurzes Handbuch in fünf Bänden. Band V/1. Herausgegeben von Prof. Dr. P. E. Becker. Bearbeitet von P. E. Becker. Göttingen, G. Koch, Erlangen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1966. DM 174,—

Humángenetikai ismereteink az utolsó 10—15 esztendőben egyre gyorsuló ütemben, előre nem látott hatalmas mértékben bővültek. Ennek oka, de egyben következménye is, hogy a különböző természettudományok, de más tudományok képviselői is mind nagyobb érdeklődéssel fordulnak a humángenetika felé, kutatják matematikai törvényszerűségeit, antropológiai és demográfiai vonatkozásait, biológiai összefüggéseit és mindezek alkalmazásának lehetőségeit az orvosi elméletben és gyakorlatban.

Ez feszítette szét a humángenetika ezen öt kötetre tervezett „rövid" kézikönyvének kereteit olyannyira, hogy végül is hét kötetben jelenik meg a tervezett öt helyett és ez tette szükségessé az eredetileg ötödiknek tervezett neurológiai és psychiatriai kötet két részre (V/1 és V/2 kötetek) bontását, két szoros kapcsolatban álló, de mégis csak önálló testvérkötet megjelenését. Megjegyzendő, hogy a mű egyes kötetei megjelenésük sorrendjét tekintve — kötetlenek: a szerkesztő és kiadó adós még a most megjelent V/1 kötet előtti I. és III/2. kötetekkel is.

A most megjelent V/1 kötet az idegrendszer öröklődő fejlődési rendellenességeit és megbetegedéseit tárgyalja — természetesen mindig és mindenben a humángenetikus szemszögéből. Szerzői humángenetikusok, humángenetikai és nem neurológiai intézetek élén állnak. Az 557 oldalt kitevő kötetért két szerző, Prof. *Becker* és *Koch* felelős, egyiküket ezenkívül még az egész mű szerkesztésének nehéz gondja is terheli.

Ennek a feladatának Becker, mint a már megjelent kötetek esetében, most is kitűnően megfelelt. Ez esetben persze megkönnyítette a szerkesztő dolgát, hogy ő — mint említettük —, egyben szerzője is a kötet egyik felének és mindössze egy társszerzővel kellett összehangolnia az anyag prezentálásának módját. Törekvésüket teljes siker koronázta. *Becker* azon kórképekkel foglalkozik, melyekben a spinocerebelláris, a pyramispályák, az elülső szarvak és a motoros bulbáris magvak és a peripheriás idegek részvétele áll előtérben, tehát elsősorban az örökletes ataxiákkal (vagy ha tetszik: az ataxiák öröklődésével), a spastikus paresisekkel és paralysisekkel, a bulbaris paralysissel, a spinális és neurális izomatrophiákkal. *Kochra* bízta a velőhüvely-károsodás degeneratív kórképeinek, a phakomatosisoknak (más nevükön hamartosisoknak), a syringomyeliának, az extrapyramidális rendszer betegségeinek tárgyalását és a főképpen exogen eredetű vagy még teljességgel ismeretlen aetiológiájú idegbetegségek genetikai vonatkozásainak nem könnyű fejezeteit.

Nagy erénye a könyvnek, hogy az egyes kórképek tárgyalásában nem szorítkozik csupán a genetikai ismeretek közvetítésére. Ha — érthető módon és helyesen — ezekre helyezi is a hangsúlyt, nem mellőzi a történeti háttér, a kórtan, a diagnosztika, a klinikum, de még a differenciáldiagnosztika ismertetését sem. Így egészítik ki egymást az olvasóban a pathológiai, a klinikai és genetikai mozaikok kerek képpé, egységes szemléletté. Még teljesebbé teszi a képet ott, ahol erre mód van, az összehasonlító örökléstani pathológia segítségül hívása, a philogenesises vonatkozások feltárása. Az idegrendszer megbetegedéseiről lévén szó, nagyon mélyre természetesen nem szállhat alá a phylogenesis lajtorjáján, mert ott összehasonlítás céljára alkalmas differenciált idegrendszerrel nem is találkozhatunk. De ha valaki nem elégedne meg a könyv nyújtotta felvilágosításokkal, hatalmas irodalmi jegyzék könnyíti meg a további forrásmunkák felkeresését. A szerzők e tekintetben is teljességre törekednek. Jellemző erre, hogy pl. a phakomatosisok 57 oldalon történő tárgyalását 21 oldalas, mintegy 1200 közleményt felölelő irodalomjegyzék követi.

A könyvből a genetikus klinikumot, a klinikus genetikát tanul. Végső fokon közös erőfeszítésükből a betegségek jobb megértése bontakozik ki. Erre egy — talán szubjektív — példa: a Werdnig—Hoffmann és Oppenheim betegségeket a gyermekgyógyászati, de még a neurológiai tankönyvek is külön kórképként tárgyalják. A kettő különválasztása a klinikusok számára mindig is gyötrelmes feladat volt és tulajdonképpen csak retrospektíve volt lehetséges: ha jóindulatúnak bizonyult, Oppenheimről, ha rosszindulatúnak, Werdnig —Hoffmann-kórról beszéltünk. Ám a két kórkép nemcsak klinikailag, hanem genetikailag sem választható külön és ezzel nagy kő esett le a gyermekorvos szívéről.

A nagy kézikönyvekre általában felhozott vád, hogy mire megjelennek, már el is avultak, erre a kötetre biztosan nem állja meg a helyét. 1966-ban jelent meg és az irodalmat egészen 1965-ig nyomon követi. Ez részben már a kiadó érdeme is, aki híven tradícióihoz, a kötetet tetszetős külsővel, kitűnő papiroson, remek tipográfiával, jól olvasható röntgenképekkel, áttekinthető családfákkal és illusztratív esetábrázolásokkal bocsátotta útjára. Nincsen olyan orvosi szakma, melynek művelője ne találna e könyvben újat, érdekeset, tanulságosat és hasznosat.

Lenart György dr.

Knochenstoffwechsel- und Parathyreoidea-Erkrankungen. Ihre Erforschung mittels Calciuminfusionen. Dr. Heinrich G. Haas, Basel. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1966. 171 oldal, 34 ábra, 1 színes tábla, 10 táblázat. DM 44,—

A calcium anyagcsere zavarainak vizsgálása a kutató laboratoriumok felkapott témája. A szerző is azt a feladatot vállalta, hogy a calcium anyagcsere különböző problémáit áttekinthetően, de nem terjedelmesen ismertesse. Először egy rövid physiologiai összefoglalást ad a mellékpajzsmirigy és a csont functiójáról. Két további fejezetben a mellékpajzsmirigyek, illetve a csontok betegségeinek diagnosztikáját foglalja össze különös tekintettel a calcium infusiós technikával szerzett tapasztalataira. Mivel a milieu interieur új koncepciója — a csontok, bél, vese együttese —, amibe a mellékpajzsmirigyek által ellenőrzött szabályozó rendszer is kapcsolódik, új szempontokat dobott felszínre egyes kórképek, pl. az osteoporosis keletkezésében, igen érdekes ezeket a kérdéseket a csontváz calcium-kötőképességének a tükrében vizsgálni, hiszen a válasz sok therápiás eljárás elbírálásában értékes lehet. Haas adatait a többi klinikai és pathologiai eredmények közé illeszti be. Különösen érdekesek a csontok tetracyklin jelzésével kapott észlelései. Helyesen kívánja azt is a szerző, hogy az osteoporosis, osteomalatia, ostitis fibrosa statikus fogalmait dinamikus fogalmakkal (Knochenumsatzrate stb.) kellene kiegészíteni és az életkor szabványával korrelációba hozni. Ezzel szemben nem szerencsés az ostitis fibrosa helyett az osteoklastosis fogalmának a bevezetése, mivel ez a betegség lényegét éppen olyan elégtelenül definiálja. Szükséges volna, ha módszerét rutindiagnosztikusan akarjuk használni, hogy azt a szerző egyszerűbbé tegye. Ismeretes, hogy a jelzett anyagokkal végzett ilyen vizsgálatok, milyen költségesek és nem éppen hibanélküliek.

A könyv különben igen hasznos munka. A fejezetek rövid összefoglalói dicsérendők. Sokat segítenek a munka érthetőségén és áttekinthetőségén. A könyv végén található irodalom olyan bőséges, hogy a kutatónak is komoly segítséget nyújt. A munka elsősorban olyan szakembereknek ajánlható, akiket a calciumanyagcsere problémái részleteiben is érdekelnek.

Fehér László dr.

Megjelent

FOGORVOSI SZEMLE
Stomatologia Hungarica

1967. 2. szám

Kemény Imre dr.—Ember Erika dr.: A rágómozgási szög jelentősége a kényszerharapásos helyzetek diagnosztikájában.
Molnár László dr.: A vázprotézisek fejlődésének iránya.
Adler Péter dr.: A szúvasodási hajlam meghatározása.
Tóth Károly dr.—Szabó Imre dr.: Újabb adatok cigányok fogászati állapotának megítéléséhez.
Tudományos ülések.
Könyvismertetés.
Lapszemle.
Hírek.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1967. 2. szám

Gerhard Göllnitz: Die Bedeutung der Kinderneuropsychiatrie für die Kindererziehung.
Horányi Béla dr., Molnár Sándor dr., Stipula Magda dr.: A vázizomzat sarcoidosisa.
Juhász Pál dr.: Az alkoholizmus mint szociálpsychiatriai és egészségpolitikai probléma.
Orosz Éva dr., Pásztor Emil dr., Juhász János dr.: Agyi aneurysmák ruptúrája, illetve műtéte kapcsán létrejött angiospasmus és hypothalamus laesio.

TUBERKULÓZIS ÉS TÜDŐBETEGSÉGEK

1967. 2. szám

Balogh Ferenc, Császár József, Csontai Ágoston: A vesetuberkulózis műtéti előkészítésének értékelése a szövettani és klinikai kép alapján.
Fodor Tamás, Szabó István: Tapasztalatok a trinátriumfoszfátos előkezelés foszforsavas közömbösítésével.
Czakó Zoltán, Bacsa Sándor, Molnár Éva, Nagy Mária: Megtévesztő klinikai és műtéti leletek a tüdősebészetben.
Fábián Erzsébet, Kiss János: A cavernostomia üreg baktériumflórájának dinamizmusa.
Sashegyi Bertalan, Malatinszky István: A tbc-s bronchopulmonalis nyirokcsomókkal kapcsolatos (főleg idős nőkön előforduló) hörgő- és tüdőmegbetegedésekről.
Horányi János, Molnár János, Baranyai Lajos: Peripheriás bronchuscarcinoidról.
Barna László: A nem gümős tüdőbetegségek intraoperatív kérdései.
Lapszemle.
Hírek.

EGÉSZSÉGTUDOMÁNY

1967. 1. szám

Pacséri Imre: Az összetett expozíció munka-higiénés vonatkozásai.
Páter János: Közlekedés-higiéne Magyarországon.
Baron Ferenc: A fagylaltgyártás és forgalombahozatal közegészségügyi problémái.
Jeney Endre, Péter Ferencné, Péter Mózesné: Extrém kénszennyeződések előfordulása a fűtési időszakban Debrecen város területén.
Kereszti Alfréd: Belső-klíma vizsgálatok újrendszerű légfűtéses lakásokban.
Nehéz Mária, Fodré Zsófia: Adatok növényi eredetű porok vegyi, ásványtani, bakteriológiai, mykológiai és allergizáló tulajdonságainak megismeréséhez.
Fázold Ádám, Bíró Zsigmond, Takács Sándor, Schiefner Kálmán: Talajvízdúsítás Borsod megyében.
Kulcsár Gizella, Dán Pál, Geck Péter, Nász István: 14-es típusú adnovírus izolálása tonsipollo-pharyngitis járványból.
Hoch Róbertné, G. László Vera: Érzékeny, gyors-diagnosztikai módszer bevezetése az élelmiszer-bakteriológiába.
K. Horn, P. J. Grosser: Adatok a levegőhigiéne területén végzett epidemiológiai vizsgálatok kérdéséhez, különös tekintettel a higiénés normák megalapozására.
Kerekes László: Táptalaj (P_{10}) bélbaktériumok differenciálására.
Marton Anna, Geck Péter, Jánossyné Borosa Gizella: Vizsgálatok immunfluoreszens módszer élelmiszer-bakteriológiai alkalmazására.
Beszámolók kongresszusokról és tanulmányutakról.

MAGYAR ONKOLOGIA

1967. 1. szám

Riskó Tibor dr.—Vincze Egon dr.—Nyul-Tóth Pál dr.—Tomory István dr.: A percutan eszközös biopsiás vizsgálatok jelentősége a csont-tumorok felismerésében
Bartsch Aurél dr.: Műtét utáni kismedencei szóródás méhnyakráknál.
Barabás Csabáné dr.—Molnár János dr.: A röntgenvizsgálat jelentősége a nyelőcsőrák kórismézésében.
Szabó Imre dr.—Kárpáti György dr.—Szekulesz Ágnes dr.—Németh György dr.: Májscientigraphiás vizsgálatok »^{131}J-bengálrózsá«-val
Vándor Ferenc dr.—Szabó Imre: A szájüreg nyirokútjainak izotópos lymphographiája.
Hankovszky Mária dr—Szántó Sándor dr.—Pálffy Gyula dr.: Tapasztalataink podophyllin derivatumokkal a tüdődaganatok kezelésében.
Juhász Jenő dr.—Baló József dr.—Szende Béla dr.: A hydrazin daganatkeltő hatása.
Csányi Endre dr.: Újabb adatok a DBM (Myel obromol) pharmakologiájához.
Kendrey Gábor dr.: Sajátos (sündisznószerű) zárványok primaer májcarcinomában.
Wabrosch Géza dr.: Vesesectio solitaer vesén hypernephroma miatt.
Götz Frigyes dr.—Tóth József dr.: Mellékveséből kiinduló rák.
Jármay Pál dr.: Hólyagdiverticulumban fellépő papilloma malignum.
Kemény Armandné dr.—Farkas Károly dr.—Tanka Dezső dr.—Keller Mária: Az 1—2 ^{3}H hydrocortison metabolismusa egyes patkánytumorokban.
Könyvismertetés.
Hírek.

A Természettudományi Közlöny 1967. március havi számának tartalma

Tíz év . . .
Archaeologia experimentalis (dr. Fábián Gyula).
Nincs béke az olajfák alatt (Izrael és arab szomszédai) (dr. Probáld Ferenc—Hajdu János).
A születések biológiai ritmusa (dr. Gerőfi Judit).
Hozzászólás »Tudomány és népművelés« c. cikkünkhöz.
A fejfájás (dr. Répay Gabriella).
»Divatok« a légkörkutatásban (dr. Aujeszky László).
Játék és matematika (II.) (dr. Rényi Alfréd).
A Budavári Palota (Czagány István).
Atomenergetika (Szatmáry Zoltán).
Az ötezer éves hagyma (Bruder János—Cs. Kovács László).
Izomműködés — fényképen (Katona Zoltán).
Kisebb közlemények: Nukleáris diplomácia — Küzdelem a vírusok ellen — Habanyagok a talajban.
Híradó.
Folyóiratszemle.
Könyvismertetések.

ORVOS ÉS TECHNIKA

1967. 2. szám

Bevezető.
Megnyitó.
Dipl. Ing. H. Fritzsch: A VEB Messgerätewerk Zwönitz orvosi elektronikus mérőberendezései.
E. Mehler: Elektronikus betegellenőrzés egy intenzív terápiás állomáson.
Katona Zoltán: A sokcsatornás orvosi elektronikus mérőkészülékek hazai fejlesztési irányai.
Horváth Péter: Az izotópos keringésvizsgálat elvi és méréstechnikai módszereiről.
Jancsó Tamás, Madarász István, Galgóczy Gábor és Obál Ferenc: Újabb adatok a termisztoros szöveti véráramlásmérő módszer alkalmazásához.
Bemutató műtétek szovjet műszerek alkalmazásával.
Műszerismertetés.
Lapszemle.
Orvosi műszer vonatkozású irodalmi tájékoztató.

EGÉSZSÉGÜGYI FELVILÁGOSÍTÁS

1967. 2. szám

Métneki János dr.: Újabb feladatok előtt.
Székely Lajos dr.: Az egészségnevelés tudománya.
Kovács András dr.: Az egészségügyi felvilágosítás és a nők.
Bálint István dr.: Az alkoholizálás és a munkaképesség.
Somogyi István dr.: Új szempontok a fekélybetegek aetiológiájában.
Talányi Sámuel dr.—Hencz Aurél dr.: Törekvések az egészségvédelmi szemlélet kialakítására hazánkban.
Zéti Endre dr.: A himlőoltás első magyar nyelvű propaganda-irata a XIX. században.
Sugyi Balázs dr.: Adatok a renaissancekori Magyarország egészségügyi felvilágosításához.
Kontra György dr.: Az orvos szerepe a gyermek nevelésében.
Csváth Pál dr.: A légúti allergiás betegségek prevenciója és az egészségügyi felvilágosítás.
Ormössy László: Műszaki és szervezési kezdeményezések a kohászati egészségvédelemben.
Szabó Lajos dr.: Tapasztalatok az üzemegészségügyi felvilágosítás gyakorlatából.
A társadalomról szóló ismeretek alkalmazásának fontossága az egészségügyi nevelésben (dr. Füsti Molnár Sándor).
Képek az Egészségügyi Felvilágosítás IV. Országos Értekezletéről.

HÍREK

A MOTESZ hírei

A MOTESZ elnökségének ülése

A **Magyar Orvostudományi Társaságok** és **Egyesületek Szövetségének elnöksége** 1967. II. 9-én ülést tartott. Az ülésen megjelentek az elnökség tagjai: *Babics Antal, Benényi Béla, Donhoffer Szilárd, Farkas Károly, Gömöri Pál, Julesz Miklós, Kesztyűs Lóránd, Király Kálmán, Sárkány Jenő, Simonovits István, Szabolcs Zoltán, Szántó György, Végh Antal és Zoltán Imre.* Jelen volt az ülésen *Gál György* dr. az MSZMP kulturális és tudományos osztályának alosztályvezetője, *Medve László* főosztályvezető, az Egészségügyi Minisztérium képviseletében és *Haranghy László*, a MOTESZ fegyelmibizottságának elnöke.

Gömöri Pál elnök megnyitójában röviden vázolta az 1966-os év fontosabb eredményeit. A társaságok a múlt év folyamán demokratikusan megalakultak. Megválasztották tisztikarukat. Az egészségügyi miniszter elvtárs további 16 új társaság megalakulását hagyta jóvá. A munka az utolsó fél év folyamán döntően a társaságok újjáalakulásában állott. Ez komoly feladatokat rótt az ügyvezető elnökségre és a titkárság adminisztratív apparátusára. Viszonylag rövid idő alatt igen örvendetesen alakult a taglétszám. Mivel a MOTESZ most már az orvostársadalom jelentős részét képviseli tekintélye is emelkedett. Így ezzel magyarázható, hogy az elnökséget az egészségügyi miniszter bevonta a külügyi bizottság munkájába. Ugyancsak figyelembe vették az egyesületek személyi javaslatait a külföldi kongresszusi küldetésekben.

Zoltán Imre tájékoztatást adott a MOTESZ szervezeti és pénzügyi helyzetéről. Az utolsó év alatt kialakult a titkárság. Létszáma sok feladathoz: a központi tagnyilvántartáshoz, a folyóügyek zökkenőmentes lebonyolításához viszonylag kicsi. Az érdemleges szervező munka a küldöttközgyűlés után kezdődött. Ekkor kezdte rendezni a titkárság a központi tagnyilvántartást. Az újonnan létesült 16 társasággal együtt a MOTESZ-nek 46 tagegyesülete és ezeken belül kb. 11 000 orvos és gyógyszerész tagja van. Az orvostársadalom többsége tehát tagja a tudományos egyesületeknek. A szövetség együttesen hatalmas társadalmi és tudományos erőt jelent. Örvendetes, hogy a tagság megértette, hogy a tudományos egyesületeket maguknak kell eltartani. A tagdíjfizetési felhívásra a többség azonnal reagált. Az orvostársadalom felismerte, ha a szövetségnek és az egyesületeknek megfelelő anyagi erő áll a rendelkezésére, akkor lehet a tudományos és szakmai elképzelést legcélszerűbben megvalósítani, akkor tudja nemzetközi kapcsolatait szélesen kibontakoztatni. A tagdíjfizetési fegyelem alakulása azért is kedvező, mert a központi keretből kisebb taglétszámú, azonban a magyar tudomány szerves és fontos részét képező egyesületeket is támogatni tudjuk. Ezek tagdíjaikból önmagukat fenntartani nem tudnák és központi támogatás nélkül nagyobb tudományos megmozdulásokat sem tudnak rendezni. 1967-ben már a tagdíjakból összegyűlt központi keretből fedezzük társaságaink nemzetközi (külföldi) társasági tagsági díjait is.

Király Kálmán főtitkárhelyettes beszámolt az egyesületek nemzetközi kapcsolatairól. A nemzetközi társaságok tagsági díjának devízafedezete a MOTESZ kezelésébe került. Ez az ügyvitelt egyszerűbbé teszi. Felsőbb hatóságaink megértése kifejeződött abban, hogy az eddigi keretet 25%-kal megemelték. Lehetővé vált, hogy az alábbi nemzetközi társaságokba is beléphessünk: CIOMS, International Union Against the Venereal Diseases and the Treponematoses; International Medical Association for the Study of Living Conditions and Health; Association Mondiale de Psychiatrie; International Union of Pharmacology; International Dental Federation; World Federation of Neurosurgical Societies; International Society for Rehabilitation of the Disabled; Union Against Tuberculosis; Association Internationale de Médecine des Accidents et du Trafic; Commission Permanente de la Medecine du Travail.

Bár a devizakeret a múlthoz képest nagyobb, még mindig nem elegendő arra, hogy valamennyi társaságunk megfelelő nemzetközi kapcsolatot létesítsen. 11 társaság még nem tagja a megfelelő nemzetközi társaságnak. Ezért érvényt kell szerezni annak a közgyűlési határozatnak, hogy nemzeti társaságokban való egyéni részvételre a központi devizakeretet felhasználni nem szabad. Az elnökség a referátum alapján megvizsgálta és határozatot hozott arra, hogy több társaság a megfelelő nemzetközi társaságban nagyobb súllyal legyen képviselve.. Erre az egyes társaságok vezetői tettek demokratikusan kialakított javaslatot.

Farkas Károly alelnök beszámolt a lapjaink összefogására, vezetése alatt alakult könyv és folyóirat bizottság munkájáról. Az ifjúsági Lapkiadó Vállalat igazgatójával az egyesületek bevonásával folytatott eredményes tárgyalások következményeként több lapunk terjedelmét növelték. A vita során elhangzott, hogy szaklapjaink az októberi szocialista forradalom 50. évfordulójáról széles körben emlékezzenek meg. Fontos lenne, ha lapjainkban szerkesztőségi cikkek jelennének meg a magyar—szovjet tudományos kapcsolatok jelentőségéről és konkrét eredményeiről.

Zoltán Imre főtitkár és *Haranghy László* a fegyelmi bizottság elnöke előterjesztése alapján az elnökség megvitatta a MOTESZ fegyelmi szabályzatát. A legtöbb vitára alkalmat adó pont volt, amelyik az állampolgári, ill. közéleti vétségeken felül a tudományos etikát sértő magatartást, vagy eljárást határozta meg.

Az élénk vita és a sok javaslatot tartalmazó hozzászólás alapján jog-

gal támad az az érzés, hogy a MOTESZ megalakulásával nemcsak a szervezeti forma változott. Nőtt a felelősségérzés és az érdeklődés a közösen összeadott vagyon, a közösen kialakított feladatok és nemzetközi kapcsolatok iránt.

Király Kálmán dr.

☆

Tájékoztató

Felhívjuk igen tisztelt tagjaink szíves figyelmét, hogy 1967. IV. 1-től folyamatosan megkezdjük az 1967. évi egyesületi tagdíjak befizetésére szolgáló befizetési lapok (csekk) kiküldését. A befizetési lap kitöltésénél szíveskedjék figyelembe venni »A befizető díjmentes magánközleményei« rovatot, ahol feltüntetjük a tagdíj összegét és a társaságot (társaságokat), amely tagsága fejében a tagdíj esedékes.

Tekintettel arra, hogy a postai felülbélyegzés sok esetben olvashatatlanná teszi a befizető nevét, nagyon megkönnyítené ügyvitelünket és ezért nagyon hálásak lennénk, ha ugyanebbe a rovatba a befizetők nevüket is szívesek volnának beírni.

MOTESZ Titkársága.

☆

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1967. április 11-én (kedden) du. 3 órára tűzte ki *Kecskés Lajos dr.* asp. kív. benyújtott »A szexuálszteroid produkció szervi lokalizációjának kérdése koraterhességben« c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját.

A vita helye: BOTE II. Belklinika tanterme. Bp. VIII., Szentkirályi u. 46. A.-ép.

Az értekezés opponensei: *Holló István dr.*, az orvostud. kandidátusa, *Sas Mihály dr.*, az orvostud. kandidátusa.

☆

MEGHÍVÓ

A **Magyar Rehabilitációs Társaság** 1967. április 15-én szombaton délelőtt 9 órakor tudományos ülést tart az ORFI Klubtermében (Bp. II., Frankel Leó u. 25—29. Lukács fürdő épülete.)

Az ülés programja:

1. *Irás Jenő dr.:* Felmérési adatok a rehabilitációra szoruló betegekről. (25 perc).

2. *Romoda Tibor dr.:* A szívbetegek rehabilitációjáról. (25 perc).

Felkért hozzászólók: *Debrőczy Tibor dr.* (10 perc). *Vadász Gyula dr.* (10 perc).

MEGHÍVÓ

a Magyar Gastroenterologiai Társaság

1967. április hó 26-tól 29-ig nagygyűlést rendez

Parádfürdőn az Állami Gyógyfürdőkórházban.

RÉSZLETES MŰSOR:

Április 26. Érkezés Parádfürdőre 9.40 órakor autóbuszon. A menetrendszerű járat Budapest, Engels-térről 6.30 órakor indul.

Ebéd: 14.15—15.00 óráig, vacsora: 20.15—21.00: óráig.

Április 27. 9—9.30 óráig reggeli, 9.30—13.30 óráig

TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK.

FŐTÉMA: *»Idült májgyulladás«.*

Referálók:

Dóbiás György: Immunpatológiai vonatkozások.

Wittman István: Laparoscopia.

Bizza Piroska: Májbiopsia.

Szarvas Ferenc: Klinikai vonatkozások.

Hozzászólások:

14.15—15.00 óráig ebéd
15.30—19.30

Főtémához csatlakozó előadások:

Szűcs J., Kisfaludy S. (BOTE, I. sz. Belklinika, Budapest): Modern diuretikumok (Lasix és Etacrinsav) hatása májcirrhosisos betegek elektrolyt-háztartására és sav-bázis egyensúlyára.

Kisfaludy S., Büki B., Sándor B. (BOTE, I. sz. Belklinika, Budapest): Az ammónia cerebralis toxicitását befolyásoló tényezők vizsgálata.

Csernay L. (SZOTE, I. sz. Belklinika, Szeged): Tapasztalatok Au^{198} kolloiddal készített máj-scintigráfiával.

Korényi-Both A., Lapis K., Balázs M. (OTKI, Kórbonctani és Kórszövettani Tanszék, Budapest): Adatok a a krónikus hepatitissel kapcsolatos ultrastrukturális elváltozásokhoz.

Balázs M., Lapis K., Korényi-Both A. (OTKI, Kórbonctani és Kórszövettani Tanszék, Budapest): Adatok a krónikus intrahepatikus cholestasis fény- és elektronmikroszkópos képéhez.

Dán S., Lapis K., Sári B., Dévényi I. (DOTE, I. sz. Belklinika, OTKI Kórbonctani és Kórszövettani Tanszék, DOTE, Kórbonctani Intézet, Debrecen): Mitochondrialis és cytoplasmatikus eredetű serum-enzymek vizsgálata chronikus hepatitisben.

Molnár Gy., Farkas Gy. (BOTE, III. sz. Belklinika, Budapest): Izotóp módszer porto-cavalis anastomosisok kimutatására.

Darvas Gy., Szarka L.-né (Fővárosi IV. ker. Tanács Városi Kórháza, Budapest): Gümőkóros betegek idült hepatitise.

Várkonyi S., Nagy L., Szücs O (MÁV Kórház és Központi Rendelő, Budapest): Megfigyeléseink »lupoid hepatitis«-ről és systemás lupus erythematodesben talált májelváltozásokról.

Fehér M. (János Kórház és Rendelőintézet III. Belosztálya, Budapest): Hepatitist utánzó májelváltozások úgynevezett máj-colitis syndromában.

Haas P., Mátyus L., Kertész T (OTKI, Sebészeti Tanszéke, Budapest): Chronikus hepatitis és műtéti kockázat.

Eszes P., Engländer Zs., Korányi Gy. (OÉTI, OTKI II. Gyermekmegyógyászati Tanszék, Budapest): Adatok a gyermekkori akut hepatitis dietotherapiájához.

Hun N., Fejér A. (Országos Ideg- és Elmegyógyintézet Belgyógyászati és Fertőző Osztálya, Budapest): A phenothiazidok májkárosító hatásáról (adatok a drog-icterusokhoz).

Aszódi Z. (Balassa János Kórház I. sz. Belgyógyászati Osztály, Budapest): A viszketés és a vér epesavtartalom összefüggéseinek vizsgálata máj- és epeút-betegségekben.

Korányi Gy., Holland R.: (Péterfy Sándor utcai Kórház Gyermekosztálya és Kórbonctani Intézete Budapest): Gyermekkori progresszív hypergammaglobulinaemiás cirrhosis. (Bemutatás).

20.15—21.00 óráig vacsora.

Április 28. 9.00—9.30 óráig reggeli.

9.30—13.30:

HETÉNYI GÉZA-emlékelőadás:

Sós József: Táplálkozás kóros emésztőszervi működés közben.

A Magyar Gastroenterológiai Társaság 1966. évi tudományos díjainak kiosztása.

Szünet

Tudományos előadások:

Póka L. (POTE, I. sz. Sebészeti Klinika, Pécs): Strukturális és enzym-aktivitás változások bélparesisben.

Póka L., Földi I., Czirbusz Gy., Farkas S., Bartek I.: (POTE, I. sz. Sebészeti Klinika, Pécs): A mikrocirculatio zavara bélparesisben.

Külföldi vendégek előadásai.

14.15—15.00 óráig ebéd.

16.00—19.30:

»A gyomorrák korai diagnosisa«

Kerekasztal-megbeszélés. Vita vezető: *Szabolcs Zoltán.*

A megbeszéléshez csatlakozó előadások:

Holländer E., Balázs M., Börzsönyi M. (OTKI, II. Belgyógyászati Tanszék, Kórbonctani és Kórsz

vettani Tanszék, Budapest): A millipore-filter technika alkalmazása a gastrocytológiában.

Trebitsch M., Miczbán I., Wittmann I. (Balassa János Kórház I. Belgyógyászati Osztály, János-Kórház Központi Laboratórium, Budapest): Gastrocytológiai vizsgálatok a gyomor-carcinoma korai felismerése céljából.

Bajtai A., Figus A. (BOTE I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest és Városi Tanács Kórháza, Röntgenosztály, Jászberény): A gyomor-cytológiai vizsgálatok értékelhetőségéről.

Vita

20.15—21.00 óráig vacsora.

Április 29. 9.00—9.30 óráig reggeli.

9.30—13.30:

Tudományos ülések:

Csákváry G., Csalay L.: (BOTE Kórélettani Intézete, Budapest): Gyomornyálkahártya ATPase aktivitásának változása kísérletes ulcusban.

Frenkl R., Csalay L., Csákváry G., Richter A., Jákó P., Juhász J. (BOTE Kórélettani Intézete és OTSI Belosztálya, Budapest): A rezisztin hatás antiserotonin és antiulcerogen vonatkozásainak vizsgálata.

Selmeci L., Pósch E., Farkas Á.: (BOTE Kórélettani Intézete, Budapest): Tejsavhidrogenáz (LDH) aktivitás vizsgálata, kísérletes fekélyekben.

Gáti T., Keszler P., Selmeci L., Pucsok J., Zelles T.: (BOTE Kórélettani Intézet, Budapest): Pajzsmirigyirtás hatása a gyomorszekrécióra és a Shay-ulcus kifejlődésére patkányban.

Mózsik Gy., Kiss B., Krausz M., Jávor T. (DOTE II. sz. Belklinika, Debrecen): Szöveti phosphor- és nukleinsav-tartalom vizsgálata Stigmosan-kezelt patkányok gyomorfalában.

Antal L., Jávor T., Dobi S. (DOTE, II. sz. Belklinika, Debrecen): Osmotikus tényezők szerepe a glucose-felszívódásában.

Győrffy Á., Dobi S., Jávor T. (DOTE, II. Belklinika, Debrecen): Intraduodenalisan adott PH puffersorozat hatása a gyomorszekrécióra Shay-patkányon.

Hideg J., Gelencsér F., Gáti T., Lusztig G. (Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálata, BOTE Kórélettani Intézete Budapest, Bács-Kiskun megyei Tanács Kórháza, Kecskemét): Hypoxia és hyperoxia hatása a Reserpinnel előidézett patkány-ulcus kifejlődésére.

Sáfrány L., Szatmári É., Zádory E. (BOTE, I. sz. Belklinika, Budapest): A gyomor motoros működésének elektromanometriás vizsgálata. Gyógyszerek, elsősorban Metoclopramid hatása.

Petrányi Gy., Szabó T. (DOTE. II. sz. Belklinika, Debrecen): A colitis ulcerosa kezelése ^{35}S izotóppal.

Preisich P., Kiss I. (Balassa János Kórház I. Belgyógyászati Osztály, Budapest, Tétényi úti Kórház Prosectura, Budapest): Vékonybélbiopsiás vizsgálatok az enteropathiák differenciális diagnosztikájában.

Steiner B.: (OTKI, Gyermekgyógyászati Tanszék, Budapest): Siderophagok a gyomorban.

Köves P., Jákó J. (BOTE I. sz. Belklinika, OTKI I. sz. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): Új therapiás próbálkozás a fekélybetegségben.

Herczeg T., Kárpáti P., Börzsönyi N., Benedeczky I. (OTKI, Sebészeti Tanszék, Budapest): Gyomorból kiinduló extramedulláris plasmocytoma. (Bemutatás).

Korányi Gy., Rajk A., Róbert J. (Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház Gyermekosztálya és Gyermeksebészete, Budapest): Műtéttel gyógyult óriási újszülöttkori májhaemangioma. (Bemutatás.)

14.15—15.00 óráig ebéd.

Az előadások tartama egységesen 10 perc, a bemutatásoké 5 perc. 17.00 órakor indulás a menetrendszerű autóbuszon. Érkezés Budapest — Engels térre 20.00 órakor.

Részvételi díj: 370 Ft. Az ellátás kezdődik április 26-án ebéddel és végződik április 29-én ebéddel. A fenti részvételi díjban nincs benne az utazási költség.

Jelentkezés *április 15-ig.*

A korlátozott elhelyezési lehetőségekre való tekintettel kérjük a jelentkezési határidő pontos betartását, különösen, ha családtag elhelyezését is igénylik. Gyermekek elhelyezését nem vállaljuk.

A részvevők április 26-án, szerdán délelőtt érkeznek Parádfürdőre. A fogadás és a részletes programátvétele a Gyógyintézet Társalgójában történik.

☆

A MAGYAR UROLÓGUSOK és NEPHROLÓGUSOK TÁRSASÁGA folyó év *május 20-án* 9 óra 30 perckor *Esztergomban* rendezi *vándorgyűlését,* melynek témája; *a vesekő betegség konzervatív (műtéti és gyógyszeres) kezelése.*

Program: 1. *Frang D., Babics A.:* Kőoldás (15 perc).

2. *Balogh F.:* A pécsi Urológiai Klinika 10 éves köves beteganyaga (15 perc).

3. *Hencz L.:* Konzervatív-kombinált therápia ureterkövek esetében (15 perc).

4. *Noszkay A., Wabrosch G.:* A vesefunkciók biztosítása vese- és ureterkövek szövődményeiben (15 perc).

5. *Marczel I.:* Az esztergomi kórház urológiai osztályának 17 éves köves beteganyaga (15 perc).

Elhelyezési lehetőség: Az esztergomi modern Fürdőszállóban, többségben 2 ágyas szobákban, vagy az IBUSZ vendéglátó szolgálata útján.

Közös ebéd: Május 20-án délben a Fürdőszálló éttermében.

Társadalmi programm: Az esztergomi bazilika, a kincstár, az ásatások és a képtár megtekintése.

A részvételi szándékot kérjük *április hó 20-ig* közölni *Dr. Szendrői Zoltán* egy. docenssel, Urológiai Klinika, Bp. VIII., Üllői út 78/b.

☆

A **Csehszlovák Kardiologiai Kongresszus** nemzetközi részvétellel Bratislavában f. é. június 13—16. kerül megrendezésre. Tárgya: *Metabolikus elváltozások a szívgyengeségben. Therápiás és diagnosztikai módszerek a kardiológiában. Kölcsönhatás magasvérnyomás és arteriosclerosis között.*

PÁLYÁZATI hirdetmények

(226)

A Főv. Tanács Péterfy S. u. Kórháza pályázatot hirdet az intézet radiológiai osztályán megüresedett E. 110. kulcsszámú **adjunktusi** állásra. Illetmény a kulcsszám szerinti alapbér és veszélyességi pótdíj. 3 órás mellékállás helyileg biztosítva.

Forgács József dr.
igazgató-főorvos

(227)

Tata Városi Tanács V. B. Egészségügyi Csoport vezetője, pályázatot hirdet a közeljövőben betöltésre kerülő **körzeti gyermekorvosi** állásra. Illetménye E. 176. ksz. szerint és 100 Ft körzeti orvosi pótlék. Az állás betöltéséhez gyermekgyógyász szakorvosi képesítés szükséges. Előnyben részesülnek az orvos-házaspárok, mivel jelenleg egy körzeti orvosi állás is üres. Rendelés közületi orvosi rendelőben. Lakást a Tanács biztosít.

Pál István dr.
városi főorvos

(228)

A **Kiskunfélegyházi** Városi Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a Rendelőintézetnél üresen álló **gyermekgyógyász szakfőorvosi** állásra E. 126. kulcsszám alatt. Rendelési idő napi 6 óra. Mellékállás vállalására is van lehetőség. A kinevezendő főorvos részére lakás rendelkezésre áll.

Fazekas Lajos dr.
igazgató-főorvos

(229)

A Pécsi Orvostudományi Egyetem rektora pályázatot hirdet az egyetemi gyógyszertárban újonnan szervezett E. 196. ksz. beosztott **gyógyszerészi** állásra. Pályázhatnak államvizsgát tett gyógyszerészek. Előnyben részesülnek az intézeti, gyógyszertári gyakorlattal rendelkező, esetleg tudományos munkát végző gyógyszerészek. A pályázati kérelmet közzétételtől számított 15 napon belül kell benyújtani a Pécsi Orvostudományi Egyetem Rektori Hivatalához (Pécs, Rákóczi út 80.). A pályázati kérelemhez csatolni kell a gyógyszerészi

oklevelet, önéletrajzot, működési bizonyítványt, a tudományos munkák jegyzékét és a dolgozatokat.

Donhoffer Szilárd dr.
rektor

(230)

A KPM I. Vasúti Főosztály I/3. C. Egészségügyi és Munkavédelmi Osztálya pályázatot hirdet Szombathely székhellyel **kerületi-higienikusi orvosi** állás betöltésére.

Alapbér az E. 148-as kulcsszám szerinti besorolás. Saját és családtagjai részére MÁV utazási kedvezmény biztosítva. Amennyiben a pályázónak lakásproblémája lenne, a szombathelyi Vasútigazgatóság I. osztály vezetője messzemenően segítséget fog adni.

A pályázati kérelmeket a szombathelyi Vasútigazgatóság I. osztály Egészségügyi Főcsoport vezetőjéhez kell benyújtani. (Szombathely, Garai u. 5.)

Leszkay György dr.
osztályvezető

(231)

Békés megyei Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (Gyula) pályázatot hirdet a kórháznál megüresedett 2 **sebész,** 1 **kórszövettani** és 1 **belgyógyász** E. 112. kulcsszámú **segédorvosi** állásra. Szakképzett jelentkezők hiányában az állásokat szakképzetlen orvosokkal is betöltjük. Az állást betöltők részére férőhelyes elhelyezést biztosítunk. A meghirdetett állásokra a 135/1955. (Eü. K. 10) Eü. M. számú utasításban meghatározott okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeket a hirdetmény közzétételétől számított 15 nap alatt — munkaviszonyban állóknak a szolgálati út megtartásával — a megyei kórház igazgató-főorvosához kell benyújtani.

(232)

Békés megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője pályázatot hirdet a megyei tanács kórházánál (Gyula) nyugdíjazás folytán megüresedett E. 108. kulcsszámú **szül-, nőgyógyász főorvosi** állásra.

A 135/1955. (Eü. K. 10.) Eü. M. számú utasításban meghatározott okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeket a hirdetmény közzétételétől számított 30 nap alatt — munkaviszonyban állóknak a szolgálati út megtartásával — a megyei kórház igazgató főorvosához kell benyújtani.

Farkas Ernő dr.
megyei főorvos

(233)

A Rétsági Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet az 1967. május 31-vel nyugdíjazás miatt megüresedő romhányi E. 183. kulcsszámú **üzemi körzeti orvosi** állásra. A körzethez egy kapcsolt körzet tartozik. Alapilletménye fenti kulcsszámnak megfelelően havi 2900 Ft, korpótlék, 300 Ft körzeti orvosi pótlék, 550 Ft ügyeleti átalány, 828 Ft fuvarátalány, csecsemő- és terhestanácsadásért havonta kb. 150 Ft, 3 szoba összkomfortos, közművesített szolgálati lakás rendelővel, váróval, garázzsal, kerttel, beköltözhetően rendelkezésre áll.

A Rétsági Járási Tanács V. B. Eü. Csoportjának vezetője 1967. május 1-vel pályázatot hirdet az áthelyezés miatt megüresedett E. 210. kulcsszámú kétbodonyi **körzeti házibetegápolónői** állásra. Alapilletménye fenti kulcsszámnak megfelelően 1342 Ft, korpótlék, 142 Ft útiátalány. Szoba-konyhás modern, egészséges lakás rendelkezésre áll. Szükség esetén az állást elnyerő kisgyermeke részére óvodai elhelyezés biztosítható.

A pályázni kívánók kérelmüket a megjelenéstől számított 15 napon belül, kellően felszerelve, a szolgálati út betartásával a Rétsági Járási Tanács V. B. Eü. Csoportjához jutassák el.

Várdai József dr.
járási főorvos

(234)

Pályázatot hirdetek intézetünk tudományos kutató osztályán megüresedett **tudományos munkatársi** (ksz.: 934), illetve **főmunkatársi** (ksz. 933) állásra. Kardiologiai képzettséggel rendelkezők előnyben részesülnek. A szabályszerűen felszerelt kérvényeket e hirdetmény megjelenésétől számított két héten belül kell az Országos Testnevelés- és Sportegészségügyi Intézet igazgatósága (Budapest XII., Alkotás u. 48.), címére benyújtani.

Hajdú Ferenc dr.
igazgató-főorvos

(240)

A Szigetvári Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet 1 fő E. 181. ksz. **körzeti orvosi** állásra **Mozsgó** székhellyel. Illetmény kulcsszám szerint, valamint fuvarátalány, ügyeleti díj stb.

Az állás azonnal elfoglalható. Megfelelő összkomfortos lakás felújítás alatt van.

Mécs László dr.
járási főorvos
kórházigazgató

(235)

Pályázatot hirdetek a XI. ker. Tanács V. B. Himfy u. Csecsemőotthonban nyugdíjazás folytán megüresedő **igazgató-főorvosi** állásra (8 órás).

Illetmény az E. 107. kulcsszámnak megfelelő összeg, továbbá munkahelyi pótlék és korpótlék.

Az állás elnyeréséhez gyermekgyógyász szakképesítés és megfelelő gyakorlat szükséges.

Előnyben részesülnek azok a pályázók, akik a szakképesítésen kívül a gyermek psychiatria területén jártasak.

A pályázathoz szükséges okmányokat a XI. ker. Tanács V. B. Eü. Osztály vezetőjéhez (Bpest. XI., Zsombolyai u. 5.) kell a hirdetéstől számított 15 napon belül megküldeni.

Cziráky Gábor dr.
fővárosi kerületi főorvos

(236)

Az orosházi Városi Tanács Kórház igazgatója pályázatot hirdet a belgyógyászaton áthelyezés folytán megüresedett E. 110. kulcsszámú **adjunktusi,** valamint a tbc. osztályon áthelyezés folytán megüresedett E. 112. kulcsszámú **szaksegédorvosi** állásra. Javadalmazás kulcsszám szerint, tbc. osztályon 30% veszélyességi pótlék is jár.

Zékány Gyula dr.
igazgató-főorvos

(237)

Budapest Főv. III. kerületi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (III. Fő tér 3.) pályázatot hirdetek a Margit kórházban megüresedett E. 109. kulcsszámú **laboratóriumi főorvosi** állásra.

Pályázati kérelmeket a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kell benyújtani.

Vidosfalvy Magda dr.
ker. főorvos, eü. osztályvezető

(238)

Sátoraljaújhelyi Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a sebészeti osztályon megüresedett **alorvosi** állásra. Pályázhatnak szakképesítés nélküliek is. Fizetés, az egységes bértáblázat szerint, szakképesítésnek megfelelően. Szolgálati szoba biztosítva van.

Rákos Rezső dr.
ig.-főorvos

(239)

A Békéscsabai Városi Tanács Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a Békéscsabai Kórházban üresen álló

E. 110. ksz. **adjunctusi** állásra, a Békés megyei Vérkonzerváló Állomáson, melyhez belgyógyász, vagy laboratóriumi szakorvosi képesítés szükséges,

E. 110. ksz. **adjunctusi** állásra, a kórház belgyógyászati osztályán,

E. 112. ksz. **segédorvosi** állásra, a kórház belgyógyászati osztályán,

E. 112. ksz. **segédorvosi** állásra a kórház gyermekosztályán.

Amennyiben a fent megjelölt adjunctusi állásokra, melyekhez a szakképesítés után 4 év gyakorlat előírt, megfelelő pályázat nem érkezik, úgy a pályázó az E. 112. ksz-ra nyerhet besorolást.

A kórház szolgálati szobát csak a gyermekosztályi segédorvosi állásra jelentkezőnek tud biztosítani. Illetmény kulcsszámoknak megfelelően.

Piritvi Károly dr.
kórházigazgató

Megrendelheti az

ORVOS ÉS TECHNIKA

című folyóiratot a Posta Központi Hírlap Irodánál

Budapest, V., József nádor tér 1. • Telefon: 180-850

NUREDAL

ANTIDEPRESSIVUM

Alacsony toxicitású MAOI-anyag, mely az agyvelő serotonin és noradrenalin szintjét növeli. A különböző aetiológiájú megbetegedésekre kifejtett therapiás hatása – feltehetően – az enzymgátlás eredményeként jelentkező metabolikus hatások következménye.

ÖSSZETÉTEL: 25 mg N^1-(β-(benzylcarbamoyl)-aethyl)-N^2-izonikotinoyl-hydrazin (nialamid) tablettánként.

JAVALLAT: psychoneurotikus, reactiv és psychotikus **depressio, oligophrenia, angina pectoris, fájdalom syndroma** (carcinomás) fájdalmak, idült rheumás bántalmak, neuritises és neuralgiás fájdalmak, stb.

ELLENJAVALLT: hepatitisen átesetteknek, és akiknél hepatocellularis károsodással kell számolni.

FIGYELMEZTETÉS: nyugtalan, agitalt betegnél ajánlatos tranquillanssal kombinálni. Anginás betegeknek óvatosan adandó, nehogy az aktivitásnövekedés a keringés túlterhelésére vezessen.

Hosszantartó Nuredal-kúra alatt a vérkép és a májfunctio ellenőrzendő! Melipraminnal kombinálva nem adható! Egyéb szerekkel kombinálva óvatosság szükséges, mert azok hatását potentiálhatja. (Chlorothiaziddal adva pl. vérnyomáscsökkenést okozhat.) Sajt és sajtjellegű termék, valamint alkohol fogyasztása a kúra alatt kerülendő.

ADAGOLÁS: általában: 75 mg/die (egyszerre vagy napi 3 × 25 mg); az adag 7–10 naponként emelhető napi 12,5–25 mg-mal, a kellő therapiás hatás eléréséig. **Angina pectorisnál:** napi 75–100 mg, a rohamok megelőzésére, ill. kivédésére. **Fájdalom syndromában:** a dosis 75–100 mg, **rheumás megbetegedéseknél:** napi 100 mg, **neuritis, neuralgiás fájdalomnál:** 75–150 mg/die.

MELLÉKHATÁS: nyugtalanság, látászavar, szájszárazság, obstipatio.

CSOMAGOLÁS: 50 tabletta 20,50 Ft
500 tabletta 186,00 Ft

Társadalombiztosítás terhére szakorvosi rendelésen szabadon, egyéb esetben szakorvosi javaslat alapján rendelhető!

Egyesült Gyógyszer- és Tápszergyár Budapest

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1967. április 10. hétfő	*Pécs* Gyermekklinika, tanterem	délután 5 óra	*A Pécsi Orvostudományi Egyetem*	*Schranz Dénes és Nyárády József:* Személyazonosítási adatok rögzítése fogműveken (20'). *Nagy Ibolya:* A fibrinolytikus aktivitás változása belorvosi megbetegedésekben (40'). *Wölfer Edit, Mihalecz Károly, Karátson András és Nagy Ibolya:* Fibrinolysisből adódó műtéti szövődmények és azok kezelése prostata műtétek kapcsán (10').
1967. április 11. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem IX. Gyáli út 2—6. Á-ép.	délután 2 óra	*Az Intézet tudományos dolgozói*	*Róna Borbála dr., Szabó Pál dr.:* A családi környezet hatása a IV. osztályos általános iskolai tanulók életritmusára és pszichés állapotára. (Előadó: *Róna Borbála dr.*)
1967. április 11. kedd	*Szeged* Szemészeti Klinika, előadóterem	délután 5 óra	*A Szegedi Orvostudományi Egyetem*	Didaktikai továbbképző előadás. Előadások: 1. *Drien Károly:* A szemináriumok és gyakorlatok mint a hallgatók alkotó aktivitása nevelésének műhelyei. Tympnoplasticai témakör: Bevezetőt tartja: *Pogány Ödön dr.* 1. *Berényi József dr.:* Tympanoplasticai eredmények (15'). 2. *Ördög Béla dr.:* Myringoplasticai tapasztalatok (10'). 3. *Mari Marianne dr.:* Hallásjavítási lehetőségek külső hallójárati atresiáknál (10'). 4. *Völgyesi János dr.:* Vizsgálatok hallócsont rögzítettségének kimutatására (10'). 5. Korszerű vertibularis vizsgálatok (ismertető japán film) (20').
1967. április 13. csütörtök	Főv. Gyáli úti Kórház, klubhelyiség IX. Gyáli út 17.	délután ½2 óra	*A Kórház Tudományos Köre*	*Pácz Zoltán dr.:* Orrvérzések és azok ellátása.
1967. április 13. csütörtök	Szakorvosi Rendelőintézet, előadóterem VII. Madách tér 2.	délután ½2 óra	*Az V. ker. Szakorvosi Rendelőintézet orvosi kara*	*Mentes Béla dr.:* Kyphoscoliosisos betegek elektrokardiogrammja.
1967. április 13. csütörtök	Weil-terem V. Nádor u. 32.	délután 2 óra	*A Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság*	1. *Csépányi Lóránd dr.:* Praescoláris és iskoláskorban lehetséges TV-ártalmak. 2. *Linka Zoltán dr.:* A TV és a gyermek.
1967. április 13. csütörtök	*Debrecen* I. Belklinika	délután ½5 óra	*Az Északkelet-Magyarországi és a Debreceni Orvostud. Egyetem Tudományos Társasága*	Ankét a reanimatióról. Bevezetőt mond: *Ladányi Józsa dr.* Előadás: *Harkányi István dr.:* A reanimatiós készültség. Felkért hozzászólók: *Petrányi Gyula, Kósa Csaba dr., Rácz Zsuzsa dr., Aranyosi János dr.*
1967. április 14. péntek	Orsz. Ideg- és Elmegyógyintézet, tanácsterem. II. Vörös Hadsereg útja 116.	délután ½3 óra	*Az Intézet Tudományos Bizottsága*	*Varga Ervin dr.:* A beszéd psychopathológiája.
1967. április 14. péntek	Eü. Szakszervezet, földszinti klubhelyiség V. Nádor u. 32.	délután 7 óra	*Az OAB Orvosi Izotóp Alkalmazási Albizottság*	*Kertész László dr.:* Az izotóp többes-jelzés típusai és alkalmazási lehetőségei a klinikai diagnosztikában.
1967. április 15. szombat	Weil-terem V. Nádor u. 32.	délelőtt ½10 óra	*A Magyar Kardiológusok Társasága*	Elektrokardiographiával foglalkozó tudományos ülés. *Kenedi István dr.:* Elnöki bevezető előadás. *Solti Ferenc dr.:* Az EKG iatrogen ártalma. *Schwarzmann Pál dr.:* Az EKG helye a klinikumban. *Katona Zoltán:* Az EKG készülék.
1967. április 15. szombat	Pest megyei Semmelweis Kórház, tanácsterem VIII. Gyulai Pál u. 2.	délelőtt 10 óra	*A Kórház Tudományos Köre*	Ünnepi ülés. *Regöly-Mérei Gyula dr.:* Mecsnyikov szerepe az orvostudomány biológiai szemléletének fejlődésében.

Az előadások-ülések rendezőinek figyelmébe!

Lapunk terjedelmével való gazdálkodás követeli meg, hogy valamennyi tudományos ülés programja az „Előadások-ülések" című rovatban jelenjék meg. A kongresszusok más elbírálás alá esnek. Ezért felhívjuk az illetékesek figyelmét, hogy a rovat szerkezetének megfelelő fogalmazásban juttassák el hirdetményeik szövegét a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal.

A szerkesztőség

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat. Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 000 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató. Telefon: 116—660
MNB egyszámlaszám: 69.915.272—46
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest, V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Csekkszámlaszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás az MNB 8 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
67.0818 Athenaeum Nyomda, Budapest. Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR. • DARABOS PÁL DR. • FISCHER ANTAL DR. • HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR. • SÓS JÓZSEF DR. • SZÁNTÓ GYÖRGY DR.
Felelős szerkesztő: TRENCSÉNI TIBOR DR. • Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.
Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. • FORRAI JENŐ DR.

108. ÉVFOLYAM 16. SZÁM, 1967. ÁPRILIS 16.

Budapesti Orvostudományi Egyetem, I. sz. Belklinika (igazgató: Magyar Imre dr.)

A primaer biliaris cirrhosis

Magyar Imre dr.

Az ilyen néven összefoglalt esetek nagy részét nem nevezhetjük cirrhosisnak, legfeljebb abban a végső stádiumban, melyben a cirrhosisra jellemző kórbonctani változások már valóban megtalálhatók. Ilyenkor a májban elénk táruló szövettani kép (1. ábra. Balázs Márta dr. felvétele), melyre elsősorban a máj átépülése jellemző, lényegében nem különbözik a más eredetű, atrophiás vagy postnekrosisos cirrhosis képétől és a klinikai tünetek közt is a májelégtelenség, portalis pangás, oesophagus vérzés, stb. szerepel.

A megbetegedés lényege azonban nem ez a súlyos cirrhosisos kép, hanem a hosszú éveken át lassan fokozódó, de néha sokáig stationaer intrahepatikus cholestasis. Ezért ajánlják többen (36, 35) a primaer biliaris cirrhosis helyett a *krónikus intrahepatikus cholestasis* megjelölést. Így is lehetséges az éles elkülönítés a secundaer biliaris cirrhosistól, a krónikus extrahepatikus obstructiótól, melynek hosszas fennállása ugyancsak májmegbetegedést és hosszabb idő alatt valódi cirrhosist okoz.

Aetiologia, pathogenesis

A primaer biliaris cirrhosis aetiologiája ismeretlen. A „primaer" kifejezés éppen ezt jelöli. Ha azonban krónikus intrahepatikus cholostasisról beszélünk, a helyzet korántsem ilyen sivár.

Régen hívtuk fel a figyelmet arra (24, 27), hogy a *vírushepatitis*ek intrahepatikus elzáródással járó alakjai — igen ritkán — krónikus cholestasis, illetve primaer biliaris cirrhosis képét ölthetik, ahogy a hepatitis gyakoribb alakjából — ugyancsak ritkán — portalis cirrhosis fejlődhet. E lehetőséget azóta is számosan tagadják (35, 36), mások azonban megerősítik (17, 38, 8). *Jones* és *Tisdale* (16) pl. 23 primaer biliaris cirrhosis esetben 10-ben valószínűnek látja a víruseredetet.

E megbeszélés alapját képező és később ismertetendő 20 esetből 5-ben szerepel az anamnesisben akut hepatitis 2—12 évvel a krónikus intrahepatikus cholestasis kialakulása előtt. Ez azonban mit sem mond az akut hepatitis és a krónikus intrahepatikus cholestasis közötti összefüggésről. Az akut hepatitis elég gyakori betegség ahhoz, hogy akármilyen más betegségcsoport hasonló korú képviselői között 25%-ban (5:20) szerepeljen. Másrészt egyetlen esetünkben sem lehet biztonsággal tisztázni az összefüggést és csaknem minden esetben felmerül az a lehetőség is, hogy az akut hepatitisnek tartott megbetegedés a krónikus intrahepatikus cholestasis első klinikai megjelenése volt.

Biztosabb adataink vannak arra vonatkozóan, hogy a *terhesség* folyamán kialakuló cholestasisos sárgaságból biliaris cirrhosis klinikai képe alakulhat ki (41). Ugyancsak ismeretesek olyan esetek, amelyekben gyógyszer okozta sárgaság krónikus lefolyásának eredménye a primaer biliáris cirrhosis. *Wepler* (41) 29 esetéből 8-ban véli — az általános felfogással (36) ellentétben — határozottan megállapíthatónak az aetiologiát: 4 esetben terhességi cholestasisos „hepatosis", 3 esetben Megaphen (chlorpromazin)-ikterus, 1 esetben Neosalvarsankúra szerepel.

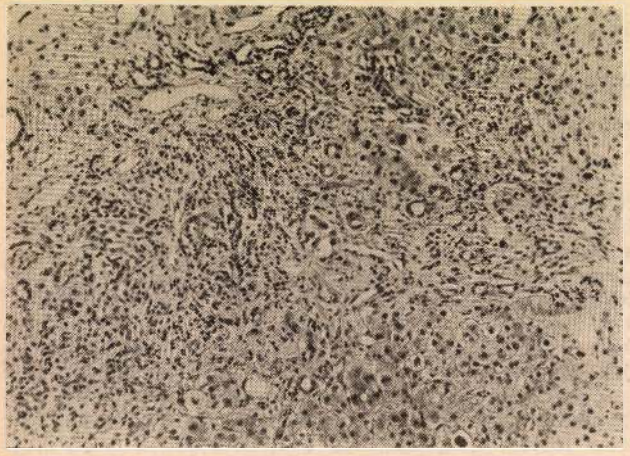
Akut cholestasis keletkezésében biztosan szerepelnek a legkülönbözőbb *gyógyszerek*. Elsősorban chlorpromazin készítmények (Largactil, Hibernal, stb.), methyltestosteron és egyéb hormonok, antituberculosisos szerek, antidiabeticumok, stb. A chlorpromazin készítmények használata eléggé elterjedt és a különböző hormonkészítmények is gyakran kerülnek alkalmazásra, noha éppen a C-17-alkylált testosteron (methyltestosteron, norethandrolon), mely előtérbe került, alig használatos éppen azokon a nőbetegeken, akik a primaer biliaris cirrhosis korában vannak. Annál inkább jöhetnek tekintetbe az anabolikus steroidok, endogen módon keletkezett steroidok, női hormonok, anti-

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA

tuberculosisos szerek, antidiabeticumok, stb. *Sherlock* (36) krónikus intrahepatikus cholestasis minden esetében szükségesnek tartja a beteg igen alapos kikérdezését arra nézve, hogy az elmúlt öt évben alkalmazott-e valamely itt szóbajövő gyógyszert. A gyógyszerek okozta cholestasis azonban akutan kezdődik és legtöbbször tökéletesen gyógyuló betegséget okoz. Többen leírtak azonban olyan gyógyszersárgaságot, melyből fokozatosan krónikus cholestasis alakult ki (41, 18, 13).

Ismertetendő betegeink egyikében sem lehetett biztosan kimutatni valamely gyógyszer szerepét.

Minthogy a krónikus intrahepatikus cholestasisban szenvedő betegek túlnyomó nagy része nő (a mi 20 esetünkből 17), semmiképpen zárható ki bizonyos *hormonális befolyás* vagy legalábbis bizonyos érzékenység kifejlődése női hormonokkal szemben.



1. ábra. A májszövet teljes disszociációja, a periportalis kötőszövet nagyfokú megszaporodása, proliferálódó epeutakkal és gömbsejtes infiltratióval. A kép alsó szélén az egyik tágult epecapillarisban epefesték-cylinder figyelhető meg. (A 4. számú K. beteg sectiós készítménye.)

Ezt az érzékenységet vagy hajlamosságot talán genetikai tényezők határozzák meg. Úgy látszik, hogy 30—40 éves nők bizonyos csoportja eleve hajlamos krónikus intrahepatikus cholestasis kialakulására. Ismeretes testvéreken a pubertas után körülbelül egyidőben krónikus cholestasis kialakulása kideríthető ok nélkül (20).

A primaer biliaris cirrhosis lérejöttének legmodernebb elmélete *autoimmun mechanismust* tesz felelőssé a betegség kialakulásában. Ez egyben a betegség feltartóztathatatlan progressióját („self-perpetuation") is érthetővé teszi.

Az autoimmun theoria e betegségben *Mackay* adatára vezethető vissza (23). E szerző 1958-ban, keringő complementkötő antitesteket mutatott ki, melyek szöveti homogenisatummal reagáltak. Mások a kis epeutak hámsejtjeivel szemben keletkező antitesteket találtak (31), vagy antinuclearis anyagokat (4, 12). Sajnos ezek az ellenanyagok nem bizonyultak specifikusnak és más májbetegségekben, elzáródásos ikterusban, kollagenosisokban is megtalálhatók voltak (40). Legújabban specifikus immunofluorescentiás reakciót írtak le. 32 primaer biliaris cirrhosisban e reakció pozitív volt, 21 mechanikus obstructióban negatív (37).

Kórbonctanilag immunfolyamat lehetőségét támasztja alá a portalis rések plasmasejtekben gazdag infiltratiója, különösen a kis epeutak környékén (35), valamint γ_2 M típusú immunglobulinok kimutathatósága az infiltratumot alkotó sejtek basophil cytoplasmájában (30). Úgy látszik, hogy az immunfolyamat kiindulása az interlobularis és septalis epeutak hámja (34), következménye pedig ennek körülírt pusztulása és plasmasejtekben gazdag gyulladásos granulatio keletkezése. Az antigen talán az epeutak hámsejtjeinek mucoproteinje. A sárgaság az epeutak sérülése folytán kezdetben regurgitatiós típusú, és a lebenyke centrumában általában kezdetben nincs kimutatható cholestasis. A betegség további lefolyásában már az epeutak intrahepatikus szűkületével, cholostasissal találkozunk.

Az immunfolyamatot kiváltó noxa azonban e folyamatokban is ismeretlen az esetek legnagyobb részében. A víruseredet és a kémiai eredet nem határozottan bizonyított. Colitis ulcerosában leírtak cholangiolitises vagy pericholangiolitises cirrhosist (3, 39, 15). Amennyiben ennek klinikai és szövettani képe a krónikus cholestasisnak és az ebből végül kialakuló primaer biliaris cirrhosisnak (39) felel meg, úgy látszik, hogy a megbeszélésünk tárgyát képező kórkép a máj egyfajta reakcióformája, mely különböző kiváltó okok következménye lehet. A változó és legtöbbször ismeretlen aetiológiájú autoimmunizációs folyamat, megindulása után, saját továbbfejlődését stimulálja és a krónikus betegség ismert progressziv lefolyását idézi elő („self-perpetuation"). Ez a folyamat azonban minden esetben másodlagos.

Kórbonctan

A betegség kórbonctani képe (35, 33) aszerint változik, hogy melyik stádiumban történik a májszövet vizsgálata. Májbiopsia alapján a krónikus intrahepatikus cholestasis biztos diagnózisa ritkán állítható fel, mert az ilyen készítményben interlobularis epeutak legtöbbször nem láthatók. A biopsia alapján a klinikus leginkább akkor gondolhat primaer biliaris cirrhosisra, ha a klinikai képben az elzáródásos sárgaság dominál, szövettanilag azonban a cholostasis jelei nem mutathatók ki és a parenchyma is ép. Ez egyébként a korai stádiumra jellemző.

Popper (33) a primaer biliaris cirrhosis lefolyásában szövettani szempontból három stádiumot választ el. Az elsőre leginkább a portalis rés kiszélesedése, az itt haladó epeút destructiója és mononuclearis gyulladás jellemző (2., 3. ábra Balázs Márta dr. felvétele). A kóros epeút körül PAS pozitív anyag ismerhető fel (mucoprotein). A második stádiumban az epeutak fala megvastagodik és az epeutak proliferatiója is megfigyelhető. Feltűnik a cholestasis is eperögök formájában, főleg a lebenyke peripheriáján. A harmadik stádiumban valódi cirrhosis alakul ki a szerkezet destructiójával és a máj átépülésével, májsejt-destructióval. *Popper* (33) megjelölése szerint „krónikus nem suppurativ destructiv cholangitis" a jellemző histológiai megbetegedés.

A harmadik stádiumban a histológiai kép alig különbözik az extrahepatikus elzáródás okozta secundaer biliaris cirrhosis, és egyáltalán nem különbözik egyéb

cirrhosisok képétől (1. ábra). Korábbi stádiumokban sem lehetséges a gyógyszerikterustól történő elkülönítés. A klinikai elkülönítésre később térünk rá.

Klinikai kép

A klinikai kép behatóbb tanulmányozása céljából az Orvostovábbképző Intézet I. belosztályának 1964. és az I. sz. Belklinika 1965—1966. évi primaer biliaris cirrhosisban szenvedő betegeiből válogattunk ki 20 olyat, akinek diagnózisát vagy májbiopsia, vagy műtéti biopsia, vagy 1 esetben sectio tette bizonyossá. Megjegyezzük, hogy a két intézetben megfordult krónikus intrahepatikus cholestasisos betegek nagyrészt azonosak, így sorsuk tartósan követhető (1. táblázat).

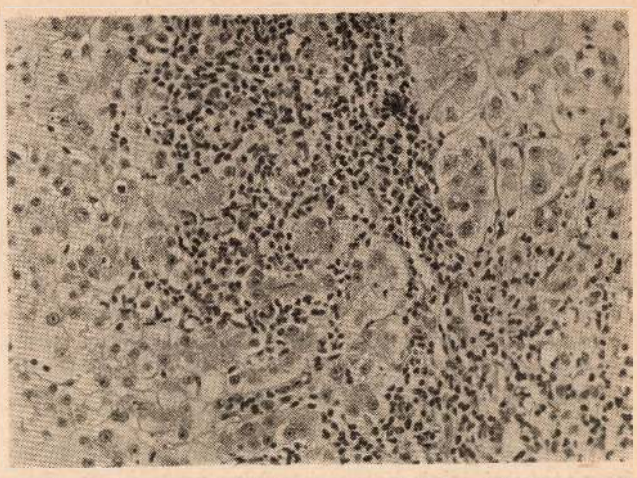
A 20 betegből 17 nő. A primaer biliaris cirrhosis a nők betegsége. *Sherlock* (37) 42 beteget feldolgozó tanulmányában azonban 6 férfi szerepel. A mi régebben észlelt betegeink között nem emlékszünk férfira. Mások aránylag több férfibeteget észleltek.

A betegek kora *Sherlock* adata szerint 35—70 év (37). A mi 20 betegünk átlagos életkora jelenleg 52,05 év. A legidősebb beteg 67 éves, a legfiatalabb 31 éves. A megbetegedéskor a betegek átlagos életkora 45,3 év volt. A legidősebb beteg 63, a legfiatalabb 27 éves volt. A betegség átlagos tartama a mai napig 6,6 év. A leghosszabb időtartam 18 év, a legrövidebb 1 év. Minthogy a betegek között csupán 1 halt meg és ez 13 évig volt beteg, többi betegünk pedig életben van, az itt megjelölt átlagos 6,6 évi élettartamnál a mi betegeinken lényegesen hosszabbal számolhatunk. *Sherlock* adatai szerint (36, 37) a krónikus intrahepatikus cholestasisban szenvedő betegek átlagos élettartama 42 beteg alapján a diagnózistól számított 5 év és 5 hónap. E szerző 1947 és 1965 között 77 beteget figyelt meg, ezek között 35 halt meg és betegségük átlagos tartama 5,5 év volt (3—11 év). A mi tapasztalataink szerint a betegség átlagos tartama ennél hosszabb.

A betegség legelső tünete az irodalmi adatok szerint (36, 14) legtöbbször a *viszketés*. A mi 20 esetünkből 7-ben ugyancsak ez volt az első tünet és többször sok évvel előzte meg egyéb tünetek megjelenését és a diagnózis felállítását. A betegek viszketésük miatt legtöbbször bőrgyógyászhoz járnak és helyi kezelésekben részesülnek 3—4, sőt, *Sherlock* egy esetében 11 évvel előzte meg a viszketés a sárgaság megjelenését. A viszketéssel kapcsolatban hamarosan feltűnik a bőr fokozódó barnás-szürkés *pigmentatiója*, megvastagodása, durvábbá válása. A bőr nem ikterusos színeződése 1 esetünkben vezette be a betegséget.

A *sárgaság* 4 esetben volt a betegség első tünete. Ezekben az esetekben az első diagnózis akut hepatitis volt. *Fogyás*, általános *gyengeség* vezette a beteget először orvoshoz 3 esetben, jobb bordaív alatti *nyomásérzés és puffadás* ugyancsak 4 esetben. Egy esetben a véletlenül észrevett, erősen *gyorsult süllyedés*, 1 esetben az ugyancsak véletlenül észrevett *nagy lép* volt a betegség első tünete.

A betegségnek ebben a kezdeti stádiumában már legtöbbször kimutatható a serum *alkalikus*



2. ábra. Az epeutak körül a májsejtek közé is beterjedő lobos infiltratio. A májsejtek plasmájában epefesték-szemcsék, egy-egy májsejt necrosisa. (Az 5. számú N. beteg punctiós biopsiával nyert májrészlete.)

phosphatase tartalmának növekedése. Ugyancsak gyakran megtalálható a *serum cholesterin*-tartalmának és lipidtartalmának lényeges növekedése. Az ilyenkor készített elektrophoresis diagrammban feltűnik a β-globulinok felszaporodása, gyakran a γ-globulinok szaporodása. Ez utóbbi később egyre fokozódik (1). A sárgaság a betegség kezdetén vagy hiányzik, vagy 2—3 mg% alatt marad, a vérsejtsüllyedés azonban minden esetben nagymértékben gyorsult.

A *máj* legtöbbször tapintható és nemegyszer igen nagyra nő. Felszíne sima és laparoskopos vizsgálatkor zöld színű. A *lép* ugyancsak megnagyobbodik és néha hatalmas splenomegalia fejlődik. Laparoskopos vizsgálatkor kevésbé, de laparotomia alkalmával gyakran nyirokcsomók figyelhetők meg, különösen a májkapuban és a choledochus vonalában.

Egy esetünkben annak a lehetősége is felmerült, hogy egy ilyen nyirokcsomó nyomása extrahepatikus obstructiót okoz, a nyirokcsomó eltávolítása azonban a sárgaságot nem befolyásolta. Egy hasonló esetben reticulosis téves diagnózisának felállítására került sor.



3. ábra. Az előbbi esetből készült nagyobb nagyítású felvétel. Epefesték-cylinderek az epecapillarisban.

A betegség későbbi stádiumában a szubjektív panaszok közt dominál a sárgaság, a bőrviszketés és ilyenkor — azokban az esetekben, amelyekben a serum egész lipid tartalma igen nagy — *xanthomák* keletkeznek a könyök, a térd feszítő oldalán, a hajlatokban, a tenyéren. Az általános állapot sokáig feltűnően jó és a betegek elvégzik dolgukat, csupán fáradtak, dyspepsiás panaszokban szenvednek. Leginkább az egyre sötétebbé váló pigmentatio és az ikterus elmélyülése zavarja életüket. Ez a nőbetegeken súlyos problémákat okoz, melyeket általában kozmetikai szerekkel, ruhák színével, sötét szemüveg viselésével igyekeznek enyhíteni. Villanyfényben a sárgaság kevésbé látszik, volt olyan betegünk, aki lakását csak este hagyta el.

Ebben az időszakban az előzőkben említett laboratóriumi jelek határozottakká válnak. Az eddig általában negatív fehérjepróbák lassan, fokozatosan pozitívvá válnak, néhány esetben azonban e próbák a betegség egész lefolyása alatt negatívak. Legtöbbször intenzívebbé válik a γ-globulin szaporulat és eseteink nagy részében a serum egész fehérjetartalma is inkább nő, mint csökken.

20 betegünk laboratóriumi adatait az 1. táblázatban gyűjtöttük össze. Ezek az adatok a betegek mai, vagyis aránylag előrehaladott állapotára vonatkoznak.

A betegség harmadik és befejező stádiumában a májelégtelenség jelei kerülnek előtérbe és az esetek egy részében portalis pangás jelei is kialakulnak, ennek következtében varixvérzések keletkeznek, a máj és a lép megnagyobbodása fokozódik és hypersplenia jelei is kimutathatók. Aránylag gyakran keletkezik *ulcus* ventriculi vagy duodeni is. Felszívódási zavarok következtében *osteoporosis* keletkezésére kerül sor. Feltűnő ebben a stádiumban a serum cholesterin- és lipidtartalmának fokozatos csökkenése és a viszketés csökkenése. Hosszan tartó intrahepatikus cholostasisban az addigi hypercholesterinaemia és hyperlipaemia csökkenése rossz prognosztikus jel és különösen súlyosan ítélendő meg az állapot akkor is, ha a növekvő sárgaság ellenére a viszketés csökken vagy megszűnik.

A hypercholesterinaemia és hyperlipaemia oka retentio lehet, néhány kísérleti adat azonban ez ellen szól (21): a duodenumnedvben ezeknek az anyagoknak a mennyisége nagyobb, mint normálisan. Valószínű a lipidek fokozott termelése. Késői stádiumban a máj megbetegedése olyan mértékben progrediál, hogy a fokozott synthesis megszűnik. Hasonló jelenséget figyeltünk meg a serum alkalikus phosphatase tartalmára vonatkozóan is.

Az előzőkben részletesen nem említett serumalkotórészek mennyiségét primaer biliaris cirrhosisban sokszor tanulmányozták. A már említett elektrophoresis vizsgálatokon kívül (1, 38), melyekben a serum albumintartalmának mérsékelt csökkenése a β-globulinok lényeges növekedése, és a γ-globulinok növekedése volt megfigyelhető, immunelektrophoresises vizsgálatok is történtek (1, 38), melyeknek folyamán ugyancsak az albumin csökkenése, az α-1-B-globulin növekedése derült ki. Az immunglobulinok változóan viselkedtek, a lipoproteinek azonban lényegesen növekedtek.

A mi 20 betegünkön csupán elektrophoresis vizsgálat történt. A betegek felében 20% feletti γ-globulin szaporulatot találtunk. Az értékek természetesen a betegség stádiumától is függenek.

Általában csökkentnek találták a plasma *siderophillin* (= transferrin) tartalmát és feltűnően növekedettnek — más cirrhosisokkal ellentétben — a plasma *coeruloplasmin* tartalmát (38).

A májra vonatkozó egyéb vizsgálati leletek közül feltűnő a süllyedés nagymértékű fokozódása. Eseteink közül mindössze háromban volt a süllyedés 40 mm/h-nál kisebb és az esetek nagy részében 60 mm/h-nál nagyobb volt, sőt, a 100 mm/h-t is elérte. A süllyedés gyorsulásában nyilván a hypalbuminaemia és a hyperglobulinaemia is szerepel,

1. táblázat

Sorszám	Nem	Életkor a betegség kezdetén	A betegség tartama	A diagnózist igazolja	Süllyedés mm/óra	Se. bi. mg%	Se. cholest. mg%	Se. lipid mg%	Gamma-glob. %	Alk. phosph. Bod. E	Thymol turb. E	SGOT E
1.	nő	39	5	biopsia	65	2,5	400	2100	17	8	11	275
2.	nő	47	18	biopsia	20	2,2	270	840	14	22	8	165
3.	nő	33	7	biopsia	66	2,0	280		23	8	7	260
4.	nő	40	13	sectio	86	6,0	960	2400	14	23	10	
5.	nő	54	3	műtét	60	7,6	462	1000	32	6	12	155
6.	nő	58	6	biopsia	110	2,6	340		32	45	20	280
7.	ffi	36	6	biopsia	80	1,5	284		21,5	16	10	325
8.	ffi	27	4	műtét	56	5,0	520	1800	18	15	3	150
9.	nő	46	7	biopsia	7	1,3	150	200	16	2,9	8	105
10.	nő	27	15	műtét	43	5,6	345	640	14,6	44	8	400
11.	nő	35	5	műtét	92	4,1	390	2000	17,8	21	14	165
12.	nő	60	7	—	64	2,3	450	1200	36	27	6	72
13.	nő	45	1	műtét	104	8,2	665	860	27	20	11	72
14.	nő	57	5	műtét	97	5,2	455		22	28	11	86
15.	ffi	63	5	műtét	48	1,4	298	640	15	31	2	58
16.	nő	52	10	biopsia	5	1,6	209	630	16	4	1	32
17.	nő	51	2	műtét	72	2,4	446	1150	42	28	5	66
18.	nő	51	4	biopsia	62	2,6	360	840	26	24	3	104
19.	nő	46	6	biopsia	83	3,6	460	860	32	31	12	50
20.	nő	39	3	biopsia	60	2,9	435	3200	17	24	15	250

de e jelenség, szabályszerűsége alapján és annak alapján, hogy a vérsejtsüllyedés gyorsulása több esetben minden egyéb jelenséget megelőz, más tényezők szerepére is utal. Az igen érzékeny thymolturbiditás kezdetben negatív, később pozitívvá válhat. Eseteink között csupán 5-ben volt normális. Késői stádiumban általában növekedett értéket találtunk. Feltűnő volt eseteink legnagyobb részében a serum transaminase növekedése, melyre irodalmi adatok nem utalnak. Az SGOT a serumban szintén a betegség aktív stádiumában növekszik és a betegség progressiója jelének tartható. A serum epefestéktartalma minden esetünkben növekedett volt, komoly ikterus általában a késői stádium jellemzője. Változó mértékű és legtöbb betegünkön tartós ikterus nélküli időszak is előfordult.

Elkülönítő diagnózis

A krónikus intrahepatikus cholestasis elkülönítő diagnózisában a legtöbb nehézséget általában az extrahepatikus elzáródástól, más szóval a secundaer biliaris cirrhosistól történő elkülönítés okozza. Az esetek egy részében gyógyszerek okozta intrahepatikus elzáródás (a német irodalomban „cholostasisos hepatosis") jöhet még szóba, ha az hosszú lefolyású. Végül felmerülhet különböző intrahepatikus gócos folyamatok lehetősége: egyoldali hepaticus kő, lymphogranulomatosis, sarcoidosis, reticulosis, intrahepatikus cholangioma, stb. Megjegyezzük, hogy a postnekrosisos cirrhosis is járhat intrahepatikus cholostasissal és a primaer biliaris cirrhosis és a postnekrosisos cirrhosis késői stádiuma klinikailag és kórbonctanilag egyaránt csaknem azonos lehet.

Az extrahepatikus és intrahepatikus elzáródás biztos diagnózisa laparotomiával és ennek alkalmával végzett intraoperatív cholangiographiával történhetik. *Sherlock* (36) nézete szerint a műtét minden esetben elvégzendő és csupán néhány esetben helyettesíthető percutan transhepatikus cholangiographiával. A magunk tapasztalata szerint a laparotomia és a műtét folyamán végzett alapos exploratio, pl. pankreastumor irányában vagy esetleg choledochus megnyitása nem jelentéktelen műtét és a beteg állapotát legtöbbször nagymértékben rosszabbítja, az ikterust fokozza, a táplálkozást rontja és a betegségtudatot növeli. Nem közömbös a beteg számára annak felismerése sem, hogy a műtét állapotán mitsem változtat. Igyekszünk ezért a klinikai kép alapján diagnózishoz jutni (26). Ebben a fájdalom, a láz, a betegség rohamokban történő megjelenése vagy lefolyása, a lép csupán mérsékelt megnagyobbodása vagy a lépmegnagyobbodás hiánya, secundaer folyamat (kő, carcinoma, strictura, cholangitis) mellett szól. Alátámasztja a secundaer biliaris cirrhosis diagnózisát az előzetes műtét (cholecystektomia, choledochotomia). Az ikterus csökkenése steroidok hatására viszont nagy valószínűséggel krónikus intrahepatikus cholostasist bizonyít, noha extrahepatikus elzáródás lehetőségét nem zárja ki. Véleményünk szerint a műtét elkerülhető akkor is, ha a percutan intrahepatikus cholangiographia elvégzése céljából bevezetett tűvel többszöri kísérletre sem sikerül epét nyerni, tehát tágult epeutat nem találunk. Ilyenkor, ha a klinikai kép is megfelel, a primaer biliaris cirrhosis diagnosisa mellett maradhatunk. Hangsúlyoznunk kell, hogy ha e vizsgálat folyamán tág epeutat találunk és a cholangiographiát elvégezzük, ezt követően néhány órán belül, lehetőleg minél hamarább műtétet kell végeznünk. Amennyiben az elkülönítés biztonsággal nem vihető keresztül, magunk sem habozunk laparotomiát végezni, mint ahogy az 20 esetünkből 8-ban történt. Általában elvégezzük a laparoskopiát is, ha ennek feltételei megvannak, magából a biopsiából azonban biztos diagnózis nem következik, legjobb esetben az elzáródás diagnózisa állítható fel anélkül, hogy ennek intrahepatikus vagy extrahepatikus lehetősége bizonyítható volna.

A krónikus gyógyszeres cholestasis diagnózisának legfontosabb tényezője az anamnesis: a beteg gyanúsítható gyógyszert szedett. A betegség kezdete heveny és nemegyszer lázas. A primaer biliáris cirrhosis láz nélkül, igen fokozatosan alakul ki. Gyógyszersárgaságban sem a lép, sem a máj nem nagyobbodik meg lényegesen. Különösen a lép megnagyobbodása szól primaer biliaris cirrhosis mellett, biztosan akkor, ha hypersplenia jelei is (anaemia, leukopenia, thrombocytopenia, haemolysis, hyperaktív csontvelő) kimutathatók. Gyógyszeres cholestasisban néha eosinophiliát is találunk, primaer biliaris cirrhosisban nem. Legfőbb különbség az, hogy a gyógyszeres cholestasis rövidebb-hosszabb idő után meggyógyul, a primaer biliáris cirrhosis prognosisa a gyógyulás szempontjából reménytelen.

Az említett ritkább, intrahepatikus cholostasist okozó systemás betegségek diagnózisa laparoskopia és biopsia segítségével legtöbbször lehetséges, nehézségeit azonban egy Hodgkin-sarcoma esetünk bizonyítja, melyben a biztos diagnózis csak a sectio után volt lehetséges (28). Intrahepatikus tumor ritka lehetősége csupán intraoperatív cholangiographiával igazolható.

Gyógyítás

A primaer biliaris cirrhosist, minthogy aetiológiáját legtöbbször nem ismerjük, racionálisan gyógyítani nem tudjuk. Tankönyvek általában avval intézik el ezt a fejezetet, hogy gyógyítás nem lehetséges. Minthogy azonban hosszú éveken át tartó betegségről van szó, melyben gyakran a tüneti kezelés is áldásos a betegre nézve, meg kell ragadnunk minden olyan eszközt, mellyel a beteg helyzetén könnyíthetünk és amellyel a beteg állapotának végső reménytelenségét eltitkolhatjuk vagy enyhíthetjük.

Szigorú *életmódi utasítások*nak nincs helye. A tapasztalat az, hogy sem az előírt *diéta*, sem pedig a beteg tevékenységének korlátozása nem jár semmiféle változással a betegség lefolyásában. Ellenkezőleg, a tapasztalat az, hogy a betegek állapota — nem tekintve a betegség végső stádiumát — akkor a legkedvezőbb, ha tevékenységüket nem korlátozzák, munkájukat végzik, közel normálisan élnek és

amennyiben őket bőrük pigmentatiója és az ikterus nem zavarja, nem rekesztődnek ki a közösség életéből. Megerőltető munka természetesen nem célszerű. Az étrendben egyedül a zsírt érdemes korlátozni, elsősorban azok miatt a dyspepsiás zavarok miatt, amelyeket epesavak hiánya következtében a zsírlebontás zavara okoz. Az étrend tehát fehérjedús és kalóriadús legyen, semmi ok nincs fűszerek, ízes falatok betiltására. A naponta fogyasztható zsír mennyiségét 50 g-ban szokták megszabni. Célszerű, hogy ez a mennyiség főleg növényi zsírokból álljon és telítetlen zsírsavakat tartalmazzon. Ezeknek haszna a hypercholesterinaemia némi csökkentése.

Ugyancsak a felszívódás zavara vonatkozik a zsírban oldódó *vitaminok*ra, amelyeket hiánytünetek megelőzése céljából, vagy már ezek kialakulásakor helyes pótolni. A-, D- és K-vitamin jön elsősorban szóba, esetleg E-vitamin. K_1-vitamint parenteralisan adunk, főleg akkor, ha a prothrombin-idő megnyúlt és vérzékenység mutatható ki. Helyes D-vitamin adagolása *calcium* adással együtt osteoporosis tünetei esetében. Hangsúlyozni kell, hogy az osteoporosis objektív jelei általában nem változnak, de a csontmegbetegedés okozta fájdalmak jól befolyásolhatók. Ebből a szempontból is szóba jön anabolikus hatású steroidok adása még akkor is, ha ezek esetleg az ikterust növelik. A-vitamin hatására az esetleg kialakuló hemeralopia megszűnik. Vashiány kialakulhat, megfelelő *vas*kezelésre javul.

A betegek legtöbbször elsőrendű panasza a bőrviszketés és ennek befolyásolása nehéz feladat. A kérdés kapcsolatos a hypercholesterinaemia és a hyperlipaemia kérdésével.

Az epesavak, amelyek a viszketés keletkezésében kétségtelenül játszanak bizonyos szerepet, vagy legalább is indikátorai azoknak az anyagoknak, amelyek a viszketést előidézik, a cholesterin-anyagcsere végtermékei. A cholesterinből származó cholsav és desoxycholsav glycinhez, ill. taurinhoz kapcsolva kerül a bélbe, ott ismét desoxycholsav keletkezik, ennek egy része enterohepatikus körforgás kapcsán visszajut a májba és ismét epesavvá oxidálódik (2).

Mindazok az eljárások, amelyek a cholesterin-anyagcserét befolyásolják, az epesav-anyagcserére is befolyással vannak. *Neumayr* (29) elvileg három csoportra osztja ezeket az eljárásokat: 1. a cholesterin-szintézis gátlása, 2. a cholesterin-kiürülés fokozása, 3. az enterohepatikus körforgás megakadályozása belgyógyászati vagy sebészi eszközökkel.

Az első két lehetőség megvalósítására ajánlják a telítetlen zsírsavakat tartalmazó növényi olajok használatát, melynek eredményei azonban — noha ilyenekről *Sherlock* is beszámolt (10, 11) — szerfelett kétesek. Hatásosabbnak látszik az *anabolikus steroidok* alkalmazása. Ennek hatására a hypercholesterinaemia is csökken és nem pontosan meghatározható okból a viszketés is jól befolyásolható. Ezt a hatást legintenzívebben a methyltestosteron fejti ki, ez azonban masculinizál és fokozza az ikterust, nem szólván arról, hogy bizonyos esetekben maga is intrahepatikus elzáródást okoz. Alkalmazását kiszorították az egyéb anabolikus steroidok, melyeknek hormonális hatása kisebb és nőkön is alkalmazhatók. Alkalmazásukkor legfeljebb menstruációs zavarral, tartós alkalmazás folyamán pedig — erre lehetőleg ne kerüljön sor — némi szőrnövéssel lehet számolni. Tapasztalataink szerint különösen az éjszakai viszketést este adott 1 tabl. Nerobol jól csökkenti és néhány napon át reggel és este alkalmazott 1—1 tabl. is hatásos.

Az esetek egy részében csökkenti a viszketést, sőt, néha meg is szünteti a *mellékvesekéreg-steroidok* alkalmazása. Noha Prednisolon vagy hasonló szerek adását többen kontraindikáltnak tartják (7, 36), főleg osteoporosist okozó hatásuk miatt, saját tapasztalataink szerint lökés formában végzett Prednisolon kúra (kezdeti 40—50 mg, a dózis fokozatos csökkentésével, esetleg tartósabban napi 5—10 mg) nemcsak a beteg viszketését csökkenti, vagy szünteti, hanem az általános állapotot is nagymértékben javítja, növeli az étvágyat, javítja a beteg hangulatát, hízást idéz elő és az általános állapotra igen kedvező befolyással van. *Neumayr* (29) tapasztalata szerint napi 5—10 mg Prednisolonnal a hypercholesterinaemiát és a hyperlipaemiát is csökkenteni lehet és időlegesen panaszmentességet is el lehet érni.

A mellékvesekéreg-steroidok hatásában a gyulladásgátlás, a permeabilitás csökkentése, a fibrillogenesis csökkentése és az immunfolyamatokra gyakorolt gátló hatás egyaránt szóba jön.

A hyperlipaemia csökkentésére a *thyroxin* (vagy Liothyronin) is felhasználható. Ezirányú tapasztalatunk nem jó. A viszketés nem csökken, de a beteg legtöbbször soványodik pajzsmirigykészítmények szedésekor.

Az enterohepatikus körforgás meggátlására biliaris fistula készítését és az ileum kikapcsolását (6) ajánlották. Nem kétséges, hogy primaer biliáris cirrhosisban szenvedő betegeinken e módszerekhez nem fogunk folyamodni. Hatásos szerként került azonban forgalomba a legutóbbi időben egy ioncserélő gyanta, a *Cholestyramin* (Cuemid). E gyógyszer oldhatatlan komplexus formájában köti meg az epesavakat és hozza létre a serum epesavtartalmának csökkenését, de valószínűleg egyéb, a viszketés keletkezésében szereplő anyagokat is megköt.

E gyógyszert aránylag nagy számú betegen volt alkalmunk kipróbálni és alkalmazása során néhány esetben valóban kitűnő hatást észleltünk, egészében azonban nem tudtuk megerősíteni a külföldi irodalom kitűnő eredményeit (32). A gyógyszer undorító szagú fehér por, mely vízzel érintkezve hatalmasan felduzzad és ezért bevétele a szükséges napi 10 g adagban (3 × 1 púpos kávéskanál) a mi betegeinken nagy nehézségbe ütközik. Szerencsére a gyógyszer íze nem rossz, úgy hogy a betegek megtanulják bevételét, és van olyan betegünk, aki a szert hónapok óta eredményesen alkalmazza. Mellékhatása legtöbbször nincs, néha a széklet mennyisége megnő és néhány betegnél kezdetben hasmenés is jelentkezett.

10 beteg közül 4-ben az eredmény kitűnő volt és amíg a betegek a gyógyszert alkalmazták, viszketésük tökéletesen megszűnt. A kínzó viszketéstől való megszabadulás okozta jóléten kívül azonban a gyógyszernek semmiféle más előnyös hatását nem tapasztaltuk, a serum lipidtartalma, cholesterintar-

talma, az elektrophoresis, a vérsejtsüllyedés nem változott, az esetek egy részében a serum epesavtartalma lényegesen csökkent.

A serum epesavtartalmának meghatározását *Kisfaludy dr.* végezte el *Kier* (9) módszerét használva. Az egészséges egyének serumában e módszerrel meghatározott egész epesavtartalom 30—40 mg% körül van. A cholestyramin hatására primaer biliaris cirrhosisban szenvedő betegeinken létrejött változásokat a 2. táblázat tünteti fel.

2. táblázat

Név	A serum egész epesav tartalma mg%-ban	
	kezelés előtt	Cholesthyramin adagolás után
L.	62,0	41,0
É.	63,5	37,2
L.	62,0	34,4

A vizsgálat tartama alatt sem a serum bilirubintartalma, sem a hypercholesterinaemia, ill. hyperlipaemia nem változott..

Datta és *Sherlock* (10, 11) 27 esetből mindössze 5-ben nem tapasztalt kedvező eredményt, adataik szerint éveken keresztül alkalmazott gyógyszer mindössze napi 3 g-jával a viszketés teljes megszűnését érték el. Magunk 10 esetből csak 4-ben értünk el teljes eredményt, másik 2 esetben azonban szintén csökkent a viszketés. Négy esetben a Cholestyramin 12 g-ja sem mutatkozott hatásosnak. A serum cholesterintartalmának csökkenése a kezelés hatására (11) csupán hosszú idő alatt indul meg, 6—12 hónap alatt. Két év után a serum cholesterintartalma ismét nő. Kételkedünk abban, hogy ez a változás biztosan a gyógyszer hatásának eredménye-e? Eseteinkben a cholesterin- és lipidtartalom ingadozásait többször észleltük és említettük, hogy a betegség progressiója folyamán is sokszor lényegesen csökken a hypercholesterinaemia és hyperlipaemia.

Kétségtelen azonban, hogy a kezelés hatására a látható cholesterinlerakódások eltűnését is el lehetett érni. Érdekes hatása a gyógyszernek az, hogy a calcium felszívódása a bélből fokozódik és a csontelváltozások is javulnak (5). Hasonló tapasztalatot magunk nem tettünk.

Az újabban ajánlott immunosuppressiv cytostatikus kezeléssel (Imuran, Endoxan, 6-mercaptopurin) magunk nem értünk el eredményt.

E sovány eredményű tüneti kezelésmódokon kívül egyelőre therapiás eljárás e betegség gyógyításában nem áll rendelkezésünkre. Ha a májelégtelenség vagy a portalis pangás kifejlődik, az ezekben az állapotokban ismert eljárásmódokat alkalmazzuk, ezekre e helyen nem térünk ki (25). Annál fontosabb mindezek alapján, hogy a beteg súlyos helyzetét megértő módon és megfelelő psychotherapiás vezetéssel tegyük elviselhetővé, és sohase erősítsük meg a betegben betegsége reménytelenségének tudatát.

IRODALOM: 1. *Albano, O., Papanicolaou, N., Buffé, D., Caroli, J., Burtin, P.:* Revue internat. d'Hépatologie. 1966, *16,* 207. — 2. *Bergström, S.:* Fed. Proc. 1961, *20,* 121. — 3. *Boden, R. W., Ranken, J. G., Goulston, S. J. M., Morrow, W.:* Lancet. 1959, *2,* 245. — 4. *Bouchier, I. A. D., Rhodes, K., Sherlock, S.:* Brit. Med. J. 1964, *1,* 592. — 5. *Briscoe, A., Ragan, C.:* Am. J. Clin. Nutrit. 1963, *13,* 277. — 6. *Buchwald, H.:* Circulation. 1964, *29,* 713. — 7. *Butt, H. M., Comfort, M., Powet, M., Mason, H.:* J. Lab. Clin. Med. 1951, *37,* 870. — 8. *Crismer, R.:* Revue intern. d'Hépat. 1966, *15,* 143. — 9. *Datta, D., Sherlock, S.:* 2. Weltkongress für Gastroenterologie. Karger. Basel, 1963. — 10. *Datta, D., Sherlock, S.:* Brit. Med. J. 1963, *1,* 216. — 11. *Datta, D., Sherlock, S.:* Gastroenterology. 1965, *48,* 505. — 12. *Deicher, H. G., Holman, H. R., Kunkel, H. G.:* Arthr. and Rheumatism. 1960, *3,* 1. — 13. *Fauvert, R., Benhamou, J. P., Oueda, P., Berthelot, P., Viallet, A.:* Presse Med. 1963, *71,* 1287. — 14. *Foulk, W. T., Baggentoss, A. H., Butt, H. R.:* Gastroenterology. 1964, *47,* 354. — 15. *Holdsworth, C. D., Dawson, A. M., Sherlock, S.:* Quart. J. Med. megj. alatt. Cit.: Sherlock. — 16. *Jones, W. A., Tisdale, W. A.:* New Engl. Med. J. 1963, *268,* 629. — 17. *Justin-Besançon, L., Lamotte, M., Lamotte-Barillon, S., Grivoux, M., Nobillot, A., Martin, E.:* Sem. Hôp. Paris. 1960, *36,* 729. — 18. *Kelsey, J. R., Moyer, J. H., Brown, W. G., Bennett, H. D.:* Gastroenterology. 1955, *29,* 865. — 19. *Kier, L. C.:* J. Lab. Clin. Med. 1952, *40,* 762. — 20. *Kühn, H. A.:* Acta Hepatosplen. 1962, *9,* 229. — 21. *Kühn, H. A.:* Begemann, Kühn, Mancke, R.: Akute und chronische Leberkrankungen. Georg Thieme. Stuttgart. 1966. 79. p. — 22. *Lloyd-Thomas, H., Sherlock, S.:* Brit. Med. J. 1952, *2,* 1289. — 23. *Mackay, I. R.:* New Engl. J. Med. 1958, *258,* 185. — 24. *Magyar I., Stekker K., Vágó E.:* Orv. Hetil. 1953, *94,* 1261. — 25. *Magyar I.:* Orvosképzés. 1963, *38,* 1. — 26. *Magyar I.:* Orv. Hetil. 1964, *105,* 126. — 27. *Magyar I.:* Magy. Belorv. Arch. 1956, *9,* 114. — 28. *Magyar I.:* Orv. Hetil. 1966, *107,* 1327. — 29. *Neumayr, A., Begemann, Kühn, Manke:* Akute und chronische Lebererkrankungen. Georg Thieme. Stuttgart, 1966. 89. p. — 30. *Paronetto, F., Schaffner, F., Popper, H.:* New Engl. J. Med. 1964, *271,* 1021. — 31. *Paronetto, F., Schaffner, F., Mutter, R. D., Kniffen, J. C., Popper, H.:* JAMA. 1964, *187,* 503. — 32. *Plessier, J., Rautureau, M.:* Revue internat. d.Hépat. 1965, *15,* 229. — 33. *Popper, H.:* Revue internat. d'Hépat. 1966, *16,* 239. — 34. *Rubin, E., Schaffner, F., Popper, H.:* JAMA. 1963, *183,* 331. — 35. *Schmid, M.:* 2. Lebersymposium in Vulpera. Georg Thieme. Stuttgart. 1966, 63. p. — 36. *Sherlock, S.:* Diseases of the liver and bibliary system. 3rd ed. Blackwell Oxford. 1965. — 37. *Sherlock, S., Datta, D. V., Walker, J. G.:* Revue internat. d'Hépat. 1966, *16,* 217. — 38. *Sotgiu, G., Pisi, E., Cavalli, G.:* Revue internat. d'Hépat. 1966, *16,* 251. — 39. *Vinnik, I. E., Kern, F. jr.:* Gastroenterology. 1963, *45,* 529. — 40. *Walker, J. G., Domach, D., Roitt, I. M., Sherlock, S.:* Lancet. 1965, *1,* 827. — 41. *Wepler, W.:* Revue internat. d'Hépat. 1966, *16,* 151.

Országos Korányi Tbc Intézet (igazgató: Böszörményi Miklós dr., tudományos igazgató: Földes István dr.)

Bronchusresectio és anastomosis

Ungár Imre dr. és Szarvas Ilona dr.

Minden csonkoló sebészi beavatkozás elvégzésekor két követelmény áll előttünk:

1. a kóros szövetrész lehető leggyökeresebb eltávolítása;

2. a szerv funkciójának lehető legteljesebb megőrzése, ill. helyreállítása.

A tüdősebészetben ez utóbbi követelmény parancsolóan jelentkezik, mert a beavatkozás a gázcserét biztosító életfontosságú szerven történik. A légzőfelület hirtelen nagymérvű csökkentése már a közvetlen postoperatív periódusban a beteg életét fenyegető szövődményhez vezethet. Modern eszközökkel ezeket a veszélyeket még súlyos határesetekben is ki lehet védeni, de a functiocsökkenés később a beteg részleges vagy teljes rokkantságát okozhatja. Számolnunk kell ezenfelül a cardiorespiratorikus functio késői, az előrehaladó korral törvényszerűen együttjáró, beszűkülésével is. Ennek kompenzálásához a betegnek minden rendelkezésre álló tartalékra szüksége van. A műtéti javallat felállításakor előrelátóan erre is gondolni kell.

Functionalis szempontból nem okoz gondot a javallat felállítása, ha a műtéttel olyan tüdőrészt kell eltávolítanunk, mely functióját a kórfolyamat következtében már elvesztette. A functioveszteség ezekben az esetekben átmeneti és elhanyagolhatóan csekély. Merőben más a helyzet akkor, ha bármilyen okból még ventilált és perfundált tüdőt áldozunk fel. Pl. felsőlebeny-daganat miatt pneumonectomiát kell végeznünk, mert a tumor a főhörgőt megközelítette, vagy tuberculosus főhörgőszűkület miatt még ép, megtartott functiójú féltüdőt távolítunk el. Ilyen esetekben a közvetlen postoperatív periódusban keletkezhet respiratiós zavar, később a rokkantság fenyeget. Súlyos határesetben az életmentő műtét el sem végezhető.

Természetes volt tehát az a törekvés, hogy a hörgőn, annak űrterében lezajló betegséget úgy oldjuk meg, hogy a tüdő functióját, a mögöttes terület ventilatióját és perfusióját lehetőség szerint megtartsuk az érintett hörgőszakasz resectiója és a hörgővégek egyesítése útján.

A műtét nem újkeletű. *Price Thomas* (16) 1952-ben tbc-s jobb főhörgőstenosist oldott meg a szűkület kimetszése és anastomosis útján, *Gebauer és mtsai* (4, 5) homotransplantatummal és alloplasticus módszerekkel kísérletben és klinikumban egyaránt figyelemre méltó eredményeket értek el. A további munka során azonban bebizonyosodott, hogy megfelelő feltételek mellett a hörgők „vég a véghez" anastomosisa a legbiztosabb eljárás. *Johnston* és *Jones* (8) 1959-ben már 98 esetről tudtak beszámolni, igen jó eredményről. Valamennyi műtét carcinoma miatt történt és az eredmény semmivel sem volt rosszabb, mint a carcinoma miatt végzett lobectomiáké. A műtéti mortalitás 8% volt, a korai gyógyeredmény egy évvel a műtét után 80%-os. *Mathey* (11) 30 eset kapcsán az indicatiókat dolgozta ki. Megkülönbözteti az elective és kényszer indicatiót. Carcinomás betegeinek 30%-a túlélte az 5 évet. *Paulson* és *Shaw* (15) 43%-os 5 éves túlélést értek el carcinomás betegeiknél. Bebizonyosodott, hogy a daganatos lebenyhez tartozó főhörgőszakasz eltávolítása nemcsak functiókímélő eljárás, de radikalitásban sem marad el a pneumonectomia mögött.

Hazánkban az első esetet *Bikfalvi* és *Dubecz* (1) közölték 1955-ben, amikor adenoma miatt a bronchus intermediust resecálták. Az 1965 novemberben tartott mellkassebész sectio ülésen *Csorba, Keszler* és *Schnitzler* számoltak be a műtéttel szerzett tapasztalataikról. Az első bronchusresectiót és anastomosist osztályunkon 1961 februárban készítettük carcinoma miatt (18). Azóta 32 beteget operáltunk ezzel a módszerrel, 20 esetben rosszindulatú daganat, 5 esetben jóindulatú daganat, 5 esetben specificus gyulladás okozta hörgőszűkület és 2 alkalommal gangraena miatt. Osztályunk jellege folytán traumás hörgőruptura esetünk nem volt. A beavatkozásnak pedig ez az egyik leghálásabb területe. A ruptura mögötti terület biztosan, vagy nagy valószínűséggel ép, a tüdő functióját teljesen helyre lehet állítani. Kivételes esetekben a hörgőanastomosist még hónapokkal, sőt, évekkel az elszenvedett baleset után is sikerrel meg lehet kísérelni. Ilyen eseteket közöltek *Vosschulte, Bikfalvi* (19), *Hertzog és mtsai* (6) és mások.

A műtéti javallat *Mathey* (13) szerint lehet elective (relatív), („indication de choix"), vagy absolut („indication de necessité"). Anyagunkban ez utóbbi csoporthoz tartozott 9 eset, melyek megítélésünk szerint pneumonectomia elvégzésére cardiorespiratoricus állapotuk miatt nem voltak alkalmasak, vagy a műtét súlyos functiózavarral járt volna. Rossz általános állapot, alacsony Tiffeneau-érték és bronchospirometriával igazolt ellenoldali, erősen beszűkült tartalék jellemezte az eseteket. A rossz functio részben koruk függvénye volt, a legidősebb beteg 68 éves volt. Az absolut javallatokat — egy kivételével, mely benignus adenoma volt — carcinoma képezte. 23 esetben a javallat relatív volt, pneumonectomia is elvégezhető lett volna, de csak jelentős légzésfunctió-veszteség árán. Négy alkalommal (2 adenoma, 2 tbc) csak az érintett főhörgőszakaszt távolítottuk el, a tüdőparenchyma functióját a műtéttel helyre lehetett állítani. A fennma-

radó esetekben egy vagy több lebeny megtartását lehetett a műtéttel elérni.

A bronchusanastomosis elvégezhetőségének szigorú feltételei vannak:

a) a hörgő megbetegedése mögött a tüdőparenchyma, a hörgő- és érrendszer ép, vagy a szűkület okozta folyamat reverzibilis;

b) a tervezett metszésvonalban, tehát a készítendő anastomosis helyén a hörgőfal kóros folyamattól biztosan mentes.

1. táblázat

A műtétek neme

Javallat	Felsőlebeny és főhörgő resectio		Jobb felső + középső-lebeny és főhörgő resectio	Alsólebeny és főhörgő resectio		Csak főhörgő resectio	Összesen
	jobb	bal		jobb	bal		
Carcinoma	8	6	4	1	1	—	20
Adenoma	1	—	—	1	—	3	5
Tbc.	—	4	—	—	—	1	5
Gangraena	2	—	—	—	—	—	2
Összesen	11	10	4	2	1	4	32

A műtét elvégezhetőségét a műtét előtti vizsgálatok és az intraoperativ lelet alapján kell eldönteni. A műtét előtti részletes kivizsgálás igen fontos, mert a parenchyma-elváltozások morphologiáját, röntgenologiai activitását (pl. tbc esetében) az intraoperativ leletből nehéz, vagy lehetetlen megállapítani. Hasonlóképpen nehéz a hörgők állapotát megítélni. Még bronchographiás vizsgálattal is érhet meglepetés, különösen akkor, ha a hörgőelzáródás miatt a kérdéses területet nem lehet műtét előtt ábrázolni. Intraoperativ graphia kívánatos lenne, erre eddig azonban módunk nem volt. Angiographiás vizsgálatokat eddigi eseteinkben még nem végeztünk, alkalmazása értékes felvilágosítást adhat morphologiai és functionalis szempontból egyaránt. A szűkület (akár daganatos, vagy gyulladásos) megszüntetése után a tüdő rugalmassága, a lélegeztetésre bekövetkező volumenváltozása, adnak támpontot a parenchyma állapotának megítéléséhez.

A hörgő metszéslapjának épsége, elsősorban tumoros esetekben fontos. Ezt nem lehet — és ezért nem is szabad — a tapintás és megtekintés alapján megítélni, hanem fagyasztott metszetekből kell megállapítani. Úgy járunk el, hogy a tervezett resectio elvégzése után mindkét hörgővégből még egy-egy milliméter vastagságú gyűrűt resecálunk és azt a kórboncnok azonnal megnézi. Az anastomosist csak ezután készítjük el. A nem rosszindulatú esetekben erre az elővigyázatosságra nincsen szükség és a makroszkópos kép elegendő az ép és kóros határának a megítéléséhez.

Eseteinkből azt a tapasztalatot lehetett levonni, hogy hörgőresectio és anastomosis a hörgőfa bármely szakaszán elvégezhető. Mint láttuk, mindkét oldalon kb. azonos számban végeztünk bronchusanastomosist. Legkisebb lumenű beültetés a középsőlebeny-hörgő és az intermedius között történt. Valószínű, hogy ennél kisebb egységet nem érdemes megtartani, anyagunkban nem fordult elő. A középlebeny lumene is igen kicsiny és technikailag az anastomosis készítése nehéz volt, de sikerrel járt.

Eredményeink a következők voltak:

2. táblázat

Bronchusresectio és anastomosis eredményei

Indicatio	Esetszám	Szövődménymentes	Szövődményes	Meghalt		Jelenleg panaszmentes
				korai	késői	
Carcinoma pulm.	20	17	3	3	5	12
Adenoma pulm.	5	5	—	1	—	4
Tuberculosis	5	5	—	—	—	5
Gangraena	2	2	—	—	—	2
Összesen	32	29	3	9		23

Halálokok: Carcinoma progressio 5
Varratelégtelenség, sipoly 2
Coronariathrombosis 1
Art. pulm. embolia 1
9

Carcinoma miatt az első műtétet 1961 februárban végeztük (18). Bal felsőlebenyt távolítottunk el a hozzátartozó bal főhörgőszakasszal együtt, az alsólebenyhörgőt ültettük be a főhörgőbe. A beteg ma is teljesen panaszmentes, munkaképes. Vitalis capacitása 3000 ml-ről 2600 ml-re csökkent, FEV = = 70%, változatlan maradt. 20 carcinomás betegünkből jelenleg él 12 (egy 5 éve, négy éve 1, két és fél éve 2, 2 éve 4, 4-et egy éve operáltunk).

Carcinomás betegeink képezték a legsúlyosabb beteganyagot, úgy kor, mint cardiorespiratoricus szempontból. A közvetlen műtét utáni szakban három beteget vesztettünk el, egyet art. pulm. emboliában, két beteget hörgősipoly miatt, mindkettő jobb főhörgőre is ráterjedő carcinomában szenvedett és az anastomosis tumoros szövetben történt. Ezen tapasztalat után vezettük be a metszéslap szövettani vizsgálatát műtét közben, azóta varratelégtelenség nem fordult elő. A tumor progressiójában 1—3 év után további 5 beteg halt meg, összesen 8.

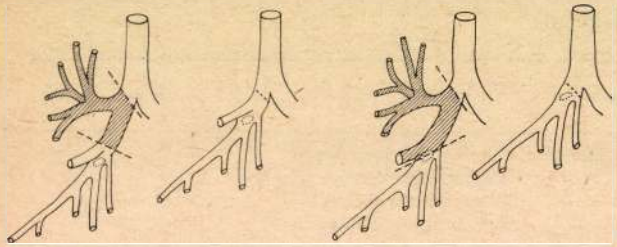
Adenoma miatt öt műtétet végeztünk. Három alkalommal csak az adenomát hordó főhörgőszakaszt távolítottuk el. Négy betegünk tünet- és panaszmentes, egy 67 éves beteget coronariathrombosisban a postoperativ szakban elvesztettünk.

Tbc-s főhörgőstenosis miatt 5 esetben operáltunk. Egy bal főhörgőstenosist tüdőresectio nélkül, csak a szűk hörgőszakasz eltávolítása útján meg lehetett oldani. A többi 4 esetben a lebeny resectiója is szükséges volt a főhörgő szűkült szakaszának kimetszése mellett. Mind az öt beteg jól van.

Nem specificus gyulladás okozott stenosist a jobb főhörgőn két esetben. A tályogos felsőlebenyt és a főhörgőszakaszt resecáltuk. Mindkét beteg jól van. Meg kell jegyezni, hogy a thoracotomia előtt

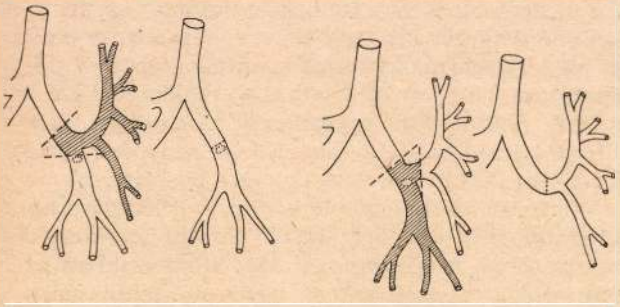
mindkét esetben felmerült a tumor gyanúja is, melyet csak a resecatum vizsgálatával sikerült biztosan kizárni.

A lassan kialakuló főhörgőstenosis mögött törvényszerűen bronchiectasia keletkezik. Előrehaladott stádiumban a fibrosus tüdőt már nem lehet megtartani. Nehéz akkor dönteni, ha a bronchiectasiák még csak mérsékelt cylindrikus tágulat alakjában mutatkoznak. Ilyen esetben a stenosis megszüntetése és a jó drainage viszonyok helyreállítása után a bronchiectasiák visszafejlődése még remélhető. Ilyen meggondolás alapján hagytunk benn adenoma, ill. tbc-s szűkület mögött bronchiectasiás tüdőt 2 alkalommal. Mindeddig nem bántuk meg ezt a döntést, mert több év távlatából sem észleltünk rosszabbodást ezekben az esetekben.



Jobb felső lebeny és főhörgő resectio

Jobb felső, középső lebeny és főhörgő resectio



Bal felső lebeny és főhörgő resectio

Bal alsó lebeny és főhörgő resectio

A bronchusanastomosis előnye a kiterjedtebb resectióval szemben kézenfekvő, javallata mégsem gyakori. Ennek oka az, hogy ritka az olyan eset, mely az előzőkben felsorolt feltételeknek mindenben megfelel. Tapasztalataink szerint pedig a feltételeket igen szigorúan kell elbírálni, mert minden engedmény súlyos szövődményeket vonhat maga után. Még gondos kivizsgálás és műtét közben végzett szövettani metszet készítése sem óv meg ezektől minden esetben.

Szövődmények a következők lehetnek:

1. Varratelégtelenség, ha az anastomosis nem ép szövetekben történt. Ilyen esetünk volt kettő. Mindkettőt elvesztettük.

2. Rejtett, fel nem ismert hörgőbetegség lehet az anastomosis mögött.

3. Késői szűkület az anastomosis helyén. Egy esetünk volt, akit 1962-ben operáltunk carcinoma miatt, 3 évvel a bal felsőlebeny és főhörgő resectiója után az alsólebenyét re-resectióval el kellett távolítani, mert a főhörgő lumene gombostűfejnyire beszűkült, és a visszahagyott alsólebeny bronchiectasiássá lett. Műtétkor a beteg tumormentes volt és jelenleg is tünet- és panaszmentes. A késői szűkület okát nem sikerült megállapítani.

Összefoglalás. Szerzők 32 esetben végeztek bronchusresectiót és anastomosist, carcinoma, bronchusadenoma, tbc-s hörgőszűkület és aspecificus hörgőszűkület miatt. 4 esetben csak a főhörgőt resecálták, a többi esetben lobectomiát is végeztek. Traumás esetük nem volt.

A bronchusanastomosis javallata lehet absolut és relatív. Szigorú feltételek mellett functiókímélő beavatkozás. A javallat aránylag ritka. Anyagukban több mint 1500 tüdőresectióból kellett, ill. lehetett elvégezni a műtétet, ami kb. 2%-os gyakoriságnak felel meg. Jól megválasztott esetekben azonban a műtét kétségtelen előnyt jelent a kiterjedtebb, nagy functioveszteséggel járó pneumonectomiával szemben.

Szerzők tapasztalata szerint a műtét értékes kiegészítése a tüdősebészeti eljárásoknak és az eddigi eredmények további alkalmazását indokolják.

* A dolgozat megírása óta további 8 esetben végeztünk sikeres hörgőanastomosist.

IRODALOM: 1. *Bikfalvi A., Dubecz S.:* J. thor. surg. 1955, *29*, 488. — 2. *Carter, M. G., Shieder, J. W.:* J. thor. surg. 1950, *20*, 613. — 3. *Dortenmann, J.:* Thoraxchir. und Vaskuläre chir. 1964, *11*, 554. — 4. *Gebauer, P. W.:* J. thor. surg. 1950, *19*, 604. — 5. *Gebauer, P. W.:* J. thor. surg. 1950, *20*, 628. — 6. *Hertzog, P., Burgot, P., Personne, C.:* La Poumon et le coeur. 1958, *14*, 193. — 7. *Jackson, T. L., O'Brien, E. J., Tuttle, W., Magar, J.:* J. thor. surg. 1950, *20*, 598. — 8. *Johnston, J. B., Jones, P. H.:* Thorax. 1959, *14*, 48. — 9. *Jones, P. H.:* Ann. of roy. Coll. Surg. Engl. 1959, *25*, 20. — 10. *Mathey, J., Lemoine, J. M., Renault, P., Oustrieres, G.:* Rev. Tubercl. Paris. 1951, *15*, 68. — 11. *Mathey, J., Maillard, J. N.:* Traité de technique chirurgical. Masson. Paris, 1955. — 12. *Mathey, J., Oustriéres, G.:* Thorax. 1951, *6*, 71. — 13. *Mathey, J.:* Les Bronches. 1964, *15*, 178. — 14. *Matthes, Th.:* Thoraxchirurgie. 1956, *4*, 106. — 15. *Paulson, D. L., Shaw, R. R.:* Ann. Surg. 1960, *151*, 729. — 16. *Price Thomas, C.:* J. roy. Coll. Surg. Edinb. 1956, *1*, 169. — 17. *Thompson, D.:* Thorax. 1964, *19*, 347—49. — 18. *Ungár I., Kőrösi A.:* Tuberk. és Tüdőbetegségek. 1963, *4—5*, 106. — 19. *Vosschulte, K., Bikfalvi A.:* D. med. Wschr. 1964, *13*, 599.

VIII. ker. Tanács Balassa János Kórház, I. Sebészeti osztály (főorvos: Drexler Miklós dr.)

A sigma-diverticulitis szövődményeiről

Rátkai István dr.

A sigmabél diverticulumai (továbbiakban: di.) veleszületettek vagy szerzettek lehetnek. Az utóbbiak idősebb korban jönnek létre, ezért az életkor meghosszabbodásával előfordulásuk, gyulladásos elváltozásaik és ezzel együtt szövődményeik is egyre gyakoribbak.

A vastagbél di.-ot először *Littre* írta le több mint kétszázötven évvel ezelőtt. A múlt században szórványosan jelentek meg közlemények a di.-ról. *Graser* mutatott rá először 1897-ben, hogy a sigma-diverticulitist gyakran tévesztik össze sigmarákkal. (9). A colon-di.-ok háromnegyed része a sigmában található. (6). 40 éves kor alatt szerzett formája alig fordul elő (3), a negyven év felettiek 5—10%-ának sigma-di.-a van. (13, 15). E szám idős korban tetemesen megnő. *Bevan* 138 di.-os betegének legtöbbje 70—80 éves volt. *Hartley* 193 diverticulitis miatt kezelt betegének átlagos életkora 64 év.

A di.-ok a sigma-bél taeniája mentén, valamint az appendix epiploicáknak megfelelően alakulnak ki. Nagyságuk nem haladja meg az ujjbegyet. Mivel a gyűjtőerek hézagaiban boltosulnak elő, sokan arra gondolnak, hogy az idősebb korban gyakran bekövetkező venás pangás elősegíti kifejlődésüket. *Almy* a collagen-rostok degeneratióját (1), *Bevan* a mesosigma elzsírosodását (3), *Painter* az intraintestinalis nyomás fokozódását említi meg kóroktani tényezőként (16). Az utóbbi elméletnek számos híve van. Az egész colont tekintve, a legnagyobb nyomás a sigma-bél belsejében található. Ha a táplálkozás rostszegény, a széklet kisebb volumene miatt idővel csökken a sigma-bél lumene és ez a belső nyomás fokozódásához vezet. Ezt bizonyítja a tapasztalati tény, hogy Nyugat-Afrikában a magas rosttartalmú táplálkozás következtében a vizsgált egyének sigmája tágabb és hosszabb. Gyakori ott ezért a sigmavolvulus, de úgyszólván ismeretlen a sigma-di. (16).

A di. a legtöbb esetben nem okoz panaszt. A tünetek csak akkor jelentkeznek, ha a gurdély gyulladásba jön. A di.-ok 10%-ában 5 év alatt, 25%-ában 10 év alatt gyulladás alakul ki. (18). 10 diverticulitisben szenvedő beteg közül átlag egy kerül műtétre. (13). A heveny sigma-diverticulitis baloldali alhasi fájdalommal és lázzal jár. Esetleg izomvédekezés jelentkezik a sigmabél tájékán. Hasmenés szinte mindig szerepel a körelőzményben. A sorozatos heveny gyulladásból jön létre az idült sigmoiditis diverticulosa. Ekkor már gyakran válik tapithatóvá a sigma-bél. *Bevan* 138 betege közül 46 esetben alakult ki tapintható resistentia a bal csípőárokban. (3). *Drobni* és *Incze* 59 sigmoiditises betege közül 20 esetben volt pozitív a tapintási lelet. (7, 10). Az ismétlődő gyulladások következtében ugyanis a sigma-bél körül proliferativ elváltozások keletkeznek, sőt paracolicus tályogok és sipolyok is keletkezhetnek. Az így létrejött gyulladásos tumort igen könnyen össze lehet téveszteni sigmacarcinomával. *Calcock* 50 sigmadiverticulitises és 50 sigma-rákos betegének tüneteit értékelte és a következőket állapította meg (5). Sigmadiverculitis esetén a hányinger kétszer, a colica két és félszer, a tompa alhasi fájdalom majdnem háromszor gyakrabban fordul elő, mint sigma-rák esetén. Ezzel szemben a s.-rák miatti székrekedés másfélszer, vérzés pedig háromszor gyakrabban szerepel. *Drobni* és *Incze* a súlyveszteség mértékének is nagy jelentőséget tulajdonít. Sigmoiditis miatt kezelt betegeik felénél a súlyveszteség nem érte el az 5 kg-ot, viszont sigma-tumoros betegeik $^2/_3$—$^3/_4$ részénél jelentősen nagyobb volt a fogyás. Betegeik közül a sigmoiditises esetek felében a körelőzmény egy évnél hosszabb, sigma-rákos eseteik nagy többségében fél évnél rövidebb volt. (10). A láz és a fehérvérsejtszám emelkedése diverticulitisre utal, bár a sigmarák körüli gyulladásos folyamat is idézhet elő hasonló tüneteket. A gyulladás és a daganat elkülönítésében a rectoscopiás, de különösen az irrigoscopiás vizsgálatnak van nagy jelentősége. A diverticulumok sok esetben — különösen kettős kontrasztos eljárással — jól láthatóvá tehetők. Diverticulitis esetében spasmus és futólagos telődés, proliferatiós elváltozások létrejötte után szűkület látható a felvételen. Bár az ép nyálkahártyával fedett szűkület, a konusszerű kihegyezettség és az oralis szak dilatatiójának hiánya (9) inkább gyulladás mellett szól, nincs olyan jel, mely mindig abszolút módon eldöntené, tumor vagy gyulladás okozza-e a panaszokat. (5). *Zsebők* szavaival élve: az irrigoscopia nem mindig megnyugtató vizsgáló eljárás, mert afiziológiás körülmények között történik és csak rövid ideig elemezhető a colon (20). Néha az elvégzett műtét alkalmával sem lehet biztosan eldönteni, daganat vagy gyulladás áll-e fenn. (2, 7). Ez történt egyik esetünkben.

1. eset. J. Gy. 58 éves férfibeteget 1960. jún. 4-én éjszaka „Subileus" kórismével utalták be osztályunkra. 4 hete fokozódó bélgörcsei vannak, többszöri hasmenéssel. Két nap óta nincs széklete és a szelek sem távoznak. 3 hét alatt nyolc kg-ot fogyott. A beteg vizsgálatánál kifejezett sigma-táji nyomásérzékenységet észlelünk. Rectalis vizsgálat: tág, üres ampulla. Sigmatumor gyanúja miatt sürgős irrigoscopiát végzünk, mely kb. 10 cm hosszú, alig ceruza vastag egyenetlen szélű szűkületet mutat a sigmában. (1. kép.) A bélműködés megindítása után pár nappal műtétet végzünk. Ennek során a sigma alsó szakaszán két férfiököl nagyságú porckemény tapintatú, egyenetlen felszínű, környezetével masszív módon összekapaszkodott tumort találunk. Inoperabilitás miatt kétnyílású anus iliacust készítünk. (Szövettani vizsgálatra anyagot nem excindáltunk a kimetszés ismert veszélyei miatt.) A beteg zavartalanul gyógyult. Távozásakor a kórisme cc. sigmae inop. volt. A 4 hónap múlva elvégzett irrigoscopia alkalmával nem találtunk semmiféle



1. ábra

tumoros elváltozásra utaló jelet, csak a kontrasztanyaggal kitöltött di.-ok látszottak a felvételen. Ekkor gondoltunk arra, hogy a betegnél nem carcinoma, hanem perisigmoiditis állott fenn. Újabb műtéttel resecáltuk a sigmát, majd zártuk az anus prae-t. A beteg azóta is panaszmentes.

Sok esetben a perisigmoiditis diverticulosa könnyen diagnosztizálható, ellentétben 1. esetünkkel. Ennek kitűnő példája következő esetünk.

2. eset. Ö. J.-né 60 éves beteget kórházunk nőgyógyászati osztályáról vettük át 1965. nov. 17-én „Subileus" diagnózissal. Kórelőzményében hasmenés, erős bélgörcsök és láz szerepelt. Az elvégzett irrigoscopia több kisebb diverticulumot mutatott a sigmán. Az egész sigma csak futólag telődött és a kontrasztanyagot nem tudta tartani ismételt vizsgálatnál sem. (2. kép.). Mivel megnyugtató módon a sigma-tumort kizárni nem tudtuk, műtétet végeztünk. Ennek során gyulladt, vérbő, cseplesszel és a baloldali tubával körülvett sigma-belet találtunk, tumort nem észleltünk. Tekintettel arra, hogy kórisménk így a sigma-diverticulist illetőleg igazolódott, antibioticumok lokális adása után a hasüreget zártuk. A beteg zavartalanul gyógyult.

Súlyos szövődmény a di. *perforatiója* a szabad hasüregbe. Ez azért veszélyes, mert a kialakuló peritonitis nehezen ismerhető fel. Ilyenkor inkább a paralyticus ileus tünetei dominálnak. Másrészt

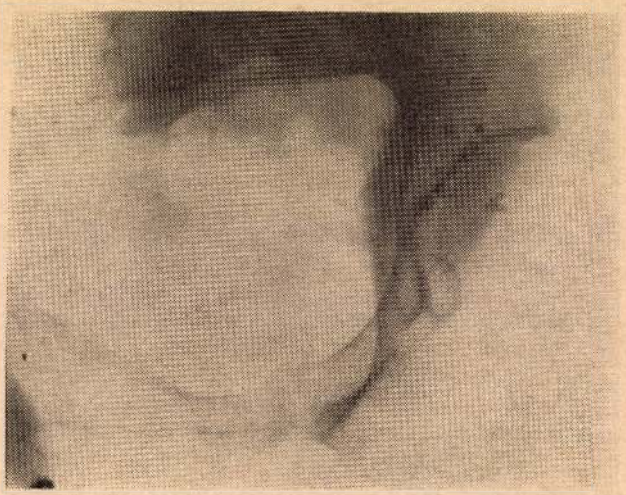


2. ábra

igen súlyos a hashártyagyulladás. A mortalitás tehát igen magas. *Bevan* 40%-os mortalitásról számol be. (3). Magas a mortalitás *Muir* perforatiós eseteinél is: 30%. (15).

Osztályunkon két beteget operáltunk sigmadi. perforatiója miatt.

3. eset. Gy. J. 71 éves férfibeteget 1961. nov. 28-án „Peritonitis?" kórismével szállítják osztályunkra. 1 hetes baloldali alhasi fájdalmakról, hidegrázásról és hányingerről panaszkodik. Ez idő óta nehezen tud vizelni. 3 napja puffadt a hasa és a szelek nem távoznak. Az igen elesett betegnek erősen meteorisztikus a hasa, mely diffuze, de különösen bal oldalon tapintásra igen érzékeny. Rectalis vizsgálattal zölddiónyi prostatát észlelünk. Az üres hasi átvilágítás a jobb rekesz alatt ½ cm széles szabad levegőt, a has vetületében több keskeny nivóárnyékot mutat. Azonnali alsó median laparotomiát végzünk. A hasüregből faeculens váladék ürül. A sigma alsó egyharmada ökölnyi conglomerátummá alakult át, melynek közepéből lepedékes nyíláson át faeces folyik a szabad hasüreg felé. Anus prae-t készítünk, a perforatiós nyí-



3. ábra

lásra csepleszt helyezünk, majd a műtéti területet tamponáljuk és drainájuk. A beteg állapota a műtét után fokozatosan javult. A 4. postoperativ napon bélműködése megindult. Kielégítő általános állapot közben a műtét utáni 22. napon tüdő-emboliára utaló tünetek között hirtelen meghalt. Részlet a boncjegyzőkönyvből: „A sigma-bél és környéke csecsemőfőnyire duzzadt, az összenövések főleg a húgyhólyagra terjedtek. A sigmafal lobos, gennyesen beszűrődött, kp. ⅓-ában babnyi letapadt perforatiós nyílás van. A halál közvetlen oka tüdő-embolia volt. Kelemen E. dr."

4. eset. M. J. 61 éves férfibeteget 1962. szept. 2-án „Subileus" diagnózissal utalták be osztályunkra. Elmondása szerint 1948 óta 14 alkalommal volt gyomorvérzése. 5 hónapja vizelési panaszai vannak. Két nap óta alhasában görcsös fájdalmakat érez, széklet és szelek azóta nem távoznak. A beteg bal alhasában igen kifejezett nyomásérzékenységet észleltünk. Az üres hasi átvilágítás sem szabad levegőt, sem folyadéknívót nem mutat. Mivel a passage-t megindítani nem tudjuk, műtétet végzünk. Ennek kivonatos leírása: A sigma alsó szakasza tályogban foglal helyet, a hólyag felé eső oldalán több kisebb di. van. A nyombélen heges fekély tapintható. Műtét közben a beteget resuscitálni kellett. E miatt anus prae elvégzésére nem volt lehetőség; tampon, draincső és antibioticum behelyezése után a hasüreget zártuk.

A műtét után többször súlyos gyomorvérzés lépett fel. Igen nagy mennyiségű transfusiót kapott. 10 nap múlva javulás következett be, a passage rendeződött. A tervezett második műtét (esetleges resectiót) nem tudtuk elvégezni, mert a beteg orvosi javaslat ellenére, saját felelősségére távozott osztályunkról. Ellenőrzésen nem jelent meg, sorsa előttünk ismeretlen.

A diverticulitis következtében ritkán *obstructiós ileus* alakul ki. *Hartley* 19, *Muir* 5 ilyen esetet említ. (8, 15). A diverticulitis miatt létrejött bélelzáródás okait *Cantor* a következőképpen csoportosítja: (6).

1. Az akut diverticulitis gyulladásos conglomerátumot idéz elő (pseudotumor).

2. A di. perforatiója után letapadás esetén tályog jöhet létre a sigma-bél mellett. Ez egyrészt nyomja a belet, másrészt annak falát oedemássá teszi. Ilyen esetekben a paralyticus ileus fokozatosan mechanikus elzáródássá alakulhat át.

3. A diverticulitis lezajlása után a sigma falában fibroticus elváltozás marad vissza, mely krónikusan kifejlődő obstructiót okoz.

4. Akut diverticulitis mellett — attól függetlenül — rákos daganat keletkezik és ez idézi elő az ileust.

Osztályunkon 1 diverticulitises eredetű ileust észleltünk, melynél a bélelzáródást gyulladásos tumor okozta.

5. eset. K. M.-né 64. éves beteget 1965. febr. 14-én mentők szállítják osztályunkra. Elmondása szerint hat hónap óta gyakran van hasmenéssel váltakozó székrekedése. Két nap óta szelek, széklet nem távoznak; több ízben hányt. Negatív rectoscopiás leletet hoz magával. Évek óta cardialis kezelést kap. Az elesett, igen rossz keringésű, cyanotikus, exsiccált beteg hasa meteorisztikus, diffuze, de főleg a j. o.-i alhasfél nyomásra igen érzékeny. A has felett loccsanások és igen élénk hyperperistaltikus bélhangok hallhatók. Üres hasi átvilágítás: Több széles folyadéknívó. Ileus miatt műtétet végzünk, melynek során a sigma-bélen zölddió nagyságú kemény tumort tapintunk. Az egész colon, de kiváltképp a coecum hatalmasan tág. Mivel j. o.-i transrectalis metszésből hatoltunk be, a beteg igen rossz általános állapota miatt nem végzünk újabb metszést a hason a distalis anus prae készítésére, hanem coecostomiát végzünk.

A beteg a műtét után zavartalanul gyógyult. 5 hónap múlva újra felvettük osztályunkra, hogy a coecostomia helyett baloldali anus iliacust készítsünk. Meglepetésünkre az irrigoscopiás vizsgálat nem mutatott tumort, ellenben a kontrasztanyag lebocsátása után több di. jelent meg a képen. (3. kép). Ezt a leletet az elvégzett műtét is igazolta, mert a coecostomia intraperitonealis zárása alkalmával a has bal oldalára áttapintva a sigmatájon tumort nem éreztünk. Resectiót a beteg rossz cardialis állapota miatt nem végeztünk. Azóta ellenőrzésünk alatt áll és teljesen panaszmentes.

Amíg a tünetmentes di. és a nem gyakran ismétlődő diverticulitis sebészi beavatkozást nem igényel, a következő esetekben műtétet kell végezni:

1. Átfúródás és bélelzáródás gyanúja.

2. Rák gyanúja.

3. Állandó jellegű vagy progrediáló deformitás.

4. Egyes szerzők szerint műtéti javallatot jelent az is, ha belgyógyászati kezelés ellenére ismétlődnek a gyulladásos rohamok (11).

A műtétet utóbbi esetben rohammentes időszakban kell elvégezni. (11). A műtéti megoldásokat és azok javallatait részletesen *Incze* és *Drobni* tanulmánya tárgyalja. (10). Itt csupán egy-két kérdést emelünk ki.

Egy- vagy többszakaszú legyen-e a resectiós eljárás? Az egyszakaszos műtét lényege a megbetegedett sigma resectiója és vég a véghez anastomosis készítése. Ez az eljárás akkor jogosult, ha a beteg általános állapota jó, nem áll fenn ileus vagy peritonitis és megfelelő műtéti előkészítés történt. (14). További feltétel még az, hogy a sigma mobilizálható legyen és jó vérellátású, feszülésmentes varratsort tudjunk készíteni. (12). Az egyszakaszos eljárás igen nagy technikai felkészültséget kíván, mert a sigma fala gyulladt, zsugorodott és törékeny. Éppen ezért sokan a két- vagy többszakaszos módszer hívei. Ha előzetes colostomia után végezzük el második ülésben a resectiót, a colostomia tehermentesítő hatása következtében a lobos tumor teljesen visszafejlődhet. Ez történt 1. és 5. esetünkben. A tehermentesítő colostomia után legalább hat hónapot várni kell az esetleges resectióval és ezen idő alatt állandó ellenőrzés alatt kell tartani a beteget, mert esetleges progressio vagy malignitás gyanúja esetén haladéktalanul el kell végezni a radikális műtétet. (5, 6, 7).

A műtéti gyógyítás és ezen belül az egyszakaszos módszer hívei az utóbbi időben megszaporodtak. Ezt bizonyítja a Mayo-klinika statisztikai adata is. (19). E szerint 1941-től 1945-ig a diverticulitisek 24%-át operálták meg, ugyanez 1950 és 1954 között 43%-ra emelkedett. Az utóbbiak 57%-a egyszakaszos resectio volt.

Végül felmerül a kérdés: érdemes-e drainálni a műtéti területet? Mivel a sigma-bél anastomosisának elkészítése technikailag nehéz eljárás, helyesnek tartjuk puha gumicső behelyezését az anastomosis területéhez. Ennek az az előnye is megvan, hogy rajta keresztül antibioticumot tudunk bejuttatni a hasüregbe.

Összefoglalás: Szerző a sigma-diverticulitis szövődményeivel, ezen belül a sigma körüli lobos tumorral, a diverticulum perforatiójával és obstructiós következményeivel foglalkozik. Saját anyagából eseteket ismertet, melyek mutatják, hogy gyakran merülnek fel nehézségek a helyes diagnózis felállításában. Végül a diverticulitis sebészi kezelésének lehetőségeit tárgyalja.

IRODALOM: 1. *Almy, T. P.:* Gastroenterology 1965. *49*, 1. (109—113.) — 2. *Bacher, K. R.:* Zbl. Chir. 1954. *79*, 45. (1909—1918). — 3. *Bevan, G. P.:* Brit. Med. Journ. 1961. 1. (400—404). — 4. *Bugyi I.:* Gyakorlati Sebészet I. Medicina, Budapest, 1960. — 5. *Calcock, B. P.* és *Sass, R. E.:* Surg. Gynec. Obstet. 1954. *99*, 5. (627—683.) — 6. *Cantor, M. C.* és *Reynolds, R. P.:* Gasrointestinal Obstruction. Wilkins Co. 1957. (189. o.). — 7. *Drobni S. és Incze F.:* A sigmarák és a sigmoiditis elkülönítésének nehézségei (Előadás a Sebész Szakcsoportban). — 8. *Hartley, R. C.:* Brit. Journ. of Surg. 1964. 1. (45—49.) — 9. *Hughes, E. S. R.:* Surgery of the Colon Livingston Ltd. Edinburgh, 1959. — 10. *Incze F.* és *Drobni S.:* O. H. 1959. 3. (120—124.) — 11. *Jay, J. B.* és *Gants, R. T.:* Amer. J. Gastroent. 1955. *24*, 4. (396—402.) — 12. *Marton T:* Magy. Seb. 1964. 17.

(1648—1653.) — 13. *Merz, W. R.:* Schweiz. Med. Wschr. 1956. 36. (1004—1006). — 14. *Moore, R. M.* és *Kirksey, O. T.:* Ann. Surg. 1954. *139,* 826. — 15. *Muir, E. G.:* Lancet 1966. *1,* 7430. (195—196.) — 16. *Painter, N. S.:* Gastroenterology 1965. *84,* 4. (599—609.) — 17. *Reid, S. E. és Workman, C. M.:* Q. Bull. Northwest. Univ. M. School. 1955. *29,* 190 — 18. *Smithwick, R. H.:* Amer. J. Surg. 1960. *99,* 192. — 19. *Waugh, J. M.* és *Walt, A. J.:* Surg. Clin. N. Amer. 1959. *39,* 1281. — 20. *Zsebők Z.:* A röntgenvizsgálat szerepe és jelentősége a sigma-elváltozások elkülönítésében. Emlékkönyv 1959. (234—241.)

CHLOROSAN paszta

1 tégely (20 g) 5% chlorchinaldol-t és 35% amylum solani-t tartalmaz
vízzel lemosható alapanyagban

streptococcus
staphylococcus
és gombák okozta

BŐRFERTŐZÉSEK, ILLETVE TÁRSFERTŐZÉSEK ESETÉN

bőrgyógyászatban,
gyermekgyógyászatban, sebészetben
és szülészet- nőgyógyászatban.

A nyálkahártyát ízgatja (szem, orr)!

A kezelendő bőrfelületre vékony rétegben kenik fel a Chlorosant és a kötést 24 óránként cserélik. Kötés előtt a hámfoszlányok és a pörkök eltávolítandók

SZTK terhére szabadon rendelhető!
1 tégely (20 g) 10,10 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, Budapest

25 MG HIBERNAL + 0,5MG RESERPIN + 5 MG PIPOLPHEN –

HIREPIN drazsé

A Hibernal + reserpin együttes használatakor az ellentétes mellékhatások kölcsönösen mérséklik egymást, a psychés hatás pedig — synergismus miatt — kifejezettebb lesz. A hátrányként jelentkező parkinsonszerű tüneteket a harmadik componens: a Pipolphen védi ki.

Javallata és adagolása a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelése" c. könyv szerint. Társadalombiztosítás terhére szakrendelésre szabadon, egyéb esetekben szakrendelés javaslatára rendelhető.

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR BUDAPEST

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Fővárosi János Kórház, I. Belosztály (főorvos: Korányi András dr.)

Atheroscleroticus aorták anorganikus tartalmának ultrastrukturalis vizsgálata

Berki Ervin dr., Korányi András dr., Major Eleonóra dr. és Peres Tibor dr.

Megelőző közleményünkben beszámoltunk arról, hogy az elhamvasztott aorta maradékának analízise folyamán észlelt nagyszámú elem közül érdemleges mennyiségben a Ca, P, Al, Na, K, Mg, Si, F és Fe fordult elő (1). Ezen vizsgálat csak az elemek oxydjainak százalékos megoszlását adta meg, a képződött vegyületekre nem utalt. Jelen vizsgálatainkban az atheroscleroticus érelváltozás eredményeként kialakult anorganikus vegyületekről kívántunk tájékozódni elektronmikroszkópos, röntgendiffrakciós és elektrondiffrakciós módszerrel.

Ha kristályos anyagot monokromatikus röntgensugárzással világítunk meg, amelynek hullámhosszúsága Å (10^{-8} cm) nagyságrendű, tehát a szilárd anyag atomtávolságaival összemérhető, akkor a kristályos anyagból mint térbeli rácsból kiinduló — a direkt röntgensugárzáshoz képest különböző — de határozott irányú röntgensugárzást kapunk. A direkt sugárzástól eltérő irányokban fellépő röntgensugarakat eredetük után *röntgeninterferenciák*nak nevezzük.

A röntgeninterferenciákat úgy értelmezhetjük, mint az egyes kristálytani síkoknak — ezek a kristályrácsban a racionalis tengelymetszetű síkok — reflexióit. E síkok röntgenreflexiói a közönséges értelemben vett fénytükrözéstől annyiban különböznek, hogy minden sík csak meghatározott beesési szög mellett reflektálja a monokromatikus röntgensugárzást.

A különböző kristálytani síkok reflexiói más-más erősséggel jelennek meg. Az egyes reflexiók erőssége, ill. ezek erősségének aránya attól függ, hogy egyrészt milyen különböző atomok alkotják a kristályrácsot, másrészt azok milyen térbeli elrendezésben vannak. Ez azt jelenti, hogy a röntgendiffrakciós képben az egyes röntgeninterferenciák reflexiós szöge és erőssége együtt jellemző a diffrakciós képet adó anyagra, és ennek megfelelően felhasználható a kristályos anyagok jellemzésére, ill. identifikálására. Itt utalunk előző vizsgálati eredményre, valamint a röntgeninterferencia elvének részletes leírására (2).

Anyag és methodika

Röviddel a halál után kivett emberi aortákat vizsgáltunk 40 esetben. Kormegoszlásuk 30 és 91 év között volt. Megfigyeléseket végeztünk az atheroscleroticus „meszes" plaqueon (10 eset), válogatás nélküli időskori atherosclerotikus, ill. csak lipoid infiltrációt mutató aortákon (15 eset), valamint fiatalkorú makroszkóposan épnek látszó aortákon (15 eset).

Az aorta falából kivett — szöveti részektől mentesített — „meszes" plaqueot vas malomban kb. 10 μ szemcsenagyságú őrleménnyé őröltük. Az így nyert porból röntgendiffrakciós, elektrondiffrakciós, valamint elektronmikroszkópos felvételeket készítettünk.

Az őrlemények röntgen vizsgálatánál az anyagot Guinier rendszerű monokromatikus Cu vonallal dolgozó kamrába helyeztük síkpreparátumként. Parallel helyeztük el az összehasonlításra szolgáló ehrenfriedersdorfi fluoroapatit anyagot, amelyet achátmozsárban törtünk össze kb. 5—10 μ szemcseméretű őrleménnyé. A síkpreparátumok készítésénél ragasztóanyagmentes preparálási eljárást használtunk. A felvételek expozíciós ideje 30 óra volt.

Az elektrondiffrakciós valamint az elektronmikroszkópos felvételek készítéséhez a plaque por anyagot collodiumhártyás mikrorostélyokra preparáltuk.

Az aorták 1×1 mm^2 darabkáit egy óráig osmiumtetroxyd 1%-os oldatban fixáltuk. Az oldatot veronalacetat pufferral pH 7,4 értékre állítottuk be. A víztelenítésükre növekvő töménységű aceton fürdőt használtunk. A kontraszt fokozására a 75%-os aceton oldathoz 1%-os foszforwolframsavat adtunk. Ezen oldatban az anyagot 12 óráig tartottuk. Ezt követően a preparátumot methacrylatba (5 rész methyl és 7 rész butyl-methacrylat) ágyaztuk be. Ultravékony metszeteket készítettünk üveg és gyémánt késsel JM—02 típusú ultramikrotommal. A metszeteken elektronmikroszkópos és elektrondiffrakciós vizsgálatokat végeztünk.

A praeparatumokat JEM—6A és SEM—3 elektronmikroszkópon vizsgáltuk. Eközben összesen mintegy 350 felvételt készítettünk.

Eredmények

Az őrlemények röntgen vizsgálata a két anyag azonosságát bizonyította.

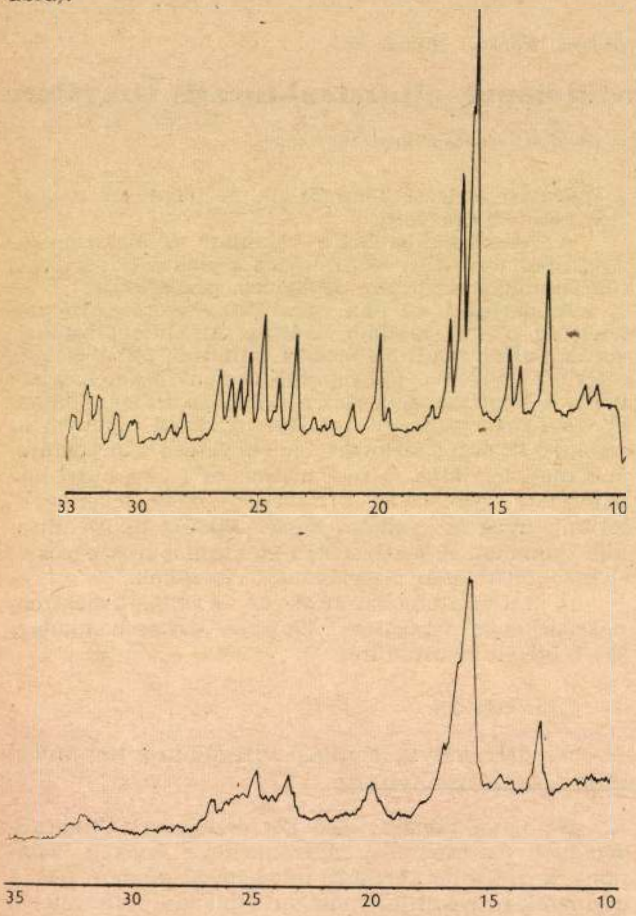
Az 1. sz. táblázat első két oszlopa az ehrenfriedersdorfi fluorapatit d rácssíktávolság értékeit, valamint a reflexiók becsült intenzitását tünteti fel. A harmadik-negyedik számoszlop a plaque porfelvétel d értékeit, ill. az intenzitásokat mutatja.

1. táblázat

A számadatok a röntgendiffrakció rácssíktávolság (d), valamint a reflexiók becsült intenzitás (int.) értékeinek felelnek meg.
a) ehrenfriedersdorfi fluorapatit ásvány őrlemény,
b) plaque őrlemény.

	int	d.	int
3,40	4	3,40	4
3,22	2	—	—
3,04	2	—	—
2,77	10	2,77	8
2,74	4	2,74	8
2,67	5	2,68	5
2,58	3	—	—
2,23	1	—	—
2,20	1	—	—
2,20	2	2,02	5
1,97	3	1,97	5
1,92	2	1,92	3
1,82	3	1,83	3
1,78	2	—	—
1,75	3	1,75	3
1,70	2	—	—
a)		b)	

Összehasonlítás céljából mellékeljük az ehrenfriedersdorfi fluorapatit és a „meszes" plaque őrlemények röntgendiffraktometeres felvételeit. (lásd. 1. sz. ábra).



1. ábra. Az apatit szerkezetet igazolja a röntgengoniometerrel végzett összehasonlítás is. Az ehrenfriedersdorfi apatit (felül) és az aorta „meszes" plaque (alul). A jellemző atomtávolságok teljes egyezést adnak. Az amplitudóbeli különbség a vizsgált anyag kristályos fázisának különbségéből adódik. Az apatit azonosítást az ASTM katalógus alapján végeztük.

A röntgen finomszerkezeti vizsgálattal nem különíthetők el egyértelműen az apatitok csoportján belüli egyes apatit féleségek.

A diffrakciós módszerek közül hatékonyabbnak látszanak ebben az esetben a kisebb területről felvilágosítást adó elektrondiffrakciós vizsgálatok.

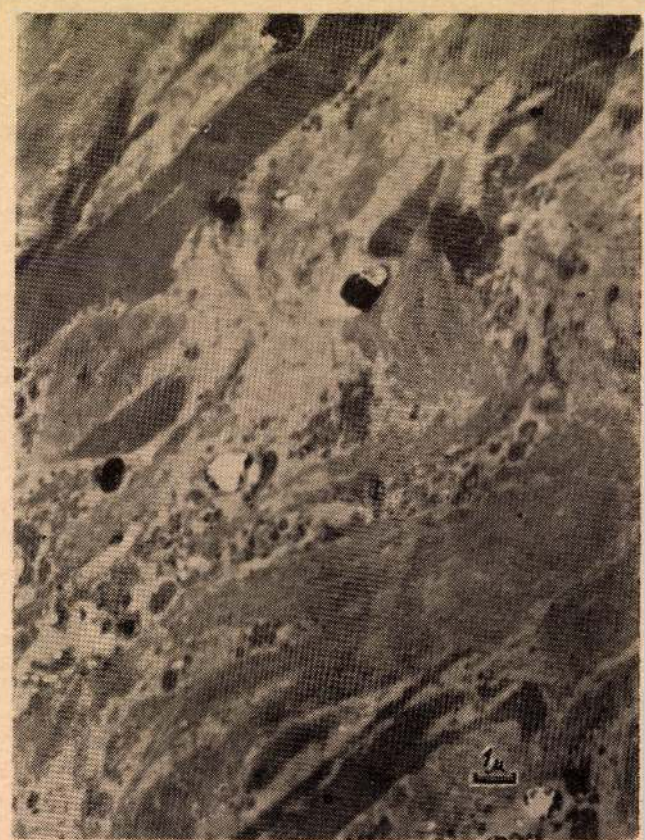
Az elektrondiffrakciós vizsgálat is egyértelműen bizonyította, hogy a vizsgált mintákban a szervetlen vegyületek kristályos módosulatként fordulnak elő.

További azonosításnál valószínűsíthető volt egyes foszfátok, szilikátok, aluminátok jelenléte. E csoporton belül a vegyületek nagyszámú variációja lehetséges. Mindez arra enged következtetni, hogy a plaque felépítésében a calciumfoszfáton kívül számos más vegyület is résztvesz.

Az azonosítást a röntgendiffrakciónál használatos módszer szerint végeztük (3).

A plaque pormintákból elektmikr.-os felvételeket is készítettünk. Elektrondenzitásuk különbsége miatt kihangsúlyozottan jelentek meg a többnyire alaktalan szemcsék. Mivel ez az anyag osmiumtetroxyddal nem érintkezett, az irodalomban található adattal ellentétben, a kontraszt különbségek fellépése nem tulajdonítható a szövetek osmiophiliájának (4).

Az időskori, makroszkóposan is atherosclerosist mutató aortákból készült metszetekben elektronmikroszkóposan a plaque por szemcséihez hasonló képletek voltak megfigyelhetők. Ezen szemcsék morphologiai megjelenésükben a négyzet alakú mikrokristályoktól a nagy kerek képletekig, számos variációt mutattak. Az időskori aortákban minden vizsgált esetben előfordultak ezen szemcsék, főleg a collagen rostok mentén voltak meg-



2. ábra. 80 éves eset, aorta elektronmikroszkópos felvétele. Elasticus és collagen rost kötegek mentén kerek, ill. szabálytalan alakú anorganikus szemcsék láthatók. 6000 ×.

figyelhetők (lásd 2. sz. ábrát: 80 éves eset, aorta elektronmikroszkópos felvétele). Megjegyzendő, hogy a szöveti struktura értékelhetőségét esetenként befolyásolta a halál utáni autolysis. Az 50 év körüli esetekben a képeken változó felületi sűrűségben jelentek meg ezen szemcsék, többnyire elszórtan 1—1 szemcse formájában. Feltűnő képet észleltünk a fiatalkorú (30 év) makroszkóposan épnek látszó aorták egyes eseteiben. Meglepetésünkre az időskori, makroszkóposan atherosclerosist mutató aor-

tákban talált elváltozásokhoz hasonló submikroszkópos szemcsék — mikrokristályok voltak láthatók. Nagyszámú mikrokristály mutatkozott a 34 éves diabetes mellitus megbetegedésben szenvedő eset aortájában, valamint a tüdőtuberculosisban, illetve az influenza toxikus tüneteiben exitált 30, illetve 36 éves esetben is. (3. sz. ábra). Ezen anorganikus szemcsék fiatalkorban főleg az elasticus rostok mentén helyezkednek el.

Ezen elektronmikroszkópos felvételeken észlelt mikrokristályokból is elektrondiffrakciós vizsgálatokat végeztünk. Az így nyert vizsgálati eredményekből megállapítható, hogy az atherosclerosis korai elváltozásában az apatit kristályon kívül egyéb kristályszerkezetek is felismerhetők, amelyek a már említett foszfátok, szilikátok, aluminátok csoportjaiba sorolhatók, illetve ezen vegyületek variációi



3. ábra 30 éves eset, aorta elektronmikroszkópos felvétele. Elasticus rostok valamint collagen rost kötegek harántmetszetei láthatók. Kép közepén anorganikus szemcse conglomeratum. A nyilakkal jelzett helyeken az anorganikus szemcse képződés kezdeti alakja látható. 30 000 ×.

közül valók lehetnek. A 2. sz. táblázat a vizsgált plaque pormintát és az aorta anorganikus szemcséinek elektrondiffrakciós számadatait mutatja. A feltüntetett vegyületek a leggyakrabban előforduló csoportok reprezentánsai.

A 4. sz. ábra elektrondiffrakciós felvételt ábrázol. A kép alsó részén — az azonosításhoz szükséges — arany kristály, felső részén a vizsgált atheroscleroticus szemcse elektrondiffrakciója látható.

2. táblázat

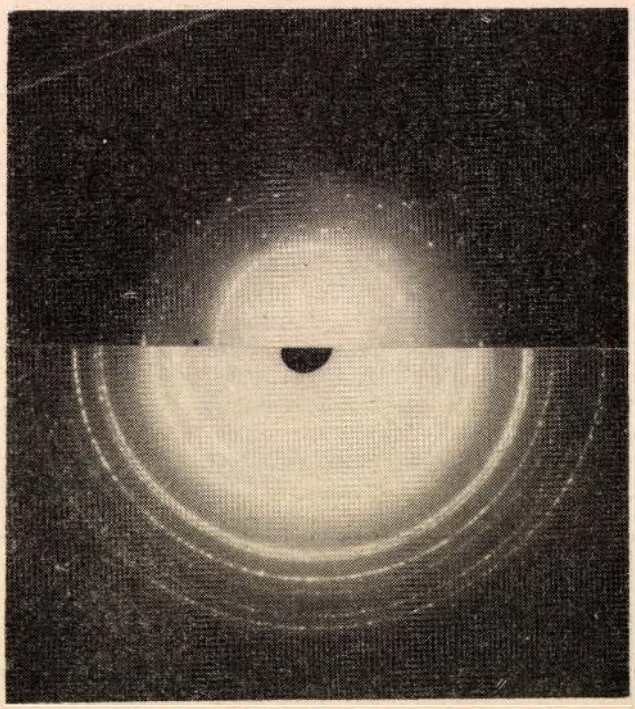
A számadatok az elektrondiffrakció d értékeinek felelnek meg. a.) plaque őrlemény, b.) aortafal mikrokristály. I.: a vizsgált anyag d értékei. II.: az azonosított vegyület irodalmi d értékei.

I.	6,10	*4,19*	*2,59*	*2,40*	2,05	1,55	1,34	Calcium
II.	*4,19*	3,64	2,94	2,67	*2,59*	2,54	*2,40* 1,84	Magnesium Orthosilicat
I.	4,23	*3,43*	*2,65*	*2,31*	*1,59*	1,51		Calcium
II.	*3,43*	2,85	2,77	*2,65*	*2,31*	*1,95*	1,91 1,84	Chlorid Phosphat. Chlorapatit
I.	*6,91*	5,86	*4,25*	*3,18*	*2,71*	2,32	2,00	Kalium
II.	7,64	*6,91*	5,24	4,91	*4,25*	4,07	*3,18* *2,71*	Calcium Alumínium Silicat 12 Hydrat

a.)

I.	*3,43*	*2,65*	*2,31*	*1,84*	1,14			Calcium
II.	*3,43*	2,85	2,77	*2,65*	*2,31*	1,95	1,91 *1,84*	Chlorid Phosphat. Chlorapatit
I.	*5,05*	4,54	*3,25*	*3,18*	*2,97*	2,82	2,24 1,24	Kalium
II.	8,26	7,15	*5,05*	*3,25*	*3,18*	*2,97*	2,73 1,77	Aluminium Silicat 3 Hydrat
I.	*3,64*	*2,69*	*2,57*	*2,26*	1,91	*1,74*	*1,48* 1,28	Magnesium
II.	*3,64*	*2,69*	*2,57*	2,44	*2,26*	2,11	*1,74* *1,48*	Silicat Fluorid

b.)



4. ábra. Elektrondiffrakciós felvétel. A kép alsó felén arany kristály, felső részén az érfali athroscleroticus szemcse elektrondiffrakciója látható.

Megbeszélés

Az élő szervezetben képződött kristályfázisok azonosítására, jellemzésére szükséges és indokolt

ásványtani módszerek és adatok felhasználása. Vitatható azonban az ásványnév átvétele a korlátolt pontosságú meghatározás és a kristályfázisnak az ásványvilághoz képest sokkal tökéletlenebb kifejlődése, nagyfokú szennyezettsége, keveredettsége miatt. Elektrondiffraktogrammok alapján az azonosítás nem végezhető el teljes biztonsággal, a meghatározások független módszerrel történő ellenőrzésére nincs mód.

Vizsgálatainkban az atherosclerosis anorganikus vonatkozásairól — azaz a calcifikációról — kívántunk tájékozódni. Bár a kialakult „meszes" plaque az atherosclerotikus folyamat végfázisát jelenti, mégis a végfázis adataiból óhajtottunk bepillantást nyerni az anorganikus kiindulás lehetőségére — ellentétben az atherosclerosis lipoid koncepciójával, mely a kiindulásból következtet a lipoid infiltráció kialakulására. Véleményünk szerint a subintimalis regiót érintő lipoid infiltráció, valamint főleg a mediára szorítkozó calcifikáció a két folyamat különálló voltára enged következtetni. Ennek lehetőségére utal az aortafal sajátos táplálkozása — vérellátása (5, 6, 7, 8).

Vizsgálataink alapján a „meszes" plaquera vonatkozóan valószínűsíthető volt, hogy a calciumfoszfát összetevőin kívül egyéb elemek atomjai, ill. ionjai is részt vesznek az apatitszerű kristálytani elrendeződésben. Feltűnő és figyelemre méltó, hogy az atherosclerotikusnak minősülő anorganikus szemcsék-mikrokristályok észleléseink alapján már a harmadik évtizedben megjelenhetnek az érfalban. Ezen fiatalkorú aortákban észlelt mikrokristály felépítése-anyagi összetétele csaknem azonos a már kialakult plaque kristályainak szerkezeti felépítésével. Észleléseink alapján elméletileg elképzelhető-magyarázható, a kristály növekedése, végső fokon a plaque kialakulása. Az egyes kristályok továbbnövekedése hasonló kristályráccsal, de új elemek beépülésével, eltérő módosulattal, vagy egészen más felépítésű kristályfázissal folytatódhat. Az első egyedi kristály kialakulása az érfalban azonban nyitott kérdés. A csont esetében ismert, hogy sejtes elemek, enzimek, hormon közrejátszása révén alakulnak ki. (9, 10, 11, 12). Az érfal, nevezetesen az aorta esetében a collagen, elastin, mucopolysaccharida alapanyag, izomsejt jelenlétére utalhatunk, de szerepük vitatott. (13). Kérdés, hogy a calcium vagy foszfát érfali „megkötése" egyáltalán strukturspecificitáshoz kötött? Ha igen, akkor az érfal felsorolt alkotórészei közül, melyiké az elsődleges szerep? Ismeretes, hogy a mucopolysaccharidok kénsavmaradékai erősen kötnek Ca ionokat. (14). Nem hagyható figyelmen kívül a calcium anyagcsere szempontjából a mitochondrium esetleges szerepe. (15). Másrészt ismeretes, hogy az apatit savanyú miliőben oldódik, lúgosban alig. (16). Kérdés, hogy a calciumfoszfát, illetőleg apatit kialakulásában a lokális szöveti lúgos miliő nem játszhat-e szerepet? Ezek és sok más kérdés tisztázatlansága miatt nincs még megnyugtató válasz az atherosclerosis anorganikus folyamatának kiindulására — kialakulására.

Összefoglalás: Aorta atherosclerosisban röntgendiffrakció, elektrondiffrakció és elektronmikroszkóp segítségével megállapították, hogy a „meszes" plaque, valamint a fiatalkorú atherosclerotikus anorganikus elváltozás felépítésében a calciumfoszfát — apatit — szokásos összetevőin kívül számos más elem és gyök is részt vehet. Az aorta atherosclerosis vizsgált eseteik bizonysága szerint már a harmadik életévtizedben megjelenhet és annak anorganikus összetétele csaknem azonos a kialakult plaqueval.

Hálás köszönetünket fejezzük ki ez úton is Gelei Sándor dr.-nak szíves támogatásáért, Pantó Gábor dr.-nak és Pócza Jenő dr.-nak hasznos tanácsaikért.

IRODALOM: 1. *Berki E., Korányi A., Liszka Gy., Major E.:* Orv. Hetil. 1965. *106,* 201. — 2. *Korányi A., Liszka Gy., Sasvári K.:* Kísérl. Orvostud. 1961. *13,* 603. — 3. *Smith J. V.:* Fink Index to the Powder Diffraction File. ASTM. Philadelphia. 1963. — 4. *Yu S. Y.; Blumenthal H. T.:* Lab. Invest. 1963. *12,* 1154. — 5. *Sós J.:* Orvosképzés. 1963. *38,* 161. — 6. *Shimamoto T., Sunaga T.:* Japan Heart J. 1962. *3,* 581. — 7. *Shimamoto T.:* Atheroscler. Res. 1963. *3,* 87. — 8. *Montaldo G.:* Arch. de Vecchi. 1961. *36,* 689. — 9. *Fischbein A., Martin G., Mulryan B. J., Strates B., Neumann W. F.:* J. Amer. chem. Soc. 1958. *80,* 1619. — 10. *Neumann W. F., Neumann N. W.:* The chemical dinamics of bone mineral. Univ. of Chicago Press. Chicago. 1958. — 11. *Talmage R. V.; Kraintz F. W.:* J. gen. comp. Endocr. 1961. *1,* 341. — 12. *Scott B. L., Pease D. C.:* Anat. Rec. 1956. *126,* 465. — 13. *Congiu L., Baccino F. M.:* Arch. de Vecchi 1964. *43,* 345. — 14. *Straub F. B.:* Biokémia. Medicina kiadó. Budapest. 1958. — 15. *Fischer J. A.:* Schw. med. Wschr. 1966. *9,* 273. — 16. *Chani M. O., Aleem S. A.:* Indian J. Agr. Sci. 1943. *13,* 142.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda Budapest, V., József nádor tér 1. Telefon: 180—850

ÚJABB VIZSGÁLÓ ELJÁRÁSOK

Szegedi Orvostudományi Egyetem Szülészeti Klinika (igazgató: Szontágh Ferenc dr.) és Gyermekklinika (igazgató: Boda Domokos dr.)

Amniocentesissel és az amnialis folyadék vizsgálatával szerzett tapasztalataink

Zelenka Lajos dr., Farkas Márton dr., Halmosné Eck Erna, Szontágh Ferenc dr. és Boda Domokos dr.

A modern szülészet egyik legfontosabb törekvése a perinatalis magzati halálozás csökkentése (23). Az utóbbi években egyre inkább nyilvánvalóvá vált, hogy a méhen belül megbetegedett magzatok megmentése csak úgy lehetséges, ha idejekorán világra hozzuk őket. Az ilyenkor szóbakerülő szülészeti beavatkozások (szülésmegindítás, császármetszés) megkívánják, hogy minél pontosabb adatok álljanak rendelkezésünkre a szövődmény súlyosságáról és a magzat életviszonyairól, állapotáról. Amint azt legutóbb éppen a szegedi szülészeti klinikán végzett vizsgálatok (18, 24) is igazolták, a terhesek vizeletében ürülő steroid hormonok mennyiségi meghatározása jól tükrözi a magzat életviszonyait és a lepény működését, függetlenül attól, hogy mi az alapbetegség.

Újabban a magzat állapotára vonatkozó vizsgálatok között különleges helyet kapott a magzatvíznek amniocentesis útján való vizsgálata. Régebben a szülésznek csak a szülés alatt volt módja a magzatvíz vizsgálatára. Régi szülészeti megfigyelés, hogy a hypoxiával küszködő magzat vagusreflex útján meconiumot ürít a magzatvízbe. A magzatszurok megjelenése, a magzatvízzel való elkeveredettségének foka értékes figyelmeztető jel a szülész számára. Ismeretes volt az is, hogy pl. az erythroblastosisban megbetegedett magzat amnialis folyadéka világosabb-sötétebb dohánylé színű, s hogy méhenbelüli elhalás esetén legtöbbször sötét, barnásfekete a magzatvíz.

Érthető, hogy a magzatvíz korábbi és pontosabb vizsgálatától diagnosztikánk jelentős fejlődését lehetett várni. Az ilyen irányú számos tanulmány közül kiemelkedő értékűek *Schreiner* (21) adatai: a magzatvíz elektrolyt-, pH- és savmaradék értékének meghatározásából arra a következtetésre jutott, hogy belőlük a magzat intrauterin életviszonyaira vonatkozóan megbízható felvilágosítást lehet kapni. A magzatvíz vizsgálatában nagy figyelmet keltettek *Saling* (18) módszerei: speciális optikai eszközt szerkesztett, melynek segítségével a terhesség utolsó heteiben a nyitott nyakcsatornán át, álló burkon keresztül vizsgálja a magzatvíz színét, mennyiségét, magzatszurokkal való szennyezettségét, s ebből következtet a magzat állapotára. A vizsgálatok új irányát jelentette az a megfigyelés, hogy a magzatvíz spectrophotometriás analízise igen érzékenyen jelzi a magzat erythroblastosisos megbetegedését. *Bevis* (3, 4) első adatai után a módszert sokan ajánlották és ma az erythroblastosis miatt végzett szülésmegindítás, vagy császármetszés javallatában ezt az adatot veszik alapul. A *Liley* (14) nyomán már többfelé végzett intrauterin transfusiók javallatában is fontos támpontot nyújt a magzatvíz spectrophotometriás vizsgálata. Mások a magzatvíz bilirubin tartalmának meghatározását ajánlják (22).

A diagnosztikus módszerek közé sorolhatjuk az amniocentesis alkalmazását festékanyagoknak a peteűrbe való fecskendezésére. A bejuttatott anyag megjelenése az anya vizeletében, ill. vérében bizonyos támpontot nyújt a magzatvíz körforgására és ebből következően a lepény működésére. Hasonló célzattal fecskendezhetünk először az anya vérébe festékanyagot, s vizsgáljuk annak megjelenését a magzatvízben. Ezeknek a vizsgálatainknak az eredményeiről más helyen számolunk be (6).

A szegedi szülészeti klinikán 2 év óta végzünk amniocentesiseket és a gyermekklinikával közösen vizsgáljuk az így nyert magzatvizet. A következőkben a módszerrel szerzett tapasztalatainkat kívánjuk összegezni.

Az amniocentesis technikája

A beszúrást rendesen az aprórészek oldalán, a köldök és a spina iliaca sup.-t összekötő vonal közepe táján végezzük. Olykor előfordul, hogy éppen a magzati háti oldalán sikerül könnyebben a magzatvízvétel. A bőr fertőtlenítése után érzéstelenítjük a beszúrás helyét, egészen a fali hashártyáig. Ezután üvegfecskendőre szerelt, 10—12 cm hosszú injekciós tűvel átszúrjuk a hasfalat és — lassan továbbhaladva — a méh falát. Némi gyakorlattal meg lehet érezni, hogy mikor jutott át a tű hegye a méhfalon. Ekkor a fecskendővel állandó szívást gyakorolva igen lassan toljuk előre a tűt mindaddig, míg magzatvizet nem kapunk. A spectrophotometriás vizsgálathoz legalább 4 ml magzatvízre van szükség. A leszívás befejezte után kihúzzuk a tűt, és steril törlővel leragasztjuk a szúrás helyét. A magzatvizet légtelenített üvegfecskendőben, a tűcsatlakozó elzárásával, sötét papírba csomagolva, a laboratóriumba küldjük vizsgálatra.

Az irodalmi adatokkal nagyjában egyezőleg mi is azt tapasztaltuk, hogy az eseteknek kb. az $^1/_5$-ében (saját anyagunkban 19 esetben) nem sikerül a magzatvízvétel. Ennek oka elsősorban az, hogy a lepény a méh mellső falán tapad, s így punkciós tűnkkel a lepénybe szúrunk. A másik ok a magzatvíz nagyfokú megkevesbedése, besűrűsödése lehet. A terhesség 38. hetét követően általában már kevesebb a magzatvíz, mint korábban, s ez a megfogyatkozás tovább tart, túlhordás esetén a legnagyobb mérvű.

Az amniocentesis kockázata

Schreiner (21) anyagában 500 amniocentesissel kapcsolatban 1 magzati elhalás volt a beavatkozással kapcsolatban. A szúrás a magzat szívét sértette meg és a halált szívtamponád okozta. Néhány esetben bőrsérülés történt, ill. epichorialis haematoma keletkezett. Magzati vér kiszívását többen is leír-

ták (*Fairweather* és *Walker*, 5). Elméletileg feltételezhető az is, hogy az amniocentesis nyomán magzati vérelemek juthatnak az anya vérébe, s ez az ellenanyagszint emelkedéséhez vezethet. Magzati elhalásról olvashatunk még *Berger* (2), *Mayer és mtsai* (15, 16), valamint *Parrish* (17) közleményeiben is.

Bár az irodalomban több száz amniocentesist ismertettek komolyabb anyai szövődmény nélkül (*Schreiner*, 21; *Parrish*, 17; *Kubli*, 11), véleményünk szerint számolni lehet azzal, hogy a lepény chorialis felszínének sérülése és kis területen való lepényleválás esetén az esetleg fellépő méhkontrakciók magzatvizet préselhetnek az anya vérkeringésébe. *Fairweather* és *Walker* (5) ezzel a körülménnyel magyarázzák az amniocentesis nyomán elvétve fellépő hidegrázást és lázat. *Geoghegan* és *O'Driscoll* (8) amniocentesissel kapcsolatban végzetes kimenetelű magzatvízemboliát látott. Egyik esetünkben az eredménytelen (vért kaptunk!) punkció nyomán erélyes méhösszehúzódások jelentkeztek és az anya néhány percig tartó shockba került. Lehetséges, hogy magzatvíz kerülhetett az anya vérébe. Fontos technikai szabály: csak vékony tűvel szabad a punkciót végezni, s ha vért kapunk, azonnal vissza kell húzni a tűt. *Hilbard* (10) azt ajánlja, hogy a punkció végzése előtt I^{132}-vel jelzett serum albuminnal és röntgenfelvétellel győződjünk meg a lepény helyzetéről. Ez természetesen már jelentősen körülményesebbé tenné az eljárást.

Egy esetünkben sem láttuk jelét méhenbelüli fertőzésnek. Fontos megjegyeznünk azt is, hogy okozati összefüggést az amniocentesis és a szülés megindulása között nem találtunk. Csak azokban az esetekben indult meg a szülés 24 órán belül, melyekben méhenbelüli elhalásról vagy hydramnionról volt szó.

A magzatvíz vizsgálata

Már a szabad szemmel való megtekintés is értékes útmutatást nyújt a szülésznek. Ha víztiszta vagy enyhén opálszínű a magzatvíz, akkor általában nyugodtak lehetünk a magzat oxigénellátása felől. A különböző elszíneződések jelentőségéről már említés történt. A spectrophotometriás vizsgálatnak elsősorban isoimmunisatiós terhesség esetén van jelentősége. A vizsgálatot Spectronom 201 típusú spectrophotometerrel végezzük, meghatározzuk a nativ magzatvíz 400 és 500 mμ közötti extinctióit 10 mμ hullámhosszanként. Meghatározzuk még a magzatvíz összfehérje tartalmát is turbidimetriás módszerrel.

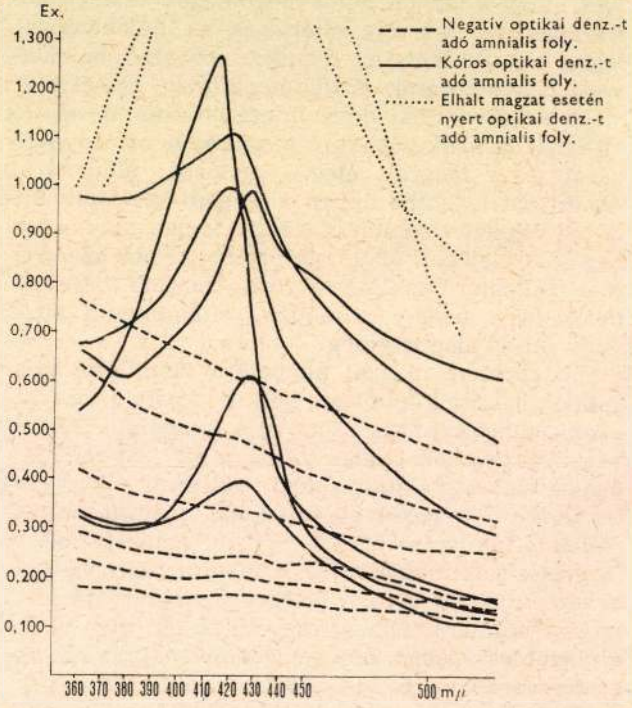
Vizsgálati anyagunk és eredményeink

A fenti módszerrel eddig összesen 70 anyától vettünk vizsgálatra magzatvizet (egy terhesünkön három ízben végeztünk amniocentesist). A beavatkozás javallatai a következőképpen oszlottak meg:

Rh- és AB0-isoimmunisatio	31
Praeeclampsiás toxaemia	12
Túlhordás	6
Méhenbelüli elhalás gyanúja	6
Egyéb (diabetes, nephritis, előző magzat elhalása, hydramnion stb.)	15

(A fentieken kívül még 19 eredménytelen kísérletet végeztünk.)

Rh-isoimmunisatio lehetősége miatt összesen 23 anyától vettünk magzatvizet. Az amniocentesist az előzmények súlyosságától függően a 28—32. héten ajánlatos végezni. Ha a magzat egészséges, a grafikusan ábrázolt extinctiók egyenes lefutású, enyhén hajlott görbét adnak (*l. ábra*). Rh-isoimmunisatio esetén a görbe 410—450 mμ között a károsodás súlyosságától függően különböző magasságú csúcsot képez. Az irodalmi adatoktól eltérően mi gyakrabban találtuk a maximumot ebben az alacsonyabb tartományban, ezért is tartjuk fontosnak az extinctiós görbének ilyen részletes felvételét. *Mayer* (15), *Liley* (13), *Walker* és *Jennison* (25) 460 mμ körül írták le a maximum jelentkezését. Hogy az abszorpciós maximumot nem maga a bilirubin adja, arról magunk is meggyőződtünk, mert „pozitív" esetben nem mindig sikerült kémiailag is kimutatnunk bilirubint a magzatvízben. Valószínűleg valamilyen bilirubin bomlástermékről van szó.



A 23 eset közül 16 esetben a megszületett magzat nem bizonyult károsodottnak. Direct Coombs-reakciójuk negatív volt, sárgaság nem fejlődött ki rajtuk, és természetesen vércserére sem volt szükség. Ebben a 16 esetben a spectrophotometriás vizsgálat során egyszer sem kaptunk abszorpciós maximumot. Ugyanezekben az esetekben az anyai ellenanyag öt ízben volt kimutatható 1:4—1:1512 titerben, a többi esetben az anyai vérben nem találtunk ellenanyagokat.

Ismeretes, hogy Rh-isoimmunisatio esetén az anyai ellenanyagok szintje még Rh-negatív magzat esetén is magas lehet („emlékeztető reakció"). Ezekben az esetekben az amniocentesisnek döntő jelentősége lehet, amint azt az alábbi esetünk is bizonyítja.

V. M.-né, 26 éves, VII. gravida, III.-para. 14 éves korában egy balesettel kapcsolatban Rh-pozitív vért kapott. Vércsoportja: A, Rh-negatív. Első terhessége 1958-ban egy 3800 g-os erythroblastosisos magzat születésével végződött, a magzat csak 20 percet élt. Második terhessége 1959-ben ugyancsak erythroblastosis miatt méhen belüli elhalással végződött (2800 g-os magzat). Ezt követően még 2 spontán vetélése volt. Ezután elvált, majd másodszor is férjhez ment. Férjének vércsoportja: B, Rh-pozitív. A jelenlegi házasságából származó első két terhességét megszakíttatta. 1966. január 18-án VII. terhességének 32. hetében vesszük fel kivizsgálás céljából. Vérében az anti-D szintje: 1:1512. Az ekkor elvégzett amniocentesis normális viszonyokat mutat. A férj közvetlen hozzátartozóinak vércsoportvizsgálata arra utal, hogy a férj valószínűleg heterozygota. Az amniocentesist ezután még 2 alkalommal (kéthetes időközzel) megismételjük, az eredmény mindkét esetben negatív. Az anyai ellenanyagok szintje ezalatt 1:512-re, majd 1:256-ra csökken. Március 13—15. között a steroidürítési vizsgálatok normális értékeket adnak. Miután a szülési terminus napját is túllépjük, gyógyszeres szülésmegindítást végzünk, s mivel a fájások jelentkezésekor a szívhangok romlanak, császármetszéssel hozzuk világra az élő, 3850 g-os fiúmagzatot. A szívhangromlást valószínűleg a nyak körül csavarodott köldökzsinór megfeszülése okozhatta. A magzat vércsoportja: B, Rh-negatív, a Coombs-próba: negatív, a serum bilirubinszint: 1,5 mg%. Az újszülöttkor és a gyermekágy további lefolyása zavartalan.

Hét esetben a magzatvíz optikai densitásának görbéjén kisebb-nagyobb kiugrást kaptunk. Abban a két esetünkben, melyben ez a kiugrás egészen enyhe volt, az anyák vérében nem találtunk ellenanyagot és a magzatok is egészségesek voltak. Öt esetünkben a görbe kiugrása magas volt, a magzatok valamennyien károsodottak, a direct Coombs-próba pozitív volt. Két esetben a magzatok már méhen belül elhaltak, három esetben vércserével tudtuk az újszülötteket megmenteni. Tapasztalatunk szerint az amniocentesis ezekben az esetekben segítségünkre van a magzat megbetegedésének felismerésében és a magzat világrahozatala időpontjának meghatározásában. Ezt bizonyítja a következő esetünk.

K. S.-né, 38 éves, III. gravida, II. para. Első terhessége normális lefolyású volt, gyermeke él. Második terhessége művi vetéléssel végződött. Az anya vércsoportja: 0, Rh-negatív, a férjé: B, Rh-pozitív. Jelenlegi terhességének 25. hetében az anti-D szint 1:32, a 30. hetében 1:8, a 36. hetében pedig 1:16 volt. A 36. héten elvégzett magzatvízvizsgálat a 405—465 mμ között magas kiugrást mutatott. A magzatot ekkor császármetszéssel hoztuk világra. Súlya 4000 g, vércsoportja: B, Rh-pozitív, a direct Coombs-reactió: erősen pozitív. Kétszeri vércsere után az újszülött életben maradt.

AB0-isoimmunisatio miatt 8 alkalommal végeztünk amniocentesist. Közülük 2 esetben enyhén véres magzatvizet kaptunk, s ez a spectrophotometriás vizsgálat eredményét kétessé tette. Ugyanebben a két esetben kicseréléses transfusiót kellett végeznünk. A fő vércsoportokkal szemben mutatkozó ellenanyagszint a vércsere szükségessége szempontjából nem bizonyult prognosztikai értékűnek. A magzatvíz optikai densitásának görbéje is normális lefutású volt.

Praeeclampsiás toxaemiában a 12 vizsgálat közül csupán az egyidejűleg intrauterin elhalással járó 3 esetben találtunk a magzatvíz vizsgálata során absorptiós maximumot.

Az intrauterin elhalás diagnózisa nem mindig egyszerű. Bár az elhalt magzat tovább hordása csak kivételesen okoz szövődményt (afibrinogenaemiát), lélektani okok miatt is fontos a helyes kórisme és elhalás esetén a méh kiürítése. Tapasztalatunk szerint az amniocentesis ezen a téren mind diagnosztikus, mind therapiás szempontból jól alkalmazható.

Méhenbelüli magzati elhalás gyanúja miatt 6 esetben végeztünk amniocentesist. Emellett volt még a toxaemia csoportban említett 3 intrauterin elhalás és 2 diabetes okozta elhalás is. Ez utóbbiakban a magzatvíz normális viszonyokat mutatott, egyébként valamennyi esetben maximumot találtunk az optikai densitás görbéjén. Nyilvánvaló, hogy a haláloktól függetlenül a magzat fulladozása és a maceratio nyomán a magzatvízbe meconium, ill. haemoglobin kerül, s ezek bomlástermékei okozzák a görbe kiugrását. Ilyenkor azonban a magzatvíz szabad szemmel való megtekintése is elegendő a helyzet megítélésére. Úgy látszik, hogy emellett ilyenkor a magzatvíz fehérjetartalmának viselkedése is jellemző. Az elhalt magzatok magzatvizében 750 mg% felett volt a fehérjeszint, három esetben pedig kiugróan magas (1700, 1900 és 2600 mg%-os) fehérjeszintet találtunk.

A lepényelégtelenség egyik leggyakoribb megjelenési formája a *túlhordás*. Közismert, hogy klinikailag többféle módon is igyekszünk a diagnózis biztosítására. Klinikánkon is jól bevált többek között a méhizomzat fájáskészségének vizsgálata az ún. „oxytocin próbával" (*Sas és mtsai*, 20). Hat esetben túlhordás gyanúja miatt végeztünk amniocentesist, valamennyiben tiszta magzatvizet nyertünk, és a továbbiakban a klinikai lefolyás is igazolta a vizsgálat megnyugtató eredményét. Figyelemre méltó azonban az is, hogy az eredménytelen amniocentesiseink javarésze éppen ebbe a csoportba tartozik. Feltehető, hogy az eredménytelenség ilyenkor a valódi túlhordásra jellemző megkevesbedett vagy besűrűsödött magzatvízzel lehet összefüggésben. Ilyenformán tehát az eredménytelen amniocentesis — ha nem vért szívunk le — megerősíti a túlhordás gyanúját.

Anyagunkból végeredményben kitűnik, hogy az irodalmi adatokkal megegyezően az Rh-isoimmunisatiós esetek kezelésében nyújtja a legtöbb hasznot az amniocentesissel nyert magzatvíz vizsgálata. Külföldi tapasztalatok (*Alvey*, 1; *Freda*, 7; *Halvorsen* és *Finne*, 9; *Mayer és mtsai*, 15, 16) szerint a módszer jelentős segítséget nyújt az erythroblastosis okozta magzati veszteség további csökkentésében. Fontos szerepe van az intrauterin transfusio javallatában és technikájában is. Feltétlenül indokoltnak tartjuk, hogy az erythroblastosis miatt

végzett császármetszés és szülésmegindítás javallatában minden esetben számbavegyük az előzetesen amniocentesissel vett magzatvíz spectrophotometriás vizsgálatának eredményét is. (Intézeteink készséggel vállalják beküldött magzatvizek vizsgálatát.)

Összefoglalás. A szerzők 70 amniocentesissel nyert magzatvíz vizsgálatáról számolnak be. Ismertetik a beavatkozás technikáját és kockázatát, eseteik javallatát és a kapott eredményeket. Az amniocentesis módszere és a magzatvíz vizsgálata nagy segítséget jelent a magzat méhen belüli életviszonyainak megítélésében. Különösen nagy jelentősége van Rh-isoimmunisatio esetén, mert a magzatvíz optikai densitásának görbéje jól tájékoztat a magzat megbetegedése felől.

Megjegyzés a korrektúránál. A közben eltelt időben további 92 amniocentesist végeztünk, szövődmény nélkül, igen hasznos felvilágosítást nyerve.

IRODALOM: 1. *Alvey, I. P.:* Am. J. Obst. and Gynec. 1964, *90*, 769. — 2. *Berger, M.:* Gynaecologia. 1965, *159*, 277. — 3. *Bevis, D. C. A.:* Lancet. 1952, *I*, 395. — 4. *Bevis, D. C. A.:* J. Obst. and Gynaec. Brit. Emp. 1956, *63*, 68. — 5. *Fairweather, M. B., Walker, W.:* J. Obst. and Gynaec. Brit. Cwlth. 1964, *71*, 48. — 6. *Farkas M., Zelenka L., Szontágh F.:* Orv. Hetil. (Megj. alatt) — 7. *Freda, V. J.:* Am. J. Obst. and Gyn. 1965, *92*, 341. — 8. *Geoghegan, F. J., O'Driscoll, M. K., Comerford, J. B.:* J. Obst. and Gynaec. Brit. Cwlth. 1964, *71*, 673. — 9. *Halvorsen, S., Finne, P. H.:* Brit. M. J. 1965, *I*, 1132. — 10. *Hilbard, B. M.:* Lancet. 1963, *II*, 642. — 11. *Kubli, F.:* Geburtsh. u. Frauenh. 1962, *22*, 134. — 12. *Lee, H. H., Framton, I.:* Am. J. Obst. and Gynec. 1964, *90*, 551. — 13. *Liley, A. W.:* Am. J. Obst. and Gynec. 1961, *82*, 1159. — 14. *Liley, A. W.:* Pediatrics. 1965, *35*, 836. — 15. *Mayer, M., Gueritat, P., Ducas, P., Lewi, S.:* Presse Méd. 1961, *54*, 2493. — 16. *Mayer, M., Ducas, P., Lewi, S.:* Gynéc. et Obst. 1963, *62*, 461. — 17. *Parrish, H. M.:* Am. J. Obst. and Gynec. 1958, *75*, 724. — 18. *Saling, E.:* Geburtsh. u. Frauenh. 1962, *22*, 830. — 19. *Sas M., Lacsán I., Nagy S.:* Magy. Nőorv. L. 1963, *26*, 74. — 20. *Sas M., Kovács L., Uhlarik S.:* Orv. Hetil. 1963, *104*, 1187. — 21. *Schreiner, W. A.:* „Fruchtwasser u. Fetus". S. Karger. Basel, 1964. — 22. *Stewart, A. G., Taylor, W. C.:* J. Obst. and Gynaec. Brit. Cwlth. 1964, *71*, 604. — 23. *Szontágh F.:* Symposion über Bekämpfung der perinatalen Sterblichkeit. Berlin. 1963. — 24. *Szontágh F.:* Orv. Hetil. 1965, *106*, 2065. — 25. *Walker, A. H. C., Jennison, R. F.:* Brit. M. J. 1962, *II*, 1152. — 26. *Walker, W., Murray, S.:* Brit. M. J. 1962, *I*, 1152.

K-Strophantomusc injekció

Muszkularisan alkalmazható strophantin készítmény

ÖSSZETÉTEL:

1 ampulla (1 ml) 0,25 mg K-Strophantosid-ot és 10 mg diaethylamino-aceto 2,6-xylidid. hydrochlor.-ot tartalmaz.

HATÁS:

A K-Strophantomusc injekció a gyorsan és erélyesen ható K-Strophantosid glükozidot tartós hatású helyi érzéstelenítővel együtt tartalmazza.

JAVALLATOK:

A K-Strophantomusc általában minden olyan esetben alkalmazható, ahol a keringés gyors javítására van szükség és intravénás K-Strophantosid injekció alkalmazására nincs lehetőség.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosító terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, Budapest X.

Egészségügyi Felvilágosítás

Az egészségügyi nevelés-ismeretterjesztés dőszerű szervezési, módszertani és tudományos kérdéseivel foglalkozik rendszeresen az Egészségügyi Felvilágosítás.
Hasznos segítséget nyújt az egészségügyi felvilágosítás elvi, tudományos kérdéseiben, a szervezési, a képzési, a továbbképzési területen, segítséget nyújt a mindennapos rutinfeladatokhoz kapcsolódó gyakorlati tevékenységhez.
A kéthavonként megjelenő folyóirat előfizetési díja 1 évre 60,— Ft. Megrendelhető a Posta Központi Hírlapirodájában (Budapest, V., József nádor tér 1.), bármely postahivatalnál és a folyóirat szerkesztőségénél: Budapest VI. Népköztársaság útja 82.

ORVOSI SZOCIOLÓGIA

Országos Ideg és Elmegyógyintézet (igazgató-főorvos: Mária Béla dr.)

Adatok az alkoholizmus társaslélektani és epidemiológiai kérdéseihez

(4241 felvétel elemzése két időszak, 1953—1955 és 1963—1965 összehasonlítására.)

Kardos György dr. és Vargha Miklós

Az alkoholisták száma és a szeszes italok fogyasztása a legtöbb országban növekvő tendenciát mutat (Anglia, Hollandia, Finnország, Izrael és még néhány állam kivételével). Ugyanez áll a különböző nyugtató és serkentő gyógyszerek, valamint a szerencsejátékok, a sexuális gyönyörélmények és egyéb „javak" fogyasztására és halmozására is. Mintha az emberek egyre kevésbé lennének képesek arra, hogy bármiféle somatikus, psychikus, sociális bajt és hiányállapotot, azaz bármit, amin nem lehet változtatni, elviseljenek. Különös veszélyt jelent a fentiek közül is az alkohol, mint egy bárkinek, bárhol és bármikor hozzáférhető toxikus euphoricum. Az alkoholizmus *„legitimizált toxikomania" (H. Hoff)*, melynek gyakorisága *olykor epidémiaszerű méreteket ölt*, mert az emberi élettervek, kötelességek és feladatok feladhatóságával, azaz a nem mindig „kellemes és jóleső" szociális és morális magatartási, viselkedési normák, más szóval: az adott szociális „státushoz" tartozó „szerepek" *(Buda)* elejtésével, elejthetőségével „fertőz" (15). Másfelől az alkoholizmus *klinikai gyűjtőfogalom*, és nem nosológiai kategória (24). Különböző *alkoholizmus syndromákat* foglal össze, melyek különböző psychológiai, psychopathológiai, biológiai, sociológiai, genetikai, histokémiai stb. *co-pathogen faktorok együtthatására épülnek fel*, sőt, e mellérendelt (tehát egyformán jelentős!) co-pathogen faktorok is *esetről esetre különböző kauzális konstellációt mutatnak* (16).

Az alkoholizmus „oka" végső fokon nem az alkohol (!). Pontosabban nem az alkohol az egyetlen „causa morbi", mint ahogy a közúti balesetek „oka" sem a motor vagy az autó; legalábbis csak elvétve, szinte kivételképpen okozza a gázolást a gép. Rendszerint az út, az időjárás, a vezető vagy az áldozat okozza azt. A szeszes italok fogyasztásából származó „ivás-balesetek", vagyis a *multifaktoriális alkoholizmus syndromák* esetei ezzel analógiába állíthatók. Itt az „áldozat" a gyógykezelésre szoruló személy, aki a *személyiségében, szervezetében és sorsában rejlő dispositiók folytán* egyre többször és egyre többet iszik. Az „út" és az „idő": az alkoholista *életmódja és -története*. A „vezető": az a társas milieu, amiben felnőtt és él, s ami az ő *szociológiai státusához mérten* előírja neki, és elvárja tőle *a „szerepével" járó magatartási normák betartását*, az adott társadalom közvéleményében kodifikált *ivásnormák megtartását* is (17).

A szociális normák — egy íratlan, kiadatlan törvénykönyvhöz hasonlóan — szabályozzák a *helyes*, pl. életkorhoz, nemhez, családi állapothoz, iskolázottsághoz, foglalkozáshoz stb. *„illő" magatartási normákat*, melyek az adott történelmi kortól és társadalmi rendtől, osztálytól, rétegtől stb. az adott kultúrától és „subkultúrától" (pl. nemzetiségi kisebbségtől, vallási felekezettől stb.) függően különbözőek lehetnek. Abban azonban megegyeznek, hogy az adott társas milieu közvéleménye a normáktól eltérő, „abnormis" magatartás- és életmódot helyteleníti, elítéli, s a „lázadót" megbünteti (többnyire a legősibb büntetéssel: a kiközösítéssel!). A szociális normák megengedik, sőt, előírják a szeszes italok fogyasztását... legfeljebb a mennyiségét, időpontját, körülményeit, rítusait és ceremóniáit határozzák meg a társadalmi tradíciók, melyek lehetnek szigorúak és elnézőek, ésszerűek és értelmetlenek, hasznosak és haszontalanok.

Jellinek szerint a társas milieu ivásnormái a következőképpen módosítják az alkoholizmus problémát: Ha a szociális környezet csak a hagyományosan szigorú mértékhez temperált ivást akceptálja, s mindenféle excessust elutasít, akkor az esetek többségében azok kockáztatják meg a mértéktelen alkoholfogyasztást, akiket „nyomós ok", tehát a személyiségükben, szervezetükben, sorsukban rejlő „személyes anomália" késztet abususra. *H. Solms* így fogalmazta meg ugyanezt: Ha a közvélemény szigorúan limitálja és tiltja („tabuiert") az ivást, akkor az ilyen milieuban kialakuló *alkoholizmus* többnyire *psychiátriai probléma*. Ezzel szemben, ha a társadalom (nép, osztály, réteg, kisebbség, csoport stb.) laza és szabados ivásnormákat „ír elő", akkor *a habituális* iszákosság, vagyis a megszokáson alapuló, mindennapos abusus szinte epidémiaszerűen terjed el, s ez a jelenség (ti. a *„Genuss- und Gewohnheitstrinken")* inkább *szociokulturális probléma*.

Nyilvánvaló, hogy a nálunk eleddig kevéssé feltárt és vizsgált szociokulturális normákat sem kezelhetjük úgy, hogy azok *vagy* protektív *vagy* pathogen jellegűek. Az alkoholizmus említett formáin *(„Genuss-, Gewohnheits-, Erleichterungs-, Betäubungs-, Rausch-Trinken")* belül lehetnek és vannak *szociogen esetek*, de a társas milieu személyiségformáló hatása az esetek többségében *szocioplasticus szerepet* játszik. Például: Az USA-ban két társadalmi rétegben van feltűnően sok, más rétegekhez viszonyítva a legtöbb alkoholista: a „legértelmesebb", azaz a legiskolázottabb, és a „legkevésbé értelmes" vagyis a legalsóbb, elemi iskolázottságú, illetve iskolázatlan emberek körében *(Dollard)*. Az előbbiek nonkonformista attitüdök folytán veszik semmibe a puritán protestáns többség szigorú ivásnormáit. Az utóbbiak viszont helyes és ésszerű disciplinák nélkül élnek és nőttek fel, tehát nem ismerik fel vagy nem ismerik el a

mértéktelen ivás veszélyeit, amit a puritán morálkódexet tisztelő és betartó, konformista középrétegek mindenkire szeretnének rákényszeríteni. Más szóval: *A rigorosus morál éppúgy kedvezhet az alkoholos „Dissidententum"-nak, mint az ésszerű ivásnormák hiánya! (H. Solms).*

A szocioplasticus tényezők sajátságos alkoholizmusformákat hoznak létre. A szociálpsychiátria szerint az alábbiakat:

a) *Szocio-ökonomiai körülmények által létrehozott alkoholkonsum:* A szegényes körülmények között élő emberek nagy része rendszeresen „táplálkozik" szeszes italokkal, főleg ha olcsón vagy „ingyen", ti. a munkabér egy része helyett jut hozzá. Ezek az „alimentáris ivók" egyidejűleg hiányosan étkeznek vagy éheznek, tehát viszonylag gyorsan és könnyen súlyos belszervi és idegrendszeri szövődmények alakulnak ki bennük, anélkül, hogy alkoholdependensek lennének. Ez a „múlt századi" alkoholizmusforma jellemző pl. Portugáliára és Spanyolországra.

b) *Szociokulturális tényezők,* azaz hibás ivási szokások által motivált alkoholizmus: Ez esetben a szegényes, jó és igen jó körülmények között élő emberek egyformán szeretnek inni, s ezért nap mint nap sokat isznak, anélkül, hogy lerészegednének („buveurs invétérés", *H. Solms;* „social drinking", *Bacon).* A mindennapos abusus mindennapos elvonási syndromához vezet, ami egyetlen abstinens napot sem enged meg. Mindez az idült alkoholmérgezés okozta szövődmények tömeges előfordulását eredményezi a *„rauscharme oder gar rauschlose Alkoholismus"* (31) ellenére. Ez jellemzi a borivó népeket, főleg Franciaországot *(Paumelle).*

c) *Szociokulturális tényezők,* azaz helyes ivásnormák *által* szabályozott, *temperált alkoholfogyasztás:* Itt, a fentiekkel szemben, a jó és a rossz körülmények között élő emberekre egyaránt az a jellemző, hogy családi körben, étkezéshez isznak, mértékletesen és rendszerint könnyű borokat. Az étkezésektől független ivást vagy a mértéktelen fogyasztást, lerészegedést elítélik és elvetik; a nehéz italokat kerülik vagy szigorított mércével fogyasztják. Ez a „mediterrán" ivásstílus főleg az olaszokra és a zsidókra jellemző *(Snyder; Lolli és mtsai).*

d) *Szociopsychológiai tényezők, főleg a socialis ambivalentia által meghatározott alkoholizmus:* Vannak olyan országok, ahol a társadalom jelentős része a prohibitio híve, tehát a szeszes italok fogyasztását kárhoztatja, az alkoholkonsum teljes vagy részleges eltiltását szeretné megvalósítani, mert az ivást társadalompolitikai vagy valláserkölcsi szempontból bűncselekménynek tekinti *(Szokolov, Myerson).* Ennek egyik eredményeként az ivók nem naponta, hanem periodikusan isznak; vagyis napokig, hetekig nem, azután excessiv módon, minden kontroll nélkül, az eszméletlenségig. Ez az ivásstílus az angolokra, az amerikaiakra, a skandináv népekre, a lengyelekre jellemző.

e) *Szociopsychologiai tényezők által indukált alkoholizmus:* Vannak olyan embercsoportok, ahol az ital és az ivás a bajtársiasság és a testvériség „alapja", azaz a „társas részegség" magától értetődő menedéket jelent minden gond és kín elől az „igazi férfiak vidám cimboraságában". A csoport tagjai az alkoholban erőt és egészséget, mindenható vigaszt és oltalmat látnak. Az ivásban és az ittasságban a bennük fel-feltorlódó sexuális és agresszív affectusok is „kanalizálódnak" *(H. Solms).* Ez a szociopsychológiai tényezők által indukált alkoholizmusforma főleg az írekre jellemző *(Bales),* de véleményünk szerint *minden, társaslélektani szempontból izolált csoportban kialakulhat;* minden emotionális jogi, anyagi stb. szempontból csak félig-meddig egyenrangú (= nem egyenrangú) csoportban létrejöhet. Ilyen helyzetben van *minden kisebbség,* és hasonló társaslélektani állapotban van a *serdülő ifjúság.*

Ezzel egy alapvetően fontos problémát érintünk, amit a szocialpsychiatria *az ivás társaslélektani szerepének* nevez („social role of drinking", *Gadourek).* A szeszes italok fogyasztása egyike azon magatartási, viselkedési normáknak, melyek *az érettség és férfiasság állapotát* („the status of manhood and maturity", *Dijkhuis)* jelzik. Azaz „iszom, mert érett, felnőtt férfinak érzem magam, márpedig ez a státus vagy szerep elvárhatóan azzal jár, hogy iszom!" Nem szorul bizonyításra, hogy a fiatalok a serdülő- és az ifjúkor határán csoportban kezdenek inni, inni-tanulni, versenyt inni stb., vagyis akkor, amikor emotionálisan és existentiálisan függetlenné válnak vagy azzá válni szeretnének. Később, hogy családot alapítanak és megkeresik, megtalálják helyüket az életben, kevesebbet vagy keveset isznak . . . feltéve, hogy ezek az új szerepek, új státusok nem vezetnek kínos kudarcokhoz, csalódásokhoz, „sors-deficithez", vagy szorongást keltő insufficientia-élményekhez és -érzésekhez. Ez esetben a későbbi bajok és gondok, frustratiók elől sokan visszatérnek az ivócimborák, „pajtások" körébe, ahol az alkoholos euphoria segítségével a függetlenség, a férfiasság, az újrakezdés és a „nyitott perspektívák" szenzációs érzését vélik visszanyerni. S ezzel bezárul a kör: *a betegségelőmozdító szociokulturális és társaslélektani körülmények találkoznak az individuális dispositiókkal, s felépítik az alkoholizmushoz vezető pathogen konstellációt.*

Az alkoholizmus társaslélektani és epidemiológiai kérdéséhez kerestünk adatokat saját beteganyagunkban. Megvizsgáltuk, hogy hány esetet láttunk el 1953—1955., illetve 1963—1965. években. Hogyan alakult e két, egymástól tíz évnyire levő, 3—3 éves periódusban a betegek száma és összetétele a lakóhelyi, életkori és családi „status" szerint? Mit mutatott az egyes társadalmi rétegek „képviseleti arányának" az alakulása az utolsó 3 évben és 10 évvel ezelőtt?

A 4241 felvétel elemzése, amit 4 táblázaton foglaltunk össze, az alábbi szociológiai mutatókra, problémákra és tendenciákra utal:

Életkor: az irodalmi adatok szerint az alkoholisták életkori megoszlása a 25. életévtől kezdve csaknem folyamatosan emelkedik és a 40—50 évesek között tetőzik *(Amark; Lemere;* etc.). *Jellinek* a krónikus alkoholisták átlagos életkorát 43,2 évben adja meg.

1. táblázat
Életkor

Évek	1953—1955		1963—1965	
20 alatt	16	1,0%	20	0,7%
21—30	258	16,5%	481	17,8%
31—40	534	34,5%	1087	40,8%
41—50	504	32,3%	689	25,6%
51—60	218	14,0%	353	13,1%
60 fölött	27	1,7%	54	2,0%
Összesen	1557	100,0%	2684	100,0%

A mi vizsgálataink az alkoholisták jelentős „megfiatalodására" utalnak. Mindkét periódusban a 31—40. év között vannak a csúcsértékek (34,5%, ill. 40,8%), de 10 évvel ezelőtt a 31—40 és a 41—50 éves korcsoporti „status" közti különbség még csak 2,2% volt (34,5%—32,3%), most viszont 15,2% (ti. 40,8%—25,6%); tehát a két korcsoport közti különbség 10 év alatt a hétszeresére nőtt. A többi korcsoportban számottevő változás, eltolódás nem észlelhető, de a mi „korképünk" mégis jelentősen eltér a psychiatriai epidemiológia nemzetközi adataitól.

2. táblázat
Társadalmi rétegek

	1953—1955		1963—1965	
Értelmiség I.	65	4,1%	67	2,4%
Értelmiség II.	154	9,8%	194	7,2%
Munkás I.	672	43,5%	1264	47,3%
Munkás II.	131	8,4%	195	7,2%
Munkás III.	294	18,8%	596	22,2%
Mezőgazdasági munkás	51	3,2%	111	4,1%
„Kp-réteg"	112	7,1%	122	4,5%
Egyéb	78	5,1%	135	5,1%
Összesen	1557	100,0%	2684	100,0%

Például: nálunk a 40 évnél fiatalabbak részaránya már 1953—1955-ben 52% volt, és azóta 1963—1965-ben 59,3%-ra nőtt; ugyanakkor Svédországban pl. (*Lundquist* adatai szerint) 8,4% volt és 21,3% lett, miközben a 60 éven felülieké 22,2% volt és 20,1% maradt. Ugyanez a szám nálunk: 1,7%—2,0%, tehát tízszer kisebb. A Szovjetunióban (*Molohov* és *Rahalszkij*) szintén magas a negyvennél fiatalabbak részaránya, éspedig 55,9%, de ebből a nagy számból harmincon aluliakra csak 7,9% esik, és nem 17,5% —18,5%, mint nálunk. Az öregek arányszáma a Szovjetunióban is alacsony, rendszerint 1—2%, vagy ennél is kisebb. Ausztriában (*Hoff* és *Kryspin—Exner* adatai szerint) a negyvennél fiatalabbak aránya 1950-ben 28,2% volt, és 1960-ra 43,5%-ra nőtt (de nem 59,3%-ra, mint nálunk!)

Az iskolázottságból és a foglalkozásból adódó *társadalmi rétegek* képviseleti arányának alakulását a 2. táblázat mutatja.

Az *„Értelmiség I."* egyetemi, főiskolai vagy ezzel rokonértékű iskolázottságot (pl. érettségit követő felsőfokú technikumi végzettséget) jelent; míg az *„Értelmiség II."* alá a középiskolát végzett, „érett" és vezető beosztásban dolgozó betegeinket soroltuk. A *„Munkás I."* szakmunkásokat, a *„Munkás II."* betanított munkásokat, közlekedési dolgozókat stb. és a *„Munkás III."* segéd- és alkalmi munkásokat jelent. A *„Mezőgazdasági munkás":* állami gazdaságban, termelőszövetkezetben dolgozó parasztot; míg a következő *„Kp.-réteg"* (középréteg vagy kispolgárság) önálló kisiparosokat, kiskereskedőket, kertészeket, egyéni gazdákat stb. jelent; végezetül az *„Egyéb"* a nyugdíjasokat, eltartottakat stb.

A két 3—3 éves periódust összehasonlítva, az alábbiakat láthatjuk:

a) Az „Értelmiség I." és az „Értelmiség II." rétegből felvételre kerülő alkoholisták részaránya csökkenő tendentiát mutat (13,9% > 9,6%), főleg az egyetemi-főiskolai végzettségűeké (4,1% > 2,4%). Tudjuk, hogy össznépességünk 2,9%-a sorolható az „Értelmiség I."-be, és 10,0%-a az „Értelmiség II."-be, tehát az alkoholisták között ez a két társadalmi réteg kisebb képviseleti arányt mutat, mint az átlagpopulatióban (9,6%-ot és nem 12,9%-ot). Ez a második periódusra (1963—1965) vonatkozik. Tíz évvel ezelőtt, amikor e két réteg az össznépességnek még csak 7,2%-át jelentette, a mi felvételeink között 13,9%-ot tett ki. *Tíz évvel ezelőtt* tehát az értelmiségi rétegek képviseleti aránya az alkoholista felvételekben *két-háromszorosan meghaladta* az átlagosan várható arányszámot, *1963—1965-ben* viszont *nem érte el* az értelmiségi rétegek populációs rátáját.

b) A jól kereső szakmunkások, valamint a segéd- és alkalmi munkások részaránya az alkoholisták között emelkedett (43,5% < 47,3%, illetve 18,8% < 22,2%). Ámbár a három munkásréteg együttes aránya alig változott, hiszen 70,7%-ról „csak" 76,7%-ra nőtt, mégis a „Munkás I." és a „Munkás III." rétegből jött felvételek abszolút száma *892* fővel több volt az utolsó 3 évben, mint 1953 —1955-ben. A mi *betegforgalmunk jelentős növekedése* (1557 + 1127 = 2684), tehát *mindenekelőtt a jól kereső, szakképzett, illetve nehéz fizikai, zöm-*

mel alkalmi munkások rétegéből, e rétegek „alkoholpenetrantiája" tetemes fokozódásából ered.

c) A „Mezőgazdasági munkások" részaránya növekvő tendentiát mutat (3,2% < 4,1%), de ennél sokkal fontosabb az, hogy ez a rendkívül alacsony reprezentációs arányszám nem lehet igaz! E 3—4%-nyi szám, ami a populatiós ráta egy tizedét jelentené, a vidéki alkoholizmus esetek „elkallódására", megoldatlan voltára utal, és nem arra, mintha a mezőgazdasági munkás „tízszer védettebb" lenne az alkoholizmussal szemben, mint más rétegek.

d) A „Kp-réteg" részaránya kb. a felére csökkent (7,1% > 4,5%), de még így is meghaladja azt a számot, ami a felnőtt férfilakosságon belüli „önállók" száma alapján megilletné. Ez az adat a *b)* pontban mondottakra mutat vissza: a jólét is elősegítheti az alkoholizmus kialakulását, nemcsak a szegénység, a „sors-deficit", stb.

Ami a betegeink *családi állapotát* illeti, a nős alkoholisták száma a két periódus között enyhén növekvő tendentiát sejtet (65,8% < 69,4%), és nagyjából megegyezik a német adatokkal. *Dietrich* és *Herle* szerint a német alkoholisták 70—75%-a nős. Ausztriában azonban 1950-ben 37,2%-uk, és 1960-ban is csak 35,4%-uk volt nős *(Hoff* és *Kryspin—Exner).* Az amerikai, kanadai, svájci, svédországi stb. elemzések egyaránt az alkoholisták „magányosságát" emelik ki. Ezért meglepő, hogy a mi betegeink mennyire nem kedvelik a magányosságot!?

A *lakóhely* szerinti megoszlást a 4. táblázat mutatja. Eszerint a hat év alatt felvett 4241 beteg közül 2396 budapesti (56,2%), és 1845 vidéki (43,8%) lakos volt. Míg azonban az 1953—1955-ös időszakban a budapesti: vidéki lakosok aránya 61,5%:38,5% volt, addig az 1963—1965-ös periódusban ez az arány 53,6%—46,4%-ra módosult. Ez arra utal, hogy a budapesti és a vidéki lakosok felvételének a száma lassan kiegyenlítődik. Kérdés az, hogy az „urbanizációs felvándorlás" következményeként mennyi „álbudapesti" lakos volt a budapestiek között?

Suchman szerint az USA-ban lényegesen több az alkoholista a nagyvárosokban, mint vidéken. *Dietrich* és *Herle* szerint az NSZK-ban az alkoholisták 69,33%-a a városi lakos, és csak 30,66%-a „jön" ötezer lakosnál kisebb községekből, falvakból. Nálunk a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint (1962) az alkoholizmus gyakorisága (100 000 lakosra és egy évre vetítve) Budapesten 141,4 a férfiak, és 14,1 eset a nők körében; a vidéki városokban 118,9, illetve 12,9 eset, s végül a községekben 78,3, illetve 4,2 eset. Ez a (lekerekítve) 14:8, azaz kb. 2:1 arány a mi beteganyagunkban nem tükröződik, mert a felvételeink zöme a főváros melletti vidéki városokból származik (igen sok, egyre több beteget kapunk Tatabányáról, Ceglédről, Kecskemétről, stb.).

A KSH adatait nem részletezzük, csak néhányat emelünk ki: 1957-től 1963-ig az alkoholizmus gyakorisága Magyarországon a másfélszeresére, az alkoholos elmebetegségeké pedig több mint a kétszeresére emelkedett. Az elme-idegbetegségek gyakorisága a gyógyintézeti felvételek alapján 1962-

3. táblázat
Családi állapot

	1953—1955		1963—1965	
Nős	1022	65,8%	1859	69,4%
Különvált	215	13,7%	250	9,3%
Elvált	96	6,1%	277	10,3%
Özvegy	29	1,9%	36	1,3%
Nőtlen	195	12,5%	262	9,7%
Összesen	1557	100,0%	2684	100,0%

ben (100 000 lakosra) 352 volt, a férfiak körében 362, s ebből az alkoholizmus és az alkoholos psychosisok 95,0 + 7,3 esetet képviseltek. Más szóval: évente mintegy 10—11 000 eset került kórházi ellátásra. A rászorulók száma azonban sokkal nagyobb! Ami a korcsoportokat illeti, a KSH adatai szerint is 18%-uk harmincon aluli, s 41%-uk 30—40 éves (1962); 84,2%-uk csak 4—8 általános iskolát járt; 75%-uk nős. Ezek a mi adatainkat, ti. az utolsó három évről, csaknem pontosan fedik. Ezért csupán egyetlen „nem változót" emelünk ki:

Ha a korcsoportok mozgását koordinátán ábrázoltuk volna, akkor egy *korán, meredeken magasra emelkedő,* „kihegyezett" hullám keresztezne egy meredeken emelkedő, de félmagasságban tetőző és fokozatosan lejtő görbét. *Az, hogy minden hatodik alkoholista betegünk harminc évnél fiatalabb, már tíz évvel ezelőtt is így volt!* S ez teljesen egyedülálló adat az alkoholizmus szociológiai és epidemiológiai irodalmában.

4. táblázat
Lakóhely

	1953—1955		1963—1965	
Budapest	957	61,5%	1439	53,6%
Vidék	600	38,5%	1245	46,4%
Összesen	1557	100,0%	2684	100,0%

4241 esetre terjedő, néhány objektív adatra korlátozott *(s nem az alkoholisták által „megfelelt", tehát szociológiai feldolgozásra alig-alig alkalmas!)* vizsgálatainkat összegezve:

1. *Az alkoholizmus eltolódása a fiatalabb korcsoportok felé* világszerte kimutatott epidemiológiai történés. *Magyarországon* ez a folyamat korábban, *már 10—15 éve megkezdődött.* Ennek eredményeként alkoholistáink közel ⅔-a negyvenévesnél fiatalabb.

2. A zárt osztályi felvételek számának a *másfél—kétszeresére* való emelkedéséből nem lehet közvetlen következtetést levonni az alkoholizmus — mint népbetegség — tulajdonképpeni nagyságára. Az kétségtelen, hogy *az alkoholizmus-epidémia a jól kereső, kevéssé iskolázott, fiatalabb korosztályok, azaz fiatalok körében terjed.*

3. A fővárosi életkörülmények és a vidéki városok ehhez hasonló vagy hasonuló élete által nyújtott *„kulturális kínálat" nem nyújt hatékony védelmet az alkoholizmus terjedése ellen — a „jelöltek" kevéssé értelmes és igénytelen,* alacsony nívón érdektelenül, de „kellemesen" vegetáló *életmódja miatt.*

4. *A mi alkoholistáink kb. 3/4-e nős.* Köztudomású, hogy jelentős részük a széthulló családi élet helyreállítása érdekében, felesége vagy leendő, új felesége unszolására kéri felvételét és gyógykezelését. *Kérdés, hogy az abstinentiára rövid kórházi kezeléssel beállított, „volt alkoholisták" gondozására* és utókezelésére *a feleségek* alkalmasak-e, *képesek-e,* képzettek-e? Bifokális csoporttherapiával talán őket is fel lehetne készítenünk a tartós eredmény szempontjából alapvetően fontos „utógondozásra", de ezt még akkor sem szabadna kizárólag rájuk hárítani, ahogy most tesszük!?

5. Az alkoholizmus pathogenesisében a *biológiai* (biokémiai), *psychológiai és szociológiai faktorok* egyformán jelentős, egyenrangú *„co-pathogen" szerepet játszanak.* Az alkoholizmus gyógykezelését és megelőzését is e három oldalról egyszerre kellene megközelítenünk, melyek közül főleg a társaslélektan és a psychiátriai epidemiológia terén nálunk Magyarországon sok tenni- és felmérnivaló, lappangó probléma van.

IRODALOM: 1. *Alcoholism (an interdisciplinary approach)* Szerk. *Pittman, D. J.* C. C. Thomas, Springfield, Ill. USA. 1959. — 2. *Alkoholizm i alkoholnije pszichozi.* Szerk. *Lukomszkij, I. I.* Orvostud. Akad. Kiadó. Moszkva. 1963. — 3. *Amark, K.: A Study in Alcoholism.* Acta psychiat. neurol. scand. suppl. *70,* 1051. — 4. *Bacon, S. D.:* Quart. J. Stud. Alc. 1952, *13,* 453. — 5. *Bales, R. F.:* Quart. J. Stud. Alc. 1946, *6,* 480. — 6. *Buda B.:* Magyar Psychol. Szemle 1965, *XXII,* 101. — 7. *Dietrich, H., Herle, L.:* Köln. Zschr. f. Soziol. u. Sozialpsychol. 1963, *15,* 277. — 8. *Dijkhuis, W. J. G.:* Előadás az ICAA X. Európai Konferenciáján. London. 1964. — 9. *Dollard:* id. H. Solms. — 10. *Freeman, H. E., Levine, S., Reeder, L. G.: Handbook of Medical Sociology.* Prentice-Hall, Inc., N. J. USA. 1963. — 11. *Gadourek:* id. Dijkhuis. — 12. *Hoff, H.* Med. Klin. 1954, 1425 és 1461. — 13. *Hoff, H., Kryspin-Exner, K.:* id. H. Solm. — 14. *Jellinek, E. M.: The Disease Concept of Alcoholism.* Hilihouse Press, New Haven, Conn., USA. 1960. — 15. *Kardos Gy.:* Orv. Hetil. 1961, *102,* 769. — 16. *Kardos Gy.:* Orvosképzés. 1962, *37,* 103. — 17. *Kardos Gy.:* Alcoholism. 1965, *1,* 51. — 18. *Központi Statisztikai Hivatal:* Az elme-idegbetegségek reprezentációs megfigyelése a kórházi felvételek alapján. Budapest. 1965. — 19. *Központi Statisztikai Hivatal:* Magyar Statisztikai Zsebkönyv. Budapest. 1965. — 20. *Lemere, F.:* J. nerv. Dis. 1956, *123,* 281. — 21. *Lolli, G., Serranni, E., Golder, G., Luzzato-Fegiz, P.: Alcoholism in Italian Culture.* Rutgers Center of Alc. Stud., New Brunswick, N. J. USA. 1958. — 22. *Lundquist:* id. H. Solms. — 23. *Lustig:* id. H. Solms. — 24. *Mária Béla, Kardos Gy.:* Előadás a MTA Psychológiai Tudományos Társasága II. Kongresszusán. Budapest. 1965. — 25. *Molohov, A. N., Rahalszkij, J. R.:* In. 2. — 26. *Myerson, A.:* Quart. J. Stud. Alc. 1940, *1,* 13. — 27. *Paumelle, Ph.:* Előadás az ICAA X. Európai Konferenciáján, London. 1964. — 28. *Schneider, Kurt: Klinische Psychopathologie.* G. Thieme, Stuttgart. 1955. — 29. *Snyder, C. R.:* In 1. — 30. *Snyder, C. R.:* Alcohol and the Jews. Rutgers Center of Alc. Stud., New Brunswick, N. J. USA. 1958. — 31. *Solms, H.:* Sozio-ökologische und epidemiologische Studien zum Problem des Alkoholismus. In. 34. — 32. *Staehelin:* id. H. Solms. — 33. *Suchman, E. A.:* In. 10. — 34. *Sucht* und *Missbrauch.* Szerk. *Laubenthal, F. G.* Thieme, Stuttgart. 1964. — 35. *Szokolov, J. S.:* Principes d'organisation et de methode de la prevention de l'alcoolisme en URSS. Előadás a XXVI. Nemzetközi Kongresszuson, Stockholm. 1960. — 36. *Wieser, St.:* Előadás az ICAA XI. Európai Konferenciáján, Oslo. 1965. — 37. *Wilkins, W. L., Wessen, A. F.:* In. 1. Studying the Social Epidemiology of Alcoholism.

K-Strophantosid

INJEKCIÓ

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 0,25 mg K-Strophantosidot tartalmaz.

JAVALLATOK: Cardiális decompensatio. Coronaria sclerosis. Asthma cardiale. Tüdőoedema. Paroxysmalis tachycardia. Súlyos fertőző betegségek. Súlyos műtétek előtt. Általában minden esetben, amikor a keringés gyors javítása szükséges.

CSOMAGOLÁS: 5 × 1 ml 9,20 Ft 50 × 1 ml 66,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosító terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

ONKOLÓGIA

Budapest, XX. ker. Szülő és Nőbeteg Kórház

Terhesség alatti cervix hámatypiák utánvizsgálatai

Zilahi Zoltán dr., Nemes János dr. és Bikkál Attila dr.

A közlemények, előadások nagy száma tanúsítja, hogy a rákkutatásnak igen érdekes fejezetét jelenti újabban a terhességi hámelváltozásokkal és a terhességi cc. in situ-val foglalkozó kutatómunka.

A hámelváltozások értékelése nem egységes. Talán csak a szövettanilag igazolt cc. in situ, ill. mikrocarcinoma megítélésében közelednek az álláspontok szorosabban egymáshoz. A kutatók nagy többsége valódi malignus tumorként értékeli a fenti elváltozásokat, hasonlóan a terhességen kívüli állapothoz. Különböző nézeteket elsősorban a therápiás módszerek megválasztásánál találunk.

Hazai irodalmunk e tárgykörben meglehetősen szegényes. Minthogy azonban a probléma világszerte az érdeklődés előterébe került, néhány adattal igyekszünk hozzájárulni a nemzetközi tapasztalatokhoz. Köztudott, hogy a kóros portióhám viselkedése a terhesség folyamán, ill. azt követően, többé-kevésbé eltér a nem terhesekétől. A fenti okból különösen fontosnak látszott az utánvizsgálatok elvégzése és értékelése. Ezek segítségével alakítottuk ki álláspontunkat több olyan fontos kérdéshez, melyek a terhes nő sorsát, egészségét döntően befolyásolhatják.

A graviditás alatti carcinoma in situ-t a nem terhes állapotban talált elváltozással egyenértékűnek tartjuk. Ezen a helyen csupán azoknak a megfigyeléseknek, utánvizsgálatoknak eredményeit közöljük, melyeket a kóros cervixhám változásaival kapcsolatban nyertünk évek folyamán.

Anyag, vizsgáló módszer

1959-től 1966-ig megvizsgált tízezer terhes közül 460 esetben találtuk a portiohámot kórosnak. Glatthaar-féle nomeklatura szerint ezek a következőképpen oszlottak meg: nyugtalan hám: 391, rendellenes hám: 54, atypusos hám: 15.

A fentieken kívül 3 cc. in situ-t, 1 mikrocarcinomát és 2 különösen súlyos praecarcinosist találtunk.

(Megjegyezzük, hogy a terhességi portióhámelváltozásokkal részletesebben más közleményben kívánunk foglalkozni.)

A 460 terhest graviditásuk folyamán, ill. azt követően 1—6 évig ellenőriztük, függetlenül attól, hoggy terhességüket kihordták-e, vagy sem. E csoportból 312 asszonyt volt alkalmunk több éves távlatban megfigyelni. A szűrés lehetőségét a terhesgondozás, ill. a művi vetélésre kerülők műtét előtti vizsgálata biztosította.

Különösen a terhességmegszakítások nyújtottak nagy lehetőséget a tömeges szűréshez. Minden gravidát kolposkóppal néztünk meg és ezt a vizsgálatot az utóbbi években rendszeres cytologiai kenetvizsgálattal egészítettük ki. Kóros portióhám esetén célzott biopsiát, ill. szükségszerint conisatiót végeztünk szövettani vizsgálat céljára.

Az ellenőrzött asszonyokon a kolposkopia mellett minden esetben hüvelykenet vizsgálatot és kóros hám esetében célzott excisiót, ill. conisatiót végeztünk, szüksége szerint ismételten.

Eredmények

Tapasztalatainkat az alábbi táblázatban foglalhatjuk össze:

Első kontroll vizsgálat alkalmával			
Semmi kóros	Változatlan atypia	Súlyosbodás	Összesen
158	121	33	312 eset

A változatlan és súlyosbodást mutató 154 vizsgált közül 103-nál volt alkalmunk szövettani vizsgálatot végezni az ellenőrzések folyamán.

Különös figyelmet érdemel, hogy a súlyosbodást mutató esetek túlnyomó többsége (27!), az első vizsgálatot követő 3. év után vált kiváltképpen szembetűnővé. Csupán két asszonynál fordult elő, hogy már az első 1 éven belüli kontroll rosszabbodást mutatott.

Sok más vizsgálóval ellentétben úgy találtuk, hoggy a meglevő terhesség lezajlása utáni változatlan hámatypiások csoportjában nagyobb számú nulligravida szerepelt, mint a gyógyultakéban.

Az asszonyok korának vizsgálatakor a két fő csoportban (spontán gyógyultak és nem gyógyultak) nem volt lényeges számbeli eltérés a 20 év alattiak között. Annál feltűnőbb, hogy a 30 éven túli terhesek csoportjában a spontán gyógyult kóros hámosok száma nagyobb, míg a változatlan atypiásoké kisebb.

Megbeszélés

Vizsgálataink alapja az a sok megfigyelő által hangoztatott megállapítás volt, hogy a méhnyakrák epitheliális atypiával kezdődik és progrediál anaplasiába, in situ cc.-ba, esetleg inváziv carcinomába.

Számos kutató *(Greene, Nagy, Kaufmann, Peckham, Jones, Stone, Nemes, Kicinsky, Boutselis)* korábbi véleménye után, saját tapasztalataink is azt bizonyítják, hogy *feltétlenül indokolt a folyamatos, súlyosabb esetekben akár 10 évig is eltartó ellenőrzése azon asszonyoknak, akiknél ter-*

hesség alatti hámatypiát találtunk és szövettanilag igazoltuk. A kontroll vizsgálatokhoz akkor is ragaszkodnunk kell, ha az idők folyamán elvégzett conisatiót követő vizsgálat negatív eredményű volt.

Ez utóbbival kapcsolatban utalunk *Greenere*, aki a diagnosis egyik fő problémájának a „cc. in situ a biopsia szélén"-t tartja.

Bár vizsgált betegcsoportunk felerészében a terhességi hámatypia spontán gyógyult, nem juthattunk arra a következtetésre, hogy a kóros hámelváltozások „terhesség specifikusak". Ennek ellene szól a kontroll vizsgálataink másik felében nyert eredmény és ezen belül a kb. 10%-ra tehető atypia súlyosbodás.

Tapasztalatunk szerint nem volt összefüggés a vizsgáltak kora, a szülések száma, és az atypia gyakorisága, ill. súlyossága között. Természetesen a fenti megállapítás nem vonatkozik a már kialakult praeinvasiv cc.-ák vizsgálatára. Fiatal, először terheseinket így ugyanolyan gondos körültekintéssel kell megvizsgálnunk és ellenőriznünk, mint az idősebb többször szülőket.

Utánvizsgálataink során úgy találtuk, hogy a kenetvizsgálat igen nagy százalékban nem támasztotta alá a kolposkópos képet. Súlyos hámatypia mellett Pap I. és Pap II. eredményt nyertünk ismételten.

Hasonlóan az említettekhez, a kontroll vizsgálatok szövettani eredményei is igen nagy számban ellentmondtak a kolposkópos diagnosisnak.

A terhesség tehát az esetek jelentős hányadában a természetéből kifolyólag produkálhat olyan képet, mely a graviditás megszűnésével eltűnik. Kellő körültekintéssel megválasztott therápiával, elejét vehetjük a progressiónak a nem gyógyuló esetekben, még a praeklinikai tumor kialakulása előtt. Ennek elérése csak évek során tartó gondos vizsgálatokkal lehetséges.

(Megjegyezzük, hogy therápiás problémákkal jelen közleményünk keretében nem kívánunk foglalkozni.)

Mindezek tekintetbevételével eredményeinket az alábbiakban összegezhetjük:

1. Tízezer terhes rákszűrése alkalmával 460 esetben találtunk különböző súlyosságú hámatypiát.

2. 1—6 éves időtartamon keresztül végeztük terhesség utáni ellenőrzésüket és megállapításunk szerint kb. 10% mutatott súlyosbodó képet, de carcinoma egyetlen esetben sem volt található.

3. Bár vizsgált betegeink felében a terhességi hámatypia spontán gyógyult, a terhességet mégsem lehet hámatypiát létrehozó faktornak tekinteni.

4. A kolposkópos vizsgálatnál nyert képet a controll kenetvizsgálat igen nagy százalékban nem igazolta. Hasonló módon nagy különbség mutatkozott a kolposkópos diagnosis és nagyszámú szövettani eredmény között.

5. A cytologiai vizsgálat értékelésénél nagyobb hibaszázalékot kell figyelembe vennünk, mint a nem terhes vizsgálatoknál.

6. Elengedhetetlen a terhesség alatt észlelt hámrendellenességek éveken át tartó időszakos kontrollja.

Összefoglalás: Szerzők terhes asszonyok kóros portióhámjának 1—6 évig terjedő utánvizsgálatairól számolnak be. Hangsúlyozzák a kontroll vizsgálatok nélkülözhetetlenségét a praeklinikai cc.-k megelőzésében. A művi terhességmegszakítások alkalmával vizsgálatra kerülők különösen alkalmasnak látszanak tömegszűrésre.

IRODALOM: 1. *Boutselis J. G.:* Amer. J. Obst. a. Gynec. 1964. *90*, 593. — 2. *Greene R. R.:* Surg. Gynec. Obstetr. 1963. *96*, 71. — 3. *Greene R. R., és Peckham B. M.:* Amer. J. Obst. a. Gynec. 1958. *75*, 551. — 4. *Jones E. G.:* Amer J. Obst. a. Gynec. 1964. *89*, 285. — 5. *Kaufmann C.:* Rev. frc. gynec. 1961. *56*, 799. — 6. *Kicinski J.:* Zbl. für Gynec. 1965. *87*, 1156. — 7. *Nagy Gy.:* Magy. Nőorv. Lapja 1958. *4*, 243. — 8. *Nemes J.:* Orv. Hetil. 1964. *105*, 2131. — 9. *Stone M. L.:* Amer. J. Obst. a. Gynec. 1965. *93*, 479.

CHLOROCID *kenőcs*

1,5% chloramphenicol, vaselin típusú alapanyagban

impetigo, pyoderma, ekzema impetiginosum, ecthyma, ulcus cruris, folliculitis, sycosis vulg., otitis ext. stb. kezelésére.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

1 tubus (5 g) 4,60 Ft
1 tubus (15 g) 10,50 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

RITKA KÓRKÉPEK

XIII. ker. Tanács VB Madarász utcai Csecsemő- és Gyermekkórháza (igazgató: Kemény Pál dr.)

Hypotrichosis congenita hereditaria (Unna syndroma)

Kemény Pál dr. és Csontos Ede dr.

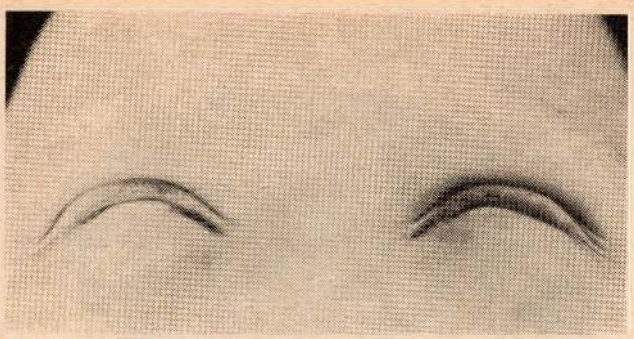
A szőrnövés zavara igen sok kórállapot részjelensége lehet. A veleszületett alak is — más jellegű eltérésekkel együtt — sok néven, számos szerző leírásában szerepel az irodalomban. *Unna* „Hypotrichosis congenita hereditaria" néven önálló kórképet írt le, mely főleg a haj és szőrzet fejlődési zavarában nyilvánul meg. Ritkán előforduló bőrjelenségektől eltekintve más ecto- vagy mesodermalis eredetű képletek nem vesznek részt a kórfolyamatban. A betegséget egyazon család 4 generatiójának 27 tagján észlelte. Szerinte jellegzetes a betegek külseje: a haj dús, a fejtetőn helyezkedik el, a hajhatár magasan halad, különösen a homloki és tarkói részen. Az egyes hajszálak vastagok, merevek, törékenyek, fényük tompa, hosszuk különböző, átmetszetük nem kerek, hanem sokszögű (*„kantig"*). Jellegzetes a gyér, vagy teljesen hiányzó szemöldök és szempilla. Lanugo szőrzet sehol sem látható és hiányzik a bajusz, szakáll, valamint a hónalj- és szeméremszőrzet is. A betegség kialakulása kétféle lehet. Jelentkezhetik rögtön a születés után. Ilyenkor a lanugo szőrzet gyér, fejletlen, terminális szőrzet később sem fejlődik, a pubertás idején pedig már kifejezett lehet az alopecia és atrichia. Legtöbbször azonban csak később manifesztálódnak a tünetek. A jellegzetes elhelyezkedésű parókaszerű haj leányoknál sem nő 20—30 cm-nél hosszabbra és főleg férfiakon korán, már a pubertas idején megindul a kopaszodás a homlokon és fejtetőn. Sokszor a hajas fejbőr széli részein övszerűen megmarad a haj és a fejtetőn valóságos tonsura keletkezik. A bőr legtöbbször ép, de néha a fiziológiásan is legkorábban öregedő területeken (szem környéke, homlok, nyak stb.), már idő előtt redők keletkeznek. A bőr színe sárgás árnyalatúvá válik és gyakran szabálytalanul pigmentálódik. A betegség familiárisan fordul elő. *Unna* szerint dominansan, autosomalisan öröklődik heterozygota génhordozók útján, nemhez kötöttség nélkül. Mások recesszív öröklődést is észleltek. A bőr szövettani vizsgálata szerint a szőrtüszők száma a szokottnál kisebb, fejlettségük is gyengébb. A faggyúmirigyek nagyok, a kezdő szakban a szőrtüszők hámjának str. spinosuma erősen burjánzik és ágazatosan a környező szövetekbe nyomul. Később a tüszők jelentős részéből a szőrszál eltűnik, a tüsző kitágul és benne szarutömegekből álló csapok helyezkednek el. A végső stádiumban a folliculusok erősen megfogyatkoznak, kevés, rendezetlenül álló szőrmaradvány látható óriássejtekkel körülvéve az irhában, a faggyúmirigyek pedig erősen hypertrophizálnak. A többi bőr függelék, valamint a fogazat nem mutat kóros eltérést.

Egy család több tagján az *Unna-syndroma* előfordulását figyeltük meg. Először egy gyermekbetegünkön vettük észre a haj- és szőrnövés zavarát, később derült ki, hogy a család más tagjain is megtalálhatók a jellemző tünetek.

1. eset. K. A., 12 éves leány nyaki nyirokcsomógyulladás miatt került kórházi felvételre. Egyéb belszervi betegséget nem találtunk nála. Jól fejlett, közepesen táplált, 152 cm magas, súlya 42,6 kg. Feltűnő a hajzat sajátos jellege és a test szőrzetének kifejezetten csökevényes fejlettsége *(1. ábra)*. A sötétbarna, tompafényű haj szőrkucsmához, vagy a bohócok parókájához hasonló. Csapzott, fésületlen benyomást tesz. A hajszálak különböző hosszúságúak, az egyes hajszálak vastagok, merevek, szárazak. A hajhatár a homlokon és a tarkón igen magasan halad és a homlokon elöl kétoldalt igen mélyen a fejtetőre terjed rá. A haj mindenütt éles vonallal határolódik el a szőrmentes területektől. A bozontos hajzattal élénk ellentétben a szemöldök nagyjából hiányzik, csupán a szemöldökívek mediális harmadában találunk igen gyér, rövid szőrszálakat (mintha le volna égetve) *(2. ábra)*. Még kifejezettebb a szempilla hiánya, csak elvétve akad néhány töredezett szőrszál a szemhéjak szélein. A rendezetlen haj, a szemöldök és szempilla hiánya különös kifejezést kölcsönöz az arcnak.



1. ábra. K. A., 12 éves



2. ábra. K. A. A szemöldök- és szempillaszőrzet csaknem teljesen hiányzik

A testen piheszőrök nem látszanak. Hónalj csupasz, a genitalis tájon is csak néhány vékony szőrszál figyelhető meg. A bőr sima, puha, rugalmas tapintatú. Hónalj és tenyér nedves. Tenyér, talp bőre nem vastagabb a normálisnál, rajzolata rendes. Körmök szabályos alakúak, rózsaszínűek, enyhén fénylők, nem töredezettek. A mamma fejlődőben van, bimbó bőre barnásan pigmentált. A szájnyálkahártya ép. Fogakon alaki, vagy színbeli eltérés nem látszik.

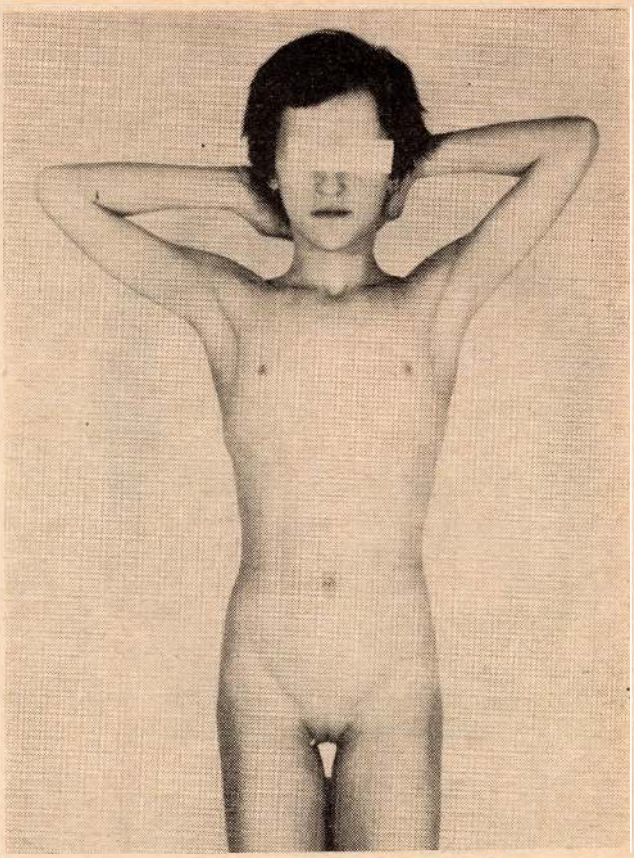
A vizsgálati leletekből csak néhány fontosabbat közlünk: vérkép, vizelet, vérsejtsüllyedés normális. Serum fehérje 7,0 g%; alb.: 60,6%; globulinok: α_1: 9,7%; α_2: 5,8%; β: 7,6%; γ: 15,9%. Serum Ca: 9,8 mg%, serum P: 4,8 mg%, többi elektrolyt érték is normális. MN 26 mg%, 17-ketosteroid ürítés: 2,2 mg/24 óra. Májfunctiós próbák negatívak. Tensio: 145/85 Hgmm. Szemfenék ép. Csontok röntgenképén eltérés nem található. Csontfejlődés normális. A chromosoma vizsgálat sem számbeli, sem alaki eltérést nem mutatott.*

Betegünk 11 éves húgán ugyanilyen haj- és szőrnövési eltéréseket találtunk *(2. sz. eset, 3. ábra).*

Feltűnőek az eltérések a gyermekek 38 éves édesapján is *(3. eset).* K. L. erőteljes, egészségesnek látszó ember, foglalkozása szerszámlakatos. Gyomorfekélytől eltekintve más betegségről nem tud. Elmondása szerint szakálla, bajusza sohasem nőtt. Legfeljebb 1—2 hetenként borotválja le az állán serkenő néhány szőrszálat. Haja korán, jóval 20. életéve előtt kezdett hullani. Parókaszerű, csapzott, tompafényű, sötétbarna haja van. A hajhatár magasan helyezkedik el és elöl a homlok felől kétoldalt magasan a koponyatetőre terjed fel *(4. ábra).* Hátul a tarkón is magasan futó, vízszintes határ választja el a hajas és csupasz területet. A fejtetőn tonsuraszerű, erősen kopaszodó folt látszik. Szemöldök teljesen hiányzik és pillaszőrök is alig vannak. Bajuszszőrök nincsenek és a szakáll helyén csupán az állcsúcson látszik néhány — foltokban elhelyezkedő — kefeszerű egyenlőtlen szőrszál. Hónalja teljesen csupasz, a genitalis szőrzet is igen gyér. Feltűnő még, hogy a szem- és száj körül, valamint a homlokon sok ránc figyelhető meg, sokkal több, mint ami az életkorának megfelelne. Az arcbőr kissé sárgás árnyalatú, rajta néhány elmosódó határú, kisebb pigmentfolt látszik. Egyébként testalkata, a zsírpárna, az izomzat és a genitalis szervek fejlettsége a normálistól nem tér el.

A leírtakkal azonos szőrnövési zavart figyeltünk meg a család még 2 felnőtt tagján, egy 20 éves és egy 31 éves nőn is.

Tehát egyazon család 5 tagján tapasztaltuk a haj és az egész test szőrzetének rendellenességét. Gyermekbetegünk apjának arcbőre még az idő előtti öregedés jeleit is mutatta. A tenyeren és talpon, valamint nyálkahártyákon, körmökön, fogakon kóros elváltozás nem volt. Idegrendszeri eltérést, csontosodási zavart nem találtunk. Tüzetes érdeklődés után tisztázódott, hogy a család további 4 tagja ugyanolyan szőrnövési zavarban szenved. (5 családtagot magunk vizsgáltunk meg.) A családban rokonházasságról nem tudnak. Az előfordulási viszonyokat a származási táblán tüntettük fel *(5. ábra).*



3. ábra. K. É., 11 éves

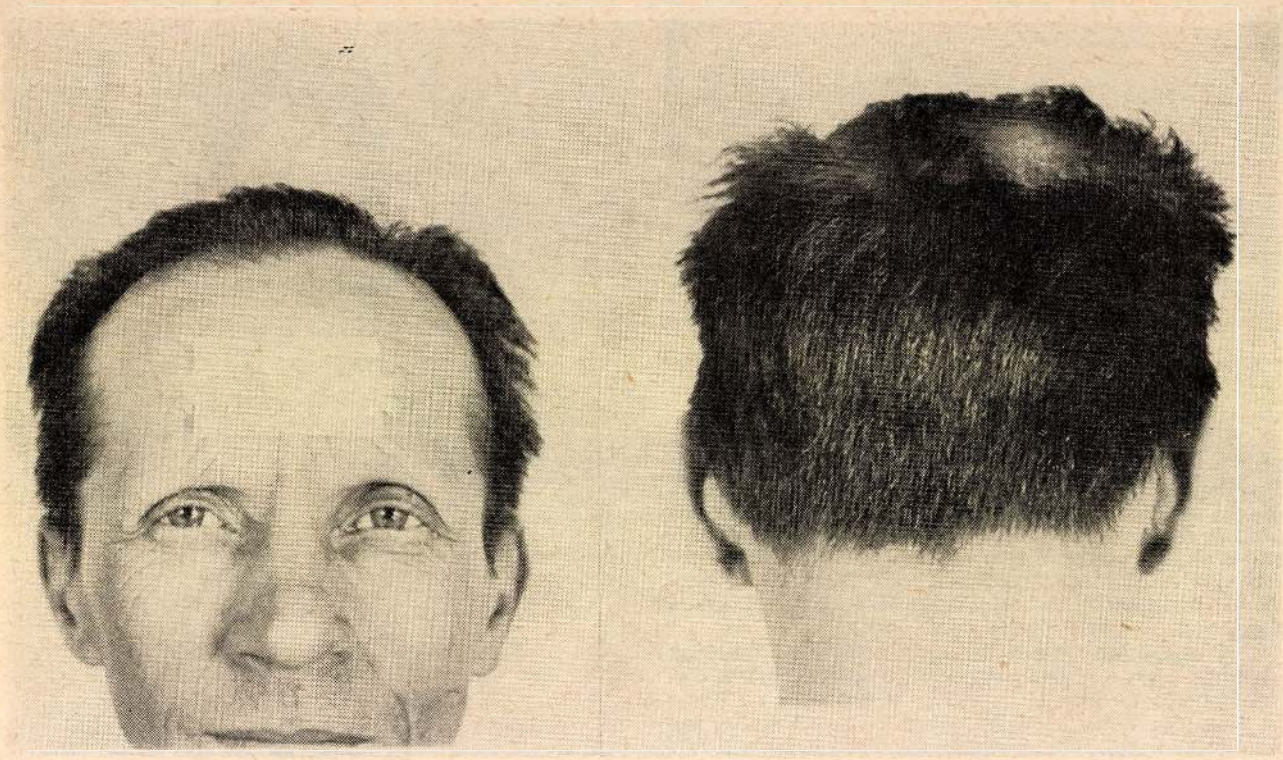
Elkülönítő kórisme szempontjából elsősorban az alábbi hypotrichosissal járó, többnyire örökletes betegségek kerülnek szóba:

1. Congenitalis ectodermalis dysplasia *(Weech).* Erre jellemző az anidrosis, anodontia, fülkagylódeformitás, orrnyálkahártya atrophia (ozaena), keratosis palmo-plantaris, szellemi visszamaradottság.

2. *Christ—Siemens—Touraine-syndroma.* Az előbbi tünetegyütteshez közel áll, gyakori az arc ekzema, a maxilla és mandibula csökkent fejlettsége (micrognathia), a verejték-, nyál- és könnymirigyek secretiós zavara, corneális homály, szellemi visszamaradottság stb. *(Nemrégiben hazai eset előfordulását közölték Kardos M. és Weilné, Leichner Zs.).*

3. Oculo-dento-digitalis syndroma *(Meyer—Schwickerath—Grüterich—Weyers).* Microphthalmia, fogzománc aplasia. Ujjak fejlődési zavara (syndaktylia, kamptodactylia).

* A chromosoma vizsgálatok elvégzéséért Schuler Dezső dr. candidátusnak ezúton fejezzük ki köszönetünket.



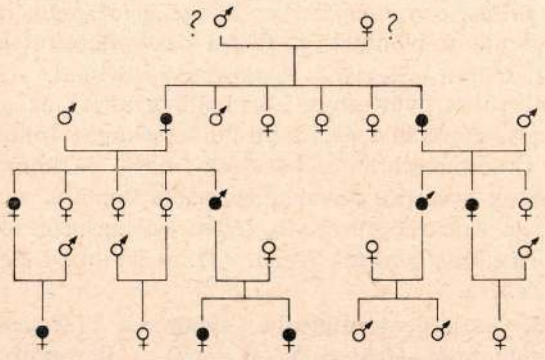
K. L., 38 éves

4. *Spannlang—Tappeiner,* Keratosis syndroma. Előtérben áll a tenyér és talp hyperkeratosisa, ami hyperhidrosissal jár együtt. Gyakori a 4 ujj redő *(„Affenfurche").*

5. *Unna—Thost—Fischer-syndroma.* Itt is keratosis palmo-plantaris észlelhető, a körmök nem épek, onychogryphosis gyakori. Az ujjak 3. phalanxa megvastagodott és a betegek szellemileg is gyengék.

6. Dysplasia chondroectodermalis *(Ellis-* v. *Creveld-syndroma).* A kórkép a csontok növekedési zavarával (chondrodystrophia) polydactyliával, fogfejlődési anomáliával és súlyos szellemi gyengeséggel jár.

7. Progeria *(Hutchinson—Gilford-syndroma).*



5. ábra. Származási táblázat. (A fekete körök a beteg egyéneket ábrázolják)

A szőrnövési zavarok mellett jellemző a fejlődésben visszamaradás, a bőr korai öregedése, atrophiája, pigmentfoltok fellépése, az ízületek csökkent mozgathatósága, arterioscleroticus jelenségek, hydrocephaloid fej alak, tág vénahálózat. Nem örökletes.

A fenti tünetegyüttesektől az elkülönítés éppen azon jellegzetesség alapján történhetik, hogy az *Unna*-syndrománál a haj és szőrzeten kívül legfeljebb néha a bőrön mutatkozik eltérés, de sem a tenyér és talp bőre, sem a köröm nem különbözik a normálistól. A verejtékelválasztás zavartalan, de nem fokozott. A testi és szellemi fejlődés üteme és mértéke nem tér el a fiziológiástól.

Összefoglalás. Szerzők *Unna-syndroma* (hypotrichosis congenita hereditaria) előfordulásáról számolnak be egy család 3 generatiójának 9 tagján (7 nő, 2 férfi). A betegség nemhez kötöttség nélkül, domináns öröklődést mutatott. A haj- és szőrnövés zavarain kívül az egyik felnőttön még az arcbőr idő előtti öregedésének jelei is megfigyelhetők voltak. Az érintett családtagokon egyébként más szervi eltérés, fejlődési zavar nem volt észlelhető.

IRODALOM: 1. *Catel, W.:* Differentialdiagnose von Krankheitssymptomen bei Kinder und Jugendlichen Bd. III. G. Thieme, Stuttgart. 1964. 3. Aufl. — 2. *Desaux, A.:* Affections de la Chevelure et du Cuir Chevelu Masson et Cie. Paris. 1953. — 3. *Fleck, F.—Fleck, M.:* Die Haarkrankheiten des Menschen. VEB Verlag Volk u. Gesundheit. Berlin. 1962. — 4. *Kardos M.—Weilné, Leichner Zs.:* Orv. Hetil. 1965, *106,* 123. — 5. *Unna, M.:* Derm. Wschr. 1925, *81,* 1167. — 6. *Weech, A. A.:* Am. J. Dis. Child. 1927, *39,* 766.

TOXICOLÓGIA

Balassa János Kórház, I. Belosztály, Szekszárd (főorvos: Meskó Kálmán dr.)

Bárium-poliszulfid mérgezés

Meskó Kálmán dr. és Fauszt Erzsébet dr.

Néhány évtizeddel ezelőtt a báriummérgezés ritkaságszámba ment, *Esser* (2) 1935-ben 47 esetről tud, 11 évvel később *Gilli* (11) már 143-ról, az utóbbiak közül 91 halálos lefolyású volt! *Morton* (1) és *Dervillée* és *Raveleau* (3) tömegmérgezéseket ismertetnek s ezek után *Formaggio* (9) 1956-ban már 300-nál többre becsüli az addig ismertetett báriummérgezések számát.

Morton (1) az első tömegmérgezés leírója a betegség tüneteit a következőképpen ismertette:

Báriumkarbonátot tartalmazó étel elfogyasztása után 40—90 perccel bizsergés a száj körül és a tarkótájon, reszketés, szédülés. Vizes, később véres hasmenés, hányás, enyhe hasi görcsök. Az első 1—2 órában tág pupilla, rossz alkalmazkodási, jó fényreakció. A pulsus 40—50/min.

2—3 óra múlva bizsergés a kezeken és a lábakon. Areflexia, mely többnyire a tricepsreflex kiesésével kezdődik, majd fokozatosan tovább terjed, később motoros paralysis alakul ki. Ezt *Preisz* (6) mint az alulról felfelé haladó Landry-típusú bénulást írja le. *Preisz* a szívre való hatást a digitalis hatáshoz hasonlítja, előfordul a harmadrendű ingerképző helyek izgalma, kamra-automatia is. Az arteriák tónusa fokozott, vérnyomás emelkedett, pulsus feszes, esetleg szabálytalan. Nyálfolyás. A halál 1—2 óra alatt beállhat.

Az újabb leírók a fenti tüneteket a következőképpen csoportosítják.

1. Gyomor-bélcsatornára.
2. Idegrendszerre.
3. Szív- és vérkeringésre kifejtett hatás.

Régebben digitalisra emlékeztető hatása miatt — inkább Amerikában — gyógyszerként is használták.

Az emberi szervekben bárium nem mutatható ki. Az összes vízben oldható báriumsó mérgező, leggyakrabban a báriumkarbonát mérgezés fordul elő.

Tovo (4) 10 báriumpoliszulfiddal történt mérgezést talált az irodalomban. Ezek között inhalatiós mérgezések is előfordulnak, ilyen *Tovo* esete is.

A bárium-poliszulfid belégzése után roszullét, hányinger, szédülés, fejfájás, erős köhögés és expectoratio, majd étvágytalanság lépett fel. Egy hónap múlva súlyos és fokozódó icterus, izgatottság, majd coma tünetei között exitált a beteg. A boncolás a következőket mutatta: gócos tüdőgyulladás, tüdőoedema, splenomegalia, igen súlyos diffus májnecrosis, a capsula összehúzódott, a diaphragmához tapadt. *Tovo* szerint a halálhoz vezető súlyos mérgezések esetén általában májártalmat lehet találni.

Saját esetünk ismertetése

V. J.-né, 42 éves beteget 1964. III. 26-án szállították osztályunkra. Kísérője elmondja, hogy eszméletlen állapotban találta, mellette egy pohárban piszkos, feketés-zöldes folyadék volt. Valószínűsíthető, hogy a folyadék elfogyasztása után másfél órával került felvételre. A beteg erélyes felszólításnak eleget tesz, szemét kinyitja, kérdésekre 1—2 szóval dünnyögve válaszol. Statusában ajakcyanosison és pupillatágulaton kívül lényeges eltérés nincs. T: 160/90 Hgmm, pulsus: 80/perc. Gyomormosást végzünk, aktív szenet és magnéziumszulfátot adunk. A gyomormosással nyert folyadék sárga, átlátszó, kénes szagú.

Gyomormosás után a beteg jobban van, beszél. Elmondja, hogy öngyilkossági szándékból permetezőszert ivott. Később kiderítettük, a szer „Neopol" (Budapesti Vegyiművek) volt. A Neopol szürkésfeteke, kénhidrogénszagú por. Vízben oldódik, részben szuszpendálható. Báriumszulfidot s kénport tartalmaz, hatóanyaga a készítmény oldásakor keletkező 20%-nyi bárium-poliszulfid (emellett báriumszulfid és tioszulfát is képződik) (15).

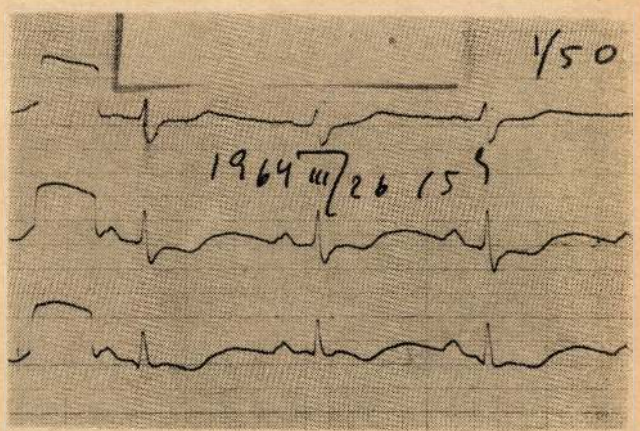
1—2 órával később a beteg cyanosisa fokozódik, enyhén dyspnoés, csuklik, nyálfolyása van, hasában és mindkét lábszárában fájdalmat érez. Időnként kettősen lát, pupillák tágabbak, fényre reagálnak, pulsus 60/perc. Hamarosan görcsök keletkeznek alkarjában és furcsa bizsergést, zsibbadást érez. Ekkor, azaz felvétele után 2—3 órával a vérsavó ionogrammja: K: 2,8 maeq/l, Na: 150 maeq/l, Cl: 95 maeq/l, Ca: 9,5 mg%, P: 4 mg%.

Panaszai. cyanosisa fokozatosan súlyosbodnak, EKG-t készítünk.

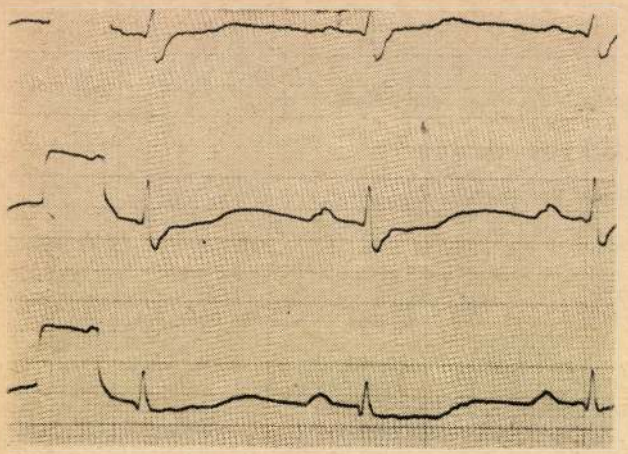
EKG: sinus ritmus (86-os frequentia), QRS complexum kiszélesedett, 0,12 mp; ST_1: norm., ST_{2-3} másfél mm-rel a ∅ vonal alatt, felfelé domború. T_1: pos., lapos, T_{2-3} bifasisos neg.-pos. A T hullám vége az U hullámmal egybeolvad, nem ítélhető meg. Az U hullám, főleg a 2. és 3. elvezetésben, szembeötlően elevált, a következő systole P hullámáig tart. P_{2-3} 3 mm magas, 0,9 mp széles. VR-ben emelkedett ST, VL, VF-ben ST norm., T igen lapos.

A hypokalaemiára jellemző EKG képet *Zuckermann* (12) szerint a következőképpen tudjuk jellemezni:

1. Magas QRS complexum.
2. Magas U hullám, mely a T hullámhoz csatlakozik.



1. sz. EKG. A mérgezéses állapot legsúlyosabb pillanatában (prominens U T-vel egybeolvadva).



2. sz. EKG. 2 g KCl per os és 2 ml 10%-os KCl i.v. beadása után (U hullám laposabb). Első EKG készítése után ½ órával.

3. ST szakasz süllyedtség és a T esetleges negatívvá válása.

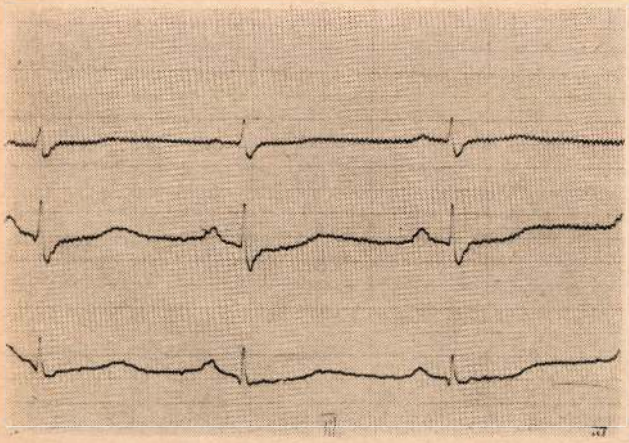
4. Supraventricularis eredetű arrhythmiák.

Esetünkben az U hullám volt a legkifejezettebb, míg a QRS complexum magas kilengései nem következtek be.

Az EKG lelettel összhangban a rohamosan súlyosbodó állapotot hypokalaemiával magyaráztuk, s folyamatos EKG ellenőrzés mellett káliumot adagoltunk. 10%-os KCl oldatból először 2 ml-t, azután ismételten 1 ml-t adtunk i.v.. Evvel párhuzamosan 2 × 2 g KCl-t adtunk per os. Ezután a szembeötlően emelkedett U hullám lelaposodása látható, az ST szakaszok süllyedtsége csökkent, a T hullámok nem változtak. Szembeötlő volt a beteg klinikai javulása, ez főleg a cyanosis eltűnésére vonatkozott, görcsei, bizsergése megszűntek. Az előbb felkelni képtelen beteg fél óra múlva tökéletes jó közérzetről számolt be, kettőslátása megszűnt. Másnap készült EKG-ja teljesen ép viszonyokat mutatott.

A beteg állapota a káliumkezelés bevezetéséig rohamosan romlott, az ionogramm nem a legsúlyosabb állapotra jellemző. Másnap az ionogramm csaknem normalizálódott (K: 4,2 maeq/l, Na: 135 maeq/l, Cl: 106 maeq/l).

Betegünk nem hányt és nem volt hasmenése, a hypokalaemiát tehát nem lehet gastroenteralis káliumveszteséggel magyarázni.



3. sz. EKG. Újabb K bevitel után. Az első EKG után 45 perccel (hitelesítés olyan, mint előzőknél).

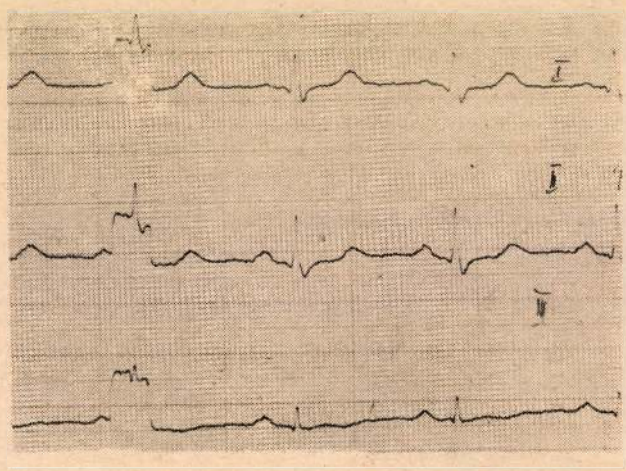
A báriummérgezés s a hypokalaemia tünetei közt bizonyos hasonlóság van, amit már többen megfigyeltek és káliumkezelést is alkalmaztak.

Kínában 1930 után „pa-ping" járvány volt ismeretes (idézve *Diengott és tsai*-tól), mely hányinger, hányás, hasmenés képében jelentkezett. Az asztalisó magas báriumtartalmára vezették vissza. Káliumnitráttal sikeresen gyógyították.

Morton (1) 84 katonáról számol be, akik báriumkarbonát és liszt összetévesztése folytán báriummérgezést kaptak, s káliumpermanganát kezelés mellett gyógyultak.

Cushny (10) kutya- és békaszíveken végzett kísérleteiben a báriummérgezést káliummal tudta ellensúlyozni. Véleménye szerint a bárium hasmenés nélkül is tud hypokalaemiát előidézni.

A rendelkezésünkre álló irodalomban *Diengott és tsai* (8) voltak az elsők, akik báriumkarbonát mérgezéskor EKG-val és laboratóriumi úton bizonyított súlyos hypokalaemiát (K: 2,4 maeq/l) találtak s a beteget káliummal gyógyították.



4. sz. EKG. felvétel 24 órával később.

Lewi és *Kaayim* (5) 19 báriummérgezésről számolnak be. A mérgezést báriumkarbonát és burgonyaliszt összetévesztése idézte elő. A mérgezettek közül 2 került súlyos állapotba, mindketten kórházba kerültek és e két betegnél káliummeghatározással és EKG-val bizonyították a hypokalaemiát.

Lydtin és mtsai (7) báriummérgezést közölnek, mely szintén hypokalaemiával jár, utána állatkísérletben is kimutatják a bárium hypokalaemiát okozó hatását.

Esetünk érdekességét a következőkben találjuk:

1. Tudomásunk szerint ez a 12. báriumpoliszulfid mérgezés, mely közlésre kerül.

2. Esetünk alkalmas annak bizonyítására, hogy a báriumpoliszulfid bevétele után hányás és hasmenés nélkül is súlyos hypokalaemia keletkezhet.

3. Hypokalaemiás állapotban készített EKG felvételt közlünk, a hypokalaemia kezelése közben készített további felvételek a fokozatos javulást bizonyítják.

Tudjuk, hogy a bárium ion és kálium, kálcium és magnézium ionok közt antagonizmus van, elképzelhető, hogy a bárium ion a kálium iont a sejtek-

ből kiszorítja. Közismert, hogy a bárium a szulfát iont kicsapja, ebből következtethetjük, hogy a báriummérgezés elsődleges tünetei közé tartozik a szervezet szulfát ionban való elszegényedése. Ezen túlmenően a báriummérgezés hatásmechanismusa nem tisztázott, csupán annak megállapítására szorítkozunk, hogy az elektrolytegyensúlyban zavar keletkezik és előfordulhat — gastroenteralis káliumveszteség nélkül is — súlyos hypokalaemia. A mérgezés heveny stadiumában tehát alapvető követelmény az ionháztartás ellenőrzése. A régi therapiás javaslatok közül — *Lydtin és tsaival* együtt — változatlanul ajánljuk az i.v. magnéziumszulfát és kálciumklorid kezelést és a per os nátriumszulfátot. Saját esetünkben, ismeretlen méreggel történt mérgezést feltételezve, gyomormosást végeztünk és utána keserűsót adtunk; a fenti egyéb kezelést nem alkalmazhattuk, mert a betegség súlyos állapotában csak a másodlagos hypokalaemiát ismertük fel és ennek megfelelően káliumkloridot vittünk a szervezetbe.

Összefoglalás. Báriumpoliszulfid mérgezést ismertetnek. Az észlelt kórkép és a báriummérgezés tünetei közt hasonlóságot találtak. A tünetek közül a másodlagosan kifejlődött hypokalaemia emelkedett ki. A káliumklorid therapia jó hatású volt.

IRODALOM: 1. *Morton, W.:* Lancet. 1945, *II*, 149, 738. — 2. *Esser, A.:* Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 1935, *25*, 939. — 3. *Dervillée, P.* és *Raveleau, R.:* Folia med. 1951, *34*, 225. — 4. *Tovo, S.:* Minerva Medicolegale. 1962, *82*, 347. — 5. *Lewi, Z., Bar Kaayim, Y.:* Lancet. 1964, *II*, 342. — 6. *Preisz, K. R.:* Z. ärztl. Fortbildg. 1956, *50*, 110—112. — 7. *Lydtin, H. és mtsai:* Münch. Med. Wschr. 1965, *107*, 1045. — 8. *Diengott, D. és mtsai:* Lancet. 1964, *II*, 343. — 9. *Formaggio, T. G.:* Giorn. med. leg. infort et tossic. 1965, *2*, 1. — 10. *Cushny, A. R.:* Textbook of Pharmacology and Therapeutics. Philadelphia. 1936. 356. — 11. *Gilli, R.:* Arch. di antr. crim. psich. e med. leg. 1947, *67*, 24. — 12. *Zuckermann, R.:* Grundriss u Atlas d. Elektrokardiographie. Georg Thieme, Leipzig. 1957. 140. — 13. *Bordás S.:* Veszélyes növényvédőszerek. Budapest. Mezőgazdasági Kiadó. 1964. 314.

Bradycardiával vagy tachycardiával járó szívelégtelenségben.

DIGOXIN

Jól felszívódó, gyorsan ható, gyorsan eliminálódó digitalis-készítmény

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest, V., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalban. Előfizetési díj egy évre 180,— Ft. Csekkszámlaszám egyéni 61.299, közületi 61.066 vagy átutalás az MNB 8. sz. folyószámlára

KAZUISZTIKA

Kaposvári Kórház I. Sebészeti Osztály (főorvos: Szabó Béla dr.)

Haemobilia okozta obstructiós icterus

Rozsos István dr. és Móhr Tamás dr.

A májból vagy az epeutakból származó, majd innen az epével keveredve a bélcsatornába jutó különböző eredetű vérzéseket haemobiliának nevezzük. Az elnevezés *Sandblom*tól (17) származik, aki a haematuria analógiájára az epeutakból származó vérzésekre 1948-ban ajánlotta a haemobilia megjelölést. Azóta a vérzés e ritka formájával többen foglalkoztak már és e közleményekből egybehangzóan kitűnik, hogy a haemobilia műtét előtti felismerése mennyire nehéz. Hazai vonatkozásban a traumás haemobilia kérdésével (7, 8, 13), valamint az epehólyagból származó arrosiós vérzésekkel egyaránt foglalkoztak (6, 14, 20), májrákból származó, obstructiós icterust okozó haemobiliát azonban még nem közöltek. *Mallory, Castleman* és *Parris* (12) írta le az első hepatomából származó haemobiliát, majd *Rudstöm* (16), *Fisher* és *Creed* (5), *Johns* és *Zimmerman* (10) egy-egy májrákból eredő haemobiliát közölt. Esetünk leírását azért tartottuk közlésre érdemesnek, mert az obstructiós icterust okozó haemobilia ritka és mivel a palliativ megoldás után betegünk e súlyos szövődményt követően még másfél évet élt.

Eset ismertetése

Á. E., 65 éves nőbeteget 1962. június 8-án extrahepaticus obstructiós icterussal belgyógyászati kivizsgálás után szállították osztályunkra. A belgyógyászati kórisme epehólyagból, vagy a pancreasból kiinduló tumor volt. Anamnestikus adatai és egyéb vizsgálati leletei közül csak a lényegesebbeket említjük meg: egy év óta fáradékony, az utóbbi 6 hónap alatt 13 kg-ot fogyott. Hasa időnként puffadt. *Egy hónap óta a jobb bordaív alatt görcsös fájdalmakat érez, melyekkel egyidejűleg* hányinger, hányás és *csuklás is jelentkezik. A görcsök naponta vagy kétnaponként keletkeznek, 5—10 percig tartanak,* hátába és a gyomor tájékára is kisugároznak, *majd spontán, gyógykezelés nélkül elmúlnak.* Tizenkét napja vette észre bőrén, hogy sárgulni kezd, azóta görcse nem volt. Időnként lázas, székletét és hányadékát nem figyelte. A belgyógyászati kivizsgálás ideje alatt széklete benzidin pozitív volt.

Jelen állapot: közepesen fejlett, leromlott, erősen sárga nőbeteg. A has mérsékelten elődomborodik, kisfokban nyomásérzékeny. A jobb bordaívet 4 harántujjnyival túlhaladó, a légzőmozgásokat jól követő resistentia tapintható, melynek alsó szélén az epehólyagnak megfelelően ökölnyi, sima felszínű, feszes terimenagyobbodás észlelhető. A gyomor-bélröntgenvizsgálat tumorra utaló elváltozást nem mutatott ki, a cholangiographiával sem az epehólyag, sem pedig az epeutak nem telődtek. Se. bi.: 7,05 mg%; p. dir., Thymol: 1,44 E; Alk. ph.: 8,8 B.E., Aldolase: 35 E, GOT és GPT egyaránt 16,8 E/ml. A vizelet fajsúlya 1023, ubg., bil. pozitív. Vizsgálataink után az ampulla Vateriből kiinduló carcinomát tételeztünk fel, melyet az okkult vérzés, az obstructiós icterus és a tapintható epehólyag mellett a nagyfokú súlyveszteség is támogatott. 1962. június 18-án műtétet végeztünk: felső median laparotomiával hatolunk be. Szabad hasüregbe jutunk, a máj a jobb oldali bordaívet négy harántujjnyival haladja túl, felszíne kissé egyenetlen, de metastasisra utaló elváltozás nem észlelhető rajta. Az epehólyag férfiökölnyire tágult, feszes, megnyomásra nem kisebbedik meg. A közös epevezeték 2 ujjnyira tágult. Sem az ampulla Vaterinek megfelelően, sem pedig a pancreasban kóros nem tapintható. A közös epevezetékből szúrcsapolással folyékony és kevés tört, alvadt vért nyerünk. Choledochotomiát végzünk, és ekkor tűnik szembe, hogy a közös epevezetéket öntvényszerűen sárgás színű szövettörmelékkel keveredett véralvadék tölti ki. A májat gondosan áttapintjuk és e művelet közben a jobb lebeny területén mélyen a májállományban egy közel ökölnyi tumort tapintunk. A tumor mélyebb elhelyezkedése miatt próbakimetszést a vérzés veszélye miatt nem végzünk. A talált leletek alapján a májtumorból származó haemobiliát állapítunk meg és a közös epevezetéket kitakarítjuk. Ezt követően a felsőbb epeutakból kevés vér szivárog. A vérzés azonban nem olyan méretű, hogy érlekötés válna szükségessé. Hogy a további vérzést ellenőrizni tudjuk, és a közös epevezeték ismétlődő elzáródását megelőzzük, Kehr-draint helyezünk a choledochusba. Műtét után a beteg icterusa fokozatosan csökkent. Az első 12 napon a Kehr-csövön át vérrel keveredett, majd fokozatosan feltisztuló epe ürült. A folyadék- és elektrolytveszteség pótlása mellett a beteg általános állapota fokozatosan javult. VII. 21-én a Kehr-draint eltávolítottuk, majd VIII. 9-én a beteg panaszmentesen távozott. A közös epevezetékből eltávolított sárgás színű szövettörmelék kórszövettani vizsgálata a következő volt: „A beküldött anyag részben solid fészkes, részben papillosus, carcinomás daganatszövet. A kép alapján a hepaticus eredet biztosan nem dönthető el, a helyenként mutatkozott sinusoidszerű üregek alapján lehetséges." (Prievara dr.).

A beteget ellenőrző vizsgálatra többször visszarendeltük. Icterusa teljesen elmúlt, testsúlya gyarapodott, egy éven át jó közérzete volt. Ezt követően azonban fokozatosan leromlott, majd a műtét után másfél évvel az egyik szociális otthonban exitált.

Betegünk kórlefolyása az alábbiakban foglalható össze: „A széteső májrák az epeutakba törve kezdetben vérzéssel járt. Jóllehet a beteg sem a székletét, sem pedig hányadékát nem figyelte meg és így a vérzésre vonatkozó pontos adatokat anamnestikus adataiból nem fedhettünk fel, a fokozódó gyengeségét, és hasában jelentkező puffadtságot a májtumor mellett vérzéssel magyarázhatjuk. Később a vérzés fokozódott, a vér az epeutakban megalvadt. A beszállítás előtt egy hónappal keletkező 5—10 percig tartó, spontán oldódó epegörcsöket ezen alvadékok a sphinctaer Oddin történő átjutás közben idézhették elő. E görcsöket a haemobiliára egyesek által jellegzetesnek tartott (17) csuklás is kísérte. Később a vérrel tumorszövet is bekerült a közös epevezetékbe és azt a véralvadékkal együtt kitöltötte. E körülmény elzáródásos icterus kialakulásához vezetett, mellyel egyidejűleg az epegörcsök is megszűntek, ami arra enged következtetni, hogy ezt követően véralvadék már nem jutott át a sphinctaer Oddin, hanem csak folyékony vér, ame-

lyet székletben sikerült kimutatni. Érthetővé vált számunkra a cholangiographia teljesen negatív eredménye, ami az öntvényszerűen kitöltött közös epevezetékkel magyarázható. Esetünk kórlefolyása azt illusztrálja, hogy sokszor a reménytelen esetekben is érhető el váratlanul jó eredmény a kényszerű palliativ megoldás alkalmazásával. A májrák miatt betegünk gyógyulását nem várhattuk, életét azonban másfél évvel sikerült meghosszabbítani.

Valószínűleg gyakrabban társul a májrákhoz haemobilia, mint amilyen gyakran az felismerésre kerül, úgy tűnik azonban, hogy obstructiós icterust ritkán okoz. Erre utal *Edmondson* és *Steiner* (3) adata, akik májrákos beteganyaguk 12%-ánál haematemesist, vagy melaenát tudtak kimutatni. A haemobilia különböző eredetével, therapiájával és különösképp tünettanával hazai vonatkozásban is többen foglalkoztak már. Ennek ellenére érdemesnek látszik röviden a therapiás elveket megemlíteni: haemobilia esetében mindig elsősorban a vérzés forrásának megállapítására kell törekedni, ami az esetek egy részében nem könnyű feladat. Az epehólyagból származó vérzés megoldására a cholecystectomia az elfogadható beavatkozás. Előfordulhat, hogy az epevezetékből származó vérzést kő, vagy a choledochusba helyezett Kehr-drain idézi elő (15). Ilyenkor a vérzést localisan, vagy a vérzés közelében érlekötéssel csillapíthatjuk, Kehr-drain ismételt behelyezése azonban az ismétlődő arrosiós vérzés veszélye miatt nem tanácsos. Traumás eredetű haemobilia esetében viszont az epeutak decompressióját érhetjük el T-drain alkalmazásával, amelynek különösen akkor nagy a jelentősége, amikor a máj felszínén a peritoneális térrel közlekedő repedés is van (11, 18). Ilyen sérüléseknél a T-drain mellett hasüregi szívó drainage alkalmazása is célszerűnek látszik azért, hogy a hasüregbe kerülő epét, vért és elhaló májszövetet eltávolíthassuk. Szükségessé válhat a roncsolt üreg kitömítése (19), vagy a más módon nem csillapítható haemobilia alkalmával valamilyen vérzéscsillapító anyaggal (spongostan stb.) történő epeút-tamponade is (4). E megoldásra elsősorban az úgynevezett idiopathiás haemobilia esetében kerülhet sor, amikor az arteria hepatica provisorikus leszorításával a vérzés nem csillapítható. *Guynn* (9) hasonló esetben a jobb oldali ductus hepaticust kötötte le, azonban betegüket elveszítették. A máj artériás keringéséből származó haemobilia műtéti megoldásaival többek között *Shohl* (19) foglalkozott részletesen. Ajánlott módszerei között az értranszplantatiótól kezdve az érlekötések és májcsonkolás különböző módozatai mind szerepelnek. Hogy e módszerek közül mikor melyiket válasszuk, arra vonatkozóan csak az adott helyzet alapján adható válasz. Annyi következtetés azonban levonható, hogy a betegre nézve traumás haemobilia esetében nagyobb veszélyt jelenthet az a körülmény, ha roncsolt májszövet és vérrel keveredett epe kerül a szabad hasüregbe, mintha a roncsolt májszövetet sequestrectomia, vagy lobectomia révén eltávolítjuk. A májhoz haladó verőerek lekötése az antibiotikumok bevezetése óta jobb eredménnyel jár. Állatkísérletekkel igazolták, hogy az arteria hepatica lekötésével járó halálozás egyik oka az anaerob bacteriumok felszaporodása által előidézett májkárosodás, ami megfelelő antibiotikum alkalmazásával kivédhető, vagy nagymértékben csökkenthető. Az érlekötést lehetőleg a májkaputól távol, vagyis az ér eredetéhez közel esően végezzük. Ily módon a collateralis keringés fennmaradására nagyobb reményünk lehet. Ha a vérzés ily módon nem csillapítható, akkor a lobaris erek lekötése is szükségessé válhat. Tanácsos kivérzett betegeknél friss vérkészítmény alkalmazása, nagy kiterjedésű májsérülésnél pedig K-vitamin adása is szükségessé válhat. Hepatotoxicus narcoticumok alkalmazását mindenképpen kerülni kell.

A haemobilia therapiája is azon területre tartozik, ahol a helyes műtéti megoldás kiválasztása a sebész találékonyságát leginkább próbára teszi. Nem túlzás azonban, ha azt állítjuk, hogy — különösen a májtumorból származó haemobilia esetében — a legnagyobb körültekintéssel felépített és keresztülvitt műtéti terv után is a kórlefolyás további kimenetele a szerencse kérdése is.

Összefoglalás. Szerzők egy 65 éves nőbetegen májrákból származó haemobilia okozta obstructiós icterus előfordulását ismertetik. A palliativ megoldás után betegük másfél évet élt. Esetük hazai vonatkozásban az első, az elérhető világirodalmi adatokat figyelembe véve az ötödik, mely közlésre került. A kórlefolyás részletes elemzése után a szerzők a haemobilia gyógyításának lehetőségeit taglalják.

IRODALOM: 1. *Andreassen, M., Lindenberg, J.:* Surgery. 1959, *46*, 870. — 2. *Campbell, D. H.:* Ann. Surg. 1955, *141*, 125. — 3. *Edmondson, Steiner:* Cancer. 1954, *4*, 462. — 4. *Ferguson, K. L., Nusbaum, M.:* Amer. J. Surg. 1961, *102*, 109. — 5. *Fisher, E. R., Creed, D. L.:* AMA. Arch. Surg. 1956, *73*, 261. — 6. *Földváry Gy., Széchy M., Köves I.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 1365. — 7. *Gereben Z., Örs F.:* Orv. Hetil. 1957, *98*, 932. — 8. *Gombkötő B.:* Zbl. f. Chir. 1957, 2054. — 9. *Guynn, V. L., Reynolds, J. T.:* Arch. Surg. 1961, *83*, 73. — 10. *Johns, W. A., Zimmerman, A.:* Ann. Surg. 1961, *154*, 706. — 11. *Kerr, H. H., Mensh, M., Gould, E. A.:* Ann. Surg. 1950, *131*, 790. — 12. *Mallory, T. B., Castleman, B., Parrish, E. E.:* New Eng. J. Med. 1947, *237*, 673. — 13. *Mester:* cit. *Földváry.* — 14. *Molnár B., Mosonyi J.:* Magy. Seb. 1963. 185. — 15. *Rabinovitch, J., Rabinovitch, Ph.:* AMA. Arch. Surg. 1954, *69*, 849. — 16. *Rudstőm, P.:* Acta Chir. Scand. 1951, *101*, 243. — 17. *Sandblom, Ph.:* Surgery. 1948, *24*, 571. — 18. *Shohl, Th.:* Surgery. 1964, *56*, 855. — 19. *Stahl, W. M.:* New Eng. J. Med. 1959, *260*, 471. — 20. *Vas Gy., Sátori Ö., Nemes I.:* Orv. Hetil. 1966, *107*, 891.

Folyóiratreferátumok

Onkológia

A szövettanilag igazolt rosszindulatú daganatok spontán visszafejlődése és a növekedés-lassulása oki terápia nélkül. E. Derra, H. Frh. von Elmendorff (Aus der Chirurg., Klinik der Med. Akad. Düsseldorf) Langenbeck's Arch. klin. Chir. 1965. *311,* 89—99.

A szerzők beszámolnak a klinikájukon 1946—1964-ig terjedő években kezelt 8000 daganatos beteg közül 11 olyan carcinomában, vagy sarcomában szenvedő beteg sorsáról, akiknek betegsége szövettanilag bizonyított volt, nem részesültek oki terápiában, és klinikai felvételük után 5 évig, vagy annál hosszabb ideig éltek.

Everson és *Cole* a malignus daganatok spontán regresszióján azt értik, mikor a daganat részben, vagy teljesen visszafejlődik, vagy eltűnik anélkül, hogy azt kezelték volna, vagy esetleg csak inadequat kezelésben részesítették. A szerzők véleménye szerint a fentieken túl az olyan eseteket is figyelembe kell venni, amikor a malignus daganat növekedése a megszokottól eltérően feltűnően lelassult. A szerzők ezután 5 csoportba osztva, részletesen ismertetik 11 esetüket:

I. Endoscopos próbaexcisio, semmilyen más beavatkozás:

1. 56 éves férfi. Jobb felső tüdőlebenyben részben elszarusodó laphám carcinoma. A beteg a műtétet elutasítja. Túlélés: 5,5 év.

2. 71 éves férfi. Rectumban ülő nyálkahártyapolypot észlelnek, kezdődő carcinomás elfajulással. A beteg a műtétet elutasítja. 9 év után jelentkezik ismét. Ismételt kimetszéskor nyert anyag szövettanilag adenocarcinomának bizonyult. Ekkor laparotomiát végeztek, anus praeternaturalist készítenek. A beteg jól van. Túlélés: 9 év után életben van.

II. Diagnosztikus műtét.

1. 52 éves férfi. Bal hypochondriumában daganata van. Laparotomia: inoperabilis.(Szöv.: chr. gyulladás). 9 év múlva relaparotomia: óriás cysta, mely a rekesztől a kismedencéig terjed, ezt a hasfalhoz marsupialisálják. Sectio: hypernephroid vese carcinoma, amely ismételten bevérzett, metastasis paraaortalisan és a j. vesében. Túlélés: 9 év.

2. 44 éves nő. A radix mesentheriiből kiinduló két ökölnyi daganata van. Inoperabilis. Szöv.: orsósejtes sarcoma. Túlélés: 9 év.

III. Radikális műtét, metastasisok hátrahagyásával.

1. 58 éves nő. Rectumban ülő tumor. Laparotomia: metastasis a nyirokcsomókban és a májban (almányi). Anus praeternaturalist készítenek, 2 hónap múlva hasi panaszok miatt abdominosacralis exstirpatio és néhány nyirokcsomó metastasis eltávolítása, de a többi metastasis bentmaradt. Szöv.: el nem szarusodó laphám carcinoma. Túlélés: 6 év után még él.

IV. Nem radikális műtét.

1. 60 éves férfi. Árnyék a jobb felső tüdőlebenyben. Bronchographia: a felsőlebeny hörgője zárt. Műtét: a tumor ráterjedt a fascia endothoracicára és a kp. lebenyre is, bilobectomia történt. Szöv.: el nem szarusodó laphám carcinoma. Nyirokcsomó metastasis nincsen. Túlélés: 5 év után még él.

2. 17 éves férfi. Ökölnyi daganat a nyak bal oldalán. Műtétkor teljes kiirtása nem sikerült. Szöv.: fibrosarcoma. Panaszmentes. Túlélés: 5 év után még él.

3. 44 éves nő. Nyak bal oldalán tojásnyi daganat. Eltávolítják. Szöv.: kevéssé differenciált laphám carcinoma metastasia. Primer tumort nem találtak. Túlélés: 7 év.

V. Palliatív műtét.

1. 52 éves férfi. A rectumban vérző tumor észlelhető. Szöv.: adenocarcinoma. A beteg a műtétet elutasítja. Néhány hónap múlva ileus miatt laparotomia, anus praeternaturalist készítenek. Radikális műtétet a tumor kiterjedtsége miatt nem lehetett végezni. Túlélés: 7 év.

2. 71 éves férfi. A rectumban széteső tumor látható. Szöv.: adenocarcinoma. Laparotomia: a tumor ráterjedt a kismedencére is, emiatt csak anus praeternaturalist készítenek. Túlélés: 6 év.

3. 64 éves férfi. Colon sygmoideumban van daganata. Szöv.: carcinoma solidum. Laparotomia: a tumor szélesen összenőtt a környezettel, ezért csak anus praeternaturalist készítenek. Túlélés: 9 év.

A 11 beteg közül 8 férfi, 3 nő volt. Egy esetet kivéve (17 éves) a betegek az ún. rák-korban voltak. A betegek közül a felfedezés után 5—9 évvel 4 még élt. 7 beteg a felfedezés után 5,5—9 év között halt meg. Feltűnő a végbélrák gyakorisága, bár ennek viszonylagos jóindulatúsága különösen idős korban közismert. A szövettani szerkezet a túlélési időre nem enged következtetni. A tumorok növekedése különböző volt. Egy esetben a metastasisok nyugvó állapotát, 7 esetben lassú növekedést, 2 esetben változatlan állapotot, 1 esetben pedig állandó bevérzés mellett helyi visszafejlődést figyeltek meg.

A szerzők véleménye szerint egy rosszindulatú daganat esetén az inoperabilitás nem egyenlő az azonnali halállal, és kritikusnak, óvatosnak kell lenni a malignus tumoros betegek túlélési idejének megítélésekor.

Kiss János dr.

☆

A vírusok szerepe az emberi daganatok keletkezésében. R. M. Mc Allister (Department of Pediatrics, University of Los Angeles) The Journal of Pediatrics 1966, *69,* 175—178.

Az utóbbi időben az orvosi és napilapok hasábjain számos közlemény jelent meg arról, hogy az emberi daganatok keletkezésében vírusok szerepet játszhatnak. A szerző e kérdéssel foglalkozik és 5 pontban foglalja össze — majd később részletesen tárgyalja is — az eddigi eredményeket.

1. Az emberi leukaemia vírusát szövetkulturákban izolálták és elektronmikroszkóppal megfigyelték.

2. A mycoplasmák szerepet játszhatnak az emberi leukaemiák keletkezésében.

3. A tehén lymphosarcomáját vírus okozza. Ez a vírus a tehéntejben is megtalálható, így leukaemiát okozhat embernél is.

4. A Burkitt lymphomát egy moszkító által terjesztett vírus okozza.

5. Az adenovírusok embernél bizonyos jóindulatú daganatokat okozhatnak.

A cikk az alábbiakban kritikusan tárgyalja az említett 5 pontot.

Míg egyes kutatók leukaemiások szöveteiben szövetkultúra segítségével nem találtak cytopathogen agenst, addig nagyszámú kutató arról számol be, hogy cytopathogen agens izolálható. A későbbiek folyamán azonban kiderült, hogy a cytopathogen agensek nem vírusok, hanem mycoplasmák.

Leukaemiások szöveteit elektronmikroszkóppal vizsgálva vírushoz hasonló részecskéket írtak le. Különösen érdekes, hogy a részecskék a leukaemiások serumában is megfigyelhetők. E részecskék morphologiailag nagyon hasonlók a csirke és az egér leukaemia vírusához. A csirke és az egér leukaemia vírusa leukaemiát képes okozni in vivo, továbbá azokban a szövetekben, melyeket fertőzött. A fenti két vírust antigenként meg lehet találni komplement kötésű reactio vagy fluorescens antitest segítségével. A csirke leukaemia vírusát ki lehet mutatni, mint a Rous sarcoma vírus »helper vírusát«, és a myeloblastosis vírusa in vitro a fertőzött sejtek malignussá való átalakulását idézi elő. Ezekkel ellentétben az a vírushoz hasonló részecske, melyet embernél írtak le, soha nem befolyásolta a szövetkultúrák sejtjeit semmilyen irányba és az állatokba átoltva nem okozott leukaemiát. Az sincs kizárva, hogy a leírt részecske nem sejttörmelék-e.

vagy mycoplasma, mely myxovírushoz hasonló részecskeként figyelhető meg elektronmikroszkóp segítségével.

A szerző kiemeli, hogy a leukaemiások szöveteiben leírt részecskék mind a szövetkultúrák, mind az elektronmikroszkópos vizsgálatok alapján mycoplasmának látszanak. Ez arra utal, hogy a mycoplasmák a leukaemiások szöveteiben jelen vannak, de máig sem bizonyított az, hogy a leukaemia aetiologiájában játszanak-e szerepet, vagy secunder társfertőzésként találhatók.

Az epidemiologiai kutatások szerint a tehenek lymphosarcomáját vírus betegség okozza. Lymphosarcomás tehenek tejében elektronmikroszkóposan vírushoz hasonló agens volt megfigyelhető, — bár hasonló részecskéket egészséges teheneknek a tejében is leírtak. Máig sincs olyan adat, mely azt bizonyítaná, hogy olyan tehén-lymphosarcoma alakult volna ki, mely a tehéntej agensével lenne kapcsolatban. Tehát a tehéntejben levő vírushoz hasonló részecskének mind a tehenek lymphosarcomája, mind pedig az emberi leukaemia aetiologiája szempontjából a szerepe teljesen bizonytalan.

A Burkitt lymphoma geographiai eloszlása klimatikus faktornak a függvénye. Ez arra utal, hogy a tumort egy olyan vírus okozza, melyet a moszkitók terjesztenek. Bár Burkitt tumorokból nem tudtak izolálni moszkitók által terjesztett vírust, mégis számos kutató arról számolt be, hogy másfajta vírusokat vagy vírushoz hasonló agenseket izolálni lehetett. Ezen agenseket herpeshez hasonló vírusként írták le. Burkitt tumor sejtmentes szürlete majmokba beoltva csontdysplasiát okoz. A szerző kiemeli, hogy a dysplasia a csont táplálkozási zavaraként jön létre és nem vírus betegség következménye. Jelenleg tehát a Burkitt tumorok majmokba való átoltható ságának a kérdése még korántsem tisztázott.

Az emberi adenovírusok egy csoportja hörcsögökbe oltva tumort képes produkálni. Ez arra ösztönzött, hogy számosan vizsgálták az adenovírust solid emberi tumorokból. Ezeknek az izolálása 3 lehetőséget vetett fel:

1. A vírus aetiologiai agense-e a daganatnak?

2. Latens vírus-e, mely a daganatban jelen van aetiologiai szerep nélkül?

3. Az izolált vírus laboratóriumi szennyezés következménye-e?

E 3 kérdés részletes tárgyalása elől a szerző kitér és utal részletes referátumokra, de hangsúlyozza, hogy az adenovírusoknak aetiologiai szerepe az emberi rák szempontjából teljesen nyitott kérdés jelenleg is.

A közlemény beszámol arról, hogy a szerző 1959 óta számos emberi tumorból és leukaemiás szövetből próbált vírusokat izolálni és kitenyészteni. 126 solid tumorból 4 esetben izolált adenovírus I.-et. 35 solid tumoros gyerek torokváladékából 1 esetben herpes simplex vírust tenyésztett ki. 159 leukaemiás beteg vizsgálati anyagaiból (vér, csontvelő, stb.) semmilyen vírus nem volt izolálható és kitenyészthető. A közlemény kiemeli, hogy ma még az emberi daganatok vírus aetiologiája teljesen bizonytalan és a jelenlegi vírus izolálási technika nem alkalmas a kérdés eldöntésére.

Kiss Sándor dr.

☆

Az áttétképződés kísérletes vizsgálata. Ketcham A. S. és mtsai. (Surgery Branch, National Cancer Institute, Bethesda, Md) JAMA 1966, *198*, 157.

A közlemény a daganatos növekedés és áttétképződés számos kérdésével foglalkozik, de gerincét azok a kísérletek képezik, amelyekben a szerzők a sebészeti beavatkozások hatását vizsgálták az áttétképződésre tumoros egereken. Kísérleteikhez transplantált, carcinogenekkel előidézett és spontán tumorokat használtak, amelyeket beltenyésztett egértörzsekre oltottak át. Sikerült olyan kísérleti tumorrendszereket kialakítani amelyek biológiai viselkedés tekintetében többé-kevésbé párhuzamba állíthatók az emberi tumorokkal.

Bármilyen tumorrendszerről legyen is szó, a növekedést és áttétképződést a gazdaszervezet valamilyen védekezési mechanizmusa befolyásolja. Úgy látszik azonban, hogy a tumornövekedés egy fázisában a daganat legyűri a gazdaszervezet ellenállását (autonommá válik) tetszés szerint nő és szóródik. Ebben a fázisban akár állati, akár emberi tumorról legyen szó, a radikális sebészi gyógyítás lehetősége elmúlott és a therapiát curatívról palliatívra kell átállítani. A sebészeti beavatkozások hatását a daganatnövekedésre és az áttétképződésre úgy vizsgálták, hogy egerek combjába tumorokat oltottak, és az egyik kísérleti csoportban az alsó végtagot egy bizonyos időpontban amputálták, a másikban nem. Azokban az esetekben ahol a primaer tumort meghagyták, az egerek fokozatosan dehydrálódtak, cachexiássá váltak, rendszerint kiterjedt pulmonalis metastasisok voltak jelen, ezek száma és kiterjedése arányos volt a túlélési idővel. Gyakran a tüdők mellett egyéb szervekben is voltak áttétek. Az operált csoportban a túlélési idő növekedett, különösen jelentős volt a túlélés az inducált és spontán tumoroknál. Az amputált lábú egerek aktívak maradtak, és egészségesnek látszottak. Boncolásnál a belső szervek normálisak voltak és csupán néhány állatban lehetett alkalomszerűen nagy pulmonális daganatgócokat kimutatni. Az amputáció redukálta a tüdőtumorok számát, de a gócok nagysága nőtt. Sikerült azt is kimutatni, hogy a primaer tumor incisios biopsiája esetén gyakrabban fordultak elő tüdőmetastasisok. E megfigyeléseket párhuzamba állították egyes embereken tett észlelésekkel. Egy primaer tumor, amelyet sebészileg nem távolítanak el a halálhoz vezethet bevérzés, infectio vagy egy vitalis szerv destructiója miatt. Egy ilyen tumor eltávolítása lehetővé teszi, hogy a patiens tovább éljen még akkor is, ha a műtét időpontjában fel nem fedezett metastasisok lennének jelen.

Van néhány kísérleti adat, amely arra utal, hogy a tüdőszövet praedilectios helyet jelent az áttétképződésre. Végtagokba autotransplantált tüdőkbe előszeretettel telepednek meg intravénásan beadott daganatsejtek, és selectiven növekednek míg más átoltott szervekben nem.

Számos kutató azon a véleményen van, hogy a spontán állati tumorok jelentik azt az ideális modellt, amely az emberi tumorokkal minden vonatkozásban leginkább összehasonlítható. Saját megfigyeléseik ezzel szemben arra utalnak, hogy bármilyen megfelelően standardisált tumorrendszer alkalmas lehet a tumorok sebészi kezelése eredményének megítélésére.

Holczinger László dr.

☆

A tüdő hegrákról. G. Heinicke (Path. Institut Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) Dtsch. Gesundh.—Wes. 1966. *21*, 289—291.

A szerző az 1957—1964-ig terjedő évek 964 hörgő- és tüdő hegrák boncolási anyagát dolgozta fel. Közülük hörgőrák volt 832 (86,3%), hegrák 132 (13,7%). Utóbbiak közé azokat a rákokat sorolta, amelyek perifériás tüdőheg talaján alakultak ki és a hörgőrendszerrel semmilyen kapcsolatuk nem volt. Az előfordulás gyakorisága *Gelzer* szerint 13%, míg *Lüders* 37,7%-nak találta a hörgőrákhoz viszonyítva. A nemek szerinti arány hegrákok esetén 5,3:1 (irodalmi adatokkal megegyező), hörgőrákok esetén 8,8:1 a férfiak javára. Mindkét különbség szignifikáns. Az átlag életkor 64,6 év, ez lényeges különbséget nem mutat a hörgőrákhoz viszonyítva (61,9 év), A lokalizációt illetően a jobb- és baloldal között nem volt szembetűnő eltérés, többségük, 77,4%-ban a felsőlebenyekben helyezkedett el. Aethiologiailag 64,4%-ban a tbc-s, 13,6%-ban a nem

specificus gyulladásos, 1—1 esetben a szilikotikus és szilikotuberkulotikus eredet bizonyítható volt. 20,4%-ban a hegrákok eredetét nem lehetett biztosan tisztázni, de ezen esetekben az elhelyezkedés miatt a tbc-s eredet feltételezhető. A hegrák tbc-s eredetét számos szerző hangsúlyozza. A szövettani megoszlás szignifikáns különbséget mutatott, a hörgő- és hegrákok között. Laphám és kissejtes carcinoma volt a hörgőrákok 75,7%-a, míg a hegrákoknak csak 47,4%-a. A hegrákok közül viszont az adenocarcinoma volt túlsúlyban (24%), szemben a 3,3%-os gyakorisággal hörgőrákok esetén. A metastasis létrejöttében eltérést a két rákféleség között nem észlelt. Felhívja a figyelmet a tbc jelentőségére a perifériás tüdőheg képződés és a tüdő hegrák keletkezése szempontjából.

Kiss János dr.

☆

A szájrák nemzetközi értékelése. Pindborg J. J. (Royal Dental College, Copenhagen): Journal of Canad. Dent. Ass. 1965, *31*, 219—226.

A szájrák gyakoriságában feltűnő a földrajzi eltérés: az összes rákesetekhez viszonyítva Európa, Amerika, Ausztrália és az ázsiai államok közül Kínában és Japánban 1—5%, Indonéziában, Malaisiában, Dél-Vietnamban és Thaiföldön 12—21%, Ceylonban 42% és Indiában 47%. India egyes részeiben és Ceylonban a pofarák, ugyanakkor Bombayben a nyelvrák a leggyakoribb; a nyugati országokban a szájrák leggyakrabban a nyelv szegélyén keletkezik.

A szájrákok előfordulásának gyakoriságában az utóbbi években általános csökkenő tendencia figyelhető meg. A csökkenés férfiakon feltűnő, nőknél változatlan, sőt, bizonyos szaporodás figyelhető meg. A férfiak szájrákjának csökkenésére többféle magyarázat lehetséges: a szájhigiéne tökéletesedése, a foghíjasság, beteg fogak, traumás állapotok számának csökkenése, ezen felül szifiliszes glossitisek megritkulása, korai diagnosis, a sebészi technika tökéletesedése. A női szájrák helyenkénti szaporodását a nők között is elterjedt dohányzásra vezeti vissza. 1929—1938-ig, 1949—1959-ig eltelt időperiódus között a férfi:nő arány 4:1-ről 2:1-re változott.

Praedisponáló tényezők: *a leukoplákia* nem obligát praecancerosis; Angliában 1%-ban fejlődik belőle rák. Magyarországon mezőgazdasági jellegű területen a lakosság 3,6%-ában van leukoplakia. Indiában az előfordulási gyakorisága 1,1—3,3% között ingadozik. Az igen ritka *erithroplakia* viszont obligát praecancerosis. A Joshi által 1953-ban leírt *szájüregi submucosus fibrosis* főként Indiában fordul elő, gyakorisága 0,3—0,9%. Egyesek szerint harmadában malignizálódik, mások szerint azonban ritkábban. A *májcirrhosis*t is praedisponáló tényezőnek tartják számosan.

A szájrákos betegek 8—10%-ában multicentrikus az elváltozás; ezért többen *multiplex carcinomát eredményező* aetiológiai tényezőt tételeznek fel (Plummer—Vinson-syndroma, vashiányos dysphagiák).

Kiváltó tényezők: a *dohányzás* a leggyakoribb, bár jelentőségét sokan tagadják. Kiváltó faktorként irritatív hatása szerepel, főként beteg, atrofiás, sérülékeny hám. Bétel-, dohányrágókon, pipázókon és szivarozókon gyakrabban fordul elő, mint cigarettázókon. Bizonyított tény továbbá, hogy *alkoholt*, főként tömény szeszes italt fogyasztókon gyakoribb a szájrák. Egyesek májcirrhosist okozó hatása miatt közvetett carcinogen hatást tételeznek fel. A *száj mechanikus irritatiójának* carcinogenetikus hatása valószínű, de nem bizonyított (bételrágás).

A különösen Délkelet-Ázsiában nagy jelentőségű kérdés miatt a WHO Agrában (India) specialisan a szájrákkal foglalkozó Nemzetközi Referáló Centrumot létesített a kutatás összefogására, amelynek a világ más részein hat alközpontja működik.

Tóth Árpád dr.
Szabó Csaba dr.

☆

Fog- és szájbetegségek

Foghúzás utáni endocarditis aortabillentyű-protézissel élőkön. Howl O. Archard, William C. Roberts, (Bethesda) JADA 1966. *72*, 648—52.

Két halálosan végződött eset kapcsán felhívják a figyelmet, hogy az aortabillentyű-protézissel élők fog-gócainak szanálásakor a szokásos penicillin-védelem nem tudja megakadályozni a foghúzás utáni endocarditis kifejlődését. — Betegeiken Penicillin-védelemben végzett tömeges extractio után a prothesis körül helyi endocarditis alakult ki, amely végül a prothézis kilökődéséhez vezetett. A lethalis kimenetelt már a nagy dózisban adott szélesspectrumú antibiotikumok sem tudták megakadályozni.

Hasonló szövődmények megelőzésére ajánlják

1. Az alapos góctalanítást a szívműtétet megelőzően kell elvégezni.
2. a már billentyű protézissel élő betegen feltétlenül szükségessé váló extractiót csak extrem dózisú szélesspectrumú antibiotikum védelemben szabad elvégezni.

Mivel a hasonló szívműtétre kerülő betegek nagy része középkorú, a granulomás fogakon kívül a parodontalis gócok jelentősége fokozott.

Gyulavári Olivér dr.
Szabó Csaba dr.

Az arckoponya veleszületett torzképződésének gyakorisága. Leonard A. Altemus, Washington, D. C. The Angle Orthod. 1965. *35*, 131—137.

A szerző két washingtoni néger kórház (az egyik a néger felsőbb és középosztály, a másik az alsóbb osztály adatait szolgáltatta) 1952—1962 között történt 79 842 élveszülés adatai alapján a veleszületett torzképződés gyakoriságát dolgozta fel. Az irodalom adatai szerint a gyakoriság 0,75 és 5% között váltakozik. A vizsgálati anyagban egy vagy több defektus 5,83% gyakorisággal szerepelt. Az alsóbb osztályok kórházában magasabb volt az anomáliák gyakorisága (7,49%), mint a másikban (2,4%).

Fehér gyermekekre vonatkozó statisztikával összehasonlítva kitűnt, hogy a fehéreken az egész testre vonatkoztatott 10 leggyakoribb elválozás közül öt található a fejen (hydrokephalia, mongolizmus, hasadt szájpad + nyúlajak, hasadt szájpad, anenkephalia), ugyanakkor négereken csupán egy (praeauricularis függelék).

Az észak-amerikai fehér gyermekek 8 leggyakoribb arckoponyai születési defektusából néggyel (mongolismus, hasadt szájpad + nyúlajak, hasadt szájpad, nyúlajak) találkozik leginkább az orthodontus, mivel a másik négy defektussal a gyermekek nem érik meg a fogszabályozási életkort.

A néger gyermekek számszerűleg jóval kevesebb 17 különféle arckoponyai defektusából később 9 elváltozás igényel kisebb-nagyobb orthodontiai kezelést: mongolizmus, dentio praecox, hasadt ajak + szájpad, hasadt szájpad, ankyloglossia, hasadt ajak, gratoschisis, gótikus szájpad, makroglossia.

Néger gyermekeken multiplex fej- és arc-defektus előfordulása ugyan ritka, de mégis gyakoribb, mint fehéreken.

Tóth Árpád dr.
Szabó Csaba dr.

☆

Állkapcsot szabadon hagyó alátámasztás skoliozis therapiájakor. Müller, G. H., G. Thomas [Universitätsklinik und Poliklinik für Mund- Zahn- und Kieferkrankheiten und der Orthopädischen Universitätsklinik, Bonn (Rhein)] Deutsche Zahn-, Mund und Kieferheilk. 1966. *45*, 353.

A skoliozis therapiájakor használatos craniális felfüggesztés kedvezőtlen orthodontiai mellékjelenségeket vált ki (harapássüllyedés, az állkapocs distalisatioja, frontfogak elelőrebillenése, következményes prognathia). A kóros harapási deformitások az állkapocs alsó szélén támaszkodó felfüggesztés eredményeként jönnek létre.

Ezért *módosított felfüggesztést* javasolnak: lenyomat alapján készült akrylát-szájpadlemezzel kombinált maxilla-tarkó felfüggesztést alkalmaznak. A szájpadlemezen mindkét fogsor helyes harapásba beállított lenyomatát képezték ki, a frontfogakon fogszabályozás céljából esetleg rugóval egészítik ki. E szájpadlemezből a szájrésen át kijövő erős drót vezet hátra az arc két oldalán. Ehhez kapcsolódik csavaros összeköttetéssel ugyancsak az egyéni lenyomat alapján készült tarkó lemez. E módosított felfüggesztést még homloklemezzel egészítették ki, amelynek használata lehetővé teszi, a táplálkozás, lemez tisztítás, lemez javítása céljából a szájpadlemez időleges eltávolítását. A módosított alátámasztás az eddig átlagosan használt tartós 0,9—1,8 kg húzás helyett időlegesen 8—10 kg-ot is lehetővé tesz, ezenfelül szabadabb fejmozgást biztosít.

Szabó Csaba dr.

☆

A mandibula-fejecs helyreállítása epiphysis porc beültetésével. William H. Wawe, Robert C. Taylor (San Francisco). JADA 1966, *73*, 128—37.

A mandibula-fejecs csontosodási magjának agenesise, illetve károsodása a csont torzulását és működészavarát eredményezi. A sebészi correctiót általában az arc növekedésének befejeződése után végzik. Hátránya, hogy a növekedésben levő fiatalkorún az állandó psychés trauma rögzül; a fogáttörés és occlusio időközben kialakult zavarai bonyolult beavatkozásokat igényelnek.

Másik gyógyítási mód a növekedés ideje alatt alkalmazott »mandibula-hosszabbító eljárás«, amely egyrészt hosszadalmas, másrészt rendszerint később műtéti kiegészítésre szorul.

A leírt már gyermekkorban alkalmazandó megoldás az előző eljárások hátrányait nagy részben kiküszöböli és a functio korai helyreállítása révén az arc harmonikus kialakulását teszi lehetővé. A mandibula hiányzó condylusát lábközépcsont vagy más alkalmas csont autotransplantatiójával pótolják. Négy esetet (5, 6, 6, és 9 éves) közölnek, akiken a mandibula condylusának agenesise, illetve destructiv ankylosis miatt lábközépcsont, fibula fejecs vagy bordaporc autotransplantatiót végeztek. A transplantatumok új helyükön kimutatható növekedést mutattak, bár a transplantált fibula fejecs nem érte el az eredeti helyén maradt ellenoldali fejecs növekedésének mértékét.

Gyulavári Olivér dr.
Szabó Csaba dr.

Az exractiós seb gyógyulás csiramentes és kontroll egereken. Sheldon Rovin és mtsai. (Lexington, Ky.) J. of Oral Surgery. 1966. *24*, 239—46.

A foghúzás utáni komplikációk (ostitis) oka egyrészt a bakteriális fertőzés, másrészt a roncsolás. A száj, illetve az extrakciós seb, vegyes bacteriális millieuje miatt — egyesek — extractió után antibioticum localis adagolását alkalmazzák. Annak eldöntésére, hogy befolyásolja az extractios seb gyógyulását a szájflóra, sterilen tartott valamint kontroll egereken végeztek extractiókat. Az állcsontokat a húzást követő napokon szövettanilag feldolgozták. Mindkét csoportban alkalomszerűen gyökércsúcsfractura is történt, illetve csontszilánk maradt az extractiós sebben.

Eltekintve az első két napon a kontrollcsoporton észlelt felületes gyulladásos exsudatumtól azt találták, hogy a *két csoportban a gyógyulás között sem jellegében, sem időbeli lefolyásában lényeges különbség nincsen.* Az alveolus mélyén maradt gyökércsúcs mindkét csoportban indifferensnek bizonyult; felszínes csontszilánk azonban kissé késleltette a gyógyulást. A normális szájflóra jelenléte vagy hiánya eszerint a szájüregi sebgyógyulást nem befolyásolja az egyébként egészséges állaton.

Gyulavári Olivér dr.
Szabó Csaba dr.

☆

Érbetegségek

Agyi thrombophlebitis terhességben és gyermekágyban. Carrol J. D., Leak D. és Lee H. D. The Quarterly Journal of Medicine 1966. *139*, 347—368.

Terhesség kapcsán jelentkező neurológiai syndromák egy részét elsődleges vénás thrombosis vagy thrombophlebitis okozza, amely nincs kapcsolatban semmiféle góceredetű fertőzéssel (középfül vagy orrmelléküreg gyulladás). Gyakorisága: kb. 2—3000 szülésre jut egy eset.

Aetiologiája ismeretlen. Az irodalomban a következő theoriák szerepelnek: vénás thrombosisból eredő emboliák (retrográd szórás a fokozott hasüregi nyomás következtében a vertebrális vénákon keresztül), hypercoagulabilis állapot, thrombocytosis (szülés után 10 nappal éri el a maximumát), a thrombocyták adhaesivitásának szülés utáni fokozódása (maximuma 10 nappal a szülés után észlelhető), hyperfibrinogenaemia, endothel károsodás (a magas intracraniális nyomás vénás stasist, ez utóbbi pedig az endothel csökkent oxygen ellátása útján, vagy közvetlenül, mechanikusan endothelkárosodást okoz).

Klinikai kép: Elsődleges agyi vénás thrombosis vagy thromboplebitis lehetőségére gondolni kell akkor, ha egészséges fiatal nőnél aránylag hirtelen zavartság, fokozódó gyengeség, góctünetek alakulnak ki, amelyeket rohamszerű rosszullét vezethet be. Észlelhető még: pozitív meningealis tünet, fokozott liquornyomás, láz (rendszerint nem magas) és váltakozó hypertensio, amelyekben a maximumok egybeesnek a fejfájással és a rohamokkal. Főként gyermekágyban fordul elő, szülés után kb. 10 nappal. A következő cerebralis kórképektől kell elkülöníteni: agyvérzés (életkor, tensio, vérzést elősegítő ok hiánya vagy jelenléte, liquorlelet alapján), embolia (thrombosisnál ritka az eszméletvesztés és typusos emboliakészséget jelentő anamnesis hiánya), verőérthrombosis, (beteg kora, angiographia), tumor (angiographia), subarachnoidealis vérzés (liquor vizsgálata), migraine (familiaritás, gyors javulás, terhességben ritka előfordulás), ecclampsia (szülés után 48 óránál később nem szokott előfordulni). Prognosisa: összesített statisztikai adatok alapján kb. 20%-ban nem tökéletes a gyógyulás, a mortalitási arány 33%. Beszámoltak ismétlődő előfordulásról is, egyrészt ugyanazon, másrészt későbbi terhességek folyamán. Figyelemre méltó, hogy a szerzők nem látják indokoltnak a terhesség megszakítását agyi thrombophelebitis esetén. Therápiája egyrészt a convulsiók kezelésére irányul, paraldehyddel, »lytique coctaillel«, fenobarbiturátttal, másrészt az esetleges fertőzések megelőzése céljából antibioticumokat adnak. Anticoagulansok adása veszélyes, indicatiojuk vitatott. Egyes esetekben decompressio céljából sebészi beavatkozásokat is végeztek.

Csémy Antal dr.
Okos Gizella dr.

☆

A periferiás verőeres keringészavarok konzervatív kezelése. Wüstenberg P. W. Zschr. ärztl. Fortbild. 1966. *18*, 1051—1057.

A periferiás keringészavarok kezelésében legeredményesebbnek a célzott értágító therapia látszik. Ehhez azonban pontos angiologiai diagnózisra van szükség.

Első kérdésként el kell dönteni, hogy symptomás (neuritisek, orthopaediai megbetegedések), vagy elsődleges periferiás verőeres keringési zavar áll-e fenn. Utóbbi esetben lehetőleg tisztázni kell a folyamat milyenségét (angiosis, arteriosclerosis vagy angiitis-endoangiitis obliterans), súlyosságát (Fontaine felosztása szerint), heveny vagy idült voltát, s lokalizációját. Ezután kell eldönteni, hogy sebészeti, vagy belgyógyászati kezelés lát-

szik-e eredményesebbnek, ill. a kettő közül melyik visz közelebb a therápia mindenkori céljához: a restitutio ad integrumhoz.

Szükséges mindenekelőtt a beteget életmódjára vonatkozó tanácsokkal ellátni: kalória-, só- és zsírszegény, vitamindús étrend; testi-lelki túlterhelésektől való tartózkodás; az ártalmak kiküszöbölése: teljes dohányzási tilalom (egyetlen cigaretta 6 óra hosszáig képes felfüggeszteni a legjobb értágítók hatását); gócmentesítés; társuló, ill. súlyosbító betegségek kezelése (keringészavarok, latens diabetes, stb.).

A gyógyszeres kezelést elsősorban perifériásan és centrálisan (idegi úton) ható vasodilatátorok adása képezi. Figyelembe kell venni azt a pathophysiologiai meggondolást, hogy a vasodilatátor kezelés eredményessége attól függ, milyen mértékben képesek az erek tágulásra s azt, hogy erősebb értágulat okozta hypotonia a periferiás keringést ronthatja.

Hatásmechanizmusuk alapján a következő gyógyszereket alkalmazzák:

I. Értágító kezelés:

1. Símaizmokra közvetlenül ható gyógyszerek: Papaverin, Tolazolin, nikotinsav, Diaphyllin, stb.

2. Idegi úton ható gyógyszerek:

a) vegetatív idegrendszeren keresztül: novocain (ganglion blokádnál) Redergam s acetylcholin.

b) ganglion bénítók: Hexamethonium és Diamonal (óvatosság ajánlott a mellékhatások miatt).

c) központi idegrendszeren át ható gyógyszerek: Rausedyl, Meprobamat, Midocalm és alkohol.

II. Hormonkezelés: sexualhormonok (a medence vérbősége az alsó végtagok keringését is fokozza), glycocorticoidok (allergiás, gyulladásos folyamatok esetén), kallikrein készítmények.

III. Véralvadásgátlók: Heparin, Pelentan, Strepto- és Urokináze.

IV. Anyagcserére ható gyógyszerek: magnézium, EDTA, ATP, A, B_6, B_{12}, C, E vitamin.

V. Széndioxid és Oxygén insufflatiós kezelés percután és intraarteriásan.

A gyógyszeres kezelést fizikális kezeléssel lehet kiegészíteni. Fontosabb fizikális gyógymódok: fürdők (ülőfürdő, széndioxid gázfürdő, víz alatti massage), rövidhullám, ultrahang, röntgen, szövet- és érmassage, előrehaladott stádiumban ágynyugalom, a végtagok hidegtől, traumától való védése. Nagyon fontos alapelv, hogy minél súlyosabb a keringészavar, annál óvatosabbnak kell lenni a fizikális therápia elrendelésével.

Necrosisok és gangraenák kezelése: intraarteriás antibiotikum adása, lokálisan rövid ideig tartó langyos káliumpermanganátos, Rivanolos, fiziologiás, sós, vagy kamillás fürdők, valamint antibioticumos- és Dermatol puder alkalmazása s proteolytikus ferment kezelés javasolt.

A therápiás terv meghatározásában a szerzők Fontaine beosztását veszik alapul:

I. stadiumban az életmód irányítása és általános kezelés (nyugtatók, vitaminok adása) javasolt.

II. stadiumban, ha a járástávolság 50 méter alatt van, akkor kórházi elhelyezés, gyógyszeres és fizikális gyógykezelés indokolt. Feltétlenül szükséges annak az eldöntése, hogy lehetséges-e, ill. szükséges-e sebészi kezelés.

III. stadiumban a kezelés hasonló, mint a II. stadiumban, azonban fizikotherápiára ezek a betegek már rendszerint nem alkalmasak. Nagyon hasznos az értágítónak intraarteriás infúzió formájában való alkalmazása. Fájdalom csillapításra mindenkor gondolni kell.

IV. stadiumban a kezelés ugyanaz, mint a III.-ban. A fizikotherápia lehetősége tovább szűkül és itt már az amputatio szükségességének kérdése is felmerül. Ha az injectiokat intraarteriásan nem lehet adni, úgy intramusculárisan adandók és paravertebrális blokádot is lehet alkalmazni.

A szerző tapasztalatai szerint a lokális kép változásának megfigyelésén kívül a fehérvérsejtszám változásának, a periferiás pulzus tapinthatóságának és a testsúlytöbblet csökkenésének van prognostikus jelentősége.

Csémy Antal dr.
Okos Gizella dr.

☆

Anaesthesiológia

A Nemzeti Halothane-tanulmányozás összefoglalása. Lehetséges-e összefüggés a halothane-anaesthesia és a műtét utáni májnecrosis között? (A Nemzeti Tudományos Akadémia és a Nemzeti Kutatási Tudományos Tanács anaesthesiológiai bizottságának albizottsága a Halothane Kutatások nemzeti bizottságában) JAMA. 1966, *197*, 775—788.

A halothane bevezetését követő öt év alatt az Amerikai Egyesült Államokban több mint 10 millió esetben alkalmazták általános érzéstelenítésre a készítményt.

Az alkalmazás biztonságára vonatkozóan kialakult álláspontot megrendítette egy 1963-ban megjelent rövid közlemény, mely halothane anaesthesia után kialakult masszív májnecrosisról számolt be. Ennek hatására egy tudományos értekezlet 1963 májusában azt a véleményét nyilvánította, hogy „a halothane alkalmazása máj- és epeút betegségben szenvedők részére nem ajánlatos". Ezt követően a Tudományos Akadémia és a Kutatási Tanács anaesthesiológiai bizottsága 34 USA-beli intézet munkatársait és általánosan elismert anaesthesiológusokat, belgyógyászokat, sebészeket, toxikológusokat, kórboncnokokat és statisztikusokat kért fel az igen nagy jelentőségű kérdés visszamenőleges és igen széles körű tanulmányozására. Az említett albizottság beszámolója jelent meg teljes terjedelemben a JAMA 1966. szeptemberi számában.

A beszámoló a májkárosodásról megjelent közleményt megelőző 4 év alatt, 34 intézetben elvégzett 865 500 műtéti beavatkozás általános érzéstelenítési adatait dolgozta fel rendkívül sokoldalúan és tökéletes tárgyilagossággal.

Az első feladat a halálesetek és a masszív májnecrosisok összefüggésének megállapítása az általános érzéstelenítésben végzett műtétek viszonylatában. A gondos statisztikai feldolgozásból kiderült, hogy a halothane-anaesthesiára eső halálesetek aránya alacsonyabb volt, mint az általános érzéstelenítési gyakorlatban bekövetkező halálesetek általános előfordulása az egyéb érzéstelenítési módszerek alkalmazásakor. (Öt csoportra osztották az alkalmazott szereket: Halothane — N_2O + barbiturat — Cyclopropan — Aether — egyéb (tartalmazta a fentiek együttes, vagy más szerrel történő kombinációját.) A halálos, masszív májnecrosis igen ritkán észlelhető szövődménynek bizonyult. Mindössze 82 esetben tapasztalták, ami 1/10 000-nek felel meg. A kis előfordulási szám nem tudott érdemleges különbségeket kimutatni az egyes módszerek között. Mindenesetre a halothane kisebb előfordulással szerepelt, mint a cyclopropan, de valamivel nagyobbal, mint az egyéb altatószerek.

Több mint 27 000 cholecystectomia esetében, melyet önállóan vagy valamilyen epevezeték-beavatkozással összekötve végeztek, a halothane-anaesthesia után keletkezett legritkábban halálos szövődmény. A feltételezéssel ellentétben mindössze 6 alkalommal fordult elő masszív májnecrosis, melyek közül csupán 1 alkalommal történt halothane-anaesthesia. Ugyanakkor az összes beavatkozások kb. 30%-a történt ezzel az érzéstelenítő szerrel.

A 82 masszív májnecrosis igen beható klinikai és mikroszkópos utánvizsgálata nem tudott összefüggést találni az alkalmazott anaesthetikummal. 73 alkalommal a szövődmény shock-kal vagy hypoxiával volt kapcsolatban, melyhez

vasopressorok elnyújtott adagolása, felülfertőződés, congestiv szívzavar vagy előzetes májkárosodás társult. Mindezen lehetőségekről nem felejtkezett el a vizsgáló szakemberek többsége a fennmaradó 9 eset májnecrosis okainak vizsgálatakor. Ezen esetekben, ahol nem volt kimutatható oka a necrosisnak, mind a klinikai kép, mind a szövettani lelet hasonló volt a vírusfertőzés vagy egyes gyógyszerek által kiváltott hepatitis képhez. E 9 beteg közül 7 kapott halothane-t a műtét vége felé. Ez utóbbiak közül 5, műtéten esett keresztül előzetesen, 6 héten belül, és ezen 5 közül 4 beteg kapott halothane-t az előző két műtét alkalmával is. Ezen esetekben felmerült az összefüggés a halothane alkalmazásával, de olyan körülmények között, amelyek csak nagyon ritkán fordulnak elő.

Toxicologiai vizsgálatok kimutattak a halothane-ban egy toxicus componenst. Ha ez a componens valóban ártalmas tényező volt, úgy akkor sem jelent a jövőben veszélyt, mivel a gyártó vállalat kiküszöbölte azt. Ha a halothane alkalmazás megismétlése károsító faktor, úgy az a különleges betegen megmagyarázhatatlan eredetű láz és sárgaság tüneteivel lép fel. Ezek önmagukban bizonyítékai annak, hogy a beteg ismételt halothane-adagolásban részesült.

A halothane alkalmazást követő kideríthetetlen masszív májnecrosis igen mérsékelt fokú rizikót jelent az egyébként igen sok tekintetben kimutatott nagymértékű biztonságosság mellett, amit a halothane jelent. Ez megnyilvánul a halálozási arányszám alacsony voltában és abban, hogy lényegesen alacsonyabb, mint a rutinszerű alkalmazásban használt érzéstelenítőszerek másik két nagy csoportja mutat. Mindaddig, amíg egyéb bizonyítékokat nem sikerül felkutatni a masszív májnecrosisokat illetően, a halothane alkalmazás után fellépőket is legfeljebb ismeretlen körülmények előre nem látható összetalálkozásának kell minősíteni.

Az albizottság által végzett tanulmányozás kimutatta, hogy a halálozási okok kutatásában kell a lényegesebb körülményeket megkeresni, elsősorban a rendkívül rossz állapotban levő betegeken, semmint a masszív májnecrosis okozóit. A központi szervek részéről kiindult kutatás jó példáját mutatta annak, hogyan kell a klinikai pharmacologiai és toxicologiai kutatásokat összehangolni a jövőben is. Ezen tanulságokból számos metodikai rendszert szűrtek le az új therapiás módszerek kivizsgálására és bevezetésére.

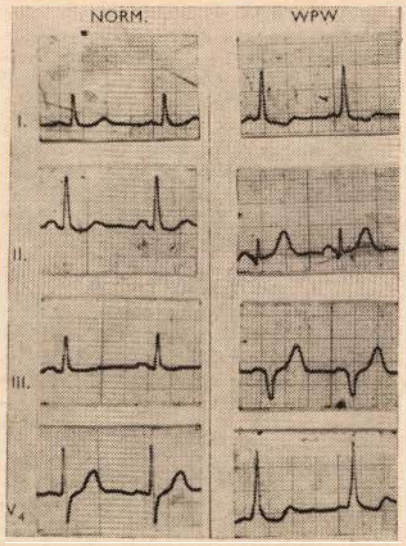
Harkányi István dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Az EKG helytelen értékeléséből származó iatrogén ártalmak.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1966. évi 47. számában jelent meg Várkonyi Győző dr.: „Tévedések az elektrokardiogramm helytelen értékelése következtében" című közleménye. A közlemény mondanivalójával egyetértve, legyen szabad egy gyakorlati példával illusztrálni az EKG helytelen értelmezéséből eredő iatrogen ártalmat.

61 éves nő »kóros« EKG-lelet miatt került egyik budapesti kórház belosztályára. A betegnek kar-



dialis panasza nincs, Westergren, fvs. szám, SGOT: normalis. Közlik vele, hogy szívizom infarctusa van, s egy hónapig szigorúan fektetik.

Idézet a zárójelentésből:

»EKG: sin. rhythm. Kp. állású R tengely, ST 1—2—3 i. e., T 1—2—3 pos. Kontroll: Balra deviáló R tengely, T 1 neg.-pos., T 2—3 pos. ST 1 deprimált.

Epikrízis: A változó EKG rudimenter infarctus lezajlását valószínűsíti. Az észlelt változó EKG ischaemia következménye.«

Az EKG képet mellékelem. A betegnek ártatlan alternáló WPW syndromája volt. Eredmény: súlyos betegségtudat. S valóban »orvos legyen a talpán, aki az ilyen egyént az iatrogen szívbajtól meg tudja menteni«.

Wessely János dr.
Országos Kardiológiai Intézet

T. Szerkesztőség! Wessely János dr. hozzászólása igen értékesen illusztrálja közleményem alapgondolatát és legfőbb célját — az iatrogen ártalom távoltartását a cardiologia területéről. A levelében közölt eset, amely az intermittáló W-P-W-syndroma félreismerésének egyik kirívó példája, egyúttal a tévedés súlyos iatrogen ártalmát is bizonyítja. A W-P-W-syndroma sajátos elektrokardiografiai képének az ingerület csupán szabálytalan terjedésével és következményesen torzultan rajzolódó visszafejlődésével összefüggő, pusztán morphologiai-grafikai eltéréseit a felületes vizsgáló hibásan szívizominfarctus vagy gyulladás következményének nyilváníthatja. Anyagomban több hasonló eset is előfordult, azonban terjedelmes közleményemben egy szinte végtelen kazuisztika számára nem volt hely. Ezért is köszönet illeti a hozzászólót tanulságos esetének közreadásáért, amellyel még egyszer ráirányította olvasóink figyelmét a iatrogen ártalmak elkerülésének fontosságára.

Várkonyi Győző dr.

☆

Az onkológia jelentőségéről.

T. Szerkesztőség! Engedtessék meg, hogy mint medikus, egy fontos kérdéssel kapcsolatban néhány reflexiómat közöljem. Az Orv. Hetil. 1967. évi 1. sz.-ában (1) olvashatjuk Eckhardt Sándor dr. értékelését Kocsis S. dr.—Szabolcs Z. dr. —István L. dr.: A gyakorló orvos onkológiája című igen kiváló könyvéről.

Eckhardt adjunctus úr ismertetése végén nagyon jelentős kérdést vet fel: „Vajon nem volna-e helyes ilyen könyvet a medikusok kezébe is adni?", majd leszögezi, hogy a „rákellenes küzdelem jelentőségénél fogva" erre véleménye szerint „igenlő feleletet kell adni".

Sajnos, napjainkban a legkülönbözőbb szakterületen dolgozó orvos is egyre többször találkozik a carcinomával tevékenysége során. A klinikákon, kórházakban, kutató intézetekben hazánkban és külföldön egyaránt folyó heroikus küzdelem ellenére még nagyon sok probléma vár megoldásra. A kutatás útjait illetően ide kívánkoznak Szent-Györgyi prof. mély humanizmussal áthatott szavai (2): „Tekintettel a rengeteg emberi szenvedésre, amit a rák okoz, kívánatos, hogy az ember egy talált új utat más kutatóknak is megnyisson, még mielőtt maga végső célját elérte." Nem akarok ismert adatokat ismételgetni, csak utalnék F. Schmidt könyvére (A rák, 3), mely szerint „20 éven felül majdnem minden negyedik ember rákban hal meg", Németországban pedig „minden negyedik percben egy ember esik a rák

áldozatául". Fővárosunk 1964-es adatai szerint (4) a fő halálokok megoszlása (zárójelben az 1950-es mutatók: rosszindulatú daganatok: 4424 (2662), a szív betegségei: 4296 (4216). A tumorok állnak tehát az első helyen, de figyelembe kell vennünk, hogy szervezési, ápolási tényezők miatt ez nem felel meg az országos átlagnak, mégis a jövőt illetően igen rossz a tendencia.

Teljes mértékben egyet kell értenünk Eckhardt adjunctus úr soraival, tekintve a komoly problémát. Sok medikus véleményét ismerve írhatom: intenzíven érdeklődünk az onkológia iránt — én rendszeresen szeretnék ezirányú kutató munkával foglalkozni, s ha szabad így kifejezni: ez nemcsak a szűkebb értelemben vett hivatástudat megnyilvánulása, hanem véleményem szerint a legnemesebb emberi erkölcsi kötelességeink közé tartozik. Hivatkoznék egy csoportos látogatásunkra, melyet az Országos Onkológiai Intézetben tettünk prof. Bozóky László dr. vezetésével. Az általa szabadalmaztatott világhírű Gravicert telekobalt ágyúról, s többi tapasztalatunkról beszámoltam egyetemi lapunkban (5). Ezenkívül rendszeresen részt veszünk onkológiai előadásokon.

Úgy gondolom, hogy az előbbiekben vázoltakra hivatkozva, az Orv. Hetil. idézett referátumához csatlakozva jogosnak tűnik kérésem: nagyon hasznosnak bizonyulna, ha egyetemünkön a többi — igen magas színvonalú — speciálkollégium mellett „Onkológia" is előadásra kerülne, amelynek keretében — esetleg több előadó — az aetiológiai, pathogenetikai, therapiai és experimentális vonatkozásokat ismertetné.

IRODALOM: 1. *Eckhardt S.:* Orv. Hetil. 1967. *108.* 43. — 2. *Szent-Györgyi A.:* Orv. Hetil. 1965. *106.* 241. — 3. *Schmidt, F.:* A rák. Medicina Könyvkiadó. Budapest. 1964. — 4. *Budapest statisztikai zsebkönyve 1965.* Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest. 1965. — 5. *Vértes L.:* Orvosegyetem. 1965. *10/9.* 1.

Vértes László
orvostanhallgató

T. Szerkesztőség! Őszinte örömmel olvastam Vértes László hozzászólását könyvismertetésemhez. Fejtegetéseim végén egy kérdést tettem fel. Nem határoztam meg, hogy kinek szól. Úgy gondoltam, ha valahonnan választ kapok, akkor egy második kérdést is fel lehet tenni. A választ a medikusok adták, s így a második kérdést így fogalmazom meg: „mit szólnak ehhez az illetékesek?"

Eckhardt Sándor dr.
adjunktus

KÖNYVISMERTETÉS

H. Engelbrecht, O. Jirovec, L. Nemeséri, B. Rosicky: Parasitologische Arbeitsmethoden in Medizin und Veterinärmedizin. Akademie-Verlag, Berlin. 1965. 259 oldal, 66 ábra.

A parasitosisok laboratóriumi diagnosztikája többnyire meglehetősen mostohán kezelt függeléke a parazitológiai szakkönyveknek. A klinikai laboratóriumi diagnosztikai szakkönyvek parazitológiai fejezetei rendszerint alkalmasabbak arra, hogy alapul szolgáljanak a tényleges laboratóriumi diagnosztikai munkához, azonban ezek — céljuknak megfelelően — többnyire csak a legegyszerűbb, mindennapi rutinmódszerekre korlátozódnak. Ezért nevezhető — legalábbis methodikai vonatkozásban — valóban hézagpótlónak *Engelbrecht* és szerzőtársainak a könyve, amely a különböző emberi és állati parasitosisok vizsgáló módszereinek szélesebb skáláját ismerteti s így nemcsak a rutindiagnosztikai munka, hanem a kísérletes kutatómunka methodikai alapjául is szolgálhat. Elvi mondanivalójában és módszertani részeiben egyaránt tükrözi, hogy nagy tapasztalatú, kiváló szakemberek írták.

Külön is említésre érdemes, hogy az immunológiai módszerek a szokottnál nagyobb hangsúlyt kaptak mind protozoologiai, mind helminthologiai vonalon; részletes tárgyalásra kerülnek az acaroentomologiai vizsgáló módszerek is általában és fontosabb ízeltlábú csoportonként; újdonságként, külön fejezet foglalkozik a góckutatás parazitológiai és részben virológiai vizsgáló módszereivel is terepen és laboratóriumban. Igen hasznos az a részletes összeállítás is, amely a parazitológiai laboratóriumi munkához szükséges műszereket, eszközöket, vegyszereket tartalmazza.

Egyébként a könyv jól áttekinthető tagolásban előbb a paraziták és parasitismus alapvető tudnivalóit rögzíti néhány oldalon, majd mintegy 60 oldalnyi terjedelemben tárgyalja az alapvető parazitológiai vizsgáló módszereket. Ezután következnek az egyes emberi, illetve állati parazita protozoonok, férgek és ízeltlábúak vizsgáló módszerei, a paraziták kimutathatóságának helye, illetve vizsgálati anyagok szerint csoportosítva, kb. 150 oldalon át. A könyv utolsó, mintegy 30 oldalnyi fejezete foglalkozik a góckutatás lényegével, a munka tervezésének és megszervezésének elvi kérdéseivel, majd a terepmunka és laboratóriumi feldolgozás módszertanával. Végül a forrásmunkák felsorolása és jól összeállított tárgymutató következik.

A szerzők a könyv előszavában „receptúra kompendium"-nak szánják művüket, parazitológiai diagnosztikával már foglalkozók számára. Ezt a célt a könyv messzemenően elérte. Megfelelő, olyan szakkönyv kiegészítésével, amely magához a diagnosztikához szükséges részletességű morphologiai leírásokat és ábrákat tartalmazza, korszerű methodikai segítséget nyújthat diagnosztának és kutatónak egyaránt.

Zoltai Nándor dr.

☆

Daganatok I. (A Kísérleti Pharmacologia Kézikönyve, XVI. kötet). Bielka H., Bierwolf D., Graffi A., Schramm T. Springer kiadás. Berlin—Heidelberg—New York. 1966.

A Springer cég kiadásában megjelent a „Kísérletes Pharmakologia Kézikönyve" sorozat tizenhatodik kötete. A sorozat ezen kötetének alcíme: „Kóros állapotok kísérletes előidézése". Jelen kötet a daganatok „előidézéséről" szól. Két részre tagolódik: az I. részben Schramm, Bielka és Graffi ír a chemiai daganatkeltő anyagokról, a II. részben Bierwolf, Bielka és Graffi foglalja össze a víruseredetű daganatos kórképekre vonatkozó ismereteket.

A könyv — monografikus jellegénél fogva — teljességre törekszik, terjedelme azonban e törekvésében korlátozza. Szerzők a bevezetésben hangsúlyozzák, hogy a rákkeletkezés elméleti kérdései — szándékosan — kimaradnak művükből. Nem hallunk tehát a carcinogenek biokémiai hatásmechanizmusáról, lebomlásáról, s bár egy külön fejezetben említés történik a cocarcinogen hatásról, e mechanizmus magyarázata is kívül esik a könyv tárgykörén. Szerzők szerint írásuk célja, hogy ismertessék azokat az állatkísérleteket, amelyek az emberi daganatkeletkezés modelljéül foghatók fel. Bármily nagy is legyen a távolság az indukált és víruseredetű, illetve az emberi daganatok között, e modellkísérletek a rákkutatás számára nélkülözhetetlenek.

Éppen ezért dicséretes az a szándék, amely rendszerbe foglalja a sokféle daganatkeltő anyagot, leírja azok alkalmazási módját, a létrehozott daganatok gyakoriságát, a latenciaidőt, táblázatba foglalja ezen anyagokat. Nem marad el a pathológiai, illetve szövettani ismertetés sem, némely esetben a precancerosisos elváltozások részletezésével egybekötve. Bőséges képanyag egészíti ki az egyes kórképek leírását.

A daganatkeltő anyagokat kémiai szempontok szerint 26 csoportba sorolják. Egymáshoz közelálló vegyi szerkezetű anyagok egy csoportba kerülnek. Rövid áttekintést olvashatunk a széntetrakloridról, a chloroformról, jódacetátról, a thiove-

gyületekről, epoxydokról. Részletesebben ismertetett a mustárszármazékok és urethantípusú vegyületek csoportja. Utóbbiak esetében a szervezetben való lebomlás újabb adatai is megtalálhatók. Bőséges anyag olvasható a nitrosaminok, phenantrenszármazékok, antracénvegyületek, benzpyren, crysen és methylcholantren típusú vegyületek daganatkeltő hatásáról. A carbazol, acridin és más szerves vegyületek felsorolása után rövid, de érdekesen megírt fejezet tájékoztatja az olvasót a carcinogen szénhidrogének dózishatás kérdéseiről. Ezt az általuk kiváltott bőrdaganatok morphogenesisének kissé talán elnagyolt leírása követi. Ezután a naphtylamin, antramin, acetylaminofluoren, diphenyl, stilben, methylolamid és azovegyületek daganatkeltő hatása kerül tárgyalásra. A sort az anorganikus vegyületek zárják.

A vírusok mint daganatkeltő agensek szerepét vizsgálják a könyv második, terjedelemben nagyobb részében. A bevezető részben hangsúlyozzák, kérdéses, hogy e daganatos kórképek és az emberi daganatos megbetegedések között párhuzam egyáltalán vonható-e, azonban kétségtelen, hogy e modellkísérletek újtípusú vizsgálatok alapját képezhetik. Így a víruseredetű daganatok, pl. az immunológia számára jelentik a továbbfejlődés lehetőségét. A hangsúlyt a könyv e részében is a daganatkeltés methodikájának ismertetésére fektették. A számos, sokszor egymástól eltérő módszer megnehezíti a tájékozódást, s ezért a szerzők a szelektálás kényes és felelősségteljes feladatát is magukra vállalják. Ezt írják: „a megítélésünk szerint legmegbízhatóbb methodikákat ismertetjük". E mondat mögött bőséges személyes tapasztalat rejlik, tájékozottságuk e téren nem lexikális.

A mondanivalót az alábbi fejezetekre osztják: filtrálható sarcomák, leukosisok, Shope-fibroma, Shope-papilloma, egér-emlőrák, Gross-leukémia, Moloney- és Breyere-leukémia, myeloid leukémia, Friend-leukémia, egyéb leukémiák, polyomavírusok, adenovírusok okozta kórképek.

Amit hiányoltunk az első részben, azt kamatostul megkapjuk a másodikban. Különösen a Rous-vírus, a különböző leukosisok vírusai és a polyoma vírus sajátságairól kapunk bőséges és korszerű ismertetést. Nem hiányzik ebből a kémiai összetétel, az elektronmikroszkópos leírás, a szövettenyészetben való viselkedés, vagy az immunológiai jelleg tárgyalása sem. Aligha tudja nélkülözni ezt a daganatvírus-kutató, bármely szakterületen dolgozzék is.

A könyv erénye éppen gyakorlati használhatósága: a daganatkeltés methodologiájának rendszerbe foglalása. Ilyen jellegű összefoglalóra szükség van mindenkor, különösen olyankor, amikor a daganatkutatást sokan „válságban" látják. Mi inkább úgy gondoljuk, hogy az ilyen jellegű monográfia az ellenkezőjét bizonyítja: a kísérletes onkológia új perspektívái nyílnak meg előttünk. A gondos kiállítású könyv ezért melegen ajánlható mindenkinek, aki kísérletes daganatkutatással foglalkozik.

Eckhardt Sándor dr

HÍREK

FELHÍVÁS AZ ORVOSOKHOZ!

Az *Egészségügyi Tudományos Tanács Gyógyszerkutatási és Törzskönyvezési Bizottsága* a forgalombahozott gyógyszereket a kutatási stádiumtól kezdve figyelemmel kíséri.

Az egyes anyagokat a farmakológiai és toxicitási vizsgálatok eredményei alapján engedi klinikai farmakológiai vizsgálatokra és végzi terápiás értékelésüket. Mindezek megnyugtató elemzése alapján tesz javaslatot a készítmény forgalombahozatalára. Egyidejűleg a Bizottság tovább is figyelemmel kíséri és értékeli a már forgalomban levő gyógyszereket.

Az utóbbi évek világirodalmából ismert, hogy a leggondosabb elővizsgálatok után forgalomba került gyógyszer esetében is egyes mellékhatásokra csak évek múltán derül fény. A mellékhatásoknak egyik része általánosan jelentkezik, a gyógyszerhatás természetes velejárója és könnyen kezelhető; széleskörű alkalmazás során szorványosan jelentkező mellékhatások azonban jól szervezett, széleskörű gyógyszerbiztonsági szolgálat útján fedhetők fel időben. Ilyen szolgálat a gyógyszerek reális veszélyességét is kellő körültekintéssel mérlegelheti.

A gyógyszerek nemvárt mellékhatásait a több országban alkalmazott és bevált módszer tapasztalatainak felhasználásával az ETT fenti bizottsága szervezett és az egész országra kiterjedő orvosi jelentőszolgálata segítségével kívánja felderíteni és értékelni.

E munka érdekében létrehozta Gyógyszerbiztonsági Albizottságát. Ennek működése csak akkor lehet sikeres, ha a gyakorló orvosok tudományos támogatását élvezi. A Bizottság a gyógyszerek nemvárt, eddig ismeretlen hatását vagy a korábban nem tapasztalt, újonnan jelentkező mellékhatását kívánja e rendszer segítségével megismerni, értékelni és szükség esetén az intézkedésekre a javaslatokat megtenni.

Az Albizottság érdeklődése főleg az újabb, az utóbbi években forgalombahozott gyógyszerekre vonatkozik. Kívánatos azonban, hogy akár az évtizedek óta használt gyógyszerek újonnan megfigyelt mellékhatásai is tudomására jussanak.

Ismerve az orvosok nagyfokú adminisztrációs megterhelését, a kiküldésre kerülő űrlapok csak a legszükségesebb kérdéseket tartalmazzák. (Ahol a kérdés természete megengedi, ott csak aláhúzással kell válaszolni.) Az Egészségügyi Tudományos Tanács kéri az orvosokat, hogy a megfigyelt esetek közlését ne adminisztrációs feladatnak, hanem a Bizottság tudományos munkájában való részvételnek tekintsék. Részletes adatok az elemzést megkönnyítik. Ha a korlátozott lehetőségek miatt az űrlap egyes kérdéseire válasz nem adható, a beküldött adatok így is értékes segítséget nyújthatnak.

A bejelentések bizalmas természetűek, a közölt adatok más célra nem használhatók fel, azokat a Bizottság más szervek részére nem adhatja át.

A bejelentések összegyűjtését és feldolgozását az Országos Gyógyszerészeti Intézet végzi. A begyűjtött adatok értékelése az Albizottság hatáskörébe tartozik. Szükség esetén a Bizottság javaslatot tesz az egészségügyi hatóságoknak a kellő intézkedés megtételére.

A bejelentési módszer a fekvőbeteg-gyógyintézetek (klinikák, országos intézetek, kórházak stb.) és szakorvosi rendelőintézetek (szakrendelések, gondozók stb.) körére terjed ki. A teljes körzeti orvosi hálózatot — hogy elkerüljük a jelenlegi megterhelés növelését — a rendszer bevezetésekor intézményesen nem vonjuk be, de kérjük, hogy amennyiben az orvosok olyan esetet észlelnek, melyet bejelenteni szükségesnek tartanak, a csoportvezető főorvosnak küldött nyomtatványok felhasználásával közöljék megfigyelésüket.

A szükséges űrlapokat a *Fővárosi, ill. Megyei Tanácsok V. B. Egészségügyi Osztálya* (megyei főgyógyszerész) e hónap folyamán bocsátja rendelkezésre. A felhasznált űrlapok pótlása ugyanezen úton, igénylés alapján történik.

Az albizottság kötelességének tartja, hogy tevékenységéről rendszeresen tájékoztassa a kollégákat, és reméli, hogy munkájával hatékonyan elősegíti mind a betegek, mind az orvosok biztonságát.

ETT Gyógyszerkutatási
és Törzskönyvezési Bizottság
Gyógyszerbiztonsági
Albizottsága

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1967. április 17-én (hétfőn), du. 3 órára tűzte ki *Romoda Tibor dr.* önálló aspiráns »A balszívkatheterezés és intracardialis EKG jelentősége a klinikumban« c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját.

A vita helye: MTA II. emeleti kis-előadóterme, Bp. V., Roosevelt tér 9.

Az értekezés opponensei: *Littmann Imre dr.*, az orvostud. doktora, *Kunos István dr.*, az orvostud. kandidátusa, *Petri Gábor dr.*, az orvostud. kandidátusa.

☆

MEGHÍVÓ

A Magyar Gyermekorvosok Társasága

1967. április 20-án,
csütörtökön 14 órakor tartandó

tudományos ülésére

Az ülés helye: Semmelweis-terem (Budapest VIII., Szentkirályi u. 21).

TÁRGYSOROZAT:

1. *Cserháti E., Remenár L., Schöngut L.* (I. Gyermekkl., Idegsebészeti Int., Budapest): Az ataxia-teleangiectasia klinikumáról. Előadás 10 perc.

2. *Backhausz R., Cserháti E., Lajos J., Schöngut L.* (Humán Lab., I. Gyermekkl., Budapest): Immunbiologiai vizsgálatok ataxia-teleangiectasiában. Előadás 12 perc.

3. A rachitis megelőzés mai problémái:

I. *Gerlóczy F.* (I. Gyermekkl., Budapest): Elméleti kérdések. Előadás 10 perc.

II. *Frank K.* (Markusovszky Kh., Szombathely): Gyakorlati kérdések. Előadás 10 perc.

4. *Gáll J.* (I. Szemkl., Budapest): Szemészeti problémák a gyermekkorban. Előadás 20 perc.

5. *Réthy I., Gaál Zs.* (II. Szemkl., Budapest): Új elvek a bölcsődéskori kancsalság kezelésében. Felkért hozzászólás 8 perc.

6. *A múlt év legjobb előadásainak jutalmazása.*

7. *Kemény P., Exner É., Hódosi J.* (Madarász Kh., Budapest): Gyermekkori leukémiák idegrendszeri szövődményei. Előadás 15 perc.

8. *Korányi Gy., Tóth M.* (Péterfy Kh., Budapest): Koraszülöttek oedémáinak kezelése Hypothiaziddal. Előadás 10 perc.

9. *Barta L., Szőke L., Szobotka V.* (I. Gyermekkl., Budapest): Kövér gyermekek csökkent munkaképességének kérdése. Előadás 15 perc.

MEGHÍVÓ

a Magyar Kardiologusok Társasága

1967. évi tudományos ülésére

Balatonfüreden május 12 (péntek) — 14 (vasárnap).

MŰSOR:

1967. május 12-én pénteken de. 11 órakor, tudományos ülés.

Elnök: *Debrőczi Tibor, Solti Ferenc.*

Téma: Kísérletes és pathologiai tanulmányok.

Bornemissza György, Gyurkó György, Furka István, Nagy Zoltán: A myokardium kísérletes revascularisatiója patkány mellékvese kivonat segítségével.

Szabó Miklós, Szabó Imre, Gyurkó György: Keringésmechanikai tényezők szerepe az atherosklerotikus plaqueok elhelyezkedésében nagyobb koronariás ágakon, post mortem angiographiás vizsgálatok alapján és ezek jelentősége hirtelen szívhalál esetekben.

Kiss István, Horváth József, Fónyad László: Az aneurysma dissecans diagnosisának klinikopathologiai problémáiról.

Naszlady Attila: A haemodynamikai áramlás-nyomás optimumról.

Szünet

Hartai Anna, Solti Ferenc, Szabó Zoltán, Iskum Miklós, Nagy Júlia, Nemes Attila: A pacemaker implantatiot kísérő EKG változások tanulmányozása.

Szám István, Makláry Erzsébet: Újabb kísérletek a shock tüdővizenyőt gátló hatásához.

Bajtai Attila, Németh Klára: A pacemaker beültetést követő szívizom elváltozásokról.

Kertész Tibor: A metabolikus acidosis hatása a szív ingerképző rendszerére és munkaizomzatára.

1967. május 12-én, pénteken du. 16 órakor, Gottsegen-emlékelőadás.

Elnök: *Gábor György.*

Temesvári Antal: A pitvari septum defectusok kezelése.

1967. május 12-én, pénteken du. 16.30 órakor. Tudományos ülés.

Elnök: *Romoda Tibor, Horváth Mihály.*

Téma: Diagnosztika.

Horváth Mihály, Ludwig Károly, Endersz Frigyes: Klinikai demonstrációk a XE^{133} alkalmazásával kapcsolatban a kardiopulmonalis diagnosztikában.

Erdélyi Gábor, Stützel Mária, Nemesánszky László, Végh Márta, Tenczer József: Glucose hatása a koronariasklerosisban és diabetes mellitusban szenvedő betegek J^{131}-triolein véraktivitási értékeire.

Kárpáti Pál, Kenedi Péter: Adatok az öregkori myokardiális infarktusok diagnosztikájához.

Fekete Katalin: Stenokardiás, hyperlipaemiás betegek ergometriás terhelésének EKG adatai.

Szünet

Csákány György, Cserhalmi Lívia, Kálmán Péter, Lónyai Tihamér: A functionalis szívstatus ellenőrzése objektív módszerekkel 100 mitralis commissurotomián átesett beteg késői utánvizsgálata során.

Strausz Imre, Kékes Ede, Nádas Iván: A festék hígulási görbe alakulása, a jobb pitvari nyomás változtatására, pitvari septum defektus eseteiben.

Velkey László, Tóth Anna, Visy Ágnes, Galajda Anna, Juba Szilvia: Csecsemő- és gyermekkori vírus betegségek kapcsán felmerülő kardiologiai diagnosztikai problémák.

Simon György, Heger Flóris, Kovács Erzsébet: Adatok az aktivitás tartamának megítéléséhez rheumás karditisben.

Somogyi György, Halmágyi Margit, Kiss Éva, Kocsis Ferenc: A perctérfogat alakulása fiatalkori hypertoniában.

1967. május 13-án, szombaton de. 9 órakor. Tudományos ülés.

Elnök: *Kunos István, Endersz Frigyes.*

Téma: Klinikum.

Debrőczi Tibor, Rosnyai Klára, Walter József: Veszélyeztetettségi tényezők (rizikofaktorok) kritikája szívinfarktusos betegek ellenőrzése kapcsán.

Gilányi Éva, Miklós Ferenc: A myokardiális infarktushoz társuló szívrupturákról.

Gábor Aurél, Fandl János: Deconnexio a friss szívinfarktus komplex kezelésében.

Keller László, Záborszky Katalin, Végh Márta, Szalontai Sándor, Madarász Mária: Véralvadási tényezők és összefüggésük a vérlipidek szintjével atherosklerosisban.

Kroó Mária, Pálos László: Életet veszélyeztető arrhythmiák gyógyszeres kezelése.

Antalóczy Zoltán, Barcza István, Pekó Edith: Rhythmus-zavar és kardialis decompensatio.

Szünet

Simon Tamás: Epidemiológiai tanulmány a gyermekkori rheumás láz alakulásáról Budapest XIX. kerületében.

Simonyi János, Engländer Zsuzsa, Porubszky Iván, Pálla Ilona: Szénhydrát szegény étrend diuresis potentiáló hatása adiposus egyénekben és nem adiposus, kardiálisan dekompenzált betegeken.

Váli Ferenc, Szűcs Sándor: Habzásgátló aerosol alkalmazása az akut tüdőoedema kezelésében.

Nádor-Nikitis István: A szív és nagyerek pulsálási rendellenességei koronariokardiosklerosisban.

Várkonyi Győző: A propranolol (Inderal) therápiás hatásának vizsgálata 120 ambulans szívbetegen (rhythmuszavarok, angina pectoris).

Török Eszter, Matos Lajos, Sasvári Erzsébet: Az essentialis keringési hyperkinesis és a hypertonia előfordulási gyakorisága hypertoniások gyermekeiben.

1967. május 13-án, szombaton, du. 16 órakor. Tudományos ülés.

Elnök: *Kamarás János, Barcza István.*

Téma: Vizsgáló eljárások.

Bodor Elek, Kunos István: A szívcsúcs görbék jelentősége az aorta vitiumok diagnosztikájában.

Bodrogi György: Subkompenzációra utaló jelek.

Világi Gyula, Kamarás János, Kerkovits Gyula, Bodrogi György: Az EKG és az apexkardiogramm jelentősége a hypertrophiás obstruktiv kardiomyopathia diagnózisában.

Lakner Géza, Bodnár Endre: A pitvargörbe volumenhulláma ép és kóros viszonyok között: az Ry/v hányados értelmezése.

Szünet

Diósszilágyi Gertrud, Világi Gyula, Bodrogi György: A gyors telődés elhúzódásának felismerése és jelentősége.

Szántó Dezső: A szívárnyék frontális sugárirányú röntgenvizsgálatának értéke a szívelégtelenség korai felismerésében.

Rochlitz Károly: A postinfarktusos balkamra aneurysma EKG-ja.

Kenedi István, Dévai Júlia: A csúcsi és mellsőfali kardiogramm és a többsíkú röntgen-kymogramm értéke a szívaneurysma kórismézésében.

Baranyai László: Szívaneurysma okozta EKG elváltozások jelentősége.

1967. május 14-én, vasárnap de. 9 órakor. Tudományos ülés.

Elnök: *Kudász József, Littmann Imre.*

Téma: Szívsebészet.

Bodnár Endre: A sebészileg észlelt mitralis regurgitatio prognosztikai jelentőségéről.

Löblovits Iván: 100 Tubbs dilatatorral végzett mitralis commissurotomia tapasztalatai.

Kovács Gábor, Fazakas Sándor, Pepó János, Petri Gábor: Mitrális billentyű pótlása a kamra üregébe nem terjedő műanyagbillentyűvel.

Lónyai Tihamér: Mikor indikáljunk műbillentyű beültetést?

Böröcz Lajos, Büky Béla, Tasnádi Ferenc, Haász Márton: Ductus Botalli persistens jelentősége extracorporalis műtétnél.

Romoda Tibor, Istvánffy Mária: Az intrakardiális EKG jelentősége a septum primum defektusok kórismézésében.

Heidel W., Huth J.-H., Kuhlgatz G.: Spätbefunde bei operierten und nicht operierten Mitralstenosen.

Szünet

Tomory Emilia: Enyhe valvularis pulmonalis stenosinok.

Horányi Péter, Löblovits Iván, Berentey Ernő: Leggyakoribb diagnosztikus tévedések a felnőttkori pitvari septum defektusokban.

Szabó Zoltán, Nemes Attila, Solti Ferenc, Iskum Miklós: Intrakardialis elektrodás pacemaker implantatioval szerzett tapasztalatok.

Lozsády Károly, Sárközy Károly: Intrakardiális pacemaker elektroda okozta jobb kamra perforatio sikeres ellátása.

Árvay Attila, Pálos László: A haemodilutio klinikai alkalmazása.

Pepó János, Kovács Gábor, Lélek Imre: Adatok a jatagán syndroma sebészi kezeléséhez.

Tudnivalók: Az előadások ideje 10 perc, a hozzászólásoké 3 perc. Vetítés: epi- és diaskop a szokásos méretekben. Jelentkezés: legkésőbb május 2-ig kérjük a részvételt a Veszprém megyei Tanács Idegenforgalmi Hivatalához (Balatonfüred, Blaha Lujza u. 5.) bejelenteni. *Meghívó igénylés és felvilágosítás:* 1967. május 10-ig *Ghyczy Kálmán dr.*, Országos Kardiologiai Intézet, Budapest IX., Nagyvárad tér 1. Telefon: 130—832.

☆

A **Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság,** mint a MOTESZ tagja, idei nagygyűlését 1967. nov. 2—3—4-én rendezi Budapesten.

A nagygyűlés fő témái:

1. A mezőgazdaság üzemegészségügyi problémái.

2. A műanyagiparban jelentkező foglalkozási ártalmak.

3. Az üzemi betegellátás problémái.

A nagygyűlés főtémáiból referátumok lesznek, előadások mind a fenti tárgykörök valamelyikéhez csatlakozóan, mind szabadon választottan 1967. május 31-ig jelenthetők be a főtitkárnál (Ernyei Alice dr., Budapest VIII., Kőbányai út 23.). Az előadások időtartama 10 perc. Kérjük, hogy a bejelentett előadások 15 soros összefoglalóját a fenti időpontig és címre elküldeni szíveskedjenek. A határidő pontos betartását kérjük, mert később érkező bejelentéseket nem vehetünk figyelembe.

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a Társaság vezetőségének határozata értelmében a nagygyűlésre előadást csak a Társaság tagjai jelenthetnek be. A társaság vezetősége fenntartja azt a jogát, hogy a bejelentett előadásokat az összefoglalók alapján elbírálja és ennek eredményeképpen vegye fel a tárgysorozatba.

A nagygyűlésen való részvétel díja a Társaság tagjai részére 30 Ft, nem tagok részére 50 Ft.

A részvételi díj befizetésének módját és időpontját, valamint az egyéb tudnivalókat ugyancsak későbbi időpontban fogjuk közölni.

☆

European Society for Clinical Investigation (Klinikai Kutatók Európai Egyesülete) elnevezéssel olyan társaság létesült, melynek célja, hogy az orvostudomány minden ágában klinikai kutatásokkal foglalkozó fiatal orvosok számára szemléleti és kritikai vitafórumot teremtsen, lehetővé tegye a tapasztalatcserét és minden országban hozzájáruljon a klinikai kutatás színvonalának emeléséhez. Fontosabb feladatának tekinti továbbá, hogy az amerikai klinikai kutatás értékes és egészséges versenytársaként nemzetközi kooperációra ösztönözze az európai orvostudományt. A Társaság a Klinikai Kutatók Amerikai Egyesületét választotta mintájául és az aktív tagság, valamint a tanács tisztségviselői és tagjai számára a 45 évet tekinti felső korhatárnak. Ezen a koron túl a tagok aktív jellegüket elvesztik, de az üléseken szavazati és tisztségviselői jog nélkül részt vehetnek.

Az első évi gyűlés (Annual Meeting) színhelye Noordwijk, Hollandia lesz, 1967. április 28 és 29-én. A Társaság vezető tagjai: *Elnök:* A. E. Renold (Svájc); *alelnökök:* M. Legrain (Franciaország), A. Zanchetti (Olaszország); *Titkár:* C. T. Dollery (Egyesült Királyság); *pénztáros:* A. Struyvenberg (Hollandia). A tanács tagjait Csehszlovákiából, Franciaországból, Németországból, Norvégiából, Svédországból és az Eggyesült Királyságból hívták meg. Az első gyűlésig további felvilágosításokkal szolgál: Dr. G. E. W. Wolstenholme, The Ciba Foundation, 41, Portland Place, London, W. 1.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1967. április 17. hétfő	Szakorvosi Rendelőintézet, előadóterem III. Vörösvári út 88—96. III. em.	délután 2 óra	*A Rendelőintézet Tudományos Köre*	*Hernády Tibor dr.:* A tápcsatorna korszerű röntgen vizsgálati módjai és eredményei (20'). *BOTE Radiológiai Klinika* „A gyomor röntgen vizsgálata" című film vetítése (15').
1967. április 17. hétfő	*Pécs* Gyermekklinika, tanterem	délután 5 óra	*A Pécsi Orvostudományi Egyetem*	*Gösfay Sándor, Karátson András és Köves Sándor:* Infusiós pyelographiával szerzett tapasztalataink (15'). *Wolfer Edit és Bakó Márta:* Uroscrennel szerzett tapasztalataink (15'). *Balogh Ferenc, Tóth József, Váry László és Szelestei Tamás:* Adatok az ureter plasztikai műtéteihez (45').
1967. április 18. kedd	István Kórház IX. Nagyvárad tér 1.	délután 1 óra	*Az Orvosok Tudományos Köre*	*Fejér Endre dr.:* Akrodermatitis enteropathica. *Török Hedvig dr.:* Lyell-syndroma. *Román Éva dr.:* A brucellosis differenciáldiagnosztikai problémái.
1967. április 18. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem IX. Gyáli út 2/6. Á-ép.	délután 2 óra	*Az Intézet tudományos dolgozói*	*Lányi Béla dr.:* Törekvések a járványügyi-bakteriológiai munka egységesítésére.
1967. április 18. kedd	*Szeged* Szemészeti Klinika, előadóterem	délután 5 óra	*A Szegedi Orvostudományi Egyetem*	Szívsebészeti témakör. Bemutatások: 1. *Berta Mihály, Fazekas Sándor, Pepó János, Kovács Gábor:* Aorta isthmus stenosis sebészi megoldása folt-plasztikával (5 perc). 2. *Fráter Lóránd, Pepó János, Czipott Zoltán, Kulka Frigyes, Kovács Gábor:* Az ún. „subclavian steal" syndroma thrombendarterectomiával operált esete (5 perc). 3. *Pintér Gizella, Kertész Erzsébet, Tószegi Anna:* Sinus valsalva ruptura csecsemőkori esete (8 perc). 4. *Fazekas Sándor, Barankay András, Boros Mihály, Kovács Gábor:* Sürgősségi commissurotomia mitrális stenosisban tüdőoedema miatt (5 perc). 5. *Pepó János, Fazekas Sándor, Felkai Béla, Kovács Gábor:* A jobb kamra kifolyó tractusának musculáris obstrukciója időskori valvuláris pulmonális stenosisban (8 perc). Előadások: 1. *Felkai Béla, Barankay András, Gaál Tibor:* A szívműködés rhythmuszavarainak elektromos kezelése cardioversióval (20 perc). 2. *Kovács Gábor:* Mai lehetőségek a congentiális vitiumok sebészi kezelésében (20 perc). 3. *Petri Gábor:* Nyitott szívműtétek perfuziós kérdéseiről (25 perc).
1967. április 19. szerda	BOTE Könyvtára VIII. Üllői út 26. I. em.	délután ½8 óra	*A Magyar Földrajzi Társaság Orvosföldrajzi Szakosztálya*	*Láng Sándor:* A földrajzi domborzat hatása az emberi szervezetre. *Marton Zoltán:* A rák morbiditási és mortalitás orvosföldrajzi értékelése.
1967. április 20. csütörtök	János Kórház, tanterem XII. Diósárok 1.	délelőtt 11óra	*A Kórház Tudományos Bizottsága*	*Andor Miklós dr.:* Cukorbeteg komplex szűrővizsgálat budapesti körzetben (25') *Halmos Tamás dr., Salamon Ferenc dr., Loczka Béla dr.:* Különböző terhelési próbák a szénhidrát anyagcsere latens zavarainak tisztázására.
1967. április 20. csütörtök	Uzsoki utcai Kórház, kultúrterem XIV. Uzsoki u. 29.	délután 1 óra	*A Kórház Tudományos Egyesülete*	1. *Dr. Földváry Gyula—dr. Bedő M.—dr. Löwey György—dr. Érdi Antal:* Kis műtéti megterhelést kísérő anyagcsereváltozás, különös tekintettel a nitrogén egyensúlyra. 2. *Dr. Földváry Gyula—dr. Löwey György—dr. Marik Ferenc:* Parenteralis táplálás javallata és gyakorlata. 3. *Dr. Erdi Antal—dr. Löwey György—dr. Marik Ferenc:* Folyadék elektrolyt veszteség gyakorlati észlelése és kezelése.
1967. április 20. csütörtök	Péterfy Sándor utcai Kórház, tanácsterem VII. Péterfy Sándor utca 14. IV. em.	délután 2 óra	*A Kórház Tudományos Egyesülete*	1. *Gortvai György dr.:* A szociális gerontológia néhány problémájáról. 2. *Grábe Hedvig dr. és Árr Magdolna dr.:* Plasmocytoma típusos és atipusos esetei (beteg bemutatás).
1967. április 21. péntek	Orsz. Ideg- és Elmegyógyintézet, tanácsterem. II. Vörös Hadsereg útja 116.	délután ½3 óra	*Az Intézet Tudományos Bizottsága*	*Vikár György dr.:* Affektivitás, ösztönélet, akarat psychopathológiája.
1967. április 21. péntek	Heim Pál Gyermekkórház, orvosi könyvtár VIII. Üllői út 86.	délután ½3 óra	*A Kórház orvosi kara*	*Kiss Péter dr.:* Tájékoztató az orvosi könyvtár működéséről. *Szepesi Gusztávné:* Az orvosi tájékoztatás lehetőségei külföldön és hazánkban. *P. Juhász Vera:* Lyukkártyák alkalmazása az orvosi dokumentációban.
1967. április 21. péntek	III. Belklinika, tanterem VIII. Mező Imre út 17.	délután 5 óra	*A MTA Biológiai Társaság Gerontológiai Szakosztály*	1. *Strausz Imre dr.:* Az intermedier coronaria syndroma kérdése (előadás). 2. *Urr Ida dr.:* Az öregkori bronchopneumoniák gyógyítása (előadás). 3. *Bretán Miklós dr.:* A diabetes mellitus érrendszeri szövődményei (előadás).
1967. április 22. szombat	Semmelweis-terem VIII. Szentkirályi u. 21.	délelőtt 10 óra	*A „Korányi Frigyes" Tbc és Tüdőgyógyász Társaság*	*Gimpl F., Hutás I., Vándor J., Miklós M.:* A M. kansasii által okozott tüdőmegbetegedés műtéttel igazolt esete. *Böszörményi M., Kánitz É., Károlyi A., Maróti A., Schweiger O.:* Újabb gátlószerekkel szerzett tapasztalataink. *Seri I.:* A tüdőgümőkór klinikai bakteriológiájának egyes kérdései.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat. Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 000 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató. Telefon: 116—660
MNB egyszámlaszám: 69.915,272—46
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest, V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Csekkszámlaszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás a MNB 8 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
67 0819 Athenaeum Nyomda, Budapest. Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

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

108. ÉVFOLYAM 17. SZÁM, 1967. ÁPRILIS 23.

Fővárosi László Kórház, I. Belosztály (osztályvezető: Kalocsay Kálmán dr.)

Diagnosztikai és terápiás problémák malaria tropica eseteinkben

Nyerges Gábor dr. és Szanyi Ernő dr.

Hazánkban az erélyes malária-ellenes küzdelemnek sikerült kiirtania az endemiás maláriát (1), s így lassan feledésbe merülnek e betegségről szerzett tapasztalatok és ismeretek is. Különösen áll ez a malaria tropicára, amely — mint más mérsékelt égövi országokban — hazánkban is csak szórványosan fordult elő és mint azt *Lőrincz* (2) 1939-ben megjelent könyvében megjósolta, hamarabb kipusztult, mint a jóindulatú harmadnapos malaria. Most azonban nemzetközi kapcsolataink sűrűsödése és az utazás meggyorsulása folytán a világnak ezt a legelterjedtebb fertőző betegségét ismét behurcolhatják hozzánk. Így 1965 májusában 12 behurcolt malaria tropica esetet volt alkalmunk észlelni. Ezek ismertetése előtt célszerűnek látszik néhány modern forrásmunka (3, 4, 5, 6, 7, 8) alapján a kórokozó szervezeten belüli szaporodása, a betegség kórélettani folyamataira vonatkozó ismereteink összefoglalása.

A trópusi malária okozója a *Plasmodium falciparum*, ivaros formáinak sarló alakjáról kapta a nevét. Mint az egyéb plasmodium fajták is, ivarosan az Anopheles szúnyogokban szaporodik, ivartalanul emberben. A szúnyogban ivarosan az ún. *sporozoiták* születnek és ezek azután a vérbe juttatva, a RES sejtekben és a májparencyhma sejtjeiben oszlás útján szaporodnak: ez a *praeerythrocytarius* vagy *elsődleges vörösvértestkívüli fázis*, amelynek semmiféle klinikai tünete nincs. Ebből a szaporodásból több száz, sőt, több ezer magvat tartalmazó sejtek származnak: a *Shortt-féle kék testek*. Ezek azután felrobbanva, számtalan praeerythrocytarius schisontát szabadítanak a vérbe, s ezáltal támasztják a maláriás rohamot. A schisonták a vörösvértestekbe kerülnek és két vonalban fejlődnek tovább: *schisogoniával* és az ivaros alakokat létrehozó *gametogoniával*. A vörösvértesteken belüli szaporodás geometriai haladvány szerint folyik, sebességét a rosettában levő merozoitok száma szabja meg. Ekkora szaporodástól csakhamar elpusztulna minden vörösvértest, de közben humoralis immunitás alakul ki, s ez megállítja a schisogoniát. A Shortt-féle testekből kiszabaduló elsődleges schisonták azonban nemcsak a vörösvértestekbe jutnak, hanem visszakerül belőlük a RES-be és a májsejtekbe is. Ezekből a *másodlagos vörösvértesten kívüli alakok*ból azután később endogen reinfectio, illetve recidiva keletkezhet, ha az előbb említett humoralis immunitás kialszik.

A Pl. falciparum schisogoniája több tekintetben eltér a többi plasmodium fajtáétól s ebből adódik a betegség több kórélettani sajátossága:

1. Az elsődleges fázisban igen sok praeerythrocytarius schisonta keletkezik s az erős parazitaemia miatt a rohamok rendszerint súlyosabbak.

2. Az erythrocytarius fázisban a kórokozók határozottan viscerotropok: elsősorban a szervek capillárisaiban szaporodnak; tehát nem oszlanak meg egyenletesen a vérben.

3. A másodlagos vörösvértest-kívüli fázis rövid, a paraziták 1—2 hónap alatt eltűnnek a szervezetből, így a visszaesések periódusa rövid, ha nem történik újabb infekció.

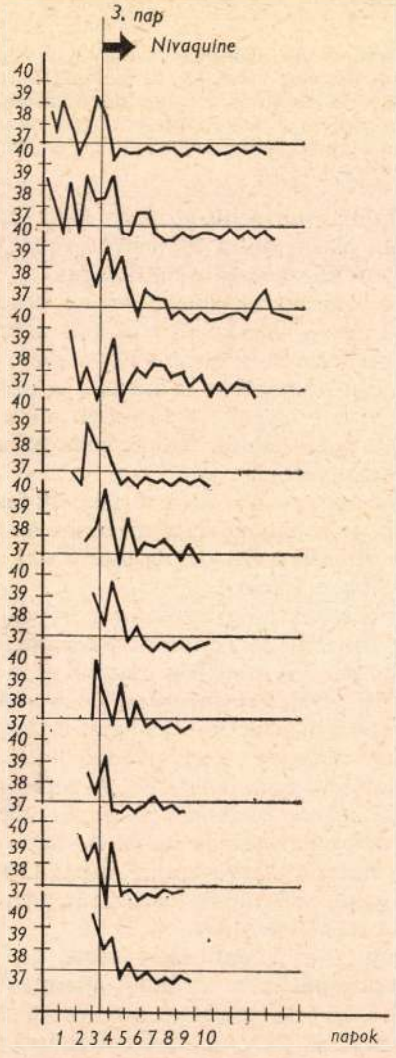
E sajátosságok magyarázzák a trópusi malária jellegzetes tüneteit. A rohamos parazitaszaporodás folytán igen sok vörösvértest pusztul el, a reticuloendothelialis rendszer túltelítődik parazitákkal és vörösvértest-törmelékekkel, az egész vérképző rendszer fokozott működésre ingerlődik; ily módon *láz, anaemia, icterus, splenomegalia, hepatomegalia* támad. Ehhez súlyos *keringési zavar* társulhat: a capillárisok ártalma *anoxiát* okoz. Az agyi anoxia a *cerebralis malaria* életveszélyes képét idézheti elő, egyéb szerveké, ezek működészavarát, a trópusi malária *szervi szövődményeit*.

Az immunitás kialakulása véget vethet a paraziták szaporodásának, de lehet allergiás típusú is és túllőhet a célon; félelmetes intravasalis haemolysist indíthat meg, s az ún. *feketevizeléses láz* képét támaszthatja. Ezt sokszor aspecifikus tényezők (superinfectio, kinin, fáradtság, lehűlés) idézik elő.

Eseteink ismertetése

Betegeink valamennyien a DIVSZ budapesti központjának munkatársai voltak, akik április hónap folyamán 2—4 hetet töltöttek Accrában, Ghana fővárosában. Közülük egy argentínai, kettő Brit-Guayana-i, egy francia, kettő iraki, egy indiai, kettő kínai, egy magyar és kettő vietnami volt. Elmondották, hogy Accrában igen sok volt a szúnyog, s hogy malaria-prophylacticumot nem szedtek, mert ezt senki sem tanácsolta nekik. Az incubatiós időből következtetve tizenegyen Accrában szerezték a betegséget, egy közülük azonban csak 26 nappal onnan való távozása után betegedett meg, s közben Kubában járt, valószínűbb, hogy ott fertőződött.

Az első három beteget egyik fővárosi kórházunk vette fel többnapos láz, lép- és májduzzanat, icterus miatt, s mivel a betegségük fertőzőnek látszott — sárgalázra, leptospirosisra, hepatitisre gondoltak — áttették őket hozzánk. Az első hármat csakhamar követte a többi kilenc. Tüneteik és betegségük lefolyása igen hasonló volt s így csak ez első esetek diagnosisa volt kérdéses.



1. ábra. Trópusi maláriás betegeink lázgörbéi és a Nivaquine hatása a lázra.

A különféle tünetek előfordulását az 1. táblázat szemlélteti.

Legállandóbb tünet volt a *láz:* intermittáló vagy remittáló, minden szabályosság vagy periodicitás nélkül (l. 1. ábra). Antimaláriás kúrára azonnal reagált, a legsúlyosabb esetekben is. A lázrohamokban nem láttunk súlyos hidegrázást vagy nagy izzadást, a betegek alattuk fejfájásról, tagfájdalmakról panaszkodtak, két betegünk hányt. Csupán egy beteg volt láztalan, ő azonban a lázas anamnesis miatt már 2 napos kinin kúra után került osztályunkra.

1. táblázat

A különböző tünetek gyakorisága trópusi maláriás betegeink között

Esetek száma	Láz	Sárgaság Sebiru 1—2 mg %	Sárgaság Sebiru 2 mg%	Splenomegalia	Hepatomegalia	Parazita a vérben	Relapsus	Szövődmény
12	11	5	5	8	8	11	1	2

A láz után az *icterus* volt a leggyakoribb tünet: csak két betegünk nem volt sárga, öt subicternicus volt, öt pedig erősen ictericus 2 mg% feletti, s a legsúlyosabb esetben a 17 mg%-ot is elérő szérum bilirubin szinttel. A szérum transzamináz csaknem normális maradt valamennyi esetben, a kolloidlabilitási próbák az öt icterusos esetben határozottan pozitívak voltak. A vizeletben csaknem mindig fokozott volt az urobilinogen ürítés, bilirubin nem volt kimutatható.

Lépnagyobbodása a felvételkor 8 betegnek volt, közülük háromnak éppen csak elérhető volt a lépe. Két betegnek később a betegség során alakult ki a lépduzzanata. A gyógyulás után a duzzanat minden esetben megszűnt.

Hepatomegaliát nyolc betegünkön találtunk, elsősorban az icterusos esetekben. Egyetlen egy acut haemolysises esetünket kivéve a vérképben sem anaemiát, sem leukocytosist nem észleltünk. A *vérsejtsüllyedés* legtöbbször kissé gyorsult volt. Egyetlen, már előbb kezelt betegünket kivéve, valamennyi *vérkenetében* fellelhetők voltak a Pl. falciparum jellegzetes gyűrűi.

Kezelésre minden esetben a Nivaquine-t adtuk az Egészségügyi Világszervezet javaslata szerint (9, 10), vagyis első adagként 600 mg-ot, ezután hat óra múlva 300 mg-ot, majd két napon át naponta egyszer 300 mg-ot. Súlyos betegeinknek — rossz általános állapot, icterus, hányás, erős parazitaemia esetén — az első adagokat i.v. vagy i.m. adtuk be a Delagil nevű magyar chloroquine készítményből. A szer hatását a lázra az 1. ábra mutatja. A lázgörbéket úgy rajzoltuk egymás alá, hogy a gyógyszeres kezelés napjai egymás alá essenek. A láz a gyógyszerelés után 24 vagy legkésőbb 48 óra múlva megszűnt.

Relapsust egy betegen láttunk 10 nap múlva. Újabb i.m. Delagil—Nivaquine kúrára a láz megszűnt. Még két esetben ismételtük meg az oralis Nivaquine kúrát, mert a betegek vérében a vizsgá-

lat az első kezelés után parazitát talált. A Nivaquine kúra után 3 napon át *plasmochint* adagoltunk.

Szövődményt két esetben észleltünk.

Az egyik eset L. P., 26 éves vietnami férfibetegünk volt, évekkel előbb már átesett malárián. Átvételekor 3 napja lázas, láza 39° C, bágyadt, subicterusos, mája, lépe nem duzzadt. Felvétele után láza intermittáló, icterusa fokozódik, szérumbilirubinja négy nap alatt 1,7 mg%-ról 17 mg%-ra nő, lépe, mája megduzzad. Bennfekvése 3. napján tisztázódik a malaria diagnosisa, ekkor i.v. Delagil és oralis Nivaquine kúrát végzünk. Ennek hatására láza 24 óra alatt megszűnik, de továbbra is elesett, hány, nem táplálható, icterusa alig csökken. A kórházi tartózkodás hetedik napján vizelete megfogy: 2200 ml i.v. folyadékbevitel mellett 200—400 ml-t ürít. A vizeletben fehérjenyomokat, üledékében néhány vörösvértestet és fehérvérsejtet találni.

A vérben megszaporodik a maradéknitrogén, az oliguria negyedik napján 262 mg%-ra. A szérumban a Na: 131, a K: 4,75, a Cl: 91, a standard bicarbonat: 17,75 maeq/l: a kép oliguriás tubularis nephropathiára vallott. A maradéknitrogén növekedése miatt a beteget átvette az Urológiai Klinika művese osztálya s ott két ízben végeztek dialysist. A beteg diuresise megindult, állapota lassan javult. Közben, az első Delagil kúra után 10 nappal, egy lázas relapsus — pozitív vérlelettel — újabb Delagil—Nivaquine kúrára kényszerített, ezután a beteg láztalanná és tartósan negatívvá vált.

Betegségének 48. napján visszavettük roborálás végett, nálunk fokozatosan megerősödött és 60 nappal első felvétele után normális leletekkel, tünet nélkül távozott.

A másik szövődmény R. A., 32 éves iraki nőbetegünkön támadt. Felvételekor már 4 napja lázas, láza 39,5° C, bágyadt, rossz közérzetű, subicterusos, lépe három, mája két ujjal meghaladja a bordaívet. Vérképében nincs lényeges eltérés. Se. bi.: 1,4 mg%. Thymol: 8 E. Aranysol: ++. Vérkenetében típusos falciparum gyűrűk. Delagil—Nivaquine kúrára láza két nap alatt megszűnik, általános állapota javul. A Nivaquine kúra után Plasmochint kezdünk adni. Másnap vizelete sötétté válik, mind sápadtabb lesz, szédül, felkeléskor egy ízben collabál. A Plasmochint azonnal elhagyjuk (összesen 2 × 0,01 g-ot kapott). Vizelete sötét vörösesfekete, benne spectroscoposan is haemoglobint lehet kimutatni. Vörösvértest-száma két nap alatt 1 millióra csökken, a vér-haemoglobin pedig 11,4 g%-ra.

Diadreson F aquosumot adtunk i.v. s közben vérmintát küldtünk a Delej utca OVSZ-fiókba, de onnan hosszú keresés után is csak részben compatibilis vért tudtak adni. A szérum Hgb.-szint állandó ellenőrzése mellett transfusiókat adtunk napi 300 ml-nyi vérrel; csak ennyit kívántunk bejuttatni, hogy a heveny anaemia okozta anoxiát enyhítsük. Szerencsére a haemolysis 3—4 nap alatt megszűnt s megindult az erőteljes vörösvértest-képzés; ezt tükrözte az akkor talált 120‰-es reticulocyta érték, s a vörösvértest-számnak a haemolysis kezdetétől számított 6-ik napon 3 600 000-re való növekedése. Felvétele után a 22-ik napon a beteg jó állapotban távozott.

Megbeszélés

A trópusi malária behurcolásának lehetősége tehát valósággá vált. Implantatiója sem teljesen lehetetlen ugyan, de a betegség korai felismerése és kezelése veszélyét minimálisra csökkenti. Nem szabad szem elől téveszteni, hogy a betegséget nemcsak trópusi országok lakói hurcolhatják be, hanem a tőlünk odautazók és onnan az incubatiós időben visszatérők is.

Itt kell hangsúlyozni a gyógyszeres prophylaxis fontosságát. Betegeink ezt elmulasztották.

Velük egyidőben viszont egy magyar csoport is tartózkodott Accrában, s köztük — mert prophylacticumot szedtek — malária nem fordult elő.

A trópusi malária korai felismerése nemcsak a közösség, hanem az egyén szempontjából is nagyfontosságú. Betegeink közül azok voltak súlyosabbak, akik később kezdték a kúrát. S meg kell mondani, hogy veseszövődményes betegünknek, akinek betegsége 6 napig tartott kúra nélkül, voltak olyan napjai, amikor nem sok reményt fűztünk életben maradásához. Szerencsére a legsúlyosabb forma, a cerebralis malária, nem fordult elő eseteink között, ebben ugyanis néhány órás diagnosztikus késedelem is a beteg halálát okozhatja.

Betegeink kórképében a *láz* és a *sárgaság* volt a két uralkodó tünet. A trópusi malária láza voltaképpen tertiana típusú, de rendszerint szabálytalan. Eseteinkben is jellegzetesség nélkül remittált vagy intermittált, és ha volt is egyszer-máskor egy-egy subfebrilitásos nap, a betegek általában minden nap lázasak voltak. Némelyik lázgörbén felismerhető a nyereg alak: a láz a csúcsról lytikusan esik, majd ismét emelkedik. A hidegrázás és az izzadás nem szokott olyan heves lenni, mint Pl. vivax-maláriában.

A sárgaság oka részben a haemolysis, részben a plasmodium májbeli fejlődésétől megzavart májműködés, amit nemcsak a betegség során talált pozitív kolloid-labilitási próbák, hanem maláriás betegek autopsiás és biopsiás szövettani vizsgálatai is bizonyítanak (11, 12). Eseteinkben a sárgaság és a májlaesio a meglehetősen eltérő irodalmi adatokhoz (13, 14, 15, 16) viszonyítva feltűnő gyakorisággal jelentkezett, hiszen 12 betegünk közül 10-ben találtunk emelkedett serum bilirubin szintet és ötben pozitív kolloid-labilitási próbákat. Bizonyos összefüggést lehetett találni a lázas periódus tartama és a sárgaság jelentkezése, illetve erőssége között. Így az öt erősebben icterusos betegünk általában 7,4 napig, öt subicterusos betegünk átlagban 5,4 napig, míg két anictericus betegünk átlagban 4 napig volt lázas.

Az icterus jelentkezése láz mellett az orvos figyelmét trópusi anamnesis ismeretében is a maláriáról elsősorban sárgalázra, leptospirosisra, febris recurrensre, amoebás hepatitisre, ill. májtályogra terelheti. Eseteinkben is először a sárgaláz lehetősége vetődött fel, *Panthier* és *Hannoun* (17) közleménye alapján azonban úgy látszik, ez a tévedés másutt sem ritka. Nem kívánunk az elkülönítő kórisme kérdéseivel részletesen foglalkozni, csupán azt szeretnénk kiemelni, milyen jelekből és tünetekből kell okvetlen maláriára gondolni. Mindenekelőtt az *anamnesis*ből. Azokban az országokban, amelyek volt vagy meglevő gyarmataik révén szorosabb kapcsolatban vannak a trópusokkal, alapvető szabály: *trópusról jött beteg esetében, bármilyen rövid időt töltött is ott, bárminők is a tünetei, bármilyen típusú is a láza, elsősorban maláriára kell gondolni és el kell végezni a vér parazitológiai vizsgálatát* (18). Kivételt képeznek e szabály alól a trópusok állandó lakói, akik a gyakori reinfectiók miatt immunitásra tesznek szert.

A megfelelő időben — a lázroham alatt —, megfelelő technikával és hozzáértéssel végzett parazitológiai vizsgálat a legmegbízhatóbb diagnosztikus módszer. Ezt példázzák eseteink is: egyetlen egy, már előbb kezelt beteg kivételével valamennyiben ki lehetett mutatni a kórokozót. Rá kell azonban mutatnunk, hogy annak figyelmét, aki egy egyszerű vérkenet haematológiai vizsgálatát végzi — ha nem gondol rá (és nálunk miért gondolna?) — könnyen elkerülhetik a finom halványkék gyűrűk, még akkor is, amikor mint egyik másik esetünkben, a vörösvértestek 5—10%-a parazitát tartalmazott.

A *lépnagyobbodás* nem állandó tünet, legalábbis a kezdeti szakban nem az; eseteink is ezt tanúsítják. Ugyanez áll a *májduzzanatra* is. A spleno- és hepatomegalia tehát értékes diagnosztikus jel, ha megvan, de hiányuk nem szól trópusi malária ellen. Fontos és értékes jel viszont az *antimaláriás terápia hatásossága*. Nivaquine-ra eseteinkben 48 órán belül megszűnt a láz.

A trópusi malária sokféle *szövődménye* közül szerencsére csak kettőt láttunk, de mindkettő kis híján a beteg életébe került.

Veseszövődmény leggyakrabban a Pl. malariae okozta negyednapos lázban támad és elsősorban nephrosis képét ölti (19, 20, 21, 22, 23). A súlyos Pl. falciparum fertőzésekben kialakuló oliguria, ill. anuria — akár feketevizeléses láz kapcsán, akár anélkül jelentkezik — tubularis necrosis következménye, erre utalnak *Maegraith* és *Findlay* (24), valamint *Jackson* (25) autopsiás és biopsiás vizsgálatai. A tubularis laesio képe nem különbözik az egyéb noxák által kiváltottakétól. Okául a hajszálerekben szaporodó paraziták hatására létrejövő vérkeringési zavart tartják, így magyarázható egyéb szervek működési zavara is, pl. a cerebralis alakban.

Sajátságos, hogy esetünkben a tubularis insufficientia képe a kúra befejezése és a láztalanodás után következett be. Ezt vagy azzal magyarázhatjuk, hogy a veseelváltozások már a kúra előtt kialakulóban voltak, vagy pedig azzal — s erre utal a későbbi recidiva —, hogy a terápiától elpusztultak ugyan a vérben keringő formák, de a szövetekben élők elpusztítására a kúra elégtelen volt. Az elváltozások — megfelelő időben megkezdett kemoterápia esetében — reversibilisek, így a művese kezelés, mint esetünk is példázza, életmentő lehet (25, 26).

A másik szövődményben a *feketevizeléses láz* tüneteit láttuk. A malária kapcsán létrejövő brutális haemolysis pathomechanismusa még ma sem teljesen tisztázott. Esetünkben a haemolysis plasmochin adás után kezdődött. A 8-aminokinolin vegyületek okozta intravasalis haemolysisek képe már 40 éve ismert (27). *Carson* (28) 1956-ban fedezte fel, hogy a plasmochinra érzékeny vörösvértestek glukóz-6-foszfátdehidrogenáz tartalma csökkent. Ez a genetikusan determinált enzimhiány különösen maláriával sújtott területeken (29, 30, 31, 32, 33) igen elterjedt. Feltehető, hogy iraki betegünkben is ilyen defectusról lehetett szó, sajnos közbejött akadályok miatt ilyen irányú vizsgálatát nem tudtuk elvégezni. Az a körülmény, hogy a beteg számára tökéletesen compatibilis vért nem sikerült találni, valószínűsíti, hogy a haemolysisben autoimmunizáció is szerepet játszott.

Végül néhány szót a trópusi malária *terápiájáról*. Bármely schisontocid szer meggyógyítja az acut rohamot, ha kórokozó nem resistens vele szemben. Ma a legtöbb országban (2, 3, 6, 8, 9, 34) a *4-aminokinolinokat* (Chloroquine, Nivaquine, Camoquine) alkalmazzák leginkább: előnyük, hogy minden más szernél gyorsabban hatnak, s trópusi maláriában ez nagyon fontos. Gyorsan szívódnak fel s lassan ürülnek ki, így 3 napos szedésük általában elegendő. Ezért nálunk is célszerű a kezelést velük kezdeni; így választottuk mi is a Nivaquine-t, illetve a magyar Delagil készítményt. Hatását az 1. ábra szemléltette. Toxikus tünetet nem láttunk tőlük, egynémelyik beteg fejfájása, émelygése, hányingere maláriás rohamai közben, nem volt biztonsággal rovására írható. Meg kell említeni azonban, hogy a nagyon súlyos, ún. vészes formákban ma is az i.v. *kininé* a vezetőszerep. Ilyen készítménnyel ma már nem rendelkezünk, szeretnénk erre az illetékesek figyelmét felhívni.

Megjegyezzük, hogy az utóbbi években szaporodnak azok a közlések, amelyek Brazíliából (35, 36), Thaiföldről (37, 38, 39, 40, 41) Malaysiából (42), Kambodzsából (43) és Vietnamból (44) 4-aminokinolin resistens Pl. falciparum törzsekről számolnak be. Mivel ezekben az esetekben a törzsek nem ritkán egyéb szintetikus szerekkel (Mépacrin, Paludrin, Pyrimethamin) szemben is ellenállónak bizonyultak, a Nivaquine kúra kudarca esetén kininnel kell a terápiát folytatni. A kininterápia minden ilyen esetben hatásosnak bizonyult.

Bár malaria tropicában a szöveti alakok 1—2 hónap alatt elpusztulnak és így malériamentes területen az endgoen recidiva ritka, radikális kúra 8-aminokinolinokkal (Plasmochin, Primaquine) fontos a fertőzőképesség megszüntetése (gametocid hatás) végett és azért is, mert kettős fertőzés sem zárható ki. Előírás szerint e szerek valamelyikét 14 napon át kell adagolni, eseteinkben — egyik betegünkben fellépett haemolyticus szövődmény miatt — 3 nap múlva abbahagytuk. A 8-aminokinolin adagolás esetében számolni kell a haemolysis veszélyével és különösen, ha a beteg olyan országból származik, ahol a glukóz-6-foszfátdehidrogenáz-hiány gyakori. Ilyen esetekben célszerűnek látszana a kezelés előtt a *Beutler* (45) által ajánlott in vitro próba elvégzése a vörösvértestek érzékenységének megállapítására.

Összefoglalás. A szerzők a budapesti László Kórházban kezelt 12 trópusi malária esetükről számolnak be. Betegeik közül 11 betegségét Accrában, 1 valószínűleg Kubában acquirálta. Malária-prophylacticumot egyikük sem szedett. Leggyakoribb tünet a láz és a sárgaság volt. A vérkenet parazitológiai vizsgálata — egy már előzetesen kezelt beteg kivételével — minden esetben kimutatta a kórokozót. Két szövődményes esetet észleltek: egy tubularis veseelégtelenséget, amelyben a beteg életben tartása csak művese segítségével volt lehetséges; valamint egy plasmochin-terápia alatt jelentkezett he-

veny haemolysist. Az acut roham terápiájaként a Nivaquine-t, ill. a magyar Delagilt alkalmazták, minden esetben kiváló eredménnyel. Megbeszélik eseteik kapcsán felmerült diagnosztikai és terápiás problémákat.

Köszönettel tartozunk az Országos Közegészségügyi Intézet Parazitológiai Osztályának a diagnosztikus vizsgálatokért; a Budapesti Orvostudományi Egyetem Urológiai Klinika Művese Osztályának betegünk szíves átvételéért és kezeléséért, valamint az Országos Vérellátó Szolgálat Delej utcai Alközpontjának a compatibilis vér keresésében nyújtott gyors és odaadó segítségükért. Külön szeretnénk kiemelni Futó Margit laboratóriumi asszisztensnőnket, aki elsőnek találta meg a kórokozót egyik betegünk vérében.

IRODALOM: 1. *Zoltai N.:* Az Országos Közegészségügyi Intézet szerepe a magyarországi humán parazitózisok elleni küzdelemben, különös tekintettel a felszabadulás óta eltelt időre. Előadás az OKI 1965 novemberi Jubileumi Tudományos Konferenciáján. — 2. *Lőrincz F.:* A maláriáról. MOKT. 1939. — 3. *Nauck, E. G.:* Lehrbuch der Tropenkrankheiten. G. Thieme. Leipzig. — 4. *Manson—Bahr, P.:* Tropical diseases. 15th Edition. Cassel. London. — 5. *Adams, A. R. D., Maegraith, B. G.:* Clinical Tropical Diseases. 3d Edition. Backwell Scientific Publication. Oxford. — 6. *Russel, P. F., West, L. S., Manwell, R. D., MacDonald, G.:* Practical Malariology. Oxford University Press. 1963. London. — 7. *Blanc, F.:* Maroc. Méd. 1956, *35*, 1. — 8. *Blanc, F., Nosny, Y.:* Arch. Méd. Gén. Trop. (Marseille) 1963, *40*, 259. — 9. Chemotherapy of Malaria. Report of a Technical Meeting. Wld. Hlth. Org. Techn. Rep. Ser. 1961, *226*. — 10. *Cowell, G., Coatney, G. R., Field, J. W., Singh, J.:* La chimiotherapie du paludisme. OMS. Palais des Nations. Geneve. 1965. — 11. *MacMahon, A. E., Kelsey, J. E., Derauf, D. E.:* Arch. int. med. 1954, *93*, 379. — 12. *Corcoran, T. E., Hegström, G. J., Zoeckler, S. J., Keil, P. G.:* Gastroenterology. 1953, *24*, 53. — 13. *Laufer, W. E.:* Brit. Med. J. 1952, *2*, 1281. — 14. *Carter, A. B., MacLagan:* Brit. M. J. 1946, *2*, 80. — 15. *Kern, Norris:* cit. Manson—Bahr, P.: Tropical Diseases 15th Edition. Cassel. London. — 16. *Read, H. S., Caplan, L. I., Becker, F. T., Boyd, M. F.:* Ann. int. med. 1946, *24*, 444. — 17. *Panthier, R., Hannoun, C.:* Bull. Soc. Med. Hôp. Paris. 1961, *77*, 910. — 18. *Nyerges G.:* Orv. Hetil. 1965, *106*, 2405. — 19. *Gilles, H. M., Hendricke, R. G.:* Lancet. 1960, 1128. — 20. *Carter, A. B.:* Lancet. 1960, 1128. — 21. *Keitel, H. G., Goodman, H. C., Havel, R. J., Gordon, R. S., Baxter, J. H.:* JAMA. 1956, *161*, 520. — 22. *Sénécal, J.:* Bull. Soc. Med. Afr. noire de la Langue Française. 1959, *4*, 406. — 23. *Giglioli, G.:* Ann. Trop. Med. Parasit. 1962, *56*, 101. — 24. *Maegraith, B. G., Findlay, G. .M:* Lancet. 1944. 403. — 25. *Jackson, R. C., Woodruff, A. W.:* Brit. Med. J. 1963, *2*, 1367. — 26. *Delon, S., Fulgrand, G., Serfaty, D.:* Maroc. Méd. 1962, *41*, 1175. — 27. *Beutler, E.:* Blood. 1959, *14*, 103. — 28. *Carson, B.:* Science. 1956, *124*, 484. — 29. *Allison, A. G.:* Nature. 1960, *186*, 531. — 30. *Allison, A. C.:* Nature. 1963, *197*, 609. — 31. *Allison, A. C.:* Brit. Med. J. 1961, *1*, 1346. — 32. *Kruatrache, M., Charoeularp, P., Harimashuta, Ch.:* Lancet. 1962, *2*, 1183. — 33. *Stomatoyannopoulos, G., Fessas, Ph.:* Brit. Med. J. 1964, 667. — 34. *Schneider, M. J., Darbon, A., Hamburger, J., Peguinot, H.:* La Presse Méd. 1964, *72*, 1073. — 35. *Box, E. D., Box, Q. T., Young, M. D.:* Am. Trop. Med. Hyg. 1963, *12*, 300. — 36. *Rodrigues da Silva, J., Almeida Lopes, P. F., Fernando Ferreira, L., Morteo, R., Bacchi Naveira, J.:* Hosp. (Rio) 1961, *60*, 581. — 37. *Zuidema, P. J.:* Ned. T. Geneesk. 1964, *108*, 109. — 38. *Young, M. D., Contactos, P. G., Sticher, J. E., Millar, J. W.:* Am. J. Trop. Med. Hyg. 1963, *12*, 305. — 39. *Sandhinand, V., Pinswasdi, K., Neely, J. M.:* Am. J. Trop. Med. Hyg. 1965, *13*, 354. — 40. *Harinasuta, T., Suntharasamai, P., Viravan, C.:* Lancet. 1965, *2*, 657. — 41. *Powell, R. D., Brewer, G. J., Alving, A. S., Millar, J. W.:* Bull. Wld. Hlth. Org. 1964, *30*, 29. — 42. *Eyles, D. E., Montgomery, R.:* Med. J. Malaya. 1964, *18*, 172. — 43. *Eyles, D. E., Hoo, C. C., Warren, M., Sandosham, A. A.:* Am. J. Trop. Med. Hyg. 1963, *12*, 840. — 44. *Powell, R. D., Brewer, G. J., Degouru, R. L., Alving, A. S.:* Bull. Wld. Hlth. Org. 1964, *31*, 379. — 45. *Beutler, E.:* J. Lab. Clin. Med. 1955, *45*, 40.

ISOLANID inj., tbl., kúp, csepp

Orálisan és parenterálisan alkalmazható digitalis készítmények a cardialus decompensatio helyreállítására és kezelésére.

ÖSSZETÉTEL: 1 amp. (2 ml) 0,4 mg desacetyl-lanatosid. C-t,
1 tbl. 0,25 mg lanatosid. C-t,
1 üveg sol. (10 ill. 100 ml) 10 mg, illetőleg 100 mg lanatosid. C-t (1 ml — 40 csepp = 1 mg hatóanyag),
1 kúp 1 mg lanatosid. C-t tartalmaz.

GYÁRTJA:
KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Orvostovábbképző Intézet (igazgató: Kádár Tibor dr.) Laboratóriumi Vizsgálatok Tanszéke (Putnoky Gyula dr.) és Kórbonctani és Kórszövettani Tanszék (Lapis Károly dr.)

Subcellularis szervantigenekkel reagáló humoralis ellenanyagok kóroki szerepének vizsgálata passziv immunizálási kísérletben

Dóbiás György dr. és Balázs Márta dr.

Az utolsó évtizedben számos kutató foglalkozott azon kérdés vizsgálatával: okozhatnak-e a különböző szövetekkel reagáló antitestek pathologiás elváltozásokat vagy sem? A klinikai megfigyelések egy része amellett szól, hogy bizonyos progressiv idült betegségekben — így elsősorban lupoid hepatitisben, biliáris cirrhosisban, egyes nephropathiáknál, Hashimoto-thyreoiditisben stb. — a betegség létrejöttéért vagy progressiójáért autoimmun mechanismusok lehetnek felelősek. Más esetekben a serumból kimutatható szövetellenes antitestek látszólag semmi befolyást nem gyakorolnak a kórkép alakulására — így colitis ulcerosában, endocarditis rheumaticában, acut hepatitisek nagy részében, lupus erythematodes disseminatusban stb. Nem vezettek egyöntetű eredményekre a probléma megoldását célzó modellkísérletek sem; ezek értékelését a megfelelő kontrollok hiánya több esetben megnehezítette.

A szövetekkel reagáló AT-ek tulajdonságainak és klinikai jelentőségének tanulmányozására patkányokból származó subcellularis antigenekkel immunizáltunk nyulakat, majd a nyert immunsavókkal kezeltünk patkányokat. A nyúl-immunsavók serológiai, valamint a nyulak kórélettani, kóroktani és szövettani vizsgálatának eredményét más helyen részletesen ismertettük (6); jelen közleményünkben a patkányok passziv immunizálása során nyert megfigyeléseinkről számolunk be.

Vizsgálati anyagok és módszerek

Antigenek. 120—150 g súlyú albino patkányok máját és veséjét 0,25 M-os saccharose oldatban Potter—Elvehjem-homogenizátorban homogenizáltuk, 700 g-vel 10 percig centrifugáltuk, az üledéket (magfractio) eltávolítottuk. A felülúszót 8000 g-vel 10 percig centrifugáltuk, az üledéket a serum fehérjék eltávolítására 1%-os NaCl oldattal háromszor mostuk; az utolsó mosás után nyert üledéket neveztük mitochondrium fractiónak. A szervfractiók készítését + 4° C-on végeztük.

Nyulak activ immunizálása. A patkány máj és vese mitochondriumfractiót incomplet Freund-adjuvanssal egyenlő arányban kevertük s csoportonként 5—5 nyulat oltottunk 3 hetes időközben 4 alkalommal. A keverékben a bevitt fehérje mennyisége 70—100 mg volt oltásonként és nyulanként. Az elvéreztetés és a boncolás 2 héttel az utolsó oltás után történt. Az első oltástól az elvéreztetésig 77 nap telt el.

Patkányok passziv immunizálása. Patkány máj és vese mitochondrium-ellenes immunserumokkal, valamint immunizálatlan nyulak savójával csoportonként 5—5, 150—170 g súlyú hím albino patkányt oltottunk 3—4 naponként 14 alkalommal. Az utolsó oltás után 21 nappal az állatokat decapitálással elvéreztettük. Az első oltástól az elvéreztetésig 70 nap telt el. Az egyes csoportok a következő immun, ill. normál serumokat kapták:

I. *Patkány máj mitochondrium fractióval oltott nyulak serumának egyenlő arányú keveréke* (összfehérje tartalom: 55 mg/ml)

a) Beadott savómennyiség oltásonként 0,2 ml (összesen 2,8 ml), oltás módja iv.

b) Beadott savómennyiség oltásonként 0,02 ml (összesen 0,28 ml), oltás módja iv.

c) Beadott savómennyiség oltásonként 0,1 ml (összesen 1,4 ml), oltás módja sc.

II. *Patkány vese mitochondrium fractióval oltott nyulak serumának egyenlő arányú keveréke* (összfehérje tartalom: 49 mg/ml).

a) Beadott savómennyiség oltásonként 0,20 ml (összesen 2,8 ml), oltás módja iv.

b) Beadott savómennyiség oltásonként 0,02 ml (összesen 0,28 ml), oltás módja iv.

III. *Normál (immunizálatlan) nyulak serumának egyenlő arányú keveréke* (összfehérje tartalom: 52 mg/ml).

a) Beadott savómennyiség oltásonként 0,20 ml (összesen 2,8 ml), oltás módja iv.

b) Beadott savómennyiség oltásonként 0,02 ml (összesen 0,28 ml), oltás módja iv.

c) Beadott savómennyiség oltásonként 0,10 ml (összesen 1,40 ml), oltás módja sc.

Az oltások után az állatokon anaphylaxiás shockot vagy egyéb, túlérzékenységi reakcióra utaló tünetet nem észleltünk. A patkányoknál közvetlenül leölésük előtt meghatároztuk a bromsulpholein retentiót, a 24 órán át gyűjtött vizelet fehérje tartalmát, a serum összfehérje mennyiségét és a thymol turbiditást.

Bromsulpholein retentio (BSR). A próba érzékenyebbé tételére az állatoknak 0,1 ml/100 g Bromthaleint (Merck) adtunk iv.; a meghatározáshoz a befecskendezés után 30 perc múlva vettünk vért.

Vizeletfehérje meghatározás. A patkányok vizeletét 24 órán át gyűjtöttük. A párolgás megakadályozására a vizeletekre paraffint rétegeztünk. A szűrt vizeletek aliquot mennyiségéből a fehérjét 5%-os trichloracetattal kicsaptuk, a zavarosságot fotométerrel mértük, s a fehérjetartalmat a nyert extinctiókból standard görbe segítségével számítottuk ki.

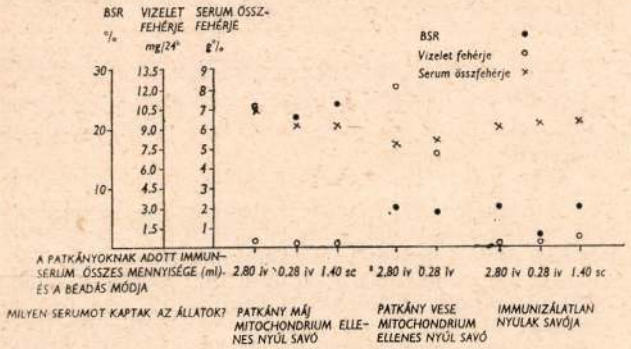
A serum összfehérjét biuret próbával, a thymol turbiditást McLagan szerint határoztuk meg.

Eredmények

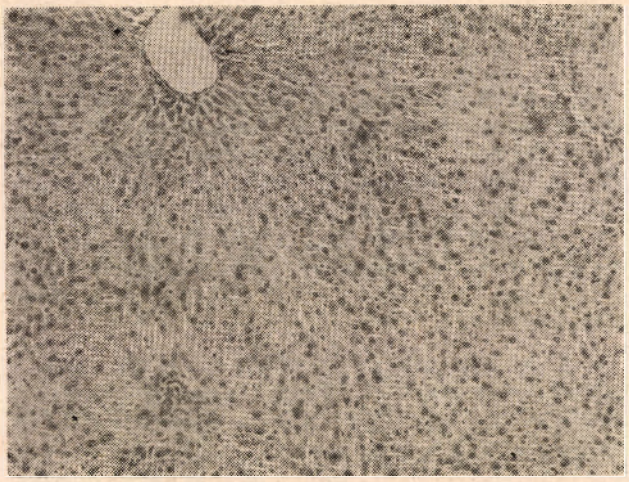
A BSR, a vizelettel 24 óra alatt ürített fehérjemennyiség és a serum össz-fehérjemennyiség csoportonkénti átlagértékét az 1. ábrán tüntettük fel. A BSR csoportonkénti átlaga a patkány máj-mitochondrium-ellenes nyúl-immunserummal kezelt patkányoknál volt a legmagasabb, míg a legtöbb fehérjét a patkány vese-mitochondrium ellenes nyúlsavóval oltott patkányok ürítették a vizeletben. Az utóbbi csoport állatainak serum összfehérje tartalma kb. 1—1,5 g%-kal volt alacsonyabb a többi csoportban talált átlagértékeknél. A thymol turbiditási

próba minden esetben negatív volt. Az állatok szervein makroszkóposan nem észleltünk kóros jelenségeket; a szervek testsúlyszázalékban kifejezett súlya nem mutatott lényeges eltérést a normál átlagtól.

*Szövettani vizsgálat*tal a következő elváltozásokat figyeltük meg: az immunizálatlan nyulak savójával oltott (kontroll) patkányok májában különböző súlyosságú hydropicus és szemcsés degeneratiót észleltünk,



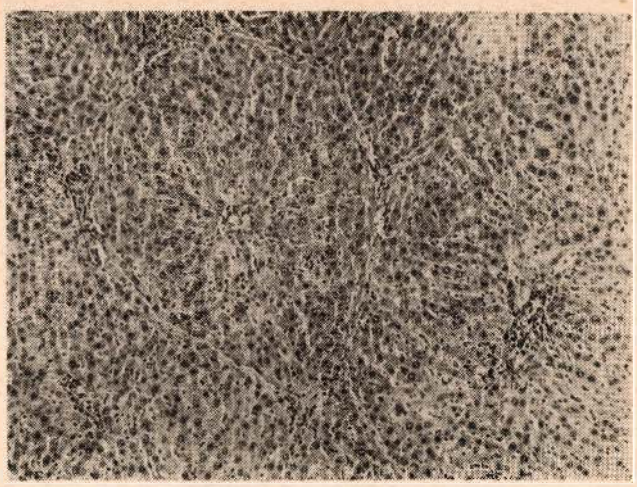
1. ábra. A bromsulphalein retentio, a vizelet és serum összfehérje átlagértékei az egyes csoportokban.



2. ábra. Immunizálatlan nyulak serumával oltott patkányok mája (kontroll csoport, III/a) H.E. festés, 80 ×

főleg centrolobularisan, mely egy-egy esetben csaknem a necrosisig terjedt. A májsejtekben általában fokozott regeneratióra utaló jelek látszottak (polymorphia a sejtmagokban, kétmagvú sejtek, nagy Kuppfer-sejt activitás) (2. ábra). Az epeutak körül csaknem minden esetben különböző mértékű gyulladásos beszűrődés alakult ki, de a pericholangitist csak a III/a csoport egy állatánál kísérte igen kisfokú septumképződésre utaló tendentia. A vesékben a III/a csoportban a tubulusok hámjának kisfokú duzzadását egy esetben a Bowman-tokon belül folyadék felszaporodását tapasztaltuk; ebben az esetben a glomerulusok hámja sejtdúsabb volt; a III/b csoportban a vesékben kóros elváltozásokat nem észleltünk. A tüdő szövettani képében csaknem minden esetben kifejezett peribronchialis infiltratiót találtunk, melyet főleg lymphocyták és plasmasejtek alkottak.

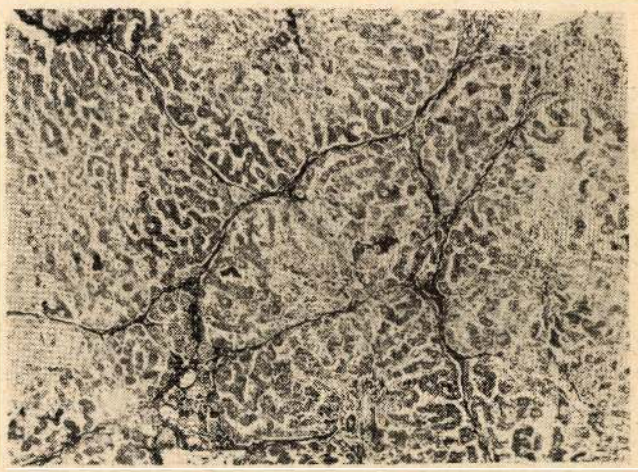
A patkány máj mitochondrium-ellenes nyúlimmunserummal oltott patkányok májában az I/a csoport kivételével ugyanazokat az elváltozásokat észleltük, mint amelyeket a kontroll — III/a—c —



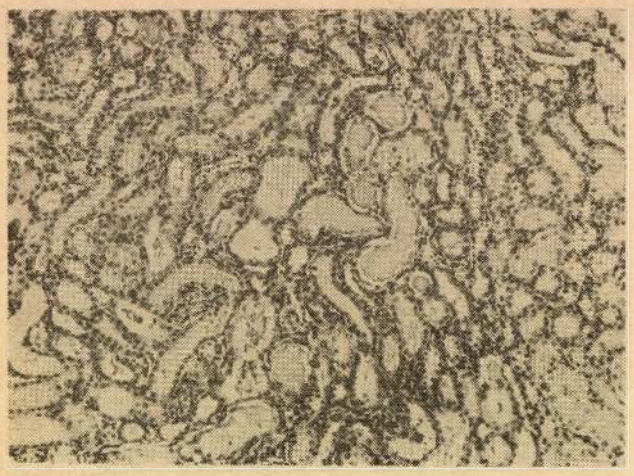
3. ábra. Perilobularis fibrosis a májban (I/a csoport) H.E. festés, 120 ×

csoport állatainál leírtunk. Az I/a csoportban a felsoroltakon kívül 5 közül 4 állat májában a lebenykék között különböző súlyosságú perilobularis fibrosist és septumképződést észleltünk (3. ábra); egy állat májában súlyos cirrhosis alakult ki állebenyképződéssel (4. ábra). A septumok körül a parenchymában „peacemeal" necrosist találtunk, elsősorban a gyulladásos sejtekkel infiltrált területek szomszédságában (peacemeal necrosist csak az I/a csoportban láttunk néhány állatnál). Az I-es csoportban az állatok veséjének és tüdejének szövettani képe nem különbözött a kontrollokétól.

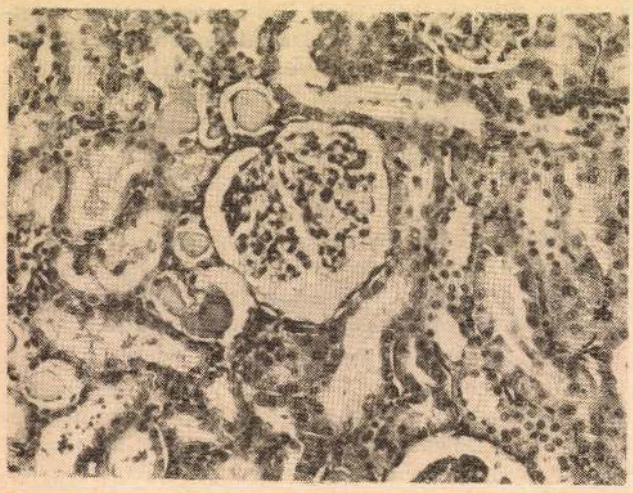
A patkány vese-mitochondrium ellenes nyúlimmunserumokkal kezelt patkányok veséjében a II/a csoportban a glomerulusok sejtjeinek proliferatióját, a Bowman-tokon belül folyadék felszaporodást, a tubulusok hámjának hydropicus degeneratióját és desquamalódását észleltük; a tubulusok lumenében fehérje tartalmú cylindereket láttunk (5. és 6. ábra). A II/b csoportban a vesék ezen elváltozásai kevésbé kifejezettek voltak. A II-es csoportban a májak és tüdők szövettani képe nem különbözött a kontroll csoportban leírtaktól.



4. ábra A máj complet cirrhosisos átalakulása (I/a csoport). Mallory festés, 80 ×



5. ábra. A tubulushám súlyos hydropicus degeneratiója, fehérjetartalmú cylinderek a tubulusok lumenében (II/a csoport) H.E. festés, 80×



6. ábra. Folyadékfelszaporodás a Bowman-tokon belül, a tubulushám degeneratiója, eosinophil festődésű cylinderek a tubulusok lumenében (II/a csoport). H.E. festés 120×

Megbeszélés

A szövetekkel reagáló humoralis antitestek pathológiai szerepéről megoszlanak a vélemények. *Wiedermann és mtsai* (18) úgy vélik, hogy a humoralis autoantitestek szövetkárosító képességekkel nem rendelkeznek. Velük ellentétben több szerzőnek sikerült homolog és heterolog máj és vese antigenekkel történő activ, passiv, valamint kombinált activ-passiv immunizálással kóros elváltozásokat előidézni a kezelt állatok májában (1, 5, 11, 15, 17) és veséjében (2, 10, 12, 13).

A szövetantigenekkel reagáló humoralis antitestek sejtkárosító szerepét in vitro kísérletekkel is sikerült igazolni. Tumorsejtek membranjával reagáló ellenanyagok complement jelenlétében a sejthártya destructióját okozták (9). Szövetkultúrákban specificus autoantitestek a pajzsmirigysejtek lysisét idézték elő (8). Mitochondrium és mikrosoma ellenes antitestek az említett sejtorganellumok enzymeinek activitását csökkentették (3, 4, 19), ill. gátolták a mitochondriumok Warburg-készülékben mért O_2-fogyasztását (16). A sejtek lysosomáival reagáló ellenanyagok hatására a lysosomákból sejtoldó hydrolasek szabadulhatnak ki (7) stb.

Vizsgálataink során a patkányszerv-ellenes nyúl-immunserumokkal kezelt patkányok szerveiben nem nagyfokú, de a kontrollcsoporttól jól elkülöníthető elváltozások alakultak ki. Az észlelt jelenségekért nagy valószínűséggel a nyúl-immunsavók patkányszervvel reagáló humoralis antitestjei tehetők felelőssé. Megállapításunkat a következők támogatják:

1. A patkányok azon szerveiben keletkeztek a kontrolltól különböző kóros (functionalis és histologiai) elváltozások, mely szervek ellen a nyúl-immunserum irányult.

A patkány máj mitochondrium fractióval immunizált nyulak savójának hatására a BSR a II. és III. csoportban észlelt értéknél magasabbnak bizonyult.

Az I/a csoportban 5 közül 4 állat májában különböző súlyosságú perilobularis fibrosis, ill. egy esetben cirrhosis alakult ki. A patkány vese-mitochondrium fractio ellenes nyúlsavóval kezelt patkányoknál a vizelettel 24 óra alatt ürített fehérje mennyisége az I. és III. csoportban talált értékeket jelentősen meghaladta. A tubulushámban hydropicus degeneratiót és a hám desquamatióját észleltük, a tubulusok lumenében eosinophil festődésű cylinderek látszottak, egyes esetekben a glomerulusok sejtes proliferatiója jött létre.

2. Az immunizálatlan nyulak serumával kezelt kontrollcsoportban a functionalis próbák pozitivitásának mértéke, ill. a histologiai elváltozások jellege és kiterjedése különbözött az immunsavókkal kezelt állatok májában (I/a csoport) és veséjében (II/a—b csoport) kialakult elváltozásoktól. A kontrollcsoportban észlelt kóros jelenségek valószínűleg a fajidegen serummal történő oltások hatására keletkeztek.

3. Az immunserumokkal kezelt patkányoknál a pathologiás jelenségek nagysága arányosnak látszott az állatoknak adott immunserum mennyiségével, és függött az injiciálás módjától. Perilobularis fibrosist és cirrhosist csak azoknál az állatoknál láttunk, melyek összmennyiségben 2,8 ml máj mitochondrium-ellenes immunsavót kaptak iv.

Ha ennek a mennyiségnek $^1/_{10}$-ét adtuk, vagy a savót sc. oltással juttattuk az állatok szervezetébe, hasonló elváltozást nem sikerült létrehozni. Összmennyiségben 2,8 ml vese-mitochondrium ellenes immunsavó beadása után a vizelettel ürült fehérje átlagos mennyisége 24 óra alatt 12 mg, míg összmennyiségben 0,28 ml vese-mitochondrium ellenes immunsavó beadása után csak 6 mg volt. Az utóbbi csoportban kevésbé kifejezettek voltak a vesékben kimutatható szövettani elváltozások is.

Warnatz és mtsai (17) beszámolnak arról, hogy májellenes immunserummal nem tudtak olyan elváltozásokat előidézni a kezelt állatokban, mint amilyeneket a donor állatoknál megfigyeltek, azonban az általuk beadott összes savómennyiség testsúlykilogrammra számolva kb. fele volt az általunk adott savómennyiségnek s a megfigyelési idő is csak 21 napig tartott. Lehetséges, hogy olyan esetekben,

amikor az egyes szerzőknek nem sikerült passiv immunizálással a recipiens állatokban pathologiás jelenségeket előidézni, a sikertelenség oka az volt, hogy a beadott immunserum mennyisége, az injiciálás módja vagy az immunizálás ideje nem volt megfelelő.

4. A passive immunizált patkányok szerveiben észlelt kóros jelenségek lényegében hasonlítottak azokhoz a szövettani elváltozásokhoz, melyeket a donor — patkányszerv-antigennel immunizált — nyulak megfelelő szerveiben kialakultak, bár a donor és a recipiens állatok reakciója nem volt minden tekintetben azonos.

A patkány máj-mitochondrium fractióval kezelt nyulak májában a kis epeutak proliferatiója és gyulladása volt feltűnő, melyhez a lebenykék határán finom septumok alakjában húzódó fibrosis társult; a máj mitochondrium-ellenes nyúlserummal kezelt patkányok májában (I/a csoport) ugyancsak a fibrosis és septumképződés dominált. A patkány vese mitochondrium fractióval oltott nyulak veséjében a glomerulusok sejtes állományának proliferatióját és a tubulushám hydropicus degeneratióját figyeltük meg — hasonló elváltozások alakultak ki a vese-mitochondrium ellenes nyúlserummal kezelt patkányok veséjében is.

A patkány máj antigenekkel oltott nyulak seruma patkány és nyúl máj antigenekkel serológiai keresztreakciót adott, feltehetőleg azért, mert a két szervben közös antigendeterminánsok is előfordultak; a patkány máj antigenekkel oltott nyulaknál nemcsak a májban, hanem a vesében is észleltünk szövettani elváltozásokat, ugyanígy a patkányvese antigenekkel oltott nyulaknál, ahol nemcsak a vesékben, hanem a májakban is kifejlődtek kóros jelenségek. Fehérjevizelést a patkány vese-mitochondrium fractióval oltott nyulaknál nem észleltünk. A máj ellenes nyúl-immunserummal kezelt patkányokban ezzel szemben *csak a májban*, a vese ellenes nyúl-immunserummal kezelt patkányokban *csak a vesében* jöttek létre a kontrolltól eltérő kóros elváltozások, az utóbbi csoportban jelentős fehérjevizelést is megfigyeltünk. A patkányszerv-antigenekkel active immunizált nyulak és a nyúl-immunserumokkal kezelt patkányoknál nyert eltérésnek okát ma még nem ismerjük.

Eredményeink alapján feltehető, hogy bizonyos esetekben a cellularis antitestek, ill. késői typusú túlérzékenységi reakció mellett a különböző szervantigénekkel reagáló humoralis ellenanyagok is okozhatnak pathológiás elváltozásokat az egyes szervekben. Valószínű, hogy a kóros jelenségek kialakulását az ellenanyagok titere, azok persistentiája, ill. az immunizálás módja nagymértékben befolyásolja.

(Az ismertetett vizsgálatokat tájékoztató jellegűnek tekintjük. Végleges következtetéseket csak folyamatban levő, eddigi eredményeink és tapasztalataink felhasználásával végzett kísérletekből kívánunk levonni.)

Összefoglalás. Szerzők patkány máj- és vese-mitochondrium fractióval immunizáltak nyulakat s az immunsavókkal, valamint kezeletlen nyulak serumával oltottak patkányokat. A kontrollcsoporttal összehasonlítva, a máj-ellenes immunserummal kezelt patkányok bromsulphalein retentiója emelkedett értéket mutatott, a májakban különböző súlyosságú perilobularis fibrosis alakult ki, egy esetben a máj architecturájának cirrhosisos átépülését figyelték meg; a vizelettel ürített fehérje mennyisége, ill. a vesék szövettani képe a kontrollcsoportban észleltektől nem különbözött. A vese-ellenes immunserummal kezelt állatoknál a vizelettel 24 óra alatt ürített fehérje mennyisége a kontrollcsoportban észlelt értékeket jelentősen meghaladta, a tubulusok lumenében cylindereket, a hámban hydropicus degeneratiót találtunk, egy-egy esetben a glomerulusokban sejtes proliferatio alakult ki. A bromsulfolein retentio, ill. a májak szövettani képe a kontrollcsoportban észleltektől nem különbözött. A leírt elváltozások mértéke arányosnak látszott a patkányoknak adott immunserum mennyiségével és függött az injiciálás módjától.

IRODALOM: 1. *Behar, A. J., Thal, Ch.:* J. Path. Bact. 1959, *77*, 591. — 2. *Churg, J., Sakaguchi, H.:* Am. J. Path. 1965, *47*, 953. — 3. *Coltori, M., Giusti, G., Malucci, L., Piazza, M.:* Riv. Ist. Sieroter. It. 1960, *35*, 640. — 4. *Davies, J. S., Bollet, A. J.:* J. Clin. Invest. 1962, *41*, 2142. — 5. *Dodd, M. C., Bigley, N. Y., Geyer, W. B., McCoy, F. W., Wilson, H. E.:* Science. 1962, *137*, 688. — 6. *Dóbiás Gy., Balázs M.:* Immunology in press. 1967. — 7. *Dumonde, D. C., Bitensky, L., Cuningham, G. J., Chayen, J.:* Immunology. 1965, *8*, 25. — 8. *Forbes, I. J., Roitt, J. M., Doniach, D., Solomon, I. L.:* J. Clin. Invest. 1962, *41*, 996. — 9. *Goldberg, B.:* III. Int. Symp. of Immunology. Schwabe and Co. Basel. 1963. 300 old. — 10. *Heymann, W., Kmetec, E. P., Wilson, S. G. F., Hunter, J. L., Hackel, D. B., Cuppage, F.:* III. Int. Symp. of Immunpathology. Schwabe and Co. Basel. 1963, 240 old. — 11. *Ishii, K., Yamamoto, S.:* Aktuelle probleme der Hepatologie. Martini G. N. Stuttgart, 1962, 72 old. — 12. *Masugi, M.:* Beitr. Path. Anat. 1934, *92*, 557. — 13. *Pfeiffer, E. F., Ditschuneit, H., Federlin, K., Mosler, R., Ohebschalon, R., Sandritter, W.:* Klin. Wschr. 1960, *38*, 611. — 14. *Pfeiffer, E. F., Sandritter, W., Schöffling, K., Tresser, S., Kraus, E., Merk, W., Herrmann, M.:* Z. ges. exp. Med. 1960, *132*, 436. 453.; *133*, 43. — 15. *Scheiffarth, F., Warnatz, H., Niederer, W.:* Virchow's Arch. Path. Anat. 1965, *339*, 358. — 16. *Szécsey Gy., Dóbiás Gy., Végh M..:* Z. Immun. forsch. In press. 1966, *131*, 390. — 17. *Warnatz, H., Scheiffarth, F., Schwartz, R.:* Virchow's Arch. Path. Anat. 1965, *339*, 364. — 18. *Wiedermann, G., Doerner, M., Miescher, P. A.:* Schweiz. Med. Wschr. 1964, *94*, 257. — 19. *Wust, C. J., Novelli, G. D.:* J. immunol. 1963, *90*, 734.

A GYAKORLAT

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Fül-orr-gége Klinika (igazgató: Alföldy Jenő dr.)

Mulasztások és tévedések a gégerák kórismézésében*

Alföldy Jenő dr. és Czigner Jenő dr.

Hermann és *Shaw* (10, 24) nagy beteganyagon nyert adatai szerint úgy látszik, mintegy 40—70%-ra tehető a látszólag reménytelen rákos betegek aránya. Ha mi segíteni akarunk ezeken a betegeken, akkor egyrészt új utakat kell keresnünk, melyek a rákprobléma megoldását közelebb hozzák, másrészt újra és újra felül kell vizsgálni a jelenlegi adottságainkat.

A gégerák kezelésében — ahogy *Kleinsasser* (14) írja — ma abban a fázisban vagyunk, hogy minden klasszikus lehetőséget a sebészetben és a sugártherapiában úgy látszik kimerítettünk. Bár ezek tökéletesedésével sikerült a gyógyulási számot még valamennyire emelni, mégis ezzel kezd kialakulni egy határ, amit — úgy tűnik — nem fogunk tudni átlépni, ha nem találunk új utakat.

Nekünk klinikusoknak ezen a vonalon — a mai gégerák therapiás lehetőségek mellett ahhoz, hogy a nagy csonkító műtéteket és mindenekelőtt a halálesetek számát csökkentsük — tulajdonképpen az egyetlen járható út a minél korábbi diagnosis és a praecarcinomás állapotok szanálása.

A korai diagnosis felállítása csak akkor lehetséges, ha

1. a beteg, amint az első tüneteket észleli, azonnal felkeresi orvosát és
2. az orvos
   a) a tünetek helyes értékelése alapján gondol a rák lehetőségére és ennek megfelelően jár el, vagy
   b) a vizsgálati leletek alapján a rákot, sőt, még jobb, ha a praecarcinomás állapotot azonnal felismeri.

Sajnos ma a klinikai praxisban az a helyzet, hogy a betegeknek csak egészen kis hányadát képezik azok, akiknél a panaszok még rövid keletűek és a diagnosist korán felállították. A betegek többségében különböző mulasztások és tévedések késleltetik a diagnosist. Nagy része ezeknek a betegeknek — gyakran „orvosi felügyelet" mellett — a gargarizálások, inhalatiók és gyógyszeres kúrák széles skáláját kipróbálta már, mielőtt még egyáltalán gégerákra gondoltak volna.

Közleményünkben igyekszünk képet adni arról, hogy milyen mulasztások és hibák késleltetik a korai diagnosis felállítását, hogy mennyi idő telik el az első tünetek és a diagnosis felállítása között, hogy milyen stádiumban kerülnek jelenleg diagnosisra a gégerákok, azért, hogy ezeknek az adatoknak alapján megkíséreljünk olyan tanulságokat leszűrni, melyek a korai diagnosis felállításában előbbre jutást jelentenek.

Nem kívánunk kitérni a kórismézés már ismert és több szerző által elemzett nehézségeire, mint a scopiás és a biopsiás problémákra, csak utalunk *Denker* (4), *Dworaček* (6), *Günnel* (9), *Link* (15), *Polyánszky* (19), *Réthi* (22) és *Vathy* (25) ezzel kapcsolatos munkásságára, hogy csak egy részét említsük az ismert nagyszámú publikációnak.

Ahhoz, hogy láthassuk, megvalósítható-e a korai diagnosis jelentős megjavítása, elemeznünk kell a probléma eddigi helyzetét a mulasztásokkal és hibákkal együtt.

McKenty (17), az amerikai laryngológia egyik nagymestere mondta 1927-ben: „A gégerák diagnosztizálása még olyan előrehaladott állapotban is, amelyben a betegek többsége operálásra kerül, vagy nagyon nehéz, vagy az orvosok keveset tudnak róla. Sok esetben a beteg a hibás, de sok esetben a betegek hónapokig orvosi felügyelet és kezelés alatt álltak".

Sajnos ezen máig kevés változás történt. A gyógyulások számát 1927 óta a csonkító operációkkal és a specializálódott sugártherapiával tudtuk ugyan emelni, de még mindig megdöbbentően magas a halálesetek száma a gégerákos betegek között is, ahol a rák a relatíve előnyös biológiai tulajdonságainál és helyzeténél fogva az esetek többségében gyógyítható lenne. A betegek nagy részénél a sikertelenség a diagnosis késői felállításának terhére írandó.

Így azok a mulasztások és tévedések, amik a gégerák kórismézésének terén előfordulnak, a betegre nézve gyakran sorsdöntőek:

1. nem teszik lehetővé a kórisme időbeni felállítását,
2. lehetetlenné teszik a partialis gégeresectiókat, vagy a sugártherapia hathatós elvégzését, sőt
3. a beteget nemegyszer incurabilis helyzetbe hozzák.

Mulasztások és tévedések történhetnek:

1. a beteg részéről,
2. a nem gégész szakorvos részéről (körzeti orvos, üzemorvos, háziorvos),
3. a gégész szakorvos részéről,
4. a hibák adódhatnak eü. szervezési hiányosságokból is.

Ezek szem előtt tartásával vizsgáljuk meg, hogy általában *mennyi idő telik el az első tünetek jelentkezésétől a gégerák verificálásáig.* A beteg a szubjektív tünetek alapján fordul orvoshoz. Ebből a szempontból meg kell különböztetnünk a glotticus és az extraglotticus rákokat. A várakozástól eltérően a *hangszalag carcinománál* azt tapasztaljuk,

* Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Társasága 1966. április 23-iki tudományos ülésén elhangzott előadás alapján.

hogy az ezekre jellemző korai rekedtséget a betegek gyakran elbagatellizálják és csak az olyan beteg fordul korán orvoshoz, akinek a rekedtsége hivatását zavarja. Ilyenkor pedig a rekedtség még korai stádium jele. *Más a helyzet a gégebemeneti* és az úgynevezett *gégeszéli carcinomáknál,* vagyis az extraglotticus elhelyezkedésű daganatoknál, melyek relative rövid időt mutatnak az anamnesisben. Ezekben az esetekben az elsődlegesen fellépő symptomák (a nyelési fájdalom, légszomj stb.) előbb viszik a betegeket az orvoshoz.

Kleinsasser (13) 15 év alatt észlelt 410 betegének analizálásakor azt találta, hogy csak 31,5%-ban volt az anamnesis három hónapnál rövidebb idejű, 45%-ban négy hónaptól egy évig és több mint 10%-ban még három évnél is tovább tartott, amíg a therapia megkezdődhetett. *Shaw* (24) 10 éves anyagában 306 betegből 35% jelentkezett 3 hónapon belül, 32% 3—6 között, de több mint 23% 1 éven túl. Hasonló adatokról számol be *Kindler, Baltzell* és *Putney,* valamint *Clara Eberth* is (12, 1, 7).

Ebből a szempontból saját beteganyagunkat 1963. I. 1-től 1966. III. 31-ig eltelt 3 év és 3 hónap alatt észlelt 106 gégerákos beteg képezi.

1. táblázat. Első tünetek és a diagnózis közötti idő

Idő	Rekedtség	Torokfájdalom	Nyelési nehézség	Nyirokcsomó	Összesen
<6 hét	5	1	2	—	8
1½—3 hó	13	7	1	1	22
3—6 hó	33	11	1	2	47
6—12 hó	9	6	—	—	15
1—2 év	8	1	—	—	9
2 év>	5	—	—	—	5
Összesen	73	26	4	3	106

A táblázatból kitűnik, hogy betegeinknek csak mintegy 30%-a került 3 hónapnál rövidebb idő alatt diagnosztizálásra, kb. 47%-a 3—6 hó között és több mint 10%-ban már 1 éven túl álltak fenn a panaszok, ami utóbbi gyakorlatilag minden esetben a rekedtség volt.

Meg kell említenünk, hogy *Kleinsasser*hez (13) hasonlóan mi is azt találtuk, hogy a betegek kikérdezésénél néha feltűnő ellentmondás áll fenn a klinikai lelet és a beteg bemondásai közt a betegség előzményei tekintetében. Egyrészt a betegek kis kiterjedésű hangszalag-rákoknál elmondják, hogy már hosszú idő óta rekedtek, másrészt viszont olyan ráknál, amely a gége nagy részét infiltrálja, csak néhány hete vettek észre valamit. Tüzetesebb érdeklődésnél azután a betegek bevallják, hogy első bemondásaik nem voltak pontosak és valójában már sokkal előbb észleltek kisebb-nagyobb panaszokat. A beteg nem szívesen vállalja a nyilvánvaló indolentiáját, és így akarja elkerülni azt a kérdést, hogy „miért jött olyan későn?". Vannak betegek, akik pontosabban megfigyelik magukat és elmondják, hogy a súlyosabb tüneteket már kisebb tünetek egy syndromája előzte meg, ahogy ezt *Dietzel* (5) nevezte, vagy ahogy az angolszászok nevezik a *„discomfort"*, a „kellemetlen érzésnek" egy stádiuma. Ez átmeneti rekedtségben, gyakori krákogásban, torokkarcolásban, hurutosságban stb. nyilvánul meg. Amióta rendszeresen érdeklődünk ezek után a tünetek után, azóta lényegesen hosszabb anamnesztikus képet kapunk. *Kleinsasser* (13) is ugyanezt találta saját beteganyagában.

2. táblázat. Egyéb tünetek előfordulása

Fogyás	51
Fájdalom	64
Dispnoe	31
Discomfort	59
Köhögés	31
Vérköpés	3

A 2. táblázat mutatja, hogy a rekedtség mellett az egyéb kísérőtünetek milyen gyakorisággal fordulnak elő.

Ha a továbbiakban azt vizsgáljuk, hogy a diagnosis felállításakor a daganatnak milyen stádiuma állott fenn, újból világosan kitűnik, hogy a diagnosisok nagy része késői. Ez nemcsak a mi klinikánk körzetére jellemző, hanem a közép-európai nagyvárosok klinikáira is, mint ezt *Pietrantoni* és *Fior* (20), *Link* és *Tiedemann* (16), *Glaninger* (8), *Johnson* és *Sisson* (11), valamint *Shaw* (24) adataiból látjuk. *Kleinsasser* (13) 15 év alatt észlelt beteganyagában 20% volt az első stádiumú hangszalag cc., 17% a II. stadium, de több mint 14% már a IV. stadiumban volt, túlnőve a gégén vagy a rec. pyriformisra korlátozódva.

Saját beteganyagunk elemzése során azt találtuk, hogy megközelítően a betegek 22%-a került csak diagnosisra az I. stadiumban. Ezek egy kivételével, mind glotticus carcinomák voltak. Közel 23% volt a II. stadium. A legnagyobb részt a III. stadiumú gégerákok tették ki, kb. 42%-ban. Betegeinknek mintegy 19%-a a IV. stádiumban került diagnosztizálásra. A localisatiót tekintve azt találtuk, hogy I. stádiumban csaknem kizárólagosan a glotticus rákok kerültek felismerésre, de a II. stádiumban is megközelítően ugyanez a helyzet. A supraglotticus

. táblázat

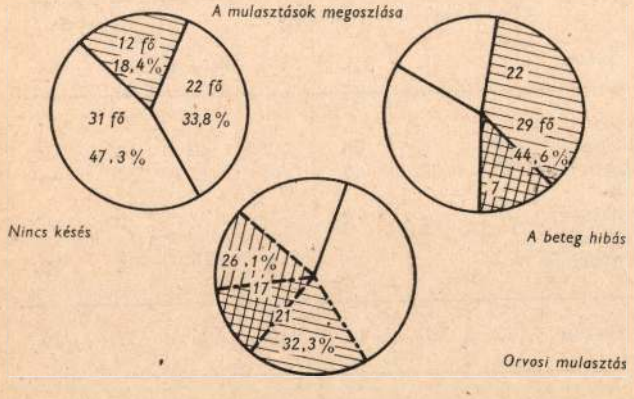
A diagnosis felállításakor							
A tumor stadiuma és localisatiója						Metastasis	
a dium	I.	II.	III.	IV.	Összesen	N_1	N_2
Supraglotticus	1	6	26	7	40	18	7
Glotticus	21	17	7	—	45	1	—
Subglotticus	—	—	2	—	2	2	—
Recessus pyriformis	—	—	7	12	19	6	12
Összesen	22	23	42	19	106	27	19

rákok túlnyomó többségében, a subglotticus és rec. pyriformis rákjai pedig kizárólagosan a III. vagy a IV. stádiumban kerültek felismerésre, gyakran regionalis metastasisok kíséretében.

Felmerül a kérdés, *ki a felelős* azért és milyen mulasztások vagy tévedések játszanak közre abban, hogy még a hangszalag-carcinomának is kevesebb mint fele került az I. stádiumban gyógykezelésre, és hogy a gégerákok nagyobb része miért ilyen előrehaladott állapotban került csak felismerésre? Ha valamivel részletesebb képet akarunk nyerni az e téren mutatkozó mulasztásokról és tévedésekről, akkor vizsgáljuk meg a kérdést tényezőire bontva. Mint már említettük, az esetek jelentős részében maga a beteg a hibás abban, hogy a gégerák megkésve kerül diagnosztizálásra. Nagy statisztikát véve alapul *Dietzel* (5) 540 gégerákos betegnél azt találta, hogy 45%-ban, *Virtana* és *Härmä* (26) 724 gégerákos beteg esetében pedig 47%-ban mutatta ki, hogy a beteg maga volt a hibás megbetegedésének elhanyagolásában.

Az orvosi mulasztásokkal kapcsolatban — ezzel összefüggésben — az irodalomban a következő adatokat találtuk: a már említett *Dietzel* (5) Lipcsében 25 év gégerákos beteganyagának elemzése során azt találta, hogy a betegeknek csak 9%-át utalták be időben, ami az utolsó négy évben 13—14%-ra emelkedett. Az utolsó két évben a gyakorló orvos hibájából 16%-ban és a szakorvos hibájából 26%-ban történt mulasztás. Ezek a megfigyelések azonban úgy látszik, eléggé általánosak. Ez tűnik ki *Link* és *Tiedemann* (16), *Vogel* és *Hell* (27), valamint *Regules* (21) adataiból. *Kleinsasser* (13) az egyébként precíz feldolgozásában azt írja, hogy éppen erre a kérdésre nem tud választ adni, mert beteganyagának adatai hiányosak. *Shaw* (24) szerint a mulasztás kb. felerészben a beteg, felerészben a háziorvos részéről történt. Saját beteganyagunkat elemezve, *Kleinsasser*hez (13) hasonlóan, sajnos meg kell állapítanunk, adataink — a régebbi kórtörténetek esetében — ebből a szempontból hiányosak. Ez érthető akkor, ha meggondoljuk, hogy betegeinket régebben nem kérdeztük ki olyan céltudatossággal, mint ma. Így a 106 betegünk közül csak 65 beteg kórtörténetében találtunk értékelhető adatokat erre vonatkozólag.

4. táblázat



Ennek elemzése során azt találtuk, hogy a 65 beteg közül csak 18,4%-ban történt meg a diagnosis kellő időben, illetve az eseteknek csak 18,4%-ában nem történt mulasztás vagy tévedés. 33,8%-ában történt mulasztás *kizárólag a beteg hibájából*. Igen nagy azonban az orvosi mulasztások vagy tévedések részesedése a diagnosis késleltetésében. A 65 beteg 47,3%-ában tudtuk ezt pontosan kimutatni. *A betegek részéről* mulasztást valójában 44,6%-ban találtunk, ami a már említett irodalmi adatokkal egyezik, azonban ebből több mint 10% együttesen fordult elő az orvosi tévedéssel. Vagyis a hosszú ideig fennálló panaszokkal elkésve az orvoshoz forduló betegnél a diagnosis felállítását az orvosi tévedés még tovább késleltette. Nem minden esetben magyarázható a betegek késlekedése egészségügyi felvilágosulatlansággal. Szemléltetően mutatja ezt 65 betegünk közül 3 olyan beteg esete, akiknek közvetlen családtagja orvos volt, mégis két beteg fél éve fennálló rekedtséggel, a harmadik pedig két éve fennálló rekedtséggel került először szakorvosi vizsgálatra.

A nem szakorvos mulasztásait elemezve röviden a következőkben lehet ezeket jellemezni: a 4 héten túl rekedt betegnek még mindig köptetőt, inhalációt, borogatást és a gyógyszerek legkülönbözőbb formáit — főként antibiotikumokat — rendelnek ismételten, anélkül, hogy szakorvosi vizsgálatra küldenék. Betegeink nemegyszer elmondták, hogy kezelőorvosuk megkerülésével maguktól előbb fordultak szakorvoshoz, mint ez kezelőorvosuknak eszébe jutott volna. Gyakorlatilag ugyanezeket találta beteganyagának jelentős részében *Kleinsasser* is (13).

Ebben a csoportban kell tárgyalnunk a nem gégész szakorvosok olyan jellegű mulasztásait is, hogy egy nyirokcsomót a nyakról előbb kivetetnek vagy kivesznek, mielőtt gégészeti vizsgálatot végeztetnének. Tehát a nyaki nyirokcsomók megjelenését nem értékelik megfelelően. Erre nézve egy-két szemléltető példát említünk:

V. J., 62 éves beteg 5 hónap óta fennálló panaszokkal került szakorvosi vizsgálatra, amikor is panaszait a nyak bal oldalán 5 hónapja fennálló kemény csomó képezte. A lelet alapján valószínűleg felmerült a szakorvosban a daganatos megbetegedés lehetősége, mert „Merapid" cseppek szedését rendelte el a betegnél, de ezt 1 hónapon keresztül adta, anélkül, hogy gégészeti konzultációt igényelt volna. Így a beteg fél éves nyaki nyirokcsomó metastasissal került felvételre, illetve első gégészeti vizsgálatra, amikor inoperabilis bal rec. pyriformis tumort diagnosztizáltunk.

B. D., 59 éves beteget, aki bal rec. pyriformis tumorral és bal oldali mobilis nyaki nyirokcsomóval került felvételre, kezelő orvosa bejövetele előtt 2 hónapig torokpanaszokkal kezelte, a nyaki nyirokcsomó növekedésének 2 hónapon keresztül történő észlelése mellett.

L. J., 41 éves betegünk esetében még kirívóbb tévedésekről győződhettünk meg, mert egy rendelőintézet egész sor szakorvosát érintette. A beteg bal oldali supraglotticus gégerákkal és bal oldali parajugularis fixált metastasissal került felvételre klinikánkra kéthónapos „szakorvosi kezelés és vizsgálatsorozat" után. A beteg két héttel azután, hogy nyakának bal oldalán növekvő kemény daganatot vett észre, az illetékes sebész szakorvoshoz fordult az egyik város rendelőintézetében. A sebész szakorvos belgyógyászati konzultációt kért, mi-

után a nyaki daganatot nem tudta magyarázni. A belgyógyászaton a kemény nyaki csomó eredetét a szuvas fogakkal vélték magyarázni és fogszakorvoshoz irányították a beteget. Itt a betegnek két hónap eltelte alatt 14 fogát kihúzták, miközben a nyaki daganat lassan, de fokozatosan növekedett. Az eset sajnálatosságát még fokozza, hogy a kéthónapos intervallumban a beteget a rendelőintézet gégész szakorvosa is két esetben vizsgálta és csak második esetben ismerte fel a gégerákot, amikor a beteget klinikánkra irányította.

A gégész szakorvosok részéről történő mulasztásokat általánosságban a következőképpen foglalhatjuk össze:

a) A szakorvos a gégében levő elváltozást vagy nem veszi észre, vagy azt jóindulatúnak minősítve gyógyszeres kezelési módot alkalmaz.

b) Ennél súlyosabb eset, ha a már nyaki metastasissal jelentkező betegnél, annak tisztázására vagy egyáltalán nem, vagy nem elég gondosan végzi a tükörvizsgálatot (pl. az előbbi eset).

c) A vizsgálati lelet alapján próbaexcisiót végez, de azt rossz helyről vagy rosszul veszi és ennek negatív eredményében megnyugszik.

d) Hibát követ el az a szakorvos is, aki jó helyről vesz biopsiás anyagot, de a histologus számára nem jelöli meg pontosan és így a histologus által megadott cc. diagnosisa mellől hiányzik az eredet helye, ami a curativ intézet számára elengedhetetlen lévén, használhatatlannak minősül, s időveszteséggel jár.

Ha ezek után az általános megállapítások után beteganyagunkon meg akarjuk vizsgálni az orvosi mulasztások és tévedések megoszlását, tekintsük meg a 4. tábl. 1. és 3. diagrammját. Ebből kitűnik, hogy a 65 beteg közül 31 esetben, vagyis 47,3%-ban késleltették ezek a hibák a diagnosis felállítását. Ezen belül a nem gégész szakorvos 32,3%-ban, a gégész szakorvos pedig 26,1%-ban követett el hibát. Így a 47,3%-os összes mulasztáson belül több mint 10%-os fedés mutatkozik, ahol ugyanazon betegeknél a kezelőorvos mulasztása még további szakorvosi mulasztással vagy tévedéssel fokozódva késleltette a diagnosis időbeni felállítását.

Ha ezekután összegezésszerűen áttekintjük saját beteganyagunk adatait és Európa más nagyobb városaiból származó, a miénkkel megközelítően azonos adatokat, akkor láthatjuk, hogy a gégerák korai diagnosisával mindenütt egyformán rosszul állunk. Nem kétséges, hogy az intézeteink eddig elért eredményei és azoknak a jövőben remélhető javulása ezen a vonalon elsősorban a betegekkel legközvetlenebbül érintkező kezelőorvosokkal és a szakrendelést végző szakorvosokkal való szoros együttműködésen alapszik. Az elmondottak azonban egyidejűleg arra is rámutatnak, hogy milyen nagy lehetőségek állnak még nyitva ahhoz, hogy a korai diagnózis terén jelentős előrelépést tudjunk tenni.

A diagnosztikus kérdések közül a próbaexcisiónak néhány szót külön szentelünk. Ezen a téren az a felfogásunk, melyben nem állunk egyedül, hogy *a próbaexcisiót lehetőleg a curativ intézet végezze.* Több tényező szól emellett:

1. a curativ intézet általában nagyobb gyakorlatú histopathologussal rendelkezik.

2. A curativ intézet szakorvosa is gyakorlottabb annak megítélésében, hogy a próbaexcisiót honnan és mimódon vegye.

3. A pr.-excisio pozitivitása esetén minél hamarabb el kell kezdeni az érdemi kezelést és a fentiek figyelembe vételével az időbeni veszteség így a legkisebb.

A további diagnosztikai hibák nuance-beliek, de a betegre nézve mégis sorsdöntőek lehetnek. Itt azokra a hibákra gondolunk, amelyek a gégerák lokalizációjának és stádiumainak felismerésére vonatkoznak. Ezek pontos ismerete szükséges ahhoz, hogy partialis gégeresectiót indikálhassunk. Ezért ezzel kapcsolatosan itt jegyeznénk meg, hogy nekünk is az a véleményünk, mint *Réthi*nek (23), *Nákó*nak (18) és *Bánfai*nak (2, 3), hogy *partialis resectiókat csak olyan intézetek végezzenek, amelyek sokat végeznek* és nemcsak a megfelelő műtéttechnikai, hanem diagnosztikus képességekkel és feltételekkel is rendelkeznek.

Végezetül vázlatosan tekintsünk át néhány lehetőséget, amelyeknek segítségével a korai diagnosist sikeresebben megvalósíthatjuk. Itt kell megvizsgáltatnunk az *eü. szervezés* jelentőségét is. A későn jövő betegek számát ugyanis csak egy alapos, szakszerű eü. felvilágosítás csökkentheti. A sajtó, rádió, tv, népszerű egészségügyi előadások és füzetek felvilágosító hatásához azt kell azonban mondanunk: különös gonddal kell ügyelnünk arra, hogy azok olyanok legyenek, melyek elriasztó hatást nem váltanak ki, ugyanakkor a panaszokat észlelő beteget kellő időben orvoshoz irányítják.

A tüdő és venereás betegellátás sikere, mint tudjuk, elsősorban új szervezési formáktól függött. A gégerák terén jelenleg az az út látszik járhatónak, hogy a gégepanaszokkal jelentkező betegeket kellő időben történő beutalással, az adott lehetőségeknek megfelelően a nagyobb intézetekbe koncentráljuk. Ennek szem előtt tartásával a pécsi Egyetemi Fül-Orr-Gégeklinikán megszerveztük az onkológiai konsultatiós szakellátást, ami teamszerűen működik már évek óta rendszeresen (laryngologus, radio-onkologus és pathologus együttműködésében), s amely már köztudatba ment át a területünkön az orvosok és betegek részéről egyaránt. Ennek az áldásait már élvezzük, elsősorban abban, hogy egyre több beteg kerül korai stádiumban és rövidebb kórelőzménnyel diagnosisra, illetve kezelésre.

Összefoglalás. A szerzők elemző módon azokkal a mulasztásokkal és hibákkal foglalkoznak, amelyek a gégerák kórismézése terén előadódnak.

A mulasztások a beteg, a kezelőorvos, a nem gégész szakorvos, a gégeszakorvos és az eü. szervezés részéről észlelhetők.

A kezelőorvosnak a 4 héten túl rekedt beteget gégeszakorvoshoz kell küldenie, mert a korai kórisme lehetővé teszi a gége partialis resectióját, vagy az eredményes sugárkezelést, miáltal a gége anatómiailag és functionalisan megtartható.

A nem gégeszakorvosnak nyaki nyirokcsomóduzzanat esetén a gégeszakorvossal kell konzultál-

nia, mert gyakran gégerák nyaki metastasisával lehet dolga.

A gégeszakorvos rákgyanú esetén nagy intézetbe küldje a beteget próbaexcisio és gyógykezelés céljából. A nagyobb intézetben a nagyobb gyakorlat és lehetőség birtokában helyesebben végzik el a próbaexcisiót és az ugyancsak nagyobb gyakorlatú pathologus biztosabb diagnosist adhat. Ezzel az időveszteség is elkerülhető.

Az eü. szervezés területén nagyobb körzetű intézetekben ajánlják az onkológiai teamek felállítását, amelyek a gégesebész, a radiológus és a pathológus együttműködését biztosítják.

IRODALOM: 1. *Baltzell, W. H., Putney, F. J.:* Arch. Otolaryng. 1954, *60*, 478. — 2. *Bánfay I.:* Fül-orr-gégegyógy. 1961, *7*, 130. — 3. *Bánfai I.:* Fül-orr-gégegyógy. 1962, *8*, 55. — 4. *Denker—Kahler:* Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilk. (Springer, Berlin. 1929.) — 5. *Dietzel, K.:* Dtsch. Gesundh.-Wes. 1954, *9*, 489. — 6. *Dworaček, H.:* Mschr. Ohrenheilk. 1956, *90*, 298. — 7. *Eberth, Cl.* cit. *Kleinsasser, O.:* Z. Laryng. Rhinol. 1963, *42*, 14. — 8. *Glaninger, J.:* Mschr. Ohrenheilk. 1959, *93*, 85. — 9. *Günnel, F.:* H. N. O. (Berlin) 1958, *7*, 1. — 10. *Herrmann, A.:* J. Laryng. Otol. 1963, *77*, 381. — 11. *Johnson, N. E., Sisson, G. A.:* The Laryngoscope. 1964, *74*, 710. — 12. *Kindler, W.:* Therapiewoche. 1961, *11*, 261. — 13. *Kleinsasser, O.:* Z. Laryng. Rhinol. 1963, *42*, 14. — 14. *Kleinsasser, O.:* Fortschr. Medizin. 1962, *80*, 903. — 15. *Linck, R.:* H. N. O. (Berlin) 1962, *10*, 102. — 16. *Linck, R., Tiedemann, R.:* Berl. Med. 1959, *10*, 109. — 17. *McKenty:* cit.: *Kleinsasser, O.:* Z. Laryng. Rhinol. 1963, *42*, 14. — 18. *Nákó A.:* Fül-orr-gégegyógy. 1961, *7*, 23. és 121. — 19. *Polyánszky T.:* Fül-orr-gégegyógy. 1957, *3*, 159. — 20. *Pietrantoni, L., Fior, R.:* Acta Otolaryng. (Stokh.) 1958. Suppl. 142. — 21. *Regules, P.:* ref.: Zbl. Hals-, Nas.- u. Ohrenheilk. 1962, *73*, 209. — — 22. *Réthi A.:* Z. Laryng. Rhinol. 1956, *35*, 101. — 23. *Réthi A.:* Z. Laryng. Rhinol. 1962, *41*, 792. — 24. *Shaw, H. J.:* J. Laryng. Otol. 1965, *79*, 1. — 25. *Vathy I.:* Fül-orr-gégegyógy. 1964, *10*, 37. — 26. *Virtama, P., Härmä, R.:* Ann. Med. int. Fenn. 1959, *48*, 169. — 27. *Vogel, K., Hell, I.:* Dtsch. Med. Wschr. 1954, *73*, 209.

CHLOROSAN paszta

1 tégely (20 g) 5% chlorchinaldol-t és 35% amylum solani-t tartalmaz

vízzel lemosható alapanyagban

streptococcus
staphylococcus
és gombák okozta

BŐRFERTŐZÉSEK, ILLETVE TÁRSFERTŐZÉSEK ESETÉN

bőrgyógyászatban,
gyermekgyógyászatban, sebészetben
és szülészet- nőgyógyászatban.

A nyálkahártyát ízgatja (szem, orr)!

A kezelendő bőrfelületre vékony rétegben kenik fel a Chlorosant és a kötést 24 óránként cserélik. Kötés előtt a hámfoszlányok és a pörkök eltávolítandók

SZTK terhére szabadon rendelhető!
1 tégely (20 g) 10,10 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, Budapest

Egészségügyi Felvilágosítás

Az egészségügyi nevelés-ismeretterjesztés dőszerű szervezési, módszertani és tudományos kérdéseivel foglalkozik rendszeresen az Egészségügyi Felvilágosítás.
Hasznos segítséget nyújt az egészségügyi felvilágosítás elvi, tudományos kérdéseiben, a szervezési, a képzési, a továbbképzési területen, segítséget nyújt a mindennapos rutinfeladatokhoz kapcsolódó gyakorlati tevékenységhez.
A kéthavonként megjelenő folyóirat előfizetési díja 1 évre 60,— Ft. Megrendelhető a Posta Központi Hírlapirodájában (Budapest, V., József nádor tér 1.), bármely postahivatalnál és a folyóirat szerkesztőségénél: Budapest VI. Népköztársaság útja 82.

Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház II. Tüdőosztály (főorvos: Lacskó Ede dr.)

Tapasztalataink a primaer tüdőabscessus klinikuma terén

Tengelyi Vilmos dr. és Várkonyi János dr.

Az antibiotikumok széles körű elterjedésével sok betegség megjelenésében, lefolyásában és prognosisában is megváltozott. Vonatkozik ez a pneumoniára és a tüdőabscessusra (továbbiakban ta.) is. A kiterjedten, de gyakran elégtelenül alkalmazott antibiotikus kezelés következtében (12) egyre gyakrabban találkozunk a tünetszegény, vagy tünetmentes ta. klinikai képével, ami diagnosztikus és therapiás problémákat egyaránt felvethet. Ez késztetett bennünket arra, hogy a kérdéssel behatóbban foglalkozzunk.

Ta. alatt a tüdő azon nem specifikus gennyedéssel járó gyulladásait értjük, amelyhez érobliteratio következtében szövetelhalás és üregképződés is társul. Primaer ta.-ról beszélünk, ha a hörgőben következményes tályogot létrehozó megbetegedést nem sikerült kimutatni.

Osztályunkon 1962. I. 1-től 1965. XII. 31-ig 73 beteget kezeltünk ta. miatt. Ebből 19 abscedáló carcinomát, 5 bronchiectasiás abscessust, 3 retentiós cystát, 4 idegentest aspiratio okozta abscessust — összesen 31 esetet — mint secundaer abscessust nem vettük be anyagunkba. A fennmaradó 42 primaer ta.-t részletesen vizsgáltuk.

Anyagunkban azért csupán az utolsó 4 év esetei szerepelnek, mert ebben az időben már az antibiotikumok hosszú sora állott a gyógyászat rendelkezésére, és eseteink egy részében ezek elégtelen alkalmazása jelentősen módosította a kórlefolyást.

A primaer abscessust létrehozó tényezőkben eltérőek az irodalmi adatok. *Brock* (4), *Duffy* (6), *Wolcott* (32), és az angolszász szerzők többsége az öntudatlansággal járó állapotok, a felső légúti fertőzések és a rossz fogazat jelentőségét hangsúlyozza. *Schubert* (27), *Jensen* (14) eseteiben aetiologiai tényezőként a pneumonia szerepel az első helyen. *Eiter* (7), *Lukomszkij* (23) és mások a vegetatív idegrendszer szerepét emelik ki. Hazai viszonylatban úgy tűnik, hogy a ta.-k nagy többsége postpneumoniás szövődményként jön létre (9, 15, 26).

Saját anyagunkban a betegség kezdete óta eltelt hosszú idő következtében (átlag 41 nap), az aetiologia kiderítése nehézségekbe ütközött. Három betegünknél feltételezhető a haematogen eredet, akut thrombophlebitisük volt. Nyolc betegünknél a ta. okát nem sikerült kideríteni. Többi esetünket postpneumoniás eredetűnek tartjuk, ezek egyharmadában kimutatható volt az előzetes antibiotikus kezelés elégtelensége. Betegeink anamnesisében feltűnően nagy számban szerepel gyógyult tbc (42%), és alkoholizmus (60%). Ez utóbbi részben öntudatlansági állapot előidézése, részben a szervezet ellenállóképességének csökkentése révén fontos praedisponáló tényező lehet.

Betegeink kor és nem szerinti megoszlását az 1. táblázat mutatja.

Az 51—80-as korcsoportban szereplő 25 esetből 51—60-ig 12, 61—70-ig 11, és 71 év felett 2 esetünk volt.

1. táblázat

Kor	Férfi	Nő	Összesen
20—50	14	3	17
51—80	18	7	25
Összesen	32	10	42

Említésre méltó, hogy míg *Ferenczy* és *Nyiredy* (9) anyagában az 50 éven felüli betegek aránya csupán 31% volt, és külföldi adatok szerint is 50% alatt mozog (5, 6, 28), addig saját anyagunkban eléri a 60%-ot. Úgy véljük, hogy az idősebb korosztályokban pneumonia és abscessus előfordulása az utóbbi években emelkedést mutat (10, 25). Erre utal *Balogh* (1) adata is, aki pneumoniás betegeinek 64%-át találta 50 éven felülinek.

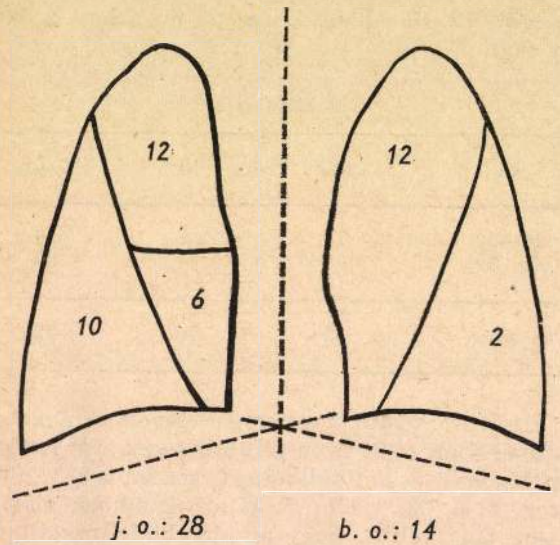
A betegség 18 esetünkben lappangva kezdődött. Tapasztalataink szerint a ta. klinikai képe — nyilván az antibiotikumok elterjedése következtében — bizonyos mértékig megszelídült. Viszonylag gyakran észleltük, hogy betegeink súlyos morphológiai elváltozások mellett csupán enyhe tünetekkel, illetve 8 esetben teljesen panaszmentesen kerültek osztályunkra, ami megnehezítette a diagnózis felállítását (11).

A radiológiai kivizsgálás fontosságát bizonyítja, hogy betegeink 40%-ában sem abscessusra, sem pneumoniára jellemző fizikális eltérést nem találtunk. Ta. esetén kétirányú rétegfelvétel készítése célszerű. A betegségre jellemzőnek tartott nívós üreget, illetve „füleskosár" képet mindössze 12 esetben észleltük, a többi esetben az infiltratumban levő üreg nívó, illetve váladék nélküli volt. Az elváltozás 38 esetben solitaer, 4 esetben multiplex volt.

A lokalizáció megoszlását az 1. ábra mutatja.

Laboratóriumi eredmények: emelkedett We értéket 36 esetben, 50 mm/h feletti értéket 15 esetben észleltünk. A fokozott vörösvérsejt-süllyedés az abscessus legállandóbb tünete. Hiányát anyagunkban egy esetben anergia, 5 esetben pedig az okozta, hogy a folyamat már „à froid" stádiumban került

észlelésre. Leukocytosist 22 betegnél észleltünk (10—14 000-ig 17 esetben, 14—18 000-ig 5 esetben), mérsékelt anaemiát (3 400 000-től 4 000 000-ig) 15 betegnél találtunk. A kvalitatív vérképben ta.-ra jellemző eltérést nem észleltünk. A bakteriológiai kivizsgálás során a köpet elsősorban savállók kimutatására alkalmas. Lényeges, hogy ezt a vizsgálatot elegendő számban és kellő gondossággal végezzük, mert a tuberkulózis differenciáldiagnosztikai szempontból és accidentalis megbetegedésként egyaránt problémát okozhat. Minden betegünktől 5—10 direkt köpetvizsgálatot és 6—10 tenyésztést vettünk le. Koch pozitivitást 4 esetben észleltünk, ennek magyarázatára még visszatérünk.



1. ábra

Általános bakteriológiai vizsgálatra köpet nem alkalmas, mert a szájüreg flórája zavarólag hat. Anyagunkban erre a célra Marton-kanálra ráköhögtetett vagy bronchoscoposan leszívott hörgőváladékot vettünk. Az észlelt bakteriológiai leleteket az alábbiakban szemléltetjük.

Staphylococcus haemolyticus	5 eset
Streptococcus viridans	2 eset
Pneumococcus	3 eset
Klebsiella	3 eset
Pseudomonas aeruginosa	2 eset
Escherichia coli	1 eset
Vegyes flóra	10 eset
Apathogen flóra	3 eset
Steril	2 eset

E vizsgálatokat célszerű ismételten és lehetőleg az antibiotikus kezelés megkezdése előtt elvégezni. Antibiotikumérzékenység meghatározására alkalmas tenyészetet így is csupán 17 esetben nyertünk, ezekben az esetekben azonban a laboratóriumi és klinikai érzékenység többnyire egyezett. A bronchoscopia ta. gyanúja esetén, ha nincs kontraindikációja, mindig elvégzendő. Ennek segítségével elkülöníthetők a secundaer ta. egyes esetei (bronchus tumor, nyirokcsomó-perforáció, idegentest stb.), lokalizálható a megbetegedés helye és vezető hörgője, megtekinthető a prognosist befolyásoló esetleges hörgődeformitás, amely lehet tbc-s vagy postpneumoniás eredetű (29). Bronchoscopos váladékvétel segítségével juthatunk a legmegbízhatóbb bakteriológiai eredményhez (22). A gennyes váladék retentiója esetén annak leszívása therapiás szempontból jelentős. Eseteink 20%-ában észleltünk a patogenesisben szerepet játszó bronchusdeformitást, illetve dyskinesist. Bronchographiát differenciáldiagnosztikai probléma esetén (tumor, bronchiectasia) és műtét előtti pontos lokalizáció céljából végezhetünk. Cytológiai vizsgálat tumor gyanú miatt 10 esetben készült. Két esetben kaptunk tévesen pozitív eredményt, amit a klinikai lefolyás nem igazolt. Hasonló jelenséget mások is észleltek (14).

A kezelés során lehetőleg konzervatív szanációra törekedtünk. Ezt elsősorban az antibiogramm alapján célzott antibiotikus kezeléssel igyekeztünk elérni. Általában célszerű két antibiotikumot vagy egy antibiotikumot és egy szulfonamid készítményt kombinálni. Kombináció esetén a rezisztencia lassabban fejlődik ki, vagy egyáltalán nem jön létre (16, 18, 31). Az antibiotikus kezelést sokkal hosszabb ideig kell alkalmazni, mint pneumoniánál. Ezért szükségszerűvé válhat a hatásos antibiotikumok váltása, különösen a radiológiai regressio megállása vagy mellékhatások esetén. Az esetek 50%-ában Prednisolont is adtunk a residualis fibrosis csökkentése, valamint detoxikáció céljából.

Az egyes antibiotikumok alkalmazásának számát és átlagos mennyiségét a 2. táblázat mutatja.

2. táblázat

Antibioticum	Esetek száma	Átlagos mennyiség
Penicillin	17	30 millió E
Streptomycin	17	26 g
Tetran	21	23 g
Chlorocid	19	26 g
Xanthomycin	11	25 g
Erythromycin	7	30 g
Quinoseptyl	8	29 g
Neomycin (aerosol)	7	14 g

Lejtőzést betegeinknél nem alkalmaztunk, ez a módszer sokat veszített jelentőségéből. Szükség esetén inkább bronchoscopos leszívást végeztünk, lokális antibiotikus kezeléssel kombinálva.

Aerosol kezeléssel néhány esetünkben igen jó eredményt értünk el; Penicillint vagy Neomycint használtunk Trypsinnel kombinálva (13, 19, 32).

Gyógyeredményeinket az alábbiakban ismertetjük:

Gyógyszeres kezeléssel gyógyult 33 beteg (79%). Műtéttel gyógyult (lobectomia) 6 beteg (14%). Két betegünk meghalt, egy pedig önkényesen távozott. A gyógyultak átlagos ápolási ideje 72 nap volt (29-től 198 napig). A műtéttel gyógyultak átlagos ápolási ideje 119 nap, a gyógyszeres kezeléssel gyógyultaké átlag 66 nap volt.

Röntgenológiailag nyomtalanul gyógyult 5 (15%), heggel, fibrosissal gyógyult 21 (64%), cystosusan gyógyult 7 beteg (21%).

Megbeszélés

Anyagunkban gyakran okozott differenciáldiagnosztikai problémát, hogy betegeink átlagosan 5 hetes anamnesissel, tünetszegény stádiumban kerültek be osztályunkra. Ezt a jelenséget annak tulajdonítjuk, hogy a betegség akut stádiuma az otthon kapott antibiotikus kezelés során lezajlott, s a pneumonia tbc, vagy tumor gyanúját keltve tünetszegény formában abscedált (11). *Balogh* (1) adatai szerint a pneumoniák 20%-a három héten belül nem szívódik fel, ezért célszerű lenne a pneumoniák szanációját minden esetben radiologiailag is ellenőrizni.

A ta. tumortól való elkülönítésének nehézsége közismert, és egyre gyakoribb probléma. A két, egyre inkább azonos korban, és gyakran hasonló klinikai és rtg-tünetekkel jelentkező betegség eldifferenciálása bronchoscopiás, bronchographiás és ismételt köpet-cytológiai vizsgálatokkal kísérelhető meg. A „therapiás test" félrevezető eredményt adhat. Ha végül is a tumor gyanúja nem zárható ki, thoracotomia elvégzése indokolt (8).

A ta. tuberkulózistól való elkülönítése az alábbi esetekben szokott problémát okozni. A ta. tbc-s kaverna morphológiai képét utánozhatja, s ha a beteg klinikailag tünetszegény, vagy tünetmentes, csak a köpet ismételten észlelt Koch negativitása vezethet a helyes diagnózishoz (4 esetünk). Fokozza a nehézséget, ha az említettek mellett a betegnek még inaktív tbc-s gócai is vannak (8 esetünk). Nehéz felismerni az aktív tüdőtbc mellett fellépő abscessust is (4 esetünkből 2 Koch poz. volt). Végül előfordult Koch pozitivitás aktív tbc nélkül. Ezt a jelenséget általában a tályogban széteső, letokolt, vagy meszes gócokból kiürülő mycobacteriumok okozhatják (3, 20). Ez két esetünkben fordult elő, s végül mindkét esetben resectiós műtétre került sor. A resecatumok szövettani vizsgálata abscessus jelenlétét és a tbc hiányát igazolta.

A ta. a bronchiectasiától, cystáktól, idegentest aspiratio okozta abscessustól, mycosisoktól és pyosclerosistól való elkülönítése a már említett módszerekkel általában lehetséges. Mégis előfordul, hogy a konzervatív kezelés sikertelensége után csak a műtéti resecatum szövettana adja meg a helyes diagnosist (2 esetünk).

Therapiás eredményeink elemzése alapján úgy véljük, hogy a ta. prognosisa és a konzervatív kezelés lehetőségei tovább javultak, mint ezt a 3. táblázat is tanúsítja.

Adaequat antibiotikus kezelésre betegeink 79%-a gyógyult. A műtétek okát vizsgálva a következőket találtuk: egy esetben a tumor lehetőségét nem lehetett kizárni; két betegünk Koch pozitív tenyésztési eredmény miatt nem kapott adaequat kezelést; végül három esetünkben az adaequat antibiotikus kezelés ellenére sem következett be megfelelő javulás, illetve gyógyulás.

3. *táblázat*

Szerzők		Esetek száma	Konzerv. szanáció	Műtéti szanáció	Összesen gyógyult
Joós	1950—54	88			50
Nyiredy	1949—54	72	(20%)	(64%)	(84%)
Nyiredy	1954—58	108	(62%)	(26%)	(88%)
Saját	1962—65	42	33	6	39

Két halálesetünk közül az egyik 76 éves beteg volt, aki anergiás állapotban, decompenzáltan került felvételre, és kétheti adaequat kezelés ellenére cardiorespiratorikus insufficientia következtében meghalt. A másik 69 éves betegünkön mélyvénás thrombosisból multiplex septikus tüdőembolia lépett fel. Az önkényesen távozott betegünk a későbbiek során ambulans kezelésre gyógyult.

A gyógyeredményt befolyásoló tényezőket vizsgálva azt találtuk, hogy az 50 éven felüli korosztály prognosisa ma már alig rosszabb, mint 50 év alatt. A fennálló különbséget az idősebb korban gyakoribb kísérő betegségek és az aktív therapia korlátozott lehetőségei okozzák. Említésre méltó, hogy 7 cystosusan gyógyult betegünk közül hat 50 éven felüli volt.

A betegség valószínű kezdete és a beutalás között eltelt hosszú idő (átlag 41 nap) a vártnál kevésbé befolyásolta a betegség prognosisát. A három héten túl bekerült betegek átlagos ápolási ideje csupán 10 nappal haladta meg a három hétnél rövidebb anamnesissel rendelkezőkét.

Szerzők többsége (6, 14, 32) a staphylococcus, pyocyaneus és proteus fertőzéseknek rosszabb prognosist tulajdonít. Mi, saját anyagunkban *Henschel*-lel egyetértésben (10) a prognosist illetően ilyen összefüggést nem találtunk, de a szanáció elérése ezekben az esetekben gyakran nehezebbnek bizonyult. Eseteink felében adjuváns kezelésként Prednisolont is adtunk. Corticosteroidokat ta. esetén részben detoxikációs, részben residuális fibrosist csökkentő célzattal adnak (16, 18, 26). Adaequat antibiotikus kezelés esetén betegeinknél Prednisolon adásától sem a detoxikáló hatás, sem a végső gyógyeredmény tekintetében szignifikáns különbséget nem észleltünk.

Összefoglalás. A szerzők az utolsó 4 év 42 primaer ta. esetét dolgozták fel. Megállapítják, hogy az utóbbi időben az időskori és tünetszegény ta.-ok száma szaporodott. Ismertetik a ta. diagnózisa során felmerülő nehézségeket. Therapiás eredményeik alapján megállapítják, hogy a ta. prognosisa és konzervatív kezelésének lehetőségei tovább javultak.

IRODALOM: 1. *Balogh P.:* Orv. Hetil. 1966, *107*, 344. — 2. *Bánhidi E., Mészáros Gy.:* Tuberkulózis. 1963, *16*, 207. — 3. *Böszörményi M.:* A gümőkór. Szerk.: Telegdi I. Medicina, Budapest. 1959. 283. — 4. *Brock, R. C.:* Lung Abscess. Oxford. 1952. — 5. *Collins, H. A. és mts.:* J. Thoracic Surg. 1964, *47*, 383. — 6. *Duffy, T. J., Chofnas, I.:* Amer. J. of the Med. Sciences. 1962, *243*, 269. — 7. *Eiter, E.:* Wiener Med. Wschr. 1964, *114*, 177. — 8. *Erdélyi L., Padányi A., Ungár I.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 1167. — 9. *Ferenczy S., Nyiredy G.:* Orv. Hetil. 1959, *100*, 1483. — 10. *Henschel, E. O., Waisbren, B. A., Glaser, M.:* Dis Chest. 1961, *40*, 625. — 11. *Hinshaw, H. C., Garland, L. H.:* Diseases of the Chest. Saunders. 1963. — 12. *Horlay B., Ferenczy S.:* XXXII. Tbc Nagygyűlés.

Bp. 1960. — 13. *Hutás I., Nyiredy G.:* XXXI. Tbc Nagygyűlés. Bp. 1957. — 14. *Jensen, H. E., Amdrup, E.:* Acta Chir. Scand. 1964, *127*, 487. — 15. *Joós K.:* Tuberkulózis. 1956, *9*, 184. — 16. *Jozefovics, F. és mtsai:* Ftiziologia. 1954, *6*, 533. — 17. *Jozefovics, F.:* Orvosi Szemle. 1965, *3—4*, 299. — 18. *Kertes I.:* Tbc. Szakorv. Továbbképző jegyzet. VII. 1965. — 19. *Kovács K.:* Tuberkulózis. 1957, *10*, 137. — 20. *Kovács K.:* Tuberkulózis. 1958, *11*, 44. — 21. *Kovács K., Bagdy D.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 774. — 22. *Kováts F., Nyiredy G.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 1804. — 23. *Lukomszkij, P. E.:* Szovjetszkaja Med. 1951, *5*, 2. — 24. *Mészáros Gy.:* Tuberkulózis. 1960, *13*, 170. — 25. *Miskovits G., Szücs S.:* Nem gümős tüdőbetegségek. Medicina. 1961. — 26. *Nyiredy G.:* Tbc Szakorv. Továbbképző jegyzet. IV. 1959. — 27. *Schubert, R. és mtsai:* Med. Welt. 1960, *459*, 522. — 28. *Sztrucskov, F. N.:* Szovjetszkaja Med. 1965, *9*, 3. — 29. *Turiaff, J., Battesti, I. P.:* Rev. Prat. 1964, *14*, 1221. — 30. *Vadász I.:* Tuberkulózis. 1963, *16*, 269. — 31. *Wendler, H.:* Wiener Klin. Wschr. 1965, 77, 265. — 32. *Wolcott, M. W., Coury, O. H., Baum, G. L.:* Dis. Chest. 1961, *40*, 1. — 33. *Wolf, M., Berndt, H.:* Z. Tuberk. 1963, *120*, 282.

Állami Fodor József Tbc Gyógyintézet (igazg. főorvos: Riskó Tibor dr.) és Országos Onkológiai Intézet (igazg.: Vikol János dr.)

Szolitér plasmocytoma? Multiplex myeloma?

Tomory István dr., Riskó Tibor dr., Nyul Tóth Pál dr. és Eckhardt Sándor dr.

A Kahler-kór, más nevén myeloma multiplex egyik sajátossága, hogy már felismerésekor több csontra lokalizáltan jelentkezik. Ennél a leggyakoribb megjelenési formánál általában kimutathatók a kórkép jól ismert tünetei is. Statisztikai adatok szerint a megbetegedés átlagosan 14—18 hónap alatt zajlik le.

Jóval ritkább az ún. szolitér plasmocytoma, a plasmasejtes tumor olyan megjelenési alakja, amikor a destructio csak a csontrendszer egy körülírt helyén mutatható ki, egyben hiányzik több-kevesebb a típusosnak ítélt diagnosztikus jelekből is. A diagnózis alapjául mindkét formánál a feltétlenül megbízható cytologiai és szövettani vélemény kell, hogy szolgáljon.

A gyakorlatban azonban kiderült a szolitér formákról, hogy *kórlefolyás* tekintetében eltérnek egymástól:

a) van *pseudo-szolitér* alakja a megbetegedésnek. Itt az elváltozás kezdetben valóban monostotikus, de a generalizálódás előbb-utóbb esetleg évtizedek múlva, de bizonyosan bekövetkezik. Nevezik ezért másodlagos multiplex myelomának is.

A Mayo Clinic (*Cohen*, 7) *413* csigolya myelomás betege közül 55 esetben izolált tumort találtak. Ebből *37* beteg halt meg propagatio következtében *öt éven* belül. *12* beteg folyamata *öt—húsz év* eltelte után disseminált, 1 esetben húsz éves panaszmentesség után! *6* beteg *hat—tizenöt év* múlva panaszmentes. Ez az általunk ismert legnagyobb idevágó statisztikai közlés. Hasonló megfigyelésekről számolnak be monographiákban (*Paillas*, 15) és más kazuisztikákban is.

Elfogadható ezek után, hogy sokan kétséggel fogadják egyes szerzők megállapításait, hogy

b) létezik *valódi szoliter plasmocytoma* is. Leírnak szövettanilag malignus myelomának talált eseteket, ahol a betegek megfelelő kezelés után *15—35* évvel élnek, egészségesek — *Wright* (21), *Stewart* és *Taylor* (18), *Christopherson* és *Miller* (6), *Cohen* (7), *Paillas* (15) — vagy más betegségben elhaltak, de a boncolás a daganatos betegség nyomát kimutatni nem tudta (*Chestermann*, 5).

Felfogás dolga miként minősítjük a hosszú ideig recidivamentes betegek állapotát — tudományos szempontból, klinikailag, megfelelő feltételek mellett — kétségtelenül a gyógyultak közé sorolhatók.

Az ismertetett lényegesen *eltérő kórlefolyás*, a *változatos* megjelenési forma alapján többen vitatják a betegség *egységességének* problémáját. *Apitz* (2) három formát különít el (szoliter, multiplex és diffus), de meggyőződése, hogy egyugyanazon betegség stádiumait jelöli csupán; *Wright* (21), *Willis* (20) a valódi soliter plasmocytomát önálló kórképnek tekinti. *Bichel* és *Kirketerp* (3), *Paillas* (15) a syndroma kritériumait is összeállították, a legnehezebb kérdésre azonban egyikük sem tud választ adni: hány évet kell várni arra, hogy a szolitér elváltozás valóban szolitérnek bizonyuljon? A nehézségekre hivatkozva, általában nem foglalnak határozott állást a kérdésben (*Leger*, 13, *Lichtenstein, 14)* sokan állítják, és ez a többség, hogy az izolált myeloma lényegében csak kezdeti megjelenési képe a később általánosuló reticulum-rendszeri megbetegedésnek (*Dahlin*, 8; *Geschickter* és *Copeland*, 11; *Aegerter* és *Kirkpatrick*, 1). Több szerző a kérdés eldöntésének szándéka nélkül elfogadja a szolitér és krónikus lefolyású kórforma létezését és ezzel igazolva látja az *aktív beavatkozások* jogosságát (*Böhler*, 4, *Voigt*, 23).

Saját felfogásunkat 21 myelomás beteg kezelésével nyert tapasztalatból alakítottuk ki (1. táblázat). Négy beteg megfigyelése alapján 1960-ban *Riskó* és mtsai (17) már közölték észrevételeiket. Az eltelt évek során követni tudtuk legtöbb betegünk sorsát. A közleményben ismertetett szolitér esetekből az egyik beteg beteg folyamata a közlés után 5 évvel generizálódott, a másik 6 év múlva is él kimutatható disseminatio nélkül. Ismertetjük a két beteg kórlefolyását:

G. P., 56 éves nőbeteg (1956/1055 fejlapsz.) leromlottan, spastikus paraplégiával, igen heves fájdalmakkal került osztályunkra. Évek óta voltak már nyakából kisugárzó fájdalmai, ehhez társult fél éve lábainak fokozatos gyengülése, majd bénulása. Laboratóriumi leletei: We 78 mm/1 h, vérképben enyhe hypochrom anaemia, vizeletben kevés fehérje kimutatható. Bence—Jones proteinuriát kimutatni nem tudtunk. A myelogramm kóros eltérést nem mutatott. Szérum összefehérje 5,45 g%, albumin 54 rel%, beta-globulin-

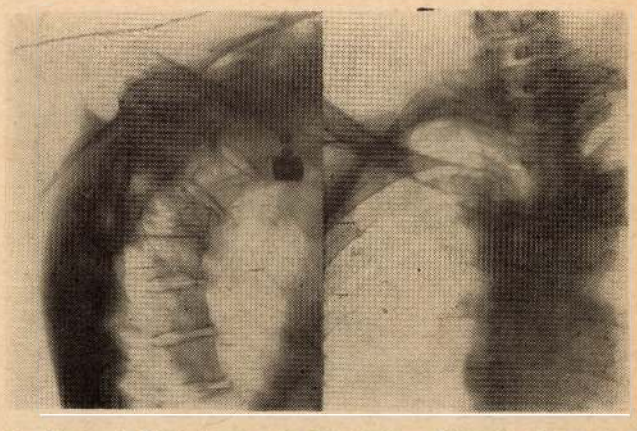
*1. táblázat Szövettanilag igazolt plasmocytomás betegeink lényegesebb leleteinek ismertetése**

Sorszám	Kor, nem	Lokalizáció	We. mm	Csontvelő	Thymol próba	Szérum-fehérje kép						Epikrizis (csak a szoliter esetek)
						Össz feh. g%	Albumin	rel. %				
1.	45 éves, nő	L—1	20	—	1,4	7,8	—	—	—	—	—	Ismeretlen
2.	56 éves, nő	multiplex	60	pozitív	—	8,6	—	—	—	—	—	
3.	43 éves, ffi	D—6	42	—	1,5	8,8	—	—	—	—	—	1 év múlva exitus
4.	60 éves, ffi	D—12, L—1	24	norm.	2,0	7,4	69	5,2	5,4	6	16	5 év múlva exitus
5.	58 éves, nő	D 4—5	78	norm.	16,0	5,45	54	5,4	9,9	11,8	18,8	8 és ½ évig élt (1. eset)
6.	54 éves, nő	D 11	12	norm.	1,4	6,8	56	2,8	6,4	7,0	27,1	9 év után él (2. eset)
7.*	61 éves, nő	multiplex	15	pozitív	1,7	7,3	60,6	5,3	12,9	10,6	10,6	< év múlva exitus
8.	59 éves, nő	multiplex	47	pozitív	4,5	5,9	41,7	3,6	12,9	15,8	26	
9.	63 éves, nő	D—6	14	norm.	1,6	5,3	42,8	2,8	7,4	29,7	17,3	3 év múlva hirtelen progressio
10.	38 éves, nő	D—9	7	pozitív	16,0	8,6	32,7	4,4	10,7	9,8	42,4	1 éven belül exitus
11.	63 éves, ffi	D—8	3	pozitív	1,2	5,9	43,6	10,5	11,3	11,3	23	Ismeretlen
12.	50 éves, ffi	L—2	7	normál	1,6	9,6	42,7	4,5	7,9	15,7	29,2	2 év múlva is jól van
13.	46 éves, nő	multiplex	88	pozitív	3,5	9,8	34,2	4,5	7,9	11,4	42,0	
14.	54 éves, ffi	L—3	32	norm.	1,4	7,8	60,4	2,4	9,1	17,4	10,7	2 év múlva él, panaszai vannak
15.	36 éves, nő	bal oldali II. borda	10	norm.	1,5	7,7	56	3,8	9,6	12,6	17,2	1½ év múlva disseminatio
16.	44 éves, ffi	D—11	15	norm.	2,6	9,1	35,2	5,6	6,5	11,1	41,7	5 év múlva él, paraplégiás
17.	54 éves, nő	multiplex	25	pozitív	1,7	7,4	44,6	7,8	12,4	16,4	19,2	
18.	67 éves, ffi	L—4	135	pozitív	1,5	13,0	18,7	4,3	5,7	3,9	67,4	4 hónap alatt exitus
19.	36 éves, ffi	C—6—7	12	pozitív	1,4	6,2	52	5	13	13	17	6 hónap alatt exitus
20.	57 éves, ffi	D—12	13	pozitív	1,4	8,0	56	4,9	8,3	10,3	19,6	más betegségben exitus
21.	49 éves, ffi	multiplex	119	pozitív	1,7	7,4	44,6	7,8	12,4	16,4	19,2	

**(Bence—Jones proteinuriát csak a 7. sz. betegnél találtunk)*

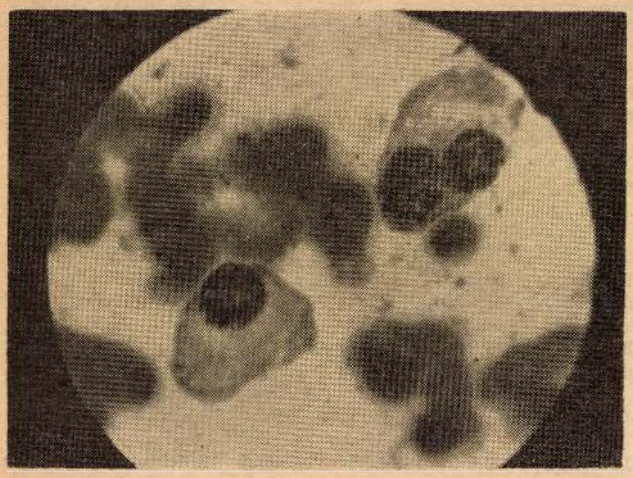
fractio 11,8 rel%, gamma-globulinfractio 18,8 rel%. Thymol-próba 16 E! Röntgenfelvétel a csigolyákról: a Th 4—5 csigolyák összeroppantak. A két csigolya jobboldali kontúrja egyenetlen, mészszegény. A gerinc hosszanti tengelye az elváltozás magasságában kb. fél csigolya szélességnyi balratolódást mutat (1. ábra). Decompressios műtétet végeztünk, a szövettani vizsgálat igazolta gyanúnkat, *plasmocytomát* mutatott. A műtét után a beteg általános és neurologiai állapota fokozatosan annyira javult, hogy évekig tisztviselői munkakörét is el tudta látni. Időközben spondylodesist is végeztünk és 1600 mg Degranolt kapott. 1960-ban neurologiai progressio miatt részletes átvizsgálás történt. Rtg-felvétel *nem mutatott lényeges változást*, szérumfehérje értékek változatlanok, májfunkciós próba (Thymol) 18 E volt! Előzetes roborálás után 2000 mg Endoxan-t és rtg-besugárzást kapott, ezt követően állapota átmenetileg újból javult. 1963-ban állapota fokozatosan romlott, lassan teljesen járásképtelenné vált, majd kahektizálódott. Rtg-felvételén láttuk, hogy a Th 3—4—5 csigolyák elpusztulásával derékszögű gibbus keletkezett. Ventralisan kifejezett prae-vertebralis lágyrészárnyék látható (oldalirányú rétegfelvétel). Éles szélű felritkulások jelentek meg a koponyán is. A csontvelőből ekkor már a daganatsejteket ki tudtuk mutatni (2. ábra). A beteg rövidesen exitált disseminált betegségében, az első észlelésünk után *több mint nyolc évvel*. A boncjegyzőkönyv adatai szerint a csigolyák testének helyén érzékeny, vörös, törmelékes tumorszövet volt látható. A daganat megtámadta a gerincvelő állományát is. A myocardiumban plasmasejtes infiltratio volt kimutatható.

R. I.-né, 46 éves nőbeteg (1957/653 fejlapsz.) felvételekor elmondta, hogy két éve vannak már erős, főleg jobb oldalra kisugárzó deréktáji fájdalmai. Az igen jó általános állapotban levő betegnél neurologiai eltérést nem találtunk. A szokásos laboratóriumi vizsgálatok lényeges eltérést nem mutattak (We: 8 mm!) azonkívül, hogy a szérum-elfo gammafrakciója *27,0 rel%-ra* emelkedett. Rtg-felvételen (3. ábra) a Th 11—12 csigolyaközti rés jelentősen beszűkült és a Th 11 csigolya testében kifejezett felritkulások láthatók, a felső zárólemez is destruált. A csontrendszer más helyén elváltozást kimutatni nem sikerült. Vertebrotomiát végeztünk a betegnél egyidejűleg borda-darab beültetésével corpodesist is. A Th 11 csigolya testéből kékes-szürke vérzékeny szövetet távolítottunk el. Szövettani dg.: plasmocytoma (4. ábra). Továbbiakban évente ellenőriztük állapotát, panaszmentesen, progressio jelei nélkül találtuk minden alkalommal. Cytostatikumként összesen 1000 mg Degranolt

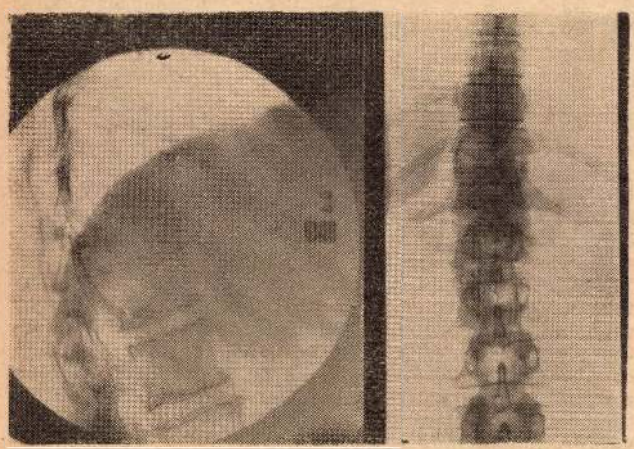


1. ábra. A kétirányú rtg-felvételen látható, hogy a Th. 4—5 csigolyák összeroppantak. A csigolyák jobboldali kontúrja mélyen destruált.

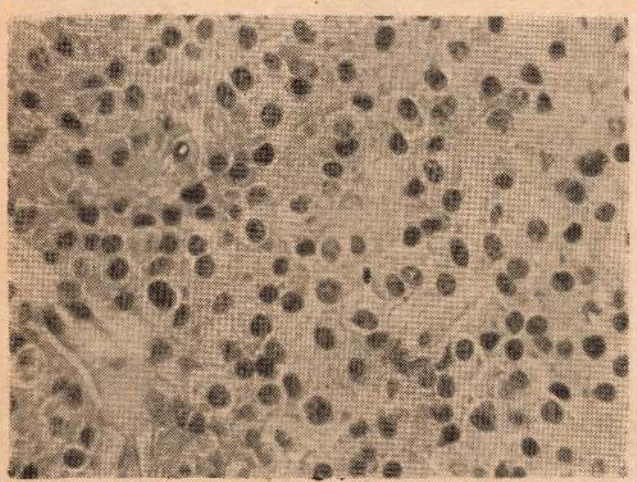
(1958), 3000 mg Endoxant (1960), majd 6 mc P 32-t (1961) kapott. A közelmúltban (1965) ismét ellenőriztük állapotát. Jelenleg is panaszmentes, neurologiailag negatív. Csonvelővizsgálat kóros eltérést nem mutatott. A gamma-globulin-fractio változatlanul emelkedett: 34,0 rel%. A gerinc rtg-felvételen a Th 11—12 csigolyák egymásbaroppantak. A csontszerkezet foltosan mészszegény. Az összeroppant csigolyák és a Th 10 csigolya ventralis peremei között széles alapon csontos kapocs keletkezett. A Th 11—12 csigolyák jobb oldalán kifejezett csontproliferatio mutatkozik, mérsékelt sclerosis is megfigyelhető. A proc. spinosusok két oldalán elhelyezett csontlécárnyékok jól kivehetők. A csontrendszer egyéb helyén gócképződést kimutatni nem tudtunk. Bence—Jones vizsgálat: negatív.



2. ábra. A sternum kenetben tumorsejtek jelentek meg. (M.—G.—G. festés, immersios nagy.)



3. ábra. Rtg-lelet 1957-ben: a Th. 11—12 csigolyák közötti rés beszűkült. A 11. csigolya felére összeroppant, felső zárólemeze destruált.



4. ábra. Plasmocytoma (H. E. 600 × nagy).

Betegünk tehát kb. *9 és fél éve* szolitér jellegű folyamatával él és jelenleg is panaszmentes. Sorsát továbbra is figyelemmel követjük.

Az irodalmi és saját tapasztalatok alapos megfontolása után úgy látjuk, hogy a kérdés lényege nem abban van: mi az álláspontunk, melyik felfogáshoz csatlakozunk. Gyakorlatilag a döntő, hogy találjunk, vagy legalábbis megkíséreljünk találni *olyan tüneteket, melyek alapján a betegség várható alakulására, gyors vagy elhúzódó lefolyására következtetni lehet.* A kérdés nyilvánvalóan csak a *szolitér típusnál* merülhet fel.

Szolitér plasmocytomának fogadjuk el a plasmasejtes daganatoknak azt a formáját, ahol az elváltozás a csontrendszer egy helyére lokalizált (igen alapos rtg-átvizsgálást feltételezve!), a diagnózist a szövettani vizsgálat alátámasztja és a gondosan, esetleg több helyről vett csontvelővizsgálat kóros eltérést nem talált.

A csontvelőkenet vizsgálatának jelentőségét nem véletlenül hangsúlyozzuk. *Cohen* (7) már említett nagy statisztikájából kiderül, hogy az izolált myelomások közül 20 betegen végezték el, 25-nél a vizsgálat elmaradt — sajnos jelentősen befolyásolva a késői kiértékelést. A 20 betegből negatív volt a myelogrammja 13-nak, ezek folyamata csak 3—8 év múlva disseminalt, két beteg pedig 6, ill. 8 év múlva is tünetmentes. Ezzel szemben a 7 kórosnak talált myelogrammú betegből 1 élte csak meg a 3 évet!, öt meghalt az első évben. *Dahlin* (8) is hangsúlyozza a pozitív myelogramm előnytelen prognosztikai jelentőségét.

Anyagunk alapján úgy véljük, hogy az ép csontvelői kép szilter plasmocytoma esetében *közel 50%-ban*, a betegség krónikus lefolyására utal.

A szérum-fehérjék vizsgálatára, az elektrophoresis eredményeire a kórisme tisztázásánál — amint *Fernbach* (10) kimutatja — jobban támaszkodhatunk, mint bármely más laboratóriumi vizsgálatra — már korai stádiumban is. Prognosztikailag viszont úgy látjuk, hogy emelkedett összfehérje-érték, vagy egyes globulin-fractio kiugrása nem utal szükségszerűen a kórkép várható előnytelenebb lefolyására. Ismertek 5—8—10 éves túlélések lokalizált esetekben, emelkedett értékek mellett (*Cohen* és saját esetek), néha viszont hiányozhat a multiplex folyamatoknál (*Kovács*, 12).

Értékesek azok a megállapítások, melyek egyes globulinfrakciók emelkedése és a szövettani kép összehasonlító vizsgálatain alapulnak. *Wuhrmann* és *Wunderly* (22) a gammafrakció emelkedettségével járó, érett, nagysejtes plasmocytomát prognosztikailag előnyösnek tartja a jóval ritkább kis, kereksejtes atípusos alaknál. Ez utóbbinál az alfa-, vagy betafrakció értéke emelkedik ki, a sejtek éretlenek, több a mitosis, a betegség lefolyását tekintve gyors ütemű.

A hosszú évekig fontosnak tartott Bence—Jones-féle proteinuria — ma már tudjuk — nemcsak a myelomáknál mutatható ki. A vizsgálat nem alkalmas arra, hogy jelenléte, vagy hiánya alapján lényeges megállapításokat tegyünk a kórlefolyás tekintetében (*Pasternack*, 16; *Cohen*, 7).

Jelentősnek és feltétlen figyelemre méltónak tartjuk a szolitér góc *lokalizációjának* és a beteg *életkorának* szerepét. Annak ellenére, hogy elméletben a tumor majd minden csontban felléphet, vannak ún. predilectios helyek, ahol gyakrabban találhatók. *Wagner* (19) gyakorisági sorrendet állított fel 111 megfigyelt eset alapján. A szolitér plasmocytomát 53%-ban a medencén és gerincen találta, 35%-ban pedig a femur és a humerus volt érintett. A csigolya plasmocytomák bizonyos százaléka *kétségtelenül krónikus, elhúzódó lefolyású* — saját tapasztalataink mellett erre igen sok szerző utal — számolni kell azonban a *korai gerincvelői szövődmény káros hatásaival*, mely jelentősen befolyásolja a daganatos beteg kilátásait. *Wright* (21) közleményéből ismert betegekből (16—35 év megfigyelési idő) a humerusban, a tibián, ill. mandibulában lokalizált myelomás gócot *radikálisan* eltávolították! Ezek az adatok alátámasztják a radikalitásra való törekvést — már ahol ez technikailag lehetséges.

A plasmocytoma *az idős kor betegsége*. Fellépése átlagosan 55. életév körül a leggyakoribb. Saját megfigyelésünk, hogy a soliter esetek 55. évnél fiatalabb korban, a multiplex folyamatok pedig ennél idősebbeken jelentkeznek. *Wright* (21) betegei 29—39 évesek, *Cohen* leghosszabb túlélői 28—41, *Paillas* és *saját* betegünk 46 éves volt.

Megállapítható tehát, hogy *a 35—55 életévben kezdődő, csigolyákon, vagy végtagcsontokon talált soliter elváltozásnak minősülő Kahler-kór az esetek több, mint 1/3-ában évekig elhúzódó lefolyást mutat*. Megfelelő kezeléssel évekre, ritkán évtizedekre a beteg panaszmentessé tehető és ebben jelentős szerepe van a góc kitakarítására, decomprimálásra, csontos rögzítettség kialakítására irányuló műtéti eljárásoknak. Az aktivitás tekintetében véleményünkkel (17) nem állunk egyedül, a műtéti beavatkozás jogosságát több szerző ismeri el (*Böhler*, 4; *Dahlin*, 8).

Összefoglalás: A szerzők 6 évvel ezelőtt ismertetett myelomás betegek közül egyiket, aki évekig panasz- és tünetmentes volt, betegsége általánosulása következtében elvesztették. Másik, hasonló elváltozású beteg 9 év eltelte után is tünetmentes.

Tapasztalataik és az irodalmi adatok alapján meghatározzák a soliter plasmocytoma fogalmát és a betegség prognosztikailag értékelhető tüneteit.

IRODALOM: 1. *Aegerter, E.—Kirkpatrick, J. A.:* Orthopedic Diseases. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1958. — 2. *Apitz*, cit.: *Deák P.:* l. ott. — 3. *Bichel, J.—Kirketerp, P.:* Acta Radiol. 1938. *19*, 487. — 4. *Böhler, J.:* Zb. Chir. 1958. *83*, 1199. — 5. *Chesterman, J. T.*, cit.: *Wright:* l. ott. — 6. *Christopherson, W. M.—Miller, A. J.:* cit.: *Wright:* l. ott. — 7. *Cohen, D. M.—Svien, H. J.—Dahlin, D. C.:* JAMA. 1964. *187*, 914. — 8. *Dahlin, D. C.:* Bone Tumors. C. C. Thomas, Springfield. Ill. 1957. — 9. *Deák, P.—Szigeti, J.:* Magy. Radiol. 1951. *3*, 56. — 10. *Fernbach, J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1963. *104*, 1646. — 11. *Geschickter, C. F.—Copeland, M. N.:* Tumors of Bone. Ed. Am. J. Cancer 1936. — 12. *Kovács, L.:* Magy. Belorv. Arch. 1959. *12*, 118. — 13. *Leger, L.*, cit.: *Paillas:* l. ott. — 14. *Lichtenstein, L.:* Bone Tumors. C. V. Mosby Co. St. Louis. 1959. — 15. *Paillas, J. E. és mtsai:* Les tumeurs primitives du rachis. Masson et Cie. Paris. 1963. — 16. *Pasternack, J. G.—Waugh, R. L.*, cit.: *Wright:* l. ott. — 17. *Riskó, T.—Nyul-Tóth P.—Eckhardt, S.:* Magy. Onkol. 1960. *4*, 127. — 18. *Stewart, M. J.—Taylor, A. L.*, cit.: *Wright:* l. ott. — 19. *Wagner, A.:* Fortschr. Med. 1964. *82*, 285. — 20. *Willis, R. A.:* J. Pathol. Bacteriol 1941. *53*, 77. — 21. *Wright, C. J. E.:* J. Bone Jt. Surg., 1961. *43—B*, 767. — 22. *Wuhrmann, F.—Wunderly, Ch.:* Die Blutweisskörper des Menschen. Benno Schwabe. Basel. 1952. — 23. *Voigt, E.:* Zb. Chir. 1957, *82*, 1406.

CHLOROCID kenőcs

1,5% chloramphenicol, vaselin típusú alapanyagban

impetigo, pyoderma, ekzema impetiginosum, ecthyma, ulcus cruris, folliculitis, sycosis vulg., otitis ext. stb. kezelésére.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

1 tubus (5 g) 4,60 Ft
1 tubus (15 g) 10,50 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

TOXICOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika (igazgató: Balogh Ferenc dr.)

Az aethylenglycol-mérgezés komplex kezelése

Pintér József dr., Császár József dr., Mihalecz Károly dr. és Wölfer Edit dr.

Aethylenglycol (továbbiakban Aeg.) bevétele után súlyos mérgezést és halált először 1930-ban írtak le (1, 8). Az Aeg.-mérgezés az utóbbi években hazánkban is egyre gyakrabban észlelhető. Négy esetről *Frang* és munkatársai (5), a Budapesti Urologiai Klinika művese-osztályáról, 1 esetről pedig *Farkas* és munkatársai (4) számolnak be. Az Aeg.-mérgezés gyakoribbá válását megmagyarázza az a tény, hogy a gépjárművek téli üzemeltetéséhez nálunk is az Aeg. vízzel vagy methylalkohollal történő különböző súlyrész szerinti keveréke terjedt el. Az irodalmi adatok *Dotzauer* (2), *Specht, Katte* (18) szerint a II. világháború alatt és után fordult elő sok Aeg.-mérgezés. *Levy* (12) 1960-ban 35 esetet gyűjtött össze. Az idetartozó irodalmat és a kezelés főbb szempontjait *Friedmann* és társai (6) összefoglalták. Évente átlagosan 40—60-ra tehető a véletlen Aeg.-fogyasztást követő halálesetek száma (16). *Hagstam* és munkatársai (8) 1965-ben művese-kezelés után gyógyult 10 éves fiú esetét ismertetik.

Az Aeg.-mérgezés rendszerint tévedés, ritkán öngyilkossági kísérlet következtében jön létre. Előfordulhat azonban, hogy az euphoriát okozó hatása miatt, elégtelen felvilágosítás következtében a hűtőkeverékkel dolgozók az Aeg.-t megisszák (18).

Az irodalmi adatok szerint (7, 13, 17) 20—40 g Aeg. per os bevétele általában mérgezést nem okoz. Halálos adagját 100—150 g-ra becsülik. Ismeretes azonban, hogy 60 ml Aeg. bevétele is okozott már halált és hogy 240 ml után — művese-kezelés nélkül is — van túlélő (10).

Az Aeg. a kétértékű alkoholok csoportjába tartozik, édesvizű, aromás illatú, olajos nedvszívó, glycerinhez hasonló folyadék, mely vízben, alkoholban jól, aetherben kevésbé oldódik, forráspontja 197,4 C fok. *[Erdei-Gruz* (3)].

Az Aeg. a szervezetbe jutva jó diffusio-készsége miatt gyorsan felszívódik, a liquorba is eljut. A szer bevétele után röviddel idegrendszeri károsodások jelentkeznek, ugyanis az Aeg. ér- és protoplasma-méreg, amely oedemát és ér-necrosist idéz elő. Az első tünetek előbb ittaságra utalnak, majd zavartság alakulhat ki, amely eszméletlenségig fokozódhat, néha convulsiók is észlelhetők. Súlyos esetekben a szervezetbe jutott Aeg. a halált 12—48 óra alatt előidézi. Gyakran a hirtelen kialakuló tüdő- vagy agy-oedema és az ezt követő légzőközpont-bénulás okozza a halált. Ha a beteg a heveny mérgezés okozta károsodást túléli, úgy a nephroticus hatás kerül előtérbe: proteinuria, haematuria, oliguria, anuria, uraemia. Ilyenkor a vizeletben a calciumoxalat kristályok mindig megtalálhatók (7, 8, 13).

Az Aeg.-t a szervezetben a máj alkoholdehydrogenazéja oxalsavig lebontja. Így a mérgezés után néhány órával később kialakuló idegrendszeri elváltozásokért maga az Aeg. tehető felelőssé. A további károsodásokat viszont — amelyek főleg a vesén és a májon észlelhetők — az Aeg-ból keletkezett oxalsav okozza.

Az Aeg.-mérgezés létrejötte után az oxalsavra történő lebontódás gyorsaságától függően csak rövid ideig mutatható ki az Aeg. a gyomortartalomban és a vizeletben.

Kórbonctanilag jellegzetesnek tartják az igen sötét, szederjes vérhullafoltok előfordulását, a tüdő- és az agyvizenyő jelenlétét, a máj zsíros elfajulását és a vese elváltozásait. Szövettanilag az agyban anoxiás károsodások, helyenként pedig perivascularis lágyulások mutathatók ki. A vesékben a tubulus-hám duzzanata mellett hydropicus és vacuolás degeneratio (5), tubulorhexis is észlelhető. A tubulusokban fehérje-cylinderek és Ca-oxalat kristályok is találhatók. *[Moeschlin* (13), *Patscheider, Hetzel* (15), *Pons, Custer* (17)]. A velőállomány interstitiuma vizenyősen fellazult, lymphocytákkal, plasma-sejtekkel beszűrt.

Peterson és munkatársai (16), *Keszthelyi* és munkatársai (11) állatkísérletekben vizsgálták az Aeg.-mérgezés pathomechanizmusát. Vizsgálataik szerint az Aeg. viszonylag lassú oxidációját a máj alkoholdehydrogenazéja katalizálja. A humán máj-alkohol-dehydrogenaze tisztított formában való előállítása után ez a tény bebizonyosodott, de kiderült az is, hogy az alkohol gátló hatást fejt ki erre az oxidációs folyamatra. Ugyanis az Aeg. oxálsavvá való lebomlását az aethylenglycolhoz történő alkohol-hozzáadás meglassítja, így lehetővé válik, hogy nagyobb mennyiségű Aeg. tud a vizelettel kiürülni.

Esetismertetés

H. L. 57 éves beteg 1966. II. 25-én tévedésből Aeg.-t tartalmazó fagyálló folyadékot ivott. A beteget azonnal belosztályra szállították. Felvételekor sensoriuma tiszta, szív, tüdő, has kóros eltérés nélkül. Néhány óra múlva ittasságra jellemző elváltozás alakult ki, ezután az általános állapot, fokozatosan romlott, hyperventillatio és végtagbénulás keletkezett. A súlyos toxicus tünetek miatt 1000 ml 5%-os Dextrose-oldatot, ¼ mg Strophantint, 2 amp. Diaphyllint, 100 mg Depersolont adtak, majd 300 ml vért bocsátottak le. Hőmérséklet 38,2 fok, fvs: 18 000. Penicillin és Streptomycin adását is elkezdték. Másnapra a beteg általános állapota javult, sensoriuma is tisztult, de még mindig incoordinált volt. A 24 óra alatti vizelet mennyisége 40 ml, fs: 1010. A beteg még két napig kapta ezt a gyógykezelést és II. 28-án 93 mg%-os MN-értékkel szállították klinikánk művese-osztályára. Felvételekor ismét nagyfokú zavartságot észleltünk, a beteg időben

és térben incoordinált. Azonnal 500 ml 10%-os mannit adásával egészítettük ki az előző kezelést. A vizeletmennyiség nem változott, az anuria továbbra is megmaradt, néhány órával később azonban a beteg sensoriuma feltisztult annyira, hogy az Aeg.-ivás körülményeit is elmesélte: az elfogyasztott Aeg.-mennyiség kb. 150 ml volt. III. 1-én általános állapota kielégítő, MN: 140 mg%, Na: 148 maeq/l, K: 5,6 maeq/l, Cl: 110 maeq/l, vvt: 4 150 000, fvs: 8000, htk: 45%, vizeletmennyiség: 20 ml, fs: 1010, vh: amph., f: op., g: pos., üledék: 40—50 gs, 30—40 vvt, 1—1 szemcsés cylinder, 2—3 hs, sok Ca-oxalat kristály. Therapia változatlan.

III. 2-án az uraemiás állapot súlyosbodott. MN: 170 mg%, Na: 144 maeq/l, K: 5,8 maeq/l, Cl: 105 maeq/l, reserv alkali: 15 CO_2 tf%, vvt: 4 100 000, htk: 45%, hgb: 124 g%. A betegen veno-venosus dialysist végeztünk, amely 7 óra hosszat tartott. Az általános állapot javult, az uraemiás és az acidotikus tünetek is nagymértékben mérséklődtek.

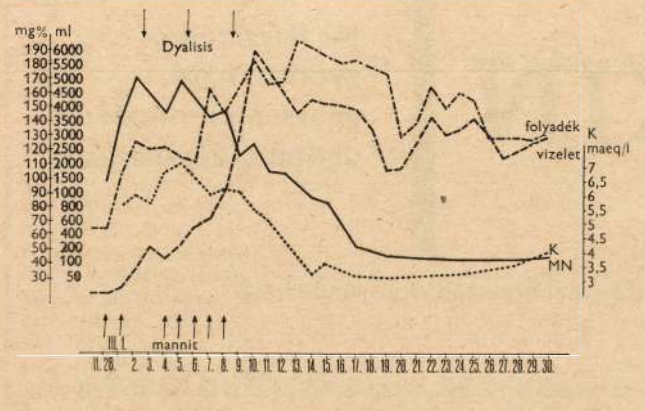
III. 3. A vizeletmennyiség 85 ml. Tekintettel arra, hogy mannit adására a vizeletürítés nem fokozódott, a mannitot elhagytuk. 1000 ml. 5%-os Fructose-oldat, vitaminok, ¼ mg Strophantin, 250 mg Retandrol, 250 mg Tetran adását állítottuk be. Vvt.: 4 200 000, htk: 42%, MN: 120 mg%, K: 5,6 maeq/l, hgb: 13,4 g%. Este kisebb fokú zavartság és izomrángások észlelhetők.

III. 4. A zavartság és az izomrángás továbbra is észlelhető. Agy-oedemára gondolunk, így ismét 500 ml 10%-os mannit adását indíkáltuk. Az előző napi therapia annyiban változott, hogy az 5%-os Fructose mennyiségét 500 ml-re csökkentettük. Vizeletmennyiség: 140 ml, fs: 1010. MN: 144 mg%, K: 6,8 maeq/l, Na: 146 maeq/l, Cl: 94 maeq/l, vvt: 4 000 000, htk: 39% hgb: 125 g%. A beteg sensoriuma a mannit adása után ismét feltisztult.

III. 5-én MN: 169 mg%, K: 7 maeq/l, Na: 138 maeq/l, Cl: 88 maeq/l. Újabb haemodialysist végeztünk. A dialysis alatt észlelhető cardialis zavar (tachycardia, tensioesés) miatt a művesekezelés csak 5 óra hosszat tartott. A vizelet 240 ml volt.

III. 6. A beteg általános állapota kielégítő, a cardialis zavar teljesen megszűnt, vizelete 525 ml, fs: 1010. Az elkezdett gyógykezelést folytattuk, a mannit mennyiségét megemeltük, így naponta 1000 ml 10%-os mannitot adtunk

III. 8. A vizeletmennyiség 1220 ml, fs: 1010, ennek ellenére súlyosbodtak az uraemiás tünetek (MN: 145 mg%, Na: 137 maeq/l, K: 6,1 maeq/l), ezért újabb dialysist indikáltunk. Az előző alkalommal észlelt cardiovascularis zavar elkerülése végett arterio-venosus dialysist végeztünk. A dialysist a beteg jól tűrte. Tekintettel arra, hogy a 6. órában már 90 mg% volt az MN és a betegnek 1200 ml-en felüli vizelete volt, a dialysist befejeztük. A művese-kezelés után folytattuk az előző napi kezelést.



1. ábra. Háromszori művese-kezelésre, valamint az oedema kialakulásának megakadályozására adott mannit-kezelésre gyógyult beteg kórlefolyása.

III. 9. Vizelet: 3080 ml, fs: 1007. Az ált. állapot jó. Az alacsony vvt-szám miatt (2 000 000) 320 ml vért adunk. MN: 114 mg%, Na: 144 maeq/l, K: 5,4 maeq/l.

III. 12. Az általános állapot jó, a napi vizeletmennyiség 4200, fs: 1007, MN: 104 mg%, Na: 126 maeq/l, K: 4,4 maeq/l. Az elektrolyt-pótlást és a folyadékbevitelt mindennap az elektrolyt- és vízháztartási egyensúlyának megfelelően végeztük.

III. 24. Vizeletmennyiség: 3300 ml, fs: 1006, MN: 44 mg%, Na: 136 maeq/l, K: 3,2 maeq/l, Cl: 98 maeq/l, vvt: 2 240 000, hgb: 10 g%, htk: 30%, clearance: 30 ml/min. (1. ábra).

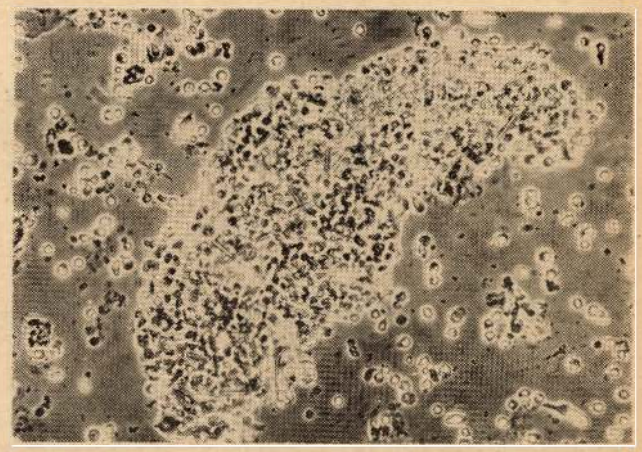
IV. 7-én távozik: folyadék- és elektrolyt-egyensúly rendben.

Megbeszélés

Az Aeg.-mérgezés irodalmának áttekintése azt mutatja, hogy kezdetben a therapiás lehetőségek igen korlátozottak voltak, így érthető, hogy az Aeg.-mérgezések nagyrésze halálos kimenetelű volt. A tüneti kezelés — beleértve a művese-kezelést is — csak ritkán, inkább az enyhébb esetekben eredményezte a betegek gyógyulását. Az állatkísérletek alapján szerzett tapasztalatokat jelentősnek kell tartani. Bebizonyosodott ugyanis, hogy a kísérleti állatok túlélik a halálos dosisú Aeg.-mérgezést, amennyiben a szer bevitele után 2 órán belül alkoholt kaptak. Ezért megfontolandónak tartjuk az elkövetkezendő időben az embernél bekövetkezett Aeg.-mérgezés korai stádiumában az eddig alkalmazott kezelésnek etanol adásával történő kiegészítését.

A kísérleti adatok szerint ugyanis az alkohollal kezelt állatoknál a vizeletben nagyobb mennyiségű Aeg. választódott ki, mint a kontroll állatoknál, amelyek nem kaptak alkoholt. Az alkohollal kezelt állatoknál az Aeg.-mennyiség 90%-a az első 24 órában távozott, 48 óra múlva a vizeletben significans mennyiségű Aeg. nem volt kimutatható (11, 16).

Betegünk gyógykezelése kapcsán az alkohol adását mi már meg sem kíséreltük, hiszen a mérgezés után 3 nappal később szállították klinikánkra, s ennyi idő alatt az Aeg. oxalsavra való lebontása megtörtént, amint azt a vizeletüledékben található kristályok is mutatták (2. ábra). A beteg



2. ábra. Ca-oxalát kristályok a vizeletben. Fázis-kontraszt mikroszkópos felvétel (100-szoros nagyítás).

gyógyulását kétségtelenül elősegítette az agy-oedema veszélyének csökkentésére alkalmazott mannit adás és komplex antiuraemiás kezelés — beleértve a háromszori haemodialysist is.

Az irodalmi ismereteink és a tapasztalataink alapján az Aeg.-mérgezés gyógykezelését az alábbiakban foglaljuk össze:

Az ismert kísérleti adatok alapján (11, 16) megfontolandónak tartjuk az Aeg.-mérgezés esetén azonnal, óvatosan az óránkénti 8—10 g alkohol adását, a diuresis fokozására pedig a mannit-kezelés megkezdését. A kettő együttes adása javíthatja a gyógyulás lehetőségeit, ugyanis egyrészt az alkohol-adás következtében meglassul az Aeg. oxidációs folyamata, másrészt viszont a mannit okozta osmoticus diuresis elősegíti a vesén át kiválasztódó Aeg. kiürülését, ezáltal csökken a toxicus hatás is.

A kórbonctani elváltozások szerint a halál gyakran a kialakuló agy-, vagy tüdő-oedema következménye. A mannit-kezelés ezt is kedvezően befolyásolhatja. Esetünkből jól látható, hogy a bejövetelekor, a mérgezés utáni 4. napon zavart, incoordinált beteg tudata az 50 g mannit adása után feltisztult. Az első dialysis és az utána következő napon a beteg nem kapott mannitot — ismét kisfokú zavartság lépett fel. A betegnél az oedema-veszély csökkentésére a továbbiakban naponta adtuk az 500 ml 10%-os mannit-oldatot.

Tehát a mérgezés pathomechanizmusát szem előtt tartva, elképzelhetőnek látszik, hogy bizonyos esetekben a tüneti kezelést megelőzve adott alkohol és az általunk javasolt mannit adása, valamint a korai uraemiás szakban alkalmazott művese-kezelés kedvezően megváltoztathatja a kórkép lefolyását. A kialakult uraemiás szakban is — ha a betegnek már 300—500 ml a napi vizelet-mennyisége — kedvező hatás várható a mannittól, ugyanis gátolja az oedema kialakulását, amely gyakran szerepel halálokként az ilyen esetekben.

Összefoglalás: A szerzők az aethylenglycol-mérgezéssel kapcsolatos irodalom áttekintése után ismertetik saját gyógyult esetüket, majd a gyógykezeléssel kapcsolatosan felhívják a figyelmet az aethylglycol-mérgezés után azonnal — az állatkísérleti eredmények alapján embernél is — óvatosan megkísérlendő etanolos kezelésre, valamint ugyancsak a mérgezés korai stádiumában alkalmazott mannit-kezelés előnyére, az uraemiás szakban pedig a korán alkalmazott művese-kezelés jelentőségére.

IRODALOM: 1. *Brekke A.:* Norsk. Mag. Taegevidensk. 1930. *91,* 381. — 2. *Dotzauer G.:* Dsche. med. Wschr. 1948. *22,* 73. — 3. *Erdei-Gruz T.:* Vegyszerismeret. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 1963. — 4. *Farkas Gy., Keszthelyi B., Pár A.:* Morphologiai, Igazságügyi Orv. Szemle: (megjelenés alat). — 5. *Frang D., Csata S., Szemenyei K., Hamvasi Gy.:* Előadás (Sopron, 1966.). — 6. *Friedman E. A., Greenberg J. B., Merril J. P., Dammin G. J.:* Amer. J. Med. 1962. *32,* 891. — 7. *Fühner H.:* Medizinische Toxicologie, Georg Thieme Verl., Stuttgart, 1951. — 8. *Hagstam K. E., Ingvar D. H., Paatela M., Tallquvist H.:* Acta med. Scand. 1965. *178,* 599. — 9. *Hansen K.:* Slg. Vergiftungsfällen 1930. *1,* 175. — 10. *Kahn H. S., Brotekner R. J.:* Ann, intern. Med. 1950. *32,* 284. — 11. *Keszthelyi B., Farkas Gy., Pár A.:* Orvosi Hetil. (megjelenés alatt). — 12. *Lewy R. I.:* JAMA. 1960. *173,* 114. — 13. *Moeschlin S.:* Klinik und Therapie der Vergiftungen. Georg Thieme Verl. Stuttgart. 1959. — 14. *Mueller B.:* Gerichtliche Medizin. Springer Verl. Berlin, 1953. — 15. *Patschneider H., Hetzel E.:* Arch. Tox. 1961. *19,* 143. — 16. *Peterson D. I., Peterson J. E., Hardinge M. G., Wacker W. E.:* JAMA. 1963. *186,* 955. — 17. *Pons C. A., Custor R. P.:* Amer. J. med. Sci. 1946. *211,* 544. — 18. *Specht W., Katte W.:* Giftverdacht? Kriminalistik. Verl. für kriminalische Fachliteratur. Hamburg 1954.

Bradycardiával vagy tachycardiával járó szívelégtelenségben

DIGOXIN

Jól felszívódó, gyorsan ható, gyorsan eliminálódó digitalis-készítmény

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető

Forgalomba hozza: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Dabasi Járási Tanács VB Szakorvosi Rendelőintézete.

A dysjunctio acromioclavicularis kezelése

Lelik Ferenc dr. és Görgényi Ákos dr.

A ficamok, szalagszakadások esetén a fájdalmasság és egyéb tünetek miatt ritkák az „elnézett" esetek. A clavicula lateralis végének „ficamánál" azonban ez könnyebben előfordulhat, mert tünettana szegényes, felismeréséhez gyakorlat, valamint a kórkép ismerete elengedhetetlen.

Az elváltozás klinikai képének megértéséhez a következő anatómiai adatok felelevenítése szükséges: a törzs és vállöv összeköttetését a clavicula biztosítja. Két ízülete közül a lateralis (az acromioclavicularis) a mozgékonyabb, noha *Kiss* (2) szerint korlátolt szabad ízület, mert az alkotásában résztvevő három szalag (lig. acromio-clav. sup. és inf., valamint a lig. coraco-clavicularе) a nagyobb amplitudójú mozgásokat gátolja. *Depner* a coraco-clavicularis szalagon belül két szalagot határol el. Az ízület élettanilag is erősen igénybevett, mert a lapocka sok irányban mozgékony: még lapjára merőleges tengely körül is elfordulhat. A tokszalagban ugyan vannak erősítő kötőszöveti nyalábok, de izomvédelme az ízületnek nincs. Az acromion ízületi végén rendszerint discus is van.

Az említettek alapján könnyen érheti és károsíthatja sérülés e synchondrosist. Rendszerint vállra, könyökre zuhanásnál marad rögzült a lateralis fél, ugyanakkor a tehetetlenségi erő folytán a kulcscsont distalis vége az ízületi tokot átszakítja, felfelé csúszik, egyik végén rögzített pálcaként felfelé és kissé hátra kipattan. Az átszakadás akkor teljes, ha a lig. coraco-claviculare is átszakad. Ennek sérülésével kapcsolatban írja le *Depner* a „billentyű" tünetet. Ha a lig. conoideum szakad, de a trapesoideum tart, a billentyű tünet negatív és a gyógyulási eredmény biztató, ha azonban a conoideummal együtt a trapesoideum is elszakad, a billentyű tünet pozitívvá válik és a dysjunctio műtét ellenére is állandósul.

E pathológiai lehetőségeknek megfelelően észlelhetők a klinikai tünetek, valamint a rtg-jelek. A beteg sérült vállán az ízületi ponton besüppedés látható és tapintható: aktíve 30—60°-ig képes abdukálni, kézzel történő akadályozás esetén pedig fájdalmat jelez a vállában. Az ízület vetületében látható kiemelkedés — mely a clavicula vége — fokozódik.

Anyagunkat nem a klinikai kép súlyossága, hanem a rtg-képeken látható elváltozás szerint csoportosítottuk, a betegek egyéni tűrőképessége ugyanis igen eltérő.

Rtg-képeinket *Usadel* (9) javasolta beállításban végeztük. Állványnál 150 cm távolságból keresztbetett 15 × 40 cm-es filmre exponáltunk. A felvételt álló betegen, csüngő karral végeztettük el. Így a kétoldali synchondrosis azonos filmen jól összehasonlítható.

Anyagunk alapján — *Wunderlich* után — a dysjunctiót három fokozatba osztottuk.

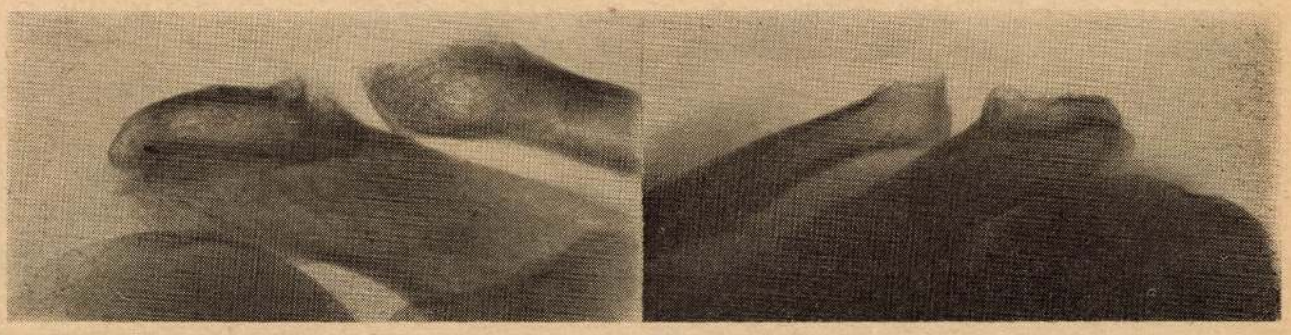
I. fokú dysjunctio: az összehasonlító felvételen a kóros oldalon az acromion és a clavicula distalis vége között a „rés" néhány mm-rel nagyobb, mint az ép oldalon. Ez néhány rost szakadására enged következtetni.

II. fokú dysjunctio: A „rés" szembetűnően tágult a kóros oldalon és enyhe felfelé irányuló clavicula elmozdulás látható. Lig. acromioclaviculare szakadás.

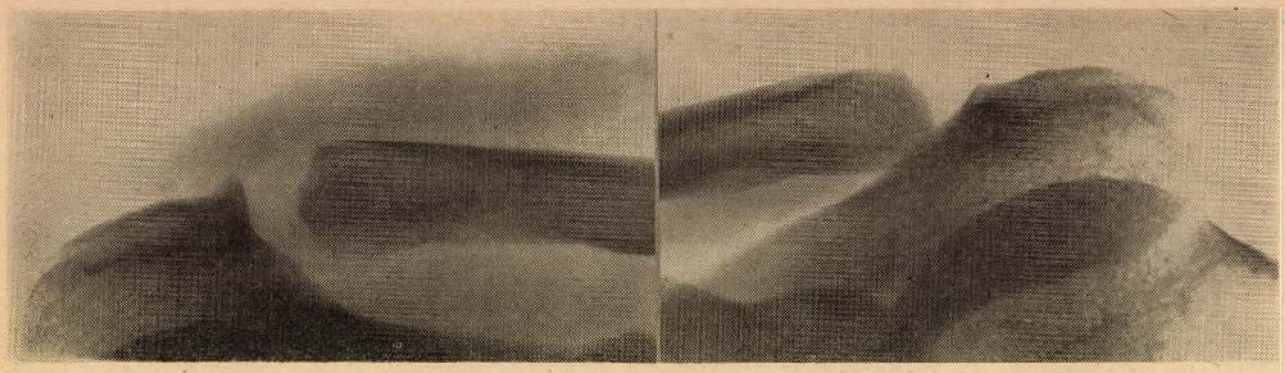
III. fokú dysjunctio: A „rés" tágabb volta mellett a clavicula distalis vége kifejezetten felfelé mozdult el. A lig. coraco-clav. is szakadt.

Megjegyezzük, hogy két külön filmre készült összehasonlító felvétel, főleg a beteg fekvő helyzetében, igen megtévesztő lehet és radiológiai verificatióra nem alkalmas.

A kórképpel és kezelésével számos közlemény foglalkozik (3, 4, 6, 7 stb.). Különböző kezelési módokat ajánlanak; a konzervatívak nyolcaskötést — abductiós sínt — Desault-kötést — ragtapasz rögzítést. *Böhler* még a rögzítést sem tartja minden esetben indikáltnak. A műtéti kezelést ajánlók: tokplasztikát — tokmegerősítést — szögezést, cerclage-t — drótvarratot.



1., 2. kép. Bal oldalon a „rés" néhány mm-rel tágabb, mint a jobb oldalon. I. fokú dysjunctio.



3., 4. kép. Jobb oldalon a „rés" szembetűnően tágult, a clavicula acromialis vége minimalisan, de elfelé mozdult. II. fokú dysjunctio.

Abban minden szerző megegyezik, hogy amilyen könnyű a repositio, olyan nehéz a helybentartás.

Betegeink egy kivételével nehéz munkát végző mezőgazdasági munkások voltak (traktoros, fogatos, tejkezelő, zsákoló), akiknek a hagyományos vagy gépesített eszközökkel végzett mezőgazdasági munkában az intakt erejű vállövükre feltétlenül szükségük van. Társadalmi és exisztenciális érdek is megköveteli, hogy gyógyulásukat lehetőleg teljessé tegyük.

Kezelési eljárásként az ún. fordított V sínt alkalmaztuk. Vattapárnával jól alápárnáztuk a hónaljárkot. Ezután a kettős Krammer-sínt 45°-ban meghajlítottuk és a hegyét a hónaljba csúsztattuk. A visszahelyezés ezzel azonnal megtörtént. A felkart is a sínhez rögzítettük, azt pedig az ellenkező vállhoz és mellkasfélhez. A könyök forgatását, valamint a csukló s ujjak aktív mozgattatását azonnal előírtuk. Általában 3—4 hét múlva szabadítottuk fel a kart, ekkor már arra buzdítottuk a beteget, hogy mozgassa végtagját a fájdalmasság határáig: a sín fenntartása mellett.

3—5 hét múlva — sokszor a dysjunctio fokától függetlenül — gyógyult a folyamat klinikailag. A váll visszaszerezte teljes mozgásképességét, azaz az akadályozott abductio teljes vállöv készség mellett mindkét karon azonos erejűvé vált.

E módszert azért írtuk le részletesebben, mert az általunk ismert irodalomban erről nem történik említés, továbbá mert *Böhler* és más szerzők által ajánlott módszereknél a gyógyulás, ill. a keresőképesség ilyen módon hamarabb következett be.

A műtéti megoldások nem látszottak előnyösnek, mert mint *Böhler* helyesen állapítja meg, bármely szövődmény esetén az állapot súlyosabb, mint az eredeti elváltozás volt.

Kazuisztika

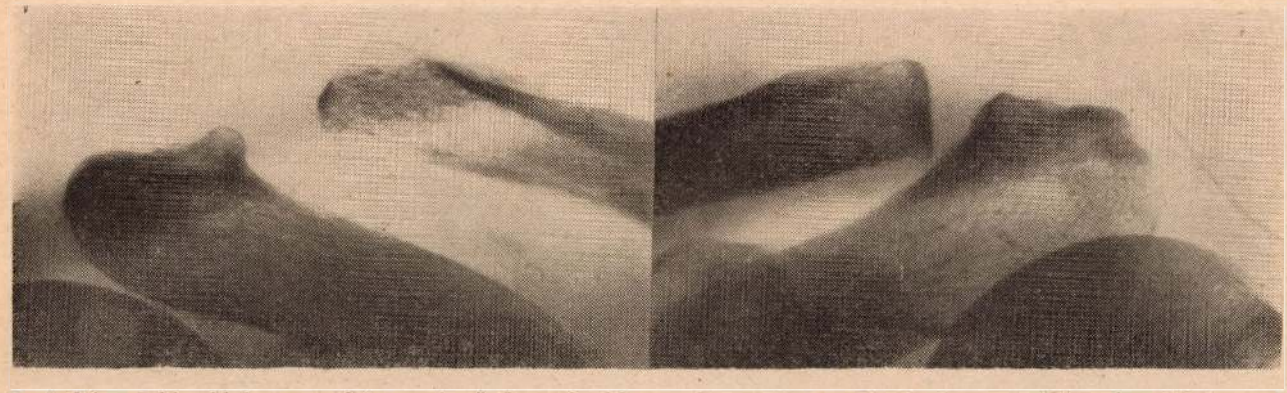
1. eset. Cs. I. 40 éves férfibeteg kocsiról leesett és a bal vállára zuhant. A bal váll mozgásai beszűkültek, bal kar csüng. Rtg-felvételen: I. fokú dysjunctio bal oldalon. A leírt kezelés során 21 nap múlva klinikailag gyógyultan munkaképes (1. és 2. kép).

2. eset. G. I., 28 éves férfibeteg zsákolás közben elbukott, jobb vállára esett. Jobb karja csüng, abductiós mozgások beszűkültek. Rtg-felvételen: II. fokú dysjunctio a jobb oldalon. A leírt kezelés során 27 nap alatt functionalisan gyógyult, munkaképes (3. és 4. kép).

3. eset. J. A., 42 éves férfibeteg motorkerékpárról esett le a jobb vállára. Jobb karja csüng, mozgásai beszűkültek, a synchondrosis vetületében fájdalmas kiemelkedés látható. Rtg-felvételen jobb oldalon III. fokú dysjunctio. 1 hét múlva sínjét önhatalmúlag levette. Fél év után jelentkezik, elevatio 170°-ig, rotatio ki- és befelé enyhén fájdalmas. Vállöv ereje kb. felényire csökkent, éjszaka spontán fájdalmak (5. és 6. kép).

Egy 15 × 40 cm-es filmről technikai okokból külön-külön készíttettük a kópiákat és egymás mellett mutatjuk a két oldali synchondrosist.

Összefoglalás. Szerzők az acromioclavicularis juncio bonctanának és kórtanának ismertetése után beszámolnak 24 kezelt esetükről. Kezelési eljárás-



5., 6. kép. Jobb oldalon a „rés" szembetűnően tágabb volta mellett a clavicula acromialis vége kifejezetten elmozdult felfelé. III. fokú dysjunctio.

ként 23 esetben az ún. 45°-ra fordított V sínt alkalmazták 3—4 héten át. A betegek nagyrészt mezőgazdasági dolgozók voltak. A kezelt betegek egy kivételével 3—5 hét alatt valamennyien meggyógyultak és ismét intact erejű vállövvel folytathatták nehéz testi munkájukat.

IRODALOM: 1. *Perñkopf, E.:* Topographische Anatomie des Menschen. Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1937. — 2. *Kiss F.:* Rendszeres bonctan. Medicina. 1958. — 3. *Nagy E.* és *Somogyi Sz.:* Magyar Traumatológia. 1964, *4*, 290. — 4. *Böhler L. A.:* A csonttörések kezelése. Medicina. 1963. — 5. *Ehalt, W.:* Unfallchirurgie im Röntgenbilder W. Maurich. Wien. 1952. — 6. *Watson—Jones:* Fractures and Joint Injuries. Livingstone. Edinburgh. 1956. — 7. *Homyak, T.:* Orthop. Travm. Protesi. 24. 54. Apr. 1963. — 8. *Swier, A.:* Orthop. Unfallchirurgie. 55. 672. 28. nov. 1963. — 9. *Usadel:* cit.: Böhler és Somogyi és Tsa.

K-Strophantosid

INJEKCIÓ

ÖSSZETÉTEL:

1 ampulla (1 ml) 0,25 mg K-strophantosidot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Cardiális decompensatio, Coronaria sclerosis. Asthma cardiale. Tüdőoedéma. Paroxysmalis tachyccardia. Súlyos fertőző betegségek. Súlyos műtétek előtt. Általában minden esetben, amikor a keringés gyors javítása szükséges.

CSOMAGOLÁS:

5x1 ml 9,20 Ft
50x1 ml 66,40 Ft

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST X.

KAZUISZTIKA

Szegedi Orvostudományi Egyetem, Kórbonctani és Kórszövettani Intézet (igazgató: Ormos Jenő dr.)

Juvenilis aponeuroticus fibroma

Bartók István dr.

Talán egyetlen daganatra vonatkozóan sem olyan nehéz elvileg állástfoglalni — akár a tulajdonképpeni daganatos természetet, akár a jó- vagy rosszindulatúságot illetően —, mint a sokszor oly egyszerűnek és problémamentesnek gondolt fibromával kapcsolatban.

Fibroma alatt a klasszikus értelemben daganatos tulajdonságokkal rendelkező, tokkal körülvett, lassan növekvő és eltávolítás után sohasem recidiváló fibrosus csomókat értünk, a gyakorlatban azonban — ennél jóval gyakrabban — olyan daganatszerű elváltozásokat is, amelyek daganatos természete erősen vitatható; sokszor — pl. a bőrben — traumára vezethetők vissza, s végül is nem vonható éles határ köztük és a hegszövet között. Ismeretesek azonban másfelől olyan helyi kötőszövetburjánzások, melyek szövettani sajátságaik alapján különös figyelmet érdemelnek.

A már régebben ismert keloid, musculoaponeurotikus (desmoid) fibromatosis, palmaris és plantaris fibromatosis (Dupuytren contractura) mellett az utóbbi években nodularis fascitis (pseudosarcomatosus fibromatosis) (6, 8), diffus muscularis fibromatosis, generalizált fibromatosis (12), juvenilis aponeuroticus fibroma (5) elnevezéssel a fibroticus szövetproliferatiók újabb változatai váltak ismertté. Mindezen kötőszövetburjánzások természetének megítélése rendkívül nehéz és jelenlegi ismereteink alapján aligha dönthető el, hogy valódi daganatokról vagy reaktív, reparatív jellegű, de túlzott mértékű hyperplasiákról van szó. Az elváltozások nagy gyakorlati jelentőségét gyakori erős pleomorphismusuk, histologiai aktivitásuk és infiltratív növekedésük adja, amelyek alapján tévesen sarcomának diagnosztizálhatók (1, 2, 4, 5, 8, 11, 12), s ezt a betegre nézve végzetes diagnózist gyakran megerősíteni látszik, hogy az elváltozások — éppen infiltratív növekedésük miatt — hajlamosak kiújulásra. A még relatíve kisszámú eset gondos klinikai analízise és a betegek hosszas megfigyelése azonban amellett szól, hogy az elváltozások többsége az életre veszélytelen, s éppen ezért nem igényel radikális sebészi beavatkozást, csupán helyi kimetszést (1, 3, 5, 8, 11, 12).

Az ismertetésünk tárgyát képező juvenilis aponeuroticus fibromát *Keasbey* (5) írta le 1953-ban. Négy esete óta *Stout* (1954; 2 eset), *Booher* és *McPeack* (1959; 2 eset), *Lichtenstein* és *Goldman* (1964; 6 eset), továbbá *Rios-Dalenz és mtsai* (1966; 1 eset) ismertettek hasonló elváltozást; így az irodalomban eddig közölt esetek száma tudomásunk szerint 15. Felnőttekben csupán *Lichtenstein* és *Goldman* (7) észlelték négy alkalommal; az összes többi eset gyermekekben fordult elő, a születés utántól 17 éves korig. Az elhelyezkedés legtípusosabb helye a kéz, főleg a tenyér, ritkábban fordult elő a talpon, a bokatájon, az alkaron, a lábszáron és a háton. Az elváltozást valamennyi szerző daganatnak tartja, amely az izmok közti (5) vagy a bőr alatti zsírszövetben elhelyezkedő (7) finom kötőszövetből indul ki, átszövi a zsírszövetet és a harántcsíkolt izmokat, ereket és idegeket vesz körül.

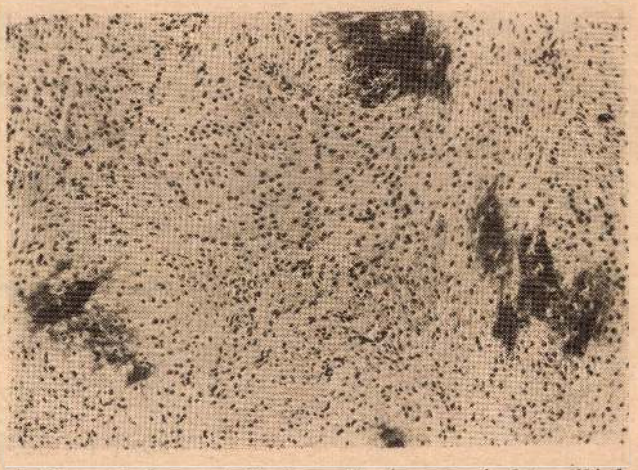
Az eddigi közlések alapján a tumor bizonyos esetekben erős proliferatív aktivitást mutat és éretlenebb sejtekből épül fel, máskor tömöttebb és differenciáltabb szerkezetű (3, 5, 7, 9).

Magunk a közelmúltban 15 éves fiúnál észleltünk juvenilis aponeuroticus fibromát.

A bal tenyéren a második metacarpus felett helyezkedett el a bőrt elődomborítva. Bőrmetszés után a sebész (Takács dr., Szeged Városi Kórház, I. Sebészet) a bőr alatt elhelyezkedő babnyi csomót talált, mely összefüggött az ujj hajlító inával. Az eltávolított csomó szürkésfehér, tömött, egyenetlen felszínű volt.

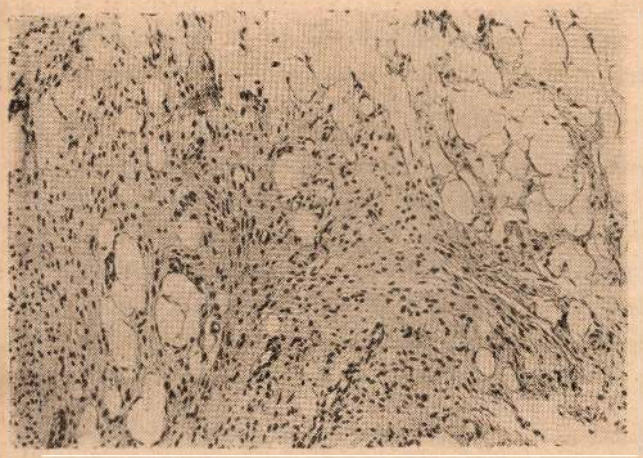
Szövettani vizsgálattal sajátos szerkezetű kötőszövetből álló daganatot észleltünk.

A daganatsejtek duzzadt, ovális, két végükön lekerekedett maggal rendelkeztek, amelyek többnyire egymással párhuzamosan rendeződtek (1. ábra). A sejthatárok csupán erős nagyítással és csak helyenként voltak kivehetők; a cytoplasma halvány eosinophil festődésű, helyenként chromophob volt. A daganatsejtek közt hullámos lefutású kollagenrostok helyezkedtek el. Egyes részletek sejtdúsabbak voltak, ugyanitt némi magpolymorphismus és polychromasia is mutatkozott. Másutt inkább a rostos stroma volt túlsúlyban. A daganatszövetet tok nem határolta, s több helyen elágazódó kötegek formájában beterjedt a subcutan zsírszövetbe (2. ábra), ahol ereket és idegeket vett körül; széli részein daganatszövettel teljesen körülzárva degenerált izomszövet kisebb maradványai is megfigyelhetők voltak. Magoszlásokat a sejtdús részekben sem láttunk.



1. ábra. A daganatszövet egyik típusos részlete, élénk basophil festődésű gócokkal. H. E. 90 ×

Igen jellegzetesek voltak a daganatszövetben számos helyen látható élénk basophil festődésű gócok (1. ábra). Ezek közelében a daganatsejtek és a sejtmagok duzzadtabbá váltak, lekerekedtek, ugyanitt elvétve egy-egy többmagvú óriássejt is látható volt. A daganatsejtek közt elhelyezkedő kevés stromában helyenként halvány basophil festődés mutatkozott. Az élénk basophil festődésű gócokban csupán kevés sejt volt látható, ezek fiatal porcsejtekre emlékeztettek. *Kossa* módszerével az erősen basophil festődésű területeken, különösen azok centrális részén kifejezett elmeszesedést találtunk (3. ábra), ugyanitt jelentős mennyiségű, alciánkékkel festődő anyag (savanyú mucopolysaccharida) volt kimutatható, utóbbi ezenkívül — kisebb mennyiségben — a gócoktól gyakran jelentősebb távolságra is



2. ábra. A daganatszövet széli része: a zsírszövet infiltratiója. H. E. 90 ×

észlelhető volt a sejtek közti rostos stromában. Különösen szembetűnő volt az alcián-kékkel festődő anyaggal átitatott és elmeszesedett területeken, ill. azok közelében elhelyezkedő sejtek hasonlósága a porcsejtekhez (4. ábra).

A daganat eltávolítása négy hónappal ezelőtt történt; azóta a beteg tünetmentes.

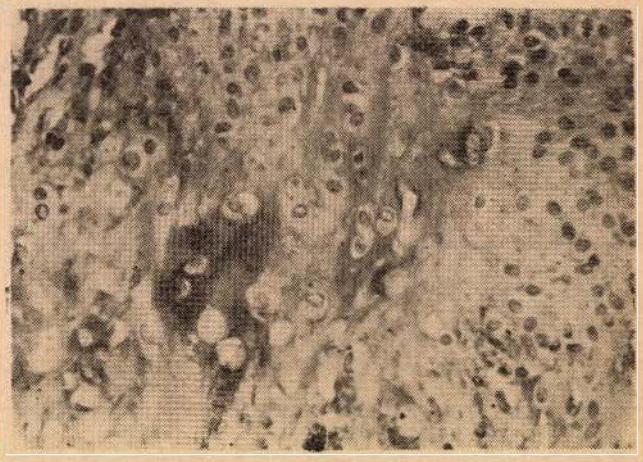
Az ismertetett daganat szöveti szerkezete azonos a *Keasbey* (5) és mások által leírt daganatok szerkezetével. Ha a kisszámú eset megenged valamiféle osztályozást, esetünk a tumor érettebb változatának felel meg. Erre utal tömött jellege, nyugodt szöveti szerkezete és a kifejezett chondroid differenciálódás; utóbbinak legfeljebb nyomai észlelhetők az éretlenebb, aktívabb elváltozásokban (3, 5, 7).

Érdekes, hogy a differenciáltabb szerkezetű tumorok — mint esetünkben is — úgy látszik, az idősebb korban előfordulók (7, 9), míg a kevésbé differenciáltak kisgyermekekben észlelhetők; utóbbiak szerkezete azonban az idő folyamán érettebbé válik (3, 5). Ha a további észlelések is hasonló adatokat szolgáltatnak, úgy igazolást nyerhet *Keasbey* (5) hypothesise, amely szerint a kezdetben sokgócú kiindulású, erős burjánzó aktivitású daganatok később tömöttebb tumorokká érnek. A szöveti kép amellett szól, hogy a daganatsejtek potenciálisan porcképző mesenchymalis sejtek (7); így a későbbi kiújulásokban és idősebb korban a porcszövet irányában történő egyre kifejezettebb differenciálódás ugyancsak ezen „érési" folyamatra utal.

Esetünk közlését nemcsak irodalmi ritkasága miatt láttuk indokoltnak. A fibromatosisok különböző formái a gyakorlat számára jelentős problémát jelentenek és számuk minden bizonnyal növekedni fog. A tapasztalat ui. azt mutatja, hogy a ma még ritka kórképek a jövőben sokkal kevésbé lesznek ritkák, ha már felfigyeltünk és gondolunk rájuk. E fontos elváltozások természetének megismeréséhez számos adat értékelése szükséges. Jelenleg



3. ábra. Gócos elmeszesedés a daganatban. Kossa-féle ezüstözés. 40 ×



4. ábra. Porcsejtekhez hasonló daganatsejtek; alciánkék festés. 600 ×

az adatgyűjtés folyik és így minden eset némi hozzájárulást jelent a probléma tisztázásához.

Összefoglalás. Szerző juvenilis aponeuroticus fibromát ismertet, melyet 15 éves fiúnál észlelt és esetével kapcsolatban röviden összefoglalja az eddig közölt hasonló tumorokat.

IRODALOM: 1. *Ackerman, L. V.:* Surgical Pathology. II. ed. St. Louis. C. V. Mosby Co. 1959. 22 fejezet, 834 old. — 2. *Angevine, D. M.:* Arch. Path. 1965, *80*, 1. — 3. *Booher, R. J., McPeack, Ch. J.:* Surgery. 1959, *46*, 924. — 4. *Evans, R. W.:* Histological appearances of tumours. Edinburgh, London. E. and S. Livingstone Ltd. 1956. 1. fejezet, 1. old. — 5. *Keasbey, L. E.:* Cancer. 1953, *6*, 338. — 6. *Konwaler, B. E., Keasbey, L. E., Kaplan, L.:* Am. J. Clin. Path. 1955, *25*, 241. — 7. *Lichten-*

stein, L., Goldman, R. L.: Cancer. 1964, *17*, 810. — 8. *Price, E. B., Silliphant, W. M., Shuman, R.:* Am. J. Clin. Path. 1961, *35*, 122. — 9. *Rios-Dalenz, J. L., Kim, J. S., McDowell, F. W.:* Am. J. Clin. Path. 1966, *44*, 632. — 10. *Saphir, O.:* A text on systemic pathology. New York, London. Grune & Stratton. 1959. Vol. II. 21. fejezet, 1772 oldal. — 11. *Shuman, R.:* Mesenchymal tumors in: Pathology, ed. W. A. Anderson. IV. ed. St. Louis. C. V. Mosby Co. 1961. 461 old. — 12. *Stout, A. P.:* Cancer. 1954, *7*, 953.

spi rac tin

inj. 1,5% és 2,5%

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

Javallatok: Újszülöttek, csecsemők és kisgyermekek 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 ¼—½ óránként óvatosan megismételhető. Újszülöttek, csecsemők és kisgyermekek adagja 5—15 mg i. ven. (¼—1 ampulla 1,5%-os injekcióból). Szükség esetén ez az adag is ¼—½ óránként megismételhető.

Megjegyzés: Társadalombiztosítás 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.

Intravénásan alkalmazható glucocorticoid készítmény a

Depersolon INJEKCIÓ

Összetétel: 1 ampulla (1 ml) 30 mg 21-Desoxy-21-N-(N'methylpiperazinyl) prednisolon. hydrochlor.-ot tartalmaz

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti az Országos Orvostudományi Könyvtár igazgatója

1967. 9. szám

Díszdoktor avatás a debreceni Orvostudományi Egyetemen

Nevezetes és felemelő ünnepség színhelye volt 1967. március 4-én délelőtt 11 órakor a debreceni Kossuth Lajos Tudományegyetem aulája. Nagyszámú közönség és a Magyar Orvostudományi Egyetemek vezetői jelenlétében „honoris causa" doktorrá avatták *Verzár Frigyes dr.* professzort, aki 1918 nyara óta mint egyik első debreceni orvosprofesszor a kísérletes kórtani és élettani intézet igazgatójaként működött. Az első világháború utáni nyomasztó gazdasági helyzetben azt a feladatot vállalta, hogy a kezdetben még alig 1—2 szobából álló Egyetemi Intézetben megindítja az élettani és kórtani kutatásokat és az oktatómunkát. Páratlan munkabírással és energiával teremtett kutatóhelyet és iskolát fiatal tanítványainak, akik közül később Magyarországon és külföldön tízen nyertek professzori kinevezést. Debreceni intézetében elsősorban a hormonok és vitaminok kapcsolatára vonatkozó kutatásai, valamint a vékonybél-felszívódás és a bélboholymozgás kérdései tárgykörből jelentős tudományos megállapításokat tett.

A díszdoktor avató tanácsülésen *Verzár Frigyes* professzor munkásságát tanítványa, *Árvay Sándor dr.* professzor ismertette.

Verzár Frigyes dr. professzor 1886. szeptember 18-án született Budapesten, mint elismert orvos fia, anyai nagyapja szintén egyetemi professzor volt. Tudományos pályáját 1905-ben *Lenhossék* professzor anatómiai intézetében kezdte meg, majd *Mansfeld* professzornál pharmacologiai, *Tangl* professzornál pedig pathophysiologiai tanulmányokat végzett. Ezután *Bernstein,* hallei professzor intézetében elektrophysiologiai kérdésekkel foglalkozott, később állami ösztöndíjjal Cambridge-ben *Barcroft* professzornál végzett hasonló tanulmányokat. 1913-ban, 27 éves korában a budapesti egyetemen magántanárrá habilitálták. A háború idején — mint katonaorvost — epidemiologiai és mikrobiologiai feladatokkal bízták meg. Végül 1918-ban kezdhette meg, fiatalon, egyetemi tanári pályafutását. Közben, mint az Országos Ösztöndíj Tanács főtitkára jelentős szerepet vállalt az akkori tudománypolitika kialakításában.

A debreceni Orvosi Fakultásnak 1921—1922 években dékánja és 1928—1929 években rektora volt. 1930 nyarán pedig a Baseli Egyetem Élettani Tanszékének professzorává hívták meg. Itt 37 éven át végzett céltudatos kutatómunkát, amelyből a mellékvesekéreg működése és a bélresorptio mechanismusa érdemelnek elsősorban említést. E tárgykörből 1936-ban és 1939-ben útjelző monographiák jelentek meg tollából. Az akkori kultuszminiszter felszólítására megszervezte a tihanyi Biológiai Kutatóintézetet és ott is számos jelentős kutató nevelődött vezetése mellett. Ezt az intézetet 1938-ig vezette mint baseli egyetemi tanár, de az ekkor kialakult külpolitikai helyzet többé nem tette lehetővé magyarországi intézetének irányítását. Baseli intézetében jóformán állandóan dolgoztak magyar kutatók, akiket lelkesen támogatott és a magyar tudományos élettel állandó kapcsolatot tartott. A magyar haza iránti szeretetét az is igazolta, hogy a háború után a nehézségekkel küzdő debreceni Orvosi Fakultásnak teherautót küldött telve műszerekkel, gyógyszerekkel és textiliákkal.

E hatalmas életműnek tudományos eredményeit bizonyítja 18 megjelent könyve és majdnem 500 tudományos közleménye. 70 éves korában nyugdíjazták, de páratlan munkakészsége új helyet keresett és talált a baseli *Gerontológiai Kísérleti Intézet* igazgatói állásában. Ez az új intézet 1958-ban készült el és azóta is jelentős helye az experimentális gerontológiai kutatásoknak. A Debreceni Orvostudományi Egyetem tanácsa a felsorolt páratlan érdemek elismeréséül már hosszabb idő óta tett lépéseket, hogy orvosegyetemünk kiváló volt professzorát „honoris causa" doktorrá avassa. A „honoris causa" díszoklevél átvétele után *Verzár Frigyes* professzor tudományos szemléletének fejlődését vázolta, amely a morphologiától indult és elérkezett jelen kutatásaival a molecularis biologiáig. Előadása végén az idős professzor meggyőződését fejtette ki a tudományok egyre emelkedő eredményes fejlődését illetően, amely egyben az emberiség felemelkedését is jelenti.

A meleg, forró ünneplés, amelyben a doktorrá avatási ünnepségen megjelent tanítványai, munkatársai és az orvosegyetem kutatói részesítették, tanúsítják azt a szeretet és megbecsülést, amelyet következetes kutató és oktató munkája, valamint igaz emberi magatartása és a magyar Alma Materhez minden időkben megmutatkozott ragaszkodása váltott ki az egyetem dolgozóiban.

A doktorrá avatást követő második napon *Verzár Frigyes* professzor a Debreceni Orvostudományi Egyetem tudományos ülésén lenyűgöző előadást

tartott az experimentális gerontológia területén végzett munkásságáról. Előadását szabadon, ékes magyarsággal és lendülettel adta elő mindannyiunk örömére és megbecsülésére.

Az ünnepségek sorát az Egyetemi Tanács díszvacsorája és Debrecen egyes kultúrintézményeinek megtekintése zárta le, amelyek során mindenki annak a reménynek adott kifejezést, hogy *Verzár Frigyes* professzor még hosszú éveken át folytathatja értékes munkásságát és még gyakran látogatja meg az őt mélyen tisztelő debreceni Alma Matert.

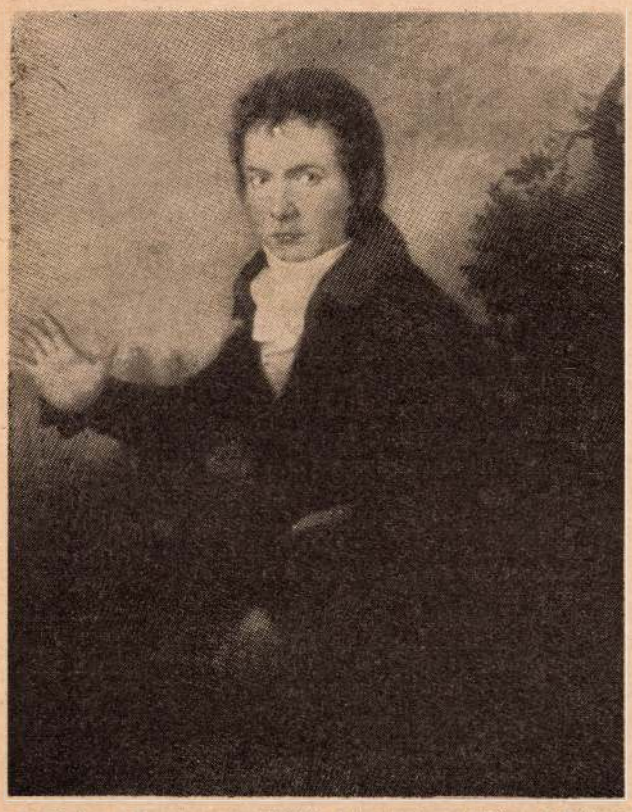
Szodoray Lajos dr.

Beethoven és az orvosok

Ludwig van Beethoven többféle kapcsolatot tartott orvosokkal. Voltak személyes orvos ismerősei, ezekben az esetekben az orvostudomány nem játszott semmiféle szerepet, más orvosokkal a kapcsolata pusztán az orvos és a páciens közötti viszonyra szorítkozott, végül pedig a legszebb kötelék, a barátság is megtalálható a nagy komponista és orvosai között.

Az első orvos *Beethoven* életében *Franz Gerhard Wegeler* volt. Ez elsősorban nem orvos-páciens kapcsolat volt, hanem ifjúkori barátság. *Wegeler* 17, *Beethoven* 14 éves volt, amikor megismerkedtek egymással.

Wegeler a *II. József* választófejedelem által 1786-ban alapított első bonni egyetemen a törvényszéki orvostan és a szülészet rendes tanára, 1794-ben pedig rektor lett. De a fiatal Francia Köztársaság ellenfele lévén, Bonn megszállása után Bécsbe menekült. *„Így változatlan és el nem halványuló érzésekkel újra összetalálkoztunk és ezentúl ritkán múlt el egy nap anélkül, hogy láttuk volna egymást. 1796 közepe táján visszatértem Bonnba. Megkezdődött levélváltásunk, amelyet azonban túl nagy elfoglaltságunk miatt az idők folyamán nem lehetett éppen szorgalmasnak mondani. De egy élénk levelezésre mindkét részről már csak azért sem volt okunk, mivel enélkül is kölcsönösen tudomásunk volt egymás sorsáról". Beethoven* ugyanis bonni barátaival, *Wegeler* pedig bécsi kollégáival levelezett. Ennek ellenére fennmaradt több levél, *Beethoven* tájékoztatta barátját egészségi állapotáról, az orvosok eljárásairól és tanácsot kért tőle.



A 30 éves Beethoven. Mähler festménye (Városi Történeti Múzeum, Bécs).

Ugyancsak *Beethoven* bonni korszakából származik kapcsolata *J. H. Crevelt* orvossal, aki a zeneművész Bécsbe való távozása előtt mint „tisztelője és barátja" írta be nevét *Beethoven* emlékkönyvébe. Ismeretségükben orvosi szempontok valószínűleg nem játszottak nagy szerepet.

Inkább feltételezhető ez *Beethoven* azon ismeretségéről, amelyet *Johann Nepomuk Hunczovsky* bécsi orvossal és tudóssal kötött, vele már első rövid bécsi tartózkodása alatt 1787-ben megismerkedett. Később gyakran találkoztak zeneestélyeken és más összejöveteleken, mivel *Hunczovsky* nagy műbarát és egy ideig *Mozart* orvosa is volt. *Beethoven* bizonyára felhasználta ezeket az alkalmakat, hogy kikérje a professzor tanácsát.

Tisztára személyes jellegű barátság szövődött *Beethoven* és báró *Ludwig von Türkheim* orvos között, akit 1800-ban avattak orvosdoktorrá. Kapcsolatuk kezdete valószínűleg ebből az időből származik és egy levél alapján feltehetjük, hogy barátságuk 1814-ben még fennállt, amikor *Türkheim* a bécsi egyetemen rector magnificus volt.

Az első orvos, aki az akkor harmincéves mester egészségi állapotával behatóan foglalkozott, *Johann Peter Frank* volt, aki ekkor állt pályájának csúcspontján. Miután Göttingenben és Paviában mint tanár működött, Lombardiában és a mantuai hercegségben az „egészségügy főigazgatója" lett. Néhány feltűnést keltő alapvető művet is írt, amelyek a klasszikus orvostudományhoz tartoznak. 1795-ben meghívták professzornak Bécsbe, itt újjászervezte a hadsereg egészségügyét és a közkórházak igazgatója lett. Mint tanár és orvos egyaránt nagy tekintélynek örvendett. *Beethoven* kapcsolata *Frank*kal valószínűleg a társadalmi életben kezdődött, mert a professzor házában sokat muzsikáltak, leánya énekelt és *Beethoven* gyakran kísérte őt zongorán.

*Beethoven Frank*ról 1801 nyarán tesz említést egy levelében, amelyet „legrégibb barátjához", *Wegeler*hez intézett: *„. . . hallásom három év óta mind gyengébb lett és ennek a fogyatékosságnak első indítóoka állítólag altesti bántalmaim voltak. Amint tudod, ezek már akkor is kínoztak, itt azonban még súlyosbodtak, amennyiben állandó hasmenésben szenvedtem, aminek rendkívüli gyengeség volt a következménye. Frank vissza akarta adni testem tónusát és erősítő gyógyszereket írt, a hallásomat*

pedig mandulaolajjal kezelte, de köszönöm! semmi haszna nem volt, hallásom mind rosszabbá vált és altestem állapota sem változott. Ez így tartott tavaly őszig, amikor már néha kétségbe estem... és így is volt körülbelül négy hét előttig, amikor Veringhez mentem, mert azt gondoltam, hogy seborvosra is szükségem lehet, azonkívül pedig mindig is bizalmam volt hozzá. Neki végre sikerült a heves hasmenést majdnem teljesen megszüntetnie. Langyos Dunavíz-fürdőket rendelt, minden fürdőhöz egy kis üveg erősítő szert kellett hozzáöntenem, de semmiféle orvosságot nem adott. Csak kb. négy nap óta írt elő gyomorpilulákat és gyógyteát a fülemnek, de a fülem éjjel-nappal, szünet nélkül zúg és cseng. Mondhatom, nyomorúságosan töltöm életemet; csaknem két év óta kerülöm a társaságot, mert nem bírom azt mondani az embereknek, hogy süket vagyok... Néha alig hallom azt, aki halkan beszél — a hangokat igen, de a szavakat nem értem, mégis, ha valaki kiabál, azt nem viselem el. Csak a jó ég tudja, mi lesz ebből. Vering azt mondja, hogy biztosan javulni fog, ha egészen jó nem is lesz."

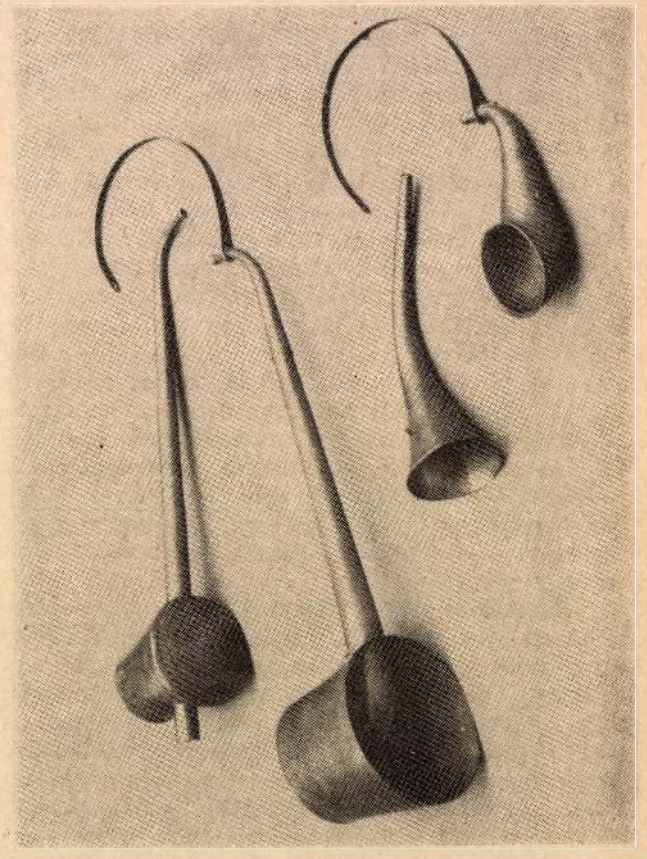
Itt el kell mondanunk, hogy *Beethoven* milyen páciens is volt. Legrosszabb szokásai közé tartozott, hogy az orvosi előírásokat semmibe vette. Ha az orvos valamely gyógyszerből egy teáskanálnyit rendelt, kijavította a receptet, mintha egy kottamásoló elírása lett volna. Egy teáskanál helyett egy vagy több evőkanállal vett be, úgy hogy néhány óra múlva az üveg üres lett és újat rendelt. Vagy pedig az első kanál után teljesen megfeledkezett a gyógyszer további szedéséről, az orvosnak pedig nem szólt semmit.

Ezenkívül mértéktelenül sok vizet ivott. Ha pedig munka közben kimelegedett, a fejére egy korsó hideg vizet öntött. Nem törődött a huzattal, minden ablakot nyitva hagyott. Szívesen sétált órák hosszat esőben.

Gerhard von Vering, akiben *Beethoven* akkoriban oly nagyon reménykedett, westfáliai születésű volt. Már 1775-ben, 20 éves korában, Bécsbe jött, belépett a hadseregbe és rövidesen ezredessé lépett elő. Azokhoz a kiválasztott orvosokhoz tartozott, akiket *II. József* császár tanulmányutakra küldött az európai országokba. Később vezértörzsorvos lett Alsó-Ausztriában és a napóleoni háborúk alatt a nagy egészségügyi intézmények és kórházak legfelsőbb vezetőjévé nevezték ki. Öt hónappal a fent idézett levél megírása után már tűnőben volt iránta *Beethoven* bizalma, mert 1801 novemberében már ezt írja *Wegeler*nek: „*Vering már néhány nap óta hólyaghúzókat ír elő mindkét karomra. Ez igen kellemetlen kúra, mivel néhány napig mindig megakadályoz karjaim használatában, nem is beszélve a fájdalmakról. Viszont tagadhatatlan, hogy a fülzúgás kissé enyhült... Hallásom azonban nem javult semmit... Zuhanyfürdőkről Vering hallani sem akar, általában nagyon elégedetlen vagyok vele... Mi a véleményed Schmidtről? Bár nem szívesen változtatok, de azt hiszem, Vering túlságosan gyakorló orvos és nem szerez magának olvasás által sok új ismeretet. Úgy tűnik, hogy Schmidt egészen másfajta és talán nem is olyan hanyag. Csodákat mesélnek a galvanizmusról; neked mi a véleményed róla? Egy orvos azt mesélte nekem, hogy egy süketnéma gyermek visszanyerte a hallását (Berlinben) és egy férfi, aki ugyancsak hét évig süket volt, szintén visszakapta hallását. Úgy tudom, a te Schmidt barátod ilyen kísérleteket végez.*"

Johann Adam Schmidt egyike volt azon orvosoknak, akiket *Beethoven* hosszú éveken keresztül konzultált, ha megszakításokkal is. Talán azért is bízott benne annyira, mert *Schmidt Wegeler* barátai közé tartozott. *Schmidt* szintén tábori sebészként kezdte pályáját, majd professzor lett a Josephinumban, a katonaorvosok akadémiáján. De inkább a szemészetre specializálta magát és hamar hírnévre tett szert. Olyan nagy sikerei voltak, hogy hosszú éveken át saját költségén fenn tudott tartani szegény betegek részére egy szemészeti intézetet. Nagyon olvasott is volt, éppen ezért remélte a zeneszerző, hogy újabb gyógyító módszereket fog alkalmazni.

Schmidt 1802-ben azt tanácsolta *Beethoven*nek, hogy menjen vidékre, ami pszichológiai szempontból kétségkívül helyes volt. *W. Schweissheimer* „Beethoven betegsége" című átfogó munkájában a következőket írja: „*Heiligenstadti magányosságában végül megérlelődött — sok fájdalom és keserűség árán — a lemondás nagyszerű elhatározása, ami a Heiligenstadti Testamentumban megnyilvánul. Beethoven a bécsi társadalmi élet közepette is ki-*



Beethoven hallókészülékei (a bonni Beethoven ház gyűjteményéből)

küzdötte és megtalálta volna ezt a rezignációt, de ott ez sokáig elhúzódott volna, míg Heiligenstadtban néhány hónap alatt eljutott hozzá. A velejáró lelki keserűség ellenére is a Heiligenstadtban töltött idő áldásos volt Beethoven számára. Itt vált tudatos elhatározássá az a természetében rejlő képesség, hogy »a sorsot torkon ragadja«."

Schmidt 1809 februárjában szélütés következtében meghalt és *Beethoven* az olasz születésű *Johann Malfattit* választotta kezelőorvosának. *Malfatti* a híres *Aloysio Galvani*nál tanult Bolognában, valamint *Johann Peter Frank*nál Paviában. Amikor *Frank*ot 1795-ben Bécsbe hívták, *Malfatti* követte őt; Bécsben szerezte meg az orvostudományi doktori diplomát és másodorvos lett a közkórházban. 1802-ben megalapította a gyakorló orvosok társaságát. Amikor *Frank* 1804-ben elhagyta Bécset, *Malfatti*, mesterének hű tanítványa, lemondott közkórházi állásáról, és a magánpraxisnak szentelte magát. *Este-i Beatrix* főhercegnő és *Károly* főherceg udvari orvosa lett, a bécsi kongresszus alatt pedig számos diplomatát kezelt. Ischl fürdőhely neki köszönheti világhírnevét. 1837-ben *Malfattit* nemesi rangra emelték és a „Monteregio" előnevet kapta. Orvosi tanulmányai mellett sokat foglalkozott a szépművészetekkel. Barátai közé tartoztak *Baader, Schelling, Hufeland* és még sokan mások. Életére árnyékot vetett egy per, amelyet azért indítottak ellene, mert néhány beteget magnetizmussal kezelt.

*Beethoven*t egy barátja vezette be *Malfatti* fivérének, egy földbirtokosnak családjába. Ennek két leánya közül a 21 éves *Teréz* rendkívüli módon lebilincselte a zeneszerzőt, és nem lehetetlen, hogy *Beethoven* 1810 körül mint kérő lépett fel. Mindenesetre neki ajánlotta a „Bagatelle" című darabot, amely azonos a „Für Elise" néven ismert művel. A Malfatti-család gazdag volt, az orvosnak Hietzingben villája és vidéken háza volt. Itt adták elő *Malfatti* születésnapján, 1814. június 24-én *Beethoven* „Un lieto brindisi" című kis kantátáját.

Malfatti már 1811-ben Teplitzbe küldte *Beethoven*t fürdőkúrára. Az anyagcsere-megbetegedésekben és rheumatikus panaszokban javallott meleg források jót tettek *Beethoven*nek, bélbántalmai javultak. Egy második kúra a következő évben azonban már nem járt eredménnyel. *Malfatti* azon kevés orvos közé tartozott, akinek ügyességében a mester hitt, de mindketten makacsok voltak és így — hosszú évek után — 1817-ben *Beethoven* mégis szakított a „furfangos olasszal", ahogyan *Malfattit* egyszer nevezte.

Beethoven életének utolsó évében még egyszer a színre lépett *Malfatti*. *Beethoven* szerint ő ismeri a legjobban természetét és ezért elhivatja. *Malfatti* először vonakodott, de 1827. január közepe táján mégis enged a súlyos beteg sürgető hívásának és betegágyához siet orvosi konzíliumra. Ettől kezdve gyakrabban jött vagy asszisztensét, *dr. Röhrichet* küldte. A kezelőorvos azonban *dr. Wawruch* volt. *Malfatti* a halál előtti hetekben átmeneti, szubjektív javulást ért el azáltal, hogy jeges puncsot írt elő *Beethoven*nek. *Schweissheimer* véleménye szerint *„nyilván tisztában volt a betegség reménytelen kimenetelével és a lehetőséghez képest meg akarta könnyíteni a szenvedő utolsó napjait."* A jeges puncsra vonatkozó előírását így értelmezhetjük: tudta, hogy *Beethoven* a szeszes italokat különösen „erősítő hatásúaknak" tekintette és azt is remélte, hogy az alkohol élénkítő hatása a szubjektív közérzetet javítani fogja. *Malfatti* helyesen járt el, mert a beteg egyik levelében így ír: *„Csoda, csoda, csoda! Mind a két nagytudományú uraság le van főzve, egyedül Malfatti tudása ment meg."*

Mindenesetre *Beethoven* ezúttal is túl sokat vett be az „orvosságból", aminek következménye vértolulás lett, a belei megfáztak és a jeges puncsot abba kellett hagyni. *Malfatti* másik terápiás kísérlete — izzasztó fürdők — nem hozta meg a kívánt eredményt és ezért szintén megszüntették.

Andreas Bertolini is azon orvosok közé tartozott, akik hosszú éveken át szoros kapcsolatban álltak *Beethoven*nel. Barátságuk 1806-ban kezdődött és 1808 óta *Bertolini*, aki *Malfatti* asszisztense volt, *Beethoven* orvosa lett. Kapcsolatuk 1815-ig tartott és úgy látszik, nagyon bizalmas volt. Élénk levélváltás volt közöttük, amiről azonban keveset tudunk, mert *Bertolini* 1831-ben kolerában megbetegedett és mivel azzal számolt, hogy meghal, *Beethoven* valamennyi levelét és feljegyzését elégette. Kétségtelenül olyan közlések voltak ezekben, amelyeket *Bertolini* nagyon bizalmasnak talált, és amelyek kizárólag az orvosnak szóltak. De miután túl gyenge volt ahhoz, hogy válogatást hajtson végre, inkább az egészet megsemmisítette.

Miután *Beethoven* 1817-ben szakított *Malfettivel*, *Jakob Staudenheim* lett a háziorvosa. *Staudenheim* Párisban, *Fourcroynál* tanult kémiát, majd Bécsben *Stollnál*, a híres klinikusnál képezte ki magát. *Ferenc* császár betegágyához is elhívták, később pedig a reichstadti hercegnek, *Napóleon* fiának volt udvari orvosa.

Amikor *Beethoven* 1812-ben másodszor volt Teplitzben és a kúra kevés eredményt hozott, *Staudenheim* azt tanácsolta neki, hogy keresse fel Karlsbad és Franzensbad fürdőhelyeket (Karlsbadban történt *Beethoven* híres találkozása *Goethével*). Valószínűleg meggyőződéses balneológus volt, mert még 1820-ban és 1822-ben is azt tanácsolta a betegeskedő mesternek, hogy menjen a Bécs melletti Badenbe. Ennek előzménye az 1821 júliusában és augusztusában fellépett sárgaság volt, ami sok nehézséget okozott *Beethoven*nek. A sárgaság tekinthető az első tünetnek, amely azt jelezte, hogy *Beethoven* mája körül valami nincs rendben. *Staudenheim* azt tanácsolta páciensének, hogy kerüljön minden szeszes italt. *Beethoven* szívesen ivott bort és puncsot, és bár sohasem fogyasztott mértéktelen mennyiséget, mégsem tartotta be *Staudenheim* előírását, ugyanúgy, mint ahogyan *Braunhofer* hasonló rendelkezéseit is figyelmen kívül hagyta, akit pedig 1824 nyarától kezdve előnyben részesített.

Ennek ellenére *Staudenheim* 1826 decemberében, amikor *Beethoven* a halálát okozó májsorvadásban feküdt, eljött a betegágya mellett tartott konzíliumra.

Beethoven azonban 1819-ben, amikor *Staudenheim* még az orvosa volt, *Smettana* tanácsát kérte ki, aki nem tartozott az orvosi hírességek közé. 1816-ban ismerkedett meg a mesterrel, annak a nevelőintézetnek a révén, ahol *Beethoven* unokaöccse, *Károly* tartózkodott. *Smettana* ugyanis akkoriban sikerrel hajtott végre egy sérvműtétet az unokaöccsön. *Beethoven* 1819-ben kérte ki *Smettana* tanácsát hallása miatt, amit unokaöccse úgylátszik, nem nagyon helyeselt, mert *Beethoven* egyik társalgási füzetébe *Károly* azt írta, hogy „Smettana csupán seborvos".

Alig kezdte meg *Smettana* a kezelést, *Beethoven Weiss* páterhez, a Szent István dóm egyik lelkészéhez fordult, akit már régebben ismert. *Weiss* páter természetes gyógymóddal foglalkozott és az a híre volt, hogy meg tudja gyógyítani a hallási betegségeket. De néhány nap után a páciens megszakította a kezelést és megfeledkezett *Weiss* páterről.

Beethoven később újra visszaemlékezett rá, mégpedig 1822 őszén, a „Fidelio" próbájának bukása után. *Beethovent* meghívták, hogy művét a bécsi operában vezényelje, de az egyik próbán kiderült, hogy *Beethoven* már nem hallja az énekeseket és így a szólisták és a zenekar nem tudott összeműködni. Kénytelenek voltak a mesternek megmondani az igazat, és ő mély szomorúsággal hagyta el a színházat. Újra *Smettanához*, majd *Weiss* páterhez fordult, de végül belátta, hogy minden hiába; fülbaja miatt ezután már soha többé nem kért orvosi tanácsot.

1823 áprilisában *Beethoven* kötőhártyagyulladásban szenvedett. *Smettana* a legnagyobb kíméletet írta elő. De a zeneszerző éppen a „Missa solemnis" leírásával volt elfoglalva és ezért nem fogadta meg kellőképpen az orvosi tanácsot. Így a conjunctivitis hónapokig elhúzódott.

Beethoven bizonyára sejtette, hogy alapjában véve komoly az állapota, de halálos májzsugoráról mit sem tudott.

1825 májusától 1826 elejéig *Beethovennek* úgy látszik, nem voltak panaszai. Ezután újra zavarok léptek fel altestében, amelyekhez „köszvényes fájdalmak" járultak, feltehetőleg a láb keringési zavarai miatt. 1824 nyarától *Anton Braunhofer* kezelte. *„Olyan orvos volt, aki Beethovenben nemcsak a beteg embert látta, hanem a nagy zenei alkotót is tisztelte, és komoly kötelességének érezte, hogy őt a lehetőség szerint a művészet és a világ számára megtartsa."* (Schweissheimer.)

Beethoven leveleiből láthatjuk, hogy *Braunhofer* iránt igaz hálát és teljes bizalmat érzett. Neki ajánlotta „Abendlied unterm gestirnten Himmel" (Esti dal a csillagos ég alatt) című dalát.

1826-ban ismét vidéki tartózkodást írnak elő. Szeptember végén utazik el *József* bátyjához. Itt egyáltalán nem érezte jól magát, hiányzott a megfelelő ápolás és a betegségéhez illő étkezés is. Ennek ellenére komponál és amikor alkotó hangulatban van, órák hosszat sétál kalap és kabát nélkül esőben és szélben.

November végén nedves, hideg időben, nyitott és rugózatlan kocsiban utazik haza. Egy fűtetlen falusi vendégfogadóban kénytelen az éjszakát tölteni és tüdőgyulladással érkezik Bécsbe. Úgy látszik, *Staudenheim* és *Braunhofer* akadályozva voltak; végül is egy másik orvost hívnak, *Andreas Wawruchot*.

Wawruch Morvaországból származott és Prágában tanult. Bécsben doktorált és 1812-ben a patológia rendes tanára lett az egyetemen. 1819-ben meghívást kapott a sebészeti klinikára. Szakterülete a galandféreg betegség kezelése volt, amiről alapvető munkákat írt. *Braunhoferhez* hasonlóan *Wawruch* is nagy tekintélynek örvendett Bécsben. Egyébként kitűnő csellójátékos volt.

Jellemző rá első bejegyzése *Beethoven* társalgási füzetébe: *„Az Ön nevének nagy tisztelője mindent el fog követni, hogy mielőbb enyhüljenek szenvedései."* Wawruch professzor eleinte naponta kétszer, majd egyszer látogatja meg betegét és mindent elkövet, amit az orvostudomány akkori helyzetében és a betegség végső stádiumában tenni lehetett. A tüdőgyulladás lezajlik, a fő betegség viszont rosszabbodik. A májzsugor tünetei mind világosabban bontakoznak ki, ascites lép fel, amelynek következményeként fulladási rohamok állnak be.

Wawruch punkciót javasol, a konzíliumra hívott *Staudenheim* ugyanezen a véleményen van. *Wawruch* a beavatkozást egy specialistával, *Johann Seiberttel*, a bécsi közkórház első sebészével végezteti. *Beethoven* a komoly helyzet ellenére sem veszti el a humorát és azt mondja *Seibertnek*, hogy Mózesre emlékezteti, aki a sziklából vizet fakasztott.

A következő hónapok során még háromszor kellett punkciót végezni. *Beethoven* most már tisztában volt azzal, hogy májbajban szenved és a hasvízkór ezzel függ össze. Ennek ellenére remélte, hogy meggyógyul. Csak a negyedik punkció után és a mindinkább növekvő gyengeség éreztén sejtette, hogy élete a véghez közeledik.

Wawruch kötelességének tartotta, hogy *Beethovent* erre előkészítse: *„A leggyengédebb kímélettel írtam figyelmeztető szavaimat egy papírlapra (mert kezdettől fogva így értettük meg egymást). Beethoven írásomat példátlan önuralommal, lassan és elgondolkozva olvasta, arca szinte megdicsőült volt, barátságosan és komolyan kezet nyújtott és így szólt: »Hivassa a tisztelendő urat«. Ezután csendes és tűnődő lett, majd barátságosan intett és ezt mondta: »Nemsokára újra látom Önt«."*

A végről ezt írja *Wawruch: „Március 26-ika borús nap volt. Délután 6 óra felé hófúvás keletkezett, villámlással és mennydörgéssel. Beethoven meghalt. Vajon egy római augur az elemek véletlen háborgásából nem következtetett volna apoteozisára?"*

Wawruch a boncolásnál is jelen volt. A boncolási jegyzőkönyv fennmaradt és többek között a következőket állapította meg: *„A máj térfogatának kb. a felére zsugorodott, bőrszerűen kemény és zöldeskék színű volt. Dudoros felszíne, valamint egész állománya babszem nagyságú csomókkal volt átszőve, a máj valamennyi véredénye nagyon szűk, megvastagodott és vérmentes volt".*

Ha *Beethoven* életét a kórleírás szempontjából tekintjük át, úgy az a benyomásunk támadhat, mintha a nagy zeneszerző megszakítás nélkül beteges lett volna. Ez azonban nem így volt. Nemcsak rövidebb, de hosszabb periódusok is voltak, amikor egészségileg igen jól érezte magát. Így pl. 1813 és 1816 között bélbajáról egyáltalában nem történik említés. A Mödlingben töltött évek alatt (1817—1820) ugyancsak meglehetősen panaszmentes volt.

Bizonyára nem volt ideális páciens, azonban megvolt benne a gyógyulás akarata. Bélbaját az akkori terápiai ismeretekkel és szerekkel valószínűleg meg lehetett volna gyógyítani. De nem tartotta be a diétás előírásokat, amiben nem egyedül ő volt hibás. Hiányzott az a gondos női kéz, amelyre éppen az olyan típusú művésznek mint *Beethoven,* szüksége lett volna.

Nem véletlen, hogy 1813 és 1816 között jól érezte magát, mert ezekben az években egy házaspár állott a szolgálatában, akik példásan ápolták. Később rosszul lehetett ellátva, amiről egy 1823-ból fennmaradt levél tanúskodik: *„... ide elrontott gyomorral és borzalmas huruttal érkeztem, az elsőt megátalkodott, disznó házvezetőnőm, a másodikat állati konyhalányom okozta".*

Egyébként erőteljes testalkata volt. *Alois Weissenbach,* a salzburgi Szent János Kórház sebészprofesszora, aki *Beethoven* számára egy kantátaszöveget szerzett, 1814-ben a bécsi kongresszus alkalmából a fővárosban volt és gyakran látta a zeneszerzőt. Megjegyzi, hogy *„Beethoven olyan erőteljes és tömör testalkatú, amilyennel kiváló szellemek általában nincsenek megáldva ... Idegrendszere azonban a legnagyobb mértékben ingerlékeny".*

Ezért az ideges ingerlékenységért jórészt fülbaját teszik felelőssé. A szakemberek véleménye nem egyezik abban, hogy otosclerosis, neuritis acustica, vagy labyrinthis állt-e fenn. Betegségét mindenesetre akkor ugyanúgy nem lehetett gyógyítani, mint ahogy ma sem lehetne. Egy ilyen betegség, amely a lét alapjait rendíti meg, a különböző terápiai kísérletek negatív eredménye még egy közönséges halandót is elégedetlenné tenne orvosaival szemben. Mennyivel inkább keseríti el hát az érzékeny művészt!

1812-től mindenesetre belenyugodott a süketségébe. Mit jelentett ez zenei téren? Erre vonatkozólag idézzük *Theodor von Frimmel* orvos és Beethoven-kutató könyvét: *„Bizonyos, hogy Beethoven képzelőereje és hangelképzeléseinek tisztasága csorbítatlan maradt. Ifjúkorában, amikor hallása még zavartalan volt, a serdülő fiatalember számtalan hangképzetet tárolhatott magában, amelyeknek segítségével a leírt zenét mindig megértette és átérezte, még akkor is, amikor hallását már régen elvesztette. Egyik csodálatos alkotás született a másik után, anélkül, hogy bárhol is megnyilvánult volna a süketségnek még a legkisebb nyoma is".*

Minden bizonnyal súlyos lelki terhek miatt is szenvedett. Könnyelmű és hálátlan unokaöccse, *Károly,* állandó bánatot okozott neki, sógornőjének laza erkölcsei bosszantották, rosszul eshetett neki a bécsi közönség növekvő szimpátiája *Rossini* iránt, aki a zenei égbolt új csillaga volt. Mindez hátrányosan befolyásolhatta májbetegségét, de nem tekinthető döntőnek.

Paul Netl cikke nyomán, Ciba Symposium

Széky János Károly és a késői vitalizmus

A magyar—orosz orvostörténeti kapcsolatok történetéről szóló könyvünk megjelenése óta eltelt hét esztendő alatt egész sor újabb adat került elő, amely azt bizonyítja, hogy ezek az összeköttetések sűrűek és állandó jellegűek voltak. A magyarországi járványokról és járványorvosokról írt cikkeink anyaggyűjtése során találkoztunk pl. *Fábry János dr.* kievi orvos, az 1750. évi nagy ukrajnai pestisjárvány egyik hősének alakjával, akinek Halleban 1737-ben megjelent disszertációja is megérdemli figyelmünket. A még feldolgozásra váró adatok halmazából hadd emeljük ki ezúttal *Széky János Károly dr.* alakját, aki rövid életpályája során — mindössze 32 évet élt meg — a magyar, orosz és francia medicinának mintegy összekötő kapcsává vált működésével.

Széky János Károly 1783. szeptember 21-én született az Ugocsa megyei Nagyszöllősön. Szüleit korán elvesztette, és sok nélkülözés árán, szűkös rokoni támogatással végezte el — mindvégig jeles eredménnyel — iskoláit Mármarosszigeten és Nagykárolyban. A gimnáziumi tanulmányok befejeztével bölcsészetet hallgat az egri püspöki líceumban, majd belép a piarista rendbe. 1800—1801-ben Kecskeméten novicius és a III. grammatikai osztály tanára, 1802-től 1804-ig a szegedi, majd ezt követően öt esztendőn át a temesvári piarista gimnáziumban oktatja az ifjúságot. 1804-ben közrebocsátja *Kárász István* Csongrád megyei alispán tiszteletére írt ünnepi ódáját. Ugyanebben az évben a pesti egyetemen megszerzi a bölcsészdoktori diplomát.

1806-ban, arra hivatkozva, hogy „mejje meggyengült", valójában azonban végleges életpályáját előkészítve, kilépett a piarista rend kötelékéből és Bécsbe költözött, ahol beíratkozott az egyetem orvoskarára. Orvostanhallgatói éveinek emlékét őrzi *Hildebrand* bécsi orvosprofesszorhoz írt, szintén latin nyelvű verses műve.

Bécsi tanulmányait oly ragyogóan végezte, hogy — e kor magyar sajtójában példa nélkül — a Magyar Kurir részletesen beszámolt 1813-ban történt orvosdoktorrá avatásáról: „Tek. Ugotsa Vármegyéből Nagy Szöllősről való tudós és érdemes Hazánkfia, Titt. *Széki János Károly* Úr, minekutána az Orvosi Tudománynak minden részeit az ide való régi Csász. Universitásban a' meghatározott öt esztendőkig szorgalmasan tanulta, 's azokban szorosan megvizsgáltatott, és a' Doktori legfőbb grádusnak elnyerésére méltónak találtatott volna, azon tudós inaugurális Dissertátiojában, mellynek következendő tzime vagyon: In propulsandis morbis quid naturae virtus artis praesidia quid valeant sive celebris illa sententia: natura morborum medicatrix, quartum in se veri complectatur, a közelebb múlt

Januarius 29-dik napján az universitas palotájában, az Orvos Doktori gradusnak elnyerése végett, számos Bétsi Doktorok és orvosi tudományt tanuló ifjak jelenlétekben disputatiót tartott. Opponensi Titt. *Wurm József*, *Hermann* és *Veit* Doktor Urak voltak, kiknek ellenvetéseikre fellyebb nevezett tudós hazánkfia olly nagy készséggel, olly böltsen, 's olly szép deáksággal felelt, hogy minden jelen volt Tudósok elméjének élességén, tudományának mélységén és a' Deák nyelvben való ékesen szóllásán tsudálkoztanak.

Disputatiójának végzése után a' jelen volt Decanus és Med. Professor Urak vele kezet fogván néki nagyon örvendettek és tudományával érdemlett szerentsét kívántak. — Első opponense Titt. *Wurm József* ide való nagy tudományú és tapasztalású Orvos Doktor Úr azt merte felőlle mondani, hogy nevezett érdemes Hazánkfiánál sem tudósabb, sem az orvosi tudományban jártasabb ifjat nem esmért, és hogy akármellyik Európai Universitásban méltó volna a Professorságra. — Mi is szívünk szerént örvendünk, hogy ezen Tudós Hazánkfia virtusainak ki hirdetésére szerentsénk lehetett."

Széky disszertációját tanulmányozva, csatlakozunk, de nem fenntartás nélkül, egykori opponenseinek értékítéletéhez. Értekezése a kor orvosi irodalmának feltétlenül jellemző és nem is érdektelen dokumentuma. Disszertációjában főként a vitalisztikus medicina szemszögéből foglalja össze tételesen azt, amit a szervezetről, annak a természettel való összefüggéseiről, valamint a betegségekről tudni kell, nem utolsó sorban tárgyalva a természet gyógyító erejét.

A kor szokásának megfelelően a szerző a tárgyalt téma történeti fejlődésének bemutatásával vezeti be tanulmányát. A betegségszemlélet alakulását vázolja Hippokratésztől a vitalistákig. Ebből a meglehetősen hosszan taglalt történelmi háttérből bontakoztatja ki végül disszertációjának téziseit is, amelyekben a barokk medicina vitalizmusa és a kezdődő romantikus medicina gondolataival találkozunk.

A barokk medicina vitalisztikus szemlélete új irányzat a betegségértelmezés addigi fejlődésében. Ez a szemlélet csaknem teljesen szembefordul az előző korszaknak még *Descartes* által fundált, tisztán mechanisztikus felfogásával. A vitalisztikus betegségszemlélet ugyan már a XVII. század közepén is jelentkezett *van Helmont* írásaiban, virágzásának ideje mégis a XVIII. század első fele, legjellegzetesebb reprezentánsa pedig a *Széky* által oly gyakran idézett *G. E. Stahl*. A vitalizmus második virágkorát a XIX. század első két évtizedében élte, amikor *Széky* disszertációja is megjelent.

A vitalizmus számára az organizmus „élő valami", aminek működése egyedül a mechanika szabályai szerint nem magyarázható, mint azt az addig divatos iatromechanikai—iatrokémiai iskolák tanították. Részfunkciók mechanisztikus magyarázatát ugyan megengedi, de feltételezi egy olyan, lényegében immateriális erő, principium létezését, amely az életfolyamatokat fenntartja, harmonikus összműködésüket irányítja. *Stahl*t idézve egy helyütt *Széky* is azt írja, hogy a test egységét és egészét — amely részeiben oly bomlékony és lényegében már születésekor pusztulásra ítélt — csak ez az immanens erő őrzi meg. Az értekezés 7. tétele magyar fordításban így szól: *„Az élet fenntartásához nem elegendő a puszta anyag és az organizmus tevékenysége, de szükséges annak állandó restitutiója és reproductiója is"*. Ezt a folyamatot is az a bizonyos immanens principium mozgatja. A *Széky* által is képviselt vitalizmus klasszikusan idealista természetfilozófiai álláspont. Hogy ezt hirdeti, annál is inkább érthető, mert munkájából kitűnően, *Schelling* természetfilozófiája foglalkoztatta leginkább. A francia enciklopédisták materializmusa és mechanikai determinizmusa úgy látszik, nem hatott *Széky*re, legalábbis tanulmányában nyomát sem találjuk ennek. Bécsi professzorai ezt nyilván érdemének tudták be.

Az orvosok a századfordulón is keresték azt a filozófiai alapot, amely egyrészt magyarázatát adhatta a meglevő ismereteknek, másrészt elméleti alapot szolgáltathatott a további ismeretszerzések számára. *Kant* kriticizmusa erre épp úgy nem volt alkalmas, mint a természettudományokkal hadilábon álló *Fichte* filozófiája. *Schelling* volt az, akinek teologikus természetbölcselete a vitalizmus szellemében nevelkedett orvosok, így *Széky* gondolatvilágába is leginkább beleillett. *Schelling* rendszerében a központi fogalom az élet. Az egész természetet a szervezet szempontjából nézi, a természet erőinek egyesülését tekinti a természet legfőbb céljának, mert ez vezethet szerves élet keletkezéséhez. A természet célja az élő szervezet — írja *Schelling*. Az élő organizmus határozza meg az emberi természetet, fejti ki *Széky* disszertációja legelső tételében. Ennek a schellingi természetbölcseletnek — a medicina területére vetítve — legnagyobb veszedelme az volt, hogy teleologikus szemlélete eleve csökkentette az empiriás vizsgálatok értékét. Mivel — *Schelling* szerint — az ész és a természet ugyanaz, az intellektus megszerkesztheti a természet törvényeit, tekintet nélkül a tapasztalatra. Az eszme minden, az anyag háttérbe szorul, a physiologia spekulatívvá válik, az anatómia eltörpül. Ennek megfelelően *Széky* elegáns, cicerói ékesszólású disszertációjában a betegségekről szólva, a kórbonctanról épp úgy nem történik említés, mint a leíró anatómiáról. Szó van azonban egy másik, akkor divatos fogalomról. Értekezésének 5. tétele ezt mondja: *„Az életfolyamat azonos az elektrogalvanicus folyamattal."*

Mint ismeretes, *Galvani* 1791-ben megjelent munkájában kísérletei alapján bizonyította, hogy az állati szervezetben elektromosság van. Mielőtt azonban nagyfontosságú felfedezése a maga természettudományos jelentőségének megfelelő helyet elfoglalta volna a tudományban, *Galvani* az új ismeretet elhamarkodva alkalmazta a kórtanra. A szervezetben „keringő villamosság"-ot jelölte meg számos betegség okaként. Később hívei már magát az életfolyamatot azonosították a „galvanicus processussal". A XIX. század első évtizedeiben a *Galvani*-féle elméleteknek igen sok híve volt, különösen né-

met nyelvterületen, mert hiszen ez a tan igen jól beleillett a *Schelling*-féle természetfilozófiába.

Széky munkájának ezt tárgyaló része érdekes analógiát mutat az 1806-ban a dorpati egyetemen doktorált, majd Oroszországban nagy karriert befutott *Orlay János* inauguralis disszertációjával. (V. ö.: *Schultheisz—Tardy:* Fejezetek az orosz—magyar orvosi kapcsolatok múltjából. Bp. 1960. p. 140 ff.). *Orlay* is azt írja, hogy a szerves élet nem más, mint „*Processus galvanico chemicus in mutatione formae ac mixtionis positus*". E gondolatnak egyik legprominensebb képviselője *Johann Christian Reil* hallei professzor, akinek az általa kiadott „Archiv für die Physiologie"-ben megjelent erre vonatkozó dolgozatait mind *Orlay*, mind *Széky* gyakran és hosszan idézi. A vitalizmus Galvani-féle másik propagálója az experimentális élettanban is járatos, azonban inkább még természetfilozófiai szemléletű bécsi professzor, *Georg Prochaska*, *Széky* egyik tanára, akinek munkásságát több helyen is említi.

Széky tanulmánya teljes képet ad a késői vitalizmus egész irodalmáról is.

A Bécsben, 1813-ban megjelent, fentebb említett disszertáció érdekessége, hogy *Széky János Károly* azt *Novoszilcev* grófnak, *I. Sándor* legbizalmasabb tanácsadójának és az orosz felsőoktatásügy újjászervezőjének ajánlotta, aki segítőtársával, *Orlay János dr.*-ral együtt nagy előmozdítója volt az Oroszországba irányuló magyar tudóskivándorlásnak. Ez a dedikáció kézenfekvővé teszi, hogy *Széky* orosz kapcsolatai már a bécsi évek alatt kialakultak, amit az bizonyít, hogy ugyanennek az évnek végén *I. Ferenc* hozzájárulásával évi 2000 rubel fizetéssel belép az orosz hadseregbe mint törzsorvos. 1814-ben hagyja el az ország területét és Svájcon keresztül Párizsba sietett, amelyet ekkor, *Napóleon* bukása után, a szövetséges haderők tartottak megszállás alatt. *Széky* az orosz seregek hazavonulása után is Párizsban maradt, hogy irányítsa az ottani katonakórházban ápolt francia, orosz és más nemzetiségű katonabetegek gyógykezelését. Ebben a minőségében oly sikeresen működött, hogy a francia becsületrenddel tüntették ki és a francia orvostudományi társaság tagjává választotta.

Szeptember 24-én mondott végleg búcsút a francia fővárosnak és Pétervárra utazott, hogy elfoglalja fontos beosztását az orosz hadiegészségügy szervezetében. Itt azonban súlyos betegség támadta meg; mint a korabeli újságcikk írja: „a' rugó inaknak forró nyavalájába esett. Kigyógyult ő ugyan ebből annyira, mennyire, míg végtére az ő egyéb nyavalái — májban a' Szorultság (Obstructiók) és tüdőben a' Kelevények (Tuberculae) — hasznos életének örökre véget vetettek." 1815. április 28-án halt meg Szentpétervárott, alig 32 éves korában.

Schultheisz Emil dr.—Tardy Lajos dr.

A VILÁG MINDEN TÁJÁRÓL

Sok a megbízhatatlan laboratóriumi lelet az USA-ban. Philip Hart szenátor, az egyik kongresszusi bizottság vizsgálatának eredményét így foglalta össze: „Ha sokáig várunk a laboratóriumok megrendszabályozásával, a temetkezési vállalkozók és a temetők nagyobb forgalmat bonyolítanak majd le, mint valaha". A szenátor kifejtette, hogy az USA-ban évente mintegy 500 millió laboratóriumi lelet készül, e leletek egynegyed részét nem lehet megbízhatónak, pontosnak tekinteni. A sok ezer magánlaboratóriumot tette felelőssé elsősorban a pontatlan, téves és gyakran hamis leletekért. A vizsgálat egyik irányítója David J. Sencer dr. kijelentette: „Számos példa bizonyítja, hogy a laboratóriumok tévedései következtében helytelen diagnózist állítottak fel, rosszul kezelték a beteget, hosszabbá vált a betegség lefolyása, sőt, halálesetek is előfordultak".

Aneszteziológiai tanszék Moszkvában. A SZU Egészségügyi Minisztériuma a moszkvai Szecsenov Intézetben aneszteziológiai és reanimatológiai tanszéket szervezett.

Intézkedések a kutatómunka koordinálására a SZU-ban. A SZU Egészségügyi Minisztériuma a kutatómunka koordinálására két központot jelölt ki. Az orvostudomány területén a Szemasko Intézet, a gyógyszertudomány területén pedig a Központi Gyógyszertudományi Kutató Intézet a koordináló központ. E központokban egy-egy osztályt szerveznek a koordinálás gyakorlati munkájának végzésére, amelynek módszerét a SZU Egészségügyi Minisztériuma, az egyes köztársaságok egészségügyi minisztériumai és orvostudományi akadémiái együttesen határozzák meg.

A szovjet egészségügy a montreali világkiállításon. A 800 négyzetméter alapterületű szovjet pavilonban az egészségügyet is méltóképpen bemutatják. Az egészségügy általános fejlődését illusztráló grafikonon és fényképeken kívül dioráma mutat be két nagy gyógyfürdőt, illetve üdülőtelepet, Szocsit és Arteket. Külön teret szentelnek a szovjet orvostudomány és a szovjet orvosi műszergyártás eredményeinek bemutatására, a műszív, a művese, és a reanimációs új eszközök nyilván nagy érdeklődést keltenek majd. 12 filmet és számos színes diafilmet is vetítenek, és kiállítják a tudományos irodalom válogatott termését.

Tömeges laboratóriumi állattenyésztés. Az izraeli Weizmann Intézet laboratóriumot épített kísérleti állatok tömeges tenyésztésére. A közeljövőben megnyíló tenyésztő telep évente 350 000 egeret, 12 000 patkányt, 5000 nyulat, 2000 tengermialacot és 3000 csirkét bocsát a kísérleti intézetek rendelkezésére. A kísérleti állatokat steril környezetben tenyésztik és nevelik, az emlős állatokat császármetszéssel hozzák a világra.

Életmentő műanyagok. Thomas H. Crouch amerikai orvos-vezérőrnagy egy symposium alkalmával kifejtette, hogy az USA-ban mintegy 250 000 ember a sebészetben használatossá vált műanyagoknak és fémeknek köszönheti az életét. Mintegy 20 000 beteget láttak el mesterséges szívbillentyűvel, hydrocephalus következményeinek elhárítására végzett műtéteket (amelyek során dacront, teflont és más műanyagokat használnak) 60 000 emberen végeztek — mondotta.

Közlekedési balesetek Törökországban. Hikmet Tunca, az ankarai Közlekedési Baleseteket Megelőző Társaság elnöke szerint Törökországban a legnagyobb a közlekedési balesetek arányszáma, éspedig az USA baleseti arányszámának 12-szerese. Évente 30 000 ember hal meg közlekedési balesetek következtében Törökországban.

Folyóiratreferátumok

Allergologia

A súlyos asthmás betegek kezelése. Snider G. L. (Merquette Univ. Sch. Med., Milwaukee. Wisconsin). Ann. Allergy. 1966. *24*, 626—632.

Asthmás betegek sectios leletei alapján az asthmahalál oka leggyakrabban súlyos légúti obstructio, amit a bronchiolusokat eltömeszelő sűrű, tapadó, kocsonyaszerű nyák okoz. Élőben mind a ki-, mind a belégzés nehezített, hypoxia és respiratios acidosissal párosult hyperkapnia sem ritka. A therápiának a váladék oldására kell irányulnia. A hydratatiot infusioban adott glucose-isotoniás sóoldat keverékével, a bronchospasmust i. v. adott steroidokkal és aminophyllinnel igyekeznek megoldani. Súlyos légzési acidosisban a pH és PO_2 ellenőrzése mellett 88—88—44 mEq natrium bicarbonatot fecskendeznek be. Fertőzéseket (purulens bronchitis) szélesspectrumú antibiotikumokkal kezelnek, amit az antibiogramm elkészítése előtt már megindítanak. Oxygent csak akkor szabad belélegeztetni, ha az alveolaris ventilatio nem javul, amit PCO_2 sorozatos meghatározásokkal kontrolálnak. Amennyiben a PCO_2 emelkedik, tracheostomiát vagy naso-trachealis intubatiot végeznek. A sedativumok közül chloralhydrat és chlorodiazepoxid (Librium) a legmegfelelőbbek, erélyesebb nyugtatók csak akkor adhatók, ha a mesterséges légzést biztosítani tudjuk. Könnyebb betegeknél igen hatásosak az isopropylnoradrenalin aerosolok.

A kezelést mindig individualisan kell beállítani, ezért nemcsak szakképzett orvosokra, hanem specialisan kioktatott nővérekre, ápolószemélyzetre is szükség van.

[Ref.: Légúti obstructio megoldására a következő eljárás ajánlatos: néhány napig bronchospasmolyticum és köpetoldószerek belégzése (Tacholiquin, Trypsin), ezután nyákleszívás kettős katheterrel, majd sorozatos aerosol kezelések (aetherikus olajok, gyógyvizek, jódkali, purulens bronchitis esetében 5%-os Neomycin oldat)].

Hajós Mária dr.

☆

Asthmás gyermekek corticosteroid kezelése. Jorgensen J. R., Falliers C. J. (Children's Asthma Research Hosp., Denver, Col.) JAMA. 1966. *198*, 773—776.

A gyermekasthma-kórházban átlagosan 18—24 hónapig kezelt gyermekek kb. egynegyed része időszakosan steroidra szorul. Tapasztalataik alapján a steroid adagolással kapcsolatban a szerzők a következő irányelveket dolgozták ki.

Status asthmaticusban i. v. 100—200 mg hydrocortison succinatot adnak 6 óránként (nem infusioban!), amíg javulás nem áll be, ekkor 40 mg prednisolonnal folytaják per os, 4—5 nap múlva teljesen elhagyják. Amennyiben a beteg már előzőleg is kapott steroidot, a fenntartó adagnál kissé nagyobb adagnál álltak meg. Előfordul, hogy az i. v. adagolás elegendő. Felhívják a figyelmet arra, hogy *ACTH nem pótolja a steroidot*, mert asthmás betegek mellékveséje nem működik kielégítően.

Kronikus asthmát először a szokásos antiasthmaticumokkal igyekeznek befolyásolni, ha ez hatástalan, *nagy adag* steroiddal kezdik (40 mg) és fokozatosan csökkentik. Az egyes steroid praeparatumok nem kívánt mellékhatásai kb. egyformák, cortison és hydrocortison nagyobb vízvisszatartáshoz vezet. A szerzők a prednisont tartják a legjobb készítménynek.

Az újabban használt dexamethason aerosol hatása bizonytalan, nem tudják, hogy bekerül-e a keringésbe, azonkívül elhúzódó hatású, tehát azonnali csillapításra nem alkalmas. Nem szabad Isoproterenollal keverni! Sokkal hatásosabb, ha steroid aerosol előtt noradrenalin származékot külön belélegeztetünk. A dexamethason inhalálást is rendszeresen, és nem ad hoc kell előírni.

Kontinualis steroid kezeléskor megállapították, hogy a nappal adagolt steroid kevésbé nyomja el az ACTH termelést, mint az éjjeli adagolás, ezért nem szétosztva, hanem reggel egy adagban adják a napi steroid mennyiséget. Igen fontos, hogy kontinualis kezelés mellett lehetőleg idő legyen a mellékvesekéreg regeneratiójára. Meghatározták, hogy egy-egy steroid készítmény szedése után erre mennyi idő szükséges: $1^1/_2$ nap: cortison, hydrocortison, prednison, prednisolon, methylprednisolon; 2 nap: paramethason; $2^1/_4$ nap: triamcinolon; $2^3/_4$ nap: dexamethason; $3^1/_4$ nap: betamethason. Ezek alapján az ajánlott megszakításos kezelés (3 nap steroid, 4 nap szünet) csak az első csoporttal végezhető.

Kontinualis steroid kezeléssel párhuzamosan felesleges a prophylacticus antibiotikum adagolás. Varicellaban nem szabad abbahagyni a kontinualis steroidot, csak le kell csökkenteni a minimalis fenntartó adagig.

Egyéb súlyos stress (betegség, műtét) alkalmával hirtelen nagy adagra (40 mg) kell emelni, majd gyorsan csökkenteni.

A mellékvesekéreg functio megállapítására legalkalmasabb a metopiron, pyrogen és insulin-test. ACTH testet nem szabad végezni anaphylaxiás reactio veszélye miatt. Külön felhívják a figyelmet arra, hogy syntheticus ACTH is sensibilizálhat.

(Ref.: Szerzők megállapításaival magunk is teljesen egyetértünk, mert felhívják a figyelmet arra, hogy nem szabad a steroidoktól félni, csak gondolni kell esetleges mellékhatásaikra, amelyek ki is védhetők. Igen fontos többek között annak hangsúlyozása, hogy a steroid kezelés csak bizonyos rendszer szerint végezhető, a beállítás mindig nagy adaggal kezdődjék és viszonylag gyorsan le is építhető. Minden asthmással foglalkozó orvosnak szem előtt kell tartania, hogy a steroidok a legjobb tüneti gyógyszerek, nem szabad tehát sem teljesen mellőzni, sem rendszertelenül rendelni.)

Hajós Mária dr.

☆

ACTH és steroid kezelés az allergologiai gyakorlatban. Bookman R., Katz E. E. (The George Piness Allergy Group. 240 South La Cienega Blvd. Beverly Hills, California.) Ann. Allergy. 1966. *24*, 581—585.

A szerzők 8 évvel ezelőtt számoltak be először az asthmás betegek steroid és ACTH kezelésében szerzett tapasztalataikról. Akkor az ACTH-t részesítették előnyben, és csak olyan esetben adtak steroidot, amikor a kórházi kezelést akarták elkerülni. A következő 8 év tapasztalatait jelen munkájukban tárgyalják. Az 596 beteg katamnesztikus adatai alapján azt találták, hogy csak akkor adtak ACTH-t (retard gel) vagy prednisolont (20 mg kezdőadag), amikor egyéb csillapítók hatástalanok voltak és a desensibilizálás sem járt kielégítő eredménnyel. Mellékhatásokat nemigen láttak. Gyermekkorban a fiatalokon rendszerint csak rövid ideig tartó steroid kúrát állítottak be, idősebbek közül már többen kaptak kontinualis kezelést, mert úgy vélik, hogy ilyenkor a specifikus desensibilizálástól már kevesebbet lehet várni.

Összehasonlítva a régebbi adatokkal, a steroid alkalmazása 7%-ról 14%-ra emelkedett, de csak addig adagolták, míg a tünetek nem múltak el. Rendszeres egyéb kezelés mellett betegeik 86%-a nem kapott steroidot. Fontosnak tartják, hogy súlyos asthmások megtanuljanak injectiozni, és maguknak adjanak szükség esetén adrenalint. Antihistaminok visszafojtják a köhögést, ezért lehetőleg kerülni kell. Rhinitises beteg csak akkor szedjen steroidot, ha a nátha

munkájában nagymértékben zavarja.

(Ref.: Összehasonlítva 1000 osztályos betegünk kórtörténetei alapján a steroid kezeléssel kapcsolatos 10 éves észrevételeinket, azt találtuk, hogy rendszeres ellenőrzés mellett a nemkívánt mellékhatások kiküszöbölhetők. Mi is a rövid ideig tartó, ún. »lökés«-kezelést részesítjük előnyben. ACTH-t a sensibilizálás veszélye miatt egyáltalán nem adunk.)

Hajós Mária dr.

☆

A hyposzenzitizációs kezelés hatásossága gyermekek »ragweed« szénalázában. V. J. Fontana, L. E. Holt, R. Mainland. (Dept. of Ped. and Med. Statistics, New York Univ. USA). JAMA 1966. *195*:985.

Fél évszázad óta végeznek hyposzenzitizáló kezelést allergiás rhinitisek megelőzése végett, nagyrészt immunológiai meggondolások és szubjektív hibaforrásnak kitett megítélések alapján. Célszerűnek látszott ezen therápia értékének lemérése modern statisztikai módszerekkel a dupla vak eljárás szerint. Szerzők 92 előzőleg még nem kezelt betegnél végeztek 1—5 éven keresztül az őszi ragweed szezon előtt egyrészt emelkedő adagú hyposzenzibilizálást, másrészt placebo-kezelést. A placebo tannint, glycerint és ethylalkoholt tartalmazott, hogy színe sárgás legyen és adjon aspecifikus bőrreakciót. A betegek többségénél voltak enyhe rhinitises és conjunctivitises tünetek a pollen szezonon kívüli időszakban is. A szülők kartonokon jegyezték, hogy hány napon keresztül volt a gyermekeknél orrtünet, szemtünet, illetve, hogy mennyi antihistamin tablettára volt szükség a tünetek enyhítése végett. Az így nyert adatok szerint a pollinációs szezon előtt ragweed kivonattal, illetve placebóval kezelt betegek ugyanannyi ideig észleltek felső légúti tüneteket, és a fogyasztott gyógyszerek mennyiségében sem volt különbség. A pollen kivonatra adott bőrreakció foka csökkent a kezelt csoportban. Annak ellenére, hogy a ragweed és kontroll csoportban egyaránt a betegek 30—40%-a nem fejezte be a megkezdett therápiát, az adatokat elegendőnek tartják a ragweed hyposzenzitizációs kezelés eredménytelenségének bizonyítására.

Osváth Pál dr.

☆

Dupla vak tanulmány a ragweed szénaláz injekciós kezelésének hatékonyságára és specificitására. F. C. Lowell, W. Franklin (Harvard Med. School, Allergy Unit. Boston, Mass. USA). New. Engl. J. Med. 1965., *273:* 675—679.

Ötven év alatt az USA-ban hozzávetőleg egy millió ember részesült szénaláz miatt injekciós kezelásben. E nagy szám önmagában valószínűvé teszi, hogy az esetek többségében az orvos és betege elégedett volt az eredménnyel, de nem hagyható figyelmen kívül, hogy a hyposzenzitizációs kezelés értékelése modern statisztikai módszerekkel csak néhány esetben történt meg. A szerzők 500 beteg közül választottak ki 27 olyat, akiknél pozitív volt a bőrreakció a pollen kivonattal és klinikai tüneteik kizárólag a ragweed pollinációs szezonban: augusztus közepétől szeptember végéig voltak. Dupla vak eljárás elvei szerint adtak hyposzenzitizáló kezelést: a placebo csoport egy fa, fű és plantago pollenből álló keveréket, a kezelt csoport ezen kívül ragweed pollen extractumot is kapott. A betegek naponként számokkal jelezték a tüneteik súlyosságát, valamint a fogyasztott gyógyszerek menyiségét. A tünetek értékelésénél hét fokozatot állapítottak meg, mindegyiket a súlyosság szerint emelkedő számjegy képviselte az értékelésben. A pollen szezon első két hetében nem volt különbség a két csoport között, ezután azonban hét héten keresztül szignifikánsan ($p < 5\%$, $p < 1\%$) jobban voltak a specifikusan kezeltek, a súlyosságot jelző átlag értékeik a placebo csoport 10%-a alatt maradtak. A gyógyszerfogyasztásban a különbség szintén nagy, de nem szignifikáns. A kicsiny, de gondosan kiválogatott beteganyagon nyert tapasztalatok alapján az injekciós therápia eredményes a ragweed szénalázban és hatása specifikus, mert a csak egyéb pollent kapó placebo csoport megbetegedése szignifikánsan súlyosabb volt.

(Ref.: A két, neves intézetből származó, azonos kérdésben mégis ellentétes eredményre jutó statisztikai feldolgozás jó példa arra, hogy a modern dupla vak eljárás alkalmazása önmagában nem oldja meg minden esetben a kérdéseket. A Fontana és mt. közlemény, bár nagyobb beteganyagot értékelt, feldolgozásuk mégis két szempontból kifogásolható. 1. A betegeknek a ragweed szezonon kívül is volt enyhébb tünete, tehát igen valószínűen egyéb anyagokra is allergiásak voltak. 2. Nem vették figyelembe a tünetek súlyosságát, hanem csak a betegségi napokat. A közleményekben használt hyposzenzitizálás kifejezése maga is utal arra, hogy az injekciózás következtében nem várható az érzékenység teljes megszűnte, hanem csak csökkenése. A beteg szempontjából azonban nyilvánvalóan igen lényeges különbség, hogy a betegségi nap tünetei néhány tüsszentést jelentenek-e, vagy pedig munkaképtelen az orr teljes elzáródása és szemhéj oedema miatt.)

Osváth Pál dr.

Gyermekek allergiás betegségének diétás prophylaxisa. D. E. Johnstone, A. M. Dutton (Dept. Pediatr., Univ. Rochester School Med. N. Y., USA) New Engl. J. Med. 1966. *274*, 715—719.

Glaser és Johnstone 1953-ban javasolta először a szójababból készült pépet allergiás gyermekek részére tej helyettesítése céljából. A szerzők 1953 óta 235 olyan gyermeket vontak be vizsgálatukba, kiknek szülei manifeszt allergiás betegségben szenvedtek. Vakon két csoportba osztották születés után a gyermekeket, az egyiknek 9 hónapos korig nem engedélyezték tehéntej, tojás és liszt fogyasztását, míg a másik csoport újszülöttkortól kezdve tejpor készítményeket, majd 5 hónapos kortól teljes tejet kapott, emellett húsokat, rizst és esetleg tojást. Az utóbbi ételt ugyanis engedélyezték, de a szülők nagyrésze mégsem etette vele a gyermeket, mert tudták, hogy allergiás betegeknek ártalmas. Lisztes ételt a tehéntejet kapó csoport sem fogyaszthatott. A megfigyelést dupla vak elveknek megfelelően tervezték, de később nem bizonyult így kivitelezhetőnek.

A több évvel későbbi kontroll során azt találták, hogy a szénanátha előfordulásában nem volt a két csoport között különbség. Viszont a 3 éven aluli korban fellépő asztma és a 6 éven alul kialakult perennialis allergiás rhinitis szignifikánsan ($p < 1\%$) ritkább a szójababbal tápláltak csoportjában. Az allergiás betegségek előfordulásának gyakorisága 22,3% volt a szójababos és 42,2% a kontroll, tehéntejes csoportban.

(Ref.: Az allergiás diathesis nyilvánvalóan nem lehet diétákkal megszüntetni: a szójababos csoportban is relative magas volt az ilyen betegek aránya. Viszont valószínűnek látszik a közlemény alapján, hogy az allergiás betegségek csecsemő- és kisdedkori jelentkezését elősegíti a ma annyira elterjedt korai tehéntej táplálás, mely nagy antigén terhelést jelent a szervezetnek. Mivel nálunk szója készítmény nem kapható, a mi körülményeink között allergiás szülők gyermekei részére tartós szoptatás, később húspép és főzelék hozzátáplálás volna ajánlható.)

Osváth Pál dr.

☆

Allergiás haematuria. Amman P és E. Rossi (University of Berne Paediatric Clinic.) Arch. Dis Childh., 1966. *41*, 539.

A szerzők 11 allergiás haematuriát találtak az irodalomban. Ezek közül 7 esetben táplálék volt a kiváltó allergén.

Allergiás családból származó hároméves fiú esetét ismertetik. A

gyermeknek előzőleg gyakran volt allergiás bronchitise, 2½ éves korától gyakran voltak 1—2 napig tartó haematurái. Fájdalma sohasem volt. Miután minden klinikai és laboratóriumi vizsgálat negatív volt kiderült, hogy a vérvizelés mindig vasárnap történt. Sikerült kideríteni, hogy a család vasárnapi étkezése csak abban tért el a hétköznapitól, hogy ananászt fogyasztottak.

Ananásszal végzett provokativ vizsgálattal kimutatták, hogy a konzervált ananász 4 órával az etetés után asthmás tüneteket és hányást vált ki. Az eosinophilek száma egyidejűleg 6,5%-ra emelkedett. Vérvizelés nem volt. Friss ananász etetés után egy órával súlyos asthmás roham következett be, hányás, majd röviddel utána maszszív vérvizelés, ami 1½ napig tartott. Erősen emelkedett az eosinophil szám, majd mindkét kézen eccema jelent meg. A haematuriát ananásszal többször is kiváltották. Eliminatio után a beteg gyógyult.

(Ref.: A kazuisztika jól bizonyítja, hogy a jó anamnesis és némi orvosi jellegű detektívmunka sokszor többet ér, mint a gyógyszerek.)

Korányi György dr.

☆

Inhalativ allergének által okozott nem asthmás tüdőbetegségek. J. Peppys. (Int. Dis. Chest, Univ. of London, Anglia). Ann. Int. Med. 1966, *64*, 943—948.

30—40 év óta ismeretes, hogy a gombás szénapor belégzése pneumoniához hasonló megjelenésű, alveolaris infiltrációval járó allergiás megbetegedést okozhat. E betegséget az angol irodalomban farmer's lung (farmer tüdő)-nek nevezik. A tünetek az organikus anyag belégzése után 5—6 órával jelentkeznek. Köhögés, láz és finom crepitatio észlelhető, asthmás tünet nélkül. A röntgenképen miliaris beszűrődés látható. A tüdőfunkciós vizsgálat a gázcsere akadályozottságát és a compliance csökkenését mutatja. A tüdő szövetében lymphocyta-plazmasejtes beszűrődés van, amit később fibrosis követhet. A szerző vizsgálatai szerint a kórokozók tulajdonképpen az aktinomyces csoportba tartozó gombák, amelyek a rosszul tárolt nedves szénában 40—60 fokon elszaporodnak annyira, hogy a vele dolgozó ember percenként 750 000 spórát is belélegezhet. A legfontosabb farmer's lungot okozó gombafajok a Thermopolyspora polyspora és a Micromonospora vulgaris, ezekkel szemben praecipitaló antitestek is kimutathatók a beteg savójában. Újabban klinikailag igen hasonló betegséget észlelt és írt le a szerző madár (főleg galamb és pulyka) etetéssel foglalkozó egyének között (»fancier's lung«) és marha hypophysis kivonat inhalációja is előidézheti e betegséget. Ezek szerint számos antigén idézhet elő inhalativ úton bejutva recidiváló alveolaris exsudatiót. Ennek ismerete azért fontos, mert az ilyen recidiváló »pneumoniák« könnyen megelőzhetők a kérdéses allergén eliminációja útján.

(Ref.: A betegség újabb példa arra, hogy a klinikai tünetek alapján, az anamnézis figyelmen kívül hagyásával nem lehet aetiologiai diagnózist felállítani. Amint az exspiratoricus sipolás nem jelent föltétlenül asthma bronchialét, ugyanúgy a lázzal járó crepitatio sem szükségszerűen pneumonia tünete.)

Osváth Pál dr.

☆

A sinus maxillaris szövete elleni antitestek kimutatása chronicus asthma bronchialés betegek vérében. J. M. Quintero, R. G. Burrell, C. H. Cather, B. Wymer, R. Baise. (Allergy Division, Dept. Microbiol. West Virg. Univ. School Med. Morgantown, USA). J. Allerg. 1966, *37*, 84—89.

32 súlyos, kezelésre rezisztens asztmás beteg vérsavójának autoantitest tartalmát vizsgálták Steffen módszere szerint. A sinus antigént Luc-Caldwall műtéttel nyert anyagból állították elő, a tüdő antigén autopsiás eredetű. 15 betegnél találtak tüdő ellenes antitestet, 11-nél pedig sinus szövettel reagáló ellenanyagok is voltak a vérben. A sinus autoantitestek jelenlétekor minden esetben pozitív volt tüdőszövettel is a reakció. Két esetben a savó tüdőszövettel való adszorbciója után is ki tudták mutatni a sinus autoantitest jelenlétét.

(Ref.: A vizsgálatok szerint tehát a tüdő autoantitestek az esetek 70%-ában a sinus szövettel is reagálnak. Ez magyarázatot nyújthat arra, hogy miért olyan gyakori asthma bronchiale mellett a chronicus sinusitis: a tüdő és sinus szövet között antigén rokonság van, a két kórkép tehát azonos betegség különböző megnyilvánulása.)

Osváth Pál dr.

☆

Allergiás fejfájás. R. S. Shapiro, B. E. Eisenberg. (Huntington Park, Calif. USA). Ann. Aller. 1965, *23*, 123.

400 fejfájásos beteg közül kiválasztottak százat, kiknél az anamnézis és bőrpróbák alapján valószínűsíthető volt az allergiás eredet. A panaszok átlag 15 éve állottak fenn a kezelés megkezdésekor; mindössze 37 beteg vette spontán észre, hogy bizonyos biológiai anyagok válthatják ki a fejfájást. A fejfájás típusa nem volt jellemző differenciáldiagnosztikai szempontból. 85 betegnél volt egyéb allergiás betegség is fellelhető, leggyakrabban allergiás rhinitis (69) és conjunctivitis (35). Az orr és szem tünetek a fejfájással egyidőben is felléptek, de nem minden esetben. 94 beteg adott a kivizsgálás során valamilyen inhalativ allergénre pozitív bőrreakciót, 17-nél ételallergiát találtak. Az előbbi betegeknél hyposzenzibilizáló kezelést végeztek, a hat önálló ételallergia esetén pedig csak eliminációt írtak elő. E kezelésre 36 beteg fejfájása teljesen megszűnt, 40 pedig lényegesen javult. 5 beteg állapota változatlan maradt.

Osváth Pál dr.

☆

Tüdőbetegségek

A dohányosok tüdeje. Szerkesztőségi közlemény, Brit. med. J. 1964. 5405, 327.

Az utóbbi években számos vizsgálati adat halmozódott fel arra vonatkozóan, hogy a dohányzás nagymértékben károsítja a légutakat. Mindkét nemben az idült hörghurut sokkal gyakoribb a dohányosok, mint a nem-dohányosok között. Jelen közlemény analizálja a dohányosok tüdejének szövettani elváltozásait, melyek a következők: az alveolusok sclerosisa, az alveolusok falának repedése, az arteriolák és kis arteriák falának megvastagodása. 1340 személy tüdejének 5360 metszetét vizsgálták. Ezek közül 120 sohasem dohányzott rendszeresen, 636 pipázott vagy szivarozott, vagy megelőzően cigarettázott és 857 cigarettázott. Ez utóbbiakban nagyobb százalékban fordultak elő a fenti elváltozások, mint a nem-dohányosokban, míg az ex-dohányosokban mérsékelt elváltozásokat találtak. Ezek az elváltozások idült hörghurutra utalnak. A dohányzás a hörgők mucosus mirigyeinek hypertrophiáját idézi elő, mely productív köhögéssel járó hypersecretióhoz vezet és gyakran fertőződik. A pathomechanismus, mellyel a dohányzás és főleg a cigarettázás létrehozza ezeket az elváltozásokat és melyek fennállásáért a dohány felelős, pontosan még nem ismert.

Timaffy Miklós dr.

☆

A korai idült hörghurut felismerése. Gregg, I. (Brompton Hospital, London). J . Coll. gen. Practit. 1966, 11/2 Suppl.

A szerző áttekintést ad intézetének beteganyagából. A közel ezer beteg vizsgálata azt mutatja, hogy a 20 év feletti férfiak 26%-ának idült hörghurutja van, ami megegyezik az EVSZ adataival. Ha a »torokköszörülő«-ket is hozzáadja, a százalék 42-re emelkedik. Mind a köpés, mind a krákogás a chron. bronchitis alapvető rendellenessé-

gére és a nyálkahártya hypersecretiójára utal. A dohányosok között a krákogás és a köpés szoros arányban van a naponként elszívott cigaretták mennyiségével. A napi 30 fölötti cigarettát szívók közül csak 12% volt tünetmentes.

A Tiffeneau-értéket 991 betegen (641 férfi, 350 nő) és 90 egészséges controllon mérték. 102 krákogó dohányos közül 31-nek a normál érték alsó határa alatt, 128 expectoráló közül 47-nek hasonlóan és 53 klinikailag chron. bronchitises közül 52-nek a normál határok alatt volt a vizsgálati érték.

Az idült hörghurut korai szakában a légúti obstructiót létrehozó elváltozások reversibilisek. A későbbi stádiumban irreversibilis structuralis elváltozások alakulnak ki.

A szerző a Tiffeneau-próbát alkalmasnak tartja a kezdődő, még tünetmentes chron. bronchitisek kimutatására.

Timaffy Miklós dr.

☆

»Légsapkás« kerekárnyékok jelentősége és differenciál diagnózisa. Daniello L. és mtsai. (Tbc Klinika, Cluj, Románia) Z. Tuberk. 1965. *123,* 235—242.

Bár már 1926 óta foglalkoznak a félhold, vagy szarvalakú ritkulásokkal a tüdőpathologiában, gyakorlati jelentőségük és keletkezési mechanizmusuk még mindig vitatott. Többé-kevésbé kifejezett kerekárnyékokról van szó, amiknek felső, vagy alsó pólusán légsapka helyezkedik el, kivételesen az egész centrális árnyékot egy köralakú világos gyűrű veszi körül. Ezeknek a képleteknek pathogenesise különböző és a rtg. kép alapján nem magyarázható.

A legrégibb közlemények echinococcus cystákra vonatkoznak, amikor a cysta és pericysta köré levegő hatol be és ez az áttörés veszélyét jelzi. A francia irodalomban főleg aspergillosis esetek szerepelnek. Későbbi kazuisztikai közleményekben abscessus, dermoid cysta, Rasmussen-aneurysma, tbc, tüdőrák, intracavitaris haematoma is leírásra került.

A szerzők 15 esetet gyűjtöttek össze, ezeket ismertetik szép dokumentációval, hogy adatokat szolgáltassanak a kérdés jobb megértéséhez. Az anyagban 1 echinococcus, 4 aspergillosis, 7 tbc, 2 tályog és 1 bronchiectasiás cysta szerepel. A pathogenesis nem egységes; echinococcusnál valóban a cysta és pericysta közé hatol be a levegő. A többi esetben ezt a »légsapkás« képet parenchyma szétesés, vagy egy caverna feltelődése hozhatja létre, vagy tbc-ben a sajtos massza kilökődése (ilyenkor a világos terület a bronchus drainage körül figyelhető meg). Nehezebben értelmezhető ez a folyamat aspergillomában vagy abscessusban, de itt talán az üreg bennékének tömörülése játszik szerepet.

Végeredményben ez a jelenség a tüdőpathologiában nem tartozik a ritkaságok közé, de nem jellemző az aspergillosisra, hanem sokféle etiologiája lehet, főleg a tuberkulózis.

Barát Irén dr.

☆

A »minimális« tüdő-rtg leletek diagnosztikai jelentősége és gondozási következményei. Meindl R. (Tüdőgondozó Int. Remscheid. NSZK). Beitr. Klin. Tuberk. 1965. *132,* 305—310.

A szokványos p—a sugárirányú átnézeti felvételen a csontos fedés miatt olyan tüdőrészek nem ábrázolódnak (különösen a felső és középső tüdőmező paramediastinalis részei), amelyekben gyakran rejtőznek phthisiogen minimális gócok. Ha ezek jelenlétére a legkisebb gyanú is felmerül (pl. aszimmetrikus árnyékoltság paramediastinalisan), részletes felderítésükre kell törekedni. Ehhez felhasználható a keménysugár-technika, a több irányú rétegfelvételek, a sztereoszkópos felvételek, a vonalas elmosású rétegezés helyett több irányú elmosású rétegtechnika alkalmazása stb. Így mintegy 25%-kal több góchordozó beteget lehet felfedezni.

A tüdő jól látható részein levő minimális gócok, heges-meszes maradványok is nagyobb gondot, gyakoribb ellenőrzést igényelnének, hiszen ezek hordozói közt 30-szoros a recidivaveszély a rtg-negatívokhoz viszonyítva.

A minimális elváltozások a tüdőrák korai diagnózisa szempontjából is fontosak. E tekintetben 4 jellegzetességre hívja fel a figyelmet a szerző:

1. a kezdődő perifériás tüdőrák körülírt emphysemával járhat együtt,
2. a kezdődő bronchusrák igen kis kiterjedésű atelectasiát okozhat,
3. szippantás közben észlelhető egyenlőtlen, sőt, paradox rekeszmozgás is korai jele lehet egy kezdődő tüdőráknak,
4. végül a — főleg hilusközeli — 1 mm-nél vastagabb kötegárnyékok is hörgőrákra utalhatnak.

Fauszt Imre dr.

☆

Transbronchialis és transtrachealis nyirokcsomó-punctiós biopsia. (Technikája és eredményei.) Schissle W. és mtsai. (Heilmeyer klinika. Freiburg im Breisgau). Bronches 1965. *15,* 167—185.

Míg a bronchoscopia során excisióval és aspirátióval nyert anyagok vizsgálata gyakori, ritkábban végeznek transbronchialis vagy transtrachealis punctiót a mediastinalis nyirokcsomók diagnosztikájában. A szerzők már 1962-ben bemutattak 92, tübiopsiával szövettanilag igazolt adenopathiás megbetegedést; a vizsgáló módszert azóta 240 esetben alkalmazták ambuláns betegeken is. A régebbi eljárásnak az a hátránya, hogy kevés anyag nyerhető, ami nem elég az alapos vizsgálathoz. 1959 óta nagyobb kaliberű és hajlított tűt használnak, aminek pontos leírását megadják.

Maga az eljárás egyszerű, a nyert anyagot a tűből formalinba fecskendezik és szövettanilag megvizsgálják. A beavatkozás után a vérzés jelentéktelen szokott lenni. Bár a transbronchialis biopsia során a bronchialis arteria sérülése kellemetlen lehet, de a szerzők 202 eset közül csak kétszer észlelték és tamponálás után rövidesen megszűnt. Mediastinalis emphysema is előfordulhat mint komplikáció, de ez láz és klinikai tünet nélkül zajlott le, gátlószert lokálisan nem kellett alkalmazni.

Az utóbbi években 240 betegen 359 punctiót végeztek, ebből 160 esetben kaptak pozitív eredményt (67%). Ez az arányszám az utolsó évben 80%-ra emelkedett, tehát az eredmény igen kedvező és vetekszik a mediastinoscopiával elért eredménnyel, annál azonban lényegesen egyszerűbb eljárás, nem sebészi beavatkozás és ambulánsan is elvégezhető.

A vizsgálatokat főleg a következő esetekben alkalmazták: 1. Sarcoidosisban 84%-ban sikerült a 123 esetből a diagnosist felállítani; — 2. Tbc-s esetük 6 volt; — 3. Az 52 carcinomás esetből 34 (66%) lett szövettanilag pozitív; az eljárás akkor indokolt, ha a bronchus erősen beszűkült és a scopia nem vihető keresztül, vagy ha biopsiás anyagot nem sikerül szerezni az infiltrált területről és ha a perifériás tumor mellett adenopathia mutatható ki. Ilyenkor ez az egyetlen módszer, ami bizonyító adatot szolgáltathat. — 4. A 18 granulomatosis esetből 77%-ban sikerült így diagnosist felállítani.

Barát Irén dr.

☆

A bakteriális infekcióval szembeni pulmonalis ellenállás fontosabb tényezői. Laurenzi G. A. és mtsai. (Coll. Med. Div. Resp. Dis. New-Jersey. USA). Med. Thorac. 1965. *22,* 48—59.

A normális alsó légutak, az oropharyngealis saprophyták és a felsőlégúti potenciális pathogen mikrobák jelenléte ellenére sterilek; a chron. bronchitises betegek alsó légutairól ezt még a relative nyugalmi időszakban sem lehet elmondani. Ez azt látszik bizonyítani, hogy effektív antibakteriális faktorok léteznek a normális bronchopulmonalis rendszerben, melyek aktív hatása chr. br.-ben megszűnik és így akadálytalanná válik az alsó légúti rendszer fertőződése.

A szerzők állatkísérletekben quantitatív methodust dolgoztak ki az alsó légutakba inhalált kórokozók elpusztításának mérésére. 200, előzetesen steril bronchopulm. rendszerűnek bizonyult SSW egeret 30 percig coagulase pozitív, relative alacsony virulenciájú staphylococcus aureus aerosol-hatásnak tettek ki. Ezután óránként leölték az állatok 1—1 csoportját, majd a steril körülmények között kivett tüdőket homogenizálták, hígították és táptalajra oltották. 48 órás 37 C°-on történt inkubálás után, a táptalaj kolonia-szám és a hígítási faktor szorzata alapján kiszámították a leölés időpontjában a tüdőkben még visszamaradt életképes baktériumok számát.

Az így nyert adatok azt mutatták, hogy egér-tüdőben, bakt.-spray után gyorsan csökken az élő staphylococcusok száma, azaz a steril bronchopulmonalis rendszerben a baktérium-clearence jelentős: az első óra végén a tüdő a lerakódott baktériumok 45%-át, a 2. órában 70%-át, a 4. órában 88%-át, a 6. órában pedig 95%-át tette életképtelenné.

Ezután vizsgálták a clearance változását hypoxiás körülmények, alkohol, barbiturátok, cortison, endotoxin, cigarettafüst-szívás, stb. hatására. Feltűnő volt, hogy a bakt.-clearance legkifejezettebb romlását az alkohol és a cigarettafüst idézte elő, melyeknél a baktérium-lerakódás párhuzamosan változott a vér alkohol-szintjének magasságával, ill. az effektus időtartamával: már az első órában a clearance 80%-os csökkenése volt észlelhető.

Az egyéb hatások, mint hypoxia, barbiturátok, cortison, stb. csak csekélyebb mértékű változást idéztek elő a megtisztulás folyamatában. Az irodalmi adatok alapján is, a károsítás az alkohol toxikus (és nem metabolikus) hatásán, a cigarettafüsté pedig a ciliostasist kiváltó hatásán alapul.

A szerzők további megfigyelései közül még kiemelkedik az, hogy sikerült kimutatni az egerek bél-flórájának aktív hatását a légúti organizmusokkal szembeni pulmonalis ellenállásra is, ami felhívja a figyelmet arra a fontos viszonyra, ami a »gazda« reaktivitása és annak belső mikrobiologiai flórája között van. *Lukáts Gyula dr.*

☆

Urológia

A női húgycső rákja. Grabstald H., Hilaris B., Henschke U., Witmore W. F. jr. (Memorial and James Ewing Hospitals, New York): JAMA. 1966, *197*, 113—120.

A női húgycsőrák ritka megbetegedés. 40 év alatt 79 esetet kezeltek a nevezett kórházban. Ez a legnagyobb számú közlés, amelyet eddig egyetlen intézet ismertetett.

A betegség kórismézése aránylag könnyű, a tünetek alapján (vérzés, dysuria, tumor, fájdalom). A szerzők a daganat localisatiója szerint *tumor anterior*ról — ha a folyamat az urethra distalis harmadára korlátozódik — és „*entire*"-ről (=-teljes) beszélnek, ha kiterjedése nagyobb, vagy a környezet is infiltrált. A tumor localisatiója és infiltratió mélysége alapján osztályozzák a női húgycsőrákot. Osztályozásukat ajánlják a tumor egységes klinikai értékeléséhez, a terápia és prognosis könnyebb megítélésének alapjául.

Pathológiai típusok szerint osztályozva a tumorok $\frac{2}{3}$-a epidermoid cc. Az adenocc. gyakorisága a második helyen áll.

Az urethra első harmadába localizált tumorok 39%-ban fordultak elő. Az elülső húgycső epidermoid rákja ritkán ad áttétet a nyirokcsomókba, megjelenésük inkább az inguinalis nyirokcsomókban észlelhetők. Viszont az egész húgycsőre kiterjedő folyamatokban a pelvicus nyirokcsomók metastasisai gyakoriak. A távoli metastasisok leggyakoribb helye a tüdő, máj, csont és az agy. Százalékos arányban az adenocarcinománál gyakrabban, 25 százalékban, míg az epidermoid cc. esetében 8%-ban észleltek áttétet.

A negyven év alatt észlelt különböző kiterjedésű megbetegedések kezelési eredményeiről nehéz egységes következtetést levonni. A kezelés elsősorban a tumor localisatiójától és az infiltratio fokától függött. Sebészeti kezelést, besugárzást, vagy a kettő kombinatióját alkalmazták.

A sebészeti beavatkozás partialis urethrectomia, totalis urethrectomia, vagy exenteratióból állott. A besugárzást külső, interstitiális és intracavitalis technikával végezték.

Jó eredményeket értek el partialis urethrectomiával a húgycső elülső szakaszának folyamataiban. Az egész húgycsőre kiterjedő tumorok esetében a radikális sebészi beavatkozás eredménye is csak csekély. Az 1943. év előtti időkből a sugárkezelés kedvezőtlen eredményeiről számolnak be. 1961 óta 3 beteget kezeltek interstitiális besugárzással, ún. utántöltő technikával, néha intracavitális és külső besugárzással kiegészítve. A betegek 5 év óta jól vannak. Csekély és elégtelen tapasztalataik alapján még véleményük nem alakult ki, de úgy vélik, hogy a javított irradiatiós technikával és ezt radicalis sebészi beavatkozással kombinálva javítani lehet a túlélést.

(Ref.: A rosszindulatú női húgycsődaganatok gyógyításában a lehetőség szerinti legradikálisabb műtéti megoldás kívánatos. Így a húgycső első harmadára terjedő rosszindulatú daganatok esetében kockázatosnak ítéljük meg a partialis urethrectomia elvégzését, a totalis urethrectomia és cystectomia helyett.) *Wabrosch Géza dr.*

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A felköhögéssel nyert köpet bakteriológiai vizsgálatának értékéről.

T. Szerkesztőség! Miskovits Gusztáv dr., Lányi Miklós dr. és *Dubay Miklós dr.*: „Az idült bronchitis célzott bakteriológiai vizsgálata transtrachealis punctióval" (Orv. Hetil. 1967. 1. szám) c. cikke óriási meglepetést hozott számomra. Szerzők úttörő és teljesen váratlan eredményeket adó kutatásai szerintem jogosulttá teszik az első olvasáskor vegyes érzelmeket kiváltott methodikát: narcosisban végzett bronchoscopos vizsgálat előtt, a gyűrűporc alatti behatolásból 2,5 mm átmérőjű, 400 mm hosszú műanyag kathetert vezettek be a tracheába és ezen keresztül szívással nyerték a bakteriológiai vizsgálataikhoz használt hörgőváladékot. A kivizsgálásra került 71 beteg így nyert váladékának baktériumflórája a felköhögöttel egyetlen esetben sem, a bronchoscopia útján nyert steril szívással kapottal csak elenyésző hányadban mutatott azonosságot.

Úgy érzem, hogy a fenti eredmények logikusan vonják maguk után alábbi kérdéseink felvetését és — e népbetegség elterjedtségére és fontosságára való tekintettel — esetleg széles körű megvitatását:

1. A felköhögéssel nyert köpet bakteriológiai vizsgálata és az azt követő resistentia megállapítása alapján történő kezeléssel nem puszta illúziót kergetünk-e, miközben az amúgyis túlterhelt laboratóriumokra felesleges vizsgálatok tömegét kényszerítjük? Nem is szólva arról, hogy a köpetek valóban minden igényt kielégítő bakteriológiai vizsgálatára, történjék az akár *Mulder*, akár *Rawlin* methodikájával, melyek a rengeteg munka mellett még mindig hagynak kívánnivalót maguk után, rutinlaboratórium aligha vállalkozhat. Érdemes-e tehát egyáltalán chronicus bronchitises betegeinknél köpet bakteriológiai vizsgálatot végeztetni?

2. Szerzők a methodika leírásában említést tettek arról, hogy tenyészeteik kemorezisztenciáját biotest módszerrel vizsgálták, azonban ennek a vizsgálatnak az eredményeit nem tüntették fel, mindamellett a tenyésztések eredményei alapján is felmerül a kérdés, hogy jelenleg általában a gyakorlatban használt antibioticumok alkalmasak-e a mélyebb légutakban talált baktériumflóra kipusztítására? Úgy

érzem, hogy a gyakorlatban meglehetősen sémásan és kevés változatossággal adjuk az antibioticumokat, nem is beszélve arról, hogy az oly sok esetben hasznos, e chronicus betegségben pedig nélkülözhetetlen, elhúzódó hatású sulfonamid therapia tartós alkalmazásától, a Quinoseptylre vonatkozó korlátozással, olyan fegyvertől fosztották meg a gyakorló orvosokat, anélkül, hogy helyette más, kevésbé veszélyesnek tartott, elhúzódó sulfonamid forgalomba hozataláról gondoskodtak volna, mely fegyvert ma már, az irodalmi adatok tanulsága szerint, a korszerű gyógykezelésben, jó lelkiismerettel nélkülözni, nem alkalmazni, nem lehet.

3. Az asthma bronchiale kezelésében ma már hazánkban is elterjedőben van a köpetből készült autovaccina adása. Az alapkutatások, a propagálás, a sok nehézséget leküzdő szervezés *Hajós* prof. éveken át folytatott tartós munkájának eredménye. Szerzők váratlan eredményei felvetik azt a kérdést, hogy a felköhögött hörgőváladékból készített autovaccina, még ha annak kevert baktériumflóráját tartalmazza is, alkalmas-e olyan esetek kezelésére, ahol az antigénként szóbajövő mélyebb légúti baktériumflóra az autovaccina kiinduló alapanyagát képező köpetbe el sem jutott?

E három kérdés felvetése után szeretném még azt megkérdezni a szerzőktől, hogy a bevezetett katheter melyik pozícióban szívták meg? A methodika leírásából én úgy vettem ki, hogy a szívást a katheter legmélyebbre dugott helyzetében alkalmazták és nem derül ki, hogy letolás, vagy kihúzás közben alkalmaztak-e szívást? E kérdés tisztázását azért tartanám fontosnak, mert az eredmények értékelésében különböző meggondolásokat vet fel. Elképzelhető, hogy a mélyebb légutakba olyan baktériumok tudtak lejutni, melyek ellenálltak a hörgőváladék bakteriolyticus hatásának, vagy melyeknek a hörgőváladék árjával szembeni hosszú útját e hörgőváladék egyes esetekben megnyilvánuló protectiv hatása tette lehetővé. Ugyanakkor esetleg ezek a baktériumok az alapbetegségben kórokozóként nem is szerepelnek és a betegség gyógyításánál nagyobb hasznát vehetjük a „maximális váladékozás helyéről" bronchoscopia útján nyert anyag vizsgálatának. Természetesen amennyiben szerzők a szívást a behatolás vagy kihúzás fázisában is alkalmazták: ez a kérdés megoldódott, lehetségessé vált az, hogy a kóros elváltozás helyéről is nyertek baktériumokat.

Úgy érzem, hogy szerzők rendkívül érdekes, óriási munkát igénylő kutatásai akkor válhatnak a mindennapos gyakorlat hasznára, ha az általam felvetett és másokban is felmerülő kérdéseket széles körűen megvitatjuk. Ezzel segítjük betegeink gyógyulását, biztonságosabbá tehetjük therapiás munkánkat és esetleg enyhíthetjük bakteriológiai laboratóriumaink igénybevételét.

Wiltner Willibald dr.
Kékestető

☆

T. Szerkesztőség! Wiltner Willibald dr. főorvos hozzászólását „A felköhögéssel nyert köpet bakteriológiai vizsgálatának értékéről" címmel örömmel és köszönettel vettük tudomásul, de a felvetett kérdésekre alig tudunk maradéktalan választ adni. Főleg azért nem vállalkozunk erre, mert a vizsgálatok kezdeténél tartunk, közvetlenül a kérdések felvetése utáni első állomásnál. Hogy miben rejlik a válaszadás nehézsége, az sajnos nem eléggé ismert: vajon milyen szerepe van a légcső vagy hörgő nyálkahártyáján levő pathogén, esetleg fakultatív fajnak, nem ismerve a csoport és típus hovátartozását, valamint vizsgált törzsének tulajdonságait.

Hatványozott mértékben szaporodnak a bizonytalansági tényezők, ha a *köpet* „vegyes baktériumflóráját" összefüggésbe kívánjuk hozni a heveny és idült légúti elváltozással. Ebből következik nemleges válaszunk az első kérdésre: a „felköhögéssel nyert köpet bakteriologiai vizsgálata" véleményünk szerint nehezen értékelhető lelet. A kérdés másik részére, amely a „mosott köpet"-re vonatkozik, részben választ ad az Orv. Hetil. 1967, *108*, 7-ben megjelent cikk. E közleményben talál utalást Wiltner W. főorvos úr a kemorezisztencia módszerére vonatkozólag. A baktériumtörzsek érzékenységére irányuló észleléseinket rövidesen közöljük.

Itt hangsúlyozni kívánjuk, hogy további vizsgálataink során a beteg állapotának javulása, a köpet mennyiségének csökkenése és minőségi változásából indulunk ki a kísérő baktériumok szerepének megközelítésére. A jelenlegi vizsgálatokból kitenyésztett baktériumfajok és típusok csak másod-, harmadrendű adatnak tekinthetők mindaddig, amíg több bizonyítékot nem szerzünk betegeink légúti baktériumflórájának összetételét illetően. Az új sulphonamidok bevezetésére vonatkozólag teljesen egyetértünk a hozzászólóval, sőt, abban is, hogy a mostani kemotherapiánk empirikus és sematikus. Ez egyelőre még nem okoz nagyobb nehézséget, annál inkább néhány év múlva, komoly gondunkat képezi a chronikus légúti infectiók antibakteriális kezelése.

A methodika kiegészítésére a leírtakhoz hozzáfűznénk, hogy az utóbbi időben a beavatkozást helyi érzéstelenítésben is elvégeztük. Felhívjuk azonban a figyelmet arra, hogy a beavatkozás nem tekinthető teljesen veszélytelennek; mindenesetre több gyakorlatot kíván, hogy a felső légutakban komoly sérülés ne keletkezzék. Kiegészítésül közöljük a feltett kérdésre, hogy a bevezetett kathétert a legmélyebb pozíció elérése után kapcsoltuk a szívóberendezésre és ezután szívtuk ki a hörgőváladékot. Ez a kiszívás mindaddig folyt, míg a kathétert visszafelé húzva a sebzésből, eltávolítottuk.

Miskovits Gusztáv dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Dr. Antal Jakobovits: Endokrinologie des Ovars. Physiologie, Pathologie und Klinik. J. A. Barth, München 1965. 205 oldal, 155 ábra. DM 68.

Minden monographia egy kissé a szerző önéletrajza is. Vallomás a szimpátiákról, a munkaterületekről, a kutatómunkáról. A figyelő olvasó érzékelheti ennek következményeit; a kedvelt munkaterület többlet-oldalszámban jelentkező hangsúlyozását, a saját megismerésének kidomborítását.

Jakobovits monografiája az ovarium endokrinológiájával foglalkozik. A könyv hármas fundamentumon nyugszik: a szerző hosszú klinikai munkásságán, a bőséges pathohistologiai tapasztalatokon és a szerző előzőleg megjelent, ovarium tumorokkal foglalkozó monografiáján. A klinikai tapasztalat érezhető az egész könyv meggondolt ítéletein, a kellő súlypontok jóérzékű kiemelésén az egyes kórképek tárgyalásakor. A pathohistologus kiérződik az idesorolható részek pontos fogalmazásában. Ezek a szakaszok a könyv legértékesebb fejezetei. Ezt támogatja az is, hogy a nagyszámú (155!) ábra zöme jól fényképezett szöveti kép. Viszont árnyoldal, hogy ez az egyéb szükséges táblázatok terhére történik. Hiányoznak a functiók összefüggéseit magyarázó táblázatok, a hormonszintek változásait dokumentáló ábrák. Az ovariumok tumoraival foglalkozó monográfia hatása a könyv oldalszámának elosztásában érződik. A 190 oldalnyi érdemleges szövegből 53 oldal az általános rész, 134 oldal a részletes rész, amiből 87 oldal — a könyvnek közel a fele! — az ovarium daganataival foglalkozik.

A könyv témája első megközelítésében jól körülhatárolt: az ovarium endokrinologiája. A részletek vizsgálata azonban néhány kérdést vet föl. Ilyen például, hogy milyen kórképek tartoznak szorosabban az adott témához? A könyvben tárgyalt gonaddysgenesis, ahol nincs ovarium, a kromoszoma-nem

XO, azaz a beteg nem nő és nem obligátan feminin, a phenotípus sem, vagy a hiányzó, feminin phenotípussal járó, testicularis feminisatió? Szerintünk mindenképpen indokolt lett volna mindkettőt tárgyalni.

Ugyanilyen kérdés, hogy az ovarium tumorok ilyen arányú tárgyalása szükséges-e? Amíg a szerző az igen ritka daganatféleségeknek 6—8 oldalt szentel, sőt pl. az arrhenoblastomára, amelynek az irodalomban csak 280 esete ismeretes, 10 oldalt szán, addig az igen gyakori Stein—Leventhal-syndromának szerény 13 oldal jut. Viszont ezek a fejezetek kétségtelenül a könyv leggondosabban megírt részei, ahol ezekről a ritka kórformákról pontos felvilágosításokat nyerhetünk.

A könyv kiállítása gondos. Ábrái nyomdatechnikailag is tökéletesek. Egyetlen hiányossága, hogy nincsen névszó katalógusa. Endokrinologusok és pathologusok hasznosan forgathatják, hiszen számos kérdésükre rövid és világos felvilágosítást nyújt.

Fehér László dr.

☆

Blutspendewesen und Blutgruppenserologie. Volk und Gesundheit Verlag. Berlin, 1965. 222 oldal.

Az NDK orvosi továbbképző akadémiája által 1964-ben rendezett továbbképző tanfolyam előadásait tartalmazó kötet, amely az orvostovábbképző kiadványok sorozatában jelent meg.

A kötet 15 előadást tartalmaz, többségük a vérellátással, kisebb részük a vércsoportszerológia terén az utóbbi években elért fejlődéssel foglalkozik.

Az újszülöttkori haemolyticus betegség kóroktanáról és therapiájáról Schneeweis (Berlin) referátumát olvashatjuk. Elsősorban az Rh-inkompatibilitásokkal foglalkozik, a liverpooli munkacsoport eredményeit is figyelembe véve. Az AB0-inkompatibilitás összes nyitott kérdését érinti. Behatóan tárgyalja az ellenanyagok transplacentáris átjutását. A klinikai vonatkozásokat, elsősorban a therapia célját a pathogenesisből következtetve tárgyalja. Határozottan a heparinos vérrel végzett vércsere mellett foglal állást — megemlítve azonban, hogy Csehszlovákiában és Magyarországon ACD konzerv vérrel széles körűen végzett vércserék nem jártak semmiféle károsodással *(?! ref.)*. Az UHB kérdés 64 tételes modern irodalmát közli.

A kötet legterjedelmesebb tanulmányát *H. G. Moeller* (Berlin) írta az *autoimmun-haemolyticus anaemiákról*. Bő irodalmi áttekintés és elméleti bevezető után a következőképpen csoportosít: I. Inkomplett meleg autoantitestek, II. meleg autoagglutininek, III. meleg autohaemolysinek, IV. komplett hideg-agglutininek, V. monothermikus hideghaemolysinek, VI. bithermikus hideghaemolysinek, VII. inkomplett hidegautoantitestek.

A klinikai vonatkozások rövid érintése után nagyon részletes szerológiai rész következik. A transfusióval kapcsolatosan elsősorban annak risikóit taglalja korszerűen. A referátum nagy gyakorlati értéke, hogy második részében a megadott kórélettani csoportosítás szerint foglalkozik az egyes autoimmun haemolytikus anaemiák laboratóriumi vizsgálataival, klinikumával, prognosisával, therapiájával.

A transfusiós reakciókról és károsodásokról Gaerisch (Erfurt) referátumát olvashatjuk. Érdekessége, hogy közli az NDK vérellátó intézeteinek reakciós statisztikáját (1963) és behatóan elemzi az erfurti Vérellátó adatait. *Oehlecker,* ill. *Orth* és *Schubert* csoportosítását veszi kiindulásul (transfusio közbeni, utáni és késői reakciók), de tárgyalásmódja *Dahr* csoportosítása alapján történik (vércsoportösszeférhetetlenség, fehérje összeférhetetlenség, egyéb okok).

A haemolytikus transfusiós szövődmények tárgyalása korszerű, de therapiája nem olyan következetes és rendszerezett, mint a hazai irányelveké *(Gál Gy.)*. Részletesen ír a leukocyta és thrombocyta ellenanyagok okozta szövődményekről és az immunhaemophilia transfusiós vonatkozásairól is. A bakteriálisan fertőzött vérkészítmények okozta szövődmények megelőzését, klinikumát és therapiáját nagyon fontosként tárgyalja. Az allergiás, a citrát és kálium szövődményekről szóló részek tömören didaktikusak. Nagy teret szentel a transfusióval átvihető fertőző betegségeknek. A transfusio előtti biztonsági próbákról, ill. a tranfusiós szövődmények esetén szükséges teendőkről írt bő rész nagy gyakorlati értékű.

A shock és haemotherapia összefüggését *Schubert* (Halle/Saale) tárgyalja — korszerű szemlélet alapján és nagyon röviden — a korai volumenpótlást hangsúlyozva.

A Dextran-tartalmú infusiók készítéséről Fröhlich (Bernburg/Sa) ad beható módszertani áttekintést (történeti adatok, módszertan, kémia, alkalmassági és hatástani vizsgálatok).

Az Infukollal szerzett klinikai tapasztalatokról Meissner (Leipzig) számol be — gyermeksebészeti tapasztalatait előtérbe helyezve — a kis molekulasúlyú Dextran készítmények előnyös volta mellett foglalva állást.

A radioaktív sugárzás hatásáról a vérképző szervekre és az egész szervezetre, a therapia lehetőségeiről (különös tekintettel a vérkészítményekre) Horst-Meyer (Berlin) ad korszerű áttekintést (csontvelőkárosodások, korai sejtveszteség, haemorrhagiás syndroma, a sugárhatás különböző formáinak következményei, az antitestképzés zavarai, a teljesvér, plasma, thrombocytasuspensio, gamma-globulin javallatai). Magyar szerzők *(Farádi és mtsai)* megállapításait is figyelembe veszi.

A bakteriális fertőzések elhárítása a vérkonzerválás kapcsán. H. G. Moeller (Berlin) kiemelkedően jó és gyakorlati értékű írása.

A vérkonzerválás céljaira igénybevett helyiségek bakteriológiai ellenőrzéséről. A. Lange (Berlin) ad áttekintő képet, elsősorban a csehszlovák vérellátás elveit és módszereit hangsúlyozva.

Érdekes és hazai szempontból hasznosítható *Ch. Kerde* (Dresda) beszámolója *egészséges véradók immunizálásával előállított anti-D-savó készítéséről.*

A haptoglobinkutatásról és annak genetikai alapjairól W. Göhler (Leipzig) nagyon beható tanulmányát olvashatjuk. (Ahaptoglobulinaemia, Hp 2—1 M phenotypus, HpJ phenotypus, HpCa phenotypus, Hp-extratypusok).

Az emberi vérsavó Gm-csoportjairól, az ún. Snagg- és Ragg-serumokról, azok szerepéről az apaság megállapításában címmel *G. Fünfhausen* (Berlin) a kötet legtöbb új adatot feldolgozó tanulmányát írta meg.

Az emberi savó Gc csoportjairól G. Bundschuch (Berlin) ad nagyon jól áttekinthető, didaktikus értékű, rövid, szépen dokumentált leírást.

Az Lp. antigen igazságügyi orvostani jelentőségéről és alkalmazásáról Bundschuch (Berlin) tájékoztat röviden (populatiós-genetikai adatok, módszertan, genetika, szülők és utódok lehetséges Lp serum-csoportja).

A kötetet *Radam* (Berlin) rövid leírása zárja a *Cholinesterase-csoportok meghatározásáról és genetikájáról* (eddigi irodalom, módszertan, saját vizsgálatok).

Betűrendes tárgymutató segít a gyors tájékozódásban.

Az egyes fejezetek jól érzékeltetik a vérellátás fejlődését, mai problémáit, a vércsoportszerológia újabb eredményeit. Az UHB-ról és az autoimmunhaemolytikus anaemiáról írott fejezetek a napi gyakorlatban hasznosítható, korszerű megállapításokat rögzítenek (főleg gyermekgyógyászok, belgyógyászok, labor.-orvosok részére ajánlható). A shockról, a plasmapótszerekről írt fejezet sebészek, traumatológusok, szülészek érdeklődésére tarthat számot. A transfusiós szövődményekről írt rész minden transfusiót végző orvost egyaránt érint.

A könyvet a vérellátó intézetek orvosai, a kórházi és osztályos transfusiós felelősök, laboratóriumi orvosok egészében jól hasznosíthatják. Egyes fejezetei sebészek, bel- és gyermekgyógyászok, ill. gyógyszerészek számára hasznosak.

István Lajos dr.

HÍREK

A **Szegedi Orvostudományi Egyetem** és a **Szegedi Orvos-Eü. Dolgozók Szakszervezete** 1967. április 25-én (kedd) du. 5 órakor tudományos ülést tart a Szemklinika előadótermében.

1. *Drien Károly:* A szemináriumok és gyakorlatok, mint a hallgatók alkotó aktivitásra nevelésének műhelyei (40 perc).

2. *Tóth Károly:* A fogszuvasodás megjelenése és elterjedése Magyarországon (25 perc).

3. *Berencsi György:* A cholinesterase meghatározásának jelentősége a klinikumban mezőgazdasági dolgozók betegségei kapcsán (20 perc).

☆

A **Főv. Tétényi úti Kórház Tudományos Köre** 1967. április 27-én, (csütörtök) du. 1 órakor tartja ülését a kórház könyvtártermében (XI. Tétényi út 14—16). Program: *Sátori Ödön dr.* és *Oszwald Péter dr.:* A shock élettana, klinikuma és modern therápiája. (Referátum II. rész.)

☆

A **Szegedi Városi Tanács Kórház** (Kossuth L. sgt 42.) **Tudományos Bizottsága** 1967. április 27-én (csütörtök) du. 6 órakor ülést tart. Program: 1. *Vadász Károly dr.:* Koponyasérülés és tracheotomia (10 perc). 2. *Szilágyi Károly dr.:* Az intravénás helyi érzéstelenítéssel szerzett tapasztalataink a baleseti sebészetben (10 perc). 3. *Ladányi János dr.:* A compressios lemezes osteosynthesissel szerzett tapasztalataink (15 perc). 4. *Vadász Károly dr.:* A reanimáció elvi jelentősége 10 év halálozási adatainak tükrében (25 perc).

☆

A **Magyar Szemorvos Társaság** 1967. április 28-án (péntek) du. 7 órakor a II. sz. Szemklinika tantermében (VIII., Mária u. 39.) tudományos ülést tart.

Tárgy: *Vánkos J.:* Werner syndroma esete (5 perc). *Takáts I.:* A thermometriával történő uvealis vérkeringés vizsgálatok problémái (15 perc). *Alberth B.:* A cornea degeneratiók therápiájáról (15 perc). *Süveges I.:* A cornea dystrophiák histochemiája (10 perc). *Imre Gy.:* Hyperlipaemiás retinitis (10 perc).

☆

A **Magyar Dermatologiai Társulat** és a **Magyar Onkologusok Társasága** 1967. április hó 29-én, szombaton délelőtt 11 órakor a Bőrklinika (Bp. VIII., Mária utca 41) tantermében együttes

tudományos ülést tart

I. Betegbemutatások:

1. *Gulbert Anna:* Melanoma juvenile, Melanosis circumscripta praecanc. Dubreuilh, Melanoblastoma kezdeti stádiuma.

2. *Kiskőszegi Andor:* Morbus Paget, Morbus Bowen, Melanoblastoma késői stádiuma.

3. *Sugár János:* Melanoma juvenile és a Melanoblastoma kezdeti stádiuma. (Szövettani demonstráció).

4. *Bihari Ödön:* Gyermekkori haemangiomás esetek.

5. *Venkei Tibor:* Keratoakanthoma, ajakcarcinoma.

6. *Országos Onkologiai* Intézet egyéb betegbemutatásai.

7. *Szodoray Lajos:* Melanoblastoma esete.

8. *Fejér Endre:* Melanoblastoma esetek.

9. *Fülöp Éva:* Dyskeratoma gigantea.

II. Előadás:

Szabó Péter: Therápiás tapasztalataink Dermopan készülékkel basaliomák besugárzásában.

☆

A **TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága** 1967. április 24-én, du. 3 órára tűzte ki *dr. Braun Sándor* önálló aspiráns »A Januszöld B. és a »biológiai oxigénhatás« c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA II. emeleti kis-előadótermében.

Az értekezés opponensei: *Farkas Károly dr.,* az orvostud. doktora, *Tankó Béla dr.,* a kémiai tud. kandidátusa.

☆

A **Baranya Megyei Tanács Gyermekszívbeteg-gondozója** (vezető dr. Péntek Erzsébet főorvos) 1967. szeptember 22—23-án *10 éves* fennállása alkalmából tudományos ankétot rendez Pécsett, meghívott előadókkal. Jelentkezési lap a pécsi Ibusztól igényelhető június 1-ig.

☆

MEGHÍVÓ

A Magyar Gyermekorvosok Társasága Nyugat-dunántúli Csoportja

1967. április hó 28—29-én továbbképző ülést rendez

a Veszpém Megyei Kórház előadótermében.

Megnyitás: április 28-án du. 3 órakor.

Program:

1. *Török János* (Veszprém): Az újszülöttkori haemolyticus betegség kezelésének modern irányelvei. (20 perc.)

2. *Jurás Gabriella* (Győr): Tapasztalataink a kicseréléses transfusiokkal kapcsolatban. (10 perc.)

3. *István Lajos—Virág Lajos* (Szombathely): Az intrauterin transfusio javallata és kivitele. (10 perc.)

4. *Pap Valér* (Szombathely): Halmozott vércsere OB izoimmunizált családban. (5 perc.)

5. *Virág Lajos* (Szombathely): Újszülöttkori haemolyticus betegség felderítésére köldökvérből végzett szűrővizsgálatok 5 éves tapasztalatai. (10 perc.)

6. *Pap Valér* (Szombathely): Újszülöttkorban jelentkező congenitalis haemolyticus ikterus. (10 perc.)

7. *Gagyi Dénes* (Szombathely): Perinatalis ártalmak és hyperbilirubinaemia. (10 perc.)

8. *Oroszlán László—Escher Klára* (Zalaegerszeg): Az 1966. évi perinatalis halálozás Zala megyében. (15 perc.)

9. *Kovács Sándor—Kovács Sándorné* (Zalaegerszeg): Vákuumextractiós módszerrel szerzett tapasztalataink. (10 perc.)

10. *Pericht Róza—Halmai Anna* (Veszprém): Az intracranialis sérülések Prednisolon-kezelése. (10 perc.)

11. *Kutor Jenő* (Keszthely): Újszülöttosztályon ápolt koraszülöttek fejlődése az első trimenonban. (10 perc.)

12. *Brenner József—Bozzai Marian* (Sopron): A steroidok hatása az újszülöttek súlygörbéjének alakulására. (10 perc.)

13. *Ruzsa Gábor—Kurányi Éva* (Szombathely): Oto-nephritis. (10 perc.)

14. *Megyeri Miklós—Szabó László—Soroncz Márta* (Szombathely): A katalase próba a bakteriuriák diagnosztikájában. (10 perc.)

15. *István Lajos* (Szombathely): Véralvadási zavarok felderítésére szolgáló egyszerű szűrővizsgálatok. (20 perc.)

16. *Brenner József—Bozzai Marian* (Sopron): Kryptogen foetopathia vérzékenységgel járó esete. (10 perc.)

17. *M. Tóth Antal—Ludwig Károly* (Veszprém): Autoimmun haemolyticus anaemia. (10 perc.)

18. *Mangliár Károlyné—Ruzsa Gábor—Frank Kálmán* (Szombathely): Adatok az anaphylaxiás purpura aetiológiájához. (10 perc).

19. *Szigethy Gyula—Sárdy Istvánné—Harsányi Tamásné* (Nagykanizsa): Necrotisáló thrombopaeniás purpura differential diagnosticai nehézséget okozó esete. (10 perc.)

20. *Balassa Margit—Sigmond Anikó* (Veszprém): Subsepsis allergica Wissler. (10 perc.)

21. *Ludwig Károly* (Veszprém): A peripheriás lymphoidsejtes reakció gyermekgyógyászati jelentősége. (10 perc.)

22. *Kutor Jenő—Gágó Gizella—Stéger István* (Keszthely): A cse-

csemőkori vérszegénység megelőzésének és kezelésének új lehetőségeiről. (10 perc.)

23. *Frank Kálmán* (Szombathely): Aktuális problémák a gyermekgyógyászatban: a gondozás jelenlegi helyzete. (15 perc.)

24. *Mérth József* (Székesfehérvár): Új módszereink a területi munka javítására. (10 perc.)

25. *Stenszky Gyula* (Tapolca): Az ólaérettség problémái. (10 perc.)

26. *Buzás Emil* (Szombathely): A születetett szívhibák biztos kórázésének vagy kizárásának jeentősége és megyei lehetőségeink. (10 perc.)

27. *Blazsó Sándor* (Ajka): Adatok a kancsalság és a központi idegrendszeri károsodás közötti összefüggéshez. (15 perc.)

28. *Hegyi István—Török János* (Veszprém): Külső koponyatérfogatmérés. (10 perc.)

29. *Kőrösi Zsuzsanna* (Veszprém): A mercurochrom-terápia eredményei az égések kezelésében. (10 perc.)

30. *Gáty István—Kiss József* (Veszprém): Gyermekkori benzinmérgezések. (10 perc.)

31. *Gágó Gizella* (Keszthely): D_3 hypervitaminozis. (5 perc.)

PÁLYÁZATI hirdetmények

Felhívjuk szíves figyelmüket, hogy a pályázati hirdetmények díjazása

nyomott soronként 12,— Ft,

kiemelt sor

(vastagon szedett) 24,— Ft.

A pályázati hirdetményeket kérjük az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat Bp. VI. Révai u. 16. (Tel.: 116—660.) címére küldeni.

Az összeg befizetését számlánk benyújtása után az MNB K—95 egyszámlánkra kérjük.

(222/a)

Az újonnan létesített és 1968. évben eginduló **Dombóvári Járási Kórház E. 3. ksz. gazdasági vezető I. munkaköri állásra** pályázatot hirdetek. A kórház 460 ággyal és a kórházhoz kapcsolt 17 munkahelyes rendelőintézettel fog működni. Illetmény az E. 403 ksz. munkakör szerinti fizetés. Komfortos szolgálati lakás rendelkezésre áll. Követelmény: középiskolai végzettség, államháztartási (KÁLÁSZ) könyvelői képesítés és egészségügyi vagy szociális háttérben szerzett 5 évi szakmai gyakorlat. A pályázatot — jelen hirdetmény megjelenésétől számított — 30 napon belül, szolgálati úton, »Járási főorvos, Dombóvár« címre kell benyújtani.

(241)

Pályázatot hirdetek a **Fővárosi Tanács Péterfy Sándor u.** kórháza Bajmegállapító osztályán megüresedett **E. 126. kulcsszámú állásra.** Javadalmazás: kulcsszám szerinti alapbér. **Pályázhatnak budapesti illetőségű belgyógyász szakorvosok.**

Forgács József dr.
igazgató-főorvos

(242)

Az **Országos Munkaegészségügyi Intézet** igazgatója pályázatot hirdet a **röntgenlaboratórium vezető állására. Besorolás 932. kulcsszámú** osztályvezetői állás. Pályázatok a megjelenéstől számított 15 napon belül **Budapest IX., Nagyvárad tér 2. címre küldendők.**

Sugár Alfrédné
személyzeti előadó

(243)

A **Pásztói Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoport** vezetője pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **tari körzeti orvosi állásra. Javadalmazás az E. 180. ksz.** szerint, havi 2300 Ft, 300 Ft vidéki pótlék, és 400 Ft ügyeleti díj. Évenként 6—10 000 Ft-ig terjedő bányavidéki jutalom. Az álláshoz kétszobás lakás rendelővel beköltözhetően biztosítva van.

Kovács Bertalan dr.
járási főorvos
eü. csoportvezető

(244)

A **Pásztói Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoport** vezetője pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **cserhátszentiváni körzeti orvosi állásra. Javadalmazás az E. 181. ksz.** szerint, havi 2300 Ft, 300 Ft vidéki pótlék, 550 Ft ügyeleti díj, és 860 Ft útiátalány. Az álláshoz kétszobás, összkomfortos lakás rendelővel beköltözhetően biztosítva van.

Kovács Bertalan dr.
járási főorvos
eü. csoportvezető

(245)

A **VIII. ker. Tanács V. B. Ganz-MÁVAG üzemi szakrendelő intézet** igazgató-főorvosa (Budapest VIII., Kőbányai út 21—23.) pályázatot hirdet **E. 126. kulcsszámú, napi 6 órás rheuma szakorvosi állásra.** Illetmény kulcsszám szerint. Az állásra rheuma, vagy belgyógyász szakorvosok pályázhatnak.

Maha Zsolt
gazdasági vezető

(246)

Az állás megnevezése: rendelőintézeti **szemész szakfőorvos.**

Kulcsszám: **E. 126.**

Székhelye: **Vác Városi Tanács Rendelőintézet.**

A pályázat benyújtásának helye: Vác Városi Tanács Kórháza, Kovács Tibor dr., kórházigazgató főorvos.

Egyéb tudnivalók: szemészeti szakfőorvosi állás 6 órai elfoglaltsággal. Az állás Budapestről kijárással is ellátható. Illetménye: az 5/1966. Eü. M. utasítás bértáblázatában az E/126. kulcsszámnak megfelelően 2500 Ft.

Kovács Tibor dr.
kórházigazgató-főorvos

(247)

A **Fehérgyarmati Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportja** pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **tiszabecsi körzeti orvosi állásra. Illetmény E. 181. kulcsszám** szerint 2200 Ft, 200 Ft körzeti orvosi pótdíj, 500 Ft ügyeleti díj, 550 Ft fuvarátalány (Uszka, Magosliget csatolt községek).

Az álláshoz 3 szobás komfortos szolgálati lakást váróval-rendelővel, nagy kerttel biztosítunk.

Unoka József dr.
járási főorvos

(248)

A **Szolnok Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya** pályázatot hirdet az áthelyezés folytán 1967. április 1-én megüresedett **körzeti orvosi állásra. Javadalmazása: E 181. kulcsszám** szerint. A körzeti orvosi ügyeleti szolgálat meg van szervezve.

A szükséges okmányokkal felszerelt pályázati kérelmet a szolgálati út betartásával a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül hozzám kell benyújtani.

Koncz József dr.
városi főorvos

(249)

Encsi Járási Tanács Kórházának (Szikszó) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a **belgyógyászati és szülészeti-nőgyógyászati osztályokon megüresedett segédorvosi állásokra.** Pályázhatnak szakképesítéssel rendelkezők is. Fizetés kulcsszám szerint, képesítésnek megfelelően. Szolgálati elhelyezés biztosítva.

Pető Árpád dr.
kórházigazgató-főorvos
belgyógyász főorvos

(250)

Berettyóújfalui Járási Tanács Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet **1 fő E. 196. ksz. beosztott gyógyszerészi állásra.** Az állás javadalmazása 5/1966. sz. Eü. M. utasítás alapján az E. 196. ksz. munkakörnek megfelelően történik. A kórház garzon lakást biztosít.

Bartha Ferenc dr.
kórh.-ig.-főorvos

(251)

A **Mezőkovácsházai Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának** vezetője (Mezőkovácsháza, Hősök tere 1.) pályázatot hirdet a **Kunágota II. sz. körzeti orvosi állásra.** Illetmény: az alapbér kulcsszám szerint, valamint 400 Ft ügyeleti díj, 300 Ft körzeti pótdíj és 100 Ft útiátalány. Kétszoba összkomfortos, rendelővel, váróval rendelkező lakás azonnal beköltözhető.

Vörös Áron dr.
járási főorvos

(251/a)

Mezőkovácsházai Járási Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a Kórház (Mezőhegyes, Béke tér 3.) **1 fő sebész alorvosi állásra.** A kinevezendő orvos munkaköre a 20 ágyas utókezelő részlegének ellátása. Illetmény kulcsszám szerint, valamint 360 Ft gondozási pótdíj. A kórházi munkakör mellett, mellékállásként napi 3,5 órás sebészeti szakrendelés, valamint MÁV felülvizsgáló főorvosi ténykedés betölthető. Kórház szolgálati lakást biztosít.

Bánki Mihály dr.
igazgató-főorvos

(252)

A **gyulai Megyei József Attila Tbc. Szanatórium** igazgató-főorvosa pályázatot hirdet egy újonnan szervezett és azonnal betölthető **E. 109. ksz. osztályvezető főorvosi állásra.** Tüdőgyógyász szakképesítés mellett előnyben részesülnek, akik EKG és légzésfunkciós vizsgálatok terén gyakorlattal rendelkeznek. Javadalmazás kulcsszám szerint + 30% veszélyességi pótlék. Kétszobás, összkomfortos lakás a szanatórium területén biztosítva van.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1967. április 24. hétfő	OTSI kultúrterem. XII. Alkotás u. 48.	délután 3 óra	*A Magyar Sportorvos Társaság*	*Malomsoki Jenő* vegyészmérnök: Cardiorespiratoricus progrnosis magaslati sportnál.
1967. április 24. hétfő	Urológiai Klinika, tanterem VIII. Üllői út 78/b.	délután 3 óra	*A Magyar Urológusok és Nephrológusok Társasága*	1. *Ruszinkó B., Magasi P.:* Cysta és kő csecsemőkorban besugárzott vesében (be mutatás 5'). 2. *Gofman L., Sinkó O.:* Renalis tubularis acidosis felnőtt korba (előadás 20'). 3. *Wölfer E., Bakó M.:* Az Uroscreen-nel szerzett tapasztalatainkr (előadás 15'). 4. *Wölfer. E, Mihalecz K., Karátson A., Nagy I.:* Fibrinolysisb adódó műtéti szövődmények és azok kezelése prostata-műtétek kapcsán (előad 15'). 5. *Magyarsóki F., Szilágyi G.:* Spongyavese secundär hyperparathyre (előadás 15'). 6. *Halmai T.:* Lurz-műtéttel szerzett tapasztalataink (előadá
1967. április 24. hétfő	*Pécs* Gyermekklinika, tanterem	délután 5 óra	*A Pécsi Orvostudományi Egyetem*	*Antolovics Mihály, Pilaszanovich Imre, Pintér András és Kustos Gyula:* Ju csontcysták kezelése és késői eredményei (20'). *Póka László:* Strukturális és é aktivitás változások bélparesisben (20'). *Márton Zoltán, Földi Imre:* Hasi fe rendellenességek (15').
1967. április 25. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem IX. Gyáli út 2/6. A-ép.	délután 2 óra	*Az Intézet tudományos dolgozói*	*Farkas Károly dr.:* A rheuma epidemiológiája kórtani szempontból.
1967. április 27. csütörtök	*Miskolc* Szentpéteri kapui Kórház, kultúrterem	délután ½3 óra	*A Kórház Tudományos Bizottsága*	1. *Csató Péter dr.:* Shocktalanítás a baleset színhelyén. Plasma pótszerek alkalma zása. (15') 2. *Rácz Sándor dr. és Csató Péter dr.:* A resuscitatio megszervezése kó házban. (15'). 3. *Aszódi Imre dr.:* Adatfeldolgozási módszerünk. (50' vetítéssel
1967. április 27. csütörtök	*Debrecen* I. Belklinika, tanterem	délután ½5 óra	*Az Északkelet-Magyarországi és a Debreceni Orvostudományi Egyetem Tudományos Társasága*	Beszámoló az Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstani Intézet tudományos kutatómun kájáról. *Krompecher István dr.:* Támasztószövetek fejlődési folyamatának kauzáli vizsgálata és befolyásolása különös tekintettel a szöveti anyagcserére. *B. László Mária és mts.:* Újabb kísérleti adatok különböző szövetek anyagcseréjére és muc polysaccharida tartalmára vonatkozóan. *H. Oláh Éva:* Patkányszövet homogen zátumok in vitro hexosamin termelése anaerob és aerob körülmények közöt *H. Kiss Éva és mts:* Az idegrendszer különböző részeinek cytochromoxidase act vitása. *Módis László és mts:* Támasztószövetek mucopolysaccharidáinak lumine cens histokémiai vizsgálata. *Hadházi Csaba és mts.:* A neodifferenciációs porcké ződés egyes sajátosságai. *S. Kostenszky Katalin és mts.:* A neodifferenciációs por képződés prednisolon hatása alatt. *Kiss. A. Ferenc és mts.:* Porc-ereződés — cson képződés. *Lackó Jenő és mts.:* Mellékvese-összkivonat hatása a regenerativ chon ralis csontképződésre. *Földes István és mts.:* Kísérletes vizsgálatok a chondral csontképződésről. *Géhl Ádám és mts.:* Callusképosdés histokémiai vizsgálata. *Ta soly Emil:* Az osteo-haemopoetikus egység vizsgálata. *Lévai Géza és mts.:* A feh patkány pajzsmirigyének functionalis ultrastrukturája. *Ladányi Pál:* Kísérlet elastogenesis vizsgálata.
1967. április 27. csütörtök	Fül-orr-gégeklinika, tanterem. VIII. Szigony u. 36.	délután 5 óra	*A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete*	1. *Jakabfi I. dr.:* Functionalis fülsebészetben szerzett tapasztalatainkról (10'). 2 *H. Tomits G. dr.:* Hátsó scala tumorok nystagmus képe (10'). 3. *Rácz K. dr. Puskás F. dr.:* A tracheotomiák indicatiojának változása az utolsó 10 év folyamá (5'). 4. *Kósa D. dr. és Lampé I. dr.:* Pneumatisatios vizsgálatok zajos munkahelye dolgozóknál (5'). 5. *Lampé I. dr.:* Acustic i ingerek hatása a peripheriás keringés (10'). 6. *Kelemen Zs. dr. és Tóth B. dr.:* Latex-agglutinatiós vizsgálatok rhinit allergicánál (10'). 7. *Puskás F. dr. és Módis L. dr.:* Histochémiai vizsgálatok fü orr-gégészeti kórképeknél (5'). 8. *Huga R. dr — Rácz K. dr. és Lampé I. dr.:* Gero tologiai problémá klinikánk beteganyagában (10'). 9. *Rácz K. dr. és Csaba K. dr* Gégeexstirpáltak phoniatriai kezelése (5'). 10. *Kósa D. dr. és Sári B. dr.:* Az ozaer vas — therápiájával kapcsolatos megfigyeléseink (5'). 11. *Szűcs J. dr. és Lampé dr.:* Ototoxicus anti bioticumok halláskárosító szerepéről (10').
1967. április 27. csütörtök	*Salgótarján* Megyei Kórház, könyvtár	délután 6 óra	*A Kórház Tudományos Tanácsa*	1. *Bujalka Rezső dr, Debreceni Zsigmond dr.:* Synovioma malignum. 2. *Szőke Szabol dr.:* Meniscus laesió. 3. *Cseplák György dr.:* A bőr állapotát rögzítő módszerek, d cumentatios eljárások a gyakorlatban.
1967. április 28. péntek	MÁV Kórház és Központi Rendelő Intézet, könyvtárterem VI. Rudas L. u. 111.	délután ½1 óra	*A Kórház orvosi kara*	*Reményi Tibor dr.:* A phonátria szerepe és jelentősége a gégészeti megbetegedés kezelésében és a gégebetegek rehabilitásában. *Rábai Kálmán dr., Molnár Miklós d Viczián Edith dr.:* A fáradás jelentősége különös tekintettel a villanymozdonyok szolgálatot teljesítő mozdonyszemélyzetre.
1967. április 28. péntek	Budai Területi Gyermekkórház. II. Bólyai u. 9.	délután 2 óra	*A Kórház tudományos dolgozói*	Előadás. *Sárkány Jenő dr.:* Molekuláris betegségek a gyermekorvos szempontjábó Bemutatás. *Tauszig Eszter dr.:* Hernia diaphragmatica posterolateralis.
1967. április 28. péntek	II. Belgyógyászati Klinika, tanterem. VIII. Szentkirályi u. 46.	délután 5 óra	*A Budapesti Orvostudományi Egyetem*	*Az Orvosi Fizikai Intézet munkássága.* Előadások. 1. *Tarján Imre dr.:* Összefogla az Orvosi Fizikai Intézet tudományos munkásságáról (30'). 2. *Voszka Rudolf d* Egykristályok sugársérülésének néhány kérdése. (A szilárd-test fizikai csopo újabb eredményeinek ismertetése (30'). 3. *Nagy János dr.:* Egyes fizikai ágensek ált kiváltott folyamatok tanulmányozása egyszerű biológiai rendsz reken. (A biofizik csoport újabb eredményeinek ismertetése , 30').
1967. április 28. péntek	I. Sebészeti Klinika, tanterem. VIII. Üllői út 78.	délután ½6 óra	*A Magyar Anaesthesiológiai Reanimatiós Társaság*	1. *Kerkovits Gyula dr.:* A cardiovascularis rendszer anaesthesiológiai vonatkozás Műtéti teherbírás és cardialis előkészítése. (Továbbképző előadás, 50'). 2. *Szán Imre dr., Lóránt Zsuzsanna dr. és Exner Éva dr.:* Csecsemők és gyermekek folyadé és elektrolittherapiája intensiv therapiás osztályon (20').

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat. Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 000 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató. Telefon: 116—660
MNB egyszámlaszám: 69.915,272—46
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest, V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Csekkszámlaszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás a MNB 8 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
67 0950 Athenaeum Nyomda, Budapest. Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

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

Felelős szerkesztő: TRENCSÉNI TIBOR DR. • Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. • FORRAI JENŐ DR.

108. ÉVFOLYAM 18. SZÁM, 1967. ÁPRILIS 30.

Hyperthyreosis gyógyítása radiojóddal*

A konferencia vezetője ismerteti a megbeszélés célját. Hazánkban a hyperthyreosis radiojód kezelését 1958 óta végezzük és lényegében 3 központ alakult ki, ahol ma már az eredmények értékeléséhez elég számú (több mint 500) beteget kezeltek megfelelő megfigyelési idővel (Debreceni II. Belklinika, Bp. Vas utcai Balassa János Kórház és Bp.-i I. sz. Belklinika). A konferencia célja kettős: egyik a hazai tapasztalatok összevetése, a másik ennek alapján a radiojód kezelés megtárgyalása, mert elég sok téves nézet van még elterjedve.

A hyperthyreosis kezelésére négyféle — egymással kombinálható — módszer van: 1. életmód-szabályozás (üdültetés, szanatóriumi beutalás, stb.), 2. gyógyszerek (thyreostaticumok) 3. műtét, 4. radiojód. Mindegyiknek megvannak az előnyei és hátrányai. Az életmód-szabályozás csak nagyon enyhe esetben eredményes, keresztülvitele sokszor lehetetlen, a beutalás lehetősége eleve korlátozott. A gyógyszerkezelés hosszadalmas, elhagyására a betegek több mint fele gyorsan visszaesik, súlyos esetekben a jelenlegi szerek hatása nem kielégítő és ritkán mellékhatások lehetségesek. A műtét sok kellemetlenséget okoz a betegnek közvetlenül és az ismert komplikációkat sajnos nem sikerült teljesen megszüntetni.

A radiojód nagyon hatásos, kellemes, de komplikációja: a késői myxoedema, melynek gyakorisága a kezelés utáni évek számával nő. Most először a radiojód therapiát tárgyaljuk meg, a második részben pedig a kapcsolatot a másik három kezelésmóddal. Az első kérdés az indikáció felállítása.

1. *Indikáció — kontraindikáció*

(Földes János, BOTE I. Belklinika)

Már 25 éves tapasztalat van a hyperthyreosis radiojód therápiájának a megítélésére. Legalább 200 000 beteget kezeltek így. Mind jobban kikristályosodik ez a kezelésmód, de egységes állásfoglalásról még nem beszélhetünk. Amikor a ^{131}J therápia indikációs területét körvonalazzuk, figyelembe kell venni a többi kezelési lehetőség előnyét és hátrányát is. Mi a radiojód therapia előnye? Egyszerű, olcsó, könnyen kivitelezhető, eredményes, mortalitása nincsen, nem okoz tetaniát, recurrens paresist.

Az indikáció alapja, hogy ^{131}J therapiát csak akkor végezzünk, ha *biztosak vagyunk a hyperthyreosis diagnózisában, és azt több irányból is alátámasztottuk.* Ezen túl a következő tényezők mérlegelése szükséges:

Életkor: minél fiatalabb valaki, annál érzékenyebb a besugárzással szemben és ezért gyakoribb lehet a késői myxoedema. A pajzsmirigy csecsemőkori rtg-besugárzása után néhány évtizeddel több pajzsmirigy carcinoma fordult elő, ugyanakkor fiatal hyperthyreotikusok ^{131}J therapiája után nem jelentkezett gyakrabban, mint enélkül. Számolnunk kell fiatal korban genetikus ártalommal is. Így gyermek és fiatal felnőtt korban a ^{131}J therapia csak akkor jön szóba, ha egyéb belgyógyászati therapia nem elegendő és a thyreoidea-resectiónak komoly kontraindikációja van (pl. súlyos szívbetegség). A gyermekkor tehát relatív kontraindikáció. Minél idősebb valaki, annál inkább előtérbe kerül a ^{131}J therapia. A klimaxon túli hyperthyreosisban a ^{131}J therapiát helyezzük előtérbe, hisz itt már sem somatikus, sem genetikus károsodástól nem kell fél-

* A Magyar Endokrinológiai Társaság IV. Pajzsmirigy Symposiumán (*Kékestető*, 1966. június 11.) tartott kerekasztal konferencia rövidített szövege. Közlésre összeállította: Petrányi Gyula és Policzer Miklós. *Konferenciavezető:* Petrányi Gyula. *Referensek:* Fazakas Sándor, Földes János, Géher Ferenc, Krasznai István, Moussong-Kovács Erzsébet, Péter Ferenc, Policzer Miklós. *Felkért hozzászólók:* Branyiczky László, Csernay László, Gyulai Ernő, Kutka Mikulas, Németh Béla, Stefanics János, Szántó László.

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA

nünk, és a kisebb pajzsmirigy-sugárérzékenység miatt a késői hypothyreosis is ritkábban jelentkezik.

Exophthalmus. Strumektomia után az exophthalmus hirtelen fokozódhat. Exophthalmus esetén legcélszerűbb radiojód therapiát végezni. Igen jók az ezzel kapcsolatos hazai tapasztalatok *(Fazakas* és *Petrányi, Policzer)* beleértve a mienkét is.

Egyéb therapia kontraindikációja. A ^{131}J therapiához fordulunk, ha a gyógyszeres kezelés hatástalan volt, és a műtét nem jön szóba (szívbetegség, card. decomp., nemrég lezajlott szívinfarctus, tüdő-, máj- és vesebetegség esetén), ill. akkor is, ha a beteg nem hajlandó műtétnek alávetni magát.

Egyéb kezelés utáni visszaesés a radiojód therapia egyik leghálásabb területe. Amennyiben műtét után újult ki a hyperthyreosis és az antithyreoidea therapia sikertelen volt, úgy a ^{131}J therapia indikált. A második műtétnek ugyanis nagy a kockázata (gyakoribb a n. recurrens paresis, tetania és myxoedema).

Nagyon nagy struma vagy nyomási tüneteket okozó substernális golyva esetén a sebészeti megoldás ajánlható. Ilyenkor ugyanis a megfelelő hatás eléréséhez igen nagy izotóp adagra volna szükség, és az eredmény általában így is csak mérsékelt, a pajzsmirigy átmenetileg megduzzadhat és ez a kompressziós tünetek fokozódását idézheti elő.

A göbös golyva kezelése terén nem egyértelműek a vélemények. Ennek egyik oka, hogy sokszor nem különítik el a Basedow-kórban észlelt — göböt is tartalmazó golyvát (és ez az idős korban elég gyakran fordul elő) — a toxicus adenomától, pedig ebben a scintigraphiás vizsgálat segítséget nyújt. Toxicus adenomában elsősorban a sebészeti megoldás ajánlott, ha azonban akadálya van (pl. a beteg a műtétbe nem egyezik bele), úgy a radiojód therapia elvégezhető. Ilyenkor a sikeres kezeléshez nagyobb dózisra van szükség, mégis ritkább a késői hypothyreosis (a hyperfunctiós göb által elnyomott pajzsmirigyszövet normális működése ismét visszatér). Gyorsan növő göbös golyva és hideg göb, tehát carcinoma gyanú esetén természetesen mindig a sebészeti eljárást választjuk.

Terhesség = abszolút contraindikáció. A fogamzás 12. hete után történt ^{131}J kezelést követően hypothyreoticus gyermekek jöttek a világra.

Thyreoiditisben hyperthyreosisra utaló panaszok jelentkezhetnek. Azokban a hyperthyreosisokban, melyekben thyreoidea-ellenes antitest mutatható ki, a strumektomia után is gyakrabban mutatkozott hypothyreosis. Az indikáció szempontjából ez annyiban lényeges, hogy nagy antithyreoidea serum titer esetén inkább Metothyrinnel kezeljük a beteget.

2. *A ^{131}J dozírozása*

(Krasznai István, BOTE I. Belklinika)

A therápiás célból a szervezetbe juttatott ^{131}J izotóp a thyreoidea szelektív besugárzásával, a benne elnyelődött sugárdózis nagyságával hat. A pajzsmirigyben elnyelődött dózis nagysága (P) rem-ben = k.A.F. Teff/M., melyből k = arányossági tényező, A = beadott izotópmennyiség mC, F = maximális ^{131}J felvétel %, Teff = effektív felezési idő (nap), M = pajzsmirigy tömege gramm. Ezek közül problémát jelent a pajzsmirigy tömegének a meghatározása (scintigraphiás technikával mintegy ± 25%-a általános hiba). A legnagyobb problémát a beadandó mC kiszámításakor a D értékének megválasztása jelenti a különböző pajzsmirigyek sokszor igen eltérő sugárérzékenysége miatt. További kérdés, hogy a ^{131}J adása egy dózisban, vagy frakcionáltan történjék-e, hogy egyszerre adott 7000 rem vagy többszöri, pl. 3 × 4000 rem besugárzással tudunk-e jobban célt elérni. Az egyszeri összadag létjogosultságát a gyorsabb eredmény és a kevesebb nem kívánatos hatás (egésztest és gonád dózis) indokolja, viszont hátránya a túldozirozás lehetősége, sok a myxoedema. A frakcionált kezeléssel csökken a myxoedema valószínűsége, azonban a kezelés elhúzódó (s problematikus az ismétlések időpontjának meghatározása), továbbá mert frakcionált besugárzások esetén nagyobb összdózisra van szükség, az egész testet és gonádot érő összadag megnövekszik. A rövid időközönként — pár naponként — adott egészen kis dózisok létjogosultságát semmi sem indokolja. A két szélső álláspont hívei egyre közelednek egymáshoz. Mi magunk is először 6—7000 rem dózist alkalmazunk, s annak esetleges eredménytelensége esetén — minimálisan négy hónap után — 5—6000 rem-mel ismétlünk. Az egységes szempontok szerinti adagolás megfelelő beteganyag és megfigyelési idő után lehetővé teszi majd az optimális kezelési mód megválasztását. E cél érdekében a hazánkban hyperthyreosis kezelést rendszeresen végző 3 izotóplaboratórium együttes működésére lenne szükség. Ezen egységesítési cél érdekében dolgoztunk ki egy olyan nomogrammot, amelynek segítségével a szükséges paraméterek ismeretében az adott dózis eléréséhez szükséges izotópmennyiség egyszerűen, számítás nélkül meghatározható.

A műtét utáni recidivában végzett ^{131}J therapiával különösen vigyázni kell, hogy elkerüljük a hypothyreotikus szövődményt, mert a kis pajzsmirigycsonk miatt könnyen túldozirozhatjuk a radiojódot.

Végezetül azzal a kérdéssel foglalkozott, meddig kell a beteget a kezelő osztályon bent tartani? A beadott radioaktív anyag nagyrészt néhány nap alatt az exkretumokkal eltávozik a betegből, tehát mC nagyságrendű szennyeződések lehetnek! Ezért igen lényeges a sugárhygiénés rendszabályok betartása: a betegek elkülönítése, külön WC és fürdőszoba, elkülönített étkező edények és külön mosogatás biztosítása, a fehérnemű szennyezettségének ellenőrzése (tárolás vagy külön mosogatás) és a rendszeres sugárvédelmi ellenőrzés. A betegek kibocsátását illetően az álláspont nem egységes. Amíg pl. Amerikában 30 mC alatt ambuláns módon végzik a kezelést, addig pl. Csehszlovákiában 4—6 hetes elkülönítést írnak elő a rendszabályok. Optimális elkülönítési időnek a 8 nap látszik, de fontos az egyéni elbírálás is (milyen környezetbe küldjük haza a beteget?).

3. *Javulás—gyógyulás megítélése*

(Policzer Miklós, Budapest, Balassa János Kórház)

A ^{131}J therapia után 4—6 hétre már kisebb-nagyobb javulást észleltünk; 3 hónap múlva a betegek egy része gyógyult, vagy legalábbis jelentősen javult, és körülbelül 70%-uk munkaképes. Az eredmények nagyon sok tényezőtől függően változnak. A ^{131}J therapia után *3 hónapra és ez eredménytől függően bizonyos időközökben feltétlenül szükséges annak az elbírálása, hogy a hyperthyreosis milyen állapotban van,* illetőleg milyen javulás következett be. Ez szabja meg a további teendőket. Milyen lehetőségeink vannak erre?

A subjektiv tünetek, a panaszok jó része — külön-külön vizsgálva ezeket — nem teljesen alkal-

masak a megítélésre. Betegeink nagy részének még a munkábaállítás idején is volt panasza. Izzadás, melegintolerancia, nyugtalanság, palpitátió, diaorrhoea ilyenkor még kb. 20%-ban fordult elő. Az *objektiv tünetekre* ugyanez vonatkozik. A ^{131}J viszonylag kedvezően befolyásolja az étvágyat, a testsúlyt. Korán mutatkozik hízás. Lassabban javul a tachycardia, a melegintolerancia, a hasmenés, a tremor, és még lassabban a nyugtalanságérzés, izzadás. Érdemes külön említést tenni az *exophthalmus* viselkedéséről. Több szerző *(Rubenfeld, Portman, Soley, Cassano, Petrányi—Fazakas)* a ^{131}J-ot ilyen vonatkozásban előnyösebbnek találta a többi antithyreoid kezelésnél (gyógyszerek, műtét). A mi tapasztalataink kevésbé kedvezőek: normalizálódást csak 27,8%-ban, javulást pedig 32,9%-ban láttunk, azonban rosszabbodást mi sem észleltünk.

A *laboratóriumi leletek*, pajzsmirigyfunctiós próbák viselkedése a következő: a ^{131}J-felvétel és -tárolás a klinikailag javult, ill. gyógyult, munkaképes esetekben is viszonylag nagy számban normális feletti (a betegek kb. 20—40%-ában), és még egy év után is elég nagy számú betegen (10—20%-ban) található. A ^{131}J-leadás is hasonlóan viselkedik a ^{127}PBJ, az inaktív PBJ normalizálódása sem következett be anyagunkban az első 3 hónapban még az esetek $^1/_4$ részében, 8%-ban még 1 év után sem. Általánosan elfogadott, hogy a hyperthyreosis javulását még leginkább az alapanyagcsere viselkedése tükrözi. A mi tapasztalatunk erre vonatkozólag sem ilyen kedvező: még egy év után is emelkedett értéket találtunk kb. 15%-ban. Megfigyeléseink szerint sokszor a serum *cholesterin szint* emelkedése jelezte a többi próbához képest elsőnek a javulást. Mindössze 3,8%-ban nem normalizálódott a serum cholesterin a klinikailag gyógyult betegen. Értékesnek látszik a hyperthyreosis javulásának az elbírálása a *T-3 supressiós próba, Halse—Myhill—Oddie* a therapia után már 6 hét múlva sok esetben normálisnak találták e tesztet.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a hyperthyreosis javulásának, ill. gyógyulásának menetét, ill. ennek mértékét *csak a betegre vonatkozó összes adat* ismerete, a klinikai tünetek és a laboratóriumi leletek együttes értékelése alapján ítélhetjük meg. *Egy-egy laboratóriumi leletre nem bízhatjuk magunkat*, egy-egy szubjektív vagy objektív tünet viselkedését sem becsülhetjük túl.

Vajon mi az oka annak, hogy a pajzsmirigyhormon termelésének, ill. leadásának a normalizálódása után is még hosszú ideig — hónapokig, évekig — fennmaradhat a hyperthyreosis egyes szubjektív és objektív tünete, valamint egyes pajzsmirigyfunctiós próbák hyperthyreosisra jellegzetes viselkedése. Erre vonatkozóan biztos magyarázatot nem ismerek. Valószínű, hogy a *központi idegrendszer és az endokrin rendszer közötti egyensúlyzavar* — mely hyperthyreosisban kialakult és mely a hyperthyreotikus tünetek jó részének a keletkezéséért felelős — sokkal később normalizálódik, mint a pajzsmirigy hormontermelése.

Az antithyreoid gyógyszerek — melyek csak a pajzsmirigy hormontermelésére fejtenek ki gátló hatást —, az idegrendszeri regulatiós zavart befolyásolni nem tudják, sőt, a feed back mechanizmus útján akár még súlyosbíthatják az állapotot. A ^{131}J-tól viszont — miután bizonyos agystruktúrák pajzsmirigyhormon tárolására képesek (hypophysis, hypothalamus) — esetleg az idegrendszer befolyásolása is feltételezhető. Közvetlen idegrendszeri, ill. hypophysaer hatás mellett szólhat, hogy a ^{131}J az exophthalmusra kedvezőbben hat, mint a többi antithyreoid kezelés. Elméleti meggondolás alapján ilyen módon joggal lenne várható, hogy a ^{131}J therapia a hyperthyreosisban fennálló különböző vegetatív zavarokra is hatásosabb lenne, mint a többi kezelésmód. Erre vonatkozó adatokat azonban sem az irodalomban nem találunk, sem mi nem észleltünk, annak ellenére, hogy erre külön ráirányítottuk a figyelmünket.

Ha a beteget gyógyultnak találjuk, további antithyreoid kezelés nem szükséges, sőt, az helytelen és káros is. Ha viszont az eredményt nem tartjuk kielégítőnek, további kezelésre van szükség. Ekkor döntenünk kell: ismételjük-e az izotóp therapiát, vagy antithyreoid gyógyszereket adjunk. *Újabb izotóp dosis szüksége* különösen akkor merül fel, ha a kezelés megkezdésekor eleve fractionált dozirozást terveztünk. A szerzők egy része *(Blomfield, McCullagh, Myhill, Rubenfeld)* bár a betegek 60—75%-át egyetlen adaggal gyógyította meg, másoknak *(Myant, Petrányi—Fazakas)* ez 50—60%-ban, nekünk csak 42%-ban sikerült. A második dosisra viszont — minden vizsgáló szerint — a betegeknek már több mint 80%-a gyógyul.

4. *A ^{131}J kezelés szövődményei*

(Fazakas Sándor, DOTE II. Belklinika)

A ^{131}J kezelés komplikációit az eljárás bevezetése után elsősorban a sugaras jellege miatt kísérték figyelemmel. Leglényegesebbnek a sugárártalmat tartották és pedig elsősorban — gyermek nyakának rtg-besugárzása során szerzett tapasztalatok miatt — a radiojód therapia carcinogen hatásától féltek. Érdekes módon egyéb szövődményeknek, így a myxoedema keletkezésének is csekély jelentőséget tulajdonítottak. Még 10 évvel ezelőtt olyan jelentős szerző, mint *Myant* is, a myxoedema előfordulásának gyakoriságát néhány százalékra becsülte. Ezekre a kezdeti feltevésekre a gyakorlati tapasztalatok alaposan rácáfoltak. A sugár okozta pajzsmirigy-carcinoma nem realizálódott. Ma már, amikor mintegy 200 000 beteg részesült kezelésben, és az első kezelések óta több mint 20 év telt el, általános megállapítás, hogy a radiojóddal kezelt hyperthyreosisos betegeken a pajzsmirigy-carcinoma előfordulás nem nőtt meg a nem kezeltekhez képest. Azok az adatok, melyek arra utalnak, hogy a pajzsmirigyet érő jelentősebb sugárhatás carcinomaképződést okoz, úgy látszik, csak kisgyermekekre érvényesek. Hasonlóképpen nem realizálódott a leukaemiás komplikáció veszélye. Az ismertetett acut leukaemiák száma, a kezelt beteganyagon nem nagyobb, mint egyéb populációban. Így éppen a therapia sugaras jellegéből következő közvetlen szö-

vődmények nem következtek be. Persze a therapia sugaras jellegét figyelmen kívül hagyni nem lehet a geneticus terhelés szempontjából. Ennek jelentősége önmagában nem ítélhető azonban meg, hanem csak az embereket érő medicinális és egyéb sugárterhelések keretén belül, a generációs koron túl pedig nem is jön számításba.

A komplikációkat koraiakra (első 2—3 hét) és későiekre oszthatjuk (3 hó után). A koraiak közt a legjelentősebb a therapia által kiváltott lethalis thyreoid krízis lenne. Néhány kazuisztika beszámol ugyan ilyen esetekről is (*Nelson, Brakier, Werner* stb.), azonban a kauzális összefüggés kétségbe vonható és inkább a súlyos cardiális állapotú betegeken fellépő véletlen egybeesésre gondolhatunk. Még ha elfogadnánk is (?) a therapiával kauzális összefüggésben az említett lethalis kimenetelű eseteket, akkor is a radiojód kezelés közvetlen halálozása néhány százezrelékre becsülhető csak, a műtétek kb. négy nagyságrenddel nagyobb halálozásával szemben. Vannak kevéssé jelentős szövődmények is, melyek szintén nagyon kis számban fordulnak elő, mint a kezelés utáni radiothyreoiditis, érdekes „rheumás" szövődmények (leggyakrabban periarthritis-humeroscapularis). Mindezek nagyon ritkák, gyorsan múlóak és kapcsolatuk a radiojóddal nagyon is kérdéses. Mi ilyeneket nem észleltünk. Érdekes, mint azt klinikánk anyagán is tapasztalni lehetett és más szerzők is említették, hogy a szem részéről jelentkező komplikációk (exophthalmus progressio stb.), ritkábbak, mint egyéb antithyreoid eljárásnál.

Mindezekkel szemben ma az érdeklődés előterében álló egyedüli jelentős szövődmény a *késői myxoedema*. Régebben aránylag csekély számúnak tartották ezt, de a 60-as évek elején egyes szerzők meglepően magas számokat közöltek, így *Dunn, Einhorn, Green, Cassidy*. Mi az oka annak, hogy ezt több mint 15 éven át senki sem állapította meg? Elsősorban a betegek rövidebb megfigyelési ideje gyógyulásuk után. Később azonban kiderült, hogy a myxoedemás komplikációk száma a kezelés óta eltelt idővel arányosan nő. *Dunn* szerint 10 évvel a kezelés után betegei több mint 40%-a hypothyreotikussá vált, *Einhorn* anyagában 7 év után a betegek 26,5%-a. *Stanbury* szerint a radiojóddal kezelt betegek $^1/_3$-a vált myxoedemássá 10 év alatt. Általában megállapították, hogy a myxoedema gyakorisága a kezelés után eltelt idővel lineáris összefüggésben, évenként 2—3%-kal nő. Ezek a meglepő adatok ebből a szempontból kedvezőtlen megvilágításba hozták a radiojód therapiát, hiszen a subtotalis strumektomiát követő myxoedema előfordulását csak kb. 5%-ra lehet becsülni. Ha azonban az egyéb műtéti szövődményeket is figyelembe vesszük, még mindig a radiojód javára billen a mérleg. A késői myxoedema előfordulása elsősorban a túladagolás után gyakori. Az említett vizsgálatok közül a legtöbb késői hypothyreosis *Dunn* anyagában volt, aki azonban nagy therapiás adagokat alkalmazott, a kisebb dózisokat alkalmazó *Einhorn*, valamint *Green* anyagában már lényegesen kevesebb. A még kisebb adagokat adók (pl. *Klein*) eredményei még sokkal jobbak. Saját klinikánkon alkalmazott lényegesen kisebb dózisok mellett e szövődmény gyakorisága szignifikánsan kisebb. Figyelembe kell venni azt is, hogy mit tekintünk myxoedemának; ha csak azokat soroljuk ide, akiken panaszt okoz és kezelést indokol, akkor számuk kisebb.

Végeredményben tehát az alkalmazott dózisok csökkentésével a késői myxoedema, az egyetlen lényeges szövődmény gyakoriságát tűrhető szintre lehet csökkenteni. Persze felvetődik a kérdés, hogy a kisebb adagok nem fogják-e a therapia hatékonyságát csökkenteni. Saját megfigyeléseim szerint ez a veszély nem áll fenn. Ha a világirodalom adatait egybevetjük, a 6000—12 000 rep-ig terjedő dózisok határain belül a hatás függetlennek látszik az alkalmazott adagtól. A debreceni II. Belklinikán ezeknél kisebb, 5000 rep-nek megfelelő dózissal épp úgy a betegek $^2/_3$-át lehetett meggyógyítani az első adaggal, mint máshol 6000-től 12 000-ig terjedő különféle adagokkal. Saját tapasztalunk szerint a radiojóddal kezelt betegek két egymástól lényegesen különböző therapiás érzékenységű csoportra oszlanak. A nálunk alkalmazott kisebb és a világirodalom szerint alkalmazott nagyobb dózisok egyaránt csak a betegek kb. $^2/_3$-ának gyógyítására alkalmasak, s így a világirodalmi dózisok a hatás csökkenése nélkül nyugodtan csökkenthetők. Mindezek alapján véleményem szerint a hypothyreosis veszélye még sem olyan nagy.

Amíg úgy látszik, hogy a myxoedema morbiditás a ^{131}J után az idővel arányosan nő, a fiatalabb kori alkalmazás indikációját ajánlatos megszűkíteni, a nem szívesen operálandó betegekre korlátozni és egyszersmind kis dózist alkalmazni. Szemben a sebészi beavatkozással, a ^{131}J könnyen ismételhető és a veszély kevésbé az egyszeri adag elégtelenségéből, mint inkább a túladagolásból áll.

Konferenciavezető: az eddig elhangzott (és itt lerövidítve közölt) referátumok jó képet adtak a ^{131}J kezelés mai állásáról. A legproblematikusabb minden szempontból a fiatalkori kezelés. Kiegészítésül hallgassuk meg egy gyermekgyógyász véleményét, továbbá foglalkoznunk kell a ^{131}J és idegrendszer kérdésével, valamint az endokrin exophthalmus problémájával a szemész és a radiológus szemszögéből.

5. *^{131}J alkalmazása a gyermekkorban*

(Péter Ferenc, DOTE Gyermekklinika)

A Basedow-kór ritka a gyermekkorban, ha azonban előfordul, nehezen kezelhető. Egy tavalyi közlemény szerint 15 gyógyszeresen kezelt beteg közül csak 4 gyógyult meg, 2 jelenleg is kezelésre szorul, 4 visszaesett; az átlagos kezelési idő elég hosszú volt, 38 hónap: 5 beteget a kollaborációs elégtelenség miatt meg kellett operáltatni. A DOTE gyermekklinikáján az elmúlt 8 évben 7 basedowos beteg volt: kettőt műtöttek jó eredménnyel; 2 több

hónapos eredménytelen gyógyszerkezelés után került műtétre: egyiküket másfél év múlva recidiva miatt reoperálták, jelenleg myxoedemás, a másik a műtéti előkészítés idején hepatitist kapott és ebben meghalt. Két újabb betegünk Metothyrin kezelésben részesül, egyiküket a Kékestetőn is kezelték közben — egyelőre a gyógyulásuk nem sok reménnyel kecsegtet. A gyermekkori Basedow therapiája megoldatlan, ezért felmerült minden aggály ellenére a radiojód alkalmazás gondolata is. Az 1—1 basedowos gyermek *radiojód kezeléséről* beszámoló közléseket elhagyva, csak két összefoglaló anyagot elemeznék: *Sheline és mtsai* közül hét év alatt (1946—1952) 256 thyreotoxicosisos beteget kezeltek radiojóddal: közülük 8 esetben ^{131}J kezelést követő 5—14 év között pajzsmirigygöbök kialakulását észlelték. A 15 éven aluli 10 kezeltből 4 pajzsmirigye lett nodosus. A 8 göbös pajzsmirigyet eltávolítva, egy invaziv, a többi hét follicularis adenomának bizonyult. A göbök a pajzsmirigy-lobulusok hyperplasiás és regenerálódó szegmentjeiben keletkeztek. *Kogut és mtsai*, tavalyi közleménye szerint 8—16 évvel a ^{131}J therapia után (1949—1957) 23 betegükről a következőket állapították meg: 16 figyelemmel kísért betegük közül 14-nél két hónapon belül kialakult a gyógyeffektus, 4-nek relapsusa volt (7 hó és 4 év között); öt második — sőt, egyikük harmadik — jódadagot is kaptak. Öt gyermek hypothyreotikussá vált (ez a 16 egy harmada). Az egyik kétszer kezelt gyermek pajzsmirigye 20 hónappal a második beavatkozás után nodosussá vált; az ektomizált szövet papillaris cc.-t mutatott, vascularis invázióval. Mindkét csoport cc.-s betegeinek esetében kérdéses, hogy a ^{131}J kezelés nélkül is nem ez lett volna-e a további lefolyás. Nem foglalkozom a genetikus veszélyekkel és a leukémiáról is csak annyit jegyzek meg, hogy *Winship* szerint több mint 100 nagyon nagy dózisú radiojóddal kezelt gyermek közül egynél sem fejlődött ki eddig leukaemia.

Elmondhatjuk tehát, hogy radiojód kezelést Ba. miatt 15 éves korig, ill. a pubertás befejeződéséig ne végezzünk. A kontraindikáció nem absolut. Ha thyreostatikumokkal nem érünk el eredményt és a betegség, ill. sebészeti megoldása közvetlenül veszélyes, akkor radiojóddal életet menthetünk.

A therápiás aggályokkal szemben a radiojód diagnosztikus alkalmazásának néhány mikrocurie adagja általában elfoglalta a megfelelő helyet a gyermek-endokrinologia diagnosztikájában.

6. *Idegrendszeri problémák*

(Moussong-Kovács Erzsébet, BOTE Idegklinika)

E referátum Policzer főorvos által elmondottakat egészítetteki neuropsychiatriai és EEG vizsgálatok alapján a ^{131}J hatásosságának megítélésében, foglalkozott továbbá az ionizáló sugárzásoknak és ezen belül az idegrendszer által fölvett radiojód effectusával a központi idegrendszerre. E nagyon értékes vizsgálatok beszámolójának még rövid ismertetését is mellőzzük, mert egyrészt részletes publikációt kíván, másrészt egyelőre ez a radiojód therapia eredményességét, ill. helyét illetően nem döntő.

7. *Endokrin exophthalmus*

a) *A hyperthyreosis ^{131}J kezelése kapcsán észlelt szemészeti szempontok.* (Németh Béla, Semmelweis [Rókus] Kórház.)

A hyperthyreosis szemészeti tüneteit a kórkép meghatározása óta ismerik. Ma az eddigiekkel szemben egységes képben, az endokrin ophthalmopathia képében foglaljuk össze. Az endokrin ophthalmopathiának nem az exophthalmus az egyetlen tünete, szemhéj, kötőhártya, szemizom és látóideg elváltozások is előfordulhatnak. A már klasszikus *Graefe Dalrymple* (előrenézve cornea felett scleracsík látszik), *Moebius, Stelwag, Rosenbach* (pillaremegés), *Gifford* (pillaszéloedema) tünetek mellett a legkorábban fellépő szemészeti jel: a tágabb szemrés, a szemhéj sima, Müller-izmainak izgalma sympaticus behatásra, a kötőhártya-duzzanat, majd a felső szemhéj retractiója a legkorábban fellépő tünetek. Ezek exophthalmussal téveszthetők össze, ezért exophthalmometriát kell végezni. A sympaticus izgalom következménye a tág szemréshez társuló tágabb pupilla is. A felső szemhéj retractio pajzsmirigyműködés-csökkentő szerekkel alig befolyásolható.

Az exophthalmus az orbita tartalmának oedemájával kezdődik, melyhez hosszabb fennállás után lymphocyta és hízósejt beszűrődés, mucopolysaccharida-felhalmozódás és végül fibrosis társul. Ha a fibrosis kialakul, az exophthalmus már nem csökkenthető. Thyreotoxicosishoz társuló exophthalmus műtét, vagy gyógyszer hatására oly súlyos állapotba kerülhet, hogy a látást veszélyezteti. Lagophthalmus, kifekélyesedés, endophthalmitis keletkezhet.

A szemizmok elváltozásai hyperthyreosisban a szívizom és az orbita szövetében lejátszódó folyamatokhoz hasonlóan keletkeznek. Leggyakrabban a n. oculomotorius által ellátottak paresisei lépnek fel. Exophthalmus nélkül is felléphet izomparesis hyperthyreosisnál. Régen centrális eredetűnek tartották, ma elektromyographiás vizsgálatok igazolták perifériás létrejöttüket.

A látóideg hyperthyreotikus elváltozása is előfordul, felduzzadással, beszűrődéssel, ami látásromlásban, centrális scotoma megjelenésében, fusiós frequentiacsökkenésben, a későbbiekben hemeralopiás panaszokban és perifériás látótér-szűkületekben nyilvánulhat meg. Ritkán könnymirigy-duzzanat társulhat hyperthyreosishoz. Ma a műtéti és gyógyszeres kezelés indikációinak szigorú megválasztásával kell küzdenünk a súlyos decompenzált ophthalmopathiák ellen. Nagy anyagon szerzett tapasztalatok szerint főleg a hosszan fennálló ophthalmopathiák alig befolyásolhatók. Ezért örvendetes ebből a szempontból a ^{131}J therápia kedvezőbb hatása. Malignus endocrin exophthalmus kezelésére a belgyógyász és szemész orvos együttműködése szükséges.

b) *A röntgenbesugárzás szerepe a hyperthyreosisos exophthalmus kezelésében.* (Géher Ferenc, Budapest, Balassa János Kórház.)

A hyperthyreosis korszerű kezelésében a rtg-besugárzás szerepéről beszélni nem hálás feladat. Míg 1920 és 1945 között a könnyű és kp. súlyos esetekben jól bevált eszközünk volt, addig ma szinte teljesen feledésbe merült. Ezért csak az exophthalmussal és a köztiagy-hypophysis rtg-besugárzásának problémájával foglalkozom.

Az ún. „endokrin exophthalmusok" kezelésében a hypophysis-köztiagy percután rtg-besugárzása az utóbbi években szilárd helyet vívott ki magának. *Wahlberg* óta a vizsgálók egész sora már jelentős beteganyagról

számolt be. *Lamberg* és *Malm* a postoperatív szemreactio megelőzésére ajánlják. *Löbe* szerint a szemtünetek nem direkt, hormonalis úton, hanem indirekt, az idegrendszeren keresztül, humorál-centrális hatás útján jönnek létre. Ezen idegi út tekintetében a köztiagy valószínűleg közvetítő szerepet játszik. Ezért jogos a hypophysis mellett az egész köztiagy besugárzása is. A szerzők egy része *(Gedda—Lindgren* etc.) a sugármezőbe beveszi a retrobulbaris területet is. Fontos annak eldöntése, hogy az exophthalmus stacioner, vagy progressiv stadiumban van-e, mert a szemtünetek jelentkezése esetén a kezelést olyan korán kell megkezdeni, amint csak lehet, minthogy az exophthalmus fennállásának ideje döntő jelentőségű a therapia eredményessége szempontjából. A besugárzás ugyanis csak a retrobulbaris oedema és lymphocytás beszűrődés stádiumában lehet hatásos, kötőszövet képződésekor, ami a betegség kezdete után kb. 2 évvel várható, már hatástalan.

A besugárzást két temporális és két homlok mezőből végezhetjük és benignus exophthalmust 1500 r, malignust 3—5000 r összdosisig terjedő adaggal kezelünk. A sorozatot 2—3-szor megismételhetjük. Eredmény az első sorozat után várható, de főleg malignusnál akár 4—24 hónap múlva mutatkozhatik csak meg. *John* és *Schneider* a pajzsmirigyműtét vagy izotópkezelés előtt nagy adag Prednisolonnal kombinálják a hypophysis-köztiagy rtg-besugárzását.

Saját anyagunk 14 betegre vonatkozik, akik közül 4 esetben az eredmény igen jó volt. Az esetek nagyobbik részében azonban, bár a szubjektív panaszok javultak, a progressio megállt, de az objektív szemészeti leletek lényeges változást nem mutattak. Az irodalmi adatok az objektivizálható javulást 35—60%-ra teszik.

A központi idegrendszert az utóbbi évekig az ionizáló sugarakkal szemben nagyon resistensnek tartották. *Nemenov* ugyan már 1935-ben rámutatott, hogy nervosus állapot után a vegetatív idegrendszer hosszan tartó csökkent ingerlékenysége következik be, de a kutatók nagy része csak a morphológiai változásokat vizsgálta és a functionális reakciókat nem vette figyelembe. Újabban azonban többen egész kis dosisú ionizáló sugárzás hatására az EEG-n kifejezett változásokat találtak *(Tsypin, Grigorev, Arnold, Ilya, Gobarenko, Debisova, Rübe,* stb.). *Hug* szerint 1 r képes a vegetatív idegrendszer functionális állapotát megváltoztatni. *Pape* a köztiagy 2 r-el történő besugárzásával a légzésben spirométerrel ellenőrizhető változásokat talált. *Andrianova* a subthalamikus magvak besugárzása után a neurosecretum megszaporodását észlelte. Mindezen adatok úgy vélem, eléggé bizonyítják, hogy a köztiagyban már igen kis dosisú sugárzás hatására functionális változásokra számíthatunk. Arra azonban, hogy *miképpen hat a sugárzó energia a neuro-vegetatív functiókra,* egyértelmű magyarázatot adni még nem sikerült.

Konferenciavezető: megbeszélésünk második részében a kombinált kezelésekkel foglalkozunk a radiojód therapia szempontjából. Hallgassuk meg tehát a belgyógyász álláspontját a gyógyszeres és klimatikus kombinátiós lehetőségekről, azután pedig a sebész álláspontját a radiojód-contra-műtét kérdésében.

1. *A ^{131}J és más belgyógyászati kezelés kombinációja*

(Policzer Miklós, Budapest, Balassa János Kórház)

A ^{131}J therapia kombinálható thyreostatikumokkal és a centrális regulatióra ható szerekkel (Thiouracil, ill. inkább Metothyrin, sedativumok), ill. az életmód szabályozásával.

Antithyreoid gyógyszer használata a radiojód therapia kapcsán indokolt a következő esetekben: 1. igen súlyos hyperthyreosisban, előkészítés céljából, annak megakadályozására, hogy az izotóp thyreotoxicus krízist idézzen elő, ill. átmenetileg is súlyosbítsa az állapotot. 2. Súlyos esetekben, addig, míg az izotóp hatása kielégítő módon érvényesülni nem tud, kb. 4—6 hétig (ún. „intervallum therápia"). 3. Ha izotóppal nem érünk el elegendő eredményt és újabb dosist valamilyen okból még nem kívánunk adni. Késői myxoedema jelentkezése ma a legnagyobb probléma a ^{131}J therapia alkalmazása kapcsán, ezért megszívlelendő *Dunn—Chapmann* azon megállapítása, hogy a *myxoedema jelentkezése szempontjából a legnagyobb veszélyt az elhamarkodott, megismételt izotópdosis jelenti.* Meg kell azonban állapítani, hogy a ^{131}J és a thiourea kombinátiójának interactiói sem egyszerűek. *Cassidy* szerint kedvező hatású a kombináció, utána ritkább a hypothyreosis, ill. a késői hypothyreosis. *Green—Wilson* szerint a pajzsmirigy érzékenysége ^{131}J-vel szemben nem változik a kombinált therapia hatására. *Stäteborg* szerint viszont thiourea készítmények csökkentik a pajzsmirigy sugárérzékenységét. Eléggé elterjedt kombinációs kezelés triojódthyroinnak vagy szárított pajzsmirigy készítményeknek az adása antithyreoid kezeléssel együtt abból a célból, hogy a fokozott TSH befolyást csökkentsük. Elsősorban a struma növekedésének és az exophthalmus fokozódásának a megakadályozására, ill. csökkentésére ajánlották. Van lelkes, meggyőződéses híve e módszernek itthon is (Szántó). Mi a ^{131}J therapia kapcsán inkább a centrális, vegetatív regulatiós zavar tüneteit kíséreltük meg ilyen módon is befolyásolni, sajnos elég szerény eredménnyel. Ugyanezt kellett tapasztalnunk az exophthalmusra vonatkozóan is. Emiatt gyógyszeres kezelés eredménytelensége esetében szóba jöhet a *hypothalamus-hypophysis röntgenbesugárzása.*

2. *A klímakezelés és a ^{131}J therapia*

(Branyiczky László, Kékestető)

A klímakezelés a hyperthyreotikus beteg gyógyításában sosem lehet egyedüli, hanem csak adjuváló. Magaslati gyógyintézetünkben izotópkezelést nem végzünk és aránylag kevés azoknak a száma, akiknek ilyenirányú kezelését magunk kezdeményeztük. Az utóbbi évben azonban egyre több beteget kapunk az izotópkezelés alkalmazása utáni időszakban.

Két szempontból kívánjuk tapasztalatainkat összefoglalni: 1. mit látunk nagy beteganyagunkon a hyperthyreosis kezelését illetően az általános gyakorlatban, és 2. a klímakezelés élettani tényezőit figyelembe véve, hogyan egészíti ki ez a gyógymód a ^{131}J therapiát.

1. A hyperthyreosis kezelésében magunk a belgyógyászati, ill. gyógyszeres kezelésnek vagyunk elvileg a hívei. Kezelési módszereinkről és saját be-

teganyagunkon nyert 5 éves katamnesztikus vizsgálatainkról 2 évvel ezelőtt ugyanitt számoltunk be. Két adatra szeretnénk emlékeztetni: az egyik, hogy az évente hozzánk beutalt kb. 2000 „hyperthyreotikus" betegnek csak 27%-a bizonyul vizsgálataink szerint valóban annak, tehát a diagnózis felállításában országosan sok a felületesség; a másik, hogy visszatérő betegeink, továbbá a lakóhelyen már antithyreoid kezelésben részesített betegek csupán 12%-ában vezették a gyógyszeres kezelést helyes és korszerű elvek szerint.

Az ambuláns gyakorlatban tapasztalt sok hibás gyógyszeres kezelés elgondolkoztató. Sokszor volt alkalmunk látni e kezelés discreditálását annak rendszertelen, rövid ideig tartó, elégtelen adaggal vitt, indokolatlanul megszakított alkalmazásától és ettől kényszerítve fordulunk egyre inkább más kezelési módszerekhez — így a műtéti és az izotóp kezeléshez is — olyan esetekben, ahol a beteg körülményei, intelligenciája, orvosi ellátásáról nyert adatok nem teszik lehetővé az eredményes gyógyszeres kezelés véghezvitelét.

2. Milyen legyen a klímakezelés és izotóp therapia kapcsolata? Ehhez röviden foglalkoznom kell a magaslati klíma élettani hatásával. A magaslati szanatóriumban a beteget specifikus és nem specifikus élettani hatások érik. Specifikus hatás a mellékvesekéreg aktivitásának fokozódása magaslati körülmények között, mint arra *Koller és mtsai*, valamint *Hittmair* rámutattak. Nem specifikus gyógyszerténye zőink közé tartoznak a szanatóriumi körülmények, a beteg számára teljes környezetváltozás, kikapcsolódás, nyáron a kedvezőbb hőmérséklet, az alkalmazott psychotherápia, és nem utolsó sorban a gyógyszeres iatrogen ártalmak távoltartása, valamint az adaequat diétás kezelés. Ha az említetteket figyelembe vesszük, a klíma- és izotópkezelés kapcsolatáról a következőket mondhatjuk: azt a súlyosan hyperthyreotikus beteget, akinek izotópkezelése indikált, annak előtte *nem* célszerű magaslatra küldeni, mert számítanunk kell a mondottak értelmében jódtereinek bizonyos feltöltődésével, ami a ^{131}J bevitel szempontjából zavaróan hathat; indikált azonban a hyperthyreotikus beteg magaslati szanatóriumi kezelése a ^{131}J alkalmazása *után* az első 4—12 hét közt, amíg a therapiás eredmény kifejlődik, magam részéről sokkal inkább indokoltnak tartom a ^{131}J kezelést követő szanatóriumi beutalást, mint a strumectomiák utánit és kívánatos, hogy erről megfelelő szervezéssel gondoskodás történjék.

3. *Műtét vagy a* ^{131}J

(Stefanics János, BOTE III. Sebészeti Klinika)

Ezen a konferencián felhozott adatok nyomatékkal hangsúlyozzák a radioaktív jódtherapia előnyét a hyperthyreosis bizonyos meghatározott eseteinek kezelésében. Jellemző a therapia e gyökeres változására az, hogy pl. a pajzsmirigysebészet terén világtekintélynek örvendő *G. Grile* műtéti anyagában az utolsó 16 esztendőben nem szerepel diffuz, tehát nem göbös pajzsmirigy-elváltozással járó lényegesebb compressiót nem okozó hyperthyreosis eset, de klinikájáról ezen idő alatt több mint 3000 beteget részesítettek eredményes radioaktív jódkezelésben. Úgy gondolom, hogy ezt a therapiás szemléletet a műtéti javallat megállapítása előtt mind belorvosainknak, mind a sebészeknek ajánlatos fontolóra venniük. Vitatható még az ún. toxicus adenoma radioaktív jódkezelésének értéke, sokan — mi magunk is — belgyógyászati kezelés eredménytelensége esetén ez esetekben a műtétet javasoljuk.

A diffuz strumával járó hyperthyreosis esetek mintegy 60—70%-a 40 év alatti nőbetegnél jelentkezik. Miután a radioaktív jódtherapia — eltekintve a mintegy 10—25%-ban bekövetkező *késői* myxoedema lehetőségétől — ennyire jó eredményű, meg kell vizsgálnunk a kérdést adott esetben, melyik jobb: a műtét vagy a ^{131}J? Statisztikai számítások szerint az átlagos radioaktív jóddózis összes komplikációs lehetőségeinek kockázata sokkal kisebb, mint a thyreoidectomia halálos szövődményeinek gyakorisága. Igaz, a postoperatív myxoedema ritkább és úgy tűnik, hogy kezelése könnyebb, mint a radiojódkezelést követő myxoedemáé. Erre nézve azonban több adatot hozott fel a symposion; olyan szempontokat, melyeket ismét csak figyelembe kell vennünk a radiojód therapiára, ill. műtétre alkalmas hyperthyreosis esetek megválogatásában.

A hyperthyreosisban végzett thyreoidectomiák mortalitását átlagban 1%-ra becsülik, bár a magam részéről valószínűnek tartom, hogy az országban végzett *összes* műtétre vonatkoztatva ez nagyobb mint 1%. A radioaktív jódkezelésnek nincs mortalitása. Sok adat szól amellett, hogy a műtéti mortalitás legfőképp idősebb, cardiovasculárisan károsodott betegekből és a gyermekkori ritka, de annál súlyosabb hyperthyreosis esetekből adódik. Az előbbi esetben a radioactiv jódkezelés javallata egyértelmű. Gyermekeknél nem vitás, hogy a gyógyszerekre nem reagáló hyperthyreosis esetek radioaktív jódkezelésének veszélyei tartózkodásra intenek, azaz progressiv esetben gyermekeken a műtét javasolt, és csak nagyon kivételes, nyomós okok esetén a radiojód therápia.

4. *Gyulai Ernő* (Bp. Uzsoki utcai Kórház) és *Szántó László* (Bp. ORFI) felkért hozzászólóként a thyreostatikus szerek fontosságát hangsúlyozták.

Kiemelték, hogy még a jelenlegi, eléggé hatásos gyógyszereink teljesítőképességét sem használják ki eléggé az orvosok. Ezért azután sok a gyógyszeres kezelésre — látszólag — nem reagáló beteg, sok az elhanyagolódásból származó kardiális komplikáció, vagy másrészt az orvosok már eleve nem bízva a (szemükben a nem megfelelő alkalmazás által diszkreditált) szerekben, túl korán és nem kellő indokkal indikálják a műtétet.

Több értékes más hozzászólás után, melyek az előzőkben elhangzottak különböző részleteinek fontosságát emelték ki, a konferencia vezetője a kerekasztal konferenciát a következő összefoglalással fejezte be.

Összefoglalás. Zárszó. (Petrányi Gyula, DOTE II. Belklinika). Megállapítható, hogy a radiojód kezelést illetően az ezt alkalmazó 3 centrum véleménye nagyészt azonos. A thyreostatikus gyógyszeres kezelést illetően is megegyező a vélemény: az általános gyakorlatban a hatásos thyreostaticumokat nem alkalmazzák kellő türelemmel, a betegeket rendszeres gondozásba véve. Többnyire sajnos a Dityrint szedetik a betegekkel, mely azonkívül, hogy a célnak nem felel meg, nemcsak a radiojód therapiát akadályozza meg (a pajzsmirigyet teliti és nem vesz fel több jódot), hanem még a vitán felül rendkívül hasznos és veszélytelen radiojód diagnosztikát is. A Basedow-kórban a jövő a belgyógyászati kezelésé. Ma még azonban súlyosabb, ill. súlyos esetben a radiojód, (ill. ennek contraindikációi, valamint göb, ill. cc. gyanú esetén a műtét) menti meg a beteget. Mindkettő nem a hyperthyreosishoz vezető folyamatot gyógyítja meg, hanem a pajzsmirigyet redukálja, részben kiirtja, tönkreteszi. A ^{131}J indikáció (klimaxon túl, ill. a 35. év után) és kontraindikáció (gyermekkor és terhesség) közt van egy kb. 15—20 év, melyről eddig kevés szó esett, de mégis azt hiszem, világos, hogy ilyenkor a gyógyszeres kezelés elégtelensége után egyéni mérlegelést kíván a választás a radiojód és a műtét közt.

A jövő kilátások egy racionális preventív belgyógyászati megoldás felé kedvezőek. Sok irányból remélhetünk segítséget. A kutatás a thyreoideát stimuláló hormon (TSH) irányában zsákutcába jutott: nem fokozott a szintje a hyperthyreosisok nagyobb részében és ezért a visszaszorítására elképzelt módszerektől sem várunk eredményt. Sokkal reményteljesebb a LATS (long acting thyroid stimulator) kutatása. Erről az anyagról, mely különösen a súlyos (infiltratív) exophthalmusos esetekben található nagy mennyiségben a beteg serumában, kiderült, hogy gamma-globulin, azaz antitest. Most azt keressük, hogy mi provokálhatja a termelését, mi a Prednisolon hatása (lehet, hogy a Prednisolon ezáltal hat, nemcsak a thyroxinkötő fehérje csökkentésével, és az exophthalmus infiltratív myopathiás—autoimmun (?) folyamatainak közvetlen befolyásolásával). Számos kérdés merül fel, mely közelebb visz majd a Basedow pathogenezisének felderítéséhez. Haladás várható a biokémia oldaláról. Eddig általában merev építőtégláknak gondoltuk a molekulákat: kiderült azonban, hogy egy ilyen aránylag kis molekula, mint a thyronin, hajlékony, és részei az aether-kötésű oxygénen mint gömbcsuklón foroghatnak: a jód megfelelő helyekhez kötődve ezt befolyásolja, egy bizonyos irányba stabilizálja, és ezáltal adja meg a hatást, de ha ugyanide pl. isopropyl gyököt kötöttek, a hormonhatás a thyroxin tízszeresére fokozódott. A pajzsmirigyhormon-képzés enzymkinetikájának jobb megismerésével is remélhető a pajzsmirigyműködés sokrétűbb, specifikusabb befolyásolhatósága. De térjünk vissza a még sajnos nem ritkán szükségessé váltható radiojódhoz: itt is ajánlottak már módszert (Trotter), hogy a késői myxoedemát elkerüljük.

Mindenképpen helyes lenne, ha a radiojód therapiát követően a betegek kb. a 8—12. héten automatikusan beutalást kaphatnának a Kékestetői Gyógyintézetbe: e betegek száma nem olyan nagy, hogy a helytelenül beutaltak csökkentésével ne volna megoldható: a beutalások elosztásáról a radiojód therapiás központoknak külön szabad keretet kellene biztosítani. Befejezésül köszönjük az Egészségügyi Minisztériumnak és a Kékestetői Gyógyintézet vezetőségének, hogy ez a megbeszélés megfelelő keretek közt kerülhetett megrendezésre.

A rövidítés folytán sok minden kimaradt az elhangzottakból, a lapterjedelem korlátozottsága miatt, ezért irodalommal és tanácsokkal a referensek személyesen az érdeklődők rendelkezésére állanak.

Bradycardiával vagy tachycardiával járó szívelégtelenségben

DIGOXIN

Jól felszívódó,
gyorsan ható,
gyorsan eliminálódó
digitalis-készítmény

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető

Forgalomba hozza: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Tüdőgyógyászati Klinika (igazgató: Pongor Ferenc dr.)
Bronchológiai Osztály (vezető: Mészáros György dr.)

Felnőtt bronchiectasiás betegek konzervatív kezelésének késői eredményei

Nagy Mária dr. és Mészáros György dr.

A bronchiectasiás beteg panaszait a legtöbb esetben a különféle gennykeltők hatására létrejött bronchitis okozza. A szerzők egy része ezért a klinikailag tünetmentes bronchiectasiát állapotnak és nem betegségnek tekinti. *(Reisner* és *Tschertkoff, Urbanek, Biancalana, Bedford és mtsai, Remé* és *Schreier, Jós* és *Petrányi.)*

McKim 9-től 20 évig ellenőrzött olyan bronchographiával igazolt bronchiectasiás betegeket, akiknek soha nem voltak bronchitises panaszai. Vizsgálatai során megállapította, hogy a hörgőtágulatok nagysága, formája és kiterjedtsége az ellenőrzés ideje alatt nem változott, bronchiectasiával összefüggő szövődmények nem fordultak elő, a betegek munkaképességüket, az életkorral járó természetes csökkenéstől eltekintve, megtartották. *Spohn* szerint, ha a bronchiectasiát a jellemző klinikai tünetek alapján kórismézik, tulajdonképpen szövődményt diagnosztizálnak, mert a nem fertőzött bronchiectasia vagy nem okoz tüneteket, vagy ha igen, akkor asthmát, esetleg emphysemát utánoz. *Eerland* és *Orie* szerint a fel nem ismert, tünetmentes esetek száma sokkal magasabb, mint a panaszokkal jelentkezett és kórismézett bronchiectasiás betegeké. *Fine* és *Steinhausen* 156 000 egészséges repülő szűrővizsgálatánál 36 esetben kórismézett bronchiectasiát. A bronchiectasiának ezzel a teljesen, vagy csaknem teljesen tünetmentesen lezajló, több évtizedre elhúzódó, klinikai szempontból jóindulatú, idült formájával szemben gyakori a több-kevesebb gennyes köpetürítéssel járó, sokszor súlyos tüneteket okozó alakja. Az antibiotikumok alkalmazása előtt ezeknek a betegeknek a prognózisa rendkívül kedvezőtlen volt. A konzervatív kezelés vagy hatástalannak bizonyult, vagy csak a panaszok átmeneti csökkenését eredményezte. A sebészi megoldás is magas halálozással járt *(Lambert).* Ezeket a mind a konzervatív, mind a sebészi terápiával szemben resistens betegeket annakidején minden kórház beteganyagában fel lehetett lelni és a belgyógyászati osztályok állandóan visszatérő betegeinek tekintélyes hányadát képezték.

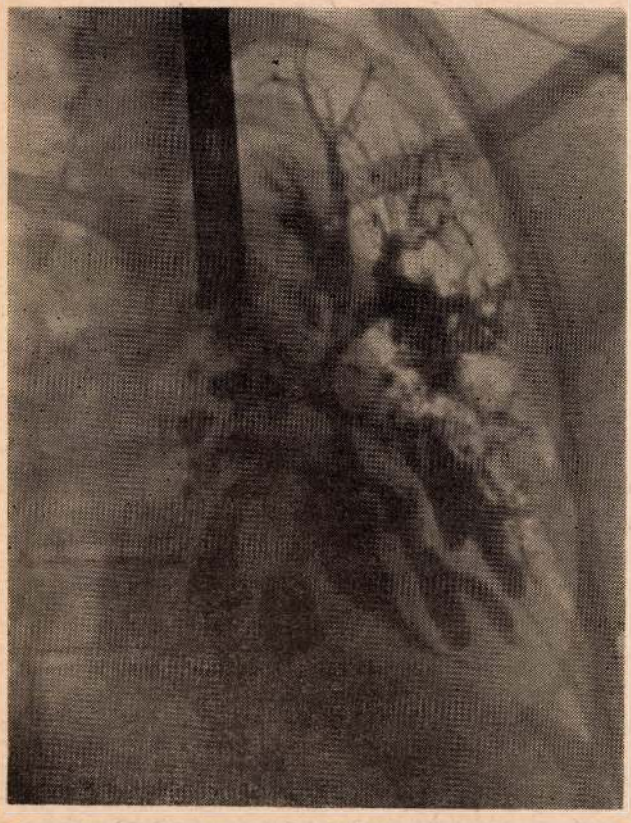
A bronchiectasia klinikai lefolyása sokféle, ennek megfelelően a kezeléséről is különbözőek a nézetek. Az antibiotikum éra előtt, amikor még nem rendelkeztünk a hörgőtágulatok pyogen fertőzése ellen hatásos gyógyszerekkel, a kezelés egyetlen racionális formája a tágult, és gyulladásos hörgők sebészi eltávolítása volt. A legtöbb szerző abban az időben a sebészi kezeléssel kapcsolatos megfigyeléseit és annak eredményeit ismertette. A konzervatív terápiáról elsősorban mint műtéti előkészítésről tettek említést. A gátlószerek, különösen a széles spektrumú antibiotikumok bevezetése a gyógyászatba egyéb betegségekhez hasonlóan a bronchiectasia kezeléséről is megváltoztatta a nézeteket. Antibiotikum védelemben nemcsak több beteget lehetett eredményesebben operálni, hanem az új gyógyszerek hatásosnak bizonyultak a bronchitis kezelésében is. A konzervatív terápia lehetőségeit a bronchológiában bekövetkezett fejlődés, a különféle endobronchialis terápiás beavatkozások még tovább növelték. Az antibiotikumok kétségtelen jó hatása ellenére még ma is eltérőek a vélemények, mikor kell konzervatív és mikor sebészi terápiát alkalmazni.

A bronchiectasia kezelésében mindig figyelembe kell venni, hogy a hörgőkben létrejött kóros elváltozások, a bronchus atoniáján alapuló, ritka, funkcionális bronchiectasiák kivételével *(Stutz* és *Vieten),* irreverzibilisek, s ezért a tágulatoknak a visszafejlődésére nem lehet számítani. A legtöbb szerző elsősorban gyermekkorban tartja indokoltnak a konzervatív kezelést, amikor a tágulatok feltehetően még kezdődő stádiumban vannak, kisfokúak és a hörgő körüli tüdőparenchyma még nem indurált. *Franklin* gyermekbetegeinek fele konzervatív kezelés után az ellenőrzés 13 éve alatt tünetmentes volt. Ugyanezen idő alatt operált eseteiben a légzőrendszer nagyfokú károsodását észlelte. Hasonló megfigyeléseket tett *Wissler* is. Betegeit 15 évig ellenőrizte és megállapította, hogy a kezelést mindig konzervatív módszerekkel kell kezdeni, mert a műtét szükségességét csak a lefolyás alapján lehet eldönteni. Ellentétes álláspontot foglalt el *Kergin.* Kétoldali resectio után is csak kisfokú funkcionális károsodást talált, ezért a műtétet kiterjedt esetekben is indokoltnak tartja. *Brügger* jó eredményt látott a konzervatív kezeléstől, ezért csak a körülírt hörgőtágulatokat operálja. Ezzel szemben *Clark* a bronchiectasiás beteg gyógyulását csak műtéttel látja elérhetőnek, ezért 116 betege közül 104-et operált.

A konzervatív, ill. sebészi terápia indikációit illetően egységesebb a felfogás a felnőtt betegek esetében. *Bean, Simpson, Eerland* és *Orie* felfogása fejezi ki a legtöbb szerző nézetét: szükségtelen a műtét tartósan tünetmentes esetekben. Ellenjavalltnak tartják a sebészi beavatkozást rossz általános állapotban és nem kielégítő cardiorespiratoricus értékek esetében, továbbá idős korban, 50 év felett. *Eerland* és *Orie* különösen veszélyesnek tartja a műtétet emphysemás betegben, vagy asthmatikus jellegű panaszok esetén. Az ismertetett indiká-



1. kép. Jobb oldali bronchogramm (oldalirányú felvétel)



2. kép. Bal oldali bronchogramm (I. ferde).

ciók alapján *Bedford* 433 betege közül 157-et, *Biancalana* 300 betegéből 80-at, *Lorenz* 220-ból 70-et operált. Általában a felnőtt bronchiectasiás betegek egyharmadán végeznek sebészi beavatkozást, az esetek kétharmadának kezelése így a belgyógyász feladata.

Beteganyag

Klinikánkon az elmúlt 15 évben 217 bronchographiával igazolt, túlnyomó részt felnőtt bronchiectasiás beteget kezeltünk. Műtétet 64 esetben végeztünk. A többi beteg vagy alkalmatlan volt sebészi kezelésre, vagy a panaszok nem indokoltak műtéti megoldást; vagy a felajánlott műtétbe nem egyezett bele. 153 beteget konzervatív módszerekkel kezeltünk. Közleményünkben csak az 1950 és 1960 között észlelt 95 bronchiectasiás beteg konzervatív kezelésének késői eredményeit ismertetjük. Betegeinket így 5—15 évig figyelhettük meg. Átlagos megfigyelési idő 8,5 év volt. Nem szerepelnek ebben a beteganyagban a különböző hörgőszűkületek — daganat, tbc, idegentest stb. — miatt a mögöttes hörgőkben létrejött ún. következményes bronchiectasia. A 95 beteget ellenőrzésre osztályunkra berendeltük. Két kérdésre igyekeztünk választ kapni:

1. Sikerült-e a betegeket kizárólag konzervatív kezeléssel tartósan, esetleg véglegesen panaszmentessé tenni?

2. Mi történt betegeinkkel az elbocsátásuk óta eltelt 5—15 év alatt?

Eredmények

Az ellenőrzés során 80 betegről kaptunk részletes felvilágosítást. 15 beteg sorsa ismeretlen maradt. A továbbiakban csak a 80 beteg adatait ismertetjük. Ezeket a kórelőzmény és az első kivizsgálás alapján 3 csoportba osztottuk (1. táblázat).

1. táblázat

Nem tartottuk szükségesnek a műtétet.....	20
A műtétet nem fogadta el	24
Műtétre alkalmatlan volt	36
Összesen	80

Az első csoport 20 betegében a kivizsgálás folyamán egyoldalú, enyhe fokú, kis kiterjedésű bronchiectasiát állapítottunk meg. Anamnesisük szerint súlyos panaszaik sohasem voltak. Sebészi megoldást ezért nem tartottunk szükségesnek és megelégedhetünk a konzervatív kezelés eredményeivel. A 20 beteg sorsa az ellenőrzés idejéig a következőképpen alakult (2. táblázat). 7 beteg teljesen panaszmentes, 5-nek kezelést nem igénylő panasza volt. 3 betegnek időnként ambuláns antibiotikus kezelésre volt szüksége. Az eltelt idő alatt a fokozódó panaszok miatt munkaképtelen 2 beteg. A távozás óta reci-

diva miatt megoperáltak 2 beteget. Egy beteg alapbetegségétől független ok miatt halt meg.

A második csoportban szereplő 24 beteg hörgőelváltozását úgy ítéltük meg, hogy csak műtéttel gyógyítható, de a betegek a sebészi megoldást nem vállalták. A legtöbb esetben a basalis segmentumok

2. táblázat

Teljesen panaszmentes ...	7
Kezelést nem igénylő panasza volt	5
Időnként ambulanter kezelt	3
Súlyos állapota miatt munkaképtelen	2
Később megoperálva	2
Alapbetegségtől független ok miatt, meghalt.....	1
Összesen	20

hörgőit találtuk betegnek, ritkábban a lingula és a középsőlebeny hörgőit is. A műtétet az anamnesisükben szereplő ismétlődő pneumonia, vérzés, bronchitises tünetek gyakori kiújulása indokolta (3. táblázat). A 24 beteg közül 3 panaszmentes volt, kezelést igénylő tünetekről tett említést 7 beteg. Ambuláns antibiotikus kezelést kapott 6 beteg. Súlyos,

3. táblázat

Teljesen tünetmentes	3
Kezelést nem igénylő panasza volt	7
Időnként ambulanter kezelt	6
Súlyos állapot miatt munkaképtelen	4
Időközben a műtétbe beleegyezett	3
Alapbetegségtől független ok miatt, meghalt.....	1
Összesen	24

toxikus állapot miatt munkaképtelen 4 beteg. Távozás óta a műtétbe beleegyezett 3 beteg. Egy beteg halt meg alapbetegségétől független ok miatt. A bronchiectasia kiterjedéséből, ill. a tágulatok formájából a konzervatív kezelés eredményességére nem lehetett következtetni. Hasonló elváltozás mellett a klinikai lefolyás eltérően alakulhat. Ennek bizonyítására ismertetjük két betegünk kórlefolyását.

1. *Sz. M.* (kórlapszám: 972/59) 11 éves leányt először 1959-ben kezeltük osztályunkon. Kórelőzményében diphtheria, pertussis szerepelt. Öt év óta sokat köhögött, naponta 100—150 ml gennyes köpetet ürített. We: 47 mm/ó. Rtg-felvételen a bal rekesz felett köteges, üreges rajzolatot, jobb oldalon fokozott basalis kötegezettséget láttunk. Bronchoscopia: mindkét oldal hörgőinek nyálkahártyája gyulladásos, mindkét oldalon bőséges purulens váladék látható. Bronchographia: jobb oldalon a 7-es segmentum hörgője zsákszerűen tágult (1. kép), bal oldalon a lingula és az alsó lebeny hörgőire kiterjedő súlyos, sacciformis bronchiectasia (2. kép).



3. kép. Bal oldali bronchogramm (I. ferde)



4. kép. Jobb oldali bronchogramm (síkirányú felvétel)

Lokálisan és általánosan adott Penicillin és Ultraseptyl hatására panaszmentessé vált. Műtétbe nem egyezett bele. Távozása után egy évig tünetmentes volt. Azóta állandóan sok gennyes köpete van, állapotán az antibiotikumok nem javítanak. Dobverőujjak alakultak ki, EKG-n kezdődő cor pulmonale jelei.

2. *T. Gy.* (kórlapszám: 9940/53) 16 éves férfi beteget 1953-ban kezeltük osztályunkon. Anamnesis: két év óta sokat köhögött, köpete időnként megszaporodott, gennyessé vált. Fizikális vizsgálattal kóros eltérést nem találtunk. We: 55 mm/ó. Rtg-felvételen a bal rekesz felett köteges, foltos rajzolatot láttunk. Bronchoscopia: a bal oldali hörgőrendszer nyálkahártyája gyulladásos, a hörgőben nagymennyiségű purulens váladékot találtunk. Bronchographia: jobb oldalon valamennyi hörgő ép viszonyokat mutatott, bal oldalon a 3—10 segmentum hörgőire kiterjedő súlyos zsákszerű tágulatok voltak (3. kép). Kezelés: leszívás, lokálisan és általánosan adott Penicillin. Panaszmentesen távozott. 1955 óta szénbányában dolgozik, nehéz fizikai munkát végez. Távozása óta tünet- és panaszmentes.

Az eddig ismertetett 44 beteg prognózisától eltért a harmadik csoportba tartozó, műtétre alkalmatlan 36 beteg sorsa (4. táblázat). Hét esetben cardiorespiratorikus insufficientia miatt nem lehetett műtétet végezni; ezek az utánvizsgálat idejéig meghaltak. 29 beteg a hörgőtágulat kiterjedése miatt volt műtétre alkalmatlan. A megbetegedés ezekben kettőnél több lebenyre terjedt ki, így bilateralis resectio sem jöhetett szóba. Feltűnő, hogy ezen kiterjedt hörgőtágulatos betegek közül is nagy számban, 29-ből teljesen tünetmentes volt 8, kezelést nem igénylő panasza volt 5 betegnek. Ambuláns antibiotikus kezeléssel egyensúlyban volt 6 beteg. Súlyos tünetek miatt munkaképtelen volt 4 beteg. Távozása óta vérzés miatt megoperáltak 4 beteget. Két beteg halt meg távozása óta alapbetegséggel összefüggő okok miatt.



5. kép. Bal oldali bronchogramm (oldalirányú felvétel)

4. táblázat

	A folyamat kiterjedése miatt	Cardioresp. okok miatt
Teljesen tünetmentes	8	—
Kezelést nem igénylő panasza volt	5	—
Időnként ambulanter kezelt	6	—
Súlyos állapota miatt munkaképtelen	4	—
Vitális indicatio (vérzés) miatt megoperálták	4	—
Alapbetegséggel összefüggő okok miatt meghalt	2	7
Összesen	29	7

A következőkben egy betegünk kórlefolyását ismertetjük, aki kiterjedt folyamata miatt műtétre alkalmatlan volt, de munkáját az első kezelése óta eltelt 13 év alatt változatlanul el tudta látni és távozása óta intézeti kezelésre nem volt szüksége.

M. L. (kórlapszám: 10 824/54) 24 éves férfibeteg. Felvétele előtt 10 évvel jobb oldali tüdőgyulladása volt. Azóta sokat köhögött, köpete sok volt, időnként gennyessé, bűzössé vált. Két alkalommal véres köpete is volt. Rtg-felvételen mindkét alsó lebenyben köteges rajzolat látható. Bronchoscopia: mindkét oldal hörgőinek nyálkahártyája gyulladásos volt és nagymennyiségű purulens váladékot láttunk. Bronchographia: jobb oldalon a basalis segmentumok (4. kép), bal oldalon a lingula, a basalis segmentumok hörgői és a 6-os hörgő alsó ága zsugorodott, deformált, súlyos zsákszerű tágulatot mutatott (5. kép). Lokális és parenteralis antibiotikus kezelés után panaszmentesen távozott. Műtétre a folyamat kiterjedése miatt nem került sor. Távozása óta tünetmentes volt. Az utóbbi időben fullad, de munkáját változatlanul el tudja látni. Nehéz fizikai munkát végez, kőműves. Az ellenőrzéskor készített EKG-n cor pulmonale jelei láthatók.

Megbeszélés

A bronchiectasia konzervatív terápiájában különbséget kell tenni a kezelés korai és késői eredményei között. A korai eredmény rendszerint jó. A köhögés, köpetürítés, a toxikus tünetek megszűnnek, a betegek erőbeni állapota rohamosan nő. A kezelés értékelése nem egységes módon történik. *Bedford és mtsa* 1950 és 1960 között konzervatív módszerekkel kezelt 258 beteg korai gyógyeredményeit ismertetik. Betegeiket jó, kielégítő és szegényes eredmények alapján három csoportba osztották. A konzervatív kezelés eredményét jónak tartották, ha a betegek kevés köhögés és köpet mellett munkaképesek voltak; 62 esetben. Kielégítőnek, ha a beteg köpete időnként megszaporodott, esetleg heveny tünetek léptek fel, de munkájukat el tudták látni — 80 esetben. Szegényes volt az eredmény, ha antibiotikumokkal is csak átmeneti javulást lehetett elérni — 116 esetben. Az utóbbiak mind kiterjedt, bilateralis műtétre alkalmatlan betegek voltak.

Klinikánkon a kezelés sémája a következő volt: a kórokozó gyógyszerérzékenységének megfelelő antibiotikum terápia mellett, ha szükségesnek láttuk, bronchoscopos leszívást, célzott endobronchialis antibiotikum instillatiót végeztünk és bő köpetürítés esetén a betegeket lejtőztettük. Erre 80 beteg 78,7%-ban teljesen panaszmentes lett, 20%-ban a tünetek lényegesen csökkentek és csak 1,3%-ban nem változtak. *Horlay* hasonló kezelési módszerrel 79,5%-ban ért el tünetmentességet. A kezelés időtartama 1-től 3 hónapig tartott. A hosszabb időre nyúló gyógyszeres és lokális kezeléstől az eredmények nem javultak. Hasonló megfigyelésről számolt be *Horlay, Kourilsky* és *Decroix, Jós* és *Petrányi.*

A konzervatív kezelés eredményei néhány hónappal a kezelés befejezése után már rendszerint nem olyan jók, mint közvetlen a befejezéskor voltak. A visszaesés főleg őszi és tavaszi hónapokban következik be. Megfigyeléseink szerint a recidiva elkerülésére rendkívül fontos a betegek felvilágosítása betegségük természetéről és a visszaesést megakadályozó különböző prophylacticus intézkedésekről. Elsősorban azok a betegek maradtak hosszú ideig vagy véglegesen tünetmentesek, akik utasításainkat betartották; a recidiva első jelét észlelve azonnal kezelésre jelentkeztek, antibiotikum terápiában részesültek, rendszeresen elvégezték az alvás közben felgyűlt váladék kiköhögését, bő köpetürítés jelentkezése esetén lejtőztek, stb. Több betegünk említette a foglalkozásváltoztatás kedvező hatását. A késői eredmények különösen olyan esetekben voltak jók, amikor a betegeket a területileg illetékes tüdőgondozó a tbc-s betegekhez hasonlóan gondozásba vette, ellátta gyógyszerekkel, szükség esetén intézetbe utalta. A *British Medical Research Council* vizsgálatai szerint a krónikus tetrán kúrát igen jó effektussal alkalmazták a recidivák megakadályozásában. *Leizervskaja* és *Fekliszova* vizsgálatai szerint a hosszú időre elnyúló antibiotikus kezelést a leletek súlyosságától függően ajánlatos 4—7 naponként endobronchialis instillatióval és aerosol kezeléssel kiegészíteni. *Brocard* és *Choffel* a recidiva elkerülésére évenként 2—3 alkalommal endobronchialis antibiotikus kezelés szériáját végzi. Hazánkban *Gondkiewicz* és *Barzó* számolt be felnőtt bronchiectasiás betegek ambuláns kezeléséről. A gondozásba vett betegek 42%-át tudták 3 éven keresztül kompenzált állapotban tartani időnként célzott, általános és lokális antibiotikus kezeléssel, amelyet szükség esetén bronchoscopos leszívással egészítettek ki.

A konzervatív kezelés késői eredményeiről kevés adat található az irodalomban. Az antibiotikumok alkalmazása előtti időben a szerzők rendkívül rossz eredményekről számoltak be. *Bradshaw és mtsai* 15 éves megfigyelés alatt 34,5% halálozást észleltek. *Perry* és *King* hasonló ellenőrzési idő alatt 26% letalitásról számolt be. *Eerland* és *Orie* szerint azok a betegek, akikben már 10 éves koruk előtt diagnosztizálták a bronchiectasiát, sebészi beavatkozás nélkül ritkán érik meg a 40-ik életévüket. Az antibiotikum éra előtt a bronchiectasiás betegek halálának közvetlen oka többnyire heveny szövődmény volt. Vezető helyet foglalt el a pneumonia, a tüdőtályog és gangraena, a metastaticus agytályog, az általános szepszis stb. A klinikánkon megfigyelt 80 beteg 13%-a halt meg az ellenőrzés idejéig. A halál közvetlen okai között csupán egy esetben szerepelt heveny szövődmény: agytályog. A többi esetben a kiterjedt bronchiectasia következtében kialakult légzési és keringési elégtelenség okozta a betegek halálát. A halált okozó szövődményes megbetegedések megváltozását észlelte antibiotikumokkal kezelt beteganyagán *Eerland* és *Orie* is. Betegeink 43,75%-a a távozás óta is teljesen, vagy csaknem tünetmentes. Ezek a betegek jelenleg is eredeti munkakörükben dolgoznak. A többi betegben a tünetek nem sokkal elbocsátásuk után újra jelentkeztek. A panaszok oka a legtöbb esetben a recidiváló bronchitis volt és csak kis részben a fokozódó légzési és keringési elégtelenség.

A gennyes bronchitissel szövődött bronchiectasia prognózisa, amióta terápiájában antibiotikumokat is alkalmaznak, kétségtelenül jobb, mint az antibiotikum éra előtt volt. Eseteink csaknem felében az egy alkalommal végzett intézeti kezeléssel nemcsak hosszan tartó klinikai tünetmentességet sikerült elérni, hanem a régebben gyakori heveny szövődmények száma is csökkent, és a mortalitás is lényegesen alacsonyabb lett. Betegeink halálát is egy eset kivételével nem heveny megbetegedés, hanem a hörgőkben és a tüdőparenchymában létrejött irreversibilis elváltozások következményeként kialakult cor pulmonale okozta. Megfigyeléseink szerint a bronchiectasia diagnózisa önmagában nem jelenti azonnali sebészi beavatkozás indikációját. Indokoltnak látszik a műtét, ha annak egyéb feltételei megvannak, ha a konzervatív kezelés hatástalan volt, vagy ha a kezelés befejezése után rövid időn belül visszaesés következett be. Ezzel szemben ha a konzervatív terápia eredményes, a műtéti megoldást a későbbi lefolyástól ajánlatos függővé tenni.

IRODALOM: 1. *Bean, Ch. N.:* Dis. Chest. 1956, *30,* 202. — 2. *Bedford, D. és mtsai:* Am. Rew. Resp. Dis. 1962, *85,* 816. — 3. *Biancalana, L. és mtsai:* Arch. Chir. del Torace. 1956, *13,* 1. — 4. *Bradshaw, H. H. és mtsai:* J. Am. med. Assoc. 1941, *116,* 2561. — 5. *Brocard, H.* et *Choffel, C.:* Semaine Hôp. 1957, 2102. — 6. *Brügger, H.:* Tuberkulosearzt. 1962, *16,* 223. — 7. *Clark, N. S.:* Brit. med. J. 1963, *I,* 80. — 8. *Comitee of Med. Res. C.:* Brit. med. J. 1957, *5039,* 255. — 9. *Eerland, L. D.* and *Orie, N. G. M.:* Handbuch der Thoraxchirurgie. Hrsg. von *Derra, E.* Berlin. Springer Verlag. 1958. Bd. 3. Spezieller Teil. II. — 10. *Fine, A.* and *Steinhausen, T. B.:* Radiology. 1946, *46,* 237. — 11. *Franklin, A. W.:* Arch. Dis. Childr. 1958, *33,* 19. — 12. *Gondkiewicz, M.* und *Barzó P.:* Zschr. für Tbk. 1963, *120,* 149. — 13. *Horlay B.:* Orv. Hetil. 1963, *3,* 72. — 14. *Horlay B.:* Orv. Hetil. 1957, *5,* 79. — 15. *Huzly, A.* und *Böhm, F.:* Bronchus und Tuberkulose. Bronchologie und bronchographische Untersuchungen der Bronchien bei Tbk. Stuttgart. Georg Thieme Verlag. 1955. — 16. *Jós K.* és *Petrányi Gy.:* Orv. Hetil. 1955, *10,* 268. — 17. *Kergin, F. G.:* J. Thor. Surg. 1950, *19,* 257. — 18. *Kourilsky, R.:* J. franç. Med. et Chir. Thor. 1957, *6,* 571. — 19. *Kourilsky, R.* et *Decroix, G.:* Semaine Hôp. 1955, 1355. — 20. *Kováts F.* és *Nyiredy G.:* A hörgők betegségei. Budapest. Medicina Kiadó. 1966. — 21. *Lambert, A.:* J. Thor. Surg. 1950, *19,* 246. — 22. *Leizerovszkaja, E. G., Fekliszova, M. E.:* Ter. Arch. (Moszkva) 1961, *33,* 49. — 23. *Lezius, A.:* Mschr. Kinderheilk. 1951, *99,* 31. —

24. *Lorenz, T. R.:* Am. J. Med. Sci. 1951, *221*, 522. — 25. *Mathey, J. és mtsai:* Semaine Hôp. 1956, 1186. — 26. *McKim, A.:* Am. Rew. Tbc. 1952, *66*, 457. — 27. *Perry, K. M. A.* and *King, D. S.:* Am. Rew. Tbc. 1940, *41*, 531. — 28. *Reisner, D.* and *Tscherikoff, I. G.:* Am. J. Roentgenol. 1940, *43*, 327. — 29. *Remé, H.* und *Schreier, G.:* Langenbeck's Arch. und Dtsch. Z. Chir. 1958, *288*, 393. — 30. *Sebestyén J.:* Zbl. für Chir. 1954, *79*, 817. — 31. *Simpson, J. A.:* id. Bean, Ch. N.: Dis. Chest. 1956, *30*, 202. — 32. *Spath, F.:* Langenbeck's Arch. klin. Chir. 1958, *288*, 505. — 33. *Spath, F.* und *Finsterbusch, W.:* Wiener klin. Wschr. 1956, 208. — 34. *Spohn, K.:* Therapiewoche. 1964, *14*, 212. — 35. *Strahberger, E.* und *Wenzl, M.:* Thoraxchirurgie. 1955, *3*, 160. — 36. *Stutz, E.* und *Vieten, H.:* Die Bronchographie. Stuttgart. Georg Thieme Verlag. 1955. — 37. *Urbanek, F.:* Cas. lék. cesk. 1939. 1060. — 38. *Wissler, H.* und *Holz, G.:* Helv. Paed. Acta. 1948, *3*, 475.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, II. Sebészeti Klinika (igazgató: Ladányi Józsa dr.)

Epeműtétekkel szerzett tapasztalataink

Gyöngyössi Gábor dr. és Pongrácz Endre dr.

Epekőbetegségeknél a műtét optimális időpontjának megválasztása igen fontos. Nem szabad várni addig, míg sárgaság, vagy cholangitis fejlődik ki, mert ezek miatt a máj károsodhat és a cholecystectomia elvégzése már veszélyeket rejt magában (16).

A modern narkózis, az intraoperatív diagnosztika mellett, a korai műtéttel csökkenthetők a postoperatív komplikációk és a mortalitás (4, 8).

A cholecystectomia normális körülmények között a betegnek nagyobb megterhelést nem jelent (7, 17, 20). A cholecystectomia mortalitása az utóbbi 10 évben 1% alá csökkent (2, 21).

Mint minden műtéti beavatkozásnak, úgy az epeutakon végzett műtétnek is lehetnek szövődményei. *Bartlett* és *Quimby* (2) szerint 1280 cholecystectomizált beteg 8,9%-ában fordult elő szövődmény. *Műtéti szövődmény* közül legsúlyosabb az epeútsérülés. Ez az esetek többségében a ductus cysticus lekötésekor és átvágásakor következik be. Leggyakrabban a choledochus sérül. *Rosenquist* és *Myrin* (18) szerint 300—400 epeműtétre esik egy epeútsérülés. Ha ezt azonnal észrevesszük, és ellátjuk 70—75%-ban következmény nélküli gyógyulás remélhető (a mortalitás 15—20%). Rosszabb eredmény várható akkor, ha az epeútsérülés csak a műtét után derül ki és emiatt reoperatio szükséges. A gyógyulás ilyenkor 35%-os, a mortalitás 40% körüli. A halál oka a sérülés következtében fellépő epefolyás, majd májkárosodás.

Medici és *Battistini* (13) szerint epés peritonitis vagy epesipoly a következő okokból alakulhat ki:

1. Észre nem vett choledochus sérülés.
2. Choledochus varrat elégtelensége.
3. Choledochusba helyezett Kehr-cső melletti epeszivárgás.
4. Aberrans epevezeték átvágása.
5. Cysticus csonk lekötésének elégtelensége.

Gyakran előfordul elégtelenül lekötött arteria cysticából, vagy májsérülésből eredő utóvérzés is. A vérveszteségen kívül a haematomák más szövődményeket is okozhatnak: későbbi gennyedés, összenövések kialakulása stb.

A műtéttel összefüggő cardiális és légúti szövődmények epeműtét után is előfordulnak.

Walters (21) megállapítása szerint a coronaria megbetegedés magában még nem jelent műtéti ellenjavallatot, bár azoknál a betegeknél, kiknek a kórelőzményében coronaria thrombosis szerepelt, a mortalitás nagyobb (3—4%).

Egyes szerzők epeműtét után a tüdőszövődmények nagyobb számáról számolnak be. *Santos Dubra* (19) 483 epeműtét után 24,8%-ban.

Az epeműtét *késői eredményeit* több tényező befolyásolja. Tapasztalat szerint a korai, lehetőleg az első rohamot követő műtét után az utópanasz kevesebb (3).

A műtét utáni panasz azoknál a betegeknél gyakoribb, akiknél követ nem tartalmazó epehólyagot távolítottak el (9). *Budwall* (3) szerint nőknél 43,2%-ban, férfiaknál 27,8%-ban van utópanasz. Figyelemre méltó *Mallett—Guy* (10, 11) megállapítása; eszerint az utópanaszokért nem mindig a műtéti beavatkozás felelős, mivel azok létrejöttében egyéb okok is közrejátszhatnak (pl. műtét előtt fennálló gyulladás, összenövés stb.). Szerinte a postoperatív panaszok, illetve komplikációk oka 27%-ban organikus, 47%-ban funkcionális, 21%-ban vegyes és 5%-ban ismeretlen.

A késői postoperatív panaszok leggyakoribb oka az ún. „kőrecidiva", mely legtöbb esetben visszahagyott kő (6, 14).

A legnagyobb gondossággal végzett átvizsgálás és műtét (choledochus exploratio, műtét alatti cholangiographia) mellett is 10—20%-ban maradhat vissza kő a choledochusban (1, 5, 15). Az epeutakon végzett ismételt műtét az epeutak szűkületére vezethet (12).

Anyagunk

A DOTE II. Sebészeti Klinikán 10 év alatt (1954. I. 1. és 1963. XII. 31. között) 750 epeműtétet végeztünk. Ennél jóval több volt azoknak a betegeknek a száma, akiket epekő betegség gyanúja miatt vettünk fel, de az átvizsgálás során követ kimutatni nem tudtunk és így műtétre nem is kerültek. Ezek egy része acut cholecystitis volt. Idős betegek egy csoportjában a belgyógyász a műtétet befolyásolhatatlan cardialis állapot miatt ellenjavallta. Több beteg a műtétbe nem egyezett bele. Az operált epeköves betegek panaszai átlag 4,1 év óta álltak fenn (a legrégibb 30 év, a legrövidebb 1 napos volt). Anyagunkban 686 nő és 64 férfi volt. A betegek életkora 17—80 év között váltakozott, többségük a 3., 4. évtizedben volt.

Az epeköves betegek többségénél az általános tapasztalattal ellentétben és általunk meg nem magyarázható okból a rutinszerűen duodenumszondával végzett próbareggeli a gyomornedv hyperaciditását mutatta. Az aciditási viszonyok megoszlása a következő volt:

Hyperacid	322	58,3%
Normacid	75	13,4%
Hypacid	78	14,2%
Anacid	77	14,1%
	552	100,0%

A betegek anamnesisében icterus egy vagy több alkalommal 40%-ban szerepelt. Műtétkor 105 beteg volt sárga.

Sárga betegeknél az epeút feltöltéses vizsgálatát mellőztük. Nem végeztünk cholecysto-, illetve cholangiographiát akkor sem, ha a klinikai tünetek és az anamnesis (typusos görcs, tapintható epehólyag, láz stb.) meggyőző volt. Eltekintettünk a vizsgálat megismétlésétől, ha a beteget más intézetből pozitív rtg-lelettel vettük át műtétre.

Műtét előtt 346 esetben végeztünk cholecysto-, illetve cholangiographiát.

Műtét előtti vizsgálatok eredménye

Kő volt kimutatható

az epehólyagban	156 esetben
a d. cysticusban	1 esetben
a d. choledochusban	18 esetben
Az epehólyag nem telődött	126 esetben
Bizonytalan eredmény	45 esetben
összesen	346 eset

A műtét előtt végzett cholecysto-, illetve cholangiographiás vizsgálat az esetek túlnyomó többségében direkt, vagy indirekt módon az epeutak köves megbetegedését jelezte.

A végzett műtéteket az 1. táblázat tünteti fel.

1. táblázat

Cholecystectomia ideális	54
Cholecystectomia + drain	578
Cholecystectomia + choledochotomia + Kehr-drainage	67
Cholecystoduodenostomia	10
Cholecystojejunostomia	5
Choledocho-duodenostomia	19
Cholecystostomia	17
Összesen	750

A 750 beteg közül 649 esetben végeztük el a cholecystectomiát choledochus megnyitása nélkül. 101 esetben a cholecystectomia mellett choledochotomiát is végeztünk. A choledochus megnyitása után 67 ízben Kehr-drainage-t alkalmaztunk. Biliodigestiv anastomosist 34 esetben készítettünk.

(Régebben Vater-papilla sclerosis esetén is előnyben részesítettük a choledochoduodenostomiát a papillotomiával szemben. Ma az intraoperatív cholangiographia bevezetése óta gyakrabban végezzük a papillotomiát is. A megítélés mindig egyedi.)

Elsődleges choledochus varratot a choledochus megnyitása után nem végeztünk.

Műtéti leletek

Követ találtunk

csak az epehólyagban	485 eset	64,50%
az epehólyagban és a d. cysticusban	48 eset	6,40%
az epehólyagban és a choledochusban	36 eset	4,80%
csak a d. cysticusban	4 eset	0,53%
csak a choledochusban	30 eset	4,00%

Követ nem találtunk

tigrisbőr rajzolatú cholecysta	6 eset	0,80%
Vater-papilla sclerosis	14 eset	1,86%
tumor (cholecysta, choledochus, Vater-papilla, ill. pancreasfej)	8 eset	1,06%
összenövések, cholecysta lefűződés stb.	119 eset	15,8%

A 105 icterusos beteg műtéti lelete:

2. táblázat

Choledochus kő	28 esetben
Cholecysta + choledochus kő	2 esetben
Cholecysta kő	58 esetben
Vater-papilla sclerosis	10 esetben
Pancreas-fej cc.	1 esetben
Scirrhosis biliaris	3 esetben
Cc. cholecystae, ill. choledochi	3 esetben

Szövettani vizsgálatra 615 esetben vettünk anyagot.

A szövettani vizsgálat eredménye

Sine morbo histologico	22
Cholecystitis ac.	7
Cholecystitis subac.	26
Cholecystitis chr.	320
Cholecystitis gangr.	10
Cholecystitis glandularis	5
Hydrops. ves. fellae:	1
Fibrosis cholecystae	221
Cc. ves fellae	3

Műtét utáni szövődmény 25 esetben (3,3%) fordult elő, közülük 9 (1,2%) halálos kimenetelű volt.

Szövődményeinket a 3. táblázat tünteti fel.

Halálos kimenetelű szövődmények a 4. táblázaton láthatók.

Epeútsérülés miatt 4 betegnél vált szükségessé relaparotomia. Valamennyi esetben a choledochus sérült. A sérülést csak a műtét utáni napokban vettük észre.

3. táblázat

Műtéti	Epeútsérülés (relap.-ra került)	4
	Utóvérzés (art. cyst.-ból)	1
	Epesipoly (spontán záródott)	5
	Epés peritonitis	1
	Seb-suppuratio	7
Egyéb	Pneumonia	2
	Pleuritis	1
	Decompensatio cordis	3
	Embolia pulm.	1

Három esetben a relaparotomia alkalmával suturát és Kehr-drainage-t, egy esetben choledochoduodenostomiát végeztünk. Egy Kehr-drainált és a biliodigestiv anastomosis zavartalanul gyógyult. A másik két Kehr-drainált egyikénél később fellépő icterus miatt újabb műtét: endoprotesis (tefloncső) behelyezése vált szükségessé. Néhány hónap múlva a csövet (mivel obliterálódott) a duodenum felől eltávolítottuk. A beteg azóta panaszmentes. Az utolsó esetben idős, leromlott betegünknél a Kehr-cső mellett is epefolyás volt. Újraoperálásnál a gyulladt falú choledochuson több helyen szivárgott az epe. (Az első műtét is gyulladásos környezetben történt.) Hepatico-duodenostomiát végeztünk. Két hét múlva a betegnél bélsipolyra utaló tüneteket észlelünk. „Ante finem" a beteget hozzátartozói hazaviszik.

Vérzés okozta szövődmény egy esetben fordult elő, az arteria cystica lekötése átvágott. A 3. postoperativ napon végeztük a relaparotomiát.

Epés peritonitis 1 esetben egy 71 éves nőbetegnél fordult elő, aki később exitált.

Másodlagos sebgyógyulást okozó sebfertőzést 7 esetben találtunk.

Légúti szövődmények közül pleuritis 1, pneumonia 2 esetben fordult elő. Ez utóbbi mindkét alkalommal a jobb alsó lebenyben lépett fel és az egyik idős beteg halálát okozta.

Cardialisan előkészített, három 60 éven felüli betegünket decompensatio miatt veszítettük el.

Egy 48 éves nőbetegünknek a műtét után 8 nappal a jobb alszárában thrombophlebitis keletkezett és a műtét utáni 28. napon tüdőembolia okozta halálát.

A szövődmények egy része műtét alkalmával elkerülhető (epeútsérülés, stb.), más részük kivédhető (cardialis decomp., thrombosis stb.) lenne, de néha a műtőorvos legnagyobb körültekintése és az utókezelés legnagyobb figyelmessége mellett is előfordulhat.

Anyagunkban az ápolási napok átlaga a következőképpen alakult:

Kehr-drainálta knál	39,6 nap
Biliodig. anast. esetén	26,3 nap
Egyszerű cholecystectomiáknál	14,0 nap
Szövődményes esetekben	44 nap

A betegeket műtét után 1, illetve 6 hónap múlva, többet 1 év múlva is visszarendeltünk. A 750 beteg közül 540 sorsát tudtuk követni, a többi beteg kontrollvizsgálaton nem, illetve rendszertelenül jelent meg.

Az 540 beteg közül panaszmentes volt 400 (74%), különböző panaszai voltak 140 betegnek (26%). A panaszok megoszlása a következő volt:

Emésztési zavarok (puffadás, stb.)	91	16,9%
Étvágytalanság	30	5,6%
Időnként jelentkező hányinger	15	2,8%
Kifejezett súlygyarapodás	45	8,4%
Sebváladékozás, fonálkilökődés	15	2,8%
Időnkénti enyhe fájdalom a műtéti területben	136	25,1%
Állandó tompa nyomásérzés a műtéti területben	86	16,0%
Kifejezett görcsös fájdalom		
1 alkalommal	15	2,8%
2—3 alkalommal	10	1,8%
sokszor	5	0,9%
Műtét után sárgaság lépett fel	5	0,9%
Újabb műtétre került sor	5	0,9%

A betegek 10%-a (54) nem tartott diétát, 90%-a (486) átlag 4,6 hónapig diétázott.

4. táblázat

Sorszám	Név	Kor	Alapbetegség	Műtét	Halálok
1.	P. Gy.-né	71	Cholelith. Choledocholith.	Cholecystect. Choledochotomia	Peritonitis biliaris diff.
2.	B. G.-né	48	Choledocholith.	Cholecystect. Choledochotomia Kehr-drainage	Embolia pulm.
3.	V. D.-né	65	Cholelith.	Cholecystect., Drain	Decomp. cord.
4.	K. P.	60	Cholelith. Choledocholith.	Cholecystect. Choledochotomia Kehr-drainage	Cirrhosis biliaris
5.	S. I.-né	69	Cholecystitis calc. Choledocholith.	Cholecystect. Choledochotomia Kehr-drainage	Cirrhosis biliaris
6.	G. I.	64	Cholelith. Choledocholith.	Cholecystect. Choledochotomia Kehr-drainage	Decomp. cord.
7.	K. J.-né	61	Cholelith. Choledocholith.	Cholecystect. Choledochotomia Kehr-drainage	Decomp. cord. Insuff. valv. mitr.
8.	F. L.	63	Cholecystitis calc.	Cholecystect. drain	Decomp. cord.
9.	T. J.-né	65	Cholecystitis calc.	Cholecystect. drain	Pneumonia lob.

Általában az 1 hónapos ellenőrzés alkalmával több volt a panasz, mint a 6 hónap után jelentkezőknél. Későbbi kontrollvizsgálaton csak azok a betegek jelentek meg, akiknek még ekkor is voltak panaszai. Ezek egyrésze belgyógyászati therapiára panaszmentes lett.

Öt (0,9%) betegnél choledochus-kő miatt végeztünk újabb műtétet.

Nem egy esetben kifejezetten panaszkodtak a betegek a nagymértékű súlygyarapodásra (15—17 kg!), amit a túlzott mértékű szénhidrát-fogyasztásnak tudtunk be.

Anyagunk átvizsgálása során és a nyert tapasztalatok alapján az epeköves megbetegedéseknél a következő therapiás irányelveket követjük:

1. Korai műtét.

2. Műtét előtt gondos átvizsgálás, különös tekintettel a máj és a cardiorespiratoricus rendszer állapotára. Ettől csak acut esetekben (cholecystaperforatio, epés peritonitis) tekintünk el, amikor a műtét vitalis indikáció alapján úgyis azonnal elvégzendő.

3. Cholecystectomia után az esetek zömében vékony draint hagyunk vissza. Tamponok behelyezését mellőzzük, ezt csak akkor alkalmazzuk, ha az epehólyagágyból, vagy a májból parenchymás vérzés lép fel. Ideális cholecystectomiát csak válogatott esetekben végzünk.

4. Choledochus megnyitása után az esetek nagy többségében Kehr-draint helyezünk a choledochusba. (67 Kehr-drainált beteget 1—3 év múlva kontrollra visszarendeltünk. Ezek közül 47 jelent meg. Az elvégzett cholangiographia szűkületet egy esetben sem mutatott ki.)

5. Biliodigestiv anastomosist csak válogatott esetben végezünk.

6. Nagy súlyt helyeztünk a műtéti elő- és utókezelésre. Műtét előtt és után néhány napig dextrosés és C-, K-vitaminos infusiókat adunk.

7. A műtéteket az utolsó években zömében intubatiós narkózisban végeztük.

8. Műtét előtt kellően nem tisztázott, vagy műtét közben felmerülő probléma esetén peroperativ cholangiographia végzendő.

9. A műtét „à froid" stádiumban legcélravezetőbb, bár a gyulladás lezajlását nem mindig lehet megvárni, a perforatio veszélye miatt.

10. Műtétnél figyelembe vesszük a környező szervek (pancreas, duodenum stb.) állapotát. Ez az utókezelés szempontjából lényeges.

11. Betegeinket megfelelő utasítással ellátva bocsátjuk el. Egy, valamint hat hónap múlva kontrollvizsgálatra visszarendeljük őket.

Összefoglalás. Szerzők irodalmi áttekintés után ismertetik a debreceni II. Sebészeti Klinika 10 éves, az epeutakon végzett műtétekkor szerzett tapasztalataikat és azok alapján therapiás irányelveiket. Anyagukban 750 esetből 3,3% volt a műtét utáni szövődmény, és 1,2% a mortalitás. Műtéti utópanasz 26%-ban fordult elő.

IRODALOM: 1. *Appleman, R. M. és mtsai:* Proc. Mayo Clin. 1964, *39*, 473. — 2. *Bartlett, M. K., Quinby, W. C.:* New Engl. J. Med. 1956, *254*, 154. — 3. *Bodwall, B.:* Acta Chir. Scand. 1964. Suppl. *329*, 55., ill. 60—61. — 4. *Bronner, H.:* Internist. 1960, *1*, 152. — 5. *Chattas, E.:* Pren. Med. Argent. 1963, *50*, 2241. — 6. *Eisert, A.:* Magy. Seb. 1962, *5*, 273. — 7. *Fischer, G.:* Chirurg. 1955, *26*, 462. — 8. *Glenn, F.:* Surg. Gynec. Obstet. 1952, *95*, 431. — 9. *Ladányi J.:* Orv. Hetil. 1960, *101*, 729. — 10. *Mallet-Guy, P., Durand, P.:* Presse Méd. 1952, *60*, 594. — 11. *Mallet-Guy, P., Bezes, H.:* Lyon Chir. 1949, *44*, 419. — 12. *Marton T., Siklósi I.:* Magy. Seb. 1959, *3*, 161. — 13. *Medici A., Battistini, C.:* Arch. Ital. Mal. Appar. Dig. 1957, *23*, 245. — 14. *Mester E.:* Magy. Seb. 1961, *2*, 70. — 15. *Mester Z., Epstein, O.:* Magy. Seb. 1960, *4*, 214. — 16. *Nassr-Esfahani, H., Fichtner, H. J.:* Der Chirurg. 1964, *35*, 265. — 17. *Parsons, W. H., Akel, E. G.:* Amer. Surg. 1961, *27*, 261. — 18. *Rosenquist, H., Myrin, S.:* Acta Chir. Scand. 1960, *119*, 92. — 19. *Santos Dubra, A.:* Bol. Soc. Cirurg. Urug. 1954, *25*, 202. — 20. *Stephan, H.:* Dtsch. Med. J. 1955, *6*, 680. — 21. *Walters, W.:* Arch. Surg. 1956, *72*, 199.

CHLOROCID *kenőcs*

1,5% chloramphenicol, vaselin típusú alapanyagban

impetigo, pyoderma, ekzema impetiginosum, ecthyma, ulcus cruris, folliculitis, sycosis vulg., otitis ext. stb. kezelésére.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

1 tubus (5 g) 4,60 Ft
1 tubus (15 g) 10,50 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Országos Rheuma- és Fürdőügyi Intézet, Országos „Frederic Joliot-Curie" Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Intézet

Galvánáram hatása a radioaktív calcium és kén csontba történő beépülésére

Riesz Ede dr., Sztankura Valéria dr., Fodor István dr. és Kocsár László dr.

Egyikünk közölte (1), hogy álízület, elhúzódó, rossz callusképződés, *Sudeck* által leírt osteodystrophia therapiásan jól befolyásolható, ha az érintett területen elhelyezett elektródákra megfelelő milliamper erősségű stabil galvánáramot alkalmazunk 15—20 percig és az áram bekapcsolásával egyidőben a betegnek iv. 10—20 ml 10%-os calcium chloratumot adunk. Az eljárás neve: calcium elektrostasis.

A klinikai eredmények azonos technikával készült röntgenfelvételekkel, valamint az állatkísérletek histologiai eredményeivel voltak alátámaszthatók (2).

Szükségesnek látszott az eljárás effektusának további kutatására radiocalciummal és radiokénnel végezni vizsgálatokat, és megfigyelni az elektromos tér hatására bekövetkezett csontszöveti incorporatiós válaszokat.

Kísérleti anyag és módszer

Kísérleteinket 21 db. mindkét nembeli nyúlon végeztük, két sorozatban.

Az első (I.) sorozatban (5 csoport, csoportonként 3—3 állat) azt vizsgáltuk meg, hogy a calcium elektrostasis befolyásolja-e a mesterségesen törött végtagok csontjainak calcium incorporatiós képességét.

A második (II.) sorozatban (2 csoport, csoportonként 3—3 állat) a galvanostasisos kezelés hatását tanulmányoztuk a tört csontvégek savanyú mucopolysaccharidáinak (kondroitin kénsav) anyagcseréjére.

Állataink egy részénél

I/1. csoport (3 állat) az egyik oldali radiust éternarkózisban eltörtük és a törés után egy óra múlva kb. 50 μC radioaktiv $^{45}CaCl_2$ izotópot adtunk intravénásan. A törött végtagot begipszeltük.

I/2. csoport (3 állat) állatainál hasonlóan jártunk el, mint az előbbinél, de a begipszelt végtagon a gipszágyba kis ablakot vágtunk, hogy azon az elektródák elhelyezhetők és így a galvanostasisos kezelések elvégezhetők legyenek.

I/3. csoport (3 állat), ezen állatok csak iv. radioaktiv calciumot kaptak.

Ezen három csoport állatai a radiocalciumot, valamint a 2. csoport állatai a galvanostasisos kezelést 3 napon keresztül kapták. Ily módon a beadott radiocalcium összmennyisége 150 μC volt állatonként. A 4. napon az állatokat leöltük, a serumokban a radioaktiv calcium aktivitását meghatároztuk, ennek értékét impulzus/minutumban 1 ml térfogatra adjuk meg.

Az I/4. és I/5. csoport állatai radiustörés után 10 napon keresztül kaptak radiocalciumot napi 50 μC mennyiségben és az 5. csoport ezenkívül elektrostasisos kezelést.

A második kísérletsorozatban (II.) állatainknak anorganikus Na_2SO_4-t adtunk, mely radioaktiv kénnel (^{35}S) volt jelezve. A 10 napos kísérleti periódus folyamán állatainknak 3×1 mC ^{35}S-jelzett szulfátot adtunk intraperitonealisan harmadnaponként.

II/1. csoport állatainál radiustörést végeztünk és ún. hideg calciumkloridot adagoltunk intravénásan.

II/2. csoport a fenti kezelésen kívül még galvanostasisos kezelésben is részesült, minden nap a calciumbeadással egyidejűleg.

A II/1. és II/2. csoport 3—3 állatból állott.

A 11. napon ezeket is elvéreztettük és a szérum radioaktivitását meghatároztuk. A kísérlet beosztását mutatja az 1. táblázat.

1. táblázat

I.	1. radius törés	3 napig Ca^{45}
	2. radius törés	3 napig Ca^{45} és galv.-stasis
	3. —	3 napig Ca^{45}
	4. radius törés	10 napig Ca^{45}
	5. radius törés	10 napig Ca^{45} és galv.-stasis
II.	1. radius törés	10 napig Ca (hideg) és $Na_2S^{35}O_4$
	2. radius törés	10 napig Ca (hideg) és $Na_2S^{35}O_4$ és galvanostasis

Mind az első, mind a második sorozat állatainál, azok leölése után mindkét oldali radiusukat kivettük és részben radioaktivitásra vizsgáltuk, részben szövettani metszeteket készítettünk, és azokat Kodak AR 10 stripping filmmel autoradiografáltuk.

A ^{45}Ca és a ^{35}S izotóp igen lágy β-sugárzó izotópok (0,26 és 0,167 MeV), ezért biologiai mintákban való mérésük legjobban folyadékszcintillációs módszerrel történhetik (3). A folyadékszcintillátiós méréseknél két lehetőség van:

a) kolloidális oldatban való mérés (szuszpenzió vagy gel formában) és

b) valódi oldatban történő mérés.

A szuszpenzióban való mérést *Hayes és mtsai* (4) ajánlották. *Funt* (5) stabilizatorként 5% alumíniumstearátot alkalmazott.

Mások (6, 7, 8, 9) különböző kolloid rendszereket javasoltak.

A többek által javasolt (10, 11, 12) valódi oldatban történő ^{45}Ca izotóp mérésének sok hátránya van (hosszadalmas, a használt vegyszerek, mint pl. nitrátok, hyamin erős kioldó hatása stb.), ezért mi a kolloidális rendszerben való mérést választottuk. A szérumok aktivitását hyaminhidroxidban való oldás után mértük EKCO N 664 típusú egycsatornás

folyadékszcintillációs berendezésben, a fotokatód — 10° C-os hűtése mellett. Szcintillátorfolyadékként Kinard-oldatban (toluol, dioxan, ethanol) paraterfenilt használtunk.

A csontokat égetőkemencében elhamvasztottuk és a hamut alumíniumsztearátos szcintillátorfolyadékban szuszpendáltuk, majd a fenti készülékben a radioaktivitásukat megmértük.

A szövettani vizsgálatra kivett csontokat neutralis formalinban fixáltuk, 5% hangyasav, 20% nátriumcitrát egyenlő arányú keverékében decalcináltuk, paraffinba ágyaztuk és a metszeteket haematoxylin-eosinnal festettük.

Eredmények

A tíz napon keresztül calciummal injiciált nyulak szérumának radioaktivitását mutatja az 1. ábra. Látható, hogy a legkisebb calcium aktivitását törött csonttal rendelkező és galvanostasisos kezelésben részesült nyulak szérumai mutatták. Látható, hogy ez az aktivitás kb. fele—harmada annak, mint ami a galvanostasisos kezelésben nem részesült nyulak szérumaktivitásának értéke.

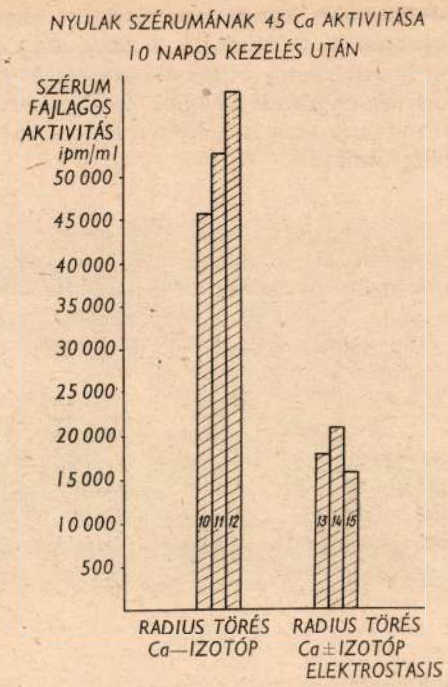
Galvanostasis hatására a szérum ^{35}S szulfát szintje, éppúgy mint calcium esetében, alacsonyabb, mint ilyen kezelés nélkül. A különbség itt is szembetűnő.

A csontok vizsgálatánál minden csoport két-két állatában az ép és a törött csontok radioaktivitását a fenti módon meghatároztuk és aktivitásuk értékeit impulzus/min/1 g-ra adjuk meg. Eredményeinket mutatja a 2. ábra. Ebből az látható, hogy az ép oldali radiushoz képest minden törött csont aktivitása fokozódott. De különösen nagy ez a különbség a galvanostasis-kezelésben részesült törött csontokban, pl. a 4. és 5. számú állatok calciumaktivitása az 1—2-höz képest, valamint a 13-as és 14-es állatok aktivitása a 10-hez és 11-hez képest. Minden csoportból egy-egy állat mindkétoldali rádiuszát kivettük, és belőlük histologiai, valamint autoradiographiás vizsgálatot végeztünk.

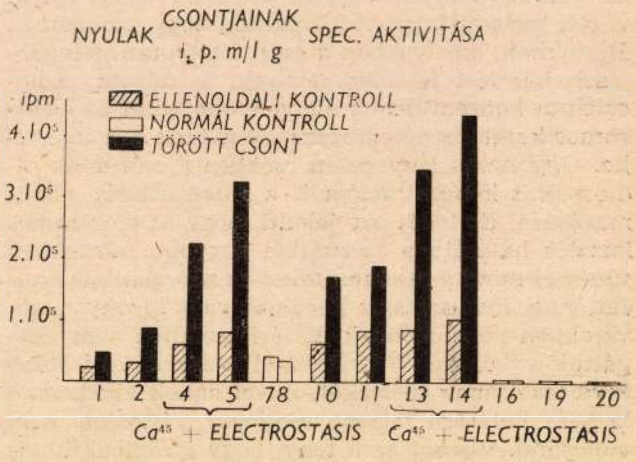
Az első három csoportból származó, tehát a kezelés megkezdésétől számított 4. napon leölt állatok metszeteiben morphologiailag lényeges különbség nem volt. A törvégek között haematoma képződött, pőséges fibrinkiválással és intenzív leucocytás infiltratióval. A lebenyezett magvú leukocyták mellett sok makrophag is található. A törésvonal mentén a csontsejtek lakunáiban magfestés nem látható. Callusképződés nincs.

A 11. napon leölt állatok mindegyikében callusképződés látható. A törvégek között a haematoma szervült kötőszöveti rostok, porcszövet és osteoid szövet alakult ki. A periosteum és endosteum alatt osteophytaszerű csontszövet képződött. Szembetűnő különbség van a galvanostasisban részesített és az ilyen kezelést nem kapott állatok között. Az előbbiekben ugyanis (5. és 7. csoport) a callusképződés sokkal kifejezettebb és tömegesebb, mint az utóbbiakban (4. és 6. csoport).

Az autoradiographiás vizsgálatokkal mind a ^{45}Ca, mind a ^{35}S esetén a legsűrűbb szemcsézettsé-



1. ábra



2. ábra



3. ábra

get a galvanostasis kezelésben részesült állatok törött végtagjaiban találtuk. A 3. ábra a $^{45}CaCl_2$-dal 10 napig kezelt radius autoradiogrammját mutatja. A 4. ábra az előbbivel azonos módon kezelt, de amellett galvanostasis kezelésben is részesült radius autoradiogrammja.



4. ábra

Megbeszélés

Kísérleteinkben arra igyekeztünk magyarázatot találni, hogy milyen mechanizmus révén fejti ki kedvező hatását a galvanostasis a törött csontvégek gyógyulására. Azt találtuk, hogy azokban az állatokban, amelyekben a csonttörés után galvanostasis kezelést is alkalmaztunk, a szérum radiocalcium koncentrációja alacsonyabb, mint az elektromos kezelésben nem részesült állatok szérumértéke. Ugyancsak lényegesen csökken a szérumok radioszulfát koncentrációja is a galvanostasis alkalmazására. Ez tehát azt jelenti, hogy az elektromos kezelés hatására a szérumból nagyobb mértékben tűnik el mind a calcium, mind az anorganikus szulfát, vagy kiválasztásra kerülnek vagy bizonyos szövetekben deponálódnak. Kísérleteinkben nem vizsgáltuk a ^{45}Ca és a ^{35}S vizelettel és széklettel történő kiválasztásának mértékét, mivel ennek elektromos kezelés hatására történő esetleges változása nem valószínű. Viszont az a tény, hogy a radioaktivitás a tört csontoknál mindig magasabb, azt bizonyítja, hogy a galvanostasis hatására fokozódik a calcium és kén incorporatiója. A hatásmechanizmus finomabb elemzésébe nem merültünk bele és ebben végleges álláspontot nem foglalhatunk el.

A magyarázatra több lehetőség merült fel, de bármelyik is csak akkor lesz helyes, ha ezeket a lehetőségeket a kísérleti eredményeink alapján úgy csoportosítjuk, hogy figyelemmel vagyunk az eljárás alapját képező két tényezőre: a galvánáram és az azonos időben adott calcium együttes hatására.

Galvanostasissal kezelt területből vett anyag histologiai készítményében jó vérellátás, bőséges sarjszövet, osteoyta képződés dús osteoblast-szegélyel volt megfigyelhető, ami arra utal, hogy a reticulum orsó alakú sejtjei, feltehetően a galvánáram hatására aktivizálódnak és ez a törés hatására kialakuló, a szokványos regenerációval járó osteoblast sejtalakulást számszerűleg is fokozza.

Az elektromos áram ioneltolódást hoz létre, és a tört terület savanyú ion-miliőjét neutrális, esetleg lúgos irányba eltolja, ami fokozott osteoblast tevékenységet, enzimaktivitás növekedést eredményez. Az iv. adott ionizált calciummal a felfokozott osteoblast ténykedés számára helyi ionizált calcium supersaturatiót teremtünk. Azt sem tartjuk kizártnak, hogy galvánáram hatására az ionizált calcium mennyisége azáltal szaporodik meg, hogy a calciumot fehérje- és komplexkötéseiből felszabadítja.

Az elektromos árammal azonos időben beadott calcium szükségességét és felhasználását bizonyítják kísérleteink, melyek szerint a calcium elektrostasissal kezelt állatok véréből gyorsabban tűnik el a radiocalcium és nagyobb mértékben rakódik le a törés területén. Nagyobb mértékű radioaktivitást találtunk a törvégekben már három napig tartó kezelés után is. Nem állítjuk, hogy a nagyobb calciummennyiség egyedül a csontosodási folyamat gyorsulásának tudható be. Még a 10 napos kezelés után sem állítjuk ezt. Eddigi kísérleteinkből egyelőre csak azt állapíthatjuk meg, hogy a radioaktiv calcium a galvanostasis hatására jelentős mértékben megszaporodik a törés területén.

A calcium elektrostasis hatására a vérből eltűnő és helyileg fokozottan beépülő ^{35}S valószínűsíti, hogy az eljárás a csontosodást megelőző folyamatokat is gyorsítja. Ismeretes, hogy az anorganikus kén csaknem kizárólag a savanyú mucopolysaccharidákba épül be, és így annak beépülési mértéke a savanyú polysaccharidák anyagcseréjének függvénye.

Mindezekhez hozzájárulhat a galvánáram feltételezett, előnyös értágító, keringést és permeabilitást fokozó hatása.

Összefoglalás. A szerzők állatkísérletekben vizsgálták a galvanostasis hatását a calcium-anyagcserére. A mesterségesen törött végtagok csontjai calcium-elektrostasis kezelés hatására nagyobb mértékben vesznek fel calcium izotópot, mint a kezeletlen törvégek. Az elektrostasis kezeléssel egyidőben intravénásan adott anorganikus calciumchlorid, valamint az intraperitoneálisan adott anorganikus nátriumsulphat a vérből gyorsabban tűnik el a kezelés hatására, mint anélkül. Autoradiographiás vizsgálatok amellett szólnak, hogy a fenti kezelés hatására a calcium- és kénizotóp a csontok törvégeiben nagyobb mennyiségben halmozódik fel.

IRODALOM: 1. *Riesz E.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 886. — 2. *Riesz E.:* Int. Rundschau f. Physikalische Med. 1957, *10*, 4, 139. — 3. *Rapkin, E.:* Int. J. Appl. Rad. Isotopes. 1964, *15*, 69. — 4. *Hayes, F. H., Rogers, B. S., Langham, W. H.:* Nucleonics. 1956, *14*, 48. — 5. *Funt, B. L.:* Nucleonics. 1956, *14*, 83. — 6. *White, C. G., Helf, S.:* Nucleonics. 1956, *14*, 46. — 7. *Ott, D. G., Richmond, C. R., Trujillo, T. T., Foreman, H.:* Nucleonics. 1959 *17*, 106. — 8. *Langham, W. H.:* in Liquid Scintillation Counting (Bell, C. G. Jr. and Newton, Hayes, F.) Pergamon Press, 1948, 141. — 9. *Carr, T. E. F., Parsons B. J.:* Int. J. Appl. Rad. Isotopes. 1962, *13*, 57. — 10 *Lutwak, L.:* Anal. Chem. 1959, *31*, 340. — 11. *Flynn K. F., Glendenin, L. E.:* Phys. Rev. 1959, *116*, 744. — 12. *Sarnat, M., Jeffay, H.:* Anal. Chem. 1962, *34*, 643

ONKOLÓGIA

Országos Onkológiai Intézet, Nőgyógyászati Osztály (osztályvezető főorvos : Lehoczky Győző dr.)

Az ovarium tumorok onkológiai jelentősége

Töttössy Béla dr.

Az ovarium tumorai különleges helyet foglalnak el az onkogynaecologiában. Nincs még egy szerv, amely oly sokféle daganattypust tudna produkálni, mint az ovarium, melyben a daganatok széles variatiói találhatók, a benignustól a pseudomalignuson keresztül a malignusig. Ugyanazon ovariumtumoron belül is gyakran találjuk a tumorok több fajtáját. Előfordul, hogy egyidőben jelentkező kétoldali ovariumtumor szövettani képe is különböző (1, 2, 6, 13, 14).

Az ovariumtumorok tartogatják a nőgyógyász onkológus számára a legtöbb meglepetést, mind diagnosztikai, mind prognosztikai szempontból. Gyakran nagy az eltérés a *szövettani* és a *klinikai, biologiai* malignitás között. Ezért kerül a klinikus sokszor oly nehéz helyzetbe az onko-therapiás terv felállításánál. A kórlefolyás gyakran felborítja e tervet, például mikor a szövettanilag benignus tumor klinikailag malignusan viselkedik.

Az irodalomban (2, 5, 14, 16) a gynaecologusok és pathologusok a legkülönbözőbb beosztásokkal igyekeznek rendet teremteni az ovariumtumor területén. Talán legkifejezőbben *Novák* (9) írja: „A petefészekdaganatok még beosztásukban is sötét pontot jelentenek a nőgyógyászok, a kórboncnokok számára".

Kermauer (9) szerint: „Az ovarium folytonos forrásban levő boszorkánykatlan, melyben állandó veszedelem rejlik minden nő számára, arra, hogy megégesse önmagát". Kétségtelen, hogy a potentialisan malignisatióra való hajlamban döntő szerepe van, hogy a petefészkek egy életen át igen aktív biologiai funkciót teljesítenek.

Ha figyelembe vesszük, hogy az összes nőgyógyászati tumorok között az ovariumtumoroknak a legszegényebb a tünettana, a korai kórmegállapítás lehetősége viszont igen rossz, érthető, hogy a therapiás kérdések nem tekinthetők megoldottnak. Az ovariumtumorok egyre fokozódó gyakorisága mellett onkologiai jelentőségük rendkívül nagy (5, 6, 7, 21).

E referátumnak célja, hogy az ovariumtumorokra vonatkozó hatalmas ismeretanyagból néhány kérdést kiragadva rámutasson e tumorfajta klinikai jellegzetességére és onkologiai jelentőségére.

Nagyobb számú kóreset statisztikai feldolgozásával kívánja bemutatni a kórelőzmény, diagnosztika és a klinikai betegellátás néhány érdekes szempontját.

Vizsgálat tárgyává teszi az Országos Onkologiai Intézet Nőgyógyászati Osztályának 1953 januártól 1963 januárig terjedő 10 éves ovariumtumoros beteganyagát. Nem eredménystatisztikát kíván adni, csupán az előbb említett szempontok tárgyalása a célja.

E 10 év alatt osztályunkon 297 beteget vettünk kezelésbe ovariumtumor miatt. Nem soroltuk ide a *máshol* operált és intézetünkbe csak utókezelésre irányított beteganyagot. E beteganyagnál ugyanis nem volt lehetséges minden esetben a műtét előtti status tisztázása (1. táblázat).

A 297 beteg közül 123 (41,5%) benignus, 174 (58,5%) malignus tumor miatt állott kezelés alatt.

Az első figyelemre méltó adatot az átlagos *életkor* vizsgálata adja. Kitűnik a különbség a jó- és rosszindulatú tumoros betegek *átlagos életkora* között. Nem vitatható, hogy a jóindulatú tumoroknál jelentkező 42,5 év átlagos életkor és a rosszindulatúaknál található 54,8 év átlagos életkor közötti különbség *significans.*

Seitz-Amreich és más szerzők (2, 5, 9, 12) képviselik azon álláspontot, hogy a petefészek rosszindulatú daganatainak egyedül biztos *praecarcinomái* a jóindulatú daganatok. A benignus és malignus tumoros betegek között jelentkező 12,3 év átlagos életkor-különbséget vizsgálva valószínű, hogy a jóindulatú daganatok közül nagy százalék malignizálódott volna, ha átlag 12,3 évvel előbb nem kerülnek műtétre jóindulatú daganatukkal. E felfogást még jobban alátámasztja az a tény, hogy a histologiailag benignus, de klinikailag recidiváló készségük miatt malignusan viselkedő 15 pseudomucin cystomás esetünket a jóindulatú tumorok közé soroltuk. Mint érdekes megállapítást megemlítem, hogy *Schmidt* (9) vetette fel először 1929-ben a rákos kor „megélésének" gondolatát. Véleménye szerint minden ember megbetegednék rákban, ha megérné saját rákos korát.

1. táblázat Az Országos Onkológiai Intézet Nőgyógyászati Osztályán 1953. I-től 1963. I-ig kezelt ovariumtumorok

	Szám	Átlagos életkor	Nem szült	Sterilitás	Adnex gyulladás	Ascites	Előző nőgyógy. operatio	Előző operational benthagyott ov.	Masthopathia	Mamma carcinoma
Összes	297	49,7	123	92	115	72	93	53	152	62
	100%		41,5%	31,0%	38,7%		31,3%	17,8%	51,3%	20,4%
Benignus	123	42,5	38	20	55			38	62	41
	41,5%		30,4%	16,3%	44,7%			30,9%	50,5%	33,4%
Malignus	174	54,8	85	72	60	72		15	90	21
	58,5%		48,8%	41,7%	35,0%	41,7%		8,75%	52,3%	12,2%

Anyagunkban kiemelkedő — onkologiai szempontból — a *nem szült, illetve a steril betegek aránya* (1. táblázat). A 297 tumoros beteg 41,5%-a nem szült. Ebből a jóindulatú tumorok az összes jóindulatú tumor 30,4%-át, a rosszindulatúak pedig az összes rosszindulatú tumor 48,8%-át képezik. A sterilitás arányát vizsgálva megállapítottuk, hogy a 297 beteg 31%-át teszi ki. A fenti bontásban a benignus tumoros betegek 16,3%-a, a malignus tumoros betegek 41,7%-a volt steril. Figyelembe véve, hogy az anamnesisben és a felvételi statusban adnex gyulladást a 297 beteg 38,7%-ában találtunk, akkor — anélkül, hogy messzemenő következtetéseket kívánnánk levonni —, a következő megállapítást tehetjük: bár az adnex gyulladásnak, illetve a fiatalkor tbc-s gyulladás miatt fennálló sterilitásnak nincs bizonyítható szerepe az ovariumtumor aetiologiájában, azonban ezen klinikai megfigyeléseket hiba lenne figyelmen kívül hagyni, ha szem előtt tartjuk, hogy az anamnesis felvételénél leggyakrabban elsikkad — hiszen a beteg nem tud róla — a fiatalkori „némán lezajlott" tbc-s adnexitisek nem csekély százaléka, melyeknek a későbbi sterilitás kialakulásában fontos szerepük van, akkor ez a százalék még magasabb (3, 5).

Kiemeltük beteganyagunkból a megelőzően nőgyógyászati csonkoló műtéteken keresztülment azon eseteket, amelyekben az ovariumokat — különböző meggondolások alapján — *konzerválták*, és a betegek később jó- vagy rosszindulatú ovariumtumorral kerültek felvételre. 297 betegnél 17,8%-ban találtunk ilyen elváltozást. A 123 jóindulatú tumorból 30,9%, a 174 rosszindulatú daganatból 8,75% volt olyan beteg, kinél az előzőekben nőgyógyászati műtétet végeztek. Véleményem szerint hibás elgondolás — életkortól függetlenül — bármilyen gynaecologiai műtétnél, a macroscoposan kóros elváltozást mutató ovariumok konzerválása. Azonban két csoportot külön kell kiemelni, hol vitathatatlanul helytelen az ovariumok konzerválása.

1. Praeclimaxos és climaxos korban végzett nőgyógyászati műtéteknél.

2. A collum- és corpuscarcinomák, valamint az egyoldali ovariumokból kiinduló malignus tumoroknál végzett műtéteknél benthagyott ovariumok esetében.

Úgy vélem, hogy az első csoportban az ovariumok eltávolítása szükséges, mivel az idősebb korban az uterustól megfosztott petefészkek hormonális működése amúgy sem számottevő. Eseteink közül egy 42 éves betegnél myoma miatt végeztek total-exstirpatiót, az adnexák benthagyása mellett. Nyolc év múlva — 50 éves korában — került felvételre a beteg. Az elvégzett laparotomiánál a bal oldali ovariumból kiinduló, malignizálódott granulosasejt-tumort találtunk.

A collum-, corpus-, egyoldali ovariumcarcinoma miatt végzett műtéteknél — kortól függetlenül — okvetlenül szükségesnek tartjuk mindkétoldali ovarium eltávolítását. Érthetetlen ilyenkor a petefészkek konzerválása, ugyanis a postoperatív besugárzás az ovarium functióit megszünteti. Egyik betegünknél carcinoma colli uteri miatt 42 éves korban vaginalis total exstirpatiót végeztek. A műtétnél konzervált ovariumból 20 év múlva cysto-carcinoma ovarii keletkezett, mely még akkor is operabilis volt (8, 10, 15).

Vizsgálva betegeink *mamma statusát* az összbeteganyag 51,3%-ában találtunk kifejezett *mastopathiát*. E lelet a jó- és rosszindulatú tumoros betegeknél közel egyforma arányban található. Az ovariumtumoroknál talált nagyszámú mastopathia arra utal, hogy a jó- vagy rosszindulatú tumor mellett az ovariumműködés komoly zavara, a mamma mirigyállományának kóros proliferatiójához vezet. Külön vizsgáltuk a petefészekdaganatos beteganyagában talált *mammacarcinoma* előfordulását. A mammacarcinoma és ovariumcarcinoma együttes előfordulása azon onkologiai szempontra hívja fel a figyelmet, mely szerint a mammatumorok vizsgálásához szorosan hozzátartozik a nőgyógyászati vizsgálat. Megfordítva ezen tételt, az onkogyneacologiai kivizsgálás viszont csak a mammák rendszeres vizsgálatával mondható teljesnek. Több esetünk van, hol az ovariumtumor bizonyíthatóan hosszabb ideje megvolt a mammacarcinoma felfedezése előtt. Meggondolandó, kialakult volna-e ezen betegeknél a mammacarcinoma, ha idejében eltávolítják a hormontermelő ovariumtumort.

Az osztályunkra felvett malignus ovariumtumoros betegek igen nagy százalékánál csupán palliativ műtétet lehetett végezni. Az onkologiai éberség szempontjából rendkívül tanulságos kérdés, mi volt ezen nagy százalékú beteganyagnál az *elhanyagolódás* oka. Ezen kérdésről az Országos Onkologiai Intézet nőgyógyászati osztálya már beszámolt (17). Kétségtelen, hogy az ovariumtumorok elhanyagolódásában nagy szerepet játszanak a diagnosztikus nehézségek. Anélkül, hogy a diagnosztika problémájával foglalkoznék, megállapítható, hogy az ovariumtumor diagnosztikájában igénybe kell venni az összes vizsgáló eljárást (palpatio, röntgenvizsgálat, kolposzkopia, laparoszkopia). Bizonyos esetekben gyakrabban lehetne alkalmazni a diagnosztikus célból végzett laparotomiát is (2, 4, 9, 14, 17).

A therapia eldöntése előtt fontos a tumor operabilitásának, inoperabilitásának és ezzel összefüggésben a beteg *curabilitásának, incurabilitásának* problémája. E kérdésben nagy felelősség hárul az onkogynaecologusra. Feltétlenül éberségre van szükség a kérdés eldöntésénél. Több olyan eset fordult elő, ahol kinti osztályon a beteget inoperabilisnak, incurabilisnak minősítették. Többek között egy 57 éves betegnél — hatalmas ascitest — okozó inoperabilis ovariumtumor miatt — kinti osztályon 6000 r röntgenbesugárzást végeztek. Az elvégzett laparotomiánál jókora csecsemőfejnyi operabilis, benignus ovariumcystát találtunk. Egy másik esetben 60 éves betegnél nagymennyiségű ascitest bocsátottak le carcinoma ovarii, carcinosis peritonei diagnózis miatt. A beteget inoperabilisnak, incurabilisnak minősítették. Az átvétel után elvégzett laparotomiánál hatalmas necroticus falú, de operabilis ovariumtumort távolítottunk el, melynek szövettani képe — cystocarcinoma ovarii — volt (17).

Az inoperabilis esetek másik csoportját a *belgyógyászati contraindicatio* képezte. Az onkologiai szempontokat szem előtt tartó belgyógyász nem egy esetben a cardialis zavarokat, a hatalmas hasi tumor, ascites által fenntartott compressiónak tulajdonította és rövid előkészítés után a műtétet belgyógyászati szempontból elvégezhetőnek tartotta. Több ilyen esetről számoltunk be az 1961. évi Onkologiai Kongresszuson (17).

Ezen esetek tanulsága az, hogy az ovariumtumornál a műtéti megoldást még bizonyos kockázat vállalása árán is előnyben kell részesíteni.

Előfordult, hogy az ovariumtumor kialakulása előtt hosszabb idővel *röntgen castratiót* végeztek vérzéses panaszok miatt. Szerencsére napjainkban a nőgyógyászati vérzések röntgen castratióval való kezelése egyre ritkább. Nem valószínű, hogy egy ovarialis funkciózavar által fenntartott kóros vérzésnek megoldása lenne — a kóros funkciót fenntartó ovariumok benthagyása mellett — azok röntgenbesugárzása. Hasonló elgondolások alapján nem szerencsés megoldás a mammacarcinoma esetében a röntgen castratio sem (2. táblázat).

2. táblázat

Alkalmazott therapia

1953. I—1963. I-ig kezelt ovariumtumorok eseteiben

	Szám	Műtét		Röntgen		Paradox hormon
		a tu-ra vonatkoztatva radikalis op.	palliativ op. explor. lap. punctio	5 x 50 subtotal	fractionált massiv rtg.	
Benignus	123	123	—	—	—	—
Malignus	174	72	96	101	43	141
	100%	41,3%	55,3%	70,1%	29,9%	78,6%
		6 esetben (3,4%) semmi műtéti beavatkozás nem történt				

Eseteinknél fentiek figyelembe vételével, és a világirodalmi gyakorlatnak megfelelően a kezelés bevezetéseként a műtéti megoldást választottuk.

A rosszindulatú tumoroknál *postoperativ röntgenbesugárzást* és nagy adagú *paradoxhormon* kezelést végeztünk. Mivel ovariumcarcinoma sugárérzékenysége és sugárbiologiai helyzete kedvezőtlen, csupán általános sugárhatást kívántunk biztosítani, subtotalis besugárzás formájában, paradoxhormon kezeléssel kombinálva *(Lehoczky Gy.)*. Ezen klinikai kísérletek érdekes és jó eredményeket adtak még azon esetekben is, hol a műtét az exploratio fokánál megállt (13). Anyagunk kiértékelése folyamatban van.

Szövettani diagnózis szerinti megoszlást a 3. táblázat demonstrálja.

E közleményben néhány aetiologiai, diagnosztikai, therapiás kérdést kiragadva kívántam az ovariumtumorok különleges onkologiai jelentőségére rámutatni.

3. táblázat Histologia

Benignus		Malignus	
Cystoma serosum simplex	69	Adenocarcinoma papillare ov.	52
Cystoma papill. serosum	25	Cystocarcinoma papillare ov.	79
Dermoyd cysta	8	Carcinoma solidum	10
Fibroma ov.	4	Teratoid carcinoma	4
Struma ov.	1	Granulosa sejt tumor	6
Tbc.	1	Disgerminoma	1
Cystoma pseudomucinosum	15	Sarcoma ovari	3
		Mesothelioma	1
		Theca sejt tumor	9
		Carcinoma psammosum	1
		Histologia nem történt	8
Összesen	123	Összesen	174

Összefoglalás. A közlemény az Országos Onkologiai Intézet Nőgyógyászati Osztályának 10 éves beteganyaga kapcsán az ovariumtumor néhány klinikai és onkologiai jellegzetességére mutat rá.

1. A jó- és rosszindulatú tumorok átlagos életkor-különbsége significans, és felhívja a figyelmet a jóindulatú tumorok praeblastomás voltára.

2. Az ovariumtumoros beteganyagban nagy a sterilitás aránya.

3. Az ovarium konzerválásának kérdése helytelen praeclimaxban, climaxban és carcinoma miatt végzett műtéteknél.

4. Feltehetően nagy százalékban található mastopathia és mammacarcinoma az ovariumtumoros betegeknél.

5. Az inoperabilis és incurabilis betegek kérdésében nagy a felelőssége a gynaecologusnak.

Röviden foglalkozik a cikk a diagnosztika nehézségeivel, valamint néhány therapiás kérdéssel.

IRODALOM: 1. *Alba, A. L.* és *Merenmies, L.:* Ann. Chir. Gynaec. Fenn. 1955, *44*, 157. — 2. *Cutler, S. J., Ederer, F., Griswold, M. H.* és *Greenberg, R. A.:* J. Nat. Cancer. Inst. 1960, *24*, 541. — 3. *Davis, A. B., Latour, J. P. A., Philpott, N. W.:* Gynéc. et Obstét. 1956, *102*, 565. — 4. *Forschen, N., Koffer, N.:* Krebsarzt. 1963, *18*. — 5. *Kovács F.:* Orv. Hetil. 1930, *74*, 640. — 6. *Jánossy T., Lengyel S.:* Magy. Onk. 1965, *28*, 83. — 7. *Jánossy T.:* M. Nőorv. L. 1965, *28*, 251. — 8. *Jánossy T.:* M. Nőorv. L. 1965, *28*, 184. — 9. *Munnel, E. W., Jacox, A. V.* és *Taylor, H. C.:* Amer. J. Obstet. Gynaec. 1957, *74*, 1187. — 10. *Novák, Kermancz, Schmidt:* Seitz-Amreich, Pathologie des Weibes. 1953, V. 532. — 11. *Páldi K.:* Orvostud. Közl. 1943, *4/10*, 289. — 12. *Randall, C. L.:* Obstet. and. Gynec. 1962, *20*, 880. — 13. *Seitz-Amreich, N.:* Pathologie des Weibes. 1953, V. 532. — 14. *Sindall, R. S., Levine, B.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1956, *72*, 1025. — 15. *Stoeckel, W.:* Lehrbuch der Gynäkologie. 12. Aufl. S. Hinzel, Leipzig. 1952, 572. — 16. *Szathmáry Z.:* Orvosképzés. 1953, *25*, 221. — 17. *Takáts L., Bartsch A., Uray Gy.:* Magyar Radiologus Kongresszus. 1961. Bp. Előadáskivonat. 169. — 18. *Tóth I.:* Orvosképzés. 1930, *12*, 60. — 19. *Töttössy B.:* „25 év a rákellenes küzdelem szolgálatában". Bp. 1963. — 20. *Telium, G.:* Obstet. Gynec. scand. 1952, *31*, 292. — 21. *Zoltán I.:* Nőgyógyászat. Bp. 1955, 168. — 22. *Zoltán I.:* Magy. Onk. 1962, *6*, 48.

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNY

A syphilis korszerű szerológiája

A syphilis (sy) szerológiája az utolsó évtizedben jelentősen fejlődött. A nem szakember zavartan áll a sok különböző új reakció előtt. Az egyes laboratóriumokban alkalmazott eljárások különböznek. Nem világos az értékelés és a követendő eljárás. Ezért indokolt rövid ismertetésük.

I. A reakciók

Komplementkötési próbák. Az antigén-antitest reakció komplement-hemolizin indikátor révén tehető láthatóvá. Wassermann- vagy Kolmer-féle változatban használatosak. Régebben állati szervből kivont lipoid-antigént, újabban tisztított, kémiailag ismert összetételű cardiolipin antigént használunk. A cardiolipint ugyancsak marhaszívből nyerjük. Antigénnek lecitinnel és koleszterinnel keverten használjuk. A lipoid-antigén a savó Wassermann-ellenanyagával reagál.

A Kolmer-eljárás pontosan meghatározott mennyiségű ingrediensekkel + 4° C-on történő komplementkötés. Lényegesen érzékenyebb a melegkötésű Wa-reakciónál.

Komplementkötési antigénnek használhatunk Reiter-féle kulturális T. törzset is (RPC'FR). Hatásos a fehérjekomponense. A sy-es savó megfelelő ellenanyaga nem azonos a Wa-ellenanyaggal. A Reiter-antigénnek több típusa van. A Pallida-antigén (Promonta, Hamburg) ultrahanggal feltárt T. reiteri szuszpenziója. Érzékeny, azonban gyakran ad nem specifikus eredményt. Specifikus és érzékeny antigén a Reiter-treponema protein kivonata.

A próbák eredményét külön fejezzük ki. Komplementkötésben a pozitív 0—50%, gyengén pozitív 51—90% közötti hemolízist jelent. A beteg kezelési eredményéről az ellenanyagszint alakulása ad felvilágosítást. Ezt hígításban adjuk meg. Az ellenanyag titer az a hígítás, ahol 50% hemolízist észlelünk.

Csapadékos próbák. Az antigén-antitest között lezajló reakció közvetlenül látható. A Meinicke KR II, Citochol és Kahn-reakciók még használatosak. A cardiolipin próbákkal összehasonlítva értékük csekély. A VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) próba lemezreakció. Néhány perc múlva mikroszkóppal olvassuk le. Az antigén cardiolipin, lecitin és koleszterin megfelelő arányú keveréke.

Az RPR (Rapid Plasma Reagin test) próbában ugyancsak VDRL antigént használunk. Az antigenemulzió jégszekrényben hónapokig tartható. Frissen vett, heparinos plazmával, vagy nem inaktivált savóval is végezhető. Szűrő és gyors diagnosztikai próba. Az orvos a rendelőben, a beteg jelenlétében elvégezheti a vizsgálatot.

Csapadékos próbában a szabad szemmel látható durva csapadékot vagy a feltisztulást nevezzük pozitívnak.

Nelson-féle Treponema Pallidum Immobilizációs (TPI) teszt.

Élő patogén T. palladium (TP) szuszpenziót keverünk inaktivált savóval, ill. savóval és komplementtel. Sy-es savóban treponemocid ellenanyag, immobilizin van, ami komplement jelenlétében a TP-t elpusztítja. Az eredményt a komplement nélküli csőhöz viszonyítva százalékban fejezzük ki. Ha T-nak több mint 50%-a elpusztul, az eredmény pozitív. 21 és 50% között gyengén pozitív és 20% alatt, vagyis amikor a savónak treponemocid hatása nincs, negatív. A vizsgálat nehéz és költséges. Emiatt nálunk csak az Országos Bőr-Nemikórtani Intézet (Budapest, VIII. Mária u. 41.) végzi.

A vizsgálatra a vért sterilen, éhgyomorra kell venni. Alkoholnyomok, vagy treponemocid hatású gyógyszer (bizmut, higany, arzén, chlorocid) a savót toxikussá teheti. Ilyenkor a TP már a savó jelenlétében is elpusztul. A penicillin hasonló hatását penicillinázzal kiküszöböljük. Vért vidékről vagy fekvő betegtől vizsgálatra steril OKI tartályban küldhetünk, Budapesten járóbetegektől a Fővárosi Bőr-Nemibeteggondozó Intézet (VIII. Mária u. 41.) veszi.

Fertőzött savó ugyancsak elpusztítja a T-kat. egyes esetekben az eredményt ilyenkor is le lehet olvasni. Az ellenanyag hatására mozdulatlanná vált T-ról leoldódik egy anyag, ami methilénkékkel metakromáziás festődést ad. A festetlen és festett T-k aránya egyezik az immobilizáltakkal. Ezt a próbát toxikus, vagy fertőzött savók esetén alkalmazzuk és TPMB (Treponema pallidum methylen blue) próbának nevezzük.

Az eredmény 30—80%közötti ingadozása nem jelent változást a beteg ellenanyagszintjében. A reakció érzékenysége egyik napról a másikra változhat. A TPI végezhető kvantitatíve is. Ilyenkor az 50% immobilizáció a titer. A kezelés ellenőrzése szempontjából nincs jelentősége. Az immobilizin titer sikeres kezelés ellenére is hosszú ideig változatlan marad.

Fluoreszkáló TP ellenanyag (FTA)

Az indirekt immunfluoreszcencia alkalmazása a sy szerológiájában. Az antigén: elölt TP szuszpenzióból készült kenet. Ha vizsgálandó savó specifikus ellenanyagot tartalmaz, a TP felszínére tapad és fluoreszceinnel jelzett antihumán globulinnal a T-k megfestődnek és fluoreszcenc-mikroszkópban láthatók (pozitív), ellenkező esetben nem (negatív). Egészséges egyének savójában is lehetnek T. ellenanyagok. Ezeket a szájban, vagy genitáliákon élősködő apatogen T-k okozzák. Ezért a savo csak magasabb hígításban (FTA-200), vagy T. reiterivel való kimerítés után (FTA—ABS) vizsgálható. Mindkét próba specifikus, az első érzékenysége azonban gyengébb. Az FTA előnye, hogy szárított

vérrel, továbbá nem steril vagy toxikus savóval is végezhető.

II. A reakció együttes

Kiválasztása a megoldandó feladattól függ. Ha döntően nem sy-es egyéneket vizsgálnak (kórházak, rendelő intézetek, egyéb ok miatt végzett szűrővizsgálat) elegendő egy magasabb érzékenységű csapadékos próba. pl. VDRL. vagy RPR. Ha korai vagy késői sy gyanúja merül fel, vagy a csapadékos szűrőpróba pozitív volt, el kell végezni a csapadékos próba mellett cardiolipin és Reiter-protein antigénnel a komplementkötési próbát. Ha ezek a vizsgálatok egyértelműen pozitív eredményt adtak, a sy diagnózis bizonyítást nyert. A lipoid antigénekkel végzett próbák azonban egymagukban a sy-t nem bizonyítják. Ha az eredmény egyértelműen negatív, a sy gyanúja az egészen korai, esetleg korai szakban antibiotikum adással „decapitált", valamint régi kezelt esetek kivételével elvethető. Ha az eredmény ismételten ellentmondó (valamelyik reakció pozitív, a többi negatív) verifikációs vizsgálatot kell végeztetni. Ez a lehetőségektől függően TPI vagy FTA lehet.

A verifikáló vizsgálat (TPI vagy FTA) indokolt tehát:

a) váratlan, klinikailag alá nem támasztott, ellentmondó, lipoid-antigénekkel észlelt pozitivitás eseteiben;

b) negatív szerológiai reakciókban, késői sy klinikai tünetei mellett;

c) negatív egyéneken, akiknél bizonytalan alapon antisy-es kezelést kezdtek és a betegség fennállását utólag akarjuk bizonyítani (retrográd verifikáció).

A verifikáló vizsgálatok nem alkalmasak és költségesek a korai tünetes sy vizsgálatára, szűrővizsgálatnak és a kezelés ellenőrzésére.

III. Az eredmények értékelése

A lelet az anamnézissel, klinikai tünetekkel és az epidemiológiai adatokkal együttesen értékelendő. A laboratórium az orvos tevékenységét nem helyettesítheti.

a) *Pozitív lelet.* Minden pozitív sy szerológiai próba esetén elsősorban sy-re kell gondolni. Pozitív TPI régebbi, vagy most is fennálló fertőzést jelez. Segítségével a sy trópusi treponematosisoktól (framboesia, bejel, pinta) azonban nem különíthető el.

Nem specifikus, nem sy-es eredetű pozitivitásra elsősorban akkor gondolunk, ha a komplementkötési és csapadékos próbák eredménye nem egyértelmű. Ha a cardiolipin komplementkötési és csapadékos próbák és a Reiter-proteinnel végzett komplementkötés pozitív, a TPI végzésétől eltekinthetünk. Egyébként a TPI, ill. FTA viselkedése az irányadó.

A nem specifikus pozitivitás lehet akut, vagy krónikus. Akut pozitivitást okozhat az immunrendszer immunizálás vagy fertőző betegség okozta izgalma, a krónikus leggyakoribb oka autoimmun betegség. Sy-es anyák újszülöttei a születés után 3—6 hónapig pozitívak lehetnek. Az anya keringéséből az újszülöttébe kerülő ellenanyagok okozzák. Ha az anya a terhesség folyamán kielégítő kezelést kapott, az újszülöttet a pozitív eredmény ellenére sem kell kezelni. Hat hónap múlva azonban a gyermektől vért kell venni, hogy az ellenanyagok valóban eltűntek-e a keringésből.

b) *Negatív lelet.* Nem zárja ki a sy-t. Késői syben (tabes, késői connatalis sy) előfordulhat. Korai sy-ben a szerológiai próbák a 6. hét után kezdenek csak pozitívvá válni. Interkurrens penicillin kezelés (pl. go miatt) vagy más széles spektrumú antibiotikum adás a pozitívvá válás szakát 3—6 hónapra megnyújthatja.

A pozitivitás ún. „provokálása" kis adagú antiluetikummal idejét múlta. Ehelyett FTA vagy TPI végzése indokolt. Számolni kell azonban azzal, hogy inaktív („kiégett") késői esetekben ezek a reakciók is negatívak lehetnek. A specifikus eredetet bizonyítani lehet ilyenkor esetleg T. szuszpenzióval végzett i.c. próbával.

A sy kezelésének eredményességére az ellenanyagszint alakulásából következtethetünk. Erre a célra a lipoid antigénekkel végzett reakciók alkalmasabbak. A T. reakciók (TPI, FTA, RPCFR) csak jóval később negativálódnak. Korai sy-ben a reakciók az első év folyamán negatívvá válnak. Késői sy-ben a lipoid antigénekkel végzett próbák is csak az eseteknek mintegy 20%-ában negativálódnak, T. reakciókkal gyakorlatilag nem változnak. Ez természetesen nem jelenti a folyamat aktivitását: az ellenanyagszint ilyenkor is következetesen csökken.

Király Kálmán dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda Budapest, V., József nádor tér 1. Telefon: 180—850

Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet (igazgató: Zoltán László dr.)

A trigeminus-neuralgia gyógyítása a Gasser-dúc forróvíz-kezelése útján

Zappe Lajos dr.

A trigeminus-neuralgia (továbbiakban: t.n.) sebészi kezelése mintegy 200 éves múltra tekinthet vissza; maguknak az intracranialis beavatkozásoknak a története is közel 8 évtizedet ölel fel. E hosszú idő alatt bebizonyosodott, hogy az arcidegzsába elleni leghatásosabb beavatkozás a retroganglionaris gyökátmetszés, megbízhatósága, alacsony mortalitása s a szövődmények csekély száma folytán. Intézetünkben az extraduralis (Frazier-)műtéttel szemben a radicotomiának Horsley-től kezdeményezett, majd *Schörcher* által tökéletesített *intraduralis* változatát részesítjük előnyben, mert ez a műtéti típus a radix jobb feltárását teszi lehetővé, s mert a modern idegsebészi technika a durán belüli manipulációval járó veszélyeket a minimumra csökkentette *[Tóth—Zoltán* (12)].

A hosszú múlt s a módszerek bizonyos fokú standardizálódása ellenére távolról sem állíthatjuk, hogy a t.n. sebészi gyógyítása minden szempontból megoldott kérdés. Az idegsebésznek e téren a következő két komoly problémával kell szembenéznie:

1. Nagyon öreg, leromlott, rossz érrendszerű betegek számára a legkíméletesebben végzett intracraniális műtét is komoly megterhelést jelent; itt a százalékosan alacsony mortalitás reális, nem elhanyagolható műtéti kockázattá növekszik.

2. A súlyosabb szövődmények (anaesthesia dolorosa: továbbiakban: a.d.; keratitis neuroparalytica, továbbiakban: k.n.) a gyökér *teljes* átmetszése esetén szoktak létrejönni; részleges *(„szelektív")* radicotomia után viszont több éves távlatban elég gyakori a fájdalmi rohamok recidivája. A második vagy harmadik műtét azonban az előzetesen létrejött hegesedések miatt nehezebb, s ezért veszélyei is nagyobbak.

Kívánatos tehát egy olyan eljárás, mely nem megterhelő, ismételhető, s az esetleg később szükségessé váló radicotomia elvégzését nem nehezíti. A Gasser-dúc alkoholozása vagy elektrocoagulatiója intézetünk felfogása szerint e követelményeknek nem felel meg, mert a szövődmények aránya a legnagyobb gyakorlatú szerzőknél is magas, s a Meckel-tasakban létrejövő hegesedés általános tapasztalat (1, 7) szerint a későbbi gyökátmetszést zavarja. *Kirschner* (4) 1113 elektrocoagulatióból 8, *Stender* (11) 359 ganglion alkoholozásból 3 exitusról ad számot, ami a radicotomia átlagos mortalitásánál [(9): 0,6%; (12): 1,43%; (6): 1,3%] nem sokkal kisebb. Alkohol kezelés után *Serfling—Unger* (10) 13%, *Tönnis—Kreissel* (13) 26% k.n.-ról számol be; *Ullik* (15) sorozatában 9% maradandó látásdefectus lött létre, *Ramb* (8) betegeinek 14%-a megvakult. *Kubányi* (5) 620 elektrocoagulatiója után exitus 4 esetben következett be; az utánvizsgált 490 beteg közül 57-nek (11,6%) volt k.n.-ja, s ebből 10 eset vagy teljes megvakulással, vagy súlyos corneaheggel gyógyult.

1957-ben *Jaeger* (2, 3) amerikai szerző új eljárást ismertetett, melynek lényege az, hogy a Gasser-dúcot, illetve a gyökeret forró vízzel roncsolja. Elvileg a módszer előnye abban áll, hogy a beadott víz csupán a magával vitt hő útján, közvetlenül a befecskendezés helyén hat; ha nem megfelelő helyre kerül, a liquortérben felhigulva károsító hatását azonnal elveszti — ellentétben az alkohollal.

Jaeger nyomán mi is bevezettük *a forró víz kezelés („hot water" infiltratio)* módszerét, ami a kezdeti kedvező tapasztalatok után rutin eljárássá vált. 1962. VII. 1. és 1965. XII. 31. között 160 t.n.-s betegünkön végeztük el ezt a beavatkozást, s mivel közülük 4 eset kétoldali volt, ez tulajdonképpen 164 ganglionkezelést jelent.

Metodika

A behatolást *Härtel* módszere szerint végezzük. A bőr desinficiálása és novocainozása után lumbalpunctiós tűvel az I. molaris szintjében a szájzug vonala felett kb. ½ cm-rel szúrunk be, oly módon, hogy a tű hegye frontalis síkban a pupilla, sagittalis síkban a járomív felezőpontja felé irányuljon. Magunkat szigorúan az így nyert irányvonalhoz tartva, rendszerint 5—6 cm mélységben a planum infratemporaléra jutunk, ahol általában a tű hegyével óvatosan medial-, és hátrafelé tapogatva találjuk meg a foramen ovalét, szerencsés esetben azonban egyenesen belejutunk. A célpontul szolgáló koponyaalapi lyuk elérését a rágóizmok rángása, éber betegen heves, az arcba kisugárzó fájdalom, továbbá a gyakorlott kéz számára jól ismert „tapintási" lelet megbízhatóan jelzi. Ha a Meckel-tasak külső duralemezét átszúrjuk, a mandrin kihúzása után liquorszivárgás jelentkezik; a belső lemezen való áthatolás s a subarachnoidealis térbe való bejutás esetén pedig a liquor szaporán csöpög. Első 25 esetünkben a tű helyzetéről 2 irányú (oldal és koponyaalapi) rtg-felvétel útján győződtünk meg; később rtg-ellenőrzést csak akkor alkalmaztunk, ha a behatolás megfelelő voltával kapcsolatban kétely merült fel. Erre az utolsó 54 eset közül csak 4-ben került sor, a beavatkozást mégis mindenkor rtg-asztalon, *2 irányú felvétel készítésére alkalmas készülék jelenlétében végezzük.*

A hőhatást ampullázott, steril, fiziológiás NaCl vagy aqua dest. befecskendezése útján érjük el. A forralás fedővel ellátott, előre sterilizált, zománcos edényben, villanyfőzőn történik. Először a forrásban levő oldat néhány ml-ével a fecskendőt melegítjük át, majd a második s további adagokkal történik a tulajdonképpeni hőkezelés. Nem szükségtelen hangsúlyozni, hogy beavatkozásainkat az említetteken kívül is a *műtői sterilitás* követelményeinek szigorú betartása (maszk, gumikesztyű használata) mellett végezzük.

Ami magának az égetésnek a technikáját illeti, külön kell tárgyalnunk az első két év 108, s külön az utolsó másfél év 56 esetét.

Kezdetben ugyanis a trigeminus érzőfunkciójának minél teljesebb felfüggesztésére, azaz lehetőleg komplett anaesthesia elérésére törekedtünk. Ezért

a ganglion mögötti konvergáló radixrészletnek — a plexus triangularisnak — a roncsolását szorgalmaztuk: a tűvel a foramen ovalétól 10—15 mm-rel beljebb *(l. ábra)* hatoltunk, s a biztos hatás kedvéért viszonylag nagy adagokat (2—3-szor 1—1½ ml) alkalmaztunk. Mivel a beavatkozást intravénás barbiturátnarkózisban végeztük, az effektus ellenőrzésére csak a cornea reflex megfigyelése, továbbá az arcon a trigeminus megszakítását követő átmeneti kipirulás nyújtott lehetőséget — s ez ugyancsak az ideg teljes kiiktatására ösztönzött.

Kitűnt azonban, hogy teljes anaesthesia esetén k.n. és a.d. kialakulása a forró vízzel kezelt betegeken sem ritka — noha lényegesen kevésbé gyakori, mint a ganglion alkoholozása után. Komoly, de ehelyütt nem részletezhető okaink vannak annak feltételezésére, hogy a *k.n. létrejöttében a cornea-anaesthesia mellett a könnyelválasztás csökkenésének* is szerepe van. A könnymirigy sectoros idege, a nervus petrosus superficialis maior, ugyanis a Gasser-dúc alatt fut el, kevésbé kíméletes eljárások során könnyen sérül, ami a mirigyműködés tartós csökkenéséhez, a szaruhártya kiszáradásához vezet. Ami pedig az a.d.-t illeti, valószínű, hogy itt az arcon, tehát a tudat szempontjából igen hangsúlyos helyen létrejövő érzéskiesés kóros psychés feldolgozásáról van szó. Ezért eredményeink javítása céljából módszerünket a következőkben módosítottuk:

1. Elhagytuk a narkózist, s a beavatkozást vagy helyi érzéstelenítésben, vagy — kevésbé fegyelmezett betegen thalamonallal előidézett szendergő állapotban végezzük. Ez többnyire lehetővé teszi az érzészavar kialakulásának „menetközben" történő kontrollját, s a kívánt fokon való megállást.

2. Kizárólag 3. ági neuralgia esetén nem hatolunk a foramen ovalénál mélyebbre s a nervus mandibularis izolált kiiktatását igyekszünk elérni.

3. Ott, ahol a 2. ág blokádja is kívánatos, a szokottnál valamivel lateralisabban szúrunk be, s a tűt a foramen ovale elérése után még 2—3 mm-rel előre toljuk. Ez azt célozza, hogy a tűhegy medialisabbra kerüljön, s a beadott folyadék a m. maxillarisnak megfelelő portiót is elérje (l. ábra).

4. Kis adagokat (fél-fél ml) adunk állandó érzéskontroll mellett.

5. Megszorítottuk az indicatiót is: olyan esetekben, ahol a rohamok lefolyása az 1. ág kifejezett részvételét mutatja, inkább radicotomiát végzünk; ezeken a betegeken forróvíz kezelésre csak akkor kerül sor, ha a belgyógyászati állapot a gyökátmetszés elvégzését kontraindikálja. Ilyenkor a dúcba, illetőleg a radixba szúrunk, de kis adagok adásával igyekszünk a n. petrosus superficialis maior károsodását elkerülni.

A beavatkozás jelenlegi módszerünkkel (és a most rendelkezésre álló gyakorlat birtokában) 10—15 percet vesz igénybe; nem megterhelő; szükség esetén többször ismételhető.

A második sorozatba tartozó 56 esetünk nagyobb részében tehát nem a szó szoros értelmében vett *ganglion*kezelésről van szó, hiszen elsősorban a dúcból kilépő fő ágak eredési részletét támadjuk.

1. táblázat
Életkor: átlag 59,8 év

Év	Régi módszer (1962. VII. 1— 1964. VI. 30.)	Új módszer (1964. VII. 1— 1965. XII. 31.)	Összesen
20—30	4	1	5
31—40	2	5	7
41—50	17	5	22
51—60	28	16	44
61—70	39	13	52
71—80	15	14	29
81—	1	∅	1
	106	54	160

2. táblázat
Oldaliság és nemi megoszlás

	Férfiak	Nők	Összesen
J	46	44	90
B	26	40	66
J és B	1	3	4
Összesen	73	87	160

3. táblázat
A V. ágak részvétele a neuralgiás rohamokban

V/1	38
V/2	108
V/3	118

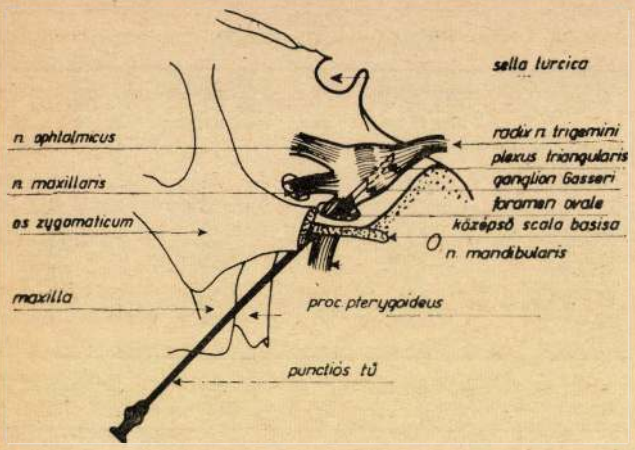
(Az összeg az esetek számát természetszerűen meghaladja; a neuralgiás panaszok ugyanis többnyire nem egy, hanem több ág területére terjednek ki.)

Alább ismertetésre kerülő jó tapasztalataink azt mutatják, hogy az elméleti megfontolások figyelembe vételével kialakított módosítások célravezetőek voltak, s a kezdetben felmerült problémák nagy részét sikerült kiküszöbölni.

Eredmények

Mielőtt eredményeink részletes tárgyalására térnénk, a beteganyagunk összetételére vonatkozó néhány főbb adatot táblázatokon (1., 2., 3. táblázat) ismertetjük.

Elöljáróban meg kell jegyeznünk, hogy 160 betegünk kivétel nélkül típusos, a „tic douloureux" összes klinikai ismérvével rendelkező trigeminus neuralgia eset volt; olyan esetek, melyekben a konzervatív és perifériás sebészi kezelés hatástalannak bizonyult, vagy ahol az utóbbival való kísérletezés a trigger-zóna és a fájdalom kiterjedése folytán eleve értelmetlennek látszott. A beavatkozást néhány atípusos arcfájdalom és egy tumoros eredetű fájdalom esetén is elvégeztük; jelen



Félig sémás rajz a ganglion kezelés anatómiai viszonyairól.

munka kereteibe azonban az e téren szerzett tapasztalatok ismertetése nem fér bele.

Érdekes, hogy a nők túlsúlya s a nők csoportján belül a j. o. dominantiája nem érvényesül az

4. táblázat

	Régi módszer	Új módszer	Összesen
I. Rohammentessé vált	102	54	156 (95,2%)
A) *Tartós szövődmény nélkül*	92	54	146 (89%)
Tartós szövődménnyel	10	∅	10 (6,2%)
a) súlyos a. d.	4	∅	4
b) súlyos k. n.	5	∅	5
c) a. d. és k. n. együtt	1	∅	1
B) *Recidiva* (6—36 hó után)	19	∅	19 (11,6%)
a) perif. beavatk.-ra gyógyult	5	∅	5
b) ismétlésre gyógy.	6	∅	6
c) radicotomiára gyógyult	8	∅	8
II. Eredménytelenség (azonnal más műtét vált szükségessé)	6	2	8 (4,8%)
Teljes panaszmentesség (recidiva és tartós szövődmény nélkül rohammentes)	73 (69,6%)	54 (96,4%)	127 (77,4%)

általánosnak tartott mértékben. Az is feltűnő, hogy az 1. ág részvétele a rohamokban egyáltalán nem ritka — ellentétben a közhiedelemmel.

Mint említettük, 160 betegünkön a kétoldaliság miatt 164 ganglionkezelést végeztünk. A valóságban azonban ennél valamivel nagyobb számú beavatkozásról van szó. Jó néhány esetben ugyanis az eredménytelen „első ülés" után 2—3 nappal végzett ismétlés hozta meg a várt eredményt. Ezeket az eseteket egy beavatkozásnak vettük; külön-külön való feltüntetésük ugyanis az eredménytelenségek számában indokolatlan növekedést, a szövődmények arányában pedig jogosulatlan csökkenést idézett volna elő. Ugyancsak a reális megítélést, a „kozmetikázás" elkerülését szolgálja az, hogy 4. táblázatunkon a rohamok megszüntetésében elért eredményeket a főbb szövődményekkel összefüggésben ismertetjük. Nem tekintjük ugyanis teljesen gyógyultnak azt a beteget, akinek neuralgiás paroxysmusai megszűntek ugyan, de fél szemén látása nagymértékben romlott, vagy anaesthesia dolorosája miatt állandó panaszai vannak — noha közülük nem egy ezt az állapotot még mindig sokkal jobbnak mondja a rohamok kínjaihoz képest. Az ilyen eseteket, továbbá azokat, melyekben hosszú (6—36 havi) panaszmentesség után a ganglionkezelés ismétlését vagy más sebészi beavatkozást igénylő recidiva jelentkezett, *részleges gyógyeredményként* fogjuk fel. Ezek beavatkozásaink számának 17,8%-át, a sikertelen ganglionkezelések pedig 4,8%-át teszik ki. Egyértelműen *jó eredményről* csak azokban az esetekben beszélünk, ahol tartós rohammentesség állott elő, jelentéktelen paraesthesiáktól eltekintve kellemetlen érzőköri szenzáció nincs, sem recidiva, sem maradandó károsodás nem jött létre. Ilyen szigorú kritériumok mellett *minden szempontból eredményesnek 127 beavatkozás minősíthető*, ami összanyagunkra vonatkoztatva 77,4 százalékot jelent. (4. táblázat).

A „régi" és az „új" módszer közti különbséget jól érzékelteti, hogy teljes féloldali érző trigeminuskiesés az első sorozat 108 esete közül 40-ben, a második sorozat 56 esete közül csak 6-ban jött létre, pedig a maradandó szövődmények (k.n., a.d.) jóformán kizárólag ezekből kerülnek ki. A beavatkozás legtöbbször az azonos oldali rágóizmok enyhe paresisét idézi elő; ez azonban — mint erre *Jaeger* is rámutat — 3—4 hónap alatt visszafejlődik. Ennek köszönhető, hogy *bilateralis neuralgiában* szenvedő betegeinket is sikerrel tudtuk kezelni — a beszéd és a rágás mechanizmusának észrevehető károsodása nélkül.

Eredménytelenség vagy késői recidiva miatt 15 betegünkön került sor gyökátmetszés végzésére; egyetlen esetben sem tapasztaltuk, hogy az előrement ganglionkezelés hegesedést vagy a Meckeltasak képleteinek feltárását megnehezítő más elváltozást idézett volna elő.

A teljesség kedvéért 5. táblázatunkon a létrejött összes szövődmények jegyzékét adjuk közre; ez a múló, jelentéktelen komplikációkat is tartalmazza.

Adatainkat 5—45 hónap utánkövetési idő alatt, rendszeres ellenőrző vizsgálatok során nyertük; belőlük kitűnik, hogy az elvégzett 164 beavatkozás közül 127 (77,4%) tartós, recidivamentes fájdalommentességet hozott anélkül, hogy ezért a betegnek valamilyen maradandó károsodással kellett volna fizetnie. *Mortalitás nem volt,* agyi laesio soha nem jött létre s rágóizom-sorvadás, VII. paresis — ezek a radicotomia eredményét nemegyszer lerontó, rútító elváltozások — nem fordultak elő.

Eredményeink értékelésénél azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy *betegeink 51%-a 60 évnél idősebb* volt, 19% a 70-en felüli korcsoportba tartozott, 3 viszonylag fiatal betegünk sclerosis multiplexben, 1 pedig radicotomiát eleve lehetetlenné tevő koponyacsont-elváltozásban (Paget-kór) szenvedett.

Ez természetesen nem jelenti azt, hogy az a.d. és k.n. formájában jelentkező, összesen 6,2% maradandó károsodást bagatellizálni akarnók. Optimizmussal tölt el az a tény, hogy a *javított módszerrel* végzett 56 beavatkozás során *komolyabb szövődmény egyetlen esetben sem jelentkezett.*

5. táblázat

Szövődmények	Régi módszer	Új módszer	Összesen
Paraesthesia	11	2	13
ebből a. d.	5	∅	5
Keratitis			
enyhe	11	1	12
súlyos	6	∅	6
Agyideg-paresis ..... (néhány hónap alatt gyógyult)	4	∅	4
Meningitis (1—2 hét alatt gyógyult)	2	∅	2
Trophicus fekély az orron	2	∅	2

A jövő perspektívái szempontjából megemlítjük, hogy legutóbbi 61 (a jelen feldolgozásban nem szereplő) esetünkben a forróvíz kezelést *képerősítő + televízió* felhasználásával, tehát mintegy a *szem ellenőrzése mellett* végeztük. Ez a célzás biztonságát a rtg-felvétel útján történő kontrollnál jóval nagyobb mértékben fokozta, anélkül, hogy a beavatkozás időtartamát növelte volna; reméljük, hogy ilyen módon az eredménytelenségek száma még tovább csökkenthető lesz.

1964. VII. 1. és 1965. XII. 31. között intézetünkben t.n. miatt az 56 ganglionkezelésen kívül 22 radicotomiát is végeztünk. Egy esetben a gyökátmetszésre eredménytelen forróvíz kezelés után került sor, egy esetben pedig a ganglion injectio volt hivatva a radicotomia nem kielégítő hatását megjavítani. 74 betegen tehát *78 centrális támadáspontú beavatkozás történt — mortalitás vagy bármilyen súlyosabb komplikáció nélkül;* s a 74 közül 70 (94,5%) beteget vagy teljesen gyógyultan, vagy csak minimális panaszokkal (paraesthesiák) tudtunk hazabocsátani.

Ez azt mutatja, hogy a t.n. sebészi gyógyításának bevezetőben említett két komoly problémáját, ha még nem is sikerült teljesen megoldani, de ezt a megoldást a Gasser-dúc kezelés és a radicotomia jól kidolgozott indicatiók alapján történő párhuzamos alkalmazása révén jelentősen megközelítettük. Eljárásunk ismertetéséből, eredményeink és nehézségeink tárgyilagos feltárásából remélhetőleg az is kiviláglott, hogy a ganglionkezelés *alkalmilag nem végezhető;* csak olyan intézménybe való, ahol a radiológiai kontroll lehetősége s a steril körülmények biztosítva vannak, s a pontos anatómiai ismeret és nem utolsósorban a gyakorlott kéz rendelkezésre áll.

Összefoglalás. Szerző a közlemény bevezetőjében az irodalmi adatokra támaszkodva a trigeminus neuralgia sebészi kezelésének néhány alapvető problémáját ismerteti. Megállapítja, hogy a Gasser-dúc *Jaeger* által kezdeményezett forróvízkezelése az alkoholinfiltratiónál és az electrocoagulatiónál veszélytelenebbnek látszik, ezért az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetben ez került bevezetésre. A továbbiakban szerző az O.I.T.I.-ben kidolgozott methodikát és 164 esetének eredményeit ismerteti. A részletes feldolgozásból kiderül, hogy a módszer a trigeminus neuralgiás rohamok megszüntetésére jól bevált; a kezdetben jelentkezett szövődmények túlnyomó részét a módszer finomítása útján ki lehetett küszöbölni. Az összesített anyagban a tartós, recidiva- és szövődménymentes gyógyulások aránya 77,4%; az utolsó 56 forróvíz-infiltratióból viszont 54 volt sikeres, minden érdemleges szövődmény nélkül. Lényeges a végzendő beavatkozásnak a neuralgia típusa és a beteg általános állapota szerint történő gondos megválogatása; 1964. VII. 1. és 1965. XII. 31-e között ganglionkezelés és radicotomia megfelelő indicatiók alapján történő párhuzamos alkalmazásával az O.I.T.I.-ben 94,5%-os gyógyulást értek el, mortalitás vagy bármilyen komolyabb szövődmény nélkül.

IRODALOM: 1. *Felix, W.:* Zbl. Chir. 1953, *78,* 1163. — 2. *Jaeger, R.:* AMA. Arch. Neurol. 1957, *77,* 1—7. — 3. *Jaeger, R.:* J. Neurosurg. 1959, *16,* 656—663. — 4. *Kirschner, M.:* Münch. Med. Wschr. 1942, *89,* 263—269. — 5. *Kubányi E.:* Trigeminus neuralgia. Urban u. Schwarzenberg. Wien. 1956. — 6. *Peet, M. M.—Schneider, R. C.:* J. Neurosurg. 1952, *9,* 367. — 7. *Peiper, H.:* Arch. klin. Chir. 1926, *143,* 384. — 8. *Ramb, H.:* Dtsch. med. Wschr. 1949, *26,* 826. — 9. *Ruge, D.—Brochner, R. —Davis, L.:* J. Neurosurg. 1958, *15,* 528—536. — 10. *Serfling, H. J.—Unger, R.:* Brun's Beitr. z. klin. Chir. 1959, *199,* 421—429. — 11. *Stender, A.:* Exc. Med. Int. Congr. Series. No. 36. E 22. — 12. *Tóth Sz.—Zoltán L.:* Ideggyógy. Szle. 1962, *15,* 124—128. — 13. *Tönnis, W.— Kreissel, H.:* Zbl. Chir. 1950, *75,* 873. — 14. *Tönnis, W. —Kreissel, H.:* Dtsch. med. Wschr. 1951, *76,* 1202. — 15. *Ullik, R.:* Wiener Med. Wschr. 1958, *108,* 933—937.

KÖZÉRDEKŰ KÉRDÉSEK

Egy év után

Gömöri Pál dr, a MOTESZ elnöke.

1966. április 26-án tartotta a MOTESZ alakuló küldött közgyűlését. Az előzmények jól ismertek: orvosaink körében már régóta közkívánság volt, hogy a felszabadulás utáni időkben rendkívül jelentős munkát végző szakcsoportjaink a tudományos életben a nemzetközileg is szokásos társasági, egyesületi formát vegyék fel. A Magyar Tudományos Akadémia kezdettől fogva ezt a formát tartotta meg, s az Orvosi Osztályhoz tartozó társaságok, mint például a felszabadulás előtt is működő Élettani Társaság, a később megalapított Korányi Sándor, a Mikrobiológiai és a Farmakológiai Társaság is a társasági formában művelte a tudományt. A szakcsoportok maguk is azt a kívánságukat fejezték ki, hogy társaságokká alakuljanak át, és az akadémiai társaságokkal együtt kifejezték azon kívánságukat is, hogy az orvostudományi társaságok alkossanak szövetséget. Így jött létre immár egy évvel ezelőtt a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége. Az esemény jelentőségét legjobban *Szabó Zoltán dr.* egészségügyi miniszter fejezte ki, aki az alakuló küldött közgyűlésen megnyitó beszédében az alábbiakat mondta: *„Jelentős ez a mai nap és ez az első közgyűlés, hiszen az orvostudomány és az orvostudományt képviselő tudományos szervek szervezeti kereteiben, életében és munkájában vele nem kis jelentőségű változás, átrendezés indul meg."*

Egy év nem jelent jubileumot, de alkalmas arra, hogy elgondolkozzunk azon, hogy mi történt az eltelt idő alatt s mik a megoldandó feladataink, problémáink.

A MOTESZ alakuló közgyűlése után az elnökség legsürgősebb feladata csak az lehetett, hogy a megalakult társaságok, de facto megkezdjék működésüket, legyenek tagjaik, legyen vezetőségük, tisztikaruk és dolgozzák ki alapszabályaikat. Az elgondolás szerint 1966 végéig lehetett és az elnökség határozata szerint eddig kellett is a társaságoknak megalakulni. Ugyancsak 1966 végéig kellett megalakítani a javasolt új társaságokat. Ez annál is inkább szükséges volt, hiszen már a szakcsoporti időben is több olyan szakcsoportszekció működött, amely joggal kívánta már az önállóságot. Ezenkívül az ismert specializálódási tendenciák következtében újabb disciplinák is jelentkeztek, amelyek szintén társaságok formájában kívántak működni. A terv 1966 végéig valóban megvalósításra került. Társaságaink száma a régiekkel és az újakkal együtt ma 46, amelyből egy gyógyszerészeti társaság. *Taglétszámunk* kedvezően alakult és jelenleg *10 300 egyéni* tagja van a MOTESZ-nek, amiből kereken 2000 gyógyszerész, a többi orvos. Meg kell jegyeznem, hogy a tagok egy része nemcsak egy, hanem egyszerre több társaságnak is tagja.

A valódi operatív munka természetesen csak 1967-ben kezdődhetett meg, amikor a MOTESZ-nek már működő társasági és a társaságokon belül aktív tagsága is volt. Így tehát a MOTESZ végleges kialakításának az 1967-es évben kell megtörténnie. Tény, hogy a formálódás, a kialakulás már most is nagyon sok tekintetben megindult és nem kétséges, hogy a MOTESZ komoly eredményeket ért el eddig is.

A taglétszám kedvező alakulása magában véve is komoly sikernek mondható és mutatja, hogy a MOTESZ megalakítása az orvosok és gyógyszerészek messzemenő többségének véleményével és elhatározásával megegyezik. De a jövő munkáját illetően feltétlenül felmerül az a kérdés, hogy vajon ezzel a taglétszámmal, amely kereken számítva orvosaink és gyógyszerészeink felét jelenti, meg lehetünk-e elégedve. Véleményem szerint nem. A kívánság mindenképpen az, hogy *orvosaink és gyógyszerészeink valamennyien a MOTESZ valamelyik társaságának aktív tagjai legyenek.* Nem kétséges, hogy minél nagyobb a MOTESZ egyes társaságain belül a tagok száma, annál nagyobb súllyal fog bírni az illető társaság, de maga a MOTESZ, a társaságok szövetsége is.

De kérdés, ki melyik társaságnak legyen tagja. A válasz részben világos: minden szakorvosnak és szakorvosjelöltnek a szakmájának megfelelő társaságban van a helye. Természetesen mindazok, akiknek az érdeklődése ennél szélesebb körű, helyes, ha belépnek más olyan társaságokba is, amelyek érdeklődési körüknek megfelelnek. Ezt több orvosunk meg is tette már. Önmagától értetődő, hogy *a társaságok munkájában, ülésein, kongresszusain stb. csak azok vehetnek részt, akik a társaság tagjai.* Kérdés azonban, hogy hol van a helyük azoknak az orvosoknak, akiknek történetesen nincs szakorvosságuk és ilyet nem is kívánnak megszerezni. Itt elsősorban a *körzeti orvosokra* gondolok, akik között vannak ugyan belgyógyász szakorvosok is, de többségüknek szakképesítése ez idő szerint nincs. Nem kétséges, hogy a körzeti orvosi funkció egészségügyi ellátásunk döntő fontosságú alapja, éppen ezért a MOTESZ működése sem képzelhető el nélkülük. A körzeti orvosok problémája sok tekintetben egybeesik a belgyógyászat vajúdó problémájával is. A specializálódás ma elkerülhetetlen és szükségszerű, de az sem kétséges, hogy a specializálódással járó felaprózódás legelsősorban a belgyógyászat egészét érinti, hiszen innen válnak le elsősorban a kardiológusok, endokrinológusok, haematológusok, gastroenterológusok stb. Nem ok nélkül veti fel a Magyar Belorvosi Archívum (1967. 1. sz.) szerkesztője a Belgyógyász Társaság helyének a kérdését és biztosan igaza van, amikor a „bel-

gyógyászat" feladatává a specializálódáson kívül a szintézist, az integráció munkáját teszi. És éppen ez a gondolat vezet minket vissza a körzeti orvosok kérdéséhez. Nem kétséges, hogy a mai körzeti orvos munkája döntően belgyógyászati jellegű, szakorvossággal vagy anélkül. Nem lehet kétséges tehát, hogy *a körzeti orvosok helye a MOTESZ Belgyógyász Társaságában van, ha akarják a társaságon belül, akár külön szekció formájában.* A Belgyógyász Társaság vezetőségének a feladata — más társaságokkal együttműködve —, hogy a körzeti orvosok számára évente többször is, a speciális kérdéseket *összefoglaló,* továbbképző jellegű előadásokról gondoskodjék a fővárosban és más helyeken is. Jó példát szolgáltattak erre a múltban a szakcsoportok vidéki egyesületeinek, egyes kórházaknak tudományos ülései, amelyek éppen jó munkájukkal nem ok nélkül vonzottak az orvostudomány különböző területein is számos résztvevőt. Ezek fenntartása a MOTESZ keretén belül is feltétlenül kívánatos.

A fejlődés szempontjából további kérdés, hogy helyes-e a *társaságaink számának* növelése. Az elnökség eddig lényegében minden igénynek eleget tett és csak két esetben helyezkedett arra az álláspontra, hogy helyes bizonyos disciplinák összefogása. Alapszabályaink szerint újabb szekciók megalakítására az út mindig nyitva van, nem volna helyes azonban, hogyha a társaságokat oktalanul szaporítanánk. Nem lehet célunk, hogy a szükségszerű specializálódást gátoljuk, de a szükségtelen felaprózódást sem tarthatjuk helyesnek, eltekintve attól, hogy ez nagyon sok apró társaság létrejöttére vezetne, amelyek kérdés, hogy feladatuknak meg tudnának-e felelni. Ezért kötötte ki eleve az elnökség azt, hogy az új társaságok alapításával csak akkor foglalkozik, hogy ha legalább 30 jelentkező kívánja azt. Kívánatos azonban, hogy a megalakult kisebb létszámú társaságok tagsága minél hamarabb növekedjék, hogy ezáltal a társaság szakmai súlya és anyagi lehetősége is növekedjék.

Egy további kérdés, ami fel szokott merülni, hogy mi legyen a társaságok feladata. Világos, hogy elsősorban feladatuk a tudományos ülések, kongresszusok stb. megszervezése. Nem kétséges, hogy a tudományos élet megnyilvánulásainak helye a tudományos társaságban van. A szövetség feladata ezen a téren lényegében a *koordinálás.* Egy másik kérdés, hogy társaságaink és maga a szövetség foglalkozzék-e egyéb kérdésekkel is. Többször merült fel olyan kérdés, hogy vajon a *tudománypolitikai, szakmapolitikai* vagy *szervezési* kérdésekkel való foglalkozás lehet-e társaságainknak vagy akár az elnökségnek a feladata. Erre a válasz határozottan igen, hiszen ezt alapszabályaink is kimondják és feltétlenül kívánatos, hogy társaságaink akár a főhatóságoktól érkező kérdésekre bizonyos tudománypolitikai vagy szakmapolitikai, vagy akár szervezési kérdésekre választ adjanak, vagy ha erre komoly alapot látnak, maguk is tegyenek ilyen kezdeményező lépéseket. Tudománypolitikai működésünknek fontos elismerése, hogy az Egészségügyi Minisztérium Külügyi Bizottságában — amely lényegében a külföldi kiküldetésekre tesz javaslatot — a MOTESZ épp úgy képviselve van, mint a Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Osztálya és az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet. Ezen működési területén belül a MOTESZ már a közelmúltban tett is javaslatokat hivatalos külföldi kiküldetésekre.

Tudománypolitikai munkákkal szorosan kapcsolatban van a *nemzetközi kapcsolatok* konkrét kiépítése, ami az 1967. évi feladataink közé tartozik. Alapszabályaink értelmében feladatunk, hogy részint a baráti államoknak a MOTESZ-hez hasonló szerveivel, részint a nagy nemzetközi társaságokkal felvegyük a kapcsolatot. Ez a munka folyamatban van és ma már módunkban van nemzetközi szinten is pontosan közölni, hogy milyen társaságaink vannak, hogy evvel is elősegítsük, hogy a külföldi kapcsolatok kiépülhessenek. A nemzetközi társaságokban viselt tagságunk kérdése is a MOTESZ hatáskörébe került és a MOTESZ megkapta azt a devizakeretet, ami a külföldi társaságokban való tagsági díj kielégítésére szükséges. Nagy örömmel regisztrálhatjuk, hogy ez az összeg ma 50%-kal nagyobb, mint a múltban volt. Természetesen ez az összeg is még jelentős takarékosságot tesz szükségessé, éppen ezért döntött úgy az elnökség, hogy egyelőre csak *kizárólag a nemzetközi* társaságokba lépjünk be. Magától értetődő, hogy elsősorban társaságaink belépéséről van szó, és az egyéni tagság csak ott jöhet szóba, ahol a *nemzetközi* társaság eleve csak egyéni tagságot ismer — ott is, ha az magyar képviseleti céllal történik.

Mint ismeretes, az egykori szakcsoportok *tudományos lapjait* a MOTESZ vette át. E célból Könyv- és Folyóirat Bizottságot hoztunk létre. Eddigi munkájának eredményeképpen megemlítendő, hogy egyes folyóirataink ívterjedelme örvendetes módon növekedett. Természetesen újabb folyóirat indítása nagyon meggondolandó, nemcsak azért, mert ahhoz külön engedély kell, hanem mivel itt is felmerül a gondolat, hogy mennyire helyes az orvostudomány további felaprózása. Felmerült az a gondolat is, hogy a MOTESZ saját kiadásában is jelenjék meg egy időszaki lap — „bulletin" —, amely lényegében a MOTESZ hírszolgálatát jelentené, elsősorban olyan szempontból, hogy abban a külföldi utazások beszámolói alapján tájékoztatást adna azok számára, akiket a külföldi methodikai vagy konkrét kutatási eredmények érdekelnek. Ez a lap természetesen nem tenné feleslegessé az Orvosi Hetilap „MOTESZ hírei" rovatát, amelynek megindításáért külön köszönetet kívánunk mondani az Orvosi Hetilap szerkesztőségének, s amelyre a gyors hírszolgálat és széles körű publikáció miatt a jövőben is számítunk.

Természetesen a MOTESZ-nak is megvannak a maga *anyagi* problémái. Igaz, hogy már a megalakuláskor megkaptuk az Egészségügyi Minisztériumtól és a Szakszervezettől azt a dotációt, amit eddig a szakcsoportok kaptak. Ezen támogatás nélkül elindulni sem tudtunk volna. Nagy jelentőségű, hogy az Egészségügyi Minisztériumtól két, a Magyar Tudományos Akadémiától egy státust kaptunk, ami azt jelenti, hogy a MOTESZ költségvetését ez idő szerint állandó főfoglalkozású alkalmazott bére nem

terheli. Mégis mindezeken kívül a MOTESZ működésének további fejlesztéséhez további anyagi és szellemi erőkre is szükség van. Nem kétséges, hogy a tagsági díjat minimális összegben állapítottuk meg és a tagdíj, még több társaság esetén sem jelenthet orvosaink számára anyagi megterhelést. Ezért is jogos az a kívánságunk, hogy a társaságok tagjai tagdíjfizetési kötelezettségüknek időben és maradéktalanul tegyenek eleget, annál is inkább, mivel csakis ennek a *kötelezettségnek a teljesítése biztosítja számukra a tagsággal járó jogokat.* Feltétlenül szükséges azonban az is, hogy a MOTESZ-nak legyen központi pénze. Ezért döntött úgy a közgyűlés, hogy az első tagsági díjból 40 forint központi kezelésbe kerül, továbbá hogy a kongresszusokon részvételi díjat kell szedni és hogy a tiszta kongresszusi bevétel 25 százaléka ismét központi kezelésbe kerül, míg a többi pénz, az esetleges előleg levonása után, a társaságok kezelésében marad. Ez a központi pénz feltétlenül szükséges ahhoz, hogy a kisebb, de munkájukban értékes társaságokat segíthessük, és esetleges, feltétlenül szükséges rendezvényeikhez előleget, vagy akár támogatást biztosíthassunk. Ugyancsak a központi keret terhére vállalja az elnökség a külföldi tagsági díjak folyóforint értékének befizetését is. Másrészről pedig alapszabályaink is lehetővé teszik, hogy a tudományos munka elismerésére emlékérmeket, díjakat alapíthassunk és adományozzunk. Ennek a feltételeit is meg kell azonban teremteni. A Korányi Sándor Társaság tagsági illetményeként járó, évente egy nyomtatvány kiadását szintén fent kívánjuk tartani. Távlati terveink között szerepel, mint már ezt a küldöttközgyűlésen is mondottuk, központi kongresszusi szervező iroda létesítése, amely egyszer és mindenkorra levenné a társaságokról a tudományos ülések rendezésének terhét. Természetesen ennek a megteremtéséhez is központi pénzkeretre van szükség.

Legközelebbi konkrét nagy feladatunk az 1968-ban megtartandó Semmelweis emlékünnepségek megszervezése. Az elnökség elhatározta, hogy *Semmelweis születésének 150. évfordulója* alkalmából, külföldiek részvételével, ünnepi ülésszakot szervez, amelyeken részben központi előadások szerepelnének, részben egyes, erre kijelölt társaságaink rendeznék meg nagygyűlésüket.

Világos, hogy a MOTESZ súlya a jövőben attól függ, hogy tagjai hogyan működnek. Minél többen és minél aktívabban dolgoznak a társaságokban, annál nagyobb súlya lesz a magyar orvostudományi társaságok szövetségének is. Az eddig eltelt idő eredményei után bizalommal nézhetünk jövőnk elé és biztosra vehetjük, hogy orvosaink és gyógyszerészeink az új szervezési formában az eddiginél is nagyobb eredményeket fognak elérni.

CHLOROSAN paszta

1 tégely (20 g) 5% chlorchinaldol-t és 35% amylum solani-t tartalmaz
vízzel lemosható alapanyagban

streptococcus
staphylococcus
és gombák okozta

BŐRFERTŐZÉSEK, ILLETVE TÁRSFERTŐZÉSEK ESETÉN

bőrgyógyászatban,
gyermekgyógyászatban, sebészetben
és szülészet- nőgyógyászatban.

A nyálkahártyát ízgatja (szem, orr)!

A kezelendő bőrfelületre vékony rétegben kenik fel a Chlorosant és a kötést 24 óránként cserélik. Kötés előtt a hámfoszlányok és a pörkök eltávolítandók

SZTK terhére szabadon rendelhető!
1 tégely (20 g) 10,10 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, Budapest

KAZUISZTIKA

Pécsi Orvostudományi Egyetem Röntgenklinika (Igazgató: Benkő György dr.) és Gyermekklinika (igazgató: Kerpel-Fronius Ödön dr.)

Stenotizáló gyomorfekély kisgyermekkorban

Kopcsányi Ignác dr., Bata Géza dr. és Pilaszanovich Imre dr.

A gyermekkori fekélybetegség nem olyan ritka, mint 10—20 évvel ezelőtt gondolták. Azóta ugyanis számos összefoglaló közlemény jelent meg, mely egy-egy klinika, sőt, egy ország 10—20 év alatt észlelt fekélybetegség anyagát dolgozza fel. A legújabban elfogadott nézet az, hogy 100 felnőttkori fekélyesetre jut egy gyermekbeteg.

A betegség felismerése főleg kisgyermekkorban nehéz az anamnesis, a subjectiv panaszok, valamint a fizikális és laboratóriumi vizsgálatok eredményének bizonytalansága miatt. Az étvágytalanság, hasi fájdalom és hányás sok más okból is fennállhat.

A továbbiakban ritkasága és a felmerült diagnostikai problémák tanulságos volta miatt ismertetjük egy betegünk esetét, akinél a közel 1 hónapig tartó hányás oka gyakorlatilag teljes stenosist okozó subacut gyomorfekély volt.

V. M., 2 1/2 éves leánygyermeket 1965. október 25-én vettük fel klinikánkra. Négy napja mindent kihány. Háromhónapos korában feküdt már klinikánkon enterocolitis miatt. F. év október 6-tól 20-ig a Megyei Gyermekkórházban kezelték grippe és morphin tartalmú gyógyszer okozta mérgezés miatt.

Felvételi status: bágyadt, kissé exsiccált gyermek. Súlya 10 kg, hossza 84 cm. Szeme aláárkolt. Duzzadt, belövellt tonsillák és garatívek. Fizikális vizsgálattal egyéb kóros eltérés nincs.

Laboratóriumi leletek: vvs.: 3 800 000; fvs.: 12 000; hgb.: 14,6 g%. Süllyedés: 7/15 mm. Serumelectrolytek, diastase, RN, vércukor, liquor, vizelet, széklet: normális. Fractionált próbareggeli: histamin refractaer achlorhydria.

Kivizsgálás alatt étvágya jó volt, de mindennap többször hányt. Hányadékában előző napi ételmaradék is volt. A gyermek turgora fokozatosan csökkent. Három hét alatt 1 1/2 kg-ot fogyott.

Gyomor-röntgenvizsgálat (XI. 3.): a tágult gyomorban sok secretum és ételmaradék van. A pép 2 cm-rel a pylorus előtt elakad. A kezdeti hyperperistaltica néhány perc múlva megszűnt. Két órával a pép elfogyasztása után erős compressióval sikerül minimális kontrásztanyagot a szűkületen át a bulbusba préselni. A kúpszerű szűkület kisgörbületi oldalán színes gombostűfejnyi telődési többlet látható (1. kép).

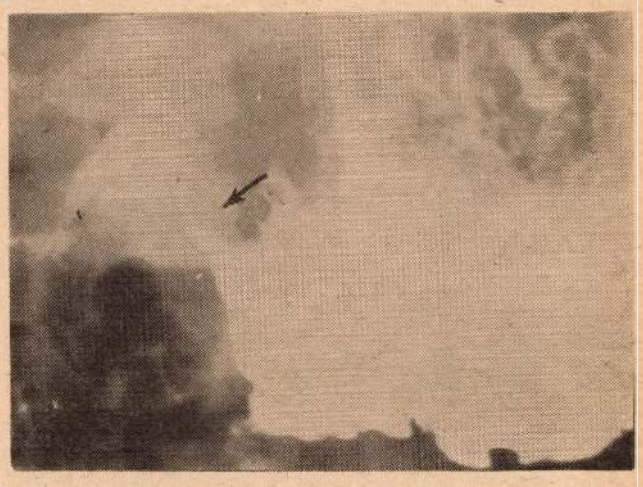
24 óra múlva felényi maradék a gyomorban.

Tartós infusio és ismételt gyomormosás után a vizsgálatot XI. 11-én megismételjük. A lelet változatlan. Gyomorürülés 4 ctg papaverin i.m. adása után sincs.

Az elhúzódó hányást okozó súlyos praepyloricus stenosis miatt 1965. XI. 17-én intubatiós narcosisban műtétet végeztünk (Pilaszanovich Imre dr.): median laparotomia. Erősen tágult gyomor, fala megvastagodott. Az antrum praepyloricus szakaszán az elülső falon lencsényi heges behúzódás. Ezen a szakaszon a canalis pylorit körülvevő tömör terime tapintható a gyomorfalban. Az antrum hátsó fala szalagosan rögzült a pancreashoz. A pancreas normális nagyságú és tapintatú. A gyomorbennék a szűk lumenen át csak nagy nyomással juttatható a duodenumba.

Az elváltozást idült fekély következményének tartjuk. A nagyfokú szűkület miatt Billroth I. typusú resectiót és anastomosist készítünk. A ceruzavastagságú stoma jól vezet. Réteges hasfalzárás.

Pathologiai vizsgálat: csecsemőtenyérnyi gyomorresecatum 1 cm-es duodenumszakasszal. Macroscoposan a pylorusnak megfelelően elöl lencsényi heges behúzódás, a nyálkahártyán kifekélyesedés és ennek környezetében heges átalakulás látható. Microscoposan mind a mucosán, mind az erősen kiszélesedett és részben heges submucosában kiterjedt lobos beszűrődés figyelhető meg nagyszámú eosinophil sejttel. Izomdissectio nincs.



A műtét után a hányás megszűnt. A beteget rendezetlen családi körülményei miatt még 6 hétig klinikánkon tartottuk és roboráltuk. Ezalatt 2 kg-ot hízott. Kontrollvizsgálatkor az anastomosis jól vezet. Normális gyomor- és bélpassage. A beteg gyógyultan távozott.

Megbeszélés

Esetünk közlésével arra hívjuk fel a figyelmet, hogy már fiatal gyermekkorban is kifejlődhet — rövid idő alatt — olyan mérvű stenotizáló ulcus, mely befolyásolhatatlan hányást okoz. Erre a lehetőségre az irodalomban csak 4 szerzőnél találtunk utalást (3, 6, 8, 14).

A diagnosist megnehezítette az, hogy az anamnesisben ulcusra utaló panaszok nem szerepeltek. Nem volt szó a jellemző tünetekről: étvágytalanságról, a periodikusan fellépő fájdalmakról, melyek alatt a beteg meggörnyed, elsápad. Betegünk gyakorlatilag egyetlen tünete a hányás volt, fájdalmakról soha nem panaszkodott.

Még néhány diagnostikai problémára szeretnénk rámutatni: a kisgyermekkori fekély általában acut, lapos, rajta a felnőttkorban jellegzetes Aska-

nazy-féle négyes rétegeződés nem látható. A sekély fekélyek miatt a röntgenvizsgálat alkalmával is nehéz a biztos diagnosis. Indirect ulcus-jel a reflectoricus spasmus és a hegesedés hiánya miatt nincs. A fekélyek jó része ugyanis csak a mucosára terjed, az izomzatot nem szűri be, nem dissecálja.

Esetünk ritka érdekessége, hogy a nagyfokú stenosist és a tartós hányást a fekély környezetében a submucosában levő kiterjedt lobos granulatio okozta.

A betegnél talált anaciditás nem szól fekély ellen, mert a gyermekkori ulcus ritkán jár hyperaciditással.

A gyermekkori ulcus eredetében is gyakran szerepelnek idegrendszeri momentumok. Csaknem mindig kimutatható psychés, vagy testi trauma, neuropathia, vegetatív dystonia. Betegünk anamnesisében is megtalálható a kedvezőtlen környezeti hatás: apja iszákos, családi körülményei rendezetlenek. Bár műtétkor az ulcust resecáltuk — az irodalmi adatokkal egyetértésben —, a recidiva elkerülése céljából diaetát és sedativumok szedését javasoltuk.

Összefoglalás. 2 1/2 éves leánygyermek kórtörténetét ismertettük, akinél tartós hányás okaként subacut, stenotizáló antralis ulcust találtunk. A nagyfokú szűkületet a fekélyt körülvevő kiterjedt granulatio okozta. Ulcusra utaló panasz az anamnesisben nem szerepelt. Egyetlen tünet a tartós hányás volt. A gyomorresectiót követően a beteg 2 kg-ot hízott és gyógyultan távozott.

IRODALOM: 1. *Caramia, G., Colli, F.:* Minerva Pediat. 1965, *17*, 279. — 2. *Chapman, A. H., Loeb, D. G., Young, J. B.:* J. Pediat. 1956, *48*, 248. — 3. *Cole, A. R.:* Pediatrics. 1950, *6*, 897. — 4. *Ghai, O. P., Singh, M., Walia, B. N. S., Gadekar, N. G.:* Arch. Dis. Childh. 1965, *40*, 77. — 5. *Girdany, B. R.:* Pediatrics. 1953, *12*, 56. — 6. *Guszich, A.:* Orv. Hetil. 1956, *97*, 834. — 7. *Jáhn, H. és Csanaky, Gy.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 379. — 8. *Karlström, F.:* Ann. Paediat. (Basel) 1964, *202*, 218. — 9. *Konrad, R. M.:* Arch. Dis. Childh. 1963, *38*, 158. — 10. *Leix, F., Greaney, E.:* Amer. J. Surg. 1963, *106*, 173. — 11. *Lemak, L. L.:* Amer. J. Roentgenol. 1951, *66*, 191. — 12. *Lusztig, G., Traub, A. és Korpássy, B.:* Gyermekgyógyászat. 1963, *4*, 289. — 13. *Nitsch, K.:* Dtsch. med. Wschr. 1962, *87*, 381. — 14. *Palásthy G.:* Orv. Hetil. 1960, *101*, 543. — 15. *Ramos, A. R., Kirsner, J. B., Palmer, W. L.:* Amer. J. Dis. Childh. 1960, *99*, 135. — 16. *Soila, P.:* Acta Paediat. (Uppsala) 1959, *48*, 545. — 17. *Vándorfy J.:* MÁV Eü. Int. Tud. Közl. 1965, *V*, 175.

K-Strophantomusc injekció

Muszkularisan alkalmazható strophantin készítmény

ÖSSZETÉTEL:

1 ampulla (1 ml) 0,25 mg K-Strophantosid-ot és 10 mg diaethylamino-aceto 2,6-xylidid. hydrochlor.-ot tartalmaz.

HATÁS:

A K-Strophantomusc injekció a gyorsan és erélyesen ható K-Strophantosid glükozidot tartós hatású helyi érzéstelenítővel együtt tartalmazza.

JAVALLATOK:

A K-Strophantomusc általában minden olyan esetben alkalmazható, ahol a keringés gyors javítására van szükség és intravénás K-Strophantosid injekció alkalmazására nincs lehetőség.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosító terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, Budapest X.

Folyóiratreferátumok

Dermatológia és venerológia

A syphilises reinfectiók aktuális problémái. Tramier, G. et L. Odoze: La Presse Med. 1966, *74*, 2085.

A marseille-i Hôtel Dieu az utóbbi 30 évi syphilises beteganyagának értékelésével megállapítják a szerzők, hogy az antibioticumok bevezetésével a klasszikus syphiligraphia számos megállapítása módosult. Ez a sy.-s reinfectiók problémáira is vonatkozik, hiszen a korszerű, massiv penicillintherápiával való gyógyítás eredményeként egyre gyakoribb az az észlelés, hogy az *újrafertőződés már kis idő múlva létrejöhet.* A reinfectio gyakori jellegzetessége, hogy az esetek többségében bőrjelenségek nélkül, *»inapparens formában«*, csupán *serologiai positivitásban* mutatkozik. Az újrafertőződések főleg prostituáltaknál, homosexualisoknál, csavargóknál találhatók, akik ki vannak téve venereás kockázatoknak, ezért diagnosztikus, therápiás és praeventiv szempontból új problémákat vetnek fel. Mivel prostituáltaknál a sy. »foglalkozási betegségnek« tekinthető, felvetik a »permanens antibioticus árnyék« szükségességét.

A reinfectio klasszikus kritériumait (1. új, az első initialis affectiótól különböző helyen ülő primaer complexus, 2. spirochaeta positivitas az új laesióban, 3. serologiai reakcióknak a szokásos időben való újból positivvá válása), az újabb észlelések az *»asymptomaticus reinfectio«* (*Bolgert et al.*: Bull. Derm. Syph. 1953, *43*, 133.) lehetőségével módosították, amelyeket olyan prostituált egyéneken észleltek, akik masszív penicillinkezelés után negatívvá váltak, majd később erősen positiv seroreakciókat mutattak.

A reinfectio menyilvánulási módját két tényező a) primaer fertőzés és a kezelés megkezdése közt eltelt, továbbá *b)* a kezelés befejezése és a reinoculatio közti időtartam határozza meg. Állatkísérletek tanúsága szerint a korán — az első inoculatiót követő 50 napon belül —, kezelt állatok a reinfectio alkalmával új fekéllyel képesek reagálni, viszont ha a kezelés a 100. nap táján történik, úgy a reactivitás 3 fázisa különböztethető meg: 1. közvetlen teljes immunitási fázis; 2. részleges immunitási fázis »néma syphilis« lehetőségével; 3. visszaszerzett fogékonyság késői fázisa.

A *teljes fogékonyság* állapotában a tünetekkel járó újrafertőződés *(reinfectio symptomatica)* lehetőségei: a) *kezelés hiányában* némely beteg »megduplázhatja« syphilisét, a kifejlődés kezdetén superinfectióval, a végén reinfectióval: *b)* korán végzett kezeléskor spirochaeták elpusztulnak, mielőtt még az immunitás kifejlődhetne; ilyenkor az újabb (korai vagy későbbi) fertőzés ismét tünetes sy.-t okozhat, ilyenek pl. a családi »ping-pong«-fertőzések) *c)* idős sy.-s beteg — aki ugyan később részesült kezelésben —, is visszanyerheti a teljes fogékonyságot és új primaer sy.-t szerezhet.

A *nem teljes fogékonyság* állapotában a klinikailag tünetmentes fertőzés *(reinfectio asymptomatica)* akkor jön létre, amikor a primaer sy. kezelése késedelmes volt és az új fertőzés a relatív immunitas eltűnése előtt történt. Ilyenkor a leszálló jellegű serologiai görbe újból hatalmasan emelkedik és a reinfectio egyetlen tünetét képezi. A második spirochaeta invasio ilyen *»asymptomás esetei«* nagy fontosságú problémákat vetnek fel: 1. Fel nem ismerésük esetén késői laesiókat okozhatnak; 2. Erősen vitatható továbbá az a tény, hogy a serologiai lelet újbóli positívvá válása *(»reprise sérologique«, P. de Graciansky)* — amit ma gyakran észlelünk olyan sy.-s egyéneken, akik rövid idő alatt massiv antibioticus kezelésben részesültek, vajon ismételt új fertőzést jelent-e, avagy éppen az előző kezelés csődjét. Elméletileg a serologiai görbén a lassú emelkedés *visszaesést*, a hirtelen (»brutalis«) emelkedés pedig *újrafertőződést* jelent. Gyakorlatban azonban bizonyos periódusban végzett serologiai vizsgálatkor positiv eredményt találunk, anélkül, hogy az újra emelkedés mikéntjét pontosan észlelhetnénk. A probléma eldöntésére a szerzők *epidemiologiai és statisztikai* vizsgálatokat végeztek

Epidemiologiai adataik (1935—1965-ig 20 000 dossier feldolgozása) alapján megállapítják, hogy *a)* a serologiai lelet újból positivvá válása a klasszikus kezelési korszakban is megtalálható és nem tekinthető csupán az antibiotikus gyógyszerekkel kezelt friss sy. mostani problémájának; *b)* az újból positivvá válások száma szorosan megegyezik a klinikai reinfectiókkal; *c)* a reinfectiok és az újbóli serologiai positivitások összessége mindig arányos a fertőző sy. endémiák intenzitásával. Mindezekből levont statisztikai következtetések — legalábbis az esetek többségében —, arra késztetik a szerzőket, hogy a *»serologiai reprise«-k az asymptomaticus reinfectio eseteinek minősíthetők*, amelyeknek kialakulását az egyén immunologiai állapota kondícionálja.

Statisztikai tanulmányaik (1935—1965-ig 110 reinfectiós eset) következtetései: *a)* a nem szerinti reinfectio gyakorisága a férfiak múltbani túlsúlyából (75:35) a nők túlsúlyára (2:1) billent át; *b)* a múlthoz viszonyított lerövidült kezelési idő folytán a reinficiáltak nagyobb részét prostituáltak és homosexualisok képezik, így ezen kategoriák a sy.-s endémiák áldozatai és egyben terjesztői is; *c)* míg a primaer fertőzés régebbi prolongált (Ab + Bi) kezelésénél a reinfectio gyakorisága 10,3% addig egyetlen penicillin kúra után 13,1%-ban mutatkozott (ezen különbség ugyan nem számottevő, de a későbbi emelkedésével számolni lehet); *d)* az első therápiás beavatkozás koraisága az újrafertőződés klinikai jellegére abban nyilvánul, hogy a primaer typusú reinfectiók a korán, praeseroligiás stádiumban kezelt infectioknál találhatók; megfordítva, az asymptomás sy. legnagyobb hányada a már secundaer szakban kezelésbe került sy.-fertőzések kapcsán mutatkozott; a reinfectiók primaer sy.-es manifestatióinak száma csökken, ugyanakkor az asymptomás sy. aránya emelkedik; *e)* az első infectio kezelési typusa nincs befolyással a második fertőzés aspectusára — továbbá a reinfectio symptomás typusa független a reinoculatio határidejétől (amely az antibioticus lerövidült kezelés után általában 20 hónap, a klasszikus kezelés után 11 év.)

Nehéz a reinfectio manifestatióinak chronologiáját a primaer fertőzéssel egybevetve szigorúan meghatározni, mert az adatok néha ellentmondóak. A reinfectio elsődleges jelenségeinek incubatiós ideje meghosszabbodott (4—5 hó; *Bolgert*). A praeserologiai szak lerövidül (8 hétről átlag 6 hétre), rövidebb az immobilisineknél, mint a reagineknél (így a Nelson-test positivitását a reinfectiós fekély kifejlődésének már 4. napján is észlelték *(Degos)*. A serologiai tünetek sokkal inkább megmaradnak egy reinfectio, mint egy azonos idejű kezdeti sy. esetén, így a »serologiai uszály« (»quelles de sérologie«) hosszabb. Nem sokat tudunk a történések chronologiájáról, ha a reinfectio akkor jön létre, amikor az első fertőzés tünetei még nem aludtak ki teljesen.

Állatkísérletek és klinikai megfigyelések a sy.-s reinfectio megnyilvánulásának variabilitását mutatják az újra fertőzött egyén immunologiai statusa szerint. A primaer complexus csak kivételes. Primaer vagy secundaer typusú reinfectiók csak olyan egyéneknél mutatkoznak, akiknek az első fertőzését már korán kezelték. Néhány hetes késedelem elegendő, hogy a spirochaetás fertőzés relatív immunitást idézzen elő, amely lehetővé teszi, hogy egy esetleges reinfectio a köztakarón ne manifesztálódjon. Így a sy. secundaria

tardiva után a reinfectiók nagyobb hányada csak serologiai tünetet mutat.

Az újbóli spirochaeta invasio okozta, külsőleg nem mutatkozó reinfectio óriási veszélye, hogy a sy. kezeletlen marad. Ezért feltétlenül ajánlatos a sy.-s betegeket később is tartósan folyamatos serologiai ellenőrzéseknek alávetni.

Pastinszky István dr.

☆

Pachydermoperiostitis. G. Hambrick és M. Carter. Arch. of Derm. 1966. *94,* 594.

A szerző két dermoperiostitisben szenvedő beteget ismertet. A bőr ebben a kórképben, a homlokon, arcon és fejbőrön erősen megvastagszik, mély barázdákkal borított. A kezek és lábfejek ásószerűen kiszélesedettek, az ujjak buzogányszerű alakot nyernek. A tenyerek és talpak bőrén hosszanti hyperkeratozisok futnak. Az egyik betegen még mucinozus papulák, a másikon keloidok mutatkoznak.

Szövettanilag fibrocyta és kollagén szaporulat mellett a rugalmas felhalmozódás kiterjedten előfordul. A bőr járulékos képletei is túltengenek, a cutis és subcutis vastagabbak. A periosteum proliferál, a cortex és periosteum közé új csont rakódik. A bőr és csont ezen fiatal férfiakon fellépő és ismeretlen okból keletkező hypertrophiája megkülönböztetendő a mellkasfolyamatok kíséretében fellépő hypertrophiás osteoarthropathiától, a dominánsan fellépő, »dobverő ujjaktól«. A másik elkülönítendő kór a cutis verticis gyrata, *Polen és Butterworth* anyagában 275 esetre vonatkoztatva 48%-ban idiopathiás, 14% daganatos és 10% gyulladásos eredetű volt. A túltengő akronok egy faja hypothyreoid egyéneken fordul elő pl. műtétek után exophthalmus és praetibialis myxoedema kíséretében, míg akromegaliában a koponyacsontok, mandibula is túltengenek. A congenitalis sy. a Caffey és a Paget kór jellegzetes röntgen elváltozásokkal járnak.

A pachydermoperiostitis kórtanában veleszületett neurocirculatorikus és hormonális tényezők szerepelnek, bár chromosoma eltérések nem voltak kimutathatók. Az időnként kimutatott paraproteinaemia a reticuloendothelialis rendszer szerepére utal.

Nékám Lajos dr.

☆

Vesefunctio progresszív sclerodermában és pyelonephritisben. (Összehasonlító clearence-vizsgálatok.) H. W. Kreysel. Zeitschr. f. Haut. 1966. *40,* 1.

Kollagen betegségeket gyakran kísérnek veseelváltozások: LED-ben és dermatomyositisben a glomerularis functio beszűkül, sclerodermiánál az interlobularis arteriák proximalis részén és az afferens arteriolákon is észlelhető intima megvastagodás. A distalis részeken fibrinoid nekrosis léphet fel, melyet a vesekéreg ischemiás nekrosisa kísér. A más kollagenbetegségekben gyakori »Schlingennekrose« sclerodermiában ritka. A sclerodermát kísérő veseelváltozások klinikai manifestatioja ritka.

A szerző 11 sclerodermás beteg és 41 különböző eredetű pyelonephritises betegen végzett összehasonlító clearance vizsgálatokat (endogen kreatinin, insulin PAH és Phenolrot).

Sclerodermás betegnél azotemia, oliguria vagy proteinuria nem volt. Vizeletüledék rendszerint eltérés nélküli, legfeljebb infectiok esetén kóros. Vérnyomásemelkedés sem volt. Mindez jól elkülöníthetővé teszi a sclerodermában a vesebántalmakat a pyelonephritistől. A clearance értékek redukáltak, a filtratfaktor magasabb volt. Utóbbi a vasa afferensek spasmusának kifejezője lehet. Pyelonephritisben beszűkült glomerularis és tubularis functio mellett a FF értéke normalis szokott lenni. A sclerodermás vese tubularis functioja károsodott. A functio beszűkülés mindkét kórképben a betegség előrehaladásával párhuzamos.

Nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy sclerodermás veseelváltozás ascendáló pyelonephritisre predisponáló tényező.

Nagy Endre dr.

☆

Jones—Thompson praecipitatiós test diagnosztikai értéke kollagenosisokban. P. Michailov, N. Berowa. Der Hautarzt. 1966, *17,* 222.

A szerzők a Jones—Thompson-testet vizsgálták 132 betegnél, ebből 40 kollagenosis volt: Lupus erythematodes acutus, scleroderma progressiva, acut ízületi rheumatizmus, dermatomyositis és periarteritis nodosa. E kórképek mellett különböző bőr- és belgyógyászati kórképekben, valamint egészséges kontroll személyeknél végeztek vizsgálatokat. Kollagenosisban 90%-ban volt positiv a reactio, míg más bőrbetegségekben csak 18%-ban.

A reactio mechanismusa még nem tisztázott. A serumglobulin nem specifikus zavarára mutat a positiv eredmény. A szerzők javasolják e próba alkalmazását diagnosztikai értéke miatt.

(Ref.: A Jones—Thomson praecipitatiós próba lényege a következő: a beteg 0,1 cm³ serumát kémcsőbe véve a kémcső falán lassan végigcsorgatunk 2 cm³ paratoluolsulphonsavat, melyet jégecetben oldottunk. Előzőleg a serumot 1 óráig —20 C-ra hűtjük, ezután a kémcső tartalmát összerázzuk, majd 20 percig állni hagyjuk, majd ismét felrázzuk és a praecipitatiót leolvassuk.)

Nagy Endre dr.

☆

Sikerült transplantatio sarkoidozisban. R. Elton, J. Andrew. Arch. of Derm. 1966. *94,* 403.

Sarkoidozisra a késői allergiás reactiók elmaradása jellemző. A tuberculin mellett más antigének pl. hístopasmin, trichophytin, oidiomycin, mumps-vírus sem váltanak ki reactiot. A szerzők egy idegentől származó 3×7 cm-es bőrdarabot transplantáltak a betegbe, mely 10 nap múlva sem okozott gyulladást. Az 5.-ik hét végén végzett szövettani vizsgálat elhalást és a szélek felől egészséges hám benövését mutatta ki. Az erős lymphocytás gyulladás hiánya feltűnő volt. A transplantatum feltehető 4 hetes túlélése és a gyulladásos tünetek hiánya élesen különbözik a normalis személyeken észlelhető 11—14 napos lelökődéstől.

Nékám Lajos dr.

☆

Papulosis maligna atrophicans. Degos. E. J. Feuerman. Arch. of Derm. 1966. *94,* 440.

A ritka, Degos által 1942-ben leírt kórképben a tünetek mellett súlyos gastrointestinalis elváltozások szoktak bélperforatiora és peritonitisre vezetni. A szerzők egy 46 éves férfi esetét írják le, akinél a bőrön typusos, középen nekrozist mutató papulák voltak kimutathatók, amelyek szövettanilag kimutatható endovasculitis, capillaritis és korai thrombozis következményei voltak. A bulbaris conjunctiván kis aneurismák alakultak ki, az endothelproliferatio következtében. A szerző figyelmeztet e tünet fontosságára.

Nékám Lajos dr.

☆

Külsőleg alkalmazható corticosteroid készítménnyel (Locacorten) szerzett tapasztalatok. Van der Bijl W. J. F. (Clin. Allergic Diseases, Amsterdam). Acta Allergol. 1966. *21,* 515—521.

A legújabb, lokálisan alkalmazható synthetikus steroid készítmény (Locacorten) összetételére nézve flumethason pivalat, neomycinnel vagy anélkül. Vízben nem oldódik, tehát prolongált hatású, systemás absorptioja jelentéktelen. Egyedül bőrtuberkulózisban, syphilises bőrlaesiókban és varicellában nem adható. A szerző 142, különféle bőrbetegségben szenvedő beteget kezelt Locacortennal, összehasonlítva a therápiás eredményeket hydrocortison kenőccsel. 2 esetben a készítmény hatástalan

volt, négy ízben a hozzákevert neomycin okozott bőrgyulladást, néhány férfibeteg bőrszárazságról panaszkodott, egyébként az új praeparatum hatása felülmúlta az eddig használatos steroidtartalmú kenőcsökét.

(Ref.: Kisebb bőrfelületre szorítkozó ekzemában, kontakt dermatitisben, lokalizált oedemában, rovarcsípésben a Locacorten igen hatásosnak bizonyult. Egyelőre nehezen hozzáférhető, ezért nagyobb kiterjedésű allergiás bőrbetegségekben nem tudtuk kipróbálni.)

Hajós Mária dr.

☆

Haematológia

A dextrán vérlemezke-adhaesio csökkentő hatása. S. Cronberg, B. Robertson, I. M. Nilsson, J. E. Nilehn. Thromb. Diath. haem. 1966. *16*, 384.

Nagy adag dextránt adva kutyának és embernek a vérzési idő megnyúlik, a vérzés fokozódik. A hatás a dextrán molekulasúlyától függ. Alacsony (40 000) molsúlyú dextránnak nincs signifikáns hatása. Nagyobb (75 000) molsúlyú dextrán hatására 1,5 g/kg adagban az AHG, prothrombin, VII. faktor és fibrinogen jelentősen csökken. Hasonló adagban 1 000 000 molsúlyú dextrán súlyos elváltozásokat okoz az alvadásmechanizmusban. Megnyújtja a vérzési és alvadási időt, thrombocytopeniát, kóros prothrombin-consumptiót, csökkent fibrinogen, prothrombin, V., VII. és VIII. faktor-szintet hoz létre. Ilyen molekulasúlyú dextrán azonban a human therápiában nem szerepel.

A dextrán e hatásának mechanizmusa sokáig ismeretlen volt. Lehetőségként felvetődött a kvalitativ thrombocytakárosodás, vagy a thrombocyta 3. f. csökkent felszabadulása, vagy aktivizálódása. Szóbajöhet az infusio-okozta hypervolaemia, vagy a fibrinolytikus rendszer aktivizálódása is.

A szerzők ezért 43 egészséges egyénnél vizsgálták különböző molekulasúlyú dextrán hatását. 5%-os glucoseban oldott 10%-os dextránt adtak 30—45 percen belül. Mellékhatást egy esetben sem észleltek. Ezenkívül 3 thrombophlebitises betegnek is adtak 500—1000 ml 10%-os Macrodexet. A dextrán beadása előtt és 3 órával utána részletes véralvadási vizsgálatokat végeztek.

A 70 000-es molsúlyú dextran jelentősen csökkentette a VIII., V., IX. faktort és a fibrinogent, a 40 000-es molsúlyú dextrán hatása hasonló volt, de kevésbé kifejezett.

Fibrinolysisfokozódás nem fordult elő. A vérlemezke-adhaesio csökkent.

Mindezek alapján felmerülhet a dextrán alkalmazásának lehetősége thrombosisban, azonban ennek elterjedéséhez még további vizsgálatok szükségesek. Ezeknek legfőbb akadálya, hogy a dextránt i. v. kell adni és meglehetősen nagy menyinyiségben ez a hosszabb ideig tartó kezelést gátolhatja.

Nagy Ibolya dr.

☆

Korai stadiumban levő chronikus leukaemiák befolyásolása komplex vitamin therapiával. Cserncoba T. A., Akszenova O. V., Ivanova V. D. (Központi Haematológiai és Transfusiós Intézet, Moszkva, Sz.Sz.Sz.R.) Probl. Haematol.: 1966, *11*, 29.

Általánosan elfogadottnak tekinthető, hogy a chr. leukaemiák korai, progressiót nem mutató stádiumában a cytostatikus therapia alkalmazása nem célszerű. Ezért más therápiás eszközök keresése indokolt.

Számos adat van az irodalomban arra, hogy bizonyos tryptophán származékok carcinogenetikus és leukaemogenetikus hatást fejthetnek ki.

Érdekes, hogy a chr. leukaemiák nagy részében tryptophán anyagcsere zavar mutatható ki. Ismert az irodalomból, hogy a tryptophán anyagcserében elsősorban a B_6, de emellett a B_1 és B_2 vitamin és a PP faktor játszik szerepet. Szerzők ezért megpróbálták a korai stádiumban levő chr. leukaemiás betegek therapiájában a B_6, B_1, B_2 és C vitamin alkalmazását.

Összesen 47 beteget kezeltek, 25 betegnek volt chr. myeloid, és 22-nek chr. lymphoid leukaemiája. A 47 beteg közül 29 esetben volt kimutatható a kezelés kezdete előtt tryptophán anyagcsere zavar. A kezelés időtartama a chr. myeloid leukaemiás betegeknél 5 hónap és 4 év, a chr. lymphoid leukaemiás anyagon 4 hónap és 6 év között ingadozott. A vitamin-kezelés időtartama alatt a betegek sem cytostatikus, sem sugárkezelésben nem részesültek.

A kezelés eredményeként minden betegen rendeződött a korábban kimutatott tryptophán anyagcsere zavar, és a kezelés időtartama alatt a tryptophán anyagcsere végig normalis volt. Emellett javult a betegek körzérzete és munkaképessége.

Nagy György dr.

☆

Szelektív B_{12} vitamin malabsorptio következtében fellépő megaloblastos anaemia. Imerslund-Gräsbeck syndroma. Šmrhová, I., M. Wiedermann és B. Wiedermann (Abt. f. Blutspendewesen des Krankhauses Hranice ČSSR). Folia Haematol. 1966. *86*, 70—79.

A gyermekeknél előforduló megaloblastos anaemiák közül Imerslund majd Gräsbeck 1960-ban írták le azt a formát, ahol a gyomor intrinsic faktor termelése normális és lényege a B_{12} vitamin selektiv resorptiójának gátlása a vékonybélben. Eddig 19 esetet ismertettek. A megaloblastos anaemián kívül mérsékeltfokú proteinuria is fennáll.

A szerzők egy hároméves fiúgyermek esetét ismertetik, ahol megaloblastos vérképzés állott fenn, mely B_{12} vitamin hatására normalizálódott. Shilling test során a B_{12} vitamin felszívódása a betegnél elmaradt, de a beteg gyomortartalmával inkubált B_{12} vitamin anaemia perniciosás betegen felszívódott, ami normális intrinsic faktor tartalomra utalt. A beteg egyébként normacid volt.

A betegség rendszerint 1—4 éves korban kezdődik, mert ebben a korban a szervezet B_{12} vitamin tartalma kimerül és kialakul a megaloblastos anaemia. Heterolog intrinsic faktor, Prednisolon vagy antibiotikumok hatására a B_{12} vitamin felszívódása nem fokozódik, tehát selektív zavarról van szó.

Újabban Movitt és mtsai hasonló kórképet ismertetett felnőtteken; Bousser és mtsai szerint ezekben az esetekben tulajdonképpen idiopathikus stetorrhoea subklinikus variánsáról lenne szó.

Hasonló esetekben a vékonybélnyálkahártya pontosabb histologiai és histokémiai vizsgálata fényt deríthet a betegség aetiopathogenesisére.

Bán András dr.

☆

Cytogenetikai vizsgálatok myeloproliferativ syndrománál. Kiossoglon K. A., Mitus W. J., Dameshek W. (Blood Research Laboratory, New England Medical Center Hospitals, and the Department of Medicine, Tufts University School of Medicine, Boston, Mass.) Blood: 1966, *28*, 241.

Chromosoma eltérés chr. myeloid leukaemiában közismert. Számos közlemény jelent meg a haematológiai irodalomban, amely chromosoma eltérést ír le lymphosarcománál. A szerzők 48 myeloproliferativ syndromában szenvedő betegen végeztek chromosoma vizsgálatokat. Vizsgálták a chromosoma számot és a karyotipust.

Betegeik közül 25-nek volt chr. myeloid leukaemiája, 2-nek eosinophil leukaemiája, 10-nek polycythaemia vérája, 2-nek thrombocythaemiája, 4-nek myeloid metaplasiával járó myelofibrosisa, és 4 betegnél volt atipusos panmyelosis. Betegeik közül 34 férfi volt, 14 nő, életkoruk 12 és 77 év közé esett, 5 beteg volt 20 évnél fiatalabb.

A 25 chr. myeloid leukaemiában szenvedő beteg közül 24-ben az analizált sejtek 80—100%-ában mutattak ki Ph. chromosomát, 1 eset-

ben hypoteraploid sejteket találtak (86 chromosoma) 2 Ph chromosomával. Mind a 25 betegnél alacsony alkali phosphatase értéket kaptak.

A 2 eosinophil leukaemiás betegnél szintén kimutatták a Ph. chromosomát, amellett egyiküknél C trisomiát találtak.

A 10 polycythaemia verás és 2 thrombocythaemiás beteg chromosoma száma és karyotipusa normális volt.

A myeloid metaplasiával járó myelofibrosisos és az atipusos panmyelosisos csoportban (4—4 beteg) a 8 beteg közül 5 esetben mutattak ki C trisomiát. A myelofibrosisos betegek alkáli phosphatase értéke magas, az atipusos panmyelosisosoké alacsony volt. Az utóbbi csoportba tartozó 4 beteg közül 1-nél Ph. chromosomát is találtak. A myelofibrosisos csoportban Ph chromosomát nem tudtak kimutatni.

Nagy György dr.

☆

Erythropoesis az emberi thymusban. S. Albert et al. Am. J. Clin. Path. 1966, *4*, 460.

Ismereteink szerint a thymus a lymphocyta képzésben játszik szerepet. Egerek thymusában mutattak ki vörösvértest képzést. Négy gyermek thymusát vizsgálták ilyen irányban. Keneteket és metszeteket néztek át post mortem kivett thymusokban. A normál thymus structura mellett, különösen a kenetekben sok vvt volt található, melyek érési fázisa különböző volt. A pronormoblasttól a teljesen kiérett sejtig minden alak megtalálható volt. Sok vvt mag volt szabadon plasma nélkül, ezek összetéveszthetők kis lymphocytákkal. Ezenkívül erythroblastos szigetek is látszottak. Néhány thymus sejt plasmája haemoglobin festést adott. Végül nagy phagocytáló sejtekben incorporált vvt magok látszottak. Megaloblast — mely egérben megtalálható — nem fordult elő. Erythropoesis tehát valószínűleg az emberi thymusban is van.

Bobory Júlia dr.

☆

Emberi eosinophil leukocyták acid phosphatase activitásának vizsgálata fény- és electronmikroszkóppal. J. J. Chidoni et al. Am. J. Clin. Path. 1966, *4*, 402.

Fény mikroszkóppal az eosinophil sejtek acid phosphatase activitása a plasmában látszott és úgy gondolták, hogy megfelel a cytoplasma granulumok helyének. Ennek tisztázására electron mikroszkópos vizsgálatokat végeztek. E célból eosinophyl sejtekben dús vért használtak fel és ebből dúsított fehérvérsejt masszát festettek, ill. kezeltek a Gömöri eljárással az enzym aktivitás kimutatására. Az elektronmikroszkópos képen jól látszottak a reactió produktumai (ólomphosphat csapadék) a cytoplasmatikus granulumokban. A granulákat hártya vette körül és az emberi eosinophilekre jellemző kristályok is jól látszottak, de elkülönültek az ólomphosphát csapadéktól. Az acidphosphatase tehát a lysosoma szemcsén belül található. A kristályok szerepe ismeretlen.

Bobory Júlia dr.

☆

Adatok a lymphoid sejtek jelentőségéhez. Fuchsberger, R. (Inn. Abt. d. Betriebskrankenhauses Pov. Bystrica. ČSSR). Folia Haematol. 1966. *86*, 153—163.

A lymphoid sejt a normális vérképben is előforduló sejtalak, mely morphologiailag hasonló a monolymphocytákhoz, de ezektől genetikailag és morphologiailag is elkülöníthető. A sejtek száma a normális fehérvérképben nem haladja meg az 5%-ot. A sejtek elsősorban vírusinfekciókban szaporodnak meg (vírushepatitis, mononucleosis inf., víruspneumonia, herpes zooster et labialis roseola infantum, felsőlégúti vírusbetegségek). Szerző 600 esetben, közülük 50 gyermeknél vizsgálta a sejtek előfordulásának gyakoriságát.

Megerősíti az eddigi eredményeket és bizonyos vonatkozásban ki is egészíti őket. A lymphoid sejtes reakció nem specifikus egyetlen betegségre sem, csupán arra utal, hogy a szervezetben kórfolyamat zajlott le, v. éppen lezajlóban van. Sokszor a betegség elején manifest klinikai tünetek hiányában is megszaporodnak. A sejtek elsősorban akut és subakut infekcióban szaporodnak meg és ha ez hosszabb ideig fennáll, fel kell venni recidiva vagy komplikáció lehetőségét. Fellépésük chr. betegségeknél ugyancsak a folyamat reaktiválódásával v. komplikációval kapcsolatos. A lymphoid sejtek száma, a vvs.-süllyedés és leukocytaszám között nincsen szoros összefüggés.

A lymphoid sejtek különböző formái egyes vírusbetegségekben különböző mértékben szaporodnak meg. Ezt a kérdést még nem vizsgálták és éppen ezért nem lenne érdektelen, ha a további kutatások ebben az irányban is kiterjednének.

Bán András dr.

☆

A lép szerepe az experimentális autoimmunhaemolytikus anaemiában. (További vizsgálatok az antitestképződés lokalizációjának megállapítására.) Sundermann A. és U. Mey (Med. Univ. Klinik. d. Med. Akademie, Erfurt, NDK). Folia Haematol. 1966. *86*, 190—196.

Hővel kezelt saját vvs-k autotransfusiójával sikerült nyulakon autoimmunhaemolytikus anaemiát létrehozni. Ezeket a deformált, bizonyos értelemben sphaerocyta jellegű erythrocytákat a lép kiszűri a keringésből. Az antitestképzés csak akkor indul meg, ha a lép erre a funkcióra már képtelenné válik.

Jelenlegi vizsgálatoknak az volt a célja, hogyan befolyásolja az előzetes splenektomia a kórkép kialakulását? Minden vizsgált esetükben a vérkép normális maradt és haemolytikus anaemia nem fejlődött ki, szemben a kontroll csoporttal. Azonban meg kell jegyezni, hogy az utóbbiban a később elvégzett splenektomia hatására gyors javulás következett be, melynek folyamányaképpen vvs.-szám, hb. és retikulocytaszám a műtét utáni 3—4. héten már normálizálódott.

A szerzők igazoltnak látják korábbi elméletüket, mely szerint az experimentális autoimmunhaemolytikus anaemia pathogenesisében a lépnek feltétlen szerepe van mint antitestprodukáló szervnek.

Bán András dr.

☆

Plasmocytoma együttes előfordulása generalizált osteosclerosissal. Wiedermann, B., C. Krč, O. Soyka és J. Vykydal (I. Med. Klinik der Palacky-Universität, Olomouc, ČSSR). Folia Haematol. 1966. *86*, 47—69.

A plasmocytoma rtg diagnosztikájában az osteolytikus gócok és diffúz osteoporosis a leggyakoribb tünetek, éppen ezért érdeklődésre tarthat számot az a két eset, ahol diffúz generalizált osteosclerosis volt észlelhető, mely különösen a lapos csontokban mutatkozott meg a legkifejezettebben.

Histologiailag a megvastagodott csontlamellák közötti kis velőüregek fibrotikus csontvelővel voltak kitöltve. Ezekben plasmasejtszigetek csak elvétve voltak megfigyelhetők.

A szerzők igen alaposan ismertetik az idevonatkozó irodalmat, melyből az tűnik ki, hogy a diffúz generalizált osteosclerosis plasmocytomában nagyon ritka, mivel eddig csak 4 közleményben szerepel. Ezzel szemben osteoplastikus gócok valamivel gyakrabban fordulnak elő.

A jelenség magyarázatára több lehetőség kínálkozik, de a legvalószínűbb, hogy individuális esetekben abnormis reakció következik be, mely osteosclerosisban nyilvánul meg. Ismeretes, hogy a haemoblastosisok egész sorában keletkezhetnek solitaer és generalizált osteolytikus és osteoplastikus elváltozások a csontokban (Akut leukosisok, chr. lymphadenosis, Hodgkin kór, lymphosarkoma, retothelsarkoma, Brill—Symmers kór, Ewing sarkoma és makroglobulin-

aemia). Fenti példák alapján a plasmocytoma sem kivétel és ahogy a fenti megbetegedésekben, úgy itt is előfordulnak a leírt csontelváltozások.

Bán András dr.

☆

Arterio-venosus különbség a fibrinolytikus enzimrendszer komponenseiben. D. Ogston, C. M. Ogston, N. B. Benett. Thromb. Diath. haem. 1966. *16,* 32.

A vér fibrinolytikus aktivitásának meghatározására általában vénás vért használnak. Naini és mtsai szerint a fibrinolytikus aktivitás szignifikánsan alacsonyabb az arteriás vérben. Más szerzők részben megerősítik ezt, részben eltérő adatokat közölnek.

A coronariabetegség gyakoriságának emelkedésével e kérdés vizsgálata fontossá vált. Ezért a szerzők különböző módszerekkel vizsgálták a fibrinolytikus enzimrendszert az arteria brachialisból és a vena cubitalisból vett vérben.

Az aktivátor-szintet minden vizsgált esetben magasabbnak találták a vénás vérben. A fibrinolytikus aktivitás fokozódásánál az arteriovenozus különbség emelkedett, de a viszony az arteriás és vénás szint közt lineáris volt.

A fibrinolytikus enzimrendszer más tényezőiben nem volt szignifikáns különbség.

A vénás vér emelkedett aktivátor-tartalmának oka nem ismert.

E vizsgálatok alapján a fibrinolytikus enzimrendszer vizsgálata a vénás vérben kielégítően tükrözi az arteriás viszonyokat.

Nagy Ibolya dr.

☆

Vesebetegségek

Idült pyelonephritis vagy glomerulonephritis? Szerkesztőségi közl. Lancet, 1966, *ii,* 1287—88.

Az idült veseelégtelenségek végstádiumában sokszor problematikus annak eldöntése, hogy vajon idült pyelonephritisről, avagy idült glomerulonephritisről van-e szó. Az esetek többségében nem áll megfelelő anamnesis rendelkezésre, továbbá a neházséget fokozzák a pathologiai vizsgálatok értékelése is, hiszen macroscoposan a végstádiumban mindkét betegségben a vesék alakilag azonosak, de gyakran a histologiai lelet sem mutatja a két betegségre jellemző klaszikus képet.

Innen adódik tehát, hogy egyes erületeken a pyelonephritist tartják gyakoribbnak, máshol a glonerulonephritist. Az utóbbira jelemző kifejezettebb proteniuria és z üledékben látható cylinderek, agy a pyelonephritisre jellemző pyuria és bacteriuria a beegség késői fázisában nem mindig alálhatók meg. Mégis általában és újabban Észak-Amerikában és Európában is a glomerulonephritist tartják gyakoribbnak (2,7:1).

A kérdés megközelítésére jó adatot szolgáltatnak a *vesetransplantációs* vizsgálatok. E tekintetben *Gault* és *Dossetor* (New Engl. J. Med., 1966, 275, 813) 315, vesetransplantációra került beteg eltávolított veséjének feldolgozásából nyert adatai igen figyelemre méltóak, bár ezek a betegek nem voltak mind uraemiások, s általában 50 éven aluliak voltak. A betegek többsége férfiakból került ki, s az is ismert, hogy a pyelonephritis inkább a nők között fordul elő. A betegek között a glomerulonephritis kétszer nagyobb számban fordult elő, mint a pyelonephritis.

Ha nem gondosan kiválogatott esetekről van szó, azon 50 éven aluli esetekben, akiknél az alsóbb húgyutak elsődleges betegsége, vagy a hólyag beidegzési zavarai nem fordultak elő az anamnesisben, inkább glomerulonephritisre kell gondolni. Azok a törekvések, melyek a nephritogen streptococcusok invásiójának megakadályozására prophylacticusan antibioticumok adását szorgalmazzák, feltehetően a glomerulonephritisek csökkenéséhez fognak majd vezetni.

Iványi János dr.

☆

Heveny pyelonephritis. Little, P. J. és H. E. de Wardener (Dept. of Med., Charing Cross Hosp. Med. School, Fulham Hosp., London, England), Lancet, 1966, *ii,* 1277—78.

Annak eldöntésére, hogy a tartós gyógykezelés, illetve terhesség fellépte milyen hatással van a heveny pyelonephritis kiújulására, a szerzők 100 főből álló betegcsoportot (53 terhes nő, 44 nem terhes nő és 3 férfi) vizsgáltak az első heveny pyelonephritis lezajlásától számítva 6 hónap és 18 hónap múlva. A betegek közül 65-en 7—14 napos kezelésben részesültek a bacteriologiai érzékenységnek megfelelően. 35 beteg kezelését 1—18 hónapon át folytatták több antibacterialis szerrel, általában hetenkénti váltásban.

Az összes betegből 6 hónap múlva 56%-os relapsus, 18 hó múlva pedig 77%-os relapsus következett be, függetlenül a kezelés időtartamától.

Terhes és nem terhes bontásban a különbség nagyobb volt, mert míg a terhesek között 6 hó múlva 77%-os relapsus fordult elő, addig a nem terhesek között csak 37%-os. A kezelés időtartamát illetően is volt különbség, mert a terhesek csoportjában a rövid ideig tartó kezelés után 83%-ban, tartós kezelés után 55%-ban volt visszaesés. A nem terhes csoportban nem volt ennyire jelentős a különbség a visszaesést illetően, érdekes módon a tartósan kezeltek csoportjában volt nagyobb százalékban relapsus.

A közölt adatok szerint a kezelés időtartama tehát jelentősen nem befolyásolja a visszaesés mértékét.

Iványi János dr.

☆

A vese-amyloidosis biopsiás tanulmányozása. Martin, J. H. Brown, A. L. és mtsai. (Mayo Found. Sect. Med. and Exp. Anat. Path., Rochester, Minn.) Am. J. Med. Sci. 1966. *251,* 129.

Az amyloidosis a nephrosis syndroma okai között szerepel. A vese részvételéről az amyloidosisban a biopsiás vizsgálat ad felvilágosítást.

A szerzők 14 vese-amyloidosis esetet tanulmányoztak. A szövettani metszeteket a glomerulusokban, az interstitiumban, erekben és a tubulusokban talált amyloid mennyisége alapján osztályozták. Ezenkívül figyelembe vették a serum és a vizelet fehérje értékét és más klinikai adatokat. A betegeket négy csoportba osztották: a tünetmentesek, a fehérjeürítők, a nephrosis tünetegyüttesébe tartozók és a kifejlett vesebetegségben szenvedők csoportjára. A második kategóriába (proteinuria) tartozó betegnek primaer amyloidosisa volt. A glomerulus elváltozása harmadfokú. A serum összfehérje és az albumin értéke csökkent.

A nephrosis syndromával jellemzett csoportba 11 beteget soroltak. 4—4 beteg elsődleges, ill. másodlagos amyloidosisban, 3 pedig myeloma multiplexben szenvedett. A glomerulusokban 2., 3., vagy 4., fokú amyloid lerakódást leltek. Az összfehérje és az albumin szint csökkent.

A kifejlett vesebetegség kategóriájába 3 paciens tartozott. A glomerulusokban és a kis erekben nagy mennyiségű amyloid rakódott le. Az interstitiumban fibrosist és a tubulusok atrophiáját figyelték meg. Mindegyik beteg vizeletében sok volt a fehérje. Az urea és a creatinin szintje emelkedett. Az electrolyt értékek a normálistól eltérőek. Minden felderítetlen eredetű vesebetegségben amyloidosisra is kell gondolni. A vese részvétele esetén a renalis próbakimetszés hozzásegít a kórisméhez.

Lőrincz Gábor dr.

☆

Veseartéria stenosis másodlagos hyperaldosterinaemiával. Tasadu Sakai and Yoshiyuki Kokubun. (Department of Pediatrics, The Jikei University School of Medicine): Acta Pediatrica Japonica. 1966, *8,* 13—18.

A 11 éves japán fiú hasi panaszok, főfájás miatt került kórházi felvételre. Anamnesise szerint: al-

buminuria és magas vérnyomás miatt először vesegyulladásra gondoltak. A rosszul fejlett beteg anaemiás és letargikus volt. Szemfenéken mindkét oldalt jelentős vérzéseket láttak. A vérnyomás: 170/70—220/80, se. K.: 3,7 maeq/l. A vizeletben fehérje, és az üledékben 3—4 vvs. és fvs., fs.: 1010—1020. MN: 12 mg%, Se. cholesterin: 220 mg%.

Radiorenogramm: bal oldalon csökkent accumulatio és csökkent max. radioaktivitás, melyet késleltetett kiválasztódási fázis kísér. *Vesearteriográfia:* bal oldali a. renalis szűkületet mutat, poststenotikus tágulattal. A VMA, 17 KS, regitin próba, adrenalin és noradrenalin szint normális volt.

A hyperaldosterinaemiára a csökkent vesefunctio, hypertonia, hypokalaemia és vesearteria-szűkület alapján gondoltak. A tünetek, hypertensio és hypokalaemia, javultak antialdosteron adására.

A továbbiakban tervezik a vesearteriotomiát vagy nephrectomiát.

(Ref.: Az egyébként mintaszerű casuistica hiányossága, hogy az aldosteron meghatározást nem végezték el. Mi — az Orvostovábbképző Intézetben észlelt kétoldali vesearteria-szűkületes betegünknél magas, 45, ill. 59 γ/24h aldosteron ürítést észleltünk.)

Korányi György dr.

☆

Vesefunkcio és foszforexcretio human vesehormontransplantatio után. R. C. Herdman, A. F. Michael, R. L. Vernier, W. D. Kelly és R. A. Good (Pediatric Research Laboratories of the Variety Club Heat Hospital, Department of Pediatrics, and Department of Surgery, University of Minnesota). The Lancet. 1966. *2.* 121—123.

Korábbi vesehomotransplantatiós esetük kapcsán a szerzők azt az érdekes megfigyelést tették, hogy a transplantatiót indikáló hosszantartó vesemegbetegedés secunder hyperparathyreoidismust okozott, amely a transplantatiót követő vesefunkció javulással autonómiához jutott és emiatt 3 parathyreoidea mirigyet sebészileg kénytelenek voltak eltávolítani. A hypercalcemiás állapot ezt követően nem tért vissza. Jelen tanulmányban 6 vesehomotransplantatióval kapcsolatos megfigyeléseikről számolnak be, amelyeknek kapcsán a transplantatiót követő 2—19. nap közötti periódusban kiterjedten tanulmányozták a glomerulus filtratiós rátát, a renális vérátfolyást, valamint a phosphorexcretiót. Két esetben chrónicus pyelonephritis, 4 esetben chronicus glomerulonephritis miatt történt a vesetransplantatió, és pedig 4 betegen élőből, 2 betegen pedig cadaverből származó vesével. A betegek életkora 12—34 év között volt, a műtéttel kapcsolatos ischaemiás intervallum 24—55 perc között mozgott. Minden beteg Imurán (azathioprin) kezelésben részesült, 2 közülük nagy dózisú Prednisolon kezelést is kapott. A 6 beteg közül 4-nél nem mutatkoztak klinikai jelei rejekciós aktivitásnak, egy betek chronicus rejekciós fázisban volt, egy beteget pedig anuriával járó acut rejekcióból sikerült visszahozni. Eredmények: A glomerulus filtratiós ráta minden esetben alacsonyabb volt, mint ami normál szóló vese esetén egyébként várható és a csökkenés sokkal nagyobb mértékű volt, mint a renális átfolyás. Ez azt jelenti, hogy a glomerulus filtratiós frakció kifejezett redukciója következett be. A foszfor tubuláris resorptiója minden betegen extrem alacsony volt (0—43%) és 2 betegen a foszfor excretió nagyobb volt, mint a filtratió, ami tehát aktív tubuláris foszforexcretitot jelent. Calcium infusio nem befolyásolta a magas foszfor clearencet, jelezve az autonom hyperparathyreoidismus jelenlétét. Ezen eredmények egybevágnak korábbi esetük kapcsán tett tapasztalataikkal és azt jelzik, hogy vesehomotransplantatiók kapcsán állandó figyelmet kell fordítani a parathyreoidea funkcióra a magas serum calcium szint károsító effektusának kivédése érdekében.

Thán Ede dr.

☆

Kórbonctan

Idült szívelégtelenséggel járó sárgaság. Nolte, D. (Path. Inst. Univ. Kiel) Virchows Arch. path. Anat. 1966. *341,* 37.

A jobb szív elégtelenség szakában mutatkozó enyhe sárgaságot *Eppinger* cyanoticus icterusnak nevezte. Mindmáig tisztázatlan, vajon a sárgaság haemolyticus, hepatocellularis, vagy pangásos eredetű-e. *Eppinger* a máj szövettani metszetében epe-thrombusokat talált. Az utánvizsgálók eperögöket ritkán tudtak kimutatni. Szerző a sikertelen vizsgálatok okát az alkalmatlan szövettani technikában látja.

Ezért a májból készített fixálatlan kryostat-metszetekben *Hall* és a saját histochemiai módszerével próbálta kimutatni — az esetek 46,8%-ában sikeresen — az epepigmentet. A vena centralis körüli sorvadt májsejtekben sárgás szemcséket figyelt meg, amelyeket nehéz elkülöníteni a lipofuscintól. A sejten belüli epefesték-szemcséken kívül az acinus centrumokban epecylindereket talált. Az idült pangásos máj későbbi stádiumában már csak a környéki lebenykékben lelt epe-rögöket.

Minél kifejezettebb a máj szövettani elváltozása, annál gyakoribb a szervben az epe-pigment. Elsődleges bal szív betegség esetében — mely végül jobb szív elégtelenséghez vezet — a májban gyakrabban fordul elő epe-pigment, mint cor pulmonale folyamán. *Gerlei* a szívbetegek sárgaságát az epe-levezetés zavarára (az epeutak nyálkahártyája hyperaemiás, duzzadt) vezeti vissza. Az idült szívelégtelenséghez társuló sárgaság a klinikai leletek alapján máj-eredetű.

A szerző vizsgálatai a tisztán pangásos sárgasággal szemben szintén a hepatocelluláris icterus mellett szólnak. A májsejtekben levő pigmentszemcsék valószínűleg a hypoxaemiás sejtelváltozást jelzik.

Lőrincz Gábor dr.

☆

A Hodgkin-kór prognózisa a histológiai variációk és a klinikai stádiumok szerint. R. J. Lukes, J. Butler, Ethel, B. Hicks. Nouvelle Revue Française d'Hématologie. 1966. *6,* 15—23.

A szerzők nagyszámú beteganyagon vizsgálták egyrészt a histológiai forma és a túlélés, másrészt a histológiai kép és a klinikai stádiumok közötti kapcsolatot. Részletesen ismertetik a histológiai variációkra általuk alkalmazott megjelöléseket: megkülönböztetnek lymphocytás, vagy histiocytás, sclero-nodularis, diffus fibrosus, reticularis, valamint kevert formát. Megfigyelték, hogy a szöveti képben fordított arányosság van a lymphocyták és a Sternberg sejtek száma között és bizonyos evolutiv tendencia van a lymphocyta gazdag formától a lymphocyta szegény felé. Ez igen szembeötlően figyelhető meg az egyes szöveti képekhez tartozó túlélések tükrében. Tapasztalataik szerint a klinikai stádium manifesztációja is nagymértékben kapcsolatos a szövettani képpel, ahol a lymphocyták dominálnak a klinikailag I. stádium, ahol ellenben kevés a lymphocyta és túlnyomóan Sternberg sejtek vannak, a klinikailag III. stádiumnak felel meg. E szerint a Hodgkin-kórnak egy torpid és egy evolutiv formáját kell megkülönböztetni, amelyek mellett átmeneti esetek is találhatók. Ezek hátterében bizonyos histológiai variációk állnak (sclero-nodularis, kevert formák). A lymphocyták száma, a szerzők véleménye szerint, nagymértékben tükrözi a megbetegedést hordozó szervezet immunitásbeli válaszkészségét, nevezetesen, ha a lymphocyták dominálnak relative kevesebb viszonyokkal számolhatunk. Ez a prognosis felbecsülésében jelentős megállapítás.

Horváth Tünde d

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A hepato-renális syndromáról.

T. Szerkesztőség! Az „Orvosi Hetilap" 1966. 41. számában nagy érdeklődéssel olvastam *Rényi-Vámos F. dr., Csata S. dr., Havasi Gy. dr.* és *Tóth M. dr.:* A hepatorenalis syndroma című cikkét, valamint a szerkesztőség syndroma létjogosultságáról írott közleményét. A kérdéssel az utóbbi években magam is több közleményben foglalkoztam, részben morfológiai, kísérletes patológiai, részben klinikai terápiás szempontból.

Vizsgálataink alapján egyet kell értenem *Rényi-Vámos* és munkatársai azon véleményével, hogy a hepatorenalis syndroma a kifejezés helyes értelmezésében nem létezik. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a máj és vese gyakori együttes károsodását ne nevezhessük hepatorenalis *elégtelenségnek*, tudatosan kerülve az e helyen hibásan alkalmazott „syndroma" kifejezést.

Nem támasztjuk a közvetlen patogenetikai összefüggés igényét akkor, ha elismerjük az együttesen fellépő (pl. postoperatív) máj-vese-elégtelenség létezését. Ilyenkor a máj, vagy a vese elsődleges károsodását igazolni többnyire lehetetlen, s sokszoros egymásrahatás végállomásának kell a súlyos együttes szervkárosodást felfogni. Utóbbi létrejöttében — elsősorban a postoperatív időszakban — magunk a *Van Slyke, Gömöri* és mások által shock esetében leírt vese vérkeringés-változásoknak (vasospasmus a vesében a keringés redistributiójának a részjelenségeként) tulajdonítunk döntő jelentőséget. Nagyobb hasi vagy mellkasi, különösen pedig thoraco-laparotomiás műtétek után figyelembe kell vennünk a máj gyakran jelentkező vérkeringés-csökkenését is.

Természetesen nem hanyagolhatók el emellett egyéb kóroki tényezők sem, mint pl. a mellékvesekéreghormon-háztartás esetleges zavarának a szerepe a postoperatív parenchymás szervkárosodások létrejöttében. Magunk ezt kísérletes patológiai módszerekkel igyekeztünk igazolni. Ugyancsak el kell ismernünk a folyadékelektrolit-háztartás zavarának, továbbá bizonyos nem pontosan meghatározott autotoxinoknak a feltételezését is.

Az orvostudomány haladásával a misztikus syndromák fogynak, s helyüket ismert kórszármazású betegségek foglalják el. A fogalmak ilyen értelmű tisztázását szolgálja mind Rényi-Vámos, mind a Szerkesztőség közleménye. Ebből azonban nem következik, hogy bizonyos szervek, ill. szervrendszerek egyidejű, esetleg közös okra, vagy okokra visszavezethető károsodásának a létezését tagadnunk kellene.

Betléri István dr.

☆

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam Rényi-Vámos F. és munkatársai: „A hepatorenalis syndroma" című közleményét, valamint a Szerkesztőség ezzel kapcsolatos állásfoglalását. A közlemények megállapításaival mindenben egyet kell értenünk; azokhoz csak néhány gondolatot szeretnék hozzáfűzni.

Ismeretes, hogy az acut és chronicus hepatitisek, valamint májcirrhosisok nagy részénél a betegség folyamán autoantitest természetű serumfaktorok jelenhetnek meg a beteg vérsavójában. Irodalmi adatok, valamint saját vizsgálataink szerint ezek az antitestek nemcsak a máj, hanem a vese szövetével is reagálni tudnak — feltehetőleg azért, mert a szervspecificus antigenek mellett a két szerv hasonló vagy azonos antigendeterminans csoportokat hordozó componenseket is tartalmaz. Az irodalmi adatok egy része, valamint saját, állatokon végzett vizsgálataink amellett szólnak, hogy a máj- és veseszövettel reagáló humoralis ellenanyagok bizonyos esetekben kóros folyamatokat idézhetnek elő azokban a szervekben, amelyekkel reagálni tudnak.

A humoralis antitestek károsító hatásukat többféle pathomechanizmus szerint fejthetik ki. A sejtmembránnal reagáló ellenanyagok complement jelenlétében cytolysist idéznek elő. A mitochondrium és mikrosoma ellenes antitestek csökkenthetik az említett subcellularis organellumok enzymeinek activitását. Saját vizsgálatainkban a májmitochondrium ellenes immunsavó jelentősen gátolta a májmitochondriumok Warburg-készülékben mért O_2 felhasználását. Ki szeretnénk emelni, hogy a májmitochondrium ellenes immunsavó eredményeink szerint — valószínűleg az előbb említett antigenrokonság következtében — kisebb mértékben ugyan, de a veseszövet O_2 felhasználását is akadályozta. (Megemlítjük még, hogy az antigen-antitest complexek passiv módon is károsíthatják a vese szövetét.)

Csaknem egy évszázada ismeretes az is, hogy a máj primaer megbetegedése a vesében kóros functionális és szövettani elváltozásokat idézhet elő. Az első megfigyeléseket később többen megerősítették. Újabban Salomon M. I. és mtsai (Arch. Int. Med. 1965, *115*, 704.) foglalkoztak a kérdéssel. Huszonnégy válogatás nélküli acut és chronicus vírushepatitises, portalis, biliaris és postnecroticus cirrhoticus beteg percutan vesebiopsiával nyert veseszövetét vizsgálták meg histochemiai, elketronmikroszkópos és immunfluorescentiás módszerekkel. A veseszövetben különböző mértékű, de minden esetben kimutatható elváltozásokat találtak. A glomerulusok basalis membranja és a capillarisok fala megvastagodott, a glomerulusokban a mesangialis matrix felszaporodott, az intercapillaris térben PAS pozitív anyag jelent meg, amely immunfluorescens vizsgálatok során gamma-globulinnak bizonyult. A kimutatott gamma-globulint savi pH-n nem sikerült elualni, ugyancsak nem sikerült az említett területeken complementet kimutatni. Az esetek egy része klinikailag tünetmentes volt, 14 esetben különböző fokú proteinuriát, két esetben nephrosis syndromát észleltek. Az utóbbi két esetben nem lehetett biztosan eldönteni, hogy a veseelváltozás a májbetegség hatására jött-e létre, vagy egyidejűleg vesebetegség is fennállott?

A szerzők szerint a veseelváltozások másodlagos következményei a májbetegségnek. A folyamat PAS pozitív anyag lerakódásával kezdődik, amely vagy amelynek egy része gamma-globulin. Ez az anyag a sérült májsejtekből származik, vagy az alteralt májban termelődik. A vesében később bekövetkező kóros szöveti elváltozásokat a lerakódott anyag hatására létrejövő reactiv folyamatnak tartják.

Tekintve, hogy azokon a területeken, ahol a gamma-globulint észlelték, complementet nem tudtak kimutatni, továbbá mivel a gamma-globulint savi pH-n nem sikerült eluálni, a szerzők úgy gondolják, hogy a gamma-globulin nem antigen-antitest kötésben van jelen a vesében.

Véleményünk szerint Salomon M. I. és mtsai adatait további vizsgálatokkal kellene kiegészíteni annak végleges eldöntésére, hogy a vesében észlelt gamma-globulin antigen-antitest kötéssel kapcsolódik-e a vese szövetéhez vagy sem — a felsorolt adatokat összegezve ugyanis nem zárható ki annak a lehetősége, hogy a májbetegségek során keletkező májszövet-ellenes antitestek a vese szövetével másodlagosan reagálva a vesében kóros történések sorozatát indítják meg. Akármi lesz azonban ezen vizsgálatok eredménye, annyi bizonyosnak látszik — mivel az idézett szerzők különböző aetiológiájú májbetegségek vizsgálata során gyakorlatilag azonos typusú elváltozásokat észleltek a vesében —, hogy bizonyos esetekben a májszövet primaer bántalma másodlagosan a veseszövet károsodását vonja maga után. Ez az elváltozás lehet olyan kisméretű, hogy klinikai tüneteket nem is okoz, finomabb vizsgáló módszerekkel azonban úgy látszik, ezekben az esetekben is kimutatható.

Vajon a vázolt mechanizmus szerint keletkező — bár többnyire

enyhe — klinikai tünetek nem merítik-e ki a hepatorenalis syndroma 1932-ben megalkotott fogalmát (Hellwig S. C., Schultz C. B.): a megbetegedett májszövet hatásos „toxint" (idézőjel tőlünk) termel, amely többé-kevésbé specificusan hat a vesére? Vajon nem lenne-e célszerű a hepatorenalis syndroma fogalmát az ilyen módon létrejövő — szövettanilag többé-kevésbé jól körülírt elváltozásokon nyugvó — klinikai tünetek számára fenntartani? *Dóbiás György dr.*

☆

T. Szerkesztőség! Mindkét levélben értékes gondolatokat fűznek munkánkhoz, amelyekhez kiegészíteni valónk nincs.

Rényi-Vámos F. dr.
Csata S. dr.
Hamvasi Gy. dr.
Tóth M. dr.

☆

A szerkesztőségnek — miután a syndromáról mondanivalóit a szerkesztőségi közleményben megírta — a levelekhez hozzáfűzni valója nincs.

☆

Gyomorrákos betegek és az A-vércsoport.

T. Szerkesztőség! Visszatérve Bajusz Gyula és Hoffmann János dr.-oknak az O. H. 1965. évi 44. számában megjelent, fenti c. tanulmányára, szabadjon rámutatnom arra, hogy az ott feltüntetett eloszlási eltérés szignifikanciájának a valószínűsége helyes számítás esetében kisebb a Tanos Béla dr. által számítottnál.

Bizonyításul szolgáljon az alanti táblázat, melyet Yule-Kendall: »An introduction to the theory of statistics« c. mű 14. kiadásának 20. 1. sz., valamint a szóban forgó tanulmány 1. és 2. sz. táblázata alapján dolgoztam ki.

Eszerint $\chi^2 = 9{,}597$ és $\gamma = 3$ (és nem 5,5978, ill. 1, mint ezt a tanulmány feltünteti). Ezeknél az értékeknél pedig P értéke nem 0,01 és 0,02 közé esik, hanem 0,02 és 0,05 közé.

Ennél azonban — márcsak a jövőben előforduló számításokra való tekintettel is — fontosabb rámutatnom arra, hogy az A-vércsoport praedominatiája sokkal meggyőzőbben domborodik ki, és emellett sokkal közvetlenebbül érdeklő eredményeket kapunk, ha az eloszlási eltérés és ennek szignifikancia-vizsgálata helyett azt kutatjuk, hogy miként viszonylanak egymáshoz a különböző vércsoportokba tartozók gyomorrákos megbetegedésének a szerzők adatai alapján számított valószínűségei.

Vércsoport	Tapasztalati gyakoriság $\bar{m}$	Várható gyakoriság m	$\bar{m}-m$	$\frac{(\bar{m}-m)^2}{m}$
0	93	118	−25	5,297
A	182	158	+24	3,646
B	62	65	− 3	0,138
AB	35	31	+ 4	0,516
Összesen	372	372	∅	9,597

Ez utóbbi céljából vegyük fel, hogy a szegedi és szegedkörnyéki lakosok száma N fő és ebből gyomorrákos $r\%$, úgyhogy a gyomorrákosok száma 0,01rN. Ezenkívül vegyük tekintetbe, hogy a gyomorrákosok száma kicsi a nem-gyomorrákosokéhoz képest, s így a nem-gyomorrákosok vércsoport szerinti eloszlása azonosnak vehető az összlakosság eloszlásával.

Ilyen feltételek mellett a szerzők adatai alapján a következő táblázat állítható össze:

Vércsoport	L Lakosok száma az egyes vércsoportokban, fő	G Gyomorrákosok száma az egyes vércsoportokban, fő	A gyomorrákos megbetegedés valószínűsége %-ban, G/L	A 0-csoportra vonatkoztatott valószínűségi viszonyszámok
0	0,3155.N	0,252.0,01rN	0,800.r	1,00
A	0,4257.N	0,488.0,01rN	1,145.r	1,43
B	0,1757.N	0,166.0,01rN	0,945.r	1,18
AB	0,0831.N	0,094.0,01rN	1,130.r	1,41

Ebből a táblázatból oly nagymérvű (43%-os) praedominantiája tűnik ki az A-vércsoportba tartozóknak, hogy erre vonatkozólag minden további vizsgálat itt feleslegesnek tekinthető.

A fenti táblázatból még egy további rendkívül figyelemre méltó körülmény is kiviláglik, nevezetesen az, hogy az AB-vércsoportbeliek praedominantiája mindössze 2%-kal kisebb az A-csoportbeliekénél, s így nemcsak az A-vércsoport érdemel további figyelmet a gyomorrák szempontjából, hanem az AB-csoport is.

Mendik István dr.

☆

T. Szerkesztőség!

Mendik János dr. fenti hozzászólására az alábbiakban válaszolhatunk:

A közölt gyomorrák-frekventia — A-vércsoport összefüggés statisztikai értékelése a szokásos χ^2-testtel az alábbiak szerint történt:

Kontingentia-tábla

Tulajdonság	Vércsoport nem A	Vércsoport A	Összesen
Rákos	190	182	372
Nem rákos (vegyes lakosság)	2281	1691	3972
Összesen	2471	1873	4344

A fenti kérdés az ún. »négymezős táblával« vizsgálható. Ha az A-vércsoporthoz tartozás nem játszik szerepet a rák-előfordulásban, úgy a gyomorrák előfordulásának gyakorisága azonos kell, hogy legyen az A-vércsoportú, valamint az összes más vércsoportokhoz tartozó (»nem-A« vércsoportú) populatioban. A fenti tábla marginális összegeinek felhasználásával kapható hypothetikus előfordulási gyakoriságokat abban az esetben, ha nem játszik szerepet a gyomorrák az A-vércsoporthoz való tartozás előfordulásban, az alábbi tábla tünteti fel:

Rákos	211,59	160,41	372
Nem rákos	2259,41	1712,59	3972
Összesen	2471,—	1873,—	4344

Alkalmazva a $X^2 = \frac{(m-x)^2}{m}$ képletet, ahol m a számított, x pedig a talált előfordulás, az alábbi tagokat kapjuk.

$$\frac{(211{,}59-190)^2}{211{,}59}+\frac{(2259{,}41-2281)^2}{2259{,}41}+\frac{(160{,}41-182)^2}{160{,}41}+$$
$$+\frac{(1712{,}59-1691)^2}{1712{,}59}=\frac{21{,}59^2}{211{,}59}+\frac{21{,}59^2}{2259{,}41}+\frac{21{,}59^2}{160{,}41}+\frac{21{,}59^2}{1712{,}59}=5{,}5871.$$

A nem rákos lakosság A-nem-A vércsoportarányait a szóban forgó közlemény II. táblázatában, a szegedi véradóállomás anyagának felhasználásával számítottuk ki, a %-os gyakoriság és az összes esetszám segítségével. Azért használtuk a szegedi adatokat, mert a vizsgált gyomorrákos anyag is erről a területről származott.

A szabadságfok azért egy, mert a négymezős táblában *egyetlen* hypothetikus frekventia — a marginalis összegek állandóságán alapulva — magában meghatározza a másik három mezőben szereplő értékeket. A lényeg itt az, hogy négymezős táblát használtunk, azon az alapon, mivel a kérdésünk is úgy szólt, gyakoribb-e az A-vércsoportúakon a rák, mint a nem A-vércsoporthoz tartozó lakosság között. Így redukálódott a probléma két-két kritériumosra, tehát így lett táblázatunk négymezős, mely ezután evidensen egy szabadságfokú.

A kapott $\chi^2 = 5{,}5871$ csak annyiban tér el (a harmadik tizedesben) az eredetileg közölt 5,5978-tól, hogy akkor az osztásokat és négyzetreemeléseket logarléccel végeztük, most pedig számológépen, négy tizedesnyi pontossággal számítottuk ki. A kettő közötti eltérés következtetésünk szempontjából biztosan lényegtelen, mert a p értéke *mindkét esetben* (bármelyik számot használjuk is) 1 és 2% közé esik, tehát erősen signifikans.

Az χ^2 próba használatára vonatkozóan jó tájékoztatás nyerhető a Bálint-féle »Laboratóriumi diagnosztikai« második kiadásában dr. Juvancz Ireneus által írt fejezetben (1218 oldal).

Mivel a hozzászólások második részében Mendik dr. egyrészt ugyanazt állapítja meg, amit mi is következtettünk, nevezetesen, hogy a fenti anyagban az A-vércsoport-gyomorrák-előfordulás között igen határozott az összefüggés, másrészt olyan kérdést vet fel, melyet magunk nem vizsgáltunk (AB-vércsoport — gyomorrák-gyakoriság), előbbi megjegyzését köszönettel nyugtázzuk, utóbbira vonatkozóan pedig azt ajánljuk, , hogy az AB-vércsoport — gyomorrák-előfordulás esetleges predominantiáját célszerűnek látszana az általunk alkalmazott négymezős táblával χ^2-testel elemezni, annyi különbséggel, hogy a viszonyítási alap a »nem AB« csoportúaknál a 0- és B-vércsportúak egyesített száma lehetne.

Hoffmann János dr.
Bajnai Gyula dr.
Tanos Béla dr.

☆

T. Szerkesztőség! Körlevelet kaptam a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetségétől, melyben közlik, hogy a mellékelt csekklap igénybevételével, mely társaságok, egyesületek tagjaként fizethetek tagsági díjat. Így tudtam meg, hogy szerény orvostársadalmunk számára nem kevesebb, mint negyvenöt egyesületet, illetve társaságot alapítottak. A körlevelet 5000 példányban bocsátották ki, amiből következik, hogy egy-egy társaságnak átlagosan 100 tagja lehet.

Valószínű, hogy ennél többen kívánnak részt venni a gyermekorvosok, a belgyógyászok, a nőorvosok társaságában, de akkor vajon mennyi tagot számlálhatnak mondjuk az angiologusok, a fonetikusok, a sportorvosok egyesületei, vagy hányan működhetnek az iskola-egészségügyi, gastroenterologiai vagy az EEG társaságban, ez utóbbinál különös tekintettel arra, hogy jó ha az országban összesen 40 elektroenkefalográf működik.

De ha egyesületi életünkben ilyen hűségesen követjük az orvostudomány differenciálódását, vajon miért nem alakítunk társaságot a vitaminologusok, kórélettanászok, vagy proktologusok számára, nem is szólva olyan egyesületekről, amelyekben mondjuk az iatrogén ártalmak ellen küzdők, vagy a tanácsok egészségügyi osztályain dolgozók, vagy éppen a művészetet kedvelő orvosok tömörülhetnének?

De félre a tréfát! Ha komolyan vesszük azt a néhány társaságot, amely nemcsak nevében létezik, hanem jelentős tagságot is számlál, és számottevő tudományos munkásságot fejt ki, akkor ne feledkezzünk meg az orvostársadalom legnépesebb, és a gyógyító munkában talán legnagyobb jelentőséggel bíró rétegéről. Mert hogyan lehetséges, hogy van társaságuk a traumatologusoknak, a higiénikusoknak, az orvostörténészeknek, a munkahigiénikusoknak, de nincs az orvostársadalom napszámosainak — a körzeti orvosoknak?

Kiss Péter dr.
Heim Pál Gyermekkórház,
Budapest

Megjelent

FÜL-ORR-GÉGE-GYÓGYÁSZAT
1967. 1. szám

Alföldy Jenő dr., Bauer Miklós dr., Vargha Eleonóra dr. és Muha Cecília dr.: Prognosticai lehetőségek facialis bénulásnál.

Szövérffy László dr.: A környéki arcidegbénulás összefoglaló therapiás szemlélete.

Székely Tamás dr.: A. m. stapedius akaratlagos működése.

Alföldy Jenő dr. és König Mária dr.: Juvenilis orrgarat-fibroma gyógyult esetei.

Miriszlai Ernő dr. és Tigyi András dr.: Vegetatív szerek hatása a labyrinthnyomásra emlősökön.

Szőke Barnabás dr. és Tarcsy Gyula dr.: Zajártalom vascularis szemlélete.

Bátai István dr.: Tapasztalataink a nyaki lymphographiáról.

Jasper Antal dr.: Traumás-dysplasiás fültőmirigy-tömlő műtéttel gyógyult esete.

Répay Gabriella dr.: Haematológiai eredetű orrvérzések.

Szálka Vilmos dr.: A chronikus mesotympanalis gennyedés, az otorrhoea és az általa okozott hallászcsökkenés conservatív kezelése.

Bánhidy Ferenc dr.: Laryngokele.

Hauk István dr., Irás Mátyás dr. és Sebők András dr.: Heveny homloküreg-gyulladások kezelésében szerzett tapasztalataink.

Szabó Elemér dr. és Egres Jenő dr.: A rhinogen cellulitis orbitalisról.

Hartai Pál dr.: Orrgaratüregi papilloma műtéttel gyógyított esete.

Könyvismertetés.

SZEMÉSZET
1967. 1. szám

Radnót Magda és Szabó Zoltán: Az aphakiás szemen előforduló »pupillaris block«-ról.

Podhorányi György: A kötőhártya kehelysejtjeiről.

R. Sternberg Alice és Véli Margit: Összehasonlító adatok a kancsalság conservativ és műtéti kezelésének eredményeiről.

Gáll János és Varga Margit: Az ablatio retinae gyógyításának fejlődése az utóbbi évtizedekben.

Farkas Elek, Hollós Iván és Jancsó Ágnes: Virologiailag ellenőrzött hő-sterilizátor tonometer fertőtlenítésére.

Brooser Gábor és Bikich György: Tapasztalataink a fluorescin-fotografiával.

Győrffy István: A gépjárművezetői alkalmasság szemészeti vonatkozásai.

Hanisch József, Orbán Tibor, Vereb Katalin és Hegedüs Andrásné: Adatok a glycerin szemnyomás-csökkentő hatásmechanizmusához.

Zajácz Magda, Rácz József és Alberth Béla: A Bacskulin szerinti symblepharon-ellenes műtétről.

Molnár Lajos: A refractio kialakulása és a szemgolyó stabilizációja.

Ágoston Irén: A sugártest epithelsejtes daganatairól.

Szabó György: Traumás bulbus-dislocatio prizmás correctiója.

Rácz József: Egy Horner-syndroma topikus diagnosisa a Foerster—Gagel-próba alapján.

Medgyaszay Attila és Hegedüs Jolán: A szaruhártya hámosodásáról.

Hozzászólás Trux Erzsébet: Tetániás szürkehályog c. közleményéhez.

Ülésjegyzőkönyv.

Könyvismertetés.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE
1967. 3. szám

Zoltán László dr., Fényes István dr.: Adatok a hátsó-skála meningeomák műtéti megoldásának kérdéséhez.

Kiszely Katalin dr., Máttyus Adorján dr.: A succinimidek szerepe a gyermekkori epilepsia kezelésében.

Csermely Hubert dr.: Acut necrotizáló, zárványtest herpes-vírus encephalitis gyermekkorban.

Kómár József dr., Lehoczky Tibor dr.: A Melkersson—Rosenthal syndromáról.

Kardos György dr., Mária Béla dr.: Alkoholizmus és endogen psychosisok.

Láng Sándor dr., Haits Géza dr.: A diencephalon működésének vizsgálata időskori (involutiós) depressióban.

Mária Béla dr., Adorjáni Ferenc dr.: »Ballancement psychosomatique«.

Kun Miklós dr.: Diabeteses beteg öngyilkossági kísérlete az insulin kihagyásával.

Beszámoló a IV. Psychiatriai Világkongresszusról.

Könyvismertetés.

HÍREK

MEGHÍVÓ

a Magyar Sebész Társaság

Balassa János emlékelőadására.

1967. évi május hó 10-én, szerdán 18 órakor.

Budapest VIII., Szentkirályi u. 21 (Semmelweis-terem).

Felkért előadó: *Mester Endre dr.* egyetemi tanár.

Az előadás címe: Újabb törekvések az epeutak sebészetében.

A Társaság Vezetősége

☆

A **Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiója** 1967. június hó 8., 9. és 10-én tartja XIV. Vándorgyűlését Esztergomban.

A részvételre jelentkezés terminusa, május 10.: Lélek István dr. kórházigazgató-főorvosnál, Esztergom, Kórház. Vetítési lehetőségek biztosítva vannak. A részletes programot közölni fogjuk.

☆

MEGHÍVÓ

A MAGYAR ORTHOPAED TÁRSASÁG

1967. május 6-án 9 órakor

a Semmelweis-teremben (Budapest VIII., Szentkirályi utca 21.)

ANKÉTOT RENDEZ

Az ankét tárgya: A gyermekcipők és munkacipők gyártásának és forgalombahozatalának időszerű kérdései.

Referátumok:

1. A korszerű gyermekcipő. *Bender György dr.*, Budapesti Orvostudományi Egyetem Orthopaediai Klinika.

2. A munkacipő. *Maklári Endre dr.*, Debreceni Orvostudományi Egyetem Orthopaediai Klinika.

Felkért hozzászólók:

1. *Pap Károly dr.* egyet. tanár, a debreceni Orthopaediai Klinika igazgatója.

2. *Péterffy János* tud. munkatárs, *Bene Pál* műszaki ügyintéző (Bőr-, Cipő-, Szőrmeipari Kutató Intézet, Budapest).

3. *Gál László dr.* áruforg. főosztályvezető (Belker. Minisztérium Ruházati Főigazgatóság Cipőosztály, Budapest).

4. *Serdült Gyula* főmérnök, *Árvay Béla* főtechnológus (Szombathelyi Cipőgyár, Szombathely).

5. *Kiss Lajos* vezérigazgató (Tisza Cipőgyár, Martfű).

6. *Róna Borbála dr.* főorvos (Magyar Nők Országos Tanácsa, Anya- és Gyermekvédelmi Bizottság).

7. *Balassa Lajos* főmodellőr (Bőripari Fakelléktermelő Váll., Budapest).

A referátumok időtartama 30 perc, a felkért hozzászólások 10 perc, további hozzászólások 5 perc.

☆

Magyar Tudományos Akadémia 1967. évi Közgyűlése

MEGHÍVÓ

az Orvosi Tudományok Osztálya,
az Agrártudományok Osztálya
és a
Biológiai Tudományok Osztálya
A KEMIZÁCIÓ EGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMÁI című

közös tudományos ülésére.

Az ülés időpontja: 1967. május 4.

Az ülés helye: Magyar Tudományos Akadémia Díszterme, Budapest V., Roosevelt tér 9. I. em.

A tudományos ülés elnöke: *Sós József* MTA lev. tag, az Egészségtudományi Bizottság elnöke.

Titkára: *Gáti Tibor*, az orvostudományok kandidátusa.

1967. május 4, csütörtök

Üléselnök: *Babics Antal* akadémikus, Orvosi Tudományok Osztálya, *Baló József* lev. tag, Orvosi Tudományok Osztálya és *Zólyomi Bálint* lev. tag Biológiai Tudományok Osztálya.

8.30: *Megnyitó: Babics Antal* akadémikus (Orvosi Tudományok Osztálya).

8.35: *Bevezető referátum: Sós József* MTA lev. tag (Orvosi Tudományok Osztálya), (BOTE Kóreléttani Intézet): A kemizáció egészségügyi problémái (40 perc).

9.15: *Koreferátumok:*

Ubrizsy Gábor MTA lev. tag, Agrártudományok Osztálya (Növényvédelmi Kutató Intézet): A poszticidek káros mellék- és utóhatásának minimalizálása az integrális növényvédelem révén (25 perc).

Szabolcs István, a mezőgazdasági tudományok doktora, Agrártudományok Osztálya (Talajtani és Agrokémiai Kutató Intézet): Kemizáció és talajtermékenység (25 perc).

Nagy Barnabás, a mezőgazdasági tudományok kandidátusa, Agrártudományok Osztálya (Növényvédelmi Kutató Intézet): Régi lehetőségek és új remények a vegyszeres ártalmak csökkentésére a kártevő állatok elleni védekezésben (20 perc).

10.25: *Szünet.*

10.40: *Vita a bevezető referátum és a koreferátumok felett.*

Üléselnök: *Ubrizsy Gábor*, MTA lev. tag, Agrártudományok Osztálya, *Jeney Endre*, az orvostudományok doktora, Orvosi Tudományok Osztálya és *Timár Miklós*, az orvostudományok kandidátusa, Orvosi Tudományok Osztálya.

11.20: *Csatlakozó előadások* (időtartam 10 perc, vita előadásonként).

Josepovits Gyula tudományos osztályvezető, a kémiai tudományok kandidátusa (Növényvédelmi Kutató Intézet): Környezetünk peszticid-szennyezéseinek elhárítása, illetve megelőzése.

Dénes Anna tud. főmunkatárs, *Tarján Róbert* egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet): Klórozott szénhidrogének maradékai élelmi és biológiai anyagokban.

Virág Árpád egyetemi docens (Agrártudományi Egyetem Mikrobiológiai tanszék, Gödöllő): A herbicidek mikrobiológiai és molekuláris biológiai aspektusai.

Sebestyén Olga ny. osztályvezető, a biológiai tudományok kandidátusa (MTA Biológiai Kutató Intézete, Tihany): A kemizáció kihatása vízi ekoszisztémákban.

Bordás Sándor tud. osztályvezető, az orvostudományok kandidátusa (Országos Munkaegészségügyi Intézet), *Cieleszky Vilmos* tud. osztályvezető, a kémiai tudományok kandidátusa (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet), *Czeglédi-Jankó Géza* tud. munkatárs (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet), *Avar Pál* tud. munkatárs (Országos Munkaegészségügyi Intézet): Aldrines szuperfoszfátgyártó üzemben dolgozók expozíciós vizsgálata.

Czieleszky Vilmos tud. osztályvezető, a kémiai tudományok kandidátusa, *Czeglédi-Jankó Géza* tud. munkatárs (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet): Klórozott szénhidrogének szintjének vizsgálata az emberi vérben és a dinamikus egyensúly.

Bakács Tibor egyetemi tanár, az orvostudományok doktora (Országos Közegészségügyi Intézet): Település hygiene és a biológiailag aktív anyagok a környezetben.

13.00: *Szünet.*

Üléselnök: *Bakács Tibor*, az orvostudományok doktora, Orvosi Tudományok osztálya, *Kaszab Zoltán*, a biológiai tudományok doktora, Biológiai Tudományok Osztálya és *Nagy Barnabás*, a mezőgazdasági tudományok kandidátusa, Agrártudományok Osztálya.

15.00: *Csatlakozó előadások folytatása* (időtartam 10 perc, vita előadásonként).

Mórik József tud. osztályvezető, az orvostudományok kandidátusa (Országos Közegészségügyi Intézet): A levegő szennyezettségének mértéke ipari településeinken.

Farkas Gyula egyetemi adjunktus, *Budvári Róbert* egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa (POTE Igazságügyi Orvostani Intézet): Gázkromatográfiás vizsgálatok foszforsaveszter mérgezések post mortem kimutathatóságára.

Kemény Tibor, tud. osztályvezető, az orvostudományok kandidátusa, *Tarján Róbert* egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet): Kísérletes vizsgálatok a DDT egészségkárosító hatásának megállapítására.

Kertai Pál tud. osztályvezető, az orvostudományok kandidátusa (Országos Közegészségügyi Intézet), *Fáy Kálmánné* tud. munkatárs (Országos Közegészségügyi Intézet), *Rácz Pál* kórházi főorvos, az orvostudományok kandidátusa (László kórház): Polimérek daganat okozó hatásának kísérletes vizsgálata.

Juhász Jenő egyetemi docens, az orvostudományok kandidátusa (BOTE I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet): A hydrazinszármazékok kísérletes daganatkeltő hatása.

Dési Illés egyetemi adjunktus, az orvostudományok kandidátusa, *Sós József* egyetemi tanár, MTA lev. tag, *Farkas Ildikó* egyetemi tanársegéd (BOTE Kórélettani Intézet): Idegrendszeri vizsgálatok jelentősége kémiai ártalmak korai felderítésében.

Major Magda tud. munkatárs (Országos Közegészségügyi Intézet), *Dési Illés* egyetemi adjunktus, az orvostudományok kandidátusa (BOTE Kórélettani Intézet), *Farkas Ildikó* egyetemi tanársegéd (BOTE Kórélettani Intézet), *Kertai Pál* tud. osztályvezető, az orvostudományok kandidátusa (Országos Közegészségügyi Intézet): Egy vízderítésre használt koaguláns neurotoxikológiai vizsgálata.

16.50: *Szünet.*

Üléselnök: *Sós József* MTA lev. tag, Orvosi Tudományok Osztálya, *Szabolcs István*, a mezőgazdasági tudományok doktora, Agrártudományok osztálya, és *Tarján Róbert*, az orvostudományok kandidátusa, Orvosi Tudományok Osztálya.

17.00: *Csatlakozó előadások folytatása* (időtartam 10 perc, vita előadásonként).

Lehotzky Kornélia tud. munkatárs, *Bordás Sándor* tud. osztályvezető, az orvostudományok kandidátusa (Országos Munkaegészségügyi Intézet): Experimentális adatok a szerves higanyvegyületek toxikológiájához.

Pacséri Imre tud. osztályvezető (Országos Munkaegészségügyi Intézet): Műanyagipari ártalmak a preventív vizsgálatok tükrében.

Antal Attiláné egyetemi tanársegéd (SZOTE Közegészségtani Intézet): Talajáteresztő képesség és a kemizáció (Modell kísérletek).

Csanádi Mihály tud. munkatárs (Országos Közegészségügyi Intézet): Nehézfém és cián szennyezés terjedése talajvízben.

Wéber Teréz egyetemi tanársegéd, *Antal Attila* egyetemi tanársegéd, *Berencsy György* egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa (SZOTE Közegészségtani Intézet): A kemizáció kapcsán felvetődő anaesthesiologiai problémák.

Gál Lászlóné tud. munkatárs (Országos Közegészségügyi Int.): Felszíni vizeink radiohigiénés vizsgálata.

Gáti Tibor egyetemi adjunktus, az orvostudományok kandidátusa (BOTE Kórélettani Intézet), *Gelencsér Ferenc* orvos százados (Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálata), *Sós József* egyetemi tanár, MTA lev. tag (BOTE Kórélettani Int.): Triortokrezilfoszfát krónikus kis adagjainak hatása a vérnyomásra.

18.30: *Elnöki összefoglaló: Sós József* MTA lev. tag, Orvosi Tudományok Osztálya.

☆

MEGHÍVÓ

A **Magyar Higiénikusok Társasága**, a Somogy megyei Közegészségügyi-Járványügyi Állomás közreműködésével a »*Balatoni Közegészségügyi Napok*« tizedik évfordulójára emlékezéssel ez évi hagyományos *Vándorgyűlését 1967. május 11—12—13-án Siófokon* a SZOT Bányászüdülő dísztermében rendezi.

1967. május 11-én 9 órakor a Vándorgyűlést megnyitják és üdvözlik: *prof. Bakács Tibor dr.* egyetemi tanár, főigazgató, a Magyar Higiénikusok Társaságának elnöke, *Tóth Béla dr.* egészségügyi miniszterhelyettes, *Bőhm József*, a Somogy Megyei Tanács Végrehajtó Bizottságának elnöke.

1967. május 11-én, 10 órakor:

Üléselnök: *Tóth Béla* miniszterhelyettes.

1. *Prof. Bakács Tibor:* A településhigiéne tudomány jelene, értékelése, perspektívái és ezek hazai vetülete (referátum).

2. *Prof. Tarján Róbert:* A kemizálás következtében jelentkező egészségügyi problémák (referátum).

Szünet

1967. május 11-én, 11.30 órakor:

Üléselnök: *prof. Bakács Tibor* egyetemi tanár, főigazgató.

3. *Prof. Tímár Miklós:* Preventív jellegű biológiai és klinikai vizsgálatok a munkahigiénében (referátum).

4. *Berend Ernő:* A »Balatoni »Közegészségügyi Napok« tíz évének jelentősége (referátum).

1967. május 11-én, 15 órakor:

Kerekasztal-konferencia: A Balaton a higiéne szolgálatában. A kerekasztal-konferenciát vezeti és a bevezető előadást tartja *Prof. Páter János* egyetemi tanár (POTE Közegészségtani Intézet).

1967. május 12-én, 8.30 órakor:

Üléselnök: *prof. Tímár Miklós* egyetemi tanár, igazgató.

5. *Tóth S.:* A camping táborok és ifjúsági táborok működésének több éves tapasztalata.

6. *Hegedűs Gy., Róna B., Major M.:* A Balaton mellett élő 10—11 éves fiúk bioritmusa nyári szünidőben.

7. *Dési I., prof. Sós J., Farkas I.:* Különböző központi idegrendszeri működések vizsgálata a munkaártalmak megelőzésére.

8. *Farkas I., Dési I., Kemény T.:* DDT kis adagjai által okozott idegrendszeri változások nyugalmi és terheléses EEG felvételen.

9. *Barna T., Molnár M.:* Salétromsav expozíció meghatározása szabadban.

10. *Fázold Á., Bíró Zs., Takács S.:* Erőmű levegőszennyező hatása.

11. *Kelenffy Sz., Kertészné Sáringer M., Mórik J.:* Az alumíniumkohó levegőszennyező hatása Várpalotán.

12. *Bíró Zs., Fázold Á.:* Ózd város levegőszennyezettsége.

Szünet

1967. május 12-én, 11 órakor:

Üléselnök: *prof. Tarján Róbert* egyetemi tanár, igazgató.

13. *Malmos L.:* Mélyhűtéssel tartósított élelmiszerek higiénés helyzete.

14. *Makara Gy.:* Peszticidek toxikológiai elbírálásának néhány időszerű kérdése.

15. *Vetró J., Petheő G., Mindszenti L., Csiszár B.:* Perzisztens peszticid maradékok halakban Szeged környékén.

16. *Ligeti G.:* Élelmiszereink inszekticid tartalmának alakulása a fővárosban.

17. *Baron F., Csonti F.:* Peszticid (klórozott szénhidrogén) maradékok vizsgálata különböző anyagokban.

18. *Prof. Jeney E., Walthier J.:* Peszticid anyagok kimutatása tiszántúli tejmintákban. Vékonyrétegkromatográfiás vizsgálatok.

19. *Licht A., Ruszki N.* (Szabadka): Az élelmiszer allergének szerepe Észak-Bácska lakosságának pathológiájában.

20. *Walthier J., prof. Jeney E.:* A szintetikus élelmiszerszínezékek változásai az édesipari technológiában modellkísérletek alapján.

1967. május 12-én, 15 órakor:

Üléselnök: *Tóth Sándor* igazgató.

21. *Bíró Zs., Fázold Á., Kirchknopf M.:* A Béke-barlang klimatikus tényezői.

22. *Berky L.:* Az ivóvíz-minősítés higiénés problémái.

23. *Bartha T.:* Kemizálás hatása a vízminőségre, a vízminőségvédelem legújabb feladatai.

24. *Karvaly E., Orsós S.-né:* A Balaton északi partján betorkolló vízfolyások vegyi szennyezettsége

és annak jelentősége a Balaton tisztaságára.

25. *Fehér Gy., Ormay L., Gerencsér M.:* Fenolos ipari szennyvizek befolyása a talaj öntisztulására.

26. *Takács S., Schiefner K., Fázold A., Bíró Zs.:* Oxidációs árok próbaüzemének komplex vizsgálata.

27. *Lengyel A., Fehér Gy., Almási P., Bozóki M.:* Fekália-szemét komposzt technológiai eljárásának higiénés vizsgálata városokban.

28. *Huszár T.:* A talaj és a domborzati viszonyok higiénés jelentősége Dunaújváros fejlesztésében és működésében.

1967. május 13-án, 8.30 órakor:

Üléselnök: *Prof. Jeney Endre* egyetemi tanar.

29. *Rudnai O., ifj. Zoltai N., Szita J.:* Cukorgyári pleuropulmonális tularémia járvány.

30. *Székelyföldi J.:* Adatok a tularemia hazai járványtanához.

31. *Lakatos M.:* A brucellosis helyzete és az ellene való küzdelem lehetőségei Hajdú-Bihar megyei vizsgálatok alapján.

32. *Alexandrescu N.* (Arad): Salmonellák és salmonellozisok a Bánátban.

33. *Kneffel P.:* Patogén coli törzsek szerepe ivóvíz okozta enteritisekben, különös tekintettel az egyiptomi (kairói) tapasztalatokra.

34. *Solt K.:* Néhány adat a gamma-globulin hatásáról a hepatitis infectiosa prevenciójában Magyarországon.

35. *Kubinyi L.:* Kullancsencephalitis természeti góc vizsgálata Hajdúhadházán 1966. évben.

36. *Madár J., Csinády L., Gábos L.-né, Boján M., Illés M., Rácz I., Reviczky J.:* Egy dizentéria endémiás község néhány környezeti tényezőjének vizsgálata.

Szünet

1967. május 13-án, 11 órakor:

Üléselnök: *prof. Berencsi György* egyetemi tanár.

37. *Métneki J.:* Üdülővendégek restitucióra vonatkozó minta választása.

38. *Gerőfi J., Tusnády G., Czeizel E.:* Az urbanizáció hatása a születések számának alakulására.

39. *Czeizel E.:* A genetikai szemlélet és a genetikai kutatások jelentősége a higiénében.

40. *Indi O., Budavári J., Kónya Gy.:* Detergens hatására bekövetkező változások a véralvadás folyamatában.

Prof. Berencsi György: A Vándorgyűlés értékelése. Zárszó.

Tudnivalók:

Elszállásolásra és étkeztetésre csak az tarthat igényt, aki a Vándorgyűlés részvételi és térítés díját a korábban szétküldött körlevélben közölt határidőig befizette. Egyes napokra szóló részfizetésre lehetőség nincsen. Részvételi díjat és térítési díjat a Társaság nem fizet vissza. A szállás május 10-én 16 órától május 13-án 16 óráig vehető igénybe. Helye a SZOT Építőmunkás üdülő. Az étkezés a SZOT Építőmunkás üdülő éttermében május 10-én vacsorával kezdődik és május 13-án ebéddel fejeződik be. A Vándorgyűlés helye a Bányászüdülő díszterme. Az előadó teremben hangerősítő berendezésről, valamint diapozitív vetítésről (5 × 5 cm) gondoskodunk. A Vándorgyűlés tartama alatt, május 10-én 16 órától május 13-án 14 óráig a SZOT Építőmunkás üdülőben információs iroda működik.

A Vándorgyűléssel kapcsolatos esetleges kérdésekre a Társaság főtitkára (Habán György dr., OKI, Budapest IX., Gyáli út 2—6.) és Tóth Sándor dr. igazgató (Somogy megyei KÖJÁL, Kaposvár, Ezredév u. 13.) adnak felvilágosítást.

Nyomatékosan felhívjuk a figyelmet, hogy a program zavartalan lebonyolítása érdekében az előadások és a hozzászólások időtartamát szigorúan betartani szíveskedjenek. *Az előadások időtartama 15 perc, a hozzászólások időtartama 3 perc.*

PÁLYÁZATI *hirdetmények*

Felhívjuk szíves figyelmüket, hogy a pályázati hirdetmények díjazása
nyomott soronként
12,— Ft,
kiemelt sor
(vastagon szedett)
24,— Ft.

A pályázati hirdetményeket kérjük az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat Bp. VI. Révai u. 16. (Tel.: 116—660.) címére küldeni.

Az összeg befizetését számlánk benyújtása után az MNB K—95 egyszámlánkra kérjük.

(214)

Pályázatot hirdetek nyugdíjazás folytán megüresedő **állami közegészségügyi felügyelő II. állásra.** Javadalmazás E. 147. kulcsszám szerint. A pályázatokat a hirdetmény megjelenése után 15 napon belül címemre Tapolca Városi Tanács Egészségügyi Csoport kell megküldeni szolgálati úton.

Szepesi Barnabás dr.
városi főorvos

(253)

Pályázatot hirdetek a nyugdíjazás miatt megürült **gyomai Tüdőgondozó Intézet vezető orvosi állására.** Illetmény az E. 124-es kulcsszámnak megfelelően 2690 Ft + veszélyességi pótlék + 150 Ft vezetői pótlék. Az állás 1967. május 1-ével elfoglalható. Szolgálati lakás biztosítva van. Napi 2 órás mellékállás lehetséges.

A szabályszerűen felszerelt szolgálati kérelmeket e hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül a szolgálati út betartásával kell benyújtani a szarvasi járási főorvos címére.

Bozó József dr.
járási főorvos

(254)

A zirci Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője (Zirc, Petőfi S. u. 7.) pályázatot hirdet 1967. június 1-ével megüresedő E. 210. kulcsszámú tési **körzeti ápolónői állásra.** Illetmény kulcsszám szerint 1295 Ft és a teljesített kiszállások után útiátalány. A körzethez Jásd község és Csőszpuszta település tartozik. Lakás albérlettel oldható meg.

Dikó István dr.
járási főorvos

(225)

Edelényi Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedő E. 107. kulcsszámú **rendelőintézeti igazgató főorvosi állásra.** Az állás elnyerőjének el kell látnia a rendelőintézethez tartozó körzetek táppénzes felülvizsgálatát is.

Napi 2, illetve 3 órás mellékállás biztosítva van.

Illetmény kulcsszám szerint. Háromszobás lakás biztosítva van.

A fent meghirdetett állásra a 135/1955. (Eü. K. 10.) Eü. M. számú utasításban meghatározott okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeket a hirdetmény közzétételétől számított 15 nap alatt — munkaviszonyban állóknak a szolgálati út megtartásával — az edelényi Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoport vezetőjéhez kell benyújtani.

Újlaki József dr.
járási főorvos

(256)

Nyíregyháza Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Nyíregyháza, Kossuth tér 1. sz.) pályázatot hirdet a Nyíregyházi Konzervgyár főfoglalkozású **üzemorvosi állásra.**

Illetmény kulcsszám szerint. **Előnyben részesülnek azok, akik üzemorvosi képesítéssel rendelkeznek.**

A pályázatokat a szolgálati út betartásával a fenti címre lehet benyújtani, a hirdetmény megjelenésétől számított 30 napon belül.

Magyar János dr.
városi főorvos

(257)

Békés megyei Tanács Csecsemőotthona (Gyula) pályázatot hirdet E. 115. ksz. **gyermekgyógyász szakorvosi állásra.** Szakképesítés hiányában E. 116. sz. intézeti orvosként is betölthető. Szakképesítésbe 6 hónap beleszámít. Illetmény a kulcsszám szerint és ügyeleti díj. Szolgálati szoba, fürdőszobával rendelkezésre áll.

Péntek Gyuláné
prop. és hird o. v.
Lapkiadó Vállalat

(258)

Az Orvostovábbképző Intézet pályázatot hirdet a Röntgenologiai Tanszéken megüresedett egy fő **5004. kulcsszámú egyetemi tanársegéd állásra.**

Illetmény kulcsszám szerint.

A pályázati kérelmeket az Orvostovábbképző Intézet igazgatójához címezve (Bp. XIII., Szabolcs u. 35.) a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kell benyújtani.

Kádár Tibor dr.
egyetemi tanár
intézeti igazgató

(259)

Pályázatot hirdetek az Országos Mentőszolgálat Komárom (Tatabánya székhellyel) és Somogy (Kaposvár székhellyel) **megyei mentőállomásvezető főorvosi** (kulcsszám: E. 163.) állásra.

Javadalmazás a fenti kulcsszám szerinti illetmény és havi 300,— Ft veszélyességi pótlék átalány.

Az Országos Mentőszolgálatnál korábban szolgálatot teljesítő mentőorvosok, traumatológiai-, sebész-, szülész-, vagy szervezési képesítéssel bíró orvosok előnyben részesülnek.

A pályázati kérelemhez önéletrajzot, orvosi oklevelet, vagy annak hiteles másolatát kell csatolni.

Lakást biztosítani nem tudunk.

A pályázat benyújtásának határideje: a hirdetmény megjelenésétől számított 15 nap.

A pályázati kérvényt a szolgálati út betartásával az Országos Mentőszolgálat Főigazgatóságának (Budapest V., Markó utca 22.) kell megküldeni.

Bencze Béla dr.
főigazgató

(260)

A Nógrád megyei Tanács Kórháza igazgatója pályázatot hirdet a Salgótarjáni Megyei Kórház Bőr- és Nemibeteg gyógyászati osztályán megüresedett E. 112. ksz. **segédorvosi állásra.** Illetmény a kulcsszámnak megfelelően. Az állás azonnal elfoglalható.

Szabó Sándor dr.
igazgató-főorvos

(261)

Hatvan Városi Tanács V. B. Egészségügyi Csoport vezetője (Hatvan, Kossuth tér 2.) pályázatot hirdet az alább felsorolt újonnan szervezett **E. 109. ksz. osztályvezető főorvosi állásokra:**

gyermekgyógyászat,
szülészet,
fül-orr-gégészet,
szemészet,
bőrgyógyászat,
ideggyógyászat,
röntgen,
laboratórium,
prosektura,
traumatológiai osztályokra, valamint E. 194. ksz. **gyógyszerészi állásra.**

Az előírt okmányokkal felszerelt kérvényt a pályázati hirdetmény megjelenésétől számított 30 napon belül kérem beküldeni.

Hamza Mária dr.
városi főorvos

(262)

A Parádfürdői Állami Gyógyfürdőkórház 1967. szeptember 1-én nyugdíjazás folytán megüresedő egy fő E. 109-es kulcsszámú **osztályvezető főorvosi állásra pályázatot hirdet** (40 ágyas konzervatív nőgyógyászati osztály).

Az állás elnyeréséhez megfelelő szakorvosi vizsga szükséges.

Az elhelyezésre 2 szobás lakás biztosítva van.

A pályázati kérvényeket a hirdetmény közzétételétől számított 15 nap alatt — a szolgálati út betartásával — a kórház igazgatójához kell benyújtani.

Csillag Endre dr.
igazgató-főorvos

(263)

Dunaújvárosi Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának Vezetője (Dunaújváros, November 7. tér 3—7 sz.) pályázatot hirdet a Dunaújvárosi Kórház gyógyszertárában megüresedett E. 194. kulcsszámú **intézeti gyógyszertárvezető II. állásra.** Illetmény és feltételek az 5/1966. Eü. M.-Mü. M. sz. együttes utasítás szerint, de kívánatos az intézeti gyógyszertári gyakorlat.

Lipati László dr.
városi főorvos

(264)

Pályázatot hirdetek a Péterfy S. u. Kórház Szövetség utcai részlegének **urologiai sebészetén** újonnan szervezett E. 111. kulcsszámú **alorvosi állására.** Pályázhatnak budapesti főfoglalkozású munkaviszonyban levő urologus-sebész szakorvosok. Javadalmazás a kulcsszám szerinti illetmény.

Forgács József dr.
igazgató-főorvos

(265)

Tamási Járási Tanács Kórházának és Rendelőintézetének (Pincehely) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az E. 126. kulcsszámú, **rendelőintézeti főorvosi állásra Simontornya székhellyel.**

A meghirdetett állás főfoglalkozású, napi 6 órás munkaidővel. Kétszobás szolgálati lakás garageval biztosítva van. A pályázati kérelmeket a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kell beküldeni.

Papp Sándor dr.
igazgató főorvos

(266)

Püspökladányi Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője (Püspökladány, Hősök tere 1.) pályázatot hirdet **a Püspökladány IV. körzeti orvosi állásra.**

Az állással 2300 Ft alapbér, 300 Ft pótdíj, és 400 Ft ügyeleti díj jár. Mellékállás vállalására lehetőség van. Felszerelt rendelő, váró és háromszobás egybeépített lakás van.

Pápainé Török Margit dr.
járási főorvos

(267)

Hatvan Városi Tanács Kórház igazgatófőorvosa pályázatot hirdet a Kórház-Rendelőintézetnél áthelyezés folytán megüresedett **röntgen szakfőorvosi állásra.** Az állás javadalmazása az E 126 kulcsszám szerint havi 2700 Ft alapfizetés, melyhez 30% veszélyességi pótlék jár. A napi 6 órán kívül el kell látnia mellékállásban a kórházi betegek röntgenvizsgálatát is.

A kinevezésre kerülő főorvos részére 2 szobás korszerű lakás beköltözhetően rendelkezésre áll.

A szabályszerűen felszerelt kérelmet a szolgálati út betartása mellett — a hirdetéstől számított 15 napon belül — a kórház igazgatójához kell megküldeni.

Dobos Imre dr.
igazgató főorvos

(268)

A Ceglédi Járási Tanács VB. Egészségügyi Csoportjának vezetője (Cegléd, Rákóczi út 14.) pályázatot hirdet **az állami közegészségügyi felügyelő II. állásra.** Illetmény az E 147 kulcsszám szerint.

A pályázati kérelmeket a közzétételtől számított 15 nap alatt a szolgálati út betartásával hozzám kell benyújtani.

Tiszavölgyi Miklós dr.
mb. járási főorvos

(269)

Az ajkai Rendelőintézet igazgatója pályázatot hirdet az **ajkai Üveggyárban** nyugdíjazás folytán megüresedett **üzemorvosi állásra.** Az állás javadalmazása 2800 Ft, amelyhez évente egyszer juttatható 6000-től 10 000 Ft-ig terjedő rendkívüli jutalom jár.

Amennyiben gégeszakorvosi képesítéssel jelentkező pályázó volna, 3 óra gégészeti szakrendelés a Rendelőintézetben biztosítva van.

Ez esetben lakást is lehet biztosítani.

Bátai Emil dr.
ig. főorvos

(270)

A VIII. ker. Tanács VB. Ganz—MÁVAG Üzemorvosi Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet egy E 126 ksz. **rheuma szakorvosi állás betöltésére. Rheuma vagy belgyógyász szakvizsga szükséges.**

Egy a Ganz—MÁVAG-ban betöltendő 138—136 ksz. üzemorvosi állásra.

Egy a Keleti Postahivatalnál betöltendő háromórás üzemorvosi állásra.

Besorolás képesítés szerint.

Maber Zsolt
gazdasági vezető

(271)

Hajdúnánás Járási Jogú Városi Tanács VB. Egészségügyi Csoportja pályázatot hirdet a halálozás folytán megüresedett **városi szülőotthon E 171 kulcsszámú vezető főorvosi állásra.** Kolposzkópos vizsgálatban jártasak az állás betöltésénél előnyben részesülnek. Az állás azonnal elfoglalható.

Szalatkay Sándor dr.
városi főorvos

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

a NÉPEGÉSZSÉGÜGY-et

a Posta Központi Hírlap Irodánál Budapest, V., József nádor tér 1. Telefon: 180-850

ELŐADÁSOK — ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1967. május 2. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem. IX. Gyáli út 2—6.	délután 2 óra	*Az Intézet tudományos dolgozói*	*Hajdú György:* London vízellátása.
1967. május 2. kedd	*Szeged* Szemészeti Klinika, előadóterem	délután 5 óra	*A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága*	Előadások: 1. *Bereczki Sándor:* Az elsőéves hallgatók bevezetése az egyetemi tanulmányokba. (A tanulás technikája, a hallgatók önálló munkájának szervezése.) (Didaktikai továbbképző előadás.) 2. *Prof. H. Gordon* (Univ. of. Kentucky Lexington, USA. Gyógyszertani Intézet): Bakteriummentes állatok a biológiai és orvosi kutatásban (20). 3. *Gecse Árpád, Karády István, G. B. West* (Univ. of London, Gyógyszertani Intézet): Endotoxin jelentősége a traumás shock és traumás shockhoz való adaptatio mechanizmusában (15'). 4. *Lázár György, Sándor Tamás, Karády István:* RES-funkció és shock-érzékenység (15').
1967. május 2. kedd	Kossuth Klub VIII. Múzeum u. 7.	délután 7 óra	*A TIT Budapesti Szervezete*	*Dienesch Erzsébet dr.:* A gyógyító és megelőző eü. munka franciaországi tapasztalatairól.
1967. május 3. szerda	*Pécs* Gyermekklinika, tanterem.	délután 5 óra	*A Pécsi Orvotsudományi Egyetem*	*Eberhard Schuman* (Erfurt, Radiologiai Klinika): Die Urethrocystographie beim Manne (45'). *Heinz Egen* (Erfurt, Radiologiai Klinika): Besonderheiten der Angiographie nach Seldinger mit besonderer Berücksichtigung der Nierenangiographie (45').
1967. május 4. csütörtök	Korányi Kórház, tanácsterem. VII. Alsóerdősor u. 7.	délelőtt 12 óra	*A Kórház Tudományos Munkaközössége*	1. *Bende István dr.:* Appendicitis mint probléma (előadás). 2. *Gartner Pál dr.:* Férfibeteg beutalása, felvétele zárt osztályra, majd kibocsátása — minden lehetséges hibával. (Előadás).
1967. május 4. csütörtök	Orvostovábbképző Intézet. XIII. Szabolcs u. 35.	délután ½2 óra	*Az OTKI Tudományos Egyesülete*	1. *Kertész Tibor dr., Labancz Klára dr.:* Neuroleptanalgesia. (Előadás) 2. *Vadász György dr.:* Adenosindesaminase vizsgálatok gyermekkori hepatitisben. (Előadás)
1967. május 4. csütörtök	Bajcsy-Zsilinszky Kórház tanácsterem. X. Maglódi út 89—91.	délután 2 óra	*A Kórház Tudományos Bizottsága*	I. Betegbemutatás. *Kós Rudolf dr.:* Varrat nélküli sebzárás. II. Előadások: 1. *Horváth Imre dr.:* 5 perc aktuális laboratóriumi kérdésekről. 2. *Bányász Tibor dr., Béleczky Erzsébet dr., Somorjai Ferenc:* Káliumterhelés hatása a cukorbetegek szénhydrát anyagcseréjére.
1967. május 4. csütörtök	Orsz. Onkológiai Intézet XII. Ráth Gy. u. 5.	délután 6 óra	*Az Intézet Tudományos Bizottsága*	*Vita a rákmegelőző állapotok jelentőségéről.* Vitavezető: *Lehoczky Győző dr.* (A vitában minden jelenlévő résztvehet.)
1967. május 4. csütörtök	Semmelweis-terem VIII. Szentkirály u. 21.	délután 7 óra	*A Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság Diabetes Szekciója*	1. *Márton István, Tóth Szabolcs:* Ytriumbeültetés diabetes retinopathia gyógyításában (bemutatás). 2. *Barta Lajos:* A vérlipoidok jelentősége gyermekkori diabetesben. 3. *Földes János, Gyertyánffy Géza, Piroska Edit, Tamás Gyula:* A plasma J125-Insulint kötő képessége egészségeseken és diabetesben. 4. *Lehoczky Dezső, Szlamka István, Márton István:* Tolbutamid és steroid-terhelés szerepe a diabetes korai felismerésében.
1967. május 5. péntek	Schöpf-Merei Kórház és Anyavédelmi Központ, kultúrterem. IX. Bakáts tér 10.	délután 2 óra	*A Kórház Tudományos Bizottsága*	1. *Szabó Barnabás dr., Kneiszl Ferenc dr.:* Súlyos fibrosis pulmonum esete. 2. *Horváth István dr., Kneiszl Ferenc dr. és Balás Attila dr.:* Mediastinalis strumát utánzó jóindulatú nyirokcsomó-hyperplasia. 3. *Szellő Ambrus dr.:* A gyomor-bélcsatorna polypusai.
1967. május 5. péntek	Orsz. Ideg- és Elmegyógyintézet, tanácsterem. II. Vörös Hadsereg útja 116.	délután ½3 óra	*Az Intézet Tudományos Bizottsága*	*Orthmayr Alajos dr.:* A tudat és zavarai.
1967. május 5. péntek	Heim Pál Gyermekkórház, orvosi könyvtár. VIII. Üllői út 86.	délután ½3 óra	*A Kórház orvosi kara*	*Csirbesz Zuzsa dr., Kis Péter dr.:* Gyermekkori pyelonephritis klinikuma. *Tóth József dr.:* A gyermekkori pyelonephritis urológia vonatkozásai. *Kristóf Mária dr.* Adatok a lázas ecclampsia pathogenesiséhez.
1967. május 6. szombat	Orsz. Reuma- és Fürdőügyi Intézet, kultúrterem. II. Frankel L. u. 17—19	délelőtt 8 óra	*A Kórház orvosi kara*	1. *Frigyér Eszter dr.:* Diagnosztikus problémák kezdődő Bechterew-betegségben. 2. *Szivós Anna dr.:* A Heine-Medin-es lábfejdeformítások. 3. *Betléri István dr.:* Intra- és postoperatív szövődmények a sebészeti osztály 10 éves beteganyagában.
1967. május 6. szombat	Orsz. Sportegészségügyi Intézet, kulturterem. XII. Alkotás u. 48.	délelőtt 10 óra	*Az Intézet orvosi kara*	*Csépe Imre dr., Malomsoki Jenő, Juhász József dr.:* A vér oxygéntelítettségének változása apnoéban, mint a magaslati adaptáció jele.

Az előadások — ülések rendezőinek figyelmébe!

Lapunk terjedelmével való gazdálkodás követeli meg, hogy valamennyi tudományos ülés programja az „Előadások-ülések" című rovatban jelenjék meg. A kongresszusok más elbírálás alá esnek. Ezért felhívjuk az illetékesek figyelmét, hogy a rovat szerkezetének megfelelő fogalmazásban juttassák el hirdetményeik szövegét a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal.

A szerkesztőség

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató. Telefon: 116—660
MNB egyszámlaszám: 69.915,272—46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest, V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Csekkszámlaszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás a MNB 8 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

67 0951 Athenaeum Nyomda, Budapest. Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674