

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY 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: TRENCSENI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. * FORRAI JENŐ DR. * HÍDVÉGI JENŐ

110. ÉVFOLYAM, 18. SZÁM, 1969. MÁJUS 4.

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Röntgenklinika (igazgató: Benkő György dr.)

A korai gyomorrák röntgenológiai problémái*

Benkő György dr.

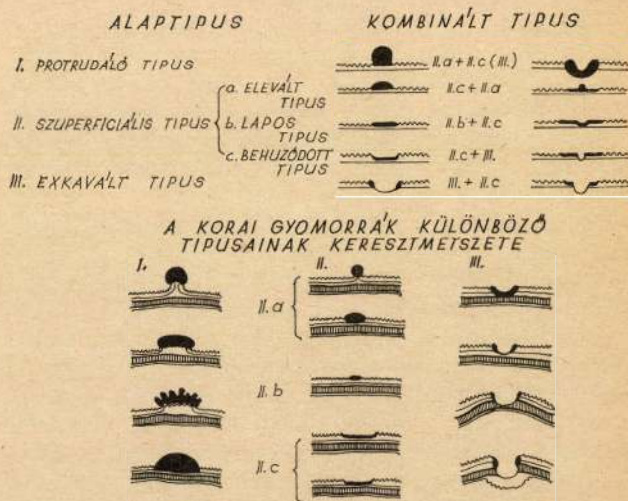
Hazánkban az Orvosi Hetilap hasábjain az elmúlt években Szabolcs (23), majd Gutmann (15) cikke nyomán élénk és megújuló vita zajlott a radiológusok szerepéről, sőt felelősségéről a gyomorrák korai kórismézésében. A vita nem záródott egységes véleménnyel. E tanulmány célja nem a vita folytatása, hanem a korai gyomorrák röntgendiagnosztikai kérdéseivel való aktív foglalkozás, részben saját esetek alapján.

Korai gyomorráknak (13, 14) azt a laesiót nevezük, melyben a rákos beszűrődés a nyálkahártyára korlátozott, vagy legfeljebb a submucosába terjedt be. Átmérője néhány millimétertől akár 10 cm-ig is terjedhet. A korai rák maradhat sokáig, akár több mint 2 éven át a mucosára szorítkozva, azután hirtelen a mélybe tör (19). A felszínesen terjedő rákban — Golden és Stout (11) megfogalmazásában — a rák penetrálhat a tunica muscularisba, de az izomzatot nem roncsolja. Utóbbi szerzők felületesen terjedő rák-eseteinek túlnyomó része, valamint Bragg és mtsainak (6) ugyancsak így nevezett rák-esetei korai gyomorrákok voltak. A Konjetzny (17, 18) és Bertrand (4) által 1937-ben leírt felszínes nyálkahártyarák esetek a laesio mélysége szerint vagy a korai gyomorrákok vagy a felszínesen terjedő rákok közé sorolhatók. Nincs okunk annak feltételezésére, hogy a korai gyomorrák, vagy a felszínesen terjedő gyomorrák a gyomorcarcinoma speciális fajtája volna. A felszínesen terjedő rák az izomréteg kezdődő invasiójával a korai rák utáni stádium s ezután következik az izomréteg áttörése, majd a serosa invasiója, a „kifejlődött” gyomorrák. Regionalis nyirokcsomó-metastasis már korai gyomorrákban is lehet; Kurokawa és mtsai (19) anyagában az esetek 10⁰/₀-ában volt 1 vagy 2 áttételes

nyirokcsomó, tekintet nélkül a submucosa involvációjára.

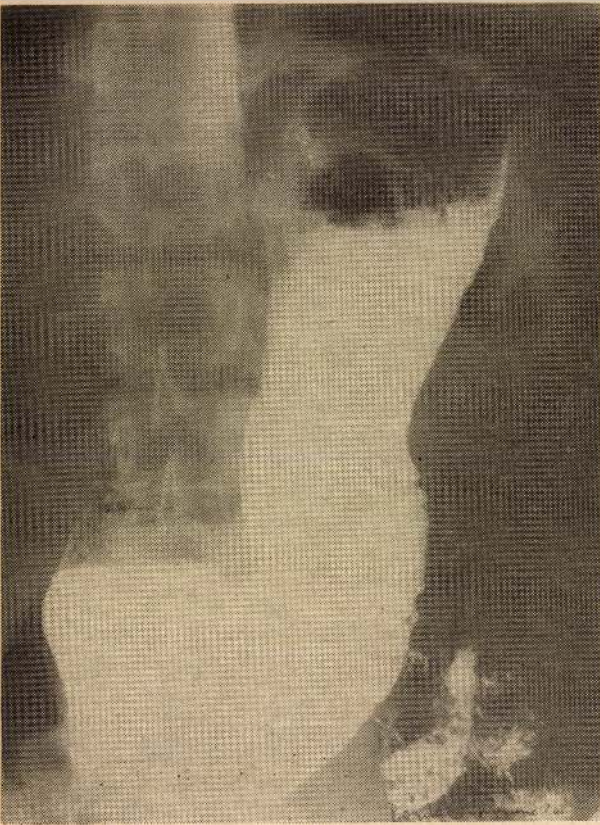
Comfort és mtsai (7), valamint Frik (9, 10) a rákos laesio szélességi és nem a mélységi kiterjedését veszik alapul. Eszerint kis gyomorráknak nevezük azt a rákos laesiót, melynek átmérője 4 cm vagy annál kevesebb.

A gyomorrákot kétségtelenül lehet korai stádiumban kórismézni. Erre Gutmann (14) 500 esete mellett szolgáljon további bizonyítékkal az utóbbi 2 évben megjelent 3 japán monográfia, illetve atlasz, Shirakabe és mtsai (22), Kuru és mtsai (20), továbbá Kurokawa, Ichikawa és Oota (19) tollából. Az utóbbiak együttvéve 503 korai gyomorrák esetet ölelnek fel. A gyomorrák korai stádiumban történő kórismézésében a nehézség abban rejlik, hogy e korai laesiók hordozóit „eljuttassuk” egy olyan jól képzett és jól felszerelt vizsgáló csoporthoz, mely



1. ábra. A korai gyomorrák makroszkopos típusai (Kuru, M.: Atlas of Early Carcinoma of the Stomach. Nakayama Shoten, Tokyo, 1967. című könyve 13. oldaláról, a szöveg magyarra fordítva.

* A Semmelweis Ünnepi Héten a Magyar Onkológusok Társasága ülésén, 1968. november 15-én elhangzott felkért előadás alapján.



2. ábra. 1. eset. A gyomor kitöltéses képe. Kontúrelváltozás nincsen.

e laesiók felismerésére képes. Ebben a teamben a röntgenológusnak fontos szerepe van, de a korai gyomorrák diagnózisáért korántsem egyedül a röntgenológus felelős. A diagnosztikai munkában a röntgenvizsgálat mellett szerepe van az endoskopiának és endoszkopos fotográfiának, a gastrokamearának, az endoszkopos biopsziának és a gastrocytológiának. Kuru (20) szerint a két legfontosabb módszer a röntgenvizsgálat és a gastrokamera, egyik pótolja a másik hiányosságait.

Gutmann (12, 14) színes és érzékeltető nomenklatúráját a korai gyomorrákok röntgenjeleire más országok röntgenológusai nem, vagy csak részben és későn vették át. A Japán Gastroenterológiai Társaság 1962-ben magáévá tett egy egyszerű típusbeosztást a korai gyomorrákok makroszkopos morfológiájára (1. ábra).

Eszerint megkülönböztetünk protrudáló (I.), superficialis (II.) és exkavált (III.) típust, a II. típuson belül elevált (II.a), lapos (II.b) és behúzódtott (II.c) altípust, végül kevert típusokat.

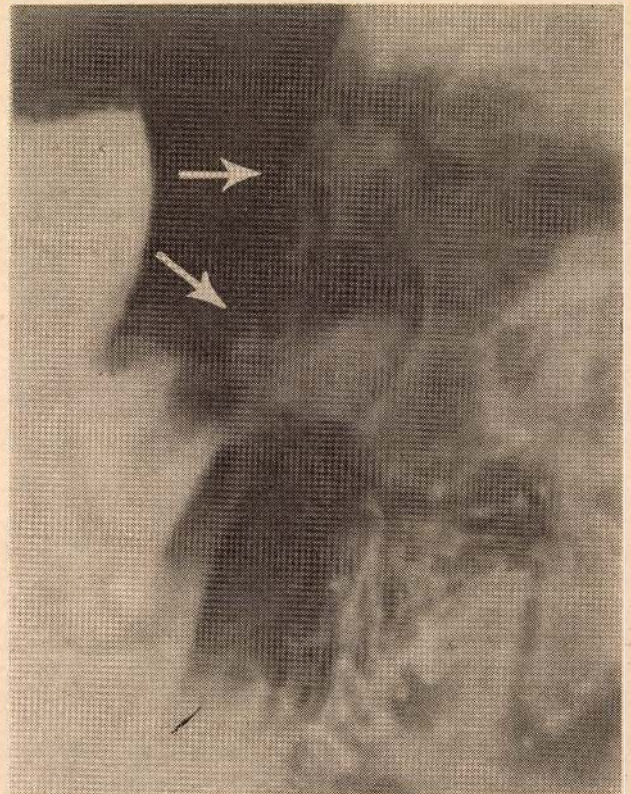
Gutmann (14) a korai gyomorrákban infiltráló, fekélyes és vegetáló formákat különböztet meg. A japán nomenklatúra az ulceratív formákat névleg nem emeli ki. A nyálkahártya rákjában csaknem mindig vannak felületes defectusok, többé-kevésbé kifejezett eroziv jelenségek, s a néhány centiméternél nagyobb átmérőjű nyálkahártya-laesiókon csaknem szabályosan vannak ulceratív elváltozások. Az exkavált (III.) típus és a II.c + III. vagy III. + II.c típus képei kis tálformájú rákra („Schüssel”)

emlékeztetnek. A protrudáló (I.) típusú korai rákok legtöbbje viszont egyszerű vagy szerkezetes polypus.

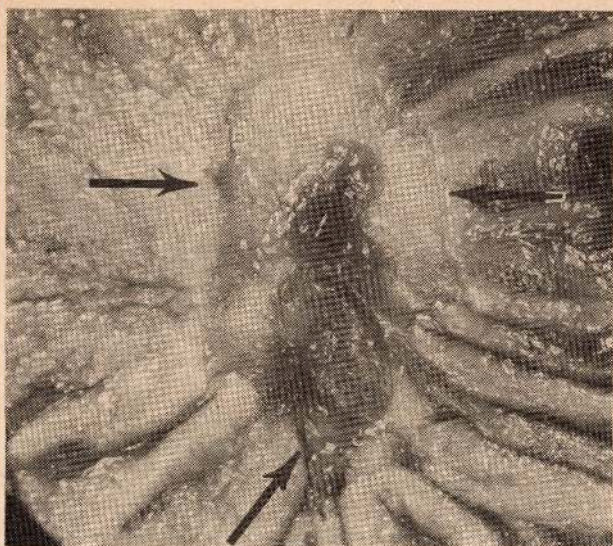
Ha a röntgenológiában a korai gyomorrákokra a japán nomenklatúrákat akarjuk használni, ami az utóbbi egyszerűsége folytán igen célszerű, akkor a nomenklatúrákat át kell fordítanunk röntgenológiai szakkifejezésekre, azaz — önteti képről lévén szó — a negatívjára. A protrudáló (I.) és felszínes elevált (II.a) típusoknak nyilvánvalóan telődési hiány felel meg, míg a felszínes behúzódtott (II.c) és exkavált (III.) típusoknak telődési többlet kellene hogy megfeleljen. Ezzel szemben az említett atlaszokban a II. c típus röntgenképein a kontúr általában a lumen felé behúzódtott, s a II.c + III. vagy III. + II.c kevert típusok képein intraluminalis kráter látható. Eszerint az az alapvető röntgenológiai szabály, hogy a ráknak telődési hiány felel meg, lényegében változatlanul érvényes, de ennek kimondását — úgy látszik — nem tartják fontosnak. Gutmann (14) a kráternek a gyomor kontúrjához viszonyított helyzetét értéktelen kritériumnak tartja, holott — ahogy legutóbb Vargha (25) is megállapította — a korai fekélyes rákok általa leírt és ábrázolt röntgenjelei többségükben telődési hiány és ezen (lumenen) belüli telődési többlet (azaz kráterárnyék) képében jelentkeznek.

Az alábbiakban bemutatunk néhány korai gyomorrák esetet:

1. eset. B. J.-né, 26 éves 1958. IV. 24. Haematemesis, collapsus, előbbi 4 nap múlva megismétlődik. A gyomor röntgenvizsgálata alkalmával a kitöltött gyomor



3. ábra. 1. eset. Kompressziós felvétel az angulustájról. Két lapos ulceratio (nyílak).

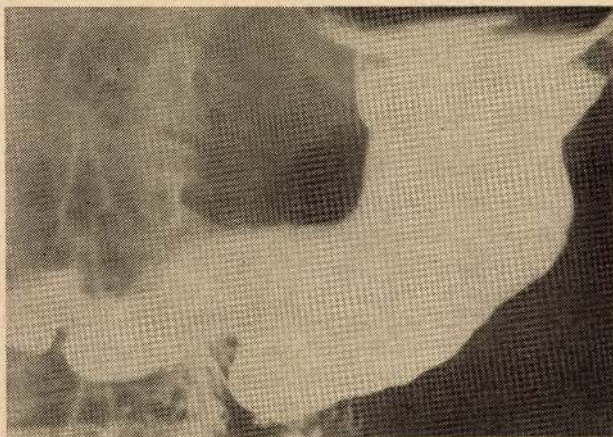


4. ábra. 1. eset. A kóros részlet a resectatumból. Jól látható a kettős sekély ulceratio és körülötte a nyálkahártya beszűkítése. Az elváltozás határait nyílak jelzik.

mor kontúrjai épek, compressióval az angulus mellett és ujjnyival felette a corpusban egy-egy ujjhegynyi, sekély bariumfolt s körülötte a redőzet enyhén torzult (2. és 3. ábra). *Gastroskoppal* sekély ulceratio és infiltratio látható az antrumsphincter felett. *Diagnózis:* felületes nyálkahártyarák. A műtéti diagnózis (op.: Daróczy dr.) ugyanez, resectio subtotalis (4. ábra). *Szövet-tani dg.:* carcinoma gelatinosum. A tumor az izomréteget nem roncsolja. Tíz éve tünetmentes.

2. eset. B. J., 72 éves férfi. 1968. III. 2. Másfél éve nem jellegzetes gyomorpanaszok. *Weisenbach dr.* szűri ki gyomorpraecancerosus betegek ellenőrző vizsgálatán. A kitöltéses *röntgenképen* a kiscsőbületi kontúr az angulusnál merev és behúzódtott, compressió felvételén az angulushoz konvergáló nyálkahártyaredők húzódnak (5. és 6. ábra). *Műtét* (op.: Salamon dr.) kapcsán a kiscsőbület mentén kétforintosnyi területen kemény, heges tapintatú resistentia, a serosa felől babnyi porc kemény nyirokcsomó; resectio Billroth II. szerint. A resectatumon sekély ulceratio látható (7. ábra). *Szövet-tani dg.:* carcinoma adenomatosum. A tumor az izomzatig infiltrál. A nyirokcsomóban és mellette a nyirokutakon belül metastasis.

3. eset. R. A., 64 éves férfi. 1968. III. 11. Egy hónapja tompa gyomortáji fájdalmak. A *röntgenképen* a



5. ábra. 2. eset. Az angulusban és felette a kontúr behorpadt és merev.



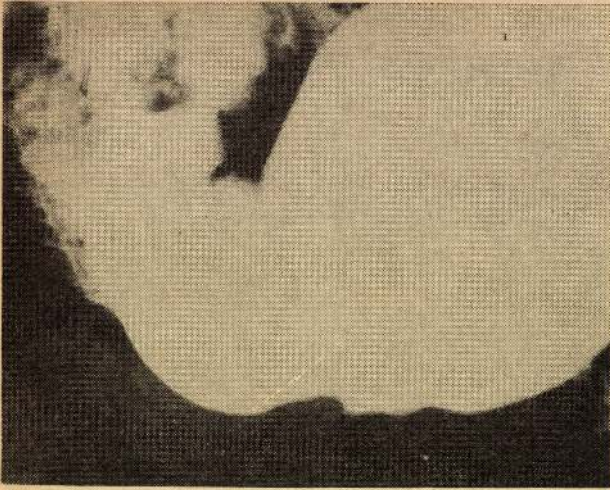
6. ábra. 2. eset. Kompresszióval az angulushoz húzódtó és a kontúr közelében elroncsolt redők láthatók.

sinus nagyhajlatán behúzódtott környezetben széles és sekély, intraluminalis kráter árnyéka (8. ábra). A *műtét* (op.: Póka prof.) kapcsán a gyomor antrumán a nagyhajlaton fallal bíró lapos, tömött, felhányt szélű tumor. A resectatumon fallal bíró lapos kráter látható, legnagyobb átmérője falát is számítva 37 mm (9. ábra). *Szövet-tani dg.:* carcinoma anaplasticum ventriculi. A tumor helyenként betört az izomrétegbe. Nyirokcsomó metastasis nincsen.

Első esetünk típusos felületes nyálkahártyarák, mely mélységi kiterjedését tekintve korai gyomorráknak tekintendő. A japán nomenklatura szerint II.c típusnak felel meg. *Röntgenképére Gutmann* szerint megfelelő elnevezést nem találunk, mert kontúrelváltozás nem volt. A második eset *röntgenképe Gutmann* szerint „aspect encastré”-nak, a 3. eseté pedig „niche en plateau”-nak felel meg. A japán nomenklatura alapján a 2. eset a II.c vagy II.a + II.c típusba, a 3. eset pedig a II.c + II.a vagy egyszerűen a III. típusba sorolható. A 2. eset ko-



7. ábra. 2. eset. A resectatum képén az elváltozás centrumában besüppedés (ulceratio) látható (nyíl).



8. ábra. 3. eset. Lapos intraluminalis kráter a gyomor alsó pólusán a nagyhajlati kontúrón.

rai gyomorrák regionalis nyirokcsomó-áttétellel. A 3. esetet leghelyesebb kis gyomorráknak vagy korai Borrmann II. típusú (élesen határolt fekélyes) gyomorráknak nevezni, Golden és Stout meghatározását szó szerint véve felszínesen terjedő ráknak is nevezhető; röntgenképe mindenesetre korai rákra jellemző. Nyilvánvaló, hogy a korai gyomorrák, a felszínesen terjedő gyomorrák és a kifejlődött gyomorrák között a határ nem éles. A kifejlődött gyomorrákokra a japánok is a Borrmann (5) típusbeosztást használják.

A fenti példák is mutatják, hogy valódi telődési többletet korai fekélyes gyomorrákban sem várhatunk. A telődési többlet viszonylagos, a lumenen belül esik. Elülső és hátsófali lokalizáció esetén e típusokban az „en face” fészkek, depressio, radioopaque terület vagy sekély báriumfolt kifejezések használatosak.

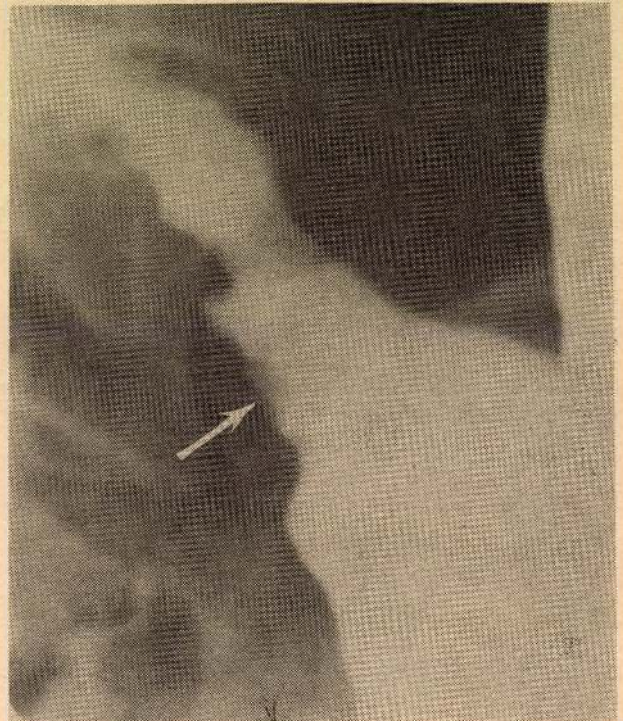


9. ábra. 3. eset. A kóros részlet a resecatumból. A lapos fekély „fala” főként az aboralis oldalon (nyíl) kifejezett, ahogy a röntgenképen is látható.

Valójában az I. típusú (protrudáló) korai rákok felfedezése a legegyszerűbb, de sokszor véletlenszerű. Ugyanis ez esetben egyszerű gyomorpolypusban vagy szerkezetes „semimalignus” gyomordaganatban (szeder-szerű daganat és bolyhos daganat) kialakuló másodlagos malignus átalakulásról van szó. Az eredetileg benignus tumor méretei biztosítják a diagnózist rutin gyomorvizsgálat esetén is. Szerzőnek alkalma volt több ilyen korai gyomorrák esetet közölni (2).

A hazai irodalomban legutóbb Hajdu és Kuti (16), továbbá Vargha (25) közöltek korai gyomorrák eseteket.

Igen fontos kérdés, hogy milyen röntgenológiai vizsgálati taktika nyújt legtöbb lehetőséget a korai



10. ábra. Eosinophilsejtes gastritis granulomatosa az antrum nagyhajlati oldalán (nyíl), mely a röntgenképen teljesen korai ulceratív ráknak megfelelő képet ad.

és kis gyomorrákok felfedezésére. Nyilvánvaló, hogy minden rendelkezésünkre álló módszert használni és azokat kombinálni kell.

A kevés kontrasztanyaggal végzett relief vizsgálat elsősorban az elülső és hátsó fal elváltozásai vizsgálatára alkalmas, de a gyomor redőinél kisebb magasságú és mélységű laesiók nem jól láthatók, mert a gyomor kontrahált.

A kitöltött gyomor vizsgálatával — álló vagy hason fekvő helyzetben — a gyomorfall rugalmassága nagyobb területen vizsgálható. Gutmann (12, 15) az utóbbi helyzetben az antrumról és angulus-tájról készített sorozatfelvételek tanulmányozását tartja a legfontosabbnak. Elsősorban a hajlatokon ülő kis fészkek és falmerevség, továbbá ennek a peristaltika kapcsán tanúsított viselkedése vizsgálatára alkalmas, a felfedezett laesiók kiterjedése és formája azonban nem ítéltető meg olyan biztonsággal, mint más vizsgálati technikával.

A *compressio vizsgálat* lényege, hogy a *compressio* vékonyan szétteríti a kontrasztpépet az elváltozáson, s az elevált laesio sugáráteresztő (radio-lucent), a deprimált pedig árnyékadó (radioopaque) lesz. A gyomor felső része a *compressio* számára hozzáférhetetlen. Igen alkalmas a már gyanított vagy felfedezett laesio részletes vizsgálatára.

A *kettős kontrasztos módszer* alkalmas minden kicsiny nyálkahártyaelváltozás vizsgálatára. A gyomor belső felszínét vékony réteggel bevonó bárium kontrasztját növeli a gyomor levegővel való felfúvása. A kis- és nagygörbület kis változásai jól felfedezhetők s a laesiót körülvevő falrészlet rugalmassága értékelhető. A *distensio* miatt a normális redőkép elsimul s a pathológiás redők, kiemelkedések és depressiók képe tisztán rajzolódik ki. Az elülső fal elváltozásainak vizsgálatára a hason fekvő helyzet alkalmas. Igen fontos módszer a korai gyomorrák felfedezésére. *Fóti* (8) spray eljárása jól alkalmazható kettős kontrasztos módszer.

A *pharmacoradiographia* ritkábban került alkalmazásra. Elsősorban a spasmusok kiiktatását célozza, amikor is a báriumpep az elevált vagy deprimált laesio minden részletét fedi és kirajzolja. Általában második vizsgálatként végzik a részletek tisztázására.

Az *átvilágítást* — *Frikkel* (10) és *Zsebőkkel* (26) egyetértve — nem értékeljük annyira elmarasztalóan, mint *Gutmann*. Az *átvilágítás* alaptéchnika, szükséges a gyomor mozgásfüggésének, illetve körülírt mozgászavarának a megfigyelésére, s a felvételeket is *átvilágítás* segítségével állítjuk be. A képerősítő-televízió rendszer nagy fényerejű képe könnyíti, gyorsítja az észrevezést, s így fokozta az *átvilágítás* diagnosztikai értékét. Kis laesiók esetén gyakran van szükség két röntgenvizsgálatra, amikor is az első a tájékozódó, felfedező, rendszert a radiogramok tüzetes tanulmányozása révén, s a második a részleteket tisztázó. *Shirakabe* (22) szerint az elevált laesiók könnyebben észrevehetők *átvilágítással*, mint a deprimáltak, az előbbieknél 40 mm átmérő felett gyakorlatilag biztosan, a 10—39 mm átmérőjűek a legtöbb esetben láthatók az ernyőn, az utóbbiak 80%-a azonban *átvilágítással* nem volt látható. Nevezett szerző 84 esete közül 9-ben a röntgenen nem látott laesio endoszkópiával lett felfedezve, közülük 4 elülsőfali volt. 9 mm átmérő alatti méretű *superficialis* (II.) típusú laesio felfedezése a röntgenvizsgálattól nem várható (22).

Egy *Mártonnal* együtt 1953-ban közölt korai gyomorrák esetünkben a kis erosio formájában mutatkozó laesiót röntgennel akkor sem tudtuk kimutatni, mikor a helyét pontosan ismertük (1).

A japán szerzők munkásságának egyik meglepetése, hogy a korai gyomorrákok között milyen gyakori az *ulcuscarcinoma*, *Oota* (21) anyagában 59,5%, *Kuru és mtsai* (20) anyagában 68%, *Kurokawa* (19) szerint egyes szériákban a 75%-ot is eléri. A *pepticus ulceratio reparativ* folyamatának (*ulcusheg*) makroszkopos jele a *depressio* vagy *defectus* a központban, a nyálkahártyaredők *convergentiája* s azok *amputatiója* a központ közelében.

Ez gyakori lelet korai gyomorrákban. *Kurokawa és mtsai* (19) megállapították, hogy korai rák eseteiben a tünetek fennállási ideje csökkenő gyakorisági sorrendben: 1,1—2 év, 6,1—12 hónap, 2,1—3 év, s csak ezután következett a 3 hónap alatti és a 3,1—6 hónap. *Bragg és mtsai* (6) eseteiben a tünetek rendszerint hosszú ideig fennálló *pepticus* fekély tünetei. *Comfort és mtsai* (7) szerint minél kisebb a rákos laesio, annál gyakoribb az *ulcussyndroma* és *ulcusszerű* tünetek (1 cm vagy kisebb átmérőjű rákok esetén az esetek 44,4 és 50,0%-ában) s annál gyakoribb röntgenen az *ulcus* diagnózis; 1 cm vagy kisebb átmérő esetén a diagnózis az eseteknek 50%-ában volt *ulcus* és csak 11,1%-ban *carcinoma*, míg 3,1—4 cm átmérő esetén ez gyakorlatilag fordítva volt. Minél kisebb tehát a fekélyes gyomorrák, annál nehezebben ismerhető fel a fekély malignus karaktere, s ahogy *Frik* (9) írja, minél sekélyebb a fekély krátere annak átmérőjéhez viszonyítva, annál valószínűbb, hogy *carcinoma*. A korai rákra általában jellemző *symptomatologia* nincsen (3) s az *anamnesis* a korai gyomorrák és a *peptikus* fekély elkülönítésére — a fentiek szerint — nem használható. Mindezeket helyes a röntgenológusnak tekintetbe venni s emlékezni *Gutmann*nak (14) arra a megállapítására, hogy a fekély jóindulatúságának egyetlen valódi bizonyítéka annak eltűnése.

Az elkülönítő kórismézésben a már említett *ulcusheg*en, *ulcuson* és *erosiókon* kívül még számos elváltozás jöhet szóba, így körülírt *gastritises* jelenségek, nyálkahártyavastagodás, *redővastagodás*, kis *benignus* tumorok, *granuloma* és *egyebek*. Egy 45 éves nőbetegünk esetében az *antrum* nagyhajlati oldalán körülírt *krónikus eosinophilejtes gastritis* *granulomatosa*sája röntgenképen korai gyomorrák képében jelentkezett (10. ábra).

A korai gyomorrák kórismézése legjobb eredménnyel a már említett *teamek* által történhet. Ilyen szervezett *team-ek* azonban hazánkban tudomásom szerint még nincsenek. Ez nem jelenti azt, hogy nincs számos helyen különböző szakmák között értékes együttműködés korai stádiumban levő gyomorrákok felfedezése céljából. Addig is, amíg ilyen *teamek* szervezésének különböző feltételei teljesülnek, a kérdésben érdekelt klinikusoknak s köztük elsősorban a röntgenológusoknak külön-külön is mindent meg kell tenni, hogy minél nagyobb számban fedezzenek fel korai és kis gyomorrákot. Ennek a törekvésnek az alapelve, hogy minden kis körülírt gyomorlaesio rákgyanus és módszere olyan gyomorvizsgálati *methodika*, mely a kis laesiók felfedezésére alkalmas, az újvizsgálat a részletek tisztázására, s a lelet állandóságának, *progressziójának* vagy *regressziójának* a megállapítása. Szemléletünket meg kell változtatni olyan értelemben, hogy korai és kis gyomorrákok, illetve erre gyanús laesiók felfedezése ne véletlen esemény, hanem tudatos, erre törekvő munka eredménye legyen.

Összefoglalás. Szerző tárgyalja a korai gyomorrák makroszkopos megjelenési formáit, azok röntgenjeleit és elemzi az ezen rákok kimutatására szolgáló röntgenvizsgálati eljárásokat. Az a rönt-

gendiagnosztikai szabály, hogy a gyomorráknak a röntgenképen mindig telődési hiány felel meg, a korai gyomorrákra is érvényes és valódi telődési többlet fekélyes korai gyomorrákban sem várható. Ezt saját esetei is bizonyítják. Az anamnézis hossza és a tünetek jellege nem használható fel a kis fekélyes laesiók jó- vagy rosszindulatúságának elkülönítésében. Minden kis körülírt gyomorlaesio rákgyanusnak tartandó és gondos tanulmányozást igényel.

IRODALOM: 1. *Benkő Gy. és Márton Z.:* Orv. Hetil. 1952, 93 1319. — 2. *Benkő Gy.:* Rad. diagn. 1962. 3, 653. — 3. *Benkő Gy.:* A gyomor praecancerosiai és a gyomorrák korai felismerése. Magyar I. szerk.: Belbetegségek korai felismerése és kezelése. Medicina. Budapest. 1965. 188. old. — 4. *Bertrand, I.:* Diagnostic histologique précoce du cancer de l'estomac. II. Congr. Internat. Gastro-Entérologie. Paris. 1937. — 5. *Borrmann, R.:* Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. I. Suppl.—Bd. Fischer, Jena, 1901. — 6. *Bragg, D. G., Seaman, W. B. and Lattes, R.:* Amer. J. Roentgenol. 1967, 101, 437. — 7. *Comfort, M. W., Gray, H. K., Dockerty, M. B., Gage, R. P., Dornberger, G. R., Solis, J., Epperson, D. P. and McNaughton, R. A.:* Arch. Int. Med. 1954, 94, 513. — 8. *Fóti M.:* Orv. Hetil. 1959, 100, 1149. — 9. *Frik, W.:* Magen. In Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Herausgeben von

Schinz, H. R., Baensch, W. E., Frommhold, W., Glauner, R., Uehlinger, E. and Wellauer, J. 6. neugearbeitete Auflage. Bd. V. Thieme, Stuttgart. 1965. 100. old. — 10. *Frik, W.:* Magyar Radiologia. 1968, 20, 324. — 11. *Golden, R. and Stout, A. P.:* Amer. J. Roentgenol. 1948, 59, 157. — 12. *Gutmann, R. A.:* Le diagnostic radiologique précoce du cancer de l'estomac. II. Congr. Internat. Gastro-Entérologie. Paris. 1937. — 13. *Gutmann, R. A., Bertrand, I. et Peristiany, Th. J.:* Le cancer de l'estomac au début. Doin, Paris, 1939. — 14. *Gutmann, R. A.:* Le diagnostic du cancer d'estomac, à la période utile. Doin, Paris, 1956. — 15. *Gutmann, R. A.:* Orv. Hetil. 1965, 106, 361. — 16. *Hajdú I. és Kuti Gy.:* Orv. Hetil. 1967, 108, 2262. — 17. *Konjetzny, G. E.:* Zur Frühdiagnose des Magenkrebses. II. Congr. Internat. Gastro-Entérologie. Paris. 1937. — 18. *Konjetzny, G. E.:* Der Magenkrebs. Enke, Stuttgart, 1938. — 19. *Kurokawa, T., Kajitani, T. and Oota, K.:* Carcinoma of the Stomach in Early Phase. Clinical Diagnosis, Pathology and Treatment. Nakayama—Shoten Co. Ltd. Tokyo, 1967. — 20. *Kuru, M.:* Atlas of Early Carcinoma of the Stomach. Nakayama—Shoten Co. Ltd. Tokyo, 1967. — 21. *Oota, K.:* id. Kurokawa és mtsai. — 22. *Shirakabe, H., Ichikawa, H., Kumakura, K., Nishizawa, M., Higurashi, K., Hajakawa, H. and Murakami, T.:* Atlas of X-Ray Diagnosis of Early Gastric Cancer. Igaku Shoin Ltd, Tokyo, 1966. — 23. *Szabolcs Z.:* Orv. Hetil. 1964, 105, 1681. — 24. *Szabolcs Z.:* A gyomorrák. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1966. — 25. *Vargha Gy.:* Magyar Radiologia. 1968, 20, 333. — 26. *Zsebők Z.:* Orv. Hetil. 1966, 107, 2017.



A szovjet Medexport Külkereskedelmi Vállalat
exportajánlata
Modern gyógyászati felszerelések

**OPERÁCIÓHOZ
KÖRMEGÁLLAPÍTÁSHOZ
RÖNTGENKEZELÉSHEZ
FIZIKOTERÁPIÁHOZ**



A legbonyolultabb idegsebészeti, szemészeti, fül-orr-gégészeti, urológiai, nőgyógyászati sebészeti beavatkozásoknál használatos **ESZKÖZÖK.**

EREDETI KÉSZÍTMÉNYEK: dibiomicin-kenőcs, Sosztakovics-balzsam, aloé- és méhlepénykivonatok, chloracizin, pantocrinum, biliarin, fibsz stb.

VEGYI-GYÓGYSZERIPARI NYERSANYAGOK A TIBETI ORVOSTUDOMÁNY KÉSZÍTMÉNYEI

**VAKCINÁK
SZÉRUMOK**

Látogassa meg a MEDEXPORT standját a Budapesti Nemzetközi Vásáron, a Szovjet pavilonban.

V/O MEDEXPORT

Címünk: Moszkva, G-200
Telefon: 121-01-54
Telex: 247

HALOPERIDOL

inj. tabl. csepp.

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg 4-/p-chlorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl-piperidin-4-ol-t

1 tabletta 1,5 mg 4-/p-chlorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl-piperidin-4-ol-t

az oldat (10 ml) üvegenként 20 mg (10 csepp = 1 mg) 4-/p-chlorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl-piperidin-4-ol-t tartalmaz.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, mely motoros és psychés agitációval jár, mánia, paranoidhallucinatoros kórképek, agitált depressió, erethikus oligophrenia és epileptiformis psychosisok, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio).

Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan. Az átlagos orális napi adag 2—4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5—10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6—15 éves korig a felnőtt dózis fele. Krónikus hányásban általában 2 × 10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig történő kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia, vagy egyéb parkinson-szerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spon-tán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kupírozhatók.

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS terhére idegszakrendelések, ideggondozók szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi stb. orvosok csak idegszakrendelés (ideggondozó, fekvőbeteggyógyintézeti elme-idegosztály) javaslatára rendelhetik.

FORGALOMBA KERÜL:

5 × 1 ml-es ampulla ..	14,70 Ft
50 × 1 ml-es ampulla ..	123,90 Ft
50 tabletta	13,70 Ft
250 tabletta	58,30 Ft
1 × 10 ml-es üveg solutio	17,20 Ft

**Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár
Budapest, X.**

Orvostovábbképző Intézet (igazgató: Kádár Tibor dr.), EKG osztály (vezető: Somló Ernő dr.)

Valsalva-kísérlet értéke a szívinfarctus finomabb vektorkardiographiás diagnosztikájában

Somló Ernő dr.

Már Einthoven (1) közölte, hogy a légzés különböző szakaiában a QRS vektor kb. 20°-os, a T vektor pedig 15°-os eltérést mutat. Ugyancsak ő mutatott rá, hogy e változások keletkezésében a szívnek nemcsak a sagittalis tengely körüli elmozdulása, hanem a hossz tengelye körüli forgása is szerepet játszik. Beswick és Jordan (2) 29 egészséges medikus vektorkardiographiás (VKG) vizsgálatánál azt találta, hogy átlagosan a térbeli QRS—T szög légzéssel nem változik, noha eseteinek többségében a frontalis sík vektorhurkai, mély belélegzésben a sagittalis tengelyen kifejezett horalis rotációja mellett, a longitudinalis tengely körül antihorális fordultak: lefelé, balra és hátrafelé. Mély belélegzésben az átlag „teljes QRS” és T voltage-a csökkent. E változások okát a szív légzés alatti anatómiai elmozdulásában látja. Simonson, Nakagawa és Schmitt (3) viszont e kérdésben Lamb (4) conclusióját támogatja, aki szerint a változások oka nemcsak a szív egyszerű anatómiai helyzeteltolódása, hanem haemodynamikai tényező függvénye is, melyet a légzésnél változó intrathoracalis nyomás befolyásol.

A szív izomszövetének infarctus, gyulladás, degeneratio stb. következtében elektromosan kórossá váló területeire a VKG-ban az épen maradt vagy hypertrophisált részek elektromos aktivitásának túlsúlyba jutásából következettünk. A VKG diagnosztikának ilyen irányú alapelveit sok irodalmi közlemény (pl. 5, 6, 7, 8) és kézikönyv (pl. Ungváry, 9; Massie, 10; Lamb, 11) ismerteti. Mindezekből megállapítható, hogy a QRS hurok testének helyzete, forgásának iránya, centrifugális részének az ún. 0,01—0,02"-es momentán vektorok iránya és alakja, azaz a kóros terület felé irányuló concavitása a legfontosabb VKG-ás diagnosztikai tényezők. Ép szívű egyének QRS hurkainak iránya erőltetett légzésben mindhárom síkban fix határok között marad és lefutása az esetek túlnyomó többségében azonos irányú és töretlenül sima ívű marad.

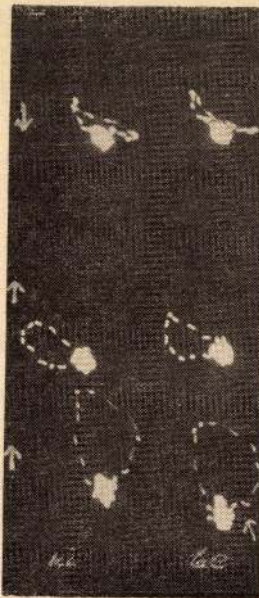
VKG-val vizsgált betegek többségét lezajlott infarctus utáni állapot jellemezte. Infarctusukat intézetünkben észlelték és klinikai, laboratóriumi és EKG leleteik rendelkezésre álltak.

VKG vizsgálatok Visocard 3 csatornás készüléken a frontalis, jobb sagittalis és horizontalis síkban egyidejűleg készültek. Hitelesített érzékenység a scopon $lmv = 50$ mm, a felvételen optikailag $\frac{1}{5}$ -re kicsinyítve. Figyelmemet a VKG előbb leírt diagnosztikus jelei mellett elsősorban a térbeli QRS hurok finomabb deformáltságaira irányítottam és annak érdekében, hogy a QRS hurok éles legyen, a

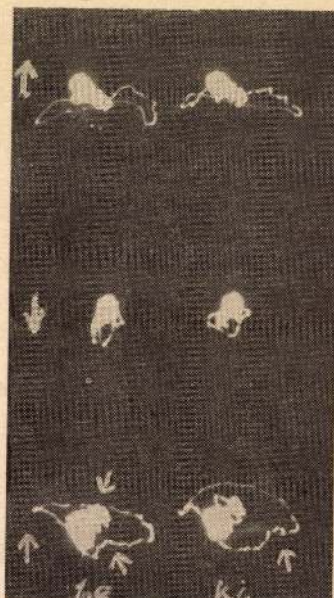
Orv. Hetilap. 1969. 110. évf. 18. sz.

filmek egy részét túlhívtam, ami azzal az itt elhanyagolható hátránnyal járt, hogy a P hurkot fényudvar vette körül.

E vizsgálatok során, hosszan végzett skopián feltűnt, hogy néhány esetben a QRS hurok centrifugális részének kisebb concavitása, mely a meglevő vagy lezajlott elváltozás irányába mutathat, szabályos időközben a légzéssel synchron jelentkezett, illetve eltűnt (1. ábra). Máskor az állandóan meglevő concavitás a légzés különböző fázisaiban helyét változtatja, kilégzésben ugyanis a kezdő 0,01"-cs momentán vektor helyéről „midtemporalis”-an, a 0,03"-es vektor helyére került (2. ábra).



1. ábra.



2. ábra.

Ezen észlelésem után logikus volt, hogy maximális be- és kilégzés visszatartott állapotában, illetőleg Valsalva-kísérletben is rögzítem a VKG-ot. E módszernek VKG-ás vizsgálat közben való alkalmazása — melynek hatását külföldi szerzők csak fiziológiai körülmények között határozták meg — betegeken nemcsak érdekes, hanem VKG-ás diagnosztikus szempontból jelentős többletet eredményezett.

Általában a VKG QRS hurkának diszkrétebb, de kóros alakváltozásait markánsabbá tette (4. és 5. ábra), összefüggőnek látszó infarctusos maradvány mellett egyéb localisatiót is mutatott (3. ábra), WPW syndroma által fedett infarctusos maradványt derített fel (7. ábra) és végül intézetünkben észlelt biztosan lezajlott infarctus után, mikor már

sem az EKG, sem a conventionalis VKG eltérést nem mutatott, Valsalva-kísérletben a VKG-on az infarctus hege felé irányuló concavitás jelent meg (6. ábra). Megállapításaimat a következő 7 esettel illusztrálom, melyek nem összevágottak, hanem úgyszólván egymás után vizsgált esetek. A közlemény jellege miatt sem részletes klinikai, sem VKG analysisüket itt nem közlöm.

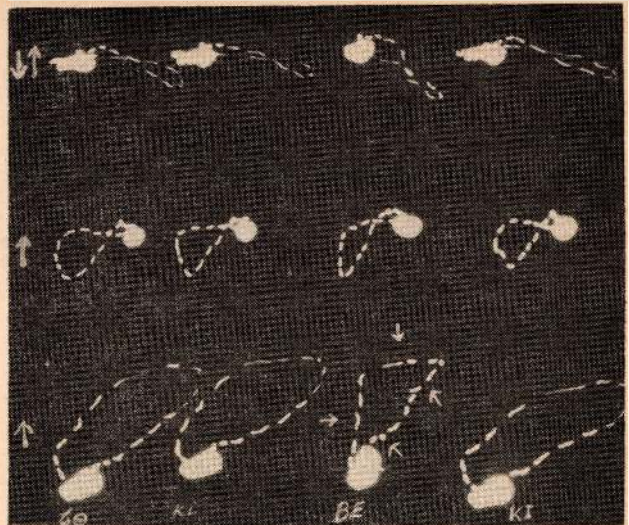
1. T. B.-né, 51 éves. Két év előtt anteroseptalis, lateralis infarctus. EKG jelenleg: negatív TI és negatív T a V₂₋₃₋₄₋₅-an. VKG: a horisontalis síkban septalis vektor hiányzik, erősen hátrahelyezett QRS hurok kiterjedt mellsőfal elváltozásra utal. Spontán belégzésben a 0,01 másodperces momentán vektor helyén előrenéző concavitás, ami a dg-t erősíti (1. ábra).

2. H. L.-né, 54 éves. EKG 1 bordaközzel magasabban a V_{1,2,3}-ban elevált S—T ívek és pos. neg. T. VKG-on a horisontalis síkban spontán belégzésben a QRS-hurok hátsó része levágott, a 0,01"-es vektor helyén előrenéző concavitás, mely kilégzésben „midtemporalis” (0,03”) helyzetű lesz. A VKG légzési változása a laesio hátra- és oldal felé való kiterjedésére utal (2. ábra).

3. B. I.-né, 66 éves. 12 hetes infarctus. EKG: laevogram, QS kompl. a III.-ban, mély Q a V_{3,4,5}-ben, 1,5 mm-rel lenyomott S—T ívek a V_{3,4,5}-ben. EKG lateralis infarctusra utal. VKG: a horisontalis síkban erősen hátrahelyezett QRS hurok antero-lateralis localisatiót mutat. Valsalva-kísérletben a frontalis és sagittalis síkban lefelé irányuló concavitás postero-inferior elváltozást is jelez (3. ábra).

4. L. S., 42 éves. Két év előtt magas lázzal járó acut primaer diffus myocarditis. EKG: negatív lapos T_{I-III}, pos. lapos T_{II}, lapos T az aVR és aVL-ben. QS kompl. a V₁₋₂₋₃₋₄-ben, mély Q a V₅-ben, negatív T a V₅₋₆-ban. VKG: a horisontalis síkban septalis vektor hiányzik, a QRS hurok hátrafordult, ami mellső-alsófal elváltozásra utal. Valsalva-kísérletben a horisontalis síkban QRS hurok még erősebben hátrafordult, balra és hátrafelé levágott, oldal felé irányuló kettős concavitással, ami diffus elváltozást bizonyít (4. ábra).

5. R. Gy., 54 éves. Egy év óta enyhébb anginás fájdalmak. EKG: S_I—Q_{III} típus. 1 mm-es endomyo-

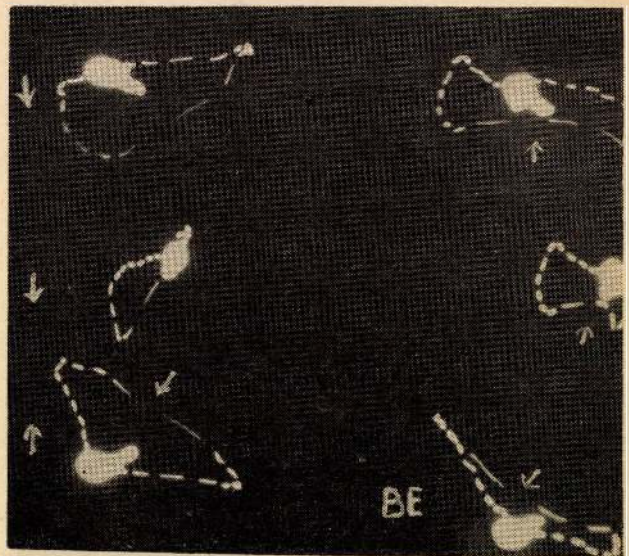


4. ábra.

card. típusú S—T deviatio, a V₄₋₅₋₆-ban 1 mm-rel lenyomott S—T ívek.

VKG: a horisontális síkban a hátsófal kóros elektromos működésére utal. Valsalva-terhelésben mind a 3 síkban a postero-inferior localisatio kifejezett jelei láthatók. E felvétel Frank-féle, míg a többi még Grishman-féle elvezetési rendszerrel készült.

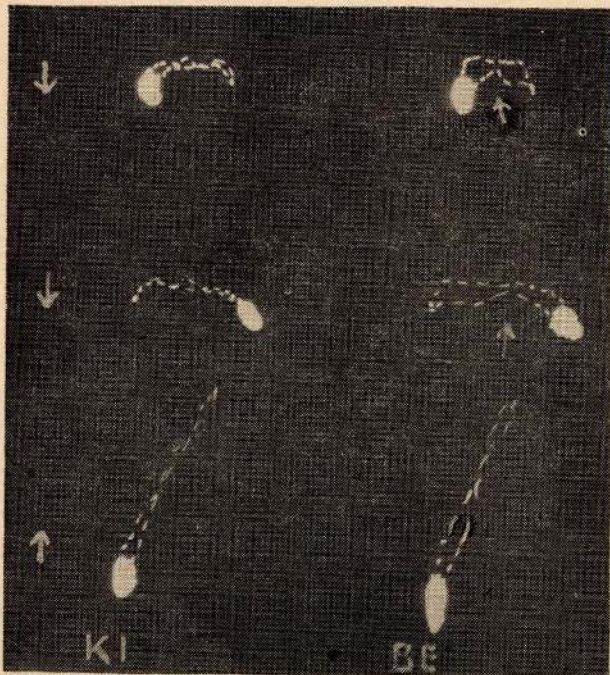
6. G. G.-né, 56 éves. Másfél év előtt mellső-alsófal infarctus. Akkori EKG: negatív T a V₂₋₃₋₄₋₅₋₆-ban. Mostani EKG eltérés nélkül. Nyugalmi VKG eltérést nem mutat. Valsalva-terhelésben a sagittalis síkban előre, a horisontális síkban oldalra néző concavitás a régi infarctus helye felé irányul (6. ábra).



5. ábra.

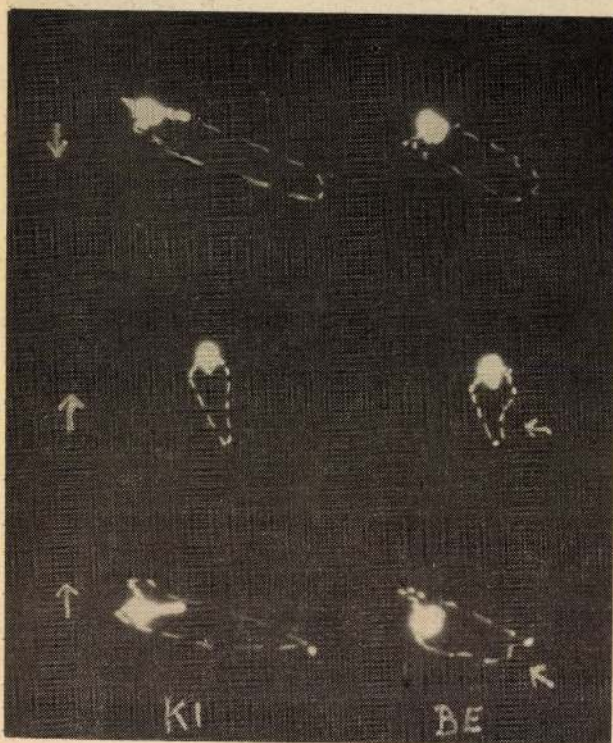
7. M. E., 57 éves. Két év óta anginás fájdalmak. Több intézetben feküdt, eltérő vélemények. EKG: Öh-nell „E” csoportjába tartozó atypusos WPW syndroma. VKG lelet egyezik az EKG-val. Valsalva-kísérletben a 0,02” vektoron kifejezett előrenéző concavitás a horisontális síkban, ami mellsőfal elváltozásra utal (7. ábra).

A QRS hurok-deformitás tanulmányozásának azért van nagy jelentősége, mert ez az a terület, ahol a VKG-nak kétségtelenül diagnosztikus előnye

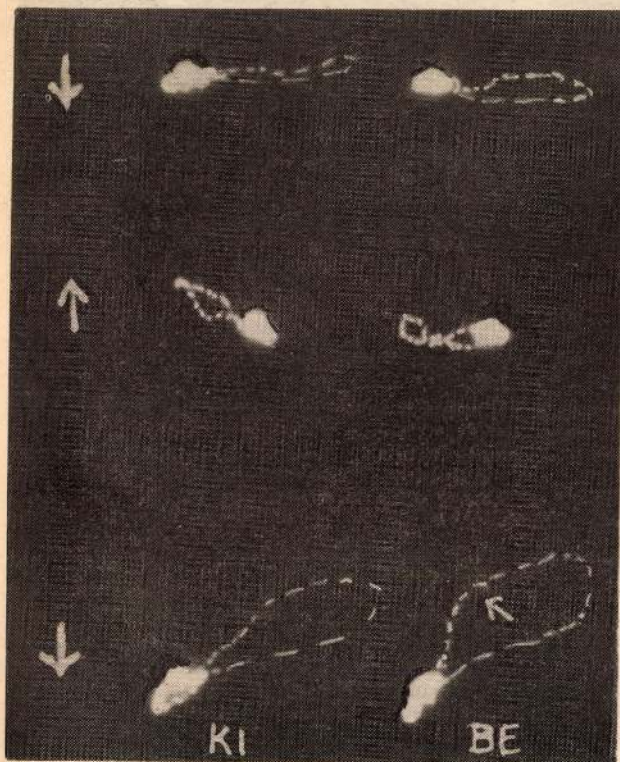


3. ábra.

van az EKG-val szemben. A QRS hurok alakváltozásainak az EKG-on csak csomósodás, hasadtság felel meg, amiből lényeges, a diagnoszt meghatározó következtetés nem vonható le.



6. ábra.



7. ábra.

A bemutatott esetek azt hiszem kellően bizonyítják, hogy VKG vizsgálatban a Valsalva-kísérlet valószínűleg az intrathoracalis nyomás fokozásával terheli, tehát rontja a coronaria keringést és így rejtett elváltozásokat deríthet fel, illetve a meglevő kóros VKG-ás jeleket kifejezettebbé teheti.

Az irodalom áttekintésekor kitűnt, hogy Garber és Wajszczuk (12) két egészséges és két beteg szívű egyénen vizsgálták a légzés hatását a VKG-ra. Mint a leírtakból kitűnt, e módszer haszna elsősorban a szív körülírt elektromosan kóros területeinek kimutatásában nyilvánul. A lengyel szerzők esetei közül csak egyben volt infarctus, az is bal szárblock-kal szövődött és amelyet ép szívű egyének VKG-jával hasonlítva össze egyértelmű következtetésre nem juthattak.

Ma már VKG vizsgálatban, megfelelő javallat esetén rendszeresen alkalmazom e módszert és így előnyeiről ismételtelen meggyőződhettem.

Összefoglalás. Hét illusztratív eset bemutatásával szemlélteti a Valsalva-kísérlettel kombinált VKG-ás vizsgálat diagnosztikus előnyeit a szív rejtett, elektromosan kóros területeinek kimutatásában. A VKG változásait az intrathoracalis nyomásnövekedés következtében a keringési rendszert ért terheléssel magyarázza.

Megjegyzés. Ezúton is hálás köszönetemet fejezem ki Srausz Imre prof.-nak, a III. beltanszék vezetőjének a beteganyag rendelkezésemre bocsátásáért, valamint Unghváry László dr. tanár úrnak értékes tanácsaiért.

Kulcs az ábrákhoz. Felülről lefelé: frontális, jobb sagittális, horizontális sík.

Frontális: superior
dexter sinister
inferior

Sagittalis: superior
posterior anterior
inferior

Horizontális: posterior
dexter sinister
anterior

Az ábrák szélén levő nyilak: ↑ horalis, † anti-horialis a QRS vektor forgási irányát, a QRS hurok mellett levő nyilak a kóros levágottságot, illetve a conca-vitást mutatják.

Be, ki = a spontán légzés szakait, BE = Valsalva-kísérlet, KI = maximalis kilégzést jelzik. Időjel: a hurok szaggatottsága: 0,0025".

IRODALOM: 1. Einthoven, W., Fahr, G. und de Waart, A.: Arch. ges. Physiol. 1913, 150, 275. — 2. Besswick, F. W. and Jordan, R. C.: Am. Heart. J. 1961, 62, 379. — 3. Simonson, E., Nakagawa, R. and Schmitt, O. H.: Am. Heart. J. 1957, 54, 919. — 4. Lamb, L. E.: Am. Heart. J. 1957, 54, 342. — 5. Burch, G. E., Horan, L. G., Ziskind, J. and Cronvich, J. A.: Circulation. 1961, 23, 861. — 6. Hugenholtz, P. G., Whipple, G. H. and Levine, H. D.: Circulation. 1961, 24, 808. — 7. Burch, G. E. and De Pasquale, N. P.: Progr. Cardiovasc. Dis. 1963, 6, 137. — 8. Wolff, L., Samartzis, M. D. and Wolff, R.: Am. Heart J. 1961, 62, 22. — 9. Unghváry L.: Klinikai és kísérleti elektrokardiographia. 1961. — 10. Massie, E. and Walsch, T. J.: Clinical vectorcardiography and electrocardiography. 1960. — 11. Lamb, L. E.: Electrocardiography and vectorcardiography. 1965. — 12. Garber, M. and Wajszczuk, W.: Spatial vectorcardiography symposium. Wroclaw. 1959.

Csongrádi Kiemelt Szülőotthon (vezető főorvos: Aranyi Sándor dr.)

Staphylococcus-hordozók mentesítésének megkísérlése aktív immunizálással
(Előzetes közlemény)

Aranyi Sándor dr. és Milotay László dr.*

A tartós polyresistens staphylococcus (továbbiakban sta.) hordozók epidemiológiai jelentősége közismert, szanálásuk még megoldandó feladat. A megoldáshoz új módszereket és lehetőségeket kell kutatni (2, 8). Ilyen törekvés a permanens polyresistens sta.-hordozókon történő aktív immunizálás megkísérlése (1, 2, 8, 10, 11, 16, 17, 22, 23, 24, 25), melyről jelen közleményünkben beszámolunk.

Módszer

A „Human” Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet által rendelkezésre bocsátott sta. anatoxinnal, az intézet ismertetője szerinti sorozatos oltásokkal végeztünk immunizálást.

Eredmények

Az immunizálás előtti laboratóriumi leleteket az antibiogrammot a táblázat mutatja. A többszörös ellenőrzés közül kettőnek az időpontját az érzékenységnél megfelelő antibiotikus kúrák előtt, kettőt pedig a sikertelen antibiotikus kúrák után, de az oltások kezdete előtti időből tüntettük fel.

A Staphylococcus aureus haemolyticus törzs antibiogramja

Esetek	1.	2.	3.	4.	5.
Lab. lelet	XI. 16. XI. 23.	XII. 17 XII. 27.	V. 2. V. 9.	V. 2. V. 9.	XII. 9. XII. 17.
	+	+	+	+	+
Penicillin	R	R	R	R	R
Streptomycin	R	R	R	R	R
Chlorocid	É	É	É	É	É
Salvoseptyl	R	R	R	R	R
Superseptyl	R	R	R	R	R
Aureomycin	R	R	R	R	R
Terramycin	R	R	R	R	R
Tetracycl	R	R	R	R	R
Neomycin	É	É	É	É	É
Polymyxin b.	R	R	R	R	R
Erythromycin	MÉ	MÉ	MÉ	MÉ	MÉ

Lab. lelet XII. 17. II. 18. I. 22. II. 18. V. 1. VI. 13. VI. 1. VI. 13. I. 19. III. 9.
+ + + + + + + + + + +

R = resistens; É = érzékeny; MÉ = mérsékelt érzékeny

Az egyes sta.-hordozók immunizálási történetét és eredményét az alábbiakban ismertetjük.

1. (M. J., 21 éves) 1962. XI. 23., XII. 17., 1963. II. 18-án végzett vizsgálatok szerint orr- és torokváladék: Sta. aur. haem. pozitív. III. 6-tól V. 15-ig 12-szeri oltásra 12,1 ml anatoxint kapott. A 7. oltás után arcán égő viszketés jelentkezett, mely 24 óra múlva elmúlt. Az oltásokat folytatva további allergiás reakció nem mutatkozott. IV. 9-i ellenőrzés még sta. pozitívítást mutatott, V. 22-én, VI. 3-án és X. 8-án negatív volt. Később 3 ízben kapott emlékeztető oltást.

2. (H. M., 35 éves) 1962. XII. 17-én, 1963. I. 22-én és II. 18-án orr-torokváladék Sta. aur. haem. pozitív. 9 alkalommal kapott összesen 7,1 ml anatoxint. Az 5. oltás után 2 óra múlva testszerte erős viszketés. A 7., 8., 9. azonos mennyiségű oltás után egyre fokozódó oltási reakció lépett fel, ezért a további oltásoktól elállunk. Az oltási időszak III. 6-tól IV. 8-ig tartott. IV. 2-án még pozitív, de V. 23., X. 8., X. 25-én negatív. Tehát annak ellenére, hogy csak 7,1 ml anatoxint kapott, a 9. oltás után negatívvá vált és az is maradt.

3. (M. I., 48 éves) 1963. V. 2., V. 9, VI. 1. és VI. 13-án Sta. aur. haem. pozitív. VI. 16-tól VII. 18-ig 12 alkalommal, összesen 9,6 ml anatoxint kapott. VII. 3-án még pozitív, de VII. 28., X. 8. és 1964. II. 3-án sta. negatív. Allergiás reakció egyszer sem mutatkozott.

4. (P. J., 40 éves) 1963. V. 2., V. 9., VI. 1. és VI. 13-án orrváladéka Sta. aur. haem. pozitív. VI. 15-től VIII. 23-ig 12 alkalommal összesen 9,6 ml anatoxint kapott. A 6. oltás után 5 Ft-nyi, viszkető bőrpír, a 10. oltás után gyermektenyérenyi bőrpír. Az ellenőrző vizsgálatok szerint VII. 3-án még pozitív, de IX. 15., X. 8. és 1964. II. 3-án sta. negatív. Közben háromszor emlékeztető oltást kapott.

5. (K. A., 55 éves) 1962. XII. 9., XII. 17. és 1963. I. 19-én és II. 18-án orr-torokváladék Sta. aur. haem. pozitív. III. 6-tól VII. 9-ig 17 ízben 14,1 ml anatoxint kapott. A 12. oltás után 4x8 cm-es bőrpír. 1963. V. hóban makacs cysto-pyelitis, mely hosszabb kezelés után Tetran adagolásra gyógyult, de orr-torokváladéka pozitív maradt. VI. 2., VI. 11., VII. 3. és VIII. 28-án sta. pozitív. IX. 14-én 1 heti kórházi kezelés után negatív, de 3 hét múlva X. 8-án, majd X. 25-én ismét sta. pozitív. Mivel az anatoxin immunizálás sikertelen maradt, a Human intézet autovaccinát állított elő és az immunizálást azzal folytattuk. XI. 23-tól 1964. I. 20-ig 16 ízben, összesen 13,6 ml autovaccinát kapott. A XII. 19., 1964. I. 2., II. 3. és II. 10-én végzett ellenőrzésnél sta. negatív.

Megbeszélés

Sta.-gazdaság szempontjából az emberek 4 csoportba oszthatók:

1. **Permanens hordozók**, akikben hosszú időn, heteken, hónapokon át megtalálható ugyanaz a törzs. 2. **Intermittáló hordozók**, akiknél pozitív és negatív lelet váltakozik, de pozitív esetben a törzs azonos. 3. **Alkalmi hordozók**, akiknél ritkán pozitív a lelet és csaknem mindig eltérő a típus. 4. **Tartósan negatívak** (8). Esetünkben a sta. gazdáknál több mint fél éven át tenyésztett ki azonos antibiotikus érzékenységgű, tehát azonos típusú törzs, azaz permanens hordozók voltak.

A tartós sta.-hordozó dolgozók, különösen ápoló és konyhai beosztásban igen nagy, eddig szinte leküzdhetetlen veszélyt jelentettek. Nem egyszer más munkakörbe helyezésük jelentett csak megoldást. Legtöbbször azonban mire bacillusgazda voltak kiderült, társaikat is megfertőzték és így áthelyezésük sem háritotta el a fertőzési veszélyt.

A mi sta.-hordozóink is ilyen személyek voltak. A sorozatosan alkalmazott anatoxin oltások eredményeképpen 4 sta.-hordozó mentessé vált. Egyik konyhai dolgozónk azonban a fél éven át folytatott

* Jelenlegi munkahely: Dél-pesti Gyermekszakorvosi Rendelőintézet.

anatoxin oltások ellenére is sta-hordozó maradt. Ekkor autovaccinával immunizáltuk (22, 23, 24) és a 26. napra sta.-mentessé vált és az is maradt. A sta. toxinjaival szemben a felnőttek között elég gyakori az allergiás reakció (1, 12). Az 5 esetben 3-szor észleltünk allergiás érzékenységet. Két esetben enyhe formában, 1 esetben viszont az oltásokat kénytelenek voltunk beszüntetni. A sta.-ok azonban itt is eltűntek. Megjegyezzük, hogy az immunizált személyek allergiás betegségben nem szenvedtek és antibiotikumokkal, valamint tápszerekkel szemben allergiás reakciót nem mutattak.

Az ismertett aktív immunizálás tehát sikerrel járt. Az 5. esettel kapcsolatos tapasztalatunk és az irodalmi adatok szerint (8, 22, 23, 24) az anatoxin és autovaccina egyes immunizálás látszik legcélravezetőbbnek. Előnye olyan védettség, amit emlékeztető oltásokkal fenn lehet tartani. Ez a szempont eü. dolgozók esetében különösen nagy jelentőségűnek látszik.

Később még további 4 hordozót sikerült hasonlóképpen mentesíteni. Értesülésünk szerint eredményeink alapján cukrászdai dolgozókat is sikerült ilyen módon mentesíteni.

Tisztában vagyunk azzal, hogy e néhány esetből csupán tájékozódó jellegű következtetéseket lehet levonni, továbbá, hogy ezen következtetéseink nincsenek részletes bakteriológiai vizsgálatokkal alátámasztva.

A bemutatott anyagban az a jelentős, hogy a hordozókat több azonos antibiotikus érzékenységű sta. törzstől anatoxin és autovaccina immunizálás

sal sikerült mentesíteni. A kérdéssel megfelelő adottságú intézetben kívánatos lenne tovább foglalkozni, mert az aktív immunizációs eljárás sikerrel kecsegtet.

IRODALOM: 1. *Alföldy, Ivanovics, Rauss*: Orvosi Mikrobiológia és Immunitástan. Medicina, Budapest, 1967. — 2. *Aranyi S., Milotay L., Maráz A.*: Orv. Hetil. 1968, 6, 302. — Zbl. für Gynäk. 1968, 90, 1745. — 3. *Ballo T.*: Gyermekgyógyászat. 1960, 11, 163. — 4. *Bodie, J., Kerr, M. R., Summerville, T.*: Lancet. 1956, I, 19. — 5. *Bryce L., Burnet, F.*: J. Path. Bact. 1932, 35, 183. — 6. *Carenza, L., Ortona, L., Sorice, F.*: Riv. Inst. Sietes. It. 1956, 81, 501. — 7. *Dixon, F. J. és mtsai*: J. exp. med. 1952, 96, 313. — 8. *Dobszay L.*: Staphylococcus fertőzések a gyermekkorban. Medicina. Budapest, 1961. — 9. *Eichenwald, F. és mtsai*: Am. J. Dis. Child. 1959, 98, 432. — 10. *Gitlin—Janeway in*: Les gammaglobulines et la médecine des enfants. Paris. 1955. 114. — 11. *Johanovszky J.*: Cs. epid. mikr. 1957, 6, 401. — 12. *Jeney E., Váczi L.*: Alkalmazott Bakteriológia és Elméleti Alapjai. Medicina, Budapest, 1966. — 13. *Klimenko, H., Babinszkij, Jn. N.*: Ped. Ak. Gin. Kijev. 1965, 4, 46. — 14. *Kövév B. és mtsai*: Gyermekgyógyászat. 1965, 5, 129. — 15. *Laurell, G., Wallmark, G.*: Acta pathol. microbiol. scand. 1953, 32, 432. — 16. *Losonczy Gy. és mtsai*: Orv. Hetil. 1960, 51, 1818. — 17. *Losonczy Gy.*: Jatrogén Infeciók. Medicina, Budapest, 1967. — 18. *Mathesius, V. J., Maly, V.*: Ann. Paediat. 1958, 190, 193. — 19. *Milch, H. és mtsai*: Orv. Hetil. 1961, 36, 1689. — 20. *Murray, J., Calman, R. M.*: Lancet. 1950, II, 14. — 21. *Neubauer Gy. és mtsai*: Orv. Hetil. 1964, 2, 61. — 22. *Panton, P. N., Valentine, F. C.*: Lancet. 1932, I, 506. — 23. *Parish, H. J., Cannon, D. A.*: Brit. Med. J. 1960, 136, 743. — 24. *Ramon, C. és mtsai*: Rev. Immunol. Paris. 1946, 10, 71. — 25. *Rauss K.*: Orv. Hetil. 1960, 51, 1806. — 26. *Sebek, V., Schubert, J., Johanovszky, J.*: Cs. Gyn. 1957, 22, 253. és Cas. lek. Cesk. 1958. 583. — 27. *Váczi L. és mtsai*: Acta Mikrobiol. Acad. Sc. Hung. 1959, 6/3, 249. és 6/4, 297.

ACIGOXIN injekció és tableta

ÖSSZETÉTEL:

1. amp. (2 ml) 0,2 mg acetyldigitoxint, 1 tabl. 0,2 mg acetyldigitoxint tartalmaz. Elsősorban a tachycardiával járó keringési elégtelenség tartós kezelésére alkalmas, tekintettel arra, hogy az ingerképzést és ingervezetést kifejezetten csökkenti.

MELLÉKHATÁSOK:

Az Acigoxin mellékhatásai megegyeznek más digitalis készítmények mellékhatásaival.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

FORGALOMBA KERÜL:

| | | | |
|------------------|----------|-------------|----------|
| 5×2 ml ampulla | 8,50 Ft | 40 tableta | 11,— Ft |
| 100×2 ml ampulla | 128,— Ft | 250 tableta | 49,60 Ft |

FORGALOMBA HOZZA:

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Miskolci Egyesített Kórházak I. Semmelweis Kórház, Gyermeksebészeti Osztály (főorvos: Balogh Pál dr.), és II. Kórház, Koraszülött-újszülöttpatológia-csecsemőosztály (főorvos: Medgyesy Ödön dr.)

Ötéves újszülött- és csecsemőanyagunkban jelentkező sebészi problémák és megoldásuk*

Vincze János dr. és Görög Péter dr.

A csecsemőhalálozás rohamosan csökkent az utóbbi években világszerte. Gazdasági, szociális és kulturális fejlődésünk eredménye, hogy a késői csecsemőhalálozás hazánkban is sokat javult (3, 22, 41, 60, 75, 76). A korai halálozás — mely inkább a gyermeki szervezet függvénye — kevésbé. A gyermeki szervezetnek — a felnőttől eltérő anatómiai és működésbeli sajátosságai miatt — a csecsemőkorból és különösen az újszülöttkorban számos olyan nehézséggel kell megküzdenie, melyek igen rövid idő alatt vezetnek a külvilághoz való alkalmazkodás csődjéhez és az egyén pusztulásához. Az alkalmazkodás lehetősége különösen romlik akkor, ha szerveinek, vagy szervrendszerének hibás fejlődése, illetve működése életfontos funkciókat befolyásol.

Az alkalmazkodási zavarok egy részében az orvosnak a legideálisabb lehetőségek birtokában sincs módja segíteni, máskor időben és helyesen beavatkozva elháríthatja azokat. Korszerű intézetek egyre újabb betegségek gyógyulásait és azok sikereit közlik, és nemrég még megoldhatatlan feladatok váltak mindennapi rutineljárásázzá hazánkban is.

A sikerek közlésénél ritkán esik arról szó, mennyire volt válogatott beteganyaguk. Kevés az adatunk arról is, hogy egy adott földrajzi területen mennyi a megoldható, illetve megoldhatatlan kórkép, és az eredményekben vagy eredménytelenségben mennyire részes az orvos felkészültsége, a korszerű technika, vagy a szerencsétlen gyermeki szervezet (9, 27, 71, 78).

Anyagunkat egy jellegzetes helyi adottság teszi ilyen feldolgozásra alkalmassá:

1956-ban — a vidéki kórházak közül elsőként — létesült városunkban gyermeksebészeti osztály. Egyidőben szerveztek közelében boxosított gyermekosztályt, melynek egyik feladata a csecsemőkorból fellépő, sebészeti megoldást igénylő betegségek kivizsgálása, előkészítése és utókezelése. Ez az ideális helyzet két év múlva átszervezés miatt megszűnt és a két osztály egymástól kb. 5 km távolságra került. Ennek ellenére ma már egy évtizednél hosszabb szoros együttműködés összekovácsolta a két osztály dolgozóit.

Osztályaink az együtt csaknem milliós megye és város válogatás nélküli beteganyagát látják el. Területünkön évente kb. 12 000 élő újszülött jön világra, melyek közül — szórványos esetektől el-

tekintve — osztályainkra kerül minden alkalmazkodási zavarral küzdő újszülött, sebészi megoldást igénylő csecsemő válogatás nélkül. Ezért áttekintésünk majdnem általános.

Tízéves anyagunkból csak az utolsó öt évet (1962. I. 1—1966. XII. 31-ig) dolgoztuk fel részletesen, mivel ez idő alatt csaknem változatlan feltételek között, már tapasztalatokat szerezve, gyakorolt szakemberekkel dolgoztunk.

Áttekintésünk célja, hogy választ kapjunk a felvetett kérdésekre és felhívjuk a figyelmet azokra a feltételekre (27, 38, 57, 63), melyek fokozhatják az orvosi beavatkozások hatásosságát.

Anyagunk, mely az újszülöttpatológia — csecsemőosztály betegeinek 8,2%-át jelenti, 278 esetet ölel fel, amelyek közül 171 esetben (62%) az életet közvetlenül fenyegető, 107 esetben (38%) pedig a beteg későbbi fejlődését befolyásoló elváltozás miatt avatkoztunk be.

Az első csoportban 59%-ban járt beavatkozásunk sikerrel, a másodikban 96,3%-ban. Ezekből világos, hogy nehézségek ott adódtak — különösen az élet első óráiban és napjaiban —, ahol a betegség a leggyorsabb felismerést és beavatkozást, speciális felkészültséget kíván. Ezért e kórképek részletezését látjuk szükségesnek.

Ia. Azonnali beavatkozást igénylő kórképek az újszülöttkorban

1. Oesophagus atresia

Világviszonylatban kb. negyed százada történt az első sikeres intrathoracalis beavatkozás (25, 26, 46). Hazánkban 1961-ben Ránki (31) és Dénes (12) közölte az első gyógyult eseteket. Vegyes anyagban a külföldi statisztikák (30, 32, 34, 54, 56) kb. 50%-os, válogatott esetekben helyenként 90%-os túlélésről számolnak be. Hazánkban még a legutóbbi időkben is kevés gyógyult betegről van tudomásunk (1, 17, 35, 55). Ezek az átütő sikerek külföldön és az alig 5—6%-os eredmény hazánkban elgondolkoztató. A különbség egyik okát abban látjuk, hogy a közlésekben szereplő adatok nem tükrözik a rendelkezéssel születettek teljességét, csak a már siker reményében műtetre kerülőket. Az alábbi táblázat alapján véleményünk az, hogy ilyen eredményt hasonló beteganyagban (válogatás nélkül) elérni nem lehet.

Öt év alatt 17 csecsemő született oesophagus atresiával (egy a 3500-ra). Öt fővárosi intézetbe került, ahol értesítésük szerint röviddel beszállításuk után valamennyi meghalt.

* A német gyermeksebész kongresszuson, Rostockban 1967. IX. 28-án elhangzott előadás alapján.

A 12 kezelésünk alatt álló újszülött adatai:

Oesophagus atresia

I./a. táblázat.

| Szám | Eset | Súly | Kiemelkedő kórelőzményi adatok | Dg.-ig eltelt idő | Műtét ideje | Typus s. Vogt | Műtéti megoldás | Halál ideje | Bonclelet | Megjegyzés |
|------|-------------|------|---|-------------------|-------------|---------------|---|-------------|---|--|
| 1 | F. I.
♀ | 1100 | — | azonnal | — | III/b | — | 3. nap | Haemocephalus int. Agenesia pulm. d. Dextrocardia. Coarctatio aortae. Encephalodistrophia. | — |
| 2 | K. I.
♀ | 1200 | Súlyos anyai toxæmia. Sectio caesarea. Hosszas élesztés. | 1 nap | — | III/b | — | 3. nap | Phocomelia u. Agenesia radii u. Dextrocardia. Agenesia cholecystae. Agenesia vaginae. Bronchopneumonia. | — |
| 3 | B. K.
♀ | 1500 | — | azonnal | 1. nap | III/b | Fistulazárás + nyaki sipoly | 1. nap | Bronchopneumonia. | — |
| 4 | M. L.
♂ | 1560 | Hosszas élesztés. Négy órás cyanosis. | azonnal | 1. nap | III/b | Primaer anastomosis gyomor-felhúzással. | 1. nap | Vesekéreg necrosis. Tubulus dystrophia. Atelectasia subtot. pulm. Aspiratio. | — |
| 5 | L. I.
♂ | 2050 | Másfél órás szállítás vidékről ismétlődő asphyxiákkal. | 1. nap | 1. nap | III/b | Fistulazárás + nyaki sipoly. | 1. nap | Haemorrhagia pulmonum. Enteritis necroticans. Distress syndroma. | — |
| 6 | B. K.
♀ | 2150 | Otthoni szülés. Fél órás élesztés után légzési insuffitientia-ával szállítva. | 1. nap | — | III/b | — | 1. nap | Aspiratio. Bronchopneumonia. | Intratrachealis narcosis közben exitál. |
| 7 | K. J.
♂ | 2150 | — | 1. nap | 2. nap | II. | Thoracotomia + Gastrostomia. | 2. nap | Morb. Down. Bronchopneumonia. | — |
| 8 | P. J.
♂ | 2800 | Közvetlen szülés után két órás szállítás. Hosszas élesztés. | 1. nap | 1. nap | II. | Nyaki sipoly + gastrostomia | 5. nap | Coarctatio aortae. Stenosis ureteris. Peritonitis. Pleuritis. Pneumonia. | Atresia recti miatt sygmoideostomia történt egyidejűleg. |
| 9 | Sz. B.
♂ | 2800 | Egy napos korban észlelt asphyxiák után nagy távolságból szállítva. | 1. nap | 2. nap | III/b | Primaer anastomosis. | 2. nap | Agenesia renis. s. Ren polycysticum d. Aspiratiós pneumonia. | — |
| 10 | Sz. I.
♂ | 2900 | Szaksegítség nélküli, otthoni szülés. Cyanosissal szállítva. | 1. nap | 2. nap | III/c | Primaer anastomosis | 3. nap | Encephalodistrophia. Carotis c. thrombosis d. Pleuritis. | — |
| 11 | H. P.
♂ | 3000 | Más intézetből ismételt aspirációk után szállítják át. | 3. nap | 3. nap | III/c | Primaer anastomosis. | 5. nap | Pneumonia. Varrat insuffitientia. Pyopneumothorax. | — |
| 12 | Sz. A.
♂ | 3300 | — | 1. nap | 1. nap | III/b | Primaer anastomosis. | 2. nap | Bronchiolitis. Pneumonia. | — |

A születési súly, kórelőzmény és bonclelet alapján véleményünk szerint csak a két utolsónak volt reménye a megmaradásra, ezek is későn fel-

ismert, már ismételt aspirációk után beszállított betegek voltak.

Az előbbieket igazolására eseteinket Waterston (81) rendszere alapján is csoportosítottuk:

Oesophagus atresia. Túlélés a különböző csoportokban Waterston kategorizálása alapján.

I/b táblázat.

| Kategorikák | Waterston adatai (1951-1959) | | Humphreys adatai (1964) | | Dénes adatai (1967) | | Adataink | |
|--|------------------------------|------------|-------------------------|----------|---------------------|--------|--------------|--------|
| | esetek száma | túlélő | esetek száma | túlélő | esetek száma | túlélő | esetek száma | túlélő |
| „A”
2500 gr felett: pneumonia és más fejlődési rendellenesség nélkül. | 38 | 36 | 55 | 40 | 10 | 4 | — | — |
| „B”
2000-2500 gr között: pneumonia és más fejlődési rendellenesség nélkül + károsított „A” kategória. | 43 | 29 | 27 | 19 | 4 | 1 | 5 | — |
| „C”
2000 gr alatt: pneumonia és más fejlődési rendellenesség nélkül + károsított „B” kategória. | 32 | 2 | 23 | 3 | 2 | — | 7 | — |
| Összesítve: | 113 | 67 (59,2%) | 105 | 62 (59%) | 16 | 5 | 12 | — |

Osztályunkon minden újszülöttn felvételkor levezetjük a gyomorszondát. Ezzel a koraszülötteken és károsított újszülötteken azonnal felismertük az anomáliát, míg a műtét sikerével kecsgetető nagy súlyú újszülöttek későn, aspirációval kerültek átvételre. Ezért javasoljuk a mások által is (13, 19, 42, 44, 55, 74) már sokszor ajánlott szondalevezetés kötelezővé tételét *Elefant*-próbával (21) kiegészítve.

A közvetlen halálok az esetek nagy részében pneumonia volt, ezért — ha nincsenek meg a primaer egyesítés optimális feltételei (B és C kategória) — a végleges megoldással annak gyógyulásáig

várunk. A több mint 96%-ban társuló sipoly lekötését feltétlenül szükségesnek tartjuk. *Waterston* (81), *Wilkinson* (82) és mások (2, 10, 17, 18, 87) adatai szerint ezzel a B és C csoport eredménye 50%-kal javítható. Hazánkban *Altorjay* (1) és *Imre* (35) között e módszerrel eredményt.

2. Duodenum stenosis és atresia

Hét duodenum stenosis, illetve atresiás betegünk közül egy maradt életben, az egyetlen nem koraszülött. A meghaltak az éretlenebb 2000 g körüli, vagy alatti csoportba tartoztak.

Duodenum stenosis és atresia

2. táblázat.

| Szám | Eset | Születési súly | Kiemelkedő kórelőzményi adatok | Dg.-ig eltelt idő | Dg. | Műtét ideje | Műtéti megoldás | Halál ideje | Bonclelet | Megjegyzés |
|------|------------|----------------|--|-------------------|----------|-------------|---|-------------|--|--|
| 1 | M. J.
♀ | 1250 | Négy spontán abortus után született. Súlyosan éretlen. | 7 nap | stenosis | 7. nap | Duodenojejunostomia. | 8. nap | Debilitas vitae. Aspirációs pneumonia. | — |
| 2 | G. E.
♀ | 1750 | — | 4 nap | atresia | 5. nap | Duodenojejunostomia. | 6. nap | Enteritis necroticans. Peritonitis. Bronchopneumonia. | — |
| 3 | L. V.
♀ | 1800 | Hydramnion. | 1/2 nap | atresia | 1. nap | Duodenojejunostomia. | 3. nap | Morb. Down. Coarctatio aotae. Encephalodistropia. Struma cong. Mesenterium ileocolica commune. Bronchopneumonia. | — |
| 4 | P. E.
♀ | 1800 | — | 1 nap | atresia | 1. nap | Duodenojejunostomia + coecostomia. | 2. nap | Mucoviscidosis Haemorrhagia intracraniale. Pneumonia. Peritonitis. | Műtétnél többszörös ileum atresia és malrotatio. |
| 5 | N. J.
♀ | 2050 | — | 1 nap | atresia | 2. nap | Duodenojejunostomia + ileostomia sec. Mikulicz. | 3. nap | Mucoviscidosis. Enteritis necroticans. Peritonitis. Pneumonia. | Műtétnél többszörös jejunum atresia. |
| 6 | S. J.
♀ | 2090 | Mentőszállítás közben születik. Aspiratio. | 3 nap | atresia | 3. nap | Duodenojejunostomia. (mindkétyszer) | 9. nap | Ruptura tentorii. Bronchopneumonia. Peritonitis circ. scripta. | 8. napon ileus miatt relaparatomia. |
| 7 | V. S.
♂ | 2800 | Felvételkor kiterjedt pneumonia. | 7 nap | stenosis | 7. nap | Duodenojejunostomia. | — | — | — |

E táblázat alapján véleményünk az, hogy a meghaltak közül legfeljebb egynek volt elvi lehetősége a túlélésre. A diagnosist három esetben sikerült felállítani egy napon belül, a többit 3 és 7 napos kor között ismertük fel, ami koraszülöttségük mellett nagyfokban csökkentette a gyógyulás reményét. Valamennyin duodenojejunostomiát végeztünk. Két esetben észleltünk boncoláskor, valószínűleg keringési eredetű, necrotisáló enteritist.

Wilkinson (82) csoportosítása szerint az elhaltak a C kategóriába tartoztak, melyben az ő eredményeik is szerények (78% halálozás).

3. Jejunum és ileum stenosis és atresia

Hat betegünk közül egyet sikerült megmentenünk. Ez időben felismert, érett csecsemő volt. Egy ötnapos korban átszállított csecsemőn súlyos aspirációs pneumonia miatt a műtét kilátástalan volt, mivel nem sikerült állapotát rendezni.

E csoportban a koraszülöttek bár 2000 g-on feüliek voltak, mégis ezt az előnyt aspirációs pneumonia és postoperatív necrotisáló enteritis miatt nem tudtuk kihasználni (l. 3. táblázatot).

Wilkinson felosztását e betegségről is alkalmazva túlélő esetünk az A, az elveszettek a B (2 eset) és a C (3 eset) kategóriába tartoztak.

Anyagunkban a vékonybéllezáródások gyakorisága nem azonos az irodalomból ismertekkel (28, 39, 40, 52, 82, 86). Nálunk 9000 szülésre esik egy jejunum, illetőleg egy ileum elzáródás.

4. Anorectalis atresia

Viszonylag elfogadhatóak eredményeink ebben a kórfarmában annak ellenére, hogy feldolgozánkban a hártás elzáródások (Ladd—Gross I. és II.) nem szerepelnek. Az elzáródás minimálisan 2 cm-nyire volt a bőrtől (Ladd—Gross III.). Sipollyal hat szövőődött.

Gyakoriságát a nagymértékben ellentmondó irodalmi adatok (51, 54, 58) miatt említjük meg: területünkön kb. 5000 szülésre esett egy anomália.

Tizenkét esetből öt gyógyult: kettő hosszabb rehabilitáció után, három komplikációmentesen, utókezelés nélkül (l. 4. táblázatot).

Megjegyezzük, hogy az irodalmi adatokkal egyezően (50, 58), kivétel nélkül minden boncleletben vezető helyen szerepel az urogenitalis apparatus súlyos fejlődési rendellenessége. Ez felveti annak szükségességét, hogy az anorectalis atresiák túlélő eseteiben célszerű az urogenitalis rendszer részletes vizsgálata. Sikernek kell elkönyvelnünk a két háromnapos kor körül meghalt csecsemőt is, akik később más betegségben haltak el.

Jejunum és ileum stenosis és atresia

3. táblázat

| Szám | Eset | Születési súly | Kiemelkedő kórelőzményi adatok | Dg.-ig eltelt idő | Dg. | Műtét ideje | Műtési megoldás | Halál ideje | Bonclelet | Megjegyzés |
|------|-------------|----------------|---|-------------------|-----------------|-------------|--------------------------|-------------|--|---|
| 1 | K. Zs.
♀ | 2290 | Másfél napos korban vidékről beszállítva cyanosissal, pneumoniával. | 1,5 nap | atresia jejuni | 1,5 nap | Ileostomia sec. Mikulicz | 11. nap | Meconium peritonitis. Enteritis necrotisans. Bronchopneumonia. | Hatodik napon ileostomia zárás. |
| 2 | Cs. A.
♀ | 2300 | — | 1 nap | atresia ilei | 1. nap | Resectio + anastomosis | 3. nap | Enteritis necrotisans. Peritonitis. | — |
| 3 | Sz. M.
♂ | 2400 | Hosszas élesztés. Ötödik napos korban görcsök, láz. Súlyos exsiccatióval szállítják be. | 5 nap | stenosis jejuni | — | — | 6. nap | Bronchopneumonia necrotisans ex aspiratione. | Nem tudtuk műtetre alkalmas állapotba hozni. |
| 4 | G. I.
♀ | 2450 | Hat napos korban szállítják be. | 6 nap | atresia jejuni | 6. nap | Jejunojejunostomia. | 40. nap | Stenosis aortae Encephalodistropia. Peritonitis adhaesiva chr. Atrophia. | Reoperatio 39 napos korban. Lysis + Duodenojejunosomia. |
| 5 | G. K.
♀ | 2750 | Otthoni szaksegítség nélküli szülés. | 2 nap | atresia ilei | 2. nap | Resectio + anastomosis. | 4. nap | Bronchopneumonia. Enteritis necrotisans. Peritonitis. | Jól tartó varratok. |
| 6 | P. E.
♀ | 3100 | — | 1 nap | atresia ilei | 2. nap | Anastomosis. | — | — | — |

Anorectalis atresia

4. táblázat.

| Szám | Eset | Születési súly | Kiemelkedő kórelőzményi adatok | Dg.-ig eltelt idő | Typus s. Ladd + Cross | Műtét ideje | Műtési megoldás | Halál ideje | Bonclelet | Megjegyzés |
|------|-------------|----------------|--|-------------------|-----------------------------|-------------|---|-------------|--|--|
| 1 | B. P.
♂ | 1700 | — | azonnal | III. magas + fist. urin. | 1 nap | Sygmoeidostomia + sectio alta. | 28. nap (!) | Aplasia renis et ureteris u. (!)
Aplasia testis u. | Életképtelen, torz |
| 2 | V. Ca.
♂ | 1900 | — | 1 nap | III. magas + fist. urin. | 2 nap | Abdominoperinealis plast. + oocl. fist. | 96. nap | Aplasia renis et uretheris s. Urether et pyelectasia d. Hypospadiasis. Kamrai septum defectus. Nagyvénák fejl. rendell. Mesenterium ileocol. comm. Interstitialis pneumonia. | — |
| 3 | B. P.
♀ | 2150 | — | 1 nap | III. magas. + fist. vaginae | 2 nap | Sygmoeidostomia | 4. nap | Urether et pyelectasia s. Hypoplasia pyelonis d. Pyelonephr. abs. d. Urethra et vagina duplex. Oocl. vaginae + fistula. Encephalodistropia. Enteritis necrotisans. | — |
| 4 | K. E.
♀ | 2200 | — | azonnal | III. mély | 1 nap | Perinealis plastica | — | — | — |
| 5 | B. Zs.
♀ | 2500 | — | 1 év | III. mély + fist. vaginae | 1 év | Sygmoeidostomia | 1,5 év | Hydronephrosis, megalourether et urether fiss. Myelomeningocele p. op. Bronchopneumonia abs. Colitis ulc. | Szülőintézetből hazaviszik, s csak területi ellenőrzéskor kerül hozzánk. |
| 6 | P. J.
♂ | 2800 | — | azonnal | III. magas | 1 nap | Sygmoeidostomia | 5. nap | Atresia oesophagei op. Stenosis multipl. uretheris u. Coarctatio aortae. Peritonitis fibropur. | Jól tartó varratok. |
| 7 | P. S.
♂ | 2880 | — | azonnal | III. mély | 1 nap | Perinealis plastica | 91. nap | Microgyria, Hydromyelia. Mesent. ileocolic. comm. Ren arcuatus. Interstitialis pneumonia. | 6. napon meningo-cystocelejét is megoperáltuk. |
| 8 | Cs. J.
♂ | 3000 | — | azonnal | III. mély + fist. urin. | 1 nap | Perinealis plastica + oocl. fist. | — | — | — |
| 9 | B. D.
♂ | 3050 | Más intézetből átvéve. Igen késői diagnosis. | 3 nap | III. magas + fist. | 3 nap | Abdominoperinealis plastica + Oocl. fist. Epcycystostomia | 5. nap | Atelectasia subtotalis pulm. Agenesia renis d. Hydronephr. et pyelectasia s. Megaecolon. Peritonitis. | Jól tartó varratok. |
| 10 | A. Gy.
♂ | 3300 | Más intézetből átvéve. | 2 nap | III. magas | 2 nap | Abdominoperinealis plastica. | — | — | Hosszú ideig tartó tágitás az utókezelésben. |
| 11 | J. J.
♀ | 3380 | — | azonnal | III. mély | 1 nap | Perinealis plastica. | — | — | — |
| 12 | K. F.
♂ | 3650 | Más intézetben elvégzett sygmoeidostomia után kerül hozzánk. | 1 nap | III. magas | 2 nap | Perinealis plastica a 6. héten. | — | — | Tágitásra szorult. Sygmoeidostomiát 70. napon zártuk. |

5. *Meconium plug syndroma*

Meconium plug syndromás betegünk öt volt, valamennyi leány és koraszülött. Három esetben volt szükség sebészi beavatkozásra, akik közül egyet vesztettünk el, akinél a kórképhez bélatesia is társult.

6. *Omphalocele és gastroschisis*

Ezek a fejlődési rendellenességek a világirodalmi adatokkal egyező gyakorisággal fordultak elő (7, 16, 33). Többségükben érett újszülöttek voltak és fiúk. Konzervatívan (33, 69) azokat az eseteket kezeltük, 2^o/_o-os vizes Merchurochrom ecseteléssel és szárító kezeléssel, melyek nagyságuk miatt műtetre alkalmatlanok voltak, s zsákjuk ép volt. E kezelésnek szövödményét, károsító hatását (33, 61) nem észleltük.

Tíz eset közül három maradt életben: két műtettel és egy konzervatívan kezelt. Mindhárom om-

phalocele volt. Kiemeljük, hogy a meghaltaknál törvényszerűen megtalálható volt a szív vagy érrendszer súlyos fejlődési anomáliája (33, 67).

7. *Hernia diaphragmatica*

Öt esetben fordult elő, ebből kettő más fejlődési rendellenességhez társulva boncletként. Az élőben diagnosztizáltak közül műtetre csak egy kerülhetett, mert a kétórás és az egynapos korban felismert — tentoriumszakadás, illetve tüdőatelectasia miatt — műtét előtt meghalt. Túlélő betegünk ebben a sorozatban nincs.

8. *Gerinc- és agysérv*

Hatvan esetet észleltünk. 16 meningocelét és 44 myelomeningocelét. Az irodalmi adatokkal (11, 19) szemben anyagunkban valamivel több a meningocеле (l. 5. táblázatot).

Meningocеле és Myelomeningocеле.

5. táblázat.

| Anatómiai elhelyezkedés | Meningocеле (16) | | | | Myelomeningocеле (44) | | | |
|---|------------------|------|---------------|------|-----------------------|------|---------------|------|
| | operáltak | | nem operáltak | | operáltak | | nem operáltak | |
| | nyitott | zárt | nyitott | zárt | nyitott | zárt | nyitott | zárt |
| Occipitalis | 2 | 4 | — | — | — | — | — | 1 |
| Dorsalis | — | 2 | — | — | 1 | 3 | — | — |
| Dorso-lumbalis | — | 1 | — | — | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Lumbalis | — | 1 | — | 1 | 3 | 7 | 6 | 1 |
| Lumbo-sacralis | — | 1 | — | — | 3 | 5 | — | 1 |
| Sacralis | — | 4 | — | — | 3 | 4 | — | 1 |
| Összesen: | 2 | 13 | — | 1 | 11 | 20 | 8 | 5 |
| Társuló zavarok | Meningocеле | | | | Myelomeningocеле | | | |
| Csak Hydrocephalus | 6 | | | | 4 | | | |
| Csak Bénulás | 1 | | | | — | | | |
| Csak Incontinentia | — | | | | 1 | | | |
| Bénulás + Incontinentia | — | | | | 8 | | | |
| Bénulás + Hydrocephalus | — | | | | 5 | | | |
| Bénulás + Incontinentia + Hydrocephalus | — | | | | 22 | | | |
| Más fejlődési rendellenesség is volt | 2 | | | | — | | | |
| Teljesen ép volt | 7 | | | | 4 | | | |
| Koraszülött volt | 1 | | | | 3 | | | |
| Érett volt | 15 | | | | 41 | | | |
| Leány | 10 | | | | 20 | | | |
| Fiú | 6 | | | | 24 | | | |
| Intézetben meghalt | 4 | | | | 21 | | | |
| Hazakerült | 12 | | | | 23 | | | |

Nem szerinti megoszlás: 1:1-hez. Kiemeljük, hogy szinte kizárólag érett újszülötteken fordult elő az anomália, koraszülött összesen négy volt közülük. Az irodalomban megemlített szezonalitást (65) nem észleltük. A hydrocephalus gyakorisága (11, 43) valamivel több volt, mint 60^o/_o. Kilenc esetben társult hozzá más fejlődési rendellenesség.

Műtetre került 46 újszülött, nem operáltunk 14-et. Kezdeti időszakban még szelektáltunk és a rupturált, bénulással járó, incontinens, hydrocephalusos esetekben csak a szülők kérésére végeztük el a műtétet. Később és jelenleg is a világszerte elfogadott elvek (15, 20, 43, 45, 64, 84) alapján kivétel nélkül igyekszünk minden esetet megoperálni azonnal, csak a zárt meningocelétet halasztjuk. Utóbbi

időben többször láttuk a paresis javulását a műtét után (45, 64, 84).

Ib. Azonnali beavatkozást igénylő kórképek a csecsemőkorban

1. *Torsio testis*

Két esetünk volt. Egyik gyógyult műtét után, másiknál a herét el kellett távolítani.

2. *Invaginatio*

Három csecsemőn végeztünk műtétet invaginatio miatt. Egy esetben Meckel-diverticulum volt az invaginatio oka, másiknál csak társult. Mindhárom gyógyult.

3. *Hernia inguinalis incarcerata*

Gyakori problémát okozott. A kezelt 35 inguinalis hernia közül 17 került osztályunkra incarceratióval. Mindnél azonnal taxist végeztünk, és négy kivételével később meg is operáltuk őket. Szövődménymentesen gyógyultak.

Teljesség kedvéért itt említjük meg a 28 napos korban operált és gyógyult *appendicitis acutás* csecsemőnkét, kinél az appendix a sérvtömlőben foglalt helyet.

Diagnosztikai tévedés ebben a csoportban három esetünkben fordult elő: egy feltételezett mechanikus ileus műtétnél *dynamicus*nak bizonyult, egy *appendicitis acuta* gyanújával operálton *lymphadenitis mesentericát* találtunk és végül egy *volvulust paralyticus ileus*nak tartottunk és csak a *sectiónál* derült fény tévedésünkre.

II. Azonnali beavatkozást nem igénylő kórképek

1. *Hypertrophiás pylorus stenosis*

Öt év alatt 20 műtétet végeztünk. 17 volt fiú és valamennyien érett újszülöttek voltak. A tünetek a tankönyvi adatokkal ellentétben átlagosan már a harmadik héten (anyagunkban: 20,05 nap) jelentkeztek, mint erre *Kutor* (42) is felhívja a figyelmet. Egy gyermek testvérét előzőleg *pylorus stenosis* miatt műtöttük. Valamennyi szövődménymentesen gyógyult.

2. *Biliaris atresia*

Az irodalmi adatokkal (48, 70, 77) ellentétben területünkön gyakoribb. Kb. 10 000 szülésre esik egy anomália. Legnagyobb részük koraszülött volt. Fiú-leány arány az irodalmi adatokkal megegyezik. Kilenc elzáródásos eset közül öt valódi *epéut-atresia*nak bizonyult, és műtétileg egy sem volt megoldható. Ezt a műtét kapcsán vett *biopsiás* anyag is igazolta.

Négy esetben besűrűsödött *epe syndromának* bizonyult az elváltozás. Közülük egy esetben *exploratio* is történt. Három esetünk gyógyult (48, 77).

3. *Congenitalis hydrocephalus*

Nyolc betegünk volt. Átlagosan az 59. napon kerültek felismerésre és a 73. napon történt a műtét. Több mint fele koraszülött volt.

Osztályunk felszereltsége csak a *rachi-peritonealis drainage* (6, 62, 79, 83, 85) elvégzését tette lehetővé, mely két esetben végleges gyógyulást eredményezett (6, 78, 79), ami megfelel az átlagos világirodalmi adatoknak (25%). Lényegesen jobb eredményt érthetünk volna el (70—80%-ost) a ma már egyöntetűen egyedül korszerűnek tartott *ventriculo-atrialis shunt* végzésével (19, 20, 24, 29, 53, 62, 72, 83, 85). Itt külön kiemeljük, hogy a műtét elvégzése *beszerzési nehézségek* miatt még ma is *nehézségekbe* ütközik (*Spitz—Holter*, *Pudenz—szelep hiánya*).

4. *Nyúlajak*

Műtétet átlagosan 5—6 hónapos korban végeztünk (5, 23, 37) a feldolgozás ideje alatt 27 betegen, lehetőleg *Millard* (5, 23, 37) technikája szerint. Kettő kivételével elsődlegesen gyógyultak.

5. *Farkastorok*

Eseteink száma mindössze kettő, mivel ebben az időszakban még másfél és két éves kor között operáltunk. Ma már csak a *lágyszájpadot* zárjuk 6—8 hónapos kor között *Schwenckendiek* (5, 14, 36, 37) módszere szerint.

6. *Tumorok*

Miattuk tizenhét esetben avatkoztunk be. 16 jóindulatú (15 *haemangioma cavernosum*, 1 *dermatofibroma*) és 1 *rosszindulatú* (*heretumor*) (4) volt. A *haemangiomák* közül 12-t műtétileg, 3-at konzervatíván, *scleromerfen injectiókkal* (8, 80) oldottunk meg. A *heretumort* és *dermatofibromát* *radicalisan* eltávolítottuk. Minden esetünk túlélő.

Megbeszélés

A csecsemőhalandóság szempontjából legnagyobb problémát okozó szakasz a *perinatalis* kor (60, 66, 73, 75, 76). Az újszülöttek tünetei élettani adottságaik miatt csak csökkenten *manifestálódnak*, ezért életet veszélyeztető kórállapotokban nem mindig tudjuk felismerni vagy megfelelően értékelni tüneteiket. Korai *diagnosis* és *beavatkozás* esetén *életkilátásaik* *nagymértékben* javulnak, de néhány óras *késedelem* jóvá nem tehető *következményekkel* járhat (59, 68). A *beavatkozások hatásosságáról*, különösen a *fejlődési rendellenességek* esetén, *nagymértékben* *ellentmondó közléseket* olvashatunk. Nem áll rendelkezésünkre olyan *felmérés*, mely egy adott terület valamennyi újszülöttkori *acut katasztrófáját* elemzi és így *választ adhat* arra a kérdésre: *milyen gyakorisággal* *jelentkezik* *egy-egy kórállapot* és *milyen valószínűséggel* *gyógyítható*, *milyen feltételek rontják* vagy *javítják* *gyógykezelésüket*.

Ezért állítottuk össze a kb. egymillió lakosú *Borsod-Abaúj-Zemplén* megye és *Miskolc* város ötéves ilyen beteganyagát. *Szervezési rendszerünkben* ez *csaknem kivétel nélkül minden* esetet jelent.

Eredményeink elmaradnak a *korszerű intézetektől*, de *felhívják a figyelmet* a *kérdés jelentőségére* és az *ellátást* ma még *komolyan akadályozó* és *egyes esetekben elhárítható körülményekre*.

Gyermeksebészeti osztályunk a *késői csecsemőkor sebészeti problémáit* *megoldotta*. Az *azonnali beavatkozást* *nem igénylő* 107 betegből csak 4-et (3,7%-ot) *vesztettünk el*. *Nehézséget* a *számszerűen* *sem elhanyagolható perinatalis* kor okoz. Az *azonnali beavatkozást igénylő* 171 betegből 70-et (41%-ot) *vesztettünk el*. Ezek 40%-a (28 beteg) *elvileg megmenthető* lett volna.

Az ellátás akadályai

1. *Egyes rendellenességekben* a *műtési kilátásokat* *csökkenti* vagy *meghiúsítja* a *társuló éretlen-*

ség (emésztőrendszer felső szakaszának elzáródásaiban).

2. Az együttjáró fejlődési rendellenességek (rectum atresiákban az urogenitalis rendszer, omphalocelékban a szív és nagyerek fejlődési rendellenességei).

3. Ahol ezek nem akadályozzák, ott egyes körképekben (pl. hydrocephalus) a korszerű műtét anyagi feltételei hiányoznak.

Az ellátás nehézségei

Elsősorban a korai diagnosis hiánya! Véleményünk szerint ez elhárítható, ha általánossá válik az osztályunkon már bevált gyakorlat: minden újszülöttön születése után a gyomorszonda levezetése; meconiumürítés késés, haspuffadás, indokolatlan hányás esetén 24 óra után beöntés, 36 órán belül jódos contrastanyaggal passage-vizsgálat.

Spina bifida esetén javulás a születési státus-hoz képest csak az azonnali műtéttől várható.

Viszonyaink között nehezítette még az ellátást az osztályaink közötti nagy távolság és a korszerű szállítás teljes hiánya.

Összefoglalás. Szerzők öt éves beteganyagukat azért állították össze, hogy statisztikájukkal értékelhető összehasonlítási alapot teremtsenek. Ennek kapcsán részletesen értékelik a legfőbb problémát jelentő perinatalis kórképek jellemzőit, rámutatnak az ellátás nehézségeire és az eredmények javításának lehetőségeire.

Megállapítják, hogy előrehaladás már csak egy bizonyos tapasztalat és rutin megszerzése után várható a gyermekgyógyász és sebész részéről egyaránt. A korszerű feltételek biztosításán kívül leglényegesebbnek szoroz együttműködésüket tartják a kezelés minden időszakában.

IRODALOM: 1. *Altörjay I. és mtsai:* Orv. Hetil. 1967, 108, 1417—1419. — 2. *Antalovics M.:* Pécsi Gyermeksebész Szakcs. ülésen elhangzott előadás. 1967. — 3. *Argay I.—Sótonyi G.:* Borsodi Orvosi Szemle. 1965, 6, 55. — 4. *Baksa J.:* Borsodi Orvosi Szemle. 1968, 1, 39—44. — 5. *Balogh P.:* Pécsi Gyermeksebész Szakcs. ülésen elhangzott előadás. 1967. — 6. *Balogh P.—Vincze J.:* 3. Kinderchir. Tagung. Rostock. 1967. Előadás. — 7. *Bukovinszky J. és mtsai:* Magyar Seb. 1963, 16, 192. — 8. *Dankó J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1967, 108, 627. — 9. *Dániel F.—Szántó I.:* Pécsi Gyermeksebész Szakcsoporti ülésen elhangzott előadás. 1967. — 10. *Dennison, W. M.:* Tihanyi Gyermeksebész Kongresszuson elhangzott előadás. 1965, 49. — 11. *Dénes J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1961, 102, 22. — 12. *Dénes J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1961, 102, 1703. — 13. *Dénes J.—Lukács F.:* Prae- és perinatalis kérdésekről tartott ankét. 1966. Budapest. Ifjúsági Lapkiadó. 317—321. — 14. *Dénes J.—Léb J.:* Orv. Hetil. 1966, 107, 66. — 15. *Dénes J.—Léb J.:* Orv. Hetil. 1966, 107, 878. — 16. *Dénes J.:* Magyar Seb. 1966, 19, 117. — 17. *Dénes J.:* Gyermekgyógyászat. 1967, 28, 560—568. — 18. *Dénes J.:* Magyar Seb. 1967, 20, 86—93. — 19. *Dénes J.:* Magyar Pediat. 1967, 1, 197. — 20. *Eckstein, H. B.—MacNab, G. H.:* Lancet. 1966, 7442, 842—845. — 21. *Elefant, E.:* Prágai Gyermeksebész Kongresszus. 1960, 147. — 22. *Fülöp T.:* Orv. Hetil. 1966, 107, 385. — 23. *Galambos J.:* Magyar Seb. 1965, 18, 166. — 24. *Gerlach J.:* Pediatriche Neurochirurgie. G. Thieme. Stutt-

gart. 1967. — 25. *Grob, M.:* Lehrbuch der Kinderchirurgie. G. Thieme. Stuttgart. 1957. — 26. *Gross, R. E.:* The Surgery of Infancy and Childhood. W. B. Saunders. Philadelphia & London. 1958. — 27. *Görög P.—Lukácsik A.:* Gyermeksebészeti osztályunk 10 éves jubileumi ülésén 1966-ban tartott előadás. — 28. *Halmos L.—Pilaszanovich I.:* Gyermekgyógyászat. 1958, 19, 204. — 29. *Hemmer, R.:* Zeitschr. f. Kinderchir. 1967, 4, 253—255. — 30. *Hertzler, J. H.:* Amer. J. Surg. 1965, 109, 780—787. — 31. *Hittner I.—Ránky L.:* Gyermekgyógyászat. 1961, 22, 172. — 32. *Hofmann:* Prágai gyermekseb. Kongr. 1960, 145. — 33. *Hofmann, S.—Heinemann, G.:* Zeitschr. f. Kinderchir. 1967, 5, 206—214. — 34. *Humphreys, G. H.—Ferrer, J. M.:* Amer. J. of Surg. 1964, 107, 406—411. — 35. *Imre J.—Horváth M.:* Orv. Hetil. 1967, 108, 1606—1609. — 36. *Ivankievicz D.—Mühler G.:* Fogorv. Szemle. 1964, 57, 362. — 37. *Kallay F.:* Orv. Hetil. 1964, 105, 49. — 38. *Kassai P. és mtsai:* Balatonfüredi Gyermeksebész Ankét. 1962. 169. — 39. *Kontor E.—Szombathy S.:* Tihanyi Gyermekseb. Ankét. 1965. 186—189. — 40. *Koos A.:* Orv. Hetil. 1919, 60, 340. — 41. *Kostyál L.:* Népegészségügy. 1958, 39, 164. — 42. *Kutor J.:* Szombathelyi Gyermekseb. Ankét. 1957, 94. — 43. *Laurence, K. M.:* Arch. Dis. Childh. 1964, 39, 41. — 44. *Lukács F.—Rosta J.:* Gyermekgyógyászat. 1961, 12, 161. — 45. *Maier, W. A.—Heinrich, R.:* Mschr. Kinderh. 1966, 114, 241. — 46. *Mason Brown:* Surgery of Childhood. E. Arnold. L. T. D. London. 1962. — 47. *Meisner, F.:* Kinderchirurgische Erkrankungen. G. Thieme. Leipzig. 1965. — 48. *Muggiasca, F.:* Zeitschr. f. Kinderchir. 1966, 3, 53. — 49. *Paraicz E.—Szénásy J.:* Ideggyógyászati és Idegsebészeti vizsgálatok csecsemő- és gyermekkorban. Akadémiai Kiadó. Budapest. 1966. — 50. *Pellerin, D.—Bertin, P.:* Zeitschr. f. Kinderchir. 1967, 4, 375—383. — 51. *Pilaszanovich I. és mtsai:* Orv. Hetil. 1964, 105, 347. — 52. *Pilaszanovich I.—Szöllőssy L.:* Orv. Hetil. 1966, 107, 61. — 53. *Pudenz, R. H.:* Neurol. Medico. Chirurgica. 1964, 6, 1—18. — 54. *Raffensperger, J. G. et al.:* Amer. J. of Surg. 1964, 107, 792—801. — 55. *Ránky L.:* Orv. Hetil. 1964, 105, 1362. — 56. *Rehbein, F.:* Monatschr. Kinderheilk. 1960, 108, 123. — 57. *Rehbein F.:* Zeitschr. f. Kinderchir. 1967, 5, 1—10. — 58. *Rex Lawrie:* Develop. Med. Child. Neurol. 1965, 7, 199. — 59. *Rosta J.:* Gyermekgyógyászat. 1961, 12, 97. — 60. *Sárkány J.:* Orv. Hetil. 1963, 104, 1633. — 61. *Sárkány J. és mtsai:* Gyermekgyógyászat. 1968, 19, 355—361. — 62. *Scarff, J. E.:* J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1963, 26, 1—29. — 63. *Schmitt, W.:* Magyar Seb. 1957, 10, 1. — 64. *Scharrard, W. J. W. et al.:* Arch. Dis. Child. 1963, 38, 18—22. — 65. *Smitthells, R. W.—Chinn, E. R.:* Develop. Med. Child. Neurol. 1965, 7, 25. — 66. *Steiner B.:* Orv. Hetil. 1965, 106, 793. — 67. *Stiller, H.—Giessen:* Kinderchir. Symp. Rostock. 1958, 44. — 68. *Szabó Zs.—Rétfy A.:* Magyar Seb. 1963, 16, 278. — 69. *Szelezcky J.—Stuber A.:* Orv. Hetil. 1961, 102, 737. — 70. *Szentpétery B.:* Magyar Seb. 1963, 16, 302. — 71. *Szél K.—Beliznai P.:* Szombathelyi Gyermekseb. Ankét. 1957. — 72. *Szénásy J.—Paraicz E.:* Gyermekgyógyászat. 1962, 103, 293. — 73. *Szombathy Zs.—Argay I.:* Borsodi Orvosi Szemle. 1967, 2, 75. — 74. *Temming, H.:* Zeitschrift f. Kinderheilk. 1929, 47. — 75. *Velkey L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1964, 105, 1653. — 76. *Velkey L.:* Kandidátusi értekezés: „A perinatalis Paediatrica időszervi kérdései”. 1968. — 77. *Véghelyi P.—Kocsis M.:* Orvosképzés. 1966, 41, 197. — 78. *Vincze J.:* Borsodi Orvosi Szemle. 1968, 1, 51. — 79. *Vincze J.:* Borsodi Orvosi Szemle. 1968, 1, 59. — 80. *Vincze J. és mtsai:* Északkelet Magyarországi Sebészsz. Gyűlésen elhangzott előadás. 1968. — 81. *Waterston, D. J. et al.:* Lancet. 1962, 1, 819. — 82. *Wilkinson, A. W.:* Brit. J. Surg. 1966, 53, 839—841. — 83. *Zachary, R. B.:* Kinderchir. Symp. Rostock. 1958, 85. — 84. *Zachary, R. B.:* Devel. Med. Child. Neurol. 1965, 7, 492—497. — 85. *Yashon, D.:* J. Neurosurg. 1963, 20, 105—111. — 86. *Young, D. G.—Wilkinson, A. W.:* Lancet. 1966, 2, 18. — 87. *Young, D. G.:* Zeitschr. f. Kinderchir. 1967, 4, 11—16.

Nagykanizsai Városi Tanács Kórháza, Sebészeti Osztály (oszt. vezető főorvos: Lázár Dezső dr.)

Meckel-diverticulum és szövődményei osztályunk 15 éves anyagában

Pölöskey Árpád dr.

Meckel tisztázta annak a régen ismert vékonybél-diverticulumnak a pathomechanismusát, melyet előtte Hildanus, Levater, Littre és mások részben mint boncleletet, részben mint klinikai elváltozást ismertettek. Littre (14) 1700-ban, több mint száz évvel Meckel előtt írta le részletesen a kizáródását sérvtömlőben.

Ébrényi életben a ductus omphaloentericus köti össze a szikhólyagot a bélcsatornával. Normális fejlődés folyamán ez a járat VI—VII. héten záródik. Mai ismereteink alapján, tisztázatlan okból vagy okokból az obliteratio aránylag nagy százalékban elmarad. A visszamaradt képlet néha tünetmentesen végigkíséri hordozója életét, azokkal a szövődményes esetekkel szemben, melyek akut sebészi megbetegedést hoznak létre. Ezek a szövődmények közvetlen életveszélyt jelentenek, így a kórkép nem vesztí el orvosi, főleg sebészi jelentőségét. A ductus omphaloentericus maradványainak sémáját Neff (19) állította össze 7 pontban:

1. Filum terminale, köldök-cystával.
2. Teljesen megmaradt vezeték köldökspollyal.
3. Filum terminale által rögzített enterocysta a bél és a köldök között.
4. Csak a diverticulumhoz rögzült cysta.
5. Nem rögzített filum terminale.
6. Atípusos mesenteriumban fekvő Meckel-diverticulum.
7. Típusos Meckel-diverticulum (továbbiakban M.-d.). Nyolcadikként Rozsos (24) említi meg a M.-d. és a hasfalhoz rögzített enterocysta együttes előfordulását.

Gyakoriságát nézve a hasi fejlődési rendellenességek sorában az első helyen áll. Törő (33) 20%, Boyd (3) 3%-ban találta boncanyagon, Szelezky (28) 1,05%, Verebély (34) 2%, Caylor 1—2%-ban klinikai anyagban. Az irodalmi adatokat egybevetve 1,5—2%-ban kell számolnunk a gyakoriságával (13).

Osztályunk 15 éves anyagában 53 esetben talákoztunk M.-d.-mal (Meckel-diverticulum) vagy mellékleletként, vagy mint szövődményei által okozott hasi katasztrófával. Érdemes ezt az időszakot két részre osztani, az egyik 11 év, amikor 18 esetet operáltunk, a másik az utolsó 4 év, amikor 35 betegen fedeztük fel a kórképet. Ebben az időben 2908 appendectomiát végeztünk, amelynek 1,2%-a a talált diverticulum, szövődményekkel együtt. Az utóbbi négy évben egységes szempontok alapján az osztály valamennyi műtétet végző orvosa az appendectomia során, kivéve a súlyosan destruens eseteket, rutinszerűen átvizsgálta az ileum utolsó szakaszát. A magyar irodalomban ehhez hasonló nagyszámú esetet Rozsos és Szabó (25) közöltek, közleményükben 48 M.-d.-ot ismertettek. Elgondolkoztató, hogy ezek a viszonylag nagy számok nem függnék-e össze a rutin átvizsgálás mellett, ezen megyék (Zala és Somogy) nagyobb fejlődési rendellenesség gyakoriságával.

A szerzők véleménye a nemek megoszlásában eltér, bár általában férfiakon tartják gyakoribbnak, így Rozsos és Szabó (25) eseteiben 31 férfi, 17 nő. Férfiak túlsúlya van Szelezky (28), Mocsay és mtsai (17), Ján és mtsai (10) anyagában is. 53 esetünk közül 32 férfi és 21 nő, de a mellékleletként talált eseteknél a két nem aránya gyakorlatilag egyforma (15 férfi, 17 nő). Illyés és Gerlei (8) felvetik a férfiakon fellépő szövődmények gyakoribb voltát, melyet anyagunk is alátámaszt. Szövődményt 18 férfi és csak 4 nőbetegen észleltünk. 25 esetünk 14 éven aluli, a legidősebb beteg 79 éves volt.

A diverticulum az ileocoecalis szájadéktól általában 30—100 cm-re helyezkedik el, de találtak már a duodenumhoz közel is. Típusos helye a bél mesenteriummal szemben elhelyezkedő része, nagysága átlag 2—3 cm. Anyagunkban 20 cm volt a leghosszabb. Szövettanilag a vékonybél összes rétegét tartalmazza és ez különíti el a ritkán előforduló áldiverticulumtól. Érdekes tapasztalat, hogy a diverticulumban ektopiás szövetrészeket találhatunk. Gyomornyálkahártya az irodalmi adatok szerint 12—44%-ban megtalálható, de leírtak pancreas (8), duodenum, sőt colon nyálkahártya szövetét is. Anyagunkban, bár meg kell jegyezni, hogy nem minden esetben történt a 15 év alatt szövettani vizsgálat, 2 esetben van gyomornyálkahártya és ebből az egyikben pancreas szövet is.

Műtét előtti diagnózishoz nehezen jut az észlelő orvos, különösen, ha nem gondol a kórképre. Általában a vékonybél izolált megbetegedései diagnosztikailag nehezen hozzáférhetők. De Nikola szerint a köldök körüli cseresznyepiros folt jellemző a kórképre, de eseteink közül egyiknél sem észleltük. De Nikola-féle tünet mellett gyanújelként értékelhetjük a gyermekkori köldökspolyt, köldök alatt kissé jobbra elhelyezkedő nyomásérzékenységet és a periodikusan fellépő colicás anamnesist. Eseteink közül 10-nél egyéb fejlődési rendellenességet is észleltünk, ezek közül leggyakoribb a köldöksérv, de pl. egy nőbetegnél féloldali emlőmirigy-hiányt találtunk. Az irodalmi áttekintés során ezt a szerzők nagyrésze megerősíti, így Szente (29), Tamási (30), Tasnády és Kiss (31), Cserhádi (5), Christie (4), ezzel szemben Rozsos és Szabó (25) nagy anyagukban csak egy esetet találtak. Végül mint diagnosztikus lehetőséget nem szabad figyelmen kívül hagyni a rgt-t sem. Gyomor-bélpassage-val és néha irrigoscopiával is kimutatható szerencsés esetben. Wenz (37) 7 rgt-nel diagnosztizált M.-d.-ot közölt.

A diverticulum szövődményei sebészi megbetegedések és elsősorban akut hasi katasztrófa tüneteivel kerülnek az orvoshoz. Anyagunkban 22 esetben talákoztunk különböző szövődménnyel, ebből 3 beteget vesztettünk el, ez a szövődmények 13,6 százaléka, de az összes esetre vonatkoztatva is 5,6 százaléka. Ez a magas mortalitás is figyelmeztető,

mert olyan betegekről van szó, akik egyébként megmenthetők, és rendszerint a fiatalabb korosztályhoz tartoznak. A szövödményeket áttekintve egy-egy esetünkkel szeretném demonstrálni.

1. *Ileus*. A M.-d. szövödményeivel foglalkozó szerzők többsége gyakoriság szempontjából első helyen tárgyalja (22, 25, 17), de pl. *Moses* (18) összegyűjtött nagy anyagában a vérzés foglalja el a vezető helyet 30,9%-ban, és csak utána következik az ileus 23,8%-kal. A mechanikus ileus bármely formája felléphet a M.-d. szövödményeként. 12 M.-d. okozta ileust találtam anyagunkban, ebből 11 férfi és 1 nő. A fentebb említett 3 haláleset az ileusos csoportból adódott. A 12 ileusos eset az össz-szövödmény 54,5%-a, és 7 beteg 14 év alatti gyermek.

a) *Strangulatio ileus*. A diverticulum végén elhelyezkedő filum terminale esetében a strangulatio lehetősége adott, így ez az egyik hajlamosító tényező (13). Tünetmentesen, vagy kisebb tünetekkel lezajlott, műtetre nem került gyulladás után számos összenövés alakulhat ki, amely ugyancsak strangulatio lehetőségéhez vezet. Anyagunkban 7 strangulatio M.-d. ileus volt, ebből 2 eset halállal végződött, az egyik 60 éves férfi-, a másik 3 éves fiúbeteg.

Sz. Z., 3 éves fiú, 1958. június 15-én hozták súlyosan elesett állapotban osztályunkra. Kísérők elmondása szerint két napja lázas és sokat hányt. Széklet, szél nem távozott. A beteg erősen kiszáradt, típusos peritonitises arc, a has felett diffus dífense, amely főleg a köldök alatt jobbra a legkifejezettebb. Rövid keringéstámogatás és folyadékhiánytartás rendezés után műtétet végeztünk (856/1958. m. naplós.). A has kinyitása után 35–40 cm-es fekete, teljesen elhalt vékonybelet találtunk, amelyet egy 20 cm-es M.-d. strangulált. A diverticulum vége egy jejunum kacsához rögzített. A beteg műtét közben cardiorespiratoricus insufficiencia tünetei között exitált. Boncoláskor a műtét leletén kívül súlyos grippét bronchitisszel és enteritissel találtunk. Feltehető, hogy az enteritis következtében kitágult és hypermotiláló belek hozzájárultak az egyébként előzőleg rögzült diverticulum bélstrangulatiojához.

b) *Invaginatio*. A gyermekkor félelmetes ileusformája. A rövid, széles szájadékkal nyíló M.-d., főleg ha rendellenes mozgást ingerlő gyomor- vagy pancreas-szigetet tartalmaz, könnyen befordul és magávalhúzza az ileum kacsokat. Ilyenkor az előhaladó pont a befordult diverticulum. *De Quervain* szerint a tovahaladó béltartalom szívóhatására negatív nyomás jön létre, amely „beszívja” a diverticulumot. Létrehozhat invaginatio úgy is, hogy a M.-d. a vékonybél falát nyomja be kívülről. Több-szörös invaginatio írtak le *Tasnády* és *Kiss* (31). A felnőttkori invaginatio és a M.-d. közötti összefüggésre *Bakó* és *Babarczy* (1) hívták fel a figyelmet, akik 1 év alatt 3 felnőtt betegnél találtak invaginatio okozó M.-d.-ot. Az anamnesisben szereplő colicas fájdalomról legtöbb szerzőnek a véleménye, hogy kisebb invaginatio okozzák, amelyek spontán visszafordulnak. A pathomechanizmus ezen magyarázatai figyelmeztetők a terapia szempontjából is, mert ezen felfogások alapján a diverticulum betüremítése műtétnél invaginatio veszélyével jár. *Pool* és *Porter* (20) esetében buktatás után 3. nap invaginatio műtétet. Szövödményes

eseteink között 3 invaginatio van, mindhárom gyermek, és a harmadik haláleset ezt a csoportot terheli.

S. V., 6 hónapos fiúgyerek 1960. december 26-án került osztályunkra. Szülei elmondása szerint a behozatal napján kezdődött a betegsége, lázas, több ízben hányt, és a behozatalig 6 alkalommal volt véres, inkább nyálkát tartalmazó széklete. Vizsgálat idején is volt hasonló „széklet”, de ez kifejezett székletállományt nem tartalmazott. A gyermek erősen elesett, kiszáradt állapotban volt, periodikusan ismétlődő időközben felsírt. A has bal oldalában a köldök mellett almányi resistentiát tapintottunk, és a rtg-vizsgálatnál típusos ileusra jellemző folyadéknyókat láttunk. Rövid előkészítés után műtét (1940/1960. műtét naplós.), ahol az ileumon invaginatio találtunk. A betüremkedés oldása sikerült és egy ujjbegynyi elhalt M.-d. volt a típusos helyen. Az invaginált bélszakasz színe rendeződött és csak az elhalt diverticulumot resecáltuk. A műtétet követő 2. napon erős paralyticus ileus alakult ki, amely fokozatosan rendeződött, 4–5. napon már súlygörbéje emelkedett és 24 napos ápolás után jó állapotban került haza.

c) *Volvulus*. Ritkább szövödményhez tartozik. Megcsavarodhat maga a diverticulum, sőt *Rozsos* (23) esetében csomókötődés jött létre, de gyakoribb az a forma, amelynél a rögzült diverticulum a vékonybelet csavarja meg. Ezen utóbbi mechanizmust támasztja alá a következő esetünk.

Cs. J., 7 éves fiúbeteg. Kb. 24 órás anamnesissel kereste fel osztályunkat 1967. november 15-én. Elmondása szerint görcsös „vissza-visszatérő” fájdalmai vannak a köldöke körül, állandó hányingere van és sokat hányt. Tíz hónappal ezelőtt „kilyukadt vakbélgyulladással” operáltak osztályunkon. Vizsgálatkor erősen bevont, kissé száraz nyelvet és típusos mechanikus ileus tüneteit találtuk a hason. Azonnal elkezdtük a folyadék- és elektrolitrendezést, és exploratiót végeztünk. Műtéténél a köldökhöz rögzült M.-d.-ot találtunk, amely 180°-ban megcsavarta a vékonybelet és ezzel ileust okozott. A vékonybél keringése ebben az esetben is ép volt, így a megcsavarodás oldása és a diverticulum resectioja után a hasat zártuk, 13. nap a beteg panaszmentesen távozott.

Az eset ritkasága mellett az előző appendectomia miatt is figyelemre méltó. Ebben az időben már rutinszerűen átvizsgáltuk az appendectomizált betegeket műtétnél, amelyet a 9 db 1967-ben eltávolított melléklet is alátámaszt. Ennél a gyereknél utólag is ellenőrizve, 10 hónappal előbb perforált appendixet távolítottunk el, és ilyenkor a „lehető legkisebb beavatkozás” elvét vallva, a vékonybelet nem nézzük át. Bár ezen esetben a volvulus után gyógyult a beteg, mégis óvatosságra int. *Tamási* (30) hasonló esetet közölt 5 éves fiúnál, csak az appendectomia utáni idő rövidebb volt. *Ladányi* (12), *Szelezky* (28) diverticulitist írtak le erősen gyulladt appendix mellett. *Mannaberg* (16) esetét az irodalom mint ijesztő példát emlegeti, ugyanis betege gangraenás perforált M.-d.-itisben halt meg destruens appendicitis műtete után.

d) *Obstructio ileus*. Ebbe a csoportba sorolható szövödményünk nem volt. Létrejöhét a M.-d.-ban elhelyezkedő tumor, vagy idegentest nyomására, valamint a felette elhelyezkedő vékonybél-szűkületen fennakadó idegentest miatt. Daganat okozta elzáródást ismertettek *Hangos* és *Rósa* (7). *Hamburger* (6) phytobezoárt talált mint obstructio okozóját.

e) *Postoperativ ileus*. Az appendicitis, ill. appendectomiák szövődményei között a postoperativ ileust a szerzők előkelő helyen tárgyalják. Hasonló okokból a diverticulum eltávolítása után is ezzel a szövődménnyel számolni kell. Lényeges szempont, hogy kétséget kizáróan összefüggést kell keresni a diverticulum műtétjével, hiszen legtöbb esetben appendectomia, vagy egyéb hasi beavatkozás is történt. Ileusos betegeink között egy esetben biztosan a diverticulum-eltávolítás rovására írható az ileus.

V. D., 15 éves fiúbetegnél 1967 decemberében subacut appendicitis mellett M.-d.-ot távolítottunk el mellékletként. 1968. április 27-én szállították ismét osztályunkra nagyon erős periodikusan jelentkező görcsökkel, hányással. A has ekkor még lapos, betapintható, de erősen nyomásérzékeny. Rövid observálás alatt panaszai fokozódtak, a has felett kifejezett ileusos bélkorgásokat hallottunk, ezért exploratoria határoztuk el magunkat. Műtétnél a M.-d. resectio helyén letapadást észleltünk a kismedencébe, amely típusos ileusos állapotot hozott létre. A felszabadított ileumkacson kétséget kizáróan felismerhető volt az előző M.-d. resectio. A beteg gyógyult.

2. *Perforatio*. A vékonybelek között szabadon lógó mozgékony diverticulum perforatioja diffusz peritonitist okoz. Irodalmi ritkaságnak számít *Cserháti* (5) bélbe penetrált esete. Az átfúródás már valamely szövődmény, mégpedig gyulladás, idegentest-fennakadás vagy pepticus ulcus következménye. Az első idegentest okozta perforációt *Blanc* (2) közölte. Magyar irodalomban *Sátori és Ligeti* (26) ismertettek halszálla, *Tóth* (32) pedig csirkecsont által átfúródott M.-d.-ot. *Schmidt* (27) két perforatio esetéből egyik idegentest, a másik pepticus fekély következtében alakult ki. Osztályunk anyagában két perforatio volt, mindkét betegnél gyulladásos alapon.

Zs. J., 5 éves fiúbeteg. Kb. 8 órával a behozatal előtt kezdődött a betegsége köldök alatti fájdalommal, hányással. Az egész has felett kifejezett érzékenység, a jobb alhasban izomvédekezés. Azonnali műtétet végeztünk, és egy 5 cm hosszú gangraenás, végén perforált M.-d.-ot találtunk. Diverticulum resectio után a beteg a 8. nap panaszmentesen távozott.

Érdekességként említeném meg az ismertett beteg erős psychés elmaradottságát. *Klemp* (11) 24 M.-d.-ot hordozó betegénél 10 esetben szellemi csökkenést észlelt. Részben a kórlapok alapján, részben visszarendelés után az 53 betegünk közül csak ötnél találtunk *szembetűnő* ilyen irányú elváltozást. Ha elfogadjuk *Magyar* (15) azon megállapítását, hogy az átlag populatio csupán 20%-a tekinthető psychésen épnek, akkor úgy *Klemp* 10, mint a mi 5 betegünk jóval beljebb esik az átlag értéknél.

3. *Sérvtömlőbe való kizáródás*. M.-d. ezen szövődményét két csoportra kell osztani. Az első csoport a valódi Littre-sérv, ahol kizárólag a diverticulum fala záródik ki. 1700-ban írta le *Littre* (14), és azóta számos közlemény foglalkozott ezen sérvfajtaival. 1948-ban *Watson* (35) gyűjtötte össze a leközölt eseteket. Három valódi Littre-sérv esetünk jelenleg közlés alatt áll. A második csoportba tartoznak azok a szövődmények, ahol a diverticulumon kívül a környező vékonybelek is a sérvbe kerülnek,

ez a formája a kizáródásnak gyakoribb. Anyagunkban a 3 Littre-sérv mellett 4 esetben találtunk sérvtömlőben M.-d.-ot a környező vékonybél kacsokkal. Két alkalommal inguinalis, 1—1 alkalommal pedig köldök, ill. postappendectomiás sérvtömlőben. Kizáródásra hajlamosító tényező lehet a béltartalommal megtelt diverticulum súlya, amely magával húzza a vékonybelet.

M. J., 71 éves férfibeteg. 1967. április 18-án került osztályunkra, típusos kizárt sérv tüneteivel. Műtétnél a kizáródott rész egy ökölnyi vékonybél konglomerátum, amelynek a közepén a környező belekkel erősen összenőtt M.-d. van. A belek keringése a leszorítás megszűnté után rendeződött, és tekintettel az összenövésre, valamint a beteg öreg korára, resectio nélkül visszahelyeztük az egész sérvtartalmat, majd Bassini-műtétet végeztünk. A beteg 14 nap múlva gyógyultan távozott.

4. *Gyulladás*. Általában appendicitis képében jelentkezik és a praeeoperatív dg. is legtöbbször appendicitis acuta. Műtét közben a gyulladásos jelenségek ellenére negatív appendix figyelmeztető jel. Etiológiája megegyezik a féregnyulvány gyulladásával, de az elhatárolódási lehetőség kisebb, a perforatio hamarabb bekövetkezik. Sajnálatos véletlen a két szerv együtt fellépő destruens gyulladása. Figyelmeztető példák a volvulusnál említett szerzők esetei. Az irodalmi gyakoriság ellenére anyagunkban a két perforálton kívül csak egy 40 éves férfibeteg került gyulladás miatt műtetre. Ennek oka talán a szigorú szelektálásunk, mert a másodlagos diverticulitiseket nem soroltuk ebbe a csoportba.

O. Gy., 40 éves férfibeteg. 1966. május 9-én vettük fel osztályunkra, elmondása szerint 11 órája fáj a hasa, hányingere van, többször hányt. A hasi kép megfelelt egy típusos appendicitisnek, jobb alhasi defénsével, pozitív Blumberg- és Rowsing-tünettel. Műtétnél (830/1966. műtéti naplós.) negatív appendix és kezdődő peritonitises tünetek mellett találtuk meg a phlegmonésan gyulladt M.-d.-ot. Resectio után a 11. nap gyógyultan távozott.

A következő szövődmények anyagunkban nem találhatóak, így csak röviden említem meg egy-két irodalmi közlemény tükrében.

5. *Vérzés*. A diverticulumban elhelyezkedő fekély súlyos kimenetelű vérzést okozhat. *Moses* (18) 1605 összegyűjtött esetéből 30,9% vérzés. *Rozsos és Szabó* (25) egy pepticus fekély vérzését írták le, felhívta a figyelmet a negatív gyomor esetén fellépő buktatóra. *István és mtsai* (9) paratyphusos fekély okozta súlyos melanaét ismertettek. *Hangos és Rósa* (7) esetében a diverticulum leiomyomája okozott véres székletet. Ismeretlen vérzések esetén gondolni kell erre a lehetőségre is.

6. *Tu. kiindulás*. Ritka szövődményként daganatos képződmények is megtalálhatók a diverticulumban. *Hangos és Rósa* (7) betegénél csecsemőfejni leiomyoma volt. 1963-ig *Weinstein* (36) 106 M.-d.-ból kiinduló daganatot gyűjtött össze az irodalomból, ebből 80 eset malignus.

7. *Idegentest fennakadás*. A gyomor-béltractus szükületein kívül a diverticulumok, mint vak tasakok, alkalmas helyek bármilyen idegentest fennakadásához. Leggyakoribb idegentest a csont és

halszájka [pl. Sători és Ligeti (26), Rozsos és Szabó (25), Tóth (32) esetei], de ékszertől a fogászati ideg-extractios tüig széles a leírt idegentestek skálája. 1962-ig Roessel (21) 37 esetet gyűjtött össze.

8. *Pepticus fekély*. Mint említettem, nagy szá-
zálékban található gyomornyálkahártya-sziget a di-
verticulumban. Ezen heterotop szövetekben az ul-
cusbetegség gyomorhoz, ill. duodenumhoz hason-
lóan felléphet, a pepticus ulcus minden szövödmé-
nyével. Két esetben észleltünk anyagunkban gyom-
ornyálkahártyát, de ulcusos elváltozás nélkül. Tí-
pusos ulcusos panaszok esctén, ha negatív a gyom-
or, ill. a duodenum, gondolni kell M.-d.-ban elhe-
lyezkedő ulcusra és célszerű átvizsgálni az ileum
alsó szakaszát is [Rozsos és Szabó (25)].

A súlyos szövödmények, a magas mortalitás és
a nehéz, legfeljebb valószínűségig jutó diagnózis
olyan trias, amely mindenkor figyelmeztet a kórkép
jelentőségére. Jelen körülményeink között a leg-
eredményesebb lehetőségünk a szövödmények meg-
előzése. A hasi műtétek hosszát az ileum átvizsgálá-
sa csak pár perccel hosszabbítja meg. Ösztályun-
kon az elmúlt négy év alatt 2909 appendectomiánál
találtunk 28 esetben csupán mellékleletként M.-
d.-ot, ami 0,96%-nak felel meg. Minden 100 appen-
dectomia esetén legalább egy M.-d.-mal kell szá-
molni, még egyszer kihangsúlyozva, hogy ezek csak
mellékleletek! Minden statisztikai értékelés nélkül
is világosan kell látnunk, hogy ezzel számos élet-
veszélyes szövödményt előzhetünk meg, és jelen
viszonyaink mellett csak ez az egyetlen lehetősé-
günk ezen szövödmények csökkentésére. Ez a lehe-
tőség pedig minden, még a kisebb gyakorlatú se-
bész számára is a legkisebb veszély nélkül adott,
csak élnünk kell vele.

A szövödményes és mellékleletként talált ese-
teink ismertetésével szeretném felhívni a figyelmet
— bár előttem számos nagynevű szerző tette ugyan-
ezt — erre a gyakori congenitalis anomáliára és a
szövödmények megelőzésének a lehetőségére.

Összefoglalás. A szerző irodalmi adatok tükré-
ben ismerteti a Meckel-diverticulum kórképét, egy-
ben ismerteti osztályuk 15 éves anyagát. Összes ese-
tük 53, ebből 22 eset szövödményes és 31 mellék-
lelet. A szövödmények illusztrálására egy-egy saját
beteg kórlefelvételét elemzi, végül felhívja a figyel-
met a hasi beavatkozások esetén a diverticulum ke-
resésére és eltávolítására, mert ezzel a magas mor-
talitású szövödmények részben megelőzhetők.

IRODALOM: 1. Bakó G., Babarczy I.: Magy. Seb.
1967, 20, 50. — 2. Blanc: cit. Sători Ö., Ligeti G. — 3.
Boyd: cit. Szelezcky J. — 4. Christie: cit. Rozsos I., Sza-
bó B. — 5. Cserháti G.: Orv. Hetil. 1968, 109, 870. — 6.
Hamburger, S. W.: Am. Surg. 1960, 152, 106. — 7. Han-
gos Gy., Rósa G.: Orv. Hetil. 1968, 109, 870. — 8. Illyés
Zs. — Gelei F.: Orv. Hetil. 1957, 98, 1050. — 9. István
L., Szabolcs Z., Vásárhelyi B.: Orv. Hetil. 1953, 94, 439.
— 10. Ján H., Csanaky Gy., Székér K.: Magy. Seb. 1965,
18, 121. — 11. Klemp, O.: Zbl. f. Chir. 1928, 53, 1130.
— 12. Ladányi J.: Orv. Lapja. 1948, 907. — 13. Lázár
D.: A hasüreg sebészeti diagnosztikája. Medicina. Bp.
1964. — 14. Littre, A.: cit. Watson. — 15. Magyar I.:
Az orvostudomány aktuális problémái. 1968, 1, 31. —
16. Mannaberg: cit. Tamási E. — 17. Mocsai L., Ján
H., Sükösd L.: Orv. Hetil. 1962, 103, 1412. — 18. Moses,
W. R.: New Engl. J. Med. 1947, 237, 118. — 19. Neff,
G.: Ergebnisse d. Chir. u. Orthop. 1937, 30, 227. — 20.
Pool, Porter: Amer. J. Surg. 1950, 80, 368. — 21. Roes-
sel: cit. Sători Ö., Ligeti J. — 22. Rosenfeld, N.: Zbl. f.
Chir. 1955, 80, 2024. — 23. Rozsos I.: Magy. Seb. 1965,
18, 411. — 24. Rozsos I.: Orv. Hetil. 1964, 105, 653. —
25. Rozsos I., Szabó B.: Orv. Hetil. 1962, 103, 2028. — 26.
Sători Ö., Ligeti J.: Orv. Hetil. 1967, 108, 177. — 27.
Schmidt L.: Budapesti Orvosi Újság. 1936, 34, 20. — 28.
Szelezcky J.: Orv. Hetil. 1958, 99, 473. — 29. Szente A.:
Verebély-émlékkönyv. 1939. 587. — 30. Tamási E.: Orv.
Hetil. 1962, 103, 1079. — 31. Tasnády L., Kiss B.: Orv.
Hetil. 1963, 104, 169. — 32. Tóth Cs.: Magy. Seb. 1967,
20, 249. — 33. Törő I. és Csaba Gy.: Az ember normális
és patológiás fejlődése. Akadémiai. Bp. 1964. — 34. Ve-
rebély T.: cit. Mocsai és mtsai. — 35. Watson, L. T.:
Hernia, St. Louis: C. V. Mosby Comp. 1948. — 36.
Weinstein: cit. Hantos Gy., Rósa G. — 37. Wenz, W.:
Fortschr. Rrtgstrahlen. 1961, 95, 782.

Napi 3–6 **TRIOXAZIN** tableta az intellektus és a moz-
gáskészség befolyásolása nélkül szünteti meg a szorongást, a túl-
feszített idegállapotot és a pszichés nyugtalanságot.

**Nem hátrányos a reflexidő és a koordinációs készség szempont-
jából, gépközlelők, gépjárművezetők is használhatják!**

Adagolását és a többi tudnivalót lásd a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények ren-
delésére” című kézikönyvben.

EGY ESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

KLION

TABLETTA ÉS HÜVELYKÚP

ÖSSZETÉTEL:

1 tablettá 0,25 g 1—(2'-hydroxyaethyl)2-metil-5-nitroimidazol
tartalmaz.

1 hüvelykúp 0,5 g 1—(2'-hydroxyaethyl)2-metil-5-nitroimidazol
tartalmaz.

HATÁS:

A Klion a trichomoniasis és a Giardia lamblia fertőzések specifikuma. Hatása nemcsak helyileg, de szájon át adva is érvényesül, s így alkalmas a szervezetben bárhol megbúvó trichomonas flaeogelláták és Giardia lamblia kórokozók elpusztítására.

JAVALLAT:

Férfi és női húgy-ivarszervi trichomonas infestatio.
Giardia lamblia fertőzések.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS:

A trichomoniasisban szenvedő beteg házastársa, illetőleg
sexuális partnere is fertőzöttnek tekintendő.

Tartós gyógyulás csak mindkét fél egyidejű kezelésétől várható.

A Klion adagja férfinél és nőnél egyaránt reggel-este 1—1 tablettá
(250 mg) szájon át 10 napon keresztül.

A tablettát ajánlatos étkezés közben vagy étkezés után
szétrágás nélkül lenyelni.

Nők egyidejűleg ugyancsak 10 napon keresztül, lefekvés előtt

1—1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.

Indokolt esetben a kúra megismételhető, a napi adag

3—4 tablettára is emelhető.

Giardia lamblia fertőzésben felnőtteknek 5 napon át naponként
2×2 tablettá.

Gyermekeknek 0—1 éves korig naponta 2×1/2 tablettá

2—4 éves korig naponta 2×1 tablettá

5—8 éves korig naponta 2×1 1/2 tablettá

8 év felett naponta 2×2 tablettá

5 napon át étkezés után.

A kúra alatt a beteg alkoholt ne fogyasszon, nemi életet ne éljen.

MELLÉKHATÁSOK:

A Klion szedése általában panaszokat nem okoz.

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger,
olykor hasmenés mutatkozhat.

Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

A Klion mint nitro derivatum enyhe leukopeniát is okozhat,
ezért a vérkép ellenőrzése ajánlatos.

CSOMAGOLÁS:

20 tablettá fiolában

250 tablettá üvegben

10 hüvelykúp dobozban

100 hüvelykúp dobozban

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére történő rendelését külön rëndelel
szabályozza.

FORGALOMBA HOZZA:

A KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest, X.

Tömeges Krezonit mérgezés igazságügyi orvosi problémái

Várnai László dr. és Kótvé Gyula dr.

A mezőgazdaság kemizálása hazánkban is napról napra fokozódik, s nő a növényvédőszeresek száma és mennyisége. Évente kb. 150 féle vegyületből mintegy 70–80 ezer tonnát használnak fel. A növényvédőszeresek gyengébb vagy erősebb mérgek, melyek nemcsak a hideg- és melegvérű kártevőket, a gyomokat pusztítják, hanem komoly veszélyt jelentenek az emberre és hasznos állatokra is (3, 4, 9). E veszély ellenére a vegyszeres növényvédelem szükséges és jól kiegészíti a mechanikai — fizikai — biológiai védekezést.

A „Krezonit E” a dinitro-ortho-cresol (DNOC) ammóniumsója, világossárga, erősen festő hatású, vízben 1⁰/₁₀-ig oldódó rudacskákban kerül forgalomba. Erős mérgező. Toxicitása patkányokon po. LD₅₀ érték 80 mg/kg (3). Emberi po. LD₅₀ 5–6 g/70 kg (2). Knoll J. adatai szerint acut letális dosis embernél a DNOC-ból 350–500 mg. Felszívódhat bőrön át, bejuthat a légutakon és az emésztő csatornán keresztül. A vizelettel ürül ki, részben redukált, részben változatlan formában. A kiürülés nem teljes, így némi kumuláció is van (3, 15). Felszívódás után a DNOC a sejtek fermentjeit károsítja és már igen kis koncentrációban az anyagcsere erőteljes fokozódását okozza. Az oxidációs folyamatok tíz-tizenkétszeresére fokozódhatnak. A testhőmérséklet 40° C fölé is emelkedhet. A szervezet szénhidrát tartalmi csökkennek, esetleg kimerülnek. Máj- és izomelfajulás jöhet létre, mivel csökken a szervezet glikogén tartalma (3, 13, 15, 16, 18, 23). A mérgezési tünetek akkor jelentkeznek, ha a vér DNOC tartalma 20 γ /ml-nyire emelkedik (3, 4).

Curry A. S. szerint 3–4 mg⁰/₁₀-os vérszintnél (30–40 γ /ml) a DNOC mérgezési tüneteket produkál. 6,5 mg⁰/₁₀ vérszint igen veszélyes és 7,5⁰/₁₀ már halálos. A vérszint csökkenés lassú, naponta 0,1 mg⁰/₁₀ (8). Magasabb környezeti hőmérséklet mellett — amikor a szervezet a keletkező hőfeleslegét nehezebben tudja leadni — a mérgező hatás nagymértékben megnő (3).

A DNOC tartalmú szerek heveny, félheveny és idült mérgezést okozhatnak. A mérgezés súlyossága a szervezetbe került mérgező mennyiségétől és a bejutás idejétől függ. Heveny mérgezéskor fejfájás, hányinger, hányás, gyomorfájdalom, hőhullám, láz, izzadás, cyanosis, dyspnoe (mely mély és szapora), félelemérzés, görcsök, tachycardia, arrhythmia, vérnyomásesés, látás-, hallás-, járászavar, delirium és tüdővizényő lép fel. Nagy mennyiségű mérgező bevitelénél a bőr, az izomzat, a szigerek sárgás elszíneződése látható. Idült mérgezésesknél fejfájás, zsi-badásérzés, izzadás, testsúlycsökkenés, hőmérsék-

let emelkedés, légzési és keringési panaszok, allergiás jelenségek, acidózis, a perifériás idegek bántalma, cyanosis, haemolyticus anaemia, a szemén hályogképződés, látási zavarok figyelhetők meg (1, 3, 4, 10, 13, 15, 16, 17, 21, 23).

A DNOC mérgezésnek specifikus ellenanyaga nincs. A kezelés tüneti. Teljes ágynyugalom, ha szükséges, gyomormosás. Láz ellen jégpakolás, hidegvizes fürdő. Folyadék-, konyhasó pótlás. Máj-, vese- és szív működés támogatás. Görcsök ellen óvatosan Evipan iv. Szükség esetén analetika, oxigén belégzés, mesterséges lélegeztetés. Adrenalin, Efedrin és egyéb szimpatikomimetikumok alkalmazása tilos. Zsír, olaj, alkohol kontraindikált (2, 3, 15, 16, 17).

A máj-, vesefunkció és szívizom állapotának ellenőrzése mellett fontos a DNOC meghatározása a vérben és a vizeletben. Parker V. H. 1949-ben kidolgozta, majd Fenwich M. L. és Parker V. H. módosította a DNOC vérből és vizeletből történő kimutatását (11, 19).

A módszer leírása: tízszeres plazmahígításból egy 25 ml-es centrifugacsőbe 0,8 ml-t mérünk és desztillált vízzel 8,0 ml-re feltöltjük. Hozzáadunk kb. 1,5–2,0 g sókeveréket (9 súlyrész nátriumklorid + 1 súlyrész nátriumkarbonát). Az extrakciót 8,0 ml metiletiketonnal végezzük. A metiletiketont bemeréstől kezdve az időt mérjük. Az elegy kezdetben lassan, majd élénkebben rázandó. Rázás után közvetlenül 1 percig centrifugáljuk. Ezután a sárga metiletiketonos réteget Pasteurpipettával leszívjuk, azonnal a Pulfrich-fotometer 10 mm rétegvastagságú küvetájába töltjük és p. a. metiletiketonnal szemben 570 nm hullámhosszon fotometráljuk. A fotometráls a metiletiketont hozzáadásától számított 3–5 perc között történik. A kiértékelés az előzetesen ismert DNOC mennyiségekkel hasonló módon készült, kalibrációs görbe segítségével történik. Az értéket a plazmahígításnak megfelelően tízzel szorozzuk.

A dinitro-ortho-cresolt tartalmazó szerek ovi-cid, larvicid, fungicid, insecticid, akaricid és herbicid tulajdonságúak (3, 4). E készítmények a 30-as évek végén jelentek meg először Magyarországon (22). A DNOC erős mérgező, elterjedése komoly mérgezési veszélyt jelent. Bidstrup P. H. és Payne D. J. K. közlése szerint Angliában 1946–1948-ban a gyomirtószerként használt DNOC 8 halálos foglalkozási mérgezést okozott (1). Bordás S. a 40-es évek második felében hazánkban előfordult tömeges dinitro-cresol mérgezést ismertetett. A vegyszer gyümölcsösben való alkalmazása 3 halálos és több súlyos mérgezést eredményezett (6). Hasonló mérgezésről írnak Cespedes R. és mtsai is (7). Stott H. DNOC expozíció után kifejlődött polynéuritist (21), Faragó A. 46 éves férfi DNOC-lal elkövetett öngyilkossági esetét ismerteti (10). A rendelkezésre

álló irodalomban DNOC-lal, vagy származékaival történő hazai mérgezést a fentiekén kívül nem táltunk, annak ellenére, hogy a rendőrorvosok — köztük a szerzők egyike is — 1961/67. években 8 DNOC-lal elkövetett öngyilkosság áldozatát boncolták.

Napjainkban a DNOC különböző készítményeit használják a növényvédelemben. Különösen elterjedt a gyomirtásra használatos, erős méregként ismert „Krezonit E” nevű vegyszer. Mivel ezekkel a mérgezésekkel egyre inkább számolni lehet, kíváncsún tartottuk, hogy esetünket ismertessük és igazságügyi orvosi szempontból értékeljük.

Esetünk ismertetése

1967. május 28-án az egyik Fejér megyei Állami Gazdaságban a hagymaföldön DNOC tartalmú Krezonit E-vel vegyszeres gyomirtást végeztek. Másnap 81 személyt irányítottak erre a területre gyomlálni, kapálni. A munkásokkal közölték, hogy a munkaterületen vegyszerezés volt, ezért a hagymából ne egyenek, étkezés előtt mossanak kezét. A munka reggel kezdődött. Egész nap meleg, napos idő volt. Az első mérgezési tünetek 16.00 óra körül jelentkeztek. 18.00 óráig már sokan lettek rosszul. A munkát ekkor abbahagyták és a mérgeztetteket mentővel és egyéb gépjárművel a szé-

kesfehérvári megyei kórházba szállították. Negyvenheten kerültek kórházi felvételre, akiknek adatait a táblázat mutatja.

A mérgezést szenvedett személyek mind nők voltak, köztük huszonnégy 18 éven aluli, öt pedig 15 éves. A mérgeztettek között három terhes nő is volt, akik közül az egyik a felvételt követő harmadik napon érett, élő leányt szült. Azóta — tudomásunk szerint — a másik két nőnek is megszületett és egészséges a gyermeke.

A táblázat mutatja, hogy 16 személy feküdt 8 napnál tovább kórházban. A többiek 8, vagy kevesebb napig szorultak kórházi ápolásra, megfigyelésre. Harmincketten enyhe, tizenketten közepes fokú és hárman súlyos mérgezést szenvedtek. A mérgezések gyógytartamát harminckét esetben 8 napon belül, tizenöt esetben 8 napon túl gyógyulónak minősítettük. A mérgeztettek közül néhányan máj- és vesekárosodást szenvedtek, másoknál fogyás, látászavar, vérzési rendellenesség, hyperpirexia, eszméletvesztés jelentkezett. A DNOC vérből való kimutatása a fent leírt módon történt.

Megbeszélés

A különböző típusú mérgek nagy mennyiségű felhasználása fokozza mind az egyedi, mind a tömeges mérgezés lehetőségeit. Előfordulnak eszerint véletlen, gondatlan, sőt szándékos mérgezések is. Ezek elkerülése érdekében szigorúan be kell tartani mind a munkáltatónak, mind a munkavállalónak a mérgező szállítására és felhasználására vonatkozó rendeleteket, óvó- és egészségügyi rendszabályokat. Csak így csökkenthető a napjainkban egyre szaporodó mérgezések száma.

Az ismertetett tömeges mérgezés azért következett be, mert a felelős munkáltatók nem tartották be az előírt rendelkezéseket. A „Munkavédelmi Óvórendszabályok Növényvédőszerrel Dolgozók Részére” című kézikönyv pontosan ismerteti a követhető eljárásokat (5). Jelen esetben olyan földterületen végeztettek gyomirtást, kapálást, melyet előző nap Krezonittal permeteztek le, több 18 éven aluli személyt és három terhes nőt is védőruházat nélkül foglalkoztattak.

Az orvosszakértő feladata mérgezési esetben is a gyógytartam, a mérgezéssel összefüggő maradandó testi károsodás, a munkaképtelenség megállapítása (12, 20).

A mérgezés súlyosságának megítélésében a klinikai tünetek mellett figyelembe kell venni a mérgező okozta szervi elváltozásokat bizonyító laboratóriumi leleteket és a toxikológiai vizsgálati eredményeket, melyek határozottan bizonyítják a szervezetbe került mérgező minőségét, esetleg mennyiségét. A gyógytartam megállapításánál fontos a kórházban töltött napok számának, a rendelőintézeti és körzeti orvosi kezelésnek ismerete is. A táppénzes napok száma — hasonlóan az egyéb testi sértésekhez — nem számít be az ún. tényleges gyógytartamba.

Ismertetett esetünkben a gyógytartam meghatározásánál a kórházban töltött napok számát, a vérben levő DNOC mennyiségét, a klinikai tüneteket és az egyéb laboratóriumi vizsgálatok eredményét vettük alapul. Ennek alapján 32 személynél 8 napon belül, 15 személynél 8 napon túl gyógyuló egészségkárosodást állapítottunk meg.

| Sorszám | Név | Életkor | Kórházban töltött napok | Vér DNOC gamm/ml | Mérgezés foka | | | Gyógytartam | | Megjegyzés |
|---------|----------|---------|-------------------------|------------------|---------------|---------|--------|-------------|-----|---|
| | | | | | enyhe | közepes | súlyos | 8 napon | | |
| | | | | | | | | belül | túl | |
| 1. | M. É. | 18 | 12 | | | + | | | + | |
| 2. | K. K. | 16 | 7 | 30 | + | | | | + | |
| 3. | K. M. | 15 | 5 | 7 | + | | | | + | |
| 4. | B. É. | 18 | 10 | 40 | | + | | | + | |
| 5. | F. M. | 18 | 8 | 37 | + | | | | + | |
| 6. | Sz. É. | 17 | 5 | 21 | + | | | | + | |
| 7. | B. M. | 17 | 6 | 30 | + | | | | + | |
| 8. | V. A. | 16 | 8 | 21 | + | | | | + | |
| 9. | D. I. | 19 | 8 | 21 | + | | | | + | |
| 10. | T. J.né | 23 | 8 | 21 | + | | | | + | |
| 11. | Sz. A. | 17 | 12 | 30 | | + | | | + | VI. hó terhes |
| 12. | P. L.né | 30 | 5 | 14 | + | | | | + | |
| 13. | Sz. S. | 16 | 7 | 21 | + | | | | + | |
| 14. | Sz. É. | 16 | 15 | 20 | | + | | | + | májkárosodás |
| 15. | S. M. | 17 | 6 | 21 | + | | | | + | |
| 16. | F. S.né | 44 | 5 | 33 | + | | | | + | |
| 17. | T. J.né | 34 | 8 | 21 | + | | | | + | |
| 18. | B. V. | 15 | 17 | 55 | | | + | | + | eszméletvesztés, máj, lép nagybodás, fogyás |
| 19. | P. A. | 17 | 8 | 21 | + | | | | + | |
| 20. | G. J. | 16 | 10 | 23 | | + | | | + | |
| 21. | V. L.né | 19 | 8 | 21 | + | | | | + | |
| 22. | K. M. | 18 | 14 | 30 | | + | | | + | II. hó terhes, májkárosodás |
| 23. | W. G. | 17 | 8 | 21 | + | | | | + | |
| 24. | C. K.né | 40 | 8 | 30 | + | | | | + | |
| 25. | T. M. | 15 | 13 | 45 | | + | | | + | |
| 26. | L. K. | 32 | 8 | 30 | + | | | | + | |
| 27. | V. E. | 16 | 8 | 37 | + | | | | + | |
| 28. | V. Z.né | 20 | 10 | 37 | | + | | | + | májkárosodás |
| 29. | C. E. | 15 | 8 | 21 | + | | | | + | |
| 30. | N. Gy. | 25 | 7 | 30 | + | | | | + | |
| 31. | H. L.né | 26 | 7 | 30 | + | | | | + | |
| 32. | Ny. M. | 15 | 7 | 37 | + | | | | + | látászavar, májnagyobodás, rendellenes vérzés |
| 33. | K. I. | 16 | 5 | 16 | + | | | | + | |
| 34. | Cs. J.né | 37 | 8 | 30 | + | | | | + | |
| 35. | M. R. | 17 | 5 | 30 | + | | | | + | |
| 36. | Sz. É. | 17 | 5 | 21 | + | | | | + | |
| 37. | M. I. | 16 | 5 | 30 | + | | | | + | |
| 38. | K. F.né | 27 | 11 | 25 | | + | | | + | vesekárosodás |
| 39. | D. T. | 19 | 11 | 21 | | + | | | + | |
| 40. | N. É. | 18 | 12 | 45 | | + | | | + | májkárosodás |
| 41. | Sz. J. | 18 | 8 | 21 | + | | | | + | |
| 42. | V. J. | 17 | 8 | 21 | + | | | | + | |
| 43. | V. M. | 24 | 53 | | | + | | | + | májkárosodás |
| 44. | D. M. | 18 | 11 | 30 | | + | | | + | |
| 45. | V. L.né | 26 | 8 | 30 | + | | | | + | |
| 46. | O. R. | 16 | 11 | 30 | | | + | | + | hyperpirexia szülés |
| 47. | O. I. | 16 | 17 | 34 | + | | | | + | |

A mérgezés súlyosságát a klinikai tünetek, a laboratóriumi vizsgálati eredmények és a vér DNOC szintje alapján határoztuk meg. Enyhe fokú mérgezést állapítottunk meg azokban az esetekben, amelyekben a klinikai tünetek rövid idő alatt rendeződtek, a laboratóriumi leletek negatívak voltak, és a vér DNOC tartalma 30 γ /ml-nél kisebb volt. Közepes fokúnak minősítettük azokat az eseteket, akiknél a klinikai tünetek súlyosabbak voltak, s a pozitív laboratóriumi leletek mellett a vér DNOC tartalma 30 γ /ml fölé emelkedett. Súlyos mérgezést azoknál állapítottunk meg, akiknél a klinikai tünetek igen súlyosan jelentkeztek, a laboratóriumi leletek súlyos szervi károsodást mutattak és a vér DNOC tartalma is igen magas volt. Ezek alapján 32 enyhe, 12 közepes és 3 súlyos mérgezés történt. A táblázatban látható 5, 11, 14, 20, 22, 38, 39, 44 és 46 sorszám alatt feltüntetett esetekben a mérgezés fokának megítélésében nemcsak a szérum DNOC tartalmát, hanem a mérgezés súlyosabb lefolyását, a parenchymás szervek károsodását igazoló leleteket vettük alapul. A 47-es sorszám alatt feltüntetett esetünkben szülés miatt feküdt 17 napig kórházban az egyébként enyhe mérgezést szenvedett személy.

A mérgezés után hat héttel megvizsgáltuk a mérgeztetteket, akiket egészségeseknek találtunk. Nagyrésztük napsütésben végzett munka után fellépő fejfájásról tett említést. A mérgezést szenvedett terhes nők közül O. I. a kórházi felvétel utáni harmadik napon szült. Véleményünk szerint a Krezonit mérgezés befolyásolhatta az egyébként titkolt terhesség végén a szülés megindulását.

Az illetékes Járásbíróság a felelős személyeket foglalkozás körében elkövetett súlyos testi sértést okozó gondatlan veszélyeztetés miatt jogerősen elítélte.

Közleményünkkel egyrészt fel kívántuk hívni a figyelmet mind gyakrabban előforduló Krezonit E növényvédőszer okozta egyedi és tömeges mérgezésekre, rávilágítva az okokra, amelyek ezt a tömegmérgezést előidézték. Másrészt azokat a szempontokat is tárgyaltuk, amelyeket figyelembe kell venni mérgezések okozta egészségkárosodások, „mérgezéses sérülések” orvosszakértői megítélésében, elsősorban a gyógytartam megállapítása szempontjából. A különböző eszközös sérülések eseteiben

a gyógytartam megállapításában nagy gyakorlattal rendelkezik az igazságügyi orvosszakértő. A mérgezés okozta egészségkárosodás, egészségrontás mértékének megítélése sok nehézséget okoz és csakis az eset összes körülményeinek figyelembe vétele alapján (klinikai tünetek, laboratóriumi vizsgálatok eredményei, a mérge kimutatása, szükséges ápolási napok száma stb.) lehetséges.

Összefoglalás. Szerzők tömeges Krezonit mérgezés esetét ismertetik az orvosszakértői gyakorlat szemszögéből. Gondatlanság miatt 32 könnyű és 15 súlyos testi sértés fogalmi körébe tartozó egészségkárosodás történt. A gyógytartam megállapításánál a klinikai tüneteket, a vér dinitro-ortho-cresol tartalmát és a kórházban töltött napok számát vették alapul. Hangsúlyozzák, hogy a gyógytartam megállapítása a mérgezések esetében is fontos a cselekmény minősítése szempontjából.

IRODALOM: 1. *Bidstrup, P. L., Payne, D. J. H.:* Brit. Med. 1951, II, 16. — 2. *Bordás S., Csiky P., Cziellesky V.:* Toxikológia az orvosi gyakorlatban. Bp. Medicina Könyvkiadó. 1963. 134. old. — 3. *Bordás S.:* Veszélyes növényvédőszer. Bp. Mezőgazdasági Kiadó. 1967. 207. és 239. old. — 4. *Bordás S.:* A hazai növényvédőszer foglalkozási méregtani vizsgálata. Kandidátusi értekezés. 119. old. — 5. *Bordás S.:* Munkavédelmi Övrendszabályok Növényvédőszerrel Dolgozók Részére. Bp. Mezőgazdasági Kiadó. 1962. 5. old. — 6. *Bordás S.:* Ipáregészségügyi Közlöny. 1948, 1, 44. — *Costarricense.* 1959, 2, 23. — 7. *Curry, A. S.:* Poison detection in human organs. USA. Charles C. Thomas Publisher. Springfield Ill. 1963. 125. old. — 8. *Erdélyi T., Konkoly I.:* Növényvédőszerünk. Bp. Mezőgazdasági K. 1962. — 124. old. — 9. *Faragó A.:* T.I.A.F.T. Bulletin. 1968. Közlés alatt. — 10. *Fenwick, M. L., Parker, V. H.:* Analyst. 1955, 80, 774. — 11. *Földes V.:* Belügyi Szemle. 1963, 4, 43. — 12. *Harvey, D. G., Bidstrup, P. L., Bonell, J. A. L.:* Brit. Med. J. 1963, II, 13. — 13. *Issekutz B.:* Gyógyszertan és Gyógyítás. I. Bp. Művelt Nép Tudományos és Ismeretterjesztő Kiadó. 1955. 389. old. — 14. *Knoll J.:* Gyógyszertan. Bp. Medicina Kiadó. 1965. 556. old. — 15. *Ludewig, R., Löhs, Kh.:* Acut Vergiftungen. Jena. VEB. Gustav Fischer Verlag. 1966. 132. old. — 16. *Moeschlin, S.:* Klinik und Therapie der Vergiftungen. Stuttgart. Georg Thieme Verlag. 1959. 358. old. — 17. *Nechay, O.:* Növényvédőszer. Bp. Mezőgazdasági Kiadó. 1966. 76. old. — 18. *Parker, V. H.:* Analyst. 1949, 74, 646. — 19. *Somogyi E.:* Igazságügyi Orvostan. Bp. Medicina Kiadó. 1964. 436. old. — 20. *Stott, H.:* Brit. Med. J. 1956. 900. — 21. *Terényi S.:* Magyar Kémikusok Lapja. 1958. 317. — 22. *Trainor, D. C.:* Handbook of Industrial Toxicology. Angus and Roterson. 1966. 117. old.

ASSMANN, Herbert (1882—1950) német-bel orvos. 1922-ben leírta tüdőtuberculosis esetén az infraclavicularis korai beszűrődést („Früh infiltrat”); amit eredetileg pneumonia caseosa-nak tartott.

ASELLI, Gasparo (1581—1626) páviai anatóm us. Felfedezte a nyirokereket. Az általa leírt chylus-ereket *vasa lacteanak* nevezte, azon a nézeten volt, hogy a bélfodri chyluserek a *lymphonodi mesosteniales* érintésével a hasnyálmirigybe szállítják tartalmukat (*De lactibus sive lacteis venis*, Mediol. 1627).

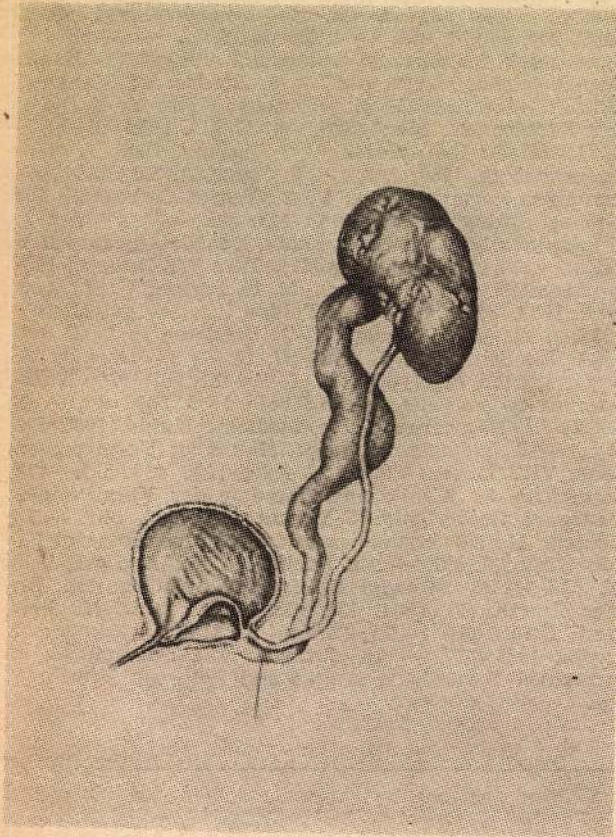
FEJLŐDÉSI **R**ENDELLENESÉGEK

Fővárosi Tanács Péterfy Sándor u. Kórház-Rendelbintézet, Szövetség utcai részlege, Urológiai, Sebészeti Osztály
(főorvos: Gyarmathy Ferenc dr.)

Ectopiás ureterokele

Kondás József dr. és Gyarmathy Ferenc dr.

Az ureterokele az ureter intramuralis részének a hólyagnyálkahártya és hólyagizomzat között kialakult, a hólyag ürterébe nyúló előboltosulása, amely rendellenesen szűk ureter-szájadékkal jár együtt. Ritka formája ezen fejlődési rendellenességnek az ectopiás ureterokele, mely az egyszerű ureterokeletől abban különbözik, hogy a szájadéka a hólyagnyakon vagy attól distálisan helyezkedik el (1. ábra Williams és Woodard után). 1954-ben Ericsson írta le először (1). A hazai szakirodalomban erre vonatkozó közlést nem találtunk.



1. ábra.

Williams (6) 1958-ban az ectopiás ureterokeleket nagyságuk és a hólyagnyakhoz való viszonyuk alapján próbálta osztályozni. Stephens (4) a hólyagzáróizomzathoz való közelségét, valamint a szájadékának szűkületét tartja rá jellemzőnek. Williams és Woodard (7) részletes megkülönböztetésüknek klinikailag kevés jelentőséget tulajdonít. Ectopiás ureterokele többnyire az azonos oldali ureter és vesemedence kettőzöttségével együtt fordul elő. Ilyen-

Orv. Hetilap. 1969. 110. évf. 18. sz.

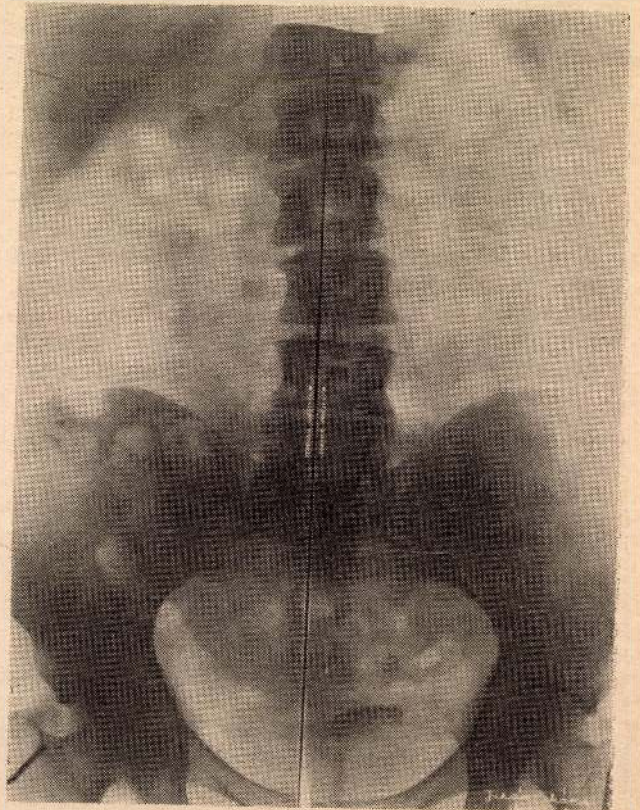
kor a felső üregrendszer uretere a normális ureter-szájadéktól distálisan, a hólyagnyak közelében elhelyezkedő ectopiás ureterokelével függ össze. Az uropoetikus rendszer részéről gyakran más fejlődési rendellenességek (pl. vese dysplasia) is társulhatnak hozzá.

Nőknél gyakoribb, mint férfiaknál (Williams 68 esetéből 59 leánygyermek volt) (7). Az előfordulás aránya mindkét oldalon nagyjából egyezik.

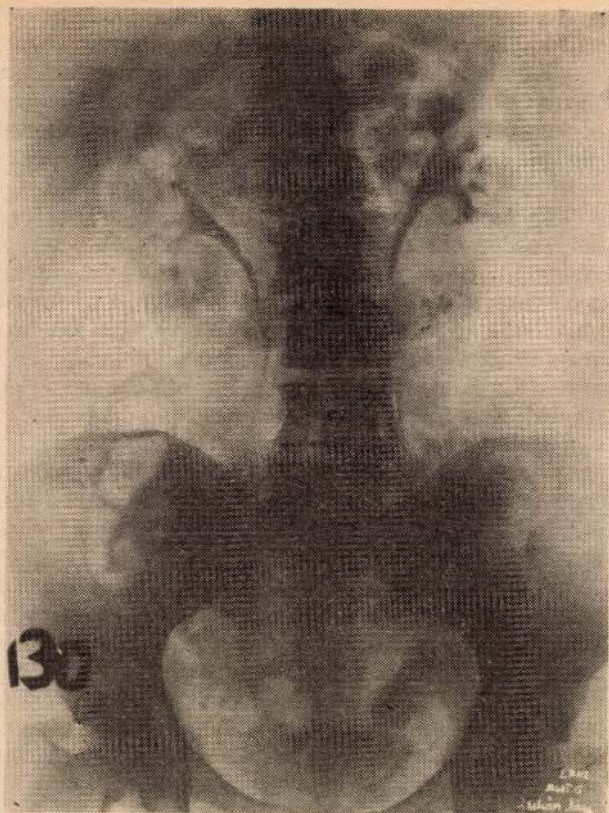
Esetünk ismertetése

J. M., 48 éves nőbeteget 1967. XII. 4-én vettük fel osztályunkra. Anamnesisében 30 éve appendectomia és 4 éve hepatitis epidemica szerepelt. Két év óta menopausa. Felvételét megelőzően bal oldali alhasi fájdalmak voltak, gyakori fájdalmas vizelési ingerek kísérték. Magas vérnyomásáról kb. 1 éve tud.

Felvételi urol. statusa: vesék nem tapinthatók, nem érzékenyek. Az alhasban bal oldalt nyomásérzékenységet jelez, resistentia nem tapintható. Vizelet szalmasárga, megtört. F.: neg. G.: pos. +. Üledékben: 10–15 fvs. Vizelet baktériumtenyésztés: Ps. pyocianea. Véréképben lényeges eltérés nem volt, süllyedés: 10 mm/ó. Májfunctiós próbák negatívak. RN: 29 mg^o/o, RR.: 180/100 Hgmm. Negatív mellkas rtg. Nőgyógyászatilag el-



2. ábra.



3. ábra.

térés nem volt. *Chromocystoscopy*: 200 ml kapacitás. Diffuse bőven erezett nyálkahártya, ép jobb oldali ureter-szájadék. A bal oldali ureter-szájadék magasabban helyezkedik el, kissé nyitott, előtte a trigonum területén kb. féldiónyi bedomborodás figyelhető meg, mely előrefelé a hólyagnyak irányába folytatódik. Az ureter-szájadékok működése rendes. Iv. indigó: mindkét oldalt 6'-re kp. intenzíven, jó sugárban megjelenik. *Kétoldali üres vese rtg-felvételen* a vesekontúrok biztosan nem differentialisok. Bal oldalon a hólyag vetületének megfelelően kb. 4 cm hosszú, 1,5 cm széles területen egymás mellett számos borsnyi és attól kisebb kögyánus árnyék látható. Elhelyezkedésük különböző alkalommal készült felvételeken változó, de mindig egy csoportban láthatók (2. ábra). *Infúziós urographia*: jobb oldalt kp. erős kiválasztás, szabályos üregrendszer, rendes ürülés. Bal oldalon kettős rendszer figyelhető meg, melyek közül a tágult felsőben a kontrasztanyag kiválasztás igen halvány. Az alsó üregrendszer intenzívben rajzolódik ki, tágassága normális, kehelyvégek lekerékítettek, szabályos ürülés. A felső rendszer uretere a kismedencei szakaszon fokozatosan kitérít, majd a hólyag előtt beszűkül; az alsó rendszerhez tartozó ureter az előbbtől lateralisán helyezkedik el, szabályos telődést mutat. A cystogrammon bal oldalon ureterokelele jellemző árnyékkiesés látható, a köveket az ureterokelelebe levő kontrasztanyag árnyéka elfedi (3. ábra).

A viszonyok további tisztázása céljából a bal ureter-szájadékon keresztül uk.-t vezetünk fel akadálytalanul. Az elvégzett pyelo-ureterogramm alapján mindkét uk. külön-külön ureterben helyezkedett el. Tekintve, hogy mindkét uk.-t ugyanazon szájadékon át vezetjük fel, ez arra utal, hogy a két ureter egymással közlekedik. Az ureterogramm alapján ez a juxtavesicalis szakaszon állhatott fenn. A felső rendszer tág uretere a feltételezett communicatio alatt egy kb. diónyi tágulatban folytatódott, melybe a kőárnyékok is belevetültek (4., 5. ábra). A retrograd pyelographia egyébként az infúziós urographiához hasonló képet mu-

tatott. Az elvégzett vizsgálatok alapján kövel szövődött ectopiás ureterokelet, bal oldali pyelon et ureter duplexet állapítottunk meg, a két ureter közti communicatióval.

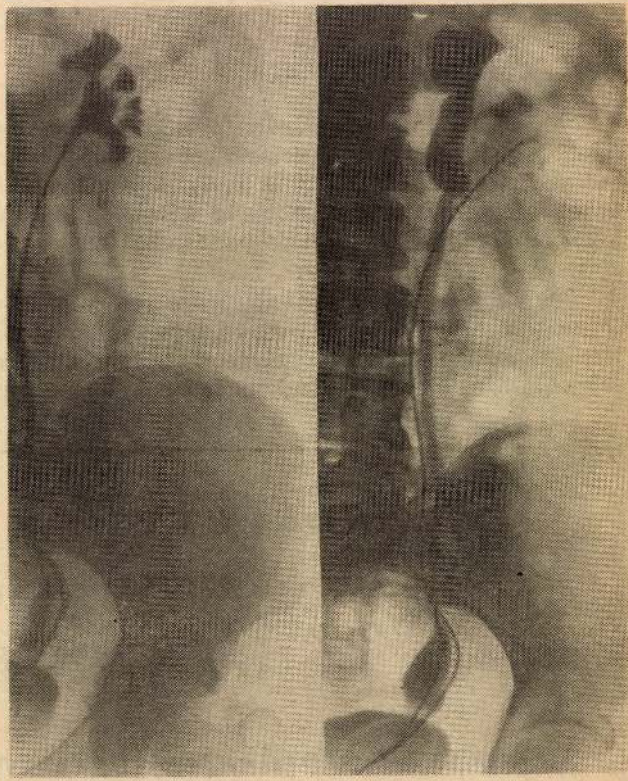
Műtét: először bal oldali ferde lumbalis metszésből vese felső pólus resectiót végeztünk az üregrendszer megnyitása nélkül. Ezután a felső üregrendszer tágult ureterét lefelé haladva elválasztottuk a másiktól, majd ugyanezt parainguinalis behatolásból az ureter pelvicalis szakaszán is elvégeztük. Juxtavesicalisan az ureterek közti összenövés annyira heges volt, hogy további szétválasztásuk helyett a felső rendszer tágult ureterét hosszirányban bemetsztük. A megnyitott ureter-szakaszon gombos szondával könnyen átjárható, kb. 3 mm átmérőjű nyílást találtunk, melyen át a másik ureterbe lehetett jutni kb. 1,5 cm-re annak beszájadzása felett. A communicatio helyét az 1. ábrán nyíl mutatja. Közvetlen a communicatio felett az alsó rendszer ureterét átmetsztük, és ezen a szakaszon vele közös fascia hüvelyben futó másik uretert pedig a hólyagfalig követve resecáltuk. A hólyagot középvonalban megnyitva a bedomborodó ureterokelele falát alapjánál körbe metsztük és az abban elhelyezkedő számos lencsényi, borsnyi sárgásbarna követ eltávolítottuk. Az ureterokelele szájadékát megtalálni nem lehetett, feltehetően elzáródott. A továbbiakban a megmaradt uretert *Boemínghaus* szerint a hólyag bal oldali felső részébe implantáltuk. A hólyagot és mindkét műtéti sebet rétegesen zártuk.

Az eltávolított szervrészekben a pyelon és az ureter nagyfokú tágulatát, valamint a hozzátartozó veseparenchyma-rész heges sorvadását találtuk.

Szöveti vizsgálat: chronicus pyelonephritist és ureteritist mutatott.

A sebgyógyulás elhúzódott. A postoperatív szakban a betegnél bal oldali pleuritis lépett fel, mely az alkalmazott terapiára gyógyult.

A műtét után 3 hónappal készített kiválasztásos urographián bal oldalon is kp. erős kiválasztás, ép üregrendszer és jó ürülés volt látható, az ureterimplantationak megfelelően a hólyagkép kissé kihúzott bal

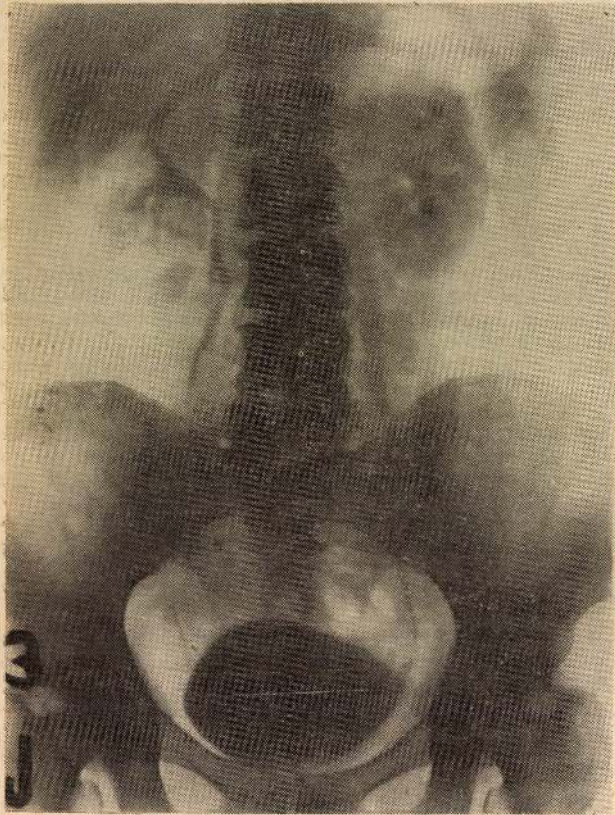


4. ábra.

5. ábra.

felé (6. ábra). Chromocystoscopiánál az implantált ureter szájadéka jól működött, iv. indigó mk. o.-t kp. intenzíven, jó sugárban jelent meg.

Fél év múlva kontroll vizsgálatnál a beteg panaszmentes, vizelete tiszta volt.



6. ábra.

Megbeszélés

Az ectopiás ureterokelevel foglalkozó közlemények legnagyobb részét gyermekeken diagnosztizált eseteket ismertetnek (1, 2, 3, 5, 7). Esetünk egyik érdekessége az, hogy viszonylag későbbben került kórismézésre, azelőtt ugyanis panaszokat nem okozott.

Tünetei nem jellegzetesek, nagy ectopiás ureterokele acut vagy chronicus vizeletrekedést okozhat. A kórkép kedvező helyzetet teremt a felső húgyutakban fellépő vizelet pangásnak, melyhez

pyelonephritis társulhat. Gyakran a másodlagos elváltozások miatt kerül a beteg vizsgálatra.

Kiválasztásos urographiánál a cystogrammon az ureterokelenek megfelelően rendszerint éles szélű kontraszthiány látható. A fejlődési rendellenesség másik komponense, a vesemedence és ureter kettőzöttsége többnyire szintén megfigyelhető.

Cystoscopia alkalmával jól látható az ureterokele bedomborodása, esetleg a szűk szájadékot is megtalálhatjuk. A húgycsőbe nyíló szájadékot urethroscopiával fedhetjük fel. Retrograd pyelographiát csak akkor végzünk, ha a kiválasztásos urographia a viszonyokat nem tisztázza. A rendellenes ureter-szájadzás miatt az uk. felvezetése sokszor nem sikerül. Esetünk külön érdekessége az, hogy a kettős ureter a juxtavesicalis szakaszon közlekedett egymással, s ezáltal lehetővé vált az, hogy ugyanazon ureter-szájadékot át mindkét rendszerbe uk. val feljussunk és a retrograd pyelographiát elvégezzük.

A kettős rendszer felső pyelonja általában tágtult, a parenchyma elvékonyodott, functioja csökkent, ezért — az alsó rendszer kielégítő működése esetén — többnyire heminephrectomiát végzünk. Ha a beteg állapota lehetővé teszi, együlésben ureterectomiát és az ureterokele hólyag felől történő falresectióját is elvégezzük. Csökkent teherbírású betegeknek a műtétet két szakaszban végezzük el. Az ureterokele falresectioja refluxot eredményezhet az alsó pólus üregrendszere vagy a heminephrectomiás uretercsont felé (7). A reflux elkerülésére az ureter reimplantatioja jobb megoldásnak bizonyult. Saját esetünkben is ezt választottuk, de erre kényszerített az ureterek között fennálló communicatio is.

Összefoglalás. A szerzők 48 éves nőbetegen diagnosztizált ectopiás ureterokelet ismertetnek. Ritka előfordulása mellett külön érdekessége, hogy számos kő volt benne és az azonosoldali ureter duplex a juxtavesicalis szakaszon közlekedett egymással.

IRODALOM: 1. *Ericsson, N. O.*: Acta chirurg. Scand. Suppl. 1954, 194. — 2. *Kjellberg, S. R., Ericsson, N. O. and Rudhe, U.*: The Lower Urinary Tract in Childhood, Chicago; The Yearbook Publishers, Inc. 1957. — 3. *Lichtenauer, P., Röhl, L.*: Der Urologe. 1965, 5, 238. — 4. *Stephens, D. F. and Aust, N. Z.*: J. Surg. 1958, 27, 288. — 5. *Uson, A. C., Lattimer, J. K. and Melicow, M. M.*: Pediatrics. 1961, 27, 971. — 6. *Williams, D. I.*: Proc. Royal Soc. Med. 1958, 51, 783. — 7. *Williams, D. I., Woodard, J. R.*: J. Urol. (Baltimore) 1964, 92, 635.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett
az **ORVOSI HETILAP**-ot

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

Budapesti MÁV Kórház (igazgató főorvos: Vajda György dr.) és Rheuma Osztály (főorvos: Balogh Gábor dr.)

Ochronosis

Bobkó György dr., Varjas Károly dr., Nagy Erzsébet dr. és Fonyódi Lajos dr.

Az ochronosis (továbbiakban o.) nem gyakori megbetegedés. Alkaptonuriában (továbbiakban a.) szenvedő betegeken fejlődik ki az esetek kb. 50%-ában (18). A betegség ritkasága és a felmerülő differenciáldiagnosztikai nehézségek miatt tartjuk érdekesnek három esetünk közlését.

Az a. világhozott aromatikus aminosav-anyagszere rendellenesség. Az ún. jóindulatú anyagcsere-blokkok csoportjába tartozik (24). A homogentizinase enzim kongenitális hiánya miatt egy közbeeső termék, a homogentisinsav (továbbiakban h.) szaporodik fel és árasztja el a szervezetet. A világirodalomban eddig kb. 650 a. esetet közöltek. Ebből 18 esetet a hazai irodalomban ismertettek. Egyes irodalmi adatok szerint öröklődése kimutatható (Garrot 1902). Eseteink közül kettő a Szlovákiával határos Nógrádból származott. Rokonság közöttük nem volt kimutatható. (Sitaj Szlovákiában feltűnően sok megbetegedést talált.)

O.-ról akkor beszélünk, ha a felszaporodott h. oxydatiós-polymerisatiós folyamat következtében elsősorban az ún. bradytroph szövetekben (porc, szalagok, inak, endothel) kékes-barnás-feketés pigment alakjában lerakódik és az esetek túlnyomó részében degeneratív folyamatot indít meg. Utóbbi kialakulásához az a. évtizedekig való fennállása és a szervezet ismeretlen, talán allergiás természetű állapota szükséges (3, 4, 5, 14, 22). Az ízületekben igen súlyos arthropathia jöhet létre, de a degeneratio ráterjedhet az endocardiumra, a nagyerekre is, ami halálos végű szövődmény (20).

Eseteink ismertetése

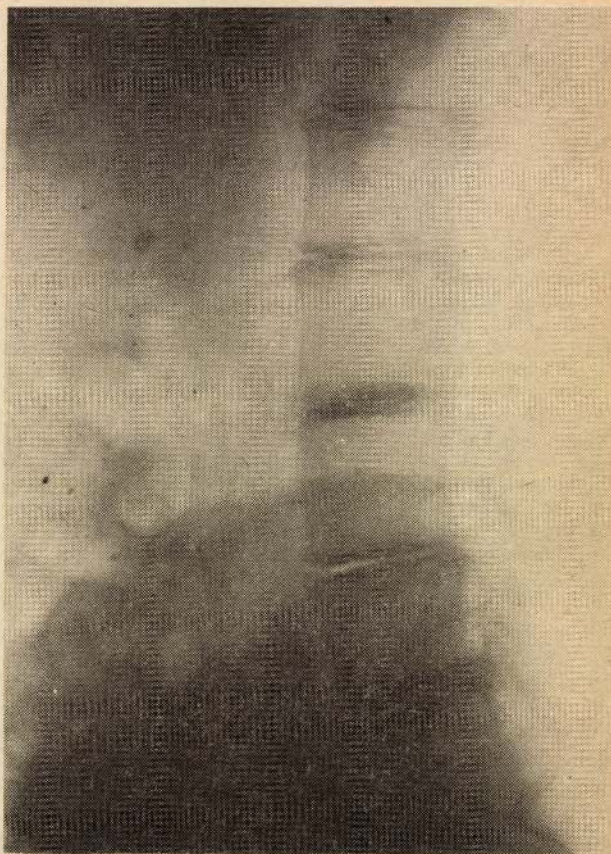
1. M. M., 55 éves munkás. Családi anamnesis negatív. Jelentősebb egyéb megbetegedésről nem tud. Vizelete mindig megfestette fehéreneműjét. Első panasa 18 éves korában heveny derékfájás formájában jelentkezett. Ezt követően különböző kórházakban 12 éven keresztül Bechterew-kór dg.-sal állt kezelés alatt. 50 éves korában a szemén barnás foltot vett észre, amely néha a látását is zavarta. Bel. status a kifejezett emphysemától eltekintve neg. Mindkét sclerán nasalisán és temporalisan kb. lencsényi barnáslila foltok (o. oculi) láthatók. A fülek porcoss állománya vaskosabb, a porc vörhenyes-kékes elszíneződése a bőrön áttűnik. Álláskor kissé előredől, térdeit enyhén flektálja. A vállak mozgása kb. 25%-ban korlátozottan fájdalmas. A gerinc majdnem teljesen merev, nyomásra, ütögetésre érzékeny. Mindkét csípő mozgása érzékeny, de szabad. Térdek deformáltak, hajlításuk csak kb. derékszökiig lehetséges. Mindkét Achilles-ín a tapadással megvastagodott, fájdalmas. A jobb oldali lapockánál régi szúrt sérülés nyoma, de elszíneződés nélkül. Más eltérés nem észlelhető. Reflexek normálisak. A vizeletben az egy nap alatt ürített h. mennyisége 8,2—3,0 g között ingadozott. Egyéb laboratóriumi vizsgálat negatív. Rtg-vizsgálatok: gerincen a discusok végig nagyfokban ellapultak, bennük réteges, sávszerű mesztömörülések

Orv. Hetilap. 1969. 110. évf. 18. sz.

láthatók. Spondylosis mérsékelt fokú jelei. Vállakon és a térdeken kifejezett arthrosisos elváltozások. Mindkét sarkon nagyfokú sarkantyúképződés.

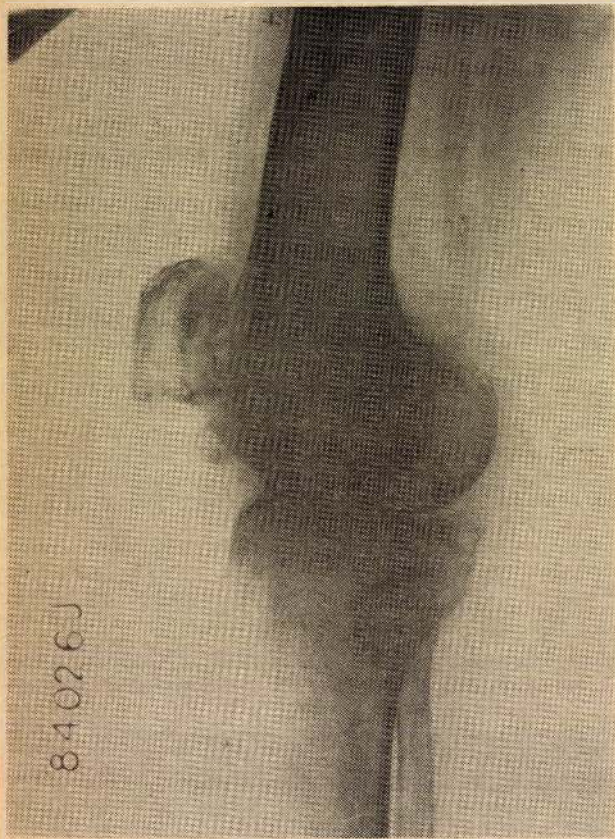
2. H. A., 56 éves pályamunkás. Családi anamnézis negatív. Vizelete gyermekkor óta megszínezi fehéreneműjét. Typhusa és pneumóniája volt. 42 éves kora óta vannak derék- és ízületi fájdalmai. Több ízben feküdt kórházakban polyarthrosis és spondylosis dg.-okkal. Bel. status: emphysema, tompább szívhangok, egyébként negatív. Mindkét sclerán 1—1 lencsényi barnás-kékes folt. Fülkagylók megvastagodtak, rajtuk borsónyi nagyságú szürkés-lilás csomók. Vállmozgások kb. 50%-ban korlátozottan fájdalmasak. Gerinc nyaki szakasza szabad, a háti szakasz mozgásai kissé, a lumbalis szakaszé kifejezetten korlátozott, ütögetésre, nyomásra fájdalmas. A mellkas légzési kiterése jelentősen beszűkült. Mindkét térd vaskosan deformált, mozgásai fájdalmasak és nagymértékben korlátozottak. A jobb térdhajlatban porcsemeny, szilványi resistentia. A flexió mindkét térdben nagyfokban beszűkült, fájdalmas. A h. ürítés napi 6,4—3,8 g között váltakozott. Egyéb lab. vizsgálat negatív.

Rtg-vizsgálatok: a gerinc poroticus, a discusok nagymértékben megkeskenyedtek, elmeszesedtek, főleg a L. szakaszon, ahol levegősarlók is láthatók (1. ábra). A spondylosis elváltozások a porcpusztuláshoz viszo-



1. ábra. Ochronotikus gerinc. A megkeskenyedett discusokban réteges, sávszerű meszesedés. A spondylosis csak mérsékelt fokú.

nyitva csekélyek. A térdízületi rések erősen beszűkültek, a peremeken csőrök. Az ízületi tok mentén a lágyrészben szabad ízületi testek, chondroid és osteoid képződmények (2. ábra).



2. ábra. „Chondrosis dissecans ochronotica” a térdízületben. A lágyrészben chondroid és osteoid képződmények.

3. H. J.-né, 80 éves htb.-nél az o. csak sectio alkalmával derült ki. A boncjegyzőkönyv szerint a bordaporcok és az ízfelszínek a szó szoros értelmében koromfeketék. Az endocardium, az aorta belfülete sötétbarna. A vesékben apró cysták, sötét folyadékkal telve, a vizelet fekete. Szövetani metszeteken jól látni az aorta endotheljében a finoman eloszlott barna pigmentet extra- és intracellularisan. A pigment pontosan olyan, mint a melanin nativ képe. A porcban az eloszlása olyan finom, hogy szinte feloldódik az alapállományban. A beteg halála előtti vizsgálata alkalmával feltűnt az orrcsúcs és a fülcimpa sötét kékes elszíneződése, de ezt a nagyfokú cyanosissal magyarázták (12). Mindezek ellenére a degeneratív folyamatok nem kifejezettebbek, csak korának megfelelőek. Életében ezen elváltozások panaszt nem okoztak.

Megbeszélés

Az o. ritka betegség, ezért sokszor nem gondolunk rá. Mindkét férfibetegünk több mint 10 éve állott különböző kórházakban Bechterew, ill. polyarthrosis dg.-okkal kezelés alatt, de az irodalmi adatok szerint egyéb megbetegedésekkel (tbc, diab. mell., melanosarcoma stb.) is történt összetévesztés (8, 14, 19). Az o.-os gerinc rgtg-képe jellegzetes (16, 17, 24). A discusok nagyfokú pusztulásához és réteges meszesedéséhez képest feltűnően kismértékű az

osteophyta képződés, amely általában jól megkülönböztethető az egyéb eredetű spondylosis elváltozásoktól, vagy az ún. Forestier-féle hyperostosis-tól. Gyakori a vacuumphenomen. Bechterew-kórral szemben itt a szalagmeszesedés ritka, bambuszbot soha nem alakul ki. Legtöbbször a sacroiliac. ízületek érintetlenek (8, 9, 16, 17). E jellegzetes elváltozások ellenére gyakran nem ismerik fel a betegséget. Ezzel szemben előfordult olyan eset, hogy a rgtg-szakorvos a jellegzetesnek vélt gerincfelvételek alapján az o. lehetőségét vetette fel. Ezt azonban a labor. vizsgálatokkal igazolni nem lehetett. A kifejlődött o.-os gerinc rgtg-képe egyes szerzők állításával ellentétben nem kórjelző értékű (10, 15, 17, 24). Harmadik boncolt esetünk azt bizonyítja, hogy az ochronotikus folyamat egyes esetekben a szövetek igen kifejezett festenyzettsége ellenére sem indít meg degeneratív folyamatot. A beteg életében sem az a.-t, sem az o.-t nem diagnosztizálták.

Therapia

Betegeink h. üritését megkíséreltük befolyásolni, de sem diétával, sem gyógyszerekkel (C-vit., B₁₂-vit., Prednisolon, Hydrocortison) ez nem sikerült. Így csak tüneti kezelést végezhetünk, amelytől a fájdalmak enyhültek, átmenetileg megszűntek.

Köszönetnyilvánítás

E helyen mondunk köszönetet Bósz Richárd dr. rgtg szakorvosnak és Csermely Hubert dr. kandidátusnak, a MÁV-kórházi prosectura vezetőjének, a szíves közreműködésért.

Összefoglalás. Három ochronosis esetről számolniuk be. Az esetek részletes ismertetését azért tartották szükségesnek, mert ritka kórképről van szó és ez diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai nehézségeket okozhat. E problémák hangsúlyozása mellett igyekeznek áttekintést adni a rendelkezésükre álló szakirodalomról.

IRODALOM: 1. Apor P. és Deman E.: Orv. Hetil. 1963, 104, 263. — 2. Bergmann, G.: Handbuch der Innere Med. Berlin. Spring. Verlag. 1955. — 3. Bunim, J. I. és mtsai: Ann. Int. Med. 1957, 47, 1210. — 4. Bunim, J. I.: Arthritis and Allied Conditions. 1962. 898. — 5. Chatel A. és Riesz E.: Rheumatologia. Bp. Medicina. 1966. 254. — 6. Csermely F. és mtsai: Orv. Hetil. 1961, 102, 928. — 7. Dávid G. és Sümegi I.: Orv. Hetil. 1950, 91, 162. — 8. Engleman, E. P. és Shecan, M. A.: Ann. Int. Med. 1967, 66, 199. — 9. Fugli-Tóth M.: Rheum. Baln. Allerg. 1967, 8, 226. — 10. Klaus és mtsai: Fortschr. Röntgenstr. 1961, 95, 242. — 11. Korossy A.: Orvosképzés. 1935. II. 174. (különkiadás). — 12. Magyar I. és Petrányi Gy.: Belgyógyászat. Bp. Medicina. 1964. 573. — 13. Metz, E.: Z. physiol. chem. 1930, 193, 46. — 14. Németh Csóka M. és Lux O.: Orv. Hetil. 1960, 101, 1587. — 15. Oláh J.: Rheum. Baln. Allerg. 1968, 9, 81. — 16. Ott, V. R.: Schweiz. Med. Wschr. 1953, 83, 290. — 17. Ott, V. R.: Rheumaforsch. 1956, 15, 65. — 18. Pomeranz, I.: Radiology. 1941, 37, 295. — 19. Prekopa Á. és Went F.: Orv. Hetil. 1959, 100, 1590. — 20. Rieschel, G.: Münch. Med. Wschr. 1960, 102, 2094. — 21. Sitaj, S. és mtsai: X. Congr. Reum. Intern. Roma. 1961. vol. I. 238. — 22. Straub F. B.: Biokémia. Bp. Medicina. 1961. 190. — 23. Szabó L.: Orvosképzés. 1961. febr. — 24. Szántó D.: Magy. Radiol. 1965, 17, 283.



Néhány reflexió Semmelweis és Virchow szakmai vitájának ideológiai vonatkozásáról

Virchow magatartására és szerepére a német polgári forradalomban hiteles világosságot derítenek önvallomásai. 1848 februárjában a felső-sziléziai tifuszcikázisról — mint a kirendelt vizsgálóbizottság egyik tagja — olyan értelmű jelentést küld az egészségügyi kormányzatnak, amely nem hagy kétséget radikális forradalmi törekvéseit illetően. A pénzarisztokrácia — írja a fiatal Virchow — amely a felső-sziléziai bányákból hatalmas összegeket sajtolt ki, a sziléziaiakat gépeknek, pusztá kezeknek tekinti. A nyomor, a kulturálatlanság talajából kelt életre a járvány szelleme és iszonya. Ha változtatni akarunk a tartomány egészségügyi helyzetén „nem szabad, hogy az élő erő továbbra is alá legyen rendelve a holt tőkének” (Virchow, Archiv für pathologische Anatomie Bd. II. H. 1—3, 21. p.). Ebben a jelentésben kora szocialista irodalmában szereplő terminusokkal gyakran találkozhatunk, ami egyik tanúbizonysága annak, hogy a politikai-társadalmi áramlatok messze magukkal sodorták. Bár Virchow nem lépte át a polgári radikális követelések mezsgyéjét, támaszkodik és hivatkozik Proudhon és Engels (!) „A munkásosztály helyzete Angliában” c. korai (1845) munkájára (Archiv für pathologische Anatomie Bd. II. 126. p.).

Sziléziában a kapitalista fejlődés ellentmondásossága, a nyomor és a jólét polarizációja plasztikusan rajzolódik ki Virchow előtt, aki felháborodással tiltakozik: „Az egész világ tudja, hogy a mi időnk proletariátusát főleg a gépek bevezetése hozta létre... Az emberek már mint csak kezek jönnek számításba! Vajon ez lenne-e a gépek értelme a népek kultúrtörténetében? Az emberi géniusz győzelmei csupán arra szolgálnak, hogy az emberi nemet nyomorúságossá tegyék?” (i. m. 320. p.).

A következő hónapban — pontosabban március 19-én — levélben tájékoztatja apját a berlini forradalmi eseményekről. Önmagáról így ír: „Szerepem a felkelésben viszonylagosan jelentéktelen volt, néhány barrikádot segített felépíteni, az-

Engels szerint „...már az első, még tökéletlen géppel megjelent az ipari proletariátus...” (A munkásosztály helyzete Angliában, Marx—Engels Művei 2. köt. 226 p.) „...a gyárosok, akiknek gazdagsága közvetlenül a munkások inségéből fakad, mit sem akarnak tudni erről az inségről” (i. m. 236. p.).

után pedig, mivel csak egy pisztolyt kaphattam, nem tudtam sokkal több hasznot hajtani”. (Rable: Virchow's Briefe, 1907. 137. p.).

Néhány héttel később (1848. május 1-én) kelt levelében az apjával polemizáló-korholó sorok figyelemre méltók: „Belátom, milyen nehéz lehet neked, mint régi földbirtokosnak és polgárnak teljesen méltányolni a munkások jelentőségét ebben a forradalomban, annál is inkább, mert hiányzik neked e viszonyok szemlélete — szélesebb látókörben —, de biztosíthatlak, hogy e munkások között nagy számmal vannak olyan embereink, akik kivétel nélkül különbek a ti összes polgáraitoknál” (i. m. 143. p.).

A márciusi napok Semmelweist Bécsben találják. Szerepével kapcsolatos kutatások és értekezések nem egyértelműek, némileg ellentmondóak, mindazonáltal a forradalom iránti rokonszenvét senki sem vonja kétségbe.

A Semmelweis család — E. P. Podach szerint — határozottan a társadalmi progresszió oldalán állt, vállalva a retorzió következményeit és áldozatát (lásd: E. Podach: I. Ph. Semmelweis, 1947. 70. p.). Ha nem is fogalmazta meg Semmelweis, de tudatában életre keltek a szabadság reményteljes eszméi, amelyeket Virchow papírra vetett: „Végül elérkeztek a márciusi napok. A kritika nagy harca a tekintély ellen, a természettudomány harca a dogma ellen, az örök jog harca az emberi önkény rendszabályai ellen” (Virchow: Öffentliche Medizin, Berlin, 1879. I. Bd. 78. p.).

A két ifjú útjai — a forradalmak vérbefojtása után — szétváltnak. Ahogyan múltnak az évek, sajátos metamorfózis eredményeképpen a forradalmár és az egyetemes orvostudomány megújításának egyik kiemelkedő képviselője, Rudolf Virchow fokozatosan a konzervatív tekintély jelképévé, dogmákká merevült előítéletek konok védelmezőjévé, a hatósági önkény szinte fellebbezhetetlen közvetítőjévé válik. Akadtak német természetbúvárok és orvosok (mint Ernst Haeckel), akik az elvetélt forradalom után nem tagadták meg ifjúságuk eszméit, törekvéseik haladó fogantatását. A polgárság mint osztály azonban — az osztállyá szerveződő proletariátus önálló mozgását, törekvéseit semlegesítendő — kezet nyújt véd- és dacsövetséget kínálva a porosz junker-arisztokráciának.

A német polgárság gyengeségét, meghunyászkodását a maga módján már a nagy német idealista és dialektikus Hegel feltárta és leleplezte, utalva a francia forradalom radikalizmusára, elismeri: „Megvan bennük (a franciákban) az érzék a valóság, a cselekvés, az elintézés iránt, nekünk (németeknek) mindenféle zajlik a fejünkben és a fejünkön, emellett a német fej inkább egészen nyugodtan hordja a hálósipkáját s önmagán belül dolgozik” (Hegel: Előadások a filozófia történetéről. III. kötet).

Ismeretes, hogy Virchow progresszív időszakának ideológiai ösztönzője a feuerbach materializmus mellett a hegeli dialektika volt. (Engels hatása radikalizmusát élesztette, ez a radikalizmus mindazonáltal lényegében polgári jellegű maradt.)

Fiatalkori szakmai elméleti írásait ezek az áramlatok töltötték fel filozófiai apretúrával. Azt a filozófiai hidat, amelyen Virchow — forradalmi magatartásáért elszenvedett mellőztetése és a kilátásba helyezett további regressziók miatt belső vajúds, fájdalmas és rejtett szégyenkezés közepette visszavonult — Kant korszerűsített, újra pallérozott eszméi dúcolták alá. Az újsütetű kantianizmusban az agnoszticizmus kifejezettebbé, az empirizmus laposabbá válik. Virchow fején a frígiai vörös sipkát hol a neokantianizmus hálósapkája, hol a vaskalap váltja fel. Vaskalap — fülíg lehúzza — amikor Haeckelék vagy Semmelweisék javaslataival, gondolataival, bírálatával találkozik, és hálósipka, amikor a társadalmi haladás hajójának fedélzetén vihar tombol. A király újfent bölcs uralkodóvá válik, akinek — kiált fel Virchow a nemzetgyűlésben — „nyíltan és szabadon akarjuk kifejezni lojalitásunkat” (Boenheim: Virchow 171. p.). Semmelweisnek a továbbiak során is volt bátorsága a Virchowot és Scanzonit támogató „magas” császári és királyi hatóságokat élesen bírálni, felelősségüket a nyilvánosság előtt felvetni.

Ahogy múlnak az évek, Virchow annál inkább széthúzza a megfigyelt tények és a mögöttük meghúzódó, a rejtőző lényegek szféráját, annál inkább óv, hogy az empirikus leírás és felszíni kauzális meghatározottságokon túl a további miértekre is keressék a választ; mélyebben fekvő okok, determinisztikus összefüggések feltárását a tudományhoz méltatlan „képzeltésnek”, spekulációnak tekinti.

„A természettudománynak nincs hatalma azon, ami a jelenségvilágon kívül létezik” írja Virchow 1858-ban — megismételve a kanti agnoszticizmus alapaxiómáját (Virchow: Vier Reden, Berlin, 1862. 27. p.). Hegel világosan kimutatta az objektív idealizmus korlátai adta lehetőségein belül —, hogy a jelenségben a lényeg jelenik meg, „a jelenség lényegi, a lényeg megjelenik”. Következésképp a racionálnak, a természettudománynak igenis van hatalma azon, ami a jelenségvilágon túl van. Az idős Virchow egyébként, csakúgy, mint Kant, a vallásnak szándékozta a jelenségvilág mögötti területet kizárólagos hitbizományként átengedni.

Virchowot is elérte egyébként az empiristák végzete. Mivel a tények megfigyelése és a felszíni

kauzalitás tárgyilagossá, tudományos választ — a makacsul fel-felbukkanó mélyebb miértekre — képtelen adni, végül is a teleologikus vitalizmus segítségét vette igénybe, más szóval a felszíni empiriának elégtelenségét ténylegesen spekulációval kompenzálta. A teleologia azonban, ahogyan Schwann már 1839-ben megmondta „mindent és semmit sem magyaráz”.

Ismeretes, hogy Virchow külön tanulmányban védelmezte a neovitalizmust, amely egyébként megkönnyítette számára a lelki tényezők, a predispozíció szerepének konstitucionalista eltúlzását. Már 1858-ban, alig 10 évvel természettudományi materializmusának nyílt meghirdetése és vállalása után (Einheitsbestrebungen, 1848) a tékozló fiú megtér: „Hol létezett valaha egy olyan filozófia — kérde Virchow —, amely idealisztikusabb lett volna, mint a mai természettudomány?” (Virchow: Vier Reden, 22. p.).

A vitalista konstitucionalizmus, amely a veleszületett tulajdonságok, így a predispozíció ténylegesen jelentős szerepét eltúlozza, mintegy hiposztazálja, maga után vonja a külső tényezők lefokozását, valamint a lényeges okok és feltételek közötti konkrét reális különbségek elhanyagolását. Hogyan jelentkezik Virchow szemléleti filozófiai álláspontjának módosulása szakmai elméleti átültetésben?

Az 1863-ban Prágában felállítandó szülőotthon tárgyában adott szakvélemények konklúziójaként — a gyermekágyi láz vonatkozásában — kijelenti: „Diese Praedisposition ist meiner Meinung nach die Hauptsache”. Szakvéleményében Semmelweis név szerint is aposztrofálva, elméletét elmarasztalva a bomló szerves anyag kórokozó szerepét szinte egysorba helyezi az elégtelen szellőzés, a hideg évszak, a levegő romlásának, mindenféle szennyeződések, meteorológiai viszonyoknak szerepével. Ez nem más, mint a fertőző ágens etiológiai lefokozása. Virchow megállapítása tartalmaz racionális magot, a predispozíció és a külső feltételek (kondicionáló tényezők) szerepének számbavétele nélkül sem diagnózisban, sem a terapiában, illetve prevencióban nem lehet biztonságosan előre haladni.

Amennyiben azonban a betegség tartalmát, minőségét, amelyet Virchow esszenciának (lényegnek) nevez, csaknem kizárólag öröklött diszpozíciók határoznak meg, a külső tényezők kondíciókká gyengülnek, nincs különösebb jelentősége alapvető etiológiai értékük és kondicionáló tényezők megkülönböztetésének. Márpedig az ok méltóságával rendelkező patogén ágens éppen az különbözteti meg a feltételektől, hogy nemcsak megelőzi és kiválthatja a már labilissá vált egyensúly felbomlását, hanem módosulva újjá lesz az okozatban, megszüntetve — megőrizve reprodukálódik a következményben (Hegel). Az ok produktív ereje magyarázza, hogy átmegegy — a külső és belső feltételek mozgó, változó szövvényén mozdulva, interferálódva — az okozatba. Az okozat — a patogenezis — vizsgálatából lehet visszakövetkeztetnünk az etiológiára, illetve a kórokozó ágensre. A kórokozó ágens produktív hatásából pedig a klinikai formák sokfélesége elle-

nére is mögöttük a tartalmi azonosságra, nozológiai egységre következtethetünk.

Semmelweis a jelenséget a lényeg híradójának, az okot pedig a következmény tartalmi felelősenek tekinti. A hullaboncolás közben sérült „*Koletschka tanár betegsége ugyanegy, miután a gyermekágyi láz bonctanilag ugyanezen alakokból áll, ti. nyirokedény, visszérlob, gennyvér, áttételek, stb. Ha tehát Koletschka tanárnál a gennyvér (Pyæmia) hullarészek által történt beoltás következtében támadt, úgy a gyermekágyi láznak is ugyanezen forrásból kellett származnia*” (*Semmelweis* Összegegyűjtött munkái, 33. p.). Ha ez így van — folytatja elmélkedését *Semmelweis* —, akkor a meteorológiai, tellurikus, szellőztetési viszonyokat, stb. hogyan lehet felelősségre vonni a gyermekágyi láz felszaporodásáért? Egyébként: „*nem csupán az anyák haltak meg gyermekágyi lázban, hanem valamennyi újszülött is . . . Nem én vagyok az egyedüli, aki az újszülöttek gyermekágyi lázáról szól. Ezen újszülöttek tetemében talált bonctani lelet a nemzőszervekének kivételével azonos volt a gyermekágyi lázban elhalt gyermekágyasok tetemében talált lelettel . . . az újszülött tetemének azonos termékeit nem ugyanezen betegség termékének tartani: megdöntése volna a kórbonctannak*” (i. m. 105. p.).

Figyelemre méltó egyértelműséggel követeli *Semmelweis*, hogy az oksági kapcsolat megállapításában az időbeli egybeeséssel, illetve a post hoc-kal nem szabad megelégedni.

„*A gyermekágyi láz járványos fellépésére vonatkozólag két körülmény igen fontos — állítja Virchow — az időjárás viszonyok és az egyidejű megbetegedések. Az egyidejű megbetegedések közé az acut exanthemákon kívül főleg a kiterjedt orbáncos, croupos, eves és gennyes lobok tartoznak.*”

Semmelweis észrevétele: „*Egészen helyes, hogy a legtöbb járvány téli hónapokban fordul elő, de nem a tél időjárás viszonyai miatt, hanem azért, mert az a legfőbb ideje a bomlott anyagokkal való foglalkozásnak (hullaboncolásnak)*” . . . „*Épp olyan helyes, hogy acut exanthemákkal . . . (stb.-vel) egyidejűleg fordul elő a gyermekágyi láz*”, amelyeknek azonban közös forrásuk van, ui. „*ezeket a betegeket olyan orvosok és bábák kezelik és ápolják, akik terhes, szülő és gyermekágyas nőket is kezelnek s ápolnak*” (i. m. 435. p.).

A kórbonctani lelet hasonlósága, a patogenezis tanúságtételei alapján *Semmelweis* azonos kórokozó ágens után nyomozott és ezt a bomlott szerves anyagban találta meg. A pyæmiák nozológiai egységének felismerése *Semmelweis* rendkívüli tudományos teljesítménye. „*A boncoló, a sebész, az operált, az újszülött fiú vagy leány . . . ugyanabban a betegségben halnak meg, a melyben a gyermekágyasok*” (i. m. 434. p.).

Éles szemmel különíti el azokat az összefüggéseket, melyekben az esetlegességen a szükségszerűség uralkodik azoktól, amelyek csak közvetettek, másodlagosak, nem lényegesek.

Mivel *Semmelweis* áthatol az empiria elemi analizisének szintjén, feltárulnak kutató szeme előtt az „esszenciában”, a patogenezisben, a gyermekágyi

láz szindrómájában a közös kórok tartalmi affinitásának „produktív” hatékonyságának kétségtelen tanúságtételei.

Virchow viszont az empirikusan adott érzéki momentumok szintjén, következőképpen a legaprólékosabb analízis és szintézis ellenére sem képes a lényegest a lényegtelenről és a látszattól tudományos igényességgel szétválasztani, mi több, így az elsiertet, óvatlan következtetés gyakran spekulációba, önkényes feltételezésbe csalja-csábítja.

Semmelweis a konkrét kórképeket, klinikai eseteket elemezve elvonatkoztat a lényegtelenről, az esetlegestől; a lényeges vonásokat, tulajdonságokat és azok összefüggéseit az elvonatkoztatás, az absztrakció magasságában a ráció fényébe helyezi és az eredeti modellel adekvátan szintézisbe egyesíti. Az etiológia és a patogenezis a valóságnak megfelelő összefüggésben és egységben, nem empirikus, nem atomizált konkrétságban, hanem gondolatilag tükrözött, egységesített, „totalizált” konkrétságban jelenik meg, reprodukálódik.

Ez a gondolati-rationális szinten reprodukált egységesített (az esetlegességek zavaró és ködösítő szövénységétől megszabadított) konkrétum szolgáltatja a lehetőséget a pyæmiák egységének, minőségi azonosságának, nozológiai rokonságának megragadásához, a gyermekágyi láz tudományos kórok-tanának megalapozásához.

Virchow és iskolája értetlenül állt *Semmelweis* tudományos teljesítménye, profilaktikus javaslatai előtt. Az elavult nézetek és dogmák visszahúzó ereje *Virchowot* megállásra kényszeríti — *Semmelweis*-nek is megálljt sugalmaznak a virchow-i iskola követői. *Semmelweis* minden nehézség és gáncsoskodás ellenére: „*a gyermekágyi láz okát — írta Markusowszky — a szó legteltesebb értelmében éjjel és nappal, gyanakodva, lesve, őrtállva ernyedetlenül kutatta, mert úgy mondja, az oknak közöttünk helybelinek, kézzel foghatónak kell lenni, s úgy is volt*” (i. m. 720. p.).

Valóban a hallatlanul nehéz szellemi munka közben találta *Semmelweis* igen gyakran a hajnal és nyugtalankodó, értetlenkedő felesége is dolgozószobájának félhomályában. Érthető a felháborodása, amikor spekulációval vádolják. *Semmelweis* idézi *Virchowot* „*A természetbúvárlat nem ismer egyéb ijesztő alakot, csak a spekuláló fikciót*” és joggal feléje is irányuló inszINUÁCIÓT érzett e sorokban (ugyanakkor *Virchow* itt, majd a későbbi években célba vette a darwinizmust, *Haeckel* antropogenezisét, a nervistákat, némi mértéktartással a bakteriológia úttörőit).

Ami a gyermekágyi láz kóroktanát illeti — *Virchow* a vitalizmusra és külsőleges tényekre, megalapozatlan önkényes kapcsolásokra támaszkodik. *Semmelweis* a szédelgő spekuláció vádját tehát jogosan küldte vissza a virchow-i iskola címére: „*E helyt természetesen — írja Semmelweis — csak azokra a spekulációkra kell szorítkoznom, amelyeket Virchow a gyermekágyi lázra vonatkozólag követett el*” (i. m. 434. p.).

Mindezzel semmiképpen sem akarjuk azt mondani, hogy a *Semmelweis* felé irányuló kritikának

minden vonatkozása oktan és értelmetlen volt, vagy azt, hogy az idős *Virchow* az empiria adta lehetőségén belül már ne gazdagította volna az orvostudomány kincsestárát. *Virchow* kritikájának a fékező következménye azonban túlsúlyra került.

Helytelen volna tagadni pl., hogy *Semmelweis* a bomlott szervesanyag, a fertőző agens, a főbűnös bekerítése és felderítése közben az egyoldalú monokausalitásnak némi engedményt tett. A főbűnös üldözése közben a mellékszereplők — kondíciók — átmenetileg a figyelem perifériájára kerültek vagy egyszerűen nyertek. Ez a viszonylagos egyoldalúság történetileg elkerülhetetlen volt és jellemző az egész bakteriológiai irányzat hősi korszakára is. Kétségtelen másfelől, hogy *Semmelweis* nem tartott lépést a pasteuri eredményekkel, mindazonáltal mivel a figyelmet a fertőző agens kutatásának, az aszepsis és az antiszepszis jelentősége felismerésének és gyakorlati alkalmazásának irányába terelte — véleményem szerint a bakteriológia egyik előfutárát kell tisztelnünk benne, annak ellenére, hogy még csak nem is utalt a kórokozó agens esetleges élő természetére.

A sejtpatológia elvével viszont nem fér össze a betegségek fertőzéses eredetének tételezése. Innen *Virchow* vonakodó fenntartásos álláspontja a kochi teljesítménnyel szemben (késői elismerése is felesleges maradt).

A *virchowi* iskola támogatását élvező nőgyógyász *Scanzoni* szavai igen szimptomatikusak ebben a vonatkozásban. „*Ha a nevezett betegség valóban aggályosnak bizonyulna, az összes szülők házakat az állam által fenntartott valóságos gyilkos barlangoknak kellene tartani. Ha azonban a gyermekágyi láznak nem ragályos volta fog kiderülni — s ezt tartja az alulírott több mint valószínűnek —, hanem a kosmikus és tellurikus viszonyok befolyása fog oki mozzanat gyanánt bizton megállapíthatni, akkor a magas cs. k. tartományfőnökség is fel lesz oldva mindazon vádak alól, melyek közvetve több oldalról őt is érték...* (i. m. 341—2. p.).

Világos tehát, hogy nemcsak két szakmai-elméleti áramlat vetélkedéséről van szó, hanem a mögöttük feszülő objektív társadalmi erők ellentmondásos szerepéről is.

Ezért nem lehet egyetérteni azzal a feltételezéssel, hogy *Semmelweis* „több tapintattal saját doktrínáját mentette volna meg”, ahogyan azt *Benedek István Semmelweis*ről írott könyvében állítja, hogy *Semmelweis* vitamódszere elejét vette annak, hogy tanítása érvényesüljön (257. p.), mielőtt az ellenállás, amit modorával kiváltott — állítólag — sok ezer áldozatot követelt (284. p.). Ezeknek az állításoknak cáfolatát érdekes módon — a figyelmes olvasó *Benedek István* egyébként gazdagon dokumentált könyvében is megtalálhatja — természetesen az érzelmi, általában a lélektani tényezők szerepe, mint a viharos tenger aktív és jellegzetes tájékozása megérdemli a kellő figyelmet, de a pszichologizálás veszélyét mindenképpen hasznos és fontos elkerülni.

Haeckel és mások a nagy tekintélyű *Virchow* figyelmét éveken keresztül finom udvariassággal

kísérelték meg felhívni az embernek állati eredetére utaló fosszilis maradványokra és egyben bizonyítókra. Sem a vonatkozó tudományos értekezések, sem a tanúskodó csontleletek nem győzték meg az előítéletektől érzéketlenné vált *Virchow*ot. Élete végéig tagadta az ember állati eredetét. Feltétlenül idézni kell itt *Semmelweis* vallomását arról, hogy a felfedezését követő 13 (!) esztendőn keresztül minden támadás ellenére elzárkózott a „tollharctól”. Sem a 13 éves csendes várakozás, sem a tények nem oldották a *virchowi* iskola dogmáit és előítéleteit. „*Természetemnél fogva — vall Semmelweis — minden tollharctól irtózom, aminek elegendő bizonyítéka az, hogy annyi támadásra nem feleltem, az idők folyására véltem bízhatni, hogy az igazság utat törjön magának, de ebbéli reményem 13 esztendőn át nem ment teljesedésbe...* (i. m. 76. p.).

Hogy milyen erők vezették végeredményben *Semmelweis* és *Virchow* kezét, arra a polgári átalakulást igénylő, támogató *Rokitansky*k is tudatában voltak, *Markusovszky* maga világosan ki is mondta: „*midőn a birodalom fővárosában a reakció nemcsak politikai téren törekedett a szabadelvűség elnyomására, de politikai felügyeletét a tudományokra is kiterjesztette... a tudomány forradalmárának sem lehetett többé ott a helye*” (idézi Entz Béla, 1932. 62. p.).

Semmi meglepő, hogy a munkásság képviselői is felismerték *Semmelweis* erőfeszítésének humanista, haladó irányát. Tisztelettel és rokonszenvvel vették körül a titáni harcban súlyos és fájdalmas sebekkel borított *Semmelweis*et. Ismeretesek *A. Kugelmann*nak, a hannoveri nőgyógyásznak bátorító, támogató levelei, de nem eléggé ismeretes, hogy *A. Kugelmann* azonos *Marx* közvetlen munkatársával és barátjával, az I. Internacionálé egyik tagjával. Még kevésbé ismeretes, hogy maga *Marx* 1867. április 24-én *Engels*hez írt levelében *Semmelweis*et az orvostudományok azon szaktekintélyei között említi, akivel *Kugelmann* levelezésben állott. Azzal a *Kugelmannel*, aki csalhatatlan előrelátással jelölte ki *Semmelweis* helyét az egyetemes orvostudomány történetében. 1861. július 18-án kelt levelében írja: „*Ez a férfiú második Jenner; bár ugyanaz az elismerés jutalmazná érdemeit, ugyanaz az elégtétel érne törekvéseit*” (i. m. 541. p.). A *Semmelweis* ünnepi hét *Kugelmann* szavainak nagyszerű echiója: értékítéletének tanúbizonysága és igazolása.

Farkas László dr.

A sárgaláz és Max Theiler

A napilapokban is olvashattuk, hogy a Német Szövetségi Köztársaságban majomkísérletek közben két világhírű gyár kutatólaboratóriumában kilenc „sárgaláz”-fertőzés történt és a hír megjelenéséig négyen meghaltak.

Sárgaláz sem hazánkban, sem Európa más országaiban nem fordult elő, vagy csak egészen kivételesen, így az orvosok számára más trópusi betegséghez hasonlóan mindig van egy kis exotikus színezete e betegségnek. Általában annyit tudnak a

betegségről, hogy a trópusi országokba utazó turista vagy hivatalos küldött csak akkor indulhat el, ha előzőleg sárgaláz ellen is védőoltásban részesült.

Mint hogy a sárgaláz elleni harc egyik legeredményesebb kutatója, a Nobel-díjas *Max Theiler* e hetekben ünnepli 70. születésnapját, talán érdeklődésre tarthat számot ennek kapcsán a betegség a hazai orvosok részére is.

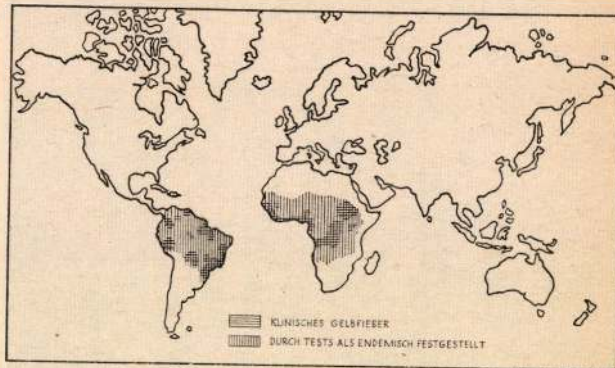
Hol fordul elő? A sárgalázat a trópusi betegségek közé sorolják, mert csak ott fordul tartósan elő, ahol a hőmérséklet sohasem száll le $+22^{\circ}$ C alá. Máshol csak a nagyon meleg nyári hónapokban észleltek kisebb járványokat. Hazája tehát Dél- és Közép-Amerika, valamint Nyugat-Afrika számos országa. Annak a megválaszolásával, hogy miért nem terjedt el Ázsia egyes olyan vidékein, ahol trópusi a klíma és a betegséget terjesztő szúnyog is megtalálható, még adósok az epidemiológusok és virológusok. Európában kisebb járványok Portugália és Spanyolország kikötőiben fordultak elő.

Mi a sárgaláz? Amint a neve is mutatja, sárgasággal járó lázas megbetegedés. Nagyon gyakori a véres hányás is, ezért a spanyol nyelvterületen vomito negronak (fekete hányás) is nevezték. Mellesleg megemlítve, az orvostörténészek a betegség 152 elnevezését tartják számon. Egy elnevezést kiemelni: több nyelven „hazafias láz”-nak is nevezik, mert a bennszülötteket nem pusztítja, csak a betolakodó fehéreket.

A betegség, hasonlóan több más vírusbetegséghez, életfogytiglani védettséget hagy maga után. Ami származási helyét illeti, egyik vélemény szerint Nyugat-Afrika a bölcsője és a rabszolgahajókkal került Amerikába, mások utalnak arra, hogy Mexikóban és San Domingóban már a XV. században, sőt még korábban is fordultak elő járványok. Ezeket az aztékokat tizedelő járványokat azonban számottevő járványkutatók kiütéses tifusznak tartják. A nyugati félteke egyik legjobban sujtott területe a Karib-tenger környéke, illetve Kuba szigete volt, amelynek története azáltal is összefonódott a sárgaláz történetével, mert itt találták meg végül is a járványt terjesztő szúnyogokat. A XVIII. századból több nagymérvű járványról vannak az USA-ból hiteles adataink, így pl. New Orleansban 41 000-re becsülik a járványok során elpusztultak számát, Philadelphiában 10 000-re. Spanyolország, Portugália és Franciaország kikötőiben is voltak ugyanakkor kisebb endémiák. Talán azoknak van igazuk, akik szerint ha a vérbajt nyugatról keletre elszármazott jövevénynek fogjuk fel, úgy a sárgaláz ennek „viszonzása” a kelet részéről.

A sárgaláznak, mint minden nagy tömegjárványnak politikai, szociológiai és természetesen demográfiai kihatásai is voltak. Egy példa: Haiti szigetének őslakóit a fehér bevándorlók tűzzel-vassal irtották, de munkáskezekre szükség volt, és ezért a gyarmatosítók a rabszolga-import fénykorában évtizedeken keresztül nagyobb arányú néger betelepítést folytattak. A bevándorolt néger lakosság, amely hazájában valószínűleg átvészelte a betegséget, gyorsan szaporodott, ugyanakkor a fehér lakosságot állandóan tizedelte a sárgaláz. A francia

forradalom jelszavai itt is hatottak és a néger lakosság is fellázadt fehér urai ellen. Napóleon 25 000 főből álló expedíciós hadsereget küldött a lázadás elfojtására. A partraszállók elől a néger lakosság elmenekült. A hadseregből azonban mindössze 3000 ember tért vissza hazájába. A többi puskalövés nélkül pusztult el, a sárgaláz áldozataként. Haiti szigete ma is néger köztársaság. Franciaország hátrányára avatkozott be a sárgaláz — mint látni fogjuk — a Panama-csatorna építéskor is.



A sárgaláz mai elterjedtsége.

Hogyan terjed a sárgaláz?

Amikor a betegség terjedésének módjáról és kórokozójának megismeréséről esik szó, tisztelettel kell megemlékeznünk azokról az orvos és nem orvos hősokról, akik ismerve a betegség szörnyű lefolyását, önként ajánlották fel, hogy vállalják a megbetegedés kockázatát. A sárgaláz leküzdésének egyik halhatatlanja egy kubai orvos, *Carlos Finlay*, aki elsőként vetette fel azt a gondolatot, hogy a betegséget a lakott települések körül élő, s jelenleg *Aedes aegyptinek* nevezett szúnyogfajta terjeszti.

Finlayt, mint minden kubai orvost, állandóan foglalkoztatta hazája egyik legpusztítóbb járványa. Először — a kor szellemének megfelelően — azt a nézetet fejtette ki, hogy a levegő az a materia peccans, amely életre kelti a járványt. Ezt az elméletet előadta a kubai Tudományos Akadémián is. Később új elméletet dolgozott ki; az időnként minden házban megtalálható szúnyogféleséget tette felelőssé a járvány terjesztéséért. Értekezését, amelyet „*A szúnyog mint a sárgaláz feltételezett közvetítője*” címen nyújtotta be a Tudományos Akadémia-nak, nem fogadták el, amiben bizonyára közrejátszott az, hogy az elmélet egészen újszerűen hatott (1881-et írunk, a maláriakutatás még nem ismert). Ezenfelül bizalmatlanok voltak *Finlayval* szemben, aki korábban egy másik elméletet vallott. A legkülönbözőbb tudományos fórumokat bombázta beadványaival, így ragadt rajta a „moszkító doktor” jelző. *Finlay* azzal is próbálkozott, hogy szúnyogokat tegyen a bőrére, amelyek előbb sárgalázos betegeket csíptek meg; következmény, illetve eredmény nélkül.

Évtizedekbe telt, amíg kiderült, hogy *Finlay*-nak igaza volt és kiderült az is, miért maradtak az önkéntes vállalkozókon végrehajtott kísérletek

eredménytelenek. Ugyanis a sárgaláz kórokozója emberben csak 3 napig fertőző, de a szúnyog 60 napig fertőz, 12 nap lappangási idő után. Ha *Finlay* 12 napra bezárta volna szúnyogait miután a beteg vérével telestívták magukat és csak azután engedte volna a kísérleti alanyokra, úgy bizonyosan sikerült volna a fertőzés. Közben azonban másutt is folytak a sárgalázzal kapcsolatos kutatások. A bakteriológia hőskorát éli. Egy olasz kutató, *Sanarelli*



Carlos Finlay tanácskozik az amerikai delegációval 1900-ban. A képen jobbra: Finlay, a három egyenruhás férfi: Lazear, Carroll és Reed. Finlay jobbján: Antonio Diaz Albertini, bal oldalt, a mikroszkópnál, Finlay fia.

egy bacilusban vélte megtalálni a kórokozót és ezt a bacilust *b. icteroides*nek nevezi el. A 90-es évek végén a maláriakutatók igazolták a szúnyog szerepét a járvány átvitelében, s egyrészt ezek az ismeretek, emellett a spanyol—amerikai háború eseményei meggyorsították *Finlay* tanainak elismerését, amire 1898-ban került sor.

Az USA bekebelezi Kubát. Megszálló hadsereg állomásozik a szigeten és az idegen csapatok több mint 1000 embere pusztul el sárgalázban, lényegesen több, mint a spanyol golyóktól. Az USA katonai egészségügyi szervei úgy határoznak, hogy a sárgaláz tanulmányozására egy négytagú bizottságot küldenek ki. A bizottság vezetője egy akkor már nagy hírnévnek örvendő bakteriológus, az USA Katonaorvosi Akadémiáján a bakteriológia professzora: *Walter Reed*, a bizottság másik mikrobiológus tagja pedig *J. Carroll*. A bizottság rovar-

szakértője *I. Lazear* és végül a negyedik, a kubai származású kórboncnok, *Aristides Agramonte*.

Reed laboratóriumában már korábban megismételték az olasz kísérleteket a sárgalázat előidéző baktérium kimutatására és megállapították, hogy az egy — a természetben gyakran előforduló — baktériumféleség és semmi köze sincs a sárgalázhoz. Kubában is első feladatuknak tekintették a bakteriális eredet kérdésének végleges tisztázását. 16 sárgalázban elhalt beteg szerveinek részletes kivizsgálása után végérvényesen eldöntötték, hogy a baktériumnak nincs szerepe a sárgaláz előidézésében. Bár *Reed* nem volt meggyőződve *Finlay* moszkító elméletének helyességéről, mégis ezen elmélet ellenőrzésére is kísérletbe kezdett. Először a bizottság két tagja csípette meg magát a szúnyogokkal. *Carroll* súlyosan megbetegedett, de élve maradt. *Lazearon* nem tört ki a betegség. Ezután önkéntes jelentkezőkön próbálták a szúnyogcsípés eredményességét megállapítani. Részben valóban önkéntes, részben a kitűzött 200 dollár jutalomért jelentkezőkön figyelték a szúnyogcsípés következményeit. A szúnyogcsípés után néhány napra kifejlődött a tipikus megbetegedés. *Lazear*, akit egy szabadon röpködő moszkító csípett meg, később belehalt a fertőzésbe. A tábornok, ahol a további kutatások folytak, *Camp Lazearnek* nevezték el és később Baltimore egy parti erődje is az ő nevét kapta.



Walter Reed.

A bizottság rövid idő alatt megállapította, hogy *Finlay*nak igaza volt, a sárgalázat az eléggé elterjedt *Aedes* egyipti terjeszti, kórokozója pedig egy vírus. *Walter Reed* nem sokáig élvezte hírnevét. 1902-ben vakbélgyulladás állapotba került és az éternarkózisból nem ébredt fel. Az egyik legismer-

tebb katonai kórház Washington mellett — az elnökök is itt kezeltetik magukat — az ő nevét viseli ma is. Ezen ismeretek birtokában, a pocsolyák és mocsarak kiszáritásával, illetve petróleumozásával Gorgas új amerikai orvosfőnöknek sikerült Kubában a sárgalázat felszámolnia.



Max Theiler.

Néhány szót a Panama-csatorna megépítéséről a sárgalázattal kapcsolatban. 1869-ben nyílt meg a szuezi csatorna és az egész világ nagy ünneplésben részesítette Ferdinand Lessepsset, a csatorna megépítőjét. Tíz év múlva, 1879-ben fogott hozzá — francia tőkével — az Atlanti-óceánt a Csendes-óceánnal összekötő csatorna építéséhez, de már az első hetekben megteltek a környék kórházai sárgalázás és maláriás betegekkel és voltak olyan időszakok, amikor naponta 30—40 munkás és mérnök került a veszteséglistára. A munka abbamaradt, a vállalat csődbe került. 1904-ben eladják a csődtömeget egy amerikai tőkés csoportnak, amely okulva a korábbi tapasztalatokból, először megbízást ad az említett Gorgasnak a terep szúnyogtalanítására, és 1914-ben áthaladt az első hajó a csatornán.

A Panama-csatorna megépítése után úgy látszott, hogy a sárgaláz problémája a szúnyogtalanítással megoldódott. Azonban rövidesen kellemetlen csalódás érte a világot. Olyan helyeken lépett fel a betegség, ahol egyrészt nincsenek szúnyogok, másrészt nem voltak előzőleg sárgaláz esetek. A 20-as években Brazíliában lépett fel az első ilyen járvány, amelyet dzsungellázak neveztek el, később

azonban Dél-Amerika más államaiban és Afrikában is kimutatható volt olyan vidékeken, ahol nem lehetett szó emberek által történt behurcolásról. Logikus következtetés adódott; itt olyan sárgalázról van szó, amely állatokban él tovább, s amelynek terjesztője valamilyen eddig fel nem ismert rovar. Ezt már 1911-ben tudták. A Rockefeller Alap a 20-as évek végén egy bizottságot küldött ki a sárgaláz tanulmányozására az újabb ismeretek alapján és a betegség veszélyességére jellemző, hogy ennek a bizottságnak 6 tagja életével fizetett a járvány legyőzéséért vívott harcban. Meghalt többek között *Noguchi*, az ismert japán kutató is, aki elsőként mutatta ki a spirochaetákat a paralytikusok agyveléjében s aki természetesen spirochaeta féleséget keresett itt is.

A kutatók a húszas években már tudták, hogy a betegség majomra átoltható, azonban ezek a kísérletek túl költségesek voltak és így nagy felfedezésnek számított, amikor *Max Theiler*nek sikerült a betegséget fehéregérre áoltania és a kórokozó vírus eredetét vitathatatlanul bebizonyítani. Egér kísérletekkel sikerült igazolni, hogy a majmokon fellépő dzsungelláz azonos a sárgalázattal. A kórisme aránylag egyszerű. Kétes esetekben az úgynevezett egérvédőpróbát alkalmazták. A beteg vérének befecskendezik egy egérbe és azután megfertőzik sárgaláz vírussal. Ha az egér nem betegszik meg, úgy sárgalázás a beteg, mert a vérében passzív védőanyagok vannak. Egy másik laboratóriumi próba abból áll, hogy az egerek agyába fecskendezik a beteg szérumát és figyelik, hogy fellép-e egy agyulladáshoz hasonló kórkép?

A vírus emberben inkább a belső életfontos szerveket: a májat, vesét, szívet támadja meg, míg az átvitel céljaira felhasznált egérben és majomban szinte kizárólag az idegrendszerre hat.

Theiler másik alapvető felfedezése az volt, hogy a vírus egérpaszsáka-okban legyengül és így lehetővé válik a megfelelő védőanyagok előállítása. A több nemzedéken át átoltott és legyengített törzssel valóban sikerült is *Theiler*nek és munkatársainak majmokat védetté tenni.

Megemlékezésünk főszereplője, *Max Theiler* 1899. január 30-án született a délafrikai Pretoriában. Édesapja ismert állatorvos és állatbakteriológus volt, elsősorban trópusi állatbetegségekkel foglalkozott és a pretoriai állategészségügyi intézet alapítója volt. Svájcban vándorolt ki és így *Theiler* is tanulmányi éveiből egyet Baselben töltött, egyébként iskoláit egy délafrikai angol intézetben végezte. Egyetemi tanulmányait Fokvárosban kezdte meg és Londonban fejezte be. A St. Thomas Hospitalba került. 1922-ben átment a Harvard Egyetemre az USA-ba, a trópusi betegségeket kutató osztályra és 1950-ben a Rockefeller Intézetben kapott munkahelyet egy kutató csoport tagjaként. A Harvardon az amoeba dysenteriával és a patkányharapás betegséggel foglalkozott, de már Londonban felkeltette érdeklődését a sárgaláz és 1927-ben ő szolgáltatta a döntő bizonyítékot, hogy a betegséget vírus okozza. Ő mutatta ki — amint említettük —, hogy a betegség egérre is átvihető.

A sárgalázon kívül foglalkozott a Weil-betegséggel, a dengue lázzal és a japán encephalitis. A poliomyelitis is foglalkoztatta, és leírt egy egérben előforduló polióhoz hasonló megbetegedést, egy encephalomyelitist, amelyet róla neveztek el. Két könyve jelent meg — az egyik a sárgalázról — és közleményei főleg a tropikus betegségekkel foglalkoznak. A védőanyagot később emberen is kipróbálták, de az heves tüneteket váltott ki. *Theiler*nek és munkatársainak azonban sikerült a Rockefeller Intézetben csirkeembrióból készült szövettenyésztésben, egy megfelelő törzset, a 17 D-t előállítaniuk, amelyből ma az ártalmatlan védőoltások készülnek. *Theiler* tulajdonképpen *Jenner* és *Pasteur* alapvető felismerését alkalmazta a sárgaláz elleni harcban. Ezért a munkásságáért 1951-ben Nobel-díjat kapott. A díjat átvevő beszédében utalt arra, hogy kísérleteiben modellként elsősorban azok a kísérletek szolgáltak, amelyeket *Pasteur* végzett a veszettség elleni oltóanyag előállításakor. A II. világháború során a *Theiler*-féle oltást 28 000 000 esetben alkalmazták. Hangsúlyozni kell, hogy elsősorban *Theiler* munkássága tette lehetővé, hogy európaiak életük kockázatát nélkül utazhassanak a sárgaláztól nem teljesen mentes trópusi országokba.

Komoly problémát jelent azonban napjainkban, hogy az a szúnyogfajta, amely a betegség hagyományos formájának terjesztésében oly nagy szerepet játszott, mind nagyobb mértékben válik a jelenleg használatos modern szúnyogirtókkal, elsősorban a DDT-vel szemben ellenállóvá és ezek a törzsek a közlekedés mai formái mellett mindinkább terjednek. Az Egészségügyi Világszervezet szakértői szerint a döntő eredményt az jelenti majd, ha a vízvezeték feleslegessé teszi a ciszternákat és fokozott gondot fordítanak a szúnyogok telepelyein a lárvák elpusztítására. Az Egészségügyi Világszervezet 1963-ban kelt kimutatása szerint 140 sárgaláz esetet jelentettek és ebből 75 végződött halállal.

Végül egy adat az elmúlt években majomról átvitt és pánikot keltő megbetegedésekről. A kórokozót az *endemia* fellépése után rövid időn belül izolálták és *marburgi vírusnak* nevezték el.

Kenez János dr.

ORVOSOKNAK — ORVOSOKRÓL

A Magyar Tanácsköztársaság válogatott sajtódokumentuma

A Tanácsköztársaság 50. évfordulója alkalmából az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete a Tanácsköztársaság egészségpolitikájáról eddig megjelent kiadványok értékes kiegészítéseként válogatást adott közre a hősi 133 nap sajtójában megjelent közleményekből.

Az elmaradott egészségügy gyors fejlesztése, szocialista egészségügyi rendszerré történő átalakítása, a nyomasztó betegellátási, gondozási és egyéb problémák megoldása a Forradalmi Kormányzó Tanács legfontosabb feladatai közé tartozott. E munka élén *Madzsar*

József állt, ő vezette a Munkaügyi és Népjóléti Népbizottság, majd a júliusban történt átszervezés után a Népjóléti és Közegészségügyi Népbizottság egészségügyi főcsoportját. Irányításával rendkívül gyors, széles körű és hatásos intézkedések történtek a szocialista egészségügy kialakítása, megszervezése érdekében. Ezek az intézkedések megmozgatták a hazai közvéleményt: a sajtó nagy szerepet játszott a tömegek mozgósításában, amely nélkül nehezen juthatott volna előre. De a sajtónak nemcsak a dolgozók mozgósításában volt nagy szerepe. Beszámolt az eredményekről és a tennivalókról, valamint az orvosok és egészségügyi dolgozók társadalmi aktivitásáról, mozgalmairól is. A sajtó, a közvélemény érdeklődését és részvételét mi sem tükrözi jobban, mint az, hogy a rövid 133 nap alatt csaknem 2000 közlemény, cikk, felhívás, híradás jelent meg az ország hírlapjaiban. E hatalmas anyagból válogatott csokorba 239-et *Rostás Oszkár dr.*, a kötet nemrégiben elhunyt szerkesztője.

A szemelvényeket tematikus csoportosításban teszi közzé a gyűjtemény; a gyógyító-megelőző ellátásról, a közegészségügyről, a gyermekvédelemről, az egészségügyi felvilágosításról, a társadalombiztosításról, a szakszervezeti életéről, a gyógyszerészet kérdéseiről, az oktatásról szól egy-egy fejezet és néhány önálló, elvi jelentőségű írást is tartalmaz a kötet. A válogatott szemelvényekhez csatlakozva a munka röviden megemlékezik a Tanácsköztársaság idején kiemelkedő szerepet játszott 11 orvosról és két gyógyszerészről. Azok számára, akik behatóbban óhajtanak a forrásanyaggal foglalkozni, a kötet függeléké felsorolja azokat a fontosabb cikkeket, amelyek számára a kötetben nem jutott hely, de amelyek figyelemre méltó adatokkal járulnak hozzá a Tanácsköztársaság egészségügyének történetéhez. A kötetben 11 facsimile szemléltet néhány fontos közleményt, adatot.

A szerkesztő, *Rostás Oszkár dr.* előszava és az egyes fejezeteket bevezető rövid összefoglalói igen hasznosan egészítik ki a közölt tényanyagot, amelyet Láng Péter, a Párttörténeti Intézet könyvtárának munkatársa gyűjtött össze.

Székely Sándor dr.

A VILÁG MINDEN TÁJÁRÓL

Naponta három halott figyelmen kívül kezelés miatt.

Az USA kórházaiban az elektroterápiás berendezések figyelmen kívül használata miatt a múlt évben 1200 ember halt meg — vagyis naponta átlag harman. Ezt az adatot Carl W. Walter, a bostoni Peter Bent Brigham Kórház sebésze közölte a biztosító társaságoktól kapott információk alapján. Az elhalálozások töredék része vonatkozik az intenzív osztályokon ápolott betegekre, amikor is egy gép idejében észre nem vett megállása vagy elégtelen működése okozta a halált, az exitusok túlnyomó része szokványos kezelés vagy vizsgálat során következett be. Walter dr. rámutat arra, hogy sok kórházban elégtelenek a biztonsági berendezések és az is elég gyakran előfordul, hogy nem szakképzett személyre bízzák az elektromos készülékekkel történő kezelést vagy vizsgálatot.

Színes röntgen. A japán Hiroszaki Egyetemen sikerült megoldani a színes röntgenfelvétel technológiáját. Tatzuyo Shinozaki professzor, az egyetem radiológiai intézetének vezetője elmondotta, hogy az intézet egyik kutatócsoportja öt éve fáradozik a színes röntgenfényképezés megoldásán, ami most végre sikerült. A jelenlegi technológiával vörös, sárga, kék, barna és fekete színt tudnak visszaadni, reméli, hogy a színes röntgenfényképezés spektrumát a jövőben még szélesíteni tudják majd.

Folyóiratreferátumok

Gyógyszerkutatás

Gyógyszer-dependencia. G. Seidel. Dtsch. med. Wschr. 1967, 92, 980.

A kábítószerrel elállításának, forgalombahozatalának és klinikai alkalmazásának egységes ellenőrzését nemzetközi szerződések biztosítják. A W. H. O. szakértő bizottsága állapítja meg, hogy milyen gyógyszerek esnek ellenőrzés alá, fontolóra véve azok terápiás hatását, az egyénre és közösségre irányuló káros és veszélyes voltát. A kábítószerekkel (kábitó mérge, dangerous drugs, narcotic drugs, stb.) kapcsolatos eljárást az egyéb államokban külön törvény is szabályozza.

Az egységes ellenőrzéssel egyidőben bizonyos egységes terminológia bevezetése is szükségessé vált. 1957-től a tolerancia, a gyógyszerhabituáció és addictio elnevezés hivatalossá lett.

Tolerancia (Tolerance, Toleranz, Gyógyszerérzékenység-csökkenés) az a jelenség, amikor bizonyos gyógyszerek (nem csupán kábítószerek) ismételt azonos nagyságú adagjainak hatására csökkent reakcióval válaszol a szervezet. Emelkedő dózisokra van szükség, hogy ugyanazt a pharmacologiai hatást kapjuk.

Habitáció (Habituation, Sucht, Gyógyszerszokás) esetén a beteg az illető gyógyszer szedésének állandó szükségét érzi, míg végül is „nem tud nélküle élni”.

Addictio (Addiction, Gewöhnung, Gyógyszerhosszszokás) tulajdonképpen a habituáció és tolerancia kombinációja. A beteg mind nagyobb szükségét érzi az illető gyógyszer szedésének; méghozzá egyre nagyobb dózisok szedésének. Ugyanakkor, a gyógyszer bevitelének megszüntetésekor súlyos elvonási tünetek alakulnak ki.

Minthogy a habituáció és addictio fogalmát — különösen az újonnan bevezetett szereknél — gyakran felcserélték, 1964-ben a W. H. O. szakértő bizottsága a habituáció és addictio helyett egységesen a dependencia fogalmának a bevezetését javasolta.

A gyógyszerdependencia (Dependence, Abhängigkeit, Gyógyszerfüggés) psychés vagy fizikai természetű lehet, és az illető gyógyszer hosszas, vagy periodikus szedése esetén lép fel. A gyógyszerdependencia általános jellegű megfogalmazás, amelyet akkor konkretizálunk, ha megmondjuk, hogy milyen típusú dependenciáról van szó (pl. barbiturát-dependencia, LSD-dependencia, stb.).

A különböző típusú szerek által okozott psychés dependenciában

közös a megelégedettségérzettel teli lelkiállapot, amelyet az egyén a gyógyszer állandó szedésével igyekszik fenntartani. Gyakran ennek a kellemes lelkiállapotnak a keresése kergeti a beteget gyógyszermérgezésbe.

A fizikai dependencia egy új homeostasisra való átállást jelent. Ez specifikus elvonási tünetcsoportban nyilvánul meg a gyógyszeradagolás megszakításakor, vagy specifikus antagonisták adásakor. Az illető gyógyszer, illetve hasonló pharmacologiai hatású anyag adása megszünteti az elvonási tüneteket.

Általában elsődleges a psychés dependencia kialakulása. A tisztán psychés dependencia az illető gyógyszer tulajdonságán kívül egyéni tényezőktől is függ. A psychés dependenciát mintegy megerősíti a fizikai. Bizonyos típusú anyagoknál — elegendő mennyiségben és ideig tartó adásnál — elmaradhatatlan a fizikai dependencia.

A gyógyszerdependenciához tartozik a tolerancia is, amely meghatározott anyagokkal (nem csak kábítószerekkel) való visszaélés esetén lép fel.

Sok gyógyszer-dependenciát kiváltó anyag psychotoxicus, amely hatás elsősorban a magatartás megváltozásában nyilvánul meg. A magatartás megváltozásának módja anyagspecifikus, de az egyén psychés kiindulási helyzete is jelentős szerepet játszik.

Sem tudományosan, sem gyakorlati szempontból nem lehetséges a gyógyszerdependencia összes formáira átfogó definíciót adni. Megkülönböztetünk: morphin, barbiturát-alkohol, cocain, cannabis, amphetamin, khat és hallucinogen típusú függést. A psychés és fizikai dependencia, tolerancia kifejlődése és annak veszélyei típusokként különböznek.

1. Morphin típus.

A morphin és morphinhoz hasonló anyagok psychés és fizikai dependenciához vezetnek egyidejű teljes tolerancia kifejlődése mellett. A bevitel megszakításakor súlyos elvonási tünetek lépnek fel. A morphinista a morphin megszerzésére irányuló leküzdhetetlen kényszer miatt ön és közveszélyessé válik.

2. Barbiturát-alkohol típus.

Annak dacára, hogy a barbiturát és alkohol egységes alcsoportként van feltüntetve, psychologiai és szociologiai jelentőségük különböző.

a) Barbiturát típus.

A barbiturátok és bizonyos sedatívumok (Glutethimid, Methyprylon, Meprobamat, Chlordiazepoxid) psychés és fizikai dependenciához vezetnek, tolerancia kifejlö-

déssel. Ellentétben a morphinnal, a barbiturát tolerancia csak egy bizonyos határig fejlődik és nem teljes. Terápiás dózisok területén alig alakul ki fizikai dependencia, de ha kialakul, specifikus elvonási tünetek lépnek fel.

b) Alkohol típus.

Csak a mértéktelen fogyasztás vezet psychés és fizikai dependenciához, nem teljes toleranciával (mint a barbiturátoknál) és esetenként súlyos (8%-ban halálos kimenetelű) elvonási tünetek fellépésével. Nem szükséges külön rámutatni azokra a károokra, melyekkel az alkoholdependencia az egyént, valamint közvetlen és távolabbi környezetét sújtja.

3. Cocain típus.

A cocain beszipantás, vagy iv. adás — különösen psychoticus hajlamú egyéneknél — psychés dependenciához vezet, egyidejű fizikai dependencia, illetve tolerancia kialakulása nélkül. Ennek következtében nincsenek fizikai abstinensialis tünetek. Tehát az egymagában kialakult psychés dependenciára a cocain-függés a legjobb példa.

4. Cannabis (Marihuana) típus.

Az ázsiai kenderből nyert hasis periodikus, vagy tartós szedése psychés dependencia kialakulásához vezet tolerancia és elvonási tünetek nélkül. A dependencia kifejlődése az önfélreismerés, személyiségzűhullás, antiszociális magatartás, továbbá gazdasági terhelés folytán mind az egyénre, mind a közösségre veszélyes és káros.

5. Amphetamin típus.

Amphetamin és hasonló pharmacologiai hatású központi idegrendszeri stimulánsok psychés dependenciához és nem teljes tolerancia kialakulásához vezetnek. Fizikai dependencia és elvonási tünet-csoport nem lép fel. Izgalmi és (elvonáskor) depressív állapotuknál fogva az amphetaminszedők önmagukra és környezetükre szélyt jelentenek.

6. Khat típus.

A khat anyagok hatásukban az amphetaminéhoz hasonlítanak. Középerős psychés dependencia alakul ki, fizikai függés nélkül. Tolerancia és psychotoxicus hatások nem lépnek fel. A khatfogyasztók azonban így is társadalmi megterhelést jelentenek.

7. Hallucinogen (LSD) típus.

A legerősebb hatású hallucinogének a természetes eredetű psilocybin, psilocin, mescaline és a felszintetikus LSD. Psychés dependencia lép fel fizikai függés kialakulása nélkül. Tolerancia, sőt az egyes hallucinogének között kereszt-tolerancia fejlődhet ki. Hallucinogén hatás alatt az ítélőképesség károsodása hibás elhatárolásokhoz és baleseteket vezethet, depressív fázisban pedig öngyilkossághoz.

Hernádi Ferenc dr.

Használjunk-e ma még új antibiotikumokat és chemotherapeuticumokat? H. Bloch (CIBA Aktiengesellschaft, Basel). Schweiz. med. Wschr. 1968, 16, 611—617.

A régóta használt antibiotikumok az idő folyamán hatástalanná váltak, ennek legdöntőbb oka a resistens kórokozók szaporodása. A resistencia (akár praexistáló spontánmutások selectiójával, akár a kórokozó transformációjával, transduktiójával, conjugációjával, vagy az antibiotikumot inaktiváló ferment képzésével alakult is ki) közvetlen következménye a hospitalismus. A ma ismert antibiotikumokra alig érzékenyek primaeren a gram negatív kórokozók (Pseudomonas, Proteus, stb.). A pathogen gombák és a vírusok többsége ellen alig van, vagy nincs hatásos chemotherapeuticum. A parasitosok és számos trópusi betegség kezelése is megoldatlan. Végül megemlítendő a persistentia-phenomen. Főként ezek az okok teszik szükségessé az újabb antibiotikumok és chemotherapeuticumok utáni kutatást. Továbbá a már forgalomban levő készítmények relatív hatásgyengesége a különböző kórokozókkal szemben; valamint bizonyos vegyületek alkalmazásakor sok betegben fellépő allergia.

Az új készítmények bevezetése ellen az a subjectiv körülmény szól, hogy az orvosnak nehéz az újabb szerek kínálatában tájékozódni és a szükséges tapasztalatokat összegyűjtenie, hogy értelem szerien alkalmazhassa őket. Döntő azonban, hogy a felsorolt tényezők miatt új antibiotikumok és chemotherapeuticumok még mindig kívánatosak.

Péter Károly dr.

★

A mellékvesekéreg reakciója Synacthen Depot-ra egészségesekben és ACTH-val kezelt betegekben. Nelson J. K. és mtsai. (Royal Victoria Hosp. Belfast): Brit. med. J. 1968. 1. 557—558.

Az új szintetikus ACTH-készítmény (Synacthen Ciba) vizes oldata intramuscularisan adva kb. 90 percig fokozza a plasma 11—OHCS szintjét. A szerzők a Synacthen Depot (zinkkel tartósított) készítmény hatását vizsgálták rheumás és asztmás betegeken, összehasonlítva corticotrophin gel-el. Az izomba adott Synacthen stimuláló hatása 3 1/2 órával a beadás után az adag emelésével nő (0,5—1 mg). További emelése az adagnak csak a stimulálás idejét, de nem a fokát emeli. Subcutan adagolásakor a hatás nem fokozódott, az injectio helye azonban fájdalmasabb volt. Összehasonlítva 1 mg Synacthen Depot és 40 E corticotrophin gel hatását, az előbbi alkalmasabbnak tartják rheumás és asztmás betegek tartós kezelésére.

(Ref.: Eddigi megfigyeléseink szerint a kontinualis corticosteroid therapia alatt álló betegek Synacthen Depot-val tünetmentes állapotban tarthatók. Súlyosabb esetben hetenkint 2—3-szor kell 1—1 mg Synacthen Depot-ot adni, folyamatos kezelés mellett egy-egy injectio közti idő fokozatosan emelhető. A steroidkezelésből azonnal át lehet menni Synacthen Depot adagolására, elvonásos tüneteket még olyankor sem észleltünk, amikor a beteg előzőleg 10 éven át állt steroidkezelés alatt.)

Hajós Mária dr.

★

Klinikai tapasztalatok Cephaloridinnel. Rohner R., R. Gubler és F. Wyss (Medizinischer Universitätsklinik, Inselspital Bern) Schweiz. Med. Wschr. 1967, 97, 1506—1512.

Egy év alatt (1966—67) 51 belteget kezelték Cephaloridinnel (C.). Csak súlyos, baktériumok okozta betegségeket kezeltek, többnyire olyankor, mikor más antibiotikumok hatástalannak bizonyultak. Más antibiotikumot egyidejűleg nem alkalmaztak. Csak akkor kezelték C.-el, ha a baktériumok jelenlétét bizonyítani tudták. Ezek után már csak 37 esetet tudtak értékelni. Az adag a betegség súlyosságától és a vesefunctiótól függött. (2 × 0,5 g/die — 6 × 1 g-ig). Gyakran iv. alkalmazták.

Tüdő és bronchusinfekciók miatt 16 beteget kezeltek. 13 beteg jól reagált, 3 javult. A kezelés hatására valamennyi beteg köpetéből eltűntek az előzetesen kimutatott kórokozók. Négy beteget, akik előzetesen széles spectrumú antibiotikus kezelés miatt súlyos staphylococcusenteritisben betegedtek meg, sikeresen kezelték C.-el.

Sepsis miatt hat beteget kezeltek C.-el. A kórokozó többnyire staphylococcus aureus, egy-egy esetben E. coli, streptococcus haemolyticus volt. Valamennyi beteg igen jól reagált, 19—40 napi kezelés után gyógyult. Kilenc beteget súlyos húgyúti fertőzés miatt kezelték C.-el 6—15 napig. Három esetben igen jó, öt esetben jó, egyszer sikertelen eredménnyel. A kórokozó többnyire E. coli és enterococcus volt. Ugyancsak sikerrel kezelték egyéb fertőzések betegségeket is. Salmonella enteritisben szenvedő betegük nem reagált C.-re. Penicillin allergia miatt 7 beteget kezelték C.-el. Ezeknél ismételt alkalmazás mellett nem volt mellékhatás. Nem láttak phlebitist, sőt az irodalomban ismertetett helyi fájdalomsgót sem figyelték meg. Nem volt mellékhatás a vérképző rendszer, máj és vese részéről sem, bár az irodalomban ilyen mellékhatásokról elvéve találhatók adatok.

(Ref.: Osztályunkon két év óta közel 100 beteget kezeltünk C.-el. Gyermek betegeinknél az eredmények hasonlóan jók, bár többnyire a legsúlyosabb sokszor reménytelen állapotban levő koraszülötteket is kezeltük C.-el. Ezek közül természetesen többen meghaltak 2—3 napos kezelés után. Különösen jók voltak az eredmények csecsemők súlyos Klebsiella pneumoniae okozta tüdőgyulladásában. Mellékhatást mi sem észleltünk.)

Korányi György dr.

★

Ideg- és elmegyógyászat

Dinamikus pszichiátria. Günter Ammon. (Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik. Berlin.) Dynamische Psychiatrie 1968. 1, 6—18.

A szerző, az új folyóirat főszerkesztője, ebben a cikkben vázolja elgondolásait a dinamikus pszichiátriáról és a folyóirat feladatairól. A dinamikus pszichiátriában a pszichoanalízist alaptudományként teljes mértékben alkalmazták. A dinamikus pszichiátria megpróbálja megérteni a betegség történetét a lelki, a szociológiai és a testi aspektusok kölcsönhatásában és ezen az alapon felépíteni a kezelési tervet. A statikus szemléletet a pszichiátriában, amely magába foglal olyan kategóriákat is, mint a gyógyíthatatlan „schizofrénia”, felváltja a tudattalan, a szabályozási, a kibernetikai, és a homeostatikus folyamatok felismerésével kialakult dinamikus szemlélet.

A szerző a Menninger-klinikán dolgozott Topekában egy évtizedig. Felfogása szerint a lelki, a pszichoszomatikus és pszichoszociális betegségtörténet diagnosztikai szempontból nézve fokozatos kiegészítő skálán mozog, a legkönnyebb ún. neurotikus reakciótól a legsúlyosabb kényszerneurotikus, vagy schizofrén reakcióig. A megzavart, korai anya-gyermek kapcsolat intenzitása és tartama és az anya gyermeke iránti ambivalenciájának valóságossága felelős a betegségi reakció (az én-diszfunkció) fokozatos különbségéért. A konstitucionális és öröklési tényezők hangsúlyozása, szemben az ontogenetikusan tényezők hangsúlyozásával, megbénítja a schizofrénia kutatását. Minden pszichoterápiás tapasztalattal rendelkező pszichiáter, de gyermekorvosok számára is magától értetődő, hogy kontaktuszavarokkal küzdő és szorongós anyák pszichésen zavart gyermekeket nevelnek fel, akik ismét megterhelik gyermekeiket viselkedésükkel. Így adódnak pszichés zavarok generációkon át és erősödnek.

A modern dinamikus pszichiátia kezelési programja, ahogy azt elsősorban az USA-ban fejlesztették ki az elmúlt harminc évben, a pszichiátriai klinika egész munkacsoportját vonja be a terápiába. A beteget az őt jól ismerő orvos kezeli, naponta legalább 10–20 percet beszél a beteggel. A beteget terápiás befolyásolás céljából csoportokba kell összefogni. A csoportdinamika több, mint a csoportterápia technikai tudományága. Szükséges egy klinikai intézet csoportdinamikáját szociológiailag megérteni és terápiás eszközzé alakítani, azaz az egész intézetet terápiásan ható modell-közösséggé kell tekinteni. A folyóirat feladatának tekinti, hogy megmutassa, hogy a pszichiátriai feladatai nem csupán a szakemberek szűk körére tartoznak, hanem az egész társadalomra. A dinamikus pszichiátriai egyik feladata a megelőzés.

Németországban az elmeintézetek még messzeemenően középkori elvek szerint strukturálódnak. A középkori azt jelenti, hogy a lelki, elmebetegségekkel szembeni viselkedést irracionális hatások, büntető- és elítélő tendenciák határozzák meg. A középkori azt is jelenti, hogy a pszichiátriai intézet csoportszervezete hierarchikus, tekintélyvelmi modellen épül. A betegek a szociális rendszer legalsó fokán állnak, alsóbbrendű nagy-csoportot képeznek, amelyen egy felsőbbrendűnek tekintett kis-csoport elnyomóan uralkodik. Emögött a szerkezet mögött az a feltevés húzódik, hogy az „endogen elmebeteg” reménytelenül és gyógyíthatatlanul betegek, „inaus-tok”, pszichológiailag nem érthetőek meg és nem kezelhetők, és a fő feladat az intézet játékszabályaihoz alkalmazkodtatni őket. Szerző szerint a német elmeintézetek szervezete az osztársadalom tekintélyvelmi vonásait tükrözi.

A modern pszichiátriai klinika fő feladata én-terápiát gyakorolni és a terápiás stratégia első lépéseként a funkcionális én-egyensúlyt környezet-terápiás hatásokkal helyreállítani. A tekintélyvelmi intézetekben a személyzet tudattalanul az én-fejlődést megállító anya szerepét veszi át. A megoldás W. Menninger és az amerikai út alapján nem új épületek építésével, hanem jobb pszichiátriai képzéssel kezdődik, amely magába foglalja a pszichodinamikát és a mélylélektant. „Brains before bricks.” (Előbb a szemlélet, aztán csak téglák.) Szükséges továbbá klinikai pszichológusokat, pszichiátriai „social worker”-eket, ápolókat, ápolónőket, csoportpszichoterapeutákat és specializált művészet- és munkaterapeutákat kiképezni. A nagy pszichoterápia megtanulása és a schizofrénia problémájának kutatása Ammon szerint Európában és az Egyesült

Államokban nem lehetséges az egyetemi klinikákon, mivel ehhez éveket kell terápiás környezetben tölteni, ahol betegeket éveken át kezelnek aktívan pszichoterápiával. Ilyen intézetek a Menninger Foundation, a Chestnut Lodge Sanatorium, az Austin Riggs Center és az Institute of Living.

Lényeges szempont a pszichiáter megterheltsége saját konfliktusaival. Ezek miatt visszariad a beteg problematikájától. Pszichiátriai betegek mélylélektani megértéséhez és kezeléséhez szükséges lenne a mai németországi egyetemi tanmenet mellett további szakképzésben részt venni és a saját képzettség elégtelenségét elismerni. Pszichológiailag ez narcisztikus sérelemnek felel meg és egyidejűleg kérdésessé tenné a szakmai identitást. Egyidejűleg több idő lenne szükséges a beteg részére. Jelenleg a pszichiáter munkaidejének 90%-át adminisztrációval tölti Németországban.

Terápiásan hatékony intézetben szemben a tekintélyvelmi antiterápiás intézetekkel, a beteget előlegezetten, mint felelősségteljes embert fogadják és ennek megfelelően kezelik. Minden másodlagos betegségelőnyt és a beteg mindenféle infantilizálását gondosan kerülik. A függőségi igények ugyan felelevenednek a terápiás környezetben, ezeket azonban a pszichiáter értelmezi.

A pszichoanalízis klinikai ismereteinek és dinamikus tapasztalatainak alkalmazása a pszichiátriai klinikán abban áll, hogy pszichoterápiás környezetet hoz létre a csoportmunka segítségével, kiegészítő munka- és tanulási terápia egyéni elrendelésével és a beteget frusztráló élmények megértő, interpretáló megbeszélésével a pszichiáter részéről.

A dinamikus pszichiátriának el kell döntenie a klinikai kép alapján, hogy mikor indikált:

- a) pszichoanalitikusan orientált környezeti pszichoterápia;
- b) csoportpszichoterápia;
- c) egyéni pszichoterápia szemtől szemben, időben meghatározott, szabályozott kezelési órákkal;
- d) a pszichoanalízis klasszikus módszere;
- e) a különböző módszerek kombinációja.

A szerző Németországban a dinamikus pszichiátria fő feladatának jelenleg a kiképzést tartja. Hivatkozik A. Mitscherlichre, aki szerint a német pszichiátria tapasztalati és képzettségi állapota pszichoterápiás szempontból teljesen elégtelen.

(Ref.: *Tekintettel arra, hogy a dinamikus pszichiátria egésze és a pszichoterápiás képzés nálunk is égetően aktuális, tartjuk szükségesnek ezt az összefoglaló írást ilyen részletesen ismertetni.*)

Hidas György dr.

Agyi keringési zavarok egyszerű eszközökkel való kóriszmézése.
Horst Noelle. (Giesseni Klinika, Münchener Medizinische Wochenschrift, 1968, 23, 1415–1419.)

A szerző véleménye szerint bármely rövid ideig tartó eszméletvesztés, bénulás, vagy tudatzavar részletes ideggyógyászati vizsgálatot igényel. Az említett idegrendszeri tünetek oka extra-, vagy intracerebrális lehet. A leggyakoribb kiváltó okok: I. Intracerebrális (vascularis, tumoros, traumás eredetű). II. Extracerebrális.

1. Cardiovascularis (myocardialis, coronaria, vezetési zavar eredetű).
2. Vascularis (gyulladásos, degeneratív eredetű és „kevert” kórképek).
3. Haematogen (a vér alakelemeinek megváltozása, paraproteinaemia, alvadási zavarok).
4. Vérnyomásemelkedés (essen-cialis, nephrogén, hormonális, haemodinamikai, cerebrális eredetű).
5. Anyagcsere (diabetes mellitus, veleszületett enzimopathiák, uraemia, májkóma).

Collapsus esetén az extracerebrális kiváltó faktorok kerülnek a figyelem előterébe. Elsősorban a pulzus, EKG, vérnyomás vizsgálata szükséges, majd a további vizsgálatokat az oki tényező irányában kell folytatni. Vázolja röviden a teendőket collapsus esetén. Hangsúlyozza, hogy bármely ájulás, vagy rövid ideig tartó eszméletvesztés az agyi anyagcsere változásait vonja maga után. Ha az agyi vérellátás szünetel, 20 mp múlva már csökken az agy munkaképessége. 3 perc múlva még reversibilis, 8 perccel túl irreversibilis károsodások jönnek létre. A normál agyi áramlás nem direkt függvénye a perc és verőtér fogatnak. Döntő a vérnyomás alakulása. A kritikus határ a 60–70 hgm. systoles nyomás, azonban mindig szükséges a megfelelő különbség a systoles és diastoles nyomás között. Tárgyalja a különböző collapsus formákat. Az orthostaticus collapsusokat két csoportba osztja:

1. gyors reakció, mely közvetlenül fellép a kiváltó hatás után;
2. késői reakció, amikor a testhelyzet változtatását csak 5 perccel belül követi collapsus.

A terápiás megközelítéskor a figyelmet az úgynevezett alfa-receptor blokkoló adásának vesztélyére. Alfa effektusnak nevezi a bőr és splanchnicus erek szűkítését, a sima izmok tonizálását, stb. Béta effektusnak a szív frekvencia szaporulatot, izmok ereinek dilatációját, bronchus tágulatot. A legmegfelelőbb gyógyszernek orthostaticus collapsus esetén a dihydroergotamin készítményeket tartja.

További extracerebrális tényezőként megemlíti a *sinus caroticus hyperaesthesiat*. Ennek Franke sze-

rint négy fokozatát különíthetjük el:

1. jelentéktelen bradycardia, esetenként extrasystole;

2. lényeges bradycardia, enyhe fokú vérnyomásesés, esetenként 2 mp-es asytolia;

3. 2 mp-es asytolia, enyhe vérnyomásnövekedés, a frekvencia 30–50%-os csökkenése;

4. 3–5 mp-es asystolia, 50 hgmm-es vérnyomásesés.

Morgagni—Adams—Stokes-syndroma: fő tünetei rohamszerű eszméletvesztés, bradycardia, vérnyomásnövekedés, sápadtság. Előfordulhat az AV-block második fokozatában, sinoauricularis blockban, de nagy frekvenciájú tachyarrhythmiában, vagyis minden olyan kórképben, ahol a perctérfogat és a vérnyomás az agy normális vérellátásához nem elegendő. Válaszra a különböző terápiás lehetőségeket.

Agyembólia: felsorolja a lényeges klinikai adatokat, hivatkozik Flickre, aki fontosnak tartja a profilaeticus anticoagulans terápiát.

Myocardialis infarctus: felsorolja a klinikai tüneteket, az ideggyógyászati tünetek közül a zavartságot tartja leggyakoribbnak.

Valamennyi felsorolt kórképben hangsúlyozza a különböző kiegészítő ideggyógyászati (Lp, stb.), valamint a laboratóriumi vizsgálatok (vércukor, stb.) fontosságát.

Diabetes mellitus: leggyakrabban a hypoglykaemia okoz idegrendszeri tüneteket.

Erbetegségek: ezek közül az arteriosclerosis, hypertonia, hypercholesterinaemia, hypertriglyceriaemia összefüggéseit és jelentőségét tárgyalja, megállapítja, hogy a vér koleszterin tükre és a cerebralis érelváltozás között nincs határozott összefüggés. A vérnyomásérték befolyásolásában azonban a koleszterinemelkedésnek általában van szerepe. Cerebralis vascularis megbetegedések szempontjából azokat a betegeket tartja veszélyeztetettnek, akiknél EKG-elváltozás, csökkent vitalkapacitás és elhízás áll fenn.

Haematogen megbetegedések: a leukaemiák, anaemiák, thrombopathiák, paraproteinaemiák cerebralis átáramlási zavar, vagy vérzés, thrombosis létrehozásával okozhatnak idegrendszeri tüneteket.

Hangsúlyozza, hogy a beteget minden alkalommal „tetőtől talpig” meg kell vizsgálni, igénybe kell venni az összes egyszerű diagnosztikus eszközöket. (EKG., pulsusvizsgálat, vérnyomás-vizsgálat, szemtükör, stb.)

Az egyszerű vizsgálati eljárások közül hangsúlyozza a nagyerek felett hallható zörejek jelentőségét. Amennyiben ezek mellett idegrendszeri tünetek jelentkeznek, ez komoly támpontot ad a diagnózishoz. Az ideggyógyász szerszámai-

hoz a stetoszkópot is hozzá kell számítani.

(Ref.: Saját eseteink elemzése alapján is helyesnek és szükségesnek tartjuk agyi göctünetek esetén valamennyi egyszerű diagnosztikus eszköz felhasználását. Ezek közül is kiemeljük a nagyerek felett való hallgatóság jelentőségét, mely egyszerű, bárhol kivitelezhető, és az esetek egy részében az extracranialis erek szűkületének kiderítésében döntő jelentőségű.) Dénes Iván dr.

★

A subarachnoidealis vérzés pszichiátriai következményei. P. B. Storey.: Brit. med. J. 1967, 3, 261—266.

2750 subarachnoidealis vérzés közül 1300 esetben okozta a vérzést aneurizma. 261 betegen végeztek pszichiátriai vizsgálatokat, a válogatás egyetlen szempontja az volt, hogy a különböző anatómiai elhelyezkedésű aneurizmák képviselve legyenek. A 261 beteg közül hétének multiplex aneurizmája volt. 15 beteget különböző okok miatt műtetre alkalmatlannak tartottak, 209 esetet elemeznek különös tekintettel a sebészi és a konzervatív terápia összehasonlítására szempontjából.

Az aneurizma okozta subarachnoidealis vérzésekben magas — 45%-os — pszichiátriai morbiditást észleltek. Az esetek 24%-ban enyhe, 18%-ban közepes, 18%-ban komoly, 3%-ban igen komoly tünetek jelentkeztek. A tünetek legtöbbször agykárosodás alapján léptek fel, de — esetenként igen komoly — depressziós vagy izgalmi állapotok enélkül is keletkezhetnek.

Az a. cerebri media haematomájának műtéti kezelésénél szignifikánsan több volt a pszichiátriai komplikáció, különösen a nők b. oldali aneurizmája esetén. Egyéb esetekben a sebészi megoldás — bár nem szignifikáns mértékben — előnyösebbnek látszik. Mivel az újravérzés leggyakoribb a vérzés utáni első napokban, csak a korai műtétnek van értelme.

13 beteg, akik a heteroanamnesis szerint korábban „ridegek, feszültek, ingerlékenyek, aggályoskodók voltak, előnyükre megváltoztak, kedvesebbek, gyengédebbek, elengedettebbek lettek. Közülük nyolcnak elülső, négynek középső, egynek hátsó elhelyezkedésű aneurizmája volt, sebészi és konzervatív kezelés szempontjából különbséget nem mutattak. A szerző itt direct úton, ill. reflexes érszámcsukok okozta frontalis infarcterálódás útján létrejött leucotomiás hatásra gondol.

Epilepsia az esetek 10%-ában fordul elő. Nem észleltek epilepsziás rohamot azokban az esetekben, ahol a vérzést nem aneurizma okozta, valamint az elülső elhe-

lyezkedésű aneurizmákban. 24%-ban társult epilepsia az a. cerebri media, 7%-ban az a. cerebri post. aneurizmájához. Sebészi és a konzervatív kezelés ezekben az esetekben különbséget nem mutatott.

Füzéki Bálint dr.

★

Az anaemia pernicioza pszichiátriai vonatkozásai. Ralph Shulman: Brit. med. J. 1967, 3, 266—270.

A vizsgálat alap gondolatát a pszichiátriában széles körben elterjedt B₁₂-vitamin terápia adta. A B₁₂-vitamin pszichiátriai szerepe kevésbé tisztázott, mint akár a haematológiai, akár a neurológiai.

Anaemia perniciosában (a. p.) szenvedő 27 beteg pszichiátriai státusát, illetve a tünetek javulását mérték föl — 21, más típusú anaemiás beteg adataival összehasonlítva, hogy felvilágosítást kapjanak: 1. az a. p. kóroki; 2. a B₁₂-vitamin terápia hatásáról. A pszichiátriai vizsgálat részlet: interview, test-vizsgálat (S. L. T.) és kérdőív. A felmérést a kezelés előtt és a reticulocytákrisis idején végezték. A tüneteket egyrészt a beteg mindennapi életének zavarai, másrészt azok eredete szerint osztályozták. A fáradtságot és a súlyvesztést fizikai jellegűnek vették. A pszichiátriai tüneteket súlyosságuk szerint 3 csoportra osztották: 1. enyhe; 2. közepes, ha a beteg teljesítményét számottevően rontották, és 3. súlyos, ha szokásos tevékenységében a beteget megakadályozta. A következő pszichiátriai tüneteket találták: depressio, feszültség, libidócsökkenés, ingerlékenység, gyengült koncentrációs készség és memória zavar. Mindkét betegcsoportban a betegek 1/3-a mutatott közepes vagy súlyos fokú tüneteket. Nem találtak correlációt a pszichiátriai tünetek és a fizikai állapot mutatói között, sőt, a pszichiátriai állapot és a neurosis között sem (Maudsley kritériumai alapján). Viszont a 13 a. p.-s depressziós betegnek korábban is volt már depressiója, míg a 14-nek, akinek a vizsgálatkor nem volt — korábban sem volt.

Az a. p.-s betegek depressiója jelentős spontán remissiót mutatott a controlcsoportéval szemben. Ezt azzal hozzák összefüggésbe, hogy az a. p. prognosisa kedvező, míg a többi — sokszor ismeretlen aetiológiájú betegé — bizonytalan. Depressio-tünetek gyakoriságában a két csoport között szignifikáns eltérést nem találtak, mindkettő egyezett az általános kórházakban előzetes vizsgálatok szerint súlyos beteganyagon megállapított 20% körüli értékkel. (Válogatatlan beteganyagon ez 2—4%, chronicus neurológiai betegek között 60% — más-más szerzők szerint.) Mindezek alapján a depressio kialakulásában és javulásában a B₁₂-vitamin je-

lents szerepére utaló adatra nem jutottak.

A hypocampalis és mamillaris területek épségéhez kötött mnesticus functiók javulásában biokémiai, patológiai és elektroencephalographiai hypothesisok alapján nagyobb biztonsággal foglalnak állást a B₁₂-vitamin hatásossága mellett, minthogy leírták e területek pusztulását a p.-ban.

Végül a szerzők irodalmi adatokra hivatkozva megállapítják, hogy az a. p. elterjedtsége 65 év fölött 0,5–1% — 1012 elmebeteg között pedig 0,88%. Mindezek alapján a psychiaternek a következő esetekben kell B₁₂-vitamin-hiányra gondolnia: 1. veszélyeztetett beteg (pl. gastrectomia után); 2. magyarázhatatlan fáradtság; 3. zavartság, ismeretlen eredetű dementia.

Füzéki Bálint dr.

☆

Genetika

Chromosoma-vizsgálatok paraproteinaemiákon. U. Kanzow und B. Lange, (Med. Universitäts-Poliklinik, Köln), G. Niederaht und A. Gropp (Path. Inst. der Universität, Bonn). Klin. Wschr. 1967, 21, 1076—1084.

A szerzők 7 paraproteinaemiás betegen (2 IgA-, 3 IgG-plasmocytoma; 2 IgM Makroglobulinaemia Waldenström) végeztek chromosoma vizsgálatokat (Denver-systema, és Patau módszere szerint).

3 beteg (2 IgG paraproteinaemiás férfi és 1 IgM-paraproteinaemiás nő) perifériás vér- és csontvelő kultúrája normális karyotypust eredményezett. A többi 4 betegen a vizsgált mitosisok 5—25%-ában nagy dicentricus, akrocentricus óriás és gyűrű alakú chromosómákat, valamint acentricus fragmentumokat találtak. Ezek az anomáliák — a vizsgálatok ismétlése szerint — tartósak.

Vizsgálataikból az alábbi következtetéseket vonták le:

1. A paraproteinaemiás betegeken előforduló chromosoma anomáliák nem pusztán coincidentálisak.

2. Sem a plasmocytomában, sem a makroglobulinaemia Waldenström-ben nincs egy minden betegen előforduló közös chromosoma elváltozás. Az irodalomban korábban leírt A, ill. B csoportú extrachromosómákat, melyeket jellemzőnek tartanak a Waldenström betegség-re, ők nem észlelték. Ezek ritkán plasmocytomában is előfordulnak, ezért nem kórspecifikusak a makroglobulinaemiára, tehát nem jelezhetők W (= Waldenström) chromosomaként, különösen nem, mivel eddig csak a vizsgált makroglobulinaemiák kb. felében találták meg.

3. A megfigyelt mind számbeli, mind structurális chromosoma anomáliák nem különböznek azoktól,

amelyeket különböző tumorokban, massív rtg-besugárzások után, vagy endogen chromosoma-törékenységi syndromákban (Fanconi anaemia, Blood-syndroma, ataxia-telegangiectasia-syndroma) is találtak.

4. Végül megállapítják, hogy a betegség klinikai stádiuma és a fehérjezavarok mérete, valamint a chromosoma anomáliák előfordulása közötti correlatiót jelenleg egyértelműen sem bizonyítani, sem elutasítani nem lehet.

Péter Károly dr.

☆

Az EKG extra-Y chromosómával rendelkező férfiakon. The Lancet, 1968, 1106—1108 old.

Főleg magatartási zavarok miatt mentális osztályokon kezelt és a nemi chromosomák rendellenességeit mutató férfiak klinikai vizsgálata során ekg-eltéréseket figyeltek meg. A tanulmányozott 20 férfi közül 18-nak 47, XYY chromosoma complementje volt, míg a maradék kettő közül az egyiknél 46, XY/47, XYY, a másiknál pedig 45, X/47, XYY mozaik-képet találtak. Közülük 16 magas termetű (180 cm vagy annál nagyobb) volt.

Control-csoportként különböző mentális osztályokról 28, ugyan-csak magas termetű, szellemileg szintén deficiens, de normalis chromosoma karyotypusú férfiakat választottak ki. Végül 14 chromatin-positiv férfi ekg-ját is megvizsgálták, akik közül egynek 48, XXXY, tízenegyzet 47, XXY chromosoma complementje volt és kettő 46, XY/47, XXY mozaiknak bizonyult. Ezek közül 13 mentális kórházakban és egy endokrinológiai osztályon állott kezelés alatt.

A vizsgálatok folyamán egy 47, XYY karyotypusú, veleszületett morbus coeruleusban szenvedő férfit észleltek, akinél a szívkateterizálás pitvar septum defectust, pulmonalis stenosiszt és pitvari szinten bidirectiós shuntöt állapított meg. Átvezetési ideje 0,36 sec volt. A PR-intervallum megnyúlása a veleszületett pitvarsövény defectusoknak mintegy 10%-ában megfigyelhető, de az a 0,24 sec-ot csak ritkán haladja meg. Mindazonáltal nem ez az eset volt az, ami e vizsgálatokat sugalmazta.

Figyelemreméltó, hogy egy eset-től eltekintve (amelyben csupán rövid korai diastolés zörejt észleltek a szegycsont bal szélén), a cardiovascularis rendszer vizsgálatakor olyan klinikai jeleket, amik az ekg-eltéréseket magyaráznák, nem találtak.

Az ekg-eltérések a következők:

1. A pitvar-kamrai ingerületvezetés idejének ki megnyúlása. A csoport átlagos PR-intervalluma 0,184 ± 0,035 sec volt, sőt 6 esetben (30%) meghaladta a 0,2 sec-ot. Ezzel szemben a control-csoport átlagos ér-

téke 0,155(±0,021) sec volt és értéke egyiknél sem haladta meg a 0,2 sec-ot. A különbség magasan signifikáns (P < 0,001).

2. A V₁-elvezetésben a 47,XYY karyotypusú férfiak között 4 esetben (20%) secundaer R-hullámok felléptét észlelték, ami lényegesen magasabb, mint egészséges szívű egyéneken, akiknél előfordulását *Simonson* (1961) 5,5%-ban figyelte meg.

3. Még gyakrabban észlelték a S-kitérés átlagos nagyságának csökkenését; a kilengés jóval kisebb volt a control-csoport átlagértékénél (P < 0,001). A chromatin-positiv férfiaknál is jelentős csökkenést találtak, akik egyébként mindig hypogonadizmus jeleit mutatták. Ez az ekg-elváltozás gyakran S hasadáásával szövődött.

Fel kell tételezni szerzők szerint, hogy a megnyúlt átvezetési idő és férfiak nagyobb testmagasságával és mentális subnormalitásával függhet össze és közvetlen kapcsolatban lehet a két Y chromosoma adagolásával.

Dobozy Elemér dr.

☆

Szív- és keringési betegségek

Myocardium infarctust követő arrhythmiai és hirtelen halál. M. Denborough és mtsai. Lancet, 1968, 1, 386.

A szerzők 412 myocardium infarctusos férfibeteg hosszú ideig tartó kezelése közben szerzett tapasztalataikról számolnak be. Megállapították, hogy a túlélési arány jobb volt 1—3 éves megfigyelési periódus alatt azokon, akiknek cumarin tartalmú gyógyszert adtak (a prothrombin aktivitást a normális 15—30%-án tartották), mint azokon, akik a kontroll csoportba tartoztak és csak alacsony dosisban kaptak anticoagulanszt, vagy azokon, akik subcután Heparint kaptak.

A halál módjainak elemzése ebben a kísérletsorozatban azt mutatta, hogy az összes halálesetek kb. háromnegyed része egy mellkasi fájdalommal járó epizódot követett, vagy hirtelen következett be és ez a két fajta halálozás kb. hasonló gyakorisággal fordult elő. Az anticoaguláns csoport abban különbözött a többiektől, hogy kevesebb halálozás volt mellkasi fájdalom után.

A 412 férfibetegből, akiket a kórházból hazabocsátottak az acut myocardialis infarctusból felgyógyulásuk után, 172 tartozott az anticoaguláns csoportba, 178 a kontrollba és 62 a Heparin csoportba. A vizsgálati periódus alatt meghalt 86 beteg leleteit részletesen feldolgozták, a kapott kezezlés és a halál módjára vonatkozólag. Extrasystolen kívüli arrhythmiajukat a kórházi bennfekvés időpontjában az eredeti myocardium in-

farctus után szintén regisztráltak. Mivel folyamatos EKG felvételt ritkán használtak (ezen tanulmány egyik fő hiányossága; referens megjegyzése) a fenti arrhythmiaikat klinikailag észlelték rutin electrocardiographiai vizsgálat során. Szerzők táblázatban kimutatják, hogy a hirtelen halál mindhárom csoportban egyforma arányban fordult elő. Általában a hirtelen halálesetek száma és a mellkasi fájdalom után bekövetkező halálesetek száma kb. egyenlő volt, azonban az anticoagulanst szedők között csak 5 volt a mellkasi fájdalom után bekövetkező haláleset, összehasonlítva a 13 hirtelen halállal (a kontrollban 19 mellkasi fájdalom utáni halálesetre, 14 hirtelen halál jutott).

A halálzási arány azokon a férfiakon magasabb volt, akiknek arrhythmiajuk volt, mindkét korcsoportban (55 év alatt és felett) és kezelési csoportban (kontroll és anticoagulans csoport). 55 év alatti férfiakon, azoknál, akiknek nem volt arrhythmiajuk, a halálzási arányszám az anticoagulans csoportban egyharmada volt a kontroll csoportnak és ez a különbség significans volt.

A táblázatok analysise rávilágít a hosszú ideig tartó anticoagulans therapia hatásosságára és korlátaira szívizom infarctus után. Kétségtelenül kedvező hatást fejt ki legalább 2 éves perioduson keresztül 55 éves vagy annál fiatalabb férfiakon, akiknek nem volt komolyabb arrhythmiajuk a kórházban. Arrhythmia esetén akár fiatalabb, akár idősebb betegről van szó, az anticoagulans therapiának nincs jó hatása.

Böszörményi Ernő dr.

★

A fizikai aktivitás haemodinamikai következményei myocardialis infarctus után. M. H. Frick és M. Katila. *Circulation*, 1968, 37, 192.

A régebbi felfogással szemben, mely szerint myocardialis infarctuson átesett betegek fizikai aktivitását korlátozni kell, ma a fizikai igénybevételt kontrollálható körülmények között ajánlják. Ezt a felfogást állatkísérletek (a fizikai igénybevétel fokozza a collateralis keringést) motiválják, bár emberre vonatkozó ilyen adatok nem ismeretesek. A szerzők szívkateterizációt végeztek fizikai aktivitás előtt és után coronaria-betegeken és ilyen módon nyertek adatokat a nyomásviszonyokra és a kamrai functionra vonatkozóan.

A vizsgálatok elvégzésére alkalmas betegek önként jelentkeztek. Nőket, 60 éven felülieket, súlyos, állandósult ritmuszavarban vagy keringési elégtelenségben szenvedőket nem vizsgáltak. A sorozatban szereplő 7 betegnél sinus ritmus áll-

lott fenn és 2–4 hónappal a terhelés megkezdése előtt myocardialis infarctuson estek át. Mind fentjárom volt és házi, valamint házonkívüli munkáját legalább 1 hónappal a kísérlet kezdete előtt már végezte. A betegek közül 6-nak ülőfoglalkozása volt. 4 betegnél effort típusú angina állott fenn az infarctus előtt, 1 betegnél az angina megszűnt az infarctus után közönséges körülmények között. A terhelési periódus megkezdése előtt a betegek kivizsgáláson estek át (éhgymri vércukor, serum cholesterin és triglyceridek, légzésfunctio és szívtérfogot) a rutin vizsgálatok mellett és mindezen testeket a terhelés után megismételték.

A fizikai tréning ergométer munkából állt háromszor hetenként. A terhelést kezdeti 3–5 percig tartó 150 kpm/min. (kilópondméter/min.) értékkel kezdték, melyet aztán emeltek, míg a szívfrekvencia 100 fölé emelkedett. A betegek ezzel a terheléssel folytatták a tréninget 15 percen át, ezután 5 perc pihenőt engedélyeztek. Befejezésül 3–4 és 6–7 perces tartamú terhelés következett, míg mellkasi fájdalom vagy legalább 150/min. frekvenciájú szív működés jelentkezett. A pedálozást idő előtt csak komoly subjectiv tünetek jelentkezése esetén szüntették meg. A tréning alatt a terhelést fokozatosan növelték az egyes betegek tűrőképességének megfelelően. A szívkateterizációt mind terhelés előtt, mind utána reggel végezték éhgymorra előkezelés nélkül. A jobb szívkateterizációt a szokásos módon végezték. Állandó simultán EKG megfigyelést végeztek a nyomásokkal együtt. Az arteria brachialisba vezetett kateteren át nyomást mértek és vérmintákat nyertek a sav-basis egyensúly, valamint a lactat és pyruvat koncentrációk meghatározására. Meghatározták a kilégzett levegő O_2 és CO_2 , valamint a vér O_2 tartalmát is. A perctérfogot a Fick-elv alapján számították. A pulmonalis vascularis resistenciát, a totalis perifériás ellenállást, valamint a bal és jobb kamrai munkát formulák alapján. A feszülési idő-indexet az arteria brachialis nyomásgörbéből számították ki. A statisztikai számításokhoz a Student-féle t-testet használták.

A terhelés alatt a vérötérfogot emelkedett. Significans eltérés a szívtérfogatban nem jelentkezett. A bal kamrai functio javult és a jobb kamrai nyomásemelkedés jelentős volt. Ezeket myocardialis hypertrophia következményeként fogták fel, mely a csökkent „compliance” következtében a fokozott kamrai töltőnyomásért is felelős. Az arteriális vér lactat tartalma csökkent a terhelés alatt anélkül, hogy az arteriovenosus O_2 különbség változott volna. A vitalis kapacitásban jelentéktelen változás állott be, hasonló módon viselkedett a maxi-

mális kilégzési térfogat, éhgymri vércukor és serum lipidek.

A terhelés után a szívfrekvencia csökkent, csakúgy, mint a feszülési idő-index is. A haemodinamikai változásokkal együtt a terhelési tolerancia javult. Mindezen adatok azt a felfogást támasztják alá, hogy némely betegnél a fokozott fizikai aktivitást myocardialis infarctus után kedvező haemodinamikai események követik éppúgy, mint valószínűen fokozott coronaria áramlás is. A terhelés időszaka alatt a betegek terhelési tűrőképessége fokozatosan javult.

Ezen eredmények alapján, melyek magasabb fájdalomküszöböt, javuló balkamra működést és alacsonyabb feszülési idő-indexet mutatnak tréning alatt, a szerzők coronaria-betegek számára ajánlják a fizikai aktivitást. Míg a gyakorlati haszon nyilvánvalóan a kevesebb fájdalomban jelentkezik, a betegség végső kimenetele valószínűen nem változik. Egy beteg esetében jelentkezett kamrai tachycardia a terhelés alatt, ami arra utal, hogy a vázolt tréning-program csak igen szigorú orvosi kontroll alatt vihető keresztül. Olyan betegeknél, akiknek alacsony a fájdalomküszöbük, terhelés nem vihető keresztül.

Kálmán Péter dr.

★

Haematológia

Preleukaemia. Roberts B. E., Abbott C. R. (Haematology Section, University Department of Pathology, The General Infirmary at Leeds, Leeds, Anglia): *Acta haemat.* 1968, 39, 20.

Az acut leukaemiát nem egyszer bizonyos változó klinikai és haematológiai tünetcsoport előzi meg, rendszerint ehhez csatlakozik egy sejtpopulatio („cell-line”) deficitje a perifériás vérben. Ennek a syndromának több tünetét Block és mtsai írták le 1953-ban 12 betegük megfigyelése kapcsán, s preleukaemiának nevezték el. Majd többen több tízes, ill. százas beteganyagot elfogadtak, ill. nem tudták megerősíteni a tünetcsoport jogosságát. A legújabb közleményekben mégis polgárjogot nyert a preleukaemia fogalma, azon betegcsoportba sorolva, mellyel leukaemia szövődhet, mint pl. az aplasticus anaemia, ill. a myeloproliferativ betegségek.

A szerzők is elfogadják a tünetcsoportot s ennek bizonyítására 4 betegük kórrajzát ismertetik. Életkoruk 15–75 év közötti volt; felvételükkor különböző panaszuk 3 hét–6 hónapig álltak fenn (időnkénti lázas állapot, bizonytalan fájdalmak, orrvérzés, purpura, sápadtság, köhögés, étvágytalanság, fogyás, fulladás, ismétlődő mélyvénathrombosis). A betegeken physicalis vizsgálattal sem nyirokcsomó-, sem lépnyagobbodást nem

észlelték. Felvételi haematologiai lelet: pancytopenia + emelkedett reticulocytaszám (2 esetben); normocytar normochrom anaemia + leukopenia (ugyancsak 2 esetben). 2 betegükön polychromasia volt kimutatható, míg 1—1 esetben hypochromasia, ill. anisocytosis. Érdekes, hogy míg egyik betegük neutrophil leukocytái hypersegmentáltak voltak, egy másikuk hasonló sejtjei ennek az ellentétét, Pelger—Huët-anomáliát mutattak. A csontvelővizsgálat alkalmából a normális 2,5—15:1 myeloid:erythroid arányt a következőknek találták: 1: 2, 1,5:1, 5:1, 20:1, tehát ez csak egy esetben nem látszott kórosnak. A csontvelői blast-sejtek aránya 1—20% közötti volt.

Betegeik intézeti felvételük után 4—6 hónap múlva meghaltak, kivéve a legidősebbet, aki balkamra-elégtelenség miatt pár nap után elhalt. Az ő boncolása alkalmából is normális volt a máj és a lép szöveti szerkezete, azonban a vesék kéregállománya erősen infiltrált volt, főleg myeloblastokkal s hasonló sejtekkel voltak elárasztva a hasi nyirokcsomók is. A femoralis csontvelő ugyancsak blast-sejtes beszűrődésekkel, valamint erythroblastos hyperplasiás góccokkal volt tarkítva.

Eseteikre jellemző tehát a már említett lép- és nyirokcsomó-megnagyobbodás hiánya, a perifériás vérben egyfajta sejtfeleség deficitje + a csontvelőben a praecursorok hyperplasiája. Ezenkívül a reticulocytosis is eléggé gyakori preleukaemiában — kérdés persze, hogy ez mennyire regeneratív jellegű megnyilvánulás (vérzés vagy haemolysis miatt). Ugyancsak jellegzetes tünet lehet tartós neutropenia, abnormis leukocytá-alakokkal és a csontvelő granulocytás hyperplasiájával.

Rowley és mtsai (1966) a preleukaemiát 3 csoportra osztják fel: aplasticus, myelodysplasticus és myeloproliferatív formára. A szerzők ismertették 4 betegüket a középső kategóriába sorolják s úgy gondolják, hogy a preleukaemiás és a potenciálisan már leukaemiás állapotot el lehet határolni, s így az aplasticus és myeloproliferatív csoport már leukaemiás statusnak felelne meg.

Aplasticus anaemiában az acut leukaemiás transformatio csak sporadicus s ugyanígy a myeloproliferatív betegségeknek csak egy töredéke vezet előbb-utóbb leukaemiás átalakuláshoz. Ez azonban az ún. sideroblasticus anaemiák egy kisebb részében is előfordul.

A szerzők úgy vélik, hogy preleukaemiára kell gondolni, ha kideríthetetlen okból keletkező anaemiával, neutropeniával vagy thrombocytopeniával, ill. ezek kombinációjával állunk szemben, s ugyanakkor a csontvelő hyperplasiás, jóllehet, lép- és nyirokcsomó-megnagyobbodás nincs s végül az

acut leukaemia typosus megjelenése dönti el érdemlegesen a fennálló diagnosticus problémát. Ami a preleukaemiát illeti, ennek a lényege pontosan nem ismeretes, de megközelítően representálja a kezdeti occult, lassan növő acut leukaemiás proliferatio, melyet *Rheingold és mtsai* (1963) „smoldering” (= lassan, rejtetten kifejlődő) leukaemiának neveztek el. Mindaddig, míg biztosan el nem lehet különíteni a leukaemiás alakokat a normális leukocytáktól, a preleukaemia komoly diagnosticus és prognosticus probléma lesz, mert jelenleg a legkiterjedtebb vizsgálatokkal sem lehet ebben a phasisban a kórismezés biztonságos, s legtöbbször csak a terminalis stadiumból visszakövetkeztetve lehet retrograd a kórismét megbízhatóan megállapítani.

Major László dr.

★

Egyes véralvadási zavarok PPSB plasmafractiono általi kezelése. Richter, K.; Zschr. ges. inn. Med. 1968, 23, 18.

Egyes alvadási faktorok hiánya általi vérzékenység kezelésében a hatások eléréséhez teljes vért vagy plasmát olyan mennyiségben kell adni, amely pl. frissen műtött betegen terheli a keringést. Ezért helyesebb, ha egyes fractiók kis volumen alakjában, dúsított formában állnak rendelkezésre. A szerzők *Soulier* módszerét követve tricalciumphosphat adsorbtióval állítják elő a negyvenszeresére dúsított prothrombint, proconvertint (VII), Stuart—Prower faktort (X) és a B haemophiliában hiányzó Christmas faktort tartalmazó PPSB készítményt, amely lyophilizálva több hónapon át hatásos. Az e fractiók extractiója utáni maradékplasma tovább használható a fibrinogent és VIII. faktort tartalmazó Cohn I. fractio előállításához.

A PPSB fractio therapiás adásának javallatai a B haemophilián kívül a cumarin készítmények adagolása közben keletkező vérzések, amelyek esetén a hatás gyorsabban áll be mint K vitamin adása után. A készítmény tartalmazza a prothrombin komplexus tagjait, amelyeknek csökkentését célozza a cumarin kezelés. Parenchymás májelégtelenség esetén, amikor a K vitamin hatása bizonytalan, főleg ha ilyen állapotban műtetre van szükség, szintén a prothrombin komplexus egyes tagjainak hiánya pótolható általa.

A készítmény adásakor nem kell figyelemmel lenni a beteg vércsoportjára. Nem ajánlatos cseppinfúzióban adni, mert helyi thrombophlebitis keletkezhet, hanem egy ampulla tartalmát 10—15 percn belül kell befecskendezni. Mellékhatásként elméletileg elképzelhető a készítményben foglalt valamelyik alvadási faktorttal szembeni ellen-

anyagtermelés, bár ezt gyakorlatban eddig nem észlelték.

Ha a rövid felezési idejű VII. faktor pótlásáról van szó, a beadást naponta esetleg többször meg kell ismételni. A prothrombin, vagy a X. faktor pótlása esetén a hatás tovább tart nyolc napnál.

Rényi Kázmér dr.

★

A vörösvérsejt-hártya. Marti H. R. (Med. Klinik. Kantonsspital Aarau): Schw. Med. Wschr. 1968, 98, 120—123.

A vörösvérsejt-hártya 50—60 A vastagságú, lipidekből, fehérjékből és szénhidrátokból álló képlet, melyen kb. 100 000 db. 7 A átmérőjű pórus van. A hártyán a 100-nál nagyobb molekulású anyagok nem jutnak át. A vörösvérsejt-hártya fontos szerepet játszik a vörösvérsejt ion-transportjának regulálásában. Mai ismereteink alapján a kation-transportért egy szivglikozidra érzékeny ATP-t felhasználó rendszer és egy szivglikozidra nem érzékeny ismeretlen energiaforrást felhasználó rendszer felelős.

A vörösvérsejtek haemolízise három mechanizmus alapján képzelhető el. Az első lehetőség, hogy a hártya kation permeabilitása megnő és a vörösvérsejtekbe fokozottan áramlik nátrium. A vízburokkal körülvevett Na-ionok felhalmozódása jelentősen megnöveli a vörösvérsejtek térfogatát, a hártya pórusai kitágulnak és haemoglobint engednek át. Evvel a mechanizmussal kell számolni a vörösvérsejtek öregedésekor, az öröklődő sphaerocytosissal, fertőzéses haemolitikus anaemiáknál, valamint olyan mérgezéseknél, amelyek a vörösvérsejt-hártya transportfunkciójának gátlásával járnak.

A haemolízis második lehetősége az, hogy bizonyos kóros hatásokra a pórusok átmérője megnő és haemoglobint ereszt át. Ide tartoznak a komplementkötéssel járó immunreakciók. Az emberi komplement pl. 90—120 A átmérőjű pórusokat hoz létre. Még ennél is jóval nagyobb elváltozást okoz a Clostridium perfringens toxinja és a Streptolisin O.

Végül a haemolízis harmadik lehetősége az, hogy a membrán mechanikusan sérül és kisebb-nagyobb darabok válnak le belőle. Ez a helyzet állhat elő a mesterséges szívbírlentyűk beültetése után is. Mások viszont avval kell számolni, hogy az eleve is sérülékenyebb vörösvérsejtek a kapillárisokon keresztül történő áthaladásuk közben szenvednek folytonossági hiányt. Ez a helyzet a vashiányos anaemiáknál, sarlósejtes anaemiáknál és favizmusnál.

A sérült vörösvérsejteket a RES fagocitálja. Úgy látszik, a súlyosabban sérültek a máj, míg a könnyebben sérültek a lép fagocitáinak es-

nek áldozatul. Érdekes, hogy a laedált vörösvérsejtekből olyan anyag szabadul fel, amely a fagocitákat már 80 Å távolságban is fokozott aktivitásra készíti. *Kertai Pál dr.*

★

Megakaryocita mennyiség meghatározása. Laurence A. Harker (Department of Medicine, University of Washington, School of Medicine, Seattle, Washington) Journ. Clin. Invest. 1967, 47, 452—457.

A thrombopoiesis fokának mérése a totális megakaryocita mennyiség (massza) jó meghatározásától függ. A szerző az izotop dilúciós elv alapján dolgozta ki módszerét emberben és állatban, Fe^{59} felhasználásával.

A vizsgálatokat 250 g súlyú Sprague Dawley törzsből származó hím patkányon és bronchus carcinómában szenvedő, haematologiai inaktív embereken végezték.

A csontvelő telítésére és jelölésére Fe^{59} -el szaturált friss plasmát infundáltak patkányoknak, és hasonlóan friss emberi plasmát a vizsgálandó egyéneknek. A csontvelő maximális telődése patkányon 6 óra, emberen 18 óra múlva következett be. A maximális telődés időpontjában vették a csontvelő mintákat patkányon a femurból fogászati exkavátorral, és emberi csontvelő biopsziát a crista ilei-ből Silverman-tíval. A csontvelőt 5%-os formilsavval decalcifikálták. Zenker-fixálás, mosás, dehidráció, és paraffin beágyazás után 3 μ vastagságú metszeteket készítettek. Hat patkányszövetmintában megmérték a Fe^{59} aktivitást, gáz-liquid beta számlálól. 250—200 cpm közt váltakozott a patkány és 15—50 cpm közt az emberi csontvelő-metszet aktivitása.

A csontvelő totális Fe^{59} aktivitása a patkány csontvázában mérve a bevitt mennyiség 32%-ának, az emberi teljes csontvelőben a bevitt mennyiség 67%-ának bizonyult.

Patkányban a lép is tartalmaz megakaryocitákat, ezért lépmetseteket is készítettek és egy metszet, valamint a teljes lép Fe^{59} telítődését is megmérték.

A metszeteket Giemsa-val festették, és azokban a megakaryocitákat és a magas vörösvérsejteket megszámlálták fénymikroszkóp segítségével.

A megakaryociták átmérőjének meghatározása sorozatmetszetek vizsgálása alapján volt lehetséges. A sorozatmetszetekben a többszörös számolás hibára kellett tekintettel lenni, és ezért a korrekciós faktort is meghatározták.

A totális megakaryocita massa kiszámítása patkányban a következő képlet szerint történik: $Mb = m/Ab$. $Mb = a$ csontvelő teljes megakaryocita mennyisége, $m =$ egy metszetben talált megakaryocytaszám, korrigálva a többszörös

számolás korrekciós faktorával. $Ab = a Fe^{59}$ aktivitás egy csontvelő metszetben. A lépben ugyanazon képlet szerint kapjuk meg az összmegakaryocita mennyiséget, vagyis egy metszetben talált megakaryocita számot megszorozzuk a Fe^{59} teljes lépben talált mennyiségének egy metszetben mért Fe^{59} értékkel osztott hányadosával. A csontvelő és lép totális megakaryocita mennyisége adja az egész szervezet totális megakaryocita masszáját patkányban. Emberen normális viszonyok között csupán a csontvelő összmegakaryocita mennyiséget kell kiszámítani. A totális magas vörösvérsejt mennyiséget hasonló számítással kapjuk meg.

Patkányban a totális megakaryocytaszám testsúly-kg-ra számítva 11×10^6 , ebből 2% esik a lépbe. A teljes magas vörösvérsejtszám $2,6 \times 10^9$ sejt testsúly-kg-onként. Magvas vörösvérsejtszám/megakaryocita szám arány 236:1. Emberben a totális megakaryocytaszám $6,1 \times 10^6$ /kg; kb. fele a patkányénak; a magvas vörösvérsejtek és megakaryociták számaránya 465:1.

Korábban egy speciális sejtípus összmennyiségét úgy állapították meg, hogy a csontvelő egységben talált számértéket megszorozták a csontvelő volumenével. A mitosis-indexből is következtetni lehet egy sejtípus produkciójának mértékére.

Az ismertetett Fe^{59} dilúciós módszer korrekt és jól használható eredményeket ad mind a megakaryociták, mind a magvas vörösvérsejtek összmennyiségének a meghatározására. Korábban csontvelőszuszpenzióból vettek mintákat. Az ismertetett metszetkészítési eljárás kiküszöböli a cytoplasma vesztéséből származó ún. sejtmentes radioaktivitás méréseinek a hibalehetőségét.

Benkő Sándor dr.



KÖNYVISMERTETÉS

MSD Manual der Diagnostik und Therapie. Erste Auflage. Deutsche Bearbeitung des in englischer Sprache erschienenen Werkes. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 11. Edition. Herausgeber: Sharp und Dohme, GmbH, München, Tochtergesellschaft der Merck Co. Inc., Rahway, N. J., USA. 2194 oldal. Urban és Schwarzenberg, München—Berlin—Wien, 1969, 1030 Gramm, Műanyagkötés. DM. 57.

A zsebfomatú könyv angol nyelvű első kiadása hét évtizeddel ezelőtt 1899-ben jelent meg. Terjedelmének növekedése fejezi ki a gyakorló orvos számára szükséges ismeretek bővülését, hasonlóan amint

Bergmann „Handbuch der inneren Medizin” c. kézikönyve a legmagasabb szintű szakember tájékozódását szolgáló ismeretanyag enormis növekedését tükrözi. A számok félelmetesek; míg a Manual (továbbiakban: M.) 1. kiadásának terjedelme 262 — addig a jelenlegi 11. kiadása 2194 oldal; míg a Bergmann 1928—31 között megjelent 2. kiadásának oldalterjedelme 10 934 — addig az 1952—60 között közzétett 4. kiadása 25 129; míg ez a kiadás a vese megbetegedéseit egy kötetben 1167 oldalon — addig az 1968-ban megkezdett kiadás azokat három kötetben 3169 oldalon tárgyalja! Az orvostudományi ismeretek szaporodásának ez az óriási irama teszi mind nehezebbé, de egyben mind szűkebbé a M.-hoz hasonló gyors tájékozódást szolgáló zsebkönyvek kiadását.

A könyv recensora több mint két éve foglalkozik egy hasonló típusú elsősorban gyakorló orvosoknak szóló magyar nyelvű kiadvány szerkesztésének előkészítésével. A szerkesztés legelvibb kritériumait már régebben összeállította és most hálás és tanulságos feladatának tekintti a kompendium pusztá ismertetésén túl annak kritikai méltatását is. A könyvszerkesztés kezdetén óhatatlanul kínálkozik a recenszor számára a „Könyvismertetés” olyan dialektikus módja, amely a M. konstrukciójában kifejezésre jutó szerkesztési elveket ellenőrzi a sajátját és az utóbbiakon ellenőrzi a Manualét. A megírás előtt álló magyar kompendium szerkesztési elveinek terjedelme nem engedti meg azoknak még rövid ismertetését sem.

A M. ismertetőjétől természetesen nem várható el, hogy a könyvet töviről hegyre elolvassa, mindössze az, hogy röviden vázolja a könyv szerkezetének és szerkesztésének főbb adatait, néhány hónapos célzott használat alapján alkosson képet magának a könyv értékéről és természetesen a közben felmerülő hibáiról is. Teljességre nem törekedhetve tehát, ebben az értelemben kívánja a könyvet kritikailag méltatni.

A M. 3 részből áll. Az I. rész 21 fejezetben a lokalizáció és aetiologia szerint csoportosított nosológiát — egyetlen a 200 oldalas 21. fejezetben a receptúrát és néhány speciális terápia általános vonatkozását — mint pl. az antibiotikumokét, steroidokét — tartalmazza.

A II. 155 oldalas rész foglalkozik az orvosi kezelés technikájával, az ápolással, a diétetikával, a laboratóriumi metodikákkal, a prae- és postoperatív szak rutin kezelésével és eljárásaival, az új- és koraszülött gondozásával, valamint az oltási renddel.

A III. rész a 85 oldalas kitűnő tárgymutató.

A magyar kiadványt ugyancsak 3 részre terveztük. Az I. és II. rész összetétele hasonló a M.-hoz. A III.

rész egészen rövid terjedelmű fejezetekben, inkább az orvosi műveltséghez tartozó néhány kérdést — mint az orvosi kibernetika, a plasztikai sebészet általános vonatkozásai, az eü. felvilágosítás, a gondozás, stb. — fog tartalmazni.

A M. 11. kiadásának megírásában 108 kitűnő klinikus tevékenykedett és e tapasztalt szerzők munkáját részleteiben lektorok sora ellenőrizte, majd kitűnő szakemberek szerkesztileg átdolgozták. A könyv több mint 1000 kérdés ismertetését öleli fel.

A M.-szerű kompendiumok legértékesebb kelléke a gyors tájékozódást elősegítő könnyű kezelhetőség. A könyv e sajátosságának méltatására minden elismerésnél többet mondanak a tények: a VIII—XVI-ig terjedő oldalon a könyv kezelését elősegítő útmutatások és rövidítések 1—1 oldalnyi terjedelemben, az ábrák, a táblázatok és a tartalomjegyzéke, valamint minden fejezet élén előrebocsátott további tartalomjegyzék és végül, de nem utolsó sorban a kitűnő és részletes tárgymutató — az olvasónak a leggyorsabb tájékozódást teszik lehetővé. Ugyancsak a rohanó élettempó által diktált szükségletet szolgálják az egyes betegségfejezetek élén előrebocsátott néhány soros cursival szedett pontos definíció-szerű meghatározások, amelyek a könyvnek ebben a vonatkozásban lexikon-szerű jelleget is adnak. A könyv e tulajdonsága a recenzornak is jó szolgálatot tett, mert lehetővé tette, hogy azt igen rövid idő alatt áttekinthesse, összbemórást kaphasson és ezek alapján módjában van néhány kritikai megjegyzést tenni.

A kórképek elosztásának, ill. besorolásának elve az egyes betegségcsoportok, ill. fejezetek között természetesen rugalmas kell, hogy legyen. A szerkesztőknek ebben a vonatkozásban bizonyos keretek között szabad kezet kell kapniuk, mégis bizonyos hagyományokat — különösen ha azok logikusak is — nem lehet figyelmen kívül hagyni. Így pl. aligha hozható összhangba a nosologiai terminológia alapelveivel, hogy míg a rheumás láz streptococcus-fertőzésként bár, de allergiás pathomechanizmusával a fertőző betegségek között szerepel, addig az acut diffusz glomerulonephritis teljesen azonos pathogenesisével a vesebetegségek között szerepel; míg az endocarditis lenta, mint kifejezetten bacterialis megbetegedés, a szívbetegségek között kapott helyet, addig a rheumás láz — amelyet úgyszólván mindig carditis kísér — és amely a vitiumok legjelentősebb forrása — nem a szívbetegségek közé került.

Ugyancsak nehezen egyeztethető össze a kórképek tudományos igényű osztályozásával a Boeck-sarcoidosnak besorolása a fertőző betegségek közé. Nehezen lehet meg-

magyarázni a thymus helyét az endokrin-betegségek között, különösen ha szem előtt tartjuk immunológiai szerepét. Ha a collagen betegségek és az immunológia egy külön fejezetet kapott volna, akkor ezzel a thymus besorolásának kérdése is megoldáshoz jut.

A szorosan vett sebészetnek hátterbe szorítása mint tudatos szerkesztési elv helyes és jogos, de ez nem mentheti olyan megbetegedések hiányát, mint mamma-cc.-mastitis fibrosa cystica és ezt annál kevésbé, mert a II. részben a laboratóriumi methodikák között az emlőmirigy-váladék cytológiája — hacsak néhány sorban is — helyet kapott a könyvben. Továbbá azt sem lehet megérteni, hogy a csontfracturák, amelyek valamikor a gyakorló orvos legfontosabb munkaterületéhez tartoztak, ugyancsak nem szerepelnek a M.-ben, pedig ezek egy jól szerkesztett táblázattal, amelyekben a könyv olyannyira bővelkedik, megoldást nyerhettek volna.

Szokatlan a vesebetegségeknek a szívvel és keringéssel egy fejezetben való tárgyalása, továbbá a neurophilisnek, konkrétan a tabes dorsalisnak és paralysis progressivának tárgyalása a nemibetegségek között, hiszen ezek valamikor a neurológiai megbetegedések klaszszikus paradigmái voltak.

El kell ismerni és a könyv egyik legnagyobb erősségeként kell értékelni azt, hogy olvasójának óriási ismeretanyagot nyújt, közérthető, gördülékeny olvasmányos formában. Mindezt jelentősen mozdítja elő az 51 ábra és 83 táblázat.

A könyv szerkesztésében általában érvényesül az az elv, hogy a gyakorlati és gyakorlatilag fontosabb megbetegedések nagyobb teret kapnak. Kifejezésre jut ez az elv a „Légzőszervek” fejezet úgyszólván valamennyi alfejezetében is. A recenzor azonban nem tudja magyarázatát adni annak az ellentmondásnak, hogy míg a pulmonális alveolaris proteinosis 2 teljes oldalt kapott, addig az Ellison-Zollinger-syndroma mindössze néhány sort; míg az enteritis regionalis 4 oldalt, addig az appendicitis acuta mindössze 2 és 1/2 oldalt; a gége cc. csupán 10 sort.

Kitűnő szerkesztési elv, hogy az I. rész egyes fejezeteinek számos olyan alfejezete van, amelyek egy-egy vezértünet-címszó alatt — mint pl. haemoptoe, haematemesis, hypoxia, stb. — differenciál-diagnosztikai szükségletet elégítenek ki. Ez a megoldás sokkal jobb és gazdaságosabb, mintha a könyv fejezetei közé külön differenciál-diagnosztikai részt iktatnánk.

A szindromák sok ezres sorából nehezen lehetne kiválasztani azt a keveset, amely egy M.-szerű kompendiumba belefér. Ezen megfontoláson túl azonban, várható orvos-

történelmi perspektívája szempontjából, joggal maradhatott ki a M. tárgymutatójából az essentialis keringési hyperkinesis syndromája; mégis figyelembe véve azt a jelentős terjedelmet, amelyet az újabb irodalom e tünetegyüttesnek szentel, talán 2—3 sort mégis megérdemelt volna.

Nyilván elírás a II. rész tartalomjegyzékében a 49., 50. és 51. táblázatnak a védőoltások alfejezeteként való szerepeltetése!

A könyv sok kitűnő betegség-leírása között is külön kiemelendők tartom a tüdőoedema korszerű és szép leírását.

Ha figyelembe vesszük fejlődésüket az utóbbi évtizedekben, akkor a genetika, geriatría és transfusio külön fejezetet is megérdemelt volna.

A felsorolt kifogások még ha valóságos hibák is, elenyésznek az egész könyv értékének mérvéhez mérten.

Az ismertetés módjából adódik, hogy a M.-ban felismert szerkesztési elvekből a recenzor néhányat átvett és érvényesíteni kíván a feldolgozás előtt álló magyar kiadványban. Nagy öröm volt számára tapasztalni, hogy a könyvben felismert szerkesztési elvek legtöbbször saját szerkesztési elvei is tartalmazzák. Mindent a M. természetesen nem tartalmazhat, de, hogy egy kg-ot alig meghaladó zsebkönyvben 2200 oldalon a modern medicina tengernyi ismeretanyagából olyan sokat tud nyújtani a könyvet használó olvasónak, ez a szerzők, szerkesztők és kiadók kollektív munkájának nagy teljesítményeként könyvelhető el. A zsebkönyvet nemcsak a gyakorló orvos — hanem gyors tájékoztatásul a szakorvos is haszonnal forgathatja.

Trencsényi Tibor dr.



MEGHÍVÓ

A Magyar Urologusok és Nephrologusok Társaságának

1969. május 5-én, hétfőn,
du. 3 órakor

a Budapesti Urológiai Klinika tantermében tartandó (Bp., VIII., Üllői út 78/b), a János kórház Urológiai Osztálya által összeállított tudományos ülésére.

Napirend:

1. Wabrosch G.: A módosított Coffey I. uretero-sigmoidostomiával nyert tapasztalataink (előadás, 20 perc).

2. *Lechner F.*: Hólyagdaganat miatt végzett cystectomya és ureterosigmoidostomia egyidejűleg fennálló vesekövesség mellett (bemutató, 10 perc).

3. *Szűle E., Guba T.*: Hólyagtumor szövődményes esete (bemutató, 10 perc).

4. *Szabó J.*: Triangular-lebeny-plasztika megoldással operált vese-üregű ureterszűkület (bemutató, 10 perc).

5. *Vanik M.*: a) Recidiv vesico-ureteralis reflux miatt ismételt végzett plasztika (bemutató, 5 perc). b) Kétoldali ureter beültetése közös Boari-hólyaglebenybe (bemutató, 10 perc).

6. *Guba T.*: Plasztikai műtéttel megoldott epispadiasis eseteink (bemutató, 10 perc).

7. *Varga Gy.*: Női incontinentiát okozó ritka kórképek diagnosztikája és műtéti megoldásai (húgycső-diverticulum, ectopia ureteris) (bemutató, 10 perc).

★

A Debreceni Orvostudományi Egyetem,

tudományos üléseinek keretében, a Kórbonctani Intézet

1969. május 9-én, pénteken, délután fél 5 órakor

a debreceni I. sz. belklinika tantermében

Renin-Angiotensin-Aldosteron Symposiumot rendez.

Üléseinek: *prof. Endes Pongrác.*

1. *Radó J., Dévényi I., Szabó T., Takó J., Endes P., Szende L., Borbély L., Marosi J.* (János Kórház, Budapest, Kórbonctani Intézet, Debrecen): Klinikopathológiai összefüggések renalis aldosteronismusban.

2. *Gláz E., Kis R., Morvai V., Péter M., Sugár K., Hajós F., Dauda Gy.* (II. sz. Belklinika, Budapest, Kórbonctani Intézet, Debrecen): Aldosteronrenin aktivitás változása kalium és heparin kezelés hatására patkányban.

3. *Sólyom J., Spät A., Sturcz J.* (Élettani Intézet, Budapest): Folyamatok in vitro angiotensin infúzió hatása patkány mellékvese aldosteron termelésére.

4. *Dévényi I., Dauda Gy., Szokoló V., Nemes Z., Szűcs L., Endes P.* (Kórbonctani Intézet, Debrecen): A renin-angiotensin-aldosteron rendszerrel kapcsolatos vizsgálataink.

5. *Szalay K., Gyévai A.* (KOKI, Budapest): Reninsecretio vizsgálata szövettanilag.

6. *Gomba Sz., B. Soltész M., Szokoló V., Endes P.* (Kórbonctani Intézet, Debrecen): A juxtaglomerularis apparatus histochemiai sajátosságai.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1969. május 12-én (hétfőn) du. 3 órára tűzte ki *Szontágh Ferenc dr.*, az orvostudományok kandidátusa. „A progestogen morsteroidok hatásmódja” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az Akadémia I. emeleti felolvasó termében Bp., V., Roosevelt tér 9.

Az értekezés opponensei: *Szentágothai János dr.* (akadémikus), *Zoltán Imre dr.*, az orvostud. doktora, *Fekete György dr.*, az orvostud. kandidátusa.

★

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1969. május 14-én (szerdán) du. 3 órára tűzte ki *Endersz Frigyes dr.* levelező aspiráns „A cor pulmonale chronicum korai diagnózis” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az Akadémia felolvasó termében (Bp., V., Roosevelt tér 9. I. e.).

Az értekezés opponensei: *Hutás Imre dr.*, az orvostud. kandidátusa, *Mihóczy László dr.*, az orvostud. kandidátusa.

Aspiránsvezető: *Gábor György dr.*, az orvostud. doktora.

★

A Nyugat-dunántúli Onkológusok és Sebészek Tudományos Egyesülete

meghívja önt az ALBA REGIA NAPOK keretében

1969. május hó 16—17-én tartandó tudományos ülésre

Az ülés helye: Székesfehérvár, Városi Tanács nagyterme.

Kezdet: 1969. május 16-án, délelőtt 9 óra.

1969. május 16., délelőtt 9 óra:

Üdvözlés: *Péntek József dr.* megyei főorvos.

Megnyitó: *Szoró Zoltán dr.* igazgató-főorvos, Székesfehérvár.

Üléseinek: *prof. Szabolcs Zoltán dr.*

1. *Rodé Iván dr.*, az orvostudományok doktora, az Országos Onkológiai Intézet mb. igazgatója. A daganatok kombinált kezelésének elvi alapjai (25').

2. *Prof. Prochnow Ferenc dr.* (Budapest): Az emlőrák vitás kérdései, különös tekintettel a kezelésre (25').

3. *Kárpáti György dr.*, az orvostudományok kandidátusa (Budapest): A mamma daganatok diagnosztikus problémája, különös tekintettel a korai rákra és az onkológiai szűrőesekre (25').

4. *Sin Lajos dr.*, az orvostudományok kandidátusa (Székesfehérvár): Az emlőrák diagnózisának vitás kérdései (15').

5. *Degrell István dr.*, az orvostudományok kandidátusa (Zalaegerszeg): A retrakciós tünet jelentősége az emlőrák korai diagnózisában (15').

6. *Kocsis Sándor dr.* (Szombathely): A Nyugat-dunántúli Sugárterápiás Központ emlőrákos beteganyagának értékelése (1951—1968), (25').

E b e d s z ü n e t

1969. május 16., délután 15 óra:

Üléseinek: *Kocsis Sándor dr.*

7. *Frigyesi Gyula dr.* (Székesfehérvár): Az emlődaganatok csontmetasztásai (15').

8. *Galász Lajos dr., Penkov Iván dr., Kamarás László dr.* (Veszprém): A team munka jelentősége az emlődaganatok ellátásában (15').

9. *Czinkotszky Jenő dr.* (Székesfehérvár): Fejér megyei Onkológiai Gondozó emlődaganatos betegeknek kezeléséről és gondozásáról (15').

10. *Virágh Barnabás dr.* (Székesfehérvár): A mammographia helye az emlődaganatok diagnosztikájában (15').

11. *Lexa László dr.* (Szombathely): Vas megye emlőrákos betegeknek gyógyulása, területi (járás) megoszlás és egészségügyi ellátottság szerint (15').

12. *Juhász Lajos dr.* (Nyíregyháza): Szabolcs-Szatmár megye emlődaganatos anyagának elemzése (15').

13. *Dinnyés Pál dr.* (Győr): Emlőtumoros betegek gondozása (15').

14. *Padányi János dr., Kocsis Sándor dr.* (Szombathely): A vizelet-calcium ürítés vizsgálat jelentősége az emlőrák prognózisa és az onkoterápiás terv szempontjából (15').

1969. május 17., délelőtt 9 óra:

Üléseinek: *Kárpáti György dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

15. *Nagy Andor dr.* (Budapest): Rákepidemiológiai kutatások a nemzetközi érdeklődés középpontjában (25').

16. *Barabás György dr., Pályi Margit dr.* (Veszprém): A mammographia szerepe az emlőrák korai diagnózisában (15').

17. *Németh László dr.* (Szombathely): A praeoperatív besugárzással kapcsolatos tapasztalataink a Markusovszky kórház I. sz. Sebészeti Osztályán (15').

18. *Tichy-Rács Mária dr., Kocsis Sándor dr.* (Szombathely): A vizelet-calcium ürítés vizsgálatlaltal kapcsolatos klinikai megfigyelések, az emlőrák hormonterápiájának javallata szempontjából (15').

19. *Baráth Károly dr.* (Székesfehérvár): Gyermekekori onkodiagnosztikai problémák (15').

20. *Szabó Éva dr.* (Székesfehérvár): Különböző basaliomák szöveti szerkezetének és növekedési hajlamának kapcsolatáról, kórszövetetani anyagunk tükrében (15').

21. *Galász Lajos dr.* (Veszprém): A többszörös daganatelfordulásról (15').

22. A Tudományos Ülés értékelése és zárszava. *Kárpáti György dr.* Egészségügyi Minisztérium onkológiai főelőadó.

TÁJÉKOZTATÓ

Az előadások megjelölt időtartamát kérjük pontosan betartani. Vetítési lehetőség: 50 X 50 mm-es diapozitív.

Elszállásolás a Velence Szállóban.

2 ágyas szoba, fürdőszobával: 180 Ft.

2 ágyas szoba: 110 Ft.

1 ágyas szoba: 65 Ft.

Május 16-án este társasvacsera a Velence Szálló éttermében.

Május 16—17-én este a Vörösmarty Színházban nemzetközi Jazz Fesztivál.

Állandó kiállítások.



A Magyar Orthopaed Társaság és a Magyar Idegsebész Társaság 1969. május 23-án, 16 órákor tudományos ülést rendez az I. sz. Sebészeti Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78.).

Előadások:

1. Mr. W. J. W. Sharrard (Sheffield): A myelomeningocele és következményeinek ideg- és orthopaedsebségi ellátása.

2. Mr. J. C. R. Hill (Leicester): Csípőízületi total arthroplastica.



A BOTE Orthopaediai Klinikája 1969. május 24-én, 10 órákor tudományos ülést rendez az Orthopaediai Klinikán (XI., Karolina út 27.).

Előadások:

1. Vizkelety Tibor dr.—Mr. H. W. Wouters: Asepticus csontnecrosis kísérletes vizsgálata.

2. Mr. H. W. Wouters: Orthopaediai műtétek jelentősége a reumas betegek kezelésében.

3. Szepesi Kálmán dr.—Mr. H. W. Wouters: a) Parostealis sarcoma 15 éves túléléssel, b) Osteoclastoma és nem ossificáló fibroma együttes előfordulása. (Bemutatók.)



Magyar Sebész Társaság Kísérletes Sebészeti Szakosztálya

II. tudományos ülésorozata

Pécs, 1969. május 23—24.

TUDOMÁNYOS PROGRAM

1969. május 23., péntek délelőtt 8.15 órákor: Megnyitó, üdvözlések.

Elnök: Kudász József.

1. Petri Gábor, Porszász János, Szenohradzky János (Szeged): Újabb megfigyelések a paralyticus ileus gyógyszeres befolyásolásáról (15').

2. Bornemisza György, Furka István (Debrecen): Peristalticus mozgások tanulmányozása fordított vékonybélszakaszon (8').

3. Póka László, Kerner János, Lukács László (Pécs): Kutyák bélnyálkahártyájának ultra-struktu-

rális elváltozásai gyomorműtét után (8').

4. Gergely Mihály (Szeged): Bélresectio és részleges bélkiiktatás hatása a túlélésre haemorrhagiás shockban (8').

5. Horpácsy Géza, Gergely Mihály, Barankay Tamás, Petri Gábor (Szeged): Bélresectio és részleges bélkiiktatás hatása a plasma lysosomal enzimszintváltozásaira haemorrhagiás shockban (8').

6. Ihász Mihály, Karika Gyula, Schumann Z. (Budapest): Vékonybél-nyálkahártya elváltozások mechanikus ileusban (8').

7. Herczeg Béla (Budapest): Serum-fehérje hasúri resorbtiójának vizsgálata kísérletes bélelzáródásban (8').

8. Lukács László, Póka László, Kerner János, Németh László (Pécs): A bél szöveti hízósejtjeinek viselkedése postoperatív gastrointestinalis paralysisben (8').

9. Ihász Mihály, Fűsy József, Jakab T., Réfi M. (Budapest): Mesenterialis kiserek elzáródásának hatása a vékonybél működésére (8').

Vita
Szünet

(A szünetben ORMI kiállítás megnyitása, külön program szerint.)

11.00 órákor:

Elnök: Petri Gábor.

10. Littmann Imre (Budapest): A coronariák kísérletes sebészete (15').

11. Török Béla (Pécs): Kísérletes szívvascularizációs műtétek hatásának értékelése.

12. Temes Gyula (Pécs): Postmortalis angiographiák Beck I. és Vineberg műtétek után.

13. Róth Erzsébet (Pécs): Revascularizált szívek fluoreszcensz-mikroszkópos képe.

14. Temes Gyula (Pécs): Az a. mammaria-implantatum sorsa.

15. Szmolenszky Tamás (Pécs): Szöveti áramlásmérések revascularizációs műteteinknél.

16. Nagy Dezső (Sikonda): ¹³³Xe-kimosás revascularizációs műteteinknél.

17. Tóth Imre (Pécs): Fibrillatios készség Beck I. és Vineberg műtétek után — 11—17. előadások összesen (45').

18. Bajtai Attila (Budapest): A szívizom kísérletes anoxiás károsodásának morfológiája. (8').

Vita

Felkért hozzászólók: prof. Gábor György (Budapest), prof. Szekeres László (Szeged).

Elnök: Karlinger Tihamér.

19. Kiss Tibor, Szmolenszky Tamás, Lelkes József (Pécs): Izomoxigénszint-változások végtagarteria-ligatura után (8').

20. Nemes Attila, Besznyák István (Budapest): A hyperbaricus oxygenisatio szerepe chronicus experimentalis peripheriás keringési zavarok kezelésében (8').

21. Sebestyén Miklós, Besznyák István (Budapest): A hyperbaricus oxygenisatio értéke kísérletes végtagfekélyek kezelésében. (8').

22. Kiss Tibor, Nagy Dezső, Tekeres Miklós (Pécs, Sikonda): ¹³³Xe-mal történő vizsgálatok sympathectomiák után (8').

23. Löblovics Iván, Korényi-Both András, Korényi Réka (Budapest): Összefüggések nyulak harántcsíktolt izomstruktúrája és elektromos ingerelhetősége között (8').

Vita

Befejezés kb. 13.15-kor.

E b e d s z ü n e t

1969. május 23., péntek délután

15.00 órákor:

Elnök: Bornemisza György.

24. Oa. Gottschalk (Erfurt): Állatkísérletek a kryochirurgia alkalmazására mellkasi sebészetben (10').

25. Prof. R. Gottlob, G. Blümel (Wien): Vizsgálatok kisebb erek anastomosisának technikájára — a ragasztószerek toxicitása (10').

26. Pongrácz Endre, Ladányi Józsa (Debrecen): Félvastagbőr átültetés ragasztással (8').

27. Prof. Kyselka (Erfurt): Konzervált homolog izületi porc vitalitásának vizsgálata transplantatio céljából (10').

28. Oa. Schirmeyer (Erfurt): PO₂ polarimetriás mérése élő csontszövetben (10').

29. Oa. J. Hellinger, G. Schramm (Erfurt): Növekedésben levő porc autolog transplantációjának autoradiographiás és histochemiai vizsgálata állatkísérletben (10').

30. Prof. G. H. Schumacher (Rosstock), Bornemisza György (Debrecen): Kutyák állkapocsizületének szekunder elváltozásai porcresectio után (10').

Vita (Discussion)

31. Forgón Mihály, Miltényi L. (Debrecen): Kísérletes adatok a combcsontfej combnyaktörés utáni ischaemiájának keringés-kompenzálásához (8').

32. Salamon Antal, Mayer Ferenc, Temes Gyula (Pécs): Az elülő térdízületi keresztcszalag kísérletes pótlása különböző típusú transplantatumokkal.

33. Szabó György, Magyar Zsuzsa (Budapest): Zsírembólia pathomechanizmusa, zsírfelszívódás a lágyrészekből vérvesztésben és lágyrészsérülés után (8').

Vita
Szünet

17.00 órákor:

Elnök: Póka László.

34. Nagy Sándor, Barankay Tamás, Tárnok Klára (Szeged): A nyirok oxigentensioja haemorrhagiás shockban (8').

35. Barankay Tamás, Horpácsy Géza, Nagy Sándor, Petri Gábor (Szeged): Lysosomal enzimszint

változások a plasmában és nyirokban haemorrhagiás shockban (8').

36. *Nagy Sándor, Barankay Tamás, Horpácsy Géza, Tárnoky Klára, Petri Gábor* (Szeged): Vízoldékony corticosteroid származék hatása a splanchnicus keringésre és enzimszint-változásokra haemorrhagiás shockban (8').

37. *Szabó György, Serényi Pál, Magyar Zsuzsa* (Budapest): Ductus thoracicus beszájadzás áthelyezéseinek hatása kísérletes ascitesben (8').

38. *Serényi Pál, Szabó György* (Budapest): A ductus thoracicus beszájadzás áthelyezéseinek hatása májcirrhosisos asciteses betegen (8').

Vita

39. *Gyöngyössi Andor, Szalóczy Péter* (Budapest): Ovarium-autoimplantációs kísérleteink (8').

40. *Füsy József, Jakab T., Vajda Gyula* (Budapest): Kísérletesen létrehozott obstructios icterus hatása a vérsavó agglutinin titerére (8').

41. *Krasznai Attila, Karika Gyula, Kois István* (Budapest): A lép vér plasmanucleotid phenomen (Laves) értékeinek sebészeti vonatkozásai (8').

42. *Füsy József, Ihász Mihály, Mitsányi Attila* (Budapest): Intravenásan adott vasoactív anyagok hatása a májkeringésre icterusban (8').

Vita

Befejezés kb. 18.30 órákor.

Fogadás.

1969. május 24., szombat délelőtt

8.15 órákor:

Elnök: *Balogh Ferenc*.

43. *Romhányi György* (Pécs): Homiotransplantátumokban észlelhető morphologiai jelenségek és értelmezésük (15').

44. *Németh András, Baradnay Gyula, Kapros K., Mentus M., Simon L., Troján I., Gervain M.* (Szeged): A vese homotransplantátum vizelet-transport rendszerének elváltozásai (8').

45. *Götz Frigyes, Tóth Imre, Szelestey Tamás, Szmolenszky Tamás, Váry László, Temes Gyula, Török Béla, Balogh Ferenc* (Pécs): Splenectomisált és Imurannal kezelt homolog vesetransplantált kutyák túlélése (8').

46. *Kulka Frigyes, Kovács Bertalan* (Szeged): A tüdőtransplantatio lehetőségei. (8').

47. *Bornemisza György, Furka István, Gyurkó György, Nagy Zoltán, Szalóki L.* (Debrecen): Kísérletes heterotopicus májtransplantatio (8').

48. *Löblovics Iván, Bodnár Endre, Lakner Géza, Kertész Tibor, Groh Werner, Kiss János, Bereczky Zoltán* (Budapest): Isotop szívtransplantatioval szerzett kísérleti tapasztalatok (8').

48/a. *Šiška, K., Holec, V., Fedelešová, M., Ziegelhoffer, A., Slezák, J., Styk, J., Trégerová, V., Petrás, J.* (Bratislava): Szívkonzerváció és konzervált szívek heterotopikus transzplantációjával való tapasztalataink (filmbemutatással), (20').

49. *Török Béla, Tóth Imre, Temes Gyula, Szmolenszky Tamás, Róth Erzsébet* (Pécs): Heterotop szívtranszplantátumok Rb⁸⁶-felvételének változása a morphologiai elváltozások tükrében (5').

50. *Löblovics Iván, Korényi Réka, Ballya Zsolt, Vajda János* (Budapest): Az Abbot-Creech-szívtranszplantátum modell ismertetése (6').

51. *Bajtai Attila* (Budapest): A kísérletes szívtranszplantatiók során tett morphologiai megfigyelésekről (6').

52. *Bajtai Attila* (Budapest): Normális és perfundált sertésszívek összehasonlító morphologiai vizsgálata (6').

53. *Vallent Károly, Facht József* (Budapest): Thymectomia és glyco-corticoid kezelés hatása a transzplantációs immunitásra (8').

Vita

Szünet

11.00 órákor:

Elnök: *Rubányi Pál*.

54. *Héjjas Mária, Ludány György, Vajda Gyula* (Budapest): Synthetikus „spreading-factor” és a leukocyták bakterium-phagocytosisa (8').

55. *Réfi M., Héjjas Mária, Koiss I.* (Budapest): Synthetikus human ACTH és a leukocyták bakterium-phagocytosisa (6').

56. *Kisida Elek, Héjjas Mária, Karika Gyula* (Budapest): Serotonin és a fehérvérsejtek bakterium-phagocytosisa (6').

57. *Tompa Gyula, Gyöngyössi Gábor, Géhl Adám* (Debrecen): Venabillentűk kísérletes pótlása (8').

58. *Vághy Imre, Lukács Géza, Laczkó Jenő* (Debrecen): Cytostaticumok hatása a sebgyógyulásra.

59. *Kovács András, Nagy László* (Budapest): Sebészi varróanyagok hatása a szabadon átültetett fülkagylóporc és porchártyára nyúl-kísérletekben (8').

60. *Józsa László, Bálint József, Szederkényi Gyula* (Budapest): Erkonzervek histophysiologiai vizsgálata (8').

61. *Gyurkó György, Szabó M.* (Debrecen): A haemodynamikai tényezők szerepének kísérletes vizsgálata az intima-elváltozások létrejöttében (8').

62. *Török Endre, Földi Imre, Domino Éva* (Pécs): Véreztetés és vasoactív anyagok hatása a testhőmérsékletre kutyakísérletekben (8').

63. *Bodnár Endre, Groh Werner, Bereczky Zoltán* (Budapest): Travelon oxigenizátorral szerzett tapasztalataink (8').

64. *Lakner Géza, Löblovics Iván, Bereczky Zoltán* (Budapest): Állatszívek resuscitációja extracorporalis keringés segítségével (8').

65. *Török Béla* (Pécs), *Babotai, István* (Zürich): Tartós szívmaszsage ún. szívmasseur alkalmazásával (6').

Vita Zárszó

Befejezés kb. 13.00 órákor.

Délután kirándulás Siklós és környékére.



TUDNIVALÓK

A kongresszus helye: Pécs, Új Klinikai Tömb, Ifjúság útja 31. (bejárat a Honvéd utca felől is).

Megjegyzések:

1. A programban megjelölt időtartamot nem lehet túllépni. Az ülészekelnökök az időt szigorúan be fogják tartani, csak így lehetséges a tudományos program sikeres lebonyolítása.

2. Hozzászólások időtartama maximumán 2 perc.

3. Vetítés: normál dia 5×5 cm-es méretben. Kérjük az előadókat, hogy a diákat tartalmazó dobozokat az előadás számával és az előadó nevével megjelölve a megfelelő ülészek előtt fél órával a technikai személyzetnek adják le.

Egyéb tudnivalók:

1. A pécsi Sebészeti Műtéttani Intézet meglátogatása május 22-től kezdve a kongresszus ideje alatt lehetséges, reggel 8-tól este 7-ig. Cím: Attila u. 14., bejárat a Kodály Zoltán utca felől. — Ugyancsak meglátogatható az Új Klinikai Tömb is a kongresszusi iroda szervezésében.

2. A tudományos tanácskozással egyidőben az ORMI szervezésében sebészeti, cardiologiai és laboratóriumi jellegű műszerkiállítás is lesz. Ugyancsak bemutatót tart a REANAL Vegyszergyár. A kiállítás és a bemutatáson résztvevő elektromérnök és vegyész mérnök kollégák mindennemű szakkérdésben szívesen állnak az érdeklődők rendelkezésére.

3. Május 23-án a délutáni ülésekhez csatlakozóan fogadás lesz az Új Klinikai Tömb klubjában és ebédlőjében, jó idő esetén a tetőterazon a külföldi vendégek, összes belföldi előadók, továbbá külön meghívottak részére.

Jelen lesznek Baranya megye és Pécs város közéleti vezetői, a Pécsi Orvostudományi Egyetem rektora és tanári testülete, továbbá az ORMI, illetve a kiállító gyárak képviselői. Részvétel: meghívottak részére térítésmentes.

4. Május 24-én délután kb. 3 órákor történő indulással autóbusszirándulás lesz Siklós és környékére. Ennek során Siklóson meglátogatjuk a vármúzeumot, majd két cso-

portban Máriagyűdre, illetve Villányba megyünk, ahol a siklósi Magyar—Bolgár Testvériség Tsz, illetve a Villányi Új Alkotmány Tsz vendégeként vacsorával egybekötött borkóstolón veszünk részt. Ezután a két csoport Harkányban találkozik a thermálfürdőben. Résztétel: Külföldiek és az összes előadó számára térítésmentes, további térítésmentesség levelezés alapján igényelhető. Autóbuszköltséghez hozzájárulás szükségessé válik.

Étkezés:

A kongresszus helyén nem biztosítható. Jó autóbusz-összeköttetés van a központi fekvésű Nádor Étterem felé (30-as járat) és az Olympia étterem felé (20, 27-es járat). Május 23-án ebéd a helyszínen lesz, azonban csak előzetes jelentkezés és befizetés alapján. Igényeket kérjük a kongresszusi irodának előre bejelenteni.

Elszállásolás:

A Nádor és Pannonia szállók szobáit a szervező bizottság lefoglalta, azonban csak személyes igénylés alapján válik végérvényessé a foglalás. Rendelésnél hivatkozni kell a II. Kísérletes Sebész Kongresszusra. Cím: Nádor Szálloda Pécs, Széchenyi tér 15.

További lehetőség elhelyezésre a III. osztályú Hotel Tourist. Igények bejelentendők a kongresszusi irodának, legkésőbb május 10-ig.



ÉRTESEÍTÉS

A Magyar Pathologusok Társasága

1969. október 18—19-én
(szombat, vasárnap)

Pathologus Találkozót rendez
Győrben,

melynek keretében egynapos tudományos megbeszélést tartunk

„A cytologiai és tübiopsiás anyag
kliniko-patológiai értékelése”
címmel.

Bevezető előadások:

1. *Ferenczy Sándor dr.*: A köpet cytodiagnosztikai lehetőségei.

2. *Döbrössy Lajos dr.*: A cytodiagnosztika lehetőségei és értéke a nőgyógyászati daganatok korai felismerésében.

3. *Balogh Ferenc dr.*: A cytologia jelentősége az urogenitalis szervek megbetegedéseiben.

4. *Szabó Zsolt dr.*: A gastrocytologia és mikroexcísiós gyomorvizsgálatok eredményességéről.

5. *Sassy-Dobray G.*: Tübiopsiás cytologiai vizsgálatok a tüdőgyógyászatban.

6. *Beregi Edit dr.* és *Varga István dr.*: A vesebiopsia hisztológiai és immunfluoreszcens vizsgálatának értékelése.

7. *Vincze Egon dr.* és *Riskó Tibor dr.*: Percután eszközös biopsiás vizsgálatok jelentősége a csontbetegségek felismerésében.

8. *Krasznay Gábor dr.*: A csont tübiopsia jelentősége haematológiai betegségekben.

9. *Lapis Károly dr.*: Emberi májtübiopsiás anyag értékelésének tapasztalatai.

10. *Nagy János dr.*: A petefészek és heretumorok sexchromatin vizsgálata.

A bevezető előadásokhoz kapcsolódó, a cytologiai, ill. tübiopsia tárgykörből 10 perces előadások jelenthetők be. Az előadások, ill. rövid összefoglalók beküldési határideje 1969. június 30. (Cím: *Tanka Dezső dr.* Bp. II. Frankel Leo u. 17—19. ORFI Kórszövettani laboratórium.)

A találkozóhoz társadalmi program csatlakozik.

A részvétellel kapcsolatos igényeket: elszállásolás, étkezés, a szervező bizottság elnökének *Soós József dr.* e. m. tanár, kórházi főorvosnak kell bejelenteni. (Cím: Győr Megyei Kórház, Kórbonctan.)



MEGHÍVÓ

A Magyar Urologusok és Nephrologusok Társasága

1969. június 7-én (szombaton),
délelőtt 9 órakor

Nephrologus Vándorgyűlést

tart a Dunapataj (Bács m) melletti
Szelidi-tónál.

A vándorgyűlés napirenje:

1969. június 7-én, 9 órakor:

Üdvözlések.

Elnöki megnyitó: *Noszky Aurél dr.* kórházi főorvos, az orvostudományok doktora.

Előadások:

1. *Bálint Péter dr.* egyetemi tanár, az orvostudományok doktora (Budapest, Élettani Intézet): A nephrologia aktuális kérdései (20 perc).

2. *Láncos Ferenc dr.* egyetemi tanársegéd (Budapest, I. Gyermek-klinika): A nephrologia jelentősége a gyermekgyógyászatban (15 perc).

3. *Szemesi Imre dr.* egyetemi docens, az orvostudományok kandidátusa (Budapest, II. Női klinika): A nephrologia jelentősége a szülészetben és nőgyógyászatban (15 perc).

4. *Rényi-Vámos Ferenc dr.* egyetemi docens, az orvostudományok doktora (Budapest, Urológiai klinika): A krónikus vesebajok újabb diagnosztikai és terápiás lehetőségei (15 perc).

5. *Hámori Artur dr.* egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa (Pécs, II. Belklinika): A vesebetegek gondozása (15 perc).

6. *Balogh Ferenc dr.* egyetemi tanár, az orvostudományok doktora (Pécs, Urológiai klinika): A mannitkezelés (15 perc).

7. *Pintér József dr.* kórházi főorvos, az orvostudományok kandidátusa (Miskolc, Megyei kórház): A chronicus dialysis (15 perc).

8. *Petri Gábor dr.* egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa (Szeged, I. Sebészeti klinika): A vesetranszplantatio (15 perc).

9. Hozzászólások (3 perc).

10. Elnöki zárás.

Általános tudnivalók: a vándorgyűlés résztvevői a jelentkezésnek megfelelően június 6-án délután érkeznek meg a Szelidi-tóhoz (51. sz. útvonal). Elhelyezés itt szállodában, üdülőkben (II. osztályú szállodai, illetőleg éttermi árak). Június 6-án este közös vacsora. Az elhelyezés miatt a jelentkezést kérjük legkésőbb 1969. május 15-ig *Hollósy Károly dr.* osztályvezető főorvos, *Kalocsa, Városi kórház* címre eljuttatni.



A II. sz. Gyermekklinika (IX., Tűzoltó u. 5—7.) orvosi kara 1969. május 9-én, pénteken du. 3 órakor tudományos ülést tart

„Gyermekkorai steroid rezisztens nephrosis syndroma” témakörben:
1. *Miltényi M. dr.*: A klinikai kép-vizetel fehérje spektrum-terápiás megfontolások.

2. *Beregi E. dr.*: Fénymikroszkópos és immunfluoreszcens leletek a vesebiopsiás anyagban.

3. *Szepesházi K. dr.*: Elektronmikroszkópos leletek a vesebiopsiás anyagban.

4. *Marosvári I. dr.*: Biokémiai eltérések a vesében kísérletes nephrosis syndromában.

5. Hozzászólások.

6. *Prof. Kerpel-Fronius dr.*: Összefoglalás.



A Zalaegerszegi Megyei Kórház és Tüdőgyógyintézet Tudományos Bizottsága 1969. május 8-án, csütörtökön, du. 4 órakor (Zalaegerszeg, Zrínyi u. 1. sz.) tudományos ülést tart.

Tárgy:

1. *Schlemmer Tamás dr.*: Carotis-angiographiás eredményeink (15').

2. *ifj. Tunyogi Cs. Miklós dr.*: A pneumoencephalographia jelentősége a neurológiai diagnosztikában (15').

3. *Baril V. Ferenc dr.*: A gyógyszeres szemészeti mellékhatásai és ellenjavallatai (10').

4. *Völgyi Zoltán dr.*: Suicid digitális-mérgezés.

Megjelent

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY 1969. 2. szám

- Li Bak Nam, Csalay László: A pajzsmirigy hatása az experimentalis eurogen hypertoniára.
- Gazdag István és Szórády István: Pantothensavhiány hatása patkányok sugárérzékenységére.
- Szántó László és L. Reviczky Alice: A butanolban oldható jódfrakció mennyiségének összefüggése a serum-organikus jódszinttel egészséges egyének és rosszindulatú daganatos betegek vérében.
- Szöcs Éva, Harza Tibor, Kóvér György, Mályusz Miklós: Adatok a veseerek angiotensin-érzékenységéről.
- Novák János és Bárdos Edit: Dimethylsulfoxid hatása forrázásos állatkísérletben.
- Karáczy István, Földi Mihály, Horpácsy Géza, Sonkodi Sándor, Otticz Anna, Sági István: Lysosomal is történések experimentalis lymphogen encephalopathiában és azok befolyásolása pantothensav-pyridoxin kezeléssel.
- Szám István, Gulyás Anna és Kisfaludy Sándor: Hyperbariás oxigén hatása az agyszövet ammónia-tartalmára. Az agyszöveti hyperammonia gátlása kálium-magnesium-aspartáttal.
- Harza Tibor: A keringésvizsgálatokban alkalmazott „indikátor diluációs” módszerek elméleti-matematikai alapjai.
- B. Ládonyi Magdolna: Kis kísérleti állat koponyájába cézoltan és tartósan beépíthető canule.
- Bedő Magdolna: Koffein hatása patkányok vércukor-szintjére.
- Csecse Árpád, Karáczy István és Geoffrey B. West: Az endotoxin jelentősége a traumás shock és a shock-resistentia kialakulásában.
- Székelly József Iván, Haraszti Ferenc, Váci Vilmos és Ádám György: Kiváltott potenciálok kondicionálásának statisztikai vizsgálata.
- Fazekas I. Gyula és Fazekas Attila T.: Az emberi lépszövet corticosteroid frakcióinak papirchromatográfiás kimutatása különböző halálak esetén.
- Balász Márta és Kertész Tibor: Adatok a kísérletes extrahepatikus cholestasis pathomorphológiai képeze.
- Bálint Péter, Bartha Jenő és Fekete Ágnes: Az intrarenalis vérmegoszlás normális kutyavesében.
- Bálint Péter, Bartha Jenő és Fekete Ágnes: Az intrarenalis vérmegoszlás haemorrhagiás hypertoniában.
- Bálint Péter, Bartha Jenő és Fekete Ágnes: Az intrarenalis vérmegoszlás dehydratációban.
- Könyvismertetés.
A Magyar Élettani Társaság hírel.

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE 1969. 2. szám

- Liebner Ernő dr.: „50 éve”.
- Korossy Sándor dr., Doroslay Judit dr. és Munkácsi Ágnes dr.: A Bencard-féle allergének használhatósága egyes polyaetiologiájú bőrbetegségek kór-származásának felderítésében.
- Balogh Éva dr., Nagy Endre dr. és Halmy Klára dr.: Gomba setfaj polysaccharida alkalmazása intracutan bőr-próbában.
- Vadász Erzsébet dr. és Debreczeni Margit dr.: Plasma és bőr dehydroepiandrosteron vizsgálatok acnésokban.
- Debreczeni Margit dr. és Sári Bálint dr.: A serum-laktatdehydrogenase aktivitása psoriasisban.
- Debreczeni Margit dr. és Ladányi Éva dr.: Kreatin-foszforinázé meghatározás sclerodermában és dermatomyositisben.
- Domokos Róbert dr. és Horváth Endre dr.: Tetracyclin fluorescentia a bőrtumorok differentialediagnosztikájában.
- Pastinszky István dr. és Liszka László dr.: Adatok az elastonsis perforans

serpiginosa (Lutz-Miescher) kórképehez és kórszövettanához. Tudományos ülések. Hírek.

ORVOS ÉS TECHNIKA 1969. 2. szám

- Varga György, Nagy Éva: Tisztaság, hygiéne és a takarítás II. rész.
- Komáromy Béla dr., Csiki-Mészáros Tibor dr.: Hagyományos és új magzati EKG-elektrodák összehasonlító vizsgálata.
- Csiki-Mészáros Tibor dr.: Horogelektrod magzati elektrokardiográfiához.
- Kun Miklós dr., Bucsin Olivér dr., Lányi Ferenc dr., Majzik Gyula dr.: A KC-28 típusú varrókészülék módosítása.
- Farkas Elek dr., Hollós Iván dr.: Készülék tonometerek gyors fertőtlenítésére.
- Faragó Péter dr., Flachner József dr., Vértés László: Egyszerű lyukkártya rendszer rutinalkalmazása.
- Lajstromozási kötelezettség az NDK-ban.
- Az orvos és a technikus kölcsönös kapcsolata.
- Minőségileg megfelelt.
- Kiállítás a szovjet műszeripar termékeiből.
- Lapszemle.
- Orvosi műszer vonatkozású irodalmi tájékoztató.

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA 1969. 2. szám

- Cséplő József, Szarvas Zoltán, Rigó János: A lepeny terminalis vagy szabad bolyhainak capillarisaiban bekövetkező változások késői terhességi toxico-sisban.
- Kovács László: A magzatvíz, serum- és vizelet-elektrolit változásai intraamniális sófőtöltés után.
- Dzinyár János, Ruzicska Gyula, Dezső György, Csaba Béla: *P coli-endotoxin eloszlása terhes nyulakban és foetusainak szöveteiben.
- Szombathy Zsigmond, Nemeckay Tivadar, Szabó István: Miskolc város és Borsod megye szülészeti osztályainak higiénés helyzete.
- Túróczi Ferenc, Király Ferenc: Terhesség és szülés nephrectomia után.
- Gimes Rezső, Orbán György: Homológ inseminációk gyakorlati jelentősége a meddőség kezelésében.
- Seregély György, Darvas Klára: Tapasztalatok az ún. postcoitalis anticonceptióval.
- Kiszel János, Varga József, Varga Józsefné, Kónya Zoltán: Anyai és magzati vérbarbiturát-szint és sav-bázis egyensúly vizsgálata intratrachealis narcosisban végzett császármetszésekben.
- Cséplő József: Adatok a késői terhességi toxicosis aetiopathogenesiséhez.
- Varjasy Klára: Nagy nőgyógyászati műtétekhez és császármetszéshez alkalmazott kombinált, functionális anaesthesia osztályunkon.
- Faragó János: Alkalmasság az ataralgias szülésvezetés a szülések megkönnyítésére.
- Primász Péter, Dömötöri Jenő, Hegyi József, Hunka Rezső: Genitális fejlődési rendellenesség és terhesség együttes előfordulásáról.
- Gecse Árpád, Jakobovits Antal: Az emberi méhkürt in vitro motilitása.
- Vértés László: A dohányzás káros hatásai a gestációs folyamatokra.
- Füzi Miklós, Csukás Zsuzsanna: Listeria monocytogenes törzsek ampicillin érzékenysége.
- Szabó Sándor, Miklós György, Kiss Marianna, Czeizel Endre: Acardius acphalus esete.
- Elek Emil, Holland Rolland: Cytostaticummal kezelt teratocarcinoma esete.
- Bodnár Loránt, Fazekas Árpád, Kemes Ferenc: A listeriosis jelentősége terheseknél.
- Bánk Endre: A centrifugált sperma separálódása, alak és mozgáskészség szempontjából.

PÁLYÁZATI Hirdetmények

(418/c)

A Nógrád megyei Közegészségügyi-Járványügyi Állomás pályázatot hirdet a Megyei KÖJAL-nál üresedésben levő E. 148. kulcsszámú higiénikus orvos I. állásra.

Az állás azonnal elfoglalható, 2 szobás összkomfortos lakás rendelkezésre áll, és a Főhatóság által körülírt keretben mellékállás vállalása is lehetséges.

A pályázati kérelmeket szabályosan felszerelve, munkában levők szolgálati úton a hirdmény megjelenésétől számított két héten belül küldjék meg a Nógrád megyei Közegészségügyi-Járványügyi Állomás igazgatójának. (Cím: Salgótarján, Bem u. 7-9. szám.)

Krajcsovic Pál dr.
igazgató

(449/a)

Marcali Járási Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Marcali) pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett állami közegészségügyi-járványügyi felügyelő II. állásra. Az állás javadalmazása az E. 147. kulcsszámúknak megfelelően havi 3300 Ft és körpótlék. 2 óras mellékállás. Lakást az év júniusában biztosítunk. Az állás bejárattal is ellátható.

Lukácsy Gyula dr.
járási főorvos

(456)

A celldömölki Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának a vezetője pályázatot hirdet az 1969. augusztus 1-vel nyugdíjazás folytán megüresedett Celldömölki Kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályán 109. kulcsszámú osztályvezetői főorvosi állásra.

Illetmény kulcsszám szerint.

Lakást a tanács — személyes megbeszélés alapján — fog biztosítani.

(457)

A polgári Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet az áthelyezéssel megüresedett tiszacsegi 56. számú körzeti orvosi állásra. Javadalmazás E. 181. kulcsszám szerinti alappér, 100 forint körzeti orvosi pótlék, 400 forint ügyeleti díj, 300 Ft fuvarátalány. Az álláshoz háromszobás összkomfortos lakást biztosítunk, mely azonnal beköltözhető.

Továbbá pályázatot hirdet az üresen levő járási állami közegészségügyi-járványügyi felügyelői állásra. Javadalmazás az E. 147. kulcsszám szerinti alappér 3260 Ft. Az álláshoz lakást biztosítani nem tudunk.

Mersány Géza dr.
járási főorvos

(458)

Pályázatot hirdet a X. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézetének belgyógyászati ügyeletén egy fő E. 126. kulcsszámú belgyógyász szakorvosi állásra. Az állás 1969. május 1-vel válik betölthetővé. A pályázatot a közzétételtől számított 15 napon belül a X. ker. Szakorvosi Rendelőintézet (X. Kőbányai út 45) igazgató-főorvosához kell benyújtani.

Bodnár Ottó dr.
rend. int. igazgató-főorvos

(459)

Ráckevei Járási Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet (Szigetszentmiklós) igazgató-főorvos pályázatot hirdet Ráckeve székhellyel 1969. május 1-re az újonnan létesített szakorvosi rendelőintézetben E. 126. kulcsszámú sebész, röntgen laboratórium szakfőorvosi állásokra.

Az állások Budapestről is elláthatók.

Szabó Raffael dr.
igazgató-főorvos

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

| Dátum | Hely | Időpont | Rendező | T á r g y |
|--------------------------|---|--------------------|---|---|
| 1969. május 5. hétfő | Pécs
Gyermekeklinika, tanterem | délután
5 óra | A Pécsi Orvostudományi Egyetem | 1. Németh-Csóka Mihály: A kötőszöveti savanyú mucopolysaccharidok sulphatanyagcseréje (20'). 2. Kuhn Endre és Gyúdi Sándor: Új módszer a méhnyakrák regionális nyirokterületének telekobalt besugárzásában (30'). 3. Kollár Dezső és Vargha Eleonóra: Gennyes arcüreggyulladás tünetei csecsemő- és gyermekkorban. |
| 1969. május 6. kedd | Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem IX. Gyáli út 2/6. Á-ép. | délután
2 óra | Az Orsz. Közegészségügyi Intézet | Csanády Mihály, Dedk Zsuzsanna: Üzemi kísérletek streptomycin tartalmú szennyvíz biológiai tisztítására. (Előadó: Csanády Mihály) |
| 1969. május 6. kedd | Balatonfüred
Állami Kórház, könyvtár | délután
3 óra | A Balatonfüredi Állami Kórház | 1. Antalóczy Zoltán dr.: Szívizominfarctus vagy szívizom necrosis. 2. Timár Károly: A szívizominfarctus és a koszorús ér elzáródás közötti összefüggés kérdése. 3. Pekó Edű: Az experimentalis szívizom necrosis. |
| 1969. május 6. kedd | Szeged
Szemészeti Klinika, előadótermében | délután
5 óra | Szegedi Orvostudományi Egyetem és a Szegedi Orvos—Éü. Dolg. Szakszervezet | RÖNTGENOLÓGIAI TÉMAKÖR. Bemutató: Fráter Lóránd: Vegyes dextrocardia pitvarinverzióval és „mitrális” insufficientiával (10'). Előadások: 1. Pokorny Lajos, Fráter Lóránd: A veseangiographia methodikája és diagnosztikai lehetőségei (mozgófilm, 20'). 2. Szenes Tibor, Thury Géza: A nyirokrendszer röntgenvizsgálata; a) lymphographia technikája, b) a lymphogramm, c) experimentalis lymphographia (mozgófilm, 30'). 3. Sövényi Ervin: A mellékvese röntgenvizsgálatának módszerei (10'). 4. Kopp Miklós: A reflux oesophagia klinikai jelentősége és röntgendiagnosztikája (15'). 5. Óhrös József, Piukovich István: Méhfenyomással kombinált hysterosalpyngographiás vizsgálat röntgendiagnosztikai előnyei (10'). 6. Kocsis Júlia, László Ferenc, Bíró András, Kovács Kálmán: Angio-renographiás vizsgálatok Hexadimetrine bromiddal előidézett vesekéregnecrosis és nephrocalcinosis esetében patkányon (10'). |
| 1969. május 7. szerda | Semmelweis Orvostörténeti Múzeum Könyvtára (Orsz. Orvostörténeti Könyvtár) II. Török u. 12. | délután
7 óra | A Magyar Orvostörténelmi Társaság és Semmelweis Orvostörténeti Múzeum és Könyvtár | Miskolczy Dezső dr.: Schaffer Károly. |
| 1969. május 8. csütörtök | Orvostovábbképző Intézet XIII. Szabolcs u. 33. | délután
1/2 óra | Az Orvostovábbképző Intézet Tudományos Egyesülete | 1. Wermer Tamás dr. Féli Mihály dr. és Faragó György: Urospray cystographia. (Előadás). 2. Gönzsi Judit dr. és Széplabi Ferenc dr.: Pitvari fibrillatio regularizálásának újabb módszere Inderal-chinidin kombinációval. (Előadás) |
| 1969. május 8. csütörtök | Szakorvosi Rendelőintézet, tanácsterem IX. Mester u. 45. IV. em. | délután
2 óra | A Pavlov Tudományos Kör | Árvai Attila dr.: Szívsebészet mai állása. |
| 1969. május 8. csütörtök | Pétery Sándor utcai Kórház Rendelőintézet, tanácsterem VII. Péterfy S. u. 14. | délután
2 óra | A Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet | 1. Élő János dr.: A nyaki dissectionról. 2. Nákó András dr.: Beszámoló az Egyesült Államokban tett tanulmányútról. |
| 1969. május 8. csütörtök | Egészségügyi Felvilágosítási Központ, előadóterem VI. Népköztársaság útja 82. | délután
6 óra | Az Ideg- és Elmeorvosok Társasága Pszichoterápiás Munkacsoportja | Hidas György dr.: A pszichoterápiás kapcsolat dinamikája és oktatási lehetőségei |
| 1969. május 8. csütörtök | Semmelweis-terem VIII. Szentkirályi u. 21. | délután
6 óra | A Magyar Sebész Társaság | Kubányi Endre dr.: Arcfájdalmak sebészi kezelésének mai állása. (Balassa János emlékelőadás) |
| 1969. május 9. péntek | Szájsebészeti Klinika VIII. Mária u. 52. | délelőtt
8. óra | A Magyar Fogorvosok Egyesülete | 1. Kisházi Katalin dr.: Elmerült első nagyörlő. 2. Szabó Csaba dr.: A mandibula felső fogakból kiinduló periostitis. 3. Bencse Jolán dr.: Mongoloid idioták fogazati állapota. |
| 1969. május 9. péntek | MÁV Kórház- és Közp. Rendelőintézet, könyvtárterem VI. Rudas L. u. 111. | délután
1 óra | A MÁV Kórház- és Közp. Rendelőintézet | Nagy László dr. és Tasnádi Gyöngyi dr.: Ritka diagnosizok osztályunk anyagában (25'). Kelemen Csaba dr.: Tisztázatlan eredetű csontvázbetegség és terheesség (15'). Timcsák Istvánné: A beszédhibások pszichés sajátosságai. a) A hibásbeszédfelekről általában. Rehabilitációjuk. b) A beszédhibások intelligenciája. c) A beszédhibások személyisége (15'). |
| 1969. május 9. péntek | Orsz. Ideg- és Elme-gyógyintézet, tanácsterem II. Vöröshadsereg útja 116. | délután
2 óra | Az Intézet Tudományos Bizottsága | Koronkai Bertalan dr.: Adatok a rövid psychotherápiák kérdéséhez. Horváth Kornélia dr.: Psychotikus hatáserek klinikumának néhány jellegzetessége. Horváth Szabolcs dr.: A csoport-dinamika gyógyszeres befolyásolása, csoport psychotherápia kapcsán. Juhász Erzsébet: Rohrschach-teszt jegyzőkönyvek grafikus ábrázolása. |
| 1969. május 9. péntek | Heim Pál Gyermeki kórház, orvosi könyvtár VIII. Üllői út 86. | délután
1/3 óra | A Kórház orvosi kara | Kolos Tamás: Psychologiai problémák gyermekkorban. |

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

| Dátum | Hely | Időpont | Rendező | Tárgy |
|-------------------------|--|-----------------|---|--|
| 1969. május 9. péntek | Schöpf-Merei Kórház, kultúrterem IX. Knézits u. 14. | délután 1/2 óra | A Kórház Tudományos Köre | 1. Körmendy István dr.: Koraszülöttek transfúziójának speciális szempontjai. 2. Szabados Teréz dr.: Újszülöttek isoscerológiai vizsgálatának problémái. 3. György Aranka dr.: Ichthyosis congenita gravis esete. |
| 1969. május 9. péntek | II. Belgyógyászati Klinika, tanterem VIII. Szentkirályi u. 46. | délután 5 óra | A Budapesti Orvostudományi Egyetem | AORTAIV SYNDROMA. Előadások: 1. Gábor György dr.: Aortaiv syndroma. Bevezető. 2. Urai László dr.: Az aortaiv és subclavian steal syndroma klinikuma. 3. Follmann Piroška dr.: Ophthalmodynamometria és ophthalmodynamographia jelentősége az aortaiv és subclavian steal syndromában. 4. Littmann Imre dr.: Aortaiv syndroma sebészi kezelése. Vita. — (Az elmaradt ápr. 25-i ülés programja.) |
| 1969. május 10. szombat | Weil-terem V. Münnich F. u. 32. | délelőtt 10 óra | A Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság | Gábor György dr.: Acut szívinfarktuskor szerű thérápiája. |
| 1969. május 10. szombat | Orsz. Sportegészségügyi Intézet (Sportkórház), kultúrterem XII. Alkotás u. 48. | délelőtt 10 óra | Az Intézet orvosi kara | Péter Márton dr.: Sérült térdizületi szalagok műanyaggal való pótlása. |
| 1969. május 10. szombat | Orsz. Traumatológiai Intézet, tanterem VIII. Mező Imre út 17. | délelőtt 10 óra | Az OTKI Traumatológiai Tanszéke | Bálint B. József dr., Jantsek Gyula dr., Henye Nándor dr. és Satori Ödön dr.: Bőnye homograftok a sebészetben. (A „Szövetpótlás-szövetátültetés-szövetkonzervek és klinikum” c. előadássorozat 4. előadása). |
| 1969. május 12. hétfő | Pécs Gyermekklinika, tanterem | délután 5 óra | A Pécsi Orvostudományi Egyetem | 1. Nagy Ibolya, Gáti István, Krommer Károly és Keller Gábor: A véralvadás vizsgálata nőgyógyászati malignus tumorok sugárkezelése kapcsán (25'). 2. Kétyi Iván: A gazda-sejt specificus modificatio és restrictio (30'). 3. Thán Gábor, Béndek György, Cseh Imre és Illés György: Normal későterhes serumok vizsgálata poliacrilamid géllal (20'). |

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban

A kiadásért felel Tóth László igazgató

Telefon: 116-660

MNB egyszámúszám: 69.915.272-46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodájánál (Budapest, V. ker., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Csekkszámúszám: egyéni 61273, közületi 61066 (vagy átutalás az MNB 8 folyószámlájára)

Szerkesztőség: Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121-804, ha nem felel: 122-765

Előfizetési díj egy évre 216,- Ft, negyedévre 54,- Ft, egyes szám ára 4,50 Ft

69.1062 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY 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.

Felélős szerkesztő: TRENCSENI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. * FORRAI JENŐ DR. * HÍDVÉGI JENŐ

110. ÉVFOLYAM, 19. SZÁM, 1969. MÁJUS 11.

A corrigált nagyértranspositio tünetei és ezek diagnosztikus jelentősége

Záborszky Béla dr.

A corrigált nagyértranspositio (más néven „a nagyerek congenitalisan corrigált transpositioja”, vagy „functionalisan corrigált nagyértranspositio”) kórképét Rokitanski 1875-ben írta le (26), így a pathologusok közel 100 éve ismerik. A kardiológusok csak a legutóbbi években ismerték fel klinikai jelentőségét és figyeltek fel gyakoriságára (3, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 28, 29, 32, 33, 34). A Mayo Klinikán észlelt nagyszámú esetről Schiebler és mtsai (30), a Minneapolisi Egyetemen szerzett tapasztalatokról Anderson és mtsai (1) számoltak be.

Beuren és mtsai (4) 2300 congenitalis vitium esetéből 10-ben észlelték, Boito (5) anyagában a congenitalis cardiopathiák 0,05%-ában fordult elő a kórkép. Nadas (24) szerint sokkal gyakoribb, 100 szívkateterezésre kerülő esetből általában 3-ban mutatható ki. Magyarországon eddig mindössze egy közlésről tudunk, Romoda és Kálmán (27) ismertett egy ún. „isolált”, tehát egyéb szívfejlődési rend-

ellenességgel nem szövődött corrigált nagyértranspositio esetet.

Mint ahogy a vázlatos ábrán látható (1. ábra) a kórkép lényege

1. a kamrák invertáltak, így az anatómiai *bal kamra a jobb kamra helyén van*, ebből ered az arteria pulmonalis, itt foglal helyet a mitralis billentyű is, trabecularisatiója szegényes, fala feltűnően sima. Ezzel szemben az anatómiai *jobb kamra bal oldalon van*, innen ered az aorta, tricuspidalis billentyűvel rendelkezik, trabecularisatiója jelentős, crista supraventricularisa van. Az arteria coronariák is invertáltak, a jobb coronaria általában a jobb, a bal a hátsó sinusból ered, a coronaria nélküli sinus elől helyezkedik el.

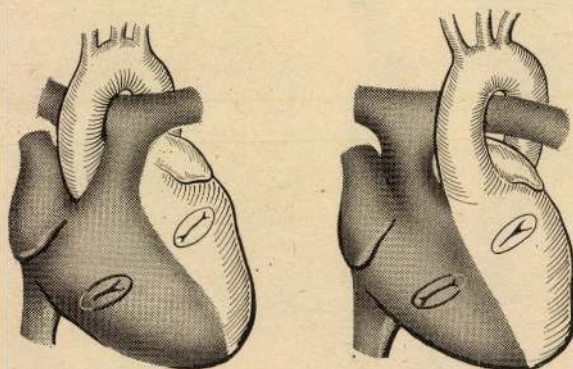
2. Az arteria pulmonalis és az aorta anterior-posterior viszonyának felcserélődése, aminek következtében az aorta elől, az arteria pulmonalis hátul foglal helyet.

3. A nagyerek invertáltak, az arteria pulmonalis jobb oldalon, az aorta bal oldalon helyezkedik el.

Félreértések elkerülése céljából közleményünkben a továbbiakban jobb és bal helyett vénás, ill. arteriális kamra elnevezést használjuk.

Az eddigiekből az következne, hogy haemodynamikai szempontból jelentőséggel nem bíró rendelkezéssel van szó. A valóságban nem ilyen kedvező a helyzet. Az esetek több mint 90%-ában ugyanis egyéb szívfejlődési rendelkezéssel együtt fordul elő. Az izolált corrigált nagyértranspositio ritka (4, 5, 8, 11, 13, 17, 19, 24, 27, 28, 29, 30), azonban lehet, hogy mivel tünetet nem mindig okoz, az esetek jórésze rejtve marad.

Az arteriális kamra — tricuspidalis — billentyűje gyakran insufficiens, mivel az ínhúrjai megrövidültek (4). Máskor e billentyűn az Ebstein-kórban látható kép észlelhető (3, 30): a septalis és dorsalis vitorla a kamrából ered, ezáltal a proximalis kamra rész „atrializálódik”. A normális helyen levő anulus fibrosus supraavicularis fibrosus gyűrűt ké-



1. ábra. Vázlatos ábránkon látható, hogy a normális viszonyokkal (bal oldali ábra) ellentétben, corrigált nagyértranspositióban (jobb oldali ábra) az arteria pulmonalis hátul és jobb oldalon, az aorta bal oldalon és elől helyezkedik el. A jobb oldali — vénás — kamra bicuspidalis billentyűvel, míg a bal oldali — arteriális — kamra tricuspidalis billentyűvel rendelkezik.

pezhet, ami stenosis hatást eredményez (*Beuren és mtsai*, 4). Leggyakoribb társvitium a Fallot-tetralógia (1, 20) a nagy kamrai septum defectus (1, 20, 22, 30). Előfordul közös kamrával (16, 20), izolált pulmonalis stenossissal (1, 20, 30), nyitott Botallo-vezetékkel (1, 16, 20, 30), pitvari sövény defectussal (1, 8, 16), coarctatio aortaeval (20), egy esetben az arteriás kamra rhabdomyomatosisa kapcsán is észlelték (*Buchs*, 7).

ingerületvezetési zavarok jelentik. *Nadas* (24) szerint nem rheumás gyermekekben jelentkező pitvarfibrillatio vagy pitvarlebegés mindig corrigált nagyértranspositióra gyanús. *Michaelsson és Swiderski* (23) 78 congenitalis vitiumban szenvedő teljes atrio-ventricularis blockos gyermek között 34 corrigált transpositiót talált, további 13-ban ennek gyanúja állt fenn.

1. táblázat. Osztályunkon észlelt corrigált nagyértranspositió esetek fontosabb adatai.

| Eset szám, név | Első észlelés idejében a beteg kora | Diagnózis alapja | Társ vitium | Mellkas röntgen kép | Utolsó észlelés (halál) | Cyanosis | Dobverő ujj | Nagy szív | „Pulm.” 2. ékelt egyes |
|----------------|-------------------------------------|--|---|---------------------|-------------------------|----------|-------------|-----------|------------------------|
| 1. T. I. | 1 év | Opus (exploratio) | Kamrai sept. def. Eisenmenger syndr. „mitr” insuff. Kamrai sept. def. Pulm. sten. | typusos | 5 éves | + | - | + | + |
| 2. T. Zs. | 3 hét | Sectio | Kamrai sept. def. Pulm. sten. „mitr” insuff. | typusos | 4 hó exit 2 éves | - | - | + | + |
| 3. K. Cs. | 2 hó | Kathéterezés Angiocardiographia | Kamrai sept. def. Pulm. sten. „mitr” insuff. | atypusos | 12 év | + | + | + | + |
| 4. K. K. | 9 év | Kathéterezés Angiocardiographia | Kamrai sept. def. Pulm. sten. Pitvari sept. def. | typusos | 16 év | + | - | + | + |
| 5. D. M. | 14 év | Kathéterezés Angiocardiographia opus (reconstructio) | Kamrai sept. def. Pulm. sten. | atypusos | 12 év exit | + | - | + | + |
| 6. M. T. | 10 év | Sectio | Kamrai sept. def. Eisenmenger syndr. „mitr” insuff. | atypusos | 10 év | + | + | + | + |
| 7. K. E. | 10 év | Kathéterezés Angiocardiographia | | | | | | | |

Dextrocardia nehezítheti a pontos diagnózis felállítását (4, 9, 13, 15, 18, 30). A betegek többsége a morbus coeruleus csoportba tartozik (*Keck és mtsai*, 19), mivel a leggyakoribb társvitium a Fallot-tetralógia.

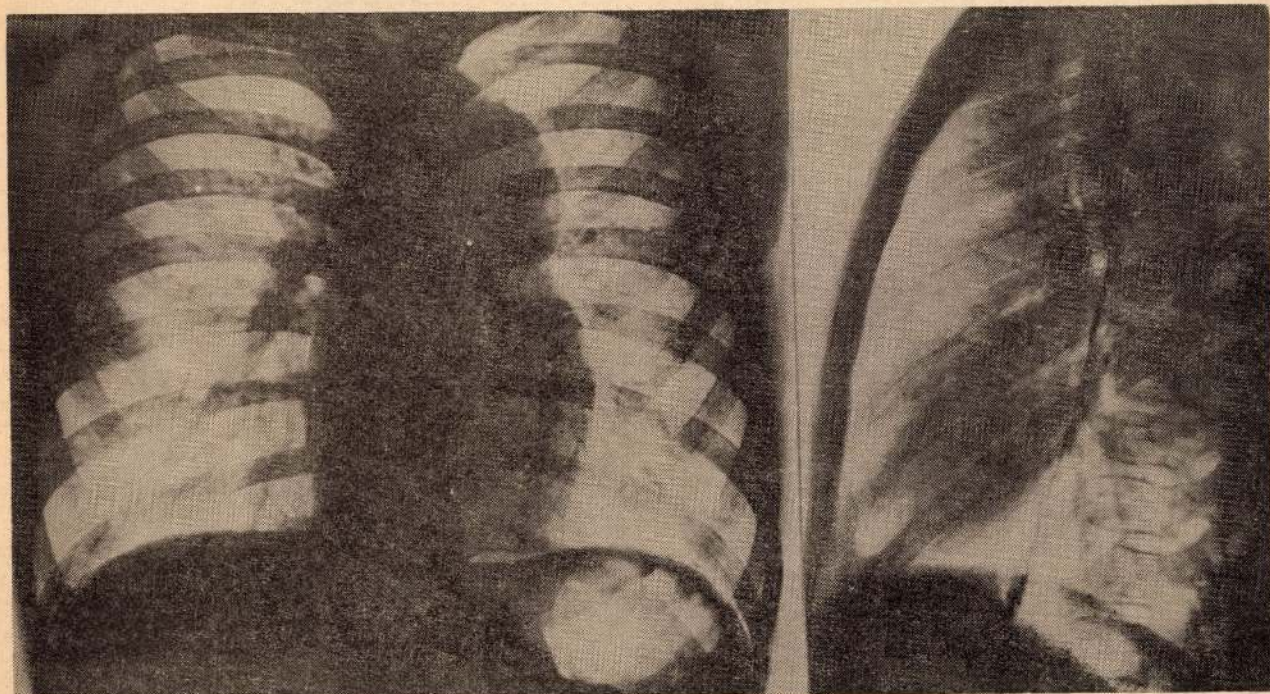
Míg a transpositio vera eseteiben éppen az egyes társvitiumok, így a kamrai septum defectus, pitvari septum defectus, nyitott Botallo-vezeték tezik lehetővé az életet, addig corrigált nagyértranspositióban ezek az életkilátásokat rontják.

Egy másik általános szövődményt, mely az izolált esetekben is gyakori, a súlyos ingerképzési és

Saját anyagunk

Az elmúlt 7 év alatt osztályunkon 7 esetben állítottuk fel a corrigált nagyértranspositio diagnózisát. Jobb áttekinthetőség céljából a fontosabb adatokat táblázatokban tüntettük fel.

Első észlelésünk ideje igen különböző volt, három hetestől 14 éves korig. Az a két gyermek, ki legkorábban került osztályunkra (2. és 3. sz. eset), súlyos rhytmuszavarban szenvedett, supraventricularis paroxysmalis tachycardiában, ill. teljes atrio-ventricularis blockban.



2. ábra. Egyik gyermekünk (5. sz. eset) frontális és sagittális irányú mellkas röntgenfelvétele.

A diagnosist 4 esetben haemodynamikai vizsgálat, szívkatéterezés és célzott angiocardigraphia tisztázta (3., 4., 5., 7. sz. eset). Két gyermekben (1., 6. sz. eset) a műtét során, egy csecsemőben (2. sz. eset) a sectio kapcsán derült ki a helyes diagnosis.

Mint az 1. táblázaton látható, mind a 7 gyermekben társvitium komplikálta a kórképet. Leggyakoribb (5 eset) a kamrai sövény defectussal szövődött pulmonalis stenosis, azaz Fallot-tetralógia volt. Közülük egynél ehhez még pitvari sövénydefectus is társult. Két gyermekben kamrai septum defectus Eisenmenger-syndromával volt észlelhető. „Mitralis” insufficientia klinikai tüneteit 3 gyermekben találtuk. Bal oldali Ebstein-kórt nem észleltünk. Hat beteg cyanotikus volt, súlyos cyanosist azonban csak 2-ben láttunk, ezekben dobverő ujj alakult ki. Cardiomegalia valamennyiben fennállt.

Az arteria pulmonalis hallgatódzási helyén, bal oldalon a II–III. bordaközben parasternalisan ékelt egyes 2. hang valamennyi betegben feltűnő volt.

A 2. ábra egyik typosus esetünk (5. sz.) mellkas rtg-felvételét mutatja. E relatíve legjellemzőbbnek leírt (20), a későbbiekben részletezendő kép 3 betegünkön látható. Ugyanennek a gyermeknek angiocardigraphiás felvételei a 3. és 4. ábrán láthatók.

A fontosabb EKG jeleket külön, a 2. táblázaton tüntettük fel.

Mint a táblázaton látható, az EKG-n a II. végtagi elvezetésben magas P hullám valamennyi gyermekben regisztrálható volt. Három esetben különböző fokú atrio-ventricularis block jelentkezett (3., 4., 5. sz. eset). Egy betegben paroxysmalis tachycardia sinus rhythmussal változott, egyben (7. sz. eset) W.P.W. syndroma állt fenn.

A Q hullám a jobb praecordiumban 4 betegben, a III. végtagi elvezetésben 6-ban volt regisztrálható, a bal praecordiumban viszont egyben sem láttuk.

Egy gyermekben jobb kamra, 2-ben bal kamra, 3-ban biventricularis hypertrophia képét láttuk. Kamrai hypertrophia EKG képe tehát csaknem valamennyi gyermekben látható volt, azonban jellemzőnek egyik szívfél hypertrophiáját sem találtuk.

A V_1 -ben valamennyi corrigált nagyértranspositióban szenvedő gyermekben pozitív, általában magas pozitív volt a T hullám. A V_{5-6} -ban 6 gyermekben lapos, 1-ben negatív volt a T hullám.



3. ábra. Az 5. sz. eset frontális irányú angiocardigraphiás felvételei

Megbeszélés

Irodalmi adatok szerint a corrigált nagyértranspositiókban szenvedő gyermekek csecsemőkorban többnyire tünetmentesek (5, 24). Saját anyagunkban 7 közül 3-ban már csecsemőkorban súlyos tünetek jelentkeztek, rhythmuszavar, cyanosis, fáradékony-ság. A tünetek általában a társvitiumtól függenek.

Corrigált nagyértranspositio irányába terelheti figyelmünket

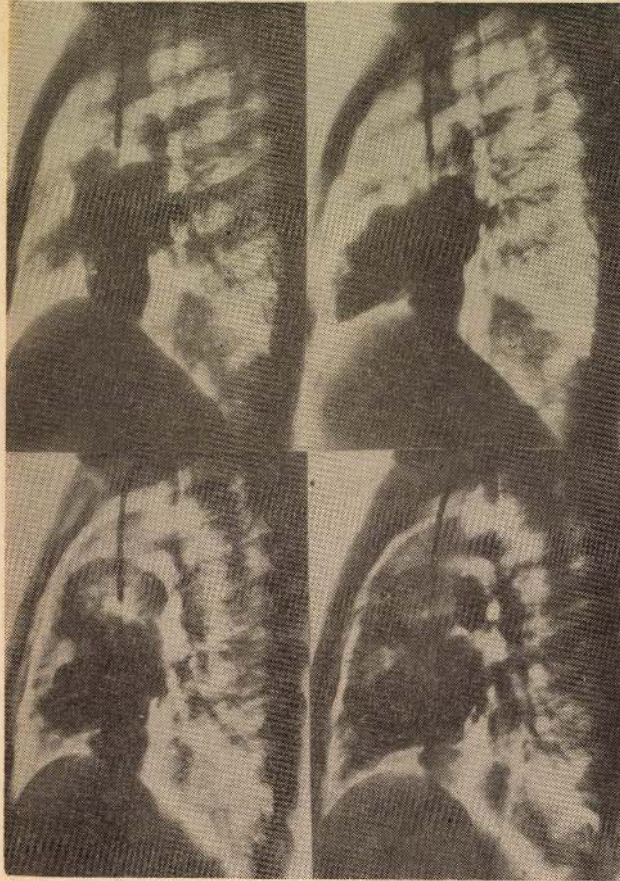
1. a „mitralis” (azaz tulajdonképpen tricuspidalis) billentyű elégtelenségének tünetei rheumás anamnézis nélkül (4, 13, 15, 22). Ezek olykor csak későbbi életkorban jelentkeznek (11), így tünete-szerűen lezajlott rheumás láz gyanúját kelthetik (25). E billentyűhiba klinikai tüneteit kb. az esetek felében írják le. Saját anyagunkban is elég gyakran fordult elő, 7-ből 3 gyermeknél észleltük. Sectiós tapasztalatok szerint ennél gyakoribb, de nem mindig jár a jellegzetes hallgatódzási lelettel (Beuren és mtsai 4, Nadas 24).

2. táblázat. Corrigált nagyértranspositiós eseteink EKG tünetei.

| Név, esetszám | P hullám
II-ben | A-V block
foka | É hullám | | | Hypertrophiás jel | | T hullám | |
|---------------|--------------------|-------------------|------------|----------------|---------|-------------------|----------|------------|-----------------|
| | | | V_1 -ben | V_{5-6} -ban | III-ban | J. kamra | B. kamra | V_1 -ben | V_{5-6} -ban |
| 1. T. I. | magas pozitív | — | van | nincs | van | + | + | pozitív | lapos pozitív |
| 2. T. Za. | magas pozitív | — | nincs | nincs | van | + | + | negatív | lapos negatív |
| 3. K. Cs. | magas pozitív | 3 fok | van | nincs | van | — | + | pozitív | lapos pozitív |
| 4. K. K. | magas pozitív | 1 fok | nincs | nincs | van | + | — | pozitív | lapos pozitív |
| 5. D. M. | magas pozitív | 3 fok átmeneti | van | nincs | van | — | + | pozitív | lapos pozitív |
| 6. M. T. | magas pozitív | — | van | nincs | van | + | + | pozitív | lapos pozitív |
| 7. K. E. | magas pozitív | —
WPW syndr. | nincs | nincs | nincs | — | — | pozitív | pozitív pozitív |

2. Bal oldalon parasternalisan a II—III. bordaközben gyakori a protosystolés csattanás (Rotem és Hultgren 28). Szinte mindig feltűnően ékelt, egyes a 2. hang e hallgatódzási helyen, ami az aorta-billentyű záródási hangja (Anderson és mtsai 1, Fink és mtsai 16, Schiebler és mtsai 30). Mindkét hangjelenség azzal függ össze, hogy a transpositio miatt az aorta a mellkasfalhoz közel fekszik, az arteria pulmonalis viszont távolabb kerül a mellkasfaltól (Loogen és Karytsiotis 21). Protosystolés csattanást

az említett hallgatódzási ponton 1 gyermekben észleltünk, ugyanitt a 2. hang egyes, ékelt volta valamennyi esetünkben feltűnő volt. Nem meglepő, hogy ilyen hallgatódzási lelet mellett a Fallot-tetralógiával, ill. pulmonalis stenosisal szövődött corrigált nagyértranspositio esetek egyrésze is Eisenmenger-syndroma diagnossissal került kórházba, mint ez anyagunkban 3 gyermeknél is így történt. Megjegyezzük, hogy a feltűnően ékelt, egyes 2. hangot társvitiummal nem szövődött esetekben is leírnak (Cumming 11).



4. ábra. Az 5. sz. eset sagittalis irányból készült angiocardio-graphiás felvételei.

A jobb pitvarba fecskendezett kontrasztanyag egyidejűleg két irányban halad tovább, kisebbik része a bal pitvarba jut, nagyobbik része a jobboldalt és hátul elhelyezkedő szívüregbe (jobb oldali „bal kamra”), melyből hátul és középen elhelyezkedő arteria pulmonalis ered. E kamra kiáramlási pályáján infundibularis és valvularis stenosis egyidejű fennállásának jelei láthatók. (Cseresznye nagyságú 3. kamra, systolében kupola alakban elhelyezkedő pulmonalis billentyűk, valamint post-stenotikus tágulat a pulmonalis törzsön.) Alig valamivel az előbb említett kamra telődése után a bal pitvaron keresztül egy másik kamra is feltelődik. Ez baloldalt és elől helyezkedik el (bal oldali „jobb kamra”), ebből ered a tágult aorta, amely a középárnyék bal felső kontúráját képezi és az arteria pulmonalistól balra fut. Az aorta ascendens szintén elől helyezkedik el. Az arteria pulmonalis főágai a normálnál kissé vastosabbak. A peripheriás tüdőtelődés kissé szegényesebb. A laevogram stádiumában tágabb pulmonalis vénák vezetnek a normális helyen fekvő bal pitvarba, ahonnan a kontrasztvér újból a bal oldalon elhelyezkedő „jobb kamrába” és ezen keresztül a bal oldalon felhágó aortába jut.

Röntgenkép

A röntgenlelet is elsősorban a társvitium függvénye. A számos variatio közül (1, 9) Lester és mtsai (20) szerint legjellemzőbbnek az tekinthető, hogy az aorta-gomb hiányzik, a szívárnyék bal felső kontúrája a szokásos helynél alacsonyabban jelentősen elődomborodik, amit ilyenkor nem az arteria pulmonalis, hanem az aorta okoz (19). Az sem ritka, hogy a középárnyék felső része feltűnően keskeny, mint ahogy az a transpositio vera esetekben rendszerint látható (Carey és Ruttenberg 9, Ellis és mtsai 13). Anyagunk az előbbi kép 3 gyermekben, az utóbbi 2-ben fordult elő, 2 gyermekben nem volt jellegzetes a röntgen configuratio. Mint az valamennyi esetünkben tapasztalható volt, a szív rendszerint nagy, golyó alakú, pulmonalis iv nem különíthető el. Ez utóbbi jelenség a kamrai septum defectussal, a nagy bal-jobb irányú shunttal járó corrigált nagyértranspositio esetekben különösen szembeötlő, mivel e tünet a tüdő jelentős activ vérbőségével járó esetekben ritkán hiányzik. A bal oldali — arteriális — atrio-ventricularis billentyű insufficienciájának következtében gyakran magas a bal pitvari nyomás, a bal pitvar dilatált, a retrocardium beszűkült. E jelenséget 4 esetben észleltük.

EKG jelek

A corrigált nagyértranspositio diagnosissának felállításában jelentős szerepet játszik az EKG, bár ezt is döntően befolyásolják a társvitiumok. Az esetek tekintélyes részében (Schiebler és mtsai 30 szerint az esetek 75%-ában) 1—3 fokú atrio-ventricularis block látható (1, 4, 8, 16, 19). E rhytmuszavar congenitalis lehet, de később, akár felnőttkorban is kialakulhat (11, 28, 30, 34), a társvitiummal nem járó esetekben is felléphet (11). Nem mindig állandó, vizsgálatról vizsgálatra változhat (19). Paroxysmalis tachycardia, W.P.W. syndroma sem ritka, Schiebler és mtsai (30) szerint különösen a bal oldali Ebstein-kórra járó esetekben. Saját anyagunkban ingerképzési és ingerületvezetési zavart 7-ből 4-ben láttunk. Többnyire feltűnik, hogy a P hullámok kórosan magasak (4, 19, 24, 28, 30).

Valamennyi esetünkben észleltük, hogy különösen a II. végtagi elvezetésben a P hullám magas, csúcsos. A P hullám a dextrocardiával járó esetekben is többnyire mindhárom végtagi elvezetésben pozitív. A Q hullám a bal praecordiumban általában nem regisztrálható, a jobb praecordiumban viszont

gyakori a mély Q hullám. Mellkasi elvezetésekben mindkét kamra hypertrophiája előfordulhat, *Fink és mtsai* (16) szerint a jobb kamra hypertrophia gyakoribb. Anyagunkban mindkét kamra hypertrophiájának jeleit láttuk. A végtagi elvezetések közül általában a III.-ban legmélyebb a Q hullám, ezt mi is megfigyelhettük 6 esetünkben, a bal praecordiumban más szerzőkhöz hasonlóan (1, 16, 30, 34) mi sem regisztráltunk Q hullámot.

A T hullámok a dextrocardiával nem járó esetekben a jobb és bal praecordiumban egyaránt többnyire pozitívak (4, 11, 30). *Anselmi és mtsai* (2), továbbá *Honey* (17) szerint az összes mellkasi elvezetésekben feltűnően mély S csipke jobb kamrai hypertrophia jeleivel gyakori, e tünet azonban egy esetünkben sem volt kimutatható.

Phonocardiogrammon az aorta szokott hallgatódzsi helyén, jobb oldalon parasternalisan a II—III. bordaközben kettős 2. hang regisztrálható, az arteria pulmonalis hallgatódzsi helyén, bal oldalon a II—III. bordaközben nagy amplitúdójú egyes 2. hang a leggyakoribb, saját anyagunkban valamennyi betegünkben kimutathattuk. A csúcson a „mitralis” insufficiencia %jeleként gyakori a holosystolés regurgitációs zörej, három gyermekünkben láttuk. Pulmonalis stenosisal járó esetekben is feltűnhet, hogy a zörej szokatlanul mélyen, vagy a sternum jobb oldalán hallható (17), magunk hasonlóan nem tapasztaltunk.

Szívkathéterezés

Ha korábban nem is merült fel corrigált nagyértranspositio lehetősége, erre gondolnunk kell, ha a szívkathéterezés során a jobb kamra feltűnően medialisán helyezkedik el. Amennyiben sikerül a kathétert az arteria pulmonalisba bevezetni (ami a kórképben aránylag ritkán fordul elő, nekünk mindössze 2 esetben sikerült) ennek jobbra helyzettsége még inkább e kórkép gyanúját kelti. Az arteria pulmonalisban levő kathéterállás mellett, sagittalis irányú röntgenképen az arteria pulmonalis hátrahelyezettsége is jól látszik. A transpositio vera esetekkel szemben a *systemás arteriás oxygen saturatio magasabb, vagy megegyező az arteria pulmonalisból levett vér oxygen saturatiójával* (17, 24). A jobb oldali — mitralis — atrio-ventricularis bilentyű a szokásosnál magasabban fekszik.

Retrograd aorta kathéterezésnél az aorta ascensens és az arteriás kamra balra, előre és az aortabillentyű magasabbra helyzettsége mutatható ki. Az arteriás kamrában intracardialis EKG-vel az egyébként jobb kamrára jellemző kép regisztrálható (*Romoda, Kálmán* 27). Ugyancsak intracardialis EKG-vel és nyomásméréssel sikerülhet a „mitralis” insufficiencia, ill. a bal atrio-ventricularis bilentyű Ebstein-kór-szerű fejlődési rendellenességének kimutatása. Eseteinkben retrograd aorta kathéterezést nem végeztünk. Corrigált nagyértranspositióban gyakori a kamrai septum defectussal járó, pulmonalis stenosis nélküli esetekben a kisvérköri hypertensio. Két gyermekünkben észleltünk kamrai septum defectust Eisenmenger-syndromával.

A kamrák alakjának, structurájának, a nagyerek eredésének tisztázásával különösen a selectiv, venás kamrából készített *angiocardigramm* döntő jelentőségű a corrigált nagyértranspositio diagnosztikájának felállításában (1, 2, 4, 5, 10, 11, 13, 14, 16, 20, 22, 24, 28, 31, 34). A társvitiumok következményeként létrejövő bal-jobb vagy — gyakrabban jobb-bal irányú shuntok felismerése, esetleges stenosisok kimutatásában is jelentős segítséget nyújt e vizsgálat, kedvező esetben a „mitralis” insufficiencia foka is megítélhető (22). E vizsgálat többnyire módot ad a differenciáldiagnosztikai szempontból leginkább szóba jövő két kórképtől, a közös kamrától és a transpositio verától való elkülönítésre (*Watson* 34).

Prognosis

A betegek egy része csecsemőkorban meghal súlyos rhythmuszavar következtében, az egyik saját esetünkben is így történt. Egyébként a prognosis főleg a társvitium függvénye. Az „isolált” corrigált nagyértranspositio esetekben a prognosis jobb, csupán az a kérdés, hogy a jobb — arteriás — kamra izomzata mennyi ideig bírja a systemás terhelést. Leírtak már idős kort megért eseteket is (30). Olyan betegekben, ahol a társvitium műthető, a postoperatív szakban jelentkező szövödmények felléptében a „mitralis” insufficienciának valószínűleg nagy szerepe van (4). Bár több eredményesen operált esetről számoltak be, mégis a *műteti indicatio felállításában eléggé tartózkodónak kell lennünk* (*Anderson, Lillehei és Lester* 1, *Espino-Vela és mtsai* 15, *Fink és mtsai* 16).

Műtét beavatkozást intézetünk sebészeti osztályán 3 gyermekünkben végeztek (1., 4., 6. sz. eset). Egyikükben exploratív thoracotomia történt 1 éves korban, a gyermek ma is él, 5 éves. Másik esetünkben Blalock—Taussig-műtétet végeztek, mit a gyermek jól tolerált, jól van. Egyetlen esetben a megkísérelt teljes reconstructio exitus lethalishez vezetett.

Összefoglalás. Szerző 7 eset kapcsán szerzett tapasztalatai alapján ismerteti a corrigált nagyértranspositio leggyakoribb tüneteit és irodalmi áttekintést ad. E kórkép gyanúja áll fenn, ha congenitalis vitium tünetei észlelhetők, különösen Fallot-tetralógia, kamrai sövény defectus és ehhez rhythmuszavar, elsősorban atrio-ventricularis block társul, az arteria pulmonalis szokásos hallgatódzsi helyén a 2. hang egyes, ékelt és a pulmonalis hypertonia egyéb tünetei hiányoznak. Corrigált nagyértranspositióra utal, ha mitralis insufficiencia klinikai tüneteit észleljük és az anamnézisben nincs rheumata utaló adat. EKG-n legjellemzőbbnek a II. elvezetésben a kiszélesedett magas P hullám, a III. végtagi elvezetésben mély Q hullám, bal praecordiumban a Q hullám hiánya, a V_{1,6}-ban a T hullám pozitívítása bizonyult. A kórkép ismerete különösen a műteti indiciók felállítása miatt igen lényeges, mert ha egy vitium corrigált nagyértranspositióval szövődött, a műtét technikai kivitele jóval nehezebb és a prognosis lényegesen rosszabb.

IRODALOM: 1. *Anderson, R. C., Lillehei, C. W., Lester, G. L.*: Pediatrics 1957, 20, 626. — 2. *Anselmi, G., Muñoz, S., Machado, I., Blanco, P., Espino-Vela, J.*: Am. Heart J. 1963, 66, 614. — 3. *Becu, L. M., Swan, H. J. C., DuShane, J. W., Edwards, J. E.*: Circulation. 1956, 14, 633. — 4. *Beuren, A. J., Stoermer, J., Apitz, J.*: Arch. f. Kreislauff. 1963, 41, 228. — 5. *Boito, A.*: Minerva Cardioangiol. 1965, 13, 1. — 6. *Brown, J. W.*: Congenital Heart Disease. New York. London. 1951. pp. 269—270. Staples Press. — 7. *Buchs, S.*: Ann. paediat. 1962, 199, 187. — 8. *Cardell, B. S.*: Brit. Heart J. 1956, 18, 186. — 9. *Carey, L. S., Ruttenberg, H. D.*: Am. J. Roentgenol. 1964, 92, 623. — 10. *Cruz, M., Polansky, B. J., Navarro-López, F.*: Brit. Heart J. 1962, 24, 483. — 11. *Cumming, G. R.*: Am. J. Cardiol. 1962, 10, 605. — 12. *Delvigne, J., Humblet, L.*: Acta Card. 1962, 17, 398. — 13. *Ellis, K., Morgan, B. C., Blumenthal, S., Andersen, D. H.*: Radiology. 1962, 79, 35. — 14. *Engle, M. A., Steinberg, I., Lukas D. S., Goldberg, H. P.*: Circulation. 1960, 22, 745. — 15. *Espino-Vela, J., Portillo, B., Anselmi, G., Cruz, M. V., Reinhold, M.*: Am. Heart J. 1959, 58, 250. — 16. *Fink, B. W., Adams, F. H., McFall, R. A., O'Loughlin, B. J.*: Pediatrics 1958, 21, 381. — 17. *Honey, M.*: Brit. Heart J. 1963, 25, 313. — 18. *Kapuscinski, O.*: Fortschr. Röntg. 1966, 104, 44. — 19. *Keck, E. W., Hauch, H. J., Lassrich,*

M. A., Rodewald, G., Bourgeois, M., Harms, H.; Müller-Brunotte, P., Nitschke, M., Tenckhoff, L.: Cardiol. 1965, 47, 158. — 20. *Lester, R. G., Anderson, R. C., Amplatz, K., Adams, P.*: Am. J. Roentgen. 1960, 83, 985. — 21. *Loogen, F., Karytsiotis, J.*: Z. Kreislauff. 1962, 51, 987. — 22. *Malers, E., Björk, V. O., Cullhed, I., Lodin, H.*: Am. Heart J. 1960, 59, 816. — 23. *Michaelsson, M., Swiderski, J.*: Bull. Assoc. Cardiol. Paediat. Europ. 1967, 3, 44. — 24. *Nadas, A. S.*: Pediatric. Cardiology. Saunders. Philadelphia, London. 1964. pp. 713. — 25. *Roberts, W. C., Ross, R. S., Davis, F. W. Jr.*: Bull. Johns Hopkins Hosp. 1964, 114, 157. — 26. *Rokitansky, K. F.*: Die Defekte der Scheidewände des Herzens. Braumüller. Wien. 1875. pp. 83. — 27. *Romoda T., Kálmán P.*: Magyar Belorv. Arch. 1966, 4, 216. — 28. *Rotem, C. E., Hultgren, H. N.*: Am. Heart J. 1965, 70, 305. — 29. *Rovelli, F., Ladelli, G.*: Minerv. Cardioangiol. 1962, 10, 1. — 30. *Schiebler, G. L., Edwards, J. E., Burchell, H. B., DuShane, J. W., Ongley, P. A., Wood, E. H.*: Pediatrics 1961, 27, 851. (suppl.) — 31. *Schmutzler, H., Paepfer, H., Bachmann, D.*: Arch. Kreislauff. 1962, 39, 208. — 32. *Shaher, R. M.*: Brit. Heart J. 1963, 25, 431. — 33. *Soulié, P., Corone, P., Albou, E., Lanfranchi, J.*: Arch. Mal. Coeur. 1966, 59, 132. — 34. *Watson, G. H.*: Brit. Heart J. 1964, 26, 770.

Rigetamin

SUBLINGUALIS TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: Sublingualis tablettánként 1 mg ergotamin tartarátot tartalmaz.

HATÁS: A Rigetamin tablettában az ergotamin tartarát közismert hatása gyors kifejlődését a sublingualis alkalmazás elősegíti. A Rigetamin kétszer olyan gyorsan hat, mint a gyomor-bél rendszeren át felszívódó készítmények és a migraines rohamot a parenteralis adagolás gyorsaságát megközelítve szünteti meg.

JAVALLATOK: Migraines roham megelőzése és kezelése. Vascularis típusú egyéb fejfájások, migrain-aequivalensek. A Rigetamin tablettá mind therápiás, mind prophylacticus célra használható, továbbá diagnosticus test céljaira is alkalmas.

ADAGOLÁS: A roham fenyegető jeleinek kezdetekor 1 tablettát nyelv alá téve oldódni hagyunk. Ez az adag szükség szerint megismételhető, de a napi összmenyiség ne haladja meg a 3 tablettát, az 1 havi összmenyiség pedig általában 12 tablettá lehet.

ELLENJAVALLATOK: Peripheriás keringési zavarok, coronaria megbetegedés, hypertonia, máj- és vesebetegség graviditás, sepsis, súlyos arteriosclerosis, thrombophlebitis, pruritus.

CSOMAGOLÁS: 12 tablettá 8,30 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Adatok az epekőképzés mechanizmusához

Mester Endre dr. és Fischer Antal dr.

Régóta ismeretes, hogy a hólyagepe lipidjai vízben nem vagy csak nehezen oldódnak, és több mint 30 év előtt O. Fürth és munk. (5) arra a következtetésre jutottak, hogy a hólyagepében nagy koncentrációban található cholesterint az epesavak és a lecithin komplex kötésben tartják oldatban. Függetlenül ezen magyarázattól, több szerző vizsgálta az egészséges és köveket tartalmazó hólyagepe lipidjainak összetételét, részben ellentmondó eredményekkel. Ami a cholesterin koncentrációt illeti, Isakson (7) köves hólyagepében a normálisnál kétszeres koncentrációt talált, ugyancsak magasabb cholesterin tartalomról számoltak be Zaki és Kamel (17); Admirand és Small (1) az epekő betegek egyik csoportjában ugyancsak magasabb cholesterin koncentrációt talált a hólyagepében. Ezzel szemben Dan (3), Large (11), továbbá Noriyuki Tamesue és Juniper (14) nem találtak különbséget a hólyagepe cholesterin tartalmában normális és kőbetegek között. Ami az epesav tartalmat illeti, mind Dam, mind Large, Tamesue és Admirand alacsonyabb koncentrációt találtak kőbetegek hólyagepéjében és ugyanezen kutatók a köves hólyagepe lecithin tartalmának csökkenését is leírták.

Vizsgálatunk célja az volt, hogy nagy beteganyagon kimutatható-e különbség a kőbetegek hólyagepéjének lipid koncentrációja és az irodalomban megállapított normális lipid koncentráció között, ami támpontot nyújthat egyrészt a kőképződés fiziko-kémiai magyarázatához, másrészt ahhoz, hogy milyen anyagcsereváltozások diszponálnak az epekőbetegségre. Az epekővek túlnyomó része vagy egyedül cholesterinből, vagy cholesterin mellett bilirubinból, carbonatokból és foszfatokból áll (Cantarow—Trumper 18, Grollman 19), indokolt tehát az epekőképzés okát a lipidok oldékonyságának változásában keresni. A műtétnél eltávolított epehólyagok különböző fokú lobos elváltozásokat mutattak, mely utóbbiakra az esetek kiválogatásánál nem voltunk tekintettel.

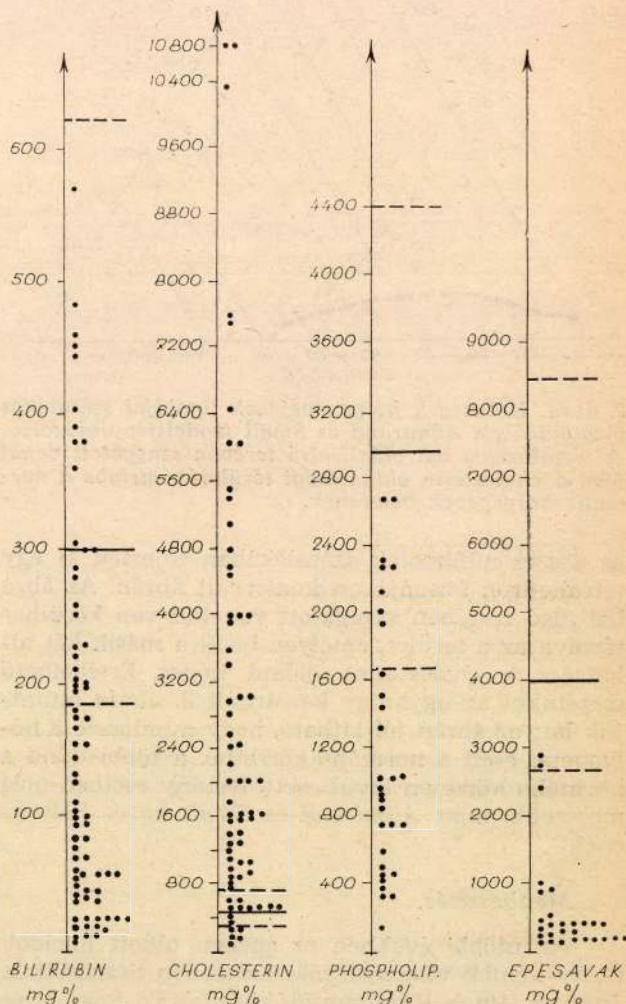
Módszerek

A vizsgálatokat 100 hólyagepében végeztük, a hólyagepét műtét közben biztosan követ tartalmazó epehólyagból tű aspirációval nyertük. 27 esetben a hólyagepe bilirubin tartalma 10 mg⁰/₁₀₀ alatt volt, ezekben az esetekben hydrops folyadéknak minősítettük az aspirált epét, és ezeket nem értékeltük. A kémiai meghatározásoknál az epesavakat Jenke (9), a bilirubint Jendrassik és munk. (8), a cholesterint Rappaport és Eichhorn (13) a lecithint mint lipidfoszphort Fiske és Subbarow (4) módszerével határoztuk meg.

Orv. Hetilap. 1969. 110. évf. 19. sz.

Eredmények

Vizsgálataink eredményét az 1. ábra mutatja. Látható, hogy a vizsgált hólyagepék bilirubin tartalma az esetek többségében alacsonyabb volt a normális értékeknél. Ez utóbbiak alapjául Polonovsky és Boubrillon (12), Large (11), Altmann és Dittmer (2) Tamesue és Juniper (14) és (15) egymás között jól egyező értékeit vettük.

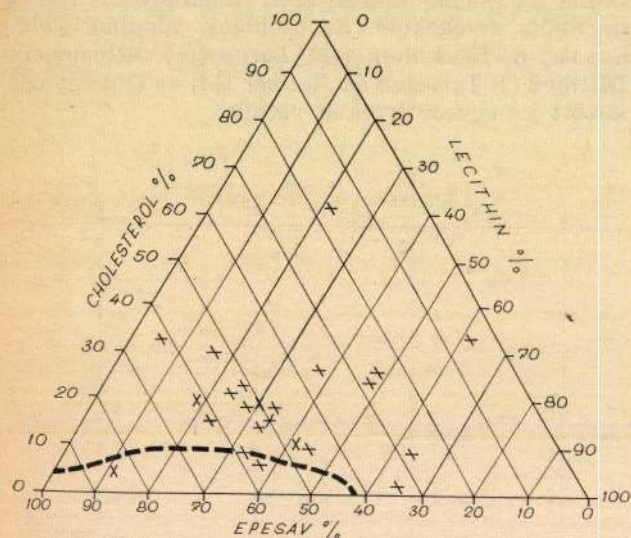


1. ábra. Kőbetegek hólyagepéjének lipid koncentrációi. Az egyes hasábokban a kihúzott vonal a normális hólyagepe átlagértékeit, a szaggatott vonalak a normális alsó és felső határokat jelzik.

A hólyagepék cholesterin koncentrációja, mint az 1. ábra mutatja, zömében lényegesen magasabb volt a normális átlagnál, és az esetek többségében meghaladta a normális értékek felső határát. Ezzel

ellenkezően viselkedett a lecithinben kifejezett phosphorlipidok, valamint az epesavak koncentrációja, amely lényegesen alacsonyabb volt a normális átlagnál és az esetek többségében alacsonyabb volt a normális koncentráció alsó határánál is.

Admirand és *Small* (1) rámutattak arra, hogy az irodalmi ellentmondások egyik oka az lehet, hogy a punkció időpontjában a hólyagepe koncentrációs folyamatai eltérőek lehetnek, azonkívül az egyes anyagok koncentrációja csak a többivel való összehasonlítás alapján értékelhető. Erre a célra a lipidokat millimol/l formájában számolták ki, és



2. ábra. Kőbetegek hólyagepéjének lipidjai százalékos megoszlásában *Admirand* és *Small* modelljén ábrázolva. A tetrahedron bal oldali alsó terében szaggatott vonal jelzi a koleszterin oldhatósági területét, melybe a normális hólyagepek belesznek.

az összes millimolok százalékában fejezték ki egy tetrahedron formájában konstruált ábrán. Az ábra bal alsó részében szaggatott vonallal van körülhatárolva az a terület, amelyen belül a másik két alkatrész a koleszterint oldani képes. Értékelhető eseteinket az ugyanígy konstruált 2. ábrán mutatjuk be: az ábrán jól látható, hogy mindössze 3 hólyagepe esett a normális körzetbe, a többi mind a normális körzeten kívül esett, néhány esetben még messzebb, mint *Admirand* és *Small* kőves hólyagepéi.

Megbeszélés

Az utóbbi években az epében oldott lipidok fiziko-kémiás viszonyai messzemenően tisztázódtak. *Juniper* (10) és *Hofmann* (6) kimutatták, hogy vizes oldatban egy bizonyos kritikus koncentráció felett az epesavak micellum formájú molekulakomplexumokat képeznek; a molekulák poláris vége a vizes fázis felé, a hydrophob vége a központi olajos fázis felé orientálódik. Ezek az ún. amphipaticus molekulák a kritikus micellaris koncentráció elérésekor spontán keletkeznek, és stabilak. A vízben nehezen oldódó lecithin molekulák az epesavval együtt kevert micellumokat képeznek, amelyek lényegesen

több koleszterin oldására képesek, mint az epesavak. A valószínűleg hélix-struktúrával rendelkező micellumok keletkezésére az epehólyagban kerül csak sor, a májepében még nem mutathatók ki; molekulásúlyuk 100 000—150 000 között ingadozik. Kőves epehólyagban a micellumok száma csökken vagy teljesen eltűnnek.

A vízben teljesen vagy nagyrészt oldhatatlan lipidok oldatban tartása a koncentrált hólyagepében mai ismereteink alapján tehát csakis akkor lehetséges, ha magas koleszterin tartalomnak megfelelő mennyiségű epesav és lecithin áll rendelkezésre. Vizsgálatainkból egyértelműen kiderül, hogy a kőbetegek hólyagepéje lényegesen magasabb koncentrációban tartalmaz koleszterint és lényegesen kisebb koncentrációban epesavakat és lecithint, mint a normális hólyagepe, ami azzal a következménnyel jár, hogy a micellumok száma csökken, és így a normálisnál magasabb koncentrációban jelenlevő koleszterin oldatban tartása lehetetlenné válik.

Eredményeink az epesav és lecithin koncentráció csökkenését illetően megegyeznek az idézett irodalommal. A koleszterin koncentrációjára vonatkozólag az ellentmondások okát talán *Tera* (16) megfigyelése magyarázza, amely szerint a hólyagepe már 4 óra múlva jellegzetes üledéket mutat, az üledék koleszterin koncentrációja a felülúszónak 2—3-szorosa; epesavban és lecithinben a két réteg között nincs különbség. Könnyen elképzelhető, hogy a kutatók a vizsgálat előtt a felsőbb rétegből vettek anyagot, és így alacsonyabb koleszterin koncentrációt találtak.

Felmerül a kérdés, vajon a magas koleszterin koncentráció kőves betegeknek csak a hólyagepében mutatható-e ki, vagy a májepében is megtalálható? *Zaki* és *Kamel* (17) vizsgálatai szerint a májepében is magas a koleszterin koncentráció, tehát ez utóbbi nem vagy nemcsak a hólyagepe fokozott koncentrációjára vezethető vissza.

Ismeretes, hogy az epesavakat a máj képezi, a koleszterin lebontási termékei. Az a körülmény, hogy mind a hólyagepében, mind a májepében a koleszterin koncentrációja a normálisnál nagyobb, ezzel szemben az epesavak koncentrációja alacsonyabb, amellőtt szól, hogy a máj kevesebb koleszterint bont le epesavvá és ezért többet ürít változatlan formában. Nem tudunk magyarázatot adni arra, miért csökken a májnak ezen fontos funkciója a koleszterin intermediér anyagcseréjében. Arra vonatkozólag, hogy miért csökken a phosphorlipidok koncentrációja, ugyancsak nehéz magyarázatot találni: a lecithint ugyancsak a máj képezi, és ez utóbbit a zsírok transzportformájának tekintik. Ismeretesek az összefüggések a lipogenesis és a koleszterin szintézise között, és ismeretes, hogy a kőbetegség gyakrabban fordul elő diabetesben és elhízásban. Végső fokon tehát a lipid anyagcserének változása vezet a hólyagepe lipidösszetételének olyan változásához, amely kőképzésre diszponál. Természetesen csak a kőképződés előfeltételeinek adásáról van szó; mind saját 2. ábránk, mind *Admirand* és *Small* ábrái mutatják, hogy a kőves hó-

lyegepe egyes esetekben a normális oldhatósági körzet határán belül esik. Tény azonban, hogy az epekövek fő alkotórésze koleszterin, és nem kétséges, hogy ez utóbbinak oldatban tartása a köves hólyagepében rendszerint nem lehetséges. Amíg tehát a koleszterin kiválását kielégítően magyarázni tudjuk, további tisztázásra szorulnak a lipoid-anyagcsere azon változásai, amelyek végső fokon a koleszterin kiválásához vezetnek.

Összefoglalás. Epekőbetegség miatt végzett műtét folyamán 73 esetben vizsgáltuk a hólyagepe lipoidjainak koncentrációját. Az esetek túlnyomó többségében a koleszterin koncentrációja a normálisnál magasabb, az epesavak és lecithin koncentrációja a normálisnál lényegesen alacsonyabb volt. Eredményeink megmagyarázzák, hogy a micelliumok csökkenése révén a koleszterin a hólyagepében kiválik; a hólyagepe megváltozott összetételét valószínűleg a koleszterin csökkent lebontása magyarázza.

A 2. ábra elkészítéséért hálás köszönetet mondunk Juvancz Ireneusz dr.-nak, az MTA Biometriai Osztálya vezetőjének.

IRODALOM: 1. *Admirand, W. H., Small, M.:* J. Clin. Invest. 1968, 47, 1043. — 2. *Altmann, P. L., Dittmer:* Fed. Amer. Soc. Exp. Biol. 1961. — 3. *Dam, H. és munk.:* Scand. J. Clin. Lab. Inv. 1966, 18, 385. — 4. *Fiske, C. R., Subbarow, J.:* J. Biol. Chem. 1925, 66, 375. — 5. *Fürth, O. és munk.:* Biochem. Z. 1930, 222, 430. és 1931, 237, 189. — 6. *Hofman, A. F.:* Gastroenterology. 1965, 48, 484. — 7. *Isakson, B.:* Acta Soc. Med. Upsalien. 1954, 59, 296. — 8. *Jendrassik L. és munk.:* Biochem. Z. 1936, 289, 1. — 9. *Jenke, M.:* Klin. Woch. 1939, 18, 317. — 10. *Juniper, K.:* Amer. J. Med. 1965, 39, 98. — 11. *Large, A. C. G. és munk.:* Amer. J. Med. Sci. 1960, 239, 713. — 12. *Polonovsky, M., Boubrillon, R.:* Bull. Soc. Chim. Phys. 1952, 34, 793. — 13. *Rappaport, F., Eichhorn, F.:* Clin. Chim. Acta. 1960, 5, 161. — 14. *Tamesue, N., Juniper, K.:* J. Lab. Clin. Med. 1966, 68, 1023. — 15. *Ua. Gastroenterology.* 1967, 52, 473. — 16. *Tera, H.:* Ann. Surg. 1963, 157, 468. — 17. *Zaki, O. A., Kamel, R.:* Brit. J. Surg. 1967, 54, 713. — 18. *Cantarow, A., Trumper, M.:* Clinical Biochemistry, 4.ed. Saunders, 1950. — 19. *Grollman, A.:* Clinical Physiology. Blakiston, New York. 1957.

LIMOVÁN

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 0,01 mg aethinyloestradiolt és 10 mg aethinyltestosteront tartalmaz.

JAVALLATOK: Primér és szekundér amenorrhoea, habitualis abortus. Hypo és oligomenorrhoea.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Primér amenorrhoeában megelőző 3 heti oestrogen kezelés után napi 4 tabletta.

Szekundér amenorrhoeában 5 napon keresztül napi 4 tabletta.

Habituális abortusban napi 3 tabletta 24 héten keresztül.

MEGJEGYZÉS: SZTK terhére szabadon rendelhető.

FORGALOMBA KERÜL:

| | |
|--------------|----------|
| 20 tabletta | 12,60 Ft |
| 500 tabletta | 250,— Ft |

**Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár,
Budapest X.**

Vas megye Tanácsa Markusovszky Kórháza, Szemosztály (főorvos: Miklós Andor dr.)

A szívinfartusok és retinalis vénaelzáródások összefüggése

Miklós Andor dr.

Az utóbbi évtizedek tapasztalatai arra mutatnak, hogy a szívinfartusok száma — a hypertonia és arteriosclerosis szinte ugrásszerű megnövekedésével karöltve — feltűnően megszorodott, és korunk egyik legegésőbb megoldandó problémájává vált. Érthető tehát, hogy egyes kutatók igyekeznek a szemtükörrel jól észlelhető retinalis érelváltozásokból nemcsak a hypertonia és arteriosclerosis súlyosságára, de az ott megfigyelhető érkatasztrófáknak a szívinfartusokkal való összefüggésére is következtetéseket levonni.

Niedermeier (1), Niedermeier és Sack (2) arról számoltak be, hogy megfigyelésük szerint a vénaág-elzáródások és az infarctus cordis között szorosabb kapcsolat található. A feltételezett korrelációnak nagy jelentőséget tulajdonítanak a szívinfartusok megelőzésében. Ha tehát ez a megfigyelésük a továbbiakban megerősítést nyerne, úgy a szemfenéki diagnosztika hathatós segítséget nyújthatna a belgyógyászoknak a szívinfartusok megelőzésében. A kérdés igen nagy fontossága tehát szinte parancsolóan megköveteli, hogy behatóan megtárgyaljuk: található-e valóban összefüggés a két megbetegedés között, és ha igen, úgy ez a kapcsolat milyen szorosnak mondható?

Mint említettük, Niedermeier és Sack (2) néhány esetük tapasztalata alapján azt állítják, hogy a szívinfartusok és a retinalis vénaág-elzáródások között korreláció áll fenn. Munkájukban hosszú anatómiai eszmeftuttatás után, arra a következtetésre jutnak, hogy ámbár a két kórkép összefüggésének minden feltétele fennáll ugyan, de a korreláció mértéke jelenleg pontosan még nem állapítható meg. A 100 friss infarctus felölő anyaguk 1 betegén ágelzáródást, míg 6-on a „praethrombosis” tüneteit figyelték meg. A közös előfordulás tehát 7%-nak felel meg. A betegek anamnesiséből a szerzők viszont azt is megállapították, hogy az említett infarctusokban a bizonyíthatóan lezajlott ágelzáródások előfordulása 11%-ra becsülhető. Végső következtetésük szerint az anatómiai, a functionális és a szövettani vizsgálatok a retina és a koszorús erek keringésének paralelizmusát mutatják. Ennek alapján feltételezik, hogy a pathogén izgalom kiváltotta mesenchyma-reakció, mindkét érrendszer területén, hasonló érfal-károsodásokat hozhat létre. A szívinfartusokat csak a retinalis ágelzáródásokban figyelték meg, a törzselzáródásokban viszont egy esetben sem tapasztalták.

Weinstein (3) a retinalis vénaelzáródásban szenvedett 50 beteg EKG-ját vizsgálta felül 1—10 évvel az occlusio után. Az EKG leleteket az occlusio

kezdetén 60%-ban pozitívnek, 40%-ban pedig negatívnak találta. Az utánvizsgált betegek közül 29 (58%) vénatörzs-elzáródásban; 21 (42%) pedig ágelzáródásban szenvedett. Ezekből — a törzs- és az ágelzáródások együtt tárgyalva — 13 (26%) az 50—59; 20 (40%) a 60—69; 15 (30%) a 70—79; míg 2 (4%) a 80 év feletti korcsoportba tartozott.

A felülvizsgált törzselzáródásos esetei 76%-ában az EKG I.—IV. súlyosságú elváltozásokat mutatott, s csak 24%-ban bizonyult épnek. Az ágelzáródásokban viszont az EKG 86%-ban volt pozitív és csak 14%-ban negatív. Az occlusió betegek eredményeit a kontrollul használt megegyező korú glaucomások adataival hasonlítja össze.

Az EKG III.—IV. súlyosságú csoportjába tartozó eredményei alapján megállapítja, hogy a vénatörzs-elzáródások 15%-ban, az ágelzáródások pedig 32%-ban praedisponálnak szívinfartusra. (Ezzel szemben a glaucomásokon a szívinfartusra utaló EKG lelet csupán 10%-ban fordult elő.)

Weinstein — Kádár (4) vizsgálatai alapján — összefüggést tételez fel az arteriosclerosis következtében keletkezett retinalis vénaelzáródások és a szív saját ereinek morfológiás és funkciós elváltozásai között. Az EKG vizsgálatainak eredményeiből azt a megállapítást vonja le, hogy ha a szemész retinalis vénaelzáródást észlel, úgy ez igen komoly figyelmeztetésként kezelendő a fenyegető szívinfartus szempontjából.

Niedermeier és Sack (2), de különösen Weinstein (3) következtetései az első pillanatban kétségtelenül meggyőzően hatnak. Az irodalmi adatok és saját tapasztalataink alapján azonban érvelésüket elfogadni nem tudjuk, és úgy Niedermeier és Sack (2), de különösen Weinstein (3) megállapításai ellen a következő ellenvetéseket tesszük:

Való igaz, hogy mind a szívinfartus, mind a retinalis ágelzáródások egy közös okra, az arteriosclerosisra vezethetők vissza. Míg azonban az infarctus a koszorúarteria elzáródásának, addig a másik megbetegedés a retinalis vénaág occlusiójának következménye. (A vénathrombosis kifejezést tudatosan kerüljük, mivel Seitz (5) kutatásai beigazolták, hogy ezekben a scleroticus artéria olyan súlyos károsodásairól van szó, amelynek következménye — a praedisponált helyen — a vénafal endothelijének proliferációja, necrosis és rupturája. A lumen rögösödése tehát csak későbbben, és másodlagosan következik be.) Szerintünk tehát már eleve helytelennek tekinthető egy súlyos arteriális eredetű szívkatasztrófának, a jóval szelidebben jelentkező, és lefolyású vénaelzáródás okozta retinalis kórképpel történő párhuzamba állítása.

Schade és Pilch (6), Lanz és mtsai (7, 8), Kádár (4), Kiss F. (9) vizsgálataiból tudjuk, hogy a szervezet bizonyos helyein az artéria és a véna összezár-tan, közös tokban fut. Ez összezártság — amely a retinalis arterio-venosus keresztezésekben is fenn-áll — a Kiss—Kádár „tok elv” szerint azt célozza, hogy az arteria systolés pulzushulláma a vénás áramlást előmozdítsa, a visszafolyást pedig gátolja (billentyű szerep). Ez az ép körülmények között jól funkcionáló fiziológiás mechanizmus, az artéria falának sclerosisa következtében annyira megromolhat, hogy az érkeresztezésekben a retina vénás keringésének súlyos zavarát okozhatja, amely bizonyos praedispositio mellett a vénaág elzáródá-sára vezethet. Az oclusio keletkezéséhez azonban nemcsak az érrendszer általános megbetegedése, de bizonyos helyi diszpozíció is okvetlenül szüksé-gesnek látszik. Az utóbbi lényegét azonban jelenleg még nem ismerjük kellően. Nem tudjuk ugyanis elfogadhatóan magyarázni, hogy mi az a terminalis ok, vagy okok, amelyek következtében az elzáródás rendszerint csak egy bizonyos helyen következik be. Az bizonyos, hogy ennek oka nem teljesen az ér-keresztezések súlyosságában keresendő. Igazolni látszik ezt az is, hogy a gyakorta észlelhető súlyos keresztezései tünetek ellenére a hypertoniás és ar-terioscleroticus betegek zömén vénaág-elzáródás nem keletkezik.

Az eddig vázoltakból tehát kétségtelenül meg-állapíthatjuk, hogy az arterio-venosus keresztezé-désekben keletkezett vénaág-elzáródások a retina-lis arteriák megbetegedésének oly következményei, amelyekben főleg a mechanikus faktorok játszzák az elsődleges szerepet. Az előbbiekkal szemben a szívinfarctusokban viszont maga a *koszorúartéria* — legyen az fő- vagy mellékág — záródik el, és így e kórkép keletkezése a „lenni vagy nem lenni” kér-désében a tok-elvnek beleszólása nincs. Elsősorban tehát ebben mutatkozik Weinstein (3) nézetének erősen sebezhető oldala. Weinstein (3) ugyanis arra a közismert megfigyelésre hivatkozik, hogy a retina-lis vénaág-elzáródások csaknem kizárólag az ar-terio-venosus keresztezésekben fordulnak elő — ami az esetek zömében valóban igaz is. Mivel pedig Kádár (4) vizsgálatai szerinte azt mutatják, hogy az érkeresztezések a coronariákon is előfordul-nak, kézenfekvő, hogy a két megbetegedés rokon-folyamatnak tekinthető. Weinstein (3) azonban figyelman kívül hagyta azt a döntő különbséget, hogy szívinfarctusban a *koszorúartéria* fő- vagy mel-lékágai, míg retinalis oclusiókban a centrális *véna*, vagy annak valamelyik ága záródik el.

De nézzük csak meg, mit is ír e kérdéstről Kiss F. (9) az Acta Anatomica 30. kötetének 366—367. oldalán: „Mein mitarbeiter F. Kádár stellte an Herz-koronargefässen fest, das Arterie, und Vene bei ge-wissen Tieren (z. B. Pferd, Hund) eng nebenein-ander verlaufen. Bei anderen Tieren (z. B. dem Schwein) verlaufen die Arterien und Venenstämme des Herzens getrennt voneinander, so der arterielle Puls an der venösen nicht übertragen werden kann. Der gleiche beobachtete er auch beim Menschen”!

Ezek szerint a tok-elvet, amely nemcsak a reti-nalis vénaágak fiziológiás keringésében, de kóros körülmények között az ágelzáródások keletkezésé-sében is fontos szerepet játszik, a szívinfarctusok-ban számításon kívül hagyhatjuk. De ha még fel is tételezzük, hogy a két szerv erei morfoló-giailag, valamint functionalisan meg is egyeznek, még ez sem jelentene semmi különöset, mivel — mint már hangsúlyoztuk — a szívinfarctusok arté-ria-, a retinalis oclusiók pedig vénaelzáródást je-lentenek.

Az arteriosclerosis — különösen a megbetege-dés kezdetén — egyes szervek érrendszere között bizonyos válogatást mutat. Így a megfigyelések sze-rint főleg az agy, a szív, a vese és a retina érrend-szerének laesiói állnak előtérben. A szemorvos azonban gyakran tapasztalja, hogy a retinalis an-gioscleroticus leletek nincsenek teljes korreláció-ban a más szervekben található arterioscleroticus elváltozásokkal, és vice versa.

Nagy forgalmú osztályunkon már 18 éve be-hatóan foglalkozunk a retinalis vénák elzáródásá-nak problémáival és azóta kb. 200 elzáródást fi-gyeltünk meg és tartunk részben ellenőrzésünk alatt. Ezenkívül két — újabban pedig három — bel-osztály consiliáriusi praxisát is ellátjuk. E kollabo-ráció alatt az infarctus cordis és a retinalis vé-naelzáródások konstellációját egy esetben sem ta-pasztaltuk. Hasonlóan ezt mutatja a retinalis occlu-siók irodalma is, amelyben *Niedermeier* és *Sack* (2) és *Weinstein* (3) közleményén kívül a két kórkép szoros összefüggéséről említés nem történt.

Kannisto (10) vizsgálatai és a *World Health Organization* (11) jelentése alapján ismeretes, hogy Finnországban feltűnően gyakori a szívinfarctusok száma — más európai országokhoz viszonyítva. De

1. táblázat
A vénatörzs-elzáródásban szenvedő 51 betegünk túlélési ideje a kísérv szemfenék állapota alapján

| Angio-sclerosis foka a kísérv szemfenéken | Esetek száma | | Él | | | | Betegek átlagos kora |
|---|--------------|-------|--------------------------|--|-------|------|----------------------|
| | Száma | %-ban | Megfigyelési idő években | | %-ban | | |
| Normális | 6 | 6 | 100 | 10—17 év között: 5 beteg
8 év óta: 1 beteg | | 41,4 | |
| I. | 14 | 12 | 85,7 | 10—17 év között: 3 beteg
9 év óta: 2 beteg
8 év óta: 1 beteg
6 év óta: 2 beteg
5 év óta: 2 beteg
4 év óta: 2 beteg | | 56,7 | |
| II. | 24 | 19 | 79,2 | 10—17 év között: 4 beteg
8 év óta: 4 beteg
7 év óta: 3 beteg
6 év óta: 2 beteg
5 év óta: 1 beteg
4 év óta: 2 beteg
3 év óta: 3 beteg | | 62,7 | |
| III. | 7 | 1 | 14,3 | 8 év óta: 1 beteg | | 71,6 | |
| Összesen | 51 | 38 | 74,5 | 10—17 év között: 12 beteg
9 év óta: 2 beteg
8 év óta: 7 beteg
7 év óta: 3 beteg
6 év óta: 4 beteg
5 év óta: 3 beteg
4 év óta: 4 beteg
3 év óta: 3 beteg | | 63,7 | |

hasonlóan magas a simplex glaucoma előfordulása is [Vannas és Tarkkanen (12)]. Weinstein (3) vizsgálatai alapján tehát az lenne várható, hogy a helysínki szemklinika nagyszámú occlusiós betegek között a szívinfartus előfordulása gyakori legyen. Raitta (13) adatai azonban a vártnak éppen ellenkezőjét mutatják. A belgyógyászatilag pontosan kivizsgált 99 centrális vénaelzáródásos betegek között ugyanis stenocardiát vagy infartus cordist csupán 3 (3⁰/₀) esetben, az azonos számú vénaág-elzáródásban pedig 4 (4⁰/₀) betegen találtak.

2. táblázat

A vénaág-elzáródásban szenvedett betegek túlélési ideje a kísérő szem retinalis érállapota alapján

| Kísérő szem retinalis angiocl. scler. | Esetek száma | Él | | Élettartam középértéke | Átlagos kor | |
|---------------------------------------|--------------|-------|-------|--|-------------|------------------------------------|
| | | Száma | %-ban | | | |
| Normális | 1 | 1 | 100 | 7 év óta 1 beteg | 7 | 34 |
| I. | 19 | 18 | 95 | 15 év óta 1 beteg
14 év óta 2 beteg
11 év óta 2 beteg
10 év óta 1 beteg
9 év óta 1 beteg
8 év óta 2 beteg
7 év óta 3 beteg
6 év óta 3 beteg
5 év óta 3 beteg | 8,5 | 66 |
| II. | 24 | 16 | 66,7 | 14 év óta 3 beteg
13 év óta 1 beteg
11 év óta 2 beteg
10 év óta 1 beteg
8 év óta 2 beteg
6 év óta 1 beteg
5 év óta 5 beteg
4 év óta 1 beteg | 8,5 | 61 |
| III. | 8 | 4 | 50 | 14 év óta 1 beteg
13 év óta 1 beteg
9 év óta 1 beteg
4 év óta 1 beteg | 10 | 63 |
| Összesen | 52 | 39 | 75 | 15 év óta 1 beteg
14 év óta 6 beteg
13 év óta 2 beteg
11 év óta 4 beteg
10 év óta 2 beteg | | 5,2
10,2
10,2
20,5
5,2 |

Az 1963-ig bezárólag osztályunkon jelentkezett 51 vénatörzs- és az 53 vénaág-elzáródásos betegünk között — azóta ezek száma már 200-ra tehető — infartus cordis nem fordult elő. Megfigyeléseink alatt azokból a betegekből, akiknek ellenőrzési idejük a törzselzáródásokban 3—15 év, az ágelzáródásokban pedig 4—15 év — az adatok részletesen az 1. és 2. táblázatban találhatók — infartus cordisban összesen négyet veszítettünk el. Ez kikerekítve 5⁰/₀-nak felel meg és közel megegyező a magyar populációban tapasztaltnal. Az infartusban elhunyt betegek életkora is feltűnően magas volt, és középkorban 71 évnek felelt meg. A cardiovascularis katasztrófa következtében elhunyt betegek száma tehát nem nagyobb az occlusiósban nem szenvedő, hypertoniás arterioscleroticusok Vas megyei és az 1957. évi országos átlagnál.

Már az eddig felsoroltakat is elegendőnek tartjuk annak igazolására, hogy a retinalis vénaelzáró-

dások és a szívinfartusok között számbavehető korreláció nem áll fenn. Abból a tényből tehát, hogy valaki akár vénatörzs-, akár vénaág-elzáródásban szenved, vagy szenvedett, nem okvetlenül következik, hogy a közeljövőben, vagy később infartust fog kapni. (Ezt még Niedermeier és Sack (2) sem merték ily határozottan kimondani, és éppen ezért a megelőzésre szükségesnek látszó teendőket mindenkor a belgyógyász megítélésére bízták.)

Végül foglalkoznunk kell azokkal az EKG eredményekkel, amelyekre Weinstein (3) megállapításait felépítette. Nem vitás, hogy a súlyos EKG leletek a koszorúartériák arteriosclerosisát bizonyítják. Ez természetesen is, mivel betegek mind az idősebb korosztályok tagjaiból regrutálódtak, akik feltételezhetően már hosszabb idő óta hypertoniában és arteriosclerosisban szenvedtek.

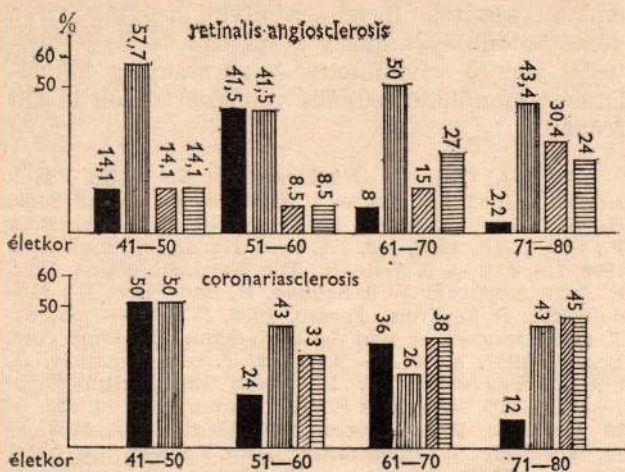
Weinsteinnel teljesen egyetértünk abban, hogy az 1—10 év után ellenőrzött occlusiót kiálltak EKG-ja feltétlenül súlyosabbá válik. Ez idő alatt ugyanis — az első észleléshez viszonyítva — a betegek nemcsak korosabbak lettek, de arteriosclerosisuk is fokozódott. Kérdezzük azonban, hogy nem ugyanez történik-e a keringési szervek megbetegedéseiben, de a retinalis vénaelzáródásban nem szenvedő egyéneknek is? Úgy hisszük, igen! Annak feltételezését azonban, hogy a szerző által említett pozitív EKG leletek arra mutatnának, hogy ezeknek a betegeknek nagyrészen — bizonyos idő után — szívinfartus fejlődne ki, véleményünk szerint, egy belgyógyász sem merné felelősséggel állítani.

Kétségtelenül ismereteseik bizonyos rizikófaktorok, amelyek infartusra praedisponálnak. Ezek között Kutscha (14) a hypertoniát; a szérum cholesterolnek és zsírnak megváltozását; a fizikai és szellemi túlterhelést; az EKG kóros elváltozását; a korai ovariális inaktivitást; a dohányzást és a különböző psychikai tényezőket említi. A súlyos EKG lelet tehát szintén egyike a rizikófaktoroknak. De ez nem jogosít fel arra, hogy belőle azt a következtetést vonjuk le, amelyet Weinstein (3).

Szerintünk az említett súlyos EKG leletek az alapbetegség, a huzamosabb idő óta fennálló hypertonia, arteriosclerosis és a korosodás következményeképpen kifejlődött coronariasclerosisra utalnak. Ezek viszont épp úgy megtalálhatók a retinalis véna occlusiókban szenvedő és nem szenvedő, hypertoniás és arterioscleroticus betegeken is. Igazolásul a mellékelt ábrán ismertetjük a retinalis vénaelzáródásban nem szenvedő 109, illetve 125 egyén boncleletében a szemfenéki erek és a coronariák scleroticus elváltozásainak Lund (15) által észlelt korrelációját.

Az ábrában szereplő morfológiai adatok kétségtelenül arra utalnak, hogy míg a 41—50 éves korcsoportban a retinalis erekben már közép és súlyos scleroticus károsodások is előfordulnak, addig a coronariákon ilyenkor még csak enyhébb bántalmak találhatók. De mutatják továbbá azt is, hogy az idősebb korosztályokban a szív saját ereinek károsodásai — kisebb ingadozásokkal — nemcsak gyakoribbá, de egyre súlyosabbá is válnak. Szerintünk ezeken a vázolt morfológiai elváltozásokon

A retinalis angiosclerosis korrelációja a coronariák scleroticus elváltozásaival Lund (1964) vizsgálatai alapján.



Az ábrán az összefüggést korcsoportokra bontva tárgyaljuk. A különbözően satírozott oszlopok a károsodás fokát szemléltetik a következő értékelésben:

retinalis angiosclerosis

fekete: normális érállapot; *függőleges csíkozás*: az artériák mediája — és adventitiájának sejtszáma csökkent, de falmegevastagodás nem található; *ferde csíkozás*: az artériák falának fibroticus megevastagodása csaknem kétszeres, lumenük azonban nem szűkült meg; *vízszintes csíkozás*: az artériák fala sejtszegény és fibroticus megevastagodása két-háromszorossá vált. A papilla körüli verőerek mérsékelt hyperplasiája észlelhető, lumenük pedig kis fokban megevastagodott. A vénák falán enyhe fibrosis figyelhető meg.

coronariák elváltozásai

fekete: normális állapot; *függőleges csíkozás*: kiskokú intima laesiók; *ferde csíkozás*: az intima vánkosszerű megevastagodásai, egyes helyeken elmeszesedéssel; *vízszintes csíkozás*: az intima durva megevastagodása lumen-szűkülettel, olykor lumen-elzáródással.

alapulnak a Weinstein (3) által kimutatott súlyos EKG leletek is, így ezek nem a retinalis vénaelzáródásokkal, hanem az alapokot képező arteriosclerosisral függnek össze.

A tárgyaltak után vizsgáljuk meg a retinalis venaocclusiók és a koszorúerek megbetegedése összefüggését a Vas megyei kórházak ápolási statisztikája alapján is, amelyet a 3. táblázatban ismertetünk. Természetes, hogy ezek az adatok csak az infarctus cordis és az angina pectoris előfordulásának adják megközelítően hű képét. A szív e megbetegedéseiben szenvedő betegek közül ugyanis csak csekély hányad nem került kórházi felvételre. Az említett másik két megbetegedés előfordulása tehát jóval magasabbra tehető a táblázatban szereplő adatoknál. Úgy hisszük, közel járunk a realitáshoz, mikor a táblázat összes eseteinek 10-szerese alapján a hypertoniás és arterioscleroticusok valódi számát — amelyekből a belosztályok cardiovascularis betegek regrutálódtak — kb. 51 000-re becsüljük. Meg kell említenünk azt is, hogy mivel az angina pectoris diagnosisa jórészt a coronariák sclerosisán, illetve azok elzáródásán alapul, és közöttük csak igen csekély számban szerepeltek más betegségek, ezért az infarctust és az angina pectorist azonos kórképként értékeljük.

A táblázat egyik rovatát a Vas megyéből származó retinalis vénaelzáródások általunk diagnosztizált esetei alkotják. Mint ezek az adatok mutatják, számukat 86-nak, míg a szívinfarctusokét pedig 2063-nak találtuk.

Ha ezeketán a feltételezett 51 000 Vas megyei hypertoniás és arterioscleroticus beteg alapján számítjuk a szívinfarctusok és a retinalis vénaelzáródások előfordulását, úgy az előbbi 4%-nak, az utóbbit pedig 0,2%-nak találjuk. A coronariák súlyos, scleroticus laesióinak előfordulása tehát 40-szer gyakoribb a vénaág-elzáródásoknál, és 20-szorosa a vénatörzs- és vénaág-elzáródások összegének. A koszorús erek súlyos scleroticus bántalmainak dominanciája tehát oly feltűnő, hogy ez már eleve kizárja a retinalis vénaelzáródás és ezen belül a vénaág-elzáródással való szorosabb korrelációt. A tárgyaltak alapján teljesen valószínűtlennek látszik, hogy a retinalis vénatörzs- vagy vénaág-elzáródás — amely a primer koszorúartériák elváltozásával szemben csak másodlagos következménye az arteriosclerosisnak, és amelynek keletkezésében a

Vas megye belosztályain cardiovascularis megbetegedésekkel ápolottak megoszlása és a szomszédos megyékben ez idő alatt diagnosztizált vénaelzáródások

3. táblázat

| Diagnózis | 1961 | | 1962 | | 1963 | | 1964 | | 1965 | | 1966 | | Összesen | |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. | ápoltak sz. |
| Hypertonia | 214 | + 3 | 259 | + 5 | 183 | + 3 | 254 | + 2 | 192 | + 3 | 194 | + 7 | 1296 | + 3 |
| Arteriosclerosis: | 284 | + 11 | 240 | + 15 | 238 | + 8 | 344 | + 27 | 325 | + 8 | 303 | + 12 | 1734 | + 81 |
| Angina pectoris | 280 | + 18 | 325 | + 18 | 313 | + 24 | 272 | + 17 | 255 | + 12 | 236 | + 19 | 1681 | + 108 |
| Infarctus cordis | 48 | + 9 | 36 | + 10 | 73 | + 9 | 70 | + 22 | 71 | + 15 | 84 | + 20 | 382 | + 85 |
| Vénatörzs-elzáródás | 4 | | 3 | | 11 | | 9 | | 5 | | 11 | | 43 | |
| Vénaág-elzáródás | 1 | | 10 | | 8 | | 10 | | 7 | | 7 | | 43 | |

+ az ápolott betegekből az elhalálozottak számát jelöli.

helyi adottságok is lényeges szerepet játszanak — döntő fontosságú jósló tünete lenne az infarctusnak.

Weinstein (3) prognosztikája tehát szerintünk nem kellően megalapozott. De különösen azt nem tudjuk elfogadni, amit az EKG vizsgálat eredményeiből következtetésképpen levon: „Mindezek alapján tehát, ha szemész a belgyógyász részére adott leletében a praethrombosis, partialis thrombosis venae centralis retina diagnosisát adja, akkor ez a betegség érdekében nagyon komolyan veendő a fenyegető szívinfarctus szempontjából”. Ezt a következtetést nemcsak túl merésznek, de nem is helytállóknak tartjuk, mint azt a tapasztalatok igazolják is.

Egy azonban kétségtelenül igaz, hogy a két különböző formájú megbetegedés okául az arteriosclerosist kell tekintenünk.

Összefoglalás. Az irodalmi adatok és saját tapasztalatai alapján vitatja Niedermeier és Weinstein megfigyeléseinek helyességét, hogy a retinalis vénaelzáródások a szívinfarctusok fontos, megelőző jelének tekinthetők lennének. Vizsgálatai szerint — amelyeket táblázatokkal igazol — az infarctus előfordulása a retinalis venaocclusiókban

oly csekély, hogy ez már eleve valószínűtlenné teszi a két kórkép szoros összefüggésének valószínűségét. Úgy véli, a hiba abban keresendő, hogy az említett kutatók figyelmen kívül hagyták azt a döntő különbséget, amely a súlyos arteriás katasztrófát jelentő szívinfarctus és az aránylag jóindulatúnak mondható retinalis vénaelzáródások között fennáll.

IRODALOM: 1. Niedermeier, S.: Klin. Mbl. Augenhk. 1963, 143, 883. — 2. Niedermeier, S. und Sack, H.: Klin. Mbl. Augenhk. 1964, 145, 507. — 3. Weinstein P.: Orv. Hetil. 1968, 109, 358. — 4. Kádár F.: Anat. Anz. 1956, 103, 112. — 5. Seitz, R.: Die Netzhautgefäße. 1962. F. Enke, Stuttgart. — 6. Schade, H. und Pilch, H.: Modellversuche Z. Kreisl. Forsch. 1936, 28, 133. — 7. Lanz, T. von Kressner, A. und Schwedemann, R.: Anat. Anz. Erg. H. 1937, 83, 51. — 8. Lanz, T. von Kressner, A. und Schwedemann, R.: Z. Anat. Entwicklungsgesch. 1938, 108, 605. — 9. Kiss F.: Acta Anat. 1957, 30, 358. — 10. Kannisto, V.: Duodecim 1951. Helsinki 67, 1108. — 11. World Health Organisation: Ann. Epidem. and Vital Statistics 1950. Genova. — 12. Vannas, S. and Tarkkanen, A.: Acta Opth. 1960, 38, 50. és 452. — Vannas, S. and Tarkkanen, A.: Brit. J. Opth. 1960, 44, 583. — 13. Raitta, Ch.: Acta Opth. 1965, 83 (Suppl.) — 14. Kutsha, W.: Zschr. G. Inn. Med. 1968, 23, 9. — 15. Lund, O. E.: Über Den Wert Retinaler Gefäß-Veränd. In Der Diagn. Der Arteriosclerose. Karger, S. Basel. 1964.

Budapesti Orvostudományi Egyetem, Orthopaed Klinika (igazgató: Glauber Andor dr.)
és IV. Belklinika (igazgató: Gábor György dr.)

A pectus carinatumról

Horváth Ferenc dr.* és Varga László dr.

A pectus carinatum a ventralis mellkasfal sajátos deformitása, amelyet a sternum egyes részeinek, vagy az egész sternumnak, vagy pedig a bordák parasternalis részleteinek előboltosulása jellemez. A mellkas a sterno-vertebralis távolság megnövekedése miatt hordó alakúvá válik.

E fejlődési rendellenesség a tölcsérmellkassal etiológiailag és pathológiailag is rokon, de lényegesen ritkább. A megbetegedést a costo-sternalis ízesülés fejlődési zavarával (3, 6, 7, 8) és a diaphragma rendellenes fejlődésével (1, 2, 5, 8) hozzák elsősorban összefüggésbe. A rekesz centrum tendineumára ható húzóerők asymmetricusak lesznek.

Brodkin (1) és Chin (2) teoriáját a sectiók leletek is alátámasztják. A deformitás rekeszizom eredetére utal az a körülmény is, hogy a mellkasfal lateralis behúzódnása mély belégzéskor tovább fokozódik (atipikus húzóerők?).

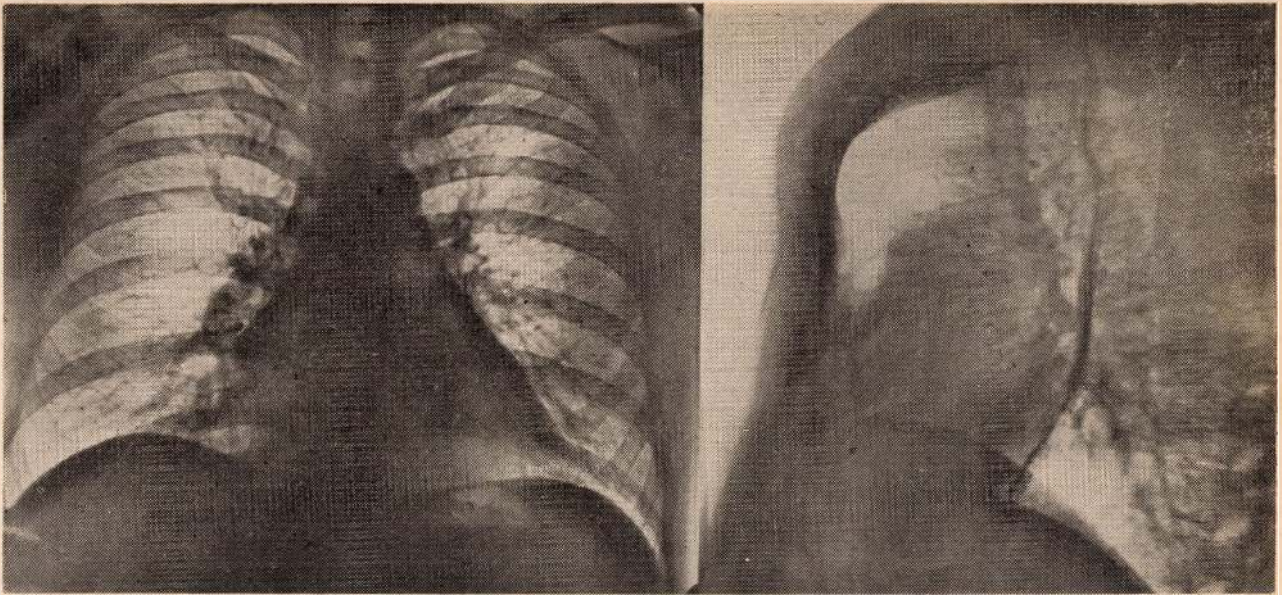
Currarino—Silvermann (3) azt hangsúlyozták, hogy a sternum protrusio a sternumsegmentumok kóros csontosodási zavaraira vezethető vissza.

Rawitch (10) szerint a pectus carinatumnak két formája ismeretes. Az ún. „golyvás galamb” mell-

kas alakot a sternum manubriumának előboltosulása eredményezi. A másik típust, a tyúkmellkast a corpus sterni protrusiója okozza. Ebben az esetben a manubrium kevésbé emelkedik elő, sőt normális helyzetű is lehet. Ugyanakkor Rawitch (10) szerint a sternum két oldalán levő impressio még kifejezettebbé teszi a szegycsont középső harmadának az elődomborodását. Adott esetben ez a parasternalis benyomottság elég mély lehet ahhoz, hogy a pectus excavatumban ismert szívelváltozásokat — dislocatio és compressio — hozzon létre.

Lester (5—8) gyakran tartja a kórkép családi előfordulását. Beteganyagunkban három ízben észleltünk familiáris megjelenést. Megfigyelése szerint egy családon belül a pectus excavatum és a pectus carinatum is előfordulhat. Lester (5—8) a megbetegedések két formáját különíti el: centralis és lateralis pectus carinatumot. Az előbbi esetben a sternum, az utóbbi esetben a bordák parasternalis részei boltosulnak előre, ez utóbbi lehet egyoldali vagy kétoldali. Lester (5—8), valamint Chin (2) szerint lateralis pectus carinatum esetén a diaphragma nem a processus xyphoideuson és az alsó bordákon tapad, hanem a rectus abdominalishoz csatlakozik. Ez a rendellenesség felelős a parasternalis behúzódnások létrejöttéért. Péntek—Lónyay (12) 6 típust különítenek el.

*Jelenlegi munkahely: Országos Munkaegészségügyi Intézet.



1. ábra. 29 éves férfi. Kb. öt év óta vannak nehézlégzéses panaszai. Időnként tompa szívűti nyomásérzései is jelentkeznek. A manubrium sterni izoláltan boltosul elő. Ebben a magasságban a mellkas hordó alakú a sterno-vertebrális távolság megnövekedése miatt. Szív nem dislocált.

Szenes (14, 15) a proc. xyphoideus izolált elő-boltosodását írta le pyramismellkas néven.

30 esetünkben az elváltozások radiológiai elemzése után a pectus carinatum röntgenmorphológiáját az alábbi csoportosításban demonstráljuk.

A) *Partialis pectus carinatum*

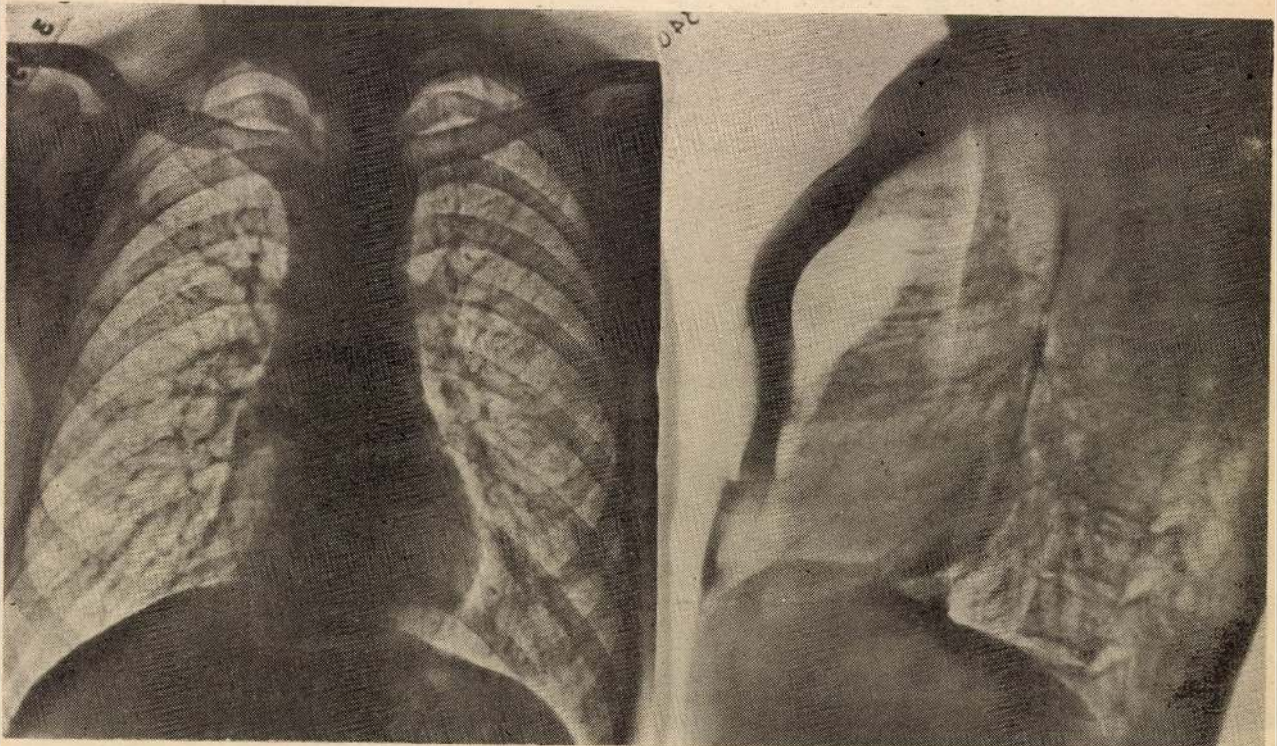
- I. A manubrium sterni protrusiója (1. beteg)
- II. A corpus sterni protrusiója (2. beteg)

III. A processus xyphoideus protrusiója (3. beteg).

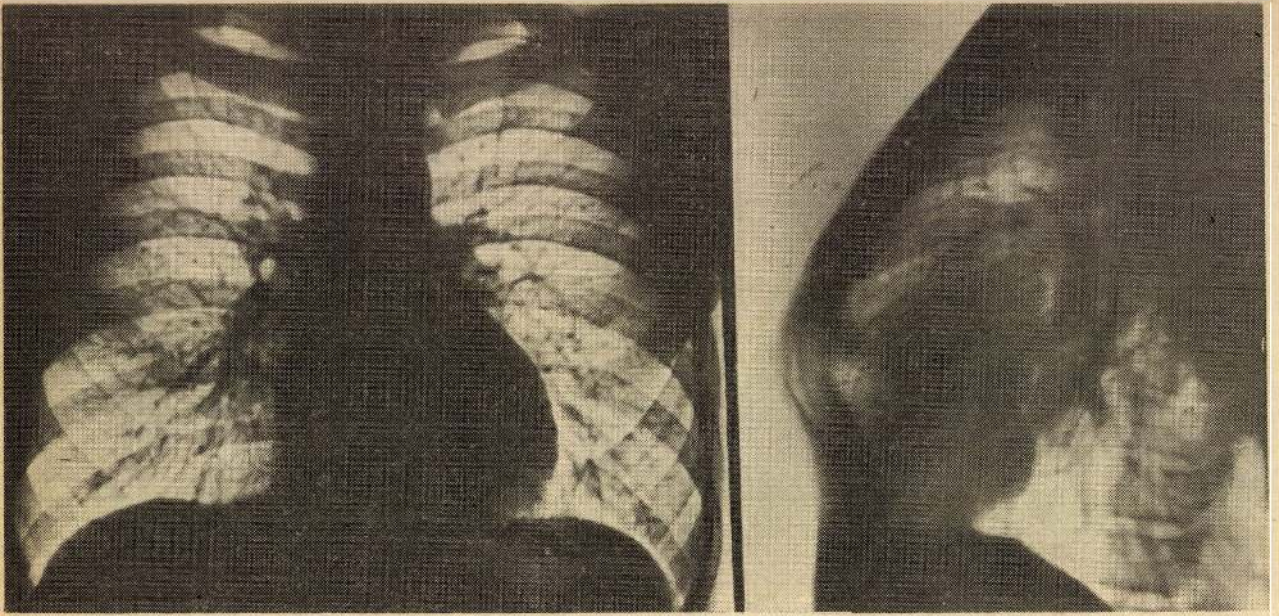
B) *Totalis pectus carinatum*

A sternum teljes hosszában, harmonikus ív alakot mutatva boltosul elő (4. beteg).

C) A *pectus excavatum* és *carinatum* kombinációja



2. ábra. 42 éves férfi. Tizenhárom év óta dyspnoés. A szívcsúcson rövid systolés zöreje hallható. A légzésfunkciós vizsgálatok ventilációs insufficiencia mellett szólnak. A keringési idő megnyúlt. A corpus sterni ív alakban boltosul elő. Emiatt a csontos thorax torzult. Szív nem dislocált, kórosan nem konfigurált.



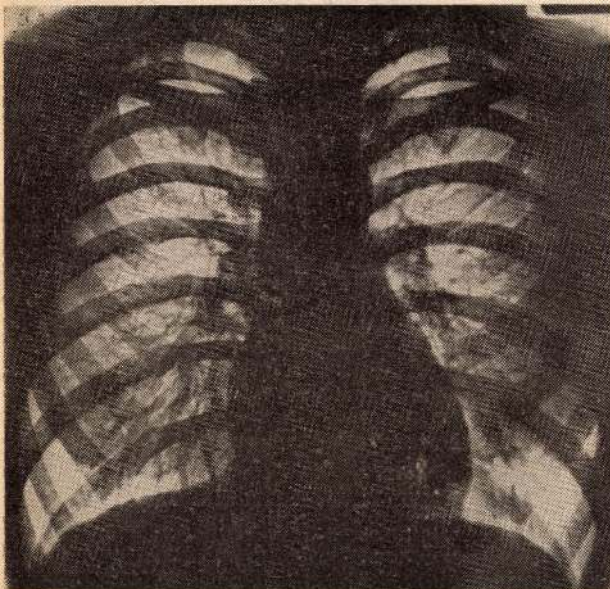
3. ábra. 30 éves férfi. Hosszabb idő óta terheléses dyspnoeja van. A csúcson rövid systolés zöreje hallható. A *proc. ensiformis sterni* szinte hegyesszögben deformálódik — az ún. pyramismellkas típusos rtg-képe. Szív normális alakú és nagyságú.

Bár a mellkasdeformitásnak — amely főképpen a sternum deformitás helyétől függően, a szegycsont—gerinc távolság megnagyobbodásában mutatkozik meg — kisebb a psychés vonatkozása, a betegek nagy részét a mellkas ezen torzulása miatt viszik orvosi vizsgálatra. Az anamnézis felvételekor azonban fény derül arra, hogy e betegek nagy százalékának a nehézlégzés a fő panasza.

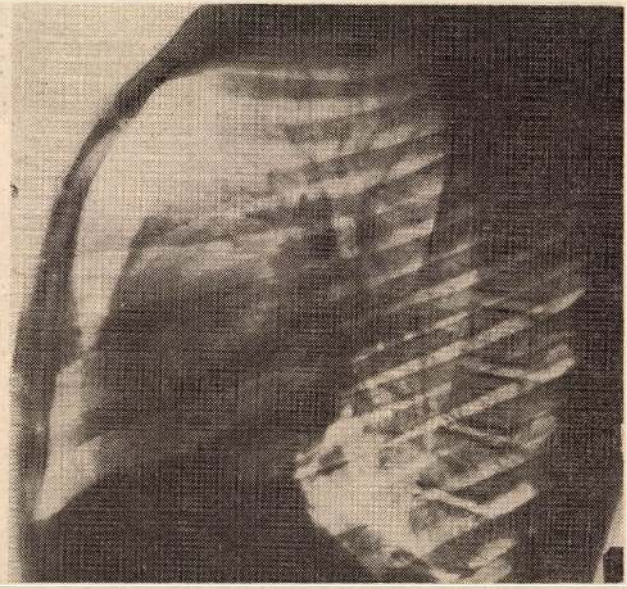
A dyspnoe oka a thoraxtorzulás következmé-

nyeképpen fellépő és a tüdőben, valamint a diafragmán érvényesülő tényezőkben keresendő elsősorban:

A sterno-vertebralis távolság megnagyobbodása következtében, amelyet ebben az esetben a ventralis mellkasfal anomáliája hoz létre, intrapulmonalisán olyan mechanikus tényezők érvényesülnek (13), amelyek az ún. nyújtási emphysemát („dehnungs-emphysem”) hozzák létre. Az eb-



a)



b)

4/a. 4/b. ábra. 16 éves fiú teljesen panaszmentes. Mellkasdeformitása miatt kereste fel az intézetet. A sternum teljes egészében, harmonikus ív alakban boltosul előre. A thorax hordó alakú, a sterno-vertebralis távolság a mellkas egész hosszában megnagyobbodott. Szív nem dislocált, a szívöböl kimélyült.

ből adódó alveolaris hypoventilatio megmagyarázhatja a dyspnoet.

A ventilációs insufficientia másik okát diaphragmalis eredetűnek véljük. A megváltozott topographiai viszonyok, a mellkas apertura kiszélesedése a rekeszizomra vongálólólag hatnak. A rekesz íve mindkét oldalt lelapulhat. Renyhébb mozgását 15 betegen észleltük. A diaphragmális légzés fontos szerepét ismervén még érthetőbbé válik a gyakori panaszként említett nehézlégzés kialakulása.

Négy idősebb betegünkön az idők folyamán az emphysema fokozódott és a következményes tüdőfibrosishoz, kisvérköri keringési zavarok is csatlakoztak. Mindegyik idősebb betegünk vitálkapacitása alacsony volt, egy betegünkön pedig a kisvérköri pangás biztos jelei is kimutathatók voltak — nyálkahártya és körömcyanosis, lassult keringési idő, oedémák, stb.

Saját megfigyelésünk szerint, valamint az irodalmi adatok alapján megállapítható, hogy a mellkas deformitásnak ez a formája nem hajlamosít sem gyulladáshoz, sem pedig specificus elváltozásra; specificus tüdőelváltozást egy betegen sem tudunk kimutatni, többszöri pneumonia pedig mindössze két beteg anamnézisében szerepel.

Megtekintés és átvilágítás alkalmával a thoracalis légzést illetően mozgásdifferentiát a két mellkásfél között nem tudunk kimutatni.

Betegeink egyhatodának volt szívre vonatkozó panaszja; néhányan említést tettek szapora szív működéséről, szívdobogásról és szívűtáji nyomásérzésről.

A szív hallgatódzása lelete: 12 esetben a csúcs felett rövid systolés zörejt hallottunk.

Három esetben vitium kizárása céljából elvégzett szívkateteres vizsgálat normális intracardialis nyomásviszonyokat mutatott. A P. II. ékeltségét mindössze két esetben tapasztaltuk.

A több elvezetésben készített EKG sem ingerképzési, sem pedig ingervezetési zavart nem mutatott.

Pectus carinatumban a szívalak röntgenológiai képe normális, néha „aortás” configurációra emlékeztet. Felmerül a kérdés: vajon mi hozza létre a szívnek ezt a configurációját?

A pectus excavatumban vagy lapos mellkas esetén a szűk mellüreg miatt a szívnek balra való elfordulása, valamint a kisvérkör megterhelése eredményezi a szívöböl kitöltöttségét, illetve a conus pulmonalis előboltosulását. A normális configurációjú szív balra való elfordításakor egyébként is „mitralis” alakot vesz fel, mivel a kisvérkör kiáramlási pályája szélképzővé válik.

Pectus carinatum esetén viszont az intrathoracalis tér megnövekedik, ami a szívnek szabadabb mozgási lehetőséget biztosít. Valószínűleg a systole alatt a szív teljes tömegével jobbra fordul el a frontalis síkban, ami a szívöbölnek látszólagos kimélyüléséhez vezethet. A szívnek jobbra irányuló rotációja magyarázatát nyújthatja a functionalis eredetű szívöbrejeknek is.

A röntgenfelvételeken a tüdő érrajzolata általában normális (fiataloknál néha kissé felszaporodottnak látszik).

A pectus carinatum a többi szegycsont deformitáshoz viszonyítva lényegesen ritkább rendelkezés. Ugyanakkor az általa okozott cardialis szövődmények is elhanyagolhatók. Elsősorban és különösképpen az ún. pyramismellkas (14, 15) az, amely kozmetikai, illetve psychés problémát jelenthet.

Műtéti beavatkozásra csak igen nagyfokú és körülírt sternumprotrusio vagy a pectus carinatum és excavatum combinációja esetén kerülhet sor. Ebben az esetben a bordákat parasternalisan resecálják s a sternumot megfelelő helyzetben rögzítik (8, 9, 11).

A kórképet felismerésének megkönnyítése végett a röntgentünetei szerint csoportosítottuk. Az előlő mediastinalis tér megnagyobbodása a középárnyék részére nagyobb mozgási lehetőséget biztosít. Ezzel magyarázható, hogy a pectus carinatumnál fiatal korban is olyan szív alakot látunk, ahol a szívöböl megtartott vagy kimélyült.

Összefoglalás. A szerzők 30 beteg orthopaediai, cardiológiai és radiológiai vizsgálata alapján ismertetik tapasztalataikat. A radiológiai tünetek szerinti csoportosításokat egy-egy eset bemutatásával szemléltetik.

Az elváltozás pathomechanizmusának részletesebb ismertetése után a megbetegedés legfőbb tüneteinek, a dyspnoenak az okait analysálják. Ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy a pectus carinatum főleg fiatal korban alig okoz objectív cardiológiai elterést.

IRODALOM: 1. Brodtkin, H. A.: *AMA. Arch. Surg.* 1958, 77, 261. — 2. Chin, E. F.: *Brit. J. Surg.* 1957, 44, 360. — 3. Currarino, G.—Silvermann, F. N.: *Radiology.* 1958, 70, 532. — 4. Lester, C. W.: *Ann. Surg.* 1953, 137, 482. — 5. Lester, C. W.: *JAMA.* 1954, 156, 1063. — 6. Lester, C. W.: *J. Thor. Surg.* 1957, 34, 1. — 7. Lester, C. W.: *Arch. Pediatr.* 1960, 77, 399. — 8. Lester, C. W.: *Ann. Surg.* 1961, 153, 441. — 9. Lónyay T.: *Személyes közlés.* — 10. Rawitch, M. M.: *J. Thor. Surg.* 1952, 23, 138. — 11. Rawitch, M. M.: *Ann. Surg.* 1960, 151, 705. — 12. Péntek E.—Lónyay T.: *Orv. Hetil.* 1961, 102, 2421. — 13. Schinz, H. R.: *Lehrbuch der Röntgendiagnostik.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1950. — 14. Szenes T.: *Magyar Röntgenközlöny.* 1942, XV. évf. 1—2. — 15. Szenes T.: *Fortschr. Rtgstr.* 1942, 65, 89.

A PREVENTIÓ KÉRDÉSEI

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Árvay Sándor ár.)

Új fogamzásgátló módszer (A C-filmmel szerzett tapasztalataink)

Csoma Béla dr., Görgey Miklós dr., Papp Zoltán dr., Gardó Sándor dr., Herpay Gábor dr. és Dolhay Balázs dr.

Az ember szaporodásában jelenleg is főleg a spontaneitás érvényesül, annak ellenére, hogy az utóbbi évtizedekben igen intenzív és sikeres kutatómunka folyik új típusú fogamzásgátló eszközök és módszerek kidolgozására.

A társadalmi, gazdasági fejlődés jelenlegi fokán a családtervezés célja a tényleges termékenységet a kívánt gyermekszámmal összhangba hozni. A születésszabályozásban lehetőleg a megelőzésnek kell érvényesülnie, s idővel olyan mértékűvé válnia, hogy csupán a védekezés hibájából létrejött, nem kívánt terhességek esetén kelljen a terhességmegszakítás veszélyes beavatkozását igénybe venni (1).

A megelőzést szolgáló anticoncipcpiensekkel szemben támasztott követelmények jól ismertek:

1. Legyen megbízható és olcsó,
2. alkalmazási módja legyen egyszerű,
3. ne zavarja a házasságot természetességét, ne legyen illúziórontó,
4. a szervezetet ne károsítsa, beleértve a káros utókövetkezményeket és a genetikus ártalmat is,
5. elhagyása ne legyen akadály a teherbeesésnek, illetve a terhesség kiviselésének.

A jelenleg használatos fogamzásgátló módszereket többek között Tietze (2) foglalja össze és azok terhességi indexét a következőkben adja meg:

| Módszer | Terhességi index |
|---------------------------|------------------|
| Coitus interruptus | 12—31 |
| Hüvelyöblítés coitus után | 36 |
| Knaus—Ogino-szabály | 14 |
| Hüvelygolyó | 10—27 |
| Zselé egyedül | 10—38 |
| Diaphragma + zselé | 6—29 |
| Condom | 6—19 |
| Cervix sapka | 8—10 |
| Intrauterin eszközök | 1—7 |
| Oralis fogamzásgátlók | 0—1 |

A vegyi fogamzásgátló anyagok spermicid hatásúak, alkalmazásuk esetén teherbejutás viszonylag gyakran fordul elő. Biztonsági indexük mechanikus módszerekkel kombinálva növelhető.

Jelen közleményünkben a vegyi fogamzásgátlók csoportjába tartozó új típusú anticoncipcpienssel, a C-filmmel (contraceptiv film) szerzett tapasztalatainkat kívánjuk ismertetni. A klinikai kipróbáláshoz szükséges anyagot a Rico Kötszerművek bocsátotta rendelkezésünkre.

Orv. Hetilap. 1969. 110. évf. 19. sz.



Anyag

A C-film (3, 4) 4×4 cm nagyságú, áttetsző, hajlékony, vízdoldó film, melynek vastagsága 0,08 mm, súlya 0,15 g. Spermicid hatóanyaga cetylpyridinium-bromid, amelyből 0,015 g-ot tartalmaz. Vehiculumum a vízdoldó polyvinyl-alkohol (PVA) film, amely feloldódva a mechanikai gát szerepét tölti be. A PVA nagy molekulájú szintetikus vegyület, melynek oldékonysága a polimerizáció és hidrolízis fokától függ. A Rico Kötszerművek készítménye ötszörös mennyiségű vízben, testhőmérsékleten 1 perc alatt feloldódik és felszínaktív zselészerű oldatot képez, melynek vegyhatása kissé savi, pH 6. A PVA film a hüvelyváladékban és a cervicalis nyákban is gyorsan oldódásnak indul és kis mennyisége is tartósabb gátat képez az inseminációval szemben, mint a használatos zselék és vaginalis suppositoriumok vívőanyagainak nagyobb mennyisége. A kis tömeg a filmforma mellett az esztétikai akceptabilitásnak is kedvez.

Irodalmi adatok szerint a polyvinyl-alkohol nyálkahártyán tartós alkalmazás mellett sem cancerogen (5, 6, 7, 8, 9).

A C-film fogamzásgátló hatását oly módon fejti ki, hogy a hüvelybe helyezve azonnal oldódásnak indul és a cervicalis nyákkal érintkezésbe kerülve minimalis mennyisége is órákra átjárhatatlanná teszi azt a spermiumok számára, mialatt a spermicid hatóanyag megszünteti azok életképességét.

Módszer

A C-filmet 1968. május 1-től 1968. december 31-ig a klinikánk nővédelmi szakrendelésén jelentkező 150 egészséges nő 785 ciklusa alatt alkalmazta. Átlagéletkoruk 31,4 év, a legfiatalabb 18, a legidősebb 44 éves volt. Átlagosan 5,2 terhességből 1,9 szülés és 3,3 veté-
lés szerepel anamnéziséjükben.

A jelentkezőket két csoportra osztottuk. Az első csoportban 100 olyan nő szerepelt, akiknek azt a használati utasítást adtuk, hogy helyezzenek be egy filmet mélyen a hüvelybe, két részre összehajtva, közvetlenül a nemi érintkezés előtt, vagy azt megelőzően legfeljebb 2 órán belül. A második csoportban (50 jelentkező) a contraceptív filmet a partner alkalmazta oly módon, hogy a hímvesztő kissé megnedvesített végére helyezve juttatta azt be a hüvelybe. A fenti csoportosítást abból a célból végeztük, hogy megállapítsuk, van-e különbség a használati utasításban megadott két alkalmazási mód között, illetve melyik az ideálisabb.

Az ellenőrző megjelenéseken rendszeresen hüvelyváladék, kolposzkópos és kolpocytológiai vizsgálatokat végeztünk.

Eredmények

A klinikai kipróbálás során 150 nő 785 ciklusa alatt 8 terhesség fordult elő. Ezek közül négyen feltehetően a rendszertelen, illetve helytelen alkalmazással is magyarázható a nem kívánt graviditás. Terhesség kizárólag az első csoportban következett be.

A különböző módszerek hatékonyságának összehasonlítására, mint ismeretes, a Pearl-képlet (10) szolgál:

$$\text{Index} = \frac{\text{terhességek száma} \times 1200}{\text{ciklusok száma}}$$

A képlet alapján a C-film terhességi indexe: 6—12.

Az ellenőrző vizsgálatok során a hüvelyhámon lokális irritációt nem találtunk. A váladékvizsgálatok a hüvely tisztasági fokának javulását mutatták. A trichomonas-kolpitisre hatástalannak bizonyult. A kolposzkópos és cytológiai vizsgálatoknál eltérést nem észleltünk.

Megbeszélés

A születésszabályozás társadalmi produktum, ami a társadalmi, gazdasági fejlődés adott fokán jelentkezik. Elterjedése, hatása szintén e tényezők függvénye. Hazánkban sajnos még ma is az interruptio a születésszabályozás legfőbb módszere. A terhességmegszakítás lehetséges szövődményei miatt (11) az interruptiók számának csökkentése mind orvosi, mind társadalmi szempontból szükséges. A terhességmegszakítások száma Magyarországon azonban a legutóbbi években is emelkedik (12).

Klinikánk nővédelmi szakrendelésén kipróbált C-film széles körű alkalmazása tehát a fenti okok miatt is indokolt. Természetesen hangsúlyoznunk kell, hogy a módszer nem 100%-os biztonságú. Vizsgálataink szerint úgy látszik, hogy a C-film hatásosságában az orális progestogenek, valamint az intrauterin pesszáriumok után következik. Az intrauterin eszközök alkalmazásánál leírt szövődményeket (13, 14) azonban a C-film alkalmazásánál nem észleltük.

Az alkalmazók jórésze arról számolt be, hogy a film használata ideálisabbá teszi a nemi érintkezést, melynek magyarázata az lehet, hogy bővebb hüvelyi váladék esetén enyhén tapadó zselévé oldódva megszünteti a túl sikamlós érzést.

További előnyös tulajdonságai, hogy az alkalmazókra veszélytelen, használata egyszerű, nem zavarja a nemi élet normális lefolyását, panaszokat nem okoz és olcsó.

Klinikai kipróbálásunk alapján javasoljuk, hogy elsősorban a férfiak alkalmazzák. Ilyen módon biztosabban jut el a film a portióhoz és a nagyobb felület miatt könnyebben feloldódik. Természetesen ennek pontos leméréséhez nagyobb számú eset kapcsán szerzett tapasztalat értékelése szükséges.

Nővédelmi szakrendelésünkön az intrauterin pesszárium (14), valamint új orális anticoncipiensek (15) tanulmányozása mellett folytatjuk a contraceptív film további kipróbálását. Eredményeinkről továbbiakban is beszámolunk.

Összefoglalás. Szerzők új típusú fogamzásgátló eszközt (C-film) 150 egészséges nő 785 ciklusa alatt alkalmazták. Kis számú esetük tapasztalatai alapján különösen akkor látszik a célra alkalmasnak, ha férfiak alkalmazzák. Az eszköz kipróbálását folytatják és eredményeikről továbbiakban beszámolnak.

IRODALOM: 1. Kovács A.: A családtervezésről. Budapest. 1967. — 2. Tietze, C.: Eng. Rev. 1959, 50, 231. — 3. Hótyay K.: Közlés alatt. — 4. IPPF Medical Bulletin. 1968, 5, 4. — 5. Oppenheimer, B. S.: Canc. Res. 1955, 15, 5. — 6. Druckery, N.: Zschr. f. Krebsforsch. 1956, 61, 55. — 7. Nothdurft, H.: Strahlenther. 1956, 100, 192. — 8. Behring, E. A.: Cancer. 1957, 10, 2. — 9. Schmal, D.: Zschr. f. Krebsforsch. 1958, 62, 561. — 10. Pearl, R.: Hum. Biol. 1932, 4, 363. — 11. Árvay A., Görgey M., Kapu L.: Rev. Franç. Gynéc. 1967, 62, 85. — 12. Egészségügyi Minisztérium Szülészeti Rendtartás statisztikájának adatai. Budapest. — 13. Zelenka L., Szerepdy Z., Szontágh F.: Orv. Hetil. 1965, 106, 1946. — 14. Papp Z., Herpay G., Gardó S., Dolhay B., Csoma B., Görgey M.: Közlés alatt. — 15. Papp Z., Görgey M., Csoma B., Herpay G., Gardó S., Dolhay B.: Közlés alatt.

Seduxen

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL:

1 tablettá 5 mg diazepám-ot tartalmaz.

HATÁS:

Tranquillisedatívum, izomrelaxáns és anticonvulsív hatást fejt ki.

JAVALLAT:

Fokozott psychés feszültséggel járó kórképek, ingerlékenység, félelemérzés, szorongás, neurasthenia, vegetatív neurosis, alvászavarok, kényszerneurosisok.

ADAGOLÁS:

Általános adagja gyermekeknek és legyengült idős egyéneknek ambuláns kúrában naponta 2—3-szor $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ tablettá.

Felnőtteknek naponta 3-szor $\frac{1}{2}$ —1 tablettá a kezdő adag, melyet az egyéni érzékenység és szükséglet figyelembevételével fokozatosan emelni vagy csökkenteni lehet.

ELLENJAVALLAT:

Myasthenia gravis.

FIGYELMEZTETÉS:

A Seduxen — hasonlóan egyéb psychotrop gyógyszerekhez — alkoholfogyasztás esetén, gépjárművezetőknél, magasban dolgozóknál individualis, előre nem látható reakciókhoz vezethet.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

20 tablettá 11,70 Ft

200 tablettá 102,60 Ft

FORGALOMBA HOZZA:



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Budapesti Orvostovábbképző Intézet, Szemészeti Tanszék (tanszékvezető: Weinstein Pál dr.)

A fluorescein fundus angiographia klinikai jelentősége

Brooser Gábor dr.

Novotny és Alvis (1) 1961-ben közölt eljárása jelentősen megnövelte a szemfenékvizsgálat értékét az angiopathiák megfigyelésében. A fluorescein fundus angiographia (fl. f. a.) lehetővé teszi, hogy a retina és chorioidea érrendszerét, annak telődési és áramlási viszonyait, kóros elváltozásait élőben tanulmányozhassuk. Az eljárás rövid idő alatt több országban igen népszerűvé vált és a megfelelő technikai felkészültséggel rendelkező intézetek kutatói nagyszerű lehetőséget nyertek a szemfenéki elváltozások elkülönítő kóriszémzéséhez, a folyamatok pathomechanismusának jobb megismeréséhez. Meyer—Schwickerath (2) sorait idézve: „A retina fluorescein angiographiája — mint évekkel ezelőtt a röntgen angiographia — a diagnostika új korszakát jelenti. Eddig a retina statikus képeire voltunk utalva, most lehetővé vált számunkra az ideghártya keringésének dinamikus analysise”.

A vizsgálat elterjedésével főleg az érelváltozással járó kórképek, de a gyulladáson, daganatos elváltozással járó szembetegségek elleni küzdelem is hatékony eszközzel gazdagodott. Jelentőségét a korai- és differenciáldiagnostikában már másutt hangsúlyoztuk (3, 4, 5, 6).

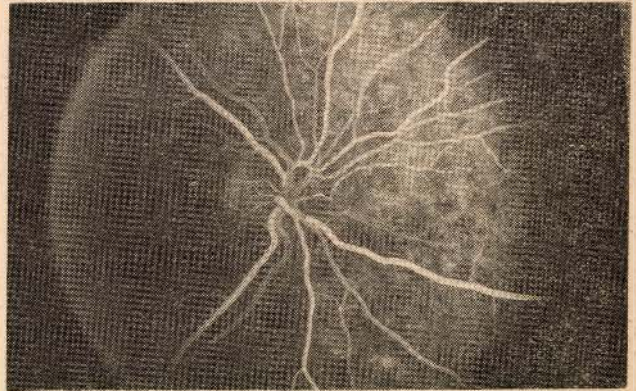
A fl. f. a. irodalma napról napra terebélyesedik. 1962-ben Dollery és Hodge (7) a retina keringési viszonyairól, 1964-ben Scott és Dollery (8) a diabéteses retinopathiáról, 1965-ben Norton és mtsai (9) a macula betegségeiről közöltek tanulmányt. Oosterhuis (10), Amalric (11), Ferrer (12), Gass (13), Jütte és Lemke (14) nevét emelhetnénk ki a sok szerző közül. Wessing 212 oldalas tankönyvet (15), Shikano és Shimizu (16) nagyszerű kiállítású atlaszt adott közre a fluorescein angiographiáról.

Saját vizsgálatainkat 1966-ban kezdtük el Opton funduskamera felhasználásával. Az érpályába juttatott vérfesték keverékét kék fényvel aktiváljuk, s a fluoreszcinnel feltöltött érterületek képét magas érzékenységű filmre fényképezzük.

Állatkísérletek után kezdtük el betegeink sorozatos vizsgálatát. 120 beteg közül egy ízben észleltünk urticariát fél órával a beavatkozás után. Hét vegetatív-labil, a vizsgálatról félő egyén néhány másodperces nauseát jelzett. A nyúlkísérletek után érdekes tapasztalat volt az a tény, hogy a retinán a festék csak hosszabb idő után jelent meg az erekben s futott szét villanásszerűen az arteriákba. Az irodalom ezt az időt — amely saját betegeinken általában 8—17" között szokott lenni — kar-retina időnek nevezi. Ha elképzeljük a festék útját a cubitalis venától, jobb szívfélől a kisvérkörön át a bal szívfélőig, a carotisoktól a retináig, elképzelhet-

jük a hydrodinamikai tényezők sorát, melyek az áramlási sebességre hatnak. Függetlenül attól is, hogy a befecskendezés milyen nagyságú venába, milyen sebességgel történik, milyen a pulsusfrequentia, a szív működés melyik fázisában ér a festék a jobb szívfélbe, nem utolsósorban pedig a vér viszcositásától. A kar-retina idő egyoldali megnyúlása az azonos oldali carotiskeringés zavarát jelentheti (17).

A festék első felvillanását a funduson az art. centr. retinae-ben, ill. a cilioretinalis arteriában láthatjuk. Ezt követően 1—2" alatt a retinalis vénák, kezdetben laminaris áramlással, majd teljesen feltöltődnek (1. ábra). A vénás fázissal egyidőben a chorioidea érrendszere is más fluorescenciát mutat, festékkel telt meg. A fluorescein retinalis megjelenésétől a vénás telődés maximumáig tartó időt csak



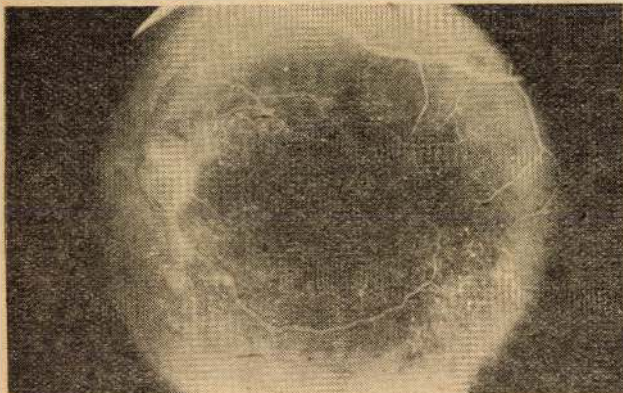
1. ábra. Normál fundus a késői venás fázisban. Az arteriák már elhalványodtak, világosabb színben a telt vénák láthatóak. Jól felismerhető a pigmentepithel mögül áttűnő chorioidealis érhálózat.

igen gyors egymásutánban készített felvételekkel lehetne pontosan regisztrálni. A jelenleg rendelkezésre álló adatok csak tájékoztató jellegűek.

A fl. f. a. során az egymást rövid — és ismert — időközökben követő felvételek angiogramm sorozatot adnak, mely az angiopathiás elváltozás dinamismusát is jellemzi. Ezt a tényt az irodalom a szemorvosok szemszögéből bőven tárgyalja, de alig említi az angiogramok értékét a belgyógyász, az angiológus számára. Ezért szeretnénk bemutatni azokat az elváltozásokat angiographiás képen, melyek az érbetegségek diagnosisában, prognosisaiban vagy a therapia controlljában jelentőséggel bírnak.

2. ábránk M. J., 38 éves diabéteses férfibeteg fundusképe. A vénás teltség jól látható, az arteriák kanyargóssá váltak. Kóros telődéseket mutat az angiogramm a perimacularis kiserhálózatban, ahol számos

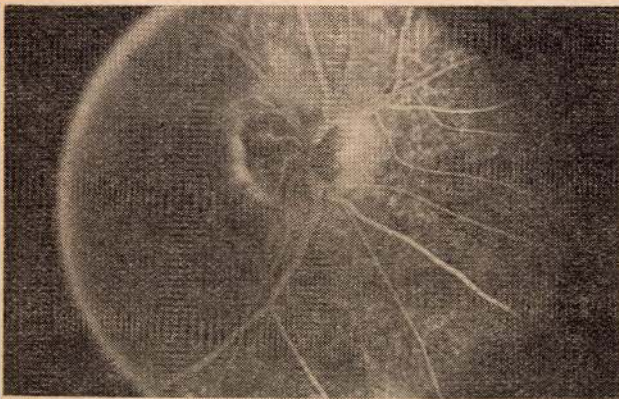
kis aneurysmát láthatunk. A látóidegfő körüli microcapillarisokban permeabilitásfokozódást, a periferiás érterületen (a kép szélén) sötét foltnban kerek vérzéseket, számos apró világos pontként aneurysmákat, helyenként permeabilitásfokozódást látunk. E három praedilectiós helyen (perimacularis, peripapillaris és az aequator táji kisérhálózat) szoktuk az első kóros jeleket felfedezni. A papilla szélén jelentkező permeabilitásfokozódás már kezdi a nagyereket követni, a fenyegető proliferatív elváltozások előjeleként. Diabetesben az érfalak ilyen mérvű és jellegű károsodása a retinopathia utolsó stádiumának jele.



2. ábra. M. J., 38 éves diabeteses férfibeteg. Kanyargós arteriolák, télt vénák. Maculatáj körül apró pontszerű aneurysmák. Peripapillaris aneurysmák és permeabilitásfokozódás. Periferikusan vérzések, aneurysmák és kóros telődések.

A látóidegfő elváltozásainak pontos kórisméje a neuroophthalmologia leggyakoribb, s nem mindig egyszerű feladata. Az egyes kórképek elkülönítésének gyors lehetőségét adja a fl. f. a.

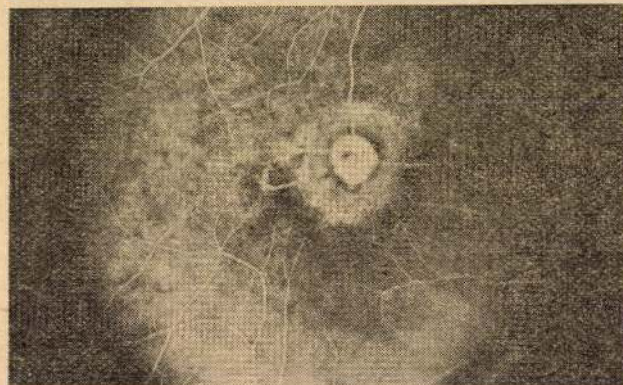
3. ábra. B. S.-né, 43 éves nőbeteg angiogramja. A beteg bizonytalan anamnesissel, pseudopapillitis feltételezett kórisméjével került vizsgálatra. Az angiogrammon a látóidegfő kisérhálózata hiányzik, a papilla sötét színű, a területében látható két capillaris ágacska a festéket átengedi. Peripapillaris fokozott fluorescenciát, permeabilitásfokozódást, oedemás tünetet találtunk. Diagnosisunk: régóta fennálló pangásos papilla, mely a látóideg sorvadásához vezet.



3. ábra. B. S.-né, 43 éves nőbeteg. A látóidegfő érhálózata elsorvadt, festéket alig vesz fel. A papillán látható capillarisok a fluoresceint átengedik. Peripapillaris az oedemás terület nagy mennyiségű festéket tartalmaz.

Súlyos therapiás problémát jelent az öregkori sclerotikus eredetű vagy fiatal korban örökletes, vagy rendszerbetegségekhez társuló maculavérzések, degenerációk befolyásolása, a fenyegető látásvesztés megakadályozása. A folyamat pathomechanizmusát, az alkalmazott therapia hatékonyságát a fl. f. a.-val pontosan regisztrálhatjuk.

4. ábra. Sz. K., 23 éves nőbeteg. A féloldali maculatáji vérzés után kialakult degeneratív elváltozás képen látható, hogy az egyébként perimacularisan végződő érhálózat az érintett területre benőtt, megvastagodott, egymással anastomizál. A folyamat körül látható világos gyűrű a chorioidea nagyfokú reactiv vérbőséget, a folyamat várható progressióját, heges elfajulását jelzi.



4. ábra. Sz. K., 23 éves nőbeteg. A maculatáj degeneratív elváltozását keskeny vérzés övezi. A chorioideában széles, gyűrű alakú vérteltség. A perimacularis erek a maculáig hatoltak, vérböcek.

Összefoglalás. 120 beteg 1200 felvétele közül választott angiogramok bemutatásával kívánták a fluorescens fundus angiographia során észlelhető jelenségek közül néhányat megismertetni és azok belgyógyászati, ideggyógyászati, angiológiai értékére utalni. A módszer új lehetőségeket nyújt a fundusvizsgálat jobb felhasználására, az angiopathiák subklinikus tüneteinek felfedezésére. Az érrendszeri elváltozások jeleként a microangiopathia első tünetét a sárgafolt, a látóidegfő körüli és a retina periferiás területén futó arteriolákon fedezhetjük fel. Az angiogram sorozatok a betegség jellegére, előrehaladottságára, pathomechanizmusára vonatkozóan aránylag egyszerű beavatkozás árán gyors választ adhatnak. A látott kép helyes értékeléséhez a speciális érterület jelenségeinek gyakorlati ismerete szükséges.

A 2. ábrán bemutatott beteget a Semmelweis Kórház rendelése (Pék László dr.), a 3. ábrán bemutatottat az OTKI Ideggyógyászati Tanszéke (Tunkl Erika dr.) konzultánsaként vizsgálhattuk. Az érdekes esetek rendelkezésre bocsátásáért ezúton mondunk köszönetet.

IRODALOM: 1. Novotny, H. R., Alvis, D. L.: Circulation. 1961, 24, 82. — 2. Meyer-Schwickerath, in Wessing, A.: Fluoreszeinangiographie der Retina. G. Thieme, Stuttgart. 1968. 2. old. — 3. Brooser, G.: Sze-mészet. 1968, 1—2, 134. — 4. Brooser, G.: Klin. Oczna. 1968, 38, 175. — 5. Brooser, G. és Uzonyi Gy.: Klin. Mbl. Augenheilk. 1968, 15, 152, 219. — 6. Brooser, G.

és Bikich Gy.: Szemészet. 1967, 1, 15. — 7. Dollery, C. T., Hodge, J. W., Engel, M.: Brit. Med. J. 1962, 2, 1210. — 8. Scott, D. J., Dollery, C. T., Hill, D. W., Hodge, J. W., Fraser, R.: Brit. Med. J. 1964, 1, 811. — 9. Norton, E. W. D., Gass, J., Smitih, J. L., Curtin, V. T., David, N. J., Justice, J. jr.: Trans. Amer. Acad. Ophthal. Otolaryng. 1965, 69, 631. — 10. Oosterhuis, J. A., Lammens, J. J.: Ophthalmologica. 1965, 149, 210. — 11. Amalric, P.: Ann. Oculist. 1967, 2, 129. — 12. Ferrer, O.: Am. J.

Ophthal. 1965, 60, 587. — 13. Gass, J. D. M.: Arch. Ophthal. 1968, 80, 535. — 14. Jütte, A., Lemke, L.: Klin. Mbl. Augenheilk. 1965, 146, 578. — 15. Wessing, A.: Fluoresceinangiographie der Retina. G. Thieme, Stuttgart. 1968. — 16. Shikano, S., Shimizu, K.: Atlas of Fluorescence Fundus Angiography. Igaku Sohjin, Tokyo. 1968. — 17. David, N. J. E. W. C., Norton, J. D., Gass, R., Sexton, C., Gables: Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago) 1966, 14, 281.



A legkülönbélebb gyógymódok lefolytatására szolgál az „EKARAN-1” mozgatható berendezés az ultranagyfrekvenciájú terápianál



A berendezés orvos beavatkozása nélkül is beállítható.

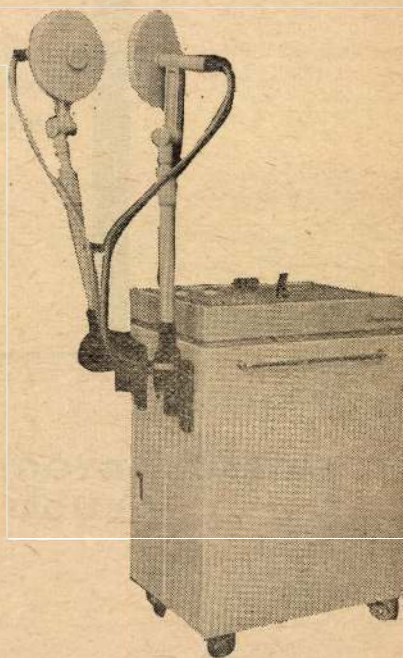
A páciens garantáltan megkapja az ultranagyfrekvenciájú energia szükséges dózist.

Látogassa meg a Budapesti Nemzetközi Vásáron a Medexport kiállítását, ahol többek között ezt a műszert is megtekintheti!

Megkeresésekkel forduljon az alábbi címhez:

V/O MEDEXPORT

Szovjetunió, Moszkva G-200
Távirat: Moszkva, Medexport
Telefon: 121-01-54
Telex: 247



Perchlorat-K *Új készítmény a*

HYPERTHYREOSIS
KEZELÉSÉRE

1 tableta: 400 mg kalium perchloricum hatóanyagot tartalmaz

| Kezdő adag | | Kúraadag | | Fenntartó adag | |
|------------|-----------|----------|-----------|----------------|-----------|
| tableta | időtartam | tableta | időtartam | tableta | időtartam |
| 3—4—5/die | 2—6 hét | 1—2½/die | 3—4 hónap | 1—1½/die | 1—1½ év |

A gyógyszerelés korábbi kihagyása esetén recidíva várható!

A napi adagot 3, ill. 2 részletben, étkezés után kell bevenni. Súlyos hyperthyreosisban kombinált kezelés is folytatható Perchlorat-K mellett, valamelyik hormon-synthesist gátló gyógyszerrel. Ilyenkor a két szert 3—5 napig a szokásos adagban adják, majd a Perchlorat-K-t napi 2½ tablettára, a Methoxyrint pedig napi 3 tablettára csökkentik.

A gyógyszer mellékhatása gyomorpanasz, allergiás bőr-reactio, enyhe hőemelkedés lehet, de ez nem erősebb az anorganikus jódkészítményekénél. Szórványosan vérképzőrendszeri károsodás (agranulocytosis, aplastikus anaemia) is előfordulhat, ezért eleinte hetenként, később ritkábban, a vérkép ellenőrzendő!

Toxikus tünet (láz, garattünet) észlelésénél a gyógyszert a beteg ne szedje tovább, jelentkezék azonnal vérképpenőrzésre! Az esetleges thyreotoxikus crisis iv. jódbevittel (Intrajod) megszüntethető.

50 tableta 17,20 Ft 250 tableta 77,30 Ft

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

**EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR
BUDAPEST**

Szamuely Tibor Tbc. Gondozó- és Gyógyintézet, Budapest

Bronchológiai vizsgálatok neurolept analgéziában

Lauth János dr., Zádor András dr., Horváth Sándor dr. és Tompa Ferenc dr.

A bronchológiai vizsgálatok technikájának megfelelő biztonságot kell nyújtania jó manipulációs lehetőségekkel, ugyanakkor ki kell kapcsolnia a köhögési reflexeket. Utóhatásának minimálisnak kell lennie, legjobb, ha a beteg a vizsgálatot illetően amnéziás.

Általában kétféle módszert alkalmazunk: vagy helyi érzéstelenítésben végezzük a vizsgálatot, vagy pedig izomrelaxanssal kombinált általános érzéstelenítésben.

Gyakorlott bronchológus a bronchoscopiát helyi érzéstelenítésben könnyen és gyorsan el tudja végezni, a vizsgálat azonban a beteg részére nem kellemes, különösen, ha anatómiai nehézségek is fennállnak, például szájzugból történő intubatio esetén. Az anatómiai okok néha az intubációt lehetetlenné is teszik. Már eleve nyugtalan, neurosisos beteg a vizsgálat menetét nehezíti. E módszernek — különösen a Lidocain használata óta — rendkívül kevés a szövődménye, a vizsgálaton kívül mindössze egy asszisztenst igényel, az egész vizsgálat időtartama az érzéstelenítéssel együtt 10—15 percre tehető.

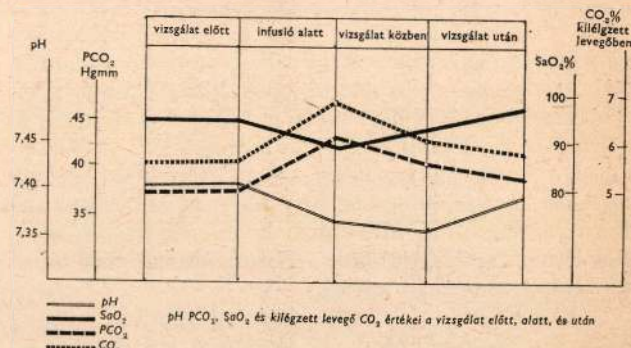
Izomrelaxánsal kombinált általános anaestheziában intubációs nehézségek nincsenek, de a beteggel való együttműködés megszűnik, az apnoe és az izomrelaxatio miatt a hörgőrendszer functionális változásai nem észlelhetők. Kiszámú szövődmény itt is előfordulhat. A vizsgálat időtartama hosszabb, több személyzetet igényel.

Többen megkísérelték a bronchosopia elvégzését helyi érzéstelenítéssel kombinált neurolept analgéziában. Legutóbb Ferrari és Stephen számoltak be e módszer alkalmazásáról bronchoscopiában és oesophagoscopiában. Mivel — a leírás szerint — az eljárás veszélytelen, megkíséreltük alkalmazását.

A neurolept analgéziához Droperidol és Fentanyl keverékét használtuk.

Módszerünk a következő: vizsgálat előtt 1 órával a betegek — testsúlytól, kortól és általános állapotuktól függően — 2,5—5 mg Droperidolt és 0,5 mg atropint kapnak intramuscularisan. Ilyen előkészítés után nyugodt állapotban érkeznek a vizsgáló helyiségbe, legfeljebb kissé álmosak. A vizsgálóasztalra felfektetett beteg ezután Droperidol + Fentanyl keverékét kap iv. cseppinfúzióban. Az infúziós oldat 7,5—10 mg-os Droperidolt és 0,25 mg Fentanylt tartalmaz, 250 ml 5%-os dextroseban oldva, és kb. 6—8 perc alatt kerül beadásra. Megjegyezzük, hogy Ferrari és Stephen 10—25 mg Droperidolt alkalmaztak, tapasztalataink szerint azonban kevesebb is elegendő.

Mikor a légzésszám 10—12/percre csökken, és a beteg szendergő állapotba kerül, megszüntetjük az infúziót, és megkezdjük a helyi érzéstelenítést. A beteg ebben az állapotban jól kooperál, a felszólításokra reagál, fejét felemeli, nyelvét kinyújtja, így a localanaesthesia 2%-os Lidocainnal fekve is könnyen keresztülvihető. Az esetek egy részében, laryngoscopus feltárás után, intralaryngealis sprayt alkalmaztunk, máskor azonban lege artis helyi érzéstelenítést végeztünk, gégetükör segítségével. Fel-



1. ábra. Az oxy- és carboxymetria, valamint a vérgáz analysis eredményei összegezve.

tűnő, hogy az intratrachealisan befecskendezett Lidocainra a betegek nem, vagy alig reagálnak köhögéssel, így a szokásos Lidocain mennyiségnek a fele is elegendő, és az érzéstelenítés rendkívül gyorsan lezajlik. A localanaesthesia után néhány perccel intubálunk.

Betegeinket gondosan megfigyeltük, eseteink többségében folyamatos, vértelen oxymetriát és kilégzési carboxymetriát végeztünk, egyes esetekben pedig vérgázanalízist is.

Egyetlen esetben sem észleltünk olyan légzési, vagy keringési zavart, amely a vizsgálat abbahagyását vagy ellenintézkedést tett volna szükségessé. A pulzusszám a műszeres manipulatio alatt 10—20/min emelkedést mutatott. A légzésszám 12—18/min volt. A vérnyomás lényegesen nem változott, bár fekve, ülve és állóhelyzetben is ellenőriztük. Az oxymetria az infúzió beadása után 4—6%-os csökkenést, a carboxymetria 1—1½%-os emelkedést mutatott, a későbbiekben, a manipulatio alatt az értékek alig tértek el a normálistól. A vérgázanalízis kisfokú respirációs acidózist mutatott (1. ábrát). O₂ belélegeztetésre a vér oxigén saturációja a normál szint fölé emelkedett.

Betegeinket a kórterembe való visszaszállítás után gondos megfigyelés alatt tartottuk, azonban semmilyen szövődményt nem észleltünk.

E módszerrel 50 esetben végeztünk bronchoscopos vizsgálatot. Legfiatalabb betegünk 16, legidősebb 72 éves volt. Az indikatio főként tbc, tumor és bronchiectasia volt. A betegek a vizsgálatot kivétel nélkül jól tűrték, 25⁰/₀-ban teljesen, 75⁰/₀-ban részlegesen amnesziák voltak, de két kivételtől eltekintve a vizsgálatot nem tartották kellemetlennek, legfeljebb a vizsgálat utáni aluszékonyságot kifogásolták. Különösen azok nyilatkoztak kedvezően, akiknél korábban hasonló vizsgálat már történt helyi érzéstelenítésben. Azon betegek, akiknél csak részleges amnésia volt megfigyelhető, hosszabb idő (2—3 hét) múlva már alig emlékeztek a vizsgálatra.

A számunkra hozzáférhető irodalom szerint a neurolept analgesiat eddig csak broncho- és oesophagoscopiák érzéstelenítésénél alkalmazták. A bronchoscopos vizsgálatokkal szerzett jó tapasztalataink alapján elhatároztuk, hogy az eljárást megkíséreljük bronchographiáknál is alkalmazni. Első esetünkben még a rgt-vizsgáló asztalon végeztük az érzéstelenítést, és forgatószerkezetet is alkalmaztunk. Kiderült azonban, hogy a betegek jó kooperációs készsége mindezt feleslegessé teszi. A neurolept analgesia a bronchoscopos helyiségben is elvégezhető, a vizsgálat alatt a betegek a felszólításoknak engedelmeskednek, a megfelelő testhelyzetbe elfordulnak, szükség szerint visszatartják légzésüket, nem köhögnek. Így 20 esetben végeztünk bronchographiát, több ízben bronchoscopiával együlésben. Tapasztalataink a bronchoscopiánál szerettekkel azonosak voltak.

Bronchographia után minden esetben adtunk 1—2 mg Nalorphint iv. A Fentanyl antidotumával

a légzésdepressio megszüntetését és a köhögési reflex visszatérését kívántuk siettetni. A kontrasztanyag kiürülése alig volt elhúzódóbb, mint localanaesthesia esetében.

Bár eseteink száma nem nagy, úgy gondoljuk, hogy az eljárás bronchoscopiás és bronchographiás vizsgálatokban jól alkalmazható. Tovább tart ugyan, mint a localanaesthesiában végzett vizsgálat, és több személyt is igényel — anaesthesiologust, betegszállítót — viszont a betegnek kevésbé kellemetlen. Elvégezhető rossz állapotban levő betegeken is, a beteggel való együttműködés jó, és rendszerint amnéziát biztosít. Különösen neurotikus, nyugtalan betegeken célszerű alkalmazása. Bronchographiában is nyugodt vizsgálati lehetőségeket biztosít, és a hörgőrendszer functionális változásai is észlelhetők. Nem pótolja viszont az általános anaesthesiát azon esetekben, amelyekben az intubatiót csak az izomrelaxatio teszi lehetővé. Mindezeket figyelembe véve úgy véljük, fegyvertárunk új, hasznos módszerrel gyarapodott.

Összefoglalás. Szerzők bronchoscopiás és bronchographiás vizsgálatokat végeztek localanaesthesiával kombinált neurolept analgéziában. Az eljárás a betegnek nem kellemetlen, amnéziát biztosít, bronchographiában a hörgőrendszer functionális változásai is észlelhetők. Szövődményt nem észleltek.

IRODALOM: Ferrari, H. A., Stephen, C. R.: J. Thor. Cardiovasc. Surg. 1967, 54, 143.

DEPERSOLON INJEKCIÓ

Összetétel: 1 ampulla (1 ml) 30 mg 21-Desoxy-21-N (N'-methyl-piperaziny) prednisolonhydrochlor.-ot és 100 mg urethan.-ot tartalmaz propylenglycolos-vizes oldatban.

Hatásai: A prednisolon antiphlogisticus hatása a hydrocortisonét négyszeresen felülmúlja. A vízdékony kiserelési forma gyors és intenzív prednisolon hatás elérést teszi lehetővé.

Javallatok: Elsősorban olyan akut kórképek, ahol a gyors glycocorticoid hatás életmentő: égési, traumás, műtéti vagy intoxicatio következtében fellépő shock, transfúziós shock, status asthmaticus, súlyos gyógyszer-túlérzékenység. Fertőző betegségek kapcsán fellépő toxicus állapot. (Huzamosabb alkalmazásánál megfelelő antibioticummal együtt.) Akut mellékvese elégtelenség (pl. Addisonos krízis), máj — coma myocardialis infarctus shock stádiuma.

Adagolás és alkalmazás: Shockban noradrenalinval kombinálva 30—90 mg prednisolon (1—3 ampulla) lassan intravénásan vagy cseppinfúzióban, egyéb indikációkban 30—45 mg (1—1½ ampulla) lassan intravénásan. Az akut állapot enyhültével célszerű a kezelést csökkenő dózisban Prednisolon tablettával folytatni.

Ellenjavallat: Az akutan alkalmazott parenteralis prednisolon kezelésnek gyakorlatilag nincs ellenjavallata. A huzamos kezelés ellenjavallatai megegyezők a corticosteroid kezelés ismert ellenjavallataival.

Csomagolás: 3 ampulla 58,50 Ft, 50 ampulla 805,— Ft.

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére „statim” esetben az indikáció feltüntetésével szabadon rendelhető. Egyéb esetben a Prednisolon tablettára megállapított feltételek szerint rendelhető.

Forgalomba hozza:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Szabolcs-Szatmár megyei Gyermek Szivgondozó Intézet (vezető-főorvos: Fazekas Árpád dr.) és Szakorvosi Rendelőintézet (igazgató főorvos: Várady Jenő dr.), Szemészeti Szakrendelés

Adatok a Cornelia de Lange-syndromához

Fazekas Árpád dr. és Nagy Margit dr.

Az értelmi fogyatékoság eredetének tisztázása sokszor bonyolult orvosi feladat, ugyanakkor egyes esetekben (pl. mongolismus) egyszerű megtekintéssel is tisztázható a kórismc.

Az oligophreniát okozó syndromák és betegségek száma az utóbbi években — főleg az aminosavak kimutatása és a chromosomák gyakoribb vizsgálata eredményeként — annyira megszorodtak, hogy újkeletű összeállítások is (2, 11) hiányosnak számíthatók, mert az egészen ritka kórformákra nem térhetnek ki.

Ilyen ritka syndroma a Cornelia de Lange holland gyermekorvosnő által még 1933-ban leírt — az értelmi fogyatékoság mellett még egy sor veleszületett rendellenességgel járó — kórkép: a *typus degenerativus Amstelodamensis*, „Amsterdamer Degenerations Typ” vagy legismertebb nevén *Cornelia de Lange-syndroma* (5). E kórforma ismerete azért fontos és hasznos, mert *Ferenczy és mtsai* (3) szerint az ilyen oligophrenek jellegzetes *bohócszerű arcuk* alapján már *inspectio* alkalmával felismerhetők.

Jelenleg 18 éves leány betegségét ismertetjük, akit már 5 év óta volt alkalmunk észlelni.

Esetismertetés

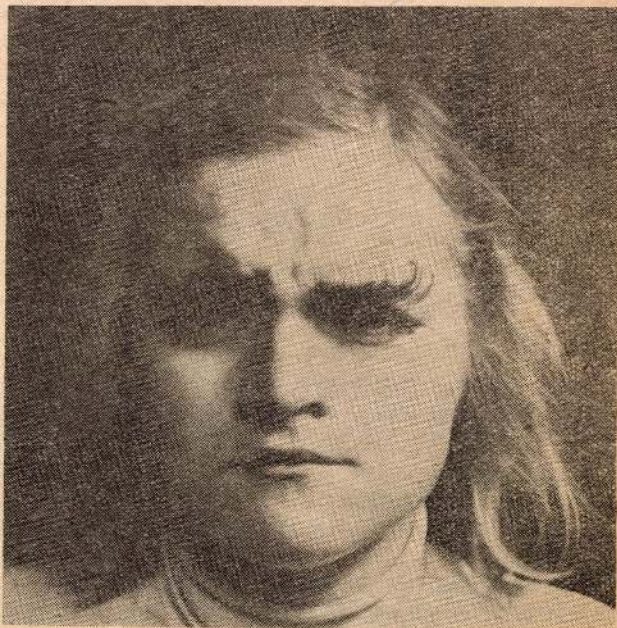
F. Ilona 1951. június 15-én született leányt legelőször 1964. június 5-én a nyíregyházi Gyógypedagógiai Nevelő és Foglalkoztató Intézetbe történt felvétele előtt vizsgáltuk. Ekkor megtudtuk, hogy anyjának III. terhességéből, otthonában, koraszülésből 1500 g-mal született, *asphyxia* miatt nyomban éleszteni kellett, amelyet paskolással végeztek. A gyermek *testi-lelki fejlődése* a továbbiakban *retardált* volt, ülni csak 1 éves, járni 1½ éves korában tudott, és betöltötte a 3 évet, mikorra szobatiszta lett. A szülőknek is ekkor tűnt fel, hogy leányuk nem fejlődik megfelelően.

Vizsgálatkor megtekintve feltűnt, hogy a 13 éves leány *törpe* növésű (testmagassága: 140 cm, testsúlya: 35 kg, fejkörfogata: 56 cm), *imbecillis* viselkedésű, s *szemöldökeinek* szokatlan *dús, vastag, összefonódott* voltával *komikus benyomást keltett* (1. és 2. ábra). Az alkarokon észlelt *hypertrichosison* kívül még a kezek kisujjainak *klinodaktyliáját* említjük meg. Egyéb eltérést nem találtunk.

Megtudtuk még, hogy a gyermek *balkezes*, és 4 éves koráig rendszeresen voltak *epilepsiás* rohamai, hetenként 2—3 ízben.

Az *anya* is alacsony, zömök termetű, *aspectusa* nagyon *hasonló* volt a leányéhoz. (Azt állította,

hogy 5 elemít végzett, azonban magatartása, viselkedése *debilitás* mellett szólt.) Az apa: *analfabéta!* A kislány *húga* szintén *értelmi fogyatékos*, de nővére és bátyja is csak 5 elemít volt képes elvégezni, mert „gyenge tanulók voltak”.



1. ábra.



2. ábra.

Betegünk vizeletében a.: —, p.: —, ubg.: —, cukor: —, és Fölling-reactio: —!

Ezek figyelembe vételével gyógypedagógiai intézeti felvétele előtt kórisménk a következő volt: *Part. Praemat., Imbecillitás, Epilepsia.* Aetiológiai tekintetben hereditaer ártalomra gondoltunk.

A gyermeket a további években is rendszeresen figyeltük a Megyei Gyógypedagógiai Nevelő- és Foglalkoztató Intézetben, ahová az 1964/65., 1965/66 és 1966/67. tanévekben járt, mígnem az imbecillis tanulók 7. osztályát elvégezve túlkoros lett és haza került. Otthonában segített a háztartásban és az egyik mezőgazdasági termelőszövetkezetben növénytermesztési brigádban dolgozott.

Hazakerülése után néhány hónappal ismét találkoztunk az akkor már 17 éves lánnyal. Segítségünket kérte az anyja, mert négy hónap óta nincsen vérzése a lánynak, aki többször is hányt és úgy gondolják, hogy terhes. Nőgyógyászati vélemény (Bodnár Lóránt dr., Megyei Kórház Szülészeti) szerint is *grav. mens. IV—V.* forgott fenn, s ezért *geneticai okból* mi javasoltuk a rossz szociális körülmények között élő és imbecillis leány előrehaladott *terhességének megszakítását.* Ezt el is végezték a nyíregyházi Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályán 1967. december 19—december 27-e között, dextrose-feltöltéssel és curetage-val.

A lányt a továbbiakban is szemmel tartottuk, s 1968. október 30-án anyjával együtt berendeltük ellenőrzésre. Az ekkor 18 éves leány testmagassága 152 cm, testsúlya: 49 kg, fejkörfogata: 57 cm volt. Az ugyanakkor elvégzett *szemészeti vizsgálatát* részletesen ismertetjük:

Visus: o. d. 0,6—0,5 D sph. 1,0 o. s. 0,8—0,5 D sph. 1,0.

Szemöldök: mindkét oldalon dús, közepén összenöttek (*synophrys*), szőrei 22—28 mm hosszúak (!) barnás színűek. A *supercilium* fej-, test- és farokrészének szőrei egyforma hosszúak.

Szempillaszőrök, ciliae: feltűnően hosszúak és fodrosak. Hosszúságukat 26—35 (!) mm közöttinek mértük. (Anyja szerint a múltban rendszeresen nyírták.) A *szempillaszőrök* sűrűek és vastag száluak, barnás színűek (haja viszont szőke és gyér!)

Szemrések: kissé antimongoloid irányúak.

Különben a szemhéjak, *conjunctiva, sclera, cornea, csarnok, iris, pupilla, lencse* és *fundus* vizsgálatával kórosat nem észleltünk. Feltűnt még a szemészeti vizsgálat alkalmával, hogy a leány állán *1—1 szál fekete szőr* (6—8 mm hosszú) és *lencsényi naevus pilosus*, valamint *kis bajusz* is (5—7 mm hosszúak, sötétebbek, mint a környező pihezőrök) látható.

Az *anya* szemészeti eltérést nem mutatott, de a *szakálla* kifejezettebb volt.

Megbeszélés

Már Krüger és Witkowsky (5) 1966. évi összefoglaló közleménye alapján láttuk, hogy értelmi fogyatékos betegünk teljes mértékben megfelel a *Typus degenerativus Amstelodamensis* vagy „Amsterdamer Degenerations Typ” *Ptacek és mtsai* (8)

által összeállított kritériumainak, mert:

1. *törpe növésű* volt;
2. értelmi fogyatékosága az *imbecillitás* fokán állt;
3. *feje:* mikrobrachikephal volt az elkészített rtg-felvétel szerint;
4. *synophris* és hosszú, fodros ciliák láthatók;
5. *hirsutismus* észlelhető (alkaron, emeltett kis bajusz, szakáll);
6. *klinodaktylia* a kezeken.

Az irodalmi adatok szerint az ilyen betegek *túlnyomóan nőneműek* (5). Életkoruk: néhány naptól 33 év között váltakozik. Betegünk tehát jelenlegi 18 évével már „*javakorabeli*” *Cornelia de Lange-szindrómásnak* számít. Éppen ezért is tartottuk a leány ismertetését *Ferenczy és mtsai* 6 és 16 hónapos beteget publikálása után a 3. *hazai casusként* közlésre alkalmasnak, továbbá azért is, mert anamnézise, családi adatai és 5 évi megfigyelésünk *érdekes adatokat* is szolgáltatnak a szindrómával kapcsolatban. Ezek a következők:

1. Érdekes és értékes *anamneszticus* adat, miszerint a kisleánynak 4 éves koráig gyakran voltak *epilepsiás görcsei*.

2. Betegünk *korai terhessége* nem erősíti meg azt a nézetet, mely a *Cornelia de Lange-szindrómá*sokat *sexuálisan* is fejletlennek tartja. Hasznos lett volna tudományos szempontból megfigyelni ezen leány utódát, azonban a rossz szociális körülmények és *geneticai szempontok* a művi vetélés mellett szóltak.

3. Bizonyos családi adatok: az *anya* phenotypusa és értelmi fogyatékosága, valamint *betegünk hűgának* értelmi fogyatékosága ismeretében a *női nemhez kötött (!) recessiv öröklődési* típust (7) tartjuk valószínűnek a betegségben. Lehetséges, hogy immár 18 éves betegünk további megfigyelése bizonyosságot is szolgáltat majd (pl.: újabb *terhesség*) e feltevéshez.

Különben kértük az anyát, hogy betegünk *imbecillis hűgát* is hozza be részletesebb vizsgálatra, de sajnos ez eddig nem történt meg.

A tudományos érdekességen túl fontosnak tartjuk a *Cornelia de Lange-szindróma* ismeretét, elsősorban *Gyermekideggondozók és Nevelési Tanácsadók* orvosai, gyógypedagógusai számára, minthogy az értelmi fogyatékoság olyan formájával állunk szemben, amely — a *Down-betegség*hez hasonlóan — már egyszerű megtekintéskor is diagnosztizálható.

Remélhetően hazánkban is gyakrabban kerül majd észlelésre e kórkép a jövőben, s így tisztázódhat — egyebek mellett — a *szindróma hazai gyakorisága* is.

A *Cornelia de Lange-szindróma* felismerésében fontos szerepet játszhatnak a szemészeti szakrendelések, szemészeti osztályok, ha felfigyelnek a hosszú és fodros *szempillaszőrökre*, illetve észlelik a *synophrist*. Különben meglepő, hogy részletes anatómiai könyvek (6) és szemészeti tankönyvek is milyen mostohán bánnak a *szemöldök* (*supercilium*) és a *pillák* (*ciliae*) leírásával. A *Cornelia de Lange-szindróma* egyben példa arra is, hogy a *szemöldök*

dök, eddig normálisnak tartott változata a synophris fontos, *pathognomicus jel* lehet. Megemlítjük, hogy a normálistól eltérően hosszú szempillaszőrőket más kórképeknél is leírtak (1, 4, 9, 10) normális szemöldök mellett.

Összefoglalás. Szerzők közleményükben 18 éves leány Cornelia de Lange-szindrómáját ismertetik, amely a harmadik magyar eset. Kiemelik a szemészeti eltérések: synophris és a hosszú, fodros ciliák jelentőségét e betegség felismerésében. Külön érdekessége betegüknek, hogy kisgyermekkorában epilepsziás volt, illetve, hogy 17 éves korában bekövetkezett terhessége nem szól e betegek genitális, sexuális fejletlensége mellett. A familiaris adatok

ismeretében a betegség női nemhez kötött, recessív öröklődési típust tartják valószínűnek.

IRODALOM: 1. Bab, W.: Kl. Mbl. f. Augenheilk. 1931, 87, 804. — 2. Fazekas Á.: Gyógypedagógiai áthelyezési útmutató. (Tankönyvkiadó, 1967, Budapest, 119—153 old.) — 3. Ferenczy I.,—Hervei S., Goldschmidt B.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2205. — 4. Fuchs, A.: Klin. Mbl. f. Augenheilk. 1926, 76, 726. (hozzászólás) — 5. Krüger, E., Wittkowski, R.: Kinderärztliche Praxis. 1966, 4, 163. — 6. Lenhossék M.: Az ember anatómiája. (Pantheon, 1924, Bp.) III. kötet 307—338. oldal. — 7. Opitz, J. M.: cit. Ferenczy. — 8. Ptacek, L. T. és mtsai: J. Pediatr. S. Louis. 1963, 63, 1000. — 9. Reitter: Kl. f. Augenheilk. 1926, 76, 726. — 10. Reitter: Kl. Mbl. f. Augenheilk. 1931, 86, 110 (hozzászólás). — 11. Unghváry L.: Betegsýndromák zsebkönyve (Medicina, 1962, Bp.).

Chlorocid-H KENŐCS

0,75% hydrocortison, 1% chloramphenic. vaselin típusú alapanyagban.

A chloramphenicol bakteriosztatikus hatását kedvezően egyesíti a hydrocortison gyulladáscsillapító és antiallergiás tulajdonságával.

JAVALLAT

szemészet

keratitis blepharitis chr.
égési sérülés iritis
marási sérülés iridocyclitis
szemhéj dermatitis postoperatív uveitis

bőrgyógyászat

contact dermatitis anorectalis,
folliculitis genitális ekzema
impetigo intertrigo
seborrhoeas ekzema dyshydrosis
 otitis externa

ELLENJAVALLAT

szaruhártya hiány herpes zooster corneae
trachoma hypopyon keratitis
ulcus serp. és iritis
 keratitis dendritica

Szakrendelésen szabadon, egyéb esetben szakrendelés javaslatára rendelhető.
1 tubus (5g) 22,20 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

Teljes közelzáródást compensáló epeút-fejlődési rendellenesség

Kanyó János dr.

A fejlődési rendellenességek általában, ahogy ezt elnevezésük is érzékelteti, ab ovo vagy potenciálisan, a szervezetet károsító tényezők kategóriájába sorolhatók. A kóros lehetőségek kombinatív sokrétősége azonban olyan körülmény létrehozására is képes — amint ezt továbbiakban esetünk is demonstrálja —, hogy a fejlődési rendellenesség éppen kiút a szervezet aktuális kórfolyamatából és ezáltal, az egyidejű előfordulás folytán, paradox módon, nem károsító, hanem segítő tényezővé válik.

A máj, epeutak és pancreas az elemi duodenumot körülvevő hepatopancreaticus gyűrűből fejlődnek (7). Az intrauterin élet 5—10 hetében az epithelburjánzás folytán az epeutak elzáródnak, majd a 10. héten vacuolisatio és resorptio által újból átjárhatóvá válnak. Utóbbi recanalisációs folyamat zavara következtében állhat elő a veleszületett szűkület, illetve elzáródás.

A kb. 4,5 cm hosszú ductus hepaticus rendszerint a jobb és bal májfél ágainak egyesüléséből adódik, ami normális körülmények között a porta hepatisban törtenik. Ettől a szokásos képtől igen gyakran eltérő variációk képződnek. Ilyenek a járulékos epeutak, melyek egyesével vagy többesével a ductus cysticusba vagy magába az epehólyagba torkollnak. Odermatt az általa közölt 2, epehólyagba beszájadzott járulékos epeutat, ductus accessoriusnak jelölte, míg Brans ezen járatokat aberráló epeutaknak nevezte (17).

Számos irodalmi közlemény foglalkozik az epeút-fejlődési variánsokkal és anomáliákkal (5, 10, 15, 16).

Mentzer szerint az esetek 10%-ában epeút-anomalia észlelhető (cit. 8). Dietrich és mtsai 15—20%-ban jelölik meg az accessorikus epeutak előfordulásának gyakoriságát (5). Ugyanakkor Daseler és mtsai (3) 500 sectio során mindössze 12 esetben észlelték.

A járulékos epeutak jelentősége elsősorban sebészeti, amennyiben főleg műtéteknél okozhatnak szövődeményt. A műtéti mellékleteken kívül, a járulékos epeutakból ascendáló fertőzésekre, illetve az epehólyag fundus részének serosájában található rendellenes epeutak perforációjára Ókrös hívta fel a figyelmet (17).

Jelentős az epeút-fejlődési rendellenességek kapcsán az a körülmény, hogy a járulékos epeút milyen májsegmentumból képes levezetni az epét. Ennek a szerepe különös fontosságot kap esetleges kőszövedmény esetén, amikor a szervezet számára igen jelentős, hogy milyen a kő helyzetének és a járulékos epeút beszájadási helyének, lefutásának kölesönös viszonya.

Dietrich (5) szerint az accessorikus epelevezetési csatornák az epét csak körülírt területről képesek levezetni és így functionális kettőzést nem jelentenek.

Sabrodszkaja (21) corrosiós májkészítményeken végzett megfigyelései arra mutattak, hogy a sektor-utak formálódása, mindenekelőtt, ami a jobb májleányt illeti, nem igazodik merev szabályhoz. Utóbbi szerző 25 corrosiós készítménye arról tanúskodik, hogy az epeutak lefutását illetően „normális” körülmények között is nagy a variációs eltérés.

Az epeutak fejlődési rendellenességeinek változatos, de többször rejtve maradt képe ilyenfor-

Orv. Hetilap. 1969. 110. évf. 19. sz.

mán kőszövedmény, különösen közelzáródás esetén bonyolódhat és a szükséges műtétkor napvilágra kerülhet.

Figyelemre méltó példa ilyen vonatkozásban H. Schmorell esete (22), melyben 47 éves nőbetegben a jobb ductus hepaticus a ductus cysticusba torkollott és a betorkollás alatt a ductus cysticus kőbeékelődés folytán teljesen elzáródott. Említett esetben, miután magnesium adására epét nyertek, az occlusiós icterust kizárták. A diagnosticus tévedést a bal ductus hepaticuson át ürülő epe okozta. A beteget görcsök után fellépő icterusos, subileusos állapotban műtötték meg (l. ábra).

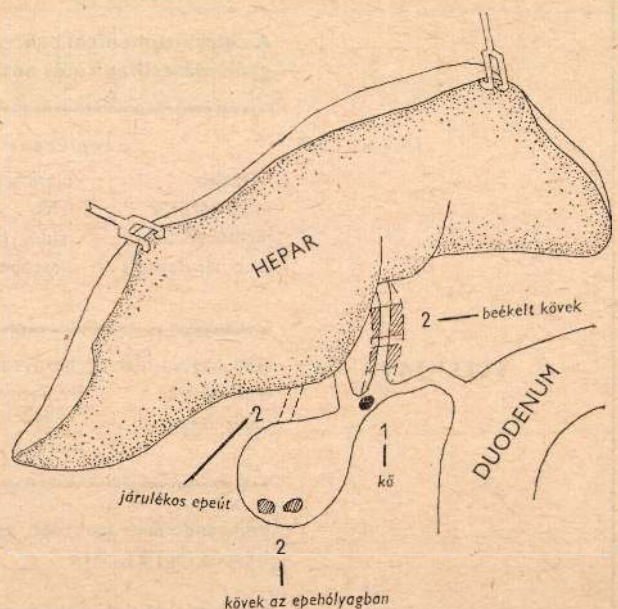
Az ismertetett esethez bizonyos vonatkozásai-ban hasonlít saját esetünk.

Esetismertetés

57 éves nőbetegnek 30 év óta voltak epeköre utaló görcsei kb. fél éves időközökben. 1958-ban cholecystocholangiographia köveket mutatott ki. 1959-ben a kezelő orvos a kalocsai kórház sebészeti osztályára utalta.

Felvételkor igen kifejezett cholecystatáji érzékenységet, icterus hiányát, 4,8 mm/h süllyedést, 0,5 mg% se. bi.-t, 2 E Thymolt észleltek. Egyéb vizsgálatok: mellkas-gyomor-rtg, vizelet, vérkép, tensio kóros eltérést nem mutattak. A beteg megfelelő előkészítés után műtéten esett át. Műtéti napló száma: 318/959.

A műtéti feltáráskor feltűnt, hogy a ductus hepaticust 2 igen nagy kő teljesen elzárta. Ugyanakkor a cholecystában 2 babnyi kő helyezkedett el. A jobb máj-



Rieder b. eset
1: H. Schmorell esete
2: saját eset

lebenyből egy járulékos, azonnal szembetűnő (cca lúdtoll vastagságú) epeút közvetlenül a cholecystába toroklott. Lumenéből friss epe ürült. (Rieder felosztása szerint az eset a Rieder-B typushoz áll legközelebb.) (1. ábra) A ductus cysticus, ductus choledochus szabadon sondázható voltak.

A műtéti megoldás a gyulladt epehólyag eltávolításából, a ductus hepaticus felhasításából és az említett viszonylag nagy (műtő által zölddiónyinak jelzett), szorosan beékelte kövek eltávolításából, valamint a több lenszerű kő kimosásából állt. Az eltávolított epehólyag szövettanilag chronicus cholecystitis képét mutatott. A ductus hepaticusban levő kövek adatai: hengerded alakú, sötét barnássárga, szivacsos consistenciájú, kissé egyenetlen felszínű, concentricusan rétegzett cholesterin kövek. Súlyuk: 12,70 és 14,00 g (átmérőjük: cca 2,5 cm).

A beteg 16 nap múlva panaszmentesen távozott és 3 hónap után elvégzett részletes belgyógyászati vizsgálat kóros eltérést nem mutatott. Cholangiographián feltűnt az igen tágult, ductus hepaticusnak megfelelő epeút lumen.

Az azóta eltelt 9 év alatt figyelemmel kísért betegen elvégzett vizsgálatok kóros eltérést nem mutattak.

Az 57 éves, 30 éve epekökólikában szenvedő nőbeteg esetének ismertetését főleg azért tartottuk érdemesnek, mert az egyidejű epeút-anómália a teljes obstructiót functionálisan jól compensálta.

A kórtörténeti adatok szíves átengedéseért ezúton mondok köszönetet Hollósi Károly dr. sebészeti osztály főorvosának, valamint Szakály László dr. akkori sebészeti osztályos adjunctusnak.

Összefoglalás. A szerző 57 éves nőbetegnél észlelt teljes közelzáródás esetét ismerteti, ahol az obstructiót aberráló epeút compensálta. Az irodalmi adatok ismertetésével az elváltozást actualis functionális jelentősége mellett anatómiai vonatkozások miatt tartotta közlésre érdemesnek.

IRODALOM: 1. Bársony T.: Orv. Hetil. 1927. 41. — 2. Czirer L.: Orv. Hetil. 1925. 44. — 3. Daseler és mtsai: Surg. Gyn. Obst. 1947, 85, 47. — 4. Diethert, I.: Zbl. f. Chir. 1965, 43, 2213. — 5. Dietrich, K. F.: Der Chirurg. 1966, 37, 9. — 6. Fuhrmann, W.: Aerzt. Wschr. 1958, 13, 18. — 385. — 7. Gombkötő B. és Róka Gy.: Orv. Hetil. 1955, 96, 553. — 8. Jones, G. M., Caylor, H. D.: Amer. J. Surg. 1957, 93, 1, 122. — 9. Kazár Gy.: M. Seb. 1950, 3, 4, 298. — 10. Kern, E.: Der Chirurg. 1964, 35, 57. — 11. Kothe, W. és Reding, R.: Zbl. f. Chir. 1965, 14, 570. — 12. Ladányi J.: Orv. Hetil. 1960, 101, 729. — 13. Leger, L. és mtsai: Presse Med. 1958, 66, 50, 1147. — 14. Lichtmann, S. S.: Diseases of the Liver Gallbladder and Bill Ducts. Lea Febiger. Philadelphia. 1953. — 15. Nassr.-Esfahani, H. és Böhme, P. E.: Der Chirurg. 1964, 35, 265. — 16. Nassr.-Esfahani és Fichtner, H. J.: Der Chirurg. 1964, 35, 15. — 17. Ökrös S.: Orvosképzés. 1933. 330. — 18. Pólya J.: Orv. Hetil. 1935, 26. — 19. Prévot, R.: Dtsch. med. Wschr. 1965, 90, 714. — 20. Rosenthal, F.: Krankheiten der Leber und der Gallenwege. Julius Springer. Berlin. 1934. — 21. Sabrodskaja: Zbl. f. Chir. 1965, 7, 261. — 22. Schmorell, H.: Zbl. f. Chir. 1954, 6, 229. — 23. Schumann, H. D.: Zbl. f. Chir. 1954, 13, 530. — 24. Turai I., Gerota D.: Chirurgia Cailor Biliare extrahepaticae. Editura Medicala. Bucuresti. 1957. — 25. Wolf, M. és mtsai: Zbl. f. Chir. 1966, 9, 894.

A modern terápia mellett, mint gyógytényező nem hanyagolható el a

„HÉVÍZI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

alkalmazása

A kompressz eredeti hévízi iszapot tartalmaz szárított állapotban. Az Országos Közegészségügyi Intézet és a M. Állami Földtani Intézet vizsgálatai szerint szerves, szervetlen és radioaktív anyagokat tartalmaz.

A szervetlen anyagok (Na, Fe, K, Mg, S, Cl, J stb.) fokozzák a bőr duzzadó képességét és így lokálisan hyperlymphát idéznek elő. Ennek tulajdonítható fájdalomcsillapító és gyulladáscsökkentő hatása.

A szerves anyagok (fehérje, cellulóze származékok, humin sav, bitumen) bőrízgatók, s részben oestrogen hatásúak, melyek mint biológiai stimulátorok hatnak.

INDIKÁCIÓI: arthritisek, arthrosisek, spondylosis, neuralgiák, myalgia, brunitis, tendovaginitis stb. Post traumás maradványok kezelése.

Nem gyulladásos megbetegedéseknél a heveny szakban, a gyulladásoknál a subacut, de még inkább az idült állapotban lehet sikeresen használni.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A kompressz alkalmazásának előnye, hogy a betegnek nem kell a Hévízi Gyógyfürdőt felkeresnie hanem otthonában minden fáradtság nélkül használhatja és hogy egy kúrához, amely általában 25 pakolásból áll, egy kompressz elegendő.

A kompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

1. sz. Hát — váll — felkar — mell

2. sz. Derék — végtag

3. sz. Lábfej — boka (csizma)

4. sz. Kézfej — csukló

5. sz. Has (főleg gynecológiai területen)

Budapest Főváros Tanács VB. Schöpf—Merei Ágost Kórház Anyavédelmi Központ
Sebészeti Osztály (főorvos: Balás Atila dr.) és Prosectura (főorvos: Kneiszl Ferenc dr.)

Invaginációt okozó vékonybél lipoma

Horráth István dr. és Kneiszl Ferenc dr.

A vékonybél jóindulatú daganatainak sebészi vonatkozásáról a magyar szakirodalomban keveset olvashatunk. Ennek oka, hogy a vékonybélben sokkal ritkábban fejlődnek daganatok, mint az emésztő rendszer egyéb részein. Előfordulásuk a többi gyomor-béldaganathoz viszonyítva 2—5⁰/₁₀ (1, 18).

Régebbi közlemények még többnyire csak boncolási anyagról számolnak be (10, 13). Újabban egyre több a műtéttel megoldott esetek száma. *Olson—Dockerty* és *Gray* a Mayo-klinika műtéti anyagából 77 jóindulatú daganatról számol be (14). *Braasch* és *Denbo* a Lahey Clinic. 34 éves anyagában 19 jóindulatú vékonybéldaganatot talált és ebből egy volt lipoma.

Hazai szerzők közül *Ihász és mts.* a budapesti II. Sebészeti Klinika 16 éves műtéti anyagában 8 (8), *Herczeg és Gaál* a debreceni I. Sebészeti Klinika 10 éves műtéti anyagában 5 (7), *Balás* és *Kertész* 15 éves intézeti anyagukban 13 jóindulatú vékonybéldaganatot észlelt (2).

E részletes munkákon kívül az utóbbi 20 évben még néhány kazuisztikai közlemény is megjelent (3, 5, 6, 15, 16, 17).

Magyar szerzők ez ideig összesen 5, műtéttel eltávolított vékonybél lipomáról számoltak be.

A vékonybéldaganatok leggyakrabban az ileum alsó vagy a jejunum felső szakaszán helyezkednek el. Minden életkorban előfordulhatnak. Többnyire soliterek, csupán a polypusoknak találkozhatunk multiplex formájával. A submucosusan elhelyezkedő daganat a bél lumene felé, a subserosusan elhelyezkedő kifelé növekszik. Ez utóbbi forma oly nagyságot is elérhet, hogy a hasfalon keresztül tapinthatóvá válhat.

A vékonybél jóindulatú daganatainak szöveti sajátosságai megegyeznek az egyéb helyeken talált jóindulatú daganatokéval (20). Leggyakoribb daganatfélések a fibroma, myoma, lipoma, ritkábbak a haemangioma, lymphangioma, neurofibroma, neurinoma, chylangioma.

A vékonybél daganata tüneteinek hiánya miatt a beteg nehezen ismerhető fel. A tüneteket elsősorban a lassan kifejlődő részleges vagy teljes bélelzáródás idézi elő. Nagyobb részük azonban az egész életen át panaszt nem okoz.

A részleges bélelzáródás gyakran nyilvánul meg különböző dyspepsiás panaszok: puffadás, teltségérzés, hányinger, hányás, flatulentia formájában. Igen jellemző a vékonybéldaganatra a hasfalon keresztül időszakonként tapintható mobilis tumor, mely a körképben elég gyakori intermittáló invaginatio következménye.

A műtetre kerülő esetek nagyobb részében a daganat okozta szövödmények — bélelzáródás, vér-

zés, perforatio — képezik a műtét indicióját. Irodalmi adatok szerint vékonybéldaganatok a felnőttkori invaginációk leggyakoribb okai (5, 9). A kórisme felállításában nagy segítséget nyújthat a szakaszos vékonybél rtg-vizsgálat (11, 12). Ha a leírt tünetek alapján daganat gyanúja merül fel, még akkor is indokolt az exploratív laparotomia elvégzése, ha a rtg- és labor. vizsgálatok negatív eredményt adtak.

A jóindulatú vékonybéldaganatok kezelése sebészeti, többnyire a daganatos bélszakasz resectiójából áll. Nyeles daganatok esetében a műtét alatt végzett szövettani vizsgálat eredményétől függően, vagy csak a daganatot extirpáljuk, hogy — malignitás gyanúja esetén — a bélszakaszt resecáljuk.

A jóindulatú vékonybél daganatok prognosisa jó, malignus elfajulás veszélyével elsősorban vékonybél-polyposis, valamint neurofibroma esetében kell számolnunk (19, 21).

Esetünket az alábbiakban ismertetjük

V. J., 48 éves férfibeteg 1965. IV. 7-én került először osztályunkra ileus diagnózissal. Elmondása szerint néhány hónapja időnként görcsös hasi fájdalom van, ilyenkor széklet-szelek nem távoznak, majd bélkorgást érez, utána megszűnik a görcs. Két hónapja appendectomiát végeztek nála más kórházban. A fentiekhez hasonló fájdalom már volt az appendectomiát megelőző időszakban is, és az akkori műtéti lelete panaszát nem magyarázta, de zárójelentése szerint az appendectomiás behatolásból nem tudták kellőképpen explorálni a hasüreget. Négy napja újra jelentkezett a görcsös fájdalom, széklete ez idő alatt egyszer volt ricinusos hashajtásra. Állandó hányinger, 3 alkalommal hányt.

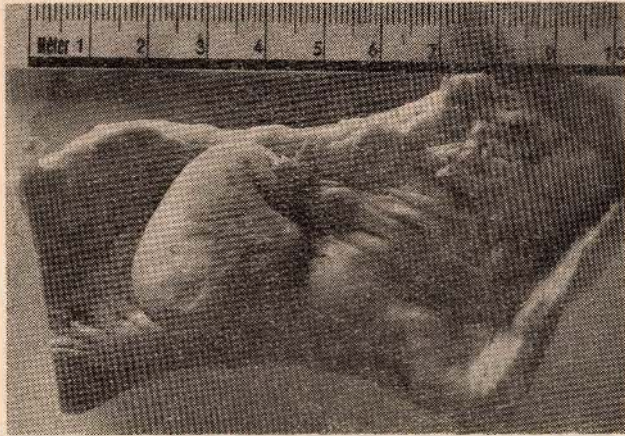
Vizsgálatkor elődomborodó, puffadt hasat találtunk, mely főleg a köldöktájon volt nyomásérzékeny. Kóros resistentiát, bélmerevedést, vagy izomvédekezést nem észleltünk. Üres has átvilágítással nagyfokú, általános meteorismust találtunk, mely legkifejezettebb volt a caecum, a colon ascendens és a colon transversum táján. A transversum kezdeti részén széles folyadékívó volt látható. Az ismétlődő subileus állapotok miatt exploratívot terveztünk, de tekintve, hogy bennfekvése alatt teljesen panaszmentessé vált, gyomor-bél-rtg és contrastbeöntéses rtg-vizsgálatokkal passage-akadályt kimutatni nem tudtunk, műtéttől eltekintünk, és további megfigyelés alatt tartva hazabocsátottuk.

1965. V. 24-én került felvételre panaszainak ismétlődése miatt. A has vizsgálatok csak kismértékű meteorismust észleltünk. Az elvégzett üres has átvilágítás szerint a belek erősen meteoristicusak, a későbbi gyomor-bél-rtg alkalmával kiderült, hogy az üres has átvilágításkor leírt meteorismus a nagyfokban tágult vékonybelekben van.

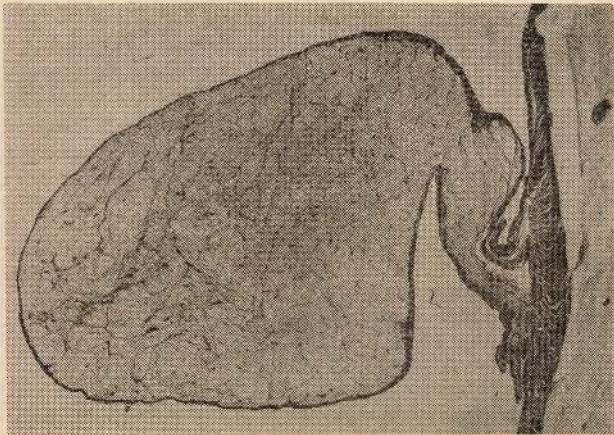
A konzervatív kezelés ellenére (beöntések, hashajtók) a passage akadályozottsága mind kifejezettebbé vált. Ötnapos előkészítés után (Sulfoguanidin, Neomycin) 1965. VI. 2-án laparotomiát végzünk. A karvastagúra tágult vékonybeleket előemelve az ileum alsó részében kb. 8 cm invaginációt találtunk, amelyben diónyi göb tapintható. Az invaginált részt resecáljuk és oldal-oldal szájadékokat készítünk. Réteges sebzés. Mű-

tét után zavartalan körlefolyas, elsődleges sebgyógyulás.

A műtéileg eltávolított, 25 cm hosszú vékonybélszakasz lumenében $3 \times 2 \times 1$ cm nagyságú szolid daganatot találtunk, melyet redőzetlen nyálkahártya fedett. A daganat és a bélnyálkahártya egy 0,5 cm hosszú, 4



1. ábra. Makroszkópos felvétel: resecált vékonybélszakaszban kb. diónyi lipoma.



2. ábra. Lupe nagyítás: elvékonyodott hámmal körkörösön fedett, kocsányos lipoma hosszmetsete a kocsányon keresztül. A kocsány a submucosával függ össze.

mm vastag kocsány útján függött össze. Metszéslapon látható, hogy a kocsány kötőszövetből, maga a daganat zsírszövetből áll (1. és 2. ábra).

A szövettani vizsgálat ugyanezt állapította meg. Dg.: Lipoma pendulum intestini tenuis.

Megbeszélés

A jóindulatú vékonybél-daganat nem tartozik a gyakori megbetegedések közé, intermittáló bélelzáródás tünetei esetén azonban gondolnunk kell rá. Saját esetünkben ismétlődő bélelzáródás tünetei mellett az ismételten végzett részletes rtg-vizsgálatok sem mutatták ki a daganatot.

Az ileusos tünetek gyakoribb fellépte, végül fokozódása miatt laparotomiát végeztünk. Tapasztalatunk az irodalom adataival megegyezik.

Összefoglalás. Szerzők intermittáló invaginációt okozó vékonybél-lipoma esetet ismertetnek. Megállapítják, hogy a jellemző klinikai tünetek fennállása esetén még negatív rtg- és laboratóriumi vizsgálatok mellett is szükséges az exploratív laparotomia és a sebészeti megoldás.

IRODALOM: 1. Anathbaum, R. B., Sayre, J.: Amer. J. Surg. 1962, 103, 558. — 2. Balázs M., Kertész T.: Orv. Hetil. 1967, 108, 1218. — 3. Barankay A., Imre J.: Orv. Hetil. 1966, 107, 1276. — 4. Braasch, J. W., Denbo, H. E.: S. Clin. North America. 1964, 44, 791. — 5. Brandstein L., Löblovics I., Holics K.: Orv. Hetil. 1963, 104, 1130. — 6. Fóti M., Kneiszl F.: Fortschr. Röntgenstr. 1953, 78, 214. — 7. Herczeg L., Gaál J.: Orv. Hetil. 1960, 101, 1103. — 8. Ihász M., Füsi J., Erdős L.: Orvosképzés. 1966, 41, 260. — 9. Jones, G.: Brit. J. Surg. 1947, 34, 320. — 10. Kirschbaum, J. P.: Ann. Surg. 1935, 101, 734. — 11. Marine, R., Lattomus, W. W.: Radiology. 1958, 70, 860. — 12. Martel, W., Whiteshouse, F. J., Hodges, M.: Radiology. 1960, 75, 368. — 13. Merchant, F. T.: Arch. Surg. 1939, 39, 1031. — 14. Olson, J. D., Dockerty, M. B., Gray, H. K.: Ann. Surg. 1951, 134, 195. — 15. Pongrácz F.: Orv. Hetil. 1961, 102, 1035. — 16. Pongrácz Gy., Degrell I.: Magy. Seb. 1966, 19, 39. — 17. Tasnády L., Kiss B.: Magy. Seb. 1966, 19, 67. — 18. Texter, E. C., Barborka, C. J.: Med. Clin. North. Am. 1960, 44, 151. — 19. Varró V.: Gastroenterologia. Bp. 1964. Medicina Kiadó. — 20. Willis, R. A.: Pathologia of tumors. Butterworth and Co. 1953. London. — 21. Wein, G.: Magy. Seb. 1960, 13, 166.

Napi 3-6 **TRIOXAZIN** tableta az intellektus és a mozgáskészség befolyásolása nélkül szünteti meg a szorongást, a túlfeszített idegállapotot és a psychés nyugtalanságot.

Nem hátrányos a reflexidő és a koordinációs készség szempontjából, gépkelzők, gépjárművezetők is használhatják!

Adagolását és a többi tudnivalót lásd a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” című kézikönyvben.

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁP SZERGYÁR, BUDAPEST

HALOPERIDOL

inj. tabl. csepp.

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg 4-/p-chlorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl-piperidin-4-ol-t

1 tableta 1,5 mg 4-/p-chlorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl-piperidin-4-ol-t

az oldat (10 ml) üvegenként 20 mg (10 csepp = 1 mg) 4-/p-chlorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl-piperidin-4-ol-t tartalmaz.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, mely motoros és psychés agitációval jár, mánia, paranoidhallucinatoros kórképek, agított depressió, erethikus oligophrenia és epileptiformis psychosisok, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az oralis adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio).

Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan. Az átlagos oralis napi adag 2—4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5—10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6—15 éves korig a felnőtt dózis fele. Krónikus hányásban általában 2 × 10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig történő kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia, vagy egyéb parkinson-szerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekekkel kupírozhatók.

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS terhére idegszakrendelések, ideggondozók szabadon rendelhetik. Közzeti, üzemi stb. orvosok csak idegszakrendelés (ideggondozó, fekvőbeteggyógyintézeti elmeidegostály) javaslatára rendelhetik.

FORGALOMBA KERÜL:

| | |
|---------------------------|-----------|
| 5 × 1 ml-es ampulla .. | 14,70 Ft |
| 50 × 1 ml-es ampulla .. | 123,90 Ft |
| 50 tableta | 13,70 Ft |
| 250 tableta | 58,30 Ft |
| 1 × 10 ml-es üveg solutio | 17,20 Ft |

**Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár
Budapest, X.**

A „sürgős” beutalásról

Ábrányi István dr.

A kórházak, nem utolsósorban a belosztályok igénybevétele világszerte emelkedőben van. A lakosság ún. „Spital-freudigkeit”-je egyes nyugati adatok szerint az ötven év előttihez képest nyolcszorosára nőtt. Különösen áll ez a nagyvárosokra. Budapesten is a belosztályok ágykihasználása sok évi átlag szerint 95% körül mozog. Miután az ágyak igénybevétele évi viszonylatban egyenlőtlen, a 95 százalékos ágykihasználás mögött gyakran pótágyak vannak, ami a betegellátás kulturáltságát, sokszor színvonalát is nagymértékben veszélyezteti. Nyilvánvaló, hogy a szervezett betegellátás alapvető célkitűzése a rendelkezésre álló ágyak racionális kihasználása. Kedvező a minél egyenletesebb ágykihasználás. A „sürgős”, tehát előre be nem tervezhető beutalás, illetve felvétel az egyenletesség ellen hat. Éppen ezért természetes törekvés az indokolatlan „sürgős” jelzésű beutalások számának csökkentése. Ezt kívánja meg orvosi tevékenységünk humanizmusa általában, összes betegek érdeke, ami természetesen nem érintheti az egyén érdekeit.

Aligha kétséges, hogy a „sürgős” beutalások megítélésében a beutaló orvosok a szakmai szempontokon kívül sok egyéb tényezőt is figyelembe vesznek. Figyelembe is kell venni a környezeti tényezőket. Tagadhatatlan azonban, hogy a beutaló orvos döntésénél subjektív szempontok is érvényesülnek.

Objektíve sürgős beutalásra akkor kerülhet sor, ha a kezelő orvos úgy látja, hogy a beteg súlyos állapota mellett diagnosztikus lehetőségei a racionális therápia megindításához nem elégségesek, vagy a therapiás, illetve ápolási feltételek nem biztosítják maradéktalanul a beteg korszerű gyógyítását, s ugyanakkor kórházi körülmények között a feltételek mindehhez megvannak.

Ezen az alapon hangsúlyozni kell, hogy az alapvető feltétel a beteg súlyos állapota. Ebben az esetben két lehetőség van: az egyik, hogy a kezelő orvos fel tud állítani, legalábbis nagy valószínűséggel, helytálló diagnoszt és belgyógyászati ismeretanyagának birtokában úgy dönt, hogy a beteget kórházba utalja. Nyilván helyesen jár el, ha infarctus vagy annak alapos gyanúja esetén a beteget kórházba küldi, mert korszerű gyógykezelés csak kórházi körülmények között biztosítható. A másik lehetőség, hogy diagnoszt laboratóriumi és röntgenvizsgálatok hiányában nem tud felállítani, de az állapotot kifejezetten súlyosnak ítéli meg. Ekkor is a kórházba utalás mellett kell döntenie, mert nyilvánvaló, hogy diagnoszt nélkül racionális therápia nem lehetséges.

Érezhető, hogy már itt is jelentkeznek subjektív elemek. A kezelőorvos helyes döntésének feltétele szakmai tudása. A jó felkészültségű orvos hibaforrásai kevesebbek. Már pedig az orvosok felkészültsége között jelentős különbség van, s már csak ebből is következik, hogy minden döntés magában rejti a maradéktalan objektivitás hiányát.

Ha pedig tovább elemezzük a kérdést, mindjárt szembetalálkozunk még néhány más egyénileg változó tényezővel is. A kezelőorvoson múlik, hogy vállalja-e a beteg naponkénti, vagy naponként többszöri ellenőrzését, vagy az esetleg szükséges naponkénti vagy naponként többszöri gyógyító beavatkozást. Döntő szerepet játszik — és ezt a beutaló orvos nem is hagyhatja figyelmen kívül — más irányú igénybevétele és egyéni teherbíróképessége. Befolyásolja döntését továbbá szakmai szeretete, a beteghez való viszonyulása és még nyilván sok egyéb tényező is.

Megvizsgáltuk 82 ágyas osztályunk 1968. évi felvételi statisztikáját a sürgős beutalások szempontjából. Kiderült az, hogy 1760 kiírt betegünk közül 698, vagyis kerekén 40% került „sürgős” jelzéssel felvételre. A 698 beteg közül 421 beutalása szakmai szempontból egyértelműen indokolt volt. Ez csak 60%-a a „sürgős” jelzéssel beutalt betegeknek. 72 beutalás teljesen indokolatlannak bizonyult, ez az összes beutalás 10%-a. 205 „sürgős” jelzéssel beutalt beteg „sürgős” beutalása szintén indokolatlan volt, de ezeknél a kórházi ápolás indokolt-sága fennállott.

Megnéztük azt is, hogy az osztályhoz tartozó 22 körzeti orvos egyenként hány beteget utalt be. A statisztikai átlag szerint egy orvosra 31,7 beutalás esne. A szórás 16 és 40 között van. Feltűnő, hogy a legtapasztaltabbnak ismert körzeti orvosaink a statisztikai átlagon felül utaltak be. A kevésbé tapasztaltak tartott orvosok egy része a statisztikai középarányos alatt, más része pedig jelentősen fellette utalt be. Az előzőeknél azonban az indokolatlannak minősíthető beutalások csak elvétve fordultak elő, az utóbbiaknál jóval nagyobb számban, tekintet nélkül arra, hogy sokat vagy keveset utaltak-e be. Szükségesnek látszik itt megemlíteni, hogy az éjszakai ügyelet részéről csak 42 beutalás történt, 6%. A teljesen indokolatlan beutalás ezek közül 7, vagyis csak 15%. Ez az adat szemben áll az az általános hiedelemmel, hogy az ügyelet részéről történnek az ún. „suvasztások”.

Adataink alapján megállapítható, hogy a jó felkészültségű, lelkiismeretes orvos bőven él a sürgős beutalás lehetőségével, döntése a szakmai követelményeknek általában megfelel. A legdöntőbb té-

nyező tehát a szakmai felkészültség, amiből az is következik, hogy a kérdés alapvető megközelítése orvosaink továbbképzésén múlik.

Több kitűnő körzeti orvosunkkal megbeszéltük a sürgős beutalások kérdését. Megállapíthattuk, hogy ha a szakmai szempontokat objektíveknek tekintjük, akkor relatívnak nevezhető tényezők is szerepet játszanak a beutalásoknál. A relatív szempontok egy része azonban minden bizonynyal meghatározó jellegű és éppen úgy egyértelműen „sürgős” jelzésű beutalásra kötelezi az orvost, mint az objektívnek nevezett szakmai szempont. Más részéről azonban ez semmiképpen sem mondható. Meghatározó lehet bizonyos környezeti adottság, szociális helyzet. Vitán kívül be kell utalni az egyedül élő öreg embert, vagy a munkásszálláson lakó fiatal embert is, viszonylag könnyebb betegség esetén, ápolás hiányában. Annál inkább vitatható a családi közösségben élők, gyakran öregek, nem ritkán chronicus, jól ismert és már régóta kezelt betegségük miatt történő „sürgős” beutalása. A család a szocialista társadalom feltételei között sem mentesülhet általában a beteg hozzátartozók ápolásától. Tudjuk, hogy a család egy része, különösen az idősebb családtagok ápolását nehezen tudja megoldani, és ezért pressiót gyakorol a kezelőorvosra, beutalás érdekében. A pressiónak számos formája van. Ezek a hivatása magaslatán álló orvost nem befolyásolhatják döntésében. Az orvosnak társadalmi felelőssége tudatában kell döntenie minden egyes kórházi ágy igénybevételéről. Például aligha fogadható el, hogy chronicus polyarthritiben szenvedő beteget azért utaljon be orvos a sürgősséggel, mert a rendezett viszonyok között élő család tagjai nyaralásuk alatt így kívánják biztosítani beteg hozzátartozójuk ellátását. Ha a kezelőorvosnak megvan a becsületes orvosi munkájával kivívott társadalmi rangja, nem kerülhet abba a visszás helyzetbe, hogy az ilyenféle okoknál fogva sürgősséggel beutalt betegét a kórház visszaküldje.

Hangzott ugyan el egyes körzeti orvosok részéről olyan vélemény, hogy a kórház nyugodtan küldje vissza azt a beteget, akinek felvételét nem látja indokoltnak, mert ezáltal nem a kezelőorvos, hanem a kórház kerül kedvezőtlen színbe. Akárhogyan is van ez, nem lehet helyes alapállás, mert a beteg bizalmára a körzeti orvosnak és a kórházi orvosnak egyaránt szüksége van, s azt felelőtlen-séggel nem lehet veszélyeztetni.

Nem lehet helyes álláspont a moribund beteg „sürgős” beutalása sem. Sajnos, ez nem is olyan kis probléma. Belosztályainkon igen magas a mortalitás, s az exitusoknak hozzávetőleg negyed része esik a 72 óra belül elhunytakra. Igen gyakran chronicus betegségek, többször és biztonsággal megállapított gyógyíthatatlan állapotok végstádiumáról

van szó, amikor többnyire nem vonható kétségbe, hogy a beteg életét a kórházi kezelés sem hosszabbíthatja meg. Úgy gondoljuk, hogy a kezelőorvos is kimondhatja bizonyos körülmények között, hogy a beteg menthetetlen. Ez is, minden bizonynyal a kezelőorvos társadalmi rangjának és ebből adódó hitelének függvénye. Számításba kell venni, hogy a kórházban fekvő betegeknek végképpen nem kö-zömbös, hogy hányan halnak meg körülöttük.

Az eddigiekből úgy tűnik, hogy a szakmai szempontokon kívül etikai szempontok azok, amelyek meghatározók a beutalásoknál, akár pro, akár contra. Biztos, hogy szervezési feltételek is jelentkezhetnek. Körzeti orvosaink még mindig túl sok időt töltenek adminisztrációval, receptírással. Kívánatos lenne az, hogy több időt fordítsanak a „de facto” beteggyógyításra. Az a körülmény, hogy a „sürgős” jelzéssel kórházba kerültek 30%-a kórházra szorult, de nem sürgősséggel, azt mutatja, hogy a körzeti orvosok és sáv főorvosok együttműködése nem a kívánalmaknak megfelelő. Szükség lenne ezen kapcsolat kritikai elemzésére is. Ugyanez áll ebben a relációban magára a beutalási rendszerre is. Mindezekkel néhány szervezési vonatkozást érintettem, elmélyültebb tanulmányozásuk nélkül.

Az elmondottak a körzeti orvos oldaláról, s bizonyos fókig azok rovására elemezték a sürgős beutalás problematikáját. Joggal felmerülhet az a kérdés, hogy ha az összes sürgős beutalások 40%-a sürgősség szempontjából valóban indokolatlan, a kórházi orvosok miért vesznek fel ilyen nagy számban, indokolatlanul betegeket? Megállapításunk szerint a sürgősséggel beutalt és fel nem vett betegek száma csak jelentéktelen hányadát teszi ki a felveteknek. A felvevő orvosnál is hatnak ugyanazok a tényezők, mint a kezelőorvosnál. A kórházi orvosok egy része megfelelő szakmai felkészültség esetén is kevésbé szokott hozzá a felelősség önálló vállalásához és többnyire igyekszik a területtel való jó viszony érdekében — idősebb kollégákkal áll rendszerint szemben — a beteget fogadni. Mindenesetre a beutalásnál a kezdeményező fél a körzeti orvos és az általa felállított diagnosis megcáfolása nehezebb és felelősségteljesebb, mint minden szempontból helytálló álláspontot elfoglalni. Igazi javulás a „sürgős” beutalások kérdésében csak a körzeti orvosok, a sáv főorvosok és a kórházi orvosok jó együttműködése alapján várható.

Elemzésünk kapcsán számos vonatkozásban érintettünk szervezési, etikai, sőt társadalmi tényezőket is. Elszigetelten, a sürgős beutalás problémáját biztosan nem lehet megoldani. S ha ennek a fejtegetésnek valami igazán hibája, az az érintett tényezőknek felületes számbavétele. Másrészt az is biztos, hogy minden eredmény ezen a területen kedvezően hat vissza egészségügyünk színvonalára.

Budapest II. ker. Szakorvosi Rendelőintézet

A kórházi beutalás sürgősségéről

Zsoldos György dr.

Szocialista egészségügyünk biztosítja az ország lakosságának területi betegellátását, szükség esetén a betegek azonnali kórházi, klinikai elhelyezését. Az élő gyakorlattá vált területi elv megoldotta a betegek hovatarozásának kérdését, jelentősen csökkentette a kezelőorvosok elhelyezési gondját. Az önmagában helyes területi elv gyakorlata folyamán azonban klinikai, kórházi intézményeink zsúfoltakká váltak. E jelenség nem magyarázható egyedül az ágylétszám fokozott igényvel szembeni viszonylag lassú gyarapodásával, okolható a sürgősségi fogalom sokszor helytelen értelmezésével, alkalmazásával is. Elsősorban belgyógyászati intézeteink zsúfoltsága feltűnő, országos viszonylatban 25–30 százalékra tehető a feleslegesen *sürgősséggel* beküldött betegek száma.

Gyakorlati vonatkozásban időszerűnek látszik a sürgősségi fogalom revidálása, megvitatása. A sürgősséggel beküldött betegek jelentős részét *relatív sürgősség* indokolja. Gyakoribb okai:

1. Idős, magános, ellátatlan, ápolatlan betegek.
2. Gyógyíthatatlan betegek otthoni ápolás, gondozás nélkül, akik utókezelő osztályokra hosszú idő elteltével kerülhetnek be.
3. Diagnosztikai eszközök (EKG, rtg, labor.) hiánya, ennek következtében téves diagnózis a vizsgáló orvos részéről.
4. Alapvető anamnesis és fizikális vizsgálat elmulasztása a vizsgáló orvos vagy rendelőintézeti kollektíva részéről.
5. Kezeléshez szükséges eszközök, gyógyszerek hiánya.
6. Betegellátási nehézség (távolság, terepviszonyok).
7. Neurosisos betegek szervi tünetekkel.
8. Éjszakai, munkaszüneti ügyelet által beküldött betegek.

Egy részük az intézeti felvételi kontroll kapcsán nem kerül felvételre, többsége azonban kórházi, klinikai kivizsgálásban részesül, a gyógyíthatatlan, ellátatlan betegek hónapokig várják utókezelő osztályra helyezésüket. Köztudomású, hogy a kórházi, klinikai kivizsgálások jelentős része területileg is végrehajtható, de az orvosok felelősség-áthárítása, a betegek kórház iránti nagyobb bizalma állandóan szaporítja a felesleges intézeti elhelyezések számát.

Mielőtt a valóban sürgős intézeti elhelyezést igénylő betegségeket csoportosítjuk, tisztáznunk kell az *abszolút sürgősség* fogalmát. *Azonnali intézeti elhelyezést igényel az a beteg, akinek megbetegedése oly súlyosnak minősül, hogy otthonában rövid ideig sem tartható, állandó megfigyelésre szorul, betegsége azonnali műtétet igényelhet, fertőző betegség esetén környezetéből azonnal kiemelve.* Noha a mindennapos orvosi gyakorlatban e

szigorú kritérium egészében nem valósulhat meg, a továbbiakban mégis ennek szemléletében tárgyaljuk az azonnal intézetbe küldendő eseteket.

I. Szív-érrendszer-keringési betegségek

Számuk mind világ-, mind országos viszonylatban nő, különösképpen a heveny thrombo-emboliás betegségeké. Myocardiális infarctus, annak alapos gyanúja esetében is (időskori tünetzegény forma) intézetbe való. Nem vitatható az Adams—Stokes-syndroma, paroxysmalis tachyarrhythmia, pitvari fibrillatio, pitvarlebegés, kamrai fibrillatio, akut thrombo-emboliás betegségek (agy, mellkas, has, végtag), aorta aneurysma dissecans, aneurysma ruptura, shock állapotába került beteg azonnal intézetbe irányítása. Nem kezelhető otthonában a heveny carditisben szenvedő beteg sem, különösképpen, ha szövődményes tünetek (pericarditis, arrhythmia absoluta, galopprrhythmus) észlelhetők az első vizsgálat alkalmával. Hasonló elbírálású a sub-acute bakteriális endocarditis is.

Érthetetlen, túlzott óvatosság észlelhető a keringési elégtelenség kezelésének felfogásában. Akár vitium, akár koszorúér-elégtelenség eredetű decompensatióról van szó, vagy súlyos emphysemában szenved a beteg, jól ható gyógyszereink birtokában egyik hálás területe a kezelőorvos munkájának. Ugyancsak kitűnő eredmény érhető el a hypertonia kezelésében is. Hevenyen keletkezett keringési elégtelenségben (asthma cardiale, congenitalis vitium akut decompensatiója, hypertoniás krízis) tulajdonképpen a kezelőorvos kezében van a gyors segítség lehetősége, ha kellő tudással és gyakorlattal azonnal cselekszik. Paroxysmalis tachycardia, angina pectoris, akut lymphoedema, felületes thrombophlebitis megannyi lehetőség a területi orvosi munka pozitív bizonyítására. Növeli a kezelőorvosi munka értékét, ha az adaequat kezeléssel talpra állított beteg klinikai állapotát saját maga kutatja ki diagnosztikai segédeszközök igénybevételével. (Pl. hypertonia oka: érleszorítás, phaeochromocytoma.)

II. Légzőszervi betegségek

A különböző aetiológiájú bronchopneumoniák kezelése manapság alig okoz gondot, ha a beteg megfelelő mennyiségű, jó irányú antibiotikus kezelésben részesül. A szerencsére egyre ritkább lobáris pneumonia súlyossága, veszélyei miatt okvetlen osztályra való. Idős emberek egyszerűnek látszó bronchopneumoniája sokszor a súlyos szövődmény (exsiccatio, decompensatio) miatt igényelhet sürgős kórházi elhelyezést. Pulmonalis abscessus, pneumo-haemothorax, pleuritis exsudativa, tüdőgangraena, intensív haemoptoe, elhúzódó status asthmaticus és természetesen nyílt tuberculosis azok a légzőszervi betegségek, amelyek sürgősen intézetbe helyezendők.

III. Emésztőszervi betegségek

Közismert, hogy a hasi diagnosztika sok buktatóval nehezíti a vizsgáló orvos munkáját. Ezért *akut has* tünetei alapján célszerű a beteget azonnal intézetbe küldeni. Gyakoribb okai: appendicitis, ileus, daganat, akut pancreatitis, perforatio (fekélybél-epehólyag), mesenterialis thrombosis, haematemesis, melaena, thrombosis venae portae, enteritis necrotisans, hevenyen keletkezett ascites, mechanikus icterus (anamnesis!). Nőkön feltétlen gondolni kell extrauterin graviditásra is, férfiakon prostatahypertrophia okozta complet vagy incomplet retentióra, idős embereknél nem ritka a dyspraxia angiosclerotica abdominalis (Ortner-féle betegség). Májkóma állapotába került beteg csakis intézetben kezelhető.

E betegcsoportban is található hálás kezelőorvosi munkalehetőség. Gyomor- és nyombélfekély, cholelithiasis, colitis chronica, colitis ulcerosa, akut cholecystitis, krónikus hepatitis, pankreatopathia, akut enterocolitis eseteiben gondos, türelmes kezeléssel mellőzhető az intézeti elhelyezés. Természetesen ide is vonatkozik a kezelőorvos magasabb-szintű tevékenysége, hogy a klinikai képet a lehetőség szerint pontosan derítse fel. Ennek elmulasztása súlyos következményekkel járhat (tumor!).

IV. Vese-húgyúti betegségek

Számtalan, utólag felderített vesefolyamat tanulása alapján úgy véljük, hogy mind az akut dif-fus glomerulonephritis, mind pedig az akut pyelonephritis, para-perinephritis, veseinfarctus, haematuria, vesekő-kólika, terhességi toxæmia, uræmia, hólyagretentio szakszerű kezelése, pontos klinikai megfigyelése csak intézetben történhet, e célból kívánatos e betegek sürgős elhelyezése.

Természetesen más elbírálású a krónikus vese-betegek ellenőrzése, gondozása, a változó viszonyoknak megfelelő kezelése, ami már szintén a területi orvos hálás feladata lehet. Gondos munkájával tehermentesíteni tudja az intézetek ambulantiáját is, észlelései, vizsgálati adatai hasznosak lehetnek a kórházi, klinikai munkában is.

V. A *belsőelválasztású mirigyrendszer* megbetegedései közül a heveny thyreotoxicosis, a heveny mellékvesekéreg-elégtelenség, heveny mellékvese-elégtelenség (Waterhouse—Fridericksen-syndroma) azonnali intézeti elhelyezéséhez kétség nem fér.

VI. Anyagcserebetegségek

Szűrések, felmérések adatai szerint hazánkban is nő a friss diabetes megbetegedések száma. E betegek beállítása, ellenőrzése, gondozása elsősorban kezelőorvosi feladat. Enyhe, közép súlyos esetekben a maga életmódját folytató diabeteses beteg therapiás beállítása realisabb, mint az intézetié. E betegségben szenvedők közül sürgősen intézetbe való a hyperglykaemiás kóma, a túróképesség hirtelen súlyos romlása állapotába került beteg (antidiabeticum resistentia), a sorozatos hypoglykaemiával

küszködő beteg, és természetesen az a diabeteses, akinek interkurrens, más betegség rontotta tolerantiáját. Anamnesis nélküli sorozatos hypoglykaemia esetleges hyperinsulinismus gyanúját veti fel. E betegcsoportban a köszvényes roham, akut porphyria, essentialis hyperlipaemia okozta súlyos hasi fájdalom esete szintén sürgősséggel intézetbe helyezendő.

VII. Vérbépzőszervi és autoimmunopathiás betegségek

Leukosisok akut, reaktiválódó formái, agranulocytosis, akut thrombocytopenia, pancytopenia, akut haemolytikus anaemia, friss anaemia perniciousa, haemoglobinuria, az autoimmunopathiás (kollagen) betegségek reprezentánsai: thrombocytopeniás thrombotikus purpura (Moschkovitz-syndroma), polyarteritis nodosa, lupus erythematosus disseminatus, sclerodermia, dermatomyositis sürgős, szakszerű ellátása, kezelése csak intézeti lehet. Ide soroljuk a súlyos, allergiás toxicosist, összes formáival, szövődményeivel együtt.

VIII. Külön kell szólnunk a *só-vízháztartás zavaráiról*. Többnyire más betegségekhez szövődik, idős embereknél gyakoribb. A betegek egy része otthonában is kezelhető, ha az exsiccatio enyhébb fokú és a beteg inni képes. Ennek akadályozottsága esetén azonban e betegek intézeti elhelyezése szükséges, mert az exsiccatio, főleg idősebb korban irreversibilis vesekárosodáshoz vezethet. Ebben a csoportban fel kell hívni a figyelmet a hypertoniás, hypotoniás dehydratio, vízmérgezés, sótöbblet retentió, hypokalaemia klinikai képeire, amelyek mind diagnosztikai ellenőrzés, mind pedig szükséges therapia céljából csakis intézetben kezelhetők.

IX. Fertőző betegségek

Enyhe lefolyású fertőző betegségek kivételével influenza, rubeola, morbilli, parotitis epidemica, enyhébb salmonellosis) a fertőzött betegeket azonnal fertőzőosztályra kell elhelyezni. Előfordulásuk hullámzó, gyakoriságát áttekinthetően ábrázolja az Egészségügyi Minisztérium időszakos tájékoztatója.

X. Ideg-elmebetegségek

A területen dolgozó orvos gyakran találkozik olyan *psychiátriai* esetekkel, amelyek kezelése többnyire csakis intézeti lehet. Gyakoribbak: akut psychosis, psychosis maniacodepressiva, schizophreniás schub. Azonnal elhelyezendő *neurológiai* betegek példái: kezeletlen, súlyos myasthenia gravis, epilepsia, sclerosis multiplex.

XI. A frissen diagnosztizált *tumorokról* annyit, hogy *természetszerű* e betegek mielőbbi kórházba juttatása, ami nem azonos fogalom az azonnali elhelyezéssel. Psychés szempontból is kívánatos lenne, hogy e betegekkel nyugodt légkörben beszéljünk meg intézeti elhelyezésük szükségességét.

XII. Kiegészítésképpen fel kell hívni a figyelmet a *baleseti* sebészeti (baleset, elemi, fizikai

csapás, égés) és a *baleseti belgyógyászati* (mérgezés, öngyilkosság, stb.) betegekre, akik szintén sürgősen intézetbe valók mind speciális, mind igazságügyi orvosi szempontból is. Számukra a gyors és hatásos *elsősegélynyújtás* természetesen kötelező.

Rövid összefoglalásunk messze marad a teljeségtől. Nem kívántuk elemezni a műtéti szakmák körébe tartozó problémákat. Célja elsősorban az volt, hogy a sokszor nehéz körülmények között dolgozó körzeti orvosok figyelmét hívja fel az évek óta

észlelhető hiányosságokra, másrészt serkentse munkájukat magasabbszintű, önállóbb tevékenységre, szemléletre. Egészségügyi ellátásunk alapja a körzeti orvosi — rendelőintézeti kollektíva. Ennek fontossága, súlya orvosaink rendszeres továbbképzésében is megnyilvánul. Ha a mindennapos gyakorlatban mélyebb analízis, gyakoribb személyes konzultáció kapcsolódik munkájukhoz, hisszük, hogy egyre több sürgősnek jelzett intézeti beutalás válik feleslegessé.



Nem nélkülözheti egyetlen,
még a legegyszerűbb
sebészeti műtét sem!



A V/O MEDEXPORT

Külkereskedelmi Vállalat exportálja
a legbonyolultabb sebészeti műtétekhez —

a szív,
a tüdő,

az erek, a gyomor, a belek, az agy, a szem és az emberi test más szerveinek operálásához szükséges műszereket.

Tökéletes formájuk, finom megmunkálásuk, a készítésükhöz használt alapanyag minősége biztosítja a műszerek kiválóságát.

Látogassa meg a Budapesti Nemzetközi Vásáron a Medexport kiállítását!

Megkereséseivel forduljon az alábbi címhez:

v/o Medexport
Szovjetunió, Moszkva G-200
Távirat: Moszkva, Medexport
Telefon: 121-01-54
Telex: 247

BESZÁMOLÓK

JEGYZŐKÖNYVEK

XXI. Nemzetközi Orvostörténeti Kongresszus: Siena 1968. szept. 22—28.

A közép-itáliai toszkán vidék legzetes városa, Siena alkalmas helynek kínálkozott és bizonyult az 1968. szept. 22—28. közötti XXI. Nemzetközi Orvostörténeti Kongresszus lebonyolítására. A vendéglátó Olasz Orvostörténeti Társaság mindent elkövetett (különösen Pazzini és Stroppiana professzorok), hogy a résztvevők, régi hívek és új barátok egyaránt otthonosan érezzék magukat. Összesen hat nyelven (olasz, angol, francia, német, spanyol, portugál) igyekezett könynyíteni a kommunikációs lehetőségeket, egyben kissé latinosa profilozva a nagyszabású összejevelet.

A méltán híres Piazza del Campo közelében szerényen meghúzódo kis középkori jellegű egyetemi épület árkádjai alatt több száz hivatásos és amatőr orvostörténész gyűlt egybe, hogy a múltat visszaidéző előadások révén csodálattal adózzon Itália kultúrájának, a gyógyító művészet e fókuszából szétsugárzó visszaverődő hatásának. Az előadások pusztán címszerű felsorolása is oldalakra rúgna az alábbi csoportosítás szerint:

A toszkán orvostudomány hozzájárulása a középkor medicinájához. Orvostudomány és művészet a középkorban.

Orvosi kapcsolatok az itáliai és más népek között.

Az orvostudomány fejlődése az utóbbi száz év alatt, különös tekintettel a nosológiai, a pathogenetikai mechanizmus és a specificitási koncepcióra.

A fogorvoslás fejlődése.

Egyéb előadások.

Természetesen a külföldi előadók előszeretettel választották az itáliai és más népek közötti orvosi kapcsolatok c. témakört, hiszen alig van medicina, mely ne lett volna valamilyen relációban a viszonylag korán alapított, idegeneket szívesen befogadó, korszerű képzettséget nyújtó olasz orvosi egyetemekkel. Nem könnyű átfogó beszámolót írni, ha tudjuk, hogy valamennyi előadó újat és érdekességet igyekszik nyújtani, s a címek, rövid előzetes összefoglalók sem jelzik a várható minőséget. A beszélt nyelv és egyéni ízlés alapján tetszett különösképp Bariety, a most elnökké választott francia professzor előadása: „A francia orvostudomány az orvosi gondolkodás fejlődésében az utolsó száz év alatt”. Hat nagy francia orvos nevével említi előadásában: 1. Laënnec-ét, aki az empirizmusból emelte ki az orvostudományt az

orvosi gondolkodás anatómo-klinikai módszere segítségével, és leszögezte az objektív diagnosztikai jelek megállapításának lehetőségét. 2. Bretonneau a betegség specificitásának a Trousseau által terjesztett fogalmát alkotta meg. 3. Pasteur a specificitás fogalmához a bakteriológiai szignatúrát fűzte. 4. Claude Bernard 1865 óta bírálta a megfigyelő orvostudomány elégtelenségét a terápia meghatározására, és kiemelte a mechanizmusok megismerésének szükségességét. Ebből a gondolatból erednek a patogenitás összes fogalmi, a jelenlegi fizikopatológiai és terápiás elvek. 5. Richet és Portier az anaphylaxia felfedezésével a betegségek új fejezetére vetettek világosságot.

Grmek (Jugoszlávia) „A betegségek történetének újabb megközelítése: a pathocoenosis dinamikája” címen tartott előadásában elmondta, hogy napjainkig a betegségek történetét csaknem kizárólagosan analitikus módon vizsgálták, vagyis az egyes betegségek történelmi fejlődését külön-külön. A kétségtelen előnyök ellenére ez az eljárás azzal a hiányossággal rendelkezik, hogy árnyékban hagyja a különböző betegségek egymásra való hatását. A kóros állapotok egy populációban, amelyet az idő és a tér határoz meg, együttes alkotnak, amelyet pathocoenosisnak javasol nevezni. Minden betegség gyakorisága és eloszlása a különböző endogén és ökológiai faktor mellett az összes többi betegség gyakoriságától és eloszlásától függ. A pathocoenosis egyensúlyi helyzet felé törekszik, ami különösen érzhető egy stabil ökológiai szituációban. Az orvostörténelemnek egyik izgalmas és tanulságos feladata éppen abban áll, hogy a pathocoenotikus egyensúly különböző típusait mutassa, és azokat a tényezőket, amelyek ennek az egyensúlynak a felborulását okozzák. Hogy jobban megértsük a történelmi események (háborúk, vándorlás, éhség, társadalmi forradalom, kulturális változások stb.) és a betegségek kölcsönhatását, nem külön kell vizsgálnunk a betegségeket, hanem kölcsönös relációikban. Példaként a szerző a betegségek gyakoriságának és karakterének néhány történelmi változását említette.

Tetszett Atabek asszony (török) vetítéssel kísért francia nyelvű előadása a Kariyé-ben található mesetről, mely a bizánci művészet gyönyörű tárháza, többek között Krisztus csodálatos gyógyításainak freskón való ábrázolásával.

Brossolet és Mollaret (francia) a középkori Európát végig pusztító

pestis járványok szerepét ismertették a danse macabre témájú festmények ihletőjeként.

Fromant Copelman L. és Copelman L. (izraeli) „A toszkán medicina hozzájárulása a középkori orvostudományhoz” címmel azt a lényeges hatást fejtegették, amely tulajdonképpen a salerno iskolából sugárzott a toszkán egyetemre, ahol megfelelő környezetben kitűnő anatómus iskola alakult (Bartolomeo da Varignano, Mondino dei Luzzi stb.), ugyanakkor Toszkana nagy Medici hercege a híres Fallopiust pártfogolta és bátorította boncolási ténykedésében.

Denier (francia) Paul Marat orvosi felfedezését ismertette, mert szerinte a nagy forradalmár életrajzából általában kifejejtik, hogy elsőként ismerte fel az orvosi gyakorlat számára a thermo-elektricitást, az általa szerkesztett készülékkel hemiplégiás és paralyisises betegeket kezelt. Ezért a roueni egyetem aranyéremmel jutalmazta.

A portugál Marranus Lusitanus (1511—1568) egy symposionra telő előadássorozat szereplője volt. Így pl. Leibovitz (izraeli) Amatus Lusitanus Szalonikiben és a hétszáz orvosi eset témáról beszélt. E színes renaissance egyéniség többek között első leírója a gyomorfekélynek, a purpurának, vulva vénáinak, a szájpadlást záró készüléknek. További előadások róla: Caria Mendes (port.) Amatus Lusitanus az anatómus. Lopes Dias (portugál) Amatus Lusitanus családja és szülőföldje. Miller Guerra (portugál) Amatus esküje.

Lindskog és Zettenberg (svéd) egy igen jelentős XVI. sz.-beli spanyol orvosi könyv: Franciscus Vallesius Controversarius Medicarum et Philosophicarum Libri X. ről értekeztek. Leginkább elterjedt kiadványa a Frankfurt 1582. Craton előzavával a referensek szerint ma is élvezetes és hasznos olvasmány, ezért a Svéd Orvostörténeti Társaság Mediterraneummal foglalkozó szekciója meg fogja ismét jelentetni.

L. Károlyi (Göttingen) Stratzról, a német orvos és antropológusról tartott kritikai ismertetést. (Stratznak az emberi fajtákról közölt felvételei Nyugat-Németországban ma is oktatási anyagul szolgálnak, jól lehet „azokat aligha lehet tudományos anyagoknak tekinteni... ezek beállított műtermi és amatőr felvételek”).

A szocialista országokból megemlíthetjük Izsák Sámuel (Kolozsvár), aki a bolognai egyetemen végzett múlt századbeli Romániában gyakorló orvosról, Mingarelliről közölt ismertetést. Mingarelli használta fel a Braila-i sós forrásvizet balneológiai célokra.

Duka Norbert (Pozsony) azokról a középkori olasz orvosokról beszélt, akik Szlovákia területén működtek. Ez a terület Magyarországhoz tartozott, és az olasz orvosok

egy része jelentősen járult hozzá a magyar reneszánsz gondolkodás kialakításához.

Magyar részről Szállási Árpád a Magyarországon gyakorló olasz orvosokról tartott előadást, különösen az Anjouk és a Hunyadiak idejéből. Az előadás Weszprémi Succinta-jának bőséges itáliai vonatkozásait sorolta fel, amely legfontosabb forrásmunkánk ebben a tekintetben is. Réti Endre „Az orvosi gondolkodás történetéről” címen tartott előadásában az orvosi szemlélet egyes ismeretelméleti kérdéseit tárgyalta. Kiemelte: nemcsak a klasszikus materialis-idealista klasszifikáció alapján szemlélhető a kérdés; a történelem tanulságai szerint úgy is tekinthető ez a probléma: mit kell elkerülnie a természettudományos gondolkodásnak. A történelem folyamán kimutathatók a mechanisztika és az idealizmus káros hatásai. Ugyanakkor mindkét oldalról érkező tudományos irányzatnak vannak olyan eredményei, amelyeket a másik oldal kénytelen volt elfogadni. A tu-

domány érdekében tehát a másik oldal eredményeit is figyelembe kell venni a lenini mondásnak megfelelően: „Az okos idealista közelebb van az okos materialistához, mint a buta... materialista”.

Összegezőképpen megállapítható, hogy a kétévénként megrendezésre kerülő orvostörténeti kongresszusok iránti érdeklődés nem lankad. Tudományunk múltja kimeríthetetlen kincsesbánya, a talált értékeket nemcsak felszínre hozni, de csiszolgatni is érdemes. Eddig egyetlen kongresszuson sem esett annyi szó a művészet és orvostudomány kapcsolatairól, mint itt, és ez érthető.

Végül nehéz az elragadtatást mértéktartóvá józanítani olyan élményekről, mely kiegészítő rendezvényeivel kicsit műértökké is oktotta azt a pár száz orvostörténészt, s minden eddiginél meggyőzőbben igazolta az ilyen találkozók szép, hasznos és szükséges voltát, melynek legközelebbiére Bukarest már meghívta a jelenlevőket.

Réti Endre dr.
Szállási Árpád dr.

Folyóiratreferátumok

Szív- és keringési betegségek

Pitvari septum defectus. S. H. Rahimzoola és mtsai (Sections of Physiology, Surgery and Medicine, Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, Minnesota). *Circulation*, 1968, 38, Supplement No. 5, 2—13.

A szerzők a Mayo Klinikán operált esetek alapján értékelik a sebészeti adta lehetőségeket. 1954—65 közt 696 beteget műtöttek, többségüknek secundum typusu defectusa volt. A primum typusu eseteket nem tárgyalják. 1961 óta a műtétet extracorporalis keringésben végzik. Eseteikből 22 beteg kórházban meghalt (3,2%), 1954—60 közt 397 betegből 18 (4,5%), 1961—65 közt 299 betegből 4 (1,3%), 1963—65 közt műtét mortalitásuk nem volt.

A közlemény elsősorban az 1954—60 közt operált és nyomon követett esetekkel foglalkozik. Ebben az időszakban 55 pulmonalis hypertoniás esetet műtöttek (az a. pulm. nyomása 60 Hgmm felett), 13 ezek közül meghalt (24%). A betegek főleg felnőttek. A halálok: tüdőembólia, myocardium elégtelenség. 24 beteg sorsát tudták figyelemmel kísérni 12 éven át. 17 élte túl a műtétet, ezek közül 13 a 12 év eltelte után is életben van, 8 panaszmentes, 5-nél bizonyos tünetek állnak fenn.

Idült pangásos szívelégtelenségű társuló esetek: 24 beteg, közülük 15 esetben pulmonalis hypertonia is fennállott. 6 halt meg műtét után, 3 később. Az életben marad-

tak közül 8 panaszmentes és activ életet él (műtét előtt valamennyi beteg súlyosan munkaképtelen volt).

83 45 év feletti beteget operáltak. Adataik alapján, ha a septum defectushoz pulmonalis hypertonia vagy pangásos szívelégtelenség társult, a műtét mortalitása magasabb volt, mint 45 év alatt (2%), szemben a 0,7%-kal). 77 beteg élte túl a műtétet, 55 sorsát tudták nyomon követni. 46 operált panaszmentes, activ életet él, 7 késői haláleset volt.

279 45 év alatti műtét esetük van, 277 élte túl a műtétet. 186 beteg sorsát kísérték figyelemmel 1966-ig. 10 késői haláleset volt.

Késői szövödmények (a kórházból való elbocsátás után): 3 esetben újabb műtét a defectus zárására. Postoperative 15 esetben észleltek paroxysmalis arrhythmiait, ez sokkal gyakoribb volt 45 év felett. 26 betegen vascularis szövödmény jelentkezett (pulmonalis embólia, végtag embólia és cerebialis embólia).

Pálóssy Béla dr.
★

Kamrai septum defectus. F. Grose—Brockhoff, F. Loogen (University of Düsseldorf, Düsseldorf, Germany). *Circulation*, 1968, 38, Supplement No. 5, 13—21.

A defectus előfordulása anyagukban a congenitalis elváltozások közel 20%-a volt. Értékelés szempontjából az elváltozás következő

formáit említik: I. csoport: az ún. szövödménymentes esetek, normalis pulmonalis ellenállással és a pulm. nyomással. A bal-jobb shunt volumene alapján itt 3 alcsoportot különítenek el. A II. csoportban az a. pulm. nyomása emelkedett, s shunt kizárólag bal-jobb irányú. A pulmonalis vascularis resistentia alapján e csoportban is 3 alcsoportot tartanak számon. A III. és IV. csoportban az a. pulm. és a systemás systolés nyomás azonos, a pulmonalis vascularis ellenállás magas. A III. csoportban bidirectionalis shunt áll fenn, dominansan bal-jobb irányú, míg a IV. csoportban a shunt elsősorban balra irányul.

Sebészi kezelés nélkül az I. csoport prognosisa egyértelműen jó, 20—30%-ban spontán záródásra is lehet számítani. Legfőbb veszélyt e betegek a bacterialis endocarditis lehetősége jelenti az élet 3—4. évtizedében. Ezzel szemben a IV. csoport életkilátásai igen rosszak, sorsukat elsősorban a pulmonalis vascularis elváltozás determinálja, a várható élettartam műtét nélkül 30—35 év. A II. és III. csoport kezelése életkilátásai sebészi kezelés nélkül nem ennyire egyértelműek, a folyamat progressióját, illetve a shunt esetleges záródását előre meghatározni nem lehet.

A sebészi beavatkozás szükségességét a haemodynamikai leletek és ezek időbeni változása determinálja. Az I. A. csoportban (kis defectus bal-jobb shunt-tel) műtétre nincs szükség. Az I. B. és I. C. csoport (nagyobb shunt) defectusait a szerzők szerint zárni kell. Mivel itt a pulmonalis vasculatura általában még nem károsodott, a műtét későbbi életkorra halasztható. Jelen álláspont szerint megfordult shunt esetében a nagy műtét veszély és az irreversibilis pulmonalis vascularis elváltozások miatt a műtét elhajavallt. Minden olyan beteg egyértelműen műtétre való, akin pulmonalis hypertonia áll fenn nagy bal-jobb shunt-tel, függetlenül a pulmonalis vascularis ellenállás fokától (gyakorlatilag az összes II. csoportbeli és néhány III. csoportbeli beteg).

A műtét rizikó elsősorban 3 tényező befolyásolja: 1. A defectus helye és mérete: kis defectus esetén a mortalitás 1% alatt van, nagyobb defectusban ez magasabb, mely részint az esetenként a műtét által előidézett a—v block következménye. A jobb kamra beáramlási szakában lévő defectusok műtét veszélye nagyobb, feltehetőleg a His köteg esetleges sérülése miatt. 2. A beteg kora a műtétkor: csecsemőkorban 30—50%-os mortalitást említenek, ezért a legtöbb sebész e korban nem javallja a műtétet. E betegeken 2 lépcsős műtét megoldással a mortalitás 5%-ra csökkenthető. 3. A pulmonalis vascularis ellenállás minél ma-

gasabb, annál nagyobb mortalitással kell számolni.

Postoperatív vizsgálatok szerint a defectus zárása után a legtöbb esetben a haemodynamikai állapot kedvezően alakul. 65 beteg utánvizsgálata szerint az a. pulm. nyomása csökken, csökken a pulmonalis vascularis ellenállás is. A javulás a vizsgált esetekben klinikailag is szembetűnő volt.

Pálossy Béla dr.

★

Fallot tetralogia. Masao Ikeda, Koshichiro Hirosawa (Department of Internal Medicine, University of Tokyo, and Heart Institute of Japan, Tokyo Women's College, Tokyo, Japan): *Circulation* 1968, 38, Supplement No. 5. 21—35.

1951—65 közt a szerzők intézetében 209 tetralogias beteget műtöttek. 137 betegen Blalock—Taussig megoldást alkalmaztak. Valamennyi beteg cyanoticus volt, életkor 22 hónap és 35 év között. 1955—65 közt 72 további betegen total correctio-t végeztek: életkor 3—24 év között, 67 beteg volt cyanoticus. 124 Blalock—Taussig műtétes és 36 total correctio beteg sorsának alakulását figyelték meg.

Műtéti beavatkozás nélkül a várható élettartam 15—25 évre tehető.

Blalock—Taussig műtét: a műtéti mortalitás 9% volt, az első 50 esetben 20%, a következő 87 esetben csak 3,5%. A mortalitás valamivel magasabb volt 5 év alatt. 124 beteg élte túl átlag 5,5 évvel a műtétet. 54% panaszmentes, 4%-ban tünetek jelentkeztek, 12% nem javult, 15%-ban második műtetre volt szükség. 12 beteg (10%) halt meg később. A functionalis kapacitás minden túlélőben javult. A legfőbb halálok cerebralis embolia vagy tályog. Az esetek többségében a terhelés tolerancia is nőtt. A jobb kamra túlterhelés EKG jelei műtét után mérséklődtek, a haemoglobin concentratio a legtöbb esetben csökkent, az oxygen saturatio növekedett.

Total correctio: 72 betegből 36 halt meg (50%). Előzetes shunt készítés nélkül 63 betegből 35 (53%), shunt utáni total correctional 9 betegből 3 halt meg (33%). Az első 45 beteg műtéti mortalitása igen magas (69%), 1960 óta 19%-ra csökkent. 5 év alatt a mortalitás itt is magasabb. Fő halálok: acut szívelégtelenség és vérzés, complet szívblock és kamra fibrillatio. Műtét után, dacára, hogy több esetben residualis defectus maradt hátra, a klinikai status ezeken is javult. A 36 túlélő beteget átlag 2 és fél évig követték nyomon. 30 esetben az eredmény jó volt, 2 nem javult, 1 decompensálódott. 3 késői halál fordult elő. Az esetek többségében a functionalis és terheléses kapacitás javult. Műtét alatt gyakori volt a vezetési zavar EKG képe, 8 betegen complet szívblock. A ha-

moglobin concentratio valamennyi esetben normalisodott, szemben a Blalock—Taussig műtét után gyakori persistáló polycythaemia-val, az arterias oxygen saturatio nőtt.

Műtét nélkül 6 év alatti gyermekek elsősorban anoxias rohamok vagy pneumonia miatt halnak meg, idősebbek endocarditisben.

A Blalock—Taussig műtét utáni mortalitas a total correctioénál jóval kisebb. 5 év alatti betegen az előbbi eljárást javasolják. Total correctio esetében az előzetesen elvégzett shunt-képző műtét a mortalitást lényegesen csökkenti. A total correctio távlati eredményei lényegesen jobbak, mint a Blalock—Taussig műtété.

Pálossy Béla dr.

★

Coarctatio aortae. Johan Karnell (Department of Cardiology, Södersjukhuset, Stockholm, Sweden): *Circulation* 1968, 38, Supplement No. 5. 35—45.

A kórkép műtét nélküli prognosisa rossz, a betegek 10%-a nem éli túl az 50. életévét. A halál átlag ideje 35 év körül van. A prognosisa a stenosis foka mellett számos egyéb factor függvénye. A kórkép a hypertensiv betegségek közé sorolandó, elsősorban a systolet érintő tensio fokozódással. A tünetek 2 kritikus periodusban jelentkeznek. Az első az élet első néhány hónapja, ahol az elégtelen intrauterin collateralis fejlődés miatt születés után bal kamra elégtelenség keletkezik, mely esetenként a haemodinamikus compensatio kezelésével megoldható, mások fatális kimenetelű. A második kritikus periodus 20—30 év közé esik, a képet itt a hypertensiv szövödmények uradják.

A sebészti mortalitas elsősorban a műtetre kerülő betegek kiválasztásától függ (szövödmények jelenléte). Az életkor nem hanyagolható el ebből a szempontból. A Stockholmban 1944—66 közt műtött 400 eset mortalitása 5—6% közt volt.

Különböző statisztikák szerint end-to-end anastomosist készítve az esetek 10—30%-ában lehet postoperative is szűkülettel számolni. Ezen esetek többségében a stenosis hosszabb szakaszt érintett műtét előtt, ilyeneken a műtét beültetés részesítendő előnyben.

Postoperatív haemodinamikai vizsgálatok szerint az esetek többségében a systoles vérnyomás jelentősen csökkent, főleg idősebb betegeken azonban gyakran nem változott. Itt a tensio később spontán, esetenként antitensiv kezelésre rendeződött. A felső testfélen persistáló hypertonia a műtét elégtelenségét mutatja.

93 beteg sorsát tudták követni hosszabb-rövidebb időn át. Ezek közül 8 műtét után meghalt. A túlélők közt 9 késői haláleset történt.

7 esetben a coarctatio egyéb szívbetegséggel is társult. 76 beteg sorsát tudta így a szerző munkacsoportja átlag 15,6 éven keresztül követni. 2 betegen észlelt szűk anastomosist, ezeken periodicusan hypertensiv tünetek is mutatkoztak. Az esetek 39%-ában enyhe aorta elégtelenséget észlelt. A postoperatív aorta insufficientia súlyossága a postoperatív prognosist szempontjából mérvadó, minél nagyobb fokú a regurgitatio, a beteg életkilátásai annál rosszabbak. Súlyos aorta insufficientia a coarctatio correctioja után újabb műtétet tesz szükségessé.

Pálossy Béla dr.

★

Ductus Botalli persistens. J. Espino-Vela és mtsai (Instituto Nacional de Cardiologia, Mexico City, Mexico): *Circulation* 1968, 38, 45—61.

Az elváltozás az első sebészileg kezelt congenitalis szívbetegség. Az elváltozást a szerzők több csoportra osztva tárgyalják. Ezek: 1. Egyszerű ductus Botalli persistens: változó nagyságú baljobb shunttel, ahol az a. pulm. nyomása ritkán haladja meg az aorta systoles nyomásának a felét. A pulmonalis vascularis ellenállás normalis vagy alacsony. A hallgatózási lelet tipusos. 2. Typusos hypertensiv ductus: főleg magasabban fekvő országokban (ami esetleg a Botall vezetek záródásában is szerepet játszhat). A kifejlődő pulmonalis hypertonia a pulmonalis vasculatura változását vonja maga után. Az esetek többségében a zörej tipusos, a pulmonalis 2. ékelt. Cyanosis nincs. 2. a. Atypusos hyperintensiv ductus: ritka. A súlyos pulmonalis hypertonia jellemzi, az a. pulm. nyomása eléri vagy meghaladja az aorta nyomását, kifejezetten növekszik a pulmonalis vascularis resistentia. A zörej lehet systoles, de lehet csak diastoles, a pulmonalis 2. mindig ékelt. Gyakori a cyanosis. 3. Extrem hyperintensiv ductus: amikor az a. pulm. systoles nyomása az aorta systoles nyomásának 75%-át meghaladja. Az előbbi csoporttól való elkülönítése nehéz, de lényeges, mivel ott a pulmonalis vascularis elváltozás irreversibilis, itt műtéttel javulhat.

Műtét nélkül az 1. csoport várható élettartama 23—28 év, veszélyt elsősorban a subacut bacterialis endocarditis jelent. A 2. csoportban az életkilátásokat illetőleg pontos adatokat a szerzők nem említettek, a betegeket nemcsak az endocarditis és progressiv pulmonalis vascularis károsodás, hanem a congestiv szívelégtelenség és a ductus rupturája is fenyegeti, így az élettartam műtét nélkül feltehetőleg rövidebb, mint az 1. csoporté. A 3. csoport életkilátásait il-

letőleg a szerzők adatokkal nem rendelkeznek.

A műtét eredményei: az 1. csoportban a sebészi mortalitás 0,3%. Más statisztikák hasonlóan alacsony mortalitást adnak meg. A 2. csoportban a műtét veszély nagyobb. Ha az a. pulm. nyomása a systemas nyomás 45%-a alatt van, a mortalitás 0,5%, 45—75% közötti nyomásértéknél eléri a 4%-ot. A pulmonalis vascularis szövődmények (amit a pulmonalis hypertonia és a pulmonalis vascularis ellenállás növekedése mutat) és a műtét mortalitást közt egyértelmű kapcsolat állott fenn. A műtött betegek klinikai javulása igen kifejezett. A 3. csoportban (55 beteg) a műtét mortalitás 12,7%, ha az a. pulm. nyomása elérte vagy meghaladta az aortáét, extrém magas halálozást tapasztaltak.

A műtét drámai hatású az esetek többségében és a beteg műtét után gyakorlatilag gyógyultnak tekintendő.

Pálossy Béla dr.



Aorta stenosis. J. Ross, E. Braunschweig (The Cardiology Branch, National Heart Institute, Bethesda, Maryland): *Circulation* 1968, 38, Supplement No. 5, 61—68.

Felnőttkori valvularis stenosis: ezen esetekben műtét nélkül igen nagy prognostikai jelentőségű 3 tünet felléptének ideje, ezek: angina pectoris, syncope, bal kamra elégtelenség jelei. Anyaguk alapján e tünetek jelentkezése után a várható túlélés a következő: a leggyakoribb panasz, az angina pectoris esetén 5 év, syncope után (esetük 15%-ában észlelték) 4 év, bal szívfél elégtelenség fellépte után 3 év. A halál időpontja általában 60 év körül van.

Számos intézet adatait vizsgálva a kezdeti eredmények (valvuloplastica vagy billentyű prothesis): a sebészi mortalitás 4—20%, a késői mortalitás 2—14%. A total mortalitás átlagban 23%. A túlélők több mint 80%-ában az eredmény jó. A szerzők intézetében operált első 61 beteg műtét mortalitása 16%, a késői halálozás 10% (ennek okai: bacterialis endocarditis, prothesis elégtelenség, cerebriális laesio, myocardium infarctus). 1—1 és fél évvel postoperative elvégzett haemodinamikai vizsgálataik jó eredményt mutattak.

Congenitalis aorta stenosis: a betegség progrediáló jellegű. Az érintettek gyakori a hirtelen halál, mely egyben a műtét egyik fő javallatát jelenti (ennek előfordulását közlemények 1—18%-ra teszik). Általános vélemény szerint az EKG kép jó összefüggésbe hozható az elváltozás súlyosságával.

1955—65 közt a műtét mortalitás összegezett statisztikai adatok szerint 6%, a késői mortalitás 5%. Újabban a korai mortalitás 4%-ra csökkent. A subvalvularis és val-

vularis aorta stenosisok műtét mortalitása közel azonos, míg a subaorticus stenosis magasabb (10—28% közt.) Ha decompensált állapotban válik szükségessé a műtét, a mortalitás lényegesen magasabb (30—60%), bár e csoportban a conservatív kezelés kilátásai 50%-ra becsülhetők.

A túlélők közel 90%-a válik panaszmentessé. Jelentősebb aorta stenosis vagy insufficiencia a szerzők eseteinek 20%-ában volt észlelhető műtét után.

Eredményeik szerint, ha felnőttkori szerzett aorta stenosisban tünetek jelentkeznek, a prognózis javítása érdekében a műtét elvégzendő. Congenitalis valvularis és subvalvularis stenosis egyértelműen műtétre való, a supra-auricularis laesio műtét megoldása mérlegeendő. A congenitalis elváltozások sebészi megoldásának késői eredményeire vonatkozólag egyelőre a szerzők még állást foglalni nem tudnak.

Pálossy Béla dr.



Mitral stenosis. S. B. Roy, N. Gopinath (All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India), *Circulation* 1968, 38, Supplement No. 5, 68—77.

A mitral stenosis kórlefolyásában 3 döntő esemény van. Az elsőt a terheléses dyspnoe fellépte jelzi, mely orthopnoea és tüdőoedemába progrediál. A második determinans a pitvarfibrillatio, a harmadik a congestiv szívelégtelenség fellépte. Az első esetben 16, a másodikban 25%-os mortalitással lehet számolni fél éven belül, a harmadik tünetcsoport esetén 5 éven belül 50%-kal. A halál oka a gyógyszeresen kezelt betegek közt: 60—70%-ban congestiv szívelégtelenség, 20—30%-ban systemas vagy pulmonalis embolia, 5—10%-ban bacterialis endocarditis.

A sebészi megoldás eredményei, figyelembe véve a műtétre került betegek állapotát (a New York Heart Association kritériumai alapján): a 2—3. osztályba sorolt betegekben intézetenként a túlélés 70—94%, a 4. osztályban 60—65%. Átlag: 95%. A szerzők első 67 3—4. osztályba tartozó esetéből 9 operatív halál volt. Az 58 túlélőből 56 életben volt a műtét után 8 évvel is. A túlélést a műtét előtti rhythmus is befolyásolja, sinus rhythmus esetében ennek aránya nagyobb (90%, szemben a fibrillalok 65%-ával).

10 000 mitral valvulotomia eredményét összegezve (37 intézet beteganyaga) a műtét mortalitás 1,5—14% közt van, átlagban 6,8%. A 2—3. osztályban a mortalitás 2% alatt van, a 4. osztályban 15% felett. Műtét utáni közvetlen systemas embolisatio gyakorisága nagy anyagok átlageredménye alapján 5,3% (ebből 2,5% fatalis). Az embolisatio előfordulási gyakorisága

pitvarfibrillatióban lényegesen nagyobb. A valvulotomias életkor nagy statisztikák szerint 25—50 év közt. Az egyes országokban szokásos 20 év alatti műtét eredményei a fentieknek közel megfelelnek.

A klinikai javulás nem áll szükségszerű összefüggésben a hallgatózási, EKG- vagy rtg-lelet alakulásával. A haemodinamikai vizsgálatok szerint 6 évvel a műtét után a bal pitvar és az a. pulm. nyomás a praeoperatív értékekhez viszonyítva lényegesen alacsonyabb volt. Általános vélemény szerint a javulás fennállási időtartama 5—8 év, mely után meglehetősen gyors ütemű rosszabbodás következik be. A tünetek rosszabbodását az esetek 1/3-ában az elégtelen sebészi beavatkozás, 1/4-ében a traumás mitralis elégtelenség, 1/6-ában a restenosis okozza.

Pálossy Béla dr.



Aorta elégtelenség. R. Heggin és mtsai (Kantonspital Zürich und Medizinische Poliklinik Universität, Zürich, Schweiz), *Circulation* 1968, 38, Supplement No. 5, 77—93.

E billentyűhibás betegek sorsa elsősorban a billentyű elégtelenség fokától függ. Enyhe vagy mérsékelt haemodinamikai jelentőségű regurgitatio az életkilátásokat alig befolyásolja, a betegek 10 éves mortalitása 5—16% között mozog, amely alig haladja meg az átlag populatio mortalitását. Kifejezett periferias tünetekkel járó aorta elégtelenség 10 éves távlatban 45—55% mortalitással jár. A hirtelen keletkező aorta insufficiencia prognosisa a rheumas láz következtében kialakultnál lényegesen magasabb. Az átlag életkilátás itt mindössze néhány hónap.

A regurgitatio pontos fokának objektivizálása igen nehéz, a rendelkezésre álló semiquantitativ módszerek alapján, viszont értéke a műtét eredményessége szempontjából döntő. Továbbá sorsdöntő tényező a kilátásokat illetőleg a myocardium állapota, melynek megítéléséhez az EKG és rtg. vizsgálat eredménye adhat támpontot.

A műtét megoldásnak jelenleg 3 lehetősége van: aorta billentyű prothesis (Starr—Edwards vagy Magovern—Cromie), billentyű átültetés, autológ szövetből (fascia lata) billentyű képzés. A szerzők csaknem kizárólag az utóbbi megoldást alkalmazták és értékelik is. A billentyű prothesis műtét mortalitása 7% körüli.

A szerzők 87 beteget műtöttek, ezek közül 62 adatait tudták részletesen elemezni. 21 beteg myocardiuma intactnak mutatkozott, 32 betegnek domináló aorta insufficienciaja volt. Egybevetve az utóbbi csoportban a myocardium állapotát a műtét mortalitással, egyértelmű, minél több jel utal a szívizom ká-

rosodására, annál nagyobb a halálozás.

A billentyű prothesis műtét utáni szövődeményei (a késői mortalitást a statisztikák 7—14% közé teszik): a fő halálok a postoperatív thromboembolia és a bacterialis endocarditis, ezt követi a billentyű elmozdulása. Igen ritka fatális szövődemény billentyű implantatio után a haemolyticus anaemia.

Homolog billentyű átültetésben a közötti késői szövődemények száma alacsony. A késői halálozás itt 2—8%.

Az autolog fascia lataval végzett műtétek eredményei: 87 betegük közül 13 nem élte túl a műtétet 6 héttel (14%), további 9 betegüket a nyomkövetés során veszítették el (10%).

A billentyű prothesis utáni haemodinamikai eredmények igen jók.

Homolog aorta billentyű alkalmazásakor igen ritka a residualis stenosis, de aorta elégtelenség visszamaradhat. A fascia lata methodikat alkalmazva szintén gyakori a csekély, haemodinamikailag jelentőség nélküli regurgitatio visszamaradása.

A szerzők véleménye szerint, ha aorta insufficiencia esetén jobb szívfelelégtelenség, éjjeli vagy súlyos anginas fájdalom, esetleg bal szívfél elégtelenség jelei fejlődnek ki, a beteg, figyelembe véve a conservatív kezelés ilyen esetekben nem biztató távlati eredményeit, operálandó.

Pálóssy Béla dr.



Pulmonalis stenosis. H., A. Snellen és mtsai (Academisch Ziekenhuis, Leiden, Holland), *Circulation* 1968, 38, Supplement No. 5, 93—103.

A szerzők valvularis és infundibularis pulmonalis stenosis sebészi lehetőségeit ismertetik eredményeik tükrében zárt interventricularis septum mellett. A laesio a congenitalis elváltozások közel 10%-át teszi ki. Műtét nélkül a betegek várható élettartama 30—40 évre becsülhető, ez nem érvényes az enyhébb esetekre, ahol általában a progressio ritka. (A szerzők 22 ilyen beteget követtek nyomon átlag 7 évig és az állapot ezen idő alatt nem változott). A súlyos stenosis kilátásai igen rosszak, a beteg életét különösen az első hónapokban és a 30. év után a szívelégtelenség fenyegeti.

A műtét szempontjából lényeges localisált kórisme (valvularis vagy infundibularis stenosis van-e, interventricularis shunt fennáll-e) felállítása igen nehéz. A szerzők ismertetik a kórképek súlyosságának megítélésében alkalmazható diagnosticus kriteriumokat: 1. A zörej súlyos és mérsékelt súlyos stenosisban holosystoles, enyhe esetekben protosystoles. 2. Súlyos stenosisban a zörej amplitudo maximuma a késő systoleban van. 3. Minél szélesebben hasadt a 2. hang,

annál súlyosabb a stenosis. 4. A 2. hang pulmonalis componense a stenosis súlyosságával halkul. 5. Súlyos stenosis mellett szőlő továbbá: hallható IV. hang, nagy A-hullám a jugulo-, és hepatogrammon.

A súlyos infundibularis stenosis jellegzetessége a systole elejére localisalodo amplitudo maximum. Valvularis vagy infundibularis stenosisban a systoles zörej túlérése a carotis görbe incisuráján kizarja a kamrai septum defectus fennálltát, fordított eset septum defectus mellett értékelendő.

A stenosis súlyosságának megítélésére a szerzők véleménye szerint az EKG kevésbé alkalmas, mint a PKG.

A valvularis és infundibularis esetek sebészi mortalitása különböző. Intézetükben a valvularis stenosisot valvulotomiával normothermiában, az infundibularis stenosisot extracorporalis keringésben resectioval oldják meg. 1955—57 közt 50 valvularis stenosisot operáltak, 9 beteget veszítettek el, míg 1958—60 közötti 64 betegük közül csak egyet. Tapasztalatuk szerint, amennyiben a műtét alatt váratlanul septum defectus fennállása kórismézhető, ez feltétlenül zárandó. Társuló infundibularis stenosis esetében, ismerve az infundibularis resectio hátrányait, a szerzők ezt csak abban az esetben tartják indokoltnak, ha a műtét alatt mérhető kamrai nyomáscsökkenés a valvulotomia elvégzése után nem megfelelő szintű.

Postoperatív haemodinamikai vizsgálatok szerint az esetek többségében a jobb kamrai nyomás jelentősen csökkent, illetve normalisodott. Általában a mérsékelt vagy súlyos stenosis eseteiben 75—95%-ban számíthatnak műtét után jó eredményre. Megfelelő műtéti megoldás után restenosis nem jön létre, ezzel szemben gyakori a postoperatív pulmonalis insufficiencia.

Pálóssy Béla dr.



Constrictív pericarditis. W. Somerville (Middlesex Hospital, and London and Harefield Hospital, Middlesex, England), *Circulation* 1968, 38, Supplement No. 5, 102—111.

A szerző két csoportban említi a constrictív pericarditisek okát: 1. Gyorsan kifejlődő constrictio (3—12 hónap alatt): acut, nem specifikus pericarditis (esetenként vírus eredettel) tbc, purulens pericarditis, mononucleosis infectiosa, trauma haemopericardium. 2. Lassan (évek alatt) kifejlődő constrictio: tbc, coxsackie B fertőzés, histoplasma capsulatum, rheumatoid arthritis, haemopericardium, tumoros infiltratio, mellkasi sugárkezelés utáni állapot, cholesterin pericarditis.

A sebészi mortalitás 20%-ról 13%-ra csökkent, míg a jó eredmé-

nyek százaléka 46-ról 57-re nőtt. Újabban még alacsonyabb a műtéti mortalitás. A szerző utolsó 30 esetében műtéti halálozás nem volt. A pericardiectomia után nem minden esetben észlelhetők a javulás jelei. Az esetek egy részében postoperative hosszabb-rövidebb ideig emelkedett a vena jugularis nyomása, persistalo oedema észlelhető, mely csak a későbbiek folyamán fejlődik vissza.

Amennyiben a constrictio jelei továbbra is persistálnak, 2 lehetőséggel kell számolni: az egyik a constrictioval kapcsolatban létrejött myocardialis atrophia, mely a constrictio megoldása után is károsan interferal a diastoles telődéssel és a systoles kilökődéssel. A rossz postoperatív eredmények leggyakoribb oka a gyakran újabb műtétet szükségessé tevő residualis localisált constrictio. Különösen veszélyes ebből a szempontból a bal kamra és pitvar közti residuum, mely igen hajlamos meszesedésre. E területen visszamaradt residuum szűkítve a bal pitvar kiáramlási szakaszát, mindenben a mitral stenosis haemodinamikai következményeit idézi elő.

A pericardiectomia haemodinamikai eredményét a következő tényezők befolyásolják: a betegség fennállásának időtartama, a pericarditist előidéző ok, a myocardium állapota műtét után. A normal haemodinamikai állapot visszatérének alapfeltétele a teljes decortitatio, melynek egyes szerzők szerint a jobb pitvarra és a vena cavakra is ki kell terjedni. A pericardiectomiát követően az észlelhető EKG-elváltozások nem hozhatók összefüggésbe a műtét teljességével, hiszen az EKG az alapfolyamat okozta myocardium károsodást regisztrálja. A műtét kellő kivitelezés esetén igen jó eredményű, a beteg gyakorlatilag gyógyultnak tekintendő.

Pálóssy Béla dr.



Szülészet- és nőgyógyászat

Hypertriglyceridaemia fogamzásgátló tablettá és ösztrogén kezelés alatt. Gershberg, H. és mtsai. (Depart. Medicine, Univ. School of Medicine, New York, N. Y.), *Obstet and Gynec.* 1968, 31, 186—189.

49 asszony 5 mg norethynodrelt és 0,075 mg mestranolt (Enovid, In fekundin) szedett 3—51 hónapig. A 10 hónapnál tovább szedő 30 asszony közül 23-ban (61%) a triglycerid szint 110 mg/100 ml fölé emelkedett. A cholesterin szint viszont változatlan maradt. A mestranol egymagában is hamar fokozta a triglycerid szintet. A kezelés abbahagyása után az emelkedett triglycerid szint — egy eset kivételével — visszatért a normálisra. Véleményük szerint a triglycerid szint emelkedés a máj-mű-

ködés, esetleg a máj károsodás következtében fokozottan kialakuló vagy felszabaduló triglyceridekre vezethető vissza.

Domány Zoltán dr.



Néhány ovulációgátló szer hatása a különböző plazma lipid frakciókra. Brody, S. és mtsai (Univ. of Göteborg, Sweden): Acta med. Scand. 1968, 183, 1—7.

3 típusú fogamzásgátló tablettá hatását vizsgálták. Az Anovlar (Norethisteron acetat + ethynilestradiol) szedése után csökkent a cholesterin szint, a triglycerid szint emelkedés nem volt szignifikáns, az össz. phospholipid érték csökkent. Az Ovulen (Ethinodiol acetat + mestranol) és Volidan (Megestrol acetat + ethynilestradiol) a cholesterin szintet nem változtatta meg, a triglycerid szintet viszont jelentősen megemelte, csakúgy mint az össz. phospholipid szintet. Ez utóbbin belül a lecithin és cephalin fokozódott, a lysolecithin és sphingomyelin viszont csökkent értéket mutatott. Az egyes fogamzásgátló tablettá típusok ilyen irányú hatása tehát eléggé eltérő és feltehetően az egyes komponensek ellentétes, kompetitív hatásával is számolni kell.

Domány Zoltán dr.



Ovulatio inductioja Clomiphennel. F. Osmond—Clarke, M. Murray és F. Bishop (Chelsea Hospital for Women, London): J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 1968, 75, 531—539.

191 asszonyt kezelték Clomiphennel a következő gynecologiai endocrin betegségek miatt: primer amenorrhoea, secunder amenorrhoea (1—10 éves tartammal), post-partum amenorrhoea (1—4 éves tartammal), raromenorrhoea (2 éven túli tartammal, 3—4 havonkénti ciklusokkal) és végül metropathia haemorrhagica. A rutin gynecologiai vizsgálatot kolpocytologia, basal temperatura mérés és cervixnyák vizsgálat egészítette ki, továbbá vizelet gonadotropin, oestrogén, pregnandiol, 17—KS, 17—OHCS, testosterone és epitestosteron meghatározás történt a kezelés előtt és után az esetek egy részében.

A therapia az esetek többségében két séma szerint történt: rövid kúra (100—200 mg. naponta, 4 napon át), ill. hosszú kúra (100 mg. naponta, 14 napon keresztül). A therapias Clomiphen kúrák száma betegenként 1—9 között változott, többségük átlagosan 3 kúraban részesült.

Eredmények: az esetek 70%-ában eredményezett 1, vagy több Clomiphen kúra klinikai választ, azaz ovulatoricus cyclust és 28 terhesség következett be közvetlenül

a kezelés hatására. Az eredményesen kezelt esetek felében (52 beteg) jött létre a továbbiakban 1—3 ciklusban kezelés nélkül spontán ovulatio és ezen időszakban 11 beteg concipiált. Ugyanakkor viszont csak 4 esetben maradt fenn ovulatoricus ciklus 1 éven túl. A legkedvezőtlenebb klinikai választ primer amenorrhoea mellett figyelték meg, a 10 beteg közül csupán 2-nél volt eredményes a kezelés. Ezzel szemben a secunder amenorrhoea-soknál 54,5%-ban, a post-partum amenorrhoeasoknál 81%-ban és a raromenorrhoeas betegeknél 92%-ban értek el klinikai eredményt. A 39 terhességből 3 volt ikerterhesség, ezek mind 4 napon át napi 400 mg-al történő Clomiphen kúra után következtek be.

35 betegen végeztek oestrogen meghatározást kezelés előtt és után, közülük 31 esetben észleltek 5—60-szoros oestrogen excretio fokozódást, bár ezen esetek közül 11-ben klinikai eredmény nem következett be. Az oestrogen eredmények alapján úgy látszik, hogy a kezelés előtti normál oestrogén szint mellett várható elsősorban klinikai válasz. A kezelés előtti vizelet gonadotropin meghatározások és a klinikai eredmények összevetése azt mutatja, hogy a legkedvezőbb válasz azoknál a betegeknél következett be, akiknél a gonadotropin szint 6—96 egéregység között volt. A kolpocytologiai képban a Clomiphen kezelés után, mint közvetlen válasz egy kevert androgén, progestativ és oestrogén hatás volt a jellemző. Ez a közvetlen fázis 2—3 nappal a Clomiphen adása után jelentkezett és kb. egy hétig állott fenn, a kúra befejezését követően.

Eredményeik alapján a szerzők hangsúlyozzák, hogy a Clomiphen therapia jó eredménnyel alkalmazható az anovulatoricus állapotok kezelésében, azonban fontos a betegek gondos selectioja.

Thán Ede dr.



A hormonális anticonceptio távlati hatásai. H. Brehm (Die Universitäts-Frauenklinik Frankfurt am Main): Die Medizinische Welt 1968, 19, 2054—57.

A szerző 130 nőn több cycluson át alkalmazott hormonális anticonceptio hatását vizsgálta (legrövidebb anticonceptio 5, a leghosszabb 69 cycluson át, az összes vizsgált cyclusok száma 3035). 5 különböző készítmény hatását elemezte. A kezelés alatt valamennyi nőn legalább 0,5 literrel emelkedett a percvolumen. A kezelés befejezte után ez rövidesen ismét a kontroll értékre tért vissza. A kolposkopos lelet és a cytostest értékelése ezzel szemben a kezelés alatt lényeges változást nem mutatott. Vizsgálta a kezelés hatását a belső secretios rendszerre. A vizelet 17-ketosteroid,

ösztadiol és ösztriol tartalma változatlan maradt, a pajzsmirigy functiot tisztázni hivatott isotop jó vizsgálatok eredményei is megnyugtatóan alakultak. A legérzékenyebbek itélt transaminase és BSP próbák segítségével durvább májkárosodást nem észlelt. A legtöbb vizsgált alvadási és fibrinolyticus factor ismételt meghatározások alkalmával is a fiziologiai határokon belülnek mutatkozott, egyedül a thrombocytá agglutinatio fokozódott nagyobb mértékben. A vérnyomás és a pulsus szaporasága a kezelés alatt nem ingadozott lényegesen. Figyelembe véve a vizsgált parameterekben mutatkozó minimalis elváltozásokat is, ezek a gyakoriság sorrendjében a következő készítményeknél voltak leginkább észlelhetők: chlormadinon, norethisteronacetat, ethyniodioldiacetat, lynestrenol, medroxyprogesteronacetat. Kritériumként elsősorban a következő parametereket vette figyelembe: vérnyomás, percvolumen, BSP retentio, kolposkopia, serum bilirubin szint.

Tartós kezelésben a kezdetben észlelhető ingadozások 3—6 hónap után megszűntek. A subjectív és objectív panaszok elsősorban az első 3 medicatio cyclusban mutatkoztak.

A szerző szerint, ha hormonális anticonceptio mellett határozunk, úgy eredményei alapján mindegy, hogy 6 hónapon vagy 6 éven át folytatjuk a kezelést. Kezelési szünet nem feltétlenül szükséges, mégis, még gyermekeket kívánó nőknek 2—3 évenként tanácsolt. A kezelés elkezdésekor az első, második, harmadik és hatodik cyclus után, majd később évenként tartja szükségesnek az említett control vizsgálatok elvégzését.

Pálóssy Béla dr.



Lepényleválás korai terhességben. S. L. Naor, M. Rokorver (From the Department of Obstetrics and Gynecology, Zahalon Government Hospital, Yaffo, Israel). Obstetrics and Gynecology 1968, 31, 505—507.

Az abruptio placentae fogalmába csak a 28. terhességi hét utáni korai lepényleválásokat sorolják a legtöbben. Azonban e fogalomkörbe sorolható a fiatalabb terhességek kapcsán létrejött lepényleválás, amit vérzés, majd abortus követ.

A szerzők egy 27 éves asszonyról számolnak be, akinél 11 abortus zajlott le. A haematologiai kivizsgálás alkalmával a 13-as factor hiányát észlelték (fibrin stabilizáló faktor). Therapiaként többszöri (300 ml) friss plasma infusiót adtak. Az ezt követő 2 terhesség közül egy az V. hónapban megszáadt, a másodikat kiviselte, amit

császármetszéssel oldottak meg. Javasszák habitualis vetélőknel az endokrinológiai háttér kivizsgálásán túl a haematológiai status meghatározását is. *Major András dr.*

★

Állatkísérletes vizsgálatok a ¹³¹J-el jelzett D-Tubocurarin placentalis passage-jával. P. Enold, H. Herzmann és D. Marawski (Charité Frauenklinik der Humboldt-Universität zu Berlin). Zbl. Gynäk. 1967, 35, 1265—1269.

Szülészeti műtételnél a tubocurarin veszély nélküli alkalmazása elsősorban attól függ, hogy a lepényen keresztül milyen gyorsan és mennyiségben jut át a magzatba. A tubocurarin számára a lepény teljes, vagy részleges akadályt jelent-e, még nem eldöntött. A kísérletes vizsgálatok és a klinikai megfigyelések gyakran ellentmondóak. A szerzők a tubocurarin transplacentalis passage-jával kapcsolatosan izotóp vizsgálatokat végeztek.

¹³¹J-el jelzett D-Tubocurarin adtak 20 terhes nyúlnak atropin, valamint barbiturát alkalmazása után. Azt találták, hogy a beadást követően 5 perc múlva megölt állatok uterus és lepény szöveteiben azonos mennyiségben volt kimutatható a jelzett tubocurarin. A foetusok az anyaállat keringésében kimutatható tubocurarin egyhúszad részét tartalmazták.

Mutschler Ferenc dr.

★

Generalizált Sanarelli—Schwartzman phenomen és bakteriális shock klinikumához és terapiájához. H. J. Herschlein, D. F. Steichele (Universität-Frauenklinik, Tübingen). Zbl. Gynäk. 1968, 20, 696—702.

Bakterialis shocknak koagulopathiával szövődött esetét Sanarelli—Schwartzman phenomen (S—S—P) emberen való ekvivalensének kell tekinteni. A syndroma lázas abortusok és chorionamnionitis súlyos szövödménye.

Nyulakon Coli endotoxinnak 24 órás időközben történt kétszeri befeccskendezése után halálos shock keletkezett, haemorrhagias diatesissel. A boncolás minden szervben fibrin thrombusokat mutatott ki, melyek a vesében S—S—P-re jellemző tipikus kéreg necrosishoz vezetnek.

A szerzők 1962 óta 7 beteget kezeltek bakteriális shockkal szövődött coagulopathiával, akik közül a terapias beavatkozás ellenére 5 meghalt. A betegek bakteriális shockja lázas abortus következményeként lépett fel. A diagnoszt a klinikai symptomák mellett az alvadási szisztéma tipikus elváltozásából lehet felállítani (thrombocytaszám, capillaris resistentia csök-

ken, afibrinogenaemia jön létre és a thromboelastogramm jellegzetes elváltozást mutat).

A kezelésben legfontosabb az endotoxin további beáramlásának a megakadályozása, melyre a szerzők az inficialt gravid uterus exstirpációját végzik. Az intravasalis alvadás gátlására Heparint, majd a test saját fibrinolysis kimerülése miatt Streptokinaset adnak. A shock kezelésében szerzők elvetik a vasopressor terapiát, és helyette Hyderginnel történő véredény tágítást alkalmazzák a vérpálya egvidejű feltöltésével, tekintve, hogy experimentalis vizsgálatok szerint ebben az esetben a véreloszlás zavarra a bétractus ereinek spasmusa következtében jön létre.

Cseh Imre dr.

★

Tüdőbetegségek

A cor pulmonale chronicum kialakulásának sajátosságai. Popescu I. és mtsai. (Inst. Méd. Int. Académie de la R. P. Roumanie, Bucarest) Poumon 1966, 22, 201—210.

191 (ebből 145 férfi) betegre vonatkozó megfigyeléseiket közlik, akiket 14 év alatt észleltek. A cor pulm. chr. az esetek 87,3%-ában obstruktív emphysema következtében alakult ki, az egyéb kórokok között sarcoidosis, Hamman—Rich-syndroma, silicotuberculosis, stb. szerepel. 124 beteg szezonálisan recidiváló bronchitisben is szenvedett. 138 volt dohányos (ffi és nő együtt). Az összes chronicus tüdőbetegségre vonatkoztatva a cor pulm. chr. az esetek 34,3%-ában fordult elő.

Az első bronchitises tünetek és a cor pulm. chr. kialakulása között eltelt átlag idő: 15,3 év; a jobbszív-félelégelenség és a halál közti átlagidő 4 év. A jobbkamra-hypertrophiának kifejezett röntgen tünete ritkán van az emphysema és a szív tengelykörüli rotálása miatt; boncoláskor viszont jelentős hypertrophia mutatható ki a trabecula septomarginalisban, mely mérsékli a túlterhelt jobb kamra tágulatát és magyarázza ennek aránylag redukált méreteit.

A betegség lefolyásában ritkán észleltek hypertoniát valamint szívinfarctust. Hiányoznak a ritmuszavarok és a lipoidháztartás sem mutat kóros eltérést; polyglobulia az esetek 36,6%-ában állott fenn.

10 éves megfigyelési idő alapján a betegek életkilátásai a következőképpen alakultak: 44% él, 63,4% a cor pulm. chr. következtében halt el, 2,6% más okból. Az átlagos túlélési idő 4,5 év.

B. Löw Brigitta dr.

★

Mediastinoscopia. Indikációi és lehetőségei. Carlens E. és mtsa. (Thoracic Clinic. Karolinska Sjuk-

huset, Stockholm). Scand. J. Resp. Dis. 1967, 48, 1—10.

A szövödmények számának minimálisra szorítása érdekében legfontosabb a korszerű általános érzéstelenítés. Ha a beteg jól relaxált, a mediastinalis tér szélesebb, nincs vénás pangás és gyakorlatilag nincs vérzési veszély. Nem áll fenn ilyenkor mediastinalis emphysema vagy ptx veszélye sem, s lecsökken a légembolia-veszély is. Ha nem tökéletes a relaxatio, akkor rosszak a látási viszonyok és a tápintás is nehezebb. (Mediastinoscopiaival a felső mediastinum középső és hátsó részét lehet megtekinteni.)

Táblázatban összefoglalják, hogy a sarcoidosis diagnosztikájában mit nyújtanak a különböző vizsgáló eljárások. Irodalmi adatok szerint pozitív diagnózishoz bronchoscopia révén 10—37%-ban, Daniels-biopsia révén 32—74%-ban, mediastinoscopia segítségével viszont 94—100%-ban lehet jutni. Saját anyagukban bronchoscopiaival 20%, mediastinoscopiaival 96% gyakorisággal tudták a sarcoidosist igazolni.

Ismertetik a mediastinalis nyirokcsomók vizsgálati módszereit és megjegyzik, hogy nemcsak a makroszkópos, de még a szövettani kép alapján sem lehet mindig egyértelmű diagnózishoz jutni. Felhívják a figyelmet arra, hogy a mediastinalis nyirokcsomókból nagyon hatásos Kveim-antigént lehet előállítani. A silicosis diagnózisának felállításához jelentős lehet a quarz-kristályok kvantitatív meghatározása.

A mediastinoscopiaának nagy szerepe van abban, hogy elkerülhető legyen a feleslegesen végzett exploratív thoracotomia. Az egyéb vizsgálatok során operabilisnak látszó bronchus-carcinomások 35%-ában mutattak ki mediastinalis áttétet, s így már nem volt szükség ezekben az esetekben az exploratív thoracotomiára; így ezek arányát a korábbi 40%-ról 10% alá tudták szorítani.

Kiegészítésként leírják, hogy 50 szívblokkos betegen a pacemaker kezeléshez mediastinoscopia segítségével helyezték be a pitvari elektródát, miután a kamrait már iv. felvezették. Ismertetik módszereiket.

Ságodi Róbert dr.

★

Gümőkóros cukorbetegség „határmegterhelése”. Pfaffenberg R., Bosselmann M. és Jähler H. (Tbc. és Tüdőklinika, Schielo, DDR) Zschr. f. ärztl. Fortb. 1968, 62, 338—340.

A „határmegterhelés” (Grenzbelastung) fogalmát Schoenemaker 1950-ben (Med. Klin. 790—795) definiálta. Egy már megbetegedett szervezet — néha egy enyhe és jelentéktelennek látszó terhelés vagy stress hatására — összeroppan és a labilis állapotban bekövetkezik a halál. Ilyen esetekben a boncolás nem tisztázza a halál okát, csak a

klinikus, aki a beteg személyiségét ismerte és az utolsó napok történéseivel is tisztában van, tud megfelelő felvilágosítást adni.

A szerző tbc + diabetes osztályán 173 halálest közül 6 esetben tudta a „határmegterhelést” kimutatni. Régi, mindkét alapbetegségükben kompenzált betegekről volt szó, ahol a drámai fordulatot egy enyhe influenza, egy incisióhoz előkészítő narcosis vagy egy jelentéktelen haemoptoe okozta.

A közlemény megírására elsősorban az adott okot, hogy az öregebb betegek számának emelkedésével ez a probléma is nyer jelentőségében. Másodsorban azt, hogy két súlyos, de kompenzált alapbetegség mellett, egy jelentéktelen látszó komplikációt is nagyon komolyan kell venni.

Szántó Endre dr.

☆

A lipoidpneumonia ismeretéhez. (Egy eset kapcsán.) Primer G. (Schwarzwald Sanat. Schömburg, NSZK) Prax. Pneumonol. 1967, 21, 539—545.

1933-ban észlelték először egy boncolás során, hogy olajos lerakódások az alveolusokban és bronchiolusokban tüdőelváltozást hoztak létre. Ez akkor alakul ki, ha olajos anyagot inhalál vagy aspirál valaki. A lipoidpneumonia tehát az aspirációs pneumoniák csoportjába tartozik.

Rtg-képen a korai stádiumban túltöltött bronchogramra emlékeztet, amikor kis rozetta formájú góccok képződnek; később indurált területek fejlődnek ki, ezek azután már nem változnak; ha megkisebbednek, ez további hegesedést jelent. A diagnózist a tüdő szövetében található olajcseppek döntik el, amit a szokásos zsírfestési eljárással lehet kimutatni. Klinikai képe chron. pneumoniának felel meg és csak az anamnézis vezet rá az olajártalomra. A differenciáldiagnosztikában chron. pneumonia mellett sarcoidosira és carcinomára is gondolni kell, de döntően fontos a szövettani vizsgálat, amihez thoracotomia útján lehet jutni. Legtöbb esetben aspirált anyagról van szó: paraffin orr-cseppek használatakor vagy olajplomba áttörésekor, olajkód belégzésekor fordulhat elő.

Egy 39 éves asszony esetéről számol be a szerző. Cardiaszűkület miatt gyakori regurgitatio jelentkezőt aspirációval, ez több ízben pneumoniához vezetett. Gyomorműtét után a hányások megszűntek, de a tüdőben mindkétoldalt beszűrődés jelent meg, mely az idők folyamán növekedett. Végleges diagnózis érdekében thoracotomia történt. A biopsziás vizsgálat epitheloidsejtes göbökben zsírszemcséket mutatott ki, óriássejtekkel körülvéve, amikben sudanophil csillagalakú képletek voltak. Histológiai vélemény (prof. Giese,

Münster): „Tuberkulózisról vagy lipoidpneumoniáról van szó vagy a kettő kombinációja forog fenn.”

Amikor a beteget behatóbban kikérdezték, kiderült, hogy a hányások idején sok olajos salátát fogyasztott, feltehetően így került az olaj a tüdőbe és tbc-vel kombinálva alakult ki a kórkép.

Az irodalomban 1950 óta 82 exogen lipoidpneumoniát közöltek és csak egy esetben szerepel kísérő megbetegedés is. Ebben az esetben nyílt kérdés marad, hogy a tbc késztette-e elő a talajt az olajpneumoniának — vagy viszont, vagy hogy a két betegség véletlen találkozásáról van-e szó. Barát Irén dr.

☆

Perinatalis kérdések

A foetalis transfusio jelen indikációi és eredményei. J. F. Lucey (Dept. of Ped., Univ. of Vermont Coll. of Med., Burlington, Vermont.) Pediatrics, 1968, 41, 139—142.

4 évvel ezelőtt az új-zélandi Liley bevezette súlyos erythroblastosisban foetalis transfusio (f. t.) alkalmazását, s a műveletet azóta jól begyakorlott team-ek sikerrel végzik. Jelenleg a helyes indikációs terület körülírásán munkálkodnak: kiderült ugyanis, hogy jó eredmény a foetusoknak csak egy szelektált kis hányadában várható tőle. Igen fontos az anyai Rh-antitestek titer, de ez csak az amniocentesis elvégzésének indikációt szabályozza. Amniocentesis végzendő minden 1:16-nál magasabb titerrel rendelkező Rh negatív terhes anyán; kockázata sem az anyára, sem a magzatra nézve nem nagy, viszont az egyetlen mód a foetalis anaemia, vagy betegség fokának eldöntésére. Liley az amnionfolyadék optikai denzitás-különbségét (A O. D.) 450 nm-nél meghatározta s ennek alapján a haemolytikus betegségben szenvedő foetusokat 3 zónába csoportosította. I. zóna = veszély nem áll fenn; II. zóna = kismértékű anaemia — kismértékű veszélyeztetettség; III. zóna = súlyos anaemia — 90%-nál nagyobb valószínűségű méhenbelüli elhalás. A III. zónába tartozást a f. t. abszolút indikációjának tekintette. Kritériumai nagyjából ma is helytállóak, de az újabb tapasztalatok némi módosítást követelnek: 1. egy amniocentesis helyett legalább kettő kell a diagnózishoz; 2. sokkal többet árul el a foetus várható károsodásáról a A.O. D. 450-érték csökkenő, vagy emelkedő tendenciája, mint az egyetlen punctio alapján történő merev zóna-osztás.

A f. t. ideális időpontja a foetalis élet 28—32. hete között van. A 28. hét előtt végzett beavatkozás nagyon kockázatos, a túlélés valószínűsége 20% alatti. A 32. hét után viszont, ha addig a magzat nem

halt el, a kihordás reménye már amúgyis elég nagy.

A hydrops foetalis ma már születés előtt, korán diagnosztizálható: részben az amniocentesis nyert folyadék magas (0,35 feletti) A.O. D. 450-je, részben az oedémás fejbőrt és végtagokat jelző amniogram, részben pedig foetalis paracentesis igazolt ascites segítségével. Az ilyen magzatok halálozási aránya f. t. nélkül közel 100%, de f. t. esetén is kb. 80%. A szerzők többsége szerint tehát ilyenkor egyedül a f. t. csak igen ritkán segíthet, újabb diureticumok, digitális, stb. adjuváns terápiájával kísérleteznek; a kérdés még eldöntetlen, indokolt-e a művelet elvégzése.

Az ilyen újszülöttek keringési és anyagcsere viszonyainak felderítése még sok kutatást igényel. Elengedhetetlennek látszik a korai oxigenbelélegeztetés, az acidosis megszüntetése, stb., a heparinizált vérel való vércsere előtt. Foglalkozni kell az esetleg fellépő hypoglykaemiával, vérzésekkel, májlae-sioval, stb. is, az agyi károsodás veszélyének csökkentése céljából.

Liley eredeti módszerében az évek során főleg a tübehelyezés technikáját fejlesztették. Sokan a vért tartós katheterrel áramoltatják be több óra leforgása alatt a peritonealis ürbe, bár ezáltal a fertőzés veszélye növekszik. Az anya, ill. magzat preventív, antibiotikumokkal történő ellátásának szükségessége még vitatott.

A magzat elhalásának kockázatát egy 1966-os kongresszuson egyetlen f. t. után 15—20%-ra becsülték. Fő halálokkét a túszerűlést jelölték meg. Napjainkban ez a veszély a javuló technika következtében már csak 5%-ra tehető. Anyai halálról nem számoltak be, komplikáció is csak az esetek 5%-ánál kevesebb alkalommal volt.

A f. t. hatásosságára jellemző, hogy segítségével ma a korábban súlyos intrauterin anaemia miatt elhalt magzatok 50%-a megmenthető.

F. t. után ismert kísérőjelenség a koraszülés, leggyakrabban a 32. hét táján. Ezeknek az újszülötteknek tehát a kicseréléses transfusio mellett a koraszülöttség szokásos terheivel is szembe kell nézni. Figyelemre méltó tünet és a vércsere indikációjában számolni kell vele, hogy a f. t. következtében az újszülött direct bilirubin értéke extrém magas lehet; oka az, hogy a magzat már conjugáló képességgel rendelkezik és nagymennyiségű haemoglobinnal kerül szembe a méhen belül. A f. t. csontvelőbenítő hatása az élet 2—4. hónapjában kialakuló súlyos anaemia előidézője lehet. Ritkább szövödmény a fokozott hasúri nyomást követő újszülöttkori lágyéksérv. Fokozott az anyai és magzati májgyulladás veszélye is.

Lehetséges, hogy a hyperimmun Rh gamma-globulin bevezetése feleslegessé fogja tenni a f. t.-kat. Gyermekgyógyászati „küldetése” a műveletnek azonban mégis jelentős marad, mert a figyelmet a foetalis diagnózis és a terápia fontosságára irányította.

Forrai György dr.

★

Az újszülöttek viselkedése placenta praevia és időelőtti lepényleválás esetén. Remzin M., Universtitätsfrauenklinik, Basel. Gynaecologia, 1968, 166, 221—227.

A Baseli Egyetem Szülészeti Klinikáján a placenta (P) korai leválása 1%, míg a P. praevia 0,4%-ban fordul elő; a kettő együtt 0,07%. Ezekből a szülésekből származó új- és koraszülöttek halálózása 19%, ill. 9% volt.

10 586 élveszületett újszülöttről 671 igényelt reanimációt, ezek közül 87 P. praevia vagy korai lepényleválás miatt került felvételre, mindössze 59 érett újszülött nem igényelt ellátást. Az esetek felében történt császármetszés. Az ilyen szülésekből származó csecsemőkre jellemző a *progreáláló rosszabbodás*, elsősorban acut és subacut asphyxia, respiratory distress syndrome miatt. Agyvérzés 19 esetben fordult elő. Súlyos anaemiák nem voltak anyagukban.

Az újszülött prognosisa P. praevia és időelőtti lepényleválás esetén a szülésvezetéstől és az újszülött érettségétől függ. A 2000 g alatti koraszülöttek 77%-ban hüvelyi úton, a 2000 g felettiak viszont 68%-ban császármetszéssel születtek.

A halálozás, morbiditás és a születés utáni acidosis foka között pozitív correlatio van. A prognosisa a szülészeti módszereken kívül csak „intenzív megfigyelés” és kezelés, prophylacticus therapia segítségével lehetséges.

[Ref.: a placenta praevia kapcsán megfigyelt súlyos újszülöttkori vérvesztés bár ritka, de nem elhanyagolható szövődemény, mint arra legutóbb az OH-ban rámutattunk. (1968, 108, 1522.)]

Korányi György dr.

★

Intrahepatikus cholestasis újszülöttkorban. Haas, L., City Hospital Exeter) Arch. Dis. Child. 1968, 43, 438—443.

A szerző nyolc év alatt 24 elhúzódó újszülöttkori sárgaság között 4 esetben figyelt meg újszülöttkori intrahepatikus cholestasist. (UICH)

I. eset: A 2,95 kg-os fiú csecsemő kétnapos korában lett sárga. A széklet világos volt és a vizeletben

nagy mennyiségben találtak epefestéket. 5 hetes korában még icterusos. (Sebi: 9,26 mg⁰/₀, direct: 6,30, indirect: 2,96 mg⁰/₀). Héthetes korában operatív cholangiogrammot és májbiopsiát végeztek. Elzáródás nem volt. A szövettani képből súlyos eperetentiót láttak. A máj normális szövettani képe megtartott, de a portális rendszer eosinophil és plasmasejtekkel infiltrált. Prednisolon kezelés hatására az icterus 4 nap alatt megszűnt. Később a csecsemő más kórházban enteritisben meghalt.

II. eset: A 3,70 kg-os csecsemő szintén 2 napos korától icterusos. Hullámozó icterusa és epeútelzáródás tünetei miatt 3 és fél hetes korában májbiopsiát végeztek. A szövettani képből epethrombusok és epepigment láthatók a májsejtekben és a Kupfer-sejtekben. Chronikus gyulladásra utaló kerek, plasma és eosinophil sejtek láthatók a portális erek körül. Az operatív cholangiogram normális. Prednisolon kezelés hatására gyors desicterisálódás. 1 éves korában tünetmentes, biopsiás vizsgálattal még mindig az előzőekhez hasonló, de enyhébb elváltozások figyelhetők meg. 4 éves korában a mája még nagyobb, májfunkciós próbák normális határok között.

A III. eset az előzőekhez nagymértékben hasonlított.

A IV. beteg annyiban különbözött az előzőektől, hogy nem kapott prednisolont, és 6 hét alatt gyógyult.

Az UICH aetiologiája ismeretlen. Cotton szerint az UICH megelőzhető az intrahepatikus biliáris atresiát. A portális területek gyulladásos folyamatai — ha nem kezelik — később az intrahepatikus epeutak teljes eltűnését okozhatják. A steroid kezelés ezt megelőzi.

Az újszülöttkori hepatitis nem ritkán jelentkezik UICH képében és a klinikai diagnózis csak a sorozatos májbiopsia és a gondos anamnesis döntheti el. Hsia szerint autosomális recessiv genetikusan öröklődés és nem fertőző agens okozná az UICH-t. Az újszülöttek haemolytikus betegsége is okozhat elzáródásos icterust.

A kóroktani tényező ismeretének hiányában a steroid kezelés kitűnő hatása vitatható. Mégis, az eredmények miatt a szerző nagyon ajánlja a steroid kezelést.

Korányi György dr.

★

Serológia és immunológia

Kettős paraproteinaemiák. A. Fath—Moghadam, H. Würz, R. M. Oeser und M. Knedel. (I. Medizinische Klinik der Universität Mün-

chen und Klinisch-chemisches Institut am Städtischen Krankenhaus München—Harlacking.) Deutsche Med. W. schrift, 1968, 93, 1695.

A kettős paraproteinaemiák (IgM + IgA, IgG + IgM, IgA + IgG) azonos, vagy különböző könnyűlánc típusal különös érdeklődésre számíthatnak. Ezek az esetek a multiplex clón-theoria megfontolását teszik szükségessé, ui. 2 féle sejttípus jelenlétét feltételezi.

1568 paraproteinaemias serumból 6 esetben találtak kettős paraproteinaemiát. Nem vették tekintetbe azokat az eseteket, ahol az IgG paraprotein azonos immunológiai típusu Bence—Jones paraproteinaemiával társult. A mikromolekuláris Bence—Jones (Typ. I. és Typ. II.) társulása IgG, IgA és IgM paraproteinekkal 70%-ot érhet el. Mind a 6 esetben szövettanilag igazolt myelomáról volt szó. A papirelektrophoresist Grossmann és Hannig, az immunoelektrophoresist Scheidegger szerint, a Grabar—Williams f. módosításban végezték. Sedimentációs analitikai vizsgálat céljára ultracentrifugás vizsgálatot, az egyik esetben a két paraprotein izolálását ioncserélő chromatographiával DEAE-cellulosen végezték.

A 6 esetben az alábbi paraproteinekot találták:

1. IgAK + IgAL
2. IgGK + IgAK
3. IgGK + IgAL
4. IgGK + IgGK,

különböző elektrophoreticus és immunoelektrophoreticus mobilitással.

6. IgUK, elektrophoreticusan két jól elkülöníthető gradienssel.

A plasmolympheoreticus systema betegségeiben a kettős paraproteinok, ill. a heterogén paraprotein fractio előfordulása igen ritka. A többszörös paraprotein komponenseket csak elektrophoreticusan a paraproteinok polymerisatioja, ill. egyéb serumfehérje komponensekkel való komplex képződése is előidézheti.

Az associatio és dissociatio jelesek gyakrabban IgM és IgA paraproteinaemiákban, más serumfehérjékkel való komplex képződés IgA paraproteinaemiákban fordul elő.

Egyes megfigyelések az igazi gammopathia mellett szólnának, pl. IgM + IgG paraproteinaemiákban két különböző sejttípust állapítottak meg. Az esetek többségében azonban morfológiailag eltérő sejttípust nem találtak.

Patakfalvi Albert dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



Beszélhetünk-e sebészi placebo-terápiáról?

T. Szerkesztőség! A gyógyító orvos munkájának vezérmotívuma, hogy a panaszokkal (fájdalom, stb.) érkező beteg az orvos rendelőjéből panaszmentesen távozzon. Ennek érdekében az orvosok szívesen veszik igénybe a verbal-suggestiót (szóbeli megnyugtató) és a hatóanyagokat nem tartalmazó gyógyszereket is. Ilyenkor rendszerint steril vizet vagy pszichológiai konyhasóoldatot alkalmaznak. Míg a gyógyszeres placebo-terápiának nagy irodalma van, addig a sebészi placebo-terápiáról a rendelkezésemre álló irodalomból még említést sem kaphattam; annak ellenére, hogy az operatív szakmák mind egyikében hallgatlagosan alkalmazták. Ezért szükségesnek tartom e kérdést a nyilvánosság előtt tárgyalni, főképpen szájsebészeti vonatkozásban.

Vannak betegek között olyanok, akik panaszuk — s így fájdalmuk — megszüntetését csupán az operatív, vagyis műtéti beavatkozástól remélik. Olyan betegek ezek, akik igen különböző gyógyszereket kipróbáltak már eredmény nélkül; akikről azt is mondhatjuk, hogy „nem hisznek a gyógyszerekben”. Jól ismert pl., hogy a trigeminus neuralgiás beteg kihúztatja teljesen ép fogát, mert attól reméli fájdalmának megszűnését. Jól lehet, a sebészek kifogásolják az ép fog eltávolítását, a fogorvos mégis tapasztalja igen gyakran, hogy a beteg által kért fog eltávolítása után rövidebb-hosszabb ideig tünetmentesség következik. Feltevésem szerint az extractióval okozott neurotómia és a sebzéssel okozott vérzés hatása érvényesül ilyenkor. Az ilyen kedvező hatás után nem csodálkozhatunk, ha a neuralgiás beteg ismételtén kihúztatja egy másik fogát is. Ne feledjük el, hogy a trigeminus-neuralgia rendszerint a II. és a III. ág által beidegzett, tehát a fogakat ellátó idegágak területén szokott jelentkezni.

A sebészi placebo végzésére sok alkalmat nyújt a praec- és postclimaxos beteg, de általában az idősebb korú, nyelvpanaszos férfibetegek is. Az ilyen neurohormonális zavarokban szenvedő betegek általában labilis és sensibilis idegrendszerűek, és nagyon is túlzott panaszuktól (Münchhausen-szindróma), melyeket kibirhatatlannak mondanak, nem tudnak megszabadulni. Szubjektíve nyelvfájdalmat, nyelvégést panasznak, ami mögött általában carcinophóbia rejlik. Jól lehet objektív elváltozást sokszor nem találunk, mégis lekicsinyelni

e panaszokat nem célszerű, mert a betegnek az orvos iránti bizalma megszűnik. A betegek panaszait főképpen a nyelvgyöki tájakra lokalizálják, ahol valóban a hátsó garatívek előtt a nyelvgyök laterális felszínén hypertrophizált és duzzadt nyiroktüszőket találunk. E nyiroktüszők a Waldeyer-féle nyirokgyűrűhöz tartoznak; tulajdonképpen ezek a papillae foliatae. Fiatal személyeken nem emelkednek ki annyira, de idősebb korúakon — főképpen prothesis-viselőknél, vagy éles fogszékek, tömések, koronák irritáló hatására megduzzadnak. Jól észrevehetőek e nyiroktüszők, ha a nyelvet erősen kihúzzuk és oldalra fordítjuk.

A klinikánkra kerülő sok nyelvpanaszos beteg kezelése közben azt tapasztaltuk, hogy a carcinophóbiával társult fájdalom mindaddig nem szűnik meg, míg a nyelvgyöki papilla foliatákat el nem távolítjuk.

Gyakori az extractio utáni ún. fantom-fájdalom a régi kihúzott fog helyén. „Mint ha a fogam fájna” — mondja a beteg. Ilyenkor a fájdalomnak jelzett helyen sebészi feltárást után végzett excochleatioval teljes megnyugvás következik.

Igen szomorú feladat járul az orvosra az inoperabilis és incurabilis recidiváló carcinomák esetében. A sok fájdalmat szenvedő beteg reménytelenné vált helyzetében könnyörogve kéri a sebészi segítséget, ami lényegében csak sebészi placebo-terápia lehet.

Hypertoniás betegeken ciklikusan az arc-, nyelv- és szájképletekre kisugárzó neurovascularis érzésvizsgálatok keletkeznek. Ezek a fájdalmak némelykor egy-egy tömött vagy gyökérkezelt fogba vagy híd-pillérbe vetülnek, és a tisztán csak helyi okokat kereső fogorvos nem is gondol arra, hogy a fogakba vetült érzésvizsgálatok mögött rendszerbetegség rejtőzik és belgyógyászati kezelést igényel.

Feltevésem szerint az acupuncturával való gyógyítást sokan szintén placebo-nak tekintik, jóllehet évezredek múltja és eredményei (Kína, Japán, Indonézia stb.) ellene szólnak.

Etikai megfontolások.

Régebben az orvosi kezeléssel dacoló vagy objektív tünet nélküli dento-oralis panaszos beteget általában hysteriának mondták. Később neurosis, vegetatív dysfunctio stb. néven emlegették betegségét. Kétségtelen, hogy a psychés panaszokkal az operatív szakok orvosai nem szívesen foglalkoznak, mivel ezeknek megszüntetése némelykor valóban nehéz. Viszont a beteget fájdalommal, panaszokkal elbocsátani nem szabad, mert az orvoshoz segítségért fordul a beteg, nem pedig azért, hogy gyógyíthatatlannak nyilvánítsák.

1. Etikai szempontból a sebészi placebo-terápia rendkívül kényes és sok visszaélésre ad alkalmat.

Ezért fiatal fogorvos (5 éves gyakorlat) ne végezzen sebészi placebo-terápiát. Betegeit küldje szájsebészeti rendelésre.

2. Tapasztalt fogorvos a sebészi placebo-terápia végzése előtt konzultáljon bel- vagy ideggyógyással és végeztesse általános laboratóriumi kivizsgálást. (Kutasson rendszerbetegség után).

3. A betegről honoráriumot kérni nem szabad. Magánbetegről is csak eredményes kezelés után szabad elfogadni.

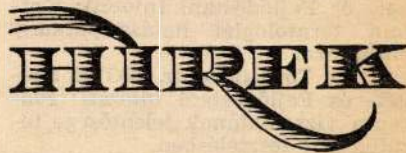
4. A sebészi placebo teljesen veszélytelen, szövödmény és utókövetkezményektől mentes műtét kell, hogy legyen.

5. A beteg kártérítéskönyvét pontosan, dátumszerűen fel kell jegyezni minden eseményt, kezelést; a beteg környezetéhez tartozó személlyel (családtag, barát stb.) pedig közölni kell, a végzett beavatkozást és annak célját.

Bizonyára vannak orvosok, akik a placebo-terápiát etikai szempontból kifogásolják. Rendszerint az olyan orvosok, akik gyógyítással nem foglalkoznak, vagy akik a beteg psychés panaszait leki-csinylik. A moralistákat nyugtassa meg az, hogy az orvos soha nem követ el etikai vétséget, aki önzetlen segíteni akarással csak a beteg érdekét szolgálja.

Köszönettel veszem a hozzászólásokat és megjegyzéseket, mert úgy látszik, teszünk olyat is, amiről nem szívesen beszélünk.

Prof. Balogh Károly



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1969. május 13-án (kedden) du. 3 órára tűzte ki Szabó Lajos dr. asp. kiv. benyújtott „A congenitalis anyagcserebetegségek növekvő jelentősége a gyermekgyógyászatban” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az Akadémia felolvasó termében (V., Roosevelt tér 9. I. e.).

Az értekezés oppónensei: Kerpel Fronius Ödön dr. asp., MTA lev. tagja, Lenárt György dr., az orvostud. kandidátusa.

☆

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete 1969. május 13-án (kedden) du. 4 órakor évi rendes közgyűlésével egybekötött tudományos ülést tart.

Az ülés helye: Fül-Orr-Gégeklinikai tanterme. Budapest, VIII., Szigony u. 36.

Napirend:

1. Főtitkári beszámoló.
2. Vezetőségválasztás.

3. Tudományos ülés.
Pest megyei Semmelweis Kórház
Fülöpszállásának előadásai:

1. Szarka G.: Dobüregi glomus
tumorról.

2. Bodrics M.: Perifériás arcideg-
bénulás által diagnosztizált érdekes
esetek.

3. Beregi E., Draskovich É., Szé-
kely T.: Vizsgálati adatok a chole-
sterin granuloma pathogenezisé-
hez.

4. Szarka G.: Sinus thrombozis
abducens-bénulással.

5. Draskovich É.: Otogén arach-
nitis.

6. Székely T.: Laterobasalis tö-
rést követő recidiváló meningitis.



A Magyar Farmakológiai Társa-
ság Experimentális Szekciója ez
év május 15-én, de. 9 órai kezdet-
tel a Magyar Tudományos Akadé-
mia (V., Roosevelt tér 9.) 100-as
termében

„Gyógyszerteratogenitás
problémái”

címmel tudományos ülést rendez
az alábbi programmal:

1. Prof. Törő Endre (BOTE Szö-
vet- és Fejlődéstani Intézet): A
torzfejlődés és a gyógyszerhatás.
(Referátum)

2. Druga Alice dr. (BOTE Szö-
vet- és Fejlődéstani Intézet): A
Szövet- és Fejlődéstani Intézet te-
ratológiai tesztelési módszerei.

3. Horváth Cecília dr. (BOTE
Szövet- és Fejlődéstani Intézet):
Fenothiazin származékok hatása.

4. Mold Katalin dr. (BOTE Szö-
vet- és Fejlődéstani Intézet): Kof-
fein teratológiai hatása patkány
embryora.

5. Ifj. Törő Imre dr. (BOTE, Szö-
vet- és Fejlődéstani Intézet): Pla-
centa vizsgálatának jelentősége te-
ratológiai tesztelésben.

6. Csaba György dr. (BOTE Szö-
vet- és Fejlődéstani Intézet): Ak-
tuális problémák a teratológiai
teszteléssel kapcsolatban.

7. Czeizel Endre dr. (Országos
Közegészségügyi Intézet, Buda-
pest): A gyógyszerek teratológiai
hatásának epidemiológiai vizsgálá-
lata.

8. Prof. Törő Imre: Javaslatok
előterjesztése.



MEGHÍVÓ

A BM. Egészségügyi Osztálya és a
BM. ORFK. Bűnügyi Technikai
Osztálya a

IV. Rendőrorvosi tudományos ülést
1969. május 14–15-én, a BM. Or-
szágos Rendőrfőkapitányság épületé-
ben (Bp., VIII., Mosonyi út 9.)
rendezi meg.

A tudományos ülés programja:

1969. május 14., szerda, de. 9 óra

Ülésselnök: Földes Iván dr. ro.
alezredes.

Megnyitó: Rudas György dr. r.
vezetőrnagy, főcsoportfőnökhé-
lyettes.

1. Prof. Haranghy László dr.
MTA levelező tagja: Az orvosszak-
értő felelőssége.

2. Zavilla Norbert dr. (Somogy
megyei Rendőrfőkapitányság): Szü-
lészeti-, nőgyógyászati halálesetek
orvosszakértői értékelése.

3. Horváth Antal dr. ro. őrnagy
(Vas megyei Rendőrfőkapitányság):
Jobb oldali nyaki gyűjtőéren leve-
zetett műanyag kanül által okozott
szívizom átfűródás.

Vita
(15 perc szünet)

Ülésselnök: prof. Haranghy
László dr.

4. Prof. Budvári Róbert dr. és
Habon László dr. (POTE Igaz-
ságügyi Orvostani Intézet, Bara-
nya megyei Rendőrfőkapitányság):
Újabb szempontok a közlekedési
balesetek igazságügyi orvosszakér-
tői véleményezésében.

5. Somogyi Endre dr. (BOTE
Igazságügyi Orvostani Intézet):
Adatok a plexus brachialis sérülé-
seinek szakértői megítéléséhez,
motorkezőpár baleseteknél.

6. Koté Gyula dr. ro. őrnagy (Fe-
jér megyei Rendőrfőkapitányság): A
gépkocsi balesetek szakértői tanul-
mányai.

7. Bede Antal dr. ro. őrnagy
(Veszprém megyei Rendőrfőka-
pitányság): Természetes halálokok
bizonyítása, közúti baleset után be-
állott halálesetben.

8. Varga István dr. ro. őrnagy
(Győr-Sopron megyei Rendőrfőka-
pitányság): Bukósisak okozta mel-
léksérülések.

9. Vincze Győző dr. r. alezredes
(BM. ORFK. Közlekedésrendészeti
Csoportfőnökség): A fáradás sze-
repe a közlekedési balesetek előidé-
zésében.

10. Bakonyi Ferenc dr. (Igazság-
ügyi Orvosszakértői Iroda): Ada-
tok a gépjármű vezetésre való al-
kalmasság kérdéséhez.

Vita
(13.30-tól 15.00 óráig ebédszünet)

1969. május 14., szerda, 15 óra

Ülésselnök: Földes Vilmos dr. ro.
alezredes.

11. Sótónyi Gábor dr., Nagy Dé-
nes dr. ro. százados (Borsod me-
gyei Kórház, Borsod megyei Rendőrfő-
kapitányság): Újszülött sérel-
mére elkövetett emberölés szo-
katlan esete.

12. Jobba György dr. (SZOTE
Igazságügyi Orvostani Intézet):
Intratrachealis túlnyomásos léle-
geztetés és az élveszülöttségi pró-
bák.

13. Dunay György dr. ro. főhad-
nagy (Somogy megyei Rendőrfőka-
pitányság): Kísérleti adatok a köl-
dökzsínór szakíthatóságáról.

14. Krajcsovic Pál dr. ro. száza-
dos (Budapesti Rendőrfőkapitány-

ság): Kisgyermekkori fulladásos
halál ritkán előforduló esete.

15. Szabó Árpád dr. (Igazságügyi
Orvosszakértői Iroda): Gyermek
bántalmazások.

Vita
(15 perc szünet)

Ülésselnök: prof. Budvári Róbert
dr.

16. Takácsy László dr. (BOTE
Igazságügyi Orvostani Intézet):
Testi és lelki megterhelhetetés szere-
pe a hirtelen szívhalál hajlamosí-
tásában.

17. Kovács Margit dr. ro. száza-
dos (Bűnügyi Technikai Osztály):
Szívtumorok, halálos tumor-embó-
liák.

18. Tomcsányi Róbert dr. o. al-
ezredes (MNH Központi Kórház):
Szakértői problémák kihűléses ha-
lálesetekben.

19. Zavilla Norbert dr. ro. al-
ezredes (Somogy megyei Rendőrfő-
kapitányság): A kihűléses halálról.

20. Horváth Antal dr. ro. őrnagy
(Vas megyei Rendőrfőkapitány-
ság): Tömeges halált okozó sérülé-
sek folyékony széndioxidot tartal-
mazó tartályok robbanása követ-
keztében.

21. Jankovics Rezső dr. ro. szá-
zados (BM. Egészségügyi Osztály):
A megyékben végzett bűnügyi or-
vosi vizsgálatok számának alaku-
lása az elmúlt 5 évben.

Vita

1969. május 15., csütörtök, de. 9 óra

Ülésselnök: prof. Nagy János dr.

22. Földes Vilmos dr. ro. alezre-
des (Bűnügyi Technikai Osztály):
Sérülés és cselekvőképesség.

23. Csósz Kornél dr. ro. százados
(Szolnok megyei Rendőrfőka-
pitányság): Önkezés és idegenke-
zés bizonyítása égett holtteste-
ken.

24. Bede Antal dr. ro. őrnagy
(Veszprém megyei Rendőrfőka-
pitányság): Emberölés és öngyilkos-
ság páros esete.

25. Steczik Aurél dr. ro. alezre-
des (Bács-Kiskun megyei Rendőrfő-
kapitányság): Elvérzéses halál
ritka esete.

26. Fekete Sándor dr. ro. főhad-
nagy (Hajdú-Bihar megyei Rendőrfő-
kapitányság): Halálos baleseti
eredetű mellkas szűrés.

27. Kozáry Ottókar dr. ro. száza-
dos (Bács-Kiskun megyei Rendőrfő-
kapitányság): Halálos zsirembólia
bántalmazás után.

Vita
(15 perc szünet)

Ülésselnök: Somogyi Endre dr.

28. Antal József dr. (Országos
Bírósági Vegyészeti Intézet): Ada-
tok a gyógyszerkészítő és felhasz-
náló felelősségének kérdéséhez.

29. Steczik Aurél dr. ro. alezre-
des (Bács-Kiskun megyei Rendőrfő-
kapitányság): Gyógyszer-allergia
halállal végződő esete.

30. *Gazdag Antal dr.*, ro. százados, *Beke Imre dr.* ro. alezredes, *Berta Károly dr.* (Heves megyei Rendőrfőkapitányság, Heves megyei Bíróság): Andaethyllel elkövetett emberölés orvosszakértői bizonyítása és bírói megítélése.

31. *Beke Imre dr.* ro. alezredes, *Kamrás István dr.* (Heves megyei Rendőrfőkapitányság, Heves megyei Bíróság): Felbújtással elkövetett emberölés, erőszakolt gyógykezelés felhasználásával.

32. *Major Agnes dr.* ro. őrnagy, *prof. Nagy János dr.* (Bűnügyi Technikai Osztály, DOTE Igazságügyi Orvostani Intézete): Alkoholszonda és véralkohol vizsgálati eredmények összehasonlító értékelése.

33. *Kenyeres Imre dr.*, *Major Agnes dr.* ro. őrnagy (Bűnügyi Technikai Osztály): A véralkoholvizsgálati eredmények értékelése szabálysértési és bírósági eljárásokban.

34. *Gerencsér György dr.* ro. őrnagy, *Harsányi László dr.* (Bűnügyi Technikai Osztály): Vércsoport meghatározás lehetősége szövettani metszeteken és hajmintából.

Vita

13.30-tól 15.00 óráig ebédszünet

1969. május 15., csütörtök, 15 óra

Üléselnök: *Szabó Árpád dr.*

35. *Magyar István dr.* ro. alezredes (Igazságügyi Orvosszakértői Iroda): Különbéféle tudatzavarok kriminalpszichiatriai megítélése.

36. *Pollner György dr.* (Igazságügyi Orvosszakértői Iroda): Az epilepsia elmeszakértői megítélésének néhány problémája.

37. *Boda Livia dr.* (Igazságügyi Orvosszakértői Iroda): Vitalis veszélyeztetettség, mint beszámítást kizáró tényező.

38. *Szuchovszky Gyula dr.*, *Kenyeres Imre dr.* (BOTE Igazságügyi Orvostani Intézete, Bűnügyi Technikai Osztály): Az öngyilkosság és menstruáció összefüggéseinek vizsgálata.

Vita

(15 perc szünet)

Üléselnök: *Steczik Aurél dr.* ro. alezredes.

39. *Kiss Lajos dr.*, *Kenyeres Imre dr.*, *Boda Livia dr.*, *Bakonyi Ferenc dr.* (Igazságügyi Orvosszakértői Iroda, BOTE Igazságügyi Orvostani Intézete): Különösen brutális emberölés schizophrén tettese.

40. *Szabó Árpád dr.*, *Pollner György dr.* (Igazságügyi Orvosszakértői Iroda): Sajátos perverzio schizophrénia betegné.

41. *Honti József dr.* ro. százados (Budapesti Rendőrfőkapitányság): Idős férfi hirtelen halálához vezető sexualis perverziója.

42. *Krajcsovics Pál dr.* ro. százados (Budapesti Rendőrfőkapitányság): A fiatalkori bűnözés biológiai aspektusairól.

Vita

MEGHÍVÓ

a Magyar Gyermekorvosok Társasága által

1969. évi május hó 15-én,
csütörtökön, 14 órakor

FERENCZ PÁL EMLÉKÉRE
rendezendő

TUDOMÁNYOS ÜLÉSRE

Az ülés helye: *Semmelweis-terem*, Budapest, VIII., Szentkirályi u. 21.

TÁRGYSOROZAT

1. *Boda Domokos* (Gyermekek, Szeged): A gyermekgyógyászat jelentősebb állomásai az elmúlt tíz évben. (Előadás 30 perc.)

2. *Csapó József* (László kh., Budapest): Újabb törekvések a fertőző májgyulladás megelőzésében. (Előadás 25 perc.)

3. *Farkas Elek* (OKI, Budapest): A víruskutatás új útjai. (Előadás 20 perc.)

4. *Milch Hedda* (OKI, Budapest): *Escherichia coli* törzsek phag vizsgálat. (Előadás 15 perc.)

5. *Farkas Éva* (László kh., Budapest): Az újszülöttkori fertőzések mai problémái. (Előadás 20 perc.)

Ferencz Pál sírjának megkoszorúása 1969. május 15-én.
Találkozás a Farkasréti temető főbejárataánál 12 órakor.



MEGHÍVÓ

A Magyar Haematológiai Társaság május 16-án (pénteken), 15 órakor közgyűlést

tart a Budapesti Orvostudományi Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinikájának tantermében (Bp., VIII., Korányi Sándor u. 2/a).

Napirend:

1. Elnöki megnyitó.
2. A vezetőség beszámolója.
3. A pénztáros és a számvizsgáló bizottság jelentése.
4. Vita.
5. Küldöttek választása a MOTESZ küldöttközgyűlésére.

A közgyűlésre a társaság minden tagját tisztelettel meghívja a Magyar Haematológiai Társaság Elnöksége



MEGHÍVÓ

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesületének Audiologiai Sectioja

1969. V. 23—24-én

VÁNDORGYŰLÉST

rendez *Szolnokon*

A tudományos ülések helye: *Szolnok*, Tisza szálló.

Program: 1969. május 23-án, du. 3 órakor a Vándorgyűlés megnyitása.

A megnyitó ülés elnöke: *Bárdi Imre*, a megyei tanács elnökhelyettese.

Megnyitó beszédet tart: *Csepányi Attila dr.*, a megyei kh. igazgatója.

Bevezető előadás: *prof. Surján László dr.*: Az audiologia jövő feladatai.

TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK:

Üléselnök: *Jantsek Gyula dr.*
Révész Gy.: Akusztikus stress. *Hauk I.*—*Katona J.*—*Sebők A.*—*Jakus Z.*: Streptomycinnel kezelt gyermekek hallása.

Irás M.—*Kazella*: Otitis externa haemorrhagica és halláscsökkenés. *Jantsek Gy.*—*Badik A.*—*Spellenberg S.*: Functionalis eredmények értékelése tympanoplasticában.

Götze Á.—*ifj. Jantsek Gy.*: A beszédaudiogram változása tympanoplasticában.

Szalóky M.—*Szücs T.*: A hallás alakulása a stapedectomia utáni első hónapban.

Sz ü n e t

Üléselnök: *prof. Révész György dr.*

Pupp L.: A stria vascularis szerepe a belsőfül eredetű halláscsökkenésben.

Pálfalvi L.—*Komora V.*: A hirtelen halláscsökkenésről.

Répay G.—*ifj. Götze Á.*: Idegi jellegű halláscsökkenések A-vitamin kezeléséről.

Spellenberg S.: Az aethyl-chloro-phenoxy-methylpropionat (Regelan) hatása a beszédérthetőségre.

Este 8 órakor közös vacsora a Tisza szálló éttermében (jelentkezés a helyszínen).

1969. május 24-én 1/29 órakor a tudományos ülés folytatása.

Üléselnök: *Hauk István dr.*

Ribári O.—*Duray A.*: Adatok az időskori nagyothallás kérdéséhez. *Gömöri B.*: A hallásjavító készülékek indikációinak elvi és gyakorlati kérdései.

Pauka Károly: Nagyothallók beszéd megértési zavarainak csökkentése.

Lampé I.—*Papp U.*: Szűrőaudiometriás vizsgálatok óvodáskorú gyermekeknél.

Rendi L.: Megfigyeléseink a pedoaudiologiai gyakorlat néhány differenciáldiagnosztikai problémáját illetően.

Kovács E.: A halláscsökkenés jelentősége funkcionális pöszesség eseteiben.

Sz ü n e t

Üléselnök: *Dévald József dr.*

Katona E.: Gyógypedagógus az audiologiai gondozóintézetben.

Lantos L.: Az audiologia mérnöki problémái.

Szabon J.—*Kiss F.*: Adatok az audiologiai vizsgálatok igazságügyi orvostani vonatkozásaihoz.

Novák, E.—*Széchezy B.*: A kóros hangosságfokozódás kérdése a vasúti alkalmasság megítéléséhez.

Széchy B.—Novák E.: A beszéd és érthetőségének fontossága a korszerű közlekedésben. Óvatosságra intő tényezők.

Ebéd.

Du. 3 órakor városnézés autóbusszal.

Este kellő számú jelentkező esetén kirándulás a Szenttamási Állami Gazdaság idegenforgalmi szalójába.

Előadások időtartama 10', a hozzászólás 3'.

★

A Magyar Sebész Társaság Cardiovascularis Sectioja 1969. június 14-én, de. 10 órakor tudományos ülést tart a BOTE IV. Sebészeti Klinikája tantermében.

Meghívott előadó: prof. A. Actis Dato dr. (Torino), aki a mitralis insufficiencia sebészi kezeléséről tart előadást.

A témához csatlakozó előadások vagy bemutatások bejelentését kérjük 1969. május 17-ig Arvay Attila dr. titkár címére beküldeni (Budapest, IX., Nagyvárad tér 1. Országos Kardiológiai Intézet).

★

A Hódmezővásárhelyi Városi Tanács Kórháza 1969. május 24-én délelőtt fél 11 órai kezdettel tudományos ankétot rendez:

„Alkotó gondolkodás az orvosi gyakorlatban” címmel.

A megbeszélésen részt vesznek: prof. Huszák István dr., prof. Kardos Lajos dr., prof. Magyar Imre dr., prof. Petri Gábor dr., Kopasz Pál dr. (Zenta), Oberna Ferenc dr., Székely Sándor dr., Zoltán János dr., Dömötör János dr., László Kócai István dr., Lelkes István, Mezey József dr.

Az ankét helye: Hódmezővásárhely, Városi Tanács Díszterme.

Ebéd: a Tisza-parton.

Hölgyek számára látogatás és divatbemutató a helyi Divat Kötött-árugyárban.

Szálláshelyekre és ebédre való igényt Mezey József dr. sebészfőorvosnál kell bejelenteni: 1969. május 13-ig.

Megjelent

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

1969. 2. szám

Emlékezés a Tanácsköztársaság megalakulásának 50. évfordulójára. Vidovszky Kálmán dr.: Pályázat a Tanácsköztársaság 50. évfordulójára. Völgyi Lajos dr., Kádár Tibor dr.: A kutatás-gazdaságosság néhány elvi és gyakorlati kérdése.

Dózsa Artúr dr., Kádár Tibor dr.: Az akceleráció és urbanizációk vonatkozásai.

Hahn Géza dr.: Az egészségügyi statisztika néhány problémája.

Adorján Imre dr.: Adatok a pszichoneurosis-morbiditás és a 6+2-es munkarend összefüggéseinek vizsgálatához.

Holik Sámuel dr.: Csecsemőhalálozásunk csökkentésére irányuló törekvéseink.

Szakáll István dr.: A fejlődési rendellenességek alakulása 10 év távlatában a csornai járásban.

Fritz János dr.: Tapasztalataink a csecsemőknél alkalmazott pszichomotorikus fejlődési lapok használatáról.

Szenes Ágnes dr., Láng Ferenc dr.: A környezeti hatások tükröződése iskolagyermekek bélp parazitás fertőzöttségében.

György Ilona dr., Ambró Irma dr.: A nitrít-methaemoglobinaemia megelőzéséről.

Horváth Éva dr., Tar János dr.: Gyermekkollektívák C-vitamin-ellátottságának vizsgálata Hajdú-Bihar megyében.

Egészségügyi hírek. Az Egészségügyi Minisztérium járványügyi tájékoztatója 1968 július-október hónapról.

PÁLYÁZATI Hirdetmények

(460)

Pályázatot hirdetek a Budapest VIII. ker. Tanács V. B. Egészségügyi osztályon (Baross u. 65-67) megüresedett 1426 kulcsszámú kerületi orvosi állásra, amely egyben osztályvezető helyettesi állás is, azonkívül E. 176. kulcsszámú gyermek körzetorvosi állásra.

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

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

Major József dr. ker. vez. főorvos

(461)

A lenti Járásai Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője (Lenti, Szabadság tér 13) pályázatot hirdet az áthelyezés folytán április 16-ával megüresedett E. 180. kulcsszámú csömödéri körzeti orvosi állásra. Az állás azonnal betölthető. A székelyközséghez három kapcsolt község tartozik. Javadalmazás a kulcsszám szerint 2300 Ft alapbér + 550 Ft ügyeleti díj + 300 Ft körzeti orvosi pótlék + fuvarátalány. Kétszobás összkomfortos garázsos lakás azonnal beköltözhető. Feleség részére hat óras orvosnoki állás biztosítva van.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül kérem hozzám benyújtani.

Hamza József dr. járási főorvos

(462)

A X. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet egy fő E. 125. kulcsszámú röntgen szakfőorvosi és egy fő E. 126. kulcsszámú szemész szakorvosi állásra a rendelőintézetben.

A röntgen szakfőorvosi állás 1969. május 14-ével válik betölthetővé, a szemész szakorvosi állás azonnal elfoglalható. Illetmény kulcsszám szerint. A pályázatokat szolgálati úton a rendelőintézet igazgató-főorvosának kell benyújtani a közzétételétől számított 15 napon belül.

Bodnár Ottó dr. rend. int. igazgató-főorvos

(463)

Mezőtúri Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház sebészeti és belgyógyászati osztályán megüresedett E. 112. kulcsszámú segédorvosi állásokra.

Szolgálati szoba biztosítva van.

Igazgató-főorvos

(464)

A mátraházi Állami Tüdőgyógyintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a július 1-én, áthelyezés folytán mellkassebészeti osztályon megüresedő, E. 111. kulcsszámú alorvosi állásra. Az állás 30%-os veszélyességi pótlékkal jár.

Jelentkezhet nem szakorvos is, ha két-három évi anaesthesiológiai vagy általános sebészeti gyakorlata van. Anaesthesiológus szakorvos, adjunktusi vagy kórházi-főorvosi kinevezésére is van lehetőség.

Lakás biztosítása megbeszélés szerint.

(465)

A komáromi Járásai Tanács II. sz. Kórháza (Kisbér) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az E. 126. kulcsszámú rendelőintézeti szülész-nőgyógyász szakfőorvosi állásra. Illetmény a kulcsszámnak megfelelően. A kinevezendő főorvos részére melléktulajdosként MSZSZ biztosítható. Azonnal beköltözhető két és félszobás összkomfortos modern lakás áll rendelkezésre. Orvosházaspár esetén a házastárs részére kórházi állás biztosítható.

Lőrinczi Kázmér dr. kórházigazgató-főorvos

(466)

Hatvan Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (Hatvan, Kossuth tér 18) pályázatot hirdet a kórház röntgen osztályán jelenleg már üresen levő E. 112., vagy E. 113. kulcsszámú segédorvosi állásra, szakképesítés szerint.

Pályázatot hirdet továbbá a kórház traumatológiai osztályára egy E. 215. kulcsszámú műtősnői állásra. Az állások azonnal elfoglalhatók. Illetmény kulcsszám szerint.

Az állásokra a pályázók szabályszerűen felszerelt kérelmeiket a szolgálati út betartásával adják be.

Dobos Imre dr. igazgató-főorvos

(467)

Pályázatot hirdetek a sárvári Járásai Tanács Kórháza új 17 munkahelyes rendelőintézetében betöltésre kerülő 1 fő urológus szakfőorvosi, 1 fő orr-fül-gége szakfőorvosi, 1 fő laboratóriumi szakfőorvosi és 1 fő tbc gondozóintézeti szakorvosi állásra.

Kétszobás összkomfortos lakás rendelkezésre áll. Orvosházaspárok előnyben részesülnek.

Horváth Boldizsár dr. igazgató-főorvos

(468/a)

Sérvkötők, gyógyhaskötők, fűzők, mellpótlások, lúdtalpbetétek. Horváth Imre orv. kötszerész. Budapest, V., Néphadsereg útja 3. Telefon: 310-661.

(469)

Pályázatot hirdetek Fejér megyei Tanács Szakorvosi Rendelőintézeténél, (Székesfehérvár, Pintér Károly u. 4. sz.) megüresedett egy E. 126. ksz. rendelőintézeti sebész szakorvosi állás betöltésére.

Pályázók kérelmeiket a megjelenéstől számított 15 napon belül a Fejér me-

gyei Tanács Kórháza igazgató-főorvosához (Székesfehérvár, Seregélyesi u. 3. sz.) nyújtásuk be.

Szoró Zoltán dr.
kórházigazgató-főorvos

(470)

Pályázatot hirdetek a Vas megyei Tanács Markusovszky Kórház Rendelőintézetének a Kőszeg Városában üzemelő szakorvosi rendelőintézetében egy fő E. 126. kulcsszámú, napi hat órás főfoglalkozású rendelőintézeti **belgyógyász szakorvos** állásra. Röntgen, vagy laboratórium mellékállásra lehetőség nyílik megbeszélés szerint. Kétszobás összkomfortos lakást biztosítunk. Az állás 1969. június 1-vel elfoglalható.

Cselkó László dr.
igazgató-főorvos

(471)

Pályázatot hirdetek A X. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézetben egy E. 125. kulcsszámú **bőrgyógyász szakfőorvosi** állásra. Az állás elnyeréséhez szakképesítés szükséges. A pályázatokat szolgálati úton 15 napon belül a Rendelőintézet igazgató-főorvosának (X. Kőbányai út 45) kell benyújtani.

Bodnár Ottó dr.
rend. int. igazgató-főorvos

(472)

Kórházak, kutatóintézetek, orvosok figyelmébe ajánlok megvételre egy impozáns kivitelű Ugodi-féle Ultra-Thermos-Stop két hőtáptartós bőrhőmérő készüléket.

Megtekinthető: Ugodi lakás, Bpest., VI., Lenin krt. 98. II. 2.

(473)

A siklósi Járási Tanács Rendelőintézetének igazgató-főorvosa (Siklós, Baross G. u. 6. sz.) pályázatot hirdet egy E. 126. kulcsszámú **fogorvosi állásra** Vajszló székhellyel. Illetmény az E. 126 kulcsszám szerint. Az álláshoz rendelőlével, váróval egybeépített 2 szobás összkomfortos lakás, garázs és kert is tartozik. Az állás azonnal elfoglalható.

Horváth Mihály dr.
igazgató-főorvos

(474)

A paksi Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportja pályázatot hirdet 1969. június 1-vel nyugdíjazás folytán megüresedő állami **közegészségügyi-járványügyi felügyelői állásra.**

Kétszobás összkomfortos lakás rendelkezésre áll. Javadalmas az E. 147. ksz. szerint. Mellékállás lehetséges.

Bácsvánin Román dr.
mb. járási főorvos

(475)

Pályázatot hirdetek a Főv. Tétényi úti területvezető kórházában újólag megnyíló urológiai osztály **alorvosi állására.**

A pályázathoz urológiai gyakorlattal rendelkező, de még szakvizsgát nem tett orvosok jelentkezését is elfogadjuk, segédorvosi minőségben.

Pályázatot hirdetek a Főv. Tétényi úti területvezető kórházában újólag megnyíló urológiai osztály **műtősnői állására.** (Kulcsszám: E. 215.)

Sas Vilmos dr.
kórházigazgató-főorvos h.

(476)

A parádfürdői SZOT Szanatórium pályázatot hirdet **belgyógyász adjunctusi állásra.** Hosszabb szakmai gyakorlattal a pályázó főorvosi besorolást kaphat. Szolgálati lakás (ideiglenes bejelentéssel) és kedvezményes étkezési lehetőség rendelkezésre áll.

Goreczky Miklós dr.
igazgató-főorvos

(477)

A Pest megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Budapest, V., Városház u. 7.) pályázatot hirdet a megyei KÖJÁL-nál nyugdíjazás folytán megüresedett E. 142. kulcsszámú **közegészségügyi-járványügyi átlomás igazgató II. főorvosi állásra.** Illetmény a kulcsszám, valamint az eltöltött szakmai gyakorlat figyelembevételével kerül megállapításra.

A pályázati kérelmeket a 135/1955. (Eü. K. 20.) Eü. M. sz. utasítás, illetőleg a 23/1968. (Eü. K. 9.) Eü. M. sz. utasításban meghatározott okmányokkal felszerelve a hirdetmény közzétételétől számított 15 nap alatt a pályázatot meghirdető szervhez kell benyújtani.

Békés Zoltán dr.
megyei főorvos

(478)

Szabolcs-Szatmár megyei Anya- és Csecsemőotthon Nyíregyháza-Sóstó intézetének igazgató-főorvosa, pályázatot hirdet: **E. 115. intézeti-orvos (gyermekgyógyász-szakorvosi) állásra.** Illetmény a kulcsszámra vonatkozó bértétel szerint, melyhez 320 Ft munkahelyi pótlék járul. Lakást biztosítani nem tudunk.

Kellő okmányokkal felszerelt pályázatokat a hirdetés megjelenésétől számított 15 napon belül a pályázatot meghirdető címre kell megküldeni.

Lőrinczy Margit dr.
igazgató-főorvos

(479)

Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője (Heves), pályázatot hirdet az 1969. október 1-vel újonnan szervezett rendelőintézetnél, az alábbi E. 126. kulcsszámú **rendelőintézeti szakfőorvosi állásokra.**

Egy fő belgyógyász, 1 fő sebész, 1 fő nőgyógyász, 1 fő gyermekgyógyász, 1 fő röntgen, 1 fő fül-orr-gégészeti, 1 fő szemész, 1 fő laboratórium és 2 fő fogszakorvosi állásokra, valamint 1 fő E. 129. kulcsszámú felülvizsgáló főorvosi állásra.

Illetmény kulcsszám szerint (de belgyógyász, szemész és röntgen szakorvos esetében megbeszélés tárgyát képezi.)

Az állásokhoz igénynek megfelelően kettő-, esetleg háromszobás modern lakásokat biztosítunk. Mellékállás vállalása lehetséges.

Kinevezésnél megfelelő klinikai, kórházi gyakorlattal rendelkezők és orvosházaspár előnyben részesülnek.

Pályázati határidő: 30 nap.
Pályázatot hirdet az 1969. október 1-vel megüresedő E. 147. kulcsszámú állami **közegészségügyi felügyelő II. állásra** és 1 fő E. 127. kulcsszámú **rendelőintézeti orvosi állásra.**

Felhívjuk szíves figyelmüket, hogy a pályázati hirdetmények díjazása

nyomott soronként
24,— Ft,

kiemelt sor
(vastagon szedett)
48,— Ft.

A pályázati hirdetményeket kérjük KÉT MÁSOLATTAL az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat Bp., VI., Révai u. 16. (Tel.: 116—660) címére küldeni.

Az összeg befizetését számunk benyújtása után az MNB MNB 46 egyszámlánkra kérjük.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

DOPEGYT

antihypertensivum

TABLETTÁNKÉNT 250 MG METHYLDOPA

A Dopegyt alkalmazása olyan középsúlyos hypertensiv betegeknél javallt, akiknél a hypertensio már hosszabb ideje fennáll, vagy akiknek labilis hypertensioja sedativ therapiára nem reagált.

A Dopegyt mind álló, mind fekvő helyzetben csökkenti a vérnyomást. A napi vérnyomáscsökkenés a szer alkalmazásával minimális; munka-hypotensio ritkán fordul elő. Az adag helyes megválasztásával a túlzott mértékű reggeli hypotensio elkerülhető anélkül, hogy a későbbi vérnyomáscsökkenés elmaradna. Hatása általában 12—24 óráig tart, és a therapia leállításakor sem jelentkezik hypertensiv kiugrás. Sem a glomerularis filtrációt, sem a vese vérátfolyását nem befolyásolja jelentősen. Alkalmazásakor a perctérfogat rendszerint változatlan marad, anélkül, hogy a pulsus-szám szaporodna.

ELLENJAVALLT

a Dopegyt alkalmazása phaeochromocytomában* szenvedő betegeknél, továbbá activ hepatitis, vese-elégtelenség esetén, valamint terheseknél.

Kezdő adagja felnőtteknek általában az első két nap esténként egy-egy tablettát, mely adag kétnaponként egy-egy tablettával emelhető, a vérnyomás kellő csökkenéséig. A maximálisan alkalmazható napi adag: 8 tablettát. A kellő hatás elérése után — ugyancsak kétnaponként — a napi adag egy-egy tablettával csökkenthető a megfelelő *fenntartó adagra*. Ez általában napi 2—3 tablettát szokott lenni.

A Dopegyt-therapiát az egyéb medicatiók fokozatos elhagyásával célszerű bevezetni, az alkalmazott Dopegyt mennyiségének ugyancsak fokozatos — a kellő therapiás effectust biztosító emeléséig. Egyéb antihypertensivummal vagy salureticummal kombinálva is adható, ebben az esetben additiv hatás érhető el.

MELLÉKHATÁSOK

a therapia kezdetén vagy az adag növelésekor átmeneti sedativ hatás észlelhető. Néha szédülés, fejfájás, gyomor-béltünetek is előfordulhatnak.

Az orthostatikus hypotensio tünetei ritkábbak és enyhébbek, mint egyéb antihypertonicumnál. Enyhe szájszárazság, ritkán nausea is előfordul. Az esetleges oedema thiazid-származék alkalmazásával megszüntethető. Néhány alkalommal a fehérvérsejtszám reversibilis csökkenését észlelték, amely csökkenés elsősorban a granulocytaikat érintette. A szer alkalmazásának első hetében depressio, hallucinatio, szörványosan láz jelentkezhet, egyes esetekben a máj-funciós próbák eltéréseivel együtt (májkárosodásra utaló klinikai jelenséget azonban nem találtak). A gyógyszer megvonása után ezek a tünetek rendszerint rövid időn belül megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS

tartós Dopegyt-kúra során célszerű a direct Coombs-test (DCT) vizsgálattal $\frac{1}{2}$ —1 évenként az esetleges autoimmun haemolytikus anaemia lehetőségét kizárni.

*A Dopegyt a catecholamin próba hamis pozitivitását okozhatja, és így phaeochromocytoma téves gyanúját keltheti.

50 × 250 mg76,— Ft

Társadalombiztosítás terhére csak fekvőbeteg-gyógyintézet vagy belgyógyászati szakrendelés javaslata alapján rendelhető, a hypertonia olyan eseteiben, ahol Rausedyt vagy Rausedyt-combinatiók nem vezettek megfelelő eredményre, illetőleg a beteg ezeket nem jól tűri. A vényen a javaslatot adó gyógyintézetet, illetőleg szakrendelést és a javaslat keltét fel kell tüntetni.

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

KLION

TABLETTA ÉS HÜVELYKÚP

ÖSSZETÉTEL:

1 tablettá 0,25 g 1—(2'-hydroxyaethyl)2-metil-5-nitroimidazol
tartalmaz.

1 hüvelykúp 0,5 g 1—(2'-hydroxyaethyl)2-metil-5-nitroimidazol
tartalmaz.

HATÁS:

A Klion a trichomoniasis és a Giardia lamblia fertőzések specifikuma. Hatása nemcsak helyileg, de szájon át adva is érvényesül, s így alkalmas a szervezetben bárhol megbúvó trichomonas flagelláták és Giardia lamblia kórokozók elpusztítására.

JAVALLAT:

Férfi és női húgy-ivarszervi trichomonas infestatio.
Giardia lamblia fertőzések.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS:

A trichomoniasisban szenvedő beteg házastársa, illetőleg
sexuális partnere is fertőzöttnek tekintendő.
Tartós gyógyulás csak mindkét fél egyidejű kezelésétől várható.
A Klion adagja férfinel és nőnel egyaránt reggel-este 1—1 tablettá
(250 mg) szájon át 10 napon keresztül.
A tablettát ajánlatos étkezés közben vagy étkezés után
szétrágás nélkül lenyelni.

Nők egyidejűleg ugyancsak 10 napon keresztül, lefekvés előtt
1—1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.
Indokolt esetben a kúra megismételhető, a napi adag
3—4 tablettára is emelhető.

Giardia lamblia fertőzésben felnőtteknek 5 napon át naponként
2×2 tablettá.

Gyermekeknek 0—1 éves korig naponta 2×1/2 tablettá
2—4 éves korig naponta 2×1 tablettá
5—8 éves korig naponta 2×1 1/2 tablettá
8 év felett naponta 2×2 tablettá
5 napon át étkezés után.

A kúra alatt a beteg alkoholt ne fogyasszon, nemi életet ne éljen.

MELLÉKHATÁSOK:

A Klion szedése általában panaszokat nem okoz.
Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger,
olykor hasmenés mutatkozhat.
Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.
A Klion mint nitro derivatum enyhe leukopeniát is okozhat,
ezért a vérkép ellenőrzése ajánlatos.

CSOMAGOLÁS:

20 tablettá fiolában
250 tablettá üvegben
10 hüvelykúp dobozban
100 hüvelykúp dobozban

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére történő rendelését külön rendelet
szabályozza.

FORGALOMBA HOZZA:

A KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest, X.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

| Dátum | Hely | Időpont | Rendező | T á r g y |
|-------------------------|--|-----------------|---|--|
| 1969. május 13. kedd | Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem IX. Cyalai út 2-6. Á-ép. | délután 2 óra | Az Orsz. Közegészségügyi Intézet | Czeizel Endre, Révész Pálné, Bognár Zoltán: Az epidemiológiai módszerek alkalmazása a gyakori veleszületett rendellenességek aetiológiájának tanulmányozásakor; multifaktoriális öröklődés bizonyítása. (Előadó: Czeizel Endre) |
| 1969. május 13. kedd | Szeged Szemészeti Klinika, előadóterem | délután 5 óra | A Szegedi Orvostudományi Egyetem és a Szegedi Orvos-Eü. Dolg. Szakszervezet | HAEMATOLOGIAI TÉMAKÖR. Esetleges időszerű betegbemutatók. Bemutatók: 1. Krissa Ferenc, Csernay László: Familiaris ovalocytosis (10 perc). 2. Varga Pál: Diagnosztikai nehézséget okozó chronikus granulocytás leukaemia eset (5 perc). 3. Nemessányi Zoltán: A lymphosarcoma-sejtes leukaemia (10 perc). Előadások: 1. Cserhádi István: Kísérletek a thrombopoetikus serum-tényező további izolálására Sphadex-oszlop segítségével (10 perc). 2. Thury Géza, Rák Kálmán: A lymphographia szerepe a Hodgkin-kóros betegek kezelésének megválasztásában (20 perc). 3. Fleischmann Tamás: Az anaemia perniciosa cyto-genetikai vonatkozásairól (20 perc). 4. Rák Kálmán: A haemostasis vizsgálatának néhány tanulsága idült májbetegségekből (25 perc). |
| 1969. május 16. péntek | János Kórház, tanterem XII. Diósárok 1. | délután 1/2 óra | A Kórház Tudományos Bizottsága | Barta M. dr.: Súlyos lupusos nephrosis syndroma sikeres kezelése (10 perc). Jantsek Gy. dr.: Hallásjavító műtétek időszerű kérdései (15 perc). Domány Z. dr., Czeizer E. dr., Berecz M. dr.: Signifikans bakteriuria gyakorisága egészséges populációban (10 perc). Forgács S. dr. Osteopokilia familiaris (10 perc). |
| 1969. május 16. péntek | Orsz. Ideg- és Elme-gyógyintézet, tanács-terem. II. Vöröshadsereg útja 116 | délután 2 óra | Az Intézet Tudományos Bizottsága | Szűcs Sándorné dr.: A TBC neuropsychiatriai szövődésményei intézetünk beteg-anyagának tükrében. Majtényi Katalin dr.: A TBC okozta neuropatológiai elváltozások. |
| 1969. május 17. szombat | Semmelweis-terem VIII. Szentkirályi u. 21 | délelőtt 10 óra | A „Korányi Frigyes” Tbc és Tüdőgyógyász Társaság | Földes István: A tuberkulózis immunbiológiája. Immunitási kísérletek. (Üléselnök: Barát Irén) |
| 1969. május 17. szombat | Orsz. Traumatológiai Intézet, tanterem VIII. Mező Imre út 17 | délelőtt 10 óra | Az OTKI Traumatológiai Tanszéke | Bálint B. József dr. és Csapódy István dr.: Auto-homo-hetero-allo plastica klinikai problematikája. Keratoplastika: propedeutica. (Szövetpótlás-szövetátültetés-szövetkonzervek és klinikum c. előadásorozat 5. előadása.) |

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 Hirlapirodájánál (Budapest, V. ker., József nádor tér 1.)
és bármely postahivatalnál. Csekk számlaszám: egyéni 61273, közületi 61066
(vagy átutalás az MNB 8 folyószámlájára)

Szerkesztőség: Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121-804, ha nem felel: 122-765

Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft

69.1063 - Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY 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: TRENCSENI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. * FORRAI JENŐ DR. * HÍDVÉGI JENŐ

110. ÉVFOLYAM, 20. SZÁM, 1969. MÁJUS 18.

Orvostovábbképző Intézet (igazgató: Kádár Tibor dr.), Laboratóriumi Vizsgálatok Tanszéke (tanszékvezető: Putnoky Gyula dr.)

Az emberi szerv- és szövettranszplantációk korszerű szemlélete I. A szervátültetések immunbiológiai háttere*

Dóbiás György dr.

A fennmaradt ókori írásos emlékek tanúsága szerint testrészek átültetésével a legrégebbi időktől kezdve próbálkoztak. A középkor és a renaissance orvosai, chirurgusai már több viszonylag jól körülírt esetet ismertettek, amikor elveszített végtagot vagy orrot kíséreltek meg átültetéssel pótolni. Ezek a merész, úttörő vállalkozások a megfelelő sebészi technika, a szükséges immunbiológiai háttér, valamint az asepsis ismeretének hiánya miatt eleve kudarcra voltak ítélve, legfeljebb az orrátültetések egy-egy kivételes esetében olvashatunk kétes sikeréről. A rossz eredmények miatt az átültetések ügye mindaddig holtponton maradt, míg a múlt század második felében a sebészet fejlődése azokat technikailag lehetővé tette. Ekkor *Reverdin* és *Thiersh* francia sebészek csaknem egyidőben dolgozták ki a bőrtranszplantatio róluk elnevezett formáit, majd amikor *A. Carrel* megoldotta az érvarratok problémáját, megkezdték a belső szervek átültetését is.

Az első sikeres veseátültetésről *Floresco M. N.* (23) számolt be 1905-ben. Ő kutyavesét ültetett át egy másik kutyába, mely 9 napig jól működött. Human vonatkozásban vesét kezdetben nemcsak emberről emberre, hanem állatról emberre is transzplantáltak (35, 79, 80). Az első ilyen közlés *Jaboulay M.*-től származik (35), aki egy uraemiás gyermekbe nyúlvesét ültetve igen jó átmeneti hatást észlelt (a vizelet mennyisége nőtt, a hányás csökkent, stb.). A kezdeti lelkesedést azonban rövidesen kiábrándulás követte; kiderült, hogy a szervezet elpusztítja, kilöki az átültetett idegen szerveket, s azt is kezdték sejteni, hogy a rejectióért immunmechanizmusok felelősek (36), sőt *Schöne G.* 1912-ben már transzplantációs immunitásról beszél (70). A részletes vizsgálatok kimutatták, hogy a transzplantatumok

kilökődésének alapját a beültetett szövetnek a gazdaszervezettől eltérő antigenitása képezi. Az antigenkülönbség miatt a recipiens szervezetben celluláris és humoralis ellenanyagok képződnek, melyek megindítják a beültetett szerv vagy szövet pusztulását. A kutatók ebben az időben még nem rendelkeztek megfelelő eljárásokkal és eszközökkel a transzplantációs antigének tulajdonságainak részletes vizsgálatára, ill. nem volt lehetőségük azon mechanizmusok bénítására, melyek felelősek az átültetett szervek károsításáért, ezért bár a szervátültetések sebészi vonatkozásait időközben gyakorlatilag megoldották, sorozatos transzplantációkra mégsem kerülhetett sor.

A transzplantációs antigének (TAg) definíciója, kimutatásukra alkalmazott módszerek elméleti alapjai és azok sajátosságai.

TAg-eknek azokat az antigéneket nevezzük, melyek homo- vagy heterotranszplantációk után olyan specifikus celluláris és humoralis antitestek termelődését váltják ki, melyek a transzplantatum elhalását, kilökődését okozzák. TAg-ek vizsgálata kezdetben bőrátültetésekkel történt. Tekintve, hogy ilyen vizsgálatokat embereken csak korlátozott mértékben lehetett végezni, mindaddig, amíg a kutatás céljaira csak bőrátültetések álltak rendelkezésre, az állatok TAg rendszerét és öröklésmenetét sokkal jobban ismertük, mint az emberét. Hosszú ideig beltenyésztett — genetikus szempontból azonosnak tekinthető — állattörzsek között végzett sorozatos bőrátültetések adataiból megállapítható volt, hogy a TAg-ek strukturáját a sejtmag különböző chromosómáira lokalizált allel genpárok irányítják, melyek a Mendel-szabályok szerint öröklődnek. Egereknél a chromosomák azon locusait, melyekben a TAg-eket irányító genek foglalnak helyet, nagy H-betűvel és arab számokkal jelölték. Az utóbbi állatfajnál eddig 15 H locust sikerült kimutatni, ezek közül 13 az autosomális, 2 a nemi

* A dolgozathoz csatlakozó referátumok a „Folyóiratreferátumok” rovatban „Transzplantatio és etika”, továbbá „Transzplantatio” címmel találhatóak.

chromosomákon található. Egy chromosoma egyszerre több locus is tartalmazhat, s egy locus a homolog chromosoma-páron egyszerre több allel gent foglalhat magába; egereknél a H-2 locusban mintegy 20—26 allel gen helyezkedik el.

Ha a TAg-ek structuráját a chromosomákban helyet foglaló genek irányítják, úgy elméletileg valamennyi maggal bírójuk sejtnek tartalmaznia kell TAg-eket. *Medawar P. B.* volt az első, aki kimutatta, hogy a vér leukocytái hordoznak ilyen antigeneket (45), később ezt emberre és lymphocytákra vonatkoztatva mások is megerősítették (25, 60). Ez a tény igen nagy jelentőségű volt, mivel a vérből viszonylag könnyen izolálható lymphocyták segítségével lehetővé vált, hogy a TAg-ek tulajdonságait embereknél is kiterjedten vizsgálják.

A szövet-compatibilitási vizsgálatokra alkalmazott eljárásokat két nagy csoportra szokták osztani. 1. *Illeszkedési (matching) módszerekre* és 2. *az antigenek tipizálására*.

Ad 1. Az illeszkedési módszerek arról adnak felvilágosítást, hogy az adott donor-recipient pár TAg-jei között összességükben milyen különbség áll fenn, azonban ezekkel a módszerekkel nem határozható meg pontosan az antigenek szöveti típusa. Ezeket a módszereket csak felsorolásszerűen említjük:

- Bőráttüetések különböző formái.*
- Normál lymphocytá transfer test (6).*
- Besugárzott hőrcsög test (58, 59).*
- Kevert lymphocytá tenyészet (3, 33).*

Az illeszkedési (matching) vizsgálatok között hátránya, hogy viszonylag hosszú idő múlva adnak eredményt, ezért alkalmatlanok súlyosan sérült vagy cadaver donorok szerveinek átültetésénél a tipizálás elvégzésére; az egyes próbák eredményei sokszor bizonytalanok; az a) és b) esetben a bőrszeletkével vagy a lymphocytákkal különböző betegségek vihetők át a donorról a recipientre vagy fordítva; végül a recipient és a donor TAg-jeinek eltérését csak összességükben jellemzik. Az említett okok miatt az illeszkedési módszereket a human szervtransplantációknál ma már egyre ritkábban végzik.

Ad 2. A TAg-ek serotypizálás útján történő meghatározása az előző módszerekhez viszonyítva számos előnnyel rendelkezik. Monospecificus immunserumok segítségével a recipient és a donor TAg-jeinek serotypusa néhány óra alatt pontosan megállapítható, ezért súlyosan sérült donorok szerveinek átültetések is alkalmazhatók; mivel a tipizálás in vitro módszerekkel történik, a fertőzések átvitele kizárható; az eredmények biztosan olvashatók és jól reprodukálhatók.

a) *Cytotoxicitási reakció (17, 18, 20, 28).* Az eljárás *Pappenheimer (52)* azon megfigyelésén alapszik, hogy bizonyos festékek csak az elölt sejtekbe képesek behatolni, míg az élő sejtek ugyanezen festékoldatban festetlenek maradnak. A lymphocyták specificus immunserum és komplement hatására elpusztulnak. Az elölt sejtek százalékos aránya trypan-kék festékoldat segítségével mikroszkóp

alatt meghatározható. Az eljárás érzékeny, kb. 95%-ban reprodukálható, melynek végzésére megfelelő mikromódszer is rendelkezésre áll (24, 39, 76, 78). További előnye, hogy a reakció mélyhűtött állapotban hosszú ideig tárolt lymphocytákkal is elvégezhető meg kell azonban jegyeznünk, hogy az antigen mélyhűtése csak költséges apparátus segítségével valósítható meg (24, 77).

b) *Lymphocytá agglutinatio (54).* A reakció igen egyszerű, viszonylag gyorsan elvégezhető. Hátránya, hogy az általa nyert eredmények csak kb. 90%-ban reprodukálhatók és kevésbé érzékeny, mint a cytotoxicitási próba. Utóbbiak miatt az agglutinációval vizsgált serumok gyakrabban mutatkoznak monospecificusnak, ami hibás tipizálási adatokhoz vezethet. A próba mikrováltozata is ismeretes (56).

c) *Komplementkötés.* Ez a módszer a tipizálási munkát illetően a legkevésbé érzékeny. Előnye, hogy közel 100%-os a nyert eredmények reprodukálhatósága és hosszú ideig tárolt lymphocytákkal is elvégezhető.

A lymphocyták tipizálásához használt monospecificus serumok előállításának lehetőségei.

a) A lymphocyták — éppen úgy, mint a vörösvértettek — a terhesség folyamán átléphetnek a magzatból az anyába. Azokkal a TAg-ekkel szemben, melyek a magzat lymphocytáiban képviselve vannak, de hiányoznak az anya szöveteiből, az anya szervezete ellenanyagokat termel. A terhesek kb. 8—10%-a rendelkezik ilyen ellenanyagokkal melyek titere — különösen ismételt terhességek alkalmával — az esetek mintegy 20—25%-ában (az összes terhesre vonatkoztatva 1—2%-ban) elég magas ahhoz, hogy lymphocyták (ill. a bennük található TAg-ek) serotypizálására szolgáljon (55, 62). Ha a terhesektől nyert immunserumokat különböző donorok lymphocytáival reagáltatják, a pozitív vagy negatív reakció eredményeiből computer analysis segítségével kiválogathatók az azonos reaktivitást mutató, azonos antigen(ek) ellen irányuló serumok, ilyen módon lehetővé vált ezek bizonyos csoportosítása. A terhesektől nyert immunsavók legtöbbször nem monospecificusak, az ilyenek a lymphocyták serotypizálásához nem használhatók. Annak megállapítása, hogy egy serum monospecificus-e vagy sem, lymphocytákkal végzett keresztadsorptiók segítségével, *Walford R. L. és mtsai (82, 83)* statisztikai számításai alapján történhet.

b) Monospecificus anti-lymphocytá serumok nyeresének másik lehetősége a következő: előzetes serotypizálás útján kiválasztanak olyan donor-recipient párokat, akik *ismert lymphocytá* antigen spectrumba vagy teljesen egyezik, vagy a donor lymphocytáiban csak egy (legfeljebb két) olyan antigen található, amelyik hiányzik a recipientből. Az így kiválasztott donorok vagy mikrotransfusiókat adnak a recipientnek, vagy a recipienteket a donorok lymphocytá-szuspensiójával immunizálják. Az immunizálás után levett serumok az esetek egy részében monospecificusnak bizonyultak (31, 44, 71, 85).

A transplantációs antigének rendszere

A donor-recipiens párok lymphocytá típusai ismeretében végzett szervátültetések késői eredményeinek figyelemmel kísérése lehetővé tette az emberek legfontosabb (más szóval „erős”) TAG-jeinek felismerését. Ha családok, ill. nagyobb populációk egyes tagjainak lymphocytá-típusát monospecifícus anti-lymphocytá serumokkal meghatározták, a nyert eredményekből megállapítható volt ezen antigen öröklődésmenete és kapcsolódási csoportjai. Az adatok elemzéséből arra lehetett következtetni, hogy az „erős” TAG-eket meghatározó genek igen complex systemát képeznek s a gen-locus egyetlen chromosoma viszonylag kiterjedt szakaszán helyezkedik el, hasonlóan az egerek H-2, a patkányok Ag-B vagy a csirkék B-vel jelölt „erős” TAG-jeit meghatározó locusához (9, 12, 64, 67). A világ lymphocytá-typizálással foglalkozó szakemberei megállapították abban, hogy ezt a gen-locust a korábban

alkalmazott elnevezések helyett (négyes csoport, Hu-1, Du-1, LA, stb.) egységesen HL-A elnevezéssel jelölik s a HL-A csoportba tartozó egyes antigéneket arab számokkal fogják megkülönböztetni (51). A HL-A csoport antigenjeinek új, valamint az egyes szerzők által használt régi elnevezéseit az 1. táblázatban foglaltuk össze. (Az antigenek számbeli sorrendje nem jelenti az antigeneket meghatározó genek térbeli sorrendjét a chromosomán!)

A táblázat adataihoz a következőket kívánjuk hozzáfűzni: a HL-A antigenek rendszere sokkal bonyolultabb, mint azt a táblázatból sejteni lehetne. Becslések szerint a HL-A locusoz mintegy 20—30 különböző antigen tartozik, ezek jelentős részét azonban ma még nem ismerjük kellőképpen, kérdéses továbbá a HL-A₄ és HL-A₆-os csoport összetétele is. A HL-A₄ csoportba tartozó immunserumokat megfelelő lymphocytá antigenekkel végzett adsorptióval további alcsoportokra lehetett osztani, ezért az 1968-ban New Yorkban tartott Haematológiai Kongresszuson úgy határoztak, hogy ezen antigenrendszer végleges nomenclatúrájáról csak további vizsgálatok birtokában fognak dönteni. Nem tisztázott a HL-A₆-os csoport összetétele sem, a végleges elnevezés itt is a jövő feladata lesz. A van Rood által leírt 7a, 7b antigenek „gyenge” antigenek, ezek, valamint a 6a és 6b antigenek hovatartozása nem tisztázott. A 7a antigen Kissmeyer-Nielsen által leírt T₁₉ és Shulman által leírt PIGrLyc₁ antigenekkel significans positiv associatiót mutat, bár valószínűleg nem azonos azokkal.

A HL-A locus finomabb szerkezetét ma még nem ismerjük pontosan. A rendelkezésre álló adatokból úgy látszik, hogy a genetikus információk 2 separált, bár egymással szorosan összefüggő egységben (chromosoma régióban) foglalnak helyet. Nem világos azonban, hogy itt két külön locusról vagy egy locus 2 sublocusáról van-e szó (13, 32, 40, 67). A két régiót korábban LA és 4-es elnevezéssel jelölték, újabban mind a kettőt a HL-A systema részeiként tartják számon (lásd 1. táblázat). Mindegyik regio több multiplex allel gent tartalmaz. Kissmeyer-Nielsen F. szerint (40) a 4-es serialle systema két nagyon complex gen determinanssal. Ezt a megfigyelést más szerzők vizsgálatai is megerősítették (9, 12). A négyes systema antigenjei az LA rendszerrel viszonylag ismert positiv és negativ associációkban fordulnak elő. Kissmeyer-Nielsen F. és mtsai megállapításaival lényegében egyeznek Dausset J. és mtsai (13) adatai is, akik úgy találták, hogy az általuk 3, 4, 5-tel jelölt antigenek közeli chromosoma szakaszokon helyezkednek el, ugyanígy a 10, 11 és 12-es antigenek s a két régiót a 3-as és 11-es antigenek között levő híd kapcsolja össze (a 3 és 4-es antigenek Kissmeyer 4-es rendszeréhez tartoznak, míg a 11 és 12-es antigenek Kissmeyer LA₁ és LA₃ antigenjeivel azonosak). VanRood szerint (67) feltehető, hogy azon a chromosomán, ahová a HL-A rendszer génjei lokalizálódnak, egy ezektől független régióban helyezkedik el a Lalezari P. és mtsai által leírt 9a jelű antigen determináló locus.

A van Leeuwen A. és mtsai (41) közleményeiből ismert 5a és 5b antigenek diallel systemát képeznek és gyenge (vagy közepesen erős) valódi alternatív antigeneknek tekinthetők. A családvizsgálatok adataiból kiderült, hogy utóbbi antigeneket meghatározó genek a HL-A rendszer génjeitől függetlenül egy másik chromosomán helyezkednek el (67). Az olyan TAG-eket, melyek a HL-A systemától független chromosomához tartoznak, a jövőben HL-B, HL-C, HL-D, stb. elnevezéssel fogják jelölni; ezen antigenek rendszerére vonatkozóan azonban ma még alig rendelkezünk adatokkal.

1. sz. táblázat

Az 1968-ban New Yorkban tartott Haematológiai Kongresszuson elfogadott nomenclatura

| Új elnevezés | Régi elnevezés | | | | | | | |
|----------------------|----------------|---------|-----------------|-------------|----------------------|-----------------|------------------------------------|----------|
| | Cepellini | Dausset | Payne | Engel-friet | van Rood | Bodmer | Kissmeyer | Terasaki |
| HL-A ₁ | 8 | 11 | LA ₁ | 4 | LA ₁ | LA ₁ | LA ₁ | 1 |
| HL-A ₂ | 14
9 | 2
1 | LA ₂ | 2 | 8a | LA ₂ | LA ₂ | 2 |
| HL-A ₃ | 10
12 | 12 | LA ₃ | | LA ₃ | LA ₃ | LA ₃ | |
| (HL-A ₄) | 2 | | | | 4a | 4a | 4a ₁ | |
| | 3 | 3 | 4a | | | | 4a
4a ₁ | |
| | 4 | | | | | | | |
| | 11 | 4 | | | LA ₄ | | T ₁₉
4a ₂ | 4 |
| | | | 4c | | | 4c | | 6 |
| HL-A ₅ | 5 | 5 | | 7 | | | | |
| (HL-A ₆) | 6 | | | | 4b | | | |
| | | | | 6 | 6a
6b
7a
7b | 4d | T ₁₉ | |
| HL-A ₇ | | 10 | | 3 | 7c | | 4b | 5 |
| HL-A ₈ | 7
19 | 8 | | 1 | 7d | 7d | | |
| | | | | | 5a
5b | | | |

A HL-A systema jelentőségét az adja meg, hogy ezen rendszer antigenjei „erős” (bár egymás között valószínűleg nem egyenlő erősségű) TAg-eket képviselnek. Ezen antigenek „erősségét” bizonyítja, hogy a terhesség folyamán elsősorban ezekkel szemben képződnek ellenanyagok, tehát ezeknek erősebb antigeningert kell képviselniük, mint a lymphocyták egyéb TAg-jeinek, másrésről az a megfigyelés, hogy minél kisebb az emberi transplantatióknál a donor-recipient párok között a HL-A antigenekre vonatkozó incompatibilitás, statisztikai átlagban annál hosszabb volt a transplantatumok túlélése (4, 48, 53, 56, 60, 66, 67, 81).

A transplantatiós antigenek biológiai tulajdonságai

A transplantatiók szempontjából, mint már említettük, vannak jelentős („erős”) és kevésbé jelentős („gyenge”) antigenek. „Erős” TAg-ekkel szemben általában gyorsabban és nagyobb mennyiségben keletkeznek cellularis és humoralis ellenanyagok, nemcsak a terhesség, hanem a transplantatiók után is, s az „erős” antigenekre vonatkozó incompatibilitás esetén az átültetett szerv gyorsabban lökődik ki, mint abban az esetben, ha az incompatibilitás csak a „gyenge” antigenekre vonatkozik. Egereknél H-2 incompatibilitás esetén a bőr-transplantatumok átlagos kilökődési ideje mintegy 11 nap, míg a H-12 locusra vonatkozó incompatibilitásnál kb. 250 nap. Ha a donor a recipientől csak a relatíve „gyenge” antigenekben különbözik, a szervezet elhárító reakciója immunosuppressív szerekkel hosszú ideig fékezhető, ill. meggátolható, más szóval ilyen esetekben a kilökődési reakció (és a transplantatum sorsa) az immunosuppressív kezeléssel befolyásolhatóvá válik.

Fenti tényekből arra lehetne következtetni, hogy a „gyenge” TAg-ek szerepe elhanyagolható a szervátültetésekénél, ill. az „erős” antigeneket meghatározó locusban helyet foglaló genek egyformán jelentős antigeneket determinálnak. Az utóbbi évek vizsgálatai kimutatták, hogy a helyzet nem ilyen egyértelmű. Egereken végzett bőrátültetésekéből megállapítható volt, hogy a „gyenge” antigenek hatása összeadódhat. Ha a H-2 antigenekre vonatkozóan compatibilitás állt fenn, de a „gyenge” antigenek túlnyomó része vagy összessége eltérő volt két egyed között, a transplantatum csaknem olyan gyorsan lökődött ki, mintha a különbség a H-2 locusra vonatkoztatott volna. Az utóbbi években határozott synergizmust sikerült megállapítani, nemcsak a non-H-2 locusok között, hanem a non-H-2 és H-2 locusok között is (16, 29, 32, 43, 44). A nemi különbség is befolyásolja az átültetett szövet túlélését: egereknél a nőstények szervezete rövidebb idő múlva lökte ki a transplantatumot, mint az azonos törzsekből származó hímeké (32). Állatkísérletek eredményeiből az is kimutatható volt, hogy az „erős” antigeneket meghatározó locusban helyet foglaló genek nem egyforma erősségű antigeneket determinálnak. Fentiek miatt *Hildemann W. H.* és *Cohen N.* (32) szerint helyesebb erősebb vagy gyengébb allel genpárokról, mint „erős” vagy

„gyenge” locusról beszélni, mivel végeredményben a locusban helyet foglaló allel genek determinálják az antigen kvalitását, a locus maga csak általánosságban jellemzi azt. Ezeket a megállapításokat támogatják a human veseátültetésekénél nyert tapasztalatok is: *Morris P. J.* és *mtsai* a 4a, 4b, 7d és LA₃ antigenekre vonatkozó incompatibilitás esetén súlyos kilökődési reakciót láttak, míg a HL-A rendszer egyéb antigenjeire vonatkozó incompatibilitás elviselhetőbb volt (48). [Megjegyezzük, hogy az emberi transplantatiókra vonatkozó adatok értékelését megnehezíti, hogy a HL-A rendszer antigenjeit sem ismerjük még kielégítően, a többi (HL-B, HL-C, stb.) rendszerről pedig alig tudunk valamit, ezért — bár statisztikus átlagban a HL-A compatibilis donor-recipient párok között significansan jobb eredménnyel végezhető transplantatio — egyedi esetekben még 7—9 HL-A antigenre vonatkozó compatibilitás esetén is előfordulhat viszonylag gyors kilökődés (48, 53, 56).]

A transplantatiós antigenek megoszlása a szövetekben

TAg-eket számos sejtben és szövetben ki lehet mutatni. *Engelfriet C. P.* és *mtsai* (19, 21, 22) antigen-adsorptiós vizsgálatokkal bebizonyították, hogy ilyen antigenek egyaránt előfordulhatnak a lymphocytákban, granulocytákban, a bőr sejtjeiben. és fibroblast tenyészetekből származó sejtekben. Ezekből a vizsgálatokból az is kiderült, hogy a fenti sejttípusokban vannak közös antigenek, de ezek mellett a lymphocyták és granulocyták tartalmaznak sejt-specifikus antigeneket is. A szerzők véleménye szerint TAg-eknek csak a közös, mindegyik sejttípusban előforduló antigenek vagy azok egy része tekinthető. Fenti vizsgálatokhoz hasonlóan a vérlemezkéken is számos szerzőnek sikerült TAg-eket vagy hapteneket kimutatni (5, 10, 11, 63, 72).

Arról, hogy a vörösvértetek tartalmaznak-e TAg-eket, megoszlanak a vélemények. Valószínű, hogy a vörösvértetek nem, vagy csak gyenge TAg-eket hordoznak. Újabban *Rosenfield R. F.* és *mtsai* (68) nagy érzékenységgű vizsgálati módszerrel az 5b lymphocytá antigen jelenlétét ki tudták mutatni a vörösvértetekben.

Van Rood J. J. és *mtsa* (67) agglutinatio gátlással a lép-, tonsilla, máj-, vese-, tüdő- és placenta szövetekben egyaránt ki tudták mutatni a 4a, 4b és 5b antigeneket, bár ezek mennyisége az egyes szövetekben eltérő volt. A 6a, 6b, 7c és 5a antigeneket nem vizsgálták az összes felsorolt szövetben, a vizsgált esetekben azonban ugyanilyen eredményeket kaptak (67). Ezek és hasonló megfigyelések (46, 73) alapján úgy látszik, hogy az egyes TAg-ek mennyisége eltérő lehet a különböző szövetekben.

Bizonyos adatok amellet szólnak, hogy a mennyiségi eltérések mellett minőségi különbségek is előfordulhatnak: egerek vese és máj mitochondriumában pl. hiányoztak azok a TAg-ek, melyek a lépsejtek mitochondriumában kimutathatók voltak (1), azaz bizonyos szövetek subcellularis organellumaiban egyes TAg-ek hiányozhatnak, az antigenek

megoszlása nem szükségszerűen azonos minden sejtben. Szöveti sejtek malignus átalakulás után TAG-ekre nézve ugyancsak deficiensekké válhatnak (67). Ma még nem tudjuk pontosan megmondani, hogy egyes TAG-ek teljes hiánya előfordulhat-e egy adott személy nem tumoros szerveiben akkor, amikor ugyanazon személy más szerveiben ezen TAG-ek kimutathatók — néhány gyakorlati megfigyelés ezen lehetőség fennállása mellett szól. Nem zárható ki ugyanis mennyiségi (és minőségi?) különbségek szerepe abban, hogy egyes szövetek — közöttük elsősorban bizonyos belső elválasztású mirigyek (thyreoida, mellékvese, stb.) vagy a velő nélküli csontszövet — tipizálás nélkül végzett transplantációk után immunsuppressiv kezelés nélkül is tartósan funkcióképesek maradhatnak (7, 8, 26, 42, 86).

Az előbbieken a TAG-ek megoszlására vonatkozó adatokat foglaltuk össze. Az alábbiakban bizonyos szöveti antigenek és a TAG-ek viszonyát vizsgáljuk. A mai felfogás szerint nem tekinthetők TAG-eknek az „Rh(D)”, az „MN”, „Fy” vércsoport antigenek. A „P”, valamint az „A” és „B” vércsoport antigenek szerepéről megoszlanak a vélemények. Noha a vörösvértestek igen nagy valószínűséggel nem hordoznak „erős” TAG-eket, 7—9 leukocytá antigenre nézve compatibilis, de a AB0 incompatibilis donor-recipiens párok között végzett transplantációk statisztikus átlagban lényegesen rosszabb eredményt adtak az AB0 compatibilis csoporttal összehasonlítva, egyedi esetekben pedig AB0 incompatibilitás esetén gyakran észleltek acut vagy hyperacut rejectiót. Az ellentmondásos helyzet magyarázatául feltételezik, hogy a kilökődés ilyen esetekben a következő mechanizmus szerint zajlik le: ha egy „A” vércsoportú egyénbe „B” vércsoportú donor veséjét ültetik, a recipiens anti-A agglutininjei reagálnak a donor-vese szöveti (endothel) sejtjeiben jelenlevő „B” vércsoport antigennel. A serológiai reakció másodlagos következményeként a capillarisokban és kis erekben thrombusok alakulnak ki, az erek obliterálódnak, ami végül a vese elhalásához vezet. Bár nem mindegy, hogy az incompatibilitás milyen vércsoportok között áll fenn (vannak elviselhetőbb és kevésbé „elviselhető” constellatiók: a „0” csoportú egyének pl. a transplantációk szempontjából is állandó adónak tekinthetők), ma mégis arra törekednek, hogy a megfelelő donor-recipiens párok AB0 vércsoportja lehetőleg azonos vagy compatibilis legyen. Az allotypicus serum factorok jelentősége a transplantációk szempontjából kérdéses. Egerekben a vérsérum allotypicus antigenjeit meghatározó genek közel vagy benne fekszenek a H-2 régióban.

A transplantációs antigenek kémiai természete

A TAG-eket elsősorban a sejtek, valamint a subcellularis organellumok membránjai, határhártyái tartalmazzák. Egyaránt kimutathatók a sejtek mag, mitochondrium vagy a microsoma frakcióiban (61), bár az antigenek megoszlása úgy látszik, nem minden sejtben azonos (1). A kivonás nehézségei miatt, valamint azért, mert a valódi antigen

csak igen kis részét képezi a sejtfrakcióknak, a TAG-ek kémiai természetét sokáig félreismerték. Leginkább lipoproteineknek tartották ezeket, az utóbbi időben azonban kiderült, hogy a lipoid componens nem játszik szerepet a specificus aktivitásban (38). Újabb sikerült viszonylag homogen formában izolálni részben az egerek és tengerimalacok, részben az ember legjelentősebb — H-2-vel, ill. HL-A-val jelölt TAG-jeit (14, 15, 37, 38, 69). Az egerek oldható, tisztított isoantigenjei a vizsgálatok során hőlabil, kb. 15% szénhidrátot tartalmazó glycoproteinnek, vagy glycopeptidnek bizonyult, mely számos semleges cukrot, hexosamint, sialinsavat tartalmazott, phosphor tartalma 0,2%-nál kisebb, molekulasúlya 75 000—200 000 között volt. A fizikokémiai módszerekkel homogennek látszó frakció immunológiailag nem bizonyult egységesnek, vele szemben több eltérő specificitású, histocompatibilitásért felelős ellenanyagot lehetett nyerni, melyek specificitását a szülők genetikus sajátosságai szabták meg (14, 49). *Kahan B. D. és mtsai* beltenyészített tengerimalacok szerveiből állítottak elő oldható TAG-t, mely törzsspecificus volt, s a máj-, tüdő-, lép- és vesesejtekben egyaránt ki lehetett mutatni. A tisztított kivonat csak fehérjékert tartalmazott, lipoid componens nem volt szükséges az aktivitáshoz. Immunológiai vizsgálata során homogennek bizonyult, csak egyetlen ellenanyagot sikerült vele szemben nyerni. Két beltenyészített histoincompatibilis tengerimalac törzsből azonos módon előállított kivonat aminosav összetétele significans különbséget mutatott a serin, alanin, leucin, isoleucin és valin tartalmat illetően, ezért a szerzők úgy gondolják, hogy a tengerimalacok esetében a TAG-ek specificitását a fehérjemolekula struktúrája szabja meg és nem a szénhidrát componens, hasonlóan a nyulak immunglobulinjainak L-láncához, ahol szintén correlatiót lehetett kimutatni az aminosav összetétel és az L-láncok allotypicus specificitása között (37, 38). Az emberek oldható HL-A (Hu-1) antigenjeit a tisztítás során szintén el lehetett választani az inaktív lipoid componenstől, a tisztított kivonat elsősorban fehérjét tartalmazott, részletes kémiai analysise folyamatban van (15, 69).

A humoralis antitestek jelentősége a rejectióban

Kétségtelen, hogy a transplantatumok kilökődéséért elsősorban a cellularis immunreakció a felelős, az utóbbi években azonban egyre szaporodnak az adatok, melyek a humoralis ellenanyagok jelentőségére hívják fel a figyelmet. Korábban azért tagadták ezek szerepét, mert ilyeneket átültetések után az esetek nagyobb részében nem lehetett kimutatni. Állatokon végzett vese-transplantációk eredményei bebizonyították, hogy ennek oka az volt, hogy az idegen szerv antigenjei megkötötték a keletkezett ellenanyagokat. A beültetett vese eltávolítása után az eltávolított vese antigenjének megfelelő antitestek néhány nap múlva megjelentek a vérsavóban, ugyanazon donortól származó másik vese beültetése után viszont ismét eltűntek a serumból (47). A humoralis antitestek részvételét támasztják alá az alábbi megfigyelések is: a) agam-

maglobulinaemiás egyéneknél a bőrtransplantatumok rejectiója elhúzódik (27); b) ha egy beltenyészett állattörzs A egyedére ültetünk át egy másik törzs X jelű egyedéről bőrt, majd 7—10 nap múlva az A egyed immuncompetens sejtjeit mikroporosus (sejtinpermeabilis, de fehérje permeabilis) kamrába zárva inplantáljuk ugyanazon beltenyészett törzs B egyedébe, s ebben az időben az X egyedről bőrt is ültetünk a B egyedre, úgy az átültetett bőr rövid ideig alatt lökődik le, mint az X—A esetben. A gyorsabb lelkődés oka, hogy az A egyed B egyedbe inplantált immuncompetens sejtjei számára az X egyed bőréből származó antigenek nem primer, hanem már secunder stimulusként hatnak, s gyors humorális immunválasz jön létre (50); c) ismeretes, hogy cytotoxicus serumok passiv átvitele esetén súlyos functionális és/vagy morfológiai elváltozások alakulhatnak ki azon a szervben, amely ellen a serum irányult (Masugi-nephritis, anti-lymphocytá savó, stb); d) sensibilizált állatból származó serum passiv átvitelével gyorsítani lehetett az allo- és xenograftok kilökődését (2, 57, 75); e) emberi veseátültetéseknél ha a recipiens seruma (az átültetést megelőző transfúziók hatására tartalmazott humoralis antitesteket a donor szöveti antigenjeivel — lymphocytáival — szemben, vagy ilyenek az átültetés után megjelentek a savóban, igen gyakran hyperacut rejectio jött létre, ill. gyakoribbak voltak a rejectiók crisisek. Ilyen egyénekből származó IgG frakció parenteralis beadása után a vesében perivascularis infiltratio keletkezett, melyet nem lehetett megkülönböztetni a rejectiókban észlelt infiltratúmtól (16, 30, 34, 47, 74, 84). Ezek az adatok arra utalnak, hogy a kilökődésért a humoralis és cellularis ellenanyagok közösen felelősek. A mai felfogás szerint, ha a recipiens serumában ellenanyagok mutathatók ki a donor TAG-jeivel — lymphocytáival — szemben, ez az átültetés kontra-indikációját képezi.

Összefoglalás. Szerző a közleményben ismerteti a transplantációs antigenek és a velük reagáló ellenanyagok biológiai és kémiai természetére, valamint azok kimutatására vonatkozó ismereteket.

IRODALOM: 1. Al-Askari, S., Lawrence, H. S., Thomas, L.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1966, 129, 31. — 2. Altman B.: Ann. Roy. Coll. Surgeons. England. 1963, 33, 79. — 3. Bain, B., Vas M. R., Löwenstein, L.: Fed. Proc. 1963, 22, 428. — 4. Bodmer, W., Bodmer, J., Adler, S., Payne, R., Bialek, J.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1966, 129, 473. — 5. Bosch, L. J.: Studies on platelet transfusion in man. Thesis. Leiden. 1965. — 6. Brent, L., Medawar, P. B.: Brit. Med. J. 1963, II, 269. — 7. Burwell, R. G.: J. Bone Joint Surg. 1963, 45-B, 386. — 8. Burwell, R. G., Gowland, G., Dexter, F.: J. Bone Joint Surg. 1963, 45-B, 597. — 9. Cepellini, R., Curtioni, E. S., Mattiuz, P. L., Miggiano, V., Scudeller, G., Serra, A.: Histocompatibility Testing. Munksgaard, Copenhagen. 1967. 149. — 10. Dausset, J.: in: Proc. 7th Congr. of the Int. Soc. Bloodtransfusion, Rome 1958. Karger, Basel/New York, 1959, 819. — 11. Dausset, J., Rappaport, F. T., Machado-Caetano, J. A.: in: Proc. 10th Congr. of the Int. Soc. of Bloodtransfusion. Stockholm. 1964. Karger, Basel/New York, 1965, 104. — 12. Dausset, J., Iványi P., Iványi D.: Series Haemat. 1965, 11, 51. — 13. Dausset J., Iványi P., Colombani J., Feingold N., Legrand L.: Histocompatibility Testing, Munksgaard, Copenhagen, 1967,

189. — 14. Davies, D. A. L.: Transplantation. 1967, 5, 31. — 15. Davies, D. A. L., Colombani, J., Viza, D. C., Dausset, J. in: Histocompatibility Testing, Munksgaard, Copenhagen. 1967, 287. — 16. Eichwald, E. S., Weissman, I. L.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1966, 129, 94. — 17. Engelfriet, C. P., Britten, A.: Vox Sang. 1965, 10, 660. — 18. Engelfriet, C. P. in: Histocompatibility Testing, Munksgaard, Copenhagen. 1965, 245. — 19. Engelfriet, C. P., Eijvoogel, V. P.: Vox Sang. 1965, 10, 228. — 20. Engelfriet, C. P.: Cytotoxic isoantibodies against leucocytes. Thesis (Aemstelstad, Amsterdam) 1966. — 21. Engelfriet, C. P., Heersche, J. N. M., Eijvoogel, V. P. van Loghem, J. J.: Vox Sang. 1966, 11, 625. — 22. Engelfriet, C. P., Heersche, J. N. M., Mia van der Hart: Proc. 11th Congr. of the Int. Soc. of Bloodtransfusion. Sydney 1966. Bibl. haemat. 29, 705., Karger, Basel/New York. 1968. — 23. Floresco, M. N.: Journ. de Phys. et de Path. Generale. 1905, 7, 47. — 24. Fotino, M., Merson, E. J., Benoit, P., Rowe, A. W., Allen, F. H. in: Histocompatibility Testing. Munksgaard, Copenhagen, 1967, 429. — 25. Friedman, E. A., Retan, J. W., Marshall, D. C., Henry, L., Merrill, J. P.: J. Clin. Invest. 1961, 40, 2162. — 26. Fujimoto, Y., Hasegawa, T., Watson, C. G., Brooks, J. R.: Transplantation. 1966, 4, 668. — 27. Good, R. A., Varco, R. L., Aust, J. B., Zak, S. J.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1957, 64, 924. — 28. Gorer, P. A., O'Gorman, P.: Transplant. Bull. 1956, 3, 142. — 29. Graff, R. J., Silver, W. K., Billingham, R. E., Hildemann, W. H., Snell, G. D.: Transplantation. 1966, 4, 605. — 30. Guttman, R. D., Lindquist, R. R., Parker, R. M., Carpenter, C. B. Merill, J. D.: Transplantation. 1967, 5, 668. — 31. Hammond, D., Mattiuz, P., Curtioni, E. S. in: Histocompatibility Testing. Munksgaard, Copenhagen. 1967. 325. — 32. Hildemann, W. H., Cohen, N. in: Histocompatibility Testing. Munksgaard, Copenhagen. 1967. — 33. Hirschhorn, K., Back, F., Kolodny, R. K., Firschein, I. L., Hashem, N.: Science. 1963, 142, 1185. — 34. Iwasaki, Y., Talmage, D., Starzl, T. E.: Transplantation. 1967, 5, 191. — 35. Jabulay, M.: Lyon Med. 1906, 107, 575. — 36. Jensen, C. O.: Zbl. Bakt. 1903, 34, 28. — 37. Kahan, B. D., Reisfeld, R. A., Epstein, L. B., Southworth in: Histocompatibility Testing. Munksgaard, Copenhagen. 1967. 295. — 38. Kahan, B. D., Reisfeld, R. A.: J. Immunol. 1968, 101, 237. — 39. Kissmeyer-Nielsen, F., Kjerbye, K. E. in: Histocompatibility Testing. Munksgaard, Copenhagen. 1967. 381. — 40. Kissmeyer-Nielsen, F., Svejgaard, A., Hange, M.: Nature. 1968, 219, 1116. — 41. van Leeuwen, A., Eernisse, J. G., van Rood, J. J.: Vox Sang. 1964, 9, 431. — 42. Mainzer, F.: Münch. Med. Wschr. 1959, 201, 2310. — 43. McKahan, Ch. F.: Transplantation. 1964, 2, 613. — 44. McKahan, Ch. F.: J. Immunol. 1964, 201, 937. — 45. Medawar, P. B.: J. Exp. Path. 1946, 27, 15. — 46. Metzger, R. S.: Series Haemat. 1965, 11, 185. — 47. Milgrom, F., Litvak, B. I., Kano, K. W., Witelsky, E.: JAMA. 1966, 198, 226. — 48. Morris, P. J., Kincaid-Smith, P., Ting, A., Stocker, J. W., Marshall, V. C.: Lancet. 1968, II, 803. — 49. Nathanson, S. G., Davies, D. A. L.: Proc. Nat. Acad. Sci. 1966, 56, 476. — 50. Najarian, J. S., Feldman, J. D.: J. Exp. Med. 1962, 115, 1083. — 51. Nomenclatura HL-A: Histocompatibility Testing. Munksgaard, Copenhagen. 1967. 449. — 52. Pappenheimer, A. M.: J. Exp. Med. 1917, 25, 389. — 53. Patel, R., Mickey, M. R., Terasaki, P. J.: New England J. Med. 1968, 279, 501. — 54. Payne, R.: Arch. Intern. Med. 1957, 99, 587. — 55. Payne, R., Rolfs, M. R.: J. Clin. Invest. 1958, 37, 1756. — 56. Payne, R., Perkins, H. A., Najarian, J. S. in: Histocompatibility Testing. Munksgaard, Copenhagen. 1967. 237. — 57. Perper, R. J., Najarian, J. S.: Transplantation. 1967, 5, 514. — 58. Ramseier, H., Streilein, J. W.: Lancet. 1965, I, 622. — 59. Ramseier, H., Streilein, J. W.: Fed. Proc. 1965, 24, 637. — 60. Rappaport, F. T., Lawrence, H. S., Thomas, L., Converse, J. M., Tillett, W. S., Mulholland, J. H.: J. Clin. Invest. 1962, 41, 2166. — 61. Rappaport, F. T., Dausset, J., Converse, J. M., Lawrence, H. S.: Transplantation. 1965, 3, 490. — 62. van Rood, J. J., Eernisse, J. G., van Leeuwen, A.: Nature. 1958, 181, 1735. — 63. van Rood, J. J., van Leeuwen, A., Eernisse, J. G.: Vox Sang. 1959, 4, 427. — 64. van Rood, J. J., van

Leeuwen, A., Schippers, A. M. I., Vooy, W. A., Frederiks, E., Balner, H., Eernisse, J. G.: Series Haemat. 1965, 11, 37. — 65. van Rood, J. J. in: Histocompatibility Testing. Munksgaard, Copenhagen. 1967. 451. — 66. Van Rood, J. J., van Leeuwen, A., Brunning, J. W., Porter, K. A. in: Advance in Transplantation. Munksgaard, Copenhagen. 1968. 213. — 67. Van Rood, J. J., Eernisse, J. G.: Seminars in Hemat. 1968, 5, 187. — 68. Rosenfield, R. E., Rubinstein, P., Lalezari, P., Dausset, J., van Rood, J. J.: Vox Sang. 1967, 13, 461. — 69. Sanders, A. R.: Nature. 1968, 220, 192. — 70. Schöne, G.: Münch. Med. Wschr. 1912, 59, 457. — 71. Shanborm, E., Feingold, E., Shepherd, L., Walford, R. L.: Blood. 1968, 32, 402. — 72. Shulman, N. R., Marder, V. J., Hiller, M. C., Collier, E. M.: Progr. in Haemat. 1964, 4, 222. — 73. Shulman, N. R., Moor-Jankowski, J., Hiller, M. C.: Haematol. 1956, 11, 113. — 74. Spong, F. W., Feldman, J. D., Sun-Lee, J.: J. Immunol. 1968, 101, 418. — 75. Steinmüller, D.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1962, 99, 629. — 76. Terasaki, P. I., McClelland: Nature. 1964, 204, 998.

— 77. Terasaki, P. I., Vredevoe, D. L., McClelland in: Histocompatibility Testing. Munksgaard. 1965. — 78. Terasaki, P. I., Vredevoe, D. L., McClelland in: Histocompatibility Testing. Munksgaard. 1965. — 78. Terasaki, P. I., Vredevoe, D. L., Mickey, M. R.: Transplantation. 1967, 5, 1057. — 79. Ullmann, E.: Ann. Surg. 1914, 60, 195. — 80. Unger, E.: Berl. Klin. Wschr. 1910, 1, 573. — 81. Walford, R. L., Martin, D. C., Troup, G. M., Goodwin, W. E.: Series Hemat. 1965, 11, 89. — 82. Walford, R. L., Troup, G. M., Shanborm, E.: Proc. XIth Congr. of the Int. Soc. of Bloodtransfusion. 1966. Karger, Basel and New York. 1968. Bibl. Hemat. No. 29. part. 2, 675. — 83. Walford, R. L., Shanborm, E., Troup, G. M., Zeller, E., Akerman, B. in: Histocompatibility Testing. Munksgaard, Copenhagen. 1967, 221. — 84. Williams, G. M., Hume, D. M., Hudson, R. P., Morris, P., Kano, K., Milgrom, F.: New England J. Med. 1968, 279, 611. — 85. Wilson, H. E., Johnson, H. M., Dodd, M. C.: Transplantation. 1968, 6, 374. és 382. — 86. Wodruff, M. F. A.: Ann. Roy Coll. Surg. Eng. 1952, 11, 173.



A szovjet Medexport Külkereskedelmi Vállalat exportajánlata

Modern gyógyászati felszerelések

**OPERÁCIÓHOZ
KÓRMEGÁLLAPÍTÁSHOZ
RÖNTGENKEZELÉSHEZ
FIZIKOTERÁPIÁHOZ**



A legbonyolultabb idegsebészeti, szemészeti, fül-orr-gégészeti, urológiai, nőgyógyászati sebészeti beavatkozásoknál használatos **ESZKÖZÖK**.

EREDETI KÉSZÍTMÉNYEK: dibiomicin-kenőcs, Sosztakovics-balzsam, aloe- és méhlepénykivonatok, chloracizin, pantocrinum, biliarin, fibsz stb.

VEGYI-GYÓGYSZERIPARI NYERSANYAGOK A TIBETI ORVOSTUDOMÁNY KÉSZÍTMÉNYEI

**VAKCINÁK
SZÉRUMOK**

Látogassa meg a **MEDEXPORT** standját a Budapesti Nemzetközi Vásáron, a Szovjet pavilonban.

V/O MEDEXPORT

Címünk: Moszkva, G-200
Telefon: 121-01-54
Telex: 247

izomrelaxans + analgeticum

Scutamil-C

DRAZSÉ

150 mg carisoprodol + 100 mg paracetamol/drazsé

Fájdalmas izomspasmussal járó állapotokban: (rheumatooid arthritis, spondylosis, periarthritus humeroscapularis, neuritis n. ischiadici, neuralgiák, lumbago, arthrosisok, bursitis, postfracturás állapotok ún. rheumatológiai szaka, tumor, distorsio, subluxatio és luxatio által kiváltott izomspasmusok, algopathiás reflex-dystrophiák, psychogen rheumatismus, torticollis, Little-kór, tetania, activ és passziv torna- és mozgásgyakorlatok megkönnyítése).

•
Átlagos napi adagja felnőtteknek 3×1 drazsé, étkezés után.

•
Nagyobb adagok alkalmazása esetén ritkán álmoság, báyadt-ság, gyengeség léphet fel, mely a gyógyszer adagjainak csökkentésére, ill. elhagyására megszűnik.

•
Gyermekeknek 3 éves kor alatt nem adható. Járművezetők, veszélyes gépek mellett vagy épületen dolgozók nem szedhetik.

•
Ha folyamatos szedése 10 napon túl is szükséges, vagy ha gyermek használja, ez csak orvosi ellenőrzés mellett történhet. Az alkohol hatását potenciálja.

Csomagolás:

20 drazsé

200 drazsé

•
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

Szegedi Orvostudományi Egyetem, I. Belklinika (igazgató: Julesz Miklós dr.)

A pitvari septum primum- és secundum-típusú defektusainak vektorkardiogramjáról

Csanády Miklós dr.

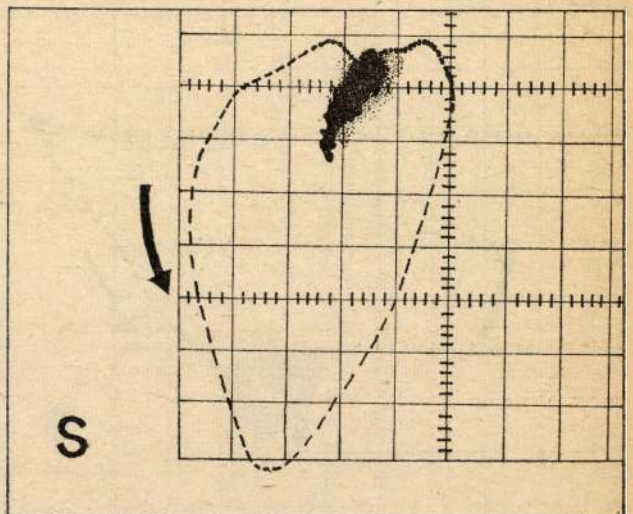
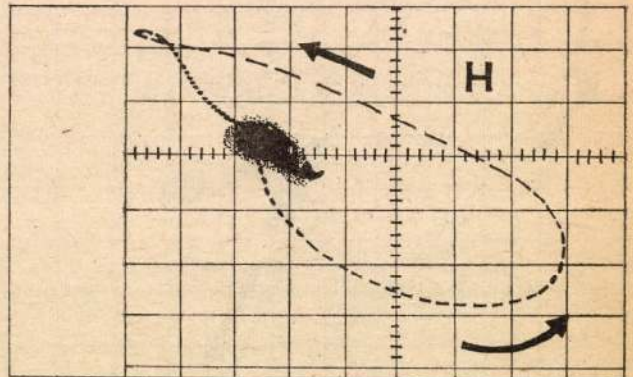
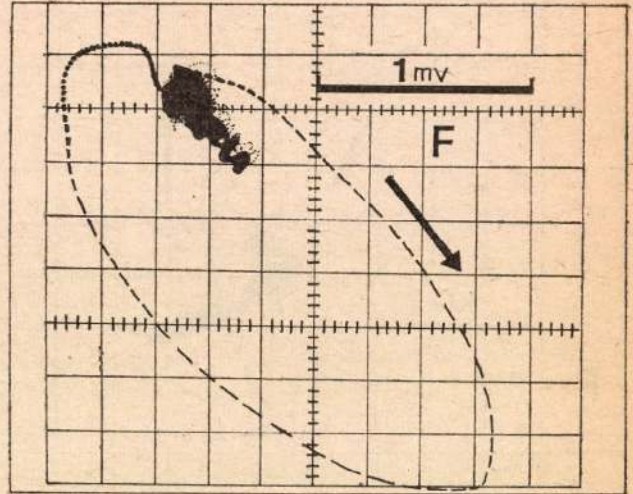
A pitvari septum defektus pontos anatómiai diagnózis is fontos a sebész számára, vagyis hogy a műtetre kerülő betegnek primum vagy secundum típusú defectusa van-e. A szívkatéteres vizsgálattal (oxymetria, festék-dilutio) csak a shunt szintje és nagysága állapítható meg, de nem alkalmas annak a kérdésnek a megválaszolására, hogy primum vagy secundum típusú defektusról van-e szó. A kérdés eldöntésében igen hasznos adat az EKG és még inkább a frontális (és sagittalis) vektordiagramm. Az EKG-n a végtagelvezetésekben a primum defektusra az elektromos főtengely bal deviatiója jellemző, a secundum típusú defektusban közép-tengelyállás vagy jobb deviatio van. A frontális vektorkardiogrammal (továbbiakban VKG) még biztosabban elkülöníthető a két típus (1, 2, 9, 19).

A secundum típus VKG képére jellemző, hogy a frontális síkban a hurok lefutása az óramutató járásával megegyező (a továbbiakban o. m.) (1. ábra), néha nyolcas alakú, de a középido és a hurok nagyobb része mindig a bal vagy jobb alsó quadránsba (tehát az E pont alá) esik (az E pont a QRS hurok kiindulási pontja). A bal sagittalis síkban a hurok az óramutató járásával ellenkező (továbbiakban o. e.) irányban halad. A hurok nagyobb része az E pont alatt van, és a középido is az E pont alá esik. A horizontális síkban gyakran láthatók az esetlegesen fennálló jobb kamra-hypertrophiára utaló jelek, azonban ezek egy része nem értékesíthető, mivel a hurok terminalis szakaszának késése, illetve jobbra helyzettsége a vezetési zavar, és nem feltétlenül a jobb kamra-hypertrophia következménye (1).

A pitvari septum primum defektus vektorkardiogramján a frontális síkban a hurok o. e. lefutású, és a hurok nagyobb része az E pont fölé helyezett, a középido is a bal vagy jobb felső quadránsban van (2. ábra). Ez a VKG kép más kongenitális vitiumok esetében is észlelhető (18), de ezekben az esetekben a fentiekhez rendszerint nem társulnak még primum defektusra egyéb jellemző jelek, mint például:

- a) a hurok kezdeti szakasza jobbra és előre felé indul;
- b) a terminális hurokszakasz mindhárom síkban késik. Segítségét jelenthet még, hogy a bal sagittalis síkban o. e. lefutású és felfelé helyezett a hurok (2. ábra).

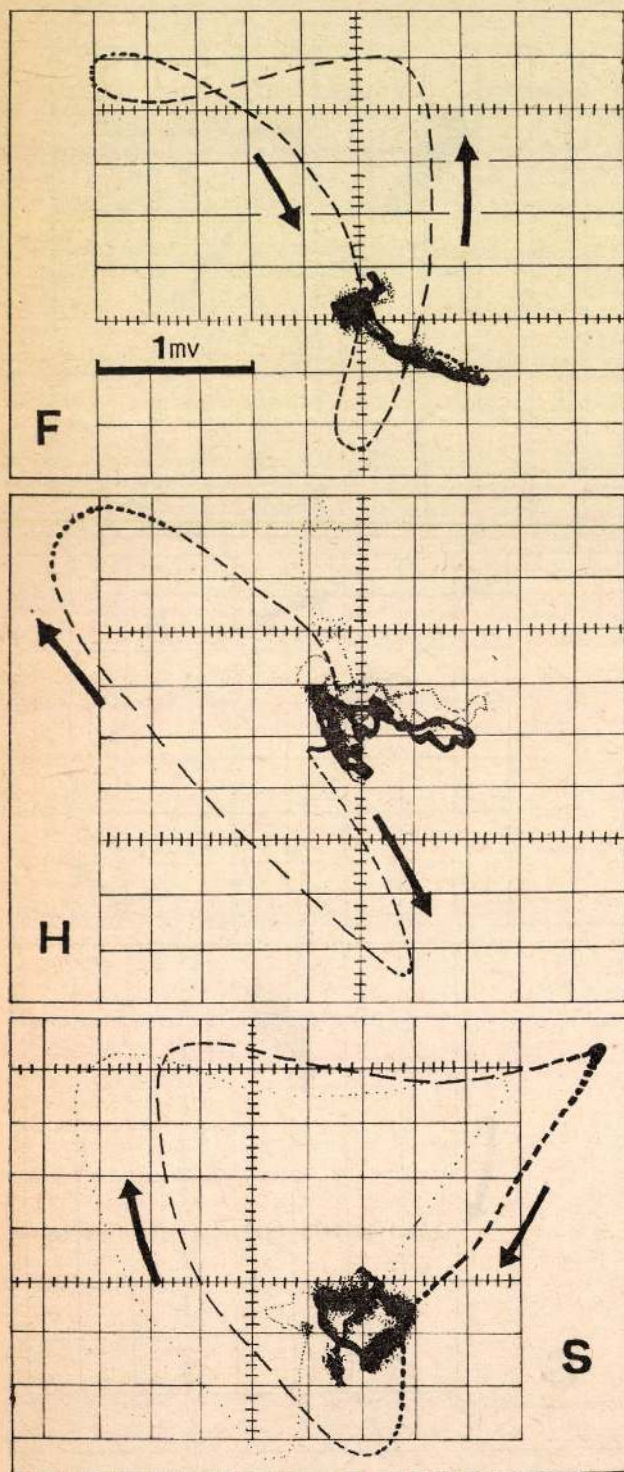
Több szerző dolgozott fel operált pitvari septum defektusos beteganyagot, különböző elvezetési rendszerekkel (leggyakrabban a Frank-féle korri-



1. ábra. Secundum-típusú pitvari septum defektus. F: frontális; H: horizontális; S: sagittalis sík.

* Balatonfüreden, a Magyar Kardiológusok Társasága 1968. évi tudományos ülésén elhangzott előadás alapján.

gált ortogonális, valamint a *Grishman*-féle cube elvezetési rendszerrel (1, 2, 5, 19). Mi *McFee* és *Parungao* (17) rendszerével vizsgáltuk betegeinket, *Dushosal* és *Pasche* (8) gyakorlati módosításaival. E rendszerrel vizsgált pitvari septum defektusos betegenyagról — tudomásunk szerint — még nem számoltak be. Dolgozatunkban ismertetjük a kapott eredményeket, valamint foglalkozunk a primum defektus vektorkardiogrammjának magyarázatával.

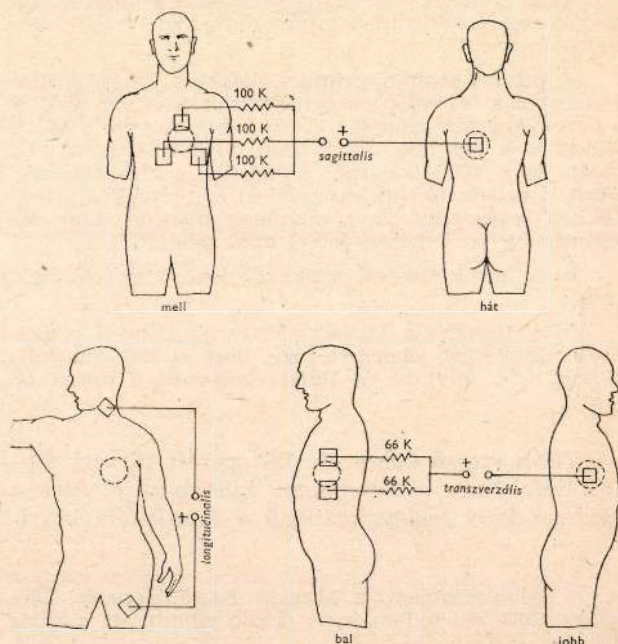


2. ábra. Primum-típusú pitvari septum defektus.

Beteganyag, módszerek

A Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinikáján operált 15 pitvari septum secundum és 6 primum defektusos beteg VKG és klinikai adatait dolgoztuk fel. A műtétet kivétel nélkül extracorporalis keringéssel, nyitottan végezték; így jól megfigyelhető volt a defektus típusa, illetve nagysága. A műtét előtt részletes klinikai és eszközös vizsgálatok történtek (rtg, PKG, EKG, szívkatéterezés, oxymetria, nyomásmérés, festék-dilútio). A műtét utáni VKG vizsgálat két hét—három év múlva történt. A betegek életkora a műtétkor 1—53 év, átlagosan 22 év. A műtét előtt nem minden esetben végeztünk VKG vizsgálatot. A VKG felvételeket *McFee* és *Parungao* (17) rendszerével, *Dushosal* és *Pasche* (8) gyakorlati módosításaival végeztük.

Nem eldöntött kérdés az irodalomban, hogy melyik VKG elvezetési rendszer a legjobb. Az utóbbi időben egyre inkább a korrigált ortogonális rendszereket részesítik előnyben a szerzők (8). Az ortogonális rendszerek közül legelterjedtebb a *Frank*-szisztéma (11), mely egyszerű, rutin célokra alkalmas, egyetlen hibája, hogy rendkívül érzékeny az elektródák hibás elhelyezésére (15, 22). E tekintetben *Schmitt Simonson* SVEC III. rendszere a legjobb (20). Rutin klinikai célokra kevesen alkalmazzák, mert a 14 elektróda felhelyezése körülményes, és a vizsgálat munkaigényes. *McFee* és *Parungao* (17) 1961-ben új, korrigált ortogonális elvezetésrendszert írt le. A 9 elvezetésből álló (3. ábra) rendszer az elektródák elhelyezési hibáira kevésbé érzékeny, mint a *Frank*-szisztéma, és mivel az elektródák felhelyezése egyszerű, rutin célokra könnyebben alkalmazható, mint a *Schmitt Simonson* SVEC III. rendszere. *Brody* és *Arzbaecher* (3) modellkísérleteiben *McFee* és *Parungao* elvezetési rendszere bizonyult legjobbnak a korrigált ortogonális rendszerek közül. A gyakorlati alkalmazást tovább egyszerűsítette *Dushosal* és *Pasche* (8) gyakorlati módosítása, aki a sagittalis tengely (Z) mellkasi elektródáit, valamint a transversalis tengely (X) bal oldali elektródáit plexi-



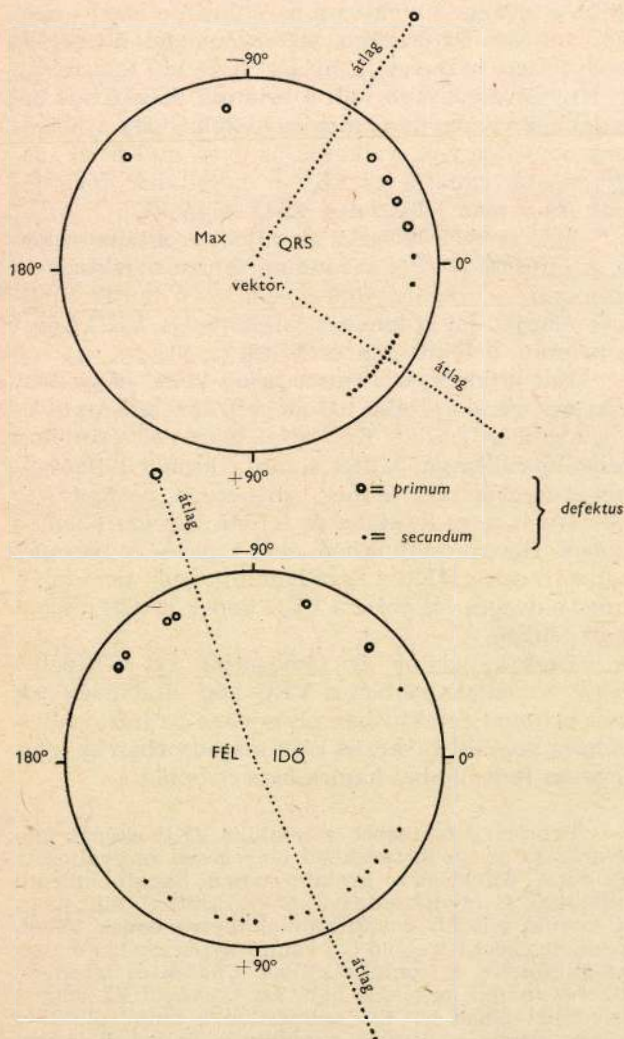
3. ábra. *McFee* és *Parungao* elvezetési rendszere.

laphoz rögzítette, és így lényegesen egyszerűbb az elektrodák felhelyezése. Mi ezzel a módszerrel végeztük vizsgálatainkat.

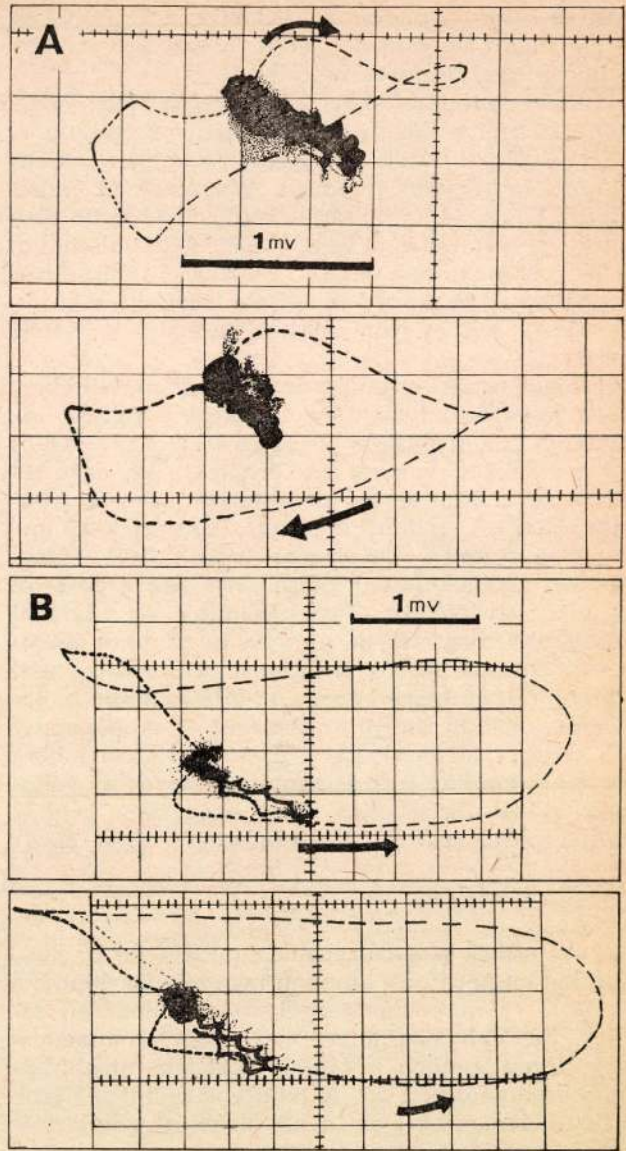
A VKG felvételekhez Hellige-multiscriptorhoz általunk applikált EMG vektoroscilloscopot használtunk.

A görbe 666/sec frekvenciával van megszakítva. Az oscilloscopen megjelent hurokról Exa 1/A fényképezőgéppel, 22 DIN-es ORWO-filmmel készítettük a fényképfelvételeket. Az X, Y, Z tengelyek EKG-szerű felvétele a Hellige hatsatornás multiscriptorral történt.

Először ötcsatornás EMG EKG, illetve vektorkardiocscopot használtunk, mivel azonban alapkészülékünk instabil volt, valamint fáziseltolódás zavarta a pontos hitelesítést, az előerősítő rendszert (ötcsatornás EMG) kicseréltük. A Hellige hatsatornás multiscriptor megfelelőnek látszott előerősítőnek, és az általunk konstruált további erősítőn és programválasztón keresztül vittük az elektromos jelet az EMG oscilloscópba (a programválasztóval együtt azért kellett további erősítőt alkalmazni, mert a Hellige kimeneti feszültsége alacsonyabb volt, mint az oscilloscop bemeneti érzékenysége).



4. ábra. Az esetenként észlelt QRS maximum és félidő, valamint ezek csoportátlagai primum- és secundum-típusú pitvari septum defektusokban.



5. ábra. A: secundum-típusú pitvari septum defektus VKG képe a frontális síkban. B: primum-típusú pitvari septum defektus. Fent: műtét előtt; lent: műtét után.

Az oscilloscop eredeti időmarkerje igen durva volt (5 msec), ezért a kondenzátor kapacitásának megváltoztatásával az időjelzést finomítottuk.

Eredmények

A 15 secundum típusú defektusos beteg közül a hurok a frontális VKG-n 10 esetben o. m. irányú volt, a görbe nagyobb része, valamint a félidő az E pont alatt helyezkedett el (1. ábra). Négy esetben a hurok nyolcas formájú volt, és a félidő, valamint a hurok nagyobb része a bal alsó quadránsba esett. Egy esetben a hurok o. e. irányú lefutást mutatott, a bal alsó és felső quadránsban helyezkedett el a görbe. Az esetenként észlelt félidőt és a maximális QRS irányt a 4. ábrán ábrázoljuk. A félidő átlaga 67,66°. A QRS maximum pont irányának átlaga 34,33°, a T-max. irányának átlaga 40° volt. A bal sagittalis síkban 14 esetben o. e. irányú volt a hu-

rok, és a hurok nagyrésze, valamint a középido az E pont alatt helyezkedett el (1. ábra). Egy esetben a hurok nyolcas formájú volt.

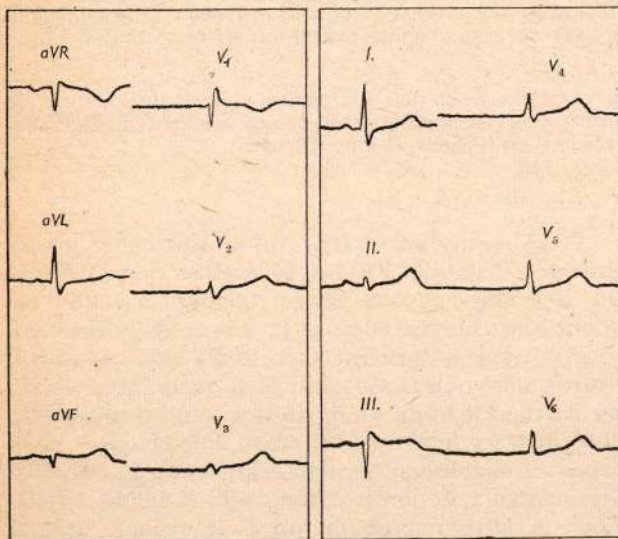
A 6 primum defektus miatt operált beteg VKG-ján a frontális síkban a hurok minden esetben o. e. irányú volt, a hurok nagyrésze, valamint a középido felfelé helyezett (2. ábra). Az esetenként észlelt félidőt és a max. QRS irányt szintén a 3. ábrán tüntettük fel. A félidő átlaga -106° , QRS maximum $-55,5^\circ$, T-maximum $+23,4^\circ$. A bal sagittális síkban 4 esetben o. m. irányú és felfelé helyezett a hurok (2. ábra), két esetben nyolcas formájú és felfelé helyezett.

Megmértük primum-defektusos eseteinkben, hogy a félidő pillanatában mekkora a felfelé irányuló vektor nagysága. Ez átlagosan 1,3 mv (0,8 és 2,1 mv között vannak az értékek). Az egyetlen olyan secundum típusú defektusban, ahol a frontális VKG o. e. lefutást mutatott, ez az érték 0,3 mv.

Hat primum defektusos beteg közül három esetben volt alkalmunk összehasonlítani a prae- és postoperatív VKG-t. Tapasztalatunk az irodalmi adatoknak megfelelően, az volt, hogy nincs lényeges változás a görbék jellegében. A hurok lefutási iránya, felfelé helyezettsége, a QRS maximum, valamint a félidő iránya változatlan. A praeoperatív VKG terminális szakasza a frontális síkban jobbra és lefelé konkáv formát mutatott. Egyedüli változásként azt figyelhettük meg, hogy ez a konkáv forma postoperatív „kiegyenesedett” (5/b. ábra).

Megbeszélés

Az esetek nagyrésztében már EKG-val is elkülöníthető a két típus, azonban nem mindig dönthető el EKG-val a pontos tengelyállás. Különösen zavaró, ha több maximuma van a QRS-komplexusnak. Ilyen esetben a félidő vizsgálata megbízhatóbb eredményeket ad. A félidő, valamint a hurok iránya igen értékes jel a két defektus elkülönítésében, és ezek a paraméterek természetesen csak a



6. ábra. EKG felvétel ugyanazon betegről, akinek VKG képe az 5/A ábrán látható.

VKG képen láthatók. Egy secundum típusú defektusos esetünkben azt észleltük, hogy az EKG-n bal deviatió van (6. ábra). Szívkatóéterrel a jobb pitvarból a bal pitvarba alacsonyan lehetett átjutni, a klinikai diagnózis primum defektus volt. Egyedül a frontális VKG képe szólt egyértelműen secundum típusú defektus mellett, mivel a hurok o. m. lefutású volt, a félidő pedig 102° (5/a. ábra). A maximális QRS vektor a VKG-n megfelel nagyjából az EKG tengelyállásának, eltekintve attól, hogy a korrigált ortogonális elvezetésrendszer közepén van a szív, és így ezzel az elvezetésrendszerrel kapott tengelyállás kevésbé függ olyan külső tényezőktől, mint például a mellkas alakja, vagy a szív mellkasban való helyzete. Esetünkben sem volt azonos az EKG-n mért tengelyállás a VKG-n észlelt frontális QRS maximum irányával, és a VKG-n mért QRS maximum alapján már fel sem merülhetett a primum defektus gyanúja. Csupán egyetlen esetben fordult elő, hogy a secundum típusú beteg frontális VKG-ja nem volt jellemző secundum típusra. Az EKG vizsgálat alapján a kép megfelelt primum defektusnak. A frontális VKG-n — bár inkább a primum defektusra hasonlított a kép — nem volt teljesen egyértelmű, mivel lényegesen kevésbé volt felfelé helyezett a hurok. A félidő magassága is lényegesen kisebb volt a primum defektusos betegekhez viszonyítva (megjegyezzük, hogy a betegnek obesitása volt, valamint 53 éves, ami némi magyarázatát adhatja az EKG-n észlelt bal deviatiónak, és a nem jellegzetes VKG képnek).

Más szerzők is észleltek ritkán frontális síkban o. e. lefutású hurkot secundum típusú defektusban, azonban — véleményünk szerint — a hurok analízise alapján jól el lehetett különíteni a VKG képet a primum defektusban észleltől (1, 9).

Hat primum defektusos beteg közül négy esetben az operáló sebész hasadt mitrális billentyűt és regurgitációt észlelt. Két izben nem volt érintve a mitrális billentyű. Műtét során a hasadt billentyűket összevarrták; ennek ellenére a postoperatív VKG-n is o. e. lefutású és felfelé helyezett volt a hurok. Három esetünkben, ahol a prae- és postoperatív frontális VKG-t összehasonlítottuk, nem találtunk lényeges változást a VKG képek között a frontális síkban.

Ezek az adatok is támogatják azt a nézetet, hogy a frontális síkban a VKG kép viselkedésének oka primum defektusban elsősorban az intraventricularis vezetési zavar, és csak másodsorban az esetlegesen fennálló bal kamra-hypertrophia.

Primum defektusban a frontális VKG okának magyarázata az utóbbi években lényegesen megváltozott. Primum defektushoz gyakran társul hasadt mitrális billentyű, és így kézenfekvő magyarázatnak tűnt, hogy a társuló mitrális insufficiencia, illetve ennek következményeként létrejövő bal kamra-hypertrophia okozza az eltéréseket a frontális síkban. Chabot és mtsai (5) sikeres műtéti megoldás után azt tapasztalták, hogy a frontális síkban a VKG változatlan a műtét előttihez képest (pedig a mitralis regurgitatio és a bal kamratúlterhelés megszűnt). A horizontális síkban viszont sikeres műtétek után a jobb kamrahypertrophia jelei visszafejlődtek. Véleményével csatlakozik a mások által felvetett elmélethez, hogy valamilyen intraventricularis vezetési zavar okozza a frontális VKG képek eltéréseit.

cularis vezetési zavar okozza a VKG elváltozásokat a frontalis és sagittalis síkban (19, 24). *Durrer és mtsai* (6) 1966-ban primum defektusos betegek műtete közben az epicardiumról elvezetett EKG-on kimutatták, hogy a posterobasalis epicardiális terület már a depolarizáció kezdete után 28–35 msec-mal ingerületbe kerül (normálisan a kamrai depolarizáció kezdete után 70 msec-mal, vagy ennél később történik). Véleményük szerint ez okozza az észlelt VKG jelenségeket. Kutyákon kísérletesen is igazolták, hogy a posterobasalis terület kelleténél korábbi izgatásával a frontalis VKG-n primum defektusra jellemző VKG képet lehet létrehozni.

A kamrai septum defektusban és Fallot-tetralógiában a VKG-kép teljesen eltér a primum defektusban észlelttől, azonban a kamrai septum defektusok 8,9%-ában és Fallot-tetralógiák 6,4%-ában a VKG kép primum defektusra jellemző (10). Az esetek nagyrésze sectióra került, és gondos histológiai feldolgozás során kiderült, hogy a His-nyalákból már a balszár szokványos elágazási helye előtt is indulnak rostok a bal kamra posterobasalis részéhez (haszonlón, ahogyan ez primum defektusban van). Ez a vezetési zavar lenne a magyarázata annak, hogy a Fallot-tetralógia és a kamrai septum defektus egyes esetekben septum primum defektusra jellemző VKG elváltozásokat lehet észlelni (természetesen azokban az esetekben, ahol a VKG kép megfelelt a Fallot-tetralógiában és a kamrai septum defektusban megszokott képnek, ott ilyen vezető rendszerű anomáliát nem találtak). *Summer és mtsai* (23) pitvari septum primum defektusban szenvedők egészséges rokonain lényegesen nagyobb gyakorisággal talált primum defektusra jellemző VKG képet. Tehát valószínű, hogy a pitvari septum primum defektushoz csaknem mindig társuló intraventricularis vezetési zavar ritkábban más anomáliákhoz is társulhat, illetve primum defektusos betegek hozzátartozóiban is előfordulhat.

A beteganyag áttekintése alapján az a véleményünk, hogy — ha egyéb módszerekkel a pitvari septum defektus diagnosisát felállítják — a defektus két típusának elkülönítése szempontjából a VKG igen értékes kiegészítője az EKG-nak.

Összefoglalás. A szerző nyitott szívűtettel igazolt 15 pitvari septum secundum és 6 primum defektus VKG képét vizsgálja. *McFee* és *Parungao* elvezetési módszerével, *Duchosal* és *Pasche* által módosított elektródákkal. Az irodalom alapján áttekinti a pitvari septum defektus VKG jelenségeinek pathomechanismusát. A hat primum defektus miatt operált beteg VKG-ján a frontalis síkban a hurok minden esetben óramutató járásával ellen-

kező irányú volt; a hurok, valamint a középídő felé helyezett. A félidő átlaga -106° , a QRS maximum átlaga $-55,5^\circ$. A 15 secundum típusú defektusos beteg közül a frontalis VKG-n 10 esetben a hurok az óramutató járásával megegyező irányú volt; a görbe és a félidő az E pont alá esett. Négy esetben a hurok nyolcas formájú volt, és a félidő, valamint a hurok nagyobb része a bal alsó quadránsban helyezkedett el. Egy esetben észlelt a szerző csak óramutató járásával ellenkező irányú hurkot a frontális VKG-n secundum típusú betegek közül, azonban a hurok jellege különbözött a primum defektusban észlelt frontális VKG-tól.

Mind az irodalom, mind a saját tapasztalata alapján hasznos kiegészítő eljárásnak tartja a VKG vizsgálatot a pitvari septum defektus két típusának elkülönítésében.

IRODALOM: 1. *Arstila, M., Dahl, M., Kallio, V., Scheinin, T. M.*: Ann. Paediat. Fenn. 1967, 13, 17. — 2. *Beregovich, J., Bleifer, S., Donoso, E., Grisham, A.*: Circulation. 1960, 63, 21. — 3. *Brody, D. A., Arzbaeher, R. C.*: Circulation. 1964, 29, 533. — 4. *Campbell, M., Missen, G. A. K.*: Brit. Heart J. 1957, 19, 403. — 5. *Chabot, M., Karamehmet, A., Bourassa, M., David, P.*: Canad. med. Ass. J. 1965, 93, 1340. — 6. *Durrer, D., Ross, J. P., van Dam, R. Th.*: Amer. Heart J. 1966, 71, 642. — 7. *Dushane, J. W., Weidman, W. H., Brandenburg, R. O., Kircklin, J. W.*: Circulation. 1960, 21, 363. — 8. *Dushosal, P. W., Pasche, R.*: Amer. Heart J. 1966, 72, 287. — 9. *Egenberg, K. E.*: Acta med. scand. 1964, 175, 239. — 10. *Feldt, R. H., Dushane, J. W., Titus, J. L.*: Circulation. 1966, 34, 774. — 11. *Frank, E.*: Circulation. 1956, 13, 737. — 12. *Gambo, R., White, N.*: Amer. Heart J. 1968, 73, 449. — 13. *Gup, A. M., Franklin, R. B., Hill, J. E.*: Amer. Heart J. 1965, 69, 619. — 14. *Hamer, N. A. J.*: Brit. Heart J. 1958, 20, 215. — 15. *Kaneko, K., Simonson, E., Schmitt, O. H.*: Amer. Heart J. 1967, 74, 58. — 16. *Liebman, J., Nadas, A. S.*: Circulation. 1960, 22, 956. — 17. *McFee, R., Parungao, A.*: Amer. Heart J. 1961, 62, 93. — 18. *Ongley, P. A., Dushane, J. W.*: Vectorcardiography. North-Holland Publishing Company, Amsterdam. 1965, p. 339. — 19. *Yu-Chen Lee, Scherlis, L.*: Circulation. 1962, 25, 1024. — 20. *Schmitt, O. H., Simonson, E.*: Arch. intern. Med. 1956, 96, 737. — 21. *Simonson, E.*: Vectorcardiography. North-Holland Publishing Company, Amsterdam 1965, p. 3. — 22. *Simonson, E., Horibe, H., Okamoto, N., Schmitt, O. H.*: Vectorcardiography. North-Holland Publishing Company, Amsterdam. 1965, p. 38. — 23. *Sumner, R. G., Jacoby, W. J. jr., Phillips, J. H., Tucker, D. H.*: Amer. J. Cardiol. 1965, 15, 148. — 24. *Toscano-Barbosa, E., Brandenburg, R. O., Burchell, H. B.*: Proc. Mayo Clin. 1956, 31, 513.

ASKLEPIADES bythiniai származású római orvos (i. e. I. század). *Démokritos* atomtanát alkalmazta az orvostanban, a solidar-pathologia megalkotója. Szerinte a test atomokból felépített, azok között kis nyílások (pórusok) vannak. Az egészség ezek harmóniája. Ha az atomok mozgása akadályozott, akkor stasis keletkezik, de a túl szűk vagy kitágult pórusok is betegséget okoznak. Ezek kezelésére fürdöket, izzasztást, böjtöt, borogatást és hasajtást tart szükségesnek. Élesen elkülöníti a sérülésszerű és a genuin epilepsiát. Felismeri, hogy a lázas betegségek okozta delirium nem azonos az elmebetegségekkel. A hasvízkórt és a bokaduzzanatot a szervezetben megnövekedett víztartalom következményének tartja. Leírja, hogy a bor igen alkalmas lázas, étvágytalan betegek táplálására. Nagy súlyt helyez a diaetikára. Műveit *Vilas* 1903-ban adta ki (Wien).

Péterfy Sándor utcai Kórház, „A” Belosztály és Klinikai-farmakológiai Munkacsoport (vezető: Bíró László dr.)

Gentamycinnel, mint szélesspectrumú antibiotikummal végzett klinikai-farmakológiai vizsgálatok* I.

Gentamycinnel végzett laboratóriumi vizsgálatok

Bíró László dr., Iván Éva dr., Árr Magda dr. és Perényi Tibor dr.

A gentamycin a pseudo-oligosaccharid antibioticum csoport (streptomycin, kanamycin, neomycin és paromomycin) egy új tagja. Weinstein és mtsai (31) állították elő a Schering-gyár kutatólaboratóriumában. A gentamycint két definiálatlan micromonospora törzs submers kulturájából izolálták (19). A micromonospora törzseket még ugyanabban az évben taxonomiailag és fiziológiailag Luedemann és Brodsky (14) definiálták. A két termelő törzs, a Micromonospora purpurea (NRL 2953) és a Micromonospora echinospora (NRRL 2985). A micromonospora törzsek a gentamycin komplexen kívül más antibacteriális anyagokat is termelnek (28): microcin, micromonosporin és everniomycint.

Lechevalier, H. A. és Lechevalier, M. P. (12) összefoglalják a micromonospora törzsek taxonómiaját, fiziológiáját és rövid jellemzést adnak az általuk termelt antibiotikumok bacteriális hatásspectrumáról, kémiai és physical-chemical jellemzőiről. A biosynthesis közben több stereoisomer, és bizonyos „mellékreakciók” miatt a fermentléből antibioticum komplexek izolálhatók. A complex elválasztása után vizsgálják és választják ki az antimicrobialis szempontból legaktívabb hatóanyagokat. A gentamycin antibioticum complex legalább 16 componensből áll, amelyek közül a legnagyobb mennyiségben és aktivitásban a legszélesebb hatásspectrumú fraktiókat C₁, illetve C₂-vel jelölték (24).

A pseudo-oligosaccharid típusú antibioticum csoport tagjai közül a gentamycin, neomycin és kanamycin hasonló szerkezeti felépítésűek. Közös componensük a 2-deoxystreptamin csak a két-két aminocukor substituensükben különböznek. A gentamycin molekulában találunk egy újonnan felfedezett aminal-xylozt (N-methyl-3-amino-D-xyloz), amely vegyületnek a gentozamin nevet adták (28).

A gentamycin két componensének (C₁ és C₂) N-acil származékai chromatographián szétválaszthatók és az N-acil származékok microbiológiai aktivitása lúgos hydrolysisal reactiválható (27). A szétválasztásra ioncserés technikát és cellulóz töltetű oszlopot használtak (2). Rosset et mtsai (19) részletesen jellemezték a gentamycin főbb componenseinek kémiai és physical-chemical paramétereit. A gentamycin további szerkezeti caracterizálásával Maehr és Schaffner (15) foglalkozott részletesen.

A nyerstérmekek és N-acil származékainak ioncserés, vékonyréteg- és papírchromatographiás vizsgálatát legújabbán Maehr és Schaffner (16) írták le.

A vegyület színtelen, kristályos, jó vízdékonysággal rendelkezik és sulfat só formájában kerül ki-

szerezésre. A parenteralis készítményeit paraben származékokkal tartósítják.

A gentamycin microbiológiai hatásspectrumával közlemények egész sora foglalkozik (1—3, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 18, 20—23, 25, 28, 29, 31, 32). A vizsgálati eredmények alapján világosan kitűnik — és az adatok eléggé ellentmondásmentesek —, hogy a gentamycin széles hatásspectrumú mind a Gram-positív, mind a Gram-negatív pathogen microorganismusok ellen. A minimalis gátlási koncentráció alapján mért hatása 0,02—10,0 µg/ml között változik a vizsgált kórokozótól függően. A bacteriostaticus hatást 0,02—2,5 µg/ml, bactericid hatást 0,09—10,0 µg/ml koncentrációban fejt ki (29).

A kórokozóknak a gentamycinnel szembeni resistenciájával és a keresztreszistenciával foglalkozó közlemények beszámolnak arról, hogy a resistencia kialakulása lassú folyamat (1, 3, 4, 5, 29, 32). Többszöri, növekvő gentamycin koncentrációt tartalmazó táptalajon való átoltás szükséges — 16—20-szor —, hogy resistencia kialakuljon, vagy legalábbis magas minimalis gátlási koncentrációval (MIC) — 500—700 µg/ml — szemben resistens törzseket tudjanak előállítani. A gentamycinnel rokon szerkezetű antibiotikumoknál (kanamycin, neomycin, stb.) a resistencia kialakulása sokkal gyorsabb folyamat. Több kísérleti adat szerint a neomycinre és kanamycinre resistens microorganismusokra a gentamycin viszonylag alacsony koncentrációban is hatásos (3, 32). Az esetek többségében a gentamycinre resistensé tett törzsekre hatástalan volt a neomycin és kanamycin is (3).

A gentamycin in vitro és in vivo hatását jelentősen befolyásolja a közeg pH-ja és osmosis nyomása. A pH növekedésével (semlegestől kissé lúgos pH felé) jelentősen növekedik az antibacterialis aktivitás (3, 9, 20), a magas osmotikus nyomás viszont csökkenti a hatást (9).

Jelen közleményünkben 862 klinikai anyagból származó, főleg Gram-negatív kórokozó összehasonlító érzékenységi vizsgálatát végeztük el gentamycinnel és ampicillinnel. Továbbá a gentamycin protein és más macromolekulához mutatott kötődésével kapcsolatos vizsgálatainkról számolunk be.

Vizsgálataink

A kórokozók gentamycin iránti érzékenységét 862 klinikai anyagból nyert (vizelet, epe, köpet) bacteriumnál határoztuk meg. A vizsgálatokat húsleves táptalajban, csömódszerrel, sorozathígításban végeztük. A növekedést gátló koncentrációt 18 óra múlva olvastuk le.

A minimalis gátlási koncentrációt (MIC) csőhígítási módszerrel húsleves táptalajban gentamycin-sulphat jelenlétében végeztük.

* Országos Műszaki Fejlesztési Bizottság támogatásával készült.

Gentamycinnek logaritmikus és stationer phasisban levő kórokozókra való hatását, in vitro, dialysáló hártya segítségével — telepképző csíraszámolással követtük nyomon.

Protein gentamycin kötőképességének microbiológiai meghatározásához a 4716 jelzésű proteus vulgaris törzset használtuk, melynek gentamycinnel mért MIC-ja 0,12 µg/ml volt. A vizsgálatokhoz kristályos human albumint és human — egészséges, friss — serumot használtunk. A protein (albumin) gentamycin kötőképességének mértékét az alábbi képlet alapján számítottuk ki (6):

$$\frac{\text{MIC húsleves táptalajban}}{\text{MIC albumin tartalmú táptalajban}} \times 100 = \text{hatás százaléka}$$

A proteinhez való kötődést dialysis methodikával is meghatároztuk. A dialysis egyensúly beállta után (18 óra) a megfelelő controllok figyelembe vételével quantitativ ninhydrin reactióval meghatároztuk a dialysatumban a gentamycin mennyiségét.

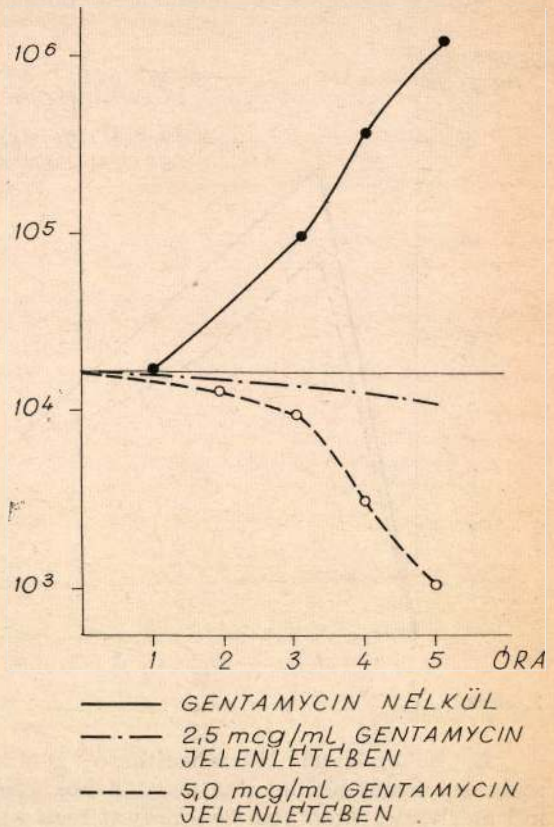
A hőmérséklet hatását a gentamycin protein kötődésére 30 perces hőkezelt gentamycin tartalmú serum és ugyanannak kezeletlen mintájából microbiológiai módszerrel végeztük.

A heparinhoz való kötődést spectrofotometriás módszerrel vizsgáltuk. A heparin-toluidinkék complex spectrumának változását vizsgáltuk gentamycin jelenlétében.

Eredmények

Klinikai anyagból származó 862, főleg Gram-negatív kórokozó quantitativ érzékenységét vizsgáltuk meg gentamycinnel és ampicillinnel szemben. (Az ampicillinnel való összehasonlítás kiválasztott beteganyagunk szempontjából volt indokolt, ezt a második — klinikai — részben tárgyaljuk.)

TELEPKÉPZŐK SZÁMA/ml



1. ábra.

1. táblázat

| Kórokozó megnevezése | Vizsgált kórokozók száma | Gentamycin érz. %-ban | | | | | Ampicillin érz. %-ban | | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------------------------|------|-----|------|----|------------------------------------|------|------|------|------|
| | | antibioticum: mcg/ml koncentratio | | | | | antibioticum mcg/ml koncentratio : | | | | |
| | | 1 | 2 | 5 | 10 | R. | 5 | 10 | 25 | 50 | R. |
| E. coli | 469=100% | 90,1 | 8,1 | 1,1 | 0 | 0 | 26,0 | 10,8 | 14,2 | 8,1 | 40,9 |
| Proteus csop. | 179=100% | 91,6 | 5,1 | 3,3 | 0 | 0 | 32,3 | 10,1 | 8,9 | 10,7 | 3,8 |
| Klebsiella ae. | 107=100% | 89,9 | 5,6 | 4,5 | 0 | 0 | 22,4 | 3,7 | 11,2 | 18,8 | 43,9 |
| Ps. aeruginosa. | 49=100% | 77,5 | 16,3 | 6,2 | 0 | 0 | 6,2 | 2,0 | 13,6 | 6,2 | 72,0 |
| Str. faecalis. | 23=100% | 78,0 | 22,0 | 0 | 0 | 0 | 22,0 | 30,4 | 17,3 | 4,3 | 26,0 |
| Str. haemolit. | 5=100% | 80,0 | 0 | 0 | 20,0 | 0 | 40,0 | 0 | 40,0 | 0 | 20,0 |
| Staph. aur. | 30=100% | 83,3 | 10,0 | 6,7 | 0 | 0 | 33,4 | 10,0 | 16,6 | 13,4 | 16,6 |

Az 1. táblázat a vizsgált kórokozók gentamycin és ampicillin érzékenységét mutatja százalékban kifejezve.

A minimalis gátlási koncentratio meghatározásánál húsleves táptalajban, kisléptékű hígítási sorozatok beállításával dolgoztunk. A MIC értéke 0,08 és 5,0 µg/ml között változott. A vizsgált kórokozók 85%-ánál a MIC értékét 1,0 µg/ml alatt találtuk.

A gentamycin hatását in vitro — modellkísérletben — vizsgáltuk növekedési phasisban levő kórokozóra, két különböző gentamycin koncentratio mellett. Öt órán keresztül figyeltük a telepképző csíraszám változást. Az élő csírák számának csökkenését mutatja be az 1. ábra.

A gentamycin hatása az első órán belül érvényesült és a megfigyelési idő alatt fokozatosan csökkent a telepképzők száma, a controll minta kifejezett csíraszám szaporodásával szemben. Mosott bacterium suspensióval végezve a megfigyelést, a

telepképzők számának csökkenése még kifejezettebbé vált.

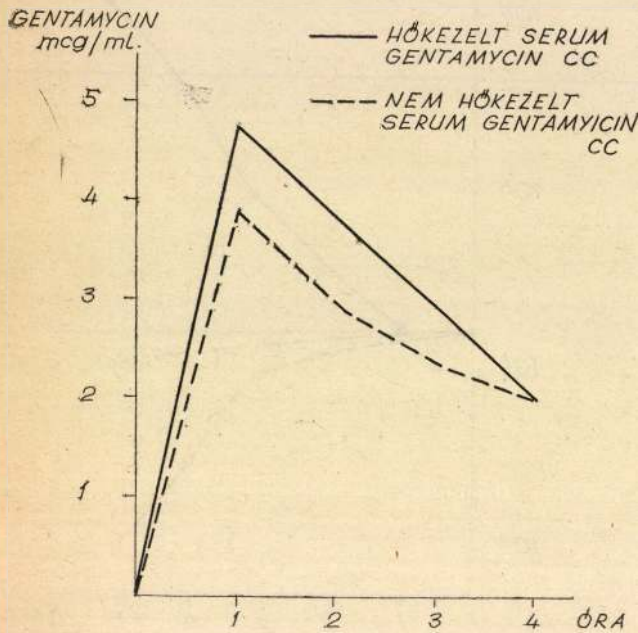
A protein gentamycin kötő képességének meghatározásánál a MIC vizsgálatot meghatározott albumin koncentratio jelenlétében is elvégeztük.

A megadott képlet alapján számított protein-kötődés 31—35%-nak adódott.

Dialysises vizsgálat alapján kb. 27%-os kötődést kaptunk az ép human serumhoz.

Hőkezelés hatását vizsgálva a proteinhez kötött gentamycinre azt találtuk, hogy az in vivo és in vitro létrejött protein—gentamycin complex hőkezelésre megbomlik. Gentamycin tartalmú serum antibioticum tartalmát microbiológiai módszerrel (hígítós csömódszer) meghatározva, és ugyanezen serum minta 30 perces 56° C-os kezelése után a mértést megismételve, utóbbi esetben mindig magasabb értéket kaptunk.

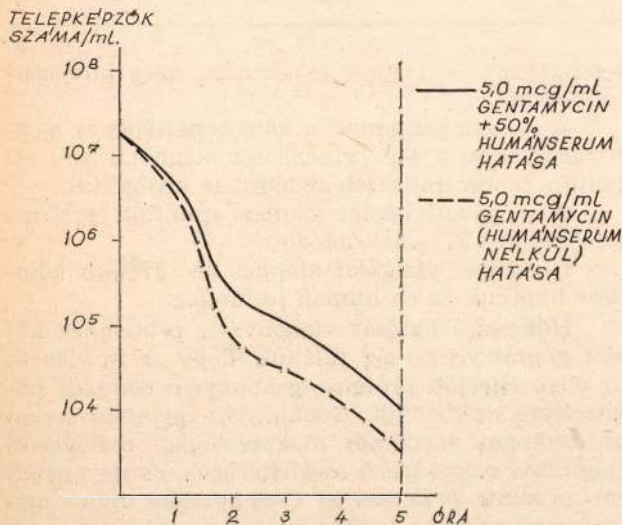
A 2. ábrán egy gentamycinnel kezelt beteg serumának gentamycin szint vizsgálatának eredménye látható, kezeletlen és hőkezelt állapotban.



2. ábra.

A hőkezeléssel felszabadítható gentamycin, mely így ismét biológiailag activ, a hőkezelés nélkül mérhető gentamycin 25–30%-át teszi ki. Megfigyelésünk, hogy a felszabadulás in vivo spontán is létrejön 4–6 órával a gentamycin beadása után.

In vitro modellben vizsgáltuk a gentamycinnek biológiai szempontból inactív formában való proteinkötődését. A dialysáló hártában levő bacterium suspensiót csak gentamycint, illetve gentamycint és human serumot tartalmazó milieube helyeztük. A telepképző csíraszám változással határoztuk meg az effectust. Ötórás megfigyelés alatt azt tapasztaltuk, hogy serum fehérje jelenlétében a bactericid hatás alatta maradt a fehérjementes



3. ábra.

összeállításnál tapasztalt hatásnak. A 3. ábra a telepképző csíraszám változását mutatja be, mosott bacterium suspensióban 5,0 $\mu\text{g/ml}$ gentamycin, és 5,0 $\mu\text{g/ml}$ gentamycin + 50% human serum jelenlétében.

A vizsgálatnál a második órától a serumot tartalmazó összeállításnál 30%-os effectus elmaradást tapasztaltunk.

A heparinhoz való kötődést a toluidinkék, toluidinkék—heparin, és toluidinkék—heparin—gentamycin tartalmú oldatok spectrumának a látható tartományban való mérésével végeztük. Ez a vizsgálat azt mutatja, hogy a gentamycin részben megbontja a heparin—toluidinkék complexet.

Értékelés

A gentamycinnel és ampicillinnel szemben végzett érzékenységi vizsgálatok, melyet 862 klinikai anyagból nyert bacteriumtörzsszel végeztünk el, azt mutatják, hogy a gentamycin széles spectrumú antibioticum, egyaránt jól hat Gram-negatív és Gram-positív kórokozókra. Az általunk vizsgált kórokozók 85%-a már 1,0 $\mu\text{g/ml}$ gentamycin jelenlétében elpusztult. Resistenciát nem tapasztaltunk és a betegek kezelése alatt végzett ismételt érzékenységi vizsgálatoknál resistencia kialakulása sem volt megfigyelhető. Az irodalmi adatok alapján resistencia mesterségesen is csak hosszadalmas átoltásokkal lehetséges (1, 3, 5, 29, 32).

Az általunk vizsgált törzsek ampicillin iránti érzékenységi vizsgálatát értékelve azt látjuk, hogy 5,0 $\mu\text{g/ml}$ koncentrációra csak 26,6%-ban voltak érzékenyek a kórokozók, 32%-ban pedig még 50,0 $\mu\text{g/ml}$ ampicillin koncentrációra is resistensnek mutatkoztak. Ismételt vizsgálatoknál ampicillinnel szembeni resistencia kialakulása is megfigyelhető volt.

A logaritmikusan phasisban levő kórokozókra való hatás vizsgálatánál a telepképző csíraszám csökkenés egy órán belül elkezdődött és 5 órás megfigyelésünk alatt a gentamycin koncentrációtól függetlenül a bactericid hatás egyre kifejezettebbé vált.

A gentamycin proteinhez való kötődését különböző methodicákkal vizsgálva, a kötődési százalékot human serumhoz, illetve human albuminhoz 30% körülinek találtuk. A kapott eredmény jó egyezést mutat az irodalomban közölt adatokkal (3, 9, 29, 30).

Megállapítottuk, hogy a fehérjék (serum) hőkezelése csökkenti, gyakorlatilag megszünteti a gentamycin-protein kötődést. Ennek fordítottja is igaz, mert hőkezeléssel a gentamycin-protein complex megbontható. A proteinhez kötött gentamycin microbiológiailag inactív, de hőkezeléssel felszabadítva ismét activ. In vivo is létrejön a complex felbomlása a gentamycin beadása után 4–6 órával. Más antibioticumokkal végzett protein kötődési vizsgálatunkban a protein-antibioticum complex kialakulására, illetve a complex felbomlására a hőkezelés hasonló hatásának bizonyult. Hőkezelésre a fehérjék másodlagos szerkezete bizonyos

változást szenved és az lényeges kihatással van a protein-antibiotikum complex kialakulására.

Egyelőre kvalitatív megfigyelésünk az, hogy a heparin—toluidinkék complex spectrumba gentamycin hatására megváltozik és a változás a tiszta toluidinkék spectrumba felé tendál, ez arra enged következtetni, hogy a gentamycin és toluidinkék között competitív gátlás van a heparin molecula kötődési helyéért. Ezen eredmények részletezését egy későbbi dolgozatunkban ismertetjük. A spectrofotometriás vizsgálataink mindenestre azt a következtetést engedik levonni, hogy a heparin a gentamycin hatását antagonizálja.

Összefoglalás. A gentamycin széles spectrumú, a pseudo-oligosaccharid antibiotikum csoport új tagja. Egyaránt jól hat a Gram-negatív és a Gram-positív kórokozókra. Resistencia kialakulása igen lassú folyamat.

826 klinikai esetből nyert kórokozó gentamycin érzékenységét vizsgálva resistens törzset nem találtunk, a kórokozók 85%ban már 1 µg/ml koncentrációra érzékenynek bizonyultak.

A gentamycin protein kötődését különböző methodicákkal vizsgálva a gentamycin-protein complex 30%-nak adódott. A kötődés egyben a biológiai aktivitás csökkenését jelenti. A kötődés hőkezeléssel felfüggeszthető, illetve a protein-gentamycin complex megbontható. Az így felszabaduló gentamycin biológiailag activ, változatlan antimicrobialis hatást fejt ki.

Spectrofotometriásan megfigyeltük a gentamycin heparin-toluidinkék complexre való hatását és eredményeink alapján heparin-gentamycin kötődést feltételezünk.

IRODALOM: 1. Altucci, P., Sapio, U. and Esposito, E.: *Chemotherapia* (Basel) 1965/66, 10, 312. — 2. Altucci, P., Sapio, U. and Esposito, E.: *Proceedings of First International Symposium on Gentamycin*. Paris, January 1967. 112. — 3. Barber, M. and Waterworth, P. M.: *Brit. Med. J.* 1966, 1, 203. — 4. Bulger, R. J., Sidell, S. and Kirby, W. M. M.: *Ann. Intern. Med.* 1963, 59, 593. —

5. Chabbert, Y. A.: *Proceedings of First International Symposium on Gentamycin*. Paris, January 1967. 19. — 6. Colville, J. M. and Quinn, E. L.: *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1961. 600. — 7. Graber, C. D., Stone, H. H., Kolb, L. and Martin, J. D.: *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1963. 161. — 8. Hough, C. E., Ehrman, W. and Whitman, W.: *Clin. Med.* 1966. 73, 55. — 9. Jackson, G. G.: *Proceedings of First International Symposium on Gentamycin*. Paris, January 1967. 62. — 10. Jao, R. L. and Jackson, G. G.: *J. Am. Med. Ass.* 1964, 189, 817. — 11. Klein, J. O., Eickhoff, T. C. and Findland, M.: *J. Amer. Med. Sci.* 1964, 248, 528. — 12. Lechevalier, H. A. and Lechevalier, M. P.: *Annual Review of Microbiology*. 1967, 21, 71. — 13. Lindberg, A. A., Bucht, H. and Kallings, L. O.: *Proceedings of First International Symposium on Gentamycin*. Paris, January 1967. 75. — 14. Luedemann, G. M. and Brodsky, B. C.: *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1963. 116. — 15. Maehr, H. and Schaffner, C. P.: *J. Amer. Chem. Soc.* 1967, 89, 6787. — 16. Maehr, H. and Schaffner, C. P.: *J. Chromatography*. 1967, 30, 572. — 17. Müller, F. E.: *Proceedings of First International Symposium on Gentamycin*. Paris, January 1967. 148. — 18. Rabinovich, S., Snyder, I. S. and Smith, I. M.: *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1963. 164. — 19. Rosselet, J. P., Marquez, E., Meseck, A., Murawski, A., Hamdan, A., Joyer, C., Schmidt, R., Migliore, D. and Herzog, H. L.: *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1963. 14. — 20. Rubenis, M., Kozij, V. M. and Jackson, G. G.: *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1963. 153. — 21. Ryc, M.: *Cesk. Epidem.* 1967, 16, 52. — 22. Sander, J. and Blasius, C.: *Dtsch. Med. Wschr.* 1968, 29, 1401. — 23. Serre, S. G.: *Trans. N. Y. Acad. Sci.* 1967, 29, 575. — 24. Schaffner, C. P. and Maern, H.: *Abstr. Amer. Chem. Soc. 149th. Meeting, Detroit*. 1965. — 25. Shimizu, K.: *Proceeding of First International Symposium on Gentamycin*. Paris. January 1967. 84. — 26. Stone, H. H., Martin, J. D., Huger, W. E. and Kolb, L.: *Burns. Surg. Gynec. Obstet.* 1965, 120, 351. — 27. Wagman, G. H. and Weinstein, M. J.: *J. Med. Chem.* 1964, 7, 800. — 28. Weinstein, M. J.: *Proceedings of First International Symposium*. Paris. January 1967. 9. — 29. Weinstein, M. J., Luedemann, G. M., Oden, E. M. and Wagmann, G. H.: *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1963. 1. — 30. Weinstein, M. J., Luedemann, G. M., Oden, E. M. and Wagmann, G. H.: *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1965. 816. — 31. Weinstein, M. J., Luedemann, G. M., Oden, E. M., Wagman, G. H., Rosselet, J. P., Marquez, J. A., Coniglio, C. T., Charney, W., Herzog, H. L. and Black, J.: *Med. Chem.* 1963, 6, 463. — 32. White, A.: *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1963, 17.

Napi 3—6 **TRIOXAZIN** tabletta az intellektus és a mozgáskészség befolyásolása nélkül szünteti meg a szorongást, a túlfeszített idegállapotot és a pszichés nyugtalanságot.

Nem hátrányos a reflexidő és a koordinációs készség szempontjából, gépkezelők, gépjárművezetők is használhatják!

Adagolását és a többi tudnivalót lásd a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” című kézikönyvben.

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

DIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK

János Kórház-Rendelőintézet, Központi Röntgenlaboratórium (főorvos: Hajdu Imre dr.)

Adatok a polypoid és ulceriform korai gyomorrák differenciáldiagnosztikájához*

Hajdu Imre dr., Balogh István dr. és Forgács Sándor dr.

Differenciáldiagnosztikai problémák klasszikus gyomorrákban sem ritkák (10, 16, 26), de még inkább előtérbe kerülnek korai gyomorrákok eseteiben. A makroszkópos elváltozásokat okozó korai gyomorrák komplex vizsgálatokkal megközelítően diagnosztizálható, de természetesen minél kisebb az elváltozás, annál nehezebben. A folyamat jellegét azonban a mélységi terjedés határozza meg, így a kis rák és a korai rák nem mindig azonos fogalom.

A korai gyomorrák alapvető kritériumát Gutmann és Bertrand határozta meg (7, 8, 9): a rákos beszűrődés csak a nyálkahártyára korlátozódik, vagy legfeljebb egy helyen körülírtan tör be a submucosába. A korai gyomorrákot a Borrmann-féle típusbeosztáshoz hasonlóan (3) — Konjetzny (12) a makroszkópos kép szerint 5 kategóriába sorolta.

A röntgendiagnosztikai vizsgáló módszerek kidolgozottak és ismertek (4, 5, 6, 9, 18, 19, 20, 31, stb.). Bármilyen módszerrel is vizsgálunk azonban, a radiológiai symptomatológia a gyanújelek összességéből áll. Ezeket a röntgentüneteket, illetve gyanújeleket régebben is ismerték, de csak az utóbbi időben tárták fel pathológiai vonatkozásait, prognosztikai jelentőségüket (2, 6, 10/a, 31, 32).

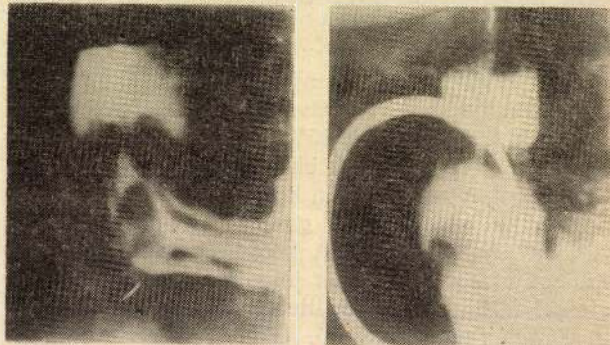
Ha a korai gyomorrák polypoid vagy ulceriform alakban jelentkezik, a diagnózis könnyebb. Ezt bizonyítja beteganyagunk is (10/a, 11). Korai gyomorrák eseteinket makroszkópos típus szerint felbontva hasonlítottuk össze Shirakabe adataival (20, 22). Azt találtuk, hogy a polypoid és ulceriform elváltozások diagnosztizálása tekintetében a japán szerző eredményeihez képest lényeges lemaradásunk nincsen. Ha azonban polypoid, vagy ulceriform elváltozás nem mutatható ki, és a rák a mucosában infiltratív növekszik, a diagnózis alapjául szolgáló makroszkópikus jelek kevésbé megbízhatókká válnak.

Az irodalmi adatok (2, 6, 15, 20, 21, 22, 23) és saját beteganyagunk áttekintése alapján megállapíthatjuk, hogy a következő elváltozások okoznak leggyakrabban differenciáldiagnosztikai problémát.

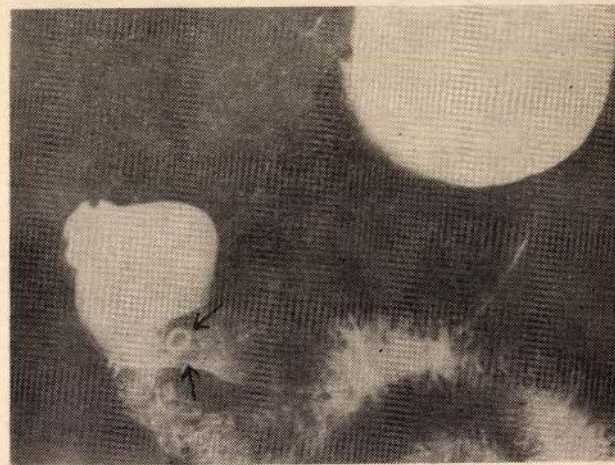
1. A gyomor lumene felé növekvő formák közül: benignus polypus, benignus mucosa megvastagodás, normál nyálkahártya környezetében atrophias mucosával, heterotrop bélnyálkahártya, vagy pancreas szövet, eosinophyl granuloma, benignus ulcus. stb.

* A IV. Magyar Radiológus Kongresszuson elhangzott előadás alapján (1968. Debrecen).

1. eset: I. P.-né, 64 éves. Négy éve dysphagiás panaszai vannak. Panaszai másfél éve fokozódtak, gyakori hasmenés, haspuffadás. Ezen idő alatt 26 kg-ot fogyott. Fizikális statusában diffuse megnagyobbodott pajzsmirigyen kívül lényeges eltérés nincsen. Laboratóriumi leletei a normál értékek határain belül. Gyomor rtg-vizsgálat alkalmával praepyloricusan a nagy-



1. ábra.

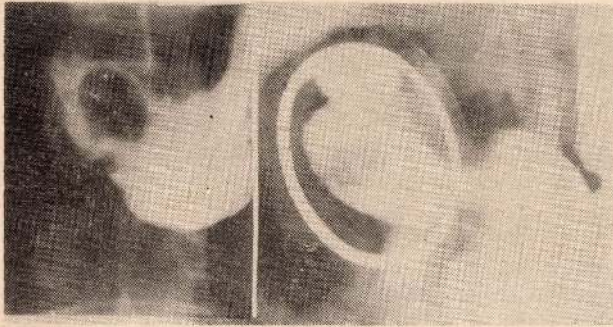


2. ábra.

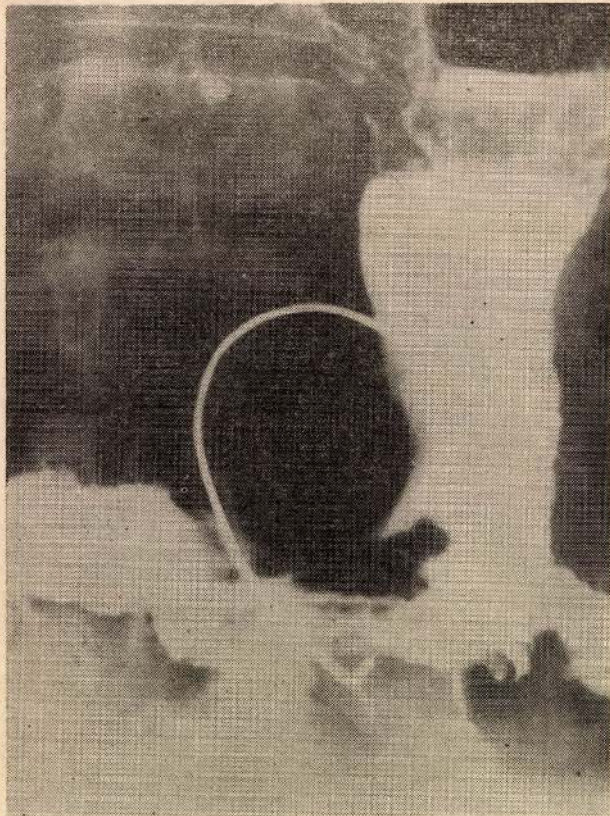
görbületi kontúr közelében cseresznye nagyságú, enyhén mobilis polypoid árnyékkiesést észleltünk (1. ábra). Kivonat a műtéti leletből (Gergely dr. főorv.): mogyorónyi polypust kocsányánál fogva eltávolítottuk. Normál nyálkahártya fedi, benignusnak látszik. Kivonat a kórszöveti leletből: a képlet felszínén gyomornyálkahártya látható, helyenként a hypertrophisált mirigyek némi sötétsejtes átalakulásával. Kórszöveti dg.: részben sötétsejtes nyálkahártyapolypus (kórszöveti naplósám: 111.579).

2. eset: J. G.-né, 72 éves. Három hónapja naponta többször ürít híg székletet, ezért történt belgyógyászati kivizsgálása. Nem fogyott. Statusában lényeges eltérés nincs. Frakcionált próbareggeli: anacid. Gyomor-cytológia (Miczbán dr.) kétes III., további obs. javasolt. Röntgenvizsgálat alkalmával a gyomor antrumában borsónyi polypust észleltünk, mely különösen

kettős kontraszt methodussal demonstrálható (2. ábra). *Kivonat a műtéti leletből* (Koncz dr.): A gyomor makroszkóposan ép, benne kóros nem tapintható. Gastrotomia után a nagyörbületen borsónyi, nem exulcerált polypus látható. Éppen kimetsszük. *Kivonat a szövettani leletből:* Az elváltozás adenomatosus gyomorpoly-



3. ábra.



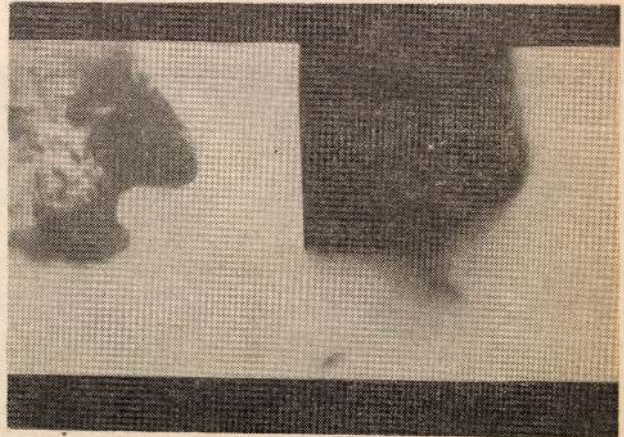
4. ábra.

pusnak felel meg, melyben a mirigyállomány átépülése figyelhető meg. Praeblastomatosus állapotnak tekinthető (kórszövettani naplósám: 108.936).

3. eset: K. J.-né, 49 éves. Egy éve vannak gyomorpanaszai. Nem fogyott. Diétára panaszai csökkentek. Fizikális statusában, laboratóriumi leleteiben lényeges eltérés nincsen. *Röntgenvizsgálat:* praepyloricusan a nagyhajlati oldalon szilva nagyságú, éles szélű polypoid árnyékkiesés látható, melyet malignitásra erősen suspectnek tartottunk (3. ábra). *Kivonat a műtéti leletből* (Jakabfy dr.): praepyloricusan szilványi mobilis tumor tapintható. Nyeles alapon ül, intramurálisan helyezkedik el. Rajta lencsényi területen a nyálkahártya elszürkült. Malignitás gyanúja miatt gyomorresectio sec. Billroth II. *A szövettani lelet meglepő volt:* a gyo-

mornyálkahártya a növedék szélénél kifehélyesedett, a fekély a pepticus ulcus szokott képét mutatja. Az ulcus mögött, valamint a növedéknek megfelelően sarjadzó jellegű kötőszövet szaporodott fel a szokásosnál jóval nagyobb mértékben (kórszövettani naplósám: 111.220).

4. eset: D. J., 54 éves férfi. Öt hónapja fokozatosan erősödő epigastriális fájdalmai vannak. Étvágytalanság, húsundor. 4 kg-ot fogyott. Az epigastriumban tömött resistencia tapintható és fizikálisan is észlelhető ascites. *Gyomorrtg:* az angulus magasságában a hátsó falon diónyi polypoid árnyékkiesés figyelhető meg (4. ábra). *Műtét alkalmával* (Gergely dr. főorv.) nyákos, epés ascites található. A gyomor nagyörbületén ökölnyi tumor. A hasüregben és a májban kisebb-nagyobb áttéti göbök. A mesenterium nyirokcsomói tumorosan infiltráltak. Szövettani vizsgálat: *a szöveti kép alapján* anaplasticus malignus daganat véleményezhető (kórszövettani naplósám: 112.905).



5. a. ábra

5. b. ábra

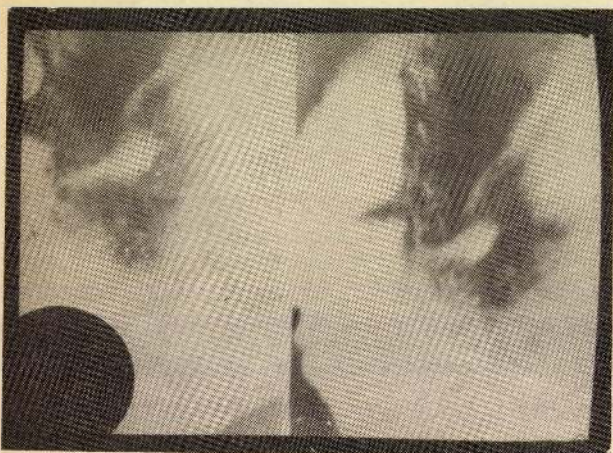
3. betegünk elváltozása benignus, tumort utánzó, jóindulatú fekély hozta létre. Az újabb irodalomban hasonló típusú esetekről *Linsman* (11) számol be. 1. és 2. eset a malignus átalakulás kezdeti jeleit mutatja. 4. betegünkben a rákos elfajulás áttörte a submucosát és a hasüregben is metastasisok voltak. Tehát mind a négy esetben polypoid árnyékkiesés mutatható ki, melyeknek radiológiai megjelenési formája egymáshoz hasonló.

2. *Az ulceriform korai rákok közül a következő elváltozások okozzák a legtöbb differenciáldiagnosztikai nehézséget:* benignus ulcus, különösen a gyógyuló ulcus, multiplex ulcusheg, ulcusheg környezetében erosióval, atrophias gastritis stb.

5. eset: N. J., 53 éves férfi. Fél éve főleg a kora reggeli órákban epigastriális fájdalmak jelentkeznek. Étvágytalan, 5 kg-ot fogyott. Egy alkalommal melaena lépett fel, mely belgyógyászati kezelésre megszűnt. Fizikális statusában, laboratóriumi leleteiben eltérés nincs. *Az első rtg-vizsgálat* alkalmával az angulusban mogyorónyi állandó jellegű telődési többletet írtunk le (5/a. ábra). Kéthetes erélyes ulcus therapia után controllra rendeltük vissza a beteget. Ekkor, panaszai jelentős csökkenéséről számolt be. Az ulcusfészek megkisebbedett, de környezetében a fal merevnek tűnt (5/b ábra) és mellette a nyálkahártya rendezetlen volt. A klinikai remissio ellenére malignitás gyanúját vetettük fel és opust javasoltunk. *Kivonat a műtéti leírásból* (Koncz dr.): a ksigörbületen fekélyes conglomeratum, melyre a hátsó fal felől a pancreas tokja rátapad. A fekély krátere kb. ujjbegyet fogad be. Resectio sec. Billroth I. *Kivonat a histológiai leletből:* a fekély egyik

szélénél apró atypusos hámsejtszövetek, ill. mirigytöredékek burjánzása is megfigyelhető. Pepticus ulcus talaján kialakult kezdődő carcinomának felel meg (kórszövettani naplósám: 114.219).

6. eset: S. E., 68 éves férfi. Egy éve vannak epigastriális fájdalmai. Az első rtg-vizsgálat alkalmával az antrum kishajlatán malignitásra suspect ulcusi írtunk le. Gastroszkopia elvégzését, sebészeti hospitalizációt, kontroll rtg-t javasoltunk. Belgyógyászati kezelésre a beteg panaszai megszűntek, hízott. Kezelő orvosa nem tartotta szükségesnek a javasolt vizsgálatok elvégzését. Fél év múlva újultak ki panaszai. Ekkor történt a kontroll rtg-vizsgálat, amikor a gyomor kontúrján belül elhelyezkedő szilvamagnyi telődési többletet exulcerált tumornak írtuk le (6. ábra). Kivonat a sebészi leletből (Somkúti dr.): a kisgöbületen heges ulcus, mely kb. ujjbegyet fogad be. Resectio sec. Billroth I. Részlet a histológiai leletből: az ulcus környezetében daganatos átalakulás észlelhető, mely a nyálkahártya tunica propriajánál mélyebbre sehol sem látszik beterjedni (kórszövettani naplósám: 112.490).



6. ábra.

Ezek és az ezekhez hasonló esetek győztek meg bennünket arról, hogy minden gyomorfekélyt potenciálisan malignusnak kell tekinteni mindaddig, amíg annak az ellenkezője be nem bizonyosodik. A radiológiailag konstans módon kimutatható ulcusokat, függetlenül a klinikai képtől — véleményünk szerint — meg kell operálni!

3. Az infiltratív korai gyomorrákok diagnosztizálása a legnehezebb. Ezek differenciáldiagnosztikájával a nagy monographiák (5, 13, 20) sem foglalkoznak részletesen. Ezen elváltozások kimutatásában különös jelentősége van a kettős kontraszt methodusnak és az endoscopos vizsgálatnak.

Az irodalmi adatok és saját beteganyagunk áttekintése során az a meggyőződésünk alakult ki, hogy a korai gyomorrák differenciáldiagnosztikája egyedül radiológiailag gyakran lehetetlen. Modern endoscopia (28, 29, 30), cytológia (17, 24, 25, 27) nélkül korszerű gyomordiagnosztika nem valósítható meg. A legkiválóbb eredményeket elérő japánok rutinszerűen alkalmazzák ezeket a vizsgáló módszereket. Amennyiben a korai gyomorrákot kizárni nem tudják, resectiót végeznek. Amióta mi is gyakrabban javasolunk műtétet, eredményeink javultak. Végső diagnózist mindenképpen a szövettani kép dönti el, hiszen még a makroszkópos diagnózisban sem bízhatunk teljesen. A japán Kuru adatai

szerint (14) az esetek 18%-ában a speciálisan nem gyakorlott sebész a korai carcinomás elváltozást nem tapintja, sőt gyakran nem is látja!

Eredményeink további javulását a komplex vizsgálatok, valamint a team-munka kiterjesztésével és a gyomorrákkal kapcsolatos régi, elavult nézet megváltoztatásával reméljük elérni. A közvetlenebbül észlelhető nögyógyászati tu.-ok, mamma cc.-k, látható nyálkahártya cc.-k, bőrrákok kérdésében eredményeket értünk el. A gyomorrák a methodikák finomulásával szintén megközelíthetőbbé vált. Drámai fordulatra nem számítunk, de meggyőződésünk, hogy szívós munkával egyre több korai esetet tárhatunk fel.

Összefoglalás. A makroszkópos elváltozásokat okozó korai gyomorrák komplex vizsgálatokkal megközelítően diagnosztizálható. Minél kisebb az elváltozás, annál nehezebb a diagnózis felállítása. Tárgyalják a differenciáldiagnosztikai nehézségeket okozó gyakoribb kórformákat. A benignus elváltozásoktól való elkülönítés egyedül radiológiailag gyakran lehetetlen. A jövő útját a komplex vizsgálatok rutinszerű alkalmazásában látják.

Köszönetnyilvánítás: ezúton is köszönetet mondunk Miklós György dr. adjunktusnak a kórszövettani vizsgálatok véleményezéséért, valamint sebészeti osztályunknak az operált betegek dokumentációja átengedéséért.

IRODALOM: 1. Benkő Gy.: Orv. Hetil. 1952, 93, 1319. — 2. Benkő Gy.: Belbetegségek korai felismerése és megelőzése. Magyar I. szerkesztésében. Medicina. 1965. 188—201. — 3. Borrmann, R.: Henke—Lubarsch-kézikönyv. 1926. IV. 1, 864. — 4. Fóti M.: 1962, 37, 3, 200. — 5. Frik, W.: H. R. Schinz és mtsai. Lehrbuch d. Rtg-diagn. 1965. V, 100—236. — 6. Gimes B.: Orv. Hetil. 1951, 41, 1334. — 7. Gutmann, R. A.: Le cancer de l'estomac à la période utile. Doin Kiadó. 1956. Párizs. — 8. Gutmann R. A.: Orv. Hetil. 1965, 106, 361. — 9. Gutmann R. A., Bertrand I., Peristiany Th.: Le cancer de l'estomac au début. Doin Kiadó. 1939. Párizs. — 10. Hajdú I. és Kuti Gy.: Remissiók a gyomorrák fejlődésében. Magy. Onkológia. 1967. XI. évf. 2. sz. — 10/a. Hajdú I.: Lehetőségek és kilátások a gyomorrák korai feltárásában. Magy. Rad. 1968. 2. (Bárony- emlékelőadás). 1967. — Hajdú I., Kuti Gy.: Orv. Hetil. 1967, 108, 2262. — 12. Konjetzny, G. E.: Der Magenkrebs. Verlag Enke. 1938. Stuttgart. — 13. Kurokawa, T. és mtsai: Carcinoma of the stomach in early phase. Nakayama—Shoten, Co. Ltd. Tokyo. 1967. — 14. Kuru, M.: Münch. med. Wschr. 1966, 108, 737. — 15. Linsman, J.: Amer. J. Roentgenol. 1967, 101, 421. — 16. Mester E.: Orv. Hetil. 1952, 93, 1319. — 17. Miczbán és mtsai: Orv. Hetil. 1968, 109, 241. — 18. Porcher, P. és mtsai: Klinische Radiologie d. Magens und Zwölffingerdams. Thieme Verlag. Stuttgart. 1959. — 19. Prévot, R. és Lassrich, M. A.: Rtg-diagnostik d. Magen-Darmkanals. Thieme Verlag. Stuttgart. 1959. — 20. Shirakabe, H. és mtsai: Atlas of X-ray diagnosis of the early gastric cancer. Igaku Shoin Ltd. Tokyo. 1966. — 21. Shirakabe, H. és mtsai: Clin. Rad. (Japan) Vol. 12. No. 2. 1967. — 22. Shirakabe, H. és Balogh I.: Előadás a János Kórházban. 1965. — 23. Shirakabe, H. és mtsai: Stomach and Intest. (Japan) may. 25 th, 1967. — 24. Schade, R.: Chirurg. 1962, 33, 113. — 25. Schade, R.: Orv. Hetil. 1966, 107, 838. — 26. Szmirnov: Orv. Hetil. 1952, 93, 613. — 27. Trebitsch M. és Miczbán I.: Balassa J. Kh. Orv. Közl. 1967, 10, 183. — 28. Wittman I.: Balassa J. Kh. Orv. Közl. 1967, 10, 7. — 29. Wittman I.: Orvos és technika. 1967, 6, 167. — 30. Wittman I. és mtsai: Balassa J. Kh. Orv. Közl. 1967, 10, 181. — 31. Zsebők Z.: Orv. Hetil. 1966, 107, 2017. — 32. Szabolcs Z.: A gyomorrák. Akadémiai Kiadó. Budapest. 1966.

A GONDOZÁS KÉRDÉSEI

Szabolcs-Szatmár megyei Tanács Gyermek-Szívgyógyászati Intézet (főorvos: Fazekas Árpád dr.)
és Megyei Kórháza, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztálya (főorvos: Kolontáry László dr.)

A szívhibák jelentősége Szabolcs-Szatmár megye 10 éves szülészeti anyagában

Fazekas Árpád dr. és Bodnár Lóránt dr.

Szabolcs-Szatmár megye sem terület, sem népesség szempontjából nem átlagos megyéje hazánkunknak, mert területi nagyság alapján a 6., míg lélekszám szerint a 4. helyen áll a megyék sorrendjében, s 9,8‰ természetes szaporodásával (15) pedig kimagaslóan vezet (Budapest: —0,5‰ és országosan: 3,6‰!). Megyénk demographiai helyzete így bizonyos mértékig az egész hazai népszaporulatot meghatározza jelenleg, s ezért az itteni tapasztalatok nem pusztán localis jelentőségűek lehetnek.

Érthető tehát, hogy területünkön hosszú évek óta mind intenzívebb vizsgáldások tárgyát képezték a gestatiós folyamatok és a fejlődési rendellenességek (1, 17). Részben összefügg ezzel, hogy megyénkben a veleszületett szívhibák felismerése, ellenőrzése, műtetre irányítása és utógondozása is — eleinte a Megyei Gyermekszakrendelés keretein belül, majd önálló intézetben — mindinkább előtérbe került a betegellátás gyakorlatában.

A továbbiakban a fejlődési rendellenességek közül a veleszületett szívhibákkal fogunk foglalkozni.

A *vitium cordis congenitum* tényleges gyakoriságát Fonó (3) szerint is nagyon nehéz megállapítani, mert az különbözik attól függően (13), hogy a betegek számára vagy boncolási anyagra vonatkozik-e, továbbá, hogy csak a csecsemőket és gyermekeket, avagy a felnőtteket is beleszámítják-e (11) stb. Ismeretére pedig nagy szükség van a gyermekszívgyógyászok hatásos működtetéséhez, minthogy a jobb műtéti effectus érdekében ma már bal-jobb shunt esetén egyre gyakrabban (4) kerül sor műtetre csecsemőkorban, illetve 2 év alatti kisgyermeken, mint akárcsak 5 évvel ezelőtt is! Így ezen szívhibákat már csecsemőkorban fel kell derítenünk, s ehhez — elgondolásunk szerint — a szülészeti intézmények informatiója értékes segítséget nyújthat.

Az 543 000 lakosú Szabolcs-Szatmár megyében 10 év (1958. I. 1.—1967. XII. 31-ig) alatt született 115 215 újszülött anyagunkat éppen ezért a veleszületett szívhibák vonatkozásában elemeztük.

Módszerünk a következő volt: Szabolcs-Szatmár megye kórházi szülészeti osztályai (Fehérgyarmat, Kisvárda, Mátészalka, Nyíregyháza, Vásárosnamény) és szülőotthonai (Baktalórántháza, Csenger, Kemece, Tiszalök, Újfehértó), a Szülészkerületi Főorvosi Hivatal, az Egészségvédelmi körök, az érintett szülők és a KSH Megyei Igazgatóságának adatait 1958. I. 1.—1967. XII. 31-e között évről évre

egyeztetettük, s az 1958. I. 1.—1967. XII. 31-e között születettek közül még élőket 1967 őszén, míg a 2. öt éves periódus hasonló kategóriájába tartozókat 1968 őszén részesítettük a Megyei Gyermek-Szívgyógyászati Intézetben cardiológiai ellenőrző vizsgálatban.

A szóban forgó 10 éves periódusban Szabolcs-Szatmár megyében született 115 215 újszülöttnél 2702 esetben 3116 fejlődési rendellenességet regisztráltunk. Összesen 329 újszülöttnél volt megállapítható *önálló vitium cordis congenitum*, illetve a vitiummal egyidejűleg még egyéb, de a fennálló vitiumnál nem jelentősebb fejlődési rendellenesség. Ezeket kivül észlelt 45 szívbeteg újszülöttet a szívhibájuknál súlyosabb más rendellenesség (pl. anencephalus) miatt a megfelelő más csoportba soroltunk, s ezért jelent feldolgozásban nem szerepelnek.

Hatalmas szülészeti anyagunk elemzését a továbbiakban 5 éves bontásokban végeztük, ami az áttekinthetőség fokozása mellett azért is indokolt, mert — mint az alábbiakban kitűnik — mindkét 5 éves periódusnak külön jellegzetessége van.

Az első 5 éves periódusban (1958. I. 1.—1962. XII. 31.) 61 933 magzatra 1427 fejlődési rendellenesség esett, s ezeket szervrendszerek szerint csoportosítva képet alkothatunk arról, hogy megyénkben a veleszületett szívhibák a fejlődési rendellenességek gyakorisági sorrendjében milyen helyet foglal el.

1. táblázat

| | |
|---|------|
| I. Mozgásszervrendszer | 697 |
| II. Idegrendszer | 234 |
| III. Szív- és érrendszer | 167 |
| IV. Emésztőrendszer | 133 |
| V. Endocrín rendszer | 89 |
| VI. Egyéb (kültakaró, ktsz, stb.) | 45 |
| VII. Húgy-ivarrendszer | 38 |
| VIII. Légzőrendszer | 14 |
| IX. Érzékszervek | 10 |
| Összesen: | 1427 |

Kitűnik tehát, hogy a szervrendszerek veleszületett hibáinak gyakorisága sorrendjében az önálló *vitium cordis congenitum* az igen „előkelő” 3. helyen áll, s csak idegrendszer, valamint a mozgásszervrendszer veleszületett rendellenességei előzik meg. Ez utóbbiak magas értéke kapcsolatos a megyénkben *Illyés* (8) által kiterjesztett orthopaediai szűrővizsgálattal.

Az első 5 évben kimutatott 167 újszülöttkori szív- és érrendszeri fejlődési rendellenesség évenkénti megoszlása a következő: 1958-ban 28, 1959-

ben ugyancsak 28, 1960-ban 35, 1961-ben 33 és 1962-ben 43 eset, azaz középértéket véve alapul, meggyenkben évenként 33,5 szívhibás gyerek születésével kell számolni!

A veleszületett fejlődési rendellenességeknek — és ezen belül a veleszületett szívhibáknak — a koraszülöttséggel való kapcsolatát jelzi, hogy az említett szívhibások 31,7% koraszülött is volt. A 167 szívbeteg újszülött sorsát nyomon követve viszonylag könnyen megállapítható volt, hogy közülük még a szülőintézetekben meghalt 37, akik 6 kivételével boncolásra is kerültek (2. táblázat).

2. táblázat

1958. I. 1.—1962. XII. 31. között boncolt szívbeteg anatómiai kóriméi:

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1. Defectus septi atriorum | 9 |
| 2. Defectus septi ventriculorum | 6 |
| 3. Ductus arteriosus persistens | 4 |
| 4. Aorta-isthmus stenosis | 3 |
| 5. Cor triloculare | 3 |
| 6. Eisenmenger-syndr. | 2 |
| 7. Fallot-tetralógia | 1 |
| 8. Dextrocardia | 1 |
| 9. Aplasia aortae | 1 |
| 10. Szívbillentyűhiba | 1 |
| Összesen: | 31 |

Megállapítható a boncolás adatai alapján, hogy legtöbb áldozatot a pitvari és kamrai septum-defectus, majd a ductus Botalli apertus, illetve cor triloculare követelt, míg egyéb szívhibák csak 1—1 esetben kerültek boncolásra.

Folyamatos tájékozódásunk szerint az évek folyamán otthonában meghalt még további 21 gyermek, s így az 1967 őszén végzett cardiológiai ellenőrzésre csak 109 gyermeket rendelhattünk be.

3. táblázat

Ellenőrzésre behívott (1967 őszén) betegek megoszlása:

| | |
|---|-----|
| I. Vitium cordis cong. igazolva: | 5 |
| 1. defect. septi ventr., II. sz. gyklin. | |
| 2. defect. septi art., II. sz. gyklin, op. | |
| 3. aorta-stenosis, II. sz. gyklin. | |
| 4. defect. septi art., II. sz. gyklin. | |
| 5. duct. arteriosus persistens, dr. Eisert, op. | |
| II. Vitium cordis cong. (Szívgyógyozóban nyilvánt.) | 4 |
| Nem bizonyult szívbetegnek | 3 |
| IV. Időközben meghalt | 14 |
| V. Elköltözött | 18 |
| VI. Nem jelent meg | 65 |
| Összesen: | 109 |

Ebből a táblázatból leolvasható az a sok nehézség, amely ilyen szerteágazó felderítő munka kapcsán előadódhat. Mindenekelőtt kitűnik, hogy alacsony az igazolt (vagy operált) veleszületett szívbeteg, illetve a vitium cordis congenitumként a Szívgyógyozóban is nyilvántartott betegek száma (5 + 4 = 9). Ekkor meggyenkben a szívgyógyozás még csak indulóban volt, s csak azok kerültek vizsgálatra, akiket spontán behoztak, a Szívgyógyozó tevékenysége nem irradialt a terület irányában (passiv volt).

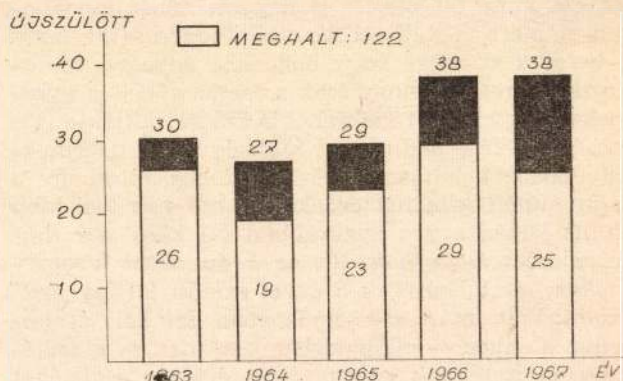
Az is igaz, hogy csak kevés, 3 gyermek nem bizonyult szívbetegnek, viszont magas: 14 eset a még időközben meghaltak száma. Így összesen 72

gyermek elhalálozásáról szereztünk tudomást 10 éves koruk betöltése előtt. Az „elköltözött” esetben (18 alkalommal) a posta visszaszármaztatta ajánlatlan küldött megkeresésünket, mert a régi címen már nem volt kézbesíthető. Az „elköltözött” és „nem jelent meg” (65 esetben) kategóriák magas értékei részben a megyén kívül munkavállalók (ún. ingázók) magas számát, részben pedig a lakosság igen intenzív megyén belüli fluctuációját tükrözi. Bizonyos fokig azonban számba kell venni az egyszerűbb, tudatlan embereknek a szívgyógyozástól, szívmutétektől való tartózkodását is.

Mindezen tényezők együttesen eredményezték, hogy az 1958—62 született szívbeteg ellenőrzése 1967 őszén csak kismértékben sikerült, mert a nagyfokú távolmaradás (83 gyermek elköltözött vagy nem jelent meg) akadályozta a lehető pontos információk megszerzését.

Merőben más képet mutat ilyen vonatkozásban a 2. ötéves periódus (1963. I. 1—1967. XII. 31.). Míg az 1. ötéves szakaszban még inkább csak általánosságban figyeltük meg a fejlődési rendellenességeket, addig a 2. ötéves periódusban már eleve számontartottunk minden szívhibást, javasoltuk 6 hetes korban ellenőrzésüket, s már jobban megmutatkozott a megyei gyermekszív-gyógyozás effectusa is. Éppen ezért is tartjuk célszerűnek, hogy ezen periódust külön-külön is részletesen ismertessük.

Mindenekelőtt oszlopdiagram segítségével értékeltetjük az 1963—67 között születettek közül az 1968 őszén végzett cardiológiai ellenőrzésig elhaltak arányát.



1. ábra. 1963—67 között született 162 szívhibás újszülött halálozása. 1968. XI. 1-ig.

Kitűnik, hogy ezen 2. ötéves periódusban született 162 szívhibás gyermekből 1968. november 1-ig meghalt 122, ami 75,25% halálozást jelent. A szívhibával született gyermekek $\frac{3}{4}$ részének 6 éves kora elérése előtti elpusztulása arra figyelmeztet bennünket, hogy a szívgyógyozás súlypontját a csecsemőkorra — nem pedig az iskoláskorra — kell helyezni, mert így korai felismerésével és lehetséges műtéttel feltehetően egy részük az életnek menthető lesz. Évenként 27—38 szívhibás újszülöttet regisztráltunk, amely 32,4 évi átlagnak felel meg.

Ha ezen utóbbi számadatot egybevetjük az 1. ötéves periódus hasonló átlagával: 33,5, akkor azt a következtetést vonhatjuk le, hogy Szabolcs-Szatmár megyében az 1958—67 közötti 10 éves periódusban a veleszületett szívhibák abszolút* száma nem emelkedett, közel azonos értékek körül stagnál, s szembeszökő kiugrások, emelkedések vagy csökkenések nem tapasztalhatók.

Törő (cit. 5) szerint a fejlődési rendellenességre vonatkozó adatokat kívánatos lenne nem csupán országos viszonyokra, hanem kis területekre is részletesen kidolgozni, részben annak tisztázására, hogy milyen az egyes rendellenességeknek a területekhez való kötődése. Így összehasonlítva (16) más hazai

4. táblázat

A veleszületett fejlődési rendellenességek és szívhibák hazai gyakorisága

| Szerzők, terület, a vizsgálat ideje | Vizsgált esetek száma | Veleszületett fejl. rendell. % | | A vizsgálat jellege |
|---|-----------------------|--------------------------------|------|---|
| | | összes | szív | |
| 1. Nagy T., Bazsó J., Lampé L. (14) Debrecen, 1933—1950 | 42 988 | 1,80 | 0,16 | szülészeti |
| 2. Kovács A., Varga K., Lengyel S., Budapest, (10) 1948—1957 | 21 409 | 3,30 | 0,14 | szülészeti |
| 3. Bodnár L., Szikári L., Szabó J. (17) Szabolcs-Szatmár m. 1958—1967 | 115 215 | 2,35 | 0,32 | szülészeti, csecsemőhalálzási jegyzőkönyvek, Gondozási Kör adatai |
| 4. Horn B., Dömötöri J., Kiszél J., Csordás T. Budapest, (7) 1953—62 | 22 592 | 0,61 | 0,10 | szülészeti |
| 5. Ludányi I., Bottlik Gy., Maka F. Eger (12) 1957—1966 | 16 648 | 1,97 | 0,19 | szülészeti |

egyben az átfogó preventiót sem teszi kilátástalanná.

A szívbeteg újszülöttek évi számának constans volta még inkább látható, ha táblázatunkon az évi szülések 1966. és 1967. évi örvendetes emelkedését is feltüntetjük.

5. táblázat

Szülések és szívbeteg újszülöttek számának alakulása Szabolcs-Szatmár megyében

| Évek | Szülések | Szívbeteg |
|----------|----------|-----------|
| | száma | |
| 1963 | 10 862 | 30 |
| 1964 | 10 515 | 27 |
| 1965 | 10 228 | 29 |
| 1966 | 10 454 | 38 |
| 1967 | 11 216 | 38 |
| Összesen | | 162 |

Ezen 2. ötéves periódusban már sokkal reálisabb adatokat sikerült összegyűjtenünk mind a boncoltakkal, mind pedig az élőkkel kapcsolatban. A 6. táblázatunkon az 1963—67 között született 162 szívhibásból meghalt 122 gyermek bonclelet szerinti megoszlását tüntetjük fel. Mivel a boncleleteket 5 kórházból és 5 szülőotthonból kellett összegyűjtenünk 58 esetben a boncleletből csak a vitium cordis congenitumot közölték, részletesebb megjelölés nem áll rendelkezésre. Egy esetben elengedték a boncolást, s 2 gyermek szívkorházban műtét után meghalt. Így tehát 58 + 2 + 1 = 61 esetben nincs pontos anatómiai kórisménk a boncoltakra, de nem érdektelen áttekinteni 61 sectióra került gyermek részletes boncleletét a Hryniewiecki által használt, de általunk módosított beosztásban:

6. táblázat

1963—67 között született szívbeteg megoszlása bonclelet szerint

| | | |
|--|----|---------------------------------|
| I. Szívhibák shunt nélkül (cyanosis nélkül): | | 7 |
| 1. Atresia aortae | 2 | 4. Stenosis aortae |
| 2. Atresia a. pulm. | 1 | 5. Stenosis a. pulm. |
| 3. Dextrocardia | 1 | |
| II. Szívhibák arterio-venosus shunttel (időszakos cyanosis): | | 42 |
| 1. a. Defectus sep atr. | 13 | 2. Ductus arteriosus persist. |
| b. Ostium atriocentr. comm. | 1 | 3. Defectus septi ventr. |
| III. Szívhibák veno-arteriosus shunttel (cyanosisal): | | 6 |
| 1. Fallot pentalogia | 1 | 3. Transpositio vas. magn. |
| 2. Cor trilobulare biatr. | 4 | |
| IV. Egyéb: | | 6 |
| 1. Endocarditis cong. | 1 | 3. Veleszületett billentyűhibák |
| 2. Tumor pericardii (cong.) | 1 | |
| Összesen: | | 61 |

fejlődési rendellenességek és szívhibák frequentációjára vonatkozó adatokkal (14, 10, 7, 12), saját statisztikai feldolgozásunkat, megállapíthatjuk, hogy Magyarország különböző részeire (Debrecen, Budapest, Eger) vonatkozó értékek között a veleszületett fejlődési rendellenességek gyakoriságát jelző 2,35 százalékkal a második legmagasabb megyénk adata, s a 0,32%-os szívhiba-frequentia pedig az eddig között legmagasabb hazai érték! Ezért is kell Szabolcs megyében intenzívebben törődni e rendellenességekkel!

A veleszületett fejlődési rendellenességek és szívhibák gyakoriságára vonatkozó statisztikai adataink a megyei helyzetet okvetlenül reálisan tükrözik, már csak a nagy számok miatt is, hiszen az összehasonlítás céljából feltüntetett más területről származó feldolgozások volumene összesen sem éri el a 10 év alatti szabolcsi születések számát! A veleszületett szívhibák ilyen magas frequentációjának aetiológiájára most természetesen nem térhetünk ki. Meggyőződésünk azonban, hogy igen jelentős lehet a helyi peristaticus factorok szerepe, amely

* A kézirat benyújtása óta elvégzett matematikai analízis ugyanakkor a szívhibák gyakoriságának szignifikáns emelkedését mutatja a szülések számának csökkenő tendenciája miatt.

Tekintettel arra, hogy vitium cordis congenitum (6) esetén a sebészi beavatkozás az egyetlen módszer, amely a haemodynamikai eltérést normalizálni képes avagy közel élettani viszonyokat teremthet, nagyszámú elhalt betegünk anatómiai kórisméjének pontos ismerete nem lényegtelen a gyakorlat számára. Mint kitűnik, az elhaltak kb. 2/3-a az arterio-venosus shunttel bíró szívhibák csoportjába tartozott.

Munkánk valódi értelmét azonban az 1963—67 között született és az 1968 őszén végzett cardiológ-

giai ellenőrzéskor még élő 40 gyermek sorsának áttekintése mutatja.

A szülészeti adatok alapján behívott 40 gyermekből a 2. öt éves periódusban csak 14 nem jelent meg, 4 nem bizonyult szívbetegnek, viszont 13 szívbeteg pontos cardiológiai kórisméjét már sikerült bizonyítani és további 9 gyermek esetében pedig ez folyamatban van.

A kivizsgálást gyermekeink zömén a budapesti II. sz. Gyermekklinika, egyes esetekben az Orsz. Kard. Int., Heim Pál-kórház, illetve a debreceni Gyermekklinika végezte, amelyért ezúton is köszönetünket fejezzük ki.

7. táblázat

1963–67 között született és élő szívbetegek megoszlása

| | |
|--|----|
| Defectus septi ventriculorum | 7 |
| Defectus septi atriorum | 3 |
| Falot tetralógia | 2 |
| Nagyerek transpositiója | 1 |
| <hr/> | |
| Kórházi kezelés alatt | 3 |
| Vitium cordis cong. (nyilvánartva) | 6 |
| <hr/> | |
| Nem jelent meg | 14 |
| Nem bizonyult annak | 4 |
| <hr/> | |
| Összesen: | 40 |

Ha a szülészeti adatok felhasználása alapján nem végeztük volna a cardiológiai ellenőrzést, akkor ezen esetek nagy részében a szülők nem kezdeményezték volna a vizsgálatokat, minthogy az esetek legnagyobb részében nem is tudtak gyermekük szívhibájáról. Statisztikai felmérésünk legfőbb haszna — a nyert adatok mellett — sok gyermek szívbetegségének igazolása, gondozásba vétele, soruknak irányítása. Különben a szülészeti intézmények dokumentációja felhasználás nélkül maradt volna!

Tekintettel arra, hogy egyes veleszületett szívhibák műtéti időpontja életmentés miatt éppen a csecsemő-, illetve kisgyermekkor, a Gyermek-Szívgyógyászati Intézetek és a területi szülészeti újszülöttosztályok említett kooperációját egyszerűnek, észszerűnek, a gyakorlat számára hasznosnak tartjuk és ezért széles körű bevezetését javasoljuk.

Ma már a kisebb szülőotthonok újszülötttrészelei is a járási gyermekszakorvos consiliárius felügyelete alatt állnak, s realizálható azon javaslatunk, hogy veleszületett szívhiba, illetve annak gyanúja esetén az ezekre is utaló kórházi, illetve szülőotthoni zárójelentéssel irányítsák az ilyen cse-

mesőket 6 hetes korban a területi Gyermek-Szívgyógyászatra.

Azt hisszük, hogy az ilyen tevékenység és gyakorlat az eredményes felnőttkori szívgyógyászati szempontjából is igen előnyös.

Összefoglalás. Szabolcs-Szatmár megyében az 1958–67 között született 115 215 újszülöttből 2702 esetben észleltek fejlődési rendellenességet, ebből 329 önálló vitium cordis congenitumot, amely 2,35 százaléknak, illetve 0,32 százaléknak felel meg. Ilyen magas szívhiba-frequentiát eddig hazánkban nem közöltek.

A szívhibás újszülöttek évenkénti száma közel azonos értéket mutatott a vizsgált időszakban.

Megkísérelték nyomon követni a 329 szívhibás gyermek sorsát, 2 öt éves bontásban (167, illetve 162 eset). Ismertetik a kórbonctani diagnózisokat, az élők pedig cardiológiai ellenőrzésre hívták be. Megállapították, hogy a 2. öt éves periódusban a szívbetegek $\frac{3}{4}$ része (!) 6 éves koruk betöltése előtt meghalt. Ez azt jelzi, hogy a szívgyógyászati süllypontját a csecsemőkorra kell helyezni. Szükséges azonban ez azért is, mert ma életmentés céljából egyre gyakrabban végeznek szív-műtétet csecsemőkorban, illetve 2 éves kor alatt.

Ehhez a munkához nagy segítséget nyújt, ha a Gyermek-Szívgyógyászati Intézetben területük szülészeti újszülöttosztályainak információját alapul felhasználják. Javasolják ennek országos bevezetését.

IRODALOM: 1. Bodnár L., Sziráki L.: Orv. Hetil. 1965, 106, 987. — 2. Frank K.: Orv. Hetil. 1968, 109, 1793. — 3. Fonó R.: Veleszületett szívhibák. Medicina, 1964, Bpest. — 4. Fonó R.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2251. — 5. Horváth L.: Fejlődési rendellenességek kóroktana. Medicina, 1961, Bpest. cit. Törő. — 6. Hryniewiecki, J., Moll, I., Stasinski, T.: A szívhibák atlasza. Lengyel eü. kiadó, 1967, Varsó. — 7. Horn B., Dömötöri J., Kiszél J., Cordás T.: Orv. Hetil. 1965, 106, 1651. — 8. Ilyés Zs.: Személyes közlés. — 9. Kárpáti P., Simon T., Holló J.: Orv. Hetil. 1968, 107, 1955. — 10. Kovács A., Varga K., Lengyel S.: Magy. Nőorvosok Lapja. 1960, 23, 257. — 11. Lamy, M., De Grouchy, J., Schweisguth, O.: Am. J. Hum. Genet. 1957, 9, 17. — 12. Ludányi I., Bottlik Gy., Maka F.: Orv. Hetil. 1968, 109, 1807. — 13. Martos L.: Orvostudomány. 1968, 43, 252. — 14. Nagy T., Bazsó J., Lampe, L.: Zbl. Gynäk. 1961, 63, 866. — 15. Szabolcs-Szatmár megye statisztikai évkönyve 1967. K.S.H. megyei igazgatósága, 1968, Nyíregyháza. — 16. Szemere Gy.: Népeü. 1968, 99, 368. — 17. Sziráki L., Bodnár L., Szabó J.: Orv. Hetil. 1969, 110, 899. — 18. Törő I., Csaba Gy.: Az ember normális és patológiás fejlődése. Akad. Kiadó. 1964. Bpest.

Az orvosképzés több mint kilenc évtizedes múltja 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

Csekkszám: egyéni 61.299. közületi 61.066 vagy átutalás az MNB 8. sz. folyószámlára

Szegedi Orvostudományi Egyetem, II. Belklinika (igazgató: Földi Mihály dr.)

Az oedemás beteg

Földi Mihály dr.

Amidőn az Orvosi Hetilap szerkesztőségétől azt a megtisztelő felszólítást kaptam, hogy „A gyakorlat” című rovat számára olyan cikket írjak „az oedemás beteg”-ről, mely „a gyakorló orvos érdeklődésére számot tarthat”, s melyben „a hangsúlyt olyan adatokkal kell kiegészíteni, amelyeket a körzeti orvosnak a kerületi szakrendelés nyújt”, úgy határoztam, hogy a kitűzött célnak legjobban megfelelő cikket akkor írok, ha néhány olyan kórtörténetet ismertetek, melyeket egyszer diagnosztikus, máskor therapiás probléma tesz érdekessé. Nem riadtam vissza orvosi hibák feltárásától sem; úgy vélem, egymás között ezek megbeszéléséből vonhatjuk le a legtöbb hasznos tanulságot a gyakorlat számára.

I.

1966. január 5-én 60 éves tanyai asszony kereste fel kezelőorvosát. Munkadyspnoéről panaszkodott és arról, hogy mindkét lábfeje délutánra úgy megduzzad, hogy le kell vetnie cipőjét. Amennyire a beteg elmondása alapján ennek az első vizitnek a lefolyását rekonstruálni lehetett, az orvos auscultatiót és percussiót végzett a mellkason, közelebből annak azon a területén, melyet Németországban „Kassendreieck”*-nek neveznek és megtapintotta a májat is, majd a közeli kisvárosban levő rendelőintézetbe küldte az asszonyt mellkásröntgenre, EKG-ra és vizeletvizsgálatra.

Ezeket a leleteket magam is láttam. Az első mindkét irányban megnagyobbodott, nem jellegzetes konfigurációjú szívét és tiszta tüdőmezőket írt le, a második lapos T-hullámokat, a harmadik szerint az 1007-es fajsúlyú vizelet fehérjét, cukrot, gennyet nem tartalmazott, ubg. tartalma fokozott volt.

A kezelőorvos diagnózisa myodegeneratio cordis, cardialis decompensatio volt, melynek kezelését azon nyomban el is kezdte: Atriphos—Corhormon—B₁-vitamin injekciós kúrát, hetenként két alkalommal. 1966. december 3-ig folytatódott ez a kezelés, s közben a beteg állapota fokozatosan romlott: olyan gyengévé vált, hogy jóformán mozogni sem tudott.

1967. január 10-én a beteg másik orvost keresett fel. Az új orvos pontosan ugyanazokat a laboratóriumi vizsgálatokat végeztette el, mint az első és helyben hagyta annak diagnózisát, de új therapiát kezdett el: naponta 3 tbl. Carditoxin és 1 tbl. Hypothiazid szedését írta elő.

Az új kezelés kezdetben eredményesebbnek tűnt az elsőnél: az anasarka átmenetileg csökkent, de semmit sem enyhült a dyspnoe és a gyengeség. Rövidesen visszatért az oedema is és új tünetként hányinger, hányás jelentkezett.

1967. április 13-án mentők szállították be a beteget a klinikára; ekkor már jártányi ereje sem volt.

Statusából kiemelem a következőket: feltűnő sápadtság; boka körüli és sacralis oedema; mindkét

irányban ujjnyival megnagyobbodott szív; systoles zörej minden szájadék felett; két ujjnyival megnagyobbodott máj; negatív Gärtner-tünet.

A laboratóriumi adatokból a következőket említtem: hgb.: 6 g⁰/₀; csontvelő: anaemia perniciosa típusos képe; serum K: 3 maeq/l.

Adaequat therapiára — transfúziók; B₁₂, a digitális és a diureticum elhagyása — a beteg panaszmentessé vált, az oedemák a diuresis jelentős növekedése mellett kiürültek.

Vonjuk le az eset tanulságait:

1. Az anaemia perniciosa oedemát okozhat.

Tudták ezt már évtizedekkel ezelőtt: ismeretes volt, hogy hatásos májkészítmény nemcsak reticulocytá-kρίζist okoz, hanem jelentős diuresist is. Az oedema oka elsősorban a vércapillarisok permeabilitásának fokozódása, mely a felső végtagon is kimutatható, de fentjáró betegen először boka körüli vizenyőre vezet, mert itt nehezedik a capillariskra a legnagyobb hydrostaticus nyomás.

2. Az első orvos a következő hibákat követte el

a) Nem végzett gondos fizikális vizsgálatot; nem vette észre a beteg sápadtságát és a cardialis oedema ellen szóló negatív Gärtner-tünetet. Túlértékelte az EKG-t, mely a cardialis decompensatio diagnózisa szempontjából teljesen értéktelen; nem vette figyelembe, hogy a „pangásos veseműködésre” magas fajsúly jellemző és mindezek és a szív jellegzetes megnagyobbodása miatt felállította a „myodegeneratio cordis” elavult diagnózisát.

b) A helytelen diagnózist inadaequat therapiával tetézte. Corhormon—Atriphos—B₁-kúra nem gyógyszere sem a cardialis decompensatióknak, sem az anaemia perniciosának. (A B₁-vitamin specifikus gyógyszere egyetlen cardialis elégtelenség formának, annak, amely B₁-vitaminhiány következtében jön létre.)

A második orvos diagnosztikai szempontból ugyanazon hibákat követte el, mint az első. A kezelés, amelyet előírt, cardialis decompensatio, cardialis oedema kezelésére alkalmas lett volna, ha megfelelően ellenőrzi és nem hajszolja a beteget digitális intoxicatióba és hypokalaemiába. Mindkettő önmagában is károsítja a myocardiumot.

Tanulsága az esetnek az, hogy ismeretlen eredetű oedema esetén valamely nagy hatású, modern diureticum kedvező hatásából nem lehet *ex iuvante* diagnosztikus következtetést levonni: minden eredetű oedema csökken, vagy akár teljesen kiürül ezek alkalmazására. Alkalmas viszont a diureticum adása *latens oedema* felismerésére: egy kilogramm-

* A „biztosítási orvosi háromszög” alapja a két clavicula vonalában húzott vízszintes, szárai a kigombolt ing két széle.

nál nagyobb testsúlycsökkenés 24 óra alatt átlagos testsúlyú felnőtt emberben diureticum hatására latens oedemát jelent.

II.

A közelmúltban 17 éves lányt hozott be a klinikára anyja. A fejlődésében visszamaradt, lesoványodott, sápadt beteg mindkét alsó végtagján az újjbenyomatot megtartó oedema; statusa egyébként negatív.

Az anasarka 5 évvel ezelőtt, egyik napról a másikra jelentkezett, a menarchevel egyidőben, s bár azóta állandósult, a rendszertelenül jelentkező menstruáció idején mindig súlyosabbá válik. Zárójelentések tömege kerül elő; ezekből kiderül, hogy a diagnózis kezdetben acut, később chronicus diffus glomerulonephritis volt. Ez utóbbi kezelésére sóban, folyadéokban, fűszerekben és állati fehérjében szigorúan szegény étrendet írtak elő; tornától, sporttól a beteget teljesen eltiltották.

Felvételkor az 1030-as fajsúlyú vizelettel naponta kb. 0,5 g fehérje ürült. A vizelet üledéke Addis szerint vizsgálva sem volt kóros. Az endogen kreatinin clearance 120 ml volt. A se. protein concentratio 7,5 g%, az A/G-quotiens 2,5 volt. A vérnyomás normális.

Az 5 évvel ezelőtt hirtelen kezdődő oedema miatt jogosan merült fel annak idején az acut diffus glomerulonephritis gyanúja és néhány hétig indokolt volt a beteget szigorú diétán tartani, fektetni, és megfigyelni még akkor is, ha az acut diffus glomerulonephritis két másik „cardinalis tünete”, a haematuria és a hypertonia hiányzott: monosymptomás formák, bár ritkán, de előfordulnak. Az acut diffus glomerulonephritis oedemája azonban generalizált, így jellegzetes a szemhéj vizenyője; esetünkben viszont csak anasarka állt fenn.

Súlyos hiba betegünk vizenyőjét éveken át és még ma is chronicus diffus glomerulonephritis tüneteként tekinteni. Chronicus diffus glomerulonephritis ugyanis nem jár oedemával, csak akkor, ha

a) acut exacerbatio áll fenn, ha tehát a chronicus diffus glomerulonephritisre átmenetileg acut diffus glomerulonephritis rakódott. Ilyenkor az oedema renalis typusú, generalizált és megtalálható az acut diffus glomerulonephritis tünetei is;

b) ha a vérnyomásemelkedés és következményes coronariasclerosis következtében szívelégtelenség fejlődött ki. Ilyenkor az oedema cardialis typusú, tehát az alsó végtagokon a legkifejezettebb és megtalálható a cardialis decompensatio tünetei;

c) ha a chronicus nephritis nephrosisos alakja áll fenn. A vizenyő renalis typusú, a vezető tünet hypalbuminaemia.

A proteinuria, mint ismeretes, önmagában nem jogosít fel vesebetegség diagnosisának felállítására, csupán fel kell hogy keltse az orvosban annak gyanúját és arra készítse, hogy a diagnosis tisztázása érdekében vesse be a modern vesediagnosztika egész fegyvertárát, ha kell, egészen a vesebiopsziáig.

Esetünkben súlyos hiba volt a szigorú és ma már chronicus nephritisben is elavult diéta elrendelése; a beteg fejlődésben való visszamaradása, lesoványodása, sápadtsága részben ennek a chronicus éhezésnek volt a következménye.

A fejlődésben való visszamaradást azonban részben hypogonadizmus is magyarázta. Kiderült

továbbá, hogy a rossz testtartású, lúdtalpas, kifejezett ágyéki lordosist mutató betegnek spina bifidája is volt. Ezek után könnyű volt megállapítani, hogy *orthostaticus proteinuriáról* volt szó és kézenfekvő volt a gondolat, hogy az anasarka *lymphoedema*, amely veleszületetten hypoplasias nyirokrendszer talaján jött létre. Ismeretes, hogy a nyirokrendszer hypoplasiaja nem egyszer jár együtt egyéb fejlődési rendellenességekkel és nem vezet feltétlenül veleszületett módon lymphoedemára. A hypoplasia *mérsékelt foka* mellett ugyanis az alsó végtag nyirokerei még éppen képesek arra, hogy *normális mennyiségű capillaris filtratumból származó normális mennyiségű fehérjét* elszállítsanak az interstitiumból. Az alsó végtag nyirokerei azonban azokba a lumbalis nyiroktörzsekbe torkollnak, amelyek a genitáliák nyirokereit is felveszik és ezért a menarche okozta kismencedei vérbőség és következményesen fokozott kismencedei nyirokprodukción már gátolja a végtagokból jövő nyirok elszállítását. Szerencsés esetben a leírt módon kialakuló alsó végtagi nyirokpangás csak átmeneti, csak menstruációk idején keletkezik. Ha azonban adnexitis talaján lumbalis lymphangitis lép fel, az alsó végtag nyirokdrainage-ának *mechanikus insufficienciája* véglegessé válhat. Lymphoedema talaján előszeretettel támadnak továbbá helyi gyulladásos folyamatok; bacterialis, vagy gombás eredetű alsó végtagi lymphangitisek tovább szűkíthetik be a rendelkezésre álló szűk lymphaticus transporkapacitást.

Esetünkben az oedemafolyadék 5 g% fehérjét tartalmazott; ez az adat önmagában is renalis oedema ellen és lymphoedema mellett szól. Ilyen magas fehérjetartalma csak a lymphoedemának és gyulladásos eredetű oedemának van. Megerősítette a diagnosist a *lymphangiographia*, melyet *vizes* kontrasztanyaggal végeztünk el; olajos kontrasztanyag alkalmazása ilyen esetekben ellenjavallt, mert ez nyirokereket zárhat el és katasztrofálisan súlyosbíthatja a lymphoedemát.

Mindezek alapján feloldottunk minden diétás előírást; sportot ajánlottunk és — a serum K szint ellenőrzése mellett — Hypothiazid rendszeres szedését rendeltük el. Anticoncipiens tabletták *állandó* szedésével teljesen kiiktattuk a menstruációt és felkértük a gynecologusokat a chronicus adnexitis kezelésére.

III.

39 éves nő hónapok óta subfebrilis. Néhány hete fokozatosan *generalizált oedema* jelentkezett, mely a gyengesége miatt tartósan ágyban fekvő betegen sacralisan a legkifejezettebb, de még a has és a mellkas bőre is vizenyős. A hasat ascites domborítja elő, mindkét mellkasfélben folyadékgyülem kopogtatható ki.

A plasma protein szint 3 g%, az A/G quotiens 0,5, a serum cholesterin 600 mg%. Mindez megfelelne nephrosisszindrómának, azonban a *vizelet teljesen negatív*: proteinuria nincsen. A „*nephrosis nélküli nephrosis*” képével állunk szemben.

A vérésejtülledés 100. A haemoglobin 9 g%. Inguinalisan és axillarisan nyirokcsomók tapinthatók. Tapintható a lép és a máj is.

A mellkas röntgenfelvételen megnagyobbodott nyirokcsomók látszanak. A lymphographia tumoros jellegű nyirokcsomó paketteket mutat a kismedencében és a retroperitoneumban. Eltávolított nyirokcsomó szövettani lelete: reothelsarcoma.

¹³¹J-polyvinylpirrolidon próba: 25 μ C polyvinylpirrolidon intravénás befecskendezése után 4 nap alatt a befecskendezett radioaktív anyag 30%-a székletben megtalálható. Ez azt bizonyítja, hogy a nephrosis syndromát utánzó hypoproteinaemiás oedema esetünkben a *protein-vesztékes enteropathia* ama formájának következménye, melyet „*Lymphogen enteropathiának*” neveztem el. A mesenterialis nyirokcsomók tumoros elfajulása elzárja a bél nyirokereit, nyirokpangást okoz: a pangó nyirokcapillárisokból nyirok, a nyirokkal pedig *plasmahérje* szívárog át a bél lumenébe. Ezért távozik a szervezetből az intravénásan befecskendezett ¹³¹J körjelzően nagy mennyisége is a széklettel.

IV.

19 éves lány öngyilkosságot kísérelt meg: sublimatot ivott. 24 óra múlva anuriás állapotban szállítják kórházba, itt az anuria oldására *vizlökéssel* kísérleteznek: 5 liter folyadékot infundálnak. A diuresis nem indul meg és a beteg állapota rohamosan rosszabbodik: 72 órával a mérgezés után, amikor a beteg a klinikára kerül, a kereszttáj oedemás, a beteg dyspnoes, tüdőszerte diffusan nem csengő szőröcsölő zörejek hallhatók, a mellkasátvilágítás pedig különös, pillangó (vagy denevér) alakú árnyékokat mutat, a „*folyadéktüdő*” jellegzetes röntgenképét, mely acut veseinsufficienciában szenvedő betegeken szokott fellépni iatrogen ártalom következtében, ha folyadékkal árasztják el szervezetüket, melyet az kiüríteni nem tud.

Az *acut veseinsufficiencia nem jár oedemával*. Vizlökés szigorúan ellenjavallt, mert a vese képtelen a bevitt folyadék kiürítésére és ez a beteg halálát okozhatja.

A modern terápia mellett, mint gyógylénnyező nem hanyagolható el a

„HÉVÍZI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

alkalmazása

A kompressz eredeti hévízi iszapot tartalmaz szárított állapotban. Az Országos Közegészségügyi Intézet és a M. Állami Földtani Intézet vizsgálatai szerint szerves, szervetlen és radioaktív anyagokat tartalmaz.

A szervetlen anyagok (Na, Fe, K, Mg, S, Cl, J stb.) fokozzák a bőr gúzzadó képességét és így lokálisan hyperlymphát idéznek elő. Ennek tulajdonítható fájdalomcsillapító és gyulladáscsökkentő hatása.

A szerves anyagok (fehérje, cellulóze származékok, humin sav, bitumen) bőrízgatók, s részben oestrogen hatásúak, melyek mint biológiai stimulátorok hatnak.

INDIKÁCIÓI: arthritisek, arthrosisok, spondylosis, neuralgiák, myalgia, brunitis, tendovaginitis stb. Post traumás maradványok kezelése.

Nem gyulladásos megbetegedéseknél a heveny szakban, a gyulladásoknál a subacut, de még inkább az idült állapotban lehet sikeresen használni.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A kompressz alkalmazásának előnye, hogy a betegnek nem kell a Hévízi Gyógyfürdőt felkeresnie, hanem otthonában minden fáradság nélkül használhatja és hogy egy kúrához, amely általában 25 pakolásból áll, egy kompressz elegendő.

A kompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre applikálható:

1. sz. Hát — váll — felkar — mell
2. sz. Derék — végtag
3. sz. Lábfej — boka (csizma)

4. sz. Kézfej — csukló
5. sz. Has (főleg gynecológiai területen)

Heves Megyei Tanács Kórháza, Eger, II. Belosztály (főorvos: Halmos Béla dr.),
Haematológiai Gondozó (főorvos: Ringelhann Béla dr.), Gyermekosztály (főorvos: Gyarmati Mihály dr.)

Familiaris acut leukaemia

Sóvári Miklós dr., Laub Margit dr. és Nánássy Endre dr.

Több mint száz éve közölte Biermer (1) az első familiaris leukaemiát, 1929-ben Dameshek (2) egyetűjű ikrek chronikus lymphoid leukaemiáját írta le. Ezt követően számos szerző foglalkozott nagyobb részt a chronikus myeloid és lymphoid, kisebb számban az acut blastleukaemiák családi előfordulásával. A familiaris esetek legtöbbször testvérek, ikerpárok esetében fordultak elő, de talá-lunk közlést anya és gyermeke (3), valamint unokatestvérek közötti megjelenésről is.

Az acut leukaemia kóroktana mai ismereteink szerint nem tisztázott. Az utóbbi húsz évben fokozottabb mértékben irányult a figyelem a familiaris esetek tanulmányozására. Ezek ugyanis esetleg közelebb vihetnek a leukaemiák aetiológiájának megismeréséhez. Videbaek (4) a familiaris megjelenés kérdését statisztikai és genetikai szempontból vizsgálta és közleménye tartalmazza az 1947 előtti irodalom pontos áttekintését is. Megállapításait újabb közleményében (5) is megerősítette. Dameshek és Gunz szerint (6) a familiaris esetek közül leggyakrabban a chronikus lymphoid leukaemia fordul elő, második helyen az acut blastleukaemiák állnak és rendkívül ritka a chronikus myeloid leukaemia. Guasch (7) a világ minden tájáról haematológusoktól összegyűjtött 8586 leukaemiás eset között 39 familiarisat talált, mely szám a feldolgozott eseteknek kevesebb mint 0,5%-a. Amos és mtsai (8) 1967-ben megjelent összefoglaló közleménye szerint az irodalomban mintegy 120 familiaris eset került közlésre.

Tudomásunk szerint a hazai irodalomban acut családi blastleukaemiát még nem közöltek és ezért úgy véljük, hogy a beteg anya és beteg gyermekének esetismertetése érdeklődésre tarthat számot.

Betegeink

1. beteg. 1965. II. 19-én 28 hónapos fiúgyermeket vettünk fel az egeri megyei kórház gyermekosztályára. Szülei elmondása szerint kb. egy hete beteg. Éjszakánként 39–40° C láza van, köhög, nehezen lélegzik, étvágytalan, hasmenése van. Körzeti orvosától Chlorocid tbl.-kat kapott. Felvételekor az anaemiás küllemű, elesett gyermek garatképletei belövelltek. Tachycardiás, mája elérhető, lépe egy harántujjal terjed a bal bordaív alá.

Lényegesebb laboratóriumi eredményei: vvt.: 2,3 millió, fvs.: 71 000, hgb.: 8,0 g%. Qual. vérkép: st.: 3, se.: 15, ba.: 1, ly.: 5, promyelocytá: 1, myelocytá: 1, paramyeloblast: 74%. Sternum: sejtdús kenetek, a csontvelő normális szerkezete eltűnt. A látóterekben igen polymorph sejtek láthatók, amelyeknek keskeny, va-

cuolizált plasmazegélyük van. A sejtek nagy részében csak a csupasz mag látható. A mag chromatin-struktúrája laza, benne egy vagy több hólyagszerű nucleolus-sal. Több sejtben a sejtmag kórosan lebonyolozott (Rieder-sejtek). Sok oszlás is megfigyelhető. A sejtek paramyeloblastoknak felelnek meg. A granulocytá-sor érési alakjai közül néhány neutrophil myelocytá és elvétve egy-egy eosinophil myelocytá látható. Az erythroid sort mindössze néhány piknotikus magvú normoblast képviseli. A RES sejtek közül elvétve egy-egy plasmasejt és nagy lymphoid reticulumsejt figyelhető meg. Megakaryocytá a kenetekben nem látható. Dg.: acut blastleukaemia.

A gyermek Purinethol—Prednisolon transfúziós kezelésben részesült. Bennléte alatt septicus láza volt. A kezelés ellenére fvs.-száma emelkedett, hepato-splenomegaliája fokozódott és haemorrhagiás diathesis lépett fel. Kétheti kezelés után szülei kérésére a BOTE I. Gyermekklinikájára szállították. Ott ugyanezt a terápiát folytatták, ennek ellenére ötnapi kezelés után meghalt. *Körbonctani dg.: éretlensejtes myeloid leukaemia.* A boncolás alkalmával számos szervben leukaemiás infiltrációt találtak, az agyban és gyomor-béltraktusban haemorrhagiákat (bjk.: 8845/1965. Nagy László dr.).

2. beteg. Egy év múlva, 1966. II. 4-én az elhunyt gyermek 28 éves édesanyját vettük fel a II. Belosztályra. Körzeti orvosa két hete fennálló hasi panaszai miatt küldte kórházba. Jobb bordaív alatti és gyomortáji fájdalom, ismétlődő hányás és fogyás szerepel a kórelőzményben.

A fizikális vizsgálat lényegesebb adatai: máj 2 harántujjal nagyobb, az epehólyagnak megfelelően resistencia észlelhető. Lépe elérhető. Fontosabb laboratóriumi leletek: vvt.: 4,2 millió, fvs.: 46 800, hgb.: 12,40 g%, HK: 38%. Qual. vérkép: st.: 3, se.: 4, eo.: 1, ly.: 3, paramyeloblast: 89%. Sternum: az igen sejtdús csontvelői kenetek normális szerkezete eltűnt. A látóterek legnagyobb részében blastsejtek láthatók. Erősen háttérbe szorult az erythroid, RES és megakaryocytá rendszer. Dg.: acut blastleukaemia.

Az anya és gyermekének összehasonlító morfológiai-cytológiai vizsgálata alapján azonos sejttípusú blastleukaemiát találtunk.

Testszerte petechiák, kifejezett fogínyvérzés, majd nagyfokú metrorrhagia lépett fel. Hgb.-értéke 9,70 g% -ra, HK 32%-ra csökkent, thrombocytá: 13 600. Chlorocid—Streptomycin védelem mellett Purinethol—Deper-solon—Prednisolon terápiát és 1900 ml „0” Rh pos. csepptransfúziót adtunk. Állapota romlott, kétheti kezelés után hirtelen eszméletét veszítette és meghalt. Boncoláskor acut paramyeloblastos leukaemiának megfelelő elváltozások voltak kimutathatók a májban, lépben és nyirokcsomókban. A beteg hirtelen halálát kiterjedt agyvérzés okozta, haemocephalus internussal (bjk.: 71/1966. Szabó László dr.).

Megbeszélés

Videbaek említett közleményében megállapítja, hogy leukaemiás betegek családjában a leukaemia jelentősen nagyobb százalékban fordul elő, mint a vizsgált kontroll csoportban. Szerinte a leukaemiára való praedispositio öröklődik. Megállapításával szemben számos szerző, így Morganti és

A IV. Magyar Haematológiai Napokon, 1968. április 26-án, Debrecenben elhangzott előadás nyomán.

Cresseri (9), Guasch (7), Kaliampetsos (10), és Steinberg (11) ellenkező megállapításra jutott. Sok szerző számolt be ikerpárok eseteiről, melyekben részben az ikerpár mindkét tagján, részben csak az egyik tagon fordult elő leukaemia (6, 7, 12, 13, 14, 15). Dameshek és Gunz megállapítják, hogy a leukaemia előfordulásáról szóló információ ikrek mindkét tagján nem elegendő ahhoz, hogy a leukaemia öröklődését bizonyítsuk vele. Másfelől viszont Pearson és mtsai (16) két figyelemre méltó megállapítást tettek. Egyrészt statisztikailag kiszámították, hogy az USA-ban a lakosság lélekszámát figyelembe véve 200 évnek kellene eltelnie ahhoz, hogy egypetéjű ikrek mindkét tagján leukaemia jelenjék meg. A gyakoriság ennél sokkal nagyobb. Másrészt egypetéjű ikerpárok esetében, amennyiben az egyik tag akut leukaemiát kapott, ikerpárján nagyobb az akut leukaemia fellépésének valószínűsége, mint az statisztikailag várható lenne. MacMahon és Levy 72 ikerpár esetén az együttes előfordulást 25%-nak találta (17).

Nowell és Hungerford 1966-ban megjelent munkájában megállapítja, hogy az emberi leukaemiában lehet jelentősége veleszületett sajátságoknak, de örökletes tényezők jelentősége nem áll előtérben (18). Valamely sejt malignizálódása nem egyszerű somatikus mutatio következménye, hanem fajlagos mutatiók sorozatának folyamánya. Egypetéjű ikrekben és mongol idiotákban véleményük szerint az akut leukaemia nagyobb gyakoriságát illetően feltételezhető, hogy bizonyos körülmények között veleszületett sajátságok jelentőséget nyerhetnek. Kelemen szerint (19) akut blastleukaemiában mindig van chromosoma-eltérés, de mindig más és más, tehát nem specifikus.

Roath és mtsai 1967-ben megjelent közleménye (20) 580 akut leukaemiás esetet dolgoz fel, melyek között 5 ikerpár is szerepel. Bizonyítható kóroki tényezőt nem találtak.

Legjobb tudomásunk szerint az irodalomban csupán egy eset ismeretes, Cramblett és mtsai 1958-ban megjelent közlése (3), ahol egy 9 hónapos gyermek kapott leukaemiát, akinek anyja már a terhesség alatt leukaemiás volt. Minden más, congenitalis leukaemiás gyermek nem leukaemiás anyától született. Ezért láttuk közlésre érdemesnek esetün-

ket, melyben a 28 hónapos gyermek, majd egy év múlva anyja is azonos sejttípusú blastleukaemiában halt meg.

Eseteink ismertetésével kapcsolatban átvizsgáltuk az elhunyt anya és gyermeke családját. Haematológiai elváltozást a vizsgáltak között nem találtunk. Kiemeljük, hogy az anya leukaemiában elhunyt gyermeke négy gyermek közül utolsóként született. Az első három gyermek — két leány és egy fiú — a mai napig él, egészséges. Sugárzási károsodásra, vagy esetleges kémiai ágens kóroki szerepére utaló anamnestikus adat nem merült fel, chromosoma-vizsgálat nem történt.

Összefoglalás. Szerzők akut blastsejtes leukaemia familiaris esetéről számolnak be. 28 hónapos fiúgyermek blastleukaemiáját ismertetik, mely fulminans lefolyású volt és haemorrhagiás tünetek mellett két hét alatt halálhoz vezetett. Egy év múlva a gyermek anyja betegedett meg azonos sejttípusú blastleukaemiában, súlyos thrombopeniás vérzékenység alakult ki és a beteg két héttel kórházi felvétele után meghalt. A rendelkezésre álló adatok szerint hasonló esetet hazánkban nem közöltek.

IRODALOM: 1. Videbaek, A.: Heredity in human leukemia and its relation to cancer. London, H. K. Lewis & Co. Ltd. 1947. 271: cit. Biermer. — 2. Dameshek, W., Savitz, H. A., Arbn, B.: JAMA. 1929, 92, 1348. — 3. Cramblett, H. G., Friedman, J. L., Najjar, S.: New Engl. J. Med. 1958, 259, 727. — 4. Videbaek, A.: London. H. K. Lewis & Co. Ltd. 1947. 279. — 5. Videbaek, A.: Acta path. et microbiol. Scandinavica. 1958, 44, 372. — 6. Dameshek, W., Gunz, F.: Leukemia. Grune & Stratton. 1958. — 7. Guasch: Sang. 1954, 25, 384. — 8. Amos, D. A., Wellman, W. E., Bowie, E. J. W., Linman, J. W.: Mayo Clin. Proc. 1967, 42, 468. — 9. Morganti, G., Cresseri, A.: Sang. 1954, 25, 421. — 10. Kaliampetsos, G.: Deutsche Med. Wschr. 1954, 79, 1783. — 11. Steinberg, A. G.: A Genetic and Statistical Study of Acute Leukemia in Children. Philadelphia. J. B. Lippincott Company. 1957. 353. — 12. Anderson, R. C., Hermann, H. W.: JAMA. 1955, 158, 652. — 13. Steinberg, A. G.: Cancer. 1960, 13, 985. — 14. Carter, M. E.: Brit. Med. J. 1957, 1, 265. — 15. Court-Brown, W. M., Doll, R.: Brit. Med. J. 1961, 1, 981. — 16. Pearson, H. A., Grello, F. W., Cone, T. E.: New Engl. J. Med. 1963, 268, 1151. — 17. MacMahon, B., Levy, M. A.: New Engl. J. Med. 1964, 270, 1082. — 18. Nowell, P. C., Hungerford, D. A.: Seminars in Hematology. 1966, 3, 114. — 19. Kelemen E.: Physiopathology and Therapy of Human Blood Diseases. Pergamon, Oxford, 1968. — 20. Roath, S., Israels, M. C. G., Wilkinson, J. F.: Quart. J. Med. 1967, 33, 257.

PERCHLORAT-K

400 mg kalium perchloricum/tbl

antithyreoticum

A pajzsmirigyben levő jodidot a káliumperchlorat leválasztja és helyére lépve önmagát fixálja. A gyógyszeradag nagyságával egyenes arányban megnö a pajzsmirigy és a strumigen hatást szövettanilag activ mirigy-functio követi.

Adagolása és az egyéb tudnivalók a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” című könyv pótlapján olvasható.

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁP-SZERGYÁR, BUDAPEST

A vektorkardiográfiáról

Bár lapunkban ebben az esztendőben több közlemény jelent meg vektorkardiográfiás vizsgálatokról (17. old. és 1004. old.), bonyolultságuk miatt nem tartjuk feleslegesnek a módszer elvi alapjainak újbóli megtárgyalását Csanády dr.-nak e számban közölt tanulmányával (1125. old.) kapcsolatban.

Azonos jelenségek újabb és újabb módszerekkel történő vizsgálata rendszerint újabb megismeréseket is eredményez, és a lényeg jobb megértését segíti. A szív elektromos jelenségeinek vizsgálata esetében a vektorkardiográfia tölti be ezt a funkciót, és ezért az utóbbi években előtérbe került. A vektorkardiogramm a szív működése közben keletkező elektromos potenciálkülönbségek (feszültségek) síkban való ábrázolása, és mivel a térbeli jelenségek három síkban egyértelműen ábrázolhatók, a szív elektromos jelenségeinek vektorkardiográfiás kiállítása (display) egyúttal térbeli ábrázolást jelent.

A térbeli ábrázolás lényegesen megkönnyíti az elektromos jelenségek értelmezését és az EKG megértését.

Az ábrázoló geometriában a teret három sík határozza meg: frontális, horizontális, sagittális. E síkok három tengelyen (egyenesen) nyugszanak: longitudinálison, transversálison, sagittálison. Ha a szív elektromos jelenségeit egy ilyen koordináta-rendszerben ábrázoljuk, akkor a frontális síkban való meghatározást úgy végezhetjük el, hogy az oscilloscop-ernyő függőleges elektródapárjára a longitudinális tengely, az erre merőleges vízszintes elektródapárjára a transversális tengely irányában felvett feszültségkülönbségeket vesszük. Tehát a térben merőleges irányok az oscilloscop-ernyő síkjában is merőlegesen helyezkednek el, és ezeket egymás elmozdulásának függvényében vizsgáljuk. Ha nincs feszültségkülönbség (EKG-n izoelektromos vonal), a pont áll, feszültségkülönbség keletkezésekor az elektronnaláb elmozdul, hurkot ír le, majd a feszültségkülönbség megszűntekor önmagába visszatér. A

vektorkardiográfiás képen három ilyen hurok figyelhető meg: P, QRS és T hurok.

A frontális sík analógiájára a horizontális és sagittális síkban is ábrázoljuk az elektromos jelenségeket.

Az elektronsugár periódikus megszakításával (leggyakrabban 400 vagy 800/sec) a jelenségek időbeli vizsgálatára is lehetőség nyílik, sőt ezzel a módszerrel nagyon finom időbeosztást nyerhetünk (1,25 msec), ami szintén egyik előnye a vektorkardiográfiás „kiállításnak”.

A vektorkardiográfia értékét, helyét a mai kardiológiai diagnosztikában egyelőre nehéz pontosan meghatározni, mivel vektorkardiográfiás ismereteink egyre bővülnek. Nagy szerepe van a kutatásban, és ma már a kardiológia-centrumokban nélkülözhetetlen. Elterjedését kétségtelen gátolja a műszerhiány, valamint az, hogy valamelyest munkaigényesebb, mint az EKG.

Természetesen a szív ritmuszavarainak vizsgálatára a vektorkardiográfia elvi okokból nem alkalmas. A szerzők többsége szerint hasznos segítséget nyújt a VKG kis kiterjedésű infarctusok, posterobasalis infarctus, szárblokkal társult infarctus, jobb kamra-hypertrophia diagnózisában, pitvari septum defectusok típusának elkülönítésében. Kérdés, hogy többes infarctusok, bal kamra-hypertrophia esetén tud-e többet mondani a VKG-analízis, mint az EKG. A kérdést azonban nem úgy kell felvetni, hogy EKG vagy VKG, hanem úgy, hogy a kettő együtt alkalmazva emeli-e a diagnosztikus pontosságot (az EKG-ban sem úgy merül fel a kérdés: mi jobb: a végtag- vagy a mellkasi elvezetés?). Hangsúlyozni kell, hogy a vektorkardiogramm, éppen úgy mint az EKG, a szív elektromos jelenségeit dolgozza fel, csak a megjelenítése, „kiállítása” más.

Vektorkardiográfiával kapcsolatos ismereteink még fejlődőben vannak, és várható, hogy a VKG nyújtotta további adatok elősegítik a szív elektromos jelenségeinek pontosabb megismerését.



Az orvosok időmérlege Baranya megyében 1967-ben

Az Országos Orvostudományi Könyvtár és Dokumentációs Központ 1964-ben országos felmérés formájában megvizsgálta az orvosok szakirodalmi igényeit. Miután tudtuk, hogy a szakirodalom használatának akadályai is vannak, olvasóinkat megkérdeztük: ha a szakirodalmat nem veszik igénybe, mi annak az oka? A válaszolók kisebb része szerint az irodalom nehezen hozzáférhető, sokkal nagyobb része szerint olvasásra kevés idejük marad vagy egyáltalán nem jut rá idő.

Jelenlegi vizsgálatunk célja éppen ennek a tisztázása volt: *csakugyan nem jut vagy csak kevés idő jut-e a szakirodalom tanulmányozására, és ha nem, akkor miért nem.* A szabványos kérdőíves felmérés szubjektívebb eredményeitől eltérő, objektívebb, teljesebb képet akartunk nyerni olvasóink — látszólag ránk nem is tartozó — életébe. Ezért az időmérleget interjú módszerrel végeztük. Ennek is megvannak a hátrányai. Az emlékezet például nem teljesen megbízható még akkor sem, ha ún. „tegnap-interjúk”-ról van szó. E hibalehetőségek ellenére a szociológusok sem ismernek jobb módszert.

A vizsgálat céljára Baranya megyét választottuk ki. 10%-os reprezentációban állapodtunk meg. A reprezentáció ilyen százalékaránya megbízható. A nehézséget az okozza, hogy a 10% a mi esetünkben kb. 100 személy, pedig a résztvevők értékelhetősége miatt csoportokat kell képezni — legalább 20—20 főből —, különben az elemzés matematikailag nem értékelhető. Csoportalkotás nélkül viszont nem sokat érünk, mert bennünket nem „az orvos” érdekel, hanem az egyes orvoscsoportok különbségei és az eltérések okai. A korcsoportokat például úgy határoztuk meg, hogy lehetőleg mindegyikben több legyen a vizsgáltak száma 20-nál. Bizonyos nagy csoportkülönbségeket mégsem tudtunk kiküszöbölni. Az általunk vizsgáltak között például 77 férfi és 27 nő van, 67 a nem egyetemen és 37 az egyetemen működő orvos. Ezek a számok (amelyekkel szintén kifejeztük a vizsgált kör tényleges csoportarányait) az élet által nyújtott adatok.

Az egyetemen még az elméleti és a klinikai szakok arányaira, a kórházakban pedig a szakmák arányaira is ügyelni kellett.

Négy nagy kérdéscsoportot vizsgáltunk: a munkára, a fiziológiai szükségletekre, a házimun-

kára és a család ellátására, végül a szabad időre vonatkozó adatokat.

A válaszok szerint

hétköznapokon munkával átlag napi 10,4 órát töltenek. Ez 2,4 órával több az előírtnál. Ha viszont a fiziológiai szükségletek ellátására fordított 8,7 órát nézzük és tudomásul vesszük, hogy ebben az alvásidő is benne van, ezt a normális életmódhoz kevésnek kell tartanunk. Házimunkára 1,5 órát fordítanak. Ez még akkor is kevés, ha az állandó (de gyakran időszakos) háztartási segítséget is számításba vesszük. És ebben benne van a gyermekkel való foglalkozás is! Szabad időre 3,4 óra jut.

Szabad napon a munka átlag 0,9 órára csökken. Ide nem számítjuk a nem rendszeres, vasárnapi ügyeket. A 0,9 órában benne van a súlyos betegek meglátogatása, a vizit, a kísérletek ellenőrzése, a hívások, néhány esetben a szakirodalom olvasása. A fiziológiai szükségletekre fordított idő 10,7 órára növekszik. A házimunka 4,0 órára. Világosan látszik, hogy a házimunkák elvégzésének legfőbb ideje az orvosoknál is a hét vége. Főképpen a mosást végzik a szabad napon. Érdekes megemlíteni, hogy az orvosnők szeretnek mosni (majdnem mindegyikük géppel mos), de azért nem tartják szabadidős kedvtelésnek.

Mik az egyes foglalkozásokra fordított idő *szélső értékei*? (Külön szórás számítást nem végeztünk, nem láttuk értelmét.)

A férfiak és nők egyes foglalkozásokra fordított idejének a szélső értékei a következőképpen alakulnak:

Az átlagidőket kiszámítva megállapítottuk, hogy a nők hétköznap átlagosan 0,7 órával kevesebbet töltenek munkával a férfiaknál. Fiziológiai szükségleteik ellátására ugyanannyit fordítanak, házimunkával viszont az orvosnők teljes 2 órával töltenek többet, mint a férfi orvosok, a szabad idejük is 1,3 órával rövidebb.

A férfiak szabad napon is valamivel többet (0,3 órával) dolgoznak a nőknél. De több jut számukra (0,4 órával) fiziológiai szükségleteik ellátására is és 1,7 órával szabad időtöltésre. A nők az itt megtakarított időt a házimunkába „adják bele”, amire 2,4 órával fordítanak többet a férfiaknál.

A fiziológiai szükségletekre fordított idő a korral arányosan csökken. A legtöbb házimunkát a

minden szempontból legtöbbet dolgozó 30—39 éves korosztály végzi, nekik jut a legkevesebb szabad idő.

Az egyes foglalkozásokkal töltött idő részletező elemzése

Munka

Az orvosok munkával eltöltött idejét már ismertettük. Jóval több az előírt 8 óránál. 34 orvosnak van mellékfoglalkozása is és 57-en végeznek társadalmi munkát (egyesekek többféléit is).

Ezek a társadalmi munkák ritkán jelentenek mindennapos elfoglaltságot, gyakrabban heti 1—2 alkalommal 1—2 órát és még gyakrabban havonta 2—4 órát. Ehhez hozzá kell számítanunk az előadásokra való felkészülést, amit a megkérdezettek mind nagyon komolyan vesznek, akár középkáder képzésről, akár egészségügyi felvilágosításról legyen is szó. Az utóbbiak és a Vöröskereszt keretében tartott előadások főképpen a falusi körzeti orvosnak jelentenek problémát, különösen a színvonal és a közérthetőség összeegyeztetése szempontjából, de az ő dolguk az előadóteremről való gondoskodás és a megfelelő propaganda is a szükséges hallgatólétszám biztosítása érdekében.

18-an vallották magukról, hogy napi átlagban kifejezhető „egyéb” munkát végeznek, „tegnap is”. Ez 7 esetben magánrendelés, 4 esetben marxizmus esti egyetem, 3 esetben nyelvtanulás, kettőnél statisztikák készítése, 1 szakvizsgára készül, 2 klinikus laboratóriumi munkát végez, 1 „saját” kísérlettel foglalkozik, 5-en pedig szakirodalommal foglalkoznak (és ezt munkának tartják). A többiek a szakirodalom olvasását a szabad időhöz sorolták, hozzáfűzve, hogy munkaidőben, munka közben is tájékozódnak, ez azonban összefolyik az orvosi munkával.

Külön meg kell említeni az ügyeletet. Ez a napi átlagban ki nem fejezhető munka nagy megterhelést jelent az orvosoknak. Minél fiatalabb az orvos, annál gyakrabban ügyel. Ez 16 órát jelent és utána azonnal a napi munka folytatását, azaz 32 óra permanenciát! Igaz, az ügyeletes elvben alhat, ha nincs munkája. Olvashat, rádiózhat is, itt azonban külön kellene vizsgálnunk a nehéz és a könnyű ügyeleteket végzőket és ettől eltekintettünk. A szülészeteken és a traumatológiai osztályokon egyébként is ritka az az éjjel, amikor az ügyeletes 1—2 órát alhat. A megkérdezett 53 klinikus és fekvőbeteg-intézeti orvos közül 28 ügyel. Az idősebbek és a magasabb beosztásúak havonta 1—2-szer, a szabad napon tartanak ún. „készenléti ügyeletet” szombaton déltől hétfő reggelig. A fiatalabbak havonta 5—8-szor ügyelnek. Négy olyan szigetvári orvossal beszéltünk, akikre hetente háromszor kerül sor, sőt az egyik pécsi egyetemi szülész 1967 első felében minden második nap, az év második felében pedig minden harmadik nap ügyelt (különböző helyettesítések miatt). Ez még akkor is embertelenül sok, ha egyesek a maguk jószántából, az ügyeleti díjért vállalkoznak erre. Gyakran azonban nem is ezért kerül egy-egy orvosra olyan gyakran sor.

A fiziológiai szükségletek

ellátására fordított idő érdemleges különbségeket csak a férfiak és a nők viszonylatában mutat. (A nők hétköznap valamivel kevesebbet, vasárnap valamivel többet alusznak a férfiaknál). Átlagosan 6,9—8,2 órát töltenek alvással. Az orvosok többsége nem fürdik, hanem zuhanyoz, mert ez gyorsabb: 15 perc — öltözködés, borotválkozás, fésülködés: 15 perc — ebédelés: 10—20 perc — reggelizés: 10 perc — vacsorázás 25—30 perc (ez a legkényelmesebb, legnyugalmasabb étkezésük) — esti mosakodás: 10 perc. A sebtében leöntött reggeli tea (többnyire üresen) és a gyorsan elfogyasztott ebéd nem tartozik az egészség fenntartásának legjobb módjai közé.

Házimunkák és a család ellátása

Ennek a kérdéscsoportnak az elemzéséhez szükséges a családok összetételét ismernünk. A 104 megkérdezett között mindössze 15 egyedülélő van (némelyikük a szüleinél lakik, de nincs háztartása). Ezek közül 10 férfi, 5 nő, ketten 40 év felettiek.

A 13 háztartásbeli feleség $\frac{2}{3}$ -ának van szakmája, de a gyermekek miatt otthon maradtak. Csak két olyan háztartásbeli van, akinek 1—1 gyermeke van, a többi 2 és 3 gyermekes.

Mind az orvosférjak, mind az orvosnők szívesen házasodnak orvossal. Összesen 32 orvospár volt a megkérdezettek között. Csak mint érdekességet említjük meg, hogy az orvosnők az esetek 90%-ában ragaszkodnak a diplomás férjhez, az orvosférjak azonban nem akarnak okvetlenül diplomás feleséget.

A gyermekek közül mindössze 5 kereső.

A 89 házaspár közül 16 gyermektelen, ezek közül 7-en 30 év alattiak, 6-an 40 év alattiak és csak ketten vannak 40 év felett.

Hétköznapokon a férfiak 0,3, a nők 1,8, szabad napon a férfiak 1,2, a nők 3,6 órát fordítanak házimunkára. A nők tehát hétköznapon hatszor, szabad napon háromszor annyit foglalkoznak házimunkával, mint a férfiak. A gyermekes családokban a férfiak hétköznapokon 0,7, a nők 1,2 órát foglalkoznak gyermekükkel, szabad napon a férfiak 2,2 órát, a nők ugyanannyit. Minden, a családdal kapcsolatos munka közül a férfiak viszonylag a gyermekkel foglalkoznak a legtöbbet és a legszívesebben. Ehhez a foglalkozáshoz számítják a csecsemő fürdetését, az óvodába és a bölcsődébe való hordást, a játékot, a sétáltatást, a nagyobbaknál a közös tanulást. Az etetés, a tisztántartás, a gyermek ruhaügyei a nő dolga. Van azonban 12 olyan gyermekes férfi és 1 olyan gyermekes nő, aki a gyermekekkel egyáltalán nem foglalkozik!

Nagyk a különbségek a családok és az egyedülálló orvosok házimunkára fordított ideje között és itt különösen a családok és az egyedül élő nők között vannak nagy különbségek. Mind az egyedülálló férfiak, mind a nők házimunka címén csak saját holmijukat tartják rendben, csak néhány egyedülálló nő takarít és mosogat.

A szabad idő vagy még inkább a kedvteléssel eltöltött idő még érdekesebb képet mutat. A válaszokat az általunk „valódi”-nak tartott szabad időre vonatkoztatjuk (azaz ki mit tartott szabad időnek), erre vigyáztunk. Néhányan például nem örülnek a vendéglátásnak, a vendégek ellátását ezekben az esetekben a házimunkához soroltuk.

Az orvosok szabad foglalkozással töltik hétköznapjuk $\frac{1}{7}$, szabad napjuk mintegy $\frac{1}{3}$ részét. Ez szabad napon megfelelő időmennyiség, hétköznapon azonban kevés.

Legkevesebb szabad idejük a nőknek, a klinikusoknak, a 30—39 év közöttieknek van és ez hétköznapra és szabad napra egyaránt vonatkozik.

Hogyan oszlik meg a szabad idő az egyes tevékenységek között?

A szakirodalmi tájékozódásra fordított hétköznap 1,4 és szabadnap 1,1 órával jónak mondható. Szabad napokon a szépirodalomra fordított idő a hétköznap kétszerese. A hétköznap szépirodalom-olvasásra fordított 0,6 óra átlag matematikai átlag. Sokan időben ki nem fejezhető mennyiséget olvasnak az év nagy részében, a hiányokat szabadságuk idején pótolják.

Az egyetemi orvosok kétszer annyi időt fordítanak szakirodalom olvasására és fele annyit TV nézésre, mint a nem egyetemen működők. A fekvő- és járóbetegintézeti orvosok szabad idejüket szinte azonos módon töltik el. Nagyobb különbségeket mutat a férfiak és a nők szabad idő eltöltése.

A férfiak több időt fordítanak a szakirodalom, de a szépirodalom olvasására is, több időt fordítanak TV nézésre és „egyéb” tevékenységre is a nőknél. Magyarul: hétköznap is, szabad napon is (1,3—1,7 órával) több a szabad idejük, mint a nőknek.

A szépirodalom-olvasás a korrallal csökken. Az „egyebek”-re fordított időmennyiség viszont a korrallal növekszik, a hétköznapon és szabad napon egyaránt. TV nézésre is a legidősebbek fordítják a legtöbb időt.

A szakirodalom olvasása. A szélső értékek szerint említésre méltó, hogy (a válaszok alapján) egyetlen olyan egyetemi orvossal sem találkoztunk, aki szakirodalommal az előző hétköznapján legalább 0,5 órát ne foglalkozott volna. Az egyetemi és a nem egyetemi orvosok fele szabad napon szakirodalmat egyáltalán nem olvas. A legnagyobb értéket két nem egyetemi orvos adta, akik közül az egyik hétköznap 6 óra, a másik szabad napon 7 óra szakirodalom-olvasásról számolt be. Szakvizsgára készülnek mind a ketten, másképpen nem is volna hihető.

Más csoportosításban a szakirodalom-olvasás legnagyobb szélső értékeit a legfiatalabb korosztályok 6—7 órái mutatják csökkenő tendenciával a legidősebbek 1,5—3 óráig maximumáig.

A szépirodalom-olvasás a korrallal összefüggésben ugyanezt a tendenciát mutatja. Más vonatkozásban nincsenek feltűnő különbségek. Egyáltalán nem olvas szépirodalmat (sem évi, sem kétévi átlagban) a 104 közül 3 orvos. Azok, akik sem előző napjukon, sem általában szépirodalmat időben kifejezhetően nem olvasnak, ezt oly módon pótolják,

hogy szabadságuk idején elolvasnak 2—8 művet. A napi sajtót 98⁰/₀-ban kísérik figyelemmel.

Mit olvasnak? Előbb azokat a műfaji csoportokat soroljuk fel, ami nem szépirodalom, hanem nem orvosi szakirodalom: ókori történelem, földrajz, régészet érdekel 1—1 orvost, erre heti 1—3 órát szánnak. A szépirodalmi és ismeretterjesztő műfajok között közkedveltségben a színes útleírások vezetnek, utánuk a történelmi regény, a filozófiai esszék és regények, a modern regények, majd a vers következik (egyik olvasónk szerint vers = Arany János, a többit nem szereti), ezután jönnek a novellák és a krimi.

És kik a kedvelt szerzők? A külföldiek közül Hemingway és Maupassant vezet, majd Camus, Dürrenmatt, Balzac, Anatole France, Feuchtwangler, Graham Greene, Graves, Kafka, Maugham, Maurois, Moravia, Mereskovszkij, Shakespeare, Shaw, Sinclair, Tolsztoj.

A magyarok közül Berkesi, Németh László és Ráth-Végh vezet utánuk következnek Szerb Antal, Mikszáth, Passuth, Tersánszky Józsi Jenő, Rejtő Jenő, majd Benedek István, Fejes Endre, Győry Dezső, Jókai, Kodolányi, Moldova, Móricz, Nyírő, Somogyi, Zsigray Julianna.

A folyóiratok között közkedvelt a Nagyvilág és az Új Írás.

A férfi orvosok általában nem szeretik a modern pszichológiai vagy pszichologizáló regényeket. Többüknek az a véleménye, hogy ezek a regények hamis problémákat exponálnak és a megoldás is élettől elrugaszkodott, mesterkélt. Különösen ez az ideggyógyászok véleménye. Szerintük az élet különbet, de természetesebbet produkál. Annyi valódi problémával, egyéni tragédiával találkozunk nap mint nap, hogy kikapcsolódásként semmi szín alatt sem olvasnak „patológiás, idegbajos” regényt vagy novellát. Valószínűleg ez az oka az útleírások kedvelésének, ezek „különbet, de természeteset” produkálnak. Többen azt is hangzott, hogy az Élet és Tudomány, a Búvár és hasonló ismeretterjesztő folyóiratok olvasása számukra nemcsak üdülés, hanem látóköri tágításra is kiválóan alkalmas, az abban közltek szempontjából az orvos ugyanolyan laikus, mint a nagyközönség.

A televíziónézés

kevesbé közkedvelt szórakozás, mint a munkás-alkalmazott kategóriáknál. Az orvosok hétköznapokon átlagosan 0,7, szabad napon 1,7 órát, míg a munkás-alkalmazottak hétköznapokon 2,7 órát töltenek TV nézéssel. Orvosoknál a szélső értékek 5—6 óra. Egyáltalán nem néz TV-t hétköznapon 28, szabad napon 21 orvos. Egyáltalán nem is hajlandó TV-t nézni 15 orvos, szerintük kár az időért. Egy tizenhatodik megjegyzi, hogy ő ugyan szívesen nézi, de nagyon időtrábló foglalkozás.

Mit szeretnek nézni? Elsősorban a híradókat és a filmközvetítéseket (egy orvos a jugoszláv adó utazási filmjeit nézi a legszívesebben), ezután a sportközvetítés és a színházi előadások következnek, majd a krimik, a tudományos előadások, a Para-

bola, a Halló lányok, halló fiúk és a különböző vetélkedők.

Egy-egy orvos szabad idejében többfélével is foglalkozik és egészségesen kombinálja a fizikai és a szellemi kikapcsolódási formákat.

Mozi, színház, hangverseny

Az orvosoknak több mint a fele nem jár moziba és $\frac{2}{3}$ -a nem jár sem hangversenyre, sem színházba. A mozit viszonylag azért látogatják többen, mert az egyszerűbben lebonyolítható, nem kell úgy felöltözni (ami külön idő), mint az ünnepélyesebb színház- és hangverseny látogatásokhoz. A hangversenylátogatók messzemenően meg vannak elégedve a pécsi zenekarokkal. A színházlátogatók már kevésbé a pécsi színházzal. A ritkábban járó 17 válaszoló nyári szabadsága alkalmával Pesten néz meg néhány darabot.

Többen szenvedéllyel foglalkoznak különböző tárgyak gyűjtésével, de egyéb hobbyk is bőségesen előfordulnak. A hobbyk kiélésének csak egy része történik a szabad időben. Vannak olyanok, akik a házimunkával kapcsolják össze, mások a munkával, a sportolók közül pedig többen legfőbb fiziológiai szükségletüknek tartják az egyúttal hobbyként kezelt testmozgást. Aki olyan szerencsés, hogy a munkája egyúttal hobbyja is, és ennek kapcsán a munkájába számos színes elemet visz, az napjának legnagyobb részét az általa kívánt foglalkozással tölti. Mégsem foghatjuk úgy fel, hogy nem dolgozik, csak hobbyjának él. Több oka van tehát, hogy a hobbykkal külön foglalkoztunk, még ha a szabad idő „egyéb” foglalkozásaiban hasonló foglalkozások is előfordulnak.

Nincs hobbyja 42 orvosnak. A többi úgy mondta, hogy van. Ezek:

Műszaki jellegűek: fényképezés, filmezés, színes labor-munka, auto- és motorszerelés.

Mezőgazdasági jellegűek: kerti virágnevelés, konyhakertészet, szőlőművelés, szobanövény nevelés, akvarisztika, galambászat.

Háztartási foglalkozások: kötés, horgolás, hímzés, különleges háztartási felszerelések gyűjtése, új ételreceptek kitálálása.

Gyűjtő jellegű foglalkozások: képzőművészeti albumok, porcelán, bélyeg, lemez, könyv gyűjtés.

Sport: sakkt, gerelyvetés, könnyű atlétika, turisztika, könnyű búvárkodás, vadászat, horgászat, úszás, síelés.

Művészeti jellegű foglalkozások: műkedvelő esteket rendezés, dzsessz (művelése), fafaragás, barkácsolás, bútorfestés.

Egyéb: tarokk, eszperanto-levelezés, nyelvtanulás, matematikai példák megoldása, elektronika (munkájához, munkaidőben, de a modelt otthon készíti) ezen kívül hárman tartják magukról — és környezetük is róluk —, hogy a munkájuk a hobbyjuk.

Néhány észrevétel

Adatfelmérésünknek olyasóink megismerésén kívül egy haszna biztosan volt. A megkérdezettek elgondolkoztak napi beosztásukon és néha maguk is a fejüket csóválták, hangosan gondolkodva latolgatták, hogyan kellene idejüket beosztani a jövőben.

Az orvosok munkával eltöltött tényleges ideje túl hosszú annak ellenére, hogy a munkahelyre és a hazautazás náluk nem sok időt vesz igénybe. Munkájukat 95%-ban szeretik, a sok munkára nem is panaszkodtak. Panasz csak a gyakori ügyeletekre volt.

A körzeti orvosok a legkevesebbet olvasó kategória, bár a magyar folyóiratokról és kézikönyvekről elég jól tájékozottak. A külföldi szakirodalomhoz azonban kevésbé jutnak, hozzá kell tennünk, hogy ezt sok esetben nem is ambicionálják. Kórházakban és rendelőintézetekben dolgozó orvosoktól a szakirodalom ismeretét többé-kevésbé számon kérik, olvasmányaikról referáló üléseken be kell számolniuk. A kórházakban a körzeti orvosok részére szervezett referáló üléseken a körzeti orvosok ritkán és kis számban vesznek részt. A Baranya megyei kórház az utóbbi időben egyre nagyobb súlyt helyez a körzeti orvosok továbbképzésére, amit a körzeti orvosok maguk is fontosnak tartanak.

Az általunk megkérdezett orvosok saját tájékozottságukkal általában meg voltak elégedve. Meg voltak elégedve azzal a hozzáfűzött megjegyzéssel, hogy nem tudják: vajon ez a világirodalom fontosabb adatainak tényleges ismeretét jelenti-e? Mi sem tudjuk, hogy tájékozottságuk a színvonalas napi munkához elegendő-e? Nincs erre vonatkozó adatunk, mércénk se.

Szepesi Zoltánné — Wágner Imre

In memoriam Corneille Heymans

Az elmúlt hónapokban értesült a tudományos világ rövid hírben arról, hogy az orvostudomány egyik „nagy örege”, a belga orvosi közélet büszkesége, *C. Heymans*, Nobel-díjas orvos 76 éves korában elhunyt.

A magyar gyakorló orvosok körében *Heymans* neve kevésbé ismert, annak ellenére, hogy mind a *Bálint* szerkesztésében megjelent *Élettan* tankönyvben, mind *Donhoffer* *Kórlettanában* sokat idézett szerző. Ki volt *C. Heymans* és milyen kutatások azok, amelyeket a Nobel-díj bizottság érdemesnek tartott a legmagasabb orvosi elismerésre?

Belgium kies tengerparti városában, a történelmi emlékekben annyira gazdag Gand (Gent)-ben született 1892. III. 28-án. Első tanítómestere édesatyja volt, aki szülővárosában a gyógyszeriant tanította az egyetemen. Pályája kezdetétől fogva az a vágy sarkallta, hogy atyja méltó utóda legyen.

1914-ben bevonult katonának és részt vett azokban a harcokban, amelyekben sikerült a Belgium semlegességét akkor is megsértő német csapatokat Ypern környékén megállítani. 1915-ben áthelyezték a gyalogságtól a tábori tüzérséghez. 1918-ban mint hadnagy szerelt le, miután részt vett számos súlyos ütközetben és több hadi kitüntetést kapott. Felesége, aki ugyancsak orvosnő, a háború alatt mint önkéntes ápolónő szolgált egy frontközeli tábori kórházban. Promotiója után 1920-ban vette feleségül és a két éves tanulmányút egyben nászút is volt.

Útjának első állomása *Gley* párizsi laboratóriuma. Mialatt *H. Gley* laboratóriumában, a Collège de France négy szűk kis helyiségében dolgozott, felesége az Hôtel Dieu-be járt be a szemészetre.

Gley nevével találkoztunk már a Horus hasábjain. Ő volt az a tudós, aki belső secretiók kutatásai során pankreas kivonatokkal foglalkozott a század elején. Elég közel járt az insulin felfedezéséhez, amikor más fontosabb kutatási területen végzett munkássága miatt ezeket a kísérleteket abbahagyta, de eredményeit és elgondolásait a témával kapcsolatban a francia tudományos akadémián depónálta. *Banting* és *Best* felfedezésének közlése után elővettette a letétet és az abban foglaltak alapján prioritási igényeket emelt. Ettől a kis intermezzótól függetlenül *Gley* a századforduló nagy kutatói közé tartozott és *Heymans* mindig hangoztatta, hogy ebben a szűk kis laboratóriumban nagyon sokat tanult. *Gley* inspirálta ugyanis arra, hogy a methylenkék hatását vizsgálja a szív vagus idegére. Az első kísérleteket békán végezte és megállapította, hogy a methylenkék megakadályozza a vagus izgalom következtében fellépő szívműködés lassúbbodást, valamint kivédi az acetylcholin hatását. Kutyán viszont azt figyelte meg, hogy a methylenkék iv. befecskendezése lényegesen fokozza az anyagcserét és hyperthermiát vált ki.

Tanulmányútjának következő állomása: Lausanne, ahol az allergiatan egyik halhatatlanja, *Arthus* mint fiziológus működött. *Arthus* nevét az általa leírt jelenség tette az orvostudomány egyik standard fogalmává. Az immunitás alapvető műveként számoltartott könyve: „De l'Anaphylaxie à l'Immunité (Az anafilaxiától az immunitásig) ma sem túlhaladott, csak kibővült számos új, alapvető megismeréssel. *Arthus* munkamódszere olyan alapos volt, hogy az aligha szárnyalható túl. Az állatkísérleteket, amelyeket *Claude Bernard* szellemi utódaként nagy alaposággal és akribiával végzett, mindig kontrolláltatta az intézetében továbbképzésben résztvevő fiatal tudósjelöltekkel és azoknak lépésről lépésre végig kellett haladniuk minden fázison, amíg eljutottak odáig, hogy az ismételt beadott antigénnel szemben a kísérleti állat immunisnak bizonyult.

Arthus után a magyar tanítványai révén a magyar tudományos életben is hatótényező *Hans Horst Meyer* bécsi laboratóriumába került. *Meyer* még a német farmakológia „atyjának”, *Schmiedebergnek* volt a tanítványa.

Bécsből Londonba ment *Starling* laboratóriumába. Ha preparatív szempontból vizsgáljuk *Heymans* munkásságát, úgy azt kell mondanunk, hogy a *Starling* laboratóriumban folyó kísérletezések gyakorolták metodikai fejlődésére a legmélyebb hatást. Ahogyan leírja: ebben a laboratóriumban színte a mindennaphoz tartozott a szív-tüdő készítmény preparálása. *Heymans* kiemeli ezen felül azt a mély szellemi hatást, amit *Starling* gyakorolt a tanítványaira. Minden délután a hagyományos teázás alkalmával összefoglalta az aznapi munka eredményeit, sikereit, balsikereit és ezeknek mélyreható élettani elemzését adta.

Amerikai tanulmányútja során megfordult *Mathewsnél*, aki a biokémia professzora volt a Cincinnati egyetemen és az hívta fel a figyelmét a dinitronaphol kísérletekre: ennek az anyagnak a

befecskendezésével tengerimalacban lázat okoztak. *Heymans* megismételte a kísérleteket dinitronaphtholon kívül dinitrophenollal és más hasonló vegyületekkel. Kutyában, macskában és galambban sikerült lázat kiváltania, illetve az anyagcserét fokoznia.

Néhány évi eredményes kísérletes munka után 1927-ben az amerikai—belga társaság ösztöndíjával a Western Reserve University School laboratóriumban, a nálunk alig ismert *Carl Wiggers*hez került. Itt beszámolt addigi eredményeiről, vagyis a baroreceptorok szerepéről, illetve a chemoreceptorok fontosságáról a vérnyomás és a légzés szabályozásában. *Carl Wiggers* figyelmeztette, hogy az előadott nézetek ellentétben állnak a klasszikus fel fogással. Egyben felkérte, hogy másnap egy rendelkezésére bocsátott kutyán demonstrálja kísérletes eredményeit. *Wiggers* végignézte a kísérletet és megállapította, hogy a kutyakísérlet bizonyító erejű: a tankönyvben tévtanok vannak.

Heymans úgy érezte, hogy helyesen járt el, amikor magáévá tette *Bernardnak* és *Hopkinsnak* az örök kételyről vallott nézeteit, amelyek lehetővé teszik, hogy a kutató szabadon, dogmáktól mentesen követhesse elméleti elképzeléseit. *Wiggers* is azon a nézeten volt, hogy mind az agyat, mind az alkalmazott technikát állandóan fejleszteni, frissíteni kell. *Heymans* szerint a tudomány — és elsősorban az elméleti tudományok — fejlődésének egyik legnagyobb motorja: a kutató nonkonformizmusa.

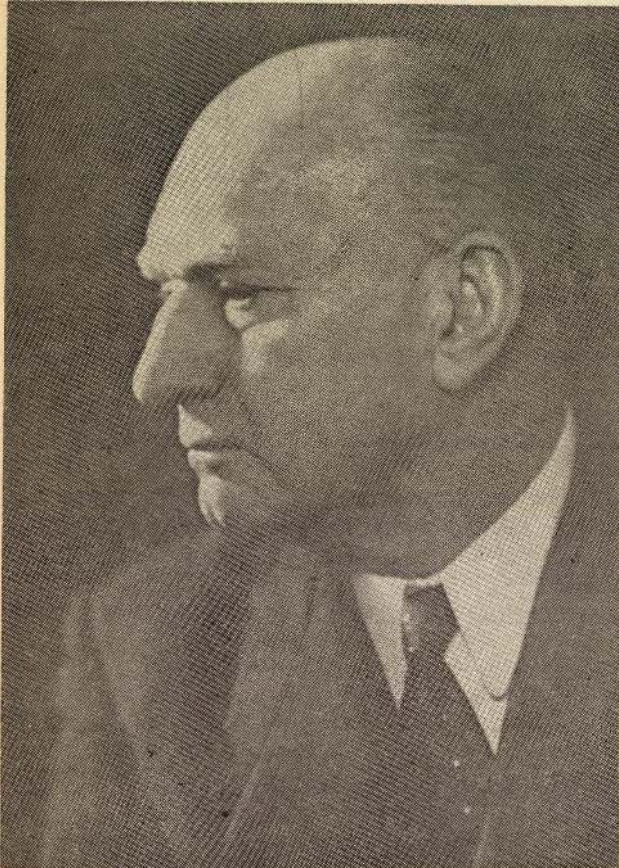
Az USA-ból visszatérve még egy ideig atyja irányítása mellett dolgozott, de már 1930-ban intézetvezető lett. Atyja még 3 évig bejárta az intézetbe mint emeritus, de 1933-ban, 45 évi szorgos munka után végleg visszavonult a kutatástól és tanítástól.

Gyakran tették fel azt a kérdést: mikor találta meg a chemoreceptorokat az aorta és a sinus caroticus falában? *Heymans* mindig hangsúlyozta, hogy az első ilyen irányú kísérleteket még 1912-ben atyja végezte el. Más célból izolált kutyafejeket, amelyek a törzzsel csak az izolált cervicalis vagus útján állottak összeköttetésben. Később megfigyelték, hogy a leválasztott testnek az asphyxiája, illetve oxigén-szegénysége az izolált, perfundált fej légzési központjának reflektorikus izalmát váltja ki. Ezek a váratlan és meglepő kísérleti eredmények azután egy évtizedekig tartó, tervszerű kísérletezés alapjait képezték. Az eredmény: a chemoreceptorok felismerése és lokalizációja az aorta falában és a sinus caroticusban.

A vizsgálatokhoz az ösztönzést az adta, hogy az idősebb *Heymans* elve volt, hogy a kísérletek befejeztek az állatokat ne öljék meg, hanem használják fel valamilyen bizarrnak tűnő kérdés megválaszolására, de közben tartsák nyitva a szemüket és figyeljék nagyon intenzíven az állatot. Ha bármilyen szokatlan vagy váratlan jelenséget észlelnek, azt gondosan jegyzőkönyvezzék.

Heymans atyja is foglalkozott a vérkeringés reflexes szabályozásával. Közös kísérleteiket atyja és fiú azzal kezdték, hogy standard metódusokat dolgoztak ki az általuk felvetett problémák kísér-

letes tanulmányozására. *Heymans* első ezirányú közleményei óta az izolált fej, illetve az izolált átáramoltatott fej, amely a test többi részével csak idegpályákkal van összekötve, valamint az izoláltan perfundált sinus caroticus a kísérletes élet- és gyógyszeratan klasszikus kísérletes eljárása. (Pontos rajz található a közelmúltban megjelent és a bevezetőben említett *Élettan* tankönyv újabb kiadásában.)



Heymans a kísérleteiben *Hering* — tankönyvekből ismert — eredményeiből indult el, vagyis abból, hogy a sinus caroticusban fontos reflexcentrumok helyezkednek el, amelyek a szív frekvenciáját szabályozzák. *Heymans* mutatta ki, hogy ezek a reflexogen zónák a vérnyomást is szabályozzák. A perctérfogatot és a mellékvese adrenalin kiválasztását is ezek a zónák befolyásolják.

A vérnyomásingadozások néhány arteria falában található mechanosensibilis idegvégződésekre, az úgynevezett baroreceptorokra hatnak. Ezek centripetálisan reflektorikusan hatnak azokra a tényezőkre, amelyek a vérnyomást fenntartják, és amelyek gyorsan kiegyenlítik a vérnyomásingadozásokat. A vérnyomás önszabályozásában ez a vér-édeny-idegrendszer, vagy a baroreceptorok ismerete alapvetően fontos. Ebbe a rendszerbe tartoznak a bal szívfélben és az aortaív falában található idegek, valamint a carotis sinus idegek.

A vérkeringés fentebb vázolt pressosensibilis reflektorikus önszabályozása mellett a központi

idegrendszeri szabályozás — *Heymans* véleménye szerint — alárendelt szerepet játszik. *Heymans* és atyja a pressosensibilis mechanizmusokon kívül felismerte a chemosensibilis regulációs jelenségeket is. Kimutatták ugyanis a glomus caroticum és glomus aortae — amelyet korábban a chromaffin rendszer adnexeként tartottak számon — chemosensibilis jellegét. Ezek a vizsgálatok fényt derítettek arra is, hogy a légzési központ — elsősorban reflektorikusan — ezen perifériás receptorokon keresztül szabályozódik. Ezen chemoreceptorok adequat ingerét viszont az eddig is feltételezett oxigénhiány és szénsavfelhalmozódás képezi. Hasonló reflektorikus légzési stimulánsok bizonyos farmakonok: lobelin, nikotin, acetylcholin és a cyanidok. Ezen vizsgálati eredmények mesteri leírása az 1929-ben Párizsban társszerzőkkel megjelent „Le sinus carotidien et la zone homologue cardioaortique”. Ugyanerről a témáról az összefoglaló műve a nagy amerikai orvosi könyvkiadó, a Springfield kiadásában 1950-ben jelent meg: „Introduction to the regulation of blood pressure and heart rate” (Bevezetés a vérnyomás és szívfrekvencia szabályozásához). Mindkét mű mesteri összefoglalása *Heymans* kísérletes eredményeinek és az azokból levont didaktikus következtetéseknek.

Az 50-es évekből származik az a nagyon érdekes és gyakorlatban még eddig nem értékesített felfedezése, hogy az adrenalin és noradrenalin közvetlenül a carotis sinuson történő applikálás esetén paradox módon hat, vagyis a vérnyomást — tartósan — csökkentik, ezzel szemben a helyileg alkalmazott papaverin a pressoreceptorokon vérnyomásemelően hat.

Korábban is tudták, hogy a légzésközpont szabályozása az idegek és a vér útján megy végbe.

Heymans mutatta ki, hogy a hypertensio csökkenti a légzések számát és létrejöhet egy reflexes apnoe, ezzel szemben a hypotensio fokozza a légzések számát és létrejön a reflexes hyperpnoe. Ezek a hatások az aorta falában elhelyezkedő speciális pressoreceptorok működése következtében jönnek létre. *Heymans* és atyja rájöttek arra, hogy a vér kémiai összetételének változása is módosítóan hat a légzésre a zona cardio-aortica útján. Szerintük az asphyxiás vér a fenti reflex közbeiktatásával egy reflexes hyperpnoet vált ki, ezzel szemben az acapniás vér (amelynek a CO₂ tartalma csökkent) a légzési központ ingerelhetőségét csökkenti.

Ezek új megismerések voltak a fiziológiában. A glomus caroticumban ő mutatta ki a chemoreceptorokat, amelyek az impulzusokat továbbítják a légzőközpont felé. Később azt is kimutatták, hogy a sinus caroticusban is vannak idegek s hogy ezek az idegvégzések nemcsak a vérnyomás változásaival jönnek izgalomba, hanem farmakonok is befolyásolják.

Nobel-díjas előadását 1938-ban „A sinus caroticus és cardioaorticus mechanizmusok szerepe a légzés szabályozásában” címmel tartotta meg.

Heymans és *mtsai* igen értékes dolgozatokkal gazdagították a ganglionblokkoló anyagok hatásmechanizmusával kapcsolatos ismereteinket (eze-

ket az anyagokat nikotinolyticáknak nevezte), valamint több fontos dolgozattal bővítették ismeretünket a szintetikus curareszerű anyagokról.

Kísérletei, könyvei, illetve Nobel-díja után sokan vizsgálták a glomus caroticumot és megállapították, hogy hypertonia esetén a glomera caroticák megnagyobbodnak. A tübingeni kórbonctani intézetben 1945—1948 között 300 boncoláskor nyert glomust vizsgáltak meg és kitűnt, hogy a hypertóniások túlnyomó többségben megduzzadtak, míg hypotonia esetén az átlagosnál inkább kisebbek voltak. Ezek a vizsgálatok azt is kimutatták, hogy a glomus nemcsak a nagy-, hanem a kisvérkör nyomásának fokozódásakor is megnagyobbodik.

Heymans kísérleti eredményein alapul az 1961-ben nyilvánosságra hozott *Nakayama*-műtét, amely a jobb oldali carotis mirigy extirpációjából áll. A szerző állítása szerint ezzel az asthma bronchiale eredményes sebészi kezelésének perspektívái nyíltak meg. A cikk *Heymans* nyomán elmondja, hogy a mirigy egy kémiai és baroreceptor, amely a tüdő periferiás idegrendszere és a légzési központ közé iktatott reléállomás.

Kutyakísérletekben a két mirigy eltávolítása azt eredményezi, hogy az állat megerőltetés után sem lélegzik mélyebben vagy szaporábban. Japánban a műtét a háború alatt terjedt el és az asthmások magas gyógyszerfogyasztását volt hivatva csökkenteni. Mindenesetre *Nakayama* 1961-ben, említett közleményében 3914 esetről tesz említést. A szerző cikkében elismeri, hogy az eredmény nem objektíválható, azonban szubjektíve a betegek lényeges javulásáról számolnak be.

Heymans foglalkozott azzal a kérdéssel is, hogy az anatómiai nomenclaturában régen meggyökerezedett elnevezés: carotis, arteria carotidea, illetve a vizsgálódás fő tárgyát képező sinus caroticus honnan ered, hiszen az arteriák általában annak a szervnek a nevét viselik, amelynek vérellátásáról gondoskodnak. Megállapította, hogy az elnevezés már *Arisztotelész* műveiben is szerepel és véleménye szerint eredete a görög „karosz” szóra vezethető vissza, amely álmod, nyugalmat jelent, de már *Arisztotelész* előtt is használták anatómusok. Mint carotis elnevezést *Efezusi Rufus* vette át: *Hippokratész* és *Galenus* is megfigyelte már, hogy a carotis elágazás compressiója fáradtságot és álmodást idéz elő. A régi görög írásokból az is megállapítható, hogy a ma carotis sinus syndromának nevezett álmodást, fáradtságot már ismerték. Ezt erősíti meg az a körülmény is, hogy *Vesalius* művében ezt az érkepletet „arteria soporifera”-nak nevezte. Egy másik középkori szerző „arteria apoplectica”-nak keresztelte el. Ezen arteria elnevezéséknél az arab orvosok műveinek latin fordításában „arteria subetini” szerepel, amely az arab „subtat” szóból vette eredetét. (Arabul subtat álmod, kábultságot jelent.) A véletlen műve lehetett, hogy rájöttek arra, hogy a nyakon az arteria compressiója álmodást és alvást okoz és így született meg a későbbi carotis sinus syndroma.

Néhány szó a glomus caroticumról. Az orvostörténelem egyik halhatatlanja, *A. Haller* 1743-ban

írta le az arteria carotis communis bifurcatiójában a glomus caroticumot. Szövetani szerkezetére és a sympathikus idegrendszerrel való kapcsolataira a századfordulón — az ugyancsak az orvostörténelem nagyjai közé tartozó, nálunk kevésbé ismert prágai histológus, *Alfréd Kohn* mutatott rá. Ő derítette fel, hogy ennek a szervnek mirigyfunkciója is van és nevet is adott, amely nem terjedt el különösebben: paraganglion caroticum.

Az endokrinológia felfelé ívelésekor megpróbálkoztak a mirigyből nyert kivonat állatokba fecskendezésével és megállapították, hogy vérnyomáscsökkentő hatása van. Magyar szerzőnek (*Aszódi*) is jelent meg erről munkája, de még a legújabb folyóiratokban is találunk ezzel kapcsolatos munkákat.

Heymans életében igen nagy megbecsülésnek örvendett. 12 egyetem díszdoktora, 30 tudományos testület tiszteletbeli tagja volt. Előadásokat tartott Ausztrália kivételével valamennyi földrész egyetemén. A nemzetközi élettani társaság, valamint az EVSZ megbízásából számos országban tett hosszabb utakat: Irán, India, Egyiptom, Belga-Kongó, Dél-Amerika és Kína.

Intézetében 125 tanítványt nevelt és sokan közülük viselnek egyetemi rangot Belgiumban és más országokban. Publikációi, monográfiái számát 700-ra becsülik.

Magyar vonatkozások: igen élénk tudományos majd baráti nexusban állott *Abrahám Ambrus* akadémikus szegedi anatómussal, aki a sinus caroticus és az aortaív idegeinek anatómiai, illetve mikroszkópos szerkezetét vizsgálta.

1964 októberében *Heymans* Budapesten járt, a II. gyógyszerterápiás konferencián vett részt és előadást tartott „Drugs and Elektroschock” címmel. Ez alkalommal mint egy nemzetközi egészségügyi szervezet képviselője tárgyalásokat folytatott a Magyar Tudományos Akadémia elnökével a magyar tudományos kapcsolatok kiterjesztéséről. *Abrahám* akadémikus meghívta Szegedre is, de ezt azzal hátrította el, hogy siet haza, mert megszületett a tizenhatodik unokája.

Heymans életéről és munkásságáról tanítványai és barátai emlékkönyvben kívánnak megemlékezni és a reminescenciák sorába bekerül kapcsolata *Abrahám* professzorral is, aki így jellemzi elhalt barátját: „Halálával az egyik legjobb ember és legjobb barát tűnt el az élők színpadáról, amelyen sokoldalúságával, nagy tudásával és tiszta humánusával még sokat alkothatott volna”.

Kenéz János dr.

Kinevezések

Alexy Miklós dr. a Győr megyei Kórház IV. belgyógyászati (utókezelő) osztályának főorvosává;

Csuhai Sándor dr. a parádfürdői Állami Gyógyfürdő-kórház nőgyógyász főorvosává;

Dömötör Endre dr. a Bács-Kiskun megyei Kórház baleseti sebész főorvosává;

Gát György dr. a Miskolc megyei jogú város Szentpéteri kapui Kórházának szemész főorvosává;

Hajós Mária dr. az Országos Reuma- és Fürdőügyi Intézetben belgyógyász (allergológus) főorvossá;

Ludvig Károly dr. a balatonfüredi Állami Kórházban belgyógyász főorvossá;

Nagy Gábor dr. Budapest Főváros István Kórházában anaesthesiológus főorvossá;

Dr. Szabó Sándorné, dr. Csizmadia Irén a szentesi Megyei Kórház higiénikus főorvosává;

Szülle Endre dr. a Győr megyei Kórház urológus főorvosává és

Tóth Péter dr. az Országos Mentőszolgálat Zala megyei Mentőszervezetének vezető főorvosává nyert ki nevezést.

A VILÁG MINDEN TÁJÁRÓL

Az EVSZ költségvetése. Február végén tartotta az EVSZ végrehajtó bizottsága 43. ülését, amelyen megtárgyalták a költségvetést is. Marcolino Gomez-Candau dr. 100 millió dolláros költségvetést terjesztett elő, amelyből az EVSZ tagállamai 67,4 millió dollárt fedeznek, a többit néhány ENSZ-szervezet adja az EVSZ-nek.

A végrehajtó bizottság néhány tagja kifogásolta a költségvetés nagymértékű emelkedését. A szovjet delegátus, Novgorodec dr. rámutatott arra, hogy az EVSZ költségvetése 1964 óta kétszeresére emelkedett. Az EVSZ túl sokat költ az apparátusára. Az elmúlt években 400 000 dollárt költöttek szakértők meghívására, akik közül sokan csak egy-két napot töltöttek valamelyik EVSZ-központban. E meghívások módszerével tisztázott problémák nagy részét egyszerűen levelezéssel meg lehetett volna oldani — mondotta Novgorodcev. Sok más területen is lehetne takarékoskodni.

Az EVSZ költségvetésének 30,87%-át az USA, 13,13%-át a SZU, 6,3%-át az NSZK, 5,95%-át az Egyesült Királyság, 5,39%-át Franciaország viseli, a többi megoszlik a kisebb tagállamok között. De 1964-ben már 31 tagállam nem tudta befizetni a számára meghatározott részesedést, és 1968-ban a nem fizető vagy hátralékos tagállamok száma 41-re emelkedett, vagyis a tagállamoknak mintegy harmadrésze sokallja a részesedést és nem tudja vagy nem kívánja befizetni. Az említett öt nagy tagállam részesedése mindenesetre a költségvetés több mint 61%-át fedezi, de ha nem fizető tagállamok száma tovább növekszik, az EVSZ anyagi nehézségek elé nézhet.

Az 1970-re benyújtott költségvetés egyébként 5 millió dollárral több az előző évinél.

A himlő átvészélése sem ad teljes védettséget. Az EVSZ tíz évre tervezett himlőfelszámolási programja a harmadik évébe lépett. Az eddigi eredmények — elsősorban Afrikában — igen jelentősek. A himlő mortalitása még mindig nagy, az EVSZ szakértőinek becslése szerint világátlagban 25%. V. E. Visnyakov (In-

fluenzakutató Intézet, Leningrád), a himlőfelszámolási program kutatás-tervezési osztályának vezetője Afganisztánban vizsgálatokat végzett himlőt átvészelt személyek immunitásának tanulmányozására. Kitűnt, hogy az átvészelték 53,9%-a pozitívan reagált a himlő vakcinára. A himlő átvészélése általában öt évig tartó immunitást ad enyhe lefolyású himlő esetén ezután az immunitás csökken, majd megszűnik. A súlyos lefolyású himlő után az immunitás hosszabb ideig tart, de nem mindenkinél végleges. Visnyakov professzor ezért — a himlő teljes felszámolása érdekében — szükségesnek tartja a himlőt átvészelték oltását is.

Rokkantak rehabilitációja Lengyelországban. Mintegy 100 000 ember válik rokkanttá évente Lengyelországban, a megrokkánás fő oka a szív- és vérkeringési betegségek (az esetek kb. 33%-a), az ideg- és elmebetegségek (13%) és a tuberkulózis (12%). A rokkantak nagyrésze munkaképes korban van és szeretnének is tovább dolgozni. Számos szövetkezetet szerveztek a rokkantak foglalkoztatására és átképzésére, jelenleg 132 000 rokkant dolgozik ezekben a szövetkezetekben, amelyekben rehabilitációs tanfolyamok is folynak. A tanfolyamokon, átképzéseken mintegy 30 000 rokkanttal foglalkoznak.

Bevezetik az alkoholszondát Kanadában. A képviselőház jogi bizottsága az új büntetőtörvénykönyv javaslatának egyik fejezeteként elfogadta a gépkocsivezetők kötelező alkoholszonda vizsgálatát baleset vagy vezetésre képtelenség gyanúja esetén. A törvényjavaslat szerint, ha a véralkohol szint eléri vagy meghaladja a 0,8%-ot, akkor a gépkocsivezető 500 dollár pénzbüntetésre és 3 hónapig tartó börtönrre ítéltető.

Biszexuális újszülött Indiában. Asszamban egy férfi és női nemi szervekkel rendelkező gyermek született. Ebben a családban ez már a második ilyen eset. 30 évvel ezelőtt egy leánygyermek született, a szokásoknak megfelelően gyermekkorában férjhez adták, de csakhamar özvegygé vált. A nemi érettség bekövetkeztével menstruálni kezdett, majd hamarosan a férfi nemi szervei indultak erős fejlődésnek, 20 éves korára teljesen férfivá alakult. Megnősült és 16 éves felesége két év múlva gyermeket szült tőle.

Lengyelországban folytatják a szívatültetést. Az első, Lengyelországban végzett szívatültetés eredménytelen volt, a beteg a műtét befejezése után 3 órával meghalt. A szívsebészek úgy döntöttek, hogy folytatják a szívatültetési kísérleteket, Lodzban és Varsóban szándékoznak ilyen műtéteket végezni. A szívatültetésre vonatkozóan a lengyel rádió és televízió közvéleménykutatást végzett: helyeslik-e a szívatültetést a hallgatók, illetve a nézők? A válaszok 60%-a a műtétek folytatása mellett foglalt állást.

BESZÁMOLÓK

JEGYZŐKÖNYVEK

A vesetranszplantáció kérdése Lengyelországban

Alábbiakban kívánom röviden összefoglalni múlt év végi 2 hónapos lengyelországi tanulmányutam tapasztalatait. E tanulmányút célja a lengyelországi vesetranszplantáció klinikai és kísérleti eredményeinek megismerése volt.

A 2 hónap alatt mindvégig a varsói I. Belgyógyászati klinikán dolgoztam, melynek igazgatója Orłowski professzor. A klinika, mely 80 ágyas, s ebből kb. 20–25 ágyon vesebetegek fekszenek, a legszorosabban együttműködik az I. Sebészeti klinikával, melyet Nielubowicz professzor vezet. Ugyancsak ő vezeti az experimentális sebészeti intézetet is, ahol a vesetranszplantációval kapcsolatos kísérleti munkák folynak.

A két klinika közös munkájának eredményeképpen 1966 januárjától 1968 decemberéig összesen 16 vesetranszplantációt végeztek, a betegek közül 11 él, 5 meghalt. Az átültetett veséjű betegek életkora 18–40 év között volt. 14 esetben hullavesét transzplantáltak, 2 esetben a donor az anya volt.

A transzplantáció előtt a vesebeteget az I. Belklinikán levő művese osztályra vették fel. Az ún. „chronicus program”-ba kizárólag olyan betegeket vettek fel, akik a legközelebbi jövőben (maximum 4–6 hónap) transzplantációra kerülhettek. A chronicus program számára 6 hely áll rendelkezésre. A betegek felvétele közös belgyógyászati és sebészeti konzílium alapján történt, figyelembe véve a betegség alaptermészetét, mely legtöbbször chronicus glomerulonephritis, ill. pyelonephritis volt, a beteg aktuális laboratóriumi eredményeit (serum kreatinin, clearance a legfontosabb), a beteg vércsoportját, nemét és korát. A vércsoportot illetően megemlítem, hogy a 6 helyen valamennyi vércsoportból található beteg.

A betegeken a programba kerülés után kétoldali nephrectomiát végeznek, s felváltva hol haemodialízist, hol peritoneális dialízisben részesítik őket. A haemodialíziseket arteriovenosus fistula segítségével végzik.

Ha a beteg állapota megengedte, úgy otthonról jártak be a klinikára a dialízis elvégzésére.

Megfelelő hullavesét találva elvégzik a transzplantációt, melyet a donorral megegyező vércsoportú beteg kap. Általában a jobb fossa iliacaba ültetik a vesét, a veseereket az iliacalis erekkel anastomosáltatják, a donor vese ureterét a hólyagba implantálják. A vese

ischaemia ideje 40 perctől 65 percig tart. Tekintettel a hullavesé transzplantációra, előzetesen lymphocytá tipizálást nem végeznek. A műtét után a betegek Immurant és Prednisont, valamint antibiotikumokat kapnak, de antilymphocytá szérumot nem alkalmaznak. A műtétet követő 2–4 héten a beteg a sebést akut szobájában fekszik, ekkor azonban állandóan egy belgyógyász is tartózkodik mellette. Ezt követően a beteg visszakerül a belosztályra és kb. 7–8 hét után, szövődésmenyes esetben 1 hónapos szanatóriumi kúrára utalják be, majd onnan hazabocsátják. Ezután hetenként 1-szer ambuláns kontrollra jár be. Ennek célja, hogy az Immuran és a Prednison következő heti adagolását megállapítsák.

Magam valamennyi beteggel megismerkedtem, 6 beteg állapota kifogástalan, munkájukat ellájták. Van közöttük tervezőmérnök, tanárnő, háziasszony, adminisztrátor, sőt egy fiatal főiskolai tanár, aki természetesen foglalkozását nem gyakorolhatja, de transzplantált veséjével már sielt. 5 beteg még a klinikán fekszik. Állapotuk jó. Itt említeném meg, hogy e csoportba tartozik egy 22 éves magyar leány is.

Az 5 meghalt beteg halál oka pancreatitis, pyocyaneus sepsis, steroid psychés károsodás után szívizom degeneratio, embolia és szívmegeállás.

A klinikai eredmények mögött álló kísérletes munkát a két klinika orvosai végzik az experimentális sebészeti intézetben. Főleg kutyán és nyúlón végzett vesetranszplantációt, s az átültetett vese PAH,

inulin és carbamid clearancét, a „renal blood flow”-t, a filtrációs frakciót vizsgálják izotópos és biokémiai módszerekkel. Emellett más szervek transzplantációjával is foglalkoznak, így májtranszplantációval sertésen — lép, pancreas és izolált bélkacs átültetésével kutyán.

Az intézetben emellett immunológiai kísérleteket is folytatnak. Ezek közül legújabbban az antihymocytá serummal kapcsolatos munkák biztatóak. Tengerimalac thymusát használják, s a homogenizátumot nyulakba oltják. A munka jelen szakaszában fő problémájuk, hogy a kapott savó titere még alacsony.

Személyes megfigyeléseim közül kiemelném, hogy különösen megkapott lelkes, ódaadó munkájuk és szakmai biztonságuk. Meglepett az intézet orvosainak fiatal kora is. Így pl. Nielubowicz professzor aszisztensei 30–32 évesek, s személyenként már több mint 100 kutyatranszplantációt végeztek. Egyikük pedig emberi vesét is transzplantált már.

Véleményem szerint a kitűnő eredményekhez hozzájárult hosszú külföldi tanulmányútjuk is. A transzplantációs munkacsoportban dolgozó, mintegy 18–20 kolléga szinte kivétel nélkül részt vett ilyen tanulmányúton, legtöbbjük az Egyesült Államokban; de voltak a Szovjetunióban, Angliában és Csehszlovákiában is.

Varsón kívül más lengyel városban nem jártam, de tudomásom van arról, hogy Wrocławban ez ideig 3, Lodzban 2, Krakóban 1 vesetranszplantációt végeztek.

Befejezésül köszönetet kívánok mondani az Akadémia Orvosi Osztályának kikutatásáért, Orłowski és Nielubowicz professzornak, valamint lengyel barátainak a velem való foglalkozásért.

Gallyas Ferenc dr.

Folyóiratreferátumok

Transzplantáció és etika

Etikai irányvonal szervátültetéshez. JAMA 1968, 205, 89.

1946-ban az American Medical Association három etikai irányvonalat fektetett le, amelyet embernél végzett kísérlet során követni kell, hogy az ilyen kísérletezés alkalmazkodjék az orvosi etikához: 1. beleegyezést kell nyerni a pácienstől, akin a műtétet végrehajtják, 2. a kísérlet veszélyességét előbb állatkísérleteken kell kivizsgálni, 3. a kísérleteknek orvosi védelem és irányítás alatt kell folyniuk.

Mindenfajta klinikai kutatáshoz

legfontosabb a helyes orvos-beteg viszony kialakítása, azaz a betegnek tisztában kell lennie azzal, hogy az orvos az ő érdekében minden tapasztalatát alkalmazza. Ugyanakkor mindenfajta orvosi beavatkozáshoz a beteg önkéntes hozzájárulása szükséges, ill. ha a beteg nem beszámítható, vagy nincs megfelelő állapotban, arra hivatalosan felhatalmazott személy kell, hogy a beleegyezését megadja. Az orvosnak pontosan ismertetnie kell a beteggel vagy képviselőjével a tervezett új eljárást, (annak érthető magyarázatát kell adni), a várható kockázatot és a beteg állapotában bekövetkező várható vál-

tozást egyben a beteg minden kérdésére választ kell adnia.

Ezek az elvek szerepelnek nagyobb szervátültetéseknél is. Új problémát jelent a vitális szervek átültetése. Az azzal kapcsolatos etikai kérdéseket teológusok, jogászok, közéleti férfiak és természetesen orvosok vitatják. A Bírószági Tanács (Judicial Council) helyesnek látná, hogy ha széleskörű vita indulna meg a szervátültetésekről azok morális, etikai, jogi, társadalmi és más aspektusainak figyelembevételével.

Az Amerikai Orvosi Társaság Bírószági Tanácsa néhány irányelvet szögezett le: 1. az orvos legfontosabb feladata a beteg egészségének helyreállítása. Betegének érdekét mindenekelőtt szemmel kell tartania, ugyanakkor a szervátültetés speciális problémája miatt, tehát amikor a donor és recipiens is ember, fokozottab az orvos felelőssége, hiszen mindkettőjük érdekeit szem előtt kell tartania. 2. A várhatóan donorként szereplő betegeket ugyanúgy kell kezelni, mint azokat, akik nem jöhetnek szóba mint donorok. 3. A donor halálát olyan orvosnak kell megállapítania, aki független a transplantációs teamtől és nem a recipiens orvosa. 4. A recipienssel és a donorral, ill. annak képviselőjével meg kell beszélni az eljárás menetét. A kockázat és esetleges veszély megítélésénél és ismertetésénél az orvosnak objektívnek kell lennie. 5. Transzplantációt csak a kérdésben elméletileg és technikailag megfelelőképpen jártas orvos végezhet olyan intézetben, amelynek technikai felszerelése megfelelő. 6. Csak akkor végezhető el egy szervátültetés, ha bizonyítottan lehet tekinteni, hogy más terápiás eljárások reménytelenek. 7. Tekintve, hogy a szervátültetés új fogalom, a műtétről részletes tájékoztatást kell adni az orvosi irodalomban, ugyanakkor a közönséget megfelelő módon kell tájékoztatni. Az orvos felhatalmazás nélkül nem fedheti fel a recipiens nevét.

Somogyi Endre dr.

☆

Etikai problémák. M. F. A. Woodruff (Advance in Transplantation, Proceedings of the 1. International Congress of Transplantation Society. Williams and Wilkins 1968.).

Az orvos legfontosabb feladata a beteg életének megmentése, a testi és szellemi egészség helyreállítása, a fájdalmak megszüntetése. Sajátos problémák merülnek fel akkor, ha egy beteg súlyos irreverzibilis veseelégtelenségben szenved. Ilyenkor olyan koordinált tervet kell készíteni, amely a dialysis, ill. a transzplantatio lehetőségét is felveti. Dialysist a következő esetekben alkalmaznak: 1. átültetésre való előkészítés, 2. átültetés után a beteg

megfelelő állapotban tartása céljából (a hullai transzplantatumok a műtét után nem funkcionálnak egy ideig), 3. a beteg munkaképessége tétele vagy átültetett vese behelyezése után megfelelő állapotban tartása céljából.

A veseátültetés rendkívül értékes gyógyító eljárás, hiszen sok beteg nem tartható ismételt dialysissel hosszú ideig életben. Ugyanakkor a beültetett új vesével élő ember visszakerülhet a normális életbe és végül az új vesével rendelkező betegek miatt a dialyzáló készülékek is felszabadulnak. A szerző a veseátültetést minden olyan paciensenk nyugodtan ajánlja, akinek állapotja a műtéthez megfelelő és különösebb kontraindikáció nem áll fenn, azonban néhány olyan feltételt szab meg, amelyek nélkül a műtétet elvégezni nem lehet.

Csak olyan kórházban lehet a műtétet végrehajtani, ahol az operátor széles körű elméleti tudással és manuális gyakorlattal rendelkezik. Fontos, hogy a beteget mindaddig dialyzálni kell, amíg az új vese nem működik kielégítően. Az új vesés beteget meg kell figyelni és lehetővé kell tenni számára, hogy ha szükségessé válik, ismét azonnal dialyzálni lehessen.

A sebészek az átültetendő vesét részben egészséges önkéntes donoroktól, részben terápiás célból elvégzett nephrektomia során, részben hullákból szerzik.

A jelentkező felajánlásait el kell fogadni, ha a szükséges feltételek megvannak, azaz az illető valóban önkéntesen jelentkezik, a recipiens folyamatos dialyzálása a transzplantatum működése megindulásáig lehetséges; a kompatibilitási fok megfelelő és a műtétől a recipiens állapotának javulása várható.

A hullai vese felhasználásának hátránya, hogy az vagy beteg, vagy az élet utolsó szakaszában olyan károsodást szenved, amely alkalmatlanná teszi a beültetésre. Ugyanakkor sok alkalmas vese az önmészródés miatt válik alkalmatlanná. Ezért külön orvosi teamnak kell működnie azon — az elhunyt hozzátartozóinak bejegyzésével —, hogy a vesét időben, átültetésre alkalmas időpontban el távolítsák.

Edinburghban az a gyakorlat, hogy a transzplantációt végző sebész előre értesítik az olyan beteg közeli haláláról, akinek szerveit transzplantációra alkalmasak lennének. Így van idő a kompatibilitási vizsgálatok elvégzésére és a beteg, ill. a hozzátartozók beleegyezésének elnyerésére. Amennyiben ez a beleegyezés nem történik meg, Nagy-Britanniában semmit sem lehet tenni a transzplantatio érdekében.

(Ref.: Angliában 1968. márciusában a parlament elé terjesztették a „Renal Transplantation Act.” c. törvénytervezetet, amely lehetővé

tenné, hogy a halál után a szervet transzplantatio céljából el lehet távolítani anélkül is, hogy a hozzátartozók engedélyét kérnék, ha az elhalt azt életében nem ellenezte. E törvényjavaslat még nem emelkedett törvényerőre.)

Somogyi Endre dr.

☆

Élő donor segítségével történtő vesetranszplantáció etikai megvilágításban. McGeown, M. Amer. Heart J. 1968, 75, 711.

A vesefunkció megszünése esetén a beteg életét két módon lehet megmenteni: dialysissel vagy egészséges vese átültetésével.

Ismételt dialysissel a beteg életben tartható, azonban számos etikai kérdés merül fel. A dialyzáló eljárás ugyanis rendkívül drága és egy országban sincsen annyi készülék, amely az összes beteg ellátásához elegendő lenne. Így súlyos nehézségek merülhetnek fel annak eldöntésekor, hogy mely betegeket dialyzálják és melyeket nem.

Ha élő, egészséges egyénből vesét távolítanak el és azt egy beteg szervezetébe átültetik, még több a nehézség. A veseeltávolítás súlyos műtét, amelynek igen komoly kockázata van. Ugyanakkor nem biztos, hogy az átültetett új vese a recipiens életét valóban megmenti, vagy meghosszabbítja. Nem elhanyagolható az a szempont sem, hogy a donor megmaradt egy veséje a későbbiek folyamán megbetegedhet vagy sérülhet.

A legtöbb sikeres veseátültetést egypetéjű ikreken, ill. közvetlen családtagokon hajtották végre. Kérdés, hogy a donor jelentkezése mennyire önkéntes, azaz nem áll-e fenn a családtagok, rokonok erkölcsi pressziója? A nem-rokon donorok egy része az elítéltekből kerül ki, akik bár önkéntesen jelentkeztek, mégis kétséges, hogy jogos-e foglyoktól ilyen áldozatot elfogadni. A végső érv, ami nem rokon donorok alkalmazása ellen szól az, hogy a veseátültetésnek nincsenek jobb eredményei, mint a hullákból kivett vesék esetében.

Hogy mégis alkalmaznak élő donorokat, annak az az oka, hogy a műtét jobban, pontosabban elkészíthető, a donor és recipiens szervei egymással jobban megegyeznek és így az eredmények is jobbak. Élő emberből vett vese átültetésekor a vese azonnal funkcionizálni kezd, a hullai vese viszont tubularis necrosis miatt csak bizonyos idő után működik.

Az élő vesék átültetése után is felléphetnek komplikációk: az arteriális anastomosis helyén kialakuló aneurysma vagy később jelentkező glomerulonephritis.

A Kidney Registry 1967-es adatai szerint a rokon donoroktól vett vesék 55%-ban funkcionáltak, míg a nem rokon donorok és hullai ve-

séknél csak 21—23%-a funkcionált. Ezen adatok az elmúlt időben valamit javultak és 1965 januárja óta a cikk megjelenéséig végzett transplantációknál élő donor esetén 65%-os, hullai donornál 39%-os sikerről számoltak be. Azon intézetek, amelyek speciális problémák megoldásával foglalkoznak, a hullai vesék átültetését végezték, jobb eredményeket közöltek (78%).

Újabban sokat fejlődött a vesék szervezeten kívüli életben tartásának technikája. Állatkísérletekben 24—72 óráig sikerült életképes veséket tárolni. Ez az idő elégséges lehet a pontos immunológiai vizsgálatok elvégzéséhez, amelyekre régebben nem volt lehetőség a fejlettebb tárolási módszerek miatt.

Igen fontos a recipiens jó előkészítése, vagyis többszörös dialysis-sel a fiziológiai és biokémiai állapotának rendezése. Egyensúlyban nem levő beteg transplantációt végezni nem szabad. Ugyanakkor a várakozási idő alatt lehetséges a recipiens antigénjének pontos meghatározása is. Az immuno-suppressiv terápia nagy fejlődése különös segítséget fog nyújtani a továbbiakban.

Azok a sikerek, amelyeket a hullai vesék átültetése terén elérték, etika-ellenessé tették az élő donor alkalmazását, különösen reproduktív korban levő nőknél. Egyes esetekben — amikor az idős szülő már nem tartozik olyan felelősséggel családjának — felvethető egyik veséjének transplantációja. Nem rokon donor igénybevétele a hullai transplantáció sikere miatt teljes mértékben elvethető.

Somogyi Endre dr.

☆

Tudományos, technikai és etikai megfontolások szívátültetéssel kapcsolatban. W. Dempster, D. G. Melrose, H. H. Bentall. Br. Med. J. 1968, 1, 177.

A levél formában megjelent közlésben a szerzők azt indokolják, hogy miért nem látják elérkezettnek az időt az emberi szívátültetésekhez.

A levél szerzői régen foglalkoznak emberi szervek transplantációjának technikájával, a műtétet követő rejectióis szindrómával. Megállapították, hogy a sikeres emberi szervátültetések előfeltétele egy olyan team összeállítása, amelyben kísérleti sebész, klinikai sebész, serologus és genetikus dolgozik együtt.

Véleményünk az, hogy az immunosuppressiv kezelés jelenleg még nem áll olyan magas fokon, hogy megbízhatóan és maradandóan lehessen különböző egének szerveit egymással összehozni. Bár bizonyos, hogy különbség van a szív- és veséátültetés problémái között, az alapvető nehézségek mégis azonosak.

A szívátültetés a donorok csekély száma és az ismert körülmények miatt gyorsan végrehajtandó sebészi beavatkozás. A kisszámú alkalmas műtő, a megfelelő személyzet hiánya és a nagyszámú recipiens, a fent említettekkel bizonyos ellentmondást jelent. A szívátültetést a legjobb esetben is csak palliatív beavatkozásnak tekintik, mert jelenleg nincs bizonyíték arra, hogy a beültetett idegen szív vég nélkül normálisan fog működni. Az ilyen palliatiót mindig mérlegelni kell más betegség prioritásával szemben, különösen ha tekintetbe vesszük azt a súlyos megterhelést, amivel a transplantáció a kórház minden osztályát terheli. A kérdés megoldásában legfontosabbnak tartják mechanikus műszív alkalmazásának kifejlesztését.

Somogyi Endre dr.

☆

Transplantáció

Szövettypizálás céljára szolgáló cytotoxicus és agglutináló hatású immunserumok termelése emberben leukocyták intradermalis injectioja útján. E. Shanborm, E. Feingold, L. S. Shepherd, R. L. Walford (Department of Medicine, U. C. L. A. Los Angeles, California). Blood. 1968, 32, 402.

A szerzők önként jelentkező egyének lymphocytáinak serotypusát meghatározták, majd az eredmények figyelembevételével úgy válogattak ki donor-recipiens párokat, hogy a donor lymphocytái tartalmazzanak olyan antigent (vagy antigéneket), mely (vagy melyek) a recipiensből hiányoznak. A recipienseket a donor lymphocytáival immunizálták a következő módon: a donortól 50 ml vért vettek, azt egyharmad térfogat Plasmagel-lel keverték, majd ülepítés után a lymphocytákban gazdag felülúszót leszítették és centrifugálták. Az üledéket képező lymphocytá-vörösvértest suspensióból először 0,02 ml-t adtak intra cutan a recipiensnek. Ha 15 perc múlva nem észleltek túlérzékenységi reakciót, a suspensió többi részét 8—10 helyre elosztva oltották be. A vérvételt és az oltásokat hetenként ismételték. Az első pozitív reakciót általában a 7—9-ik héten kapták. Jelentős anti-lymphocytá titert a 11—14-ik héten értek el. Az ellenanyagokat 16—23 hónapig lehetett kimutatni. Az ismertetett módon 3 monospecificus anti-lymphocytá immunserumot sikerült nyerni.

Dóbiás György dr.

☆

Homotransplantációknál végzett serotypizálás. XVIII. A lymphocytá mikrocytototoxicitási test módosított változata. K. K. Mittal, M. R. Mickey, D. P. Singal, P. J. Terasaki (Dept. of Surg. and Biomathematic..

School of Med., Univ. of California, Los-Angeles, California): Transplantation. 1968, 6, 913.

Szerzők új mikrocytototoxicitási reakciót írtak le, mely számos vonatkozásban eltér az eddigi alkalmazott módszerektől. A lymphocytá suspensio készítésénél a heparinózott vért gumiarabikummal kezelt üveggypoton szűrik, majd a vörösvértesteket a lymphocytáktól anti-AB vagy anti-H (Ulex europaeus extractummal reagáló) immunszéroval, agglutináció útján távolítják el. A vizsgálandó serum 0,001 ml mennyiségét, 0,001 ml lymphocytá suspensióval 1 óráig inkubálják szobahőn, olajréteg alatt, majd 0,005 ml nyúl complementet tesznek a rendszerhez, s további 1 óráig tartják azt szobahőmérsékleten. A sejteket eosin oldattal festik, majd formaldehiddel kezelik s az eredményt fordított fáziskontraszt mikroszkóppal olvassák le. A helyesen végzett módszer reprodukálhatósága 99,05%.

Dóbiás György dr.

☆

Heterolog antilymphocytá serum hatása a patkánylymphocytákra in vitro. Elektronmikroszkópos tanulmány. W. Land, R. Rudolph, W. Brendel (Institut für Experimentelle Chirurgie an der Chirurgischen Klinik der Universität, 8000 München 15, Nussbaumstrasse 20): Blut. 1968, XVIII., 1.

Szerzők patkányok lymphocytáival oltottak nyulat. A nyert immunserum lymphocytá agglutinációs titere 1:1024 volt; intravénás befecskendezés után (2 ml/100 g) 4 óra múlva a patkányok lymphocytá száma az eredeti érték 10%-ára csökkent. Az oltatlan nyulak serumának agglutinin titere 1:4 volt, s in vivo nem okozott lymphocytá-szám csökkenést.

Az 56 C°-on inaktivált immun, ill. normal serum 1 ml-ét 5 ml 2×10⁹ lymphocytát tartalmazó suspensióval hozták össze s 37 C°-on különböző ideig inkubálták. A rendszer nem tartalmazott complementet, bár a szerzők nem zárják ki annak a lehetőségét, hogy a suspensióban a lymphocyták felületére adszorbeálódva complement nyomok fordultak elő.

Elektronmikroszkópos vizsgálatnál a kezelt lymphocyták magján karyopyknosis és a maghártya sérülését észlelték; a cytoplasmában a perinuclearis tér kiszélesedett, a mitochondriumok megduzzadtak, plasmolysisis figyeltek meg, de a sejtmembrán — eltekintve a mikro-villiik elvesztésétől — ép maradt. Hasonló megfigyelésekről számoltak be Walford R. L. és mtsai is (Ann. N. Y. Acad. Sci. 1966, 129, 490), akik human lymphocytákat homolog antilymphocytá serummal inkubáltak, s noha rendszerük complementet is tartalmazott, első-

sorban cytoplasmikus elváltozások jöttek létre (a ribosomák száma megfogyatkozott). Szerzők a ribosoma szám csökkenését az immunserum közvetlen károsító hatásának tartják, mivel nem észleltek olyan sejtmembrán sérülést, amelyen keresztül a ribosomák elhagyhatták volna a sejtet. A mitochondriumok duzzadása a kontrollban is előfordult, ez valószínűleg a sejtek hypoxiájával függött össze. A sejt sérülés 70%-ban kifejezett, 22%-ban közepes erősségű volt, míg a sejtek 7,9%-ában nem észleltek elváltozást.

Normál (nem immunizált) állat savójában inkubált lymphocyták 95%-a épnek bizonyult — a mitochondriumok duzzadásán kívül egyéb morphologiai elváltozást ezekben kimutatni nem sikerült —, míg a sejtek 5%-ában a mag pyknotikus volt.

Dóbiás György dr.

★

Az ultrastructura és a funkció viszonya kutya vesék hűtött állatokban történő preservatioja után. E. R. Fischer, C. Copeland, B. Fisher (Dept. of Pathol. and Surg., Univ. of Pittsburg, School of Med., Pittsburg, Pennsylvania): Lab. Invest. 1967, 17, 99.

Kutya vesék oxigenizált, +4 °C hőmérsékletű Ringer-lactat oldatban 12 órán keresztül megőrizhető a funkció romlása nélkül. Ha a veséket azonos kutyaiba ültették vissza, (a contra lateralis vese egyidejű eltávolítása után), uraemia nem fejlődött ki. Amennyiben a veséket 15, 24 vagy 36 óráig tartották hasonló körülmények között, a szervezeten kívül eltöltött idő függvényében progressíven súlyosbodó uraemia alakult ki a visszsaültetés után. A funkcióképtelenséggel párhuzamosan a tubulusok proximalis, csavarulatatos részének hámsejtjeiben a mitochondriumok megduzzadtak, világosabbá váltak, ugyanakkor bennük fokozott densitású granulumok jelentek meg; ezzel egyidőben az endoplasmás reticulum cisternalis dilatatioja jött létre. Ezek az elváltozások a distalis tubulusok hámjának intracelluláris organellumaiban kevésbé voltak kifejezettek. A proximalis tubulusok említett intracelluláris alteratioja együtt járt a histochemiailag kimutatható succinatdehydrogenase és cytochromoxidase mennyiségének csökkenésével. Tekintve, hogy ezek az enzimek a mitochondriumok membránjában foglalnak helyet, az aktivitás változásból a membrán elektronmikroszkóposan kimutathatatlanságára lehetett következtetni. A proximalis tubulusok savanyú foszfatase aktivitása 12 óras hűtés után fokozódott, 24–36 óras hűtés után azonban significansan csökkent, ennek alapján feltehető, hogy az észlelt sejtdestrució —

legalább részben — a lysosomális enzimek intracelluláris felszabadulásával hozható összefüggésbe. A rosszul funkcionáló vesékben a tubulusok necrotikus focusait az előbb leírt elváltozásokon kívül kevés cystosoma és a savanyú foszphatase mennyiségének viszonylagos csökkenése jellemezte. A 15–36 óráig hűtött vesék működés csökkenése bizonyos körülmények között reversibilisnek bizonyult.

Dóbiás György dr.

★

Átültetett emberi vesék hyperacut kilökődése. G. M. Williams, D. M. Hume, R. P. Hudson, P. J. Morris, K. Kano, F. Milgrom (Department of Surgery, Medical College of Virginia, Richmond, Va. 23219): New England Journal of Medicine. 1968, 279, 611.

Emberi vesetransplantációk esetében a complet anastomosis elkészítése után 1 órával 132 beteg közül 7 esetben láttak igen kifejezett polymorphonuclearis leukocytákból álló accumulatiót a glomerulusokban és peritubularis kapillarisokban, s mind a hét beteg esetében hyperacut rejectio következett be. Az átültetés előtt mind a hét recipiens seruma tartalmazott ellenanyagokat a transplantatio antigenekkel szemben s mindegyik beteg kórelőzményében szerepelt már 2, 3 vagy 4 vesetransplantatio. A kilökődési reakció miatt eltávolított vesékből ellenanyagokat tudtak eluálni, melyek második lépésben a lymphocyták transplantatio antigenjeivel reagáltak. A hyperacut rejectioért a szerzők az antigen-antitest reakciót, ill. a serum transplantatio antigenekkel reagáló praeformált humorális ellenanyagait teszik felelőssé.

Dóbiás György dr.

★

Transplantatio ellenanyagok megjelenése az első veseátültetés után. F. W. Spong, J. D. Feldman, Sun-Lee (Department of Exp. Path., Scripps Clinic and Res., Found., La Jolla, California): Journal of Immunology. 1968, 101, 418.

Leghamarabb három nappal a beültetés után sikerült a szerzőknek patkányokon humorális ellenanyagokat a serumban kimutatni, akkor, ha a donor vesét a harmadik napon eltávolították. Az izolált ellenanyagok a vesehomogenizátumhoz kötődtek, elsősorban a transplantatio antigenekhez. Ha ellenanyagokat tartalmazó serum IgG frakcióját kezeletlen állatba parenteralisan befecskendezték, perivascularis mononuclearis infiltratio keletkezett a vesékben, melyet szövettanilag nem lehetett megkülönböztetni attól, amelyek az első beültetés után észlelt kilökö-

dés alkalmával a vesékben létrejött. Ezek a tények a humorális antitestek jelentőségét bizonyítják az átültetett szervek rejectiójában.

Dóbiás György dr.

★

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

Adatok a máj fejlődésphysiológiájához. Vest M., Wyler F., Girard J. (Universitäts Kinderklinik, Basel.) Praxis, 1968, 57, 1693–95.

A szerzők főleg a transplantatio és conjugatio reakciókkal foglalkoznak. Utóbbiak glukuronyl-, glicin-, cystein-acetat-, sulfat-, methyl-csoportokat kapcsolnak a molekulához. A végertermék jobban oldódik vízben, mint a kiindulási anyag. 1949-ben fedezték fel, hogy a glukuronid képzés újszülött egek májában kisebb, mint kifejlett állatokban. A transferase aktivitás egérmáj homogenizátumban, születéskor: Ø és csak 30 nap múlva éri el csúcspontját. Ugyanez mutatható ki sulfat conjugatióra vonatkozólag is. Emberi foetusokban a sulfoconjugatio gyorsabb, mint patkányokban.

Kitűnt, hogy ez enzimfejlődés nemcsak fajonként változó, de substratumok szerint is. Különösen vonatkozik ez glucuronyltransferaséra. A különbségek arra utalnak, hogy többféle g. transferase létezik és microsomák enzimjeinek affinitása a különböző substratumokra más és más. *Ko és Dutton* azt találták, hogy tyúkembrió májkultúrájában a g. kifejlődéséhez egy, a felnőtt állat serumában jelenlévő faktor szükséges, míg a foetalis serum gátolja.

Az újszülöttek enzimjeit egyen anyagok, phenobarbital, Doriden coramin indukálják. Phenobarbital akár az anyának, akár az újszülöttnak adva, indukálja a g.-t. Mindez elektronmikroszkóppal kimutatható: megszaporodik a sima endoplasmikus reticulum. Nemcsak újszülöttkori hyperbilirubinaemiában, hanem veleszületett indirect hyperbilirubinaemiában is jelentős bilirubinszint csökkenést láttak phenobarbital kezelés hatására.

(Ref.: Az újszülöttek enzymaticus működéséről kialakult tudományos kép egyelőre bonyolódik. A gyakorlati eredmények azonban máris mutatkoznak.)

Korányi György dr.

★

A májnagyság: modern módszerek a gyermekek normálértékeinek klinikai meghatározására. Sachtleben P. és O. Rüter (Kinderklinik der Univ. des Saarlandes, Homburg.) Praxis, 1968, 57, 1696–1699.

A májnagyság (M.) kérdésében tankönyvek és tudományos mun-

kák megállapításai nagyon különböznek, főleg a gyermekkorban. Még ma is gyakori, hogy *haránt-ujjban* adják meg a M.-t. A szerzők 120 orvos és orvosnő ujjait mérték le és azt találták, hogy az 1,3–2,4 cm között váltakozott(!). Lényeges a rekeszállás is (pl. asthma bronchiale). A máj alsó és felső szélét kopogtatással meg lehet határozni és jó a hallgatóság is (bőrkaparási hangjelenség), A máj fekvé magasabban áll, mint állva; a légzés és testi munka is megváltoztatják. Ágyban fekvé pl. kisebb mint szaladgálás után. Tehát fekvé, légzési középállásban, azonos időpontban és a medioclavicularis vonalban lehet a M.-t vizsgálni. Megvizsgálták 1162 egészséges gyermek M.-t különböző korcsoportokban, (újszülöttől 15 évig). Bordaív alatt tapintható máj felnőtteknél körjelző, gyermekeknél azonban nem. Újszülötteknél 100%-ban a bordaív alatt tapintható a máj. A korrallal haladva, ez mind ritkábban fordul elő, de még a 14–15 éves gyermekeknél is 10%-ban nagyobb, fiúknál kissé gyakrabban.

Újszülötteknél volt a legnagyobb variáció M.-ban. A 3–8 cm-es eltérés a testmagasság 10%-át jelenti. A M. független a születési súlytól. A különböző korcsoportokban alábbi normális májmagyságot mérték (alsó-felső szél közötti távolság):

| | | |
|------------|--------|---------|
| 0 éves | 5,6 cm | ±1,8 cm |
| 3–4 éves | 6,2 cm | ±1,6 cm |
| 6–7 éves | 6,3 cm | ±1,4 cm |
| 9–11 éves | 7,3 cm | ±1,4 cm |
| 14–15 éves | 8,8 cm | ±2,8 cm |

A M. és testhossz között összefüggés van. Gyermekekben a M. a hossz 1/20, újszülöttekben $2 \times 1/20$ -a. Ezekből az adatokból $\pm 1,5$ cm eltérés megengedett, pubertás korban ± 3 cm.

[Ref.: Az újjakban megadott májmagyság kórtörténetekben, de még tudományos közleményekben is gyakori. Fentiekből kitűnik, hogy ez mennyire helytelen. Gyermekeknél a változó M. miatt és még azért, mert kórházi gyermekorvosaink nagy része nő, sokkal helyesebb a M.-t cm-ben megadni. A klinikai tapasztalat szerint a M. megítélése igen sokszor helytelen, ami gyakran vezet a kórképek nem megfelelő értékeléséhez. (Pl. hepatitis utáni állapotokban a hamis májmagyság és pos. coll. próbák értékelése!)]
Korányi György dr.

☆

Gyermekkori májbetegségek. Rossi E. és H. Pfeiffer. (Kinderklinik der Universität, Bern.) Praxis, 1968, 57, 1700–1707.

A jó összefoglaló cikkből kiemelendő:

1. A cong. epeútelzáródás és az ún. újszülöttkori hepatitis elkülönítő kórisémje. Az újabb vizsgálatok szerint az „újszülöttkori hepa-

titis”-t inkább syndromának kell tekinteni. A klinikai tünetek alapján e két kórkép gyakran elkülöníthető, de az a tapasztalat, hogy a kivételek a szabályszerűek. 22 epeútelzáródás és 15 „újszülöttkori hepatitis” kapcsán megfigyelték, hogy előbbi dg. esetén 15 esetben a sárgaság már az első héten jelentkezett és csak 3 esetben 4–6 hét között. Ezzel szemben „újszülöttkori hepatitis” esetén az esetek felében a 2–3. hónapban kezdődött az icterus. Ugyancsak utóbbi kórképre jellemző a hányás, hasmenés, rossz általános állapot és idegrendszeri tünetek (görcsök, nystagmus és tónusváltozás) megjelenése.

Az enzim és BSP vizsgálat diagnosztikus jelentősége kicsiny, viszont jónak tartják a bengal-vörös próbát. Igen hasznos a Menghini féle tübiopsia. Az óriássejtek nem körjelzők „újszülöttkori hepatitisben”. A perilobularis cholestasis és a portalis angiomatosis epeútelzáródás irányában pathognomikusak. Intralobularis fibrosis és gyulladásos elváltozások viszont „újszülöttkori hepatitisre” jellemzőek. A szövettani leletek ellenére nem egységes a két kórkép meghatározása. Érdekes pl. a MacMahon által leírt „congenitális acholangiás cirrhosis”. Ez szövettanilag az intrahepaticus epeutak teljes hiánya mellett enyhe fibrosist mutat. A betegek 10 évet is megélhetnek. Bizonyos esetekben az epeút újképződés a máj hílusáig terjedhet és így műtétileg megoldható lesz az epelefolyás, ezért néhány hónap múlva reoperációt javasolnak.

2. Az anyatejben levő steroidok competitive kiszorítják a glukuronyl transferasét és elhúzódo sárgaságot okozhatnak. Az indirect bilirubin emelkedik.

3. Az ún. „besűrűsödött epe syndroma” ma már nem önálló kórkép. Számos kórképben előfordul, leginkább az újszülöttkori mucoviscidosis egyik formája.

(Ref.: A cikkből kitűnik, hogy az újszülöttkori icterus nagyon sok májbetegség tünete. A gyakorlatban ezek közül számos esetben nem történik meg a diagnosis. Csak a modern enzim-, hormonvizsgálatok, de leginkább a májbiopsia vezethet helyes diagnosishoz.)

Korányi György dr.

☆

Heveny brochiolitásban szenvedett gyermekek utánvizsgálata. Kubista J. (II. sz. Gyermekklinika, Prága): Česk. ped. 1968, 23, 706–709.

40 utánvizsgálat eredménye megnyugtató volt: a heveny bronchiolitás — amely az allergiás, spastikus bronchitistól elkülöníthető és elkülönítendő nosologiai egység — nem okozott maradandó változást a gyermekek későbbi fejlődésében.

Szorády István dr.

A csecsemő- és gyermekkori vakbélgyulladás diagnózisa. Köllermann M. és mtsai (Chirurg. Klinik der Univ. Erlangen), Z. Kinderklin. 1967, 4, 22–30.

A kórisme ebben az életkorban — mint azt a szerzők 36 éves (!) tapasztalata is igazolja — nehéz. A nehézség fő oka : 1. a betegségnek a csecsemő- és kisgyermekkorban viszonylag ritka volta, 2. a tünetek monotonitása, szegényessége. A vezető tünettriász: hányás — nyugtalanság — hasi fájdalom. Az utóbbi gyakran (!) diffúz. Eseteik $1/3$ -ában nem obstipáció, hanem hasmenés szerepelt az anamnesisben (!). A has tapintásos vizsgálatát gyakran kell ismételni. Egyéb diagnosztikai vizsgálatok (has auskultációja, fvs-szám, láz stb.) értéke csekély.

(Ref.: A fentiekhez hozzáfűzhető még egy további nehézség, nevezetesen a nagyobb gyermekek műtétől való félelme miatti disszimuláció).

Szorády István dr.

☆

Akatalasia egy 4 éves fiúnál. Polster H. és mtsai (A Karl-Marx-Egyetem Gyermekklinikája, Lipsce): Kinderärztl. Praxis, 1968, 36, 367–370.

Egy kauzisztikus eset kapcsán összefoglalják a szerzők az 1952-ben leírt megbetegedés fontosabb tüneteit.

A betegség lényege a katalase-aktivitás nagymértékű csökkenése vagy teljes hiánya. Az enzimdefektus sokszor egyáltalán nem okoz tüneteket, máskor chronicus nyálkahártya kifeléyesedés, therapiaresistens stomatitis, chronicus arcüreg gennyedés, tonsillitis és a tejfogak korai kihullása következik be. Eddig még csak gyermekkori eseteket ismertettek.

A katalase-enzymnek az anyagcserében játszott szerepét nem ismerjük, csak azt tudjuk, hogy H_2O_2 -ből elemi oxigént szabadít fel.

A betegek erythrocytái igen érzékenyek H_2O_2 -vel szemben: haemoglobinjuk methaemoglobinná alakul, így helyi hypoxia vagy anoxia jön létre.

Valószínűleg a nyálkahártya-elváltozásokat is a H_2O_2 -képző baktériumok okozzák, melyek elsősorban az alveolaris résekben telepsznek meg.

A szerzők betege 4 éves korára már csaknem valamennyi tejfogát elveszítette, állandó stomatitise volt s gennyes anginák miatt kezelték. A katalase aktivitás hiányát a H_2O_2 káliumpermanganáttal való titrálása segítségével bizonyították.

Török János dr.

A hexachlorophen hatása az újszülöttkori staphylococcus- és Gram neg. fertőzések előfordulásának gyakoriságára. Forfar J. O. és mtsai (Edinburgh-i Egyetem): Lancet 1968, 2, 177—179.

Két intézet több mint 10 éves anyagát vizsgálva megállapítható, hogy a hexachlorophen bevezetése a staphylococcus fertőzések gyakoriságának jelentős (szerzők adatai szerint 11,1%-ról 2,8%-ra való) csökkentését eredményezte. Ugyanakkor kiderült, hogy a staphylococcus fertőzések gyakoriságának csökkentésével párhuzamosan fokozatosan megemelkedett a Gram neg. mikroorganizmusok által előidézett infekciók száma.

Míg azonban a hexachlorophen bevezetése után a staphylococcus fertőzések gyakorisága gyorsan csökken, a Gram. neg. mikroorganizmusok okozta infekciók száma csak hónapok múlva kezd észrevehetően emelkedni. Az emelkedés kisebb mértékű, mint a staphylococcus fertőzések számának csökkenése: szerzők anyagában a Gram neg. infekciók előfordulása 1,4%-ról 3,8%-ra nőtt.

Abban az intézetben, ahol csak az újszülötteket ellátó gondozónők kezét fertőtlenítették, de magukat az újszülötteket nem kezelték hexachlorophen oldattal, sem a staphylococcus, sem a Gram neg. fertőzések száma nem változott.

Mivel a staphylococcus fertőzések gyakorisága jóval nagyobb a Gram neg. kórokozók által okozott fertőzések számánál, az újszülöttek hexachlorophenel való kezelését szerzők indokoltnak tartják. Kezelt újszülötteknél az összes fertőzések száma még mindig lényegesen kisebb, mint hexachlorophent nem alkalmazva. A Gram neg. mikroorganizmusok antibioticum rezisztenciájának állandó változása ill. fokozódása miatt azonban a Gram neg. csírák által létrehozott fertőzések veszélyére feltétlenül figyelni kell.

Török János dr.

☆

Hibás granulocita funkció és krónikus granulomatozis előfordulása két leánygyermeken. Quie P. G. és mtsai (Dept. of Pediatrics, Univ. of Minnesota, Minneapolis) New Engl. J. Med. 1968, 278, 976—980.

A gyermekkori krónikus granulomaképződéssel járó betegségekre jellemzőek a korán fellépő és gyakran ismétlődő súlyos bakteriális fertőzések. A betegeknél a specifikus immunológiai válasz és a késleltetett bőrhyperszenzitivitás normális. Alacsony virulenciájú baktériumokra mononuclearis sejtekből álló granuloma képződik, majd suppurativ laesiok lépnek fel. A granulocyták phagocytá funkciója nem tér el a normáltól. De a leukocytákban a staphylococcusok

és egyes Gram negatív bacteriumok, mivel a granulocyták bactericid képessége csökken, túlélni képesek. Streptococcusok phagocytosisa esetén a fehérvérsejtek bactericid tulajdonsága nem tér el a normális kontrollokétól. A krónikus granulomatozisos betegek leukocytái phagocytosiskor csökkent oxigén felvételt és hexosemonophosphat shunt aktivitást mutatnak. A betegség férfiaknál jelentkezik, és átvitele az X chromosomához van kötve. E betegségben szenvedő fiúk anyáinak kétféle granulocytá populációja van, az egyik sejtcsoport jó, a másik nem kielégítő bactericid funkcióval rendelkezik.

A szerzők az eddig csak fiúkon észlelt kórképet először észlelték leányokon. A gyermekeknél a szájnyalvárhártya kenet vizsgálatával normális női karyotypust láttak. Az egyik leány secunder női nemi jellege kifejezett volt és menstruált. Betegeiknél a krónikus gyermekkori granulomatozis minden tünete fennállt, csak az ismertett fiúesetek jellegzetességei közül a családtagoknál észlelhető fokozott fertőzési hajlam hiányzott. Feltételezték, hogy eseteikben a betegség mutatio vagy szerzett defekt állapot kialakulása révén lépett fel. Véleményük szerint a phagocytosisra képes sejtek károsodott bactericid funkciója lehet az oka leányoknál is a granulomatozissal járó súlyos bacterialis fertőzések fellépésének.

Dux Ernő dr.

☆

Gyermeksebészet

Klinikai és pathológiai tanulmány a veleszületett epeút elzáródásról. Suruga K. et al. (Dept. of Pediatric Surgery and Pathology, Juntendo University, Tokyo, Japan): J. of Pediatric Surgery. 1967, 2, 558—564.

Az extrahepaticus epeút nélküli veleszületett biliaris elzáródás sebészeti kezeléséről sokféle eljárást ismertettek, az eredmények azonban nagyon lehangolóak. A szerzők betegeiket (39 eset) 3 csoportba osztották. Az elsőben minimális, a másodikban kifejezett fibrosis volt jelen a májban, a harmadikban pedig a májleibenykék szerkezete már fel sem volt ismerhető. A második és harmadik csoportot ismét két részre osztották aszerint, hogy intrahepaticus epeutak voltak-e jelen vagy sem. Az intrahepaticus epeutak jelenléte májbiopsiával, idősebb csecsemőkön ultrasonicus echo vizsgálattal állapítható meg.

Mivel ezen inoperabilis esetekben a ductus thoracicus, mint az epeválasztás kompenzáló csatornája szerepel, a szerzők megpróbálták a ductus thoracicus és az emésztőtraktus között shunt-öt létesíteni. 1962 óta a kiiktatott duc-

tus thoracicusnak a szájüreg sublingualis részébe való szájaztatását 15 esetben végezték. Ezek közül 5 a műtétet több, mint 2 évvel túlélte, a legidősebb több, mint 4 évvel. Valamennyi esetben, amikor a csecsemő 2 hónapnál fiatalabb volt, a sárgaság lényegesen csökkent, de nem szűnt meg teljesen. Amennyiben intrahepaticus epeutak kimutathatók voltak, 6 hónapos kor után 8 esetben megkísérelték a cholangio-jejunostomia elvégzését Roux féle Y anastomosisal. E célból a májkaputól 3 cm-re a májba bemetszve lehetőleg 5 mm átmérőjű intrahepaticus epeutat kerestek fel az anastomosis elvégzése végett. Ezen beavatkozás késői eredményei még nem mérhetőek le, azonban tapasztalataik alapján mégis extrahepaticus epeút nélküli elzáródásoknál 2 hónapos koron belül ajánlják a ductus thoracicus nyirok drainage-át az emésztőtraktusba a cirrhosis progressiójának megelőzésére, majd 6 hónapos korban, vagy ezután intrahepaticus epeutak jelenlétében cholangio-jejunostomia elvégzését.

Dénes János dr.

☆

Tüdőresectiók eredményei gyermekkorban. Brandesky G. és mtsai (Chirurgische Abteilung des Landes-Kinderkrankenhauses Linz). Zeitschrift für Kinderchirurgie 1968, 6, 303—318.

A szerzők 66 gyermekről számolnak be, akiknek életkora 2 hó és 16 év között mozgott, több mint kétharmaduk azonban 4 évnél fiatalabb volt. A műtétet szükségessé tevő megbetegedések között legnagyobb számban a bronchiectasia, majd gyakorisági sorrendben a tuberculosis, tüdőtályog, veleszületett rendellenesség és középső lebeny szindróma szerepelt. 67 esetben végeztek resectiót és pedig 21 lobectomiát, 36 segment resectiót és 10 esetben a kettő kombinációját. 2 halálesettől eltekintve (7 és 14 hónapos csecsemők) a műtét utáni körlefolyás általában zavartalan volt. Postoperatív atelektasiát mindössze 7 esetben észleltek. Bár azokban az esetekben, amikor a műtét előtt pleura empyema állott fenn, a műtét utáni körlefolyás viharosabbnak bizonyult és az ápolási idő is meghosszabbodott, a késői eredmények lényegesen eltérést nem mutattak. 56 resectio korai eredményei igen jók és jók voltak, 8 esetben pedig kielégítőek. Egy esetben, amikor a súlyos bronchiectasia agammaglobulinaemiával is társult, a műtét után a folyamat progressziója következtetett be, mely 4 hónap múlva a gyermek halálához vezetett. A 63 túlélő gyermek közül 44-et sikerült utánvizsgálni a műtétet követő 1 és 12 év között. A tüdőkapacitás kifeje-

zett beszűkülését egy esetben sem észlelték, 4 esetben azonban mellkasdeformitást, 11 esetben pedig bordaelváltozásokat találtak a thoracotomia területén. Az esetek több mint felében röntgen felvétellel kimutatható pleuralis megvastagodást észleltek. A spirográfias vizsgálatok alkalmával a total- és vitalkapacitás a normális határok között mozgott. A residualis térfogat növekedése az esetek felében volt megfigyelhető, főleg a lobectomizált esetekben.

Dénes János dr.

☆

A perinatalis plexus brachialis sérülések sebészi revíziójának eredményei. Janec M. és mtsai. (Klinik für Kinderchirurgie der Universität Bratislava). Zeitschrift für Kinderchirurgie 1968, 6, 285—292.

A szerzők összehasonlították eredményeiket a perinatalis plexus brachialis sérültek konzervatív és sebészi kezelésével kapcsolatban. Beteganyaguk 1956 és 1965 között 45 plexus brachialis sérült újszülöttet, illetve csecsemőt ölelt fel. Ezek közül 29-et sebészi, 16-ot konzervatív kezelésben részesítettek. A konzervatív kezelés a végtag megfelelő elhelyezéséből, physiotherápiából és tornáztatásból állott. Műtéti beavatkozást csak a 6 hétig tartó konzervatív kezeléssel dacoló esetekben végeztek, főleg neurolysis, egyes esetekben azonban idegvarrat és idegátültetés formájában is. A műtetre kerülők természetesen súlyosabb sérülésekben szenvedtek, mint a csupán konzervatív kezelésben részesülők. A 45 kezelt gyermek közül 35-öt sikerült utánvizsgálniuk, 23 operáltat és 11 nem operáltat. Az eredményeket kiválóknak, jónak, javultnak és változatlanul minősítve, lényeges eltérés a két csoport közt nem volt észlelhető, bár műtéti kezelés után kiváló eredményt egy esetben sem értek el. Ez azonban a műtetre kerülők súlyosabb elváltozásaiból adódott s így véleményük szerint perinatalis plexus brachialis sérülések esetén válogatott esetekben a sebészi revízió indokolt és eredményes lehet.

Dénes János dr.

☆

Szülészet és nőgyógyászat

A human placenta belső beidegződése. Howard N. Jacobson, Frederick K. Chapler (Department of Obstetrics and Gynecology, University of California, San Francisco.) Nature 1967, 214, 103—104.

A placentát és a foetalis membránokat általában idegmentes szöveteknek ítélik meg, mégis az európai irodalomban néhány közlemény idegelemek jelenlétéről

számol be a foetalis szövetekben. A szerzők újszerű methylen-kékkel történő immersziós technikát alkalmaztak friss érett lepény és burok idegelemeinek vizsgálatára. Eredményeik szerint a placentában számos nagy idegtörzs figyelhető meg a bolyhok között. Az idegkötegek mellett idegsejtek is fellelhetők. A placentaris ereket finom neuralis hálózat kíséri mind a kis, mind a nagyerek mentén, szerte a placentában, valamint az amnionban és a chorionban. Szerzők tehát neuralis elemek jelenlétét a placentában megerősítették. További vizsgálatoknak kell ezen morfológiai megfigyelések esetleges functionalis jelentőségét tisztáznuk.

Illei György dr.

☆

Idiopathiás thrombocytopenia terhességben. Schenker J. G., Polishuk W. Z. (Dept. of Obst. Gynec., Hadassah Univ. Hosp., Jerusalem). Gynaecologia 1968, 165, 271—283.

Tizenkét idiopathiás thrombocytopeniás purpurás beteg 42 terhességét tanulmányozták. Nyolc beteg állapota mind klinikailag, mind laboratóriumi vonatkozásban romlott. A thrombocytopenia lefolyása azonos beteg különböző terhességeiben eltérhet. A thrombocytopenia úgy látszik a fertilitást befolyásolja, a terhességek 33%-a spontán vetéléssel fejeződött be. Az ante és postpartalis vérzés nem fokozott. Az anya idiopathiás thrombocytopeniája kihatással lehet az újszülötre. A thrombocytopenia val kapcsolatban a tisztított anyai mortalitás 10,5%. Hét újszülöttnak volt hetekig tartó csökkent thrombocyta száma. Egy esetben persisztáló congenitalis thrombocytopeniát figyeltek meg.

Jakobovits Antal dr.

☆

Intracervicalis hyaluronidase injectiója. Philip S. Green. From the Department of Obstetrics and Gynecology, Newark City Hospital). Am. J. Obst. and Gynec. 1967, 99, 337—340.

A szülés haladását nagymértékben befolyásolják a cervicalis tényezők. A merev cervix késlelteti a szülést, a felpuhulás, ún. érlelődés elősegíti azt. A cervix uteri hasonlóan más fibrosus szövetekhez, főleg hyaluronsavat és mucopolysacharidát tartalmaz, mely anyagok képezik a cervix uteri vázát. A szerzők 147 asszonyon intracervicalis hyaluronidase injectiók hatását vizsgálták a cervix dilatációjára és a szülés idejére vonatkoztatva. 82 asszonynak ccm-enként 30 E hyaluronidaset tartalmazó fiziologias NaCl oldatból 3—4 ccm-t injiciáltak a cervixébe 3—4 cm-nyire kitágult méhszájnal és mér-

ték a szülés idejét ettől az időtől a méhszáj eltűnéséig. A módszer tulajdonképpen a fiziologias viszonyok utánzása, mivel ismeretes, hogy a normál szülés folyamán is accumulálódik a hyaluronidase a cervixben. A hyaluronidase hatása, hogy a sejtek közötti adhesiót biztosító mucopolysacharidák lysisét okozza.

A hyaluronidase injectiók hatása szignifikáns volt. Mind a primiparáknál, mind a multiparáknál a controll csoporthoz képest 2 órával meggyorsította a szülés lefolyását. A szerzők eredményeik alapján javasolják a kényelmes technika bevezetését, miáltal csökkenthető a sedatióra és fájdalomcsillapításra használt gyógyszerek mennyisége, amely nem mindegy az újszülött viszonylatában. A hyaluronidase kezelések folyamán mellékhatást nem tapasztaltak.

Szigetvári Iván dr.

☆

Az alkohol hatása fenyegető koraszülésre. Fritz Fuchs, Anna Riitta Fuchs, Vicente F. Poblete, Abraham Risk (Department of Obstetrics and Gynecology, Cornell University Medical College): Amer. J. Obstet. Gynec. 1967. 99. 627—637.

A koraszülés megelőzése napjainkban is komoly szülészeti probléma. Az uterinalis contractiók gátlására a progesteron és más steroidok nem bizonyultak elég sikeresnek és a beta-adrenerg gátló anyagok sem váltották be a reményeket. A szerzők intézetébe 68 terhést vettek fel a graviditás 21—37. hete között fenyegető vetélés, ill. koraszülés miatt. Ezen asszonyoknál regularis, frequens, közepes, vagy ennél erősebb contractiókat figyeltek meg. 16 asszonynál a burok már megrepedt, 57 százalékukban a cervix 2 cm, vagy ennél tágabb volt. E terhéseknek általában 6 órán át 9,5%-os alkohol tartalmú dextrose infusiót adtak, egyes esetekben ennél hosszabb ideig is. A szülés preventívóját eredményesnek nevezték azon esetben, ha az legalább 3 napra posztponálódott. Ez 34 esetben volt elérhető, s ezen belül 21-nél ez több volt, mint két hét. A 68 terhességből 74 újszülött született, ezek közül halvaszületés 4 esetben volt, s a neonatalis periodusban 10 magzatot vesztek, mindegyik 2000 g súly alatti. A 60 túlélő újszülöttnél a kezelésnek semmiféle hatását megfigyelni nem lehetett. Controlként 10 terminusban levő szülőnőnél, kiknél a fájások már rendszeresek voltak, alkalmazták az alkoholos infusiót. 5 esetben a fájásokat leállította, másik 5-nél a fájások intenzitása csökkent, ezt követően mind a 10-nél spontán szülés zajlott le, az újszülöttek élnek, egészségesek. Az alkohol hatása véleményük szerint

az oxytocin kiáramlás gátlása által hat, s azon esetekben, ahol a burok áll és fenyegető vetelés, ill. koraszülés áll fenn, eredményesen tartják ezen terápiát.

Kovács Csaba dr.

★



KÖNYVISMERTETÉS

Babics Antal: Urologia. Medicina Könyvkiadó, Budapest

Az „Urologia” tankönyv második — 1965. évi — kiadása már régen elfogyott és újabb megjelenetése vált szükségessé. Az elsőt még 1952-ben vehettük kézbe. A jelenlegi harmadik kiadásban az előbbieknél még hangsúlyozottabban megnyilvánul az a törekvés, hogy a folyamatos szakmai fejlődés ismertetése mellett mind tömörebben, mégis világos áttekinthetőségben nyerhessen képet a tanuló és az olvasó az urológiai szakterület minden lényeges részletéről.

Amióta az urologia kivált az általános sebészetből, rohamosan önálló orvostudomány ágazattá fejlődött oly mértékben, hogy ma már az egyes körelváltozások csupán sebésztechnikai megoldásának szemlélete teljesen elégtelennek tekinthető. Helyette mindinkább előtérbe nyomul a húgy-ivarszerv rendszer egységes felépítési, működési, valamint kórtani szoros összefüggéseinek megértése és az urológiai betegségek gyógykezelésében — mint elsőrendű célkitűzés — a normális funkció megtartására, vagy megjavítására törekvés.

Ez a tankönyv is így tanítja az orvostanhallgatókat és a szakvizsgára készülő kollégákat. Szem előtt tartja, hogy kerülve a túlterhelést, lehetőleg röviden, keretek közé szorítva tárgyalja az általános rész fejezeteiben a húgy-ivarszerv betegségeire jellemző tüneteket és elváltozásokat, a beteg kivizsgálását szolgáló egyes eljárások és műszerek alkalmazásának módszereit.

A tankönyv második felében (13. fejezetben) az urológiai klinikummal ismerkedtünk meg, kiindulva a világrahozott fejlődési rendelleneségtől, a gyulladáshoz-köves-daganatos megbetegedéseken át az idegrendszeri eredetű hólyagzavarokig és a húgy-ivarszervi sipolyokig. Minden fejezetben világosan megszürt kritikával, valóban töményen kapja az olvasó a szakmai lényegyet. Nem az egyes szervek, hanem betegségsoportok szerint ismerteti a húgy-ivarszerv kórfolyamatait. Ezzel a módszerrel ismételtén rámutathat azokra az összefüggésekre, amelyek a megbetegedés előidézője, a kórfolyamat elindulása

és a kezdeti tünetek, majd pedig későbbi kifejlődése, a keletkező mint végül az egész szervezetre kiható károsodások között fennáll. Csak ebben a felvázolásban nyerhetnek a tanulók és érdeklődők átfogó képet az egyes urológiai kórfolyamatok lényegéről és az egész szervezetre kiható következményekről. Arról pl., hogy hacsak egy egyszerű prostata hypertrophia diagnosissal is állunk szemben, ne csupán a helyi, a hólyagnyaki adenoma növekedés okozta vizeletkiürítés zavarát lássuk meg, hanem ezen túltekintve éppen a következmények megelőzése és a korszerű gyógykezelés érdekében a vesék funkcióromlásának lehetőségeire és annak elhárítására is gondolkunk, ahogy a szerző az időben végzendő prostatectomia mellett foglal állást.

A könyv megtanít modern urológiai szemlélettel gondolkodni, arra is, hogy a kórokozók céltudatos keresésében, a diagnosis pontos meghatározásához szükséges vizsgálóeljárások sorrendjében, végül pedig a legmegfelelőbb gyógykezelés megválasztásában melyik a legcélravezetőbb egyúttal a betegre a legkíméletesebb út.

Bár ezen legújabb kiadás oldal-számban az előzőknél kevesebb, mégis a szerző éppen sok évtizedre visszatekintő tudományos és egyetemi oktatási tapasztalata alapján kiválóan oldotta meg tankönyvének korszerűségét és tartalmi teljességét. Ezért nagy örömmel vetjük ez az újabb kiadást, mellyel a magyar urologia ismét gazdagabbá vált és ebből az alkalomból köszöntjük szerzőjét, Babics Antal akadémikus professzort.

A kiváló papíron, finom nyomdatechnikával és szolid, komoly külsőben megjelent könyv a Medicina Könyvkiadó és Kossuth Nyomda mindig kiemelkedően hibátlan munkáját dicséri.

Noszky Aurél dr.

★

J. Koch und H. Loebell: Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Munkaképességcsökkenés véleményezés a fül-orr-gégészeten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1968, 145 old. 7. ábra. Ára: DM. 24,60.

A könyv feloleli a fül-orr-gégészeti vonatkozású véleményadás csaknem minden problémáját, az NSZK-ban érvényben levő törvények, szokások figyelembevételével.

Az első részben jogi kérdéseket tárgyal. Az orvos az uralkodó tudományos felfogás alapján „orvosi igazságot”, tényeket állapít meg. Az orvosszakértőnek jó általános orvosi ismeretekkel és szakterületén magasabb tudással kell rendelkeznie. A szerzők szerint az orvos kellő szakismeret birtokában csak véle-
ményt nyilvánít bírósági, állami,

stb. szervek részére, míg a döntést laikusok hozzák meg.

Az orvos véleménye legyen objektív. Kétes esetben meg kell írnia, hogy határozottan nem tud dönteni.

A következőkben az orvosi titoktartás és véleményadás jogi-etikai kérdéseit tárgyalják. Az orvosszakértő véleményét adni köteles. A kezelőorvosnak azonban ki kell kérnie a beteg hozzájárulását, ha véleményadásra szólítják fel. Ez alól a baleset-biztosítási véleményezés kivétel. Az orvos megtagadhatja a véleményadást, ha a beteggel rokoni viszonyban áll, vagy erre külön esküt tett.

A következőkben az NSZK-ban elfogadott véleményadási formákat részletesen ismertetik.

Igy tárgyalják az igazolás, az előzetes véleményezés, a vizsgálat nélküli, leletek alapján adott véleményezés, a feltételezhető későbbi körlefolylásról alkotott vélemény, a magánszemélyek által kért véleményadás kérdéseit. Ez utóbbit a szerzők nem ajánlják.

A szakorvos javasolhatja más szakterületek képviselőinek igénybevetését is. — A hamis véleményadást a törvény bünteti.

Tárgyalják a szerzők a különböző vélemények értékelésének, az „ellenszakértők” véleményével kapcsolatos jogi lehetőségeit is.

Elválasztják a szerzők a munkaképesség és a keresőképesség fogalmát. A munkaképesség orvosi eszközökkel megállapítható testi és szellemi teherbírási. A keresőképesség pedig a munkaképesség gazdasági értékesítésének függvénye.

Munkaképtelen az, aki betegsége következményeként, állapotának rosszabbodása nélkül, addigi munkáját nem folytathatja. A keresőképesség megállapításának szempontjai mások lehetnek nyugdíj, és mások baleset-biztosításnál.

A továbbiakban balesetből, ill. foglalkozási ártalmakból eredő általános problémákról olvashatunk.

Az általános rész után a véleményadáshoz szükséges morfológiai és functionális vizsgálatok és a leletek értékelésének módjait részletesen ismertetik. Ezen vizsgálatok között a közsímt fül-orr-gégészeti vizsgálómódszer mellett, a szag és ízérzés, az audiológiai és phoniátriai vizsgálatok is szerepelhetnek. (Ez utóbbira külön szeretnénk a figyelmet felhívni, mert nálunk ez a szakma egyik legjobban elhanyagoltabb területe).

A következőkben gondosan összeállított, részletekre kiterjedő táblázatokat találhatunk, melyeket keresőképesség csökkenés százalékos megállapítására használhatunk. A táblázatokat itt nem ismertettem, annak ellenére, hogy legtöbbje nálunk is felhasználható lenne.

A könyv következő fejezetében a legfontosabb fül-orr-gégészeti betegségek megítélésével foglalkozik.

Tárgyalja a külső- közép- és belsőfűl sérüléseit, foglalkozási ártalmakat és egyéb funkciós-csökkenéssel járó betegségeit. Külön kitér az akusztikai traumára, a zajártalomra, a hallásjavító készüléket viselőkre stb. Ismerteti az orr-, orrmeléküregek, a garat, a nyelőcső sérüléseit, a gégesérülés utáni hangképzés, a felső légúti foglalkozási betegségeket, a szaglás és ízérzés zavaraikat. Felhívja a figyelmet a vasutasok, a közúti járműforgalomban résztvevők speciális problémáira. Végül, kitér a daganatos betegségekre, a pszichogén betegségekre, neurológiai véleményezésére.

A könyvet mindazok figyelmébe ajánlom, akik hivatásszerűen vagy akár alkalmanként foglalkoznak véleményadással, munkaképesség-csökkenés megállapításával, annak ellenére, hogy főleg jogi vonatkozás és betegbiztosítás területén a mi viszonyaink mások.

A könyv használhatóságát a bőveges irodalom növeli.

Surján László dr.

☆

Carl Steffen: Allgemeine und experimentelle Immunologie und Immunpathologie, sowie ihre klinische Anwendung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1968. XXIII és 702 old., 76 ábra, 89 táblázat. DM. 89,—

A könyv átfogó ismertetése az immunológia jelenlegi állásának kísérleti és klinikai szempontból egyaránt. Rövid, történelmi visszajelentésnek ható bevezetés után az I. rész az immunológia alapjait tárgyalja 4 fejezetben. Ezek a következők: 1. Az *antigenek* fogalma, a proteinek és szédhidrátok szerkezete, immunogénitásuk, fajlagosságuk és az antigenek beosztása. 2. Az *antitestek* fogalma, fajlagossága, fizikai-vegyi tulajdonságai, heterogénitása, külön vázolja az Ig-osztályokat (G, M, A, D, E). 3. Az *antitest-képzés* fogalma, képződését befolyásoló tényezők, a képzés sejtrendszere, fázisai és formája, valamint elmélete. 4. *Antigen-antitest-reakciók*: praecipitatio, agglutinatio, komplementkötés, az AAR elmélete, az AA-komplexek biológiai aktivitása.

A II. rész a korai típusú pathogen immunjelenségeket tárgyalja. Ennek fejezetei: 1. A *korai típusú allergia* fogalma és felosztása. 2. Az ember korai típusú *allergiás betegségeinek* immunológiai alapjai, kimutatási (in vivo és in vitro) módszerei, a különféle allergének. 3. Az *anaphylaxia* és reakciói formái, anaphylaxia in vitro, a fajlagos fázis mechanizmusa, az anaphylaxiás típusú allergiás betegségek. 4. Az *Arthus-jelenség*, aktív és passív formái, lokalizációja, különbség az Arthus-jelenség és a kután anaphylaxiás reakció közt, Arthus-típusú reakciók az emberen. 5. *Szérumbete-*

tegség-típusú immun jelenségek. A szérumbetegség emberen és kísérleti szérumbetegség állatokon, szérumbetegségről allergiás betegség. 6. *Reagin-típusú pathogen immun jelenségek*, az idetartozó allergiás betegségeket, a reagin-típusú antitestek tulajdonságai és kimutatásuk, a csalárgyulladás és fajlagos mechanizmusa. 7. *Pathogen immunocytoxicitás*, cytotoxikus antitestek, ezek mechanizmusa. 8. A korai típusú immunreakciók *második, nemfajlagos fázisának mediatorai* (histamin, serotonin, heparin, acetylcholin, kininek stb.).

A korai típusú immun jelenségek kimerítő leírásával szemben a III. részben tárgyalta *késői típusú* pathogen immun jelenségek vázolója túl rövid. Két fejezethez áll: 1. *Késői típusú sensibilisatio* fogalma, immunizálás-sensibilizálás, a tuberculin-reakció, késői típusú reakciók kísérleti előidézése, fajlagossága, mechanizmusa, teóriája. 2. *Kontakt sensibilisatio*, fajlagossága, mechanizmusa. Ennek a fontos és újabban mindinkább előtérbe nyomuló fejezetnek hypothesiseit csak röviden említi, pedig a történések részletesebb analízise a nyirokcsomókban és nyirokutatokban, az immunrendszer és thymus szerepének bővebb kifejtése stb. itt helyén lett volna.

Szerző az egyes fejezetek élén a könyvben használatos minden terminus technicust *pontosan definiál*, ami megkönnyíti az egész anyag érthetőségét. De hiányolható, hogy az I. részben az antitestképzés elméletei, a könyv terjedelméhez viszonyítva, túl röviden vannak ismertetve. Az IgE alfejezet rövidségét talán megmagyarázza, hogy a kézirat lezárása idején még nem álltak e téren kellő adatok rendelkezésre. Nem egyeztethető össze a legtöbb immunológus felfogásával, hogy az alapfogalmak tárgyalásánál, ill. a II. részben és később is állandóan a teleológias ízü auto-, iso- és allo-immunagresszióról ír, továbbá az sem, hogy a megváltozott fajlagos reaktivitást állatokon inkább „Überempfindlichkeit”-nek, emberi vonatkozásban pedig „Allergie”-nek nevezi (131. old.). Heleesebbnek tartom e tekintetben Gell és Coombs felosztását, kik a korai típusú reakciók gyűjtő nevéként az allergia elnevezést használják, viszont megfelelőbbnek tartom, hogy Steffen a korai típusú sensibilisatióknál megkülönböztet allergiát anaphylaxiás és allergiát reagin-típusú antitestekkel (régebben az állati immun jelenségek megjelölésére használtuk az anaphylaxia és emberiekre az allergia elnevezést).

Azt sem tartom célszerűnek, hogy szerző mint csúcsgépfogalmat a fajlagos memóriát, a *mnemiát* kívánja bevezetni és ezt a *mnemiát* osztja fel immunitásra és allergiára, annál kevésbé, mert ilyen módon az immuntolerancia a fajlagos amne-

miához sorolandó, amiből nem világlik ki, hogy itt antitestek közreműködéséről van szó.

A IV. rész az *autoallergiának* van szentelve. A fogalmakat, az autoantigeneket, az autoimmunisatio mechanizmusát, az emberi autoallergiás betegségeket és a kísérletileg indukált autoimmun jelenségeket állatokon elméleti és klinikai szempontból tárgyalja, megkísérelve, mint az előző fejezetekben is, a klinikai tapasztalatokat a kísérleti adatokkal összehangolni. Ez a fejezet is egészen rövid, viszont nem lehetett a szerző célja, sem feladata, hogy immunológiai könyvben ezt az óriási, napról napra növekedő ágát az orvostudománynak bővebben ismeresse.

Az V. részben különleges immun jelenségek: a *transplantációs immunitás* és az *immuntolerancia* jutnak szóhoz. Persze vitatni lehet, hogy a transplantációs immunitás miért nem szerepel a késői típusú jelenségek közt, azonban ez a mind fontosabb tárgykör, melynek szerző éppúgy, mint az immuntoleranciának kellő figyelmet szentel és megfelelően értékeli, mindenképpen megérdemli a külön tárgyalást. Amellett, minthogy végeredményben kóros folyamatról van szó, tulajdonképpen inkább transplantációs allergiának kellene nevezni. A könyv jó összefoglalást nyújt ennek a nehéz anyagnak mai állásáról.

A VI. rész a klinikai és serológiai *diagnosztikával* foglalkozik, egyes, főleg autoallergiás betegségeknél (pajzsmirigy-gyulladás, myasthenia gravis, m. Addison, anaemia perniciosa, primaer krónikus polyarthrit, SLE stb.), úgyhogy ez a rész tulajdonképpen a IV. autoallergiás rész kiegészítésének tekinthető.

Az utolsó VII. rész, a *kísérleti methodikát* tartalmazza. Ez maga kb. 150 oldalt tesz ki és ebben mind az in vivo, mind az in vitro módszereket, továbbá a praeparatív eljárásokat írja le részletesen, nagy gyakorlati tudásról tanúskodó precizitással, ami értékes segítséget nyújthat a klinikusnak és kutatónak egyaránt.

Nagy előnye a könyvnek, hogy jól kiválasztott adatokat tartalmaz, hogy rendkívül alapos és amellett — az említett kivételektől eltekintve — kimerítően tárgyalja az anyagot. Ezért hasznos lehet mind azoknak, akik érdeklődnek az immunológiai problémáiról (és ez ma már úgyszólván minden orvosra tartozik), sőt jó bevezetője lehet azoknak, akik az orvostudománynak ebben az ágában óhajtanak speciális ismereteket szert tenni, bár használhatóságát megnehezíti a sok ismétlés és folytonos utalás más oldalakra és fejezetekre. A szerző, ki immunológiai téren elsősorú szakembernek számít, hatalmas munkát végzett, mikor egyedül dolgozta fel az óriási anyagot. A könyv

ábrái és táblázatai jól vannak kiválogatva és nagyon szemléltetők. A hatalmas munka összeállítása és nyomása minden dicsőretet megérdemel.

Rajka Ödön



Peter D. Samman: Nagelerkrankungen. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1968. Heidelberg Taschenbücher, 29. (110 oldal).

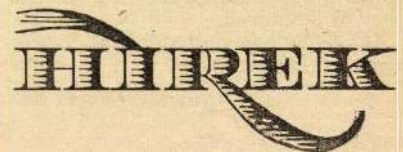
A szép kiállítású könyvecske a körömbetegségeket tárgyalja, főleg gyakorlati szempontból s a szöveget 126 — többségükben jó — fekete-fehér s néhány színes ábrával illusztrálja. Értékét emeli, hogy külön fejezetet szentel a *körömszerv anatómiájának, fiziológiájának és keringési viszonyainak, vérellátásának*, ami nagy mértékben elősegíti a köröm kóros elváltozásainak megértését. A körömlemez elváltozásai jelentékeny részben *belső betegségek*, általános zavarok másodlagos megnyilvánulásai (szemben a primær köröm folyamatokkal, pl. a körömgombásodással) s így a kóros körömtünetekből diagnosztikusan lehet sok esetben következtetni a belső, primær betegségre. Egyes belső betegségek és velük kapcsolatos körömelváltozások szoros összefüggését főleg az magyarázza, hogy a körömöt termelő sejtek (*matrix*), melyek a köröm gyöki része körül helyezkednek el, *igen érzékenyen reagálnak* az őket érintő legkülönbözőbb *lokális és haematogen* ártalmakra. Kórtani és klinikai szempontból éppen ez képezi a körömbetegségek jelentőségét s egyben érdekességét. A könyv — bőséges irodalommal ellátva — az anatómiai és fiziológias résszel együtt 12 fejezetben tárgyalja az anyagot s főleg a gyakorló orvos igényeit igyekszik kielégíteni, ezért mindenütt súlyt helyez a terápiára is s alkalmas a körömbetegségek iránti érdeklődés felkeltésére. Mint említettük, a körömbetegségek egyre — s éppen a leggyakrabban előforduló — nem belsőszervi elváltozások manifesztációi, hanem primær folyamatok, mint pl. a *körömgombásodások* (és paronychiák nagy része). Ezek viszont kiindulási pontjai lehetnek általánossá váló, főleg ekzemás folyamatoknak. Utóbiakkal a könyvecske nem foglalkozik.

Az első klinikai fejezet a leggyakoribb és legfontosabb *köröm-tünetekkel* foglalkozik, mint pl. a körömlemez törékenysége, hypertrophiaja és atrophija, alakbeli elváltozásai, körömalatti vérzések s a körömlemeznek a körömágytól való elválása (onycholysis) stb. A következő fejezetben igen részletesen tárgyalja a *pikkelysömör* (psoriasis) változatos körömelváltozásait, az enyhe gödröcskéktől a körömlemez legsúlyosabb destrukció-

jáig. Másik fontos s igen gyakori körömbetegséget tárgyaló fejezet: a *körömgombásodásokról* szól, melyeket elég részletesen tárgyal (az idevonatkozó ábrák kevésbé sikerültek), részletesen ismerteti ennek a makacs betegségnek újabb terápiás lehetőségeit (griseofulvin). Tudnunk kell azt is, hogy ez az új gombaellenes hatású antibiotikum sem oldja meg egyedül a körömgombásodások gyógyításának kérdését, nem teszi feleslegessé a lokális kezelést (általában a körömlémet eltávolítását sem), hanem főleg egyéb módszerekkel kombinálva a legeredményesebb. Gyakorlati szempontból fontos fejezet a *körömágygyulladások* (paronychiák) idült alakjainak tárgyalása is, mely részletesen történik, terápiás vonatkozásban is, bár egyes újabb gyógyítási lehetőségeket nem érint. Részletesen tárgyalja az *ekzemához* társuló másodlagos körömlemez elváltozásokat, valamint a vegyi eredetű *kontakt-dermatitis* kapcsán jelentkezőket. Ez esetekben természetesen a gyógyításnak az alapbetegség szanálására kell irányulnia. Külön fejezetben ismerteti a *keringési, ill. vérellátási* zavarokkal összefüggő *dystrophiás* körömlemez elváltozásokat, melyek szintén a matrix károsodásának következményei. Ezek közé tartoznak a *Raynaud-szindrómával* összefüggő enyhébb és súlyosabb körömtünetek; a köröm atrophija és leledése súlyosabb ér-elváltozások kapcsán, pterygiumképződés, dystrophiás körömelváltozások *scleroderma* kapcsán stb. Fontos fejezetet képeznek a *különböző általános betegségek* által okozott matrixlaesiók, illetve körömelváltozások, pl. csónakalakú köröm ill. *koilonychia hypochrom* (vashiányos) *anaemiában*, ill. újabb vizsgálatok szerint a köröm-keratin cystintartalmanak csökkenésével kapcsolatban. Ugyanitt tárgyalja a köröm *különböző színváltozásait* egyes belső betegségekben pl. máj-cirrhosisban, krónikus hypalbuminæmiában stb., valamint elégtelen táplálkozás kapcsán előforduló körömjelenségeket. Részletesen tárgyalja a *leukonychiák* különböző fajtáit, továbbá a *dobverőujjakra* vonatkozó újabb vizsgálatokat és ismerteti a mikróbas subcut *endocarditis* köröm-tüneteit is, úgyszintén az öregkori körömelváltozásokat. Igen részletesen tárgyalja a *traumás eredetű* körömbántalmakat, valamint a *jó és rossz indulatú tumorokkal* kapcsolatos körömelváltozásokat. Külön fejezetben foglalkozik a legkülönbözőbb *bőr — és egyéb — betegségek kapcsán* előforduló köröm-tünetekkel: bakteriális paronychiák, herpes, scabies, syphilis, lepra, epidermolysis bullosa hereditaria, lichen-ruber planus, alopecia areata, pemphigus, erythematodes és dermatomyositis stb. kapcsán jelentkező köröm elváltozásokkal. A legutolsó fejezetben a

fejlődési rendellenességek ill. congenitalis anomáliák okozta körömelváltozásokat tárgyalja. A könyvecske modern szinten foglalja össze a köröm kóros elváltozásait, ennek belsőszervi összefüggéseit s így igen hasznos munka gyakorló orvosok, bőr- és belgyógyászok s mindazok számára, akiket e tárgykör érdekel. [Azoknak, akiket még részletesebben érdekelnek a körömbetegségek, ajánljuk I. Heller fejezetét a *Jadassohn-féle Handbuchban* (XIII/2. kötet). Akik pedig részletesebben érdeklődnek a *körömgombásodások* iránt, ezek bővebb tárgyalását találhatják az Orvosi Mykologia megfelelő fejezetében (Fejér E.) (Akadémiai Kiadó 1957 és 1966).]

Fejér Endre dr.



A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1969. május 21-én (szerdán) du. 3 órára tüzte ki *Hollósi Katalin* dr. önálló aspiráns „*Adatok a neurovegetatív és rheumás sialadenopathiák, valamint Sjögren syndroma pathomorphológiájához és pathogenesiséhez*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az Akadémia felolvasó termében (V., Roosevelt tér 9, I. e.).

Az értekezés opponensei: *Dévényi István dr.*, az orvostud. kandidátusa, *Holczinger László dr.*, az orvostud. kandidátusa.



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1969. május 22-én (csütörtökön) du. 3 órára tüzte ki *Forrai Jenő dr.* asp. kívül benyújtott „*Modern methodikák a tarsus röntgenvizsgálatában*” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az OVSZ II. emeleti tantermében (Bp., XI., Daróczy u. 24.).

Az értekezés opponensei: *Erdélyi Mihály dr.*, az orvostud. kandidátusa, *Horváth Ferenc dr.*, az orvostud. kandidátusa.



MEGHÍVÓ

Magyar Radiológus Társaság Nyugat-dunántúli Szakcsoportja, az Eötvös Loránd Fizikai Társulat Sugárvédelmi Szakcsoportjának közreműködésével

1969. évi május hó 23-án és 24-én Balatonfüreden az Áll. Szívkórház nagytermében rendezendő

X. Vándorgyűlésre

Május 23., péntek,
dél előtt 10 óraker

az Áll. Szívkórház nagytermében.

Elnök: Horváth Ferenc dr.

1. Török István dr. (Budapest):
A tüdőtumorkor korszerű radiológiai kórismézése.

2. Barton A. dr., Pozsgay K. dr. (Kaposvár): A pneumopyelographia teljesítőképesége.

3. Barton A. dr. (Kaposvár): Kis gyomorrákok röntgenvizsgálatának néhány tanulsága.

4. Luzsa György dr., Horváth Margit dr. (Mosonmagyaróvár): Melorheostasis Léri.

5. Szántó dr. (Miskolc): Cortison tüdő.

6. Oláh J. dr., Barabás A. dr. (Miskolc): Fiatalkori gerincmeszesedések.

7. Polner Zs. dr. (Veszprém): Mellékhere meszesedés.

8. Keszthelyi M., Ferenc B. dr. (Győr): Antidiuretikus hormon alkalmazása a kiválasztásos urographia hatásfokának javítására.

9. Nagy G. dr., Kulcsár T. dr., Takács I. dr. (Szombathely): Daganatok ritkább mellkasi manifesztációja, néhány saját eset kapcsán.

10. Tóth J., Gautier B. dr. (Szombathely): A rekesz feletti röntgen árnyék differenciál diagnosztikai problémái.

Délután 15 óraker

az Áll. Szívkórház nagytermében.

Elnök: Hutás Imre dr.

11. Erdélyi M. dr. prof. (Budapest): A traumatológiai vizsgálatok indicatiói.

12. Hrabovszky Z. dr., Nickl J. dr. (Budapest): Geneticus sugárterhelés a terápiában.

13. Janáky Gy. dr. (Győr): A százalékos mélydoziszváltozások jelzése és értékelése a röntgenterápiában.

14. Ádám G. dr. (Siófok), Niltényi L. dr., Berte I. dr., Molnár A. dr. (Debrecen): A Nandrolandekonoat és vaskészítmények hatása sugárkezelt betegek vérékére.

15. Barabás dr., Pályi M. dr. (Veszprém): A mammographia szerepe az emlőrák korai diagnosztikájában.

16. Pintér Gy. dr., Szloboda J. (Szombathely): Tüdő-tumor és tüdő-tuberkulózis.

17. Kovács Á. dr. (Szombathely): Adatok a tüdőrák korai felismeréséhez.

18. Scháb L. dr. (Szombathely): Röntgenvizsgálatok jelentőségéről koponyasérülteknél.

Május 24., szombat,
dél előtt 10 óraker

az Áll. Szívkórház nagytermében.

Diagnosztikai sugárvédelmi ankét:
Az Eötvös Loránd Fizikai Társulat Sugárvédelmi Szakcsoportjának közreműködésével.

Elnök: Bozóky László dr.

Bárány János dr. (Veszprém): Sugárvédelmi hiányosságok a röntgen diagnosztikában.

Bojtor István dr. (Budapest): A populatio sugárterhelésének mérése.

Dósay Károly (Budapest): A sugárvédő eszközök szerepe a lakosság sugárvédelmében.

Littay Pál dr. (Budapest): Az USA sugárvédelmi törvénye.

Hozzászólások

A tudományos ülés befejezése után vezetőségi megbeszélés és a következő vándorgyűlés helyének kijelölése.

Asszisztensi összejövetelek

dél előtt 11 óraker

Kötetlen megbeszélés a Szívkórház társalgójában.

Délután 14 óraker

Kötetlen megbeszélés a Szívkórház társalgójában.

Délután 14 óraker

Elnök: Onódi Károlyné.

Nagy Ernő dr. (Budapest): Friss sérültek röntgenellátása.

Simonits Julia (Veszprém): Tömegbaleset ellátása.

Kövesdi Sándorné (Budapest): A korszerű sötétkamra.

Kertesi Károly (Budapest): Újabb előhívó vegyszerek.

Kérjük a röntgenosztályok vezetőit, tegyék lehetővé asszisztenseik megjelenését.

Tudnivalók:

Elszállásolás az Annabella szállóban 1 napra 50 Ft. Szobabiztosítás az Idegenforgalmi Hivatal, Balatonfüred útján. Az elhelyezés 2 ágyas szobákban.

Étkezés az Annabella szállóban; komplett reggeli 20 Ft, ebéd 30, vacsora 30 Ft.

Kirándulás május 24-én, szombaton délután Nagyvászonba, személyenként 18 Ft. Csak megfelelő számú jelentkezés esetén.

Felvilágosítás: Idegenforgalmi Iroda, Balatonfüred.

Vetítés normál diafilm nagyságú diaprojektívvel.

Az előadókat kérjük, hogy negyedív papíron röviden foglalják össze előadásuk tartalmát és azt adják át az elnökségnek a Radiológiában való közlés céljából.

Rendezőség



A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1969. május 26-án (hétfőn) du. 3 órára tűzte ki Földvári I. Péter dr. levelező aspiráns „A serum koleszterin szint emelkedésének kísérletes vizsgálata és szerepe az ischaemiás szívbetegségek kialakulásában” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az OKI nagy előadótermében (Bp., IX., Gyáli út 2—6. A. ép.)

Az értekezés opponensei: Jellinek Harry dr., az orvostud. doktora, Gergely István dr., az orvostud. doktora.

Aspiránsvezető: Sós József dr., az MTA levelező tagja.



MEGHÍVÓ

Özd várossá nyilvánítása és a Kórház 20 éves fennállásának évfordulója alkalmából rendezendő ünnepségre.

1969. május 29—30.

AZ ÜNNEPI
TUDOMÁNYOS ÜLÉS
PROGRAMJA:

Május 29-én, 10 óraker

Megnyitó

Szrogh Károly Özd Városi Tanács V. B. elnökhelyettese.

Borsányi Gábor dr. Kórház-Rendelőintézeti Egység igazgatója: Az özdi újkórház 20 éves fennállása.

Szűnet

Előadások:

Üléselnök: Ondrejko István dr. Prof. Kádár Tibor dr.: Újabb törekvések a kórházi ellátásban.

Kirchknopf Márton dr.: Az I. sz. Belosztály működése 1949—69. között és a jövő feladatai.

Figezky Gyula dr.: Tüdőembolia előfordulása osztályunkon.

Varga Tibor dr.: Szívinfarctus korai szövödményeként fellépő spontán szívropturák előfordulása beteganyagunkban.

Bartha Gábor dr.: A mechnogramok jelentősége a szívbetegségek diagnosztikájában.

Huzsváry Gabriella dr.—Nagy Ida dr.: A gyomorfekély röntgen diagnosztikai problémái intézetünk 5 éves anyagában.

13.30 óraker: Ebéd.

15.00 óraker: Előadások:

Üléselnök: Gavallér István dr. Bozóky László dr.: A tbc és tüdőbetegségek elleni küzdelmünk 20 éve (kritikai analízis).

Zakács László dr.—Kálmán Károly dr.: Cukorbeteg-gondozás az özdi Városi Kórház-Rendelőintézeti Egységben.

Tóth Olga dr.: A krónikus aspecifikus légzőszervi betegek gondozása az özdi Kórház-Rendelőintézetben 1960—1968. között.

Simon Dezső dr.: Szűrési törekvések a bánrévei körzetben.

Erdős Zsigmond dr.: A körzeti orvosi munka tartalmi változása.

Bódy Gyula dr.: A falusi lakosság-gondozás módszerének problématikája.

Varga Katalin dr.: A körzeti gyermekorvoslás 7 éve.

Farkas Sándor dr.: A gyermekosztály gyógyító-megelőző tevékenysége és a csecsemővédelem.

Farkas Sándor dr.: A glomerulonephritis prognosisa (118 saját eset katamnesticus vizsgálata).

Hozzászólások
Vita

17.30 óraker: Kórházlátogatás.
20 óraker: Közös vacsora.

Május 30-án

9 óraker: Előadások:

Üléselnök: **Döbrögi András dr.**
Gavallér István dr.: A szülészet és nőgyógyászati osztály 20 éves működése.

Juhász Antal dr.—Gavallér István dr.: Terhesgondozásunk mód-szere.

Hevesi Márton dr.: 5 éves magzati mortalitásunk analízise.

Imre Gyula dr.—Juhász Antal dr.: Méhszájzáró műteteink és eredményeink.

Gavallér István dr.: A kórház-területi egység megvalósításának elvi és gyakorlati kérdése a nőgyógyászati vonalon.

Szelekovszky Sándor dr.—Gavallér István dr.: Adatok a kórház-területi egység nőgyógyászati vonalon történő megvalósításának kérdéséhez.

Szűnet

Magyar Éva dr.—Kassa László dr.: Új immunológiai eljárás korai terhesség meghatározására, összehasonlító vizsgálatok különböző testekkel és gyakorlati értékelésük.

Szell Endre dr.: Az Ózd Városi Kórház Fül-orr-gege Osztályának működése 1945-től.

Ormai Georgina dr.: Az idült középfülgyulladás gondozásának kérdése Ózdon és az ózdi járásban.

Szell Endre dr.—Varga Győző dr.: A nagyothallás és sükettség szociális problémái.

13.30 óraker: **Ebéd.**

14.30 óraker: Előadások:

Üléselnök: **Haris Antal dr.**
Szabó Jácint dr.: A sebészeti osztály 20 éves munkája.

Haris Antal dr.: A Kórház-Rendelőintézet Egység szerepe és előnyei a sebészeti betegellátásban.

Fóglí László dr.—Parragh Lajos dr.: Parenteralis táplálással szerzett tapasztalataink az Intenzív Therápiás Egység működése során.

Fóglí László dr.: A közlekedési balesetek és az alkoholos befolyásoltság osztályunk 10 éves anyagából.

Parragh Lajos dr.—Szakács Gábor dr.: A gépi altatás és a reanimatio alakulása osztályunkon.

Schmoll János dr.—Szabó Jácint dr.: Thoracoabdominalis műteteink a röntgenológus és a sebész szem-szögéből.

Mészáros László dr.: A KOR 5-ös saválló acél, mint új fém alkalmazása a fogászatban.

Langó István dr.: Az N 2 szerepe a gyökértöméseknél és alkalmazása az ózdi rendelőintézeti beteganyagon.

Gavallér István dr.: Kórházunk orvostovábbképzése és tudományos működése.

Borsányi Gábor dr.: Naprakész kórházi morbiditási adatszolgáltatás a vezetés szolgálatában.

Hozzászólások
Vita

17 óraker: Zárzó.
Kérésre meghívót a Kórház Igazgatósága küld.



A Magyar Sebész, Nőorvos-, és Anaesthesiologus Társaságok folyó évi november hó folyamán Budapesten Symposiont rendeznek: „Akut hasi katasztrófák a gestatio folyamatok alatt” témával.

Előadások bejelentése 1969. szeptember hó 15-ig a három Társaság főtítkárához.



A Magyar Traumatológus Társaság 1969. június 7-én, 11 óraker az Országos Traumatológiai Intézet tantermében (Bp., VIII., Mező Imre út 17.)

vezetőségválasztó közgyűlést tart.

Megjelent

MAGYAR RADIOLOGIA
1969. 2. szám

- Jóna Gábor dr.
† Jóna Gábor dr., Miltényi László dr., Dézsi Zoltán dr.: Hyperoxigenizációs sugártherápia aktuális kérdései.
Szatay Imre dr., Gyarmati János dr., † Jóna Gábor dr.: Mammaria interna phlebographia szerepe és jelentősége az emlő-tumorer parasternalis metastasisainak kimutatásában.
Kelemen János dr.: Adatok az aortaív ágaira localizált occlusiv érelváltozások röntgendiagnosztikájához.
Simay Attila dr., Kónya László dr. és Bacsa Sándor dr.: A tüdő posztraumás haematomái.
Péter Mózes dr., Dézsi Zoltán dr., Ádám Géza dr.: Adatok a mammo-graphia technikájához.
Gyarmati János dr.: Urographiás tapasztalatok Ronpaconal.
Dézsi Zoltán dr., Berta István dr., † Jóna Gábor dr.: A méhnyakrák sugárkezelésének dosimetria kérdéseire.
Berta István dr., Dézsi Zoltán dr., Görgey Miklós dr.: A sugárkezelés individualizálásának lehetősége a méhnyakrák gyógyításában.
Varga László dr. és Bernád Ilona dr.: A pulmonalis stenosisok röntgendiagnosztikai lehetőségeiről.
Matyasovszky Marianne dr.: Chole-dochus cysta.
György Tamás dr.: Ovarialis papillaris cystadenocarcinoma mésztartalmú metastasisai a tüdőben és a hasban.
Könyvismertetés.
Tudományos gyűlések.
In memoriam.

FOGORVOSI SZEMLE
Stomatologia Hungarica

1969. 4. szám

- Láng Pál dr.: Röntgenképek a Fehérvári úti R. I. Fogászati Röntgen Osztályának anyagából.
Márai Mária dr.—Herczegh Béla dr.: Gyulladásos pulpájú fogak gyógyításának kérdése antibiotikumokkal és cortison származékokkal.
Oszetzky Tibor dr.: Keratosis palmaris és plantaris tarsul gyermekkori parodontosis.
Tóth Árpád dr.: Pulpovitallal szerzett tapasztalatok.
Milvius Endre dr.: Hordozható kézi spray készülék.
Bánóczy Jolán dr.—Radnai Tamás dr.—Reményi István dr.: Módszertani tapasztalataink Dunakeszi és Felsőgöd lakosságán végzett stomato-onkológiai szűrővizsgálatok alapján.
Prof. dr. B. Bojanov: A bolgár fogászati eredmények.
Könyvismertetés.
Tudományos ülések.
Hírek.

MAGYAR SEBÉSZET

1969. 2. szám

- Kudász József, Besznayk István: A traumás kamrai septum defectus zárása.
Nemes Attila: Máj-resectió eljárás gyors-polymerizálódó ragasztóanyag alkalmazásával.
Gergely Mihály, Ács Géza: Gyomor-resectio közben ejtett technikai hiba tanulságai.
Cseh Zoltán, Romhányi Tibor, Gazdag István: A gyomor polypszerű elváltozásairól.
Detky Barna, Gönci László, Krasznai Attila: Acut cholecystitis emphysematosa esete.
Pillaszanovich Imre, Kustos Gyula, Pintér András, Antalovics Mihály: A pancreas anulare műtéti megoldásai.
Kerényi Károly, Bálint Géza: Bassini műtét után kialakult „ostitis pubis”.
Altorjay I., Fűzesy K.: A parotis haemangiómája.
Kondrai Gerő, Széles Béla: Irhalemez átültetés.
Könyvismertetés (Barna László, Baranyai Károly).
MST hírei.
Csata Sándor, Gallyas Ferenc, Tóth Mihály, Hamvasi György: Heveny vese-elégtelenség különböző gyógyszer-mérgezések következtében.
Rosdy Ernő, Csontai Ágoston, Tóth József: Az ureterokele diagnosztikája és terápiája: megfigyeléseink 86 eset kapcsán.
Laczkó László, Bálint József: Izolált ureter alsószakasz-tágulat új műtéti megoldása.
Kozma Gyula: Ballon-katéterrel szerzett tapasztalataink prostatectomiában.
Várad Ernő: Az ureter-kő eltávolítása Dormia-katéterrel.

PÁLYÁZATI
hirdetmények

(480)

A kecskeméti járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője Kecskemét, Belloiannisz tér, fszt. 2) pályázatot hirdet az E. 180. kulcsszámú **közüti orvosi állásra Ballószög székhellyel.** Új lakást tudunk biztosítani, Kecskemét várostól 10 km-re van.
A kecskeméti járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője (Kecskemét, Belloiannisz tér fszt. 2) pályázatot hirdet az E. 180. kulcsszámú **közüti orvosi állásra Agasegyháza székhellyel.** Lakást tudunk biztosítani.
A kecskeméti járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője (Kecskemét, Belloiannisz tér fszt. 2)

pályázatot hirdet E. 180. kulcszámú körzeti orvosi állásra Városföld székhellyel. Kecskemét várostól 16 km-re van, kétszobás összkomfortos, kertest lakást tudunk biztosítani a rendelésben.

A kecskeméti járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője (Kecskemét, Belloiannisz tér fszt. 2) pályázatot hirdet E. 180. kulcszámú körzeti orvosi állásra Lászlófalva székhellyel. Kétszobás összkomfortos lakást biztosítunk. A felség részére orvosir-noki állás van.

Gál János dr.
járási főorvos

(481)

A VIII. ker. Tanács V. B. Kállai Éva Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra: 1 fő E. 112. kulcszámú, a Kórház Egészségügyi Osztályán megüresedő segédorvosi állás. A pályázatnál előnyben részesülnek, akik sebészorvosi szakképesítéssel, vagy a szakképesítés megszerzéséhez elegendő szakmai gyakorlatal rendelkeznek.

1 fő, E. 111. kulcszámú a Kórház II. Utókezelő Osztályán megüresedett al-orvosi állásra (belgyógyászati szakorvosi képesítés szükséges).

Illetmény kulcszám szerint.

Pályázati határidő a hirdetés meg-jelenésétől számított 15 nap.

Biró István dr.
igazgató-főorvos

(482)

Járási-főorvos Heves, pályázatot hirdet a május 1-el megüresedett tarna-mériai körzeti orvosi állásra. Illetmény E. 180. kulcszám szerint. Háromszobás lakás, garázzsal, nagy kerttel rene-delkezésre áll. Belgyógyász szakorvos előnyben részesül.

Újjonnan szervezett kiskörei védőnői II. állásra, illetmény E. 252. kulcszám szerint.

Családtag részére a Tisza II. építke-zésnél munkahelyi lehetőség biztosít-ható.

Rédai Lajos dr.
járási főorvos

(483)

Az orosházi Városi Tanács Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az újjonnan szervezett E. 176. kulcszámú gyermekkörzeti orvosi állásokra. Jav-adalmazás kulcszám szerint. Lakást biztosítunk. Orvosházaspár előnyben ré-szesül.

Zékány Gyula dr.
igazgató-főorvos

(484)

A Budapest Főváros IX. ker. Tanács V. B. Eü. O. vezetője (IX. Zsom-bolyai u. 5.) pályázatot hirdet az E. 147. kulcszámú megüresedő állami közegészségügyi járványügyi felügyelői állásra.

Lakást biztosítani nem áll módunk-ban.

Cziráky Gábor dr.
fővárosi kerületi főorvos

(485)

Az Országos Mentőszolgálat főigaz-gatója pályázatot hirdet a Veszprém megyei mentőállomásvezető főorvosi (kulcszám: E. 163.), valamint Debrec-en, Győr, Kaposvár és Miskolc mentő-állomásokon kivonuló mentőorvosi (kulcszám: E. 166., 167.) állásra.

Javadalmazás a fenti kulcszám szer-inti illetmény és havonta veszélyessé-gi pótlék átalány.

Lakást biztosítani nem tudunk.

A pályázat benyújtásának határideje: a hirdetés megjelenésétől számított 15 nap.

A kérelemhez önéletrajzot, orvosi oklevelet vagy annak hiteles másolatát kell csatolni, és a szolgálati út betartá-sával az Országos Mentőszolgálat Fő-igazgatóságának (Budapest, V., Markó utca 22) kell megküldeni.

Seduxen TABLETTA

| | |
|------------------------|--|
| Összetétel: | 1 tablettá 5 mg diazepam-ot tartalmaz. |
| Hatás: | Tranquilosedatívum, izomrelaxans és anticonvulsiv hatást fejt ki. |
| Javallat: | Fokozott psychés feszültséggel járó kórképek, ingerlékenység, félelem-érzés, szorongás, neurasthenia, vegetatív neurosis, alvászavarok, kényszer-neurosisok. |
| Adagolás: | Általános adagja gyermekeknek és legyengült idős egyéneknek ambulans kúrában naponta 2—3-szor $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ tablettá. Felntötteknek naponta 3-szor $\frac{1}{2}$ —1 tablettá a kezdő adag, melyet az egyéni érzékenység és szükséglet figyelembevételével fokozatosan emelni vagy csökkenteni lehet. |
| Ellenjavallat: | Myasthenia gravis. |
| Figyelmeztetés: | A Seduxen — hasonlóan egyéb psychotrop gyógyszerekhez — alkoholfogyasztás esetén, gépjárművezetőknél, magasban dolgozóknál individualis előre nem látható reakciókhoz vezethet. |
| Megjegyzés: | Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető. |
| Csomagolás: | 20 tablettá 11,70 Ft 200 tablettá 102,60 Ft |



FORGALOMBA HOZZA:

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Seduxen

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL:

1 tableta 5 mg diazepam-ot tartalmaz.

HATÁS:

Tranquillosedativum, izomrelaxans és anticonvulsiv hatást fejt ki.

JAVALLAT:

Fokozott psychés feszültséggel járó kórképek, ingerlékenység, félelemérzés, szorongás, neurasthenia, vegetatív neurosis, alvászavarok, kényszerneurosisok.

ADAGOLÁS:

Általános adagja gyermekeknek és legyengült idős egyéneknek ambulans kúrában naponta 2—3-szor $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ tableta. Felnőtteknek naponta 3-szor $\frac{1}{2}$ —1 tableta a kezdő adag, melyet az egyéni érzékenység és szükséglet figyelembevételével fokozatosan emelni vagy csökkenteni lehet.

ELLENJAVALLAT:

Myasthenia gravis.

FIGYELMEZTETÉS:

A Seduxen — hasonlóan egyéb psychotrop gyógyszerekhez — alkoholfogyasztás esetén, gépjárművezetőknél, magasban dolgozóknál individualis, előre nem látható reakciókhoz vezethet.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

20 tableta 11,70 Ft

200 tableta 102,60 Ft

FORGALOMBA HOZZA:



KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

**Az Egészségügyi Minisztérium
járványügyi tájékoztatója 1969. január hóról**

Az előző hónapoz képest a bejelentések száma több fertőző betegség esetében csökkent, vagy közel azonos maradt. Kissé emelkedett a hastífusz bejelentések száma.

A typhus abdominalis a Borsod megyei Füzérradvány községben és Budapest XX. kerületében okozott családi járványt 5—5 megbetegedéssel. A Fejér megyei Beloiannisz községben tovább folytatódott a múlt év végén kezdődött, kontakt úton terjedő helyi járvány, amely újabb 8 megbetegedést okozott.

Bejelentett heveny fertőző megbetegedések Magyarországon

| Betegség | J a n u á r | | |
|---------------------------------|-------------|--------|---------------------|
| | 1969** | 1968** | Medián
1963—1967 |
| Typhus abdominalis | 24 | 11 | 18 |
| Paratyphus | 3 | 1 | 2 |
| Salmonellosis | 62 | 84 | 69 |
| Dysenteria | 749 | 468 | 719 |
| Dyspepsia coli | 109 | 69 | 197 |
| Hepatitis inf. | 1394 | 1112 | 1467 |
| Poliomyelitis | — | — | — |
| Diphtheria | — | 5 | 7 |
| Scarlatina | 1404 | 1923 | 932 |
| Morbilli | 3174 | 1668 | 4243 |
| Pertussis | 4 | 4 | 30 |
| Meningitis epid. | 9 | 6 | 10 |
| Meningitis ser. | 34 | 27 | 29 |
| Encephalitis inf. | 3 | 2 | 10 |
| Mononucleosis inf. | 19 | 17 | . |
| Keratoconj. epid. | 3 | 4 | . |
| Staphylococcosis | 78 | 84 | . |
| Tetanus | 1 | 1 | 5 |
| Malaria | — | — | — |
| Typhus exanth. | — | — | — |
| Anthrax | — | 1 | 1 |
| Brucellosis | 4 | 1 | 2 |
| Leptospirosis | — | 6 | 2 |
| Tularemia | — | 3 | 1 |
| Lyssa fertőzésre gyanús sérülés | 138 | 291 | 8 |

** Előzetes, nagy részben tisztított adatok.

A dyspepsia coli kisebb intézeti járványok formájában fordult elő a szegedi gyermekklinikán, a Hajdú megyei, valamint a békéscsabai és a gyulai kórház csecsemőosztályán, összesen 36 megbetegedéssel. Záhonyban, feltehetően az ivóvíz fertőződése folytán enteritis járvány zajlott le 85 megbetegedéssel.

A hepatitis infectiosa Somogy megyében, a scarlatina Bács-Kiskun és Szolnok megyében, a morbilli Győr-Sopron és ugyancsak Szolnok megyében okozott az átlagosnál nagyobb számú megbetegedést, illetve a megye több községében, városában helyi járványokat.

Bejelentett heveny fertőző megbetegedések Magyarországon
1968. augusztus—1969. január hó**

| Betegség | 1968 | | | | | 1969 |
|---------------------------------|------|--------|------|------|------|------|
| | Aug. | Szept. | Okt. | Nov. | Dec. | Jan. |
| Typhus abd. | 41 | 45 | 25 | 8 | 19 | 24 |
| Paratyphus | 9 | 5 | 4 | 3 | — | 3 |
| Salmonellosis | 126 | 136 | 178 | 143 | 75 | 62 |
| Dysenteria | 2551 | 2944 | 2406 | 1267 | 1125 | 749 |
| Dyspepsia coli | 158 | 156 | 191 | 124 | 139 | 109 |
| Hepatitis inf. | 1214 | 1338 | 1574 | 1817 | 1726 | 1394 |
| Poliomyelitis | — | — | — | — | — | — |
| Diphtheria | — | 1 | 3 | 1 | 1 | — |
| Scarlatina | 685 | 697 | 1534 | 1637 | 1567 | 1404 |
| Morbilli | 815 | 681 | 1058 | 1634 | 3159 | 3174 |
| Pertussis | 22 | 16 | 15 | 7 | 8 | 4 |
| Meningitis epid. | 3 | 10 | 10 | 4 | 7 | 9 |
| Meningitis ser. | 47 | 51 | 67 | 38 | 43 | 34 |
| Encephalitis inf. | 9 | 9 | 11 | 11 | 7 | 3 |
| Mononucleosis inf. | 31 | 27 | 29 | 21 | 22 | 19 |
| Keratoconj. epid. | 3 | 7 | 3 | 5 | 3 | 3 |
| Staphylococcosis | 139 | 127 | 128 | 112 | 83 | 78 |
| Tetanus | 15 | 17 | 15 | 6 | 8 | 1 |
| Malaria | — | — | 1* | — | — | — |
| Typhus exanth. | — | — | — | — | — | — |
| Anthrax | 2 | 2 | 15 | 2 | — | — |
| Brucellosis | 19 | 7 | 9 | 10 | 8 | 4 |
| Leptospirosis | 44 | 10 | 15 | 11 | 8 | — |
| Tularemia | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | — |
| Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés | 156 | 160 | 221 | 141 | 83 | 138 |

* Előzetes, nagy részben tisztított adatok.
** Importált eset.

ACIGOXIN injekció és tableta

ÖSSZETÉTEL:

1. amp. (2 ml) 0,2 mg acetyldigitoxint, 1 tabl. 0,2 mg acetyldigitoxint tartalmaz. Elsősorban a tachycardiával járó keringési elégtelenség tartós kezelésére alkalmas, tekintettel arra, hogy az ingerképzetést és ingervezetést kifejezetten csökkenti.

MELLÉKHATÁSOK:

Az Acigoxin mellékhatásai megegyeznek más digitalis készítmények mellékhatásaival.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

FORGALOMBA KERÜL:

| | | | |
|------------------|----------|-------------|----------|
| 5×2 ml ampulla | 8,50 Ft | 40 tableta | 11,— Ft |
| 100×2 ml ampulla | 128,— Ft | 250 tableta | 49,60 Ft |

FORGALOMBA HOZZA:

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

INFECUNDIN

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL:

1 tabletták 2,5 mg norethynodrelt és 0,10 mg (100-gamma) mestranolt (methoxy-aethyniloestradiol) tartalmaz. Az Infecundin ovulatiót gátló hormoncombinatio. Hatására a petefészekben a tüszőérés és a tüsző-repedés szünetel, az élettani cyclus helyébe mesterséges cyclus lép, amelynek végén — a tabletták szedésének abbahagyása után megvonásos vérzés jelentkezik. Fogamzásgátlás céljára és a hypophysis-ovarium rendszer működés zavarán alapuló functionalis sterilitás, functionalis méhvérzések, endometriosis kezelésére alkalmazható. Az Infecundin szedése a későbbi, kívánt terhességek létrejöttét nem gátolja, kiviselését károsan nem befolyásolja.

ADAGOLÁS:

A tabletták szedését első ízben a havivérzés ötödik napján kell elkezdni, függetlenül attól, hogy a vérzés tart-e még vagy sem. A továbbiakban is mindennap egy tablettát kell bevenni, a még hátralévő 20 napon keresztül, tehát amíg a csomag tart. Ezt követően 7 nap (1 hét) szünetet kell tartani, ami után az újabb kúra elkezdhető. Az egyes kúrák kezdete tehát mindig a hét azonos napjára esik. Így a következő rhythmus alakul ki:

3 hét tablettaszedés, 1 hét szünet, 3 hét tablettaszedés, 1 hét szünet stb.

MEGJEGYZÉS:

Rendelésének módját egészségügyi miniszteri rendelet szabályozza.

CSOMAGOLÁS:

21 tabletták

Forgalomba hozza:

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST, X.**

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

| Dátum | Hely | Időpont | Rendező | T á r g y |
|---------------------------|--|-----------------|---|---|
| 1969. május 20. kedd | István Kórház IX. Nagyvárad tér 1. | délután 1 óra | <i>Az Orvosok Tudományos Köre</i> | <i>Dömötör László dr.:</i> Az endocardium fibrosiával járó primár cardiopathiák. <i>Szecska János dr. és Vaczó György dr.:</i> Perichondritis laryngis ritka esete. |
| 1969. május 20. kedd | Orsz. Közegészségügyi Intézet, nagy tanterem IX. Gyáli út 2-6. A-ép. | délután 2 óra | Orsz. Közegészségügyi Intézet | <i>Cholnoky Eszter dr., Fischer János dr. és Józsa Sándor dr.:</i> Mozaik populációk használata farmakológiai és toxikológiai vizsgálatokban. |
| 1969. május 20. kedd | Szeged Szemészeti Klinika, előadóterem | délután 1/2 óra | <i>A Szegedi Orvostudományi Egyetem és a Szegedi Orvos-Eü. Dolg. Szakszervezete</i> | Transzplantációs immunitási témakör. Előadások: 1. <i>Kesztyűs Lőránd:</i> A szervtranszplantatio általános biológiai vonatkozásai (15 perc). 2. <i>Kovács Tibor:</i> Az allograft reakció (15 perc). 3. <i>Petrányi Gyula:</i> A transzplantatum védelme (15 perc). 4. <i>Réthy Lajos:</i> A heteropép gamtollimfocita szérum immuno-szuppresszív hatásmechanizmusának klinikai vonatkozásai (15 perc). <i>Hollán Zsuzsa:</i> A transzplantációs immunológia gyakorlati feladatai különös tekintettel a donorselektióra (15 perc). 5. <i>Petri Gábor:</i> A szövetátültetés néhány aktuális kérdése (15 perc). Felkért hozzászólók: <i>Szántó György, ifj. Petrányi Győző, Kaiser Gabriella, Gál György és Németh András.</i> |
| 1969. május 21. szerda | Semmelweis Orvostörténeti Múzeum Könyvtára II. Török u. 12. | délután 7 óra | <i>A Magyar Orvostörténeti Társaság és Semmelweis Orvostörténeti Múzeum</i> | <i>Sós József dr.:</i> A két Jendrassik. |
| 1969. május 22. csütörtök | Weil Emil Kórház, kultúrterem XIV. Uzsoki u. 29. | délután 1 óra | <i>A Kórház Tudományos Egyesülete</i> | <i>Kárpáti György dr. és Szekulesz Ágnes dr.:</i> Daganat kutatás a molekuláris biológia szemszögéből. <i>Nagykálnai Tamás dr.:</i> A komplex thérapia lehetőségei a csont és lágyrész daganatok ellátásában. |
| 1969. május 22. csütörtök | Orsz. Onkológiai Intézet XII. Ráth Gy. u. 5. | délután 3 óra | <i>Az Intézet Tudományos Tanácsa</i> | <i>Sellei G.:</i> A chemotherápia szerepe a daganatok komplex kezelésében. |
| 1969. május 23. péntek | Szájsebészeti Klinika VIII. Mária u. 52. | délelőtt 8 óra | <i>A Magyar Fogorvosok Egyesülete</i> | <i>Kovács Zoltán dr.:</i> Beszámoló a Fővárosi Gyermekfogászati Központ fogszabályozó rendelésének 1967-68. évi munkájáról. <i>György Izabella dr.:</i> Fogszóródási anomáliák profilaxisa. <i>Eesniezky Béla dr.:</i> Traumát szenvedett maradód frontfogak gyökérelváltozásai. |
| 1969. május 23. péntek | Orsz. Ideg- és Elme-gyógyintézet, tanács-terem. II. Vöröshadserg útja 116. | délután 2 óra | <i>Az Intézet Tudományos Bizottsága</i> | <i>Szentágothai János dr.:</i> Az agykéreg neuronhálózata mint kapcsolóberendezés. |
| 1969. május 23. péntek | Heim Pál Gyermek-kórház, orvosi könyvtár VIII. Üllői út 86. | délután 1/3 óra | <i>A Kórház orvosi kara</i> | <i>Farkas Lili dr.:</i> Vitiligo. <i>Kapu Emília dr.:</i> Dermatitis herpetiformis During és pemphigusos betegek kezelése folyamán nyert tapasztalataink. |
| 1969. május 23. péntek | Debrecen Orthopaed Klinika, könyvtár | délután 1/5 óra | <i>A Debreceni Orvostudományi Egyetem</i> | <i>Prof. Giorgio Monticelli (Róma, Orthopaed és Baleseti Klinika):</i> A politraumatizáltak sebészeti rehabilitációja. |
| 1969. május 23. péntek | II. Belgyógyászati Klinika, tanterem VIII. Szentkirályi u. 46. | délután 5 óra | <i>A Budapesti Orvostudományi Egyetem</i> | A laser biológiai hatásaira vonatkozó vizsgálatok a II. Sebészeti Klinikán. Előadások: 1. <i>Náray Zsolt:</i> Fizikai bevezetés (10 perc). 2. <i>Ludány Gy., Vajda Gy.:</i> A fehérvérszettek bacterium-phagocytosisára vonatkozó vizsgálatok (6 perc). 3. <i>Frenyó V.:</i> Laser irradiatio hatása leukocyták kataláz-aktivitására (6 perc). 4. <i>Szendé B.:</i> Egerek szőrnövekedésére irányuló hatás (6 perc). 5. <i>Gyenes G.:</i> A sebgyógyulás befolyásolására vonatkozó vizsgálatok. 6. <i>Selley M.:</i> A laser irradiatio hatása az Ehrlich-féle ascites tumor növekedésére (6 perc). 7. <i>Lapis, Gyenes G.:</i> Laser által okozott ultrastructuralis elváltozások ascites tumorsejtékben (6 perc). 8. <i>Iházy M., Karika Gy.:</i> Laser hatása a vékonybél nyálkahártyájára (6 perc). 9. <i>Rontó Gy.:</i> A laser inaktiváló hatása a bacteriophagokra. 10. <i>Kiss A. F., Kalabay L.:</i> A laser hatása a patkány mellkvese-kivonattal kezelt nyálkahártyájára (6 perc). 11. <i>Döklén A.:</i> Laser-sugár hatása a csontvelősejtek in vitro haemoglobin-synthesisére (6 perc). 12. <i>Varga P.:</i> Laser-kutatás a Szovjetunióban (6 perc). 13. <i>Juhász J., Karika Gy.:</i> Klinikai vizsgálatok (6 perc). 14. <i>G. Tota J.:</i> Mérési módszer vékony sejtréteg laserenergia elnyelésének mérésére (6 perc). 15. <i>Nagy E., G. Tota J.:</i> Laser-hatása a sacch. cerevisiae paraszincron tenyészetére (6 perc). 16. <i>Mester E.:</i> Összefoglalás. Vita. |
| 1969. május 24. szombat | ORFI kultúrtetem II. Frankel Leó u. 17-19. | délelőtt 8 óra | <i>A Kórház orvosi kara</i> | 1. <i>Raffai Irén dr.:</i> Az allergiás betegségek deszenzibilizáló kezelése (15 perc). 2. <i>Hajos Mária dr.:</i> Az urticaria belgyógyászati vonatkozásai (15 perc). 3. <i>Dombay Margit dr.:</i> A myelopathiákról (20 perc). 4. <i>Csáspárdy Géza dr., Mituszcova Ludmilla dr., Bálint Géza dr. és Lőrincz Gábor dr.:</i> Haladás a rheumatoid arthritis terápiájában (30 perc). |
| 1969. május 24. szombat | Pest megyei Tanács Semmelweis Kórház, tanács-terem VIII. Gyulai Pál u. 2. | délelőtt 10 óra | <i>A Kórház Tudományos Köre</i> | <i>Nádas Erika dr. és Fehér Erzsébet dr.:</i> Pyelon és urether duplikatio nephrolithiasissal szövődött esete 5 hónapos csecsemőnél. <i>Gyengési László dr., Fogarassy Ibolya dr., Zalai László dr.:</i> Kombinált antibiotikus kezelés alkalmazása csecsemőgyógyászatban. <i>Zalai László dr., Jagicza András dr., Gyengési László dr.:</i> Antibiotikumok kombinációs lehetőségei. |
| 1969. május 26. hétfő | Pécs Gyermekklinika, tanterem | délután 5 óra | <i>A Pécsi Orvostudományi Egyetem</i> | 1. <i>Ralovich Béla, Vörös Sándor, Málóvicz Ilona, Doszpod József, Gáti István és Forray Antal:</i> Vizsgálatok a Listeria okozta fertőzések jelentőségének tisztázására (15 perc). 2. <i>Székely József:</i> A lepény és serum dehydrogenase aktivitása normális terhességben (25 perc). 3. <i>Kutas János, Póka László és Luky Resző:</i> A gyomorszontrák klinikai problémái (20 perc). |

LIMOVAN

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 0,01 mg aethinyloestradiolt és 10 mg aethinylttestosteront tartalmaz.

JAVALLATOK: Primér és szekundér amenorrhoea, habituais abortus. Hypo és oligomenorrhoea.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Primér amenorrhoeában megelőző 3 heti oestrogen kezelés után napi 4 tabletta.

Szekundér amenorrhoeában 5 napon keresztül napi 4 tabletta.

Habituais abortusban napi 3 tabletta 24 héten keresztül.

MEGJEGYZÉS: SZTK terhére szabadon rendelhető.

FORGALOMBA KERÜL:

| | |
|--------------|----------|
| 20 tabletta | 12,60 Ft |
| 500 tabletta | 250,— Ft |

*Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár,
Budapest X.*

PLASTUBOL PLASTICUS SEBFEDŐ SPRAY

A bepermetezett felületen — az oldószer elpárolgása után — *rugalmas, átlátszó, víz- és vegyszerálló* film képződik.

A mikroorganizmusokat, szennyező anyagokat távol tartja. A perspirációt nem akadályozza. Megbízható seb- és bőrvédelmet biztosít.

Javallat, alkalmazás, egyéb tudnivalók a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” című kézikönyv pótlapján olvasható.

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR BUDAPEST

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban

A kiadásért felel Tóth László igazgató

Telefon: 116—660

MNB egyszámlasszám: 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., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121—804, ha nem felel: 122—765

Előfizetési díj egy évre 216,— Ft, negyedévre 54,— Ft, egyes szám ára 4,50 Ft

69.1064 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZÖLTÁN DR. * DARABOS PÁL DR. * FISCHER ANTAL DR. * HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR. * SÓS JÓZSEF DR. * SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

Felelős szerkesztő: TRENCSENI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

Munkatársak: PAPP MIKLÓS DR. * FORRAI JENŐ DR. * HÍDVÉGI JENŐ

110. ÉVFOLYAM 21. SZÁM, 1969. MÁJUS 25.

Orvostovábbképző Intézet (igazgató: Kádár Tibor dr.) Laboratóriumi Vizsgálatok Tanszéke (tanszékvezető: Putnoky Gyula dr.)

Az emberi szerv és szövettransplantációk korszerű szemlélete II. A veseátültetések gyakorlati vonatkozásai*

Dóbiás György dr.

A szervátültetések alapvető sebészi és immunológiai problémáinak megoldása csak a transplantációk lehetőségét teremtette meg, ahhoz azonban, hogy ez a lehetőség valósággá és mindennapi gyakorlattá váljon, még számos részletkérdést kellett kidolgozni.

Az egyik, talán legnehezebb feladatot a megfelelő donor-szervek kellő mennyiségben történő biztosítása jelentette. A transplantációkhoz használt szervek (szövetek) nyerésére elvileg két lehetőség kínálkozik: vagy rokonokból, ill. önként jelentkező donorokból, vagy cadaverekből, ill. súlyosan sérült egyénekből távolítják el azokat. Az első esetben mód és idő nyílik a recipiensnek legjobban megfelelő donor kiválasztására és a donor teljes kivizsgálására; a második esetben ezen feltételek csak bonyolult szervezési és technikai feladatok megoldása útján valósíthatók meg. A mondottak értelmében előnyben kellene részesíteni az élő, egészséges donorokból végzett átültetéseket, újabban mégis a cadaver szervek transplantációja felé fordult a figyelem: orvostikai megfontolások alapján ugyanis kifogásolható egy egészséges ember viszonylag súlyos megcsonkítása (ami reá nézve végzetes következményekkel járhat), olyan körülmények között, amikor ez az áldozat a recipiens szempontjából — egyetértéssel — végzett transplantációk ritka kivételeitől eltekintve — a mai feltételek mellett végzett átültetéseknel csak időnyerést és nem végleges gyógyulást jelent. A cadaver-szervek használatának további előnye, hogy lehetőséget teremtett páratlan szervek átültetésére is.

A hullai szervek transplantációja kezdetben megoldhatatlannak látszó nehézségek elé állította

a kérdéssel foglalkozó szakembereket. Ma már többszörösen bizonyított tény, hogy az átültetések annál jobb hatásokkal végezhetők, minél több transplantációs antigénre nézve identicus vagy kompatibilis a donor-recipiens pár. Ez a megfigyelés a serotypizálás döntő fontosságát hangsúlyozza, melynek előnyeit feltétlenül biztosítani kellett a cadaverekből nyert szervek átültetésénél is. Az is nyilvánvalóvá vált, hogy a donor kivizsgálása vagy legalább a hozzátartozók kikérdezése szintén elengedhetetlen feltétele a transplantációknak — enélkül különböző fertőzések vagy daganatsejtek vihetők át a transplantátummal a donorról a recipiensre, ill. az átültetésre kerülő szerv acut vagy chronicus betegsége veszélyeztetheti az átültetések sikerét. A serotypizálás és a donor kivizsgálása órákat vesz igénybe, a tapasztalatok viszont azt mutatták, hogy az átültetések késői eredményei annál jobbak, minél kevesebb idő telik el a halál beálltától a vese beültetéséig, ill. minél rövidebb az anoxiás stádium + 4° felett.

Az időre vonatkozó ellentmondásos követelményeket úgy próbálják áthidalni, hogy az átültetésekhez nem de facto meghalt, hanem súlyos agyi sérültek szerveit használják, akiknek halála 2 óránál hosszabb idő múlva várható, vagy akik — szükség esetén — művi úton tarthatók „életben” a szerv(ek) kivételéig [ezeken kívül szóba jöhetnek (szív) műtétek közben elhalt egyének szervei is]. Az időnyerés másik lehetősége, hogy megfelelő eljárások kidolgozásával az eltávolított veséket igyekeznek minél hosszabb ideig működőképes állapotban tartani a szervezeten kívül, + 4° C-on végzett perfúzióval vagy hyperbaricus O₂ kamrában (10, 13). Utóbbi törekvések eredményeképpen állatkísérletekben sikerült a vesék működését 24—72 óráig fenntartani (3, 8). Emberi veséknél a mindennapi gyakorlatban jelenleg kb. 6—8 órás szervezeten kí-

* A dolgozathoz csatlakozó referátumok a „Folyóiratreferátumok” rovatban „Transplantatio”, továbbá „Transplantatio és jog” címmel találhatók.

vüli túlélés érhető el. Eredményes kísérletek folyó-
nak végül különböző szervek folyékony N₂-ben
—196° C-on történő tartós megőrzésére is; ezen
vizsgálatok sikere megteremtheti a szervbankok
felállításának lehetőségét. Az elmúlt évek során ki-
alakultak azon elvek körvonalai és az a szervezési
forma, melyek a cadaver-szervek átültetésénél a
célnak legjobban megfelelnek. Ezek főbb vonásait
az alábbiakban összegezzük.

Az átültetések elvégzésére elsősorban olyan do-
norok alkalmasak, akik az élettel összeegyeztet-
etlen irreversibilis agyi sérülést szenvedtek, de
akiknek belső szervei épek. Az ilyen — ún. disso-
ciált cerebralis halál állapotában levő — sérültek
légzése (és vérkeringése) szükség esetén mestersé-
ges úton fenntartható, ezáltal biztosítható az átül-
tetésre kerülő szerv(ek) O₂-ellátása mindaddig, míg
a donor lymphocytáinak serotypizálása, a donor
kivizsgálása, a hozzátartozók kikérdezése, stb. meg-
történik. A cerebralis halál diagnózisát a vonatkozó
rendelkezések értelmében nem a transplantációt
végző orvos (vagy munkacsoport) állapítja meg,
hanem egy ezektől függetlenül működő bizottság,
ezáltal az esetleges visszaélések gyakorlatilag kizár-
hatók, ill. a sérült hozzátartozóinak utólagos igaz-
ságtalan vádaskodása biztosabban kivédhető.

A dissociált cerebralis halál megállapítása fe-
lelősségteljes és nem egyszer igen nehéz feladat,
ennek részleteire itt nem kívánunk kitérni. A he-
lyes döntés meghozatalában nagy segítséget jelent
az EEG vizsgálat eredménye; ha ez legalább 4 pár-
huzamos elvezetésben a legnagyobb erősítés mel-
lett is isoelektromos vonalat ad adaequat klinikai
állapot mellett, az agyhalál diagnózis felállítható.
Ennek irreversibilis voltára utal a 6 óra — bizo-
nyos országok törvényei szerint 24, ill. 72 óra —
múlva megismételt EEG vizsgálat eredményének és
a klinikai képnek változatlansága (7, 9). Ebben az
esetben a donor halálát véleményező bizottság nyu-
godt lelkiismerettel engedélyezheti a transplanta-
tióra kerülő szervek eltávolítását.

Az átültetésre olyan donor veséi alkalmasak,
akinek kora 15—50 év között van, családtagjai írás-
ban beleegyeznek az átültetésbe, vérének carba-
mid nitrogen és creatinin tartalma, valamint vize-
letvizsgálatának eredménye normál értékeket mu-
tat és nincs arteriosclerosis. Nem alkalmas a donor
az átültetésre, ha rosszindulatú sejtburjánzással
járó folyamatokban vagy rendszerbetegségben szen-
ved, vérnyomása magas (különösen ha a diastolés
nyomás 105 Hgmm-nél nagyobb), veséje beteg,
hosszú ideje shockban van — vérnyomása több
mint egy órán át 90 Hgmm alatt maradt — végül,
ha valamilyen fertőző betegségben szenved (11).

Ha a donor kivizsgálása megtörtént, a hozzá-
tartozók beleegyezésüket adták a vesék átültetésé-
hez és a donor lymphocytáinak serotypizálása ké-
szen van, külön feladatot jelent az identicus (vagy
compatibilis) recipiens kikeresése. A megfelelő pá-
rok kiválogatása a következő elvek szerint történik:
az AB0 vércsoport szempontjából nem szükséges az
azonosság, de a kompatibilitás elengedhetetlen fel-
tétele az átültetésnek (a „0”-lás vércsoportú donor

általános adónak, az „AB” vércsoportú általános
kapónak tekinthető). Rh incompatibilitás nem bír
jelentőséggel: Rh pozitív donor veséje beültethető
Rh negatív recipiensbe. Helyes, ha az adó és a kapó
azonos nemű egyén. A HL-A antigeneket illetően
igyekezni kell a legfontosabb (erős) antigénekre
nézve azonos (identicus) párokat találni. Míg az
AB0 antigenek esetében a kompatibilitás is elfogad-
ható, a HL-A antigeneknél teljes azonosságot kell
megkövetelni, vagy legalább erre kell törekedni. Ha
ilyen pár (pl. a recipiens kis száma miatt) nem ta-
lálható, szükségmegoldásként — bár nem helyes —
megengedhető a beültetés, ha a donor-recipiens pár
között egy HL-A antigen tekintetében áll fenn kü-
lönbség. Ha ilyen pár sem található, akkor vagy
nem használják a vesét, vagy kivételes esetben két
antigenben különböző párt választanak ki. Antigen
különbség esetén, ha lehetséges, úgy kell a párt ki-
választani, hogy a HL-A antigenek eltérése compa-
tibilis legyen, vagyis a *donorból* hiányozzék az az
antigen, amelyik a recipiensben megtalálható. A
HL-A incompatibilitás (amikor a *recipiensből*
hiányzik olyan antigen, amelyik a donorban kimu-
tatható) nagymértékben tovább rontja az átültetés
prognózisát. Végül rendkívül fontos, hogy a reci-
piens seruma ne tartalmazzon humoralis antitestet-
ket a donor lymphocytáival szemben, ezért a ke-
resztreakciót az adó lymphocytái és a kapó seruma
között minden beültetés előtt el kell végezni (6).

A transplantációs antigenek nagy száma miatt
korábban valószínűtlennek tartották, hogy az ösz-
szes antigenre nézve azonos párt sikerüljön találni
— ma úgy látjuk, erre nincs is szükség. Az utóbbi
évek tapasztalatai azt mutatták, hogy már az is je-
lentős mértékben javítja az átültetések eredményét,
ha a donor-recipiens pár 7—9 erős (HL-A) antigen-
re nézve identicus (4, 12, 15, 21, 28). *Van Rood J. J.*
és *mtsai* legújabb adatai szerint ha a donor-recipiens
párok között a legfőbb transplantációs antigenekre
vonatkozóan teljes egyezés állott fenn, vagy csak
egy HL-A antigenre nézve volt eltérés, a beültetett
vesék 75,0%-a 14 hónap múlva még jól működött.
Ha az eltérés 2—3 antigenre vonatkozott, ugyan-
ezen időszak végén a vesék 58,3%-a funkcionált,
míg abban az esetben, ha a különbség 4 vagy ennél
több HL-A antigént érintett, a megfigyelési idő vé-
gén 17 veséből csak 5 (29,4%) működött. A nyert
adatok igen significansak: $p < 0,02$ (22).

Összességükben ma még nem ismerjük, melyek
a transplantációk szempontjából döntő fontosságú
antigenek. *Van Rood J. J.* és munkacsoportja akkor
tekinti az adó-kapó párokat identicusnak, ha azok
a 4a, 4b, 6a, 6b, 7a, 7b, 7c 7d, LA₁, LA₂, LA₃ anti-
génekre nézve azonosak (22) — az antigenek ösz-
szetetele és száma azonban tipizáló központként
változó és attól is függ, hogy az illető munkacsoport
milyen típusú monospecificus anti-lymphocytá se-
rumokkal rendelkezik. A válogatásnál bizonyos ne-
héziségekkel kell szembenézni. Ismeretes, hogy az
átültetések késői eredményei annál kedvezőbbek,
minél több HL-A (és ha lehetséges gyenge) trans-
plantációs antigenre vonatkozóan áll fenn egyezés.
A gyenge antigenekre az állatkísérletek eredményei

hívták fel a figyelmet: jelentőségük bár jóval kisebb, mint a HL-A antigéneké, de ha a különbség sok gyenge antigent érint, ezek káros következményei összeadódnak. Elvileg tehát helyes lenne, ha az adó-kapó pár minél nagyobb számú antigénben egyezne, ennek az elvnek az érvényesülését azonban egyéb tényezők korlátozzák. Eltekintve attól, hogy ma még a HL-A antigének közül is csak mintegy 10–14-gyel szemben rendelkeznek a kutatók monospecificus typussavóval, a vizsgálandó antigének számának növelése azt eredményezné, hogy egyre kisebb valószínűséggel lehetne azonos párokat találni. A probléma akkor lesz megoldható, ha ismerni fogjuk a legfontosabb transplantációs antigéneket. Ezekre nézve az adó-kapó pároknak azonosnak kell lenniük — több ilyen recipiens esetén az fogja kapni a vesét, aki a legfontosabb antigének felül a legtöbb egyéb transplantációs antigent illetően egyezik a donorral.

Ahhoz, hogy identicus vagy compatibilis párokat sikerüljön találni, nagyszámú recipiens szükséges. A jelenlegi tapasztalatok szerint ha a tipizálás 10–14 HL-A antigén ellen irányuló monospecificus serummal történik, kb. 400–600 recipiens esetén — a ritkább serotypusokat leszámítva — a várakozásnál nagyobb gyakorisággal lehetett megfelelő párokat találni nem rokonok között végzett átültetéseknél is. A rendelkezésre álló eredmények egyben azt is bizonyították, hogy a legfőbb HL-A antigének azonossága mellett végzett cadaver vese-transplantációk késői eredményei megközelítik a rokonok között végzett átültetések eredményeit (23).

Négyszáz-hatszáz recipienst természetesen nem lehet egy városban találni. A válogatáshoz ország-részek, vagy nemzetek közötti együttműködésre és nagyfokú szervezethez van szükség. A válogatás előfeltétele, hogy a recipiensek tipizálási és egyéb adatai rendelkezésre álljanak. Az Egyesült Államokban évek óta működik hasonló organizáció, Európában van Rood J. J. vezetésével 1968-ban indult meg „Eurotransplant” néven szervezett formában a veseátültetés, ennek központja Leidenben van. A leideni központhoz tartozik Hollandia, Belgium, ezeken kívül Nyugatnémetország és Svájc egy része, valamint néhány angliai város művesével rendelkező kórháza. Az említett országok művese központjaihoz 2–62 (átlagosan kb. 15–20) előre tipizált prospectív recipiens tartozik, akiknek mindkét veséjét eltávolították, s az átültetésig időszakos haemodialysissal tartják őket életben. Ezek vörös- és fehérvérsejt typusa, valamint az esetleges terhességek és a kapott transfúziók száma egyedi kártyákon fel van tüntetve. A recipiensek tipizálását vagy Leidenben, vagy az említett területen dolgozó alközpontokban végzik, s az eredményt innen továbbítják Leidenbe. Az adatokat itt egy IBM 360/50 típusú számítógépbe táplálva őrzik. Ezekből az adatokból keresik ki az átültetésre váró recipiensek közül azt a kettőt, amelyek az adott donor esetében az előzőekben vázolt követelményeknek megfelelnek. Az eredmény birtokában a gépi lélegeztetéssel (és vérkeringéssel) „életben” tartott donornál

a lélegeztetést megszüntetik, a veséket eltávolítják, s az egyik vesét az egyik, másik vesét a másik recipiens lakóhelyéhez tartozó sebészeti osztályára továbbítják katonai helikopterrel, megfelelő előkészítés után, +4° C-ra hűtött állapotban. Az irreversibilis agyi sérülést szenvedett donornál a gépi lélegeztetés megszüntetése és a vese eltávolítása, valamint a vesének a recipiensre történő beültetése között általában nem telik el hosszabb idő 6 óránál, azaz a veseszövet O₂-hiányban legfeljebb 6 órát áll +4°-ra lehűtve. Megfelelő technika alkalmazásával ez alatt az idő alatt a tapasztalatok szerint nem jönnek létre olyan strukturális változások a veseszövetben, melyek a vese későbbi funkcióját akadályoznák, vagy korai működésképtelenséghez vezetnének.

Statistikai számítások szerint nyugati országokban az olyan donorok száma, melyek szervei az átültetésekhez felhasználhatók, éves átlagban 10–15 százalékkal kisebb, mint a fele azon recipiensek számának, akik valamilyen ok miatt veseátültetésre szorulnának. Tekintve, hogy egy donorból többnyire két vese távolítható el, a számítások szerint a rendelkezésre álló donor vesék csaknem fedezik a recipiensek szükségletét. Noha az „Eurotransplant” szervezete még nem dolgozik teljes kapacitással (működését 1968 májusában kezdte, s jelenleg még folyamatban van a kiépítése), az organizáció által nyújtott lehetőségekre és előnyökre jellemző, hogy a megindulás 3–6. hónapja között az „Eurotransplant” segítségével 60 veseátültetést hajtottak végre (23). 1968 augusztusában végzett 20 átültetés közül 10 esetben sikerült olyan párokat találni, melyeknél vagy nem volt különbség az adó és a kapó HL-A antigénjei között, vagy az eltérés csupán egy antigénre vonatkozott — bár akkor még csak 218 recipiens adata állt rendelkezésre a válogatáshoz — ezzel szemben az „Eurotransplant” megindulása előtti időkben végzett 30 átültetés közül csak 3 esetben voltak az adó és kapó HL-A antigénjei azonosak vagy különböztek egy factorban (22). Noha az adott donorról identicus HL-A antigéneket képviselő recipiens kiválasztásához kb. 400–600 recipiensre van szükség, a tapasztalatok szerint ennél több recipiens adatát nem célszerű egy központban összegyűjteni, mert ez nehézkessé teszi a nyilvántartást és a systema működését (23).

A transplantációk sikere szempontjából igen lényeges, hogy a recipiens savója az átültetéskor ne tartalmazzon olyan humoralis ellenanyagokat, melyek a donor lymphocytáival reagálnak, ellenkező esetben acut vagy hyperacut rejectio következik be egyébként identicus (vagy compatibilis) donor-recipiens párok esetében is. Az átültetés előtt ezért minden esetben el kell végezni a keresztreakciót a recipiens savója és a donor lymphocytái között, mégpedig lymphocytáinak citotoxicitási és lymphocytáinak agglutinatio segítségével (6, 24, 27).

A recipiensben tranfúziók vagy terhességek hatására keletkezhetnek lymphocytákkal reagáló humoralis ellenanyagok. Terhességek esetében nincs módunk ezek keletkezését meggátolni, a tranfúziók alkalmával azonban mindent el kell követni

annak megakadályozására, hogy a recipiens szervezetében a veseátültetést megelőző időben ilyen ellenanyagok képződjenek. Ez a cél akkor érhető el, ha a veseátültetések prospectiv recipienséinél a vérátömlesztéseket leukocytaszegény vérkészítménnyel végzik. Ennek előállítása nem igényel különösebb felszerelést és viszonylag könnyen megoldható.

Az elmondottak talán érzékeltetni tudták azokat az igen komoly, nemzetközi méretekben folyó erőfeszítéseket, melyeket külföldön a szervtransplantációk érdekében kifejtenek. A transplantációs antigének rendszerének kutatása, a monospecificus immunsérumok kiválogatása, a gyors és mikro serotypizálási eljárások kifejlesztése, megfelelő módszerek kidolgozása a donor-vesék funkcióképes állapotban, minél hosszabb ideig történő megőrzésére a szervezeten kívül, annak megszerzésére, hogy a cadaver donorok veséinek leginkább megfelelő recipiens rövid idő alatt felkutatható legyen, majd a vese eljuttatása a kiválasztott recipienshez, a nephrectomizált recipiensnek gondozásának, időszakos haemodialysisének megoldása, az átültetés után az új vesével rendelkező betegek utókezelésének, helyes immunosuppressív terapiájának irányítása és kidolgozása mind az utóbbi hat-nyolc év eredmények tekinthető, melyeket tetemes költségek és megfizetett munka által tudtak csak elérni.

Az olyan országok, ahol a jövőben fognak a szervátültetések komoly formában megindulni, abban a szerencsés helyzetben vannak, hogy a leszűrt, kipróbált jó eredményeket már készen kapják, ezekre támaszkodva sok tévedéstől és helytelen próbálkozástól kímélhetik meg magukat. Hazánk az utóbbi országokhoz sorolható. Magyarországon 1963-ban végezték a szegedi I. sz. Sebészeti Klinika munkatársai az első veseátültetést (14), melyet 1968-ban további vesetransplantációk követtek. 1968-ban történt emberen az első (heterolog) szívbillentyűátültetés, az Országos Kardiológiai Intézetben, hasonló műtétet hajtottak végre néhány héttel később a szegedi I. sz. Sebészeti Klinikán is. Ezek az úttörő kezdeményezések azonban elszigeteltek maradtak, bár az ország számos intézetében folyik komoly kutatómunka, melynek célja a szervátültetésekkel kapcsolatos különböző részletproblémák kidolgozása. A téma iránt a magyar szakemberek érdeklődését az utóbbi években megjelent referátumok, eredeti dolgozatok, szerkesztőségi közlemények, valamint a Debrecenben 1968 őszén *Petrányi Gy.* egyetemi tanár vezetésével megrendezett kerekasztal konferencia előadásai jelzik. Ezek idézése hosszúra nyúlna, itt csak néhány kiragadott példára hivatkozunk (1, 2, 5, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 26). Mindezek biztosítékul szolgálhatnak arra, hogy hazánkban az elkövetkező egy-két éven belül szervezett formában megindulhat kezdetben a vese, később esetleg egyéb szervek átültetése is. Ez a munka ma már csak a különböző kutatási ágak és intézmények legszorosabb együttműködése útján valósítható meg és szükségessé teszi nagyszámú sebész és serológus-immunológus egységes elvek szerint történő képzését, ill. továbbképzését. Ehhez a mun-

kához az Orvostovábbképző Intézet Laboratóriumi Vizsgálatok Tanszéke szívesen nyújt segítséget, lehetővé téve a jövő serotypizálással foglalkozó szakembereinek, hogy a lymphocytatypizálás korszerű módszerét egyéni továbbképzések keretében elsajátíthassák.

Összefoglalás. A szerző közleményében a külföldi tapasztalatokat összegezve rámutat a veseátültetések néhány gyakorlati vonatkozására. Megállapítható, hogy a sikeres transplantatio feltétele:

1. A főbb HL-A antigének ellen irányuló, monospecificus, anti-lymphocytá serumok előállítása és a donor-recipiens párok serotypizálása az ismeretett elvek szerint.

2. Művésével rendelkező osztályok létesítése minél nagyobb számban olyan városok klinikáin, vagy kórházaiban, melyek sebészeti vagy urológiai részlegei alkalmasak az átültetések elvégzésére s az átültetés után a betegek magas színvonalú utókezelésére és ellenőrzésére.

3. Az első két feltétel teljesítése után szükséges egy központ létrehozása, ahol a nephrectomizált recipiens adatait tárolják, s ahová a prospectiv donorok serotypizálásának eredményei megküldhetők azon célból, hogy a donornak legjobban megfelelő recipiens kiválasztható legyen. Ahhoz, hogy a központ a legfőbb transplantációs antigénekre nézve az adott donorral identicus recipienst tudjon találni, több száz recipienst kell nyilvántartani. Minél kevesebb recipiens tartozik egy központhoz, annál kisebb a valószínűsége annak, hogy azonos párokat sikerül találni, azonban még viszonylag kis számú recipiens esetén is elengedhetetlen a serotypizálás, mert lehetőséget nyújt az „átlagosnál jobb” párok kiválasztásához.

4. Megfelelő hálózat kiépítése, mely képes lebonyolítani a donor-vesék gyors továbbítását abba a városba, ahol a recipiens található, kezdetben egy ország területén, később a szomszédos országokkal együttműködve, külföldi városokba is.

5. Leukocytá- és thrombocytaszegény vérkészítmények biztosítása azon vesebetegek vagy nephrectomizált egyének számára, akiknél a betegség végső szakában transfúziók adása szükséges, vagy a hemodialysisek lebonyolításához van szükségük vérré.

6. Új törvények alkotása, melyek szabályozzák a szervátültetésekkel kapcsolatos orvosi tevékenységet.

IRODALOM: 1. *Aszódi L.*: Polytransfundált betegek és multigravidák leukocytá és thrombocytá isoimmunizációjának egyes kérdései. Kandidátusi értekezés. Debrecen, 1967. — 2. *Aszódi L., Stenszky E.*: Leukocytá antigének vizsgálata. Előadás MMT Immunológiai Sectiója, Veszprém, 1968. — 3. *Belzer, F. O., Ashby, B. S., Dunphy, J. E.*: *Lancet*, 1967, II, 536. — 4. *Bodmer, W., Bodmer, J., Adler, S., Payne, R., Bialek, J.*: *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1966, 129, 473. — 5. *Dóbiás Gy.* in: *Korszerű immunitás. Orvostovábbképző Intézet jegyzetei*, Budapest, 1968, 99, 138. — 6. *Eurotransplant Newsletter* no. 1., 1. September 1968. — 7. *Gütgemann, A., Vahlensieck, W.*: *Dtsch. Med. Wschr.* 1968, 93, 671. — 8. *Humphries, A. L. jr.*: *Transplantation*, 1967, 5, 1138. — 9. *Käufler, C., Pennin, H.*: *Dtsch. Med. Wschr.* 1968, 93, 679. — 10. *Lempert, N., Blumenstock, D. A.*,

Carter, R. D.: Surg. Forum. 1965, 16, 196. — 11. Manuel for Cadaver-Kidney Transplantation. Leiden, 1968. — 12. Morris, P. J., Kincaid-Smith, P., Ting, A., Stocker, J. W., Marshall, V. C.: Lancet. 1968, II, 803. — 13. Nakamoto, S., Straffon, R. A., Kolff, W. J.: JAMA. 1965, 192, 302. — 14. Németh A., Petri G., Gál Gy., Fazekas S., Altorjay I., Scultéty S., Balogh E., Kárpáti F.: Orv. Hetil. 1963, 104, 2017. — 15. Payne, R., Perkins, H. A., Najarian, J. S. in: Histocompatibility Testing, Munksgaard, Copenhagen. 1967, 237. — 16. Petrányi Gy. jr., Benczur M., Kovács L.: Orv. Hetil. 1967, 108, 1449. — 17. Petrányi Gy. jr.: Orvosképzés. 1968, XLIII. 99., 112. — 18. Rajka Ö.: Magyar Tudomány. 1967, 7-8 sz. 512. — 19. Rajka Ö.: Orv. Hetil. 1967, 108, 2501. — 20. Rajka

Ö.: Orv. Hetil. 1968, 109, 225. — 21. van Rood, J. J., Eernisse, J. G.: Seminars in Hemat 1968, 5, 187. — 22. van Rood, J. J., van Leeuwen, A., Pearce, R., van der Does, J. A.: Leucocyte Typing and Kidney Transplantation in Unrelated Donor-Recipient Pairs. Transpl. Soc. New York, 1968. — 23. van Rood, J. J.: Személyes közlés. 1968. — 24. Spong, F. W., Feldman, J. D., Sun-lee: J. Immunol. 1968, 101, 418. — 25. Soltész L.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2803. — 26. Szerkesztőségi közlemény: Orv. Hetil. 1968, 109, 2901. — 27. Williams, G. M., Hume, D. M., Hudson, R. P., Morris, P. J., Kano, K., Milgrom, F.: New England J. Med. 1968, 279, 611. — 28. Walford, R. L., Martin, D. C., Troup, G. M., Goodwin, W. E.: Series. Haemat. 1965, 11, 89.

LIMOVÁN

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 0,01 mg aethinyloestradiolt és 10 mg aethinyltestosteront tartalmaz.

JAVALLATOK: Primér és szekundér amenorrhoea, habitualis abortus. Hypo és oligomenorrhoea.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Primér amenorrhoeában megelőző 3 heti oestrogen kezelés után napi 4 tabletta.

Szekundér amenorrhoeában 5 napon keresztül napi 4 tabletta.

Habitualis abortusban napi 3 tabletta 24 héten keresztül.

MEGJEGYZÉS: SZTK terhére szabadon rendelhető.

FORGALOMBA KERÜL:

| | |
|--------------|----------|
| 20 tabletta | 12,60 Ft |
| 500 tabletta | 250,— Ft |

**Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár,
Budapest &.**

Psychogén EKG változások és a myocardialis infarctus acut szakának elektrokardiographiás intermedier phasisa

Szandra József dr. és Széplaki Sándor dr.

A myocardialis infarctus (m. i.) acut szakának és kifejlődésének EKG jelei jól ismertek. Solomon és Shapiro (1) 1966-ban közölték: megfigyelték, hogy a m. i. EKG jeleinek szabályos kialakulása közben néha a QRS—T szakasz átmeneti javulása vagy teljes normalizálódása következik be, majd újra kialakul a már megelőző görbén is regisztrált ischaemiás vagy infarctus jel. Ezt a jelenséget az acut m. i. elektrokardiographiás „intermedier phasis”-ának nevezik. 1952 óta 7 esetüket ismertetik, valamennyi mellső fali, illetve septalis m. i. volt. Közlük mind a 7 esetük 1, 2, 3, 4 napos időközökben készített EKG felvételeit, mivel e jelenség csak sorozatos vizsgálatokkal mutatható ki.

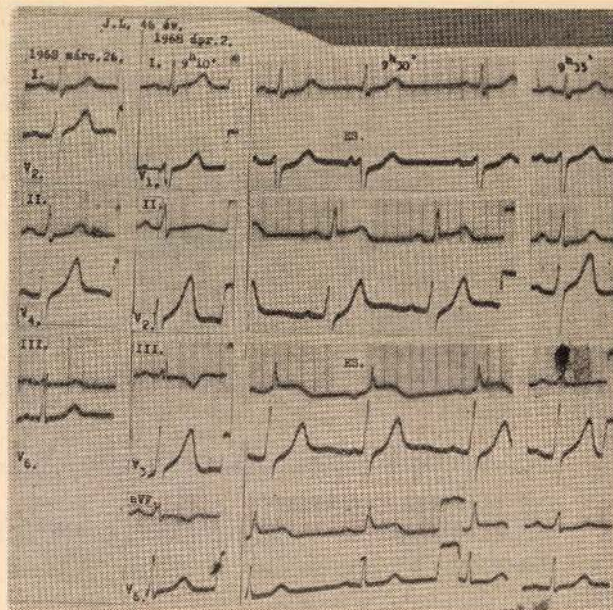
Ugyancsak jól ismert már az acut m. i. folyamatos megfigyelésének jelentősége intenzív osztályon, amikor monitoron napokon át követhető és rögzíthető EKG változások elemzésének nagy jelentősége van a m. i. súlyosságának megítélésében és terapiájának meghatározásában (ES-ek, blokkok, fibrillatiók, stb.). Loun és mtsai (2) folyamatos megfigyeléssel a szövődmények megelőzésének lehetőségét emelik ki. Ilyen irányú vizsgálataikat nálunk Braun és mtsai (3) ismertették.

Magunk 1967 óta vizsgáljuk az egészen friss m. i. EKG jeleinek változását abban az időben, amikor a beteg nálunk tartózkodik kórházba szállítása előtt. Általában 1—2 órán át állandóan „scopon” figyeljük a szív működését és a változásokat felvételeken rögzítjük. E betegeken a m. i. nálunk alakult ki vagy az acut m. i. tünetek után néhány órával kerültek hozzánk. Két év alatt 23 ilyen beteg EKG-ját figyeltük és 14 esetben észleltünk kifejezett változásokat a kezdeti EKG-hoz viszonyítva. Egy 42 éves férfibetegen még láttuk az egészen friss mellső fali infarctus jeleket, de mire felvételeztünk, már kamraremegés lépett fel és rövidesen meghalt. Egy 62 éves nőbetegen vizsgálat közben az acut infarctus jelekhez pitvarfibrillatio társult, azonnal procainamidot kapott és a kórházban a pitvarfibrillatio hamarosan megszűnt.

Kilenc esetben, a megfigyelési időszakban, pitvari, illetve kamrai ES-ek időnként gyakrabban léptek fel; 5 esetben 2—3 góci vagy kapcsolt ES-eket regisztráltunk. Közismert, hogy az ES-ek m. i.-ban csaknem minden esetben kimutathatók, gyakoribbá válásuk legtöbbször progressio jele. Betegeink vizsgálatakor az volt a benyomásunk, hogy az ES-ek főleg azokban a percekben sűrűsödtek, amikor közöltük, hogy „koszorúér görcsük” miatt kórházba kell menniük. Bár ismert, hogy a szív és

a keringési rendszer psychés emóciókra gyakran reagál, psychogen kamraremegést (Gottsegen és Török, 4), televízió kapott emóciókra manifestálódó acut m. i.-t (Máté, 5) is leírtak már; mégis a m. i. spontán progressiója miatt az EKG változások ilyen megítélése problematikus. Klein és mtsai (6) szerint a psychogen hatások elsősorban az adrenergiás aktivitás fokozódása révén okozzák a kórfolyamat progressióját. Az alábbiakban 2 olyan esetünket ismertetjük részletesen, akiken a nagyfokú psychés feszültség közben regisztrált EKG változásokat psychogennek minősítettük; 1 esetben pedig egy órán belül többször váltakoztak az ischaemiát és a necrosist jelző EKG eltérések. Mindhárom eset alkalmas az elektrokardiographiás intermedier phasis dokumentálására is.

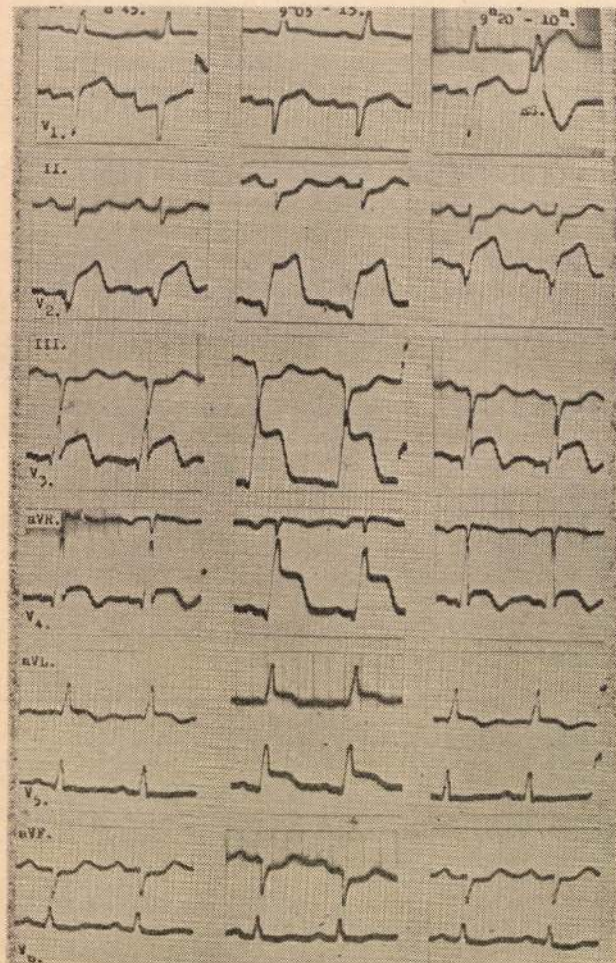
Esetismertetés



1. ábra. J. L., 46 éves férfi. 1968. március 26-án küldik vizsgálatra, mivel négy napja időnként tompa mellkasi fájdalmat érez, amely hátába sugárzik. Az EKG-ban a magas asymmetricus szárú T hullámok a V_{2-6} -ban nem értékelhetők kórosnak. Panaszai alapján felhívjuk figyelmét arra, hogy intenzívebb fájdalom esetén controllra jelentkezzen. 1968. április 2-án hajnalban óránként 4—5-ször anginás fájdalmat érez: „tüzes nyomás, amely hátába sugárzik”. Nyugtalan lett, a fájdalom fellépett fekvéskor és járkáláskor is. Reggel spontán jön vizsgálatra. 9.10^h-kor a III.-ban és az aVF-ben a negatív csúcsos T hullám kismértékű ST depressióval subepicardialis ischaemiára utal. Amikor a beteggel közöljük, hogy kórházba szállítását szükségesnek tartjuk, rendkívül nyugtalanná válik, fájdalom fellépé-

sét jelzi. Ekkor az EKG (9.30^h) friss hátsó fal m. i. kialakulásának kezdetét jelző subendocardialis laesio (II, III., aVF: 3 mm-es domború ST elevatio), supradialis ES-ek kialakulását mutatja. Kóros Q hullám azonban nem keletkezett. Ezt az EKG változást 5'-en át látjuk, miközben a beteg fokozatosan megnyugszik, de a fájdalom nem szűnt meg. 9.35^h-kor csaknem teljes EKG regressio következik be (a III.-ban a kiscokú ST depressio és isoel. T hullám csak az 1968. III. 26-i felvétellel összehasonlítva értékelhető). Újabb 15' múlva ismét kialakul a bejövételkor észlelt subepicardialis ischaemiára utaló negatív csúcsos T hullám a III.-ban és az aVF-ben és meg is marad a kórházban is 5 héten át, ahol a laboratóriumi eltérések birtokában subendocardialis infarctust diagnosztizálnak (Korányi II. belo.).

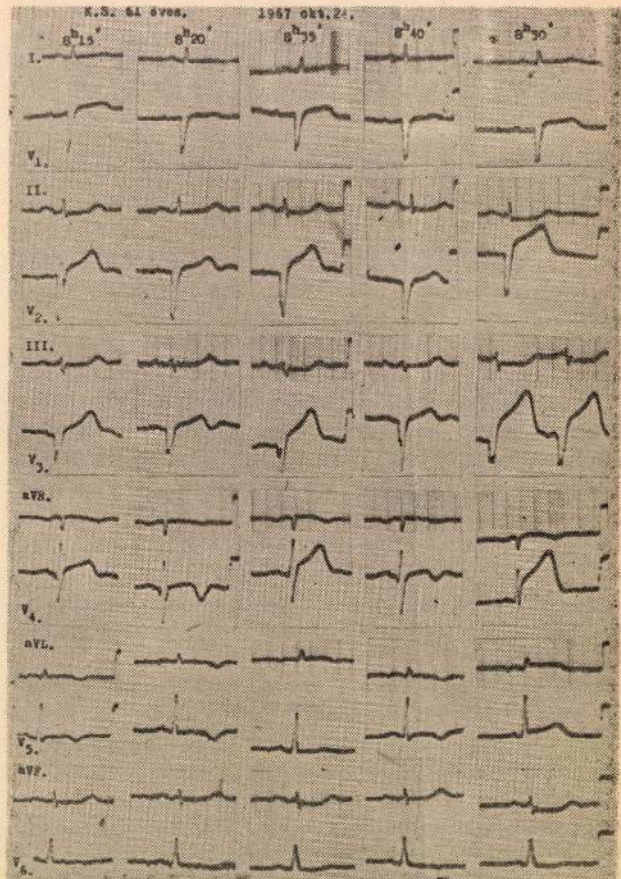
A beteg psychés feszültségének elsősorban az volt az oka, hogy reggel, amikor otthonról vizsgálatra jött, a gázon hagyta főni az ebédre szánt töltött káposztát. Megijedt, hogyha nem mehet haza, az leég, esetleg tűz keletkezhet. Azonnal felhívtuk munkahelyén feleségét, megbeszélte vele, hogy hazamegy és megoldja a problémát. Ekkor megnyugodott és aggályoskodás nélkül fogadta a kórházba utalást. Az EKG kép szinte párhuzamosan változott a psychés képpel.



2. ábra. V. T., 80 éves férfi, 3 napja csúcskörüli laterális fájdalom kb. 1/2—1 óráig. Orvosa 1968. X. 18-án adott beutalót, de javult és nem jött vizsgálatra csak 3 nap múlva, amikor éjjel ismétlődtek előző panaszai (1968. X. 21). 8.45^h-kor az EKG egészen friss, főleg anteroseptalis m. i.-t mutatott (I, V₂₋₅, aVL). A beteggel tudatjuk, hogy koszorúérgörcs miatt kórházi megfigyélést tartunk szükségesnek. Ez nagyon váratlanul éri és kijelenti, nem megy kórházba, csak haza. Megmagyarázzuk, hogy nem járkalhat, mert állapotában súlyos-

bodás következhet be, ezért mentővel szállíthatjuk. Ingerültté válik, agresszíven kijelenti, hogy nem megy kórházba. Nyugtalan, elvörösödik, egyre nagyobb feszültségbe lovalja magát. Ekkor az EKG csaknem monofasissá progressiót jelez a V₃₋₅-ben (9.05^h—15'). A beteg megnyugtatása fontosabbnak látszik, mint a kórházba szállítás, ezért megígérjük, hogy hazaengedjük. Amikor kissé nyugodtabb lesz, az EKG ismét a bejövetelel képet mutatja (9.20—10^h). Fájdalmi végig enyhék maradtak, de vérnyomása a kezdeti 150/95-ről 95/70 Hgmm-re esett és kb. 20'-en át enyhén hidegverejtékes lett.

Kénytelenek voltunk taxival hazaengedni, mert mentőt nem volt hajlandó igénybevenni. A beszélgetés során kiderült, hogy a kórház és a mentő ellen azért tiltakozott, hogy a ház lakói ne értesüljenek betegségről, mert akkor koránál fogva tovább már nem dolgozhat. Kezelését körzeti orvosával megbeszéltük, 2 nap múlva sikerült nagyobb „megrázkódtatás” nélkül kórházba szállítani.



3. ábra. K. S., 61 éves férfi, 3—4 éve télen sietés-kor kis mellkasi szúrást érez, emiatt lassabban jár, zsebkendőt tesz a szája elé. Négy napja többször fáj 1—1 percig a melle: „mintha szét akarna repedni”. Hat órával előbb kb. 1 óras nyomást érzett. 1967. október 24-én a vizsgálatkor „lábikra görcsre emlékeztető” fájdalmat érez a mellkasában. 8.15 és 8.20^h-kor a V₁₋₃-ban r reductio, a V₄₋₅-ben negatív T hullám csúcskörüli ischaemiára utal, jelezve a necrosis kialakulásának lehetőségét. Amikor közöljük a kórházi kezelés szükségességét, nyugtalanabb lesz, láthatólag izgalmi állapotba kerül. 8.35^h-kor az EKG-ban V₂₋₄ között nagyfokú ST elevatio és pozitív magas T hullám alakul, a V₃-ban QS complexus látható. Ez a változás friss septalis necrosisra, subepicardialis laesióra és subendocardialis ischaemiára utal és a folyamat kiterjedését jelzi az előző (8.20^h) subepicardialis ischaemiához viszonyítva. 8.40^h-kor ismét a subepicardialis ischaemia jelek

(V₄₋₅T negatív) kerülnek előtérbe, amíg 8.50-kor tartósan kialakul a friss anteroseptalis infarctus typusos EKG képe fokozódó szívnyomás, enyhe verejtékezés közepette. Az OTKI I. belosztályára szállítjuk.

Megbeszélés

Eseteink szemléltetik azt, hogy a psychés reakciók jelentős cardialis változások elindítói lehetnek. Legtöbbször reversibilisek, de feltételezhető, hogy esetenként cardiogen shock elindításában is szerepet játszhatnak. Ezért kivédésük feltétlenül szükséges. Az orvosi közlés módozatai (csak koszorúérgörcs—kis m. i.), amelyet a kórházi kezelés szükségességének indokolására valamilyen formában felhozunk, tapasztalataink szerint legtöbbször nem megfelelőek. A kórházba utalás szükségességének közlése a m. i.-os betegnél „súlyos” betegség jelenlétének bizonyosságát adja és ezzel komoly emótiókat vált ki. Még akkor is, amikor a kórházi kezeléssel szemben nincs psychés aversio, amikor „veszélyeztetettség”-nek elhárítását a kórházban biztosítottak véli. Így értékeljük azt, hogy 19 esetünk közül, akik szinte várták a kezelést és a beutalást, 9-ben átmenetileg az ES-ek feltűnő szaporodását észleltük. A régi gyakorlat kialakulásában is szerepet játszott a fájdalomcsillapításon kívül a megnyugtatás, amikor minden acut m. i.-os betegnek 1 cg morphint adtak. Magunk a nem kívánatos mellékhatások elkerülése miatt, újabban a m. i. felismerésekor 1 ml Pipolphen + 1 ml Dolargan injectiót adunk és csak néhány perc múlva közöljük a kórházba utalás szükségességét.

A második esetünkben, mivel a m. i. nagyon friss és kiterjedt volt, utólag a kórházi beutalás elmulasztása jogilag problematikusnak minősíthető lett volna. A beteg egyéni elbírálása után, éppen psychés reakciója miatt, hazaküldését tartottuk kevésbé veszélyesnek. Ezt azért hangsúlyozzuk, mert a hozzátartozók gyakran vádolják az orvost a m. i. betegek halála esetén korai kórházba utalás elmulasztásával.

Solomon és Shapiro az elektrokardiographiás intermedier phasis leírásakor hangsúlyozták, hogy az az acut m. i.-ban az első héten belül dokumentálható sorozatos vizsgálatokkal; gyakran retrospectiv megfigyelés. Az EKG-s javulás mechanizmusának magyarázatára 4 lehetőséget vesznek fel: 1. a kezelésre a collaterális keringés javul. 2. Az ischaemiás izomsejtekből felszabaduló kálium átmenetileg emeli az extracellularis kálium szintet és ez az ST szakasz emelkedésével, a T hullám nagyobbodásá-

val, csúcsonodásával jár. 3. Látszat javulás, amelyet a subpericardialis és subendocardialis eltérések elmentéses EKG hatása hoz létre. 4. A mellkasi elektrodok felhelyezése lehet hibás.

Eseteinkben a psychogen hatásra bekövetkező változásokon túl (vagy után) az infarctus és ischaemia jelek egymást követő változását észleltük. Az 1. ábrán a subepicardialis ischaemia subendocardialis terjedt ki, majd a változatlan fájdalom melletti EKG normalizálódást valószínűen az ismételt előtérbe kerülő subepicardialis ischaemia dominantijához való átmenet okozhatta. Ezt az átmenetet csak a folyamatos megfigyelés miatt „fogtuk ki”, egyébként rendkívül ritkán regisztrálható. A változások magyarázatára ebben az esetben psychogen reflexhatások is felvehetők. A folyamat kezdeti perceiben klinikailag fokozatos progressivitás dominált, így therapiás collateralis javulás még nem következhetett be. Ebben az esetünkben *hátsó fal* eltérés alkalmával regisztráltunk intermedier phasist, így elektróda eltolódásról szó sem lehet. A 3. ábrán a subepicardialis és subendocardialis eltérések dominantijái váltják egymást a m. i. fokozatos kialakulása közben. Ezek legszembetűnőbbben a V₃₋₄ elvezetésekben követhetők.

Eseteink a m. i. kialakulásának első óráiban Solomon és Shapiro pathomechanismus kialakulására vonatkozó feltevései közül a 3.-at valószínűsítik, a későbbi változásokban feltehetően az 1. és 2. is szerepet játszik. A m. i. acut szakában rendkívül óvatosan ítéljük meg „a regressiók EKG változásokat” és lehetőleg kerülni kell a m. i. első hetében kialakított életrend megváltoztatását.

Összefoglalás. A szerzők a myocardialis infarctus kialakulásának első óráiban folyamatos megfigyeléssel 3 esetben az EKG-ban az infarctus jelek néhány percig tartó kifejezett progressióját, majd átmeneti javulását regisztrálták. Részletesen ismertették eseteikben e változások kialakulásában a psychés tényezők fontosságát hangsúlyozzák. Eseteik alkalmasak az elektrokardiographiás intermedier phasis dokumentálására is, amely jelenséget 1966-ban Solomon és Shapiro írták le.

IRODALOM: 1. Solomon, R. B., Shapiro, H. H.: Am. Heart J. 1966, 71, 582. — 2. Lown, B. et al.: JAMA. 1967, 199, 188. — 3. Braun P., Gedeon A., Bánlaky M.: Orv. Hetil. 1968, 109, 1415. — 4. Gottsegen Gy., Török E.: Orv. Hetil. 1962, 103, 2361. — 5. Máté K.: Orv. Hetil. 1969, 110, 104. — 6. Klein, R. F. et al.: Arch. Int. Med. 1968, 122, 104.

Péterfy Sándor utcai Kórház „A” Belosztály és Klinikai-farmakológiai Munkacsoport (vezető: Bíró László dr.)

Gentamycinnel, mint szélespectrumú antibiotikummal végzett klinikai-farmakológiai vizsgálatok II.

Gentamycinnel végzett klinikai vizsgálatok

Bíró László dr., Iván Éva dr., Árr Magda dr. és Perényi Tibor dr.

Az első részben ismertettük a gentamycin kémiai szerkezetére és tulajdonságaira, bacteriológiai spectrumára, a szerrel kapcsolatban szokásos és a nálunk végzett microbiológiai vizsgálatokra vonatkozó adatokat. Szerkezeti képletének 1963-ban történt megközelítő tisztázása után a klinikum számos területén történtek alkalmazására kísérletek.

Weinstein és mtsai (38) vizsgálták farmakológiai tulajdonságait állatokon és emberen. Kutyan im. adása után hatásos vérszinteket találtak, maximumát 6—12 óra között. Megállapították, hogy a gentamycin főkiválasztódása a glomerulus filtrációval történik, biliaris kiválasztását minimálisnak találták. 5 mg/kg 50 napig adva nem okozott toxikus hatást. Magasabb adagok vese- és vestibularis funkciókárosodást okoztak.

Emberen 0,2—3,2 mg/kg im. gentamycin szintén hatásos szintet adott, dosistól függően maximuma 6—12 óra között volt. 0,8 mg/kg adag melletti szint in vitro gátolta a Gram-negatív kórokozók növekedését, beleértve a pseudomonas és proteus törzseket is. A beadott gentamycin 86—100%-a választódott ki a vizelettel 24 óra alatt. Az per os adott 1200 mg is csak 0,2%-ban szívódott fel és nem adott mérhető vérszintet.

Egészséges embereken is végeztek 3,3 mg gentamycin egyszeri im. adása után vérszint vizsgálatokat, valamint meghatározták a vizeletben ürült mennyiséget.

Folyamatos klinikai megfigyeléseket végezve vizsgálták a gentamycin májfunctióra, valamint a vérképző szervekre való hatását is.

Eredményeiket összegezve a gentamycin, ez a vízben jól oldódó basikus széles spectrumú antibiotikum, im. jól felszívódik, a vizelettel magas koncentrációban kiválasztódik, tehát a húgyúti fertőzések kezelésére igen alkalmas. Emberen a fenti parenteralis adagok a Gram-negatív kórokozókat is gátló koncentrációt hoznak létre a vér és a testnedvekben. Chronikus adása vese- és vestibularis functió károsodásának veszélyével jár.

A fenti tanulmányt követően további kísérletes, farmakológiai és klinikai vizsgálatok során figyelték a gentamycin hatását (1, 2, 10, 15, 20, 23, 24, 30, 12).

Jackson (19) összefoglalta klinikai alkalmazási területét. In vitro spectrumát vizsgálva a jelenleg használatos chemotherapiás sor ideális tagjának tekinti. Figyelembe kell azonban venni ototoxicus hatását, amely Lundquist és mtsai (28) vizsgálata alapján meghaladja a kanamycinét és a streptomycinét. Fenti megállapításait kísérleti állatokon is bizonyították.

Flandre és mtsai (14) a gentamycin nephrotoxicus hatását figyelték különböző dosisok (100 mg/kg és 200 mg/kg) parenteralis adása mellett patkányokon. Összefüggéseket állapítottak meg a kísérleti állatok kora, a parenchyma functiók állapota és a nephrotoxicus hatás mértéke között. A magasabb adag által okozott leggyakoribb elváltozás a tubularis epithelium oedemája és desquamatioja volt, de az idősebb állatoknál, valamint az újszülötteknél ez az elváltozás alacsonyabb adag mellett is egészen a tubularis necrosisig fokozódott.

Kísérleti állatokon 40 mg/kg-os gentamycin adagok mellett sem localis, sem általános toxicus ártalmat nem észleltek (28). Ezek a kísérleti adatok elősegítették az emberi therapiában való alkalmazás lehetőségét. Figyelembe kell venni azonban az esetleg előforduló egyéni érzékenységet és hogy a kísérleti adatok ép vesefunctióra vonatkoznak. Jackson (19) a toxicus tünetek jelentkezését ép vesefunctiójú betegeken 1—2%-ra, míg a beszűkült vesefunctiójú betegeken 2—5%-ra becsülte.

A húgyúti megbetegedések szokványos kórokozói, a Gram-negatív bacteriumok, általában érzékenyek gentamycinre (lásd bacteriológiai rész 27, 21, 22). A húgyúti megbetegedésekben több szerző végzett a gentamycin klinikai megfigyeléseket (26, 27, 3). A gentamycin széles hatásspectruma több betegségben való klinikai kipróbálást eredményezett (8, 34, 17). Burn és mtsai (11) jó eredményekről számolnak be a légúti megbetegedések kezelésében.

A gentamycin in vitro antibacterialis hatásából következett, hogy kialakult a másik fő alkalmazási területe, a pseudomonas infectio kezelése (31, 13).

Shimizu (37) Japánban 98 húgyúti, 11 epeúti, 9 légúti és 63 egyéb infectiót kezelt, összesen 179 betegeket. A kezelés napi 40—160 mg gentamycinrel történt általában egy hétig. Az eredmények értékelése igazolta, hogy a gentamycin fő indiciós területe a húgyúti megbetegedés. Ezek közül az acut esetek 100%-ban, a chronicus esetek 75%-ban mutattak jó eredményt. A kezelést legsikertelenebbnek a proteus és a pseudomonas infectióknál találta. Allergiás mellékhatást nem észlelt, egy csökkenő vesefunctiójú betegnél ototoxicus mellékhatás lépett fel.

Kísérlet történt a sebészet területén (35, 25), a bőrgyógyászatban (4, 18), a gyermekgyógyászatban (33), és a szemészet területén való alkalmazására is (8).

Vizsgálataink

Klinikai-farmakológiai vizsgálatainkat pyelonephritises beteganyagon végeztük. Egyre több azoknak a betegeknek a száma, akik chronikus fertőzés miatt ismételt, antibiotikus kúrákban részesülnek és akiknek panaszait és bacteriológiai leletét a kezelések nem befolyásolják (36).

Választásunkat az is alátámasztotta, hogy az osztályon 5 éve foglalkozunk a pyelonephritis chemotherapiájával. Kontrollként rendelkezésünkre állt a sajnos igen alacsony százalékban gyógyult beteganyag (16, 6, 7).

A pyelonephritis bakteriális eredetű vesegyulladás, mely a kelyhekre és az interstitiumra is kiterjed és másodlagosan a tubulus és a glomerulus funkciót, valamint a vese érrendszerét érinti. A gyulladás ismételt attackok során veseelégtelenséghez is vezethet (5). Az összefoglaló irodalmi közlemények (36, 32) szerint a leggyakoribb húgyúti kórokozó az *E. coli*, majd a proteus. A proteus fertőzések számát növeli, hogy kórokozó változás esetén leggyakrabban proteus, másodsorban Klebsiella lép az eddigi kórokozó helyére.

Acut stádiumban levő pyelonephritises betegek sajnos igen kis százalékban kerülnek osztályunkon kezelésre. A kórkép felismerése után egyébként ezek kezelése nem problematikus.

Az acut stádium kezelésével nemcsak baktériummentességet kell elérni és a gyulladással szövethárosodást gyógyítani, hanem meg kell akadályozni a chronicus stádium kifejlődését is.

A húgyutak minden elváltozása chronicus pyelonephritist tarthat fenn. A fő complicatiót jelentő urológiai betegségek száma igen nagy. A tüneteinek formák gyakran öreg embereken, diabetes mellitusban szenvedőkön és terhes nőknél jelentkeznek.

A fennálló aszimptomás bakteriuria is chronicus pyelonephritisebe való átmenetnek tekintendő. A recidiváló chronicus infectio egyszeri kezelése 20–30% körüli definitív gyógyuláshoz vezet (29). Az esetek nagyobb részében ha a bakteriuria meg is szűnik, recidiva, esetleg újabb fertőzés következik be, sajnos rendszerint polyresistens törzssel.

705 vizeletből kitenyészített kórokozó közül gentamycinnel szemben egyetlen resistens mikroorganizmust sem találtunk és a kezelés során sem alakult ki resistencia, míg ampicillinnel szemben 705 törzsből 400 bizonyult érzékenynek. Az ampicillin kezelés során az ismételt végzett vizsgálatok szerint az érzékeny törzsek 16%-a resistenssé vált. A húgyúti infectiókat okozó kórokozók saját anyagunkban a következő megoszlást mutatták:

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Összesen vizsgált kórokozók száma | 705 = 100,0% |
| <i>E. coli</i> | 60,1% |
| Proteus csoportba tartozó kórokozók | 19,4% |
| Klebsiella aerogenes | 12,6% |
| Pseudomonas aeruginosa | 4,5% |
| Streptococcus faecalis | 3,2% |

Saját tapasztalataink során az ampicillinnel a húgyúti fertőzésekben 26%-ban értünk el baktériummentességet, mely azonban átmenetinek bizonyult, végleges gyógyulást az éves kontroll során csak 1%-ban találtunk (16). Miután azonban a chronicus esetek tartós kezelésénél a csíraszám csökkentése is fontos eredmény, a mellékhatás nélküli, hosszan adható, tartós kezeléshez megfelelő gyógyszerrel mégis a félszintetikus penicillinek között kell keresni.

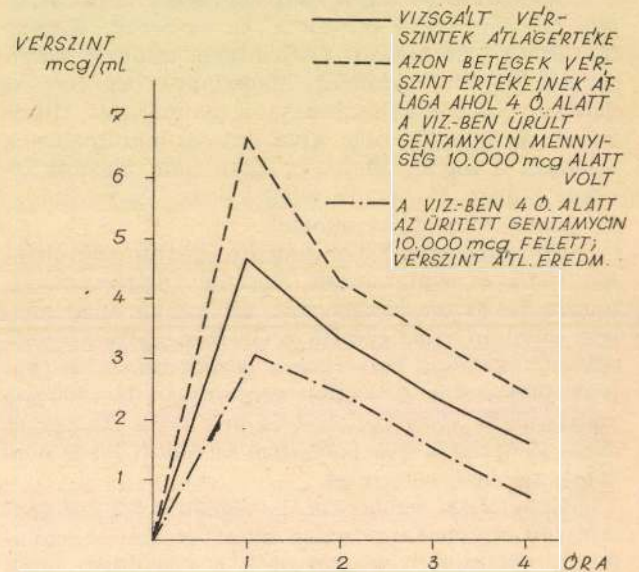
A tartós kezelés során az alkalmazott szerrel szemben előfordul resistencia kifejlődése, bekövetkezhet kórokozó változás. Az ilyen esetekben szük-

ségessé válhat a rövid, de hatékony kezelés, melyre a gentamycin különösen alkalmas.

Saját bakteriológiai vizsgálatainkban a kórokozók in vitro 85%-ban már 1,0 µg/ml-es koncentrációra érzékenynek mutatkoztak. A resistencia igen lassan, lépcsőzetesen fejlődik ki.

Összehasonlító vizsgálataink során mindkét szert bactericid adagban alkalmaztuk vérszintjük és vizeletszintjük összehasonlítása mellett.

Gentamycinnel 40 esetben végeztünk a kezelése során vérszint meghatározást. 1,5 mg/kg adagolás mellett kielégítő serumszinteket nyertünk, a serum gentamycin szint az első órában elérte maximumát, 4 óráig fokozatosan csökkent, de még hatásos koncentrációban volt jelen. A vérszint vizsgálatok átlag eredményeit tünteti fel az 1. ábra. Az



1. ábra.

ábrán külön feltüntetjük a beszűkült vesefunkcióval rendelkező betegek serum szintjeinek értékeit, szemben a normális vesefunkcióval rendelkező betegekével.

Jól látható, hogy beszűkült vesefunkció esetén a serumszint értékek jóval magasabbak, ennek oka a laedalt vesén át való lassabb ürülés. Ezt az adagolásnál a toxicus tünetek esetleges fellépte miatt feltétlenül figyelembe kell venni.

A vérszint mérésekkel párhuzamosan a vizeletben a 4 óra alatt ürült gentamycin mennyiségét ugyancsak hígítási sorozatok beállításával microbiológiai módszerrel mértük. Ezen méréseink eredményeit ábrázolja a 2. ábra. Az ábrán külön feltüntetjük a beszűkült vesefunkcióval rendelkező betegek 4 óra alatt vizelettel ürülő gentamycin mennyiségét, szemben a normális vesefunkcióval rendelkező betegek adataival. Az 1. és 2. ábrából kiténik a vérszintek és a vizelettel ürülő gentamycin mennyiségek közötti szoros összefüggés. Betegeknél mást testnedvekben is végeztünk epében 2–4 órában a gentamycin beadása után gentamycin concentratio meghatározást. Epében

nem találtunk hatásos koncentrációt. Liquorban mérhető mennyiség nem mutatható ki pleurapunctatumban, és ascitesben igen.

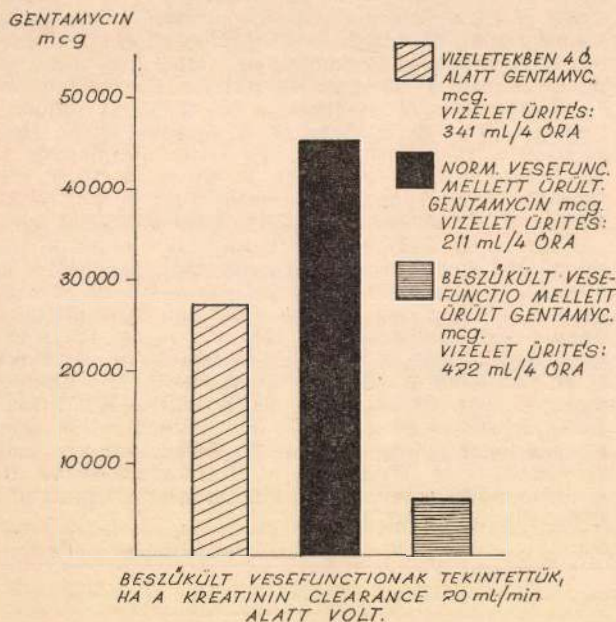
Klinikai vizsgálataink során összesen 100 válogatás nélküli pyelonephritis chronicában szenvedő

tbc alapos gyanúja állt fenn, másik esetben ismét fellobbanó trichomoniasisra kellett gondolnunk.

A gentamycint napi 1,5 mg/kg adagban alkalmaztuk, kivéve 3 esetet, ahol a beteg beszűkült veseelégtelenség miatt csak ennek a felét adtuk. A gentamycinnel kezelt betegeknek 40 esetben végeztünk vérszint meghatározást.

Vizsgálatainkat minden esetben alátámasztották a klinikai megfigyelések. A szer szükséges koncentrációban volt a vér és a vizeletben a kezelés során. A kezelési eredménytelenségét tehát nem a kis gyógyszeradag magyarázza. Az epében nincs kiválasztódás és ez alátámasztja az irodalom és azon saját tapasztalatainkat, hogy a gentamycin a cholecystitisek kezelésére nem alkalmas. Eddigi megfigyeléseink során: amikor a szert mindig csak egy héten keresztül alkalmaztuk és a kúrát egy éven belül nem ismételtük, sem oto-, sem nephrotoxikus, sem egyéb mellékhatást nem észleltünk. Az eredményesen kezelt esetek mintegy felében a veseelégtelenség kifejezetten javult paralel a baktériummentessé válással.

A két szernek alkalmazására az esetek nagy részében ugyanazon betegnél egymás után került sor, amit az ampicillinre gyógyulatlan esetek nagy száma könnyen lehetővé tett. Az esetek mintegy negyed részében azonban az alkalmazásra fordítva került sor, de itt sem számolhatunk be nagyszámú ampicillinre gyógyult esetről. Az ampicillinnel kezelt eseteknél 30 esetben végeztünk vér- és vizeletvizint meghatározást és ezek 10% körüli szórása ellenére arra kell következtetnünk, hogy a sikertelen kezelés okát nem az alacsony adagban kell keresni, mert a szintek mindenkor elérték a terápiás effectushoz szükséges határt. Tekintettel az anyag gyakorlatilag nem toxikus voltára (kivéve a penicillinallergiát, melyet anamnesis, cutan próba segítségével a kezelés előtt minden esetben „kizártunk”), az adag emelésének, illetve egy éven belüli ismétlésének semmi ellenjavallata nem volt.



2. ábra.

beteget kezeltünk gentamycinnel és ampicillinnel. A kezelt eseteket nem válogattuk sem nem, sem kor szerint. Vizsgálatainkból nem zártuk ki az urológiai betegségen átesett betegeket, tehát a nephrectomia, prostatectomia, papillotomia utáni állapotot. Ezzel a chronicus pyelonephritis kezelését illetően realis statisztikai adatokat kívántunk nyerni, ezért nem zártuk ki a különösen nehezen gyógyuló legproblémásabb eseteket sem. Természetesen az urológiai, vagy egyéb fenntartó ok, pl. trichomonas után magunk is kutattunk a vizsgált betegeknek és a fenntartó tényező lehetőség szerinti leg-tökéletesebb kizárására törekedtünk. A betegek pyelonephritise általában már évek óta fennállt, a használatos antibiotikus kúrákon és Nitrofurantoin kezelésén szinte valamennyien már az előzőek során átestek. Ez bakteriológiai leletük magas resistencia arányában tükröződött is. Kezelést csak pozitív anamnestikus adatok, klinikai tünetek, pyuria és bacteriuria = 3 ízben kimutatott azonos, TTC pos. 100 000 csíraszám feletti azonos antibiogram-mú kórokozó esetén kezdtünk.

Az 50 gentamycinnel kezelt esetben 37 eredményes esetről számolhatunk be, akik a 3 heti kontroll, illetőleg 22 esetről, akik a 3 havi kontroll során is steril vizeletet ürítettek (l. 1. táblázat). A 13 negatív eredményű esetben a kórokozó vagy közvetlenül a kezelés után, vagy 3 héttel a kezelés után kitenyészthető volt. Ezek közül 3 esetben más kórokozó (E. coli helyett Streptococcus faecalis, ill. Klebsiella) nőtt ki, de mindig pathogenitásra utaló csíraszám mellett. Ebből egy esetben az urogenitalis

1. táblázat

| Antibioticum | Eset szám | Gyógyult | Javult | Változatlan | Mellékhatás |
|--------------|-----------|----------|--------|-------------|-------------|
| Gentamycin | 50 | 22=44% | 15=30% | 13=26% | = |
| Ampicillin | 50 | 14=28% | 10=20% | 26=52% | = |

Összefoglalás. A szerzők 100 pyelonephritis chronicában szenvedő beteget kezelték, a gentamycin nevű, széles spectrumú antibiotikum hatását vizsgálva. A szert a Gram-negatív kórokozókra való bakteriostatikus, illetőleg bactericid hatása, a vesén keresztül való ürülése igen alkalmassá teszi a húgyúti infekciók kezelésére.

A gentamycin jó klinikai eredményt, tartós (3 havi) baktériummentességet idézett elő a betegek 74%-ánál. Eredménytelen volt a kezelés 26%-ban. Mellékhatást nem észleltek.

IRODALOM: 1. Babics A. and Rényi-Vámos F.: Clinical and Theoretical Pictures of Some Renal Diseases. 1964. Budapest. — 2. Barber, M. and Waterworth,

- P. M.: Brit. med. J. 1966, 1, 203. — 3. Bauer, K. M.: Welt. Med. 1967, 14, 908. — 4. Becke, R. F.: Med. J. Aust. 1966, 1, 838. — 5. Berning, H. und Thiele, K. G.: Handbuch der innere Medizin: 5. Aufl. Die Niere. 680. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York. 1968. — 6. Bíró L.: Péterfy Kórh. Tud. Ank. 1967. okt. 12. — 7. Bíró L., Iván É., Lévai O.: Orv. Hetil. megj. alatt. — 8. Brayton, A. G. and Louria, D. B.: Arch. of Intern. Med. 1964, 114, 207. — 9. Breakley, A. S.: Eye, Ear, Nose Throat Monthly. 1967, 46, 1499. — 10. Bulger, R. J., Sidell, S. and Kirby, W. M. M.: Ann. intern. Med. 1963, 59, 593. — 11. Burn, J. M. Perrin-Fayolle and Sédaillan, A.: Proceedings of First Int. Symp. on Gentamycin. Paris. 1967. pp. 129. — 12. Chisholm, G. D., Calnan, J. S., Waterworth, P. M. and Reis, N. D.: Brit. med. J. 1968, 2, 22. — 13. Darel, J. H. and Waterworth, P. M.: Brit. Med. J. 1967, 2, 535. — 14. Flandre, O. and Damon, M.: Proceedings of First International Symposium on G. Paris, January 1967. pp. 47. — 15. Gingell, J. C. and Waterworth, P. M.: Brit. Med. J. 1968, 2, 19. — 16. Graber H. és Iván É.: III. Conf. pro. Therap. et Invest. in Pharmacol. Akadémiai Kiadó. Bp. 1965. p. 412. — 17. Groll, E.: Proceedings of First International Symposium on G. Paris. 1967. pp. 121. — 18. Hogh, C. E., Ehrmann, W. and Whitmann, W.: Survey of clinical Experience. Clin. Med. 1966, 73, 55. — 19. Jackson, G. G.: Sumation from Proceedings of First International Symposium on G. Paris, January 1967. 172. oldal. — 20. Jameson, R. M.: Brit. med. J. 1965, 2, 621. — 21. Jao, R. L. and Jackson, G. G.: Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 1963. p. 148. — 22. Jao, R. L. and Jackson, G. G.: Pharmacological and Clinical Evolution. J. Am. Med. Ass. 1964, 189, 817. — 23. Katz, Y. J., Cockett, A. T. K. and Moore, R. S.: Life Sci. 1964, 3, 1249. — 24. Kleeman, C. R., Hewitt, W. L. and Guze, L. B.: Medicine (Baltimore) 1960, 39, 3. — 25. Lemerrier, M. and Poilleux, F.: Proceedings of First International Symposium on G. Paris, January 1967. 101. oldal. — 26. Linberg, A. A., Bucht, H. and Kallings, L. O.: Proceedings of First International Symposium on G. Paris, January 1967. 75. oldal. — 27. Lipton, J. H.: Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 1966. 172. oldal. — 28. Lundquist, P. G. and Wersäll J.: Proceedings of First International Symposium on G. Paris, January 1967. pp. 26. — 29. McCabe, W. R. Jackson, G. G.: New England J. Med. 1965, 272, 1037. — 30. McChesney, E. W., Froelich, E. J., Licher, G. Y., Crain, A. V. R. and Rosi, D.: Toxicol. appl. Pharmacol. 1964, 6, 202. — 31. Müller, F. E.: Proceedings of First International Symposium on G. Paris, January 1967. 148. oldal. — 32. Neumann, P.: Arzneimittel-Forsch. 1962, 12, 984. — 33. Nunery, A. W.: Abs. Paper presenten 4th Int. Congr. Chemother. and 5th Interse. Conf. on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 1965. 17. — 34. Pines, A.: Brit. Med. J. 1967, 2, 543. — 35. Pitmann, M. A., Stone, H. H. and Kolb, L.: Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 1964. 160. oldal. — 36. Scheitlin, W.: Praxis. 1968, 10, 340. — 37. Shimizu, K.: Proceedings of First International Symposium on G. Paris, January 1967. 84. oldal. — 38. Weinstein, M. J. Luedemann, G. M. E. M. and Wagmann, G. H.: Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 1963. 1. oldal.

A modern terápia mellett, mint gyógytényező nem hanyagolható el a

„HÉVÍZI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

alkalmazása

A kompressz eredeti hévízi iszapot tartalmaz szárított állapotban. Az Országos Közegészségügyi Intézet és a M. Állami Földtani Intézet vizsgálatai szerint szerves, szervesetlen és radioaktívanyagokat tartalmaz.

A szervesetlen anyagok (Na, Fe, K, Mg, S, Cl, J stb.) fokozzák a bőr duzzadó képességét és így lokálisan hyperlymphát idéznek elő. Ennek tulajdonítható fájdalomcsillapító és gyulladáscsökkentő hatása.

A szerves anyagok (fehérje, cellulóze származékok, humin sav, bitumen) bőrízgatók, s részben oestrogen hatásúak, melyek mint biológiai stimulátorok hatnak.

INDIKÁCIÓI: arthritisek, arthrosisek, spondylosis, neuralgiák, myalgia, brucitisek, tendovaginitisek stb. Post traumás maradványok kezelése.

Nem gyulladásos megbetegedéseknél a heveny szakban, a gyulladásoknál a subacut, de még inkább az idült állapotban lehet sikeresen használni.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A kompressz alkalmazásának előnye, hogy a betegnek nem kell a Hévízi Gyógyfürdőt felkeresnie, hanem otthonában minden fáradság nélkül használhatja és hogy egy kúrához, amely általában 25 pakolásból áll, egy kompressz elegendő.

A kompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozás szerint az alábbi testrészekre alkalmazható:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. sz. Hát — váll — felkar — mell | 4. sz. Kézfej — csukló |
| 2. sz. Derék — végtag | 5. sz. Has (főleg gynekológiai területen) |
| 3. sz. Lábfej — boka (csizma) | |

Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék (tanszékvezető: Littmann Imre dr.)

Új eljárás az ischaemiás végtag életképességének meghatározására

Löblovics Iván dr. és Korényi Réka dr.*

Az acut verőérelzáródást követően rövid időn belül jellegzetes klinikai kép alakul ki:

az ischaemiás végtagban heves fájdalom jelentkezik;

az akaratlagos mozgásképesség csökken, vagy teljesen megszűnik;

a végtag bőre sápadt, hűvös lesz;

az ischaemiás területen megszűnik a fájdalom-, hő-, tapintás- és helyzetérzés;

az elzáródástól perifériásan nem lehet pulzust tapintani és nincs oscillatiós kitérés.

Ezt a klasszikus képet akkor látjuk, ha a végtagot ellátó főverőér záródik el — az esetek túlnyomó többségében embolia következtében — és a colateralisok nem tudják kompenzálni a hypoxiát.

Az ischaemiás tünetegyüttes az elzáródás után fél, egy órával kialakul. Az állapot ezután hosszú ideig alig változik és néha a leggyakorlabb klinikus sem tudja megmondani, hogy a végtag mennyi ideje ischaemiás, és hogy az adott időpontban életképes-e (3, 15, 16, 20).

Az elmúlt években Chassin (9), Cranley (11), Fogarty (14), Krause (20) munkássága alapján gyökeresen megváltozott az emboliás verőérelzáródások kezelésének módja. Megdőlt az a felfogás, hogy embolectomiát csak 8—10 órán belül érdemes végezni (3, 10, 12, 17, 21). Az érrendszer aprólékos, atraumatikus kitararítása és anticoaguláns szerek alkalmazása még napokkal az embolizáció után is lehetővé teszi a végtag keringésének helyreállítását. A jelenlegi álláspont az, hogy mindaddig be kell avatkozni, amíg a végtag életképes. A „biológiai életképességet” azonban még nem határozták meg pontosan. Ezzel kapcsolatban csak szűkszavú utalásokat találunk az egyes közleményekben és említés sem történik olyan módszerről, amelynek segítségével objectív megállapítást tehetnénk. Chassin (9), Krause (20), Olwin (23), Spencer (27) véleménye szerint életképtelennek kell minősíteni a végtagot, ha bőr vagy izomzata nagy területen elhalt, vagy az izomzatban hullamerevség fejlődött ki. Találunk azonban adatot arra is, hogy igen rossz állapotban levő végtagot is sikerült megmenteni (7, 11, 15). Saját eseteink között is volt rá példa, hogy előrehaladott destructio ellenére sikerrel avatkoztunk be.

Klinikai gyakorlatunk és állatkísérletek alapján arra a megállapításra jutottunk, hogy egy ischaemiás végtag mindaddig életképes, amíg izomzata

irreversibilisen nem károsodott. Ha a végtag izomzatát ért anoxiás károsodás következtében a szöveti elemek tönkremennek, akkor még eredményes re-canalisatiós műtéttel sem lehet elkerülni az amputációt. Az izomzat állapotáról az elektromos ingerlésre adott válaszreactio világosít fel (5, 8, 19, 24, 30).

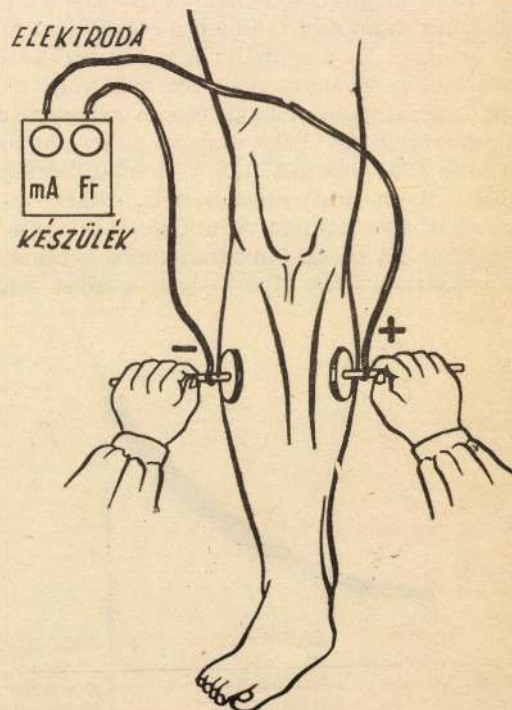
Módszer

Izomingerlésre rövid ideig tartó derékszögáramú impulsusokat alkalmaztunk. Az impulsusjel alakja: me-redeken emelkedő felszálló szár, a leszálló szár elnyújtottabb. Az impulsus időtartama 2,5 msec. Készülékünk kimenő áramának intenzitása 5—150 mA, lineáris szabályozással. A mA-hez tartozó feszültségértékek (csővoltmérővel meghatározva):

| mA | V |
|-----|-----|
| 5 | 24 |
| 35 | 64 |
| 60 | 80 |
| 110 | 120 |

Ez az áramforma mélyen elhelyezkedő szervek ingerlésére alkalmas. Az ingerlés történhet korong, illetve tüelektródákkal. Ha a korongelektrodákat bekenjük elektrodazselével, a bőr ellenállása annyira csökken, hogy ugyanolyan eredményeket kapunk, mintha tüelektródával ingereltük volna. A klinikai gyakorlatban ezért csak a korongelektrodát használtuk (1. ábra).

Izomingerlő készülék vázlatos rajza



1. ábra.

* Jelenlegi munkahely: Pest megyei Tanács Semmelweis Kórháza, Kórbonctan.

A mérés menete: az elektródákat az ischaemiás területre helyezzük. A korongokat tehetjük egymás mellé, egymással szemben és egymástól távolabb. Az ingerlést a legkisebb áramintenzitással kezdjük és fokozatosan emeljük az áramerősséget, ameddig az izomzat rángás-sal nem válaszol. Ezt tekintjük aktuális ingerküszöbnek.

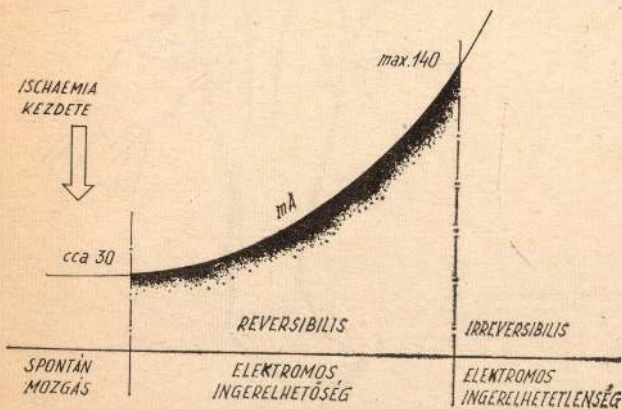
Eredmények

Ép vérkeringésű és ép idegrendszerű egyének végtagján az átlagos ingerküszöb 100 mérés alapján 20 ± 7 mA volt. Arteriosclerotikus, rossz vérkeringésű végtagok ingerküszöbe szintén 100 mérés átlagaként 30,7 mA-nak adódott. Idegrendszeri károsodás miatt bémult végtagú egyének ingerküszöbét is meghatároztuk: 40 mérés matematikai középátlagát számítva, ingerküszöbük 22,8 mA volt.

Mind a klinikai, mind a kísérleti acut érelzáródás eseteiben jellegzetes ingerküszöb változást látunk az ischaemiás területen. Az érelzáródás után csak 6–8 órával kezdett az ingerküszöb emelkedni. 24 óra elteltével 50–60 mA értéket ért el. Az emelkedés mértéke elsősorban a collateralis keringéstől függ. Legmagasabb az ingerküszöb a periférián (kéz, láb) és csökken, ahogy az ép terület felé haladunk a méréssel.

Az ingerküszöb emelkedése híven tükrözi az izom finom morfológiai strukturájának változását. 40 mA-es ingerküszöb esetén az egyetlen változás a „Z” csík felbomlása és a mitochondriumok számának csökkenése. 110 mA-es ingerküszöbnél a sarcoplasma erősen kioldott állapotban van, a sarcoplasma más reticulum tubulusai erősen dezorganizáltak. 130 mA-es ingerküszöb felett az izomzat teljesen destruált.

Reversibilitási vizsgálataink a klinikai és kísérleti gyakorlatban egyaránt azt mutatták, hogy acut ischaemia eseteiben $\frac{1}{2}$ –1 órával a keringés rendeződése után magukhoz térnek az izomrostok. Az ingerküszöb rohamosan csökken a normálisat megközelítő értékre. Ez a szabály még 110 mA-es ingerküszöb esetén érvényes volt; 130 mA, vagy elektromosan ingerelhetetlen izom esetén sohasem észleltünk reversibilitást. Ezek alapján az irreversibilitás határának 130–140 mA, 120 V-os küszöbértéket tekintjük. Ilyen ingerküszöbérték esetén klinikai gyógyulást nem láttunk. Állatkísérletekben az előbbi értéknél az elektronmikroszkópos vizsgálat az izomstructura olyan fokú destructióját mutatta,



2. ábra.

amelyből az irodalmi leírások szerint (1, 6, 22, 25, 26, 28) még késői regeneráció sem lehetséges. Embereken, kevés klinikai esetünk miatt, az irreversibilitás pontos értékét csak 10–20 mA-es szórással tudjuk megadni.

Eljárásunk segítségével sikerült mérni egy adott végtag ischaemiás károsodásának fokát.

Az elektromos ingerküszöb viselkedése jó mutatója az ischaemiás izomdestructio mértékének, követi a folyamat progressióját, az értékek magasságából pedig az elváltozás reversibilis, illetve irreversibilis voltára lehet következtetni. A „reversibilis” fázis időtartama esetenként változik, elsősorban a collateralis keringés függvénye. Beteganyagunkban ez az időintervallum leggyakrabban 24–48 óra volt.

Az 1. táblázatban összesítve közöljük betegeink egy részének mérési eredményeit. Az egyszerűség

1. táblázat

| Név | Kor | Embólia helye, ideje | Ingerküszöb | | Műtét eredménye |
|----------|-------|----------------------|-------------|------------|-----------------|
| | | | műtét előtt | műtét után | |
| Z. J.-né | 57 é. | Art. fem. 28 óra | 60 mA | 25 mA | sikeres |
| N. J.-né | 49 é. | Art. fem. 9 óra | 45 mA | 8 mA | sikeres |
| Z. J.-né | 61 é. | Art. fem. 11 óra | 45 mA | 15 mA | sikeres |
| Z. J.-né | 61 é. | Art. iliaca 11 óra | 45 mA | 10 mA | sikeres |
| N. Gy. | 52 é. | Aorta bifure. 1 óra | 10 mA | 10 mA | sikeres |
| M. P. | 70 é. | Art. fem. 10 óra | 60 mA | 140 mA | amput. |
| G. Gy. | 65 é. | Art. iliaca 20 óra | 45 mA | 140 mA | amput. |
| M. T. | 69 é. | Art. fem. 6 óra | 35 mA | 15 mA | sikeres |
| Sz. K. | 85 é. | Art. brach. 5 óra | 8 mA | 8 mA | sikeres |
| Cz. M. | 68 é. | Aorta bifure. 7 óra | 100 mA | 25 mA | sikeres |
| M. V. | 45 é. | Art. fem. 10 óra | 65 mA* | 35 mA | sikeres |
| H. J. | 54 é. | Art. popl. 11 napos | 35 mA** | 10 mA | sikeres |

* kifejlődött hullamerevség mellett

** körülírt bőr- és izomnecrosis volt

kedvéért csak egy-egy mérés eredményét adtuk meg a műtét előtt és után. Az adatokból kiderül, hogy minden műtét olyan időpontban történt, amikor az ingerküszöbértékek még nem érték el az általunk irreversibilisnek tartott magasságot. A műtét után mért értékek és a klinikailag elért eredmény is párhuzamosan alakult. A táblázatból megállapítható, hogy az ingerküszöb magasságok és az embolia óta eltelt idő nem mutat párhuzamot. Jellemző példaként H. J., 11 napos a. poplitea emboliás betegünket lehet említeni, akinek a placsony ingerküszöbértékei bátorítottak bennünket a recanalizáló műtetre, annak ellenére, hogy a végtag egyes területein már gangraena alakult ki. A műtét eredményes volt, a végtagot meg tudtuk tartani, az elhalt szövetek kilökődtek és az így keletkezett sebek másodlagosan gyógyultak. Két betegünkön nem tudtuk a végtag keringését rendezni (M. P., G. Gy.) az ischaemia progressiója miatt amputációt kellett végezni. Az ingerküszöb értékek fokozatosan emelkedtek és elérték az irreversibilisnek tekintett tartományt.

Összefoglalás. A szerzők új diagnosztikus eljárást ismertettek a végtagok ischaemiás károsodásának megítélésére. Derékszögű áramimpulzusokkal végeztek ingerküszöb meghatározást. Véleményük szerint, amíg az ingerküszöb érték 130–140 mA, 120 V alatt van, a keringés helyreállítására műtétet kell megkísérelni, függetlenül az érelzáródás helyétől és az eltelt időtől.

IRODALOM: 1. *Allbrook, D.:* J. Anat. 1962, 96, 137. — 2. *Arnulf, G.:* Mem. Acad. chir. 1949, 75, 727. — 3. *Arnulf, G.:* Lyon chir. 1955, 50, 823. — 4. *Axelsson, J.:* J. Physiol. (London) 1961, 158, 381. — 5. *Bálint P.:* Az élettan tankönyve. Medicina. 1963. Budapest. — 6. *Baló J.:* Általános Kóronctan. Szikra. 1948. Budapest. — 7. *Brock, R.:* J. Cardiovasc. Surg. 1962, 3, 39. — 8. *Char-dack, W. M., Gage, A. A., Greatbatch, W.:* Surgery. 1960, 48, 643. — 9. *Chassin, J. L.:* JAMA. 1965, 194, 845. — 10. *Cook, J., Ugnat, E., Llanes, P., Brunet, P., Beauballet, P., Crespo, L.:* Angiology. 1959, 10, 165. — 11. *Cranley, J. J., Krause, R. J., Strasser, E. S., Hafner, C. D., Fogarty,*

T. J.: Surgery. 1964, 55, 57. — 12. *Darling, R. C., Austen, W. G., Linton, R. R.:* S.G.O. 1967, 124, 106. — 13. *Dillon, J.:* Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 1955, 90, 409. — 14. *Fogarty, T. J., Cranley, J. J., Krause, R. J., Strasser, E. S.:* S.G.O. 1963, 116, 241. — 15. *Fogarty, J. T., Cranley, J. J.:* Ann. Surg. 1965, 161, 325. — 16. *Fogarty, J. T.:* Személyes közlés. 1968. — 17. *Haimovici, H.:* Surgery. 1959, 46, 775. — 18. *Jurányi, R., Haberl, A.:* Z. ges. inn. Med. 1960, 15, 835. — 19. *Kovács A.:* A kísérletes orvostudomány vizsgáló módszerei. Akadémiai Kiadó, 1954. Budapest. — 20. *Krause, R. J., Cranley, J. J., Strasser, E. S., Hafner, C. D.:* Surgery. 1966, 59, 81. — 21. *Löblovics I.:* Orvosképzés. 1967, 42, 232. — 22. *Mautner, H. E.:* Arch. Phys. Med. and Rehab. 1956, 37, 286. — 23. *Olwin, J. H., Dye, W. S., Julian, O. C.:* AMA. Arch. Surg. 1953, 66, 480. — 24. *Palti, Y.:* J. Appl. Physiol. 1966, 21, 1619. — 25. *Rotschuh, K. E.:* Pflügers Arch. Phys. 1950, 252, 445. — 26. *Scully, R. E., Hughes, C. W.:* Am. J. Path. 1956, 32, 805. — 27. *Spencer, F. C., Eiseman, B.:* Surgery. 1964, 55, 64. — 28. *Stenger, R. J., Spiro, D., Scully, R. E., Shannon, J. M.:* Amer. J. Path. 1962, 40, 1. — 29. *Vas Gy.:* Magy. Seb. 1956, 9, 62. — 30. *Zoll, P. M.:* New Engl. J. Med. 1952, 247, 768.

INFECUNDIN

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL:

1 tabletta 2,5 mg norethynodrelt és 0,10 mg (100 gamma) mestranolt (methoxy-aethyniloestradiol) tartalmaz. Az Infecundin ovulációt gátló hormoncombinatio. Hatására a petefészekben a tüszőérés és a tüszőrepedés szünetel — az élettani cyclus helyébe mesterséges cyclus lép, amelynek végén — a tabletták szedésének abbahagyása után megvonásos vérzés jelentkezik. Fogamzásgátlás céljára és a hypophysis-ovarium rendszer működészavarán alapuló functionalis sterilitás, functionalis méhvérvzések, endometriosis kezelésére alkalmazható. Az Infecundin szedése a későbbi, kívánt terhességek létrejöttét nem gátolja, kiviselését károsan nem befolyásolja.

ADAGOLÁS:

A tabletták szedését első ízben a havivérzés ötödik napján kell elkezdni, függetlenül attól, hogy a vérzés tart-e még, vagy sem. A továbbiakban is mindennap egy tablettát kell bevenni, a még hátralevő 20 napon keresztül. tehát amíg a csomag tart. Ezt követően 7 nap (1 hét) szünetet kell tartani, ami után az újabb kúra elkezdhető. Az egyes kúrák kezdete tehát mindig a hét azonos napjára esik. Így a következő

3 hét tablettaszedés, 1 hét szünet, 3 hét tablettaszedés, 1 hét szünet stb.

MEGJEGYZÉS:

Rendelésének módját egészségügyi miniszteri rendelet szabályozza.

CSOMAGOLÁS:

21 tablettá

FORGALOMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

KLION

TABLETTA ÉS HÜVELYKÚP

ÖSSZETÉTEL:

1 tablettá 0,25 g 1—(2'-hydroxyaethyl)2-metil-5-nitroimidazol tartalmaz.

1 hüvelykúp 0,5 g 1—(2'-hydroxyaethyl)2-metil-5-nitroimidazol tartalmaz.

HATÁS:

A Klion a trichomoniasis és a Giardia lamblia fertőzések specifikuma. Hatása nemcsak helyileg, de szájon át adva is érvényesül, s így alkalmas a szervezetben bárhol megbúvó trichomonas flagelláták és Giardia lamblia kórokozók elpusztítására.

JAVALLAT:

Férfi és női húgy-ivarszervi trichomonas infestatio.
Giardia lamblia fertőzések.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS:

A trichomoniasisban szenvedő beteg házastársa, illetőleg szexuális partnere is fertőzöttnek tekintendő. Tartós gyógyulás csak mindkét fél egyidejű kezelésétől várható. A Klion adagja férfinél és nőnél egyaránt reggel-este 1—1 tablettá (250 mg) szájon át 10 napon keresztül.

A tablettát ajánlatos étkezés közben vagy étkezés után szétrágás nélkül lenyelni.

Nők egyidejűleg ugyancsak 10 napon keresztül, lefekvés előtt 1—1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.

Indokolt esetben a kúra megismételhető, a napi adag 3—4 tablettára is emelhető.

Giardia lamblia fertőzésben felnőtteknek 5 napon át naponként 2×2 tablettá.

| | | |
|--------------|------------------------|------------------|
| Gyermekeknek | 0—1 éves korig naponta | 2×1/2 tablettá |
| | 2—4 éves korig naponta | 2×1 tablettá |
| | 5—8 éves korig naponta | 2×1 1/2 tablettá |
| | 8 év felett naponta | 2×2 tablettá |

5 napon át étkezés után.

A kúra alatt a beteg alkoholt ne fogyasszon, nemi életet ne éljen.

MELLÉKHATÁSOK:

A Klion szedése általában panaszokat nem okoz.

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat.

Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

A Klion mint nitro derivatum enyhe leukopeniát is okozhat, ezért a vérkép ellenőrzése ajánlatos.

CSOMAGOLÁS:

20 tablettá fiolában
250 tablettá üvegben
10 hüvelykúp dobozban
100 hüvelykúp dobozban

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére történő rendelését külön rendelet szabályozza.

FORGALOMBA HOZZA:

A KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest, X.

Fővárosi János Kórház (igazgató: Takó József dr.), I. Belosztály (főorvos: Korányi András dr.)

Sulfanylurea-okozta hypoglykaemiás szövődmények

Halmos Tamás dr. és Korányi László dr.

Az orális antidiabetikus terapia több mint egy évtizedes tapasztalatra tekint vissza. A szer egyre kiterjedtebb alkalmazásával a nem egyszer fatalis kimenetelű hypoglykaemia is mind gyakrabban kerül észlelésre. Az elmúlt években osztályunkra is több ízben szállítottak orális antidiabetikum okozta eszméletlen hypoglykaemiás betegeket. Ez késztett bennünket arra, hogy a kérdést (részint az irodalom, részint saját tapasztalataink alapján) megvizsgáljuk, különös tekintettel az orális antidiabetikus kezelés javallataira.

A sulfanylureák alkalmazásának első éveiben viszonylag ritkán közöltek súlyos hypoglykaemiás reactiókat. Bendfeldt és Otto (1) írta le először. Strauzenberg és Haller (2) monográfiájukban még ritka szövődményként említik. Az azóta eltelt években a közölt esetek száma szinte áttekinthetetlen és valamennyi sulfonylurea származék alkalmazásakor leírtak ilyen tüneteket.

Az elmúlt években számos készítmény került therapiás alkalmazásra. Hatásmechanizmusuk ma sem teljesen tisztázott. Ismeretes, hogy hypoglykaemizáló hatásukhoz endogen insulin jelenléte feltétlenül szükséges. Vannak irodalmi adatok, melyek szerint a máj glikogen lebontását gátolják. Ismét mások a „kötött”-„szabad” insulin arányának eltolódására hívják fel a figyelmet (3, 4). Vizsgálták a szer glukose utilisatiót fokozó hatását, de értékelhető cukorasszimiláció fokozódást nem észleltek (5).

A therapiába általánosan bevezetett és ma is kiterjedten alkalmazott sulfanylurea származékok — mint a Carbutamid, Tolbutamid, Metahexamid, Chlorpropamid, Acetohexamid — közül Magyarországon csak az első három van forgalomban, Bucarban, Oterben, illetve Oradian néven. Fenti vegyületek anyagcseréje ismert (6, 7, 8, 9, 10), részletes ismertetése meghaladja e dolgozat kereteit.

Osztályunkon az elmúlt 10 év alatt számos alkalommal talákoztunk helyes vagy szükségtelenül alkalmazott orális antidiabetikus kezelés következtében kialakult, nem egyszer súlyos, vagy végzetes következménnyel járó hypoglykaemiás tünetcsoporttal (HT). Ezek hátterében mindig megtalálható az irodalomból már ismert egy vagy több praedisponáló tényező. Eseteink leírása ennek figyelembevételével történik. Hypoglykaemiás tünetcsoportra praedisponálnak:

1. Veseelégtelenség.
2. Insufficiens cerebrális keringés.
3. Májműködési zavar.
4. Hyperutilisatio.
5. Insulin hypoantagonismus.
6. Dysproteinaemia.
7. Egyéb potenciáló szerek.
8. Nem diabetesben alkalmazott sulfanylurea therapia.

A jobb áttekinthetőség érdekében betegeink laboratóriumi és vizsgálati eredményeit, illetve fontosabb therapiás adatait összefoglaló táblázatban mutatjuk be (1/a—1/b táblázat).

1/a. táblázat

| Vizsgálatok | 1. beteg | 2. beteg | 3. beteg | 4. beteg | 5. beteg | 6. beteg | 7. beteg |
|---------------------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Vizelet fajsúly | 1005—1009 | 1009 | 1002—1022 | 1004—1020 | 1003—1022 | 1002—1022 | 1002—1021 |
| Serum kreatinin (mg%) | 1,1 | 2,8 | 0,9 | 1,0 | 0,7 | 0,9 | 0,9 |
| Maradék nitrogén (mg%) | 52 | 92 | 29 | 32 | 31 | 23 | 26 |
| Clearance (kreatinin) ml | 60 | — | 101 | 8g | 87 | 121 | 112 |
| Májfunctió Se bi (mg%) | 0,9 | 1,1 | 0,8 | 12,8 | 1,3 | 0,8 | 0,9 |
| Thymol | neg | 1 | 1 | 6,2 | 12,4 | neg | neg |
| Aranysol | 1 | 0 | 0 | 5 | 6 | 0 | 0 |
| BSP retentio % | 5 | — | 0 | — | 41 | 0 | 0 |
| Serum összfehérje g% | 6,5 | 6,9 | 7,3 | 6,6 | 5,3 | 7,3 | 7,1 |
| albumin/globulin | 1,6 | 1,0 | 1,5 | 1,3 | 0,7 | 1,8 | 1,9 |
| Prothrombin szint % | 100 | — | 98 | 83 | 76 | 100 | 98 |
| Glukagon terhelés | 0' | — | 115 | 118 | 109 | 110 | — |
| (vércukor mg%) | 10' | — | 149 | 123 | 111 | 156 | — |
| 20' | — | — | 198 | 145 | 125 | 208 | — |
| 30' | — | — | 176 | 151 | 139 | 190 | — |
| 40 | — | — | 165 | 146 | 138 | 175 | — |
| 50' | — | — | 160 | 146 | 138 | 159 | — |
| 60' | — | — | 147 | 142 | 127 | 132 | — |
| „K” érték | 0,78 | — | 1,48 | 1,24 | 0,97 | 1,52 | — |
| Serum Jód (PBJ) gamma% | — | — | — | — | — | 2,18 | — |
| | — | — | 5,7 | — | — | 4,8 | 7,6 |
| Vérgáz analysis | — | — | 94 | — | — | — | — |
| SaO ₂ % | — | — | — | — | — | 98 | — |
| PaO ₂ Hgmm | — | — | 100 | — | — | 104 | — |
| pH | — | — | 7,4 | — | — | 7,42 | — |
| PaCo ₂ Hgmm | — | — | 38 | — | — | 29 | — |
| basis túlsúly meg/l | — | — | — 2,1 | — | — | —4,5 | — |
| puffer basis meg/l | — | — | — | — | — | 42 | — |
| standard bicarbonat meg/l | — | — | 21,1 | — | — | 20,4 | — |

| A beteg száma | A beteg kora | A beteg neme | A cukorbetegség | | A hypoglykaemiás coma alatt mért vércukor mg-%-ban | A hypoglykaemiás coma | | | | | Tartama | Kezelése | Maradványtünetek | |
|---------------|--------------|--------------|-----------------|-------------------------|--|----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------|--|--------------|---------------------------------------|---------------------------|-----------|
| | | | kezdete | kezelése | | sympathoadrenalis | tünetei | | | | | | | |
| | | | | | | | központi idegrendszeri | | | | | | | |
| | | | | | | | Cortex | Subcortex diecephalon | Mesen- cephalon | Hid | | | | Nyúltvelő |
| 1. | 79 é | nő | friss | Bucarbán összesen 4,5 g | 38 | temor, tachycardia izzadás | | tonusos görcsök, conjugal deviatio | | | 4 nap | 5% dextrose + steroid infusio | emolli-tio cerebri | |
| 2. | 61 é | nő | friss | Bucarbán összesen 2 g | 21 | | clonusos görcsök | tonusos görcsök Babinsky + | extensor spas- | mély coma, felületes légzés, hypothermia fénymerv pupillák | 48 óra | sevenal 5%-os dextrose, steroid | meghalt | |
| 3. | 70 é | nő | friss | Bucarbán összesen 7 g | 51 | izzadás, remegés, éhség | eszméletvesztés | clonusos görcsök mydriasis | | | 16 óra | 25,2 gr dextrose iv. + 5%-os dextrose | nincs | |
| 4. | 65 é | ffi | 4 éve | Oradian 2 x 0,2 g | 45 | izzadás, gyengeség | aluszékony-ság, desori-entált | | | | 2 óra | 5%-os dextrose inf. | meghalt M. Hodg-kin nincs | |
| 5. | 69 é | nő | 3 hó- napja | Bucarbán 2 x 0,5 g | 40 | izzadás | eszméletvesztés | clonusos görcsök | | | 12 óra | 5%-os dextrose | nincs | |
| 6. | 58 é | ffi | 2 éve | Bucarbán 2 x 0,5 g | 59 | éhség, izzadás, | desorientált-ság | | | | rögtön szünt | 25,2 gr dextrose | nincs | |
| 7. | 63 é | nő | nem | BZ 55 4,5 g | 38 | izzadás | eszméletvesztés | clonusos görcsök | | | 16 óra | 5%-os dextrose steroid infusio | nincs | |

1. csoport: Veseelégtelenség

1. betegünket nagymértékű szomjazás, szájszárazság, polyuria miatt vettük fel osztályunkra. A bejövételkor észlelt 25–30 g/24 óra cukorürítés, a 183 mg⁰/₀ éhgyomri vércukorérték kizárólag cukormentes, 150 g szénhidrát, 70 g fehérje és 40 g zsír tartalmú étrenden jelentős változást nem mutatott. A vese megromlott functionalis állapotára utaló laboratóriumi értékek miatt, a Bucarbán kezelést csökkentett adaggal — lökés formájában — kezdtük meg (4, 3, 2, stb.). A kezelés harmadik napján 4,5 g Bucarbán bevétele után típusos hypoglykaemiás állapot alakult ki és a bevezetett tartós 5⁰/₀-os cukorinfusio és steroid kezelés ellenére 4 napig intermittálón napi 2–3 alkalommal jelentkezett. A HT megszűnése után a beteg tartósan zavart maradt, jobb oldali göctünetekkel, haemiparesissel. Ezek létrejöttét a hosszan tartó, ismétlődő comák alatt kialakult emolliatiókkal magyaráztuk. A kialakult tünetegyüttes részben a beszűkült vesefunkciók (1. táblázat) következtében tartósan a keringésben maradt szer prolóngált hatásával, részben a már eleve kifejezett scleroticus agyi keringés praedispositiójával magyarázható. Tekintettel a megelőző súlyos hypoglykaemiás rosszullétre, a beteg szénhidrát-anyagcseréjének egyensúlyban tartásához később napi 16 E zinkprotamin insulint használtunk.

Az irodalomban számos esetet közöltek (11, 12, 13), ahol a HT létrejöttéért elsősorban a megromlott kiválasztás tehető felelőssé. Ueda és mtsai (14) a tolbutamid felezési idejét, vérszintjét vizsgálva azt találták, hogy rossz vesefunkciók mellett a felezési idő (T¹/₂) a maradéknitrogén növekedésével és a glomerulus filtratio (GFR) csökkenésével nő. Ha a maradéknitrogén 59–89 mg⁰/₀-ra emelkedik, a T¹/₂ már 5,9–9,3 óra, 100 mg⁰/₀-os maradéknitrogén értékenél, amikor a GFR 10 ml alatt van, a T¹/₂ már 26 óra. A normális 0–0,6 mg⁰/₀-os tolbutamid szint helyett a szer beadása után 24 órával 3,5–5,5 mg⁰/₀-os serum tolbutamid szintet találtak. Egy időben végzett vércukorvizsgálatok során ugyanakkor azt is megfigyelték, hogy az arteriális vércu-

kor szint a magas tolbutamid koncentráció ellenére is, viszonylag hamar emelkedik. Ez a jó „adaptív” válasznak megfelelő reactio (1. később) nincs szoros korrelációban a vesefunkciók megromlásával.

2. beteg. A régi fibrocirrhoticus tüdőfolyamattal specifikus osztályon kezelt, friss cukorbeteg Bucarbán-lökés kezelésben részesítettek. Négy tabletta bevétele után 10–12 órával M. sacerre jellemző konvulsiók alakultak ki, tudatzavar kíséretében. A bevezetett anti-convulsiv therapia sikertelensége, valamint az időközben meghatározott vércukorérték extrem alacsony (21 mg⁰/₀) szintje miatt, dextrose, steroid medicatiót kezdtünk meg. A kezelés ellenére, a beteg állapota tovább romlott, tonusos-clonusos görcsök, majd extensor spasmus, mély coma alakult ki, felületes légzés, bradycardia, hypothermia, fénymerv pupillák mellett. A beteg 48 órával az első tünetek jelentkezése után meghalt. Sectiós lelete mindkét oldali vesegümőkört mutatott. Míg a bal vesében csak a kéregben és a felső kelyhekben találtak macroscoposan észlelhető caseosus, illetve ulcerocaseosus elváltozásokat, addig a jobb vese parenchyma csaknem teljesen tönkrement, a pyramisok helyét sajtos massa foglalta el. A HT kialakulásáért — véleményünk szerint — a kifejezetten megromlott vesefunkciók tehető felelőssé. Az eszméletlen állapotban mért serum creatinin 2,8 mg⁰/₀, a maradéknitrogén pedig 92 mg⁰/₀ volt. Az oki kezelés ké- sése a folyamatot irreversibilissé tette.

2. csoport: Cerebrovascularis insufficiencia

3. betegünket már eszméletlen állapotban szállították osztályunkra. Kezelő orvosa elmondja, hogy ambulans ismételt magasabbnak talált 150 mg⁰/₀ feletti vércukor értékek miatt — megítélésünk szerint nem kelló indicatio alapján — orális anti-diabetikus kezelést kezdett meg, lökés formában. Öt tablettáról indulva, összmenyiségben 7 g Bucarbant kapott. Tekintettel az anamnesisre, a bejövételkor mért 51 mg⁰/₀-os vércukor értékre, iv. dextroset (2,25), majd 5⁰/₀-os dextrose infusiót kapott. Ezt követően 16 óra múlva teljesen tünetmentessé vált. A későbbiek folyamán elvégzett vizsgálatok az előrehaladott cerebrosclosison kívül egyéb praedisponáló tényezőre nem utaltak.

Olyan tünetcsoport létrejöttkor, mint a HT, mely az esetek nagyrésztében mint agyi hypoxiás tünet jelentkezik, a sebezhető ischaemiás areák jelenlétének fontosságát nem lehet háttérbe szorítani. Meyer és Portnoy (15) majmok és kutyák arteria cerebri mediaját beszűkítették és ezeknél az állatoknál a provokált hypoglykaemia tünetei mindig a relatív hypoxiás területnek megfelelő göctünetekkel, haemiplegiával jelentkeztek. E tünetek iv. cukor adásával azonnal megszüntethetők voltak. Green (16) tolbutamiddal provokálta és EEG-vel regisztrálta a hypoxiás agyi göcöket. A cerebrális keringés károsodása, a rossz oxygen felhasználás már relatív hypoglykaemia esetén is súlyos hypoxiává, anoxiává alakul át. Olyan szervnél, melynek energiaszükséglete csaknem kizárólag szénhidrát égetésből származik, súlyos dysfunctió tünetek jönnek létre, ha akár az oxydatív metabolismus substratuma csökken, akár a helyi hypoxia fokozódik. Az agysejtek működése szempontjából tehát nem a vércukor szint, hanem a sejt cukor-utílisatiója a döntő. Természetesen, ha ezen állapot tartósan fennmarad, vagy újabb kedvezőtlen tényezők jelentkeznek (pl. vérnyomásesés) az elváltozások irreversibilissé válnak és maradványtünetek alakulnak ki. Ezt láthattuk két első esetünkben. Számos tényező szerepel azonban még e hypoxiás hypoglykaemiás tünetcsoport létrejöttében. A vércukor enyhe esésekor is emelkedhet már a vér adrenalin szintje, ez pedig gátolja a peripheriás felhasználást, a glukose-6 foszfat aktiválásával és a glykokinase gátlásával (17). Így az ephinephrin hatására a cukor agyi asszimilációja tovább romlik, tünetek súlyosbodnak. Így válnak érthetővé mind a magas vércukor értékek mellett bekövetkező polymorph neurológiai tünetekkel járó HT-k, mind az alacsony vércukor értékekkel járó állapotok, melyeket viszont nem kísérnek a cerebrális malfunctio tünetei.

3. csoport: Májműködési zavar

4. beteg. Régóta diabeteses férfi, aki már évek óta napi 2 tbl. (0,2) Oradiánt szed. Aglycosuriás, éhomi vércukor értékei 110 és 140 mg⁰/₁₀₀ között ingadoztak. Aluszekony desorientált állapotban szállítják osztályunkra. Bőre sárga. Először hepatargiás comára gondoltunk, azonban a bejövetele alacsony vércukorérték, valamint a terapiásan adott 5⁰/₁₀₀-os dextrose oldat (mely pár óra alatt a tudat rendezettségét eredményezte) hatásossága, HT fennállását igazolta. A későbbiekben elvégzett vizsgálatok elzáródásos sárgaságra utalnak. A próba-laparotomia izolált hasi Hodgkin-kórt állapított meg, mely a mechanikus elzáródást okozta. Az elvégzett nyirokcsomó-biopsia, melyet a májkapuban helyet foglaló megnagyobbodott nyirokcsomóból készítettek, a megszokott nyirokcsomó szerkezet helyett proliferáló reticulusejt szaporulatot mutatott, melyek között néhány Sternberg-typusú óriássejt is felismerhető volt. Az állomány eosinophil sejtekkel beszűrt, a sejtes proliferációt némi rostképződés kísérte. Az ugyanakkor elvégzett májbiopsia szöveti lelete a májsejtekben epepigment felhalmozódást mutatott, az epével kitöltött mérsékelt kiszélesedett portobiliaris mezők és epeutak mellett. Környezetük mérsékelt kereksejtekkel infiltrált. Lymphogranulomatosisra utaló szöveti elváltozás a májunctatumban nem volt. A beteg a későbbiek folyamán alapbetegségében halt meg, másfél évvel a palliatív műtét után. Szénhidrát-anyagcseréje haláláig kizárólag diétás megszorítással egyensúlyban maradt.

Tekintettel arra, hogy a beteg megelőzően éveken át panaszmentesen Oradiánt szedett, és aluszékonnyá, illetve hypoglykaemiássá a besárgulást követő 16-ik napon vált, a HT létrejöttében elsősorban az epepangás következtében kialakult májlaciósionak tulajdonítunk oki szerepet. Ueda már említett vizsgálatai alkalmával, májbetegek esetében a tolbutamid felezési idejét 11,2 órára látta megnyúlni 1,2—2,5 mg⁰/₁₀₀-os tolbutamid szint mellett. Cirrhoticusoknál a persistáló hypoglykaemia nem a tolbutamid felezési idejének megnyúlása miatt, hanem a glykose mobilisatio zavara következtében áll fenn. Az „adaptatio” rossz: lassú, elhúzódó és elégtelen. Májbetegekben nemcsak a sulfanylureákre adott post-hypoglykaemiás adaptatio gyenge, de az iv. glukagonra adott válasz is nagymértékben csökken (18). A glukagon a májglykogen mobilisatiót befolyásolja, a máj phosphorilase aktiválásával. Ilyen meggondolás alapján alkalmaztuk mi is az iv. glukagon próbát, hogy a máj glykogen tartalékáról és annak mozgathatóságáról felvilágosítást nyerjünk (19). Cohn (20) normális esetben az első 20 perc alatt legalább 90⁰/₁₀₀-os vércukoremelkedést írt le, mely májbetegekben kifejezetten csökkent és később jelentkezik.

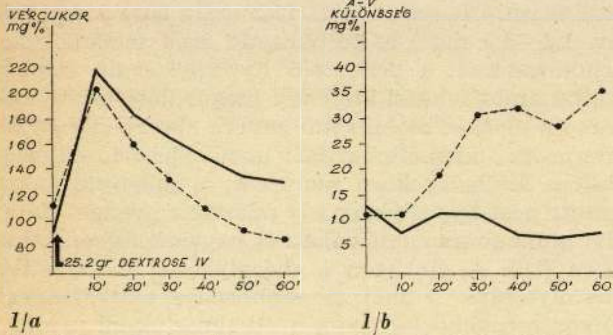
5. beteg. Az idős nöbeteget három hónapja fenn tartó Carbutamid kezelésre állították be, megelőzően mért 180 mg⁰/₁₀₀-os vércukor érték alapján. Osztályunkra tonusos-clonusos görcsök, nedves bőr tüneteivel, eszméletlen állapotban került. Hozzá tartozó elmondása szerint eszméletvesztését megelőzően a beteg gyengeségről, erős izzadásról panaszkodott. Táblázatunk adataiból látható, hogy vizsgálataink alkalmával előrehaladott májkárosodást találtunk. A nagyobb, kissé egyenetlen felszínű, tömött tapintatú máj, hypoproteinemia, pozitív májműködési próbák, emelkedett bromthalein retentio, az iv. glukagonra adott renyhe, késői válasz egyaránt a máj káros functiója mellett szólt. A később elvégzett tolbutamid provokáció után, a bejövetelehez mindenben hasonló állapot lépett fel. Ekkor a glukagon adására a vércukor szint alig emelkedett. Ez a máj rossz adaptatiós készségére és a glykogen rezerv kimerülésére, illetve csökkenésére mutatott.

4. csoport: Hyperutilisatio

6. betegünk 58 éves férfi, két éve szed megszaki-tás nélkül napi 1 g Bucarbant. A beteget osztályunkon állítottuk be fenti kezelésre. Magasabb vércukor értékei és kistökü glykosuriája (180/210 mg⁰/₁₀₀-os éhomi vércukor és 15—20 g/24 óra cukorürítés) és a megkísérelt, kizárólag diétás kezelés sikertelensége miatt. Jelenleg nagy fizikai megterhelést követően kialakult izzadás, éhségérzet, remegés miatt kereste fel osztályunkat. A bejövetelekor észlelt alacsony vércukor érték és a terapiásan adott dextrose jó hatása, a felvetett HT lehetőségét igazolta. Elképzelésünk szerint ui. a fizikai megterheléstől teljesen elszokott, szellemi munkával foglalkozó beteg, a fokozott terhelés okozta gyorsult felhasználás következtében, relatív szénhidrát hiányban szenvedett. Elképzelésünk igazolására elvégeztük az iv. dextrose terhelést mind nyugalomban, mind erős fizikai megterhelés közben, és igen kifejezett arteriovenosus vércukor különbség növekedést kaptunk (1. ábra). Emelkedett a cukor asszimilatio, a K érték növekedésével együtt. A beteg a munkakísérletkor a bejövetelehez hasonló rosszulletet jelzett (vércukor: 62 mg⁰/₁₀₀).

Bár az irodalomban ismertettek olyan eseteket, amikor sportolónál verseny, illetve edzés alatt — hypoglykaemiás tüneteket nem okozó — rendkívül alacsony vércukor értékeket mértek, esetünk értékelésére

mégis csak a hyperutilisatio és relatív szénhidrát hiány lehetősége maradt. A HT-t ismételten reprodukálni tudtuk, az első rosszullétet megelőző körülmények biztosításával. A későbbiek folyamán a beteg már cukormentes, 150 g szénhidrátot tartalmazó étrenden aglykosuriás maradt, vércukor értékei 110–160 mg⁰/₁₀₀ között ingadoztak.



1/a. ábra. A 6. sz. beteg iv. cukorterhelési görbéje. A folytonos vonal nyugalomban, a szaggatott vonal a fizikai terhelés közben elvégzett cukorterhelés eredményét mutatja.

1/b. ábra. Az egyidőben meghatározott arteriális és vénás vércukor szintek közötti különbség nyugalomban és terhelés közben.

5. csoport: Insulin hypoantagonismus

A kontrainsularis hormonok csökkent működésével magyarázható — hosszú ideje sulfanylureát szedő betegeknek — a stress hatására fellépő hypoglykaemiás coma — ez, akárcsak a mellékvese-irtott állatoknál — a csökkent corticoid elválasztás miatt jön létre (21).

6. csoport: Dysproteinaemia

Egyes irodalmi adatok (1) a HT kiválasztásában dysproteinaemiás állapotoknak is jelentőséget tulajdonítanak, a kóros fehérjékhez kötött aktív hypoglykaemizáló anyag nehezített kiválasztása révén.

7. csoport: Potentiáló szerek

Számos anyagról mutatták ki, hogy potenciáló szerepük van sulfanylurea kiváltotta hypoglykaemiákban. Stowers (22) már 1959-ben leírta a salicylatok ilyen hatását, ezt a megfigyelést hasonló hatású szerek egész sorának felismerése követte. Észrevették, hogy egyes, a tolbutamidhoz hasonlóan a serum albuminhoz kötődő anyagok, pl. a phenylbutazon, sulphaphenazole erős synergistikus hatásúak. Ennek magyarázata, hogy a tolbutamid a vérben részben kötött, részben szabad, diffusibilis formában van jelen és ez utóbbi a pharmacologiailag activ rész. Az albuminhoz kötődő említett vegyületek esetében, competiőról lehet szó. Együttes adásukkor a szabad tolbutamid szint megnő (23, 24, 25, 26). Hasonló növekedést észleltek salicylatok adásakor is. Phenylbutazon, valamint probenicid adásakor a tolbutamid felezési idejét is megnyúltak találták (6–6½ óráig), mely felhívja a figyelmet a lassult kiürülés, a renalis tubularis transport szerepére is. A sulphaphenasole és a Rheopyrin pyrazol gyűrűt tartalmaznak, azonban számos vegyület ismernek hasonló szerkezeti tulajdonsággal, me-

lyeknek nincsen az előbb említett potenciáló hatásuk. Még bonyolultabbá teszi a kérdést, hogy egyes vegyületek, mint a sulphadimetoxine (Madribon) is növeli a szabad diffusibilis tolbutamid szintet és még sincs potenciáló hatással az orális antidiabetikumokra.

Néhány aminosav mint az L-leucin, a sulfanylureákkal együtt szintén okozhatnak hypoglykaemiát (27). Az L-leucin adagolása után a serum insulinszerű aktivitása nő meg. Floyd és Fajans (28 cit.) szerint ez fiziológias reactio és csak idiopathiás leucin érzékeny gyerekeknél, pancreas tumoroknál és sulfanylurea adása után észlelhető fokozott, már hypoglykaemiát okozó formában. Leírtak potenciáló hatást egyes monoaminooxydase bénítókkel is, mint pl. a mebanasine. Ez a szer a dopa decarboxylase és a dopamin-alpha-hydroxylase gátlása révén a catecholamin anyagcserében játszik lényeges szerepet, melynek jelentőségére a glykogenolysis folyamatában nem kell külön kitérni (29).

8. csoport: Nem diabetesben adott sulfanylurea kezelés

Cohen (30) 1959-ben jó eredményekről számol be az acne vulgaris és a staphyloderma tolbutamid kezelésével kapcsolatban. Ideggyógyászok (31, 32) megfigyelték, hogy a paralysis agitansban javult a tremor, csökkent a rigiditás. Sawyer a sclerosis multiplex terapiájában vél hasznos segítőre lelteni a gyógyszerekben. Az így kiterjesztett indicatiós terület beszűkítését eredményezte a nem várt HT-k megszorodása (33, 34). Ugyancsak a nem megfelelő indicatio és a kísérletes eredmények túlértékelése okozta a hyperthyreosis kezelésében bevezetett carbutamid terapiát. Megfigyelték, hogy napi 2 g feletti adag szedése után csökkent a jódfelvétel; a serum jódszint és az alapanyagcsere (35).

7. beteg. Osztályunkon hasonló elképzelésen alapult annak az 55 éves nőnek a kezelése, akit hyperthyreosisal vettünk fel. A nem diabeteses beteg 4,5 g BZ-55 (későbbi nevén Bucarban) bevétele után vált eszméletlenné, clonusos görcsök alakultak ki. Az ismételt cukor adásra a beteg állapota csak átmenetileg rendeződött, valószínűleg azért, mert a régóta hyperthyreoticus betegben már relatív hypocorticismus keletkezett. Ezen elgondolás alapján kezdődött el a steroidok adagolása, mely után gyors és tartós javulás következett be, 16 óra múlva megszűnt a HT maradék tünet nélkül (36).

Átgondolva fent ismertetett beteganyagunkat, lényegében különböző praedisponáló tényezők következtében létrejött — kellő óvatossággal elkerülhető — hypoglykaemiákról volt szó. Ez szükségessé teszi az elmúlt 12 év alatt széles körben elterjedt orális antidiabetikus kezelés indicióinak felülvizsgálatát, mert a helytelen kezelés súlyos következményekkel járhat.

Átvizsgálva osztályunk múlt évi sulfanylureával kezelt beteganyagát, azt találtuk, hogy az esetek 19%-a kapott szükségtelenül ilyen gyógyszert és elhagyásuk után kizárólag diétás kezeléssel — az ismételten elvégzett kontroll vizsgálatok bizonyossága szerint — cukoranyagcseréjük egyensúlyban

maradt. Osztályunk keretei között működő Észak-Budai Diabetes Szakkonzílium tapasztalatai alapján is állíthatjuk, hogy kizárólag diétás kezelést a területen nem szívesen alkalmaznak. Ennek oka, hogy az idősebb cukorbeteg a szükséges diétát nem mindig tartják be s az orvos biztonságosabbnak ítéli, ha betegeit egyidejű tablettás kezelésre is beállítja. Kényelmi szempontok nem lehetnek a tablettás kezelés javallatai, annál is inkább, mert a betegeket szükségtelenül veszélynek tehetjük ki és emellett az orális kezelés semmiképpen sem helyettesítheti a mennyiségi diétát. E fenti tényezők teszik szükségessé a javallat megszorítását és a rászoruló betegek igen alapos átvizsgálását, máj, vese, illetve az agyi keringési functionalis állapotát illetően.

Az értékelés tükrében felmerül, helyes-e a sematikus alkalmazott „lökés” terapia, főleg olyan esetekben, ahol az előbb említett szervek károsodására utaló gyanújelek vannak, vagy helyesebb-e azonnal kis adagú fenntartó kezelést bevezetni? Mi, főleg 60 éven felüli betegeknél, mindenképpen az utóbbit tartjuk helyesnek. Az alapos körültekintés után elkezdett kezelés közben az első időszakban indokolt a beteg gyakoribb ellenőrzése. Bizonyosak vagyunk abban, hogy a ma még sulfanylureát szedő betegek nem kis százaléka cukormentes étrenden, szénhidrát megszorítás mellett, anyagcsereegyensúlyban maradna. Véleményünk szerint az orális antidiabeticumok indiciós területét feltétlenül szűkíteni kell, elsősorban idősebb betegeknél.

Függelék

Vizsgálataink során a glukagon próbához 1 mg iv. (Lilly) Glukagont használtunk. A szer beadása után 10 perccel vettük le a vért a karvénából, összesen hat alkalommal.

A „K” értéket iv. adott 25,2 g dextrose adása után határoztuk meg 10 perccel levett vénás vérből. A kapott vércukor értékek semilogaritmusos ábrázolása után:

$$K = \frac{\log A - \log y}{t}$$

képlet alapján számítottuk ki, ahol A = a görbe és a függőleges tengely metszéspontja, y = a t időhöz tartozó vércukor értékek log -a. A számítás alapján a K érték a cukor eltűnésének a mutatója.

Összefoglalás. Szerzők véleménye szerint a diabetesesek egy részének sulfanylureákkal való kezelése indokolatlan különösen idős betegek „lökés” terapiáját tartják veszélyesnek is helytelennek.

IRODALOM: 1. Benfeldt, E., Otto, H.: Münch. Med. Wschr. 1956, 98, 1136. — 2. Strauzenberg, S. E., Haller, H.: Perorale Diabetestherapie. 1959. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. — 3. Káldor A.: Kandidátusi Dissertatio. 1966. — 4. Hasselblatt, A., Schmiato, J.: Klin. Wschr. 1961, 39, 910. — 5. Craig, J. W.: Diabetes. 1958, 7, 267. — 6. Rull, J. A.: Diabetes. 1967, 16, 352. — 7. Bergmann, H.: Acta Med. Scand. 1965, 177, 3, 287. — 8. Spurny, O. M.: Arch. Int. Med. 1965, 115, 52. — 9. Root, M. A.: J. Pharmacol. 1967, 119, 468. — 10. Adami E.: Minerva Med. 1958, 49, 1466. — 11. Cherner, R. és mtsai: JAMA. 1963, 185, 169. — 12. Cushman, O.: Amer. J. Med. 1963, 35, 169. — 13. Rothfeld, E.: Arch. Intern. Med. 1965, 115, 468. — 14. Ueda, H. és mtsai: Diabetes. 1963, 12, 414. — 15. Meyer, J. S., Portnoy, H. D.: Neurology. 1958, 8, 601. — 16. Green, J. B.: Neurology. 1963, 13, 192. — 17. Williams, R. H.: Diabetes mellitus. 1960. P. B. Hoeber Inc. New York. — 18. Kibler, R. F.: Clin. Res. Proc. 1953, 1, 109. — 19. Sutherland, E. W.: J. Biol. Chem. 1948, 172, 737. — 20. Cohn, H. J.: J. Klin. Endocr. and Metab. 1964, 24, 28. — 21. Busgen, E.: Med. Klin. 1956, 51, 1224. — 22. Stowers, J. M.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1959, 74, 689. — 23. Christensen, L. K.: Lancet. 1963, 2, 1298. — 24. Wishinsky, H.: Diabetes. suppl. 1962, 18. — 25. Scholtan, W.: Arzneimittelforsch. 1961, 11, 707. — 26. Gesztesi T.: Orv. Hetil. 1963, 104, 1934. — 27. Danowski, T. S.: Metabolism. 1962, 11, 556. — 28. Grant, D. R.: Arch. Dis. Childr. 1968, 43, 227, 69. — 29. Barret, A. M.: J. Pharmacol. 1965, 17, 19. — 30. Cohen, J. L.: Canad. Med. Ass. J. 1959, 80, 629. — 31. Gates, E. W.: JAMA. 1960, 172, 1351. — 32. Sawyer, G. T.: JAMA. 1960, 174, 470. — 33. Schwartz, J. F.: JAMA. 1961, 176 106. — 34. Cherner, R.: JAMA. 1963, 185, 883. — 35. Mac Gavack: Diabetes. 1957, 6, 45. — 36. Halmos T., Kozma Gy.: Orv. Hetil. 1961, 102, 79.

Ferró B. Kloramin

benzolszulfó
kloraminnátrium

Vizes oldatban használandó:
1 l vízben 100 g Ferro-B-Kloramint feloldani és ebből a törzsoldatból; mosogatáshoz, kézfertőtlenítéshez és minden olyan esetben, mikor nincs fokozott töménységre szükség, 1 vödör vízbe elég 1 dl törzsoldat.

NAGYHATÁSÚ FERTŐTLENÍTŐSZER

60,— Ft (1 kg-os kiszerelésben)

53,25 Ft/kg-os (lose) fogyasztói áron kapható

Szennyes ruhához, műanyagok, szennyezett felületek lemosásához egy vödörben 1 liter törzsoldatot hígítunk 9 liter vízben.

MEGRENDELHETŐ:

FERROKÉMIA KTSZ, Bp. XIII., Országbíró u. 68.

HALOPERIDOL

inj. tabl. csepp.

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg 4-/p-chlorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl-piperidin-4-ol-t

1 tableta 1,5 mg 4-/p-chlorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl-piperidin-4-ol-t

az oldat (10 ml) üvegenként 20 mg (10 csepp = 1 mg) 4-/p-chlorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl-piperidin-4-ol-t tartalmaz.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, mely motoros és psychés agitációval jár, mánia, paranoidhallucinatoros kórképek, agitált depressió, erethikus oligophrenia és epileptiformis psychosisok, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az oralis adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio).

Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan. Az átlagos oralis napi adag 2—4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5—10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6—15 éves korig a felnőtt dózis fele. Krónikus hányásban általában 2 × 10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig történő kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia, vagy egyéb parkinson-szerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spon-tán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekekkel kupírozhatók.

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS terhére idegszakrendelések, ideggondozók szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi stb. orvosok csak idegszakrendelés (ideggondozó, fekvőbeteggyógyintézeti elmeidegosztály) javaslatára rendelhetik.

FORGALOMBA KERÜL:

| | |
|---------------------------|-----------|
| 5 × 1 ml-es ampulla .. | 14,70 Ft |
| 50 × 1 ml-es ampulla .. | 123,90 Ft |
| 50 tableta | 13,70 Ft |
| 250 tableta | 58,30 Ft |
| 1 × 10 ml-es üveg solutio | 17,20 Ft |

**Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár
Budapest, X.**

Komlói Városi Tanács kórháza

Ollier-féle osteochondromatosis

Pálvölgyi László dr. és Laczaq András dr.

1899-ben Ollier ismertetett dyschondroplasia néven egy kórképet, melyet a csont- és ízületi betegségek röntgentüneteivel foglalkozó könyvében Deák (2) a következőképpen jellemzett: „A multiplex, expansiv cysticus elváltozásoknak jellegzetes, de nagyon ritka megjelenési formája a chondromatosis (Ollier-betegség, multiplex enchondromatosis, dyschondromatosis, chondralis dysplasia), egy rendszerbetegség, mely számos chondroma képződésével és különböző mérvű növekedészavarral jár”. Ezen ritka képeket szövettanilag a csont állományán belül kisebb-nagyobb kiterjedésben elhelyezkedő hyalin porcszigetek jellemzik, melyek esetenként a növekedési porc vonalából vagy a subperiostealis rétegből indulnak ki. Röntgenképen általában éles kontúrú, cystás, több rekeszes, habos szerkezetet mutató, a csontállományt felfűvő, a corticalist kisebb-nagyobb mértékben elvékonyító, ritkán destruáló felritkulásokat látunk, melyek megfelelnek a normális csontállomány között helyet foglaló sugáráteresztőbb porcos állománynak.

A szövettanilag is, röntgenképen is benignus képet mutató elváltozás a beteg számára a következő veszélyeket rejti magában:

1. pathológiás törés lehetősége,
2. megterhelés hatására lassan kialakuló deformitás,
3. nem ritkán malignus, chondro-osteosarcomás elfajulás.

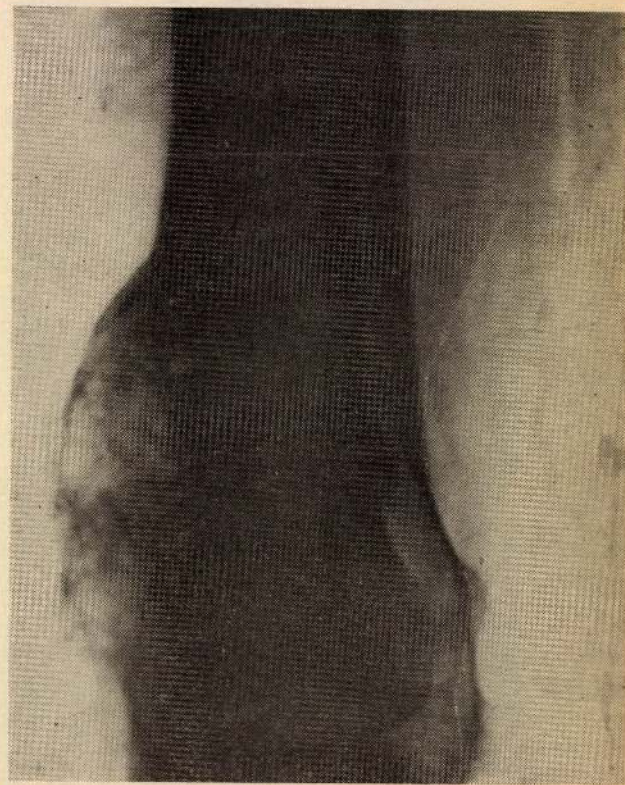
Az azonos szöveti és röntgenképi jellegzetességeket mutató elváltozások elhelyezkedése szerint az osteochondromatosisoknak a következő öt csoportját szokás elkülöníteni:

1. akroform, az ujjakon, láb- és kézközépcsonton lokalizálódó, aránylag gyakoribb változat;
2. úgynevezett sugaras forma, ahol a chondromák elhelyezkedése a felső végtagon a radialis vagy ulnaris „sugár” irányában, az alsó végtagon tibialis vagy fibularis csoportosulásban észlelhető;
3. az Ollier-féle féloldali forma. Ritkább változat. Jellegzetessége, hogy a chondromák csak az egyik testfélen mutathatók ki, többnyire kisebb-nagyobb kiterjedésben a végtagokon, medencén, bordákon. Az érintett oldalon általában kisebb-nagyobb mértékű növekedészavar észlelhető. A másik oldalon a csontozat teljesen normális képet mutat;
4. oligotop, csak egy vagy néhány csonton manifestálódó forma;
5. generalizált, rendszer nélkül a csontrendszer sok helyén fellépő chondromatosis.

A betegség eredetét geneticusnak tekintik. A hereditaer jelleg egyes esetekben kimutatható,

többnyire azonban semminemű familiáris összefüggés nem igazolható. Bizonyos rokonságot tételeznek fel az osteochondromatosis, a cartilaginaer exostosis és a fibrosus dysplasiák között, az eredet és az összefüggés kérdése azonban korántsem tisztázott. Hazai irodalmunkban a közelmúltban Györgyi és Molitorisz (6) foglalkozott a dyschondroplasiákkal, s eseteik között egy típusos Ollier-betegségnek megfelelő is szerepel. Róka és Nagy (7, 8) generalizált osteochondromatosisot ismertetett. Többet foglalkoztak a rokon ízületi osteochondromatosisissal (1, 4, 10). Ritkasága miatt közlésre érdemesnek tartjuk alábbi esetünket.

K. I.-né, 41 éves nőbeteget körzeti orvosa három hónapja tartó jobb lábszárfájdalom és -duzzanat miatt küldte kórházunkba thrombophlebitis diagnózissal. Anamnesisében elmondja, hogy apja szív-, anyja tüdőbetegségben halt meg. Magának gyermekkorában mumpszon kívül említésre méltó betegsége nem volt. Kisgyermekkorában mindkét lábszára egyforma egyenes volt, majd jobb lábszárán a felső harmadban előre és laterál felé irányuló, az évek során lassan fokozódó görbület alakult ki. Emiatt 20 éves korában más intézetben korrigáló osteotomiát végeztek. Azóta lábszára egyenes, de kissé rövidebb a bal oldalnál. Az annak-

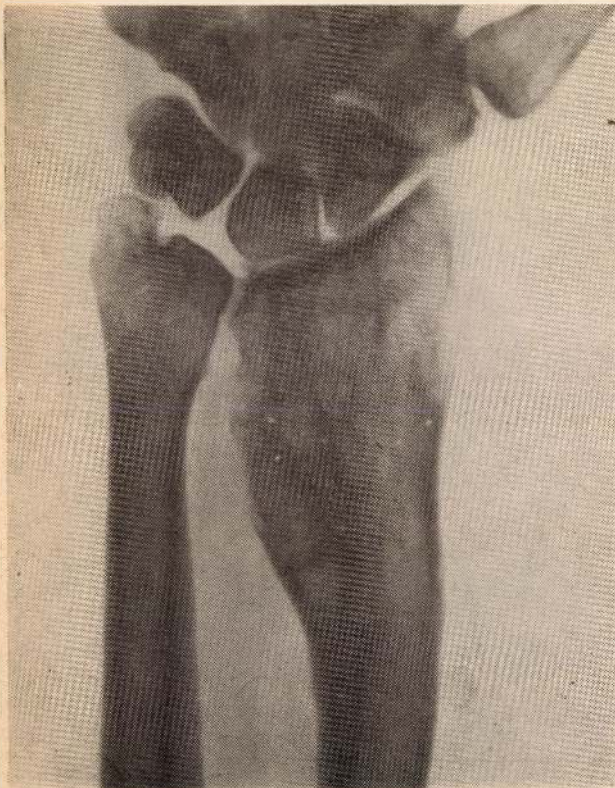


1. ábra.



2. ábra.

idején végzett műtéttel kapcsolatban semmiféle írásos dokumentummal nem rendelkezik, és kórtörténeti adatokat beszerezni nem tudtunk. Azóta férjhez ment, három szövődménymentes születe volt.



3. ábra.

Statusából említésre méltó: a jobb lábszáron régi műtéti heg, a lábszár duzzadt, kissé vörhenyes-lividen elszíneződött. Cor balra két harántujjal nagyobb, a csúson systolés zörej. Vérnyomás 200/130 Hgmm.

Somatometriás adatai: testmagasság 150 cm. Spina iliaca ant. sup.—belboka távolság j. o. 75 cm, b. o. 78 cm. Köldök—belboka távolság j. o. 83 cm, b. o. 86 cm. Acromion—csukló távolság j. o. 49 cm, b. o. 50 cm.

Laboratóriumi leletei említésre méltó eltérést nem mutatnak, a serum Na, K, Ca, P, valamint az alkalikus és acid phosphatase aktivitás értékei normálisak. Vizelet és vérkép említésre méltó eltérés nélkül, vese-funkció kifogástalan.

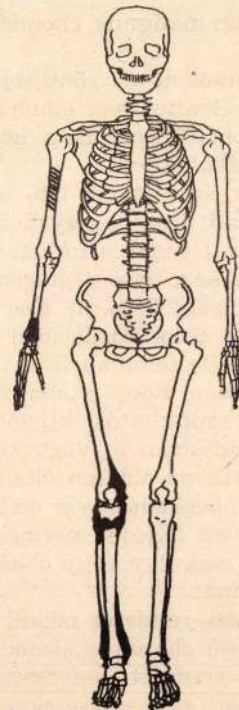
A csontrendszeréről készített röntgenfelvételeken a következőket láttuk. A jobb tibia distalis harmadában a corticalis medial és ventral felé felfúvó és kiboltsító, jókora mandulányi, habos szerkezetű elváltozás látszik (1. ábra). A felritkulást fedő corticalis elvékonyodott, de éles kontúrú. Periostealis reactio vagy környezeti lágyrészelváltozás nem látszik, a felritkulást a tibia felé normalis spongiosastructura határolja. Hasonló jellegű, kisebb kiterjedésű elváltozás látszik a fibula distalis harmadában is.

A jobb fibula proximalis vége mintegy nyolc centiméter hosszúságban kissé kiszélesedett, felfújt, habos szerkezetet mutat (2. ábra). E szakaszon a corticalis elvékonyodott. A kontúrok élesek, distal felé az elváltozást normalis csontszerkezet váltja fel. A felritkuláson belül éles kontúrú, ritkás spongiosagerendák láthatók.

A tibia proximalis harmadában régi osteotomiának megfelelő harántirányú scleroticus zóna látszik. Körülötte a csontszerkezet szabálytalan, bizonytalan felritkulásokkal és sclerosissal tarkított. Ez arra enged következtetni, hogy az elhajlás annakidején a más helyen látottakkal azonos jellegű elváltozás következménye volt a megterhelés hatására. A tibia és fibula között a lágyrészekben ferdén futó, durva meszes árnyék látható, mely minden bizonnyal elmeszesedett vérömlenynek felel meg a műtéti területnek megfelelően.

A jobb femur distalis harmadában medial és hátrafelé irányuló, az előbb leírtakkal analóg szerkezetet mutató, jókora mandulányi corticalis felfúvódás látszik.

A jobb radius distalis harmadában (3. ábra) főként az ulnaris félen a csontszerkezet szabálytalan,



4. ábra.

scleroticus zónák felritkulásokkal váltakoznak. Ennek megfelelően az ulnaris corticalis kissé felfújtt, enyhén elődomborodik. Az ízfelszín peremei kihegyesedtek, ulnaris apró felrakódásokkal övezett. Az ulna processus styloideusa borsónyira felfúvódott, habos szerkezetet mutat. A jobb humerus felső-középső harmadában enyhe S alakú görbületet mutat, e szakaszon a diaphysis kissé kiszélesedett, de az előbbiekhöz hasonló jellegzetes strukturális elváltozások nem láthatók, a csontszerkezet megtartott.

E csontrendszeri elváltozásokat illusztrálja 4. ábránk, mely a jellegzetes féloldali eloszlást mutatja be.

Az esetleges familiaris vonatkozások tisztázása végett átvizsgáltuk a beteg elérhető hozzátartozóit, átnéztük felmenő ági rokonságának rendelkezésre álló fényképeit. Hatéves fiának és 4 hónapos lány unokájának röntgenképei csontrendszeri elváltozást nem mutattak. 19 éves és 16 éves lányánál mindkét femur medialis epicondylusa felett kialakulóban levő, apró cartilaginea exostosis találtunk. A beteg elhozta apja és nagybátyja fényképeit. Mindketten katonák voltak, a képeken abnormitásra utaló jel nem fedezhető fel. A felmenőági nőkről fényképet mutatni nem tudott. A betegnek egy öccse él távol, annak is van 3 éves kislánya. Vizsgálat céljából nem elérhetőek, de a beteg tudomása szerint egészségesek.

Végeredményben a család tagjain osteochondromatosus elváltozást kimutatni nem tudtunk, illetve ez irányban támpontot nem kaptunk. Esetünk ezért sporadikusnak tekinthető.

Az elváltozások szöveti szerkezetének tisztázására a jobb tibia distalis részén ismertetett elváltozásból

próbaexcísiót végeztünk. A szövettani lelet a következő: „A szövetrészek mikroszkóposan jórészt hyalin porcszöveti állományból állnak. Ezek részben szabálytalan gerendázatos csontszövettel váltakoznak. Mind a porc, mind a csontszöveti állomány típusos képet mutat. Atípusos szövetátalakulásra utaló jeleket nem észleltünk. A szöveti kép egybevetve a klinikai és röntgenképpel, Ollier-betegség lehetőségét alátámaszthatja. Kádas István dr”.

Összefoglalás. Szerzők 41 éves nőbetegük esetét ismertetik, mely klinikai, röntgen- és szövettani vizsgálatok alapján típusos Ollier-féle osteochondromatosusnak bizonyult.

IRODALOM: 1. Csányi É., Kotai E.: Traumat. Orthop. Közl. 1958, 3, 65. — 2. Deák P.: Diagnostik der Knochen und Gelenkkrankheiten nach führenden Röntgensymptomen. Akadémiai Kiadó. Budapest. 1966. — 3. Exner, G.: Fortschr. Röntgenstr. 1950, 73, 454. — 4. Édes I.: Orv. Hetil. 1960, 101, 1654. — 5. Köhler, A., Zimmer, E. A.: Grenzen des normalen... Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 1953. — 6. Györgyi G., Molitorisz K.: Magy. Rad. 1959, 11, 15. — 7. Róka Gy., Nagy É.: Magy. Seb. 1960, 13, 305. — 8. Róka Gy., Nagy É.: Radiol. Clin. 1960, 29, 56. — 9. Schinz, H. R. és mtsai: Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 1952. — 10. Szalántay L., Tóvölgyi B.: Orv. Hetil. 1958, 99, 356.

BUPATOL INJEKCIÓ ÉS TABLETTA

peripheriás értágító!

Összetétel: 1 tablettá 25 mg 1-(4-hydroxyphenyl)-1-hydroxy-2-n-butylaminoethan. sulfuric.-ot.
1 ampulla (1 ml) 50 mg 1-(4'-hydroxyphenyl)-1-hydroxy-2-n-butylaminoethan. sulfuric.-ot tartalmaz.

Hatásai: A Bupatol kifejezett peripheriás értágító hatással rendelkező gyógyszer és ezért néha kisebb vérnyomáscsökkenést is létrehozhat.

Javallatok: 1. Obliteratív verőérbetegségek: arteriosclerosis obliterans, angiopathia diabetica, thromboanglitis obliterans (Buerger-kór)
2. Raynaud-kór, scleroderma diffusa.
3. Érbeidegzési zavarokon alapuló kórképek: akrocyanosis, akroparaesthesia, digitus mortuus, dysbasia angioneurotica intermittens.
4. Postthromboticus vénás és nyirokkeringési zavar, ulcus cruris, decubitus
5. Hypertoniával, arteriosclerosisral kapcsolatos fejfájás, szédülés.

Ellenjavallatok: Cardialis decompensatio, coronariascclerosis, stenocardiás panaszok, szívinfartus utáni állapot, hypotonia.

Adagolás: Oralisan és intramuscularisan alkalmazható.

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Budapesti Orvostudományi Egyetem, II. Gyermekklinika (igazgató: Kerpel-Fronius Ödön dr.)

Primaer arteria renális aneurysma okozta hypertonia öt éves gyermekben

Dékány Klára dr. és Marosvári István dr.

A primaer arteria renális aneurysma ritkán előforduló kórkép. Az első eset leírása Nebeltől származik 1717-ből. A következő 55 esetet két és negyed évszázaddal később, 1932-ben Mathe foglalta össze. 1950-ig Sharp és Green (11) az irodalom áttekintése során még mindig csak 93 esetet talált. Említésre méltó, hogy a 93 beteg közül csak 17 esetben állították fel a diagnosist műtét előtt. 1966-ig 343-ra emelkedett a leírt esetek száma. Az elváltozást 9 hó és 82 éves kor között észlelték, leggyakrabban 40–60 évesek között. Anger és Hesse (2) szerint az arteria renális aneurysma gyakorisága sectiós anyagban 0,01%. Nemek szerinti megoszlásban jellegzetesség nincs.

Gyermekkorban, amennyire a számunkra hozzáférhető irodalomból megállapíthatjuk, az ismertett esetek száma 10 alatt van (2, 4, 6, 8, 9, 12). A hazai irodalomban ilyen tárgyú közleményt nem ismerünk. Betegünk ismertetését részben ezért tartjuk indokoltnak, másrészt szeretnénk felhívni a figyelmet a korai diagnosis felállításának fontosságára, mivel az időben végzett sikeres műtéttel — mint esetünkben is — a hypertonia megszüntethető.

A. J., 5 éves fiúgyermeket 1967. II. 20-án vettük át az egyik vidéki kórházból hypertensio, phaeochromocytoma? diagnosissal. Panaszai akkor négy hónap óta álltak fenn. Rohamokban jelentkező heves fejfájás-szédülés, elsápadás és hányás kíséretében. A rohamok kezdetben hetenként, majd egyre sűrűbben jelentkeztek és néhány órán át tartottak.

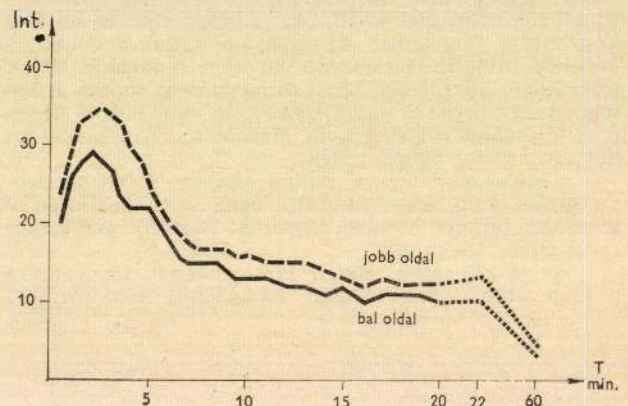
Felvételi statusában a jól fejlett és táplált fiúgyermeknél fizikális vizsgálattal említésre méltó nem volt. Quantitatív és kvalitatív vérkép, vérszékélyedés, a vizelet kémiai vizsgálata és üledéke ismételten normális. Vizelet bakteriológia: ismételten steril. Mantoux: 1:1000 hígításban 14 × 14 mm. Mellkas rgt-felvételén a szív alakja és nagysága normális, kiterjedtebb köteges hilusok látszanak. EKG görbe normális.

A betegen talált egyetlen eltérés a korhoz képest magasabb vérnyomás, amely ágynyugalom mellett naponként ellenőrizve 140/95 és 160/110 Hgmm között ingadozott. Klinikai tartózkodása alatt fejfájást vagy az anamnesisben szereplő egyéb panaszt nem észleltünk. A hypertonia tisztázása céljából elvégzett további vizsgálatok: szemészet: ép fundus. Maradék N: 22 mg⁰/₀. Hígítási próba: 1002-ig. Koncentrálási próba: 1022-ig koncentrált. Endogén creatinin clearance 74 ml/min pro 1,73 m² testfelszín, 0,74 ml/1,73 m² tf. perediuresis mellett. Alapanyagcsere (Krogh): +13%. Ehezési vércukor: 73 mg⁰/₀. Serum elektrolytek: Na: 144 maeq/l, K: 4,3 maeq/l, Cl: 105 maeq/l. Vénás vér pI: 7,37. Aldosteron ürítés: 10 µg/24h. Vizelet catecholamin ürítés 50 és 90 µg/24h. Cold pressure test: negatív. Mellékvese massage után a vérnyomás változatlan. Üres hasi rgt-felvételen kóros eltérés nincs.

Izotóp nephrographiánál mindkét vese kiválasztása és kiürülése önmagában normálisnak látszik, azon-

ban a bal oldal kiválasztása relatíve alacsonyabb (1. ábra).

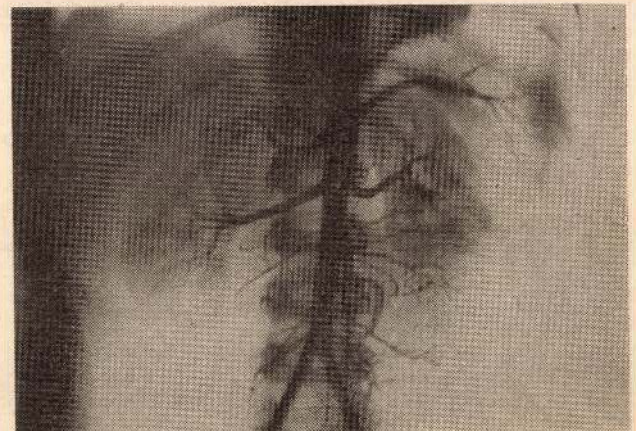
Intravénás urographiánál jobb oldalt normális viszonyok. Bal oldalt a vese középső és alsó pólusa a későbbi felvételeken intenzívebb és differenciáltabb. Bal oldalt keskenyebb pyelon, a kelyhek jól telődnek. A bal vese a jobb oldalnál kisebbnek tűnik.



1. ábra.

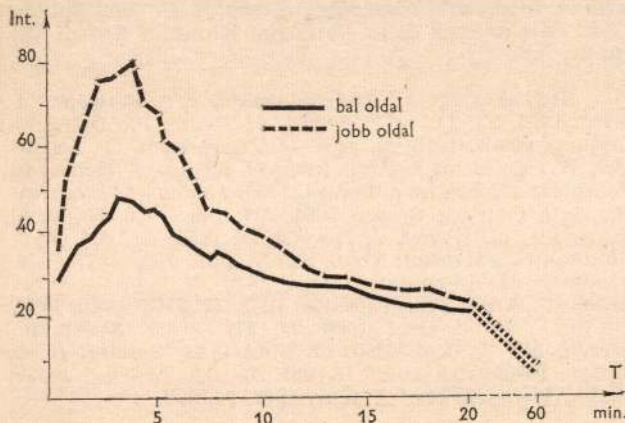
A hypertonia, az izotóp nephrogrammon és az intravénás urogrammon látható mérsékelt oldaldifferencia seriorenoangiographia elvégzését tette szükségessé (Korvin Ottó Kórház, Hotovy Eleonóra dr.). Részlet ennek leletéből: a jobb vesében normális viszonyok. A bal veséhez egy arteria renális fut, amely csak a vese állományában oszlik, a vese felső pólusához interlobáris ágakat ad le, amelyek töredezettek és nem adnak homogén árnyékot. A középső és alsó pólus arteriás arborisatiója nagyrészt az arteria renális főágából caudál felé leágazó arterián ülő, kb. fél centiméternyi nagyságú, téglalap alakú aneurysmából ered. Az aneurysma előtti és mögötti arteriás rendszerben a kontrasztanyag hosszú ideig pang (2. ábra).

Az elvégzett vizsgálatok a hypertonia reno-vascularis eredetére utaltak (consilium: Gömöri dr.). Ennek



2. ábra.

alapján műtétre határoztuk el magunkat. A műtétet a BOTE Urológiai Klinikáján végezték el (Babics A. dr.). Részlet a műtési naplóból: a bal vese alsó pólusa lelapított. Izoláljuk a hilust, és az ereket leválasztjuk a pyelontól. Az alsó vesefélhez futó edénypárt resecáljuk. A hilust puha fogóval leszorítjuk és a vese alsó



3. ábra.

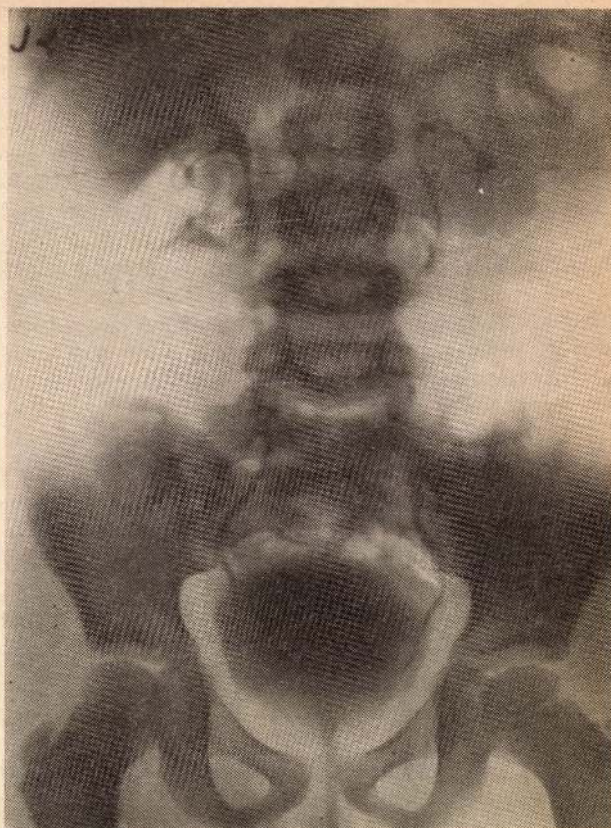
felét kúp alakban resecáljuk. **Kórszövettani lelet:** a vese-szövet differenciáltsága a kornak megfelelő. A kéregben a glomerulusok csekély hányada hyalinosan zsugorodott. A kérgi arteriolák, elsősorban a vas afferensek fala megvastagodott, lumenük kissé beszűkült. Érfali degeneratív elváltozások nem láthatók.

Műtét után zavartalan gyógyulási szak. Per primam gyógyult seb. Két nappal a műtét után, és azóta az ismételt ellenőrző vizsgálatok során betegünk vérnyomását 115/70 és 120/80 Hgmm közöttinek találtuk. Vizelet lelete normális. Koncentrációs próba: 1027-ig koncentrált. Endogén creatinin clearance: 63 ml/min/1,73 m² testfelszín, percdiuresis 1,0 ml/1,73 m² tf. mellett. Izotóp nephrographiánál mindkét vese jó kiválasztású, de a jobb oldali lényegesen nagyobb mértékű. A kiürülés mindkét oldalt jó (3. ábra). Intravénás urographiánál jobb oldalt normális viszonyok. Baloldalt csak a vese felső pólusa látszik, a felső kehely jól telődik (4. ábra).

A beteg klinikánkról gyógyultan távozott, és az azóta eltelt 1 év alatt mozgáskorlátozás, gyógyszeres vagy egyéb kezelés nélkül panasz- és tünetmentes, vérnyomása normális.

Az aneurysmák felosztása különböző szempontok szerint történik. Az angol-amerikai irodalomban intrinsic és extrinsic, más közleményekben primaer és secundaer, ill. kialakulás szerint congenitális vagy traumás szerzett, valódi vagy álaneurysmáról írnak. Sturm (13) szerint a primaer aneurysmák esetében valószínűnek látszik, hogy a renális arteria fala, ezen belül a media elasticus rostjainak congenitális csökkent értékűsége a hibás képződés oka. Lokalisatio szerint megkülönböztetnek unilateralis, ill. bilateralis simplex és multiplex aneurysmákat. Ekström (5) szerint az aneurysmák 1/3-a a főágban és 2/3-a az oldalágban található.

Morphológiailag saccularis, fusiformis, dissecans, arteriovenosus és post-stenoticus formákat különböztetnek meg. Az aneurysmák tartalmazhatnak thrombust, ami részben embolia veszélyt jelent, másrészt keringési zavart okozhat. Ez utóbbi esetben veseischaemia és a Goldblatt-phenomen kialakulása lesz a következmény (7). Prognosticailag acut veszélyt jelenthet az aneurysma rupturája, amely a nem calcificált esetek-



4. ábra.

ben gyakoribb. Főleg fiataloknál és nőknél írták le bekövetkezését (1, 10).

Tünettan. A renális arteria aneurysma tünetana nem egységes (3). Ha az aneurysma kicsi, úgy az esetek mintegy a felében tünetmentes is lehet a beteg, és csak valamely célból készült üres hasi rtg-felvételen veszik észre a calcificált árnyékot. Felőtteknél leggyakoribb tünetnek a hasi fájdalom vehető (55%-ban). Ha az aneurysma elég nagy, néha tapintható is és felette surranás vagy pulsálás is érzékelhető. Gyakoribb tünet még az intermittáló, változó intenzitású proteinuria, ill. mikroszkópos haematuria, főleg az ál aneurysmáknál (35%-ban). Makroszkópos haematuria heves hasi fájdalom kíséretében rupturára utal. Hypertonia az esetek 15-20%-ában fordul elő. Gyermekeknél a felnőttkori esetektől eltérőleg mindig a hypertonia a vezető tünet. A diagnosit végeredményben a serioangiorenographia biztosítja, cz a nem calcificált esetekben is lehetőséget ad az aneurysma kimutatására.

Differenciáldiagnosis. A calcificált eseteket el kell különíteni más eredetű, erre a tájra lokalizálódó meszesedésektől (vesekő, vese-tbc stb.). Mint-hogy gyermekkorban a hypertonia a vezető tünet, itt a hypertoniához vezető egyéb betegségeket kell rendszeres vizsgálatokkal kizárni. Így endocrin, idegrendszeri, gyógyszerártalom okozta egyéb vese-fejlődési rendellenességek (pl. hypoplasia), gyulladós vesebetegségek, a vesearteria más pathológiás elváltozásai (pl. stenosis) által okozott hypertoniák zárandók ki.

Therapia. Tünetmentes, panaszt nem okozó kis valódi aneurysmák a szerzők többsége szerint csak megfigyelést igényelnek. Minden valódi aneurysmát viszont, amely tüneteket, ill. panaszt okoz, haladéktalanul sebészileg kell megoldani. Így pl. fájdalom, szegényes elmeszesedés, vagy hypertonia beavatkozást igényelnek. A műtét szükség és lehetőség szerint excisio-resectio, érsebészi reconstructio vagy nephrectomia. Amennyire lehet, a vesét vagy annak egy részét meg kell tartani. Gyermekkorban az aneurysma rupturájának lehetősége mellett a tartósan fennálló hypertonia és annak következményei jelentenek veszélyt, ezért a diagnosis korai felállítására és ezt követően a műtét megoldására kell törekedni.

Összefoglalás. A szerzők egy ötéves fiúgyermek esetét ismertetik, akinek hypertoniáját primaer unilateralis, az arteria renális mellékágán ülő aneurysma okozta. Az aneurysmának bal oldali haemi-

nephrectomiával egybekötött műtét eltávolítása után a beteg vérnyomása normalizálódott és a gyermek 2 évvel a műtét után panasz- és tünetmentes.

A vizsgálatok elvégzésében nyújtott segítségükért ezúton mondunk köszönetet a BOTE II. Belklinikán *Gláz Edit dr.-nak* és az Urológiai Klinikán *Rozsdi Ernő dr.-nak*.

IRODALOM: 1. *Andronlakakis, A.:* Zeitschr. f. Urol. 1962, 55, 11. — 2. *Anger, J., Hesse, P.:* Deutsche Gesundheitsw. 1966, 21, 625. — 3. *Cartensen, G., Lutze-ger, W.:* Zeitschr. f. Urol. 1961, 54, 435. — 4. *Debré, R. és mtsai:* Arch. Franç. Pédiat. 1957, 14, 1. — 5. *Ekström, S.:* Acta Chirurg. Scand. 1964, 127, 149. — 6. *Hock, F. E., Jones, M.:* Amer. J. Dis. Child. 1955, 89, 606. — 7. *Hotovy E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1967, 108, 437. — 8. *Howard, M. és mtsai:* J. Urol. 1940, 44, 808. — 9. *Joseph, R.:* Arch. Franç. Pédiat. 1962, 19, 115. — 10. *Pou-tiesse, E. F.:* J. Urol. 1966, 95, 297. — 11. *Sharp, R., Green, M.:* J. Urol. 1950, 64, 214. — 12. *Snyder, H. és mtsai:* Pediatrics. 1955, 15, 881. — 13. *Sturm, A. és mtsai:* Deutsch. Med. Wschr. 1967, 92, 592.

*Szegedi Orvostudományi Egyetem, Kórbonctani és Kórszövettani Intézet (igazgató: Ormos Jenő dr.)
és Gyermekklinika (igazgató: Boda Domokos dr.)*

A Valsalva sinus congenitalis aneurysmájának csecsemőkori rupturája

Tószegi Anna dr., Pintér Gizella dr. és Kertész Erzsébet dr.

Az aorta Valsalva sinus aneurysmájának rupturája aránylag ritkán fordul elő. Elsőnek *Hope* írta le 1839-ben (19), és 1966-ig mintegy másfélszáz eset ismeretes az irodalomból (7, 22, 34, 42). Korai felismerése egyre nagyobb jelentőségű az utóbbi években, mivel kezelés nélkül hamarosan súlyos szív-elégtelenséghez és halálhoz vezet, idejekorán végzett műtéttel viszont jól korrigálható az elváltozás (14, 29, 43, 3, 28).

Különösen ritka a Valsalva-tasakok aneurysmájának megrepedése csecsemő- és kisgyermekkorban (21, 24, 44, 33). Az elérhető irodalomban mindössze 3 csecsemőkorban rupturált esetet találtunk (1, 18, 35, 37). Észlelt esetünk érdekességét is első sorban a ritka csecsemőkori előfordulás jelenti.

P. J., 5 hónapos fiúsecsemő pneumonia és cardiális dekompensáció miatt hevenyen kialakult súlyos állapotban került klinikai felvételre. Anamnesise szerint 3600 g-mal, éretten született. Újszülöttkorban és felvétele előtti egy hétig tünet- és panaszmentes volt. Ekkor Di-Per-Te oltást kapott, majd ezt követően fokozódóan nyugtalanná vált. Felvétele előtt egy nappal lázas lett, köhögött és erőltetetten lélegzett. Felvételekor súlya 6300 g, bőre testszerte szürkésápadt, emellett kifejezetten dyspnoes és tachypnoes. Szíve minden irányban nagyobb. Parasternalisan (pm. a bal II—III. bordaközben) 5/6 erősségű holosystolés és rövid 3/6 erősségű diastolés zöreje hallható. A pulmonalis II. hangja fíáltan kettőzött. *A systolés és diastolés zöreje a kutacs felett is jól hallható.* A máj két és fél, a lép egy harántujnyi. EKG: kp. tengelyállás, főleg bal kamra hypertrophia jelei. Mellkas rtg: minden irányban jelentősen megnagyobbodott szív, kifejezett pulmonalis hypervas-

cularisatio. Gyógyszeres kezelésre állapota fokozatosan javult. A feltételezett nagy bal-jobb shunttel járó congenitalis vitium bizonyítására szívkatéterezést végeztünk: kamrai szinten jelentős oxigén ugrást és kifejezett pulmonális hipertenziót találunk. A leletek alapján nagy bal-jobb shunttel járó kamrai septum defectus a diagnózis. Néhány napig tartó átmeneti javulás után ismétlődő pneumonia lép fel súlyos spasticus bronchitissel, majd többszöri dekompensációval, mely egyre nehezebben befolyásolható. Hathetes klinikai ápolás után a csecsemő meghal.

Boncoláskor a közepesen fejlett (5900 g súlyú, 65 cm hosszú) fiúsecsemő holttestén külső megtekintésre jobb oldali pes equinovaruson kívül kóros elváltozást nem találtunk. A szív erősen megnagyobbodott: 95 g. (Normálisan *Copoletta* és *Wolbach* szerint 29—34 g.) A kamrák izomfala jelentősen megvastagodott, a foramen ovale és a ductus arteriosus Botalli nem járható át, a nagyerek szabályosan erednek, illetve ömlenek a szívbe. A kamrai és pitvari septum intakt. A jobb koszorúsér eredése felett a jobb Valsalva sinusnak megfelelően az aortafalon tölcészerű kiboltosulás, aneurysma észlelhető, mely 2—3 mm hosszú, gombossonda számára bőven átjárható, fistulosus és a jobb kamra kifolyó részébe, közvetlenül a pulmonalis billentyűk alá vezet, ahol az aneurysma vége átszakadt, széle cafatos, s ez a nyílást mintegy gallérszerűen veszi körül. Az arteria pulmonalis törzse és ágai tágultak. Boncoláskor észlelt egyéb jelentősebb elváltozás: a bal felső és jobb alsó tüdőleány gócos gyulladása, valamint testszerte pangásos jelenségek. Szövettanilag az aneurysma falában az elasticus rostok eltérődedeztek vagy megfogyatkoztak, sőt helyenként eltűntek. Az aneurysma kezdeténél kifejezett gócos intima-fibrosis észlelhető, mely utóbbi feltehetően másodlagosan jött létre (1., 2. ábra).

Megbeszélés

A Valsalva-sinusok falát az aorta kezdeti szakasza, illetőleg a billentyűlemezek alkotják, s fe-

lettük közvetlenül erednek a koszorúerek. Utóbbiaknak megfelelően beszélünk *jobb* (jobb coronariás) és *bal* (bal coronariás), valamint *hátsó* (nem coronariás) *sinusról*. Elhelyezkedésük nagyjából intracardialis, így a belőlük kiinduló aneurysmák rupturája a szomszédos üregekkel közlekedve intracardialis shuntöt hoz létre (14, 27, 30, 39). A leggyakrabban előforduló jobb sinus aneurysmák elsősorban a jobb kamrába, illetve a jobb pitvarba, a hátsó sinuséi főleg a jobb pitvarba, illetve a pitvari septumba rupturálnak. A bal sinus aneurysmái meglehetősen ritkák (11), rupturája esetén a bal pitvarral, illetve a kamrai septummal, esetleg — egyetlen nem intracardiális communicatiót létrehozó lehetőségként — a szívburokkal jön létre összeköttetés (32, 39, 40). Esetünk a leggyakoribb lokalizációjú csoportba tartozik, mivel a jobb sinusból kiinduló aneurysma a jobb kamrába rupturált.

A Valsalva-sinus aneurysmájának rupturája tehát *aorticocardialis fistulát* eredményez, amelyen keresztül történő shuntölődés indítja meg a halálhoz vezető kóros folyamatot. Ez az aorticocardialis fistula tulajdonképpen szerzett elváltozás, jöllehet maga az aneurysma vagy az annak alapját képező aortafal-anomalia congenitalis laesio. Így a rupturált Valsalva-sinus aneurysmát el kell különíteni a *congenitalis aorticocardialis fistulától*, amely különálló primer fejlődési rendellenesség (38), és a születés után korán okoz tüneteket. Ez utóbbiból több eset ismeretes az irodalomban (4, 5, 6, 20, 24, 26, 38).

Észlelt esetünkben az aneurysma fistulosus jellegű volt, de a járat jobb kamrai nyílását körülvevő cafatos szövetszegély arra utal, hogy egy aneurysmazsák átszakadása következhetett be. Ugyancsak ezt támasztja alá a szövettani lelet, továbbá a klinikai lefolyás is, hiszen egy addig panaszmentes csecsemőben hirtelen kialakuló szívelégtelenséggel kezdődött a kóros állapot.

A Valsalva-tasakok szerzett aneurysmáit lues, arteriosclerosis, bakteriális fertőzések hozhatják létre (13). Ezenkívül veleszületetten is létrejöhet az elváltozás, melynek kialakulását különféle képpen



1. ábra. A felvágott szív, aorta és a tüdő makroszkópos képén látható, hogy a szonda az aortából (Valsalva-tasakból) a jobb kamra kifolyó-részébe vezet.



2. ábra. Atnézeti kép a Valsalva-tasak aneurysmáról a ruptura szintje előtt.

1. aneurysma, 2. aortafal, 3. az aortabillentyű jobb lemeze, 4. a kamrai septum.

magyarázzák. Számos szerző (21, 30, 33, 38) a bulbaris taréjok inadaequat egyesülésével magyarázza az aneurysma kialakulását, ezt a nézetet az a tény is támogatja, hogy gyakran társul magas kamrai septumdefectussal (2, 9, 15, 16, 29). Ez az elmélet azonban csak a jobb és hátsó sinus aneurysmáinak kialakulását magyarázza meg kielégítően, mivel fejlődéstanilag csak ezek vannak kapcsolatban a bulbaris taréjokkal. A bal sinus egyébként igen ritkán előforduló aneurysmái (41) ilyen módon nem jöhetnek létre.

Patten (36) a foetalis coronariák visszamaradására vezeti vissza a sinus aneurysmák kialakulását. Harrison és Venning (17, 45), viszont az aorta gyökénél levő elasticus szövet lokális defectusát, hibás fejlődését tartja oki tényezőnek. Az elváltozás anatómiai alapját Edwards és Burchell (10) tisztázták kitűnő munkájukban. Szerintük a rendellenesség oka az aorta mediája és a szív közötti összeköttetés megszakadása az aortabillentyű annulus fibrosusánál. Ennek a területnek a fejlődése későbbi időpontban történik, mint a bulbaris taréjoké. Ez az elmélet magyarázza bármelyik sinus aneurysmájának kialakulását, bár felmerül az a kérdés, hogy a szerzők által ismertetett szövettani eltérések nem csupán másodlagosak-e. Észlelt esetünkben is jól látható az elasticus rostok megszakadása, illetve töredezettsége az aorta-szív határon.

Ismertetett esetünk izolált Valsalva-tasak aneurysma volt, amit idejében történő felismerés esetén sebészileg jól lehetett volna korrigálni. Retrospectively az anamnesis és a klinikai tünetek egyértelműen sinus Valsalva aneurysma ruptura mellett

szóltak, de a kórkép rendkívül ritka csecsemőkori előfordulása miatt nem gondoltunk rá. Nem szólt a helyes diagnózis ellen a szívkathéterezés eredménye, sem pedig a jellegzetes hallgatósági lelet (31). A perdöntő aortographiára (12, 23, 25, 27) a csecsemő progrediálón rossz általános állapota miatt nem kerülhetett sor.

Összefoglalás. Szerzők 5 hónapos fiúcsecsemő congenitalis Valsalva-sinus aneurysmájának rupturájáról számolnak be klinikai és kórbonctani vizsgálatok alapján. A kórkép ebben az életkorban kivételes ritkaságú.

IRODALOM: 1. Ainger, L. E., Pate, J. W.: Amer. J. Cardiol. 1963, 11, 547. — 2. Aletras, H., Björk, V. W., Cullhed, I., Intonti, F.: Thorax 1963, 18, 127. — 3. Bloor, K., Douglas, W. K., Riddell, A. G.: Thorax 1962, 17, 146. — 4. Brest, A. N., Nichols, H. T., Uricchio, J. F.: AMA Arch. Intern. Med. 1960, 105, 298. — 5. Brown, J. W., Heath, D., Whitaker, W.: Circulation 1955, 12, 819. — 6. Brown, R. C., Burnett, J. D.: Pediatrics 1949, 3, 597. — 7. Carlon, G.: Riv. An. Path. e Onc. 1966, 29, 1. — 8. Coppoletta, J. M., Wolbach, S. B.: Amer. J. Path. 1933, 9, 55. — 9. Edwards, J. E., Becu, L. M., Burchell, H. B.: Circulation 1955, 12, 700. — 10. Edwards, I. E., Burchell, H. B.: Thorax 1957, 12, 125. — 11. Eliot, R. S., Wolbrink, A., Edwards, J. E.: Circulation 1963, 28, 951. — 12. Feláman, L., Friedlander, J., Dillon, R., Wallyn, R.: Am. Heart J. 1956, 51, 314. — 13. Gasul, B. M., Arcilla, R. A., Lev, M.: Heart Disease in Children. J. B. Lippincott Company, Philadelphia and Montreal, 1966, p. 425. — 14. Gerbode, F., Osborn, J. J., Johnston, J. B., Kerth, W. J.: Amer. J. Surg. 1961, 102, 268. —

15. Gialloredo, O. P., Loiseau, G.: Am. J. Cardiol. 1963, 11, 537. — 16. Gibbs, N. M., Harris, E. L.: Brit. Heart J. 1961, 23, 131. — 17. Harrison, C. V.: cit. Venning. — 18. Heiner, D. C., Hara, M., White, H. J.: Pediatrics 1961, 27, 415. — 19. Hope, J.: cit. Kieffer. — 20. Jacobi, M., Heinrich, A.: Am. J. M. Sci. 1933, 186, 364. — 21. Jones, A. M., Langley, F. A.: Brit. Heart J. 1949, 11, 325. — 22. Karácsony G., Szabó M., Varga L.: Orv. Hetil. 1961, 102, 1755. — 23. Kieffer, S. A., Winchell, P.: Dis. Chest. 1960, 38, 79. — 24. Kjellberg, S. R., Mannheimer, E., Tudhe, V., Johnson, B.: Diagnosis of congenital heart disease. Chicago, Year Book Pub. 1959, p. 576. — 25. Lin, T. K., Crockett, J. E., Dimond, E. G.: Am. Heart J. 1956, 51, 445. — 26. Macleod, A.: Brit. Heart J. 1944, 6, 194. — 27. Magidson, O., Kay, J. H.: Am. Heart J. 1963, 65, 597. — 28. McGoon, D. C., Edwards, J. E., Kirklin, J. W.: Ann. Surg. 1958, 147, 387. — 29. Morch, J. E., Greenwood, W. F.: Amer. J. Cardiol. 1966, 18, 827. — 30. Nadas, A. S.: Pediatric Cardiology. W. B. Saunders Company. Philadelphia. London. 1964, p. 511. — 31. Neill, C., Mounsey, P.: Brit. Heart J. 1958, 20, 61. — 32. Onati, A., Ersanli, O., Kanuni, A., Aykan, T. B.: Amer. Heart J. 1966, 72, 158. — 33. Oram, S., East, T.: Brit. Heart J. 1955, 17, 541. — 34. Ókrös S., Nagy J.: Kísérl. Orvostud. 1951, 3, 158. — 35. Pate, J. W.: Amer. J. Surg. 1961, 102, 502. — 36. Patten: cit. Pate. — 37. Paul, A. T. S., Somasunderam, K., Jayewardene, F. L. W.: Brit. Heart J. 1961, 23, 203. — 38. Perloff, J. K.: Am. Heart J. 1960, 59, 318. — 39. Sakakibara, S., Konno, S.: Amer. Heart J. 1962, 63, 405. — 40. Sakakibara, S., Konno, S.: Amer. Heart J. 1962, 63, 708. — 41. Sawyers, J. L., Adams, J. E., Scott, H. W.: Surgery 1957, 41, 26. — 42. Sellyei M., Húsvéti S.: Orv. Hetil. 1967, 108, 2038. — 43. Szveda, J. A., Drake, E. H.: Circulation 1962, 25, 559. — 44. Taussig, H. B.: Congenital Malformations of the Heart. The Commonwealth Fund. Harvard University Press. Cambridge. 1960, p. 729. — 45. Venning, G. R.: Amer. Heart J. 1951, 42, 57.

Chlorocid-H KENŐCS

0,75% hydrocortison, 1% chloramphenic. vaselin típusú alanyagban.

A chloramphenicol bakteriosztatikus hatását kedvezően egyesíti a hydrocortison gyulladáscsillapító és antiallergiás tulajdonságával.

| JAVALLAT | szemészet | bőrgyógyászat |
|---------------|----------------------|-------------------------------|
| | keratitis | contact dermatitis |
| | égesi sérülés | anorectalis, genitalis ekzema |
| | marási sérülés | folliculitis |
| | szemhéj dermatitis | impetigo |
| | | seborrhoeas ekzema |
| | blepharitis chr. | intertrigo |
| | iritis | dyshydrosis |
| | iridocyclitis | otitis externa |
| | postoperatív uveitis | |
| ELLENJAVALLAT | szaruhártya hiány | herpes zooster corneae |
| | trachoma | hypopyon keratitis |
| | ulcus serp. | és iritis |
| | | keratitis dendritica |

Szakrendelésen szabadon, egyéb esetben szakrendelés javaslatára rendelhető.
1 tubus (5g) 22,20 Ft

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

Városi Tanács Kórháza, Dunajváros, Sebészeti és I. Belgyógyászati Osztály

Gyomor-ruptura traumás rekeszsérvben

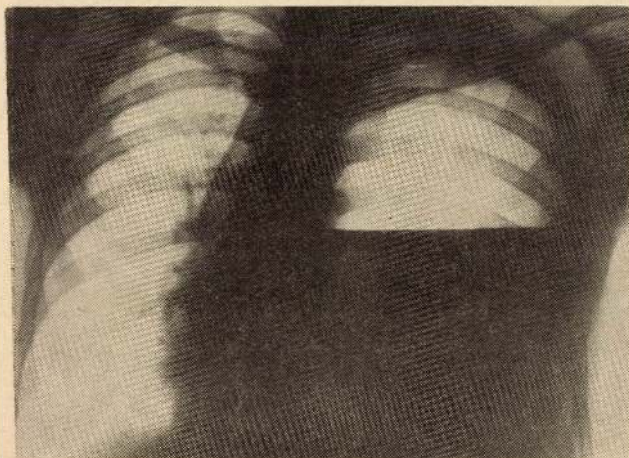
Pátkay József dr. és Csapó Gábor dr.

Az utóbbi évtizedben — amióta fokozottabban figyeljük előfordulását — azt tapasztaljuk, hogy a rekeszsérv nem ritka jelenség. De még ma is sokszor más okból végzett vizsgálatok derítik ki a panaszokat nem okozó herniát, vagy csupán a kísérő szövődmények irányítják rá a figyelmet. Ilyen gyakoribb szövődemény lehet rekeszsérvvel kapcsolatban: oesophagitis, ulcus, passage-zavar, a sérvtartalom tengelycsavarodása, kizáródása, ritkábban gangraenája, rupturája is (25).

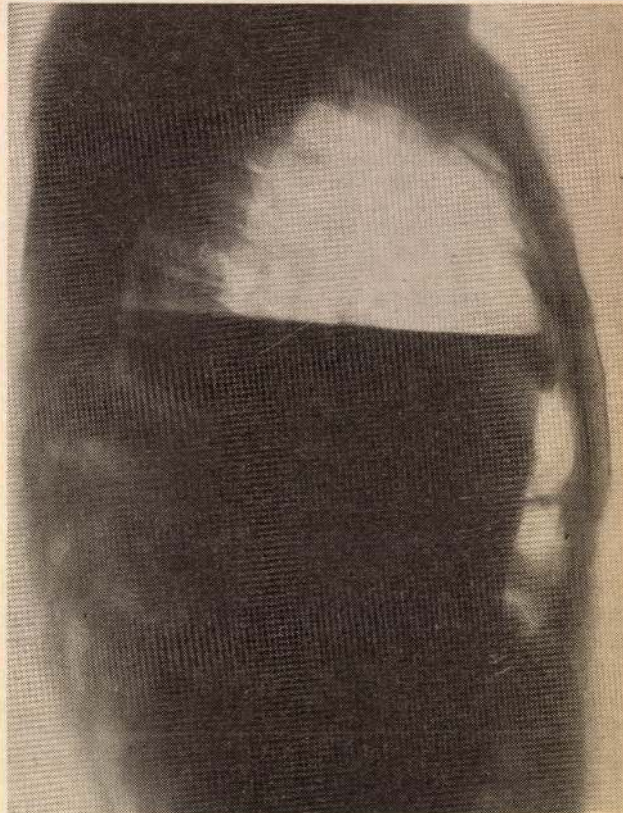
Az alábbiakban ismertetni kívánunk egy általunk észlelt esetet, melyben a bal mellkasfelet kb. kétharmadrészben kitöltő, tágult és strangulált gyomor a thoraxban rupturált. Betegünk műtét után meggyógyult.

Esetünk ismertetése

B. S., 22 éves traktorost 1968. április 16-án vettük fel kórházunk I. Belgyógyászati Osztályára. Anamnesiséből kiemeljük, hogy 1 évvel előbb öngyilkossági kísérlet során „szívtájon” lőtte magát, hosszú ideig kórházban kezelték. Pár hónappal jelen felvétele előtt már voltak bizonytalan gyomorpanaszai, majd április 14-én hányingere keletkezett, azóta állandó gyomorfájdalma van, többször ürített kávéaljszerű hányadékot. A Városi Rendelőintézetbe utalták radiológiai vizsgálatra, de még a kontrasztanyag elfogyasztása előtt collabált. Felvételnél: sovány férfi, nyelve száraz. RR.: 115/80 Hgmm, pulsus: 130. A bal med. clav. vonalban a mamilla alatt kb. 2 ujjnyira lövéses sérülés hege, azonos magasságban a hátsó hónaljvonalban kimeneti nyílás hege. Kifejezett epigastriális nyomásérzékenység. Vizsgálati leletek: vizelet: negatív. Westergreen: 22/h. Fvs.: 11 000. Hgb.: 18 g%. Vvt.: 5,8 M. A májfunctiók próbák, elektrolitek, maradék nitrogén: normálisak. EKG: sinus tachycardia. Mellkas-átvilágítás és felvétel: „hatalmasan, kb. emberfejnyire tágult, folyadékkal kitöltött



1. ábra. A-p. felvétel.



2. ábra. Oldalirányú felvétel.

gyomor a mellkas vetületében, fornixával a III. hátsó bordaív magasságáig ér, a középpárnák jobbra dislocált, a bal rekeszív nem differenciálható. Kevés kontrasztanyag itatásakor a cardia szabad, a bárium a gyomorba akadálytalanul lejut' (Kékési dr. főorv.).

Felvétele napján sedativumok, analgeticumok adására panaszai enyhülnek. Másnap szájon keresztül táplálékot nem kapott, infúsiókat, vitaminokat, görcsoldókat alkalmaztunk. Április 18-án állapota romlott, többször volt nagy mellkasi fájdalom, kávéaljszerű hányadékot ürített. A gyomor kiürítését szondával ismételten megkíséreltük, de az eszköz elakadása miatt ez nem sikerült. Ismételt consilium után, fokozódó fájdalom miatt perforáció, illetve ruptura gyanújával április 18-án a Sebészeti Osztály sürgős műtétre átveszi. Athelezése után a beteg csakhamar collapsusba kerül, pulsus alig tapintható, vérnyomás nem mérhető. Transzfúzió adása után és mellett intratracheális altatásban műtétet végzünk. Felső-középső hasmetszés: a gyomor alsó szakasza található a hasban, a többi rész kóros rekesznyíláson át a mellüregbe jutott. Mivel a gyomor szívósan tapad a rekesznyíláshoz s ott részben megtörik, a has felől nem tudjuk lehúzni, ezért a hasmetszést thoracotomiával egészítjük ki. Bal oldalt a VII. bordaközbe hatolunk be, a sternum szélétől a hátsó hónaljvonalig. A mellüreg megnyitáskor bőségesen ürül zavaros gyomortartalom, melyet szívással és törléssel távolítottunk el. Ezután sikerül a gyomrot az ugyan-

csak kiszorult harántcolonnal együtt lefelé való nyomás útján a hasba visszahelyezni. A gyomor fala nem gangraenás, de a szokásos vérbősége csökkent, helyenként 1—1 livides folt található rajta. A fundus alsó részén, elől 8 cm hosszú haránt ruptura van, mely 2 cm-nyire tág, a szélek gyengén véreznek. A szakadást négy rétegben, harántul elvarrjuk. A rekesz nyílása a centrum tendineum szélétől harántul-ferdén fut kifelé a pars costalis izomzatán át 7 cm hosszban. A rekesz nyílását két rétegben zárjuk, a mellüregbe penicillint, streptomycint s egy draint helyezünk, s a thoraco-abdominalis sebet rétegesen egyesítjük. A kórlefolys zavartalan volt. Antibiotikumokat adtunk s duodenum-szondát vezettünk a gyomorba, a varratok tehermentesítésére céljából. A mellüregbe helyezett drainen át fokozatosan kevesbedő véres savó ürült szívással. A beteget május 9-én gyógyult állapotban hazabocsátottuk. Mint járóbetegét többször berendeltük ellenőrzésre. A kezdeti teljes jólét után időszakos hányásokról panaszkodott, ami miatt újólág felvettük. A kórházban egyszer sem hányt, s passage-vizsgálata normális viszonyokat mutatott, ezért hazaengedtük. Mivel hazabocsátása után otthonában újra jelentkeztek hányásai, június 27-én megint felvettük és július 12-én megoperáltuk. Szokatlan szívós-heges összenövéseket találtunk a gyomor körül, s mindenütt diffus parenchymás vézést. GEA retroc. post.-ot végeztünk. Azóta a beteg panaszmentes.

Megbeszélés

A rekeszsérvek között az oesophagus-hiatus sérvei a leggyakoribbak (20). Az utóbbi időben azonban egyre sűrűbben találkozunk traumás rekeszsérv ismertetésével. *Laustela* és *Tala* (14) szerint ez utóbbiak ma gyakoribbak. *Neveux és mtsai* (18) szerint a traumás rekeszsérvek száma a közlekedési balesetek számának növekedésével párhuzamosan emelkedik. A traumás rekeszsérveket okozhatja subcután (indirekt) vagy penetráló (direct) trauma. *Björk* (3) szerint ez utóbbiak 3—4-szer gyakrabban okoznak rekeszsérvet, mint a subcutan sérülések.

A traumás rekeszsérv létrejöhet a sérülés után rövid időn belül, vagy jóval később. Ismertetett esetünkben a beteg egy évvel észlelésünk előtt a szívtájon mellbelőtte magát. Utána kb. 10 hónapig panaszmentes volt, az utóbbi 2 hónap alatt bizonytalan jellegű gyomortáji fájdalmakat érzett.

Az anamnesis és a sérvkapu bonctani lelete (lásd: előbb) alapján nyilvánvaló, hogy itt direct traumás rekeszsérvről volt szó, mely késői tüneteket okozott.

A rekeszsérv tartalma igen gyakran a gyomor, vagy egyedül, vagy a környező szervekkel: cseplesszel, harántcolonnal, esetleg a léppel együtt (1, 12, 13, 17, 19, 20, 21 stb.). A traumás sérvről ismeretes, hogy hajlamosít strangulációra. Ez valóban gyakoribb, aminek oka, hogy traumás sérvnél a rekeszen levő nyílás rendszerint kicsi, míg a congeni-

talis sérv esetében általában nagyobb. *Carter és Giuseffi* (5) szerint traumás sérvek több mint 90%-ában van strangulatio. Esetünkben a sérvtartalom a gyomor nagyobb része s a haránt vastagbél volt. Bár a rekesznyílás nem volt kicsi, a nagyfokban tágult gyomrot mégis strangulálta.

A rekeszsérvbe kiszorult gyomor elhalása ritka, ami nyilvánvalóan a gyomor ismert, jó vérellátásával magyarázható. A rendelkezésünkre álló irodalomban 14 gangraenát találtunk: 2, 4 (két eset), 6 (két eset) 8, 9, 10, 11, 16, 18, 22, 23, 24.

A mi esetünkben — *Hurley* (10) egyik esetéhez hasonlóan — a gyomor nem volt kimondottan gangraenás, de vérellátása károsodottnak látszott.

A sérvbe kiszorult gyomornak a mellüregben való átfúródása, rupturája ugyancsak ritka. Az irodalomban 7 esetet találtunk (2, 4 két esettel, 8, 11, 15, 16), melyből négy exitussal végződött. Mindehhez jön még *Harrington* (7) két esete, ahol a diaphragma sérvben fekvő gyomor erosiója fúródott át és saját esetünk, melyekkel együtt 10-re egészül ki a mellüregbe történt gyomorrupturák száma. A gyomor átfúródása, illetve rupturája egyrészt a fokozódó intragastricus nyomásra, másrészt a gyomorfall elváltozására, annak csökkent értékűségére (elvékonyodott, rosszabbul táplált fal) vezethető vissza. Esetünket ritkasága miatt tartottuk közlésre érdemesnek.

Összefoglalás. Szerzők traumás rekeszsérvbe kiszorult s ott rupturált gyomor ritka esetét ismertetik. A beteg thoraco-abdominalis műtét után gyógyult.

IRODALOM: 1. *Balás A., Drexler M., Rátkai I.:* Chirurg. 1967, 38, 416. — 2. *J. M. Beardley, W. R. Thompson:* Ann. Surg. 1964, 49, 159. — 3. *V. O. Björk, S. Hedenstedt, S. Nordlund:* Acta chir. Scand. 1964, 128, 761. — 4. *L. H. Boshier, L. Fishman, W. R. Webb, L. Old:* Diseases of the Chest. 1960, 37, 504. — 5. *B. N. Carter, J. Giuseffi:* Ann. Surg. 1948, 128, 210. — 6. *J. E. Hamilton, T. W. Phillips:* Amer. J. Surg. 1949, 78, 686. — 7. *S. W. Harrington:* Surgery Gyn. and Obst. 1948, 86, 735. — 8. *W. Hoffmann, M. L. Levy, E. Sole, A. Lewitan:* Arch. Surg. 1954, 69, 125. — 9. *Hughes and Co. — cit. Joynt.* — 10. *G. A. P. Hurley:* Ann. Surg. 1953, 138, 262. — 11. *G. H. C. Joynt:* Surgery. 1956, 40, 696. — 12. *Király J.:* Orv. Hetil. 1941, 479. — 13. *Kubányi E.:* Orv. Hetil. 1938, 971. — 14. *E. Laustela, P. Tala:* Acta chir. Scand. 1966, 119, 200. — 15. *K. Lindén:* Acta chir. Scand. 1960, 119, 199. — 16. *E. B. McCollum, I. J. Kurtz:* Amer. J. Surg. 1955, 90, 1031. — 17. *Nagy K.:* Orv. Hetil. 1939, 319. — 18. *J. Y. Neveux and Co.:* Thorax. 1967, 22, 142. — 19. *Vahl V.:* Orv. Hetil. 1933, 714. — 20. *Winter L., Bikfalvi A.:* Orv. Hetil. 1953, 1413. — 21. *Winter L.:* Magy. Seb. 1950, 2, 112. — 22. *Moos — cit. Boshier.* — 23. *Sheridan:* Surgery. 1955, 38, 741. — 24. *S. Pearson:* Arch. Surg. 1954, 69, 125. — 25. *Varró V.:* Gastroenterológia. Medicina. Budapest. 1964.

Kiskunhalas V. T. Kórháza, Sebészet (főorvos: Szentmiklósi László dr.)

A Mallory—Weiss-syndroma műtéti kezeléséről

Podhragyay László dr.

Mallory és Weiss 1929-ben közölték négy boncolt esetüket. Az alkoholista betegek hányinger-hányást követő masszív gyomorvérzésben haltak meg. A vérzés eredete a nyelőcső-gyomor határon levő hosszanti nyálkahártya-repedés volt (15). Whiting és Barron (21) 1955-ben elsőnek számolt be sikeresen műtött esetről. Hardy (10) 1956-ban az első gastroscóppal, Smith (16) 1962-ben az első oesophagoscóppal felismert esetet ismertette. 1963-ban Dobbins (5) elsőként mutatott ki rtg-nel Mallory—Weiss-syndromát (továbbiakban: M—W-sy.). Kór-ökként alkoholos állapotban bőséges fűszeres étkezést követő hányinger, hányás, csuklás, a hányás mechanizmus idegi koordinációs zavara, intraabdominalis, intragastricus nyomásnövekedés (nátrium bicarbonicum fogyasztás után), hiatus hernia, asthma, direkt alkohol hatás merült fel (1, 4, 8, 9, 15). Számos esetben nem volt hányinger-hányás a kór-előzményben. Hazánkban Fazekas (6), Berger (2), Hollender és Földes (13) foglalkoztak a kórképpel. Holmes (12) 1966-ban 101 esetet talált a világirodalomban, ehhez 20 saját esetét csatolhatta. A számomra hozzáférhető irodalomban a fenti szerző anyagában operáltakal együtt 64 esetben végeztek M—W-sy.-ban definitív műtétet (14, 19, 20, 22, 23). E szám elégségesnek látszik bizonyos következtetések levonására a műtéti ellátás módjáról. Műtéti megoldások: totalis, subtotalis gastrectomia, $\frac{2}{3}$ -os resectio, antrum resectio. A fissura elvarrásával subtotalis gastrectomia, antrectomia, pylorus plastica, vagotomia. Néhány betegben gyomorfekély, pylorus stenosis is volt a nyálkahártya laesio mellett, s ez indokolta a resectió eljárását. Előfordult, hogy ún. „vak resectió” után nem szűnő vérzés miatti reoperációkor találták meg a vérzés forrását és varrták el (3, 7, 9). 42 esetben csak suturát végeztek. Ez esetekben újrávérzésről nem számoltak be.

Esetünk

K. Dezső, 75 éves. 1968. III. 22-én du. hozták osztályunkra. 11 éve „gyomorbeteg”. Fekélyt is kimutattak. Egy éve szurokszék miatt belgyógyászaton feküdt. Gyógyszereket szedett. Két hónapja gyomorégés, gyakori savanyú böfögés kínozza. Felvétele előtt 2 órával hányinger, majd vérhányás. Shock. Transfusio adása ellenére állapota nem javult. Gyomorfekély-vérzés gyanúja miatt műtétet végeztünk. Ross-féle ferde epigastriális behatolás. A kórelőzményben szereplő fekélyt, vagy ennek nyomát, tüzetes vizsgálattal, gastrotomiás nyíláson át sem találtuk. Am a hátsó falon, a cardiát elérő 30 mm hosszú, 3—5 mm mély, hosszanti repedés tűnt szembe. A fissura alsó fele véralvadékkal fedett,

felső részéből friss, piros vér csorgott. A repedést csomós catgut öltésekkel zártuk. Gyógyult. Histaminos próbareggeli 1968. IV. 30-án 30 maeq/l HCl-at mutatott. Atropin, Gastropin szedés után 2 hónap múlva 7 maeq/l-re csökkent. Az aetiológia szempontjából szóba jöhető natrium bicarbonicum por szedését a beteg negálta.

Megbeszélés

Palmer (16) és Holmes megközelítően ezer gyomor-bélvérző betegnél kereken 4⁰/₀-ban találtak M—W-sy.-t. Ismeretlen eredetű gastro-intestinalis vérzés esetében, a shock leküzdése után ajánlatos endoscópos vizsgálatot végezni (oesophago-gastroscopia). Kontrasztanyagot rtg-vizsgálat főleg a nyelőcső-gyomor esetleges egyéb betegségeinek felismerésére alkalmas (ulcus, stenosis, varix; 18). Ha M—W-sy.-ban nem szűnő vérzés miatt műtétre kényszerülünk, a praeeoperatív kórisme birtokában a sebész rövidebb idő alatt végezheti el az ismert helyen levő fissura elvarrását. Ugyanis az eddigi eredmények alapján, egyéb gyomorelváltozás híján, ennél nagyobb beavatkozás feleslegesnek látszik. Ha diagnosis nélkül kell operálni, széles gastrotomia, a gyomornyálkahártya gondos átvizsgálása vezethet a vérzés forrásához. Néhány sebész magasan fekvő, esetleg a nyelőcsőbe is terjedő berepedés esetén steril sigmoidoscópot használ az áttekintésre.

Összefoglalás. Szerző Mallory—Weiss-syndroma miatt operált beteget ismertet. Az irodalom műtéti eredményei és saját tapasztalata alapján, ha egyéb kóros elváltozás nincs, elégségesnek tartja a nyálkahártya-repedés elvarrását gastrotomiás nyíláson keresztül.

IRODALOM: 1. Atkinson, M. M. et al.: Gut. 1961, 2, 1. — 2. Berger R.: Orv. Hetil. 1966, 107, 1071. — 3. Cooper, D. R. et al.: Gastroenterology. 1958, 34, 947. — 4. Degradí, A. E. et al.: Endoscopy. 1963, 11, 20. — 5. Dobbins, W. O.: Gastroent. 1963, 44, 689. — 6. Fazekas I. Gy.: Zbl. allg. Path. 1964, 105, 397. — 7. Feszler Gy., Molitorisz K.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2194. — 8. Fleischer, F. C.: JAMA. 1956, 162, 183. — 9. Grimes, O. F.: Amer. J. Surg. 1964, 108, 285. — 10. Hardy, J. T.: Gastroent. 1956, 30, 681. — 11. Hinchey, E. J., Hreno, A.: Surg. Gyn. Obst. 1968, 126, 324. — 12. Holmes, K. D.: Ann. Surg. 1966, 164, 810. — 13. Hollender E., Földes G.: Münch. med. Wschr. 1966, 108, 27, 1398. — 14. Lee, H. Y., Cogbill, C. L.: Amer. Surg. 1968, 34, 5, 371. — 15. Mallory, G. K., Weiss, S.: Amer. J. Med. Sci. 1929, 178, 506. — 16. Palmer, E. D.: Ann. int. Med. 1952, 36, 1484. — 17. Smith, W. M.: Bull. Gastroint. Endosc. 1962, 9, 10. — 18. Sparberg, M.: JAMA. 1968, 203, 2, 151. — 19. Stabler, E. V. et al.: Postgrad. med. 1966, 40, 5, 614. — 20. Thompson, N. W. et al.: Amer. J. Surg. 1967, 113, 13. — 21. Whiting, E. G., Barron, G.: Calif. Med. 1955, 82, 188. — 22. Zikria, B. A. et al.: Ann. Surg. 1965, 162, 1, 151. — 23. Zwierzchowska, A. et al.: Pol. Tyg. Lek. 1965, 20, 1208.

Fővárosi István Kórház, I. Belosztály, Érvizsgáló Laboratórium

Visszérbántalmakban szenvedő betegek gondozása

Kusztos Dénes dr.

A visszeres betegek gondozása nagy jelentőségű, mindennapi probléma, s a tapasztalatok arra utalnak, hogy a kérdés távolról sincs még megoldva. A műtéti vagy a konzervatív kezelés közötti döntés pedig nem mindig egyszerű, és kellő jártasságot, szakismeretet igényel.

Az ide tartozó kórképek prognózisa súlyosabb, mint gondolnánk, némelyike quo ad vitam is veszélyes lehet (tüdőembolia), de talán jelentősebb a következményük: thrombophlebitis, syndr. postthromboticum, status praeulcerosus, ulcus cruris postthromboticum. Nem egy közülük átmeneti vagy huzamosabb ideig tartó munkaképtelenséggel jár, s a betegnek sok szenvedést okoz.

A visszérbetegségek pathogenesisének ismerete fontos mind a causalis, mind a symptomaticus kezelés szempontjából. Az iliocavalis dysplasián s a vénák billentyűinek veleszületett insufficienciáján kívül tudott, de mégsem közismert, hogy pl. a postthromboticus oedema létrejöttéhez a nyirokerekek laesiója is szükséges. A vena femoralis vagy a vena iliaca perivénás nyirokerekek hypoplasiája, aplasiája, spasmusa, gyulladása, vagy a végtag más nyirokerekek spasticus volta is döntően szerepet játszik abban, hogy mély thrombophlebitisnél kialakul-e az alsó végtag oedemája vagy nem. A vénák megbetegedései elváltozásokhoz vezethetnek az arteriás rendszerben is. Jól ismert a phlegmasia coerulea dolensben a nagyfokú arteriás spasmus, mely az art. dorsalis pedisek tapinthatóságának lehetetlenné tételében — az oedemával együtt — szerepet játszik, s felületes szemléltében verőeres megbetegedés gyanúját kelti. Nincs eléggé a köztudatban még, hogy a fiatalkori (20 év alatti korban) essentialis varicositások háttérben arterio-venosus shunt, esetleg mikroshunt áll, és ezek zárása képezi a tulajdonképpeni therapiát, nem csupán a varix kiirtása, mely recidivához vezet. Felismerésük mindig sikerül, ha gondolunk rá.

A legfontosabb jelek, melyek arterio-venosus fistulák gyanúját keltik, a következők:

1. Fiatal korban kezdődő, szokatlan helyen levő varixok;
2. A gyanús oldal oscillometriás indexei az ép oldaliénál magasabbak, s obliteráló verőérbetegség kizárható;
3. Halmozott teleangiectasiás naevusok a végtagon;
4. Több fokot kitevő magasabb hőmérséklet a beteg oldalon;
5. A beteg végtag túlnövése.

A visszeres betegségek létrejöttében szerepet

játszó egyéb öröklött alkati és környezeti tényezők szerepe (kötőszöveti gyengeség, túltáplálkozás, fokozott terhelés, álló foglalkozás) közismert. Úgyis ismertek azok a problémák, melyekkel minduntalan találkozunk a gyakorló orvos (fogyókúra, munkahely, illetve munkakör megváltoztatása).

A visszérbántalmakban szenvedő betegek gondozása során tehát a megválasztandó és alkalmazandó gyógykezeléskor számos szempontnak kell érvényesülnie, s érthető a törekvés, hogy konzervatív kezelésként olyan praeparátumokat alkalmazzunk, melyek lehetőleg a folyamatban szereplő több componensre hatnak, sebészi megoldásra pedig azokat a betegeket irányítsuk — lehetőleg még 50 éves koruk előtt —, akiknek primaer varicositásuk van, s az már olyan kiterjedésű és annyi panaszt okoz, hogy műtétre szorul. Bizonyos esetekben kiirtható a secunder varix is (recidiváló, gócként szereplő kisebb varixok exstirpációjára), de az ilyen döntés a speciálisan képzett sebész feladatkörét képezheti csak, aki rendelkezik mindazon vizsgálati lehetőséggel (phlebographia, stb.), melyek számára a beteg végtag visszeres keringésébe teljes bepillantást nyújtanak.

Ha a végtagokon látható kisebb phlebektasiák, varixok nem járnak komplikációval, különösebb gondot nem okoznak. Kiseb panaszok (görcs, húzó érzés, fáradtságérzés álláskor) esetében megelégszünk rugalmas pólya alkalmazásával. Itt csak azt hangsúlyozzuk, hogy a pólya hamar elveszti rugalmasságát, és úgy nem sokat ér. Sok beteg csak a bokájától felfelé tekeri be a lábát, s nem a lábfején kezdi el. Célszerű kioktatni a betegeket a pólya helyes használatára. Bizonyos esetekben előnyben részesíthető a gumiharisnya. Utóbbi viselése sem contraindikált kisméretű verőerszűkület esetében. Vannak, akik vadgesztenye kivonatot (sol. Aescusan) is szednek a betegekkal. Azt állítják, hogy ez a szer magas aescin tartalmánál fogva elősegíti az oedema elfolyását, tonisálja a vénák falát, támogatja a vénás visszafolyást, s csökkenti a pathológián emelkedett érfal-fragilitást. A varixok gyógykezelésének céljából sok beteg — főleg kozmetikai szempontból — sclerotisáló kezelésre válik. A leggondosabban végzett sclerotisáló kezelés is azonban előre nem látható szövődményekhez vezethet, mivel a felületes varixba fecskendezett gyógyszer a communicáló (v. perforans) vénákon keresztül a mélyvénás rendszerbe juthat. Leírtak következményes mélyvéna thrombosis halálos tüdőembóliával és allergiás reakciókat. Egy statisztika szerint 434 thrombosisban vagy postthromboticus syndromában szenvedő beteg közül 10% ré-

szesült megelőző sclerotisáló kezelésben. Az obliteratív verőérbetegségekben szenvedő varixos betegek sclerotisáló kezelése különösen veszélyes, mivel a sclerotisáló anyag befecskendezése után nemcsak a vénákban, hanem reflektorikusan az artériákban is görcs támad, s ez a végtag-ischaemiát fokozza. A Magyar Angiológiai Társaság elvileg a sclerotisáló kezelés ellen döntött, s a konzervatív therapia insufficientis volta esetén a műtétet részesíti előnyben.

Ha az essentialis primaer varicositas háttérében arteriovenosus fistula áll, szóbajön annak műtéti korrekciója. A mikroszuntök műtétje technikailag kivihetetlen, ezért ezek gyógyszeres kezelésre valók. Sympathicoliticus anyagok valószínűleg csökkentik az arterio-venosus anastomosisok átmérőjét.

Több gondot okoz a beteg gondozása, ha a visszértágulathoz gyulladás társul. A phlebitis a lehető leggyorsabban eliminálandó. Lázzal járó, fájdalmas esetekben széles spectrumú antibiotikumokat részesítsünk előnyben (Tetran B 4 × 2 tabl. 5—10 napon át). Penicillint, thrombosiskésztséget fokozó mellékhatása miatt lehetőleg ne adjunk. A cortison származékok is hasonló mellékhatásuk miatt, ízületi bántalmakban szenvedő idős egyéneken mellőzendők. A folyamat progressziója annak mélybe terjedésével járhat, s a mély thrombophlebitis a beteget immobilissá teheti a hosszan tartó fekvés összes veszélyével. Különösen veszélyesek a vena saphena magna combi szakaszának gyulladásai, mert ezek ascendálva könnyen elérik a vena femoralist. A gyulladt véna-szakasz borogatása, a végtag nyugalomba helyezése, spasmolyticumok szedése mind jó hatással lehetnek, azonban a legjobb tapasztalatokat Heparin quadlik alkalmazásával nyertük. Heparint injiciálunk intracután túvel 0,1 ml-es quadlikban, közvetlenül a gyulladt ér felletti bőrbe. A kiterjedés nagyságától függően 1—2 ml elég szokott lenni. Egyszerre 2 ml-nél többet ne használjunk fel. Ascendáló folyamatban mindig a centrálisabban fekvő beteg érszakaszon kezdjük el a kezelést, mely szükség szerint naponta vagy másodnaponta akár 10 alkalommal is megismételhető. A fájdalmas véna-köteget kitapintva, a felletelevő bőrfelületet csikszerűen lejódózzuk, mintegy kijelölve a quadlik adásának helyét. A helyesen végzett kezelés nyomán vérzés nem tapasztalható. Ismételt jódozás után fedőkötéssel látjuk el. Hat óra múltán borogatható. Ily módon középsúlyos visszérgyulladások is meggyógyulhatnak 3—4 nap alatt. Az intracután Heparin kezelés kitűnő effectusa a concentrált Heparin hosszú idejű localis hatásával hozható összefüggésbe.

Igen heveny gyulladással, magas lázzal járó, illetve ascendáló jellegű felületes thrombophlebitises folyamat esetén a beteg fektetése feltétlenül szükséges. Néhány centiméter kiterjedésű felületes thrombophlebitisen szenvedő betegek absolut ágynyugalomba helyezése azonban a thrombosis-késztség fokozása miatt nem célszerű. Ezek a betegek pólyával járthatnak. E két véglet között kell meghatározni a kezelő orvosnak a fektetés

tartamát, kinél-kinél figyelembe venni az egyéni adottságokat.

Nagy kiterjedésű, felületes thrombophlebitisen és mélyvéna-thrombosisban szenvedők kórházi kezelést igényelnek. Vonatkozik ez a gyakran recidiváló phlebitisekre is. Adequat anticoagulans kezeléssel a mélyvéna thrombosis mortalitása 20%-ról 0—1%-ra csökkenthető, s ritkábban alakul ki postthromboticus syndroma. Saját és irodalmi tapasztalatok szerint célszerű ezeket a betegeket 3—6 hónapos chronicus anticoagulans kezelésre fogni. Utóbbi a kúrát irányító intézet, a gyakorló orvos és a beteg szoros collaboratiója esetében lehet csak eredményes.

Felelősségteljes feladat a felkeltés időpontjának meghatározása s a mobilizálás véghezvitele. Adequat anticoagulans kezelés esetében is az ápolás 3. vagy 4. hetében kezdjük fokozatosan mobilizálni a beteget, ha gyulladás aktivitására utaló fizikális jelek már nincsenek, s a süllyedés és fvs.-szám normalizálódott. Első nap a fekvő helyzetben bepólyázott lábú beteget csak ültetjük, második nap lábát lógattatjuk, harmadik nap állítjuk csak talpra. Fentiek véghezvitele lehetőleg orvos jelenlétében történjék. Ezek a betegek eleinte jobban tolerálják a pólyát. Gumiharisnya hordására 4—8 hét múlva szokott sor kerülni. A zinkenycsizmát nem mindenki alkalmazza, mivel lefekvéskor nem vehető le, nem rugalmas, s alatta néha bőrfolyamatok alakulhatnak ki. Bevezetésével azonban a tüdőembóliák száma lényegesen csökkent, tehát értéke nem vitatható.

A thrombophlebitises betegek vázolt kezelésén kívül különösen recidivák esetében ne feledkezzünk meg a tumorkutatásról és a lábak esetleges mykosisának gyógyításáról. Thrombophlebitis migrans et saltans esetében mindig gondoljunk endoangiitis obliteransra. A lábfejek hőmérséklet-differentiája, a dysbasia intermittens, az art. dorsalis pedis vagy art. tibialis post. lüktetésének hiánya és az oscillometriás értékek csökkenése rendszerint útbaigazít.

Legnehezebb feladat a postthromboticus syndroma kezelése. Az itt kialakuló felületes varixok compensáló feladatot végeznek, mivel a mély véna elzáródott. Ezért ezek kiirtása a postthromboticus syndroma tüneteinek fokozódásához vezethet, s csak phlebographia vagy a különböző tourniquet testek (functionalis próbák) elvégzése után ítéltető meg pontosan a mélyvénák átjárhatósága. Ezek a betegek sebészi kezelésre nem valók. Szívesebben alkalmazunk náluk konzervatív terapiát. A mélyvéna-thrombosison vagy mély thrombophlebitisen átesett betegeknél átmeneti javulás után gyakran az oedema fokozódását észleljük, s recidiva gyanújával ismét kórházba kerülnek. Bár recidiva is előfordulhat, mégis a gyulladás és a folyamat egyéb acut tüneteinek hiányában gondoljunk az elzáródott mélyvéna recanalizatiójára. Ilyenkor a vénás visszafolyás részben a destruált, insufficientis venabillentyűkkel rendelkező mélyvénán át történik, s álló betegnél a vér statikai tényezők hatására visz-

szazuhan, visszacsorog, oedema képződéshez, a láb megduzzadásához vezet.

A postthromboticus syndromás betegek kezelésénél jó eredményekhez vezetnek az alábbi eljárások:

1. Spasmolyticumok rendszeres szedése (Nospa, Papaverin, stb.) a reflexes érszpaszmus oldása útján. Ulcus cruris esetén E-vitamint is szoktak adni (3 × 3 tbl.).

2. Intermittáló per os diureticus kezelés (Fonurit, Hypothiazid) az oedema csökkentésére;

3. Praeulcerosus állapotban salicylatok (Eggsalil, Natrium salicylicum intestinosolvens) és intact máj esetén néhány napig Rheopyrin a fájdalom és gyulladás mérséklésére;

4. Gumiharisnya, pólya viselése a vénás visszafolyás elősegítése útján az oedema keletkezésének megállítására.

5. Rutin és C-vitamin tartalmú gyógyszerek a capillárisok pathológiásan emelkedett permeabilitásának és fragilitásának csökkentésére.

Mindezekkel az oedema állandósulása és az általa okozott hegesedések szervülése ellen küzdünk. Ha nem is állandó jelleggel, de hetente legalább kétszer sikerül a végtag oedémáját csökkenteni, ezzel is eredményesen küzdünk a postthromboticus syndroma complicatiói ellen. Természetesen a be-

tegek legtöbbször már szövődményekkel (hypodermatitis, haemosiderosis pigmentosa, ulcus cruris) kerülnek észlelésre. Ezek kezelése, mivel határterületről van szó, csak a bőrgyógyász, sebész és belgyógyász összefoglalásával lehet eredményes. Konzervatív vonalon a postthromboticus syndroma kezelésénél említettekén kívül Solcoseryl* és Glyvenol** adása jön még szóba, nem részletezve a bőrgyógyászati szereket és a plasztikai, valamint egyéb sebészeti beavatkozást mint therapiás lehetőséget. A Solcoseryl a szövetek oxigén utilisációjának és a sebek granulációjának előmozdítása útján fejti ki hatását. A Glyvenol a pathológiás processusra a paravénás térben is hat. Mindkettő jó adjuvans szernek bizonyult, különösen a praeulcerosus szakban, illetve a már kialakult ulcus cruris kezelésében. Utóbbinál allergiás reakciók előfordulhatnak.

Természetesen a visszeres betegek gondozásának problémáit csak vázolni lehetett ily röviden. A cél azonban csak az volt, hogy nagy beteganyagon nyert tapasztalataink alapján az általunk helyesnek tartott, s jó eredményekhez vezető gyógykezelési elvekről, lehetőségekről röviden beszéljünk.

* Solco készítmény, hazánkban forgalomban van.

** Ciba készítmény, hazánkban nincs forgalomban.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az **ORVOSI HETILAP**-ot

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

Napi 3–6 **TRIOXAZIN** tableta az intellektus és a mozgáskészség befolyásolása nélkül szünteti meg a szorongást, a túlfeszített idegállapotot és a pyschés nyugtalanságot.

Nem hátrányos a reflexidő és a koordinációs készség szempontjából, gépkezelők, gépjárművezetők is használhatják!

Adagolását és a többi tudnivalót lásd a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” című kézikönyvben.

EGYESÜLT GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST

BESZÁMOLÓK

JEGYZŐKÖNYVEK

Ösztöndíjas élmények Franciaországban.

Az Eü. min. szervezésében a magyar-francia tudományos és kultúrcsere-egyezmény keretében egyéves tanulmányutatót töltöttem Franciaországban. Időm nagy részében Párizsban dolgoztam, de meglátogattam több vidéki intézményt is.

Feladatom egy tudományos program megvalósítása volt, de — klinikus lévén — alkalmat kerestem arra, hogy neves klinikák és kórházak felépítését és működését is megismerjem.

Az inaktivitással foglalkozó előző munkáim alapján kerültem kapcsolatba G. Milhaud professzorral, aki a thyreocalcitonin hormon elismert szakembere. Főlajánlotta, hogy intézetében a TCT-bontást vizsgáljam, minthogy ez a terület felderítetlen.

Kérkezésemkor Milhaud professzor a Pasteur Intézet izotop osztályát vezette. Itt kezdtem el kísérleteimet, az alkalmas methodika kidolgozásával. Sok nehézséggel kellett megküzdeni, mert bár a laboratórium úttörő munkát végzett a TCT kutatásban, és ehhez jól volt szerelve, metabolikus kísérletekre nem voltak beállva. Meghatároztuk az optimális dosisokat, a szervkivonat legalkalmasabb hígítását. Ebben az időben derült ki az is, hogy a májhomogenisatumból a bontó-anyag átmegegy a supernatan-sokba.

Intézetünknek a szomszédos Pasteur Kórházban beteggyógyai is voltak, ahol a TCT ember-pathológiai vonatkozásait kutattuk. Ide gyűlt össze Párizs, sőt a vidék idevágó beteganyaga, minthogy ebben a kérdésben legmagasabb fórumnak számítottak. Így pathomechanizmus kutatására, sőt terápiás próbálkozásokra is nyílt alkalom. A kórházi részleget átköltözés után is mi láttuk el.

Intézetem ebben az időben elhagyta a Pasteur-Intézetet s átköltözött a St. Antoine klinika egy hatalmas új kutatótömbjébe, ahol lényegesen jobb feltételek mellett, több laboratóriumban, modern építészeti és műszeres felszereléssel folytathattuk kísérleteinket. Munkámat csak a bekövetkezett események nehezítették, de sikerült a legnehezebb periódust is kihasználni arra, hogy addigi kísérleteimet statisztikailag kiszámoljam, értékeljem, s programomat eszerint módosítsam.

Professzorom mindvégig érdeklődéssel kísérte kísérleteimet s ambi-

cionálta is, hogy ez a munka laboratóriumából kerüljön ki. Igen jó néven vette, hogy a májusi és júniusi közlekedésileg és psychesen is zavart időben sem szakítottam meg intézetemmel a kapcsolatot, sokszor 3—4 órai gyaloglás árán sem. Mikor az intézetemtől búcsúztam, ki is emelte, hogy együttműködésünket nemcsak azért értékeli, mert új területet sikerült föltárunk, hanem, hogy az eredmények Franciaország egyik legnehezebb évében születtek meg. Professzorom egyébként tagja volt annak az orvosküldöttségnek, amely a Szovjetunióban tett látogatást, s nagy elismeréssel nyilatkozott az ott látottakról, egyes szakágazatokban tapasztalható igen magas színvonalról.

Kísérleteim részletezését elhagyom, arról cikk formájában szeretnék beszámolni.

A Pasteurt az intézet egyik dolgozója sem kívánta vissza: eltekintve attól, hogy egy pincéhelyiségbe voltunk beszorítva, ahol helyszűkével s sok más nehézséggel küzdöttünk, általánosan is érezhető volt, hogy az egész intézmény komoly nehézségekkel küzd. Kétségtelen, hogy egyes intézeteit nagy nevek fémjelzik, köztük három Nobel-díjas, mégis sokan meghúzták a vészharangot. Régen az intézet a gyártott savókból tartotta fenn magát. Ma azonban ez a forrás nem elégséges, viszont a vezetőség ragaszkodik szuverenitásához, azzal érvelve, hogy így saját maga választhatja meg és nevezheti ki munkatársait. Legtöbben azonban úgy vélik, hogy az államosítás elkerülhetetlen, másrészt viszont az is nyilvánvaló, hogy ez semmiben sem nyírbálná meg a kutatási szabadságot. Ma a Pasteur Intézet legértékesebb része — néhány kiemelkedő laborjától és szaktekin-télyétől eltekintve — a könyvtára.

Franciaországban a kutatás két nagy állami alapítványból táplálkozik: a CHU (Centre Hospitalier Universitaire) inkább az elméleti alaputatást támogatja, ennek volt a mi intézetünk is tagja. A St. Antoine kórház területén egy másik impozáns épület, a Centre National de Recherche Scientifique tömbje, külön könyvtárral, főleg a klinikai kutatás szolgálatában áll. Élén nagynevű klinikus professzorok, de rutinmunkától független kutatógárda. Délutánonként a klinika tagjai is dolgozhattak itt.

Azokon a napokon, amelyeken kísérletem nem folyt, a szomszédos *Caroli klinikára* jártam át rendszeresen. Professzorom ajánló soraira Caroli professzor megtisztelő kedvességgel fogadott. Hosszasan elbe-

szélgetett velem, s kifejtette, hogy a magyar orvostudományt nagyra becsüli. Első pillanatban azt hittem, udvarias formula ez csupán, de következő mondata meggyőzött, hogy tévedtem, mert elmondta, hogy jól ismeri a nálunk folyó munkát, tudja, hogy ebben és ebben a szaktárgyban ilyen és ilyen fontos eredmények születtek. Mondhatom, büszke voltam professzoraimra és a magyar kutatókra, akik ilyen megbecsülést vívtak ki országunknak. Bár Caroli professzor klinikáján mindig dolgozott 8—10 külföldi orvos a világ minden tájáról, a világhírű professzor jóindulatát végig érezhettem. Részt vettem a klinika minden megmozdulásán, tudományos ankétjaitól a vizitekig. Legtöbb időt a laparoscopia elsajátítására fordítottam. A *laparoscopia* egyik úttörőjétől, Fourés dr.-tól nemcsak azért lehetett rengeteget tanulni, mert kiváló szakember, hanem azért is, mert ide a világ minden tájáról érkeztek betegek. Így egészen különleges eseteket is észleltünk a heti 15—20-as anyagban.

Caroli professzor egyénisége mélyen impresszionált, de kevés ember akad, aki ne kerülne varázsa alá hihetetlen munkabírásának, rendkívüli határozottságának, nagy szaktudásának és kiváló szervezőképességének. Reggeltől estig a klinika minden mozzanatában jelen volt, ugyanúgy be lehetett hívni vizitjéről egy laparoscopiához, mint ahogy a szövettani metszeteket megvitatta. Nagyságát mutatta, hogy beosztottaival folytatott vitáiban hajlandó volt álláspontját megváltoztatni és a másik véleményét elfogadni. Izgalmasak voltak a szombati betegmegbeszélések, ahol sebész és kórszövettanász jelenlétében, rtg-képek, laparoscopiás felvételek, színes és szintelen scintigráfiák, szövettani metszetek alapján oldották meg a nehéz diagnosztikus vagy terápiás problémákat.

Követésre méltónak találtam a professzorok heti 1—2 *consultatióját*, amelyen városi orvosok és az ösztöndíjasok is részt vehettek. Párizsban Bricaire, Caroli, Debré, Guttman, Kourilsky, Marseilleben Codaccioni és Recorder professzor consultatióin asszisztáltam. Ilyenkor a professzor a hozzáírányított betegeket vizsgálta meg, közben a hallgatósággal is megvitatatta. A beteganyagot az ambulancia átszűrte, de elvileg minden beteg eljuthatott — megfelelő probléma alapján —, erre az ingyenes consultatióra. Megemlítenék egy személyes élményt. Guttman professzornak bemutatkozásomkor elmondtam, hogy az Orvosi Hetilapban megjelent közleménye után kíváncsi lennék speciális módszerére. Kijelentette, hogy semmiféle különleges módszere nincs, úgyanyira, hogy ő sohasem röntgenezett. Nála az új a látásmódban, az interpretációban van. Mondtam, hogy a

cikk élénk vitát váltott ki nálunk. Nekem szegezte a kérdést: „Szóval kételkedtek?” Ettől kezdve minden alkalommal „vizsgáztatott”. Évtizedekre visszamenő gazdag képanyagát értékelte velünk. Eleinte bosszantott, hogy céltáblának éreztem magam. Később, amikor látásmódját megszoktam, elárulta: „Azt akarom, hogy meggyőződve menjen haza”. S valóban elmondhatom, hogy sokat tanultam tőle.

Debré professzor alkalmat adott rá, hogy klinikáján a legmodernebb *gastroskopiát sajátítsam el*. Később tudtam meg, hogy ez különös szerencsének számít, mert ottlétem ideje alatt is sok érdeklődőt, francia és külföldi orvost is utasítottak el helyhiány miatt. A gastroskopiát és egyáltalán az endoskopiákat eddig autodidakta módon tanulta meg néhány szakember. Éppen ebben az időben szervezték meg az első egyéves endoszkopos tanfolyamot. A legmodernebb japán gastro- és oesophagokopokkal dolgoztunk, amelyek fiberskop voltuknál fogva nemcsak teljesen hajlékonyak, hanem kívülről irányíthatók és hajlíthatók is voltak. Így eltűntek vele az eddigi „vak” területek, s mind a cardiáját, fornixot, mind a pylorust jól lehetett látni. Sőt műtétek után az anastomosis nyíláson át a csatlakozó bélkasba is be lehetett jutni. A készülékek fényképezésre, filmezésre, a gyomor atmoszférájára és szemellenőrzés mellett végzett célzott biopsziára is alkalmasak. Praktikus az előkészítésben a xylocain viscosé gel.

Már Caroli professzor elmondta, hogy klinikája ugyan kizárólag gastroenterológiai és hepatológiai betegeket vesz fel, de ez párizsi viszonylatban is kivételt képez. A meglátogatott többi osztályon is meggyőződhettem róla, hogy választott specialitások mellett vegyes beteganyagot is el kell látniuk. Viszont minden jónevű osztálynak megvan a *profilja*, így Kourilsky professzornak a pulmonologia, Bricaire és Vague professzornak az endokrinologia, Recordier professzornak a belgyógyászat psychoneurologiai vonatkozásai stb. A tudományos munkát teljes mértékben, az oktatást is nagyrészt ebben az irányban végzik. Magam is arra a meggyőződésre jutottam, hogy az *osztályok szakosodását* elő kell segítenünk. Klinikáinkon és nagyobb kórházainkban ez a tendencia régen fenn is áll, elismert szakembereink a feltételeket is megteremtették, de bizonyos, hogy megfelelő betegirányítással, amely a földrajzi körzetbeosztás helyett ezt a szakmai beosztást veszi alapul, sokkal racionálisabban, rövidebb átfutási idővel, lényegesen effektívebbé tudnánk tenni betegellátásunkat. Járó- és fekvőbeteg-intézetek kapacitása automatikusan nőne ez által. A speciális berendezések koncentrá-

sa pedig komoly anyagi előnnyel is járna. Érzésem szerint ez a systema nemcsak a klinikai városokban, hanem *minden olyan kórházi egységben megvalósítható lenne*, ahol több bel- és sebészeti osztály működik.

Külön kiemelném Kourilsky professzor St. Antoine-beli pulmonológiai osztályát és Recordier professzor marseille-i belklinikáját, nemcsak azért, mert mindketten lekötelező kedvességgel fogadtak — amit mindig úgy vettem, hogy nem személyemnek, hanem a magyar orvosoknak szól —, de klinikáikon uralkodó kellemes légkörük miatt is. Kourilsky professzor mintaszerűen szervezett tantermi symposiumjai, amelyek hetenként egyszer a legmodernebb technikai berendezésekkel világítottak meg egy-egy betegséget, vizsgáló eljárást, nagyon impresszionáltak. Elvezet volt az 50 éve csak bosszúságot jelentő episkopos vetítések helyett televíziós reprodukáló berendezésen látni a röntgen-filmeket, EKG-görbéket, könyvbrákat, skicceket a referátumok alatt. Egy-két óra alatt a klinika 4—5 embere tárgyalta a föl-tett kérdést más-más szemszögből, az anyagot szemléletesen dokumentálva. A végén a professzor foglalta össze a témát.

Vague professzor marseille-i neves endokrin klinikáján az inzulin meghatározás módszerét és igen gazdag beteganyagot láthattam. Nagyon jól szervezett konzultáción gondoloznak és ellenőrzik a betegeket, s közben az új eseteket kiszűrik a klinika számára.

Néhány szót az *orvosok életmódjáról*. Mint más területeken is, a munka reggel 9 után kezdődik, 12 és 2 közt ebédszünet, viszont 6-ig, 7-ig eltart. Az osztályon csak a professzornak lehet magánbeteg, de városi praxisa is csak idősebb orvosnak van. Minden klinikának vannak konzultáns szakemberei, akik heti 1—2 alkalommal jönnek be valamely speciális vizsgálatot végezni, vagy konzultációt tartanak. Vezető elméleti szakemberek gyakran látnak el másodállást. Az intézetek munkáját egy-egy részletkérdésre koncentrálnak. Ebben azután a megfelelő külföldi intézetekkel élénk kapcsolatot is alakítanak ki. A vezető kutatók és professorok ezért is utaznak sokat. Évente 2—4 külföldi út lehet az átlag. Amerikát, Japánt hivatalos küldetéssel vagy meghívás révén ismerik meg. A fiatalokat egy-egy módszer megtanulására küldik idegen intézetekbe.

Ami a *műszerezettséget* illeti, az igen jónak mondható. Kisebb kórházak laboratóriumai is gazdagon felszereltek, tudományos intézetek pedig gépekkel túlszűfoltak, s érezhető a helyhiány. Apró dolgokban (üvegnemű, állat stb.) sokkal több

bosszantó hiányosság van, ami inkább elégtelen *organisatióra* vezethető vissza. A tudományos teljesítmény nem egyenesen arányos a műszerezettséggel. Mikor elmondtam, hogy nálunk klinikán nem lehet tudományos munka nélkül megmaradni, Caroli professzor fölkiáltott: „Irigylem magukat, higgye el, irigylem. Én alig tudom rávenni az embereimet, hogy tudományosan is dolgozzanak”.

Hasonló kételyekkel nyilatkozott oktatásukról is, még jóval a diákvizsgák előtt. Részletesen elmondatta a mi oktatási systemánkat, majd kijelentette: „Sokkal jobb és sokkal effektívebb a maguk orvosképzése. Nálunk nagyon komoly bajok vannak!” Ezt a kijelentését 5 hónap múlva súlyos események igazolták.

Elég hosszú idő alatt értettem meg a reformmozgalom rugóit és kaptam reális képet az ifjúság állásfoglalásának őszinteségéről, másrészt a nagyon nehéz problémákról, amit ennek újjászervezése jelent. Erre a komplex kérdésre ezen a helyen nem térhetek ki. Egy év, különösen egy ilyen zaklatott év annyi élményt, tapasztalatot ad az embernek, amit ennél sokkal hosszabb beszámoló sem merítene ki. A mindennapi klinikai munkának kell választ adni azokra a részletkérdésekre, amelyek ebben a beszámolóban helyhiány miatt nem szerepelhettek.

Nem mindig könnyű azokat a helyeket kikeresni, s velük a kapcsolatot felvenni, amelyekben a legtöbbet tanulhat az ember. Ezekre a helyekre sok külföldi ösztöndíjas és látogató pályázik. De annál jobb érzés, hogy a magyarok és Magyarországra iránt szimpátiával viseltettek, s ha az ember elbeszélget kollegákkal, beosztottakkal, őszinte érdeklődéssel találkozik. Nemegyszer kell természetesen felületes elképzelésekkel megküzdeni. De éppen ezzel kapcsolatban kell kiemelni minden — tudományos is! — ösztöndíj általánosabb értékét: mert ezekkel a baráti beszélgetésekkel, két vizsgálat közt feltett kérdés megválaszolásával, az ösztöndíjas magatartásával, az előzetesével és mások iránti érdeklődésével többet tud használni országunknak, hírnevünknek, mint sok más, látványosabb de személytelenebb megmozdulás. S azt hiszem, éppen ezen a *kultúr diplomáciai* síkon tudja az ember meghálálni kiküldőinek és országának, hogy emberileg és szakmailag ilyen lehetőséget kapott.

Hankiss János dr.

Folyóiratreferátumok

Transzplantáció

Az emberi veseátültetéseket nyilvántartó bizottság hatodik jelentése. Transplantation. 1968. 6. 944.

A veseátültetéseket nyilvántartó központnak 1968. január 1-ig 1741 veseátültetést jelentettek. Az összes átültetésre vonatkoztatva a donor-vesék 43%-a hullából, 9%-a élő, nem rokon egyénből, 18%-a az anyától, 8%-a az apától, 17%-a

testvérétől 20%-a egypetűjű ikertől, 1%-a kétpetűjű ikertől és 2%-a egyéb rokontól származott. A cadaver-vesékkal végzett átültetések száma 1966—67-ben elérte a transzplantációk 50%-át, míg az élő, nem rokon donoroktól származó vesék száma 3,5%-ra csökkent.

Az átültetések hatékonyságának alakulását a táblázat szemlélteti. Az 1966—68-as adatok alapján ma a következő kilátásokkal végezhető veseátültetés: élő rokon-

ból származó vese esetén az egyéves túlélés 75%, a kétéves 67%; cadaver donorok veséi esetén az egyéves túlélés 45%, a kétéves 38%.

(Ref.: A táblázatból látható, hogy 1966—68 között végzett transzplantációk eredményessége jóval felülmúlja az 1968. január 1-ig végzett — és a kezdeti rossz eredményeket is magába foglaló — összes átültetés átlageredményét. A két csoport között észlelt eltérés jól mutatja, hogy a korszerűbb módszerek alkalmazása milyen nagymértékben javítja az átültetések prognózisát.)

Dóbiás György dr.

| A donorvesék eredete | 1 éves túlélés %-a | | | | | 2 éves túlélés %-a | | | |
|----------------------|--------------------|---------------|--------------|--------------|----------------------------|--------------------|---------------|--------------|----------------------------|
| | 1964 szept.-ig | 1965 márc.-ig | 1966 jan.-ig | 1968 jan.-ig | 1966 jan.-tól 1968 jan.-ig | 1965 szept.-ig | 1966 márc.-ig | 1968 jan.-ig | 1966 jan.-tól 1968 jan.-ig |
| Egypetűjű iker..... | 88 | 89 | 90 | 90 | 90 | 85 | | 88 | |
| Kétpetűjű iker..... | | | | 79 | | | | 51 | |
| Testvér..... | 59 | 54 | 60 | 68 | 78 | 52 | 55 | 63 | 76 |
| Szülő..... | 49 | 53 | 56 | 62 | 71 | 32 | 49 | 54 | 57 |
| Egyéb rokon..... | | | | 61 | | | | 61 | |
| Cadaver..... | 19 | 21 | 27 | 35 | 45 | 14 | 20 | 26 | 38 |
| Élő nem rokon..... | 12 | 14 | 21 | 23 | 23 | 9 | 18 | 19 | |

Prospektív leukocita tipizálás hullai vesékkal végzett transzplantációk alkalmával. P. J. Morris, P. Kincaid-Smith, A. Ting, J. W. Stocker, V. C. Marshall (Department of Surg., University of Melbourne, Victoria, Australia): Lancet. 1968, II., 803.

Szerzők 27 esetben végeztek hullai vesékkal transzplantációt. A lymphocyták serotypizálása a következő monospecificus antilymphocytá serumokkal történt LA₁, LA₂, LA₃, 4a, 4b, 4c, 6b, 7c, 7d. A vizsgált antigenekre nézve azonos párt nem sikerült találni. Öt esetben volt az antigeneltérés kompatibilis (a donor lymphocytáiból hiányzott egy vagy több olyan antigen, mely a recipiensben kimutatható volt, — minor mismatch), míg 22 esetben volt a donor-recipiens pár lymphocytá típusa incompatibilis (a recipiens lymphocytáiból hiányzott egy vagy több antigen, amely a donorban előfordult — major mismatch). A megfigyelési idő 3—13 hónapig terjedt. A serum creatinin szint átlaga a kompatibilis csoportban 1,18 ± 25 mg%, az incompatibilis csoportban 1,66 ± 42 mg% volt (p < 0,01). A kilökődési reakciók előfordulása a következő megoszlást mutatta:

| Csoport | Kilökődési reakció | | | |
|------------------|--------------------|----------------|-----------------|------------------------|
| | nem volt | egy alkalommal | több alkalommal | igen súlyos v. halálos |
| Compatibilis ... | 2 | 2 | 1 | — |
| Incompatibilis | 1 | 3 | 6 | 12 |

A kompatibilis csoportban két súlyos akut kilökődési reakciót észleltek. Ennek egyik oka a szerzők szerint az volt, hogy mindkét beteg seruma tartalmazott az átültetés előtt cytotoxicus hatású humorális ellenanyagokat, s az egyik betegnél másodsor került sor veseátültetésre. Másik okként szerepelhet a nem vizsgált transzplantációs antigenekre vonatkozó incompatibilitás.

Dóbiás György dr.



Serum enzszintek alakulása szívátültetés után. M. Clauvel, K. Schwartz, Y. Crepin, J. P. Cachera (Centre d'Etudes des Techn. Chirurg., Hopital Broussais, Paris): Nature. 1968, 220, 483.

A lactatdehydrogenase (LDH), a hydroxybutiratdehydrogenase (HBDH), a creatinphosphokinase (CPK), a glutaminsav-pyroszólósav (GPT) és glutaminsav-oxalecetsav transaminase (GOT) aktivitások kutyákon végzett autotranszplantációk után normál értéket mutattak a vérserumban. Ha az autotranszplantatio után antilymphocytá globulint is adtak, kb. kéthetes kezelés hatására az LDH és HBDH erősebben, a CPK kevésbé, a GOT, GPT szintek igen kismértékben emelkedtek. Kutyáknál homotranszplantatio után kb. a 15. napig az LDH, HBDH és CPK szintek emelkedett értéket mutattak, míg a GOT és GPT szintek alig haladták meg a normal értéket. Ha kilökődési reakció jelentkezett, az LDH, és CPK aktivitás erősebben, míg a GOT, GPT aktivitás csak kismértékben növekedett. Embereken vég-

rehajtott homotranszplantatio után az első 10 napon ugyancsak az LDH, HBDH és CPK aktivitás fokozódását figyelték meg. A GPT 2—8 és 12—18 nap között, míg a GOT aktivitás a 10—20. nap között volt fokozott.

Ha az enzszintek emelkedését kóros EKG elváltozások is kísérik, ez a szerzők véleménye szerint lokális (nagyobb kiterjedésű) szívizom sérülést nem jelent, míg a fenti enzyme serumban mért aktivitás fokozódása normal EKG görbe mellett diszeminált kis necroticus góccokra vall a szívizomban.

(Ref.: Szerzők nem említik közleményükben, hogy az utóbbi megállapításaitat kórbonctanilag ellenőrizték-e vagy sem?)

Dóbiás György dr.



A vizelet üledék vizsgálata vesetranszplantációk után. Quantitativ változások mint a kilökődési reakció aktivitásának jelzői. E. S. Spencer, V. P. Petersen (First Med. Univ. Clinic, Aarhus, Denmark): Acta Med. Scand. 1967, 182, 73.

A veseátültetést követő naptól kezdve a vizeletet gondosan gyűjtötték, a foszfat csapadékot néhány csepp 10%-os ecetsavval, az urátokat enyhe melegítéssel oldották. Az erythrocyták, a neutrophil granulocyták és a vese tubularis hámsejtek számát Prescott-féle peroxidase-floxin festést alkalmazva, (Prescott R. F., Brodie D. E. Lancet. 1964, II. 940), Bürker kamrában, direkt számolással határozták meg. A lymphocyták, makrophagok, eosinophil és basophil

granulocyták számára May—Grünwald—Giemza szerint festett kenetből, indirekt úton következtettek. Eredményeik szerint a kilökődési reakció legmegbízhatóbb jelzője a lymphocyturia, melyet akkor tekintettek értékelhetőnek, ha az óránként ürülő lymphocyták száma a 25 000-et meghaladta. A vizelet üledék sejtszámának változását 14 reiektívó crisisben vizsgálták; a lymphocyturia significans növekedése kivétel nélkül mindig egyik esetben bekövetkezett.

Dóbiás György dr.

☆

Kutya vesék 24, ill. 72 órás preservációja. F. O. Belzer, B. S. Ashby, J. E. Dunphy (Department of Surg., University of California Med. Center, San Francisco, California): Lancet, 1967, II., 536.

A szerzők azon célból, hogy a vesék működését a szervezeten kívül minél hosszabb ideig biztosítani tudják, egy complex perfusió s be rendezést dolgoztak ki, melynek főbb alkotóelemei a következők: pulzáló pumpa, membrán oxigenátor, hőcserélő, folyadék manometer és a vese számára egy steril kamra, melyben a vese felszínével érintkező kontakt hőmérő van beépítve. Ebben a rendszerben a szerzőknek sikerült a vesék funkcióját 24—72 órás perfusio után is biztosítani. A vesék működését úgy ellenőrizték, hogy a vesét ugyanazon kutyaiba ültették vissza, amelyikből származott, a contralateralis második vese egyidejű eltávolítása után. A sikeres perfusio alapvető feltételei a következők: mérsékelt hypothermia (8—12 C°); a perfusió oldat használat előtti szűrése 0,22 mikron porusnagyságú filteren; megfelelő O₂ ellátás; a pH, hőmérséklet, PO₂ PCO₂ és az átfolyás mértékének ellenőrzése; a folyadék mozgatása pulzáló pumpa segítségével; megfelelő összetételű perfusio oldat —, ez tulajdonképpen citrat-dextrose oldatban levett kevert kutya plasma, mely literenként 4 mEqv. MgSO₄-ot, 250 mg dextroset, 80 E insulint, 2000 000 E penicillint és 100 mg hydrocortisont tartalmazott, s pH-ja 7,4—7,5 között volt.

Az ismertetett körülmények között végzett 24 órás perfusio után a szervezetbe visszaültetett vesék igen jól működtek, 5 kutya közül egy sem hullott el. A serum carbamid nitrogen szintje egy állat kivételével az első napokban 60—100 mg% közötti értéket mutatott, s két héten belül az összes kutyanál normalizálódott. Öt másik kutya veséjével 72 órás perfusiót végeztek. Elhullást ebben a csoportban sem láttak, de a serum carbamid nitrogen koncentrációja egy állat kivételével 100 mg% fölé emelkedett, a serum carbamid szintek csak a reimplantatio ötödik hetében normalizálódtak. Dóbiás György dr.

Az emberi szervtransplantáció a törvény szemszögéből. N. P. Couch. Proceedings of the 1. International Congress of the Transplantation Society. Williams and Wilkins, 1968.

Az emberi szervtransplantációra vonatkozó törvény betűszerinti betartása sok esetben közelállhat az etikaellenes magatartáshoz. A törvény nem lehet merev, amely akadályozza az orvosi működést. A törvény szerint a hullai szervek felhasználása „magasabb erkölcsi vonzerőt” képvisel, mint az élő emberből vett szervek. Ez a megállapítás a szerző szerint helytelen. Az élő emberből vett vesék átültetésével nyert tapasztalatok jobbák. Bár a hullai vesék felhasználásával az utóbbi időben egyre jobb eredményeket értek el. Szerző véleménye az, hogy a hullai vesék átültetése immunológiai és más szempontok szerint kevésbé jó. Ugyanakkor komoly etikai problémák is felmerülnek: a holtta nyilvánításnak elég korán meg kell történnie ahhoz, hogy a szerv még transplantációra alkalmas állapotban kivethető legyen. Az elhalt hozzátartozóinak biztosnak kell lenniük abban, hogy semmiféle ésszerű újjaélesztési kísérletet nem mulasztottak el.

A halál a klasszikus meghatározás szerint a szívműködés megszűnésekor áll be. Ésszerűnek és morálisnak látszanék kimondani, hogy a halál bekövetkezik, ha bármelyik életfontos szerv visszaállíthatatlannul és véglegesen károsodik. Fontos azonban, hogy a halál megállapítása függetlenül történjenek attól, hogy a páciens esetleg donorként szerepel majd, tehát a transplantációs team ne vegyen részt a halál megállapításában. A törvények értelmében a halott szerveit csak vagy legközelebbi hozzátartozója engedélyével, vagy a halottól még életében megszerzett beleegyezés alapján lehet felhasználni. Egyes kórházakban a beszállítás után a betegről írásos engedélyt kérnek szerveinek esetleges felhasználásához.

Figyelemre méltó adat, hogy az Egyesült Államokban 1 000 lakosból 3,2% hal meg subarachnoidealis vérzésben (szerveik tehát adott esetben felhasználhatók lennének) és 4% veseelégtelenség miatt (életük esetleg megmenthető lenne veseátültetéssel).

A törvénynek engedélyezni kellene, hogy a törvénytörző szakértő indokolt esetben azonnali boncolást végezzen, hogy a hullai szervek átültethető állapotban kerüljenek kivételre. A rendelkezéseknek bízniuk kellene az orvosok felelősségérzetében, morális érzékében és becsületességében. Az embernek jogot kell adni, hogy saját szervei felett rendelkezzen. Jobban meg kell szervezni az orvosok együttműködését, hogy a trans-

plantációs team tagja jelen lehessen egy potenciális donor halálakor, de nem mint a halál bekövetkezésének megállapítója.

Somogyi Endre dr.

☆

A szervtransplantáció, mint jogi probléma. H. Hinderling. Schweiz. Med. Wschr. 1968, 98, 774.

A szív és más életfontosságú szervek átültetése nemcsak orvosi, hanem jogi probléma is, hiszen a donor és a recipiens személyi-jogi védelmét is érinti. A korábbi orvosi és jogi felfogás szerint a halál a szívműködés és légzés megszűntekor áll be. Ebből következnék, hogy az újjaélesztési kísérleteket a szívműködés végleges megszűntéig folytatni kell. A szerveltávolítás és perc előtt nem történhetik meg, s ez az időpont egybe kell, hogy essék a recipiens végrehajtandó műtét kezdetével. Amíg azonban a recipienst a műtetre előkészítik, az átültetendő szervek alkalmassága lényegesen csökken.

A személyvédelem ész- és célszerűségi okainak helyes értékelésénél az élet és halál közti határ új megállapítása szerint a halál akkor következik be, amikor egy irreverzibilis agysérülés végleges öntudatvesztést idéz elő. Ezt a tényt azonban minden kétséget kizáróan kell megállapítani.

A jogással együtt megválaszolható kérdés az, hogy szabad-e a recipienssel szemben a műtétért a felelősséget vállalni még abban az esetben is, ha a beteg elmaradhatatlan hozzájárulása a beavatkozáshoz meg van. Csak akkor engedélyezhető a műtét, ha ettől a páciensnek kilátása van gyógyulásra vagy javulásra. Egy kockázatos beavatkozás mindamellett inkább alkalmas ügy elvégzési, ha a beteg, aki betegségétől lelkileg is szenved, a műtéttel járó fenyegető veszély teljes tudatában kéri a műtét elvégzését, szemben azzal, amikor a sebész javaslatára a beteg passzive beleegyezését adja.

Somogyi Endre dr.

☆

Anyagserebetegségek

Iatrogen, ketosis nélküli hyperglykaemiás coma. Szerkesztőségi közlemény. JAMA. 1968, 203, 515.

Sament és Schwartz 1957-ben írta le először e diabeteseseken előforduló hyperglykaemiás kórképet s azóta közel 100 esetet közölt le az irodalom. Nyilvánvaló azonban, hogy a hyperglykaemiás, ketoacidosis nélküli coma előfordulása ennél jóval gyakoribb lehet, azonban tekintélyes hányadát nem

kórismézték. Miután aránylag későn gondolnak a kórkép lehetőségére, nem meglepő, hogy a felismert esetek halálozása is 50% körül van. Előfordulása olyan középkorú és idős betegek szokványos, akiknek addig még nem fedték fel a cukorbajt. A kialakuló praecoma vagy coma kapcsán aphasia, hemianopsia, hemiplegia vagy convulsio áll a klinikai kép előterében s a betegek gyakran shockban vannak. A dehidrált állapot mindig igen kifejezett, a magas vércukorszinttel kapcsolatos prolongált osmoticus diuresis miatt. Ugyanis a hyperglykaemia s az ehhez bizonyos esetekben társuló hypernatraemia másodlagos vízvesztés kapcsán megnöveli az extracelluláris osmolaritást, melyhez természetesen intracelluláris dehydratio társul s ez utóbbi felülés a központi idegrendszeri tünetekért és a comáért. A felborult osmoticus egyensúly és vízvesztés minél előbb rendezendő hypotoniás oldattal; hypertoniás oldat megmondhatlan alkalmazása mindenképpen kerülendő, mert feltétlenül ront az állapotot.

Hypertoniás cukoroldattal — bizonyos körülmények között — nem diabeteseseken is elő lehet idézni iatrogen hyperglykaemiás comát. *Boyer és mtsai* (1967) oliguriás, idült veseelégtelenségben szenvedő nöbetege comatosussá vált 2 l 7%-os cukoroldattal történő peritoneális dialysis után, mely 140 mEq/l nátriumot tartalmazott. A vércukor 240 mg% fölé emelkedése után szomjúság, gyengeség, arcrángatózás, clonusos görcsök és végül coma lépett fel.

13 uraemiás betegen tovább vizsgálva a kérdést, azt találták, hogy a 7%-os cukoroldattal dialyzáltak szokványosan hyperglykaemiássá váltak, míg a 4,25%-os oldattal kezelték közül csak egyesek. Ennek ellenére a vércukorszint nincs egyenes összefüggésben a dialyzáló cukoroldat töménységével, hanem, hasonló felszívódási ráták esetén is nagy egyéni különbségek mutatkoznak. Az uraemiás betegek csökkent cukortoleranciája mellett a peritoneális dialyzáló folyadék nátrium tartalma is elősegíti az iatrogen hyperosmolaritás kialakulását.

A hyperosmolaris coma eddig még egyedülálló formáját közölte le *Kolodny és Sherman* (1968), mely a hypophysis elülső lebenyének roncsolása után lépett fel (melyet a beteg súlyos retinopathiája miatt végeztek el — Ref.). A fiatal, insulinallal beállított cukorbeteg fokozatosan alakult ki a hyperglykaemiás, ketoacidosis nélküli coma, 2 napos diarrhoeát követően, 4 héttel a hypophysisen történt beavatkozás után. Ez a stress-reactio szokatlan — ugyanis az insulinallal egyensúlyban tartott cukorbeteg csak jóval azután válnak ketosi-

sossá, miután már vércukor értékeik magas szintet értek el. Úgy látszik, hogy esetükben a hypophysisműtéttel volt kapcsolatos a megváltozott reactio. Valószínű, hogy a hypophysis elülsőlebeny-hormonok hiánya meggátolja a lipolysis blockolása kapcsán kialakuló ketosist.

A különböző anyagcserezavarok iatrogen úton kialakuló „másodpéldányai” ritkák. Ennek ellenére kísérletes modellként használhatók különböző kóros állapotok tanulmányozására. Nincs kizárva, hogy a hyperglykaemiás, nem ketosisos coma iatrogen eredetű esetei is hasznosak lesznek ezen újabban felfedezett, de érdekes és klinikai szempontból is nagy jelentőségű anyagcserezavar pontosabb felderítésében.

Major László dr.

★

Glukóz tolerancia és serum lipid szint cerebrovascularis megbetegedésben. Jakobson, T. (Hesperia Hospital, Helsinki, Finland): Acta Med. Scand. 1967, 182, 233.

A szerző felveti, hogy van-e összefüggés a glukóz tolerancia vizsgálattal megállapítható praeklinikai diabetes (ref.: latens diabetes) és a cerebrovascularis megbetegedés között.

52 arteriographiával igazolt cerebrovascularis betegségben szenvedő, nem cukorbeteg egyénen (18 teljes occlusio, 12 kifejezett arteriális stenosis, 22 enyhébb arteriosclerosisos elváltozás) és korazonos kontroll neuropsychiatriai betegeken vizsgálta per os glukóz tolerancia teszttel (GTT) és prednisonon glukóz tolerancia vizsgálattal (PGTT) a szénhidrát anyagcsere zavarát, valamint a serum cholesterolin és triglycerid szintet. A vizsgálatban részesültek életkora 65 év alatt volt.

A GTT pozitív volt a cerebrovascularis megbetegedettek 21,4%-ában, a kontroll csoport 10,3%-ában. A PGTT pozitívítást mutató a cerebrovascularis csoport 50 százaléka, a kontrollok 38,5%-a. Súlyosabb atherosclerosisban a glukóz tolerancia csökkenő tendenciáját észlelte, összehasonlítva az enyhébb atherosclerosisos és kontroll csoporttal.

Más szerzők a GTT pozitívítást a cerebrovascularis betegek nagyobb százalékában (39%, 89%) írták le, noha az összehasonlíthatóság feltétele a vizsgálati módszerek különbözősége miatt nem teljesen adott.

A hypertriglyceridaemiás betegek többsége hypercholesterinaemiás is volt. A cerebrovascularis betegségben szenvedők serum cholesterolin és triglycerid szintje nem különbözött significánsan a cerebrovascularisan intact egyénekétől. Ez szemben áll számos irodalmi adattal, mely szerint cerebralis arterio-

sclerosisban significánsan megnövekedett a serum cholesterolin, beta-lipoprotein, triglycerid szint. A glukóz tolerancia csökkenését észlelte olyan cerebrovascularis betegeken, akiknek a serum cholesterolin vagy triglycerid szintje meghaladta a normális értéket. Significáns correlációt talált a cerebrovascularis betegek triglycerid szintje és a PGTT két órás vércukor értéke között. Csökkent a significantia, ha a cerebrovascularis betegség mellett coronariasclerosis is előfordult. Nem észlelt összefüggést a serum cholesterolin szint és a glukóz tolerancia között.

A szerző megállapítja, hogy cerebrovascularis atherosclerosisban a glukóz tolerancia zavar kevésbé kifejezett, mint coronariasclerosisban. Nyitva hagyja a kérdést, hogy a cerebralis atherosclerosis kifejlődésében lehet-e pathogenetical szerepet tulajdonítani a megfigyelt metabolicus változásoknak.

(Ref.: A szénhidrát anyagcserezavar pathogenetical jelentőségének előtérbe kerülése az atherogenesisben nem csökkentette a lipoidok iránti érdeklődést. Sőt a „glukóz-zsírsvav cyclus” conceptio hívei még a diabetes mellitus létrejöttében is a zsírsvav szint emelkedést tartják primaernek. Ezt követi a glukóz tolerancia zavar és a hyperinsulinaemia. Noha a szerző elsősorban arra volt kíváncsi, hogy a latens diabetes és a röntgenologiailag igazolt cerebrovascularis arteriosclerosisos előfordulása között van-e összefüggés, ezen kívül mégis vizsgálta a serum triglycerid és cholesterolin szintet is, sőt keresi a párhuzamosságot a glukóz tolerancia és lipid értékek között. A különböző paraméterek összehasonlítása számos kérdést vet fel az olvasóban. A szerző eredményei alapján azonban nem kap választ rá.)

A glukóz toleranciát csökkentette a cerebrovascularis atherosclerosis súlyossága és a vér triglycerid szintjének növekedése. A közlemény alapján nem lehet megállapítani a két befolyásoló tényező egymáshoz való viszonyát. Súlyos atherosclerosis hypertriglyceridaemiával járt-e, illetőleg a hypertriglyceridaemiások közül kerültek-e ki a súlyosabb atherosclerosisos betegek. Döntő befolyásoló tényezőnek tűnik a triglyceridaemia, mert a PGTT kórosabb értékeit az atherosclerosisos csoporton belül a magas zsírsvav szinttel rendelkező esetekben észlelte. A lipoidok determináló volta ellen szól, hogy az atherosclerosisos és kontroll csoport lipid értékei significánsan nem különböztek egymástól, míg a PGTT értékek jelentősen eltértek. A glukóz tolerancia beszűkülésének létrejöttében döntőbb lenne tehát a cerebralis atherosclerosis jelenléte és súlyossága a lipoid értékek meghatározó voltá-

nál? — Vitatható, hogy az arteriographia alkalmas-e a cerebralis arteriosclerosis kizárására.)

Orosz László dr.



Magnesium és zsíryanycsere. Simon K. H. (8. München, 43. Postfach 241): Medizinische Monatschrift. 1968, 22, 301—303.

Nagy populáción végzett emberi megfigyelések és állatkísérletek szerint a magnesiumbevitel csökkenti a vér és az érfa cholesterolin tartalmát. Ugyanakkor a cholesterolbevitel csökkenti a szervezet magnesium szintjét. A magnesiumnak digitalis készítményekkel együttes adása javíthatja a szervezet digitalis toleranciáját. Jelentős a magnesiumnak a membránpermeabilitásra kifejtett elektrolyt hatása. A magnesium javíthatja a szívizom fő energia forrásának, a szabad zsírsavnak energetikus kihasználását, ezáltal sikeresebbé teheti a szívglycosida terapiát. A szerző egy érdekes ritka eset kazuistikáját is közli: 42 éves férfi beteget észlelt extrém hyperlipaemiával, hypermagnesaemiával és idegrendszeri zavarokkal. A vérszirsavszint és cholesterolinszint gyógyszeres csökkentése után a serum elektrolyt értékek is normálisá váltak, a magnesium szint csökkentésével párhuzamosan visszafelődtek az idegrendszeri tünetek is. Az eset azt bizonyítja, hogy a zsíryanycsere befolyásolása az elektrolytháztartásra is kihatással lehet. Magas lipid szint mellett a magnesium szint általában alacsony; a közölt eset alapján úgy látszik, hogy ez alól a szabály alól kivétel is van.

Szám István dr.



Heparin resistencia amyloidosisban. Christiansen, J., Lindqvist, L. (Medical Clinic Umea University, Umea, Sweden): Acta Med. Scand. 1967, 181, 723.

A szerzők egyike megfigyelte, hogy uraemiás amyloidosisos betegek haemodialysise folyamán mindenkor nagy mennyiségű heparin szükséges a megfelelő alvadási idő fenntartásához. Ezért 8 generalisált, szövettanilag is igazolt amyloidosisos beteg vizsgálták, hogy a heparinnal szemben van-e resistencia.

200 E/kg heparint adtak i.v.-an. Az alvadási időt Piper, J. módszerével (Acta pharmacol. 1946, 2, 138.) határozták meg közvetlenül az injectio előtt és után 2—4 órán keresztül $\frac{1}{2}$ óránként. Az alvadási idő heparin injectio előtt minden esetben normális volt. Egy órával az injectio beadása után az összes amyloidosisos beteg alvadási ideje 25 perc alatt, míg a 13 egészséges kontroll mindegyike 45 perc felett, 28 egyéb betegségben szenvedő

controll egyéné 5 kivételével 25 percen túl volt. A kivételt jelentő 5 beteg diagnosa: 1. polyneuritis, 2. splenomegalia, chr. ulcus cruris, 3. glomerulonephritis chr., uraemia, 4—5. mal-absortio. Az „amyloidosisos véralvadás idő”-t mutató 5 kontroll beteg közül 4 esetben szövettani vizsgálat is történt, az amyloidosis azonban nem igazolódott.

A szerzők szerint generalisált amyloidosisra lehet gyanakodni olyankor, amikor 200 E/kg heparin i. v. adása után 1 órával az alvadási idő nem haladja meg a 25 percet. Kívánatosnak tartják a heparin resistencia vizsgálatát nagyobb számú amyloidosisos betegen. Heparin iránti érzékenységet csökkentő egyéb okot nem észleltek amyloidosisos betegeiken.

[Ref.: A szerzők leírása alapján egyesek esetleg megfigyelést végezhetnek amyloidosisos betegeken. Számukra fontos a heparin iránti érzékenység csökkenésével járó betegségek és állapotok ismerete. De Takáts, G. (cit. Perlick, E.: Anticoagulantien, Veb Georg Thieme, Leipzig, 1964, S. 98.), közlése szerint csökken az érzékenység heparinnal szemben: ergotrop sympathicus túlsúlyban, mellékvesekéreg stimulált állapotban (szorongás, félelem, izgalom), post-operatív fázisban, súlyos égésben és traumában, acut thrombosisban, embolisatióban, polycythaemiában, acut exsiccosisban, digitalis toxicus adagolásakor. Más felsorolásban szerepel még láz, rák, széles spectrumú antibioticum kezelés. Fokozódik az érzékenység heparinnal szemben: trophotrop vagotoniás állapotban, prostigmin és más parasympathicus stimulátorok hatására, máj és veseartalomban, kén-vegyületek adásakor (tetrathionat, thiosulfat, sulfonamid), cumarin, indandion derivatumok és kis dosisú digitalis adásakor.]

Orosz László dr.



Allergológia

Akutan beteg beteg asthmás gyermek kezelése. Collins—Williams C., Hughes K. M. (Allergy Div., Dept. Pediatrics, Univ. Toronto.) Ann. Allergy. 1968, 26, 117—125.

A status asthmaticusban szenvedő, akutan beteg gyermek kezelése akkor lesz eredményes, ha a kezelési tervet előzőleg állítják fel. A teendőket a szerzők 17 pontban foglalják össze.

1. Hydratatióra akkor van szükség, amikor a gyermek hány, vagy képtelen folyadékot magához venni. Erre a célra legmegfelelőbb a

$\frac{2}{3}$ rész 5%-os glucose és $\frac{1}{3}$ rész physiologias NaCl oldat.

2. Adrenalin 10 perces időközben, 0,1—0,2 ml mennyiségben kell adagolni.

3. Theophyllin (aminophyllin) adagolása lehetőleg per os vagy rectalisan történjék, ha ez nem lehetséges, infúzióban, de sohasem direkt iv. juttassák be a szervezetbe.

4. Elhúzódo görcsoldó hatás iv. corticosteroiddal érhető el. Az effektus azonban csak 6 óra múlva jön létre.

5. Infectio esetén antibiotikumot kell adni, de sohasem penicillint a sensibilizálás veszélye miatt.

6. Akut rohamban mindig kell inhalatiót végezni isopropylnoradrenalin aerosollal.

7. Oxygen sátorban gondoskodni kell megfelelően magas páratartalomról.

8. Elengedhetetlen a súlyos beteg vér-pH és pCO meghatározása, valamint a mellkas rgt elvégzése (ptx, mediastinalis emphysema veszélye).

9. A sav-bázis egyensúly 7,5%-os natriumbicarbonat oldattal állítható helyre. A sav-bázis egyensúly zavarára kell gondolni, ha a beteg adrenalinra nem reagál.

10. A sedálás kontraindikált, a nyugtalanság a légszomj következménye. Enyhe sedálás rectalis chloralhydrattal érhető el.

11. A respiratorikus insufficiencia jelei: inspiratorikus retractio, minimalis mellkasi mozgás, alig hallható sípolás és légzés, sensoriumzavar és csökkent fájdalomérzés, cyanosis 40%-os oxygenben.

12. Megfelelő szakorvos felügyelete alatt történő nyákleszívás.

13. Sikeres leszívás után a gyermeket vissza lehet helyezni az akut szobából a pediatriai osztályra. Az allergologusnak, gyermekgyógyásznak és anaesthesiologusnak azonban továbbra is közösen kell konzultálni.

14. Mesterséges lélegeztetés az intenzív therapiás egység feladata.

15. Az intenzív kezelést csak 24 óra után lehet abbahagyni, tehát ez alatt a beteg az akut szobában marad.

16. Meg kell szervezni, hogy a súlyos állapotban beszállított beteg azonnal intenzív therapiában részesüljön, és a nyákleszívást a megfelelő szakorvos elvégezze.

17. Légzésbénulásban folyamatosan 1,5 m/Eq/testsúly kg bicarbonat kell iv. adagolni.

A fenti program keresztülviteléhez szakszerűen képzett team együttműködésére van szükség. Így a status asthmaticusban beálló exitus csaknem nullára redukálható.

(Ref.: A szerző által javasolt program betartása azért fontos, mert a súlyos status asthmaticusban szenvedő gyermek és felnőtt csak akkor menthető meg, ha adequat ellátásban részesül. Tudni kell,

hogyan mikor mit kell adni, a gyógyszeres polypragmasia éppen olyan végzetes következményekkel járhat, mint valamilyen gyógyszer adagolásának elmulasztása. Erdemes kiemelni azt, hogy a corticosteroidok életmentők ugyan, de később hatnak, tehát csak adrenalin-származékok együttes adagolása mellett oldható azonnal, ill. prolongáltan a bronchospasmus.)

Hajós Mária dr.

☆

Allergiás dermatosisok psychosomatikus vonatkozásai. Sanger M. D. (1601 Ditmas Av., Brooklyn, New York 11226) Ann. Allergy. 1968, 26, 314—320.

Az atopiás dermatitis hagyományos kezelése a következőkből áll: 1. immunológiai (bőrpróba és deszenzibilizálás); 2. eliminációs és megszorításos étrend; 3. endokrin (anyagcsere rendezése); 4. általános módszerek (sajátvér, nonspecifikus vaccina, külső és belső gyógyszerelés, sedálás); 5. corticosteroidok.

A psychosomatikus vonatkozásokkal sokan foglalkoztak, de mindig utoljára hagyták, amikor már az összes keletkezési eljárások felmondták a szolgálatot. Vannak bizonyos körülmények, melyek felhívják a figyelmet a psychogen faktorok szerepére a tünetek kiváltásában és fenntartásában. Ha a laesio helye atypusos, nem felel meg az ideg- és vérellátásnak, a dermatitis kezdete egybeesik egy emotionalis helyzettel, a tünetek bizonyos idő-, vagy napszakban jelentkeznek, stb. ez felhívja a figyelmet a bőrelváltozás psychosomatikus vonatkozásaira. Urticariában és Quincke oedemában az esetek 50%-ában az allergen nem mutatható ki, a vegetatív labilitás azonban nagymértékben befolyásolja a tünetek jelentkezését.

Az említett nehezen befolyásolható esetekben szükséges, hogy jó kapcsolat álljon fenn a beteg és orvosa között, az allergológus — és nem a pszichiáter vagy psychoanalitikus — feladata a psychikus hátter tisztázása alapján a beteg további gondozása. Különösen 30 év-nél idősebb betegeknél célszerű a tünetek jelentkezésének idejét és körülményeit kutatni. Nem szabad megelégedni még az esetleges pozitív allergenpróbaival sem, ami elfedheti a psychogen hátteret. Therápiásan inkább a beteg megnyugtatása, mint gyógyszeres sedálása javasolt.

(Ref.: Mint minden psychosomatikus összefüggésekkel foglalkozó kutató, a cikk is kissé egyoldalúan világítja meg a chronikus bőrbajok aetiopathogenesisét. Az igazság valahol a középúton van. Nem hanyagolható el az allergenkutatás, az ennek alapján felállított diagnózis és therápiás program, a vegetatív labilitás, a psychosomatikus rela-

tiók felismerése azonban alátámasztja a szakszerű kezelést.)

Hajós Mária dr.

☆

Tartósító anyagok szerepe a tápszerallergiában. Feingold B. F. (Dept. Allergy, Kaiser Foundation Hosp. Northern California.) Ann. Allergy. 1968, 26, 309—313.

A konzervek készítése szigorú ellenőrzés alatt történik, azonban a tartósító szereket legtöbbször mégsem tüntetik fel. Ilyen anyagok: festékek (melyek a gyógyszerek egyrészében is szerepelnek), diétás édesítők (saccharin, sorbitol), szintetikus ízesítők. A festékek közül a sárga festék (tartrazin) igen gyakran okoz urticariát és Quincke-oedemát (pl. C vitamin tablettákon). Az édesítők közül a cyclamtok igen sok allergiás tünetet váltanak ki (urticaria, dermatitis), amire annál is inkább fel kell figyelni, mert az ún. diétás ételek ízesítésére használatosak. Egyéb ízesítők 80%-a szintetikus, leginkább légzési allergiás tüneteket okoznak (rhinitis, asthma), de előfordul urticaria, emésztőrendszeri, idegrendszeri és ízületi allergiás megbetegedés is.

Az adjuvansok allergizáló hatásának kikutatására a szerző következő munkamenetet ajánlja.

1. Gyógyszerérzékenység megállapításánál szükséges a kémiai gyök meghatározása, mert ez esetleg megtalálható valamilyen tápszerben, ill. tápszer ízesítőben is.

2. Az orrpolyposis gyakran salicylérzékenység következtében jön létre, ezért minden salicylgyök tartalmú gyógyszertől és tápszertől el kell tiltani a polyposisra hajlamos beteget.

3. Ha az anamnesis alapján allergiás betegség gyanúja merül fel, a bőrpróbák ellenben negatívak, fel kell tételezni, hogy a beteg haptentre érzékeny, amit a kutanzvizsgálat nem mutat ki. Ekkor a beteget eliminációs étrendre kell beállítani.

4. Ha a bőrpróba ugyan pozitív, de a beteg kezelésre nem reagál, ismét eliminatívól kell a hapteneket kiküszöbölni.

(Ref.: A cikk felhívja a figyelmet az allergenkutatás nehézségeire. A helyes diagnózist pontos anamnezis, expositio, ill. eliminatio segítségével jobban meg tudjuk közelíteni, mint a legmegbízhatóbbnak tartott in vitro serológiai módszerekkel.)

Hajós Mária dr.

☆

Pollinosis kezelése Allpyrallal és vizes pollen kivonatokkal. Wüthrich B., Storek H. (Dermatologische Universitätsklinik, Zürich), Schweiz. med. Wschr. 1968, 98, 653—658.

Az Allpyral (Dome Lab.) praeparatumok alumíniumhydroxyddal kicsapott allergenkivonatok. A pollenkészítményt előzetes zsírtalanít-

tás nélkül teljes pollenből állítják elő, PNU-ra standardizálják. Lassabban szívódik fel, mint a vizes extractumok. 290 beteget kezeltek fű és fa pollen tartalmú Allpyrallal, 260 beteget pedig a hagyományos vizes kivonattal. A tartósított anyag előnyét elsősorban abban látják, hogy kevesebb injecciónra van szükség. Hátránya, hogy az esetek csaknem egyharmadában a kisebb kezdeti anyagoknál kellemtelen lokális reactio jelentkezett. Az Allpyral-deszenzibilizálást a pollen idegy alatt kis adagokkal folytatták — 200 PNU kéthetenként —, ezáltal statisztikailag is kimutatható nagyobb therápiás hatást tudtak elérni. A praesaisonalis kezelés hatékonysága az adagolt összmenyiségtől függött, a kisebb (350—3050 PNU) és igen nagy (10500 PNU feletti) összmenyiségek voltak a leghatékonyabbak, a közepes adagok váltak be legkevésbé. Szerzők úgy vélik, hogy az Allpyral még akkor is eredményhez vezethet, amikor a klasszikus deszenzibilizálás nem használ. Különösen gyermekeknek ajánlják.

(Ref.: A tartósított pollen kivonatokkal való kezelés veszélye abban rejlik, hogy nem tudjuk a hatékony, de allergiás mellékhatásokat nem okozó koncentrációt jól beállítani. Ismerve a generalizált tünetek olykor íjesztő voltát, — glottis oedema, asthma-roham, diffúz urticaria, anaphylaxiás shock — a könnyű és nem először kezelt esetektől eltekintve biztosabb a hagyományos módszerhez folyamodni.)

Hajós Mária dr.

☆

Parenteralis kontinualis corticosteroid-kezelés az asthma syndromában. Friedemann M., Martinelli A. (Mediz. Abt., Bezirkskspital, Biel, Schweiz.) Schweiz. med. Wschr. 1968, 98, 1292—1297.

A szerzők különbséget tesznek allergiás és nem allergiás asthma bronchiale (a. br.) között; előbbinél a nyálkahártyaoedema, utóbbinál a hypersecretio és bronchospasmus dominál. Fiatal korban immunológiai pathomechanizmus, idősebbekben infectiós komponensek állnak előtérben. Causalis therápia a specifikus deszenzibilizálás, symptomatikusan a spasmolyticumok, sedativumok, expectoransok, stb. mellett corticosteroidokat (c. s.) adnak. Az a. br. kontinualis c. s. kezelésében arra kell törekedni, hogy a fenntartó adag olyan alacsony legyen, hogy a rohamokat éppen csökkentse és az állandó vérszint biztosítva legyen. A beteg állandó orvosi ellenőrzés alatt álljon. Szerzők új injectiós betamethason-praeparatumot alkalmaztak (Celestone—Chronodose, Schering) és azt vizsgálták, hogy vajon a szükséges c. s. mennyiséget le tudják-e csökkenteni. Az i. m. készítmény azonnali és elhúzódo hatást, ml-enként 3

mg beta-methasondinatriumphosphat és 3 mg betamethasonacetat tartalmaz. Összesen 14 beteget kezeltek, az előmegfigyelések 2 hónapig, a kúra 3 hónapig tartott. Valamennyi beteg ambuláns részvételű az új terápiában. A kúra végén azt tapasztalták, hogy az antiasthmaticus hatás fokozódása mellett a felhasznált c. s. mennyiséget 60–80%-kal lehetett csökkenteni, káros mellékhatást nem észleltek. Az a. br. javulása azonban már a megfigyelési periódus alatt is elkezdődött. A Celestone kezelés eredményességét a következő okokra vezették vissza: 1. biztosították az állandó vérszintet a gyors és elhúzódo hatású komponensek kombinációja által; 2. a betegek állandó orvosi ellenőrzés alatt állottak; 3. a fluorizált c. s. készítmények hatásosabbak. Az adagolás általában 6 mg betamethason hetenként — néha kéthetenként — volt, tehát a 14 mg/hét Cushing küszöböt nem érte el.

(Ref.: A cikk nem annyira az új praeparatum előnyeire hívja fel a figyelmet, hanem inkább az asthma-gondozás jelentőségére. Magunk is tapasztaltuk a szintetikus ACTH kezelések folyamán, hogy a betegek nagyrészt sokkal kevesebb gyógyszerrel lehetett egyensúlyi állapotban tartani, mintha otthonra általános terápiás utasítást adunk. A c. s.-okat már annyira megszokták, hogy elfelejtik, hogy más antiasthmaticumok is használhatnak, egy-egy erősebb fulladás alkalmával úgy megijednek, hogy meggondolás nélkül, öszsze-vissza szedik a gyógyszert. Noha mind a beteg, mind az orvos részére megterhelést jelent az injekció kezelés, mindkét fél részére előnyösebb, hogy meghatározott időközökben a beteg kontrollra jelentkezik, a kezelés mellett egyéni panaszait is eladhatja, ami néha nagyobb megkönnyebbülést jelent, mint maga a gyógyszer. Az a. br. lassan népbetegségnek tekinthető, feltétlenül szükséges lenne az asthma-továbbkezelés országsszerte való megszervezése.)

Hajós Mária dr.

☆

Igazságügyi orvostan

Az 1967. évi Comet („Üstökös”) 4B repülőgép katasztrófájának orvosi vizsgálata. Mason, J. K. and Tarlton, S. W. (R. A. F. Institute of Pathology and Tropical Medicine, Halton, Aylesbury, Bucks.) Lancet, 1969, 1, 431–434.

Több okból érdekes a Comet 4B repülőgép katasztrófa vizsgálata: 1. utasszállító repülőgépek levegőben történő szándékos megsemmisítése

szerencsére ritka, 2. az orvosi leletek értékelése főként azon az 1955. évi *The Lancet*-ben megjelent közleményen alapult, amely a Comet 1 katasztrófáját írta le és 3. az eset megmutatja, hogy a több irányú baleset vizsgálatot — a körülmények, műszaki- és orvosi adatok összehangolt vizsgálatát — hogyan lehet sikeresen alkalmazni.

1967. október 11-én a késő esti órákban Londonban felszállt a brit légiforgalmi társaság 4 motoros lökhajtásos repülőgépe, hogy Ciprusra repüljön. Útközben Athénben leszállt. Itt a brit személyzetet görögök váltották fel. A repülőgép a török partok előtt járt, megteremtette a rádiókapcsolatot Nicosiával, a szokott magasságban és útvonalon jó időjárási viszonyok között repült, amikor megszakadt a földi irányítóközponttal a rádiókapcsolat és a gép eltűnt. 3 órával később holttesteket és úszó repülőgéproncsokat találtak a tengerben. A gépen 59 utas és 7 főnyi személyzet tartózkodott, senki sem élte túl a katasztrófát. 15 személy eltűnt, a többiek holttestét Rhodos szigetére szállították. Boncolás során a sérülések száma, elhelyezkedése és kiterjedése alapján súlyos, enyhé és közepes sérülések csoportját különböztették el. Egyidejűleg a ruházatot is megvizsgálták és azt találták, hogy néhány holttesten volt ruha és ezek közül néhány az enyhén sérültek csoportjába tartozott. Az áldozatok között találtak egyet, akinek sérülése különbözött a többiétől. A mellkas olyan volt, mint ha söréttől sérült volna meg, a jobb kar többszörösen darabosan törött, az inga a „söréttbecsapódásnak” megfelelően kis lyukak voltak. A légső égési sérülést mutatott, amit szövettani vizsgálattal megerősítettek. Röntgen vizsgálattal meglepetésre nem találtak nagyobb fém részecskéket, csupán por üledéket mutattak ki. Szövettani vizsgálattal több esetben a tüdőmetszetekben csontvelő és zsírcsontszövetek és congestiót találtak. A bőrváltozások mikroszkópos vizsgálata során áthatoló hámsérüléseket, az irhában hőcoagulációt és a mélyebb rétegekben vitális reakciókat találtak, ezeket részben a szétfröccsenő forró üzemanyag hatására vezették vissza. Az Athénben leváltott brit személyzet kiképzése alapján megkísérelték az ülésrendet rekonstruálni. A ruha veszteséget mutató megoszlást is elkészítették és az a vélemény alakult ki, hogy a ruha veszteség nem csupán a repülőgép adott részében uralkodó légnyomás hatásának a következménye. Akik a repülőgép hátsó részében foglaltak helyet, súlyosabb sérülést szenvedtek, szemben az első részben helyet foglaló enyhébb sérültekkel. Összehasonlították a sérüléseket az 1954-ben lezuhant Comet 1 repülőgép áldozatai sérüléseivel, az eredmények figye-

lemre méltóan hasonlóak voltak. Maga az orvosi vizsgálat tehát néhány meglehetősen jó adatot szolgáltatott a baleset körülményeinek tisztázásához. A sérülések és a ruházat veszteségének megoszlása alapján — az első részben tartózkodók viszonylag enyhén sérültek — arra következtettek, hogy az eredeti hiba a repülőgépben kicsi volt, mivel azonban a roncok nagy területen szóródtak szét a tengerben, el kellett fogadni annak lehetőségét, hogy a géptörzs darabokra törése fokozódott. Ez a rekonstrukció nem adott felvilágosítást a gép testében bekövetkezett eredeti hiba okára vonatkozóan, de azt az impressziót nyújtotta, hogy a hasznos nyom, ami közelebb visz a kérdés megoldásához, abban a holttestben van, amelyiknek a sérülése különbözött a többiétől. És ezen a ponton a többoldalú vizsgálat előnye ismét előtérbe került. A partravetett ülpárnák között egy erősen égettet találtak. Röntgen vizsgálat során a párnában sok kis fémrészecskét mutattak ki. A párna sok helyen lyukas volt, a lyukakba, ill. járatokba vékony drótdarabokat helyeztek és azt találták, hogy azok a párna alatt kb. 12 hüvelyk (30 cm — a ford.) távolságra elhelyezkedő egy pontba convergáltak. Intézetben végezték alapos vizsgálattal kimutatták, hogy a párnában talált sugárelnyelő részecskék robbanóeszköztől származnak. A mellkas átvilágítás során észlelt képet most egészen más jelentőséggel nézték. Összehasonlították a holttestben és ülpárnában talált részecskéket és nagyon nyilvánvaló lett a hasonlóság. Az orvosi vizsgálat tehát megerősítette az első műszaki véleményt, hogy ti. a katasztrófa alapvető oka az utastérben történt „plasztikbomba” robbanás volt. Megröntgenezték a szövettani blokkokat, a paraffinba ágyazottakat és fel nem dolgozottakat egyaránt. Utóbbiak egyikében sugárelnyelő részecskét találtak, amit elküldtek a műszaki vizsgáló intézetnek. Röntgen és elektronmikroszkópos vizsgálatot végeztek. A részecske alumínium ötvözetnek felelt meg és ugyanezt találták az ülpárnában is. Elektronmikroszkópos vizsgálat során gázzennyöződést, mikrokrátereket és hálózatos repedést mutattak ki, amelyek a fémdarab robbanásos eredete mellett szólnak. Az eset a nyommal történő bizonyításnak szép példája. Összefoglalják az utóbbi 20 évben igazolt utasszállító repülőgépekkel elkövetett szabotázscsakiókat eseteit. (Összesen 19 volt Nyugat-Európában, Észak-, Közép- és Dél-Amerikában, Ázsiában és a Közel-Keleten.)

Az ismertetett esetben az orvosi bizonyítás megerősítette a műszaki és fegyverszakértők által szolgáltatott adatokat. Boncoláson kívül a radiológiai és más vizsgálómódsze-

rek jelentőségét hangsúlyozzák; mindenekelőtt elegendő időt kell szánni az emberi maradványok alapos tanulmányozására.

(Ref.: *Amint arról annak idején a napilapok beszámoltak, magyar hajó érkezett elsőként a szerencsétlenség színhelyére, a Balaton nevű 1300 tonnás tengergyári hajó, mely Bejrutból Izmirbe tartott és 24 holttestet emelt fedélzetére.*)

Honti József dr.

★

Fatalis subarachnoidális vérzés a fej kisebb traumáival kapcsolatban. Simonsen, J. Journal of Forensic Medicine, 1967, 14, 146.

A szerző a Koppenhágai Egyetemi Törvényszéki Orvostani Intézetben fatalis traumás és spontán subarachnoidális vérzés eseteiben nagy szériában retrospectív vizsgálatokat végzett, különös tekintettel azokra az esetekre, amelyekben boncolás során nem találtak vérzést magyarázó kórbonctani elváltozást (pl. aneurysmát, stb.-t).

Összesen 430 haemorrhagiás esetet vizsgált és ezek közül 75 esetben (17%) trauma után lépett fel vérzés és 341 esetben (80%) spontán haemorrhagiát talált; a fennmaradó esetek meghatározatlan eredetűek voltak és ezeket nem vizsgálta. A posttraumás csoportban (mind férfi) csak 56%-ban fordult elő a haemorrhagia 40 éven felüliekben, míg a spontán vérzések csoportjában 74%-ban (177 nő, 164 férfi) volt ilyen a korosztály. A traumás csoportban 50 esetben (66,7%) nem talált a haemorrhagia kórbonctani magyarázatát, így nem talált aneurysmát, atheromát vagy angiómát, míg a spontán csoportban csak 93 esetben (27,3%) nem talált ilyen elváltozást.

Avégett, hogy magyarázatot próbáljon találni a kórbonctani elváltozást nem mutató traumás esetek magas arányára, szerző a véralkohol szintet vizsgálta mindazon esetben, ahol csak lehetett és elemezte a hosszantartó trauma típusát. Azt találta, hogy a traumás haemorrhagiás csoportból 65 egyén (87%) alkohol hatása alatt állott, amikor a vérzés megindult; ezek közül 62 esetben (97%) a trauma hosszantartó volt. A véralkohol szint 30–337 mg% között változott (közéérték 188 mg%). Ezzel szemben a 145 spontán megjelenő vérzés közül csak 14 esetben (9,7%) mutatott a vérvizsgálat pozitív alkohollal szintet, a szintek 19–325 mg% között változtak (közéérték 148 mg%).

A hosszantartó traumák vizsgálata azt mutatta, hogy a trauma a koponyaalap szintjében fordult elő az esetek 72%-ában. Ebben a csoportban 28%-ban fordultak elő kórbonctani elváltozások, míg ellenben a spontán vérzéssel járó csoportban 73%-ban pathológiás folyamatból eredt a vérzés.

A szerző arra a következtetésre jut, hogy ha a fej sérülése hosszantartó és a koponyaalap szintjében jelentkezik és kapcsolatban van bizonyos fokú alkoholos intoxikációval, megnövekedik a subarachnoidális vérzés kockázata. Ez valószínűleg összefügg azzal az értágulattal, ami az alkohol hatásának tulajdonítható és a normális agyi véredények rupturája kíséri, amit néha már viszonylag kis fejsérülés is előidéz. Azonkívül abban az esetben ha pathológiás elváltozás is fennáll, hosszantartó trauma bizonyos esetben keringő véralkohol jelenlétében subarachnoidális vérzést okozhat.

Honti József dr.

★

Belgyógyászat

A phaeochromocytomában végzett arteriographia technikája, használhatósága és veszélyei. P. Rossi és mtsai. (The Departments of radiology, medicine, and surgery, St. Vincent's Hospital and Medical Center of New York): JAMA. 1968, 205, 547—554.

Az eljárás létjogosultsága komoly irodalmi vitát keltett. A szerzők 12 saját esetük és más közlések tanulmányait részletezik (összesen 99 vizsgálat).

A vizsgálat előtt a beteg előkészítése alfa-adrenergias blokkoló kezeléssel, a vérnyomás rendeződéséig, a vizsgálat napján pedig nyugtatókkal kívánatos.

Methodika: percutan transfemorális úton Seldinger technikával vezeték fel a katétert, csúcsa a Th₁ csigolya magasságában van. (ml 76%-os Renografin fecskenekednek be 40 ml/sec. sebességgel, 10 felvételt készítenek 2 sec. alatt, így a teljes arteriális és capillaris fázis rögzíthető. Ha az aortogram eredménye bizonytalan, selektív kathéterezéssel folytatják a vizsgálatot (a mellékvesét ellátó arteriákba igyekeznek bejutni). Az érintett kis arteriákat elérve ezekben 3–4 ml 60%-os Renografin juttatnak.

A phaeochromocytoma angiographiás képe: a korai arteriális fázisban a mellékvese arteriák hypertrophiája mellett a kis arteriolák reticuláris hálózatszerű képe látható. A capillaris fázisban a tumor elmosódott határu homogén árnyék jelzi, mely a kontrasztanyag beadása után 4–5 sec.-ig észlelhető. Esetenként a tumoron belül avascularis rész is látható az ennek megfelelő röntgen-képpel.

A módszer használhatósága: a phaeochromocytomák egy részében a szokásos klinikai laboratóriumi módszerek (catecholamin, vanilmandulasav, metanephrin meghatározás) a kórisme szempontjából értékelhetetlenek (intermittálva secernáló tumor esetében a vizsgálat időpontja miatt). Ilyen betegekben, ha a klinikai gyanú alapos, helyén-

valónak látszik az arteriographia. A módszer fő előnye, hogy segítségével a tumor helye meghatározható. Ez annál is inkább jelentős, mert a daganatok közel 10%-a a mellékvesén kívül helyezkedik el és ilyenkor még laparotomia alatt is nehéz a tumor felkeresése. Ha arteriographiával a meglevő tumor nem látszik, ennek a következő okai lehetnek: 1. az alkalmazott kontrasztanyag mennyisége túl kicsi volt; 2. a katéter csúcsa rossz helyen állott; 3. nem végeztek selektív katéterezést.

Az eljárás veszélyei: 12 esetükben mortalitás, komoly szövődmény nem volt. Az alfa-adrenergias blokkoló előkezelés a vérnyomásnak vizsgálat alatt sokszor tapaszalt, esetleg veszélyessé váló ingadozását kivédte. A szerzők módszerét alkalmazó esetekben az irodalom halálos szövődményt nem említ. Translumbaris behatolásban 5 halállal végződő eset ismeretes, itt gyakoribb a hypertensív krízis is. Ez a módszer veszélyességére utal.

A szerzők véleménye szerint a klinikai kép és a laboratóriumi vizsgálatok discrepantiája esetében az általuk alkalmazott módszer (előkezelés után transfemorális arteriographia a megadott mennyiségű kevésbé toxikus kontrasztanyaggal) veszélyei minimálisak, eredményei pedig igen megbízhatóak.

Pálóssy Béla dr.

★

Hisztamin és glukagon teszt a phaeochromocytoma diagnosztikájában. S., G. Sheps, F., T. Maher. The sections of medicine and clinical pathology, Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, Minn.) JAMA. 1968, 205, 895—900.

Az intermittálóan kiválasztó phaeochromocytomák kórismézésében nagy jelentősége van azoknak az anyagoknak, melyek határozott pressor reactiót váltanak ki, növelve a keringő vagy vizeletbe jutó catecholaminok mennyiségét.

A szerzők 26 vascularisan hyperactiv (esetleg mérsékelt diastolés hypertoniás), 12 igazolt tumoros, 9 phaeochromocytoma miatt operált betegnek hasonlították össze a hisztamin, illetve glukagon provocatio eredményét (cold pressor teszt után végezték a próbákat 0,025 mg hisztamint, illetve 0,5 vagy 1,0 mg glukagon adva. A vérnyomást az első 5 percben 1/2 percnként, az ezt követő 5 percben percnként mérték. Pozitívnak értékelték a próbát mindkét esetben akkor, ha a vérnyomás változása a cold-pressor teszt okozta tensio-emelkedést 20/10 Hgmm-rel meghaladta.)

A 31 nem tumoros betegnek végzett hisztamin próbából 30 volt negatív, a 12 tumoros eset közt 5 pozitív tesztet figyeltek meg. 30 tumormentes esetben 1 mg glukagonnal elvégezve a tesztet, pozitív

reactio nem volt, a 11 hasonló adag vizsgált tumoros beteg közül 6 pozitív eredményt találtak. Mindkét próbában csaknem valamennyi beteg vérnyomásának csúcsértékét a 3. perc körül tapasztalták. A hisztamin után $\frac{1}{2}$ perccel jelentkező jellegzetes vérnyomás csökkenést glukagon alkalmazásakor ritkán észlelték.

A próbák előtt és alatt valamilyen esetben meghatározották a keringő pressor aminok, a vizelet catecholamin, vanilin-mandulasav és metanephrin mennyiségét. Két eset kivételével a próbák alatt értékelhető eltérést nem találtak.

A glukagon teszt végzésekor észlelt mellékhatások (hányinger, epigastralis kellemetlenség, sápadtság, tachycardia) átmenetinek és következmény nélkülinek bizonyultak. Flush, fejfájás, palpitiatio sokkal gyakoribb és erősebb hisztamin után. A glukagon próba asthmásokon is elvégezhető, akiknél a hisztamin teszt ellenjavallt. A diabeteses cukorháztartást a teszt nem befolyásolta.

A módszer előnyei a hisztamin teszttel szemben: 1. kevesebb és enyhébb a mellékhatása; 2. eddig álpozitív eredményt nem észleltek (hisztamin teszt végzésekor az iradalom 11%-ot is elérő álpozitivitást említ); 3. a betegek igen jól tűrik.

Pálóssy Béla dr.



A carcinoid-syndroma és a hypertensio. Rosenberg, E. B. Arch. Intern. Med. 1968, 121, 95—96.

A provokatív adrenalin-tesztet carcinoid-syndromára Levine és Sjoerdsma dolgozták ki 1962-ben. 5 μ g adrenalin 13 esetben a systoles és diastoles nyomás átlagos 40 Hgmm-es esését idézte elő, sőt 1 esetben 4 μ g adrenalin adására a vérnyomás 110/70 Hgmm-ről 0/0 Hgmm-re esett és ezt „flush” kísérte. A tipikus hypotensív válasz miatt a vérnyomásemelkedés bekövetkezését úgy értékelték, hogy az a carcinoid tumort kizárja.

A szerző egy 51 éves férfi esetét írja le, aki 3 évvel megelőzően hasi panaszok és „flush” miatt volt kórházban. Vérnyomása 170/100 Hgmm volt. 14 hónappal később az alszáron oedema és pigmentáció lépett fel, tensio 180/110; felvétel előtt 9 hónappal hasi panaszok, hasmenés, 11,4 kg fogyás; felvételkor: vérnyomás karokon 150/110, lábakon 180/130, teleangiectasia az arcon, cyanosis az ajkakon, emelkedett vénás nyomás. Szív balra 2 cm-el haladja meg a m.c. vonalat. A sternum mellett b.o. és a IV. bordaközben mesodiastoles alacsony frekvenciájú systoles zöreje, a II. bordaközben ejectiós systoles zöreje hallható, máj 7 cm-el a bordaív alatt, göbös. A jobb alsó

quadransban bizonyítanul resistencia tapintható. Laboratóriumi leletei csak a következőkben mutattak eltérést: bromsulpholein retentio 45' után 20%, leucin aminopeptidase 220 Goldberg—Ruttenberg egység; Weber +++; Cholesterin 110 mg%, 5 HIAA 187 mg/24h vizeletben. A vénás nyomás 16 cm. Rtg-vizsgálat a coecum medialis oldalán külső compressiót jelzett.

10 μ g adrenalin i.v. alkalmazása után 40"-el az arcon kezdődő, az egész testre kiterjedő „flush” lépett fel; vérnyomás 1' után 130/97 Hgmm-ről 170/100 Hgmm-re, 2' után 196/140 Hgmm-re emelkedett; ezt izzadás, kötőhártya vérbőség, könnycsorgás és dyspnoe kísérte. 4' után tért vissza a vérnyomás 130/100 Hgmm-re. $\frac{1}{2}$ órával később hasi panaszok és hasmenés lépett fel. A laparotomia az ileum kiterjedt tumorát találta számos metastasisal a májban és a retroperitonealis nyirokcsomókban. Szövetten: malignus carcinoid tumor.

Más szerzők is észlelték carcinoid tumor esetén a vérnyomás emelkedését spontán vagy adrenalin provokációra. A vérnyomás változó reakcióját az magyarázza, hogy a tumor fokozott serotonin- és kallikrein-tartalma a vérkeringésbe kerül és mindkettő egy vagy több vasomotorreceptorra hatva idézi elő a haemodinamikai változást: ezeknek az összegéből adódik a mért vérnyomásemelkedés vagy süllyedés.

Rózsahegy István dr.

E jelenségnek eddig nem tulajdonítottak jelentőséget. A betegnél elvégzett átvilágításkor fejlődési rendellenesség nem volt látható. A megfigyeléssel nem anatómiai, illetve sebészeti műtéttani szempontból kívánunk foglalkozni, hanem a gyakorló orvosok figyelmét szeretnénk e jelenségre felhívni. Ezért tekintettünk el az angiográfiás vizsgálatról.

Tekintetbe véve azt, hogy egyes betegségek kóriszmézésében, továbbá bizonyos kezelések hatásának megítélésében a pulzus vizsgálatának nagy jelentősége van, a jelenséget közlésre érdemesnek tartjuk. Ha eszméletlen betegen a pulzust nem tapinthatjuk a szokott helyen, ez esetleg kellemetlen félreértésre vagy tévedésre adhat alkalmat.

Megfigyelésünkkel kapcsolatban azt gondoljuk, hogy ilyen és egyéb rendellenességek személyi igazolványba, vagy egy ahhoz készített egészségügyi törzslapra való bejegyzése indokolt és szükséges lenne. Javasolnánk továbbá a vércsoport, gyógyszerérzékenység és aktuális vagy lezajlott betegségek fel tüntetését is (diabetes, szívinfartus stb.).

Angyal János dr.

Magyar Hajó- és Darugár Orvosi Rendelő



Televízió adás mint hirtelen szívhalált provokáló tényező

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. 1969, 110, 104. oldalán Máté Károly dr. főorvos igen érdekes esetekről számol be, melyekben bizonyítja, hogy a cardiovascularis betegségben szenvedőknél nem látszik közzömbösnek a tv-adás és feltételezi, hogy a szívinfartusok bekövetkezésekor — a pluricausalis aetiológiát nem feledve — a tv-adásnak jelentős vagy kiváltó szerepe lehet.

Az alábbiakban a Budapesti Rendőrfőkapitányság helyszíni halottszemle anyagából — viszonylag rövid időszak, egy év alatt észlelt — azon eseteket szeretném bemutatni, melyekben tv nézés kapcsán jött létre hirtelen, váratlan halál és boncoláskor súlyos szívelváltozásokat lehetett kimutatni.

I. B. I. 55 éves férfi. 1968. III. 13-án az esti órákban televízió a Ferencváros—Bilbao labdarúgó-mérkőzést nézte, amikor hirtelen nehézlégzéses rosszullete kezdődött, azonnal a közelben levő mentőállomásra vitték, ahol rövid időn belül meghalt.

Bjk.-ből: A szív súlya 470 g. Állománya petyhüdt. A bal kamra csúcsi részének megfelelően zölddiónyi idült aneurysma, metszslapon összfűgő szürkésfehér hegszövetből áll. A koszorúsarteriák szájadékai beszűkültek, faluk meszesen elkeményedett, üregük nagyfokban beszűkült, különösen a bal körbefutó

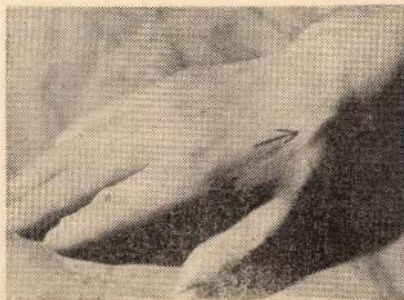
LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



Rendellenes helyen tapintható pulzus

T. Szerkesztőség! Rendelésünkön 52 éves asztalos jelentkezett hűléses panaszokkal. A beteg vizsgálatakor nem a szokott helyen tapintottuk pulzusát. A képen, a nyíllal jelzett helyen jól látható az igen felületesen futó és jól tapintható ér.

Kérdésünkre elmondta, hogy érvetését sosem találják, minden alkalommal saját maga mutatja meg.



és leszálló ágak megfelelően. A bal leszálló koszorúverőér ágban a lument elzáró szervűt vérrög található.

2. N. Sz. M. 44 éves férfi. 1968. XII. 7-én az esti órákban tv nézés közben (a műsor címe: Operettest) lakásán családi körben hirtelen rosszul lett és rövid időn belül meghalt.

Bjk.-ből: A szív súlya 450 g. Üregei a szokottnál tágabbak. Mindkét kamra fala mérsékelt hypertrophiás. A szívizom szívós, barnásvörös. A bal koszorúverőér leszálló és körbefutó ágában sclerotikus plaqueok a lument több helyütt homokóraszerűen szűkítik. A jobb koszorúverőér behártyáján több enyhén bedomborodó plaque.

3. B. R. 69 éves férfi. 1968. XII. 8-án este fél tízkor kultúrház nyugdíjas klubtermében tv nézés közben (a műsor címe: Népdal- és nőtaénekesek versenye. Döntő) székéről lefordult és rövid időn belül meghalt. Barátja elmondása szerint 9 éve szívthrombosisa volt, másfél éve orvosi kezelés alatt állt.

Bjk.-ből: A szív súlya 1000 g (!). Allománya tömött, fakó barnásvörös. Csúcsát a bal kamra alkotja. Mindkét kamra ürege tágult, a bal kamra fala 20–30 mm, a jobb kamra fala 4–6 mm vastag. A koszorúerek behártyáján sok lencsényi és kisebb, részben összefolyó, vajsárga és szürkésfehér plaque látszik, a lumen sok helyütt nagyfokban megsűkül, drótszerűen merevek a koszorúsartériák. A bal kamra hátsó falának megfelelően jókora idült aneurysma, metszslapon a bal kamra hátsó és elülső falában és a kamraseptumban számos forintosnyi, lencsényi, szürkés, heges terület.

Eseteinkben tehát tv nézés kapcsán hirtelen halál következett be, boncoláskor súlyos szívvelváltozások voltak kimutathatók.

Eseteink megerősíteni látszanak *Máté Károly dr.* főorvos javaslatát, hogy súlyosabb szívbetegségeknél a tv-műsor bizonyos megválogatását tanácsoljuk, mintegy szellemi „diétát” írjunk elő.

Honti József dr.



KÖNYVISMERTETÉS

B. V. Petrovskij—J. Z. Kozlov:
A szívaneurysma. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1968, 219 oldal, 100 ábra. Oroszból fordította: Kenedi István dr.

A szívsebészetnek az utolsó 2–3 évtizedben már megszokottá vált hatalmas lépései mellett is különleges eredménynek számít az a munka, amelyet Petrovskij és Kozlov ebben a könyvükben ismertet-

nek. Az évről évre szaporodó, és a korszerű belgyógyászati kezeléssel mind nagyobb számban életben maradó szívinfarctusos betegek nem elhanyagolható (5–20) százalékánál aneurysma fejlődik ki a szíven, elsősorban a nagyobb terhet viselő bal kamrán. Ennek kettős veszélye van. Egyrészt megrepedhet és azonnali elvérzéses halált okozhat, bár ez a ritkább. Gyakrabban egyre nő az aneurysma és minthogy összehúzódásra képes izomelemek nincsenek a falában, systolekor paradox módon kitágul és felemészti a bal kamra által produkált nyomás-emelkedés jelentős részét. Az amúgy is beteg szív mellett az ilyen beteg keringése gyorsan decompenzálódik. A sebészi kezelése feladata az aneurysma megszüntetése, vagy legalább a fenyegető szövődmények elhárítása.

A könyv történelmi áttekintést ad arról, ahogy a szívaneurysmát először a kórboncnokok leírták, később a belgyógyászok élöben diagnosztizálták és végül a sebészek nekiláttak a műtéti kezelésnek. Az első sikeres operációt Sauerbruch végezte 1931-ben, aki egy 28 éves betegből mediastinalis daganatot akart eltávolítani, de az szívaneurysmának bizonyult. Ennek falát resekálta és az ép kamrafalat összevarrta. Különböző prostoperatív szövődmények után 1963-ig az egész világirodalomban összesen 200 szívaneurysma műtétről számoltak be.

Petrovskij és Kozlov 1957 és 1963 között klinikájukon 202 szívaneurysmás betegen végeztek rendkívül pontos és részletes vizsgálatokat, és közülük 110 esetben alkalmaztak valamilyen műtétet. A 110 beteg közül 87 túlélte az operációt és a 9 évvel később végzett utánvizsgálat alkalmával is még 72 beteg jó állapotban volt.

A Petrovskij által kidolgozott műtéti módszerek a következők:

1. Diffúz aneurysma beborítása nyeles rekeszizom lebennyel.
2. Kisebb zsákszerű aneurysma kimetszése és az ép szélek összevarrása működő szíven.
3. Nagy zsákszerű aneurysma resectiója szívmotorral kiiktatott szíven, és a varratvonal megerősítése ráfektetett rekeszizom lebennyel.

A sebészi megoldások lehetőségeinek ismertetése után a könyv rendszeres leírását adja a betegség aetiológiájának és pathogenesisének, valamint a makro- és mikroszkópos kórbonctanának.

Rendkívül érdekesek a kísérletes szívaneurysmára vonatkozó vizsgálataik. Kutyán a bal coronaria ramus descendensének leköttése után csak akkor alakult ki aneurysma, ha mesterségesen létrehozott aorta coarctációval, vagy az állat futtatásával jelentősen megerősítették a bal kamrát.

Pontos és részletes leírását adják saját beteganyagukon a klinikai tü-

neteknek, az elektrokardiographiás és vektorkardiographiás valamint a röntgenvizsgálat eredményeinek. „Az apexkardiogram a szívaneurysma kórismézésében” című fejezetet a könyv fordítója, Kenedi István dr. írta, saját tapasztalatai alapján.

A könyv legfontosabb része a szívaneurysma kezelését írja le, pontosan meghatározva az indikációkat és contraindikációkat. A nem sebész számára is jól érthetően ismertetik a különböző megoldási lehetőségeket és mindezt számos színes ábrával teszik még világosabbá. Különösen hasznosak az utolsó fejezetek, amelyekben a szívaneurysma sebészi kezelésének korai és késői eredményeit teszik aprólékos vizsgálat tárgyává, hogy megbízható támpontokat szolgáltatassanak a jövő teendőire. Az utolsó fejezetben rámutatnak mindazokra a hibákra és veszélyekre, amelyek a szívaneurysma műtéteinél a sebészt és a beteget fenyegetik.

Petrovskij és Kozlov könyve rendkívül tanulságos és híven mutatja azt a hatalmas fejlődést, amelyet a szívsebészet a Szovjetunióban az utóbbi években megtett. Ezt a szép kiállítású és okos könyvet nemcsak a sebészek forgathatják haszonnal, hanem a belgyógyászok és az általános gyakorlatot folytató orvosok is, hiszen az ő kezükben van a szívaneurysma korai diagnosztikájának kulcsa. *Littmann Imre dr.*

☆

Szokolov M. I.: Osztrije respiratornija virusznije infekcii (Etiologija, laboratornaja diagnosztika, epidemiologija, profilaktika.) (Helyen légzőszervi vírusfertőzések.) Medicina Kiadó, Moszkva, 1968. 258 oldal, 30 ábrával, 30 táblázattal, 135 szöveget és 96 külföldi forrásmunka felsorolásával. Ára: 92 kopejka; 16,50 Ft.

E betegségek iránti érdeklődés nem újkéltű: az első világháborút követő „spanyolnátha” közel háromszor annyi áldozatot követelt, mint maga a világháború, a 10–12 évenként Földünket végigsöpörő influenzajártványok pedig nem hagyják elaludni az érdeklődést az influenza és „társai” iránt; az 1957–59-es „ázsiai influenza” planétánk 3 milliárd lakosa közül 1 milliárdot betegített meg. Ezúttal újabb járvány indult el, ez is Keletről. Teljesen indokoltak tehát azok a törekvések, melyek e megbetegedésekkel szembeni védelem kidolgozására irányulnak. Az utóbbi 10–15 évben ebben a tekintetben jelentős előrehaladás történt; az ismertett könyv ezekről ad tájékoztatást az olvasónak.

A helyen légzőszervi betegségek etiológiájával és epidemiológiájával foglalkozó fejezetből mindennek előtt azt tudjuk meg, hogy az említett megbetegedések kialakulásában a baktériumok jóval szeré-

nyebb szerepet játszanak, mint ahogyan ezt régebben gondolták, ugyanakkor az influenza vírusa mellett komoly a szerepük a parainfluenza vírusoknak, a rhino-, az RS- és az adenovírusoknak. Ezeket összefoglalóan respiratoricus vírusoknak nevezzük, minthogy közös tulajdonságuk a légzőszervek megbetegítése. Ismerteti főbb tulajdonságaikat és az ember infectious pathológiájában játszott szerepüket, majd kitér az epidemiológia általános kérdéseinek a tárgyalására.

A következő fejezetnek a laboratóriumi diagnosztika a témája. A vírusfertőzések klinikai diagnózisa igen nehéz. A megbízható diagnózist a jelenleg már jól kidolgozott laboratóriumi módszerek biztosítják. A laboratóriumi diagnosztika módszerei két csoportra oszthatók: a korai diagnosztikai eljárásokra — idetartozik az immunfluorescentia és a rhinocytosopia, melyek lehetővé teszik az antigén és a vírusrészecskék kimutatását az orr nyálkahártyájában, továbbá ide tartozik még a vírus kitenyészése a felső légutak secretumából; és a retrospectív diagnosztika módszereire, melyek a specifikus antitestek kimutatására irányulnak, s amelyek közül a leggyakrabban használatosak a következők: a haemagglutinatio gátlásának reakciója, a haemadsorbtió, a neutralisatio, valamint a komplementkötési reakció. Kitér az apróbb technikai kérdésekre is, a vizsgálat sikere ui. nagyrészt éppen a helyes laboratóriumi technikától függ. Ismerteti a sejtkultúrák előállításához szükséges oldatok elkészítését, a különféle táptalajokat, a szövetek előállítási és tenyésztési módjait; az elsődleges, az átoltott és a diploid sejtkultúrákat, majd röviden foglalkozik a sejtkultúrák tárolási módjaival. Ezt követi a respiratoricus vírusoknak sejtkultúrákon való kimutatásának a leírása, s a vírusidentifikáció egyes módszereinek az ismertetése (semlegesítési reakció, a kolonimetriás módszer stb.) Végezetül a szerodiagnosztikával foglalkozik: a haemagglutinációval, ill. gátlási reakciójával, a komplementkötési reakcióval, majd ezt követően a luminescens mikroszkópos és az immunfluorescens módszer ismertetésével zárja a fejezetet.

A könyv legterjedelmesebb fejezetének a témáját az influenza képezi. Történelmi visszatekintés után leírja a kórokozó morfológiáját, kémiai összetételét, biológiai sajátosságait, tenyésztésének módjait. A laboratóriumi diagnosztikájában fontos helyet foglal el az immunfluorescentia, a rhinocytosopia, a vírus izolálása a felső légutak váladékából tyúkembryo fertőzése révén és a komplementkötési reakció. Foglalkozik az influenza vírus változékonyságával és szelekciójával. Három típusát és számos variánsát különböztetjük meg. A három típus: az A, B, C-tí-

pus; az utóbbi időben a legaktualisabb az A₂. Vita tárgyát képezi, hogy a vírus alkalmazkodása eredményeképpen változtatja-e meg antigen tulajdonságait vagy pedig arról van szó, hogy egyidejűleg több típus, ill. varians cirkulál a lakosság körében, és a járvány keletkezése az immunitás csökkenésével van kapcsolatban. Nagy helyet szentel a specifikus és a nem specifikus immunitás kérdéseinek. Az immunitás specifikus tényezői az antitestek, a nem fajlagos védekezés pedig a sejtek rezisztenciája, a hőmérséklet, az interferon és a nem fajlagos inhibitorok. Az epidemiológia kérdéseiről szólva megállapítja, hogy a fertőzés forrása az influenzás beteg; az, hogy az állatok is szolgálhatnak fertőző forrásként, nem tekinthető bizonyítottnak. Mindmáig rejtélyes az epidemiák, ill. a pandémiák közötti időszak: nem tudjuk pontosan, hogyan és miért mennek végebe az átalakulások, ill. egyáltalán mi a magyarázata a járványok periodicitásának. Elemzi századunk járványait, részletesebben kitérve az 1957. évi pandémia és az ezt követő epidemiák ismertetésére. A profilaxisban a fajlagos és nem fajlagos módszereknek egyaránt nagy fontosságuk van. Az immunizálás történhet élő és elölt vírusokkal. Az inaktivált oltóanyagot adjuvans szerrel vagy nélküle alkalmazzák. A SZU-ban inkább kedvelik az élő (legyenként) vírusokat tartalmazó oltóanyagot, amit főleg intranasálisan alkalmaznak. A védőoltás a megbetegedést a felére-harmadára csökkenti. Erdemes felsorolni a védőoltás ellenjavallatait: 1. heveny lázas megbetegedések; 2. idült, aktív fázisban levő tbc; 3. II—III. stádiumban levő szív-érrendszeri elégtelenség; 4. hypertonia-betegség és érlelmeszesedés; 5. cachexia; 6. a terhesség utolsó négy hónapja. A tbc-vel kapcsolatban, valószínű, túl szigorú a megszorítás. Az eddigi tapasztalatok azt mutatták, hogy az influenza elleni védőoltás nem befolyásolja károsan a tbc lefolyását. Ezzel szemben a respiratoricusan insufficiens, cor pulmonales tbc-s betegre az influenza végzetes lehet. Igen szemléletesek a szerzőnek azon ábrái, melyek a védőoltások kedvező hatását mutatják a megbetegedésre: a védőoltás majdnem teljesen kiküszöböli a járványt, a kiugró csúcsot szinte alapjaiban „elmetszi” a járványgörbén. Rámutat ugyanakkor a nehézségekre is. Így pl. nehéz dolog megvalósítani az egész lakosság védőoltását, nem beszélve arról, hogy az oltóanyag minősége távolról sem mindig kifogástalan. Ennek ellenére sem férhet kétség a védőoltások kedvező hatásához, különösen ha azok a hygienés és az általános járványellenes rendszabályok betartásával párosulnak. A szerző fontosnak tartja, hogy az eddigieknél nagyobb gondot fordítsunk az influenza el-

leni küzdelemre. A többi heveny légúti vírusbetegséggel már rövidebben foglalkozik.

A parainfluenza a felnőtteknél többnyire enyhe, a csecsemőknél és a gyermekeknél azonban általában súlyos lefolyású, gyakran alakul ki bronchiolitis vagy pneumonia. A vírusok típusai stabilabbak. A fertőzőképesség kisebb, mint influenza esetén. A laboratóriumi diagnosztikája a haemadsorbtió és ennek gátlásán, valamint a haemagglutinatio késleltetési reakcióján alapszik. Profilaxisa lényegében hasonló az influenza profilaxisához.

A respiratoricus syncytialis fertőzés ugyancsak gyakoribb a gyermekkorban, mint a felnőttek körében. A betegség lefolyása változó: előfordul, hogy enyhe lefolyású tracheitis, pharyngitis vagy rhinitis, máskor azonban, különösen a gyermekeknél, súlyos bronchiolitis vagy pneumonia alakjában zajlik le. Az RS-vírus óriássejtek képződésére vezet. Két típusa különböztethető meg, de ezek komplementkötési antigénje közös. Agglutinációra és haemadsorbtióra nem képes. A laboratóriumi diagnosztika specialis táptalajokat (Hep-2; He-La-sejtkultúra) igényel. Részletesen leírja a vírusok kimutatásának módját. Az RS-vírusra, az influenza vírusához hasonlóan, jellemző, hogy járványokat okozhat, de ezek a járványok kisebb méretűek és szinte évenként előfordulnak, tehát nem annyira periodikusak, mint az influenza. Az aktív immunizálás módszerét vele szemben még nem találták meg. A gammaglobulin egyelőre az egyetlen eszköz az ellene való küzdelemben.

A következő fejezet tárgya a rhinovírusfertőzés. A rhinovírusok főleg a felső légutakat, különösen az orrüreget betegítik meg. Heveny fertőző náthának (common cold) is hívják az általa okozott betegséget. Már régebben sejtették, hogy fertőző betegség, de a vírust csak 1960-ban sikerült kimutatnia Tyrrellnek. Laboratóriumi diagnosztikája az emberi embryo vesesejtjeinek (H-törzs) és a majom vesesejtjeinek (M-törzs) fertőzésén alapszik. Identifikációja a cytopathicus hatás semlegesítési reakciója révén történik. A diagnózis igazolása történhet szerológiai módszerrel is. Sem specifikus gyógymódja, sem specifikus profilaxisa nincs.

Az utolsó fejezet az adenovírusbetegségeket tárgyalja. Az adenovírusok a légutakon kívül megbetegíthetnek más szerveket is. Diagnosztikája a vírus kitenyészése és identifikációja révén történik (komplementkötési reakció), a típus meghatározása pedig a cytopathicus effectus semlegesítési reakciójával. Megfelel a diagnózis céljára a szerológiai vizsgálat is. Az ellene való védőoltás a kidolgozás stádiumában van, de már az eddigi eredmények is biztatóak.

A vírusológia, a vírusbetegségek járványtana, a védőoltások az utóbbi időben nagy fejlődésnek indultak. Az olvasó ennek eredményeit sűrítetten kapja, s így a könyv tanulmányozásával áttekinthet nyar a heveny légzőszervi vírusbetegségek egész problémaköréről. A könyv forgatása nemcsak a gyakorló orvos számára jár haszonnal, hanem a szűkebb szakmájú orvos számára is.

Varga János dr.

★

Curt Stern: Grundlagen der Humangenetik. Gustav Fischer, Jena 1968., 2. német kiadás (754 oldal, 265 ábra, 124 táblázat).

A könyv, mint címe is mutatja, a humangenetikával foglalkozik, s célja, hogy azok számára tárja fel lépésről lépésre ezt a tudományt, akik e téren még semmiféle ismerettel nem rendelkeznek. Ennek ellenére a humangenetika minden ágát érinti, s ismerteti nemcsak az eddigi legfontosabb eredményeket, hanem rámutat a kutatás távolabbi perspektíváira, a nyitott problémákra is. Az egyes fejezetek nem oly tömörek, hogy fárasztó lenne olvasásuk, s a mondottakat konkrét példákön bőségesen illusztrálja. Az elméleti problémákat csak olyan mértékig tárgyalja, amennyire az a humangenetika megértéséhez, ill. a humangenetikai alkalmazásukhoz szükséges. Így pl. egyáltalában nincs szó az informatios code, ill. a genműködés regulációjának molekuláris-genetikai hypothesisairól. A könyv gyakorlati hasznosságát hűzza alá, hogy számos fejezet végén utal az ismertett rész gyakorlati jelentőségére pl. a családfelelmezésben, a genetikai tanácsadásban, populációs genetikában, stb. Az egyes fejezetek végén kérdéseket találunk, melyek nemcsak a genetika oktatói számára lehetnek hasznosak, hanem azok alapos átgondolása, ill. a feladatok megoldása elmélyíti az egyszerű átolvasás után maradt benyomásokat. A könyv és csírasejtek, ill. a gen-fogalom és chromosomák ismertetéséből indul ki, majd rátér a mendeli szabályokra az elemi statisztikai (valószínűségi) számításokra és a multiallelia fogalmára (vércsoportok, vérfehérjék, színvakság, stb.). A chromosoma anomáliák közül főleg a nemi chromosomák aberrációival és a nem kialakulásával foglalkozik. A könyv gyakorlati jellegének megfelelően jelentős részét találunk a gen-expressivitas, penetrantia, genkapcsolódás és kicserélődés (linkage, crossing over), genotypus és phenotypus kérdéséről és az öröklődés és környezet szerepéről az iker-vizsgálatok tükrében mind somatikus, mind pszichés vonatkozásban. Annak ellenére, hogy már a könyv első részében külön fejezet található a gene-

tikai tanácsadásról, e kérdésről többször visszatér a szerző, s külön fejezetet szentel a genetika alkalmazhatóságáról a törvényszéki orvostanban, ill. a könyv utolsó részében a genetika helyzetéről a gyakorlati orvostudományban. A legerjedelmesebb rész a mutációk kérdéséről tárgyalja: a mutatio fogalmát, létrejöttét és a jelenleg ismert okait mind a spontán, mind a mesterségesen kiváltott mutációknak. Rámutat a kérdés a nagy gyakorlati jelentőségére a jelenleg is lehetséges profilaxistól a még csak a jövő álmaiként említett irányított mutációig. A szerző meglehetősen hosszú fejezeteket szentel a civilizatio és selectio kérdésének és a fajok genetikájának; rámutat azokra a visszaélésekre, melyekkel a múltban az eugenikát dyscreditálták, s megvilágítja annak helyes értelmezését (bár itt úgy tűnik, hogy néha túlzásokba esik); cáfolja azt a hamis beállítást, mely genetikai érvelésekkel akar korlátokat állítani a fajok keveredése elé.

E könyv nem lexikális jellegű. Nem tárgyal minden genetikus betegséget, csak amire példaként szüksége van, vagy fontosnak talál; ellentétben pl. Becker kézikönyvével, ahol gyakorlatilag minden ma ismert öröklődő megbetegedés megtalálható a legkorszerűbb, pontos irodalomjegyzékkel. Ezzel szemben nagy érdeme, hogy nemcsak adatközlésre törekszik, hanem orvosi, helyesebben emberi szemléletet is ad. „Die Wahrheit zu sagen” — írja egy helyen, s valóban az exakt diagnosison túl mindig rámutat a segítség szükségességére vagy arra a kutatási irányra, amely a jövőben talán lehetővé teszi a ma megoldatlan problémák megválaszolását. Aki végigolvassa ezt a könyvet, megérti, hogy miért adták ki újra, s miért fordították le németre (a szerző anyanyelvére) ezt az első kiadásában már 1949-ben megjelent könyvet. Ez az új, átdolgozott kiadás hasznos olvasmánya lehet mindenkinek, aki a humangenetika után őszintén érdeklődik.

Schuler Dezső dr.



Az „Orvosi Hetilap Markusovszky-díj”-ak kiosztása.

Április 25-én került sor a már hagyományos „Orvosi Hetilap Markusovszky-díj”-ak kiosztására az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Weil-termeiben. A díjak a Szakszervezet, az Ifjúsági Lapkiadó és az Orvosi Hetilap Szerkesz-

tőbizottsága és szerkesztősége együttes alapítványai.

Ezúttal az 1968-as évfolyam kimagasló közleményeinek szerzői részesültek jutalmazásban. Az ünnepeket a szakszervezet főtitkára, Darabos Pál dr. nyitotta meg. Az ünnepi előadást Lenart György dr. kórházi főorvos, a szerkesztőbizottság tagja tartotta „A mutatók káráról és hasznáról” címmel.

Jutalmazottak:

Lapis Károly dr. professzor (Bp. I. Kórbonctani Intézet): az Orvosi Hetilap 1968. évf. 15. számában megjelent „A lysosomák szerepe és jelentősége a patológiában” c. közleményéért (3000,— Ft).

Eckhardt Sándor dr. adjunktus (Bp. Orsz. Onkológiai Intézet): az Orvosi Hetilap 1968. évf. 19. számában megjelent „A daganatos betegségek chemotherapiája” c. közleményéért (2000,— Ft).

Török János dr. igazgató főorvos (Veszprém, Heim Pál Gyermekkorház): az Orvosi Hetilap 1968. évf. 37. számában megjelent „Az újszülöttkori haemolyticus betegség korszerű gyermekgyógyászati kezelése” c. közleményéért (2000,— Ft).

Boros Mihály dr. adjunktus (Szeged, I. Sebészeti Klinika): az Orvosi Hetilap 1968. évf. 20. számában megjelent „Consumptios coagulopathia” c. közleményéért (2000,— Ft).

Ralovich Béla dr. egyet. tanársegéd (Pécs, Mikrobiológiai Intézet): az Orvosi Hetilap 1968. évf. 11. számában megjelent „Az úgynevezett Salmonella ételmérgezők problémáiról” c. közleményéért (2000,— Ft).

Fried László dr., Magyarsóki Ferenc dr. és Szilágyi Géza dr. (Bp. Orvostovábbképző Intézet, Röntgenológiai Tanszék, Urológiai osztály és IV. Belgyógyászati Tanszék): az Orvosi Hetilap 1968. évf. 8. számában megjelent „A vese velőállományának szivacsos elfajulásához csatlakozó szekunder hyperparathyreosis” c. közleményükért (2000 Ft).

Szell Kálmán dr. főorvos (Szombathely, Markusovszky Kórház): az Orvosi Hetilap 1968. évf. 26. számában megjelent „A progresszív betegellátás néhány kérdéséről” c. közleményéért (2000,— Ft).

Továbbá jutalmazásban részesültek az Orvosi Hetilap Folyóiratreferátumok c. rovatában sok éven át kifejtett értékes közreműködésükért:

Barna Kornél dr. főorvos (Pécs Megyei Kórház)

Dénes János dr. főorvos (Bp. Apáthy I. Gyermekkorház)

Gáti István dr. docens (Pécs, Szülészeti Klinika)

Giacintó Miklós dr. főorvos (Bp. Központi Katonai Kórház)

Major László dr. főorvos (Berettyóújfalú, Járási Kórház)

Kazár György dr. főorvos (Bp. Orsz. Traumat. Intézet)

Koltay Miklós dr. docens (Szeged Gyermekklinika)

Nagy György dr. adjunktus (Debrecen, I. Belklinika)

Pálóssy Béla dr. tanársegéd (Bp. OTKI, IV. Belgyógyászati Tanszék)

Rényi Kázmér dr. főorvos (Bp. Központi Katonai Kórház)

Szórady István dr. igazgató főorvos (Szeged, Városi Gyermekkórház)

★

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1969. május 27-én (kedden) du. 3 órára tűzte ki

Medgyaszay Attila dr.
asp. kívül benyújtott

Adatok a
színérzés mechanizmusához
és a szerzett színérzészavar
diagnosztikájához

c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az Akadémia felolvasó termében (V., Roosevelt tér 9. I. e.).

Az értekezés opponensei:
Kettessy Aladár dr. az orvostud. doktora,

Aczél György dr. az orvostud. kandidátusa.

★

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1969. május 28-án (szerdán) du. 3 órára tűzte ki

Schrádi Antal dr.
asp. kívül benyújtott

A gátlószeres kezeléssel
egyidejűleg alkalmazott
adjuváns therápia különféle formái
és jelentősége
a gümőkór kezelésében.

c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az Akadémia felolvasó termében (V., Roosevelt tér 9. I. e.).

Az értekezés opponensei:
Böszörményi Miklós dr. az orvostud. doktora,

Schweiger Ottó dr. az orvostud. kandidátusa.

★

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1969. május 29-én (csütörtökön) du. 3 órára tűzte ki

Furka István dr.
asp. kívül benyújtott
Kísérletes adatok
az ureter sebészetéhez

c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az OKI nagy-előadótermében, Bp., IX., Gyáli út 2-6. A. ép.

Az értekezés opponensei:
Petri Gábor dr. az orvostud. kandidátusa,

Pintér József dr. az orvostud. kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1969. május 30-án (péntek) du. 3 órára tűzte ki

Raics Jenő dr. önálló aspiráns
A sub- és postnatalis magzati és
újszülött-halálozás okainak
egyes kérdéseiről,
különös tekintettel
a meteorológiai tényezők
jelentőségére.

c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az OKI nagy-előadótermében (Bp., IX., Gyáli út 2-6. A. ép.).

Az értekezés opponensei:
Illei György dr. az orvostud. kandidátusa,

Kérdő István dr. az orvostud. kandidátusa.

★

A Magyar Pathológusok Társasága f. év május 30-án 1/2 3 órai kezdettel a BOTE II. Kórbonctani Intézet tantermében (IX., Üllői út 93.) tudományos ülést tart.

Üléseelnök: Luszitig Gábor dr.

Előadások:

1. Szabó Éva dr.: A basaliomák parenchymájának és kötőszöveti állományának összefüggéséről.

2. Brass Zoltán dr.: A gége rosszindulatú daganatainak hisztológiai beosztása.

3. Gál Magda dr. és László János dr.: Újabb adatok a petefészek daganatok felosztásának kérdéséhez.

4. Simárszky János dr. és Lapis Károly dr.: Adatok az emberi glomus caroticum ultrasturuktúrájához.

5. Kádár Anna dr. és Veres Béla dr.: Az érfali elasticus rostok képződésének elektronmikroszkópos vizsgálata.

Az előadások időtartama 15-20 perc.

Minden érdeklődőt szívesen lát a Vezetőség

★

A Magyar Onkológusok Társasága Cytodiagnosztikai Sectioja 1969. június 4-én (szerdán) de. 9 órakor a Semmelweis-teremben (Bp., VIII., Szentkirályi u. 21.) tudományos ülést tart. (Közben de. 11 órakor tisztújító közgyűlés.)

Tárgy:

1. Elnöki megnyitó.

2. Referátumok:

Döbrössy Lajos: A nőgyógyászati cytodiagnosztika hazai helyzete (10 perc).

Sassy-Dobray Gábor: A tüdőgyógyászati cytodiagnosztika hazai helyzete. (10 perc).

Miczbán Izabella: A gyomorcytologia hazai helyzete. (10 perc).

Bánóczy Jolán: A szájjüregi cytodiagnosztika hazai helyzete (5 perc).

Faragó László: A gégeszeti cytodiagnosztika hazai helyzete (5 perc).

Szünet.

(A szünet alatt a Magyar Onkológusok Társasága tisztújító közgyűlést tart.

Program:

1. Elnöki megnyitó,
2. Titkári beszámoló,
3. Pénztári beszámoló,
4. Jelölőbizottság személyi javaslatai,
5. Választás.)

du. 3 óra

3. Kerekasztal-megbeszélés: „A cytodiagnosztika gyakorlati problémái”-ról:

- a) a cytológiai vizsgálatok indikációi,
- b) a cytológiai módszer értéke a klinikai gyakorlatban,
- c) a cytodiagnosztikai munka szervezési és kollaborációs problémái.

Vitavezető: Döbrössy Lajos.

A vitában részt vesznek:

Balogh József, prof. Böszörményi Miklós, Faragó László, Ferenczy Sándor, Gyenei Iván, Holczinger László, Horlay Béla, Juhász Jenő, Juhász Lajos, Kárpáti György, Kocsis Sándor, prof. Lapis Károly, Miczbán Izabella, prof. Miskovics Gusztáv, Nagy Andor, Nemes János, Riskó Tibor, Ruzicska Gyula, Sassy-Dobray Gábor, Sellyei Mihály, Simon József, Sótonyi Gábor, Sugár János, Szappanos Zoltán, Tomory István, Wittman István, Ungár Imre.

4. Hozzászólások.

5. Zárszó.

★

MEGHÍVÓ

Az MTA Immunológiai és Allergológiai Kutatásokkal Foglalkozó Bizottsága a Magyar Onkológusok Társaságával és a Magyar Mikrobiológusok Társaságának Immunológiai Szekciójával közösen megrendezi a

II. transzplantációs immunológiai kerekasztal konferenciát

az immunosuppressio elméleti és gyakorlati kérdéseiről, valamint a MMT immunológiai szekciójának XXIV. tudományos ülést.

A Kerekasztal Konferencia megtartására 1969. június 5-én és 6-án, az Immunológusok Szekciójának ülése 1969. június 7-én kerül sor Budapesten, az Orvostudományi Egyetem I. Sebészeti Klinikájának tantermében.

Program

június 5-én de. 9 órakor

Elnöki megnyitó: dr. Gömöri Pál

I. téma: A transplantatum kilökődésének immunológiai jelei és azok vizsgáló módszerei.

Elnök: Petrányi Gyula dr.

Vitavezető: Hollán Zsuzsa dr.

Hozzászólók: Dévényi István, Dóbiás György, Lajos László, Petrányi Győző és mtsai.

11 órákor

V. téma: Az ALG immunosuppressív hatásának értékelése.

Elnök: *Backhausz Richárd dr.*
 Vitavezető: *Réthy Lajos dr.*
 Hozzászólók: *Anderlik Piroska, Benczur Miklós, Bobory Júlia, Hegedűs László, Kassai Tibor és mtsai, Kovács Tibor, Szegedi Gyula, Végh Pál, Virág István és mtsai.*

du. 15 órákor

II. téma: A transplantációs immunreakció gátlásának és a transplantatum védelmének kísérletes kutatása, valamint a klinikai immunosuppressio a szervátültetés során.

Elnök: *Kesztyűs Lóránt dr.*
 Vitavezető: *Petrányi Győző dr.*
 Hozzászólók: *Alföldy Pál, Benczur Miklós, Börzsönyi Mátyás, Cserháti Endre és mtsai, Elek Gábor, Facht József és mtsai, Fekete Gyula, Jánossy László, Lapis Károly, Merétey Katalin, Németh András, Szegedi Gyula, Szeri Ilona.*

június 6-án, de. 9 órákor

IV. téma: A cytostaticumok hatásának jelentősége a tumortherapiában a tumorimmunitás szempontjából.

Elnök: *Kellner Béla dr.*
 Vitavezető: *Eckhardt Sándor dr.*
 Hozzászólók: *Boga Marianne, Csányi Endre, Fornosi Ferenc, Németh László, Petrányi Győző, Schöngut László, Surján Lászlóné, Vályi-Nagy Tibor.*

du. 15 órákor

III. téma: Az immunosuppressív terapia jelentősége az autoallergiás (autoimmun) betegségekben.

Elnök: *Rajka Ödön dr.*
 Vitavezető: *Petrányi Gyula dr.*
 Hozzászólók: *Dóbiás György, Farkas Károly, Görgényi Frigyes, Hámosi Arthur, Király Kálmán és mtsai, Koltay Miklós, Korossy Sándor és mtsai, Mosonyi László, Patakfalvy Albert és mtsai, Szántó László, Szemere Pál.*
 Az érdeklődőket és a további hozzászólásokat szeretettel várjuk.



MEGHÍVÓ

a „Korányi Frigyes”
 Tbc és Tüdőgyógyász Társaság
 tudományos ülésére

1969. június 7-én (szombaton)
 de. 10 órákor a Weil-teremben
 (Bp., V., Münnich F. utca 32.).

Napirend
 Extrapulmonalis tbc

Üléselnök: *Borsay János dr.*

Eldőadások

Kardos Ferenc: Újabb ismeretek a női alhasi gümőkór klinikumában és diagnosztikájában.

Török József: Resistencia-vizsgálatok néhány tanulsága a női nemiszervi gümőkórban.

Bertényi Camillo: Lupus-betegek plastikai sebészi rehabilitációja.

Simon Miklós, Szabó Éva: A mycobaktérium tuberculosis kimutathatósága tuberculoidekben.

Kovács László, Gácsi Ilona, Jakab Gábor: 1967—1968 folyamán „újonnan” felfedezett és osztályunkra utalt csont tbc-s betegek tanulsága.

Radinszky József, Tomory István, Udvarhelyi Iván, Várkonyi Péter, Zboray Zsuzsanna: Időszerű csont tbc-s betegek felismerésének és kezelésének tanulságai.

Kovács Pál, Sófalvi Csaba: Összefüggés a csontízületi gümőkór és más szervek gümőkórja között.

Hevér Ödön: 10 éves laboratóriumi tapasztalatok az extrapulmonalis gümőkór bakteriológiai diagnosztikájában.

Bálint József, Kiss Géza: 150 gümőkór miatt nephrectomizált betegünk kórtörténetének értékelése.

Csernus J. Alán, Endresz Mária, Kiss Géza, Hevér Ödön: Baktérium-ürítéssel igazolt védőtbc-hez társuló Koch-positív veségümőkóros betegek értékelése.

Hozzászólás — Vita

A MMT. Immunológiai Szekciója
 1969. június 7-én Budapesten, az I. sz. Sebészeti Klinika tantermében tartandó XXIV. tudományos ülésének programja.

Június 7-én (szombat) 1/29 órákor

Elnöki megnyitó

1. *Medgyessy György, Giovanni Gorini, Gino Doria, Gergely János (C.N.E.N. — Euratom Immunogenetikai Kutatócsoport, Cassacia, O. V. Sz., Bp.):* Proteolyticus fragmentálás hatása a gamma G globulinok antigeneitására.

2. *Pákh Mária, Medgyessy György, Puskás Éva, Boros László, Gergely János (O. V. Sz., MTA. Biokémiai Intézet, Bp.):* A láncok közötti diszulfid hidak szerepe az IgG molekula susceptibilitásában.

3. *Gergely János, Pákh Mária, Medgyessy György, Puskás Éva (O. V. Sz., Bp.):* Különböző H-lánc alosztályba tartozó IgG myeloma-fehérjék kapocseptidjeinek fingerprint-analízise.

4. *Ottó Szabolcs, Trombitás Károly, Somos Zsuzsanna (POTE, Igazságügyi Orvostani Intézet és Központi Laboratórium, Pécs):* IgA myelomás betegek szérumainak vizsgálata agargel-elektroforézissel, immunoelektroforézissel és ultracentrifugával.

5. *Patakfalvi Albert, Backhausz Richárd, Lajos Judit, Gögl Árpád (I. sz. Belklinika, Pécs, Humán, Bp.):* Antitesthiány-szindróma paraproteinaemiával járó kórképekben.

6. *Jobbágy Aladár (Orsz. Bőr- és Nemikórtani Intézet, Bp.):* Gél-filtrálással szétválasztott syphilis szérum frakciók szerológiai aktivitásának a vizsgálata.

7. *Surján Lászlóné, Füst György (OKI, Bp.):* Hőmérséklet hatása IgG és IgM típusú antitestek komplementkötő képességére.

8. *Füst György, Surján Lászlóné (OKI, Bp.):* C'4 és C'2 in vitro termelése.

Délután 1/23 órákor

1. *Kemenes Ferenc, Pataky László (Állatorvostud. Egyetem Járványtani Tanszék, Bp., Kórház, Szöny):* A *Listeria monocytogenes* ellenanyagtermelő képessége a különféle fajú emlős állatokban és az emberben.

2. *Kassai Tibor, Szepes Géza, Petrányi Gy., Réthy Lajos (Állatorvostud. Egyetem. Parazitológiai Tanszék Helminthológiai Kutató Labor., Orvos-Radiológiai Akadémiai Tanszéki Kutató Csoport, Humán, Bp.):* Immunosuppressziós behatások értékének összehasonlító vizsgálata patkányban a Nippostrongylus brasiliensis-szel szembeni primer és szekunder immunreakció elnyomásában.

3. *Bánki György, Facht József (OKI, KOKI, Bp.):* Endotoxin kezelés hatása az immunválaszra neonatalisan thymectomizált patkányban.

4. *Fóris Gabriella, Újhelyi Károly (O. Gy. I., OKI., Bp.):* Újabb adatok az endotoxin által létrehozott fertőzéssel szembeni rezisztencia mechanizmusának vizsgálatáról.

5. *Schläffer Erzsébet, Gorács Gyula, Balló Tibor, Csabai László, Skarupinszky Nándor (Ápáthy István Gyermekkorház, Bp.):* Placenta meszesedéséről 700 rtg-felvétel alapján.

6. *Bános Zsuzsanna, Szeri Ilona, Anderlik Piroska, Radnai Béla (BOTE Mikrobiológiai Intézet, István Kórház, Bp.):* A lymphocytás choriomeningitis vírusfertőzés lefolyása phytohaemagglutininnel kezelt egerekben.

7. *Berek László, Bános Zsuzsanna, Szeri Ilona, Anderlik Piroska, Aszódi Károly (BOTE, Orthopaediai Klinika, Mikrobiológiai Intézet, Bp.):* Csontelváltozások graft-versus-host reakcióban szenvedő fiatal egerekben.

8. *Osváth Pál, Márkus Vera (SZOTE, Gyermekklinika, Szeged):* A szarvasmarha allergizáló fehérjéinek összehasonlító immunológiai vizsgálata.

Elnöki zárszó.



15. Nemzetközi Konferencia az Alkoholizmus Megelőzésére és Gyógykezelésére
 Budapest, 1969. június 9—18.

Rendezi: a Nemzetközi Tanács az Alkoholizmus és Toxicomania

leküzdésére. (International Council on Alcohol and Addictions), az Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság és a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága közreműködésével.

A Konferencia helye: Magyar Tudományos Akadémia előadótermei. Budapest, V., Roosevelt tér 9.
Fővédnök: Szabó Zoltán dr. egészségügyi miniszter.

Védnökök:

Rusznayk István egyetemi tanár, a Magyar Tudományos Akadémia elnöke,

Sarlós István, a Fővárosi Tanács V. B. elnöke,
Gömöri Pál egyetemi tanár, a MOTESZ elnöke,

Gegesi-Kiss Pál egyetemi tanár, a Magyar Vöröskereszt elnöke,
Blaha Béla, a SZOT elnöke,
Pesta László, a Parlament egészségügyi és szocialista albizottságának elnöke.

PROGRAM

Június 9., hétfő

9 óra Ünnepeles megnyitó

Megnyitóbeszéd:

Dr. Szabó Zoltán eu. min.

Gov. R. Wagnsson

Tongue A.

Mark Keller (USA): emlékbeszéd E. M. Jellinekéről.

Szünet

Rostás I.: Az alkoholizmus Magyarországon.

Orthmayr A.: Az alkoholizmus egészségügyi szervezési helyzete Magyarországon.

14 óra Plenáris ülés

Az alkoholizmus megelőzésének, kezelésének és kutatásainak koordinálása különböző országokban.

P. Jean (Franciaország): Az alkoholizmussal kapcsolatos felvilágosító és gyógyító tevékenység összehangolása.

W. Kenyon, (Egyesült Királyság): Alkoholizmus — Közügy.

P. Cathelaz (Svájc): Az alkoholizmus megelőzésének és gyógykezelésének egybehangolása egy svájci kantonban.

Tariska I.: Az alkoholizmusra vonatkozó kutatások Magyarországon.

I. Haasz (Jugoszlávia): Alkoholista betegek részére létesített egészségügyi tanácsadó szervezése és munkamódszerei.

Vita az elhangzott előadásokról.

16 óra Symposium: A család viszonya az alkoholizmushoz mint betegséghez.

Részvevők: L. E. Root (USA), Goldschmidt D., Hodosi R. és Kőnig E., M. Evans és N. H. Rathod (Egyesült Királyság).

Június 10., kedd

9 óra Plenáris ülés

Klinikai orvostudomány — Háttérbetegségek.

Magyar I.: Alkohol és májbetegségek.

Levendél L.: A műtéti gyógykezelés kivihetősége és problémái alkoholista betegeken.

R. Kurzinger (NDK): Gyomorrezekció utáni alkoholfogyasztás hatása a betegekre.

L. Schmidt (NSZK): Klinikai adatok az alkoholista betegek vizsgálatairól.

K. Kryspin-Exner (Ausztria): A TBC-s alkoholisták gyógykezelése.

Szünet

Vita az elhangzott előadásokról.

14 óra Symposiumok

A) Biokémia, Farmakológia, Pharmako-therápia.

Részvevők: J. P. von Wartburg (Svájc), Pataký I., Szélényi I., Rigó J., Gáti T., Csalai L., M. Evans és mtsai (Egyesült Királyság), Szabó P., J. Wojcicki (Lengyelország), Gartner P., S. Voina (Svájc).

B) Pszichologia, Pszichodiagnosztikai módszerek az alkoholistáknál.

Részvevők: H. Riemenschneider (NSZK), Mérei F., Paulay L., A. Van Den Daele (Belgium), Hegedűs I. és Orthmayr A.

15,30 óra C) Alkoholista TBC-s betegek gyógykezelési problémái. (A Symposium az Orsz. Korányi Tbc. Intézetben kerül megrendezésre). Részvevők: M. Millet (Belgium), H. G. Zapotoczi (Ausztria).

Június 11., szerda

9 óra Plenáris ülés

Az alkoholisták gyógykezelésének problémái. Pszichiatriai aspektusok.

I. N. Pjatnyickaja (SZU): Az alkoholizmus gyógykezelésének dinamikus értékelése.

P. Fouquet (Franciaország): Az alkoholisták gyógykezelésének pszichiatriai aspektusai.

A. J. Vozdvisszskaja (SZU): A krónikus alkoholisták aktív gyógykezelésében alkalmazott módszereink összehasonlító értékelése.

Kardos Gy.: Indikációs és methodikai problémák az alkoholisták gyógykezelésében.

V. D. Pisani (USA): Javaslat az alkoholizmus gyógykezelése során sensoros deprivatív melléktherápia-kénti bevezetésére.

Récsey B.: 3 év tapasztalatai alkoholisták hosszantartó munkatherapiával egybekötött kezeléséről.

M. M. Glatt (Egyesült Királyság): Az alkoholisták gyógykezelésének néhány pszichiátriai alapelve.

V. Hudolin (Jugoszlávia): Gyógykezelési problémák alkoholista betegeknél.

14 óra Symposiumok

A) Kábítószer-szenvedély.

Részvevők: I. Bayer (ENSZ), L. Kiloh (Ausztrália), S. Einstein (USA), H. Dale Beckett (Egyesült Királyság), Bölcs B., J. Merry (Egyesült Királyság), Simkó A., L. Cancrini (Olaszország).

15,30 óra B) A pszichiater szerepe a klub- és csoport therápiában.

Részvevők: G. Edwards (Egyesült Királyság) Th. Kolstad (Norvégia), Boczán J., Nyáradi E., R. Müller és mtsai (Svájc).

Június 12., csütörtök

9 óra Plenáris ülés

Az alkoholizmus társadalmi aspektusai.

D. J. Pittman (USA): Nyilvános helyen ismételt botrányt okozó krónikus ittasság: újítások a kezelési és rehabilitációs módszerekben.

Szabady E.: Az alkoholizmus néhány demográfiai vonatkozása.

Juhász P.: Az alkoholizmus egy magyar falu szocio-pszichiátriai felmérésének tükrében.

H. J. Van Der Wal (Hollandia): A holland ifjúság ivási szokásai.

M. Kilibarda és mtsai (Jugoszlávia): Adatok az alkoholizmus kifejlődését vizsgáló szocio-kulturális tanulmányhoz.

R. Catanzaro (USA): Ivási szokások a Bahama Szigeteken.

Vita az elhangzott előadásokról.

14 óra Plenáris ülés

Szociálpszichiatría. Az alkoholizmus psycho-szociológiai problémái.

Hárdy I.: Az alkoholisták öngyilkosságának problémái.

M. C. Moss (Egyesült Királyság): Az alkoholizmus kifejlődése és gyakorisága egy angol megyében.

Th. Van Erp (Hollandia): Statisztikai mintaadatok az alkoholizmus problémájának egy városközösségen belüli meghatározására.

Andorka R., Cseh-Szombathy L.: A társadalmi környezet és az egyéni tényezők hatása az alkoholizmus kialakulásában.

Sr. Stojilkovic (Jugoszlávia): Az alkoholfogyasztás hatása a munkaképességre.

Buda B. és mtsai: Személyiség-problémák és interperszonális feszültségek az alkoholizmus kialakulásában.

S. Voina (Svájc): Statisztikai adatgyűjtési és adatfeldolgozási módszerek a krónikus alkoholizmus meghatározásában.

14 óra Továbbképző jellegű előadások, gondozónők részére.

L. E. Welter (USA) és H. Welter (NSZK).

Június 13., péntek

9 óra Plenáris ülés

Az alkoholista reintegrálása a társadalomba.

Bartos I.: A társadalmi utógondozás jelentősége az üzemekben.

Gálfi B.: Alkoholisták fokozatos rehabilitálása.

H. Rotter (Ausztria): Az úgynevezett visszaesés jelentősége az alkoholista betegek utókezelése során.

Bálint I.: Az alkoholista betegek gondozása Budapesten.

M. Savicevic és M. Kilibarda (Jugoszlávia): Alkoholisták szabadidőfelhasználása.

9 óra Plenáris ülés

Vita az elhangzott előadásokról.
14 óra Symposiumok
A) A volt alkoholisták szervezeteinek tevékenysége.

Résztevők: D. Champeau (Franciaország), Zahorán M., M. Midge (USA), J. J. Ryan (USA), Szilágyi L., P. Bennink-Bolt (Hollandia).

B) Az általános orvos szerepe az alkoholizmus kezelésében.

Résztevők: J. B. Kendis (USA), J. Lereboullet (Franciaország), Vörös L.

Június 16., hétfő

9 óra Plenáris ülés

Az alkoholizmus jogi vonatkozásai.

Bacsó J.: Az alkoholizmus elleni küzdelem jogi eszközei.

D. H. Goff (USA): Az alkoholizmus jogi vonatkozásai az Egyesült Államokban.

Csiba I.: Az alkoholizmus elleni küzdelem jelentősége a bűnözés megelőzésében. A belügyi szervek ezirányú tevékenysége Magyarországon.

H. Hinderer (NDK): A büntetőjogi szabályok és a bűnvádi eljárás különös feladatai az alkoholista személyiségének megítélésében.

D. W. Goodwin (USA): Börtönből szabadult bűnözők 8 évre terjedő utóvizsgálata különös tekintettel ivási szokásaira.

C. Hensman (Egyesült Királyság): Az alkoholizmus és bűnözés összefüggéseinek vizsgálata.

Szünet

Vita az elhangzott előadásokról.

14 óra Plenáris ülés
Az alkoholizmus igazságügyi elmeorvosi kérdései.

Angyal L.: Kóros részegség, abortív kóros részegség.

Pollner Gy.: Az egyszerű ittasággal összefüggő igazságügyi elmeorvosi problémákról.

Szünet

Alkoholizmus és közlekedésbiztonság.

Budvári R.: A véralkoholvizsgálat helye és jelentősége a hazai alkoholizmus elleni küzdelemben.

Somogyi E.: Alkohol fogyasztás és közúti biztonság.

G. Baatz (NDK): A közúti biztonság ittas állapotban való veszélyeztetésének új bűnügyi szabályozása az NDK-ban.

Nagy J.: Alkohol szondás vizsgálatok. Eredmények és tapasztalatok a közlekedésben, iparban és mezőgazdaságban.

A. Maglajtic (Jugoszlávia): Alkoholos állapotban járművet vezető egyén személyiségváltozása és magatartási normái közlekedési baleset esetén.

R. Andreasson (Svédország): Az alkohol fogyasztást és közúti járművezetést érintő jogszabályok egészségítése Európában.

Június 17., kedd

9 óra Plenáris ülés

A felvilágosítás és módszerei az alkoholizmus megelőzésében.

Métneki J.: A lakosság egyes csoportjainak kommunikációs megközelítése az alkohol kérdésben.

E. Whitney (USA): A társadalmi érdeklődés felkeltése és fenntartása az alkoholizmus megelőzésével és gyógykezelésével foglalkozó szervezetek iránt.

Ortutay Zs.: A szülői munkaközösségek szerepe az iskoláskorú gyermekek felvilágosításában.

X. L. Fleck (Franciaország): A lakosság felvilágosítása az alkoholizmus kérdéseiről.

D. Bratanov (Bulgária): Alkoholizmus a világirodalom tükrében.

J. A. Hyde (Egyesült Királyság): Felvilágosítás az alkoholizmus problémáiról az önállósult afrikai államokban.

Lindner L.: Hírközlő szervek szerepe az alkoholizmus elleni küzdelemben.

14 óra Plenáris ülés

Munkahely és alkoholizmus.

W. L. George (USA): Alkoholizmus — új dimenzió a dolgozókat és vezetőket egyaránt terhelő munkahelyi felelősség tekintetében.

J. M. Le Go (Franciaország): Az alkoholizmus korai felismerése az ipari üzemekben.

Bérczes J.: A szakszervezetek tevékenysége az alkoholizmus megelőzésére.

Szünet

Vita az elhangzott előadásokról.

16 óra Symposium.
Az ifjúság alkoholfogyasztásának problémái.

Résztevők: I. Blomberg (Svédország): Székely L., J. Zielinski (Lengyelország).

Június 18., szerda

9 óra Plenáris ülés

Állami intézkedések és társadalmi szervek működése.

Simon Istvánné: Az alkoholizmus elleni állami intézkedések végrehajtásának társadalmi módszerei.

G. F. Smithers (USA): Egy magán-álapítvány tevékenysége és kooperációja egy állami kórházzal.

H. J. Krauweel (Hollandia): Valamennyi az alkoholizmus problémájával foglalkozó állami és társadalmi szerv együttműködése országos szinten.

R. Perceval (Írország): Az önkéntes szervezetek és egészségügyi hatóságok együttműködésének lehetőségei és szükségessége.

Szünet

Vita az elhangzott előadásokról.

Szünet

Ünnepélyes záróülés

Zárszó: Rostás I. és Tongue A. (ICAA).

Társadalmi program:

Június 10., kedd este, városnézés autóbusszal, utána vacsora.

Június 11., szerda du. 6.30 Sarlós István a Fővárosi Tanács V. B. elnöke fogadása.

Június 13., péntek du. 7. Opera-előadás.

Június 14—15., szombat—vasárnap, hétfégi kirándulás.

Június 16., hétfő este dunai hajókirándulás.

Június 17., kedd este záróbankett a Gundel Étteremben.

A konferencia hivatalos nyelve: angol, francia, magyar, német, orosz.

A plenáris ülések előadásai és a 300-as teremben megrendezésre kerülő symposiumok előadásai szinkron-tolmácsolásra kerülnek.

Megjegyzés:

A konferencia részvételi díja magyar résztvevőknek 100,— Ft. Meghívó és program igényelhető levélben vagy telefonon a rendezőbizottságtól, Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság Budapest, V., Arany János u. 31.

Az Egészségügyi Minisztérium felkérte a hatáskörébe tartozó intézményeket, hogy a konferencia programjában érdekelt szakemberek (ideg- és elmeorvosok, Kőjáll, Gondozói szolgálat, stb. munkatársainak) részvételét a konferencián támogassa.



MEGHÍVÓ

A Magyar Balneoklimatológiai Egyesület, a Magyar Rehabilitációs Társaság, a Mosonmagyaróvári Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya és a Mosonmagyaróvári Városi Kórház

az „Óvári Hetek” keretében f. évi június hó 13-án, 14-én és 15-én tudományos konferenciát rendez, melyre tisztelettel meghívjuk.

A konferencia helye: Mosonmagyaróvár, Városi Tanács díszterme.

PROGRAM

1969. június 13., de. 11 óra Magyar Balneoklimatológiai Egyesület

Üléselnök: Frank Miklós dr.

Kiss Tihamér dr.: Vérkeringési terhelési próbák és meteorológiai hatások.

Szalontai Gergely: A gyógyvizek kémiai változása az időjárási tényezők függvényében.

Czirák József dr.: Dunántúli ásvány- és gyógyvizek.

Tarnóczy Mária dr.: A vízalatti torna szerepe a különböző mozgásszervi betegségek kezelésében.

Éliás László dr.: A vizalatti zuhany szerepe a mozgásszervi betegségekben.

Bauer Jenő dr.: Tapasztalatok a szaunafürdőről.

1969. június 14., de. 10 óra

Magyar Rehabilitációs Társaság

Üléselnök: **prof. Farkas Károly Barabás Csaba dr.:** Rehabilitáció és gondozás.

Éliás László dr.: A rehabilitáció szervezésének néhány kérdése.

Tarnóczy Mária dr.: A mozgásszervi beteg rehabilitációs problémái.

Strecker Ottó dr.: Mire adhat választ a rtg-felvétel?

Úrmösi András dr.: Különleges lefolyású ízületi gyulladások diagnosztikai problémái.

Károlyi Márta dr.: Myositis ossificans.

Papp Irén dr.: Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályon szerzett tapasztalatok P. c. p-s betegek synovectomiája után.

Fenyőházi László dr.—Kovács Elemér dr.: P. c. p-s betegek parenterális és localis antifibrinolyticus kezelésével nyert tapasztalatok.

1969. június 15., de. 10 óra

Üléselnök: **De Chatel Andor dr.**

Fekete Imre dr.: Mosonmagyaróvár város egészségügyi helyzete, az üzemorvosok szerepe a mozgásszervi betegségekben szenvedő üzemi dolgozók rehabilitációja terén.

Geiszbild Mihály: A mosonmagyaróvári ipari üzemekben dolgozó csökkent munkaképességű munkások rehabilitációjának helyzete és további lehetőségei.

Péter Pál dr.: Mosonmagyaróvár gyógyfürdőügyi helyzete és a város gyógyhelyé fejlesztése.

Kulturális program

1969. június 13-án du. lovas bemutatás.

1969. június 14-én du. szigetközi autóbussz-kirándulás, este lampionos tutaj-felvonulás a Dunán, tűzijátékkal.

Hozzáértők részére divatbemutató, üzemlátogatás, fotóséta, városnézés lehetőségei vannak biztosítva.

Felvilágosítás a helyszínen kapható.

Részvételi jelentkezéseket **Péter Pál dr.** főorvos (Mosonmagyaróvár Városi Kórház) címére kérjük küldeni.

☆

Az **Olasz Anaesthesiológus Társaság** 1971 júniusában a nem sebészeti jellegű resuscitatio és intensív therapia kérdéseiről nemzetközi symposiumot rendez Vicenzában.

A *symposium programja*:

1. Elsősegély és betegszállítás.
2. Acut légzési elégtelenség resuscitációja.

3. Az acut szív és keringési elégtelenség resuscitációja.
4. A terminalis állapotú rákos betegek kezelése.
5. Az anaphylaxiás shock kezelése.
6. A vízbefulladás és elektromos áramütés utáni resuscitatio.
7. A polytraumatizáltak kezelése.
8. A kiterjedt égés kezelése.
9. A tetanus és egyéb görcsös állapotok kezelése.
10. Az ipari és ételmérgezések kezelése.
11. A narkotikumok, sedatívumok, psychotrop szerek és más centralisan ható szerek mérgezésének kezelése.
12. Az acut máj-, veseelégtelenség kezelése.
13. A tartós lélegeztetés okozta pathophysiológiai változások.
14. A mérgezési osztályok szervezése és funkciója (belgyógyászok és jogászok részvételével).
15. Az elektronika szerepe a resuscitatioiban és intensív terapiában.

Szerkesztő

A Vicenzai Kórház Anaesthesiológiai és Reanimációs Osztálya.

Vezető: **prof. Ruggiero Rizzi dr.**

☆

Ertesítjük mindazokat, akik orvosi tanulmányaikat 1934-ben kezdték meg a Budapesti Orvostudományi Egyetemen, hogy előreláthatólag 1969 szeptemberében találkozót rendezünk.

A résztvenni kívánók szándékukat és a találkozó időpontjára vonatkozó javaslatukat az alábbi címre küldjék:

Erdélyi László dr. Bp., V., Gorkij fasor 9—11.

Ránky László dr. Bp., XI., Daróczi út 16.

A találkozó végleges időpontját és helyét időben közzétesszük.

Ránky László dr.

Megjelent

DEMOGRÁFIA

1969. 1—2. szám

Louis Henry: A termelékenység megfigyelésének és elemzésének fejlődése. **Tekse Kálmán:** A termékenység néhány jellemzője Közép- és Dél-Európában az első világháború előtt.

Acsádi György dr.: A falusi és a városi családtervezés közötti különbségek.

Vukovich György dr.: A termékenységi görbe és a születésszám. (Néhány gyakorlati probléma).

B. Lukács Ágnes: A halandósági viszonyok néhány vonása Magyarországon a 19. sz. első felében.

Tamásy József dr.: A lokális endogamia alakulása Magyarországon.

Valkovics Emil: A népesség reprodukciójának hatása a gazdasági jelenségek reprodukciójára. (Elméleti megközelítés).

Pallós Emil: A népesség családi állapot szerinti előreszámítása. (Népmozgalmi módszer).

Andorka Rudolf dr.: A regionális terület gazdasági és társadalmi tényezői.

Hírek.

A Népeségtudományi Kutató Intézet beszámolója és hároméves munkaterve. (Szabady Egon dr.).

A Népeségtudományi Kutató Intézet munkájának vitája a Magyar Tudományos Akadémián.

Nemzetközi Demográfiai Symposium Várnában (M. K.—V. E.).

A Nemzetközi Demográfiai Kongresszusok megalakulásának 90. évfordulójára (Kármán Vera).

A Népeségtudományi Kutató Intézet közleményei.

Populations Studies.

Population.

Population Index.

Studia Demograficne.

Demography.

Kursz demográfiai. (A demográfia tanfolyama.) Szerk.: **Bojarszkij, A. Ja. Moszkva, 1967. (V. E.).**

Voproszú demográfiai (A demográfia kérdései.) **Kijev, 1968. (Gy. F.).**

Chandrasekhar, S.: Demográfiai robbanás Ázsiában. (Asia's Population Problems.) Budapest, 1968. (Gy. F.).

Khalatbari, P.: Überbevölkerung in den Entwicklungsländern. Ein Beitrag zur Marxistischen Bevölkerungstheorie. (Túlnépesedés a fejlődő országokban.) Berlin, 1968. (M. G.).

Demográfiai jellemzők a települések nagyságcsoportja szerint, 1900—1960. Budapest, 1968. (D. D.).

Urbanization development policies and planning. (Városiasodás: fejlesztési politika és tervezés.) New York, 1968. (A. Gy.).

Clerc, P.: Grands ensembles, banlieues nouvelles. (Nagy lakótelepek, új peremvárosok.) Paris, 1967. (A. R.).

Kobieta w Polsce. (A nők helyzete Lengyelországban.) Warszawa, 1968. (A. R.).

Comby, B.: Les relations entre la mobilité du travail et l'aménagement du territoire en Europe d'après-guerre. (A munkaerő-mobilitás és a területi tervezés összefüggései a háború utáni Európában.) Fribourg, 1966. (P. Z.).

Henry, L.: Manuel de démographie historique. (A történeti demográfia kézikönyve.) Paris, 1967. (D. D.).

Annales de démographie historique, 1967. (Történeti demográfiai évkönyv, 1967.) Paris, 1967. (D. D.).

Hill, R.: Research on human fertility. (A termékenység kutatása.) — International Social Science Journal 1968. 2. sz. (M. K.).

Schwarz, K.: Die Längsschnittbeobachtung als neue Aufgabe der Bevölkerungstatistik. (Longitudinális megfigyelések mint új népeségstatisztikai feladatok.) — Allgemeines Statistische Archiv. 1968. 1. sz. (Cs.—Sz. L.).

Grais, B.: L'évolution des structures de la population active. (Az aktív népesség struktúrájának fejlődése.) — Etudes et Conjoncture. 1968. 3. sz. (K. I.).

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

| Dátum | Hely | Időpont | Rendező | Tárgy |
|--------------------------------|---|--------------------|--|---|
| 1969.
máj. 27.
kedd | Korányi Kórház,
tanácsterem.
VII. Alsóerdősor u. 7. | délután
½1 óra | A Kórház Tudományos
Bizottsága. | Kolta Ervin dr.: A cukorbetegség néhány kérdése. Horváth Judit dr.: Az ulcus ven-
tricularis és cirrhosis hepatis együttes előfordulása. |
| 1969.
máj. 27.
kedd | Orsz. Közegészségügyi
Intézet, nagy tanterem.
IX. Gyáli út 2-6. Á-ép. | délután
2 óra | Az Orsz. Közegészségügyi
Intézet. | Lengyel Anna: A helminthosok korszerű kezelése és az aszsanáció újabb lehetőségei. |
| 1969.
máj. 27.
kedd | III. Belklinika, tanterem.
VIII. Mező Imre út 17. | délután
½5 óra | Az MTA Biológiai Tár-
saság Gerontológiai Szak-
osztály. | 1. Haranghy László: A kagylók élettartama, mint a telometrikus állatok élettartamának meghatározása. (Előadás) 2. Haranghy László és Füredi Erzsébet: Öt, száz évvel felüli egyén boncolási elváltozása. (Előadás) 3. Hun Nándor, Fohn Márta, Bódog Gyula, Unger Engelbert: Az időskorúak organikus psycho-syndromája (a belgyógyászat, az ideg- és elmegyógyászat határterülete). (Előadás) |
| 1969.
máj. 27.
kedd | Szeged, Szemészeti
Klinika, előadóterem. | délután
5 óra | A Szegedi Orvos-Eü.
Dolg. Szakszervezete és a
Szegedi Orvostudományi
Egyetem. | Előadások: 1. Tiboldi Tibor: A trópusi betegségek helyzete Egyiptomban (45'). 2. Sipos Károly: Sikeres immunizáció tengerimalacokban lépbe adagolt előlt staphylococcusokkal (20'). 3. Husz Sándor, Schneider Imre, Szabó Éva: Kryoglobulina-
miák dermatológiai vonatkozásai (15'). 4. Berkó Györgyi, Bodor Ferenc: Labora-
tóriumi mérési eredmények kiértékelésének megkönnyítése grafikonokkal (10'). |
| 1969.
máj. 28.
szerda | I. Sebészeti Klinika,
tanterem.
VIII. Üllői út 78/a. | délután
7 óra | A Magyar Angiológiai
Társaság. | 1. Veres János dr.: A CO ₂ mint értágító metabolit. (Filmvetítéssel) 2. Frank József,
Turbók Eszter: Retrográd embolectomia. 3. Bodor Elek dr., Husvégi Sándor dr., Sárai
Koppány dr.: A varicositas elektrochirurgiai kezelése. |
| 1969.
máj. 29.
csütörtök | Főv. Tétényi úti Kórház,
könyvtárterem.
XI. Tétényi út 14-16. | délután
½2 óra | A Kórház Tudományos
Köre. | A gyomor és nyombélfelekély acut vérzésének kezelése. c. témakörben kerekasztal-
konferencia. Résztvevők: Feszler György dr., Gál Imre dr., Oszwald Péter dr., Székely
Árpád dr., Vadász Gábor dr. Vezető: Vas György dr. |
| 1969.
máj. 29.
csütörtök | Főv. Gyáli úti Kórház,
klubhelyiség.
IX. Gyáli út 17. | délután
½2 óra | A Kórház Tudományos
Köre. | Sasvári Károly dr.: A thrombosisok fibrinolyticus kezelése. |
| 1969.
máj. 29.
csütörtök | Miskolc, Szentpéteri
kapui Kórház, kultúr-
terem. | délután
½3 óra | A Miskolci Egyesített
Kórházak Központi Tuda-
ományos Bizottsága. | Szántó György dr.: Tömeges sérültek ellátásának problémái. |
| 1969.
máj. 30.
péntek | Szájsebészeti Klinika,
VIII. Mária u. 52. | délelőtt
8 óra | A Magyar Fogorvosok
Egyesülete. | 1. Tárkányi Erzsébet dr., Marosi Ildikó dr.: A kis- és nagyörlő fogak gyökércsatorna-
szájadékaiknak különböző típusai. 2. Durai Aladár dr.: Tracheaprotézis roncsolt
trachea pótlására. 3. Sugár László dr.: Beszámoló a tudományos ülésekről. |
| 1969.
máj. 30.
péntek | Budai Területi Gyermek-
kórház,
II. Bólyai u. 9. | délután
2 óra | A Kórház orvosai. | Előadás. 1. Rajnavölgyi Tibor dr.: Orr-fül-gégészeti problémák a területen. A tonsil-
lectomia és adenotomia javallatairól. Esetbemutatók: 1. Frey Judit dr.: Cong.
saccharose és maltose malabsorptio. 2. Lukács László dr.: Epiphyseolysis cap. fem.
heveny esete és ellátása. 3. Lukács László dr.: Friedrich f. ataxia scoliosissal és
myocardialis károsodottsággal szövődött esete. |
| 1969.
máj. 30.
péntek | Közp. Áll. Kórház, Rtg.
hall
XII. Kútvolgyi út 4. | délután
2 óra | A K.Á.K. Tud. Bizott-
sága. | 1. Heckenast Ottó dr. és Miriszlai Ernő dr.: A heveny középfülgyulladások modern
szemlélete és korszerű kezelése otitis anyagunk alapján. 2. Kövy Tibor dr.: Ozena
egyptéjű ikreknél. 3. Miriszlai Ernő dr. és Csapó Sándor dr.: Az elektronystagmo-
graphiás vizsgálatok jelentősége gyermekkorban. 4. Puszgay József dr.: Módosított
Hinsberg ozenaműtét (Film). |
| 1969.
máj. 30.
péntek | II. Belgyógyászati
Klinika, tanterem.
VIII. Szentkirályi u. 46. | délután
5 óra | A Budapesti Orvostudo-
mányi Egyetem. | „A portalis hypertensio néhány aktuális kérdése.” című egyetemi tudományos est.
Üléselnök: Rubányi Pál dr.: 1. Szécsényi A. dr.: A portalis hypertensio szövődme-
nyeinek kezelése (25'). 2. Mihók Gy. dr.: A nyelőső-tükrözés jelentősége a varix
vérzések felismerésében (8'). 3. Faller J. dr., Karády Gy. dr., Szilágyi L. dr.: A portog-
raphia portalis hypertensioban (8'). 4. Karády Gy. dr., Karácsonyi S. dr., Stekker K.
dr., Szloboda J. dr., Szita M. dr.: A cytopaenia kérdései portalis hypertensioban (8').
5. Lehoczky D. dr.: Progressív cytopaenia shunt műtét után (8'). 6. Kisfyaludi S. dr.:
Az ammonia toxicitásának kísérletes vizsgálata (8'). 7. Karácsonyi S. dr., Németh
M. dr., Stekker K. dr., Szita M. dr.: Cirrhosisos betegek encephalopathiájának sebészeti
vonatkozásai (8'). 8. Keltai P. dr., Darvas K. dr.: Parenterális táplálás shunt
műtétek után (8'). 9. Nagy L. dr., Fekete Gy. dr.: Adatok a májcirrhosis súlyosságát
fokának megítéléséhez a klinikai és a kórszöveti kép tükrében (8'). |
| 1969.
máj. 30.
péntek | Fül-Orr-Gégeklinika.
VIII. Szigony u. 36. | délután
5 óra | A Magyar Fonetikai, Fo-
niátriai és Logopédiai
Társaság. | 1. Elekfi László dr.: Kísérleti adatok a mondatkezdő hangsúly előre jelző szerepéhez.
2. Gordosné, Szabó Anna dr.: Úttörő logopédusok a századfordulón. 3. Mérei
Ferenec: Muzikáltság és beszédhiba. Vizsgálat értelmi fogyatékosokon. |
| 1969.
máj. 30.
péntek | MN. Központi Kórház,
tanácsterem.
XIII. Róbert K. krt. 44. | délután
2 óra | A Honvédkórházak. | 1. Hermann I.: Újabb műtéti eljárások az ulcusbetegség kezelésében. 2. Lőrincz S.,
Kormos G., Szőke F.: Here- és mellékhere-tumorkok az urológiai osztály 12 éves
anyagában. 3. Kazuisztika. |
| 1969.
máj. 31.
szombat | Orsz. Munkaegészségügyi
Intézet, előadóterem.
IX. Nagyvárad tér 2. IV.
em. | délelőtt
½9 óra | Az Orsz. Munkaegészség-
ügyi Intézet. | 1. Róssahegyi István dr., Láng István dr.: Otoneurológiai vizsgálatok caisson-
munkásokon. 2. Kárpáti Judit: Korszerű technológia és az üzemi porképződés a
saniter porcelángyártásban. |

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

| Dátum | Hely | Időpont | Rendező | T á r g y |
|----------------------------|--|--------------------|--|--|
| 1969.
jún. 2
hétfő | Weil terem.
V. Münnich F. u. 32. | délután
8 óra | <i>A Magyar Kardiológusok
Társasága.</i> | <i>Mentes Béla:</i> Az arteria pulsus registrálásáról (előadás, 25'). <i>Nagy László, Kirnbauer Márta, Szűcs Ottó:</i> A kamrai septum pars membranaceájának veleszületett izolált aneurysmája functionális aortabillentyű insufficienciával (előadás, 15'). |
| 1969.
jún. 3.
kedd | Orsz. Reuma- és Fürdő-
ügyi Intézet, klubterem.
II. Frankel L. u. 25.
(Lukács f.) | délután
3 óra | <i>A Rheumatológusok
Egyesülete.</i> | 1. <i>Dr. C. Svend</i> (Dánia): Az intravénás arany szerepe a polyarthriti chronica korszerű kezelésében. 2. <i>Gaisler Gyula dr.:</i> A gerinc nyaki szakaszának görbületi formái; új functionális differenciáldiagnosztikai lehetőségek. |
| 1969.
jún. 6.
péntek | Bp. VIII. Mező Imre út
19/a. V. em. díszterem. | délelőtt
11 óra | <i>A MUCSÓ Orsz. Igazga-
tósága Tudományos
Bizottsága.</i> | 1. <i>Littmann Imre dr.:</i> Műtétrel kezelhető szívbetegségek problémáiról. Hozzászólás, vita. 2. <i>Karsay Gyula dr., Barabás Gizella dr.:</i> Műtétrel kezelt szívbeteg MUCSÓ elbírálásáról. Hozzászólás, vita. |

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. Csekk számlaszám: egyéni 61273, közületi 61066
(vagy átutalás az MNB 8 folyószámlájára)

Szerkesztőség: Budapest, V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 121-804, ha nem felel: 122-765
Előfizetési díj egy évre 216,- Ft, negyedévre 54,- Ft, egyes szám ára 4,50 Ft

69.1065 - Athenaeum Nyomda, Budapest - Ives magasnyomás - Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674