



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

112. ÉVFOLYAM 14. SZÁM 781—840 OLDAL

BUDAPEST, 1971. ÁPRILIS 4.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

NEVIGRAMON kapszula

A NEVIGRAMON más gyógyszerrel szemben resistens Gram-negatív kórokozók ellen hatásos chemotherapeuticum. Kémiai szerkezetében eltér az eddig ismert antibioticumoktól és chemotherapeuticumoktól. Az érzékeny kórokozók (E. coli, Proteus, Aerobacter aerogenes, Klebsiella pneumoniae és egyéb Pseudomonas-törzsek, valamint Salmonella és Shigella) növekedését hatásosan gátolja. Különösen eredményesnek bizonyult a húgyutak fertőzőes eredetű megbetegedéseinek, valamint a polyresistens E. coli fertőzés kezelésében. Más antibakteriális vegyületek hatását általában nem befolyásolja és ezideig keresztrezisztenciát sem észleltek, igen jól tűrhető.

ÖSSZETÉTEL:

Kapszulánként 500 mg Acidum nalidixicum (acidum 1-aethyl-7-methyl-1,8-naphthyridin-4-on-3-carbonicum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Főleg Gram-negatív kórokozók által okozott polyresistens akut és krónikus húgyúti fertőzések, a gyomor-bélhuzam Salmonella vagy Shigella által okozott fertőzése, valamint különös jelentőséggel a polyresistens E. coli fertőzés esetében.

ELLENJAVALLATOK:

A légzőközpont depressiója esetén, továbbá máj- és veseelégtelenségben csak fokozott óvatossággal alkalmazható a funkciós vizsgálatok elvégzése mellett. A terhesség első harmadában és gyermekeknek 2 éves koron alul ne alkalmazzuk.

ADAGOLÁS:

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 4-szer 2 kapszula kúraszerű adagolással legalább 7 napon át, indokolt esetben hosszabb időn át csökkentett adagolással (napi 4-szer 1 kapszula). Gyermek adagja 2-től 6 éves korig 250 mg naponta 3—4-szer, 6-tól 14 éves korig 500 mg naponta 2—4-szer.

MELLÉKHATÁSOK:

Nemkívánatos mellékhatásokat (émelygés, hányás, hasmenés, esetleg fejfájás, szédülés), valamint allergiás reakciókban megnyilvánuló túlérzékenységet (bőrpír, pruritus, láz, eosinophilia, urticaria) okozhat. Tartózkodjunk azonban a napsugárzástól, mert az érzékeny betegek egy részénél fény hatására kialakuló bőrelváltozást (photodermatosis) okozhat, amely a kezelés időszakos megszakítását teszi szükségessé. Mivel a NEVIGRAMON bakteriosztatikus hatását a Nitrofurantoin csökkenti, a két gyógyszer együttesen nem alkalmazható!

CSOMAGOLÁS:

56 darab á 0,5 g kapszula

Ára: 370,— Ft

MEGJEGYZÉS:

Elsősorban fekvőbeteg-gyógyintézetek részére szolgál. Társadalombiztosítás terhére csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhető, utókezelésre, a szokásos antibioticumokra, chemotherapeuticumokra kélden nem reagáló, de NEVIGRAMON-ra érzékeny polyresistens fertőzésekben. A vényt minden esetben a javaslatot adó intézet és javaslat keltének feltüntetésével, két példányban („másolat”-tal) kell kiállítani.

Forgalomba hozza:

CHINOIN

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

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:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
FORRAI JENŐ DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

112. ÉVFOLYAM

*

14. SZÁM

*

1971. ÁPRILIS 4.

TARTALOMJEGYZÉK

Zoltán Imre dr.:
1971. április 4. 783

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Simon László dr., Figus I. Albert dr.
és Bajtai Attila dr.:
A chronikus gastritis III. 785

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Patakfalvi Albert dr., Miszlai Zsuzsanna dr.
és Böhm Gabriella:
A szérum és a nyál IgA szintjének
összehasonlító vizsgálata leukaemiában
és paraproteinaemiákban 791

Goldschmidt Béla dr. és Fonó Renée dr.:
A vérlemezzszám, a megakaryocita-rendszer
és a thrombopoeticus plasma tényező
ciklusos változása
cyanoticus vitiumos gyermekekben 796

IATROGÉN ÁRTALMAK

Molnár Lajos dr. és Lázár József dr.:
A corticosteroidok okozta szürkehályogról ... 799

KAZUISZTIKA

Zulik Róbert dr. és Bakó Ferenc dr.:
Virushepatitis és panmyelopathia 803

Takács Lajos dr.:
Vándorló proectil — vándorló panaszok ... 806

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Tauffer Vilmos 809

Bene Ferenc és az első himlőoltás
Pest-Budán 811

Florence Nightingale,
az egészségügyi statisztika úttörője 813

Constantin Monakow 815

Folyóiratreferátumok 817

Levelek a szerkesztőhöz 831

Könyvismertetés 833

Hírek 837

Előadások, ülések 840

BISECURIN TABLETTA

Összetétel: 1 tableta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethynil-oestradiolumot tartalmaz.

Hatás: Oralisan alkalmazható ovulatiogátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestogen hormonkombináció.

Ellenjavallatok: Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosiskészség, súlyos organikus szívbetegségek, chronicus colifis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumrok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

Alkalmazás és adagolás: A Bisecurin tableta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Ezalatt szabályos reakciókészség esetén a kezelési szünet 2—5. napján menstruatio-szerű vérzés mutatkozik. A hétnapos tablettaszedési szünet eltelte után a következő hét azonos napján ismét el kell kezdeni a Bisecurin tableta szedését — tekintet nélkül arra, hogy a vérzés tart-e még — és ismét 21 napon át kell szedni. Az egyes kúrák kezdete tehát mindig a hét azonos napjára esik. — Amennyiben a 7 napos kezelési szünet végéig sem jelentkezne vérzés, úgy a kezelőorvosnak kell eldöntenie, hogy újabb tablettaszedési időszak megkezdhető-e.

Ez az alkalmazási mód folyamatosan ismételendő.

A fogamzásgátló hatás rendszeres szedés esetén az egyhetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tableta bevétele egy napon elmarad, ezt a lehető leghamarabb pótolni kell és a következő tablettát szokott időpontban be kell venni. 2 tableta bevétele között 36 óránál hosszabb idő ne teljen el, különben az ovulatiogátló hatás folyamatosága nem biztosított. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség. A kúra első hetében tehát a fogamzásgátlásra biztonsággal számolni nem lehet.

Mellékhatások: Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

Figyelmeztetés: Varicositásban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó pszichiátriai kórképekben, a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

Megjegyzés: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

Forgalomba kerül: 21 tableta, 24 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

1971. április 4.

Még alig ültek el az ünnepek hullámai — úgy érzem —, amelyekkel felszabadulásunk negyedszázados jubileumát ünnepeltük és máris a huszonhatodik évforduló adja kezembe a tollat.

Röpke pillanat egy év, ha mögöttünk van, különösen nekünk, idősebbeknek. Nekünk, akik az első április 4-ét 1945-ben már meglett emberként éltük át, az is hihetetlennek tűnik, hogy azóta már 26 év telt el. „Mintha tegnap lett volna.” Pedig ez óta a tegnap óta történt egy és más. A magyar nép életében több, mint azelőtt századok alatt. És olyan is, ami azelőtt soha. Ezt már sokan elmondták és leírták előttem. Mégis leírom. Mert igaz. Az igazság pedig semmit sem veszít el magából, ha sokszor elmondják.

Mikor leültem íróasztalomhoz, hogy papírra vessem gondolataimat, elgondolkodtam, hogyan tudnék méltóan megemlékezni felszabadulásunkról. Első ijesztő érzésem az volt, hogy nem tudok. A nagy szavakat olvasni sem szeretem, leírni sem. Kis szavakkal pedig hogyan is lehetne méltóan szólni a mi sorsfordulónkról? Költő kell legyen és nem is akármilyen, aki méltó írásos emléket alkothat 1945. április 4-éről. Mégis merek róla beszélni, mert erről beszélni kell, és erről beszélni fogunk, amíg élünk, amíg unokáink élnek, amíg él a magyar nép: mindig.

Akik megtiszteltek azzal, hogy elolvassák ezeket a sorokat, biztosan észrevették, hogy nem ünnepi beszédet készülök írni, de ünnepélyes beszédet semmiképpen. Azt szeretném elmondani, ami eszembe jut, amikor április 4-ére gondolok, rendszerezés, de még sorrend nélkül is, úgy, ahogy gondolatataim, emlékeim innen-onnan felmerülnek.

Mit hozott 1945. április 4-e nekünk, magyaroknak? Az élet értelmét. Mert úgy nem volt érdemes élni, ahogyan előtte éltünk. Akiknek érdemes volt, meg akik őket kiszolgálták, azokról már jó elfeledkezni. Mi, kortársak, már nem felejtjük el soha ezt a kegyetlen korszakot, de a magyar nép biztosan elfelejti. A legmélyebb meggyőződést akkor szereztem erről, amikor 10 éves kislányomnak nem tudtam megmagyarázni, mi az a gyáros. Egyszerűen hiányoztak azok a fogalmai, amelyekkel meg tudtam volna értetni vele.

Mit hozott 1945. április 4-e nekünk, orvosoknak? A hivatásunk értelmét. Nem mintha azelőtt is nem lett volna ez a hivatás a legszebb. Nem mintha azelőtt is nem lettek volna messze földön híres orvostudósaink, akik megbecsülést szereztek

maguknak és a magyar orvostudománynak. Csak éppen egyet nem tudtak elérni, amiért pedig egész életüket áldozták, hogy az egész ország, az egész nép egészségügyének használhassanak. Sok, vagy kevés pénzért joguk volt kiszolgálni az uralkodó osztály tagjait, de mély humánusát nem találhatták orvosi ténykedésüknek. Mert volt-e értelme annak az Orvosegyesületben lezajlott magas szintű vitának, hogy a méhnyakrákot operálni kell-e vagy sugaras kezelésben kell-e részesíteni, amikor a vita a betegeknek csak 5 (!) százaléka vonatkozhatott. Az egészségügy elmaradottsága miatt ugyanis a betegek 95 százaléka már olyan stádiumban került a szakorvoshoz, amikor ez a kérdés fel sem merülhetett. Korányi Frigyes egész életét a gümőkór elleni küzdelemnek szentelte és halálakor a tüdőtuberkulózist még mindig magyar betegségnek nevezte a világ. Tauffer a világon elsőnek alkotta meg hazánkban a „szülészeti rendtartás”-t, de amikor meghalt, a csecsemő- és gyermekhalandóság tekintetében a legrosszabbak között voltunk Európában.

Ma válnak valóra nagy elődeink álmai, ma van értelme az orvostudományi kutatásnak, ma lett értelme igazán a hivatásunknak, mert minden eredmény, amit elértünk, közvetlenül szolgálja az egész nép egészségét. A szocialista egészségügy fogalmát úgy lehetne meghatározni, hogy az az egészségügyi szolgálat olyan rendszere, amelyen belül minden állampolgár foglalkozásától, társadalmi és anyagi helyzetétől és sok egyéb között nem utolsósorban lakóhelyétől függetlenül a legmagasabb színvonalú egészségügyi ellátásban részesül, amit a tudomány mindenkori állása lehetővé tesz. Az ilyen egészségügy felépítésén dolgozik ma — már eddig sem csekély eredménnyel — sok-sok tizezer egészségügyi dolgozó, és hogy megteheti, azt 1945. április 4-ének köszönhetjük.

Amikor ilyen történelmi sorsfordulóra emlékezünk, önkéntelenül teszünk összehasonlítást a jelen és a múlt között. Őszintén szólva, nem vagyok az ilyen összehasonlításoknak a híve. Mindenekelőtt azért nem, mert a mi esetünkben értelmetlen összehasonlítani a félféudalista-félkapitalista Magyarországot a szocializmust építő hazánkkal. Azért sem, mert a különbség csak számunkra mond sokat, akik éltünk és dolgoztunk abban az embertelen világban. A mai 30 évesek is, akik pedig nem gyerekek már, a történelemórán tanulták mindazt, amire mi olyan élénken emlékezünk, és számunkra ez már — szerencsére — valóban történelem. Saját súlyos élményeink fel-felelevenítésével nem enyhítünk a mai ember problémáin sem. Ezek az élmények velünk együtt elmúlnak, s a történe-

lem marad meg, amelynek tanulságait a magyar nép már visszavonhatatlanul levonta.

Nem vagyok tehát híve a múlttal való összehasonlításnak — szívesebben hasonlítom a jelent a jövőhöz — mégis, az eddigiek során sem tudtam elkerülni. És még most is kikívánczozik belőlem egy és más, amit el kell mondanom.

1932-ben neveztek ki először az egyetemen — díjtalan gyakornoknak — és 1945-ben kaptam először fizetést. A klinikán 45-en dolgoztunk orvosok és közülük 38-an voltunk hasonló helyzetben. És mégis, akinek tellett rá az apja kitartásából, körömszakadtáig ragaszkodott fizetéstelen „állásához”, mert remélte, hogy innen egyszer el tud helyezkedni megélhetést is biztosító állásba vagy egyszer — úgy 40—45 éves kora körül — bejut a 7 közé, akiknek fizetése is van az egyetemen.

Ez a helyzetünk is sokkal jobb volt azonban a sok ezer diplomásénál, akiknek még ilyen „állás” sem jutott.

Pest keserű humora éppúgy kifejeződött az akkor népszerű adomában, mint a szomorú valóság. Így szólt: „A felügyelő rászól az egyik alkalmi hómunkásra, hogy mozogjon gyorsabban, mire az így válaszolt: »ha nem tetszik, keressen magának más orvost«”.

Kormány szerv létesült, a nevében is szégyenletes Állástalan Diplomások Országos Bizottsága, amely diadalának tartotta, ha egy-egy egyetemet végzett fiatal embernek 80 pengővel dotált kegyelemkenyeret tudott juttatni.

Kenyeres Balázs, a Pázmány Péter Tudományegyetem rektora, a törvényszéki orvostan (ma igazságügyi orvostan) tanára a harmincas évek derekán

a sajtó nyilvánossága előtt nagy ünnepség keretében avatott fel a IX. kerületben egy pékséget, amelynek minden alkalmazottja az egyetemen végzett diplomás volt, ugyanennek az egyetemnek nagy dicsőségére.

Vég nélkül folytathatnám az ilyen igaz meséket, de azt hiszem, máris túl hosszan időztem a múlt emlegetésénél, amikor voltaképpen a 26. évforduló alkalmából a felszabadulásunk óta eltelt több mint negyedszázadról kellett volna írnom. Ennek ellenére azt hiszem, hogy amikor a múltat idéztem, én mégis csak *erről* a 26 évről beszéltem. Arról a hihetetlen nagy útról, amit 1945. április 4-e óta a magyar egészségügy megtett. Arról, hogy mit jelent a szocialista társadalom az egészségügynek, és hogy mit jelent a szocialista egészségügy a társadalomnak.

A magyar nép büszke a szocializmus építésében elért eredményeire. A magyar orvosok és egészségügyi dolgozók büszkék arra, hogy az egészségügy szocialista fejlődése nem maradt el a társadalom egészének fejlődése mögött. Megtiszteltetés a mai orvosnemzedék részére, hogy az ő feladata lehet a szocialista egészségügy teljes felépítése. A 26 év tapasztalatai alapján jó meggyőződéssel vallom, hogy orvosaink, egészségügyi dolgozóink meg fognak felelni ennek a feladatnak.

A párt közelmúltban lezajlott X. kongresszusának határozatait egy mondatban lehet összefoglalni: folytatni kell a szocializmus építését, magasabb színvonalon. Ez határozott útmutatás a szocialista egészségügy építői számára is, a mi számunkra. Megértjük és megfogadjuk ezt az útmutatást. Sok-sok április negyedike fogja bizonyítani, hogy így lesz.

Zoltán Imre dr.

Jászberényi Városi Tanács Kórháza,
Gastroenterológiai Osztály (főorvos: Figus I. Albert dr.)
és Orvostovábbképző Intézet, Kórbonctani Tanszék, Bp.
(tanszékvezető: Juhász Jenő dr.)

A chronikus gastritis III.

Simon László dr., Figus I. Albert dr.
és Bajtai Attila dr.

A „chronikus gastritis” a korszerű gastroenterológiai szemlélet szerint kizárólag szövettani diagnózis. Az ilyen irányú modern diagnosztikus eszközök (vak- és célzott gyomor-biopsia) bevezetése előtt azonban a gyomornyálkahártya állapotára csak a secretiósi functio zavarainak kórismézéséből következtethetünk, hiszen a rtg-vizsgálat és a gastroscopia nem nyújtott elégséges segítséget a chronikus gastritis diagnózisához.

A functionális gyomordiagnosztika fejlődésében az utóbbi két évtizedben jelentős előrelépést jelentett a secretiósi stimuláló újabb módszerek bevezetése és a gyomornedv egyéb alkotórészeinek (non-proteolyticus enzimek, fehérjetermészetű anyagok stb.) mélyreható vizsgálata.

A következőkben részben irodalmi, részben saját adatok alapján igyekszünk rövid áttekintést adni a gyomorbetegségek modern kórismézésének functionális módszereiről, különös tekintettel a „chronikus gastritis kérdésre”, szem előtt tartva azokat az elvi szempontokat, amelyeket cikksorozatunk első részében leszögeztünk.

1. Sav-secretio

A régebben elfogadott általános vélemény szerint a gastroenterológiai rutinban tökéletesen elegendő volt annak felmérése, hogy a vizsgált beteg sav-secretiójának mértéke szerint a „hyperacid” vagy „hypacid” csoportba sorolható, vagy annak megállapítása, hogy a gyomornyálkahártya egyáltalán nem termel sósavat és proteolyticus enzimeket.

A technikai lehetőségek bővülésével egyre nagyobb figyelmet szentelhetünk a gyomornyálkahártya functiója és morfológiája közötti összefüggéseknek. Ezen elv szellemében, nemcsak az experimentális vizsgálatokban, hanem a klinikai gyakorlatban is egyre nagyobb jelentősége van a gyomorsav-secretio pontosabb megítélésének.

Ewald és Boas először alkalmazott „próbareggelje”, majd az egyéb ingereket képviselő számos más „próbaétkezés” a hozzávetőleges secretiósi kép nyeresé-
hez tökéletesen megfelelt. Exactabb módszer volt a koffeinnel stimulált tiszta gyomornedv nyeresé.

Diagnosztikus szempontból — különös tekintettel a chronikus gastritisre (továbbiakban chr. g.) — a leg-tisztább képet az éhgyomri (basalis) és a valamilyen módszerrel maximálisan stimulált secretio meghatározásából kapjuk.

A maximális savtermelő képesség meghatározására a legelterjedtebb eljárás a histaminos serkentés. Kezdetben kisebb adagokat használtak stimulánsként, majd Kay (27) vezette be 1953-ban az „augmented histamin test”-et. A nagy adag histammal végzett maximális savelválasztás mérésének nagy előnye a 10%-on belüli reprodukálhatóság. Ez a vizsgálat főleg az angolszász országokban rutin jellegűvé vált, és hegemoniáját csak a mellékhatásoktól mentes stimulálószer alkalmazása döntötte meg, bár a nem elhanyagolható anyagi szempontok miatt úgy véljük, hogy a histaminstimulus hazánkban még sokáig megtartja vezető helyét.

Az újabb gyomorsecretiót serkentő vegyületek közül kronológiai sorrendben elsősorban a histamin-pyrazol isomerjét (*Histalog*) kell említenünk. A *histalog* használata a histamin kellemetlen mellékhatásait küszöböli ki és a megfelelő adagjára (1,5 mg/tskg) nyert secretiósi válasz a histaminéval körülbelül megegyezik. A secretio vizsgálatában — ha ára elérhető lesz — forradalmi változást hozhat a természetes, de főként a szintetikus *gastrin*-stimulálás bevezetése. A penta-gastrin 6 γ /tskg adagban adva, mellékhatásokat gyakorlatilag nem észlelünk, secretiósi hatása a természetes gastrin hatással lényegében megegyezik és kontra-indikációs területe elhanyagolható. Az *insulinpróba* rutin eljárásként nem bizonyult megfelelőnek. A *szonda nélküli próbareggeli* eljárását a chr. g. diagnosztikájában egyáltalán nem tartjuk alkalmasnak.

A pseudo- és valódi achlorhydriák elkülönítésében nagy jelentőséggel bír a *neutralvörös-kiválasztás* mérése, illetve ennek sósav-instillációval összekötött vizsgálata, egyidejű maximális histaminterhelés mellett (62, 64, 65).

Az *endoradioszondás mérések* (Heidelberg-capsula) és a más módszerekkel végzett *intragastrikus pH-mérés* az előzőekhez képest pontatlanabb felvilágosításokat nyújt.

Osztályunkon rutinszerűen a következő eljárást alkalmazzuk: éjszakai éhezés után — szükség szerint a levezetett szonda helyzetét fluoroscopiával ellenőrizve — kiürítjük a gyomrot, majd vacuum segítségével (intermittálóan megszakítva) 1 órás periódusban leszívjuk a basalis secretumot, meghatározzuk a szabad és kötött aciditást.

(Az összaciditásnak a chr. g. diagnosztikájában van lényeges fontossága [2].)

Ezután — előzetesen antihistamint — majd 0,04 mg/tskg adagban histamin-stimulust (Peremin) alkalmazunk, és további 4 \times 15 percen keresztül végzünk mintavételt.

Megadjuk a *basalis secretio* értékét (maeq/óra), a *sav-secretio maximumát* (PAO) és a maximális *sav-ürítést* (maeq/15 min). Néhány esetben pentagastrinnal (Peptavlon, 6 γ /tskg) is volt alkalmunk összehasonlító vizsgálatokat végezni, a két próba között kis számú esetünkben is igen jó correlatiót kaptunk. *Ottenjann* (41) nyomán néhány esetben elvégeztük basalsecretiósi methodikánk összehasonlítását gastroscopon (GFB, Olympus) keresztül történő célzott leszívással, a 15%-ot nem meghaladó volumenbeli eltérés módszerünk technikailag megfelelő voltát bizonyítja (2, 18, 27, 29, 31, 32, 41, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67).

	Ép nyálkahártya	Superficialis chronikus gastritis	Chronikus gastritis mérsékelt mirigy atrophiaival	Chronikus atrophias gastritis	Atrophias gastritis + intestinalis metaplasia	Összesen
Basalsecretio: anacid betegek száma	n = 18 4	n=42 16=38%	n=102 34=33%	n=86 58=67%	n=56 50=91%	n=304 162=54%
Maximalis histamin-terhelés: „histamin refracter” anacid betegek száma	n = 10 0	n=30 1=3,3%	n=68 3=4,4%	n=62 13=21%	n=52 41=78%	n=222 58=20%
Henning (20) eredményei: anacid (histamin refracter anacid) betegek %-aránya	12% (5%)	26,5%(9,5%)	69,5%(48%)	81%(61%)		X

Myren és Semb, Karácsony és Varró (24, 25, 37, 39) biopsiás vizsgálataik során kimutatták, hogy a maximális savtermelés (MAO) és a gyomornyálkahártya parietalis sejtjeinek száma között egyenes arányosság áll fenn.

Ugyancsak számos szerző (6, 19, 20, 21, 33, 36, 41, 42, 46, 55, 56) végzett mind vak-, mind célzott biopsiás vizsgálatokat, összekötve a gyomorsecretio meghatározásával, korrelációt keresve a functio és a morfológiai kép között.

Közleményeikből a következő általános érvényű elveket emelhetjük ki:

1. A chr. atrophias g. gyakorisága az életkorral párhuzamosan emelkedik.

2. Igen jó korreláció észlelhető a gyomor-secretio legtöbb parameterének változása és az atrophias gastritis foka között.

Így:

- a) a szabad aciditás,
- b) az összaciditás,
- c) a basalis és maximális savtermelés,
- d) a PAO,
- e) a secretiós volumen

kifejezett csökkenését találták, párhuzamosan az atrophia fokával.

3. Intestinalis metaplasiaival társuló, súlyos gyomornyálkahártya-atrophias betegekben a valódi achlorhydriás esetek száma lényegesen magasabb, a moderált diffúz atrophias gastritissel, illetve a foltos atrophiaival összehasonlítva.

4. A savelválasztás mérséklődésével párhuzamosan a gyomornyálkahártya teljes keresztmetsze-

tének és ezen belül a mirigyes rész vastagságának csökkenését találták.

Az ismertetett eredményeket erősítik meg saját vizsgálataink, ahol az antrumból végzett célzott biopsia (GFB, Olympus) (36) szövettani képét és az előzőekben leírt secretiós vizsgálataink közül a basalis secretio meghatározásának eredményeit hasonlítottuk össze.

Külön emeltük ki (1. tábl.) a pseudo- és valódi achlorhydriás betegek adatait (stimulus: 0,04 mg/tskg hist. bichlor. sc.) Ezen eredményekkel érdekes összehasonlításra adnak alkalmat Henning (20) vizsgálatait.

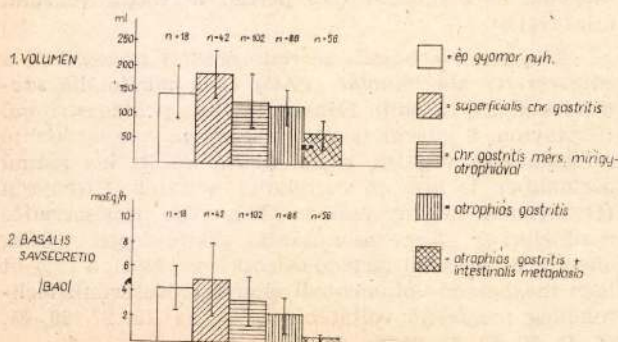
A secretio-csökkenés okának chr. atrophias g.-ben az idült gyulladással járó mirigypusztulást tartjuk. Emellett érdekes új összefüggéseket tárhat fel a gyomorsecretiót gátló substantia, a gastron (8) esetleges pathogenetikai szerepe. Bár a gastron hatásmechanizmusát még nem ismerjük, az anacid gyomornedvben található megnövekedett mennyisége további ilyen irányú kutatásoknak nyithat teret (9).

Régóta elfogadott vélemény, hogy az emésztésben a gyomor inkább reservoir voltával játszik szerepet, mintsem a sósav, ill. a proteolyticus enzimelválasztással.

2. ábránkon a dyspepsiás panaszok megjelenése alapján osztottuk két csoportba chr. g.-es betegeinket és kördiagrammon tüntettük fel a sav-secretiós vizsgálatok eredményét.

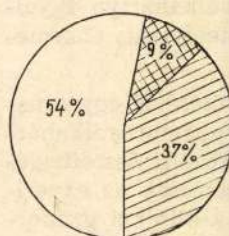
2. ábra

1. ábra
A basalsecretió vizsgálata szövettanilag bizonyított chr. gastritis-es betegekben



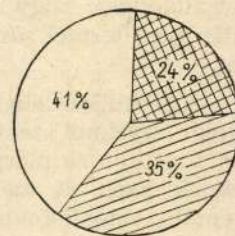
PANASZMENTES

n = 95



DYSPEPSIAS PANASZOK

n = 199



Legend for 2. ábra:
 □ van savelválasztás
 ▨ anacid
 ▩ histamin refrakter anacid

Más szerzők (55, 64, 65) vizsgálataival összhangban nem találtunk összefüggést a secretio csökkenése és a dyspepsiás panaszok megjelenése között.

Külön kell megemlékeznünk a chr. g. két speciális formájának secretiós vonatkozásairól. A Schindler (49) által előben 1922-ben gastroscopos kép alapján leírt „hypertrophias gastritis” és a Menetrier-syndroma („polyadenomatosus ventriculi”) a secretiós vizsgálatok alapján is elkülöníthető. A Menetrier-syndroma a mirigyek degeneratív elváltozásaival járó nyálkahártya-hypertrophia, csökkent savválasztás és a gyomornedvbe történő igen kifejezett proteinvesztés jellemző, ezzel szemben „hypertrophias hypersecretoras gastropathiá”-nál a sósav. pepsin és mucoprotein secretio hatalmas emelkedését találjuk, fehérjevesztés nélkül; itt a nyálkahártya-hypertrophia az összes mirigyecs elemet érinti (58).

2. Proteolyticus enzimek

A gyomornedvben normális körülmények között két protease-t találunk; a fősejtekben termelődő pepsint és kathepsint (gastricsin).

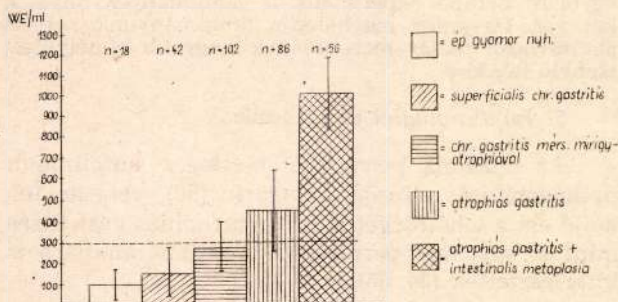
A meghatározások során általában a basalis pepsinválasztást, a stimulatio során észlelt pepsinsecretiós maximumot (PPO), és az ún. K_{25} értéket szokták figyelembe venni. (K_{25} = pepsinürítés/primaer aciditás) (2, 4).

A meghatározásnak főleg fekélybetegség és Zollinger-Ellison-syndroma esetében tulajdonítanak nagy jelentőséget, ugyanígy az uropepsin vizeletből történő meghatározásának is. Chr. atrophias g.-ben a savválasztással párhuzamosan a pepsinaktivitás csökkenését észleljük (33, 35).

Glass (16) histamin refracter anacid atrophias g.-es betegek egy részében (intestinalis metaplasia jelenlétében is!) a teljes achlorhydria ellenére is talált jelentős mérvű protease aktivitást. Ebből azt a tanulságot vonja le, hogy a histamin refracter anaciditás nem elégséges bizonyítéka a gyomornyálkahártya-atrophianak; ki kell egészítenünk ezt más additionalis kritériumokkal és ezek közül első helyen a gyomornedv protease-aktivitásának vizsgálatát ajánlja.

3. ábra

A gyomornedv LDH összaktivitása chr. gastritisben



Hazánkban meglehetősen kevés helyen végzik rutinszerűen a pepsinmeghatározásokat.

Saját gyakorlatunkban is úgy véljük, hogy a savsecretio és a non-proteolyticus enzimek (l. később) vizsgálata többet mond a nyálkahártya állapotáról.

A chr. g.-es betegek panaszaiban a proteolyticus enzimtermelés kiesésének sincs lényeges szerepe, ezt más adatok (55, 64, 65) mellett éppen Glass az előbbiekben idézett vizsgálata is alátámasztják.

3. Non-proteolyticus enzimek

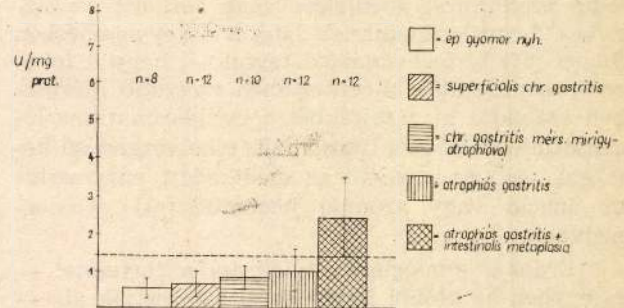
A szokványos laboratóriumi módszerekkel — természetesen tekintettel a speciális pH-viszonyok-

ra — számos non-proteolyticus enzimet találunk a gyomornedvben.

Ezek közül az enzimek közül elsősorban a lactatdehydrogenase (LDH) és beta-glucuronidase (beta-glu.) meghatározása került előtérbe, speciálisan a malignus tumorok diagnosztikájában. Histochemiai és tumorszövet-homogenisatumok biochemiai vizsgálatával kimutatták, hogy ezeknek az enzimeknek az aktivitása a malignus daganatszövetben a normális többszörösére emelkedik (13, 17, 73). Ugyanígy a gyomornedvben mérhető emelkedett enzimaktivitás meghatározását számos szerző alkalmas-

4. ábra

A gyomornedv β -glucuronidase aktivitása chr. gastritisben



nak tartja a gyomorcarcinoma diagnosizásának megerősítésére (28, 44, 48, 52, 57). Jólal kisebb jelentőséget tulajdonítottak eddig a non-proteolyticus enzimek vizsgálatának chr. g.-ben. Myren (38) histochemiai módszerekkel vizsgálta a gyomornyálkahártya dehydrogenase aktivitását, és atrophias g.-ben lényeges eltérést talált a G-6-PDH, NADH és NDPH aktivitásszintekben, aszerint, hogy a gyomornyálkahártya-atrophiat kísérte intestinalis metaplasia vagy sem.

Siegel (51) ugyancsak histochemiai vizsgálatai során azt találta, hogy míg az atrophias g.-es nyálkahártya-sejtjeinek cytoplasmájában az LDH „gyenge pozitívan” mutatható ki, addig intestinalis metaplasia jelenlétében az LDH és beta-glu. aktivitás jóval kifejezettebb, meghaladja a tumorszövetben észlelhető aktivitás mértékét. Ez utóbbi tapasztalatoknak felelnek meg saját vizsgálataink is (52, 53, 54), amelyek alapján relatíve új összefüggéseket találtunk a gyomornedv LDH, ill. beta-glu. aktivitása és a gyomornyálkahártya szövettani képe között. Már más szerzők is észlelték (28, 48), hogy anaemia perniciosában és néhány nem tumoros gyomornedvben is „fals pozitív”, emelkedett LDH, ill. beta-glu. aktivitást mértek, de ezen jelenség magyarázatát csak az eseteinkben konzekvensen végrehajtott histológiai bizonyítás (célzott többszörös antrum-biopsia) adta meg.

3. ábránkon az LDH aktivitás, 4. ábránkon pedig a beta-glu. aktivitásvizsgálatok értékeit tüntetjük fel oszlopdiaagrammon, a chr. g. histológiai képe szerinti csoportosításban.

A 3. ábrából kitűnik, hogy normális gyomornyálkahártya és superficialis gastritis esetén a gyomornedv LDH aktivitása nem haladja meg a normál értéket. Atrophias g.-ben az enzimaktivitás-

szint lényegében a mirigy-atrophia fokával párhuzamosan emelkedik, intestinalis metaplasia jelenlétében hatalmas emelkedést látunk, amely kb. meg egyezik vagy meghaladja a gyomorcarcinomában tapasztaltat (52).

A beta-glu. specifikus aktivitása (4. ábra) súlyos atrophias gastritisben is a normál határokon belül marad, és csak az intestinalis metaplasiaával társuló atrophianál viselkedik az előzőekben leírtakhoz hasonlóan.

Az eddig tárgyalt két enzim pathogenetikai aktiv szerepe kevésbé valószínű. Az enzymaktivitás fokozódásának oka még nyílt kérdés. A felvethető lehetőségek közül a gyomornyálkahártya sejteinek enzim-secretiója kizárhatónak látszik. Nem találunk sem klinikai, sem experimentalis adatot esetleges inhibitorok jelenlétére vagy aktivátorok hiányára. Legvalószínűbbnek látszik — egyetértésben Siegel (51) histochemiai adataival —, hogy a fokozott sejtpusztulás következtében nagyobb mértékben szabadul ki a sejtekből a cytoplasmikus localisatiójú LDH és a lysosomális elhelyezkedésű beta-glu., és így mérhető az emelkedett enzyszint az anacid vagy azonnal közömbösített gyomornedvben.

Érdekes analógiára hívják fel a figyelmet — és egyben az utóbbi feltételezést támasztják alá — Classen (7) vizsgálatai, melyek szerint a gyomornyálkahártya disaccharidase aktivitása az atrophia fokával párhuzamosan emelkedik és az LDH-hoz hasonlóan legmagasabb intestinalis metaplasia jelenlétében.

Ezek az adatok is alátámasztják, hogy a metaplasias intestinalis sejtek histochemiailag, enzymológiailag megegyeznek a vékonybélsejtekkel, és nem kóros enzymaktivitásról van szó, hanem egy abnormális környezetben levő sejt karakterisztikus enzymtartalmáról, amely a nagymérvű sejtpusztulás, a metaplasia miatti fokozott sérülékenység következtében nagyobb mértékben szabadul ki a gyomornedvbe.

Előző megfigyeléseink nyomán (52) további vizsgálatokat folytatunk az enzymaktivitás és a basalis, ill. stimulált sav-secretio összefüggéseinek irányában, chr. atrophias g.-es betegekben.

A gyomornedvben található egyéb non-proteolyticus enzymek meghatározása sem a malignus folyamatokban, sem pedig egyéb gyomorbetegségekben (ulcus ventriculi, ulcus duodeni stb.) lényeges pathognomikus eltérést nem mutatott (40, 44). Ilyen irányú chr. g.-re vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésünkre.

4. A gyomornedv fehérjetartalma

Régóta ismert, hogy gyomorrákos betegek gyomornedvében a serum proteinek mennyisége felszaporodik (47). Fehérjék jelenlétét chr. g.-es betegek gyomornedvében először Katsch (26) mutatta ki az általa „gastritis serosa”-nak nevezett körképben.

Azóta különféle laboratóriumi módszerekkel (electrophoresis, immunoelectrophoresis, kromatographia stb.) sikerült a gyomornedv fehérjeinek finomabb differenciálása, bár a gyomor lumenébe történő proteinkiválasztás pathomechanizmusához

a modern vizsgálati methodikák sem vittek sokkal közelebb.

A gyomornedv fokozott albumintartalmát a gyomorrákos betegekben az exulcerált felszínen történő serum-exsudatio magyarázhatja (14). Számos szerző talált azonban magas albuminszintet szövettanilag bizonyított chr. atrophias g.-es betegek gyomornedvében is (14, 15, 22). Nem valószínű, hogy ezekben az esetekben a fokozott fehérjevesztés a megnövekedett sejtpusztulás következménye lenne, Glass és mtsai (14) az albuminnak az érrendszerből a gyomor lumenébe történő fokozott transsudatióját tartják elsődlegesnek.

A kvantitativ vizsgálatok és a ^{131}J , ill. ^{51}Cr izotóppal jelzett albuminnal végzett megfigyelések (69, 70) a napi fehérjevesztés (intragastricus!) 20—1000 mg-ig adják meg (15).

Külön kell itt is említenünk a Ménétrier-szindrómát, ahol igen kifejezett, sokszor súlyos hypalbuminaemiát eredményező fehérjevesztést találunk.

Saját vizsgálataink (43), melyek során a gyomornedv protein-, aminosav- és non-protein-nitrogéntartalmának, valamint a gyomornyálkahártya histológiai képének korrelációját vizsgáltuk, szintén az előbbi eredményeket támasztják alá, emelkedettnek találtuk a protein- és non-protein-nitrogénszintet.

A gastrointestinalis traktusban található immunoglobulinok nemcsak a serumból kerülhetnek az emésztőrendszer lumenébe. Elsődleges fontosságú (főleg allergológiai szempontból) az Ig-A globulin, amely normális körülmények között a vékonybél lamina propriajának plasmasejtjeiben termelődik (61). Atrophias gastritisben, különösen intestinalis metaplasia jelenlétében a gyomornedv Ig-A globulintartalma a normálhoz képest jelentősen megemelkedik és az Ig-A a metaplasias nyálkahártyasejtekben is kimutatható (5, 15).

A gyomornedvben található glycoproteinek (fucucin, sialomucin, sulfatalt glycoproteinek) a gyomorscretio vizsgálatának szempontjából kevésbé fontosak, egyelőre inkább experimentális tanulmányok anyagát képezik. Ugyanígy meghaladja tanulmányunk keretét az intrinsic factor secretiójának nagyobb elmélyülést igénylő kérdése.

5. Immunológiai vonatkozások

Az anaemia perniciosa esetleges autoimmun pathogenesisét először Schwartz (50) vetette fel, majd ezt a lehetőséget a diffúz atrophias gastritisre mint az anaemia perniciosa essentialis alapjára is kiterjesztették (34, 35).

Parietalis sejttelenes autoantitesteket anaemia perniciosa, illetve atrophias gastritis betegek keringésében először Irwine és mtsai (23) mutattak ki. Azokban az atrophias g.-es betegekben, akiknek a serumában ilyen autoantitesteket találtak, a gyomornedvben is bizonyították az autoantitest jelenlétét (11), sőt anaemia perniciosaiban a gyomornyálkahártyában is sikerült autoantitesteket (parietalis sejt és intrinsic factor ellenes) tartalmazó sejteket felfedezni (3).

Az intrinsic factor ellenes antitesteknek két típusa van: az I. „blocking” típus az intrinsic factor B₁₂-vitamin kötést gátolja, a II. „binding” típus az intrinsic factor B₁₂-vitamin komplexushoz kötődik.

Anaemia perniciosás betegek keringésében és gyomornedvében ezeket az autoantitesteket is sikerült kimutatni (12). A nem anaemia perniciosás gyomornyálkahártya-atrophiában lényeges jelentőségük nincs.

A parietalis sejt ellenes antitestek gyakoriságát atrophiás g.-ben 24—31%-ban adják meg (34), szemben az anaemia perniciosában észlelt 86%-os gyakorisággal (60). Pathogenetikai szerepük erősen kétségbevonható.

Adams és mtsai (1) gyomor-biopsziás vizsgálatokkal igazolták, hogy a parietalis sejt ellenes antitestek jelenléte együttjár chronikus atrophiás gastritissel, és az állapotot kísérő secretió-csökkenéssel, viszont az autoantitestek anaciditást előidéző oki (esetleges inhibitor?) effektusát Fiasse és mtsai (10) állatkísérletekben nem tudták reprodukálni.

Ellentmondást tükröznek Te Velde (68) adatai is: bár a parietalis sejtek elleni antitestek jelenléte, illetve hiánya szerint morfológiai és functionalis különbségeket észlelt, az autoantitesteknek a pathogenesisben játszott direkt szerepét nem tudta bizonyítani.

Valószínű, hogy az az álláspont áll közelebb a valósághoz, mely szerint az atrophiás gastritis „autoimmun betegség” volta erősen kétségesnek tekinthető és a circuláló antitestek keletkezése csak következménye — pl. a pajzsmirigy ellenes antitestek analógiájára — a gyomornyálkahártya destructiója során a parietalis sejtekből felszabaduló abnormális antigénekre adott immunválasznak.

6. A functionalis adatok klinikai értékelése

A chr. g. functionalis vizsgálatának jelentőségét két szempontból kell felmérnünk: a gastritis diagnózis és a szűrővizsgálatok kérdése. Ez a két kérdés — utalva cikksorozatunk bevezető és morfológiai részére — szorosan összefügg. Wolf (72) szerint a chronikus atrophiás gastritis morfológiailag átmenetet képez a normális gyomornyálkahártya és a gyomorcarcinoma között, és ez az átmenet jól tükröződik a functionalis vizsgálatok képeiben is.

A chr. atrophias g. és a carcinoma közötti histochemiai és biochemiai hasonlóság, egybevetve azokkal az adatokkal, melyek a két elváltozás összeesésének gyakoriságát tükrözik, alapvető bizonyítékot szolgáltat a chronikus atrophiás gastritis rákmegelőző volta mellett. Az elmondottak különösen helytállóak intestinalis metaplasia megjelenésére.

Ezt a szemléletet előtérbe helyezve, a chronikus gastritis reális diagnózis, nem a betegség tudat megteremtése, hanem a carcinoma preventiója szempontjából egyre fontosabb kérdéssé kell, hogy váljon a modern gastroenterológiai gyakorlatban. Hazai viszonyaink között a következő években, sőt kissé pesszimistán a következő évtizedekben sem várható, hogy a legkisebb gastroenterológiai profilú osztályaink, illetve a gastroenterológiai alapellátást adó szakrendelések el legyenek látva modern gyomorbiopsziás eszközökkel. Addig pedig a functionalis vizsgálatok javításával, és elsősorban rutinszerű végzésével diagnosztizálhatjuk a chronikus atrophiás gastritist. A tanulmányunkban rész-

letezett adatokat összefoglalva egyet kell értenünk Siurala (56) Parádon hallott szavaival: az atrophiás nyálkahártya működéséről a secretiós vizsgálatok segítségével a nyálkahártya-biopsziához megközelítően hasonló képet kaphatunk. Feltétlenül ki kell azonban egészíteni véleményünk szerint a maximális sav-secretio mérését a gyomornedv LDH-aktivitásának meghatározásával. A két vizsgálat együttes elvégzése használható információt ad atrophiás gastritis, különösen pedig intestinalis metaplasiaival járó atrophia fennállásáról. A komplex functionalis vizsgálat előnyének kell tudnunk azt is, hogy foltoz atrophia esetén a vak-biopsia esetleges tévedéseit kizárja.

Régóta folynak próbálkozások a secretiós vizsgálatoknak gyomorráksűrítésben való felhasználására. Ismeretesek Siurala (55), Wirts (71) és mások adatai a histaminterheléses szűrésre vagy az uropepsin meghatározásra vonatkozóan.

Magunk a non-proteolyticus enzimek meghatározását tartjuk alkalmasnak szűrővizsgálatok végzésére. Ezzel a módszerrel a vizsgált populációból egy nagy csoportot emelünk ki: a biztos carcinomások és az intestinalis metaplasia + súlyos atrophiás gastritises betegek csoportját. További részletes diagnosztikai vizsgálatokkal ebből a beteganyagból a malignus daganatok már jóval könnyebben kiemelhetők, míg a fennmaradó rész — amelyben a carcinoma előfordulásának távlati valószínűsége kb. 20—25-szöröse lehet az egészséges népességnek — gondozásba vételével, permanens ellenőrzésével nagy valószínűséggel korai stádiumban tudjuk a gyomorrákot felfedezni.

Ilyen irányú szűrővizsgálatot egy zárt falusi populáción belül 1970 eleje óta végzünk, az eredményekről a későbbiekben fogunk beszámolni.

Összefoglalás. A szerzők világirodalmi és saját adatok alapján áttekintést adnak a chronikus atrophiás gastritis functionalis diagnosztikájáról, részletezve a savsecretióra, a proteolyticus és non-proteolyticus enzimekre, a gyomornedv fehérjetartalmára és a chronikus gastritis immunológiai kapcsolataira vonatkozó adatokat.

A chronikus gastritis laboratóriumi diagnosizálásban a maximálisan stimulált sav-secretio és a gyomornedv LDH összaktivitás meghatározását tartják a legfontosabbnak.

Véleményük szerint a chronikus atrophiás gastritis diagnosizálásnak (szöveti vagy biochemiai úton történő) felállítása elsődlegesen a praecancerosisnak tekinthető állapot idejében történő felfedezése miatt fontos.

IRODALOM: 1. Adams, J. F., Glen, A. I. M., Kennedy, A. H., Mackenzie, I. L., Morrow, J. M., Anderson, J. R., Gray, K. G., Middleton, D. G.: Lancet. 1964, 1, 401. — 2. Bader, J.-P.: Magy. Belorv. Arch. Suppl. „A gyomorsecretióról”. 1970, p. 37. — 3. Baur, S., Fisher, J. M., Strickland, R. G., Taylor, K. B.: Lancet. 1968, 2, 887. — 4. Bonfils, S., Lewin, M., Vattier, J., Dubrasquet, M., Bader, J.-P.: The Physiology of Gastric Secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968, p. 164. — 5. Brus, I., Siegel, H., Yamaguchi, N., Glass, G. B. J.: Scand. J. Gastroent. 1968, 3, 43. — 6. Burhol, P. G., Myren, J.: The Physiology of Gastric Secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968, p. 626. — 7. Classen, M., v. Hinüber, G., Demling, L.: Digestion. 1968, 1, 52. — 8. Code,

- C. F.: Gastroenterology. 1958, 34, 210. — 9. *Fiasse, R., Code, C. F., Glass, G. B. J.*: The Physiology of Gastric Secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968. p. 356. — 10. *Fiasse, R., Brus, I., Code, C. F., Glass, G. B. J.*: Gastroenterology. 1969, 52, 1132. — 11. *Fisher, J. M., Rees, C., Taylor, K. B.*: Science. 1965, 150, 1467. — 12. *Fisher, J. M., Taylor, K. B.*: New Eng. J. Med. 1965, 272, 499. — 13. *Fishman, W. H., Anlyan, A. J.*: Cancer Res. 1947, 7, 808. — 14. *Glass, G. B. J., Ishimori, A.*: Amer. J. Dig. Dis. 1961, 6, 103. — 15. *Glass, G. B. J.*: The Physiology of Gastric Secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968. p. 456. — 16. *Glass, G. B. J.*: ibid. p. 174. — 17. *Goldman, R. D., Kaplan, N. O., Hall, T. C.*: Cancer Res. 1964, 24, 389. — 18. *Gyórfy A.*: Orv. Hetil. 1967, 108, 934. — 19. *Heinkel, K.*: Acta tert. Conv. Med. Int. Hung. Budapest, 1965. p. 814. — 20. *Henning, N., Heinkel, K., Gloor, M.*: Münch. Med. Wschr. 1966, 108, 1977. — 21. *Hennig, N.*: The Physiology of Gastric Secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968. p. 614. — 22. *Horowitz, M. I., Hollander, F.*: J. biol. Chem. 1961, 236, 770. — 23. *Irvine, W. J., Davies, S. H., Delamore, I. W., Williams, A. W.*: Brit. Med. J. 1962, 2, 454. — 24. *Karácsony G., Pach É., Varró V.*: Előadás a M. Path. Társ. Győri Találkozóján. Győr. 1969. okt. — 25. *Karácsony G.*: Magy. Belorv. Arch. Suppl. „A gyomorsecretióról”. 1970. p. 5. — 26. *Katsch, G.*: Klin. Wschr. 1935, 14, 1561. — 27. *Kay, A. W.*: Brit. Med. J. 1953, 2, 77. — 28. *Kim, Y. S., Plaut, A. G.*: Gastroenterology. 1965, 49, 50. — 29. *Kisfalvi I., Fonyódi L.*: Orv. Hetil. 1970, 111, 739. — 30. *Konturek S. I.*: Magy. Belorv. Arch. Suppl. „A gyomorsecretióról”, 1970. p. 40. — 31. *Krentz, K.*: Gastroenterologia. (Basel) 1965, 103, 194. — 32. *Krentz, K.*: Acta Gastro-ent. Belg. 1966, 29, 641. — 33. *Krentz, K.*: The Physiology of Gastric Secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968. pp. 595. — 34. *Mackay, I. R.*: GUT. 1964, 5, 23. — 35. *Mackay, I. R., Burnet, F. M.*: Autoimmune Diseases, C. C. Thomas (ed.) Springfield, 1964, p. 241. — 36. *Miederer, S. E., Paul, F., Stadelmann, O., Deyhle, P., Ottenjann, R.*: Endoscopy. 1969, 1, 169. — 37. *Myren, J., Semb, L. S.*: Gastroenterologia (Basel). 1962, 97, 207. — 38. *Myren, J., Burhol, P. G.*: The Physiology of Gastric Secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968. p. 110. — 39. *Myren, J.*: Magy. Belorv. Arch. Suppl. „A gyomorsecretióról”. 1970, p. 6. — 40. *Nemes T., Arató M., Vass L.*: Acta tert. Conv. Med. Int. Hung. Budapest, 1965. p. 184. — 41. *Ottenjann, R., Link, H., Stadelmann, O.*: Deutsche Med. Wschr. 1968, 43, 2269. — 42. *Ottenjann, R., Miederer, S., Elster, R., Stadelmann, O., Rettenmaier, G.*: Klin. Wschr. 1969, 47, 859. — 43. *Paksy A.*: Magy. Belorv. Arch. Suppl. 1970. — 44. *Piper, D. W., Macoun, M. L., Builder, J. E., Fenton, B. H.*: Amer. J. Dig. Dis. 1963, 8, 701. — 45. *Piper, D. W., Griffith, E. M., Irving, L. C., Fenton, B. H.*: Gastroenterology. 1966, 51, 172. — 46. *Rohrer, V. G., Welsh, J. D.*: Gastroenterology. 1967, 52, 185. — 47. *Salomon, H.*: Deutsche Med. Wschr. 1903, 29, 546. — 48. *Schenker, S.*: Amer. J. Dig. Dis. 1959, 4, 412. — 49. *Schindler, R.*: Münch. Med. Wschr. 1922, 69, 535. — 50. *Schwartz, M.*: Lancet. 1958, 2, 61. — 51. *Siegel, H., Lev, R., Glass, G. B. J.*: The Physiology of Gastric secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968. p. 106. — 52. *Simon L., Paksy A., Figs I. A.*: Orv. Hetil. 1969, 110, 2635. — 53. *Simon L., Bánki G., Figs I. A.*: Abstr. 2nd Scient. Meet. Yug. Gastroent. Subotica. 1969. p. 32. — 54. *Simon L.*: Magy. Belorv. Arch. Suppl. „A korai gyomorcarcinoma diagnosztikája”, 1970. — 55. *Siurala, M.*: The Physiology of Gastric Secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968. p. 620. — 56. *Siurala, M.*: Magy. Belorv. Arch. Suppl. „A gyomorsecretióról”, 1970. — 57. *Smyrniotis, F., Schenker, S., O'Donnell, J., Schiff, L.*: Amer. J. Dig. Dis. 1962, 7, 712. — 58. *Stempien, S. J., Dagradi, A. E., Reingold, I. M., Heiskell, M., Goodman, J. R., Bloom, A., Weaver, S.*: Amer. J. Dig. Dis. 1964, 9, 461. — 59. *Szarvas F.*: Magy. Belorv. Arch. Suppl. „A gyomorsecretióról”, 1970. — 60. *Taylor, K. B., Doniach, D., Couchman, K. G., Shapland, C.*: Brit. Med. J. 1962, 2, 1347. — 61. *Tomasi, T. B., Siegelbaum, Z.*: J. Clin. Invest. 1963, 42, 1552. — 62. *Varró V., Jávorski T.*: Orv. Hetil. 1959, 100, 1837. — 63. *Varró V.*: Orvosképzés. 1962, 37, 47. — 64. *Varró V.*: Gastroenterologia. Medicina, Budapest, 1964. — 65. *Varró V.*: Achlorhydria. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1964. — 66. *Varró V.*: Orv. Hetil. 1968, 109, 1122. — 67. *Varró V.*: Magy. Belorv. Arch. Suppl. „A gyomorsecretióról”, 1970. — 68. *Te Velde, K., Hoedemaker, P. J., Anders, G. J. P. H., Arends, A., Nieweg, H. O.*: Gastroenterology. 1966, 51, 138. — 69. *Waldman, T.*: Lancet. 1961, 2, 121. — 70. *Wetterfors, J., Gulberg, R., Liljedahl, S. O., Plantin, L. O., Birke, G.*: Acta med. scand. 1960, 168, 347. — 71. *Wirts, W. C., Calderon, L.*: Amer. J. Med. Sci. 1955, 219, 304. — 72. *Wolff, G.*: Arch. Geschwulstforsch. 1968, 31, 184. — 73. *Wroblewski, F.*: Med. Clin. N. Amer. 1961, 45, 513.

SANOTENSIN

antihypertensivum

Középsúlyos és súlyos hypertonia betegségénél
— malignus lefolyású kórképeknél is — hyperthyrosisnál:

tablettánként 10, ill. 25 mg guanethidin sulf.
Javallatáról, mellékhatásáról, adagolásáról
és rendelkezéséről a „Tájékoztató” c. kézikönyv
nyújt felvilágosítást

40 × 10 mg tábl.	17,80 Ft	20 × 25 mg tabl.	20,10 Ft
200 × 10 mg tabl.	82,80 Ft	200 × 25 mg tabl.	181,50 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



Pécsi Orvostudományi Egyetem, I. Belklinika
(igazgató: Jávor Tibor dr.)

A s_{erum} és a nyál IgA szintjének összehasonlító vizsgálata leukaemiában és paraproteinaemiákban

Patakfalvi Albert dr., Miszlay Zsuzsanna dr.
és Böhm Gabriella

Az utóbbi években a kutatók figyelme a systemás antitesttermelő rendszer mellett a helyi immunoglobulin-termelés és immunológiai történések felé fordult. A localisan képződött immunoglobulinok közül a legnagyobb jelentősége az immunoglobulin A-nak (IgA) van (32, 34).

A testnedvekben található IgA a s_{erum} IgA-hoz viszonyítva többlet glykoproteint tartalmaz, amelyet korábban „transport”, újabban „secretoros factornak” („secretory piece”) neveznek. A secretoros factor molekulasúlya 60 000, amely három IgA-val kapcsolódik, nem kovalens kötéssel. Az így keletkezett secretoros IgA molsúlya 390 000, sedimentációs állandója 11 S, szemben a s_{erum} IgA 165 000 (7 S) molekulasúlyával. A secretoros IgA-t a tejből és a colostrumból is nagy mennyiségben izolálták (10, 34).

A testnedvekben található IgA többsége secretoros, kisebb része a plasmából ered, feltehetően diffúzió útján (9, 16, 22). A nasalis secretumban a plasmaticus-secretoros arány kb. 20:80, a nyálban 10:90 (9, 16). Egészséges felnőtteken Collins és mtsai (10) az alábbi IgA koncentrációt állapították meg:

1. táblázat.

IgA koncentráció megoszlása különböző testnedvekben
(Collins és mtsai adatai alapján)

colostrum	151 mg ⁰ / ₀
nyál	2,8—15 mg ⁰ / ₀
könny	7 mg ⁰ / ₀
bronchusnedv	8,2—70 mg ⁰ / ₀
epe	53 mg ⁰ / ₀
vékonybélnedv	74 mg ⁰ / ₀
prostataváladék	26 mg ⁰ / ₀
vaginaváladék	6,3 mg ⁰ / ₀
amnionfolyadék	1,6 mg ⁰ / ₀

Kísérletes és klinikai adatok alapján a secretoros immunoglobulinoknak a helyi, nyálkahártyák felől kiinduló infekciók elhárításában van szerepük (1, 2, 5, 8,

31). A localis immunizálás secretoros IgA keletkezését eredményezi (13). Bonomo és mtsai (5) bizonyították, hogy a secretumok antitest aktivitásának a légzőszervi infekciók elhárításában nagyobb szerepe van, mint a s_{erum} antitestekének. A secretoros IgA többféle aktivitást mutat, beleértve az isoagglutinációt is, de legjelentősebb az antivirális aktivitása (2, 26, 31).

2. táblázat.

A s_{erum} és a nyál IgA átlagértékei (standard error)

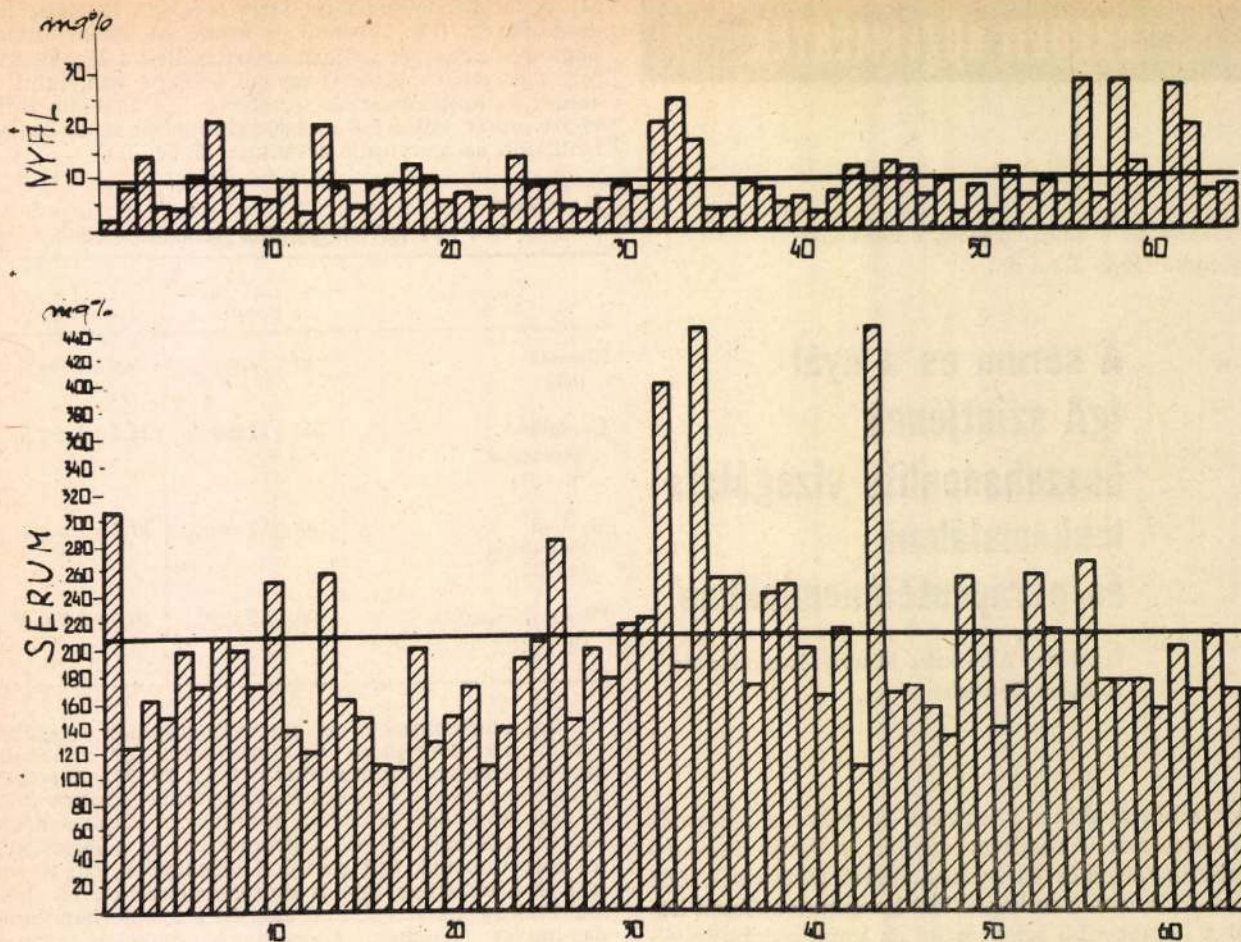
Csoportok	IgA	
	Serum	Nyál
Normál (64)	210 ± 28 mg%	9,8 ± 2 mg%
Lymphoid leukaemia (n=34)	106 ± 12 mg%	11,5 ± 1 mg%
Myeloid leukaemia (n=25)	193 ± 17 mg%	11,5 ± 1 mg%
Paraproteinaemia (n=16)	96 ± 27 mg%	10,9 ± 1,2 mg%

Immunfluorescens és autoradiographiás vizsgálatokkal „secretory piece” és a secretoros IgA molekula képződési helye is kimutatható (7, 19, 20, 27). A secretoros componens az acinusok mirigyhámsejtjeiben (37), az IgA immunoglobulinok a submucosa plasmasejtjeiben termelődnek (11/a). A gyomor-bél és a légzőtractus secretumának IgA szintje a legnagyobb, bár kevés IgG és nyomokban IgM is syntetizálódik (7, 12). Immunfluorescens vizsgálatok alapján a gyomorban, duodenumban, colonban, appendixben csaknem azonos arányban syntetizálódik az IgA és IgM (35). A parotidban, jejunumban és a sigmoideumban magasabbnak találták az IgA productiót (12, 15, 24).

A s_{erum} és a nyál IgA tartalmának összehasonlító vizsgálata egészséges egyéneken arra a következtetésre vezetett, hogy a keringő és a localis immunoglobulin-synthesis elkülönült regulációk befolyásolása alatt áll (9). Antitesthiány syndromában a gyakori légúti infekciók, chronicus hasmenés, malabsorptio a localis IgA synthesis elégtelenségét is feltételezik. A gamma-globulin substitutio az esetek egy részében hatástalan. A terapia-resistens esetekben nem tisztázott még a helyi immunoglobulin-synthesis szerepe. E körülmények indítottak minket arra, hogy nagyobbbrészt s_{erum} IgA-deficienciával, kisebb részt IgA túlproductióval járó haematológiai kórképekben határozzuk meg párhuzamosan a s_{erum} és a nyál IgA koncentrációját. Közleményünkben a chronicus lymphoid és myeloid leukaemiákban, valamint paraproteinaemiákban végzett vizsgálatainkról kívánunk beszámolni.

Vizsgálati anyag

A s_{erum} és a nyál IgA koncentrációját párhuzamosan az alábbi csoportokban határoztuk meg: 1. kontrollként 64 egészséges felnőttet vizsgáltunk. Életkoruk 16 évtől 74 évig terjedt, átlagosan 27 év volt. Nem szerinti megoszlásuk: 36 nő, 28 férfi. 2. A második csoportban 34 lymphoid leukaemiás beteget vizsgáltunk. A 34 eset közül 26-ban a betegség 1—3 évig, 8-ban 3—8 évig állott fenn. 3. A har-



1. ábra.

64 egészséges felnőtt serumának és nyálának IgA értékei. A vízszintes vonal a normál átlagértéknek felel meg

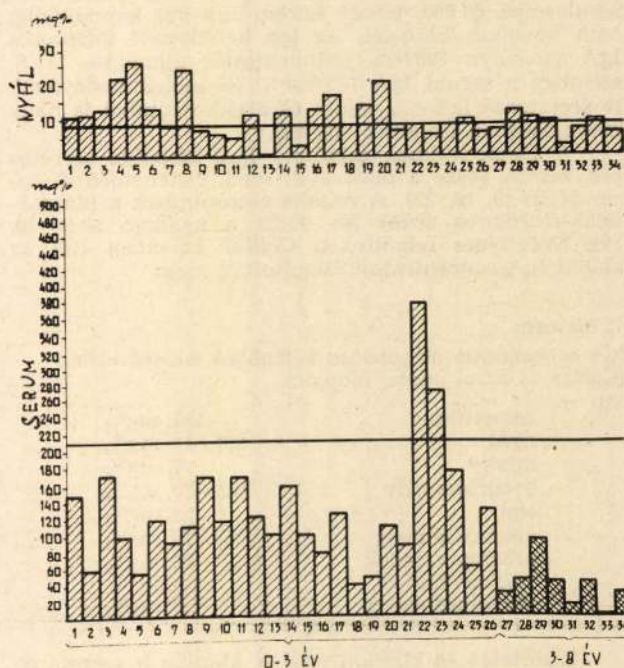
madik csoporthoz 25 myeloid leukaemiás beteg tartozott. 21 esetben a betegségstartam 0—3 év, 4 esetben 3—10 év volt. 4. A negyedik csoportban különböző paraproteinaemiás betegek IgA koncentrációját határoztuk meg. A vizsgált 16 beteg közül 14-nek myeloma, 2-nek makroglobulinaemia volt az alapbetegsége. A paraproteinosztály, ill. típus szerinti megoszlás: IgG: 9, IgA: 3, IgU: 2 és IgM: 2.

Vizsgálati módszer

Az IgA koncentráció meghatározására Mancini, Carbonara, Heremas radial immunodiffúziós módszerét alkalmaztuk (21). A Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet által előállított L-40-B jelzésű Anti-IgA savót előkísérletben megállapított 1:10-es hígításban használtuk. A vizsgálandó serumot 4-szerre hígítottuk, a nyálát hígítatlanul helyeztük az antigentartályba. Betegeink többségében a serumból 2 alkalommal levett mintából 1—1, nyál esetében két alkalommal levett mintából 2—2 meghatározást végeztünk. Az így meghatározott mennyiségek középértékeit értékeltük. A többszöri meghatározással az IgA szint egyéni ingadozásából és a módszer hibájából eredő eltérést szándékoztunk kiküszöbölni. A nyálból az IgA-val párhuzamosan a Na-koncentrációt is meghatároztuk.

Eredmények

1. *Kontroll csoport.* 64 egészséges felnőtt vizsgálata alapján a serum IgA koncentrációját 210 ± 28 mg⁰/₀-ban, a nyál IgA koncentrációját $9,8 \pm 2$ mg⁰/₀-ban állapítottuk meg (1. ábra). A serum IgA

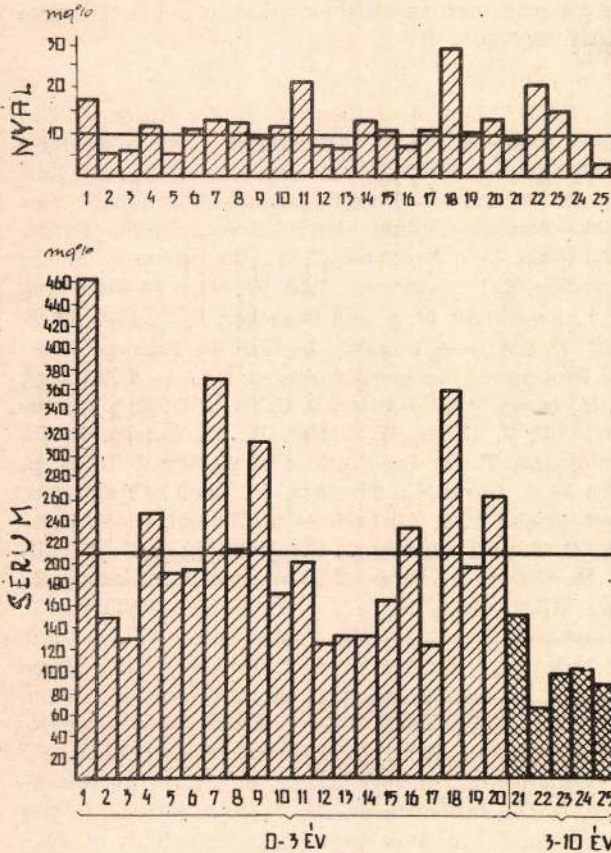


2. ábra.

34 lymphoid leukaemiás beteg IgA koncentrációjának a megoszlása a serumban és a nyálban, betegségstartam szerint. A vízszintes vonal a normál átlagértéket jelzi

szintje részben a kortól is függött, ugyanis fiatal felnőtteken általában valamivel alacsonyabbak voltak az értékek. A serum és a nyál IgA koncentrációja között általában nem volt correlatio.

2. *Lymphoid leukaemiában* a serumban — 2 esetet leszámítva — az IgA értékek nem érték el a normál átlagértéket, sőt az esetek többségében jelentős IgA csökkenés volt megfigyelhető. A kontrol-



3. ábra.

25 myeloid leukaemiás beteg IgA koncentrációjának megoszlása betegségstadium szerint

lokéhoz viszonyítva a csökkenés significans. Ezzel szemben a betegek nyálában az IgA koncentratio nem csökkent, sőt emelkedett. Az emelkedés nem volt significans (2. és 6. a, b ábra, 2. táblázat).

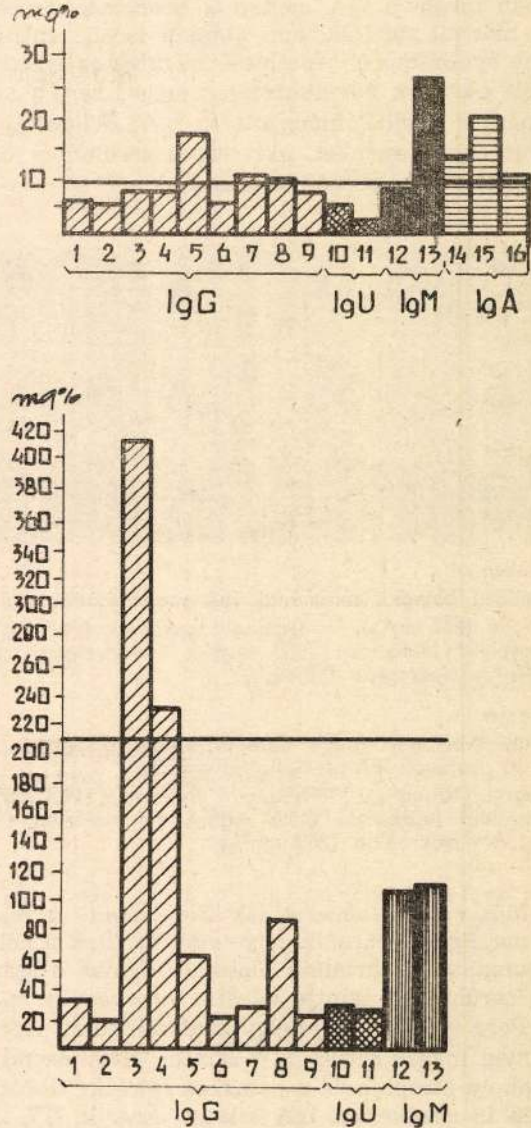
3. *Myeloid leukaemiában* a serum IgA koncentrációja mérsékelt csökkenést mutatott. A nyál IgA koncentrációja hasonlóan viselkedett, mint lymphoid leukaemiában (3. és 5. a, b ábra).

4. *Paraproteinaemiás* esetekben találtak a serum IgA legkifejezettebb csökkenését. Ennek ellenére a nyál IgA koncentrációja nem csökkent, sőt némileg emelkedett a kontroll esetekhez viszonyítva (4. és 5. a, b ábra), 1. táblázat).

A párhuzamosan meghatározott nyál Na-concentratio a betegek esetében nem mutatott lényeges eltérést a kontrollokhöz viszonyítva. Normál esetekben a nyál Na-conc. középértéke 14,7 maeg/l, a betegek esetében 13,2 maeg/l volt. Az egyes betegcsoportokon belül sem volt értékelhető különbség.

Megbeszélés

Az a körülmény, hogy egészséges egyének serumának és vizsgált secretumainak IgA szintje között nincsen correlatio, a keringő és a localis immunoglobulin-synthesis független regulációjára utal. Patológias állapotok ezt a megfigyelést még jobban alá támasztják. Több klinikai észlelés szól amellett,

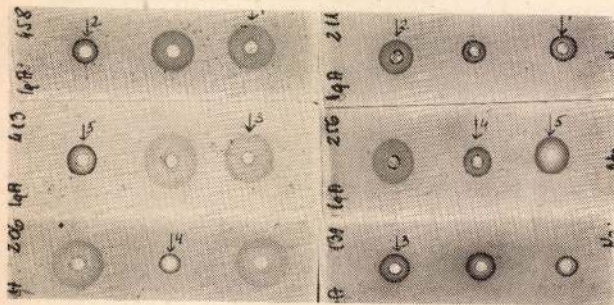


4. ábra.

16 paraproteinaemiás beteg IgA koncentrációjának megoszlása a serumban és a nyálban paraproteinosztály, ill. típus szerint

hogy a serum IgA erős csökkenése, sőt teljes hiánya sem zárja ki az IgA localis synthesisét. A szóban forgó megfigyeléseket csaknem kizárólag gyermekgyógyászati, hereditaer megbetegedések kapcsán tették. *McFairlin és mtsai* (23), *Hazenberget és mtsai* (15) agammaglobulinaemiás és ataxia teleangiectasiás betegek nyálában IgA-t mutattak ki, holott a serumból hiányzott az IgA. *Thomas és mtsai* (33), valamint *Poln és mtsai* (25) a secretoros factort az újszülöttek nyálából is ki tudták mutatni.

Az elmondottak fordítottja, normális vagy emelkedett serum IgA szint és a secretoros IgA csökkenése vagy hiánya is előfordulhat. Az utóbbi gyakorlati jelentősége igen nagy, ha figyelembe vesszük *Bellantini és mtsai* (4) adatait, amely szerint a légúti és a gastrointestinalis infekciókkal szembeni ellenállás elsősorban a localisan képződött antitestektől függ. *Türk és Wierbitzky* (38) spasticus bronchitisben és bronchopneumoniában szenvedő csecsemők és 3 éven aluli gyerekek serumában meglévő IgA mellett a bronchus secretum IgA hiányát találták, ami alapján localis antitesthiány szindrómáról beszélnek. *Buckley és mtsai* (6) között esetében következetesen magas serum szint ellenére a nyálból hiányzott az IgA. *Bellantini* (4) között olyan eseteket, akiknek a serumából és a nyálából egyaránt hiányzott az IgA.



5/a. ábra.

Különböző betegek serumának IgA praecipitációs gyűrűi:
 1 = norm. (242 mg%), 2 = lymphoid leukaemia (25,8 mg%),
 3 = myeloid leukaemia (250 mg%), 4 = myeloma (11,6 mg%),
 5 = makroglob. (50 mg%)

5/b. ábra.

Különböző betegek (a 5/a. ábrában feltüntetettékével azonos) nyálának IgA praecipitációs gyűrűi:

1 = norm. (10 mg%), 2 = lymphoid leukaemia (19,6 mg%),
 3 = myeloid leukaemia (15,5 mg%), 4 = myeloma (12,3 mg%),
 5 = makroglob. (26,8 mg%)

Más részről ismeretesek *Eidelmann és mtsai* (12) megfigyelései, akik correlatiót találtak a bélfal immunoglobulin tartalmú plasmasejtjeinek a száma és a serum IgA szintje között. *Inmonen és mtsai* (17) *Poln és mtsai* (25) bélgyulladások során figyeltek meg magas serum IgA szintet. Ezzel szemben bélboholy atrophia és a pancreas cysticus fibrosisa esetén is emelkedett IgA szintet írtak le (17, 25). *Schwartz, Wagsteff és mtsai* (29, 39) feltételezik, hogy az állandó infekciók következtében károsodott helyi immunoglobulinképző rendszer szerepét is a generalis immunapparat veszi át.

Szerzett, haematológiai kórképekhez társuló antitesthiány szindrómában végzett összehasonlító serum és nyál immunoglobulin meghatározásokról nincsen tudomásunk. Az itt talált eredmények annál is inkább érdekesek, mert nem öröklött defect proteinaemiákról van szó. Eredményeink egyértelműen amellel szólnak, hogy az általános immunapparat károsodása ellenére a helyi immunoglobulin termelés ép, sőt fokozott lehet. Eseteinkben feltételezhető a localis immunapparat compensatoricus szerepe.

Összefoglalás. Szerzők *Mancini, Carbonara, Heremans* radial immundiffúziós módszerével 64 egészséges felnőtt, 34 lymphoid leukaemiás, 25 myeloid leukaemiás és 16 paraproteinaemiás beteg serum és nyál IgA koncentrációját határozták meg párhuzamosan. Normál esetekben sem volt correlatio a serum és a nyál IgA szintje között. A serum IgA myeloid leukaemiában mérsékelt, lymphoid leukaemiában és paraproteinaemiában significans csökkenést mutatott. Ezzel szemben leukaemiákban a nyál IgA koncentrációja mérsékeltlen megemelkedett, paraproteinaemiákban a kontrollokéval lényegében egyező volt.

IRODALOM: 1. *Bellantini, J. A.*: Amer. J. Dis. Child. 1968, 115, 239. — 2. *Bellantini, J. A.*: In Protides of biological fluids (16th colloquium, 1969), pp. 221. Edited by Peeters H. Oxford—London—Edinburgh—New York—Toronto—Sydney—Paris—Braunschweig. Pergamon Press. — 3. *Bellantini, J. A., Artenstein, M. S.* and *Buescher, E. L.*: J. Immun. 1965, 94, 344. — 4. *Bellantini, J. A., Artenstein, M. S.* and *Buescher, E. L.*: Pediatr. 1966, 37, 924. — 5. *Bonomo, L., Liso, F., Tedesco, F. P.*: In: Protides of biological fluids (p. 371.) — 6. *Buckley, R. H., Lucas, Z. J., Hattler, B. G. jr.*: Clin. Exp. Immunol. 1968, 3, 153. — 7. *Butler, W. T., Rossen, R. D., Waldmann, T. A.*: In: Protides of biological fluids (p. 331.) — 8. *Bürgi, H., Trechsel, R., Regli, J.*: Schweiz. Med. Wschr. 1968, 98, 1361. — 9. *Claman, H. N., Merrill, D. A. and Hartley, T. F.*: J. Allerg. 1967, 40, 151. — 10. *Collins-Williams, C., Lamenza, C., Nizami, R.*: Ann. Allerg. 1967, 25, 177. — 11. *Collins-Williams, C., Lamenza, C., Kobutu, H.*: Canad. Med. Ass. J. 1968, 99, 1069. — 12. *Crabbé, P. A., Carbonara, A. O., Heremans, J. F.*: Lab. Invest. 1965, 14, 235. — 13. *Eidelman, S., Lavis, D., Lagunoff, D. and Rubin, C. E.*: J. Clin. Invest. 1966, 45, 1003. — 14. *Furth, R. and Aiutti, F.*: In: Protides of biological fluids. p. 479. — 15. *Hazenberg, B. D., Hoedemaeker, Ph. J., Nieuwenhuis, P. and Mandema, E.*: In: Protides of biological fluids (p. 491.) — 16. *Haworth, J. C. and Dilling, L.*: J. Lab. Clin. Med. 1966, 67, 922. — 17. *Inmonen, P.*: Ann. Paediat. 1966, 207, 269. — 18. *Kelemen E.*: Magy. Belorv. Arch. 1969, 12, 169. — 19. *Keimowitz, R. I.*: J. Lab. Clin. Med. 1964, 63, 54. — 20. *O'Daly, J. A., Cebra, J.*: In: Protides of biological fluids. (p. 205.) — 21. *Mancini, G., Carbonara, O. A., Heremans, J. F.*: Immunochemistry. 1965, 2, 235. — 22. *Masson, P. L., Heremans, J. F. and Kasel, J. A.*: Clin. Invest. 1966, 45, 768. — 23. *McFairlin, D. E., Straber, W., Wochner, R. D. and Waldmann, T. A.*: Science. 1965, 150, 1175. — 24. *Pallavicini, J. C., Wiesmann, V. N., Disant Agnese, P. A.*: In: Protides of biological fluids. (p. 379.) — 25. *Poln, H., Ballieux, L. E., Mul, N. A., Stoop, J. W.*: In: Protides of biological fluids. (p. 487.) — 26. *Remington, J. S., Vostik, L., Lietze, A. and Zimmermann, A. L.*: J. Clin. Invest. 1964, 43, 1613. — 27. *Rossen, R. D., Sade, A. L., Butler, W. T. and Kasel, J. A.*: Clin. Invest. 1966, 45, 768. — 28. *Schultze, H. E., Heremans, J. E.*: Molecular Biology of Human Proteins. Vol. Elsevier Publishing Company. Amsterdam—London—New York, 1966. — 29. *Schwartz, R. H.*: Amer. J. Dis. Child. 1966, 111, 408. — 30. *South, M. A., Cooper, M. D., Wolheim, F. A., Good, R. A.*: Amer. J. Med. 1968, 44, 168. — 31. *Smith, C. E., Puer-*

cell, H., Bellantini, J. A. and Chanok, P. M.: New Eng. J. Med. 1966, 275, 1145. — 32. Small, P. A. jr. and Waldmann, R. H.: In: Protides of biological fluids. (p. 221.) — 33. Thomas, J., Tomasi, J. B. jr.: New Eng. J. Med. 1968, 279, 1327. — 34. Tomasi, T. B.: Blood. 1965, 25, 382. — 35. Tomasi, T. B., Tan Eng M., Solomon, A. and Prendergast, R. A.: J. Exp. Med. 1965, 121, 101. — 36. Tomasi, T. B. jr. and Ziegelbaum, S. D.: Arthritis rheumatica. 1962, 5, 662. — 37. Tour Wille, D. R., Bienstock, J., Tomasi, T. B. jr.: J. Exp. Med. 1969, 129, 411.

— 38. Türk, E., Wierbitzky, S.: Dtsch. Med. Wschr. 1969, 94, 2554. — 39. Wagstaff, B. W., Aldous, E. W., Rallison, M. L. and Heiner, D. C.: Immunglobulins (Igs) in cystic fibrosis (CFp). Read at the Society for Pediatric Research 36th Annual Meeting. Atlantic City, April 29 — 30, 1966. — 40. Zaccheo, D., Palleschini, E. A.: Minerva Otorinolaring. 1968, 18, 123.

Jobst Kázmér dr. tanár úrnak a nyál Na-conc. meghatározásáért köszönetünket fejezzük ki.

HALO PERI DOL

injekció, tableta és 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 körkép, mely motoros és pszichés agitációval jár, mánia, paranoidhallucinatoros körképek, agitált depressió, erethikus oligophrenia és epileptiformis psychosisok, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó körképek. Hysteria.

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

Adag a 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 változhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermkek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózisa negyede, 6—15 éves korig a felnőtt dózisa 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 szerekkel kupírozhatók.

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS terhére idegzsakrendelések, ideggondozók szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi stb. orvosok csak idegzsakrendelés (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 tableta	13,70 Ft
250 tableta	58,30 Ft
1 × 10 ml-es üveg solutio	17,20 Ft

GYÁRTJA: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRÜGYÁR, BUDAPEST X.

PH

795

A vérlemezzsám, a megakaryocita-rendszer és a thrombopoeticus-plasma tényező ciklusos változása cyanoticus vitiumos gyermekben

Goldschmidt Béla dr. és Fonó Renée dr.

Thrombocytopenia gyakran észlelhető cyanoticus congenitalis vitiumos gyermekeknél (5, 6, 14). Ennek oka csökkent termelés vagy fokozott eltűnés lehet. Az utóbbi elképzelést támogatja, hogy a vérlemezek élettartama rövidebb a normálnál (10). A thrombocytaképzésre vonatkozó adattal ebben a betegcsoportban nem rendelkezünk. Korábban megfigyeltük, hogy a thrombocytopeniás morbus coeruleusos betegek vérplasmájában thrombocytosist stimuláló faktor(ok) (thrombopoetin) van jelen (4).

A thrombocytosist stimuláló plasmatényezőt először Kelemen és mtsai (8) vizsgálták. Később ezt a fehérjetermészetű anyagot Rák és mtsai (15) a vérplasma β_2 -globulin frakciójába lokalizálták. Hatása állatkísérletekből ismert: iv. vagy ip. bevitel esetén fokozza a megakaryocita- és a thrombocytaképzést. A csontvelőben felszaporodnak a megakaryoblastok és növekszik a megakaryocyták száma és nagysága. Az aktív plasma bevitele utáni 5. napos maximummal a perifériás vérben thrombocytosist lehet megfigyelni (1, 9, 12).

A vérlemezképzés spontán regulációjára nincsenek human megfigyelések, sem egészséges, sem beteg anyagon. Cyanoticus vitiumos betegeknél hosszabb időn keresztül, folyamatosan vizsgáltuk a thrombocytaszám, a plasma thrombopoeticus aktivitás és a csontvelői megakaryocita-rendszer dinamikus változását. Jelen közleményben e vizsgálatokról számolunk be.

Anyag és módszer

Tizenkét, 4—14 éves kor közötti cyanoticus congenitalis vitiumos gyermeket vizsgáltunk (7 fiú, 5 lány). Kórforma szerinti megoszlásuk: 10 Fallot-tetralógia és 2 nagyér-transpositio. A betegek haematokrit értéke 70—86% között, az arteriás O_2 -saturációjuk 40—92% között volt. A megfigyelési periódusban polyglobuliájuk lényegesen nem változott.

A megfigyelési idő 10 hét volt.

A thrombocytaszámot 2—4 napos időközökben, vénás vérből, Fischer és Germer (2) módszere szerint, direkt, fáziskontraszt-mikroszkóp segítségével határoztuk meg. A lemezkeszámolást vakon, két-két Bürker-kamrában végeztük. Az így kapott értékek átlagát vettük a tényleges lemezkeszámnak.

A plasma thrombopoeticus aktivitásának vizsgálatához a vért a reggeli órákban vettük le. Az alvadást 10 ml vérhez adott 500 IE heparinnal gátoltuk. A lemezmentes plasmát 20 percig tartó 3000 ford./perc (2500 g) centrifugálással nyertük. E plasmát vagy azonnal, vagy néhány napos — —20° C-on való — tárolás után használtuk fel. Ez alatt az idő alatt a thrombopoeticus aktivitásban változást nem észleltünk (4). A plasmákat nem kezeltük sterilen. A vizsgálatot egerek 5—6-os csoportjain végeztük. E célra 8—10 hetes, mindkét nemű, BALB/c törzsű, standard diétán tartott állatokat használtunk. A kérdéses plasma 0,2—0,3 ml-ét intraperitoneálisan adtuk be, majd ezután az 5. napon megszámoltuk az egerek vérlemezkeszámát. Pozitívnak akkor vettük a donor plasma thrombopoeticus aktivitását, ha az egerek vérlemezkeszáma legfeljebb egy kivételével legalább 30%-kal emelkedett a kiindulási értékhez képest (4).

A megakaryocita-rendszert sternumpunctióval nyert csontvelőkenetben, May—Grünwald—Giemsa-festés után vizsgáltuk (11). Az óriássejteket morfológiai-lag osztályoztuk érési stádiumuk alapján. Három csoportot különböztettünk meg.

- I. csoport: megakaryoblastok és promegakaryocyták.
- II. csoport: granularis, basophil plasmájú, thrombocytát még nem képező megakaryocyták.
- III. csoport: érett, oxyphil plasmájú, lemezképző megakaryocyták.

A megakaryogramot 50 vagy 100 óriássejt leszámlolása alapján kaptuk meg. A thrombopoiesis intenzitását a csontvelőben az ún. *maturatiós indexszel* (M. I.) fejeztük ki.

$$M. I. = \frac{I. csop. + II. csop.}{III. csop.}$$

A M. I. normálisan 1,0 alatt van. Fokozott csontvelői megakaryo/thrombocytopenia esetén a fiatal praecursorok száma megemelkedik, ezért a megakaryogram balra tolódik és a M. I. 1,0 fölé emelkedik.

Eredmények

A cyanoticus betegek vérlemezkeszámának és plasmájuk thrombopoeticus aktivitásának alakulását négy kiragadott esetben az 1. ábrán mutatjuk be. A többieknél is hasonló megfigyelést tettünk.

A betegek thrombocytaszáma a megfigyelési idő alatt periódusosan változik. Az egyes ciklusok 10—15 napig tartanak. A szélső értékek 20 000 és 500 000 thrombocyt/mm³. Általában a vérlemezek száma 300 000/mm³ alatt van. A thrombopeniás szakaszok (<120 000 lemez/mm³) 3—15 napig tartanak.

A thrombopeniás stádium első napjaiban minden beteg plasmája thrombopoeticus hatású. Néhány esetben normális vérlemezzsám mellett is észleltük ezt, főleg olyan betegeknél, akiknek az arteriás oxygen-saturációja 70% alatt volt. A thrombocytaszám normalizálódása után a betegek plasmája nem befolyásolta a recipiens egerek vérlemezkeszámát.

A csontvelői megakaryocita-rendszer balra tolódását figyeltük meg a thrombocytaciklus thrombopeniás szakaszában. Jelentősen felszaporodnak a megakaryoblastok és promegakaryocyták. Ezt fe-

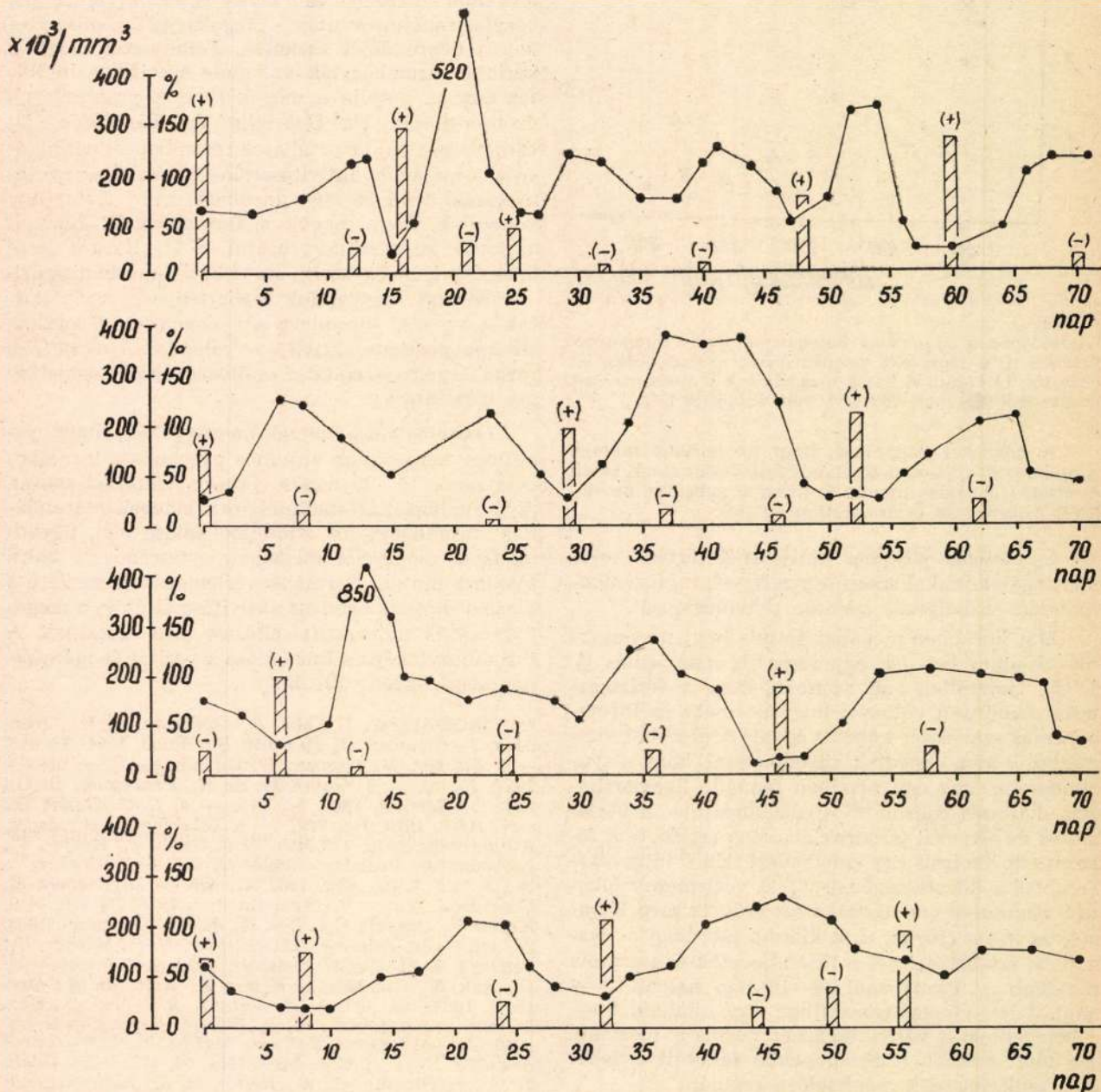
jezi ki a jóval 1,0 fölé emelkedő M. I. is. A 2. ábrán a M. I. a megfelelő perifériás thrombocytaszám függvényében látható. Normális thrombocytaszám mellett a M. I. 1,0 alatt van, ilyenkor a megakaryocyták és praecursoraik morfológiai eltérést nem mutatnak. Az ábrán jelöltük azokat az eseteket, mikor a plasma thrombopoeticus aktivitását ki tudtuk mutatni. A pozitív thrombocytopoeticus aktivitás egy eset kivételével mindig egybeesett a megakaryogramm balra tolódásával.

Megbeszélés

A különböző módon létrejött thrombopeniás állapotokban megjelenik a plasmában egy protein, melynek hatására a thrombocytaszám bizonyos idő elteltével normalizálódik (11).

A thrombopoesis humoralis szabályozásáról nyert ismereteink főleg állatkísérleteken alapszanak. *Odell és mtsai* (13) thrombopeniássá tett donor patkányok plasmájának átvitele után a recipiens patkányok csontveljében megakaryocytaszám-emelkedést figyeltek meg. *Harker* (7) maguknak a thrombopeniássá tett patkányoknak a csontvelői megakaryocytaszám és -nagyság növekedését észlelte. *Ebbe és mtsai* (1) már qualitativ csontvelői változásokat írtak le, miután megakaryocytosist stimuláltak thrombopeniássá tett patkányokban. Kezdetben a praecursor sejtek, a megakaryoblastok és promegakaryocyták szaporodnak meg, később a basophil megakaryocyták száma nő, eközben már csökken a fiatalabb alakok száma és emelkedni kezd a perifériás vériemekeszám.

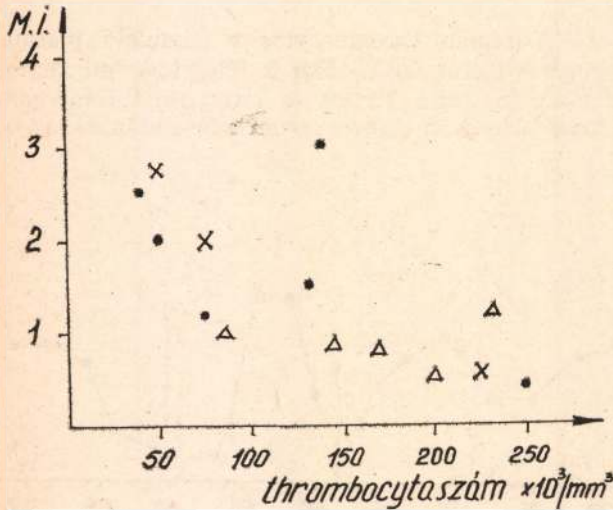
A human thrombocytosist stimuláló plazma-tényező csontvelői hatását is főleg kísérleti állaton tanulmányozták. *Krizsa és mtsai* (9) thrombopoeticus aktivitású emberi serum adása után 24 órával



1. ábra.

Cyanoticus vitimos gyermekek thrombocytaszámának változása (folyamatos vonal) és a betegek plasmájának hatása a recipiens egerek thrombocytaszámára (vonalkázottoszlopok)

a legfiatalabb megakaryocyták relatív szaporulatát, a második és harmadik napon az óriássejtek mennyiségének abszolút növekedését észlelték a recipiens egéren, mind a csontvelőben, mind a lépben. A keringő vérlemezek száma a harmadik naptól nő, a thrombocytaszint maximuma az ötödik vagy hatodik napon van. Úgy gondolják, hogy a thrombocytosist keltő tényező a haemopoeticus őssejteknek a megakaryocytá irányba való differenciálódását stimulálja.



2. ábra.

Osszefüggés a cyanoticus betegek perifériás thrombocytaszáma és a csontvelői megakaryocytá rendszer érési indexe (M. I.) között. A beteg plasmájának thrombopoeticus hatása volt (●), nem volt (△), nem vizsgáltuk (×)

A helyzetet bonyolítja, hogy aspecifikus ingerek is megakaryocytaszám-emelkedéshez vezethetnek. *Odell és mtsai* (13) tojás-albumin és üvegporsubcután bevitelével váltottak ki óriássejt-szaporulatot.

Cyanoticus vitiumos betegeknel történt sorozatvizsgálatainkkal sikerült megfigyelni a thrombocytaszám-szabályozás spontán dynamismusát.

Már korábban megállapítottuk, hogy a cyanoticus vitiumos betegek egy része thrombopeniás (5, 6, 15). Ismeretlen volt azonban, hogy a vérlemezszám ciklikusan változik, hogy normális és thrombopeniás szakaszok követik egymást. Korábbi vizsgálataink arra engedtek következtetni, hogy a cyanoticus betegek egy részében fennálló haemorrhagiás diathesis consumptiós coagulopathia: a vérlemezek és alvadási faktorok alacsony értéke és a fokozott fibrinolysis egy emelkedett szintű intravasalis alvadás következménye (5). A vérlemezek fokozott eltűnésére vonatkozóan ezt erősítik meg *Kümmer és mtsai* (10) is, akik kimutatták, hogy a cyanoticus szívbetegnekél a thrombocyták élettartama rövidebb a normálisnál (9–10 nap helyett 3–4 nap). Jelen vizsgálatsorozatban úgy találtuk, hogy e betegekben a vérlemezképzés normális mértékű, sőt adott esetben (thrombopenia) fokozott is lehet és a szükségletnek megfelelően regulált.

Elképzelésünk: a thrombocytáknak a perifériáról való eltűnése után, egy máig ismeretlen mechanizmus szerint thrombopoetin kerül a plasmá-

ba (vagy inhibitor tűnik el). Ennek következtében a csontvelőben megszorodnak a megakaryocytapraecursorok, fokozódik a megakaryopoiesis. Néhány napos érési idő után a perifériás vérben megkezdődik a vérlemezzszám növekedése, miközben a plasma thrombopoeticus aktivitása eltűnik. A megakaryocytá-rendszer ismét a normális, megszokott minőségi arányokat mutatja. A thrombopeniát kiváltó noxa, mely feltehetően a lassult keringés és hypoxaemia következménye, ismételt fellépése esetén a ciklus kezdődik előlről.

Találkozunk a mienkkel ellentmondó adattal is. *Gross és mtsai* (6) nem észlelték megakaryocytá-eltérést cyanoticus betegeknel. Munkájuk értékelhetőségét nehezíti, hogy nem közlik az óriássejtek vizsgálatának és kiértékelésének módját.

A thrombopoiesis szabályozásának „feed-back”-jére több elképzelés van. *Odell és mtsai* (14) thrombocytá-transzfúziók után a megakaryo/thrombocytopoiesis depressióját észlelték. Feltételezik, hogy a keringő thrombocyták valamely specifikus inhibitor anyaga gátolja a megakaryocytá-praecursorok proliferációját. *De Gabrielle és Penington* (3) thrombopeniás donor állatok thrombopoeticus hatású plasmájának aktivitáseltűnését észlelték vérlemezekkel való *in vitro* incubálás után. Ezért úgy gondolják, hogy maguk a thrombocyták képesek az aktív anyagot adszorbeálni és így hoznak létre látszólag igen egyszerű „feed-back”-mechanizmust.

Sorozatvizsgálataink újabb tényeket szolgáltatnak a keringő thrombocyták száma és a plasma thrombopoeticus aktivitása, valamint a csontvelői megakaryocytá-rendszer változása közti összefüggés igazolására.

Összefoglalás. Szerzők megfigyelték, hogy cyanoticus congenitalis vitiumos gyermekek thrombocytaszáma 10–25 napos ciklusos változást mutat. A thrombopeniás stádiumban a betegek plasmájának thrombocytosist stimuláló hatása van, ugyanakkor a csontvelői megakaryocytá-rendszer balra tolódást mutat. Normális vérlemezzszám mellett a plasma thrombopoeticus aktivitása eltűnik, a megakaryocyták morfológiai eltérést nem mutatnak. A thrombocytáképzés intenzitása a perifériás igényeknek megfelelően változik.

IRODALOM: 1. *Ebbe, S., Stohlman, F. jr., Overcash, J., Donovan, J., Howard, D.*: Blood. 1968, 32, 383. — 2. *Fischer, W., Germer, W. D.*: Röntg.-Labor. praxis. 1957, 10, 49. — 3. *Gabrielle, de G., Penington, D. G.*: Brit. J. Haemat. 1967, 13, 210. — 4. *Goldschmidt B.*: Orv. Hetil. 1970, 111, 2467. — 5. *Goldschmidt, B.*: Mschr. Kinderheilk. 1970, 118, 450. — 6. *Gross, S., Keefer, V., Liebman, J.*: Pediatrics. 1968, 42, 651. — 7. *Harker, L. A.*: J. Lab. Clin. Med. 1968, 47, 458. — 8. *Kelemen E., Cserhádi I., Tanos B.*: Acta Haemat. 1958, 20, 350. — 9. *Krizsa F., Gergely Gy., Rák K.*: Kísérl. Orvostud. 1968, 20, 391. — 10. *Kümmer, H., Gurtner, H. P., Bucher, U.*: Schweiz. Med. Wschr. 1964, 94, 1334. — 11. *Lehoczký D., Rák K., Cserhádi I., Krizsa F., Kelemen E.*: Orv. Hetil. 1963, 104, 433. — 12. *Maupin, B.*: Blood platelets in man and animals. Vol. 1. Oxford. Pergamon Press, 1969, 11. — 13. *Odell, T. T. jr., McDonald, T. P., Howsden, F. L.*: J. Lab. Clin. Med. 1964, 64, 418. — 14. *Odell, T. T. jr., Jackson, C. W., Reiter, R. S.*: Acta Haemat. 1967, 48, 34. — 15. *Paul, W. H., Currimbhoy, Z., Miller, R. A., Schulman, I.*: Circulation. 1961, 24, 1013. — 16. *Rák K., Varga F., Krizsa F., Cserhádi I.*: Orv. Hetil. 1963, 104, 1264.

Hajdú-Bihar Megyei Tanács Kórház,
Szemészeti osztály (főorvos: Molnár Lajos dr.)
és Központi Laboratórium (főorvos: Lázár József dr.)

A corticosteroidok okozta szürkehályogról

Molnár Lajos dr. és Lázár József dr.

A corticosteroidok kedvező hatásuk miatt gyorsan elterjedtek. Ennek folyamán, mint számos gyógyszer esetében, kedvezőtlen mellékhatások is jelentkeztek.

Black és mtsai (7) 1960-ban első ízben hívták fel a figyelmet a corticosteroidok okozta szürkehályogra. Azóta számos közlemény (2—6, 9—11, 13, 15, 17, 19, 20, 23, 30, 34, 38, 40, 41) számolt be hasonló elváltozásról.

Joby és mtsai (24), *Abrahamson* (1) a cataracta előfordulását nem tartják jellemzőnek a corticosteroidokkal kezelt rheumás betegeken. *Lery és mtsai* (27) 5 évi terapia után sem láttak lencsekárosodást. Ezzel ellentétben *Black és mtsai* (7) 39%-ban észleltek hátsókérgi elszürkülést. *Havre* (21) 14 gyermek közül 3-nál, *Matsuura* (31) 8 rheumatoid arthritis közül 2-nél talált cat. subcapsularis posteriori, mely ráterjedt a kéregre is. *Rintelen* (36) 12 beteg közül — akiknél vese-transplantatio történt — 2 évi Cortison terapia után 10-nél látott szürkehályogot kifejlődni. *Spaeth és Sellmann* (39) szerint több éves kezelés után a betegek 75%-ában, négyévi kezelés után practice 100%-ban kimutatható a lencseelváltozás. *Honegger* (22) gyermekeken 4 évi corticosteroid adagolása után 80%-ban észlelt cataractát. Az irodalmi adatok alapján a szürkehályog előfordulása 7,7—40%-ot tesz ki (26), míg a corticosteroid terapia nélküli esetekben csak 0,4%-ot. Tehát az összefüggés kétségtelenül megállapítható.

A corticosteroidok localis alkalmazása után is írtak le szürkehályogot (14, 16, 42). *Williamson és Jasani* (43) 136 betegnek adtak naponta legalább kétszer Betnesolt csepp vagy kenőcs formájában általában két hónapig és egy uveitises betegnél kb. 8—10 hónapra cat. subcapsularis post. fejlődött ki. Mi 1968-ban 17 betegnek adtunk egy-kettő, több esetben három alkalommal 1—1 ml Hydrocortison mikrokristály suspensiót (1 ml = 25 mg) subconjunctiválisan és 1,5 év távlatában egy 10 éves betegnek kezelt gyermeknél láttunk a lencsén elszürkülést. *Williamson és Dalakos* (44) egy polyarthritises betegen, aki 2,5 évig im.-an napi 20 NE Corticotropin (ACTH) kapott, 5 hónapra mindkét lencsében subcapsularis vacuolákat és a macula luteák területében exsudatiós elváltozásokat találtak. A szürkehályog sokkal gyakrabban fordul elő a gyógyszer per os alkalmazása után. *Radnót* (35) 51 éves rheumás betegnél 8 évi, naponta 20 mg Cortison szedése után, *Kraus* (26) 29 éves szintén rheumás betegnél 5 évi,

kezdetben napi 100 mg, később 5—10 mg Prednison terapia után, *Borgmann* (8) 28 éves Boeck-szindrómában szenvedő betegnél 5 hónapi, naponta 20 mg Ultracortenol kezelése után láttak kéregzavarosodást kifejlődni. *Crews* (12) szerint napi 10 mg, *François* szerint napi 16 mg Prednisolon kb. 4 év alatt okoz szürkehályogot. *Kraus* (26) szerint 10—15 mg kb. 1 év után.

Osztályunkon is az utóbbi években 3 betegnek e gyógyszer szedése következtében kifejlődött szürkehályogját kellett eltávolítani.

1. K. E.-né, 49 éves beteg myelopathia transversa miatt 1,5 évig szedett kezdetben 3×1 (15 mg), később 2×1 tabl. (10 mg) Prednisolont. Ekkor látása mindkét szemén homályossá kezdett válni. Néhány hónap múlva már olvasni sem tudott. Szürkehályogra vonatkozólag a családi anamnesis negatív.

Status praesens: visus: jobb szemén: 0,1, bal szemén: 0,02. Réslámpával jobb oldalon a hátsó lencsetokon kb. 3—4 mm átmérőjű, paracentralisan elhelyezkedő, fehér színű, a kéregbe is betérjedő zavarosodás látható. Bal oldalon diffus kéreghomály, melyen keresztül áttűnik a fehérebb színű cataracta subcapsularis posterior. 1968. III. 16-án bal szemén, IX. 28-án jobb szemén műtét: extr. lob. c. iridectomia peripherica et c. biosutura corneosclerali triplici et c. plastica conjunctivali. Sima lefolyású sebgyógyulás. Visus cum correctione: jobb oldalon: 0,9, bal oldalon: 0,8. Lencsében a K/Na aránya: 76:217 mg⁰/₀.

2. B. A., 60 éves beteg polyarthritissel több mint 1 évig először 4×1 , majd 3×1 , 2×1 tabl. Prednisolont kapott. Kb. 1/2 év múlva vette észre, hogy a jobb szemével rosszul lát, majd pár hónappal később a bal szemével is. A családban szürkehályog nem fordult elő.

Status praesens: jobb szemén: 0,03, bal szemén: 0,2. Réslámpával jobb oldalon a kéregállomány diffus elszürkülésén keresztül a hátsó tokon 5—6 mm átmérőjű fehérebb folt látszik. Bal oldalon cataracta polaris posteriorhoz hasonló elváltozás. 1969. V. 7-én műtét. Visus: c. c.: 0,8. Lencsében K/Na aránya 41,3:216 mg⁰/₀.

3. T. B., 56 éves betegnek polyarthritissel chr. progressiva miatt 34 éves korában tonsilláját eltávolították. Fájdalmi nem enyhültek s bevezető adagként naponta 3×2 tabl. Prednisolont és 2 g Kalium chloratumot szedett. Ötvenéves koráig csaknem rendszeresen bevett naponta 2—3 tablettát. Ekkor a bal szemével homályosabban kezdett látni. Ötvenkét éves korában a bal szemével napsütéskor már nem látott. Később a jobb szeme is gyengült. Szürkehályogra vonatkozólag a családi anamnesis negatív.

Status praesens: visus c. c.: jobb szemén: 0,5, bal szemén: 0,1. Jobb oldalon a hátsó lencsetokon 2—3 mm átmérőjű, hókristályhoz hasonló, kissé nasalisán elhelyezkedő homály. Bal oldalon diffus, korong alakú kéregelszürkülés. Belgy. vizsg.: emelt Prednisolon adaggal antibioticum védelemben műthető. 1969. XII. 23-án műtét. Zavartalan lefolyású sebgyógyulás. Visus c. c.: 1,0. Lencsében a K/Na aránya 135:265 mg⁰/₀.

Megbeszélés

Az irodalmi adatok és saját eseteink alapján megállapítható:

1. A szürkehályog kialakulása összefüggésben áll a naponként adott corticosteroid mennyiségével (kb. 15 mg) és az adagolás időtartamával (kb. 1—2 év). Természetesen a dispositionnak fontos szerepe van (8, 22). Pl. T. I., 59 éves nőbeteg rheumatoid arthritis miatt már 10 éve naponta bevesz 5 vagy 10 mg Prednisolont és a lencsén semmilyen elváltozás nem látható.

2. A lencse elváltozása kétoldali. A két lencse elszürkülése között 3—6 hónapi eltolódás lehetsé-

Vizsgált anyag	Diagnosis	A vizsgáló	mg ^o -ban	
			K	Na
plasma	ép	Pau	12,0—21,5	310—350
liquor	ép	Pau	10,5—17,0	270—330
csarnokvíz	ép	Pau	18,6	280—330
szemlencse	ép	Pau	635	385
szemlencse	cat. nondum matura	Pau	309	603
szemlencse	cat. matura	Pau	92	622
szemlencse	cat. hypermatura	Pau	24	264
plasma	(D. S. 75 éves)	Saját	16	141,8
lencse	cat. subcapsularis	Saját	135	265
plasma	(T. B. 56 éves)	Saját	13	152
lencse	cat. subcapsularis (K. E.-né 49 éves)	Saját	76	217
lencse	cat. capsulocorticalis (B. A. 60 éves)	Saját	41,3	216

ges. Egyoldali cataracta létrejötte nagyon ritka. Ugyanígy ritka a corticosteroid localis kezelése után kifejlődő szürkehályog is.

3. Az elszürkülés elhelyezkedése, kezdeti formája és lefolyása tipusos. A hátulsó lencsetokon apró, fehér színű, lassú progressiót mutató, a látóélességet éveig nem befolyásoló elváltozás formájában (cat. subcapsularis post.) jelentkezik. Nagyon ritkán a folyamat megállhat. Később körülírt, majd diffúz korong alakú kéreghomály jön létre, a hátsó tok alatt olykor vacuolákkal (8, 35, 44).

Az elszürkülés oka nem tisztázott. Mivel az elváltozás praedilectió helye ott van, ahol a Cloquet-féle csatorna a szem fejlődése idején a lencse hátulsó felszínén tapad, felvetődik, hogy a hátsó lencsetok ezen területének a megsérülése vagy anyagcserezavara következtében jön létre olyan káros folyamat, mely cat. subcapsularis posteriorhoz vezet. Ismeretes, hogy a glycolysis kapcsán termelt adenosin-triphosphorsav teszi lehetővé a szemlencsében az állandó fehérje-synthesist és iontransportot (25, 28, 33). A lencsetokon keresztül K hatol be és Na jut ki. Normális körülmények között a K értéke csaknem kétszerese a Na-értéknek (1. táblázat). Cataracta alkalmával a lencsetok permeabilitásának megváltozása következtében csökken a lencse összfehérje tartalma (29), továbbá Na (32, 37) halmozódik fel benne.

A szemlencsét 0,1^o/_o-os NH₄OH oldat 5 ml-nyi mennyiségében suspendáltuk el és az iontartalmat a lencse eredeti súlyára számítottuk vissza. Az 1. táblázat alapján megállapítható, hogy szürkehályog alkalmával megváltozik a K/Na-érték aránya, ami fokozott vízfelvételhez, lencseduzzadáshoz vezet. A Na-érték növekedése tehát a szürkehályog érettségével áll összefüggésben. Ezt mutatja a corticosteroid okozta cat. subcapsularis is, melyben a Na-érték kb. 2—3-szor több a K-értéknél, míg a cat. capsulocorticalis esetében már ötszöröse. Tehát a K/Na-érték arányának megváltozása nem jellegzetes a corticosteroid okozta szürkehályog eldifferentiálására.

A corticosteroid okozta cat. elkülönítése a különböző szürkehályog-féleségektől klinikailag az amnesis alapján nem nehéz. A műtéti megoldása nem jelent nagyobb nehézséget s ezért a szükséges

corticosteroid terapiát nem kell abbahagyni, legfeljebb a mennyiséget csökkenteni.

Összefoglalás. Szerzők 3 eset és az irodalmi adatok alapján foglalkoznak a corticosteroidok egyik kedvezőtlen mellékhatásával, a szürkehályoggal.

IRODALOM: 1. Abrahamson, J. A. jr. és Abrahamson, J. A. sr.: Eye, Ear, Nose Thr. Monthly. 1961, 40, 266. — 2. Alfano, J. E.: Amer. J. Ophthal. 1963, 56, 245. — 3. Anderson, J. R. és mtsai: Ann. rheum. Dis. 1962, 21, 360. — 4. Beck, J. S. és mtsai: Lancet. 1962, 2, 575. — 5. Becker, B. és Shaffer, R. N.: Diagnosis and Therapy of the Glaucomas. Mosby, St. Louis, 1965. — 6. Becker, B.: Invest. Ophthal. 1964, 3, 492. — 7. Black, R. L. és mtsai: J. Amer. med. Ass. 1960, 174, 166. — 8. Borgmann, H.: Klin. Mbl. Augenheilk. 1968, 153, 542. — 9. Bouzas, A.: Ann. d'oculist. 1962, 9, 902. — 10. Brand, J. és Horváth D.: Gyógyszereink. 1970, 20, 220. — 11. Crews, S. J.: Brit. med. J. 1963, 1, 1644. — 12. Crews, S. J.: Proc. roy. Soc. Med. 1965, 58, 533. — 13. Crane, C. V.: Amer. J. Ophth. 1963, 56, 307. — 14. Cronin, T. P.: Arch. Ophthal. (Chicago) 1964, 72, 198. — 15. Diotallevi, M. és Bocci, N.: Acta ophthal. (Kbh.) 1965, 43, 524. — 16. Frandsen, E.: Acta ophthal. (Scand.) 1964, 42, 108. — 17. François, J.: Ophthalmologica. 1961. Suppl. 142, 517. — 18. François, J.: Bull. Soc. belg. d'Ophth. 1964, 138, 586. — 19. Giles, C. L. és mtsai: J. Amer. med. Ass. 1962, 182, 719. — 20. Gordon, H. M. és mtsai: Ibid. 1961, 175, 127. — 21. Havre, D. C.: Arch. of Ophth. 1965, 73, 818. — 22. Honegger, H.: Klin. Mbl. Augenhk. 1970, 156, 257. — 23. Ib. Lorenzen: Acta medica Scandinavica. Suppl. 1969, 500, 17. — 24. Joby, R. és mtsai: Amer. J. Ophth. 1964, 58, 157. — 25. Kahan Á.: Szemészet. 1961, 98, 38. — 26. Kraus, E.: Klin. Mbl. Augenhk. 1970, 156, 256. — 27. Lery, A. P. és mtsai: J. Amer. med. Ass. 1965, 191, 153. — 28. Mach, H.: Klin. Mbl. Augenhk. 1963, 143, 689. — 29. Mach, H.: Klin. Mbl. Augenhk. 1964, 145, 827. — 30. Masuda, J. és Niskio, T.: Acta Soc. Ophth. Jap. 1963, 67, 828. — 31. Mat-suura, H.: Jap. J. clin. Ophthal. 1968, 22, 841. — 32. Pau, H.: Physiologische chemie des Auges. Augenarzt. Band I. VEB Georg Thieme, Leipzig, 1958. — 33. Pirie, A.: Invest. Ophthal. 1968, 7, 634. — 34. Radnót M.: Szemészet. 1964, 101, 294. — 35. Radnót M.: Szemészet. 1966, 103, 130. — 36. Rintelen, F.: Klin. Mbl. Augenhk. 1970, 156, 257. — 37. Santoni, A.: Scritti in onore del Prof. Luigi Maggiore. Maccari Editore, Parma, 1968. — 38. Snekszer M.: Corticosteroidok a bőrgyógyászatban. Fekete Gy. és Braun P.: A therapia aktualis kérdései c. — 39. Spaeth, K. és Sallmann, L.: cit. Kraus, E. — 40. Streiff, E. B.: Ophthalmologica (Basel) 1964, 147, 143. — 41. Toogood, J. H. és mtsai: Canad. med. Ass. J. 1962, 86, 52. — 42. Valerio, M.: Bull. Soc. franç. Ophthal. 1963, 76, 572. — 43. Williamson, J. és Jasani, M. K.: Brit. J. Ophth. 1967, 51, 554. — 44. Williamson, J. és Dalakos, T. G.: Brit. J. Ophth. 1967, 51, 839.



GAPONA

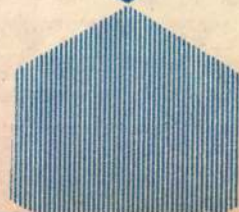
Jól felszívódó lassan ürülő kombináció az ulcus-betegség különböző, főként hyperaciditással járó formáiban és ennek heveny és idült szakaszaiban: hypermotilitással járó gastrointestinalis megbetegedések, pl. colitis spastica, enterocolitis, cholecystopathia; húgyúti simaizom spasmusok, ill. köves rohamok esetén.

	Gapona=spasmolyticum +	parasympatholyticum +	tranquillans
	Halidor	Gastrixon	benactyzin
injekció	50 mg	0,5 mg	—
tabletta	150 mg	1 mg	1 mg

Ellenjavallat, adagolás, egyéb tudnivaló a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” című könyvhöz küldött pótlapon található.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

E. GY. T. GYÓGYSZERVEGYSZETI GYÁR,
BUDAPEST



BOLUS ADSTRINGENS

tabletta

Adstringens és adsorbens hatású bélfertőtlenítő tablettá, mely a gyulladáshos bélfalra gyakorolt kedvező adstringens hatás révén, másrészt a mérgező, irritáló anyagok, baktériumok, toxinok megkötése által fejt ki hatását.

Tablettánként

300 mg bolus alba

150 mg bism. subgall.

150 mg album. tannic.

hatóanyagot tartalmaz.

Acut fertőzések bélmegbetegedések, mérgezőes gyomor- és bélbántalmak, chronikus enterocolitis (rothadásos és erjedéses dyspepsia, gastrogen diarrhoea) esetén, naponta 3-szor 1–3 tablettá.

50 db

10,60 Ft

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

E. GY. T. GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Komárom megyei Tanács Kórháza, Tatabánya,
I. Belgyógyászat (főorvos: Zulik Róbert dr.)

Vírushepatitis és panmyelopathia

Zulik Róbert dr. és Bakó Ferenc dr.

Vírushepatitis korai szakában a vérképben leukopenia, relatív lymphocytosis észlelhető, amely átmeneti jellegű; a második hét végére a vérkép rendszerint normalizálódik. Ezt a klinikai megfigyelést kísérletes vírushepatitisben is megerősítették (7). Az utóbbi években egyre több szerző számolt be hepatitis során kialakult panmyelopathiáról. A hazai irodalomban ilyen jellegű közlemény nem szerepel, ezért a kérdés elméleti és gyakorlati fontossága miatt érdemesnek tartjuk esetünk ismertetését.

R. A., 17 éves férfibeteget 1969. november 8-án vettük fel az I. Belgyógyászatra. Az anamnézisben he-

patitis infectiosa miatt 1969. szeptember 7—október 24-ig tartó kórházi kezelés szerepelt.

A kórházi zárójelentés szerint hepatitis kp. súlyos lefolyású volt. A májgyulladás második hetében tonsillitis follicularis, majd pleuropneumonia lépett fel, mely penicillin, később erythromycin kezelésre gyógyult. Feltűnő, hogy a komplikációk alatt sem volt leukocytosis és a minőségi vérképben a lymphocytosis dominált. Hathetes kórházi kezelés után negatív colloidalitási próbákkal, normális transaminase értékkel távozott. Kibocsátásakor mája elérhető, lépe 2 ujjal haladta meg a bal bordaívet, hgb.: 12 g⁰/₀, fvs.: 4800. Minőségi vérkép: St.: 2⁰/₀, Sg.: 38⁰/₀, Ly.: 48⁰/₀, Mo.: 12⁰/₀. A persistáló splenomegalia és leukopenia miatt egy hét múlva kontrollra rendelték vissza.

A kontroll vizsgálat eredménye (X. 31.): vvs.: 4,3 M, hgb.: 12,2 g⁰/₀, fvs.: 1000, Sg.: 8⁰/₀, Ly.: 80⁰/₀, Mo.: 12⁰/₀. Agranulocytosis, aleukaemiás leukosis gyanúja miatt kórházi elhelyezését javasolták.

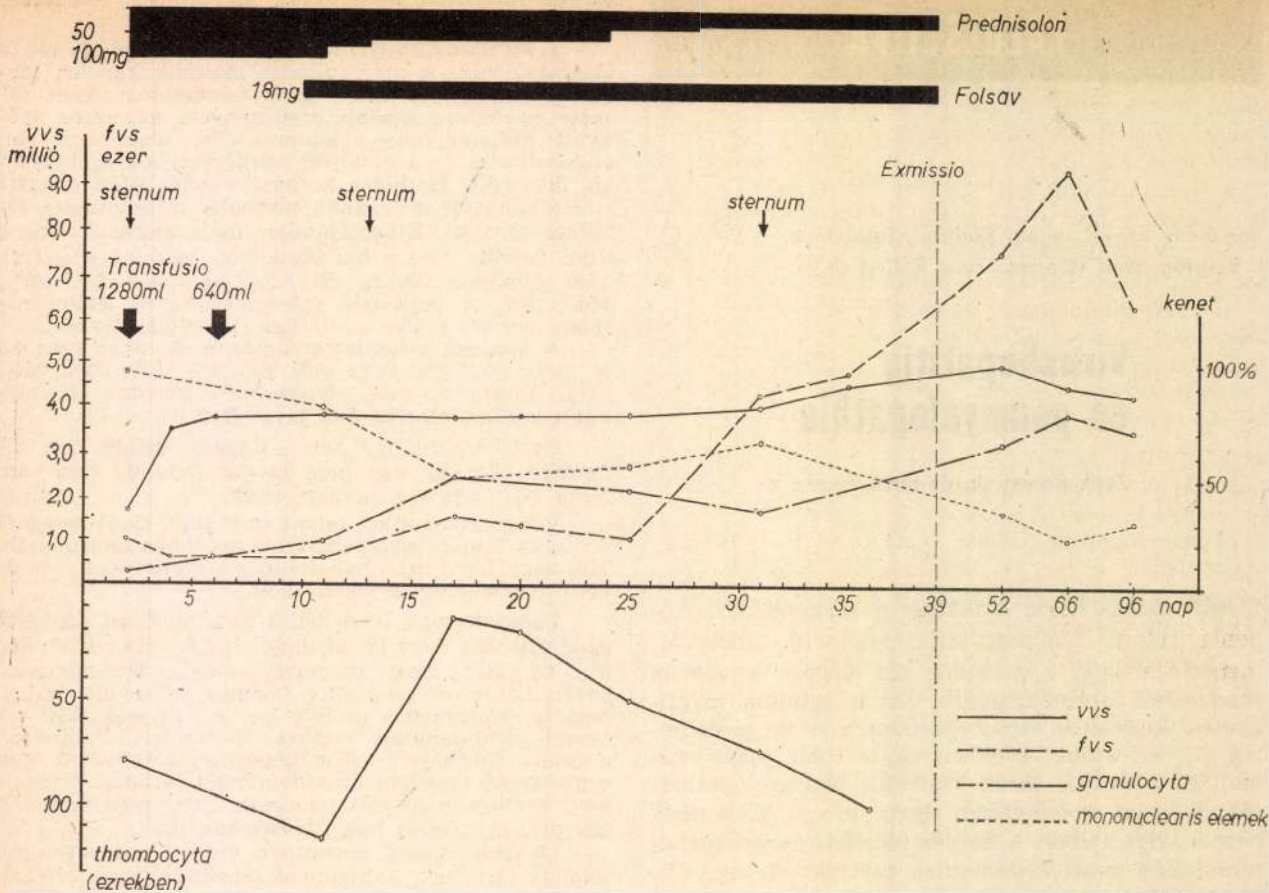
Osztályunkra egy héttel később vettük fel. Elmondja, hogy kb. egy hete 38—39° C körüli láza van, torka fáj, fogínye időnként vérzik.

Vizsgálatkor a kp. fejlett és táplált, lázas betegnél a bőr és látható nyálkahártyák feltűnően anaemiásak. Máj négy, lép 3 ujjal haladta meg a bordaíveket, mindkettő mérsékelten érzékeny volt.

Laboratóriumi leleteiből a haematológiai adatokat emelnénk ki: vvs.: 1,8 M, hgb.: 10 g⁰/₀, fvs.: 1000, St.: 5⁰/₀, Ly.: 32⁰/₀, nagy lymphocytá: 63⁰/₀. Thrombocyta: 80 000. Latex-próba: pozitív. Coombs-próba: dir., indir. negatív. Májfunctiós próbák (se. bi., thymol, BSP retenció), transaminase értékek normálisak. Papírelfo.: normális fehérjekép. Strenumpunctio alkalmával igen sejtsegeny, csaknem üres csontvelőt láttunk. Értékelhető erythro-leuko-thrombopoiesis nem észlelhető. Az egyedüli sejtfeleség nagy, blasttypusú sejt.

Megbetegedését ismeretlen eredetű panmyelopathiának tartottuk, antibioticus (erythromycin), corticosteroid kezelést kezdtünk, a nagyfokú anaemiát transfúsiókkal rendeztük. A kezelésre két nap után lázta-
lan lett, de az fvs.-szám és a minőségi vérkép változatlan maradt. Haemorrhagiás tünetek nem jelentkeztek.

Szerző	Beteg	Ikerus kezdetétől eltelt idő	Hepatitis súlyossági foka	Betegség kimenetele
Lorenz és Quaisser (11)	fi. 9 é.	7 hét	+	exit (10 hét)
Kosan (7)	fi. 22 é.	3 hét	+++	exit (2 hét)
Beickert és Siering (2)	fi. 19 é.	5 hét	+++	exit (3 hét)
Deller et al (4)	fi. 17 é.	7 hét	+	exit (4 hónap)
Simpson (17)	nő, 8 é.	4 hónap	++	exit (5 hónap)
Pitcher és Spence (13)	nő, 64 é.	1 hét	+	exit (7 hét)
Levy et al. (9)	fi. 11 é.	3 hét	+	exit (10 hét)
	fi. 19 é.	5 hét	+++	exit (2 hét)
	fi. 4 é.	1 hét	+	exit (2 hét)
	fi. 14 é.	7 hét	+	exit (26 hét)
	nő, 11 é.	6 hét	+++	exit (13 hét)
Schwarz et al. (20)	fi. 8 é.	11 hét	+	exit (23 hét)
	fi. 4 é.	1 hónap	+	gyógyult
	fi. 4 é.	4 hónap	++	gyógyult
Solis et al. (18)	fi. 19 é.	4 hét	+	exit (4 hét)
Siegmund (16)	fi. 55 é.	3 hónap	++	exit (3 hét)
Wallnöfer és Täuber (23)	nő, 30 é.	4 hét	++	exit (3 hónap)
Dische et al. (5)	fi. 22 é.	5 hét	++	exit (5 hét)
Kramer (8)	nő, 48 é.	6 hét	++	gyógyult
Vogel (22)	fi. 17 é.	2 hét	+	exit (4 hét)
Leinweber et al. (10)	fi. 15 é.	4 hét	+	exit (3 hónap)
Spatz et al. (19)	nő, 23 é.	4 hónap	+++	exit (9 hónap)
Vanista és Skramkova (24)	nő, 34 é.	6 hét	++	gyógyult
Cogswel (3a)	fi. 12 é.	6 hét	++	exit (5 hét)
saját eset	fi. 17 é.	7 hét ill. 7 hónap	++	exit (3 hét)



Panaszmentes állapotban, két héttel a felvétel után újabb sternumpunctiót végeztünk: a csontvelő már nem olyan sejtzegény, mint előző alkalommal, blastsejt alig látható. Normális erythro-leukopoiesisre utaló sejtelelemek jelentek meg (promyelocyta, fiatal és pálcika magvú granulocyták, proerythroblastok, normoblastok). Az eddigi kezelést folsav adásával egészítettük ki. Kb. egy héttel a második sternumpunctio után a periferián is láthatók granulocyták, majd a fvs-szám is emelkedik.

Még három hétig tartózkodott osztályunkon, haematológiai statusa tovább javult. Hathiéti ápolás után, 1969. december 17-én hazaengedtük. **Kibocsátási diagnózis: panmyelopathia post hepatitisdem.** (A beteg haematológiai adatait és a kezelést ábrában foglaltuk össze.)

Betegünk hét hónapon keresztül panaszmentesen régi munkakörében (szerszámkészítő) dolgozott. Véréképe — gyógyszeres kezelés nélkül is — normális volt.

Második felvételére 1970. július 23-án egy hét óta tartó hőemelkedések, gyengeség, bal vállizületi fájdalom miatt vált szükségessé. Physicalis vizsgálatkor a tüdők felett érdes sejtcsapadék hallottunk. Májja tenyérrel, lépje 4 ujjal haladta meg a bordaívket, mindkettő sima felszínű, igen tömött tapintatú. A bal kar abductiójakor fájdalmat jelez, az ízületen alaki eltérés nincs. Mindkét lágyékhatáiban, az áll alatt, bal oldalt supraclavicularisan szilványi, babnyi nagyságú, nem érzékeny nyirokcsomó-conglomeratumok tapinthatók. Mindkét combon friss petecchiák.

A mellkas rgt-felvétel b. o. centralis pneumoniát mutatott, a bal vállizületen rgt-eltérés nem volt látható. Vérékép: haematokrit: 28% hgb.: 9 g%, fvs.: 2000, Sg.: 18%, Ly.: 68%, Mo.: 14%. Thrombocyta: 30 000. Sternumpunctio: igen sejtzegény csontvelő; erythro-granulo-thrombopoeticus elemek nincsenek, nagy lymphoid sejtek láthatók. Májfunctiók próbák negatívak.

Nagy adag Prednisolon, transfusiók, antibiotikumok (Tetrán, Ceporin) adása ellenére állapota rohamosan romlott intermittáló láz, kiterjedt bőr- és nyálkahártyavérzések léptek fel. Huszonegy napli kezelés után septicus-haemorrhagiás shockban exitált.

Klinikai diagnózis: panmyelopathia post hepatitisdem. Bronchopneumonia l. u. Irreversibilis septicus-haemorrhagiás shock.

Kivonat a boncjegyzőkönyvből: a pleurán, peritoneumon pontszerű bevérzések, tüdőkben vérzéses pneumonia, a nyelöcső-gyomor-vékonybél nyálkahártyáján eróziók és ulceratiók láthatók. A nyaki és mediastinalis nyirokcsomók diónyi-zölddiónyi nagyságúak, nedvdúsak, puha tapintatúak, azonban néhány nyirokcsomó tömött, szívós tapintatú. A lép 1500 g súlyú, sima felszínű, állománya sötétvörös színű, törekeny tapintatú, normalis léprajzolat csak a középső harmadnak megfelelően látható. A máj súlya 3270 g, sima felszínű, tömött, szívós tapintatú; metszslapján körülírt hálózatos rajzolat, szintelen tömörülések láthatók. A szegycsont, a csigolyatestek metszslapja száraz, a csontgerendák vékonyak, kevés velőt tartalmaznak. **Szöveti vizsgálat:** máj: hepatitis chr. Az interlobularis kötőszövet nagymértékben kiszélesedett, histiolympoplasmocytákkal infiltrált. Lép: infarctus haemorrhagicus lienis. Az épen maradt részek folliculusaiban és pulpájában fibrosis, lympho-plasmocytás infiltratio észlelhető. **Csontvelő:** éretlen, haemocytoblast jellegű sejtek, sok érett lymphocyta, néhány plasmasejt. Érett granulocyta nem, csak elvétve néhány fiatal alak látható. Nyirokcsomók: vérteltek, egy-egy nyirokcsomóban extramedullaris vérképzés jelei láthatók, lymphoreticularis hyperplasia mellett. Reticularis szerkezet megtartott, szabályos. Az összes vizsgált szervben számtalan bacterium embolus észlelhető.

Vélemény: a makroscopos és szöveti kép, a klinikai adatokat figyelembe véve a máj gyulladást követő panmyelopathiára utal (Kindler M. dr. alorvos).

Megbeszélés

Az első, hepatitist követő panmyelopathiát Lorenz (11) ismertette, de az elmúlt 14 év alatt számos újabb eset került közlésre [1. táblázat, Solis (18) és Spatz (19) alapján, kiegészítve]. A táblázatban foglaltakon kívül Rubin (15), Gurevic (6), Wiontzek (25), Kedrowa (26) közleményei növelték az esetek számát mely így 40 felett van. Mint a táblázatban látható, a panmyelopathia első tünetei a hepatitis kezdete után a legkülönbözőbb időpontban jelentkeznek. Az alapbetegség az esetek többségében enyhe vagy kp. súlyos lefolyású. Feltűnő a férfibetegek nagy száma és a fiatal életkor.

A pathogenesis első lehetősége a véletlen coincidencia. Tekintettel arra, hogy a vírushepatitis és a panmyelopathia külön-külön sem ritka megbetegedés, együttes előfordulásuk a véletlen következménye is lehet (11). A közölt esetekben azonban a panmyelopathia időben szorosan kapcsolódik a hepatitishez, a leghosszabb latencia idő 8 hónap (19), de a legtöbb eset 2–8 hét múlva manifesztálódik, mintegy második betegség képében.

Ismerve a máj detoxicáló folyamatokban elfoglalt központi helyzetét, feltételezhető, hogy a hepatitis során ez a működés károsodik. Így az egyébként nem myelotoxicus anyagcseretermékek, esetleg gyógyszerek, kumulálódva csontvelői hypovagy aplasiát okozhatnak (11). Az eddig közölt esetekben több, potenciálisan myelotoxicus gyógyszer ismertettek: chloramphenicol (16, 23, 23), azathioprine (23), erythromycin (15). A többi esetben sem a hepatitis előtt, sem a kezeléskor nem szerepelt ilyen gyógyszer.

A csontvelő-aplasia rövidebb-hosszabb idő utáni kifejlődése felveti az autoimmun mechanizmus lehetőségét. Közöltek hepatitis eseteket, ahol latencia után haemolyticus anaemia (21), thrombopenia (11) fejlődött ki, melyek egy része autoimmun betegség. Eddig egy exitussal végződő esetben mutattak ki thrombocytá-leukocytá antitesteket, erythrocyta antitestek nem voltak a beteg serumában (18).

A pathogenesis másik lehetősége az infekciós eredetű csontvelőártalom. Bacterialis és vírusinfekciók egyaránt károsítják a csontvelőt. Izotópvizsgálatok elsősorban az erythropoesis zavarát mutatták (18). Vírusfertőzés károsíthatja a csontvelő összes vagy csak egyik sejtrendszerét. Egerek kísérletes vírushepatitisében pancytopenia fejlődik ki. Ez a vírus csontvelői elszaporodásának következménye (4). A hosszú latencia felveti a chromosom-ártalom lehetőségét (15). Acut és reconvalescens hepatitis

serum gátolja az ép leukocyták mitosisát és chromosoma-elváltozásokat hoz létre (12).

A fentiekben felsorolt etiológiai tényezők alapján vizsgálva esetünket a következőket állapíthatjuk meg. Gyógyszeres-toxicus hatás nem valószínű, bár első panmyelopathiás folyamata alatt erythromycint kapott, de emellett teljes remissióba került. Autoimmun eredetre utaló eltérést nem találtunk (fehérvérkép normális, Coombs pr. negatív, haemolysis nem volt, LE sejt negatív, normális vesefunkciók). A második — lethalis kimenetelű — panmyelopathiás fázis vírus eredetű chromosoma-károsodást valószínűsít (12, 15). Az első reversibilis panmyelopathiás folyamat elhúzódó hepatitiszes csontvelő-depressiónak látszik.

A hepatitishez csatlakozó panmyelopathia súlyos betegség, a rendelkezésünkre álló irodalomban mindössze 7 gyógyult esetet találtunk. Bár ritkán fordul elő — 620 esetből egy — számíthatunk előfordulására, ezért tanácsos a májbetegség gyógyulása után a betegek haematológiai statusának ellenőrzése.

Összefoglalás. Hepatitis után két fázisban lezajló lethalis panmyelopathia esetét ismertetik. Saját és az irodalomban közölt esetek alapján foglalkoznak a betegség pathogenezisének kérdésével. A kórkép kialakulásában esetükben a vírus okozta chromosoma-ártalom játszhatott szerepet.

IRODALOM: 1. Beickert, A.: Dtsch. med. Wschr. 1966, 91, 1461. — 2. Beickert, A., Siering, H.: Acta Haemat. 1958, 19, 51. — 3. Clement, D. H.: Pediat. Clin. North A. 1962, 9, 703. — 3/a. Cogswell, J.: Lancet. 1970, II, 981. — 4. Deller, J. J. jr., Cirksena, W. J., Marcarelli, J.: New Eng. J. Med. 1962, 266, 297. — 5. Dische, F. E., Golding, J. R.: Brit. med. J. 1957, 2, 738. — 6. Gurevic, E., Bockowa, L.: Sovet. Med. 1966, 29, 20. — 7. Kosan, N.: Med. Mschr. 1956, 10, 794. — 8. Kramer, A.: Acta Hepatosplen. 1963, 10, 228. — 9. Levy, N. R., Sawitsky, A. et al.: New Eng. J. Med. 1965, 273, 1118. — 10. Leinweber, B., Mueller-Eckhardt, Ch. et al.: Dtsch. med. Wschr. 1967, 92, 18. — 11. Lorenz, E., Quaisser, K.: Wien. med. Wschr. 1955, 105, 19. — 12. Mella, B., Lang, D.: Science. 1967, 80, 155. — 13. Pitcher, C. S., Spence, E. M.: Brit. med. J. 1963, 5324, 171. — 14. Rohde, C. P. cit. Wallnöffer, H., Täuber, K.: Med. Klin. 1970, 65, 159. — 15. Rubin, E., Gottlieb, Ch. et al.: Am. J. Med. 1968, 45, 88. — 16. Siegmund, H.: Med. Klin. 1969, 64, 1073. — 17. Simpson, K.: Brit. med. J. 1963, 5328, 473. — 18. Solis, J., Siebenthal, J. et al.: Schw. med. Wschr. 1968, 98, 1105. — 19. Spatz, R., Borchers, H. H. et al.: Med. Klin. 1968, 63, 1761. — 20. Schwarz, E., Bachner, R. L. et al.: Pediatrics. 1966, 37, 681. — 21. Székely K.: Orv. Hetil. 1955, 96, 946. — 22. Vogel cit. Spatz. — 23. Wallnöffer, H., Täuber, K.: Med. Klin. 1970, 65, 159. — 24. Vanista, J., Skramkova, L.: Med. Klin. 1968, 63, 19. — 25. Wiontzek, H.: Med. Welt. 1970, 30, 1351. — 26. Kedrowa, S.: Pol. Tyg. Lek. 1966, 21, 2018.

Vándorló proiectil — vándorló panaszok

Takács László dr.

Bármennyire is szívesen felejtünk a háborús esztendőket, a harctér sajátos emléknymoi olykor 25 év távlatából is felbukkannak mindennapi gyakorlatunkban.

Ismeretes, hogy a szervezetbe került idegentest vándorlása egyrészt alakjától és súlyától, másrészt attól a helytől függ, ahova bekerült. A proiectil, különösen ha nem deformálódott, aerodynamikailag kiképzett test, amely a szervezetben nagyobb utat tud megtenni, különösen ha figyelembe vesszük viszonylag magas ólomtartalmát.

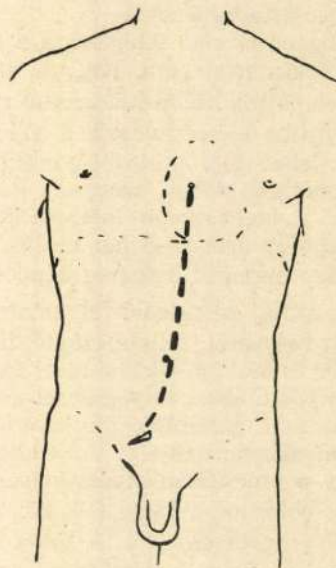
1. A legnagyobb utat az érbe került idegentestek tehetik meg, mert a praeformált kanálon belül még a véráram is segítheti őket. *Bellion*, *Minetto*, *Chiarle* és *Peracino* (1) vena popliteába lőtt Flaubert-lövedék útját kísérték egészen a jobb kamráig, aholis az endokardium trabeculái között hyalinos-fibrines tokba burkolózva atraumatikus „vegetatio globulosa”-ként mozgott, rtg-ernyő előtt jól láthatóan. A vénákban való vándorlás az antigravitációs irányban lassú — kritikus hely a szív —, ahol az idegentest fogva maradhat a kamrák trabeculáris hálózatában, szabadon lebeghet a vérörvényben, de ki is surranhat a pulmonális erekbe, nagyságától függően súlyos tüdőemboliát hozva létre. (A ritka foramen ovale apertum esetén átkerülhet a bal szívfélbe, ahonnan arteriális úton kerül vissza a perifériára, emboliás syndromát okozva.) (2, 3, 4)

2. Bekerülhet az idegentest a tömör szövetekbe. *Schmucker* (5) 50 évig észlelt egy beteget, ahol a csigolyaközlemben vándorló proiectil 3 csigolyányi távot tett meg a fél évszázad alatt distal felé, végül is csontba ásva magát súlyos arthrosist, csontresorptiót, következményes gyöki panaszokat okozott. Az idegentestek körül hyalinos-fibrines tok alakulhat ki mint védekező izzadmány, ennek ellenére nem ritkák a steril idegentest körüli gyulladások, metallasosok sem.

3. A szabad testüregekbe került idegentestek is eltolódhatnak, és általában a legmélyebb pontokon megrekednek. Az emésztőtraktusba bármilyen úton bejutott idegentest többnyire per vias naturales vándorol tovább. A testüregek falának lágy-sága, mozgása, az idegentest alakja, súlya stb. itt is megszabják a várható út hosszát. Számos háborús tapasztalatról számol be etekintetben *Fischer* (6). E csoportba sorolhatók azok a ritkább sérülések, amelyekben az agykamrákba kerülő — többnyire

kisméretű — idegentest a fej helyzetváltozásai és a liquoráramlás hatására ventilszerűen zár, véglegesen vagy intermittálóan, a kamrarendszer physiologiás szűkületeiben, retrograd hydrokephalust okozva.

Bár casuisticai közlemény írását számos szerző „rangon alulinak” tartja, saját esetünket — raritása mellett — azért gondoltuk ismertetésre érdemesnek, mert a proiectil közel félméteres távolságot tett meg a betegben (1. ábra), és 20 év után megtévesztő neurológiai képet okozott.



1. ábra.

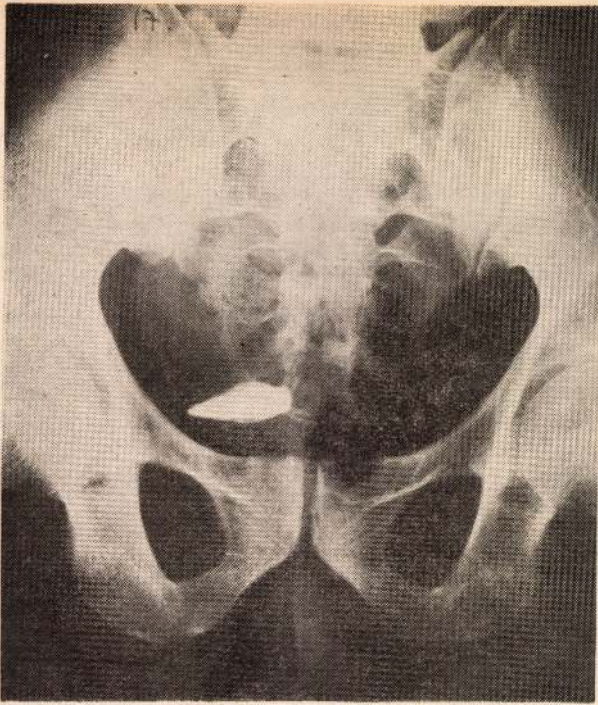
M. F., 40 éves férfibeteget ischialgia l. d. diagnossissal utalták be klinikánkra. Panaszolta, hogy neki már több olyan betegsége volt, amin semmilyen gyógyszer nem javított, másrészt panaszai egy idő után eddig mindig spontán megszűntek, csak a mostani nem. Elmondta, hogy 1946-ban fájdalmas nyakmerevsége volt, nem tudta forgatni a fejét, majd szívtáji szűrései, légzési nehézségei támadtak, de ahogy visszaemlékszik, a „szívvizsgán” nem találtak semmit. Panaszai lassan megszűntek, s ezután 15 évig jól volt.

1961-ben gyomorfájdalmak léptek fel, sokat járt orvosnál, diétázott, többféle gyógyszert szedett — nem sok eredménnyel. A vizsgálatokra nem emlékszik pontosan már, orvosi papírjai elvesztek, s egy idő után panaszai ismét lassan elmúltak.

Három évvel később a dereka kezdett el fájni, majd a rheumatológiai kezelés után a jobb fara, tompora vált fájdalmassá, sőt a fájdalom lehűződött egészen a bokájáig. Ekkor már szigorú fekvést rendeltek kemény ágyon, de minél tovább feküdt, fájdalmai annál erősebbek lettek.

Ezekután sebészetre utalták, ahol betegségének sebészi okát nem találták. Emlékezete szerint röntgen is készült, negatív eredménnyel. Ebben a stádiumban került a beteg klinikánkra. Felvételekor j. o. Achilles-reflexe nem volt kiváltható, kistokban atrophias volt a j. o. farizomzat, s e területen, valamint a j. alsó végtagon az ischiadicus lefutása mentén a Valleix-pontok nyomásérzékenysége mellett tompán, „mélyen” fájdalom volt az egész j. alsó végtag.

A lumbo-sacralis gerincszakasz rtg-vizsgálata, valamint liquora klinikánkon is negatív volt. A „rejtélyt” a fentiek után készült célzott kismencedei felvételek oldották meg (2., 3. ábra), amelyekben mélyen lent, az V. sac. segmentum jobb oldalára vetülve, a kp. vonaltól kb. egy harántujnyira 7,65-ös gyalogsági karabély lövedékének megfelelő, kb. 4 cm hosszú, fémtensitású



2. ábra.

idegentest árnyéka volt látható. A két képet összevetve kitűnik, hogy a proiectil csúcsával a hiatus infrapiriformis irányába, hátra és lefelé áll a recessus vesicorectalis vetületében, pontosan a n. ischiadicusnak itt már kialakult törzsét nyomva.

A képekből az is kiderül, hogy az előzőekben készült, szokványos beállítású lumbosacralis felvételek azért voltak negatívak, mert a proiectil éppen lemaradt róluk.

A panaszok oka most már megvolt — de hogy került oda?

Kérdeztük a beteget, volt-e hasi lövése?

— Soha — felelte, de a fenti lelet birtokában feltehető kérdések nyomán lassan rekonstruáltuk sérülését, mely 1944-ben történt a „visszavonulásnál”...



3. ábra.

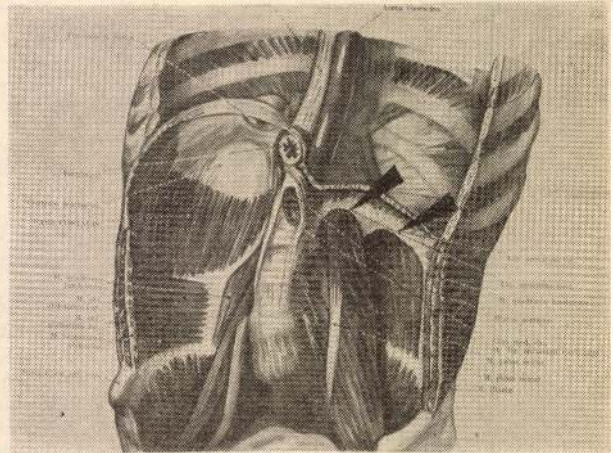
A beteg egy rövid pihenő során hanyatt feküdt, mikor enyhe ütést érzett a mellén, s a mamilla magassága alatt (IV. bordaköz), a sternum bal szélé mellett jelentéktelen vérzést észlelt, felállt, s bár enyhe szédülés foga el — saját lábán ment el a kötözőhelyre, ahol sebét leragasztották, s ő folytatta a visszavonulást, rövidesen meg is feledkezve az egészről. (A bemeneti nyílás hege jól látható a beteg mellén.)

Mint hogy a fent vázoltakon kívül a betegnek semmi más sérülése nem volt, a lövedéket pedig a kismencedében találtuk meg 20 év után, valószínű, hogy a beteg változó panaszai a proiectil leszállásával függtek össze.

Hogy a kezdeti „nyakmerevség”-et már a plexus cardiacus izgalmanak reflexválaszaként foghatjuk fel, vagy banalis hűlés okozta, nem tudjuk, azonban a sem előtte, sem azóta nem jelentkezett szívpanaszokat valószínűleg a mediastinumban a rekesz felé vándorló lövedék okozhatta, s a 15 éves szünet alighanem a rekesz átfűrésével telt el.

Hol mehetett át a lövedék?

Mivel a mediastinalis képletek, a pleura mediastinalis a mellüreget kettéválasztják, a proiectil feltehetően a bal rekeszfélén át került a hasüregbe, ill. a retroperitoneumba. A rekesz 3 praeformált nyílása közül az aortáé fekszik legmélyebben, valamint a hátsó sinus phrenicocostalis. A lövedék mintegy „begurulhat” ide a rekeszkupoláról. Az arcus lumbocostalis med. és lat. az a hely (4. ábra), ahol a rekesz összefüggése a m. psoással és a m. quadratus lumborummal a leglazább. Sebészi tapasztalatok is e hely mellett szólnak.



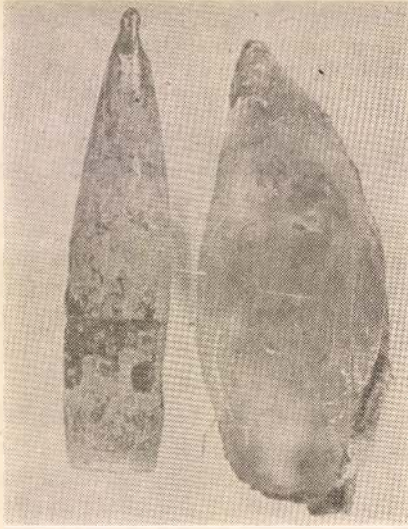
4. ábra.

Tény, hogy kb. 15 év után megjelentek a vázolt makacs gyomorpanaszok, amelyeket a oesophagus-sal érkező vagusok és a ggl. coeliacumból jövő sympathicus fonatok izgalma egyaránt létrehozhatott a vongálódás során.

A retroperitoneumban a lövedék 3 év alatt leszállt a kismencedébe, átkerült a jobb oldalra, ahol — mint vázoltam — hegyével szinte beléállt a n. ischiadicusba. A jobbra tolódásban szerepe lehetett annak, hogy a beteg mindig a jobb oldalán aludt, tehát a nap egyharmadában a gravitatio a súlyos lövedéket jobbra húzta. A mediastinum, majd később a csigolyatestek ennek ellenálltak, a kismencedében ilyen akadály már nem volt. Érthető az

ischialgiás panaszok fokozódása is fektetéskor, mert a lövedék egész nap „ránehezett” az idegtörzsre.

Fentiek alapján laparotomiát végeztünk, melynek során a sigma és a hólyag között a fali peritoneum behatása után a környezetével lazán,



5. ábra.

szálagosan összetapadt proiectilt, melyet szilványi hyalinos-fibrines tok vett körül (5. ábra), eltávolítottuk.

A beteg sebgyógyulása zavartalan volt, és a későbbi kontroll vizsgálatok során panasz- és tünetmentesnek találtuk.

Befejezésül hangsúlyozzuk az eset gyakorlati tanulságát is: makacs ischias esetekben — különösen negatív rutin osteogrammok és negatív liquor esetén — célszerű a felvételeket kiterjeszteni a kis-medencére is.

Összefoglalás. Vázlatos irodalmi áttekintés után szerző háborús bal oldali mellkasi lövés ritka esetét ismerteti, ahol a proiectil 2 évtized alatt a kismencedei retroperitoneumba vándorolt és jobb oldali ischias syndroma sokáig megtévesztő tüneteit okozta.

IRODALOM: 1. *Bellion, B.—Minetto, E.—Chiarle, S.—Peracino, E.:* Minerva medica. 1961, 52, 1647. — 2. *Freud, K.—Kaspersohn, C.:* Monaco Med. Wschr. 1915, 35, 1199. — 3. *Dominicus, N.:* Inaug. Diss. Monaco. 1917. — 4. *Moskalenko, V.:* Vestn. Chir. 1943, 28, 90. — 5. *Schmucker, E.:* Zschr. f. Orthop. 1961, 94, 3, 436. — 6. *Fischer, A. W.:* Lehrbuch d. Kriegschirurgie. Leipzig, Ambrosius Barth. 1937.

PHENYL BUTAZON kenőcs

ÖSSZETÉTEL: 20 g-os tubusonként 1 g phenylbutazont tartalmaz, lemosható alapanyagban.

HATÁS: Localis antiphlogisticum.

JAVALLATOK: Különböző mechanikus és kémiai behatások okozta bőrgyulladások. Kis kiterjedésű I. és II. fokú égési sebek, napégés. Intravénás és intramuscularis injectiók beszűrési helyén keletkező bőrgyulladások, rovarcsípés. Inflamált nodus haemorrhoidalis. Felületes thrombophlebitis helyi kezelése, ezen indikációs területen a készítmény nem az anticoaguláns kezelés helyettesítésére, hanem kiegészítésére szolgál. Traumás lágyrész sérülések, duzzanatok, haematomák, izom- és inhzúzódás, amputációs csontfájdalom. Rheumatoid arthritis és arthrosis, synovitis, tendinitis, tendovaginitis adjuvans kezelése.

MEGJEGYZÉS: A mély vénák thrombophlebitisének kezelésére a készítmény nem alkalmas.

ADAGOLÁS: Naponta 2–3-szor az érintett bőrfelületet dörzsölés nélkül, vékonyan bekenjük.

CSOMAGOLÁS: 20 g kenőcs tubusban.

FORGALOMBA HOZZA:

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI
DOKUMENTÁCIÓS
SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója

7. szám

Tauffer Vilmos

1851 – 1934

Tauffer Vilmos 1851. július 2-án született Kolozsvárott. Atyja, *Tauffer Károly*, jószágigazgató volt. A család köztisztviselőben állott, egyik házuk ma is védett műemlék. Az alsó fokú iskolák után *Tauffer Vilmos* a budapesti egyetemen végezte orvosi tanulmányait kitűnő eredménnyel, 1874-ben avatták doktorrá; szülészetből *Diescher Jánost* és *Kézmárszky Tivadart* hallgatta, 1876-ban Schordann-féle utazási ösztöndíjat kapott. Bécsben *C. Braun* és *Späth* klinikáját látogatta, Prágában *Breisky*, Breslauban *Spiegelberg* intézetébe járt be, innen Freiburgba került *Alfred Hegar* klinikájára; *Hegar* akkor a német szülészet vezető embere volt, nála tanulta meg *Tauffer* a bimanualis vizsgálat technikáját és a műtéti eljárások alapjait. A *Hegar—Kaltenbach—mütét*tan éveken át irányítója volt a műtéti tevékenységnek.

Hegar szívesen foglalkozott a fiatal magyar orvossal, aki bőséges információval szolgált a *Semmelweis*-tanok alkalmazását illetően. *Hegar* kezdetől fogva követte *Semmelweis* tanait s később éppen *Tauffer* adatait felhasználva, könyvében ismertette a már-már feledésbe merült tanokat s ezzel erélyesen hozzájárult azok érvényre jutásához (1882). *Hegar* annyira megkedvelte a fiatal magyar orvost, hogy tanársegédének nevezte ki.

Tauffer szorgalmasan látogatta a kongresszusokat. Érdekes, hogy abban az időben feleslegesnek tartották külön szülész-nőgyógyászati társaság alakítását, erre csak később került sor. *Tauffer* járt Strassburgban *Köberlenél*, majd Angliában, Franciaországban, Svájcban, érdekes összehasonlításokat közölt az Orvosi Hetilapban a német és az angol oktatás különbözőségéről, hangsúlyozva a német rendszer előnyeit.

1878-ban, a boszniai megszállás idején katonai szolgálatra hívták be s haza kellett jönnie. A barátságot a *Hegar*-iskolával azonban továbbra is fenntartotta s mindig hálás volt mesterének, *Hegarnak*.

Hazaérkezve a *Kézmárszky*-klinikán asszisztens lett, majd 1880-ban egyetemi magántanár. *Markusovszky*, aki *Trefort* mellett az egyetemi ügyeket

intézte, belátva a szülészeti intézet hiányosságait (a *Kunewalder-ház*ban dolgoztak, ott, ahol még *Semmelweis* működött), megteremtette a lehetőséget a 2. sz. szülészeti klinika létesítésére s házat vásárolt az akkori Bodzafa (ma Somogyi Béla) utcán s átalakította klinika céljaira. Műtőterem nem volt, a kórteremben operáltak. A klinika 43 ágyas volt. A kinevezett tanárnak előadásokat kellett tartani az orvostanhallgatók és bábák számára, poliklinikumot kellett vezetnie, a szigorlatokat ellátnia. Innen indult el a magyar gynaekológia.

Szólnunk kell itt a poliklinikum intézményéről. Bába hívására jól képzett idősebb gyakornok fiatalabb társával kocsin kiment a szülő nőhöz s elvégezte a szükséges orvosi beavatkozást, ha kellett, ott maradt, akár órákon át, vagy beszállította a szülő nőt a klinikára. Szükség esetén a poliklinikus tanársegéd is kiment a szülő nőhöz. Egy hónapig tartott a poliklinikus szolgálat s ezalatt 150—180 esethez hívták ki a poliklinikust. Az évtizedek alatt több tízezer esethez hívták ki a klinikát s az intézmény csak akkor szűnt meg, amikor kellő hely volt a klinikákon a szülő nők felvételére s kifejlődött a mentőszolgálat. Mérhetetlen jót tett ez az intézmény és rendkívüli módon elősegítette a szakorvosképzést.

Tauffer nemcsak a „klinikán” operált, elment más intézményekbe és magánházakba is, amennyiben gondoskodni lehetett a tisztaságról. Jó híre csakhamar elterjedt az országban s külföldön is. Meglátogatták a világhírességek, így *Marion Sims*, *Spencer-Wells*, *Joseph Lister* s később a vezető európai szülészek is. Intézete csakhamar szűknek bizonyult. Hosszas küzdelem után 1898-ban sikerült felépíttetni a botanikus kert egy részén, az Üllői út 78. sz. alatt az új klinikát, amely 1916-ban kapott újabb toldalékot.

Nagy érdeme a bentlakás létesítése az új klinikán. A kezdő szakemberek számára a klinika alagsorában biztosított szállást. Sok száz magyar és külföldi szakorvos hálásan emlékszik vissza az ott eltöltött időre.

Tauffer megkövetelte hallgatóitól a tudást, de mindent megtett, hogy megkönnyítse annak elsajátítását. Az Üllői úti klinika felavatásakor mondotta 1898-ban: ezután Magyarországon senki sem mondhatja, hogy az egyetemi oktatás hiányos volta miatt nem nyerhette el a szülészetben a kellő jártasságot. Az egész nagyszerű klinika, ő maga, az egész segédszemélyzet a hallgatókért, az ő oktatásukra szolgált.

A tanulás és fegyelem mellett szívélyes viszonyt tartott fenn a klinika személyzetével. Összel a klinika munkatársait szívesen látta Süri pusztán, a birtokán. Újévkor viszont a klinika tisztelgett nála a Sándor utcai házában.

Nagy feladatra vállalkozik, aki egy rövid közlemény keretében vázolni akarja *Tauffer Vilmos* műtéti tevékenységét. Freiburgból magával hozta az ovariectomia technikáját és a descensus elleni műtétet, az összes további beavatkozásokat magának kellett kialakítani és elbírálni.

Tauffer nem teremtett típusos műtéti eljárásokat, de elvégezte azokat, mielőtt szerzőik részletes közléseket tettek volna.

Asszisztense, *Tóth István*, aki 1889-ben a 307. laparotomia idején került a klinikára, érdekesen írja le a műtéteket. Műtőterem nem volt, a kórteremben, az ágyon vagy deszkaasztalon operáltak. A Trendelenburg-helyzet ismeretlen volt, a beleket karbolos szivacsokkal tartották vissza. A helyiségben karbolos spray működött, amely miatt az operátor elég sokat panaszkodott. A világítás egyszerű lámpa, irányítható reflektorok csak jó későn készültek. Képzeljük el ilyen körülmények között a nehézségeket, az aggodalmat, a gyötrődést a műtét alatt és után, a betegek szenvedését és veszélyeztetését! Valóban hősiesség kellett mindkét részről, de az eredmény megmutatkozott a fejlődésben, a mai műtéti technika kialakulásában.

Tauffer első önálló laparotómiáját 1878. szeptember 3-án végezte a mai Dohány utcai elemi iskola egyik termében, amely akkor az egyetemhez tartozott. Az első császármetszését 1887-ben végezte méhrehedés miatt. Akkor már 250 laparotómia állott mögötte. Szűk medence esetén inkább symphyseotómiát, pubotómiát végeztek, amelyben *Tauffer* nagy dexteritásra tett szert. A sectio caesareától való nagy tartózkodás oka a nagyon kedvezőtlen *Czerny—Saenger*-statisztika volt, amely szerint az esetek háromnegyed része elhalt. Voltaképpen még nagyobb volt a mortalitás: nagy ritkaság volt, ha anya és gyermeke életben maradtak. A méh sebtét akkor még nem varrták, megbízható vérzéscsillapító szerek sem voltak.

Rátértek később a myoma műtétekre (1880-ban). Itt nagy probléma volt a csonkkezelés. *Tauffer* sokáig ragaszkodott az extraperitoneális csonkkezeléshez, csak jó későn, megbízható varróanyag (cat-gut) birtokában tért át a csonk elsüllyesztésére.

Sorra került ezután a méhen kívüli terhesség operálása, az első ilyen esetet hüvelyi úton operálta *Tauffer*. Csak jóval később tért át a hasmetszésre. Ekkor már a másképpen nem gyógyítható krónikus adnexum-gyulladás műtétére is sor került.

Közben vese-, ureter-, epehólyag-műtéteket is végzett. Előszeretettel foglalkozott a hydronephrossal, vesetumorokkal. Tudomásunk szerint elsőnek végezte az átmetszett ureter varrását eredménnyel (1885. október 16.).

Elsők között végezte a rákos méh hüvelyen át való kiirtását (1881). Műtéti leírása olyan tökéletes, hogy a mai műtők is tanulhatnak tőle. Később *Wertheim*-műtéteket is végzett, de nem rajongott érte. Bevezette a rádium és röntgenterápiát.

Műtéti eredményeiről részben maga számolt be, részben asszisztensei referáltak, így *Dirner Gusztáv*, valamint *Velits Dezső* a petefészekműtétek szövődményeiről (1887). A vese és ureter műtéteiről *Tauffer* a Magyar Orvosi Archivumban írt 1897-ben. *Kubinyi Pál* a poliklinikum működését ismerteti (1904). *Tóth István* 1906-ban a 25 éves jubileum emlékfüzetében *Tauffer* 158 sipolyműtétéről számol be. 1907-ben *Tauffer* tartotta az Orvosi Casinóban az első *Semmelweis*-serlegbeszédét. 1908-ban az Orvosegyesület *Balassa*-előadásában 25 év myoma-gyógyításáról beszélt. Részleteket írt a *Korányi—Bókay—Kéthly-féle* Belgyógyászat kézikönyvébe. Két kötetben jelentek meg a klinikai

munkái. az Abhandlungenben (1908, 1913). 1917-ben az Orvosegyesületben tartott *Semmelweis*-emlékelőadást, úgyszintén 1923-ban is. 1912-ben számolt be a méhrák sugaras gyógyításának bevezetéséről, 1917-ben pedig az eredményeket ismertette. 1917-ben jelent meg *Tóth István* társszerkesztésében a kétkötetes Nőgyógyászat kézikönyve. 1891-ben és 1934-ben a Szülészeti Rendtartás ügyében írt beszámolókat. 1930-ban *Hegarról* emlékezett meg.

A hétköznapi küzdelmes folyását néha ünnepek szakították meg. *Tauffer* lehetőleg elkerülte az ünneplést, így 1896-ban 25 éves tanári jubileumát csak szűk körben, a klinikán engedte megemlíteni. Mégis nagy ünneplésben volt része 1887-ben, amikor megoperálta *Blaha Lujzát* s első fellépése alkalmával a közönség *Tauffert* is ünnepelte.

1906-ban *Tauffer* tartotta a *Semmelweis*-szobor leleplezése alkalmával az ünnepi beszédet, ezen alkalommal a kontinens vezető szülészeti gyűlteke ösze Budapesten. 1909-ben a Nemzetközi Orvoskongresszus szülészeti osztályának elnöke volt. Hetvenedik születésnapja alkalmából az egész ország köszöntötte. 1926-ban aranydiplomát kapott *Dollinger Gyulával* s *Imre Józseffel* együtt.

Számos egyesületnek volt az elnöke. Így az Orvosegyesületnek, a Gynaekológiai Szakosztálynak, a Közegészségügyi Tanácsnak, a Balneológiai Egyesületnek. Különösen sokat foglalkozott a Felsőoktatásügyi Egyesület ügyeivel annak elnöként. Alapítója, majd egyik igazgatója volt a Stefánia Anya- és Csecsemővédő Szövetségnek. Ő maga képezte ki az első védőnőket.

Olyan intenzív és széles körű tevékenység, amint *Tauffer* végzett, nem maradhatott ellentétes vélemények nélkül. Élénk vitái voltak az Orvosegyesületben. Szemére vetették, hogy az Üllői úti klinika építések megcsontította a botanikus kertet. Kevesen tudják, hogy *Tauffer* az épületek elhelyezésekor tekintettel volt a szép fákra, a sebészeti klinikát beljebb kellett építeni, hogy a platánfák megmaradjanak. Azt is rossz néven vették, hogy a személyzet egy részét az alagsorban helyezte el, pedig azok száraz és világos helyiségek voltak. Később ezen is segített: egy új épületrész épült fel. Azt is felrötták *Tauffernek*, hogy szigorú volt: de szülészetet nem lehet fegyelem nélkül tanítani. Három évtizeden voltam mellette, soha indulatos kifakadását nem hallottam.

Maradandó érdeme a Szülészeti Rendtartás létrehozása és az a törekvés, hogy minden szülő nő jól felszerelt intézetben hozhassa világra magzatát. 1883-ban az Orvosegyesületben előadás hangzott el, amely ismertette az ország nyomorúságos helyzetét, különösen a falvak szülészeti ellátását tekintve. Adatokat kellett gyűjteni, s *Tauffer Vilmos* elnöklésével küldtek ki egy bizottságot, hogy ezt a feladatot elvégezze. A javaslat csak 1891-ben készült el s megdöbbentő adatokat tárt fel. Kimutatta, hogy az országban évente átlag 3000 anya hal meg szüléssel kapcsolatban. Sok helyen szülészeti egyáltalán nincs, s csak tapasztaltabb idős nők segídenek. Nagyon sok helyen az ún. cédulás bábák működnek, akiknek tudását a tisztviselők igazolták „cédulával”. *Tauffer* javasolta, hogy a bábaképzők-

ben és nagy kórházakban tartanak háromhónapos tanfolyamokat az alkalmasak számára. Ez a javaslat ellenvéleményt váltott ki. *Kézmárszky*, *Mann Jakab*, *Szabó Dénes* egyéves tanfolyamot követeltek. *Tauffer* rámutatott arra, hogy ilyen követelmények esetén tíz évig tartana, amíg a helyzeten javítani lehetne.

1899-ben *Tauffer* újabb jelentést készített. 1897-ben 650 103 szülés történt az országban s 15 179 gyermek halva született, 144 903 pedig az első évben pusztult el. Szükségesnek tartja Egészségügyi Minisztérium felállítását, addig pedig a Belügyminisztérium kapjon és adjon jelentést a szülészet helyzetéről.

1902-ben újabb jelentést írt. Majd később, nyugalmába vonulása után (1917) mint a szülészeti ügyek miniszteri biztosa maga látogatta végig az ország szülészeti intézményeit s kereste a megoldás lehetőségét. Előadásokat tartott a nagyobb városokban s olyan közhangulatot tudott teremteni, hogy amikor 1932-ben három helyen próbaképpen bevezették az új rendtartást, az orvosok még a törvényerőre emelkedés előtt végrehajtották a szükséges intézkedéseket.

Tauffer megküldötte a Rendtartás tervezetét a Deutsche Gesellschaft f. Gynaekologie vezető tagjainak s az ott nagy elismerést váltott ki. A Rendtartás kevés változtatással nálunk ma is érvényben van s lehetővé teszi az ország szülészeti helyzetének gyors és megbízható áttekintését s az esetleges zavarok elhárítását.

Egy szakadatlan munkásságban eltöltött, eredményekben gazdag élet befejezéseként 1934. december 4-én gyógyíthatatlan betegsége miatt *Tauffer Vilmos* önkézével vetett véget életének. Megemlékezésében *Tóth István* írja: „*Lehullott fejünk koronája, meghalt a magyar orvostársadalom koronázatlan fejedelme*”. Emlékének felidézésére nincs szükség évfordulóra vagy jubileumra: amikor egy szülő nő belép a jól felszerelt intézetbe, az elismerés és a hála juttatja eszünkbe *Tauffer Vilmost*.

Fekete Sándor dr.

Bene Ferenc és az első himlőoltás Pest-Budán

Mindössze huszonöt éves, amikor első könyve: „*A himlő veszedelmei ellen való oktatás*” napvilágot lát Pesten, 1800-ban. „Első zsengejét” — ahogy ő nevezi — „édes szüleinek” ajánlja hálája jeléül s talán mintegy engesztelésként is, hogy apja akarásával szembezállva nem papi vagy hivatalnoki pályára lépett, mint akkoriban a nemes ifjak általában tették.

A 19. század elején uralkodó nézetekben, miszerint az orvosi pálya méltatlan nemes emberhez, benne rejlettek az 1800-as évek Magyarországnak politikai-szellemi viszonyai. Az előző század vége felé lassú fejlődés mutatkozott ugyan az orvos- és természettudományok terén, *Ferenc* császár abszolutizmusa idején azonban az ország szellemi élete

ismét lehanyaglott. A bécsi udvar nem válogatott az eszközökben: politikai ellenőrzéssel, külföldi utazások korlátozásával, s nem utolsósorban a cenzúrával igyekezett szűk korlátok közé szorítani a magyar tudományos életet. A kötelező latinnyelvűség is kérekkötőként jelentkezett.

Míg Európa többi államában általános szellemi és technikai fejlődés következett be, Magyarországon a 19. század első három évtizedében az orvosi és természettudományos irodalom színvonala az egyetemi oktatásával együtt lesüllyedt. A tudományos életre az elmaradottság, a provincializmus nyomta rá bélyegét — hiányoztak azok az eszközök, amelyek kohéziós erővel fogják össze a különböző tudományágakat, a más-más területen munkálkodó szakembereket, biztosítva az együttműködést, az állandó kontaktust. Magyarországon ebben az időben nem volt még orvosi szaksajtó, és nem létezett egyetlen tudós társaság sem, amely célul tűzte volna maga elé a magyar tudományos élet felvirágoztatását. Mind a hazai kiadású orvosi szaksajtó alapítására, mind pedig a tudós társaság létrehozására irányuló törekvések eredménytelenek maradtak még hosszú évtizedekig.

Az orvosi egyetemen ugyancsak mostoha viszonyok uralkodtak. Az 1806-ban kiadott II. Ratio Educationis szellemében folyt az oktatás: nem tudósképzés volt a cél, hanem derék és erkölcsös polgárok nevelése. Ennek megfelelően a tanárok csak a kijelölt könyvek alapján taníthattak, tudományos viták, rokon tudományágak ismertetésének mellőzésevel. Az állandó helyhiány, a szegényes felszerelés és a rossz anyagi ellátottság miatt tudományos kutatások végzésére gondolni sem lehetett.

A fiatal *Bene* — bár ismerte a hazai viszonyokat — elutasította bécsi pártfogóinak ajánlatait, és tanulmányútjának befejeztével Pesten telepedett meg, mert „hazájának s polgártársainak akart szolgálni”. Először az elméleti orvostant adta elő az egyetemen, majd bonctant tanított. Ekkor jelent meg a már említett műve a himlőről, magyar nyelven, azzal a nyilvánvaló céllal, hogy a latinul vagy németül nem tudó népnek nyújtson segítséget.

A századfordulón csíráznak ki a magyar nyelvű tudományos irodalom megeremtelésére irányuló törekvések, bár emellett sokáig fennmarad még a latin-, illetve németnyelvűség. Az első magyar szakkönyvek „bárdolatlan” stílusa, bizonytalan helyesírása a magyar tudományos szaknyelv létrejöttének hőskorát idézi.

„*A himlő veszedelmei ellen való oktatás*” két kiadást ért meg, majd hamarosan követte egy másik mű: „*Rövid oktatás a' mentő himlőnek eredetéről, természetéről, és béoltásáról*”. Ez a könyvecske 1816-ban érte meg második kiadását, amikor a Helytartótanács lefordíttatta szlovák, horvát, román és német nyelvre és terjesztését az ország egész területén szorgalmazta.

Bene Ferenc neve e két könyv kapcsán annyira összeforrt a himlő elleni küzdelemmel, hogy külföldi lexikonok (pl. a „Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker”) is őt nevezik meg a magyarországi himlőoltás bevezetőjeként.

Valójában már előtte is több orvos, egyes vidékeken papok is végeztek himlőoltást. *Bene* a „*Rövid oktatás a' mentő himlőnek eredetéről...*” című könyvében megnevezett 17 pest-budai és 26 vidéki orvost, akik már 1802 előtt is alkalmazták a vaccinatiót.

A himlő rettegetésben tartotta Európát. A 16. és 17. században az összes haláleseteknek átlag 10%-át ez okozta, a 18. században évenként 3–400 ezer ember lett áldozata. *Nagy Sámuel* komáromi orvosdoktor írta 1801-ben, hogy Európában az utolsó tíz esztendő alatt megközelítőleg háromszor annyian haltak meg himlőben, mint a napóleoni háborúkban. „*A sok nyomorúságok közzé melyek terhei alatt az emberi Nemzet keservesen sénylődik, tartozik fő-képp a himlőbetegség is. Irtóztató ennek a betegségnek dühösködése majd nem egész kerék földön, leginkább az ártatlan kisdedek között. Sok ezreket megölnek minden esztendőben, sok ezreket el-nyomorítanak a' himlők. A' ki tehát tehetsége szerént e' veszedelmeket eltávoztatni igyekszik, az egész emberi Nemzetnek jótévedője leszen.*”

Meglelni a gyógyírt az „irtóztató himlőméreg” ellen korántsem volt egyszerű. A problémával közel száz esztendeig foglalkozott az orvostudomány, s bár az angol *Jenner* 1796-ban közzétett felfedezése, a *vaccinatio* gátat vetett az öldöklő járványoknak, a himlőt még az 1850-es években is a bőrbajok közé sorolták a vörhenyvel és a kanyaróval együtt, sőt mi több, szükséges és hasznos betegségnek tartották. *Bene* szembeszállt ezzel a kényelmes felfogással: „... oktan ez a' nálunk-is közönséges vélekedés, mintha a' himlők az egészségnek fentartására, a' testnek tökéletességére hasznosak volnának, mivelly az ártalmas nedvességektől a' testet meg-mentik, és így kitisztítják”.

Pesten az első nyilvános védőoltásra 1801. augusztus 27-én került sor. *Bene Ferenc de Carrótól*, a híres bécsi orvostól kapott oltóanyaggal beoltotta *Schraudt Ferenc* kir. tanácsos 9 hónapos és *Wieser* kereskedő 3 éves leányát. A Bécsben megjelenő *Magyar Kurír* 1801. szeptember 14-én így számolt be az eseményről: „*Dr. Bene Ferentz Pesti Orvos, iparkodásainak tzeljät elérte, a dühösködő himlő méregnek veszedelmei ellen sok ezer tapasztalások által meg próbált Oltalmazó vagy Tehény-Himlőt, szerentsés ki menetellel az első oltotta bé Pesten.*”

Bene doktor az év végéig 183 gyermeket oltott be. Eközben gondoskodott arról, hogy az orvosok elsajátítsák az oltás technikáját, és szorgalmazta a lakosság minél szélesebbkörű felvilágosítását, a Helytartótanács figyelmét pedig felhívta a tömegoltásban részt vevő orvosok megfelelő díjazására.

Angliában, Németországban és Párizsban 1800-ban kezdett elterjedni a tömeges védőoltás. Magyarországon 1804-ben nyert országos szabályozást a himlőoltás, egyes nagyobb városokban oltóanyag-termelő intézeteket hoztak létre.

Bene Ferenc és orvostársainak 170 évvel előtti küzdelme „a' himlő veszedelmei ellen” eredményesnek bizonyult, s e férfiak méltán érdemlik meg a *Bene* által megfogalmazott kitüntető címet: „az egész emberi Nemzetnek jótévedői”.

További pályáját az egyre sokasodó munka, a fáradhatatlan tevékenység jellemzi. Elméleti orvos-

tant, sebészi előkészítő tanulmányokat, bonctant, törvényszéki és orvos-rendőrségi tudományokat, élettant, gyakorlati orvostant adott elő az egyetemen, valamint a himlőoltásról is tartott huzamosabb ideig előadásokat. 1806-ban ő lett a városi kórház igazgatója, ugyanakkor a városi főorvos tisztét is betöltötte. Kórházában bevezette az ápolószemélyzet szakoktatását. Betegeinek kórtörténetét és az alkalmazott gyógymódot előbb latin, majd magyar nyelvű naplójában jegyezte fel. 1807-től az egyetem dékánja, majd 1809-ben rektor lett. Ugyanezen évtől ingyenes szolgálatot teljesített a katonakórházban.

Az egyetemi oktatást forradalmasította: az elméleti oktatás mellett kötelezővé tette a betegbemutatást, a kórházi gyakorlatot. Magyar, német és latin nyelvű művei egymás után hagyták el a pest-budai nyomdákat. Közülük legjelentősebb az 1811-ben napvilágot látott „*Elementa Medicinæ forensis*” című tankönyv, „mely egy barbárnak hitt nemzet” meglepetése volt a tudós világ számára. Nyugaton elismerően nyilatkoztak róla, Oroszország egyetemlein tankönyvként használták.

1831-ben, a kolerajárvány idején *Bene* kezdeményezésére Pesten kolera-kórházat létesítettek két orvossal, két sebésszel és egy gyógyszerésszel, akiknek kéthavi fizetését ő maga előre kifizette, ezenfelül 100 arany jutalmat tűzött ki a kolera legjobb tudományos leírására.

„Tudományosságunk előmozdítása ügyében” is halhatatlan érdemeket szerzett: 1840. július 25-én az orvosi kar ülésén javaslatot tett egy természettudományos és orvosi társaság létrehozására, amelynek célja a természettudományok magyar nyelven való művelésének előmozdítása, fejlesztése és terjesztése lett volna. „*A társult tagok évenként kétszer jönnének össze, egyszer Pesten... egyszer változtatva országunk más és más városában... mi által a tagok országunkkal megismerkedhetnek bő alkalmat nyerhetnének.*” Így jött létre a Magyar Orvosok és Természettudományos Vizsgálók Vándorgyűlése, amelynek első összejövetelét maga *Bene Ferenc* készítette elő *Bugát Pál* segítségével. Az első vándorgyűlésen — amelyet 1841. május 29-én tartottak Pesten — 268 résztvevő előtt hangzottak el az elnöklő *Bene* szavai: „... a tudományok tökéletesebb kiművelésére s elterjesztésére leghathatósabb eszköz a tudósok minél többszöri összejövetele, ha lángszóknek szép gondolatait egymással közlik, s közös barátságos vitát által a homályost fölvilágosítják, a hibást megjobbítják s a nehezét megkönnyítik”.

Életének értelme, tartalma és célja a munka volt. Fél évszázadon át dolgozott fáradhatatlanul a magyar orvostudomány jóhírének öregbítésén, s még végrendeletéből is a hazai orvosképzés iránti gondoskodás tűnik elő: 2000 arany alapítványt tett a tehetséges fiatal orvosok külföldön való továbbképzésére.

Tanítványa, orvostársa így búcsúzott tőle: „... alig hiszem, hogy egy hamar szülessék az elhunynhoz hasonló hazafi orvos, kinek összes törekvései annyira hazájának boldogítására, nemzetének művelésére és felvirágoztatására legyenek irányozva”.

Friedrich Ildikó

Florence Nightingale, az egészségügyi statisztika úttörője

Florence Nightingale, a múlt század kimagasló angol egészségügyi reformere korának világszerte ismert és elismert személyisége volt. Munkásságát a sokrétűség jellemezte, amelyen belül azonban egész hosszú élete folyamán egyetlen alapeszme: az emberiség önzetlen szolgálata dominált. Ez az alapeszme nyilvánult meg társadalmi munkássága kezdetén, a krími háború idején kifejtett áldozatkész munkájában, amikor önkéntes ápolónő-csapatával arra vállalkozott, hogy igen nehéz körülmények között, mint főápolónő gondozza a sebesült angol katonákat. Innen indult el legendás hírneve. Florence Nightingale-nek ettől az alapeszmétől vezérelt munkássága fordította Henri Dunant figyelmét a Vöröskereszt mozgalom megalapításának szükségességére. Erről maga Dunant emlékezett meg a Vöröskereszt mozgalomról Londonban, 1872-ben tartott előadásában, amikor így kezdte meg beszédét: „Bár engem ismernek a Vöröskereszt alapítója és a Genfi Konvenció létesítőjeként, egy angol nő az, akít e Konvenció minden tisztelete megillet. Miss Florence Nightingale-nek a krími háborúban végzett munkája volt az, ami arra inspirált engem, hogy Olaszországba menjek az 1859-es háború idején”.

Ez az életfelfogás volt az, amely Nightingale-t a modern ápolónőképzés megteremtéséhez, a londoni St. Thomas-kórházban a nevét viselő ápolónőképző iskola és nővérotthon megalapításához vezette. A kórházakról és az ápolásról vallott szemléletét kifejezően ábrázolja néhány mondata: „Egy napi életének igazgatása, annak ismerete, hogy melyek az emberi élet és halál törvényei, és melyek a kórtermek egészséges voltának törvényei (és a kórtermek főleg az ápolónő tudása vagy hanyagsága szerint egészségesek vagy egészségtelenek), vajon ezek nem elég fontos és nehéz témák-e ahhoz, hogy tapasztalat és gondos kutatás általi tanulást igényeljenek, éppen úgy, mint bármely más tudomány?”.

Humanista életszemlélete készítette Florence Nightingale-t a statisztikai vizsgálódásokra is, amelyek munkásságának egyik fontos, azonban talán kevésbé ismert területét képezték. Életrajzírója, Sir Edward Cook „szenvedélyes statisztikus”-nak nevezte. Nightingale magáévá tette egy kortársának, Lord Broughamnek a statisztika fontosságáról a társadalmi életben vallott felfogását, amely szerint: „A teljes és pontos statisztikai részletek azt jelentik a törvényhozónak, mint a térkép, az iránytű és a mérőn a hajósnak”. Egészségügyi reformjavaslatait tapasztalati megfigyeléseire alapozta, amelyek tényanyagát a statisztikai adatokból merítette. Statisztikai érdeklődésére és munkásságára igen nagy hatással volt az akkori belga statisztikai élet kiváló reprezentánsa, Quetelet: „Sur l'homme et le développement des ses facultés, ou essai de physique sociale” című könyve, amely bemutatta a

statisztikai módszer alkalmazásának lehetőségét a társadalmi folyamatokra. Quetelet-vel és korának több más jelentős statisztikusával élénk kapcsolatot tartott fenn.

Florence Nightingale egészségügyi statisztikai vizsgálatait a krími háború tapasztalataival vették kezdetüket. Amellett, hogy a katonák ápolása a sebtében kórházaknak berendezett barakkokban az ápoláshoz szükséges legelemibb eszközök hiányában történt, azt is tapasztalnia kellett, hogy ezek a katonai kórházak a legalapvetőbb statisztikákat is nélkülözték. Hiányzott a kezelés módjának regisztrálása, sőt még a halottak számának megfelelő egységes rendszer szerinti nyilvántartása is. Személyes tapasztalatai rávezették arra, hogy a katonai kórházak halottainak nagy része megmenthető lett volna, mivel a bekövetkezett halál az esetek jó részében nem a háborús sérülések, hanem a kórházakban uralkodó egészségtelen állapotok következménye volt. Megfigyeléseit statisztikai vizsgálatokkal támasztotta alá és kimutatta, hogy a krími háború első hét hónapjában a csapatoknál a betegségek következtében elhaltak aránya felülmúlta a londoni nagy pestisjárvány vagy a kolera okozta halandóságot.

A krími háborúból Angliába visszatérve arra a következtetésre jutott, hogy a hadikórházakban tapasztalt hiányosságok fellelhetők az angliai katonai kórházakban is. Feltevéseit ebben az esetben is a számok igazolták. Erre az időre esett megismerkedése William Farr dr.-ral, az angol General Register Office helyettes vezetőjével. Farr ismert statisztikus és demográfus volt és a társaságban, ahol találkozott, a polgári lakosság halandósági tábláiról beszélt. Ez adta Nightingale-nek az elhatározást arra, hogy ezeket az adatokat összehasonlítsa a katonák halálozási arányszámával. Azt az eredményt kapta, hogy az angol hadsereg 20–35 éves tagjainak halálozási arányszáma közel kétszerese volt a polgári lakosságénak. E vizsgálatok alapján, Nightingale javaslatára, Farr statisztikai vonalon való közreműködésével és több, statisztikai munkásságot is kifejtő angol orvos (Balfour dr., Sutherland dr. és mások) részvételével dolgozták ki és hajtották végre a katonai egészségügy megjavítását szolgáló reformot Angliában.

Nightingale egészségügyi statisztikai munkásságának következő állomása az általános kórházi statisztika volt. A londoni kórházak helyzetét vizsgálva úgy találta, hogy bár az azokban tapasztalt hiányosságok nem voltak annyira súlyosak, mint a katonai egészségügyi intézményeké, azonban a kórházak minden tudományos koordinációt, minden egységesítést nélkülöztek az általuk vezetett statisztikai nyilvántartásoknál. Minden kórház a saját nomenklaturáját és osztályozását alkalmazta a betegségek regisztrálásánál, a megfigyelések tömegének nem történt meg egységes modell szerinti redukálása. Erről alkotott véleményét a következő találó hasonlatban összegezte: „Ami azt illeti, ezek a megfigyelések jelenlegi állapotukban akár az orvostudomány, akár az egészségügyi tudomány szempontjából éppen olyan jelentőségűnek tekinthetők, mint amelyet az asztronómia fejlődésére vonatkozóan jelenlencének a végtelen számban végzett, de nem

központosított és közös standardra nem redukált asztronómiai megfigyelések”.

Florence Nightingale Farr dr. és orvos barátai segítségével a hiányosságok kiküszöbölése érdekében kidolgozott egy egységes jegyzéket a betegségek osztályozására és kidolgozta a kórházi statisztika mintakérdőíveit. Rámutatott arra, hogy e kérdőívek általános elfogadása esetén megállapítható lenne az egyes kórházakban előfordult mortalitás, a különböző betegségek és sérülések okozta mortalitás azonos és különböző korévekre vonatkozóan, megfigyelhető lenne a kórházakba felvételt nyert egyes néprétegek különböző betegségek és sérülések okozta mortalitása. A kérdőíveket alkalmasnak találta arra is, hogy azok alapján az egyes betegségek, sérülések és műtétekből eredő mortalitást az ápolás időtartamának megfigyelésén túlmenően statisztikai bizonyosságnak lehessen alávetni a kezelési módszerek és műtétek értékét illetően. Új, addig nem vizsgált mutatóra hívta fel a figyelmet: az ápolás időtartama és a kórház általános kihasználtságának egybevetésére. Megállapíthatónak tartotta a kérdőívek alapján a kórházak általános egészségügyi helyzetének felmérését is. 1859-ben kinyomatta kérdőíveit és elérte, hogy néhány londoni kórház kísérletileg kipróbálja azokat. A kipróbálás igazolta a kérdőíveket.

A kórházi statisztika egységes kérdőíveinek angliai és külföldi propagálására kitűnő alkalmat nyújtott az 1860. év nyarán Londonban rendezett negyedik Nemzetközi Statisztikai Kongresszus. (A Nemzetközi Statisztikai Kongresszusok intézménye a múlt század harmadik negyedének tudományos nemzetközi statisztikai kooperációs szerve volt s mint ilyen, előfutára a huszadik század már szorosabb szervezetű és több nemzetközi statisztikai szervezetben is megtestesülő nemzetközi statisztikai együttműködésének.) A londoni Nemzetközi Statisztikai Kongresszus egészségügyi statisztikai szekciója tagjaként *Florence Nightingale* megvitátás céljából a kongresszus elé terjesztette a kórházi statisztika egységesítésére irányuló tervezetet. Ezt két nagy londoni kórház: az University College Hospital és a St. Thomas Hospital adataival támasztotta alá. A két kórházra vonatkozóan az 1859. évről kitöltött kérdőívek adatait tartalmaztak férfi-nő és ötéves korcsoportok szerinti bontásban a felvett és elbocsátott, ill. elhalálozott betegek számáról, a halálozások százalékarányáról a betegekhez viszonyítva, a gyógyult esetek százalékarányáról a kezelt esetekből. Benyújtotta tervezetét a kórházak által egységesen alkalmazandó betegségi, ill. halál-oki osztályozásról is. Ez korévek, ill. korcsoportok szerint tartalmazta a felvett, gyógyult, elhalálozott, eltávozott és a kórházakban vissamaradt betegek számát. A nomenklatura öt nagy osztályra tagolódott (I. Bomlási folyamattal kapcsolatos betegségek; II. Konstitucionális betegségek, III. Lokális betegségek, IV. Malformációk, V. Erőszakos beavatkozás okozta halálozások, ill. megbetegedések). A nomenklatura 144 betegség felsorolását tartalmazta, kiegészítésként pedig további finomításokat javasolt.

Mint ahogyan a Nemzetközi Statisztikai Kongresszusok munkája a mai széles körű nemzetközi

statisztikai tevékenység előfutáraként tekinthető, ugyanúgy *Florence Nightingale* egységes betegségi osztályozását is felfoghatjuk a ma általánosan elfogadott Egységes Nemzetközi Betegségi és Halál-oki Osztályozás egyik szerény előfutáraként. A londoni ülés jóváhagyta a benyújtott kérdőíveket és *Florence Nightingale* javaslatait a kongresszus határozata értelmében továbbították az ülésen képviselt valamennyi ország kormányához.

A londoni kongresszus után a nagy-londoni kórházak elfogadták a betegek egységes nyilvántartásának rendszerét. Megállapodás jött létre arról, hogy mindegyik kórház éves statisztikát ad ki, és hogy *Florence Nightingale* mintakérdőíveit a kórházak a lehetőségek szerint alkalmazni fogják. A kórházi statisztikákat tartalmazó cikkek, ill. statisztikai táblák 1861-ben és 1862-ben először csak egy, majd tizennégy kórház vonatkozásában jelentek az angol Statisztikai Társaság folyóirata, a Journal of the Statistical Society of London hasábjain. A munka később, különböző okok miatt, elakadt.

Az 1861. évre közölt egységes kórházi statisztika az alábbi nagy-londoni kórházak adatait tartalmazta: St. Bartholomew, Guy's, St. Thomas, London, St. George, Middlesex, St. Mary, Westminster, King's College Hospital, University College Hospital, Royal Free, Charing Cross, Metropolitan Free, Great Northern. A kórházi statisztikát öt táblázatban összesítették a felsorolt kórházakra, a következők szerint:

I. sz. tábla: Általános adatok (a nemek, ill. az általános orvosi és sebészeti esetek megkülönböztetése nélkül). A tábla leltárszerű kimutatást adott az 1861. január 1-i kezdő betegállományról, az év közben történt felvételekről, a gyógyult és lábadozó betegek elbocsátásáról a kórházakból, a meggyógyított és nem meggyógyított esetekről, a különböző okok miatt elbocsátott betegekről, a meghaltakról és mindezek figyelembevételével közölte a kórházakban levő betegek számát az 1862. január 1-i állapotnak megfelelően.

II. sz. tábla: Általános orvosi és sebészeti esetek (a nemek megkülönböztetése nélkül). A tábla ugyancsak leltárszerű kimutatást közölt általános kórtermek és sebészeti kórtermek szerinti csoportosításban a betegek 1861. január 1-i számáról, az év folyamán történt felvételekről, az elbocsátott betegekről, az elhaltak számáról, s végül a betegek számáról 1862. január 1-én. (Két kórházra nem álltak adatok rendelkezésre.)

III. sz. tábla: A paciensek átlagos száma és az átlagos ápolási napok száma. A tábla valamennyi kórházi esetre, majd általános orvosi és sebészeti bontásban, férfi-nő szerinti részletezésben közölte a paciensek átlagos számát az összeállításban szereplő kórházakban és nemek szerinti részletezés nélkül tartalmazta az ápolási idő átlagos tartamát ápolási napokban kifejezve. (Három kórházra nem álltak adatok rendelkezésre.)

IV. sz. tábla: Halálozási arányszámok. A tábla a felsorolt kórházak férfi-nő halandósági rátáit és mindkét nem halálozási arányszámát tartalmazta valamennyi kóreset, ezen belül az általános orvosi és sebészeti kóresetek tekintetében. (Öt kórházra

csak az összes halálozások arányszáma, férfi-nő bontás nélkül, állt rendelkezésre.)

V. sz. tábla: *Elbocsátott betegek száma és halálesetek az általános és speciális kórtermekben.* A tábla közli az általános (orvosi és sebészeti) kórtermek elbocsátott betegeinek és haláleseteinek számát, valamint a halandósági rátát, a speciális kórtermeknél az elbocsátott és elhalálozott betegek számát, végül az általános és speciális kórtermek elbocsátott betegeinek és haláleseteinek számát és halálozási arányszámát. (Négy kórházra nem álltak adatok rendelkezésre.)

A közölt statisztikák — bár mint az előbbi felsorolásból is kitűnik — nem voltak teljesek mind a tizennégy londoni kórház valamennyi felsorolt mutatószámát tekintve, bizonyítással szolgáltak az egységes kórházi statisztika lehetőségére és szükségességére. *Florence Nightingale* fáradozása tehát az egységes kórházi statisztika bevezetésére az angol kórházakban kezdeti, de jelentős lépésnek tekinthető a modern, egységes kórházi statisztika megalapozásában.

Egy rövid cikk keretében lehetetlen még csak vázlatosan is bemutatni *Florence Nightingale* kiterjedt munkásságának csupán az egészségügyet érintő vonatkozásait is. Feltétlenül említésre méltó azonban a szociális-egészségügyi munkássága széles témakörén belül a szegény betegek gyógyításának, az angol dologházak betegei ápolásának megjavítását szolgáló javaslatai, a kórházakban a szülő nők magas halandóságáról és annak okairól, az arányszám leszorításának útját bemutató, *Sutherland dr.* orvosi együttműködésével írott könyve. Meg kell említeni vizsgálatait a városi életnek az utódok számára és egészségi állapotára gyakorolt hatásáról, a különböző társadalmi osztályok hozzájárulásáról a következő generáció népességéhez. E vizsgálatok során közel került az eugenikához és annak angol képviselőjéhez, *Francis Galton*hoz.

Végezetül feltétlen meg kell emlékezni *Florence Nightingale*-nek az indiai egészségügy megjavítását célzó reformjavaslatairól; minden befolyását felhasználta India katasztrofális egészségügyi viszonyai megjavítása érdekében. Különösen nagy figyelmet fordított az indiai falvak egészségügyére. Indiai munkásságának magyar vonatkozása is van: a Nemzetközi Közegészségügyi és Demográfiai Kongresszus VIII. ülésére, amelyet 1894-ben Budapesten tartottak és amelynek egyik alelnökévé választották, „Falusi egészségügy Indiában” címmel küldött be előadást; az akkor már 74 éves, beteg *Florence Nightingale* személyesen nem vehetett részt a budapesti ülésen.

Kármán Tamásné

Constantin Monakow

1853–1930

Constantin Monakow, a modern neurológia egyik megalapítója, s egyben egyik legszínesebb egyénisége Oroszországban született, a Moszkvától északra

fekvő Vologdában; tanulmányait azonban már jó-részt Közép-Európában végezte, és itt született meg életműve is. Művelt és jómódú apja nemes ember és cári sajtócenzor kegyvesztett lett és 1863-ban elhagyta Oroszországot. A család először Drezdába, majd Párizsba emigrált, és végül Zürichben telepedett le. Anyja időközben tuberkulózisban meghalt; anyai gondoskodás nélkül a fiatal *Constantin* saját érdeklődésének engedett: mélyen vallásos lett, élvezte a zenét, a színházat. Memóriája kitűnő volt, az önképzést azonban többre becsülte a szabályszerű, hivatalos oktatásnál.

A kémia és a fizika ugyan nem nagyon érdekelte, ennek és apja tanácsának ellenére 1872-ben beiratkozott a zürichi orvosi fakultásra. Még mielőtt 1877-ben megszerezte volna orvosi diplomáját, már *von Freyn*él dolgozott, szövettani és embriológiai tanulmányokat folytatott, *Hermann*-nál élettant tanult, *Hitzig*nek segédkezett a pszichiátriai klinikán. Valószínű azonban, hogy a müncheni *von Gudden* volt legnagyobb hatással orvosi pályafutásának kialakítására, amikor megismertette a mikrotommal. Az agy kísérletes degenerációs jelenségeinek vizsgálatára készítettek metszeteket ezzel az eszközzel. A központi idegrendszer atrófiájának, illetve degenerációjának tanulmányozásához használt idegszövettani vizsgálati módszerek, amelyeket itt elsajátított, alapját képezték azoknak a kiváló eredményeknek, amelyekkel *Monakow* az elkövetkező évtizedekben gazdagította a neurológiát.

Rövid ideig magánprakszist folytatott, de ezután a sikertelen kísérlet után 1878-ban a Sankt Gallen-i kantonban levő Sankt Pirminsberg-i elme-egógyintézetben segédorvos lett. Itt a neurológiai és pszichiátriai klinikai munkát a korábban megtanult kísérletes vizsgálatokra alkalmas technikákkal össze tudta kötni, és ezek lettek életének legtermékenyebb éve. Nyulak occipitalis lebenyét röviddel születésük után eltávolította, ezután egy évig életben tartotta az állatokat. Úgy találta, hogy a corpus geniculatum laterale, valamint a corpora quadrigemina anteriora sorvadtak, míg a thalamus többi része ép maradt. Megkülönböztette a nucleus ganglion-sejtjeinek degeneratív elváltozásait a tractus opticus rostjainak másodlagos elváltozásaitól, amelyek a nervus opticus tönkretevő laesiók után, vagy a szemgolyó eltávolítása után következnek be. Így bebizonyosodott, hogy a n. opticus a retina ganglion-sejtjeiből ered.

Felbátorodva azon, hogy ilyen kísérleti műtétekkel a központi idegrendszer magasabb központjainak vizsgálata lehetséges, kimutatta, hogy a thalamus több magból áll, hogy mindegyik a cortex specifikus területéhez kapcsolódik — ez olyan idegszövettani koncepció, amely ma is helytáll. Használó technikát használt az agyhoz vezető pályák tanulmányozásához. Felfedezte, hogy a gerincvelő orális részének hemisektiója után a n. Deiteri nagy ganglionsejtjei elpusztulnak; ez fontos állomás a tractus vestibulospinalis felismeréséhez. Egyik kísérletében a macska parietalis vidékének laesiója után — a capsula internát is megsértette — a thalamus lateralis és ventralis magvaiban figyelt meg másodlagos degenerációt; ugyanakkor atrófiát talált a fibrae arcuatae internae, a hátsó kötegek

magvai felé vezető kereszteződésben és a contralateralis hátsó kötegek magvaiban, így egy pálya lefutásának állomásait jelölte meg.

Monakow egyik utolsó extirpációs kísérlete Szt. Pirminsborgban a tractus acusticus és rubrospinalis kötegét érintette. A lateralis tractus-rész sérülését mind felszálló, mind leszálló irányban követték az elváltozások. Felszálló irányban a másodlagos degeneráció a corpus quadrigeminum posterior ganglionjához vezetett, leszálló irányban az oliva superior pars dorsalisában, az azonos oldali striae acusticae-ben, és a contralateralis tuberculum acusticum mitralis sejtjeiben. Degenerációt figyelte meg a később róla elnevezett gerincvelő oldalsó kötegének tractus rubrospinalisában is.

1885-ben Monakow Berlinbe ment, ahol Westphal, Oppenheim, Virchow, du Bois-Reymond és főleg Munk klinikai és elméleti előadásain vett részt. Zürichbe visszatérve, újból neurológiai praktiszt folytatott, magán kutatólaboratóriumot létesített; ez lett később az agy anatómiájával foglalkozó intézet, amely 1894-től a zürichi egyetemhez tartozott, ahová Monakowot egyidejűleg rendkívüli tanárrá nevezték ki.

Monakowot általában bámulatot munkabírájáról, igen sokoldalú és nagy olvasottságáról és termékeny írói munkásságáról ismerték. „Az agy patológiája” című művének első kiadása Nothnagel „Kézikönyv”-ében jelent meg 1897-ben. Néhány évvel később átnézte és kibővítette a szöveget. 1906-ban megalapította saját folyóiratát „Arbeiten aus dem Hirnanatomischen Institut in Zürich” címmel, amely rendszeresen jelent meg 1917-ig, majd új formában, mint a „Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie” folytatódott. Monakow egészen a haláláig a folyóirat főszerkesztője volt. Legismertebb monográfiája, a nucleus ruberről szóló munka két részletben jelent meg 1909/1910-ben. Az agyi lokalizációról folytatott kutatásait és azok eredményeit szintén monográfiában foglalta össze, amely 1914-ben jelent meg; főleg emberi klinikopathológiai anyagot dolgozott fel.

A magasabb idegközpontok működéséről alkotott felfogásában eltért az általánosan elfogadott, az agykéreg egyes funkcióit körülírt mezőkbe lokalizáló iránytól. Azt tartotta, hogy a prosencephalon filogenetikai fejlődése során egyre nagyobb szerepet kap az integrációban, és hogy az agykéreg megbetegedéseiben a legkésőbbben kifejlődött központok azok, amelyek a legkorábban szenvednek kárt. Ezt a kronológiai felfogást utóbb továbbfejlesztette az aphasiáról szóló munkájában és a diaschisisről szóló elméletében; utóbbi kísérlet a központi idegrendszer érző hirtelen károsodást követő, eleinte nagyobb mérvű funkciókiesés magyarázatára. Elmélete szerint valamelyik központot érő károsodás a funk-

ciót ellátó egyes elemeket elszakítja egymástól és így megakadályozza az integrációt. Az egyes elemek funkciójának helyreállása ugyancsak az említett kronológiai sorrendben történik.

„Ha több neuron közös funkció ellátására mint egy lánc szemei egymásba kapcsolódik, hirtelen inzultus után, amely a neuron-láncszemek egyikét vagy többüket éri, a többi már csak a megváltozott körülmények lehetőségei szerint képes működni, de ezt is ritkán azonnal, miután strukturális szerkezetük megbomlott. Az így érintett, alárendelt neuronok nem képesek reagálni, míg új kombinációk nem ingerlik őket aktivitásra. Ha a funkció felsőbbrendű elemei tönkrementek, végleg hiányos marad majd működésük, bár csökkent szinten lehetséges a funkció valamilyen formában való fenntartása... Az egyik ilyen akut jelenség, amely a sokkal rokon, de nem azonos vele, az a körülírt harc a funkció fennmaradásáért, amelyet én „diaschisis”-nek neveztem el. Ennek lényege az elemek szétválása a „láncot” irányító erő kiesése folytán.”

Az első világháború végén és az 1917-es orosz forradalom hatására mélyen vallásos lett, mint fiatal korában is volt; ehhez kapcsolódott filozófiai, etikai, morális és pszichológiai gondolkodása. Utolsó munkáinak egyike „Erkölcsi érzék, érzelmi élet és az agy”, 1925-ben jelent meg. Neurobiológiai alapra fektetett pszichiátriájának utolsó bekezdése jól illusztrálja felfogását.

„Olyan személyeknél, akik egészségesek és akiket helyesen neveltek, a központi idegrendszer... körében éppúgy, mint a mozgató rendszerben a gátló apparátus, amely a hatalmas serkentő apparátussal szoros kölcsönös összeköttetésben áll, jól fejlett és jól organizált. A két rendszer mindig képes egymást befolyásolni és kiegészíteni, feltéve, hogy az egyensúlyt egyik vagy másik irányban fel nem borította valamely mérge, kóros folyamat, érzelmi katasztrófa stb. Vitathatatlan, hogy az, amit mi életcélnak és moralitásnak nevezünk, ellenkező irányban ható érzelmek konfliktusának végeredménye (kebelünkben a legszörnyűbb hibák és a legszebb erények egymás mellett található). E különböző elemek élettani alapja nemcsak az idegrendszer strukturáinak közös működésében keresendő, sem az agykéregben, azaz az úgynevezett „fogalmak világá”-ban, hanem a belső szekrécióban is, amely részben magukban a strukturákban, részben ezek működését befolyásolva hat; ez azt jelenti, hogy a physiológiai alapok a tudatalatti akarás és a titokzatos, primitív emlékezés biokémiai tényezőiben is keresendők.”

A JAMA-ban megjelent cikk nyomán



Szervátültetés

A hullaszervek transzplantációjára vonatkozó 16 pont. W. J. Kolff (Univ. of Utah, Salt Lake City, Utah USA.): Bull. N. Y. Acad. 1969, 45, 1118—1123.

Az Amerikai Egyesült Államokban évente 50 ezer vesebeteg hal meg, közülük 8 ezer lehetne ideális transzplantatio várományos. Legalább 500 ezer ember hal meg egyedül szívkoszorúsér bántalom következtében, közöttük 100 ezer, aki szívátültetésre vagy műszívre alkalmas lehetne. 1967-ben 57 ezer ember halt meg autóbaleset miatt. Ez fedezhetné a vese transzplantációs szükségletet.

1. Ki nyilváníthatja a donort halottnak?

A esetek többségében saját orvosa, vagy az intenzív szoba orvosa, talált holttestnél a törvény által ki-rendelt orvos.

2. Felhasználhatók-e moribund beteg szervei?

Az amerikai publikum ezt nem nézné jó szemmel, az „agyhalál” fogalma azonban általánosan elfogadott. Az agyhalál bizonyítékai: öntudatlanság, reflexhiány, hiányzó spontán légzés, lapos vagy nonreactív EEG normál testhőmérsékleten. (24 óra múlva megismétlendő). Az agyhalált a neurológusnak kell megállapítani.

3. A szervek megőrzése a hozzájárulás megszerzéséig.

Mesterséges légzést és szívmassagét kell alkalmazni zárt mellkas mellett, azonkívül 2 mg/kg heparin, 500 ml alacsony molekulásúlyú dextran és 500 ml 5%-os nátrium bicarbonat iv., mert az acidosis a szervkárosodás legfontosabb factora. A heparin megakadályozza a véralvadékképződést a szívüregekben resuscitatio alatt.

4. Ki vállalja a felelősséget annak megállapítására, hogy mikor lehet egy szervet a holttestből eltávolítani?

Jól szervezett transzplantációs program esetén ezt egy különleges kórházi szolgálat (hospital service) végzi. Konzultánst ezzel a feladattal nem szabad megbízni. Szerző több mint 100 cadaver vesét ültetett át az említett service döntése alapján.

5. Milyen cadaver vesék alkalmazhatók?

Systemás infectio vagy carcinoma esetén a donor nem jöhet szóba. Vesebetegségben nem lehet vesét, szívbetegségben nem lehet szívet átültetni. Az életkor önmagában nem contraindicatio. A donor hy-

pertensiója, hypotensiója, shock állapota nem képez ellenjavallatot. A recipiens dialysálásával az acut tubularis necrosis is reversibilis.

6. A halál és a szerv eltávolítása között eltelt idő.

Kezeletlen holttest esetén a határ vesére nézve 4 óra körül van. Mesterségesen fenntartott keringéssel vagy perfúsióval ez az idő jóval több. Jelenleg még nem bizonyos, hogy a hideg perfusio vagy az egyszerű lehűtés, hyperbaricus oxigenel vagy anélkül, a jobb módszer-e. A szívet illetően még nincs sok tapasztalat.

7. A sebész joga, hogy a műtét elvégzéséről döntsön.

Ha a sebész előzetes megállapodás szerint köteles is a holttestből eltávolítani a veséket, a beültetésről azonban neki kell döntenie.

8. A szerv tipizálása a recipienssel.

AB0 incompatibilitas esetén nem szabad átültetést végezni. A 0 vércsoport mint universalis donor nem igazolt. A Terasaki-féle lymphocytatipizálás mellett jobbák és tartósabbak az eredmények.

9. A felelősség kérdése a transzplantatio után.

A transzplantation átesett beteg sorsának orvosi felelősségét egy szolgálat (service) viseli. Ez változó lehet pl.: „dialysis-service”, „sebészeti-service”. Bizottságoknak nincs helye, az káros késedelmet jelent.

10. A recipiens conditioja.

Az adaequat prae- és postoperativ dialysis döntő fontosságú.

11. A recipienseket össze kell gyűjteni.

Amíg a hullaszervek nem tárolhatók korlátlan ideig, addig a recipienseket kell összegyűjteni olyan számban, hogy ha egy szerv felhasználható, a tipizálás alapján a várakozók közül a megfelelő személy kiválasztható legyen. Ez már meg van szervezve városi vonatkozásban Los Angelesben és országos vonatkozásban Hollandiában, centruma Leyden.

12. A személyek joga saját szerveikhez.

A szerző már évekkel ezelőtt javasolta, hogy minden állampolgár hordjon magával egy kártyát saját, felesége és még két tanú aláírásával, hogy szerveit felajánlja transzplantatióra.

13. Új törvények.

Feladatuk megszüntetni a jelen helyzet kétségeit, megkönnyíteni a szervadományozást, a donor törekvéseit, védeni az orvost.

14. Megfelelő mennyiségű transzplantalható szerv nyerésének technikája.

Jelenleg a legtöbb cadaver szervet elveszítjük, mert a megfelelő időben senki sem gondol a transzplantatióra. Hivatalos tiszteletdíjjal kellene jutalmazni az intenzív szobában dolgozó orvosokat és nővéreket, ha transzplantatióra alkalmas hullaszerveket biztosítanak.

15. „Kidney mobile”.

Ez egy személyzettel és technikailag megfelelően felszerelt egység, a cadaver szervek eltávolítására, a szervek megőrzésére és kórházba szállítására. Vezetője nem kell, hogy orvos legyen. Rádióösszeköttetésben áll a kórházzal, a „transzplantatio-team”-mel és a rendőrséggel.

16. A nyilvánosság.

A közönség részéről jó cooperatio csak nevelőhatású sajtónyilvánosság révén várható. A „kidney mobile”-lal megbízott személy legyen a sajtópropaganda irányítója is. Jó munkával az amerikai állampolgár segítsége megnyerhető a transzplantatio munkához.

Szokoly Viktor dr.

Vesetranszplantáció. (Élő-rokonvese és cadavervese használatának összehasonlítása.) Reeve, C. E. (Los Angeles, California.): The American Journal of Medicine 1969, 47, 410—420.

A szerző és mtsai 1964. IV. 15 és 1967. XII. 15. között 95 betegnek összesen 50 élő-rokonvesét és 50 cadaver vesét transzplantáltak. Az élő donorok 45%-a szülő, 40%-a testvér, a többi egyéb rokon volt. A cadaver donorok mindegyike kórházban halt meg; fertőző betegségeik, extracranialis tumorok nem volt.

A veséket standard technikával a contralaterális fossa iliacaiba transzplantáltak, az ureteret a hólyagba implantáltak. Az élő donor recipiensek 80%-ánál végeztek contralaterális nephrectomiát is. Splenectomiát, thymectomiát nem alkalmaztak.

A műtét napján mindkét csoportban 200 mg Prednisont adtak, amit másnap 100 mg-ra, majd 7—10 nap alatt 30 mg-ra csökkentettek. Az élő donor recipiensek a műtét napján iv. 100 mg Azathioprine-t kaptak, majd naponta 100—150 mg-ot (2,0 mg/kg). A cadaver recipiensek a műtét napján 100 mg-ot, majd az anuriás fázis alatt 50 mg-ot, a diuresis megindulásakor itt is 2,0 mg/kg adagra tértek át. ALG-t csak négy beteg kapott számottevő eredmény nélkül.

Az élő-donor vesék egy kivételével azonnal fungáltak, míg a cadaver vesék közül csak 2 működött azonnal, a többi esetekben 1—22 napos anuriás időszak lépett fel.

Az egyetlen, azonnal nem működő élő-vese a v. renalis thrombozisa miatt pusztult el, a cadaver vesék közül 9 nem működött egyálta-

lán. 3 hónappal a transzplantáció után az élő donor vesék túlélése 86%, a cadaver veséké 60% volt. 3 évvel a transzplantáció után az élő vesék 66%-a, a cadaver vesék 40%-a működött. A túlélők számának csökkenése 3 év alatt mindkét csoportban egyaránt 20% volt.

A vese elpusztulása vagy eltávolítása után a recipienseket chr. haemodialysissal kezelték. 5 esetben retranszplantációt végeztek. Minden esetben, amikor a vese eltávolításának oka rejectio volt, a retranszplantatumban azonnali rejectio zajlott le, ellenben technikai okokból eltávolított vesék esetén a retranszplantatum funkciója jó volt.

Tapasztalataikat összegezve megállapítják, hogy a cadaver-vesés csoportban a vérnyomás minden esetben magasabb volt és gyógyszeresen nehezen lehetett befolyásolni (e csoportban nem végeztek bilat. nephrectomiát!) valamint a serum-kreatinin érték sem csökkent annyira, mint az élő-vesés csoportban. A haematokrit érték mindkét csoportban egyaránt 40–41% lett. A cikk megírásakor (1968. VI. 15-én) az élő-donor vesés betegek 80%-a élt és 66%-nak volt jól fungáló veséje, míg a cadaver-vesés betegek 60%-a volt életben és 40%-nak fungált a beültetett veséje. 28 élő-donor vesés beteget lehetett teljesen rehabilitálni, míg a cadaver-vesés csoportban 15 beteg volt rehabilitálható.

Cikkükben összegezik a steroid és az azathioprine terápiá komplikációit, valamint megemlítik, hogy 2 betegük hordott ki teljes immun-suppressivus terápiát mellett terhességet. Az újszülötteken rendelkezésre nem észleltek, az anyák veseműködése zavartalan volt.

Berkessy Sándor dr.

A veseátültetés jelenlegi klinikai eredményei. Marchioro, T. L. és mtsai.: Archives of Internal Medicine. 1969, 123, 485–490.

A „Human Kidney Transplant Registry” 1968. évi 1. száma 1963-tól 1968. jan. 1-ig terjedően 1741 veseátültetést tart nyilván. A szerzők e kiadvány eredményeit elemzik és ismertetik. Egyértelműen kitűnik, hogy az utolsó két évben a transzplantációk eredményei javultak. 1966-ban a cadaver-vesék 27%-a működött kielégítően egy év után, két év után csak 20%. 1966 és 1968 között transzplantálták az összes cadaver-vese felét. E periódusban az élő-rokonvesés betegek 100%-a volt életben egy év után és 90%-nak fungált jól az átültetett veséje. A cadaver-vesés betegek közül 71% volt életben egy év után és 30% rendelkezett működőképes transzplantatummal. Az eredmények javulása az immun-suppressivus terápia javulásával, a jobb donorselektióval és a jobb short-team szerv-preservációval magyarázható. A cadaver-vese transzplantációk után a

hyperacut rejectiók száma még viszonylag nagy, azonban a betegek többsége chronicus haemodialysissal továbbra is életben tartható. Növekedett a secundar, terciar transzplantációk száma, bár az eredmények e csoportban rosszak. Számos centrum végez transzplantációkat gyermekneknél. Az Univ. of Colorado Med. Center-ben 22 recipiens volt 18 éven aluli. (2 beteg 12 évnél fiatalabb!) Gyermekkorban a prednisolon terápia okozta növekedési zavarok, a recurráló glomerulonephritis jelentik a legnagyobb problémát. Williams 12 transzplantált gyermekből egy év után 11 volt életben.

Schwartz, majd Hitschock és Woodruff mutattak rá arra, hogy az immun-suppressivus terápia eredményeként inoculált tumorok propagációját, ill. malignus tumorok kialakulását lehet megfigyelni. Penn és az említett szerzők szerint specifikus tumornak tartható a cranialis reticulumsejt sarcoma, a thymoid lymphosarcoma, a hepatikus lymphosarcoma és a mediastinális reticulumsejt sarcoma. A jelenlegi immun-suppressivus drogok tumorkeltő hatása miatt — bár abszolút veszély nem áll fenn —, kevésbé veszélyes immun-suppressivus anyagok kutatására kell törekedni.

(Ref.: Bár mindkét összefoglaló közlemény két, három éve feldolgozott adatokat tartalmaz, különös értékük, hogy nagy beteganyagot ölelnek fel, melyekből kitűnik, hogy a mind gyakrabban végzett cadaver-vese transzplantációk eredményei javulóban vannak. A retranszplantációk eredményei azonban, amint az Reeve és mtsainak cikkéből is kiderül, kevés eredménnyel kecsegtetnek, s ennek immunológiai okai kétségtelenek. Az elsődleges jó eredmények kulcsa — s egyben a retranszplantáció elkerülésének lehetősége — a szövettipizálás, a histocompatibilis vesék átültetésének széleskörű megvalósítása. A kompatibilis vesék esetén csökkenthető immun-suppressivus gyógyszeradagolás a malignus tumorok előfordulásának valószínűsége szempontjából is hasznos haladást jelenthet.)

Berkessy Sándor dr.

A vese preservációja szállításhoz. Collins, G. M., Bravo-Shugarman, M., Terasaki, P. I. (Dep. of Surg., Center for Health Sciences, University of California, Los Angeles, California 90 024.): Lancet, 1969, 1219–1222.

A szövettipizálás valamint a városok és országok közötti transzplantációs kapcsolatok lehetővé teszik, hogy az előre tipizált recipiensek antigénszerkezetüknek megfelelő cadaver vesét kapjanak. Nagy probléma azonban a megfelelő vese távoli helyre történő szállítása, a vese életképességének hosszabb ideig történő megőrzése. A continuális perfusió, valamint

a hyperbarikus oxygen-közeg alkalmazásával elért eredmények jók, de a repülővel történő szállítás szempontjából bizonyultak, nehézségek. A szerzők egyszerű, hosszas preservációt is lehetővé tevő eljárás kidolgozására törekedtek. Csak egyszerű felületi hűtéssel (az eltávolított vese 0-fokos jeles konyhasóoldatban történő tárolásával) nem értek el jó eredményt. 16 órán túl abban az esetben sem volt a vese életképessége kellően megőrizhető, ha a kísérleti állatnak a nephrectomia alkalmával mannit infúziót, intra-arteriálisan phenoxybenzamin adtak, ill. a tárolás hyperbarikus oxygen közegben történt. Jobb eredményeket értek el azonban, ha az atraumatikusan eltávolított vesét 50 ml/min. sebességgel 100 vízcsm-es nyomással 100–150 ml perfúziós folyadékkal átáramoltatták, majd ezt követően plasztik zsákba helyezve sós jeget tartalmazó tárolóedényben tárolták. Legjobbnak az általuk C₂-nek nevezett oldattal történő perfúziót találták. Az ezzel az oldattal átmosott és tárolt vesék 30 órás preservatív után is jól működtek, a kísérleti kutyák serum kreatinin értéke (a transzplantációval egyidőben végzett ellenoldali nephrectomiát követően) 1,5–1,3 mg% között maradt. A perfúziós folyadék: 2,05 g KH₂PO₄-t, 9,70 g K₂HPO₄-t, 1,12 g KCl-t, 0,84 g NaHCO₃-t, 0,10 g procain-HCl-t, 5000 E/l heparint, 0,025 g phenoxybenzamin, 25,0 g glucoset, 7,38 g MgSO₄ · 7H₂O-t tartalmaz 1000 ml-ként. A hideg (0–4 C-fokos) perfúziós oldattal történő átmosás lehetővé teszi a vese gyorsabb lehűtését és kiküszöböli, hogy a vese a tárolás alatt K-t és Mg-t veszítsen.

Módszerükkel preservált vesét Los Angelesből Tel Avivba és Sidney-be is szállítottak, s azok megőrizték funkcióképességüket.

Berkessy Sándor dr.

Vesetranszplantatumok védelme a keringő leukocyták eltávolításával. Sarles, H. E. és mtsai (Department of Int. Medicine, University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas): Archives of Internal Medicine, 1970, 125, 443–450.

A transzplantatumok kilökődése inkább immuncelluláris, mint immunhumoralis folyamat, ezért cadaver-vesetranszplantációkhoz a keringő leukocyták eltávolításával próbáltak kedvező körülményeket teremteni. A műtét előkészítése 30–40 napig tart, ez alatt a duct. thoracicusba kötött műanyag kanüllel összegyűjtött nyirkot centrifugálják, és visszainfundálják a v. subclaviába. Ez időszak végére átlag 50–300 milliárd leukocytát eltávolítása után a fvs-szám 200–400/mm³-re esik, a hypersensitív bőrreakciók kialszanak, de a humoralis immunvédekezés megmarad. Ekkor a veseátültetés kilökődés veszélye

UREGYT

50 mg etacrinsav/tbl.

A thiamid csoport több tagját felülmúló
salureticum.

Hatását a proximális tubulusban és a Henle-kacs felhágó
szárában fejti ki, a Na-transport gátlásával, azaz
a Na-ürítés fokozásával.



Javallatáról, adagolásáról, nem kívánt hatásáról és rendelhetősé-
géről a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésé-
re” című könyv ad bővebb tájékoztatást.



20 tableta 15,20 Ft

E. GY. T. GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

BOLUS LAXANS

tabletta

Enyhe hashajtó és adsorbeáló bélfertőtlenítő.
Előnye, hogy a székletet nem festi feketére, így
ennek makroszkópos megítélését nem zavarja
(melaena).

Tablettánként

400 mg	bolus alba
100 mg	sennae fol. pulv.
50 mg	sulf. praec.
20 mg	extr. rhei. sicc.

hatóanyagot tartalmaz.

Obstipatio, flatulentia, meteroismus, béleljeredés,
intestinalis autointoxicatio esetén naponta 3-szor
1–3 tablettá, étkezés után, vagy esetenként 1–4
tablettá.

40 db 5,20 Ft

100 db 13,— Ft

Társadalombiztosítás terhére szabadon
rendelhető.

E. GY. T. GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR,
BUDAPEST

nélkül végezhető el. Immunsuppressió kezelésre nincs szükség, ezt csökkentett adagokkal, otthoni időszakra állítják be.

14 esetükben 17 vesét transzplantáltak, histokompatibilitás szempontjából egyedül a vércsoport azonosságát vették figyelembe. 2 betegüket 3,5 és 15 hónap múlva szívinfarctus, ill. pneumonia, hármát a 12–60 nap között sebészi komplikációk miatt veszítették el, a transzplantatio csupán egy esetben nem sikerült, a kétszeri hyperacut rejectiót keringő cytotoxicus antitesteknek tulajdonítják. 8 betegük kis fenntartó immunsuppressív gyógyszeradagokkal, kielégítő vesefunkcióval 2–27 hónapja életben van.

Pánczél Béla dr.

Az antilymphocita-serum a vesetranszplantatum kilökődésének kezelésében. Mee, A. D., Evans D. B. (Addenbrooke's Hospital, Cambridge): Lancet, 1970, II. 7662, 16–19.

A szerzők 82 beteg cadaver-vesetranszplantációjával kapcsolatban 46 rejectiót észleltek. 25 esetben a rejectiót egyedül szteroid, azathioprin és actinomycin-kezeléssel sikerült kivédeni. 7 részletesen ismertetett esetükben megpróbálták az actinomycint napi 1–3 g immunglobulin-tartalmú antilymphocita-serummal helyettesíteni. Funkcióját 2 vese nyerte vissza, ez az eredmény nem jobb, mint az első csoporté, s bár 7 eset kevés, és a legsúlyosabbak voltak, mégis az a benyomásuk, hogy az antilymphocita-serum súlyos thrombocytopeniát, vérzéseket és egyéb ártalmakat okozva csak a szövödményeket szaporítja és így alkalmazása inkább rontja a hagyományos módszerekkel elérhető eredményeket. Más szerzők véleményét idézve feltételezik, hogy a serum a praeparatív szaktól alkalmasabbra jobb tapasztalatokat eredményezhetne.

Pánczél Béla dr.

Az antilymphocita serum hatása. T. R. DeMeester. Surg. Gynec. Obst. 1969, 129, 717.

Szerző ismerteti az antilymphocita antitest (ALA) in vivo hatásának három leginkább elfogadott elméletét:

1. A „blindfolding” hypothesis szerint az ALA az immuncompetens lymphocyták felületére kötődve bevonja azokat. Így e sejtek mintegy „vakká válva” nem ismerik fel a testidegen antigent.

2. A „steril inactivatio” elméletének lényege, hogy az ALA a hosszú életű, keringő kis lymph.-ák „steril” activitóját eredményezi, minek következtében e sejtek a blast-transformatio és proliferatio stádiumába kerülnek, s így átmenetileg areaktivákká (inaktivá) válnak a specifikus antigén-ingerekkel szemben.

3. Szerző az újabb kísérletes adatok ismeretében legvalószínűbbnek

a „lymphocytotoxicus” hatásmechanizmust tartja. Ennek értelmében az ALA a thymus-dependens, immuncompetens lymphocytákat complement jelenlétében károsítja és feloldja. E cytotoxicus és lyticus hatásra praedilectiót teremt fenti sejtek megfelelő antigén-ingerre történt, előzetes blastos átalakulása, ill. proliferációs állapota.

Leövey András dr.

Hyperchloraemiás acidosis, mint korai diagnostikai jel, a renalis allograftok rejectióinak megítélésében. B. Mookerjee, J. B. Dossetor. (Department of Medicine and Nephrology, Royal Victoria Hospital, Montreal, Quebec, Canada): Annals of Internal Medicine, 1969, 71, 47–58.

A cadaver renalis allograftok acidosishoz vezető tubularis dysfunctiója jól ismert. A nagymértékben reversibilis elváltozás előidézésében a distalis részek károsodása áll előtérben, bár proximális és distalis károsodásokról is beszámoltak. A szerzők jelen tanulmányukban a Dossetor és mtsai (Transplant. 1967, 5, 844) által javasolt, a serum creatinin meghatározásán alapuló rejectió jel, hyperchloraemiás tubularis acidosis, valamint egyéb tubularis dysfunctiók előfordulását vizsgálták.

A vizsgált 122 rejectio 50,6%-ában találtak significans, két vagy több mérés során 108 maequ/l feletti hyperchloraemiát: a maior rejectio 13,6, a minor rejectio 37% volt. A hyperchloraemia megelőzhető a rejectiót mintegy 14 nappal, 1–2 nappal a serum creatinin normalizálódása előtt, rendszerint normál értékre tért vissza. Ez esetenként változó volt és az alkalmazott bikarbonát adása befolyásolta. A normochloraemiás csoporttal összehasonlítva a hyperchloraemia a prognosztis nem rontja, különbséget a gyógyszeres szükséglet terén sem találtak. A hyperchloraemia fennmaradása a serum creatinin értékek javulása során a rejectios aktivitás változatlan fennállását jelenti. Az immunsuppressiv medicatio csökkentése esetén a vesefunctio további hirtelen romlását figyelték meg. A hyperchloraemiás rejectio mechanizmusa nem ismert, előzetes laesioval, ischaemiás károsodással nem volt összefüggésbe hozható. Hyperchloraemiás rejectios betegekben a vizelet acidificatioja mindig károsult volt, átlag pH 6, és a total H⁺ fractioinak kiválasztása csökkent. Egyéb tubularis functiovizsgálatok során négy hyperchloraemiás rejectio esetén hypophosphataemiát és fokozott foszfat clearancet találtak, mely a rejectios aktivitás csökkenésével normális értékre tért vissza. Hyperglycaemia nélküli glycosuriát ritkán figyelték meg, átmeneti generalizált aminoaciduria két esetben fordult elő. Egy betegben a permanens proximális tubularis károsodás

következtében csökkent mértékű aminoaciduria a későbbiek során is fennmaradt.

Az elvégzett tubulusfunctios vizsgálatok hyperchloraemiás rejectio esetén, tehát kevert proximalis (csökkent bikarbonát reabsorptio, aminoaciduria, etc.) és distalis (súlyos acidemia esetén is, a vizelet savanyítása erősen csökkent) károsodásokra mutatnak és az esetek többségében a distalis tubularis defectus dominált. Szalay László dr.

A vesebiopsziák jelentősége a veséátültetések utókezelésében. Millard, P. R., Herbertson, B. M., Evans D. B. (Department of Pathology, Univ. of Cambridge, and Addenbrooke's Hospital, Cambridge): Lancet 1970, I., 7638, 113–116.

A szerzők idült veseelégtelenség miatt 71 betegüket részesítették cadaver-vesetranszplantációban, prednisolon-azathioprine immunsuppressio mellett. Mindössze 10 vese vizeletválasztása indult meg azonnal, a többi csak hosszabb idő múlva kezdett működni, ezekben a hetekben gyakran volt szükség haemodialysisekre. A functiozavar értékelése a klinikai kép alapján, különösen a műtét utáni anuriás szakban, igen nehéz, oka rendszerint kilökődési reakció, tubulusnecrosis, gyulladásos ártalom, vagy mechanikus ürülési akadály. A tájékozódás megkönnyítésére vesebiopsziákat végeztek, s a műtét végén készült első metszetet összehasonlították a körlefejtásban mutatkozó zavarok idején készített szövettani metszetekkel. Erre 20 esetben 2–3 hetes anuria, 14 esetben 4 hónapon belüli, 8 esetben 1 év utáni functioromlás miatt került sor. 30 rejectiónál a kórisme csak 2 esetben volt kétséges, amikor ezt a biopsia megerősítette. A szokásos szövettani technikával készült metszetek fénymikroszkopos elemzése különösen a postoperatív anuriában fontos, elkerülhető az esetlegesen feleslegesen megemelt immunsuppressió kezelésből adódó septikus szövödmények gyakoribbá válása. Ellentétben Kinkaid—Smith és mtsai közleményével (Lancet 1968, II. 748.) a glomerulusokban található leukocyták száma és a várható rejectios folyamat súlyossága között nem találtak összefüggést, ezért a kiindulási szövettani képből prognosztikai következtetéseket levonni nem lehet.

Pánczél Béla dr.

A transzplantatum kilökődés jelentősége és intravasculáris disseminált coagulatio. Emberi szív-transzplantatióval kapcsolatos megfigyelés. Baille, Y. és mtsai.: La Presse Medicale. 1969, 77, 1459.

Transzplantatiókor a coagulatiós problémák két csoportba oszthatók: transzplantatio és thrombosis, kilökődés és consumptiós coagulopathia.

A szerzők ismertettek egy emberi szívtültetést, melyben a harmadik postoperatív napon jelentős hypercoagulabilitás lépett fel, mely miatt a heparin adagját 415 mg-ra kellett felemleni. A harmincnyedik napon viszont a kilökődés jelei mellett coagulopathiás jelek jelentkeztek: vérzések, thrombopenia. A thrombopenia és vérzések a heparin nagy dózisú adására szűntek meg, amit csak a consumptiós pathomechanizmus magyarázhat. Az ilyen típusú thrombopenia viszont a kilökődés korai jeleként ismertetes.

Tanulmányként szerzők a következőket állapítják meg:

a) Transplantatum kilökődés korai jele a thrombocytá szám esése, de még ezt megelőzően a thrombelastogramm megváltozása.

b) Jól kézben tartott anticoagulans terapia kivédheti a kilökődés thrombo-haemorrhagiás jelenségeit. Ezzel nem azt akarják mondani, hogy magát a kilökődést is kivédi, de a megfelelő immun-suppressiv beavatkozások számára kedvezőbb viszonyokat teremt.

Bobory Julia dr.

Perfúziós és ventilációs vizsgálatok emphysema miatt tüdő-átültetett betegekben. P. M. Stevens és mtsai. *New England J. M.* 1970, 282, 245—249.

A szerzők ^{133}Xe -nal perfúziós és ventilációs vizsgálatokat végeztek két bal-tüdő-transplantált betegen, akik súlyos obstructív emphysema következtében kialakult légzési elégtelenség miatt kerültek műtétre.

A műtét után három mezőben vizsgálták ^{133}Xe -nos izotóppal az átültetett tüdők áramlását és ventilációját, összehasonlítva azokat a transplantatio előtti és az ellenoldali tüdőkben mért értékekkel.

A perfúzió az átültetés utáni másodnapon a normálisnak megfelelő volt. Az első esetben a 6. napon a középső tüdőmezőben fellépő infiltratum megjelenésekor a keringés csökkent. Ezt az immun-suppressio fokozásával sikerült rendezni. Ettől kezdve a perfúziós értékek lassan növekedtek és a transplantatumban a keringés az exitus előtt, a 29. napon elérte a tüdőkeringés 70%-át. A második esetben a 3. postoperatív napon észleltek az egész transplantált tüdő felett beszűrődést, mely a keringés csökkenésével járt. A tüdő röntgenbesugárzása után a perfúziós értékek rendeződtek, majd az előző esethez hasonlóan lassan emelkedtek és terminálisan itt is elérték a tüdőkeringés 70%-át.

A transplantált tüdők volumene és ventilációja a perfúziós értékekkel ellentétesen változott. A beültetett tüdők volumene a 3. postoperatív napon volt a legnagyobb. A 4. nap 30%-ra leesik, majd a halálig tovább csökken egészen 20%-ra. A ventilatio is hasonlóan alakult.

A transplantatumon átfolyó vér mennyisége saját vascularis resistentiáján kívül függ annak a rendszernek az ellenállásától, melybe került. A recipiensek alapbetegségükből következően magas pulmonalis resistentiával rendelkeznek, így a transplantatum átáramlása is biztosítottnak látszik. A műtét után átmenetileg észlelt alacsony perfúziós értékek az átültetés során létrejött vasospasmussal magyarázhatók. A tüdők légzése közös rendszeren át történik és így a nyomásváltozás okozta ventilatio az emphysemás tüdőben nagyobb lesz. A szerzők véleménye szerint a műtét után fellépő perfúzió növekedésért és az ugyanakkori ventilatio csökkenésért elsődlegesen az alapbetegség, azaz a súlyos emphysema felelős, ezért az ilyen betegek nem alkalmasak tüdőátültetésre.

Troján Imre dr.

Genetika

Az amniocentesis szerepe a genetikai ártalmak intrauterin felismerésében. Nadler, H. L., Gerbie A. B. (*Children's Memorial Hospital, 2300 Children's Plaza, Chicago, Ill. 60 614*): *New Engl. J. Med.* 1970, 282, 596—599.

A terhesség 20. hete után végzett amniocentesis az Rh isoimmunizáció kezelésében már széleskörben alkalmazzák. Az amniocentesis útján nyert sejtek vizsgálata azonban a genetikai ártalmak kóriszmzésére is felhasználható. A szerzők 155 „nagyon veszélyeztetett” terhesben (kromoszóma rendellenesség gyanúja 132, cong. enzimopathia lehetősége 23 esetben) 162-szer (7 esetben ismételve) végezték el a transabdominalis amniocentesiset a terhesség 13—18. hete között, és 160 esetben sikerült megfelelő mennyiségű (kb. 10 ml) amnion folyadékot nyerniük. A 160 eset közül az amnion-sejtek tenyésztése 155 esetben sikerült. 22 transzlokációt hordozó nő hét, 82 40 éven felüli anya 2 és 28 korábban G trisomiás Downos gyermeket szült asszony 1 magzatjában tudták a Down-kórt intrauterin kóriszmézni. A 7 X-hez kötött ártalom feltételezése miatt elvégzett vizsgálat során 2 esetben bizonyult a magzat fiúnak. Emellett 1—1 esetben ismerték fel intrauterin a Pompe betegséget, lizozomális savanyú foszfátáz hiányt és a meta-kromatikus leukodystrophiát. Az említett genetikai ártalmak kóriszmzésése után a terhességet megszakították. Magának az amniocentesisnek a kockázata kicsi, anyagukban sem anyai, sem magzati szövdmény nem fordult elő. Mindezek alapján a genetikai ártalmak komoly és megalapozott javallata esetén indokoltnak tartják a második trimeszterben elvégezni az amniocentesiset. Az így nyert magzati sejtek tenyésztésének vizsgálata

ugyanis egyértelmű, konkrét választ ad a genetikai ártalom fennállásáról és pozitív esetben ilyenkor a terhesség még megszakítható.

Czeizel Endre dr.

„Születés-előtti” gyermekgyógyászati amniocentesis révén. Carter, C. (*Institute of Child Health, London*): *Arch. Dis. Childh.* 1970, 45, 157—158.

Az amnion folyadék élő sejteket tartalmaz és így a terhesség 12—14. hetében végzett amniocentesis révén ezek vizsgálhatók. (Gondolni kell persze arra is, hogy a tenyésztéses vizsgálatok általában 3 hetet igényelnek, tehát a terhesség esetleges megszakítására csak a 15—18. héten kerülhet sor.) Az amniocentesis anyai kockázata kicsi, magzati veszélyeit azonban pontosan még nem ismerjük, ezért csak pontos diagnózis és megfelelő javallat esetén végezhető. Jelenlegi indikációs területek:

I. Kromoszóma transzlokációt hordozók terhességei.

II. Cong enzimopathiák magas kockázata (amikor a szülők heterozigoták), ahol az amnion sejtek direkt enzim vizsgálata (pl. galactosaemia) vagy a tenyésztett sejtek biokémiai analízise (pl. pancreas fibrocystás betegsége) biztos diagnózist eredményez.

III. Nemhez kötött ártalmak, pl. az izom dystrophiák és a haemophilák bizonyos típusai.

A jövőben a vizsgálat, ha a magzat kockázata nem haladja meg az 1%-ot, kiterjeszhető lesz a 40, esetleg majd a 35 éven felüli terhesekre, akiknél pl. a kromoszóma trisómiák számottevően gyakoribbak.

Czeizel Endre dr.

„Ölni vagy nem ölni, ez itt a kérdés.” Lejeune, J. (*Institut de Progenèse, Paris*): *Amer. J. Hum. Genet.*, 1970, 22, 121—128.

A kromoszóma kutatásnak számos gyakorlati fontosságú eredményt köszönhetünk. Ezek azonban néhány súlyos elvi-etikai kérdést is felvetnek. Így általában kevéssé értékelik azt a tényt, hogy a földön élő minden rassz, alrassz és népcsoport — a nemi kromoszómák dimorfizmusától eltekintve — teljesen azonos kromoszóma szerelvényvel rendelkezik. Ez pedig két dolgot is jelent. Egyrészt az emberi faj 46 kromoszómája úgy látszik egyetlen „lehetőség” a fennmaradásra. Az emberi generációk szinte végtelen sokaságára ható mutációs nyomás ugyanis ettől irdatlan tömegű eltérő variációt eredményezhetett, mégis mindezek — mint ártalmas kromoszóma rendellenességek — gyorsan kiszelektálódtak. Az élővilágban pedig több olyan faj is ismeretes, amelyeknek eltérő kromoszóma szerelvény-típusaik vannak. Másrészt az emberi faj teljesen

egyöntetű kromoszóma szerelvénye ékes bizonyítéka minden ember és emberi rassz, alrassz egyenlőségének és testvériségének.

A kromoszóma kutatás újabban azonban ellenkező előjelű morális problémával találja magát szemben. A terhességek első felében — megfelelő indikációk esetében — végzett amniocentesis révén amnion sejtekhez juthatunk és ezek kromoszóma, ill. általános genetikai analízise az esetleg fennálló örökletes ártalom konkrét kórimzését teszi lehetővé. Pozitív esetben a terhesség ilyenkor még megszakítható.

A módszer azonban két komoly elvi problémát vet fel. „Technikai” kérdések, hogy milyen kromoszóma rendellenességek esetén ajánlható a terhességek megszakítása. A kromoszóma rendellenességek fenotipikus spektruma ugyanis nagyon széles. A legsúlyosabb ártalmak esetében, így a 13-as és 18-as kromoszóma triszómiája, a triploidiaik esetén viszonylag egyszerű a helyzet, mivel ezek az extrauterin étellel összegyűszthetetlenek. A következő csoportba tartoznak az életképes, de súlyos fizikai vagy szellemi defektussal járó ártalmak, mint 21-es triszómia (Down-kór) és „cri du chat” szindróma. A „közép-ső” kategóriába az XO (Turner) és XXY (Klinefelter) szindróma tartozik. A fenotipikus ártalom esetükben is kétségtelen, mégis a szerző egyik megbízható biokémiai asz-szisztensnöje, ill. kitűnő sebész ismerőse szenvedett ezekben. A már szinte normál állapotú XXX és XYY esetek még problematikusabbak. Bizonyított, hogy náluk a mentális retardáció, ill. a bűnözésre való hajlam gyakoribb, de ez csak statisztikus, nagy számok esetén igazolható összefüggés. S végül az egészséges transzlokációs hordozók, akiknek azonban utódai komoly kockázatnak vannak kitéve, és a mozaik esetek megítélése jelenti a legsúlyosabb nehézséget.

Ilyen kérdésekkel szembetalálkozva nem helyes a sok genetikai tanácsadó által ajánlott Poncius-Pilátus-i „mosom kezeim” elvre hivatkozni, mondván — a genetikusnak csak a kockázat mértékét kell feltárnia, a döntés a család joga és kötelessége. A döntéshez azonban tudományos ismeretek és túlzott, szubjektív érzelmektől való mentesség szükséges. A szülők esetében viszont ezek közül egyik sem biztosított. A másik „elvi” jellegű probléma — jogunk van-e embert ölni?! Nyilvánvaló, hogy bármilyen súlyos rendellenességgel is születik egy újszülött, az ember-ölés vádja nélkül nem ölhető meg. De miért tehető meg ez a születés előtt? Itt most nem euthanasiáról, vagyis a menthetetlen beteg szenvedésektől való megszabadításáról van szó. A tárgyalt probléma a család és a társadalom mentesítését szolgálja a csökkent értékű, beteg utódoktól.

Születés után már nem szabad ölni, ill. érvényesíteni ez utóbbi „mentesítési” elvet. A születés előtt is csak akkor szabadna ilyen tennünk, ha még nem életet oltunk ki.

Felmerül tehát a kérdés: mikor kezdődik az élet? Erre a tudósok nem tudnak egyértelmű feleletet adni. Lesznek, akik a fogamzástól, mások a differenciálódástól és sokan az agy fejlődésétől, ill. működésétől számítják ezt —, de abban minden szakember megegyezik, hogy biológiai értelemben teljesen önkényes lenne a születés időpontját tekinteni ennek. Nem tudjuk tehát mikor kezdődik az élet, mivel tulajdonképpen a diogenesi kérdés feltevés óta azt sem tudjuk pontosan definiálni: mi az ember? A probléma tehát megoldatlan, mégis a genetikusoknak nap mint nap szembe kell nézniük a kétségbeesett szülők segélykérő tekintetével és a torz gyermekek lehangozó látványával.

Nem állanak rendelkezésünkre — legalábbis is jelenleg — kész és biztos sémák, amelyek alapján ítélkezhetnénk. Csak két dologra támaszkodhatunk: az együttérzésre és a szánalomra. S mindig gondolkunk arra, hogy az orvosi működés évezeidei alatt a cél örökké a betegségek és halál ellen, az életért és az egészségért folyó harc volt. Helytelen lenne ezen értékrendet megváltoztatni halálos ítéletek kimondásával és ezért ellenzi a prenatális diagnosztika jelenleg mind szélesebb körben végzett gyakorlatát.

(Ref.: Lejeune, az emberi kromoszóma kutatás egyik legnagyobb alakja, az Amerikai Human Genetikusok Társasága W. Allan díjának átvételekor elmondott emlékezőadásának fontosabb gondolatait foglaltuk össze a referátumban. Lejeune humanitástól fűtött érvei alkalmassnak látszottak a humangenetika súlyos morális problémáinak érzékeltesére. De azt is hozzá kell tennünk ehhez, nehéz Lejeune érveit elfogadnunk, amikor évente hazánkban 200 000, világvizonylatban pedig 30—40 millió egészséges terhességet szakítanak meg legalisan vagy illegálisan.)

Czeizel Endre dr.

Electrocardiogramm 47,YYY karyotipusú férfiakban. Steiness, E., Nielsen, J. (Cardiology Department, University Hospital of Århus, Cytogenetic Laboratory, Århus State Hospital, Denmark): *Lancet*, 1970, 1, 1402—1403.

A szerzők 9 47,YYY karyotipusú férfit vizsgáltak és leleteiket összehasonlították Price, W. H. (*Lancet*, 1968, 1, 1106) leleteivel, aki 20 47,YYY karyotipusú férfiban a következőket találta: megnyúlt P—R távolság, V₁ elvezetésben gyakran fordult elő második R-hullám, V₁ elvezetésben hasadt és kisebb S-hullám.

9 betegük közül 7 elme-kórházakból és 2 kórházi osztályról származott. Szívbetegségre utaló jelet vagy tünetet egy esetben sem találtak. 8 beteg 19—29 éves és 1 beteg 49 éves volt. 8 esetben 47,XXX karyotipust és 1 esetben 46,XY/47,XXX mozaikot találtak, utóbbi esetben a sejtek 81%-ában 47,XXX karyotippussal.

Az EKG vizsgálat első napján a következő laboratóriumi vizsgálatot végezték: Hb, We, Se kreatinin, fehérje, elektrolitok: Cl, Na, K, bicarbonat, Mg és Ca. Vizelet glucose és albumin. Vérvomás. Minden eredmény a normális értékeken belül volt.

Valamennyi electrocardiogramot ugyanazzal az electrocardiograph-fal készítették, 50 mm/sec. papír sebességgel; 3 egymást követő napon 12 elvezetést (I., II., III., V₁₋₉) készítették, kivéve egy beteg, akin csak egy vizsgálatot végeztek. A P—Q, QRS, Q—T és R—R távolságot, a Q, R, R' és S-hullámok nagyságát mérték. A kapott eredményekből középértékeket számítottak ki és összehasonlították azokat 20—29 éves férfiak normál értékeivel.

A P—Q távolság nem volt nagyobb és nem volt szignifikáns különbség a QRS, Q—T és R—R távolságban eredményeik és a normál értékek között. V₁ elvezetésben egyik betegben sem találtak második R-hullámot. V₁ elvezetésben az S-hullám eltérés nem volt szignifikáns. A Q- és R-hullám nagysága mindegyik elvezetésben a normális értékeken belül volt. Részleges jobb-szárblokkot egy esetben sem találtak, pedig ezt 2 korábbi tanulmányban mások (Price, Noel) 26 47,XXX karyotipusú beteg közül 5 esetben észlelték. A szerzők nem találtak szignifikáns különbséget a P—Q távolság középértékének és kontroll-csoport középértékének összehasonlítása során és ez megegyezik Noel, B. és mtsai (*Ann. Génét.*, 1969, 12, 223) leleteivel. A P—Q távolságot több tényező befolyásolja, így többek között az, hogy a beteg milyen helyzetet foglal el a felvétel folyamán. A szerzők valamennyi esetükben az EKG felvételt standard feltételek között végezték, fekvő és rossz egészségi állapot tüneteit vagy jeleit nem észlelték.

Arra vonatkozóan nem végeztek vizsgálatot, hogy normális chromosoma szerkezetű egyénekben lehetséges-e összefüggés a szárblokk előfordulása és megnyúlt P—Q távolság között, de ez nagyon valószínűtlennek látszik. Az eddig megvizsgált összesen 35 egyén (Price — 20; Noel — 6; a szerzők — 9) nem adott bizonyítékot arra vonatkozóan, hogy 47,XXX karyotipusú egyénekben statisztikailag szignifikánsan nagyobb számban fordulnak elő EKG rendellenességek.

Honti József dr.

Szív és keringési betegségek

Cardioversio és antiarrhythmiaszerek. P. Székely és mtsai. (University of Newcastle upon Tyne): *British Heart Journal* 1970, 32, 209—218.

Különböző antiarrhythmiaszerek hatásait vizsgálták cardioversióval (DC shock) kapcsolatban.

Rossi és Lown, majd Hall és Wood javasolták a chinidin előkezelés bevezetését elektromos cardioversio előtt, azt tapasztalták ugyanis, hogy a sinus rhythmus könnyebben áll így helyre (kevesebb számú shock és kisebb energiamegnyiség szükséges), és a post-conversio arrhythmiaik száma is csökken.

A szerzők a 457, pitvarfibrillatio miatt végzett cardioversiót számos csoportba sorolták. 68 esetben gyógyszerrel egyáltalán nem adtak, a többiek az elektroshock előtt 3—5 napon át chinidint (1 g ch. szulfát vagy 0,8—1,2 g Kinidin durules), chinidin szulfátot (0,8 g) + propranololt (30—60 mg), procainamidot (3 g), vagy pedig procainamidot (2 g) + propranololt (60—80 mg) kaptak.

Amikor a conversio gyógyszeres előkezelés nélkül történt, 78%-ban állt helyre a sinus rhythmus. Az összes többi csoportban az arány magasabb volt. A chinidinnel és a procainamiddal kezelt csoport között szignifikáns eltérés nem volt. Chinidin + propranolol kezelés esetén minden cardioversio sikerrel járt, de a csoportba összesen 10 beteg tartozott, ún. „lone” fibrillatio pedig nem volt közöttük. (A conversio eredmények általában rosszabbak, ha nincs kimutatható alapbetegség.)

Ebben a vizsgálat sorozatban a gyógyszerek nem befolyásolták a cardioversio energiaszükségletét. Egészen véve nem csökkent a postconversio arrhythmiaik előfordulási aránya sem, sőt a gyógyszeresen előkezelt csoportokban több rhythmus-zavar fordult elő, mint a controlcsoportban.

Összehasonlítva azokat az alsocsoportokat, ahol a digitalis kezelést nem függesztették fel a cardioversio előtt, szignifikánsan kevesebb arrhythmiait észleltek a procainamid + propranolollal előkészített betegekben.

Állatkísérleteket is végeztek, ezek is azt mutatták, hogy a chinidin egymagában nem védi ki a digitalis okozta és a postconversio arrhythmiaikat.

A procainamid cardiotoxikus hatása kisebb, mint a chinidiné. Tapasztalataik szerint mellékhatást nem okoz komolyabb formában, mások viszont, akárcsak propranolol és cardioversio alkalmazásakor, sino-atrialis blockot észleltek.

Arra a következtetésre jutnak, hogy az említett antiarrhythmiaszerek egyedül, vagy egymással kombinálva a cardioversio hatásfokát emelik, de ha egyáltalán al-

kalmazzuk ezeket a cardioversio előkészítésére, csak óvatosan adagolhatók, mivel cardiotoxikus hatásukat (csakúgy mint a digitalisét) fokozhatja az elektroshock.

A cardioversio utáni gyógyszeres kezelésre a tanulmány nem terjed ki.

Bajkay Gábor dr.

A sinus rhythmus fenntartása a pitvarfibrillatio elektromos conversiója után. (Tartós hatású chinidin biszulfát kettős vak vizsgálata.) E. Byrne-Quinn, A. J. Wing (St. Thomas' Hospital, London): *British Heart Journal* 1970, 32, 370—376.

Az elektromos cardioversio a sinus rhythmus helyreállításának egyszerű és biztonságos módszere, eredményes conversio után a sinus rhythmus fenntartása azonban továbbra sem megoldott kérdés. A chinidin terápiát illetően nem egyöntetűek a vélemények.

A szerzők 1966/67-ben 92 betegükön cardioversiót kíséreltek meg. Betegeiket 2 randomizált csoportba osztották, az egyik csoport placebo, a másik tartós hatású chinidin biszulfátot kapott (Kinidin Durules). Sem a beteg, sem a vizsgáló nem tudta, melyik tablettát kapja az adott beteg.

Próbaadag bevétel után a betegek 3 tbl-t kaptak, amennyiben ez hatóanyagot tartalmazott, az adag 0,6 g chinidin szulfátnak felelt meg. Ezt a dózist a conversio előtt 4—12 órával alkalmazták. A digoxin kezelést 1 nappal előbb leállították. Anticoagulánst csak a műbillentyűs betegek és azok kaptak, akiknek kórtörténetében embolisatio szerepelt.

Ha az elektromos conversio sikerrel járt, a továbbiakban a betegek napi 2 × 3 tbl-t kaptak. Ellenőrző vizsgálatokra 1 hét, 2 hó és 6 hó múlva, majd féléves időközökben került sor, ill. az arrhythmia vizsgálatáig.

A két betegcsoport megoszlása nem mutatott szignifikáns különbséget. A kontroll-csoportban 10, a chinidinnel kezelték közül 17 beteget hagytak ki az értékelésből sikertelen cardioversio miatt, ill. a chinidin csoportban 5 betegen még a conversio előtt helyreállt a sinus rhythmus.

Embolia nem fordult elő. A szövődmények között említik egy 65 éves nőbeteg esetét. A pitvarfibrillatio hypertonia és ischaemiás szívbetegség talaján fejlődött ki néhány hónappal a cardioversio előtt, a conversio után 1 héttel a beteg coronaria oclusio következtében meghalt. A chinidin szinteket utólag határozták meg. E beteg plazma szintje 4,3 mg/l volt. A továbbiakban a kezelés során kerültek a 3,5 mg/l feletti szinteket.

65 beteg sorsát követték tovább. A relapsusok terén nem találtak

különbséget a rheumás és a nem rheumás aetiológiájú alcsoportokban. A chinidin szintek az egyes vizsgálatok alkalmával nem különböztek lényegesen azokon a betegeken, akik továbbra is sinus rhythmusban maradtak, ill. később visszaestek.

A vizsgálat sorozat bizonyítja, hogy a fenntartó Kinidin Durules terápia cardioversio után meghosszabbítja a sinus rhythmus fennmaradásának időtartamát. Az összes relapsusok 3/4 része az első 3 hónapban következett be: a controlcsoportban 37 beteg közül 24, míg a chinidinnel kezeltéknél 28-ból csak 9. Tehát a szer különösen előnyösen hat ebben a kritikus időszakban.

Bajkay Gábor dr.

Chinidin kiválasztás aciduria és alkaluria esetén. R. E. Gerhardt és mtsai. (Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia): *Annals of Internal Medicine* 1969, 71, 927—933.

A kinin (a chinidin optikai izomerje) kiválasztása alkalikus vizeletben lényegesen csökken. Analógiára gondolva megvizsgálták a chinidin kiválasztás és a pH összefüggéseit.

4 férfin 5 napos chinidin kezelés után a vizeletet acetazolamid és natrium bicarbonat bevételével meglúgosították. Azt tapasztalták, hogy a chinidin kiválasztás lúgos vizelet pH esetén erősen szignifikáns módon csökken. A vér pH gyakorlatilag nem változott, a chinidin clearance, a napi chinidin ürítés csökkent, a plasma chinidin szint és az EKG-n a QT távolság nőtt alkalizálás esetén.

Tehát az alkalikus vizelettel együtt járó chinidin retentio — különösen nagyobb adag chinidin alkalmazásakor — váratlan szövődeményekhez vezethet. A plasma chinidin szint sorozatos meghatározása sokszor nehézségbe ütközik, ezért intensív chinidin kezeléskor legalább a vizelet pH-ját figyelemmel kell kísérni. Az antiarrhythmiaszerek megkezdése előtt vese-funkciós próbák végzése ajánlatos.

Bajkay Gábor dr.

Practol az akut myocardialis infarctus utáni szívritmus-zavarok kezelésében. D. E. Jewitt, C. J. Mercer, J. P. Shillingford (Department of Medicine, Royal Postgraduate Medical School, London W. 12): *Lancet*, 1969, II. 227—230.

A szerzők új, beta-receptor blokkoló szerrel, a practolollal („Eraldin”) szerzett klinikai tapasztalataikat közlik, szívizom infarctus után fellépő rhythmuszavarok kezelésében. A practolol [4-(2-hydroxy-3-isopropylaminopropoxy) acetanilid] az előzetes farmakológiai vizsgálatok alapján cardioselectív hatású beta-blokkoló szernek bizonyult, mely kutyákon mérsékelte a coro-

naria ligaturát, ill. adrenalin infúziót követő extrasystoliát.

47. coronary care-unit-ben kezelt, infarctusos, rhythmuszavarban szenvedő beteg kapott practololt, a megbetegedés kezdetétől számított első 7 napos időszakban. Kezdő adag 5 mg iv. 2 perc alatt. További adag 2 percenként, ismételten 5 mg, 25 mg-os összmennyiségig. Napi maximális dosis 100 mg volt, infúzióban.

14 supraventricularis, tachycardiás rhythmuszavarból 6 esetben visszatért a sinus rhythmus, a kamrai frequentia minden esetben megséklődött. A 11. lignocainra resistens, kamrai tachycardiás betegből ötnél tért vissza a sinus rhythmus practolol terapia után. Halmozott kamrai extrasystolia 16 esetéből 9-ben a heterotopia teljes megszűnését, ill. ritkulását érték el. A gyógyszer antidysrhythmiás hatása 90–30 percig tartott. Mellékhatások: 1 esetben a practolol adása után néhány percig tartó, spontán szűnő, complett atrioventricularis block alakult ki. Egy másik pitvarfibrillációs esetben, a hirtelen fellépő nagyfokú bradycardia után a tensio jelentősen csökkent. Atropin és DC shock után sinus rhythmus, normotensio alakult ki.

A practolol előnye az eddig alkalmazott beta-receptor blokkolókkal szemben, hogy minimális a sympathomimeticus hatása, nem okoz bronchus-spasmust, hypotoniát, nincs direkt myocardiumdeprimáló hatása. Ezek alapján adagolása cardialisan decompensált, shockos betegek esetében sem contraindikált.

Benedek Szabolcs dr.

A lidocain haemodinamikai hatásai. Cullhed I. (Departments of Internal Medicine and Clinical Physiology, University Hospital, Uppsala, Sweden): Acta Medica Scandinavica 1969, 186, 53–55.

A lidocain ma egyik leghasználatosabb gyógyszer a ventricularis arrhythmiai kezelésében, különösen acut szívizom infarctusban. A szerző elsősorban a lidocain haemodinamikai hatásait (perctérfogát, vérterfogát, frekvencia, vérnyomás) vizsgálta 12 ischaemiás ventricularis arrhythmiaiban.

Az alkalmazott dosis 50–100 mg naponta, iv. 2 perc alatt, ezt követte cseppinfusio 1–2 mg/perc 18 percen keresztül. A vizsgálatok során nem észleltek haemodinamikai változást. Kontraindikált a lidocain kezelés A-V blockban, mert tovább növeli a bradycardiát. Kivétel, ha pacemaker szükség esetén azonnal rendelkezésre áll.

Andik István dr.

Digitalis által okozott szívritmuszavarok kezelése diphenylhydantoinnal. Hansen, H. W. Med. Klin. 1970, 65, 101.

150 betegen vizsgálták a diphenylhydantoin hatását digitalis ki-

váltotta arrhythmiaiban. A szert részben lassú intravénás injekció formájában, részben tablettában adagolták. A legjobb hatást ventricularis (részben polytop, bigemin elrendeződésű), részben supraventricularis extrasystolák esetén látták. A glycosida kiváltotta bradycardia és a meghosszabbodott AV-ido nem képezett kontraindikációt. Egyes esetekben Wenkebach-periódus eltűnését is megfigyelték. A betegek jól tűrték a kezelést. A vérnyomáscsökkenést a szer lassú beadásával kerültk el. Az intravénás adagolásnál a hatás azonnali, vagy legfeljebb 10 percen belül beáll, míg orális alkalmazás esetén 30–40 perc után hat a szer. A diphenylhydantoin hatásmechanizmusa még nincs kellően tisztázva. Valószínű, hogy a deporalisatio alatt bekövetkező ionvándorlás a sejt membránon keresztül lelassul, így a refractaer periódus meghosszabbodik, a nyugalmi potenciál növekszik, stabilizálódik. Van olyan vélemény is, mely szerint a szer strophantin lethalis dosisát tengeri malacon emeli, és kivédi a glycosida kiváltotta arrhythmiaikat az izolált szívkészítményen.

A szerző saját vizsgálatai szerint macskán bizonyítottan vehető a dosisától függő hatás a glycosida intoxicációval szemben. A szerző a diphenylhydantoint a legjobb antidotumnak tartja a digitalis mellékhatások esetén.

Kálmán Péter dr.

**Coxsackie B myopericarditis fel-
nöttekben.** Smith, W. G. (The Sir Charles Gairdner Hospital, Cnr. Verdun St. and University Ave., Shenton Park, Western Australia): The American Heart Journal 1970, 80, 34–46.

A szerző bevezetésképpen részletezi a myopericarditisek leggyakoribb okait, majd ismerteti a szívmegetegedést okozó jelenleg ismeretes vírusokat.

7 év alatt 42 felnőtt szívmegetegedésében állapította meg egyértelműen a különböző serológiai típusú Coxsackie vírus kórokozó szerepét. 22 esetben csak a myocardium betegedett meg, 20 betegen myopericarditis zajlott le. A betegek életkora 15 és 67 év között volt, 23 eset 40 évnél fiatalabb. Férfiak gyakrabban betegedtek meg, különösen pericarditisben (20 betegből 17 férfi).

A fő tünetek: leggyakoribb a mellkasi fájdalom (az esetek 67%-ában), 22 esetben ez típusosan pleuropericardialis jellegű volt, a torokba sugárzott és ülő helyzetben megszűnt. 6 esetben a fájdalom anginához hasonlított. 25 alkalommal észleltek lázat, mely általában csak néhány napig tartott (6 betegnek 2–3 héten át fennálló, magas, continua láz mutatkozott). 15 betegnek influenza-szerű tünetcsoportja volt (láz, gyengeség, köhögés, köpetürítés stb.). 9 beteg meghülésre hajlamosító tényezők-

nek volt kitéve, 10-nek a palpitiatio okozott kellemetlenséget. 5 esetben kis nyirokcsomó-duzzanatot találtak (főleg a nyaki és hónalji régióban), 5 betegben orchitis, 5-ben tüdő laesio, másik 5-ben pleurális folyadékgyülem keletkezett. 4 esetben különféle típusú bőrkütiést észleltek, 3 ízben a szívvelváltozást phlebitis, 2 esetben encephalomyelitis, 2-szer hepatitis, 2-ben nephritis és 2-szer enteritis kísérte. 16 betegen napokig tartó pericardialis vagy pleuropericardialis dörrszőrejt hallott. 11 beteg súlyos szív-elégtelensége általában hevenyen jelentkezett. 9 esetben változó súlyosságú mentális tünetek keletkeztek.

Röntgen és laboratóriumi tünetek: 22 esetben különböző fokú cardiomegalia, 5 esetben pulmonalis infiltratio, 5-ben pleurális folyadékgyülem. 12 betegen tüdőoedema, illetve kifejezett pangás jeleit észlelte. 16 beteg vércépében különböző fokú neutrophil leukocytosist állapított meg. 30 esetben a vörösvérsejtsüllyedés sebessége fokozódott. 6 esetben myocardialis károsodásra utalt az enzimaktivitás fokozódása.

EKG-jelek: Valamennyi esetben kóros volt az EKG (a jellegzetes acut pericarditis EKG jeleitől az aspecifikus T változásig különféle eltéréseket tapasztalt). 13 beteg szív működése volt arrhythmias (kamrai ES-k, pitvari ES-k, 1 esetben pitvar fibrillatio). 3 esetben vezetési zavart, 3 betegen pathológiás Q-hullámot látott.

35 beteg gyógyulása zavartalan volt, 12 esetben azonban ez több hónapot is igénybe vett. 7 esetben egy vagy több recidivát észlelt.

A szerző véleménye szerint az úgynevezett „acut benignus pericarditis”ek többségét Coxsackie B infectióra lehet visszavezetni, mely recidivára hajlamos, arrhythmiait, állandósuló szívnagyobbodást, EKG eltérést, constrictiv pericarditist, haemopericardiumot okozhat és ritkán halálos kimenetelű is lehet. Igen lényeges, hogy ezekben az esetekben az anticoagulans therapia szigorúan ellenjavallt (a fennálló vérzéses hajlamot tovább fokozva halálos kimenetelű haemopericardium keletkezhet). A decompensatio, az arrhythmiaik kezelése mellett súlyos esetekben a steroid kezelés bevezetése indokolt.

(Ref.: A decompensatio mértéke és a vírusfertőzés fennállásának ideje immunológiai szempontból a steroid kezelés indikációját mérlegelendővé teszi.) Pálossy Béla dr.

Congestiv és hypertrophiás kardiomyopathiák. Goodwin, J. F. (Unit of Clinical Cardiology, Department of Medicine, Royal Postgraduate Medical School, London W. 12.): The Lancet, 1970, II., 731–739.

Kardiomyopathia a szívizom subacut vagy chronicus rendellenessé-

ge, oka ismeretlen vagy szokatlan, gyakran kíséri endokardialis, ritkábban perikardialis folyamat. Az ún. primaer megbetegedésekben a szívizomzat egyedül és elsődlegesen károsodott, az ún. secundaer kardiomyopathiában (pl. haemochromatosis, sarcoidosis, kollagen betegségek, neurológiai kórképek esetén) a myokardium elváltozás a betegség részjelenségeként alakul ki.

A szerző és munkacsoportja 1961-ben a klinikai jelek szerint 3 csoportba sorolta a primaer kardiomyopathiákat;

1. *congestiv* (ismeretlen eredetű bal kamrai károsodás, kis- és nagyvérköri congestio),

2. *constrictiv* (rigiditas következtében kialakult diastolés telődési zavar — gyakran endokardialis elváltozással),

3. *obstructiv* (assymetriás hypertrophia folytán kialakul a bal kamra kiáramlási pálya obstrukciója, aorta stenosis képét utánozva).

Az azóta eltelt idő folyamán, beteganyaguk állandó, rendszeres klinikai ellenőrzése alapján nyert adatokból régi felosztásukat elvetették, és a primaer kardiomyopathiákat pathologiai, klinikai és haemodynamikai jellegük szerint 1. *congestiv* és 2. *hypertrophiás* típusúnak tartják.

74 beteget észleltek jelentős kis- és nagyvérköri *congestio*, mérsékelt szívizomhypertrophia és nagyfokú dilatatio jeleivel. Organicus valvularis elváltozásra vagy coronaria sclerosisra utaló jelet nem találtak. A panaszok és tünetek kezdetétől számított 3,5 éven belül 41 beteg (55%) halt meg. 16 beteg alkoholos eredet valószínű volt, 7 beteg a tünetek puerperium idején manifestálódtak, 13 beteg pedig felső légúti hurut lezajlását követően jelentkezett panaszaival.

A kórkép haemodynamikai jellemzője a nagyfokban dilatált kamraüregekben a magas végsystolés és végdiastolés volumen. A bal kamrai systolés ejectió fractio jelentősen csökkent, a normális 70% helyett 20%. Ennek oka az, hogy a nagyfokban károsodott, dilatált kamrák intramuralis nyomása emelkedett, az így kialakuló hypoxia, valamint a csekély hypertrophia folytán a contractió erő csökken —, így feltartóztatlanul kialakul a congestiv keringési elégtelenség képe. Azokban az esetekben, ahol a szívizom hypertrophia kifejezettebb, a folyamat lassabban progrediál.

Hypertrophiás kardiomyopathia tüneteivel 91 beteget figyeltek meg (2,5—55 éves kor között, 50% nő, 50% férfi), 12 éves észlelés során.

A kórképet a kamraizomzat vesztületett rendellenességének tartják, amely excessiv, diffúz és assymetriás hypertrophiával és fibrosissal, irregularis contractióval jár. A haemodynamikai vizsgálatok szerint a residuális fractio és a végdiastolés volumen kicsi, a végdi-

astolés volumen normális. A hypertrophia és a rigiditas következtében azonban a kamrai beáramlás jelentősen akadályozott, *Braunwald* betegének 70%-ában a bal kamrai végdiastolés nyomás kifejezetten magasabb volt.

A kamrai beáramlás akadályozott volta a legfőbb haemodynamikai jellemző, s ha a kamrai telődés valamilyen okból —, tachycardia vagy pitvari fibrillatio esetén a pitvari contractio hiánya miatt —, jelentősen csökken, hirtelen halál oka lehet. Változó arányban észlelték a bal kamrai kiáramlási pálya obstrukciójára utaló klinikai képet és haemodynamikai jellemzőket.

Ante finem *congestiv* keringési elégtelenség képe alakul ki, és a 2 csoport klinikai képe — *congestio*, alacsony perctérfogot, magas vérnyomás, pitvari fibrillatio — azonos. Prognosztikai és nem utolsósorban terápiás szempontból a szerző fontosnak tartja a különböző típusok elkülönítését.

Istvánffy Mária dr.

Primer congestiv cardiomyopathiát utánzó coronaria betegség. E. B. Raftery, D. C. Banks, S. Oram (King's College Hospital, London): *Lancet*, 1969, 2, 1147.

4 beteg kórtörténetének ismertetése, akiknek betegségét szerzők a gyorsan előrehaladó keringési elégtelenség, a rövid lefolyás miatt, továbbá a hypertonia és stenokardia, valamint coronariasclerosisra jellemző EKG leletek hiányában primer *congestiv cardiomyopathiának* kórismézték, azonban a diagnózis *occlusiv coronariabetegség* volt.

A szóban forgó betegségekre a mindkét oldali szívelégtelenség és alacsony verőtérfogot jellemző, továbbá az, hogy csak a szív beteg, egyéb általános ok (pl. amyloidosis, infectio stb.) nem mutatható ki. Utalnak azonban arra, hogy — mivel az infarctus néma is lehet, és súlyos coronariasclerosis is lefolyhat minden mellkasi fájdalom nélkül, továbbá infarctus után is hiányozhat a Q-hullám és az ST, T változások sem jellemzők — az elkülönítés igen nehéz lehet, és segítséget csak a selectiv coronarographia, ill. bal kamrai angiographia adhat. A némanak feltételezett coronaria elzáródás viszonylatában megfontolandó az esetleges retrograd amnesia, amit esetleg az alkalmazott gyógyszerek, a shock, a súlyos dyspnoe és cerebralis károsodás is okozhat. A magas végdiastolés nyomás és alacsony perctérfogot minden decompensációban jelen lehet, tehát coronarogramm nélkül a primer *congestiv cardiomyopathia* nem zárható ki. Sajnos az EKG használhatatlanságát a coronarographia is igazolta, mert ismert, hogy az EKG a coronariák totális elzáródása mellett is negatív lehet.

Földváry Gyula dr.

Szív ruptura kifejlődése alatt készített EKG myocardialis infarctusban. A. A. H. Meurs és mtsai.: *Brit. Heart J.* 1970, 32, 232—235.

100 myocardialis infarctusos beteget monitoroztak 72 órán keresztül. 34 beteg meghalt, ebből 9 sectionál igazolt szívrupturát találtak. Ez a szám lényegesen magasabb az eddig ismertett ruptura gyakoriságnál myocardialis infarctusban (3—6%). A ruptura kialakulásának folyamatos EKG ellenőrzése nem ismert az irodalomból. 8 esetben a ruptura a bal kamra elülső falán, 1 esetben pedig a kamrai septumon alakult ki. Az elváltozás significansan magasabb százalékban észlelhető nőknél, mint férfiaknál (21 és 6%).

A ruptura kialakulásakor minden esetben találtak EKG változást és ezek 8 esetben csaknem azonos képet mutattak. 1. 15—20 másodpercen keresztül a sinus ritmus frekvenciája jelentősen csökken. 2. Nodalis ritmus alakul ki (15 mp—9 percig). 3. A sinus ritmus visszatér (8—90 mp). 4. Ismét kialakul a nodalis ritmus. 5. Terminalis ritmus. 5 esetben észleltek csökkenést a QRS complexus amplitudójában. 1 esetben ellentétben az előbbiekkal a ruptura kialakulásakor a sinus ritmus felgyorsult és kamrai tachycardia alakult ki.

A sinus ritmus lassulását, illetve a nodalis ritmus kialakulását a haemopericardium okozta pericardialis feszüléssel magyarázzák. A sinus ritmus visszatérése a pericardium átmeneti ellazulásával magyarázható. Feltételezhető, hogy amikor a pericardialis üreg teljesen megtelik vérrrel és a szívcontractio elégtelenné válik, ismét a nodalis ritmus alakul ki.

A szerzők véleménye szerint a sinus ritmus lassulása, illetve a nodalis ritmus kialakulása rámutat a szívruptura fennállására. A keringés összeomlása esetén ebben a helyzetben indicált a haemopericardium műtéti, vagy punctiósi lezárása.

Az acut tamponade korai felismerése EKG-vel nem lehetséges — ehhez pontos haemodynamias paraméterek szükségesek.

Gonda Ferenc dr.

Hirtelen halál arterioscleroticus szívbetegségben. (Megelőzés szempontjából.) Kuller, L. (Dept. of Chronic Diseases, Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, Maryland.): *Amer. J. Cardiol.* 1969, 24, 617—628.

Arterioscleroticus szívbetegség a vezető halálok felnőttek között az Egyesült Államokban. A szerző többféle módon vizsgálta az arterioscleroticus szívbetegség által okozott halálesetek megoszlását demográfiai tényezők, idő, hely és orvosi kezelés vonatkozásában.

Irodalmi adatokból ismert, hogy arterioscleroticus szívbetegségnek

tulajdonítható hirtelen halál férfiak között gyakoribb, mint nők között és a gyakoriság a korral párhuzamosan növekszik. Myocardialis infarctusos betegeknek megközelítően 25–30%-a hal meg hirtelen. Myocardialis infarctusos betegek közül az első 24 órában annyian halnak meg, mint az elkövetkező 5 év folyamán. Az Egyesült Államokban és Angliában végzett felmérések szerint az arterioscleroticus szívbetegség által okozott összes haláleset mintegy 70%-ában a halál intézetben kívül vagy kórházba érkezéskor következett be. Viszonylag kicsi azoknak az eseteknek a száma, amelyekben 24 óráig kórházi ápolás után állt be a halál. Igen nagy a hirtelen halál veszélye azoknál, akiket korábban myocardialis infarctus zajlott le. Ugyanez vonatkozik az angina pectorisban szenvedő betegekre is.

A hirtelen halálesetek retrospektív vizsgálata Baltimore-ban azt mutatta, hogy arterioscleroticus szívbetegség okozta összes haláleset 60%-a hirtelen haláleset volt és az összes hirtelen haláleset 61,4%-át arterioscleroticus szívbetegség okozta. A 40–64 évesek között az arterioscleroticus szívbetegség okozta hirtelen halál volt az egyedüli legfontosabb halál típus: a nem-traumás halálesetek 20%-át képezte. A hirtelen meghalt arterioscleroticus szívbetegségben szenvedő egyének közel felében szerepel szívbetegség a kórelőzményben és az esetek 23%-át látta orvos a halált megelőző egy héten belül. Végül arterioscleroticus szívbetegség miatt meghalt 585 egyén közül csak 52 (8,9%) halt meg 2 órán belül, ezek a betegek nem tudtak szívbetegségről és orvos nem látta őket a halált megelőzően 1 hónapon belül.

A szerző vizsgálatának elemzése azt mutatja, hogy csökkenteni kell az arterioscleroticus szívbetegség miatti halálozási arányt a népességben. Ennek megoldását a következőkben látja: myocardialis infarctus és hirtelen halál primaer preventiójának programja; korai diagnosis, intézetben kívül és coronaria gondozási apparátusban történő kezelés jobb módszereit kell megvalósítani.

Honti József dr.

A szív kontraktilis állapota az erő-sebesség relatio viszonylatában. E. H. Sonnenblick, W. W. Parmley, Ch. W. Urschel. Am. J. Cardiol. 1969, 23, 488.

1. Az izolált szívizom mechanikus sajátosságai. A kontraktilis elemek jellemzése úgy oldható meg, ha egy emelő-systema egyik oldalára helyezük a vizsgált izmot (papillaris izom) és ennek feszülését jelző transducert, a másik oldalára a pre-, ill. afterloadot jelképező súlyt. A preloadnak megfelelő erő a vizsgált izmot adott hosszra feszíti nyugalmi állapotban, az izom passzív distensibilitásának megfe-

lelően (a preload megfelel a kamrai vég-diaesthes nyomásnak). Az afterloadnak megfelelő erővel az izom akkor találkozik, ha megrövidül, azaz kontrakcióba kerül. (Az afterload az aortanyomással vagy a kamrai systoles nyomással fejezhető ki).

A terhelés (afterload) növelése csökkenti a rövidülés kezdeti sebességét, csökken a rövidülés mérete (force-velocity relatio). Minél nagyobb a kontraktilis elemek kezdeti hosszúsága, annál nagyobb a rövidülési sebesség. A kezdeti izomhossz növelése (preload) fokozza az isometriás feszülést. Ez azt jelenti, mint intact szíven a Starling mechanizmus, vagyis a kamrai diastolés volumen növekedése fokozza a kontrakciós erőt és így a systole volument. Ha pozitív inotrop gyógyszert adunk, növelhető az isometriás feszülés (Po) és a rövidülési sebesség maximuma is (Vmax).

2. az intact szív mechanikai tulajdonságai. A szív teljesítőképessége 3 tényező függvénye:

1. preload, mely a kezdeti rost-hosszúságnak felel meg és lényegében a kamrai végdiastoles nyomást szabja meg.

2. afterload, melyet az intraventricularis nyomás, volumen és a szívfall vastagsága befolyásol és az aorta nyomással fejezhető ki.

3. a kontraktilitás, melyet az erő-sebesség összefüggése határoz meg.

A megnövekedett preload (végdiastoles volumen, nyomás) az isometriás feszülés (Po) emelkedéséhez vezet anélkül, hogy a rövidülési sebesség (Vmax) változna. A kontraktilitás változása viszont a Vmax változását idézi elő. Szívelégtelenségben a Vmax van deprimálva már akkor is amikor ez még perctér fogat változásban nem nyilvánul meg. Ilyenkor érvényesül a Starling mechanizmus, vagyis a végdiastolés volumen nyomás emelkedése — egy bizonyos határig — növeli a systole volument.

Kékes Ede dr.

Alkoholos cardiomyopathia. Amelung, D. (Medizinische Klinik des Diakonissenhauses, Elisabethenstift, Darmstadt): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1970, 95, 759—764.

A szerző 3 férfi betegét ismerteti. Az esetek közös vonásai: előzményben éveken át tartó alkohol abusus (túlnyomórészt vagy kizárólag jelentős mennyiségű sör); relative gyorsan kifejlődő, mindkét szívfelet érintő cardialis insufficiencia; sószerény étrend, ágyynyugalom és digitális hatására jelentős diuresis és testsúlyvesztés (csak 1 esetben adott diuretikumot is!); az alkoholfogyasztás megszüntetésével a tünetek nem ismétlődnek (1 beteg tovább alkoholizált, itt recidivált észlelt); a szív jelentős megnagyobbodása teljesen visszafejlődött a kezelés során; az EKG-on csak a re-

polarisatio jellegtelen zavara mutatkozott.

Az alkoholos cardiomyopathiát a gyorsan kialakuló dyspnoe, a kifejezett bal és jobb kamra elégtelenség, a hypotonia és a tachycardia jellemzi. A korai stádiumban kezelésbe vett betegen massiv diuresis, a jelentős testsúlyvesztés, a szív méretének kifejezett kisebbedése e kórképre igen jellemző tünet (Alexander: „Zieh-Harmonika-Zeichen”). A radiológiaiag feltűnő szívnagyobbodás az esetek egy részében a kialakuló pericardialis folyadékgyülem következménye.

A percvolumen, a szívindex haemodynamikai vizsgálatok szerint a kórképből csökken, bár ellentmondó adatok olvashatók az irodalomban.

Az EKG jellegtelen: a repolarisatio zavara mellett különféle rythmuszavarokat (pitvar lebegés, extrasystolia), bal kamra hypertrophia jeleit, az ST szakasz hosszabbodását észlelték. Ha fiatal emberben hirtelen pitvarfibrillatio lép fel és a hyperthyreosis, illetve a mitralis stenosis kizárható, gondolni kell az alkoholos cardiomyopathia lehetőségére is. Egyes szerzők szerint a gyakran észlelhető különféle arhythmiai az alkoholistákban gyakoribb hypokalaemiával részben magyarázhatók.

A laboratóriumi vizsgálatok eredményei közül említésre méltó, hogy aránylag gyakran alacsonyabb a serum cholesterin érték. A transaminase szint a máj miatt kissé emelkedett lehet. A CPK aktivitás fokozódása az alkoholos myopathia következménye.

Az alkoholos cardiomyopathia kezelése nem különbözik az egyéb eredetű cardialis insufficienciák kezelésétől. A kórkép prognosisa, ha sikerül a betegnek káros szenvedélyéről leszokni, jó.

(Ref.: A felsorolt tünetek közül a folyadékretentio hiányozhat, hiszen közismert az alkohol diuretikus hatása, melynek magyarázatára az ADH secretio közvetlen gátlását tételezik fel.)

Pálóssy Béla dr.

Szív- és érsebészet

Coronaria szűkület sebészi megoldása közvetlen aorto-coronariás anastomosis képzésével, vena saphena felhasználásával. G. Hagemann és mtsai. (Chirurg. Klinik der Universität, Frankfurt/Main): Dtsch. Med. Wschr. 1970, 95, 662.

A szerzők a coronaria sebészet területén új eljárással szerzett első tapasztalataikat ismertetik. Az új műtét lényege: a beteg saját vena saphena darabjával áthidaló anastomosis alakítanak ki olyan módon, hogy a vena egyik végét közvetlenül az aortával, másik végét pedig a szűkült coronaria ág distális szakaszával anastomizálják. Tízöt betegeget operáltak meg ezzel a

módszerrel. Selectiv coronariographia képezte az indicatio alapját. (Ép coronaria szájadék, a szűkület csak 3–5 cm-re lehet a szájadéktól, a szűkület hossza maximum 3–4 mm lehet). Tizennégy esetben a jobb, egy esetben a bal koszorús éren végezték a műtétet. Ezek közül két esetben a műtétet a bal kamra aneurysmájának a resectiójával, hét esetben pedig az ellenoldali szűkület miatt Vineberg műtéttel egészítették ki. Csak egyetlen beteget veszítettek el friss, baloldali ramus descendens elzáródás miatti infarctus után. A Clevelandi Klinika munkacsoportjának hasonló anyagában 5%–6,4% az ún. „kórházi mortalitás”. Az utánvizsgálatok e klinikán azt mutatták, hogy ezek a súlyos stenocardiás betegek 80%-a a műtét után panaszmentessé vált, illetve jelentősen javult és sokkal ritkábban fordult elő ilyen műtét után ún. „késői elzáródás”, mint például az endarterectomiák, vagy foltplasztikák után.

[Ref.: Hazánkban a gyakorlatban coronária sebészetről még nem beszélhetünk, bár a stenocardiás betegek száma jelentős. Sebészi megoldásra ezek közül csak kevés beteg alkalmas (Kb. 20:1). A coronaria sebészet megindulásának két alapfeltétele van. Az egyik a szelektív coronarographiák nagy számban való végzése, a másik a meglévő szívsebészeti kapacitás bővítése.]

Sárközy Károly dr.

A myocardium direkt revascularisatiója vena saphena autografftal. Rene G. Favaloro, és mtsai. (Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio): Diseases of the Chest 1969, 56, 279–283.

A szerzők coronaria angiographiával szelektált totális vagy subtotalis coronaria oclusio műtéti megoldásaként az általuk kiterjedten alkalmazott vena saphena autografft implantációját ajánlják. Műtétilag a graft behelyezésére két megoldást alkalmaznak: a) a szűkület resecálása után, b) ha a szűkület az aortából való eredéshez viszonylag közel esik, az aorta ascendens és a szűkülettől distalis rész között létesítenek anastomosis.

Az elvégzett 303 műtétből az első 100 esetet elemzik részletesen. 97 esetben a jobb a. coronarián, 3 esetben a bal a. coronaria circumflexa törzsén helyezkedett el. Életkor szerinti megoszlás: a betegek túlnyomó többsége (87%) 40–60 év közötti (26–69 év).

Műtéti mortalitás: 5%. A későbbiekben még további 3 haláleset volt. Nem növelte a mortalitást, ha a műtétet kombinálták indirekt revascularisatióval: egy, vagy mindkét oldali a. mammaria int. implantációjával (41 esetben).

Műtéti szövödmények: pitvarfibrillatio (12 eset), infarctus (7), kamrafibrillatio (6), decompensatio (3), thrombophlebitis (5), pulm. embolia (2).

50 betegen postoperatív kontroll angiographiát végeztek: 40 esetben (80%) a graft tökéletes volt, a szűkület teljesen megszűnt. 6 esetben a grafton significans szűkület volt, 4 esetben a graft elzáródott.

A klinikai kép jól correlált az angiographiás vizsgálat eredményével: a 40 jól funkcionáló grafftal rendelkező betegnél az anginás panaszok megszűntek — 10 esetben az angina továbbra is fennállt.

Sebestyén Katalin dr.

Terheléses EKG vizsgálatok a szív sebészi revascularisatiójának értékelésében. D. G. Kassebaum, M. P. Judkins, H. E. Griswold (Division of Cardiology and the Department of Radiology, University of Oregon Medical School, Portland, Oregon.): Circulation, 1969, 40, 297–313.

A szerzők conventionalis módszerekkel befolyásolhatatlan angina pectoris betegek sebészi kezelése során szerzett vizsgálataikat ismertetik. Részletezik 44 stenocardiás betegük klinikai adatait, a prae- és postoperative végzett vizsgálatokat, valamint a műtéti megoldást. 44 betegük közül 13-nál egy ér beültetése történt (11 esetben a bal mamma internát, 2 esetben pedig vena saphena grafft implantáltak), 31 betegen pedig dupla arteria mamma implantációt végeztek. 39 esetben Vineberg, 5 esetben pedig Sewel módszere szerint jártak el. A műtét eredményességét a beteg subjectív panaszainak javulásával (anginák napi, ill. heti frekvenciája, Nitromint szükséglet, fizikai terhelés nagysága a teljes aktivitáshoz viszonyítva), a prae- és postoperative elvégzett coronariographiás röntgen vizsgálatokkal (a beültetett ér lumen viszonyai, a collateralisok kiterjedtsége) és hypoxaemiás és ergometeres provociós EKG-görbék regisztrálásával mérték le. Hypoxia testnél 90% N₂–10% O₂ keveréket lélegeztettek be stenocardia vagy EKG elváltozások jelentkezéséig. Az EKG megítélésénél a nálunk is szokásos változásokat tekintették pozitívnak. Betegeiket 8–20 (átlag 12) hónapig követték.

Eredményeik: klinikai javulás egyszeres érimplantatio esetén 38%-ban, dupla implantatio esetén 65%-ban (átlag több mint 50%-ban) mutatkozott. A kiváló klinikai eredményt mutató esetekben a coronaria elváltozás egy helyre lokalizált volt, ill. műtét után kiterjedt collateralis háló alakult ki (öt eset). 8 esetben, bár kis myocardialis revascularisatio kimutatható volt, klinikailag változás nem történt. A postoperatív angiographiás vizsgálatok szerint 32%-ban az implantált erek elzáródtak. Ugyancsak 32%-ban

mérsékelt symptomás javulás mutatkozott revascularisatio hiányában.

Praeoperative 6 eset kivételével minden betegen pozitív volt a terheléses EKG vizsgálat. (A kerékpár-ergométerrel végzett terhelés többször adott pozitív eredményt, mint a hypoxaemia-test, leggyakrabban mindkettő pozitív volt, de néhány esetben csak a hypoxaemia-test volt pozitív.) A postoperative kapott stress-EKG eredményei szoros correlációban vannak a postoperative elvégzett coronariographiánál kapott leletekkel. Az EKG vizsgálatok alkalmával 83%-ban változás nem volt (obliterálódott ér, vagy revascularisatio hiány). A negatívvá vált EKG-s esetekben angiographiásan jelentős revascularisatio mutatkozott. A szerzők felvetik, vajon a felmérés időszaka elegendő hosszú-e a műtéti eredmények értékelésére. A késői eredményekre vonatkozóan válaszuk kételkedő. Fekete Sándor dr.

A muscularis subaortastenosis sebészi eredményei. M. Rothlin és mtsai (Kardiologische Arbeitsgemeinschaft, Univ.-Klinik, Zürich Dtsch. med. Wschr., 1969, 94, 2579).

A szerzők közleményükben a muscularis subaortastenosis (hypertrophisáló obstructív myopathia) sebészi kezelésével foglalkoznak. Hangsúlyozzák, hogy e körkép aetiologiája ma még nem tisztázott. Más idiopathiás, myocardialis hypertrophiától és myocardioopathiától a körkép abban különbözik, hogy a systole akadályozottságát a bal kamra kiáramlási pálya izomzatának hypertrophiája okozza. Bizonyos vonatkozásban tünetei a subvalvularis aortastenosishoz hasonlóak.

A sebészi beavatkozás célja az, hogy megszüntesse a bal kamra systolés kiürülésének akadályozottságát. A munkacsoport a zürichi Kantonspital Sebészeti Klinikáján muscularis subaortastenosis miatt extracorporalis perfusio segítségével operált 11 beteg műtéti eredményeit ismerteti.

Kilenc esetben csúcsi ventriculotomiából, 2 esetben pedig az aorta ascendens incisiójával hatoltak be a bal kamra ürterébe, majd a kiáramlási pálya anteroseptalis részéből kb. 8–18 g hypertrophiás szívizomzatot vágtak ki. Négy esetükben subvalvularis fibroticus gyűrűt is resecáltak.

Mindegyik betegük túlélte a műtétet. Egy betegük 3 és fél évvel a műtét után progresszív keringési elégtelenség tünetei közt halt meg.

A műtéti eredmények értékelése céljából 10 betegen prae- és postoperative összehasonlító vizsgálatokat végeztek. A műtét előtt fennálló subjektív panaszok: légszomj, angina pectoris, syncope, fáradékony-ság, szédülés csaknem minden esetben megszűntek, a betegek műtét

után mind el tudták látni eredeti munkakörüket.

Két betegen subjektív panaszok hiányában a progrediáló EKG-változás hívta fel a figyelmet a betegségre. Klinikai vizsgálat során praoperative mesotela systolés surranás, ill. zöreje volt tapintható, ill. hallható. Postoperative surranást egy betegen sem észleltek, csupán halk systolés zöreje maradt vissza. A kórképre jellemző carotis görbe változások hét esetben már a műtét után 3 héttel, 3 esetben pedig 12 hónappal szűntek meg. Műtét előtt minden betegnek sinus rhythmusa volt. A korai postoperatív szakban 3 esetben pitvarfibrillatio jelentkezett, a cardiov. azonban eredményes volt. A pitvari hypertrophiára utaló széles és nagy P hullámok műtét után is megmaradtak, az AV vezetés normális volt. A QRS-komplexus meghosszabbodott, pathológiás Q hullám 3 esetben fordult elő. Az ST depressio és T negativitás is jellemző volt.

Műtét után mindegyik betegen bal szűrblock lépett fel. A mellkas rtg-felvétel a bal kamra és bal pitvar megnagyobbodását mutatta. Az aorta ascendens azonban sohasem volt tágabb. A szív jelentős műtét utáni megkisebbedését 3 esetben észlelték.

Az angiocardio-graphia jellegzetes képet ad: a septum bedomborodik a bal kamra ürterébe, a bal kamra systolében darázs formájú. Egy esetben a bal kamra darázs formája postoperative is felismerhető volt, noha nyomás gradiens nem volt. Egyébként a systolés nyomásgradienst a kiáramlási pálya és a kamra fundusa között — különösen Isoprenalin infusio után — 9 esetben egyértelműen észlelték. A végdiastolés nyomás átlagosan 18 Hgmm volt, amely az infusio adása alatt emelkedett, a műtét utáni szakban csökkent. Egy esetben 50 Hgmm-es gradiens postoperative is megmaradt, a beteg panaszai azonban megszűntek. Enyhefokú mitralis regurgitációt műtét előtt az esetek felében észleltek — műtét után azonban már nem tudták kimutatni. A nyugalmi perctérfogat változást nem mutatott.

A discussióban két különböző szívcentrum 123 muscularis subaortastenosisos betegnek műtét eredményeit tárgyalják. A 13%-os kezdeti műtét mortalitás már 10%-ra csökkent, 108 beteg panaszai megszűntek.

A postoperatív szövődmény lehet: AV block, aorta insufficiencia, bal kamra aneurysma, kamra perforatio. Szerzők egy betegénél enyhefokú aorta insufficiencia lépett fel (a transaorticus behatolás után!) A műtét effectusa legbiztosabban a postoperative végzett balszív kathéterezés segítségével mérhető fel. A mellkas rtg-változás nem jellemző. A progrediáló balszívblock a hyper-

trophia további fokozódására utalhat.

Végül ismertetik Frank és Braunwald adatait. 56 subjectív panaszokkal rendelkező, észlelt betegük közül, akiknél műtétet nem végeztek, 9 halt meg 32 hónapon belül, míg Wigle és mtsai 118 operált beteg közül 32 hónapos megfigyelés során csak 8 halt meg. Saját, valamint Wigle és mtsai eredményei alapján mindenképpen a sebészi kezelést részesítik előnyben.

Szabó Zoltán dr.

Arteriosclerosis kutatás

Adatok a kísérletes atherosclerosis pathomechanizmusához és gyógyszeres preventiójának kérdéséhez. T. Shimamoto (Dept. Med. Inst. Cardiovas. Dis. Sch. Med. Tokio): Acta Path. Jap. 1969, 19, 15—43.

A közlemény a szerző iskolájának a kísérletes atherosclerosis pathomechanizmusa, ill. annak preventiója területén elért több vizsgálati részeredményét foglalja össze.

Az első részben azon vizsgálatairól számol be, mely szerint az ember, majom, nyúl, kutya, kakas, galamb, patkány aorta, ill. vasa-vasorum endothelsejtjeinek morfológiáját vizsgálva kifejezett species eltérés észlelhető, az atherosclerosisra érzékeny, ill. resistens állatfajok között a vacuolisatiót, az int-aluminaris nyulványokat, valamint pórusszámot illetően. A fenti parameterek szerző szerint feltehetően az érfalon át zajló anyagtransportot jellemzik.

Szerző korábbi vizsgálataiban különböző anyagok (adrenalin, histamin, serotonin, bacterialis endotoxin, cholesterolin, zsírsavak stb.) intravenás, vagy per os adagoláskor nyulakban az aortafal oedemát duzzanatát figyelte meg, mely morfológiailag a német iskola által leírt kezdeti atherosclerotikus elváltozásoknak „das initiale fetfrei Oedem” felel meg. Jelen közleményében újabb vizsgálatai alapján részletesen ismerteti azon anyagokat, ill. ezek hatásos dózisát, melyek a fenti duzzanatot kiváltani, ill. gátolni képesek. Ezen utóbbi anyagok részben a chininek érfalpermeabilitásfokozó, valamint veno-konstrictív hatását gátolják (pyridinokarbamat, aspyrin stb.), részben a chininképző enzimet gátolják (glycocorticoid, Trasylool stb.). Ezen anyagok a nyúlban cholesterolin-téssel előidézett atherosclerotikus laesiók kialakulását is gátolni képesek.

Szerző a fenti anyagok közül preventio szempontjából a legideálisabbnak a pyridinokarbamatot, ill. derivatumait tartja, melyek 10—30 mg/kg dózisban per os adagoláskor erősen csökkentik az atherosclerotikus elváltozások súlyosságát, előse-

gítik az érfal simaizom elemeinek regenerálódását. Toxikus mellékhatást huzamosabb adagolás esetén (30 hét) nem észleltek.

Bálint András dr.

Szív- és nagyerek endothelialis felszínének sztereo-elektronmikroszkópos vizsgálata. T. Shimamoto és mtsai (Dept. Med. Inst. Cardiovasc. Dis. Sch. Med. Tokio): Proc. Japan Acad. 1969, 45, 507—511.

A biológiai szövetek sztereo-elektronmikroszkópos vizsgálatának módszerét Barber és Boyde írta le először (Ztschf. Zellforsch. 1968, 84, 269—284). Ezen módszerét alkalmazták szerzők nyúl aorta, ill. szív endothelsejtjeinek tanulmányozásakor. Vizsgálataik szerint az endothelsejtet spirálisan lefutó redőket alkotnak, melyeket vízszintes, ill. függőlegesen elhelyezkedő intercellularis hidak kötnek össze.

Bálint András dr.

Atherosclerotikus laesio sztereo-elektronmikroszkópos vizsgálata. T. Shimamoto és mtsai (Dept. Med. Inst. Cardiovasc. Dis. Sch. Med. Tokio): Proc. Japan Acad. 1969, 45, 761—766.

A szerzők nyulakat tartottak cholesterolin-tartalmú diétán 2—15 hétig. 2 hetes diéta után még nem észlelhető makroszkópos laesio, ugyanakkor sztereo-elektronmikroszkóp alatt az aorta endothelsejtjeinek duzzadása, az intercellularis hidak duzzadása és feldarabolása, valamint fibrinszerű anyag lecsapódása észlelhető. 15 hetes diéta után ezek az elváltozások fokozódnak, az intercellularis hidak szinte teljesen eltűnnek. Feltehető, hogy az aorta permeabilitásváltozásának morfológiai alapját és az atherosclerosis kezdetét képezhetik az észlelt elváltozások.

Bálint András dr.

Noradrenalin hatása az arteriális endothelsejtjeinek sztereo-elektronmikroszkópos szerkezetére. T. Sunaga és mtsai (Dept. Med. Inst. Cardiovasc. Dis. Sch. Med. Tokio): Proc. Japan Acad. 1969, 45, 808—813.

1 mikrogramm/kg noradrenalin iv. adása után 30 perccel vizsgálták a nyúl aorta endothelsejtjeinek sztereo-elektronmikroszkóppal megfigyelhető szerkezetét. Az endothelsejtet szabályos redőzottsége eltűnt, az endothelsejtet megduzzadtak, az intercellularis hidak megnyúltak. Szerzők véleménye szerint ezen morfológiai elváltozások az intercellularis rések kitágulására, az érfal permeabilitásának fokozódására utalnak.

Bálint András dr.

ANTALLERG

ÖSSZETÉTEL: Az Antallerg human szérumalbuminhoz kémiai kötással kapcsolt hisztamint tartalmaz. Antallerggel történő immunizálás során az emberben hisztamin ellenes ellenanyagok keletkeznek, amelyek az allergiás betegségekben felszabaduló hisztamin hatását közömbösítik.

JAVALLATOK: Az Antallerg allergiás megbetegedések kezelésére szolgál. Alkalmazása olyan betegeknek indokolt, akiknél fokozott a hisztamin felszabadulás, illetve akiknél a hisztamin-érzékenység váltja ki vagy nagymértékben befolyásolja az allergiás tüneteket.

Jó therapiás hatás érhető el urticaria, Quincke-oedema, ekzema, trigeminus neuralgia, Menière-betegség, terhességi hányások, allergiás eredetű iritis, rhinitis vasomotorica, blepharocconjunctivitis, conjunctivitis vernalis, gyógyszerallergia eseteiben.

Igen alkalmas asthma bronchiale kezelésére. A fulladásos rosszullétek ritkulása, enyhülése, illetve megszűnése érhető el Antallerg kezeléssel. A kezelés hatékonysága független az életkortól, az asthmás anamnézis tartamától, ill. az asthmás aktivitás súlyossági fokától.

MELLÉKHATÁSOK: A készítmény nem toxikus. Oedema, láz nem kíséri alkalmazását, minden káros mellékhatás nélkül alkalmazható.

ADAGOLÁS: Intramuscularis és subcutan injekció formájában történik a beadása. 0,5–1,0 ml tájékoztató adag után 3 ml adandó másodnaponként 40–60 ml összmennyiségig. Súlyosabb refrakter esetekben a beadandó mennyiség 90–120 ml-ig emelhető.

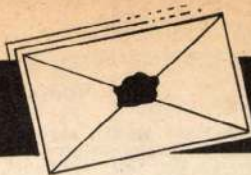
TÁROLÁS: 2–10° C hőmérsékletű, száraz, sötét helyen tartandó.

CSOMAGOLÁS:	10 × 2 ml ampullában	100,— Ft
	10 × 3 ml ampullában	141,80 Ft



HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET

Budapest, X., Szállás utca 5.



A myocardialis infarctus a körzeti orvos gyakorlatában.

T. Szerkesztőség! Az O. H. 1970, 49. számában jelent meg Solti és mtsai közleménye: „A szívizom-infarctushoz társuló arrhythmia”-ról. Talán nem érdektelen, ha a gyakorló orvos szemszögéből néhány megjegyzést fűzök a kitűnő klinikai tanulmányhoz.

Az infarctusos beteget az esetek túlnyomó többségében a körzeti orvos látja először, gyakran elég mostoha körülmények közt, gondolkodok itt elsősorban az időhiányra. A körzeti orvos éberségén, tapasztalatán, a beteg panaszainak helyes értékelésén áll vagy bukik sokszor a beteg további sorsa. Az orvosnak felelőssége tudatában döntenie kell, hogy az infarctus gyanúja valóban fennáll-e és indokolt-e a kórházi beutalás. Ez a döntés nem közömbös a kórházi ágylétszám szűk keresztmetszete miatt és még kevésbé közömbös a beteg psychéje miatt. Szem előtt kell tartanunk, hogy ne okozunk ilyen értelmű iatrogen ártalmat, ne minősítsünk örök életre szívbetegnek például egy cervicális spondylarthrosisban szenvedő beteget.

A típusos infarctus esetek elbírálása általában nem jelent túl nagy nehézséget. Az orvos feladata ilyenkor a szokásos bevezető terápia után a beteg mielőbbi kórházi elhelyezése. Köztudomású azonban, hogy az esetek tekintélyes részében sem a panaszok, sem az észlelhető tünetek nem feltétlenül jellemzők. A kardinális tünetként számított vérnyomásesés, különösen a kezdeti szakban, nem egyszer hiányzik, sőt félrevezető módon éppen tenzioemelkedés észlelhető. Az EKG lehetősége igen sokszor (a beteg állapota, távolságok, rendelési idő stb. miatt) nem elérhető az orvos, ill. beteg részére, nem szólva arról, hogy korai stádiumban gyakran az EKG-ra sem támaszkodhatunk. E pont hatványozottan vonatkozik vidéki és főleg falusi kollégákra. Ezekben az esetekben a lehetőleg jól felvett anamnézis mellett fel kell használnunk mindazt, amit a fizikális vizsgálat nyújthat.

A mindennapos gyakorlatban elég sűrűn észlelünk arrhythmias beteget, különösen extrasystoliát. Ha azonban infarctusra gyanús betegben találjuk, különösképpen, ha olyan betegen, akit régen ismerünk és a jelenség újnak tekinthető, feltétlenül nyomós gyanújelként kell értékelni, amely az infarctus diagnózisát alátámasztja. A mi kártonjaink dokumentációja az ismert okok miatt meg sem közelítheti a kórházi kórtörténeteket, de általában a lényeges momentumokat mindig tartalmazza. Ennek köszön-

hető, hogy a közlemény elolvasása után átnézve az I. csoportba tartozó gondozottak kártonjait, lényegében szerzők adatait alátámasztó eredményt mutathattam ki. Az arrhythmia infarctusos esetekben mindig korai jel, így az alantiki valóban az infarctus legkorábbi szakára vonatkoznak.

Az 1967–70. közt eltelt négy év alatt szívizom-infarctus gyanújával összesen 33 beteget utaltam kórházba. Ezek közül 7 betegen a friss elzáródás nem igazolódott be. A fennmaradó 26 esetből 17-ben észleltem arrhythmia, mégpedig 14 esetben extrasystoliát, 3 esetben arrhythmia absolutát. Az előfordulási arány tehát eseteimben is elérte az irodalmi adatoknak megfelelő 65%-ot. Különösen emlékezetes egy részemre addig ismeretlen 56 éves férfit, akit panaszai miatt üzemorvosa küldött EKG-vizsgálatra. Nálam a normális EKG lelettel jelentkezett, tensiója is korának megfelelő volt. A tompább szívhangok, sápadtság és sűrűn jelentkező ES az elég határozott panaszok valódiságát látszottak bizonyítani. A kórházi kezelés során a későbbiekben kiterjedt mellő-fali infarctus képe alakult ki.

Hozzászólásom célja, hogy szerény adataimmal is alátámasztam a kitűnő klinikai észlelést és ugyanakkor felhívjam a figyelmet a fizikális vizsgálat sokszor érdemtelően elhanyagolt fontosságára.

Molnár Antal dr.
körz. orvos

T. Szerkesztőség! Molnár Antal dr. dolgozatunkkal kapcsolatos hozzászólását érdeklődéssel olvastuk és köszönettel nyugtázzuk. Molnár kolléga megjegyzései gyakorlati szempontból értékes kiegészítést jelentenek munkánkhoz. Véleményével egyetértünk. Az acut myocardialis infarctust igen gyakran arrhythmia jelentkezése kíséri és kétes esetekben arrhythmia jelentkezése a myocardialis infarctus felismerésében segítséget nyújthat a gyakorló orvosnak. Molnár Antal dr. közölt esete is ezt példázza. Mindenesetre az infarctus korai diagnosztikájában a legnagyobb segítséget az anamnézis adatai, azaz a körzeti orvos számára a jól vezetett kártonok nyújtják.

Solti Ferenc dr.

A latens, ill. kémiai diabetes szemészeti vonatkozásairól.

T. Szerkesztőség! A Hetilap 1971. 1. számában igen aktuális kérdéssel foglalkozik Szücs Zsuzsanna dr. főorvosszony „A nem manifeszt

diabetes formái” című cikkében. Jóformán nincs olyan ága az orvostudománynak, ahol ne találkoznánk a diabetes valamilyen problémájával. Még ma is kevés szó esik azonban a látens, vagy „kémiai diabetes” jeleiről a gyakorlatban. Engedjék meg, hogy ehhez a kérdéshez szóljak hozzá a szemorvos szempontjából.

„A specifikus angiopathia a cukorbetegség tünete, integrális része, amely ... meg is előzheti a klasszikus tünetek megjelenését”. A klasszikus szemtünetek mindenki által ismertek — mint a specifikus angiopathia következményei. Ám vannak szemészeti jelei a kémiai diabetesnek is, amelyek kevésbé ismertek, nem árt ezekre felhívni a figyelmet. A retina anyagcseréje a szervezetben szinte egyedülálló. Súlyegységenkénti O₂ fogyasztása kétszer több az agyénál és tejsavtermelése ennek is többszöröse. Külső rétege anyagcseréjének fő forrása aerob viszonyok közt is a nagymértékben meglévő glikolízis. A belső rétegek is jelentékeny glikolízis-igényre van, ez képezi az energiatermelés nagy részének forrását. Mihelyt a retina sejtjeibe kevesebb glukoze tud behatolni — és ilyen lehet a praediabetesben a fokozott lipolysis kiváltotta circulus vitiosus hyperinzulinemiás szakka — a retina anyagcseréje megváltozik, az oxydációk fokozódnak, a glikolízis csökken. Ezt a kémiai változást már igen korán az ERG „b” hullámjainak kiszélesedése, alacsonyabbá válása és az oxydatív anyagcserén alapuló „a” hullám megnövekedése jellemzi. E csupán funkcionális zavart követheti az első mikroaneurizmák megjelenése, néha olyankor, amikor még sem hyperglykaemia, sem glykosuria nem áll fenn. Egyidejűleg a vérben a koleszterin és beta-lipoproteinek felszaporodnak, ezekkel együtt mukoproteinek is — hiszen a mikroaneurizmák falát PAS pozitív mukoprotein képezi.

Ennél azonban sokkal jobban észrevehető tünete szeretném felhívni a figyelmet. „A kis erek specifikus angiopathiáját már tünetnek tartjuk”. Elhízás, érbetegség, már keresni kell a triász harmadik tünetét, sőt: „ma már ott tartunk, akinél a triász egyik tünetét felfedeztük, keresni kell a másodikikat és küzdeni kell a harmadik ellen”. Hazánkban, és ezen belül a mi körházunk ellátási területén még inkább, igen sok a kövér ember. Feltűnő volt, hogy gyakran kerülnek osztályunkra diplopiával, abducensparaetikus betegek. Ezek többnyire 50–60 év körüli elhízott nőbetegek. Minden szemész tudja, hogy ilyenkor keresni kell a triász harmadik tünetét, a diabetest. De gyakran, a „futószalagon klasszikus” módszerekkel ezt nem találjuk meg. Ám ha a negatív vizelet, és normális vércukorszint, esetleg a terheléses cukorvizsgálat bizonytalan eredmé-

nye ellenére szénhidrátszegény fogykúrára fogjuk az ilyen beteget, igen feltűnő lesz, hogy rövid hetek alatt meggyógyul a diplópiája, ami azért figyelemre méltó, mert a nonspecifikus angiopathiák okozta szemizombénulások igen-igen makacsok, sokszor befolyásolhatatlannak, a mindkét esetben bőven adott B-vitaminok, értágítók és egyébek ellenére. Kevésbé érdekes, de még feltűnőbbek az eredmények akkor, ha találunk enyhe diabetest, mert a tolerancia helyrehozása után jóformán napok múlva csökken, majd szűnik a diplopia.

Összefoglalva mondhatjuk: a központi idegrendszer és a retina igen érzékeny anyagcseréje és főleg az azt fenntartó energiatermelés zavara okozza talán először a specifikus angiopathiákat ezen a területen, melyeknek tünetei a diabetest je-

lenthetik, annak bármelyik stádiumában.

Vajda Péter dr.

IRODALOM: Kahán Ágost: A szem biokémiájának gyakorlati vonatkozásairól. Szemészet, 1961. — Babel, J. etc.: Ophthalmologica, 1958, 135, 471. — Constant, G. R.: Ophthalmologica, 1958, 135, 436.

T. Szerkesztőség! Vajda Péter dr. főorvos hozzászólását köszönöm. Megjegyzései pirossal húzzák alá a latens, ill. enyhe diabetes jelentőségét. Ma a különböző szakmák egymásra utaltságának és kooperációjának korszakát éljük; a cukorbeteg vezetésben — gondozásban a belgyógyásznak legszorosabb munkatársa a szemész és ideggyógyász. Egyre gyakrabban a diabetes diagnózisában is! A szülészek, sebészek, urológusok, fül-orr-gégészek

is sok értékes tapasztalatot szereznek arról, hogy az enyhe, sőt latens diabetes mily „malignus” szövődésménné válhat, ha lebecsülik és nem kap elég előkelő helyet a terápiában.

Szabad legyen ezért e helyütt is megragadnom az alkalmat, hogy még egyszer rávilágítsak: nem a glykosuriát és magas vércukrot kell kezelni, hanem a diabeteses embert, akár súlyosabb, vagy enyhébb anyagcserezavarról van szó. Ha ez az elv orvostársadalmunk általánosan elismert szemléletévé válik, akkor nyugodt lelkiismerettel vállalhatjuk a körülbelül százezer hazai cukorbeteg élete minden epizódjának kezelését, legyen az szülésvezetés, vagy appendectomia, vagy különböző infekciók leküzdése.

Szücs Zsuzsanna dr.

SEPTOSYL

szemkenőcs összetételének megváltoztatása

A Septosyl szemkenőcs összetétele megváltozott: az új összetételű kenőcsben nincs naphazolin. A naphazolin mentes Septosyl kenőcs nem szemcsésedik és egyenletesen oszlik el a szemrészben.

Összetétel:

1 tubus (5 g) 0,5 g sulfamethylpyrim.-ot tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

Javallatok:

Különböző baktériumok okozta heveny és idült kötőhártya gyulladás, szaruhártya-beszűródés és fekély, blepharitis acuta, — angularis, — chronica, — ulcerosa, blepharoconjunctivitis, dacryocystitis, fertőzött szemhéj-ekzema, másodlagosan fertőzött trachoma.

Adagolás:

Naponta 2—3-szor borsónyi kenőcsöt az alsó szemhéj mögé helyezünk, és a szemet becsukva, enyhe dörzsöléssel szétkenjük. Ha a szemhéjra akarjuk alkalmazni a kenőcsöt, a szemhéj szélére helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:

5 g tubus 5,30 Ft

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



KÖNYVISMERTETÉS

H. Selye: Experimental Cardiovascular Diseases. Kísérletes cardiovascularis betegségek. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York. 1970. 2 kötetben 1155 oldal, 73 ábrával.

A könyv Selye professzor munkásságának egyik nagy területéről ad áttekintést, de rendkívül aprólékos részletekig terjedő pontos adatgyűjteményt is. Szerkesztése és stílusa újszerű, ám a gépi adatfeldolgozás korában csak első tekintetre hat különösen, azután gyorsan elfogadjuk természetesen, magától értetődőnek, és feltétlenül korszerűnek.

Az első fejezet a rövid történeti visszapillantás. Ebben emlékeztet a szerző Cowper észlelésére, aki 1710 körül az arteriosclerosist leírta. Haller 1755-ben az emberi szívben észlelt calcifikációt mutatta be. Josué 1903-ban az adrenalin kiváltott aortaelmeszesedést írta le. Chatlatov, Szoboljev, Anyiczkov és mások 1895—1913 között az atheromás kísérletes elváltozásokat állították elő. Majd Kreitmair és mt., velük párhuzamosan Selye 1928-ban a D-vitaminnal és a parathormonnal kiváltott elmeszesedést vizsgálták. Azóta a vese szerepe, a mineralocorticoid, az androsten származékok stb. hatásának felismerésével a kutatások rendkívül kiterjedtek. Ez a bevezető fejezet a szokásos tudományos monográfiák stílusában írott hagyományos rész, amely azután egy egészen más szerkezetű világba nyit utat.

A cardiovascularis kórfolyamatokat előidéző faktorok képezik a II. fejezet tárgyát. A hatalmas, 300 oldalt meghaladó fejezet mintegy 50 alfejezetre bontva minden lehetséges tényezőt tárgyal. A hormonok közül a corticoidok, az oestrogenek, androgenek, hypophysis hatóanyagok, catecholaminok, thyreohormonok, parathormon és az insularis behatások kerültek tárgyalásra.

A könyv sajátos megoldásban tárgyalja a kérdéseket. Az alfejezetek élén a szerző röviden — néha csak 5—10 sorban, legfeljebb egy oldal terjedelemben — összefoglalja az ismeretek lényegét. Az összefoglalás, mint minden összefoglalás, a szerző véleményét fejezi ki, hiszen ez kiemelés jelent és a kiemelés a kutató véleményét is. Tudományos, objektív, verifikált subjektivitással kapjuk a kérdés állását rövid, teljesen világos megfogalmazásban. Azután a szerző lényegesen nagyobb terjedelemben egymás után rakja azokat a dolgozatkirovatokat, amelyek alapján az összefoglalást megalkotta.

Igy pl. a DOC-nak a cardiovascularis kórokozó szerepét 28 soros

összefoglalásban mondja el. Ezt követi 39 dolgozatnak egyenként 4—12 soros kivonata. E kivonatok a munkák ténybeli adatait sorolják fel: mitől, milyen adagban, mit észlelt. A 39 kivonat után a DOC hatást más anyagokkal vagy szituációkkal kombinációban tárgyalja. Végül is 14 oldal terjedelemben a DOC-nak a cardiovascularis kórokozó szerepéről teljes képet nyerünk. Következik az aldosteron, majd egyéb hormonok. Mindig rövid összefoglalásban a szerző véleménye és utána a dolgozatok kivonatai úgy, ahogy azokat kartotékjainkra szoktuk rögzíteni.

A szerző ezt a módszerét „analytico-synthetic style” névvel jelezve magyarázza előszavában. Az összefoglaló rész szintézist ad, az a szerző sajátos terméke. A dolgozatkirovatok analitikus objektív adatok, amelyekhez a szerző nem tesz hozzá saját véleményét. Igyekszik maximálisan tárgyilagos lenni, amelynyire egy természettudós lehet. Miután a természettudós is ember, a tárgyilagosságnak is van határa. Ez esetben a határt az jelenti, hogy a könyv tárgyról több mint 9000 dolgozat kivonata állott rendelkezésére, de csak 5000 került bele a két-kötetes munkába. A válogatás, a fontosabb és kevésbé fontos csoportba sorolás emberi értékelés akaratlan subjektivitással. Mindent nem lehet, de nem is érdemes idézni. Kell kiemelni és kell elhagyni. Ennek megoldása már alkotás, szerzői munka, tudományos véleménynyilvánítás.

A szerző értékelő tolmácsolása és az irodalmi idézetek tömege nyomdatechnikailag is elváltak ebben a könyvben. Előbbi nagyobb betűkkel teljes tükörszerűségben szedve, utóbbi kisebb betűkkel és kétértelmű szedésben látható.

E módszerrel megy tovább a szerző a vese szerepén, a különböző renalis módszereken és eredményeken, a gyulladáson és infekción, a kórokozók termékeinek hatásán, majd az idegi behatásokon. Több alfejezet tárgyalja a kísérletes cardiovascularis sebészeti módszereket és az azok révén feltárt mechanizmusokat. Coronaria arteria, vena és nyirokér lektések következményei is egy-egy alfejezet tárgyai. A vasa vasorumok destruktója, az idegentestek, protesisek behelyezésével kiváltott hatások elemzése is helyet kapott a könyvben. A stress, a parabiotikus hatás, a transfúzió, a diéta, stb. kórokozó szerepe mind megbeszélésre kerül.

A harmadik nagy fejezet a cardiovascularis kórfolyamatokat befolyásoló tényezőkről szól. E fejezet több mint 250 oldal terjedelmű. Is-

mét számításba jönnek hormonális behatások, genetikus hajlam, kor, nem, terhesség, szoptatás, évszaki befolyások, sugárzás és gyógyszeres. Mindez a II. fejezetnél elmondott módszer szerinti tárgyalásban.

A negyedik fejezet a szövettani és szövétkémiail észleléseket tárgyalja. Ez a 120 oldalas rész fénymikroszkópos és elektronmikroszkópos elemzés alá veszi a kóros elváltozás helyeit a szívben és más szervekben egyaránt. Képekben mutatja be a legjellemzőbb elváltozásokat. Necrosis, hyalinosis, mucoid elfajulás, amyloid, thrombosis, vérzés, fuchsinofil degeneráció stb. megbeszélése következik.

A teljességre törekvővé abból is megítélhetjük, hogy pl. a cholesterolin etetéssel vagy más módon kiváltott kórfolyamat elektronmikroszkópos vizsgálatánál csoportosítja állatfajonként is az észleléseket. Nyúl, patkány, majom, kutya, malac, papagáj, kakas, macska, tengerimalac stb. kórfolyamataiban észlelteket veti össze az emberen találtakkal. Az emberi és állati spontán laesiókat összehasonlítja a kísérleti károsodásokkal.

Az ötödik fejezet a kémiai és funkcionális elváltozásokat állítja egymás mellé. Lényegileg az anyagcsere változásait tárgyalja a cardiovascularis kórfolyamatok közben. A fehérje, lipid, szénhidrát és elektrolit anyagcsere változásaival, az enzim hatás zavaraival ismerkedhetünk meg ebben az 57 oldalra terjedő részben.

Végül a hatodik nagy fejezet a teóriák szerint veszi sorba a kérdéseket. A cardiovascularis kórfolyamatoknak a thrombogen, hypoxiás, corticoid, hypersensitivitások, renalis, infekciós, gyulladáson, insudatív, tensinogen stb., valamint pluricausalis elvei köré csoportosítja a tényeket és fejt ki összefoglalásai-ban álláspontját.

Az utolsó 275 oldal az irodalom és a tárgymutat.

Bár a könyv már címével is hangsúlyozza, hogy a kísérletes cardiovascularis betegségekkel foglalkozik, mégis ösztönzi az olvasót, hogy gondoljon az emberi kórfolyamatokra. Hatása kétségtelenül nagy lesz az orvosi gondolkodásra. Sok orvos még ma is abban a hitben él, hogy a szívinfarktust a sors kifürkészhetetlen akaratából csak egy coronariaág hirtelen elzáródása okozza. Nem ismeri és nem keresi az előzményt, az infarktust megelőző állapotot, amelyet lehetett volna befolyásolni és azzal védelmet nyújtani. Ez a könyv azonban a kórokozót és azt befolyásoló tényezőket olyan megvilágításban mutatja be, hogy azzal gondolkodásra, a lehetőségek mérlegelésére késztesse. Az egymással szövődő rizikófaktorok és befolyásoló körülmények együtt-hatása kóroktani szemléletté válik. Ezzel ez a könyv nemcsak adattár és egy kutató gondolatainak vázlata, hanem a kapcsolatokat mérle-gelő természettudományos gondolko-

dásra nevelésnek is fontos eszköze.

Nem tankönyv ez és nem könyvnyed olvasnivaló. Súlyos tételek és adatok tömege. Nehéz, mint a só — mondja a közmondás. Ez a könyv van olyan súlyos. Kemény kósó. Tiszta, nehéz kristályhalmaz. Annak való, aki tudni akar. Sokat, majdnem mindent. A cardiovascularis betegségek enciklopédiája.

Sós József dr.

Klaus Dietrich Block: Hochdruck. Ein Leitfadens für die Praxis. Georg Thieme Verlag-Stuttgart 1969. 128 old. 17 részben színes ábra. D. M. 8,70.

A flexibilis kézikönyvtár köteteként jelent meg K. D. Bock: Hochdruck c. könyve. A 120 oldalas kis könyvecske elsősorban a gyakorló orvos számára íródott. Mindjárt előjáróban meg kell állapítani, hogy a mű írója azt a célkitűzést, hogy a magas vérnyomásról és annak kezeléséről vallott újabb ismereteinket összefoglalja és ezek gyakorlati következményeit levonja, minden tekintetben sikerrel járt.

Rövid bevezető fejezetekben mindenekelőtt összefoglalja a szerző a vérnyomást szabályozó idegi és humoralis mechanizmusokat. Részletesebben foglalkozik a vérnyomásmérés technikájával és 9 pontban foglalja össze, hogyan kell helyesen eljárni annak érdekében, hogy a vérnyomásmérésről kapott értékek minél inkább megfeleljenek a valóságnak. Külön részletesen tárgyalja a vérnyomásmérés során a mindennapi gyakorlatban előforduló hibákat és hibaforrásokat. Ez a rövid kis fejezet egyike a leghasznosabbaknak, mert olyanra hívja fel a gyakorló orvos figyelmét, ami a mindennapi életben elég gyakran előfordul és nemcsak hibás vérnyomásmérés forrása lehet, hanem a diagnoszt is meghiúsíthatja.

Hosszabb fejezet foglalkozik a hypertóniák beosztásával és a nomenclaturával. A ma korszerűnek elfogadott beosztás alkalmazza: primaer (essentialis), renalis, endocrin hypertóniákra osztja a magas vérnyomással járó betegségeket és külön tárgyalja negyedik csoportként az aorta isthmus stenosiszt.

Kissé részletesebben foglalkozik az etiológiával és a pathogenesis-sel. Kiemeli a különböző humoralis, neuralis és emotionalis tényezők egymásrahatásának jelentőségét (Page mozaik teóriája).

A munka legnagyobb részét a klinikum képezi. E fejezetekben nagyjából ismert, valamint újban megismert tüneteket és differenciáldiagnosztikai módszereket közöl a szerző. Külön kiemelendő, hogy milyen nagy teret ad az anamnesisnek és aláhúzza ennek jelentőségét a differenciáldiagnosztika terén.

Nagyon tanulságos fejezet az, amelyben a diagnosztissal és differenciáldiagnosztissal foglalkozik a szerző. Felsorolja melyek az obligát

vizsgálatok, amelyeket minden hypertónia esetén el kell végezni és melyek azok a speciális célú vizsgálatok, amelyek alkalmasak arra, hogy az egymástól különböző pathogenesisű hypertóniákat elkülönítsük. E fejezet értékét emeli, hogy minden kiegészítő vizsgálat értelmét és rövid indokolását is megtaláljuk.

A prognoszt igen fontos kérdéseivel a könyv terjedelméhez képest elég részletesen foglalkozik a szerző. A szöveget nagyon sok jól meg szerkesztett ábra teszi szemléletes-sé.

A therapiás részben az oki és a műtéti kezelési lehetőségeivel viszonylag részletesen foglalkozik. Helyesen mutat rá arra, hogy a hypertóniás betegek zöménél a konzervatív therapia ma még az egyedül járható út. A gyógyszeres kezelést megelőzően igen alaposan elemzi a szerző az életmódrendezés fontosságát és e ténny jó tanácsokat kaphatunk tőle. Külön kell hangsúlyozni e fejezet értékét, mert ma, amikor napról napra újabb és újabb antihypertensív szerek látnak napvilágot, a betegekkel való egyéni foglalkozás sajnos egyre inkább háttérbe szorul. A szerző éppen ezt a hiányt kívánja pótolni, amikor a betegek egyéni körülményeire rámutat és elemzi ezek figyelembevételével az életmódrendezés jelentőségét.

A gyógyszeres therapiával foglalkozó részben az egyes gyógyszerek felsorolása és rövid hatástani ismertetése után részletesen foglalkozik az ésszerű gyógyszerkombinációkkal.

Mindent összevetve a rövid kis könyvecske igen hasznos útmutatóul szolgálhat a gyakorló orvos számára.

Gábor György dr.

Seregély György dr.: Fogamzástáplás. Medicina Könyvkiadó. 1970. 270 oldal. Ára: 24 Ft.

Örömmel kell üdvözölni minden olyan törekvést, amely a fogamzástáplás hazai elmaradott helyzetén segíteni kíván. „Minden ivarérett, egészséges nő és férfi szembe találkozik életének valamely szakaszában a születésszabályozás problémájával, akár annak pozitív (a gyermek vállalása), akár negatív (születéskorlátozás) értelmében. Ez utóbbinak a tudatos megvalósítása nem képzelhető el másképp, mint a rendelkezésre álló védekező eljárások pontos ismeretének és helyes használatának elsajátításával.” — írja előszavában a szerző és a könyv célját nagyon pontosan határozza meg ugyanott. „A fogamzástáplás propagálása tehát általános értelemben nem célunk, ... de követelmény ... maximálisan felkeltsük a védekezési szándékot, elterjesszük a preventív módszerek beható ismeretét és hozzáértő használatát.”

A kitűzött célt a szerző, akinek e témakörben számos kitűnő tanul-

mánya jelent meg, nagyon jól oldotta meg. A viszonylag kis terjedelemben magában foglalja az összes szükséges ismeretet, kellő kritikával válogatva ki az óriási anyagból a valóban fontos tudnivalókat. Az első fejezet a fogamzástáplás történetével foglalkozik, és dicséretes módon e fejezetbe bedolgozta a kérdés magyarországi történeti vonatkozásait is. A második fejezet a fogamzástáplás fogalmi, nevezéktani és elméleti kérdéseit tárgyalja. Kitér benne a felvilágosító-nevelő munka problematikájára is. A harmadik fejezet a használatos fogamzástáplók részletes ismertetését tartalmazza. Tárgyalja minden eljárás hatásmechanizmusát, alkalmazását, előnyeit és hátrányait, megbízhatóságát és gyakorlati tanácsokat ad használatukra. E fejezetnek a fele az orális anticoncipienszekkel foglalkozik, ez az arány jól jelzi e védekezési eljárás kiemelkedő jelentőségét. A negyedik fejezet a legmodernebb kutatásokat ismerteti, az ötödikben pedig a védekezés kérdésének szociológiai, pszichológiai vonatkozásairól ír és a pedagógiai szempontokról is. Ebben a fejezetben helyet talált arra is, hogy a fogamzástáplás állattenyésztési jelentőségéről írjon. A szerző felkészültségét és lelkiismeretességét bizonyítja, hogy a könyv végén szereplő „Kiegészítésben” megemlékezik mindazon változásokról, fontosabb közlésekről, amelyek a könyv megírása és a kézirat nyomdába adása között történtek.

A recenzornak kritikai megjegyzésre alig van oka, hiszen a könyvet Szontagh Ferenc dr. egyet. tanár lektorálta, aki ennek a témakörnek elismert kutatója, szakértője.

Szívesen vettem volna, ha a szerző megemlékelt volna Dickey és Dorn közlését, amelyről Thierry professzor a budapesti I. P. P. F. konferencián előadást tartott, nevezetesen, hogy az orális anticoncipiens megválasztásában, a mellékhatások elkerülése érdekében jól használhatjuk a nő anamnestikus adatait. Ismeretes, hogy oestrogentúlsúly okozza a gastrointestinalis zavarokat, a folyadék-retentiót, az oestrogenre érzékeny szövetek izgalmi állapotát. Oestrogen érzékenységre utal, ha valakinél terhesség alatt émelygés és hányás erősebben jelentkezett, ha az intermenstruumban és premenstruumban folyadékretentio van, ha bő folyás mutatkozik ovulatio idején. Ilyen egyéneknek tehát kis oestrogentartalmú készítmény javasolható. Progestin túlsúlyra utal, ha a fogamzástápló tabletták szedése alatt fáradtság, depresszió, fokozott étvágy, súlygyarapodás mutatkozik és a libido csökken. Progestin érzékenységre utaló anamnestikus adat enyhé hirsutismus és acne, továbbá terhesség alatti excessiv súlynövekedés. Magam megerősíthetem ezen tapasztalatok gyakorlati felhasználhatóságát: az Orgametril és Mikrofolin forte adagjainak

egyéni megállapításával a nem kívánatos mellékhatásokat az esetek túlnyomó részében ellensúlyozni lehetett.

A könyv említést tesz arról, hogy a legutolsó időben a korábban Dunlop-, újabban Scowen-bizottság javaslatot tett arra, hogy a korszerű fogamzásgátló tabletta ne tartalmazzon 50 gammánál több oestrogént, és a progesztogén mennyisége is csökkentendő. Az Organon-gyár legújabb, kipróbálásra kapott készítménye az 50 gamma mestronol mellett csak 0,5 g lynesztrenolt tartalmaz. *A korszerű követelményeknek tehát a fél Infecundin tabletta felel meg*, ebben az oestrogen 50 gamma, és bocssássák meg, hogy egy könyvrecenzió kapcsán számolok be arról, hogy eddigi tapasztalatom szerint a fél Infecundin tabletta ideális fogamzásgátlónak bizonyult. A kisebb adagra áttérés idején gyakoribb az áttöréses vérzés, ezért eleinte szűkség lehet arra, hogy a fél Infecundin tablettát kiegészítsük: ha az áttörés az első 15 napban jelentkezik, akkor $+ \frac{1}{2}$ Mikrofolin fortet (25 gamma oestrogen), ha az utolsó 6 napban jelentkezik $+ \frac{1}{2}$, azaz 1 egész Infecundin szedetünk. Ez idáig egyetlen terhességet sem észleltünk a szer hibájából. A recensio beküldése óta forgalomba került a Bise-curin tabletta, amelynek összetétele a legkorszerűbb.

Sajnálom, hogy a 246. oldalon, ahol a forgalomban levő hazai fogamzásgátlók felsorolása található, árai megjelölésével, hiányzik az intrauterin pesszárium. A Magyarországon készült — tudomásom szerint — még nem került forgalomba, amit jelenleg használnak az Csehszlovákiából és nyugatról jön be. Sajnálatos módon a közönség körében nem ismert, hogy ezek nagyon olcsó cikkek, pl.: az Egyesült Államokban áruk $\frac{1}{2}$ —2 dollár és így behelyezéséért egyesek indokolatlanul 1000 Ft körüli összeget is kérnek.

E néhány megjegyzés semmit sem von le a kitűnő könyv értékéből, amely remélem, hogy felkelti az orvosok érdeklődését és mozgósítja is

őket, hogy a korszerű ismeretek birtokában segítséget nyújtsanak a születésszabályozás helyes megoldásához. A fogamzásgátlás elmaradott helyzete ne terhelje tovább hazánk egészségügyi kultúrájának színvonalát.

Hirschler Imre dr.

Schnitzer A.: Wie entsteht die Krebskrankheit? Eine experimentelle und klinische Studie zur Klärung der Krebsentwicklung. (Hogyan keletkezik a rákbetegség? A rákkeletkezést tisztázó kísérletes és klinikai tanulmány). Füssli Kiadás. Zürich. 1970. 260 oldal, 32 ábra.

A könyvet szerzője tanulmányának tekinti. Valóban, terjedelme, hangvétele és az irodalom idézési módszere egyaránt arra vall, hogy az olvasó nem monográfiát vesz kezébe, hanem munkahipotézisül szolgáló gondolatokkal ismerkedik meg. A téma az orvostudomány egyik legmegoldatlanabb és legizgalmasabb kérdése: hogyan keletkezik a rák?

Ez a gondolat több mint száz éve foglalkoztatja a kísérletet végző és a beteget gyógyító orvost. Az adatok áttekinthetetlenül nagyszámúak és legtöbbször ellentmondóak. A daganatkeletkezés mechanizmusának számos részlete ismeretes, de a képet összefüggő egészé olvasztani, a malignitás fogalmának egyértelmű magyarázatot adni eddig nem sikerült. Schnitzer érdeme, hogy ilyen kísérletre vállalkozik, s nem róható fel hibájául, hogy a végleges választ ő sem tudja megadni.

Kiindulópontja a szervezet „védekező mechanizmusának” vizsgálata. Elmékedésének vezérfonalául azt a gondolatot választja, hogy a szervezet a legkülönbözőbb ingerekre azonos módon reagál. Az ingerek histamint szabadítanak fel, amely az epithelialis sejtek védelmét biztosítja. A kötőszövet és hámszövet közti kapcsolat rendezett voltának biztosítékát abban látja, hogy a histaminszerű anyagok ezen hatását adrenalinszerű anyagok ellensúlyozzák. Ezt a sejt szinten

érvényesülő kapcsolatot a szervezet szintjén a pajzsmirigy és a mellékvese antagonizmusa szabályozza. Mindaddig, amíg a thyreoida működés egyensúlyban van a szervezet steroid termelésével, addig malignitás keletkezésére nincsenek meg a kellő feltételek. Az öregedéssel egyidejűleg a pajzsmirigyműködés csökken és idült cortison túlsúly alakul ki, ami elősegíti a daganatkeletkezést. Ugyancsak a mellékvesekéreg hormonok túlzott érvényrejutásával magyarázza az áttétképződésre való hajlamot is.

Gondolatai bizonyítására elsősorban a bőr cartinogenesis különböző fázisait vizsgálja. A carcinogének hatására keletkező akantosis, akantoma, bőr-carcinoma szövettani vizsgálatával bizonyítja a kötőszövet reakcióképtelenné válását és elméletének bizonyítékát abban látja, hogy a daganatsejtek histaminban szegények. Lehetségesnek tartja, hogy a daganatsejt, amely idegvégződéseket alig tartalmaz, a histamin által közvetített védekező ingerek átvételére képtelen, részben azért is, mert a carcinogének már kötődtek a sejthez. Azt a következtetést vonja le, hogy minden olyan kezelés, ami a szervezet védekező mechanizmusát gyengíti, a rákbeteg kárára válik.

Így jutunk el a ma oly divatos immuntherapiához, mely kezdetét a bakteriális endotoxin kezeléssel vette, s amely ma renaissance-átéli a leukaemiás betegek BCG-kezelése révén.

Schnitzer dr. könyve elsősorban a pathologusokhoz szól. Bár gondolatai megfogalmazásában főként a klasszikus morfológiai módszerekre támaszkodik, kísérletet tesz arra, hogy biokémiai és genetikai összefüggéseket is keressen. A könyv terjedelme nem teszi lehetővé, hogy e téren újat mondjon.

Úgy gondolom, hogy e könyv elolvasása még inkább arra ösztönzi az olvasót, hogy a daganatkeletkezés okait tovább kutassa. Schnitzer dr. okfejtése ehhez munkahipotézisként használható fel.

Eckhardt Sándor dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda Budapest, V., József nádor tér 1. Tel.: 180—850





A Mediroll—1

gördíthető diagnosztikai röntgenberendezést könnyű mozgathatósága, egyszerű és gyors beállíthatósága jellemzi.

Alkalmas kórházakban helyhez kötött röntgenberendezések kiegészítőjeként, pl. műtőben, kórteremben, ágyon fekvő betegről vagy hordágyon fekvő betegről felvételek készítésére.

A gördíthető állványszerkezetre van felszerelve a minden irányban beállítható DE-12 egytankrendszerű, kétpulzusú sugárgenerátor és fényjelzéses sugárrekesz, a lábszerkezetre pedig a MEDIROLL-1 vezérlő kétpulzusú sugárgenerátor és fényjelzéses sugárrekesz került, valamint a MEDIROLL-1 vezérlődoboz.



*Gyártja a Medicor Művek,
Budapest*



MEGHÍVÓ

A Magyar Gastroenterológiai Társaság

NAGYGYÜLÉSÉRE,

melyet 1971. május 12-től 15-ig rendez az Állami Gyógyfürdő-kórházban

Parádfürdőn

RÉSZLETES MŰSOR:

1971. május 12., szerda

Érkezés Parádfürdőre 9.40 óra-
kor, autóbusszon. A menetrendszerű
járat Budapest Engels térről 6.40
órákor indul.

Ebéd: 14 órától 15 óráig.

Vacsora: 20 órától 21 óráig.

Vacsora után: a munkacsoportok
megbeszélései.

1971. május 13., csütörtök

Reggeli: 9 órától 9.30 óráig.

9.30 órától 13.30 óráig:

TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK

Fő téma: Gastroenterológiai be-
tegségek immunvonatkozásai.

Referálók:

Dóbiás György (OTKI Központi
Laboratórium): Immunbiológiai és
immunopathológiai alapfogalmak és
diagnosztikai módszerek (45 perc).

Szarvas Ferenc (SZOTE I. Bel-
klinika): A máj és a pancreas auto-
immun megbetegedései (20 perc).

Varga László (SZOTE II. Belkli-
nika): A gyomor autoimmun meg-
betegedései (20 perc).

Szünet (20 perc)

Kovács Ágota (SOTE I. Belklini-
ka): A bél autoimmun megbetege-
dései (20 perc).

Jávor Tibor (POTE I. Belklini-
ka): A gastroenterológiai autoim-
mun betegségek terápiája (30
perc).

A referátumok vitája

Ebéd: 14 órától 15 óráig.

15 óra 30 perctől 19 óra 30 percig:
A fő témához csatlakozó előadások:

Dán Sándor (DOTE II. Belklini-
ka): Autoimmun és nem-autoim-
mun chronicus hepatitisek diffe-
rentialdiagnosztikája (10 perc).

Puskás Éva, Keszthelyi Péter,
Hegyi Lajos, Kiss István, Csiffáry
Dezso és Oszwald Péter (Országos
Vérellátó Szolgálat Immunkémiai
Labor és Fővárosi Tétényi úti kór-
ház): Immunológiai vizsgálatok
extracorporális sertésszerv perfu-
siók során (10 perc).

Balázs Mihály, Pár Alajos, Palka
István és Deák Gábor (POTE I.
Belklinika): Lymphoblastos trans-

formatio chronicus májbetegsége-
ben (5 perc).

Balázs Márta és Várkonyi Sán-
dor (OTKI Kórbonctani Tanszék és
MÁV Kórház III. Belosztály): Elek-
tronmikroszkópos vizsgálatok chro-
nikus agresszív hepatitis eseteiben
(10 perc).

Dalmi Lajos, Prékopa Ágnes,
Várhelyi I. és Kiss Béla (DOTE II.
sz. Belklinika és II. sz. Sebészeti
Klinika): Immunglobulin-vizsgálato-
k obstrukciós icterusban (5 perc).

Mózsik Gyula, Tárnok Ferenc és
Jávor Tibor (POTE I. Belklinika):
Az immunosuppressív gyógyszerek
hatásainak vizsgálata az emberi
gyomornyálkahártya membran-
ATP-ase rendszerére (5 perc).

Györfy Árpád, Dalmi Lajos
(DOTE II. Belklinika): Immunolo-
giai vizsgálatok colitis ulcerosás
betegeken (10 perc).

László Barnabás (László Kórház):
Nitrofurantoin-hepatitis (10 perc).

Falus M., Szász Gy., Németh F.-
né, Söbel M. (BM Korvin Ottó Kór-
ház Szülészet-Nőgyógyászat): A
két-dimenziós ultrahang-echo dia-
gnosztikai felhasználása a máj-,
lép- és pancreas-diagnosticában (10
perc).

Gógl Árpád, Horváth Tünde és
Solti Bertalan (POTE I. Belklini-
ka): A Bromsulphalein metaboliz-
mus vizsgálata cirrhosis hepatis
betegeken (5 perc).

Pár Alajos, Méhes Károly, Kluj-
ber László, Gógl Árpád és Németh
Gyula (POTE I. Belklinika és
Gyermekeklinika): Indirect hyper-
bilirubinaemiaként manifestálódó
galactosaemia felnőttkori esete (5
perc).

Szarvas Ferenc, Szöllösy Géza,
Fekete Etelka és Biró András
(SZOTE I. és II. Belklinika): A se-
rum-bilirubin szint csökkentése
mikrosomalis enzim-inducióval
májbetegségeken és más kórké-
pekben (10 perc).

Szünet (20 perc)

TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK

Antal L., Papp L., Dán S. és
Péter M. (DOTE II. Belklinika és
Radiológiai Klinika): Prostagmin-
morphin test jelentősége a chro-
nicus pancreatitis diagnosztikában
(5 perc).

Schwarczmán Pál és Magyar
Éva (OTKI II. Bel. Tanszék és a
Kórbonctani és Kórszövettani Tan-
szék): Káliumvesztéses enteropa-
thia irreversibilis következményei
(10 perc).

Kiss Katalin és Nagy Mária (Fő-
városi Tétényi úti Kórház Intenzív
Terápiás Osztálya és Kórbonctani
Osztálya): Enterocolitis necrotisans
belgyógyászati és sebészeti esetei-
nek klinikopathológiai vonatkozásai
(10 perc).

Binder László és Ferencz Ad-
rienne (Fővárosi László Kórház):
Diverticulosis-diverticulitis (5 perc).

Korányi György és Krausz Judit
(Fővárosi Péterfy Sándor u.-i Kór-

ház Csecsemő-Gyermekosztálya):
Colon perforatio, mint vércsere
transfusio szövődménye (5 perc).

Bartha László (OTKI Radiológiai
Tanszék): Csekély klinikai tünetek-
kel járó spontán belső fistulák (5
perc).

Prónay Gábor, Szécsényi Mária
és Nagy György (Miskolci Szentpé-
teri kapui Kórház II. Belosztály és
Psychiatriai Osztály): Psychoneu-
rológiai elváltozások a colon func-
tionális és gyulladásoos betegségei-
ben (10 perc).

Vacsora: 20 órától 21 óráig.

Vacsora után: tudományos film-
vetítés.

1971. május 14., péntek

Reggeli: 9 órától 9.30 óráig.

9.30 órától 13.30 óráig:

HETÉNYI GÉZA
EMLEKELOADÁS

Ivanovics György: Vírusfertőző-
sek szerepe a hasi részere megbe-
tegedéseiben.

A Magyar Gastroenterológiai
Társaság 1970. évi tudományos dí-
jainak kiosztása.

Szünet (20 perc)

TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK

F. Bárány (Stockholm): Immuno-
logische Probleme bei der Regiona-
len Enteritis (Crohn'sche Krank-
heit). A többi külföldi előadó neve
és előadásának címe a helyszínen
kerül közlésre.

Toóth Éva, Huoránszki Ferenc,
Bereti István és Wittman István
(Fővárosi János Kórház IV. Bel-
osztály): Fiberoesophagoscop viz-
sgálataink értékelése a nyelöcsöste-
nosisok differential-diagnosticájá-
ban, különös tekintettel a nyelöcsö-
rák korai felismerésére (10 perc).

Huoránszki Ferenc, Toóth Éva,
Bereti István és Wittman István
(Fővárosi János Kórház IV. Belos-
ztály): A szalopticás oesophagoscopia
jelentősége a nyelöcsövaricosi-
tás korai felismerésében (5 perc).

Sáfrány László (SOTE I. Belkli-
nika): Duodenoscopiás vizsgálatok
(10 perc).

Fehér Mihály (Fővárosi Bajcsy-
Zsilinszky Kórház Gizella Utóke-
zelő Osztálya): Célzott és együttes
oesophago-gastrocytologia (5 perc).

Hajdu Imre, Balogh István, For-
gács Sándor és Czeisel Endre (Fő-
városi János Kórház Röntegenosz-
tály és OKI): Gastroenterológiai
vizsgálatok — sugárartalból
származó-orsvetikai problémái (10
perc).

Ebéd: 14 órától 15 óráig.

15.30 órától 19.30 óráig:

Kerekasztal-konferencia:

A gastroenterológiai vizsgáló
és gyógyító eljárások
etikai kérdései

Moderátor: Magyar Imre (SOTE
I. Belklinika):

Résztevők: *Benis Mihály* (A Központi Állami Kórház, a Magyar Vöröskereszt és az OVSZ vezető jogtanácsosa), *Korányi György* (Péterfy S. u.-i Kórház Gyermekgyógyászat), *Trencsényi Tibor* (Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálat), *Vajda Dezső* (Központi Állami Kórház, Röntgen Osztály), *Varró Vince* (SZOTE II. Belklinika), *Wittman István* (Fővárosi János Kórház, IV. Belosztály).

S z ü n e t

A Magyar Gastroenterologia Társaság „Gastroenterológiai Endoscopy Sectiójának” alakuló közgyűlése.

Vacsora: 20 órától 21 óráig.

Vacsora után: Fogadás.

1971. május 15., szombat

Reggeli: 9 órától 9.30 óráig:

TUDOMÁNYOS ELŐADÁSOK „Kutatói fórum”

Nagy László, Ungvári György (SOTE Anatómiai Intézet): A máj érszerkezetének vizsgálata arteria hepatica ligaturában és véna portae beszűkítésben (5 perc).

Ungváry György, Donáth Tibor, Naszály S. Attila és Tauber Ferenc (SOTE Anatómiai Intézet): Adatok CCl₄ mérgezéssel és ductus choledochus ligaturával károsított májak histokémiájához (5 perc).

Sasch Zsuzsa, Lapis Károly, Koláth Zoltán és Kereszturi Sándor (SOTE I. sz. Kóronctani és Rákkutató Intézet): A máj finom szerkezeti elváltozásai acut hepatitisben (5 perc).

Szám István, Holló János, Szentner Júlia, Vass Ágnes és Wein Tiborné (Fővárosi János Kórház III. Belosztály): Az arginin-malat hatása állatkísérletben és májbetegesen (5 perc).

Fischer Antal és Pollner Andrea (SOTE II. Belklinika): Újabb vizsgálatok az aranyos-próba mechanizmusához (5 perc).

Sági István, Rednik András, Csernay László és Varró Vince (SZOTE I. és II. Belklinika): Histamin és antihistamin hatása kutyák gyomrán átfolyó vérmennyiségre (5 perc).

Nagy Lajos, Mózsik Gyula, Kutas János és Tárnok Ferenc (POTE I. Belklinika és I. Sebklinika): A histamin gyomorsecretiót stimuláló hatása és a sejtek activ transportrendszerének kapcsolata az emberi gyomor nyálkahártyában (5 perc).

Varró Vince, Mignon Michel, Vattier Jean és Bonfils Serge (SZOTE II. Belklinika és Unité de Recherches de Gastro-Enterologie, INSERM, Paris): 2-deoxy-d-glucose infusio hatása kutyák sav- és pepsinsecretiójára (5 perc).

Náfrádi József, Gervain Judit és Varró Vince (SZOTE II. Belklinika): A pentagastrin-inaktiválás mechanizmusáról (5 perc).

Szöllősi Géza és Varró Vince (SZOTE I. Belklinika és II. Belkli-

nika): Pentagastrinos és Lambling-féle próbareggeli eredményeinek összehasonlító vizsgálata homogén, egészséges populációban (5 perc).

Gáti Tibor, Keszler Pál és Boros Ildikó (SZOTE Kórélettani Intézet): A különböző ágensek gyomorsecretiót befolyásoló hatásának összefüggése a gyomornyálkahártya carboanhydrase aktivitást befolyásoló hatásukkal (5 perc).

Mózsik Gyula, Hauck Máttyás és Ruzsa Csaba (POTE I. Belklinika és DOTE Biokémiai Intézet): Nucleinsav purin és pirimidin basis összetételének és mennyiségi változásainak vizsgálata Shay állatok gyomorszövetében (5 perc).

Szollár L., Gáti T., Zelles T., Pucskos J. és Szollár Gy. (SOTE Kórélettani Intézet): Histokémiai vizsgálatok patkány kísérletes ulcusában (5 perc).

Csákváry G., Frenkl R., Tárcey M. és Csalay L. (SOTE Kórélettani Intézet): Edzett szervezetből nyert vérsavók antihistamin hatásának vizsgálata tengerimalacban in vitro (5 perc).

Csalay L., Csákváry G., Lángfy Gy. és Frenkl R. (SOTE Kórélettani Intézet és TF Kutató Intézet Élettani Osztály): A gyomornyálkahártya O₂ fogyasztásának változása az immobilisatio ulcus kifejlődésének stadiumában (5 perc).

Kisfalvi István és Kenderessy István (MÁV Kórház V. Belosztály és III. Sebészeti Osztály): Milid (Sylamide, CR 242) hatása a patkány gyomorsecretiójára (5 perc).

Székely Árpád, Major Tódor és Romvári Hajnalka (Fővárosi Tétényi úti Kórház II. Belosztálya és Röntgen Osztálya): Xylamid (Milid) gastrin-antagonista hatásának klinikai vizsgálata (5 perc).

Gallyas Csabáné, Szatlóczky Ernő és Szarvas Tibor (Országos Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Intézet, OTKI IV. Bel. Tanszék és MTA Isotop Intézet): Tritiummal jelölt Prenylamin (Corontin) megoszlása a szervezetben p. o. bevitel után (5 perc).

Szatlóczky Ernő, Gallyas Csabáné és Szarvas Tibor (OTKI IV. Bel. Tanszék, Országos Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Intézet és MTA Isotop Intézet): Tritiummal jelzett saccharose felszívódásának változása Prenylamin (Corontin) hatására (5 perc).

Ebéd: 14 órától 15 óráig.

Általános tudnivalók:

A referátumok tartama 20–45 perc, a főtémához csatlakozó előadások tartama 5–10 perc, a tudományos előadások tartama 5–10 perc, a Kutatói Fórum előadásainak tartama 5 perc. Részvételi díj: 50 Ft, a Magyar Gastroenterológiai Társaság tagjai részére 30,— Ft. Egy napi részvételi jegy ára 20,— Ft.

Vetíthető diapositívok nagysága 5×5 cm; kérjük a diapositíveket vitetésre alkalmas állásban a jobb felső sarokban sorszámozni. Csak

műanyagkeretben foglalt diapositívok vetíthetők.

Hozzá tartozók részvételi díjat nem fizetnek.

Lakás és ételmezés költsége a kongresszus időtartamára 400,— Ft.

Az ellátás kezdődik május 12-én ebéddel és végződik május 15-én ebéddel.

Az ellátási költségben az utazás ára nem foglaltatik.

Részfízteseket a helyszínen lehet eszközölni.

Jelentkezések levélben, az igények pontos megjelölésével (kísérő személyek száma), a Parádfürdői Állami Gyógyfürdőkórház Gazdasági Hivatalának küldendő legkésőbb május 5-ig. Egyidejűleg kérjük a lakás- és ételmezési díj pénzesutalványon történő befizetését!

A korlátozott elhelyezési lehetőségekre való tekintettel, kérjük a jelentkezési határidő pontos betartását, különösen, ha családtag elhelyezését is igénylik.

Gyermekek elhelyezését nem vállaljuk.

Közlekedés autóbusszal, Budapest és Parádfürdő között: indulás május 12-én Budapest, Engels térről, 6 óra 40 perckor; érkezés Parádfürdőre 9 óra 40 perckor.

Közlekedés személygépkocsival: Gyöngyös és Eger felé egyaránt elsőrendű úton.

Visszaindulás autóbusszal május 15-én, Parádfürdőről 17.08 órakor, érkezés Budapest Engels térre: 19.50 órakor.

MEGHÍVÓ

a Magyar Rehabilitációs Társaság Pszichiátriai Szekciója

április 15—16—17-i konferenciájára Hajdúszoboszlón

Az öngyilkosság kérdéseiről

Program:

Április 15-én, csütörtök, de.: érkezés (gyorsvonat, ind. Bp. Nyugattól 7.25, érk. 10.17).

Du. 14 h. referátumok:

Kun Miklós dr. (Bp. OIE): Az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet problematikája.

Szabó Pál dr. (Debrecen Városi Ideggondozó): Az öngyilkosságot megkísérlők utógondozása és az öngyilkosság megelőzésének kérdései.

Buda Béla dr. (Bp. PMK): A suicidium problémájának szociológiai megközelítése.

16-án, péntek de. 9 óra, kiselőadások:

Földes Vilmos dr. (Bp. BM): Rendőrorvos szakértői tapasztalatok öngyilkosságoknál.

Demény Péter dr. (DOTE): A belgyógyász tapasztalatai öngyilkosságot megkísérlőkkel.

Csiky Pál dr. (Bp. Korányi Kórház Toxicológiai Osztály): Követel-

mények a modern toxicológiai osztályal szemben.

Paneth Gábor (Bp. XXI. ker. Mentálhigiénés Int.): Kezdeti tapasztalataink a suicid kísérlet tesztlejveiről.

Csiba István dr. jogász (Bp. BM): Öngyilkosságok rendőri tapasztalatai.

Iván László dr. (BSOTE): A psychosis és a suicidium.

Hegedűs Imre dr. pszichológus (Bp. OIE): Alkoholizmus és suicidium.

Kleininger Ottó dr. pszichológus (DOTE): Személyiségösszetevők szerepe a fiatalok öngyilkossági kísérletében.

Fohn Márta dr. (Bp. OIE): Adollescensek suicidiumának családi háttere.

Kardos Ilona dr. (Bp. OIE): Az öregkori suicidium.

Du. 14.30 órákor szekció-viták:

A) szekció: Család és suicidium. Vitavezető: **Mérei Ferenc** pszichológus (Bp. OIE).

B) szekció: Társadalom és suicidium.

Vitavezető: **Konrád György** író (Bp. VÁTI).

C) szekció: Prevenció és utógondozás.

Vitavezető: **Hardi István dr.** (Pest megyei Ideggondozó).

17-én, szombat, de. 9 óra kerekasztal-vita az öngyilkosságról.

Vezető: **Kun Miklós dr.**

Résztevők: **Tariska István dr.** (Bp. OTKI), **Petrányi Gyula dr.** (DOTE), **Cseh-Szombathy László dr.** szociológus (KSH), **Károlyi György dr.** (Hajdú-Bihar megyei Tanács), **Magyar István dr.** (Bp. NKK), **Mérei Ferenc**, **Konrád György** és **Hárdi István dr.**

Az előadásokat a Béke Gyógy-üdülő helyiségeiben tartjuk.

Szállás IBUSZ-szobákban, korlátozott számban a Délibáb Szállóban, általában 2 ágyas szobákban.

Étkezések: csütörtök ebéd-vacsora, péntek reggeli-ebéd-vacsora, szombat reggeli-ebéd a Délibáb Szálló éttermében.

Részvételi díj: szállodai elhelyezésnél 330 Ft, IBUSZ elhelyezésnél 245 Ft.

A részvételi díj magában foglalja az étkezések költségeit és 2 éjszaka szállásköltségét.

Részleges részvétel esetén a részvételi díjat az igénybe nem vett szolgáltatások árával csökkentjük.

Kérjük a kedves résztvevőket, hogy jelentkezésüket a résztvevők számának és a részvétel idejének megjelölésével április 5-ig szíveskedjenek **Kappéter István dr.-nak**, **Berettyóújfalu, Járási Kórház** elküldeni.

A részvételi díjat vagy a mellékelt csekklap felhasználásával, vagy a helyszínen az információs irodánál lehet befizetni.

Az információs iroda ápr. 15-én reggel 9 órától működik a Délibáb Szálló hallgatójában.

ÉRTESÍTÉS

A Magyar Néphadsereg Közegészségügyi-Járványügyi Állomása és az Országos Közegészségügyi Intézet 1971. november 16—17—18-án Budapesten a szocialista országok részvételével nemzetközi jellegű konferenciát rendez.

A konferencia fő témája: A gyorsdiagnosztika lehetőségei és jelentősége a mikrobiológiában.

Referatum: A mikrobiológiai gyorsdiagnosztika jelenlegi állása (40 perc).

Tartja: **Geck Péter dr.** állatorvos-alezredes.

Tervezett témakörök, illetve előadások:

1. A mikrobiológiai gyorsdiagnosztika helyzete az egyes szocialista országokban (20—25 perc). Tartják az egyes szocialista országok bejelentett képviselői.

2. Gyorsdiagnosztikus módszerek a vírusfertőzésekben Magyarországon (25 perc). Előadó: **Simon Miklós dr.** orvosalezredes.

3. Mikrolaboratóriumok alkalmazása a bakteriológiai diagnosztikában (25 perc). Előadó: **Thiry Lajos dr.** orvosalezredes.

4. Expressztesztek az enterális kórokozók és a clostridiumok antibiotikum rezisztenciájának meghatározására (25 perc). Előadó: **Geck Péter dr.** állatorvosalezredes.

5. Kerekasztal-megbeszélés — meghívott szereplőkkel — a konferencia fő témájának keretében. A megbeszélést a hallgatóság részvételével vita követi.

Általános tudnivalók: A konferencia helye: Országos Közegészségügyi Intézet nagy előadóterme (Budapest, IX., Nagyvárad tér 2.) A konferencia hivatalos nyelve: magyar és orosz; előadások tartatók azonban angol, francia és német nyelven is. A konferencián való részvétel és az előadások bejelentésének határideje 1971. április 30. Cím: **Habán György dr.**, Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest, IX., Gyáli út 2—6. A bejelentett előadások 20—25 soros összefoglalóját 3 példányban ugyancsak a fenti határidőre és címre kell elküldeni. Az elfogadott előadások teljes szövegét, azok orosz nyelvre történő fordítása és sokszorosítása végett 3 példányban 1971. augusztus 31-ig kell a megadott címre elküldeni. A bejelentett előadások időtartama az esetleges vetítéssel együtt 20 perc, a hozzászólások időtartama 5 perc.

A konferenciával kapcsolatban felmerülő esetleges kérdésekre **Máthé János dr.** orvosalezredes (Magyar Néphadsereg Közegészségügyi-Járványügyi Állomása, Budapest, IX., Gyáli út 17.) és **Habán György dr.** főigazgatóhelyettes (Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest, IX., Gyáli út 2—6.) adnak felvilágosítást.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1971. április 15-én, du. 2 órára tűzte ki **Szabó Imre dr.** asp.

kívül benyújtott „Az emberi nyál szénsavhidrátáz aktivitása különböző kísérleti körülmények között” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Adler Péter dr.**, az orvostudományok doktora, **Antoni Ferenc dr.**, a biológiai tudományok doktora.

A Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság Észak- és Dél-dunántúli szekciója és a Dunavasmű Üzemegészségügyi Szolgálat 1971. május 14-én, pénteken, délelőtt 10 órai kezdettel a Dunai Vasmű (Dunaújváros) Kultúrtermében tudományos ülés sorozatot rendez, amelyre az üzemorvos kérdései iránt érdeklődőket szívesen látja.

Dunaújváros — autóbusszal Gyórból, Pécsről, Tatabányáról és Budapestről reggeli járatral megközelíthető.

Az ülés sorozat után közös ebéd a Dunai Vasműben, utána gyárlátogatás és Dunaújváros megtekintése.

A jelentkezéseket kérjük az alábbi címre megküldeni: **Szabó Kristóf dr.** üzemi főorvos, Dunaújváros, Dunai Vasmű Üzemegészségügyi Szolgálat, vagy **Ernyei Aliz dr.** Tudományos Társaság főtitkára, Budapest, VIII., Vajda Péter u. 12.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1971. április 13-án, du. 2 órára tűzte ki **Keller László dr.** asp. kívül benyújtott „Az atherosclerosis humorális szindrómájának értekezési vonatkozásai” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Beregi Edit dr.**, az orvostudományok doktora, **Lélek István dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1971. április 8-án, du. 2 órára tűzte ki **Méhes Károly dr.** asp. kívül benyújtott „Kísérletes és klinikai megfigyelések a sex chromatin vizsgálat gyakorlati értékéről” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Czeizel Endre dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Schuler Dezső dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1971. április 14-én, du. 2 órára tűzte ki **Cholnoky Péter dr.** asp. kívül benyújtott „Alpha- és beta aminosavak ürítése mentális retardációban” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytermében.

Az értekezés opponensei: **Lenart György dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Szabó Lajos dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

ELŐADÁSOK — ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1971. ápr. 5. hétfő	POTE Központi épület	du. 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem	1. Wölfer Edit és Mihalecz Károly: Kollagen betegséghez társuló uraemia (bemutatás, 10 perc). 2. Szabó Dénes: Acetecetsav mennyiségi meghatározása saját készítésű enzimpreparátummal (20 perc). 3. Montskó Tihor: Rana esculenta mellékpajzsmirigy különböző funkcionális állapotainak elektronmikroszkópos vizsgálata. (20 perc)
1971. ápr. 6. kedd	Országos Közegészség- ügyi Intézet IX., Gyáli u. 2—6. „A” épület, nagy tant.	du. 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	Kubinyi László: A magyarországi influenza járványok főbb sajátosságai.
1971. ápr. 6. kedd	Orvostovábbképző Intézet kultúrterme XIII., Szabolcs u. 35.	du. 2 óra	Orvostovábbképző Intézet	Marton István: „In vitro” kimutatható faktor terhelességi toxemiában.
1971. ápr. 8. csütörtök	Kapostár Megyei Kórház kultúrterme	du. 3 óra	Tudományos Bizottság	1. Gordán Ferenc, Bíró Vilmos (baleseti-sebészeti osztály): kézsérülések funkcionális eredményei. 2. Völgyi Mátyás (sebészeti osztály): Átúródást okozó jóindulatú vékonybél daganat. 3. Méhes Károly, Klujber László, Kajtár Pál, Storcs Judit, Lassú Gyula (POTE Gyermekklinika és Bacsai Járási Tanács VB. Eü. Csoport): Hypophosphatasia klinikai és genetikai vizsgálatok egy ritka veleszületett anyagcserezavarban.
1971. ápr. 9. péntek	Országos Orvosszakértői Intézet V. em. díszterem VIII., Mező Imre u. 19/a.	de. 9 óra	Országos Orvosszakértői Intézet Főigazgatósága	1. Varró Vince: A fekélybetegség és következményei. Hozzászólás, vita. 2. Irás Jenő: Rokkantsági és baleseti ügyekben adott igazgatói felülvéleményezések tanulságos esetei. Hozzászólás, vita.
1971. ápr. 9. péntek	Hóim Pál Gyermek- kórház orvosi könyvtára VIII., Üllői út 86.	du. 2 óra	A kórház orvosi kara	1. Baloghné Piszker Ágnes—Kolos Tamás: A Koch-féle psychodiagnosztikai teszt alkalmazásának lehetőségei a gyermekkórházban. 2. Bekéné Gallus Klára: Az iskola érettség psychosomaticus kritériumai és pszichológiai vizsgálata. 3. Kolos Tamás: Az enuresis nocturna szemlélete és terápiája a gyermekpsychopathológiában.
1971. ápr. 9. péntek	III. Belklinika tanterem VIII., Mező Imre út 17.	du. ½5 óra	MTA Biológiai Társaság Gerontológiai Szakosztály	1. Kunos István: Időskori szívűrtétek belgyógyászati vonatkozásai (előadás). 2. Lütmann Imre: Szívűrtétek időskorban (előadás). 3. Soltész Lajos: Perifériás érsebészet időskori vonatkozásai (előadás).
1971. ápr. 14. szerda	VII., Péterfy S. u. 14. IV. em. tanásterem	du. 2 óra	A Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága	1. Arányi Sándor, Csorba Éva: A sigma volvulus sebészeti kezelése. 2. Pestessy József: Eklampsiás betegek intenzív terápiás gyógykezelésének lehetőségei. 3. Pestessy József: A külső szívmassage szövődményei. 4. Kondás József, Breier Márton: Adatok az ureter-daganatok klinikumához és gyógykezeléséhez.

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 bármely postahivatalnál,
(KHI. Budapest, V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy postautalványon,
a kézbesítőknél, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

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



71.0512 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

MISCLERON

kapszula

A Miscleron az esetek nagy részében csökkenti a vérlipoidok – főleg a triglyceridek és koleszterin – kórosan emelkedett szintjét.

Mivel hatását elsősorban az alacsony sűrűségű lipoproteinekre fejti ki, egyrészt elősegíti az atherosclerosisban kóros lipoprotein arány normalizálását, másrészt a véralvadásban, illetve thrombusképződésben részt vevő tényezők (plasma fibrinogen, thrombocytá tapadás, fibrinolitikus aktivitás) befolyásolásával a thrombosiskészséget csökkenti. Közvetlen szöveti hatását xanthomatosisban és diabeteses retinopathiában megfigyelt kedvező eredmények alátámasztják.

ÖSSZETÉTEL:

Kapszulánként 250 mg Clofibratum (aethylum- α -(p-chlorphenoxy)-isobutyricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Olyan betegségek, amelyekben a serum lipidek (koleszterin, triglyceridek) szintje kórosan megemelkedett. Ideértve elsősorban a következő betegségek hyperlipidaemiával járó eseteit: atherosclerosis (coronariascclerosis, cerebralis és peripheriás arteriosclerosis), arteriopathia diabetica, primaer biliaris cirrhosis, valamint essentialis (familiaris) hyperlipidaemia, továbbá a serum lipidszintjétől függetlenül xanthomatosisban.

ELLENJAVALLATOK:

Terhesség, valamint súlyosabb máj- és vesekárosodás esetén nem alkalmazható.

ADAGOLÁS:

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-szor 2–3 kapszula, étkezés után. Mivel a véralvadásgátlók hatását fokozza, az esetleg egyidejűleg alkalmazott anticoagulans készítmény adagját ajánlatos a Miscleron kezelés megkezdésekor a felére csökkenteni és a továbbiakban a szükséges adagot újból meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK:

Szórványosan előforduló nem kívánatos mellékhatások (gyomorpanaszok, enyhe hányinger, esetleg hányás vagy hasmenés) csak átmenetiek. Bőrtünetekben megnyilvánuló túlérzékenységi jelenségek (bőrviszketés, esetleg exanthea), a kezelés megszakítása nélkül is megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS!

A Miscleron kezelés alatt a serum lipidszint rendszeres (a beállítás után kb. 4 hét múlva, majd 2–3 havonkénti) ellenőrzése szükséges.

CSOMAGOLÁS:

50 db à 0,25 g gyöngykapszula ára: 31,80 Ft
250 db à 0,25 g gyöngykapszula ára: 135,- Ft

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére hypercholesterinaemiában és hyperglyceridaemiában szenvedő betegek xanthomatosisa esetén, idiopathiás familiaris exsudatív retinopathiája esetén, infarctuson átesett hypercholesterinaemiás vagy hypertriglyceridaemiás betegek részére rendelhető, csakis fekvőbeteg-gyógyintézetben történt kivizsgálás és beállítás alapján. A venyt két példányban („másolat”-tal) kell kiállítani. A vényen fel kell tüntetni a javaslatot adó fekvőbeteg-gyógyintézet és a javaslat keltét. A fekvőbeteg-gyógyintézet javaslata 6 hónapig érvényes. A gyógyszer további rendelése csakis újabb fekvőbeteg-gyógyintézeti vizsgálat és javaslat alapján történhet.

CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára

Budapest, IV., Tó utca 1–5.

HALIDOR



Vasospasmolyticum

Spasmolyticum

ÖSSZETÉTEL:

1 tableta 100 mg, 1 amp. (2 ml) 50 mg benzocyclan hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLAT:

vascularis indikáció: peripherias-
verőér megbetegedés, coronaria-
betegség, cephalalgia, agyi an-
giospasmus, vascularis eredetű
szembetegség;

visceralis görcsoldás: gastroin-
testinális spasmus, gastritis, en-

teritis, colitis, tenesmus, cholecystopathia, choleli-
thiasis, postcholecystectomiás panaszok; hólyag-
tenesmus, valamint adjuvánsként nephrolithiasis ese-
tén;

egyéb gyógyszerekkel kombinálva alkalmas fekély-
betegség kezelésére, duodenalis, ill. ventricularis ul-
cus fájdalmainak csökkentésére, a szubjektív pana-
szok javítására, továbbá bronchus-görcs oldásának
elősegítésére, asthma bronchiale, bronchitis asthma-
tica esetén.

ELLENJAVALLAT:

ez ideig nem ismeretes. A keringés és a légzés súlyos
zavara, collapsushajlam esetén azonban a parente-
rális alkalmazásnál óvatosság ajánlatos.

Adagolásáról, mellékhatásáról és egyéb tudnivalók-
ról a „Tájékoztató” c. kézikönyv ad felvilágosítást.

CSOMAGOLÁS:

20 tabl.	14,50 Ft	10 amp.	17,70 Ft
200 tabl.	121,80 Ft	100 amp.	165,— Ft

Egyt

GYÓGYSZERVEGYSZETI
GYÁR
BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

112. ÉVFOLYAM 15. SZÁM 841—900 OLDAL

BUDAPEST, 1971. ÁPRILIS 11.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

XAVIN

INJEKCIÓ
ÉS
TABLETTA

A Xavin mint haemokinator, a szív teljesítményének növelésével és a peripheriás ellenállás csökkentésével fokozza a peripheriás és az agyi vérkeringést, növeli a perctérfogatot. Csökkenti az emelkedett fibrinogenszintet azáltal, hogy serkenti a fibrinolysist. Szabályozza a koleszterinszintet, javítja a collateralis keringést, a szöveti anyagcserét és a haemokinetikus hatást.

Összetétel: Ampullánként (2 ml) 300 mg és tablettánként 150 mg Xantinolum nicotinicum (7-[2-hydroxy-3-(N-methyl- β -hydroxyethylamino)-propyl]-theophyllinum nicotinicum) hatóanyagot tartalmaz.

Javallatok: Arteriás és vénás peripheriás, valamint agyi vérkeringési zavarok. Endangitis obliterans, peripheriás angiosclerosis, claudicatio intermittens, angiopathia, retinopathia és gangraena diabetica, Raynaud-kór, thrombosisok, emboliák. Sudeck-syndroma, ulcus cruris és egyéb trophikus zavarok, thrombophlebitis, acrocyanosis, erythema induratum Bazin.

Cerebroscclerosis, cervicalis syndroma, arteriitis temporalis, Menière-syndroma. Agyi vascularis történések esetén csak szakorvosi javallat alapján.

Ellenjavallatok: Ulcus ventriculi és duodeni, haemorrhagiás diathesis. Mitralstenosis fenyegető vagy kialakult jobbszív-elégtelenséggel. Labilis eredetű hypertonia esetében az injekció alkalmazásától tartózkodjunk, mert collapsushoz vezethet. Más vérnyomáscsökkentők, különösen ganglionblokkolók és sympatholyticumok adagolását a kezelés megkezdése előtt abba kell hagyni, hogy a készítmény vérkeringést szabályozó hatását ne gátolják.

Ellenjavallt minden olyan gyógyszeres kombináció, amely a perfúziós nyomás csökkenésére vezetne.

Adagolás: Átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta 2–3-szor 1 tablettá, amelyet kevés folyadékkal egészben kell lenyelni. Szükség esetén az átlagos adag naponta 3-szor 2–4 tablettára is növelhető, a beteg állapotának gondos ellenőrzésével. Későbbiek során a klinikai állapot javulásával, elégséges, ha a kezelést az egyénként megállapított — naponta 2–3-szor 1 tablettá — fenntartó adagokkal folytatjuk. Heveny vérellátási zavarok esetén az injekciós kezelést részesítjük előnyben. A kívánt hatás szükségességének megfelelően felnőtteknek naponta 1–3-szor 2 ml intramuscularisan, azonnali hatás elérésére intravénásan 1–2-szer 2 ml igen lassú befecskendezéssel, lehetőleg fekvő helyzetben, majd naponta 1–3-szor 2 ml intramuscularisan.

Az injekciós kezelés hatásának fokozására egyidejűleg naponta 3-szor 2 tablettát is adagolhatunk.

Az injekciós kezeléssel elért eredményt az egyénként megállapított fenntartó adagokkal (napi 2–3-szor 1 tabl.) hosszabb ideig biztosíthatjuk.

A tabletták bevétele vagy az injekciók befecskendezése után egyes esetekben az arcon, esetleg más testrészekben, a készítmény rövid ideig tartó, égő érzéssel járó kipirulást okozhat.

Súlyos esetek klinikai kezelésére előnyösen alkalmazható a tartós cseppinfúzió, amikor 5-ször 2 ml-es ampulla tartalmát (1500 mg) 500 ml infúziós oldathoz elegyítjük. Az infúziós oldatot olyan percnkénti cseppszámmal infundáljuk, hogy legalább 3–4 órán át tartson. Az oldat elkészítésénél az aseptikus körülményekre szigorúan ügyeljünk.

Csomagolás:

50 db à 0,15 g tablettá
200 db à 0,15 g tablettá
10 × 2 ml à 0,3 g ampulla
100 × 2 ml à 0,3 g ampulla

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára

Budapest, IV., Tó utca 1–5.

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:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
FORRAI JENŐ DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

112. EVFOLYAM

*

15. SZÁM

*

1971. ÁPRILIS 11.

TARTALOMJEGYZÉK

Magyar Imre dr.:
A félévszázados insulin 843

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Petrás Győző dr., Somogyi Györgyi dr.,
Tóth László dr. és Szécsényi-Nagy László dr.:
A vérszérum „properdin”-szintje
respirációs therapiában részesült betegekben 847

Kovács László dr., Resch Béla dr.,
Herczegh János dr. és Szöllösi János dr.:
A magzat elhalásának jelentősége
a sófeltöltéssel megindított művi vetelés
mechanizmusában 852

Gergely Mihály dr.:
A bél-resectio és bélkiiktatás hatása
a túlélésre kísérletes vérzéses shockban 855

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Mihály Pálma dr. és Szűcs Sándor dr.:
Operált emlőrákos betegek
késői tüdő- és mellhártya-áttételei 858

FEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉGEK

Veszprémi Ervin dr.:
Kettős üregrendszerű hypoplasiás vese 864

A KÖRZETI ORVOS GYAKORLATA

Farkas Andor dr.:
Ki nem utazhat repülőgépen? 866

Beszámolók, jegyzőkönyvek 870

Folyóiratreferátumok 872

Levelek a szerkesztőhöz 885

Könyvismertetés 886

Hírek 889

Pályázati hirdetések 896

Megjelent 896

Az Eü. Minisztérium Járványügyi tájékoztatója 899

Előadások, ülések 900

BISECURIN TABLETTA

Összetétel: 1 tableta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethynil-oestradiolumot tartalmaz.

Hatás: Oralisan alkalmazható ovulatiogátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestogen hormonkombináció.

Ellenjavallatok: Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosiskészség, súlyos organikus szívbetegek, chronicus colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumrok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

Alkalmazás és adagolás: A Bisecurin tableta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Ezalatt szabályos reactiókészség esetén a kezelési szünet 2—5. napján menstruatio-szerű vérzés mutatkozik. A hétnapos tablettaszedési szünet eltelte után a következő hét azonos napján ismét el kell kezdeni a Bisecurin tableta szedését — tekintet nélkül arra, hogy a vérzés tart-e még — és ismét 21 napon át kell szedni. Az egyes kúrák kezdete tehát mindig a hét azonos napjára esik. — Amennyiben a 7 napos kezelési szünet végéig sem jelentkezik vérzés, úgy a kezelőorvosnak kell eldöntenie, hogy újabb tablettaszedési időszak megkezdhető-e.

Ez az alkalmazási mód folyamatosan ismétелendő.

A fogamzásgátló hatás rendszeres szedés esetén az egyhetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tableta bevétele egy napon elmarad, ezt a lehető leghamarabb pótolni kell és a következő tablettát szokott időpontban be kell venni. 2 tableta bevétele között 36 óránál hosszabb idő ne teljen el, különben az ovulatiogátló hatás folyamatossága nem biztosított. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség. A kúra első hetében tehát a fogamzásgátlásra biztonsággal számolni nem lehet.

Mellékhatások: Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, belpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

Figyelmeztetés: Varicositásban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

Megjegyzés: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

Forgalomba kerül: 21 tableta, 24 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Az Egészségügyi Világszervezet az 1971. esztendő Egészségügyi Világnapját, április 7-ét a cukorbetegségnek szenteli. Ez részben azért történik, mert a cukorbetegségre az érdeklődés az egész világon nő, de részben azért is, mert 50 éves évfordulója van az insulin felfedezésének. 1921 utolsó hónapjaiban koronázta ugyanis végső siker a torontói fiatal kutatóknak azt a munkáját, melynek eredménye az insulin felfedezése és előállítása volt. Az insulin felfedezésének köszönhető, hogy ma már hangoztathatjuk az Egészségügyi Világnap jelszavát: „Une vie normale pour le diabétique, „A full life despite diabetes”. Normális élet a cukorbeteg számára.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. Belklinika
(igazgató: Magyar Imre dr.)

A félévszázados insulin

Magyar Imre dr.

Az Egészségügyi Világnap alkalmából és egyben tiszteletére azoknak az ismereteknek az összefoglalása látszik számunkra legidősebb feladatnak, melyek az insulinra ma vonatkoznak. Az insulin felfedezése (1), előállítása és használata ugyanis — annak ellenére, hogy cukorbetegség nagy számának életét és munkaképességét biztosítja és a diabetest régen letörölte a végzetes betegségek fekete táblájáról — a diabetes kérdését korántsem oldotta meg, sőt az újabb kérdések és nemegyszer rejtvények egész sorát vetette fel. Ismertetésünkben először az insulin felfedezésének körülményeit idézzük fel, felhasználva néhány újabb adatot, majd arról a haladásról adunk számot, melyet a legutóbbi évek kutatása hozott az insulinra vonatkozó ismereteink terén.

I.

A nagy felfedezések általában nem a semmiből pattannak elő. Mindennek megvan a maga előzménye. Ahhoz, hogy *Banting* és *Best* sikeresen oldja meg a pankreas feltételezett endokrin kivonatának előállítását és felhasználását, a kutatók egész sorának munkássága volt szükséges. Nemcsak *Minkowski* és *Mering* alapvető kísérletére gondolunk itt, melyben a pankreas eltávolításával diabetest lehetett előidézni kutyán, s melynek szintén megvoltak az előzményei: Svájcban *Brunner* 1882-ben már beszámolt arról, hogy kutyán a hasnyálmirigy nagy részének eltávolítása hatalmas szomjúságot és poliuriát okoz; és nemcsak azokra a megállapításokra, melyeket *Langerhans* tett 1869-ben, amikor leírta a különös képzőményeket a hasnyálmirigyben, melyekről *Laguesse* megállapította — *Langerhans*-szigeteknek nevezve azokat —, hogy a hasnyálmirigy exocrin működésétől eltérő feladatot teljesítenek; de nem is *Szoboljev* (32), aki 1900-ban és 1902-ben közölt tanulmányában megállapította, hogy e sziget hatóanyaga a diabetes megakadályozója és úgy nyerhető, hogy vagy lekötjük a pan-

kreas kivezető csövet és ezzel elsorvasztjuk az exocrin mirigyrészt, vagy borjúembrió hasnyálmirigyt használjuk fel, melyben az endokrin állomány fejlettebb. Nem is *Scottra* (31), aki 1912-ben ugyanezt ajánlotta, de továbbment, alkoholos extrahálást alkalmazott, hogy az acinusokat biztosan elpusztítsa. Még a minneapolis *Moses Baron*ra sem, aki kísérletes újat nem alkotott, de jól összefoglalta a kérdés akkori állását „The reaction of the islets of Langerhans to diabetes, with special reference to cases of pancreatic lithiasis” című közleményében. Ezt a közleményt tanulmányozta *Banting* a *Surgery, Gynecology and Obstetrics* legutolsó számában 1920. október 30-án este, mint az élettani intézet demonstrátora, amikor feljegyzése szerint munkáját megindító ötlete és elhatározása támadt.

Nem e szerzőkre gondolunk, akiknek kétségtelenül része lehetett az insulin megszületésében, hanem azokra, akik a fennmaradt kétségtelen adatok szerint valóban hatásos kivonatot állítottak elő a hasnyálmirigyből *Banting* és *Best* eredményes munkája előtt.

Watterman (35) alkoholos hasnyálmirigy-kivonat bőr alá fecskendezésével diabeteses kutyán néhányszor a glykosuria csökkenését érte el. *Zuelzer* (36) autolysatumot készített kutya és ló pankreasából és azt alkohollal extrahálta. Finom eloszlású szürke, száraz port nyert, mely fehérjereakciót nem adott, vízben és híg savban oldható volt. Először az adrenalin okozta hyperglykaemiára vizsgálta e kivonat hatását és azt találta, hogy az extractum ezt szünteti, sőt hypoglykaemiát okoz. Cukorbeteg kutyák hyperglykaemiája is gyorsan megszűnt a kivonat hatására, de az állatok görcsöket kaptak, melyeket a vizsgáló toxikus hatásnak tulajdonított. A kivonat azonban emberen is hatásos volt, sőt egy kómás beteget e kivonattal meg lehetett menteni. Az új anyagnak *Zuelzer* ezért az *acomatol* nevet adta. Az anyag kétségtelenül antidiabetogen hatású volt, a klinikumban is felhasználták, a sok toxikus mellékjelenség — ezek feltehetőleg hypoglykaemiás tünetek voltak —, de sokkal inkább a háború, megakadályozta ennek a kétségtelenül hatásos anyagnak további vizsgálatát és alkalmazását. *Kleiner* (14) és *Meltzer* (15), *Thompson* (34), és nem kis számban mások is (5) értek el vércukorcsökkenítő hatást intravénásan adott vizes vagy más kivonatokkal, vagyis ugyancsak a hatásos kivonat előállításának ígérete útját járták.

Különös misztikum övezi *Gley* (11) felfedezését. Ez a kutató a diabetest gyógyító hasnyálmirigy-kivonatot állított elő, mely a vércukrot ép és cukorbeteg állaton egyaránt csökkentette. Nem tudjuk,

Pavel törekvéseit *Paulesco* érdemeinek elismertetésére mindenképpen sikeresnek kell tartanunk, és amikor az insulin felfedezésének félszázados jubileumát ünnepeljük, a román *Paulesco*ra is emlékeznünk kell.

II.

Amióta az insulin szerkezeti képlete ismertté vált és megállapították, hogy két aminosavlánc bisulphid kötéseiről van szó, magától értetődőnek látszott, hogy az insulin szintézise a pankreasban a két lánc összekapcsolódásában és a láncok redukált (SH) alakjainak S=S kötésében történő egyesülésében áll. Így jön létre a Langerhans-szigetek beta-sejtjeiben a 6000 molekulásúlyú insulin-monomer. In vitro valóban létre lehetett hozni az A- és B-láncból aktív insulint. *Steiner* vizsgálatai megváltoztatták az insulin termelésére vonatkozó felfogásunkat. *Steiner* munkatársaival kimutatta, hogy a beta-sejtben előbb egyetlen láncú polypeptid keletkezik, mely 84 aminosavat tartalmaz (az insulin 51-et). Az insulin ebből keletkezik, tehát nem szintézis folyamán, hanem proteolysis, trypsinszerű enzim hatására. A nagy molekulából, melyet *proinsulin*nak nevezünk, leszakad az ún. C-lánc, mely az A- és B-láncot összekötötte (connecting peptid) és megmarad a kész insulin-molekula. Számunkra lényeges az, hogy a proinsulin, amely bizonyos mennyiségben a legtöbb insulinkészítményben megtalálható, biológiai hatást nem fejt ki, csak szöveti protease hatására válik biológiailag aktívvá, de insulin-antitestekkel reagál és így az ezeken alapuló, eddig legjobbnak tartott „immuno-assay” módszerekkel az insulinnal együtt kerül meghatározásra.

A proinsulin felfedezésének nagy jelentősége lehet a diabetes pathogenesisének jobb megismerésében. Egyelőre nem tudjuk, hogy milyen a viszony a pankreasban és a serumban a proinsulin és az insulin, illetve esetleg a C-peptid mennyisége között, mitől függ a proinsulin proteolysis, vagyis átalakulása insulinná, milyen szerepe van a szöveti bontó tényezőnek. Az a kérdés is felmerül, hogy nem okozhat-e diabestet vagy nem ronthatja-e a diabestet e szöveti enzim defektusa, nem lehetséges-e kóros proinsulin, melyből nem keletkezhetik insulin. *Roth és mtsai* (26) egy másik, az insulin monomernél ugyancsak nagyobb molekulásúlyú insulint írtak le, a „big insulin”-t. Az sem biztos, hogy ez nem azonos-e a proinsulinnal.

Mindezekből az adatokból gyakorlatilag az látszik fontosnak, hogy különböző eljárásokkal, melyek egyre fejlődnek, a rendelkezésre álló insulin különböző összetevőkre bontható. Ezek leválasztása után valóban tiszta, ún. „monocomponent insulin” marad vissza (28). Ez az insulin (*Sanger*-insulin) nem antigen természetű, nem okoz ellenanyag-keletkezést. Ha e tiszta insulin, melyet a *Novo*-gyár laboratóriumában állítottak elő, a gyakorlat számára hozzáférhető lesz, az insulin-antitestek okozta insulinresistentia kérdése megoldódik.

Ez a kérdés ugyanis egyre nagyobb jelentőségre jut a cukorbeteg ellátásában. Egyre több olyan hosszabb idő óta insulinnal élő cukorbeteggel találkozunk, aki most már csak szokatlanul nagy meny-

nyiségű insulinnal tartható egyensúlyban vagy akinek beállítása leküzdhetetlen nehézséget okoz. Az insulinantagonizmus kérdésével az utóbbi években nagy irodalom foglalkozik. *Salans és mtsai*nak vizsgálataiból (27) kiderült, pl., hogy a zsírszövet insulinnal kevésbé érzékeny, mint az izomszövet és ez magyarázza azt az insulinantagonizmust, amellyel elhízottakon találkozunk. A növekedési hormon és a glycocorticoidok fokozott termelése csupán néhány kórképben (*Cushing*, *akromegalia*) jöhet szóba. A gyakorlatban legtöbbször nem az insulin hatásával ellentétes hatásokról, antagonizmusról van szó, hanem az insulint lekötő, hatását lehetetlenné tevő tényezőkről, elsősorban antitestekről.

Az elmúlt években sok vitát kiváltó *synalbumin*, egy a serumban található, valójában albuminhoz kötődő peptid, mely az insulinhatást csökkenti és amelynek leírói az insulin pathogenesisében, sőt öröklődésében is jelentőséget tulajdonítottak, a legújabb adatok tükrében ebből a jelentőségéből oly sokat veszített, hogy ma már léte is kétségesé vált (9). Annál nagyobb jelentőségre tettek azonban szert az insulinellenes antitestek.

Ma már tudjuk, hogy minden emberben, aki valamilyen okból — túlnyomó többségben természetesen cukorbetegség miatt — insulinkezelésben részesül, néhány hónap alatt insulinnal reagáló antiinsulin-antitestek mutathatók ki (4). Ezek mennyisége legtöbbször nem nagy, de az esetek egy részében, leginkább a tartósan ható insulinok hatására és különböző állatok hasnyálmirigyéből készített insulinok — legkevésbé sertés-insulin — hatására és antitestek titere annyira megnő, hogy az insulin jelentékeny része megkötődik. Az antitestek mennyisége, az insulinkötés mértéke vagy az insulin-antitest-komplexus különböző módszerekkel mutatható ki. Ezek közül például klinikánkon a haemagglutinációt, *Sephadex G-n* történő chromatographiát és a polyacrylamid-gél-elektrophoresist használjuk fel (10, 17, 18, 33). Insulinresistens eseteinkben az insulin-antitest-komplexus legtöbbször igen nagy mértékben megszorodik. Tanulmányozhatjuk e komplexus viselkedését, például diszociációját az insulinresistens diabetes különböző eseteiben különböző eljárások hatására (23).

Insulinnal történő immunizálás, megfelelő adjuváns segítségével különböző állatokon lehetséges, antiinsulin savót nyerhetünk, melynek beadásával állatokon a kísérleti diabetes új formáját hozhatjuk létre. Ez természetesen felveti azt a lehetőséget, hogy az emberi diabetes bizonyos esetei is valami ilyen mechanizmus útján keletkezhetnek. Semmiféle adatunk nincsen azonban arra vonatkozóan, hogy az emberen előforduló diabetes létrejöttében az endogen insulin elleni antitestek szerepelnének, vagyis, hogy az emberi diabetesnek autoimmun lehetőségei volnának.

Minél régebben alkalmaznak valamely országban többféle állat hasnyálmirigyéből származó „kevert” insulint, és minél gyakoribb az elhúzódó insulinok alkalmazása, annál több olyan insulinresistentiával találkozunk, melyet insulinellenes antitest okoz. Ismeretes, hogy Dániában például az insulinresistentia ritka (8). Ennek oka az, hogy ott évti-

zedek óta főleg sertés-insulint használnak és nem marha, juh pankreasából készített insulint. A tiszta sertés-insulin, mint ezt saját vizsgálatainkban is megállapíthattuk (6), terápiásan is felhasználható insulinresistens esetekben, vagy legalább azok egy részében. A gyógyszergyárak egy része ezért tiszta sertés-insulint is forgalomba hoz (Actrapid, Semilente Novo). Ideális terapia természetesen a már említett monokomponens insulin volna. Amíg ez rendelkezésre nem áll, szteroid kezeléssel, sőt immunosuppressiv cytostatikumokkal is próbálkozhatunk.

Insulinellenes antitesteknek insulinnal történő szöveti kapcsolódására igyekeztek visszavezetni a diabetes eddig ismeretlen pathogenesisis és ma leg súlyosabbnak tekinthető szövődményének, az angiopathiának a keletkezését. Érdekesekek, különösen *Blumenthal*nak (3) ilyen irányú kísérletei, de sajnos nagymértékben szól e lehetőség ellen az a körülmény, hogy az insulin-éra előtt is észleltek bőven retinalis és glomerularis angiopathiát. Ez azóta is előfordult olyan cukorbetegben, akik sohasem kaptak insulint (25), sőt leírták a típusos érelváltozásokat praediabetesben is (7). Insulin-antitest-komplexus immunofluorescentiás módszerrel történő kimutatása például a retinában vagy a szervezet más ereiben, ismét felveti a diabetes immunopathogenesisének kérdését. Támogatják ezt a lehetőséget olyan kísérletek is, melyekben insulinnal immunizált állatok Langerhans-szigeteiben olyan gyulladós reakció mutatható ki, mely juvenilis diabetesben — esetleg más okból — elhaltak pankreasában is megtalálható (*Renold és mtsai*, 24). Klinikánkon folyó kísérletekben insulinnal immunizált tengerimalacok veséjében a basalis membrana kóros változásait lehetett megfigyelni.

Íme, az insulin, mely felfedezése után megmentőnek és áldásnak látszott, mint ellenanyagok keletkezésének kiváltója, insulinresistentia kialakulásának oka, sőt — noha hangsúlyoznunk kell, hogy határozott megállapítást lehetővé tevő adatok ma még nem állnak rendelkezésünkre — mint diabeteses szövődmények előidézője, sőt magának a diabetesnek a létrehozója is szóba jön. Mindez nem von le semmit abból, hogy megtalálásának, izolálásának, egyre tökéletesedő tisztasággal történő ipari produkciójának eredményeképpen emberek százezrei maradnak életben és őrzik meg munkaképességüket.

Az insulin meghatározásának módszerei, testnedvekben, vérben, vizeletben tökéletesednek és hamarosan rutineljárásokká egyszerűsödnek. Erre utal az, hogy már hazánkban is számos helyen foglalkoznak az insulin immuno-assay útján történő meghatározásával.

A Langerhans-szigetek döntő szerepének felismerése és magának az insulinnak a felfedezése közt három évtized telt el. Már alig több, mint egy évtized volt szükséges ahhoz, hogy *Sanger* (29, 30) feltárja az insulin szerkezetét. Az insulin szintéziséhez, mely leginkább *Katsoyannis* (12, 13) munkásságához kapcsolódik, egy egész évtized sem kellett. Hihetetlen mértékben halad a tudomány. Követése

egyre nehezebb és fáradságosabb. Bármilyen nagymértékű azonban a fejlődés, megindítóiról, fenntartóiról, végbevívőiről sohasem szabad megfeledkeznünk, akár ismertek és dicsőségben fürödtek, akár ismeretlenek maradtak és kimaradtak a dicsőségből.

Összefoglalás. Az Egészségügyi Világnap és az insulin felfedezésének 50 éves évfordulója tiszteletére a szerző visszatekint az insulin felfedezésének körülményeire, hangsúlyozza, hogy minden felfedezésnek számos előzménye van, és kiemeli a feledésbe merült román *Paulesco* szerepét az insulin felfedezésében. A megemlékezés második részében összefoglalja az insulin keletkezésével, szintézisével, tisztaságával kapcsolatos új megismeréseinket, szól az insulinantitestek szerepéről, felveti a diabetes autoimmun lehetőségeit és ismét megemlékszik azokról, akik az insulinnal kapcsolatos ismereteink fejlődésében elismerten vagy el nem ismerten szerepet vittek.

IRODALOM: 1. *Aubertin, E.*: L'insuline. Gaston Doin Editeur, Paris, 1926. — 2. *Banting, F. G., Best, C. H.*: J. of Lab. clin. Med. 1922, 7, 251. — 3. *Berns, A. W., Owens, C. T., Hirata, Y., Blumenthal, H. T.*: Diabetes. 1962, 2, 308. — 4. *Berson, S. A., Yalow, R. S.*: Insulin „antagonists” and insulin resistance in Ellenberg, M., Rifkin, H.: Diabetes mellitus. Mc Graw-Hill, New York, 1970, p. 388. — 5. *Cambridge, Forsyth, Howard*: Brit. Med. J. 1921, 2, 586. Cit. *Aubertin*. — 6. *Best, C. H.*: J. Endocr. 1959, 19, 1. — 7. *Daysog, A. jr., Dobson, H. L., Brennan, Y. C.*: Ann. int. Med. 1961, 54, 672. — 8. *Deckert, T.*: Insulin antibodies. Munksgaard, Copenhagen. 1964. Cit. *Berson, Yalow*. — 9. *Eisnck, J. W., Pffenberger, P. L., Hogan, R. A., Williams, R. H.*: Diabetes. 1967, 16, 289. — 10. *Földes J., Piroška E., Tamás Gy.*: Acta diabetica latina 1968, 5, 347. — 11. *Gley, C. R.*: Soc. de Biol. 23. dec. 1922. cit. *Aubertin*. — 12. *Katsoyannis, P. G.*: J. am. Chem. Soc. 1961, 83, 4053. — 13. *Katsoyannis, P. G., Trakatellis, A. C., Zalut, C., Johnson, S., Tometsko, A., Schwartz, G., Ginos, J.*: Biochemistry. 1967, 6, 2656. — 14. *Kleiner, J.*: Biol. Chem. 1919, 41, 18. Cit. *Aubertin*. — 15. *Kleiner, Meltzer*: Proc. Nat. Acad. Sci. 1915, 1, 338. Cit. *Aubertin*. — 16. *Magyar I., Lehoczky D., Márton I.*: Orv. Hetil. 1966, 107, 829. — 17. *Magyar I.*: Magyar Belorv. Arch. 1969, 22, 281. — 18. *Magyar I., Tamás Gy., Gaál Ö., Gerő L.*: Verhandl. des I. Internat. Donau-Symposium über Diabetes mellitus. 1969, 391. — 19. *Martin, E.*: Schw. med. Wschr. 1971, 101, 164. — 20. *Murray, J.*: Brit. med. J. 1969, 3, 651. — 21. *Murray, J.*: Scottish med. J. 1969, 14, 186. — 22. *Paulesco, N. C.*: Arch. internat. de Phys. 1921, 17, 85.; Comptes r. de Soc. Biol. 1921, 85, 555. — 23. *Piroška E., Gaál Ö., Gerő L., Tamás Gy.*: Előadás az Európai Diabetes Társaság varsói kongresszusán, 1970. — 24. *Renold, A. E., Stemke, J., Soeldner, J. S., Antoniadès, H. N., Smith, R. E.*: J. Clin. Invest. 1966, 45, 702. — 25. *Rifkin, H., Leiter, L., Berkman, J.*: Diabetic glomerulosclerosis. Charles C. Thomas, Springfield, 1941. — 26. *Roth, J.*: Diabetes. 1968, 17, 310. — 27. *Salans, L. B., Knittle, J. R., Hirsch, J.*: J. clin. Invest. 1968, 47, 153. — 28. *Schlichtkrull, J.*: Deutsche Ges. für inn. Med. Wiesbaden. 1970, április, előadás. — 29. *Sanger, F.*: Biochem. J. 1945, 39, 307. — 30. *Sanger, F.*: Brit. med. Bull. 1970, 16, 183. — 31. *Scott, E. L.*: Amer. J. Phys. 1911—12, 29, 306. — 32. *Szoboljev, L. V.*: Virchow's Archiv. 1900, 168, 91. — 33. *Tamás Gy., Földes J., Pálmai J.*: Magy. Belorv. Arch. 1969, 22, 115. — 34. *Thomson*: Brit. med. J. 1922, 2, 948. Cit. *Aubertin*. — 35. *Waterman*: Koninklijke Akademie van Wetenschappen te Amsterdam. 1913, 16, 248. Cit. *Aubertin*. — 36. *Zuelzer, L. G.*: Dtsch. med. Wschr. 1908, 34, 1380.

Budapest Fővárosi Tanács László Fertőző Kórház,
VI. Gyermekosztály (főorvos: Tóth László dr.)
és Péterfy Sándor utcai Kórház, Laboratórium
(főorvos: Szécsényi-Nagy László dr.)

A vérszérum „properdin” szintje respirációs therapiában részeseült betegekben

Petrás Győző dr., Somogyi Györgyi dr.,
Tóth László dr. és Szécsényi-Nagy László dr.

A Budapest Fővárosi Tanács László Kórháza respirációs centrumában az 50-es évek végétől jelentősen emelkedett a bakteriális fertőzések száma. A 60-as évek elején és közepén a mortalitás tetemes részét ezek a szövődmények okozták (27). Feltűnő volt, hogy az azonos körülmények között kezelt, azonos megbetegedésben szenvedők igen különbözőképpen viselik el a fertőzéseket. Ezért 1961-ben vizsgálni kezdtük betegeink általános ellenállóképességét, elsősorban normális ellenanyag szintjét (1). Emellett 1964-től kezdve folyamatosan meghatároztuk egyes betegeinkben a properdin értékét is.

A properdin felfedezése 1954-ben — úgy látszott — kulcsot ad a bakteriális fertőzések elleni aspecifikus védettség kérdéséhez (21, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 50, 51). Hamarosan azonban olyan kételyek merültek fel, amelyek az eredeti elképzelések lényegét is érintették (5, 6, 9, 28, 29, 45, 46, 47). Más szerzők módosították a properdin rendszer működéséről addig vallott felfogást: szerintük a properdin nem fajlagos módon vesz részt az antigen és a specifikus ellenanyag reakciójában (7, 26, 52). A legújabb eredmények is megfelelhetnek ennek az elgondolásnak; sőt, részben megerősítik azt (19, 31, 49, 54). Kiderült továbbá az is, hogy a tiszta properdin nem lép reakcióba a zimozannal, amely — úgy látszik — a szérum normális ellenanyagainak a polysaccharidakkal reagáló részét köti meg, és ezt a reakciót, mint egy specifikus antigen-antitest kötődést, a properdin komplettálja (31).

A zimozan adsorptióján és a C₃ titrálásán alapuló properdin methodikák ezek szerint a normális ellenanyagoknak és a properdinnek a polysaccharidák elleni együttes hatását mérik. Mások azon-

ban továbbra is egyenlőségjelet tesznek a normális ellenanyagok és a properdin közé (20). Bármelyik tábornak van is igaza, érthető, hogy e methodikák szolgáltatva értékek számos szerző szerint híven tükrözik a szervezetnek bizonyos fertőzések ellen megnyilvánuló nem fajlagos védekező képességét (22, 25, 30, 34, 39, 44, 51).

A továbbiakban, másokhoz hasonlóan, a régen meggyökeresedett properdin (*ezután: p.*) elnevezést fogjuk használni, de a fentiek értelmében *ez alatt a szervezet általános resistentiájának egyik mutatóját értjük.*

Beteganyag és módszer

Az osztályunkon fekvők közül azokat a felnőtteket igyekeztünk kiválogatni, akiknek felvételi állapota valószínűvé tette, hogy respirációs therapiára, és hosszabb, legalább 10 napos ápolásra szorulnak majd. Összesen 31 beteg p. szintjét tudtuk kellő ideig, folyamatosan figyelemmel kísérni. Kórforma, műtéti beavatkozás (tracheotomia, amely anyagunkban egyben a gépi lélegeztetés alkalmazását is jelentette), a szövődmények és halálozás szerinti megoszlásukat az 1. táblázat tartalmazza.

Az „egyéb” rovatba sorolt 2 beteg közül az egyik agyi vascularis laesióban, a másik agyi anoxiás károsodásban szenvedett. Mint látható, 31 betegünk közül 29 számos, egyénenként többszörös iatrogen fertőzésen esett át. Ezeket a 2. táblázat tünteti fel.

Figyelemre méltó, hogy e bakteriális szövődmények túlnyomó többségükben eszközös beavatkozások következményei; az általános tapasztalatoknak megfelelően a tracheotomiát a legnagyobb gondosság és sterilitás ellenére néhány nap alatt szabályszerűen követi az alsó légutak heveny, gennyes megbetegedése. Szinte ugyanez a helyzet az infúsiókat és a húgyúti catheterezéseket illetően is.

Ennek oka az instrumentális manipulációk állandó jellegében (állandó catheter, infúziók, óránkénti trachea-szívások stb.) keresendő. A táblázat adatai szerint mindkét lélegeztetett csoport tagjainak átlagban több szövődménye volt, mint a nem tracheotomizáltaknak. Akár a tracheotomizált tetanusosokat, akár a tracheotomizált nem tetanusosokat állítjuk szembe a nem lélegeztetettek csoportjával, χ^2 -tel vizsgálva az eltérés egyaránt significans, $p < 0,001$, illetve $p < 0,05$. (A számításnál az „Egyéb infekciók csoportját nem vettük figyelembe).

A folyton ismétlődő fertőzések masszív voltára utal az, hogy az erélyes és célzott antibiotikus kezelés ellenére 12 betegünkben a bakteriális infekciók sepsishez vezettek. Közülük ennek következtében 10 exitált, ebből 7 az alapbetegség reparációs szakában, vagy annak teljes gyógyulása után. Az említett 29 betegünknek összesen 124 esetben volt fertőzések szövődménye. Hetven esetben sikerült az aetiológiát megnyugtatóan tisztázni, és a kórokozót végig figyelemmel kísérni. Ezeket az adatokat a 3. táblázat tartalmazza.

A táblázaton látható, hogy a szövődményes esetek nagyobb részében az egyedüli vagy elsődleges kórokozó a *Ps. aeruginosa* volt. Számszerint a második helyet a *Klebsiella* eredetű fertőzések foglalták el, míg a *Staph. aureus* mindössze 5 elsődleges (3 tracheitis, 1 keratoconjunctivitis és 1 pyoderma) és 13 másodlagos infekciót okozott.

A 3. táblázat adataiból kitűnik továbbá, hogy az észlelt fertőzések szövődményeinek többsége vegyes fertőzés volt, az két, vagy sokszor többféle Gram-negatív baktérium együttes infekciójának következtében jött létre.

Meg kell még jegyeznünk, hogy a szövődmény létrejöttében a *Staph. aureus*nak kórokozó szerepet tulajdonítottunk már egy pozitív bakteriológiai lelet alapján is, míg a klinikai elváltozások helyéről tenyésztő Gram-negatív baktériumot csak ismételt pozitivitás esetén fogadtuk el kórokozóként.

Kórforma	Eset-szám	Tracheotomizált			Nem tracheotomizált		
		Eset-szám	Fertőző-ses szövőd-ményben szenvedett	Exi-tált	Eset-szám	Fertőző-ses szövőd-ményben szenvedett	Exi-tált
Tetanus	18	15	15	9	3	2	—
Polyradiculitis	4	3	3	1	1	1	—
Encephalomyelitis ...	4	2	2	1	2	1	—
Meningitis (pur. és basilaris)	3	2	2	1	1	1	—
Egyéb.....	2	1	1	—	1	1	—
Összesen:	31	23	23	12	8	6	—

A 4. táblázatban eseteink alapbetegségének és az acquirált fertőzőes szövőd-ményeknek a súlyossági fokát tüntettük fel, a klinikai kép egyes jellemzői (lázás időszak tartama, az ápolási idő, a görcsök intenzitása, a parezisek foka stb.) alapján.

A p. meghatározások az egyes betegeknek kezdeten harmadnaponta, lábadozásuk ideje alatt hetente—10 naponként történtek, teljes gyógyulásukig.

Minden alkalommal reggel éhomra vénás vért vettünk. Azonnal lecentrifugáltuk, a vérsavót leszívás után a mérés időpontjáig fagyaszttva (-30° C-on) tároltuk. Az egy betegtől származó vérsavókat azonos körülmények között, egyszerre vizsgáltuk. A p. szint meghatározásokat Pillemer (39) és Fritzsche (17) eredeti módszerének alapján Cseh és Szabó (10) módosítása szerint végeztük. Módszerünkkel mérve 54 egészséges vérérdő p. értéke 3,2 és 6,0 E/ml között ingadozott. A számtani középérték 4,84 E/ml, a szórás $s = 0,71$ E/ml volt. A betegek p. szintjének a meghatározása a klinikai kép ismerete nélkül történt.

A felhasznált reagensek:

1. Zimozan, Humán Oltóanyagtermelő Intézet.

2. RP-szérum. Sertés frissen defibrinált vérsavójából nyertük. Használatkor 50 ml RP-szérumhoz 1 ml tengerimalac savót adtunk a komplement titerének emelésére.

3. R_g: frissen defibrinált emberi vérből előállítva.

4. Mosott birka-vörösvérsejtek.

5. Birka vörösvérsejtet oldó haemolisin, Humán Oltóanyagtermelő Intézet.

Az adatok matematikai értékelése χ^2 és Wilcoxon-eljárással történt. Az ebben nyújtott segítségért Mikó Gyulának mondunk köszönetet.

Eredmények

Tizennégy betegünk p. szintjét a lábadozás után is követni tudtuk, amikor az már stabilizálódott. Ezek átlaga 4,76 E/ml volt, az értékek 3,0 és 6,2 E/ml között váltakoztak. Ez egyezik az egészséges kontroll csoport p. szintjével. Felhívjuk a figyelmet, hogy a betegeknek egyénenként a megadott határok között csak a p. titer változásából vonhatunk le következtetést.

Az alapbetegség befolyása a properdinszint alakulására

Betegeink állapotát a felvétel körüli napokban elsősorban az alapmegbetegedés, a felborult homeostasis, és a légzési elégtelenség kiváltotta stressz határozta meg. A fertőzőes szövőd-mények ekkor még nem vagy alig módosították a klinikai képet.

A 70 fertőzőes szövőd-mény oki megoszlása

3. táblázat

Kórokozó	Egyedüli kórokozó	Vegyes fertőzés esetén elsődleges kórokozó	Összesen	Vegyes fertőzés esetén másodlagos kórokozó
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	10	29	39	14
<i>Klebsiella</i> -csoport	3	11	14	22
<i>Proteus</i> -csoport	4	2	6	10
<i>E. Coli</i>	1	5	6	22
<i>Staph. aureus haemolyticus</i>	3	2	5	13
Összesen:	21	49	70	esetben.

A szövőd-mények

2. táblázat

A szövőd-mény	A szövőd-mény gyakorisága			Összesen (29 beteg)
	Tracheotomizáltakban (23 beteg)	Nem tracheotomizáltakban (6 beteg)		
	tetanusos (15 beteg)	nem tetanusos (8 beteg)		
Tracheobronchitis	15	8	3	26
Pneumonia	15	7	1	23
Thrombophlebitis	15	6	4	25
Húgyúti infectio	14	5	4	23
Injekciós tályog	5	—	—	5
Egyéb (Keratitis, Pyoderma, Enteritis stb.).....	13	8	1	22
Összesen:	77	34	13	124
Az egy betegre eső szövőd-mények száma	5,1	4,2	2,2	4,3

* Az idetartozó két tetanusos beteget nem választottuk külön.

Két betegünk p. titerét bentfekvésük első 24 órájában technikai okok miatt nem tudtuk meghatározni. A többi 29 esetben a felvételkor mért *első értékek* átlaga 2,70 E/ml (a szórás $s = 1,43$ E/ml) volt. Ez igen erősen csökkent p. szintet jelent. (Összehasonlítva az egészségesek átlagos értékével, $p < 0,001$.) E 29 beteg között különbség mutatkozott a *kórkép súlyossága és az általános állapot* szerint: 8-nak az alapbetegsége enyhe, vagy középsúlyos volt, légzési elégtelenségben nem szenvedtek, náluk gépi lélegeztetésre nem került sor; p. titerük átlagértéke 3,44 E/ml volt. A többi, súlyos állapotban levő, mesterséges lélegeztetésre szoruló 21 betegben ezzel szemben átlagosan csak 2,42 E/ml p.-t találtunk. E két érték között a különbség *significans* ($p < 0,05$).

4. táblázat

Az alapbetegség jellege	A fertőzéses szövődmény	Esetszám
E*	O*	1
E	E	3
K	O	1
K	E	1
K	K	7
K	S	2
K	Ex	1
S	K	3
S	S	1
S	Ex	6
Ex	E	1
Ex	K	1
Ex	Ex	3

Összesen: 31

*O = Nincs; E = Enyhe; K = Közepes; S = Súlyos; Ex = Exitust okozó.

A későbbiek folyamán eltérést találunk a p. titeretek között az *alapbetegség milyensége* szerint is. Ekkor a fertőzéses szövődmények kifejlődése már erősen befolyásolta a kórképek alakulását, súlyosságát és jellegét (sepsis). Fennállásuk folyamán 127 esetben végeztünk p. szint meghatározást, nem számolva a felvételkor mért és az exitus előtti utolsó értéket. Ezekből a tetanusos betegek átlagos p. szintje 73 mérés alapján 3,09 E/ml-nek ($s = 1,70$ E/ml), míg a többieké 54 vizsgálat alapján 3,81 E/ml-nek ($s = 1,76$ E/ml) adódott. E két érték közötti különbség ugyancsak *significans*: $p < 0,001$. Az egészségesek középértékétől való eltérés mindkét esetben hasonlóképpen igen *significans*: $p < 0,001$.

Kérdés, hogy a tetanusos betegek alacsonyabb p. titerre az alapbetegség vagy a számosabb és súlyosabb bakterialis fertőzés következménye-e. Irodalmi adatok szerint az egészséges szervezet p. szintje izommunka, erős kifáradás hatására éppen úgy csökken, mint váratlan stressz-hatásra (11). E tényezők tetanusos betegekben is szerepet játszottak. Közöttük 5 olyan beteget sikerült találnunk, akinél a p. meghatározás idején a klinikai tünetek már kifejlődtek, de bakterialis szövődmény még biztosan nem lépett fel. Ennek az öt meghatározásnak az átlagértéke 3,32 E/ml volt. (Az egészségesek középértékétől való eltérés itt is *signifi-*

cans: $p < 0,03$). A *generalizált tetanus tehát önmagában is jelentősen csökkenti a p. szintet*. Annál a betegünkön viszont, akinek csak igen enyhe, localis tetanusus volt, és szövődménymentes maradt, bentfekvése során 6,1; 6,5; 6,1; 6,2 E/ml p. szintet mértünk.

A túlnyomó többségükben *Gram-negatív fertőzések p. szint csökkentő hatása* akkor volt jól lemérhető, amikor a p. meghatározás idején az alapbetegedések gyógyulása után már csak a fertőzéses szövődmények álltak fenn. Enyhe és középsúlyos fertőzésben (3, illetve 26 meghatározás) a p. titer átlaga 4,46 E/ml volt ($s = 1,33$ E/ml). Ez alig tér el a normális középértéktől. Súlyos fertőzés esetén (14 mérés) azonban már csak 3,35 E/ml ($s = 1,40$ E/ml); a csökkenés igen erősen *significans*: $p < 0,001$, és a később exitushoz vezető szövődmények alatt (19 meghatározás) csupán 1,79 E/ml volt az átlagos p. szint ($s = 2,27$ E/ml); ugyancsak igen *significans* csökkenés: $p < 0,001$).

Betegeink között mindössze egyet találtunk, aki középsúlyos pneumococcus-meningitisben szenvedett és akinek szövődményeit biztosan nem Gram-negatív baktérium, hanem *Staph. aureus haem.* okozta. Ezek nem voltak súlyosak. A p. titer mélypontja a betegség tetőfokán 3,0 E/ml volt, a gyógyulás után 5,1 E/ml körül stabilizálódott.

Az *exitus előtt mért utolsó érték*. Betegeink nagyobbik részében a kezdetben és a fertőzéses szövődmények idején mért alacsony p. szintek az alapbetegség gyógyulása után és a bakterialis fertőzések szanálásakor előbb az egészségesek szintje fölé emelkedtek, majd lassan normalizálódtak. A 12 exitált beteg közül 10-nek az utolsó p. titerre azonban minden eddigénél mélyebbre esett. A közvetlenül a halál előtti egy-két napon mért p. átlagértéke ebben a csoportban

5. táblázat

A *properdin meghatározások eredményei. Átlagértékek (A szövegben szereplő adatok összefoglalása)*

	Teljes anyag	Tracheotomizált	Nem tracheotomizált	Tetanusos	Nem tetanusos
Normál érték E/ml	4,84/54*	—	—	—	—
Felvételkor mért érték E/ml	2,70/29**	2,42/21	3,44/8	—	—
A felvételkor szövődmény mentesek értéke E/ml	—	—	—	3,32/5	—
Exitált betegek felvételkor mért értéke E/ml	2,55/12	—	—	—	—
Gyógyult betegek felvételkor mért értéke E/ml	2,78/17**	—	—	—	—
Fertőzéses szövődmény idején mért érték E/ml	—	3,37/114	3,65/13	3,09/73	3,81/54
Utolsó exitus előtti érték E/ml	—	1,50/12	13	—	—

* A nevező a meghatározások számát jelöli.

** Két esetet nem vettünk figyelembe, mert azoknál technikai okok miatt bentfekvésük első 24 órájában p. szint meghatározást nem tudtunk végezni.

1,50 E/ml volt. (Az eltérés a normális középértéktől itt is igen erősen significans: $p < 0,001$.) Közülük 6 betegben ekkor már nem is volt mérhető mennyiségű p.

Kérdés, hogy ennek a 12 betegnek nem volt-e *eleve* (constitutionálisan) alacsonyabb a p. szintje? A felvételiükkor mért értékeik átlaga 2,55 E/ml volt, míg a többieké 2,78 E/ml. Ez a matematikailag nem értékelhető különbség — ha nem a véletlen műve — a már a felvételnélkor súlyosabb kórállapot következménye lehet.

Feltűnő viszont, hogy az exitáltak között az utolsó p. szintet egy esetben 4,1, egy másikban 6,0 E/ml-nek határoztuk meg. Az egyik beteg, bár intenzív, progresszív fertőzések voltak, az alapbetegség súlyossága — amelyhez mellékvesekéreg-adenoma társult — miatt exitált. Irodalmi adatok alapján nem tartjuk lehetetlennek, hogy a módosult hormonális viszonyok eredményezték a magasabb p. szintet (3, 4).

A valóban kivételnek tekinthető másik beteg tetanusának lezajlása után, feltartóztatathatatlanságát követően, végig emelkedő p. értékek mellett exitált. Itt ismét irodalmi adatokra utalhatunk, amelyek szerint súlyos, agonizáló betegben is észleltek normális p. szintet (8, 42, 43).

Eredményeink összefoglalva az 5. táblázatban találhatóak.

A *therapia befolyása a p. szintre*. A gépi lélegeztetés egymagában úgy látszik nem okoz lényeges p. szint változást, mert a fertőzések szövődései alatt a géppel lélegeztetett esetek és az arra nem szorulóknak átlagos értékei között (3,37 E/ml 114, és 3,65 E/ml 13 meghatározás alapján) csak minimális, matematikailag nem értékelhető különbség mutatkozott.

Az *antibiotikumok hatása*. Betegeink a súlyos, multiplex fertőzések szövődései miatt általában intenzív antibiotikus terápiában részesültek. Közülük egy, aki ugyancsak fertőzések szövődésein szenvedett, nem kapott antibiotikumot. P. szintje végig, gyógyulásáig a többi betegéhez hasonló módon viselkedett.

A fent idézett irodalmi adatok szerint a p. titer és a mellékvesekéreg működése vagy a *steroid kezelés* között összefüggés észlelhető. A 31 vizsgált betegünk közül 8 részesült egy napnál tovább (esetleg heteken át) tartó *steroid* terápiában. A *steroid* készítmények alkalmazása a p. szintre észrevehető befolyást nem gyakorolt. A p. értékek változása a *steroid* kezelés alatt is a fertőzések szövődései és az alapbetegedés együttes alakulásával mutatott párhuzamot.

Irodalmi adatokkal (40, 41) ellentétben, az ismétlenül adott és sokszor nagy mennyiségű *vértransfusiók* sem okoztak változást betegeink p. szintjében.

Anyagunk részletes elemzése végül is azzal az eredménnyel járt, hogy 24 esetben az általános állapot, a klinikai kép egyes fázisai és a talált p. értékek teljes összhangban voltak; 6 esetben nagyjából párhuzamosan változtak, és mindössze egy betegünk volt, akinél a p. szint a várttal ellentétesen alakult.

Megbeszélés

Az általunk egészségesekben (véradóknak) talált p. szint megegyezik mások adataival (24, 42). Némileg alatta marad ugyan a *Pillemer és mtsai*

által megadott normális értékek (34), de ez a metodika módosításának a következménye. Eredményeink megbízhatóságát támasztja alá az, hogy gyógyult betegeink p. szintje a lábadozás után, irodalmi adatoknak megfelelően állandó értékre állt be (13, 41), és ez megegyezett az egészséges kontroll csoporttal. Ismeretes, hogy a kivételesen egészségesek p. értéke is lehet igen alacsony (34, 42, 43). Általában mégis azt mondhatjuk, hogy a normális p. szint alsó határa 2—3 E/ml (22, 30, 42). Anyagunk homogenitása mellett szól az, hogy felgyógyult betegeink között senkinek a p. értéke nem volt 3 E/ml-nél alacsonyabb. Az exitált betegek p. szintjének a felgyógyultakéhoz hasonló viselkedése pedig valószínűvé teszi, hogy megbetegedésük előtt az ő p. értékeik is a normális tartományba estek.

Betegeink csökkent p. szintjét az alapbetegség és a fertőzések szövődései idején számos tényező okozhatta. Alacsonyabb a p. értéke: koraszülöttségben, atrophias csecsemőben, a késői öregkorban, súlyos keringési elégtelenségben, shockban, különböző mikroorganizmusok okozta fertőzésekben, nagy dózisu röntgenbesugárzás és transfusio adása után, pantothenav hiányban, általában stress-állapotban (2, 12, 14, 15, 16, 18, 23, 30, 34, 35, 48, 53). A betegagy mellett ezek közül egyszerre többel is találkozunk. A kórkép alakulását jelentősen vagy döntő módon befolyásolták. Ennek következtében eseteink többségében a p. titer és a beteg *általános állapota* párhuzamos volt.

A p. értékét befolyásoló tényezők közül kiemelkednek a *Gram-negatív baktériumok okozta szövődések*. Titercsökkentő hatásuk a fertőzés súlyosságával volt párhuzamos; a sepsisben szenvedő betegek p. szintje 0-ra zuhant.

A másik tényező, amely a p. szintet erősen befolyásolta, az *alapbetegség alakulása* volt. Jelentőségét a felvételnélkor mért igen alacsony értékek mutatják. Ekkor ugyanis a fertőzések szövődései még csak legfeljebb kibontakozóban voltak; az összképet az alapbetegség uralta. Az öt szövődésmenyes, de erősen görcsölő tetanusos betegünk esetében a kórforma p. csökkentő hatása tisztán megmutatkozott.

A légzés művi vagy természetes módja úgy látszik nem okoz lényeges változást a p.-szintben. Nem találunk továbbá összefüggést a p. értékek alakulása, az alkalmazott antibiotikus és *steroid* terapia, valamint a transfusiók között sem. Lehet, hogy ez utóbbiak befolyását a többi, sokkal intenzívebb behatás elfedte.

Az aktuális p. titer tehát elsősorban a fertőzések szövődéseitől, az alapbetegségtől és azok súlyosságától függ. Mivel elveszett eseteink többségében a halál oka közvetlenül vagy közvetve súlyos fertőzés, illetve septicus állapot volt, alapvetőnek látszik a kérdés, hogy a p. rendszer vizsgálata során ilyenkor észlelt jelentős titercsökkenések a bakteriális fertőzések kialakulásával oki vagy okozati összefüggésben állnak-e? Az irodalomban ezen a téren megközelítően sem alakult ki egységes állásfoglalás. Véleményünk szerint e problémához az alapbetegség lefolyásának és a fertőzések szövődései alakulásának a p. szint változások dinamikájával való összevetése vihet közelebb.

Összefoglalás. A szerzők megvizsgálták 31, nagyrészt respirációs terapiára szoruló, súlyos, többszörös Gram-negatív iatrogen fertőzésben szenvedő betegük properdin szintjét a respirációs osztályra való felvételtől kezdve a betegség egész időtartama alatt. Eredményeik szerint a properdin-szintet csökkenti az alapbetegség, az elszennvedett stressz, a szervezet fizikai kimerültsége és a fertőzéses szövödmények. Ennek következtében a properdin értéke jó jellemzője a beteg általános állapotának. A legkifejezettebb hatást a properdin titerre a Gram-negatív baktériumok okozta infekciók gyakorolták.

IRODALOM: 1. Backhausz R., Merétei K., Petrás Gy., Tóth L.: Nem közölt eredmények. — 2. Bíró L., Graber H., Iván E., Somogyi Gy.: *Medicina Exper.* (Basel—New York) 1960, 3, 309. — 3. Bíró L., Graber H., Iván E., Somogyi Gy.: *Kísérlet. Orvostud.* 1964, 16, 444. — 4. Bíró L., Graber H., Iván E., Somogyi Gy.: *Előadás a VI. Nemzetközi Belgyógyász Kongresszuson.* (Basel) 1960. — 5. Blattberg, B.: *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 1956, 92, 745. — 6. Blattberg, B.: *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 1957, 96, 81. — 7. Blum L., Lepow, I. H.: *Fed. Proc.* 1959, 18, 559. — 8. Brückel, K. W., Schultze, H. E., Schwick, G.: *Deutsch. Med. Wschr.* 1957, 82, 1898. — 9. Cowan, K. M.: *Science.* 1958, 128, 788. — 10. Cseh Gy., Szabó L.: *Kísérlet. Orvostud.* 1959, 8, 481. — 11. Cseh Gy., Megyesi Z., Csengődy J., Bárdosi Z., Ludány Gy.: *Acta Physiol. Hung.* 1962, 20 (Suppl.), 73. — 12. Delaunay, A., Pelletier, M., Henon, M., Bazin, S.: *Rev. Path. Physiol. Clin.* 1958, 697, 457. — 13. Dressler, O.: *Klin. Wschr.* 1958, 36, 779. — 14. Dressler, O.: *Ztschr. f. Immunitätsforsch.* 1959, 118, 167. — 15. *Editorial:* *J. Amer. med. Ass.* 1956, 162, 1271. — 16. Frank, E., Fine, J., Pillemer, L.: *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 1955, 89, 223. — 17. Fritzsche, W., Fischer, H., Schwick, G., Schultze, H. E.: *Klin. Wschr.* 1958, 36, 100. — 18. Fumarola, D., D'Antona, N.: *Acta Gerontologica.* 1959, 9, 21. — 19. Gewurz, H., Pickering, R. J., Naff, G., Snydermann, R., Mergenhausen, S. E., Good, R. H.: *Arch. Int. Allergy.* 1969, 36, 592. — 20. Gloor-Schindler, M., Isliker, H.: *Z. Ges. Exp. Med.* 1968, 146, 355. — 21. Hinz, C. F., Jordan, W. S., Pillemer, L.: *J. Clin. Inv.* 1956, 35, 453. — 22. Hinz, C. F.: *Ann. N. Y.*

Acad. Sci. 1956, 66, 268. — 23. Isliker, H.: *Schweiz. Med. Wschr.* 1958, 88, 127. — 24. Kent, J. F., Toussaint, A. J., Hook, W. A.: *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 1957, 96, 676. — 25. Landy, M., Pillemer, L.: *J. exp. Med.* 1956, 104, 383. — 26. Lepow, I. H.: Heideberger, M., Plescia, O. J.: *Immunochemical Approaches to Problems in Microbiology.* p. 280. — The Rutgers University Press, New Brunswick, N. J. 1960. — 27. Losonczy Gy., Tóth L., Petrás Gy., Bognár Sz., Lányi B., Csekés J.: *Orv. Hetil. Közlés* alatt. — 28. Mayer, M. M.: in: Kabat, E. A., Mayer, M. M.: *Experimental Immunochemistry.* Second Edition. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1961. p. 231—233. — 29. Nelson, R. A.: *J. exp. Med.* 1958, 108, 515. — 30. Páll G., Somogyi Gy., Gyergyai K., Szécsényi-Nagy L.: *Gyermekgyógyászat.* 1964, 15, 243. — 31. Pensky, J., Hinz, C. F., Todd, E. W., Wedgwood, R. J., Boyer, J. T., Lepow, I. H.: *J. Immun.* 1968, 100, 142. — 32. Pillemer, L., Blum, L., Pensky, J., Lepow, I. H.: *Immun.* 1953, 71, 331. — 33. Pillemer, L., Lepow, I. H., Blum, L.: *J. Immun.* 1953, 71, 339. — 34. Pillemer, L., Blum, L., Lepow, I. H., Ross, O. A., Todd, E. W., Wardlaw, A. C.: *Science.* 1954, 120, 279. — 35. Pillemer, L., Ross, O. A.: *Science.* 1955, 121, 732. — 36. Pillemer, L., Schoenberg, M. D., Blum, L., Wurcz, L.: *Science.* 1955, 122, 545. — 37. Pillemer, L., Blum, L., Lepow, I. H., Wurcz, L., Todd, E. W.: *J. exp. Med.* 1956, 103, 1. — 38. Pillemer, L.: *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1956, 66, 233. — 39. Pillemer, L., Landy, M., Shear, M. J.: *J. exp. Med.* 1957, 106, 99. — 40. Reismann, G.: *Folia Haemat. (Leipzig)* 1966, 85, 125. — 41. Reismann, G.: *Ztschr. Aerztl. Fortbild.* 1964, 58, 57. — 42. Rottino, A., Levy, A. L.: *Cancer.* 1957, 10, 877. — 43. Rottino, A., Levy, A. L., Conte, A.: *Cancer.* 1958, 11, 351. — 44. Rowley, D.: *Lancet.* 1955, I, 232. — 45. Schultze, H. E., Schwick, G., Bichard, J.: *Ztschr. f. Immunitätsforsch.* 1962, 123, 307. — 46. Silo, M.: *Ann. Rev. Microbiol.* 1959, 13, 263. — 47. Skarnes, R. C., Watson, D. W.: *Bact. Rev.* 1957, 21, 273. — 48. Thüringen, G., Janssen, N., Stender, H.: *Strahlentherapie.* 1966, 130, 131. — 49. Tympner, K. D., Strauch, L.: *Mtschr. Kinderheilk.* 1968, 116, 394. — 50. Wardlaw, A. C., Pillemer, L.: *J. exp. Med.* 1956, 103, 553. — 51. Wedgwood, R. J., Ginsberg, H. S., Pillemer, L.: *J. exp. Med.* 1956, 104, 707. — 52. Wedgwood, R. J.: *Fed. Proc.* 1960, 19, 79. — 53. Wiss, O., Weber, F., Isliker, H.: *Schweiz. Med. Wschr.* 1957, 87, 1430. — 54. Zimmernann, G.: *Acta Biol. Med. German.* 1963, 10, 691.

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 megnő a pajzsmirigy és a strumigen hatást szövettanilag activ mirigy-functio követi.

Adagolása és az egyéb tudnivalók a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelkezésére” című könyv pótlapján olvasható.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

PH

A magzat elhalásának jelentősége a sófeltöltéssel megindított művi vetelés mechanizmusában

Kovács László dr., Resch Béla dr.,
Herczegh János dr. és Szöllösi János dr.

Sófeltöltéssel végzett terhességmegszakítások során néhány esetben azt tapasztaltuk, hogy élő magzat született, míg máskor a foetus elhalását követően sem indult meg a fájástevékenység. Valószínűnek látszott tehát, hogy a vetelés megindulása szempontjából a magzat életviszonyai nem játszanak döntő szerepet.

A hypertóniás oldatok intraamniális befecskendezésével megindított művi vetélések igen bőséges irodalmában alig található adat a magzatok életviszonyainak alakulásáról, annak ellenére, hogy a vetelés megindulásának okaira vonatkozó hipotézisek között a foetus elhalásának és az oestrogen és progesteron termelés ezt követő csökkenésének lényeges szerepet tulajdonítanak.

Megvizsgáltuk ezért nagyobb beteganyagban a magzatok elhalásának pontos idejét a hypertóniás intraamniális környezetben, és igyekeztünk az elhalás és a vetelés bekövetkezése közötti összefüggéseket kideríteni.

Anyag és módszer

A vizsgálatokat 21, második trimeszterbeli terhesség sófeltöltéssel — a magzatvíz leszívását követően 20 százalékos NaCl oldat intraamniális befecskendezése — kiváltott megszakítása során végeztük. A beavatkozás részletes leírására vonatkozóan korábbi közleményeinkre utalunk (5, 6).

A magzati szív működését az amniocentesist megelőzően „Doptone” ultrahang készülékkel minden esetben, 10 terhességben pedig indirekt magzati elektrokardiográfiával is észleltük, illetve regisztráltuk. A sófeltöltést követően folyamatosan ellenőriztük a szív működését a foetus elhalásáig.

A magzatvíz Cl koncentrációját közvetlenül a sófeltöltés végén vett mintából határoztuk meg Schales és Schales (8) titrimetriás módszerével, és ennek alapján számítottuk ki a NaCl koncentrációt. A vetelés megindulása időpontjának a terhes által észlelt méhcontractiók fellépését, a vetelés befejeződésének a foetus kilökődését tekintettük. Az eredmények matematikai-statisztikai értékelését korrelációs számításokkal végeztük (9), a regressziós egyenletet és a korrelációs indexet adjuk meg.*

Eredmények

Adatainkat az 1. táblázatban soroltuk fel. Legfontosabb vizsgálati adatunk a magzati szív működés megszűnésének, azaz az elhalás idejének megállapítása volt.

Az esetek többségében a sófeltöltés után a magzati szív működés 2—5 órán keresztül kimutatható volt, csupán egy magzat (21. számú eset) halt el egy óránál rövidebb idő (45 perc) alatt. Egy esetben a magzat méhen belüli elhalása nem következett be (1. számú eset), a vetelés azonban megindult, és a sófeltöltés után 16 órával megszületett foetus még 10 percig életjelenségeket mutatott. Egy alkalommal (14. számú eset) a magzat i. u. elhalása (a sófeltöltés után 160 perccel) ellenére nem indult meg spontán a vetelés, melyet ezért az 5. napon oxytocin infúzióval indítottunk meg.

Mások (1) és saját (7) vizsgálataink alapján is ismert, hogy a magzatvíz electrolyt koncentrációja a feltöltést követően rohamosan csökken, 2—3 óra alatt felére vagy még alacsonyabb értékre. A magzatok elhalása tehát nem akutan, a magzatvíz maximális hypertónicitása idején történik, hanem órák múlva, lényegesen alacsonyabb koncentráció mellett. A kiindulási koncentráció azonban döntően befolyásolja az elhalás gyorsaságát, a kezdeti maximális electrolyt értékek és a foetus elhalásának ideje közötti korreláció igen szoros, a korrelációs index: 0,832259 (1. ábra). (Az egy túlélő magzat kivételével, 20 eset alapján számított érték.)

1. táblázat

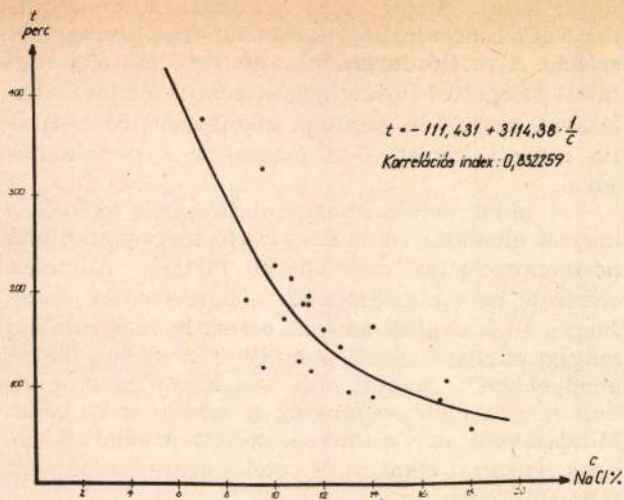
A sófeltöltéssel megindított 21 művi vetelés adatai és a vizsgálatok eredményei

Sorszám	Terhesség ideje (hét)	A magzatvíz maximális Na Cl koncentrációja (g%)	A magzat elhalásának ideje (perc)	A vetelés kezdete (óra)	A vetelés befejezése (óra)
1.	Grav. s. 24	5,71	*16 ó'10'	8	16
2.	Grav. s. 19	6,76	380	32	53
3.	Grav. s. 18	8,79	190	24	35
4.	Grav. s. 19	9,55	120	14	25
5.	Grav. s. 21	9,63	320	24	39
6.	Grav. s. 17	10,18	210	22	26
7.	Grav. s. 17	10,43	170	26	32
8.	Grav. s. 17	10,66	200	24	28
9.	Grav. s. 18	10,90	125	26	33
10.	Grav. s. 20	11,20	180	44	58
11.	Grav. s. 17	11,41	180	25	42
12.	Grav. s. 17	11,42	190	22	29
13.	Grav. s. 22	11,43	115	15	18
14.	Grav. s. 16	11,89	160	**	—
15.	Grav. s. 18	12,52	140	23	29
16.	Grav. s. 21	12,77	105	16	24
17.	Grav. s. 20	13,86	165	24	34
18.	Grav. s. 19	13,91	90	27	31
19.	Grav. s. 24	17,02	70	14	18
20.	Grav. s. 15	17,29	100	8	14
21.	Grav. s. 17	17,88	45	21	27

* A vetelés nem indult meg. A sófeltöltés utáni 5-ik napon iv. oxytocin.

** A vetelés a magzat elhalása nélkül zajlott le.

* A számítások elvégzéséért köszönetet mondunk Pintér István matematikusnak; Információfeldolgozási Laboratórium, Budapest.



1. ábra.

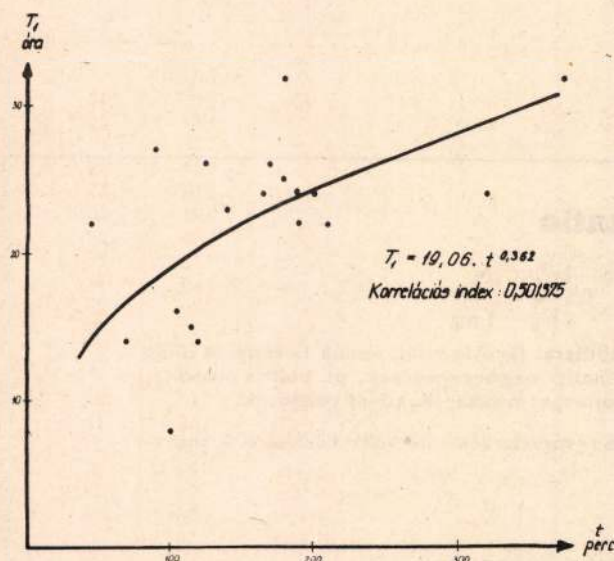
A magzatvíz maximális NaCl koncentrációja (c) és a magzat elhalásának ideje (t) közötti összefüggés

A magzati szív működés minőségében nem tapasztaltunk lényeges változást a magzatvíz jelentős hypertonicitása idején. Csupán két alkalommal volt megfigyelhető a sófeltöltést követően átmenetileg arrhythmias szív működés. A többi esetben a frekvencia változatlan maradt közvetlenül az elhalást megelőző időpontig.

A magzatok elhalásának időpontját a vetelés többi az 1. táblázatban feltüntetett — adataival összevetve az alábbi összefüggéseket vizsgáltuk korrelációs számítás segítségével. (A számításokból kihagytuk az 1. és 14. számú esetet, mert a méhen belüli elhalás nem következett be, illetve az i. u. elhalás ellenére nem indult meg spontán vetelés.)

A magzat elhalása és a vetelés megindulása között meglehetősen laza korreláció mutatható ki, a 19 eset adataiból számított korrelációs index: 0,501375 (2. ábra).

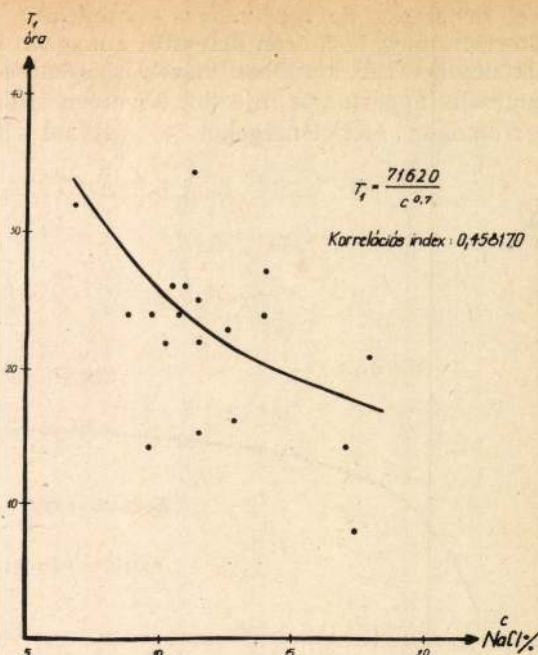
A magzatvíznek a feltöltést követő maximális NaCl koncentrációja és a vetelés megindulása között nem találtunk szoros összefüggést, a korrelációs index: 0,458170 (3. ábra).



2. ábra.

A magzat elhalásának (t) összefüggése a vetelés megindulásával (T₁)

3



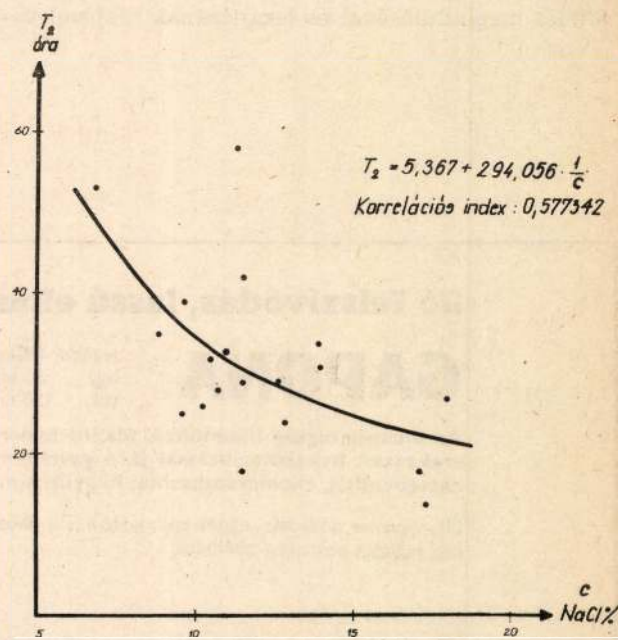
3. ábra.

A magzatvíz maximális NaCl koncentrációjának (c) és a vetelés megindulásának (T₁) összefüggése

A vetelés befejeződésének összefüggése a magzatvíz só-koncentrációjával szintén nem bizonyult szorosnak, a korrelációs index: 0,577342 (4. ábra). Hasonlóan laza a korreláció a magzat elhalásának ideje és a vetelés befejeződése között, az index: 0,479476 (5. ábra).

Megbeszélés

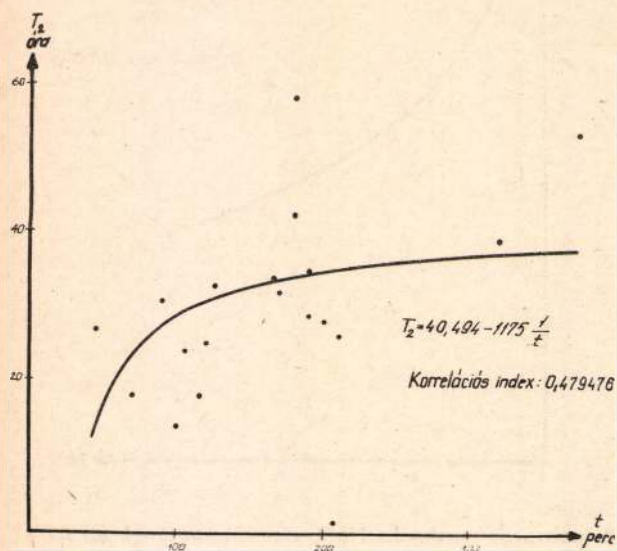
Adataink szerint a magzatok meglepően sokáig elviselik a hypertoniás környezetet. Az elhalás ideje szorosan összefügg a kiindulási koncentrációval, ha az alacsony, a magzat túl is élheti a hypertoniás



4. ábra.

A magzatvíz maximális NaCl koncentrációja (c) és a vetelés befejezése (T₂) közötti összefüggés

oldat behatását, de igen magas concentratio sem változtatta meg 2—5 órán keresztül a magzati életműködéseket. Bár korábban mások is észleltek intraamniális hypertoniás injectiót követően született abortumokon életjelenségeket — például King,



5. ábra.

A magzat elhalásának (t) összefüggése a vetélés befejezésével (T_2)

Friedman és Steer (4) egy, Timonen és mtsai (10) két élve született magzatról számolt be — a magzat elhalásának idejére vonatkozóan mégis alig található irodalmi adat. Bengtsson és Csapó (2) a feltöltés után az uterusban hagyott kanül mozgásából 4 esetben arra következtetett, hogy a magzatok 2—4 óra múlva haltak el. Legtöbb szerző csupán a magzatok gyors elhalását említi (3, 11, 12).

Számításaink szerint, melyekben a magzat elhalását a magzatvíz hypertonicitásával, valamint a vetélés megindulásával és lezajlásának idejével ve-

tettük össze, csupán a magzat elhalása és a magzatvíz NaCl concentrációja között áll fenn szoros korreláció. A vetélés megindulása és lezajlása nem mutatott számottevő összefüggést sem a magzat elhalásával, sem — az általunk alkalmazott concentratio határai között — a magzatvíz hypertonicitásával.

A művi vetélés megindulása egyik okának a magzat elhalását és az ezt követő foeto-placentaris hormonproductio csökkenését tartják. Adataink elemzése nem támogatja ezt a feltevést. Az összefüggés ellen szólnak azok az esetek is, melyekben a magzat elhalása nélkül is lezajlott a vetélés, illetve amelyekben a magzat elhalását követően sem indult meg a méhtevékenység a szokott időn belül. Mindezekből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a magzat elhalása és vetélés megindulása nem feltételezi egymást.

Összefoglalás. Hypertoniás sóoldat intraamniális befecskendezésével megszakított trimesterbeli 21 terhességben a magzat elhalásának ideje és a magzatvíz NaCl concentrációja között szoros korrelációt találtak, míg az elhalás ideje és a vetélés megindulása és időtartama között szoros összefüggés nem volt kimutatható.

IRODALOM: 1. Anderson, A. B. M. és Turnbull, A. C.: Acta obst. et gynec. scand. 1968, 47, 1. — 2. Bengtsson, L. Ph. és Csapó A. J.: Am. J. Obst. Gynec. 1962, 83, 1083. — 3. Bengtsson, L. Ph. és Stromby, N.: Acta obst. et gynec. scand. 1962, 41, 115. — 4. King, T. M., Friedman, J. és Steer, G. M.: Bull. Sloan Hosp. Women. 1964, 1, 14. — 5. Kovács L. és Farkas M.: Magy. Nőorv. Lapja. 1968, 31, 176. — 6. Kovács L. és Farkas M.: Medical Gynaecol. and Sociol. 1969, 4, 142. — 7. Kovács L.: Magy. Nőorv. Lapja. 1969, 32, 106. — 8. Schales, O. és Schales, S. S.: J. Biol. Chem. 1941, 140, 879. — 9. Theiss, E. és Pintér L.: Korreláció és trendszámítás. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1958. — 10. Timonen, S., Hirnoven, E. és Wichmann, K.: J. Endocrin. 1962, 24, 17. — 11. Turnbull, A. C. és Anderson, A. B. M.: J. Obst. Gynec. Brit. Cwlth. 1965, 72, 755. — 12. Weingold, A. B., Seigal, S. és Stone, M. L.: Obstet. Gynecol. 1965, 26, 622.

Jó felszívódás, lassú eliminatio

GAPONA

Halidor + Gastrixon + benactyzin
Inj. 50 mg 0,5 mg —
tbl. 150 mg 1 mg 1 mg

Az ulcus-betegség különböző, főként hyperaciditással járó formái, ennek heveny és idült szakaszai: hypermotilitással járó gastrointestinalis megbetegedések, pl. colitis spastica, enterocolitis, cholecystopathia; húgyúti simaizom-spasmusok, ill. köves rohamok.

Ellenjavallat, adagolás, egyéb tudnivaló a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” c. könyvhöz küldött pótlapon található.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Bélresectió és bélkiiktatás hatása a túlélésre kísérletes vérzéses shockban

Gergely Mihály dr.

Egyre több adat merül fel a béltraktus, közelebről a bélnyálkahártya-hypoxia jelentőségéről a shock kialakulásában (1, 2). *Fine és munkacsoportja* szerint (6, 7, 8) a tartósan fennálló szöveti hypoperfusio olyan mértékben csökkenti a védekező képességet (RES funkciót), hogy a béltraktusból folyamatosan felszívódó bakteriális endotoxinok — bár mennyiségük rendkívül kicsiny — végső soron a szervezet pusztulását okozzák. Feltevésük, alapos és szellemes kísérleteik dacára, nem bizonyított maradéktalanul. Feltétlenül említést érdemel azonban, hogy egyik modellkísérletük nyomán hazai munkacsoport már klinikai endotoxin shockban is eredményesen alkalmazta a detoxikálódást biztosító ser-tés-lép-perfusiót (17).

A mi kísérleteink kiindulópontját azon felismerés (4) képezte, hogy kutyák vékonybelének chronicus resectiója védekezést biztosíthat az endotoxin shockkal szemben. Leghatásosabbnak a vékonybél distalis 50%-ának az eltávolítása bizonyult. Miután feltételezhető, hogy az endogen endotoxinok súlyosbítják a vérzéses shock lefolyását — emellett szól, hogy endotoxin előkezelés fokozhatja a vérzéses shockkal szembeni tűrőképességet (3) —, kézenfekvő volt arra gondolni, hogy a vékonybél-resectio esetleg kedvezően befolyásolja a vérzéses shock kimenetelét is. Megelőző munkánkban (9) ilyen meg-gondolás alapján vizsgáltuk meg, hogy az ún. teljes vékonybélkirekesztés előnyös hatású-e vérzéses shockban; az endotoxin shockban tapasztalattal szemben (5) azonban a teljes vékonybél-kirekesztés nem növelte meg a túlélést.

Jelen kísérleteinkben azt kívántuk eldönteni, hogy a részleges vékonybél-eltávolítás kedvezően befolyásolja-e a vérzéses shock kimenetelét?

Anyag és módszer

Vizsgálatainkat 70 mindkét nembeli, 8–15 kg súlyú korsz kutyán végeztük. Iv. Nembutal narcosisban (30 mg/kg) 10–10 állatot magában foglaló csoportonként eltávolítottuk a vékonybél 1. proximális egyharmadát; 2. proximális felét; 3. distalis egyharmadát, illetve 4. distalis felét.

Nyolc további állatban ezt a distalis vékonybél-felet — tehát lényegében az ileumot — nem távolítottuk el, csupán kiiktattuk a béltraktusból, végeit szabá-

lyos enterostomiák segítségével a hasfalra kiszájaztatva; a bélcatorna folyamatosságát vég a véghez anastomosissal állítottuk helyre. Öt kutyában a duodenum ki-vételével az egész vékonybelet eltávolítottuk. Hét állat-on ál-műtétet végeztünk, ami laparotomiából és a be-leknek — a béleltávolításokkal azonos időtartamú — előhelyezéséből állt. Valamennyi műtétet steril körülmények között, azonos technikával egy személy végezte. A kívánt vékonybélszakasz hosszának kijelölése a műtét folyamán fonállal történt. A mérés mindig a duodeno-jejunalis átmenettől (Treitz-szalag) az ileum végéig terjedt és nem foglalta magában a fixált duodenumot.

Tíz intakt állatban 24 órás éhezés után előkezelés nélkül éber állapotban hoztuk létre vérzéses shockot az alábbi standard módszerrel: 5 ml 1%-os Lidocain helyi érzéstelenítésben kiproparáltuk az aa. és vv. femorales-t; a két artériába és az egyik vénába műanyag kanülöket rögzítettünk. 500 NE/kg heparin vénás be-fecskendezése után az egyik verőeret higanyos vérnyo-másmérővel, a másikat pedig szabályozható magasságú, milliliter beosztású, üvegtartállyal kötöttük össze. Ez után az állatot véreztettük, míg vérnyomása 35 Hgmm-re süllyedt; a hypotensiót 2 óra visszaig tartottuk fenn. Közben az üvegtartályból a vér visszaáramlása, az ún. spontán reinfusio rendszerint megindult. Százhusz perc elteltével a rezervoár tartalmát vénásan visszaömlesz-tettük és az ereket lekötvé, a sebeket zártuk. Az álla-tok az első 24 órában csak vizet kaptak; figyeltük a posthaemorrhagiás 8, 24 és 48 órás periódust, végleges-nek a 48 órát meghaladó túlélést minősítettük.

Az előkészítő műtéten átesett kutyákon a véreztetést általában a műtét után két héttel, illetőleg eredeti súlyuk elérésekor vagy megközelítésekor végeztük. Az ún. „totál rezekált” csoportban (5 állat) a kísérlet már egy hét elteltével megtörtént, megelőzendő a további leromlást, a bélkiiktatott csoportban pedig az időintervallum általában elérte a három hetet.

A legfontosabb információt a túlélési idő szolgál-tatta. Mértük természetesen a maximális vérzési térfogatot, a spontán reinfusio mennyiségét és a pulzusszámot. A htk.-ot, valamint egyes lysosomális eredetű enzy-mek vérszintjét folyamatosan határoztuk meg; az en-zymvizsgálatok eredményeiről, valamint további meg-figyeléseinkről — a belek makroszkópos és szövettani képeről — másutt számolunk be.

Eredmények

Az alábbiakban a túlélés adatait, illetve né-hány, a shock súlyosságát jellemző átlagértéket — vérzési térfogat, spontán reinfusio, htk — ismertet-jük; utóbbiakkal együtt tüntetjük fel az átlagos súlyvesztésüket is az egyes csoportokban (1. táblá-zat). A 2. táblázatból látható, hogy az intakt, vala-mint álműtött csoportban csupán egy állat élt túl, a vékonybél distalis szakaszának egyharmadát vagy a vékonybél proximális felét eltávolította a véreztetést két-két kutya élte túl. A vékonybél proximális egyharmadának, illetve distalis felének resectiója egyaránt az állatok felében eredményezett túlélést. A vékonybél teljes kiirtása kedvezőtlennek bizo-nyult, az öt kutyából valamennyi rövidesen el-pusztult.

A kísérletek ezen fázisában merült fel, hogy a bélresectio kedvező hatása a shocktűrőképességre nem csupán a splanchnicus érterület kifejezett redukciójá-nak a következménye-e? Ezt úgy láttuk eldönthetőnek, hogy azt a bélszakaszt, amelynek eltávolítása a legked-vezőbbnek bizonyult a shocktűrőképességre, nem tá-vo-lítjuk el, hanem csupán kiiktatjuk a béltraktusból, eredeti ér- és idegellátásának megkímélésével. Techni-kai szempontból a két lehetőség közül erre a célra a vékonybél distalis felét, az ileumot választottuk.

Csoport	Súly: kg műtét		Vérzési térfogat ml/kg	Spontán reinfusio (a max. vérz. térf. %-a)	Haematokrit				
	előtt	után			0	30'	60'	90'	120'
Kontroll	9,10	—	46,0	24,9	40	40	43	43	46
Distalis 33%	9,9	9,0	45,0	19,4	—	—	—	—	—
Proximalis 50%	9,6	8,2	39,2	33,8	42	36	39	41	44
Proximalis 33%	10,1	9,0	43,0	16,1	48	42	44	45	46
Distalis 50%	10,0	8,6	41,6	18,9	41	39	40	41	41
Teljes rezekció	10,2	8,9	37,8	15,7	45	47	48	50	50
Distalis 50% kire- készítés	12,3	10,4	37,9	19,6	44	39	41	41	44
Ál-műtét	13,2	11,5	46,8	26,1	—	—	—	—	—

Ezek a kísérletek bizonyították be, hogy nem vagy legalábbis nem kizárólag a zsigeri érterület csökkentésének tudható be a resectio jó hatása: 8 ily módon megoperált ún. bélkiiktatott kutyából 7 véglegesen túlélte az egyébként feltétlenül irreversibilis shockot okozó véreztetést. A túlélési eredmények összevetése az 1. táblázat adataival azért érdekes, mert ezen táblázat adatai alapján egyáltalán nem magyarázható a védőhatást különböző mértékben biztosító műtéti eljárások kedvező hatása.

Megbeszélés

Eredményeinket magyarázni nem tudjuk, feltevések felvetése pedig — úgy érezzük — nem lehet feladatunk. Ezért néhány idevágó irodalmi közlés ismertetésére szorítkozunk.

Elsősorban megemlítjük, hogy hasonló chronicus kísérleteket — tehát ahol hosszabb idő telik el az előkészítő bélresectio és a véreztetés között — vézések shockkal kapcsolatosan tudomásunk szerint nem végeztek. Akut kísérletről is csupán néhány adatot találtunk. *Kelan* és *Zweifach* (10) patkányokon vizsgálták a részleges és teljes evisceratio, valamint dibenzylin és chlorpromazin előkezelés különböző kombinációinak hatását vézések shockban. Kimutatták, hogy az evisceratio megszüntette a progressív dekompenzált ún. poolingot (vérpángás) a vézések hypotensio késői stádiumában. A másik megállapításuk az volt, hogy míg a dibenzyl-

lin csak ép máj jelenlétében volt hatásos, addig a chlorpromazin akkor is védőhatásának bizonyult, amikor a belek eltávolítása mellett lekötötték az art. hepaticát is. *Sherman* és *mtsai* szerint (15) az ⁵¹Cr isotoppal jelzett vörösvértestek mintegy 15 százalékos sequestrációját majdnem teljesen megszüntette a béleltávolítás kutyák endotoxin shockjában. Viszont endotoxin shockban az enterektomiát a túlélésre hatástalannak találták *Lillehei* és *MacLean* (12); jól jellemzi a shock-kutatás irodalmának adatait, hogy a már említett *Evans* néhány évvel később, 1966-ban (4) ennek az ellenkezőjét közölte (lehetséges, hogy az ellentmondást a lényegesen eltérő endotoxin adagok okozták).

Csupán két olyan közleményt találtunk (13, 14), amelyek adatai szerint a teljes bélkiiktatás akut kísérletben kedvezően befolyásolta a súlyos vézések shock kimenetelét kutyában; a bélkiiktatott állatok szignifikánsan hosszabb ideig — 7, illetve 19 óra — maradtak életben, mint azok, amelyeken bélkiiktatás nem történt (5, illetve 9 óra).

Említést érdemel, hogy a belek eltávolítása ki tudta védeni a kísérletes pancreatitis halálos kimenetelét is, kutyákon (11). Lehetséges azonban, hogy ez esetben a védőhatás lényegében a hasnyálmirigylobot mindig kísérő súlyos shock területén érvényesül, vagyis az állat shocktűrő képességét növeli. A bélnyálkahártya — de elsősorban a vékonybél-mucosa — funkcionális állapotának jelentősége egyes kísérleti állatok, elsősorban a kutya shock-állapotában vitathatatlanul látszik (1, 1a, 2); kétségtelen viszont, hogy az erre utaló adatok olykor — mint arra már előző közleményünkben utaltunk (9) — ellentmondóak, különösen az kérdéses azonban, hogy az emberi shockállapot irreversibilitásának kifejlődésében a vékonybél nyálkahártyája egyáltalán játszik-e valamilyen szerepet? Erre vonatkozóan van néhány klinikai utalás, melyekkel most nem foglalkozhatunk.

Eredményeink között legérdekesebbnek a distalis vékonybélnek, az ileum kiiktatásának a vézések shockra gyakorolt kedvező hatása látszik. A szegmentális bélkiiktatásnak a túlélésre kifejtett hatásait vézések shockban még nem vizsgálták; endotoxin shockban a teljes vékonybél-exclusiót *Evans* és *mtsai* védőhatásának találták ugyan (5), de vézések shockban a súlyos leromlást okozó afiziológiás állapot várhatóan nem bizonyult előnyös-

Kontroll, bélrezekált és bélkiiktatott kutyák túlélése 2 óras véreztetés után 2. táblázat

Előkészítő műtét		Állatszám	Túlélő
— (kontroll)		10	1
Vékonybélrezekció helye és kiterjedése:	distalis 33%	10	2
	proximalis 50%	10	2
	proximalis 33%	10	5
	distalis 50%	10	5
	teljes	5	0
A distalis 50% kiiktatása		8	7
Ál-műtét (lapatoromia)		7	1

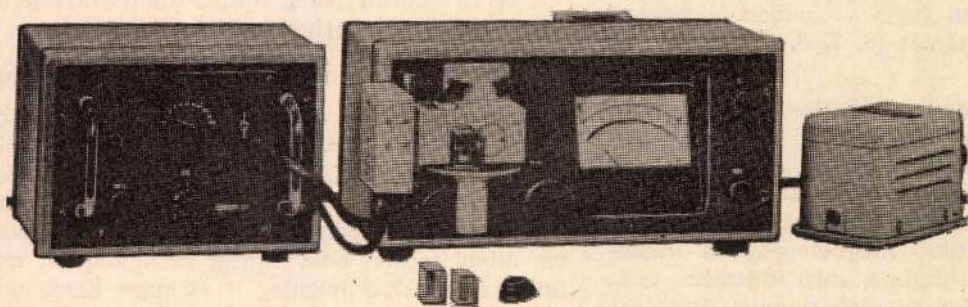
nek (9). Egészen rövid, a passage-ból kiiktatott és a hasfalra mindkét végén kiszáraztatott ileumszakasz nyálkahártyáján vizsgálták a vérzéses hypotensio hatását *Tiberio és mtsai* (16); miután e bélszakaszon nem jött létre a jellegzetes shockos vérzéses nyálkahártya-necrosis, ez megerősítette e vérzéses enteropathia trypticus eredetéről vallott felfogást (1, 1/a).

Összefoglalás. Kutyák vékonybelének különböző kiterjedésű és elhelyezkedésű szakaszait steril kautélák mellett rezekálták; a műtét után 2—3 héttel az éber állatokon vérzéses shockot hoztak létre. A teljes vékonybélkiirtás kedvezőtlennek bizonyult a túlélés szempontjából, a vékonybél distalis harmadának vagy proximalis felének resectiója jóformán hatástalan volt; ezzel szemben a proximális harmadnak vagy a distalis félnek az eltávolítása a kontroll csoport 10⁰/₀-os túlélését 50⁰/₀-ra növelte. Ennél is hatásosabbnak bizonyult a vékonybél dis-

talis felének, gyakorlatilag az egész ileumnak a passage-ból való kiiktatása.

IRODALOM: 1. *Bounous, G.:* Canad. J. Surg. 1965, 8, 332. — 1/a. *Bounous, G.:* Canad. J. Surg. 1969, 12, 397. — 2. *Ching-chung Chou:* Amer. J. Dig. Dis. 1968, 13, 107. — 3. *Drucker, W. R. és mtsai:* Surgery. 1968, 64, 75. — 4. *Evans, W. E. és mtsai:* Arch. Surg. 1966, 93, 196. — 5. *Evans, W. E. és mtsai:* Arch. Surg. 1967, 95, 511. — 6. *Fine, J.:* Fed. Proc. 1961, 20, part. III., 166. — 7. *Fine, J.:* Gastroenterology. 1967, 52, 2, part 2 of 2 parts, 454. — 8. *Fine, J. és mtsai:* Arch. Surg. 1968, 96, 163. — 9. *Gergely M. és Nagy S.:* Orv. Hetil. 1968, 109, 2774. — 10. *Kelan, M. és Zweifach, B. W.:* Surg. Gynec. Obst. 1954, 99, 707. — 11. *Kiriakos Kiriakon és mtsai:* Surg. Gynec. Obst. 1969, 128, 340. — 12. *Lillehei, R. C. és MacLean, L. D.:* Ann. Surg. 1958, 148, 513. — 13. *McRea, J. M. és mtsai:* Surg. Forum. 1959, 9, 37. — 14. *Powers, L. D. és Schloerb, P. R.:* Surg. Forum. 1959, 9, 40. — 15. *Sherman, P. H. és mtsai:* Ann. Surg. 1966, 164, 23. — 16. *Tiberio, G. és mtsai:* Min. Chir. 1967, 22, 739. — 17. *Oszvald P., Csiffáry D. és Vas Gy.:* Orv. Hetil. 1970, 111, 613.

Kitűnő műszerekre kitűnő szakemberek felügyelnek!



Valamennyi új CARL ZEISS gyártmányú orvosi készülék, laboratóriumi vizsgáló- és mérőberendezés üzembe helyezésénél vegye igénybe a:

jénai gyártóműnél kiképzett szakembereink közreműködését!

Ha általunk végezteti ezt a fontos munkát, akkor készséggel felvilágosítást adunk valamennyi speciális felhasználási területre és lehetőségre, valamint megtanítjuk a fenti berendezések kezelőit azok helyes használatára

FOTO OPTIKA

CARL ZEISS SZERVIZ

Budapest, XII., Normafa út 1.
Telefon: 166-685



Fővárosi János Kórház és Rendelő Intézet,
II. Tüdőbelsőztály (főorvos: Szűcs Sándor dr.)

Operált emlőrákos betegek késői tüdő és mellhártya áttételei

Mihály Pálma dr. és Szűcs Sándor dr.

A daganatos megbetegedések számának feltűnő emelkedése és a fiatalabb kor felé való eltolódása nagyrészt a nők rákos megbetegedéséből, elsősorban az emlő daganatos elfajulásának szaporodásából adódik (18). Kétségtelen, hogy az emlőrákos betegek abszolút számának emelkedését, amire számos közlemény rámutat, a jobb felkutatás, a szűrővizsgálatok számának emelkedése is eredményezi. A fejlődő technika, a mammographiás, thermographiás, angiographiás szűrővizsgálatok alkalmazása a jövőben még emelni fogja az időben felfedezett emlőrákos betegek számát (6, 7, 8, 16, 17, 20, 23, 24, 25, 28, 32, 35).

Az emlőrák kóreredete, diagnosztikája, sebészi és kombinált kezelése nem képezi közleményünk tárgyát. Csupán azt szeretnénk hangsúlyozni, hogy az emlőben minden tapintható csomó rosszindulatú daganat gyanúját kelti, míg ennek ellenkezőjét nem bizonyították. A legtöbb megbetegedés a menopausa és a senilis involutio közötti időszakra esik, e korcsoportban minden jelentéktelennek látszó panaszt komolyan kell értékelnünk. Döntő fontosságú a korai diagnózis és az azt követő gyors beavatkozás. Az emlőrákos betegek kétharmada a daganat kiújulása, áttételei következtében halt meg, s csak egyharmada intercurrentis betegségben, ezért helyes inkább túlélésről, mint gyógyulásról beszélnünk.

Tüdőmetastasis fennállását gyakran csak véletlenül, szűrővizsgálattal fedezik fel. A túlélés idejének kitolódása, a folyamatos ellenőrzés elhagyása, a betegben és orvosában egyaránt a sikeres, végleges megoldás reményét kelti, és a késői távoli metastasis megjelenése néha igen váratlan. Az emlőrák kezelésében tehát nem csupán a primaer betegség ellátása, hanem a metastasisok felfedezése, majd megoldása is egyre növekvő problémát jelent (30).

A külföldi irodalomban számos szerző (1, 2, 9, 10, 34) kísérte figyelemmel a carcinomás betegek

sorsát, műtét utáni túlélését, az áttétek jelentkezési idejét és megjelenési helyét. Johnson (13) 100 tüdőáttétes operált betege közül tizennégynek elsődleges daganata emlőcarcinoma volt. Nadjafi (21), Chilkó (5) és Pery (22) egy-egy betegről számol be. Morton három emlőcarcinomás betege nem tüdő-, hanem más szervi metastasis következtében halt meg.

A János Kórház II. Tüdőbelsőztályán 1961 és 1969 között emlőrák tüdő-metastasisának gyanújával 20 beteg került felvételre. Ezek közül két esetben a metastasis fennállása kizárható volt. Az egyik postraumás bordacallusnak, a másik tuberkulózisnak bizonyult (sectio).

Megfigyelésünk szerint a tüdőcarcinomás betegek számának emelkedésével párhuzamosan emelkedik az emlőcarcinomás tüdő-metastasisok száma is. Míg a 20 beteg közül 1961 és 1965 között négy, 1966 és 1969 között tizenhat beteg került felvételre. Tizenhat esetben emlőtumor miatt előzőleg operált betegnél, négy esetben pedig az ápolás alatt is fennálló emlőtumor mellett merült fel a tüdőmetastasis gyanúja.

A tüdőáttétek radiológiai képe igen változatos. Eseteinkben tüdőgyulladásra emlékeztető kép, pleurális folyadékgyülem, kerekárnyék egyaránt előfordult. Betegeink nagyrésze a műtét után röntgenbesugárzásban részesült. Ennek megfelelően a resecált oldalon az érfalak és a perivascularis tér megvastagodását, kötőszövet-szaporulatot, fibrosist észleltünk. A mellkas felvételeken a hiányzó emlő miatt az azonos oldalon a sugáráteresztő képesség természetesen lényegesen nagyobb volt.

A 16 operált beteg műtét utáni túlélési ideje felvételének időpontjában a következő volt:

Betegek száma:	1	2	2	1	3	1	5	1
Túlélési idő:	19	9	8	7	5	4	3	2 év

Betegeink életkora 43 és 80 év között változott. A diagnózis megállapítása után 7 beteget hazabocsátottunk, onkológiai kezelést, ellenőrzést javasolva, mivel műtėti beavatkozás nem jöhetett tekintetbe. Közülük 3 jelenleg is él, négy beteg otthonában meghalt, sectio nem történt. Egy beteg tüdőmetastasisát műtétileg kívántuk megoldani, de a beteg a műtétbe nem egyezett bele. Hét beteg osztályunkon halt meg, a tüdő- vagy pleura-metastasis 6 esetben sectióval igazoltuk.

Esetismertetés

Sz. V.-né, 73 éves nőbeteg. Felvétele előtt 5 évvel neoplasma miatt jobb emlőjét amputálták. Prae- és postoperatív besugárzásban részesült. Histológiai lelet: cc. solidum.

Kb. fél évvel ezelőtt influenzás volt, később erősen köhögni kezdett. Kivizsgálás végett került osztályunkra. Kp. fejlett és táplált nőbeteg. Tüdők felett érdes légzés, jobb oldalon sípolás-bűgás. Tompa szívhangok. Has puha, betapintható. Jobb oldali mastectomia utáni állapot.

Légzésfunctio: VK: 1770 ml, LH: —37%, Tiff.: 59 százalék. Vegyes jellegű ventilációs zavar, beszűkült légzési tartalék.

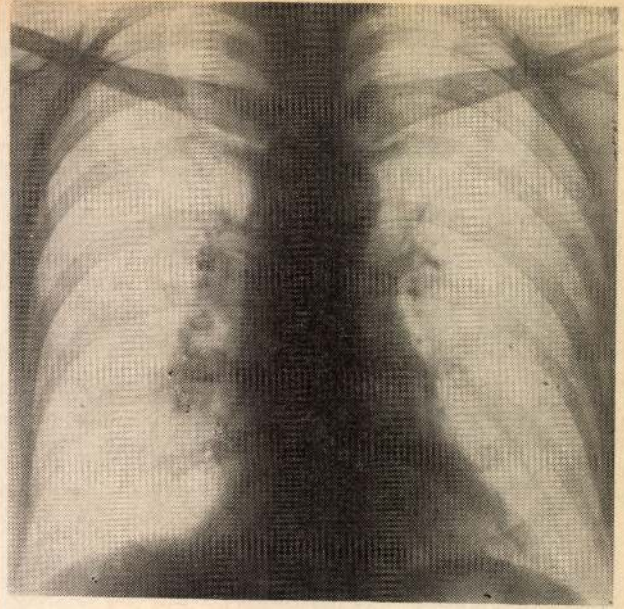
Odelka PA felvétel: jobb rekesz magasabban áll, szívárnyék balra nagyobb. A megvastagodott résárnyék felett a jobb axillaris segmentumban inhomogen be-



1. kép.

szűrődés látható. A jobb hilus tömöttebb, az alsó lebenyben kötegezetség. Frontalis rétegfelvétel: a megvastagodott résárnyék mellett az axilláris és jobb II. segmentumra terjedő egyenetlen szélű inhomogen beszűrődés látható. Az alsó lebenyben halvány inhomogen árnyékoltság, a pectoralis segmentumban borsónyi góccárnyék látható.

Bronchoscopya: trachea és mindkét oldali hörgrendszer nyálkahártyája erősen gyulladós. A jobb főhörgő beszűkült, oldalról és hátulról benyomott, annyira, hogy a csövet teljesen nem lehet levezetni. Távolról látható, hogy a felsőlebeny szájadék egyharmadára beszűkül, a carina erősen kiszélesedett, rögzített. Innen excindálunk. Szövetteni vizsgálat: laphám carcinoma. A beteg idős korára és az elváltozás kiterjedt voltára való tekintettel műtéti beavatkozás nem jöhe-



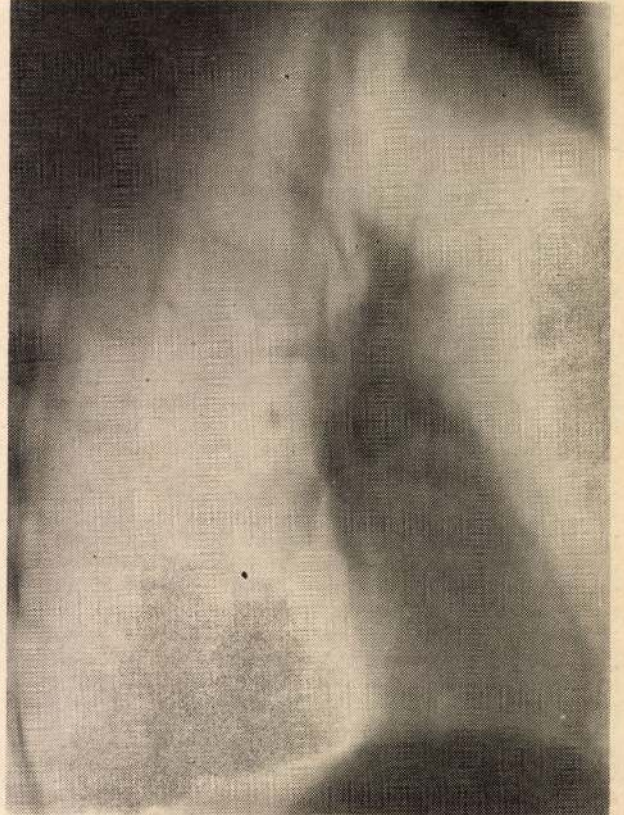
3. kép.

tett szóba. Hazabocsátása után az onkológiai ambulancián sugárkezelésben részesült. Folyamatában további progressio nem mutatkozik.

H. I., 43 éves nőbeteg. Tizenegy évvel ezelőtt nyirokcsomó-tbc miatt a nyak jobb oldalából nyirokcsomót távolítottak el. Három évvel ezelőtt neoplasma miatt jobb emlőjét amputálták. Histológiai lelet: adenocarcinoma. Kb. egy éve egyre rosszabbul érzi magát, háta fáj, sokat köhög, időnként véreset köp. Panaszait szíveredetűnek tartották, több ízben intézeti kezelésben is részesült. Kivizsgálás miatt küldte osztályunkra a gondozó. Kp. fejlett, sovány beteg. Jobb oldalon nyaki nyirokcsomó-műtét hege. Jobb oldali



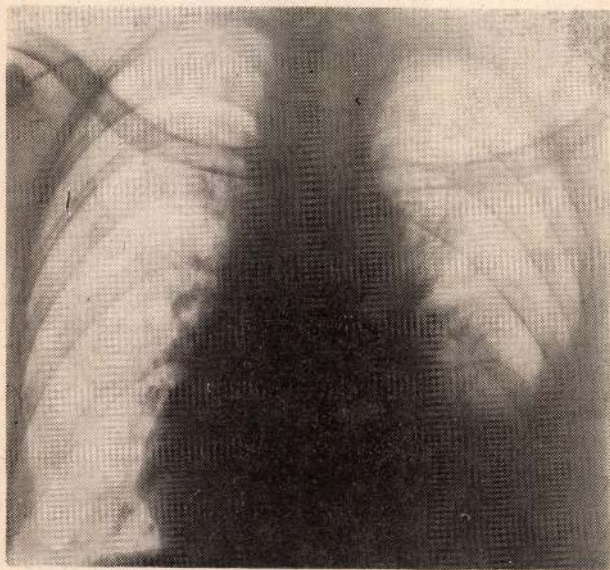
2. kép.



4. kép.

mastectomia utáni állapot. Tüdők felett érdes légzés, jobb oldalon pleuralis zörejek. Tiszta szívhangok. Pulzus: 100/min. Has puha, betapintható, a jobb inguinális tájon nyomásérzékeny. Ideges, nyugtalan carcinophobias beteg.

Légzésfunkció: VK: 3420 ml, LH: -5% , Tiff.: 62 százalék. Mérsékelt obstr. vent. zavar. Odelka PA felv.: mélyen álló rekeszek, emphysemás tüdőmezők. Mindkét arteria pulmonalis erősen felfelé húzott. A jobb felső mediastinum jobbra kiszélesedett (struma?). A jobb alsó lebenyben hátul diónyi kerekárnyék látható. Frontalis rétegfelvétel: a jobb alsó lebenyben a 7—9 cm-es mélységben a hilus alatt egy diónyi és két cseresznyéni, szabálytalan alakú egyenetlen szélű kerekárnyék látható. Bronchosopia: trachea és főhörgők nyálkahártyája vérbő. A szájadékok épek, szabadok. Rögzítettség nincs. Szívás cytológiára a jobb alsó lebenyből: cytológia: cc. planocellulare anaplasticum. Részletes vizsgálat során egyéb helyen metastasist kimutatni nem tudtunk. Az elváltozás izolált volta miatt műtéti beavatkozást terveztünk, de a psychésen igen rossz állapotban levő beteg nem egyezett bele, önként távozott.



5. kép.

N. R., 63 éves nőbeteg. Felvétele előtt 19 évvel neoplasma miatt jobb emlőjét amputálták. Azóta lényeges betegsége, panasza nem volt. Néhány héttel felvétele előtt hátfájást érzett, azóta gyenge, köhög. Bal oldali pleuritis exsudativa miatt a gondozó küldte osztályunkra.

Kp. fejlett és táplált beteg. Mellkas felett bal oldalt tompult kopogtatási hang, gyengült légzés. Tiszta szívhangok. Has puha, betapintható, ujjnyi májszél. Jobb oldalon sérvműtét és mastectomia hege. Kis anasarca. Köpete: Koch negatív. Köpet cytológia: negatív. Mellkas felvétel: szívárnyék mindkét irányban nagyobb. Bal rekesz nem differenciálható, felette homogen pleuralis árnyékoltság látható. Mindkét alsó és a bal felső lebenyben fokozott vascularisatio. Mellkaspunctatum: savós fibrines exsudatum. Rivalta: pozitív. Üledékben 1—1 lymphocyt. Cytológiai vizsg.: az üledékben daganatsejteket mutat. Bentléte alatt ismételtlen csapoltuk, cardialis és tüneti kezelést alkalmaztunk. Az elváltozást carcinomás pleura metastasissnak tartottuk. Néhány alkalommal röntgenbesugárzást kaptott, melyet a rohamosan romló általános állapot miatt nem folytathattunk. A beteg néhány hét múlva cardiorespiratoricus elégtelenség következtében exitált. Kírási diagnózis: status post. amput. mammae l. d. propter cc., pleuritis carcinomatosa metast., fibrosis pulm. Oedema pul., cardiomyopathia. Bonclelet: status post. amput. mammae, propter cc., carcinosis pleurae l. d. et pericardii, metastases carcinomat. lymphonodorum periaort., kachexia, deg. parenchymatosa myocardii, oede-

ma pulm. A halált okozó megbetegedés: cc. mammae. Szövettan: adenocarcinoma p. fibrosum (5. kép).

Megbeszélés

Bár a rákbetegség lényegét nem ismerjük, tudjuk, hogy gyógyítása nem merülhet ki olyan sebészi törekvésben, hogy a szervezetben levő összes ráksejtet eltávolítsuk. Metastasis meghatározatlan időpontban, a legkülönbözőbb szervekben keletkezhet, kezdetben panasz és klinikai jel nélkül. A lokális és korai áttétek zöme lymphogen úton keletkezik, a későbbiek viszont megjelenésük alapján inkább haematogen út lehetőségére utalnak, melynek döntő a befogadó szerv vascularis struktúrája. Számos szerző (12, 26, 29, 30) hangsúlyozza a daganatos cytaemia jelentőségét, és megállapítják, hogy a daganat embóliák elhelyezkedése a jó vérrellátású szervekben gyakori. *Bugyi* (4) a műtét kapcsán fel lépő cytaemiára hívja fel a figyelmet. Azokban a szervekben, amelyekből gyakran indul ki primaer tumor, ritkán jelentkezik metastasis. Kivételt képez ebben a tüdő (28).

Tumor embólia a tüdőben nem jelenti feltétlenül metastasis kialakulását. Hogy közvetlenül melyek azok a tényezők, melyek a szerv filterében fennakadt daganatos sejtek proliferációját gátolják, ill. elősegítik, ez ideig nem ismeretesek. A legtöbb tumor-embolus szervülés révén a thrombus-ágyban elpusztul vagy letokolódik, biológiai képességének megőrzésével időlegesen hatástalan állapotba jut. Ezeket a „depot”-kat *Walter* (36) latens tüdőmetastasissnak nevezi. A beágyazott sejtek sejtkultúrához hasonlóan viselkednek és megfelelő környezetben éveken át életben maradnak (15).

Egyes kutatók szerint a proliferációért társuló gyulladásos folyamatok felelősek. Klinikai és röntgenmegfigyelések alapján állítják, s ezt saját tapasztalataink is megerősítik, hogy a tüdő-metastasis megjelenését gyakran nem specifikus tüdőbe-szűrődés röntgenképe előzi meg és ezután esetleg több hónappal később jelennek meg a most már folyamatosan növekvő metastatikus góccok. Feltételezés szerint a tüdő praecapillarisaiba ágyazott daganat embólusokat intercurrentes gyulladások készítik aktivitásra (19). E megfigyelések, ill. feltevések alapján magyarázhatók az általunk észlelt késői metastatikus esetek is.

Bár *Boyd* (3) szerint az emlőrák több mint kétharmada csontáttétet okoz, mégis az irodalmi adatokat is figyelembe véve nem mehetünk el szó nélkül a tüdő-metastasissok szaporodása mellett, melyet osztályunk anyaga is igazol. Az irodalmat áttekintve úgy tűnik, a rák igen gyakran chronicus betegséggé viselkedhet, s mint ilyen, teljesen kiszámíthatatlan és állandó megfigyelést igényel (2). Nincs módszer, mellyel biztosan meghatározhatnánk a prognózist, de a sorozatos vizsgálatok megmutatják, hogy a metastasis a műtét után 15—20, sőt 40 évvel később is jelentkezhet (1).

Szeretnénk hangsúlyozni két ismert, de a gyakorlatban nem eléggé szem előtt tartott tényt. Az egyik, hogy a tüdő sokkal gyakrabban képezi helyét egyéb szervekből kiinduló malignomák metastasissainak, mint ahogy általában a klinikai szemlélet-

HALOPERIDOL

injekció, tableta, cseppek

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, paranoidhallucinátoros kórképek, agitált depressio, 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. Gyermeknek 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, fekvő-beteg-gyógyintézeti elme-idegosztály) javaslatára rendelhetik.

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.

TRISEDYL

Tabletta, injekció, solutio

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 2,5 mg
1 tabletta 0,5 mg, a solutio (10 ml milliliterenként 1 mg)
4-fluoro-4-/4. butyrophenon. hydrochloric.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Motoros és psychés agitációval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, epileptiform psychosisok, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: A pyramis-pálya és az extrapyramidalis pályarendszer organikus betegségei.

ADAGOLÁS: A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az orális adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: $\frac{1}{2}$ —1 ampulla im. Oralisan: 0,5 mg-os kezdő adag után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével a napi adagot felnőtteknek 1,5—2 mg-ig lehet emelni. Gyermekeknek 5 éves korig a felnőtt adag negyedrésze, 5—15 éves korig a fele adagolható.

MELLÉKHATÁSOK: Parkinsonismus, izomgörcs, izom-hypertonia léphet fel. Ezek a tünetek az adag csökkentése vagy a kúra átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinson-szerekkel megszüntethetők.

MEGJEGYZÉS: A Trisedyl potenciálja a központi idegrendszerre ható szerek hatását, ezért alkalmazása barbiturátok, ópiátkészítményekkel egyidőben nagy körültekintést igényel. Trisedyl-kezelés kizárólag orvosi ellenőrzés mellett történhet.

FORGALOMBA KERÜL: 5×1 ml-es ampullákban
50×1 ml-es ampullákban
50 db tabletta
250 db tabletta
1 üveg solutio (10 ml)

FORGALOMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

ben szerepel, a másik, hogy a tüdőben rendkívül hosszú lehet a metastasisok latentiaideje. Ezt saját eseteink is bizonyítják, melyek közül egy betegben 19 év után észleltük a metastasis kialakulását. Egyéb szervekben a metastasisok ilyen késői megjelenése igen ritka. Ez a tény minden bizonnyal a tüdő jellegzetes functionalis anatómiájával és az ehhez társuló patho-biológiai lehetőségekkel magyarázható.

A felvilágosítás, valamint a különböző szűrési és vizsgálati módszerek szervezési és technikai tökéletesedése révén a rákos megbetegedések korai felismerését reméljük. Eme törekvések javuló eredményei azonban elsősorban az esetek számának növekedésében mutatkoznak meg, de ezen belül a korai, még gyökeresen megoldható esetek kiemelése, illetőleg korai megoldása még elmarad a várakozás mögött. Ezért ismételtén szeretnénk hangsúlyozni a szűrővizsgálatok alaposágának jelentőségét, melyet az emlőcarcinomával műtött betegek esetében az eddiginél gyakrabban, rendszeresen kellene végezni. A műtét után a betegek megnyugtatóásával egyidőben fel kell világosítani őket a későbbi teendőket illetően, tudatosítani a szűrővizsgálat fontosságát, azt, hogy a legkisebb panaszok esetén is orvoshoz forduljanak, mert az időben észlelt izolált tüdő-metastasis operálható, s a beteg életét évekkel meghosszabbíthatja (31, 36).

Összefoglalás. Szerzők a daganatos megbetegedések emelkedésével párhuzamosan az emlőcarcinoma tüdő-metastasisainak megszorodására mutatnak rá. Osztályos anyagból 20 emlőcarcinomás beteg tüdő-metastasisainak különböző megjelenési formáját és túlélési idejét vizsgálták. Az irodalmi adatok és saját tapasztalataik alapján tárgyalják

a metastasisok kialakulásának lehetőségeit. Megalapítják, hogy a tüdőmetastasisok kialakulásának latentiaideje rendkívül széles skálájú. Felhívjuk a figyelmet a szűrővizsgálatok kiterjesztésének fontosságára.

IRODALOM: 1. Bauer, K. H.: Das Krebsproblem. Berlin—Göttingen—Heidelberg, Springer Verlag, 1963. — 2. Bauer, R.: Dtsch. Med. Wschr. 1951, 76, 821. — 3. Boyd, W.: Pathology for the Surgeons Seventh Edition. W. B. Saunders. 1955. — 4. Bugyi I.: Gyakorlati sebészet. Medicina. Bp. 1960, 378. — 5. Chilko, A. J., Quastler, H.: Am. J. Surg. 1942, 55, 75. — 6. Egyed M.: Orv. Hetil. 1956, 97, 1211. — 7. Garusi, G. F.: Fortschritte Rtgstrahlen. 1961, 95, 24. — 8. Gombkötő B.: Orv. Hetil. 1956, 97, 1154. — 9. Gordon, S., Taylor, G.: Practitioner. 1939, 21, 143. — 10. Harrington, S. W.: Annals of Surg. 1953, 137, 843. — 11. Hellriegel, W.: Magyar Rad. 1967, 19, 336. — 12. Hutás I., Kocsis S.: Magyar Rad. 1965, 17, 345. — 13. Johnson, R. M., Lindskog, G. E.: JAMA. 1967, 202, 94. — 14. Kiss J., Nagy A.: Népegészségügy. 1964, 45, 211. — 15. Lányi M., Herceg T.: Orv. Hetil. 1966, 107, 1739. — 16. Lányi M.: Magyar Rad. 1967, 19, 233. — 17. Lányi M.: Magyar Rad. 1965, 17, 274. — 18. Lázár R.: Orv. Hetil. 1967, 108, 1804. — 19. Lindemann, A.: Zeitschr. f. Stom. 1955, 12, 1. — 20. Morton, J. J., Morton, J. H.: Annals of Surg. 1953, 137, 683. — 21. Nadjafi, A. és mtsai: Schweiz. Med. Wschr. 1969, 99, 1281. — 22. Perry, T. jr.: Island Med. J. 1948, 31, 44. — 23. Péter M. és mtsai: Magyar Rad. 1969, 21, 90. — 24. Prochnow F.: Orv. Hetil. 1969, 110, 1339. — 25. Reichle, R.: Münch. Med. Wschr. 1968, 110, 1979. — 26. Rochemond R. M., Hess F.: Magyar Rad. 1965, 17, 330. — 27. Sellei C. és mtsai: Orv. Hetil. 1956, 97, 45. — 28. Szatay I. és mtsai: Magyar Rad. 1969, 21, 70. — 29. Szegvári M. és mtsai: Orv. Hetil. 1963, 104, 2241. — 30. Tóth F.: Magyar Rad. 1965, 17, 337. — 31. Ungár I.: Tuberk. 1968, 18, 193. — 32. Várnai Gy. és mtsai: Magyar Rad. 1969, 21, 193. — 33. Vikol J.: Népegészségügy. 1964, 45, 196. — 34. Virchow, R.: Die Krankenhaften Geschwülste. Berlin. 1863, 1, 69. — 35. Virtama P. és mtsai: Magyar Rad. 1967, 19, 265. — 36. Walter: Krebsmetastasen. 1948. Basel. 89.

PHENYLBUTAZON kenőcs

ÖSSZETÉTEL:	20 g-os tubusonként 1 g phenylbutazont tartalmaz, lemosható alapanyagban.
HATÁS:	Localis antiphlogisticum.
JAVALLATOK:	Különböző mechanikus és kémiai behatások okozta bőrgyulladások. Kis kiterjedésű I. és II. fokú égési sebek, napégés. Intravénás és intramuscularis injectiók beszűrési helyén keletkező bőrgyulladások, rovarcsípés. Inflammált nodus haemorrhoidalis. Felületes thrombophlebitis helyi kezelése, ezen indikációs területen a készítmény nem az anticoaguláns kezelés helyettesítésére, hanem kiegészítésére szolgál. Traumás lágyrészszérülések, duzzanatok, haematomák, izom- és innhúzódás, amputációs csonkfájdalom. Rheumatoid arthritis és arthrosis, synovitis, tendinitis, tendovaginitis adjuvans kezelése.
MEGJEGYZÉS:	A mély vénák thrombophlebitisének kezelésére a készítmény nem alkalmas.
ADAGOLÁS:	Naponta 2–3-szor az érintett bőrfelületet dörzsölés nélkül, vékonyan bekenjük.
CSOMAGOLÁS:	20 g kenőcs tubusban.
	FORGALOMBA HOZZA:

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

PH

863

Miskolci Szentpéteri kapui Kórház
Urológiai és Nephrológiai Osztály
(főorvos: Pintér József dr.)

Kettős üregrendszerű hypoplasiás vese

Veszprémi Ervin dr.

A vese fejlődési rendellenességei közül a hypoplasia aránylag ritkán fordul elő (5). Osztályunkon 941 vesefejlődési rendellenességet észleltünk, 1962. március 1-től 1970. február 28-ig. Ezek között 30 vesehypoplasia szerepel (22 nő és 8 férfi). Tizenhat esetben hypertoniát is észleltünk. *Wermer és mtsai* (6) 126 vesefejlődési rendellenesség között 6 hypoplasziát észleltek.

A vesehypoplasián a parenchyma incomplet fejlődését (1) értjük. Ennek oka a metanephrogen szövet differenciálódási zavara, míg az ureter fejlődése zavartalan (4, 9). A vesehypoplasia foka a vese nagysága szerint különböző lehet, általában egyoldali, ritkábban kétoldali (4, 8). Irodalmi adatok szerint leánygyermekben, illetőleg nőkben gyakrabban fordul elő (5).

A hypoplasia társulhat egyéb fejlődési rendellenességgel — mint esetünkben is —, sőt dysplasticus elemek (harántcsikolt izom, porc) is megjelenhetnek benne.

A hypoplasia foka szerint megkülönböztetjük a következő formákat:

1. A vese helyén csupán kötőszövet található, melyben szövettanilag néhány primitív vesetubulus ismerhető fel, az ureter általában ezekben az esetekben obliterált.

2. Az ennél nagyobb, ép és dysplasticus elemeket tartalmazó, uretérrel rendelkező, minimális funkciót mutató vese jelenti az „igazi” és gyakrabban előforduló vesehypoplasiát (5). E fejlődési rendellenességnek azonban nem mindig a dysplasia az oka, gyakran obstructiv folyamat áll a háttérben. Ha az obstructiv folyamat már a nephronok kifejlődési szakában fennáll, gyakran nem az üregrendszer tágulása, hanem hypoplasia alakul ki. *Marshall* (1) szerint azonban nemcsak az elvezető rendszer obstructiója, hanem intraparenchymális lezáródása is elegendő a hypoplasia kialakulásához.

3. A vesehypoplasia legenyhébb — ugyanakkor a legnehezebben kimutatható — formája a par-

tialis hypoplasia (3). A következményei pedig ugyanolyanok, mint a teljes vesehypoplasiáé.

A „miniatűr vese” fogalmán (4, 5) tulajdonképpen nem hypoplasiás, hanem terjedelmében kisebb, de felépítésében és funkciójában ép vesét értünk. Ennek filtrációs értéke azonban kicsiny. A „miniatűr vese” tehát nem tartozik a vesehypoplasiák csoportjába.



1. ábra.

A hypoplasiás vese általában lobos folyamatok kialakulása következtében okoz panaszt. Hangsúlyozni kell, hogy a leggyakoribb szövödmény éppen a chronicus pyelonephritis. A betegek egy része derékfájdalom és pyuria miatt kerül vizsgálatra. Máskor a hypertonia okának kutatása közben derül ki a hypoplasia. *Boeminghaus* (2) szerint a hypoplasia gyakran jár tensióemelkedéssel: 16 egyoldali hypoplasiás betege közül 11-nek volt hypertóniája.

A kórisme felállításához elengedhetetlen az urographiás rtg-vizsgálat. Közismert jelei: kisebb vese, ellenoldali hypertrophia, elhúzódó kiválasztás, ép üregrendszer, a kehelyvégződéseknél megfelelően a kéregállomány elvékonyodott (3). Gyakran található elváltozás a vesemedence és üregrendszer részéről is. Jellemző, hogy a medence és ureter a gerinc mellett párhuzamosan fut le (4). Külső jelként *Fleisher* (7) az emlőbimbók laterális elhelyezkedését írja le. Differenciáldiagnosztikus nehézséget elsősorban a chronicus pyelonephritis eredetű zsugorvesék jelentenek, bár adott esetben ébrényi lebenyezettségtől (12), papillanecrosistól (13), veseinfarctustól (14) és specificus folyamattól való elkülönítés okozhat problémát.

A lobos folyamat kialakulása meghatározza a vese további sorsát. Nephrectomia után az esetek nagy részében a hypertonia megszűnik vagy csökken (1, 2). Egyoldali vesehypoplasia — még a partialis hypoplasia eseteiben is — az ellenoldali vesén

végrehajtandó műtét indikációjának beszűkítését képezheti (3, 5).

Esetünket a többszörös fejlődési anomália, valamint a gyermekkorban jelentkező vese arteriosclerosis együttes előfordulása miatt tartjuk közlésre érdemesnek.



2. ábra.

Esetünk leírása

V. I., 15 éves leánygyermek bal oldali derékfájdalmak és vizelési panaszok miatt kereste fel osztályunkat. Elmondása szerint a derékfájdalmak változó erősségűek voltak, de vizeléskor mindig fokozódtak. Ezek óta éjszaka 3—4-szer kell leszállnia vizelni. Derékfájdalmi miatt előzetesen belgyógyászati osztályon vizsgálták, és itt hipertóniát (160/90 Hgmm), valamint a cystographiás rtg-felvételen bal oldalon vesicoureteralis refluxot észleltek. Ezután került átvételre.

Vizelet: a.: op., egyéb: neg., fs.: 1024, ül.: 50—60 fvs.: We.: 4/10 mm/ó, fvs.: 6800, vvt.: 4 200 000, hgb.: 13,1 g^o/_o.

Iv. urographia: jobb oldalon ép viszonyok, bal oldalon kiválasztás nem látható.

Bal oldali retrograd pyel.: kb. 4 cm nagyságú, kicsiny üregrendszerű vese (1. ábra).

A hypertonia, visszatérő pyuria, bal oldali derékfájdalmak és hypoplasiás üregrendszer miatt műtétet, a vese eltávolítását határoztuk el. A műtét során derült ki, hogy kettős üregrendszerű hypoplasiás vesével állunk szemben (2. ábra). Nephrectomiát végeztünk. Műtét után zavartalan gyógyulás, a tensio normalizálódott, a gyermek panaszmentessé vált. Fél évvel a műtét után vizelete nem inficiált, tensio 130/80 Hgmm.

Szövetteni lelet: hypoplasiás vesében kialakult súlyos fokú arterio- és arteriolosclerosis (3. ábra).

Bemutatott esetünkben — a hypoplasia mellett — kettős üregrendszert (kettős fejlődési rendellenesség!), hipertóniát, valamint azonos oldali vesico-ureteralis refluxot állapítottunk meg.

Esetünk további érdekességét a szövettani lelet nyújtja: 15 éves gyermek hypoplasiás veséjében súlyos fokú arterio- és arteriolosclerosis alakult ki, mely a pyelonephritises folyamat következménye. A hypertonia kialakulásához mind a fejlődési anomália, mind a pyelonephritis hozzájárult.

Összefoglalás. Gyermekkorban felismert hypertonia hátterében kettős üregrendszerű, hypoplasiás vese állott, a vese eltávolítása után a hypertonia megszűnt. A szövettani kép a 15 éves leánygyermek veséjében előrehaladott arteriosclerosist mutatott.

IRODALOM: 1. Marshall, Victor F.: Textbook of Urology. New York, Evanston, London, 1964. 355 p. — 2. Boeminghaus, H.: Zschr. für Urol. 1958, 51, 323. — 3. Michel, J. R.: Annal. de Rad. 1967, 1, 22. — 4. Babics A.: Urologia. Medicina, 1968, 73. — 5. Handbuch der Urologie. 1958. XV. 13—17. — 6. Wermer T. és mtsai: Magyar Sebészet. 1969, 21, 253—255. — 7. Fleischer, D. S.: J. Ped. 1966, 69, 5. — 8. Balogh F.: A gyakorló orvos urológiája. Medicina. 1967. 90—92. — 9. Törő I.: Az ember fejlődése, Medicina, 1960, 243—245. — 10. Scott, J. E. S.: Z. Kinderchir. 1969, 7, 107—112. — 11. Albrecht, K. F.: Der Urologe. 1965, 4, 14—19. — 12. Lowman, M. R.: J. Urol. 1965, 93, 6. — 13. Hultengern, N.: Acta chir. Scand. 1958, 115, 89. — 14. Paner, F. J.: Wien. med. Wschr. 1964, 114, 462.

Az Egészségügyi Minisztérium Orvosi Műszerügyi Intézetének tudományos szakfolyóirata az

ORVOS ÉS TECHNIKA

megjelenése óta két tudományág összehangolását szolgálja, együttműködését demonstrálja. Az ország egyetlen ilyen típusú folyóirata, amely tájékoztatja olvasóit az új orvosi eljárások technikai eszközeiről, használatukról, az elért eredményekről. Cikkeiket gazdag ábranyaggal illusztrálja. Ismerteti a hazai és külföldi folyóiratokban, szakirodalomban megjelenő, legkorszerűbb orvos-technikai területet érintő közleményeket.

A kéthavonként megjelenő folyóirat évi előfizetési díja: 30,— Ft. Előfizethető bármely postahivatalban, a kézbesítőknél, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodában (Bp., V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy csekkbefizetési lapon (csekk számlaszám: egyéni 61.299, közületi 61.066).

IV. ker. Tanács Újpesti Kórháza, III. Belosztály
(főorvos: Farkas Andor dr.)

Ki nem utazhat repülőgépen?

Farkas Andor dr.

E kérdés után önkéntelenül felvetődik a másik kérdés: ki utazhat repülőgépen? A jelenlegi felfogás szerint ugyanis a korszerű repülőgépeken úgyszólván mindenki utazhat, aki járni tud, fel tud menni a gép fedélzetére, nem zavarja a személyzetet és az utasokat.

A kérdés aktualitását az adja, hogy a repülőgép a tömegközlekedés eszközzé vált és a légitársaságok rendkívül nagy forgalmat bonyolítanak le. Számolni kell azzal, hogy mind többen fordulnak majd kezelő orvosukhoz a kérdéssel: repülhetnek-e?

Ahhoz, hogy válaszolni tudjunk, meg kell ismerkedni a repülés néhány alapvető tényezőjével, azok ártalmaival és kiküszöbölésük módjával.

A Földet körülvevő légkör kb. 1000 km vastagságú. Az ismert összetételű levegőben a gázok partialis nyomása a magassággal változik. A levegő a gázokon kívül vízgőzt (pára) és szennyeződések tartalmaz. 7000 m feletti magasságban a levegő már páramentes. A légkör rétegei: 1. troposphaera, amely a sarkokon 7 km, az egyenlítő felett 18 km vastag. Ebben a rétegben a hőmérséklet 100 m-enként emelkedve 0,65° C-kal esik egészen -56° C-ig; 2. stratosphaera, amely mintegy 30 km magasságig terjed. Itt nincs lényeges hőmérséklet-változás, az égbolt állandóan feketének látszik és az itt közlekedő légi járművet nappal is meg kell világítani; 3. mezosphaera, 30—80 km. E réteg határán -80° C a hőmérséklet. 20—50 km-en belül pedig egy kb. 20 km vastag ózonréteg helyezkedik el; 4. thermosphaera, 80—800 km magasságig. Kb. 200 km magasságban 200° C a hőmérséklet; 5. exosphaera, 800 km-en felüli magasságban.

Amint láttuk, a hőmérséklet a magasság függvénye, ez utóbbi függvénye pedig a légnyomás. A mai subsonicus (0,8—0,9 Mach-egységgel repülő*) nagy teljesítményű utasszállító gépek utazási magasságában a helyzet a következő: 8000 m-en a légnyomás 267 Hgmm és a hőmérséklet -37° C; 10 000 m-en a légnyomás 198 Hgmm és a hőmérséklet -50° C; 12 000 m-en pedig a légnyomás 145 Hgmm és a hőmérséklet -56,5° C.

* Mach-egység v. -szám azt mutatja, hogy a repülőgép sebessége a hangsebesség (340 m/sec) hányzorososa.

A magassággal az oxygen partialis nyomása egyre csökken és 8000 m-en felüli magasságban decompressió ártalmat okoz. A modern repülőgép kabinja azonban kondicionált nyomású és hőmérsékletű, amit kompresszorok biztosítanak. 10 000 m magasságban a kabin belsejében a légnyomás kb. 2000 m magasságnak felel meg. A 2—3 Mach-egység sebességgel és 18—20 ezer m magasan repülő gépeken a belső nyomást még valamivel emelni is lehet. A csökkent légnyomás a vérben az oxygen partialis nyomását csökkenti, de az oxygen-saturációt csak kismértékben (alig 10% csökkenés), amit rendes körülmények között az utas nem is érzékel és kistöké hyperventilációval könnyűszerrel kompenzál. A kabin falát a külső -56° C körüli hőmérséklet és a légsűrűlódás határozza meg. A super-sonicus gépek (Tu 144, Concorde) fala pl. 150—300° C-ra is felhevül. Az automatikus, vízpermettel történő hőszabályozás kellemes, 22—24° C-os hőmérsékletet biztosít.

A repülés másik fontos tényezője a gyorsulás. Ez annyiban érintheti az utast, hogy a gyors sebességváltozás főként leszálláskor fülfájást, de — mint később látni fogjuk — megbetegedést is okozhat. Ha pedig a repülőgép valamely okból nem egy, hanem két tengely körül mozdul el, akkor két félkörös ívjáratban változik a nyomás és tájékozódási, egyensúlyi bizonytalanságot okoz (Coriolis-effektus). A gyorsulás okozta különféle szenzációk kineosztis indíthatnak meg.

Nagy magasságban a mérgező ózon hatását a gép falának nagy felhevülése szinte automatikusan kiküszöböli. A cosmicus és a solaris sugárvédelmet pedig megfelelő berendezések biztosítják.

A zaj és a vibratio mind hatásosabb eliminálására törekednek a konstruktőrök. Az utasszállítás viszonylag rövid időtartamát tekintve ezek stresszként alig jönnek szóba. Mindazonáltal pl. 1970 szeptemberében a Concorde angliai bemutatója után az újságok azt írták: kb. tízszer olyan erős zajt okoz, mint egy subsonicus jet.

A légrobbanást az utasok a nagy sebesség miatt már nem hallják. Annál inkább zavarja azonban annak a területnek a lakóit, amely felett super-sonicus gép repül el. Az amerikai kongresszusban már elhangzott olyan javaslat, hogy kereskedelmi (utas-) gép lakott terület felett ne repülhessen.

Most nézzük részleteiben, hogy a repülőgépen való utazás milyen ártalmakat okozhat.

Az első fontos ártalom a félelem és a szorongás, részben halálfélelem, részben egyéb ártalmaktól való félelem formájában. Jelentkezhet már az utazás előtt, de kedvezőtlen körülmények között a gép belsejében is. A felvilágosításon és megnyugtatóan kívül szóba jön enyhe sedativumok adása. Mindenesetre olyan beteg, akinél a félelem bármilyen acut incidenst okozhat, inkább tanácsoljunk el az utazástól.

Coronaria-betegeken, hypertóniásokon stb. súlyos stresszt jelenthetnek az utazást megelőző vagy azt követő procedurák, valamint ezek halmozódása pl. késés esetén. Ezeket a betegeket az aviatiós medicinában az orvosi kezelés határán (medical marginal) állóknak nevezik. Számos adat van arra nézve, hogy nagy forgalmú repülőtereken gyakoribbak

a rosszulletek és a halálesetek, mint a repülőgép fedélzetén. Egyik irodalmi adat szerint a feldolgozott haláleseteknek 43%-a repülés előtt és 27%-uk landolás után következett be. Repülés közben 30% halt meg. Ajánlatos tehát időben érkezni a repülőterre. Különösen vonatkozik ez a fent jelzett csoportba tartozó betegekre.

A kabinban uralkodó légnyomástól eredő enyhe hypoxia súlyosabb anaemiában vagy cardiovascularis elégtelenségben bajt okozhat és mesterséges oxygenpótlást tehet szükségessé. Erre a repülőgépeken megfelelő berendezések szolgálnak.

Felszálláskor a légnyomás gyors esése a testüregekben helyet foglaló gázok kiterjedésére vezet (Boyle—Mariotte-törvény). A gyomor-bél tractus vagy speciálisan a nagy sérvben levő belek felfúvódhatnak és egyéb kellemetlen érzés mellett ez fájdalmat is okozhat. Anus praeternaturalissal utazó beteget előre figyelmeztetni kell, hogy tartálya rohamosan megtelik majd és készüljön fel erre a körülményre. Helyes, ha az effajta beteg utazás előtt egy-két napig nem eszik erősen gázképző ételt.

Barotrauma érheti a középfület (az Eustach-kürt bejáratának összetapadása révén) és a légtartalmú orrmelléküregeket. Extrém esetben barotitis media és barosinusitis léphet fel. Ezért nem ajánlatos rhinitisszel, otitisszel vagy sinusitisszel utazni. Az Eustach-kürt bejáratának összetapadása ellen az utas azt teheti, hogy befogott orral nyel néhányszor vagy erőltetetten kilégzik, ha érzi, hogy eldugult a füle.

Már említettük a kinetosist (a mi esetünkben légibetegségnek nevezik). Ismert tünetei: hányás, szédülés, esetleg hasmenés, nagyfokú gyengeség, alcalosis, majd acidosis. A kinetosis részben psychogen is. Ezért, ha valaki egyéb járművön is rendszerint megkapja a kinetosist és különösen, ha erősen neuroticus is, jobb, ha nem utazik repülőgépen. Habár meg kell mondani, hogy a modern gépeken a kinetosis ritka jelenség, mert e gépek már a légörvények felett repülnek. Gyógyszerek (pl. Daedalon) használatára alig kerül sor. Mivel hatásuk 4—5 óráig is eltarthat, használatuk veszélyes is lehet, ha landolás után az utas autót vezet. A kinetosis bekövetkezését elősegíti a meleg, a dús étkezés, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, kimerültség, láz stb.

A supersonicus repülés újabb jelensége és talán ártalma az időeltolódás, amely aszerint változik, hogy a repülőgép a Föld forgásával azonos vagy ellenkező irányba repül-e? Az időeltolódás az utas szervezetének metabolikus idejével és periodikus ritmusával ellentétbe kerül. Pl. a Föld forgásával egyező irányba repülő gép, amely reggel 8 órakor indult, helyi idő szerint este 10 órakor érkezik meg. Miután azonban az utazás valódi ideje csupán 5 órát vett igénybe, az utas metabolizmusa szerint csak du. 1 óra van. A biociklus illetően megbomlása főleg diabetesben, ulcusbetegségben, epilepsiában és talán szívbetegeken okozhat zavart. A biociklus helyreállításához kb. egy hétre van szükség.

Amint látjuk, az orvosnak a hozzá forduló beteg embert különös körülményekkel kell tanáccsal ellátni. A repülőgéptársaságok ajánlják is az utasoknak, egyes társaságok (pl. a Lufthansa) el is várják tőlük, hogy ha betegek, azt már a helybiztosításakor

jelezzék. Ilyenkor a társaság orvosa ad tanácsot, végeztet vizsgálatot, esetleg konzultál a kezelőorvossal. Annak ellenére azonban, hogy pl. a Lufthansa 1965—66-ban 7 millió utast szállított, ezen idő alatt csupán 200 bejelentés történt. Pedig amerikai becslések szerint az utasoknak mintegy 3%-a nem egészséges (30 ezer:1 millióra).

A légitársaságok nincsenek teljesen összehangolva atekintetben, hogy kiket szállítanak, kiket nem. Egyes társaságok könnyebb betegségben is lehetővé teszik a szállítást, csak ne legyenek a személyzet vagy az utasok terhére. Alkalmilag biztosítják, hogy a beteg a gép súlypontja közelében (a pilótafülke mögött) nyerjen elhelyezést.

Valószínű, hogy a legújabb, nagyszámú (300—400) utast szállító gépek (jumbo jet) nagyobbarányú használatba vétele még több embert csábít majd a gyors és kényelmes légi utazásra. A jelenleg utasforgalmat lebonyolító repülőgépek személyzete általában már egészségügyi kiképzésben részesül. A Pan Am stewardesse-i szülésnél is képesek segíteni.

Ezekután összefoglaljuk azokat a legfontosabb betegségeket és állapotokat, amelyek kizárják vagy korlátozzák a repülőgépen való utazást:

Nem utazhatnak gyakori és nagy fájdalommal a coronaria-betegek, súlyos szívritmus-zavarokban vagy decompensatióban szenvedők, továbbá mindenfajta lázas vagy fertőző betegségben szenvedők, valamint azok, akiknek acut gyomor-bél betegségük, 50% alatti hgb-értékük, labyrinth-zavaruk, pneumothoraxuk, vérzési hajlamuk, epilepsiájuk, gyógyszerrel nehezen befolyásolható asthma bronchialejuk vagy undorító bőrbetegségük van, avagy cachexiások, illetőleg agitáló elmebetegek.

Szívbetegség vagy cardiopulmonalis elégtelenség olyan fokán, amelyen járás vagy lépcsőn járás nem okoz jelentős nehézlégzést, gyógyszerrel könnyen féken tartható asthma bronchialeval, gyógyult spontán pneumothoraxszal (ha a mindennapi élet megterhelései nem fenyegnek recidivával), hypertoniában egyéni elbírálás alapján (hypertonia foka, fenyegető vascularis incidensek), továbbá műtétek után, ha a beteget már elbocsátották a kórházból — lehet repülőgépen utazni. A terhesek az első nyolc hónapban utazhatnak. Egyes társaságok szerint a 9. hónapban egyáltalán nem lehet repülni, más társaságok viszont ekkor is megengedik a repülést, ha az asszony szülészétől írásbeli igazolást hoz arról, hogy a szülés 72 órán belül nem várható.

Érdekes, hogy a kor általában nem akadály a repülésnek. Hivatásos pilótákra vonatkozólag egy vizsgálat megállapította, hogy 60—74 év közöttieknél a baleseti kockázat alig különbözik a 30—59 évesekétől és kedvezőbb, mint a 16—29 éves csoporté. Ismeretes a „repülő hercegnő” (flying Duchess, egy Bedford hercegné) esete, aki még 72 éves korában is vezetett repülőgépet. Csecsemők életük 10. napja után utazhatnak repülőgépen.

A tanácsadáson kívül a kezelő orvosnak még egyéb feladata is van. Szükség esetén kezdeményeznie kell vizsgálatokat (pl. vérkép, EKG, fülszeti vizsgálat stb.). Ezenkívül el kell látnia betegét megfelelő gyógyszerekkel.

Még néhány szót a tulajdonképpeni betegszállításról. Magyarországon orvos kérheti a betegszállítást speciális betegszállító repülőgéppel, megjelölve a betegséget és azt, hogy szükséges-e orvosi kíséret vagy valamilyen felszerelés (transfusio, infusio, oxigen stb.). Ilyen módon szállíthatók súlyosan sérültek, pneumothoraxban, haemopericardiumban, jelentős cardialis vagy respiratoricus elégtelenségben, anuriában szenvedők, égési sérültek,

paraplégiasok, tracheotomizált, respirátorra szoruló poliomyelitisek stb. A repülőgépen való szállítást sürgős esetekben feltétlenül előnyben kell részesíteni az autón vagy vonaton történő szállítással szemben, nemcsak a gyorsaság miatt, hanem azért is, mert a modern repülőgépen a rezgés és a rázkódás lényegesen kisebb a többi járműhöz viszonyítva.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Marxizmus—Leninizmus Intézetének speciális kollégiuma

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Marxizmus—Leninizmus Intézete április közepén négy előadásból álló filozófiai speciális kollégiumot indít. A téma: „A struktúra fogalmának és a strukturális módszernek néhány vitatott vonatkozása a biológiai

és az orvosi tudományokban”, az előadó Farkas László dr. egyetemi docens. Az előadások helye: az intézet I. emeleti tanácskozó terme (IX., Hőgyes Endre utca 5—7.). Az előadások mindig szerdán, du. 5 órakor kezdődnek. Az előadások időpontja és címe:

Április 14.: A struktúra fogalmának marxista és strukturális meghatározása.

Április 21.: A struktúra és a funkció dialektikájának kibernetikai aspektusáról.

Április 28.: A struktúra fogalmának szerepe a betegségnek mint nozológiai kategóriának meghatározásában.

Május 5.: A strukturális módszer jelentősége a magasabb idegműködés szabályozó szerepének vizsgálatában.

CARDITOXIN DRAZSÉ

ÖSSZETÉTEL:

1 drazsé 0,1 mg digitoxin, cryst.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK:

A keringési elégtelenség (decompensatio cordis) helyreállítása és a compensatio fenntartása. Vezetékes zavarok esetén nagy óvatosság szükséges.

ADAGOLÁS:

A compensatio helyreállítására ajánlatos a kezelést nagyobb adaggal (napi 5–8 drazsé) elkezdni, amit a következő napokban csökkenteni helyes akkor is, ha semmi toxikus jelenség nem mutatkozik. A helyreállított compensatio fenntartására napi 1–1½ drazsé szükséges általában. Kumulációs tendenciája miatt krónikus fenntartó kezeléskor célszerű heti 1–2 szünnap beiktatása.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

40 drazsé 13,90 Ft; 250 drazsé 70,90 Ft.

FORGALOMBA HOZZA:

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest, X.

BRINALDIX TABLETTA SALURETIKUM

Összetétel: 20 mg clopamidumot tartalmaz tablettánként.

A Na^+ és Cl^- ionok tubularis resorptiójának gátlásával növeli a diuresist. Mivel a K^+ ionok kiválasztását alig fokozza, nem zavarja az elektrolitháztartást, ill. a sav-bázis egyensúlyt.

Hatása fokozatosan fejlődik ki és tartós: a bevétel után 1–2 órával kezdődik, 8–10 órán át fokozódik és 24 óra múlva megszűnik. A diuresis intenzitása az adagolással jól befolyásolható.

Általános oedema-szünetető effectusa leginkább szívelégtelenség kezelésekor érvényesül.

Hypertoniás betegek vérnyomását csökkenti, a normotoniát nem befolyásolja. Jól kombinálható más diureticumokkal, cardiotonicumokkal és vérnyomáscsökkentőkkel, hatásukat jelentősen fokozza.

Javallatai: szívelégtelenség okozta, terhességi, nephrosisos, postthromboticus oedemák; máj-cirrhosis okozta ascites, praemenstruációs zavarok és elhízás bizonyos esetei; hypertoniában egyedül vagy más szerekkel kombinálva; tartós corticosteroid kezelés okozta folyadékretentio.

Ellenjavallatai: fennálló hypokalaemia, hyponatraemia, hypochloraemia, acut glomerulonephritis, uraemia, súlyos vesekárosodás.

Adagolás: gondos orvosi ellenőrzés mellett egyéni megítélést igényel. Átlagos adagja felnőtteknek napi 1–2 tablettá reggel evés után. Fenntartó adagja másodnaponta 1–1 tablettá.

Mellékhatások: nagyon ritkán jelentkeznek. Nausea, fejfájás, gastrointestinalis panaszok, bőrpír, enyhe fáradtságérzés előfordulhat.

Figyelmeztetés: bár a káliumvesztés csekély, hosszan tartó kezelés, májbetegség és diabetes esetén a káliumszintet, a vércukrot és a napi cukorürítést tanácsos ellenőrizni.

Rendelhetőségéről a „Tájékoztató” c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.

15 tablettá 45,50 Ft 100 tablettá 290,— Ft

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Beszámoló

a Haemophilia Világszövetség VI. Kongresszusáról

(Wien/Baden 1970. július 25—27.)

A Haemophilia Világszövetség (*World Federation Hemophilia*) a Wien melletti Badenben tartotta VI. nemzetközi kongresszusát.

A 3 napos kongresszus programja, illetve fő témái a következők voltak:

I. A haemophiliával kapcsolatos újabb kutatási eredmények.

II. Az antihaemophiliás faktor meghatározási módszereinek standardizálása.

III. Gyógykezeléssel kapcsolatos kérdések.

IV. Paramedicinális kérdések.

V. A Haemophilia Világszövetség évi közgyűlése.

VI. A haemophiliáról szóló szakmai-tudományos filmek bemutatása.

E. *Deutsch* prof. — a kongresszus elnöke — megnyitójában hangsúlyozta, hogy a haemophiliával kapcsolatban mind Ausztriában, mind nemzetközileg jelentős fejlődés tapasztalható. Bejelentette, hogy a bécsi I. sz. belgyógyászati klinikán a közeljövőben megalakul az első nemzetközi haemophilia központ. Elmondta, hogy az antihaemophiliás készítményeket Ausztriában gyógyszergyárak állítják elő, a kórházak gyógyszerként kezelik és számolják el, így elegendő mennyiségben rendelkezésükre áll.

F. *Schnabel*, a Világszövetség elnöke bevezető előadásában lényegében a szövetség elmúlt egy évi működéséről, jelen helyzetéről és terveiről beszélt. *Schnabel* — aki maga is haemophiliás — elmondta, hogy az elmúlt néhány évben nemzeti haemophiliás társaságok megalakulása alapján 83 000 km-t utazott a világ körül és minden kontinensen járt (Magyarországon 1969-ben). Utazása nem került pénzbe, ugyanakkor 25 országban kellett antihaemophiliás készítményt kapnia. Jelenleg 25 ország tartozik a világszervezethez (Magyarország a mostani kongresszuson nyert felvételt). Eddig csak egyes országokban végeztek szervezőmunkát, ezt a tevékenységet horizontális szervezésnek nevezte. Mostantól nemzetközi jellegű, ún. vertikális szervezést kívánának folytatni. Céljuk, hogy minél több országban ún. nemzeti haemophilia központot hozzanak létre. Nemzetközi haemophilia központok kialakítását tervezik többek között a következő városokban: Wien, Moszkva, Milánó, Oxford, Mexikó-City, Malmö, Párizs, London, Amszterdam, Sidney, Boston, Los Angeles, Tokió, Teherán. Céljuk, hogy a szükséges anti-

haemophiliás plazmát, ill. készítményeket a nemzeti központok készítsék, ill. ellenőrizzék. Evente fognak kongresszusokat rendezni: 1971 Teherán, 1972 Argentína, 1973 Milánó, 1974 Japán.

Az I. fő téma (*a haemophiliával kapcsolatos újabb kutatási eredmények*) keretében elhangzott előadások az utóbbi években felismert *genetikai* variánsokat ismertették. Lényegében a haemophilia molekuláris-biológiai alapjai kerültek tárgyalásra. *Van Creveld* és mtsai tisztított *lépsejt-szuspensió iv. adása utáni AHG-képzést* vizsgálták kutyákon. Érdekesek voltak az *anti-conciapiensek preventív alkalmazásáról* szóló beszámolók (a VIII. faktor szint nem emelkedett, de a vérzések ritkultak).

A II. fő téma (*antihaemophiliás faktor meghatározási módszereinek standardizálása*) előadásai arról győzték meg, hogy a VIII. és IX. faktor jelenleg használt meghatározási módszerei között igen jelentős eltérések vannak. Többen utaltak a standardizálás szükségességére és a jelenlegi módszerek hibáforrásaira. A vitából kiderült, hogy az ún. 2 lépésös módszer sokkal megbízhatóbb, kevesebb a hibalehetőség, de sokkal munkaigényesebb, reagensai komplikáltabbak. A nemzetközi haemophilia központok standardizáló tevékenységétől várható előrehaladás.

A III. fő téma (*a haemophiliások gyógykezelésével kapcsolatos kérdések*) előadásai voltak a leghasznosabbak és a legérdekesebbek. Az előadók többsége a cryo-praecipitátumok nagybani intenzív felhasználásáról, az így kialakult új helyzetről számolt be. Nem túlzás azt állítani, hogy ezzel a haemophilia kezelésében új korszak vette kezdetét. A műtéti toleranciához szükséges AHG-szint koncentrált készítményekkel biztonságosan kialakítható, napokig, hetekig fenntartható. Újszerűen hatottak a cryo-készítmények preventív felhasználásáról szóló beszámolók, amelyből kiderült, hogy a vérzések így módon megelőzhetők, a preventív hatás a dózistól és az alkalmazás időközeitől függ.

Többen hangsúlyozták, hogy a cryo-AHG és a PPSB egyszerű felszereléssel, minden jól felszerelt vérállító intézetben és véradóállomáson előállítható. Felfigyeltem a tömeges előállítás és nagybani felhasználás néhány tapasztalatára: a nagyban előállított készítmények AHG tartalma nagyon ingadozó és nehezebben oldódnak. Az intenzív cryotherápiát végzők sem észlelték keringő anticoagulansok gyakoriságának megszaporodását. Egyértel-

mű volt azonban az a feltételezés, hogy az intenzív antihaemophiliás terápiától a subklinikai hepatitisek száma megnőtt. Az ezzel kapcsolatos vita tanulságai: csökkenteni kell a koncentrált készítmények előállítási költségeit, érzékenyebb módszerekkel kell anticoagulansok jelenlétét vizsgálni. Az anticoagulansok kialakulása nem az adott készítmények számával, hanem az egyéni ellenanyagképző készséggel látszik összefüggésben lenni. Több előadás az Immunogyár (Wien) 2 új antihaemophiliás készítményéről, a Bebulinról (leginkább a PPBS-nek felel meg) és a Conyneról számolt be. A Leiden-Amsterdami munkacsoport egy Prothrombal nevű, IX. faktor tartalmú készítményt állított elő és alkalmazott, jó haemostatikus hatással és toleranciával.

A haemophiliások *fogászati ellátásáról* 6 előadás hangzott el. Kiderült, hogy még a korszerű haemophilia központok közelében élő haemophiliások fogászati ellátása is sok vonatkozásban megoldatlan. Általában a preventív teendők fontosságát hangsúlyozták. A hatásos substitúciós terápia óta egyre több operatív beavatkozás történik. Az általános érzéstelenítést készítményekkel jól ellátott betegek kevésbé véreznek, mint a nem haemophiliások. Nagy gondot fordítanak a fogkövek korai eltávolítására.

A haemophiliások *sebészeti ellátásáról* szóló előadások kivétel nélkül a koncentrált készítmények védelmében végzett műtétek tapasztalatairól szóltak. Alapkövetelményként említették a VIII. faktor aktivitásának folyamatos vizsgálatát és intenzív substitúciós kezeléssel elért 30⁰/₀-os AHG-szint fenntartását. A haemophiliások korszerű védelme napjainkban mindenféle műtét elvégzését lehetővé teszi (nagy hasúri műtét, aneurisma műtéte, agyműtét, májbiopsia, osteotomia, prostatectomia), de utaltak Soulier ismert megállapítására, mely szerint „haemophiliánál nincs kis műtét”.

A haemophiliások *orthopaediái ellátásával* foglalkozó előadások is a cryo-készítmények védelmében, megfelelő AHG-szinten végzett konzervatív kezelés (redressió) és műtétek (synovectomia) lehetőségeit és eredményeit tárgyalták. E témakörből a legnagyobb érdeklődést E. Storti és mtsai előadása (és filmje) keltette, aki 46 betegnél végzett térdizületi krónikus haemarthrosis miatt műtétet. AHG-pótlás, antifibrinolitikus kezelés (EACA) és lokális Trasylol védelmében ún. elülső synovectomiát végeztek. Az állandó fájdalom, a járásképtelenség, a gyakori vérzések megszűntek és nagyon jó funkcionális eredményt értek el.

Az *Au-SH antigén és antitestek kimutatásával* foglalkozó előadások érthetően sok új szempontot vetettek fel. Donorok, hepatitises és

idült májbántalmakban szenvedő betegek Au-SH antigén, ill. antitest gyakoriságát hasonlították polytranszfundált haemophiliásokhoz. Az egyes módszerekről is folyt vita, a tévesen pozitív esetek gyakoriságát 0,5—1%-ban jelölték meg. Haemophiliásoknál az Au-SH antigén gyakoriságát általában 5% körülinek, az antitest gyakoriságát 18% körülinek találták (elsősorban Soulier és mtsai), mások még ennél is gyakrabban észlelték. Megállapították, hogy a vizsgálat eredményét annak időpontja is befolyásolja. Az előadók szerint az Au-SH antigén, ill. antitest előfordulási gyakorisága az alábbi tényezőktől függ: az adott antihemophiliás plazma, ill. készítmény mennyisége, a haemophilia súlyossága, a terápia intenzitása, a donorok Au-SH pozitivitásának aránya, a plazma frakcionálás módszere, a transzfúziók időközei, a vizsgálatig eltelt idő és az egyéni immunológiai adottságok. Nagyon érdekesek voltak Mandlakí (Athén) és mtsai adatai: az Au-SH antigen pozitívitás szociális összefüggéseire mutattak rá (katonánál 3,9%-nak, tisztéknél 0,8%-nak találták).

A IV. fő téma (*paramedicinális kérdések*) előadásai elsősorban pszichológiai vizsgálatokkal, a haemophilia pszichés következményeivel, szociális vonatkozásaival és a gondozás néhány módszertani és szervezési kérdésével foglalkoztak. Korszerű vizsgáló eljárásokkal igazolták, hogy a haemophiliás betegen sajátos helyzetéből adódó pszichés elváltozások alakulnak ki, amihez a környezetben létrejövő reakciók, a szülők „válasza” és a családi milió zavara társul. Ebből kiindulva egyesek már csoportterápiát is végeznek.

A bemutatott filmek közül az alábbi négyet emelném ki:

Britten (Boston) „*Hemophiliacs at Summer Camp*” című filmje keltette a legnagyobb érdeklődést. Az ismert haemophilia kutató — aki maga is haemophiliás, és akinek anyja az Angol Haemophilia Társaság elnöke — haemophiliások

részére egy tengerparti nyári táborozást szervezett. Erről szóló színes, jó zenei aláfestésű riportfilmje a haemophiliások camping körülmények közötti ellátását és egynapi életét mutatta be. A betegek 10—16 év közöttiek lehettek, volt akinek a lába gipszben volt. A reggeli után 20 cm³-es adagban oldott cryo-AHG-t kaptak. Egy nagyon vékony tűt egy kb. 15 cm-es vékony műanyagcső kötött össze egy műanyag fecskendővel. A gyerekek egymás után ülőhelyzetben kapták meg „napi adagjukat”. Ezután a tábor programját, életkörülményeit és élményeit mutatta be: a haemophiliások kosárlabdáztak, ping-pongoztak, úsztak, csúszdán siklottak és fejest ugrottak a tengerbe, horgásztak, csónakáztak és terepfutást végeztek. Az egész filmet egy rendkívül együttlérő és vidám, felszabadult hangulat hatotta át.

A bécsi I. sz. belklinika kutatói (Fischer, Lechner és Pilgersdorfer) „*Klinik und Therapie der Haemophilie*” című filmje felnőtt haemophiliásokra épül. Részletesen megmagyarázzák az öröklésmentet, a véralvadás-mechanizmust és bemutatják a haemophilia tüneteit. Nagy teret kap az Immunochemie által előállított lyophilizált AHP készítésének technológiája, alvadásfaktórainak ellenőrzése, biológiai kontrollja, lyophilizálása és kiszerezése, felhasználása.

Alagille és Josso (Párizs) „*Die Häemophilie*” címmel — elsősorban a betegség gyermekkori problémáival foglalkozó — filmet mutattak be. Művészi módon érzékeltetik a gyermekkori mozgásigények élvezetéből kizárt haemophiliás gyermek sorsát. Jól megrajzolt részletes sémákkal magyarázzák meg a betegség öröklődését. Élethű felvételeken mutatják be a kisgyermekkori és az iskoláskori vérzéstípusokat. Szép röntgen-felvételeket demonstrálnak, majd az AHP-vel végzett kezelést ismertetik. Ezután egy haemophiliás iskolaszanatóriumban élő gyermekközösség életét mutatják be. Nagyon részlete-

sen foglalkoznak a mozgásterápiával, a haemophiliások részére berendezett tornaterem szerepével és a gyógytornász feladataival. A bemutatott gyógyeljárások közül különösen szellemesnek tartottam az álló ún. tréning kerékpárt és a karizmok gyakorlására alkalmas gépi berendezést.

Storti prof. (Pádua) „*La synoviotomie thérapeutique nouvelle de l'arthropathie hémophilique*” című filmje egy egészen újszerű orthopaediai műtétet mutat be. Egy térdízületi haemarthrosisos fiú esetének ismertetésével vázolja a problémát. A beteg nem tud járni és egymást követő vérzések recidívái miatt hónapok óta mozgás- és munkaképtelen. AHP előkészítésben műtétet végeznek nála. Megnyitják az ízületi üreget, eltávolítják a benne levő vért, ill. alvadékokat, majd kihámozzák az erősen megvastagodott és nagyon bőven érezett (tehát rendkívül könnyen sérülékeny) synoviát. Műtét közben nem észlelni erősebb vérzést, a műtét befejezésekor, amikor az ízületi tokot záró varratokat már elhelyezték, az ízületi üregbe egy vékony műanyag katéteren át Trasylolt adnak. Bemutatják, hogy ettől kezdve a műtét sebből kiürülő vér azonnal megalvad. A periooperatív időszakban EACA-t is adtak. Gipszelés után a gyermek nagyon jól jár azon a bal térdén, amelyre eddig nem tudott ráállni.

Cryo-AHG és PPSB adásának biztosítása a kongresszuson résztvevő haemophiliások részére.

A kongresszus színhelyén az Immunochemie és a bécsi I. Belgyógyászati Klinika a résztvevő haemophiliások részére transzfúziós szobát rendezett be. A gyár lyophilizált készítményei (cryo-AHG és PPSB) és műanyagyszerelékei álltak nagyban minden nemzetközi igazolvánnyal bíró haemophiliás rendelkezésére. A készítmények beadása rendszerint az előadások szünetében történt és nagyon rövid időt vett igénybe. István Lajos dr.

„Vannak igaz dolgok, melyeket vitatnak, s vannak hamisak, melyeket vitatás nélkül elfogadnak: márpedig sem a vitatás nem a hamisság jele, sem a vitatás hiánya nem az igazságé.”

Pascal



Mikrobiológia és fertőzőbetegségek

A vírusok mint kórokozók. Eggers, H. J. (Institut für Virologie der Medizinischen Fakultät der Universität Giessen): Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1970, 95, 473—477.

Az emberi betegségek leggyakoribb kórokozói a vírusok. A szerző a vírusfertőzéseknek a szervezetre gyakorolt hatását a vírus-sejt kapcsolat jellegzetességei alapján tárgyalja és foglalkozik a vírusfertőzések lefolyását befolyásoló szervezeti tényezőkkel.

A cytocid rendszerek jellegzetességei: A legegyszerűbb vírus-sejtszisztéma egy homogén sejtpopulációból álló vírussal fertőzött sejtenyészet. A cytocid rendszerben a vírusfertőzés után bizonyos idő múlva a sejtek súlyos morfológiai elváltozásai figyelhetők meg.

A sejtkárosító hatás oka és mechanizmusa: A sejtkárosító hatást nem lehet a sejt energiát szintetizáló képességének kimerülésével magyarázni. — Nem minden vírussejtszisztéma figyelhető meg sejthalál. A víruszaporodásnak nem előfeltétele a cytocid hatás. A cytopathogén hatás mechanizmusának tanulmányozása során megállapították, hogy poliovírussal fertőzött sejtenyészetekben a gazdasajt protein és ribonucleinsav szintézise gátolva van. Egy, a fehérjeszintézist gátló vegyülettel, a puromycinnel, a poliovírus cytopathogén hatását ellensúlyozni lehet. Ebből arra lehet következtetni, hogy a poliovírussal fertőzött gazdasajt anyagcseréjének károsítása és a cytopathogén hatás egy vírus indukálta fehérje szintézisének következménye. Ez a fehérje azonos lehet a víruskapsid fehérjével.

A vírus sejt- és szervfajlagossága: Bizonyos vírusok meghatározott szervek iránti fogékonyságát (tropizmusát) csak részben magyarázza meg a vírussal kapcsolódni képes receptoroknak a sejtfelszínre való jelenléte, vagy hiánya.

A szervezet védelmi tényezői: Ismeretes, hogy a vírusfertőzés nem mindig vezet betegséghez. Pl. a poliovírus-fertőzés viszonylag ritkán okoz megbetegedést. Mai feltevések szerint a humorális specifikus antitesteknek nincs olyan döntő szerepük a vírusfertőzések lefolyásának befolyásolásában, amint ezt korábban hitték. Megfigyelték, hogy hypogammaglobulinaemiás egyéneknek a legtöbb vírusfertőzés ugyanúgy folyik le, mint másoknak.

A makrophagok jelentősége: A sárgaláz vírussal szemben resistens

egerekből származó makrophagok in vitro tenyésztete resistens — érzékeny egerekből származóké pedig érzékeny — úgy az érzékeny, mint a resistens egerek egyéb szöveteiből származó tenyészetek viszont egyformán érzékenyek a sárgalázvírus iránt. A sárgalázvírussal szemben érzékeny egereket resistens állatokból származó makrophagokkal resistensekké lehet tenni.

A láz jelentősége: A vírusfertőzések gyakran vezetnek lázas reakcióhoz. Ez jelentős mértékben befolyásolhatja a fertőzések lefolyását. Cocksackie-vírussal fertőzött és szobahőmérsékleten tartott egerek életben maradnak, viszont elhullanak, ha a külső hőmérséklet megváltoztatása révén testhőmérsékletüket 1—2 C°-kal csökkentik. Ha a hidegebb helyiségben tartott fertőzött egereket melegebb környezetbe teszik át s ezzel testhőmérsékletüket 1—2 C°-kal a normális fölé emelik, az állatok életben maradnak. — Összefüggést találtak egyes poliovírus törzsek magasabb hőmérsékleten (40 C°) való szaporodási képessége és neurovirulenciájával kapcsolatban.

Feltételezhető, hogy a vírus-virulencia egyik tényezője a normálisnál magasabb (láz) testhőmérsékleten való szaporodási képesség.

Életkor és morbiditás: Az életkor döntően befolyásolhatja a vírusfertőzések lefolyását. Ismeretes, hogy a polio- és Cocksackie-vírus megbetegítő képessége gyermekekre jóval nagyobb, mint felnőttekre — továbbá, hogy a rubeola vírus a születés után csak enyhe, gyorsan múltó betegséget okoz, az embrióban azonban súlyos elváltozásokat hoz létre és chronikus vírusfertőzés alakul ki.

Toxintermelés baktériumkonverzió után: A diftéria baktériumok toxintermelő képessége bacteriophagokkal való fertőzöttségétől függ. A toxintermelő képesség ugyanis egy meghatározott bacteriophag-genom részletnek a baktériumba való beépülésétől függ. — Streptococcusok skarlat-toxin termelő képességét is hasonló módon magyarázzák.

Vírusfertőzés és daganatképződés: Kétségtelen tény, hogy az állatok számos daganatát vírusok idézik elő. Az emberi daganatok vírusos aetiológiájának kérdése az utóbbi években a kutatások előterébe került.

Különböző vírusokkal állatokban rosszindulatú daganatokat lehet előidézni. Sejtenyészeteiket is lehet vírusokkal daganatosan transformálni. Különböző daganatvírus-csoportról tulajdonképpen nem beszélhetünk, mert bizonyos feltéte-

lek között igen különböző vírusfélések idézhetnek elő daganatot, és ugyanaz a vírus más feltételek között, mint nem daganatvírus viselkedhet.

Desoxyribonucleinsavat tartalmazó daganatvírusokkal transformált sejtek jellegzetességei a következők: 1. vírusmentesek, 2. a sejtmagban egy új, specifikus, ún. neoantigén van, 3. a sejtfelszín is tartalmaz egy másik tumorspecifikus antigént, az ún. transzplantációs antigént, 4. a transformált sejtek elvesztik a normális sejtekre jellegzetes, az osztódás során megnyilvánuló, contact gátlást.

A neoantigének nem azonosak a vialis strukturantigénnel, de specificitásukat az indukáló vírus határozza meg. A vírusgenom, vagy annak egy része, a transformált sejten integrált állapotban jelen van, és a sejtosztódás során a sejtnommal együtt szaporodik.

Daganatvírusokkal és daganatsejtekkel szemben a szervezet immunológiai válaszreakciókat léptet életbe. Újszülött, immunológiailag éretlen állatokban könnyebb daganatokat előidézni, mint felnőttekben.

A vírusok aetiológiai szerepének igazolása a feltételezetten vírusos eredetű daganatok esetében nagy nehézségeket jelent:

1. Tekintve, hogy nem beszélhetünk egy körülhatárolt daganatvírus-csoportról, kérdés, hogy megfelelő körülmények között, nem fejthet-e ki igen sok vírus oncogén hatást.

2. Az oncogén vírusok igen gyakran nem izolálhatók a transformált sejtekből, jelenlétükre csak bizonyos indirect jelek (mint pl. a neoantigének kimutatása) alapján lehet következtetni.

Hadházy György dr.

A szérumb hepatitis átvitele. L. F. Barker és mtsai. (Division of Biological Standards and National Institute of Arthritis and Metabolic Diseases, Bethesda, Md.): J. Amer. Med. Ass., 1970, 211, 1509—1512.

Az 1951—54 években Murray és mtsai önkénteseken kísérleteket végeztek, hogy a szérumb hepatitis átvitelének feltételeit tisztázzák. A kísérletekben alkalmazott hepatitisz gen plasmakeverék megmaradt részét azóta is részben lyophilizálva + 4 C-fokon, részben befagyasztva — 20 C-fokon tárolják. Ugyancsak — 20 C-fokon tárolják a recipiensetől levett savómintákat.

Az átvitel eredményességét eredetileg a klinikai tünetek és a hepatitisz jellemző, akkor használatos laboratóriumi tesztek alapján bírálták el. Az Australia-antigen (Au, a szerzők nomenklaturája szerint hepatitisz-associated antigen) felfedezése lehetővé tette, hogy a vizsgálatokat ennek az antigennek a kimutatásával egészítsék ki. Három módszert alkalmaztak: agar-gel immunprecipitációt, komplementkö-

tést és az elektronmikroszkópiát. A legérzékenyebbnek a komplement-kötést, legkevésbé érzékenynek az immunpraeipitációt találták. Az Au antigent az eredeti kevert plasmában csak komplementkötéssel (1:10 titerig) és elektronmikroszkópiával tudták kimutatni. Tömény plasmát 37 önkéntes kapott, ezek közül 22 betegedett meg hepatitisben. Az Au-antigen 20 megbetegedett és 5 egészségesen maradt recipiens vérében jelent meg. Míg hepatitis előidézi a plasma 10^{-4} -nél nagyobb hígításával nem sikerült, addig az Au-antigen még olyan recipiens vérében is megjelent, akik a 10^{-7} -es plasmahígításból kaptak.

Az egyik megbetegített önkéntesnek az Au-pozitív savmintájával oltott 12 recipiens közül 8 vált Au-pozitívá. Hasonló arányban jelent meg az Au-antigen olyan recipiens vérében, akik egy hepatitisz human thrombin-készítményből, vagy egy feltehetően tartós vírus-hordozó egészséges donor véreből kaptak (a beadott vér is Au-pozitív volt).

Az Au-antigen rendszerint 1—4 héttel a megbetegedés előtt már kimutatható volt a vérben, de a még korábban vett vérek jórészt negatívak voltak.

A szerzők megerősítve látják nemcsak azt a feltevést, hogy az Au-antigen a szérumban hepatitisz kórokozójának vírus-specifikus antigene, hanem azt is, hogy az Au-antigen tulajdonságú, elektronmikroszkópos képen 20μ körüli átmérőjű particulák a fertőző agenssel azonosak. — (Ref.: Az utóbbi feltevést a közölt adatok nem bizonyítják.)

Farkas Elek dr.

Hepatitis-járvány egy tartós haemodialysis egységben. Australia-antigén, és eltérések a megbetegedettek válaszképzésében. W. Th. London és mtsai. (Institute for Cancer Research, Fox Chase, Philadelphia and Department of Nephrology, Jefferson Medical College Hospital): New Engl. J. Med. 1969, 281, 571—578.

Egy tartós haemodialysis egységben egy év alatt mind a 9 ápolott és a 15 tagú személyzet 6 tagja bizonyítottan hepatitisz fertőződött. Az esetek egy részében manifest megbetegedés nem történt, és a fertőzést csak azért tudták kimutatni, mert számítottak rá, hogy hepatitisz felléphet, és ilyen irányú vizsgálatokat rendszeresen végeztek. Az Australia-antigént (Au) megtalálták a 9 ápolott közül 8-nak a vérsavójában; két esetben a fertőzésnek sem klinikai tünete, sem egyéb jele nem volt, csak az Au antigenaemia. A személyzetből csak kettőnek a vérében vizsgálták, ezekben szintén megjelent az Au.

Leírják a járvány lefutását és ismertetik az egyes betegek klinikai, laboratóriumi és egyéb adatait. A személyzet körében észlelt megbetegedések lefolyása határozottan

különbözik a haemodialysises ápolottak megbetegedésének lefolyásától. A személyzet köréből megbetegedettek a heveny vírusos hepatitisz tipikus tüneteit és jeleit mutatták: mindegyiknek volt icterusa, a vérsavó GPT-értéke meghaladta az 1000 egységet és a teljes gyógyulás egy eset kivételével 8 héten belül bekövetkezett. Ezzel szemben az ápolottak közül csak egynek volt icterusa, savó GPT szintjük nem emelkedett 1000 egység fölé, de a GPT-érték emelkedett szinten maradt 8 héten túl is. Az Au az ápolottak nagy részének a vérsavójában hónapokon át fennmaradt, két esetben még hosszú ideig azután, hogy az SGPT a normális szintre tért vissza. A szerzők szerint a hepatitisz felismerése érdekében a haemodialysis-egységekben leghevesebb az ápolott vérében minél gyakrabban meghatározni a GPT-értékét és megkísérlni az Au-antigén kimutatását.

A szerzők nem tartják valószínűnek, hogy az ápolottak és a megbetegedett személyzet körlefordulásában mutatózó különbségek oka a gyógyszerelés volt. Inkább az alapbetegésből eredő immunológiai károsodás valószínű szerepére hívják fel a figyelmet, amit nem eléggé ellensúlyozott az, hogy az ápolottak a hepatitisz megelőzésére ajánlott adagot meghaladó gamma globulin-hatás alatt voltak. Mivel az epidemiológiai adatok kevés kétséget hagynak, hogy a személyzet és az ápolottak körében előfordult megbetegedéseket egyazon vírus okozta, a közölt adatok arra mutatnak, hogy a hepatitisz körlefordulásának minőségében az egyn állapotának nagyobb jelentősége van, mint a vírus különbözőségének.

Végül leírják azokat az intézkedéseket, amelyeket hasonló járványok terjedésének megakadályozása érdekében indokoltak tartanak.

Farkas Elek dr.

Heveny vírus (szérumban) hepatitisz betegekben származó szuszpendált lymphoid-sejt kultúrákban előforduló herpeszvírus particulák elektronmikroszkópos vizsgálata. S. D. Douglas és mtsai. (Section of Hematology and Immunology, Department of Medicine, University of California Medical Center, San Francisco, California and Division of Medical Genetics, Department of Pediatrics, Mount Sinai School of Medicine, New York): J. Virol. 1969, 3, 520—524.

Heveny szérumban hepatitiszben szenvedő, Paul—Bunnell-negatív 7 beteg keringő fehérvérsejtjeiből kísértek meg hosszasan fenntartható (long-term) kultúrákat készíteni. A kísérlet 3 esetben járt sikerrel. A kultúrák mononuclearis sejtek különböző típusaiból álltak. Elektronmikroszkópos vizsgálattal mind a 3 kultúrában herpeszvírusra jellemző alakokat találtak lymphoblastoid sejtek magjában, cytoplasmájában,

lysosoma-szerű organellumaiban és az extracellularis térben. A particulák morfológiailag erősen hasonlítanak az Epstein—Barr-vírus alakjaihoz, melyek hasonló körülmények között mononucleosis infectiosus és lymphoreticularis neoplasmas betegek fehérvérsejtjeinek vagy Burkitt-lymphomából nyert biopsziás anyag tartósan tenyésztett lymphoid sejtjeiben mutathatók ki. A szerzők óva intenek attól, hogy észlelésükből valaki a szérumban hepatitisz kóroktanára vonatkozólag bármilyen következtetést vonjon le.

Farkas Elek dr.

Víruszerű részecskék Australia-antigénre pozitív hepatitisz betegek savójában. D. S. Dane és mtsai. (Bland-Sutton Institute, Middlesex Hospital, London W. 1.): Lancet 1970, 1, 695—698.

16 Australia- (Au) pozitív szérumban hepatitisz beteg vérsavójának anti-Au savóval agglutinálható frakcióját elektronmikroszkóposan vizsgálták. 3 esetben a 22μ átlagos átmérőjű gömbölyű és megnyúlt részecskék között — sokkal kisebb számban — 42μ átmérőjű particulákat is találtak. Ezeknek úgy látszik, hogy burkolt van, melyben hexagonális profilú, valószínűleg icosahedrális szerkezetű capsid helyezkedik el. Felteszik, hogy a nagyobb méretű részecskék felelnek meg a szérumban hepatitisz vírusának, míg a kisebbek a virion külső rétegének (burkának?) főlegesen termelt mennyiségéből előállt, meglehetősen változatos nagyságú és alakú képletek. A szerzők megkísérlik ezt a nézetüket az irodalomban található ellentétesnek látszó adatokkal egyeztetni.

Farkas Elek dr.

Az Australia antigén biofizikai tulajdonságai. J. L. Gerin és mtsai. (National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, stb.): J. Virol., 1969, 4, 763—768.

A fizikai vizsgálómódszerek egész sorát alkalmazva a szerzők meghatározták a komplementkötő Australia (Au) antigén számos tulajdonságát. Az antigén particulákhoz van kötve, melyeknek átlagos átmérője 25μ , sűrűsége (buoyant density CsCl gradiensen) $1,20 \text{ g/cm}^3$, sedimentációs coefficiense 110 S. A komplementkötő antigent nem aktiválta sem az éterkezelés, sem az 1% desoxycholattal vagy 1% Tween 80-nal történt kezelés, sem az éjszakán át 56 C fokon való inkubálás. 1%-os Na dodecylsulfat az antigent inaktiválja és úgy látszik, hogy a particulákat dezintegrálja. Tween 80-kezelés 1,18-ra csökkentette a particulák átlagos sűrűségét, de ugyanakkor megjelent egy olyan particula-populatio is, melynek átlagos sűrűsége $1,39 \text{ g/cm}^3$ volt. Feltehető, hogy az 1,20-as sűrűségű particulák lipidot tartalmaznak, ami megkülönbözteti ezeket a par-

ticulákat egyes jól definiált vírusok hasonló méretű virionjaitól, melyek csak nukleinsavból és fehérjéből állnak. Az 1,39 g/cm³ sűrűségű frakció feltehetőleg lipoidmentes, de olyan kis mennyiségben volt nyerhető, hogy sem particula-jellegről, sem kémiai összetételéről nem sikerült meggyőző adatokat szerezni. Így azt se lehet tudni, hogy valóban fehérjéből és nukleinsavból állnak-e.

A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy az Au antigen tulajdonságaiban (kicsinység, ellenállás fizikai és kémiai ágensekkel szemben, alacsony fajsúly és lipoid jelenléte) az ún. „slow” vírusokra emlékeztet, melyek közül a birkák surlókorjának (scrapie) és a menyét Aleuti betegségének és encephalopathiájának vírusáról vannak adatok.

Farkas Elek dr.

Buruli ulcus. Szerkesztőségi cikk. British Medical Journal. 1970, II, 378.

Újonnan megismert és felismert betegségek számát a Buruli ulcus, amióta kiderítették, hogy kórokozója a mycobacterium ulcerans. A betegség gyermekkorú idős korig előfordulhat. A kórokozó felismerése derített fényt a betegség széles körű elterjedésére is. A primær laesio tömött, fájdalommentes subcutan csomó, amely főleg a végtagok feszítő oldalán jelentkezik, de a hajas fejbőr kivételével bármely testrészen kialakulhat. Terjedhet lassan vagy fulminansan és a csomók átmérője is változatos nagyságú lehet. Ritkán multiplex és ugyancsak ritka a súlyos általános tünetekkel, lymphadenopathiával kísért forma. A csomó kifelé nyúlik, határa alávájt. Histológiai képe nekrosis jellegzetességeit viseli, főleg a subcutan zsírszövetben, a sejtmagvak eltűnése és hetekig eltarthat a histológiai és klinikai gyógyulás. A nekroticus szövetből a saválló mycobact. ulcerans kimutatható. A terjedés módja nem tisztázott, valószínű a folyók és uszodák fertőzött vizének közvetítő szerepe. A therapia elsősorban sebészeti: az ulcus és a környékének eltávolítása. Ezt kiegészítik B 663 (Lamprene) és Rifamycin kezeléssel. Állítólag protectiv hatású a BCG oltás és a tuberculin pozitív egyének közt kevesebb a megbetegedés.

A betegség első leírója 1897-ben Sir Albert Cook volt, aki Ugandában kezelt ilyen betegeket. A mycobacterium ulcerans és a kórkép közötti összefüggésre Mac Callum és mtsai mutattak rá 1948-ban, ausztráliai esetek kapcsán. A betegség elnevezése az Ugandában levő Burulira és környékén előfordult esetekre emlékeztet. Számos esetet észleltek Madiban (Szudán), Nigériában, Mexicóban, Malayában.

A betegség korai felismerése megmenti a beteget a fekélyeket

követő hegeseéstől és a következőképpen kialakuló végtagdeformitásoktól.

Farkas Éva dr.

Élő attenuált mumps vaccina (Jeryl Lynn). (A serológiai tesztválasz optimális idejére vonatkozó vizsgálatok.) Ph. A. Brunell, A. Brickman, S. Steinberg, Amer. J. Dis. Child. 1969, 118, 435—440.

Számos közlemény bizonyítja a Jeryl Lynn mumpsvírus törzsből nyert élő attenuált vaccina használhatóságát és igen jó antigén képességét. Jelen közlemény a vaccina adott serológiai választ vizsgálta. A szerzők az antitest titer a vaccinalás után 4 héttel valamivel alacsonyabbnak találták, mint az irodalmi érték. Ugyanakkor az immunitás után 5 héttel, ill. 8 hónappal már magasabb antitest titer és effektívebb immunitást figyeltek meg.

Jelen közlemény 2 különálló vizsgálati szakaszról számol be; az egyiket 1966-ban hicksville-i Long Islandban (HLI), a másikat Staten Islandban (SI) 1967-ben végezték. A második periódus alatt mumpsjárvány fordult elő. 1—8 éves gyermekeket immunizáltak mumpsvaccinával, akiknél az immunizáció kontraindikációja nem állott fenn és mumpsuk még nem volt. 0,5 ml vaccinat adtak subcután, amely szövetkultúrán 17-szer passált Jeryl Lynn vírust tartalmazott. Az immunizáció előtt, valamint utána, a negyedik vagy ötödik héten végeztek mumps-neutralizációs antitestkimutatást Buy és Hilleman módosított módszerével csirkeembrió fibroblast-kultúrán. A vaccinalát immunstatusa: azon gyermekeket, akiknek a seruma az immunizálás idején 1:2, vagy 1:4 hígításban mumps-antitesteket tartalmazott, immunisnak, azokat pedig, akikben nem találtak antitesteket, fogékonynak tekintették. Az immunizáció előtt fogékonynak minősített gyermekek száma a korrallal csökkent. Míg az 1—2 évesek több mint 90%-a fogékony volt, addig a 8. év feletieknek csak 27%-a bizonyult annak. Az első kísérleti időben 1709 vaccinaltból 58,2% volt fogékony az immunizáció idején. Meglepően magasnak találták az antitesttel rendelkező immunisok részarányát is, emiatt a második immunizációs kezelési szériánál a szülőktől előzőleg anamnesist vettek fel. 19 gyermeknél volt pozitív a mumpsossal való környezeti kontaktus (családtagok), ebből 3-nál figyeltek meg 1, vagy 2 oldali parotidduzzanatot, az expozíciót követően. A klinikai reakciókat összehasonlítva, megállapították, hogy a hőmérséklet-emelkedés, a felsőlégtúti, valamint gastrointestinalis tünetek, nyaki lymphadenopathia, fül-fájás, pír vagy lokális reakció az immunizáltak mindkét csoportjánál hasonló mértékű volt. Az immunizált HLI gyermekeken parotidduzzanatot nem fordult elő, az im-

munizációt követő 28 napon belül. Az SI csoportban — ezen vizsgálatokat mumpsjárvány ideje alatt végezték — 8 gyermekeknél fejlődött ki parotitis. Az említett 8 gyermekkel szemben 14 SI vaccinaltnál — ahol mumps expozíció kizárható volt — parotidduzzanatot nem fejlődött ki.

Serológiai válasz: A postimmunizációs adatok 291 fogékony vaccinaltból származnak, 88,7%-ban a postimmunizációs neutralizációs antitest-titer 1:2 vagy nagyobb volt. HLI vaccinaltakon az átlag 1:5,8, míg az SI vaccinaltakon 1:5, a 8. hónapban pedig 1:5 és 1:5,2. Az immunizáció után a gyermekek 13,4%-ában nem tudtak ellenanyagot kimutatni az immunizációt követő 2. héten, ugyanakkor az 5. héten csupán 8,3%-ban volt alacsony a titer. Úgy tűnik, hogy az immunizációt követő 4. héten történő vizsgálat túl korai a maximális antitest-titer válasz kimutatására, mivel a későbbi időpontban vizsgáltakban magasabb értéket találtak. A postimmunizációs 5. héten a védettség 9,3% volt. Gyorsabb szérumszint csökkenés fordulhat elő természetesen mumps átvészélése után, mint mumps-vaccinációt követően. Irodalmi adatok szerint a vaccinaltak 2—4%-ában fejlődött ki parotitis.

László Aranka dr.

Rubeola vaccinatiós vizsgálatok felnőttekben és gyermekekben. J. A. Dudgeon, W. C. Marshall, C. S. Peckham. Am. J. Dis. of Child. 1969, 118, 237—242.

1966-ban Parkman és Meyer afrikai majomvese-kultúrán passált attenuált rubeola vaccinat használtak, s fogékony gyermekeknél klinikai vizsgálatokkal igazolták a vaccina-törzs immunogén hatását és az általa kiváltott klinikai reakciók igen csekély voltát. A vírus excretio ellenére fogékony kontaktokban transmittált infekcióit nem észleltek. A szerzők vizsgálatukat zárt gyermekközösségekben végezték, számítva a naso-pharyngealis vírus excretio terhes nőkre való potenciális veszélyével. Irodalmi adatok szerint egyre inkább ismert a rubeola-vaccina révén kiváltott immunitás tartama. A szerzők összehasonlító vizsgálatokat végeztek 3 attenuált liophilizált rubeola-vaccinával (Cendehill, HPV/77:DE₅, kacsambró vaccina, RA 27/3 vaccina), először felnőtteken, majd fogékony 11—18 évesekben, s a kórtörténeti, valamint laboratóriumi eredményekről számoltak be. A vaccinatio előtt levett vérből meghatározták a rubeola immunitást. A kimutatható antitesttel nem rendelkezőket randomizálva két csoportra osztották, úgy mint sero-negatív vaccinaltakra és nem vaccinalt kontrollokra. Orrváladékból és torokmosó folyadékból ellenőrizték a vírus excretiót, továbbá a 0., 7—29. és 42. napon a rubeola antitest-titert a haemagglutin gát-

lőtestet (HI) és complement fixa-
tiót (CF) vizsgálták. A klinikai tü-
netek enyhék voltak (enyhe láz,
felsőlégúti tünetek, cervicalis és
occipitalis lymphadenomegalia), a
vaccinatio után 7–14 nappal for-
dultak elő, elsősorban felnőtteken,
gyermeken extrém ritkán. Ru-
beoliform eruptiót 2 felnőttön lát-
tak, a postvaccinációs 13., ill. 14.
napon. Arthralgia relative magas
előfordulását észlelték, HPV 77:DE₅
vaccina adása esetén, ugyanakkor
Cendehill vaccinatio kapcsán ez
nem fordult elő. *Antitest válasz*: a
seroconversio előfordulása magas
volt, de mindhárom alkalmazott
vaccina esetén néhány esetben
hiányzott az antitest. Csupán cse-
kély különbség volt a Cendehill és
HPV 77:DE₅ vaccina által kiváltott
antitest titerben. A postvaccinációs
HI antitestszint megközelítőleg
nyolcszor alacsonyabb volt, mint
ahogy azt természetes infectio után
találták. *Vírus excretio*: a vírus ti-
ter megközelítőleg 10^{6.5}/0,1 ml,
mely már a transmissibilitás fakto-
ra lehet. Cendehill- és kacsaemb-
ryo-vaccinát kaptak kb. 40–50%-
ában találtak vírusexcretiót, a
postvaccinációs 9–25. nap között,
ugyanakkor az excretált vírusok
száma diploid vaccina esetén cse-
kélyebb volt. Quantitativ vizsgálata-
k mutatták, hogy az excretált ví-
rus mennyisége jelentősen alacso-
nyabb volt, mint a természetes
infekciónál. Feltehetően ez magya-
rázza, hogy a vaccináktól fogé-
kony kontaktokra való infekció-át-
vitelt nem észleltek, bár egy kon-
takt egyénnél HI- és CF-antitestet
tudtak kimutatni.

László Aranka dr.

Szív és keringési betegségek

**A mandulák szerepe streptococ-
cus fertőzésekre való hajlamban és
a reumás láz recidíváiban.** A. R.
Feinstein, M. Levitt (West Haven
Administration Hospital és a Yale
Egyetem Belgyógyászata és Fertőző
osztálya): *New England J. M.* 1970,
282, 285–291.

Az utóbbi 50 évben hosszas és
gyakran éles vita folyt a tonsillák
szerepéről streptococcus és egyéb
eredetű légúti fertőzésekben. Míg a
XX. század első évtizedeiben szinte
rutinszerűen távolították el az
„érintett” mandulákat, addig az
utóbbi években jóval ritkábban
folyamodnak ehhez. Egyesek ma is
jótékonyan tartják a tonsillectomi-
miát mások kifejezetten ártalmas-
nak mondják. E kontraversio fel-
derítésére számos kutató kísérlet
történt. Azonban az értékelést kü-
lönöző methodikai problémák ne-
hezítették: pl. a legtöbb vizsgálat
retrospectiv vagy statisztikai érte-
kelhetőség szempontjából túl kis-
számú volt, másrészt meg a ton-
sillectomiák klinikai indiciói
alapján történtek és ezért az esete-
ket nem lehetett a nem operált

kontroll-esetekkel összehasonlítani.
A streptococcus fertőzéseket viszont
többnyire csak a torokváladék
alapján bizonyították, a modern se-
rologiai lehetőségek nélkül.

Szerzőknek a febris rheumatica-
ban alkalmazott antistreptococcus
prophylaxis bevezetése adott alkal-
mat a kérdés prospektiv tanulmá-
nyozására; az előírt gyógyszert
ugyanis egyesek szorgalmasan és
előírászerűen szedték, mások ha-
nyagul, vagy egyáltalán nem. Hét
év alatt 532 beteget kísértek fi-
gyelemmel — 17 éves korig. Az el-
lenőrző vizsgálatok havonta vagy
kéthavonta történtek. A torokvá-
ladék-vizsgálatok mellett rendszer-
esen néztek AST-t. Rheumás reci-
diva klinikai gyanúja vagy poziti-
v torokváladék, ill. emelkedő
AST-titer esetén antihyaluronidase
és antistreptokinase — komoly reci-
diva gyanúja esetén még egyéb
streptococcus „A” ellenanyag vizs-
gálatokat (antidesoxiribonuclease
B és antidiophosphopyridin nucle-
otidase) is végeztek. Ily módon a hét
év alatt 18 streptococcus „A” fertő-
zést sikerült kimutatni *egyedül* a
torokváladék alapján antitest-titer
emelkedés nélkül; 269 fertőzést az
antitest-titer emelkedés bizonyított
— pozitív v. negatív torokváladék
mellett. A laboratórium tünetek
mellett klinikai tüneteket is észlel-
tek (láz, torokgyulladás, felsőlégúti
hurut különböző formái). Az adato-
kat lyukkártyarendszerben kézi-
computer segítségével dolgozták fel.

Tapasztalatuk szerint az első íz-
ben észlelt reumás betegek között
*significánsan magasabb a nagy
mandulájuk* száma a súlyos car-
ditises esetek között — s ezeknek
lényegesen nagyobb esélyük volt a
billentyű megbetegedés kialakulá-
sára is — mint a kis mandulájuk-
nak. Ezek az összefüggések arra en-
gednek következtetni, hogy a nagy
mandulának szerepe van a súlyos
lefolrásban.

Különválasztották azt a 419 bete-
get, akiknek a szerzők intézetében
észlelt reumás megbetegedése az
első attack volt — attól a 113 be-
tegtől, akiknek első észlelése alkalmá-
val már *recidiva* volt. Amint az
várható volt, az *utóbbi* csoportban
jóval nagyobb volt a súlyos szív-
elváltozások aránya, azonban mind-
két csoportban lényegesen több a
nagy mandulával rendelkezők szá-
ma. A legmagasabb arány azok kö-
zül került ki, akiknek *nagy man-
dulájuk* és emellett *rheumás reci-
divái* voltak.

Ezen *retrospectiv* adatokat a
prospectiv megerősítik. Az első
felvétel után összesen 1477 „beteg
év” alatt a nagyobb mandulások
streptococcus fertőzései és reumás
recidívái *significánsan* gyakoribbak
voltak. Ami a megfelelő, ill. nem
kielégítő gyógyszeres prophylaxis-
ban részesültek két csoportját illeti,
nem volt értékelhető különbség
sem a betegség recidívája, sem a
streptococcus fertőzések számában
a kisebb, ill. nagyobb mandulások
csoportjaiban, amennyiben a pro-

phylaxis *megfelelő* volt. Kellő *pro-
phylaxis hiányában* azonban mind
a recidívák, mind a fertőzések szá-
ma és aránya *significáns* különbsé-
get mutatott a nagyobb tonsillá-
val bírók irányában.

Ez a tapasztalat helyt ad a régi
— antistreptococcus szerek előtti
aerában kialakult — véleménynek,
amely szerint a nagy mandula elő-
segíti a streptococcus infectiót, de
megerősíti azt a modern gyakorla-
tot is, hogy az *antibiotikumokkal
kellőképpen* kezelt mandulák eltá-
volítása legtöbbször felesleges. Ez
utóbbi felfogást megerősíti a kellő
prophylaxisban részesültek hosz-
szas megfigyelése. Ennek szellemé-
ben történt az életkor és a cardiá-
lis állapot szerinti osztályozás azok-
nál a betegeknél, akik *nem része-
sültek rendszeres* gyógyszeres pro-
phylaxisban. Kitént, hogy a külön-
böző korcsoportokban mind a rheu-
más recidívák és streptococcus
fertőzések, mind a kialakult eny-
hébb — súlyosabb szív-elváltozások
száma lényegesen magasabb volt a
nagyobb mandulák eseteiben. Meg-
jegyzendő azonban, hogy a strepto-
coccus fertőzésekkel szembeni fog-
ékonyság csökkent az életkor
emelkedésével, de emelkedett a
szív-elváltozás súlyosságával párhuz-
amosan, *függetlenül a mandulák
apró vagy nagyobb állapotától*.

Régi igazsága a tonsillectomia el-
lenzőinek, hogy a műtéttel meg-
fosztjuk a beteget „symptomatogen
őrszemétől” —, a mandulák ugyan-
is intenzívebben reagálnak a strep-
tococcus fertőzésre, s klinikailag
több tünet fejlődik ki, mintha már
nincsenek meg a tonsillák. Ennek
következtében a tonsillectomizált
beteg streptococcus fertőzés esetén
ritkábban fordul orvoshoz, és így
ritkábban részesül antibiotikus vé-
delemben.

Szerzők vizsgálatai azt mutatták,
hogy a különböző nagyságú man-
dulák esetén — akár részesültek a
betegek gyógyszeres prophylaxis-
ban, akár nem — kb. egyforma
arányban —, mintegy 40% körül —
okozott a fertőzés tipikus tünetet
(láz, torokgyulladás), 12%-ban je-
lentéktelen, enyhe tünetekkel és
21%-ban teljesen tünetmentesen
zajlott le az infectio.

A vizsgálatok alapján az a kö-
vetkeztetés vonható le, hogy az an-
tibakterialis prophylaxisban része-
sülő reumás betegek mandulájá-
nak nagysága nem befolyásolja a
recidívák és streptococcus fertőzé-
sek számát — ha azonban a pro-
phylaxis hiányzik, vagy nem ki-
elégítő — a nagy mandulák növe-
lik a szövődmények iránti fogé-
konyságot. Mivel az esetek között
tonsillectomizált nem szerepel, a
szerzők a *tonsillectomia* szük-
ségességében nem foglalnak állást.
Csupán annak a *nem definitív*
véleményüknek adnak helyet,
hogy megfigyeléseik szerint csak
azoknak a betegeknél indokolt a
tonsillectomiája, *akiknek nagy a
mandulájuk, súlyos szív-elváltozá-
suk van* és akiknek antistreptococ-

cus prophylaxisuk nem biztosított. Kiemelik továbbá, hogy rheumás betegek nyert tapasztalataik nem alkalmasak egyéb streptococcus fertőzésekben, ill. nem rheumás betegek tonsillitomiája indikációjának megfontolására.

[Ref.: Az egyedülállóan eredeti felfogással kapcsolatban megjegygezhető, hogy túlságosan egyszerű a szemlélettel, egyetlen tényező vizsgálatával a kérdést nehéz eldönteni (pl. melléki vizsgálatok sem történtek).] Vadász György dr.

A szívinfarctus legkorábbi EKG jelei. Short, D. (Royal Infirmary, Aberdeen): Brit. Heart J. 1970, 32, 6—15.

150 enyhe klinikai tünetekkel kezdődő szívinfarctus első EKG felvételeit elemzi. Csak 29%-ban fordult elő klasszikus infarctus-EKG (18%-ban fél mm-nél nagyobb ST elevatio, 11%-ban kóros Q csipke). 38%-ban koszorúérelgtelenségben észlelhető ST-T depressio mutatkozott. 10 esetben (6,5%) bal kamra hypertrophia EKG-t talált. Szerző nagy súlyt helyez rá és részletesen elemzi a kis EKG eltéréseket (16%). Végül 11,5%-ban az EKG normális, vagy annak határ-területébe illeszthető bele. Hangsúlyozza, hogy enyhe klinikai tünetek esetén fennáll a veszély, hogy az első EKG alapján az infarctus körismézését elvetik.

(Ref.: A szerző adataiból kitűnik, hogy a korai EKG jelei olykor csekély diagnosztikus értékűek szívinfarctusban. A nem specifikus ST-T depressio és az ún. EKG eltérések minuciózus értékelésénél fontosabb azonban a klinikai tünetek jelentősége. Kétséges esetekben, amíg az infarctus lehetőségét nem zárjuk ki, az EKG-val nem bizonyított 71%-ban is az akut szívinfarctus gyógyításához szükséges teljes agynyugalmat kell biztosítani.)

Kenedi István dr.

Szabályos EKG súlyos coronaria betegségben. Martinez-Rios M. A. és mtsai (St. Joseph's Hospital, Syracuse, New York): American Journal of Cardiology 1970, 25, 320—324.

Átnézték 480 beteg coronarogramját és nyugalmi EKG-ját. 21 esetben szabályos görbét találtak, bár a coronarogramm teljes vagy csaknem teljes elzáródást mutatott a 3 fő coronaria-ág egyikében legalább. Számottevő collateralis keringés a 21 közül 19 betegben rajzolódott ki. A jobb coronariából a bal coronaria felé irányuló összeköttetést észlelték 19 közül 12 esetben. Feltételezik, hogy a bal ág alkalmas hatékony collateralis hálózat kialakítására azon a területen, melyet általában a jobb ág lát el.

Minden betegnek voltak anginás fájdalmai, 6 korábban szívinfarctuson esett át.

Az ischaemia nyugalmi EKG jeleinek hiánya arra utal, hogy a collateralis keringés az anyagcsere minimális követelményeit ki képes elégteleníteni.

E vizsgálat sorozat megerősíti korábbi megfigyelésüket, ugyanis minden ischaemiás szívbetegben, ahol kimutatható collateralis keringés nem volt, kóros nyugalmi EKG-t találtak. Bajkay Gábor dr.

A fel nem ismert szívinfarctus. 14 éves megfigyelés értékelése. Kannel, W. B. és mtsai (Heart Dis. Epid. Study, Framingham): Geriatrics 1970, 25, 75—87.

Nagyszámú (5127 fő) coronaria betegség mentes népességmintát vizsgáltak rendszeresen két évenként. A célkitűzés minden tünetet okozó, vagy fájdalommentes, kórházban, vagy ambulánsan kezelt és a fatális végű szívinfarctus kimutatása volt. A kórismet egyértelmű infarctus EKG, vagy a szívizomnecrosis átmeneti laboratóriumi jelei biztosították. Pathológiás Q, vagy az előző EKG-hoz képest kifejezett R redukció keletkezett olyan esetekben is, amikor sem a beteg, sem orvosa nem gondolt szívbetegségre. A fel nem ismert infarctusok felében azonban olyan betegség zajlott le, ami retrospektíve infarctusnak felelt meg, de epe-kórohamnak, gyomorfekélynek, rekeszsérvnek tartották.

A 14 éves észlelési idő alatt 334 szívattack lépett fel, amelyből 131 a hirtelen halál, vagy az infarctus fel nem ismerése miatt nem került kórházba. A 37 sectióra került szívinfarctus egyharmadát élőben nem körismézték.

A fel nem ismert szívinfarctusok közt értékelhetően nem gyakoribb a cukorbeteg, vagy a hypertoniás, mint a klinikailag típusos infarctusok között.

A tüneteizgény, vagy néma infarctus nem jóindulatú, későbbi sorsa azonos a klasszikus tünetekkel kezdődő szívinfarctuséval: öt éven belül egyformán az esetek harmadában infarctusrecidiva keletkezett, amely kb. 50%-os mortalitással járt. Kenedi István dr.

A bradycardiás ritmuszavarok kezelése myocardium infarctusban. Reichmuth, J. (Medizinische Klinik des Kantonspitals Luzern): Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1970, 100, 182—184.

A bradycardiás ritmuszavarok (sinus- és nodalis bradycardia, változó fokú a-v block) 3 módon veszélyeztetik az infarctusos beteget: 1. hirtelen vasovagalis syncopét okozhatnak (főleg sinus és nodalis bradycardia esetében); 2. decom-

pensatiót eredményezhetnek (első sorban az átvezetés különböző fokú zavarában); 3. a kamrai myocardium fibrillációs küszöbe csökken az elektromos stabilitás csökkenésével, ami különféle kamrai arhythmiai kialakulását okozhatja. A bradycardiás ritmuszavart részben a sinus coronarius vagus receptorainak ingerlése, részben az a-v csomó ischaemiás alapon kialakuló funkciójavara eredményezi. Ennek megfelelően a ritmuszavarok többsége átmeneti jellegű, többnyire az infarctus első óráiban jelentkeznek és hirtelen megszűnnek. Az ischaemiás zavarok azonban később is kialakulhatnak és hosszabb ideig észlelhetők. A bradycardiás ritmuszavarok túlnyomórészt a jobb coronaria elzáródásakor (hátsófal infarctus) keletkeznek.

A szerző ezt követően részletezi az alkalmazható kezelést: sinus- és nodalis bradycardiában atropin 4—6 óránként i. m., súlyos esetben iv., esetleg infúzióban. 2. és 3. fokú a-v blockban orciprenalin vagy isoproterenol kezelésre van szükség. A gyógyszeres kezelés effektusát véleménye szerint a pace-maker terapia felülmúlja.

A szerző 104 transmuralis infarctusos beteget közül 48 esetben észlelt hátsófal elhalást. 31 betegben észlelt különféle bradyarrhythmia (30%). Az arrhythmia az esetek 51%-ában az infarctus keletkezését követően 6 órán belül jelentkezett. Leggyakrabban 2. és 3. fokú a-v blockot látott (13 eset), ezenkívül a következő ritmuszavarokat észlelte: 1. fokú a-v block (11 eset), ezek közül 3 az első napon totalis a-v blockká alakult; sinus bradycardia (60/min. frequentia alatt, 6 eset); nodalis bradycardia (1 eset).

A bradyarrhythmias betegek infarctusának localisatiója: 20 hátsófal (64%), 9 mellsófal (29%), 2 mellsó- és hátsófal (7%). 21 beteg volt felvételtől közepesúlyos vagy súlyos szívelgtelenség állapotában.

104 közül 10 esetben észlelt életveszélyes kamrai tachycardiát, illetve fibrillatiót. Közülük 6-ban a veszélyes kamrai jelenségek előtt bradyarrhythmia mutatkozott.

Összehasonlítja a konzervatív és pace-makerrel kezelt beteganyagát: 13 gyógyszerrel kezelt beteg közül 8 (61%), míg a 11 pace-makerrel stimuláltból csak 2 (18%) halt meg. Ez a pace-maker kezelés létjogosultságát és fölényét igazolja. Négy bradyarrhythmias beteget 2—3 héttel az infarctus keletkezése után hirtelen halt meg, a broncolás során reinfarctatiót, tüdőemboliát nem találtak, így secundaer szívhalál tételezhető fel kamrafibrillatio vagy asystolia miatt. Adatai alapján a szerző felteszi a kérdést, nem lenne-e célszerű a bradyarrhythmias eseteket 2—3 héten át monitorral figyelni? Pálóssy Béla dr.

Szokatlan formájú angina pectoris. Whitting, R. B. és mtsai. (Medical Clinics, Peter Bent Brigham Hospital; Cardiovascular Research Laboratories, Department of Nutrition, Harvard School of Public Health and the Cardiovascular Department, Pennsylvania Hospital, Philadelphia): The New England Journal of Medicine 1970, 282, 709—713.

52 éves nőbetegüket ismertetik: a kórelőzményben néhány hónapja kialakult, főleg az éjjeli órákban a bal karban jelentkező kellemetlenség szerepel, mely egyre gyakrabban jelentkezett és az utóbbi időben gyakran rövid eszméletvesztéssel társult. Nitroglycerin a kellemetlenséget azonnal megszüntette. A beteget folyamatosan figyelték monitoron: a rosszullet alatt a 2—3, aVF elvezetésekben az ST szakasz elevatioja alakult ki egyre jelentősebb fokú a-v blokkal, mely végül is syncopehoz vezetett. Néhány esetben spontán szűnő kamrai fibrillatiót is láttak. A nyugalmi időszakban végzett terheléses EKG nem mutatott kóros eltérést. Az elvégzett haemodynamikai, coronariographiás vizsgálatok lényegében negatív eredménnyel zárultak.

Az elváltozást 1930 óta ismerjük, *Prinzmetal* írta le. A jellegzetes anginás fájdalom terheléstől, psychotikus behatástól függetlenül általában a nap azonos szakában (többnyire az éjjeli órákban) jelentkezik, a fájdalom nitroglycerinre azonnal szűnik. Az ekkor regisztrált EKG-on kifejezett ST elevatio észlelhető, az esetek 50%-ában az elváltozás tetőfokán kamrai extraszisztolék jelentkeznek. Előfordulhat syncopét okozó, esetleg halálos kamrai tachycardia is. A jelentős fokú szívblock a variáns ritka szövődménye. Az irodalom által ismert 48 esetből mindössze 5-ben fordult elő. Érdekes, hogy ezekben az esetekben az ST szakasz elevatioja a hátsó falat reprezentáló elvezetésekben észlelhető, tehát a jobb coronaria-ág sérüléséről van szó.

Pálossy Béla dr.

A hepatojugularis reflux, mint a jobb kamrai szívelégtelenség egyik tünete. Follath, F., Burkart, F. (Kardiologische Abteilung der Medizinische Universitätsklinik, Basel): Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1970, 100, 165—167.

A has térfogatának mechanikus csökkentésére a nyaki vénákban a nyomás emelkedik, ez az úgynevezett „hepatojugularis reflux”, amit gyakran jobbszív elégtelenség jeleként interpretálnak. A vizsgálatot sokan megbízhatatlannak tartják, mert gyakran pozitív a kamra elégtelenségének hiányában és a reprodukálhatóság is bizonytalan, mert a májtájéki megnyomása nem mindig egyformán érvényesül kezünk erejének hatására; meteorismus is befolyásolhatja az eredményt.

A kérdés tisztázása végett 20 esetben direkt mérték a próba során a nyomást a jobb pitvarban és jobb kamrában és ezek értékét a nyaki vénás nyomás látható változásával hasonlították össze. Hepatojugularis refluxként csak azokat az eseteket értékelték, ahol a hasi kompressio során a nyaki vénás nyomás fokozódott és a növekedés belégzés alatt is fennmaradt. A nyaki vénás nyomást két vizsgálo eredményei alapján értékelték. A két vizsgálo egymástól függetlenül valamennyi esetben azonos véleményt adott a hepatojugularis reflux létéről, illetve hiányáról. Klinikailag értékelhető reflux valamennyi esetében a has megnyomására a jobb pitvari nyomás egyértelműen emelkedett (tehát a klinikai megítélés helyes volt). A klinikailag nem észlelhető reflux esetében a vena jugularis nyomását tükröző jobb pitvari nyomás nem változott vagy éppen csökkent a kísérelt során. A jobb szívfél elégtelenség jeleként értékelhető jobb kamrai végdiastolés nyomás a pozitív eredménnyel járó esetekben kifejezetten emelkedett volt, míg a reflux mentes betegekben nem. A szerzők véleménye szerint a próba alkalmas a jobb szívfél elégtelenségének körismézésére. 20 vizsgálatból sem álpozitív, sem álnegatív eredményt nem észleltek és ezekben a próbát hasonló eredménnyel bármikor reprodukálni tudták.

Pálossy Béla dr.

A pitvar-lebegés kezelése DC shockkal. G. Frithz, H. Aberg (Department of Medicine, University Hospital, Uppsala): Acta medica Scandinavica 1970, 187, 271—274.

29 pitvar-flutter esetében végeztek cardioversiót DC-shockkal. A beavatkozás a sinus ingerképzést valamennyi esetben helyreállította. 23 alkalommal alacsony (80—100 Watt-sec.) energia alkalmazása már biztosította a sikert. A betegek sorát $\frac{1}{2}$ —5 éven át figyelték. Minél rövidebb ideig állott fenn a lebegés, annál tartósabb volt a hatás. A recidivák száma független volt a kórismétől, a szív nagyságától. Vizsgálataik szerint a 29 betegből 1 héttel a cardioversio után 25, 3 hónap után 20, 6 hónap után 19, 1 év után 17, 2 év elteltével 10 esetben maradt fenn a sinus ingerképzés.

A DC shockot követően 1 esetben keletkezett leküzdhető asystolia, 6 esetben az ütés után nodalis ingerképzést észleltek (3 esetben spontán a sinus csomó vette át a szív vezérlését). Ez utóbbi betegek közül 1 esetben tüdőoedema fejlődött ki. 1 esetben a regularisatio után 3 órával myocardialis infarctus (melynek lefolyását további ritmuszavarok compliciták), 1 betegben pedig a vérnyomás esett jelentősen (48 óra múlva ez anuriát eredményezett, majd a beteg állapot hirtelen javulni kezdett, a

flutter egyidejű visszatérésével). A 6 betegből 4 a conversio előtt (és alatt! is) digitalis és/vagy chinidin kezelésben részesült.

Az aránylag jó késői eredmények mellett e kezelési lehetőség megnöveli a szövődmények számát is. 29 esetükből 8-ban észleltek említésre méltó complicatiót. Ez egyben azt is igazolja, hogy a pitvarlebegés lényeges cardiopathia velejárája, melyben a sinus csomó is igen sérülékeny (ezt mutatja a sok esetben észlelt nodalis rhythmus kialakulása az áramutést követően).

(Ref.: Az elektromos cardioversio előtt egyebek közt a nodalis rhythmus kialakulásának veszélye miatt a digitalis és chinidin kezelés néhány napos szüneteltetése kívánatos.)

Pálossy Béla dr.

Pace-maker beültetéssel szerzett tapasztalatok. Hager, W., Wink, K. (Kardiologische Abteilung der Medizinischen Klinik und Poliklinik des Klinikums Essen der Ruhruniversität): Zeitschrift für Kreislaufforschung 1970, 59, 289—304.

A szerzők 6 és fél év során szerzett tapasztalataikat részletezik. Összesen 208 betegbe ültettek be ez idő alatt intézetükben pace-makert. (105 férfi, 103 nő, 14 és 87 év között). 162 esetben Adams—Stokes típusú rohamok, 26 esetben ismétlődő szédüléses rosszulletek, 20 betegben cerebraлис tünetek nélkül cardialis insufficienciát okozó bradycardia tette szükségessé az eljárást. 126 esetben állandó, 46 esetben intermittáló totális a-v blockot észleltek, 18 esetben partialis a-v block, 13 betegben állandó vagy intermittáló sinoauricularis block képezte a klinikai tünetek alapját. Érdekes, hogy a 125 permanens a-v blockos közül 96 (76,8%), a 18 partialis a-v blockos közül 12 (66,6%) betegben jelentkezett Adams—Stokes típusú roham. A rhythmuszavar okai: cardiosclerosis (192 eset), gyulladás (4 eset), ismeretlen (12 eset).

31 esetben thoracotomia útján helyezték be a pace-maker elektrodát a bal kamra myocardiumába. 177 esetben vénán át a jobb kamrába rögzítették az elektrodát. 180 esetben fix frequentitájú, 9 esetben pitvari vezérlésű, 19 esetben demand-typusú készüléket alkalmaztak. Elektroda törés transthoracalis-myocardialis behatolás esetében 4, transvenás bejuttatás esetében 11 alkalommal keletkezett. 36 betegben dislocalódott az intracardialis elektroda (az esetek többségében az első 8 napon belül). A készülék 3 esetben, a vénás elektroda 6 esetben bórperforatiót okozott. 5 esetben kamraperforatiót észleltek. Említésre méltó biológiai szövődmények: 2 halálosan lezajló septicaemia, 5 leküzdhető sebferőtözés, 2 halálos kimenetelű tüdő-

embolia, 3 thrombosis, 2 bélvérzés, 1 encephalomalacia, 4 súlyos bronchopulmonalis fertőzés.

208 betegük közül 59 halt meg (28%-os mortalitás), 23 az implantációt követő első hónapon belül, 15 az első éven belül, 18 a 2., 3 a 3. éven belül. 1 év után a betegek 78%-a, 2, 3 és 4 év után 59–54, illetve 44%-a él. A leggyakoribb halálok a pace-maker beültetést szükségessé tevő cardialis alapbetegség (20 eset). 2 esetben a halált biztosan az intracardialis elektróda kontaktus-hiánya okozta, 11 esetben megmagyarázatlan hirtelen halált észleltek. A további halálokok: súlyos stenotizáló coronari sclerosis (3 eset), bronchopulmonalis betegség (7 eset), tüdőembolia (3), encephalomalacia (3), intestinalis vérzés (2), enteritis (2), lymphosarcoma (1), máj, illetve gyomor carcinoma (1–1 eset), sepsis (2 eset).

Eredményeik alapján a transvenosus-intracardialis tartós stimulálást megfelelően kiválasztott beteganyagban jó hatású kezelésként értékelik. A mellkas-sebészeti beavatkozás veszélyei ebben az esetben kiküszöbölhetők és a beavatkozás véleményük szerint a beteget egyáltalán nem terheli meg, így idős, rossz általános állapotban levő betegeken is elvégezhető. Állandósult ritmuszavar a fix ritmusú, intermittáló block pedig a demand típusú pace-maker alkalmazását teszi szükségessé.

Pálossy Béla dr.

Heveny szívizomelhalás szövődésményeként jelentkező, nyelés közben létrejött intermittáló teljes szívblock. Ragaza, E. P. és mtsai. (Department of Internal Medicine, Hospital of St. Raphael, New Haven): American Heart Journal 1970, 79, 396–400.

A szerzők 73 éves férfibetegüket ismertetik. A beteget jellegzetes retrosternalis fájdalommal vették fel coronaria egységükbe és itt típusos hátsófalú infarctust észleltek az EKG-on. A folyamatos monitorozás során a 4. napon elsőfokú szívblockot követően 2:1-s a-v block alakult ki, mely iv. Isuprel és corticosteroidok hatására megszűnt. A következő nap reggelén a beteg éltékezős a block újból jelentkezett és ekkor már megfigyelték, hogy a vezetési zavar csak átmenetileg látható, mindig a nyeléssel kapcsolatban. Az összefüggést felismerve a folyamatos Isuprel adagolást megszüntették és atropin kezelést kezdtek. A hatás kifejlődése után vezetési zavar nem jelentkezett. A további kórlefolyás zavartalan volt, a beteg gyógyultan távozott. 1 évvel később is panaszmentes.

A szerzők feltevése szerint a vezetési zavar elsősorban a nyeléssel kapcsolatos fokozott vagus hatás következménye, bár a hátsófalú infarctus okozta (többek által igazolt)

a-v csomó ischaemia is figyelembe veendő a pathomechanizmusban. Véleményük szerint a hátsófalú infarctus az a-v csomóban olyan elváltozást eredményez, mely után e rész különösen érzékenyvé válik a vaguson át jövő impulzusokra, vagy maga a hátsófalú infarctus az, amely valamilyen úton vagushatást fejt ki. A szerzők felhívják a figyelmet, hogy esetükben (az első észleléstől elteltéig) nyelés alkalmával mindig Mobitz II. típusú teljes block alakult ki, bár a hátsófalú infarctus megszokott vezetési zavara a fokozatos PQ megnyúlás után kialakuló komplett block szokott lenni.

[Ref.: A szerzők hangsúlyozzák az atropin jelentőségét a vezetési zavarok kezelésében. Az újabb szerek (elsősorban az Isuprel) birtokában is lényeges az ehhez hasonló, de a tartósabb vezetési zavarral járó esetekben is az atropin alkalmazása, mely lényeges kellemtelenség nélkül sokszor célravezető lehet.

A vagus innervatio jelentőségét az átmeneti vezetési zavarok kialakulásában magunk is észleltük. Hypertoniás, cardiosclerotikus betegünkben nyelést követően néhány acción át teljes jobb Tawaraszár block jött létre. Esetünket az Orvosi Hetilapban 1968-ban ismertettük.]

Pálossy Béla dr.

Az aortaív syndroma. Bernsmeier, A., Held, K. (Medizinische Klinik der Universität Kiel): Zeitschrift für Kreislaufforschung 1970, 59, 97–119.

A szerzők bevezetőjükben az aorta-ív syndroma fogalmának kialakulását ismertetik, majd részletesen elemzik a tünettant. A kórképek korai felismerése a kezelés hatásossága szempontjából döntő. A legfontosabb korai tünetek az „intermittáló cerebralis ischaemia” megnyilvánulási átmeneti bénulások, látótérkiesések, sensibilitási zavarok. E tünetek változó időközönként ismétlődhetnek. *Perifériás keringési zavarok:* az érintett erek ellátási területén a pulsus alig, vagy nem tapintható, a vérnyomás az ellenoldalinál alacsonyabb vagy nem mérhető. Nyugalmi helyzetben a jó kollaterális keringés miatt az érintett területen elváltozást nem észlelni, terheléskor azonban fájdalom, gyengeség, paraesthesia jelentkezhet. A kórlefolyás során egyre kifejezettebb lesz a „distalis hypertonia” (az alsó végtagon mért vérnyomás lényegesen magasabb a felső végtaghoz képest). Gyakori a hypersensitív carotis reflex is, az ismert tünetekkel. *Szemtünetek:* kezdetben csak terheléskor észlelhető átmeneti látászavar, később változatos látótérkiesés, majd teljes vakság alakul ki. A szemfenéken az arteriális véráramlási zavara mellett mikroaneurysmák, peripapillaris arteriovenosus anastomosisok láthatók. Előrehaladott állapot-

ban trophikus zavarok keletkeznek. *Neurológiai tünetek:* a felső végtagon kialakuló motoros és szenoros zavarok, erős fejfájás, psychikus eltérések, aphasia, convulsio. *Trophikus zavarok:* előrehaladott állapotban gyakoriak. Különösen az a. carotis externa ellátási területében mutatkoznak, ezzel szemben a pulsus nélküli végtagon igen ritkán észlelhetők. *Általános tünetek:* a kórlefolyás aetiológiájának megfelelően keletkeznek.

A tünettan részletezése után a szerzők a radiológiai diagnosztika kérdésével foglalkoznak (angiographia), majd a kollaterális keringés kialakulási lehetőségeit elemzik.

Foglalkoznak a kórkép aetiológiájával: 1. Takayasu-arteriitis; az aorta és nagyerek óriássejtjeinek produktív, granulomatosus gyulladása; 2. Egyéb arteriitiszes folyamatok; 3. Lues és lueses aneurysma; 4. Tuberkulózis; 5. Arteriosclerosis; 6. Ismeretlen okú aneurysma; 7. Trauma; 8. Kongenitális fejlődési zavar; 9. Embolia; 10. Extravasalis kompresszió.

A kórkép kezdeti szakában ismert ok esetében az aetiológiai kezelés teljes gyógyuláshoz vezet. Ilyen állapotban a sebészi beavatkozás is jó eredményű. Irreversibilis szervkárosodás esetében minden terápiás eljárás csődöt mond. A prognoszt részben az aetiológia, részben a kollaterális keringés milyensége szabja meg.

Pálossy Béla dr.

Rheumatológia

⁹⁹Tc m-pertechnetat-al végzett ízületi scintigraphia. R. Goebel és mtsai (Medizinische Universitätsklinik, Graz): Zeitschrift für Rheumaforschung 1970, 29, 75–84.

Az ízületek scintigraphiás vizsgálata — más szervekével szemben — még fiatal eljárás. A szerzők az eddig legjobban bevált szert a ⁹⁹Technecium m-pertechnetat-ot használták vizsgálataikban. A szernek előnye a betegek csekély sugárterhelése mellett a scintigraphiában jól hasznosítható kielégítő sugárhozam. A hatásmechanizmusról még nem alakult ki végleges álláspont.

Az ízületi scintigraphia (továbbiakban sc.) a gyulladáshoz vezető jelet, ami különösen a betegség korai stádiumában, előnyt jelent a röntgenképpel szemben. A szerzők 69, különféle rheumás ízületi megbetegedésben szenvedő betegen vizsgálták a sc.-t. Ha a klinikai állapothoz viszonyították a sc. eredményeit, akkor megállapítható volt, hogy a distalis kéztő, valamint az ujjízületeknél az eredmény 85–90%-ban, a könyök-, térd- és ugróízületeknél azonban csak kisebb mértékben volt kielégítő. Gyakorlatilag a vállízületek megbetegedését a sc.-val nem tudták kimutatni. Ezen utóbbi esetekben megfonto-

BUPATOL INJEKCIÓ ÉS TABLETTA

peripheriás értágító!

Összetétel: 1 tablettá 25 mg 1-(4 hydroxyphenyl) 1-hydroxy-2-n-butylaminoathan. sulfuric.-ot,
1 ampulla (1 ml) 50 mg 1-(4'-hydroxyphenyl)-1-hydroxy-2-n-butylaminoathan. 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, thromboangiitis obliterans (Buerger-kór).

2. Raynaud-kór, sclerodermia diffusa.

3. Érbeidegzési zavaron 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, coronariasclerosis, steno-cardiás panaszok, szívinfarctus utáni állapot, hypotonia.

Adagolás: Oralisán és intramuscularisan alkalmazható.

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba hozza:

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST X.**

Rigetamin

sublingualis tableta

ÖSSZETÉTEL: Sublingualis tablettánként 1 mg ergotamin tart.-ot 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, migrainaequivalensek. A Rigetamin tableta 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 tableta lehet.

ELLENJAVALLATOK: Peripheriás keringési zavarok, coronaria megbetegedés, hypertonia, máj- és vesebetegség, graviditás, sepsis, súlyos arteriosclerosis, thrombophlebitis, pruritus.

CSOMAGOLÁS 12 tableta 8,30 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba hozza:

**KÓBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST X.**

landó, hogy a vállízületben ritkák a kifejezetten gyulladásos folyamatok.

Ha a sc.-s eredményekhez viszonyították a klinikai állapotot, akkor a distalis kéz, valamint az ujjízületeknél és a térd- és lábujjízületeknél az esetek 90–95%-ában kaptak jó eredményeket: a klinikai kép megfelelt a sc.-snak. A tévesen pozitív esetek háttérben klinikailag néma ízületi megbetegedés van. Az ízületi sc. és klinikai eredmények összehasonlítása a következőket mutatja: 1. A sc.-ás és a klinikai lelet messzemenően egyezik. 2. A sc.-ás és a klinikai eredmény nem fedti teljesen egymást, itt a sc. egyedülálló jelentőségű. 3. A nagyfokú fájdalom-érzékenység miatt a klinikailag megállapítható ízületi megbetegedések száma nagyobb. 4. Előfordulhatnak klinikailag néma, de sc.-an bizonyítható ízületi megbetegedések.

A sc. jelentősége az, hogy egyrészt segítségével olyan ízületi statuszt vehetünk fel, mely a rtg-képet megközelítő objektivitással, másrészt érzékenysége a klinikai leletet is megközelíti. Alkalmazása az egyes esetek lefolyásának megítélését könnyíti meg.

Szirtes László dr.

D-Penicillamin kezelés rheumatoid arthritisben. J. Zuckner és mtsai (Departments of Medicine and Pathology, St. Louis University School of Medicine, St. Louis.): *Arthr. and Rheumatism.* 1970, 2, 131–138.

Bizonyos megfigyelések szerint a D-Penicillamin igen különböző betegségek, így: Wilson-kór, Waldenström-féle makroglobulinémia, heveny fémmérgezések, cystinuria, autoimmun hemolytikus anémia és hidegaglutinációs betegség kezelésében hasznosnak bizonyult. Vanek viszont olyan vizsgálatok is melyek arra mutatnak, hogy a szer sajátságos módon befolyásolja a rheumatoid arthritisben megváltozott egyes laboratóriumi paramétereket, mint a serum makroglobulinszint, serum-réz és sulfhydryl tükör valamint a pyridoxin és collagen anyagcserét. Fentiek alapján indokoltnak látszott és hasznosnak ígérkezett a D-Penicillamin kezelés rheumatoid arthritises betegekben történő kipróbálása is. *Jaffe* több közleményben számolt be rheumatoid arthritises beteganyag D-Penicillamin kezeléséről és megfigyelései szerint a kezelés hatására klinikai javulás mellett a betegek rheumatoid factor titeré és vérsüllyedés sebességének értéke feltűnő mértékben csökkent. Szerző és munkatársai a szerrel 15 rheum. arthritises beteget kezeltek, akik közül 10 nő és 5 férfi volt. A betegek mind 40 éven felüliek voltak és a kezelést megkezdésekor betegségük már legalább négy éve fennállott. A kezdeti napi 0,50 g D-Penicillamint hat hét alatt fokozatosan napi 1,0, ill. egyes betegeknek

2,0 g-ra emelték és azt folyamatosan 8–12 hónapig adták. Eredményeik laboratóriumi ellenőrzésére a latex-próbát és vérsüllyedési vizsgálatot, az A, G, M immunglobulinok és a serum ceruloplasmin mennyiségi meghatározását valamint a lymphocytá-transzformáció vizsgálatát alkalmazták. Az esetleges toxicus hatások megfigyelésére több ízben vérséjt és thrombocytaszámlálást, vizelet analysisist, RN, serum glutaminoxalecetsav és pyruvat transaminase meghatározást végeztek. A felsorolt vizsgálatokat általában havonta elvégezték. A klinikai statuszt eleinte hetenként, majd havonta rögzítették. Vizsgálati eredményeik szerint a rheum. factor titer minden betegüknél nagyfokban csökkent, ill. negatívvá vált. A titercsökkenés értékeit táblázaton mutatják be, mely szerint 12 betegüknél a kezdetben mért 1:5120-as titer negatívvá vált, ill. egyen 1:640, kettőn 1:160 és három betegen 1:80-ra csökkent. A csökkenés 5–8 hónapi kezelés után következett be és annak elhagyása után hat betegen alacsony maradt, a többin 2–6 hó múlva a kiindulási értékre emelkedett. A vérséjtsüllyedés 9 betegen fokozatosan csökkenve átlag 40%-kal vált alacsonyabbá. A serum ceruloplasmin tükör 7 betegen csökkent, 6-ban több mint 50%-kal, de a kezelést megszüntetve 3 hó múlva az eredeti értékre tért vissza. A vizsgálatok szerint az A, G és M immunglobulinok mennyiségi viszonyait a D-Penicillamin kezelés nem befolyásolta. Klinikailag a 15 beteg közül 10 javult, 8 kifejezetten. A kezelés folyamán több betegen enyhébb toxicus tünetek: epigastriális fájdalmak, az izelés romlása, nausea, egy betegen pedig agranulocytosis alakult ki. A szerzők végül megjegyzik, hogy a D-Penicillamin hatásmechanizmusa ismeretlen. In vitro a diszulfid kötések redukálja, ezáltal a makroglobulinokat depolimerizálja. Ezért alkalmazták először Waldenström makroglobulinémiában. Ez rheumatoid arthritisben a hatását nem magyarázza, egyrészt mert a rheumatoid factor mennyisége és a klinikai állapot között nincs egy egyenes összefüggés, másrészt a direkt hatás ellen szól, hogy a rheum. factor titer hónapok múlva sem tér vissza az eredeti értékre. Rézkötő képessége a Wilson-kórra gyakorolt kedvező hatásban szerepelhet, de semmi esetre sem idézi elő a rheumatoid gyulladás csökkenését. Véleményük szerint bár a kezelés kapcsán toxicus hatások is jelentkeztek és a hatásmechanizmus ismeretlen, ez nem indokolja a D-Penicillaminnal történő kísérletek megszakítását, annál kevésbé, mert a rheumatoid arthritis kezelésében alkalmazott csaknem valamennyi gyógyszerrel hasonló a helyzet.

Divényi Albin dr.

Rheumatoid arthritises betegek vas-dextran infusio után fellépő reakciók. L. Kenneth, P. Williams (Department of Physical Medicine and Rheumatology Center Cardiff Hospitals, Cardiff.): *Brit. Med. J.* 1970, 2, 323–325.

Az utóbbi évek irodalmában több közlemény számolt be egy intravénás vas-dextran infúziós gyógmódról, melyet a szokásos antianémiás kezelésekkel szemben refrakter esetekben alkalmaztak. A szerzők többsége azonban a kezelés kapcsán kellemetlen mellékhatásokat is észlelt. Az ily módon kezelt kis részén egy azonnal fellépő anaphylactoid reakciót, nagyobb részén pár nap múlva kifejlődő tüncsoportot figyeltek meg, melyet főképp mozgásszervi panaszok, láz, rossz közérzet és nyirokcsomó duzzanatok jellemeztek. Rheumatoid arthritises betegekben a vas-dextran infusio után többnyire a betegség egy sajátságos fellobbanása következett be. A kérdést 10 olyan activ stádiumban levő rheumatoid arthritises betegen vizsgálták, akiken az alapbetegséget kísérő nagyfokú anémiát a szokásos gyógmóddal nem sikerült befolyásolni. A beteg testsúlyától, Hgb. és se-vas tükrétől függően a könyökvenába 500–1000 ml 5%-os dextran oldatot adtak 8–12 órás periódus alatt. A kezelés kapcsán fellépő mozgásszervi változásokat a rheumatológiában általában használatos módszerekkel igyekeztek rögzíteni, így mérték az ízületi duzzanatok fokozódását, a kéz szorító erejének és az ízületi mozgások fokának változásait és egy bizonyos távolságon a járási időt (walking time). A fellobbanás általános jelzőjeként a vérséjtsüllyedést határozták meg. A felsorolt méréseket a kezelés előtt pár nappal legalább két ízben elvégezték, majd az infusio után kapott értékekkel hasonlították össze. Az infúzióval kezelt 10 beteg közül egyenél rövid idővel a kezelés megkezdése után súlyos anaphylactoid reactio lépett fel: tachycardiával, dyspnoeával, nem mérhető vérnyomással. A tünetek 100 mg hydrocortison iv. és subcután adott adrenalin adására megszűntek, de az infusio újrafolytatási kísérletére azonnal kiújultak. A többi 9 betegen az infusio után 1–2 nappal az alapbetegség különböző fokú fellobbanása következett be. Az exacerbatiók fokát mutató értékeket táblázaton tüntetik fel és ezek szerint csaknem minden tünet nagy százalékban romlott. A vérsüllyedés már az első napokban erősen emelkedett, átlag 23 mm-el, és ez még több hét múlva is fennállott. Ezzel szemben az ízületi károsodások 7–10 nap alatt megnyugodtak, ill. a kiindulási állapotnak megfelelőek voltak. A jelenség okát megkísérelték intradermalis dextran, vasdextran és NaCl próbákkal tisztázni, ezek azonban negatívak voltak, ami alátámasztja azokat a megfigyeléseket, hogy a bőrpróbák

nem alkalmasak systémás reakciókat mutató egyének vizsgálatára. Egyéb megfigyelések szerint az ismertett káros mellékhatásokat, ill. a rheumatoid betegség fellobbanását a dextran komponens okozná és függenek annak molekuláris nagyságától. A szerzők szerint az iv. vas-dextran infúziós kezelés, főképp rheum. arthritises betegeken csak megelőző 2 ml próbainfúzió után és a legnagyobb körültekintéssel végezhető.

Divényi Albin dr.

Intravénás vas-dextran infúzió mellékhatásai rheumatoid arthritisekben. P. S. Reddy és mtsai. (Hematology Unit, Montefiore Hospital, Pittsburgh, Pennsylvania.): *Arthritis and Rheumatism*. 1969, 4, 454—457.

A rheumatoid arthritiseket nagy százalékban kísérő anémiák oka ismeretlen. Kialakulásában szerzők egy része vasanyagcsere zavart tételez fel. Kezelésére parenterális vas-terápiát, többen iv. vasdextran infúziót javasoltak. Az alkalmazott iv. vas-dextrán (Imferon, Lakeside Labor.) azonban számos esetben a betegség fellobbanását okozta. A szerzők a kérdést 7 rheumatoid arthritises betegen vizsgálták, kiknek Hgb értéke $10,5 \text{ g}^{100}/\text{alatt}$ volt. A betegek mind nők voltak és a kezelés előtt egy részletes klinikai, labor.-serológiai és haematológiai vizsgálaton estek át. Subcután csomó egyikén sem volt észlelhető, májfunctiójuk normális, az LE-sejt vizsgálat minden esetben negatív volt. Anémiájuk fokától függően 1—3 g vas-dextrant kaptak iv. 500 ml fiz. konyhasó-oldatban egy óra alatt. A kezelés után minden betegen exacerbatio lépett fel, amely két típusban alakult ki: az egyiknél magas láz heveny ízületi tünetekkel, a másiknál láznélküli enyhe mozgásszervi manifestációk voltak megfigyelhetők. A heveny tünetek azokon a betegeken léptek fel, akik nagyfokú anémiájuk miatt 1 g-nál több vas-dextránt kaptak. Érdekes, hogy csak az infúzió adása előtt már tangált ízületeken jöttek létre fellobbanások. Ismeretes, hogy a rheumatoid arthritisek synovialis szöveteinek vastartalma magasabb az egészséges, vagy egyéb mozgásszervi betegségben szenvedőkénél, ezért a reakciókat az iv. vasadásra bekövetkező gyors se. vas-tükör emelkedés esetleg magyarázhatja. Másrészt vannak megfigyelések, hogy az alacsony molekulású dextran veseáramlat, ill. heveny anuriát okozhat, így a káros mellékhatásokat a dextran komponens is előidézheti. Szerzők szerint rheumatoid arthritisekben a leírt gyógymód olyan potenciális veszélyekkel jár, hogy alkalmazása nem indokolt.

Divényi Albin dr.

Emelkedett IgG antiglobulin szint seronegatív rheumatoid arthritises betegeknél. G. Torrigiani és mtsai: *Lancet*. 1970, 1, 14.

A rheumatoid arthritises betegek kb. 80%-ában mutatható ki „rheuma-factor” Waale-Rose reakcióval. A fennmaradó 20% klinikailag mutatja ugyan a jellemző tüneteket, annak ellenére, hogy a birka vvt. agglutinációs test következetesen negatív. Felvetődött, hogy vajon ez a „seronegatív arthritises” pathogenetikailag nem különbözik-e a „seropozitív” csoporttól.

A szerzők a „seronegatív” esetek tanulmányozására kidolgoztak egy kvantitatív immunabsorpció technikát. Lényege: nyúl- vagy ló-globulinnal incubálták a beteg serumát, hogy az antiglobulinok complexet képezzenek a nem oldékony globulin preparátummal. Ezután a complexből eluálták az abszorbeálódott antiglobulinokat, majd ezek mennyiségét radialis immunodiffúzióval meghatározták.

40 olyan beteg serumát vizsgálták, akik klinikailag klasszikus rheumatoid arthritisen szenvedtek, de következetesen negatív volt a Waale-Rose reakciójuk. Ezenkívül 21 osteoarthritis és 26 egészséges egyén serumát is testelték.

A 40 „seronegatív” eset közül 24 beteg serumában találtak emelkedett IgG antiglobulin szintet, 6-ban IgM típusú és 4-ben IgA típusú antiglobulint. Nem volt korreláció a betegség aktivitása és az antiglobulin szintek között.

Arra következtetnek, hogy a „seronegatív” rheumatoid arthritisen sem más az alapvető pathogenetikai mechanizmus, a különbség csupán a jelenlevő antiglobulin faktorok immunoglobulin osztályában és specificitásában van. A betegek IgG molekulái oly módon változnak meg bizonyos külső hatásokra, hogy velük szemben IgG osztályú antiglobulinok képződnek, melyek azonban a birka vvt. agglutinációs technikával nem mutathatók ki.

Pár Alajos dr.

Ductus thoracicus sipoly, mint immunosuppressív kezelés rheumatoid arthritisen. Wegelius, O. és mtsai. (The Fourth Department of Medicine and the Fourth Department of Surgery, University of Helsinki, The Rheumatism Foundation Hospital, Heinola): *Acta medica scandinavica* 1970, 178, 539—544.

Kísérleti körülmények közt, majd transplantációk után végezték először e beavatkozást. A szerzők súlyos progressív rheumatoid arthritisen készítették a sipolyt a cytostatikus kezelés bevezetése előtt 3 év alatt 6 esetben. A sipolyt 3—7 napig hagyták nyitva, sterilen gyűjtötték az ürülő nyirkot, minden reggel meghatározták a perifériás vérben és a nyirokban a lymphocytaszámot, az elektrolyt, a fehérje

tartalmat, elvégezték a Waaler-Rose- és latex-fixációs próbát, az elektroforezist és immunoelektroforezist. 4 esetben a műtét utáni 1—2. napon a tünetek értékeltműven javultak, az ízületek reggeli merevsége, a fájdalom 3 esetben teljesen megszűnt. 1 juvenilis típusú progressív polyarthritisen nem tapasztaltak lényeges hatást, 1 beteg panaszai csak kis fokban javultak. 4 betegükben a hatás hónapokon át fennállott. Mihelyt exacerbatióra utaló tünetek jelentkeztek, cytostatikus kezelést kezdtek el, valamennyi esetben jó eredménnyel.

A sipolyképzés csaknem azonnali hatását a szerzők az elektrolyt-, fehérje-, és folyadékháztartásban bekövetkező változással magyarázzák (1—1 esetben 2,1—14,5 liter volt a lebecsült nyirok mennyisége, a sejtvesztés határértékei: $400-1,400 \times 10^8$), bár nem tudják kizárni a pszichés tényezők jelentőségét sem. A jelentős lymphocytavesztés ellenére a vérben e sejtek száma nem változott. A serum összfehérje tartalma a kezelés alatt jelentősen csökkent, különösen a gamma-globulin mennyisége. A nyirok globulin a serum globulinnak megfelelő immunoelektroforetikus képet adott.

A szerzők véleménye szerint a kezelés jó hatása a thymus dependens, ún. lymphocytá pool csökkenésére vezethető vissza. A hatás értékelésében figyelembe kell venni a thymustól független (ún. B lymphocyták) számának csökkenését is.

A kezelés nem járt lényeges szövődéssel.

Pálóssy Béla dr.

Rehabilitáció

Közvetlen műtét utáni protézisek érbetegség miatt amputáltakon. Condon, R. E., P. H. Jordan: *Ann. Surg.* 1969, 170, 435—447.

37 beteg 38 térdalatti amputációjában alkalmazták a primaer protézist. Az amputáltak 36—78 évesek voltak (átlagkor 64 év). 21-nek volt cukorbetegsége, 7-nek előzőleg már másik végtagját amputálták. 35 betegnek volt már gangraenája, 2 esetben a türelhetetlen fájdalom jelentette az amputatio indikációját. 24 esetben már fertőzés állott fenn, általában a gangraena körül, de ez 8 esetben már továbbterjedt.

Az amputációt a csonton 3—5 cm-rel a tuberositas tibiae alatt végezték, elől magasabban metszették át a bőrt, a csontot a hosszabb hátsó lebbennel fedték. A kötés és a rugalmas pólyázás fölé helyezték a gipszet, amelyre enyhe compressiót kell kifejteni, constrictio nélkül. Az adjusztálható protézis már a műtétben felhelyezhető. A legtöbb beteg már a műtét utáni napon jár.

82% gyógyult elsődlegesen, míg egy korábbi csoportban primaer protézis nélkül csak 62%. 2—5 hét

között 3 beteget vesztek el. A legtöbb betegnek a műtét után nem volt fájdalma, 11 sorult műtét után fájdalomcsillapításra, de ezek fájdalma is kisebb volt általában, mint a műtét előtt. Feltételezik, hogy ebben a rugalmas pólya és a gipsz oedemagátló hatása játszik szerepet.

A betegeknek fantomfájdalma nem volt, de fantomérzése igen, úgy érezték, mintha megvolna a végtagjuk, járás közben nem kellett lábukra nézni. Az azonnali járás a beteg közérzetére is kedvezően hatott. 3 hónap után 19 már otthon volt, a betegek $\frac{2}{3}$ -a végleges protézisét használta (az előző csoportnak csak $\frac{1}{5}$ -e). 6 hónappal az amputatio után már nem volt lényeges különbség a két csoport között, mert itt már a betegek általános állapota volt a döntő a rehabilitáció eredménye szempontjából.

Kazár György dr.

Alsóvégtag csonkoltak azonnali protézis ellátása. Schulz, P. Zbl. Chir. 1969, 94, 1451—1458.

Jó csonk helyes csonképzéssel, izomplasztikával érhető el. A protézis alkalmazásának előfeltételei: reakciómentes, nem érzékeny, eléggé elmozdítható heg, a csont jó lágyrészfedése, erős, edzett izomzat, a csonk jó keringése, szabadon mozgó ízületek.

Mindeddig 6—8 hét telt el, amíg a csonk protézis viselésére alkalmasá válik, de gyakran még hosszabb idő telt el a helytelen műtét, a meg nem felelő utókezelés, vagy a művégtaggyár kapacitásának elégtelensége miatt. Ilyenkor egy végtaggal tanul meg a sérült járni, így különösen idősebben a protézissel való járás megtanulása is hosszabb időt vesz igénybe.

A szerző *Berlemont* és *Weiss* szerint az amputatio után egy nappal ideiglenes protézissel felállítja az amputáltat. A modellált gipsz megakadályozza az oedemát, egyesek szerint csekélyebb a fájdalom, gyorsabban alakul ki a keringés. A korai mobilizálás az egész szervezetre kedvezően hat, a beteg psychésen sem válik „egy alsó végtagú”-vá, a járástanulás könnyebb, gyorsabb, a sérültet 2—3 hét után végleges protézissel lehet ellátni, a kórházi ápolási idő lerövidül. Az eljárás csak izomplasztikás amputatióknál alkalmazható.

Az eljárás hátránya, hogy a seb nem kontrollálható, ezért fájdalom, vagy láz esetén a gipszet el kell távolítani. Nagyon fontos a pontos vérzéscsillapítás és a 48 órás drainage. A szoros gipsz nekrosist okozhat! A beteg sokkal intenzívebb kezelést, gyógytornát igényel. Az orthopaed-mechanikai üzemnek helyben kell lenni. A beteget nem sikerül minden esetben másnap felkelteni, az oedemaveszély miatt is elálltak a túl korai járatástól. Az

eljárás nem alkalmazható bármely kórházban, csupán ahol a fenti feltételek biztosítottak.

Kazár György dr.

Radiológia

Vese pseudotumor: regenerált veseszövet, egyéb dudorok és kiboltosulások. Felson, B., Moskowitz, M. (Department of Radiology, University of Cincinnati Medical Center and the Cincinnati General and Veterans Administration Hospitals, Cincinnati, Ohio): *The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine* 1969, 107, 720—729.

Vese pseudotumorral akkor beszélhetünk, ha az urographiás és angiographiás röntgenvizsgálat vesetumorra utaló képet mutat, de a szövettani vizsgálat az eltávolított terimében normális veseszövetet talál. Kilenc betegről számolnak be, kiknél a röntgen-vizsgálatok alapján felmerült a vesetumor gyanúja, s közülük hat műtetre került. Egy esetükben a röntgenelváltozást magyarázni nem tudták. Egy esetben malrotatio, egyben „fetalis lobulatio” okozta a röntgenképi elváltozást. Hat esetben az előzőleg károsított veseszövet localis hyperregeneratiója állt a háttérben.

Nephrectomia után az ellenoldali vese hypertrophiája és hyperplasiája közismert. Kevésbé közismert azonban, hogy a vesének localis regenerációs képessége is van: körülírt sérülés, gyulladással vagy egyéb károsítás után a vese localis regeneratióra képes hypertrophia és hyperplasia révén. Egyes esetekben ez hyperregeneratio formájában többlet-terime kialakulásához vezethet, s ez a fenti adatok szerint a pseudotumor leggyakoribb oka. A gyakorlatban főként előzetes pyelonephritis károsítás jöhet szóba, mint a hyperregeneratio kiváltó tényezője.

A pseudotumor dislocálja és comprimálja a kelyheket és pyelomot, kidomborodhat a vesefelszínen. Angiogrammon széttolja az arteriákat és diffúz parenchymás festődést mutat. Valódi tumorral szemben differenciálási lehetőséget jelent, hogy a terime területén tumor-erek és arteriovenosus shuntok sosem láthatók, a vesescintigram kiesést nem mutat, a terime parenchymás festődése megfelel a normális veseszövetének és egyenletes, végül a regeneratio háttérben álló előzetes károsítás — többnyire körülírt pyelonephritis destructio — kimutatható.

A pseudotumor lehetőségének ismerete arra kötelez, hogy minden vesetumorra gyanús elváltozást ennek kizárása végett gondosan és alaposan elemezzünk.

Lacay András dr.

A mediastinum neuroentericus cystája. Wilson, E. S., (Department of Radiology, Martin Army Hospital, Fort Benning, Georgia, USA): *The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine* 1969, 107, 641—646.

A mediastinalis neuroentericus cysta ritka fejlődési rendellenesség. Keletkezését többféleképpen magyarázzák. Az elképzelések közül legvonzóbb *Fallon* teoriája. Eszerint az embryonalis fejlődés harmadik hetében a chorda dorsalis dorsal felé vándorlása során entodermális elemeket visz magával. Ezekből alakulna ki aztán a későbbiekben a cysta, mely a kifejtett magzatban a chorda dorsalisnak megfelelő nucleus pulposus szintje előtt található az előbélből kifejtett képletek mögött. A chorda dorsalis és a cysta telepe között fennmaradó kötőszövetes összekötés többnyire akadályozza a csigolyatelepek ventralis részeinek záródását, ezért e magasságban gyakori a spina bifida ventralis. *Bremer* ezzel szemben a neuroentericus cysta kialakulását a *Kovalevsky-féle* járulékos canalis neuroentericus tökéletlen záródására vezeti vissza.

5 és 18 hónapos fiúgyermek esetéről számolnak be. Az esetek közös vonása, hogy légúti megbetegedés miatt kerültek röntgen-vizsgálatra. A mellkasról készített felvételek a felső-hátsó mediastinumban éleshatáru, a gerinccel összefüggő terimét mutattak. Mindkét esetben az alsó nyaki és felső háti csigolyákon ventralis hasadék mutatkozott különböző kiterjedésben scoliosissal. A képletek műtéti eltávolítása után végzett szövettani vizsgálat a cysták falában a belfal rétegeinek megfelelő elrendeződésben símaizomelemeket talált, s a cysta belfelületét legnagyobb részét vékonybélnyálkahártyának megfelelő mucosaréteg borította. Egyes területeken csillós hengerhámot találtak, s ez egyik esetben először tévesen bronchogen cysta diagnózisához vezetett. A szövettani lelet revisiójára indítékot a röntgenvélemény szolgáltatott, mely a terimével kapcsolatban látott gerinccelváltozások alapján a neuroentericus cysta gyanúját felvetette.

A ritka elváltozásra gondolnunk kell, ha hátsó mediastinumban levő terime mellett csigolyaanomaliát, ventralis gerinchasadékot látunk.

Lacay András dr.

Infantilis corticalis hyperostosis (Caffey-betegség) késői recurren-tiája. Swerdloff, B. A., Ozonoff, M. B., Gyepes, M. T. (Dept. of Radiology, UCLA Center for the Health Sciences, Los Angeles, California): *The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine* 1970, 108, 461—467.

A kórkép 1945-ben történt ismertetése óta csupán egy esetről

tud az irodalom, ahol a corticalis hyperostosis recidivált egy 7 éves gyermek mandibuláján. A betegség általában az első 2—3 életév során lezajlik, s néha jelentőség nélküli maradványai kimutathatók a felnőttkorig is. A közlemény két esetéről számol be.

Első esetükben fiú csecsemőt 4 hetes korában kezdődő panaszai miatt vizsgáltak. A mandibula, majd a claviculák és a bordák is jellegzetes hyperostosis mutattak, később pedig a lapocka, csipőcsont, combcsont és tibia is hasonlóképpen. A beteg 5 és fél hónapos korára az elváltozások visszafejlődtek. 12 éves korában borda és válltáji fájdalmak, ezt követően bal comb és lábszárpanaszok léptek fel, s a femur és fibula röntgenfelvételén jellegzetes corticalis hyperostosis látszott.

A másik beteg lánycsecsemő volt, kinél ugyancsak élete első heteiben kezdődött a betegség hyperostosis-sal a mandibulán, kulcscsonton, tibian, ulnán. Állapota rendeződött, majd 4 éves hónapos korában újból panaszai jelentkeztek, s a bal tibia és ulna röntgenfelvétele friss corticalis hyperostosis mutatót.

Gyermekkorban jelentkező csontfájdalmak miatt végzett röntgenvizsgálatnál észlelt corticalis hyperostosis esetén differenciáldiagnosztikai lehetőségeink között tehát ezt a lehetőséget is mérlegelni kell. Mellette szól, ha az anamnesisben csecsemőkorban lezajlott Caffey-betegség szerepel.

Lacza András dr.

Traumás „csésze-metaphysis” a növekedésben levő csontokon. J. Caffey, (Dept. of Radiology, Children's Hospital of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania): The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine 1970, 108, 451—460.

A „cupping” névvel jelölt elváltozás (cup: serleg, csésze) lényeges összetevői az érintett csöves csont metaphysisének a diaphysis irányába való benyomottsága, a diaphysis érintett részének szétnyomódása és megrövidülése, az epiphysismag hypertrophiája, a porclemez elvékonyodása esetenként időelőtti fusióval, végül az érintett ízfelszín kimélyülése. Az elváltozás leggyakrabban a térd csontjain, főként a femur distalis végén észlelhető. Leírták már az azonos oldali csipőízület kórfolyamatainak kísérője-

lenségeként — tuberculosis, pyarthrosis, epiphyseolysis, luxatio coxae congenita mellett —, észlelték poliomyelitises bénulások, A vitamin mérgezés, tartós immobilizálás, sarlósejtes anaemia, achondroplasia kapcsán. A közlemény 5 kisgyermek esetéről számol be először az irodalomban. A gyermekeknél trauma következtében alakult ki jellegzetes „csésze-metaphysis”, részint a térdízület csontjain, részint a distalis tibiavégén.

Az elváltozás az átépülési zóna érellátásának károsodásával magyarázható, ez az a tényező, mely a kiváltó folyamattól függetlenül vezet az analog kép kialakulásához: a növekedési porc centralis részének érzékenyebb érellátása sérül elsősorban, a széli területek kevésbé károsodnak. Ennek következménye a növekedés elmaradása a centrumban, ami a jellegzetes „csésze” vagy „serleg” alakhoz vezet. Ezzel magyarázható egyéb helyeken is hasonló képződmény kialakulása, mint pl. az ujjakon nem ritkán észlelhető ún. „harang-epiphysis”.

Lacza András dr.

„Post mortem” végzett mellkasi röntgen-vizsgálat. Säliba, N. A. és mtsai. (Tuberculosis Hosp. Louisville, Kentucky): Amer. Rev. Resp. Dis. 1969, 99, 903—908.

A boncolás fontos adatokat szolgáltat a betegség jellegének és a halál okának megállapításához, azonban nem mindig vihető keresztül: családi, vallási okok vagy kórboncnok-hiány képezhetnek akadályt. Ha a boncolás nem lehetséges, akkor a post mortem radiologia fontos segítséget nyújthat a halál okának kiderítéséhez. Régebben már sok szempontból történtek post mortem rtg-vizsgálatok, de nem epidemiológiai vagy klinikai problémák megoldására.

A szerzők 34 esetben készítették post mortem rtg-felvételeket általában 1 órával a halál beállta után. Különösen értékes adatok nyerhetők, ha a halál váratlanul következett be. Kiderített pl. az ő esetekben terminalis pneumoniát, bullosus emphysemát, spontán ptx-et, tüdőembóliát, tüdőoedemát, stb. Így megbízhatóbb statisztika állítható össze és pontosabban állapítható meg a halál közvetlen oka. (Ez epidemiológiai szempontból is jelentős lehet).

A post mortem vizsgálat a következő célokat szolgálhatja: 1. van-e a feltételezett elváltozásnál nagyobb lelet, ami a halál oka lehet, 2.

a klinikai tünetek fedik-e a rtg-képet, 3. ha boncolás történik, szolgáltat-e kiegészítő adatokat a post mortem rtg-képhez?

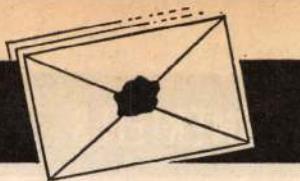
A 34 esetből 12 (35%) változást mutatott az utolsó rtg-felvételhez képest, ami a halált megelőzően 1 nappal — 6 héttel készült. Leggyakrabban progressiót lehetett megállapítani (9), vagy légembolia (1), a nyaktájon egy addig nem észlelt fémtárgy (1), a tracheobronchialis ágazatban aspirált anyag (1) volt kimutatható. Hirtelen halál 7 esetben fordult elő. Boncolás csak 5 esetben volt keresztülvihető. Néhány érdekesebb esetet részletesen ismertetnek.

Barát Irén dr.

Az emésztőszervi malignus adenopathiák angiographiás vizsgálata. Cl. Hernandez és mtsai (Service central de Radiologie de Hôpital Bichat): Journal de Radiologie d'Électrologie et de Médecine Nucléaire 1969, 50, 567—570.

A vesehilus ismert daganatos nyirokcsomóelváltozásaival szemben az emésztőtractus daganatos nyirokcsomóit ritkábban észlelik. Három jelenségre kell figyelni: 1. Nyirokcsomó-massza, mely nyomást gyakorol a szomszédos szervekre és szabálytalan benyomókat okoz az értörzseken és az üregek szerveken. 2. A nyirokcsomó-massza erezettsége anarchikus. Az erek hypertrophiásak, kanyargósak, töcsaképződés és korai, erős festődésű vénás telődés látható. 3. E nyirokcsomó-massza extenzióra hajlamos, beszűrődést hoz létre a szomszédos szerveken, főleg az erek és üregek szerveken. E külön vagy együttesen észlelhető elváltozások gyakran elkerülik a vizsgálat figyelmét, mert e finom elváltozások felületes vizsgálatnál nem tűnnek fel és mert a nyirokcsomók sokszor más érből kapják vérrellátásukat és ezért nem ábrázolódhatnak. A metastatikus nyirokcsomók összetéveszthetők nem daganatos adenopathiával és nem nyirokcsomó daganatokkal. A vizsgálat nehézségei és hiányosságai dacára értékkel bír az emésztőszervi daganatok jó- vagy rosszindulatúságának megítélésében, műtétek kiterjedésének meghatározásában és a betegség prognózisának megítélésében. A vizsgálat esélyeit javítja annak phlebographiával, illetve lymphographiával való kombinálása, valamint a hasi nagy erek szelektív vizsgálatának minél több érre való kiterjesztése.

Somogyi Jenő dr.



a toxinok nem a bélfalban, hanem a bél lumenében termelődnek, hasznos, szükséges és adsorbensekkel (carbo activátus) végezhető therapiás eljárásnak tartom.

Marossy Pál dr.

Az El Tor cholera therapiájáról.

T. Szerkesztőség! Az El Thor cholera-ról értékes összefoglalót olvashattunk Budai József dr. és Solt Katalin dr. tollából (Orv. Hetil. 1971, 112, 15—18.). A referátum therapiás részéhez kívánok hozzászólni.

A cholera a legtípusosabb intraluminális enterális megbetegedés. A cholera vibriók a bél lumenében szaporodnak, és toxinjaik károsítják a bélfalat, fokozott szekréciót, csökkent felszívódást („nátrium-pumpa bénítása”) okozva profúz hasmenés következik be. Az elfogadott therapia, az antibiotikumok adása mellett, nagy mennyiségű só és folyadék adása, versenyfutás a folyadék-sóvesztés és az infúziós pótlás között. Véleményem szerint még egy therapiás lehetőségünk van: a toxinoknak a bélben való megkötése. Adsorbensekkel a bél lumenében a toxinok megkötődnek, a profúz hasmenés csökken, csökken a folyadék-sóvesztés, a heroikus folyadékpótlás veszélyei elmaradnak. Az adsorbensek az intétetbe szállítás előtt, a legprimitívebb körülmények között is alkalmazhatók. Legjobban a carbo activátus ajánlható, mivel az adsorbensek között mind a kapacitása, mind pedig a kötőképeségének erőssége (affinitása) a legnagyobb: a legnagyobb mennyiségű anyagot, a legerélyesebben köti meg.

Osztályunkon (gyermekosztály) a híg, spriccelő széklettel járó hasmenések kezelésére kiterjedten alkalmazzuk, jó eredménnyel. Cholerás betegek kezelésére is bevált módszer. Starckenstein beszámolója szerint az első világháború alatt 40, nagyrészt moribund betegnél alkalmazták sikerrel, halálozásuk nem volt (Münc. Med. Wschr. 1915, 62, 27.). A megfelelő therapiás hatás elérésére nagy adagot kell adni.

Mint ismeretes, physiologiás körülmények között is naponta 6—8 liter emésztőnedv termelődik, és szívódik fel a tápcsatornában, ezt kell a káros anyagoktól megtisztítanunk. Ez napi 6—8 tablettával nem sikerülhet. A század elején 50—100 grammot adtak szénporból naponta. Ez 200—400 széntablettának felel meg! Tehát dobozsámra kell adnunk, de leghatásosabb a nem tablettázott por adása, vízben szendélva széniszap formájában. Csecsemőosztályunkon a napi adag 3×3 kávéskanál szénpor. Felnőtteknek a 3 evőkanál látszik megfelelőnek, naponta többször ismételve, hogy az emésztőtraktus 1—2 napig szénrel legyen elárasztva. Hányás előfordulhat, de a gyomorba és a vékonybelek kezdeti szakaszába ilyenkor is jut annyi szén, amennyi a következő szénmennyiség gyomorban maradását elősegíti. Széntherapiával egyidőben csak cukros (Ringeres), teát adunk per os. A választott antibiotikumot kezdetben jobb parenterálisan adni, és a szén elhagyásakor térni át a szájon át való adásra. Intétetben a szenes gyomor-bélmosás is jó hatású lehet, a szén szondával is beadható.

A saját, nem cholerás betegeinknél, a szén jó hatása akkor észlelhető, ha az a székletben megjelenik. A hasi fájaldalmak, a láz, a bélmotilitási zavarok megszűnnek, a székletek száma gyorsan csökken. A betegek a parenterálisan vagy szájon át bevitt folyadékot szervezetükbe jól beépítik. Hosszabb infúziós kezelésre csak elvettve kerül scr. A betegek leláztalanodása, gyors detoxikálódása amellet szól, hogy a toxinok a szénről nem eluálódnak. Esetenként a rektum kiürítése, ha nagyobb szén-toxin massa gyűlik össze benne, hasznos lehet.

Összefoglalva az elmondottakat, a toxinok megkötését különösen olyan enterális folyamatokban, ahol

T. Szerkesztőség! Kellő tapasztalat híján nem érezzük hivatottnak magunkat annak eldöntésére, hogy a cholera gyógyításában olyan fontos szerepe lenne a felszínaktív anyagoknak, mint ahogy azt Marossy dr. hozzászólásában, nem cholerás betegeken szerzett tapasztalatai alapján állítja. Néhány gondolat mégis szükségszerűen felvetődik.

Az a tény, hogy a cholera lethálitása, hatalmas anyagon nyert tapasztalatok szerint, pusztán a körélettani elváltozások korrekciójával gyakorlatilag 0-ra csökkenthető, arra mutat, hogy a megfelelően vezetett só- és folyadékpótlás ellenére nemcsak nem veszélyes — heroikus volta ellenére sem — mint Marossy dr. állítja, hanem önmagában is biztosítja a betegség gyógyulását.

Az egyéb beavatkozások csak másodrendű szerepet játszanak, céljuk egyrészt a kórfolyamat megrövidítése — ami a beteg szempontjából fontos — másrészt a tartós vibrióürítés kialakulásának a meggátolása, ami viszont járványtanilag jelentős. Amennyiben azonban az eszközök és a lehetőségek között választani lehet, biztonságosabbnak és technikailag is könnyebben megoldhatónak tartjuk magának a toxint termelő kórokozónak néhány tablettá adaequat antibioticummal való elpusztítását, mint század eleji tapasztalatok alapján napi 400 tablettá, vagy ennek megfelelő mennyiségű szén adásával megkísérelni a termelő toxin megkötését.

A nem cholerás, hasmenéses betegek szénrel történő kezelésével kapcsolatosan elmondottakhoz, mivel azok a szorosan vett témán kívül esnek, reflexiót nem fűzünk.

Budai József dr.
Solt Katalin dr.

„Alaposan győződünk meg a tényről, mielőtt az okot kutatjuk. Ez a módszer lassú ugyan, de legalább elkerüljük azt a nevetséget, hogy olyannak az okát találjuk meg, ami nincs.”

Fontenelle

majd a fehérjével szemben mutatott emberi túlérzékenység tüneteit tárgyalja. Terjedelmes fejezet foglalkozik az anafilaktoid reakcióval és az anafilaxiával, továbbá az anafilaxiás reakció mediátoráival. Külön fejezetben tárgyalja a szénhidrátok és anafilaxiás reakció összefüggéseit, majd a tanulmány a hormonok és az anafilaxiás reakció kölcsönhatásának méltatásával zárul.

A kémikus és farmakológus mellett klinikusok érdeklődésére is számoltartó, kitűnően szerkesztett gyűjteményes kötet áttekinthetőségét jól összeállított, bőséges tárgymutató könnyíti meg.

Szekeres László dr.

P. E. Becker, W. Lenz, F. Vogel, G. G. Wendt: Fortschritte der allgemeinen und klinischen Humangenetik. Advances in Human Genetics II. kötet — D. Peterson: Die Missbildungen der Arme bei der epidemischen Dismelie (Thalidomidembryopathie) és H. Walter: Der diastrophische Zwergwuchs. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1970. 109 oldal, 45 ábra, 7 táblázat, ára: DM 37,—.

Szakemberek körében jól ismert a göttingeni humangenetikai professzor, Becker és munkatársai szerkesztésében megjelent Humangenetik sorozat, amelynek idáig 7 könyve jelent meg, korántsem a beígért rövid terjedelemben (alcíme: Ein kurzes Handbuch). Jelenleg az I/3 és III/2 kötet van előkészítés alatt, amelyek a vércsoportokkal és vérfaktorokkal, illetve a vérkeringési szervek genetikájával foglalkoznak. Ezen igen hasznos sorozaton kívül a szerkesztők kisebb terjedelemben jól körülhatárolható genetikai problémák feldolgozását is elhatározták. Így az Advances in Human Genetics sorozat első kötetében az emlősök sugárgenetikájáról van szó Vogel és munkatársai tollából. A II. kötet az alábbiakban ismerttetendő. A III. kötet előkészítés alatt áll, szerzője Becker, címe Paramyotonia congenita.

A stuttgarti kiadótól megszokott szép kiállításban két fejlődési anomália kerül ismertetésre talán még a szakemberek számára is megdöbbentő képanyaggal illusztrálva: az első részben a közismert thalidomidembryopathia, a második fejezetben pedig az autosomal recesszíven öröklődő diastrophias törpenövés.

Az első téma szerzője docens-főorvos (Orthopädische Heil- und Lehranstalt Annastift Hannover-Kleefeld), aki saját osztályán külön körtermeket volt kénytelen biztosítani a dysmeliás gyermekek ellátására. Így volt alkalma kimerítő ismereteket szerezni a rendellenesség klinikumáról, terápiás lehetőségeiről. Az aetiológiával kevésbé

foglalkozik, mint az a munkából is kiderül.

Rövid történelmi áttekintésből megtudjuk, hogy először Wiedemann 1961-ben, majd Hepp, Lenz és mások hívták fel a figyelmet a halmozottan előforduló fül, szem és belső szervi rendellenességekkel társult végtagfejlődési anomáliákra. Tekintve, hogy a terhesek által közkedvelten szedett Thalidomid kóroktani szerepe komolyan felmerült, a thalidomidembryopathia elnevezés vált közismertté. Lenz az epidemias dysmelia elnevezést ajánlja, tekintettel az elváltozások jól körülírt területi és időtartami előfordulására. (Hasonló embriopathiák természetesen Thalidomid alkalmazásától mentes gestatio után is megfigyelhetők.)

A dysmeliák formagazdagsága miatt első pillantásra eléggé áttekinthetetlen a könyvben leírt és látható számtalan elváltozás. A szerző azonban jól rendszerezve, a morfológiai leletek pontos ismeretét adja a legsúlyosabbtól kezdve a legenyhébb elváltozásokig. A számos felvétel, röntgenkép szemléletessé teszi a dokumentációt.

Az egyes, talán jobban körülhatárolható elváltozások a következők:

1. Kétoldali amelia.
2. Phokomelia egy ujjal.
3. Phokomeliás ektromelia (a kórosan fejlődött 2 vagy 3 ujjat tartalmazó kéz és a váll között deformált ulna. (Vállízület hiányzik.)
4. Rövid ektromelia (a kézsár hosszabb, az ulna megvan, a radius hiányzik. A humerus csak egy kis formátlan csont formájában van jelen. Három vagy négy ujj, esetleg syndaktyliakkal).
5. Közepes ektromelia (radius aplasia, a humerus proximális részének hiánya. Négy ujj, a kéz erősen radiál felé csavarodott).
6. Hosszú ektromelia. (Az ulna és a humerus jelen van, radius aplasia vagy hypoplasia, esetleg radioulnaris synostosis. Négy ujj, a hüvelykujj aplasiájával.)
7. Hypoplasiás, háromperces pollex.

A fejezet értéke a gyakorlatban: a pontos leírás és a szép képanyag alapján nagy segítséget jelenthet a saját esetek kórismézése, elkülönítése és értékelése szempontjából.

A második monographia szerzője az irodalom eddigi 60 esetét, valamint saját 13 megfigyelését teljes részletességgel ismerteti. (A „diastrophias törpenövés” egyébként Lamy és Maroteaux 1960-ban különítették el a generalizált dysostosisok sokaságából, 11 publikált és 3 saját esetük alapján. Diastrophos [görög] = meggörbült, meghajolt.) A szerző munkahelye: Knappschaftskrankenhaus Dortmund-Brackel.

A kórkép tüneteit az alábbiakban lehet röviden összefoglalni: Az újszülött mikromeliás törpenövésű, normális törzhosszal és kéz-, valamint lábdeformitásokkal. A betegség az első hónapokban a klasszikus achondroplasiára emlékeztet, csak később különíthető el attól. Gyakran már a születéstől kezdve megfigyelhető az ízületek mozgáskorlátozottsága, ízületi kontraktúrák. Amikor a gyermek állni és járni tanulni, kyphoscoliosis jelentkezik. A csigolyatestek a scoliosis ellenére ritkán mutatnak feltűnő deformitást. Gyakran van protrusio sterni. Végtagokon epifízis metapophysyer eltérések. A csöves csontok rövidek, laposak. A proximális femurvégen redukált femurnyak, a caput femoris teljesen hiányzik. Csaknem mindig található dongaláb. A hüvelykujj abductio állásban van. A metacarpusok rövidek és laposak, metaphysisük kiszélesedett és felritkult. A phalanxok különböző hosszúságúak. Pathognomikus a gyakran háromszögletű első metacarpus deformáltsága. A koponya nem mutat röntgeneltérést. Feltűnő a megvastagodott fülkagyló gyakori deformitása. Ritkább a szájjpadhasadék, amely a lágyszájpadot egyaránt érinti. Fogzási anomáliák.

Összesen 61 családból 13-ban a betegség testvéreken fordult elő. A beteg és egészséges testvérek arányából autosomalis recesszív öröklésmentre lehet gondolni. Az érték megközelíti az elméletileg kiszámítható 25%-ot. Három családban vérokönhátság volt kimutatható (4,7%).

A szülők természetesen minden esetben teljesen egészségesek, hiszen a kóros génre nézve heterozygóták, csupán egyes esetekben voltak alacsony növésűek, ami az egyszerűes géndózis incomplet manifestációja lehet.

Előfordulás: 500 000 élveszülöttből egy beteg. Valamivel több a leány, mint a fiú.

Exogén okok közül leírtak gyógyszereszedést a gestatio alatt, gripét, hasmenést, hyperemesist, anaemiát, de ezek pathogenetikai szerepe kizárható.

Születési szövödményeik közül kiemelhető a medencevégű fekvés. Születési súlyuk normális, testhosszuk: $43,3 \pm 3,3$ cm. A testhossz (magasság) minden életkorban a 3. percentilis érték alatt található.

A csontok histológiai vizsgálatával az alapállomány és a porcsejtek zavara figyelhető meg. Laboratóriumi vizsgálatok (vérkép, calciuszint, enzimmeghatározások, chromosoma-analysisek) eltérés nélkül. Intelligentia normális.

A korai halálozás 50%-os, első sorban respiratorikus insufficiencia a halálok.

Utalás történik a differential-diagnosztikai problémákra is (arthromyodysplasia congenita, klaszikus achondroplasia, Morquio-

kór, a spondyloepiphysear dysplasia pseudoachondroplasiás formája).

Therápiás lehetőség a szápadhasadék zárásán kívül nem nagyon van. Ezenkívül palliatív, kozmetikai megoldások (járókészülék, fül-műtétek, stb.) jönnek szóba.

A két recesszív gen által előidézett mesodermális anyagcserezavar részleteiben ma még nem ismeretes.

A kórkép ismerete elsősorban a genetikai tanácsadások számára fontos: a betegség ismétlődésének a rizikója minden további gyermeknél 25%.

Megjegyzés: Klinikánk anyagában a 20 évvel ezelőtti állapothoz képest emelkedett a *phokomeliák* száma. Mint ismeretes, ezek hátterében a gestatio alatt mind szélesebb körben alkalmazásra kerülő *hormonkészítmények* indirekt károsító hatása feltételezhető (choriode-

ciduális hyperaemia — hormonszint-csökkenés — bevézések — hypoxia — anyagcserezavar — aktuális szervtelep károsodása).

Ezek alapján helytelennek tartjuk a hormonális terhességi próbákat (különösen, ha abortív céllal adják), valamint a terhesség első hónapjaiban mindennemű gyógyszeres „protektív” terápiát.

Az ismertetett munka olvasása is megerősített elveink helyességében.

Papp Zoltán dr.

SEPTOSYL

szemkenőcs

összetételének megváltoztatása

A Septosyl szemkenőcs összetétele megváltozott: az új összetételű kenőcsben nincs naphazolin. A naphazolin mentes Septosyl kenőcs nem szemcsésedik és egyenletesen oszlik el a szemrésben.

Összetétel:

1 tubus (5 g) 0,5 g sulfamethylpyrim.-ot tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

Javallatok:

Különböző baktériumok okozta heveny és idült kötőhártyagyulladás, szaruhártya-beszűródés és fekély, blepharitis acuta, — angularis, — chronica, — ulcerosa, blepharocconjunctivitis, dacryocystitis, fertőzött szemhéj-ekzema, másodlagosan fertőzött trachoma.

Adagolás:

Naponta 2—3-szor borsónyi kenőcsöt az alsó szemhéj mögé helyezünk, és a szemet becsukva, enyhe dörzsöléssel szétkenjük. Ha a szemhéjra akarjuk alkalmazni a kenőcsöt, a szemhéj szélére helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:

5 g tubus 5,30 Ft

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

A Magyar Gyermekeorvosok Társasága és a Magyar Nőorvosok Társasága

1971. április 15—16-án
(csütörtökön és pénteken)

SYMPOSIONT
rendez

PERINATALIS PROBLÉMÁKRÓL

Az ülés helye: Semmelweis-terem, Budapest, VIII., Szentkirályi u. 21.

Tárgysorozat:

Április 15-én, délelőtt 9 órákor

I. Intrauterin diagnosztika

Üléselnök: Zoltán Imre.

Bevezető: Zoltán Imre (II. Női kl., Budapest) 10 perc.

Referátum:

Pohánka Ödön (Női kl. Debrecen): A lepény működése. 20 perc.

Korreferátumok: A magzatvíz vizsgálata.

Papp Zoltán (Női kl., Debrecen), Gardó Sándor (Női kl., Debrecen): Genetika. 10—10 perc.

Mihály György (Női kl., Debrecen): Asphyxia. 15 perc.

Gulyás Péter (Női kl., Debrecen): Rh sensibilizáltság. 15 perc.

Szünet

Április 15-én, délelőtt 11 órákor

Üléselnök: Surányi Sándor.

Referátum:

Komáromy Béla (Női kl., Debrecen): Magzati szív működés. 25 perc.

Korreferátumok:

Gál József (Női kl., Debrecen): Sav-bázis háztartás 15 perc.

Mocsáry Péter (Női kl., Debrecen): A méhműködés hatása a magzatra. 10 perc.

Április 15-én, délután 15 órákor

II. Újszülöttkori asphyxia.

Üléselnök: Szontágh Ferenc.

Referátum:

Szeregedy Zoltán (Női kl., Szeged): Újszülöttkori asphyxia és resuscitatio. 30 perc.

Korreferátumok:

Boda Domokos, Murányi László, Eck Erna (Gyermekekkl., Szeged): Experimentális vizsgálatok a szülés placentaris szakában. 10 perc

Kovács István (Női kl., Szeged): Az újszülött asphyxia megelőzése. 15 perc.

Szilárd János (Neurologiai kl., Szeged): Az újszülöttkori asphyxia késői következményei. 15 perc.

Szünet

Április 15-én, délután 16.40 órákor

Üléselnök: Sárkány Jenő

Referátum:

Murányi László (Gyermekekkl., Szeged): Szövődmenyes újszülöttkori esetek resuscitatioja. 30 perc.

Korreferátumok:

Uhl Károly (Gyermekekkl., Szeged): A hypoxiás újszülött adaptációja az intrauterin élethez. 15 perc.

Pintér Sándor (Gyermekekkl., Szeged): Újszülöttek ellátása közvetlenül a szülés után. 15 perc.

Április 16-án, délelőtt 8.30 órákor

Vita az intrauterin diagnosztikáról.

Elnökségben a téma referensei és koreferensei.

Vitaindító összefoglalás és a csatlakozó előadások ismertetése: Surányi Sándor (Megyei kh., Debrecen).

Szünet

Április 16-án, délelőtt 10.45 órákor

Vita az újszülöttkori asphyxiáról.

Elnökségben a téma referensei és koreferensei.

Vitaindító összefoglalás és a csatlakozó előadások ismertetése: Szontágh Ferenc (Női kl., Szeged) és Boda Domokos (Gyermekekkl., Szeged).

Április 16-án, délután 14.30 órákor

III. Intrauterin atrophia.

Üléselnök: Gerlóczy Ferenc.

Referátum:

Mestyán Gyula (Gyermekekkl., Pécs): Foetalis dystrophia: aetiológiai és biológiai sajátosságok. 35 perc.

Korreferátumok:

Rosta János (I. Gyermekekkl., Budapest): A kissúlyú újszülött testfelépítése. 20 perc.

Bazsó János (Női kl., Debrecen): A magzati kor és növekedés praes és postnatalis megítélése. 15 perc.

Járai István (Gyermekekkl., Pécs): Perinatalis szövődmenyek és veszélyeztetettség intrauterin dystrophiában. 20 perc.

Wohlmuth Gertrud (Schöpf-Merei kh., Budapest): Dystrophiás újszülött therapiája és prognosisa. 20 perc.

Szünet

Vita az intrauterin atrophiaról.

Elnökségben a téma referensei és koreferensei.

Vitaindító összefoglalás és a csatlakozó előadások ismertetése: Varga Ferenc (Gyermekekkl., Pécs).

CSATLAKOZÓ ELŐADÁSOK

I. Intrauterin diagnosztika.

Papp Zoltán, Gardó Sándor, Herpay Gábor, Arvay Sándor (Női Kl., Debrecen): Intrauterin cytogenetikai diagnosztika.

Falus Miklós, Sobel Mátyás (Korvin Ottó kh., Budapest): Az ultrahang szerepe az intrauterin diagnosztikában.

Resch Béla, Herczeg János (Női kl., Szeged): Egyszerű módszer a méhlepény tapadási helyének meghatározására ultrahanggal.

Gulyás Péter, Lampé László (Női kl., Debrecen): Magzatvíz spektrophotometriás vizsgálatok Rh-sensibilizált terheseknél.

Farkas Márton, Kovács László (Női kl., Szeged): Diagnosztikus eljárások összehasonlító értékelése Rh- és ABO-isoimmunisatióban.

Kovács László, Farkas Márton (Női kl., Szeged): Intraamniális transfusio az erythroblastosis foetalis kezelésére.

Komáromy Béla, Lampé László (Női kl., Debrecen): Az ikerterheség elektronikus úton való felismerésének lehetőségei és jelentősége.

Kissel János, Bolváry Gedeon, Varga József, Hidvégi János (I. Női kl., Budapest): A szülés alatti intenzív magzat-észleléssel szerzett eddigi tapasztalatainkról.

Bolváry Gedeon, Kissel János, Mester Lajos, Papp László (I. Női kl., Budapest): A szülés alatti intenzív magzat-észlelés műszerei

Kissel János, Tóth Károly, Borbás István, Varga János, Kónya Zoltán (I. Női kl., Budapest): Színkorrigált szaloptikás amnioszkóp és klinikai alkalmazása.

Csömör Sándor, Kissel János (I. Női kl., Budapest): A perinatalis időszak diagnosztikája a korszerű technika adta lehetőségek felhasználásával.

Komáromy Béla, Gaál József, Lampé László, Mihály György, Mocsáry Péter, Nagy Gyula, Pohánka Ödön (Női kl., Debrecen): A magzati szív működés szülés alatti változásainak diagnosztikus jelentősége.

Gaál József, Komáromy Béla, Lampé László, Mihály György, Mocsáry Péter, Pohánka Ödön (Női kl., Debrecen): Tapasztalataink szülés alatti komplex észleléssel.

Mocsáry Péter, Nagy Gyula, Gaál József, Komáromy Béla, Lampé László, Mihály György, Pohánka Ödön (Női kl., Debrecen): Indukált anyai hypoxia mint a magzati ve-

szélyeztettség felismerésének új módszere.

Lampé László, Komáromy Béla, Gaál József, Mihály György, Mocsáry Péter, Pohánka Ödön (Női kl., Debrecen): Isoxsuprin hatása a magzati sav-bázis háztartásra.

Gaál József, Nagy Gyula, Komáromy Béla, Lampé László, Mihály György, Mocsáry Péter, Pohánka Ödön (Női kl., Debrecen): Pozitív amniokopos lelet — terheléses phonokardiographia.

Pohánka Ödön, Gaál József, Komáromy Béla, Lampé László, Mihály György, Mocsáry Péter (Női kl., Debrecen): Pozitív amniokopos lelet és Apgar-érték összefüggése.

II. Újszülöttkori asphyxia.

Boda Domokos, Murányi László, Eck Erna (Gyermekkl., Szeged): Postnatalis placentaris keringésre és anyagkicsérőződésre vonatkozó állatkísérletek exteriorizált foetusokon.

Komáromy Béla, Gaál József, Lampé László, Nagy Gyula, Mihály György, Mocsáry Péter, Pohánka Ödön (Női kl., Debrecen): A szülés alatti magzati asphyxia befolyásolásának lehetőségei.

Mihály György, Gaál József, Komáromy Béla, Lampé László, Mocsáry Péter, Pohánka Ödön (Női kl., Debrecen): Súlyosan deprimált (Apgar 0—5) állapotban született újszülöttek élesztésével szerzett tapasztalataink.

Bolváry Gedeon, Kiszél János, Mester Lajos, Papp László (I. Női kl., Budapest): A postasphyxiás időszak korszerű észlelésének módszerei.

Kiszél János, Varga József, Hidvégi János, Bolváry Gedeon, Tóth Károly (I. Női kl., Budapest): Adatok a magzati asphyxia és a postasphyxiás időszak észleléséhez és ellátásához.

Németh Ferenc, Kiszél János, Csömör Sándor (I. Női kl., Budapest): A magzati asphyxia és a postasphyxiás időszak radiológiai vonatkozásai.

Asztalos Miklós, Komáromy Béla, Nagy Gyula, Mihály György (Női kl., Debrecen): A diabeteses anyák újszülötteinek élesztési problémái.

Hencz Péter, Murányi László, Veress Ilona, Fáy Piroška (Gyermekkl., Szeged): Respirator kezelés helye koraszülötteink distress szindrómájában sikeresen kezelt esetek tanulsága alapján.

László Aranka, Murányi László, Boda Domokos (Gyermekkl., Szeged): Hintarespirator-kezelésre alkalmas esetek újszülöttek és koraszülöttek légzésvavaraiában.

Uhl Károly (Gyermekkl., Szeged): Resucitált újszülöttek élefolyamatainak ellenőrzése.

Csermely Hubert (MÁV kh., Budapest): Paranasalis agysérülések.

Korányi György, Krausz Judit (Péterfy kh., Budapest): Újszülött-

kori masszív aspirációs syndroma és asphyxia.

Korányi György, Závodi Erzsébet (Péterfy kh., Budapest): Tapasztalatok a Lewin-féle „apnoe alarm” készülékkel.

Balogh László, Barb Edit, Horváth Szabolcs (Heim Pál kh., Budapest): Újszülöttkori vérzések és asphyxia.

Balogh László, Székessy Vilma, Réti Csaba (Heim Pál kh., Budapest): Újszülöttkori légzésvavarokban elhaltak kóroktani elemzése különös tekintettel a fejlődési rendellenességekre.

Szalinger Tibor, Kertész Erzsébet (Gyermekkl., Szeged): Korai újszülöttkorban manifesztálódó congenitális esetek.

III. Intrauterin atrophia.

Páli Kálmán, Sápszky Vilmos (Megyei kh., Pécs): A dysmaturitas („small-for date baby”) mint a koraszülést befolyásoló tényező.

Rosta János, Szeder Mária, Várady Erzsébet (I. Gyermekkl., Budapest): A terhességi toxemia hatása a magzat intrauterin fejlődésére.

Kovács András, Hegyi Róbert, Siklósi György, Szeder Mária, Várady Erzsébet, Rosta János (II. Női kl., I. Gyermekkl., Budapest): A terhesség alatti anaemia és a magzat intrauterin fejlődése.

Balló Tibor, Csabai László, Gorác Gyula (Apáthy kh., Gyógypedagógiai Tanárképző, Heim Pál kh., Budapest): Placenták súlya és percentilek.

Balló Tibor, Csabai László, Gorác Gyula, Kovács Edit, Léb József, Schläffer Erzsébet (Apáthy kh., Gyógypedagógiai Tanárképző, Heim Pál kh., Budapest): Steril körülmények között eltett placenták és köldökzsinórok „komplex” vizsgálata.

Schläffer Erzsébet, Balló Tibor, Csabai László, Nemes János (Apáthy kh., Gyógypedagógiai Tanárképző, Bajcsy-Zsilinszky kh., Budapest): Szülönők életkora, placenták mérsz tartalma és az intrauterin fejlődés.

Bazsó János, Zadányi Pál (Női kl., Debrecen): A placenta maternalis ereinek histológiai vizsgálata visszamaradt foetalis növekedéssel társult terhességekben.

MEGHÍVÓ

a Magyar Táplálkozástudományi Társaság 1971. április 23-án (pénteken) Esztergomban (a Technika Házában)

„Táplálkozás,
mint kórokozó tényező”
címmel

megrendezésre kerülő egésznapos tudományos ülésére.

Részletes program:

Délelőtt 9—10.30-ig.

Üléselnök Lélek István dr. főorvos.

A tudományos ülés megnyitása: Csökör György dr. megyei főorvos.

„Tanagl Ferenc” emlékérem átadása Sós József dr. egyetemi tanárnak.

Az emlékérmeket átadja: Tarján Róbert dr. egyetemi tanár.

„Tanagl Ferenc” emlékelőadás: Célzott és diffúz károsítások az anyag- és energiaforgalom kutatásában. Előadó: Sós József dr. egyetemi tanár.

Kemikáliákkal szennyezett élelem, mint betegségek okozó tényező. Előadó: Tarján Róbert dr. egyetemi tanár.

Táplálkozással kapcsolatos mikrobiális egészségártalmak. Előadó: Ormay László dr. osztályvezető.

Sz ü n e t 10.30—11.00-ig.

Délelőtti program: 11.00—12.30-ig.

Üléselnök: Sós József dr. egyetemi tanár.

Andik István (Kóréletlani Intézet, Pécs): Különböző szénhidrát-komponensek hatása a patkány kalória felvételére és testsúlyára.

Nemesánszky Elemér, Szelényi István, Rigó János (Dietetikai Tudományos Munkacsoport, Budapest): Fehérjeszegény és fehérjegyazdag diéta hatása a lysosomalis enzimek aktivitására.

Frenkl Róbert, Csalay László, Csákvári Gábor, Marosi Anikó, Mezei Györgyi (Kóréletlani Intézet, Budapest): A táplálékhoz kevert többlet-fehérje adagolás hatása izommunkát végző és kontroll patkányokban.

Rigó János, Ribári Ottó (Dietetikai Tudományos Munkacsoport és Orr-Fül-Gégeklinika, Budapest): Fehérjegyazdag tápszerrel szerzett klinikai tapasztalatok gégetumoros betegekben.

Kralovánszky M. Pál (Országos Műszaki Fejlesztési Bizottság): Aminósavszükséglet biztosításának problémái.

Simon György, Winter Mihály (Kóréletlani Intézet, Budapest): Diétás faktorok hatása a szérum pseudocholinesterase aktivitásra.

Hideg János, Szelényi István, Sós József (MN Eü. Szolgálat és Dietetikai Tudományos Munkacsoport, Budapest): Hypoxia hatása az alimentaris cardiomyopathia kifejlődésére patkányban.

E b é d s z ü n e t 12.30—14.00-ig.

Délutáni program: 14.00—15.30-ig.

Üléselnök: Tarján Róbert dr. egyetemi tanár.

Lélek István (Városi Kórház, Esztergom): Az atherosclerosis diétás preventiójának lehetőségei.

Romics László, Szigeti Ágnes, Erdélyi Gábor, Varsányi Jánosné, Balácsi Imre (III. sz. Belklinika, Budapest): Szénhidrátúdszíta hatása coronariascleroticus betegek serum lipid szintjére.

Szollár Lajos, Pucsek József, Jáky Miklós, Sós József (Kórélettani Intézet, Budapest): Akut és krónikus coffein bevitel hatása patkányok szérum- és májlipid összetételére.

Walthier József (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet): A táplálkozás szerepének tanulmányozása az elhízás kialakulásában.

Sóos Aladár, Bouquet Dezső (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet): Az elhízás gyakorisága különböző lakosságcsoportokban.

Jánossy Gyuláné (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet): Biogén aminok élelmezés-egészségügyi jelentősége.

Lángfy György (Magyar Testnevelési Főiskola Kutató Intézete): A fogyasztás és káros hatásai sportolóknál.

Angeli István (Megyei Rendelőintézet, Kaposvár): A táplálkozás szerepe a diabetes manifestációjában.

S z ü n e t 15.30—16.00-ig.

Délutáni program folytatása: 16.00—17.30-ig.

Üléselnök: Rigó János dr. egyetemi docens.

Schmidt Péter (Kórélettani Intézet, Pécs): Parabiozisos patkány táplálék- és vízfelvétele.

Bouquet Dezső (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet): A vashiánybetegség gyakorisága és jelentősége a hazai táplálkozási vizsgálatok során.

Szöllősi Erzsébet, Jókay Márta, Tumpek Judit, Mórlik József (Közegészségügyi Intézet és Városi Közegészségügyi-Járványügyi Állomás, Debrecen): Debreceni általános iskolások táplálkozásával kapcsolatos „C”-vitamin ellátottsága különböző évszakokban.

Hamza Imre, Pellády György, Vizer Miklós, Kassay László (Elektromax Üzemorvosi Rendelő, Pápa): Benzol expozícióban dolgozók „C”-hypovitaminosisával kapcsolatos megfigyelések.

Szepeshelyi Mária, Fábán Tibor, Rigó János (X. ker. Iskolafogászati Rendelő, Fogpótlástani Intézet és Dietetikai Tudományos Munkacsoport, Budapest): Fluortartalmú ásványvíz hatása a caries profilaxisában iskoláskorú gyermekeknél.

Fábán Tibor, Zelles Tivadar, Fejérdy Pál, Szelényi István (Fogpótlástani Intézet és Kórélettani Intézet, Budapest): A Mg-otrotat hatásának vizsgálata hiányosan táplált fehérpatkányok fogzatára.

Fejérdy Pál, Fábán Tibor, Szelényi István, Zelles Tivadar (Fogpót-

lástani Klinika és Kórélettani Intézet, Budapest): A fehérjeszegény táplálék hatása a fehérpatkányok fogzatára.

Gyimesi János, Zelles Tivadar, Szelényi István (Fogpótlástani Klinika és Kórélettani Intézet, Budapest): A kísérletes molaris fogatlanság hatása fehérpatkányok fehérje és zsírhasonosítására.

MEGHÍVÓ

A XIV. BALATONI KÖZEGÉSZSÉGÜGYI NAPOKRA

Siófok, 1971.

A Somogy Megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya és a Somogy megyei Közegészségügyi-Járványügyi Állomás az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Somogy megyei Bizottsága támogatásával

1971. május 6—7—8-án

Siófokon megrendezi

a XIV. Balatoni Közegészségügyi Napokat, melyre tisztelettel meghívjuk.

1971. május 6.

Az ülés helye: a Bányász Üdülő díszterme.

Kezds: 8.30 óra.

Üléselnök: Páter János, Orvostudományi Egyetem, Pécs.

A rendezőség nevében a kongresszust megnyitja: Csáki László, M. Eü. Oszt., Kaposvár.

A kongresszust üdvözlí Siófok város nevében: Gáti István, M. T. V. B. Siófok.

1. Tóth Béla (Eü. Minisztérium): A közegészségügyi és járványügyi munka néhány előtérben álló kérdése (20 perc).

2. Habán György (OKI, Budapest): A siófoki Közegészségügyi Napok jelentősége és szerepe a közegészségügyi munkában (10 perc).

3. Bakács Tibor (OKI, Budapest): Az üdültetés ökológiája (20 perc).

S z ü n e t
(20 perc)

Kezds: 11 óra.

Üléselnök: Habán György, OKI, Budapest.

4. Páter János (Orvostud. Egyetem, Pécs): A balatoni üdülés mentálhygiénés kérdései (20 perc).

5. Csáki László (M. T. V. B. Eü. Osztály, Kaposvár): A Balatonpart egészségügyi fejlesztése az új tanácstörvény tükrében (15 perc).

6. Tóth Sándor (Sm. KÖJÁL, Kaposvár): Az irányított üdültetés népegészségügyi jelentősége (15 perc).

7. Majorlaki József (VIZIG, Pécs): A Balaton déli part szennyvíztisztítási és elhelyezési lehetőségei (10 perc).

8. Böjti Béla (Obszervatórium, Siófok): A balatoni viharjelzés elvi alapjai és kapcsolata az egészségügygel (10 perc).

9. Lehrner Lóránt (Fejér m. KÖJÁL): Néhány mentálhygiénés tapasztalat (10 perc).

Délután

15 órai kezdettel hangversenyt ad a Megyei Tanács V. B. Múvelődési osztálya a köröshegyi Árpád-kori templomban.

Műsoron:

Buxtehude: A-dúr preludium és fuga, Händel: Ária.

J. S. Bach: Koráléljáték, J. S. Bach: Két dal.

J. S. Bach: D-moll toccata és fuga, Eszterházy Pál: Harmónia caelestis — kantáta.

Liszt: Adagio, Liszt: Ária.

Liszt: B-A-C-H preludium és fuga.

Közreműködik: Kovács Endre — orgona, Számadó Gabriella — ének.

1971. május 7.

„A” szekció

Az ülés helye: a Bányász Üdülő díszterme.

Kezds: 8 óra.

Üléselnök: Kátay Aladár, Egészségügyi Minisztérium, Budapest.

10. Rudnai Ottó (OKI, Budapest): Bakteriális enterális fertőző betegségek aktuális járványügyi kérdései (20 perc).

11. Bándi Andor (Eü. Minisztérium): Enterális fertőző betegségek megelőzésének lehetőségei (10 perc).

12. Baron Ferenc (Somogy m. KÖJÁL): Enteropathogen Escherichia előfordulása Somogy megyében (10 perc).

13. Lakatos Mária (Hajdú-Bihar m. KÖJÁL): Újabb enteropathogen E. Coli törzsek előfordulása hasmenés és egészséges csecsemők székletében (10 perc).

14. Kocsis Sándor (Fővárosi KÖJÁL): Enterocolitisek előfordulása a fővárosban 1958—70-ig (10 perc)

15. Göntér Ferenc (Somogy m. KÖJÁL): Dysentéria megbetegedések Somogy megyében az utóbbi évek tapasztalatai alapján (10 perc).

16. Pápay Dénes, Gedő Tibor, Nagy Tamás, Szekeres Ferenc (Szolnok m. KÖJÁL): Dysentéria elleni küzdelem időszzerű kérdései Szolnok megyében, nyolc év adatai alapján (10 perc).

S z ü n e t
(30 perc)



Kezdes: 10.30 ora.
Uleselnok: Rudnai Ottó, OKI, Budapest.

17. *Virág Gyula* (Fővárosi KÖJÁL): Ivóvíz által okozott dysentéria járvány egy fővárosi iparitanulótanodában (10 perc).

18. *Licht Antal, Filipovics Sztjepán, Vojnics Gusztáv, Márics Radomir* (KÖJÁL, Subotica): Törpe-vízvezeték által előidézett dysentéria járvány (10 perc).

19. *Ficzko Gyula, Göntér Ferenc, Baron Ferenc* (Somogy m. KÖJÁL): Salmonellosisok Somogy megyében (10 perc).

20. *Csizmazia Ferenc, Kantó Istvánné, Dinda László* (Fejér m. KÖJÁL): A salmonellosis járványügyi problémáiról, Fejér megyében (10 perc).

21. *Mándoki András* (Csongrád m. KÖJÁL): Víz által terjesztett salmonellosis járvány Sándorfalva községben (10 perc).

22. *Borbély Éva, Mérő Endre* (Somogy m. KÖJÁL, OKI, Budapest): Listeria monocytogenes előfordulása a Kaposvári Húskombinát dolgozóinál (10 perc).

23. *Durat János, Mérő Endre, Sawinszky Antal*, (Szolnok m. KÖJÁL, OKI, Budapest): Listeria szűrés Szolnok megyében (10 perc).

24. *Mohácsi Lajos* (Bács-Kiskun m. KÖJÁL): Halállal végződő ornithosis megbetegedés Bács-Kiskun megyében (10 perc).

25. *Jakab László, Vásárhelyi Imréné* (Fejér m. KÖJÁL): Bang szűrővizsgálatok munkaegészségügyi vonatkozásai (10 perc).

Délután:

Kezdes: 15 orakor.

Uleselnok: Szita József, OKI, Budapest.

26. *Lapis Júlia, Vanger Sándorné* (Hajdú-Bihar m. KÖJÁL): Iatrogén eredetű morbiditás vizsgálatok szülő-intézményekben történt szülések kapcsán (10 perc).

27. *Tóth Irén, Harsányi Magdolna, Orosz Árpád, Tóth Tibor, Lehél Frigyes* (Hajdú-Bihar m. KÖJÁL, Orvostud. Egyetem, Debrecen, Eü. Oszt., III. ker., Debrecen): Bölcsődés korú gyermekek enterovírus fertőzöttségének vizsgálata (10 perc).

28. *Peter Schwarz* (KÖJÁL, Subotica): A komplement kötési reakció némely módosításáról (10 perc).

29. *Rödler Miklós* (Tolna m. KÖJÁL): Baktériumok biokémiai meghatározására szolgáló, gyors diagnosztikus módszerek (10 perc).

30. *Miho Mihovszki* (KÖJÁL, Lovacs): R faktorok patogén Staphylococcus hordozóknál (10 perc).

31. *Szücs Endre* (Baranya m. KÖJÁL): Karantén intézkedések jelentősége a vízi és szárazföldi hártárforgalomban (10 perc).

32. *Pechó Zoltán, Erdős Gyula, Makara György* (OKI, Budapest):

A fertőtlenítés a hagyományos és a korszerű ellenőrzés tükrében (10 perc).

33. *Láng Ferenc, Sztankay Szilárdné* (Győr-Sopron m. KÖJÁL, OKI, Budapest): A szúnyogirtás lehetősége a bioszféra károsítása nélkül (10 perc).

34. *Szabó János Barna, Tarjánai István*, (OKI, Budapest, Szolnok m. KÖJÁL): A Boophthora erythrocephala de Geer, 1776 számmal nevezett légyfaj tömeges megjelenése és egészségkárosító rajzása az 1970. évi tisztai árvíz alkalmával, Szolnok megyében (10 perc).

35. *Jurányi Róbert, Simon Lászlóné, Kleeberg Veronika* (Fővárosi KÖJÁL): Huzamosabban hazánkban tartózkodó külföldi diákok féregfertőzöttsége, különös tekintettel a Balaton-parti üdülésre (10 perc).

36. *Darvas Andor, Licht Antal* (KÖJÁL, Subotica): A bélparazitizmus elterjedése Bosznia és Hercegovina népköztársaság területén (10 perc).

37. *Vilimszky Zoltán* (Borsod m. KÖJÁL): A taeniosis alakulása Borsod megyében 1961—70. között (10 perc).

38. *Kiss László* (Fejér m. KÖJÁL): Óvodás- és iskoláskorú gyermekek parazitológiai szűrővizsgálatának tapasztalatai Fejér megyében (10 perc).

1971. május 7.

„B” szekció

Az ülés helye: Városi Tanács nagyterme

Kezdes: 8 ora.

Uleselnok: Timár Miklós, OMI, Budapest.

39. *Berencsi György* (Orvostud. Egyetem, Szeged): Munkaköri egészségügyi szempontok, a mezőgazdasági kemizálásra tekintettel (20 perc).

40. *Jancsó Pál* (Eü. Min., Budapest): A Magyar Toxicológiai Társaság Szolgálat szervezéséről (10 perc).

41. *Horváth Rezső* (OMI, Budapest): A kémiai gyors analitikai eljárások alkalmazhatósága a mezőgazdasági kémiai anyagokkal történt mérgezések felderítésénél (10 perc).

42. *Erdős Gyula, Dési Illés, Major Magda, Sztankay Szilárdné* (OKI, Budapest): A növényvédőszer, a rovar- és rágcsálóirtószer engedélyezésének környezeti-higiénés vonatkozásai (10 perc).

43. *Dömötör Lajos, Somogyi Lászlóné, Ulatovszky Erzsébet* (Pest m. KÖJÁL): Néhány cholinesterase enzim aktivitás vizsgálat, egy vizsgálati típus elméleti és gyakorlati vonatkozásainak összehasonlítása (10 perc).

44. *Rödler Imre, Molnár Pál, Kőhegyi Imre*, (Baranya m. KÖJÁL): Egyes szerves foszfátészter tartal-

mú permetezőszerezelt alma szermaradékának alakulása különböző tárolási körülmények között (10 perc).

45. *Hotya János, Maurer József* (Békés m. KÖJÁL): Növényvédőszer okozta mérgezések hatása az elektrolitháztartásra (10 perc).

46. *Sawinszky Antal, Durst János, Pásztor Géza, Hámori Ferenc* (Szolnok m. KÖJÁL): Adatok a mosószergyártás munkaegészségügyi kérdéseiről (10 perc).

47. *Szundy Béláné* (Veszprém m. KÖJÁL): A Veszprém megyei termelőszövetkezetek melléküzemági tevékenységének munkaegészségügyi és település-egészségügyi vizsgálata (10 perc).

48. *Nagy László, Bánsági József, Horvay Árpádné* (OMI, Budapest): Fejőgulyások fizikai terhelésének energetikai vizsgálata (10 perc).

S z ü n e t

(20 perc)

49. *Szántó Anna* (Fővárosi KÖJÁL): Zajviszonyok és morbiditás közötti összefüggés vizsgálata (10 perc).

50. *Kiripolszky István, Bíró Zsigmond, Kökényessy Miklósné* (Hajdú-Bihar m. KÖJÁL): Települési zajmérések tapasztalatai Debrecenben (10 perc).

51. *Kastélyi Edit, Mátyás Elek* (Fővárosi KÖJÁL): Porexpositiós vizsgálatok textilipari üzemekben (10 perc).

52. *Kurecz Edit* (Fővárosi KÖJÁL): Textilipari üzemek mikroklímájának vizsgálata (10 perc).

53. *Szelényi Béla, Gutai Miklós, Újlaki Gyula, Leposa Béláné* (Tolna m. KÖJÁL): Fonalterjedelmésítés zajcsökkentése érdekében végzett munkaegészségügyi klinikai vizsgálatok (10 perc).

54. *Fülöp Mihály* (Növényvédő Állomás, Kaposvár): A növényvédelmi szolgálat tevékenysége a növényvédőszer szabályszerű felhasználása érdekében (10 perc).

Délután:

Kezdes: 15 ora.

Uleselnok: Berencsi György, Orvostudományi Egyetem, Szeged.

55. *Csinády László, Reviczky János, Andrássy Judit* (Hajdú-Bihar m. KÖJÁL): Idegenforgalom közegészségügyi viszonyainak alakulása, Hajdú-Bihar megyében (10 perc).

56. *Thurzó Tamás* (Bács-Kiskun m. KÖJÁL): Bács-Kiskun megyei, üdülőjellegű tavak higiénés vonatkozásai (10 perc).

57. *Six Lászlóné* (Győr-Sopron m. KÖJÁL): Sopron üdülőváros levegő-egészségügyi helyzete (10 perc).

58. *Hotya János, Mauer József, Lukács Zoltán* (Békés m. KÖJÁL): Gyors módszer a fürdőmedencék vízszennyezettségének meghatározására (10 perc).

59. *Iván Gáborné, Pethes Attila* (Bács-Kiskun m. KÖJÁL): Különböző dúsító táptalajokkal szerzett tapasztalatok vízvizsgálatoknál (10 perc).

60. *Horváth Éva, Biró Zsigmond, Tóth József, Barabás László, Pásztor István, Szeszák Ferencné*, (Hajdú-Bihar m. KÖJÁL, Tiszántúli VIZIG, Debrecen): Leccsapolt halastó környezetének vizsgálata toxafénes kezelés után (10 perc).

61. *Szabó Lászlóné* (Vas m. KÖJÁL): Nagy keménységű és magas széndioxid tartalmú termálvizsek összetételében jelentkező változások Vas megyében (10 perc).

62. *Kovács Anna, Posta Lajos* (Tolna m. KÖJÁL): Tolna megye vezetékes vízellátásának tízéves fejlődése (10 perc).

63. *Pajor Géza* (Vas m. KÖJÁL): Autó-pihenők és parkoló-helyek település higiéniés problémái (10 perc).

64. *Russay Gábor, Somogyi Lajos, Vécsy György* (Bács-Kiskun m. KÖJÁL, Zrínyi Ilona Ált. Isk. Kecskemét): Óra alatti frissítő tornapercetek tapasztalatai a kecskeméti Zrínyi Ilona általános iskolában (10 perc).

1971. május 8.

Az ülés helye: a Bányász Üdülő díszterme.

Kezdés: 8 óra.

Üléselnök: *Tóth László*, Egészségügyi Minisztérium.

65. *Zajkás Gábor* (OÉTI, Budapest): A közétkeztetés különleges formája — a kórházi ételmezés (20 perc).

66. *Csonti Ferenc, Ficzkó Gyula* (Somogy m. KÖJÁL): Klórozott szénhidrogén maradékok vizsgálata tejben és tejtermékekben (10 perc).

67. *Kiss Melinda, Ormay László* (Pest m. KÖJÁL, OÉTI, Budapest): Az élelmiszerek salmonella vizsgálatának kérdése (10 perc).

68. *Varga István, Kanyó Márta* (Szolnok m. KÖJÁL): Kórházi étkeztetés bakteriológiai felmérése (10 perc).

69. *Énekes Béláné* (Fővárosi KÖJÁL): Vendéglátóipari termelőüzemi dolgozók munkahelyi körülményeinek vizsgálatai, és annak értékelése élelmiszerégszégügyi szempontból (10 perc).

70. *Kozák András, Csizmazia Ferenc* (Fejér m. KÖJÁL): Közétkeztetési vendéglátóipari konyházak higiénés értékelése, tisztasági mikrobiológiai vizsgálatok alapján (10 perc).

71. *Berend Ernő, Koppa Györgyné, Rédey Barnabás és Székely Barnabás* (Veszprém m. KÖJÁL): A tejtermelés higiéniés tapasztalatai Veszprém megyében, különös tekintettel a tej bakteriológiai és kémiai szennyezettségére (10 perc).

72. *Wéber Teréz, Kereszti Zita, Berencsi György* (Orvostudományi Egyetem, Szeged): Bepillantás a vér lipid háztartásába alimentáris lipaemia kapcsán (10 perc).

73. *Lucskay Klára* (Heves m. KÖJÁL): Króm tartalom vizsgálata élelmiszerekben (10 perc).

74. *Balogh Sándorné, Pethes Attila* (Bács-Kiskun m. KÖJÁL): Gyümölcslevek és üdítőitalok fém-szennyezettségének vizsgálata (10 perc).

75. *Licht Antal, Basch András, Balázs Géza* (KÖJÁL, Subotica): A hentesek étkezésmódjának hatása egészségünkre (10 perc).

76. *Gémesi Gyula, Pintér György, Pajor Géza* (Vas m. KÖJÁL): Geohelmintek élelmiszerekkel való terjedésének veszélye Vas megyei tapasztalatok alapján (10 perc).

77. *Bánhegyi Mátyás, Jándi Klára, Némedi László* (Fővárosi KÖJÁL): A budapesti ásvány- és hévizek felhasználásával kapcsolatos néhány közegészségügyi problémáról (10 perc).

78. *Kolombusz Lászlóné, Gulyás János, Pekár Kornél* (Tolna m. KÖJÁL): Klórozott szénhidrogén maradék mennyiségi változásai vizsgálati anyagunkban (10 perc).

79. *Tarján Róbert* (OÉTI, Budapest): A kongresszus szakmai értékelése.

80. *Tóth Sándor* (Somogy megyei KÖJÁL): Zárzó.

TUDNIVALÓK:

A XIV. Balatoni Közegészségügyi Napokat Siófokon, május 6-án, 7-én és 8-án tartjuk.

Részvételi díj (szállás és napi háromszori étkezés) személyenként 320,— Ft.

Egyes napokra a részétkezés befizetésére lehetőség nincs. Az elszállásolás és az étkezés a SZOT Építőmunkás Üdülőjében (Siófok, Petőfi sétány 2. sz.) történik.

Szállás május 5-én, szerdán 16 órától, május 8-án szombaton 16 óráig vehető igénybe. Az étkezés május 5-én, szerdán vacsorával kezdődik és május 8-án, szombaton ebéddel fejeződik be.

A reggeli 7 órától 8 óráig, az ebéd 13 órától 14.30-ig, a vacsora 19 órától 20.30-ig tart. Az étkezés lebonyolítása folyamatosan történik, az étkezési időpontokat azonban kérjük, szíveskedjék betartani.

Az elszállásolásra vonatkozó beosztást, valamint az étkezési jegyeket május 5-én, 16 órától lehet a SZOT Építőmunkás Üdülőjében működő információs irodában átvenni, a részvételi díj befizetését igazoló postautólevél bemutatásával.

Előadások helye: „A” szekciónál a Bányász Üdülő díszterme, „B” szekciónál a Városi Tanács nagyterme, Siófok.

Az előadások megadott időtartamát kérjük pontosan betartani.

Május 6-án, délután 15 órai kezdettel a Somogy Megyei Tanács V. B. Művelődési Osztálya hangversenyt ad a köröshegyi Árpád-kori templomban. Köröshegyre történő utazáshoz autóbust biztositunk. A hangverseny befejezésekor az autóbuszok azonnal visszaindulnak Siófokra. Az autóbusz díja: 20,— Ft. Befizetés módja a jelentkezési lap szerint.

Jelentkezési határidő: 1971. április 15.

A jelentkezés a jelentkezési lap pontos kitöltésével, elküldésével, valamint a részvételi díjnak a Somogy megyei Közegészségügyi-Járványügyi Állomás, Kaposvár, Fodor József tér 1. címére postautólevélben való befizetésével történik. Részvételi díj visszafizetésére lehetőség nincs.

A részvételi díj a 65.295/1962. Eü. M. sz. tájékoztató alapján kiküldetési rendelvevényen elszámolható.

Későn érkező jelentkezéseket nem áll módunkban figyelembe venni.

Felvilágosítással szolgál: a Somogy megyei KÖJÁL (Kaposvár, Fodor József tér 1. Telefon: 12—550).

MEGHÍVÓ

A Magyar Munkahigiénikusok Társasága a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetségének tagja, 1971. április 20—23-án rendezi nemzetközi részvétellel kongresszusát az Országos Munkaegészségügyi Intézet nagy előadótermében (Budapest, IX., Nagyváradi tér 2.).

Témakörök:

1. Experimentális és klinikai toxikológia.
2. Foglalkozási és légúti betegségek.
3. Zaj és vibráció.
4. Üzemhigiéne.
5. Ergonomia.

A kongresszus megnyitása 1971. április 20-án, 8 óra 30 perc.

Felvilágosítással szolgál *Pintér István dr.*, főtktár, telefon: 334—730.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1971. április 16-án, du. 2 órára tűzte ki *Kun Miklós dr. asp.* kívül benyújtott „A felnőttkori konfliktusháttérrel suicidiumot kiváltó vizsgálat és pszichodiagnosztikai elkülönítése” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagyteremben.

Az értekezés opponensei: *Kardos Lajos dr.*, a pszichológiai tudományok doktora, *M. Kovács Erzsébet dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

Helyreigazítás. Az Orvosi Hetilap ez évi 12. számában megjelent Világi Gyula dr. és mtsai: „A pitvarkamrai block-kal nem járó arrhythmia pacemaker

kezelése” című cikkből sajnálatosan kimaradt a cikkhez tartozó 2 db táblázat, amelyet most utólag közlésteszünk:

Ideiglenes pacemaker kezelésben részesült betegek

1. táblázat

Ssz.	Nem és kor	A rythmuszavar típusa	A pacemaker kezelés módja	Kiegészítő gyógyszeres terapia	Kórlefordyas
1.	nő 59 é.	lassú sinus rhytmus pitvar-fibrillatiobigeminia (QT-megnyúlás) rucerrrens kamrafibrillatio	páros és fix pacemaker 100/110/ min	Lidocain Inderal NaHCO ₃ kalium	24 órás pacemaker kezelés után tartós Inderal kezelés. 1 éve panaszmentes
2.	ffi 82 é.	pitvar fibrillatio többgócú kamrai Es. recurrens kamra-fibrillatio	fix pacemaker 100—120/min	Lidocain Inderal Dilantin	1 hét múlva exitus
3.	ffi 49 é.	kamrai tachycardia (post-infarctusos)	páros pacemaker 96/min—DC. shock	Lidocain NaHCO ₃ Inderal	kamrai paroxysmus többlet nem volt
4.	ffi. 56 é.	lassú sinus rhytmus bigeminia-kamra-fibrillatio (post infarctusos)	fix pacemaker 96/min, majd demand	Lidocain	2 hét ntán gyógyult
5.	nő 56 é.	sinus rhytmus-recurrens kamra-fibrillatio (post-infarctusos?)	fix pacemaker 110/min.	kálium	3 nap múlva gyógyult

Végleges pacemaker kezelésben részesült betegek adatai

2. táblázat

Ssz.	Nem és kór	A rythmuszavar típusa	Diagnosis	Szövödmény	Kiegészítő gyógyszeres kezelés	A pacemaker típusa	Kórlefordyas
1.	nő 48 é.	sinus leállás nodalis rhytmus kamrai extra systolia	cardiomyop?	Adams—Stokes-sy. féloldali hemiplegia	Isolanid	Chardack demand	10 hónapja panaszmentes
2.	nő 73 é.	supraventricularis tachycardia	AS. Sz. B.	angina	Inderal Isolanid	Ectocor demand	fél éve rohammentes
3.	ffi. 66 é.	WPW-sy., supraventricularis tachycardis	AS.Sz. B.	angina	Inderal Cedylanid	Ectocor demand	panaszmentes 1 hónapja
4.	ffi. 71 é.	paroxysmosus pitvar-fibrillatio-asystolia	AS. Sz. B.	Adams—Stokes-sy.	Isolanid	Ectocor demand	8 hónapig tünetmentes, exitus urosepsisben
5.	nő 66 é.	lassú sinus rhytmus bigeminia kamra-fibrillatio	AS. Sz. B.	Adams—Stokes-sy.	Isolanid	Ectocor demand	8 hónapja panaszmentes
6.	ffi. 67 é.	paroxysmosus pitvar fibrillatio, kamrai tachycardia	AS. Sz. B. diabetes mell.	Adams—Stokes-sy.	Isolanid Inderal	Ectocor demand	az implantatio után kamra leállás. 10 nap múlva exitus sepsisben
7.	nő 63 é.	lassú nodalis rhytmus, bigeminia kamra fibrillatio	I. Sz. B.	Adams—Stokes-sy.	Trasicor Isolanid	Ectocor demand	4 hónapja tünetmentes
8.	ffi. 59 é.	lassú pitvari fibrillatio, bigeminia	cardiomyop	decompensatio	Isolanid	Chardack demand	másfél éve tünetmentes
9.	nő 66 é.	sinus rhytmus bigeminia-megnyúlt QT-kamrai tachycardia-fibrillatio	AS. Sz. B.	Adams—Stokes-sy.	Isolanid Trasicor	Fix 80/min.	4 hónapja tünetmentes

TORECAN DRAZSÉ, VÉGBÉLKÚP, INJEKCIÓ

1 draszté, kúp, ampulla (1 ml) 6,5 mg thiethylperazin-bázisnak megfelelő hatóanyagot tartalmaz; az injekció dimalat, a draszté és a kúp dimaleinat só formájában.

Kettős támadáspontú, antiemetikus hatású phenothiazin származék. A chemoreceptív trigger-zónán keresztül közvetve, a hányáscentrumra hatva pedig közvetlenül fejt ki hatását.

Centralis és vestibularis eredetű szédülések kezelésében is hatásos,

JAVALLATOK:

Mindenfajta a émelygés és hányás: postoperatív, radiotherapiát követő nausea és vomitus; endo- és exotoxikus állapotok; hyperemesis gravidarum; otolaryngológiai kórképek; egyéb szerekre refrakter Menière-syndroma; különböző eredetű vertigo esetén, tengeribetegség megelőzésére.

Torecan kezelés minden depressív és comatosus állapotban ellenjavallt!

SZOKÁSOS ADAGJA:

Felnőtteknek naponta 1–3 draszté, ill. végbélkúp, súlyosabb esetekben 1 ampulla im. vagy iv.

Gyermekek Torecan kezelése 15 éves kor alatt nem kívánatos.

Nagyobb napi adagok és hosszan tartó kezelés után extrapyramidalis jelenségek léphetnek fel. Jelentkezhet továbbá általános sedatív effectus, lehangolt-ság, tachycardia, hypotonia, szédülés, álmatlanság, szájszárazság, gyomorpanaszok, nicotin-intolerantia, bőrjelenségek, thrombopenia.

Gépkocsivezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak orvosi ellenőrzés mellett szedhetik.

Rendelhetőségéről a „Tájékoztató” c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.

15 draszté	25,50 Ft	6 × 1 ml amp.	16,40 Ft
100 draszté	154,— Ft	50 × 1 ml amp.	125,40 Ft
6 kúp	13,30 Ft		

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(215/a)

A gyulai Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője (Gyula, Petőfi tér 2.) pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett dobozi **körzeti orvosi I. állásra**. Illetmény az E 180 ksz. szerinti alappér, 450 Ft ügyeleti díj és 100 Ft körzeti orvosi pótlék. Az állás április 1-vel elfoglalható.

Négyosztályos, összkomfortos lakás azonnal elfoglalható.

Sinka János dr.
járásifőorvos

(218)

Kapuvári Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet át-helyezés folytán megüresedett E 109 ksz. **laboratóriumi osztályvezető főorvosi állásra**. Az álláshoz lakás és mellékalás biztosítva.

Fábián Ferenc dr.
mb. kórházigazgató

(219)

Tata Városi Tanács Egészségügyi Csoportjának vezetője pályázatot hirdet 1 fő E 176 ksz. **körzeti gyermekszakorvosi állásra**. Javadalmazás: 2700 Ft alappér. Az álláshoz biztosítva van bölcsődei orvosi mellékalás, havi 600 Ft. Évi 6-10 000 Ft-ig terjedő iparvidéki jutalom adható. Lakás megbeszélés szerint. Orvosházaspár jelentkezése előnyben részesül.

Damjanovich Klára dr.
városi főorvos

(220)

A Sopron Városi Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház-rendelőintézetben üresen álló E 128 kulcsszámú **röntgenszakorvosi állásra**. Az álláshoz április-május hónapban átadásra kerülő 2 szobás összkomfortos állami lakás rendelkezésre áll.

Illetmény kulcsszám szerint. Mellékalás vállalására lehetőség van.

Eper Tivadar dr.
igazgató-főorvos

(221)

A tamási Járási Tanács Kórház-Rendelőintézet (Pincehely) igazgatója pályázatot hirdet 1 fő „E” 125 **rendelőintézeti belgyógyász szakfőorvosi állásra**.

Kedvezményes élelmezés intézetben belül biztosítva. Illetmény és lakás személyes megbeszélés tárgyát képezi.

Fehérvári László dr.
igazgató-főorvos

(222)

A szegedi Orvostudományi Egyetem rektora pályázatot hirdet a Körbonctani Intézetben megüresedett **tanárségi állásra** (5004 kulcsszám). Előnyben részesülnek azok a pályázók, akik már gyakorlatot szereztek a körbonctani szakmában.

Tóth Károly dr.
rektor

(223)

Pályázatot hirdetek a budapesti III. ker. Szakorvosi Rendelőintézetben egy E 180. kulcsszámú **körzeti orvosi** (belgyógyász képesítés szükséges) valamint egy E 126 kulcsszámú **sebész szakorvosi állásra**. Illetményük kulcsszám szerint. Kérem a pályázatokat megjelenés-

től számított 15 napon belül, szolgálati úton, a III. ker. Szakorvosi Rendelőintézet igazgatóságára (Budapest, III., Vörösvári u. 88-96) megküldeni.

Láng János dr.
igazgató-főorvos

(224)

Megyei Rendelőintézet nagybányai ki-helyezett szakrendelőben jelenleg betöl-tetlen, E 126-os kulcsszámú, **sebész, röntgen** szakorvosi állást hirdet. Illet-mény kulcsszám szerint. Az álláshoz 2 szobás összkomfortos lakás biztosított. Másodállás lehetséges. Pályázati kérel-met Nógrád m. Tanács Madzsar József Kórház-Rendelőintézet Igazgatósága cí-mére, Salgótarján, Május 1 u. kerjük.

Nagy Béla dr.
rend. int. ig-főorvosa

(225)

A ráckevei Járási Tanács V. B. Szak-orvosi Rendelőintézeteinek igazgató-főorvosa (Szigetszentmiklós-Gyártelep) pályázatot hirdet, a Csepel Autógyár üzemorvosi rendelőjében — elhalálozás miatt megüresedett — **üzemorvosi állás-ra**. Illetmény kulcsszám szerint. Az álláshoz lakást biztosítani nem tudok.

Szabó Raffael dr.
igazgató-főorvos

(226)

Az Orvostovábbképző Intézet igazga-tója (Budapest, XIII., Szabolcs u. 35.) pá-lyázatot hirdet az Országos Onkopatho-logiai Kutató Intézetben felállított Onko-pathológiai Tanszéken egy 5001 kulcs-számú **egyetemi tanári állásra**.

A kinevezendő egyetemi tanár fel-adata az orvostovábbképzés keretében az elméleti és gyakorlati oktatásban ha-tékony részvétel, a szakterülethez tar-tozó — Tanszéken kívül történő — va-lamennyi egészségügyi intézményben folyó továbbképzés irányítása és ellen-őrzése, a tanszék tudományos kutató munkájának irányítása és ellenőrzése, a tanszékvezető teendőinek ellátása. A ki-nevezendő tanár illetménye az 5001 kulcs-számú egyetemi tanári állásnak meg-felelő fizetés.

A pályázathoz mellékelni kell:

- oklevelet,
- törzslapmásolatot,
- minősítést,
- szakképesítésről szóló igazolást,
- tudományos fokozatról szóló iga-zolást,
- önéletrajzot,
- működési bizonyítványt,
- erkölcsi bizonyítványt,
- orvosi nyilvántartásbavételről szóló igazolást,
- tudományos munkák felsorolását,
- tudományos munkák egy-egy kü-lönlenyomatát.

A pályázati kérelmeket a pályázati hirdetemny megjelenésétől számított négy héten belül kell az Orvostovább-képző Intézet igazgatójához (Budapest, XIII., Szabolcs u. 35.) benyújtani.

Kádár Tibor dr.
egyetemi tanár
intézeti igazgató

(227)

Weil Emil Fővárosi Területi Vezető Kórház (Bp., XIV., Uzsoki u. 29.) pá-lyázatot hirdet nyugdíjazás folytán me-güresedett, XIII. ker. Szakorvosi Ren-delőintézetben (Visegrádi u.) **sebész fel-ülvizsgáló főorvosi állásra** E 129-es kulcsszámmal. Fizetés kulcsszám szer-int.

Pályázatot a kórház igazgató főorvo-sához kell benyújtani, lehetőleg szemé-lyesen.

Szántó Sándor dr.
kórházigazgató-főorvos

MEGJELENT

TUBERKULÓZIS ÉS TUDÓBETEGSÉGEK

1971. 2. szám

Medve László: A gyermek-tbc elleni küzdelem eredményei és feladatai.

Vargha Géza: Osztályos betegeink 10 éves légzésfunkciós kontrollvizsgálata.

Sassy-Dobray Gábor: A tüdőgyógyá-szati cytológia helyzete hazánkban.

Hernády Tibor: A tüdő-scintigraphia fiziológiai alapjai.

Gavallér István: A női genitális tuber-kulózisos betegállomány meghatározá-sára vonatkozó számítások.

Csernus J. Alán, Hevér Üdön, Bálint József: Vízicet-tenyésztéssel Koch-po-zitív húgyútvizselvüli gümőkóros bete-gek bakteriológiai viszonyai.

Dunai Kovács Lajos, Szereday Ildikó, Perényi György: Intrathoracalis me-ningocele és neurofibromatosis Reck-linghauseni együttes előfordulása.

Szüle Péter: Szívközeli tüdőelváltozások lokalizálásának lehetőségei a postero-anterior mellkasfelvételeken látható ún. „sziluett-jel” segítségével.

Könyvismertetés.

Lapszemle.

Hírek.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica

1971. 2. szám

Varga István dr.: Árkóvy emlékezete. Occlusio, articulatio, nyugalmi helyzet.

Füzi Miklós dr.: Lactobacillusok metro-nidazol-érzékenysége.

Bögi Imre dr.: Retineált felső frontfo-gak sorbaállítás fogszabályozó és se-béshi beavatkozással.

György Izabella dr.: Parafunkciók sze-repe a rossz szokások kialakulásában.

Bakody Rezső dr.: Felső első praemo-larisk extractiójával végzett fogsza-bályozás.

Könyvismertetés.

Tudományos ülések.

Hírek.

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

1970. 4. szám

Cserba László: A gazdasági vezetők sze-repe és feladata az egészségügyi inté-zmények irányításában.

Mányi Géza dr.: Döntések és döntési szintek a kórházban.

Cselkó László dr.—Soós Lajos: Az egé-szégügyi intézetvezetőkkel szembeni el-várásokról.

Márton Mihály dr.: Kórházfejlesztés és hospitalizáció Szabolcs-Szatmár me-gyeében 1958—1968-ig.

Csepányi Attila dr.—Kun Ákos dr.: A központi sterilizálószolgálat kétévi működésének tapasztalatai a szolnoki megyei kórházban.

Molnár László dr.: Vizsgálatok a ren-delőintézetben és a rendelőintézetben kívül működő orvosok szakorvosi konzultáció iránti igényéről.

Kulczyk, Werner: A költségszámolás-nak Berlin, az NDK fővárosa kórhá-zában való bevezetéséhez.

Lukács Jenő dr.: A gépi adatfeldolgozás feltételeinek tapasztalatai az orvosi-nyilvántartásban.

Levelezés, hírek, közlemények.

Csőpostarendszerek a kórházban (Káldi István).

A gépjárműállomány és a karbantartó telepek fejlesztése (Bársony Béla).

Megkezdődött a gazdasági vezetők ren-dszerezés továbbképzése (Kövesi Ervin).

Munkaügyi jogszabályok (Csemez Antal dr.).

A nyugdíjjárulék és jövedelemadó levonásának stb szabályai (Csemez Antal dr.).

Nemzetközi lapszemle.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1971. 1. szám

Csepányi Loránd dr.: Gyermek és serdülők személységvizsgálata a „Mag-netotesztrel” (Új projektív performációs személységvizsgáló módszer).

Dudás Pál dr.: A Magyarországon előírt védőoltások javallatai és ellenjavallatai.

Fényes István dr., Kohlheb Ottó dr., Szegő Livia dr. és Gegesi Kiss Anna-Mária: Adatok a gyermekkori epilepsia-tünetegyüttes pathogenesiséhez.

Flesch István dr.: A fővárosi gyermek-tbc elleni küzdelem tíz éve (1959–1969).

Hittner Imre dr.: Az idiopathiás chole-duchus-cysta műtéti megoldása a gyer-mekkorban.

Hódosi Rezső dr. és Szemes Éva Márta: Alkoholista családban nevelkedő gyer-mek személységalkulási zavarairól.

Kassai Stefánia dr., Szegő Livia dr., P. Mirtse Márta, Puskás Júlia dr. és Ró-kay Edit dr.: A csecsemőkor sorvadás káros hatása a testméretekre, az elekt-romos agyi tevékenységre és a szel-lemi fejlettségre.

Kelemen József dr. és Póder György dr.: Valvularis aorta stenosis balszív-fél-elégtelenséghez vezető esete acut glomerulonephritisben.

Kocsis Magda dr. és Török Ágnes dr.: Methoxyfluran anaesthesia csecsemő-és gyermekkorban.

Leéb György dr.: Újabb megfigyelé-seink a csecsemőkor mastoiditis rönt-gendiagnosztikájában.

Lukács V. Ferenc dr., Balázs Márta dr. és Dénes János dr.: Adatok az újszül-öttkori veleszületett epeút-atresziák morfológiájához és klinikumához.

Majláth György: Klinikai psychodia-gnostikai módszerek a gyermekvéde-lemben és az igazságszolgáltatásban.

Kisbán Gabriella dr.: Az újszülöttkori icterusok phenobarbiturát-kezeléséről.

Forrai György dr., Vágújfalvi Dezső dr., Lutter Andrásné, Benedek Emil dr. és Soós Gáborné dr.: Összefügg-e beta-ninuria vashiányról?

Gefferth Károly dr.: Atmeneti csontel-változások újszülöttekben terhességi zavarok után.

Szénássy József dr.: A csecsemő kopony-nyelvényekének és súlygyarapodá-sának összefüggéseiről.

Barta Lajos dr.: A cryptorchismus.

Kiss Péter dr. s Fehér Tibor dr.: Parta-lis C-21-hydroxilase defectussal járó adrenogenitalis syndroma.

Korányi György dr. és Pesti Éva dr.: Az 1966–1970. években végzett 159 vér-csere tapasztalatai.

Ambrus Mária dr., Bajtai Gábor dr., Pu-lay Tamás és Péley Iván dr.: Immun-globulin serum concentrációk Down-syndromában.

SZEMESZET

1971. 1. szám

Alberth Béla: A keratoprothesis műtét-ekről.

Kaháné László Ilona, Oláh Miklós, Vass Zoltán: Az öregkori szemhályog két különböző pathogenesisének lipid vonatkozásáról.

Fehér János: A szaruhártyahám cyto-plasmájának submikroszkópos szerke-zete poearisatiós optikai vizsgálatok alapján.

Süveges Ildikó, Lévai Géza, Alberth Béla: Adatok a Terrien-féle betegség pathológiájához.

Imre György, Salacz György: Glycerin cseppentés hatása a cornea ereződésére.

Padhorányi György, Fehér János: Ada-tok a basalloma szövettanához és kli-nikumához.

Hudomel József: Hámbarjázás az elül-ső csarnokban. II. Csarnokcysták.

Gall Lóránt, Bozsó Etelka: A cryo-extractio értéke szürkehályog műtét-eknél.

Zajác Magdolna: A hyalokeratopathia kialakulása és összefüggése a hályog-műtéttel.

Rác József, Farkas Zita: A Kettesy-féle cyclanaemisatio helye a gloukoma műtéti kezelésében.

Pajor Rezső, Korecz Károly, Szirmák Éva: Az üvegtest probléma jelenlegi állása.

Ülésjegyzőkönyvek.

Könyvismertetés.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologia Hungarica

1971. 3. szám

Huszár György dr.: A fogkopás idős korban.

Tóth Arpád dr.: Pulpovitallal szerzett tapasztalatok. II. A röntgen- és szö-vettani vizsgálatok eredménye.

Fedor József dr.—Galambos László dr.—Vavrovics Magda dr.: A fogászati egészségre nevelés feladatai.

Kövári Ferenc dr.: Az antibiotikumok alkalmazása a szájsebészetben.

Könyvismertetés.

Tudományos ülések.

Hírek.

MEDICUS UNIVERSALIS

1971. 2. szám

Mosonyi László dr.: Az acut cholecysti-tis műtétjének javallatai és ellenjavai-latai.

Vörös László dr.: Az általános orvos az 1970-es években II. Tények és futuro-lógia.

Birtalan Győző dr.: Albrecht von Haller. Németh György dr.: A rák késedelmes diagnosztikájának okairól.

Zalányi Sámuel dr.: Komplex szakor-vosi szűrővizsgálatok jelentősége az egészségügyi ellátásban.

Morvay Frigyes dr.: Tüdőszűrővel egy-bekapcsolt cukorbetegszűrés egy Vas megyei körzetben.

Dudás Béla dr.: Az öregedés néhány psychosomatikus problémája.

Gorka Tivadar dr.: Laboratóriumi vizs-gálatok a mindennapi gyakorlatban.

Kozma Gyula dr.: Barbiturát mentes al-tatószer sebészeti felhasználása.

Mitók Sándor dr.: Az agyi vascularis kórképek kezelése Haldiorral.

Folyóirat- és könyvreferátumok.

A szerkesztőség rovata.

A MÁOTE 1971. évi I. Országos Kong-resszusának programja.

Levelek a szerkesztőhöz.

Hírek, rendeletek, vegyes, kérdés-felelet. Angol nyelvű összefoglalás.

ORVOSI SZEMLE

1970. 3–4. szám

Kelemen L., Csögör I., S. Márer Éva: Az intracutan festék-próbák értéke a hepatocellularis icterusok elkülönítő kóriszmézésében.

Rusu O., Olteanu I., Wolf A.: A terhe-sek húgyúti fertőzésének kérdése.

Borbáth A., Kali I., Ilyés M.: A szülé-s irányításra oxytocin intranasalis alkalmazásával.

Popoviciu L., Aşgiani B., Corfariu O., Gáspár I., Pascu I., Kikély P.: Adatok egyes myocloniás tünetcsoportok kli-nikai, elektropolygraphiás és elektro-myographiás összefüggéseire,

Pápai Z., Bancu E., Keresztessy K. A., Schapira T., Ionescu M., Wilhelm E.: A felső tápcsatorna-vérzések kóriszmé-zése és kezelése a marosvásárhelyi 1. és 2. Sebészeti Klinikai 5 éves anya-gában.

Krepisz I., Barbu Z., Pupp A., Bors Már-ta: Intravenás MAAI³⁰⁰-gyel végzett angiopneumoscintigráfia, valamint az anatómiai és a funkcionális vizsgálatok összehasonlítása a tüdő daganatos megbetegedéseiben.

Csízér Z., Pápai Z., Herman M.: Meg-jegyzések a Dan Gavrilii-féle oeso-phago-plasztikához.

Dudea C.: A chronicus cor pulmonale és az ischaemiás (coronariás) cardiopa-thiák társulásának néhány kóriszmézési vonatkozásai.

Bancu E., Pap D., Popa I., Pápai Z., Grozescu T., Gliga V., Seuchea N.: Az epeutakon végzett ismételt beavatko-zások.

Bukaresti L., Sikó Gabriella, N. Csiki Ilona, Fágárasan Maria, Kasza I.: Se-rum-glykoproteinek egyes componen-seinek összehasonlító vizsgálata. I. Vizsgálatok hepatitis epidemicában.

Butiu O. V. Kótay Eva, Popescu Lumi-nita: Egyes alvadási tényezők módo-sulásának vizsgálata postthromboticus tünetcsoportban.

Rusnac C., Puskás Gy., Rusnac Catrinel, Aldea M.: A gyermekkorli malignus lymphogranulomatosisról 28 beteg kapcsán.

Bige I., Gyergyay F., Boga K.: Adatok a terhesek collum-papillomáinak kol-poszkópos és szövettani vizsgálatához.

Keresztessy K. A., Pupp A., Pápai Z.: A ¹³¹I-NA felszívódása ép és károsodott végből.

Kovács P., Bodá Katalin: Narkózis Vladril G-vel.

Greuc Ch., Munteanu I., Csíky Cs.: A marosvásárhelyi Elmegyógyászati Kli-nika tapasztalata a nortriptylin gyógy-hatásáról.

Csíky M.: A tápcsatorna felső szaka-száinak vérzése öregkorban. Kóriszmé-zési és kezelési gondok.

Kifor I.: Enzimológiai vizsgálatok leu-kémiában. I. A szérum alkalikus fosz-fatáz aktivitása.

Pascu I., Popoviciu L., Hurdugaciu V.: Adatok az atheroscleroticus eredetű ischaemiás agyi érbántalmak kérdésé-hez. Kóriszmézési megfigyelések és osz-tályozás.

Csögör S. I.: A szérum-cholesterin dif-fúzibilis frakciója és az atherogenesis

Székelly P., Kasza I., Palencsár A., Szi-lágyi D., Márer S. Éva, Gyepessy Má-ria, Kerekes Judit: Megfigyeléseink a vírus hepatitis során kialakuló he-veny diffúz májnekrosis kórjólátáról.

László J., Munteanu Sanda, Filep Gy., Kasza L.: Az Ausztrália-antigénnel és a hepatitisből izolált vírusokkal végzett összehasonlító vizsgálatok.

Molnár V.: A vér haptoglobinszint kór-ismézési értéke.

Balogh Éva, Molnár V., Szöcs Jozefa, Kincses-Ajtay Mária: Enzimatisus el-változások alkoholmérgezésben.

Becuş T., Eperjessy Anna, Kovács V. Ibolya: A serum lipoproteinek öszse-tételének vizsgálata sclerosis multi-plexben.

Ieremia L., Sculeanu A., Kuriatko T., Adám L.: Adalékok az akrilát-protéz-isek porozitásának problémájához.

László J., Muntyán Gabriella: A nefron-lokalizáció vizsgálata az „oszmotikus lökés” módszerével.

Domokos L., Sabáu Monica, Pap Z.: Adatok a csecsemőkorli heveny has-menés esetekből izolált, idegen anti-génkomponensű Escherichia coli tör-zsek tanulmányozásához.

Tamás Z.: Röntgensugárzás hatása pat-kányok tejelválasztására.

Sabáu Monica, Abraham S., Domokos L.: Heamolisáló Escherichia coli tör-zsek pathogenitásának tanulmányozá-sa szövetkultúrán. III.

Kun I.: B₁₂-vitamin hatása NK/LY egér ascites-lymphomára és OIA patkány ascites-daganatra.

Both Juliánna, László J., Péter M., Trombitás J., Piros Munteanu Sanda: Adatok a vulvo-vaginitisek kóroktanához.

Goina T., Ristea I., Dudutz Gyöngyi: A bórsav és mandulasav kölcsönhatásának tanulmányozása.

Formanek Gy.: A festőbuzér (*Rubia tinctorum* L.) antrakinon-származékainak mennyisége különböző tényezőktől függően. II.

Popovivi Adriana, Péter M., Csedő K.: Az *Achillea millefolium* illóolaj antimikotikus hatásának vizsgálata.

Heltmann H., Silva F.: A sárga tárnics (*Gentiana lutea* L.) természetessége Romániában.

Monya Mária, Ionescu M.: Egyes *Centaurea* fajok (*Compositae*) epehajtó hatásáról. (Előzetes közlemény.)

Gáspár Mária: Az *Artemisia* nemzetség *Seriphidium* csoportjába tartozó fajok virágjainak alkati tulajdonságai.

Suciu Gabriela, Tőkés B.: Adatok a karbonil-csoport azonosításához és mennyiségi meghatározásához.

Papp J., Csögör I., Bachner J.: Hidrofil makromolekulák vizes oldatában észlelt fizikai-kémiai rendellenességekről. I. A kongóvörös diffúziós anomáliái macrodex (M), rheomacrodex (R), haemaccel (H) és emberi vérsavó (P) jelenlétében.

Cojocaru A.: Fehérje-chromatographia. III. Fehérje-chromatographia ioncserélő tulajdonságú cellulose-származékokkal.

Feszt Gy., Fórika Margit: A szívizominfarctus korszerű gyógyszeres kezelésének farmakológiai alapjai.

Rákosfalvy Z., Rákosfalvy Lívia: A pszicho- és hidroterápia együttes alkalmazásáról a neurasthenia gyógyításában.

Aşgian B., Popoviciu L., Mihail N.: Az arteria vertebralis törzsfejlődéséről.

Ardeleanu Viorica, Peţeanu Emanuela: Szintetikus és felszintetikus alapanyagok a vízzel lemosható kenőcsök előállításához.

Toma L., Fazakas B., Drăghiciu O.: A *Strongyloides stercoralis* előfordulása Erdélyben.

Ionescu M., Schuller L., Fazakas B.: Elsődleges hasúregi hydatisosis.

Paná C., Moraru C.: A bél kettőztsége.

Olariu S., Olteanu I., Rűcz J.: A méhnyakban képződött szokatlan tüneteket okozó fibroma.

Ander Z., Orbán J.: A kórorvosi munka időszzerű deontológiai vonatkozásai.

Izsák S.: Orient Gyula (1869–1940) — a gyógyszerésztörténész.

Málnási G.: C. A. Polichronie magyarországi kapcsolatai 1875-ben.

Lázár Színi Karola, Spielmann J.: Adalékok Lencsés György *Ars Medica* c. műve kérdéséhez. II. Az *Ars Medica* forrásairól.

Baicu Graziella: Theodor Solacolu professzor hozzájárulása a gyógyszerészeti növénytan fejlődéséhez.

Băltescu Vl. P., Dejica D., Mosler H., Băltescu Valeria: A furosemid — egy új diuretikus antihipertenzív szer — hatásossága a késői terhességi toxicosisban.

Micluţia M.: A légtöltés az emlőmirigy megbetegedéseinek kórismézésében.

Benke J.: A rák előfordulása Palánka községben.

Várterész I.: Adalékok Knöpfler Vilmos dr. munkásságához.

SEDUXEN INJEKCIÓ

ÖSSZETÉTEL:

1 ampulla (2 ml) 10 mg diazepam.-ot és 4 mg lidocain hydrochloric.-ot tartalmaz.

HATÁS:

A Seduxen a limbicus rendszeren keresztül ható tranqüilosedativum, mely főhatása mellett izomrelaxans és anticonvulsiv hatást is kifejt.

JAVALLATOK:

Fokozott pszichés feszültséggel, motoros izgalmi állapottal, súlyos szorongással járó megbetegedések. Súlyos hysteriás primitív reakciók.

Status epilepticus. Fokozott izomtónussal és spasticitással járó mozgásszervi megbetegedések.

Tetanus adjuvans kezelése.

Abortus imminens, fenyegető koraszülés, korai burokrepedés.

Terhességi toxicosis: a terhesség 3. hónapja után. Placenta praevia. Szülés kitolási szakasz.

Deliriumok (tremens, toxicus, lázas stb.).

ADAGOLÁS:

A diagnosis, a klinikai kép súlyossága alapján célszerű az adagot esetenként meghatározni.

A kívánt acut hatás elérése után a kezelés per os folytatása célszerű.

ELLENJAVALLAT:

Myasthenia gravis.

FIGYELMEZTETÉS:

A kúra kezdetén esetleg fellépő álmoság az esetek többségében néhány nap alatt spontán megszűnik, az adag csökkentésével pedig minden esetben kiküszöbölhető.

Gépjárművet vezetőknel és magasban dolgozóknál a Seduxen óvatosan adagolandó.

A terhesség első harmadában, más tranqüilosedativumokhoz hasonlóan, a készítmény alkalmazása nem ajánlatos.

MEGJEGYZÉS:

A Seduxen injekció más injekcióval közösen fecskendőbe a hatóanyagok kicsapódásának lehetősége miatt nem szívható fel.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 5 ampulla, 50 ampulla.

Forgalomba hozza: **Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest, X.**

**Az Egészségügyi Minisztérium
járványügyi tájékoztatója 1970. november hóról**

A novemberi járványügyi helyzet kedvezően alakult. Októberhez képest valamennyi fontosabb fertőző betegség előfordulása csökkent, csak a hepatitisz infectiosa, scarlatina és a morbilli bejelentések száma emelkedett kissé, a szezonális ingadozásnak megfelelően. — Különösen kedvezően alakult a typhus abdominalis, a dysenteria és az emelkedés ellenére, az ötéves mediánértékekhez viszonyítva, a hepatitisz infectiosa, scarlatina és a morbilli megbetegedések száma. — Budapestről 1 importált maláriát jelentettek be.

Kisebbit intézeti dysenteriajárvány volt a hajdúnánási, a tiszaföldvári és a Veszprém megyei békási gyermekotthonban, valamint a zalaegerszegi kórházban, egyenként 6—13 megbetegedéssel.

A szegedi gyermekklinikáról, a kaposvári és a siófoki kórház csecsemőosztályáról összesen 22 dyspepsia coli fertőzést jelentettek.

A többi fertőző betegség csak sporadikusan fordult elő.

*Bejelentett heveny fertőző megbetegedések Magyarországon
1970. június—november hó**

Betegség	1970. június—november hó*					
	Jún.	Júl.	Aug.	Szept.	Okt.	Nov.
Typhus abdominalis	12	15	19	34	22	6
Paratyphus	2	3	—	—	7	3
Salmonellosis	357	515	331	322	352	289
Dysenteria	578	669	746	1057	739	589
Dyspepsia coli	219	203	154	211	172	132
Hepatitis inf.	560	615	662	804	878	905
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Scarlatina	408	283	255	336	562	727
Morbilli	853	490	204	254	316	405
Pertussis	51	78	41	68	5	20
Meningitis epid.	6	8	6	6	14	12
Meningitis ser.	39	88	107	118	49	52
Encephalitis inf.	11	19	35	16	17	6
Mononucleosis inf.	47	32	35	31	41	42
Keratoconj. epid.	1	1	18	19	4	2
Staphylococcus	91	78	58	44	52	31
Tetanus	12	8	11	12	6	5
Malaria	—	—	1 ^x	—	2 ^x	1 ^x
Typhus exanth.	—	—	—	1	—	—
Anthrax	1	—	1	—	—	2
Brucellosis	17	14	10	3	2	9
Leptospirosis	8	23	17	30	8	6
Tularemia	2	1	—	—	3	2
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	175	213	142	145	119	127

* Előzetes, nagy részben tisztított adatok.

^x Importált esetek.

Bejelentett heveny fertőző megbetegedések Magyarországon

Betegség	November			Jan. 1—nov. 30		
	1970 ^x	1969	Med. '64-68	1970 ^x	1969	Med. '64-68
Typhus abdominalis	6	9	21	224	199	252
Paratyphus	3	1	2	15	11	49
Salmonellosis	289	112	119	2724	1 457	1 568
Dysenteria	589	797	850	7181	9 825	11 396
Dyspepsia coli	132	138	130	1986	2 035	2 132
Hepatitis inf.	905	1022	1444	7947	10 583	11 671
Poliomyelitis	—	—	—	2	2	4
Diphtheria	—	—	4	3	2	27
Scarlatina	727	954	1587	5057	9 939	12 021
Morbilli	405	2260	1924	6979	51 394	36 709
Pertussis	20	20	13	355	204	306
Meningitis epid.	12	4	5	87	77	83
Meningitis serosa	52	17	32	535	401	614
Encephalitis inf.	6	9	5	133	157	122
Mononucleosis inf.	42	25	.	397	283	.
Keratoconj. epid.	2	10	.	58	41	.
Staphylococcus	31	63	.	593	848	.
Tetanus	5	8	6	73	80	101
Malaria	1*	—	—	7*	3*	4*
Typhus exanth.	—	—	—	1	—	—
Anthrax	2	—	—	4	4	10
Brucellosis	9	4	4	107	107	61
Leptospirosis	6	6	5	98	42	148
Tularemia	2	3	12	31	18	89
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	127	131	7	1396	1966	106

^x Előzetes, nagy részben tisztított adatok.

* Importált esetek.

ELŐADÁSOK — ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1971. ápr. 13. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet IX., Gyáli u. 2—6. „A” épület, nagy tanterem	délután 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	Deák Zsuzsanna: A levegő higiénés-mikrobiológiai vizsgálatának új irányzatai.
1971. ápr. 15. csütörtök	János Kórház XII., Diósárok u. 1.	délelőtt 11 óra	A Kórház Tudományos Bizottsága	1. Jantsok Gy., Ungor K.: Ritka retropharyngealis tumor. 2. Nógrády É.: Cirrhosis talaján keletkezett, laparascopiával diagnosztizált primer májcarcinoma (10 perc). 3. Betegbemutató „A” sebészeti és a 4. I. belosztály anyagából.
1971. ápr. 15. csütörtök	Weil Emil Kórház kultúrterem XIV., Uzsoki u. 29.	délután 1 óra	Weil Emil Kórház Tudományos Egyesülete	Skarupinsky Nándor—Németh György—Bán Károlyné: Serum fehérje és zsír értékek változása méhrákos betegek kezelése kapcsán. Jancsó Agnes—Vincze Zsuzsa: Kórházunk 1970. évi bakteriológiai anyagának feldolgozása, különös tekintettel az antibiotikum érzékenységre.
1971. ápr. 16. péntek	Szájseb. Klinika VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Betegbemutató. 2. Lars Frithiof: Elektronmikroszkópos megfigyelések ép és kóros szájnyálkahártyán (angol nyelven).
1971. ápr. 16. péntek	Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet II., Vöröshadsereg útja 116.	délután 1/3 óra	Az Intézet Tudományos Bizottsága	Szegedi Márton: Magatartászavarok adolecenseknél. (Beszámoló aspiráns munkáról.)
1971. ápr. 17. szombat	Semmelweis Kórház tanácsterme VIII., Gyulai Pál u. 2.	délelőtt 10 óra	A Kórház Tudományos Köre	1. Farhas Iván: De Quervain thyreiditis (bemutató). 2. Preisich Péter: Újabb irányzatok a Gastroenterológiában (beszámoló a IV. Gastroenterológiai Világkongresszusról). 3. Kovács Katalin: A laparoscopia néhány gyakorlati kérdése.
1971. ápr. 19. szombat	POTE Központi épület IV. sz. tanterem	délután 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem	1. Patakfalvi Albert: Osler—Weber-kór, IgA myeloma előfordulása kísérő antitesthiány szindrómával (Bemutató 10 perc). 2. Tabár László, Kádás István, Márton Zoltán, Benkő György és Csere Tibor: A galactographia és pneumocystographia az emlődagatok kórismezésében (20 perc). 3. Márton Zoltán, Kádás István, Kett Károly, Csere Tibor, Benkő György és Tabár László: A diagnosztikai eljárások fejlődésének hatása az emlőrák sebészeti terapiájára (20 perc).
1971. ápr. 19. hétfő	Weil terem V., Münnich F. u. 32.	este 8 óra	Magyar Kardiológusok Társasága	1. Kenedi István: „A hónap EKG-ja” (10 perc). 2. Horányi Péter és Nádas Iván: „A hónap phou- és mechanogrammja” (10 perc). 3. Wessely János: Atrialis dissociatio (15 perc). 4. Kékes Ede, Horányi Péter és Világi Gyula: Az apexkardiogramm diagnosztikus értéke szerzett és congenitalis szívhibákban (30 perc).
1971. április 20. kedd	István Kórház IX., Nagyvárad tér 1.	délután 1 óra	Orvosok Tudományos Köre	Réthy Aurél: A gégerák sebészete. Gömöri Béla, Zsolnainé Szendi Júlia, Póka László, Dege Ilona: Adatok a gégerák pathogenesiséhez és epidemiológiájához.
1971. ápr. 21. szerda	Orvostovábbképző Intézet 3. ép. Előadóterem XIII., Szabolcs u. 35.	délután 2 óra	OTKI Röntgenológiai Tanszék	Kliniko-radiológiai megbeszélés

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató

Telefon: 116—600

MNB egyszámúszám: 69.915.272—46

Terjeszti a Magyar Posta, Előfizethető bármely postahivatalnál,
a kézbesítőknel, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(KHI. Budapest, V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy postautalványon,
valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

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



71.1460 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

MISCLERON

kapszula

A Miscleron az esetek nagy részében csökkenti a vérlipidok – főleg a triglyceridek és koleszterin – kórosan emelkedett szintjét.

Mivel hatását elsősorban az alacsony sűrűségű lipoproteinekre fejti ki, egyrészt elősegíti az atherosclerosisban kóros lipoprotein arány normalizálását, másrészt a véralvadásban, illetve thrombusképződésben részt vevő tényezők (plasma fibrinogen, thrombocytá tapadás, fibrinolitikus aktivitás) befolyásolásával a thrombosiskészséget csökkenti. Közvetlen szöveti hatását xanthomatosisban és diabeteses retinopathiában megfigyelt kedvező eredmények alátámasztják.

ÖSSZETÉTEL:

Kapszulánként 250 mg Clofibratum (aethylum- α -(p-chlorphenoxy)-isobutyricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Olyan betegségek, amelyekben a serum lipidek (koleszterin, triglyceridek) szintje kórosan megemelkedett. Ideértve elsősorban a következő betegségek hyperlipidaemiával járó eseteit: atherosclerosis (coronariascclerosis, cerebralis és peripheriás arteriosclerosis), arteriopathia diabetica, primaer bilialis cirrhosis, valamint essentialis (familiaris) hyperlipidaemia, továbbá a serum lipidszintjétől függetlenül xanthomatosisban.

ELLENJAVALLATOK:

Terhesség, valamint súlyosabb máj- és vesekárosodás esetén nem alkalmazható.

ADAGOLÁS:

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-szor 2–3 kapszula, étkezés után. Mivel a véralvadásgátlók hatását fokozza, az esetleg egyidejűleg alkalmazott anticoagulans készítmény adagját ajánlatos a Miscleron kezelés megkezdésekor a felére csökkenteni és a továbbiakban a szükséges adagot újból meghatározni.

MELLEKHATÁSOK:

Szórványosan előforduló nem kívánatos mellékhatások (gyomorpanaszok, enyhe hányinger, esetleg hányás vagy hasmenés) csak átmenetiek. Bőrtünetekben megnyilvánuló túlérzékenységi jelenségek (bőrviszketés, esetleg exanthema), a kezelés megszakítása nélkül is megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS!

A Miscleron kezelés alatt a serum lipidszint rendszeres (a beállítás után kb. 4 hét múlva, majd 2–3 havonkénti) ellenőrzése szükséges.

CSOMAGOLÁS:

50 db à 0,25 g gyöngykapszula ára: 31,80 Ft
250 db à 0,25 g gyöngykapszula ára: 135,- Ft

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére hypercholesterinaemiában és hyperglyceridaemiában szenvedő betegek xanthomatosisa esetén, idiopathiás familiaris exsudatív retinopathiája esetén, infarctuson átesett hypercholesterinaemiás vagy hypertriglyceridaemiás betegek részére rendelhető, csakis fekvőbeteg-gyógyintézetben történt kivizsgálás és beállítás alapján. A vényt két példányban („másolat”-tal) kell kiállítani. A vényen fel kell tüntetni a javaslatot adó fekvőbeteg-gyógyintézetet és a javaslat keltét. A fekvőbeteg-gyógyintézet javaslata 6 hónapig érvényes. A gyógyszer további rendelése csakis újabb fekvőbeteg-gyógyintézeti vizsgálat és javaslat alapján történhet.

CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára

Budapest, IV., Tó utca 1–5.

TISERCIN draszté, injekció

25 mg levomepromazin



Depressióban és fájdalom-syndromában is alkalmazható maior tranquillans

JAVALLATOK:

psychiatriában:

psychomotoros
agitatio és excitatio
confusió állapot
schizophrenia
delírium
neurosis

kezelésére
– a depressió
fázisokban is

tartós altatás
epilepsiánál
oligophreniánál
psychopathiában

adjuvánsként

neurologiában:

anxiosus,
depressió állapotokban

analgesiára:

önmagában
vagy más analgeticum
potentiálására

anaesthesiologiában:

praemedicatio céljára,
ill. az anaesthesia potenciálására

Adagolása a Tájékoztató Tisercin-pótlapjának
adatai szerint.

Mellékhatás: hypotonia, orthostatikus hypotensio,
aluszékonyosság, tachycardia, szájszárazság.

**Idősebbeknek csak a cardiovascularis állapot tisztá-
zása után, tensio-ellenőrzés mellett adható!**

Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szaba-
don rendelhetik, egyéb esetben szakrendelés (fekvő-
beteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

50 draszté	27,10 Ft	5 mg amp.	11,10 Ft
500 draszté	271,- Ft	100 mg amp.	178,30 Ft

Egyt

GYÓGYSZERVEGYSZETI
GYÁR
BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

112. ÉVFOLYAM 16. SZÁM 901—960 OLDAL

BUDAPEST, 1971. ÁPRILIS 18.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

XAVIN

INJEKCIÓ
ÉS
TABLETTA

A **Xavin** mint haemokinator, a szív teljesítményének növelésével és a peripheriás ellenállás csökkentésével fokozza a peripheriás és az agyi vérkeringést, növeli a perctérfogatot. Csökkenti az emelkedett fibrinogenszintet azáltal, hogy serkenti a fibrinolysist. Szabályozza a cholesterinszintet, javítja a collateralis keringést, a szöveti anyagcserét és a haemokineticus hatást.

Összetétel: Ampullánként (2 ml) 300 mg és tablettánként 150 mg Xantinolum nicotinicum (7-[2-hydroxy-3-(N-methyl-β-hydroxyethylamino)-propyl]-theophyllinum nicotinicum) hatóanyagot tartalmaz.

Javallatok: Arteriás és vénás peripheriás, valamint agyi vérkeringési zavarok. Endangiitis obliterans, peripheriás angiosclerosis, claudicatio intermittens, angiopathia, retinopathia és gangraena diabetica, Raynaud-kór, thrombosisok, emboliák. Sudeck-syndroma, ulcus cruris és egyéb trophikus zavarok, thrombophlebitis, acrocyanosis, erythema induratum Bazin.

Cerebrosclerosis, cervicalis syndroma, arteriitis temporalis, Menière-syndroma. Agyi vascularis történések esetén csak szakorvosi javallat alapján.

Ellenjavallatok: Ulcus ventriculi és duodeni, haemorrhagiás diathesis. Mitralstenosis fenyegető vagy kialakult jobbszív-elégtelenséggel. Labilis eredetű hypertonía esetében az injekció alkalmazásától tartózkodjunk, mert collapsushoz vezethet.

Más vérnyomáscsökkentők, különösen ganglionblokkolók és sympatholyticumok adagolását a kezelés megkezdése előtt abba kell hagyni, hogy a készítmény vérkeringést szabályozó hatását ne gátolják.

Ellenjavallt minden olyan gyógyszeres kombináció, amely a perfúziós nyomás csökkenésére vezetne.

Adagolás: Átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta 2–3-szor 1 tablettá, amelyet kevés folyadékkal egészben kell lenyelni. Szükség esetén az átlagos adag naponta 3-szor 2–4 tablettára is növelhető, a beteg állapotának gondos ellenőrzésével. Későbbiek során a klinikai állapot javulásával, elégséges, ha a kezelést az egyénenként megállapított — naponta 2–3-szor 1 tablettá — fenntartó adagokkal folytatjuk.

Heveny vérellátási zavarok esetén az injekciós kezelést részesítjük előnyben. A kívánt hatás szükségességének megfelelően felnőtteknek naponta 1–3-szor 2 ml intramuscularisan, azonnali hatás elérésére intravénásan 1–2-szer 2 ml igen lassú befecskendezéssel, lehetőleg fekvő helyzetben, majd naponta 1–3-szor 2 ml intramuscularisan.

Az injekciós kezelés hatásának fokozására egyidejűleg naponta 3-szor 2 tablettát is adagolhatunk.

Az injekciós kezeléssel elért eredményt az egyénenként megállapított fenntartó adagokkal (napi 2–3-szor 1 tabl.) hosszabb ideig biztosíthatjuk.

A tabletták bevétele vagy az injekciók befecskendezése után egyes esetekben az arcon, esetleg más testrészekben, a készítmény rövid ideig tartó, égő érzéssel járó kipirulást okozhat.

Súlyos esetek klinikai kezelésére előnyösen alkalmazható a tartós cseppinfúzió, amikor 5-ször 2 ml-es ampulla tartalmát (1500 mg) 500 ml infúziós oldathoz elegyítjük. Az infúziós oldatot olyan percnkénti cseppszámmal infundáljuk, hogy legalább 3–4 órán át tartson. Az oldat elkészítésénél az aseptikus körülményekre szigorúan ügyeljünk.

Csomagolás:

50 db à 0,15 g tablettá
200 db à 0,15 g tablettá
10 × 2 ml à 0,3 g ampulla
100 × 2 ml à 0,3 g ampulla

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CHINOIN

Gyógyszer- és Vegészeti Termékek Gyára

Budapest, IV., Tó utca 1–5.

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:

TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:

BRAUN PÁL DR.

*

Munkatársak:

PAPP MIKLÓS DR.
FORRAI JENŐ DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

112. ÉVFOLYAM

*

16. SZÁM

*

1971. ÁPRILIS 18.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNYEK

A Budapesti Orvostudományi Egyetem
és a névadó Semmelweis 903

TOVÁBBKÉPZÉS

Miskovits Gusztáv dr., Vastag Endre dr.
és Kelemen Sándor dr.:
Testplethysmographia
a klinikai gyakorlatban 905

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Böszörményi Zoltán dr.:
Az ún. psychopharmacogen
vagy neurolepticus depressiókról 910

Ászity Mirjana dr., Pálffy Roland dr.
és Sashegyi Bertalan dr.:
A cytológiai vizsgálatok értéke
a bronchopulmonális malignus tumorok
diagnosztikájában 913

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Dóbiás Gy. dr., Ch. M. van der Weerd dr.,
L. E. Veenhoven von Rtes,
C. P. Engelfriet dr. és Hollán Zsuzsanna dr.:
Főbb transzplantációs antigének megoszlása
„0” Rh₀ (D) negatív magyar véradók között ... 917

NagyLucskay Sándor dr. és Angyal János dr.:
Az Australia (I) antigén
budapesti előfordulására vonatkozó
vizsgálatok 920

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Sellei Camilló dr. és Eckhardt Sándor dr.:
A daganatos betegek fájdalomcsillapító
kezeléséről 925

KAZUISZTIKA

Tóth Ferenc dr. és Hegyi József dr.:
Dermoid cystával és endometriosisal
szövődtött tuba lipoma 927

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Semmelweis betegsége és halála 929

Folyóiratreferátumok 937

Könyvismertetés 951

Hírek 953

Pályázati hirdetések 958

Előadások, ülések 960

BISECURIN TABLETTA

Összetétel: 1 tableta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethynil-oestradiolumot tartalmaz.

Hatás: Oralisan alkalmazható ovulatiogátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestogen hormonkombináció.

Ellenjavallatok: Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosiskészség, súlyos organikus szívbetegségek, chronicus colifis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumrok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

Alkalmazás és adagolás: A Bisecurin tableta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Ezalatt szabályos reactiókészség esetén a kezelési szünet 2—5. napján menstruatio-szerű vérzés mutatkozik. A hétnapos tablettaszedési szünet eltelte után a következő hét azonos napján ismét el kell kezdeni a Bisecurin tableta szedését — tekintet nélkül arra, hogy a vérzés tart-e még — és ismét 21 napon át kell szedni. Az egyes kúrák kezdete tehát mindig a hét azonos napjára esik. — Amennyiben a 7 napos kezelési szünet végéig sem jelentkezne vérzés, úgy a kezelőorvosnak kell eldöntenie, hogy újabb tablettaszedési időszak megkezdhető-e.

Ez az alkalmazási mód folyamatosan ismételendő.

A fogamzásgátló hatás rendszeres szedés esetén az egyhetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tableta bevétele egy napon elmarad, ezt a lehető leghamarabb pótolni kell és a következő tablettát szokott időpontban be kell venni. 2 tableta bevétele között 36 óránál hosszabb idő ne teljen el, különben az ovulatiogátló hatás folyamatosága nem biztosított. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szükség. A kúra első hetében tehát a fogamzásgátlásra biztonsággal számolni nem lehet.

Mellékhatások: Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

Figyelmeztetés: Varicositásban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

Megjegyzés: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

Forgalomba kerül: 21 tableta, 24 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugár, Budapest X.

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

A Budapesti Orvostudományi Egyetem és a névadó Semmelweis

A Magyar Helyesírás Szabályai (Bp., 1961., Akad. Kiadó, 10. kiadás) a rövidítések három fajtáját különbözteti meg: az ún. valódi rövidítéseket, a betűszókat, amelyek rendszerint egy intézmény nevében levő szavak kezdőbetűiből alakultak, és a szóösszevonást, amely a teljes név szavainak csonkított részéből tevődik össze. Ha elmerülnénk a rövidítések születéséért felelős lélektani és gyakorlati okok elemzésében, közöttük bizonyára egyaránt nyomna a latban az idővel és hellyel való takarékoság és a praktikus gondolkodás. Rövidítésekkel naponta találkozunk, kedvező esetben könnyen kimondhatók, jóhangzásúak, tetszetősek és önmagukban rávezetnek a mögöttük rejtőző intézmény tevékenységére, feladatára. De elvétik céljukat az olyanfajta rövidítések, amelyek nehézkesek, váratlan és félrevezető asszociációkat ébresztenek. Mert ugyan miképpen hangzanék a Debreceni Orvostudományi Egyetem neve, ha történetesen a Hajdúszoboszlón született Hőgyesről neveznék el? Ha a szabályok erről nem is tesznek említést, de nem szokásos és véleményünk szerint aligha megengedhető, a rövidítésbe tömöríteni egy-egy intézmény köztisztvisletben álló névadójának névbetűit.

A névadó kiválasztása többnyire körültekintő mérlegelés eredménye. Olyan nagyhírű személyt tisztelnek meg ezzel, akit az intézményhez szakmai, esetleg személyes kapcsolatok is fűznek vagy fűztek.

Így történt ez a Budapesti Orvostudományi Egyetem esetében, amely az alkalomhoz méltó ünnepléssel vette fel Semmelweis nevét. Sem-

melweisét, aki a múlt század folyamán évtizeden át volt professzora. Úgy éreztük, hogy ezzel egyaránt megtiszteltük a nagyhírű és nemes múltú egyetemet, elnevezvén az egyetemes orvostörténelem ismert és elismert alakjáról, Semmelweis emlékét pedig azzal, hogy hagyományokban gazdag orvosegyetemünkkel való kapcsolatára ilyen marandó megbecsüléssel utalunk.

A névadás ünnepe múltán azonban hajlamosnak mutatkoztunk belenyugodni abba, hogy Semmelweis nevét is egy akronym, a SOTE első betűjévé zsugorítsa a közömbös adminisztráció — a korábbi BOTE helyett és mintájára — a DOTE-k, POTE-k, SZOTE-k gondolatlan és személytelen sémájába taposva. Mert ugyan hiheti-e valaki, hogy BOTE-ről SOTE-ra változtatva az egyetem nevét, mármint jobban áldozunk Semmelweis emlékének, inkább hirdetjük megbecsülését ország és világ előtt és meggyőzhetünk-e bárkit is arról, hogy nem volt formáság csupán nevének felvétele.

Nem egyedüli, de kirívó példája ez annak, ahogyan tiszteletlenül vagy csak egyszerűen, kiábrándító közönnyel megyünk el példamutató tudósaink emléke mellett, egyidejűleg alkalmat adva egy értelmetlen és rosszhangzású szótörz, a suta SOTE keletkezése számára. Nem hiszük, mert nem tapasztaltuk, hogy hasonló idétlen társításra alkalmat szolgáltató rövidítésbe zsugorították volna valaha Goethe, Lomonoszov, Harvard, Max Planck, Pasteur és mások nevét a róluk elnevezett egyetemek, intézetek valamelyikében.

Közismert tény, hogy emberi méltóságunkat, egyéniségünket érezzük veszélyeztetve, ha nevünk től fosztanak meg — márpedig a kezdőbetűkkel való jelölés a mindennapi életben csupán egyetlen lépés a teljes anonyimitástól. Semmelweis esetében, akinek neve emberi és orvostörténeti szimbólummá vált, ez a majdnem anonyimitás egyenlő a deheroizálással.

Ragaszkodjunk tehát Semmelweis nevének integritásához és ne fosszuk meg a budapesti orvosi

egyetemet attól a babérkoszorútól, amelyet mint névadó jelent számára. És tiszteljük meg a debreceni, pécsi és szegedi orvostudományi egyetemeket azzal, hogy névadó híján is — mindig teljes nevükön nevezzük őket. Szerkesztőségi közleményünk egyik célja, hogy a továbbiakban a közlésre szánt tanulmányok fejlécén ez indítvány értelmében már az egyetemek teljes nevét lássuk viszont.*

Bizonyára lesz, aki feleslegesnek és túlzottnak tartja a kérdésfelvetést és írásunk patetikus hangvételét. A helyzethez illően, tudatosan történt így. Semmelweis ugyanis arra a hősi korra kell hogy emlékeztessen, amely a modern magyar egészség-

* Kivételt talán azok az esetek képezhetnek, ahol pl. egy többnapos tudományos ülés programjában minden előadó neve után, a terjedelmet terhelő módon teljes egészében ismétlődne az egyetemek neve. Ilyenkor vissza lehetne térni a korábbi gyakorlathoz, amely az intézet neve után csak az egyetem székhelyét jelölte pl. ilyenformán: I. sz. Belklinika, Pécs.

ügyi kultúra kezdeteit, az orvosképzés megújulását jelenti és amelynek közvetlen folytatása a mai hazai orvostudomány.

Szakmai elődeink szellemi hagyatékának ápolása és továbbfejlesztése morális kérdés, amelynek nemzeti és társadalmi jelentősége párhuzamot kínál az individuum szülőtisztelete számára. A visszakintés pedig a tervekhez és a célkitűzések megvalósításához ad ihletést, a jövő távlataihoz is hozzászoktat.

Nem érnek készületlenül az ellenvélemények, de álláspontunkat aligha befolyásolhatják gyakorlati érvek. És akik azzal próbálnák megingatni meggyőződésünket, hogy hasonló sors érte Eötvös Lorándot akkor, amikor nevét a Budapesti Tudományegyetem az ELTE-be nyomorította, azoknak csupán azt válaszolnánk, hogy a kegyeletsértő és elkövetett hiba nem szolgálhat indoklásul annak megismétlésére, de arra igen, hogy közönyünkben fakadó hibánkat jóvátegyük.

Ahány kiváló tudományú és érdemes közéleti vagy tudós embernek az életrajzát az utókorra hagyták, főleg avégett tették, hogy ne csak megadják a becsületet az érdemnek és a tudománynak, hanem, hogy az ilyen példákkal az olvasók kedvét is fölkeltsék azoknak az utánzására, akik dicséretes cselekedeteikkel és tudományuk bőségével halhatatlanságot szereztek nevüknek. Ebben pedig ítéletünk szerint helyesen és okosan jártak el. Még a legvilágosabb és legüdvösebb tanácsoknak sincs ti. olyan erejük, mint a példaképeknek. Ezekhez igazodik az egész világ, és nemigen akad az emberek közt olyan, aki ne szeretne látni és követni mintaképet. Miért is ne magasztaljuk azokat, akik akár régente, akár a maguk korában végeztek tudtunk szerint ilyen munkát! Nincs olyan ága a tudománynak, se olyan művészet vagy mesterség, amely ne termelt volna ki olyan embereket, akiknek a tiszteletében örömeiket ne találják a tudás barátai, s azt ne éreznék, hogy magával ragadja őket a versenyvágy, az a tudományos világra oly hasznos érzelem, melynek annyi értékes koponyát és kiváló cselekedetet köszönhetünk. Nem szándékozom, s még ha szeretném se tudnám elsorolni azokat, akik ilyen módon érdemelték ki az emberiség hálaát... A lángoló hazaszeretettel párosult, szerfölött állhatatos tudományszeretet vezette szinte kézenfogva a kitűnő Veszprémit, az orvosi tudomány jeles elsajátítóját és hosszú időn át szerencsés gyakorlóját, és bírta rá mindazon dolgok föl kutatására és összegyűjtésére, amik annak a tudománynak a dicséretére és megismertetésére vonatkoznak, amelynek ő szinte zászlóvivője Magyarországon. Ebből a roppant nagy adatgyűjteményből keletkeztek a Jegyzetek, amelyekbe a tudós férfiú leginkább Magyarország és Erdély orvosaira vonatkozó adatokat iktatta be a legrégebb időktől kezdve napjainkig, annak tanúsítására, hogy voltak Magyarországon emberek, akik szaktudomány és bevált gyakorlat szempontjából egyaránt versenyezhettek az elsőségért a külföldiekkel minden tudományban, köztük az orvoslásban is.

... örömeinket fejezzük ki, hogy édes magyar hazánknak ilyen kiváló fia van, mint Veszprémi, és őszinte szívből kívánjuk, hogy folytassa tovább irodalmi és tudományos munkásságát, nevezetesen adja ki a többi centuriát is, amelyet velünk együtt türelmetlenül vár majd mindenki,...

(Bél Károly András bevezetőjéből, amelyet Veszprémi István: „Magyarország és Erdély orvosainak rövid életrajza” c. munkája elé írt.) (1774)

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Tüdőgyógyászati Klinika (igazgató: Miskovits Gusztáv dr.)

Testplethysmographia a klinikai gyakorlatban

Miskovits Gusztáv dr., Vastag Endre dr.
és Kelemen Sándor dr.

A tüdő és légutak leggyakoribb megbetegedéseit a chr. obstruktív légúti betegségek (chr. obstr. bronchitis, obstr. emphysema, asthma bronchiale, tracheobronchialis collapsus) képezik. Ezeket főleg előrehaladott stádiumban komplex funkciózavar, elsősorban a légzésmechanika zavara jellemzi, melynek kialakulásában a bronchialis obstrukció centrális szerepet játszik. Ezért soroljuk ezeket a légúti betegségeket az „obstruktív syndroma” fogalomkörébe.

A légzőszervi betegségek kisebb hányada nem légúti obstrukcióval kezdődik, hanem intrapulmonalis folyamat, pl.: fibrosis, sarcoidosis, embolisatio stb. vagy extrapulmonalis folyamat, pl.: mellkaskfal, gerincoszlop deformitás, pleurális összenövés, callus, a rekesz kitérésének az akadályoztatottsága stb. károsítja a tüdőszövet tágulóképességét, ami funkcionális szempontból a légzőfelszín beszűküléséhez vezet. Azonban e betegségecsoportot is jellemzi, hogy lefolyása közben gyakran manifestálódik „secunder” obstrukció, amely a funkciózavar szempontjából a betegség későbbi lefolyásában dominálónak válhat.

Közleményünk célja a ventilációs zavarok funkciódiagnosztikájában alkalmazott hagyományos spirometriás módszer diagnosztikus értékének és hibaforrásainak, valamint egy új, egyre szélesebb körben elterjedő vizsgálómódszer, a testplethysmographia (TP) alapelveinek és jelentőségének az ismertetése. Közleményünkben mind az irodalmi, mind saját vizsgálatainkra támaszkodunk. Vizsgálatainkat „Body test” térfogatstabil testplethysmograph-fal végeztük, az FRC-t Godart-féle pulmostesttel határoztuk meg.

A spirometriás adatok diagnosztikus értéke és a módszer hibaforrásai.

1. Tüdőtér fogatok

(TC, VC, RV, ERV, IRV, FRC)

A tüdőterfogatok abszolút értékei erős függőséget mutatnak elsősorban a testi felépítéssel, az életkorral

és ettől függően erős ingadozást mutatnak. Szerzők egész sora állapított meg összefüggést a legkülönbözőbb testadatok, így a testfelszín, életkor, magasság, nem (3, 4, 16, 18, 19, 27) az alapanyagcsere (7) a törzshossz, mellkaskerület (2, 9), a testtartás (1, 6, 7) között. Ismeretes továbbá a térfogatértékek napszakoktól való függősége, ami a VC abszolút értéke számára 3–5%-ot tesz ki. A testtartás különösen erősen befolyásolja a rezerv térfogatokat. Az ERV fekvő helyzetben 20%-kal nagyobb, mint ülve, míg az IRV fekvő nagyobb, mint állva (6, 7). A mért térfogatértékek BTPS feltételekre (testhőmérséklet, atmoszférás nyomás, vízgőznyomás 37 C fokon) való átszámításának az elhagyása is kb. 10 százalékos eltérést eredményez. A befolyásoló tényezők nagy száma miatt a különböző szerzők által megadott normál értékek a tüdőterfogatok mértékében tetemes differenciát mutatnak. Az ebből adódó hibalehetőséget tovább növeli, hogy a normál értékek számítási formájától függően, a normál értékektől való megengedhető eltérés, különböző szerzőknél más és más. Ezért a tüdőterfogatoknál csak akkor beszélhetünk beszűkülésről, ha a normál értékektől való eltérés legalább 30%-os (32). Így a VC és összetevőinek mérése restriktív intrapulmonalis folyamatok megítélésére csak feltételesen értékelhető. Diagnosztikus értékű csökkenés csak nagyon előrehaladott stádiumban mutatkozik és messze elmarad a légzésmechanikai vizsgálatok, elsősorban a statikus compliance (C_{stat}) diagnosztikus értékétől. Különösen problémás a spirometriával nyert térfogatok megítélése, ha a testsúly és magasság a statisztikailag normálistól erősen eltér (5).

Az FRC és RV diagnosztikus értéke csak más ventilációs mutatók egyidejű értékelésével megfelelő. Figyelembe kell venni, hogy az RV százalékos aránya ($RV/TC \times 100$) az életkorral emelkedik, 23–35% között mozog (5, 14). Az FRC kortól való függősége már nem ilyen kifejezett. E térfogatok normál értékeinek tetemes túllépése figyelhető meg gyakran anélkül, hogy a tüdőműködésben zavar jelentkezne (8). Az RV diagnosztikus értékét rontja továbbá, hogy a meghatározásához szükséges idegengáz módszer pontatlan, mivel kóros esetekben a ventilációs erősebb inhomogenitása miatt az idegen gáz elkeveredése az alveoláris térben elégtelen (31).

2. Dinamikus mutatók

(FEV, FIV, LH)

Az erőszírozott expirációs és inspirációs térfogatok mérése Volhard (39), Raither (30), valamint Tiffeneau és Pinelli (34, 35) nevéhez fűződik. Obstr. ventilációs zavarokban, ahol a légúti áramlási ellenállás megemelkedett, az 1"-ben a VC-nak csak egy kisebb része lélegezhető ki erőszírozva. Az 1"-es érték (FEV₁) így fontos lehetőséget ad a diagnosztikához, illetve differenciáldiagnosztikához.

Sajnos ennek a vizsgálat eljárásnak is rontja a diagnosztikus értékét, hogy erőszírozott expiratio alatt az intrathoracalis nyomás tetemesen megemelkedik, még normál áramlású egyéneknél is mintegy 60 vízcsm-t ér el (13). A magas expiratoricus intrathoracalis nyomásnak — főleg idősebb személyeknél, akiknél a fiziológias öregedési folyamat a tüdő- és a hörgőrendszer elastikus ellenállásának, megfeszülésének a csökkenéséhez vezet — a hörgőfal nem tud ellenállni. Így egy többékevésbé kifejezett hörgőkollapszus léphet fel a FEV beszűkülésével anélkül, hogy ventilációs zavar állna fenn. Az 1"-ben erőszírozva kilélegezhető levegőmennyiség csökkenéséhez vezet továbbá a tüdők obstrukciót követő felfúvódása. A megnőtt intrathoracalis levegőterfogatok míg nyugalomban a légutak tágasságában játszik szerepet, erőszírozott körülmények között nagyobb tehetetlenségénél fogva egy ellenállást jelent, ami a légzési középállás felfelé történő eltolódásával együtt az 1"-es érték csökkenését okozza.

Az LH mind a statikus, mind a dinamikus parameterek változásait tükrözi. Diagnosztikus értékét illetően felmerülő problémák ezért megegyeznek az eddig tárgyaltakkal.

1. táblázat

N	Nem	Kor	Magas-ság cm	Súly kg	FRC ml	IGV ml	ΔV ml
1.	nő	25	165	65	2420	2100	-320
2.	nő	20	164	50	4000	3390	-10
3.	nő	59	153	53	2500	2760	+260
4.	nő	19	165	61	3400	3610	+210
5.	ffi	34	176	72	3950	4610	+660
6.	ffi	30	180	80	4200	4580	+380
7.	ffi	21	181	70	4560	4500	-60
8.	ffi	23	172	70	3900	3760	-140
Átlag					3616	3663	+47

A funkcionális residuális volumen (FRC, helium-módszer) és az intrathorakalis gázvolumen (IGV, testplethysmographia) 8 egészséges személynél.

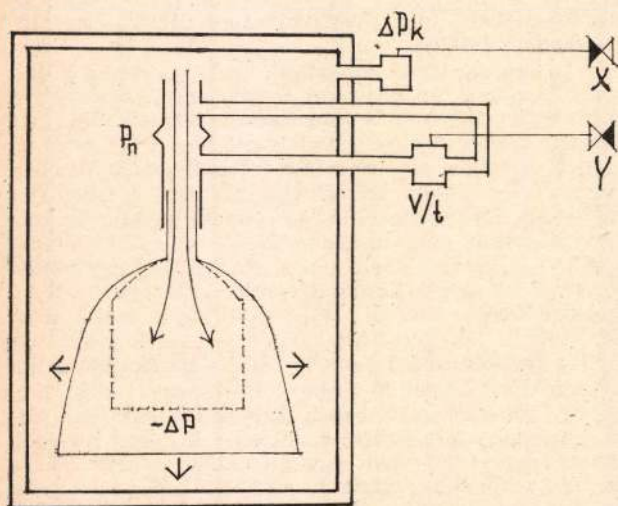
További hátrányt jelent a vizsgált személy kollaborációs készségének hiánya, valamint a vizsgáló hiányos szakismerete.

A spirometriás vizsgálatok során nyert tüdőterfogatok és áramlási paraméterek lehetőséget adnak egy ventilációs zavar restrictív vagy obstructív jellegének megítélésére, quantitativ következtetések azonban csak nagy óvatossággal vonhatók le és legtöbbször csak a betegségek előrehaladott stádiumában.

Testplethysmographia

Az első TP előállítása Gad 1881 (12) és Pflüger 1882 (29) nevéhez fűződik. Módszerük azonban sokáig nem terjedt el. 1956-ban Dubois és mtsai (10, 11) írták le és alkalmazták elsőként a klinikai gyakorlatban a TP-t. Az általuk leírt készülék térfogatstabil, rendkívül érzékeny elektromanometerrel sokkal pontosabban méri a nyomásváltozásokat és a különféle tüdőterfogatokot, mint a Mead és mtsai (26) által 1960-ban leírt nyomásstabil TP, amelynél a térfogatokat a készülékhez tartozó Krogh-spirometer méri.

A TP methodika klinikai gyakorlatba történt bevezetése óta igazolást nyert, hogy a módszer a



1/a. ábra.

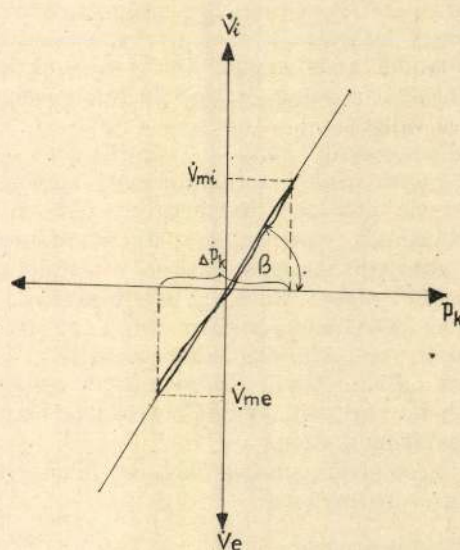
Térfogatstabil testplethysmograph sémás rajza. P_n = pneumotachograph, ΔP_k = nyomásmérő a kamaryomás számára, V/t = nyomásmérő az áramlási sebesség számára

2. táblázat

N	Nem	Kor	Magas-ság cm	Súly kg	FRC ml	IGV ml	ΔV ml	R H_2O cm/ l/sec
1.	nő	55	164	60	3100	4270	+1170	11,2
2.	nő	50	160	82	3270	4650	+1380	5,2
3.	ffi	57	178	45	3350	6520	+3170	7,6
4.	ffi	67	162	44	3180	3730	+550	11,6
5.	ffi	22	185	98	2840	4080	+1240	3,6
6.	ffi	56	170	82	3500	5830	+2330	5,3
7.	ffi	60	165	72	2370	4900	+2530	6,1
8.	ffi	65	178	80	2750	6300	+3550	5,6
Átlag					3045	5035	+1990	

A funkcionális residuális volumen (FRC, helium-módszer) és az intrathorakalis gázvolumen (IGV, testplethysmographia) 8 „obstruktív szindrómás” személynél.

légzőszervi betegségek rutinszerű funkciódiagnosztikájában jól bevált (14, 15, 17, 20, 21, 24, 25, 36, 40, 41) és jelentős mértékben bővítette, finomította a légzésfunkciós diagnosztika lehetőségeit. A TP-vel egy mérési folyamatban megbízhatóan quantitative határozható meg számos fontos mérési adat mellett az intrathoracalis gázvolumen (IGV), ami elssőorban az emphysema diagnosztika és a restr. ventilációs zavarok megítélése számára nélkülözhetetlen, a légúti áramlási ellenállás (resistance = R) mint egy fennálló légúti obstrukció objektív mértéke. A mérés viszonylag egyszerű, néhány percet vesz igénybe, jól reprodukálható, minimális követelményt támaszt a vizsgált személlyel szemben, annak közreműködésétől messzemenően független, ezért súlyos betegek is vizsgálhatók. Így a tradicionális spirometriás vizsgálatok számos hibaforrását kiküszöböli (10, 11, 21, 40). A spirometriás, vérgázanalitikai, ergometriás vizsgálatokkal szemben, melyek elssőorban a cardiorespiratorikus rendszer teljesítő-



1/b. ábra.

Nyomás-áramlás diagramm az R meghatározásához. \dot{V}_i , ill. \dot{V}_e = áramlási sebesség be-, ill. kilégzés alatt. \dot{V}_{mi} , ill. \dot{V}_{me} = áramlási sebesség maximuma be-, ill. kilégzés alatt. ΔP_k = kamaryomás-változás

képességéről adnak felvilágosítást, e módszer segítségével lehetőség adódik az egyes kórképeket kísérő komplex funkciózavarok pathogenesisére való vizs-
szakövetkeztetésre is (23, 26). A mérési eredmények pontosságának a kérdése, mivel sem az IGV, sem az R más eljárással közvetlenül nem mérhető, problematikus. Ennek kiküszöbölését célozták azok a nagyszámú, kellő körültekintéssel végzett vizsgálatok, melyek a módszer hibaforrásait feltárva, azokat a kísérleti feltételeket határozták meg, melyek szigorú betartása mellett a nyert adatok megbízhatók (10, 11, 28, 33, 36, 37).

Néhány methodikai módosítás és a kóros görbék morfológiai analízise Ulmer és mtsai (36, 37) munkásságának köszönhető.

Az R (resistance) meghatározása

Az R a légúti áramlási ellenállás mértéke, a légutakban az egységnyi áramlási sebesség létrehozásához szükséges alveolaris nyomásdifferencia (ΔP_A) vízcm-ben.

Az R tehát a következő hányadosból adódik:

$$R = \frac{\text{alveoláris extrathoracalis nyomáskülönbség}}{\text{áramlási sebesség}} = \frac{\Delta P_A}{\dot{V}} = \frac{\text{H}_2\text{O cm}}{1 \cdot \text{sec}^{-1}}$$

Meghatározásához egy teljes légzésziklus alatt a \dot{V} és az ezt létrehozó ΔP_A szinkron regisztrálása szükséges.

A \dot{V} pneumotachograph segítségével közvetlenül mérhető. Ezzel szemben a ΔP_A csak közvetve, a kamranyomás ingadozásából (ΔP_K) határozható meg. Az R meghatározása ezért két lépésben történik.

1. **Nyomás-áramlás diagramm** (ΔP_K , \dot{V} regisztrálása) (1/b. ábra). A vizsgált személy egész testével (innen ered a „body”-PT) légmentesen zárható kamrában ül. Kb. 10 literes légszákból BTPS feltételeknek megfelelő felmelegített, párasított levegőből lélegzik. Az 1/a ábrán látható, hogy belégzés alatt az alveolusokban negatív nyomás lép fel, levegő áramlik a kamrából a tüdőbe, így a tüdők a kamrában nagyobb teret foglalnak el, a kamralevegő enyhén komprimálódik, a P_K enyhén emelkedik. Mivel ez a nyomásemelkedés nagyon csekély, csak egy rendkívül érzékeny elektromanometerrel mérhető. Ha egy teljes légzésziklus alatt 2-koordinata íróval szinkron regisztráljuk az áramlási sebességet (y tengely) és a kamranyomás-változást (x tengely), úgy a nyomás-áramlási diagrammot kapjuk (1/b. ábra), amely még semmiféle következtetést nem enged meg a légúti áramlási ellenállásra, mivel az alveolaris nyomásváltozás helyett a kamranyomás-változást tartalmazza. A következő lépés ezért:

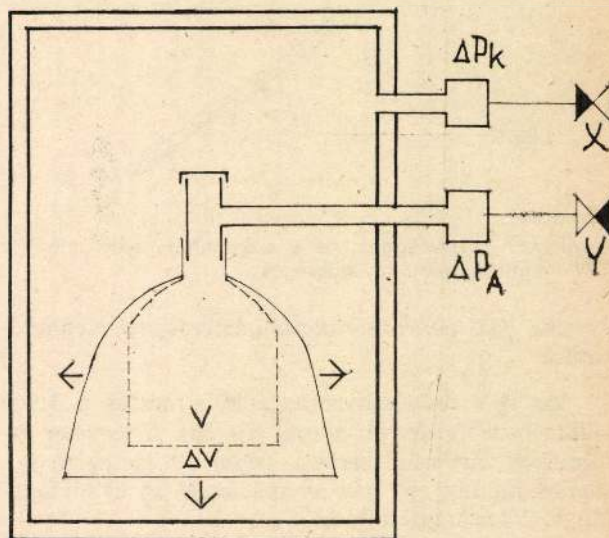
2. A $\Delta P_A/\Delta P_K$ viszony meghatározása

Ebből megtudjuk, hogy mekkora ΔP_A felel meg egy meghatározott ΔP_K -nak. Meghatározásához olyan mérési feltételeket kell biztosítani, hogy a ΔP_K és ΔP_A egyidejűleg, egymással szemben (x, ill. y tengely) tudjuk regisztrálni. Ha a pneumotach-

graph csövet kilégzés végén elektromágneses torlasszal hirtelen zárjuk (2/a. ábra), a légutakban az áramlás 0-ra esik. Így elérjük, hogy az alveolusok és a szájnyílás között minden helyen azonos nyomás uralkodik. Ekkor a szájnál mért nyomás megegyezik az alveolaris nyomással, az alveolaris nyomás tehát direkt levezethető, mint szájnyomás. Ha ezután a személy egy belégzéshez hasonló mozgást végez, az alveolaris nyomás (szájnyomás) csökken, mivel a mellkas tágul anélkül, hogy a kamrából levegő áramlana a tüdőbe. Ezalatt a kamrában a mellkas tágulása miatt a nyomás emelkedik. Ha ilyen feltételek között egy 2-koordinata íróval egymással szemben a ΔP_A (y tengely) és ΔP_K (x tengely) mért értékeit direkt regisztráljuk, egy egyenes kapunk (zárónyomás görbe), melynek meredeksége ($tg\alpha$) a $\Delta P_A/\Delta P_K$ viszonyt adja vissza (2/b. ábra).

Az R kiszámítása

Az R a zárónyomás görbe segítségével ($tg\alpha$), a nyomás-áramlás görbéből ($tg\beta$) határozható meg.



2/a. ábra.

A $\Delta P_A/\Delta P_K$ összefüggés meghatározása testplethysmograph-fal zárt légzési csőnél

$$\text{A nyomás-áramlás görbe emelkedése} = tg\beta = \frac{\dot{V}}{\Delta P_K}$$

$$\text{A zárónyomásgörbe emelkedése} = tg\alpha = \frac{\Delta P_A}{\Delta P_K}$$

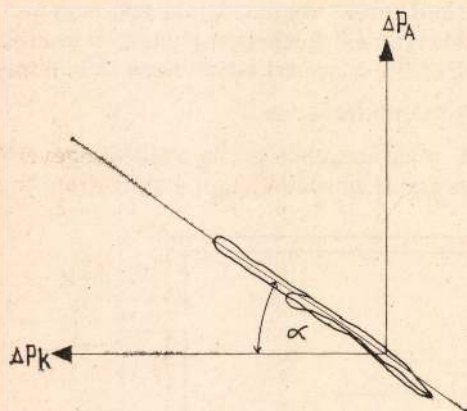
A két görbe emelkedésének a hányadosa ($tg\alpha/tg\beta$) adja az R-t.

Az obstruktív ventilációs zavarok kvantitatív megítélése csak az R ismeretében lehetséges. A chr. légúti betegségek nagy gyakorisága miatt ez a mutató a rutindiagnosztika számára elsőrendű jelentőséggel bír. Egészségeseknél 0,6 l/sec áramlási sebesség alatt az R görbe egy egyenes, 0,6 l/sec felett a fellépő turbulens áramlás miatt enyhén „S” alakú. Ezzel szemben obstruktív légúti betegeknél a megnövelt áramlási ellenállás miatt a görbe erősebben hajlik az abszcissa felé és az inhomogén ventil-

láció következtében ovális, hurok vagy bunkó alakú görbék keletkeznek (37).

Az R normál értéke 1,8 vízcml/sec, 3 vízcml/sec feletti érték biztosan fennálló légúti obstrukció jele. Súlyos esetekben ez az érték akár 20 fölé is emelkedhet (22, 38).

A 3. ábrán normál és kóros R-görbéket mutatunk be. Minél jobban dől a görbe az x tengely felé, annál nagyobb a légúti áramlási ellenállás. A görbék hasassá válása az inhomogén ventiláció következménye. A 4. ábrán asthmás roham alatt (a) majd a roham oldása után (b) regisztrált R-görbéket mutatunk be.



2/b. ábra.

A $\Delta P_A/\Delta P_K$ összefüggés. Az α szög mind az R, mind az IGV meghatározásához szükséges

Az IGV (intrathorakalis gáztérfogat) meghatározása

Az IGV testplethysmographiás mérése a Boyle—Mariotte törvényen alapul (10, 36). A törvény értelmében zárt rendszerben, szigorúan isotherm feltételek mellett egy gáz nyomásának (P) és térfogatának (V) szorzata állandó:

$$P \times V = C \quad (1)$$

Az isotherm feltétel a vizsgált személy kabinban való tartózkodása után már 1—2 perc múlva kialakul. Ha az orrnyílás zárt és lihegő légzés („Hechel”) közben egy expiráció végén a pneumotachograph csövét elektromágneses ventillal hirtelen zárjuk, akkor a ventillal szemben lihegve légző személy mellkasa egy zárt rendszert képez, melyre a Boyle—Mariotte-törvény érvényes. Az intrathorakalis gáztérfogat és nyomás szorzata minden pillanatban állandó, tehát:

$$P \times V = (P + \Delta P) (V + \Delta V) \quad (2)$$

A 2-es egyenletet V-re rendezve a következő egyenletet kapjuk:

$$V = - \frac{\Delta V}{\Delta P} (P + \Delta P) \quad (3)$$

A ΔP értékei 5 vízcml-nél nem nagyobbak, az atmoszférás nyomáshoz (P) viszonyítva elhanyagolhatók. Az ebből adódó hiba 0,5%-ot tesz ki (28), tehát az IGV végleges egyenlete:

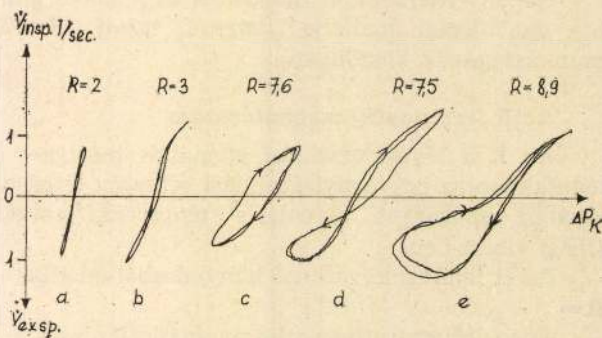
$$V = - \frac{\Delta V}{\Delta P} \times P$$

V = a zárás pillanatában (expiratio végén) a mellkasban levő levegő, tehát a keresett IGV.

ΔV = a zárt ventillal szemben lihegő légzés alatt bekövetkező térfogatváltozás. Értékére a ΔP -ból lehet következtetni.

ΔP = lihegő légzés alatt direkt mért szájnnyomás-változás, ami az adott statikai feltételek között az alveolaris nyomás változásával (ΔP_A) egyenlő.

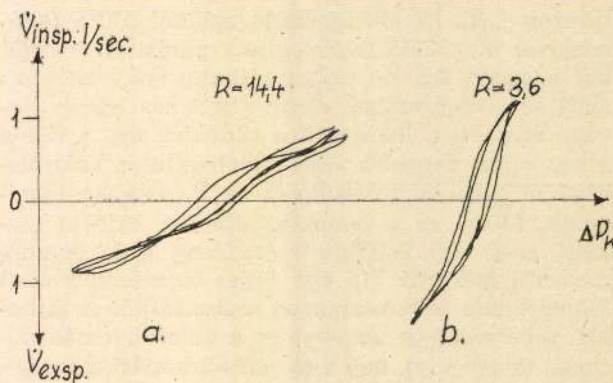
P = barometerállás.



3. ábra.

(a + b) egészséges személyek R-görbéi. (c + d + e) légúti obstrukcióra jellemző R-görbe típusok

Míg az FRC idegengáz-módszerrel történő meghatározásnál csak azt a levegőmennyiséget mérjük, amely a hörgőrendszer közvetítésével jó összeköttetésben áll a küllevegővel, addig az IGV testplethysmographiás mérésénél azt a levegőmennyiséget is mérjük, amely nem, vagy csak rossz kapcsolatban áll a küllevegővel. Egészségeseknél a két adat között különbség nem várható (1. táblázat). Obstruktív légúti betegségekben azonban tetemes intrapulmonális levegőmennyiségek mutathatók ki, ame-



4. ábra.

a) R-görbe asthmás roham alatt. b) R-görbe a roham oldása után

lyek a külső levegőtől el vannak zárva, így az IGV nagyobb értéket mutat, mint az FRC (2. táblázat). Az IGV 15 és 75 év között átlagosan 450 ml-rel emelkedik és jelentős függőséget mutat a testsúllyal és a magassággal is. Hasonló korú és magasságú nők IGV-je középtértékben kisebb, mint a férfiaké (38).

Összefoglalás. A szerzők irodalmi adatok alapján tárgyalják a ventilációs zavarok funkciódiagnosztikájában alkalmazott hagyományos spirometriás módszer diagnosztikus értékét, hibaforrásait. Ismertetik egy új, egyre szélesebb körben elterjedő vizsgáló módszer, a testplethysmographia működési elvét, jelentőségét. Saját vizsgálatukra is támaszkodva hangsúlyozzák az új módszerrel mérhető légúti áramlási ellenállás és intrathorakális gáztérfogat diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai értékét. Nyolc-nyolc egészséges, ill. obstruktív légzési zavarban szenvedő személynél idegengáz-módszerrel és testplethysmograph-fal mérték az FRC-t, ill. az IGV-t. „Obstruktív syndromá”-ban a két mért érték között mutatkozó szignifikáns különbség arra utal, hogy légúti obstrukció esetén nagyobb intrapulmonalis levegőmennyiségek lehetnek teljesen vagy részlegesen elzárva a küllevegőtől.

A közleményben használt légzésfunkciós symbolumok, rövidítések.

TC	= totálkapacitás
VC	= vitálkapacitás
RV	= residuális térfogat
ERV	= kilégzési rezerv térfogat
IRV	= belégzési rezerv térfogat
FRC	= functionalis residuális térfogat
FEV	= erőltetett, gyors kilégzési térfogat
FIV	= erőltetett, gyors belégzési térfogat
FEV ₁	= erőltetett, gyors kilégzési térfogat az első mp-
LH	= légzéshatár (maximális percventillatio)
R	= teljes légúti áramlási ellenállás (vízcm/l/sec)
IGV	= intrathoracalis gáztérfogat
P _A	= alveolaris nyomás
P _K	= kamranyomás
\dot{V}	= légúti áramlási sebesség (l/sec)
C _{stat}	= staticus compliance
TP	= testplethysmograph

IRODALOM: 1. *Anthony, A. J.*: Dtsch. Arch. klin. Med. 1930, 167, 129. — 2. *Arnold, A.*: Z. menschl. Vererb.-u. Konstit. — Lehre. 1933, 17, 155. — 3. *Baldwin, E. D. F., A. Cournand, D. W. Richards jr.*: Medicine (Baltimore) 1948, 27, 243. — 4. *Baldwin, E. D. F., A. Cournand, D. W. Richards jr.*: Medicine (Baltimore) 1949, 28, 201. — 5. *Bartels, H., E. Bücherl, C. W. Hertz,*

G. Rodewald, M. Schwab: Lungenfunktionsprüfungen: Methoden und Beispiele klinischer Anwendung. Springer, Berlin, 1959. — 6. *Bockemühl, H.*: Beitr. Klin. Tuberk. 1927, 65, 723. — 7. *Christie, R. V., A. J. Beams*: „Orthopnea”. Arch. intern. Med. 1923, 31, 85. — 8. *Comroe, J. H., R. E. Forster, A. B. Dubois, W. A. Briscoe, E. Carlsen*: Die Lunge. Schattauer. Stuttgart, 1964. — 9. *Dreyer, G.*: Lancet. 1919, II, 227. — 10. *Du Bois, A. B., S. Y., Botelho, G. N. Bedell, R. Marshall, J. H. Comroe jr.*: J. clin. Invest. 1956, 35. — 11. *Du Bois, A. B., S. Y. Botelho, G. N. Bedell, R. Marshall, J. H. Comroe jr.*: J. clin. Invest. 1956, 35, 327. — 12. *Gad, C.*: Vers. Dtsch. Naturforscher und Ärzte. Salzburg, Tgbl. 1881, 54, 117. — 13. *Gary, K., Ch. Fessler, W. T. Ulmer*: Beitr. Klin. Tuberk. 1967, 134, 295. — 14. *Guyatt, A. R., J. H. Alperc, J. D. Hill, and A. C. Bramley*: J. appl. Physiol. 1967, 22, 383. — 15. *Guyatt, A. R. and E. E. Davies*: J. appl. Physiol. 1967, 22, 390. — 16. *Hurtado, A., W. W. Fray*: J. clin. Invest. 1933, 12, 807. — 17. *Hutás I., Kósa Gy.*: Orv. Hetil. 1969, 110, 343. — 18. *Hutchinson, J.*: Lancet. 1844, 567—570., 594—596. — 19. *Hutchinson, J.*: Trans. med.-chir. Soc. London. 1846, 29, 137. — 20. *Jaeger, M. J. and Otis, A. B.*: J. appl. Physiol. 1964, 19, 83. — 21. *Jaeger, M. J. and Otis, A. B.*: Schweiz. Rundsch. Med. 1964, 12, 430. — 22. *Jaeger, M. J. and Otis, A. B.*: J. appl. Physiol. 1964, 19, 813. — 23. *Keller, R., H. Herzog*: Beitr. Klin. Tuberk. 1969, 139, 100. — 24. *Macklem, P. T., R. G. Fraser, D. V. Bates*: J. appl. Physiol. 1963, 18, 699. — 25. *Macklem, P. T., R. G. Fraser, D. V. Bates, N. J. Wilson*: J. appl. Physiol. 1965, 20, 653. — 26. *Mead, J.*: J. appl. Physiol. 1960, 15, 736. — 27. *Meedham, C. D., M. C. Rogan, I. McDonald*: Thorax. 1954, 9, 313. — 28. *Nolte, D., E. Reif, W. T. Ulmer*: Respiration. 1968, 25, 14. — 29. *Pfüger, E.*: Plüger's Arch. ges. Physiol. 1882, 29, 244. — 30. *Raither, E.*: Beitr. Klin. Tuberk. 1911, 22, 137. — 31. *Reichel, G., G. Dannenberg, R. Redecker*: Arch. klin. Med. 215. — 32. *Rossier, P. H., A. Bühlmann, K. Wiesinger*: Physiologie und Pathophysiologie der Atmung. 2. Aufl., Springer, Berlin, 1958. — 33. *Smidt, U., K. Muysers*: Respiration. 1968, 25, 116. — 34. *Tiffeneau, R., A. Pinelli*: Paris méd. 1944, 37, 624. — 35. *Tiffeneau, R., A. Pinelli*: J. franc. Med. chir. thor. 1948, 2, 221. — 36. *Ulmer, W. T., E. Reif*: Dtsch. med. Wschr. 1965, 90, 1803. — 37. *Ulmer, W. T., E. Reif, W. Weller*: Die obstruktiven Atemwegserkrankungen. Thieme, Stuttgart, 1966. — 38. *Ulmer, W. T., G. Reichel und D. Nolte*: Die Lungenfunktion. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970. — 39. *Volhard, F.*: Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 1908, 25, 530. — 40. *Wick, R., M. J. Jaeger, M. Scherrer*: Med. thorac. 1964, 21, 315. — 41. *Hutás J., Gy. Kósa*: Orv. Hetil. 1969, 7, 343.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy az eddigi MELIPRAMIN 25 mg drázsé mellett forgalomba került a MELIPRAMIN 10 mg drázsé!

A vényen egyértelműen szíveskedjék jelezni, hogy a kettő közül melyiket rendel!

A „25 mg” feltüntetése nélkül a gyógyszerárak a kisebb hatóanyagtartalmút expedíálják!

A készítmény adagolásáról, ellenjavallatairól, mellékhatásáról stb.-ről részletes leírás a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” c. kézikönyvhöz küldött pótlapon található.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet
(igazgató: Mária Béla dr.)

Az ún. psychopharmacogen, vagy neurolepticus depressiókról

Böszörményi Zoltán dr.

Akár nosológiailag vezérelt, tehát a betegségjelleg által megszabott, akár syndromákra irányuló pharmacoterapiát igyekszünk betegeinknél alkalmazni, esetleg „kettős könyvvitel” a két szempontot egyidejűleg próbáljuk gyümölcsöztetni, az új encephalotrop vagy psychotrop szerek alkalmazásánál mindig számolnunk kell bizonyos nem kívánt somaticus és psychés kísérő hatásokkal. Az egyik ilyen, a neuroleptikus kúrákat gyakran kísérő psychés szövődmény a depressív syndroma, melyről gyakorlati fontossága ellenére hazánkban még nem történt közlés.

A deprimáltsággal mint vezértünettel jellemzett tünetcsoport átlagban 4—7 héttel a neurolepticus kúra kezdete után lép fel olyan psychotikusoknál, főleg schizophréneknél, kik azelőtt nem mutattak hasonló kedélyzavart. Ezen iatrogen hangulatzavar ismerete már nem újkeletű, hiszen az ún. reserpin-depressiót már több mint tíz éve ismerjük. Ez a mellékhatás is sokban hozzájárult ahhoz, hogy ezt a vegyületet idővel fokozatosan egyre kevésbé alkalmaztuk. Később a buthyrophenon-sor alapmolekulája, a Haloperidol is depressiogennek bizonyult: egyesek, így pl. *Volmat* (6) szerint, az eredetileg nem nyomott kedélyű kezeltek mintegy 20%-ánál okoz depressiót. *Hippius* és *Selbach* is 20%-ban észlelt perazinnal kezelt schizophréneknél depressív lehangoltságot, teljesítménycsökkenéssel kísérve. A reserpin kedélyrontó hatását saját gyakorlatukban tanulhatták meg belgyógyászaink is, főleg hyper-toniás betegeikkel kapcsolatban. Az irodalmi adatokra vonatkozóan egyébként utalunk *Helmchen* és *Hippius* (3) közleményére.

Mi — az említett reserpin-depressióktól eltekintve — elsőként valódi pharmacogen depressiót azoknál a schizophréneknél láttunk, akiket több héten át nagyobb adag Frenolonnal kezeltünk. Elein-

te úgy véltük, hogy ezen vegyület depressiogen hatása a molekula methoxy-gyökeivel függ össze, mert ezek a reserpinben is közismerten előfordulnak. Ezt a feltevést lényegében csupán az alakította ki, hogy néhány éven át a methophenazint használtuk neurolepticumként a legtöbbet. Később saját tapasztalataink is igazolták azon irodalmi megállapítást, hogy minden ún. hallucinolyticus szer, azaz olyan maior tranquillans, melyet az erős extrapyramidalis toxicitás jellemez, képes átmenetileg depressiós állapotképet kiváltani azon psychotikusoknál is, kiknél megelőzőleg semmi külön hajlam erre nem volt kimutatható. A törzsdüci mérgező hatás és a depressiogen potencia egyesek szerint teljesen párhuzamban áll, ill. egymással arányos, de ez még további megfigyelésekkel bizonyítandó. Ellene szól szerintünk ennek, hogy pl. a rendkívül toxicus thio-properazinnal (*Majeptil*) végzett kúrák alatt némileg kevesebb ilyen kedélyzavart láttunk, mint Frenolon után vagy az újabban sokat használt trifluoperazin (*Stelazine*) után.

Röviden két példa a pharmacogen depressio illusztrálására: egy 51 éves nőbeteget, közel 20 éves schizophréniás kórelőzménnyel, egy éven át kezelt ambulanter. A kórképet makacsul rögzült, részben már stereotypizálódott badar üldöztetéses-megfigyeltetéses doxasmák jellemezték, melyeket csupán a család tagjainak említett, de közben háztartását ellátta és kézimunka-bedolgozást vállalt. A tüneti kép mérsékelt tartós neurolepticum adagokra nem változott, hospitalisatiót a család ellengett. Hat héten át adott 3×5 mg trifluoperazin (*Stelazine*) végül jó eredménnyel járt, a beteg rövid időre tünetmentes lett. Újabb két hét múlva depressio alakult ki, melyet reaktiv-peristaticus tényezők is elősegíthettek: férjénél ugyanis kisebb cerebrovascularis insulturnak zajlott le. (Megjegyzendő, hogy előző állapotaiban hasonló behatásokra nem reagált.) A tüneti képet férje állapotáért való túlzott aggodás és részben önvádások jellemezték, önmagát is felölönszeti tüneti kép főleg periodicus depressióra emlékeztetett, a schizophréniás symptomatica minden legkisebb megnyilvánulása nélkül. Trifluoperazin kihagyása után kevés antidepressanst adva (2×25 mg amitriptylin) 3 hét alatt a kedélyzavar megszűnt, ugyanakkor az üldöztetéses téveseszmék előbb halványan, majd régi intenzitásukkal újból megjelentek.

Másik 42 éves nőbetegünk rövid kevert tünettanú psychotikus előzménnyel került osztályunkra. Eleinte psychoreaktiv tényezők által kiprovokált dysphoriás jellegű schizophréniás reakciónak tűnt, melynél rövid neurolepticus kezelés mellett a hangulatzavar rendeződött, míg a paranoid vonatkozások tovább fennálltak. Később butyrylperazin (*Randolectil*: 3×10 mg, majd 3×5 mg) adás mellett ezek is megszűntek, de újabb kb. 6 hét múlva lehangolt, elkeseredett lett, nem tudott dolgozni, nem bírta napi munkáját megkezdni. Késztetés-hiányát rendkívül kínosan élte meg, insufficientia-érzése is állandósult; napi kedélyingadozása az endogen típusú depressiókéra emlékeztetett: nyomott hangulata reggeli ébredésnél volt legkínosabb. Amitriptylin 4 heti adagolása mellett depressiója meg-

szűnt, enyhébb zárkózottságtól eltekintve tünetmentes lett.

A neurolepticus depressiók tüneti összképe — a két példánkkal némileg ellentétben — többnyire nem az endogen depressiókéhoz hasonlít. A hangulati nyomottság nem éri el az ezeknél észlelt mélységet, a gátoltság már inkább. Önvádolás és önkicsinyítő téveseszmék ritkák. Több beteg állapota megfigyelésünk szerint hasonlított a *Hojer—Pedersen* által leírt, ún. dysphoriás syndromához, melynél a borongás, szégyenérzés, némi gátoltság, keserűség, ironicus jellegű criticismus jellemző. Másoknál ezen pharmacogen „átmeneti syndroma” (*Wieck*) inkább astheniás jellegű, az összállapot szintelen és kontúrtalan. Ezekre feleslegesnek véltük klinikai példákat felhozni. *Petrilowitsch* (4) szerint a schizophrénia kialakított tartalmi szétbomlanak, de a kórfolyamat alacsonyabb-differenciálatlanabb síkon, tagolatlanabb-primitívebb alakzatokkal tovább is fennáll; szerinte a depressió mellett hypochondriás, neurastheniás, anankasticus és depressionalisatiós tünetek állhatnak előtérben, többkevesebb autismussal, vagy készletescsökkenéssel párosulva.

A fent vázoltakkal összefüggésben meg kell alapítanunk, hogy úgy látszik, az új típusú gyógyszeres kezelés a nem „markáns”, tehát a tüneti képen és lefolyásban nem jellegzetes psychosisok kialakulását elősegíti. Tehát éppen a therapiás fejlődés következtében schizophréneknel gyorsabban és gyakrabban válik a kórfolyamat tünete szegény, insufficientia-syndromával jellemzett kórképpé, mint a spontán lefolyásnál, ez egyben gyakran hasonlít a psychopathiás állapothoz, egyesek találónak élik ezeket „formes frustes”, vagy „schizophrénia sine schizophrénia” névvel. A pharmacogen javulás az ilyen betegeknel elősegítheti az ön-reflexiót, tehát a közérzetzavar psychés feldolgozását, egyúttal a heveny betegségfázisban desaktualizált reális konfliktusanyag újból felszínre bukkanását, ami további kóros reakciókra adhat alkalmat (*Petrilowitsch*).

Az említett kedélyzavar-tünetegyüttes pharmacotoxicus eredetére utal az is, hogy gyakran jár együtt extrapyramidalis melléktünetekkel, esetleg orthostaticus keringészavarral, továbbá hogy a neurolepticum kihagyása után röviddel többnyire spontán megszűnik, bár megszűntét antidepressansokkal vagy antiparkinson szerek nyújtásával gyorsítani lehet. A szer döntő kiváltó hatása érvényesülhet, vagy egybeeshet a kórfolyamat spontán aktivitásváltozásával vagy a kórkép olyan pathomorphosisával, melyben cyclothym adottságok felszínre jutása is szerepelhet (*Helmchen és Hippus*). Gondolni kell a beteg pharmacogen eredetű „kijózanodására”, mint erre utaltunk már, mely valódi betegségbelátáshoz, a készletések elapadásának kínzó megéléséhez vezethet; ehhez további dysphoriázó tényezőként hathatnak a vegyületek somaticus-vegetatív kínzó mellékhatásai is. Mindezekre és a *Janzarik* által a depressiók jellemzőjeként kiemelt ún. dynamicus restrictióra való személyiségreakcióként is felfogható a pharmacogen depressiók egy része, míg más ilyen kórkép az újabban ismét fel-

bukkanó „egységes-psychosis” elméletet juttatja meggondolásaink előtérébe.

Heinrich (2) kiemeli, hogy elektroshock és gyógyszeres kezelés után egyaránt hamar megszűnhetnek a schizophrénia produktív és szembetűnő körjelei, de megmaradhatnak a társas életet gátló olyan tünetek, mint készleteshiány, kontaktusszegénység, bizonytalanság, nyomottság, az érzelmi visszahatások beszűkülése stb., gyakran a teljesítményelégtelenség érzésétől kísérve. Mindezt együtt „postremissiv Erschöpfungssyndrom”-nak nevezi, mely szerinte visszahatásként lép fel a psychosis okozta ergotrop jellegű eltolódásra, ill. a kórtünetek és a somaticus kezelése okozta túlfeszített igénybevételre. Tehát ezek szerint a trophotrop-kímélő fázis jelei lennének a fáradékonyság, elzárkózás, bizonytalanság, dysphoria, esetleg bizonyos hypergia vagy adynamia, mely tünetek súlyosabb testi bántalmak kísérőjeként felléphetnek. Ezek nem jelentik a defectuálódás kezdetét, csupán további türelemre intik a beteg környezetét, orvosát is beleértve.

A fentiekből érthető, hogy maga a neurolepticus depressio éppúgy nem tekinthető egységes „kórképpé”, mint a spontán fellépő depressiv kedélyzavarok jelentős részének háttere sem egységes, hanem az örökletes adottságok és múltbeli vagy aktuális peristaticus tényezők szövevényéből keletkező egyedi morbus.

A hasonló iatrogen kedélyzavarok megelőzésére megkíséreltük kis adag levomepromazin (*Tisercin*) hozzáadásával kiegészíteni az alapgyógyszerelést, kevés eredménnyel. Több hasznát láttuk a foglalkoztatásnak, tehát a csoport-keretben eszközölt munkatherapiának, melyet a gyógyszeres kezelés 14—16. napján, néha tehát a heveny tünetek némi csökkentése után már célszerűnek tartottunk megkezdeni. Ezt főleg azon betegeknel szorgalmaztuk, kiknél egy előzetes fázisuk alkalmával már a medicatio depressiogen jellegéről meggyőződhattunk. Másik hasznos védekezési módként igazolódott be ezeknél a neurolepticumok lökészerű-discontinuus adása, tehát „kémiai-sokk” alakjában heti kétszer nagyobb mennyiségű gyógyszer bevitel, a közti napokon kisebb fenntartó adag nyújtása mellett. Ez a módszer talán kevésbé akadályozza meg a betegek azon emotionalis kilengéseit, melyek az épen maradt személyiség részre tartoznak. A *Neumann* által kezdeményezett említett cakk-kezelés részleteit illetően hat év előtti közleményünkre utalunk (1).

Ismert és általunk is sikerrel alkalmazott eljárás a phenothiazinoknak antidepressans-thymolepticus szerekekkel való kombinált együttes adása: főleg az amitriptylin és a trimeprimin (*Sapilent*) hozzáadását láttuk előnyösnek. Néha emellett a neurolepticumok adagját is célszerű mérsékelni. *Helmchen és Hippus* ezzel ellentétesen néha a phenothiazin adag emelését tartja indokoltnak, akkor, ha „a beteg a régi schizophrén tünetek újrafellépését némileg distancirozva éli meg és depressive dolgozza fel”. Mi ilyen esetet alig észleltünk; ritkán láttunk olyan beteget is, kinél a depressio csupán 3—4 hónapos neuroleptis után lépett volna fel, mint

ezt említett szerzők írják. Elméletileg ez is lehetséges, magyarázatuk is elfogadható, mely szerint ezeknél a betegeknél schizophrén-recidiva lépett fel, de a kezelés hatására már a depressio köntö- sében.

A hasonló, gyógyszer okozta kedélyzavarok ar- ra is felhívják figyelmünket, hogy ezeket a haté- kony psychotrop vegyületeket csak valóban helyes indicatióval és ellenőrzés mellett adjuk: *Simonson* (5) nemrég számolt be arról, hogy idősebb betegek- nek nyugtalanságuk miatt promazint adagolva, 70 százalékuknál depressív hangulatzavar lépett fel, mely a neurolepticum kihagyása után röviddel megszűnt.

A neurolepticus depressiók problematikája még hosszabb adatgyűjtést tesz szükségessé, főleg a számbajöhető pathoplasticus, nem pharmacológiai tényezők sokfélesége miatt. Gyakorlati fontossága miatt reméljük sikerül preventióját mielőbb kidol- gozni, hogy azok, kiknek valóban szükséges e gyógyszerek kúraszerű fogyasztása, gyógyulhassa- nak, ne csupán tüneteiket változtassák.

Összefoglalás. A neurolepticus kezelések egyik gyakori psychés szövődménye depressiós állapot kialakulása olyan betegeken, akik előzőleg nem mutatták e kedélyzavar tüneteit. Irodalmi adatok után saját észleléseit ismerteti. Kiemeli, hogy bár egyes ilyen depressiók hasonlíthatnak az endogen eredetű kórképekhez, többségükben mégis inkább szintelen, nyomott hangulat dominál, adynamia és

autismus kíséretében, esetleg a háttérben még meg- maradt, de elhalványodott schizophrén symptomák- kal. Preventióként néha sikerrel alkalmazták a már korán elkezdett ergotherapiát és antidepressans gyógyszerek alacsony dosisainak a neurolepticu- mokkal kombinált adását. A felfokozódó ön-refle- xió, vagy az újra felszínre kerülő konfliktusanya- gok, támogató psychotherapiát is szükségessé te- hetnek.

Megjegyzés a korrektúrájáról:

A jelen közlemény megírása óta további számos hasonló gyógyszeres depressio észlelésére nyílt alkal- munk. Ez az intézetben és ambuláner huzamosabban kezelt betegeket egyaránt fenyegeti. Osztályunkon a csoporttherapiás foglalkoztatással, társas megbeszélé- sekkel, a modern socialpsychiátriai elveknek lehetősé- gek szerinti megvalósításával küzdünk ellene, kerülve betegeink túlzott igénybevételét is. Az általános orvosi gyakorlatban a huzamosabb ideig hypertensio miatt Rausedylt szedő betegek kedélyállapotát is időnként ellenőrzendőnek véljük. Megfontolandónak tartjuk neu- roticusoknál a maior tranquillansok hosszan tartó ada- golását még csökkentett mennyiségben is.

IRODALOM: 1. *Börszörményi Z., Kardos Gy.:* Idegrendszer vérkeringésének élettana és klinikuma. Szerk.: Juhász P., Debrecen, 1964, 641. — 2. *Heinrich, K.:* Pharmakopsychiatische Probleme in Klinik und Praxis. 1969, Schattauer, Stuttgart—New York. — 3. *Helmchen, H., Hippius, H.:* Nervenarzt. 1967, 38, 455. — 4. *Petřilowitsch, N.:* Psychiatrische Krankheitslehre und psychiatrische Pharmakotherapie, 2. Aufl., 1968. (Karger, Basel/New York) — 5. *Simonson, M.:* J. Neu- ropsychiat. 1964, 5, 259. — 6. *Volmat, R.:* Europ. Soc. f. Study of Drug-Toxicity. 1967, Paris, 2—4 Febr.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását.

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest, XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.

A cytologiai vizsgálatok értéke a bronchopulmonális malignus tumorok diagnosztikájában

Aszity Mirjána dr., Pálffy Roland dr.
és Sashegyi Bertalan dr.

A cytologiai vizsgáló módszer az utóbbi években terjedt el a mellúri daganatos betegségek diagnosztikájában. Számos hazai és külföldi szerző adatai bizonyítják e vizsgáló módszer eredményességét. Tüdőrák esetén a különböző szerzők a köpet cytologiai vizsgálatának találati arányát 50—98% között jelölik meg (4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 21). *Sassy-Dobray G.* (14) 60—87% közötti találati arányt közöl. Azonos vizsgálati anyagon *Cardozo* (9) 66%, *Grunze* (4) 75%, *Ebner és mtsai* (3) 76—91% közötti pozitivitást mutatnak ki. A találati biztonságot egyes betegekre vonatkozóan több anyag vizsgálatával (3, 9, 14), illetve az expectoratio gyógyszeres provokálásával (1, 10, 20) még fokozni lehet.

Egy új diagnosztikus módszer bevezetése új helyzetet teremt a kórkép vizsgálati metodikájában. Az új diagnosztikus módszer eredményességének és hibaforrásainak kritikai elemzése után revízió alá kell venni az addig alkalmazott diagnosztikus eljárásokat; egyes vizsgálatok javallata beszűkülhet. A tüdőtumorkok diagnosztikájában alkalmazható módszereket és az általuk elérhető eredményeket szemléletesen foglalta össze *Sassy-Dobray* (13), megállapította, hogy a cytodiagnosztika hatásosabb, mint a bronchoscopos biopsia. A felvetett kérdés alapos elemzésénél természetesen azt is figyelembe kell venni, hogy e vizsgáló módszerek számos esetben kiegészítik egymást. Ilyen például a bronchoscopos biopsiával nyert anyagok cytologiai vizsgálata.

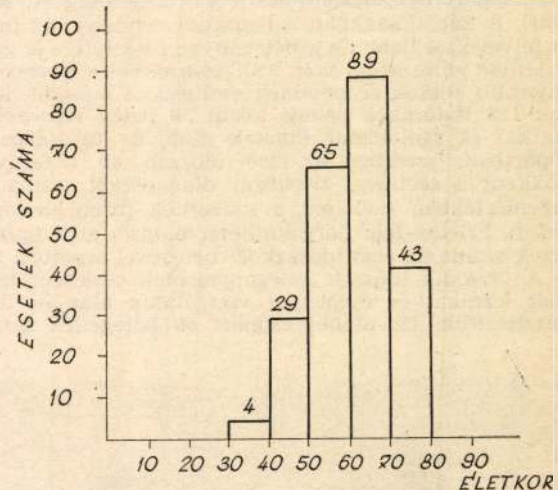
A mellúri daganatos betegségek diagnosisa az esetek nagy részében intenzív, komplex vizsgálatokat, megterhelő műszeres beavatkozásokat igényel. Ugyanakkor, ilyen nagy igényű vizsgálat ellenére a therapiás eredménnyel kecsegtető tüdőresectio, különböző adatok szerint (2, 7, 15, 16, 17, 18), csupán a betegek mintegy 10—50%-ában végezhető el.

A fentiek figyelembe vételével indokoltnak láttuk, hogy saját beteganyagunkon felmérjük a cytologiai vizsgálati módszer teljesítőképességét és egyben arra is választ keressünk, hogy miben mó-

dosította diagnosztikus eljárásaink indicációját, methodikáját és eredményességét a cytologiai vizsgálatok bevezetése.

Vizsgálati anyag és módszerek

A fenti kérdések vizsgálatára beteganyagunk lehetőségét nyújtott. 1964. szeptember 1-től 1969. január 31-ig terjedő időszakban összesen 230 primaer tüdőrákos beteget kezeltünk. E vizsgálati anyag kellően tisztított. Ennek megfelelően nem vettük figyelembe a me-



1. ábra.
230 primaer tüdőrákos beteg életkor szerinti megoszlása

diastinalis és pleura-daganatokat, illetve más szervi eredetű daganatok tüdőmetastasisait. Intézetünkben ambulans pulmo-onkológiai gondozást is végzünk és így lehetőségünk van a betegek rendszeres megfigyelésére.

Az ábra a betegek életkor szerinti megoszlását mutatja, a betegek átlagos életkora 64,6 év volt. A beteganyag 38,7%-a 60, és 18,7%-a 70 éven felüli. A magas életkor és a különböző kísérő betegségek is indokolják azt a törekvésünket, hogy az elsősorban radiológiai tünetekre alapozott klinikai diagnoszt a megterhelést nem jelentő köpetcytologiai vizsgálatokkal támasszuk alá.

A diagnosztikus methodika változásának és a cytologiai vizsgálat teljesítőképességének vizsgálatára annál is inkább alkalmas beteganyagunk, mivel a cytologiai vizsgálatokat csak 1967. május 1-től vezettük be. Így két azonos létszámú és válogatás nélkül besorolt

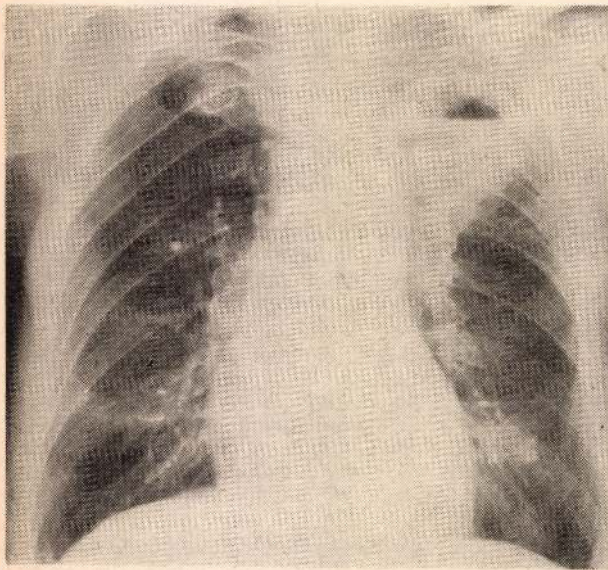
1. táblázat

A beteganyag diagnózisának felállítási módja a két időszakban

Diagnózis felállításának módja	1964. IX. 1—1967. IV. 30-ig			1967. V. 1—1969. I. 31-ig		
	beteg szám	thro-raco-tomia	re-sec-tio	beteg szám	thro-raco-tomia	re-sec-tio
Tu. suspect	40	3	9	26	3	11
Cytologia	—	—	—	50	5	4
Szövettan	67	4	9	4	1	2
Cytologia és szövettan	—	—	—	31	1	4
Sectio	8	—	—	4	—	—
Összesen:	115	7	18	115	10	21

	Esetszám	Cyt. pos.	Találat %
Összes vizsgált intrathoracalis malignus tumoros	149	115	77,1
Összes vizsgált primaer malignus tumoros	127	99	77,9

betegcsoport összehasonlítására van lehetőség (1. táblázat). A két időszakban a beutalási rendszer, az intézet felvevő területe, de a beteganyag összetétele is gyakorlatilag változatlan volt. Táblázatunkból a következő fontosabb adatok érdemelnek említést: a második időszak 115 tüdőrákos betege közül 26 beteg szerepel a klinikai és radiológiai tünetek alapján „tu. suspect” csoportban, szemben az első időszak 40 betegével. Csökkent a sectióval tisztázott diagnózisok száma is. Nagymértékben csökkent a szövétileg (bronchoscopos excisio, Friedel-féle hörgőkatheter-biopsia etc.) igazolt esetek száma az első időszak 67 betegével szemben 35-re. A második időszak beteganyagának csaknem felét tehát klinikai és cytológiai vizsgálatok alapján diagnosztizáltuk. Ez utóbbi csoport 50 betegének átlag-

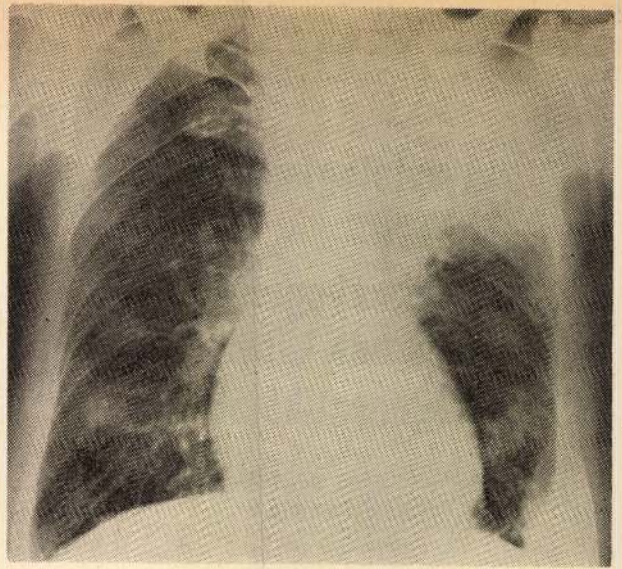


1. kép (felvétel napján).

A bal tüdő felső lebenyében kismálmányi, vaskos falú „füles kosár” árnyék

életkora 67,5 év volt, tehát magasabb, mint az egész beteganyag fent említett korátalaga. Ugyanebben a csoportban 22 beteg esetében találtunk keringési elégtelenséget, távoli metastasisokat, vagy más kísérő betegséget. A sebészi megoldásra vonatkozóan két adatot emelnénk ki: az első időszakban 18 (15,6%) a másodikban 21 (18,2%) beteg tumora volt reseálható. A másik adat pedig az, hogy mindkét időszakban a klinikailag tumor suspect betegek közül került ki a reseálható tumorosok többsége.

A fenti összehasonlítás adatain kívül természetesen számos más tényezőt is figyelembe kell vennünk diagnosztikus methodikánk revíziója során. Nem hagyható figyelmen kívül a biopsiás eljárások kockázata. A klinikusnak az a törekvése, hogy a diagnózist messzemenően, támadhatatlanul, lehetőleg szöveti vizsgálatokkal is igazolja, kétségtelenül indokolt. A biopsiás methodusok azonban nem veszélytelenek és tapasztalataink is igazolják, hogy egyes esetekben a tumor vagy a kísérő retentiós gennyedés progressióját okozhatják. Ezt látszik igazolni az alábbi esetünk is.



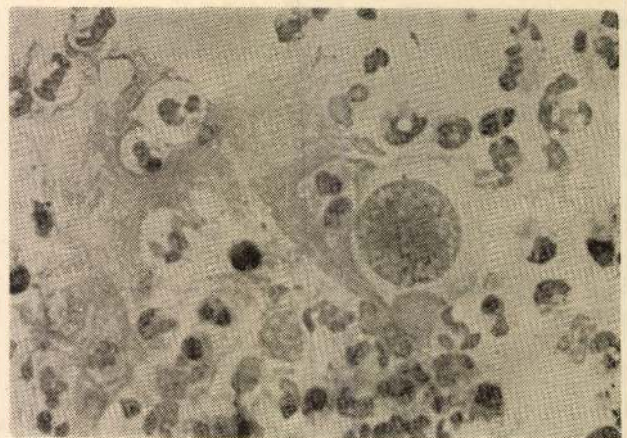
2. kép.

Hörgő catheter-biopsiás vizsgálat után 18 nappal készült mellkasfelvétel. A folyamat nagyfokú progressiója a bal felső lebeny területén és pleuralis folyadékárnyék megjelenése a bal lateralis sinus felett

E. B., 83 éves férfibeteget 1967. november 1-én vetük fel osztályunkra. Az ekkor készült átnézeti mellkasfelvételen (1. kép) a bal tüdő felső lebenyében kismálmányi, vaskos falú, „füleskosár” alakú tályogot látunk. A köpet cytológiai vizsgálata daganatsejtre negatív volt. A klinikai tünetek alapján abscedáló tumor gyanúja is felvetődött, ezért elvégeztük a Friedel-féle hörgőkatheter-biopsiás vizsgálatot (nov. 10.). A vizsgálat után jelentős progressio keletkezett, amit a 18 nappal később készült mellkasfelvétel (2. kép) is igazolt. A progressio mechanizmusában valószínűleg a tályogos retentio fokozódása is szerepet játszott, de maga a tumor is gyorsan progrediált, amint azt a további megfigyelés is igazolta. A biopsia után a köpet cytológiai vizsgálata is biztosította a tumor diagnózist, érett típusú laphámcarcinomát igazolva (3. kép).

Eredmények

Feldolgozásunk további részében arra a kérdésre kerestünk választ, hogy milyen eredményességgel járul hozzá a cytológiai vizsgáló módszer az intrathoracalis malignus tumorok diagnosztikájához. A 2. táblázat az 1967. május 1—1969. január



3. kép.

Köpet kenetben laphám carcinomára utaló daganatsejt

31. között vizsgált 149 intrathoracalis malignus tumoros beteg cytológiai vizsgálatának találati arányát mutatja. Meg kell jegyeznünk, hogy ebben az anyagban nemcsak a köpet, hanem a bronchoscopos úton nyert váladékok és biopsiás anyagok kenet-cytológiai vizsgálata is benne foglaltatik. Kitűnik, hogy ezen beteganyagból 127 volt primaer malignus tumor, bizonyítottan 99 tumorsejt pozitivitással, mely 77,9%-os találati arálynak felel meg.

Adataink értékelésekor meg kell említeni, hogy a Giemsa-féle kenetfestési technikát alkalmaztuk. A tumorsejtek megítélésében nem alkalmaztuk a Papanicolaou-féle I—V-ös csoportbeosztást, hanem határozottan daganatsejtre pozitív vagy negatív leletet adtunk ki, többek között ebben is elfogadva Gyenei (5) véleményét.

Megvizsgáltuk a fenti beteganyagon a cytológiai vizsgálat találati arányát anyagfajtánként is (3. táblázat). A felsorolt adatokból említést érdemel

127 primaer malignus tüdő tumor esetében a találati arány anyagfajtánként

3. Táblázat

Vizsgált anyag	Betegek száma	Pos. cytol.	Találat %
Köpet	117	82	70,1
Katheter biopsiás anyag ..	40	24 (8)	60
Hörgőváladék	31	16	51,6
Hörgőexcind. + tuff.prep	24	22 (2)	91,7
Mellkas punctatum	8	6	
Egyéb anyag	6	6	

a köpetvizsgálat 70,1%-os találati aránya és a hörgőváladék viszonylag alacsonyabb 51,6%-os eredményessége. A táblázatban a két zárójelben levő számadat azt jelenti, hogy e betegektől nyert biopsiás anyag szöveti vizsgálata negatív volt, vagy vizsgálatra alkalmatlan volt kicsinysege folytán és csak kenet-cytológia adott daganatsejtre pozitív eredményt. Téves pozitív eredményünk egy volt.

Megbeszélés

Anyagunk (230 primaer tüdőrákos beteg) módot ad a cytológiai vizsgálati methodika eredményességének lemérésére. Másrészt az anyag két részre bontásával és összehasonlításával lehetőségünk nyílt annak vizsgálatára, hogy milyen vizsgálati methodikai változásokat eredményezett tüdőrákos betegeinken a cytológiai vizsgáló módszer bevezetése.

A módszer diagnosztikus értékének legfontosabb fokmérője véleményünk szerint a köpetcytológiai vizsgálat határfoka, mely anyagunkban 70,1 százalék. Ehhez a vizsgálathoz nincs szükség a megterhelő bronchológiai műszeres beavatkozásokra. Eredményünk megegyezik az irodalmi adatokkal (4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 21). A téves pozitívitas ugyancsak döntő tényező és ilyen eset mindössze egy volt vizsgálati anyagunkban. A cytológiai vizsgáló módszer bevezetésével szignifikánsan csökkent azoknak a betegeknek száma, akiknek diagnosisát csak a klinikai és radiológiai tünetekre alapozhatuk vagy csak a boncolás tisztázta a kórképet.

A cytológiai vizsgálat előnye elsősorban azoknak a betegeknek az esetében mutatkozott meg, akiken a belgyógyászati vagy onkológiai kritériumok (magas életkor, cardio-respiratoricus insufficiencia, távoli metastasisok etc.) miatt műtéti beavatkozás egyébként sem volt lehetséges. Erre mutat a bronchoscopos vizsgálatok számának jelentős csökkenése a cytológiai vizsgálatok rutinszerű bevezetése után. Ezt alátámasztja a cytológiailag igazoltak csoportjában szereplő betegek magasabb átlagos életkora. Fontosnak tartjuk a klinikai diagnosis alátámasztását cytológiai vizsgálatokkal az inoperabilis vagy bronchológiai vizsgálatokra alkalmatlan betegek esetében más kórfolyamatok kizárására. Ezen betegek cytotaticus vagy sugárkezelésre csak a klinikai képet alátámasztó cytológiai vagy szövettani lelet birtokában kerülhet sor. A kérdést megfordítva is szemügyre vehetjük. Tapasztalataink alapján a klinikai diagnosis megerősítő cytológiai pozitívitas szükségtelessé teszi a további eszközös vizsgálatokat, ha a beteg inoperabilis.

Különösen jelentős a cytológia szerepe a kicsinysegek miatt a szövettani feldolgozás során vizsgálatra alkalmatlanná vált, de cytológiai módszerrel jól feldolgozható anyagok, így elsősorban katheterbiopsiával nyert szöveti részecskék esetében. Ilyen eset anyagunkban 10 volt 46 biopsia közül.

Több szerző szerint az esetek felében, harmadában a hörgőrák kimutathatóságának egyedüli módszere a cytológiai vizsgálat. Umiker (19) 25—40%, Morawetz és mtsai (11) 43%, Sassy-Dobray (15) 33—52%-ban, saját osztálya anyagában 63%-ban kizárólag cytológiai vizsgálattal igazolta a tüdőrákot. Saját anyagunkban ez az adat 43%.

Összefoglalás. A szerzők tüdőrákos betegeik cytológiai vizsgálatának eredményét mérték fel. Vizsgálták a módszer bevezetésének hatását a bronchopulmonalis malignus tumoros betegek vizsgálati methodikájára. A köpetcytológiai vizsgálatok eredményességét a 70,1%-os találati arány mutatja. Minden egyéb vizsgálati anyagot is figyelembe véve, a találati arány 77,9%. Anyaguk 43%-ában egyedül a cytológiai vizsgálat volt kórjelző. A cytodiagnosztika nagy segítséget jelent a bronchológiai biopsiás eljárásokkal nyert kis mennyiségű anyagok vizsgálatában is. A klinikai tünetek alapján eleve inoperabilis betegek esetében a pozitív cytológiai lelet szükségtelessé teszi a további műszeres beavatkozásokat, de kellő alapot ad a cytotaticus, vagy sugárkezelés lefolytatására.

IRODALOM: 1. *Bauchhenss, G.*: Thoraxchirurgie. 1965, 13, 227. — 2. *Buchberger, R., Jenny, R. H.*: Med. Klin. 1965, 60, 629. — 3. *Ebner, H. J. és mtsai*: Dtsch. med. Wschr. 1967, 92, 1901. — 4. *Grunze, H.*: Dtsch. med. Wschr. 1966, 91, 1476. — 5. *Gyenei I.*: Továbbképző előad. Orsz. Korányi F. Tüdgyógyint. 1967. — 6. *Kahlau, G.*: Ther. Berichte. 1962, 34, 82. — 7. *Kutscher, W.*: Prax. Pneumol. 1964, 18, 379. — 8. *Cardozo, L. P.*: Acta Cytol. 1966, 10, 155. — 9. *Cardozo, L. P.*: Acta Cytol. 1967, 11, 120. — 10. *Mermolja, M.*: Tuberkuloza.

- 1967, 19, 350. — 11. *Morawetz, F. és mtsai:* Krebszarzt. 1963, 18, 408. — 12. *Russel, W. O. és mtsai:* Acta Cytol. 1963, 7, 1. — 13. *Sassy-Dobray G.:* Kandidátusi disszertáció. 1966. — 14. *Sassy-Dobray G.:* Tuberkulózis és Tüdőbetegségek. 1968, 21, 353. — 15. *Sassy-Dobray G.:* Magy. Onkol. 1969, 3, 205 — 16. *Scheel, W.:* Z. Tuberk. 1964, 122, 361. — 17. *Seljakovszkij, M. V.:* Grud. Hir. 1965, 2, 60. — 18. *Sztrucskov, V. I., Grigorjan, A. V.:* Opuholü legkih. Moszkva Medic. 1964. — 19. *Umiker, W.:* Dis. Chest. 1961, 40, 154. — 20. *Váli F., Sassy-Dobray G.:* Tuberkulózis és Tüdőbetegségek. 1967, 20, 358. — 21. *Zimmer, S.:* Anleitung zur praktischen Zytodiagnostik des Lungenkrebses. Leipzig. G. Thieme, 1965, 137.

MEGJELENT

MAGYAR ONKOLOGIA 1971. 1. szám

Kellner Béla dr.: Elnöki megnyitó.
Rodé Iván dr.: A gyermekkori daganatok epidemiológiai kérdései hazánkban.

Lapis Károly dr.—Radnót Magda dr.: A retinoblastok ultrastrukturája.

Döbrössy Lajos dr.: A gyermekkori daganatok pathológiai sajátosságai.

Nagy Andor dr.: A gyermekkori rosszindulatú daganatok növekvő jelentősége a nemzetközi halálóki statisztikában.

Molnár László dr.—Daubner Kornél

dr.—Gaál András: Melanoblastoma és blockdissectio.

Jasper Antal dr.: A próbakimetszés kérdései a parotis tumorok esetében.

Misák Ferenc dr.—Bognár János dr.—Lakatos János dr.: A collum műtéti rekonstrukciójával nyert tapasztalataink.

Nyiredi Géza dr.—Keszler Pál dr.: A bronchiectasia betegség és a hörgődaganat.

TRISEDYL injectio, tabletta, solutio

ÖSSZETÉTEL: ● 1 ampulla (1 ml) 2,5 mg
1 tabletta 0,5 mg
a solutio (10 ml) milliliterenként 1 mg 4,— fluoro-4/4 butyrophenon hydrochloric.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: ● Motoros és psychés agi tatióval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, epileptiform psychosisek, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: ● A⁺pyramispálya és az extrapiramidális pályarendszer organicus betegségei.

ADAGOLÁS: ● A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az orális adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: 1/2—1 ampulla i. m. Oralisan: 0,5 mg-os kezdő adag után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével a napi adagot felnőtteknek 1,5—2 mg-ig lehet emelni. Gyermkeknek 5 éves korig a felnőtt adag 1/4-e, 5—15 éves korig a fele adagolható.

MELLÉKHATÁSOK: ● Parkinsonismus, izomgörcs, izom-hypertoni a léphet fel. Ezek a tünetek az adag csökkentése, vagy a kúra átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinson-szerekkel megszüntethetők.

MEGJEGYZÉS: ● A Trisedyl potenciálja a központi idegrendszerre ható szerek hatását, ezért alkalmazása barbiturátok, ópiátkészítményekkel egyidőben nagy körültekintést igényel. Trisedyl-kezelés kizárólag orvosi ellenőrzés mellett történhet.

FORGALOMBA KERÜL: ● 5×1 ml-es ampullákban
50×1 ml-es ampullákban
50 db tabletta
250 db tabletta
1 üveg solutio (10 ml)

FORGALOMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST X.

Orvostovábbképző Intézet,
Laboratóriumi Vizsgálatok Tanszéke
(tanszékvezető: Putnoky Gyula dr.),
a Holland Vöröskereszt Vértranszfúziós Szolgálat
Központi Laboratóriuma, Amszterdam
(igazgató: J. J. van Loghem dr.)
és az Országos Vértranszfúziós Szolgálat
Központi Laboratóriuma
(igazgató: Hollán Zsuzsanna dr.)

Főbb transplantációs antigenek megoszlása „0” Rh₀ (D) negatív magyar véradók között

Dóbiás Gy. dr., Ch. M. van der Weerd dr.,
L. E. Veenhoven von Ries, C. P. Engelfriet dr.,
Hollán Zsuzsanna dr.

A sikeres szervátültetések egyik előfeltétele a pontos serológiai tipizálás, ehhez viszont monospecificus anti-lymphocyta serumokra van szükség. A monospecificus anti-lymphocyta serumok nyeresére elvileg két lehetőség kínálkozik: 1. vagy multigravidák (kivételesen polytransfundált egyének) savói közül válogatják ki azokat 2. vagy fehérvérsejt-szuspensióval célzottan immunizált recipiensek monospecificus serumait használják erre a célra. Az első eljárás rendkívül fáradtságos, hosszadalmas és költséges. Fő hibája azonban, hogy ezzel a módszerrel csak igen ritkán lehet monospecificus serumokat találni (12). Walford R. L. (11) a monospecificus anti-lymphocyta serumok nyeresére az egyetlen járható utat az önként jelentkező, előzetes tipizálásokkal kiválogatott donor-recipiens párok célzott immunizálásában látja; erre azonban csak akkor kerülhet sor, ha egy kutatócsoport rendelkezik már több-kevesebb jól definiált typus savóval.

Hazai monospecificus anti-lymphocyta serumok nagyobb mennyiségben minél rövidebb idő alatt történő előállítására legcélravezetőbbnek szintén az immunizációs módszer látszott. Az előzetes tipizálásokhoz hazai monospecificus serumokkal nem rendelkeztünk. Szerencsére sikerült egy igen hasznosnak látszó együttműködést kialakítani a Holland Vöröskereszt Vértranszfúziós Szolgálatának Központi Laboratóriuma, az Országos Vértranszfúziós

Szolgálat Központi Laboratóriuma és az Orvostovábbképző Intézet Laboratóriumi Vizsgálatok Tanszéke között. A közös munkához a holland kollégák biztosították a typus savókat, melyek részben C. P. Engelfriet dr., részben J. J. van Rood dr. laboratóriumából származtak; a savók átengedéséért köszönetünket fejezzük ki. A typus serumok segítségével először nagyszámú donor transplantációs antigen spectrumát határoztuk meg. Ezek közül válogattuk ki az immunizálás céljára azokat, akiknek vizsgált transplantációs antigenjei legfeljebb egy specificitásban különböztek egymástól. Jelen közleményünkben a munka első részéről, az egyes specificitások megoszlásáról kívánunk beszámolni az általunk tipizált magyar véradók között.

Vizsgálati anyagok és módszerek

A transplantációs antigenek typusát 166 „0” Rh₀(D) negatív magyar véradónál határoztuk meg mikro lymphocyta cytotoxicitási (4) és mikro lymphocyta agglutinációs reakcióval (6), az alábbi typus savók segítségével: 1 db. anti-HL-A₁, 2 db. anti-HL-A₂, 2 db. anti-4a, 1 db. anti-HL-A₅, 2 db. anti-4b, 1 db. anti-6a, 3 db. anti-6b, 1 db. anti-7b, 2 db. anti-HL-A₇, 2 db. anti-HL-A₈, 2 db. anti-5b.

Eredmények és megbeszélés

Ismeretes, hogy a különböző népcsaládokban az egyes transplantációs antigenek előfordulási gyakorisága, ill. gen-frequentiája egymáshoz viszonyítva négy-öttszörös különbséget is mutathat (1, 3, 7, 9). Ez a tény komoly akadályt jelenthet a veseátültetéseknel olyan esetekben, amikor egy adott cadaver donorhoz választják ki a transplantációra váró recipiensek közül azt, akinek transplantációs antigen typusa azonos vagy compatibilis a donoréval. Identicus vagy compatibilis párt ilyen körülmények között csak akkor lehet találni, ha viszonylag nagy számú (több száz) recipiens adatát tartják nyilván egy központban, ez viszont csak országrészek vagy nemzetek közötti együttműködés keretében valósítható meg. Az ilyen organizáció mint pl. a nyugat-európai Eurotransplant, melynek keretében a szerkesztésére különböző országok között folyik, csak akkor működhet kielégítően, ha az organizációhoz tartozó populációkban a transplantációs antigenek megoszlása közelítően azonos; ellenkező esetben a populatio egy része hátrányos, más része kedvező helyzetbe kerül, mert az eltérő gen-frequentiák miatt annak statisztikai valószínűsége, hogy egy adott donorhoz megfelelő recipienst sikerül találni, nagy ingadozást mutathat.

Tekintettel arra, hogy rövidesen hazánkban is megindul szervezett formában a veseátültetés, tájékozódni kívántunk arról, hogy más európai populációkhoz viszonyítva milyen a transplantációs antigenek megoszlása a magyar lakosság körében.

A vizsgált antigenek előfordulási gyakoriságát az 1. táblázatban szemléltetjük, melyben néhány nyugat-európai szerző hasonló adatát is feltüntettük.

A vizsgálatokkal kapcsolatban a következőket kívánjuk megjegyezni: irodalmi adatok szerint az

Antigenek nomenclatúrája.		Positiv reakciók %-a				
		Dausset (2) Francia	Kissmeyer- Nielsen (5) Dán	Thorsby (10) Norvég	van Rood (7,8) Holland	Magyar
HL—A	van Rood					
HL—A ₁	LA ₁	23	22,5	31,1	34	27,2
HL—A ₂	8a	56	60,4	54,5	61	66,4
	4a	69	—	—	66	76,9
HL—A ₅		14	14,8	12,5	—	18,7
	4b	90	—	—	90	86,6
	6a	—	—	—	90	91,5
	6b	—	—	—	55	53,9
	7d	—	—	—	74	86,6
HL—A ₇	7c	29	3,32	33,7	37	37,2
HL—A ₈	7d	20	11,8	28,0	22	16,3
	5b	—	—	—	97	87,2
Vizsgált donorok száma		Adat nincs feltüntetve	186—280	175—299	229—851	166

AB0 és Rh vörösvértest-antigenek, valamint a HL-A antigenek egymástól függetlenül öröklődnek; az AB0 és Rh antigentypus nem befolyásolja a HL-A antigenek typusát.

A teszt serumok egy részét — melyeket az Eurotransplant organizatio keretében is használnak — *J. J. van Rood* bocsátotta rendelkezésünkre. Az ő korábbi elképzelése szerint az általa 4a-val jelölt antigen a HL-A₄-nek, a 4b antigen a HL-A₆-nak felel meg. Az 1970-ben Los Angelesben tartott negyedik transplantációs munkaértekezlet eredménye véglegesen bebizonyította, hogy ez az elképzelés nem helyes, mivel az anti-4a és 4b serumok nem monospecificusak. A HL-A₄ és HL-A₆ antigenek helyét egyelőre üresen hagyták; specificitásukat a jövőben fogják jellemezni. Az 1. táblázatban a két serum jelölésére *J. J. van Rood* nomenclatúráját használtuk.

A fenti savókon kívül *J. J. van Rood* több serumáról is kiderült, hogy nem teljesen monospecificus, ezért a gen-frequentiák kiszámítására nem alkalmasak. Tekintettel azonban arra, hogy ezekkel a serumokkal, ill. ezekhez a serumokhoz hasonló specificitású savókkal dolgoztak az 1. táblázatban feltüntetett szerzők is, a serumokkal nyert positiv reakciók megoszlása tájékoztathat arról, van-e lényeges különbség a magyar és más európai populációk között a vizsgált transplantációs antigenek előfordulási gyakoriságát illetően.

A negyedik transplantációs munkaértekezleten négy újabb transplantációs antigenet regisztráltak, így az eddig biztosan kimutatott transplantációs antigenek száma 13-ra emelkedett. A typizálásokat 1969-ben kezdtük. Az újabb antigenekre ható typus savók ebben az időben még nem álltak rendelkezésünkre, további vizsgálatainkban azonban módunkban lesz mind a 13 HL-A specificitást több száz donornál meghatározni; a HL-A antigenek gen-frequentiáját ezeknek az adatoknak alapján szeretnénk kiszámítani.

Az 1. táblázatból látható, hogy eredményeink a legjobb egyezést *J. J. van Rood* adataival mutatják, de nem észleltünk jelentősebb eltérést a többi szerző által közölt értéktől sem. Vizsgálataink

alapján megállapítható, hogy a fontosabb transplantációs antigenek megoszlása a magyar, ill. más európai populációkban hasonló, így a magyarországi szervátültetések nemzetközi organizatio keretében történő megszervezése esetén annak valószínűsége, hogy egy magyar recipienshez külföldi donort vagy egy külföldi recipienshez magyar donort lehessen találni, gyakorlatilag azonosnak tekinthető.

Összefoglalás. Szerzők 166 „0” Rh₀(D) negatív magyar véradónál meghatározták a HL-A 1, 2, 5, 7, 8, valamint a 4a, 4b, 6a, 6b, 7b és 5b-vel jelölt transplantációs antigenek előfordulási gyakoriságát. Eredményeiket hasonló specificitású savókkal nyert külföldi adatokhoz hasonlítva a positiv reakciók frekvenciájában nem észleltek lényeges különbséget a magyar és más európai populációk között.

Megjegyzés a korrektúrájánál

Kéziratunk beküldése után újabb 156 donor transplantációs antigen typusát határoztuk meg. Ezeket a vizsgálatokat kizárólag mikro lymphocita cytotoxicitási reakcióval végeztük, az eddig regisztrált összes HL-A antigenre ható immunserum segítségével. Az első typizálási sorozatban használt serumok egy része (8a, 7c stb.) — amint azt említettük — nem volt monospecificus. Ezeket a serumokat időközben a legtöbb külföldi laboratóriumban monospecificus serumokra cserélték ki. A második sorozatban már mi is ilyen savókkal dolgoztunk, melyeket C. P. Engelfriet dr. bocsátott rendelkezésünkre. A monospecificus serumokkal természetesen az egyes antigenek (elsősorban a 8a, 7c) előfordulási gyakorisága külföldön is, saját anyagunkban is a korábbinál jóval kisebbnek bizonyult, míg azon antigenek frequenciája, melyeket már az első sorozatban is monospecificus serumokkal határoztunk meg (HL-A₁, HL-A₈), alig változott. Az egyes antigenek előfordulási gyakoriságát az alábbi táblázatban közöljük, melyben feltüntetettük néhány külföldi szerző eredményeinek szélső értékeit is, melyet az 1970-ben Los Angelesben tartott IV. Histocompatibilitási Munkaértekezletre vizsgálat céljából küldött monospecificusnak talált serumokkal nyertek, a kaukázusi népcsaládhoz tartozó donoroknál.

A táblázatból látható, hogy a positiv reakciók frequenciái a második typizálási sorozatban sem mutatnak jelentősebb eltérést a külföldi adatok többségétől.

Antigen	Előfordulási gyakoriság %-ban				
	Dausset Francia	Kissmeyer-Nielsen Dán	Terasaki USA	van Rood Holland	Saját eredményeink
HL-A ₁	33—38	23—26	33	22—27	28,1
HL-A ₂	42—50	54—58	42—50	44—50	41,6
HL-A ₃	21—23	26—30	14—16	44	23,0
HL-A ₅	21	4—6	14—16	11	22,2
HL-A ₇	23	39	16	27	24,3
HL-A ₈	11—19	15—17	19—21	22	14,1
HL-A ₉	23—26	13—19	21—23	11	21,1
HL-A ₁₀	14—23	2—4	21	5	13,4
HL-A ₁₁	11—16	13—15	14—26	22	12,6
HL-A ₁₂	28—33	23—26	23—30	22—27	19,0
HL-A ₁₃	0—2	4	2—11	5	5,6

IRODALOM: 1. Dausset, J., Iványi P., Iványi D.: Series Haematol. Munksgaard, Copenhagen, 1965, 11, 51. — 2. Dausset, J., Rappaport, F. T.: in: Rappaport, F. T., Dausset, J.: Human Transplantation, Grune and Stratton, New York/London, 1968, 369. — 3. Dausset, J.: Vox Sang. 1969, 16, 263. — 4. Kissmeyer-Nielsen, F., Kjerbye, K. E.: in: Histocompatibility Testing, Munksgaard, Copenhagen, 1967, 381. — 5. Kissmeyer-Nielsen, F., Svejgaard, A., Hauge, M.: Nature. 1968, 219, 1116. — 6. Payne, R., Perkins, H. A., Najarian, J. S.: in: Histocompatibility Testing, Munksgaard, Copenhagen, 1967, 237. — 7. Rood, J. J. van, Leeuwen, A. van, Bruning, J. W., Eernisse, J. G.: Ann. N. Y. Acad. Sci. 1966, 129, 446. — 8. Rood, J. J. van, Eernisse, J. G.: Seminars in Hematology. 1968, 5, 187. — 9. Singal, D. P., Mickey, M. R., Terasaki, P. I.: Transplantation. 1969, 8, 235. — 10. Thorsby, E.: Vox Sang. 1969, 17, 81. — 11. Walford, R. L.: személyes közlés. 1969. — 12. Weerdt, Ch. M. van der, Riess, L. E., Veenhoven von, Engelfriet, C. P.: XII. Int. Congress on Blood Transfusion, „Mir” Publishers, Moscow, 1969, 264.

HALO PERI DOL

injekció, tableta és 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. Csillapíthatóan 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).

Adag a 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. Gyermkek 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 szerekkel kupírozhatók.

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS terhére idegszakrendelések, ideggondozók szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi stb. orvosok csak idegszakrendelés (ideggondozó, fekvőbeteggyógyintézeti elme-idegostály) 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 GYÓGYSZERÁRÜGYÁR, BUDAPEST X.



Az Australia (I) antigén budapesti előfordulására vonatkozó vizsgálatok

NágyLucskay Sándor dr. és Angyal János dr.
Technikai munkatársak:
Dr. Angyal Jánosné, Perczel Márta,
Hartmann Béláné

Blumberg és mtsai 1964-ben sokszori transfúziós kezelésben részesült 24 haemophiliás beteg közül kettőnek a savójában specifikus ellenanyagokat találtak egy ausztráliai bennszülött savójában jelenlevő, addig ismeretlen antigénnel szemben, amelyet ezért „Australia-antigénnek” neveztek el (1, 2, 3). További vizsgálatok azt mutatták, hogy az Australia-antigén az egészséges amerikaiak és európaiak savóiban kis számban, a csendes-óceáni térség bennszülötteinek savóiban nagyobb számban mutatható ki. Nagy gyakorisággal fordul elő akut vírushepatitises (elsősorban serum hepatitises) — intézetben ápoltt Down-kóros — myeloid leukaemiás és lepromatosus-leprás betegek savóiban. Az Australia-antigénnel reagáló specifikus ellenanyagok pedig elsősorban a többszöri transfúzióban részesült betegek savóiban találhatóak (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Mivel a hepatitises betegeknek az Australia-antigenaemia az esetek túlnyomó többségében az akut szak első heteire korlátozódik, két hónapig vagy annál hosszabb ideig csak kivételesen észlelhető, a többi említett betegnél és az egészségeseknél viszont hosszú ideig, igen állandó szinten marad fenn, feltételezhető, hogy szerepe van a vírushepatitis aetiológiájában: a kórokozóval azonos vagy azzal szoros kapcsolatban levő antigén (11, 12, 13). Alátámasztja ezt a feltételezést az, hogy immunfluorescens módszerrel sikerült jelenlétét kimutatni hepatitises betegek májsejtjeiben (14, 15), és hogy elektronmikroszkópos képe a legkisebb virionoknak megfelelő struktúrát mutat (16, 17). Feltételezhetően több típusa létezik, eddig két, egymástól kismértékben eltérő varianst sikerült kimutatni, amelyeket Australia (I) és Australia(II) [továbbiakban: Au(I) és Au(II)] néven különítenek el egymástól (10, 18). A *Prince és mtsai* által 1967-ben post-transfúziós hepatitis betegek savóiban kimutatott ún. „SH-Antigen” (19) a későbbi vizsgálatok során az Au(I) antigénnel bizonyult azonosnak (20, 21, 22).

Tekintettel arra, hogy az irodalmi adatok szerint az antigen előfordulásának gyakorisága földrajzi területek szerint különböző lehet, munkánk

célja: megvizsgálni az Australia-antigén előfordulását Budapesten hepatitis infectiosás és más betegségekben szenvedő betegek, valamint egészségesek savóiban. Vizsgálatainkat *prof. Baruch S., Blumberg M. D.* által rendelkezésünkre bocsátott eredeti standardekkel, (amelyekért ezúton is hálás köszönetünket fejezzük ki), valamint az ezekkel ellenőrzött saját standardjeinkkel végeztünk.

Vizsgálati anyagok és módszerek

1. Australia(I) antigén.

a) Prof. B. S. Blumbergtől (Philadelphia) kapott antigéntartalmú savó. Száma: CO 45432.

b) Saját standardek: a 2. pontban leírt eredeti standard savóval Australia(I) antigéntartalmúnak talált öt akut hepatitis infectiosás és két leukaemiás savó.

2. Anti-Au(I) antitest tartalmú savók.

a) Prof. B. S. Blumbergtől kapott anti-Au(I) ellenanyagtartalmú savó. Száma: CO 68571. Ezzel a savóval mutattuk ki az 1/b pontban leírt savókban (saját antigén standardek) az Au(I) antigén jelenlétét.

b) Saját standard-savók: az eredeti, prof. Blumbergtől kapott standarddel anti Au(I) antitest tartalmúnak talált két haemophiliás beteg savói.

c) Nyulakban termelt immunsavó: az eredeti standardekkel Au(I) antigéntartalmúnak talált öt akut hepatitis infectiosás savó keverékével nyulakat immunizáltunk *Melartin* és *Blumberg* eljárása szerint (23). A nyert immunsavókat először kimerítettük 20 egészséges, rendszeresen ellenőrzött donor plazmájának keverékével, azután 15 hepatitis infectiosán átesett reconvalescens savóinak keverékével. A kimerítés módja: emelkedő mennyiségben kevertük az absorbeáló savókat a nyúl-savókhoz és 12 órán át 37° C-on, majd 12 órán át 4° C-on tartottuk. Ezt mindaddig ismételtük, amíg Au(I) antigént nem tartalmazó egészséges, hepatitises és más beteg savókkal sem agar-gél praecipitációval, sem komplementkötési reakcióval nem reagáltak a nyúl-savók. A későbbiek során minden vizsgálat végzésekor beállítottunk két kontrollt is: egy egészséges és egy hepatitis infectiosán átesett reconvalescens savókeveréket az absorptio tartósságának ellenőrzésére.

3. Praecipitációs reakció. A praecipitációs próbákat az *Ouchterlony*-féle kétdimenziós agar-gél és agarose-gél diffúziós mikro eljárással (24) végeztük *Blumberg és mtsai* előírásainak megfelelően (1, 2, 3, 25). Festés: azocarminnal és amidofeketével; kontroll festés szudánfeketével (1, 2, 3).

4. Komplementkötési próba. Bórdet- és Wassermann-rendszerű (26) mikrotestet végeztünk *Shulman és Barker* (27), valamint *Purcell és mtsai* (9) előírásainak megfelelően.

5. Savók. Összesen 403 személytől származó 673 savót vizsgáltunk. A diagnosis szerinti megoszlásuk: akut hepatitis infectiosa: 180 beteg, közülük 142 hepatitis infectiosa 38 inoculációs hepatitis diagnosissal. Vizsgálat: az akut szak első és harmadik



GAPONA

Jól felszívódó lassan ürülő kombináció az ulcus-betegség különböző, főként hyperaciditással járó formáiban és ennek heveny és idült szakaszaiban: hypermotilitással járó gastrointestinalis megbetegedések, pl. colitis spastica, enterocolitis, cholecystopathia; húgyúti simaizom spasmusok, ill. köves rohamok esetén.

	Gapona=spasmolyticum +	parasympatholyticum +	tranquillans
	Halidor	Gastrixon	benactyzin
injekció	50 mg	0,5 mg	—
tabletta	150 mg	1 mg	1 mg

Ellenjavallat, adagolás, egyéb tudnivaló a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” című könyvhöz küldött pótlapon található.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

E. GY. T. GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR,
BUDAPEST



BOLUS ADSTRINGENS

tabletta

Adstringens és adsorbens hatású bélfertőtlenítő tablettá, mely a gyulladáshos bélfalra gyakorolt kedvező adstringens hatás révén, másrészt a mérgező, irritáló anyagok, baktériumok, toxinok megkötése által fejt ki hatását.

Tablettánként

300 mg bolus alba

150 mg bism. subgall.

150 mg album. tannic.

hatóanyagot tartalmaz.

Acut fertőzőshes bélmegbetegedések, mérgezőshes gyomor- és bélbántalmak, chronikus enterocolitis (rothadásos és erjedéshes dyspepsia, gastrogen diarrhoea) esetén, naponta 3-szor 1–3 tablettá.

50 db

10,60 Ft

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

E. GY. T. GYÓGYSZERVEGYÉSHZETI GYÁR, BUDAPEST

hetében (savópár). Vírushepatitisen átesett reconvalescens: 30 személy, vizsgálatuk szintén két ízben: két hónappal és hat hónappal az akut szak után történt. Más májbeteg: 40, közülük 6 beteg toxikus, nem fertőző hepatitisz. Haematológiai kórképekben szenvedő: 42 beteg, akik számos — 4 — 52 — alkalommal részesültek transfúzióban. A Magyarországon leggyakoribb öt fertőző betegséget (kivéve a hepatitiszt) 10—10 beteg, összesen tehát 50 beteg képviselte. Vizsgálatuk ugyancsak két ízben történt: először az akut szakban és másodszor a reconvalescenciában. Különböző cardiovascularis betegségekben 31 beteg szenvedett. Végül 30 egészséges, rendszeresen ellenőrzött véradó.

Vizsgálati eredmények

Az Au(I) antigén és az anti Au(I) ellenanyagok előfordulását az általunk vizsgált betegeknek az első táblázat mutatja.

I. táblázat

Az Au(I) antigén és az anti Au(I) ellenanyagok előfordulása különböző savókban

Klinikai diagnózis:	Vizsgált betegek száma:	Au(I) antigén pozitívak		Anti—Au(I) pozitívak		A vérsavó antikomplementer	
		száma:	%	száma:	%	száma:	%
Akut hepatitisz infectiosa:	142	28	20	3	2	15	11
Akut inoculációs hepatitisz:	38	22	58	2	5	9	23
Hepatitis reconvalescens:	30	0	0	0	0	0	0
Egyéb májbetegség:	40	0	0	0	0	0	0
Haematológiai betegség:	42	2	5	3	7	0	0
Egyéb fertőző betegség:	50	0	0	0	0	0	0
Cardiovascularis betegség:	31	0	0	0	0	0	0
Egészséges:	30	1	3	0	0	1	3

Az 1. táblázat adatai szerint tehát a hepatitisz epidemics betegek közel egyötödének és az inoculációs hepatitiszések több mint felének savói mutatnak Au(I) antigén pozitivitást. A haematológiai kórképekben szenvedők csoportjában két myeloid leukæmiás beteg savója mutatott pozitivitást, az egészségesek közül pedig egynék savója reagált. Anti Au(I) ellenanyagokat a haematológiai betegek 7 százalékának, az akut HE betegek 20%-ának, IH betegek 50%-ának savóiban sikerült kimutatni. Antikomplementer (önkötő) hatást a HE betegek 110%-ának és az IH betegek 230%-ának savói mutattak.

Az eredmények értékelése

A hepatitisz infectiosa ma világszerte egyike a leggyakoribb fertőző betegségeknek. A vele szembeni küzdelem igen nagy nehézsége az aetiologia

tisztázatlansága. Ez kizárja a specifikus diagnosztika lehetőségét is, ami különösen a véradók vonatkozásában jelent komoly problémát. *Blumberg és mtsai* vizsgálatai, amelyek eredményeképpen sikerült kimutatni a hepatitisz infectiosára specifikusnak látszó Au antigént, új lehetőségeket nyitott meg ezen a téren is. Ezért tartottuk fontosnak, hogy budapesti beteganyagunkon is megismételjük az Au(I) antigénre és ellenanyagokra vonatkozó vizsgálatokat.

Vizsgálati eredményeink elég jó egyezést mutatnak az irodalmi adatokkal. Az Au(I) antigén előfordulása a mi beteganyagunkon is nagyobb gyakoriságot mutatott az inoculációs hepatitiszések között. Lényegesnek találjuk azt a tapasztalatunkat, hogy más májbeteg — köztük toxikus hepatitiszések is — Au(I) antigén pozitivitást egyetlen esetben sem mutattak. Az egészségesek csoportjában talált egyetlen pozitív — ha a kis szám miatt egyáltalán lehet százalékot számolni — magasabb arányt mutatna, mint az egészséges amerikaiak közötti előfordulás, de lényegesen alacsonyabbat a csendes-óceáni térség bennszülötteinél észlelt pozitivitásnál.

Érdekes tapasztalat, hogy az akut hepatitisz betegek közül néhány anti Au(I) ellenanyagokkal rendelkezett. Kiegészíti ezt az önkötő savók aránya. A hepatitisz savók önkötő (antikomplementer) képességét a hepatitisz infectiosára specifikusnak tartják és azzal magyarázzák, hogy antigén és ellenanyag együttesen fordulva elő, komplexet képez (27). Ezt is figyelembe véve úgy tűnik, hogy az inoculációs hepatitiszések között csaknem kétszeres arányban fordul elő anti Au(I) pozitívítás, mint a per os terjedésű hepatitisz epidemics esetén. Ez talán összefüggésben lehet a hepatitisz két formájának eltérő pathogenesisével és felhívja a figyelmet a donorok fokozott, ilyen irányú ellenőrzésére is.

Jelen vizsgálatainkat folyamatban levő további vizsgálataink előzetes közlésének tekintjük, különös figyelemmel arra, hogy vizsgálati esetszámunk növelésével lehet majd megalapozottabb következtetésekre jutni.

Ezúton is hálás köszönetünket fejezzük ki László Barnabás dr. főorvosnak, Görgey Éva dr. adjunktusnak (László Kórház) és Fischer Antal dr. egyetemi tanárnak a vizsgált savók rendelkezésre bocsátásáért.

IRODALOM: 1. *Blumberg, B. S., Alter, H. J., Vissnick, S.*: J. Amer. med. Ass. 1965, 191, 541. — 2. *Blumberg, B. S., Melartin, L., Guint, N. A., Werner, B.*: Am. J. Hum. Genet. 1966, 18, 594. — 3. *Blumberg, B. S., Alter, H. J.*: J. clin. Invest. 1965, 44, 1029. — 4. *Sutnick, A. J., London, W. T., Gerstley, B. J. S., Cronlund, N. M., Blumberg, B. S.*: J. Amer. med. Ass. 1968, 205, 108. — 5. *Bayer, M. N., Blumberg, B. S., Werner, B.*: Nature (London) 1968, 215, 1057. — 6. *Blumberg, B. S., Gerstley, B. J. S., Hungerford, D. A., London, W. T., Sutnick, A. J.*: Ann. Intern. Med. 1967, 66, 924. — 7. *Sutnick, A. J., London, W. T., Blumberg, B. S.*: J. Clin. Invest. 1967, 46, 1122. — 8. *Okochi, K., Murakami, S.*: Vox Sanguinis. 1968, 15, 374. cit. by: W. T. London et al.: Ann. Intern. Med. 1969, 70, 55. (ref. 10). — 9. *Purcell, H. N., Holland, P. V., Walsh, J. H., Wong, D., Morrow, A.,*

- Chanock, R. M.: J. Infect. Dis. 1969, Vol. 120, No. 3. — 10. Soulier, J. P., Courouce-Panty, A. M., Benamon-Dyiana, D.: Presse med. 1970, 78, 487. — 11. Turner, G. C., Bruce White, G. B.: Lancet. 1969, 2, 121. — 12. Blumberg, B. S., Sutnick, A. I., London, W. Th., Millman, J.: The New England J. of Med. V. 283. No. 7., 349—354, 1970. Aug. — 13. Farkas E.: Orv. Hetil. 1970, 111, 15. — 14. Millman, J. et al.: Nature (London) 1969, 222, 181. — 15. Nowoslawski, A., Brzosko, W. J., Madalinski, K. et al.: Lancet. 1970, 1, 494—498. — 16. Sutnick, A. J. et al.: Amer. J. of Digestive Dis. New-Series, V. 14. No. 3., March 1969. — 17. Blumberg, B. S.: The Bulletin of Path. June, 1969, 10, 164. — 18. Levene, C., Blumberg, B. S.: Nature. (London) 1969, 221, 195. — 19. Prince, A. M.: Proc. Nat. Acad. Sci. 1968, 60, 814. — 20. London, W. T., Sutnick, A. J., Blumberg, B. S.: Ann. Intern. Med. 1969, 70, 55. — 21. Prince, A. M.: Lancet. 1968, 2, 462. — 22. Editorial: J. Infect. Dis. 1969, Vol. 120, No. 3. — 23. Melartin, L., Blumberg, B. S.: Nature. (London) 1966, 210, 1340. — 24. J. Mitchell Hoskins: Virological Procedures, 1967, London, Butterworths. — 25. Blumberg, B. S., Niddell, N. N.: J. Clin. Invest. 1963, 42, 867. — 26. Simmons, J. S., Gentzkow, C. J.: Medical and Public Health Laboratory Methods. Lea et Febriger, Philadelphia, 1955. — 27. Shulman, N. R., Barker, L. F.: Science. 1969, 165, 304.

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT

1971. 1. szám

Alföldy Jenő dr.: Hibák, műhibák a fül-orr-torok-gégegyógyászati gyakorlatban.

Jantsek Gyula dr., Répay Gabriella dr. és Spellenberg Sándor dr.: Tympanoplastical műtétek functionalis eredményeinek értékelése.

Szűcs János dr. és Jakabfi Imre dr.: Az arcüreggyulladások localis antibioticus kezeléséről.

László Imre dr. és Szabó László dr.: Adatok a tuba auditiva anatómiájához és röntgenanatómiájához.

Mihók György dr., Duray Aladár dr. és Zelen Béla dr.: Öncsonkító szándékkal nyelt és aspirált idegentestekről.

Móricz István dr. és Bauer Miklós dr.: Sinusitis sphenoidalis és gyulladásos intracranialis szövödmények.

Csillagh Sándor dr.: Adatok a homloküreg traumatológiájához. Frontobasalis koponyatörések.

Ruzsa Gábor dr.: A csecsemő- és gyermekkorú allergiás középfülgyulladás.

Czigler János dr. és Deutsch Ottó dr.: Hangképzés szempontjával a gége partialis resectióinál.

Szendi Júlia dr.: Juvenilis orrgarati angiofibroma leányánál.

Hírek.

Folyóiratismertetés.

SEPTOSYL

szemkenőcs összetételének megváltoztatása

A Septosyl szemkenőcs összetétele megváltozott: az új összetételű kenőcsben nincs naphazolin. A naphazolin mentes Septosyl kenőcs nem szemcsésedik és egyenletesen oszlik el a szemrécsben.

Összetétel:

1 tubus (5 g) 0,5 g sulfamethylpyrim.-ot tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

Javallatok:

Különböző baktériumok okozta heveny és idült kötőhártya gyulladás, szaruhártya-beszűrődés és fekély, blepharitis acuta, — angularis, — chronica, — ulcerosa, blepharoconjunctivitis, dacryocystitis, fertőzött szemháj-ekzema, másodlagosan fertőzött trachoma.

Adagolás:

Naponta 2—3-szor borsónyi kenőcsöt az alsó szemháj mögé helyezünk, és a szemet becsukva, enyhe dörzsöléssel szétkenjük. Ha a szemhájra akarjuk alkalmazni a kenőcsöt, a szemháj szélére helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:

5 g tubus 5,30 Ft

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

Országos Onkológiai Intézet (igazgató: Rodé István dr.)
Belgyógyászati Osztály (főorvos: Sellei Camillo dr.)

A daganatos betegek fájdalomcsillapító kezeléséről

Sellei Camillo dr. és Eckhardt Sándor dr.

A súlyos állapotban levő daganatos betegeken nemcsak a daganat, hanem az általa előidézett általános tünetek is kezelést igényelnek. A fájdalom, gyors súlyvesztés, láz, vérszegénység, hypoproteinaemia gyakran társulnak a daganatos betegségekhez. Továbbá bizonyos kóros elváltozások — az érrendszerben (thrombosis, capillaris ártalmak), valamint autoimmun jelenségek — sokkal gyakrabban jelentkeznek a daganatos betegeken, mint az egyéb betegségekben szenvedőkön.

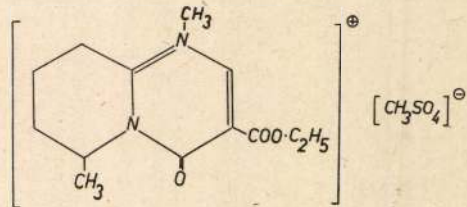
Az ún. paraneoplasias syndroma kezelése fontos feladat az orvos számára. Említésre méltó fejlődés történt az utóbbi évtizedben a daganatos betegségek által okozott táplálkozási elégtelenség kezelésében, transfúziókkal és különböző protein és lipid koncentratumok intravénás adásával, melyek a betegek erőbeni állapotát jelentősen javítják. A kemoterápiával együtt végzett „nem specifikus immuntherapia” fokozza a szervezet daganatellenes védekező képességét. Másrészt immunhaemolysis vagy immunocytopenia esetében sikeresnek bizonyult az immundepressív kezelés.

Az előrehaladott állapotban levő daganatos betegek fájdalmának enyhítése részben még megoldatlan kérdés. A gyógyíthatatlan betegek kezelésekor a hagyományos fájdalomcsillapítók elégtelennek bizonyultak. A kábítószeres, a morphin és származékainak adása rendszeressé vált ilyenkor. Ezek a szerek képesek időlegesen enyhíteni a betegek panaszait, de a kábítószeres utáni igény fokozatosan emelkedik és előbb vagy utóbb a morphin és származékainak a rabjai lesznek. E szerek rendszeres adása mindig toxicus jelenségekkel jár, melyek a therapiás beavatkozás eredményét a daganatos betegeken hátráltatják.

Ez a jelenség magyarázza, hogy figyelmünk új típusú analgeticumok kipróbálása felé terelődött. Az utóbbi időben Knoll, Mészáros, Szentmiklósi, Fürst, Magyar és Bánfi szintetizálta és vizsgálta a

homopyrimidazolok csoportjához tartozó analgeticus hatású anyagokat (1, 2, 3, 4). Ezek közül az MZ-144 jelzésű Probon[®] többen vizsgálták állatkísérletekben és klinikai szempontból is (5, 6) és fájdalomcsillapító hatásának találták. Amikor morphinál vagy annak származékaival adták együtt, ezek fájdalomcsillapító hatását emelte.

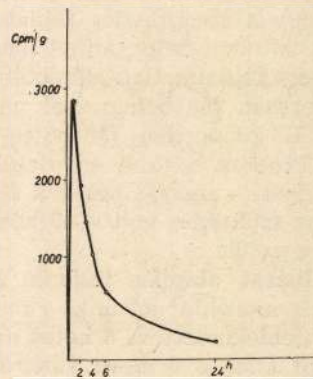
Szerkezeti képlete a következő:



1. ábra.

1,6-dimethyl-3-carboxy-4-oxo-6,7,8,9-tetrahydrohomopyrimidazol methylsulphate. Probon (MZ-144).

A Probon 300 mg-os ampullákban és 150 vagy 300 mg-os capsulákban állt rendelkezésünkre. Intravénás adagolásra alkalmasnak bizonyult, ha 300 mg-ot 100 ml physiologiás oldattal hígítottuk. A szert lassan, cseppinfúsi formájában adtuk a könyökvénába. A gyors intravénás adagolás szubjektív mellékhatásokat, szédülést, cardialis fájdalmat okozott. A Probon[®] főleg intramuscularisan vagy szájon át adagoltuk. Nem nagy fájdalom esetén az egyszeri minimális effektív dosist



2. ábra.

intramuscularisan és intravénásan 5 mg/kg, valamint szájon át 10 mg/kg-nak találtuk. Kisebb adagokban hatástalan volt. A daganatos betegek fájdalmának enyhítésére rendszerint 15 mg/kg felett kellett adagolni. A szer intravénás vagy intramuscularis adása 30 mg/kg felett nyugtalanságot, szívritmikai fájdalmérzést, tachycardiát, szédülést okozott, mely kb. 20–30 percig tartott. Minden esetben a mellékhatások önmaguktól rendeződtek. A kezelés alatt a vérkép, cardiovascularis paraméterek, máj- és vesefünciók vizsgálatok értékei változatlanok maradtak. A kezelések folyamán — bármennyi összmenyiségben adtuk a szert — toxicus tünetek jelentkezését nem tapasztaltuk, vagyis a szer adásának — összadag szempontjából — nincs felső határa. A Probon vérszintjét és vizeletben való kiválasztódását jelzett ¹⁴C-nel és papírchromatographiával vizsgáltuk (Rodé, Karika, Prajda, Tóth I.). Eredményeink

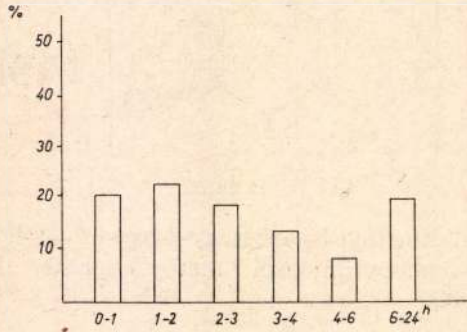
* A készítmény még nincs forgalomban és egyelőre nem is rendelhető (Szerk.).

A Probon morphin potenciáló hatása daganatos betegekben

	Betegek szám	Szükséges morphin mennyiség cg/nap						
		0	7	14	21	28	35	42
„A” morphin	38	6,0	8,5	9,5	12,0	15,0	16,0	17,5
„B” morphin +1800 mg Probon	36	7,0	6,5	8,0	8,5	9,0	8,5	9,5

szerint a maximális vérszint a szer beadása után 30–60 perc múlva alakul ki, majd ezután hirtelen csökken koncentrációja a vérben. 600 mg Probon intramuscularis adása után 8 órával a szervezetben már a nyoma sem mutatható ki a beadott anyagnak.

Vizsgálataink során arra szeretnénk volna választ kapni, hogy a Probon effektív dosisának hosszabb ideig való adagolása incurabilis daganatos betegeknek fokozza-e a morphinium és származékainak a hatását.



3. ábra.

Hetvennégy beteg vizsgálata alapján vártunk választ kérdésünkre. Az összes vizsgált betegnek histológiailag igazolt rosszindulatú daganatos betegsége volt, mely mindenfajta kezelés ellenére (sebészeti, radiológiai, kemoterapiás) incurabilisnak bizonyult. A fájdalmakat csontmetastasisok okozták, melyeket röntgenfelvétellel minden esetben igazoltunk, vagy a compressiók fájdalmat maga a tumor okozta. Minden beteg annyi morphin injectiót kapott, mely fájdalommentes állapotát biztosította. Az „A” csoportban (38 beteg) csak morphint adtunk, míg a „B” csoportban (36 beteg) naponta 3-szor 600 mg Probont adtunk egyidejűleg. A morphin mennyiségét — mely a betegek fájdalommentes állapotához szükséges volt — 6 héten keresztül naponta feljegyeztük.

Az 1. táblázat alapján teljesen nyilvánvaló, hogy ahol csak morphint adtunk, a morphin utáni igény gyorsan emelkedett. A 6 hetes periódus alatt a kezdeti napi átlagos 6 cg-os adagról 17,5 cg-ra emelkedett. Ezzel szemben abban a csoportban, ahol

a morphin mellett Probont is adtunk, ugyanazon időperiódus alatt, a morphin napi adagja átlagosan csak 2,5 cg-mal emelkedett. Tehát ez az adat bizonyítja, hogy a Probon fokozza a morphin analgetikus hatását.

További vizsgálatokat végzünk annak megállapítására, hogy a Probon morphin potenciáló hatása más therapiás szempontból felhasználható-e. Ugyanakkor megvizsgáljuk más analgeticumokkal kombinálva a hatását, valamint megkezdtük az „optimális therapiás dosis” megállapítására irányuló vizsgálatainkat.

Összefoglalás. Probonnal (MZ-144 gyári jelzés) végeztek kliniko-pharmakológiai megfigyeléseket. Vizsgálták a szer mellékhatásait és a vérszint alakulását, valamint megállapították a maximális és az effectív adagot. Harminchat incurabilis daganatos betegnél morphinnal együtt fájdalomcsillapítás céljából adagolták a Probont. Harmincnyolc daganatos beteg a kontroll csoportban csak morphint kapott. Az ellenőrző csoporttal összehasonlítva a kábítószer iránti igény szignifikáns csökkenését találták.

IRODALOM: 1. Knoll J., Mészáros Z., Szentmiklósi P., Fürst Zs.: Orvostudomány. 1969, 20, 361–369. — 2. Knoll J., Fürst Zs., Mészáros Z.: Orvostudomány. 1969, 20, 370–395. — 3. Knoll J., Fürst Zs., Mészáros Z.: Orvostudomány. 1969, 20, 397–415. — 4. Knoll J., Magyar K., Bánfi D.: Orvostudomány. 1969, 20, 417–432. — 5. Knoll J.: The Pharmacology of 1,6-dimethyl-3-carboxy-4-oxo-6,7,8,9-tetrahydro-homopyrimidinol (MZ-144) an analgetic with a new spectrum of activity. Jelentés, Chinoin, Budapest, 1970. — 6. Kliniko-pharmakológiai tanulmány. Jelentés, Chinoin, Budapest, 1970.

EGÉSZSÉGTUDOMÁNY

1971. 1. szám

Bakács Tibor: Az ember — a tudományos technikai forradalom.
Cserkinszkij Sz. N.: A műszaki-tudományos haladás és a kísérletes irányzat a higiénében.
Medve Ferenc, P. Szöllősi Erzsébet, †Jeney Endre: Modern lakások földgázzal üzemelő fürdőszobáinak higiénés vizsgálata.
Kurezné Csiki Ildikó, Gaálné Dippold Anna, Polgár Erzsébet: Komplex ra-

diohigiénés vizsgálatok Miskolc térségében.

Novakova Sz., Dinoeva Sz.: Vízátrolók vízében előforduló afalon megengedett határkoncentrációjának kísérleti igazolása.

Várkonyi Tibor: A levegő kéndioxid tartalmának regisztrálása Budapesten.

Lehotzky Kornélia, Dési Illés, Bordás Sándor: A hexaklórbenzol neurotoxikus hatásának experimentális vizsgálata.

Hegedűs György, Berky Lajos, Kaposvári Júlia, Róna Borbála, Zoltai

Júlia, Róna Borbála, Zoltai László: Székkutasi gyermekek szomatikus és pszichés állapotának, valamint környezetének ötéves utánvizsgálata.

Geck Péter: Gyorsdiagnosztikus és tenyésztési módszerek összehasonlító vizsgálata kórokozó enterális baktériumok kimutatására.

Szita József: A Yersina enterocolitica bakteriológiai diagnosztikája és patogén jelentősége.

Beszámoló kongresszusokról és tanulmányutakról.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. Női Klinika
(igazgató: Horn Béla dr.)

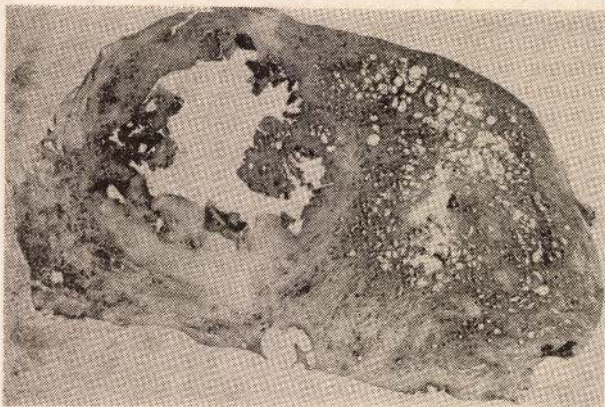
Dermoid cystával és endometriosissal szövődtött tuba lipoma

Tóth Ferenc dr. és Hegyi József dr.

A tuba lipoma rendkívül ritka daganat. Az elsőt *Rokitansky* (9) közölte 1858-ban. *Beric* (2) 1958-ban 10–12 esetet gyűjtött össze a világirodalomból és egy saját esetét is publikált. 1864-ben *Klob* (5), 1891-ben *Parona* (8), 1905–1906-ban *R. Meyer* (6), 1910-ben *Franz* (3), 1921-ben *Lefort és Durand* (4), majd *Pape* (7), 1928-ban *Shaw* (11), *Sampoerno* (10) közöltek tuba lipomát. Az elmúlt 12 év világirodalmát átnézve újabb lipomát nem találtunk. Klinikánkról 1960-ban *Ágoston és Rechnitz* (1) hét tubaelzsírosodást írtak le, amelyek chronicus salpingitishez csatlakoztak. Három esetben tubaris graviditást találtak.

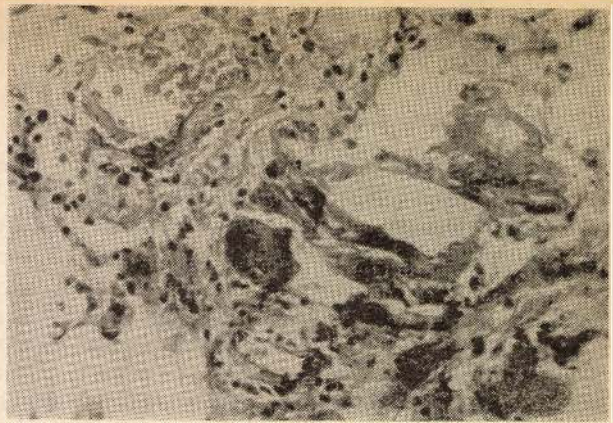
Az alábbiakban közöljük egyik betegünk kórtörténetét, akinél a hisztológiai vizsgálat során tuba lipomát is találtunk.

G. I.-né (324/70 kórlapszámú) beteget 1970. február 4-én vettük fel a klinikára. Első vérzése 12 éves korában jelentkezett és 28–42 naponként 6–7 napig tart. Utolsó rendes menstruációja 10 napos késéssel január 19-én kezdődött és 10 napig tartott. Terhes nem volt.



1. kép.

A kép bal oldalán a tuba, jobb oldalán a daganat keresztmetszete látható. (Fett-rot festés. Lupe nagyítás)



2. kép.

A kép középső szakaszán Touton-féle óriássejtek, a jobb sarokban vért tartalmazó ér látható. (Azán festés, 200 \times)

Appendectomián esett át. Az elmúlt év végén alhasi fájdalmak léptek fel. Egyik közkórházi osztályon punkciót végeztek. Fájdalmai nem szűntek. A klinikai felvételnél 150 cm magas, 22 éves beteg 66 kg súlyú. Gynekológiai vizsgálat; a külső nemi szervek épek. A hüvely közepes tágasságú. Az uterus rendes nagyságú. Bal oldalt szabad környezet. Jobb oldalt almányi cysticus, érzékeny resistentia tapintható. Mellkas rtg: negatív. EKG: szabályos görbe. RR: 120/80 Hgmm. Vértkép: haematokrit 39, hgb.: 9,5 g $^{\circ}$ / $^{\circ}$, fvs.: 6000, vvs-sülly.: 23 mm/óra. Se. bi.: 1,0 mg $^{\circ}$ / $^{\circ}$. Thymol: 2,9 E. Február 9-én jobb oldali punkciót végzünk, amelynek során 20 ml sűrű, kásás masszát nyerünk. Dermoid cystára gondolunk és transfúziós előkészítés után 10-én intratrachealis gépi narkózisban alsó medián laparotómiát végzünk. A peritoneum megnyitása és a belek izolálása után jobb oldalt és hátul a Douglas-üregben almányi sima felszínű cystát találunk. Bal oldalt a tuba ujjnyira megvastagodott, az ovariummal és a vékonybelekkel szálagon összetapadt. Adhaesiolysis után jobb oldali adnexectomiát és bal oldali salpingectomiát végzünk. Penicillin, Streptomycin védelemben láztalan, zavartalan sebgyógyulás. A műtét utáni 10. napon panaszmentesen távozott. Hat hét múlva a kontroll vizsgálatkor a rendes nagyságú anteflektált uterus mellett bal oldalt kitapintható, nem érzékeny ovariumot találunk. Jobb oldal szabad.

Pathológiai vizsgálatra érkezett a jobb oldali adnexum és a bal oldali tuba. Mindkét petevezető ujjnyira megvastagodott. A petefészek almányi cystává alakult, amelyben szőrszálakat tartalmazó sárgás, kásás massa van. A jobb oldali tuba abdominalis harmadában diónyi subserosusan elhelyezkedő daganat van, amely medialisán elvékonyodik. Metszetszéljén sárga színű.

Hisztológiai vizsgálat; a dermoid cysta falában szórtüszők, faggyúmirigyek és többrétegű laphám szigeteken kívül endometrialis mirigyjáratokat is találtunk. Az endosalpinxben, a muscularis rétegben és a subserosus laza kötőszövetben kereksejtes infiltrátumok vannak. A jobb oldali tubán talált sárga daganat vékonyabb-vastagabb kötőszövetes septumokkal tagolt lipomának felel meg. A különböző nagyságú, pécsetgyűrű alakú sejtek között sötét magvú, halvány, habos protoplasmájú lipoblastok vannak szétszórt és csoportos formában. Számos Touton-féle óriássejtet is találhatunk, amelyeknek protoplasmáját kettősen fénytörő, Schultze pozitív lipid tölti ki. A kötőszövetes septumokban vastag falú erek vannak. Azán festéssel a daganat stromájában vékonyabb-vastagabb kékre festődő kollagen rostokat találtunk. A lipoidblastok magjai pirosra festődnek, plasmájuk halvány rózsaszínűre. A Touton-óriássejtekben égővörösrre festődő habos anyag van. Gömör-féle rácsrost ezüstimpregnációval készített metszeteken kitűnik, hogy a daganat vázát retikularis rostok képezik.

Hisztológiai diagnózis: lipoma fibrosum subserosum tubae. Salpingitis chronica l. u. Cysta dermoides ovarii. Endometriosis a dermoid cystafalban.

Megbeszélés

A 22 éves betegünket chronicus adnexitis miatt kezelték. A kétoldali idült salpingitis és a jobb oldali dermoid cysta mellett mellékleletként találtuk a subserosusan elhelyezkedő, diónyi nagyságú lipomát. A lipoblastok jelenléte valódi daganatot bizonyít. A tuba subserosus laza kötőszövetében zsírszövet nincs. A lipoma itt vagy teratogen alapon, vagy a reticularis mesenchyma metaplasticus átalakulásából keletkezhet. *Sampoerno* (10) az utóbbi lehetőséget hangsúlyozza és elveti a hamartoma eredetét. Esetünkben a dermoid cystával való szövődése miatt a teratogen teoriát nem vethetjük el olyan kategorikusan, mint *Sampoerno*. Érdekes le-

leletként kell kezelnünk a dermoid cystafalban talált endometriosis is.

Összefoglalás. A szerzők 22 éves betegük esetét ismertetik, aki kétoldali chronicus salpingitisben szenvedett. A jobb oldali dermoid cysta miatt laparotomiát végeztek. A hisztó-pathológiai vizsgálat során a dermoid cysta mellett diónyi subserosus tuba lipomát találtak. A dermoid cysta falában endometriosis volt.

IRODALOM: 1. *Agoston J., Rechnitz K.:* Zbl. Gynäk. 1960, 82, 1659. — 2. *Beric, B.:* Zbl. Gynäk. 1958, 80, 1468. — 3. *Franz, R.:* Arch. Gynäk. 1910, 90, 335. — 4. *Lefort, T., Durand, S.:* Bull. soc. Anat. Paris. 1921, 4, 56. — 5. *Klob, 1891.* (cit. Beric-től). — 6. *Meyer, R.* 1905–1906. (cit. Beric-től). — 7. *Pape, J.:* Zbl. Gynäk. 1922, 46, 189. — 8. *Parona, F.:* Zbl. Gynäk. (Ref.) 1891, 1046. — 9. *Rokitansky, K.:* Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 3. Wien, 1861. — 10. *Sampoerno:* Zbl. Gynäk. 1929, 53, 725. — 11. *Shaw, W.:* J. Obstetr. 1928, 35, 725.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1971. 2. szám

Mátyus Adorján dr., Ivády Gyula dr., Gorács Gyula dr., Stuber Adrienne dr.: Infantilis orthochromatikus (sud-anophil) leukodystrophia és cerebrális érelváltozások két leánytestvérnél.
Pethő Bertalan dr., Takács László dr.: Phasisis psychosis és psychoorganicus differenciál-diagnosztikai problémáiról, egy tévdiagnózis kapcsán.
Marton Sándor dr.: A mellkasi műtétek után fellépő intercostalis neuralgia.
Szilárd János, Szereday Zoltán dr.: Szocio-kulturális körülmények szere-

pe az újszülöttkori asphyxiát követő későbbi fejlődésben.

Wessely P. u. von Presslich O.: EEG bei Drehschwindelattacken im Intervall.

Guseo András dr., Bobosi Mihály dr.: Adatok a Werdnig–Hoffmann-féle betegség izomelváltozásainak finomszerkezetéhez.

A. Mátyus, Gy. Ivády, Gorács u. A. Stuber: Infantile orthochromatische (sud-anophile) Leukodystrophie und cerebrale Gefäßveränderungen bei zwei Schwestern.

Pethő u. L. Takács: Über differentialdiagnostische Probleme der phasisis-

chen Psychose und des psycho-organischen Syndroms (im Zusammenhang mit einer Fehldiagnose).

S. Marton: Intercostal neuralgie nach Brustkorboperationen.

J. Szilárd u. Z. Szereday: Die Bedeutung soziokultureller Faktoren in der Entwicklung nach Asphyxie des Neugeborenen.

Wessely P. u. von Presslich O.: EEG bei Drehschwindelattacken im Intervall.

A. Guseo u. M. Bobosi: Zur Kenntnis der feinstrukturellen Muskelveränderungen bei der Werdnig–Hoffmannschen Krankheit.

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 parenterális adagolás gyorsaságát megközelítve szünteti meg.

JAVALLATOK: Migraines roham megelőzése és kezelése. Vascularis típusú egyéb fejfájások, migrain-aequivalensek. A Rigetamin tablettá mind terápiás, mind prophylacticus célra használható, továbbá diagnosticus test céljaira is alkalmas.

ELLENJAVALLATOK: Pheriperiás keringési zavarok, coronaria megbetegedés, hypertonia, máj- és vesebetegség, graviditás, sepsis, súlyos arteriosclerosis, thrombophlebitis, pruritus.

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.

CSOMAGOLÁS: 12 tablettá 8,30 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.





HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI
DOKUMENTÁCIÓS
SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója

8. szám

Semmelweis betegsége és halála

Az „Orvostörténeti Közlemények” c. folyóirat 1970. évf. 55–56. száma néhány tanulmányt közöl, amelyekben a szerzők kifejtik álláspontjukat az utóbbi években Semmelweis betegsége és halála körül kibontakozott vitáról. Minthogy ez a kérdés az orvosok szélesebb körét érdekelheti, tömörítve, rövidítve, a lényegét kiemelve teszszük közzé a tanulmányokat. A tanulmányok elé a folyóirat szerkesztősége az alábbi bevezetőt írta (rövidített szöveg):

A magyar Semmelweis-irodalom — amelyet bátran számíthatunk *Fleischer József* nyomtatásban megjelent emlékbeszédétől — lassan egy évszázada vizsgálja a magyar orvosi múlt legnagyobb alakjának életművét. Büszkén állapíthatjuk meg, hogy az elmúlt évszázadban nem akad még egy olyan — *Semmelweis*re vonatkozó írásokban — gazdag termésű időszak, mint a mai. Megjelent két *Semmelweis*-monográfia: *Gortvay György* és *Zoltán Imre* „*Semmelweis* élete és munkássága”, valamint *Benedek István* „*Semmelweis* és kora”. Napvilágot látott a sokat idézett mű *Semmelweis* betegségről, valamint az új kutatásokat ismertető és új szempontokat felvető számos tanulmány, közöttük igen sok kiadványunk hasábjain.

Semmelweis életének és tudományos munkásságának, a *Semmelweis*-doktrínának értékelésében a magyar orvostörténelmi irodalomban egyetértés vagy legalábbis megközelítő egyetértés alakult ki. Elcsitultak azok a viták, amelyek a prioritás vagy a prioritás felvetése körül egyáltalán felmerültek. A félreértések eloszlottak, és *Semmelweis* életműve világosabban és tisztábban áll előttünk, mint bármikor a múltban. De van egy kérdés vagy inkább kérdéscsoport, amelyben még nincs egyetértés, és egyelőre nem is sok a valószínűsége a „megegyezés”-nek. Ez pedig *Semmelweis* betegsége és halála!

A korábbi *Semmelweis*-irodalom nem vitatta *Semmelweis* halála előtti elmezavarodottságának tényét, ennek eredetét. *Regöly-Mérei Gyula*, *Haranghy László* és *Nyíró Gyula* vizsgálatai és dolgozatai, illetve közösen írt könyvük *Semmelweis* betegségét a halálát okozó sepsissel hozták összefüggésbe, elmezavarát pedig septikus deliriumnak

minősítették, és kizárták tekintették annak luetikus hátterét. Ezzel szemben *Benedek István* több tanulmányában és könyvében szembeszállt ezzel a koncepcióval, fenntartotta a *paralysis progressiva* lehetőségét, és megfogalmazta a saját „történeti diagnózis”-át.

Az újabb *Semmelweis*-irodalom jelentős része — többek között *Gortvay* és *Zoltán* monográfiája — átvette *Regöly-Mérei*, *Haranghy* és *Nyíró* könyvének koncepcióját, míg más helyen továbbra is az ellenkezőjét olvashattuk. Többen pedig vitatják, bár írásban nem foglalnak állást a kérdésben.

Eppen ezért szerkesztőségünk felkérte az ellenértés álláspontot elfoglaló két szerzőt, *Regöly-Mérei Gyulát* és *Benedek Istvánt*, hogy a *Communicationes de Historia Artis Medicinae* hasábjain fejtsék ki újra véleményüket, sorakoztassák fel érveiket, hogy a hazai és a külföldi olvasók megismerjék. *Regöly-Mérei Gyula* vállalkozott arra, hogy azokat a kérdéseket is összefoglalja, amelyekről társszerzői írtak a korábbiakban. Harmadik szerzőként pedig *Réti Endre*, „A magyar orvosi iskola mesterei” című, nemrégiben megjelent kötet szerkesztője foglalta össze véleményét. Mások — egyik vagy másik álláspont elfogadó — nem kívántak közvetlenül részt venni a vitában, legfeljebb néhány soros levélben foglaltak állást.*

Regöly — Mérei Gyula:

Semmelweis betegségének pathológiai rekonstrukciója a katamnesztikus elemzés és a palaeopathológiai vizsgálat alapján

A katamnesis

Több olyan nézettel találkozunk, hogy *Semmelweis* könyvének megírásakor már „valamilyen elmebajban” szenvedett volna. Mások szerint a könyvében

* Így *Trencsényi Tibor* — szerkesztőségünk felkérésére válaszolva — megjegyezte: „... Meg kell állapítanom, hogy én sem „*Semmelweis*-kutató” nem vagyok, sem *Semmelweis*ről szorosabban véve „régibbi munkáim” nincsenek, úgy gondolom, hogy nem volna helyes, ha én a *Semmelweis*-kutatók illusztris társaságában nyilvánítanám szerény véleményemet, ami természetesen van...

Minden félreértést elkerülendő, már most le kívánom szögezni, hogy ebben a kérdésben *Regöly-Mérei* emlékeztetés 1958. évi előadása óta változatlanul azokkal értek egyet, akik *Semmelweis* betegségének ezzel az újabb értelmezésével, nevezetesen, hogy *Semmelweis* psychosisisa septikus delirium lett volna, nem értenek egyet.

A pszichiatriai diagnosztika — amely a korszerű medicinában megközelítőleg sem érthette el azt a fejlődést, mint az organikus diagnosztika — sokszor még akkor is nehéz helyzetben van, ha a megvizsgálandó egyén életben van, hát még ha a beteg — mint *Semmelweis* — több mint 100 éve halott. Ennek ellenére sem tudom józan ésszel felfogni, hogy a tanársegédi kinevezésekkel foglalkozó kari ülésen a bába-esküt felolvasó *Semmelweis Ignác* „zavarodottsága” — septikus-lázás delirium következménye lett volna. Ez a feltetelezés a kari ülésen résztvevők orvosi ítélőképességének olyan alábecsülése volna, amely a legélesebben mond ellent azoknak a tényeknek, amelyeket a korabeli orvosi kar tagjainak orvos-klinikusi szívnáljáról a magyar orvostörténelem feljegyzett.”

és a Nyílt levelekben található „stereotyp ismétlések” is paralysisre utalnak. *Gortvay* és *Zoltán* tudatos és *Semmelweis*re jellegzetes vitamódszernek tartják az ismétléseket. A könyv egyébként nagy mennyiségű adatot tárgyal, ragyogó logikáról, kitűnő asszociációs képességről tesz bizonyosságot. Fentiek alapján sincsen okunk annak feltételezésére, hogy *Semmelweis* a könyv megírásának idején valamely elmebajban szenvedett. Vizsgálat tárgyává tettem *Semmelweis* számítási módszerét és eredményeit. *Semmelweis* számítása teljesen hibátlan, megegyezik a jelenleg megszokott eljárás értékével.

A „Nyílt levelek” hangja kétségtelenül erősen támadó, sőt olykor szélsőséges. A szélsőséges vitatónus ebben az időben egyébként sem volt szokatlan. Nem vitatható azonban, hogy a Nyílt levelek megírásának idején már megváltozott *Semmelweis* személyisége. Megárvonulás, zárkózottság és idegfeszültség jellemzi ezt az életszakaszt. Mindez tanainak visszautasításával kapcsolatos. Ezek a jelenségek azonban *Schaffer*, valamint *Nyírő* véleménye szerint nem kórosak. *Schaffer* véleménye szerint (1940) *Semmelweis* somatikusan cycloid, pszichésen pedig túlnyomóan schizoid konstitúció keveréke volt.

Az 1865 július közepéig terjedő idő. *Semmelweis* elmeállapotának megítélésében ez az egyik legkritikusabb és döntő időszak.

Vizsgáljuk meg a következőkben *Semmelweis* orvosi működését 1. 1856 és 1865 között — 1860, 1862 és 1863. évek kivételével — tanársegédei részletesen ismertették a klinikai működését. 2. 1862 óta vezette az Orvoskar himlő-védőoltó intézetét. 3. Ellátta az Orvoskar gazdasági prefektusának (igazgató) teendőit. 4. Vezette az Orvoskar tanári könyvtárát, azt 1863-ban átköltöztette az orvoskari épületbe, sajátkezű jegyzetei alapján ABC, valamint saksorrendben összeállította és 42 nyomtatott íven kiadta a könyvek, ill. a folyóiratok katalógusát. 5. 1863 és 1865 között tevékenyen vett részt a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűléseinek előkészítésében és rendezésében. 6. 1863. június 23-án Magyarországon elsőként végzett ovariectomiát. 7. 1864-től mint a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat igazgatósági tagja tevékenykedett, aktívan vett részt a megírandó könyvek kijelölésében. 8. 1864-ben és 1865-ben tagja az orvosi oktatási és egészségügyi reformbizottságoknak. 9. 1863 és 1865 között 5 tudományos közleményt írt.

A sokrétű és töretlen orvosi munkássága intakt szellemi képességet bizonyít. Lappangó vagy kitört elmebajra utaló vagy gyanús jelenséget nem találhatunk.

Semmelweis kézírásának elemzése. 1965-ben a *Semmelweis* betegségéről írott könyvünkben közöltem a katalóguskészítéshez használt magyar nyelvű jegyzeteinek facsimiléjét, azzal a megállapítással, hogy a hibátlan tartalom paralysis ellen szól. *Benedek* I. arra való hivatkozással, hogy a szöveg elmázolt, bőségesen hurkolt betűkből áll, számos helyesírási hibát tartalmaz, s bár ez szerinte sem bizonyít paralyssist, mégis felkeltheti az erre vonatkozó gyanút.

Semmelweis kézírataiban általában dominál a hevenyészett, odavetett jelleg. Az elmaszatolódás,

amit *Benedek* felemlít, szintén nem pathológiás, hanem a mély vonalat vezető toll fröcskölése, bizonyos nemtörődömség jele, amit már a régebben írt irataiban is megtalálhatunk.

Helyesírási hibák valóban szerepelnek. A hibák egy része a svábos kiejtés fonetikus ortográfijából adódik (pl. fűszet). A leglényegesebb azonban az, hogy írási ataxia és dysgraphia nincsen. *Semmelweis* esetében nem találunk klasszikus értelemben vett csonka szavakat, hanem figyelmenlenségeket, helyesírási hibákat. A kettőzött mássalhangzók esetén (pl. Summe helyett: Sume) a mássalhangzón azt vízszintes vonallal jelezte, ami akkor megszokott volt. A szövégeken elhagyott egy-egy betű (pl. fölirat helyett: fölira) inkább türelmetlen, kapkodó írásával kapcsolatos. Ilyen hibák már 1847. évi kézírataiban előfordulnak. A grafológiai pathognom jelenségek hiánya miatt az írás alapján — meggyőződésem szerint — *Semmelweis*nél nem jogosult a paralysis progressiva gyanúja.

A korai öregedés. Már *Schaffer* *Károlynak* feltűnt *Semmelweis* korai öregedése. Azóta többen foglalkoztak ezzel a kérdéssel. A korai öregedésnek számos oka lehet. Mi két lehetőséget tárgyaltunk. Az egyik a paralysis progressiva, a másik az arteriosclerosis, melyet a neurohistológiai lelet elemzése alapján *Haranghy* bizonyította lát.

A katamnesztikus elemzés. a) Paralysis progressiva: sem a depressiv (kisebbségi téveseszmék, önvádak), sem az expansiv (nagyzási téveseszmék), sem a maniás (rohamok, deliriumok, támadásos raptusok), sem a demens (amnesia, intellectus gyors csökkenése, ill. elbutulás, amnesiás aphasia, apraxia, tájékozatlanság térben és időben) formára jellegzetes adatot nem találunk. Dysarthria nem állott fenn (egyetemi előadásokat tartott), írása nem mutat dysgraphiát.

b) Tabes dorsalis: opticus és acusticus tünetekről nem találunk említést. Izom-hypotoniát (genu recurvatum), ataxiát, lancináló fájdalmakat (mint pl. crise gastrique) éppen úgy észrevettek volna kollegái vagy családja, mint ahogyan járászavarokról sincsen szó. Márpedig mindez feltétlenül felkeltette volna a figyelmet. Vizeleti és székelési zavarokról sem emlékezik meg pl. felesége az interjúban (1906).

c) A fejfájás, álmatlanság, szórakozottság és ingerlékenység arteriosclerosis következménye is lehet.

Az utolsó hetek. A kortárs *Fischer* a következőket írja: „Életének utolsó heteiben ezen, különben oly tiszta és mélyenlátó agy zavarodni kezdett, szokatlan különös magánélete, feledékenysége, szórakozottsága úgy, mint gyermekies modora feltűnt családjá körében, az iskolában, a betegágyánál, a tanári kar ülésein, szóval, hol természetét és szokásait ismerték”.

A *Balassa*, *Wagner*, *Markusovszky* és *Bókai* sen. részvételével tartott konzilium alapján Bécsbe vitték elmeorvosi megfigyelés és kezelés céljából.

A „kórlefolyásban” most a rendkívül jellegzetes szakaszosság következik be, ami *Langellüddeke* szerint egyenesen jellemző az exogen acut infectious reactiótípusra. A bába-eskü jelenete után *Semmelweis* feltisztult; helyben és időben tájékozott.

Így viselkedik a vonaton is, Hebránénál való látogatáskor is.

A boncolási és a neurohistológiai lelet

Az Orvosi Hetilapban Scheuthauer által 1865-ben közölt boncjegyzőkönyv és a Rokitansky-intézetben készült eredeti szöveg között — amit Sticker, Schönbauer, majd Haranghy ismertetett — a leleti részben lényeges különbség nincsen. A diagnosist illetően annyi az eltérés, hogy a pesti variációban az „atrophia cerebri cum hydrocephalo chronico” is szerepel, azonban a homloklebeny sorvadását és az enyhén tágult agykamrát a Rokitansky-féle jegyzőkönyv is leírja. A boncjegyzőkönyv és a Meynert által végzett neurohistológiai vizsgálat értékelése nem könnyű feladat. A boncjegyzőkönyv meglehetősen hiányos. Nem olvashatunk pl. semmit az erek és a csontrendszer állapotáról, kivéve a jobb kéz gangraenás folyamatát. Sem a bőrön, sem a nyálkahártyákon vagy a belsőerveken (pl. máj) nem voltak találhatóak syphilisre utaló elváltozások. Ezzel szemben feltűnő, hogy szerepel a pachymeningitis, az arachnoiditis adhaesiva, az ependymitis granulosa, a frontalis lebeny atrophíája, valamint hydrocephalus internus, amelyek a paralysis progressiva esetén is kétségtelenül előfordulnak, bár Entz szerint ezek a megbetegedések nem kizárólagos és pathognom jelei.

Schaffer Károly másodlagosnak tartja a tüneteket „mivel kórbonctanilag agyhártyagyulladását állapítottak meg” — írja — „... ilyen esetekben... bevezető tünetként melancholiás hypochondriás állapotok, sőt ún. kataton (izommerevedéses) jelenségek is előfordulhatnak, maga az agyállomány gyulladása pedig deliriumos jelenségekkel járhat”.

Haranghy szerint sincsen szó paralysisról vagy tabesről. Pachymeningitis keletkezhet pachymeningiosis következtében is. A boncjegyzőkönyv valószínűsíti, a palaeopathológiai lelet pedig megerősíti a pachymeningiosist. Haranghy szerint ezt a kétszer elszenvedett trauma okozta Semmelweis esetében. Ependymitis granulosa az agy és agyhártyák mindenfajta gyulladásakor keletkezhet (Entz). Ez hydrocephalust is előidézhet.

Található azonban Semmelweis boncjegyzőkönyvében olyan kóros elváltozás, mely az irodalomban alig került tárgyalásra, jóllehet eldönti a folyamat pathológiai jellegét. Ez a septum pellucidum átlikadása és pseudomembrana képződése. Ezek az elváltozások viszont alapvető módon bizonyítanak gennyes gyulladást.

A múlt század közepén — a boncjegyzőkönyvben szereplő — degeneratio grisea még nem jelentett specifikusan tabes dorsalist, hanem mindössze a gerincvelő idegelemeinek regressív folyamatát és pótló glia-szaporulatot. Többféle kórformát soroltak ide. Tabesben a gerincvelő nem duzzadt, mint Semmelweis esetében (a nyaki szakasz harántátmérőjének kivételével). Tabesnél a metszlepton a hátsó köteg és a dúcok környéke besüppedt, szürkés; Semmelweisnél az állomány előbuggyant, nedvdús.

Már Scheuthauer leírta, hogy az erek lumenét illetően váltakozó tágulatok és besüppedések, vala-

mint hyalin megjelenése, továbbá az „elzsírosodás” arteriosclerosis esetén található. Syphilisre utaló érelváltozások a szövettani leírásban nem szerepelnek.

Az arteriosclerosis ténye (Haranghy) teljesen magyarázza Semmelweis személyiségváltozását, mely élete befejező négy évében bekövetkezett: így a fejfájást, álmatlanságot, indulatosságot, szórakozottságot, kedélyváltozást, de a korai öregedését is (Nyírő).

Ismertessük a boncjegyzőkönyv septikus folyamattal foglalkozó részét. A jobb kéz középső ujján az I. és II. phalanx területén gangraenás gyulladás, az utolsó interphalangealis ízület megnyílt, porcborítéka elpusztult. A bal bordák felett eves tályog, mely a hat alsó borda csontgyulladását okozva, betört a mellkasba, s a pleura costalis, valamint a pleura visceralis, továbbá a pericardium által határolt tályogot okozott. A bal vese felszínén csíkozott gennygócokból álló férfiökölnyi „aggregátum” látható. Ezek a gennyes csontgyulladás okozta áttételi tályogoknak megfelelnek. Viszont a jobb könyökön, a bal karon, a jobb térden és bokaán talált elváltozások kifejezetten emlékeztetnek külerőszaki behatásra. Benedek arra gondol, hogy ezek a sérülések az elmeegógyintézetben támadtak a kényszerzubbony, valamint a hevederekkel való leszíjazás következtében. Kórbonctani szempontból feltétlenül indokoltnak tartom állítását.

A palaeopathológiai vizsgálat

Palaeopathológiai vizsgálataim eredményét a következőkben foglalhatom össze:

A koponya felszíne sima, sem azon, sem a belvilágban nem találhatóak syphilisre utaló jelenségek. Bartucz az 1966-ban megjelent könyvében közölte az általa kórosnak vélt elváltozásokat. A Bartucz által leírt „osteomaszerű” képlet és „exostosis” kórismének pathológiai megalapozottsága nincsen. Az anthropológiai vizsgálat során Bartucz palaeopathológiai szempontból többször tett téves megállapításokat; mivel ezek közlésre kerültek, kénytelenek vagyunk korrigálni a hibákat. Így pl. az a véleménye, mintha „gennyedéses folyamat a sziklacsont csúcsát elpusztította volna”. A koponyacsontok három rétege jól elkülönül, a felszín sima, leépülés vagy appositio sem makroszkóposan és histológiailag, sem radiológiailag nem mutatható ki, bizonyos a postmortalis törés. A koponyáról készített histológiai készítményekben a csontszerkezet jól megtartott. Bartucz fogászati lelete ellentétben áll Huszár vizsgálati eredményeivel (1965).

A jobb lapockából két csontrészlet maradt meg. A csontállomány széli része kirágott, felszíne fakéregszerű. A mikroszkópos képben a csontállomány tetemes mértékben felritkult, egyes helyeken teljesen elpusztult. A lamellaris szerkezet eltűnt. A csontsejtek üregei, Havers- és Volkmann-csatornák kiszélesedtek, faluk egyenetlen. Reactív csontújképzés nincsen. Az elváltozás kétségtelenül csonttályog jelei. A reaktív jelenségek hiánya azt bizonyítja, hogy acut áttéti tályogról van szó, a kézen levő osteomyelitisen már van osteophytaszegély, a lapockán pedig még nincsen, ezért az előbbi a ré-

gebbsi folyamat, tehát nem oszthatom *Benedek* nézetét.

A bal oldali bordákon mind makroszkóposan, mind histológiailag kimutathatók a boncjegyzőkönyvben leírt tályogok okozta csontgyulladás jelei.

A jobb felkarcsont alsó harmadában jó csontheggel gyógyult törés vonala. Pathológiás fracturára ezért nincsen gyanú.

A jobb oldali III. metacarpus fejecsen patinázott anyagihiány látható. A felszín porotikus, érdes, helyenként fakéregszerű, a cloaca a velőúrral közlekedik. A jobb IV. metacarpus fejecsen két, a bacion újabb cloacanyílás látható. Hasonló elváltozás található még egyik kézközépcsonton is, melynek eredete a rossz megtartás miatt nem tisztázható.

Igen fontosnak tekinthetjük a sípcsontok vizsgálatát, mert ezek és a koponya a csont-syphilis praedilectiós helyei. A sípcsontok felszíne sima, alakjuk normális, a velőúr közepesen tág, a falzat közepesen vastag. Sem a röntgenképen (*Zsebők*), sem a metszetben syphilistre gyanús jelenségek nem láthatók. Syphilistre jellegzetes Axhausen-féle hátrákötegek polarizációs mikroszkópban sem láthatók.

Csont-syphilis lehetősége a palaeopathológiai, palaeohistológiai és a radiológiai vizsgálat alapján határozottan kizárható.

Családi katamnesis

Semmelweis feleségénél, gyermekeinél syphilistre gyanús jelenségek nem voltak.

Az exhumálásakor *Semmelweis* koporsójában csecsemőcsont-maradványokat, valamint gyermekkoporsó vékony deszkadarabjait találtuk. Kiderült, hogy a csontok nem egy, hanem két csecsemőtől származnak, az életkor is megfelel *Semmelweis* gyermekeinek. Igen valószínű, sőt csaknem bizonyos, hogy *Semmelweis* hamvainak átszállításakor (1891) vagy az újabb exhumálásakor (1894) helyezték atyjuk koporsójába a gyermekek csontjait.

A világhozott syphilis tünetei jellemzők. Erre utaló tüneteket nem találtam a gyermekcsontokon.

A családi katamnesis során nem mutatható ki syphilistre utaló adat.

A kézsérülés eredete és időpontja

Kétféle nézet áll fenn:

1. a sérülés az elmeegógyintézetben keletkezett;
2. a gennyes folyamat már 1865 júniusának második felében vagy közepén kezdődött, mégpedig műteti sérülés következtében.

A Gyógyászat 1906-ban ismertette *Machik Béla* visszaemlékezését. *Machik* elbeszélése szerint *Semmelweis* zavart állapotban volt, arcul ütötte *Riedelt*, s ezért hevederekkel lekötözték. Amikor ezektől megszabadították, a jobb kezén már gangraenás jelenségek mutatkoztak. A *Machik*-féle variáció nem jelent hitelesnek látszó adatot.

A jobb kéz osteomyelitise pathológiai jellege (sequesterképződés, cloacaképzés, osteophyták)

miatt azonban 6—8 hete állhatott fenn, s ez már egymagában kizárja a sérülés elmeegógyintézeti eredetét. *Semmelweisné* az 1906. évi interjújában elmondja férjéről, hogy „egy beteg kezelése alatt a jobb keze középső ujját megkarcolta. Infectiót kapott. Sokáig maga kezelte. Éjszakánként vízben áztatta...” Az ujjgennyedés pesti kezelése adaequat volt, a korabeli tankönyvek (*Bardeleben*) konzervatív kezelést ajánlanak, incisióra csak fluctuatio esetén került sor.

Műteti kézsérülésről ír a feleségén kívül a *Wiener Medizinische Presse* (1865), *Bruck J. stb.*

A boncjegyzőkönyv bizonyítja a sepsis kiindulását jelentő gangraenás tályogot okozó panaritium ossealet és articulet, a palaeopathológiai vizsgálat pedig az osteomyelitist. *Bardeleben*, valamint *Pitha* és *Billroth* korabeli sebészi könyveinek ismeretében érthetetlen, hogy a wieni elmeegógyintézetben miért nem végeztették el az akkor már szükséges műtétet. *Semmelweis* ugyanabban a betegségben, pyaemiában halt meg, mint aminek felismerte kórlényegét.

Az acut infectiosus-toxicus reactio typus kérdése

Schaffer Károly (1940) a következőkben látja *Semmelweis* betegségének kórlényegét: „Nachdem Hyperämie der Meningen, Hyperämie und Atrophie des Gehirns festgestellt wurde, müssen wir uns die psychiatrische Erfahrung vor Auge halten, dass in solchen Fällen als Initialsymptome melancholisch-hypochondrische Depression, katatone Erscheinungen, sowie Delirien und Krämpfe auftreten können. An eine akute exogene Geistesstörung müssen wir um so mehr denken, als die erwähnten Symptome mit der septikämischen Erkrankung zusammenfallen. Wir meinen deshalb dass die Annahme einer symptomatologischen, sekundären und nicht primären, genuinen Psychose im Falle von *Semmelweis* gerechtfertigt erscheint”. *Schaffer* tehát igen határozottan megjelöli a kórfolyamat lényegét is. *Bonhoeffer* 1910-ben írta le az exogen reactio typust. Szerinte ennek jellemzői a delirium, infectiosus ködös állapot, tudatzavar, ill. az öntudat beszűkülése, inkoherens viselkedés, esetleg epileptiform izgalmi állapot, továbbá olykor hallucinációk. Ok gyanánt heveny fertőző betegségek, chronikus mérgezések, valamint septikus megbetegedések szerepelhetnek. *Bonhoeffer* szerint nem a láz maga, hanem a baktériumtoxinok okozzák a syndromát.

Mi (*Haranghy*, *Nyírő* és *Regöly-Mérei*) azon a véleményen vagyunk, hogy *Semmelweis* betegsége a *Bonhoeffer*-féle heveny infectiosus-bakteriumtoxinos (főként deliráló jellegű) reactio typusnak felel meg, vagyis nem tekinthető genuin elmebántalomnak, vagy paralysis progressivának. Az irodalomban ez a kérdés is felmerült, hogy ebben az esetben miért szállították *Semmelweist* elmeegógyintézetbe; miként lehetséges, hogy olyan kiváló orvosok, mint a sebész *Balassa*, a belgyógyász *Wagner*, továbbá *Markusovszky* és *Bókai sen.* sem gondoltak minderre, hiszen a múlt század közepén gyakoriak voltak a septikus megbetegedések és az általuk előidézett idegrendszeri tünetek. A korabeli sebészi tankönyvek már tudtak arról, hogy több-

féle fertőző bántalom vagy septikus megbetegedések súlyos idegrendszeri tünetekkel járhatnak, mint a delirium, a ködös állapot, a legjellegzetesebbnek azonban az aluszékonyságot tartották. *Semmelweis* betegségének pesti idején ilyen tünetek nem voltak, hanem a szakaszosság nyilvánult meg, vagyis az, hogy súlyos psychotikus jelenségek tünetmentes szakaszokkal váltakoztak. Ez azonban csupán a XX. század első harmadában került leírásra. Az akkor ismert tünetek alapján *Balassa*, *Wagner*, *Markusovszky* és *Bókai* nem is gondolhattak erre a lehetőségre.

A pathológiai rekonstrukció

1. *Schaffer Károly*, valamint *Nyírő Gyula* véleményével összhangban, a katamnesztikus elemzés alkalmával sem található olyan adatot, melynek alapján a praemorbid szakaszban kóros lelki állapotot tételezhetnénk fel. *Semmelweis* vitatónusa nem kóros, hanem épélettani lelki alkatának következménye.

2. Syphilisre utaló adatot sem a katamnesis, sem a boncjegyzőkönyv és a neurohistológiai lelet, sem a palaeopathológiai és radiológiai vizsgálat értékelésekor nem találhatunk.

3. Paralysis progressivára vagy tabes dorsalisra utaló körjelző tünetek nincsenek. Az agyi atrophia és a hydrocephalus — megítélésünk szerint — arteriosclerosis, az agyhártya-összenövés pedig pachymeningiosis következményei.

4. *Schaffer Károly* már hangsúlyozta az agyhártyák és az agy hyperaemiáját, ill. gyulladását, ami a septikus állapottal van oki kapcsolatban. *Haranghy* arra hívja fel a figyelmet, hogy az agyi erekben arteriosclerosis található. A gerincagy nem sorvadt, ellenkezőleg, duzzadt, a metszlapról előbuggyan. A szöveti kép nem jellemző tabesre.

5. A halál előtti 4—5 évvel kezdődő személyiségváltozást és a korai öregedést arteriosclerosis következményének tartom.

6. A kézsérülés műtéti eredetű, 1865 június közepéből származhat.

7. A kézsérülés vezetett panaritium osseale et articulare kialakulásához, amely a kézközépcsontok (boncjegyzőkönyvben nem szereplő) osteomyelitist okozta. Sepsis támadt, mely a halál oka.

8. A boncjegyzőkönyvben szerepelnek áttéti tályogok, a leírt jelenségek egy része azonban felkelteti külerőszaki sérülés alapos gyanúját.

9. A súlyos idegrendszeri tünetek *Semmelweis-né* szerint 1865. július 13-án kezdődtek. Ez tehát megegyezik a jobb kézen kialakult osteomyelitis keletkezési idejével.

10. *Semmelweis* 1865 közepéig töretlen alkotó és gyógyító munkát végzett. Ezt azonban nem tekinthetjük pathológiai szempontból használható adatnak, mert paralysis progressiva esetén is találunk ilyen jelenséget.

11. *Schaffer* a sepsissel való időbeli egybeesés miatt elveti a genuin elmebaj lehetőségét, másodlagos képnek tekinti a megbetegedést.

12. *Haranghy*, *Nyírő* és *Regöly-Mérei* szerint a kézen levő gennyedés, ill. osteomyelitis okozta septikus folyamat vezetett az exogen, heveny infectio-

sus-bakteriumtoxinos eredetű elmetünetek kialakulásához, melyek másodlagos jellegűek voltak. A katamnesztikus elemzés és a palaeopathológiai vizsgálat alapján ismételtén bizonyítottnak látom, hogy *Semmelweis* nem betegedett meg genuin elmebajban, ill. paralysisben, idegrendszeri összeomlása a *Bonhoeffer* értelmezésében vett heveny exogen reactiotypusnak felelt meg. A mediastinalis tályog összenyomta a bal tüdőt, a hypoxia következtében pedig még tovább romlott az agyműködés.

Benedek István:

Semmelweis betegsége és halála

Erről a kérdéstről *Semmelweis* és kora című monográfiámban minden megtalálható adatot és véleményt összeszedtem, saját nézetemét elmondtam, érvekkel alátámasztottam, az ellentétes nézeteket tőlem telhetően cáfoltam. Az alábbiakban csak a vitatott kérdéseket foglalom össze, kifejtem álláspontomat, rövid indokolással; a részleteket illetően a monográfiára utalok.

Semmelweis betegségével és halálával kapcsolatosan a fontosabb vitatott kérdések a következők:

1. Szenvedett-e alkati elmebetegségben? Ha igen, mi volt ez?

2. Szenvedett-e krónikus, organikus ideg-elmebetegségben, Ha igen, mi volt ez?

3. Halálának mi volt a közvetlen oka?

Psychopathia

Nézetem szerint semmiféle tünet vagy adat nem igazolja, hogy *Semmelweis* alkati elmebajban szenvedett volna. Egész életvezetése világosan mutatja, hogy psychopatha egyéniség volt. Zaklatott, ingerlékeny, indulatos, gondolati köréhez monomániákusan ragaszkodó, emiatt barátaival is összeférhetetlen, a hypothesisét kedvezőtlenül fogadókkal szemben elhamarkodott ítéletű, sokszor durva. Psychopathiás magatartása különösen a 60-as években volt szembetűnő, amikor szélsőségesen belelovalta magát a vitatkozásba. Szenvedélyességében nem látta a statisztikai módszer korlátait, ugyanakkor sem a célszerű vitatkozás módját nem ismerte fel, sem azokat az akkor modern kísérleti eszközöket, amelyekkel tételeit meggyőzőbben támaszthatta volna alá. Ez a „megszállott psychopatha magatartás” kóros volt, de sohasem érte el a psychosis fokát, tehát *Semmelweis* sem paranoiában, sem maniában, sem más alkati elmebajban nem szenvedett.

Organikus idegbaj

Betegségének felderíthető tüneteit — illetve ezek rövid felsorolását — szó szerint közlöm idézett monográfiámból:

„*Semmelweis* az utóbbi időben szórakozott volt, bőbeszédű, ok nélkül elsírta magát (emotionalis incontinentia), zavartan beszélt (incoherentia), illetlen kifejezéseket használt (koprolalia) és ildomtalanul viselkedett (kritikátlanság) akaratos lett és belátástalan, feltűnően sokat evett (bulaemia), fejét fájlalta, nyugtalanul aludt és igen sokat mozgott

(hypermotilitás). Ezekhez az egyenként még nem kórjelző, de együttes fellépésükben típusossá váló tünetekhez társult a *raptus*, vagyis az indulati roham, továbbá a *dysgraphia*, a jellegzetesen kóros írászavar... A felsorolt tünetek a korábban tárgyalt idő előtti öregedéssel (*senium praecox*) együtt egyértelműen és minden kétséget kizáróan mutatják, hogy *Semmelweis* valamiféle idült idegrendszeri megbetegedésben szenvedett, minden valószínűség szerint paralysis progressivában.”

Hogy a kérdéses betegség valóban paralysis-e vagy pedig más organikus idegbaj, azt eddig nem sikerült eldönteni, és nem látszik valószínűnek, hogy valaha is teljes bizonyossággal eldönthető lesz.

A paralysis feltevését indokolja:

1. hogy a tünetek kifogástalanul beleillenek a paralysis kórképébe, sokkal inkább, mint bármely más betegség képébe;

2. és hogy a paralysis sokszorta gyakoribb betegség volt, mint az összes többi betegség együtvéve.

Paralysis ellen szól:

1. hogy sem emlékeztet zavar, sem az értelem beszűkülése *Semmelweis*-nél nem forgott fenn;

2. syphilisre utaló jel sem az anamnézisben, sem a boncolási, illetve exhumálási jegyzőkönyvben nem volt, ugyanígy paralysisre utaló specifikus jel sem a korabeli szövettani vizsgálatban.

Ezzel kapcsolatban álláspontom a következő.

Semmelweis az 1847 körüli években állandóan boncolt, és állandóan végzett nőgyógyászati vizsgálatot. A syphilis ekkor valóságos népbetegség volt, különösen abban a társadalmi rétegben, amelyből a szülőosztály anyaga kikerült. Egyetlen karcolás, horzsolás, bőrsérülés elegendő volt ahhoz, hogy a primaer affectiót megkapja. Feltevése szerint meg is kapta. Lehet, hogy felismerte a bajt és kezelte, lehet, hogy fel sem ismerte, a primaer affectio így is, úgy is elmúlt. Az is lehet, hogy a másodlagos tünetek is kifejlődtek, de még valószínűbb, hogy a másod- és harmadlagos tünetek egyáltalán nem jelentkeztek, csupán a metalues lépett fel, mintegy 17 évi lappangás után.

A betegség kitörése típusos volt, kifejlődésére azonban már nem került sor, minthogy pár hónap múlva *Semmelweis* sepsisben meghalt. Ha nem hal meg sepsisben, akkor szellemileg teljesen eltompultan halt volna meg — ahogy ez abban az időben, amikor az elmeosztályok beteganyagának egyharmadát a paralytikusok tették ki, szokásos volt.

A *Semmelweist* kezelő bécsi elmeosztály kórajza szórén-szálán elveszett. A temetés időpontjában *Markusovszky* jelezte, hogy az Orvosi Hetilap közölni fogja a teljes boncjegyzőkönyvet, előljáróban kiemelte belőle a lényegét: a heveny lobos folyamat a sepsis következménye, a krónikus „tünetmenyek” ellenben a hosszabb ideje húzódo idegrendszeri ártalomra vallanak. Ugyanez derül ki a boncjegyzőkönyvből, amelyet *Scheuthauer Gusztáv* küldött meg a Hetilapnak. Ez a kórbonctani kép nem bizonyítja a paralyssist, nem is cáfolja, pusztán jelzi valamilyen krónikus ártalom jelenlétét.

Az idegrendszer kórszövettani feldolgozását *Theodor Meynert* végezte el. Leletéből a kórképre vonatkozólag annyi állapítható meg, hogy a heveny toxikus-infectiosus gyulladás jelei túlsúlyban vannak az idült elfajulás jeleivel szemben, vagyis a halált a heveny gyulladás okozta, *de volt krónikus folyamat is* — ám hogy ez mi volt, arra nézve a lelet nem ad kielégítő támpontot.

Semmelweis földi maradványainak exhumálása során *Bartucz Lajos* végezte el az anthropológiai, *Regöly-Mérei Gyula* a pathológiai vizsgálatokat. Az elmebajra vonatkozóan a csontok vizsgálatából nem várhatunk és nem is kaptunk perdöntő adatot. Az a negatívum, hogy syphilisre utaló jelek a csontokon nincsenek, csupán azt bizonyítja, hogy *Semmelweis* nem szenvedett a vérhaj III. stádiumában, ám a paralysis lehetőségét nem zárja ki.

Bartucz Lajos professzor röviddel halála előtt, személyes beszélgetés során beszámolt nekem arról, hogy az exhumált csontok vizsgálatát nem tudta befejezni, mert a csontokat hirtelen elvitték tőle, és többé nem kapta vissza, noha bizonyos pathológias jeleket vélt felfedezni rajtuk, amelyekről csak további alapos vizsgálat után nyilatkozhatnak. Erre már nem kerülhetett sor.

Összefoglalva: a leletek egyértelműen mutatják, hogy *Semmelweis* idegrendszerében valamilyen krónikus ártalom zajlott le; a paralysis hypothesisét nem erősítik és nem cáfolják. De éppen, mert nem cáfolják, az ismertett tünetek és valószínűsítő körülmények alapján a hypothesisist fenntartom.

Sepsis

Hogy *Semmelweis* vérmérgezésben halt meg, efelől senkinek sincs kétsége. Mégis, a sepsissel kapcsolatban sok a homályos mozzanat és nagyon eltérőek a vélemények. *Haranghy László*, *Nyírő Gyula* és *Regöly-Mérei Gyula* 1960-ban közzétett, majd 1965-ben megerősített véleménye szerint: 1. *Semmelweis* egyáltalán semmiféle elmebajban nem szenvedett, 2. halála előtti zavartsága toxikus delirium volt, 3. amit az ujszerűsége osteomyelitis okozott; 4. a sepsis gyógyulása esetén elmeállapota maradéktalanul rendeződött volna.

Ezzel szemben én a következőket állítom: 1. *Semmelweis* már a sepsis előtt és a sepsistől függetlenül elmebajban szenvedett, 2. toxikus deliriuma az elmeegógyintézetbe szállítás előtt egyáltalán nem volt, 3. az ujszerűsége és osteomyelitis — ha volt egyáltalán az elmeegógyintézet előtt — elmebajával csak másodlagos kapcsolatban állt, 4. a sepsis gyógyulása esetén teljes erősségében bontakozott volna ki a paralysis (vagy más organikus idegbaj), 5. halálát az a sepsis okozta, amit az elmeegógyintézeti brutális bánásmód kapcsán szerzett fertőzés idézett elő.

Hogy pesti tartózkodása idején *Semmelweis*-nek nem volt „toxikus deliriuma”, az a megismert tünetekből világosan következik. Egyszerű seb nem okoz lázat, egyszerű sebláz nem okoz ilyen fulmináns deliriumos tüneteket, következésképp, ha az elmezavart a sérülés okozta, akkor annak el kellett gennyedni, a gennynek a szervezetben szét kellett

áradni, ehhez idő kell, és ez látványos folyamat, hiszen kínzó fájdalommal jár. És az orvosok abban az időben sokkal jobban ismerték a lázas delíriumot, mint ma (mert sokkal gyakoribb volt). Ilyen szörnyű műhibát követett volna el *Markusovszky*, *Balassa*, *Bókai*, *Wagner*, akik nemcsak barátai voltak, hanem a magyar orvosi kar büszkeségei? Elképzelhető, hogy nem ismernek fel és nem kezelnek egy panaritiumot, nem ismernek fel egy sepsist, egy delíriumot, Bécsbe küldik barátjukat meghalni?

Nem képzelhető el. Panaritium valószínűleg nem volt, toxikus delírium biztosan nem volt, a konzilium összeült és látta, hogy mi van: gyógyíthatatlan elmebaj, amit jobb Bécsbe vinni; segíteni ugyan ott se tudnak rajta, de a családnak és az egyetemnek mégsem olyan kínos, mintha itthon kell végignézni a hosszú és keserves leromlást.

Volt-e sérülés, és ha volt, mikor? *Semmelweis* életében senkinek nem tűnt fel a seb, és ha volt seb, senki nem gondolt kauzális összefüggésre.

Honnan került mégis a sérülés története az irodalomba? Az első utalás a Wiener Medizinische Presse nekrológiájában történt, eszerint a vérmérgezés „valószínűleg annak a sérülésnek lett a következménye, amelyet egyik legutóbbi műtete során szerzett”. E valószínűséget ekkor sem Magyarországon, sem külföldön senki nem erősítette meg. Nem is került szóba egészen 1882-ig, amikor *Alfred Hegar* rövid életrajzot adott ki *Semmelweis*ről. *Hegar* írja le először konkrét tényként a sebesülést, sebfertőzést, ennek következtében kialakuló sepsist; arról természetesen ő sem beszél, hogy e folyamatnak köze lett volna a megőüléshez. Nyomban utána *Bruck Jakab* írt rövid életrajzot *Semmelweis*ről. Ebben már dramatizálva van a történet. Újabb két évtized múlva *Semmelweis* közel 70 éves özvegye újságíróknak nyilatkozik férje haláláról, többek között ezt mondja: „Egy beteg kezelése alatt a jobb keze középső ujját megkarcolta. Infekciót kapott. Sokáig maga kezelte. Éjszakánként vízben áztatta. Az elmeegógyintézetben aztán ebből a sebből vérmérgezést kapott...” Ettől kezdve a *Semmelweis*-irodalom különféle módon variálva, de egyhangúlag — átvette a pyaemiát okozó műtéli sérülés történetét.

A nyilatkozatban *Semmelweisné* többek közt azt mondja, hogy halála előtt férje négy éven át volt beteg, és pedig *Rokitansky* bécsi kórboncnok professzor szerint a gerinceveleje volt beteg négy év óta. Könnyen rekonstruálható ebből, minek tartotta *Semmelweis* betegségét *Rokitansky*.

A négy év egyébként csak kórbonctani „saccolás”, utalás arra, hogy az idegrendszer rombolása már évek óta folyamatban volt, az elmebaj tünetei azonban jóval később jelentkeztek. De nem olyan későn, mint amikor a *Semmelweis*-irodalom általában rögzíti, vagyis nem július 13-án. Ez a dátum szerepel ugyanis mindenütt mint a betegség kezdőpontja, július 20-án pedig már szállították is Bécsbe. Ám ha az ember megpróbálja e rövid hétbe beleszorítani a szemtanúk által leírt eseményeket, kiderül, hogy ez képtelenség. Nyilvánvaló, hogy az utólagos emlékezés több hónap esemé-

nyeit sűríti abba az egy hétbe, amelyben az elmebaj elementáris erővel kibontakozott.

És ez valószínűvé teszi, hogy ha volt egyáltalán ujj sérülés, az is jóval korábban történhetett. Kora nyáron, amikor *Semmelweis* még elég rendezett volt ahhoz, hogy egyáltalán operálhasson. Ha ez így volt, nyitva marad a kérdés: miért nem vették észre az orvosbarátok? Talán azért, mert a sérülés oly jelentéktelen volt, hogy a júliusi drámai események időpontjában már nem volt szembevetendő. Elképzelhető az is, ami paralytikusoknál megeseik, hogy *Semmelweis* a psychosis következtében a fájdalommal szemben érzéketlenné vált, és a valószínűleg nem gyógyuló, hanem terjedő gennyedést nem érzékelte. Környezetének felelősségét ez természetesen nem csökkentené, de érthetővé teszi, hogy a nagyobb baj mellett ezzel nem törődtek; bezzeg törődtek volna, ha sebláz okozta delíriumot állapítanak meg.

A műtéli sérülés június eleji datálását valószínűsíti az exhumálás után megejtett kórbonctani vizsgálat is. Mégis e szakvélemény ellenére fenntartom annak a lehetőségét, hogy műtéli sérülés egyáltalán nem volt, vagy ha volt is, nem okozott csontvelőgyulladást; a csontokon észlelt gyulladással folyamat egytől egyig a kórházi brutális bánásmód következménye.

Mire alapítom e feltevést? Két negatívumra: arra, hogy sem *Markusovszky*, sem *Fleischer*, sem más szemtanú nem tett említést a sérülésről, továbbá arra, hogy a szakvélemény nem szentírás. Nem szentírás, hanem vélekedés, szakszerűen alátámasztott vélekedés, amellyel szemben felmerülhet más szakszerűen alátámasztott vélekedés is. Jelen esetben két szakvélemény van a kezünkben, amelyek sok ponton ellentmondanak egymásnak. *Bartucz Lajos*, noha nem tudta befejezni a munkáját, 1966-ban kiadta a *Semmelweis* csontjain végzett vizsgálatának eredményét, és a két tudós szakvéleménye egyáltalán nem egyezik egymással. *Regöly-Mérei* szerint például „a csontok megtartási állapota jó, előrehaladottabb korhadás nincs”, *Bartucz* professzor ezzel szemben annyira korhadtnak, töröttnek és hiányosnak ítéli a csontvázat, hogy egyes csontok vizsgálata a legnagyobb nehézségbe ütközött. További ellentét a szakvélemények közt: *Regöly-Mérei* szerint „A jobb lapockán a csontszövet nagymérvű pusztulását találtuk, amely nyilvánvalóan a septikus folyamat részjelensége lehet”, *Bartucz* szerint ellenben a jobb lapockát az erősen hozzátapadt téglamálladék korhasztotta el. Teljesen ellentétes a két szakvéleményben a kézközépcsontok és ujjpercek kórbonctani megítélése — márpedig ez döntő az osteomyelitis szempontjából.

Mindazonáltal nem állítom, hogy *Regöly-Mérei*nek nincs igaza. Csak éppen felmerül a kétség: hátha nincs igaza? Lehet, hogy a sérülés okozta osteomyelitis indította el a pyaemiát, de az is lehet, hogy a kórházban keletkezett fertőzés. A boncjegyzőkönyv ugyanis iszonyú bánásmódról árulkodik. Nyilvánvaló, hogy ezek a döbbenetes sérülések nem az osteomyelitis áttételei, hanem embertelen verés, lekötözés, megtaposás következményei. *Semmelweis* halálát valóban sepsis okozta, a sep-

sist pedig ezeknek a sebeknek elhanyagolt fertőzése.

Volt-e toxikus deliriuma? Az agyvelő és gerincvelő bonctani és szövettani lelete szerint valószínűleg volt, *bent az elmeegógyintézetben*, krónikus organikus elmebetegségétől függetlenül, az ott szerzett vérmérgezés következtében.

Réti Endre:

Van-e „Semmelweis betegsége” probléma?

Az utóbbi évek során a *Semmelweis* „elmezavar”-a körül folyó polémia létjogosultsága, kortársai véleményének elfogadása vagy elutasítása, újabb hipotézisek helyességének vagy megalapozatlanságának a kérdése — ezek azok a tudománytörténeti területek, amelyek tisztázása szükséges a feltett kérdés megválaszolására.

1. Milyen körülmény teszi jogossá a betegség-probléma felvetését? E tekintetben olyan érv is elhangzott, hogy *Semmelweis* tanításaival *Virchow* azt szegezte szembe: „*Semmelweis* paralitikus”. *Virchow* azonban már régen elhunyt és ma az egész világon nincsen egyetlen ember sem, aki *Semmelweis* tanával kapcsolatban „paralízis”-t emlegetne. Az a másik érv, mintha az elmebaj, különösen a szifiliszos jellegű, megalázó lenne és igyekeznünk kell ettől megszabadítani *Semmelweis* nagy emlékét — csak kevéssé művelt laikusok számára jöhet számításba. *Semmelweis* személyiségének és tanításának lényegét a betegség kérdése nem érinti.

2. *Semmelweis* betegségének jellegét a kortársak megfigyelése és véleménye alapján lehet valószínűsíteni. a) *Fleischer* megírja a bábaeskü-jelenetet a tanári karban. b) *Bókay*, *Wagner* és *Balassa* konzíliumra gyűltek össze, hidegvizkúrát terveztek. Idegállapota romlásával már csak a bécsi elmeegógyintézetre gondoltak. c) *Markusovszky* cikke megerősíti, hogy kizárólag az elmezavar tüneteit észlelték *Semmelweisen*. d) Felesége nyilatkozatában megismételte azokat a tüneteket, amelyek miatt tanártársai elmezavarodottságot állapítottak meg nála.

3. Néhány évvel ezelőtt állították fel azt a hipotézist, hogy maradi vagy tudatlan orvosok fogták rá *Semmelweisre* az elmebetegség vádját. Teljes betegségét kizárólag a kezén ejtett seb elmérgesedése következményének (sepsis) értékelték. Az

elmezavart sepsises delirium megnyilvánulásának tartották.

4. Az előbbi hipotézis értelmében tehát „sepsis okozta delirium” idézhette elő az elmezavarodás kórképét.

Regöly-Mérei szerint „az osteomyelitis legalább 6—8 héttel előtt keletkezett, tehát megelőzte az idegrendszeri kóros tünetek jelentkezését”. Ez annyit jelent, hogy a kézsérülésnek és a fertőzésnek június 13. és 27. között kellett megtörténni. Július 20-a vagy július 31-e, ez a két nap szerepel mint Bécsbe szállításának időpontja, a kórházi felvétel kelte július 31. Orvostársainak július 29-i dátummal kiállított bizonyítványa az utóbbi időpont mellett szól. *Nyírő* tankönyvi jellemzése szerint már régóta delirálnia kellett volna: „A bevezető szak rendszerint igen gyorsan múlik és a delirium eléri a csúcst”. A *Nyírő* által jelzett deliriumtünetek *Semmelweis* esetében nem jelentkeztek, vagy ha igen, az már csak az elmeegógyintézetben történt, amiről azonban tudomásunk nincsen.

Osteomyelitist követő sepsises deliriumról, amely láz nélkül folyik le, az irodalomban nem találunk nyomot. Osteomyelitis, sepszis és ezt követő delirium láz nélkül nincsen. A kifejlődő fertőzésnek már az elmezavar jeleit megelőzően heveny tünetekkel kellett volna jelentkeznie, amelyet a *Balassa*-színvonalú sebész és a *Bókai*-, *Wagner*-szintű kitűnő diagnoszták minden kétséget kizáróan 100 évvel ezelőtt is felismertek volna. Ilyen módon tehát nem áll rendelkezésünkre olyan adat, amely a sepsises delirium hipotesisét alátámaszthatná.

Végeredményben *Zoltán Imre* professzor legutóbb kifejtett nézetét tehetjük magunkévá: „Örvendetes, hogy a történetkutatók törekszenek a történeti igazság tárgyilagos megvilágítására, de örvendetes mindenekelőtt, hogy abban mindenki megegyezik, hogy *Semmelweis* emberi nagyságát és felfedezése jelentőségét nem érinti a kérdés, hogy élete utolsó éveiben szenvedett-e és milyen betegségben. A halála óta eltelt több mint 100 év orvostudományának eredményei, a bakteriológia kialakulásától az antibiotikumok megszületéséig, minden vonatkozásukban *Semmelweis* felfedezésének igazát bizonyítják, annak lényegéhez nem tetek semmit, de el sem vettek belőle”.



Tüdőgyógyászat

Tuberkulózis, corticosteroid terápia és légzés functio. Malik, S. K., Martin, C. J. (Inst. of Respiratory Physiology, Firland Sanat., Seattle, Washington): Amer. Rev. Resp. Dis. 1969, 100, 13—18.

Általános tapasztalat, hogy a tüdőgümőkór klinikai és radiológiai javulása gyorsabban következik be corticosteroiddal kiegészített kemoterápiás kezelés mellett: kezdeti súlygyarapodás, lelátalanodás és az infiltratum gyorsabb felszívódása észlelhető. Ezen előnyök azonban 6 havi kezelés után megszűnnek és a két csoport állapota kiegyenlítődik. A szöveti pusztulás befolyásolja a légzésfunctiót, csökkenti a légzőfelületet, a klinikai és rgt-javulással párhuzamosan javul a vital- és diffúziós kapacitás. A tbc-hez csatlakozó diffus obstructiv syndroma kialakulása függvénye a folyamat kiterjedésének. Ebből következik, hogy a korai kezelés megelőzheti a syndroma kialakulását.

E kérdések revíziója érdekében a szerzők 118 könnyebb és súlyosabb tüdőtbc-s beteget vizsgáltak, ebből 59 kombinált gátlószer + prednisonon, 59 csupán gátlószeres kezelést kapott. Az utóbbiak közül 1 beteg meghalt súlyos folyamata és bronchopneumonia miatt. A steroidokkal is kezelték közül 13 beteg kezelését abba kellett hagyni különböző okokból, így maradt 58 kontroll és 46 steroiddal is kezelt beteg.

A steroiddal kombináltan kezelték az első 8—12 héten lényeges súlygyarapodást értek el, ami a kontrollokon nem jelentkezett, de 24 hét után mind a két csoportban egyforma volt a gyarapodás aránya. A rgt-regressio is egyenlő volt a két csoportban 24 hét után, de a steroidos csoport betegein hamarabb vált láthatóvá. A köpet negatívvá válása is hamarabb következett be, de később ez is kiegyenlítődött.

A légzés functio tekintetében: a kezdeti eltérések egyformák voltak a két csoportban és 12 hónap múlva ellenőrizve sem mutattak eltérést. A rgt-regressiót egyik csoportban sem kísérte a diffúziós kapacitás fokozódása. A diffus obstructiv syndroma, a max. expiratio és a max. ventilatio értékei egyik csoportban sem javultak 12 hó után. A nyugalmi ventilatio, a terhelési tolerancia, a vérgáz-meghatározás sem mutatott különbséget.

Mindezekből adódik a következtetés, hogy a corticosteroidos kombinált kezelésnek nincsen előnye a kizárólagos kemoterápia felett.

Barát Irén dr.

Klinikai vizsgálatok a Rifampicin-monoterápiára vonatkozólag. Brouet, G. és mtsai. (Paris) Rev. Tuberc. 1969, 33, 27—42.

A rifampicin derivatumai közül a rifampicin — semisynthetikus anyag — 1965 óta alkalmazott gyógyszer a tüdőtuberkulózis kezelésében. In vitro az INH-hoz hasonló bactericid hatása van, állatkísérletekben in vivo szintén, és az INH + rifampicin kombinatio eddig nem tapasztalt jó eredményeket adott. — Emberen, olasz szerzők megállapítása szerint, hatása kétségtelenül hasonló az INH hatásához. Monoterápiában resistentia kialakulását észlelték.

A szerzők 30 esetben vizsgálták a monoterápia eredményeit. A vizsgálat 90 napon át tartott, ezután a klasszikus INH + STM kezeléssel egészítették ki. A napi dosis 900 mg volt (reggel éhgyomorral és du. 5 órakor 450—450 mg). Friss, kezeletlen, kivételesen recidivált betegeket is, vettek be a kísérletbe (utóbbiakat, ha még nem részesültek chemoterápiában). A sorozatos vizsgálat intézeti kezelésben történt, 4 nő- és 26 férfibeteg, 20 és 66 év közötti korú egyének. Az összes szokásos laboratóriumi vizsgálatok megtörténtek: máj, vese, haemopoetikus apparatus szempontjából.

A tolerancia kielégítő volta, a kezelést soha nem kellett megszakítani. Klinikai megfigyelések szerint 2—3 hét után megszűnt a köhögés, köpet és láz, az általános állapot lényegesen javult. Radiológiai változás 53%-ban igen jó, vagy jó eredményt mutatott. A 45. napig 24 beteg köpete negatívvá vált. Kezdetben resistentia nem volt kimutatható, de néhány esetben 40—60 vagy 90 nap után megjelent a resistentia. Vérszint vizsgálatokkal accumulatio nem volt észlelhető, de van egy acceleratiós tendentia, ami egyes esetekben talán ciklikus jellegű.

Összegezve az eredményeket: 6 esetben semmi, 3-ban közepes, 6-ban kismérvű, 15-ben jó vagy igen jó eredmény mutatkozott. A gyógyszer igen hatékonyan bizonyult, hasonlít a hatásossága az INH 1952-ben megállapított hatásához. Így a legjobb antituberkulotikumok közé sorolhatjuk.

Barát Irén dr.

A gümőkór modern kezelése. Unholz, K.: Münch. med. Wschr. 1970, 112, 1003.

A gümőkóros betegségek örvenletes csökkenése dacára, a gümőkór kiirtásától még nagyon messze vagyunk. Az NSZK-ban a gümőkór ma is a legelterjedtebb fertőző betegség. A tuberkulin-positiv esetek száma pl. Nyugat-Berlinben a következőképpen alakult:

	1950	1967
iskolai kezdők (6 év)	26,3%	4,4%
iskolát kijártak (14 év)	61,0%	7,3%
18—20 évesek	86,0%	14,0%

Ami a chemoterápiát illeti, jelenleg a következő 15 gyógyszer áll rendelkezésünkre, amelyek bevezetésének éve és hatása:

Streptomycin (SM), 1944, bactericid; Thiosemicarbason (TSC), 1946, tuberculostatikus; Paraaminosulfosalicylav (PAS), 1946, tuberculostatikus; Tetracyclin (TC), 1951, tuberculostatikus; Isoniacid (INH), 1952, bactericid; Pyrazinamid (PZA), 1952, tuberculostatikus; Cycloserin (CS), 1953, tuberculostatikus; Ethionamid (ETH), 1957, bactericid; Kanamycin (KM), 1957, bactericid; Thiocarlid (DATC), 1958, tuberculostatikus; Capromycin (CM), 1960, bactericid; Ethambutol (EMB), 1961, bactericid; Prothionamid (PTH), 1964/69, bactericid; Rifampicin (RMP) 1965/70, bactericid.

Az egyes gyógyszerekre vonatkozóan a következőket jegyezzük meg:

INH: Az INH felfedezése alkal-mával észlelt idegrendszeri tünetek ma rendkívül ritkák, valószínű, hogy a gyógyszer annak idején nem volt még annyira tiszta, mint ma. Az INH cancerogen hatásáról már bebizonyították, hogy az nem áll fenn.

Ethambutol: a 20—25 mg (kg testsúly-adag nagyon hatásos. Az egyetlen toxikus hatás a neuritis optica. Ez hasonlít az alkoholisták hasonló betegségéhez. A szemet 6 hetenként ellenőrizni kell. Hogy erre a szemgyulladásra az alkoholisták praedisponálva lennének, az nincs bebizonyítva. De az ethambutol kezelésben részesülő betegeket erre a lehetőségre figyelmeztetni kell.

Prothionamid: Az NSZK-ban nemrég vezették be, voltaképpen az ethionamid javított kiadása.

Rifampicin: Az INH után a legjobb gümőkórellenes gyógyszerünk. Nem toxikus, de miután az epén át választódik ki, májba-josoknak nem adjuk. Nagy adagban (10 mg/kg) terhes anyák magzatjára teratogen hatást fejthet ki, ezért terhesség alatt ennek a gyógyszernek az adása kerülendő.

Az antibacteriális hatékonyság attól függ, hogy a gyógyszer mennyi ideig tudja fenntartani a vértükör szintjét. A cél az, hogy ez a vértükör napi egyszeri gyógyszeradaggal elérhető legyen. Ez ma

már minden egyes szerrel lehetséges. A következő összeállítás mutatja, hogy a terápiásan hatásos strepszint időtartama a következő: Streptomycin: 6 óra, INH: 12 óra, Ethambutol: 10 óra, Rifampicin: több mint 8 óra.

Kezelési problémák: A szükséges kezelési idő tartamát illetően is változás állott be. Azelőtt a köpet konverziója, a caverna záródása és a gümős göcök fibrotikus, cirrhotikus átalakulása volt a kezelés abahagyásának az oka. Ma 24 hónapos optimális kezelést tartanak szükségesnek. Ebben az aránylag hosszú kezelési időben fontos a betegek együttműködése, hogy a gyógyszerint pontosan bevegék.

Kombinációs kezelés: A chemoterápia kezdetén monoterápiát írtak és akkor kiderült, hogy 3 havi INH kezelés után 15%-ban, 6 havi INH monoterápia után csaknem 100%-ban a tbc bacillusok resistensekké lettek. Ennek a gyors resistenciának az oka valószínűleg abban keresendő, hogy a primären resistens bacillusok megmaradnak, sőt elszaporodnak, az érzékenyek pedig elpusztulnak.

Ma a kezelést háromszoros gyógyszerrel kezdjük és legalább addig folytatjuk, amíg ki nem derül, hogy a tbc-s egyén bacillusai milyen gyógyszerre érzékenyek. Szerző beteganyagának 1968-ban történt átvizsgálása alkalmával kiderült, hogy az új megbetegedések 10%-a resistens kórokozókkal fertőződött, s ezek fele többszörös resistenciát mutatott.

Tudni kell azt is, hogy egyes gyógyszercsoportok olyan rokonok egymással, hogy azok kombinációja voltaképpen monoterápiát jelent, így van ez a különféle SM készítményekkel és így van a Thioamid készítményekkel is: Prothionamid, Ethionamid, Thiosemicarbazon, Thiocarlid készítmények egymással való kombinálása voltaképpen monoterápia.

A gyógyszerek alkalmazásakor nagy figyelemmel kell lenni azok esetleges toxikus hatására, így pl. rossz fülűeknek, idős embereknek streptomycint ne adjunk, mert amúgy is romlott hallásukat még jobban rontanók.

Azelőtt kedvelt bevezetési kezelés volt az SM + INH + PAS kezelés. Az utóbbi 2 évben a PAS-t világszerte az Ethambutol váltotta fel. A jövő standard kezelése INH + Rifampicin + Ethambutol lesz. Ezek ma a legkevésbé toxikus, per os bevehető gyógyszerek. Ma idült, nyílt tbc-s ember alatt azt értjük, aki 12 havi chemoterápia után még tbc bacillust ürít. Ezeknél újra meg kell vizsgálni, hogy mire resistensek és mire nem. Nagyon fontos, hogy az orvos tudja, hogy a beteg előzőleg milyen gyógyszert kapott.

Ma 4–8 hónapi intézeti kezelés szükséges. Ha a konverzió bekövetkezik, rátérhetünk a kettős gyógyszerelésre, 12 havi kezelés után jön

a biztosítási időszak, amikor már monoterápiát írhatunk egy éven át. Ezek már ambulánsan végezhetőek.

A kollapsuskezelésnek ma már nincsen indikációja (? Ref.). A resectiós kezelés maximum 5%. Ami a testi megerőltetést illeti, kettős terápiánál már könnyebb mozgás megengedhető, monoterápiánál már nagyobb mozgás is megengedhető.

Pleuritis tbc-nél 3-szoros gyógyszeres kezelést kezdünk. A bact. diagnosist természetesen biztosítani kell. A tartós eredmények kitűnőek.

A chemoprophylaxis az utóbbi időben egyre gyakoribb lesz. Elsősorban INH-t adunk 5 mg/kg adagban 6 hónapon át. Ezt alkalmazzuk pl. fertőző forrással való találkozásor, tuberkulin pozitívak védelmében, friss konvertoroknál, akiknél maradék göcöket fedeztek fel, terhes anyáknál, akik valamikor tbc-ssek voltak, a terhesség utolsó 3 hónapjában kezdjük a chemoprophylaxist.

Végezetül a tuberkulin próbák fontosságára hívja fel a figyelmet. A tuberkulin próbát kórházi felvételnél minden felnőttön ugyanúgy el kell végezni, mint a Wassermann próbát.

Görgényi-Göttche Oszkár dr.

Erythromycin, novobiocin, tetracyclin és novobiocin-tetracyclin kombináció összehasonlítása chronicus bronchitis purulens exacerbációjában. Pines, A. és mtsai. (Ware Park Hospital, Herts): Brit. J. Dis. Chest. 1969, 63, 206–214.

Lymecyclin (alacsony toxicitású tetracyclin származék), erythromycin, novobiocin és novobiocin-tetracyclin kombináció hatását hasonlították össze 194 chronicus bronchitisben szenvedő beteg purulens exacerbációjának a lefolyására, vak kísérletben. Vizsgálták az általános klinikai állapotot, a köpet mennyiségét és minőségét, a légzésfunkciós értékeket (áramlási csúcsérték), valamint a mellékhatásokat. Leghatásosabbnak a lymecyclin bizonyult. Kielégítő volt a novobiocin-tetracyclin kombináció hatása, de ennek hátránya a fehérvérsejtszám ellenőrzésének a szükségessége. Gyengébb hatású volt az erythromycin, ezért alkalmazása csak akkor jogosult, ha egyéb antibioticum hatástalan. A napi 2 g novobiocin önmagában nagyon toxicus, így alkalmazása nem ajánlatos (bőrtünetek, láz, hányinger, leukopenia az esetek felében jelentkezett).

Vadász Imre dr.

Primér tüdő nocardiosis generalizált esete. Kluge W., Schneider G. Schweizerische med. Wschr. 1969, 99, 1861–1867.

A köpetből gyakran sikerül nocardia asteroidest kitenyészteni

anélkül, hogy az egyének nocardiosisra lennének. A fertőzés leggyakrabban a légutakon vagy bőrsérülésen keresztül történik. A bőrfertőzés sokáig nem terjed és sipolyképződik. Végül támadhat nocardiosis az actinomycosis típusos helyén, a szájbán és az áll alatti részen. A szerzők egy 66 éves erdei munkás betegségét ismertetik, primér pulmonalis nocardiosist tételeznek fel, mert gyakori volt az expozíció lehetősége. A több hónapos gyengeség, köhögés, köpet ellenére hosszú ideig tüdeje röntgenvizsgálatokor kórosan nem találtak. Bizonyára először a hörgők betegedtek meg, és csak később terjedt a folyamat a tüdőre. Először a jobb csúcsban keletkezett elváltozás, melyet tuberkulózisnak, carcinomának vagy Pancoast tumorának gondoltak. Később az elváltozás ráterjedt a középső és alsó lebenyre. Tomografiával több, részben kerek árnyékot észleltek széteséssel, de tuberculos bacillust nem találtak, így kétségbe vonták a gümőkór lehetőségét. Utána a bal tüdő is megbetegedett. Megfájdult a kisujja, majd a térd, könyöke. A fájó ízületek eltályosodtak, egy részükből phlegmone keletkezett és spontán perforált. Egyik tályog punctatumban gombát találtak. Az utolsó héten agyi szövődménye támadt és igen leromlott állapotban meghalt, mielőtt a gombát identifikálták volna. Végül a sectiókor vett anyagból vér-agaron 6 nap alatt gomba nőtt ki, gyanús volt nocardia asteroidesre. A kultúrából egérnek adtak intraperitoneálisan. Négy hét múlva megtalálták a típusos mycetomát. Klinikailag gondolni kell gombára, ha szórás van széteséssel és a tbc bacillus nem mutatható ki. Röntgenológiaiilag a gyors lefolyás tereli gombára a gyanút. Egyszeri röntgenfelvétel azonban nem elegendő a nocardiosis, gümőkór vagy beolvadó tüdőlob eldifferenciálására. Biztos diagnózis egyedül a kórokozó kimutatása, de csak a klinikai képpel együtt értékelhető, mert nocardia előfordul a köpetben fakultatíve is. Gyógyszerül sulfonamidot javasolnak, de eleget és idejében kell adni. Ha egy beteg tuberculostaticumra és széles skálájú antibioticumra nem javul, de sulfonamidra eredmény mutatkozik, nocardiosisra kell gondolni.

Telegdi István dr.

Jóindulatú lefolyású alveolaris pulmonális proteinosis. A. Welsch: Deutsche Med. Wochenschrift 1969, 94, 2438–2440.

A szerző 24 éves férfi esetéről számol be, aki egy pajtában porexpozíciót élt át, utána néhány órával pleuropneumoniában betegedett meg. A röntgen-vizsgálat kiterjedt, nagyfoltú, konfluáló, részben tömörülő pneumoniát mutatott mindkét tüdőben. Bár a beteg láz-talan állapot mellett rövid idő alatt panaszmentes lett, a röntgen-kép

UREGYT

50 mg etacrinsav/tbl.

A thiamid csoport több tagját felülmúló
salureticum.

Hatását a proximális tubulusban és a Henle-kacs felhágó
szárában fejtí ki, a Na-transport gátlásával, azaz
a Na-ürítés fokozásával.



Javallatáról, adagolásáról, nem kívánt hatásáról és rendelhető-
ségéről a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésé-
re” című könyv ad bővebb tájékoztatást.



20 tablettá 15,20 Ft

E. GY. T. GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

BOLUS LAXANS

tabletta

Enyhe hashajtó és adsorbeáló bélfertőtlenítő. Előnye, hogy a székletet nem festi feketére, így ennek makroszkópos megítélését nem zavarja (melaena).

Tablettánként

400 mg	bolus alba
100 mg	sennae fol. pulv.
50 mg	sulf. praec.
20 mg	extr. rhei. sicc.

hatóanyagot tartalmaz.

Obstipatio, flatulentia, metoroismus, bélerjedés, intestinalis autointoxicatio esetén naponta 3-szor 1–3 tablettát, étkezés után, vagy esetenként 1–4 tablettát.

40 db	5,20 Ft
100 db	13,— Ft

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

E. GY. T. GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR,
BUDAPEST

még hetek múlva is változatlan maradt. Tüdőbiopsiás vizsgálatot végeztek, amely alveoláris proteínosis szövettani képének felelt meg.

A kóresetet úgy fogták fel, hogy az alveoláris proteínosisnál a porártalom reaktiv alveoláris secretiót indított meg, kóros fehérje termelés formájában.

Kevés esetben sikerül az alveoláris pulmonális proteínosis életben diagnosztizálni. Bár a klinikai tünetek, a jellegzetes röntgen-kép, mely hosszú ideig változatlan marad, sejtetik a diagnózist, de biztosan csak a szövettani lelet alapján állíthatjuk fel. A ma még rejtélyes betegségben, ha a tüdőfolyamat nem tisztázott, ha kis vagy nagyfoltú, összefolyó árnyékot észlelünk, melyek hosszú ideig változatlanok, és terápiásan nem, vagy csak alig befolyásolhatók, szükségesnek tartja a szerző a tüdőbiopsiás vizsgálat elvégzését a szövettani lelet fontossága miatt, mely döntő lehet.

Az irodalmi adatok szerint a pulmonális alveoláris proteínosis lethális csaknem 30%. A gyakran halálosan végződő betegségben jelentkező jónindulatú lefolyásúak és spontán remissziók is. Kérdés még, hogy egységes betegséggel állunk-e szemben? Egyes felfogás szerint az alveoláris secretio egy szokatlan, kóros reactio volna, mely különböző ártalmakra léphet fel. A porártalom és a gőzök jelentősen közrejátszhatnak. Az erős dohányzást is felvetik a létrehozó okok között. Azonban a pathogenesis még nem tisztázott kérdés.

A fehérje secretio oka ismeretlen, csak hipotézisek vannak. Így biztos terápia sincs rá. A szerzők heparin mellett corticosteroidokat és tetracyclint adtak. Eredményüket jónak tartják, mert a beteg két év múlva is egészséges.

Kiss Ilona dr.

Sebészet

Műteti öltözet és a baktériumok szétszóródása. Bergman Sven E. és mtsai: Acta Chir. Scand. 1970, 136, 35—38.

A hagyományos műteti öltözet kismértékben gátolja a bőrbaktériumok levegőbe jutását. A legtöbb baktérium a szokásos öltözet „pórusain” (a fonalak közti kis hézagokon) és különösen a nadrágszár alsó, nyitott részén át távozik. A baktériumok szétszóródásának megelőzésére ezért célszerű a nadrágszár nyílásának megfelelő elzárása. Erre alkalmas valamilyen szalag, kerékpár-nadrágcsíptető, vagy gumizsinór.

A szerzők Bernard és Mtsai, továbbá Blowers és McCluskey hasonló vizsgálataira támaszkodva feltételezték, hogy ha a hagyományos műteti öltözetet elhagyják és

a cipőre húzott vászoncsizma („cannister”) szárába bekötik a nadrág alsó részét is, akkor a baktériumok szóródása nagymértékben csökkenthető. Ezenkívül a speciális műteti cipő is fölöslegessé válik.

Ennek bizonyítására összehasonlító bakteriologiai vizsgálatokat hajtottak végre, mégpedig úgy, hogy először a szokásos műteti öltözetben és cipőben, azután a cipőt és a nadrág alsó részét az elmondott módon cannisterrel befedve dolgoztak. (A későbbiekben papírból, illetőleg műanyagból készült cannistereket használtak.) A női műtőcsoport (staff) esetén azok először a normális módon szoknyába öltöztek, azután az összehasonlító vizsgálatkor műteti nadrágot öltöttek magukra, cannisterrel.

A vizsgálatokat nagy gonddal és pontossággal végezték. Baktériumszámlálásra egyik sorozatban a szedimentációs módszert, a másik sorozatban réses mintavétőt használtak. Mindkét vizsgálati sorozat három részből állott. Összehasonlították a levegő baktériumtartalmát akkor, amikor I. szoknyát, illetőleg nadrágot, II. szoknyát, illetőleg nadrágot és cannistert, III. nadrágot, illetőleg nadrágot és cannistert viseltek. Egy-egy műtét 1—1 óráig tartott és ez alatt 7—7 vizsgálatot végeztek. Minden egyes vizsgálati adatot a szedimentációs módszer esetén 10—10 agarlemezen fejlődött telepszám átlaga, a réses mintavétő készülék használatakor pedig 8—8 lemezen fejlődött telepszám átlaga adta. A vizsgálatokat egymásutáni műtétek alatt, ugyanabban a műtőben végezték, a műteti rend szigorú betartásával.

Az eredmények nagyon figyelemre méltók. Ha a szokásos módon akár nadrágban, akár szoknyában dolgoztak (az együttes általában 2 férfiből és 6 nőből állott), a baktériumszámban lényeges különbség nem volt. Szedimentációs módszer: szoknya: 570, nadrág: 541, réses mintavétel: szoknya: 2047, nadrág: 1353 telepszám. (Ezek a számok az egyes műtétek alatt végzett vizsgálatok összes telepszámát jelzik.) A II. részben a szoknya, illetőleg nadrág és cannister viselet összehasonlítása már igen nagy különbséget mutat: szedimentációs: 693 és 282; illetőleg réses: 3186 és 1094 telepszám. A III. rész eredményei: nadrág, illetőleg nadrág és cannister viselesek: szedimentációs: 850 és 390, illetőleg réses mintavételkor: 4098 és 2360 telepszám. Ezek az eredmények tehát megközelítően 50%-os baktériumcsökkenést jelentenek, ami a műtét szempontjából elsődlegesen fontos.

Megjegyzik a szerzők, hogy a baktériumok térbeli eloszlása tekintetében is különbség van. Az altató orvos munka közben ül, ezért körülötte a légmozgás hiánya következtében kisebb a levegő baktériumtartalma. Ennek ellenkezője történik járkáláskor, ezért hangsúlyozzák a szerzők, hogy műtét alatt

a műtőben ki-bejárni nem szabad, és csak a legszükségesebb beszédre kell szorítkozni.

A kitenyészett baktériumok nagy része apatogén törzsekből állott (Staph. alb., Bacill. subtil.), de Staph. aureust is találtak, ezek azonban sem különleges fajtípusúak, sem rezisztensek nem voltak (80/81 fajtípust nem találtak). Ha a műtőcsoport tagjai közül valakinek a torka fertőződik és ezt penicillinnel kezelik, akkor — a szerzők megfigyelése szerint — megnövekszik a Gram-negatív baktériumok száma.

Vitéz István dr.

A sebészi mosakodás időtartamának jelentősége. P. Dineen (New York City, N. Y.): Surgery, Gynecology & Obstetrics 1969, 129, 1181—1184.

A sebészi mosakodás elvi alapját Semmelweis és Lister rakta le. A cél és a legfőbb követelmény a műtétekben résztvevők kezén jelenlevő baktériumok megsemmisítése, illetve csökkentése. A csírok eltávolítása „sebészi mosakodás”-sal történik. Az eredmények lemérésére két elfogadott eljárás: 1. a bőrről eltávolított baktériumok mérése valamilyen módon, 2. mosakodás után a kéz bőrén maradt baktériumok számának meghatározása.

A fő kérdés: jobb-e a 10 perces mosakodás az 5 percesnél?

A mosakodás technikájában otthonos sebészek és műtősnővéreken végeztek vizsgálatokat. Nyolc csoporton 50 vizsgálatot végeztek (ugyanaz a személy saját csoportjában többször is szerepelhetett). Folyóvízben szappan és detergens nélkül 1 percig mosták kezüket, majd meghatározott hatóanyaggal előírt ideig. Utána kesztyűben dolgoztak két óra hosszat.

A vizsgáltak Petri-csészébe kiöntött táptalajra helyezték ujjukat négy alkalommal: 1. a mosakodás előtt, 2. egy perces folyóvízzel történt mosakodás után, 3. a szabályos sebészi mosakodás végén, 4. két órában, gumikesztyűben végzett műtét után.

48 órás incubatio után nyolc mosakodási változatban vizsgálták az eredményeket. Éspedig mosakodás: 1. közönséges szappan és nylon kefe 5 percig, 2. közönséges szappan, nylon kefe 10 percig, 3. providonejód, nylon kefe 5 perc, 4. providonejód, nylon kefe 10 perc, 5. 3%-os hexachlorophen detergens, nylon kefe 5 perc, 6. 3%-os hexachlorophen detergens, nylon kefe 10 perc, 7. polyurethan-szivacs 3%-os hexachlorophen szappannal impregnálva 5 perc, 8. polyurethan-szivacs 3%-os hexachlorophen szappannal impregnálva 10 perc.

A bakteriologiai ellenőrzés során kitént, hogy a detergensekkel végzett mosakodás után nincs semmi különbség az 5 és 10 percig tartó mosakodás között. Oka nyilván az, hogy a detergens 5 perc alatt is képes kifejteni csíraölő képességét. Az

„in vitro” vizsgálatokból úgy tűnik, hogy tulajdonképpen egy perc is elegendő, azonban ennek gyakorlati alkalmazása nem lenne helyes. Hányagság lenne a következménye és tisztátlan bőrterületek maradnának a kézen.

Az alkohol használatát a szerző helyteleníti, mivel csak néhány másodpercig hatásos, mert hydrolysis következtében hatástalanná válik.

A mai csíraölő szerekkel szemben kezdetben támasztott aggály, hogy a szappan inaktiválná, elvesztette jelentőségét, hiszen a szappanok többsége ugyanazokat a csíraölő anyagokat tartalmazza. A jövőben valószínűleg a sebészi mosakodás még tovább fog egyszerűsödni. Megfelelő hatóanyag birtokában elegendő lesz ha a kezét néhány perces szokásos tisztasági kézmosás után rövid ideig nagyhatású physiochemiai oldatban megfürösztjük.

(Ref.: *A régi mosakodási eljárások, melyek során mechanikailag, szigorúan előírt 2 × 10 perces, szappannal, kefével végzett erélyes dörzsöléssel igyekeztek csirtalanítani a kezét, meddő fáradások voltak. Csak a kémiai desinfectio lehet igazán hatásos a kézen. A klasszikus „non infectio” elve azonban ma is teljes érvényű és a jövőben is az marad: a sebészkezet mindenképpen óvni, távol kell tartani a fertőzés lehetőségétől.*)

Badó Zoltán dr.

A vagotomia és gastroenterostomia késői anyagcsere következményei. Wheldon, E. J. és mtsai: *Lancet*, 1970, 1, 437—440.

A peptikus fekély miatt végzett gyomorresectiók utáni késői anyagcsereváltozások jól ismertek. Kevésbé mondható ez a drainage-műtéttel végzett vagotomiára, amelynek szélesebb körű alkalmazása kb. másfél évtizeddel ezelőtt kezdődött. A szerzők ezen szempontból végeztek felmérést 255 betegen, akiket 15—22 évvel korábban duodenalis fekély miatt vagotomia és GEA történt. A vizsgáltak közül 230 férfi, 25 nő volt, életkoruk a vizsgálat idején 37—80 év közötti.

A vizsgálat kiterjedt az anamnesisre, teljes fizikális vizsgálatra, súly- és testmagasság mérésre, mellkas rtg-re, haemoglobint, se. Ca, se. összfehérje meghatározásra. Ha a haemoglobin 11,7 g^o/_o (80^o/_o) alatt volt, kvalitatív vércép, serum vas, B₁₂-vitamin vizsgálatot, 10,2 g^o/_o (70^o/_o) alatti haemoglobint érték esetén pentagastrin gyomorsecretió vizsgálatot is végeztek. Ha a serum Ca 8,5 mg alatt volt, osteomalacia irányában végeztek vizsgálatot.

A testsúly eltérést standard súlylyal (nem, kor, magasság) történt összevetés alapján határozták meg, mivel a műtét előtti súly megállapítása a hosszú intervallum miatt nehézségbe ütközött. 16 beteg testsúlya 13, vagy több kg-mal volt kevesebb a standardnál. A diaetetikai

vizsgálatok azt mutatták, hogy ezen betegek a széükségesnél significanisan kevesebb, és nem megfelelő táplálékot fogyasztottak. Gyakori panaszuk étvágytalanság, epés hányás, dumping-tünet, gyomordysztensio, teltségérzet. A serum összfehérje azonban rendszerint nem csökkent, mert ennek változása csak a leromlás késői, súlyos stádiumában következik be.

A bélműködési zavarnak két formáját észlelték, az időszakos hasmenést („episodic diarrhoea”) és a műtét előttihez képest gyakoribb székletürítést („increased bowel frequency”). Időszakos hasmenése 48 betegnek (19^o/_o) volt, és ezek közül 19-en a gyakoribb székletürítés tünete is jelentkeztek. Műtét óta gyakoribb székletürítés 124 betegnek (49^o/_o) fordult elő, amelynek frekvenciája nem változott a műtét óta eltelt idővel. A súlyvesztés és időszakos hasmenés között nem látszott összefüggés, szemben a gyakori székletürítéssel, amely significans összefüggést mutatott.

A haemoglobin-értékeket két kontrollcsoport, azonos korú sérvműtött férfiak és cholecystektomizált nők értékeivel hasonlították össze. A férfiak közül 67, a nőknél 13 esetben nem érte el a haemoglobint-érték a kontrollcsoport alsó értékeinek szintjét. Előzetesen 31 férfit és 8 nőt már anaemiával kezeltek. Alacsony haemoglobin esetén a serum vas is alacsony volt, míg a serum B₁₂-vitamin-érték egy eset kivételével normális. A pentagastrin vizsgálat azt mutatta, hogy a vasszintézis károsodása csökkent gyomorsecretióval jár együtt. Az anaemia és bélműködészavar között nem volt összefüggés.

A serum Ca 10 esetben volt 8,5 mg^o/_o alatt, és 19 esetben az alkalisus phosphatase emelkedett, de osteomalaciára utaló elváltozást egy betegen sem találtak.

Tüdőtbc háromszor gyakrabban fordult elő ezen betegeken (7^o/_o), mint a helyi lakosság között (2,2^o/_o).

Összefoglalva megállapítják, hogy fogyás és anaemia vagotomia és GEA után is előfordul, bár később fejlődik ki, mint gyomorresectiót követően. Az a remény, hogy ezen szövődmény vagotomia és drainage-műtét után nem fordul elő, nem valósult meg. A fogyás és gastro-intestinalis tünetek (dumping, hányás, puffadás stb.) között szoros összefüggés van. Úgy látszik, hogy az anaemiák száma, amely a vizsgáltak között 43,5^o/_o-ban fordult elő, a műtét óta eltelt idővel emelkedik. Az anaemia vashiányos, és mivel minden anaemiás beteg hypochlorhydriás volt, ez feltehetően a csökkent vasszintézis következménye. Másik okozó tényezője lehet a fokozott gyomorürülés, bélműködés és a duodenum megkerülése. Hogy a drainage formájának szerepe lehet az anaemia kialakulásában mutatja *Wastell* vizsgálata, aki szerint pylorus plastica után kevésbé fordult elő, mint GEA után.

A tüdőtbc magasabb arányú előfordulása GEA után éppen úgy, mint resectio után a gyomorbetegnek rossz tápláltságának következménye.

E. Szabó László dr.

Szív-károsodás égésbetegségben. Joshi, V. V.: *JAMA* 1970, 211, 2130.

A súlyos égettek halálozási aránya csak igen keveset változott az utóbbi évtizedekben, a korszerű kezelés azonban meghosszabbította a túlélési időt. Ezért a hosszantartó, súlyos septikus állapot klinikai és kórbontani képének vizsgálata az utóbbi években lehetővé vált.

Szerző 18 közül 15 esetben talált a boncolás során szívnagyobbodást. Hét (7 évnél fiatalabb) 23—91 napig ápolt, súlyosan égett gyermek klinikai és boncolási adatait dolgozta fel. A klinikai lefolyás során 3 égettnek tartósan magasabb volt a vérnyomása. Mind a hétnél anaemia, átmeneti elektrolit-háztartási zavar lépett fel, és a fertőzött égési felszínről *Pseudomonas*, néhány esetben a vérből *staphylococcus aureus* volt kimutatható. A számított élettani értékhez képest 25—125^o/_o-kal súlyosabb szívet, petyhüdt myocardiumot, valamint 6 gyermekben suffusiókat ír le. Minden esetben a keringési elégtelenség, valamint az ehhez társuló pangásos tüdő és máj képét látta a boncoláskor. A szívizomzatban gyulladásos és degeneratív góccok váltakoztak interstitialis oedemával, hyalinos elváltozással, több esetben zsíros degenerációval. A szívizomrostok mérsékelten hypertrophizáltak. A boncolási adatok alapján vezető halálókként a feldolgozott esetek mindegyikében dekompenzáció szerepelt.

A leírt keringési elégtelenség lehető okai közül a mechanikus tényezők a klinikai megfigyelés adatainak alapján kizárhatók. Szerepe lehetett a fertőzésnek és láznak, az anaemiának, a fehérje- és elektrolit-háztartási zavarnak, a fokozott percvolumennek, valamint a szívizomzatban talált gyulladásos és degeneratív góccoknak.

Szerzők a kérdés tisztázására további vizsgálatokat, elsősorban precíz haemodinamikai megfigyeléseket javasolnak. *Novák János dr.*

Traumatologia

Légzési elégtelenség háborús sérülésekben. I. A tüdő pathológiás elváltozásai sebesülteken. Martin, A. M. és mtsai. *Ann. Surg.* 1969, 170, 30—38.

A vietnami sebesülteket kezelő orvosoknak feltűnt, milyen gyakori és milyen súlyos a sérültek légzési elégtelensége (wet lung syndrome) olyan esetekben is, amikor tüdőszérelés nem állt fenn. A szerzők ezért olyan sebesülteknek a tüdejét vizsgálták, akiket a sérülés után

shocktalanítottak, de végül elvesztettek. 1966. VII. — 1968. I. közötti 80 esetet néztek át, ezekből 100 olyan esetet elemeztek, amelyekben a boncolási és szövettani lelet ezt lehetővé tette.

Átlagkoruk 24,5 év. 74 nagyobb műtét történt, a test különböző részein 275 sérülés (114 törés) állott fenn. Az átlagos túlélés 6,5 nap, de az egyharmad egy napon belül halt meg. A tüdők átlagsúlya 1783 g volt, a kétharmadé 1000—2000 g között, közel egyharmad 2000 g-on felül (egyhúszadé volt 1000 g alatt). A tüdők súlya nem függött össze a túlélés tartamával. Boncolásnál a légzőszervi elváltozások domináltak, akár volt tüdőszérülés, akár nem. 89 esetben volt tüdőoedema. Az oedema, congestio, haemorrhagia a túlélés tartamával csökkent. Később pneumonia, pleura-exsudatum, tüdő hyalinmembrán fordult elő. Zsírembóliát csak 4 esetben (végtagtörések) találtak a tüdőben. 7 esetben más szervekben észleltek zsírembóliát, de nem végeztek minden esetben vizsgálatot zsírembóliára.

A vietnami háborúban a hypovolaemiás shock tartamát lerövidítette, hogy a vérpótlás minden szakaszon hamar rendelkezésre áll, a veseelégtelenség következtében létrejött exitusok aránya csökkent. Nem változott azonban a súlyos tüdőelváltozások aránya.

Kazár György dr.

Légzési elégtelenség háborús sérülésekben. II. Tüdővízenyő fejsérülés után. Simmons, R. L. és mtsai. Ann. Surg. 1969, 170, 39—44.

A szerzők 56 olyan fejsérülésben meghalt boncolási leletét vizsgálták, akiknek csak tüdőszövődményük volt (az előző közlemény 21 esete is feldolgozásra került). Az esetek a vietnami háború 1965—67 évi anyagából származnak.

Átlagkoruk 23,5 év. Az elsődleges halálok a fejsérülés volt. Az elhaltak közül csupán 2-nek volt 800 g-nál könnyebb tüdeje, 5-é viszont 2000 g felett volt. Az oedema, congestio, haemorrhagia a perccen belül bekövetkezett halál esetén is megvolt. Egy esetben viszont a lövedék a koponya és mellkas súlyos károsításán kívül a C₆ magasságában sértette a gerincvelőt. A bal tüdő alsó lebenye is perforálva volt, ennek ellenére a tüdőben nem volt más kóros elváltozás, súlya normális volt.

A tüdőoedema, ha nem is oka, de kísérő jelensége fiatalok halálos fejsérülésének. Ezt a közlekedési balesetek is igazolják. A fejsérülést eseteikben is rövid idő alatt követte tüdővízenyő. Ezek alapján véleményük szerint polytraumában kifejlődő tüdőoedema esetén fejsérülésre is kell gondolni, fejsérülés esetén pedig a kifejlődő tüdővízenyő alapján intracranialis szövődmény gyanúja merül fel.

Az összefüggés állatkísérleti és elméleti elemzése után a szerzők rámutatnak, hogy a tüdővízenyő az irodalmi közlések szerint adrenerg gátlók és chordotomia segítségével, esetleg stellektomiával előzhető meg.

Kazár György dr.

Harmincnyolc traumás lépruptura 1948—1968 között. Schumann, U. Zbl. Chir. 1970, 95, 437—445.

A szerző anyagában a fedett lépruptura az operált tompa hasi sérülések 28%-át tette ki, a vesesérülés után a leggyakoribb hasi sérülés volt. Az esetek fele járt egyéb sérüléssel. 22 volt közlekedési baleset következménye, 6 üzemi, 8 sport- vagy játékbaleset. A sérültek kora 5—71 év között volt.

6 ízben volt thoracoabdominalis sérülés, 14 lépruptura szövődött töréssel. A hasüregi sérülések közül májsérülés (6 eset) volt leggyakoribb. 30 sérült került azonnal a klinikára, 24 órán túl 6 sérült. 21 sérült volt shockban, közülük 10-nek csak lépsérülése volt. A sérültek 3/4-e 30 éven aluli.

9 ízben jelentkezett késői vérzés, 5 alkalommal kétszakaszos volt a ruptura. Ezek egyikében a mellék-sérülések miatt nem ismerték fel a léprupturát, a bal mellkasfél fájdalmat infarctusnak vélték, s a beteg meghalt. Ezt az esetet részletesen ismerteti. Még két további szövődményes esetet vesztek el.

Kazár György dr.

Arteriographia mint kiegészítő vizsgálat a lépsérülés kórismézésében. Polin, S. G., W. D. Walkett, O. L. Saylor. Surgery, 1970, 67, 313—318.

A kórismézetlen és emiatt kezeletlen lépsérülésnek magas a halálozása. Tompa hasi sérülésnél a lép sérül leggyakrabban. Bizonytalan esetben a sérültet sokáig észlelik, esetleg exploratív laparotomiát végeznek. Ezért jelentős a lépsérülés megbízható kimutatása.

A szerzők 17 kutyán végeztek az arteria lienalis kipreparálásával arteriographiát. Ezután a lépen különböző típusú sérüléseket ejtettek, részben subperitonealisan, részben a tok sértésével, esetenként többszörös sérülést is. A sérülés utáni arteriographia valamennyi esetben eltért a sérülés előttiétől.

A klinikumban csak néhány közlemény jelent meg, amely lépsérülésben ismerteti arteriographia eredményét, alig foglalkoznak a téves negatív arteriogram kérdéssel. A kísérletben még a kis sebek, haematomák is eltérést mutattak, hamis negatív eset nem fordult elő. Leggyakoribb a kontrasztanyag tömörülése a haematomában és a kontrasztanyag kiszivárgása. Telődési hiány — melyet a klinikumban leírtak — a haematoma későbbi szakaszában fordul elő.

A szerzők szerint az állatkísérlet alapján a lép angiographiája igen megbízható eljárás a lépsérülés kórismézésére.

Kazár György dr.

Penetráló májsérülések Vietnamban. Pilcher, D. B. Ann. Surg. 1969, 170, 793—800.

A vietnami háború hasi sérülései több szempontból eltérnek a békeidők sérüléseitől. Egyrészt túlnyomó többségben fiatal, egészséges férfiak sérülnek, gyakoriak a test egyéb részein a kísérő sérülések. Másrészt a sérültek a gyors légi szállítás következtében egy órán belül elérik a kórházat. A II. világháborúban még 6 óra telt el általában a kórházba érkezésig, 27% volt a májsérültek halálozási aránya. A koreai háborúban ez 14%-ra csökkent. A vietnami háború 7¹/₂ hónapja alatt az egyik kórházban a 67 májsérült 12% a halt meg, de a 44 amerikai katona halálzása csak 4,5%-os (a vietnamiak általában késéssel kerültek ellátásra).

Hypovolaemia esetén két helyen adtak intravenásan folyadékot, extrém esetben vena subclavia katéteren is. A kivérzett betegek szív-megállásának megelőzése szempontjából az első néhány perc volt kritikus. A sérültek melegített véren kívül Ringer-oldatot és gyakran natrium bicarbonat oldatot kaptak. Az életet veszélyeztető kísérő sérülések vizsgálata és ellátása a műtét előtt megtörtént.

A 67 sérülés közül 32 szilánkos, 31 lövéses, 1 szúrt, 3 nem minősített. A normovolaemiát csak kivételesen nem sikerült műtét előtt elérni. Gyakran egyidejűleg más team foglalkozott a végtagsérülés ellátásával. Csupán 4 esetben haladt meg a kórházba érkezés és a műtét megkezdése közti idő a 2 órát (átlag 78 perc). 14 esetben elegendő volt a drainage, 40 alkalommal débridement után suturát végeztek. 12 májresectio történt, közülük 4 lobektomia. 8 sérültet vesztek el (egyét még a műtét megkezdése előtt). 32 amerikai katona sérült állapotát tudták tovább figyelemmel kísérni, közülük 4 maradt katona. A sérültek átlagosan 8,3 napig maradtak a kórházban. A 32 közül 17-nek volt szövődménye, de ezek már jórészt a kiürítés után jelentkeztek, elsősorban fertőzőes szövődmények.

Kazár György dr.

A hasnyálmirigy friss traumás elváltozásai. Clot, Ph., J. Poilleux J. Chir. (Paris): 1970, 99, 145—156.

A Cochín kórházban az utóbbi években 8 hasnyálmirigysérülést láttak el, közülük 6-ot már másodlagosan, kialakult szövődmény miatt. A sérülések leggyakoribb oka közlekedési baleset (3), de előfordult sport (2), ipari (2) és házi baleset is.

Állatkísérletben a sérülés után kb. 24 órára szűnik meg a mirigy secretiója. A sérülés leggyakoribb helye az isthmus, amely a sértő agens és a gerinc közé szorult.

A szerzők megkülönböztetik az egyszerű contusiót, a szakadásokat a fővezeték sérülése nélkül, illetve sérülésével, végül a környezet (nyombél, erek, epeutak) sérülésével is járó súlyos roncsolásokat.

Műtéti feltárásnál is előfordul, hogy az egyéb sérülések mellett a pancreas sérülését elnézik, mert nem tárják fel. Klinikailag a kezdeti shock után az állapot néhány órás átmeneti javulása jellemző. Bár tudomásuk szerint nem kerül alkalmazásra, felvetik a kórisme tisztázására az arteriographia elvégzését. Értékesnek tartják a haspunctiót is — az enzimek a mosó folyadékban kimutathatók.

A szövödmények átlagosan egy hónap után igényeltek beavatkozást. Leggyakrabban áltömlő volt a műtét oka, többé-kevésbé kiterjedt pancreas-nekrosissal. Egy esetben periarterialis és izomnekrosis, bórallati vérzések súlyosbították a képet (ezt a beteget elvesztették). Egy ízben csak a duodenum és pancreas décollementját találták, a fejben pancreatitis-es góccokkal.

Két ízben avatkoztak be friss sérüléseknél: az egyik esetben a fej ép volt, a farki részt resecálták, a másik esetben a roncsolt fejet távolították el, a caudalis felet a gyomorral anastomizálták. Mindkét sérült meggyógyult.

A szerzők szerint a hasnyálmirigy sérülése sebészi ellátást igényel, fontosnak tartják hasi sérülés esetén e tájék megfelelő explorációját, mert segítségével, időben beavatkozva a szövödmények megelőzhetőek.

Kazár György dr.

Pancreatico-duodenektomia a pancreasfej és kísérő képletek súlyos sérülése esetén. 3 eset. Foley, W. J., R. D. Gaines, W. J. Fry. Ann. Surg. 1969, 170, 759—765.

A nagysebességű közlekedési eszközök balesete következtében gyakoribbá vált a pancreas és duodenum sérülése. A has felső része a kormánykerék és a gerinc között szenved compressiót, különösen ha a vezető ittas és a hasizom védekező reflexe nem alakul ki időben.

Ha ilyen sérülés a retroperitonealis nyombélre és a hasnyálmirigyre lokalizálódik, a kezdeti tünetek nem jellemzőek, gyakran kérik a kórisme, aminek szövödmények (pseudocysta, fistula, tályog, késői vérzés, pancreatitis) a következményei, s a mortalitás is magas. Ezért felmerül ilyen sérülésekben az exploratív igénye. A szerzők 3 esetet ismertettek, amikor ittas autövetetőkön a pancreasfej jelentős része elpusztult, s a gyomor, duodenum, vagy az epe- és hasnyálmirigyvezeték sérülése is fennállott. Pancreato-duodenektomia után a betegek meggyógyultak,

pancreas működési elégtelenség jelét 2 hó—2 év után sem észlelték. Eseteik alapján a szerzők a műtétet indokoltnak tartják: 1. ha a pancreasfej jelentős része elpusztult és a ductus elszakadt, 2. ha a pancreas vérzése varrattal biztosan nem szüntethető meg, 3. a pancreas és duodenum kombinált sérülése esetén.

Friss sérülésnél, fiatal sérülteken a műtét technikailag is sokkal egyszerűbb és kockázata is lényegesen kisebb, mint pancreasfej carcinoma esetén.

Kazár György dr.

Halasztott nephrektomia sérülés után. Guerrier, K. és mtsai J. Trauma. 1969, 9, 465—478.

A vesesérülések kezelésében az azonnali beavatkozásnak és a folyamatos észlelésnek egyaránt vannak hívei. A vesesérülés jelentőségét gyakran alábecsülik a sürgős ellátást igénylő egyéb sérülések miatt. A szerzők felhívják a figyelmet néhány újabb vizsgálóeljárásra, melyek sok segítséget nyújthatnak a vesesérülés kiterjedésének megállapításában olyan esetekben, amikor a szokásos vizsgálóeljárások nem mutatnak ki elváltozást. A retrograd urographiát a medence, vagy az alsó végtagok súlyos sérülése akadályozhatja meg. A javasolt eljárások a selectiv arteriographia, az infúziós urographia, a vese scintigraphia, a nephrotomographia.

A szerzők eseteket ismertettek, amikor e vizsgálóeljárások eredménye alapján napok, sőt hetek múlva végezték el a nephrektomiát.

Kazár György dr.

Késői eredmények ulnafejecsectio után. Beck, E., I. Engler. Monatschr. Unfallheilk. 1969, 72, 432—435.

E műtét javallatát akkor állítják fel megrövidült radius esetén, ha a hosszú ulna a csuklóban már arthrosist okozott rotációs korlátozottsággal. Ilyenkor ugyanis az ulna osteotomiája már eredménytelen.

Elsősorban típusos radiustörés rossz helyzetű consolidatiója után jön szóba. A distalis radio-ulnaris ízület ankylosisa, Madelung deformitás és az ulna distalis ficama jelentik a műtét további javallatát.

A Bécsi Baleseti Kórházban 20 év alatt 23 ilyen műtétet végeztek, közülük a műtét után 1/2—20 évvel húsz esetet ellenőriztek.

A műtét legjelentősebb eredménye, hogy a pro-supinatio javul és fájdalomtalaná válik, a kéztő deformitása (radialis dislocatio) pedig megszűnik.

A beavatkozás egyszerű, az eredmények általában jók. Ezért az említett indikációk esetén ajánlható műtét.

Kazár György dr.

A tibiafejtörések kezelése. Strel, R. (AUK, Linz, Ausztria): Monatschrift für Unfallheilkunde 1970, 73, 127—146.

A szerző szerint a tibiafejtörések kezelésének az a célja, hogy a törésgyógyulás stabil térd, egyenes végtag és a lehető legjobb térd-funkció mellett következzen be. Ily módon a későbbi subjektív panaszok és az arthrosis fellépése is megelőzhető. Ez a törekvés a súlyos impressziós törések kivételével az esetek jelentős részében konzervatív kezeléssel megvalósítható. A konzervatív kezelési eszközei: extensio, manualis repositio, kompresszió sarokpréssel. Egyes műtéti eljárások alkalmazásával a reponált törtdarabok csak elegendő külső rögzítéssel tarthatók helyben. Más modern műtéti eljárások bevezetésével viszont olyan fokú stabilitás érhető el, melynek birtokában már az osteosynthesis elvégzését követő napon aktív mozgásgyakorlatok végezhetőek anélkül, hogy a törtvégék másodlagos elmozdulásának veszélye fennállna. Az osteosynthesis feltételei azonban csak ép bőrvízonyok mellett vannak megadva. Az osteosynthesis alábbi kockázataival mindig számolni kell: 1. A fertőzés veszélye. 2. A metallikus vagy alloplastikus idegen anyag által okozott keringési zavarok veszélye. 3. A hosszú, nagy beavatkozás kockázata.

Az utóbbi években a linzi baleseti kórházban a legtöbb törésnél eredményesen alkalmazzák az AO spongiosa csavarral történő percutan csavarozást. Ez a módszer nemcsak a lehasító, depressziós és egyes impressziós töréseknél alkalmazható, hanem a hátsó lenyíró töréseknél is. Rossz bőrvízonyok esetén, ha a kiemelt darabok aládúcolása válik szükségessé, percutan végzik a műtétet transplantaációs kanül segítségével. Véres repositiót súlyos töréseknél végeznek, ha jó a bőr állapota, lehetőleg az első 6—12 órában, vértelenítésben. A kiemelt darabok aládúcolását autolog vagy homolog konzerv spongiosa-csonttal végzik.

Salamon Antal dr.

A tibiafej és subcondylar törések műtéti kezelése. Schauwecker, F., Weller, S. (Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen, NSZK.). Monatschrift für Unfallheilkunde 1970, 73, 114—126.

A szerzők szerint a tibiafejtörés esetén az osteosynthesis célja a tibia plateauanak a megfelelő ízületi tengelyben való helyreállítása, s ezáltal a legjobb funkció elérése. Ez a törekvés azonban nem jelenthet abszolút műtéti indikációt, főleg akkor, ha a konzervatív kezelés is sikerrel kecsegtet. Mérlegelni kell azt, hogy adott esetben melyik módszerrel érhető el a legjobb functionális eredmény. Az ún. rom-

törésnél például idős egyéneknek a legjobb lemondani a tibiafejtörés anatómiai helyzetben való rekonstrukciójáról. A műtéti indikáció nem állítható tehát fel sematikusan a röntgenkép alapján. Egy elégtelenül operált ízület sokkal több panaszt okozhat, mint a konzervatíván kezelt.

A tibiafejtöréseknek a műtéti kezelés szempontjából az alábbi sajátos vonásai vannak: 1. Csaknem mindig ízületi törés lépcsővel, depresszióval vagy impresszióval, melyeket tökéletesen meg kell szüntetni. 2. A speciális formájú tibiafejtörés speciális feladat elé állítja az operatort. 3. A puha spongiosa könnyen komprimálódik, deprimálódik, s így repositiós nehézségek lépnek fel. 4. Kevés a fedő lágyrész, nagy a necrosisveszély.

Az alábbi töréstípusokat különböztetik meg: 1. Unicondylaris, 2. Bicondylaris, 3. Depressziós, 4. Subcondylaris törések, 5. Az 1—4 töréstípusok kombinációja, 6. Romtörés. Különös súlyt helyeznek a jó röntgenteknikára. A töréstípusok sokasága miatt nem alakultak ki egységes műtéti eljárások. Tapasztalataik szerint bicondylaris töréseknél elsősorban az ízületi és terhelési tengely tökéletes helyreállítása a döntő. A legtöbb nehézséget a depressziós és impressziós törések okozzák. A kiemelés és helyreállítás aránylag könnyebb, sokkal nehezebb feladat a tört darabok helybentartása és rögzítése. Az imprimált, majd kiemelt darabot túlkorrigált helyzetben kell aládúcolni és rögzíteni, a transzplantált autolog vagy konzerv spongiosa csont várható részleges resorbtíója miatt. A műtét után 1—2 napig gipszsinen rögzítenek, s már a 3. napon megkezdik az aktív mozgásgyakorlatok végzését, 2 hét után 4 heti időtartamra gipsztokot helyeznek fel, majd újabb mozgásgyakorlatokat végeztenek. A megterhelést 8—10 hét után engedik meg.

Salamon Antal dr.

A térdízületi kereszt és oldalszalagok plasztikai helyreállító műtéteinek eredményei. I. rész: A keresztiszalagok sérülései. Pietsch, P., Richter, E., Brückner, H. (Traumatologische Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Rostock, NDK.): Monatschrift für Unfallheilkunde 1969, 72, 141—154.

A szerzők minden térdízületi sérülést primaeren konzervatív láttnak el. 1 hétig Volkmanntól sínre rögzítenek, majd 6—12 hétig gipsztokot alkalmaznak. Tapasztalataik szerint a konzervatív kezelés a térdszalagsérülések jelentős részében eredményes. Ha azonban az intenzív utókezelés ellenére is atrophiasá válik a combizomzat, vagy a célszerűtlen kezelés miatt instabil térdízület alakul ki, a sérült kereszt- vagy oldalszalag

plasztikai pótlása válik szükségesé.

A keresztiszalagok plasztikai pótlására számos eljárás ismeretes, így a szabad vagy nyelés fascialebeny, dermalebeny, a pes anserinusból leválasztott in, nyelés meniscus transzplantatum alkalmazása, stb. E műtétek azonban véleményük szerint komplikáltak, s az eredmények nem mindig jók.

Kezdetben Augustine módszerét alkalmazták, melynek lényege az, hogy a lig. patellaeből proximálisan lebonyozott csíkot hasítanak ki, melyet a tibia condyluson fűrt csatornában áthúznak, s a végét csavarral rögzítik. 15 esetben végezték ezt a műtétet, több esetben azonban korai komplikációk léptek fel, s gyakran laza lett a transzplantált szalag. Ezért 1964 óta Brückner szerint végzik a műtétet. A lig. patellae medialis széléből kiképzett s végén kis csontlemezzel bíró szalagot vezetnek át a tibia és femur megfelelő condylusain fűrt csatornában, majd végét rögzítik. 35 sérültet operáltak ezzel a módszerrel. Valamennyinél az elülső keresztiszalag pótlása történt. Eredményeik kiértékelése: igen jó: 23, jó: 9, kielégítő: 3, rossz: — esetben. Módszerük előnye, hogy technikailag könnyű, a transzplantatum terhebíró, a végén levő csontlemezzel gyors gyógyulást eredményez. A műtét felső korhatára véleményük szerint 40—50 év.

Salamon Antal dr.

A térdízületi kereszt- és oldalszalagok plasztikai helyreállító műtéteinek eredményei. II. rész: Az oldalszalagok sérülései. Pietsch, P., Richter, E., Brückner, H. (Traumatologische Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Rostock, NDK.) Monatschrift für Unfallheilkunde 1969, 72, 181—197.

A belső oldalszalag sérüléseinek alábbi stádiumai különböztetendők meg: 1., 2. Vongálás és megnyúlás (konzervatív kezelendő), 3. Szakadás, 4. Oldalszalag + keresztiszalag szakadás. Műtéti beavatkozás szükségessége az utóbbi 2 stádiumban jön szóba. A belső oldalszalag, a belső meniscus és az elülső keresztiszalag egy functionális egységet képez, s gyakran fordul elő ezen képletek kombinált sérülése. A kötegszerűen kiképzett külső oldalszalag sokkal ritkábban sérül. A belső oldalszalag plasztikai pótlásának számos módszere ismert, többek közt in, fasciacsik, cutislebeny vagy periosteum lebeny eltolódása vagy átültetése. Ezen műtéti eljárások azonban nem mindig eredményesek.

A szerzők Brückner módszere szerint végzik a belső oldalszalag pótlását. E módszer lényege, hogy oly módon hasítanak ki a lig. patellaeből egy csíkot, hogy a proximális és distális végén kis ék alakban kiképzett csontot hagynak

meg, melyeket a patellából ill. tuberositas tibiaeiből vésnek ki. Eből a csontos — szalagok egységéből képezik ki a belső oldalszalagot. A beteg a műtét után 5—6 hétig visel gipsztokot. A külső oldalszalag hasonló elvek szerint pótolható.

1962 óta 43 sérültél 45 plasztikai műtétet végeztek, 6 esetben részleges plasztikát, 39 esetben totalplasztikát. A részplasztikák során a szalagtapadás magasabbra varrása vagy fasciával való erősítés történt. A totalplasztikák alkalmával a belső oldalszalag említett plasztikai pótlása mellett 23 esetben egyéb szalagsérüléseket is elláttak. A csak oldalszalag-pótoló eseteknél elért eredmények: igen jó: 9, jó: 6, rossz: 1 esetben. A kombinált szalagsérüléseknél nyert eredmények valamivel rosszabbak voltak. A késői eredményt illetően döntő fontosságú a műtét idején fennálló ízületi károsodás foka. A külső oldalszalag plasztikai pótlásának eredményei: igen jó: 5, jó: 4, kielégítő: 1 esetben.

Brückner kereszt- és oldalszalag totalplasztikai módszerének más eljárásokkal szemben a szerzők véleménye szerint az alábbi előnyei vannak: 1. Jó megterhelést biztosító transzplantatum alakítanak ki anélkül, hogy az ízületre ható izmok működése zavart szenvedne. 2. Az anatómiai helyzetbe átültetett új kereszt- vagy oldalszalag biztosítja a funkció helyreállítását. 3. Az alkalmazott csontékek, lamellák biztosítják a transzplantatum gyors beépülését. 4. Mindkét eljárás más módszerekkel összehasonlítva könnyű.

Salamon Antal dr.

Medencetöréssel társult urológiai sérülések. Morehouse, D. D., K. J. Mc Kinnon: J. Trauma, 1969, 9, 479—496.

Urológiai sérülések a medencetörések 10%-ában fordulnak elő. A hólyagsérülések kezelésében alig van nézeteltérés, de az urethrasérülések és szövődeményeik ellátásmódjában különböznek a vélemények.

A hólyagrupturák $\frac{1}{5}$ -ét képező intraperitonealis sérülések hosszú ideig vezetők autókaramboljában gyakoriak. A csontos medence sérülése általában extraperitonealis hólyagsérüléssel jár, a sérülések nagy többsége a nyak közelében anterolaterálisan következik be. Intra- és extraperitonealis hólyagsérülés általában háborús, áthatoló trauma következménye.

A kórismét általában retrograd cystographia állapítja meg, ha az iv. urogramm nem eredményes. A műtét igen sürgős, a shockellenes kezelést követi. Ellátás után fontos a hólyag drainage-a.

Az urethrasérülések az os pubis és a symphysis sérülésével járnak együtt. Általában komplett sérülések, a hólyag és a prostata leszakad, a lig. puboprostaticum elszakad, a vérömleny a hólyagot fel-

felé tolja. A húgycsőnyílásból vér ürül, az os pubis törése rectalisan tapintható, a prostata magasan helyezkedik el. Retrograd urethrogramm erősíti meg a kórismét. A szerzők ilyen esetben a katéterezést ellenjavallják, mert a részleges sérülést teljessé teheti és fertőzés veszélyével jár, fokozhatja a vérzést és ezáltal a késői hegeseést.

Eljárásuk eltér a szokásostól (drainage, suprapubicus cystostomia és Foley urethra-katéter, vagy primaer perineális anastomosis), melynek eredményét nem tartják kielégítőnek (strictura, incontinentia, impotentia gyakorisága).

Johansen szerint a sérüléskor csak suprapubicus cystostomiát végeznek. Az urethra folytonosságát 3—4 hónap után állítják helyre. Ez alatt az idő alatt a hólyag és a prostata visszakerül eredeti helyére, s így az egymáshoz közel fekvő urethra-végek plasztikájá könnyebben végezhető el. 6 esetben végezték így a műtétet, 1—3 éves eredményeik klinikailag és röntgenológiaiilag ép viszonyokat mutatnak. 10 esetben a szokásos kezelés szövődésményei miatt operáltak. A 7 incontinentia közül 4 már visszanyerte continentiáját, a 6 impotens közül 4 nyerte vissza erectioképességét.

N. Worth hozzászólásában kiemeli, hogy medencetörés esetén hólyagsérülés hiányában is célszerű retrograd cystographiát végezni, mert kimutatja a retroperitonealis haematoma helyét és a polytraumatizált vérzésének forrását.

Kazár György dr.

Orvostörténelem

Richard Bright és a Balaton. Boksay, G. Med. Hist. 1970, 14. 106.

A Wellcome Orvostörténeti Intézet kiadásában negyedévenként megjelenő, Brit Orvostörténeti Társaság folyóiratában a szerző rövid cikkben ismerteti Richard Bright munkásságát és utazásait. Ir Bright 1815-ben Magyarországon, a Balaton környékén tett utazásáról, a Balaton környékén tett utazásáról, amelynek során Keszthelyen Fesztets György vendége volt. Megemlíti, hogy Keszthelyen a Helikon Könyvtárban található Richard Bright: *Travels from Vienna through Lower Hungary* című 1818-ban Edinburghban kiadott könyve a szerző dedicatóriájával. Ebben Bright pontos leírást ad a Balaton természetrajzáról, amely napjainkban is érdekes olvasmány. A szerző 2 képet közöl Bright könyvéből: A Balaton látképe Keszthelynél és a Georgicon hallgatóinak tánca Richard Bright tiszteletére. Említi Bright 1821-ben megjelent értekezését Szigliget és Badacsony geológiájáról. Beszámol arról, hogy Keszthelyen a Fesztetskastély falán a Városi Tanács 1962-ben emléktáblát helyezett el Richard Bright tiszteletére. A Veszprém megyei Idegenforgalmi

Hivatal és a Kulturális Kapcsolatok Intézete hasonló emléktáblát ajánlott fel a londoni Guy's Hospital falán történő elhelyezésre. A hálás magyarok így fejezik ki a kiváló tudós iránti tiszteletüket.

Honti József dr.

Rheumatológia

Mycoplasma fermentans szerepének lehetősége a rheumatoid arthritis pathogenesisében. Williams, M. H., Brostoff, J., Roitt I. M. (London): Lancet, 1970, II, 277.

A rheumatoid arthritises beteg gyulladásos ízületében activ immunológiai folyamatok játszódnak le. A burjánzó synovialis hártát lymphocyták, histiocyták lepik el, sokszor folliculusokat alkotva germinativ centrumokkal. Számos plasmasejt figyelhető meg, melyek immunglobulinokat synthesálnak. A synovialis folyadék Ig aggregátumokat tartalmaz és ennek complexuma a rheumatoid factorral, figyelhető meg polynuclearis fehérvérsejtek inclusióis testeiben és a synovialis hártában is, aggregátumok formájában. A complement componensek szintje is a várhatónál alacsonyabb az érintett ízületben, ami szintén antigen-antitest reakcióra mutat. A vérsavóban auto-antitestek abnormis fokú képződésének jelei észlelhetők. Antinuclearis ellenanyagok előfordulása gyakoribb, mint kontrollknál, de a legjellemzőbb serológiai tünet a rheumatoid factoroknak elnevezett antiglobulin jelenléte rheumatoid arthritises betegek túlnyomó többségének vérsavójában. Ezek a gazda saját megváltozott IgG ellen irányuló autoantitestek. Még nem ismerjük azonban azokat a tényezőket, melyek a gazda IgG-ját úgy változtatják meg, hogy antiglobulin képződését idézik elő. Feltételezték, hogy ez a configuratio változás abból ered, hogy az IgG ellenanyag az ízület valamely alkotórészével kombinálódik, de esetleg valamely microorganizmussal kötődik. Kétségtelen, hogy a rheumatoid factor magasabb titerben csak akkor mutatható ki, ha az ízületek már hosszabb ideje betegek.

Elmúltak azok az évek, amikor a rheumatoid arthritis aetiológiájában a garat fertőzés szerepét feltételezve, tonsillák ezreit távolították el eredménytelenül. A hormonális egyensúlyzavar, majd a stressz szereplése után következett a jelenleg vitatott autoimmun pathogenesis hypothesis. Az elmúlt öt év folyamán azonban ismét több helyről elhangzik az infectio, mint primum movens felvetése, Diphteroidokat, Listeriákat tenyésztettek ki az ízületi punctatumból, végül különböző mycoplasmákat. Mindezeknek pathogenetikai szerepe nem volt tökéletesen bizonyítható. Williams 79 rheumatoid arthritises beteg syno-

vialis folyadékából 31 esetben tenyésztett ki mycoplasma fermentans és feltételezi, hogy ezek indítanak meg az ízületben hypersensitizációs reakciót, amely a chr. gyulladást és annak következményeit előidézi. Williams és mtsai, Bendixen és Soborg leucocyta-migratio-inhibíciós testjét alkalmazva 43 rheumatoid arthritises beteg 67%-ában positive bizonyították a mycoplasma fermentans szerepét, míg 19 arthrosisos és 21 normál egyén serum negatív eredményt adott. A reactio lényege, hogy sensitizált egyének leucocytái antigen jelenlétében capillaris csőben lassabban vándorolnak, mint antigen nélkül. Williams és mtsai kimutatták, hogy az ureummal előkezelt mycoplasma fermentans membránai r. a. egyének leucocytáinak vándorlását akadályozzák. Úgy látszott, hogy e mycoplasma membránja Ig M-t adsorbeal a mediumból, amelyben tenyésztett. Ugyanis tisztított rheumatoid factor preparatum agglutinálta az emberi savóval dúsított táptalajon tenyésztett mycoplasma fermentans, míg más, hasonló módon tenyésztett mycoplasmák nem agglutinálódtak.

de Chatel Andor dr.

Cytotoxikus gyógyszerek nem csökkentik rheumatoid arthritises betegek immunreactióit. Denman, E. J. és mtsai (Stockholm—London.): Ann. Rheumatic Diseases 1970, 29, 220.

Cytotoxikus vegyületek számos állatkísérleti immun, valamint gyulladásos reakcióját lecsökkentik, elnyomják. Ebből kiindulva indokoltnak látszott e szerek emberen, a feltevés szerint autoimmun betegségek gyógyítására alkalmazni — így, rheumatoid arthritis esetében is. Kézenfekvő a kérdés, hogy ezek a cytotoxicus gyógyszerek valóban elnyomják-e a rheumatoid arthritises betegek immunreactióit, és ha igen, úgy ez tényleg párhuzamban van-e klinikai javulásukkal.

Szerzők 20 rheumatoid arthritises és Still-kóros beteget kezeltek 6—54 héten át azathioprinnal vagy chlorambucillal, összehasonlítva őket 39 hasonló beteggel, akik nem részesültek ilyen gyógyszerekben, valamint 20 egészséges kontroll-egyénnel. A pácienseket tetanus toxoiddal, influenza vaccinnával és brucella-antigennel immunizálták. Kísérleteik azt mutatták, hogy a cytotoxikus gyógyszerek nem akadályozták meg sem a bőrreakciókat, sem keringő antitestek képződését. A lymphocyták blastos átalakulását in vitro phytohaemagglutininval vagy antigennel szintén nem akadályozták a gyógyszerek, sőt ellenkezőleg, inkább segítették. Viszont sok beteg rheumatoid factor titerét és serum immunglobulin szintjét csökkentették. Arra kell tehát következtetnünk a kísérletek alapján,

hogy rheumatoid arthritises betegknél e szerek minden bizonyian nem immun suppressivék, tehát, hogy az antigen-sensitiv és ellenanyagtermelő lymphocytákat nem inaktíválják, annak ellenére, hogy a vérben lymphopenia jelentkezik ilyenkor. A legtöbb beteg állapotok klinikailag nem változott eléggé ahhoz, hogy ebből következtetéseket vonhattak volna le szerzők. Némely betegen a véresejsüllyedés, a rheumatoid factor, valamint az immunoglobulin titer csökkent, bár immunosuppressio jelei nem mutatkoztak.

de Chatel Andor dr.

Az aktivitási jelek és az ízületi károsodások közötti összefüggés rheumatoid arthritisen. Karten, M. H. Becker.: Arthritis and Rheumatism. 1969 No. 6. 672—673.

Általánosságban úgy vélik, hogy az ízületek károsodása a betegség tartamával és a gyulladás erősségével van összefüggésben; 60 beteget 22 hónapig figyeltek klinikailag, radiológiailag és laboratóriumi vizsgálatokkal. 17 beteg volt mérsékelt aktivitásban, 33 enyhe gyulladásban, 10 beteg volt megnyugodott stádiumban. E 10 betegből 7 egyén mutatta az ízületi erosiók progressióját 17 havi megfigyelés alatt. Viszont az 50 activ egyénből 6-nál semmi radiológiai változás nem volt hasonló megfigyelési idő alatt.

Következtetésük: az erosiv folyamatok progrediálhatnak gyulladással jelek nélkül is, de lehetnek nonprogressivék gyulladással aktivitás fennállásakor is.

Bozóky Éva dr.

Tenyészített rheumatoid synoviális sejtek resistentiája rubeola vírussal szemben. A. I. Grayzel. Arthritis and Rheumatism. 1969. No. 6. 665—666.

Rubeola infekció emberen gyógyuló polyarthritises reakciót vált ki. Rheumatoid és egyéb arthritises synoviális membránból vett szövetet tenyésztettek, a 4. átoltás után inficiálták rubeola F—8 vírussal. A 28 nonrheumatoid tenyészet 100%-ban mutatott cytopathogen hatást és általában a 21-ik napon elpusztult. A 21 rheumatoid arthritises tenyészetből egy sem volt érzékeny, többszöri átoltás után sem és e tenyészetből nem tudták visszanyerni a rubeola vírust sem. Ez azt mutatja, hogy interferon hatás a védettségben nem szerepel.

Bozóky Éva dr.

A rheumatoid arthritis histidin kezelése. D. A. Gerber. Arthritis and Rheumatism. 1969. No. 6. 664.

Rheumatoid arthritises betegeken gyakran észlelhető alacsony vérhisztidinszint. Ilyen betegekenek egyszer vak kísérletben 61 esetben

adagoltak napi 2—6 g histidint per os. A betegek átlagos életkora 51 év, a betegség fennállásának átlaga 8 év. A placebo csoportban 11 hónap után a kezek szorítóereje romlott, a süllyedés, járóképesség változatlan maradt. Ugyanennyi idő után a histidinnel kezelték süllyedése csökkent, járóképességük és a kezek szorítóereje javult. Kevesebb aspirint, ill. prednisonolt igényeltek. Anaemiájuk és a reggeli mevertség is enyhült a betegek többségénél. Mellékhatást nem észleltek, az eljárást ajánlják

Bozóky Éva dr.

Fül-orr-gégészeti góccok rheumás betegségeiben. Hussl B. (Innsbrucki Fül-orr-gégeklinika): Wien. Klin. Wschr. 1969, 81, 727—730.

Chronikus szájüregi infekciók gócszerepét 1909-ben közölte Pässler, de azóta is nyitott kérdés, hogy mit tekintünk gócnak. A chronikus tonsillitis klinikai diagnosisa — az ismert objectiv leletek alapján — nem nehéz, az elváltozás góc-karaktere azonban nem ítéhető meg biztonsággal. A kérdés tisztázására számos eljárást dolgoztak ki; a testek egy része a periferiás leukocytaszámnak a tonsillák ingerlésére (massage, helyi meleg, rövidhullám, galván, ultrahang) bekövetkező emelkedésén alapul. A testek más része pedig a tonsillák Impletol injectiója, illetve antibiotikus kezelés vagy subcutan adott streptococcus-allergen után bekövetkezett reakciót értékeli. Számos egyéb vizsgálat (muko-proteinek, szíalsav, C-reactiv protein stb.) is próbálkoztak tisztázni a tonsilla góc-szerepét, de — mint a testek nagy száma is elárulja, — egyik vizsgálat sem specifikus. Az AST-vizsgálat nem értékelhető tonsilla-góc szempontjából. A tonsillectomia indicióját változatlanul a chr. tonsillitis fellángolásai és a rheumás tünetek időbeli összefüggése alapján állítják fel. A műtétet a betegség nyugalmi szakában, magas dosisú penicillin védelemben kell elvégezni.

A tonsillectomiának a rheumás betegségeiben való hatásáról alkotott vélemények különbözőek. Kaiser közlése szerint 2200, 5—6 éves tonsillectomizált gyermek adatai alapján úgy látta, hogy bár a tonsillectomizáltak között ritkábban lép fel rheumás láz, mint a nem operált kontrolcsoportban, de a recidivák gyakoriságában nincs különbség.

Más szerzők viszont a recidivák gyakoriságában, illetve szívkomplikációiban is kimutatják a tonsillectomiák jó effectusát. Fel nőttek rheumás lázában végzett tonsillectomiák tapasztalatai kevésbé meggyőzőek, mint a gyermekeknél; inkább az általános focaltóxiikus tünetek — bágvadtság, stb. — miatt indicálják a műtétet.

Primaer chronikus polyarthritises esetében a gócszanálás csak kivételes esetben eredményes. A tonsillák

kon kívül egyéb fül-orr-gégészeti góc csak igen ritkán fordul elő.

Sok esetben — a betegség lefolyása és a recidivaveszély szempontjából — előnyösnek tartja a szerző a kritikusan végzett gócszanálást, noha a góc és a második betegség aetiologiai összefüggése még nem tisztázott eléggé.

Fröhlich Lóránt dr.

Adatok a lumbalis porckorong-sérv terapiájához. Roggatz J. (Egyet. Orth. Klin., Bonn): Med. Klin. 1969, 64, 1340—1343.

Ismeretes, hogy 80—95%-ban az L4—5 és L5—S1 segmentumokra lokalizálódik a prolapsus. 10—20%-ban két gyököt érint a folyamat. Ritkán fordul elő bilateralis.

A szerző foglalkozik a műtėti indicatio kérdésével. Berglund 10 000 derékfájós közül 1,8%-ot talált, ahol operatív beavatkozás szükséges volt. Mások szerint 2—5% ez az arány. Absolut indicatiót jelent a caudasérülés, ilyenkor 24—48 órán belül el kell végezni a műtétet; kedvezőtlen a prognos, ha a tünetek megjelenése után, több mint 48 órával történik a műtét. A discusprolapsusok 5%-ában számolhatunk cauda-sérüléssel. A legkorábbi tünetek a hólyagürítési zavarok. Ugyancsak műtėti indicatiót jelent az igen erős fájaldmakkal, fokozódó motoros paresissal, a gerinc jellegzetes kényszerartásával, járásképtelenséggel járó acut gyöki kizáródás. Relatív indicatiót képez az az eset, ahol az intenzív, 4 hetes kezelés a panaszokat lényegesen nem befolyásolja. Ilyenkor a műtéttel való késlekedés összenövéseket okoz. Ugyancsak relatív műtėti javallatot jelentenek a chronikusan recidiváló ischialgiák, amelyek a kezdetben eredményes kezelés ellenére mindig súlyosabbak és nehezebben befolyásolhatók lesznek, s mindig kisebbek lesznek az intervallumok, gyöki kompressió tünetek fennállása esetén. Szóba jön a műtét, ha a motoros kiesések nem gyógyulnak vagy fokozódnak, hisz a hosszú ideig fennálló motoros paresis prognosisa rossz. Érzéskiesés fokozódása nem képez műtėti indicatiót. Saját és más szerzők tapasztalatai szerint a korai műtét eredményei jobbak. Egyesek 62, mások 86%-ban számolnak be jó műtėti eredményekkel.

A konzervatív terapiára — egyes szerzőknek nagy anyagon végzett feldolgozása szerint — 83%-ban panaszmentesség vagy javulás következik be, mégis közel a betegek negyedénél szükséges további kezelés. A fájaldalom csökkentésén kívül szükséges a gerinc tehermentesítése (ágynyugalom, alszárak, alápárnázása, extensio); a paravertebralis infiltratióval kifejezettebb, tartósabb a periduralis érzéstelenítés hatása. Később a kénes fürdő, massage, torna, valamint az E vitamin kedvezően befolyásolja a károsított anyagcserét. A prolapsust ki-

sérő lokális vizenyő, gyulladás
antirheumatikus, gyulladásellenes
gyógyszereket tesznek szükségessé.
A szerző a chiropraktikus kezelé-
stől való tartózkodásra int, különö-
sen a durva, narcosisban végzett
manipulációk veszélyesei (szalag-
szakadás, sequestratio).

Fröhlich Lóránt dr.

**Indomethacin és acetylsalicylsav
eredményessége a csípő- és térd-
osteorthritis kezelésében.** M. Harth,
D. C. Bondy: Canad. Med. Assoc.
J. 1969, 101, 311—316.

Összehasonlították az indometha-
cin hatásosságát az acetylsalicylsav-
val 18 térd-, illetve csípőoste-
oarthritisben szenvedő betegen ket-
tős vak kísérletben. Egyik gyógy-
szer sem volt hatásosabb a másik-
nál, abban sem volt különbség,
hogy a betegek valamelyik szert
előnyben részesítették volna. Jelen-
tekeny javulást észleltek azokon a
betegeken, akiknél folyamatos fizi-
koterápiát alkalmaztak. Úgy vé-
lik, hogy nem a gyógyszeres keze-
lés tehető felelőssé legtöbbször a
javulásért.

Bozóky Éva dr.

**Uricosuriás gyógyszerek hatástal-
ansága a rohamok megelőzésére
elsődleges, tophusképződéssel nem
járó köszvényben.** L. M. Yaines, Jr.,
E. Shulman: Arthritis and Rheu-
matism. 1969. No 6. 663—664.

Kettős vak kísérletben 14 kösz-
vényes, tophusképződést nem mu-
tató betegnél vizsgálták a sulfi-
npyrazon hatását a rohamok számá-
ra. A betegek egy csoportja colchi-
cint + placebot, a másik csoport
colchicint + sulfinpyrazont kapott.
A sulfinpyrazon kezdeti adagja
napi 400 mg volt, ezt szükség ese-
tén tovább emelték, míg a serum-
húgysavszint normális nem lett, 12
hónap múlva a gyógykezelést a két
csoportban megcserélték. A sulfi-
npyrazon csoportban 14 betegből 13-
nál 2 hónapon belül esett a húgy-
savszint a serumban és átlagban 5,9
mg₀ volt. A placebo csoportban a
serumhúgysavszint 9,7 mg₀ ma-
radt. A rohamok száma az első
csoportban 173 havi megfigyelés
alatt 32 volt, a második csoportban
170 hónap alatt 29 attackot észlel-
tek.

Bozóky Éva dr.

**Betegbiztosított egyének derék-
fájása.** A. W. W. White. Canad. Med.
Assoc. J. 1969, 101, 61—67.

Több mint 500 derékfájásos be-
teget figyeltek meg a kezelés után
4 évig 6 havonként. 340 conserva-
tíve kezelt beteg, akik munkaké-
peségüket 2 éven belül visszanyer-
ték, 87%-a ezt megtartotta a kö-
vetkező 2 évben is. 119 beteget
megoperáltak és legalább 2 évig el-
lenőrizték őket. Discectomia vagy
csigolyafusio után kielégítő munka-
képesség az esetek 40%-ában mu-

tatkozott; valószínűleg pontosab-
ban körülírt indicatiók betartása és
a műtét előtti alaposabb átvizgá-
lás ezt az arányt javítaná. Úgy lát-
szik, hogy a prognózis szempontjá-
ból az első 2 év a kritikus akár
conservatív, akár sebészi kezelésről
van szó. Akik ezen időn belül visz-
szanyerték munkaképességüket,
többnyire hosszabb időre meg is
tartják azt.

Bozóky Éva dr.

Gastroenterológia

**Tavaszi és őszi „csúcsok” az ul-
cusbetegségben?** Hafter, E. (Zü-
rich): Deutsche Medizinische Wo-
chenschrift. 1970, 95, 1408—1409.

A közlemény szerzőjének kiin-
dulópontja: valóban elfogadható-e,
hogy a fekélybeteggek állapotában
tavasszal és ősszel fordulópont kö-
vetkezik be, vagy pedig ez olyan
hagyományos adat, amelyet minden
szerző átvesz az előző irodalomból?
Számos irodalmi adatot idéz, ame-
lyek szerint a „csúcsok” a legkü-
lönbözőbb hónapokra esnek.

A szerző 1952 és 1970 közötti
anyagát dolgozta fel, ezalatt kezelt
betegek megoszlása: 500 ulcus duo-
deni, 178 ulcus ventriculi. A lehe-
tőség szerinti maximális objektivit-
ás érdekében csak azon esetek ada-
tait dolgozta fel, amelyek megfelel-
tek az alábbi kritériumoknak:

a beteg aktuálisan, az acut ros-
szabbodáskor kereste fel az orvost,
tehát azonnali szakmai ellenőrzés
történt (így nem regisztrált anam-
nestikus periódusokat);

a beteg jelentkezésekor rtg-fel-
vétel is készült, csak az így pozitív-
nak jellemzett esetek szerepelnek a
fenti számadatokban.

Ulcus duodeni esetén: „csúcs” az
október, azután december, novem-
ber, július, január. Minimum: már-
cius. **Évszakok szerinti sorrend:** őszi
(148 eset), tél (135 eset), nyár (121
eset), tavasz (96 eset).

Ulcus ventriculi esetén: maxi-
mum az augusztus, azután június,
október, január, július. **Évszakok
megoszlása:** nyár (58 eset), őszi (45
eset), tél (41 eset), tavasz (34 eset).

A fekélybetegség rosszabbodási
szakaszainak kiváltó okai: túlfeszít-
ett munka, nem teljesített kötele-
zettségek, gondok (bánat), csalódá-
sok, megoldatlan konfliktusok. **(Ta-
lán nem túlzás azt állítanunk, hogy
a fekélybetegség kiváltásában,
fenntartásában ezen — tehát neu-
ro-pszichés — okok a legjelentősebbek.
Ez együttal arra is utal, hogy a the-
rapia végleges megoldása nem le-
het pusztán pharmacologiai. — Ref.)**

A szerző valószínűnek tartja,
hogy helytelen a tavaszi-őszi csú-
csok álláspontja. Mindkét ulcus-lo-
calisatiót tekintve a tavasz az utolsó
helyen áll, az őszi pedig csak a
nyombélfekély kapcsán kis különb-
séggel az élen. Feltételezi, hogy a
betegek tudatában azért szerepel
gyakran a két évszak, mivel kellem-
etlenebb periódusuk előbb kezdő-

dik (téli, illetve nyári), de át-
nyúlik a következő évszakba (ak-
kor szűnik meg) — ez a maradandó
élmény.

(Ref.: *Érdemes utalnunk Perényi
László nagyon impressionáló mun-
kájára — „Nyelvi félreértések —
orvosi fogalmak”, Orv. Hetil. 1970,
111, 1411—1414. —, bár fordítási el-
írásokkal foglalkozik, de említi a
szerzőről szerzőre szálló hagyomá-
nyokat. Lehet, hogy ez a sorsa az
ulcus-periódusok elméletének—
megfigyelésének? Az eddigieknél
nagyobb anyagon történő vizsgálat
azonban feltétlenül szükséges len-
ne.)*

Vértés László dr.

**Az emésztéses fekély kialakulá-
sát befolyásoló ún. kettős kontroll-
mechanizmusról. A nyálkahártya
és izomszerkezet befolyása a fe-
kély kialakulásának helyére.** Mi-
noru Oi és mtsai. (Department of
Surgery, Jikei Univ. School of Me-
dicine, Tokyo, Japan): Gastroen-
terology, 1969, 57, 280—293.

A munka azzal a hypothesisal
foglalkozik, hogy vannak bizonyos
localis factorok, melyek meghatá-
rozzák a gyomorban az emésztéses
fekélyek kialakulásának helyét.
Korábbi munkáik arra engednek
következtetni, hogy a fekélyek leg-
gyakrabban a különböző nyálka-
hártya-typusokat elválasztó redők
közében lépnek fel. Jelen mun-
kájukban ismételtelen, most már na-
gyobb anyagon vizsgálták a kér-
dést, kiegészítve a fekélyek fellé-
pési helye és a gyomor izomzata
közötti összefüggések vizsgálatá-
val is.

A kérdés megértéséhez röviden
ki kell emelni, hogy a gyomorban
négy redőt különítenek el, melyek
különböző nyálkahártya-regiókat
választanak el egymástól: oesopha-
go-cardialis, cardio-fundicus, fun-
do-pyloricus és pyloro-duodenalis
redőt. „Redőzeti” ulcusról beszél-
nek, ha a fekély széle nincs mesz-
szebb a redőtől, mint 2 cm, ennél
nagyobb távolság esetén „redőtől
távoli” ulcus a megjelölés.

A gyomor izomzata és a fekély
helye közötti összefüggés megérté-
séhez tudnunk kell, hogy a gyomor
izomrétege további 3 rétegből áll:
belső ferde, középső circularis és
külső longitudinalis rostokból. Szét-
választva a gyomorfallal rétegeit,
szembetűnik, hogy a belső ferde ré-
teg rostjai a nyelőcső körkörös
rostjainak folytatását képezik. Le-
felé szétterjedve átmennek mind a
gyomor mellső, mind pedig a hátsó
falába a nagygörbület irányába és
egyesülnek a corpus circularis rost-
jaival. Négy ferde nyálábort tartan-
nak figyelemre méltónak, melyek
közül az „elülső medialis” és a
„hátsó medialis” köteg a gyomor
elülső, ill. hátsó falán halad lefelé
a kisgörbület közelében. Ezek az-
után fokozatosan átmennek a cor-
pus és az antrumot elválasztó cir-
cularis izomgyűrűbe. Ez a 3 redő

egy ún. intensív kineticus zónát vesz körül, mely lényegében a kis-görbületnek felel meg.

Vizsgálataikat 3 csoportban végezték: az I. csoportban 640 gyomor-resecatumban észlelt 855 emésztéses fekélynek a helyzetét vizsgálták az egyes nyálkahártya-redőkhöz képest. A 855 fekély közül 500 a gyomorban és 355 pedig a duodenum kezdeti részében volt. Az 500 gyomorfekélyből 475 a fundo-pyloricus redő közelében volt, annak aboralis oldalán, tehát szemben a fundus típusú nyálkahártyával. A 355 duodenumfekélyből 353 volt a pyloro-duodenalis redő közvetlen közelében és csak 2 volt attól távolabb.

A II. csoportban az ulcusok helyének és a jellegzetes izomnyaláboknak egymáshoz való viszonyát tanulmányozták 211 gyomorresecatumban észlelt 269 ulcus kapcsán. Ezek közül 158 gyomor-, ill. 111 duodenumfekély volt. Előbbiek közül 148 volt a 3 muscularis redő valamelyikének közelében, ill. a 3 redő által körülvevett, ún. intensív kineticus zónában. Csupán 10 alkalommal voltak a fekélyek távolabb. A duodenumfekélyek kivétel nélkül mind a pyloricus izomgyűrű közelében voltak.

A III. csoportban ugyanezt a 269 fekélyt vizsgálták, hogy hogyan viszonyulnak egyidejűleg a kérdéses nyálkahártya-redőkhöz, ill. izomkötegekhez. A 158 gyomorfekély közül 145 (91,8%) volt a fundo-pyloricus redő aboralis oldalán, de ugyanakkor az ún. intensív kineticus zónában is. Ily módon tehát ezeknek a helyét mind a nyálkahártya-redők, mind pedig az ismeretett izomnyalábok befolyásolták.

Vizsgálataikból tehát azt a következtetést vonták le, hogy a fekélyek leggyakrabban a különböző nyálkahártyatypusok találkozási pontján lépnek fel, süllyal a sávellválasztó oldalon. Az a tény, hogy a gyomorfekélyek leggyakrabban az ún. intensív kineticus zónában található, ill. a duodenumfekélyek a pylorus izomgyűrűjének közelében — arra utal, hogy a fekélyképződésre a gyomor motilitása is hatásos van. További megfigyelésük az volt, hogy a fekélyek kialakulását mind a nyálkahártya-factorok, mind pedig muscularis tényezők befolyásolják. Ennek az a bizonyítéka, hogy a gyomorfekélyek éppen ott keletkeznek a leggyakrabban, ahol a kritikus nyálkahártya- és izomredők keresztezik, ill. fedik egymást.

Ezt a kettős befolyásoló mechanizmust tekintik az ún. kettős control mechanizmusnak.

Toóth Éva dr.

Az ulcus pepticum konzervatív terápiája. R. Ottenjann (Med. Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg): Medizinische Klinik, 1969, 46, 2124—2128.

A peptikus fekély a gastroenterológiai betegségek gyakori alakja (60 éves korig 6—10%), ezért indokoltak a betegség aetiopathogenesisére és újabb terápiás befolyásolására fordított fáradozások.

A pepticus fekély terápiája három: 1. panaszok megszüntetése, 2. a fekélygyógyítás gyorsítása, 3. a recidiva megakadályozása. Az ideális konzervatív terapia még távoli.

1. **Antacidok:** az ulcus therapia klasszikus gyógyszerei.

A képződött sósavat közömbösítik, ezáltal a pepsin aktivitását is csökkentik (pH 5-nél inaktiválódik, pH 7—8-nál denaturálódik). A panaszokat gyorsan szüntetik, de gyógyító, ill. recidivagátló hatásuk nem kimutatható. Az alkalmazott antacidok túlnyomórészt Ca-, Mg-, Al- és Na-vegyületek keverékéből állnak.

2. **Nyákképzők:** állatkísérletekben jól bevált a szintetikus carboxymethylcellulose-Na (Mazur—A), mely emberen még nincs kipróbálva.

3. **Anticholinergicumokat** kb. 20 éve alkalmaznak az ulcus duodeni kezelésében. Az atropin, hyoscin és szintetikus származékai (propanthelin, glykopyrrolat, isopropamid, oxyphencyclimin és poldin) selectív hatással vannak a gyomorra, gátolják a sósavsecretiót, de a pepsinsecretióra alig vannak befolyással. Motilitáscsökkentő és spasmolytikus hatásuk is van. Prolongált adásuk 50%-ra csökkenti a sósavsecretiót, de elhagyásukat követően 2 év múlva ismét visszaáll a kezdeti secretióérték. *Sun* kettős vak vizsgálatai szerint duodenális fekély esetén a gyógyszerek nemcsak az ulcus recidiva kezelésében, hanem annak prophylaxisában is sikeresnek ígérkeznek. Individuálisan, enyhe kettősítésig adagoljuk, 30—60 perccel ebéd és vacsora előtt.

4. **Pepsingátlók.** Az analysesk szerint a gyomornyák pepsingátló hatásaiért a benne lévő sulfatizált polysaccharidok felelősek (hasonló hatással rendelkeznek a carraegenin, heparin, amylopectin), amelyek hatásmechanizmusa még nem egészen világos. Talán az antacid, pepsingátló, anticholinergica kombinációnak van a legjobb esélye a duodenális ulcus konzervatív terápiájában.

5. **Antigastrin:** új reményekre jogosít a konzervatív terápiában. *Bedi és mtsai* 1967-ben egy, a phenylaminnal szerkezeti rokon substantiát írt le, amely specifikusan antigastrin hatással bírt. Későbbiekben kimutatták, hogy gátolja a histamin stimulálta secretiót is, tehát nem specifikus antigastrinról van szó.

6. **Carbenoxolon-Na:** a Liquiritiae radixban lévő glycyrrhizinsav hydrolysis terméke, per os adva gyógyító hatásának bizonyult ambulans ulcus ventriculicis betegekben a kettős vakvizsgálatok szerint, ulcus duodeni esetén még nem vizs-

gálták. Újabban egy glycyrrhizinsav nélküli liquiritia preparátum is hatásosnak bizonyult ulcusok kezelésében.

7. **Különböző intézkedések:** ágynyugalom, psychotherápia, élvezeti cikkek (kávé, alkohol, dohányzás) korlátozása, gyakori kisebb étkezések, szigorúbb diétás megszorítások nélkül járulnak hozzá a gyógygyezes therapia sikeréhez.

[Ref.: A referátum az eredeti cikk hiteles, korrekció nélküli összefoglalását adja. A cikkben téves, illetve túlhaladott megállapítások szerepelnek. 1. A carboxymethylcellulose-Na egy szintetikus nyákszerű anyag és nem nyákképző hatású. 2. A propanthelin, glykopyrrolat, isopropamid, oxyphencyclimin nem az atropin (tehát tropasavas tropinészter) szintetizált származékai. 3. Az említett gyógyszerek nem rendelkeznek szelektív hatással a gyomorra (még a Daricon sem, amelyet ennek megfelelően reklámoztak). 4. Tartós anticholinerg kezelés ideje alatt a gyomornedv mennyisége, illetve az aciditas significans csökkenést nem mutatott, csupán az acutan alkalmazott gyógyszerek esetében figyelhető meg gátlóhatás. Itt általános farmakodinamiás problémák jönnek létre, a cikkben közöltek ilyen értelemben véve rendkívül sematikusak. 5. Mivel a cikkben az ulcus pepticus „aetiológiai kezelésére” törekszünk (bár ez alapján ismeretlen), illuzórikusnak tűnik úgy állást foglalni, hogy elegendő csupán az egyes produktumok ellen (sav, gastrin, pepsin) gyógyszereket alkalmazni.]

Tárnok Ferenc dr.

Plasmakininek képződése és lebontása kutyák kísérletes acut haemorrhagiás pancreatitisében. E. Ofstad: Scand. J. of Gastroenterology. 1970, 5, suppl. 1—44.

Az acut haemorrhagiás pancreatitis aetiológiája és pathogenesise ma sem teljesen tisztázott. A számos megválaszolatlan kérdés között szerepel, hogy milyen jelentősége van a körkép pathophysiológiájában a plasmakinineknek. Az erre vonatkozó vizsgálati eredmények igen ellentmondóak.

A szerző kísérletes pancreatitisben tanulmányozta a kininképződésben érintett legfontosabb tényezőket. A ductus pancreaticusba fecskendezett tripszin + epesó keveréket, így kutyákban idézett elő pancreatitist. Ezt megelőzően, majd a körlefolyás alatt meghatározta a vérben, a pancreas-exsudatumban és a vizeletben a kinint bontó és kinint képző enzimek aktivitását, a kininogen szintet és a szabad kinin aktivitást, valamint a kinint képző enzimek inhibitorait. Mindezen tényezőket együttesen eddig nem vizsgálták pancreatitisben, csak egy vagy két factort néztek, és nem is elég specifikus módszerrel. Így csak

részleges bizonyítékot szolgáltat-
hattak a plasmakinineknek a beteg-
ségben játszott szerepére vonatko-
zóan.

A pancreatitis állatokban ma-
gas *kinint bontó* enzyszintet ta-
lált, mind a vérben, mind a pan-
creas exsudatumában. Az aktivitást
pancreas eredetű enzymelemek tu-
lajdonítja, és feltételezi, hogy ezek
a pancreas körüli nyirokrendszeren
át jutnak be a keringésbe.

A *kinint képző* enzymelemek (pan-
creas eredetű kallikrein) aktivitása
is magasnak bizonyult mind az ex-
sudatumában, mind a plasmában és
vizeletben. A plasmában ezen en-
zymelemek *inhibitora* is kimutatható
volt.

A *kininogen* (kinin precursor)
szint a pancreatitis állatok vére-
ben alacsonyabb volt a normális-
nál.

A *szabad kinin* aktivitás vizsgá-
lata csak megközelítő információt

adott a pancreatitisben folyó jelen-
tős mértékű kinin képzésre vonat-
kozóan. A kórkép kifejlődésével a
vérben sikerült bizonyos mennyi-
ségű szabad kinint kimutatni.

A kapott eredmények alapján
megállapítható volt, hogy a pan-
creatitis során képződő pancreas
exsudatumában igen jelentős kinin-
képzés és -bontás folyik. A plasma
kininogen szintjének csökkenését
elsősorban a hasúri folyadékban
történő nagymértékű kininképző-
dés, és kininogen felhasználás ered-
ményezheti. Igen valószínű, hogy a
kinineknek fontos szerepe van a
pancreatitisben kialakuló permea-
bilitás fokozódásban, tensio csök-
kenésben és a nagy hasi fájdalom
létrejöttében.

A pancreas exsudatumában kimu-
tatott jelentős kallikrein és phos-
pholipase-A aktivitásnak azonban
nemcsak a *kininképződésben*, ha-

nem a *histamin* felszabadulásban is
jelentőséget tulajdonítanak. Az
acut pancreatitisben e tényezővel is
számolni kell, a pathophysiológiai
elváltozásokért nemcsak egyedül a
kininek felelősek.

Mindenesetre, a hasüregben a
pancreatitis során felhalmozódó ex-
sudatum tartalmánál fogva igen to-
xicus természetű. Eliminálása révén
újabbán a kísérletes pancreatitis-
ben javulást értek el. További ked-
vező hatást eredményezhet, ha a
peritoneális mosófolyadékhoz kinin-
nogenase- és phospholipase-A *inhi-
bitorokat* is hozzáadnak.

Az állatkísérletekben nyert ada-
tok alapján a szerző arra követke-
zet, hogy human vonatkozásban is
tanácsos az acut pancreatitisben
felgyülemelő hasi folyadék eltávolít-
ása, ezáltal is javítható lehet a sú-
lyos betegség kedvezőtlen prognó-
zisa.

Pár Alajos dr.

Panangin INJEKCIÓ ÉS DRAZSÉ

ÖSSZETÉTEL:

1 ampulla (10 ml) 0,4 g magnesium asparaginicum anhydricumot (33,7 mg Mg) és 0,452 g kalium asparaginicum anhydricumot (103,3 mg K) tartalmaz.

1 drazsé 0,140 g magnesium asparaginicum anhydricumot (11,8 mg Mg) és 0,158 g kalium asparaginicum anhydricumot (36,2 mg K) tartalmaz.

JAVALLATOK:

Angina pectoris, szívinfartus, cardialis decompensatio digitalis resistens esetei, digitalis intolerantia, digitalis intoxicatio. Szívinfartus megelőzése, angina pectoris rohamok megelőzése. Rhythmuszavarok: tachyarrhythmia, ventricularis extrasystolek.

ELLENJAVALLATOK:

Acut és chronicus veseelégtelenség.

ADAGOLÁS:

Naponta 3×2 drazsé vagy naponta 2 ampulla 50–100 ml 5%-os glukoze oldattal felhígítva, lassan i. v. a koszorúsérkeringési zavarok gyógykezelésére.

Prophylacticus célra: naponta 3×1 drazsé. Szívinfartusban naponta 2×1 ampulla (reggel, este) 50–100 ml 5%-os glukoze oldattal felhígítva, tartós cseppinfúzióban.

MEGJEGYZÉS:

Az infúzióban a Pananginnal együtt szükség esetén Strophantin, esetleg digitalis készítmény adagolható.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

50 drazsé, 200 drazsé, 5 ampulla, 25 ampulla.

Forgalomba hozza: KÖBÁNYAI GYÓGYSZERARUGYAR BUDAPEST, X.



Walter Kuhn, Henner Graeff: Gerinnungsstörungen in der Geburtshilfe. 1970. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. DM 39,—.

Szerzők 156 oldalas monografiájukban a szülészeti eseményekkel szövődő véralvadászavarok patofiziológiájával, kórismézésével és terápiájával foglalkoznak. Ezen belül a disseminált intravasculáris coagulatio és következményes hyperfibrinolysis kérdését állítják érdeklődésük homlokterébe, de néhány oldalt juttatnak az örökletes coagulopathiák, thrombocytopenia, Willebrand—Jürgens-syndroma stb. tárgyalásának is.

Rövid bevezetés után a véralvadás és fibrinolysis fiziológiás folyamatát írják le, érintve a terhesség során bekövetkező változásokat. Viszonylag hosszú fejezetben ismertetik a disseminált intravasculáris coagulatio és következményes fibrinolysis patofiziológiáját, leírva a vér alakos elemeiben, a plasma alvadási tényezőiben, a kerin-gésben, anyagcsereben, sav-bázis egyensúlyban, továbbá a vese, tüdő, hypophysis, szív, bőr, máj, hasnyálmirigy, mellékvese, agyvelő, lép, bél, izomzat állományában és működésében bekövetkező változásokat. A továbbiakban az egyes szülészeti szövödmények (abruptio placentae, magzatvíz-embolia, septicus abortus, amnioninfeciósyndroma, intrauterin magzatelhalás) szerint csoportosítva és elsősorban a gyakorlati vonatkozásokat hangsúlyozva tárgyalják a disseminált intravasculáris coagulatio és a következményes coagulopathia aetiológiáját, tüneteit, kórle-folyását, terápiáját. Külön fejezet foglalkozik a coagulopathiával kapcsolatos laboratóriumi vizsgálatok methodikájával. A könyv végén 12 apróbetűs oldal tartalmazza a szerzők által feldolgozott irodal-mat.

A munka szöveges részét bő il-lusztrációs anyag, jórészt mikrofo-togramm teszi szemléletessé és ér-dekessé.

A mű az európai irodalomban hézagpótlónak számít. Szerzők vi-lágos okfejtése, a rendszerezésre való törekvésük lehetőséget nyújt az olvasóknak az összefüggéseik-ben bonyolult folyamatok megérté-sére. Különösen jól hasznosíthatók a terápiával foglalkozó részek, annak ellenére, hogy a szerzők ki-zárólag csak a saját felfogásukat ismertetik.

A könyv értékét a jó minőségű papír és a kifogástalan nyomda-technika emeli. *Forgács József dr.*

L. Valu: Über die Struktur des Uvea-Trabekel-Systems. VEB Georg Thieme Leipzig, 1970, 69 ol-dal, 54 ábra. (Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, Sammlung von Monographien, Band 38.)

A szemgolyó csarnokzuga már régóta a szemészek érdeklődésének középpontjában áll klinikai és morfológiai szempontból egyaránt. A glaukoma-kutatás is azóta vált minden tekintetben eredményeseb-bé, amióta a vizsgálómódszerek finomabb válása révén pontosab-ban megismertük a csarnokzug szerkezetét. Kiderült ugyanis, hogy a szem vegetatív centrumának: a vér-csarnokvíz gátnak mind struk-turális, mind funkcionális szem-pontból egyik legfontosabb része, a csarnokvíz elfolyásának szinte zsi-lipje a Valu által nagy gonddal vizsgált uvea-trabekularis rend-szer.

A szerző igen nagy anyagon vé-gezte vizsgálatait. Intraocularis da-ganatok, sérülések, retrobulbaris tumorok stb. miatt eltávolított, to-vábbá intakt cadaver-szemek, ösz-szesen 857 szemgolyó került fel-dolgozásra. 5 hetestől 91 évesig minden korú egyéntől volt szem-golyó a vizsgálatra került anyag-ban. A csarnokzug trabekularis szerkezetét nemcsak fénymikrosz-kóppal, hanem histochemiai mód-szerek, polarisációs és elektronmik-roszkóp segítségével is tanulmá-nyozta a szerző. Mint tapasztalt kli-nikus nem elégedett meg az egy-szerű anatómiai leírással, hanem igyekezett a struktúra és a funkció harmóniáját is érzékeltetni. Na-gyon szemléltetően és pontosan is-mertette a senilis változásokat is.

Valu monográfiája sikeres és szép összefoglalása a csarnokzugról mostanáig közlött morfológiai leírá-soknak, amelyeket széles körű sa-ját, önálló vizsgálatokkal értékesen továbbfejlesztett. Kár, hogy a kü-lönböző szembetegségek okozta pa-thológiás változásoknak viszonylag kevés teret szentelt. Az arányos be-osztású kis könyv egészében igen szorgalmas munka eredménye és jól kiegészíti ismereteinket ezen a területen. A szerző nemcsak nagy gondossággal és exaktan végezte vizsgálatait, hanem a kritikai ál-lásfoglalást sem felejtette el. Így munkája méltán sorakozik azon si-keres kiadványok közé, amelyek-kei a világhírnévnek örvendő *Rad-nót*-kliniká öregbítette a magyar szemészet nemzetközi megbecsülé-sét. *Lugossy Gyula dr.*

Szerző laboratóriumi kompendiu-ma a gyakorló orvosok részére ké-szült. Tartalmazza a különleges fel-szerelés, illetve előképzettség nél-kül végezhető fontosabb laborató-riumi vizsgáló eljárásokat, ösze-foglalja az anyag- és munkaigé-nyes módszerek normál értékét. Célja elsősorban a betegagy mel-letti gyors tájékozódás elősegítése. A könyv három részre tagolt. Kö-zülük az első (1—50 oldal) — tel-jességre való törekvés nélkül — ki-lenc fejezetre osztva, a vér, a duo-denumnedv, a vizelet, a liquor, a gyomornedv, a punctatumok, a sperma, a köpet, és a széklet vizs-gálatára vonatkozó, ún. kislabora-tóriumi eljárásokat tartalmazza. Az egyes módszerekkel kapcsolatban, rövid körélettani bevezető után, a vizsgálathoz szükséges reagenseket, az eljárás részletes kivitelét, az esetleges hibaforrásokat, végül a methodus diagnosztikai jelentősé-gét ismerteti. Megállapítható, hogy a közölt módszerek általában korszerűek. Szerző egyszerű, de meg-bízható vizsgáló eljárások ismerte-tésére törekedett. Ennek megfe-lelően joggal helyezi előtérbe a gyorstestekkel végezhető vizsgá-latokat. E testek a pathológiás és a fiziologiás értékek egyszerű és gyors elkülönítését teszik lehe-tővé, ezért elsősorban a gyakorló orvosok munkáját hivatottak elő-segíteni. A gyorstestek mellett fel-sorolt — hagyományos módszerek-vel végezhető — vizsgáló eljárások kivitelezésének leírása pontos, könnyen érthető.

A könyv második része (153—164 oldal), a bonyolultabb, megfelelő szakembert és felszerelést igénylő laboratóriumi vizsgálatok értékelé-sét tartalmazza. Az első fejezet, betűrendben, a kémiai vizsgáló el-járások normál értéke mellett, a végzésükhöz szükséges vér, serum, plasma, illetve vizelet mennyiségét is feltünteti. A második fejezet a betűrendben felsorolt fertőző be-tegségekben végezhető serologiai és bakteriológiai vizsgáló módsze-rek jegyzékét tartalmazza.

A könyv harmadik része (165—182 oldal) a kislaboratóriumi vizs-gálatok végzéséhez szükséges esz-közöket, reagenseket és üvegáru-akat ismerteti. Ezt követi az iroda-lomjegyzék (183. oldal), valamint a név- és tárgymutató (184—198. ol-dal).

Megállapítható, hogy *Grabner* kompendiuma szakmailag korsze-rűen, szerkezetileg áttekinthető for-mában foglalja össze a gyakorló orvosok részére nélkülözhetetlen laboratóriumi ismereteket. A könyv mind a gyakorló, mind a labora-tóriumi orvosok körében érdeklő-désre tarthat számot. *Szécsey György dr.*

Die Familie als Sozialisationsfaktor. Der Mensch als soziales und personales Wesen. Bd. III. Herausgegeben von Prof. Dr. G. Wurzbacher. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart. 1968. 403 old. DM 47,—.

A könyv a német szociológiai társaság család- és ifjúságszociológiai bizottságának kiadványa; a szocializációval foglalkozó könyvsorozatuknak ez a harmadik kötete. Gyűjteményes mű, a szerzők azonban közös elméleti tételekre alapozzák munkájukat. Vizsgálataik a Német Szövetségi Köztársaság társadalmát különböző aspektusokból világítják meg, de mindig a fő téma: a család szocializációs szerepének szempontjából. A szocializáció tanulást jelent. Az egyén ennek a folyamatnak a révén tanulja meg kultúrája szokásait, viselkedési, gondolkodási, érzelmi mintáit, szabályait és más jellemző vonásait, s ezáltal válik kultúrája tevékeny tagjává. Megtanul azonosulni a szűkebb és tágabb környezete céljaival, értékeivel. Ez a tanulás az élet legkorábbi időszakában kezdődik főleg akaratlanul és nem szándékosan, de tudatosan is történik. A szocializációs folyamat több szakban valósul meg, s ez alatt az egyén megtanul a társadalom szervezetének különböző szintjein részt venni, azonban csak egyre szelektáltabb kisebbségek tanulnak meg teljesen és felelősségteljesen participálni a magasabb szinteken.

A kötet szerzőinek egyik fő tétele vizsgálataik alapján az, hogy a családot nem lehet dominánsan vagy kizárólag mint egy sajátosságosan strukturált „intim teret”, „visszavonulási- és privát térséget” tekinteni, a társadalom más egységeivel szembeállítva és attól távoltartva, hanem a család az egyén és a szociokulturális erők pluralizmusa között ambivalens hatással közvetít. A családot intermedier primer társadalmi egységnek tartják, ami azt jelenti, hogy a családtagok külső kapcsolatait a belső családi kapcsolatok átértelme-

zik, megváltoztatják, hangsúlyozzák, vagy gátolják, család-specifikusan szűrik és szabályozzák. A család elsődlegessége egyrészt magába foglalja, hogy a legkorábbi időszakban kezdődik a hatása, amely gyakori és tartós, másrészt nagy intenzitásánál fogva alaphozzáállásokat alakít ki és vés be az egyénbe, ezek pedig az ember további tanulási folyamatait mint diszpozíciók kísérik. Abban az esetben, ha a család közvetítő és feldolgozó egysége csődöt mond, nemcsak az érintett család tagjai károsodnak, hanem az egész társadalom is.

A szerzők vizsgálatai szerint a szocializáció során az egyén két értékrendszerért kénytelen megtanulni: a családi „magán”- és a „publikus, köz-” értékrendszerért. Ez a szocializációs folyamat nagy feszültséggel jár. Kérdés, hogy ez a feszültség milyen deviáns és/vagy patológiás hatásokkal járhat.

Érdekes megfigyelésük, hogy az apának jelentős szerepe van a társadalom és a család között. Demonstratív, normatív és irányító funkciója van. Az apa ezen funkciói az alsóbb társadalmi rétegekben hiányosak, egzisztenciálisan és társadalmilag kevésbé érvényesül, így a családban is kisebb a tekintélye. Kevésbé hatékony az apa-kép, ennek következtében az ilyen rétegekben egyféle matriarchátus alakul ki.

A vizsgálatok szerint a dolgozó nő pozíciója aránytalanul erősebbé válik a családban. Ha a családi szocializációs környezetben az előbbi feltételek miatt hiányzik a gyermek számára a model, amelyről „ellesheti” kiskorától a köz-szocializációban uralkodó értékeket és attitűdöket, szocializációs deficit alakul ki benne. Ez a szocializációs folyamat elégtelenségéhez vezet, aminek egyik következménye az, hogy a társadalom funkcióiban nem tud megfelelően participálni. Ha a gyermeknek a család által történő szocializációja nem felel meg a társadalom intézményei kívánalmai-

nak és követelményeinek, akkor ez mind az egyénre, mind a társadalomra nézve hátrányos.

Lényeges, s ezt a szerzők is hangsúlyozzák, hogy a könyvben tárgyalt egyes kategóriák szerkezete és egymáshoz való viszonya a különböző társadalmakban jelentősen különbözik, így óvakodni kell a korai szociológiai általánosításoktól. Nagy jelentőséget tulajdonítanak a kulturák közötti (cross-cultural) vizsgálatoknak, amivel teljesen egyet kell értenünk.

A könyv tanulmányai foglalkoznak a Német Szövetségi Köztársaságban a család és a társadalmi tér viszonylataival (Wurzbacher, Kipp), a család, a szabad idő és a fiatal generáció szocializációjával (Hessen, Heiden), az idős emberek helyzetével a családban (Lehr, Thoma), a család, az iskola és a szocializáció viszonylataival (Lemberg, Roeder), a rétegspecifikus szülői befolyásokkal (Neidhardt), azaz, hogy a fiatalok és a „fiatal felnőttek” milyen hatásokat kapnak szüleiktől és kortársaiktól (Rosenmayr, Kreutz), hogy milyen viszony van a család, a foglalkozás és a munka között szociális hatásaikban (Scharmann és Scharmann), az egyház és a család egymásra való hatásával és szerepükkel a szocializációban (Wössner), a család és a fiatalok bűnözésével (Württemberg), a család kötődésével, továbbá összehasonlítást tesznek az USA és Nyugat-Németország között (Heckmann).

A kötet tanulmányai figyelemre méltóak. Nagy empirikus anyagot tartalmaznak, amely téziseiket igazolja. Az orvos-olvasót, aki napjainkban egyre inkább nemcsak mint biológiai, hanem mint társadalmi lényvel is szembesül betegével, érdekelheti e könyvsorozat. Gondolatébresztő és gondolkodásra kényszerít, még akkor is, ha tudjuk, hogy adatai és következtetései egy más országban és társadalmi rendszerben érvényesek.

Hidas György dr.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda Budapest, V., József nádor tér 1. Tel.: 180—850

PH

MEGHÍVÓ

**A Magyar
Gyermekorvosok Társasága
Északkelet-Magyarországi
Tagozatának**

TUDOMÁNYOS ÜLÉSÉRE

Salgótarjában,

1971. június 3—4—5-ére

Az ülés helye: SZMT Székház nagyterme. Tanácsköztársaság tér 2. (földszint).

Június 3., csütörtök

9.00 órakor:

Megnyitó és köszöntés: *Merényi Sándor dr.*, a Megyei Kórház igazgató helyettese.

Üléselnök: *prof. Kulín László dr.* egyetemi tanár (DOTE Gyermekklinika).

1. *Prof. Kövér Béla dr.* (DOTE Gyermekklinika): Arcüreggyulladás jelentősége a csecsemő- és kisdedkorban (15 perc).

2. *Székely Katalin dr.* (DOTE Gyermekklinika): Sóvesztő adrenogenitalis szindrómás gyermekek növekedése (10 perc).

3. *Ludmány Konrád dr., Harsányi Magdolna dr., Jezerniczky Judit dr.* (DOTE Gyermekklinika): Újszülöttek keringő magneaemiája (10 perc).

4. *Bazsó János dr., Ludmány Konrád dr.* (DOTE Szülészeti Klinika és Gyermekklinika): Placentalis transfúziós szindróma (10 perc).

5. *Kecskés József dr., Renate Knöchel dr., Siterey Péter dr.* (DOTE Gyermekklinika): A kezdeti táplálékbeépítés hatása koraszülöttek savbázis-viszonyainak alakulására (10 perc).

Szünet (15 perc)

10.30 órakor:

Üléselnök: *prof. Kövér Béla dr.* egyetemi tanár (DOTE Gyermekklinika).

6. *Csorba Sándor dr., Jezerniczky Judit dr.* (DOTE Gyermekklinika): Koraszülöttek optimális fehérjeigénye néhány élettani paraméter tükrében (10 perc).

7. *Ambró Irma dr., Oláh Éva dr., Jezerniczky Judit dr., Renate Knöchel dr.* (DOTE Gyermekklinika): A perinatalis anyagcserefolyamatokat befolyásoló néhány tényező (10 perc).

8. *Makay Anikó dr., Karmazsin László dr.* (DOTE Gyermekklinika): Respiratory distress szindróma röntgendiagnosztikai problémái (10 perc).

9. *Dvorácsek Éva dr., Csorba Sándor dr., Jezerniczky Judit dr.*

(DOTE Gyermekklinika): Újszülöttek és csecsemők immunogramja, különös tekintettel a staphylococcus- és enterális infekciókra (10 perc).

10. *Oláh Éva dr., Jezerniczky Judit dr., Ambró Irma dr., Renate Knöchel dr.* (DOTE Gyermekklinika): Érett újszülöttek lipoid-terheléses vizsgálatával szerzett tapasztalataink (10 perc).

11. *Turay Pál dr., † Kibédi Tibor dr., Romsics Lajos dr.* (Salgótarján Megyei Kórház II. Gyermekosztály és Röntgenosztály): D-vitamin resistens rachitis Dihydrotachysterin kezelése (10 perc).

E b é d s z ü n e t

15.00 órakor:

Üléselnök: *Székely Katalin dr.* docens (DOTE Gyermekklinika).

12. *Jezerniczky Judit dr., Csorba Sándor dr., Dvorácsek Éva dr.* (DOTE Gyermekklinika): Transferin, vas, vaskötő kapacitás, haemoglobin és haematokrit vizsgálatok koraszülöttekben (10 perc).

13. *Peja Márta dr., Welther Márta dr., Hunyadi Katalin dr.*: (Miskolc Egyesített Kórházak I. Gyermekosztály): Anaemia kivizsgálás terén tett újabb lépésünk: Serum, vas, vaskötő kapacitás vizsgálata ultramikro módszerrel (8 perc).

14. *Pethő Ágnes dr., Veress Judit dr., Halász Margit dr.* (Nyíregyháza Megyei Kórház Gyermekosztály): Percentilis görbe és újszülöttkori anaemia (10 perc).

15. *Halász Margit dr., Pethő Ágnes dr., Veress Judit dr.* (Nyíregyháza Megyei Kórház Gyermekosztály): Különböző antianaemiás kezelésekkel szerzett tapasztalataink (10 perc).

16. *Tuba Gábor dr., Szabó Sándor dr., Karácsi Benő dr.* (Salgótarján Megyei Kórház I. Gyermekosztály és Laboratórium): Fertőzött sérülés kapcsán jelentkező amidazopen okozta agranulocytosis (10 perc).

Szünet (15 perc)

16.15 órakor:

Üléselnök: *Velkey László dr.* kandidátus (Miskolc Egyesített Kórházak I. Gyermekosztály).

17. *Dobronyi Ilona dr., Sajtos Lajos dr., Váry Elemerné dr.* (Balassagyarmat Városi Kórház Gyermekosztály): Serumaldolase és serumbilirubin összehasonlító vizsgálatok újszülöttkorban (10 perc).

18. *Gál Ferenc dr., Lizsonyi Ágnes dr., Lakó Magdolna dr.* (Kazincbarcika Városi Kórház Gyermekosztály): Serum-bilirubin csökkentése Sevenállal újszülöttkorban (10 perc).

19. *Miskolczi Ágnes dr.* (Debrecen Megyei Kórház I. Gyermekosztály): Systemás haemangiomasos ritka esete csecsemőkorban (8 perc).

20. *Beregszászi Gyula dr., Kecskés József dr., Kovács Ilona dr.,*

Sári Bálintné dr. (DOTE Gyermekklinika): Kisvérkőri hypertonia a gyermekgyógyászati gyakorlatban (10 perc).

21. *Juhász Jolán dr., Petheő István dr.* (Eger, Megyei Kórház Gyermekosztály): Az újszülöttkori bélvérzések néhány diagnosztikai problémája (10 perc).

Szünet (15 perc)

17.25 órakor:

Üléselnök: *Turay Pál dr.* főorvos (Salgótarján, Megyei Kórház II. Gyermekosztály).

22. *Szombathy Gábor dr., Jezerniczky Judit dr., Karmazsin László dr.* (DOTE Gyermekklinika): Immunglobulinok juvenilis rheumatoid arthritisben (10 perc).

23. *Palásthy Géza dr.* (Kisvárdai Járás Kórház Gyermekosztály): Neuroblastoma spontán regressiója (Gyógyulás biológiai és immunológiai okainak áttekintése). (10 perc).

24. *Szombathy Gábor dr.* (DOTE Gyermekklinika): Diagnosztikus nehézségek juvenilis rheumatoid arthritisben egy eset kapcsán (10 perc).

25. *Palásthy Géza dr., Ertner Iván dr.* (Kisvárdai Járás Kórház Gyermekosztály és Nyíregyháza Megyei Kórház Kórbonctani és Kórszövettani Osztály): Hiistiocytosisos betegeink (egyes csoportok közötti átmenet lehetősége) (10 perc).

Június 4., péntek

9.00 órakor:

Üléselnök: *Kiss Szabó Antal dr.* kandidátus (Debrecen, Megyei Kórház I. Gyermekosztály).

26. *Karácsi Benő dr.* (Salgótarján Megyei Kórház I. Gyermekosztály): Csecsemő- és gyermekvédelmi munkánk fejlődése, eredményei és problémái (15 perc).

27. *Düh András dr., Turay Pál dr., Karácsi Benő dr.* (Salgótarján, Megyei Kórház): Madzsar József szerepe az anya- és csecsemővédelemben (10 perc).

Felkért hozzászólók:

Velkey László dr. kandidátus (Miskolc Egyesített Kórházak I. Gyermekosztály).

Kiss Szabó Antal dr. kandidátus (Debrecen, Megyei Kórház I. Gyermekosztály).

Gyarmati Mihály dr. megyei gyermekgyógyász főorvos (Eger Megyei Kórház Gyermekosztály).

Lengyel Ferenc dr. gyermekgyógyász főorvos (Nyíregyháza Megyei Kórház Gyermekosztály).

A hozzászólások időtartama 8—8 perc.

Szünet (15 perc)

10.15 órakor:

Üléselnök: *Gyarmati Mihály dr.* megyei gyermekgyógyász főorvos (Eger, Megyei Kórház Gyermekosztály).

28. *Vissy Ágnes dr., Velkey László dr.* (Miskolc, Egyesített Kórházak I. Gyermekosztály): Szervezett nephrológiai gondozásunk 3 éves tapasztalatai (10 perc).

29. *Biró Éva dr., Petrassy Klára dr.* (Miskolc Egyesített Kórházak I. Gyermekosztály): Toxicológiai betegellátás intenzív részlegünkön (10 perc).

30. *Csermely Katalin dr., Ringelhann György dr.* (Eger, Megyei Kórház Gyermekosztály): Gondolatok egy pH 6,73-as gyógyult eset kapcsán (10 perc).

31. *Székely Csaba dr., Marossy Pál dr.* (Miskolc, Egyesített Kórházak II. Gyermekosztály): Gondatlanság miatt bekövetkezett eszméletlen állapotok diagnosztikus nehézségei csecsemőkori (10 perc).

32. *Lakatos Lajos dr., Szabó Imre dr.* (DOTE Gyermekklinika és Igazságügyi Orvostani Int.): Akut halálos benzinmérgezés esete (10 perc).

Szünet (10 perc)

11.15 órákor:

Üléselnök: *Holik Sámuel dr.* gyermekgyógyász főorvos (Balassagyarmat, Városi Kórház Gyermekosztály).

33. *Kiss Szabó Antal dr., Lakatos Mária dr., Buczkó István dr., Széll Mária dr., Amásza Margit dr.* (Debrecen Megyei Kórház I. Gyermekosztály és a Hajdú-Bihar megyei KÖJÁL): Pathogen és fakultatív pathogen bacteriumok enterális kóroki szerepének vizsgálata csecsemőkori (10 perc).

34. *Csiszár Károly dr.* (Nógrád megyei KÖJÁL): Dyspepsiae coli vizsgálataink tapasztalatai.

35. *Lehel Frigyes dr., Harsányi Magdolna dr., Tóth Irén dr., Orosz Árpád dr., Tóth Tibor dr.* (Hajdú-Bihar megyei KÖJÁL, DOTE Gyermekklinika, III. ker. Tanács Eü. Osztály): Bölcsődéskorú gyermekek enterovírus fertőzöttségének a vizsgálata (10 perc).

36. *Orosz Árpád dr.* (Debrecen, Városi Tanács Eü. Osztály): Klinikai és epidemiológiai megfigyelések Giardiasis során gyermekkollektívákban (10 perc).

37. *Kiss Sándor* (Nógrád megyei KÖJÁL): Gyermekek parazitózisok 1969—70-ből a KÖJÁL laboratóriumi vizsgálataiban (10 perc).

E b é d s z ü n e t

15.00 órákor:

Üléselnök: *Kecskés József dr.* adjunktus (DOTE Gyermekklinika).

38. *Saad András dr., Ormóshegyi Magdolna dr., Biró Éva dr.* (Miskolc Egyesített Kórházak I. Gyermekosztály): Möller—Barlow-kór klinikuma s diagnosztikája, osztályunkon előfordult kisdéskori eset kapcsán (10 perc).

39. *Farkas Sándor dr.* (Ózd, Gyermekosztály): Tapasztalataink a

Schönlein—Henoch-syndroma kapcsán (39 eset ismertetése). (10 perc).

40. *Marossy Pál dr., Kónya Mária dr., Molnár Katalin dr.* (Miskolc, Egyesített Kórházak II. Gyermekosztály): A foggó szerepe gyermekkori belgyógyászati betegségekben (10 perc).

41. *Tarnótzky Margit dr., Kibédi Flóra dr.* (Miskolc Semmelweis Kh. Rend. Int.): 1968 évben kezelt neuroticus betegek kezelése során nyert tapasztalataink (10 perc).

42. *Papp János dr., Besztercey Antal dr., Farkas Sándor dr.* (Ózd, Kórház Gyermekosztály): Wernig—Hoffmann 2 esete (10 perc).

43. *Terényi Mária dr., Marossy Pál dr.* (Miskolc, Egyesített Kórházak II. Gyermekosztály): Familiáris facialis peresis a szőrzet és fogazat fejlődési zavarával (10 perc).

Szünet (10 perc)

16.15 órákor:

Üléselnök: *Marossy Pál dr.* főorvos (Miskolc, Egyesített Kórházak II. Gyermekosztály).

44. *Orbán Sándor dr., Illés Béla dr.* (Miskolc, Egyesített Kórházak Gyermektüdőosztály): Az ernyőfényképszűrés gyermekgyógyászati jelentősége (10 perc).

45. *Dajka Ida dr.* (Ózd, Kórház Gyermekosztály): Lupus erythematosus (10 perc).

46. *Zrubecz Ilona dr., László Mária dr.* (Balassagyarmat Városi Kórház Gyermekosztály): Hasfalizomzat teljes hiánya 10 éves fiúban (10 perc).

47. *Csanaky György dr., Kovács Katalin dr., Karászi Benő dr.* (Salgótarján, Megyei Kórház Gyermeksebészet és I. Gyermekosztály): Acut pancreatitissel szövődött ascaridiasis gyermekkorban (10 perc).

48. *Gál Ferenc dr., Terray Jusztina dr., Váczi János dr.* (Kazincbarcika Városi Kórház Gyermekosztály): Lidocain okozta légzésbénulás csecsemő- és gyermekkorban (10 perc).

49. *Lamer József dr., Nagybozsóky József dr., Keresztury Sándor dr.* (Sátoraljaújhely Járási Kórház Gyermekosztály): Pautrier—Woring-syndroma (10 perc).

50. *Fazekas Árpád dr., Vigváry László dr., Megyery József dr.* (Nyíregyháza Megyei Gyermek-Szívgyógyászati Intézet): Élőben felismert aneurysma aortae Marfan-syndromás gyermekben (10 perc).

Június 5., szombat

9.00 órákor:

Üléselnök: *Gál Ferenc dr.* főorvos (Kazincbarcika Városi Kórház).

51. *Velkey László dr., Vissy Ágnes dr., Spornyi Gyula dr., Szokoly Viktor dr., Pintér József dr.* (Miskolc, Egyesített Kórházak I. Gyermekosztály): Vesebiopsia a gyermekkorban. Első eseteink tapasztalatai (10 perc).

52. *Láncos Ferenc dr.* (SOTE I. Gyermekklinika): A vesicorenalis reflux jelentősége a gyermekgyógyászatban (10 perc).

53. *Karászi Benő dr., Tuba Gábor dr.* (Salgótarján, Megyei Kórház I. Gyermekosztály): Heveny szimmetriás vesekéreg necrosis egyetűjű iker koraszülött egyikénél (10 perc).

54. *Katona Ferenc dr.* (Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet): A hypoxia hatása az újszülöttkori reflexekre (15 perc).

55. *Szenágy József dr., Király Magdolna dr., Parócz Ervin dr.* (Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet): Hemisindromát okozó intracranialis érelváltozások gyermekkorban (12 perc).

56. *Bánfi János dr., Bobok Ildikó dr., Ambró Irma dr.* (DOTE Gyermekklinika): Perforációt okozó újszülöttkori Meckel-diverticulitis (10 perc).

Szünet (10 perc)

10.20 órákor:

Üléselnök: *Csanaky György dr.* főorvos (Salgótarján, Megyei Kórház Gyermeksebészet).

57. *Zolnai Vilmos dr., Makay Anikó dr., Bánfi János dr.* (DOTE Gyermekklinika): Az invaginatio diagnosztikai és differenciál-diagnosztikai problémái a gyermekkorban (10 perc).

58. *Oláh Éva dr., Ambró Irma dr., Kappelmayer János dr., Beregszászi Gyula dr.* (DOTE Gyermekklinika): Újszülöttkori hernia diaphragmatica (10 perc).

59. *Léderer László dr., Vincze János dr.* (Miskolc, Egyesített Kórházak Gyermeksebészet): Csecsemő- és gyermekkori invaginációk (10 perc).

60. *Biró Éva dr., Balogh Pál dr., Ormóshegyi Magdolna dr., Tóth Anna dr., Velkey László dr.* (Miskolc, Egyesített Kórházak I. Gyermekosztály és Gyermeksebészeti Osztály): Szívűl eltávolított idegentest (varrótű) csecsemőkori gyógyult esete (8 perc).

61. *Ertner Iván dr., Szilágyi László dr., Márai István dr.* (Nyíregyháza Megyei Kórház Kórbontani Osztály és Kisvárdai Kórház Gyermek és Sebészeti Osztály): Hétéves gyermek veleszületett V. cava inf. hiánya (7 perc).

62. *Vincze János dr., Görög Péter dr.* (Miskolc, Egyesített Kórházak Gyermeksebészet): Colon stenosis kora-újszülöttben (10 perc).

Szünet (10 perc)

11.30 órákor:

Üléselnök: *Lengyel Ferenc dr.* megyei gyermekgyógyász főorvos (Nyíregyháza).

63. *Csanaky György dr., Turay Pál dr.* (Salgótarján, Megyei Kórház Gyermeksebészet és II. Gyermekosztály): Égett betegek kezelése (8 perc).

64. **Vincze János dr., Balogh Pál dr.** (Miskolc, Egyesített Kórházak Gyermeksebészeti): Myelodysplasiás újszülöttek korai műtétének jelentősége (10 perc).

65. **Németh László dr., Tuba Gábor dr.** (Salgótarján, Megyei Kórház Röntgenosztály és I. Gyermekosztály): Congenitalis kyphoscoliosisok (10 perc).

66. **Veress Judit dr., Halász Margit dr.** (Nyíregyháza, Megyei Kórház Gyermekosztály): Újszülöttkorban észlelt spontán ptx. gyógyult esete (5 perc).

67. **Léderer László dr.** (Miskolc, Egyesített Kórházak Gyermeksebészeti): Intracranialis dermoid (10 perc).

TÁJÉKOZTATÓ

A vendégek elhelyezését a salgótarjáni IBUSZ intézi.

Jelentkezés a mellékelt perforált lap felhasználásával 1971. május 5-ig.

Vonattal érkezők a belső pályaudvaron szálljanak le.

Gépkocsival érkezők parkirozási lehetősége a Karancs Szálló közelében levő Pécskő u. és a belőle nyíló mellékutcák mindkét oldalán, valamint a Centrum Áruház előtt.

Étkészési lehetőség a Karancs Szálló éttermében és a Salgó Étteremben.

Az előadók részére szabvány méretű diaszkópos vetítési lehetőséget biztosítunk és azokat az előadási sorozat előtt számozott sorrendben kérjük a vetítő személyzetének leadni.

Az előadóteremben a freskó festmény miatt tilos a dohányzás, de a gyakori szünetekben a szomszédos klubteremben és az előcsarnokban szabad.

Az érdeklődők a Megyei Kórház 3-án és 4-én 14–15 óra között megtekinthetik.

A kórház megközelíthető a 6-os autóbusszal, mely a Tanácsköztársaság térről indul minden óra 10 és 40 perckor. Gyülekezés a kórház aulájában.

Felkérjük a Tisztelt Előadókat az előadási idő pontos betartására.

MEGHÍVÓ

A Magyar Allergológiai Társaság

1971. június 4–5-én

Pécsen tartandó

II. VÁNDORGYÜLÉSÉRE

Tárgykör: Az allergologia aktuális kérdései.

Helye: POTE Központi Épület (Pécs, III., Szigeti út 30.) IV. sz. tanterem.

PROGRAM:

1971. június 4., péntek,

8 óra 30 perc.

Üléselnök: Király Kálmán.

Hámori Artur, a MAT elnöke: Elnöki megnyitó.

Király Kálmán (SOTE, Bőrgyógyászati Klinika): Allergológiai szemlélet a dermatológiában. Referátum.

Csaba Béla, Kesztyüs Loránd, Rédei Imréné (DOTE, Kórélettani Intézet): IgG-globulinok submolekuláris fragmentumainak sensibilizáló tulajdonsága.

Dobozy Attila, Hunyadi J., Schneider I., Simon M. (SZOTE, Bőr-Nemikórtani Klinika): Leukocyta migrációs test recidiváló erysipelasban.

Gyurcsovics Klára, Gróf Pál (DOTE, Bőrgyógyászati Klinika): Bacterialis és mykotikus allergia jelentősége a psoriasis pathomechanizmusában.

Sallay Kornélia, Dán Pál, Geck Péter, Kulcsár Gizella, Nász István (SOTE, Szájsebészeti és Fogászati Klinika és Mikrobiológiai Intézet): A keringő lymphocyták immunfluorescens vizsgálata szájnyalkahártya-betegekben.

Gróf Pál, Hamar Matild (POTE Bőrgyógyászati Klinika): Immunológiai reakciók kísérletes és human candidiasisban.

Gönczi Zsuzsanna (Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet, Allergológiai Belosztály): Candida albicans szenzibilizáló szerepe allergiás kórképekben és terápiás lehetőségek.

1971. június 4., péntek, 15 óra.

Üléselnök: Hajós Mária.

Osváth Pál (SZOTE, Gyermek-klinika): IgE-globulin jelentősége az allergiás betegségekben. Referátum.

Hajós Mária (Országos Rheuma- és Fizioterápiás Intézet, Allergológiai Belosztály): Ragweed pollinosis.

Kiss Ákosné, Dobó Magda (Fővárosi Tanács V. B. Budai Területi Gyermekkorháza, Légzésrehabilitációs Osztály): Kísérlet a gyermekkori asthma hazai előfordulása felmérésére.

Frank Kálmán (Orvostovábbképző Intézet, Gyermekgyógyászati Tanszék): A gyermekkori asthmával kapcsolatos újabb allergiás és idegrendszeri megfigyelések.

Osváth Pál, Tóth György, Dobozy Attila, Pólay Anna (SZOTE, Gyermekklinika és Bőr-Nemikórtani Klinika): Mycoticus sensibilisatio jelentősége a csecsemő- és kisdedkori bronchitis spastica kór-
oktanában.

Várady Borbála, Séra Károlyné, Vásárhelyi Katalin (Fővárosi Csecsemőotthonok Központja és Rege úti Csecsemőotthon): A bronchitis spastica néhány csecsemőotthoni vonatkozása.

Cseuz Regina, Hajós Mária, Csizér Zoltán (Országos Rheuma- és Fizioterápiás Intézet, Humán Oltóanyagtermelő- és Kutatóintézet): Asthma bronchiale immunoterápiája Humán depot-vaccinával.

Nyiry Zoltán (Somogy Megyei Tanács Kórháza, Siófok, Fül-Orr-Gégészeti Osztály): Tapasztalataink a rhinitis vasomotorica kezelésében.

Ladányi József (Állami Gyógyintézet, Kékestető): Az allergiás rhinitis kezelési módjainak összehangolása.

1971. június 5., szombat,

8 óra 30 perc.

Üléselnök: Hámori Artur.

Hámori Artur (POTE, II. Belgyógyászati Klinika): Autoimmunisatio jelentősége a vesebetegségek keletkezésében. Referátum.

Szemere Pál (Orvostovábbképző Intézet, IV. sz. Belgyógyászati Tanszék): Autoimmun kórképek osztályozásának és immunosuppressiv terápiájának problémái.

Gofman Ljubov, Hámori Artur, Deák György (POTE, II. Belgyógyászati Klinika és Kórbonctani Intézet): Cyclophosphamid hatása a Masugi-nephritisre.

Pár Alajos, Barna Kornél, Patakfalvy Albert, Simon Kornél, Gógl Árpád, Balázs Mihály (POTE, I. Belgyógyászati Klinika és Baranya Megyei Tanács Kórháza, Fertőző Osztály, Pécs): Az autoimmun májbetegségek diagnosztikája.

Simon Kornél, Patakfalvy Albert, Pár Alajos, Barna Kornél, Miszlai Zsuzsa, Balázs Mihály (POTE I. Belgyógyászati Klinika és Baranya Megyei Tanács Kórháza, Fertőző Osztály, Pécs): Immunosuppressiv kezelés hatása az immunoglobulinok és a májellenes antitestek szintjére autoimmun májbetegségekben.

Raffai Irén, Füst György, Koó Éva (János Kórház, V. Tüdőosztály): Hereditær angioneuroticus oedema három eset kapcsán.

Honti Géza (Kecskemét): A histamin és egyes anyagok antiallergiás hatása.

Ürmösi János (Kórház-Rendelőintézet, Szájsebészeti, Dunaujváros): Kórjelző serum globulin növekedés foggó okozta allergiás kórképekben.

Szatlóczyk Ernő (Orvostovábbképző Intézet, IV. sz. Belgyógyászati Tanszék): Cholecysta lambliasis okozta allergiás manifestációk.

TÁJÉKOZTATÓ:

A referátum időtartama: 30 perc.

Az előadások időtartama: 10 perc.

Vetítés: 5 × 5 cm-es diapositív.

A vándorgyűlés részvételi díját (50 Ft) és a szállásdíjat (A-kategória – Nádor és Pannónia Szálló kétágyas szoba, fürdővel 135 Ft/nap személyenként, B-kategória mint fent, de fürdő nélkül 100 Ft/nap személyenként.) Kérjük a Pécsi

IBUSZ javára a 217—10 625 szám-
ra postautalványon befizetni, leg-
később 1971. V. 10-ig.

Június 4-én, pénteken este, a
tudományos program után à la
carte társas vacsorát rendezünk.

Június 5-én, délután, kellőszá-
mú jelentkező esetén, kirándulást ter-
vezünk: Harkány—Siklós—Villány.

Az **Orvostovábbképző Intézet**
közli, hogy a **Debreceni OTE Szü-
lészeti Klinika** közreműködésével
„**A korszerű magzatélesztés aktuá-
lis kérdései**” címmel előadássoro-
zatot rendez.

Előadások helye: DOTE Szülé-
szeti Klinika.

„**A korszerű magzatélesztés
aktuális kérdései**”
tárgykörű előadássorozat
programja

V. 8. (szombat)

9.00—11.00: A magzati veszélyez-
tettség felismerése terhesség
alatt.

Előadó: **Komáromy Béla dr.**

11.00—13.00: A magzati veszé-
lyeztettség felismerése szülés
alatt.

Előadó: **Gaál József dr.**

Május 15. (szombat)

9.00—10.00: Bevezetés a korszerű
újszülött élesztésbe (életteni átte-
kintés).

Előadó: **Mihály György dr.**

10.00—11.00: A koraszülött és a
gestatiós korhoz képest kissúlyú
újszülött sajátosságai.

Előadó: **Bazsó János dr.**

11.00—12.00: A diabetikák újszü-
lötteinek sajátosságai.

Előadó: **Asztalos Miklós dr.**

12.00—13.00: Az újszülött állapo-
tának megállapítására szolgáló
pontrendszerek.

Előadó: **Mihály György.**

Május 22. (szombat)

9.00—10.00: A légzés resuscita-
tíója.

Előadó: **Mihály György dr.**

10.00—11.00: A puffer terapia.

Előadó: **Pohánka Ödön dr.**

11.00—12.00: A keringés resusci-
tációja.

Előadó: **Mocsáry Péter dr.**

12.00—13.00: A „komplex újszü-
löttélesztés és intenzív terapia.

Előadó: **Mihály György dr.**

A jelentkezéseket kérjük az ille-
telkes felügyeleti hatóságokon ke-
resztül Oktatási Osztályunknak
megküldeni.

A Szegedi Orvostudományi Egye- tem Tudományos Szakcsoportjának ülései.

Az előadások a Szemészeti Klinika
előadótermében 16 órakor kezdőd-
nek!

1971. április 27.

Üléselnök: **Karády István dr.**
1970/71. 24. ülés.

Előadások:

1. **Krizsa Ferenc, Nemessányi
Zoltán** (I. Belklinika): Az akut
leukaemiás betegek kezelésével
szerzett tapasztalataink az utóbbi
tíz évben (15 perc).

2. **Várnai Ferenc** (Orvostovább-
képző Intézet, I. Belgyógyászati
Tanszék, Budapest): A trópusi be-
tegségek hazai vonatkozásai (30
perc).

3. **Debrőczy Tibor** (Állami Kór-
ház, Balatonfüred): Szívinfartusos
betegek pszichológiai vizsgálatának
tapasztalatai (20 perc).

4. **Vargha Miklós, Somogyi I.**
(Ideg-elve Klinika): Tudatszint-
változás EEG megnyilvánulása
psychotherapiás behatásra (15
perc).

5. **Szilárd János, Farkasinszky
T., Wagner A., Vargha M.**: Gyer-
mekkori depressiós körképek (20
perc).

A Szegedi Orvostudományi Egye- tem Tudományos Szakcsoportjának ülései.

Az előadások a Szemészeti Klinika
előadó termében 16 órakor kezdőd-
nek!

1971. április 20.

Üléselnök: **Ormos Jenő dr.**
1970/71. 23. ülés.

Előadások:

1. **F. W. Rath** (Hallei Egyetem
Körbonctani Intézete): Az invasív
daganatnövekedés morfológiai,
biokémiai és histokémiai vizsgálata-
inak eredményei (német), (40
perc).

2. **Csillik Bertalan** (Bonctani-
Szövettani és Fejlődéstani Intézet):
Az axoterminalis proteolysis cyto-
kémiai korrelációi. A témakörben
1970 évben elért kutatási eredmé-
nyek ismertetése (45 perc).

Referensek: **Sávay Gyula dr.,
Poherai Mária dr., Knyihár Erzsé-
bet dr.**

Hollán Zsuzsa dr. egyetemi ta-
nár, az Orvostovábbképző Intézet
Haematológiai Tanszékének veze-
tője, 1971. április 22-én, de. 9 óra-
kor tartja tanszékfoglaló előadását
(TIT Filmstúdió 100-as terem, Bp.,
XI., Bocskay u. 37.) „**Klinikai és
alapkutatások kapcsolata a haema-
tológiában**” címmel.

Az **Országos Haematológiai és
vértranszfúziós Intézet** klinikai
haematológiai klubdélutánt rendez
április hó 23-án, pénteken délután
ötórás kezdettel az Intézet tanter-
mében (XI., Daróczi út 24.). A kö-
tetlen beszélgetés tárgyköre: A
splenomegalia és a hypersplenia
differenciáldiagnosztikai problé-
mái. A téma iránt érdeklődőket
szívesen látja az
Igazgatóság.

A **TMB Elméleti Orvosi Szakbi-
zottsága** 1971. április 26-án, du. 2
órára tűzte ki **Károlyi György dr.**
ösztöndíjas aspiráns „**Társadalom-
orvostani vizsgálatok idős mező-
gazdasági népesség körében**” című
kandidátusi értekezésének nyilván-
os vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Be-
rencsi György dr.**, az orvostudo-
mányok kandidátusa, **Kádár Tibor
dr.**, az orvostudományok kandidá-
tusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbi-
zottsága** 1971. április 28-án du. 2
órára tűzte ki **Nemes Attila dr.**
asp. kívül benyújtott „**Adatok a
ragasztásos szövetegetesítés sebész-
klinikai felhasználásához**” című
kandidátusi értekezésének nyilván-
os vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Bor-
nemisza György dr.**, az orvostudo-
mányok doktora, **Kós Rudolf dr.**,
az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbi-
zottsága** 1971. április 29-én, du. 2
órára tűzte ki **Papp Sándor dr.**
asp. kívül benyújtott „**A chronikus
aorto-iliacalis obliteratio és a hely-
reállító érsebészet egyes problé-
mái**” című kandidátusi értekezésé-
nek nyilvános vitáját az MTA
Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Löb-
lovics Iván dr.**, az orvostudományok
kandidátusa, **Urai László dr.**, az or-
vostudományok kandidátusa.

Helyreigazítás: lapunk 13. számá-
ban a 773. oldalon, a MOTESZ hí-
rei c. híryanagba egy sajtóhiba ke-
rült. A **Tudományos Pályadíjak
II. díja: 7000 Ft.** (A 13. sz.-ban
megjelent 70 000-rel szemben).

.....VASALGIN.....

TABLETTA

OSSZETÉTEL: Tablettánként 100 mg Acid. 5-allyl-5-(beta-hydroxypropyl)-barbitur hatóanyagot tartalmaz.

A Vasalgin hypnotikus hatástól mentes, elsősorban vascularis fejfájások csillapítására alkalmas, jól tűrhető analgeticum.

Mellékhatások még tartós alkalmazás után sem mutatkoznak, de egyéni túlérzékenység esetén kífokú szédülés, álmoságérzés előfordulhatnak.

JAVALLATOK: Vasomotoros fejfájás, migrén, posttraumás fájdalmak, Raynaud-kór, illetve acrocyanosis.

ELLENJAVALLATOK: Súlyosabb máj vagy vese megbetegedések.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-szor 1 tablettára kúraszerűen. Súlyosabb esetekben a kezdő adag naponta 3-szor 2 tablettára. Ez az adag 6-8 nap után fokozatosan csökkenthető napi 3-szor 1 tablettára. Egy kúra általában 4-6 hétig tart.

Szükség esetén a kúraszerű adagolás megismételhető. A javulás első jelei legkorábban 1-2 hét után várhatók.

CSOMAGOLÁS: 50 db à 0,1 g tablettára 21,30 Ft.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.



CHINOIN
GYÓGYSZER ÉS VEGYÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA

Budapest, IV., Tó utca 1-5.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(228)

Jutányos áron eladó 1 db „Hatscher” gyártmányú félhullámú röntgen-készülék, 80 KV 6 NA átvilágítás, teljes sugár-és érintésbiztos.

Cím: dr. Deák, Jászapati, Beloianisz u. Tel.: 39.

(229)

A parádfürdői Állami Gyógyfürdőkórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 fő E 110 kulcsszámú **belgyógyász adjunktusi** állásra. Az állás betöltéséhez belgyógyász szakképesítés és megfelelő szolgálati idő szükséges. Az állást betöltő részére 2 szobás komfortos lakás és kedvezményes ételmezés biztosítva van.

Ugyancsak pályázat útján betölthető 1 fő E 111 kulcsszámú **belgyógyász alorvosi** állás. Az állásra — megfelelő kulcsszám módosítással — kezdő orvosok is pályázhatnak.

A pályázók részére szolgálati elhelyezés és kedvezményes ételmezés biztosítva van.

Varga Béla dr.
igazgató-főorvos

(230)

A parádfürdői Állami Gyógyfürdőkórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 fő E 109 kulcsszámú **belgyógyász osztályvezető főorvosi** állásra.

Az állás 100 ágyas gastroenterológiai részlegen azonnal elfoglalható.

A pályázó részére 2 szobás, összkomfortos intézeti lakás és kedvezményes ételmezés biztosított.

Varga Béla dr.
igazgató-főorvos

(231)

Az Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a donor osztályon

megüresedett E/126 rendelőintézeti **belgyógyász szakorvosi** állásra. A kinevezendő orvos feladata a donorok véradás előtti belgyógyászati kivizsgálása. A donorok vizsgálata részben intézetben kívüli elfoglaltsággal jár (üzemi kiszállásos vérvételek). A kiszállásokkal kapcsolatban felmerült túlmunkáért külön díjazás jár.

Továbbá pályázatot hirdet a sebészeti osztályon megüresedett E/112 kulcsszámú **segédorvosi** állásra. Az állás betöltésénél anaesthesiológiai gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

Illetmény kulcsszám szerint. Az állások azonnal elfoglalhatók.

Országos Haematológiai és Vértranszfúziós Intézet
Bp., XI., Daróczy út 24.

(232)

A Békéscsabai Városi Tanács Kórház igazgató-főorvos pályázatot hirdet a kórház gyermekosztályán nyugdíjazás folytán 1971. június 1-én megüresedett E 109 ksz. **osztályvezető főorvosi** állásra. Lakást a Városi Tanács későbbiekben biztosít. Illetmény kulcsszámának megfelelően. A pályázatot a Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának címezve, a kórház igazgatójához kell benyújtani.

Pirityi Károly dr.
kórházigazgató

(233)

Füzesabonyi Járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoport vezetője (Füzesabony, Rákóczi u. 58.) pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett Kál I. sz. **körzeti orvosi** állásra. A körzethez egy kapcsolt község Nagyút tartozik (7 km). A munkakörre megállapított munkabér E 181 kulcsszám szerint. Feleség részére orvosirnoki állás biztosítva van.

Az álláshoz háromszobás komfortos, garázsos, valamint orvosi rendelő és váró rendelkezésre áll.

Pavlov Iván dr.
járási főorvos

(234)

A Budai Járási Tanács érdi Szakrendelőintézetének igazgató-főorvosa pá-

lyázatot hirdet a szálhalmobattai Kőolajipar Vállalatnál 1970. december 31-ével nyugdíjazás folytán üresen álló E 136 kulcsszámú, napi 8 órás (főfoglalkozású) **üzemorvosi** állásra.

Az állás Budapestről kijárással is elérhető. Lakást egyelőre biztosítani nem tudunk, de a közeljövőben megoldás nyer.

Bodnár Béla dr.
r.-l. ig.-főorvos

(235)

Pályázatot hirdetek a Bp. Főv. IV. ker. Tanács „**Újpesti Kórháza**” I. Laboratóriumában megüresedett E 110. ksz. **adjunktusi** állásra. Az állásra megfelelő szakképesítéssel rendelkező laboratóriumi szakorvos pályázhat, aki a fővárosban — kórházban, vagy klinikán — kinevezéssel bír. Az adjunktusi állás betöltéséhez szükséges gyakorlati idő hiánya esetén ksz. módosítással alorvosi kinevezésre mód van.

A 6/1970. (Eü. K. 4.) Eü. M. utasításban előírt mellékletekkel szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmet a közzétételtől számított 15 napon belül az „**Újpesti Kórház**” (IV., Nyár u. 99.) kórházigazgatójának kell benyújtani. Az állás f. év május 1-én foglalható el.

Közszolgálatban álló orvosok pályázatukat alkalmazó hatóságuk útján adják be.

Lazarits Jenő dr.
kórházigazgató
az orvostudományok kandidátusa

(236)

Tapolcai járási Tanács V. B. Egészségügyi Csoportjának vezetője, (Tapolca, Hősök tere 11.) pályázatot hirdet az E 180 kulcsszámú, áthelyezés miatt megüresedett **kapolcsi körzeti orvosi** állásra. 1971. május 1-ével. Alapbér: 2400 Ft + 300 Ft körzeti orvosi pótdíj, 500 Ft ügyeleti díj + fuvarátalány.

A körzethez két kapcsolt község tartozik.

3 szobás összkomfortos, központi fűtéses, kertes ház rendelkezésre áll.

Vajda Károly dr.
járási főorvos

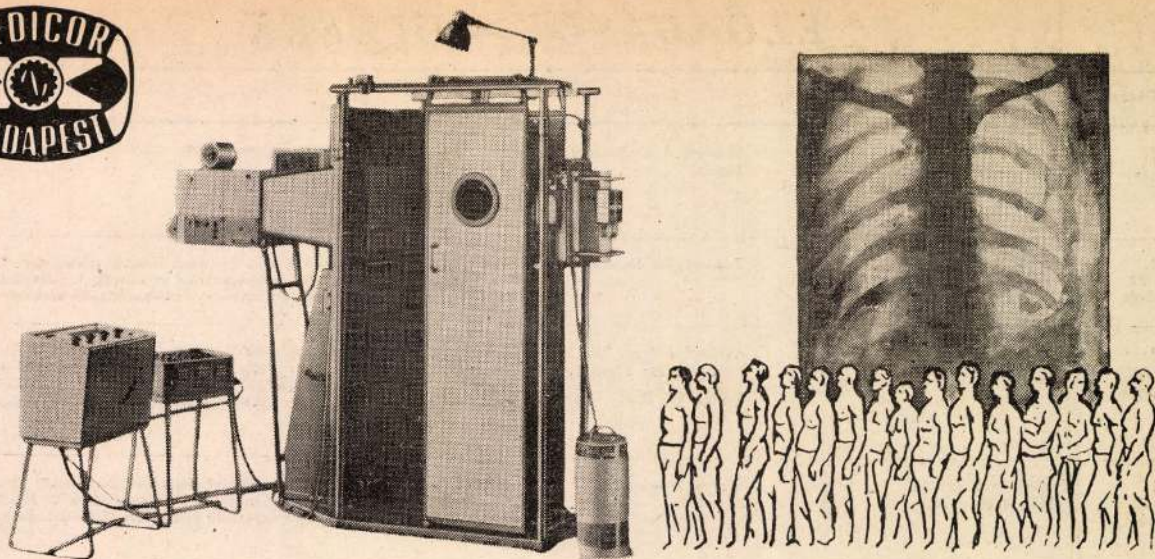


3. DIAGNOSZTIKAI HÉT nemzetközi szakkiallítással

„Orvostudomány
és Technika. Diagnosztika. Terápia.”

MÜNCHEN
1971. MÁJUS 5-9.

Felvilágosítás: Münchener Messe- und
Ausstellungsgesellschaft mbH, D-8 München 12, Theresienhöhe 13, Telefon: 76711



Medicor ernyőfényképező röntgenberendezés

Serix-7/Z-70 ernyőfényképező röntgenberendezés tüdőszűrő vizsgálatok elvégzésére szolgál. A berendezés Zeiss lencseoptikás ernyőfényképező kamerával van felszerelve. Hordozható kivitelénél fogva a JT-2 transzportkocsiban alkalmazott röntgenberendezés.

A röntgenberendezés felvételi teljesítménye:

60 mA 90 kV

30 mA 100 kV

15 mA 100 kV



Gyártja a Medicor Művek, Budapest

ELŐADÁSOK — ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1971. ápr. 20. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet IX., Gyáli út 2-6. „A” ép. nagy tanterem	du. 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	Rudnai Ottó, Straub Ilona: A kanyaró elleni 1969. évi kötelező védőoltások eredménye. Előadó: Rudnai Ottó.
1971. ápr. 22. csütörtök	Megyei Kórház Kultúrterem, Kaposvár	du. 3 óra	Tudományos Bizottság	1. Pataky György: Rézoxidase meghatározások klinikai jelentősége. 2. Kenderesi Péter: Váratlan (hirtelen) halál belgyógyászati osztályon. 3. Lőke Miklós, Dettre Gábor: Véralvadási zavar és műtéti kockázat osztályunk gyakorlatában.
1971. ápr. 22. csütörtök	Semmelweis terem VIII., Szentkirályi u. 21.	du. 4 óra	Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság	Üléselnök: Mosolygó Dénes. 1. Németh T., Nyárády I. és Vadász I.: Az ernyőfényképszűrés helyzete, problémái és jövője. 2. Balog J.: A tömeges egészségügyi vizsgálatok helyzete és jövője. 3. Unoka J.: Az EF szűréshez kapcsolódó komplex szakorvosi szűrés tapasztalatai. Felkért hozzászólók: Vekerdy Sándor és Korkecs László.
1971. ápr. 23. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	de. 8 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Bruder Zsuzsanna: Kézidarabok dezinficálásáról. 2. Fazekas András, Saűcs Attila: Orolabialis dyskinesis mint a műfogorviselés akadálya. 3. Fazekas András: A Földvári—Kiss féle Dentator-I fogvezető gyakorlati alkalmazhatóságának vizsgálata.
1971. ápr. 23. péntek	Budai Területi Gyermekkorház, Bp. II. Bólyai u. 9.	du. 2 óra	A kórház orvosai	I. Előadás: Tóth Éva: A gyermekkori tuberculoiticus megbetegedések jelenlegi helyzetéről és korszerű differenciáldiagnosztikájáról. II. Esetbemutató: Frey Judit: Laurence—Moon—Biedl-syndroma a gyermekkorban. III. Folyóiratrefereálás.
1971. ápr. 23. péntek	XX. ker. Rendelőintézet kultúrterme Ady Endre út 43.	du. 2 óra	Az Intézet Tudományos Bizottsága	1. Kómár József és Gaisler Gyula: Neurographia. Új neuroradiológiai diagnosztikai módszer. 2. Abafalvy Andrea: Adebit alkalmazása diabetes mellitusban, különös tekintettel a fogyasztó hatásra. Vita.
1971. ápr. 23. péntek	Heim Pál Gyermekkorház orvosi könyvtára VIII., Üllői út 86.	du. 2 óra	A kórház orvosi kara	1. Petrovics Erzsébet, Ivády Gyula, Varga Tibor: Panosteitis syphilitica. 2. Tuma Lenke, Kiss Péter, Török Éva: Incontinentia pigmenti. 3. Hejler József: A spastikus bronchitis terápiajának néhány actualis kérdése. 4. Torma Ilona: Mono- és polysaccharida malabsorptio.
1971. ápr. 23. péntek	Debrecen I. Belklinika	du. 1/2 óra	Debreceni Orvostudományi Egyetem	A rheumatikus kézdeformatio sebészeti kezelése (német). Előadó: Dr. G. Th. M. Bossers, a Nijmegeni Szt. Márton Kórház igazgató főorvosa.
1971. ápr. 23. péntek	II. Belklinika tanterme VIII., Szentkirályi u. 46.	du. 5 óra	Semmelweis Orvostudományi Egyetem	A csontgyógyulás, töréskezelés időszerű kérdései. Előadások: 1. Lénárt György (Orthopaediai Klinika): A csont mineralis állapotának újabb vizsgálati eredményei (15 perc). 2. Berentey György (I. Sebészeti Klinika): A törések műtéti kezelésének elvi alapjai (15 perc). 3. Újvári Miklós (I. Sebészeti Klinika): A csontegyesítő műtétek időpontja (10 perc). 4. Kendelényi Ernő (I. Sebészeti Klinika): A csontegyesítő műtétek módszerei (10 perc). 5. Szloboda Jenő (I. Sebészeti Klinika): A csontegyesítő műtétek eredményei (10 perc). 6. Kalabay László (II. Seb. Klin.): A csontegyesítő műtétek fertőzéses szövődményei (10 perc). 7. Horváth Nándor (Újpesti Károlyi Kórház): A csontok velőüregébe ültetett fibrin bioplasztok felszívódására vonatkozó kísérletes adatok (10 perc).
1971. ápr. 26. hétfő	POTE Központi épület IV. sz. tanterem	du. 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem	1. Tabár László, Herr Gyula és Háber József: A pericardium bal felének veleszületett hiánya (bemutató, 10 perc). 2. Kovács Csaba, Pulay Tamás és Illei György: Immunglobulin szint vizsgálata a terhesség során (10 perc). 3. Illei György, Pulay Tamás, Kovács Csaba, és Vereckey Gábor: Immunglobulin szint vizsgálata a gyermekégy első hetében (15 perc). 4. Wölfer Edit, Balogh Ferenc és Szankóczy Péter: Gastrointestinalis vérzés urológiai betegeken (15 perc).
1971. ápr. 27. kedd	Fül-orr-gégeklinika tanterme VIII., Szigony u. 36.	du. 5 óra	Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete	1. Potondi András: Histológiai problémák a gégedaganatok diagnosztikájában (20 perc). 2. Halmos Péter: Gégesérültek komplex ellátása (10 perc). 3. Fülöp Béla: Fülészeti reoperációk elvezése (30 perc). 4. Szepessy György: A közönséges nátha gyógyítása endonasalis módszerrel (20 perc).

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 bármely postahivatalnál, (KHI. Budapest, V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy postautalványon, a kézbesítőknél, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

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



71.1461 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

CORONTIN

*draszé, forte-draszé és végbélkúp
a szív-koszorúsér organikus és funkcionális eredetű
megbetegedéseinek kezelésére*

A CORONTIN fokozza a szív-koszorúsér átáramlását, a szívizom oxigénfelvételét és oxigéntartalmát **anélkül**, hogy növelné a szív munkát. Ezáltal a megnövekedett szapora szív működést normalizálja, míg a csökkent szív munkát (bradycardia) nem befolyásolja.

A CORONTIN enyhe vérnyomáscsökkentő hatásán kívül, enyhén nyugtató tulajdonságára **előnyösen befolyásolja** az esetleges psychés zavarokat is. A nyugtató hatás fokozására a draszékkal egyidejűleg adott 1—2 darab **Sevenaletta** tableta (15—30 mg phenobarbital) előnyösen alkalmazható. Mivel a központi idegrendszer vérkeringésének átáramlását is növeli, sikerrel alkalmazható arteriosclerotikus eredetű megbetegedésekben.

ÖSSZETÉTEL:

Draszéknént 15 mg, forte-draszéknént 60 mg és végbélkúpnként 50 mg Prenylaminum lacticum (N-3'-phenyl-propyl-(2')-1,1-diphenyl-propyl-(3)-amin. lact.) hatóanyagot, ezenkívül a végbélkúp 30 mg phenobarbital-t tartalmaz

JAVALLATOK:

Csökkenti, az esetek jelentős részében teljesen megszünteti az angina pectoris syndroma által okozott fájdalmakat. A stenocardiás rohamok számát és súlyosságát eredményesen befolyásolja. Igen jó eredménnyel alkalmazható az **organikus és funkcionális eredetű koszorúsér elégtelenség** minden formájában, neurovegetatív eredetű szív[?] fájdalomnál és a szívizom bármilyen eredetű vérkeringési zavara esetén. Kedvező hatású peripheriás érszűkület okozta bántalmaknál. A **forte-draszé** és **végbélkúp** központi nyugtató hatása jól érvényesül a nyugtalansággal járó cerebroscerosis esetében.

ELLENJAVALLATOK:

A szív nagyobb fokú pitvar-kamrai és kamrán belüli ingervezetési zavara esetén (Wenckebach-periódusok, részlegesen és teljes pitvar-kamrai block. Tawaraszár block, arborisatiós block.)

Vérnyomáscsökkentőkkel együtt adagolva nemkívánatos hypotoniát okozhat, ezért a készítmények adagjainak megállapítása óvatosan történjék a vérnyomás rendszeres ellenőrzése mellett.

ADAGOLÁS:

Az angina pectoris syndroma **k ö n n y e b** eseteiben a kezdeti adag felnőtteknek általában naponta 3-szor 2 draszé (á 15 mg), **s ú l y o s a b b** eseteiben (gyakori, tartósabb éjszakai rohamok) naponta 2—3-szor 1 forte-draszé (á 60 mg) étkezés után, az éjszakai rohammentesség biztosítására elalvás előtt még 1 végbélkúp. Későbbiek során elégséges, ha az adagolást az egyénenként megállapított fenntartó adagokkal folytatjuk.

A CORONTIN **m a x i m á l i s** egyszeri adagja 120 mg, napi adagja 360 mg.

Naponta összesen 180 mg-nál nagyobb adag, csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható!

A terápiás eredmény biztosítása a tünetek súlyosságától függően, megkívánja a rendszeres és több héten, **esetleg** több hónapon át tartó adagolást. Egyébként szívreható glycosidákkal és fájdalomcsillapítókkal együtt is adagolható. Ha a nagyobb adagok után, ritkán előforduló étvágytalanság, esetleg álmosító hatás 2—3 napnál tovább tart, az adagok átmeneti csökkentése, majd lassú növelése ajánlatos.

CSOMAGOLÁS:

30 db draszé á 15 mg	7,80 Ft
300 db draszé á 15 mg	44,40 Ft
20 db forte-draszé á 60 mg	13,80 Ft
200 db forte-draszé á 60 mg	73,— Ft
10 db végbélkúp á 50 mg és 30 mg phenobarbital	15,— Ft

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

FORGALOMBA HOZZA:

**CHINOIN GYÓGYSZER-
ÉS VEGYÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA**

BUDAPEST, IV., TÓ UTCA 1—5

SANOTENSIN



Antihypertensivum

Középsúlyos és súlyos hypertonia-betegségnél – malignus lefolyású kórképek-nél is –, hyperthyreosisnál
tablettánként 10, ill. 25 mg guanethidin sulf.

Kezdőadagja napi 10 mg, mely 7–14 nap múltán, 1–2 hetes időközönként 10–10 mg-mal emelhető arra a mennyiségre, amely a kívánt vérnyomásszintet biztosítja (általában napi 50–75 mg).

Hospitalizált betegnél az adag rövidebb időközönkénti emelése is megengedhető.

Kizárólag intézeti kezelés esetén kezdőadagja napi 25 mg, amelyet naponta 12,5 mg, ill. 25 mg-mal emelünk a vérnyomás kívánt mértékének eléréséig, ill. amíg a mellékhatások nem jelentkeznek. Más vérnyomáscsökkentő szerekkel, elsősorban thiazid származékokkal (Chlorurit, Hypothiazid) kombinálva a Sanotensin adagja – a szükséghez képest – csökkenthető.

Hyperthyreosis esetén – adjuvánsként – 25–50 mg-os napi adagok a peripheriós sympathicus túlsúlyra visszavezethető tüneteket jól csökkentik.

A készítmény különösen a reggeli felkeléskor okoz álló testhelyzetben jelentős **vényomáscsökkenést**, amely ájuláshoz is vezethet.

A gyakori **diarrhoeát** az atropin jól szünteti.

Az esetleges **bradycardia** rendszerint nem okoz különösebb kellemetlenséget. A néha mutatkozó **ejaculációs impotentia** mindig reversibilis.

Az adagolás lehetőleg intézetben állítandó be! A Sanotensin további alkalmazása idejére biztosítani kell az orvosi ellenőrzést.

NEM ADHATO: chromaffinoma okozta hypertonia, a gyomor és bélrendszer betegsége esetén, valamint műtét előtt álló betegeknek.

40 × 10 mg	17,80 Ft	20 × 25 mg	20,10 Ft
200 × 10 mg	82,80 Ft	200 × 25 mg	181,50 Ft

Társadalombiztosítás terhére szakorvosi rendelésen **szabadon**, egyéb esetben **szakorvosi javaslat** alapján rendelhető.

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI
GYÁR
BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

112. ÉVFOLYAM 17. SZÁM 961—1020 OLDAL

BUDAPEST, 1971. ÁPRILIS 25.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

XAVIN

INJEKCIÓ
ÉS
TABLETTA

A Xavin mint haemokinator, a szív teljesítményének növelésével és a peripheriás ellenállás csökkentésével fokozza a peripheriás és az agyi vérkeringést, növeli a perctérfogatot. Csökkenti az emelkedett fibrinogenszintet azáltal, hogy serkenti a fibrinolysist. Szabályozza a cholesterinszintet, javítja a collateralis keringést, a szöveti anyagcserét és a haemokinetikus hatást.

Osszetétel: Ampullánként (2 ml) 300 mg és tablettánként 150 mg Xantinolum nicotinicum (7-[2-hydroxy-3-(N-methyl- β -hydroxyethylamino)-propyl]-theophyllinum nicotinicum) hatóanyagot tartalmaz.

Javallatok: Arteriás és vénás peripheriás, valamint agyi vérkeringési zavarok. Endangiitis obliterans, peripheriás angiosclerosis, claudicatio intermittens, angiopathia, retinopathia és gangraena diabetica, Raynaud-kór, thrombosisok, emboliák. Sudeck-syndroma, ulcus cruris és egyéb trophikus zavarok, thrombophlebitis, acrocyanosis, erythema induratum Bazin.

Cerebrosclerosis, cervicalis syndroma, arteriitis temporalis, Menière-syndroma. Agyi vascularis történések esetén csak szakorvosi javallat alapján.

Ellenjavallatok: Ulcus ventriculi és duodeni, haemorrhagiás diathesis. Mitrálstenosis fenyegető vagy kialakult jobbszív-elégtelenséggel. Labilis eredetű hypertonia esetében az injekció alkalmazásától tartózkodjunk, mert collapsushoz vezethet.

Más vérnyomáscsökkentők, különösen ganglionblokkolók és sympatholyticumok adagolását a kezelés megkezdése előtt abba kell hagyni, hogy a készítmény vérkeringést szabályozó hatását ne gátolják.

Ellenjavallt minden olyan gyógyszeres kombináció, amely a perfúziós nyomás csökkentésére vezetne.

Adagolás: Átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta 2–3-szor 1 tablettá, amelyet kevés folyadékkal egészben kell lenyelni. Szükség esetén az átlagos adag naponta 3-szor 2–4 tablettára is növelhető, a beteg állapotának gondos ellenőrzésével. Későbbiek során a klinikai állapot javulásával, elégséges, ha a kezelést az egyénenként megállapított — naponta 2–3-szor 1 tablettá — fenntartó adagokkal folytatjuk.

Heveny vérellátási zavarok esetén az injekciós kezelést részesítjük előnyben. A kívánt hatás szükségességének megfelelően felnőtteknek naponta 1–3-szor 2 ml intramuscularisan, azonnali hatás elérésére intravénásan 1–2-szer 2 ml igen lassú befecskendezéssel, lehetőleg fekvő helyzetben, majd naponta 1–3-szor 2 ml intramuscularisan.

Az injekciós kezelés hatásának fokozására egyidejűleg naponta 3-szor 2 tablettát is adagolhatunk.

Az injekciós kezeléssel elért eredményt az egyénenként megállapított fenntartó adagokkal (napi 2–3-szor 1 tabl.) hosszabb ideig biztosíthatjuk.

A tabletták bevétele vagy az injekciók befecskendezése után egyes esetekben az arcon, esetleg más testrészekben, a készítmény rövid ideig tartó, égő érzéssel járó kipirulást okozhat.

Súlyos esetek klinikai kezelésére előnyösen alkalmazható a tartós cseppinfúzió, amikor 5-ször 2 ml-es ampulla tartalmát (1500 mg) 500 ml infúziós oldathoz elegyítjük. Az infúziós oldatot olyan percenkénti cseppszámmal infundáljuk, hogy legalább 3–4 órán át tartson. Az oldat elkészítésénél az aseptikus körülményekre szigorúan ügyeljünk.

Csomagolás:

50 db à 0,15 g tablettá
200 db à 0,15 g tablettá
10 × 2 ml à 0,3 g ampulla
100 × 2 ml à 0,3 g ampulla

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyszeti Termékek Gyára

Budapest, IV., Tó utca 1–5.

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:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
FORRAI JENŐ DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTÁGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

112. EVFOLYAM

*

17. SZÁM

*

1971. ÁPRILIS 25.

TARTALOMJEGYZÉK

Hídvégi Jenő:
Ahol Markusovszky meghalt 963

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Földes János dr., Takó József dr.,
Bános Csaba dr., Gesztesi Erzsébet dr.
és Juhász Juszтина:
A Basedow-kór
és Hashimoto-thyreoiditis
összefüggésének vizsgálata 968

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Rényi-Vámos Ferenc dr. jr., Solti Ferenc dr.
és Szabó Zoltán dr.:
A sympathicus β -receptor gátlás jelentősége
a pacemaker terapiát követő
arrhythmiaák kezelésében 972

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Máté János dr., Simon Miklós dr.
és Juvanc Ireneusz dr.:
A VIREGYT (amantadin hydrochlorid)
therapiás hatékonyságának vizsgálata
influenzajárványokban 976

A PREVENTIO KÉRDÉSEI

Hankiss János dr.:
Egy nephritis-endemia szűrővizsgálatának
tanulságai 983

A RESUSCITATIO KÉRDÉSEI

Jobba György dr., Kósa Ferenc dr.
és Mészáros Erzsébet dr.:
A külső szívmasszage okozta májrepedésekről 986

A KÖRZETI ORVOS GYAKORLATA

Melczer Miklós dr.:
Miért veszélyes és tilos
a festékes anyajegy eltávolítása? 988

KAZUISZTIKA

Kocsis I. dr., Argay I. dr. és Szporny Gy. dr.:
Paranephriticus abscessus
„császármetszés után” 991

Beszámolók, jegyzőkönyvek 995

Folyóiratreferátumok 997

Megjelent 1010

Levelek a szerkesztőhöz 1011

Könyvismertetés 1012

Hírek 1013

Előadások, ülések 1019

SEDUXEN *injekció*

ÖSSZETÉTEL:

1 ampulla (2 ml) 10 mg diazepam.-ot és 4 mg lidocain hydrochloric.-ot tartalmaz.

HATÁS:

A Seduxen a limbicus rendszeren keresztül ható tranqillosedativum, mely főhatása mellett izomrelaxans és anticonvulsiv hatást is kifejt.

JAVALLATOK:

Fokozott psychés feszültséggel, motoros izgalmi állapottal, súlyos szorongással járó megbetegedések.

Súlyos hysteriás primitív reakciók.

Status epilepticus. Fokozott izomtónussal és spasticitással járó mozgásszervi megbetegedések.

Tetanus adjuvans kezelése.

Abortus imminens, fenyegető koraszülés, korai burokrepedés.

Terhességi toxicosis: a terhesség 3. hónapja után.

Placenta praevia. Szülés kitolási szaka.

Delíriumok (tremens, toxicus, lázas stb.).

ADAGOLÁS:

A diagnózis, a klinikai kép súlyossága alapján célszerű az adagot esetenként meghatározni. A kívánt acut hatás elérése után a kezelés per os folytatása célszerű.

ELLENJAVALLAT:

Myasthenia gravis.

FIGYELMEZTETÉS:

A kúra kezdetén esetleg fellépő álmoság az esetek többségében néhány nap alatt spontán megszűnik, az adag csökkentésével pedig minden esetben kiküszöbölhető.

Gépjárművet vezetőknél és magasban dolgozóknál a Seduxen óvatosan adagolandó.

A terhesség első harmadában, más tranqillosedativumokhoz hasonlóan, a készítmény alkalmazása nem ajánlatos.

MEGJEGYZÉS:

A Seduxen injekció más injekcióval közös fecskendőbe a hatóanyagok kicsapódásának lehetősége miatt nem szívható fel.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 5 ampulla
50 ampulla

Forgalomba hozza: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST, X.

Az Orvosi Hetilap szerkesztősége évek hosszú sora óta igyekezett nyomára jutni Opatióban annak a háznak, amelyben 1893. április 21-én Markusovszky Lajos meghalt. Törekvéseink eddig sikertelenek voltak.

A tanulmány szerzőjének, Hidvégi Jenőnek, — akit a magyar orvostörténelemhez szenvedélyes szeretet fűz — a nehéz körülmények megkövetelte szívós kitartással sikerült megszereznie Markusovszky Lajos elhalálzásának anyakönyvi kivonatát és azzal azt is feltárta, hogy az Orvosi Hetilap megalapítója a Villa (a mai) Hotel Bellevue-ben halt meg.

Ahol Markusovszky meghalt...

Hidvégi Jenő

Orvostörténelmünk nem bővelkedik Markusovszky Lajos életére vonatkozó adatokban. Annál több konkrét cselekvésben realizált tényanyag maradt hátra alkotásaiban. Mintha a személyes életére vonatkozó dokumentumok szegényessége is életműve robusztus nagyságát hangsúlyozná.¹ Élet- és életmű azonban szerves egész és az orvostörténést a személyes élettevékenység részletei is érdeklik. Például az írásba foglalt vagy szóhagyomány folytán megőrzött adatok. W. Artelt az újjabkori orvostörténetírás rendszerezője és metodológusa ismert művében kiemeli a személyes dokumentumok, okmányok felkutatásának és kritikájának jelentőségét az orvostörténeti heurisztikában.¹¹ Figyelmeztetése ma is időszerű, hiszen mind történetírásunk, mind pedig orvostörténelmünk a legutóbbi időig eléggé deduktív beállítottságú volt s a publikációkban megnőtt a nemzedékről nemzedékre mechanikusan átörökített, olykor ellenőrizetlen, olykor téves megállapítások, adatok aránya. Sokszor az ismert adatok ellenőrzése is célszerű.

Markusovszky Lajos születési és halálzási adatai részben a nekrológokból, részben pedig az emlékezéséből ismeretesek. Okmányoszerű bizonyító anyag ezekről az utóbbi időig nem állott rendelkezésre. Trencsényi Tibor dr., életének és életművének kutatója már az ötvenes évek elején hangoztatta egy összefoglaló, dokumentatív jellegű monográfia megírásának szükségességét. A felélénkülő magyar—szlovák orvosbarátság lehetőségein munkálkodva, majd annak kedvező alkalmával élve, próbálta meg 1962-ben szlovákiai útja során Csorbán (Strbe) Markusovszky születési bejegyzését felkutatni és megszerezni. Az evangélikus parókián azonban csak a bejegyzésre vonatkozó utalást tartalmazó regiszter állt rendelkezésre, miután az anyakönyveket a helyi közigazgatásági hatóság székhelyén Zsolnán (Zilina) őrzik. Ebben a regiszterben sikerült Trencsényi dr.-nak megtalálnia az utalást Markusovszky születésére. Egy évvel ké-

sőbb a Csehszlovák Egészségügyi Minisztérium előzékeny közreműködése eredményeképpen fénymásolat készült Zsolnán az egykori anyakönyvi bejegyzésről és azt eljuttatták Trencsényi dr.-nak, az Orvosi Hetilap szerkesztőségébe.

I.

Életének fontos dokumentumát — a születését igazoló anyakönyv másolatát — tehát sikerült megszerezni. Éppen ennyire sürgető volt halála körülményeiről is hitelt érdemlően, okmányoszerűen megbizonyosodni. Markusovszky Lajos halála helyéül Abbáziát, időpontjául 1893. április 21-én jelölik meg a kútfőnek tekinthető közlemények. Az első ilyen közlés az Orvosi Hetilap 1893. április 23-i számában — rendkívül gyors átfutással — közölt rövid gyászjelentésben olvasható.¹² A második közlés a Hetilap következő számában megjelent és Hőgyes Endrének tulajdonított terjedelmes nekrológ.¹³ A későbbi munkák ezekre a közlésekre építenek.

1970 nyarán Opatijába készülve elhatároztam, felkutatom Markusovszky halála színhelyét és az ott-tartózkodására vonatkozó esetleges emlékeket. Mindössze a halál időpontját tudtam, valamint azt, hogy Abbáziában határozatot hoztak nevének megörökítéséről a tengerparti sétányon. Opatija, a „Kis Nizza” szálloda- és villarengetegének láttán olyanféle érzésem támadt, mintha arra vállalkoztam volna, hogy megkeressem a kazalba hullott tűt. A sétányon végig hiányoztak a névtáblák, az egész városban nem találtam embert, aki felvilágosítást tudott volna adni. Akikkel megismerkedtem, elmondották, sok magyar orvos fordult meg Opatijában. Az idősebbek elsősorban a régi, szanatóriumalapító magyar orvosokra emlékeztek, de Markusovszky nevét egyik sem hallotta. Nem jártam szerencsével sem a Thalassotherapiai Intézetben, sem a városi rendelőintézetben.² Arra gondoltam, hogy talán a könyvtárak mélyén rejtőzött kötetekben bukkanok nyomra. A rijekai (fiumei) tudományos könyvtárban alig volt 1—2 Abbáziára v. Opatijára vonatkozó mű. Az opatijai Angiolina-könyvtárban találtam ugyan egy kevés irodalmat, köztük fürdőorvos-tani és turisztikai munkákat, de Markusovszky neve egyikben sem szerepelt. Ily módon egyenesen a helyi közigazgatás illetékes hatóságához (Skupstina Opčine) fordultam, az anyakönyvi hivatalhoz. Egy fiatal tisztviselő meghallgatta kérésem, majd eltávozott egy archívumba. Rövidesen az abbáziai 1893-as halálzási matrikula egy kötetével tért visz-

sza. Sajnos a keresett helyeken a bejegyzés nem szerepelt. A tisztviselő, aki jól ismerte ügyfeleit, feltételezte, hogy tévedek a dátumban és megnézte a szomszédos évek bejegyzéseit is, ugyancsak sikertelenül. Hirtelen arra gondoltam, hogy talán innen is elvitték az anyakönyveket, mint Csorbán, és megkérdeztem, hogy hol gyűjtik össze a környék múlt századi anyakönyvi bejegyzéseit tartalmazó matrikulákat. A válaszból kiderült, hogy itt van az anyakönyvek gyűjtőhelye, s a tisztviselő újra kiment a raktárba, majd egy vékonyabb kötetet tért vissza, amelynek tábláján kopott arany betűkkel ez állt: Liber Defunctorum Veprinath. A könyv a közeli Veprinác község halálozási bejegyzéseit tartalmazta az 1893-as esztendőből. Rövid keresés után a 242. oldalon rábukkantunk a keresett bejegyzésre. A keskeny, horizontális rubrikában, latin nyelven a következő adatok szerepeltek:

Név: dr. Lodovicus de Markusovszky

Születési hely: Csorba

Kor: 78 év.

A halálozás ideje: 1893. április 21.

Az elhunyt vallása: protestáns

A halál oka: laesio cord.

A halálozás helye: Veprinath

Az elhunyt utolsó címe: Veprinath (Vasanska, Villa Bellevue)

Megjegyzés: temetés a családi sírboltba, Csorbán.

Nevében az „sz” helyett „zs” nyilván elhallás vagy elírás, a csorbai temetésre való utalás pedig tévedés, félreértés következménye. Ami érthetetlen volt számomra, az az elhalálozás és utolsó lakás helyül megjelölt községnév: Veprinath, ill. Vepri-nác. A hivatalos irat láttán hirtelen átvillant rajtam: talán nem is Abbáziában halt meg Markusovszky, hanem a tíz egynéhány kilométerre fekvő kies faluban. A tisztviselő azt állította, hogy ez tény. Esetleg Veprinácon érdeklődjem a továbbiak felől. Hogy mit jelöl a Vasanska elnevezés, erre a fiatal tisztviselő nem tudott válaszolni. A bejegyzésről kaptam kivonattal (fotómásolat készítését nem engedélyezték) még aznap útnak indultam Vepri-nádra. Közben újjólag arra gondoltam, hogy olykor nem árt még a hiteltérdemlőnek vélt adatokat sem ellenőrizni.

II.

Veprinác (olaszul: Apriano) néhányszáz lakosú község Opatijától hegyi ösvényen 3, országúton 11 kilométerre, egy 519 méter magas, meredek falú, erdőborította domb tetején, sásfészekszerűen terül el. A nyers kövekből rakott, erődszerűen kiképzett veprináci templom határozott élű tornyával a környék egyik tájképi érdekessége. Opatija szállói-ból vagy a tengert vagy a veprináci sziklavár templomát látni. Már a 12. században önálló, megerősített község volt. Itt esett el Henrik, Treviso örgrófja és Friaul hercege Nagy Károlynak az avarok ellen viselt háborújában, 799-ben. És később, a 16. században itt küzdöttek a velenceiek a stájerok ellen, akik a várat megszállva tartották. A vár megmaradt kapuja méltóságteljes méreteivel, glagolita

feliratával, oszlopcarnok-maradványaival, magasba törő harangtornyával a múltba hanyatlott nagyságot idézi.¹⁴ Másfél órai gyaloglás után erdei ösvényen illatozó tölgy- és babérerdőn keresztül érkeztem a községbe. A helyi lelkész csak három éve élt a faluban, s nem tudott arról, hogy Villa Bellevue lenne vagy lett volna valaha is ott. Annyit mondott, hogy Veprinác egészen a múlt század végéig a környék közigazgatási központja volt. Segítségül kérte a falu idős lakosait, hogy megtudjon tőlük valamit a Villa Bellevue felől. Az öregek a fejüket rázták. Azt viszont többen tudták, hogy Vasanska, Abbázia ősi negyede, ott, ahol ma a Sztatina fürdő és a Bellevue Szálloda van. A gyógyhelynek ezen a részén és kissé északabbra a múlt század nyolcvanas éveiben a vendégfogadók, bérvillák, panziók és szállók egész sora épült. A mai nagy hotelek közül több szerény vendégfogadó vagy villaként kezdte pályafutását. Ezek közé tartozik a Hotel Bellevue is, amely mutatók külsejével, ódonan elegáns berendezésével ott látható a képeslapokon, prospektusokon, útikönyvekben.

III.

A Hotel Bellevue ma négyemeletes, fényűző szálloda, a főút nyugati oldalán, szemben a fürdő öblével, a lombard-neoromán homlokzatú, zöld kupolás székesegyház alatt fekszik. 1891-ben építették. (Évszám látható rajta.) Az Amerikát járt Anton Grüsser, a legtevékenyebb és legmozgékonyabb abbáziai vállalkozó vásárolta meg.¹⁴ Kezdetben villa, majd hotel és panzió lett belőle. Egy 1894-ben — tehát Markusovszky halála után egy évvel megjelent útikönyv szerzője megemlékezik egy Bellevue nevű kávéházzal és vendéglőről. A Sztatina fürdő felett, a parton ma is működik egy Bellevue nevű kávéház és bár.¹⁵ A húszas években a villa gazdát cserélt és ettől kezdve az útikönyvekben és hirdetésekben „Hotel und Pension Bellevue” megjelöléssel szerepelt. Ma a Hotel Bellevue közös kezelésben van a vele szomszédos Hotel Slavijával. Szerettem volna kizárni a Hotel Bellevue téves azonosítását az egykori Villa Bellevue-vel. Miután ehhez hiteltérdemlő segítséget az eddigiek folyamán nem kaptam, felkerestem az Angiolina palotában az idegenforgalmi központot és itt Elida Debeuc kisasszony, a Public Relation osztály vezetője nézett utána a kérdésnek. Megállapítása szerint a Villa Bellevue már 1891-ben, megnyitásakor panzió volt, aminthogy sok villa a vendégfogadó szerepét töltötte be. Később hotel néven szerepelt. Egyidejűen Villa Bellevue és Hotel Bellevue nem szerepel az összeírásokban. A tisztviselő megerősítette, hogy a múlt század utolsó harmadában Abbázia Vasanska nevű negyedében, amely a gyógyhely déli részén feküdt, a közigazgatási teendőket, így az anyakönyvezést is a veprináci egyházközség, illetőleg községtanács látta el. A villa, amelyben Markusovszky meghalt, ezek szerint a veprináci községtanács hatáskörébe tartozott. Abból, hogy a veprináci lelkész nem találta nevét a regiszterben (Status Animarum Liber) arra következtethetünk, hogy a bejegyzést a polgári hatóság eszközölte. Lelkész neve különben sem szerepel a bejegyzésben. Hogy

az anyakönyvezés kézbesítés, esetleg megbízott útján történt-e, erre nézve semmi bizonyosat nem tudunk.

Ezekután ismét megkíséreltem megkeresni a tengerparti sétaútnak Markusovszkyról elnevezett részét. Egy, a húszas években megjelent útikönyv az Abbáziában elhunyt híres személyiségek sorában (Andrássy Gyula, Franz von Meran gróf stb.) Markusovszkyról, sőt érdemeiről is megemlékezik. Tudni véli, hogy a sétány róla elnevezett szakaszán van egy Markusovszky-pad is, amelyre „örökzöld bambafák lombja borul”.¹⁶ A nagy igyekezettel keresett helyet nem sikerült megtalálnom. Ennek valószínű oka, hogy a hosszú sétánynak a szállókkal szemközti részleteit időközben fürdők céljaira sajátították ki, megsokasodtak az üzemi üdülők is, így sokhelyütt kerülőutak szakítják meg az eredeti partmenti sétányt. Lehetséges, hogy a Ferenc József-sétánynak az a része, amely Markusovszky nevét viselte, a mai Sztatina strandfürdő helyén lehetett. Itt most hosszú szakaszon felszámolták a sétautat s csak a Hotel Jeanette (a húszas években még ez is Villa J. volt, itt írta Móra Ferenc Ének a búzamezőkről c. regényét) vonalában folytatódik. Billroth emlékét a sétányrendezés nem tüntethette el, mert az emléktáblát az egykori Szent Jakab kolostor tengerre néző falán helyezték el.

IV.

Miután mindezeknél tovább nem jutottam a Hotel Bellevue-t és környékét nézegetve, gondolataim messze visszakalandoztak a múltba és rekonstruáltam magamban Markusovszky betegségét, utolsó napjait. Tudjuk, hogy a nyolcvanas évek derekától fejfájásai gyakoribbak lettek, csúszzerű tarkófájások kínozták, álmatlanságban szenvedett. 1887-ben betegen mondja el emlékbeszédét az Orvosegyesület fennállása félévszázados ünnepén. Két évvel később, emlékezetes morfinmérgezésekor Korányi Frigyes már a bal szívkamra túltengését alapította meg. A következő években az érlelmeszedésnek és szívelégtelenségnek megfelelő kórkép (Korányi szavaival: arteriosclerotikus myodegeneratio) alakult ki, makacs fejfájásokkal, látásgyengüléssel és más tünetekkel. Időközben megpróbálkozott néhány üdülőhellyel: Visegrádra, Scheveningenbe, Blankenbergbe utazott, de a javulás nem mutatkozott tartósan. Már régen tervezte, hogy feleségével együtt Abbáziába utazik s most a délszaki, enyhe éghajlat, a kellemes örökzöld környezet megválasztása valóban ultimum refugiumként merült fel az aggódo barátokban. Így került sor — állítólag Kétyl ösztönzésére — 1893 kora tavaszán az abbáziai útra. Markusovszky felesége és sógora társaságában utazott s valószínűleg március 20 körül indult útnak. Állapota egy hét leforgása alatt javult, olyannyira, hogy már sétákat is tehetett. Korányi szerint valószínűleg túlerőltette magát s ez is hozzájárult állapota súlyosbodásához. Korányi Frigyes állapota hirtelen rosszabbra fordulásáról április 14-i kelettel kap táviratot. Vonatra ül és másnap délelőtt már nagybeteg barátja betegágyánál van. Markusovszky állapota ekkor a Cheyne—Stokes-szindróma tüneteit mutatja, ha-

nyatoló szív működéssel, eszméletvesztésekkel. Korányi emlékbeszédében elmondja, hogy a helyi orvosok közül Glax tanár volt a beteg kezelő orvosa. Az Orvosi Hetilap nekrológja pedig arról tudósít, hogy Glaxszal együtt „Dirpold” dr. is éjjel-nappal felváltva őrködött mellette és Korányival konzultálva együtt folytatták a kezelést.³ Időközben — mint erről Korányi megemlékezik — Bécsből Ballassa özvegye is Abbáziába érkezett Markusovszky meglátogatására.¹⁷ A Hőgyesnek tulajdonított nekrológ nyilván Korányi beszámolója nyomán érzékelteti Markusovszky állapota válságosra fordulásáról: „... midőn a déli órákban egy eszméletlenségéből felocsúdva Glax hogylétét kérdezte, mosolyogva felelte: ... es geht schon, nur wünsche ich, wie Goethe, mehr Licht... Ismétetlen felsőhajtott: „Nem látok”. Ha vérkeringése kissé javulván ismét beállott fényérzése, mélan nézett az ágyával szemben levő tengerre”.¹³ Az orvosi kezelésre (coffein, nitroglycerin) állapota valamelyest javult. Április 17-én, miközben mozdulatlanul, tehetetlenül, a halálra készülve feküdt betegágyán, a MOKT évi közgyűlését tartották a Sas utcában és ezen távollétében olvasták fel helyette jelentését, amelyet még elutazása előtt készített el.

A Schulek Vilmos alelnök által felolvasott referátumból megítélhető, hogy betegsége idején is gondoskodásával követte a kiadó ügyeit és átmeneti megkönnyebbülése napjait, óráit igyekezett közérdekű ügyei rendezésére fordítani. Ebben a referátumban is tartózkodott az általánosságoktól. Közölte, milyen szerkesztéspolitikai elvek irányították a társulatban a kiadott munkák megválasztását. Három követelményt tartottak fontosnak:

„1. Gyakorlóorvosaink szükséglete első helyen a magánygyakorlatban és a közélet terén,

2. hazai orvosi tudományos munkálkodásunk és nemzeti irodalmunk előmozdítása és segítése, azután

3. végre a kívánság, a hálaérzetnek és elismerésnek kifejezést adni a magunk részéről oly ügyfelünk iránt, ki nemzeti tudományos és általán culturalis respiratióink iránt meleg részvétellel viselkedett és azokat nagylelkűen elősegítette.”

Ezután a 2. pontban kifejtettekhez szól hozzát:

„Midőn orvostársaink most élő jelesei, mondhatnám csaknem vezérfiai egymással egyesülvén a belgyógyászatot tárgyaló több kötetnyi munkára azal az indítvánnyal járultak hozzánk, hogy munkájuk megjelenését segítsük, biztosítsuk azzal, hogy társulati könyvtárunkba azt felvegyük: tekintve úgy az írók tudományosságát, jó hírnevét, szorgalmát és irodalmi készütségét, látva pedig azt, hogy méltóbb bizonyosságot alig állíthatna ki korunk orvosi tudományos törekvésünkről: örömmel és készségesen engedtünk felhívásuknak, de biztosítottuk a társulatnak és olvasóinknak nagy érdekét azáltal, hogy ígéretét vettük az íróknak arról, hogy minden egyes kötet egy befejezett tárgyat fog hozni és a társulat által csak akkor vétetik át, ha szabályszerűen megbírálvá jelenik meg.”

A jelenlevők még nem tudhatták, hogy a társulat elnökének utolsó munkálkodása volt ez, az orvosi könyvkiadás ügyében. A közlemény szerint

a nagy éljenzéssel fogadott beszámolót követően Schulek javasolta, hogy „az egészségügyi okokból Abbáziában tartózkodó elnök iránt a közgyűlés üdvökívánatait és változatlan ragaszkodásának kifejezését távirati úton fejezze ki, mit a közgyűlés egyértelműleg el is fogadott”.¹⁸

Nem tudjuk, mikor érkezett meg az üdvözlőtávirat Abbáziába. Azt sem tudjuk, vajon eljutott-e a címzetthez, s az tudomást szerzett-e annak tartalmáról.

Annyi bizonyos, hogy utolsó, írásban is rögzített megnyilatkozásában a Korányi Frigyes—Kétly Károly—Bókai Árpád szerkesztette hatalmas mű, A belgyógyászat kézikönyve hat kötetre tervezett sorozata foglalkoztatta, amely a harminc éve működő MOKT egyik csúcsteljesítménye volt.⁴ Az is bizonyos — Korányi emlékezése rá a tanúbizonyosság —, hogy két nappal a közgyűlés után következett be állapotában a terminális rosszabbodás, az „automatikus funkciók hanyatlása” április 20-án pedig agyhűdés, amikor is az érlökés 130-ra „szőköt és fonalszerűvé vált”.¹³

A vég április 21-én három óraker következett be.

„Balassa, Bókai, Wagner, Hirschler, Lumniczer után... a végső lehelletig kitartó hű vezér” szíve is megszűnt dobogni.

V.

Két nappal később felravatalozták a közeli kápolnában.

Ezen a rögtönzött gyászszertartáson az abbáziai és az ott üdülő magyarok nagy számban vettek részt. Ott volt Görgey Artúr és ott voltak kezelő orvosai, Július Glax tanár és Franz Dirpold, valamint több abbáziai szanatóriumi orvos. A kezelő orvosok az özvegy által felajánlott tiszteletdíjat csak úgy voltak hajlandók elfogadni, ha azt közcélokra fordíthatják. Ily módon az összeg egy részét a vagyontalan beteg katonatisztek helyi gyógytelepének (Offizieres Curhaus) tőkájéhez csatolták és gondoskodtak róla, hogy azt Markusovszky-alapként kezeljék.⁵ A fennmaradó részt a helyi sétautak karbantartására szolgáló alap növelésére fordították. Ez volt a magyarázata a helyi közüti felügyelőbizottság ama elhatározásának, hogy az abbáziai Ferenc József-sétány egyik szakaszát róla nevezzék el.

Markusovszky végrendeletében kifejezte azt az óhaját, hogy hitvese szülőfalujában temessék el, valamint, hogy a temetés szerény legyen, virágot ne helyezzenek koporsójára. Holttestét özvegye és rokonai: Kiss Gyula földbirtokos a sógora, Fabiny Rezső (Rudolf) kolozsvári egyetemi tanár, Fabiny Lajos főhadnagy, Pragerhofon keresztül, vasúton szállították Keményegerszegre. (Ma: Vasesegerszeg.⁶) A Nagykanizsa—Szombathely közti vasúti összeköttetés még gyenge volt, és ezért döntöttek amellett, hogy Zágráb megkerülésével Pragerhofon (ma: Pragersko) keresztül indulnak útnak. Pragerhofból Grazon, Fehringen, Szentgotthárdon lehetett Porpácig eljutni, innen a pozsonyi helyiérdekűvel tovább Keményegerszegig.⁷ Keményegerszegen volt 1893. április 25-én 78. születésnapja másnapján

Markusovszky Lajos temetése. A Kis-familia családi sírboltjába temették. A gyászszertartáson nagy sokaság vett részt, ott volt a megye színe-java. A fővárosból külön szalonkocsi vitte a hivatalos küldöttséget, amelynek vezetője Szalay Imre miniszteri tanácsos, neves történész és múzeológus. Szalay Imre a kultuszminisztériumot, Than Károly az Akadémiát és az Országos Közegészségügyi Tanácsot, Miháلكovics Géza orvoskari dékán és Plosz Pál a Pázmány Péter Tudományegyetem orvoskarát, Genersich Antal és Lechner Károly a kolozsvári orvoskart, Hőgyes Endre az Orvosi Hetilapot és az Orvosegyesületet képviselte a temetésen. A gyászolók közt volt Radó Kálmán főispán,⁸ továbbá a Duna Gőzhajózási Társaság, a Turista Szövetség és a Foncière Biztosító kiküldötte is.⁹ A szertartást az újfalusi evangélikus pap vezette, búcsúztatót Csapodi István,¹⁰ az Országos Közegészségügyi Egyesület főtítkára mondott.

„Nagy és nemes szíve, mely kora ifjúságától utolsó pillanatig a hazai kulturális eszmékért dobogott, végképpen kimerülve, felmondta szolgálatait nagy és fényes elméjének, melynek eszméi is a hazai orvosi közügyek és kultúra érdekében keletkeztek...”¹²

Nem gyakori az életben, hogy a búcsúztató és méltató szó oly mélységesen egyezzen az élet valóságával, mint az Markusovszky Lajos halálakor történt.

JEGYZETEK ÉS ADATTÁR

¹ A Markusovszkyra vonatkozó személyes írásos emlékek áldozatul estek a II. világháború eseményeinek. A kultuszminisztériumi működésére vonatkozó levéltári anyag nagy része pedig az ellenforradalom alatt pusztult el.

² A Thalassotherapiai Intézetben G. Plavšič professzor, a Jugoszláviai Tengeri Gyógyüdülők Tanácsa vezetője, valamint az opatijai rendelőállomás (ambulancia) főorvosa, Viktor Findeler dr. nagy készséggel igyekeztek felvilágosítással szolgálni.

³ Julius Glax (1846—1929) neves balneológus, Abbázia fürdőorvosi tanácsának vezetője. Jelentős érdemei vannak a tengeri fürdőorvostan korszerűsítésében, Abbáziának mint gyógyüdülőknek a fejlesztésében. R. Virchow, Th. Billroth és M. J. Oertel az ő ösztönzésére látogatott el Abbáziába. Oertel állítólag Veprinác dolgozta ki terrain-kurájának alapjait. Glax fontosabb művei: Lehrbuch der Balneologie (1897), Lexikon der physiologische Therapie (1903). A Hőgyesnek tulajdonított nekrológban Glax tanár mellett Markusovszky kezelő orvosaként „Dirpold” dr. is szerepel. Findeler dr. szerint, aki Glax professzorról monográfiát készült írni, ez elírás lehet. Valószínűleg Franz Tripold dr.-ról van szó (az ő nevét is olykor Tripoltnak írják a forrásmunkák), aki Glax veje és az abbáziai Katonai Gyógytelep főorvosa volt. Művel: Die Heilanlagen von Abbazia, Slatinabad, Bad Heilige Stephanie. Alátámasztja ezt az is, hogy az orvosi tiszteletdíj egy részét, mint ismeretes, a Katonai Gyógytelep támogatására fordították.

⁴ A belgyógyászat kézikönyve 6 kötet (1894—1899) a MOKT igen jelentős kiadványa volt, a Magyar Tudományos Akadémiával és 36 szerzővel való körültekintő megállapodás eredményeként jött létre. Gyóry Tibor szerint az első kötet (Fertőző betegségek) már 1893-ban, még Markusovszky halála évében megjelent, ahogy a márciusi közgyűlésen a tagoknak bejelentették.

⁵ Az abbáziai Katonai Gyógytelep (Offizieres Curhaus) az 1881-ben Bécsben jótékonyági alapon létesít-

tett Fehérkereszt Egyesület fiókéntémenye volt, amelyet beteg katonatisztek ápolására és segélyezésére rendeztek be.

⁶ *Fabiny Rezső* (más források szerint: Fabiny Rudolf) (1849—1920) felvidéki születésű vegyészprofesszor, 1878 óta a vegytan tanára a kolozsvári egyetemen. Ő teremtette meg az ottani korszerű vegyészeti intézetet és ő alapította 1882-ben a Vegyészeti lapokat. Rokonságban volt Markusovszkyval.

⁷ Az Alföld—fiumei vasutat 1871-ben helyezték üzembe. A múlt század kilencvenes éveiben igen jó volt a vasúti összeköttetés Budapest és Fiume között (Zágrábon át!). Az út 12 és fél óra hosszat tartott. Emlékezetes, hogy *Pulszky* Ferenc, aki gyakran járt e vonalon műgyűjtői útjai során, egy alkalommal lelkesülten állapította meg: „Az ember manapság már nem is utazik, csak megérkezik”.

⁸ *Radó* Kálmán (1844—1899) országgyűlési képviselő, 1882 óta Vas vármegye főispánja, később mint kormánybiztos, eredményesen fejezte be a Rába szabályozási munkálatait.

⁹ Ismeretes, hogy Markusovszky, a szabadságharc eltiprását követően, el kellett, hogy hagyja egyetemi állását. Vegzaturáknak volt kitéve és ezek átmeneti depressziót okoztak kedélyében. Ekkor foglalkozott a ki-

vándorlás gondolatával is, de ezen gyorsan túltette magát. Állást vállalt a *Déli Vasút Társaságnál*, a *Duna Gőzhajózási Társaságnál*, majd a *Foncière Biztosítónál*, amelynek sokáig főorvosa volt. Markusovszky eme kevésbé ismert tevékenysége — amelyről a Hőgyesnek tulajdonított nekrológ tudósít — tüzetesebb további tanulmányozást érdemelne. (3)

¹⁰ *Csapodi* István (1856—1912) a szemészet rendkívüli tanára egészségügyi kérdésekkel is foglalkozott, pl. iskolaorvoslással. Ő szerkesztette az *Egészség* c. egészségügyi lapot.

IRODALOM: 11. *Walter Artelt*: Einführung in die Medizinhistorik, Stuttgart, 1949. — 12. *Orv. Hetil.* 1893, 37, 208. — 13. *Orv. Hetil.* 1893, 37, 220—223. — 14. *Julius v. Hortenau*: Dreitausend Jahre Abbazia, Fiume, 1934. — 15. *Máté Lajos*: Fiume, Abbazia és Cirkvenica. Budapest, 1894. — 16. Abbazia és a Quarnero (a Panoráma sorozat 1. kötete) Budapest, 1925. — 17. *Korányi Frigyes*: Markusovszky Lajos, a Budapesti Kir. Orvos-egyesület 1902. évi, október hó 14-i, LXV. nagygyűlésén tartott emlékbeszéd. Az orvosi tudomány magyar mes-tereit. Kiadja a Markusovszky Társaság, Magyar Tudományos Társulatok Sajtóvállalata Rt. Budapest, 1924. — 18. *Orv. Hetil.* 1893, 37, 209.

SEPTOSYL

szemkenőcs

összetételének megváltoztatása

A Septosyl szemkenőcs összetétele megváltozott: az új összetételű kenőcsben nincs naphazolin. A naphazolin mentes Septosyl kenőcs nem szemcsésedik és egyenletesen oszlik el a szemrésben.

Összetétel:

1 tubus (5 g) 0,5 g sulfamethylpyrim.-ot tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

Javallatok:

Különböző baktériumok okozta heveny és idült kötőhártyagyulladás, szaruhártya-beszűrődés és fekély, blepharitis acuta, — angularis, — chronica, — ulcerosa, blepharoconjunctivitis, dacryocystitis, fertőzött szemhéj-ekzema, másodlagosan fertőzött trachoma.

Adagolás:

Naponta 2—3-szor borsónyi kenőcsöt az alsó szemhéj mögé helyezünk, és a szemet becsukva, enyhe dörzsöléssel szétkenjük. Ha a szemhéjra akarjuk alkalmazni a kenőcsöt, a szemhéj szélére helyezük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:

5 g tubus 5,30 Ft

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest

QH

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. Belklinika
(igazgató: Magyar Imre dr.)
és a Főv. Tanács János Kórháza, Izotóp Laboratórium
(igazgató főorvos: Takó József dr.)

A Basedow-kór és Hashimoto-thyreoiditis összefüggésének vizsgálata

Földes János dr., Takó József dr.,
Bános Csaba dr., Gesztesi Erzsébet
és Juhász Juszta

Ismeretes, az a szoros összefüggés, amely a Basedow-kór és az autoimmun thyreoiditis (Hashimoto-kór) között fennáll (2, 4, 7). Basedow-kóros betegek jelentős részének a plasmájában is kimutathatók a thyreoglobulinnal és a thyreoidea epithelsejtek microsoma fractiójával szemben keletkezett ellenanyagok (10), ugyanakkor a pajzsmirigyműködést serkentő Long-Acting Thyroid Stimulator (LATS-IgG) is valószínűleg valamilyen pajzsmirigy-antigénnel szemben keletkezett autoantitest (19). Kérdés, hogy a LATS kimutatható-e az autoimmun thyreoiditis betegek plasmájában, lehetséges-e átmenet a Basedow-kór és Hashimoto-thyreoiditis között, és végül van-e összefüggés a thyreoidea suppressió próba eredménye és a LATS jelenléte között. Kísérletünkben a feltett kérdésekre igyekeztünk választ kapni. Egyúttal összehasonlítottuk koncentráls nélkül, valamint a pseudoglobulin-IgG szeparálás után a vizsgált plasmák LATS tartalmát.

Methodika

Egyidejűleg határoztuk meg a kezeletlen plasmák, valamint IgG szeparálás után nyert kivonatok LATS tartalmát. A plasma pseudoglobulin IgG koncentrálsát és elkülönítést *Carniero és mtsainak* módszere szerint (5) végeztük. Néhány esetben a plasma thyreotrop hormon tartalmát is meghatároztuk *Adams és Kennedy* koncentrálsási eljárása alapján (1).

A vizsgált plasmák, ill. kivonatok pajzsmirigyműködést befolyásoló hatását *McKenzie* módszere alapján (16) — előzőleg leírt methodikánk szerint (9) — ¹²⁵J-dal előkezelt egereken határoztuk meg. A vizsgált készítménnyel kezelt állatcsoport vérradioaktivitásának átlagértékét az 5%-os albuminnal kezelt egerek (kontroll = 100) vér ¹²⁵J aktivitásának az átlagához viszonyítottuk és százalékban adtuk meg a hormonkészítmény-

nyel injiciált állatok vér ¹²⁵J aktivitását. A kísérleti adatok analizésében mértani középértékkel számoltunk. A pajzsmirigyműködést serkentő hatást akkor tekintettük pozitívnak, ha a készítmény iv. beadása után 2 órás (TSH) vagy 8 órás (LATS) időpontban az állatcsoport vérradioaktivitásának átlaga meghaladta a kontroll csoport 150%-át és az alsó fiduciális határ is meghaladta a 150-et. [A megbízhatósági határokat a fiduciális elv alapján számítottuk ki. A felső (alsó) fiduciális határ jelenti a parameternek azt a feltételezett felső (alsó) értékét, amely a véletlen folytán az esetek 2,5%-ában adhatta volna a kapott parameter értéket.]

Az antimicrosomalis antitestek kimutatására alkalmas complement fixatiós (CF) próbát, valamint a thyreoglobulinnal szemben keletkezett ellenanyagok kimutatására alkalmas Boyden-féle passzív haemagglutinációs próbát (tanned red cell agglutination-test = TRC) előzőleg leírt módszerünk szerint végeztük (20).

Tekintve, hogy a pajzsmirigy szövettani vizsgálata csak kevés esetben történt, a Hashimoto-kór diagnózisát szigorú kritériumokhoz kötöttük. A diagnózis felállításakor az alábbi feltételeket tartottuk szem előtt: euthyreosisos vagy hypothyreosisos strumás beteg, gyorsult vörösvérsejtsüllyedés, pozitív fehérjelabilitási próbák, növekedett γ -globulintartalom, pozitív thyreoidea-antitest vizsgálati eredmények (CF legalább 1:12, TRC 1:25 000 pozitív). Amennyiben ezek nem voltak egyöntetűen kórosak és az autoimmun thyreoiditis diagnózisát teljes biztonsággal nem lehetett felállítani, a beteget nem soroltuk a Hashimoto-thyreoiditis csoportba és így az enyhébb kórképek vizsgálatától eltekinthettünk.

A trijódthyronin suppressió próbat 6 napig adott 80 μ g/die trijódthyroninnal (Liothyronin, Kőbányai Gyógyszergyár) végeztük. Normális esetben a pajzsmirigy százalékos radiojód felvétele 24 órával a ¹³¹J beadása után legalább 40%-kal alacsonyabb volt a trijódthyronin suppressió próba előtti értéknél. Amennyiben a suppressio ennél kisebb volt, azt kórosnak vettük.

Kísérleti eredmények

I. táblázat

Kezeletlen plasma, valamint pseudoglobulin-IgG LATS tartalma kontroll egyéneken és Basedow kóros betegeken

	Kezeletlen plasma		Pseudoglobulin-IgG	
	LATS		LATS	
	negatív	pozitív	negatív	pozitív
Kontroll 14 ...	13	1	14	0
Basedow-kór 30	17	13	6	24

Az 1. táblázaton láthatjuk, hogy az IgG szeparálás után egyetlen kontroll esetben sem lehetett az egereken LATS reakciót kiváltani, tehát e methodikát alkalmazva az ál-pozitív reakciókat elkerülhetjük. Basedow-kórosok kezeletlen plasmájával végezve a vizsgálatot az esetek 43,3%-ában, míg IgG szeparálást alkalmazva 80%-ában tudtunk LATS-t kimutatni.

Kilenc Hashimoto-thyreoiditis beteget vizsgálva, plasmájukban még IgG koncentráls és szeparálás után sem lehetett LATS-t kimutatni, és egyúttal a pajzsmirigy radiojód felvétele exogen trijódthyroninnal csökkenthető volt. E betegek közül egyben (később ismertetett B. F.) az évek folyamán az eredetileg LATS negatív plasmából LATS pozitív lett, a pajzsmirigy azonban kívülről bevitt trijódthyroninnal változatlanul suppressálható ma-

II. táblázat

A plasma LATS és TSH tartalom vizsgálata Hashimoto-thyreoiditisben és annak összefüggése a trijódthyronin suppressió próbával (*-gal megjelölt eset részletes ismertetése a szövegben).

Diagnózis	Kezeletlen plasma		Pseudoglobulin IgG		Trijódthyronin suppressió próba	
	LATS	LATS	LATS	LATS	suppr.	nem suppr.
Hashimoto-thyreoiditis.....	9	1*	9	1*	10	—
Hashimoto-thyreoiditis (Basedow-kór után)	1	1	1	1	1	1
	TSH		TSH cc			
	neg.	poz.	neg.	poz.		
Hashimoto-thyreoiditis ...	3	1	2	2	4	—

radt. Ezt az egy esetet a 2. táblázaton csillaggal jeleltük meg. Hashimoto-thyreoiditises betegek közül kettőnek az anamnézisében Basedow-kór szerepel és plasmájukban LATS volt kimutatható. Több év múlva e betegek már nem voltak hyperthyreotikusok, ellenben Hashimoto-kór klinikai képe alakult ki és ezt az elvégzett vizsgálatok is alátámasztották. Közülük egynek a plasmájából a LATS eltűnt, és a beteg pajzsmirigye trijódthyroninnal suppressimálható lett. A másik esetben a plasmában a LATS változatlanul jelen volt és a pajzsmirigy radiojód felvétele trijódthyronin adása után sem csökkent. Négy Hashimoto-kóros beteg plasmájában Adams és Kennedy koncentrációs eljárását alkalmazva megvizsgáltuk a TSH-tartalmát és azt két esetben megnövekedettnek találtuk.

A Basedow-kór és autoimmun thyreoiditis közötti szoros összefüggést támasztja alá a továbbiakban részletezett három betegünk:

1. D. Gy.-né, 46 éves nőbeteg. Néhány éve kissé vastagabb a nyaka. A pajzsmirigy fokozott működésére utaló panaszai 1965-ben kezdődtek. Két év alatt kb. 10 kg-ot fogyott, noha jó étvágya volt. A meleget rosszul tűrte, remegett, hőemelkedése jelent meg. Az I. Belklinikára 1967-ben utalták be. A klinikai kép hyperthyreosisra utalt. Státuszából megemlítjük a melegnyirkos bőrt, tachycardiát (P: 110/min), finomhullámú tremort, kis diffúz strumát. Vizsgálati eredmények: radiojód felvételi görbe 2 óras 69, 6 óras 76, 24 óras 67, 48 óras 53%; trijódthyronin suppressió próba 24 óras: 72% (suppressio nincs); 48/2 óras plasmatest: 3,6 (magas érték); Hamolsky-test 21% (magas); szérumfehérjéhez kötött jód 9,6 μg^0_0 (magas); pajzsmirigy szcintigráfia: egyenletes radiojód felvétel; thyreoidea antitest vizsgálat: CF = 1:12, TRC = 1:25 000; plasma LATS: 490% (459—523), LATS tartalmú plasma + nyúl anti-TSH szérum (10%): 451% (423—481), a plasma LATS hatását anti-TSH szérum nem védte ki. Sü.: 18 mm/óra, Thy 3 E, flocc. +, elpho: γ -globulin 20%. Dg.: Basedow-kór, melyben autoimmun folyamat mutatható ki. Th.: egy évig Methoxyrin kezelés.

A beteg 1969-ben újabb vizsgálatra jelentkezik. Fél év óta közömbös, fásult, aluszékony, nyaka vastagodott, haja hullik, körme töredezik, obstipál. Antithyreoidea kezelésben egy éve nem részesül. Vizsgálati leletei: radiojód felvételi görbe 18, 26, 41, 36%; trijód-

thyronin suppressió próba 24 óras: 10% (normális suppressio); 48/2 óras plasmatest 0,4; sze. feh. jód 1,0 μg^0_0 (alacsony); BE¹²⁵J 53% (kórosan alacsony); Hamolsky-test 8,6% (alacsony); perchlorat próba: kóros (43% csökkenés); sze. cholesterolin 333 mg⁰/₀; thyreoidea antitest: CF 1:96, TRC: 1:2 500 000, pozitív. Plasma LATS: 109% (negatív); LATS-IgG 93% (negatív); sü.: 40 mm/óra; Thy 15 E, flocc. +++, elpho: γ -globulin 28,5%. Dg.: Hashimoto-kór. Hypothyreosis.

2. H. J.-né, 47 éves nőbeteg. Első kórházi felvétele az I. Belklinikán 1968-ban. Néhány hónapja szívdobogással járó panaszok, lába dagad, munkadyspnoes, ezen időszak alatt 6 kg-ot fogyott, szeme düledtebb, nyaka vastagabb lett. P: 120/min. Kéz meleg-nyirkos. Nyakkörfogát 40 cm. Mérsékelt exophthalmus: Hertel 21—20/96. Subfebrilis. Vizsgálati leletek: pajzsmirigy radiojód felvételi görbe: 51, 77, 81, 63%; 48/2 óras plasmatest 4,2 (magas); sze. cholesterolin 176 mg⁰/₀; sze. feh. jód 11,7 μg^0_0 (magas); Hamolsky-test 24% (magas); thyreoidea antitest: CF negatív, TRC 1:250; plasma LATS 316% (296—338); sü. 18 mm/óra, Thy negatív, flocc negatív; elpho. γ -globulin 20,1%. Dg.: Basedow-kór. Fél évig szedett Methoxyrin, melyre panaszmentes lett.

A beteg 1970 márciusában ellenőrző vizsgálatra jelentkezett. Két hónapja fáradékony, aluszékony, körmei töredeznek, arca puffedtebb lett, néhány kg-ot hízott. Státuszában említésre méltó a puffadt arc, diffúz struma, mely kompressziós tüneteket okoz. Exophthalmus régivel egyező. P 72/min. Bőre kissé száraz. Vizsgálati leletek: pajzsmirigy radiojód felvételi görbe 47, 49, 47, 40%; trijódthyronin suppressió próba 24 óras: 42% (nincs suppressio). 48/2 óras plasmatest: 2,1 (magas); Hamolsky-test 7,9% (alacsony); sze. feh. jód 2,6, kontroll 2,4 μg^0_0 ; sze. cholesterolin 296 mg⁰/₀; BE¹²⁵J 54% (kóros); perchlorat próba kóros (32%-os csökkenés); plasma LATS 258% (251—265); pseudoglobulin IGG-LATS 288% (266—312). Sü. 29 mm/óra, Thy 6 E, flocc. +++; elpho: γ -globulin 26,5%. Szövettan: Hashimoto-thyreoiditisre utaló szövettani elváltozás (kiterjedt interfollicularis lymphocitózis és plasmasejtes beszűrődés, helyenként epithelsejtek destructiója és fibrosis). Dg.: Hashimoto-kór, kismérvű hypothyreosis.

3. B. F., 43 éves férfibeteg. Első alkalommal 1967-ben vizsgáltuk az I. Belklinikán. A betegnek évek óta vastagabb a nyaka, mely az utóbbi időben rohamosan növekedett és kissé fájdalmas. Bőre szárazabb lett, nagyon gyöngének érzi magát. Státuszából megemlítjük a kissé tágabb szemrést, diffúze megnagyobbodott strumát (nyakkörfogát 43 cm). Pulzus 84/min. Vizsgálati leletek: pajzsmirigy radiojód felvételi görbe: 12, 18, 26, 28%; trijódthyronin suppressió próba 24 óras: 8% (normális visszazorítás); 48/2 óras plasmatest 0,11; sze. cholesterolin 374 mg⁰/₀; sze. feh. jód 2,2 μg^0_0 (alacsony érték); BE¹²⁵J 61% (kóros); Hamolsky-test 10%; thyreoidea antitestek: CF 1:48; TRC 1:2 500 000 poz.; plasma LATS 95% (negatív); sü. 32 mm/óra; Thy. 8 E, flocc. ++; elpho. γ -globulin 36%. Dg.: Hashimoto-kór. Th.: néhány hónapig Prednisolon + Liothyronin, melyre jobban lett, nyakkörfogát 40,5 cm-re csökkent. E kezelést azonban gyomorpanaszok jelentkezése miatt abbahagyta.

A beteg 1970 áprilisában ismét jelentkezett. Az utóbbi hetekben panaszai kiújultak. Nyaka vastagodott, ideges, izzad, szívdobogást érez. Nyakkörfogát ismét 43 cm, keze meleg, nyirkos, P 120/min. Vizsgálati leletek: pajzsmirigy radiojód felvételi görbe: 16, 24, 32, 27%; trijódthyronin suppressió próba 24 óras 12% (normális suppressio); 48/2 óras plasmatest 1,7 (magas); Hamolsky-test 10,5% (normális alsó határ); thyreoidea antitestek: CF 1:12, TRC 1:2 500 000 pozitív; plasma LATS 302% (284—320), pseudoglobulin IgG LATS 365% (344—387); sze. cholesterolin 308 mg⁰/₀, sze. feh. jód 2,7 μg^0_0 (alacsony érték). Dg.: Hashimoto-kór, esetleg autoimmun thyreoiditis és Basedow-kór egyidejű fennállása. Th.: Oradexon, Seduxen, Trasicor, Liothyronin. E kezelésre a beteg panaszmentes, nyakkörfogát 39,5 cm-re, pulzus 84/min-ra csökkent.

A LATS-t nem lehet az immunglobulin-G-től elkülöníteni, és az IgG koncentráción és szeparáláson alapuló metodikák hasznosnak bizonyulnak a plasma LATS tartalmának meghatározásában (5). E módszer jelentőségéről és e metodika buktatóiról máshol részletesen beszámolunk (11). Jelen kísérleti sorozatunkból jól látható, hogy IgG szeparálást alkalmazva a Basedow-kóros betegek 80%-ának a plasmájában a LATS kimutatható, ugyanakkor az euthyreotikusok vérében ez nincs jelen, és e módszerrel az ál-pozitív LATS-szerű reakciókat ki lehet küszöbölni.

Ismeretes, az a szoros összefüggés, amely a Basedow-kór és az autoimmun thyreoiditis között fennáll (2, 4, 7). A thyreoidea autoantitesteket Basedow-kórban is gyakran magas titerben mutatják ki (10), és mai tudásunk szerint a LATS is ellenanyag. Ezért felvetődik az a lehetőség, hogy a LATS az autoimmun thyreoiditisben is kimutatható. Kis esetszámú vizsgálat alapján erről ellentétesek az irodalmi adatok, és IgG koncentráción alapuló vizsgálatot ez idáig nem végeztek. Míg egyesek szerint e betegségben a LATS kis mennyiségben a plasmában jelen van (13), addig mások ezt nem tudták megerősíteni (17).

Adataink szerint az olyan Hashimoto-thyreoiditises betegek plasmájában, akiknek anamnesisében Basedow-kór nem szerepel, LATS még IgG koncentráció és szeparálás után sem mutatható ki. Ez alól csak egy kivételt találtunk (B. F. beteg), akinek a vérében ugyan kezdetben nem volt a LATS jelen, de az évek folyamán azonban kimutathatóvá vált. Feltételezésünk szerint ebben az esetben a thyreoiditis következményeként a thyreoideából kikerült az epithelsejt állományban jelen levő kis molekulású 4S protein (chalone), amely elindítja a LATS-IgG képződését (19). (A „chalone” szövetspecifikus mitosist gátló anyag, mely valószínűleg a szerv nagyságát és növekedését szabályozza. Amennyiben a „chalone” és a LATS között antigen-antitest reakció jön létre, úgy az előbbi hatása felfüggesztődik és ez a pajzsmirigy hyperplasiáját és a Basedow-kórra jellemző fokozott működést hozhatja létre.) Lehetséges, hogy e beteg a Hashimoto-thyreoiditis később Basedow-kórral párosult, és az utóbbi betegség csak azért nem válhatott nyilvánvalóvá, mert a thyreoiditis következtében elpusztult pajzsmirigyszövet képtelen volt a LATS hormonképzést fokozó hatására megfelelően reagálni. A valódi Basedow-kór kifejlődése ellen szól azonban a változatlanul normális trijódthyronin suppressió próba. Ugyanakkor ismeretes, hogy Hashimoto-thyreoiditisben átmenetileg hyperthyreotikus tünetek jelentkezhetnek. Az utóbbit és az alacsony szérumfehérjéhez kötött jódértéket úgy lehet összeegyeztetni, hogy e kórképben viszonylag több trijódthyronin képződik, és eltolódik a thyroxin/trijódthyronin arány (3, 14). Ezt a vizsgálatot azonban e beteg nem végeztük el.

A hyperthyreosis néha spontán meggyógyul, sőt hypothyreosisba megy át. Egyesek ezt a Basedow-kórral párosult autoimmun thyreoiditis pajzsmirigyszövetet károsító hatásával magyarázzák (7).

Kétségtelen, hogy e jelenséggel ritkán számolhatunk és két esetben ezt magunk is megfigyeltük. A Hashimoto-kór és ezzel egyidejűleg jelentkező hypothyreosis időpontjában az egyik beteg véreből a LATS már eltűnt, míg a másikéban még kimutatható volt. Ez utóbbi esetben is valószínűleg a pajzsmirigy nagymérvű destrukciója akadályozta meg a LATS-nak pajzsmirigyműködést serkentő hatását.

Adataink alátámasztják azt a sok irányú összefüggést és átmeneti lehetőséget, amely a két betegség között fennáll. Így D. Gy. és H. J. betegünk esetében a következő lehetőségekkel számolhatunk: 1. a betegség kezdetén hyperthyreotikus tünetekkel járó Hashimoto-thyreoiditisük volt. Ez valószínűtlen, mégis, amennyiben így volna, úgy adatunk arra utal, hogy e betegség kezdetén LATS képződésével számolhatunk. 2. A betegeknek kezdetben Basedow-kórjuk volt, mely a később jelentkező autoimmun thyreoiditis miatt hypothyreosisba ment át. 3. Kezdetben két betegség — Hashimoto-thyreoiditis és Basedow-kór — egyidejűleg állott fenn. Ebben az esetben a Basedow-kór spontán gyógyulását szintén az autoimmun thyreoiditisre vezetjük vissza. Bármilyen legyen is az ok, megfigyelésünk e két betegség szoros kapcsolatára utal.

Basedow-kórban a trijódthyronin suppressió próba kóros, míg LATS negatív Hashimoto-thyreoiditises betegeken Liothyronin bevitele után a pajzsmirigy radiojódfelvétele egyöntetűen csökken. Ez arra utalhat, hogy a kóros trijódthyronin suppressió próba a LATS jelenlététől függ. Ezt az elképzelést támasztja alá az a megfigyelésünk, mely szerint a LATS negatívvá vált betegen a suppressió próba is normális lett, míg ahol a hyperthyreosis elmúltával a LATS még kimutatható maradt, ott trijódthyronin adása után a pajzsmirigy radiojódfelvétele változatlan maradt. A fenti elképzelés ellen szól azonban B. F. betegünkön tett megfigyelésünk. Az eredetileg LATS negatív betegen a suppressió próba normális volt és az is maradt később a LATS képződés idején. A LATS és a trijódthyronin suppressió próba közti összefüggéssel foglalkozó legújabb irodalmi adatok egymással szöges ellentétben állanak (6, 15, 18). Eddigi megfigyeléseinkből határozott következtetést nem vonhatunk le, éppen ezért e kérdés további vizsgálatot igényel. Mindenesetre adatainkból is az derül ki, hogy a trijódthyronin suppressió próba jól használható a Basedow-kór és Hashimoto-thyreoiditis elkülönítésére.

A plasma thyreotrop hormon tartalmát csak négy esetben vizsgáltuk meg és az Adams és Kennedy (1) által ajánlott koncentrációs eljárást alkalmazva a négyből kettőben megnövekedettnek találtuk azt. Adataink így is alátámasztják El Kabir régebbi (8) és Greenberg (12) legújabb vizsgálati eredményeit, melyek szerint kifejlődött autoimmun thyreoiditisben gyakran magas a plasma TSH-tartalom és az alkalmazott terapia egyik célja éppen ennek a csökkentése.

Összefoglalás. A Basedow-kórral ellentétben a Hashimoto-thyreoiditises betegek plasmájában a LATS még IgG koncentráció és elkülönítés után sem mutatható ki, ugyanakkor a trijódthyronin

suppressió próba normális eredményt ad. Mégis, a Basedow-kór ritkán átmenet Hashimoto-thyreoiditisbe. Ilyenkor a hyperthyreosis klinikai képét a hypothyreosisé váltja fel és az illető plasmájában a LATS még jelen maradhat. Előfordulhat az előbbi átmenet ellenkezője, amikor az évek folyamán a Hashimoto-thyreoiditises betegben is LATS képződik. A LATS-IgG létrejöttét a thyreoiditis miatt pusztuló pajzsmirigyből kikerülő antigénre (4S proteín) vezetik vissza. Szerzők megfigyeléseik tükrében részletesen tárgyalják a Basedow-kór és Hashimoto-thyreoiditis összefüggésének kérdését.

A Hashimoto-thyreoiditises betegek egy részének a vérében emelkedett TSH-tartalmat találtak. Az alkalmazott terapiának egyrészt ezellen szűkítő irányulni.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton mondunk köszönetet Juvancz Ireneusz dr.-nak, az MTA Biometriai Osztály vezetőjének a statisztikai számítások nagy részének az elvégzéséért.

IRODALOM: 1. Adams, D. D., Kennedy, T. H.: J. Clin. Endocrin. 1965, 25, 571. — 2. Anderson, J. R., Gray, K. G., Middleton, D. G. Young, J. A.: Brit. Med.

J. 1964, 2, 1630. — 3. Bellabarba, D., Seguin, P.: The 6. Internat. Thyroid Conference, Vienna, 1970. — 4. Buchanan, W. W., Alexander, W. D., Crooks, J., Koutras, D. A., Wayne, E. J., Anderson, J. R., Goudie, R. B.: Brit. Med. J. 1961, 1, 843. — 5. Carniero, L., Dorrington, K. J., Munro, D. S.: Clin. Sci. 1966, 31, 215. — 6. Chopra, I. J., Solomon, D. H., Johnson, D. E., Chopra, W., Fisher, D.: J. Clin. Endocrin. 1970, 30, 524. — 7. Doniach, D., Hudson, R. V., Roitt, I. M.: Brit. Med. J. 1960, 1, 365. — 8. El Kabir, D. J., Doniach, D., Turner-Warwick, R.: J. Clin. Endocrin. 1963, 23, 510. — 9. Földes J., Krasznai I., Gyertyánsy G., Piroska E.: Orv. Hetil. 1965, 106, 883. — 10. Földes J., Takó J., Bános Cs., Gesztesi E., Varga I.: Acta Med. Sci. Hung. 1969, 26, 233. — 11. Földes J., Gesztesi E.: Magy. Belorv. Arch. 1970, 00, 0000. — 12. Greenberg, A. H., Czernichow, P., Hung, W., Shelley, W., Winship, T., Blizzard, R. M.: J. Clin. Endocrin. 1970, 30, 293. — 13. Jayson, M. I. V., Doniach, D., Benhamon-Glynn, N., Roitt, I. M., El Kabir, D. J.: Lancet. 1967, 2, 15. — 14. McConnon, J., Row, V., Volge, R.: The 6. Internat. Thyroid Conference, Vienna, 1970. — 15. McG. Harden, R., McKenzie, J. M., McLarty, D., Alexander, W. D.: The 6. Internat. Thyroid Conference, Vienna, 1970. — 16. McKenzie, J. M.: Endocrinology. 1958, 62, 865. — 17. McKenzie, J. M.: Thyrotoxicosis. Ed. Irvine, W. J. Livingstone E. S. Ltd. Edingburgh—London, 1967, p. 27. — 18. Silverstein, G. E., Burke, G.: The 17-Ann. Meeting of the Soc. Nuclear Med. Washington, 1970. — 19. Smith, B. R.: J. Endocrin. 1970, 46, 45. — 20. Takó J., Bános Cs., Földes J., Varga I.: Endocrinologie. 1969, 54, 98.

Az Egészségügyi Minisztérium Orvosi Műszerügyi Intézetének tudományos szakfolyóirata az

ORVOS ÉS TECHNIKA

megjelenése óta két tudományág összehangolását szolgálja, együttműködését demonstrálja. Az ország egyetlen ilyen típusú folyóirata, amely tájékoztatja olvasóit az új orvosi eljárások technikai eszközeiről, használatukról, az elért eredményekről. Cikkeiket gazdag ábranyaggal illusztrálja. Ismerteti a hazai és külföldi folyóiratokban, szakirodalomban megjelenő, legkorszerűbb orvos-technikai területet érintő közleményeket.

A kéthavonként megjelenő folyóirat évi előfizetési díja: 30,— Ft. Előfizethető bármely postahivatalban, a kézbesítőknél, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodában (Bp., V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy csekkbefizetési lapon (csekk számlaszám: egyéni 61.299, közületi 61.066).

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, IV. Sebészeti Klinika
(igazgató: Kudász József dr.) és I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Magyar Imre dr.)

A sympatheticus béta-receptor gátlás jelentősége a pacemaker terapiát követő arrhythmiaák kezelésében

jun. Rényi-Vámos Ferenc dr., Solti Ferenc dr.
és Szabó Zoltán dr.

A sympatheticus idegrendszer béta-receptorainak gátlása a szív ingerképzésének és ingerlékenységének csökkenését, valamint az ingervezetés meglassúbbodását okozza (negatív chronotrop-, bathmotrop- és dromotrop-hatás). A béta-receptor gátló gyógyszereket ezért kiterjedten alkalmazzák az arrhythmiaák kezelésében. Ismeretes, hogy a pacemaker-beültetés után jelentősen megváltozik a szív ingerképzése és ingerületvezetése. Gyakori tapasztalat azonban az is, hogy az atrio-ventricularis blockban szenvedő betegek a pacemaker-implantatio után arrhythmiaássá válnak annak ellenére, hogy az ingervezetés zavara a stimulálás hatására rendeződik. A béta-receptorok pharmacológiai blockrozása a pacemaker terapiát követő arrhythmiaák kezelésére is új lehetőséget nyújtott. Az alábbiakban a béta-receptor gátló propranolol (Inderal) hatását tanulmányoztuk a pacemaker-beültetést kísérő, illetőleg követő rhythmuszavarokban.

Módszer, beteganyag

A IV. Sebészeti Klinikán 1964—1970-ig 120 beteg részesült pacemaker terapiában. Életkoruk 14-től 86 évig terjedt. Az említett 120 beteg közül a pacemaker terapiával kapcsolatban beültetés alatt, illetve után 65 betegen észleltünk különböző típusú arrhythmiaát. A pacemaker-implantatio javallata teljes (III. fokú) és intermittáló (II. fokú) atrio-ventricularis block, sinoauricularis block, pitvarfibrillációs bradyarrhythmia, illetve ventricularis paroxysmalis tachycardia volt. A fenti beteganyagon a béta-receptor gátló propranolol negatív chronotrop, bathmotrop és dromotrop hatását vizsgáltuk. A gyógyszert a következők szerint alkalmaztuk: tartós kezelés esetén per os adtuk Inderalt

napi 120—160 mg-os (viszonylag nagy) dosisban, általában 4—5 napig. Sürgősség esetén az Inderalt iv. adtuk 5 mg-os dosisban, szükség szerint 15 perc múlva megismételve.

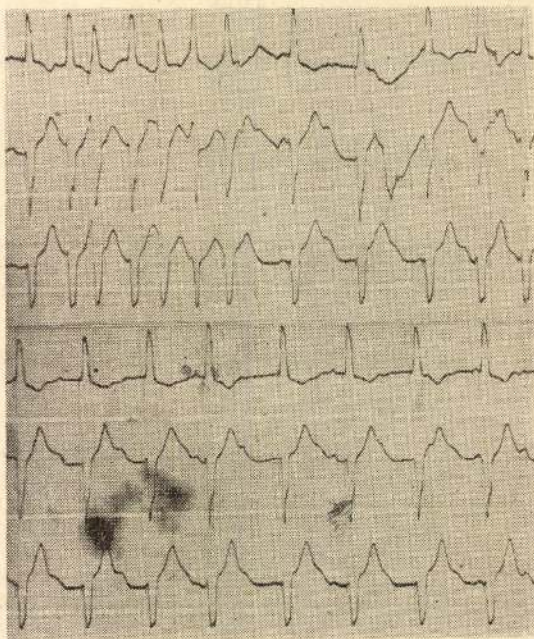
Az egyéb indicatiós területekhez viszonyítva szokatlanul magas Inderal adag oka abban rejlik, hogy pacemaker-beültetés után bradycardiától, illetve szívmegeállástól nem kell félnünk, ugyanakkor a nagyobb dosis antiarrhythmias hatása lényegesen erélyesebb.

Az Inderal hatását pacemaker terapiával kapcsolatban a következő típusú arrhythmiaákban vizsgáltuk:

1. A pacemaker-beültetés után fellépő tartós extrasystolia esetén.
2. Pacemaker-beültetés után digitalis kezelést követő extrasystolek jelentkezésekor.
3. Pacemaker-implantatio alatt fellépő halmozott extrasystolék, illetve kamrafibrillatio megszüntetésére.
4. Synchron típusú pacemaker-beültetés esetén — amennyiben a készülék testelése céljából szükséges — a szív saját frequentiajának csökkentésére.
5. Pacemaker-implantatio után olyan esetekben, amikor rövidebb vagy hosszabb idő után a szív saját ingervezető képessége megjavult és a sinus rhythmus visszatért.
6. Paroxysmalis tachycardia kezelésére fixmagas frequentiajú pacemaker készülék beültetése után a szív saját rhythmusának csökkentése céljából.

Eredmények

Eredményeinket a korábban ismertetett alkalmazási területeknek megfelelően közöljük.



1. ábra.

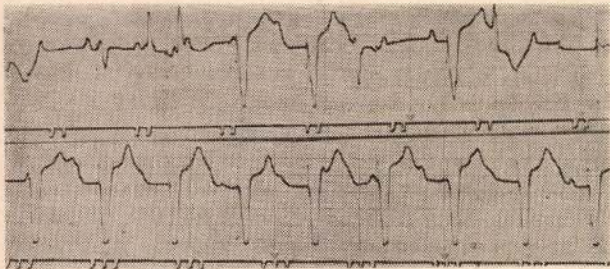
Felső rész: halmozott kamrai extrasystole a pacemaker által kiváltott akciókkal alterálva
Alsó rész: Inderal adás után domináló, pacemaker által vezérelt rhythmus

ad 1. Pacemaker-beültetés után gyakori a néhány napon át tartó ún. korai extrasystolia.

Az EKG felvételeken tartósan jelentkező nomovagy polytop extrasystolákat figyelhettünk meg. Ezek keletkezésének okát elsősorban az ischaemiás szívizom fokozott ingerlékenységével magyarázhatjuk. A betegeknek az extrasystolék többnyire csak subjectív panaszokat okoznak, de ritkábban vérnyomáscsökkenést is eredményeznek. Propranolol adása után az állapot leggyakrabban rendeződik, 10 betegünk közül 9-nél egy-két nap alatt az extrasystolék megszűntek (1. ábra).

ad 2. A pacemaker terapiában részesült betegeket gyakran — cardialis állapotuk miatt — digitalis kezelésben is kell részesítenünk.

Ismeretes az, hogy a digitalis a szív arrhythmia-készségét fokozza, és extrasystolákat okozhat. Mivel asynchron készülék alkalmazása esetén a kamrákat a pacemaker impulzusok vezérlik, ezért a digitalis okozta arrhythmiaik nem kívánatosak a vulnerabilis fázisban történő ingerlés veszélye miatt. Amennyiben digitalis adása után extrasystolákat észlelünk — különösen halmozott megjelenési formában — a digitalis kezeléssel együtt Inderalt adtunk orálisan az előbbieken említett dosisban. Négy esetben alkalmaztunk ilyen javallat alapján Inderalt és mind a 4 betegünkönél az extrasystolék néhány napon belül megszűntek (4) (2. ábra).

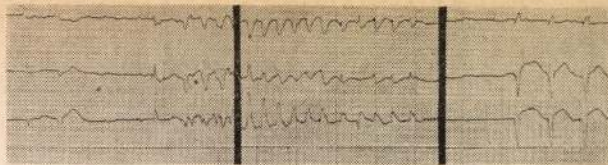


2. ábra.
Felső rész: Digitalis kezelés utáni ismétlődő extrasystolék időnkénti, pacemaker által kiváltott akciókkal
Alsó rész: Inderal adagolás utáni tiszta pacemaker rhythmus

ad 3. Az egészséges szívizom is — amennyiben mechanicus inger éri — extrasystolékkal válaszol. Az ischaemiás szívizom esetében ez hangsúlyozottan jelentkezik, mivel az ischaemia a szívizom fibrillációs ingerküszöbét lényegesen csökkenti. Ezen két arrhythmogen tényező a pacemaker-implantatio esetén gyakran együttesen jelen van az intracardialis elektroda bevezetésekor, ezért nem ritkák az ilyenkor fellépő halmozott kamrai extrasystolék.

Beteganyagunkban 28 esetben észleltük a fenti arrhythmiait. Tizenkilenc esetben intravénásan adott 5 ml Inderal az extrasystolákat megszüntette, 9 esetben kamrafibrillációba váltott az extrasystole sorozat. Ezek közül 8 esetben az Inderalt eredményesen alkalmaztuk, a kamrafibrillatio megszűnt. Egy esetben azonban csak 40 perces külső, ill. később belső szív-massage és electromos defibrillatio vezetett sikerhez. A kezelés hatóságának feltétele az is, hogy a kamra adaequát ingerlését igen rövid időn belül biztosítani tudjuk, mivel a fibrillatio megszűnte után gyakori a tartós asystolia (3. ábra).

ad 4. Synchron, „demand” típusú pacemaker beültetése esetén az alapbetegségből következően (időleges atrio-ventricularis block, változó 2—1, 3—



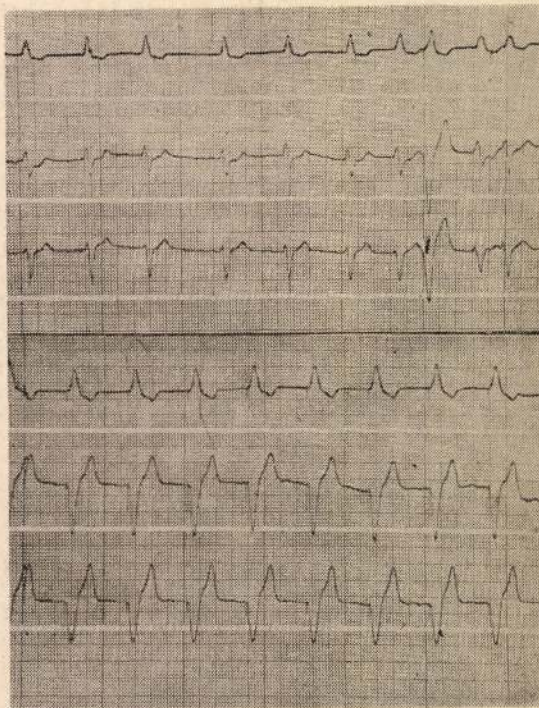
3. ábra. B. o. rész: teljes pitvar-kamrai block, illetve asystolia

Középső rész: az elektroda bevezetésekor fellépő kamralebegés

J. o. rész: intravénás Inderal utáni asystolia, majd pacemaker által vezérelt rhythmus

1 és atrio-ventricularis block stb.) a beteg saját rhythmusa a készüléknél szaporább lehet és ezért a készülék a demand elvnek megfelelően nem kapcsol be.

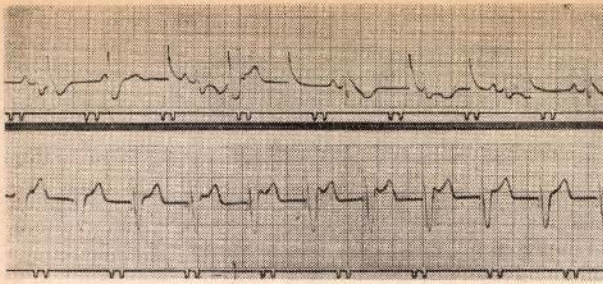
A pacemaker elektroda megfelelő elhelyezéséről, ill. a készülék helyes működéséről ezért ilyenkor meggyőződni nem tudunk. Az ilyen esetben iv. adott 5 mg Inderal után a szív frequentája minden esetünkben csökkent, a készülék bekapcsolt, és helyes beültetés esetén a szív a vezérelt rhythmust átvette (4. ábra).



4. ábra.
Felső rész: a Demand pacemakernél szaporább saját rhythmus, illetve egy-egy pacemaker által kiváltott akció
Alsó rész: Inderal beadás utáni pacemaker rhythmus

ad 5. Tizenöt esetben tapasztaltuk beteganyagunkban azt, hogy pacemaker-beültetés után a pitvar-kamrai átvezetés részben, vagy teljesen helyreáll. Ezt a jelenséget leggyakrabban azokon a betegeken figyeltük meg, akikben myocardialis infarctus heveny szakában, illetve nyílt szíven végzett műtétek során jött létre az atrioventricularis block és akiket emiatt részesítettünk pacemaker terapiában.

A viztatór sinus rhythmus tartós, a pacemaker rhythmussal alteráló parasystoliához vezet és kellemet-



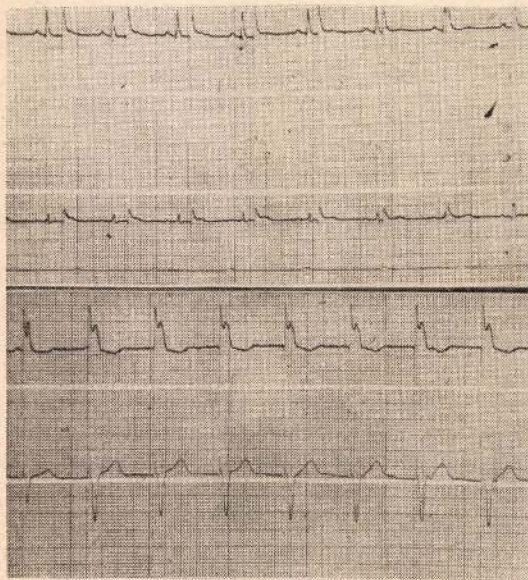
5. ábra.

Felső rész: a visszatért sinus rhythmussal váltakozó pacemaker rhythmus
 Alsó rész: Inderal adás utáni tiszta pacemaker rhythmus

len szívdobogást okoz. Orálisan adagolt Inderal néhány nap alatt minden esetben megszüntette a parasystoliát és a szív saját frekvenciájának csökkenése után a pacemaker rhythmus dominánssá vált (5. ábra).

ad 6. Sorrendben utoljára tárgyaljuk a béta-receptor blockolók pacemaker terapiájával kapcsolatos újabb alkalmazási javallatát. Gyakran az Adams—Stokes-rohamok oka nem atrioventricularis block, hanem paroxysmusos ventricularis tachycardia, illetve fibrillatio. Ilyen esetekben a betegnek egy magasabb alapfrekvenciára beállított fix — aszinkron — pacemakert kell beültetni. A nagy frekvenciájú rhythmusos electromos ingerlés megakadályozza a kamrák heterotop ingerképzését és a paroxysmusos tachycardia kifejlődését. A nagy frekvenciájú (100/min) pacelés azonban kellemetlen tünetekkel járhat, és idős korban nem is kívánatos.

Saját megfigyelésünk szerint — irodalmi adatokkal egyezően (12) — beta-receptor blockolók egyidejű adagolásával elérhető az, hogy a pacemaker frekvenciáját ilyen esetekben is 80—90/min körülire állíthatjuk be. Magunk 2 betegnél ültettünk be ilyen indicatio alapján pacemakert. Mindkét betegünk 85/min frekvenciájú pacemaker készülék implantációjában részesült és a beültetés után per os 120 mg/die Inderalt szedett tartósan (6. ábra).



6. ábra.

Felső rész: a szapora saját rhythmus miatti frustran pacemaker jelek
 Alsó rész: Inderal bevitele utáni, pacemaker által vezérelt rhythmus

Megbeszélés

A beta-receptor gátlók alkalmazásának javallatát és hatásmechanizmusát fenti vizsgálataink alapján az 1. táblázatban foglaljuk össze.

I. sz. táblázat

Javallat	Neg. bathmotrop	Neg. dromotrop	Neg. chronotrop
Korai extrasystolia	+	±	±
Digitalis thl.-t követő extrasystolia	+	±	±
Beültetés alatti extrasystolia	+	±	±
Szinkron készülék kipróbálás	±	+	+
Paroxysmalis tachycardia kezelése	±	+	+
Sinus rhythmus visszatérése utáni parasystolia	±	+	+

Jelmagyarázat: + = A jó terapiás effectust biztosító elsődleges hatás
 ± = A terapiás effectust biztosító másodlagos hatás.

A pacemaker terapiát követő arrhythmiaiak sokfélék és különböző eredetűek. A beültetést követően a korai extrasystolia, ill. a helyreállt atrio-ventricularis vezetés miatt tartósan fennálló parasystolia az esetek legnagyobb részében csupán subjectiv panaszokat okoz és gyakran rövidebb-hosszabb idő után spontán megszűnik. A pontos észlelést és a helyes kezelést ennek ellenére fontosnak tartjuk, mivel minden esetben fennáll a sérülékeny phasisban történő ingerlés, illetve a kamrafibrillatio lehetőségének a veszélye.

Saját 120 betegünk közül 3 esetben lépett fel ilyen eredetű kamrafibrillatio: 1 betegen minden terapiás beavatkozás sikertelennek bizonyult, a másik két betegen a pacemaker elektródájának azonnali átvágása, ill. külső szív-massage után a rhythmus helyreállt. Mindhárom esetben a pacemaker-beültetés után tartós parasystolia volt észlelhető. Ezek az esetek is alátámasztják a pacemaker terapia után fellépő extrasystolék, ill. parasystoliák kezelésének szükségességét.

A pacemaker terapiával kapcsolatos arrhythmiaiak béta-receptor gátlókkal való kezeléséről az utóbbi időben több közlemény jelent meg (1, 2, 3, 5, 10, 12). Ezek a béta-receptor blockolók kedvező hatásáról számolnak be, azonban a pacemaker terapiával kapcsolatban az eddigi közleményekből még nem alakult ki a béta-receptor blockolók indicációs területe.

Klinikai megfigyeléseink egyértelműen igazolták, hogy a sympatheticus beta-receptor gátlók a pacemaker terapiát követő arrhythmiaiak kezelésében igen hatásosak. Bár jól ismert a beta-receptor gátlók negatív inotrop és vérnyomáscsökkentő hatása, az ismertetett adagolás mellett káros jelentőséget nem észleltünk. Megfigyeléseink alapján megkíséreltük körvonalazni a béta-receptor gátlók felhasználásának javallatait a pacemaker terapiával kapcsolatos arrhythmiaiakban.

Összefoglalás. A szerzők a pacemaker terapiával kapcsolatban fellépő arrhythmiai kezelésében vizsgálták a béta-receptor blockolók hatásait. Hetven betegen alapuló klinikai megfigyeléseik alapján megállapították, hogy a béta-receptor blockoló Inderal széles körben alkalmazható a pacemaker terapiát követő különböző aetiológiájú arrhythmiai kezelésében.

IRODALOM: 1. Avenhaus, H.: Wiederbelebung und Organersatz. 1967, 4, 16. — 2. Avenhaus, H., Grohmann, H., Nordmann, K.: Z. für Kreislaufforschung.

1967, 56, 1051. — 3. Brusch, A., Mahringer, W., Sang, K.: Z. für. Kreislaufforschung. 1969, 58, 1. — 4. Castellanos, A., Lemberg, L., Centurion, M. I., Berkovits, B. V.: A. Heart J. 1967, 73, 484. — 5. Chardack, W. M., Gage, A. A., Federico, A. J., Schimmert, G., Greatbach, W.: Cardiovasc. dis. 1966, 9, 105. — 6. Eschler, D. J.: Israel J. Med. Sci. 1967, 3, 211. — 7. Holló F., Pálos L.: Orv. Hetil. 1967, 108, 124. — 8. Gábor G.: Münchener Med. Wschr. 1967, 109, 195. — 9. Papp J. Gy., Szekeres L.: European J. Pharmacol. 1968, 3, 4. — 10. Sowton, E.: Brit. Heart J. 1968, 30, 587. — 11. Sowton, E.: Brit. Med. J. 1968, 2, 11. — 12. Urbaszek, W., Ursinus, W., Richard, E., Emrich, K., Trenckmann, H., Herbst, M.: Z. für Inn. Med. 1967, 22, 542.

Seduxen

TABLETTA

Összetétel:	1 tableta 5 mg diazepam-ot tartalmaz.
Hatás:	Tranquillisedativum, 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, gépjárművezetőknel, 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.

PH

975

Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat,
Magyar Tudományos Akadémia Biometriai Csoportja

A VIREGYT (amantadin hydrochlorid) terápiás hatékonyságának vizsgálata influenza járványokban

Máté János dr., Simon Miklós dr.
és Juvancz Ireneusz dr.

Az amantadin hydrochlorid ez ideig az egyetlen hatásosnak látszó kemoterápiás szer az A₂ típusú influenzavírus okozta fertőzésekben. Az eddigi vizsgálatokban a gyógyszert elsősorban profilaktikumként próbálták ki mesterséges A₂ fertőzésekben és természetes járványokban, váltakozó eredménnyel. Az amantadin hydrochlorid terápiás hatékonyságára vonatkozóan csupán néhány közlemény található (1, 2, 3).

Mi az 1969. évi magyarországi Hong-Kong-i influenzajárvány idején vizsgáltunk egy magyar amantadin készítményt (VIREGYT, Egyesült Gyógyszer- és Tápszergyár, Budapest) profilaktikumként, kétszeres vak kísérletben, összesen 4570 személyen (4). Bár a VIREGYT nem befolyásolta az influenzamorbidityt, tehát profilaktikus hatása nem volt, mégis megfigyeltük, hogy a megbetegedésekben csökkentette a láz időtartamát, a gyógyuláshoz szükséges napok számát és a szövődmények előfordulási gyakoriságát. Megfigyeléseink alapján, az 1970. évi magyarországi influenzajárvány során, két érintett katonai alakulatnál, a VIREGYT-et nem profilaktikumként, hanem mint terápiás szert próbáltuk ki. Bár vizsgálataink aránylag nem nagyszámú esetre vonatkoznak, mivel azonban saját előzetes és mások újabb kedvező tapasztalataival összhangban állnak, eredményeink közlését hasznosnak tartjuk.

Módszerek és beteganyag

Mind az amantadin (VIREGYT), mind a placebo készítményt a gyártó cég bocsátotta rendelkezésünkre. A hatóanyag, illetve placebo kapszulákba voltak szétosztva, kapszulánként 100 mg. A napi

adag egységesen két kapszula volt (200 mg), melyet a szokásos tüneti (lázcsillapító) terápia mellett kaptak a betegek egészen a gyógyulásig. Sem az egészségügyi személyzet, sem a vizsgált személyek nem tudták, hogy hatástalan készítmény (placebo) is szerepelt a kísérletben, annak felhasználását a szerzők irányították. A VIREGYT-et és placebót tartalmazó kapszulák teljesen egyformák voltak, csupán a kiszerezésükhöz használt üvegek feliratának színében volt eltérés. A hatóanyagot tartalmazó üvegeken zöld, a placebón piros színű volt a felirat.

A kísérletben egy dunántúli (1. számú) és egy tiszántúli (2. számú) alakulat influenzajárványban megbetegedett személyei szerepeltek. A betegek életkora egységesen 18–21 év volt. Az alakulatok gyengélkedőin jelentkező és klinikailag influenzának minősített betegeknek, lehetőleg felvételük napján, elkezdtük a VIREGYT, illetve placebo adását, a szokásos tüneti (lázcsillapító) terápia mellett.

A megbetegedésekkel kapcsolatos adatok rögzítésére az alakulatoknál szokásos kórlapok szolgáltattak. A VIREGYT-nek az influenza megbetegedés klinikai lefolyására gyakorolt hatását a kórlapokon rögzített következő tünetekből próbáltuk lemérni: láz, ápolási idő, szövődmények (bronchopneumonia esetén röntgen kontroll). A különböző betegségi tünetek — a felső légutak belövellt nyálkahártyái, orrdugulás, száraz vagy produktív köhögés, fej, izom és végtagfájdalom stb. — túlságosan szubjektívnek bizonyultak, mivel legtöbbször csak rákérdezésre derültek ki, ezért ezeket nem tudtuk értékelni.

Virusizolálás és szerológiai vizsgálatok

Mindkét alakulatnál az influenzajárvány kezdetén 9–9 betegről toroköblítő folyadékot gyűjtöttünk vírusizolálás céljára, és ezeket megfelelő antibiotikummal előkezelés és centrifugálás után, 8 db 10 napos csirkeembrió amnionzsákjába és 3 db primaer majomvese sejt kultúrára oltottuk. Mindazoktól a betegektől, akiknél vírusizolálási kísérlet történt, egyidejűleg vérmintákat is vettünk a betegség kezdetén, majd 2–3 hét múlva ismét. Ezenkívül a járványok végeztével újabb vérmintákat gyűjtöttünk. Az 1. alakulatnál 31 betegségen átesett személytől, a 2. alakulatnál 30 betegségen átesettől kaptunk vérmintákat. Az így begyűjtött vérmintákból az influenza A₂ és B ellenanyagtitereket komplementkötési próbákkal határoztuk meg a Takátsy-féle mikrotitrátor segítségével (5).

Eredmények

A járványok etiológiai vizsgálata

Ahhoz, hogy a VIREGYT (amantadin hydrochlorid) terápiás hatásának értékeléséhez adatokat kapjunk, mindenekelőtt azt kellett tisztáznunk, hogy a VIREGYT-et valóban A₂ vírus okozta megbetegedésekben használtuk. Az irodalmi adatok alapján ugyanis az influenza B vagy egyéb légúti vírusok okozta fertőzésekben, továbbá baktériumos fertőzésekben hatás eleve nem is várható.

Az 1. dunántúli alakulatnál a járvány 1970 január elején kezdődött. Ebben az időben már ismer-

retes volt, hogy az ország déldunántúli területein influenza A₂ (Hong-Kong/68) típusú vírus okozta járvány van terjedőben. Az 1. alakulat járványának kezdetén az első 9 betegtől levett toroköblítő folyadékból *egy* esetben sikerült az influenza A₂ Hong-Kong/68) típusú vírus izolálása és identifikálása. Hogy az 1. alakulatnál a járványért valóban ez a vírus volt a felelős, bizonyította az is, hogy mind a 9 vizsgált betegnél a savópárok szerológiai vizsgálata is (komplementkötési próba) egyöntetűen influenza A₂ típusú fertőzést igazolt.

fertőzést igazolt (átlag 20-szoros titeremelkedés, legkisebb 8-szoros, legnagyobb 32-szeres). Az influenza A₂ vírus ellen titeremelkedés ugyanekkor a savókban nem volt (< 2-szeres). A két nem influenza B vírus okozta megbetegedésről a kórlapok analízisekor kiderült, hogy azoknak feltehetően bakteriális tonsillitisük volt. Ennél az alakulatnál a járvány végeztével 30 betegtől begyűjtött savómin-ták szerológiai vizsgálata további 4 betegen influenza B, 5 betegen pedig influenza A₂ fertőzést igazolt. Az összes vizsgált betegre vonatkozóan az

A komplementkötő ellenanyag válasz gyakorisága a két vizsgált alakulat betegeinél Táblázat

Az alakulat száma	A vizsgáltak megoszlása	Ellenanyag válasz				Ellenanyag válasz összesen	
		A-2		B		A-2	B
		influenza vírusok ellen				vírusok ellen	
		szám	%	szám	%		
1.	Első betegek	9/9*	100	0/9	0	} 65%	} 0
	További betegek	17/31	55	0/31	0		
		25/31	81	0/31	0		
2.	Első betegek	0/9	0	7/9	77	} 13%	} 28%
	További betegek	5/30	17	4/30	13		

* = számláló = pozitívák száma nevező = vizsgáltak száma

A 9 betegen az influenza A₂ típusú vírus ellen, az ellenanyag-titer-emelkedés átlagban 30-szoros volt (legkisebb 4-szeres, legnagyobb 128-szoros). Ugyanezekben a betegeken a rekonvalescens savókban az influenza B elleni ellenanyag-titer nem mutatott változást. Hogy az 1. alakulatnál a járvány során a továbbiakban fellépő megbetegedésekért is az A₂ típusú influenzavírus volt a felelős, bizonyította a járvány után további 31 betegtől levett savó szerológiai vizsgálata. A kiállott influenza A₂ vírus-fertőzés bizonyítékául 1:64-es komplementkötő ellenanyag-titert véve alapul, a 31 savópárból 17 bizonyult pozitívnak (55%). Figyelembe véve, hogy ezek a vérminták a kiállott betegség után elég későn (kb. másfél hónap) kerültek levételre és ebben az időben már titeresséssel is kell számolni, feltételezhető, hogy az 1:32-es titer is jelezhetett kiállott fertőzést. Ezen az utóbbi alapon 25 főnél valószínűsíthető a kiállott influenza A₂ fertőzés (81%). Mindezek az adatok elégségesnek látszanak annak megállapítására, hogy az 1. alakulatnál a betegek túlnyomó többségében az influenzavírus A₂ típusa volt a kórokozó és így a VIREGYT terápia eredményessége vagy eredménytelensége objektíve értékelhető.

A 2. tiszántúli alakulatnál a járvány 1970. február elején kezdődött. Az influenza A₂ (Hong-Kong/68) vírus okozta járvány akkorra már ország-szerte elterjedt, sőt éppen a felső-tiszántúli területeken influenza B vírus okozta kisebb járványokról is voltak adatok. Az első vizsgált 9 beteg toroköblítő folyadékból influenzavírust nem sikerült izolálnunk. Ugyanezen betegek savópárjainak szerológiai vizsgálata 7 betegen influenza B vírus okozta

influenza A₂ átvészeltség 13%-os, az influenza B átvészeltség 28%-os volt. Következésképp ennél az alakulatnál a járvány során regisztrált betegségek kis százalékaért influenza A₂ vírus, több mint negyedéért influenza B vírus volt a felelős, míg az esetek felében ismeretlen kórokozó vagy kórokozók szerepelhettek. Éppen ezért ebben a járványban a VIREGYT nem befolyásolhatta lényegesen a betegségek lefolyását.

A VIREGYT terápia klinikai értékelése

Az alakulatok betegei — elsősorban az 1. alakulatban — alapvetően kétféle módon reagáltak a betegségekre és a terápiára. Voltak, akik gyorsan, és voltak, akik lassan gyógyultak. Gyorsan gyógyulóknak tekintettük azokat a betegeket, akiknek ápolási ideje maximálisan 4 nap volt, lassan gyógyulóknak, akiknek több mint 6 nap. A kétféle csoport közé eső betegeket a közepesen gyógyulók csoportjába soroltuk. Ápolási napok alatt a láz és a klinikai tünetek időtartamát, valamint 24 óra rekonvalescencia időt értünk együttesen. A három kategóriába eső betegek százalékos megoszlását az 1. ábra tünteti fel.

Az 1. alakulatnál a kórlapok alapján értékelésre került összesen 51 beteg. Ebből a VIREGYT-et kapott 24 fő átlagos ápolási ideje 4,8 nap, a placebo-t kapott 24 főé 6,9 nap. Amint az az 1. ábráról leolvasható, az ápolási időben a VIREGYT-es csoport javára mutatkozó 2 napos különbség főleg abból adódik, hogy ebben a csoportban sok a gyorsan gyógyuló és kevés a lassan gyógyuló, míg a pla-

cebős csoportban éppen fordítva van. A közepesen gyógyulók száma kb. egyforma a két csoportban. A statisztikai elemzésnél a „t” próba 1⁰/₀-nál kisebb „p” értéket adott és így a VIREGYT-et kapott csoport javára mutató különbség szignifikáns. Tehát a VIREGYT (amantadin) az influenza A₂-vel fertőzött betegekben lerövidíti a klinikai lefolyást.

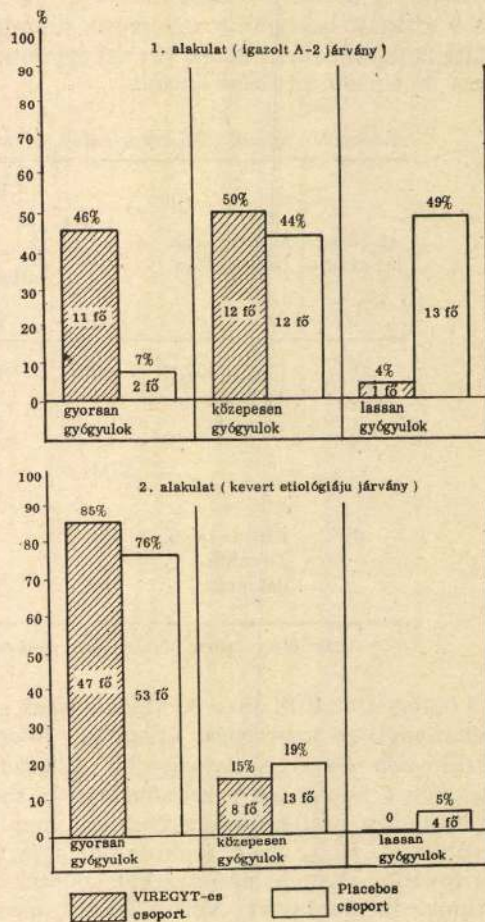
A 2. alakulatnál értékelésre került 125 beteg. Ebből a VIREGYT-et kapott 55 fő átlagos ápolási ideje 3,9 nap, a placebo-t kapott 70 főé 4,1 nap volt. A két csoport átlagos ápolási idejében mutatkozó minimális különbség sem nem jelentős, sem nem szignifikáns. Ez a minimális különbség (VIREGYT-es csoport javára) megmutatkozik akkor is, ha a két csoportban a gyorsan, közepesen és lassan gyógyulókat vettük egybe.

A VIREGYT terápiás értékeléséhez összehasonlítottuk a terápia kezdetétől számított (a gyógyszerzedést követő 24 óra után) lázasan töltött napok számát is a két csoportban.

Az ábra bal oldalán szereplő 1. alakulat adatai — hasonlóan az ápolási napok adataihoz — ugyancsak azt mutatják, hogy az első 3 napon belül lelátalanodók százalékosan sokkal nagyobb arányban találhatók a VIREGYT-tel kezelt csoportban, mint a placeboval kezeltben (3. napra 96⁰/₀, szemben a 70⁰/₀-kal). Teljesen hasonló eredményt kaptunk akkor is, ha a betegség kezdetétől számított lázasan töltött napok átlaga a VIREGYT-es csoportban 2,5 nap, a placebo-s csoportban 4,1 nap volt. A gyógyszerzedés megkezdése utáni naptól számított lázas napok átlaga a VIREGYT-es csoportban 1,3, a placeboval kezelt egyéneknél 2,7 nap. A statisztikai analízis mindkét esetben jelentős és szignifikáns különbséget igazolt. (A „t” próba alapján 1⁰/₀-nál kisebb „p” érték.)

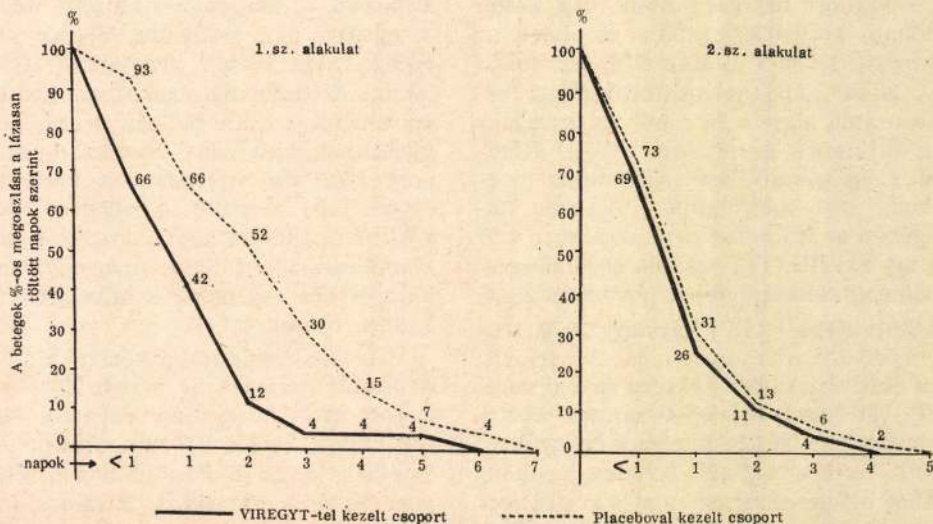
Az ábra jobb oldalán a 2. alakulatnál a terápia bevezetése után lázasan töltött napok százalékos megoszlását tüntettük fel. Hasonlóan az ápolási napok összevetéséhez, minimális, de statisztikailag nem jelentős és nem szignifikáns különbség észlel-

hető a VIREGYT-es csoport javára. Ugyanezt az eredményt kaptuk a betegség kezdetétől számított lázas napok összevetésekor is. Ennél az alakulatnál a VIREGYT és placebo csoportokban a betegség kezdetétől számított lázas napok átlaga 2,1 és 2,3



1. ábra.

Lázasan töltött napok alakulása, a terápia kezdetétől számolva, a VIREGYT-tel és placeboval kezelt csoportokban



2. ábra.

nap, a terápia kezdete utáni naptól számított lázasan töltött napok átlaga 1,1 és 1,3 nap. Bár a felsorolt értékek között alig van különbség, az azonban mégis megjegyzésre érdemes, hogy az észlelhető minimális eltérés mindig egyirányú és a VI-REGYT csoport javára mutatkozik. (Ugyanez a helyzet az ápolási napok átlagánál is: VIREGYT csoport 3,9, placebo 4,1 nap.)

A temperatúrát vizsgálva, a betegek lázmagasságának értékeit egybevetve, nem kaptunk értékelhető eredményt. A betegekre általában jellemző volt, hogy a gyengélkedőre történő felvételükkor volt legmagasabb a lázuk. A betegek felvételénél mért lázmagasságok átlaga az 1. alakulat VIREGYT csoportjában $38,3^{\circ}\text{C}$, a placebo csoportban $38,6^{\circ}\text{C}$ volt. Ugyanennél az alakulatnál a kezelés alatt mért legmagasabb hőmérséklet átlaga $37,5^{\circ}\text{C}$ és $37,8^{\circ}\text{C}$ volt a két csoportban. Igaz, hogy a VIREGYT-es csoport javára $0,3^{\circ}\text{C}$ különbség mutatkozik, de mivel ez a különbség már a kezelés előtt is megvolt, így nem értékelhető. A 2. alakulatnál a kezelés előtti láz csúcserősségei átlaga a VIREGYT csoportban $38,0^{\circ}\text{C}$, a placebo csoportban $38,1^{\circ}\text{C}$ volt. A kezelés utáni láz csúcserősségei átlagai a két csoportban $37,5^{\circ}\text{C}$ és $37,4^{\circ}\text{C}$. Az adatok itt sem szólnak a VIREGYT terápiás hatása mellett. Figyelembe kell azonban venni, hogy a lázmagasságot alapvetően befolyásolja az egyéni reakciókészség.

Szövődményes esetek

A VIREGYT-nek az influenza A_2 vírus okozta járványokban mint profilaktikumnak kipróbálásakor megfigyeltük (4), hogy a VIREGYT szedés az influenza okozta mélylégúti komplikációk (bronchitis, bronchopneumonia) számát jelentősen csökkenti. Bár jelen vizsgálatainkban a számszerű adatok nem teszik lehetővé, hogy a komplikációk előfordulásából messzemenő következtetést vonjunk le, mégis a VIREGYT komplikációcsökkentő hatását újjól megfigyeltük.

Az 1. alakulatnál, ahol tisztán csak A_2 típusú influenzavírus okozhatta a betegségek zömét, a VIREGYT-tel kezelt csoportban nem volt komplikáció, míg a placebo kapott csoportban két röntgennel igazolt bronchopneumoniás szövődményt észleltünk. Megfigyeltük azt is, hogy az alakulatnál a betegek legnagyobb része egyenletesen lelétezelt, néhány esetben azonban előfordultak recidívák. A recidívák száma a VIREGYT-es csoportban egy fő, a placebo csoportban öt fő, az említett bronchopneumoniás esetektől függetlenül.

Megbeszélés

Az etiológiai vizsgálatok során az 1. alakulatnál egy esetben tudtunk influenza A_2 vírust izolálni, a 2. alakulatnál a tenyésztés egyetlen esetben sem sikerült. Ez az alacsony izolálási arány általában nem jellemző az A_2 influenzavírusra, a mi esetünkben is valószínűleg az anyagok szállítása és késedelmes feldolgozása során elkövetett hibák okozták. Ennek ellenére az 1. alakulatnál, ahol az ellenanyagválasz gyakorisága 81% volt a vizsgált betegeknél, a járványt tisztázza influenza A_2 járványnak lehet tekinteni. A 2. alakulatnál kétségtelen kevert

járvány volt, amit ugyancsak a szerológiai eredmények bizonyítanak. A vizsgált betegek 13% -a vészelt át A_2 , 28% -a pedig influenza B fertőzést.

Az 1. alakulat amantadinnal kezelt betegeinél kedvező klinikai lefolyást láttunk. Ez a tapasztalat egybevág *Togo és mtsai* (3) eredményeivel. *Togo és mtsai* az 1967/68. évi influenza A_2 járvány során végezték vizsgálataikat. Kettős vak módszerrel 54 betegnek adtak amantadint, 48 betegnek placebo-t. Megfigyelték, hogy számos tünet gyorsabban múlik el a hatóanyag csoportnál, mint a placeboval kezelt egyéneknél. A hatás akkor következett be, ha a betegek 20 órával a tünetek jelentkezése után megkapták a gyógyszert. A kórokozó vírust a terápia négy napja alatt végig izolálni tudták, ami bizonyítja, hogy az amantadin nem károsította az agént.

Togo és mtsai (3) a terápiás hatást az 1967/68. évi influenza A_2 vírus okozta megbetegedésekben észlelték. Saját régebbi (4) és mostani vizsgálatainkban az influenza A_2 (Hong-Kong/68) vírus okozta járványokban néztük az amantadin (VIREGYT) terápia hatékonyságát. A részben eltérő vírustörzsek okozta megbetegedésekre az amantadin egyaránt kedvezően hatolt.

Az amantadin profilaktikus adagolása valószínűleg gátolja a vírus behatolását a sejtekbe és így kisebb az ellenanyagválasz.

Saját előző vizsgálataink (4) azt mutatták, hogy a profilaktikusan amantadinnal kezelt csoportban a kezdetben szeronegatív egyének, járvány utáni haemagglutinációgátló ellenanyagtiterei valamivel alacsonyabbak voltak, mint a placeboval kezeltben. A különbség éppen nem érte el az 5% -os szignifikancia határát. A terápiás alkalmazásnál a kezdeti vírusszaporodás már végbement a sejtekben és ilyenkor az amantadin valószínűleg megakadályozza a vírus behatolását a maradék, nem fertőzött sejtekbe és így csökkenti a vírus szóródását és a fertőzés tovaterjedését (3).

Az 1. alakulatnál valamennyi megvizsgált egyén (amantadinnal és placeboval kezelt beteg) szerológiai vizsgálata azt mutatta, hogy tiszta influenza A_2 járvány volt. Itt az amantadin csökkentette a gyengélkedőben való tartózkodás idejét és a lázas napok számát. A 2. alakulatnál nem tudtunk hasonló eredményt kimutatni, azonban ennél az alakulatnál nagyjából nem influenza A_2 vírus volt a kórokozó. A heveny légúti szövődmények számának csökkentése, előző vizsgálatainkban (4) szignifikánsnak mutatkozott. Mostani megfigyeléseink ugyanezt a tendenciát jelezték és bár messzemenő következtetést a számszerű adatok nem tesznek lehetővé, mégis az amantadinnak ez a hatása öreg vagy krónikus betegeken életmentő lehet.

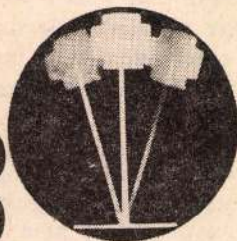
Összefoglalás. 1970 január-február hónapokban vizsgálták két katonai egység betegein az 1-amantadin-HCl (VIREGYT) terápiás hatását influenza járványokban. Az 1. alakulatnál 24 fő kapott hatóanyagot, 27 fő placebo-t. A 2. alakulatnál 55 beteg szedett VIREGYT-et és 70 beteg szolgált kontrollként. A gyógyszerelést általában a klinikai tünetek megjelenése után egy nappal kezdték el és a lelétezeltetésig folytatták. Az adag napi 2×100 mg volt.

A vírusizolálás és a szerológiai vizsgálatok arra mutattak, hogy az 1. alakulatnál a megbetegedéseket influenza A₂ (Hong-Kong/68) törzs okozta. A 2. alakulatnál nagyobb arányban fordult elő influenza B vírusfertőzés (28⁰/₀-ban), kisebb arányban influenza A₂ (13⁰/₀-ban), a betegek egy részénél nem lehetett megállapítani a kórokozót. A gyógyszer az 1. alakulatnál lerövidítette a klinikai lefolyást (P < 1⁰/₀). A 2. alakulatnál, ahol kevert etiológiájú járvány fordult elő, a kedvező hatás nem bizonyult szignifikánsnak. A VIREGYT csökkentette a mély légúti szövődményekkel járó esetek gyakoriságát,

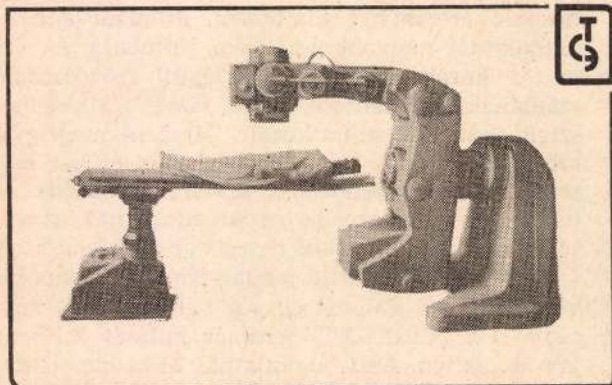
bár a kis számok nem engedik meg messzemenő következtetés levonását. Ez utóbbi tapasztalat egyezik régebbi megfigyeléseinkkel.

IRODALOM: 1. Floor—Wieringa, A.: Guens, H.: Van Strik, R.: Proc 5th Int. Congress Chemother. Vienna. 1967, 4, 333. — 2. Hornick, R. B.: Togo, Y.: Mahler, S., Iezonni, D.: Bull. Wld. Health Org. 1969, 41, 671. — 3. Togo, Y., Hornick, R. B., Felitti, V. J., Kaufman, M. L., Dawkins, A. T. J., Kilpe, V. M., Claghorn, J. L.: J. Amer. med. Ass. 1970, 211, 1149. — 4. Máté J., Simon M.: Honvédorvos. 1970, 22, 37. — 5. Takátsy Gy.: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1955, 3, 191.

ROKUS



V/K „TECHSNABEXPORT” exportálja: Kobaltágyúk a sugárkezeléshez



„LUCS-1”

- statikus sugárzáshoz felhasználható a Szo-60 típ. forrás, 4000 curie aktivitással.

„ROKUSZ-M”

- körforgós rendszerben, konvergációs és körforgós-konvergációs rendszerben történő sugárzáshoz,
- forrás: Co-60 típ., 6000 curie aktivitással,
- gamma-köteg fókuszálásának pontossága: ± 2 mm,
- nagyfokú automatizáció és blokkírozás

Információkérésükkel kérjük forduljanak a V/O TECHSNABEXPORT-hoz

CIMUNK:

Szovjetunió, Moszkva, G-200
Szmolenszkaja – Szennaja, 32/34.

Telefon: 244-32-85

Telex: 239

Techsnabexport

Látogassa meg a Techsnabexport standját a Budapesti Nemzetközi Vásáron!



Rp: BISECURIN

tabletta

Összetétel: 1 tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethyniloestra-diolumot tartalmaz.

Hatás: Oralisan alkalmazható ovulatio-gátló, anticoncipiens hatású oestrogen-gestogen hormonkombináció.

Ellenjavallatok: Hepatitis utáni állapot, májműködési zavarok, cholecystitis, throm-bosiskészség, súlyos organikus szívbetegségek, chronicus colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlőcarci-noma, továbbá lactatio és intolerantia.

Alkalmazás és adagolás: A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Ezalatt szabályos reakciókészség esetén a kezelési szünet 2—5. napján menstruatio-szerű vérzés mutatkozik. A hét napos tablettaszedési szünet eltelte után a következő hét azonos napján ismét el kell kezdeni a Bisecurin tabletta szedését — tekintet nélkül arra, hogy a vérzés tart-e még — és ismét 21 napon át kell szedni. Az egyes kezelési szünet végéig mindig a hét azonos napjára esik. — Amennyiben a 7 napos hogy újabb tablettaszedési időszak megkezdhető-e. Ez az alkalmazási mód folyamatosan ismételendő.

A fogamzásgátló hatás rendszeres szedés esetén az egyhetes tablettaszedési szünetre is kiterjed. Ha a tabletta bevétele egy napon elmarad, ezt a lehető leghamarabb pó-tolni kell és a következő tablettát szokott időpontban be kell venni. 2 tabletta bevé-tele között 36 óránál hosszabb idő ne teljen el, különben az ovulatiogátló hatás folya-matossága nem biztosított. Az ovulatiogátló hatás kifejlődéséhez kb. 1 hétre van szük-ség. A kúra első hetében tehát a fogamzásgátlásra biztonsággal számolni nem lehet.

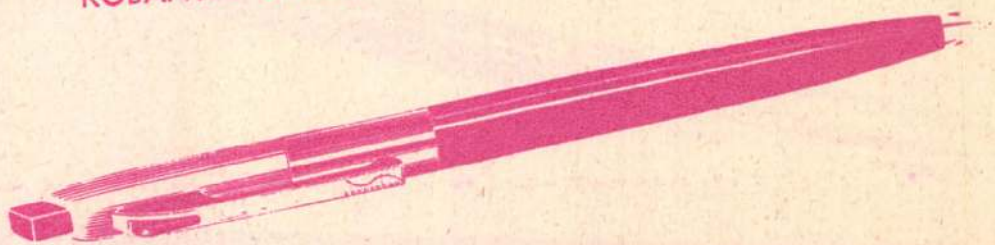
Mellékhatások: Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

Figyelmeztetés: Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

Megjegyzés: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

Forgalomba kerül: 21 tabletta. 24 Ft.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.



Rp: **TRISEDYL**

injección, tableta, solutio

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 2,5 mg

1 tableta 0,5 mg

a solutio (10 ml) milliliterenként 1 mg 4,— fluoro-4-/4. butyrophenon hydrochloric.-ot tartalmaz.

JAVALLATOK: Motoros és psychés agitációval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, epileptiform psychosisok, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: A pyramispálya és az extrapiramidális pályarendszer organicus betegségei.

ADAGOLÁS: A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az oralis adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: $\frac{1}{2}$ —1 ampulla i. m. Oralisan: 0,5 mg-os kezdő adag után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével a napi adagot felnőtteknek 1,5—2 mg-ig lehet emelni. Gyermekeknek 5 éves korig a felnőtt adag $\frac{1}{4}$ -e, 5—15 éves korig a fele adagolható.

MELLÉKHATÁSOK: Parkinsonismus, izomgörcs, izom-hypertonia léphet fel. Ezek a tünetek az adag csökkentése, vagy a kúra átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinson-szerekkel megszüntethetők.

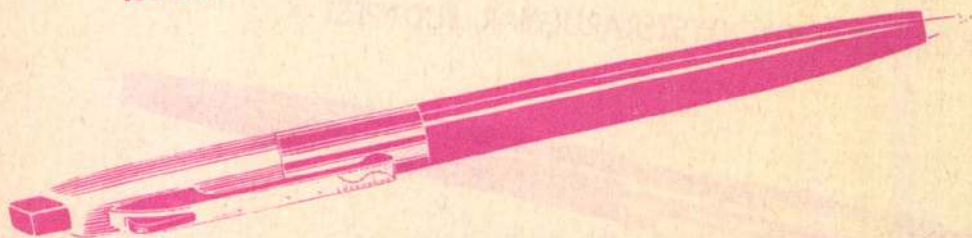
MEGJEGYZÉS: A Trisedyl potenciálja a központi idegrendszerre ható szerek hatását, ezért alkalmazása barbituratok, ópiátkészítményekkel egyidőben nagy körültekintést igényel. Trisedyl-kezelés kizárólag orvosi ellenőrzés mellett történhet.

FORGALOMBA KERÜL:

- 5 × 1 ml-es ampullákban
- 50 × 1 ml-es ampullákban
- 50 db tableta
- 250 db tableta
- 1 üveg solutio (10 ml)

FORGALÓMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST, X.



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

Egy nephritis-endemia szűrővizsgálatának tanulságai

Hankiss János dr.*

A gyakorlatban a legtöbb betegséggel kapcsolatban a beteg még ma is csak manifest tünetek jelentkezése esetén kerül orvoshoz, noha a megelőzés, a korai felismerés elvét sokat hangoztatjuk és ennek jelentőségét mindenki elismeri. Régóta jól megszervezett a tbc, bizonyos ipari ártalmak szűrővizsgálata, de ezeken kívül korai eseteket csak véletlenszerűen ismerünk fel, noha a betegség befolyásolhatósága gyakran éppen attól függ, milyen korai stádiumban diagnosztizálták őket.

A rendszeres, kiterjedt szűrések hiányából adódik az is, hogy bizonyos betegségek, kóros állapotok elterjedtségéről nincs megbízható képünk. Az idevonatkozó statisztikák sokszor megbízhatatlannak, ami természetes is, hiszen bejelentésre csak felismert eset kerülhet.

Mindezt jól tükrözte ez a szűrővizsgálat, amelyet Debrecen legnagyobb ipari technikumában végeztünk el.

Kiindulási észlelés: 1967 tavaszán rövid időn belül három nephritis acutás ipari tanuló nyert felvételt a Debreceni I. sz. Belklinikára. Kiderült, hogy mind a hárman ugyanabba a tanintézetbe jártak.

Az esetek halmozódása alapján elhatároztuk, hogy szűrővizsgálatot végzünk az iskolában a tünetszegény esetek kiemelése céljából. Az iparitanuló-iskola, mint említettük, Debrecen legnagyobb oktató intézménye, mintegy 3000 fiatal folytatja benne tanulmányait. Az egyetemi KISZ-szervezet segítségével, ötödéves hallgatók közreműködésével végeztük el a vizsgálatot.

Módszer

Az intézet igazgatóságával olyan menetrendet dolgoztunk ki, hogy rövid idő alatt minden osztály vizsgálatra kerüljön. A tanulók tantermi óra után jöttek

vizeletvizsgálatra. Testnevelési óra utáni időszakban nem rendeltünk be tanulókat. Egy-egy osztályt mindig egyidőben vizsgáltunk meg. Ennek zavartalan lebonyolításában az igazgató és a tanárok segítségét külön ki kell emelnünk.

Egy-egy osztályt fiú-lány megosztásban, két helyiségben vizsgáltunk meg. Friss vizeletet fehérjére sulphosalicylsavval, gennyre 20%-os KOH-dal, ubg.-re Ehrlich-reagenssel néztünk meg.

Minden pozitív esetet (minimális opalescentiát is annak véve), másnap a klinikára berendeltünk. A szűrővizsgálathoz tartozott még a vérnyomás ellenőrzése is.

A klinikára berendelt betegek éjszakai nyugalom után ürített vizeletet hoztak magukkal és beérkezve, járás utáni próbát is adtak. Ez megfelel a Hamburger (8) által kidolgozott technikának. Ezekről a gyerekekről kartotékot állítottunk ki, amelyen anamnesis, fizikális vizsgálat, RR, valamint a részletes vizeletvizsgálat (minden esetben üledékkel együtt) szerepelt.

Minden berendelt gyereket heti 1–2 ízben ellenőriztünk: a nephritis acutásokat addig, míg teljesen tünetmentessé nem váltak, az orthostatikusnak bizonyult eseteket további 1/2 éven át havonta 1 ízben.

Vesebaj gyanúja esetén vagy befektettük őket klinikánkra, vagy pedig otthoni kezeléssel láttuk el, s szigorúan fektettük őket. Hetenként 1–2-szer ellenőriztük statusukat.

Eredmények

A szűrővizsgálaton átesett: 2846 tanuló.

Közülük proteinuriásnak találtunk: 296 tanuló.

A proteinuriás esetek életkor szerinti megoszlását szemlélteti 1. táblázatunk.

A proteinuriák szám és életkor szerinti megoszlása I. táblázat

	Életkor év	14	15	16	17	18	19	Össz.
		Ac. glom. nephr.	3	7	5	2	3	
Chr. glom. nephr.			1	1	1	1		4
Tbc. renis				1				1
Oligo symptomás nephritis?								
Benignus proteinuria + hypertensio? ...		8	15	8	7	4		42
Benignus-orthostaticus proteinuria		59	64	39	26	37	3	228

A proteinuria fokát pedig a 2. táblázat mutatja be.

A proteinuria foka: II. táblázat

	Ac. nephr.	Chr. nephr.	Ac. nephritis olygosympt. forma? Benign.*	Benignus*
Opalescentia	6		9	14
+	10	1	17	75
++	3	2	12	100
+++	2	1	4	30
++++	—		—	

* Terhelés (otthonról való bejövétel + 2 emelet lépcsőzés gyors iramban) után.

A chronicus glomerulonephritisnek bizonyult 4 beteg közül háromnak az anamnesisében 4, ill. 2 évvel ezelőtt acut nephritis szerepelt, egynek negatív volt az anamnesise.

* Jelenlegi munkahely: Megyei Kórház, Győr, I. Belosztály.

Az acut glom, nephritises betegek ellátásáról fentebb szóltunk, őket klinikai kezelés után ambulans ellenőrzés alatt tartottuk. A 21 acut nephritisesünk közül egy ment át chronicus formába, a többiek meggyógyultak.

Egy 17 éves fiúbetegen vesetuberculosist lehetett igazolni.

Az orthostaticus (benignus) proteinuria előfordulása anyagunkban 9,5% volt.

Ezen benignus proteinuriásnak minősített 270 15—19 éves tanuló között 42 olyat találtunk, akiknek tensiója meghaladta a 145/90-es határt. Ez 15,5 százaléknak felel meg.

Ez a 42 gyerek jelenti feldolgozásunk leglabilsabb pontját. Hypertonia és albuminuria együttes előfordulása eleve felveti az enyhe lefolyású acut nephritis lehetőségét. Különösen megalapozott ez a kétely egy nephritis-endemiás anyagban. Nincs olyan vizsgáló módszerünk — talán az elektronmikroszkóposan kiértékelt biopsziától eltekintve — amellyel biztosan el tudnánk különíteni egy tünetszegény, enyhe nephritist az ún. „benignus albuminuriától”.

Továbbkomplikálja a kérdést az, hogy az eddig orthostaticus vagy benignus albuminuriának tartott állapot mögött elektronmikroszkópiával az esetek egy részében membranosus glomerulonephritist lehetett kimutatni (6). Erre a discussióban még visszatérünk.

A benignus proteinuriás gyerekeket rendszeres ellenőrző vizsgálatban részesítettük 6 hónapon át, egyrészt, hogy a proteinuria ártalmatlan voltáról megnyugtató adatokat nyerjünk, másrészt, hogy ezen kevésbé értett tünetcsoportra vonatkozóan adatokat nyerjünk.

Kétségtelen, hogy a benignus proteinuriásnak tartott csoport kb. egynegyede a vérnyomását illetően hyperreactornak mutatkozott (vegetatív labil): pozitív cold pressor test, vasoregulációs zavarok, dermatographismus, ingerlékenység vagy „ijedős hajlam” mutattak erre. A többieknél azonban ilyen jeleket sem találtunk. Meg kell említenünk, hogy a nem proteinuriás gyerekek 10—15%-án is észleltük ezeket a tüneteket. Lordosist a fogalom kóros klinikai értelmében ezeknél a gyerekeknek nem lehetett kimutatni. Az irodalom követelményeinek megfelelően kritériumnak tartottuk, hogy fekvés után a proteinuria eltűnjék (3, 4, 8). Haematuriának, cylindruriának hiányoznia kellett.

Az ebbe a csoportba sorolt gyerekeken vesegyulladás, pyelonephritist igazolni nem lehetett.

Megbeszélés

Egy technikum csaknem 3000 tanulóját szűrtük át vesebetegségekre, miután az iskolából rövid időn belül 3 tanuló került intézetünkbe nephritis acutával. Összesen 21 nephritis acuta megbetegedést fedeztünk fel, ezeket a gyerekeket megfelelő intézeti kezelésben, majd hosszabb otthoni kezelésben és ellenőrzésben részesítettük. Az általunk észlelt halmozott nephritis előfordulását megelőzően iskolai fertőzős epidémia nem zajlott le. A hűlésből adódó hiányzások száma nem haladta meg az átlagos téli mértéket. A tanulók között néhány scarlatina eset előfordult, de járvány nem volt az iskolában és az észlelt acut nephritises betegek közül egy sem szenvedett benne.

Ismeretes, hogy a nephritis acuta megbetegedések nagy részében speciális nephritogen törzsek felelősek a betegség kialakulásáért [streptococcus alpha haemolyticus 12-es typusa, ritkábban a 4-es, 25-9-es, 49-es, 1-es, Red Lake typus (13, 15, 16)]. Feltehető, hogy ezek a törzsek, megfelelő körülmények között endemiákat okoznak. Így értelmezhető a kaszárnya-nephritis, a világháború óta ismert Feldnephritis is. Rossz higiéniés feltételek, nagy megerőltetés, a thermoregulatio súlyos igénybevétele (meghűlés), pszichés megterhelések a szervezet ellenállóképességét minden megbetegítő agenssel szemben csökkentik. Ilyenkor aztán nephropathogen csírák jelenléte elég ahhoz, hogy bekövetkezzen a kórokozó-invasio, vesékhez való kötődés és az inicialis vese-laesio, amely immunopathológiai folyamatot indít meg. Az így kialakult circulus vitiosus eredményezi az acut, szerencsétlenebb esetben chronicus nephritist.

Saját szűrővizsgálatunk megerősíteni látszik a fenti fejtegetés helyességét. Felhívja a figyelmet arra, hogy manifest, felfedezett esetek sporadicitása mögött endemiák húzódnak meg. Erre gondolni kell, s éppen ez teszi szükségessé a manifest betegek környezetében végzett szűrővizsgálatokat. Különösképpen vonatkozik ez a megállapítás zárt közösségekben élőkre. Nem hiszem, hogy túlzott az a követelmény, hogy minden nephritis acutás beteg közvetlen környezetét át kellene szűrni. Tehát elsősorban a család többi tagjait, kollégiumban élő diákoknál a közvetlen tanuló társakat (egy szobában lakókat), több eset előfordulása esetén a kollégium összlakosságát. Mivel egyedül a vizelet albuminvizsgálat elég ahhoz, hogy a pozitív eseteket részletes átvizsgálásra rendeljük, a szűrésnek semmilyen technikai akadályja nem lehet. Az albumen pozitív esetekben mindenképpen további lépéseket kell tenni (RR-ellenőrzés, vizeletüledék, tenyésztés, sz. e. intézeti elhelyezés vagy otthoni fektetés és kezelés).

Vizsgálataink másik érdekes tanulsága a nagyszámú „ártatlan” proteinuria jelenléte. Az ún. orthostaticus típusú proteinuria pathomechanizmusa ma sem teljesen megoldott, még a jelentőségére vonatkozóan is megoszlanak a vélemények. Egyesek teljesen ártalmatlannak tartják (2, 8, 12, 14), mások chr. vesebetegségek prodromális tünetének gondolják (10, 11). Hatéves ellenőrzés során az orthostaticus proteinuriásnak minősítettek egyharmadában chr. vesebetegségek kialakulását, ill. systemás betegség renalis manifestációját észlelték (12). Újabb biopsziás anyagokon elektronmikroszkópos feldolgozással nyert eredmények a „benignus” albuminuria hátterében nemegyszer membranosus glomerulonephritist tudtak kimutatni (6, 7). (Fénymikroszkóppal semmiféle elváltozás nem látható.) Ezek alapján sokkal óvatosabban kell bánni ezzel a fogalommal s a betegeket legalábbis hosszan szigorú megfigyelés alatt tartani. Aktív álláspont szerint a szövettanilag pozitív esetekben érdemes immunszuppresszív kezelést végezni. Ennek hatására a glomerulonephritis finom szövettani jelei visszafejlődhetnek.

Mind ezek alapján orvosilag korrekt, de talán maximalista követelmény lenne ilyen esetekben mindig vese-biopsziát végezni. Már csak azért is, mert ennek therapiás konkvenciája, az immunszuppresszív kezelés — teratogen hatásá miatt — éppen fiatal korban meggondolandó.

A benignusnak ítélt proteinuria kérdésével hazai kutató, Gábor I. (4) foglalkozott behatóan. Széles körű megfigyelésekkel igazolta, hogy az általa terhelésnek nevezett proteinuria akkor jelentkezik, ha a szervezetet egyszerre több olyan behatás (hideg és fizikai terhelés,

izgalom) éri, amelyhez nincs adaptálódva. Fialok adaptálódtak kevésbé a különféle terhelésekhez, ezzel magyarázza, hogy serdülőknél, gyerekeken lép fel leginkább ilyen proteinuria.

Véleménye szerint a proteinuria terheléses jellege igazoltnak tekinthető, ha a paciens két óráig való fektetése után a vizeletben lényegesen csökken vagy eltűnik a fehérje. Ezen kritériumot alkalmaztuk mi is. Klinikailag ez differenciálhat nephritissel szemben, amelynél a vizeletlelet csak hosszabb fektetés után javul.

Vissza kell térnünk még egyszer azokra a terheléses proteinuriás gyerekekre, akik ezen felül hypertoniások is voltak. Ezek kétségkívül igen gyakúsak — és egy kimutatott endemiában még inkább azok — nephritis acutára. Ezellen értékesíthető a fenti adat, hogy fektetés után pár órával proteinuriájuk megszűnt vagy minimálisra csökkent, valamint hogy kóros elemet vizeletüledékükben egy alkalommal sem találtunk.

A hypertonia és proteinuria közös okra is visszavezethető, hiszen a benignus vagy terheléses albuminuria is a vesében létrejövő érszűkület révén alakul ki (4, 5). Az ilyen gyerekek feltehetően nemcsak vesespasmussal reagálnak szokatlan ingerre, hanem perifériás arteriospasmussal is. Felmerül a reninnek mint közbülső láncszemnek a szerepe is (1).

Minthogy azonban a keringési zavarnak is meghatározott oka van, másrészt hosszasan fennálló „ártatlan” keringési zavarok másodlagosan is vezethetnek veseelváltozásokhoz, Hamburgerrel ellentétben helyesebbnek tartjuk, ha ezeket a fiatalembereket is kíméletben részesítjük és kontroll alatt tartjuk.

A fentiekből következik, hogy az „orthostaticus proteinuria” dg.-ának kimondása nagy felelősséget jelent, a rendszerint csak systemás átvizsgálás és hosszas megfigyelési idő jogosít fel ennek a dg.-nak kimondására. Mi több hónapig követtük figyelemmel ezeket a tanulókat, utána pedig iskolaeorvoshoz, ill. körzeti orvoshoz utaltuk őket a probléma további nyomon követésére. Ezen időszak alatt definitív vesebetegség egyik gyereknél sem alakult ki, ill. nem igazolódott.

Megfigyeléseink alapján a következő tanulságok vonhatók le:

1. A subclinicus acut nephritis előfordulása lényegesen gyakoribb, mint amennyi felismerésre kerül. Hozzávetőleg 5—6 ilyen kórképpel kell számolni minden felismert heveny vesegyulladásos beteg mellett.

2. Az acut nephritisnek igen nagy spontán gyógyhajlama van megfelelő ellátás hiányában is. Erre mutat az idült kórképek aránylag ritka előfordulása.

3. Azoknál a felnőtt korban elének kerülő chr. nephritiseknél, akiknél az anamnesisből hiányzik a heveny kórkép adata, megfelelő időben, kellő körültekintéssel a tünetszegény betegség sok esetben felismerhető — és talán gyógyítható lett volna.

4. A serdülőkorú, mindkét nembeli ifjúság körében anyagunkban mintegy 10%-ban fordult elő benignus-orthostaticus proteinuria. Ezt a diagnosist azonban nagy körültekintéssel kell felállítani, különösen nephritis endemia idején.

5. Elméleti megfontolás alapján az orthostaticus-benignus proteinuriás fiatalembereket is kíméletben kell részesíteni.

Összefoglalás. Szerző munkatársaival egy technikum 2846 tanulót számláló közösségében végzett systemás szűrővizsgálatot vesebetegség irányában. 293 proteinuriás esetet fedeztek fel. Ezek közül 21 bizonyult ac. nephritisnek, 4 chr. nephritis és 1 tbc renises beteg volt. 270 beteget benignus proteinuriásnak minősítettek részletes kivizsgálás és egy éves megfigyelés alapján.

Eredményeik alapján foglalkoznak a két betegség előfordulási gyakoriságával és az észlelésekből levonható tanulságokkal. Ezek közül legfontosabbnak a nephritis acutás betegek környezetében végzendő szűrővizsgálat látszik.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondok a Debreceni Ipari Technikum igazgatójának és tanári karának a vizsgálatok szervezésében és lebonyolításában nyújtott megértő támogatásért és Keszthelyi Mihály dr.-nak, valamint a KISZ alapszervezet medikus tagjainak, akik nagy lelkesedéssel dolgoztak a szűrővizsgálatokban.

IRODALOM: 1. *Brod. J.*: Die Nieren. VEB Verl. Volk u. Gesundheit, 1964, Berlin. — 2. *Derow, H.*: New Engl. J. Med. 1942, 227, 827. — 3. *Fischer A.*: „Belgyógyászati Vesebajok”, szerk. Gömöri P. — 4. *Gábor I.*: Orv. Hetil. 1958, 99, 1384. — 5. *Gömöri P., Greiner A.*: Orv. Tud. Közl. 1942. 21. sz. — 6. *Gömöri P.*: „A chronicus vesebetegségek és a hypertonia korszerű diagnosztikája és gyógyítása”. Előadás a Megyei Belgyógyász Főorvosi Értekezleten. Bp., 1970. okt. 16. Megjelenés alatt az „Orvostudomány”-ban. — 7. *Gömöri P.*: A Bright-kór modern diagnosztikája és a vesebetegségek korszerű kezelése és gondozása. Megjelenés alatt az „Orvosképzés”-ben. — 8. *Hamburger J. és mtsai*: Nephrology. Saunders Ed., Philadelphia, 1968. — 9. *King, S. E., Baldwin, D. S.*: Proc. Soc. exper. Biol. (N. Y.) 1954, 86, 634. — 10. *King, S. E.*: Ann. Int. Med. 1955, 42, 296. — 11. *King, S. E.*: Ann. Int. Med. 1957, 46, 360. — 12. *Milliez, P., Vialette, J., Valis, D., Lagrue, G.*: J. Urol. med. chir. 1958, 64, 580. és 1959, 65, 678. — 13. *Rammelkamp, C. H., Weaver, A. N.*: J. clin. Invest. 1953, 32, 345. — 14. *Thorp, E., Wakefield, E.*: Ann. Intern. Med. 1933, 66, 1565. — 15. *Wertheim, A. R. J. és mtsai*: J. Clin. Invest. 1953, 32, 359. — 16. *White, H. L., Rolf, D.*: Amer. J. Physiol. 1948, 152, 505.

Szegedi Orvostudományi Egyetem
Igazságügyi Orvostani Intézete
(igazgató: Fazekas I. Gyula dr.)

A külső szívmasszage okozta májrepedésekről

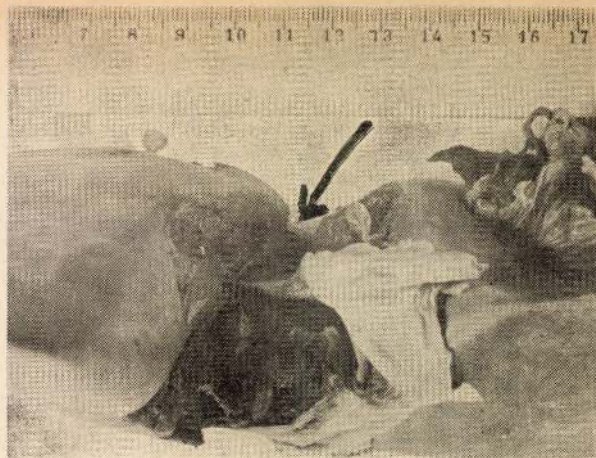
Jobba György dr., Kósa Ferenc dr.
és Mészáros Erzsébet dr.

Külső szívmasszage-val (k. sz.-m.) ma már a betegek százait sikerül a klinikai halál állapotából megmenteni, oly módon, hogy a mellkas ütemes nyomásával lehetséges a szív működés újbóli megindítása. Ebben a heroicus küzdelemben nagyon sok múlik a k. sz.-m.-t végző orvos felkészültségén, lélekjelenlétén és gyakorlati tapasztalatán. A k. sz.-m. alkalmával fellépő szövődmények mindig tanulságul szolgálhatnak, bár ezek közül néhány súlyosnak mondható, olykor önmagában is halálos szövődemény sem kerülhető el esetenként. A k. sz.-m. csak akkor lehet eredményes, ha a mellkas nyomása alkalmával legalább 4–5 cm-es mellkasfalkitérés sikerül előidézni (11, 22). Mint erre holttesten végzett modellkísérletek is utalnak (22) ez legtöbbször bordatörést is okoz nemcsak idősebb, de középkorú betegeken is. A mellkas alsó részére gyakorolt olyan nyomás, amely már bordatörést idéz elő, a hasüregben levő parenchymás és üreges szervek sérülését is létrehozhatja, különösen ha ezek kóros elváltozásai erre praedisponitót is teremtenek. Annak hangoztatása mellett, hogy a k. sz.-m.-zsal okozati összefüggésben keletkező sérülések az orvosi felelősséget nem érinthetik, kívánatos az ezzel kapcsolatos szövődmények értékelése, mivel a részletmegismerések hozzájárulhatnak a k. sz.-m. kapcsán létrejött elváltozások pathomorphológiájának, pathomechanismusának pontosabb tisztázásához.

Az irodalomban számos közlemény foglalkozik a k. sz.-m. következtében létrejött májsérülésekkel, de az általunk ismert irodalomban nem találtunk olyan típusú májszövődményt, amilyent két esetben is észleltünk boncolási anyagunkban.

Esetismertetés

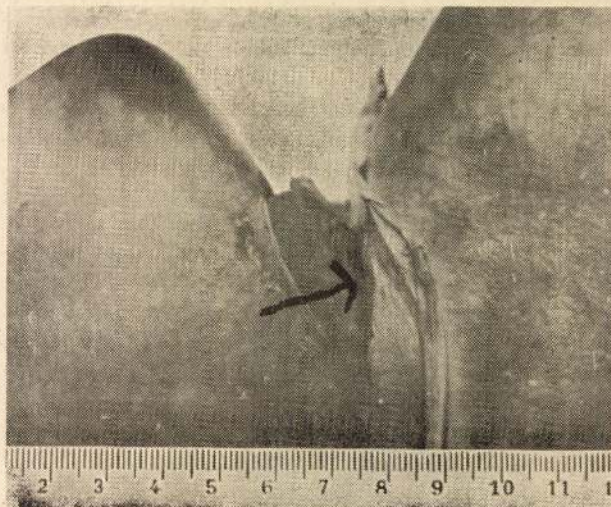
1. N. J., 26 éves férfi halálát suicid Wofatox mérgezés okozta. A klinikai halál bekövetkezésekor 2 óráig alkalmaztak k. sz.-m.-t, eredménytelenül. A boncolás alkalmával a májon az incisura umbilicalisnak megfelelően, a ligamentum falciforme és a ligamentum teres hepatis bal oldalán (medialisan) sagittalis irányú, 6 cm



1. kép.

hosszú, a margo anteriortól kiinduló, a máj állományába és annak egész vastagságára kiterjedő rupturát észleltünk (1. kép.). A hasüregben 300 ml vér volt. A máj degeneratio parenchymatosa képét mutatta.

2. M. B., 24 éves férfi halálát suicid Neopol (barium polysulphid) mérgezés okozta. Ante finem 4 alkalommal történt eredményes k. sz.-m., azonban a szív működést nem sikerült véglegesen fenntartani. Boncolásnál a májon az előbbihez mindenben hasonló 3 cm-es repedést észleltünk (2. kép.). A hasüregben 3000 ml vér, a májszövetben necroses multifocales volt található.



2. kép.

Megbeszélés

A k. sz.-m.-hoz különböző gyakorisággal társul májrepedés: *Baringer és mtsai* (1) 11⁰/₀-os (5 eset), *Bynum és mtsai* (4) 6⁰/₀-os, *Clark* (5) 19⁰/₀-os (4 eset), *Csapó és mtsa* (6) 1⁰/₀-os (1 eset), *Henricksen* (9) 2⁰/₀-os, *Johansson* (10) 8⁰/₀-os (5 eset), *Jude és mtsai* (11) 2,5⁰/₀-os (3 eset), *Jung és mtsai* (12) 1⁰/₀-os (1 eset), *Klassen és mtsai* (13) 1,5⁰/₀-os (2 eset), *Moe* (14) 56⁰/₀-os (9 eset), *Paaske és mtsai* (16) 2⁰/₀-os (2 eset) és *Shipman és mtsai* (20) 8⁰/₀-os (1 eset) előfordulásról számolnak be klinikai, illetve sectiós anyagban. Az első eseteket *Baringer és mtsai* (1), *Jude és mtsai* (11) és *Morgan* (15) közölték 1961-ben, *Pedersen és mtsai* (17) 177 k. sz.-m. után sem észleltek máj-rupturát.

A sérülések (sérüléstípusok szerint) 4 csoportba sorolhatók: 1. ruptura (1, 5, 6, 10—16, 19—21); 2. szúrt sebek csonttörés miatt (18); 3. subcapsularis haematoma (1, 10, 11); 4. intrahepaticus vérzések hypoxiás alapon (18). Ezen sérülések igen változatos számúak és nagyságúak lehetnek.

Baringer és munkatársai (1) 50—500 ml, *Clark* (5) 300 ml, *Johansson* (10) 500 ml, *Moe* (14) 100—800 ml, *Morgan* (15) 1000 ml és *Silberger* (21) 500 ml vért találtak a hasüregben k. sz.-m. okozta májsérülés esetén. Nem minden máj-rupturához társul azonban törvényszerűen haematos (5, 14). Praedispositiót jelent az idős kor (18), és a máj különböző pathológiás állapota: infiltratio adiposa (14), cirrhosis (14), metastasis (5). Gyermeknél a máj relatíve magasabb helyzete és nagyobb térfogata elősegíti a szövődmények keletkezését (11, 14, 18). *Moe* (14) három újszülött esetét közli, ezek közül kettő hasüregében 15—20 ml vért talált. *Paaske és mtsai* (16) egy 13 éves gyermekén szövődményként fellépett máj-rupturáról tesznek említést. Kutyákon kísérletesen alkalmazott k. sz.-m. esetén is előfordul máj-ruptura, a máj magasabb fekvése miatt (11).

Clark (5), *Jude és mtsai* (11), *Moe* (14), *Rivkin és mtsai* (19) szerint a szövődmény részben a proc. ensiformist ért nyomás, részben a helytelen technika következménye, mivel a k. sz.-m. során a kéz az epigastriumra is nyomást gyakorol. *Morgan* (15) esetében a beteg halálát nem a májszövődmény okozta, de ha a szív működést esetleg sikerült volna k. sz.-m.-zsal megindítani, a rupturából halálos vérzés származhatott volna. Egyébként is a májszövődmények rossz prognosisúak (18). *Johansson* (10) 35 eredményes k. sz.-m. után egy májsérülést észlelt.

Eseteinkben a ruptura sajátos elhelyezkedése arra utal, hogy a k. sz.-m. során az epigastriumot, az appendix fibrosa hepatis és valószínűleg a lobus sinister hepatis érthette nyomás. Az így létrejött nyomás, ill. áttétes húzó erő a máj sajátos rupturájához vezethet ott, ahol a máj felfüggesztett és rögzített. A máj anatómiai elhelyezkedése dispositiót jelent a k. sz.-m.-hoz társuló esetleges bal lebeny repedéshez. Szabályos k. sz.-m. technika mellett is éri nyomás az appendix fibrosa hepatis, mivel magasan a bal hypochondriumban foglal helyet. Ruptura kialakulásához tehát nem feltétlenül szükséges, hogy helytelen technika következtében érje közvetlen nyomás a máj bal lebenyét (indirekt erőhatás az appendix fibrosa hepatis révén). Második számú esetünkben 3000 ml vér volt a hasüregben, aminek létrejöttében a négyszer megindult szív működés játszhatott szerepet és talán az, hogy a felszívódó báriumvegyületek vérzékenységet okozhatnak (7). Ilyen extrém mennyiségű vér jelenlétéről (3000 ml) a hasüregben k. sz.-m. kapcsán *Moe* (14) számol be lép-ruptura esetén. Eseteinkben praedispositiót jelenthetett a degeneratio parenchymatosa hepatis (1. sz. eset) és a necroses multifocales hepatis (2. sz. eset) is.

Szczesna és mtsai (23) szerint a resuscitációs sérülések igazságügyi orvosszakértői elbírálása nehéz, mert a fatális kimenetben való részvételük nem ítéltető meg pontosan. A k. sz.-m. okozta szövődmények és így a májsérülések szakértői megítélésé-

ben teljes mértékben egyet lehet érteni *Szuchovszky* és *Potondi* (24) állásfoglalásával. Szerintük: „... nem tehető felelőssé az orvos a reanimatio során létrehozott sérülésekről sem, hiszen — jogi értelemben — holttesten még testi sértést vagy emberölést sem lehet elkövetni”. Mivel be nem avatkozás esetén a biológiai halál az egyetlen alternatívája a klinikai halálnak, a kockázat problematikája (2, 3) nem is merül fel és adott esetben szükségzerű kötelesség a reanimatio, ill. a resuscitatio (22). Éppen ezért *Harsányi* (8) a reanimatio és a resuscitatio oktatásának fontosságára hívja fel a figyelmet.

Második esetünkből levonható klinikopathológiai tanulság az lehet, hogy sikeres k. sz.-m. esetén gondolni kell az esetleges szövődmények fennállására és lehetőség szerint meg kell kísérelni azok elhárítását. A szív megindítása önmagában nem lehet eredményes, ha a szívmegállást kiváltó alapbetegséghez a k. sz.-m. során önmagában is halálos szövődmény társul.

Kérdéses, hogy az általunk leírt máj-rupturák localisatiója azok praedilectiós helyét jelenti-e? Véleményünk szerint igen. Egy esetünkben pl. közlekedési baleset polytraumatisált sérültjén a máj elülső felszínén, a ligamentum falciforme hepatis két oldalán tok alatti vérzést észleltünk a máj rázdása (extrem kimozdulása) következtében. Ez a hely tehát, a máj vongalódását előidéző állapotokban, „locus minoris resistentiae”-ként fogható fel.

Összefoglalás. Szerzők a külső szívmasszage májszövődményeit tárgyalják az irodalmi adatok, valamint sajátos megjelenésű két esetük alapján, továbbá állást foglalnak a szövődmények forensicus megítélésével kapcsolatban.

IRODALOM: 1. *Baringer, J. R. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1961, 265, 62. — 2. *Budvári R., Horváth D.:* Orv. Hetil. 1964, 105, 1873. — 3. *Budvári R., Ottó Sz.:* Orv. Hetil. 1970, 111, 183. — 4. *Bynum, W. R., Connell, R. M., Hawk, W. A.:* Cleveland Clin. Quart. 1963, 30, 147, cit.: *Paaske és mtsai* (16). — 5. *Clark, D. T.:* JAMA. 1962, 181, 337. — 6. *Csapó Gy., Pavlik J.:* Orv. Hetil. 1967, 108, 289. — 7. *Gerendás M.:* Véralvadás és vérzéscsillapítás. Az OVSZ kiadványa. Bp. 1960. — 8. *Harsányi L.:* hozzászólás. Az OMSZ jubileumi emlékülésének beszámolója. 1948—1968. — 9. *Henricksen, H.:* Acta anaesth. Scandinav. 1967, 11, 55., cit.: *Paaske és mtsai* (16). — 10. *Johansson, B. W.:* Acta med. Scandinav. 1964, 176, 319. — 11. *Jude, J. R., Kouwenhoven, W. B., Knickerbocker, G. G.:* JAMA. 1961, 178, 1063. — 12. *Jung, M. A. és mtsai:* Canad. Med. Ass. J. 1968, 98, 74. — 13. *Klassen, G. A. és mtsai:* Lancet. 1963, I, 1290. — 14. *Moe, N.:* Acta med. Scandinav. 1967, 182, 773. — 15. *Morgan, R.:* New Engl. J. Med. 1961, 265, 82. — 16. *Paaske, F. és mtsai:* Dan. Med. Bull. 1968, 15, 225. — 17. *Pedersen, J. E. P.:* Dan. Med. Bull. 1965, 12, 93. — 18. *Pestessy J., Szabó A., Székely O.:* Az OMSZ jubileumi emlékülésének beszámolója. 1948—1968. — 19. *Rivkin, L. M., Roe, B. B., Gardner, R. E.:* Am. J. Surg. 1962, 104, 283. — 20. *Shipman, K. H., Mc. Crady, W., Bradford, H. A.:* Am. J. Cardiol. 1962, 10, 551. — 21. *Silberger, B., Rachmaninoff, N.:* Surg. Gynec. Obst. 1964, 119, 6. — 22. *Szabó L., Tasnádi G., Orbán L.:* Hatvani Városi Tanács Kórháza Közleményei, Hatvan, 1969, 173. — 23. *Szczesna, H., Swiatek, B.:* Odbitka Z „Pol. Tyg. Lek.” 1969, 24, 270. — 24. *Szuchovszky Gy., Potondi A.:* Az OMSZ jubileumi emlékülésének beszámolója. 1948—1968.

Miért veszélyes és tilos a festékes anyajegy eltávolítása?

Melczér Miklós dr.

A nem is olyan ritkán *iatrogen* eredetű, végzetes lefolyású melanoblastomákhoz (m.) hasonlóan súlyos betegséggel, vajmi ritkán találkozunk a mindennapi orvosi gyakorlatban.

A bőr eme legrosszabb indulatú daganatfajtájának az eredete, szöveti szerkezete, klinikai sajátosságai és kezelése felől, ma még nem alakultak ki egységes nézetek és nem egy döntő fontosságú részletkérdésben, a szakférfiak egymással homlokegyenest ellenkező nézetet vallanak.

Miescher vizsgálatai nyomán már a húszas évek óta tudjuk, hogy a m. az eseteknek a felében festékes anyajegyből indul ki. *Allen* és *Spitz* szerint az észak-amerikai populációból származó 362 esetük mindegyikében, a m. naevus pigmentosusból alakult ki.

Bár ritkábban, mintegy 20–25%-ban, a m. anyajegymentes bőrterületből is kiindulhat s kezdeménye lehet e daganatfajtának, testünk melanoblast sejteket tartalmazó bármely pontja is.

Századunk első felében, a festékes anyajegyekből származó m.-ák okát egyszeri vagy ismétlődő traumában keresték. E felfogás szerint a legkülönbözőbb fizikai és vegyi ingerek, legtöbbször az anyajegy kozmetikai célból történt kimetszése vagy kiegészítése kelti a m.-t.

Az 50-es évek táján azonban, a trauma szerepének megítélésében már lényeges módosulás következett be, s ma a szakemberek zöme azt tartja: nincsen semmiféle bizonyítéka annak, hogy trauma a festékes anyajegy m.-vá tudná átalakítani. Azokban az esetekben, hol a m. termőhelye festékes anyajegy, a trauma csak másodlagosan hat s a már előzetesen más ok miatt malignusan átalakult, de akár éveket is nyugvó állapotban levő festékes anyajegy aktiválja.

Ha az ilyen nyugvó m. növekedésével, sötétítésével, bővérű, lobos udvarával, vérzékenységével, erodálódásával vagy kifehélyesedésével nem kelti a malignus átalakulásnak a gyanúját s az anyajegy kimetszük — olykor akár szélesen az épből — rövidebb-hosszabb idő után: esetleg évek, évtizedek múlva a belső szervekben áttétek keletkezhetnek, s a beteg sorsa eldőlt.

Ismeretes, hogy a festékes anyajegyekben, a naevus-sejtek összetartása nagyon laza, s a naevus-sejtes burjánzás a hajszálerek mentén benyomul a nyirokerek kezdeteibe s betörhet a kis erekbe is. Ez az oka annak, hogy a daganatosan átalakult festékes anyajegy közelében már kisebb áttétek lehetnek.

Valószínű, hogy az ilyen klinikailag gyanút sem keltő nyugvó m.-k gyakorisága sokkal nagyobb, mint hittük s lehetséges, hogy ezek szóródnak is. Ilyenkor 40–50%-ban a beteg perifériás vérének kikent készítményeiben tumorsejteket lehet kimutatni.

A festékes anyajegyek daganatos átalakulásának okát egyesek hormonhatásban keresik. Ismeretes ugyanis a fanosodás és a terhesség hajlamossító hatása. Alattuk a festékes anyajegyek megnagyobbodhatnak s olykor m. is keletkezhetik. Az endokrin behatás pontos mechanizmusa azonban nem ismert.

A m. egyik nagy problémája, hogy a daganatok felismerésére általában kitűnően bevált szöveti vizsgálat sem ad 100%-os eredményt. *Swerdlow* eseteiben csak 28%-ban, *Becker* eseteiben pedig 40 százalékban egyezett a szöveti vizsgálat a klinikai diagnózissal s a pathológus által m.-nak jelzett esetek későbbi lefolyása, *Swerdlow* eseteiben 51%-ban, *Becker* eseteiben pedig 43%-ban felelt csak meg a szövétvizsgálatnak. *Rodé* 134 szövétileg megvizsgált esete közül 12%-ban kapott eltérő eredményt.

Ma általában elfogadott, hogy kitűnő pathológusok vizsgálatakor is mintegy 20%-os hibával kell számolnunk.

Többek között nagy zavart okozhat szöveti vizsgálatkor az *Allen—Spitz* fajtájú juvenilis melanoma. Ennek a gyermekkorban, rendszerint a fanosodás előtt kifejlődő pigmentált naevusnak a szöveti szerkezete — noha általában jóindulatú — nagyon hasonlít a m. szerkezetéhez. Naevus sejtjeinek laza összefüggése, atypiája: a *Touton*-féle idegentest sejtekhez hasonló óriássejtjei, basophil festődésű nagy myeloblastszerű sejtjei s a naevust övező gömbsejtes beszüremkedés miatt vizsgálatkor a pathológus könnyen malignitásra gondolhat. A hasonlóság olyan fokú lehet, hogy az esetek 30%-ában ezt a jóindulatú naevust meg sem lehet különböztetni a m.-tól.

A pathológus nehéz helyzetbe kerülhet akkor is, ha a hám-irhahatári, ún. junctiós anyajegyben vagy a junctiós és intracutan, az irhában fekvő naevus-sejthalmazok összeolvadásából keletkezett összetett, ún. compound naevusokban erős a hámhatári aktivitás. Ilyenkor az epidermisből melanoblast sejtek csoportjai csepegnek le az irhába s ez a felfokozott aktivitás, a rosszindulatúság gyanúját keltheti. De nehézségek adódhatnak akkor is, ha pigmentszegény, achromiás ún. amelanoticus m. kerül vizsgálatra. Ekkor a szöveti szerkezet, a jobbindulatú orsósejtű sarcomát utánozhatja.

Az említett sok nehézség leküzdésére az elmúlt két utolsó évtizedben több kutató arra törekedett, hogy a m. felismerésére valamilyen megbízhatóbb eljárást dolgozzon ki. E módszerek közül azok, melyekhez a m.-ra gyanús elváltozás kimetszése vagy kaparása szükséges, provokáló hatásuk miatt természetesen nem voltak alkalmazhatók. Ilyen volt

a Tzanck-féle cytodiagnosticus eljárás, a Cowley és mtsai ajánlotta infravörös spektrográfia, a Lerner és Fitzpatrick-féle histokémiai tyrosinase-fermentes vagy a Fitzpatrick és mtsai kidolgozta oxygen-elhasználási próba.

A nem provokáló vizsgálati módszerek között lehet felsorolni a Herzberg ajánlotta módszert: a pontcióval nyert csontvelőből készített kenetek tumorsejtekre való vizsgálatát. Du Bois-Ferrière ugyanerre a célra a perifériás vérből készült kenetek vizsgálatát alkalmazta.

Az említetteknel nagyobb jelentőségűnek látszott eleinte a radioaktív izotópokkal vizsgálat, amikor a beteg véráramába fecskendezett jelzett izotópnak a m.-ban való halmozódását vizsgáljuk. Lerner és Fitzpatrick a radioaktív tyrosint, Bauer és Steffen pedig a radioaktív ^{32}P alkalmazását ajánlotta. Sajnos ezek a módszerek sem váltak be. Poppe és mtsai szerint a radioaktív tyrosin alkalmazása 37,5%-ban, m.-s betegeknel is negatív eredményt adott, s a ^{32}P , ezt a módszert alkalmazó több kutató véleménye szerint sem felel meg a követelményeknek.

Venkei és Bakos elektromos hőmérővel a thermodifferentia mérését ajánlotta a m. elkülönítésére. Szerintük 91%-os eredményt ad ez a módszer.

Ismeretes, hogy m.-s betegek vizeletükkel melanogent ürítenek, mely a vizelet állása közben a levegő oxygenjének a hatása alatt megbarnítja a vizeletet. A melanogent a vizeletben különben a nitroprussidnatriumos Thormählen vagy az ennél sokkal jobb ferrichloridos Jaksch próbával mutatjuk ki.

A melanogenuriás próba értéke azonban vitás. Rodé világviszonylatban is hatalmas, 500 beteget felölelő anyagában, többek között vizsgálta ezt a kérdést s a Jaksch-féle próbát fajlagosnak találta; azokat az irodalmi adatokat, melyek e próbát más daganatos betegségek, tuberculosis, pleuritis esetén is pozitívnak tartják, technikai hibával magyarázza.

Nagy érdeme Rodé-nak, hogy az először Borak és mtsai (1924) által észlelt s már-már feledésbe merült sugármelanuriát utánvizsgálta nagy anyagán s a sugármelanuriának felhasználását a m. diagnózisára bebizonyította. Tapasztalatai szerint, akár elsődleges m.-nak, akár másodlagos bőráttéteknek 1000—10 000 r-rel történt besugárzása után melanuria lép fel.

Ismeretes, hogy ha az ép bőrbe nem polarizáló elektródok segítségével gyenge, néhány volt erős-gű galvánáramot vezetünk, a bekövetkező ionconcentratiováltozás miatt a bőr a behatoló árammal szemben ellentétes irányú polarizációs ellenáramot gerjeszt. A bőr eme polarizációs ellenáramot termelő képessége azonban a bőr határhártyáinak sérülése esetén, így m.-s burjánzásakor is csökkent vagy teljesen hiányzik, s jelzi a malignisatiót (Melczer és Kiss). A vizsgálat a beteg kára nélkül, egyszerű potenciométer kapcsolású készülékkel akárhányszor elvégezhető. Nyugat-Németországban Furch, Leonhardi és Furch, Csehszlovákiában Kantner alkalmazza sikerrel az eljárást.

Kiss Gyula Horváth István elektromérnökkel a gyakorlat számára alacsony frekvenciájú váltó-

áram polarizációs ellenállásának ún. impedanciájának a csökkenését vagy hiányát mutató készüléket állított elő az ÉMG esztergomi gyáregységében, mely Malignométer néven kerül a forgalomba.

Kiss Gyula vizsgálatai szerint a Malignométer, m.-ra gyanús elváltozások eseteiben, a malignisatio jelzésével meg fogja könnyíteni a gyakorló és a szakorvosok helyzetét, a megfelelő therapiás eljárás megválasztásakor.

A különböző therapiás módszerek eredményességének a megítélésére, az irodalomban található statisztikai adatok sok esetben teljesen használhatatlanok, mert szerzőik nem vették figyelembe, hogy adataik a baj milyen szakából származnak. Miescher már a 20-as években felhívta a figyelmet arra, hogy a különböző therapiás módszerek eredményei csakis akkor hasonlíthatók össze, ha azokat a m. különböző szakainak a feltüntetésével csoportosítjuk. Természetesen egészen más eredményt kapunk a m. első szakában, midőn az elsődleges daganatnak még nincsenek klinikailag kimutatható áttétei a tájéki nyirokcsomókban, mint a m. II. szakában, midőn a tájéki nyirokcsomókban már áttétet találunk, vagy a III. szakban, midőn haematogén szóródásokból a bőr távoli helyein vagy a belső szervekben, esetleg mind a két helyen már áttétek alakultak ki.

Mai tudásunk szerint az első szakban az 5 éves túlélést 50—60%-ra, a második szakban 10%-ra, s a harmadik szakban sajnos már csak nullára tehetjük, és pedig meglepő módon, akár korszerű ionizációs sugárkezelést (Chaoul-féle kontakt vagy lágysugaras kezelést, esetleg betatron besugárzást) vagy műtéti megoldást választunk: szélesen az éppen elektrokirurgiával.

A különböző szakú betegeken nyert tapasztalatokból kitűnt, hogy a csupán radiológiai, korszerű kezelés eredménye ugyanaz, mint a korszerű műtéti kezelése. Ezekből a statisztikai adatokból az is kitűnt, hogy az ionizációs sugárzásnak nincsen provokáló, károsító hatása, hiszen a vele elérhető gyógyítási eredmények majdnem azonosak a korszerű műtéttel nyerteknek.

Schirren C. G. m.-ban a műtét előtti besugárzással társított elektrokirurgiát tartja a legjobbnak. Száz I. szakbeli betege közül 51-nél ilyen kezeléssel 67%-os, 28 betegénél tisztán sugaras kezeléssel 65%-os, 5 éves túlélést ért el. Ez a szerző m.-ra fractionáltan 10 000—12 000 rad-ot ad, napi 500 r adagban. Négy centiméter átmérőnél nagyobb mezőkre Schirren napi 200—350 r adagban összesen 6000—8000 r mennyiséget alkalmaz.

A Chaoul-féle kontakt vagy a lágysugárzás felezőrétegének, általában 10 mm-nél nagyobbának kell lennie, hogy a daganat mélyebb részét a sugárzás kellő mértékben érhesse. A besugárzás után legtöbbször be sem várják a sugár-reactio lezajlását, hanem elektromos késsel narcosisban eltávolítják, szélesen az ép szövetben a m.-t. Helyi érzéstelenítés ellenjavallt.

Tájéki nyirokcsomók áttétekor legtöbbször mely röntgenbesugárzást alkalmaznak, utólagos radikális műtéttel társítva.

Schirren C. G. végső következtetése szerint a gyógyeredmény nem annyira az alkalmazott sugaras vagy műtéti kezeléstől, mint inkább a m. fejlődési fokától függ. Ezért a beteg sorsa nagyon sokszor nem a szakorvosoktól: dermatológustól, sebésztől vagy radiológustól, hanem inkább a gyakorló orvostól függ, akinek szerinte a m.-át, annak achromiás változatát vagy egy malignizálódo festé-

kes anyajegy, a *Dubreuilh*-féle melanosis praecancerosából kiinduló m.-t fel kellene ismernie. Ez a felfogás nagyon túlzott, hiszen olykor a leggyakorlottabb szakorvos sem tudja klinikai inspectióval, első szakában a m.-t biztosan felismerni.

Elégséges, ha a gyakorló orvos tudja, hogy festékes anyajegyét pusztán kozmetikai okból nem szabad kimetszenie, kiégetnie vagy maró szerekkel étetnie, mert ha az anyajegy már malignusan átalakult s nyugvó m.-nak felel meg — ami klinikai vizsgálattal: megtekintéssel, megtapintással nem ismerhető fel — beavatkozása végzetes lehet betegére. A tapasztalás szerint a baj ilyenkor aktiválódhat: kiújulhat és áttétek keletkezhetnek.

Szerencsére a m. aránylag ritka daganatfajta, a daganatos betegségeknek kb. 1⁰/₀-ában fordul elő.

Hazánkban az évente előforduló esetek számát kb. 75—100-ra becsülhetjük.

A gyakorló orvosnak tudnia kell, hogy a m. minél korábbi felismerése és radikális kezelése sorsdöntő. Egy vagy több festékes anyajegy megnagyobbodásakor, sötétedésekor, amihez lobos udvar társulhat viszketéssel, égéssel, erosióval és pörk-képződéssel, esetleg kifekélyesedéssel, gondolnia kell festékes anyajegyből kiinduló m.-ra. De a m. termőhelye, a beteg kisebb-nagyobb pigmentált foltja s a pigmentmentes ép bőr is lehet. Ilyenkor lencsényi-borsónyi pigmentált vagy ritkábban pigmentesegény növedék keletkezik, melynek jelentőségét és körjelzését a tiltott szöveti vizsgálat nélkül, dermatológus, radiológus és sebész szakorvossal karöltve szükséges tisztázni.



3. DIAGNOSZTIKAI HÉT nemzetközi szakkiallítással

„Orvostudomány
és Technika. Diagnosztika. Terápia.”

MÜNCHEN
1971. MÁJUS 5–9.

Felvilágosítás: Münchener Messe- und
Ausstellungsgesellschaft mbH, D–8 München 12, Theresienhöhe 13, Telefon: 76711

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy az eddigi MELIPRAMIN 25 mg draszté mellett forgalomba került a MELIPRAMIN 10 mg draszté!

A vényen egyértelműen szíveskedjék jelezni, hogy a kettő közül melyiket rendel!

A „25 mg” feltüntetése nélkül a gyógyszerárak a kisebb hatóanyagtartalmút expediálják!

A készítmény adagolásáról, ellenjavallatairól, mellékhatásáról stb.-ről részletes leírás a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére” c. kézikönyvhöz küldött pótlapon található.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Miskolci Szentpéteri kapui Kórház,
Szülészeti osztály (főorvos: Nemeckay Tivadar dr.)
és Urológiai osztály (főorvos: Pintér József dr.)

Paranephriticus abscessus „császármetszés után”

Kocsis I. dr., Argay I. dr.
és Szporny Gy. dr.

Az orvoslás nehéz ténykedése a műtét után fellépő, illetve műtét után észlelt szövődmények körjelzése és gyógyítása. A régi mondás igazsága marandó: „egy szervet operálunk ugyan, de műtét előtt, alatt és után az embert, az egész szervezetet kell hogy vizsgáljuk, észleljük és gyógykezeljük”. *A műtét után észlelt szövődményeknél először az operáló osztály van próbára téve* — de ha a beteg állapotában javulás nem mutatkozik — be kell lépni időben a szükséges konziliáriusi segítségnek.

Műtét után a beteg szervezetében — bármi-lyen jól kivizsgált és előkészített is legyen — szinte áttekinthetetlen az esetlegesen fellépő szövődme-nyek száma, ideje, s üteme. *Természetesen vannak determináló tényezők a műtét után észlelt szövöd-mények létrejöttét illetően:* „egészséges” volt-e a műtetre kerülő vagy valamilyen szervi megbetege-désben szenvedő? kivizsgált beteget operáltunk, vagy sürgősen beszállított, súlyos, acut esetet? friss eset volt-e vagy elhanyagolt? olyan betegnél lé-pett-e fel a szövődmény, ahol a műtét simán zajlott le, vagy már komplikációk voltak localisan, illetve generálisan?

Az ok keresését illetően: az egyik tábor a hi-bakeresésben, az úgynevezett „localis pneumonia” híve, miszerint legvalószínűbb, hogy a fellépő szö-vődmény a műtési ténykedéssel kapcsolatos és az operált területnek kell lenni elmékedésünk közép-pontjában. A másik tábor szereti párhuzamosan, egyidőben kizárni az „egyéb közrejátszó tényező-ket” is. Gondoljunk mindig először önkritikusan localis szövődményre, de ne zárjuk ki, hogy fellép-het, illetve manifestálódhat más szervi latens kór-kép a műtétől függetlenül, vagy azzal kapcsolato-san, mint ismertetésre kerülő esetünkben is.

A szülészeti és nőgyógyászati: a hasüreg, a kis-medence és a retroperitoneum ezerarcú problemati-kájában, a műtétek után észlelt szövődményeket il-

letően széles határterületen érintkezik a sebészet-tel, az urológiával és a belgyógyászattal. Nehéz helyzetben vannak az urológiai osztályt nélkülöző kórházak: hiányos a műtét előtti kivizsgálás uro-lógiai szempontból, valamint a műtét alatti esetleg szükséges gyors konzíliumok sem oldhatók meg. A szükséges előkészítés kiterjesztésétől, a műtét alatt és után igényelt konzíliumoktól magunk presz-tízzse és mások kímélése miatt ne tekintünk el, mert a beteg gyógyulása ezt megköveteli. Jelen-legi, ismertetésre kerülő esetünk is arra példa, hogy az operáló osztály nem oldhat meg egyedül min-den problémát a beteggel kapcsolatban.

Esetismertetés

B. Gy.-né (24.918/1969.), 25 éves, partus: 1, spon-tán ab.: 1, jelenlegi terhessége alatt elmondása szerint „panaszmentes volt”, kórházban nem feküdt. A beteg kórelőzményében lázat nem említ. 11-szer járt terh-es-tanácsadáson, felvétel előtt 1 héttel elvégzett belgyó-gyászati szűrővizsgálat eltérést nem talált. Október 6-án, 0 óra 30 perckor került felvételre rendszeres fá-jásokkal. *Felvételi lelet:* kiviselt terhesség, jó szívhang, bőven ujjnyi méhszáj, álló burok, koponya a bemenet felett mozgatható. A felvétel után elvégzett laborató-riumi rutin vizsgálatok eredménye: *vérkép:* fvs.: 9000, vvt.: 3,2 M, hgb.: 9,6 g⁰/₁₀₀, *vizelet:* a., p., s.: neg., ubg.: norm. üledék: 1—2 fvs. és néhány laphámsejt. Közepes erős fájások (első gyermeke szövődmenyes szülé-sből 2800 g, él), 10 óraker burokrepedés, erősen meco-niomas magzatvíz, bradycardiás szívhangok, erős fá-jások, kistokban megnyúlt passzív szakasz, 2 ujjnyi méh-száj, koponya a bemenet felett mozgatható. A szülő-szobában eltöltött 12 óra alatt 3-szori lázmerésnél lá-zat nem észleltünk. *Diagnózis:* intrauterin magzati asphyxia, relatív téraránytalanság. (A magzati asphy-xia valószínű oka akkori feltételezésünk szerint a köldökzsinór nyakra csavarodása volt, de utólagosan el-képzelt, hogy közrejátszott ebben a szervezet-ben lappangó gennygóc.) Sectio caesareát végzünk: 3500 g-os, élő, érett magzatot nyerünk, köldökzsinór 3-szor a nyakon. Probléma mentes műtét, intratrachealis kombinált narcosisban. A műtét után 16 órával tem-peratúra: 36,8° C, és ettől kezdve a beteg teljesen jó általános állapota mellett (kuha has, nyugodt pulzus, normális lochia ürülés) septicus lázmenet lép fel. *Fehérvérsejtszám:* 11 400, *vizelet:* albumen: op., üledék-ben 1—2 vvt., és néhány leukocytá, fs.: 1028. Quino-septyl, Penicillin th. után a műtét utáni 8. napon a jobb bordaív alatt tompa, feszítő fájdalom és a lumbocostalis vidéken homályosan női ökönyi resistencia ta-pintható. Nőgyógyászati belső vizsgálat a műtét és a gyermekágy idejének megfelelő. A belgyógyász és az urológiai konzílium alapján felmerül a perirenalis abs-cessus. *Cystoscopia:* ép hólyag és ureterszájadékok, iv. Indigocarmin, bal oldalon 4, jobb oldalon 10 perc múl-va jelenik meg. UKA mindkét oldalt jól felvezethető. *Urológiai javaslat:* iv. pyelographia. *Th.:* vizeletfertőt-lenítők, diéta, Chlorocid. Leukocytaszám: kissé emel-keve 17 000 körül stagnál. Vesefunctio vizsgálatok negatívak. *A betegre ismét rákérdezve elmondja, hogy a terhesség utolsó hónapjaiban nem tudott a jobb old-alán fekvődni, jobb oldali spontán fájdalmai voltak, melyek a láb kinyújtása közben fokozódtak és gyakori vizelési ingere volt.* Nativ has rtg-felvétel: psaos tünet nincs. Műtét után a 10. napon kiválasztásos urographia (1—2. kép). Bal oldalt teljesen negatív, a jobb oldali üregrendszer tágabb, mérsékelt üregi deformitás, *jobb oldali ureter dislocált, megtört, középső harmadban ujjnyira tágult.* Álló helyzetben készített felvételen jobb oldalon több contrastanyag marad vissza. Uroló-giai osztály az átvétel mellett dönt a császármetszés utáni 14. napon. A tapintható resistencia, a pyelogra-phiás kép, a septicus lázmenet és a leukocytosis alap-ján *diagnóza:* paranephriticus abscessus.



1. kép.

2. kép.

Október 21-én intratrachealis narcosisban az urológiai osztályon jobb oldali lumbalis metszéből feltárás, a fascia gerata bemetszése után kb. 100 cm³ genny ürül (*tenyésztési eredmény: E. coli, érzékeny Chlorocidra és Tetranra*) a csecsemőfejnyi nagyságú 2 ujjnyi vastag, eves zöldessárga tokkal határolt üregből. Az üreg a jobb oldali vese felső harmadáig terjed. Szövet-tani vizsgálatra excisio (*szövet-tani eredmény: fascia gerata részlet, típusos paranephriticus tályogfálnak megfelelő szöveti képpel — Minik dr.*). Tetranos csik és drainezés. Műtét utáni 4. napra a beteg láztalan, diuresis rendben. Egy héttel a műtét (feltárás) után leukocyta: 7000, süllýedés: 12/25, vizelet: negatív, drain eltávolítva. Urológiai műtét után 2 héttel gyógyultan hazabocsátás. A klinikai és a kórszövet-tani vélemény szerint az abscessus a császármetszés előtt már leg-
alább 2 hónapja fennállott.

A közleményekben a paranephriticus abscessus mint típusos határeset szerepel, különböző néven: *abscessus pararenalis, paranephritis purulenta*, de leggyakrabban *abscessus paranephriticus* néven. A magyar irodalomban Gombkötő közli a legnagyobb számú, 77 felnőttkori esetét, s véleménye szerint férfiaknál háromszor gyakoribb (8). Maga a tályog a vese körüli zsír- és kötőszövet gennyedése, mely valamely távolabbi pyogen gyulladási gócból haematogen metastasisként vagy nyirokereken való ráterjedés útján jön létre. Ritkán kétoldali is lehet. Epi- vagy perinephritisből is kifejlődhet, vagy vesetályog áttörése után alakul ki, de legtöbbször a vesétől független gennyedési folyamat. Ekzema, pyoderma, mastitis, tonsillitis, furunculosis, carbunculus, panaritium állhat mögötte. Kiindulhat a tüdő és pleura felől, empyemát, rekesz alatti tályogot követve, gyermekágyi fertőzés, parametritis után, vagy egyéb eredetű peritonitist, például: abscessus periappendicularist követően.

A paranephriticus abscessussal foglalkozók mind egybehangzóan írják, hogy kórjelzése rendkívül nehéz, Bugyi szerint is „kevés a kézzel fogható objektívum” (6).

A betegség kezdeti tünetei nem jellemzőek, sokszor hetekig eltarthat a kialakulása és a kórjelzése. Hedri szerint gyakran súlyos sepsist okoz (10). Még nehezebb a helyzet az antibiotikumok alkalmazása mellett, mert így a folyamat egyhelyben stagnál. Halmi szerint sok esetben csak a kórboncnok fedezi fel.

Jellegzetes tünetei: az inter- és remittáló lázmenet, a lumbocostalis „vesetáji”, húzó jellegű fájdalom, mely mozgáskor, nyomáskor és mély lélegzetvételnél fokozódik. A costovertebrális „ágyék-hajlati” szögletet elmosódottathatáru, légzést nem követő duzzanat tölti ki, a beteg nem tud az illető oldalon feküdni, a fájdalom eleinte inkább a combba sugárzik, extenziós helyzetben való felemelés fájdalmas (psoas tünet). Leukocytaszám magas, de az antibiotikum th. miatt ez atypusos lehet, mivel a felszívódás ritka és a beolvadás is késik. A vizeletben néhány vvt. és leukocyta. A folyamat előrehaladásával a fájdalom a csípőárok felé sugárzik, az iliopsoas izom mentén a tályog lefelé süllýedhet. Psoas contractura esetén a beteg befelé rotálja a combját, de ilyen elhanyagolt eset manapság már ritka, ilyenkor a vesetájék már vizenyős és elődomborodik. A tályog áttörhet a bőr felé, a pyelon felé, a peritoneum, a retroperitoneum és a bél felé.

Döntő pillanat az urológiai konzílium igénylése (illetve ezzel nem rendelkező osztályokon a sebész konzílium). A kórjelzés lehet punctio útján vagy pyelogrammal. A pyelogramm Hedri szerint ritka esetben ad útbaigazítást, és szerinte csupán akkor, ha a nyomás alá került pyelon deformálódik (10). Babics szerint is a pyelogrammon leggyakrabban nem látunk eltérést (4). Bugyi szerint korai a psoas árnyék elmosódottsága natív felvételen és típusos a vese rögzítettsége feltöltéses rgt-urogrammon, ki- és belégzéses felvételnél (6). Megjegyzendő még, hogy gyakran kórjelző lehet a rekeszek renyhébb kitérése. *A kórjelzés után egyetlen th.:* a paranephriticus abscessus széles feltárása, s bőséges drainezése, a vese körültpapintása célzott antibiotikus kezeléssel egybekötve.

Differenciáldiagnosztikai szempontból szóba jön: a főleg előrehaladott terheesség mellett különböző okok miatt gyakori *részleges oclusio* és az *abscessus frigidus* (I. góc: borda, pleura, csigolya). Altorjay szerint ha a hasi műtétek után a betegnél makacs, remittáló láz mutatkozik, gondoljunk *subphrenicus tályogra* (1), és a *dystopiás vese* által okozott (Borsányi) szövődményre (5).

A *vesetumor* a paranephriticus abscessussal szemben a légzőmozgást követi. Az egyéb vesebetegedésektől általában a negatív funkciós leletek és a minimális laboreltérések alapján lehet elkülöníteni.

Megbeszélés

A latens paranephriticus abscessus manifestálódhat a szomszédos szervek kompressziója esetén (előrehaladott terheesség), a kompresszió pangást, ez infectiót válthat ki.

A betegnél fennálló kryptogén lázmenet mindig arra mutat, hogy a szervezetben „rejtett gennygóc tűzfészke lappang” (Bugyi) és ilyenkor feltétlenül gondoljunk paranephriticus abscessusra (6).

Gyakran csak a beteg katamnezise teszi világgossá a kórképet.

Kiemeljük még egyszer önkritikusan a részletes és rákérdező, orvos által végzett kórelőzmény felvételének jelentőségét, mely nélkülözhetetlen a

diagnosztikában és jelen esetben is esetleg már a műtét előtt a megoldás kulcsát jelentette volna.

Összefoglalás. A szerzők császármetszés után remittáló lázas állapotot észleltek negatív nőgyógyászati status mellett. A 10. napon terelődött a figyelem a vese felé és az igénybe vett urológiai konzílium és pyelographia alapján paranephriticus abscessust kórjeleztek. Az urológiai osztályon lumbalis feltárást végeztek, ami után két héttel a beteg gyógyultan távozott. A tályog a klinikai és szövettani kép alapján kb. 2 hónapos lehetett. A kórkép néma maradt és csak az epikritika tudta logikusan áttekinteni a kórkép lefolyását. Megerősítik e kórkép homályos kialakulását és nehéz kórjelzését. Felhívják a figyelmet, főleg az operatív

osztályokon a szükséges urológiai konzíliumok lehetőségének biztosítására. Véleményük szerint a hasi sebészet eredményességéhez szükséges a sebész, urológus, belgyógyász és nőgyógyász jó együttműködése.

IRODALOM: 1. *Altörjay I.*: Orv. Hetil. 1964, 105, 1448. — 2. *Argay I.—Nemecskay T.*: Orv. Hetil. 1966, 107, 931. — 3. *Argay I.*: Borsodi Orvosi Szemle. 1964, 1, 28. — 4. *Babics A.*: Urológia. Bp. 1952, 132. — 5. *Borsányi I.*: Magy. Nőorv. L. 1956, 2, 123. — 6. *Bugyi I.*: Gyakorlati Sebészet. II. Bp. 1961. 1144. — 7. *Fornet B.*: Belgyógyászat. II. Bp. 1944, 752. — 8. *Gombkötő B.*: B. O. H. XXXVIII. 1940, 85. — 9. *Halmi F.—Manghiár K.-né—Kelemen L.*: Magyar Sebészet. 1970, 2, 132. — 10. *Hedri E.*: Részletes sebészet. Bp. 1951, 429. — 11. *Tóth J.—Gyarmati M.*: Gyermekegyógyászat. 1967, 1, 142.

A ritka természeti adottságok alapján keletkezett gyógyforrások, gyógyiszapok széles körű felhasználásának gátat vet a helyhez kötöttség.

Ezen segítünk oly módon, hogy a gyógyiszapot kompresszekbe csomagolva a beteg otthonába visszük.

A már jól ismert hévízi rádiumos iszapkompressz mellett, a gyógyszertárakban kapható:

„MAROSI RÁDIUMOS ISZAPKOMPRESSZ”

Az Országos Közegészségügyi Intézet vizsgálatai alapján a marosi gyógyiszap-kompressz forgalombahozatalát az Egészségügyi Minisztérium engedélyezte.

A vizsgálatok igazolták, hogy a marosi iszap hatásában azonos a hévízi iszapéval.

A peloidok indikációs területe elsősorban a subacut és krónikus mozgásszervi folyamatok esetében van. Indikációs területe széles. Iszapkezeléseket is alkalmazunk: arthrosisok, krónikus izom- és perifériás idegbetegségek, arthralgiák, krónikus aethropathiák, M. Bechterew, fibrositisek, arthritis urica rohammentes időszakában, tendovaginitisek, posttraumás állapotok, baleseti sérülések utókezelésére.

Acut folyamatokban alkalmazásuk kontraindikált, mivel az intenzív melegítés aktiválólág hat a folyamatokra. Kontraindikált ezenkívül cardialis decompensatio, hypertonia, súlyos bőrbetegségek, nyílt sérülés, rosszindulatú tumor, láz, fertőző betegségek esetén.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések minden megkötöttség nélkül rendelhetik.

A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozása szerint az alábbi testrészekre applikálható:

I. sz. hát – váll, felkar – mell
II. sz. derék – végtag
III. sz. lábfej – boka (csizma)

IV. sz. kézfej – csukló
V. sz. has (főleg gynecológiai területen)

Perchlorat-K

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 Metothyrint 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 vérképellenőrzésre! Az esetleges thyreotoxikus crisis iv. jódbevittel (Intrajod) megszüntethető.

50 tableta 21,40 Ft 250 tableta 95,90 Ft

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Beszámoló Szovjetunióbeli tanulmányútról.

1970. júniusban két héten át a leningrádi Kirov Katonaorvosi Akadémia égési klinikáját látogattam. Tudomásom szerint ez a világ legnagyobb ágylétszámmal működő égési osztálya. Oktató-gyógyító intézmény, emellett azonban metodikai kérdésekkel is foglalkozik.

A klinika profíla elsősorban a félkésői (3–6. héten végzett) bőrátültetés és a rekonstrukciós műtéti munka, minthogy betegeinek jelentős része az Orosz Szövetségi Köztársaság más városából áthelyezett súlyos égettek közül kerül ki.

A munka terjedelmét az alábbi — 1969-re vonatkozó — kerekített adatok jellemzik:

kezelt betegek száma	700
műtétek száma	1050
kötözések száma	15000

Az intézet vezetője (M. I. Volkov professzor, az orvostudományok doktora) egyetemi tanár. Az oktatómunkában elsősorban a két tanársegéd vesz részt (mindkettő sebész, kandidátus), de bekapcsolódnak a klinika vezető szakorvosai (vezető belgyógyász, vezető anaesthesiológus) is. Az osztályos munka szervezése a docens (V. M. Burmisztrov, az orvostudományok doktora) feladata. A 100 ágyon fekvő égettek ellátását 2 adjunktus és 4 segédorvos végzi, mellettük dolgoznak a klinikán gyakorlatot folytató vendégorvosok és medikusok. Az anaesthesiológiai szolgálat 3 orvostól és 3 asszisztensből áll. A vezető belgyógyászon kívül a társszakmákat egy gyermekgyógyász, egy transfúziós orvos és két asszisztens, egy rtg-szakorvos és egy asszisztens, egy fizioterápiás szakorvos és három középkáder, valamint a három orvossal és négy asszisztenssel dolgozó laboratórium képviseli.

A klinika minden dolgozója a többi sebészi típusú intézetben megállapított fizetésen felül 15%-os pótlékot kap.

A shocktalanításban nem alkalmazzák a különböző folyadékpótlási sémákat, még irányelvként sem. Az intravénásan beadott folyadékmennyiséget egyedül a beteg folyamatos megfigyelésének adatai alapján határozzák meg. Az első két napon csak ritkán infundálnak napi 4–5 liternél többet. Elmondották, hogy legtöbbször 3–4 literrel kielégítő volumenpótlást érnek el. A sérültek megnyugtatósára és általában a shocktalanításhoz nem használnak lyticus cocktailt, csak a Dolargan—Pipolphen keveréknek megfelelő készítményeket. Teljes vért az első napon nem adnak, bár nem tartják ellenjavalltnak. A volumenexpanderek

közül a szovjet gyártmányú Poliglukint alkalmazzák, jó eredménnyel. (Alacsony molekulásúlyú készítményüket most vizsgálják, az eredményeket még nem értékelték.) Sorozatos vérgázanalízisek adatai alapján orrkatéteren át (3–4 liter/perc mennyiségben) oxigént adnak az első két napon.

Veseműködés romlása esetén elsősorban a volumenpótlással, de emellett 30–40 ml 30%-os nátriumthiosulfat intravénás injekciójával és Mannitollal is kezelik az égetteket. Megfigyelésük szerint a súlyos égetteknél gyakori a hyperkalaemia, ilyenkor glukózt és insulint, valamint jelentősebb mennyiségű nátriumot adnak. Az acidosis terápiája nátriumhydrocarbonát infúziója.

Elsődleges kimetszést a klinikán csak elvétve végeznek. Ebben az is közrejátszik, hogy a beteganyag zöme más osztályokról áthelyezett égettek közül kerül ki.

Az elhalt bőrreszletek elhatárolását és a transplantatio céljára alkalmas sarjszövet kialakulását Visnyevszkij-féle kenőccsel bevont kötésekkel segítik elő. A necrectomia ritkán műtéti, rendszerint a kötészváltás során végzik el. Ezért is és a pszichés trauma csökkentésére a kötészváltás jelentős része altatásban, a narcosis maszkkal, a halothannak megfelelő szovjet Ftorthannal történik. Az előkészítés 50–100 mg Dolargan és 25–50 mg Pipolphen (illetve ennek megfelelő készítmény), valamint Atropin. Az altatás szövődményeinek aránya 0,1 százalék körül ingadozik (aspiratio és ritkán laryngospasmus). A kötészváltás időtartama rendszerint nem haladja meg a 7–10 percet, ezt úgy érik el, hogy 2–3 orvos és 2–3 köztöznővér dolgozik egy betegen.

Amint megfelelő sarjszövet kialakult, félvastag autoplasticus bőrrel pótolják a bőrhiányt. Nagy területű bőrhiányok esetén Meshdermatommal nagyobbított transplantatumokat vagy bélyegplasztikát használnak. (A bőrnyújtó készülék szovjet gyártmányú, sorozatgyártását esetleg jövőre, az egyik moszkvai üzem megkezdi.) A transplantatumok lemetszésére jóformán a világon ismert összes mechanikus és elektromos dermatom rendelkezésükre áll (Tierschkes, Padget, Humby, Braun, Zimmer, Stryker), legjobban a Stryker típusú elektromos és a Padget kézi dermatom vált be a klinikán. Mind az adó, mind a befogadó területet zártan, kötészváltással kezelik, a műtét utáni első kötészváltást az 5–7. napon végzik el.

A műtéti anaesthesiához intratrachealis vagy maszkos aether, N₂O—O₂, illetve Ftorthan—O₂ narco-

sist alkalmaznak. A szükséges relaxant néhelykor intraossealisan adják. Ilyenkor maszkos analgesiával indulnak, ezt követi a csontba, nyomással beadott relaxans. Mechanikus intubációs akadály esetén maszkos narcosisal kezdenek, és amint a nyaki heget az operátor átmetszette, a fej tehát reclináható, bevezetik az intratrachealis tubust. Az intubatio lehetőségéről a műtét előtt készített functionális nyaki-gerinc felvétellel tájékozódnak. Azt tapasztalták, hogy amennyiben az atlas és az epistropheus közötti ízületben elmozdulás lehetséges, az intubációs kísérlet legtöbbször sikeres. A vezető anaesthesiológus álláspontja az, hogy a nagy bőrhiányt pótló műtét szempontjából a narcosisnak nincs ellenjavallata, az anaesthesiológusnak meg kell találni a lehetőséget és módszert, amely az adott esetben célravezető. (Ez az álláspont egyezett a vezető belgyógyász véleményével.) Több év átlagában 400 műtetre esett egy szövődmény.

A rekonstrukciós munka keretében elsősorban funkcionális-korrektív műtéteket végeznek, de előfordul kozmetikai beavatkozás is, valamint az orvosok műtéti készségének növelésére felvesznek láb-szárfelekélyes betegeket. A hegkimetszés után legtöbbször hengerlebennel pótolják a bőrhiányt, de készítenek direkt lebenyt is. A hegkimetszés után előállott bőrhiányba félvastag bőrt ritkábban transplantáltak. A bőrhiányba ültetett hengerlebenyt a vándoroltatástól számított 4–5. hét előtt nem metszik át, és előzőleg a nyél leszorításával törekszenek a műtét sikerének biztosítására.

Az égésbetegség kezelésének a klinikán kialakított rendszerét dicséri, hogy égési kachexia nagyon ritka. Minden nagyobb kiterjedésű égettet az orron át levezetett vékony polietilén kanülön át adott — napi 100–1500 ml — fehérje-hydrolysattal is táplálnak. A betegek a vékony szondát igen jól tűrik, a természetes étkezést nem zavarja, és elegendő 3–4 hetenként cserélni.

Leggyakoribb szövődményük a hepatitis és a pneumonia. Előbbi okaként — véleményük szerint — szerepelhet a gyakori vérátömlesztés is, de elsősorban a toxicus faktort említik. A májartalom ritkán vezet halálhoz, és rendszeres utánvizsgálataik során a széles körű májfunkciós próbák negatív eredményt adtak. A Ftorthan (halothan) narcosisok — megfigyelésük szerint — nem okoztak májkárosodást.

Pneumonia az égettek 40%-ánál fordul elő, elsősorban a testfelszín 20%-át meghaladó kiterjedésű mély égéseknél. Leggyakrabban az égésbetegség II–IV. hetében lép fel. Légúti égések eseteiben már a 3–4. napon észlelik a pneumoniákat. A respiratoricus rendszer thermikus károsodásánál az utóbbi időben jó eredményeket értek el a

nyaki vagosympathicus novocain-blokád alkalmazásával. Tracheostomát ritkán készítenek, jóformán egyetlen javallata a kielégítő bronchostomie lehetőségeinek biztosítása.

A konzervált homoioplasticus bőr használata nem kiterjedt, de az alkalmazott módszerek közé tartozik. A bőrkonzerválással a klinikai telep kórszövettani laboratóriuma foglalkozik. A cadaverekről, műtői sterilitás körülményei között teljes vastagságú bőrt metszenek le, majd ezt mélyhűtik vagy $-20-30^{\circ}\text{C}$ fokon tárolják. Amennyiben a bőrkonzerv 4-5 napon belül felhasználásra kerül, $+4^{\circ}\text{C}$ fokot is elegendőnek tartanak.

A klinika kutatási területe az utóbbi években a csontot is károsító koponyaégések műtéti taktikája mellett a műtéti instrumentárium korszerűsítése. A koponya-csont necrosisával járó égések esetében az elhalt csonton fúrt lyukakat helyeznek fel, azzal a céllal, hogy az ezen át burjánzó sarjszövet a bőrhiány egész területére kússzék. Amennyiben a műtét nem hozza meg a várt eredményt, az egész életképtelen csontot (csontmaróval) eltávolítják és megvárják, míg a durán alakul ki jó minőségű sarjszövet (tapasztalatuk szerint 1-2 hónap alatt). Ezután rendszerint több hengerlebensy vándoroltatásával pótolják a bőrt. Eddig 50 esetben alkalmazták e módszert.

Az égési klinikán tett látogatásom után néhány napig a moszkvai Visnyevszkijről elnevezett sebészeti intézetben működő égési központ munkáját tanulmányoztam. Vezetője Srájbber professzor, orvos-vezérőrnagy.

Az égési központ 60 ágyas, de az égettek nagy száma miatt jóformán állandóan 120-130%-os megterheléssel dolgozik. Az évi műtéti szám 5-600. Az osztály állandó felvételi ügyeleti szolgálatot ad, ebből eredő napi forgalmuk 4-8 sérült kö-

zött ingadozik. Ezenkívül a Szovjetunió egész területéről vesznek át súlyos égetteket. Az égési központ feladata a gyógyító munka és tudományos kutatás mellett a Szovjetunió területén az égettek kezelésének elvi irányítása is.

Jelenlegi ágylétszámához kétszázalagos műtő és egyasztalos kötöző tartozik. Jól felszerelt tornaterme és felvételi részlege van. Kiemelkedő a klinikai kutatólaboratórium, melyet a legmodernebb diagnosztikai készülékekkel szerelték fel.

Az égett felszín első ellátása a hazánkban is szokásos módon történik. Ezután a sebfelszín Visnyevszkij-kenőccsel bevont kötszerlappal borítják. Az első kötést a 3-4. napon végzik el. A szokásosan használt kötéstípus mullrétegek közé helyezett sebészi vatából áll.

A shocktalanításhoz nem alkalmaznak folyadékpótlási sémát, az első napokban intravenásan beadott infúziók mennyisége 3-5 liter körül van. Kiterjedt égés esetében mindig elvégzik a perirenalis novocainblokádot, mellyel kedvezőek a tapasztalataik, légúti égésnél pedig mindig kétoldali vagosympathicus novocainblokádot készítenek. A shocktalanításban nagy jelentőséget tulajdonítanak a glucocorticoidoknak és az $1/4\%$ -os novocaininfúciónak. A diuresis megengedhető alsó határként 25-30 ml-es óránkénti ürítést jelöltek meg.

A betegeket hetenként két ízben kötik át, ennél gyakrabban csak akkor, ha a kötés sebváladékkal nagymértékben átitatott.

A kötözések egy részét maszkos Ftorothan- $\text{N}_2\text{O}-\text{O}_2$ narcosisban végzik, máskor azonban opiát előkészítés után általános anaesthesia nélkül. (A sebek hydrotherapiáját ritkán alkalmazzák, bár nem tartják ellenjavalltnak). A sebfelszín a kötözések során 3% -os H_2O_2 oldattal rutinszerűen dezinficiálják, majd Rivanollal vagy Furacillinnel

átitatott, illetve Visnyevszkij-kenőccsel bevont kötszerrel fedik.

A kötözések megtekintésekor feltűnt a kíméletes kötözési technika, ennek egyébként kiemelkedő jelentőséget tulajdonítanak.

Az elhalt részletek eltávolítását gyakran végzik műtéti úton. Előszóval alkalmazták a homoioplasticus félvastag bőrt. Az utóbbi időben jó tapasztalatokat szereztek a leningrádi Vértranszfúziós Kutatóintézet által kidolgozott fibrin-zselatinból előállított „mesterséges bőr”-rel.

A műtéti necrectomiához „Kazán” típusú, körkéses, elektromos (vagy kézi meghajtású) dermatomot alkalmaznak. A készülék igen célszerűen alkalmazható kis felületeken, a nálunk honos dermatomok számára nem hozzáférhető testfel-színeken is.

A rekonstrukciós műtétek során félvastag bőrt transzplantálnak vagy hengerlebensy vándoroltatnak, bár a koponya idült bőrhiányai esetében és a koponyán végzett hegkimezés után localis lebenyt is gyakran fordítanak a bőrhiányba. Nyaki hegek korrekciós műtétei során a platysmát minden esetben kiirtják, hogy ezzel elejét vegyék az esetleges recidivának.

A moszkvai Égési Központ kutatási témája jelenleg az égési shock diagnosztikája és therapiája mellett a hegek prophylaxisa. A shock diagnosztikájában, a microcirculatio vizsgálata céljából, a thermographiát tervezik bevezetni. A közeljövőben kívánják megkezdeni a Na-forgalom részletes vizsgálatát, mivel feltételezik, hogy a Na-háztartás zavarának döntő szerepe van az égési shockban. Elmondották még, hogy a neuroleptanalgesiát kívánják a shock kezelésében alkalmazni. Egy új készítménnyel (természetét illetően közelebről nem tájékoztattak) a heget annyira felpuhítják, hogy a korrekciós műtét sok esetben elkerülhető, de legalábbis halasztható.

Novák János dr.

Jó felszívódás, lassú eliminatio

GAPONA

Halidor + Gastrixon + benactylin

Inj.	50 mg	0,5 mg	-
tbl.	150 mg	1 mg	1 mg

Az ulcus-betegség különböző, főként hyperaciditással járó formái, ennek heveny és idült szakaszai: hypermotilitással járó gastrointestinalis megbetegedések, pl. colitis spastica, enterocolitis, cholecystopathia; húgyúti simaizom-spasmusok, ill. köves rohamok.

Ellenjavallat, adagolás, egyéb tudnivaló a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésre” c. könyvhöz küldött pótlapon található.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



Belgyógyászat

Genetikai factor anaemia perniciosában. (Gastritises betegekkel kapcsolatos család-tanulmány). S. Whittingham és mtsai: Lancet. 1969, 1, 951—954.

A szerzők az anaemia perniciosás gastritis és az egyszerű krónikus atrophias gastritis közötti viszony problémáját kívánták megközelíteni, ecélből tanulmányozták e betegek családját.

13 perniciosás beteg 88 hozzátartozóját, valamint ugyanennyi krónikus atrophias gastritises egyén 87 rokonát hasonlították össze. Az alábbiakat vizsgálták: a vércsoportok megoszlását, a különböző betegségek előfordulását, az alkohol fogyasztás és dohányzás mértékét, a serumban az autoantitestek jelenlétét, valamint a testvérek közötti mortalitást.

A perniciosások rokonai között szignifikánsan nagyobb számban fordultak elő perniciosos, vagy perniciosával kapcsolatos egyéb állapotok, ill. megbetegedések, így korai öszülés, vitiligo, diabetes mellitus, primér Addison-kór. E csoportban gyakoribb volt az allergiás betegségek előfordulása is, valamint több tonsillectomia is történt. A gyomor és pajzsmirigy antigenekkel szemben lényegesen több pozitív autoimmun serologiai reakció fordult elő, végül pedig a fiútestvérek megnövekedett mortalitását lehetett kimutatni a perniciosások hozzátartozói közt.

E leletek alapján a szerzők bizonyítékot látnak arra vonatkozóan, hogy a perniciosos gyomoratrophiának különböznie kell az egyszerű krónikus atrophias gastritisektől. Egy genetikai alappal bíró intrinsic folyamat lehet felelős a különbségért, mely a következőkben nyilvánul meg: 1. sokkal diffúzabb és „komplettebb” az atrophia, mint ami az egyszerű krónikus gastritiseket kíséri, és a funkcionális károsodás is nagyobb. 2. Az állapot a különböző szövetekben levő specializált sejtek széleskörű károsodására predisponál. 3. Gyomor- és más szerv ellenes autoantitestek megjelenésével társul, melyek már sok évvel az atrophias gastritis kialakulása előtt kimutathatók lehetnek.

A szerzők feltételezése szerint a perniciosos gyomorlaesiót két körülmény determinálja: 1. a különféle környezeti tényezők nem specifikus károsító hatása, 2. a specifikus antigen komplexekre vonatkozó immuntolerancia öröklött defectusa, amely a gyomor-componensekkel és más szervantigenekkel szemben autoimmun reakciókat

eredményez. E két tényezőnek kölcsönhatásban kell lennie, hogy az egyszerű gastritistől a perniciosos gyomor-atrophiáig való átmenet létrejöhessen.

Az öröklött defectus megmagyarázza bizonyos más betegségek sporadikus társulását perniciosával. Az anaemia perniciosos betegek fiútestvérei között megfigyelt mortalitás növekedés, vagyis a fiútestvérek korábbi halála — arra utal, hogy az immuntolerancia feltételezett károsodása hátrányos az időskor megérésére.

Pár Alajos dr.

Myeloma multiplex és perniciosos. K. J. Fraser: Med. J. of Australia. 1969, 1, 298—299.

Mandema 1956-ban, majd Larson 1961-ben és 1962-ben közölték már a myeloma multiplex és az anaemia perniciosos társulásának ritka eseteit. A szerző egy újabb eset kapcsán a korszerű immunológiai ismeretek tükrében tárgyalja a két körkép együttes előfordulásának jelentőségét — különös tekintettel a gammopathiák és az autoimmun betegség közti viszonyra.

A 68 éves nőbeteget hónapok óta fennálló háti fájdalommal vették fel, fél évvel korábban spon-tán clavicula fracturát szenvedett. A bal frontalis régióban és a bal clavicula medialis végénél puha duzzanatot találtak, az alsó bordák és a gerincoszlop nyomásérzékenyek voltak. Laboratóriumi leleteiből kiemelhető az achlorhydria, az 1/125 mm vvt-süllyedés, a csontvelőkenet 30%-os plasmasejt tartalma, sok éretlen alakkal és megakoblastos vérképzés jeleivel. A különböző csontokon számos lytikus felritkulást és pathológiás törések radiológiai jeleit észlelték. Az immunoelektrophoresis kóros IgG szaporulatot mutatott. A paraprotein H lánca G 1-nek bizonyult. A vizeletben L típusú Bence Jones fehérjét találtak. A serum IgA koncentrációja 70 mg⁰/o volt (norm.: 140—400 mg⁰/o), azaz IgM szint 50 mg⁰/o (norm.: 50—150 mg⁰/o). Parietalis sejt- és intrinsic factor-, valamint pajzsmirigy ellenes antitesteket alacsony titerben lehetett kimutatni. A beteget localis rtg-sugár kezelésében és cyclophosphamid terapiában részesítették, valamint B₁₂-vitamin inj.-t kapott. Háromhetes kezelés után pancytopenia miatt megszüntették a cytostaticum adását. Családjá kérésére hazavitték, két hét múlva meghalt. Sectio nem történt.

A megbeszélésben a szerző tárgyalja myeloma-proteinek antitestaktivitására vonatkozó irodalmi

adatokat. Kizártnak tartja, hogy esetében a serologiai aktivitást myeloma-protein eredményezte volna. Véleménye szerint inkább a hypogammaglobulinaemia, mintsem egy szervspecifitással bíró myeloma-fehérje lehet aetiologiai jelentőségű a perniciosos pathogenesisében.

Ma már jól ismert, hogy immundefectussal járó betegségekkel gyakran társulnak autoimmun jelenségek. Ennek oka pontosan nem tisztázott. Valószínűnek tartják, hogy ilyen betegek hajlamosabbak a vírus- és egyéb fertőzőkre, melyek viszont mutans, autoreactiv lymphoidsejt proliferációt válthatnak ki, mivel károsodott a szervezet e clonokat elimináló képessége. Újabban bebizonyították, hogy az IgA immunglobulin hiánya a lymphoid szövetek reticulusejt hyperplasiájával és autoimmun jelenségek gyakori előfordulásával társulhat. Lehetséges, hogy az IgA-nak cytophil antitest sajátosága van, és egyik funkciója az, hogy védelmet biztosítson az autoreactiv lymphoid clonok proliferációjával szemben. E feltevés alapján elképzelhető, hogy az IgA szint csökkenése az autoagressiv lymphoid clonok homeostatikus kontrolljának károsodására vezet, ami végeredményben autoimmun megbetegedést eredményez.

Pár Alajos dr.

A Castle-féle intrinsic factor intracelluláris lokalizációja immunfluorescens technikával, autoantitestek alkalmazásával. J. M. Fisher, K. B. Taylor: Immunology. 1969, 16, 779—784.

Közismert, hogy anaemia perniciososok serumában parietalis sejt és intrinsic factor elleni antitesteket lehet kimutatni. Míg az intrinsic factor elleni antitestek csak perniciososban, és a parietalis sejt elleni antitestekkel együtt fordulnak elő, addig az utóbbiak gyakran kimutathatók krónikus atrophias gastritisekben intrinsic factor antitest hiányában is.

A szerzők korábbi vizsgálataik során olyan megfigyelésekre tettek szert, melyek alapján felvetődött, hogy a parietalis sejtekben nemcsak egy, hanem két antigen componens lenne, melynek megfelelően a parietalis sejt antitestek is két-félék. E probléma további tisztázására perniciosos betegek serumának selectiv absorbtióját végezték el különböző gyomor antigen componensekkel. A serumokat ezután testelték immunfluorescens technikával gyomorfall metszetben.

Háromféle serumot alkalmaztak: 1. csak parietalis sejt elleni antitestet, 2. csak intrinsic factor elleni antitestet, és 3. mindkét fenti antitestet tartalmazó serumot.

Absorbtiohoz: intrinsic factor mentes parietalis sejt antigent, (disznó gyomor fundus nyálkahártya extractumból nyerték) és hu-

man gyomornedvet, mint intrinsic factor forrást használtak.

Eredményeik alapján megállapították, hogy legalább kétféle a parietalis sejt elleni antitest: az egyik az intrinsic factorral reagál, a másik egy microsomális antigennel. A gyomor parietalis sejtekben ezek szerint jelen van egy olyan antigen, amely az intrinsic factornak felel meg.

Pár Alajos dr.

A purpura hyperglobulinaemia klinikai remissziója. C. M. Shapiro és mtsai: Arch. Intern. Med. 1969, 124, 81—86.

A purpura hyperglobulinaemia néven ismert syndroma aetiológiája ma sem tisztázott. A szerzők egy nőbetegük esetét ismertetik, akinek 10 éven át ismétlődő alszár-purpurái voltak, magas serum gamma-globulin szinttel és extrem fokozott vvt.-süllyedéssel, egyéb klinikai jelek nélkül. A 10 éves fennállás után spontán remisszió következett be, mely 5 évet tart. A serum kóros fehérje értékei fokozatosan normalizálódtak (se. albumin 2,5 g⁰/₀-ról 4,25 g⁰/₀-ra emelkedett, a gamma-globulin szint 2,9-ről 1,68 g⁰/₀-ra csökkent), a vvt.-süllyedés 1/100-ról 1/26-ra mérséklődött.

Acélból, hogy bizonyos betekintést nyerjenek a betegség természetét illetően, a szerzők a beteg családjában is kiterjedt vizsgálatokat végeztek. A 7 vizsgált családtag közül 2 serumában találtak alacsony összlipoid értéket, 3 esetben igen nagymértékben csökkent phospholipoid szintet. Minden hozzártartozónak fokozott volt a vvt.-süllyedése. Egy kivételével emelkedett volt az IgG szintjük, minden esetben magas volt a serum IgA koncentráció is. Az IgA szint változó volt.

A familiáris vizsgálatok eredménye alapján a szerzők felvetik annak lehetőségét, hogy a diffúz protein eltérések egy polyclonalis dysfunctiont tükröznek. A beteg kórtörténete arra utal, hogy a dysproteinaemiás rendellenességek egy jóindulatú variánsával állunk szemben, az alapvető defectus feltehetően genetikusan eredetű.

Pár Alajos dr.

Benignus és malignus monoclonalis hypergamma-globulinaemiák (gammopathiák). Waldenström, J.: Schweiz. Med. Wschr. 1970, 100, 290.

A szerző gammopathiák alatt monoclonalis gamma-globulin-szaporulatot ért. Hüllen-nek 150 esetben sikerült monoclonalis gammaszaporulatot kimutatni, myeloma nélkül. Nemcsak a malignus folyamatok, mint a myeloma és a makroglobulinaemia vezetnek a normális gamma-globulinok csökkenéséhez, hanem a benignus formák is. Hüllen megfigyelései szerint benignus gammopathiákban a monoclonalis

fractiók eltűnhetnek, 14 esetet láttott, akiknél egy év leforgása alatt a fractiók eltűntek. Az M gradiens az esetek felében 0,5 g⁰/₀ alatt volt. A jól kifejlődött M gradiensek nem tűnnek el és konstansak maradnak, ha nem fejlődik ki myeloma. A monoclonalis globulin fractio hirtelen megszaporodása jelzi a myeloma kifejlődését. Hüllen a paraprotein concentratio gyors növekedésével egyidőben a myeloma egyéb tüneteinek a jelentkezését is észlelte. A szerző már 1944-ben kimutatta, hogy a praemyelomás állapotok csak a myeloma-fehérje kimutatása révén ismerhetők fel. Az utóbbi években több ilyen esetet vizsgáltak. A myeloma típusú fehérje többszöri ellenőrzése alkalmával konstans volt, majd hirtelen progressio lépett fel. 4 esetben a myeloma típusos elváltozásai viszonylag rövid idő alatt fejlődtek ki. Kérdés, hogy ez a praemyelomatosus állapot minden esetben fennáll-e. A benignus gammopathiával szemben a myeloma progressiv betegség.

Másrésztől megállapították, hogy konstans monoclonalis gamma-globulin szaporulattal járó esetek többségében nem fejlődik ki myeloma.

Hüllen és mások vizsgálatai szerint a myeloma-típusú globulinok szaporulata az idős korban (70 év felett) 3⁰/₀-ot tesz ki. Ennek ellenére Svédországban évente 100 000 lakosra 3—6 új myeloma esik.

Nem tisztázott kérdés, hogy a benignus, essentialis, nem progressiv formákban mi váltja ki a monoclonalis gammaglobulin-szaporulatot. Ossermann chron. infectiók, cholecystopathiák, pyelonephritisek lehetőségét veti fel. A szerző arteritisek betegeket vizsgált és náluk keskeny alapú, M grad.-ot észlelt. 1961 óta figyelnek meg egy beteget, akinek a lábszáran az angiitis első tüneteként ulceratio lépett fel, majd aorta-ív syndroma fejlődött ki. Immunológiai vizsgálatokkal monoclonalis gammaglobulinszaporulatot találtak, anélkül, hogy myeloma fejlődött volna ki. Különösen, ha a pathológiás globulin kryoglobulin, nehéz lehet az ischaemia, a kryoglobulinok és a perifériás erek falának megvastagodása közti összefüggést kideríteni. A szerző véleménye szerint a kryoglobulinaemiás syndroma, a hidegagglutinin betegséggel együtt az essentialis monoclonalis gammopathiák jellegzetes képviselői.

A kezelés szempontjából igen fontos a benignus és a malignus gammopathiák elhatárolása. Myeloma gyanúját kelti a 2 g⁰/₀-ot meghaladó M grad., 10⁰/₀-nál magasabb plasma-sejt-szaporulat, kifejezett anaemia, a vizeletben Bence-Jones-proteinuria. Ha fentieken kívül még osteolyticus felritkulások is kimutathatók, a diagnosis egyértelmű.

Ugyancsak kérdéses és nem direkt a myeloma-fehérjéssel van kapcsolatban a normális gamma-

globulinok csökkenése. Ismeretes, hogy lymphoid leukaemiában is gyakori a normalis gamma-globulinok csökkenése, holott a monoclonalis gamma-globulinszaporulat, ill. Bence-Jones-fehérje képződése ritka. A szerző véleménye szerint a makroglobulinaemia lymphaticus betegség, a myeloma plasmacellularis. Az utóbbit alátámasztják a következők: makroglobulinaemiában a csontelváltozás rendkívül ritka. Myelomában a nők, makroglobulinaemiában — hasonlóan a lymphoid leukaemiához — a férfiak betegszenek meg gyakrabban.

Patakfalvi Albert dr.

Hideg-agglutinin szaporulattal, kryoglobulinaemiával, IgG, IgA, IgM és IgD hyperglobulinaemiával járó lymphoproliferatív betegség. Quattrin, N. és mtsai: Schweiz. Med. Wschr. 1970, 100, 306.

A szerzők egy 60 éves férfi beteg 2 éven keresztül észleltek pruriginosus dermatosissal, purpurákkal, orrvérzéssel, lép- és nyirokcsomó megnagyobbodással, hasi fájdalmakkal és angioneuroticus oedemával. Láza, illetőleg kryopathia tünetei nem voltak. A beteg további fontos tünetei: jelentősen fokozott vörösvérsejtsüllyedés, normochrom, nem haemolyticus jellegű anaemia, mérsékelt thrombopenia, a csontvelő progressiv lymphaticus infiltrációja mérsékelt plasmocytosissal. Továbbá hyperproteinaemia volt kimutatható valamennyi immunoglobulin szaporulattal, ezenfelül a kryoglobulinok és polyclonalis típusú hidegagglutininok szaporodtak fel. Kétszer végzett nyirokcsomó excisio szövettani lelete: reticulo-lymphaticus hyperplasia. A beteg 3 éves betegsértartam után exitált acut bélelzáródás következtében.

Myeloma, Waldenström f. makroglobulinaemia, chronikus lymphoid leukaemia és hideg agglutinin betegség kizárása után feltételezik a szerzők, hogy polyclonalis gammopathiával járó különleges lymphoproliferatív syndromáról van szó, ahol a hideg agglutininok és a kryoproteinek szabályszerű előfordulása kivételes módon periodikusan fellépő angioneuroticus oedemához vezetett. Typusos kryopathiás elváltozások, illetőleg haemolyticus anaemia nem léptek fel.

Patakfalvi Alber dr.

Májbetegség Sjögren-syndromában és rheumatoid arthritisben. Whaley, K. és mtsai (University Departments of Pathology and Ophthalmology, Western Infirmary, Glasgow W. 1): Lancet, 1970, 1, 861—863.

A szerzők májbetegség gyakoriságát vizsgálták rheumatoid arthritises betegekben (997 válogatás nélküli esetben), rheumatoid arthritis-sel társult Sjögren-syndromás be-

Rp: HALOPERIDOL

inj., tabl. és 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'-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.

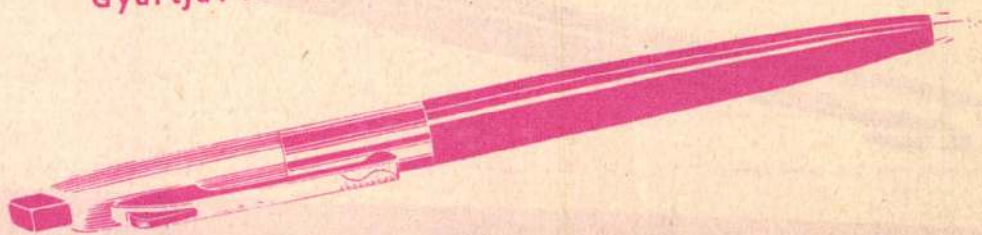
ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az oralis adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan. Az átlagos oralis napi adag 2–4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5–10 mg között változhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6–15 éves korig a felnőtt dózis fele. Krónikus hányásban általában 2×10 csepp (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 szerekkel kupírozhatók.

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS terhére idegszakrendelések, ideggondozók szabadon rendelhetik. Közzeti, 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 tableta	13,70 Ft
	250 tableta	58,30 Ft
	1×10 ml-es üveg solutio	17,20 Ft

Gyártja: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST, X.



Rp: RIGETAMIN

sublingualis tablettá

Összetétel:

1 sublingualis tablettá 1 mg ergotamin. tart.-ot tartalmaz.

Hatás:

Az ergotamin tartarat közismert hatásának gyors fejlődését a sublingualis alkalmazás elősegíti. 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 therapiás, mind prophylacticus célra használható, továbbá diagnosticus test céljaira is alkalmas.

Ellenjavallatok:

Peripheriás keringési zavarok, coronaria megbetegedések, hypertonia, máj- és vesebetegség, terhesség, sepsis, súlyos arteriosclerosis, thrombophlebitis, pruritus.

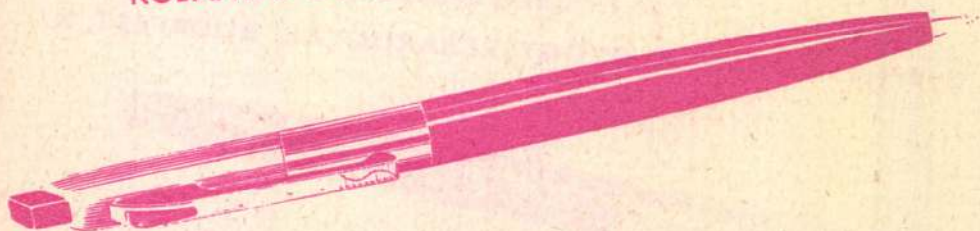
Adagolás:

A roham fenyegető jeleinek kezdetekor 1 tablettát nyelv alá téve elszopogatni. Ez az adag szükség szerint megismételhető, de a napi adag ne haladja meg a 3 tablettát, az egy havi összadag pedig általában 12 tablettá lehet.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba kerül: 12 tablettá 8,50 Ft

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.



tegekben (71 esetben) és rheumatooid arthritisz tüneteit nem mutató Sjögren-szindrómás betegekben (50 esetben). Vizsgálataikhoz immuno-fluorescens módszert, mitochondriális antitest kimutatást használtak. Mitochondriális antitest található a serumban a legtöbb primaer biliaris cirrhosisos betegben és néhány cryptogen cirrhosisos vagy activ chronicus hepatitiszes betegben. Alacsony titerű mitochondriális antitestet kötőszöveti betegségekben és Sjögren-szindrómában szenvedő betegekben is leírták és ez az antitest összefügg májbetegség szövettani jeleivel. Májbetegség klinikai és/vagy biokémiai jelei a rheumatooid arthritisz nélküli Sjögren-szindrómás betegek 60%-ában, a rheumatooid arthritisz és Sjögren-szindrómás betegek 1,5%-ában és a csak rheumatooid arthritisz betegek 0,66%-ában fordultak elő. Azt találták tehát, hogy hepatocellularis betegség nagyobb számban fordul elő Sjögren-szindrómában, mint Sjögren-szindrómával nem társult rheumatooid arthritiszben. A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy „autoimmun” hepatocellularis betegséget Sjögren-szindróma nem állandó tünetének lehet tekinteni, ami főként a rheumatooid arthritisz nélküli esetekben fordul elő.

Honti József dr.

Hypertoniás betegeken végzett reninaktivitás vizsgálatokkal szerzett tapasztalatok. F. Kokot és mtsai. (III. Klinik für Innere Krankheiten der Schlesischen Medizinischen Akademie in Katowice): Kardiologia. 1969, 2, 22—27.

Szerzők 273, különböző aetiológiájú hypertoniás betegen végeztek peripheriás renin-meghatározást. Tapasztalataikról a következőkben számolnak be:

A reninaktivitás vizsgálatának reno-vascularis hypertonia, malignus hypertonia és primaer hyperaldosteronismus gyanúja esetén van gyakorlati jelentősége. A peripheriás vénás vér reninaktivitás vizsgálata nem bizonyítja a serio-nephro-angiographiával talált vesearteria-szűkület pathogenetikai jelentőségét, és csak a vesevena kateterizációval nyert vér reninaktivitás vizsgálata tanúskodhat az angiographiával kimutatott szűkület pathologiai szerepe mellett. (Emlékeztetnek 5 betegre, akiknek hypertoniája és kimutatott vesearteria-szűkülete volt, s a szűkület oldalán a vesevenából vett vér reninaktivitása alacsonyabb volt, mint az ép oldalon.) Nem foglalnak állást, hogy milyen reninaktivitás különbség esetén várható eredmény a sebészi megoldástól. Véleményük szerint a hypokalaemia oka renin-meghatározással könnyen megállapítható, mivel magas és provokálható renin hypokalaemiával malignus hypertonia, alacsony és nem provokálható renin hypokal-

aemiával primaer hyperaldosteronismus esetén fordul elő. Vizsgálataik amellet szólnak, hogy létezik-e a primaer hyperaldosteronismusként normokalaemiás formái is, és szerintük a hypokalaemia talán a betegség későbbi szakában jelenik meg. Anyaguk alapján az a véleményük, hogy a hypertoniáknak legalább 3—4%-a Conn-szindróma lehet. Ilyen betegeket megoperáltatták, és a szövettani vizsgálat eredményéből feltételezik, hogy nem egységes a Conn megbetegedés aetiologiája, találtak ugyanis solid adenomát, hyperplasiát és hyperplasiát microadenomákkal. Az utóbbi esetén beszélnek „secunder-primaer” hyperaldosteronismusról.

Varga I. János dr.

A szemfenék és peripheriás vénás vér renin aktivitásának vizsgálata renovascularis és essentialis hypertoniában. R. I. Bronstejn és mtsai. (Szovjet Tudományos Akadémia Mjasnyikovról elnevezett Kardiologiai Intézete, Moszkva): Kardiologia. 1969, 3, 49—55.

Szerzők olyan elváltozásokat keresve hypertoniában, melyek a renovascularis aetologia gyanúját alátámasztják, 55 essentialis és 62 renovascularis hypertoniás beteg szemfenéki vizsgálatát végezték el.

Azért tartják az előzetes gyanújelek keresését szükségesnek, mert a serio-nephro-angiographiát nem tartják veszélytelen beavatkozásnak. Véleményük szerint a kimutatott vesearteria-szűkület hypertoniában csak az esetek mintegy 25%-ában tehető felelőssé a magas vérnyomás kialakításáért.

Ismeretesek olyan szemfenéki elváltozások, melyek renovascularis hypertoniában gyakran szerepelnek. Ilyenek az arteria centralis retinae ágainak kiterjedt, súlyos spasmusa, a retinopathia, neuroretinopathia. Ezek az elváltozások lépnek fel acutan angiotensin infúzió adásakor is.

Az 55 essentialis és 62 renovascularis hypertoniás beteg szemfenéki képének vizsgálata (az egyidejűleg elvégzett peripheriás vénás vér renin-aktivitásának vizsgálatával) a következő megállapításokhoz vezetett:

1. az említett szemfenéki elváltozások renovascularis hypertoniás esetekben gyakrabban fordulnak elő, mint essentialis hypertoniás betegek esetén.

2. Összefüggés található a szemfenéki kép súlyossága és a peripheriás, vénás vér renin-aktivitásának nagysága között.

Összefoglalva: nincs olyan specifikus szemfenéki kép, mely egyértelműen hívná fel a figyelmet renovascularis hypertonia lehetőségére, és egyéb jelekkel együtt indikálhatná a serio-nephro-angiographia elvégzését. Varga I. János dr.

Folyadék- és elektrolittherápia

A sav-bázis egyensúly tanának jelenlegi állása. T. M. Darbinjan, A. L. Tverszkov. (Moszkva): Szovjetszkaja medicina. 1970, 33, 8. 11—17.

A sav-bázis egyensúlyra vonatkozó ismeretek ma már inkább tartoznak az anesthesiológia és a reanimatológia, mint az élettan, a biokémia, a fizikai kémia vagy a körélettan tárgykörébe. Noha a sav-bázis egyensúly számos területét már a 20—30-as években feltárták, az utóbbi időben más egyéb területeken is történt jelentős előrehaladás. Így sokat gazdagodott a légzési szabályozás elmélete, gyökeres változások következtek be a vesereguláció mechanizmusára vonatkozóan, a vizsgálatokban előtérbe kerültek a pH mérés elektrokémiai, a pCO₂ meghatározás elektrokémiai és interpolációs módszerei stb. Természetesen vannak még megoldásra váró nehézségek is: így módszertanilag továbbra sem könnyű az intracelluláris folyadék sav-bázis egyensúlyának a tanulmányozása, de a kutatások itt is ígéretesek.

A gyakorló anaesthesiológus és reanimatológus gyakran találkozik a sav-bázis egyensúly különféle zavaraiival. Előfordul, hogy ezek az alapbetegséggel kapcsolatosak, s már a narkózis előtt felléptek. Így pl. a kék típusú, veleszületett szív vitiumos betegek többségében hyperventillációval kompenzált acidosis áll fenn. Idült respiratorikus elégtelenségben nem ritka a metabolikus alkalosis, mint a CO₂ retentiójára fellépő kompenzáló reakció. A gyomor béltraktus megbetegedései általában elsődleges zavarokat váltanak ki, pl. a pylorusstenosisban szenvedő gyermekeken alkalosis lép fel. A halaszthatatlan reanimálást igénylő állapotokban a sav-bázis egyensúly zavarai általában acidosisban nyilvánul meg, pl. mérgezések, uraemiás és diabeteses coma esetén stb.

A morfin típusú analgeticumok gátolják a légzést, de klinikai feltevések között általában nem lép fel hypercapnia. Mindazonáltal a morfinomimeticumok túladagolása esetén, vagy súlyos tüdő- vagy szívbetegeknek, akár ha therapiás adagban adják is ezeket, kifejezett, olykor halálos kimenetelű légzési acidosis állhat be.

A légzési narkózis-bevezetés alatti változására vonatkozó adatok eléggé ellentmondásosak. Ennek az egyik fő magyarázata az, hogy „a légzési gátlás” fogalmát eltérően értelmezik. Nyilvánvaló azonban, hogy a ventiláció csökkenése és a légzési acidosis nem lehetnek synonymák. A szerzők a Viadrilt tanulmányozva azt találták, hogy e szer egyaránt gátolja az O₂-felhasználását és a ventilációt, de éppen emiatt az O₂ utilizáció koef-

ficiense gyakorlatilag nem változik és a pCO_2 stabil marad.

Ezzel szemben szinte általánosan egyöntetű a vélemény a tekintetben, hogy a narkózis fenntartására szolgáló adagokban az általános anaestheticumok gátolják a légzőközpontot.

Tanulmányozva a metabolikus zavarok eredetét, kutyákon végzett vizsgálataik alapján érdekes megfigyeléseket tettek. Mind a hyper-, mind a hypoventilláció — analgesziában — súlyosbította az eredeti metabolikus acidosis. Úgy tűnik, minden világos: hypoventillációban a nagyobb fokú acidosis a hypoxia eredménye. Bármennyire is paradoxnak tűnik azonban, hyperventillációban a bázis-deficit fokozódása a tejsavkoncentráció növekedésével jár, ugyanakkor pedig hypoventilláció esetén a tejsavtartalom még valamelyest csökken is. Azt kell feltételezni, hogy a bicarbonat deficit a vérnek extracelluláris folyadékkal történő átrendeződésének is köszönheti létét.

Az anaesthesiológus gyakorlatában olyan esetek is előfordulnak, mikor a metabolikus acidosis exogén savak okozzák. Így pl. nagy mennyiségű citrátos konzerv vértranszfúziója a vér laktát és piro-szólósav-szint emelkedésével jár.

Végül, a heveny metabolikus acidosis hypoxia eredményeként is keletkezhet. Tapasztalataik szerint a kék típusú veleszületett szívvitiumban szenvedő, hypo- és normothermiában műtött betegeknél a bázis-deficit jelentős változásokon megy át.

A szerzőknek az a véleményük, hogy a sav-bázis egyensúly és a szervezet legfontosabb funkciói közötti bensőséges kapcsolat szükségessé teszi e zavar terápiájának mint viszonylagosan önálló disciplinának a kialakítását.

Varga János dr.

Gastrointestinalis folyadék pótlására szolgáló oldat. E. A. Badoe. (Dept. of Surgery, Univ. of Ghana Medical School): Brit. Med. J. 1970, 3, 622.

A szerző a sebészi betegségekben szükségessé váló, szondával leszívott, gastrointestinalis folyadék helyes pótlásának megállapítására sorozatosan meghatározta a bélcsavarodásos, általános peritonitis következtébeni paralyticus ileusos betegek, valamint a drainage-zsal összekapcsolt, vagotomián átesett betegek 24 órás leszívott folyadék mennyiségének elektrolyt összetételét.

A vizsgálatok kimutatták, hogy a leszívott gastrointestinalis folyadékok isotoniás sóoldattal (mely 154 mEq/l Na-ot és 154 mEq/l Cl-t tartalmaz) való pótlása nem megfelelő, mert több sót és chlort tartalmaz, mint szükséges és ez részben magyarázhatja a bél reoperatórióról észlelt oedemát, merev voltát. Ilyen oedema késleltetheti a nor-

mális bélmotilitás helyreállítását, aminek következtében csak később lehet a per os táplálkozást megkezdni. Amennyiben nagy mennyiségű sóoldatok adása válik szükségessé, tüdőoedema is felléphet, főképp akkor, ha a vese működése károsodott. A káliumhiány pótlásának az elmúlástása is csökkenti a normális bélműködést, megjegyezve, hogy normális serum kálium koncentráció mellett is csökkent lehet a sejtekben levő kálium koncentrációja. Ezért folyamatos gyomor-, bélleszívás esetén olyan infúzió adását javasolja, melyben a Na 100, a K 12, az NH_4 10, Cl 112 mEq/l mennyiségben (vagyis olyan koncentrációban, mely megfelel a leszívott folyadékok átlagos koncentrációjának) van jelen. Az oldat úgy készíthető el, hogy minden 100 ml-re 0,59 g NaCl-ot, 0,09 g KCl-t és 0,053 g ammóniumkloridot, valamint kalóriabevitel céljából 5 g dextrose-t, vagy 10 g fructose-t tartalmazzon. A gyakorlatban a szerző a 6 óránként leszívott gyomorbél folyadékmennyiséget az említett oldat azonos mennyiségének infúziójával pótolja, és ezáltal elejét veszi a szondakezelés által könnyen előálló súlyos folyadék- és elektrolytavarnak.

Clemens Marcell dr.

Tapasztalatok a többszörös infúzió rendszerével. Schyra, B. (Chirurgische Klinik und Poliklinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena): Medizintechnik. 1969, 9, 132—133.

Nagyobb infúzió vagy transfúzió mennyiség beadásakor több ízben is cserélni kell a palackokat. A szerző új rendszert dolgozott ki, amelynek lényege: szerelések segítségével 4 palack „sorbakapcsolására” nyílik lehetőség. Az in/transfundálás folyamatos. A Jenai Sebészeti Klinikán rutinszerűen alkalmazva a módszert, az eddigi 900 esetben semmiféle szövődményt nem észleltek.

Vértes László dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

Hiányos táplálás és fejlődés a gyermekkorban. Chase, H. P., Martin, H. P. (Stolinsky Laboratories, Kennedy Child Development Center, University of Colorado Medical Center): New England Journal of Medicine, 1970, 282, 933—939 és 975—976. (Editorial).

Parrot már 1870-ben részletes leírást adott a nem kielégítően táplált csecsemőkön észlelt anatómiai elváltozásokról: zsíros degenerációról az agyban és más szervekben. Sok, akkor szofisztikusan ható megállapítás talán csak most lesz világossá. A hiányos táplálás hátráltatja az agy fejlődését, a sejtoszólást. Egyes agyi területek szelektíve érzékenyek, különösen a nagy-

agy és a kisagy. Állatkísérletek igazolták káros lipid képződését, mely a táplálás korrekciója után is megmaradt. A 4 hónaponál fiatalabb csecsemőn diagnosztizált hiányos táplálás prognosztikailag jó, későbbi 4—12 hónapos gyermekeken és tartósan elhúzódó ártalom irreverzibilis elváltozásokat okozhat.

Teljesen indokolt a téma tudományos feldolgozása, ha a fentiek kívül meggondoljuk a következőket: a II. világháború már a foetális fejlődést is súlyosan gátolta. Következmenyei a postnatales időben kifejlődő irreverzibilis károsodások voltak. Az 1960-as években a világ lakosságának több mint fele éhezett. Cabek és Vajdanic jugoszláviai és más szerzők dél-afrikai felmérései bizonyították a hiányos táplálás káros kihatásait.

Noha az ún. fejlődő országok és az Egyesült Államok helyzetét nem lehet összehasonlítani, az utóbbiban is vannak szegény társadalmi rétegek. Főleg latin-amerikai származású lakosságról van szó, akiknek gyermekei már új hazájukban nőttek fel, de sok régi szokást megőriztek. A szerzők 19 hiányosan táplált vizsgálati alanya főleg közülük került ki. Kontroll-csoporttal összevetették ezen átlagosan két és fél éves gyermekek testi, pszichés, szellemi fejlődését és szociális helyzetét. Kérdésfeltevésük a hiányos táplálás idejére, a visszamaradás minőségére, a kimutatható okokra, és elfogadható megoldásokra vonatkozott.

A vizsgálati anyagból kizárták a szülési sérüléseket és organikus elváltozásokat. Két-két ikerpár gyermekek alkalmas volt családon belüli összehasonlításra is.

A vizsgálati módszer rövid ismertetését a szellemes szociometriás skálák miatt tartom érdemesnek. Két-három vizsgálatot végeztek bizonyos időközben. Mind a gyermekek, mind az anyák intelligencia-szintjét meghatározták Wechsler-teszttel. A San Mateo családi szociális működési skála néhány szempontja: gyermekek száma, a család közösségi élete, tanácsadók igénybevétele. A szülők és gyermekek kapcsolatát „Home stimulation Inventory scale”-lel mérték. Az adatok kiértékelése t-próbával és χ^2 -el történt.

Eredményeiket a következőkben foglalom össze:

Fizikális fejlődés összehasonlítására a súlykor és magasságkor hányadosát és a fejkörfogatot vették figyelembe. A 4 hónapos korban idősebb korban hiányosan tápláltknál ez a hányados ritkán emelkedett 1,0-ig. Legnagyobb visszamaradások a fejkörfogatnál voltak.

Szellemi fejlettségnél ez az alacsony intelligencia quotiensekben nyilvánult meg. Főleg a beszéd fejlődése károsult.

A hiányos táplálás okainak kutatásakor a szociabilitást, alkoholizmust, a szülők együttélését vették

figyelembe. Zilált családi élet igen gyakori jelenség volt. Az édesanyák legnagyobb része nem is óhajtotta terhességét. Ha pedig a rosszul táplált gyermekek testvéreinek helyzetét is megnézték, részben intelligencia eltéréseket, részben olyan jelenségeket tapasztaltak, mely az anyai ellátás és bánásmód különbségeire utal.

A szerzők ajánlják a tünetegyüttesre a „pszichonutricionális depriáció” elnevezését is.

Bizonyos, hogy a hiányos táplálás multifaktoriális probléma. Az elmaradt fejlődésű országokban tünetei csak 12–18 hónapos korban lépnek fel, ugyanis ezen időig az anyák mellről táplálják csecsemőiket. Az USA-ban viszont a jelenségek sokkal korábban kiálalnak.

Az Egyesült Államokban igen sok mesterséges tápszer készül, ennek arányában egyre fogy a mellről táplált csecsemők száma. A mellről táplálás pedig újra mind nagyobb jelentőséget kap és a szerzők kiterjedt népszerűsítési kampányt ajánlanak ennek érdekében. Úgy tűnik, a gondozói hálózat sem elég kiépített. Veszélyeztetett családokból akár törvényesen is kiemelni a gyermeket, több szociális segínyt biztosítani, a család gondozást kiterjeszteni lenne a nagy jelentőségű komplex probléma megoldása.

Gusztos Erzsébet dr.

A születési súly és a terhesség időtartamának összefüggése 8–10 éves gyermekek szellemi fejlettségével. Wiener, G. (Johns Hopkins University School, Baltimore.): The Journal of Pediatrics 1970, 76, 694–699.

Az utóbbi 10–15 esztendőben a perinatalis halálozás okainak kutatása nagyon előrehaladt. A modern vizsgálati methodusok sok kérdést tisztáztak és a szülés körüli sérülések késői következményeivel is sok cikk foglalkozik. Így került sor a születési súly és intelligencia-quotiens (továbbiakban IQ) összefüggésének elemzésére is.

Röviden áttekintve az idevonatkozó közleményeket, elsősorban Gruenwald megfigyeléseit kell említeni. Szerinte 2500 g-on aluli születési súlyú gyermekek perinatalis halálozása nagy. Olyan újszülöttekről van szó, akiknek terhességi kihordási ideje súlyukhoz képest lényegesen hosszabb. Ezt a képet intrauterin atrophianak nevezük. Gruenwald ennek a lassú fejlődésnek okát a placenta táplálkozási zavarának tulajdonítja. Baker, Hockey, Hawsk 9–14 éves gyermekeket vizsgált, akiknek alacsony IQ-juk van. Mindannyian elfigyelnek az anamnézisben előforduló alacsony születési súlyra, de túlhordás sem ritka jelenség. Az ilyen vizsgálatok csaknem egyértelműen azt sugallják, hogy minél alacsonyabb a születési súly, an-

nál alacsonyabb az IQ is, holott a megvizsgált kontroll-csoportok ezt nem támasztották alá, csak nem foglalkoztak vele.

Wiener koraszülött osztályán felmerült a rendelkezésre álló 500 gyermek intelligenciaszintjének megfigyelése 8–10 éves korukban. Normál kontroll-csoporttal egybevetve olyan gyermekekkel foglalkozott, akiknek születési súlya és kihordási ideje egyaránt alacsony volt. Munkatársaival (pszichológusokkal, szociális gondozókkal) sokoldalú intelligenciavizsgálatot végezett, kiegészítve a szociális helyzet felmérésével, a beszéd fejlettségének vizsgálatával, organikus idegrendszeri elváltozások felderítésével.

A sokféle methodus egybehangzóan azt bizonyította, hogy 2500 grammon aluli születési súlyú gyermekek születési súlyát 500 grammonként bontva és kihordási idejüket kéthetes periódusonként figyelembevéve: *nincsen szignifikáns összefüggés az IQ és az említett adatok változása között.* Nagyon sok pathológiás faktor működik közre ezekben a súlycsoportokban, amelyek mindegyike mentális fejlődési zavart eredményezhet. Megjegyzendő még, hogy a túlhordott gyermekek általában nagy súlyúak és ezek IQ-ja is magas.

Wiener ezután Battaglia felmérései nyomán azokat a gyermekeket figyelte meg, akiknek születési súlyuk a kritikus 2500 grammon felüli, de kihordási idejük a vártnál alacsonyabb volt. Battaglia és mtsai megfigyelték, hogy az ilyen újszülöttek perinatalis halálozása igen magas. Ezen syndroma okai szerintük:

1. Túl nagy az intrauterin növekedési készség és ez már kóros jelenség.

2. A legtöbb ilyen szülésnél a terhesség első 3 hónapjában vérzések fordultak elő, amelyeket az anya menstruációként értékelt és terhességét emiatt rövidebbnek tartotta.

Ha ezek az anyai adatok nem is mindig helyesen tájékoztatnak, nem hagyhatók figyelmen kívül, mert veszélyeztetett terhességre mutatnak. Wiener ilyen születési anamnézissel rendelkező gyermekeket vizsgálván, azt a nem várt eredményt kapta, hogy szoros korreláció van a terhesség időtartama és az IQ között. Egyéb vizsgálati megfigyelései szerint, az ilyen anamnézisű gyermekeken ritka az optimális IQ. Főként néger anyák gyermekeiről van szó, mert náluk gyakoribb a terhesség korai szakában fellépő vérzés, a perinatalis gondozás körülményei sem mindig megfelelőek. Gyakori a leányanya, vagy túl fiatal anyja is. Az ilyen anyák rendszerint alacsony intellektusúak és ma már kétségtelenül bizonyított az anyák és gyermekek IQ-jának korrelációja.

Wiener érdekes felmérései tehát arra a nem várt eredményre vezetnek, hogy a születési súlynál is

nagyobb fontossága van a későbbi szellemi fejlődés szempontjából a terhesség hosszának. Különös gondtal kell a terhesség első három hónapjában fellépő vérzésekkel foglalkozni, mert az ilyen anamnesztikus terhességből születetteken komoly intellektuális és pszichés eltérések tapasztalhatók.

Gusztos Erzsébet dr.

Akut encephalopathia és májdiszfunkció. A bárányméreg aetiologiai szerepe. Glick, T. H. (Fert. Betegs. Orsz. Centruma, Atlanta): Amer. J. Dis. Child. 1970, 119, 68–71.

Már 1963-ban leírtak egy, a gyermekkorban előforduló, klinikailag és kóronctanilag jól körülhatárolható kórállapotot, melyet a zsigeriek zsiros degenerációja és akut kialakuló encephalopathia jellemez (Reye-syndroma). A varicella aetiologiai szerepe már többször is felvetődött, de serologiai vizsgálatok ilyen vonatkozásban még nem történtek, s a klinikai tapasztalatok sem egyértelműek.

A közlemény egy családon belül észlelt két esetet ismertet.

Egy hároméves kisleányon — a testvérénél lezajlott megbetegedés után 12 nappal — bárányméreg alakult ki. A családon belüli első megbetegedés a szokásos módon, komplikáció nélkül zajlott le. A második gyermek betegsége azonban a kezdeti tünetek jelentkezése után 4 nappal súlyossá vált. Rövid idő alatt gyorsan mélyülő eszméletlenséget észleltek lázzal, enyhe rigiditással és pozitív Babinsky-reflexszel. A vérképben mérsékelt fokú leukocytosis és balratolódást lehetett találni, a laboratóriumi leletek súlyos májkárosodás mellett szóltak: SGOT 3480 E, lactat dehydrogenase 2550 E volt. A bilirubin szint 1 mg% alatt maradt. Néhány óras eszméletlenség után a kisleány meghalt. Sectio: pericardialis és pleurális vérzések, megnagyobbodott, tömött máj, kifejezett sárga elszíneződéssel (szövettanilag súlyos zsiros degeneráció), agyoedemia, hypoxia okozta degeneratív elváltozásokkal.

A 6 éves harmadik testvér egyidejűleg ugyancsak megbetegedett. Ennél a gyermeknél sem volt zavartalan a körlefoylás: A kiütések jelentkezése után 3 nappal a beteg többször hányt, enyhén bódulttá vált, SGOT: 600 E. Az állapot azonban néhány nap alatt fokozatosan javult, legtovább a Babinsky pozitivitás maradt meg. A SGOT 10 nap alatt 22 E-re csökkent.

Mindkét betegnek magas volt a varicella-zoster ellenanyagtitere (> 1:128).

A hirtelen kialakuló központi idegrendszeri tünetek, a hányás majd coma, a jelentősen emelkedett transaminase értékek, ill. a máj zsiros degenerációja alapján

egyértelműen fel lehetett állítani a Reye-szindróma diagnózisát. A varicella fertőzést a serológiai vizsgálatok is bizonyították.

Egyéb tapasztalatok is amellett szólnak, hogy a szindróma kialakulásában a varicella-zoster vírussal történt fertőzéseknek fontos szerepe lehet. Lehetséges, hogy a családokon belül lezajló megbetegedés akkor is ki tudja váltani a szindrómát, ha a varicella magánál a betegnél nem alakul ki. Típusos Reye-szindrómás betegek környezetét megvizsgálándó, hogy az esetleges SGOT emelkedés nem értékesíthető-e klinikai tünetekkel nem, vagy csak alig járó abortív megbetegedések jeleként.

(Ref.: A súlyos kórképről hazánkban még alig esett szó. Úgy látszik azonban, hogy súlyos májelzsírosodással járó encephalopathia esetek Magyarországon is előfordulnak. Referáló tudomása szerint a közel-múltban Nyugat-Magyarországon Veszprém megyében és Vas megyében zajlott le egy-egy súlyos, mind klinikailag, mind kóronctanilag Reye-szindrómának megfelelő megbetegedés, de tisztázatlan aetiológiájú zsírmájat — mint gyakorlatailag egyetlen megfogható eltérést — fiatal gyermekek boncolásakor másutt — pl. Szegeden — is többször észlelték.)

Török János dr.

Kéreghormonnal kezelt gyermekek mellékvese funkciója. Kuzemko, Jan A., Lines, John G. (Pediatric Department, Peterborough District Hospital): Archives of Disease in Childhood, 1970, 45, 215—220.

A szerzők 20 — különböző adagú — prednisolonnal kezelt gyermek plasma cortisol szintjét mérték. A vizsgálatok a mellékvesekéreg hormon tartalmáról adtak felvilágosítást. Szintetikus adrenocorticotrop hormon (Synacthen, beta¹⁻²⁴-tetracosactrin) beadását követően a vér cortisol szintjének változásából következtettek a mellékvesekéreg működő képességére.

A gyermekek között 18 asthma bronchiale, egy nephrosis, ill. dermatomyositis megbetegedés volt.

A 10 mg/die prednisolonnal kezelték vér cortisol szintjének emelkedését a Synacthen beadását követően 6 $\mu\text{g}^0/0$ alattinak észlelték. Az érték jóval alatta marad a 2,5 mg/die prednisolonnal kezelt gyermekek plazma cortisol szintjének emelkedéséhez viszonyítva. Azaz a 2,5 mg/die prednisolonnal kezelt gyermekek mellékvesekéreg működése kielégítő volt.

A tíz 5 mg/die prednisolonnal kezeltben részesült gyermek közül két-től világosan kitűnt a mellékvesekéreg működés elégtelensége, háromnál kevés a mellékvesekéreg hormon tartalék; öt esetben jól emelkedő cortisol értékek voltak észlelhetők, bár ez utóbbiak alap cortisol szintje alacsony volt.

A Synacthen adására allergiás reakció felléptét nem észlelték.

A prednisolon kezelés időtartama 4—60 hónap között mozgott.

Godó Béla dr.

Az apnoe-alarm készülék (párna) klinikai megítélése újszülötteken. Blake, A. M. és mtsai (Dept. of Pediatrics, Univ. College Hospital, London): Lancet, 1970, 2, 183.

A koraszülötteken igen nagy az apnoe (a.) veszélye. Következésképpen súlyos hypoxaemia. Ezen kívül számos újszülöttkori kórképet okozhat még a.-t. Az ismétlődő a.-k prognosisa rossz, quo ad vitam és sok lesz a betegek közül mentálisan retardált.

A pneumograph jelzi az a.-t is, de nagyon költséges. Lewin a múlt évben ismertetett készüléke olcsó, nincs olyan elektródja, amelyet a csecsemőre kellene szerelni.

A szerzők 6 hónapos tapasztalataikat közlik. A Lewin-féle készülék lényege: a csecsemő 10 segmentből álló műanyag matracra fekszik. Minden segmentből PVC cső vezet egy melegített thermistorba. Ha a csecsemő lélegzik, mozgatja a levegőt, lehűti a thermistort, feszültségváltozást idéz elő. A monitorizálást úgy lehet beállítani, hogy 5—25 másodperces késést érzékeljen. Ha teljes töltés következik be, mert a csecsemő nem mozog (lélegzik), az alarm (vész) szerkezet hangos, élénk, bűgő jelet ad és/vagy villogó fényjelzést.

A szerzők fél év alatt 31 csecsemőt figyeltek meg az a. alarm készülékkel. Ezek közül 27 kissúlyú koraszülött volt. Mind életben maradt.

A készüléket 10 másodperces a. észlelésére állították be. A jelzésre a nővér azonnal a csecsemőhöz ment, bőringert és/vagy pharyngealis szívást alkalmazott. A beavatkozás mindig 30 másodpercen belül történt. Az a. monitorizálást a klinikai követelményektől függő ideig végezték. Az utolsó apnoe jelzésektől rendszerint még 10 napig. Szerzők 13 készüléket, 18733 órán át üzemeltettek. 2325 alarm jelzést regisztráltak és 469 esetben volt szükség perifériás stimulációra. Az a. alamra leginkább az első 10 nap alatt volt szükség, de 3 esetben még 31—48 nap után is alkalmazták.

Megtévesztő (hamis) pozitív jelzés előfordulhat a koraszülöttek periódikus légzése vagy a légpárna leresztése miatt. Az a. jelzést a készülék mindig jelezte. Ezt az egyidejű szív- és légzésregisztráló monitor is igazolta. Elszívárgás csak az első modelleknél fordult elő.

Kitűnt, hogy a szív-működés frekvenciája 40 másodperces a. alatt nem esik 80 alá, így az a. alarm készülék egyúttal cardiális megfigyelést is jelent. A készülék bevezetését nagy haladásnak tartják. A

nővérek számára nagy könnyebbég, hogy az igen súlyos koraszülötteket nem kell állandó megfigyelés alatt tartani és így a többiek ellátását nem kell elhanyagolni.

További fontos lépés lenne a szívfrekvencia monitorizálása hasonlóan egyszerű és olcsó készülékkel.

(Ref.: Mire e sorok megjelennek, remélhetjük, hogy a Lewin-féle apnoe-alarm készülékkel nyert saját tapasztalatainkról is beszámolhatunk.)

Korányi György dr.

Egészségügyi szervezőtudomány

Az epidemiológiai tudományok kutatások távlati prognózisainak kidolgozása terén szerzett tapasztalatok futurológiai és szociológiai módszerek bevonásával. A. A. Szumarokov, I. L. Sahanina, M. N. Tkacseva. (SZU Központi Epidemiológiai Tudományos Kutató Intézete, Moszkva.): Szovjetszkoje zdravoohranjenije. 1970, 29, 6. 7—12.

Azzal, hogy elismertük a tudományoknak közvetlen termelőerővé válásának lehetőségét, impulzust kaptak a tudományosan meg-alapozott távlati tervezések és előrejelzések is. Az utóbbi két évtizedben SZU-szerte elterjedt rövid távú (éves, negyedéves) tervezések a tudományos munkák szervezése terén a ma követelményeinek egyáltalán nem felelnek meg. Kívánatos, hogy a tervezés és az előrejelzés legalább 10—15 évre szóljon, s ez vonatkozik az epidemiológiai tudományos kutatásokra is. Ez a munka nagy körültekintést, objektivitást igényel, s olyan módszerek alkalmazását, melyek már jelenleg is eredményesen használhatók az epidemiológiában.

Három ilyen módszer ismeretes. Az egyik: a *matematikai modellezés*. Alkalmazása terén a nehézségek azonban nem elhanyagolandók: nehéz, nem ritkán szinte lehetetlen az epidemiológiai paraméterek mennyiségi kifejezése. Mindazonáltal az előrehaladás e téren észrevehető, miként ezt Moszkvszkij, Bessmertnij, Barojan, Rvasev stb. munkái bizonyítják, a közlemény szerzői pedig jelenleg a hastífusz 10 éves prognózisára szolgáló legmegfelelőbb matematikai modell kidolgozásában értek el eredményeket.

A másik módszer: az *időleges extrapoláció* a matematikai modelnél hozzáférhetőbb az epidemiológiai folyamat egyes mutatóinak a prognózisára. Így jelenleg a szerzők más mtsakkal az ún. „vég-telenbe történő extrapolációt” alkalmazták 11 fertőző betegség prognózisára. [Ne essék félreértés: itt olyan prognózisról van szó, el-terően az orvosi tankönyvekből ismert prognózis (kórjóslat) fogalmától, hogy pl. 10 év elteltével milyen gyakoriságú lesz a hepatitis

epidemic. — Ref.] Ezzel a módszerrel sikerült a szerzőknek a fertőző betegségek várható szintjének és dinamikájának a prognózist meghatározniuk. E prognózis szerint a SZU-ban a diphtheria epizodikusán még 1980-ban is elő fog fordulni, s a jelenlegi járványellenes rendszabályok nem teszik lehetővé 10 év elteltével sem a pertussis jelentős visszaszorítását.

Végül, a harmadik módszer, aminek alkalmazása szóba jöhet az epidemiológiai prognosztikában, az ún. *expert módszer*. Ez utóbbi a vezető szakembereknek a tapasztalatán és tudományos intuíción alapszik, s mint ilyen nem mentes a szubjektívizmustól. Mellőzése mégsem lenne helyes, hiszen a tudományos kutatás tapasztalata közismerten a tudományos előrehaladás egyik legfontosabb feltétele.

Minden prognózis ugyanakkor valószínűségi jellegű, s előfordul, hogy épp az ellenkezője válik be. Ez a lehetőség mégsem teszi feleslegessé a prognosztikai vizsgálatokat. Minél inkább megalapozottabbak és objektívebbek a kiindulási értékek, annál megbízhatóbb az előrejelzés.

Tudni kell továbbá, hogy a prognosztikai kutatások mely részét képezik az ország tudományos programjának; utóbbi széles körű koordináció eredménye. Egyébként az elkövetkezendő jövőben az epidemiológia terén az alábbi főbb programok megoldását tűzték ki: a heveny belfertőzések, a járványos májgyulladás, a vörheny, a szarvarkórhágás elleni járványügyi rendszabályok tökéletesítése, az ország járványügyi hálózata irányításának és szervezetének a megjavítása és az epidemiológiai munka információs rendszerének a modern számítási technika vonalára történő átállítása.

Nyilvánvaló, hogy e feladatok megoldása, a prognosztikai vizsgálatok megkövetelik a más tudományokkal való kapcsolatot. Így a prognosztika tulajdonképpen része a futurologiának. De nemcsak erről van szó, hanem szó van a szociológiai módszerek alkalmazásáról is. Akkor, amikor megjósolják, mit jelent a népgazdaságnak ennek vagy annak a fertőző betegségnek a visszaszorítása vagy felszámolása, nagyrészt már a közgazdaságtan vagy a szociológia terén vagyunk. A szerzőknek egyébként is az a véleményük, hogy az egészségügy termelőerő, noha az utóbbi hatása közvetett; mindenképpen bizonyos azonban, hogy a termelés szintjére, a termelékenységére stb. feltétlenül kihat. Pl. az influenza-járvány, mint epidemiológiai tényező, a termelést teljesen szétzilálja; az okozott kár mennyiségileg is mérhető. Más előjelű eredményt hoz egyes fertőző betegségeknek, de akár az influenzának is a visszaszorítása, ill. a járványnak legálább részleges kivédése.

Varga János dr.

Az orvosi információs-számítási és automatizált rendszerek kiépítésének a kérdéséhez. Szudarikov, L. G. (SZU Eü. M. Számítástechnikai és Automatizálási Osztálya, Moszkva): Szovjetszkoje zdravoohranenyije, 1970, 29, 7. 15—21.

Az eü. szolgálat szervezeti struktúrája több szintű, bonyolult dinamikus rendszer. A SZU-ban az eü. intézmények hálózatát az alábbi szám adatok jellemzik: 26 446 kórház 2 397 900 ágygal, 38 843 ambuláns-poliklinikai intézet, 3361 gondozó intézet, 26 791 stomatológiai intézet, 5989 KÖJÁL, ill. közegészségügyi-járványügyi osztály, 91 orvosi egyetem és orvostovábbképző intézet, 295 tudományos intézet. Ezek az intézetek bonyolult hierarchiát alkotnak, s ezen belül minden egyes intézet maga is egy bizonyos rendszert képez, külön irányítási sajátosságokkal. Döntés született az egész SZU-ra kiterjedő irányítási rendszer automatizálásának megteremtéséről, és a következő 5 éves tervben 6 szövetséges köztársaságban: Oroszországban, Fehéroroszországban, Lettországon, Litvániában, Üzbegisztánban és Ukrajnában létesített köztársasági orvosi számítási központok, valamint a SZU Eü. M. Fő Számítási Központja lesznek e rendszer alapvető strukturális gócai.

Az egészségügyi tervezés és irányítás automatizált rendszere alatt az adminisztratív, gazdasági gyógyító-megelőző, közegészségügyi-járványügyi stb. rendszabályok komplexumát értjük a matematikai és statisztikai módszerek, a számítási és szervezési technika, a kapcsolatok rendszeres széles körű alkalmazása alapján.

A tervezet kialakítása során az alábbi feladatok megvalósítását tartják szükségesnek: a különféle szintű (járás, város, terület, köztársaság) eü. intézmények irányításához szükséges információk mennyiségének és jellegének meghatározását, minthogy az egyes szinteken eltérő az információ volumene és periodicitása; a jelenlegi orvosi dokumentáció revízióját a gépi feldolgozásra való alkalmassá tétel céljából; az eü. intézetek működése minőségét és hatékonyságát jellemző mutatók kidolgozását; az intézmények számítástechnikai eszközökkel való ellátását stb. Nagyon fontos, hogy minden index megbízható legyen. Az intézetek közötti kapcsolatoknak bensőségeseknek kell lenniük. Minél magasabb szintű az eü. intézmény, annál nagyobb helyet kapjanak az információk között a tervezési p. ü. mutatók. Az információs áramlás két részre osztható: a standardizált statisztikai és tervezési adatokra és kiegészítő információkra. Az adatok gyűjtése és integrált feldolgozása nem igényli az irányítás teljes centralizációját, sőt nagyon is figyelemmel kell lenni a különféle szintű (járás, területi, köztársasá-

gi) eü. intézmények viszonylagos autonómiájára.

Az eü. hálózat egyik alapvető strukturális eleme a kórház. Az utóbbi bonyolult rendszert képez, s különösen az 1000 ágyas kórházakban nemcsak a betegellátás tökéletesítése, hanem a személyzet munkájának az irányítása is megköveteli az irányítás mechanizálását.

A másik alapvető eü. strukturális elem: a poliklinika (rendelő-intézet). A poliklinika információs rendszere ugyancsak nagy volumenű, és számos alrendszerre oszlik: az orvosi munka indexei, a napi forgalomra vonatkozó adatok, a megbetegedés, a gondozás adatai. A poliklinika úgy modellezhető, mint a tömeges ellátás rendszere. Rendkívül nagy jelentőségű a poliklinikáról a kórházba történő beutalás; ezen a területen már szolid tapasztalatokkal rendelkeznek.

Ezt követően a szerző felsorolja, milyen készüléket javasol a különféle szintű eü. intézetek és információs központok számára, majd felsorolja az eü. szervezők előtt álló feladatokat. Ezek röviden következők: az orvosi-statisztikai indexek formalizálása, az orvosi terminológia egységesítése, az információ gyűjtése, feldolgozása, tárolása és továbbítása technológiájának a kidolgozása, a különféle hierarchikus szintek matematikai modellezése, figyelemmel azonban az integrációra, tapasztalatcsere.

Varga János dr.

A demográfiai adaptáció kérdéséhez az urbanizáció feltételei közepe. G. M. Koresztelov, A. A. Petrakov. (Szverdlovszk, Sztterlitamak.): Szovjetszkoje zdravoohranenyije. 1970, 29, 6. 35—36.

A közlemény szerzői ennek az igen aktuális problémának természetesen csak az egyik részjelenségét tanulmányozták: hogyan hat az urbanizáció a faluról városra költözőkkel családtervezésére és szaporodására. 1968-ban a SZU-ban a városokban a születési koefficiens 15,5-öt, a falvakban viszont 19,6-ot tett ki.

Egy baskir városban, Sztterlitamakban tanulmányozták a faluról városba költözőknek, hogy módosultak terveik a családépítéssel kapcsolatosan. 35%-uk a tervezett gyermekszám mellett kitartott, 59% a városba költözvén már kevesebb gyermeket, 6% többet tervezett, mint amikor falun élt. Az évekig tartó megfigyelés azonban azt mutatta, hogy a gyakorlatban a szülők nem tartották magukat a városba való költözésükkor kialakított tervükhöz, s viszonylag több gyermeket hoztak a világra, mint a tősgyökeres városiak, noha, másrészt, kevesebbet, mint a falusiak.

Érdekes volt, hogy a baskirok jobban ragaszkodtak a tradíciókhoz, mint az oroszok; a baskirok majdnem teljesen megőrizték a falusiakra jellemző tevékenységü-

ket városban is. Figyelmet érdemel, hogy a baskiroktól eltérően és az oroszokhoz hasonlóan a városra költözött udmurtoknál is a szaporodás csökkenését észlelték. Idővel azonban a baskiroknál is kialakul ez a demográfiai adaptáció, s fokozatosan szintén csökken a szaporodásuk.

Megkérdezték a városba költözötteket, milyen tényezők hatására terveznek kevesebb gyermeket, s a következőket neveztek meg válaszukban: rossz lakásviszonyok — 21,6%, nehézségek a gyermekeknek, bölcsődékbe, óvodákba történő elhelyezése terén — 11,5%, saját továbbképzésük — 25,9%, alacsonyabb jövedelem — 12,3%, egészségi állapot — 19,3%, egyéb okok — 9,4%.

(Ref.: *A családtervezés és az urbanizáció problémákkal terhes időszakában a közlemény megállapításai nálunk is figyelemre méltóak.*)

Varga János dr.

Az ambuláns-poliklinikai ellátás tervezésének módszertani megközelítéséről. I. D. Bogatirjev. (Moszkva): Szovjetszkoje zdravoohranenyije. 1970, 29, 9, 3—9.

Az utóbbi másfél évtizedben végzett vizsgálatok azt bizonyították, hogy a járóbeteg-forgalom intenzív mutatói kb. 30—40%-kal alacsonyabbak annál az értéknél, amit a Szovjetunióban honos beszámolási rendszer szolgáltat, ill. az általános betegforgalom adatai mögött igen eltérő minőségű munka húzódhat meg. Elgondolkodtató jelenség, továbbá, hogy noha a szovjet poliklinikákon a szakok száma jelentősen megnőtt, a forgalom 76,9—84,7%-a továbbra is az öt alapszakra: a belgyógyászatra, sebészetre, gyermekgyógyászatra, szülészet-nőgyógyászatra és stomatológiára (fogászatra) jut. A munkanap struktúrájának elemzése azt mutatta, hogy a különféle szakokon az orvosok munkaidejük 20—50%-át nem közvetlen betegellátásra fordítják, hanem adminisztrációs és szervezési tevékenységre. A betegforgalom erősen ingadozik az évszaktól és napszaktól függően, s ez hol túlterhelést, hol pangást eredményez a munkában. Figyelemre méltónak tartják a tervezés során azt a körülményt, hogy — adataik szerint — 100 orvosi status közül kb. 15 állandóan nem működik betegség, szülés, kiküldetések, értekezletek stb. miatt.

Tekintettel az említett körülményekre fontosnak tartja azt, hogy megbízhatóbb támpontokat, indexeket keressünk, melyeket a jelenlegiekhez eredményesebben lehet hasznosítani a poliklinikai hálózat fejlesztésében. A két legfontosabb tényezőt az adott terület lakosságának számában és az egy lakosra jutó eü. ráfordítások értékében látja. Ezek mellett azonban számításba kell venni néhány korrigáló tényezőt: a lakosság összetételét, a

városi és falusi lakosság arányát, a klimatikus- földrajzi sajátosságokat és a gazdasági fejlettséget.

Az eü. ellátás mutatói közül a következőket tartja hasznosíthatóknak a tervezésben: 1. az alapszakok és a szűkebb szakok orvosi státuszainak arányát; 2. az orvosi és a középiskolák státuszainak arányát; 3. az év folyamán az orvosok és középiskolák által ténylegesen teljesített munkanapok közepes átlagát. Szerinte nincs szükség a napi forgalom regisztrálására; ennek hiányát nem érzik sem Angliában, sem az NDK-ban. S ha a munka volume mégis érdeklő az eü. vezetőket, akkor erről pontosabb felvilágosítással szolgál a betegség miatti elsődleges forgalom regisztrálása; ez az utóbbi lehet időszakos is. Egyébként 5 városban végzett felmérései szerint a poliklinikákon egy lakosra a valódi forgalom 4,6-ot tett ki: 3,2 gyógyító-konzultatív, 1,4 megelőzési célból.

A tervezés során szélesebb körben kell alkalmazni a számítógépeket, ez viszont új, gazdasági jellegű indexek bevezetésével jár; ezek a következők: 1. a fekvőbeteg-részlegre és az ambuláns-poliklinikai ellátásra fordított összegek aránya; 2. az eü. dolgozók munkabérének aránya az eü. ráfordítások összességében; 3. az alapszakokra és a szűkebb szakokra történő ráfordítások a poliklinikán; 4. az orvosok, az eü. középiskolák és más eü. dolgozók munkabérének értékei és arányai. Néhány kiegészítő jellegű indexre is szükség van: a) az egyes szakok járóbeteg-forgalmának szintje és struktúrája a teljes naptári év folyamán speciális vizsgálat alapján; b) az évszak, a hét egyes napjainak, a napszakoknak befolyása a munka volumenére; c) a szakosítás mértékének hatása a poliklinikai munka volumenére; d) a szűrővizsgálatok szervezési és gazdaságossági határfoka; e) a lakosság életkor és nem szerinti összetételének befolyása az ambuláns forgalom szintjére és struktúrájára; f) a kórházi ágyellátottság foka.

A közlemény vitaindító, mindazonáltal a szerző reméli, hogy az általa javasolt mutatókat jól hasznosíthatják mind az ambuláns-poliklinikai hálózat fejlesztésében, mind pedig ezen intézetek munkájának értékelésében.

Varga János dr.

Az eü. ellátás értékelésének kritériumairól az ambuláns-poliklinikai intézetekben. A. D. Jarmencuk és mtsai. (Csernovci): Szovjetszkoje zdravoohranenyije. 1970, 29, 9, 18—22.

1956 októberében a szocialista országoknak a kórház-poliklinikai egységgel foglalkozó, Bulgáriában tartott nemzetközi szimpóziumának határozata leszögezte, hogy ebben az egységben kulcsfontossága miatt a poliklinikának (rendelőintézet-

nek) kell juttatni a vezető szerepet. Ez megkövetelte volna többek között, hogy alaposabban kidolgozzák a poliklinikai munka értékelésének pontos és megbízható indexeit, az utóbbiak azonban egészen mostanáig hiányoznak.

A szerzők Csernovci központi poliklinikáján 1966 óta végeztek felméréseket, hogy választ kapjanak az alábbi kérdésekre: hogyan történik az első ízben poliklinikára került beteg kivizsgálása, milyen a beteg gyógykezelése a poliklinika feltételei között.

Azt kutatva, hogy az első ízben poliklinikára került betegen milyen vizsgálatokat végeztek, az alábbiakat találták: 100 betegre a belgyógyászat 167 laboratóriumi, 38,5 EKG- és 70 rtg-vizsgálat jutott. Úgy vélik, hogy a 100 új betegre jutó kiegészítő vizsgálatok számát mutató index hívebben tükrözi a munka minőségét, mint a 100 esetre (új betegek, ismételt ellátott betegek együttesen) jutó kiegészítő vizsgálatok száma. Így az utóbbi esetben torzítóan hat az, hogy a megelőző szűrővizsgálatokat is a forgalomba (a summaris forgalomba) sorolják.

A vizsgált poliklinikán a munka színvonala a felmérések időszakában lényegesen javult. Így pl. az egyes belgyógyászati osztályokon 1969-ben az előző évi 81,1%-ról 93,7%-ra, ill. 80,3%-ról 92,5%-ra emelkedett azoknak a betegeknek az aránya, akiknél a kivizsgálást teljesnek lehetett venni, a komplex kezelésben részesültek aránya pedig 96,0%-ról 97,4%-ra, ill. 94,6%-ról 96,5%-ra emelkedett.

Ezek az elemzések jól tükrözik a poliklinika munkájának minőségét, nagy segítséget nyújtanak az eü. vezetőknek a munka megjavításában, ezért a közölt indexeket alkalmazásra méltónak tartják a poliklinikai ellátás színvonalának tanulmányozására.

Varga János dr.

A mezőgazdasági lakosság gyógyító-megelőző ellátásban való szükségletének normatívái. Malov, N. I.: Szovjetszkoje zdravoohranenyije. 1970, 29, 7, 41—47.

A SZU-ban egyik középponti feladat a városi és a falusi lakosság között az eü. ellátásban észlelhető különbségek megszüntetése. A hálózatfejlesztés ugyanakkor megköveteli az intenzív vizsgálatokat, s ezek sorozatában fontos helyet foglal el a szerző vizsgálata. Nem jelentős módosításokkal lényegében igazolta azokat a felméréseket, amiket *Iozsica, Bogatirjev* stb. végzett a SZU mezőgazdasági településeiben.

Közöljük néhány fontos szakon a szerző által megállapított normatívákat. Ambuláns-poliklinikai hálózatban 1000 lakosra számítva a belgyógyászatban a gyógyító tevékenységet igénylő betegforgalom 1712,5, gondozással kapcsolatos forgalom 180,3, szűrés 66,6, összesen 1959,4;

sebészetben ugyanebben a sorrendben: 546,5, 97,4, 171,4, összesen: 815,3, gyermekgyógyászatban 734,4, 82,1, 564,4, összesen: 1381,1; szülészeten-nőgyógyászatban: 410,5, 82,8, 166,4, összesen 659,7; fül-orr-gégészeten: 259,5, 72,0, 97,3, összesen: 428,8; szemészeten: 216,2, 77,0, 284,3, összesen 577,5, bőrgyógyászatban: 488,0, 89,0, 46,6, összesen: 623,2; ezeken és az itt fel nem sorolt egyéb szakokon együttvéve: 6666,8, 806,3, 1459,4, összesen 8932,4, s ehhez számítva a 286,2 fős orthopaediái, stomatológiai forgalmat: 9218,6 fő. Kórházi elhelyezés normatívái a fontosabb szakokon 1000 lakosra: belgyógyászat 54,9, sebészet 37,1, gyermekgyógyászat (somaticus) 24,0, szülészeti 17,6, nőgyógyászat 51,2, fül-orr-gégészeti 9,6; a közepes ápolási időtartam ugyanebben a felsorolásban: 14,6, 14,7, 14,4, 9,0, 5,5, 9,8 nap; az ágy-szükséglet normatívái: 2,4, 1,7, 1,1, 1,6, 0,9, 0,3 ágy; együttesen az itt felsorolt és fel nem sorolt szakokon 1000 falusi lakosra az évi hospitalizáció (kórházi beutalás): 244,6 fő; az ágy-szükséglet: 14,68.

Varga János dr.

A gondozási ellátás hatásossága értékelési módszernek néhány vitás kérdése. Ja. I. Drejerman (Jaroslavl): Szovjetszkoje zdravoochranyenijje. 1970, 29, 9. 22—25.

A szovjet egészségügyi szakirodalomban változatlanul az érdeklődés középpontjában van a gondozási módszer. Drejerman közleménye hozzájárulás a gondozás körül kialakult termékeny vitához. A szerző úgy véli, hogy módszertani tekintetben meg kell különböztetni a mutatók alábbi három csoportját: 1. az adott munka volumene (a gondozottak aránya, dinamikájának alakulása az év során); 2. az év során alkalmazott egészségügyi rendszabályok száma (a gondozás aktivitása, rehabilitáció stb.); 3. az év során alkalmazott gondozási tevékenység hatásossága.

Az utóbbi csoporttal behatóbban foglalkozik, s ennek során a következő indexeket emeli ki:

1. A gyógyulás miatt a nyilvántartásból töröltek aránya százalékban.

2. A poliklinika területén gondozott lakosság halálózása. Csak azt az alapbetegséget kell figyelembe venni, amely miatt a paciens gondozás alatt állott, s ami halálos kimenetelű volt.

3. A rokkant állományba átsorolt gondozottak aránya. Ez a számítás is poliklinikák és nosológiai egységek szerint történjen.

4. A munkaképesség ideiglenes elvesztésével járó esetek a gondozottak körében (poliklinikák szerint 100 betegre számítva, s ugyancsak célszerű meghatározni nosológiai egységek szerint is).

5. A táppénzes napok száma a gondozottak körében. Az egyes orvosok munkájának értékelése so-

rán szóba jöhet az egy gondozottra jutó táppénzes napok közepes számának mutatója is.

A szerző tudatában van annak, hogy az általa felsorolt indexek nem tárják fel a gondozás hatásosságát teljes mélységében, mégis — néhány más szerző javaslatától eltérően — objektívebbek.

A gondozási munka hatásosságának a mérése elősegíti e módszer további tökéletesítését. A közleményben szó van arról is, mennyi beteget képes gondozni a poliklinikai orvos. A jelenlegi megterhelés mellett az alapszakokban legfeljebb 60—80, a szűkebb szakmában 20—30 beteget képes az orvos gondozni, a munka tökéletesítésével azonban az alapszakokon 100—120 főre emelhető azoknak a betegeknek a száma, akiket egy poliklinikai orvos gondozni tud.

Varga János dr.

latrogén ártalmak

Steroidokkal okozott mellékvesekéreg-elégtelenség. Bethge, H.: Klin. Wschr. 1970, 48, 317.

Szerző összefoglaló tanulmányt készített 147 irodalmi adat és saját tapasztalata alapján a szteroidkezeléssel okozott mellékvesekéreg-elégtelenségről. A kérdés fontosságát jelzi, hogy a számos szteroid mellékhatás közül még ma is az iatrogen mellékvesekéreg-elégtelenség az, mely a legtöbb halálos „szövődmény” okozója.

Bevezetőül a hypothalamus-hypophysis elülső lebeny-mellékvesekéreg (HT-HEL-MVK) rendszer fiziológiáját és pathofiziológiáját ismerteti. Ebből a szempontból legfontosabb a negatív „feed-back” ismerete; ha a vérben emelkedik a cortisol-szint, az gátolja az ACTH termelést és fordítva, a cortisol szint csökkenése a hypophysis corticotrop hormon termelésének emelkedését és ez következményesen a mellékvesekéreg hormon termelésének fokozódását fogja okozni. Emellett lényeges tudni, hogy van endogen ACTH-cortisol napi ritmus is, amely reggeli maximummal és éjszakai maximummal jelentkezik. A szabályozás szempontjából fontos ismeretünk, hogy minden szervezetünket érő erősebb inger („stress”) átmenetileg erősen fokozza az ACTH-cortisol secretiót.

A szteroiddal kezelt betegekben annál nagyobb a valószínűsége az iatrogen mellékvesekéreg hypofunkció kialakulásának, minél tovább és mennyi nagyobb dosissal kezeltük a beteget, azaz mennél inkább alakult ki a kezelés alatt „Cushing-szerű” tünetek. Mivel elmentben a Cushing-szindrómában észlelt mellékvesekéreg hypertrophiával itt nagyfokú atrophia észlelhető, a kezelést kihagyásokkal számolni kell azzal, hogy aránylag enyhén „stressz-situációkra” az Addison-kórra jellemző állapot ala-

kulhat ki. (Nyugalmi állapotban az atrophias mellékvesekéreg funkció még kielégítő lehet, mert a só-egyensúly fenntartásában döntő szerepet játszó aldosteront termelő zona glomerulosa nem áll ACTH irányítás alatt).

Kritikusan ismerteti a hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg rendszer működőképességének tisztázására szolgáló mai eljárásainkat, kihangsúlyozva, hogy egyedül a mellékvesekéreg hormonok basalis meghatározása igen nagy tévedéseket okozhat, mert igen nagyok a napi változások. Így a reggeli plasmacortisol-szint normális értéke pl. 6—22 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$ közt ingadozik. A plasmacortisol-szint nap-szakos ingadozásának regisztrálása már sokkal nagyobb valószínűséggel ad értékelhető eredményt.

A mellékvesekéreg funkció tisztázására ma is legjobb az ACTH próba. A sok ajánlott módszer közül legjobbnak tartja a plasma cortisol-szint meghatározását az injekció előtt, majd 30 perccel az i. m. adott ACTH után. A visszajelentő („feed-back”) mechanizmus épségének tisztázására 2 módszer áll rendelkezésünkre. Első — a szerző által *Robinson-próbának* nevezett módszer —, amelynek lényege, hogy a szteroid kezelés befejezése után reggelként plasma cortisol meghatározást végzünk. A HT-HEL-MVK rendszer működőképességének épségben maradását az emelkedő cortisol-szint jelzi.

Másodiknak a nálunk is ismert „Metopyron próbát” ajánlja. A Metopyron tudvalevően gátolja a cortisol-synthesis. Ennek következtében ACTH secretio fokozódást okoz, ami a cortisol előanyagok megszorodását eredményezi és a vizeletből meghatározható. (Előzetesen tudnunk kell, hogy a MVK ACTH-ra reagál-e?) Míg e 2 utolsó próba a hypophysis elülső lebeny működő képességének tanulmányozására szolgál, vannak eljárások, melyekkel a hypothalamus corticotropin releasing factorának termelésére következtethetünk. Ilyenek a *vasopressin próba* és a különböző „stressz próbák”, mint a műtéti stressz — az insulin hypoglycaemia — és pyrogen próbák. A próbákra bekövetkező ACTH, vagy cortisol szint emelkedése a HT-HEL-MVK rendszer épségét jelzi, habár ezen próbák pontos támadáspontja még vitatott. Az irodalomban különböző vélemények vannak arra vonatkozóan, hogy a szteroidkezelés dosisa és időtartama mikor és mennyi időre okoz MVK elégtelenséget. A vélemény függ attól is, hogy a MVK működés vizsgálatakor melyik próbát használták. Megbízhatónak azokat az adatokat tarthatjuk, amelyeket legalább 3—4 különböző próbával nyertek a vizsgálok.

A *steroid-dosis* fontosságára utal, hogy napi 3 mg Prednisolon dosisig hosszú idő alatt sem alakul ki sypressio. 5—10 mg közötti adagok

már 1—2 próbánál MVK hypofunkcióra utalnak, ami 10—15 mg/die adag mellett egyre gyakoribbá válik, 15 mg die feletti adagok gyakorlatilag mindenkinél súlyosabb és hosszabb ideig tartó HEL-MVK rendszer zavart okoznak.

A szerző által átnézett és többek által ismertett adatokból világosan kiténik, hogy a próbákat a steroid kezelés alatt, vagy 1 nappal azok kihagyása után nem érdemes végezni, mert a később bekövetkező helyreállítás miatt az első napokban túl sok pathológiás esetet találunk és nem tudjuk, hogy ezek közül melyiknél kell tartós zavarral számolnunk.

A steroid kezelés abbahagyása után elsőnek a reggeli plasma cortisol-szint normalizálódik, ezt követi az ACTH-ra bekövetkező emelkedés. E 2 próba negatívvá válása után néha igen hosszú idő telik el, míg a Metopyron és Insulin hypoglykaemia próba is normális eredményt ad.

A steroid kezelés időtartama a MVK suppressio szempontjából igen fontos, de igen nagy egyéni változatosságokat észlelhetünk. Egy bizonyos adagon túl (ami általában 15 mg/die) mindegy, hogy mennyi a napi dosis, mert a tartós károsodás oka ilyenkor a gyógyszereszedés időtartamától függ. Úgy látszik, hogy 6 hónapon túli kezelésnél kell tartós MVK atrophiaval számolnunk (15 mg/die, vagy ennél nagyobb adagok szedése mellett), de az egyéni érzékenység miatt vannak éveken keresztül kezelt betegek, akiknél még mindig nem alakult ki végleges károsodás.

A steroid okozta MVK atrophia kialakulásának prophylaxisa gyakorlati szempontból a közlemény egyik legértékesebb része. Számos szerző kísérte meg a gyógyszer adagolását úgy variálni, hogy az lehetőleg teljes therapiás hatást biztosítson a lehető legkevesebb mellékhatással. Mivel a HEL-MVK rendszer suppressiója szempontjából a legkárosabb az egyenletes vérszintbiztosítás, amelyet a napi adag több részre való elosztásával igyekszünk elérni; a következő eljárásokat találjuk a különböző szerzők részéről:

1. napi egyszeri adagolás,
2. alternáló (másodnapenkénti) adagolás, ezen 2 eljárás lényege, hogy 1. a teljes napi adagot egyszeri, illetve 2. 2 napi teljes adagot egyszerre vesz be a beteg. Több szerző egybehangzóan nagy adagok hosszú ideig való alkalmazása esetén is éppenként találta a HEL-MVK rendszert.

3. intermittáló adagolás, 3—4 napi gyógyszer szedés után 3—4 nap szünettel.

A prophylaxis szempontjából a rövidebb ideig ható steroidok (Cortison, Hydrocortison, Prednison, Prednisolon és Methylprednisolon) előnyösebbek, mint a hosszabb ideig ható Dexamethason és Betamethason. A Triamcinolon és Pa-

ramethason ebből a szempontból is a közép hosszú ideig ható steroidok közé tartozik. Úgy látszik, hogy gyógyhatás szempontjából az alternáló kezelés egyenértékű a régebbi osztott kezeléssel. Mellékhatások szempontjából pedig nemcsak a MVK atrophia kifejlődését gátolja, de ilyen kezelés mellett nem alakul ki Cushing-szindróma és gyermekgyógyászok azt közlik, hogy betegek növekedése ezen módszer mellett kevésbé gátolt, mint a régi adagolási mód mellett.

A prophylaxisról írt fejezet az elmondottak alapján érthetően az alábbiakról, hogy a tartós gyógyszer szedést biztosító depot steroid készítmények adását károsnak kell minősíteni. Steroid kezelt betegek műtéti előkészítése mindig igen fontos probléma. Ha van idő és lehetőség, legjobb a HT-HEL-MVK rendszer működésének előzetes tisztázása. E célból megfelelő műtét előtt a steroid kezelés befejezése után 24 és 48 órával vett plasma cortisol-szint. Ha ez normálisra emelkedik, valószínű, hogy komolyabb veszély nem fenyeget, de azért jó ha ekkor még megnézzük, hogy i. m. ACTH után 1—1½ órával megfelelő cortisol-szint emelkedés jön-e létre? Ha mindkét próba eredménye jó, akkor is úgy kell vigyázni a betegre, mintha Addison kórja lenne. Ha e próbák eredménye MVK elégtelenségre utal, vagy nincs mód a laboratóriumi vizsgálatok elvégzésére, úgy a betegnek műtét előtti napon, majd a műtét alatt és azt követő napokban úgy kell adnunk a steroidot, mintha Addison-kóros beteg kerülne műtetre.

Steroid okozta MVK elégtelenség kezelésére előbb az intermittáló ACTH kezelést ajánlották. De mivel a betegség lényege nemcsak a MVK atrophia, hanem az elégtelen IIT-HEL-MVK rendszer működése, ezért ennek nincs sok értelme. Legfeljebb a kezelés befejezésekor érdemes néhány napig igen kis mennyiségű, 1—2 E ACTH-t adni, mert ez már ingerli a MVK-et és nem suppressálja az endogen ACTH termelést. A másik módszer a steroid-kezelés fokozatos, lassú elhagyása. Ha nagy adaggal kezeltük a beteget, a napi 15 mg feletti mennyiségeket minden különösebb veszély nélkül gyorsan elhagyhatjuk, de 15 mg-tól lefelé csak igen fokozatos leépítést végezhetünk (egyedik szerint havonta 1 mg-mal lehet csak a napi adagot csökkenteni).

Komor Károly dr.

A iatrogen oesophagusperforációk. Sailer, R. és mtsai. (Chirurgische Klinik des Klinikum Essen der Ruhr-Universität): Deutsche med. Wschr. 1970, 95, 330—336.

Amíg az emésztőrendszer üregeinek külső erőművi behatásra bekövetkező, vagy spontán ruptúrái ritkán fordulnak elő, addig az endoscopos vizsgálatok növekvő száma

miatt egyre gyakoribbak a iatrogen oesophagus-perforációk. A kérdés tárgyalása a gyakran életveszélyes szövődmények therapiás elveinek megfogalmazása miatt időszerű.

Leggyakrabban oesophagoscopia, vagy a nyelőcső szondázása vezet perforációhoz (0,25—0,7%-ban). Kialakulhat carcinoma, vagy gyulladással szövet excisiója, éles, hegyes idegentest kiemelésekor, különösen ha az idegentest hosszú ideje változatlan helyzetben maradva, a fal gyulladásához vezetett. Igen ritkán Stark-féle cardiatalator hirtelen nyitása, téves oesophageális intubatio, áljárati szondával, szívókatéterrel történő átúrása, végül transplantált endoprothesis (Häring-prothesis, Celestin-tubus), az emésztőrendszer műteteinél operatív manipuláció (kampózás), mediastinoscopia kapcsán nyirokcsomó próba-excisiója, exstirpációja is okozhat perforációt.

A klinikai kép a perforáció helyétől, a perforációs nyílás nagyságától, a környéki szervek és szövetek (trachea, pleura) esetleges sérülésétől és a beteg általános állapotától függ. A nyaki szakasz sérülését bőr alatti emphysema, a nyaki lágyrészek gyulladása, dysphagia, láz, lokális fájdalom és leucocytosis jellemzi. Az anatómiai viszonyoknak megfelelően a gyulladás átterjed a felső mediastinumra.

A thoracalis szakasz sérülésének tünetei attól függenek, hogy sérült-e a pleura mediastinalis, vagyis, hogy egy vagy akár kétoldali ptx. társul-e ugyanakkor. Heves retrosternalis fájdalom, collapsus és shock jellemző. A gyulladás a felső mediastinumra ascendálódik, valamint a nyakra. Heveny shock lép fel, ha a mediastinalis pleura sérülése következtében levegő, vagy emésztőnedv áramlik egyik vagy mindkét pleuraűrbe. A ptx. — részleges vagy teljes collapsus miatt — gyorsan hypoxiához vezet, főként idős korban.

Az alsóbb szakasz perforációi ritkábbak, az alsó mediastinum gyulladásához, esetleg retroperitoneális phlegmone kialakulásához vezethetnek. A hasi szakasz sérülései meglehetősen sórványosak. A mellő fal sérülését akut has képe követi, míg a hátsó fal ruptúrájának retroperitoneális phlegmone vagy abscessus a következménye.

A diagnózis a mellkas rtg.-vizsgálatára, valamint magára a nyelőcsőre alapozódik. A kórisme felállításakor nem szabad időt vesztegetni, a lényegre kell törekedni. A nyelőcső contrastanyaggal történő feltöltésével kapcsolatban rámutatnak azokra a veszélyekre, melyet a barium tartalmú contrastanyag használata okozhat. Következmenyes szöveti izgalom, steril gyulladás léphet fel, mely a későbbi operatív beavatkozás sikerét kétségessé teheti. A vízdoldékony, könnyen resorbeálódó szövetbarát contrastanyaggal az említett, nem kí-

vánatos szövődmények elkerülhetők.

A *therápia* a sérülés és a therápiás beavatkozás között eltelt időhöz, a beteg általános állapotához, a defektus helyéhez és nagyságához, az esetleges szövődményekhez (ptx., pleuritis, empyema, peritonitis, mediastinitis), a nyelőcső állapotához, illetve előző betegségéhez (carcinoma, benignus stenosis, idegentest) igazodik. Ha meggondoljuk, hogy a perforációknak csak 13%-át ismeri fel a vizsgáló oesophagoscopia során, érthető, hogy rövidebb-hosszabb idő telik el a sérülés és annak felismerése között. Minél hosszabb ez az időtartam, annál inkább romlanak a therápiás beavatkozás kilátásai. 24 órán túl az oki therápiás beavatkozás (defektus műtéti zárása) már nem lehetséges. Ilyenkor konzervatív eszközök használatára kényszerülünk. Szövődmény esetén ezek ellátása megkísérélhető (mellkasi folyadék lecsapolása, Bülau drainage, a nyaki tájék incisiója, a mediastinitis drainálása, stb.). 24 órán belül, jó általános állapot mellett — függetlenül a defektus helyétől és nagyságától — műtét, azaz a defektus zárása szükséges. Amennyiben benignus vagy malignus stenosis mellett következett be ruptúra, mindig fennáll a varratelégtelesség veszélye. Szerzők a laedált nyelőcsőszakasz primér resectióját, majd a folytonosság helyreállítását javasolják (anastomosis). Kerr 23 ilyen eset során is csak 14%-os lethaliást észlelt. Irodalmi adatok bizonyítják, hogy a sebészi ellátás effektusa szignifikánsan jobb. Foster szerint: tisztán konzervatív kezelés 66%-os, thoraxdrainage 40, defektus ellátása a kiegészítő drainage nélkül 33, kiegészítő drainage-zsal csak 7%-os mortalitással jár. Ami az időfaktort illeti, 13%-os a halálozás 24 órán belül, 45%-os azon túl.

Szerzők az utóbbi 6 évben 15 iatrogén perforációt kezeltek. Ebből 10 oesophagoscopiával kapcsolatos (6 alkalommal egyidejű próbaexcísió). A sérülés 4 esetben a nyaki, tízben a thoracalis, egy alkalommal az abdominalis szakaszon következett be (okok: 7 scopia, 2 idegentest + scopia, 2 dilatatio és szondázás, 4 operáció). Míg a nyaki perforációk kivétel nélkül mind a ventralis nyelőcsőfalra estek, addig az alsóbb szakasz sérülései a hátsó, illetve a lateralis falra.

Therápiás elvek: műtéti úton zárni a defektust (részletesen leírják az egyes esetekben alkalmazott technikát, behatolásokat, stb.). A 15 műtétilag kezelt esetből 10 él, 5 meghalt. A magas lethaliás oka elsősorban nem az eleve kilátástalan prognózisban, hanem a beteganyag kedvezőtlen összetételében keresendő (7 carcinomás beteg). A perforáció korai felismerésének jelentősége a prognózisban vitathatatlan. Ennek alapján az ambulánsan végzett oesophagoscopia nagy

rizikót jelent, szükségesnek tartják a vizsgálatot követő 24 órás megfigyelést.

Domján Lajos dr.

Posttransfusió hepatitis előfordulása nyitott szíven végzett műtétek után. J. H. Walsh és mtsai: JAMA. 1970, 211, 261.

A szerzők icterussal járó és anicterikus hepatitis előfordulását vizsgálták 110 olyan kiválasztott betegen, akiknél nyitott szíven végeztek szívűtétet. A betegek műtétje és 6 hónapon át történő ellenőrzése azonos klinikai központban történt. Egy-egy betegen átlag 17 donor vérral végeztek perfusiót, illetve transfusiót. E betegek közül 28-nak tétítesmentes donorok, 82-nek pedig tétíteses donorok adták a vért. A tétítesmentes donorok recipienséinél nem fordult elő hepatitis. A tétíteses donorok vérének kapó betegek közül 42 esetben (51%) lépett fel hepatitis. A 42 hepatitis eset közül 13 járt icterussal. (Ref.: *nyitott szívűtéték után 51%-ban fellépő serum hepatitis a világirodalmi adatokhoz képest rendkívül magas előfordulási százalék. Ez a magas szám többek között azzal magyarázható, hogy az Egyesült Államokban — mint ezt számos előző tanulmány ismertette —, a tétíteses donorok között sok az alkoholistá és a narkomániás. Magyarországon a nyitott szíven végzett műtétek beteganyagában 599 eset kapcsán 2%-ban észleltünk icterussal járó serum hepatitiset. Ez utóbbi betegek a műtét alkalmával 18 tétíteses donor vérének kapták.*)

Langfelder Mária dr.

Insulin-shock kezelés után fellépő késői glukose tolerancia csökkenés. Hunter, R., és mtsai. (Friern Hosp. London, Exe Vale Hosp. Exminster, Devon): Brit. Med. J. 1970, 1, 465—468.

Már Banting 1938-ban felhívta a figyelmet az inzulin kezelést követő anyagcsereelváltozásokra, munkatársaival később inzulin-neutralizáló anyagot is kimutatott.

A szerzők saját pszichiatrai beteganyagukban olyan esetekre figyeltek fel, ahol inzulin-shock kezelés (IS) után több, mint egy évtizeddel cukorbetegség lépett fel vagy a kezelések során jelentősen megnőtt a kezdeti inzulin coma-dosis.

Két csoportban végezték vizsgálatukat. Az egyikben 31 személynél előzőleg IS kezelés történt, a kontroll 22 betegnél egyéb pszichiatrai kezelést végeztek. A betegeknek standard vércukor terhelés, serum inzulin meghatározás, izotop metodikával antitest kimutatás, serum elektroforesis vizsgálat történt.

Az IS kezelt csoportban a vércukor értékek alapján három férfi és két nő bizonyult cukorbetegnek (16%) szemben a másik csoport egyetlen cukorbetegével (5%). A

vércukor-átlagértékek a kezelt csoportban magasabbak voltak, grafikusán ábrázolva nagyobb szórás mutattak a maximális vércukor értékek és a terhelést követő hyperglykaemiás fázis értékei is. Egyéb különbségek a cukorbetegnek kiemelésé után nem bizonyultak significánsnak.

A bevitt inzulin szemben két ízben lehetett kötődött antitestet találni. Az egyik nőbetegnél ez már a klinikai kép alapján valószínű volt, mert coma-dózisa a kezdeti 90—110 E-ről a kezelés során 500—580 E-re emelkedett.

A serum inzulin érték három kezelt betegnél diabetesre jellemző volt, ezek kiemelésé után kapott éhgyomri értékek alacsonyabbak voltak ugyan, de significánsan nem tértek el a kontroll-csoport adataitól.

Az esetek vizsgálata alapján valószínű, hogy a kisebb adagok inkább okoznak később elváltozást, mint az egyszeri masszív inzulin mennyiségek. Lehetséges, hogy az esetenként pontosan nem tisztázható összefüggések háttérben még ismeretlen faktorok szerepelnek.

Ulbing István dr.

A staphylococcus aureus hordozók hexachlorophen kezelése. Noone, P., Griffiths, R. J., Taylor, C. E. D. (Centr. Middlesex Hosp. London, Dept. Microbiology): Lancet 1970, I. 1202—1204.

A kórházi staphylococcus törzsek antibioticum-rezisztenciája egyre gyakrabban teszi eredménytelenné az antibioticum kezelést. Elsősorban a nagyon idős és a nagyon fiatal betegeket, valamint a súlyosabb sebészi beavatkozások és elhúzódó megbetegedések miatt legyöngyülteket veszélyeztetik a kórházi törzsek. Szerzők intézetében a septicus sebekből izolált staphylococcusok 10—20%-a már nemcsak a tetracyclinekkel, erythromycinnal, benzylpenicillinnel, hanem a methicillinnel szemben is resistensnek bizonyult.

Az ápoló személyzet és orvosok rendszeres vizsgálata, ill. a staphylococcus-hordozók kezelése segítségével szerettek volna a helyzetet javítani. A nasalis staphylococcusokat hordozók először localis neomycin kezelést kaptak, de az eredmények nem voltak kielégítőek. Később ezért 2% hexachlorophent tartalmazó kenőcsöt alkalmaztak. Naponta 2-szer, 1 héten keresztül alkalmazták a fertőtlenítő szert tartalmazó kenőcsöt, úgy, hogy az osztályon egyidejűleg hexachlorophent tartalmazó szappant is használtak. A kezelés után 2 nappal, majd hetenként egyszer, később havonta ellenőrizték az orrlórát.

A kezelés kifejezetten eredményesnek bizonyult. A vizsgált 20 staphylococcus-hordozónál minden esetben megszűnt a staphylococcus aureus kimutathatósága, ill. mind-

egyiknél coagulase-negatív staphylococcusok jelentek meg. 4 személynél proteus mirabilis, egynél pseudomonas aeruginosa lehetett a kezelés befejeztével az orrváladék-ból izolálni. A kezelést követő hónapokban csak két olyan nővérnél lehetett ismét methicillinresistens staphylococcus aureus kimutatni, akiknél kétely merült fel a hexachlorophenes szappan rendszeres használatával kapcsolatban. Sensibilisatio nem fordult elő, kellemetlen mellékhatásokat nem észleltek, a kezelést hasznosnak minősítik, bár gram negatív csírák megtelepedésével számolni kell.

(Ref.: *A staphylococcus fertőzés hazai jelentőségére nem szükséges rámutatni. A hexachlorophen-kenőcsös kezelés bevezetésének akadályai nálunk sem lenne, a közlemény azonban hangsúlyozza a hexachlorophen tartalmú szappan használatának fontosságát is. Intézetünkben vizsgálatokat kezdtünk annak tisztázására, hogy az ilyen szappan helyett rendszeres fertőtlenítő kezelések alkalmazva, elérhető-e ugyanolyan kedvező eredmény, mint amilyenről a tanulmány beszámol.*)

Török János dr.

Nil nocere! Késői vérzés vak májpunctio után. Kottlors, W., H. Brügel (Saale-Sanatorium, 837 Bad Kissingen, NSZK): Münch. med. Wschr., 1970, 112, 1238—1240.

Kalk professzor 75. születésnapjára a Münchener Medizinische Wochenschrift ünnepi számot adott ki, melyben a tanítványok adóznak tisztelettel mesterüknek, a hepatologia nagyjának.

A kazuisztikai közleményben 22 éves nőbetegéről van szó, akinek epés panaszai mellett bizonytalan májtáji panaszai is voltak, s ezért vakon végzett májpunctio történt nála. A szövettani vizsgálat lényegtelen eltérést mutatott csak. A betegnek a beavatkozás után napokon át nem voltak panaszai, majd diéta hiba után jobb bordaív alatti kólikás fájdalmi léptek fel, amelyet kezdetben epekövességével hoztak összefüggésbe.

Miután azonban a panaszok a szokásos gyógyszerelésre nem szűntek, sőt a haemoglobin értéke egyre csökkent, nyilvánvalóvá vált, hogy vérzéses szövödményről lehet szó. 15 nappal a punctio után az erősen kivérzett betegnél műtét történt, amikor kiterjedt subcapsularis haematomát és a májtok jelentős mértékű necrosist találták, valamint egyetlen epekövet. Először a vérzést szüntették meg, majd második műtét során az epekövet is eltávolították.

Az eset ismertetése során a szerzők utalnak a megtévesztő epekövességre, amely kólikás panaszokat okozva diétahiba után elfedte a punctio utáni vérzéses szövödmény kialakulását. Feltételezésük szerint a késői megnyilvánulásban szerepet játszhatott kialakult thrombus késői oldása, valamint a beteg nyugtalansága is mert a kólikás fájdalom után tilalom ellenére is járka.

Tanulmányként a szerzők megállapítják, hogy a vakon végzett májpunctio sem szövödménymentes beavatkozás és ennek lehetőségére még akkor is kell gondolni, ha egyébként előzetesen nem károsított májról van szó.

Iványi János dr.

A májbiopsia késői szövödményének kérdése. E. Wildhirt (Med. Klin. des Stadtkrankenhauses Kassel, NSZK): Münch. med. Wschr. 1970, 112, 1234—1237.

A hepatológiában a májbiopsia Menghini módszerének bevezetése óta egyre inkább polgárjogot nyer, sőt olyan hangok is hallatszanak, melyek a beavatkozást ambulanter is elvégezhetőnek tartják.

Ez ellen a megnyilatkozás ellen lép fel Kalk tanítványa, s utóda Wildhirt, aki sok ezer májbiopsiát végzett és tapasztalatai feljogosítják vélemény formálásra.

10 128 Menghini-punctio során 9 súlyos szövödményt észlelt, ebből 6 súlyos vérzés, 1 epés peritonitis, 1 epés peritonitiszhez társuló pleuritis exsudativa és 1 jobboldali pneumothorax képében nyilvánult meg. 1 vérzéses szövödmény 13 nappal a beavatkozás után vált nyilvánvalóvá, ebben az esetben műtéttel sikerült a nagy subphrenicus haematomát eltávolítani. 7 esetben a szövödmények a punctio után nem azonnal, hanem csak 12 óra után léptek fel, s ebből a tényből kiindulva a szerző semmiképpen nem látja indokoltnak a májpunctio ambulanter való elvégzését. Saját eseteiben a punctiókat három végzeték, akik évek során a technikát kiválóan elsajátították, s valamilyen beteg esetében gondos haematologiai vizsgálatok előzték meg a beavatkozást. Noha a 9 szövödményes eset végülis meggyógyult, a szerző óva int attól, hogy a májpunctiót követően a beteget azonnal hazaengedjék. Iványi János dr.

MEGJELENT

EGÉSZSÉGÜGYI FELVILÁGOSÍTÁS

1971. 1. szám

Prof. Horányi Béla dr.: Az ember és a társadalom a mentálhigiéne szempontjából.

Füsti Molnár Sándor dr.: Az értelem szerepe az egészségnevelésben.

Turóczi Júlia dr.—Székely Lajos dr.: A fővárosi gyermekek táplálkozásának néhány egészségnevelési mutatója.

Gaál Lenke—Szigeti Józsefné—Wagner Lajosné: Adatok a terhességmegszakítás utáni neml. önmegtartóztatás kérdéséhez.

Cseplák György dr.: Egészségügyi ismeretterjesztés a gyógyintézményekben.

Gábor Pál dr.: Sexuális felvilágosító előadások tapasztalatai iskolás leányok között.

Beszámoló az Egészségügyi Felvilágosítás Társadalmi Tanácsa munkájáról és javaslatainak végrehajtásáról (r. e.).

Követendő kezdeményezés: egészségnevelési napok Szentendrén (Barna Béla).

Egészségnevelési munkaértekezlet és tapasztalatcsere Szolnokon (Füsti Molnár Sándor dr.).

Hozzászólás a szolnoki egészségnevelési tapasztalatcsere (Lengyel Bertalan dr.).

Egy kiállítás margójára (Arany László dr.).

Kommentár — megyei lap cikke az egészségnevelésről (—).

Tudnivalók az NDK-ban dolgozó fiatalok számára (Aszódi Imre dr.).

Bugyi Balázs dr.: Erdélyi diák hallei doktori értekezése az egészségre nevelésről és a betegápolás helyes módjáról a XVIII. századból.

Fazekas Árpád dr.: Szabolcs vármegyei orvosi rendtartás 1846-ból.

A hetedik mérőldkő (Barna Béla). — Az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Felvilágosítási Központjának évkönyve az 1968—69. évről.

És most jön a biológia! (B. B.) — G. R. Taylor: Biológiai pokolgép.

Harc az öregedés ellen (Gál Imre dr.). — Hellmuth M. Bötcher: Az ember túlságosan korán hal meg.

A teljesség igényével (Gálffy Zoltánné dr.). — Selye János: In Vivo: A szupramolekuláris biológia védelmében.

Két könyv a táplálkozásról (Bugy László dr.). — Sós József dr.—Szelényi István dr.—Soós András dr.: A táplálkozás művészete és John Yudkin: Ez a korszerű fogókúrá!

Egészségnevelési feladatok kancsalság (— uf —).

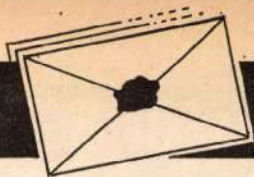
Továbbra is időszerű a brucellózis elleni küzdelem (— uf —).

Az ifjúság nevelése s a hírközlő eszközök veszélye és haszna (r. e.)

Hazai események (M. Gy.-né).

Nemzetközi hírek (S.-né).

Közlemények.



A kromoszóma transzlokációk és a magzati ártalmak.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastuk Czeizel E., Osztovcics E., Ruzicska P. (Orv. Hetil. 1970, 111, 2943.) saját esetekkel illusztrált összefoglalását a transzlokációkról. Ez a közlemény is azt bizonyítja, hogy a kromoszóma-rendellenességek leggyakoribb, talán legfontosabb — de mindenképpen legkomplikáltabb — típusai a reciprok transzlokációk és a centrikus fúziók. (Ez utóbbi két strukturális rendelleneségtípus eltérő jellege és alapvetően különböző következményei még az Orv. Hetil. irodalmi referátumaiból sem derül ki mindig, pl. Gardó S.: 1970, 111, 2738.)

Magunk egy spontán elvetélt magzatban észleltünk — tudomásunk szerint — először 45,XY,G-,G-, t(GqGq) + (46,XY,G-, t(GqGq)) + centrikus fúzió mozaik előfordulását. (Magyar Nőorvosok Lapja, 1970, 33, 453.) Czeizel és mtsainak közleménye alapján világos, hogy a transzlokációkkal a magzati ártalmak nagy hányadában kell számolnunk. Felismerésükkel születési gyakorlatunk legproblematikusabb területén remélhető haladás. Hazánkban kromoszóma-vizsgálatok még csak korlátozott számban végezhetőek, ezért minden egyes magzati ártalom esetében nem javasolhatjuk a karyotypus meghatározását. Fontos lenne a transzlokáció gyanúja miatti kromoszóma-vizsgálatok indikációit meghatározni és tudatosítani.

Végezetül szeretnénk elismerőleg szólni a kromoszóma-képek jó minőségéről, és az utódok kocká-

zatát megadó, hasznos táblázatokról. (Mindez egyaránt dicséri a szerzők, valamint a szerkesztőség munkáját.)

Elek Emil dr.

T. Szerkesztőség! Elek dr. hozzászólását köszönjük, értékes esetét ismerjük, hiszen a kromoszóma-vizsgálat laboratóriumunkban történt, helyszűke miatt azonban csak a postnatalisan kórimézett esetekre szorítkozhattunk. Közleményünkben elsősorban genetikai szemszögből értékeltük a transzlokációkat és ezért bizonyos klinikai-gyakorlati vonatkozásokra, így a transzlokáció gyanúja miatt kromoszóma-vizsgálat indikációira valóban alig maradt helyünk. Ez különben is nagyon bonyolult kérdés. A transzlokációk viszonylag gyakoriak, viszont hordozóik klinikailag általában tünetmentesek, tehát a kromoszóma-vizsgálat indikációja szóba sem kerül. Ennek szükségesége inkább csak a sikertelen terhességek után merülhet fel. Viszont a transzlokációt hordozók meiózisa során bekövetkező hasadás jellegzetességeinek felismeréséhez nagyobb számú terhességre lenne szükség — és ez ma már elég ritka. Egy-egy sikertelen terhesség viszont olyan gyakori (a terhességek kb. 20%-a), hogy minden ilyen esetben valóban nem kérhető kromoszóma-vizsgálat. (A klinikusok „a kibicnek semmi sem drága” elv alapján sokszor megfélekednek arról, hogy egy-egy kromoszóma-vizsgálat átlagosan 15 asszisztensi munkaórát igényel és kb. 300 Ft-ba kerül.) Mindezek alapján transzlokációk gyanúja miatt két esetben tűnik indokoltnak a kromoszóma-

vizsgálat kérdése. (i) Fiatal szülőkben Down-kóros gyermek születése után, különösen ha az anya 30 év alatt van és a házaspár még tervez gyermekét. (Ilyenkor ugyanis nem ritkán D/G vagy G/G centrikus fúzió áll a háttérben.) (ii) Ismételt vagyis habituális magzati halálozás (spontán vetélés + halvaszületés) esetén, amikor a szülők mintegy 5–6%-ában várható kromoszóma-rendellenesség. Különösen indokolt a vizsgálat, ha a magzati halálozásokkor vagy ezzel váltakozva multiplex fejlődési rendellenesség észlelhető. (A végső megoldás kétségtelenül a kromoszóma-vizsgálat automatizálása lesz, amelynek eredményeképpen egyszer minden újszülöttnél, ill. személyben elvégzik majd a kromoszómák analizisét és ezáltal — egyebek mellett — a transzlokációkat is felismerik. A kromoszóma-vizsgálat automatizálása azonban nem várt nehézségekkel találta magát szemben, úgyhogy ez még a szuperhatalmak esetén sem fog valószínűleg néhány éven belül megvalósulni.) A transzlokációk felismerésének ugyanakkor — és ezt ismételt hangsúlyoznunk kell — komoly gyakorlati jelentősége van. Nemcsak a genetikai tanácsadás során adott kockázatbecslés pontosságát és hatékonyságát emeli jelentősen, hanem a praenatalis diagnosztika révén az utód ártalmának konkrét igazolására, ill. elvetésére is lehetőséget teremt. A kariatípusaink minőségével kapcsolatos megjegyzést köszönjük és valóban, ebben az Orv. Hetil. nyomdatechnikai javulásának is komoly része van. De ez nem csupán formai kérdés, a jó minőségű preparátum nemcsak az értékelés pontosságát emeli, hanem a nemzetközi szintű publikációknak elengedhetetlen feltétele is.

*Czeizel Endre dr.
Osztovcics Magda dr.
Ruzicska Péter dr.*

„A lélek bántalmi olyanok, mint a test sebei: akármilyen gondosan gyógyítjuk is, forradásuk mindig meglátszik és minden pillanatban az a veszély fenyegeti őket, hogy ismét felfakadnak.”

La Rochefoucauld

„Ahhoz, hogy jól tudjuk a dolgokat, részleteiket kell tudnunk, s mivel ezek csaknem végtelenek, ismereteink mindig felületesekek és tökéletlenek.”

La Rochefoucauld



KÖNYVISMERTETÉS

J. Winand: Normális és kongenitálisan kövér egerek zsírsavanyagcserejének kvalitatív és kvantitatív aspektusai. Éditions Arscia, Bruxelles, 1970. 297 old.

Az utóbbi évtizedben nagy lendületet vett a zsírsavanyagcsere kutatása. Sok azonban a még tisztázatlan kérdés a zsírszövetet felépítő egyes lipidek megoszlását és az anyagcsere folyamatokban való részvételét illetően. Nem eléggé ismert az sem, hogy a hormonális szabályozás, ill. annak zavara obesitásban mennyiben befolyásolja egyes lipidek anyagcseréjét, ill. mennyiben változtatja meg a zsírszövetet felépítő lipidek spektrumát. Nagy lépést jelentett e téren olyan egérfajták felfedezése, ill. kitenyésztése, melyek az emberben is azóta gyakran leírt obesitás — hyperinsulinizmus — enyhe diabetes tünetegyüttest öröklött formában hordozzák és így mintegy modellül szolgálnak az állatkísérletekben nehezen utánozható emberi obesitás kutatásához is.

Szerző monographiájában 3 normális és 2, az említett típusú kongenitálisan obesitásban szenvedő egérfajta zsírsavanyagcserejének elsősorban zsírsav-anyagcserejének aspektusait tette vizsgálat tárgyává. Az epididymális zsírszövet és a májlipidek anyagcseréjét radioaktív jelzett anyagcsere-praecursorok (^{14}C -acetát, ^{14}C -glukóz és ^{14}C -palmitinsav) beadása után a megfelelően extrahált lipidfrakciók vékonyréteg-chromatographiás és radio-gáz-chromatographiás analysisével vizsgálta. Vizsgálta továbbá hormonális hatások (insulin, adrenalin) befolyását a lipidanyagcsereére.

A monographia 6 részből áll. Az első részben a legújabb irodalmi adatokat is figyelembe véve összefoglalja a zsírsavanyagcsere, elsősorban a zsírsavak, gliceridek, phospholipidek anyagcseréjére vonatkozó biokémiai és fiziológiai ismereteket. Külön fejezetben foglalkozik a zsírszövet, ill. a máj lipidanyagcserejének kérdésével. A má-

sodik részben az egéren létrehozható kísérletes obesitás fajtáit foglalja össze. Röviden érintve a különböző szerzett obesitásfajtákat, részletesen leírja a különböző kongenitális obesitást mutató egérfajtákat, valamint ezeknek a normálistól eltérő biokémiai reakcióit. A magas színvonalon alkalmazott korszerű methodikák részletes leírása után a harmadik és negyedik rész a normális és az obesitásban szenvedő egerek zsírszövetével kapcsolatos saját eredményeit ismerteti. Ez utóbbi fajtákban a zsírszövet hypertrophiáját elsősorban a májban szintetizált lipideknek a zsírszövetbe történő incorporációjára vezeti vissza: ennek megfelelően jelentősen nő a lipoprotein lipáz aktivitás a zsírszövetben. Ugyanakkor feltűnő az elsősorban exogén eredetű zsírsavak felszaporodásának hiánya. Glukóz hiányában ezen állatokban az acetátból történő lipidszintézis jelentősen fokozódik, a glukóz felhasználása a lipidszintézisben viszont csökkent, és ez a csökkenés már a diabetes manifesztálódása előtt megfigyelhető. A zsírsavak eszterifikálása a kontrollhoz képest jelentősen fokozódik, ami a szabad zsírsavszint csökkenését eredményezi. A jelzett zsírsavaknak a kontrollnál jelentősebb része jelenik meg lysolipidekben, ami a lipolytikus folyamatok zavarára utal. A hyperinsulinizmus ellenére a lipolytikus aktivitás nagy, amit érdekes módon adrenalin nem képes fokozni. A lipolysis meglepően szelektív, aminek eredményeképp egyes exogén eredetű zsírsavak féléletideje jelentősen megnő és így a triglyceridek zsírsavspektruma megváltozik. A hyperinsulinizmusnak megfelelően a zsírsav-elongase és monodesaturase enzimek aktivitása jelentősen fokozott, és adrenalin ezek aktivitását is csak kismértékben képes gátolni. Az adipocyták microsomalis enzimeit tehát a hyperinsulinizmusnak megfelelő aktivitásváltozásokat mutatnak, azonban a zsírszövet anyag-

cseréje nem teljesen tükrözi a hyperinsulinizmust: a lipogenesis nem nő, sőt kissé csökken is.

A congenitálisan kövér egerek hepatocytái is jelentősen hypertrophizáltak, lipidtartalmuk fokozódása szinte kizárólag a glycerideket érinti. A zsírszövethez hasonlóan, itt is jellegzetes eltolódások figyelhetők meg a glyceridek és phospholipidek zsírsavspektrumában. Különösen jellegzetes a polydesaturált zsírsavak alacsony szintje. Az obesitáért elsősorban a májban történő fokozott lipogenesis látszik felelősnek: az összes, a lipogenesisben szerepet játszó enzim aktivitása a májban fokozottan bizonyult. Mind a jelzett glukózból, mind a jelzett acetátból történő zsírsavszintézis, mind pedig a zsírsavak eszterifikálása fokozott, a zsírsavak katabolizmusa viszont csökkent. A máj jelentős steatosisáért a prae-beta-lipoproteinek májból történő kiválasztásának zavarát, ezen belül az endoplasmás reticulum functiozavarát teszi felelőssé. A májban is jelentősen nő a zsírsavakat desaturáló és elongáló enzimek aktivitása.

Szerző szerint nem eldöntött kérdés, hogy a kongenitálisan kövér egereken a glukózintolerancia és hyperinsulinizmus, vagy pedig az obesitás a primaer tényező. Mindenesetre a máj a hyperinsulinizmusra tipusosan reagál: jelentősen fokozódik benne a triglyceridek szintézise és vérbe jutása. Az obesitásban felszaporodott zsír tehát döntően máj eredetű. A zsírszövet reakciója a hyperinsulinizmusra viszont már atypusos: egyrészt fokozott mértékben incorporálja a prae-beta-lipoproteinek formájában érkező zsírsavakat, ugyanakkor azonban a lokális lipogenesis nem fokozott, a zsírszövet szerepe az obesitásban tehát inkább passzív. Feltűnő az adipocyták glukóz intoleranciája és az, hogy a microsomalis lipase adrenalinra érzékelténné válik.

Az elsősorban elméleti szakemberek érdeklődésére számot tartó munka világos stílusú, tömör. A jobb áttekintést a fejezet végén található rövid összefoglalások segítik.

Kunós György dr.

**A Magyar Laboratóriumi
Diagnosztikai Társaság**

22. Évi Nagygyűlése.

Balatonfüred, Állami Szanatórium,

1971. május 20—22.

Május 19., szerda

21.00—23.00 óra: A Laboratóriumi Társaság Vezetőségének fogadása az Annabella Szálló különtermében. A fogadásra meghívjuk a kongresszus összes résztvevőit. A fogadás résztvevői a Gödecke A. G., Freiburg vendégei.

Május 20., csütörtök

9.00 óra: Megnyitó: *prof. Sós József* akadémikus, *Debrőczy Tibor* igazgató-főorvos.

Üléselnök: *prof. Sós József*.

9.30 óra: Referátumok:

1. *Mányai Sándor* (Országos Munkaegészségügyi Intézet, Budapest): Fehérje szintézise, az enzimszintézis biokémiai alapjai.

2. *Wilkinson, J. H.* (Charing Cross Hospital, Medical School, University of London, Dept. Chemical Pathology): Fejlődés a klinikai enzimológiában (angol nyelven).

3. *Haschen, R. J.* (Institut für Klinische Biochemie der Martin-Luther-Universität, Halle/Saale): A diagnosztikus enzimologia fejlődése (német nyelven).

12.30 óra: Ebéd.

14.30 óra: Előadások:

Üléselnök: *Goreczky László*.

4. *Kiss Sándor, Szécsey György, László Barnabás* (László Kórház, Budapest): A serum guanase aktivitás vizsgálata máj és epeút betegségekben.

5. *Kiss A., Sári B., Jakó J., Zayzon R., Dán, S.* (Debrecen, II. Belklinika): Thrombocytá enzimológiai vizsgálatok chronikus hepatitisben.

6. *Horváth I., Molnár M.* (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest): A plazma GOT meghatározások finomdiagnosztikai jelentősége.

7. *Dóbiás Gy., Palásti E., Véghe M., Szécsey G.* (Orvostovábbképző Intézet és László Kórház, Budapest): Enzymaktivitást befolyásoló antitestek megjelenése máj mitochondrium frakcióval történt immunizálás után (német nyelven).

8. *Nemesánszky E., Szélnyi I., Romics I.* (Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Dietetikai Tudományos Munkacsoport, Budapest): Lysosomális enzyme aktivitásának változása a serumban experimentális májkárosodást követő regeneráció alatt.

9. *Simon G., Budavári I., Szélnyi I., Nemesánszky E., Winter M.* (Kórélettani Intézet, Budapest): A serum pseudocholinesterase aktivitás diagnosztikai értékének vizsgálata (angol nyelven).

10 perc szünet

10. *Falkay Gy., Morvay J., Kincses L.* (Női Klinika, Szeged): Az oxytocinase enzim meghatározása magzatvízben.

11. *Rosner E., Mihók I.* (Városi Tanács Kórháza, Karcag): Összehasonlító dehidrogenase (sorbit-dehidrogenase, SODH, és glutaminsav dehidrogenase, GDH) enzimaktivitás vizsgálatok különböző májbetegségekben (angol nyelven).

12. *Stuber A., Mészáros K.* (Schöpf-Merei Ágost Kórház): Budapest: Az adenosin-desaminase aktivitás meghatározása újszülöttekben.

13. *Németh-Csóka M.* (Tétényi úti Kórház, Budapest): A serum sulfokinase, ³⁵PAPS meghatározás jelentősége a kísérleti granulációs szövetképzés megítélésére.

14. *Kellermayer M., Kovács L., Kövesi Gy.* (Központi Klinikai Laboratórium és I. Belklinika, Pécs): Pseudocholinesterase szint cardialis decompensált betegekben.

15. *Ludány A., Donhoffner H., Bódis L.* (Központi Klinikai Laboratórium és I. Belklinika, Pécs): A serum CPK meghatározásról.

16. *Czabafy L.* (Állami Tüdőgyógyintézet, Mátraháza): A 2,6,1,1, L-aspartat-2-oxoglutarat-aminotransferase és a 2,6,1,2, L-alanin-2-oxoglutarat-aminotransferase izoenzyme vizsgálata emberi serumban.

20.00 óra: TársasvacSORA.

Május 21., péntek

9.00 óra: Előadások:

Üléselnök: *prof. R. J. Haschen*.

17. *Hyánek, J., Homolka, J.* (Ondeleni Klinicke Biochemie, Fakulta Vseobecneho Lekarsvi, Universita Karola, Prága): Veleszületett aminosav anyagcserezavarok vizsgálatával szerzett tapasztalataink (német nyelven).

18. *Bremer H. J.* (Universität Ulm, Dept. für Stoffwechselkrankheiten und Pädiatrie, D-79 Ulm): Vékonyréteg chromatográfia veleszületett anyagcsere-rendellenességek diagnosztikájában (német nyelven).

19. *Cusworth, D. C.* (University College Hospital, Medical School, University of London): Sulfuraminosavak anyagcserejének rendelkezésük (angol nyelven).

20. *Skarupinszky N.* (Weil Emil Kórház, Budapest): A vörösvértestek isoenzym-polymorphismusának jelentősége a klinikai gyakorlatban (német nyelven).

21. *Kleihauer, E., Kohne, E., Benöhr, Ch., Waller, H. D.* (Department für Kinderheilkunde der Universität Ulm): Másodlagos glu-

tationreduktase-hiány alfa-thalassaemiában (német nyelven).

22. *Székely K., Sári B., Kirilina Sz.* (Debreceni Gyermekklinika és II. Belklinika): Glucose-6-phosphat-dehydrogenase deficiencia magyar családokban.

10 perc szünet

23. *Bajor M., Székács I.* (Országos Közegészségügyi Intézet, Biokémiai Osztály, Budapest): Vörösvérsejt savanyú phosphatase izoenzymeinek kimutatása.

24. *Öhler E., Kovács S., Gesztesi T.* (Balassa János Kórház, Szekszárd): Alfa-1 AT hiányos állapot felismerése, gyakorisága.

25. *Goreczky L., Róth I., Breckner M.* (MÁV Kórház, Budapest): Porphyruria cutanea tarda-t kísérő enzymopathia (német nyelven).

26. *Krawczynski, J.* (Institut für die Ärztliche Fortbildung, Varsó): Az összes urinlyosym és frakciói aktivitásmeghatározásának diagnosztikus jelentősége egyes vesebetegségekben (német nyelven).

27. *Marosvári I., Miltényi M., Horn G.* (II. Gyermekklinika, Budapest): A normális és pathológiás vese egyes enzymei aktivitásának vizsgálata (angol nyelven).

28. *Polner A., Sebestyén K.* (II. Belklinika, Budapest): Vizelet enzymei vesebetegségekben (német nyelven).

14.30 óra: Kerekasztal-konferencia a renin kórélettanáról és diagnosztikai problémáiról.

A konferencia vezetője: *prof. Fischer Antal*.

A konferencia tagjai: *A. F. Lever* (Glasgow), *R. Veyrat* (Geneve), *Gláz Edit* (Budapest), *Endes Pongrác* (Debrecen), *Takács Lajos* (Budapest), *Forgács Iván* (Budapest), *Jávorka Tibor* (Pécs), *Tényi István* (Pécs), *Kállay Kálmán* (Budapest).

A konferencia nyelve: angol. A hallgatóság kérdéseket intézhet a résztvevőkhöz.

17.00 óra: Kirándulás a Tihanyi-félszigetre autóbusszal, utána vacsora a „Tölgyfa”-csárdában.

Május 22., szombat

9.00 óra: Előadások:

Üléselnök: *prof. J. Homolka*.

29. *Hoeflmaier, J.* (München): Eszterifikált zsírsavak meghatározása májszövetben a zsírmáj kvantitatív kimutatására (német nyelven).

30. *Györe Á., Frenkl, R., Csaly L., Csákvári G.* (Testnevelési Főiskola, Orvostudományi Tanszéke és Kórélettani Intézet, Budapest): Laktát-dehidrogenáz enzim vizsgálata nagy megterhelésű edzéseket végző sportolókon és rendszeresen úszott patkányokon.

31. *Szilágyi L., Hegedüs I., Kéri V., Kiss Tóth I.* (János Kórház, Budapest): Klinikai enzym-metodusok kalibrációs problémái.

32. *Horváth M., Major M.* (Állami Szívkórház, Balatonfüred):

Gyors serum- és vizeletklorid meghatározás céljára alkalmazott hazai automatikus coulometer.

33. *Lángfy Gy., Csákvári G., Csálai L., Frenkl R.* (Testnevelési Főiskola, Élettani Osztálya és Körélettani Intézet, Budapest): Kísérleti állatok anyagcseréjének meghatározása Schollander-módszerrel.

34. *Dénes Zs.* (Országos Orvosszakértő Intézet, Budapest): Tejsavdehydrogenase és isoenzym gyors-teszt meghatározások a rutin klinikai-laboratóriumi gyakorlatban (német nyelven).

10 perc szünet

35. *Goreczky L., Breckner M.* (MÁV Kórház): Festékekkel jelzett keményítő szubsztrátummal végzett mikrokémiai alfa-amylase aktivitásmérés (német nyelven).

36. *v. Thun, W.* (Gödecke A. G., Freiburg): Dyamyl, egy új teszt az alfa-amylase szérumban és vizeletben történő meghatározására (német nyelven).

37. *Grötsch, H.* (Farbwerke Höchst A. G., Frankfurt a. Main): Kísérletek az enzimmatikus analízisek automatizálására (német nyelven).

38. *Bartels H.* (Bürgerspital, Basel): A Jaffé szerinti kreatininmeghatározás chromogénjeiről (német nyelven).

39. *Svoboda, V., Chromy, V.* (Research Institute of Pure Chemicals, Lachema, N. C., Brno): A magnézium spektrofotometriás meghatározása xylidyl blue II (Magon)-al (angol nyelven).

40. *Chromy, V., Hornakova, M., Tovarek, J.* (Research Institute of Pure Chemicals, Lachema, N. C., Brno): Timol és cink turbiditási teszt (angol nyelven).

41. *Tovarek, J.* (Lachema, Brno): Néhány megjegyzés a transaminásg fotometriás meghatározásához (német nyelven).

42. *Mirhom Y. W.* (Szeged, Női Klinika): A korai emberi placenta in vitro 7-oxygenizáló és hydroxyláló aktivitása a ($4\text{-}^{14}\text{C}$) dehydro-epiandrosteronra.

Délután kirándulás a Balatonpartján a környék történelmi és néprajzi nevezetességeinek megtekintésével (autóbuszon).

A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete

1971. évi

I. Országos Kongresszusának programja

Siófok

1971. május 14–16.

1971. május 14-én, 9 órákor

ÜNNEPÉLYES MEGNYITÓ

Tóth Károly dr., a MÁOTE elnöke megnyitja a kongresszust.

A kongresszust üdvözlük: *Szabó Zoltán dr.* egészségügyi miniszter, *prof. Gömöri Pál dr.* akadémikus, a MOTESZ elnöke, *Darabos Pál dr.*, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének főtítkára, *Csáki László dr.*, a Somogy megyei Tanács részéről, *Gáti István dr.*, a Siófok Városi Tanács részéről, *Gottfried Heller dr.*, az *Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin* elnöke.

Szünet

10 órákor:

I. Az általános orvoslás helyzete.

Üléselnök: *prof. Gömöri Pál dr.*

Üléstítkár: *Arnold Csaba dr.*

1. *Ferenczy Miklós dr.* körzeti orvos (Dunaalmás): Az általános orvoslás története.

2. *Gazdag Imre dr.* Eü. Szakszervezet títkára: Az általános orvoslás nemzetközi helyzete.

3. *Zalányi Sámuel dr.* egyetemi docens, mb. int. vezető (Szervezés-tani Tanszék, Szeged): A gyakorló orvosképzés és továbbképzés időszzerű kérdései.

4. *Vörös László dr.* tud. mts. (Felsőoktatási Pedagógiai Kutató Központ, Budapest): Az általános orvoslás mint egyetemi disciplina — tartalmi kérdéseiről.

Vita

Szünet

12 órákor:

II. Kutatás az általános orvosi gyakorlatban.

Üléselnök: *prof. Király Kálmán dr.*

Üléstítkár: *Ábrahám László dr.*

5. *Andor Miklós dr.* körzeti orvos: Az általános orvosok kutatói tevékenységéről.

6. *Szatmári Marianna dr.* és *Andor Miklós dr.* körzeti orvosok (Budapest): Infarktusz esetek retrospektív felmérésének egyes tapasztalatai.

7. *Tóth Károly dr.* és *Szónyi András dr.* körzeti orvosok (Budapest): Gyógyszer kipróbálás lehetősége a körzeti orvosi gyakorlatban.

8. *Monori József dr.* körzeti orvos, Zagyvapálfalva, *Kuti Vilma dr.* körzeti orvos, Pomáz: Tapasztalataink 300 hypertoniás beteg magnézium kezelésével.

9. *Várallyai Gyula dr.* körzeti orvos, Téglás, *Patakyl László dr.* körzeti orvos, Csengőd: a falusi körzeti orvosok társadalmi helyzetének néhány szociológiai jellemzője.

Vita

Ebéd-szünet

15 órákor:

III. A körzeti munka elemzése.

Üléselnök: *Kóbor József dr.*

Üléstítkár: *Németh Endre dr.*

10. *Szónyi András dr.* körzeti orvos, Budapest, *Andor Miklós dr.*, körzeti orvos, Budapest, *Pogány András dr.* körzeti orvos, Bp.: A körzeti orvosi munkát meghatározó egyes tényezők felderítése.

11. *Patakyl László dr.* körzeti orvos (Csengőd): A körzet dokumentációja.

12. *Károlyi György dr.* mb. intézetvezető (Szervezés-tani Intézet, Debrecen): Időszerű lakosság egészségügyi alapellátásának néhány szervezési kérdése.

13. *Farkas Elemér dr.* kerületi főorvos, (Pécs): Két pécsi körzet munkájának összehasonlító vizsgálata.

14. *Sándor Béla dr.* körzeti orvos (Garadna): A tudományos megfigyeléseket deformáló hibátörölések, egyes vizsgálati eredmények természetes szórásán belül.

Vita

Szünet

Üléselnök: *Hutás Imre dr.* docens.

Üléstítkár: *Keresztes Mihály dr.*

15. *Fodor Miklós dr.* körzeti orvos (Somogyhárság): Chron. bronchitis, mint szociálhygienes probléma a körzeti orvosi gyakorlatban.

16. *Varga János dr.* rend. int. ig., *Ábrahám László dr.*, *Jeney Zoltán dr.*, *Németh Imre dr.* és *Pál Valéria dr.* körzeti orvosok (Heves): Az idült hörghurutos betegek gondozásának szervezési kérdései a körzeti orvosi hálózatban.

Vita

KÖZGYŰLÉS:

Napirend:

A „*Medicus Universalis*” nívódíjának átadása.

Főtítkári beszámoló.

Pénztári jelentés.

Az Információs Központ beszámolója.

Vita

1971. május 15. (szombat) de., 9 órákor

IV. Gondozás.

Üléselnök: *prof. Zalányi Sámuel dr.*

Üléstítkár: *Fodor Miklós dr.*

17. *Prof. Kádár Tibor dr.* ig. (OTKI, Budapest): A gondozás, mint a megelőzés hatékony módszere.

18. *Arnold Csaba dr.* körzeti orvos (Budapest): A gondozás szerepe a körzeti orvos munkájában.

19. *Csobán György dr.* adjunktus, *prof. Fülöp Tamás dr.* (Szervezés-tani Tanszék, Debrecen): Az általános gondozási módszer hatékonyságának vizsgálata falusi orvosi körzetben.

20. Szepesváry Elemér dr. körzeti orvos (Gerla): Általános egészségügyi szűrés Gerla községben.

21. Váci Béla dr. körzeti orvos (Lovászpata): Gondozási feladatok egy dunántúli falusi körzetben.

Vita

Szünet

10.30 órákor:

Üléselnök: prof. Kádár Tibor dr. Üléstitkár: Borsányi Cyprián dr.

22. Balogh János dr. eü. min. orvos szaktanácsadó (Bp.): A gondozási munka fokozatos kiterjesztése.

23. Keresztes Mihály dr. körzeti orvos (Csaholc): A cardiovascularis betegek gondozásának tapasztalatai Csaholc községben.

24. Markovits György dr. sebész, Major Kálmán dr. sebész és Szőnyi András dr. körzeti orvos (Budapest): A körzeti orvos szerepe és lehetősége az időskori betegek sebészeti betegségeinek felismerésében és műtét utáni gondozásában.

25. Horváth Tivadar dr. körzeti orvos (Pécs): Gyakorló orvosi megfigyelésem a tumoros betegek gondozásával kapcsolatban.

26. Marosy Jenő dr. körzeti orvos (Balatonederics): Gyógyíthatatlan daganatos betegek otthoni kezelése.

27. Dobler Ferenc dr. körzeti orvos (Siófok): A korai mellrák diagnosztikája.

Vita

Szünet

12 órákor:

Üléselnök: prof. Frank Kálmán dr.

Üléstitkár: Soproni Gáspár dr.

28. Kóbor József dr. megyei főorvos (Pécs): Anya- és csecsemőgondozás eredményei Baranya megyében.

29. Fegyvernek Ferenc dr. körzeti orvos (Tiszakeszi): Szülészeti prevenció és gondozás területe.

30. Vágvölgyi Ferenc dr. körzeti orvos (Bátmonostor): A gyermekgondozás gyakorlati kérdései Bátmonostor gyermekvédelmi munkájában.

31. Botta Ádám dr., Gál Lászlóné dr. (Közegészségügy-Járványügyi Állomás, Budapest): Csecsemők methaemoglobinémiás megbetegedéséről, a Pest megyében előfordult esetek elemzése kapcsán.

Vita

Ebédszünet

15 órákor:

V. A betegellátás megszervezése.

Üléselnök: Bartha Ferenc dr.

Üléstitkár: Várallyai Gyula dr.

32. Pogány István dr. körzeti orvos (Budapest): Munkarend kialakítása körzetben.

33. Nagy József dr. körzeti orvos (Hajdúnánás): Tüdőszűréshez kap-

csolt célzott keringésszervi lakosságszűrés.

34. Károlyházy Gyula dr. körzeti orvos (Budapest): Megvalósítható-e tömeges rendelésen az egyenkénti beteghívás?

35. Balázsy Károly dr. adjunktus (DOTE): Körzeti orvosok gyógyszerrendelő tevékenységének elemzése Hajdúszoboszlón.

36. Fóris László dr. körzeti orvos (Salgótarján): Adatok a gyógyszeres terapiáról egy városi körzetből.

37. Szoboszlai Sándor dr. tanársegéd, Balázsy Károly dr. adjunktus (DOTE): Rendelési időn kívüli fekvőbeteg ellátás elemzése Hajdúszoboszlón (1966).

38. Ráday Sándor dr. városi főorvos, Najzer Alajos dr. Eü. Min. csop. vez. főorvos, Modróczky Dániel dr. Rend.-int. ig., Remetey Tibor H. B. M. T. (DOTE): Hajdú-Bihar és Komárom megyei családok gyógyszerfelhasználására vonatkozó megfigyeléseink.

39. Wittmann Károly dr. főorvos, Nagy Károly dr. és Radnai Éva dr. körzeti orvosok (Dunaújváros): Folyamatos és osztott körzeti rendelés összehasonlítása.

Vita

1971. május 16 (vasárnap) de.,
9 órákor

VI. Határterületi problémák az általános orvoslásban.

Üléselnök: prof. Mosonyi László dr.

Üléstitkár: Király Piroska dr.

40. Réthy Zoltán dr. körzeti orvos (Pilisvörösvár): Somatopsichológia, mint kutatási terület.

41. Gorka Tivadar dr. körzeti orvos (OTE, Budapest): Lélektani tényezők az általános orvosi gyakorlatban.

42. Tringer László dr. tanársegéd, Andor Miklós dr. és Szatmári Marianna dr. körzeti orvosok (Budapest): Postinfarctusos betegeken szerzett tapasztalataink psychotest segítségével.

43. Graiz István mb. iskola igazgató, Fegyvernek Ferenc dr. körzeti orvos (Tiszakeszi): Összhang megteremtésre való törekvés a nevelés és az egészségügyi szolgálat között.

Vita

Szünet

10.15 órákor:

44. Pozsgai Jenő dr. körzeti orvos (Zalaszentgrót): Oxylógia és a körzeti orvos.

45. Juhász Béla dr. körzeti orvos (Debrecen): Átmeneti és kevert kórképekről autoimmun betegségek csoportjában.

46. Vajna István dr. körzeti orvos (Törökszentmiklós): Az Infecundin mellékhatásainak lecsökkentése magnesiummal.

Vita

Faludi Béla dr., a MÁOTE alelnökének zárszava.

Kongresszusi tájékoztató:

A Rendező Bizottság tagjai: Andor Miklós dr., Arnold Csaba dr., Faludi Béla dr., Pogány István dr., Szatmári Marianna dr., Szirmák Gábor dr., Szőnyi András dr., Tóth Károly dr.

Kongresszus helye: Siófok. Elhelyezés és étkezés: Európa és Hungária Szálló.

Részvételi díj: 450 Ft, mely összeg magában foglalja a három éjszaka szállodaköltségét és a teljes ellátást.

Kongresszusi iroda: Európa Szálló, nyitva máj 13-án 10 órától, 16-án 10 óráig. Kérjük a kongresszus résztvevőit, hogy megérkezésük után azonnal jelentkezzenek a Kongresszusi irodán.

Kongresszusi részvételi díj: MÁOTE tagoknak 60 Ft, nem MÁOTE tagoknak 120 Ft.

A bankett különdíja: 50 Ft.

Az előadások időtartama: Kérjük az előadókat, hogy az előadási időt pontosan tartsák be. Az üléselnök a megadott idő elteltével az előadást megszakítja. A hozzászólások időtartama 3 perc.

Dia vetítésre lehetőség van. Kérjük a vetítésre kerülő képeket az előadások kezdeté előtt 30 perccel a vetítőnek számozott sorrendben leadni.

A kongresszus ideje alatt gyógyszer bemutatót és különféle kiállítást rendezünk.

A Kongresszusi iroda minden kérdésben felvilágosítást ad és készséggel áll a résztvevők rendelkezésére.

Elhelyezési, ellátási és jelentkezési ügyekben szíveskedjék közvetlenül a Pannónia Szervizhez fordulni (Siófok, Fő u. Fogas Szálló).

A részvételi díj és kongresszusi díj befizethető piros postautalványon „MÁOTE Kongresszus” megjelöléssel a Pannónia Szervizhez fenti címre.

MEGHÍVÓ

A Magyar Gyermekorvosok Társasága Dél-magyarországi Decentruma 1971. május 14-én (pénteken), 8.30 órai kezdettel Baján, a Fegyveres Erők klubjának színháztermében tudományos ülést tart.

Tudományos program:

1. Kovalovszki Lajos dr., Bors Ilona dr., Berecz Magda dr., Kovács Zoltán dr., Varga Lajos dr. (Szentes, Gyermekosztály; Szeged, Gyermekklinika): A terhes anyák szokásai, statisztikai adatok alapján (8 perc).

2. Bacskay Jenő dr. (Szentes, Gyermekosztály): Kórházi Gyermekosztály feladatai a koraszülött- és újszülött-ellátásban, osztályunk gyakorlata alapján (10 perc).



3. *Meződy Károly dr.* (Baja, Kórház): A vércserék számának alakulása kórházunkban, az enziminductió kezelésének bevezetése óta (10 perc).

4. *Szélínger Tibor dr.* (Szeged, Gyermekklinika): Korai újszülöttkorban észlelt nagyértransposíciós eseteink (8 perc).

5. *Holtay Margit dr.* (Baja, Kórház): Gyermek-cardiologiai gondozás járásunkban (8 perc).

6. *Franzia László dr., Berecz Magda dr., Varga Lajos dr.* (Szentes, Gyermekosztály): Chronicus vesebetegség gondozása osztályunkon (8 perc).

7. *Hamvas József dr.* (Budapest, Országos Gyógyszerészeti Intézet): Gyermekgyógyászati gyógyszermérgeződések (12 perc).

8. *Molnár József dr., Szabó Ervin dr., Szűcs Sándor dr.* (Hódmezővásárhely, Gyermekosztály): Gyermekgyógyászati mérgezésekkel kapcsolatos tapasztalataink (12 perc).

9. *Vincze János dr., Balogh Pál dr.* (Miskolc, Semmelweis Kórház): A herék vándorlási zavarairól, gyermeksebészeti osztályunk 14 éves anyaga tükrében (10 perc).

10. *Horváth József dr.* (Nagykanizsa, Sebészeti Osztály): Appendectomia utáni adhaesiós ileus a gyermekkorban (6 perc).

11. *Strébely Gusztáv dr., Bokdaneckzy Mária dr.* (Gyula, Gyermekosztály): Késő csecsemőkori zavarok intrauterin dystrophiával született koraszülötteinken (10 perc).

12. *Strébely Gusztáv dr., Varga István dr., Horváth Margit dr.* (Gyula, Gyermekosztály): Somatikus retardált csecsemők betegellátási problémái és okainak tanulmányozása osztályunk 5 éves beteganyagán (8 perc).

13. *Borsodi Rozália dr., Mosonyi Éva dr., Strébely Gusztáv dr.* (Gyula, Gyermekosztály): Az acetoniuriás csecsemők és kisdetek gyógyítási és gyógyszerelési problémájáról nyert tapasztalataink (8 perc).

14. *Osváth Pál dr.* (Szeged, Gyermekklinika): A status asthmaticus kezelése (12 perc).

15. *Ligeti Zsuzsanna dr.* (Baja, Gyermekosztály): Egési sérülések kezelése és ennek eredménye osztályunk 10 éves anyagában (10 perc).

16. *Horányi Mária dr., Lakatos Károly dr., Katona János dr., Sefcsik Viktor dr.* (Szolnok, Gyermekosztály): Tapasztalataink az empyema konzervatív terápiájával (8 perc).

17. *Soltysiak Janina dr., Streitman Károly dr., Kertész Erzsébet dr., Virág István dr.* (Szeged, Gyermekklinika): Juvenilis syncope (8 perc).

18. *Nagy Magda dr., Számfira Anna dr.* (Gyula, Gyermekosztály): A csecsemő- és gyermekgyógyászati sinusitis esetekkel nyert tapasztalataink osztályunk utóbbi évi beteganyagán (8 perc).

19. *Kovács István dr., Tóth Miklós dr.* (Orosháza, Szülészeti- és Gyermekosztály): Chronicus tonussillitisek szerepe a serdülőkorú vérszavarak fenntartásában (8 perc).

20. *Katona Zoltán dr.* (Szeged, Gyermekgyógyászati Osztály): Nevigramon-kezeléssel szerzett tapasztalatok (10 perc).

21. *László Aranka dr., Streitman Károly dr., Hencz Péter dr.* (Szeged, Gyermekklinika): Csecsemő- és gyermekgyógyászati görcsállapotok kezelése Seduxennel (8 perc).

22. *Veress Ilona dr., Osváth Pál dr.* (Szeged, Gyermekklinika): Új antihistamin — Tavegil — kezeléssel szerzett tapasztalatok (8 perc).

23. *Jóhárt György dr.* (Cegléd, Gyermekosztály): Gamma-hydroxyvaljsav alkalmazása fül-orr-gégészeti műtétekhez (6 perc).

24. *Ventilla Márta dr., Szemere György dr.* (Szeged, Gyermekgyógyászati Osztály): Ritka chromosoma aberratio (10 perc).

25. *Deák György dr., Szabó Lajos dr., Nárai Sándor dr., Györfi Mária dr.* (Szeged, Gyermekosztály; Gyermekklinika): Arthrogryposis multiplex congenita különleges esete (6 perc).

26. *Kander Zoltán dr., Kormos Ilona dr.* (Gyula, Gyermekosztály): Chondrodystrophia punctata calcificata érdekes esete (6 perc).

27. *Nádor Ervin dr., Pólya Imre dr.* (Kalocsa, Szülészeti és Gyermekosztály): Osteogenesis imperfecta (Urolit). (6 perc).

Étkezési és szállás-igény bejelentését *Ujsághy Pál dr.*, Baja, Városi Tanács Kórháza, Gyermekosztály címre kérjük.

MEGHÍVÓ Az Ideggyógyászok Tiszántúli Szakcsoportja 1971. évi ülésére

Az ideggyógyászok
tiszántúli szakcsoportja
1971. évi ülésének tárgysorozata

Május 7., de. 10 órákor

Kerekasztal konferencia a discopathiáról.

Üléselnök: *Környey István dr.*

Referátumok

Hullay József dr. (Debrecen): A discopathia actualis neurológiai és neurochirurgiai problémái

DeChatel Andor dr. (Budapest): A discopathia actualis rheumatológiai problémái.

Felkért hozzászólók: *Papp Zoltán dr., Faragó Lajos dr., Török Pál dr., Balajthy Béla dr.*

Vita, vezeti: *Molnár László dr.*

Zárszótt mond: *Környei István dr.*

S z ü n e t

Előadások a pszichiatria tárgyköréből

Papp Zoltán dr. (Debrecen): Éntudat és személyiségtudat.

Wischan Elek dr. (Nagykálló, *Végyári Katalin dr.* (Nyíregyháza): Az alkoholelvonás néhány kérdése különös tekintettel a szövödményekre.

Végyári Katalin dr., ifj. Vigvári László dr. (Nyíregyháza): Hová jutottunk? (Vidéki pszichiátriai intézet évtizedes tapasztalata).

Biró Sándor dr., Leel-Össy Lóránt dr. (Esztergom): Az ún. ambuláns pszichiátriai kezelés formáiról.

Guba Ágnes dr., Gyulai György dr. (Eger): Neuroticus és psychoticus beteganyag csoport-psychotherapiájának összehasonlító elemzése.

14 órákor Ebéd (Szolnok, MÁV Kórház).

17 órákor Csoportos látogatás a szolnoki Művésztelepen.

20 órákor Közös vacsora a szolnoki Tisza Szállóban.

Május 8., de. 9 órákor

Előadások a neurológia tárgyköréből.

Török Pál dr. (Miskolc): Operált cerebralis angiómák.

Szamosi Mária dr.—Török Pál dr. (Miskolc): Gerinccsatornában belül elhelyezkedő tumorok.

Leel-Össy Lóránt dr. (Esztergom), *Török Pál dr.* (Miskolc): Az agyhalál neuropathológiai vonatkozásairól.

Balajthy Béla dr. (Szolnok): Tapasztalatok Perlepsinnel epilepsziás és a tágabb epilepsia-körbe tartozó beteganyagban.

Sorszegi Pál dr., Boczán Gábor dr., Gődény Sára dr. (Debrecen): A spinális epiduralis térfoglaló folyamatokról. (20 év klinikai, sebészeti, kórszövettani anyagának klinikopathológiai értékelése és elemzése a tünetek, a localisatio, a kórszövettani sajátosságok és katamneszticus adatok alapján.)

Lajos Zoltán dr., Kolonics László dr. (Eger): A gyermekgyógyászati discus herniáról (diagnostisált és sikeresen operált eset értékelése).

Szász Anna dr., Oslánszky Ottó dr., Kranczler Éva dr. (Karcag): Adatok a PEG-felvételek vizuális értékelésének objektívizálásához.

Farkas Tibor dr., Kolonics László dr., Laub Margit dr., Fesztbaum Ilona dr. (Eger): Vasanyagcsere idegrendszeri összefüggései és a liquorvas értékeinek változásai.

Illyés Melinda dr., Leel-Össy Lóránt dr. (Esztergom): A sclerosis multiplex Cortison kezelésének hatásosságáról.

Boczán János dr. (Gyöngyös): Thermovisiós mérések lumbosacralis betegségeknél.

Berecz György dr., Kiss Sándor dr. (Debrecen): Paraproteinaemiához társult myelopathia.

Kövy István dr. (Debrecen): Hypokalaemiás paroxysmalis paralysis, heterorenalis syndromával.

Boczán János dr. (Gyöngyös): Integrothermogramm.

Gaál Katalin dr. (Nyíregyháza): Prader—Labhart—Willi-syndroma neurológiai vonatkozásai.

14 órákor ebéd a szolnoki MÁV Kórházban.

MEGHÍVÓ

a Magyar
Gyermekorvosok Társasága
által

1971. május 6-án, csütörtökön,
14 órákor rendezendő

Rendkívüli Tudományos Ülésére

Az ülés helye: Semmelweis-terem, Budapest, VIII., Szentkirályi utca 21.

Tárgysorozat

Elnöki megnyitó: **Walter Svoboda** professzor (Wien) üdvözlése.

Prof. Walter Swoboda dr. (Wien): Genetikus alapon keletkezett osteodysplasiák (német).

Szünet

Prof. Emil Polaček MUDr. (Prága): Vérammónia.

Manfred Dietrich dr. (Ulm): Csíramentes eljárások veleszületett immunhiányban (angol).

Hans Czermak dr. primárius (angol), **E. Reisetbauer** (Wien): A csecsemő testhelyzete (német). Filmbemutató.

MEGHÍVÓ

A **Korányi Sándor Tudományos Társaság** 1971. május 4-én, kedden délelőtt 1/2 10 órákor tartja 1971. évi tudományos ülését a Magyar Tudományos Akadémia 300-as termében.

Műsor:

Radnót Magda: Elnöki megnyitó.

Korányi Sándor emlékelőadás: **Kerpel-Fronius Ödön:** Belső secretió mirigyműködés a sorvadás különböző formáiban.

A Korányi Sándor emlékérem átadása.

Szünet

A klinikai orvostudomány. Kezdeti konferencia.

Vezető: **Magyar Imre.**

Részvevők: **Gömöri Pál, Kerpel-Fronius Ödön, Petrányi Gyula, Petri Gábor, Zsebők Zoltán.**

MEGHÍVÓ

a Magyar Sportorvos Társaság 1971. április 26-án, hétfőn, du. 14 órákor, az Orsz. Testnevelés és Sportegészségügyi Intézet Tanács-termében (Bp., XII., Alkotás utca 48.) tartandó

tudományos ülésére.

Tárgy:

Szmodis Iván dr.—Malomsoki Jenő: „A mozgás-frekvencia élettani hatásai.”

Szalay István: „A gyorsaság és ügyesség — mint alapképesség rokonvonásai és mérhetőségük”.

Magyar Psychológiai Tudományos Társaság Orvoslélektani Szekciója, Magyar Ideg-Elmeorvosok Társasága Dél-magyarországi Decentruma és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja

1971. április 30-án, de. 10 órákor a JATE aulájában (Szeged, Dugonics tér 13)

ankétot rendez.

Az ankét tárgya: **Felvételi vizsgáink tapasztalatai a pszichológiai testvizsgálatok alkalmazhatóságáról.**

Dobranovics Ilona, Farkasinszky Teréz (Ideg-Elmeklinika), **Geréb György** (Tanárképző Főiskola), **Györi István** (Közp. Labor.), **Kisszely György** (Biol. Int.), **Karsay Koppány, Pető Zoltán, Szilárd János** (Ideg-Elmeklinika), **Tóth Károly** (Fogklinika), **Vargha Miklós, Vargha Miklós jun., Wagner Ádám** (Ideg-Elmeklinika).

Az ankét elnöke: **Juhász Pál** egyetemi tanár.

Napirend:

Tóth Károly rektor megnyitója. Vitaindító előadások:

Vargha Miklós sen.: A kérdés általános áttekintése (10 perc).

Wagner Ádám: Intelligencia-testmódszerek tapasztalatai (15 perc).

Szilárd János: Alkalmassági és személyiségvizsgáló testmódszerek tapasztalatai (15 perc).

Geréb György: Manualitas-vizsgálatok és azok validitásának igazolása fogorvosjelöltek felvételi vizsgáján (15 perc).

Szünet

Vita, hozzászólások.

Elnöki összefoglaló.

MEGHÍVÓ

A **MÁV Kórház és Központi Rendelő Intézet** által 1971. április 30-án, pénteken 12.30 órákor tartandó tudományos ülésére. Az ülést a kórház könyvtártermében tartjuk.

Tárgya:

1. **Rétfalvi Attila dr.**—**Kusnyerik György dr.:** Gyomorfekély és terheesség.

2. **Szaloczy Péter dr.:** Autotransplantált, vagy in situ visszahagyott petefészekrészlet sorsa praeclimaxban végzett csonkoló műtét után.

3. **Gyöngyössy Andor dr.**—**Szaloczy Péter dr.:** A petesejtérés hiánya mint modern civilizációs psychoendocrin betegség.

Az **ONO Sectio nystagmographiás munkacsoportja** 1971. márcus 19-én, az Országos Idegsebészeti Tudományos Kutató Intézetben ülést tartott: **Simon Judit dr.** előadása és **Piffkó Pál dr.** bemutatása alapján a munkacsoport megtárgyalta a photoelektronystagmographia (PENG) kérdését. Megállapította, hogy a PENG nagyobb érzékenységgű, mint az ENG, ezért bizonyos esetekben több információt nyújt, viszont más esetekben az ENG előnyösebb, pl. a vestibularis és ocularis spontán nystagmusok elkülönítésében. Ezért mind az ENG-re, mind a PENG-re szükség van egy jól felszerelt otoneurológiai munkahelyen.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. április 30-án, du. 2 órára tűzte ki **Polyák Béla dr.** asp. kívül benyújtott „**A sebészet lehetőségei a colitis ulcerosa gyógyításában**” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Felolvasó termében.

Az értekezés opponensei: **Varró Vince dr.**, az orvostudományok doktora, **Lázár Dezső dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. május 6-án, du. 2 órára tűzte ki **Megyesi Klára dr.** „**Glukóz tolerancia és diabetes krónikus májbetegségben**” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Dán Sándor dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Góth Endre dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

TAVEGYL

TABLETTA

1 tabletta 1 mg 1-methyl-2-(2)-alfa-methyl-p-chlordiphenyl-methyloxy-(aethyl)-pyrrolidin hatóanyagot tartalmaz hidrogenfumarat só alakjában.

SPECIFIKUS ÉS SZELEKTÍV HATÁSÚ HISTAMIN-ANTAGONISTA, EXSUDATIO- ÉS OEDEMATOLÓ HATÁSÚ KÉSZÍTMÉNY, HATÁSA TARTÓS; 8 ÓRÁS THERÁPIÁS SZINTET BIZTOSÍT.

Gyakorlatilag mellékhatásmentes, a többi antihistaminnal ellentétben alig van sedáló hatása.

JAVALLATOK:

Felső légúti allergiás megbetegedések; acut és chronicus urticaria, pruritus; allergiás bőrmegbetegedések; acut és chronicus ekzémák terapiájában adjuvánsként.

Szokásos adagja felnőtteknek reggel és este 1–1 tablettát. A napi adag szükség esetén 3–4 tablettára is emelhető. Gyermekeknek 6–12 éves korig reggel és este $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{2}$ tablettát adható.

Érzékeny egyéneknél nagyobb adagok alkalmazása esetén fáradtság, somnolentia, fejfájás, vertigo, nausea, enyhe gyomorpanaszok, szájszárazság, obstipatio jelentkezhet.

FIGYELMEZTETÉS: gépkocsivezetők, magasban vagy veszélyes gépeknél dolgozók csak orvosi ellenőrzés mellett szedhetik.

TAVEGYL KÚRA ALATT ALKOHOLT FOGYASZTANI TILOS!

Rendelhetőségéről a „Tájékoztató” c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.

20 tabl. 66,20 Ft

200 tabl. 638,— Ft

Egyt

GYÓGYSZERVEGYSZETI GYÁR, BUDAPEST

ELŐADÁSOK — ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1971. ápr. 27. kedd	Korányi Kórház tanácsterme VII., Alsóerdősor u. 7.	délután 1 óra	<i>A kórház Tudományos Bizottsága</i>	1. Skodnitz Anna: Érdekes EKG. 2. László Béla: Nehézségek a szívizom-infractus EKG diagnosztikájában. 3. Wágner Pál: Fejér László, Fay Kálmán, Györi Molnár Lajos: Az epekő-ileus diagnosztikai problémái.
1971. ápr. 27. kedd	Országos Közegészség- ügyi Intézet IX., Gyáli u. 2. „A” épület, nagy tan- terem	délután 2 óra	<i>Országos Közegészségügyi Intézet</i>	Fornosi Ferenc: Az „erdei veszetzég” Európában és Magyarországon.
1971. ápr. 28. szerda	Balassagyarmat Véradó Állomás	délután 2 óra	<i>A kórház Tudományos Bizottsága</i>	Malignomások kórházi ellátása. Moderátor: <i>Oppe Emil</i> . Vitaindító előadások: 1. <i>Varga Tibor</i> : A sugártherápia effectusa és a rákterjedés befolyása az indicatio felállítására. 2. <i>Gieszer Ervin</i> : A chemotherápia helyzete, újabb eredményei. 3. <i>Zonda Tamás</i> : A metacarcinogen neurologicali manifestatioi (rövid referátum). 4. <i>Oppe Emil</i> : a „team work” jelentősége.
1971. ápr. 29. csütörtök	Tétényi úti Kórház könyvtárterme	délután 2 óra	<i>A kórház Tudományos Köre</i>	Az epekő betegség kezelése. Kerekasztal konferencia. Vitavezető: <i>Zellner Pál</i> igazgató főorvos. Résztvevők: <i>Gál Imre, Kiss István, Németh-Csóka Mihály, Székely Árpád, Thurzó Rezső</i> főorvosok.
1971. ápr. 29. csütörtök	Miskolc, Szentpéteri kapui Kórház Kulturterem	délután ½3 óra	<i>Miskolci Egyesített Kórházak Központi Tudományos Bizottsága</i>	1. <i>Spornyi Gyula—Pintér József—Szokoly Viktor</i> : A vesebiopsia néhány aktuális kérdése (20 perc). 2. <i>Ditrői Sándor—Kispál Erzsébet—Keresztury Sándor—Emőke László</i> : Por- és hőártalom jelentősége a fül-orr-gégészeti gyakorlatban (10 perc). 3. <i>Villányi György</i> : Az Odelka-kamerával végzett szűrővizsgálat szerepe a silicosis diagnosztikájában (10 perc). 4. <i>Mándi András</i> : A brachialis obstructio gyakorisága és jelentősége silicosisban (10 perc). 5. <i>Galgóczy Gábor</i> : Újabb légzésfunkciós diagnosztikai eljárások (10 perc). 6. <i>Kardos Kálmán</i> : A silicotuberculosis (15 perc). 7. <i>Zellner György—Pányi Mária—Fekete Tamás</i> : Heveny légzési elégtelenség (15 perc).
1971. ápr. 29. csütörtök	I. és II. sz. Neurologiai és Pszichiatriai Klinikák előadóterme, VIII., Balassa u. 6.	délután 6 óra	<i>Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társaság</i>	1. <i>Prof. H. A. F. Schulze</i> (Humboldt Egyetem, Berlin): Az általános gyógyszeres kezelése idegyógyászati vonatkozásai és a gyógyszeres kezelés jelentősége a neurologiában (német nyelvű előadás, 40 perc). 2. <i>Prof. D. Müller</i> (Humboldt Egyetem, Berlin): Az agy szülés alatt bekövetkező szubakut tömegeltelődései (német nyelvű előadás, 40 perc).
1971. ápr. 29. csütörtök	Mérényi Gusztáv Kórház kulturterme IX., Gyáli u. 17.	délután ½2 óra	<i>A kórház Tudományos Köre</i>	<i>Thiry Lajos</i> : Vietnam orvosi szemmel.
1971. ápr. 30. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	délelőtt 8 óra	<i>Magyar Fogorvosok Egyesülete</i>	1. <i>Új János</i> : Újabb adatok az EPOKIT gyökértöméshez. 2. <i>Terner Kornélia</i> : Szájnyalakárhartya szakrendelés féléves munkája. 3. <i>Kapitány Zsuzsanna</i> : Néhány lichen oris eset tanulsága.
1971. máj. 3. hétfő	Urológiai Klinika tanterme VIII., Üllői út 78/b.	délután 2 óra	<i>Magyar Urologusok és Nephrologusok Társasága</i>	1. <i>Fél P.</i> (Győr, Megyei Kh. Urol. oszt.): Heremesothelioma csecsemőkorban (Bemutató, 10 perc). 2. <i>Kondás J.</i> (Bp. Szövettség utcai kh.): Élőben diagnosztizált embóliás veseinfarktus esete (bemutató, 10 perc). 3. <i>Jansen Judit, Rusz M., Kocsis Júlia, László F.</i> (Deszk, Gyógyint., Szeged Röntgen- és I. sz. Belk.): Adatok a medullaris szívacs-vese diagnosztikájához (előadás, 10 perc). 4. <i>Vecsey D., Bánkúti P.</i> (Sopron, Kh.): Indokolt-e antifibrinolyticumok rutinszerű adása prostata-műtétek-nél? (előadás, 12 perc). 5. <i>Breier M., Somogyvári K., Gyarmathy F., Kondás J.</i> (Bp. Szövettség utcai Kh., és Állatorvostud. Egyetem): Szövetragasztóval szerzett tapasztalataink kísérletes ureterműtétek során (előadás, 20 perc). 6. <i>Illyés-díj kiosztása</i>
1971. máj. 6. csütörtök	I. és II. sz. Neurologiai és Pszichiatriai Klinikák előadóterme, Bp. VIII. Balassa u. 6.	délután 6 óra	<i>Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága</i>	1. Főtitkári beszámoló. 2. Pénztárosi, ellenőri jelentés. 3. A jelölőbizottság elnökének javaslata az új vezetőségre. 4. Választás.
1971. máj. 7. péntek	Szájseb. Klinika VIII. Mária u. 52.	délelőtt 8 óra	<i>Magyar Fogorvosok Egyesülete</i>	1. <i>Csanády Ilona</i> : Óriás cysta a mandibulában. Bemutató. 2. <i>Szabó Mihály</i> : A tuberculum mandibulae kialakulása és protetikai jelentősége. 3. <i>Gyulaváry Olivér—Alföldy György</i> : Lidocain-allergia. 4. <i>Orosz István—Horváth László—Adler Péter</i> : Vésésre került gyökerek megoszása az egyes fogak között a beteg neme és kora szerint.
1971. máj. 7. péntek	Heim Pál Gyermekekórház könyvtára VIII., Üllői út 86.	délután 2 óra	<i>A kórház orvosi kara</i>	<i>Szamosi József</i> : Adatok a gyermekkori enuresishez, kiemelve a kóros húgyúti és az emotionalis tényezők szerepét.
1971. máj. 7. péntek	Országos Ideg- és Elme- gyógyintézet tanácsterme II., Vöröshadsereg útja 116.	délután ½3 óra	<i>Az Intézet Tudományos Bizottsága</i>	<i>Almásy Klára</i> : Vizsgálatok delirium tremenses beteganyagban (aspiránsi beszámoló).

Panangin

INJEKCIÓ ÉS DRAZSÉ

ÖSSZETÉTEL:

1 ampulla (10 ml) 0,4 g magnesium asparaginicum anhydricumot (33,7 mg Mg) és 0,452 g kalium asparaginicum anhydricumot (103,3 mg K) tartalmaz.

1 drazsé 0,140 g magnesium asparaginicum anhydricumot (11,8 mg Mg) és 0,158 g kalium asparaginicum anhydricumot (36,2 mg K) tartalmaz.

JAVALLATOK:

Angina pectoris, szívinfarctus, cardialis decompensatio digitalis resistens esetei, digitalis intolerantia, digitalis intoxicatio. Szívinfarctus megelőzése, angina pectorisos rohamok megelőzése. Rhythmuszavarok: tachyarrhythmia, ventricularis extrasystolek.

ELLENJAVALLATOK:

Acut és chronicus veseelégtelenség.

ADAGOLÁS:

Naponta 3×2 drazsé vagy naponta 2 ampulla 50–100 ml 5%-os glukoze oldattal felhígítva, lassan i. v. a koszorúsérkeringési zavarok gyógykezelésére.

Prophylacticus célra: naponta 3×1 drazsé. Szívinfarctusban naponta 2×1 ampulla (reggel, este) 50–100 ml 5%-os glukoze oldattal felhígítva, tartós cseppinfúzióban.

MEGJEGYZÉS:

Az infúzióban a Pananginnal együtt szükség esetén Strophantin, esetleg digitalis készítmény adagolható.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

50 drazsé, 200 drazsé, 5 ampulla, 25 ampulla.

Forgalomba hozza: KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST, X.

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 bármely postahivatalnál, (KHI. Budapest, V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy postautalványon, a kézbesítőknél, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

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



71.1462 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

NEVIGRAMON kapszula

A NEVIGRAMON más gyógyszerrel szemben resistens Gram-negatív kórokozók ellen hatásos chemotherapeuticum. Kémiai szerkezetében eltér az eddig ismert antibioticumoktól és chemotherapeuticumoktól. Az érzékeny kórokozók (E. coli, Proteus, Aerobacter aerogenes, Klebsiella pneumoniae és egyéb Pseudomonas-törzsek, valamint Salmonella és Shigella) növekedését hatásosan gátolja. Különösen eredményesnek bizonyult a húgyutak fertőzések eredetű megbetegedéseinek, valamint a polyresistens E. coli fertőzés kezelésében. Más antibakteriális vegyületek hatását általában nem befolyásolja és ez ideig keresztrezisztenciát sem észleltek, igen jól tűrhető.

ÖSSZETÉTEL:

Kapszulánként 500 mg Acidum nalidixicum (acidum 1-aethyl-7-methyl-1,8-naphthyridin-4-on-3-carbonicum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Főleg Gram-negatív kórokozók által okozott polyresistens akut és krónikus húgyúti fertőzések, a gyomor-bélhuzam Salmonella vagy Shigella által okozott fertőzése, valamint különös jelentőséggel a polyresistens E. coli fertőzés esetében.

ELLENJAVALLATOK:

A légzőközpont depressiója esetén, továbbá máj- és veseelégtelenségben csak fokozott óvatossággal alkalmazható a funkciós vizsgálatok elvégzése mellett. A terhesség első harmadában és gyermekeknek 2 éves koron alul ne alkalmazzuk.

ADAGOLÁS:

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 4-szer 2 kapszula kúraszerű adagolással legalább 7 napon át, indokolt esetben hosszabb időn át csökkentett adagolással (napi 4-szer 1 kapszula).
Gyermekek adagja 2-től 6 éves korig 250 mg naponta 3—4-szer, 6-tól 14 éves korig 500 mg naponta 2—4-szer.

MELLÉKHATÁSOK:

Nemkívánatos mellékhatásokat (émelygés, hányás, hasmenés, esetleg fejfájás, szédülés), valamint allergiás reakciókban megnyilvánuló túlérzékenységet (bőrpír, pruritus, láz, eosinophilia, urticaria) okozhat. Tartózkodjunk azonban a napsugárzástól, mert az érzékeny betegek egy részénél fény hatására kialakuló bőrelváltozást (photodermatosist) okozhat, amely a kezelés időszakos megszakítását teszi szükségessé. Mivel a NEVIGRAMON bakteriosztatikus hatását a Nitrofurantoin csökkenti, a két gyógyszer együttesen nem alkalmazható!

CSOMAGOLÁS:

56 darab á 0,5 g kapszula

Ára: 370,— Ft

MEGJEGYZÉS:

Elsősorban fekvőbeteg-gyógyintézetek részére szolgál. Társadalombiztosítás terhére csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhető, utókezelésre, a szokásos antibioticumokra, chemotherapeuticumokra kellően nem reagáló, de NEVIGRAMON-ra érzékeny polyresistens fertőzésekben. A vényt minden esetben a javaslatot adó intézet és javaslat keltének feltüntetésével, két példányban („másolat”-tal) kell kiállítani.

Forgalomba hozza:

CHINOIN

GYÓGYSZER ÉS VEGYÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA

BUDAPEST, IV., TÓ UTCA 1—5

PLASTUBOL

plasztikus sebfedő spray



Filmképző műanyag oldata, propellens gázzal keverve, szelepes palackban. A kifecskendezett spray a bőr felszínén rugalmas hátrtyaként megszilárdul, ha a oldószer elpárolog

Alkalmazása:

zárt műtéti sebek fedése, váladékozó sipolyok, sebek környékén a bőr védelme, elsőfokú égési sérülések kezelése felületes hámosorcsolások, frissen behámosodott sebek védelme, nehezen köthető területek sebvédelme, nem nedvedző ekcemák, dermatitisek fedése – nem zsíros kenőcsök alkalmazása után is az ép környezet védelme maró hatású ecsetelők alkalmazásakor érzékeny bőr védelme irritáló anyagoktól.

Nem alkalmazható

anaerob kórokozók fertőzte sebre, mély, tasakos, bőven váladékozó sebre, III. fokú égési sérülésre, nyomásnak kitett testrészekre.

A nyílt sebfelszínen múló fájdalmat, az érzékeny bőrön néha pír okoz.

Chemotherapeuticumot, antibiotikumot, deszficienst nem tartalmaz.

Nem a társadalombiztosítás terhére, hanem a pro ambuantia szerekre meghatározott módon szerezhető be.

1 palack ára 35,- Ft

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI
GYÁR
BUDAPEST