

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

Éljen a szocializmust építő magyar nép!

112. ÉVFOLYAM 18. SZÁM 1023—1080 OLDAL
BUDAPEST, 1971. MÁJUS 2.
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.

Összetétel: Ampullánként (2 ml) 300 mg és tablettánként 150 mg Xantinolum nicotinicum (7-[2-hydroxy-3-(N-methyl-β-hydroxyaethylamino)-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 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 tabletta, 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 tabletta — fenntartó adagokkal folytatjuk.
Heveny vérellátási zavarok esetén az injekciós kezelést részesítjük előnyben. A kívánt hatás szükségességének megfelelően felnőtteknek naponta 1—3-szor 2 ml intramusculárisan, azonnali hatás elérésére intravénásan 1—2-szer 2 ml igen lassú befecskendezéssel, lehetőleg fekvő helyzetben, majd naponta 1—3-szor 2 ml intramusculárisan.
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 testrészeken, 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 tabletta
200 db à 0,15 g tabletta
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:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SÓS JÓZSEF DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

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

*

112. ÉVFOLYAM

*

18. SZÁM

*

1971. MÁJUS 2.

TARTALOMJEGYZÉK

Gardó Sándor dr., Papp Zoltán dr. és Árvay Sándor dr.:
A testicularis feminisatio klasszikus és incomplet formái 1023

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Gagyi Dénes dr. és Szabó László dr.:
Glucagonterheléses vizsgálatok koraszülöttekben 1029

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Radnót Magda dr. és Jobbágyi Péter dr.:
A hetven éven felüli betegeken végzett cryoextractiók eredményei 1033

Bartos Gábor dr., Kiss Tibor dr., Mayer Ferenc dr., Lelkes József dr., Jarabin Ildikó dr. és Somogyi Jenő dr.:
Késői embolektomia hatása a végtag funkciójára 1035

RITKA KORKÉPEK

Brittig Ferenc dr. és Gottwald Gizella dr.:
Familiaris autoimmunbetegség cryoglobulinaemiával és hypokalaemiával ... 1039

KAZUISZTIKA

Kósa Ferenc dr. és Mészáros Erzsébet dr.:
Hirtelen halál haemodynamikai insufficientia miatt aneurysma dissecans aortae-ban 1046

HORUS
Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Kresz Géza 1049

Stockinger Tamás 1052

Józef Oettinger és a lengyel orvostörténelem kezdetei 1053

A TMB hírei 1055

Elhalálozások 1056

Folyóiratreferátumok 1057

Levelek a szerkesztőhöz 1071

Könyvismertetés 1072

Hírek 1075

Pályázati hirdetmények 1078

Előadások, ülések 1080

BISECURIN TABLETTA

Összetétel: 1 tabletta 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 colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

Alkalmazás és adagolás: A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Ezalatt szabályos reactiokészség 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 tabletta 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 tabletta bevétele egy napon elmarad, ezt a lehető leghamarabb pótolni kell és a következő tablettát szokott időpontban be kell venni. 2 tabletta 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, bélpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

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

Megjegyzés: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

Forgalomba kerül: 21 tabletta, 24 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Debreceni Orvostudományi Egyetem,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Árvay Sándor dr.)

A testicularis feminisatio klasszikus és incomplet formái

Cytogenetikai vizsgálatok a syndroma hét esetében

Gardó Sándor dr., Papp Zoltán dr.
és Árvay Sándor dr.

A testicularis feminisatio az intersexualitás változatos kórképeinek egy viszonylag jól körülírt formája, melynek legfőbb jellemzője, hogy a genetikai és gonadalis nemét tekintve férfi egyén külsőleg nőnek tűnik, tehát a férfi genotypushoz női fenotypus társul.

Hazai szerzők közül elsőként *Sas* (38) írta le a syndromát, majd *Ján* (16) és *Csillag* (4) közlései után az első cytogenetikailag is analysált esetet *Győry és mtsai* (12) publikálták. Ezzel a hazai irodalomban közölt esetek száma ötre emelkedett.

Munkánk célja, hogy 7 cytogenetikailag is kivizsgált esetünk kapcsán felhívjuk a figyelmet a syndroma klasszikus és incomplet formái elkülönítésének jelentőségére, és a klinikai kép rövid ismertetése mellett összefoglaljuk a kórkép aetiopathogenesisével, valamint öröklődésével kapcsolatos legújabb kutatások eredményeit.

Történeti áttekintés

A kórkép, mint kifejezett ritkaság, már a múlt század eleje óta ismert. A *Steglehner* (39) által leírt „puella formosa corporis habitu procero et amoeno" minden bizonnyal a syndroma klasszikus formájának egy képviselője volt. *Goldberg* és *Maxwell* (10) után *Wachstein* és *Scorza* (43) emelik ki a kórképet a már szinte áttekinthetetlen intersex formák sorából, majd *Morris* (26) az irodalom addigi 80 és 2 saját esete kapcsán leírja és rendszerbe foglalja a kórkép jellemzőit. Tőle származik a *„testicularis feminisatio"* elnevezés is. Használják még többek között a *„Morris-syndroma"*, a *„hairless women"* (44), és a *„pseudohermaphroditismus masculinus internus totalis feminisatióval"* elnevezéseket is. *Morris* fenti munkája óta főként a cytogenetikai vizsgáló eljárások tökéletesítése után oly nagy számú esetleírás történt, hogy ma már alig áttekinthető a kórkép irodalma.

A kórkép jellemzői

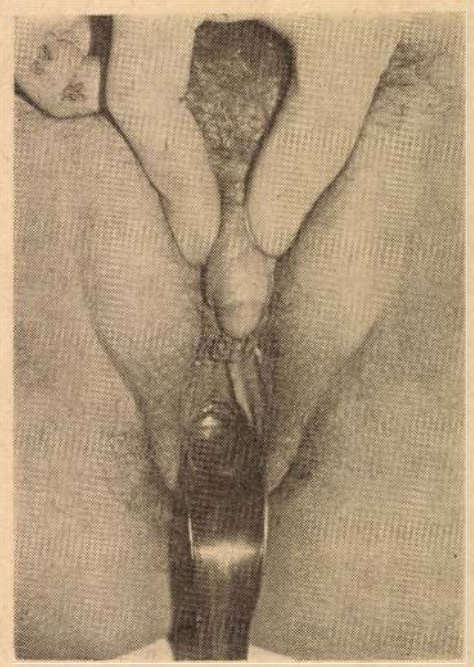
Anamnézis

A syndroma előfordulása viszonylag ritka, becslések szerint cca. 20 000 főre jut egy ilyen egyén (36) és az összes intersex formák 15—20%-át adják ezek az egyedek (28). A testicularis feminisatiós betegek családjában elsősorban testvéreik, ill. anyai „nagynénjeik" között gyakran fordul elő hasonló rendellenesség. A pubertás során normális a thelarche, a menarche és többnyire a pubarche hiányzik. Elsősorban a primaer amenorrhoea, később a primaer sterilitás, ritkábban a cohabitatiós képtelenség miatt keresik fel az orvost. Gyakran szerepel anamnézisükben inguinalis hernia, több esetben a sérvcsatornában levő here hívta fel a figyelmet a rendellenességre. Hét betegünk közül háromnál történt korábban inguinalis herniotomia.

Klinikai kép

Ellentétben más hypogonadalis zavarokkal, a testicularis feminisatiós betegek normál növésűek, sőt gyakran az átlagnál magasabbak (*Hauser* anyagában átlagosan 173,5 cm) (14). Psychéjük, alkatuk nőies, intelligenciájuk átlagos, libidójuk és orgazmusuk normális.

A syndroma klasszikus formájában a hónalj- és szeméremszőrzet teljesen hiányzik vagy csak piheszerű, a testalkat határozottan nőies, az emlők jól fejlettek, a mamillák gyengén pigmentáltak. A külső genitálék a gyér szőrzettől eltekintve feltűnés nélküliek. Az esetek többségében normális hosszúságú, vakon végződő hüvelycsonk található, de több vagina aplasiával járó esetet is leírtak (10, 12, 20). Az uterus és a tubák hiányoznak, esetleg csak rudimenter formában vannak jelen (1, 21, 44).



1. ábra.

A syndroma az esetek jórészében azonban nem a *Morris* által leírt klasszikus formában jelenik meg. A szőrzet gyakran normális, esetleg virilis, a clitoris hypertrophiás, a vagina rövid vagy teljesen hiányzik (1. ábra). Ezen formákat *Hauser* (13, 14) *„átmeneti formáknak"* vagy *„határeseteknek"*, mások a syndroma *„atypusos"* vagy *„partialis"* (30, 36) ill. *„incomplet"* formáinak nevezik. Ezen átmeneti formák demonstrálják azt, hogy a testicularis

feminisatio tulajdonképpen egy láncszem a változatos intersex formák sorában. A clitoris-hypertrophiával, ill. vagina aplasiával járó esetek átmenetet képeznek a pseudohermaphroditismus masculinuson és a Klinefelter-syndromán át a normál férfi irányába, míg azok az esetek, ahol rudimenter uterust és tubákat írtak le, a hypoplasiás genitálékkal rendelkező XY, X0, ill. XX typusú gonad dysgenesiseken keresztül a normál nő irányába jelentenek átmenetet.

Az 1—4. számú eseteink a syndroma klasszikus, míg az 5—7. számú eseteink annak incomplet formái. *(Táblázat)*

Gonad morphologia

A gonadok *makroszkóposan* feszes, fehér, fénylő tokkal (tunica albuginea) körülvett képletek, melyek az esetek cca. 60%-ában az inguinalis csatornákban, 19%-ában a nagyajkakban és 21%-ában a

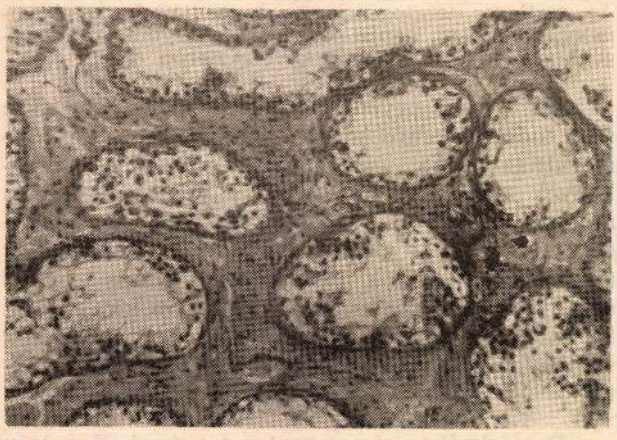
Táblázat

	Anamnézis	Somatikus nem	Karyotypus	Emlő	Hónaljszőrzet	Szeméremszőrzet	Clitoris	Vagina	Gonadok elhelyezkedése	Gonad histologia	Műtét
1. R. J. 24 éves	Typusos, a testicularis feminisatióra jellemző. Herniotomia ingu. l. u.	Norm. női	46,XY	jól fejlett	hiányzik	hiányzik	norm.	8 cm, vakon végződő	hasüregben	Inactiv here, differenciálatlan Sertoli-sejtekkel és gócos Leydig-sejt hyperplasiával	1966. Lap. explor. Resectio testis l. u.
2. Sz. É. 23 éves	Typusos	Norm. női	46,XY	jól fejlett	hiányzik	gyér	norm.	6 cm, vakon végződő	hasüregben	Inactiv here, differenciálatlan Sertoli-sejtekkel és kötéges Leydig-sejt szaporulattal	1966. Lap. explor. Exc. prob.
3. E. J. 19 éves	Typusos Herniotomia ingu. l. u.	Norm. női	46,XY	jól fejlett	hiányzik	gyér	norm.	8 cm, vakon végződő	hasüregben	Sorvadt kryptorch here Sertoli-sejtekkel és interstitialis sejtszaporulattal	1970. Lap. explor. Exc. prob.
4. M. A. 25 éves	Typusos Herniotomia ingu. l. u.	Norm. női	46,XY	jól fejlett	hiányzik	gyér	norm.	6 cm, vakon végződő	hasüregben	nem történt	nem történt
5. F. E. 50 éves	Typusos	Norm. női	46,XY	jól fejlett	hiányzik	gyér	3 cm-es, phallusszerűen megnagyobbodott	6 cm, vakon végződő	j. o. nagyajakban b. o. canalis inguinalisban	nem történt	1940. Lap. explor. Revisio.
6. M. Zs. 27 éves	Typusos	Virilis	46,XY	gyengén fejlett	hiányzik	norm.	3 cm-es, phallusszerűen megnagyobbodott	6 cm, vakon végződő	m.k.o. nagyajkakban	inactiv herében elvétve spermatogoniumok	1947. Lap. explor.
7. Z. T. 22 éves	Typusos	Norm. női	46,XY	jól fejlett	hiányzik	gyér	3 cm-es, phallusszerűen megnagyobbodott	3 cm, vakon végződő	m.k.o. nagyajkakban	inactiv here Sertoli-sejtekkel és Leydig-sejt hyperplasiával	1969. Lap. explor. Exc. prob.

hasüregben az ovariumok helyén helyezkednek el (14), és *szövettanilag* inactiv herének felelnek meg. Figyelemre méltó, hogy az 1—4. számú eseteinkben (klasszikus formák) a herék minden esetben a hasüregben helyezkedtek el, míg az incomplet formáknál a nagyajkakban voltak találhatók. A szűk, gyakran lumen nélküli herecsatornácskák a foetalis herére emlékeztetnek. A csatornákat több rétegű syncitialis hám béleli, melynek sejtjei különböznek az érett here Sertoli-sejtjeitől. A szerzők egy része differentiálatlan Sertoli-sejtek mellett (13, 14, 26, 36) spermatogoniumokat és a spermiogenesis magasabb fokán levő sejteket is meg tudott figyelni (13, 34, 45). Anyagunkban mind az öt operált esetben jelen voltak a Sertoli-sejtek, míg a 6. számú esetünkben mi is találtunk spermatogoniumokat (2. ábra). A Leydig-féle interstitialis sejtek mindig megfigyelhetők. Gyakori a *Pick*-féle tubularis adenoma (a *Morris* által összegyűjtött 82 esetből 23-nál).

Elég nagy gyakorisággal írnak le malignus elváltozást az ektopiás herékben. A szerzők általában 10—20%-os malignus elfajulási rátát adnak meg (14). Saját eseteinkben a herebiopsia szöveti képe malignus elfajulásra utaló jeleket nem mutatott.

A syndromával kapcsolatos *hormonvizsgálatok* eredményei nem egybehangzóak, a legtöbb szerző szerint azonban az oestrogenkiválasztás férfiakra számítva emelkedett, nőkre számítva csökkent (13, 14, 26, 43). A hüvelycytológia normális (10) vagy mérsékelten csökkent oestrogenhatásra utal (13). A 17-KS kiválasztás férfiakra számítva normál értékeket mutat, nőkre számítva a normális felső határán van vagy emelkedett (13, 28). A hypophysis gonadotrop hormon kiválasztása jelentősen megnövekedett (10, 28, 36). Az oestrogen synthesis a herékben történik, emellett szól az is, hogy a gonadok eltávolítása után az oestrogenürítés jelentősen lecsökken (37, 43), valamint az, hogy praepubertális castratio után nem fejlődnek ki az emlők (27).

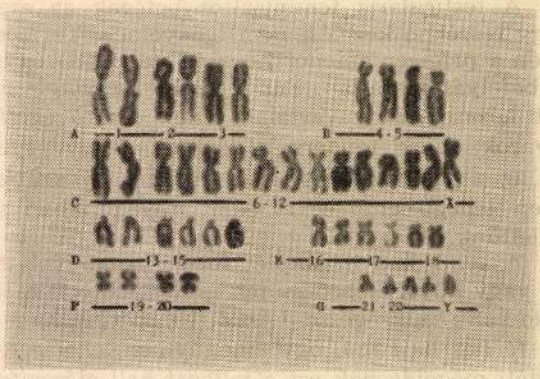


2. ábra.

Vitatott kérdés a testicularis oestrogenek eredete. Szerzők nagy része a Sertoli-sejtek szerepét valószínűsíti, míg mások a Leydig-sejteknek tulajdonítják az oestrogenproductiót (14, 22).

Cytogenetikai vizsgálatok

A syndromával kapcsolatos cytogenetikai vizsgálatok első lépéseként megállapították, hogy ezek a betegek sex chromatin negatívak. *Hauser és mtsai* (13) mutatták ki, hogy a testicularis feminisatiós betegek normális 46-os chromosoma-számmal rendelkeznek, majd *Jacobs és mtsai* (15) állapították meg először, hogy ezekre a fenotypusosan női egyedekre a 46,XY férfi karyotypus jellemző autosomalis anomáliák nélkül. Ezen chromosoma-kép mellett az incomplet formáknál leírtak még XO/XX/XY (25), XY/XYY/XXY (6), XY/XYY (42), XO/XY/XXY (41) és XX/XY (11, 12) gonosomalis mosaicismusokat is.



3. ábra.

Hét cytogenetikailag is analysált esetünkben negatív sex chromatin mellett minden esetben 46, XY férfi karyotypust találtunk (3. ábra). Esetenként 20—25 metaphasist értékeltünk.

Diagnosis és differentialdiagnosis

A primaer amenorrhoea mellett a jól fejlett emlők, a hiányzó vagy gyér szeméremszőrzet, a vakon végződő hüvely és az esetleges familiaris előfordulás megerősítik a gyanúdiagnosist, melyet a próba-laparotomia és a cytogenetikai analysis (46, XY) véglegesít.

Sebészeti osztályokon inguinalis hernia miatt műtétre kerülő kislányoknál, amennyiben a sérvcsatornában gonad található, sohasem szabad elmulasztani a próba-excisiót, ill. a cytogenetikai analysist.

Ma már megvan a lehetőségünk arra is, hogy ezt az egyébként a pubertás után felismerésre kerülő rendellenességet már az újszülöttkorban diagnosztizáljuk. A könnyen kivitelezhető sex chromatin meghatározás lehetővé teszi az újszülöttek ilyen irányú szűrővizsgálatát. A Barr-negatív leány újszülötteknél elvégzett chromosomaanalysis segítségével pedig már kiszűrhetők ezek közül az XY egyedek. Természetesen az ilyen irányú szűrővizsgálatok haszna nem merülne ki kizárólag a testicularis feminisatio kórismézésében, hanem egész sor gonosomalis anomalia korai felismerése válna ezúton lehetővé.

Legkönnyebben a Mayer—Rokitansky—Küster—Hauser-syndromával lehet a testicularis feminisatiót összetéveszteni, ha nem történik cytogenetikai kivizsgálás. A tévedésre többek között az adhat okot, hogy az MRKH-syndrománál inguinalis hernia, míg a Morris-syndrománál vagina aplasia fordulhat elő mellékleletként. Előbbinél azonban normális a szőrnövekedés, próbalaparotomiánál pete-

fészkeket találunk, a karyotypus XX és familiaris előfordulás sem bizonyítható (33).

A syndroma incomplet formáinak a hermaphroditismus verustól, ill. a pseudohermaphroditismus masculinustól való elkülönítése okozhat ritkán nehézséget. A próba-laparotomia, gonadbiopsia, ill. cytogenetikai analysis ezen kérdéses esetekben is lehetővé teszi a helyes diagnosis felállítását.

Therapia

A testicularis feminisatiós betegek az esetek nagy részében kezelést nem igényelnek. Természetesen a primaer amenorrhoea és sterilitás végleges és befolyásolhatatlan. Ennek tudomásulvétele mellett házaséletük zavartalan lehet. Neurovegetatív zavarok, suicid tendencia, depressio vagy psychosis az átlaghoz képest nem lép fel gyakrabban. Ilyen jellegű eltéréseket saját anyagunkban sem észleltünk.

A syndroma incomplet formáiban hüvelytágítás vagy hüvelyképző műtét, esetleg clitoris amputatio válik szükségessé. *László* (19) szerint, ha a beteg férfias hajlamú, úgy amennyiben lehetséges, a műtéti megoldásnak ezt a jelleget kell elősegítenie (hüvelyzárás, urethra phallusba ültetése).

A herék műtéti eltávolítása a pubertás előtt nagy hiba lenne, mert ez esetben a secundaer nemi jellegek nem fejlődnének ki. A szerzők többsége a magas malignus elfajulási rátára való tekintettel 30 éves kor után célszerűnek látja a castratiót. *Hauser* (14) nem tartja helyesnek az ún. prophylacticus castratiót, mert véleménye szerint a malignus elfajulás veszélye nincs arányban azokkal a súlyos kiesési tünetekkel, amelyek a herék eltávolítása után fellépnek.

Genesis

A syndroma kialakulásával kapcsolatban számos elképzelés van. Voltak, akik chromosomaaberratióra gondoltak. Mások a testosteron biosynthesisének zavarát, katabolismusának defectusait, peripheriás oestrogenné való átalakulását, a testosteronhatás magas oestrogenszint általi gátlását, ill. valamilyen antiandrogen substantia jelenlétét tették felelőssé a kórkép kialakulásáért.

Jóllehet *Netter és mtsai* (28) nagy dosisú gonadotropin adása után a herékben typusos elváltozásokat (Leydig-sejt hyperplasia, oestrogen productio, tubulus sclerosis és a spermiogenesis megszűnése) észleltek, nem valószínű, hogy a kórkép létrejöttének oka a hypophysis működésének zavarában kereshető. Ez ellen szól egyébként a normális thelarche is.

Hauser és mtsai (13, 14), valamint még számos szerző véleménye szerint a testicularis feminisatio kórképe a *korai intrauterin hereinsufficientia* következtében alakul ki. Ezt látszik alátámasztani az a párhuzam is, ami a here insufficientia és a feminisatio foka között fennáll. Minél insufficiensebb a here, annál kifejezettebb a feminisatio. A syndroma incomplet formáiban, ahol a herében Sertoli-sejtek mellett esetleg spermatogoniumok is kimutathatók, a hüvely rövidebb, sőt hiányozhat is, a clitoris hypertrophiás és a szőrzet is kifejezettebb.

Ez az elképzelés jól összhangba hozható a nemi differentiálódással kapcsolatos eddigi ismereteinkkel, melyek *Jost* (18) kísérletein, valamint *Overzier* (31) initialis és tartós inductiós elméletén alapulnak.

Jost kísérleteiből ismeretes, hogy ha nyúl foetusoknál a korai embryonalis életben, azaz a nemi differentiálódás előtt a gonadokat eltávolítjuk, úgy a csíramirigyek hiányában a genitálék mindig női irányban fejlődnek. Minél később történik a castratio a genetikailag hím egyedeknél, annál elmosódottabb lesz a határ a női és a hím genitálék között. Így kísérletesen a legkülönbözőbb intersex formák produkálhatók. Természetesen a castratióval egyet jelent a herék functionalis insufficientiája.

A foetalis here a Wolff-cső és a tuberculum genitale fejlődését stimulálja, s egyben gátolja a tubák és uterus kialakulását. Az embryonális herének feltétlenül produkálnia kell egy ún. „Müller-gátló" factort (17, 21, 44).

A testicularis feminisatio esetében az insufficiens here elégtelen androgen hatása kevés ahhoz, hogy a Wolff-cső és a tuberculum genitale fejlődését stimulálva kialakuljanak a férfi genitálék, a Müller-gátló factor jelenléte következtében viszont nem fejlődnek ki a tubák és az uterus, s hiányozhat a hüvely felső szakasza is. A női secunder nemi jellegek kialakulásáért viszont a testicularis oestrogenek a felelősek. Hogy a hereinsufficientia hátterében milyen zavar áll, megoszlanak a vélemények.

Witschi és *Mengert* (45), valamint *Hauser és mtsai* (13) szerint a normális mennyiségben jelenlevő 17-KS-ok csak kis részben tartalmaznak androgeneket, tehát androgenhiányt feltételeznek. Mások szerint az elegendő mennyiségben jelenlevő androgenekből bizonyos enzymdefectusok következtében nem képződik biológiailag aktív metabolit. *Morris* (27) a 17-β-hydroxysteroid-dehydrogenase zavarát feltételezi, míg *Crawford* (3) szerint a testosteron 5-α-reductase inactivitása következtében nem képződik aktív dihydrotestosteron az A gyűrű reductiója útján.

Lehetséges, hogy a syndroma különböző megjelenési formáit ugyanazon enzymzavar okozza, de az sincs kizárva, hogy a különféle variánsok különböző defectusokat képviselnek (35). Az enzymzavar okaként endogen örökletes vagy exogen factor tehető felelőssé. Az esetleges teratogen noxa expositiója az embryonalis fejlődés 60. napja körül van. [Enzymblokád, oxygenhiány vagy intoxicatio következtében (14).]

Mivel ezen egyedeknél a vizsgálók nagy része nem tudott jelentős androgenhiányt kimutatni, felmerült az a lehetőség, hogy a célszervek nem érzékenyek az egyébként normális mennyiségben és minőségben képződő androgenekre. Az ún. *„androgen resistentia"* hypothesise *Präder* (36) és *Wilkins* (44) nevéhez fűződik. Betegeiknél ugyanis jelentős mennyiségű androgen adása után sem következett be a szőrnövekedés fokozódása, amit a szőrtüszők veleszületett androgenresistentiájával magyaráztak.

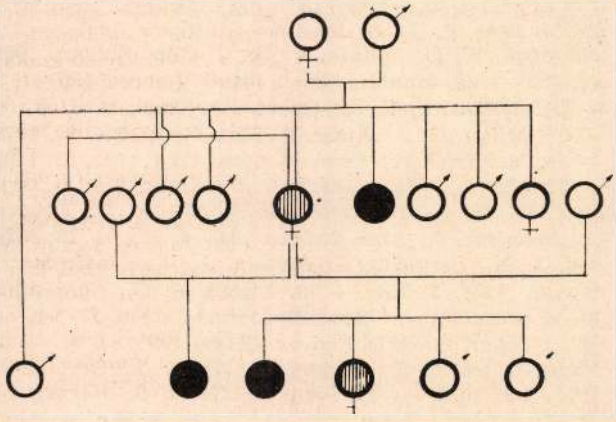
Ezen elmélet számos ponton vitatható. Nem magyarázható velel az uterus és a tubák hiánya, valamint a syndroma incomplet formái, ahol a szőrzet normális, sőt néha virilis is lehet. Vannak olyan közlések is, ahol az androgen therapia jelentős virilizáló hatással járt (27). Az ambosexualis szőrnövekedés egyébként is az androgenek mellett az oestrogenektől is függ. Ezt bizonyítja az is, hogy a szemérem- és hónaljszőrzet növekedése lányoknál és fiúknál egyszerre kezdődik, valamint az, hogy XX typusú gonad dysgenesisben egyedül oestrogenek adásával is sikerült szőrnövekedést előidézni (35).

Többek között *Netter és mtsai* mutatnak rá (28), hogy az érzékenységi zavarok általában csak egyes

szerveket érintenek az endocrinológiában, míg a testicularis feminisatio esetében számos szerv (Wolff-cső, tuberculum genitale, szőrtüszők, larynx stb.) van érintve, melyek egyidejű resistentiája valószínűtlennek látszik.

Öröklődés

Már régóta ismert, hogy a testicularis feminisatio kórképe egyes családokban halmozottan lép fel és gyakran fordul elő „nővéreken". Az is biztosnak látszik, hogy a kóros gént a conductor anya adja tovább utódainak. Ezt bizonyítja többek között az is, hogy az érintett egyedek anyáinál a conductor állapot gyakran kimutatható (késői menarche, hiányzó vagy gyér hónaljszőrzet, csökkent szeméremszőrzet). Ugyancsak az anyai ágon való öröklődés mellett szól, hogy az anya testvérei között, ill. családjában gyakran vannak testicularis feminisatióban szenvedő egyedek.



4. ábra – családfa
♀ normal nő
♂ normal férfi
◍ conductor nő
● testicularis feminisatios egyed

A 6. és 7. számú esetünk elemzése egy újabb bizonyítékot szolgáltat az anyai ágon való öröklődés mellett. A conductor anya — akinek „nővére" testicularis feminisatióban szenved (5. számú eset) — háromszor ment férjhez. Az első házasságából egy egészséges fiúgyermek született, a második házasságából származó egyetlen gyermek propositus (6. számú eset). Harmadik házasságából 4 gyermek származik, sorrendben egy testicularis feminisatiós egyed (7. számú eset), egy minden valószínűség szerint conductor leány és két egészséges fiú (4. ábra). Utóbbi két esetünk tehát ugyanazon anyának két különböző apától származó gyermekei. Hasonló esetről az irodalomban eddig csak *Dieke* (5) számolt be.

Több családfa vizsgálata során kiderült, hogy az ilyen családokban a nők, az egészséges férfiak és a testicularis feminisatiós betegek aránya a 2:1:1 arányt közelíti meg (27). Ebből arra következtethetünk, hogy a kórkép öröklődéséért vagy egy autosomalis dominans vagy egy X chromosomához kötött recessiv gén tehető felelőssé. Mivel a gén XY hordozói nem rendelkeznek utódokkal, a családfavizsgálatok segítségével ezt egyelőre nem lehetett eldönteni sem az egyik, sem a másik lehetőség irányába.

A testicularis feminisatio kórképének kialakulásáért felelős gén conductor nők gyermekeinek átlag felére vivődik át. Az XX utódok fele ismét heterozygota, míg az XY utódok fele érintett „leány" lesz.

Az öröklődés módjának tanulmányozásához nagy segítséget jelentenek az ún. *„marker"* géneket felhasználó kapcsolódási vizsgálatok.

Azokat a géneket, amelyek egy chromosomán olyan közel helyezkednek el egymáshoz, hogy a crossover során kapcsolt blokkokban adódnak tovább, „kapcsolt géneknek" nevezzük. A locusok közötti távolságok mérésének és a chromosoma-térképek szerkesztésének elve azon alapszik, hogy ha két locus nagyon közel van egymáshoz egy chromosomán, ritkán következik be közöttük crossover, míg ha távol vannak, sokkal gyakrabban fordul elő a recombinatio. Két locus közötti crossover gyakorisága azok egymástól való távolságának függvénye. Amennyiben sikerülne biztosan kimutatni egy olyan rendellenességet, amely a testicularis feminisatióval együtt lényegesen gyakrabban fordul elő, mint az véletlenül is előfordulhatna, úgy ez azt jelentené, hogy a két gén várakozáson felül gyakran marad együtt, tehát egy chromosomán egymáshoz közel helyezkednek el (7).

Kapcsolódási vizsgálatokhoz „marker"-ként jónéhány X chromosomalis gén felhasználható. Így a haemophilia, a színvakság és az izomdystrophia létrejöttéért felelős genek a legismertebbek. *Nilsson és mtsai* (29) a haemophilia és a testicularis feminisatio, *Stewart* (40) a színvakság és a testicularis feminisatio együttes előfordulása esetén végzett vizsgálatai során kimutatták, hogy a testicularis feminisatio létrejöttéért felelős gen vagy autosomalis vagy amennyiben mégis X chromosomához kötött, úgy meglehetősen távol helyezkedik el a haemophilia, ill. a színvakság genjeitől. Mind a haemophilia, mind a színvakság azonban viszonylag ritka megbetegedés és nagyon kicsiny annak az esélye, hogy együttesen forduljanak elő az ugyancsak ritka Morris-syndromával. Olyan gyakori „marker" genekre van tehát szükség, amelyek egészséges emberek közötti normális különbségeket határoznak meg és két vagy több alleljük nagy frequentiát mutat a populatióban (pl. vércsoportrendszerek). Ilyeneknek bizonyultak többek között az Xg vércsoportrendszer genjei, melyek az X chromosomán helyezkednek el. A gen neve Xg^a, míg a csendes allel Xg (*Mann és mtsai* 1962) (23).

McKusick (24) beszámol egy testicularis feminisatióban szenvedő családról, ahol a 4 phenotypusosan leánytestvér közül 3 volt érintett. Közülük 2 Xg (a+), egy pedig Xg (a—), az anya ugyancsak Xg (a+) volt. Ha feltételezzük, hogy az anya egyik X chromosomája hordozta a testicularis feminisatióért felelős gent, míg a másik az Xg^a gent, akkor a crossovernek két gametában kell létrejönnie, míg ha mindkét gén az egyik X chromosomán helyezkedett el, akkor csak egy gametában történt recombinatio. Ebből is az a következtetés vonható le, hogy amennyiben a testicularis feminisatio létrejöttéért felelős gén az X chromosomán helyezkedik el, úgy távol van az Xg^a géntől. Ugyancsak kizárható a kapcsolódás a testicularis feminisatio, valamint az autosomalis AB0, MNS, Kell, Duffy, Lutheran és Kidd vércsoportrendszerek génjei között is (2, 35).

További lehetőséget nyújt az X chromosomális, ill. autosomalis öröklődés közötti különbségtételre a mutatiós ráta vizsgálata. A syndroma sporadicus esetei ugyanis részben új mutatión alapulnak. X chromosomalis mutatiók — minden locusra nézve azonos mutatiós rátát feltételezve — kétszer olyan gyakran lépnek fel a petesejtekben, mint a hím ivarsejtekben. Autosomalis mutatiók ezzel szemben mind az anyai, mind az apai csírasejtekben egyenlő eséllyel léphetnek fel.

A petesejtek X chromosomális mutatiói mind a fiú, mind a leány utódok átlag felébe jutnak el. Az apai csírasejtek X chromosomalis mutatiói minden lányra továbbadódnak, de recessiv tulajdonságuk miatt közvetlenül nem vezetnek betegséghez.

A csírasejtek autosomalis mutatiói viszont egyenlő eséllyel jutnak át a leány és fiú utódokba.

Lenz (21) szerint autosomalis új mutatiók az összes esetek cca. 50%-ában, míg X chromosomalis új mutatiók az eseteknek csak egyharmadában, ill. még ennél is kisebb arányban várhatók. Ezért, ha azt találnánk, hogy a testicularis feminisatio összes eseteinek 50%-a új mutatio útján keletkezik, ez erős érv lenne az autosomalis öröklődés mellett. A fiúk relatíve magas száma az érintett egyedek testvérei között is ezt a feltételezést látszik igazolni.

Preventio

A conductor nő — aki az esetek nagy részében felismerhető (hiányzó hónalj-, gyér szeméremszőrzet, késői menarche, terhelt családi anamnesis) — születendő leánygyermekei egészségesek lesznek, bár felerészben szintén conductorok, függetlenül attól, hogy egy nem által meghatározott autosomalis dominans vagy egy nemhez kötött recessiv gén áll a probléma hátterében. A conductor nő XY utódai viszont csak 50%-os valószínűséggel lesznek egészséges fiúk, másik 50%-a testicularis feminisatióban szenved. Ha az anya részéről felmerül az igény, úgy ilyen esetekben korai nem-meghatározással megállapítható a genetikai nem és XY magzat esetén a terhesség megszakítása a terhesség első felében elvégezhető (9, 32).

Összefoglalás. Szerzők a testicularis feminisatio 7 esetének ismertetése kapcsán hangsúlyozzák a syndroma klasszikus és incomplet formái elkülönítésének lehetőségét. Cytogenetikai vizsgálataik során minden esetben 46,XY férfi karyotypust találtak. Összefoglalják a kórkép aetiopathogenesisével és öröklődésével kapcsolatos legújabb kutatások eredményeit. Ismertetnek egy családot, melyben a syndroma ugyanazon anyának két különböző apától származó gyermekén manifesztálódik. Ez újabb bizonyítéka az anyai ágon való öröklődésnek.

Felhívják a figyelmet a preventio és a korai diagnosis lehetőségére.

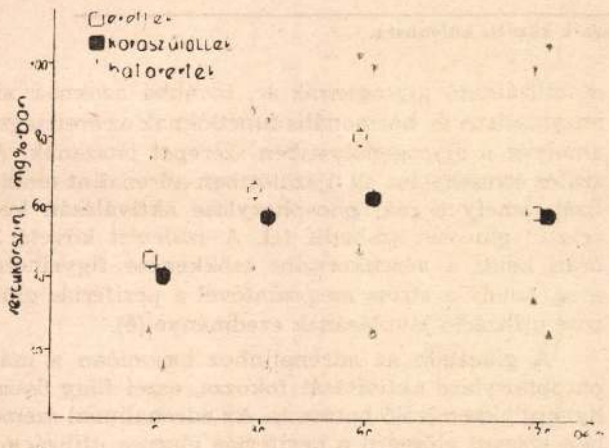
IRODALOM: 1. *Baron, J.:* Zschr. inn. Med. 1967, *22*, 447. — 2. *Boczkowski, K.:* J. Med. Genet. 1968, *5*, 181. — 3. *Crawford, J. D. és mtsai:* Clin. Pediat. 1970, *9*, 165. — 4. *Csillag M., Komor K., Sági T., Selmeci E.:* Magyar Belorv. Arch. 1963, *16*, 197. — 5. *Dieke, W.:* Zbl. Gynäk. 1956, *78*, 889. — 6. *Forsberg, J. G., Hall, B., Ryden, A. B. V.:* Acta Obstet. Gynec. Scand. 1965, *44*, 491. — 7. *Fraser Roberts, J. A.:* An introduction to medical genetics. Oxford Univ. Press. London, 1967. — 8. *Gardó S., Papp Z., Harpay G., Árvay S.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 857. — 9. *Gardó S., Papp Z., Árvay A.:* Acta Genet. Gemellol. In press. — 10. *Goldberg, M. B., Maxwell, A. F.:* J. Clin. Endocr. 1948, *8*, 367. — 11. *Gordon, D. L., Krmpotic, E., Zelinger, B. B., Rosenblum, L. E.:* Obst. Gynec. 1969, *34*, 779. — 12. *Győry Gy., Kun M., László J., Ritter L.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 1790. — 13. *Hauser, G. A. és mtsai:* Schweiz. med. Wschr. 1957, *87*, 1573. — 14. *Hauser, G. A.:* in: Die Intersexualität. Ed. Overzier C. G. Thieme, Stuttgart, 1961. — 15. *Jacobs, P. A. és mtsai:* Lancet. 1959, *2*, 591. — 16. *Ján H., Mocsai L.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 506. — 17. *Jones, H. W., Wilkins, L.:* Am. J. Obst. Gyn. 1961, *82*, 1142. — 18. *Jost, A.:* Compt. rend. Ass. anat. 1947, *34*, 255. — 19. *László J., Gaál M.:* Nőgyógyászati pathologia. Medicina, Budapest, 1967. — 20. *Leduc, B.:* Am. J. Obst. Gyn. 1968, *100*, 512. — 21. *Lenz, W.:* in: Humangenetik, Band III/1. Ed. Becker P. E. G. Thieme, Stuttgart, 1964. — 22. *Maddock, W. O., Nelson, V. O.:* J. Clin. Endocr. 1951, *11*, 769. — 23. *Mann, J. D. és mtsai:* Lancet. 1962, *1*, 8. — 24. *McKusick, V. A.:* Quart. Rev. Biol. 1962, *37*, 69. — 25. *Miller, O. J.:* Amer. J. Obst. Gyn. 1964, *90*, 1078. — 26. *Morris, J. L.:* Amer. J. Obst. Gyn. 1953, *65*, 1192. — 27. *Morris, J. L., Mahesh, V. B.:* Amer. J. Obst. Gyn. 1963, *87*, 731. — 28. *Netter, A., Lumbroso, P., Yaneva, H., Bellaisch, J.:* Ann. Endocr. 1958, *5*, 994. — 29. *Nilsson, J. M., Bergman, S., Reitaln, J., Waldenström, J.:* Lancet. 1959, *2*, 264. — 30. *Nunez, A. O., Fernandez, M. F., Casabon, A.:* Rev. Clin. Espan. 1960, *77*, 386. — 31. *Overzier, C.:* Acta Endocr. (Kbh.) 1956, *21*, 97. — 32. *Papp Z., Gardó S., Herpay G., Árvay S.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 1023. — 33. *Papp Z., Gardó S., Herpay G., Árvay S.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 1459. — 34. *Petterson, G., Bonier, G.:* Hereditas (Lund) 1957, *23*, 49. — 35. *Philip, J., Sele, V.:* Acta Endocr. (Kbh.) 1965, *48*, 297. — 36. *Prader, A.:* Schweiz. med. Wschr. 1957, *87*, 278. — 37. *Pujol-Amat, P. és mtsai:* Amer. J. Obst. Gyn. 1970, *106*, 736. — 38. *Sas M.:* Magyar Nőorv. L. 1959, *22*, 102. — 39. *Steglehner, G.:* De Hermaphroditorium Natura. Bamberg u. Leipzig. 1817. — 40. *Stewart, J. S. S.:* Lancet. 1959, *2*, 592. — 41. *Uozumi T. és mtsai:* Acta Endocr. 1967, *54*, 193. — 42. *Vague, J. és mtsai:* Ann. Endocr. (Paris) 1966, *27*, 464. — 43. *Wachstein, M., Scorza, A.:* Amer. J. Clin. Path. 1951, *21*, 10. — 44. *Wilkins, L.:* The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence. C. C. Thomas, Springfield, 1950. — 45. *Witschi, E., Mengert, W. F.:* J. Clin. Endocr. 1942, *2*, 279.

Vas megyei Tanács Markusovszky Lajos Kórháza, Gyermekosztály (főorvos: Frank Kálmán dr.*)

Glucagon terheléses vizsgálatok koraszülöttekben

Gagyi Dénes dr. és Szabó László dr.

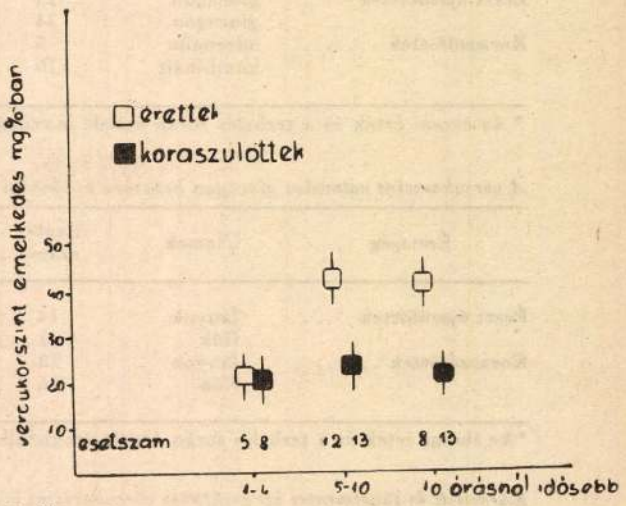
Az utóbbi időben az agykárosodások aetiológiájában egyre nagyobb szerepet tulajdonítanak a hypoglykaemiának. Különösen a kis súlyú koraszülöttek, az intrauterin sorvadtak, a perinatalisan károsítottak, valamint a cukorbeteg anyák újszülöttei vannak e veszélynek kitéve (14, 15). Mivel koraszülöttekben a késői agykárosodások gyakrabban fordulnak elő, mint érett újszülöttekben, a fizikai kórokok szerepe mellett a hypoglykaemia jelentőségének is nagyobb figyelmet kell szentelni. Az újszülött vércukor-szabályozásában a májnak mint elsőrendű glycogen-raktárnak döntő jelentősége van, melynek telítettségi állapota meghatározza a mobilizálható glucose mennyiségét. A glucose mobilisatio enzymtevékenység eredménye, melynek legfontosabb láncszeme a glucagon aktiválta phosphorylase működése. A fentiek alapján a koraszülöttek hypoglykaemiájának kialakulása és ennek jelentősége széles körű kutatómunka során tisztázódhat. Nagyobb számú koraszülöttben végzett vizsgálatainkkal e kérdéshez kívánunk adatokat szolgáltatni.



1. ábra.
Különböző életkorú érett újszülöttek és koraszülöttek átlagos vércukorszint-emelkedése glucagon hatására

Beteganyag és vizsgálati módszer

Vizsgálatainkat kórházunk koraszülöttosztályán 49, 1200—2400 g születési súlyú koraszülöttben végeztük az Eli Lilly-gyár kristályos Glucagon és a Kőbányai Gyógyszerárugyár Tonogén készítményével. Kontrollként 25 érett újszülöttet választottunk, súlyuk 2520—3970 g közé esett. A terheléseket 1—28 órás kor között végeztük, mielőtt az újszülött élete első táplálékát megkapta volna.



2. ábra.
Érett újszülöttek és koraszülöttek vércukorszintjének alakulása glucagon hatására

A vércukrot vénából vett 0,1 ml vérből orthotoluidines módszerrel határoztuk meg. Az első vérvétel után intramuscularisan 0,1 mg/kg glucagont, ill. intravénásan 0,1 mg/kg adrenalint adtunk, a kombinált terheléseknél pedig az iv. alkalmazott adrenalint 10 perc múlva követte a glucagon im. beadása. Ezt követően 30, 60 és 120 perccel újabb vércukormeghatározásokat végeztünk.

A matematikai analysist a Student-féle testtel végeztük.

Eredmények

Az 1. táblázat és az 1. ábra adataiból kitűnik, hogy az érett újszülöttekben a glucagon jóval nagyobb hyperglykaemiás effectust vált ki, mint koraszülöttekben. Az utóbbiaknál a terhelési görbe elhúzódóbb jellegű. Feltűnő, hogy koraszülöttekben az adrenalin mérsékeltebb hyperglykaemiát okozott, míg a kombinált (glucagon + adrenalin) terhelés az érett újszülöttek glucagonra adott válaszával megegyezik.

A továbbiakban a glucagonterhelési eredményeket elemeztük többféle szempontból.

A 2. ábrából leolvasható, hogy a 4 óránál idősebb érett újszülöttek hyperglykaemiás effectusa jelentősen magasabb, mint az ennél fiatalabbaké ($t = 3{,}02$, $p < 0{,}01$). Ez a különbség koraszülötteknél nem figyelhető meg.

Beteganyagunkat felosztottuk gestatiós kor és a születési súly szerint is. E tekintetben nem talál-

* Jelenlegi munkahelye: Orvostovábbképző Intézet.

tunk különbséget sem az érett újszülöttekben, sem a koraszülöttekben a glucagon vércukoremelő hatását illetően.

Nemek szerinti csoportosításban (2. táblázat) a lányok (átlagsúly: 1767 g) és a fiúk (átlagsúly: 1794 g) terhelési eredményei csaknem teljesen megegyeztek érett újszülöttekével, viszont a koraszülött lányok kifejezettebb hyperglykaemiát produkáltak, mint a koraszülött fiúk, bár ez a különbség csak megközelítőleg szignifikáns ($t = 1{,}98$, $p < 0{,}10$). A koraszülött fiúk és az érett fiúk hyperglykaemiás válasza jelentősen különbözik ($t = 2{,}68$, $p < 0{,}01$). A koraszülött és érett lányok között ez a különbség nem figyelhető meg.

A 3. tábl. perinatalisan károsodott, illetve tünetmentes koraszülöttek glucagonterhelési értékeit hasonlítja össze. Károsító tényezőnek az asphyxiát (Apgar 7-nél kevesebb osztályzat), a traumára utaló elváltozásokat (vérömlenyek), a szülés mechanizmusában való rendellenességeket (gyors, ill. elhúzódó szülés, eszközös beavatkozás) tekintettük. Lehűltnek vettük a 35° C alatti végbélhőmérsékletű koraszülötteket. A halálos kimenetelű eseteket, melyek a terhelést követő napon agyvérzés miatt történtek, a legsúlyosabban károsítottaknak tekintettük. A tünetmentes, illetve a bármiféle módon károsított koraszülöttek glucagonra bekövetkező vércukor-emelkedésének mértékét összehasonlítva, a különbség erősen szignifikáns ($t = 2{,}75$, $p < 0{,}01$).

Megbeszélés

A terhesség folyamán a magzat vércukor szabályozásáról jórészt az anyai szervezet gondoskodik. A megszületés az újszülöttet hormonális és enzymaticus szempontból is „önellátásra" kényszeríti, így a vércukorszabályozás terén is. Ennek megvalósításához szükséges elegendő nagyságú és kellően mobilizálható glycogenraktár, továbbá azoknak az enzymaticus és hormonális functióknak az érettsége, amelyek a glycogenolysisben szerepet játszanak. A szülés stresshatása az újszülöttben adrenalint mobilizál, amely a máj phosphorylase aktiválásán keresztül glucoset szabadít fel. A születést követő 3 órán belül a vércukorszint csökkenése figyelhető meg, amely a stress megszűntével a perifériás glucose utilizáció javulásának eredménye (6).

A glucagon az adrenalinhoz hasonlóan a máj phosphorylase aktivitását fokozza, ezzel függ össze hyperglykaemizáló hatása is. Az adrenalinnal szemben viszont elősegíti a periferiás glucose utilizációt (10, 25, 26).

Fenti meggondolások alapján végzett vizsgálataink folyamán *Gladtke és mtsai*val (11), *Cornblath és mtsai*val (5, 6) egyetértésben azt találtuk, hogy mind a glucagon, mind az adrenalin 3 óránál fiatalabb újszülöttekben és koraszülöttekben kisebb hyperglykaemiás hatást vált ki, mint az idősebbekben (2. ábra). Erre kétféle magyarázat kínálkozik.

1. táblázat

A vércukorszint változása érett és kora újszülöttekben glucagon, adrenalin és kombinált terhelésekre

Érettség	Terhelés	Esetszám	Vércukor mg % (átlag) éhomi	S. D.	különbség*	S. D.
Érett újszülöttek	glucagon	25	43,8	±10,1	36,0	±12,5
	glucagon	34	40,1	±11,5	26,9	±15,6
Koraszülöttek	adrenalin	5	33,2	± 8,5	22,6	±10,0
	kombinált	10	35,4	±10,3	36,7	±19,0

* Az éhomi érték és a terhelés során észlelt maximális érték közötti különbség.

A vércukorszint változása glucagon hatására különböző nemű érett és kora újszülöttekben *2. táblázat*

Érettség	Nemek	Esetszám	Vércukor mg% (átlag) éhomi	S. D.	különbség*	S. D.
Érett újszülöttek	lányok	14	43,7	±10,1	35,4	±14,1
	fiúk	11	44,0	±11,5	33,5	±10,6
Koraszülöttek	lányok	18	37,3	±13,3	31,7	±15,2
	fiúk	16	43,3	±11,7	21,5	±14,7

*Az éhomi érték és a terhelés során észlelt maximális érték közötti különbség.

Károsított és tünetmentes koraszülöttek vércukorszint változása glucagon hatására *3. táblázat*

Perinatalis események	Esetszám	Vércukor mg % (átlag) éhomi	S. D.	különbség*	S. D.
Exitus	3	37,7		8,0	
Lehűlés	7	36,7	±12,6	16,1	±14,0
Traumák	4	40,2		22,4	
Traumák + lehűlés	9	46,0		18,9	
Tünetmentes	11	38,5	± 9,1	33,1	±14,7

* Az éhomi érték és a terhelés során észlelt maximális érték közötti különbség.

1. a szülés alatti adrenalin mobilizáció okozta jelentős glycogenolysis, melyre a magasabb éhomi vércukorszint utal;
2. a máj phosphorylase aktivitás átmeneti blockja, mely az adrenalin, ill. glucagon stimulusára kevésbé érzékeny.

Normális körülmények között az újszülött vércukorszintje 10 órás kora körül éri el a mélypontját (21), ettől kezdve lassú, spontán emelkedés tapasztalható. Kóros viszonyok között a hypoglykaemia elhúzódhat. Ennek okául számos tényezőt lehet felelőssé tenni.

Legkézenfekvőbb magyarázat a máj glycogenraktárainak szegényes volta. *Mestyán és mtsai* (16) 610 érett és koraszülött csecsemő vizsgálata során megállapították, hogy hypoglykaemia leggyakrabban az intrauterin sorvadtaknál fordul elő. *Shelley* és *Neligan* (21) szerint a 36. gestatiós hét körül a magzati máj glycogentartalma meredeken emelkedik, a születés után pedig 24 órai éhezés alatt kb. 10%-ára csökken. Ennél súlyosabb a glycogenraktárak kimerülése koraszülötteknél, „small for dates" csecsemőknél, ill. lehűlés vagy asphyxia esetén. *Blum és mtsai* (2) vizsgálatai szerint viszont az intrauterin dystrophiás újszülöttek glucagon-effectusa nem marad el szignifikánsan az érett újszülöttektől, tehát glycogenraktáraik — legalábbis kezdetben — kielégítőnek tekinthetők.

Beteganyagunkban csak két esetben fordult elő 20 mg% alatti éhomi vércukorszint. Egyikük anyja polysymptomás toxaemiában szenvedett a terhesség alatt, a csecsemő vércukorszintje 14 mg%-ról mindössze 24 mg%-ra emelkedett a glucagon beadása után. A második csecsemő, ikerpár kisebbik tagjaként jellegzetes dysmaturus küllemmel született, súlya fél kg-mal elmaradt ikertestvérétől. Mindkét esetünkben feltételezhető a glycogenraktárak nagyfokú szegénysége, mely hypoglykaemiájukért is felelős lehetett.

Kétségtelen azonban az is, hogy a többi koraszülöttünkben (1. táblázat) glucagon, adrenalin és kombinált terhelésre kifejezett hyperglykaemiás effectust kaptunk. Ez tehát ellene szól annak, hogy — legalábbis 24 órás korig — a glycogenraktárak hiánya lenne felelős a hypoglykaemiás hajlamért.

Shelley és *Neligan* (21) vetette fel a glyconeogenesis éretlenségének kóroki szerepét a hypoglykaemia magyarázatára. *Grasso és mtsai* (12) viszont aminosav infusio hatására az insulinszint emelkedése mellett a koraszülöttek vércukorszint-emelkedését is észlelték, ami csak a gluconeogenesis ép functiójával magyarázható.

Felmerülhet az adrenocorticalis rendszer, a növekedési hormon, ill. a phosphorylase enzym éretlen functiójának szerepe is a hypoglykaemiás hajlam magyarázatára. Mindezeket hormonmeghatározások alapján számosan elvetették (9, 17, 18). Saját vizsgálataink szerint a hormonális és enzymaticus functiók épnek tekinthetők az alábbi megfontolások alapján:

Nem találtunk differenciát a hyperglykaemiás válasz tekintetében a különböző gestatiós korú és születési súlyú érett és koraszülöttek között.

A koraszülöttek nemenkénti csoportosításában megfigyelt eltérés a hyperglykaemiás válasz tekintetében a hormonális és enzymaticus aktivitás különbözőségében keresendő, amely már érett újszülöttekben elmosódik. A koraszülött lányok ui. jelentősen kifejezettebb hyperglykaemiás választ produkáltak glucagonra, mint a fiúk (2. táblázat). Ezzel analóg jelenséget figyelt meg *Török* (24). Hasonló gestatiós korú és születési súlyú koraszülött leány között kevesebb volt a hyperbilirubinaemiás, mint a fiúk között.

Újabban számosan felvetették, nem a hyperinsulinaemia okozza-e az újszülöttkori hyperglykaemiát (1). Ez bebizonyosodott diabeticák újszülötteinél, óriás csecsemőknél (11), dysmaturus csecsemőknél (1). Az esetek többségében azonban nem hyper-, hanem hypoinsulinaemia áll fenn az újszülöttekben, koraszülöttekben. Ezt indirekt módon intravénás és per os glucose terheléssel (1, 4, 12, 23), illetve direkt módon plasmainsulinszint meghatározással (22, 23) bizonyították. Ezen egybehangzó véleményt a mi elhúzódó typusú glucagon-, adrenalin- és kombinált terheléseink is alátámasztják (1. ábra).

Az elhúzódó hyperglykaemiás választ nemcsak a lassú insulinkiválasztás, hanem a glucose perifériás utilizációjának gátlása is okozhatja. *Elsick és mtsai* (10), *Van Itallie és mtsai* (25, 26) vizsgálták e problémát felnőttekben és megállapították, hogy a glucagon a perifériás utilizációt fokozza, az adrenalin viszont csökkenti. Az utóbbi jelenséget adrenalin, ill. kombinált terheléseinknél magunk is észleltük (1. ábra).

Tünetmentes koraszülöttekben az érett újszülöttekkel csaknem megegyező hyperglykaemiás válasz arra enged következtetni, hogy:

1. a két csoport között nincs lényeges különbség a glycogenraktárak nagysága és mobilizálhatósága,
2. a glycogenolysisben részt vevő enzymek és hormonalis tényezők aktivitásbeli különbsége között.

A különbséget az érett és koraszülöttek között a károsítás foka határozza meg (3. táblázat). A károsító tényezők stresshatása a glycogenraktárak olyanfokú kimerülését idézte elő (21), hogy további vércukorszint-emelkedés csak kismértékben volt lehetséges. A glycogenraktárak kimerülésén túlmenően a hormonalis és enzymfunctiók blockja is gátolja a hyperglykaemiás válasz létrejöttét.

A renyhébb hyperglykaemiás válasz alapján úgy gondoljuk, hogy koraszülötteinkben fellépő hyperglykaemiás hajlam közvetlen előidézéséért jelentős szerepet kell tulajdonítanunk a perinatalis stress- és shockhatásoknak. Vizsgálataink időpontjában (az első 24 életórában) az esetek többségében hypoglykaemia még nem volt megfigyelhető. Feltételezzük azonban, hogy további éhezés a vércukorszint kritikus szint alá csökkenéséhez vezetett vol-

na (14). Ezért a glucagonra csekély hyperglykaemiát produkáló koraszülötteket potentiális hypoglykaemiásoknak kell tekintenünk.

Ezen állapot megelőzésére fontosnak tartjuk:

1. a kíméletes szülésvezetést;
2. az asphyxiák gyors leküzdését;
3. a lehűlés megakadályozását és
4. a korai glucose-pótlást.

Összefoglalás. Szerzők 25 érett újszülött és 49 koraszülött glucagon-, adrenalin- és kombinált (glucagon + adrenalin) terhelését végezték el. Eredményeik alapján az alábbiakat állapítják meg:

1. Érett újszülöttek hyperglykaemiás válasza nagyobb, mint a koraszülötteké, görbéjük tendentiája megközelíti az éhgyomri értéket a terhelés 2. órájának végén. Koraszülöttek hyperglykaemiás válasza elhúzódóbb jellegű.

2. A koraszülöttek adrenalinra és kombinált (glucagon + adrenalin) terhelésre még elhúzódóbb hyperglykaemiát produkáltak. Ennek okát a perifériás glucose utilizáció gátlásában látják.

3. A koraszülöttek hypoglykaemiás hajlamának okát elsősorban az őket gyakrabban érő stressés shockhatásokban látják. Szerzők javasolják ezen állapotok megelőzését, ill. gyors korrekcióját.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk Cholnoky Péter dr. és Molnár László dr. főorvosoknak a statisztikai analízis elvégzéséért.

IRODALOM: 1. *Annotation:* Lancet. 1968, *I*, 349. — 2. *Blum, D. et al.:* Arch. Dis. Childh. 1969, *44*, 304. — 3. *Brown, R. J. K., Wallis, P. G.:* Lancet. 1963, *I*, 1278. — 4. *Ciampolini, M., Franchini, F.:* Minerva Pediat. (Torino) 1966, *18*, 836. — 5. *Cornblath, M. et al.:* Pediatrics. 1958, *21*, 885. — 6. *Cornblath, M. et al.:* Pediatrics. 1961, *27*, 378. — 7. *Cox, M., Dunn, H. G.:* Develop. Med. Child. Neurol. 1967, *9*, 430. — 8. *Creery, R. D. G.:* Lancet. 1968, *I*, 594. — 9. *Dawkins, M. J. R.:* Brit. Med. Bull. 1966, *22*, 27. — 10. *Elsick, H. et al.:* J. Clin. Invest. 1955, *II*, 1830. — 11. *Gladtke, E. et al.:* Dtsch. Med. Wschr. 1968, *93*, 144. — 12. *Grasso, S. et al.:* Lancet. 1968, *II*, 755. — 13. *Haworth, J. G.:* Ped. Clin. N. Amer. 1965, *12*, 573. — 14. *Kerpel-Fronius Ö.:* Gyermekgyógyászat. Medicina. Budapest, 1969, 138. — 15. *Kerpel-Fronius Ö.:* Prae- és perinatalis kérdések. A Magyar Gyermekgyógyász Társaság Ankétja. Ifjúsági Lapkiadó Vállalat. Budapest, 1966, 203. — 16. *Mestyán Gy. et al.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 247. — 17. *Milner, R. D. G., Wright, A. D.:* Clin. Sci. 1966, *31*, 309. — 18. *Milner, R. D. G., Wright, A. D.:* Clin. Sci. 1967, *32*, 249. — 19. *Mulligan, P. B., Schwartz, R.:* Pediatrics. 1962, *30*, 125. — 20. *Neligan, G. A. et al.:* Lancet. 1963, *I*, 1282. — 21. *Shelley, H. J., Neligan, G. A.:* Brit. Med. Bull. 1966, *22*, 34. — 22. *Schiff, D., Lowy, C.:* Lancet. 1968, *I*, 475. — 23. *Spellacy, W. N. et al.:* Obstet. Gynec. 1967, *30*, 580. — 24. *Török J., Szabó L.:* Gyermekgyógyászat. 1959, *10*, 292. — 25. *Van Itallie, T. B., Bentley, W. B. A.:* J. Clin. Invest. 1955, *II*, 1730. — 26. *Van Itallie, T. B. et al.:* Clin. Endocrin. 1955, *15*, 28.

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 kötőhártya gyulladás, 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 helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:
5 g tubus 5,30 Ft

Egyt **Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest**

Budapesti I. Szemklinika (igazgató: Radnót Magda dr.)

A hetven éven felüli betegeken végzett cryoextractiók eredményei

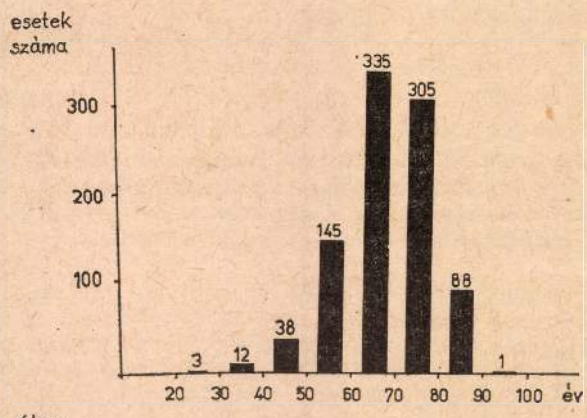
Radnót Magda dr. és Jobbágyi Péter dr.

Ma már általánosan elfogadott, hogy a cryoextractio a különböző módon végzett hályogkivonások közül a legbiztonságosabb műtét és a legjobb eredménnyel jár, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy ezzel a módszerrel az éretlen duzzadó hályogokat is tokosan lehet eltávolítani és a subluxált és luxált lencséket is biztosan lehet operálni.

A legnagyobb anyaggal *Krwawicz* rendelkezik, majd *Algan* és *Vite*, *Seedorf* és *Lawdetz*, *Croll* és *Croll*, továbbá *Skrzypczak* és *Jendres*. *Worthen* és *Brubaker* 1000 cryoextractiót hasonlít össze 1000 tokfogóval végzett műtéttel, de ezek 128 operateur összegyűjtött adatai. A *Kelman* által ajánlott kis seben át történő műtét is csak cryoextractorral végezhető el.

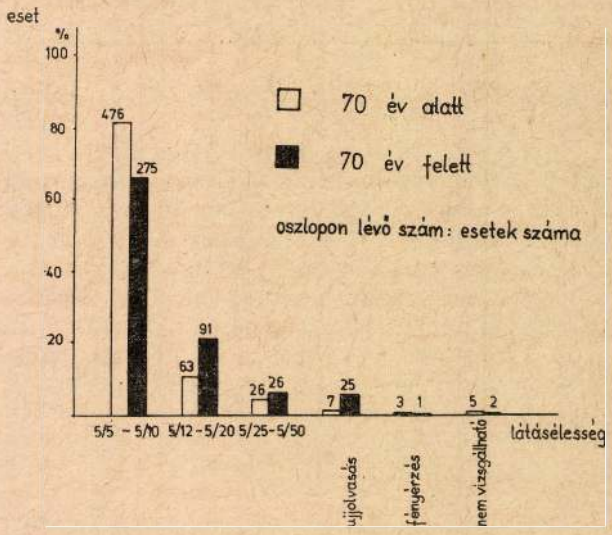
Magunk 1965 óta kizárólag cryoextractiót végzünk. Az alábbiakban válogatás nélküli 1000 eset adatait közöljük. Anyagunk kor szerinti megoszlása igen alkalmas arra, hogy összehasonlítsuk a 70 éven felüli betegeken és a fiatalabb korosztályon végzett műtétek eredményét.

Az 1000 műtétet 927 betegen végeztük. Az első 100 műtétet egy operateur végezte, a többi 900-at összesen tizenketten, köztük olyanok is, akiknek ezek első hályogműtétjeik voltak.



1. ábra.
A betegek kor szerinti megoszlása

A műtéteket, amikor arra contraindicatio nem volt, lytikus cocktail adása után akinesia mellett lokálanaesthesiában végeztük. Zonulolysist chymotrypsinnel végeztük, de az enzymet csak a hátsó csarnokba adtuk az előzetesen készített gyöki iriskolobomán át és arra törekedtünk, hogy az elülső csarnokba ne vagy csak kevés enzym kerüljön.



2. ábra.
Műtét utáni látásélesség

A metszést Graefe-késsel végeztük és a sebet Imre-féle varrattal zártuk. Az extractio befejezése után acetylcholint adtunk a pupilla szűkítése céljából, műszerrel nem reponáltunk.

Beteganyagunk kor szerinti megoszlását az 1. ábra mutatja. A legtöbb beteg életkora 60 és 80 év között van (335 + 305), a 80 év felettiek száma 89. A férfiak és nők aránya 70 év alatt csaknem azonos, mígnem a 70 év feletti esetekben 154 férfi és 240 nő van. Ez érthető, mert ebben a korosztályban több nő van, mint férfi.

Az esetek túlnyomó többsége senilis cataracta volt. Közülük duzzadó hályog 331 + 256 (58,7%) és progrediens 153 + 112 (26,5%) volt. A műtéti indicatiót egyrészt a visuscsökkenés, másrészt az a körülmény szabja meg, hogy a beteg el tudja-e végezni munkáját, illetőleg napi teendőit. 5/50-nél jobb visus mellett nem szoktunk extractiót végezni. Senilis hályogon kívül anyagunkban szerepel 11 cataracta complicata (1,1%), 8 cataracta traumatica

Műtét utáni komplikációk — *1. táblázat*

	70 éven alul		70 év felett		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%
Prolapsus iridis	10	1,7	9	2,3	19	1,9
Vérzés a csarnokban	47	8,1	23	5,4	70	7,0
Iritis	16	2,7	1	0,2	17	1,7
Infiltratio corneae	3	0,5	2	0,4	5	0,5
Sekély csarnok	8	1,3	26	6,1	34	34,

Késői, műtéttel összefüggésbe hozható komplikációk *2. táblázat*

	70 éven alul		70 év felett		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%
Epithelimplantatio	4	0,7	1	0,2	5	0,5
Glaucoma sec.	17	2,9	17	4,0	34	3,4
Ablatio ret. ...	5	0,8	5	1,0	10	1,0
Uveitis chr. ...	—	—	—	—	—	—
Dystr. corn. ..	1	0,2	1	0,2	2	0,2
Enucleatio bbi.	4	0,7	2	0,4	6	0,6

(0,8%) 4 cataracta subluxata (0,4%) és 31 gyógyszerártalom okozta cataracta (3,1%).

Mindebből látható, hogy mivel a nem senilis cataracták elhanyagolható százalékban szerepelnek, de ezek is a 70 év alatti csoportból valók, az anyag valóban alkalmas a 70 év alatti és feletti betegek cryoextractiós eredményeinek összehasonlítására.

95,7%-ban volt az egész anyagban az elért visus 5/50-nél jobb és 4,3%-ban ennél rosszabb.

A 2. ábra mutatja, hogy a műtét utáni látásélesség 5/10-nél jobb volt 70 év alatt 82%-ban, míg 70 év felett 65,5%-ban. Kérdés, hogy a rosszabb eredmény a 70 éven felülieknél a műtéttel kapcsolatos complicatiók következménye-e, vagy egyéb tényezők eredménye.

Üvegtestveszteség 70 éven aluliaknál 16 esetben (2,7%), a 70 éven felülieknél 11 esetben (2,6%) volt. Expulsiv vérzés 2, illetőleg 1 esetben, tehát 0,3%, illetőleg 0,2%-ban volt.

A műtét utáni complicatiókat az 1. táblázat mutatja. A sekély, nehezen helyreálló csarnok lényegesen gyakoribb, 6,1%, szemben az 1,3%-kal az idősebbeknél, ami azzal függhet össze, hogy nehezebben kezelhetők, nyugtalanabbak.

A késői, műtéttel összefüggésbe hozható complicatiók ezzel összhangban vannak. A 2. táblázat mutatja, hogy a secundaer glaukoma esetei gyakoribbak 70 éven felül.

A műtét utáni látásélességet természetesen befolyásolják a műtéttel össze nem függő szemfenéki elváltozások, elsősorban primaer glaukoma, myopia és retinopathiák, de más előzetes betegségek is. Ezeknek az előfordulása látható a 3. táblázaton. Ezek a kórképek azonban már a 70. év előtt jelentkeznek, tehát nem idéznek elő különbséget, illetőleg a fiatalabb korban fordulnak elő nagyobb számban.

Tokos műtét 70 éven aluliaknál 100%-nak, 70 éven felülieknél ugyancsak 100%-nak vehető. Ebben a 100%-ban azonban azok az esetek is benne vannak, amelyekben ún. nyitott tokos volt a műtét, vagyis a tokon szakadás keletkezett, azonban a *lencsével együtt* egészben kijött. A tokon keletkezett szakadás esetén a cryoextractio másodszori fogással tokos műtétet tesz lehetővé. Érdekes, hogy ez utóbbi csoport a 70 éven aluliaknál 11,9%, a 70 éven felülieknél csak 7,6%, tehát a zárt tokos műtét több a 70 éven felülieknél. Ennek egyik oka, hogy a fiatalabb korosztályban vannak a gyógyszerártalmak, phenothiazin származékok okozta törékeny cataracták, amelyeknél a fagyás egyenetlen *(Radnót* és *Varga).*

Kísérő betegségek *3. táblázat*

	70 éven alul	70 éven felül	Összesen	%
Glaucoma	23	28	51	5,1
Myopia maj. gr.	51	25	76	7,6
Diabetes ...	30	21	51	5,1
Egyéb	23	6	29	2,9

A cryoextractióval végzett 1000 hályogműtétünk rövid áttekintéséből és a 70 év alatti és feletti korban végzett műtétek eredményeinek összehasonlításából a következő következtetéseket vonhatjuk le.

A cryotechnikával végzett hályogműtét irodalmi adatokkal egybehangzóan, saját tapasztalataink alapján is az az eljárás, amely a legnagyobb százalékban biztosítja az intracapsularis műtétet és így cataracta secundaria nem fordul elő. Ennek következtében a postoperativ iritis is igen ritka. A műtéti technika cryoextractio esetén nagyon kíméletes, az üvegtestveszteség rendkívül ritka. Az a körülmény, hogy a duzzadó és subluxált hályogok tokban kivonhatók igen nagy előnye a cryoextractiónak.

A 70 év feletti korban is igen jók a hályogműtét eredményei és a magas kor nem lehet akadálya a műtétnek. Kétségtelen, hogy a műtéti előkészítés nehezebb és hosszabb ideig tart, de a látás a sokszor már nehezen mozgó, nem egyszer tehetetlen, nagyothalló vagy bénult beteg számára igen nagy jelentőségű, esetleg az egyetlen kapcsolat a külvilággal. Szemfenéki érelváltozások, maculadegeneratiók nem olyan gyakoriak és nem rontják annyira a látást, hogy emiatt a hályogműtétet ne végezzük el, hiszen anyagunkban 65,5%-ban 5/5—5/10, 87,1 százalékban 5/5—5/20 közötti lett a látásélessége a 70 éven felüli betegeken. A 70 éves kor alatti betegeken extractio után 5/5—5/10 lett a látásélesség 82,0%-ban és 5/5—5/20 között 92,8%-ban.

Összefoglalás. 1000 válogatás nélküli cryoextractio eredményét vizsgáltuk meg különös tekintettel arra, hogy milyenek az eredmények a 70 éves kor feletti betegeknél. A műtéti eredményeket figyelembe véve azt kell megállapítanunk, hogy a kor nem lehet contraindicatiója a hályogműtétnek. A cryoextractio a mi tapasztalataink alapján is a legjobb módszer, mert a legkíméletesebb, megelőzi az üvegtest-veszteséget és következményeit, nincs lencsemaradék, ritkább a postoperativ iritis. A duzzadó és progrediens hályog is intracapsularisan biztonsággal operálható. Az idős betegnél különösen jelentős, hogy ha már rossz a látása, a műtétet, minél hamarabb el lehessen végezni és meg lehessen előzni a duzzadó lencse okozta tensioemelkedést.

IRODALOM: 1. *Algan, B., G. Vite:* Soc. Belge d'Ophthal. 1969, *151,* 406—410. — 2. *Croll, M., L. J. Croll:* Am. J. Ophthal. 1968, *66,* 875—880. — 3. *Kelman, C. D.:* Am. J. Ophthal. 1970, *69,* 277—283. — 4. *Krwawitz, T.:* Arch. Ophthal. 1966, *26,* 273—277. — 5. *Radnót M., Varga M.:* Ann. d'Ocul. 1969, *202,* 325—329. — 6. *Seedorf, H. H., B. Lawdetz:* Acta Ophthalm. 1968, *47,* 761—773. — 7. *Skrzypczak, K. E., D. W. Jendres:* Acta Ophthalm. 1968, *46,* 182—188. — 8. *Worthen, D. M., R. F. Brubaker:* Arch. Ophthalm. 1968, *79,* 8—9.

Pécsi Orvostudományi Egyetem, II. Sebészeti Klinika
(igazgató: Kiss Tibor dr.)
és Röntgenklinika (igazgató: Benkő György dr.)

Késői embolektomia hatása a végtag funkciójára

Bartos Gábor dr., Kiss Tibor dr.,
Mayer Ferenc dr., Lelkes József dr.,
Jarabin Ildikó dr. és Somogyi Jenő dr.

A végtag arteriák emboliáinak kezelése az utóbbi években szinte forradalmi változáson ment át. Különösen a Fogarty-kateter bevezetése jelentett nagy haladást. A modern szemléletet jól tükrözik *Löblovics és mtsainak* legutóbb megjelent munkái (5, 6), amelyekben a probléma újabb irodalmának bemutatása mellett leírják 100 embolektomiás esetük tapasztalatait is. A korszerű felfogás szerint sebészileg hozzáférhető arteriában az embolia kórismé-je *sürgős* műtéti indikációt jelent. Ennek ellenére ma még sok esetben nem történik sürgős beavatkozás, mert az adott osztályon konzervatív kezelés mellett döntenek. Kétségtelen, hogy sokszor még nagyobb értörzsek emboliái is „sikerrel" kezelhetők műtét nélkül. A „siker" azonban csak *quo ad vitam extremitatis* értendő, mert a végtag funkciójában mindig jelentős defectus marad vissza.

A fizikális tüneteknek prognosztikus jelentőségük van. E kérdést vizsgálva *Kiss* hangsúlyozza (7, 8), hogy a sápadt végtag túlélési kilátása sokkal jobb, mint a cyanoticusé. Az utóbbinál a műtét semmilyen indokkal nem halasztható.

A végtagkeringés fiziológiájának jobb megismerése és a fejlettebb diagnosztikus vizsgálatok (pl. *Löblovics* által kidolgozott izomingerléses vizsgálatok), valamint az újabb therapiás módszerek tették lehetővé, hogy egyre több adat gyűlik össze a sikeres késői embolektomiákról. Későinek számít a szokásos 6—12 óránál később végzett műtét. Az utóbbi években *Löblovics* által idézett szerzőkön kívül mások is, így *Bouchet, Chassin, Goral, Lasarides* (1, 2, 3, 4) számoltak be sikeres késői embolektomiákról. Elég ritka a sikeres beavatkozás az embolia után több héttel. Az érsebészet fejlődésével egyre inkább kínálkozik a lehetőség ilyen műtétekre is, mivel ez a beavatkozás megfelelő kivizsgálás és előkészítés után szinte rizikó nélkül elvégezhető, s *quo ad functionem extremitatis* komoly javulással kecsegtet. Jelen munkánkban két ilyen késői embolektomiás esetünket ismertetjük.

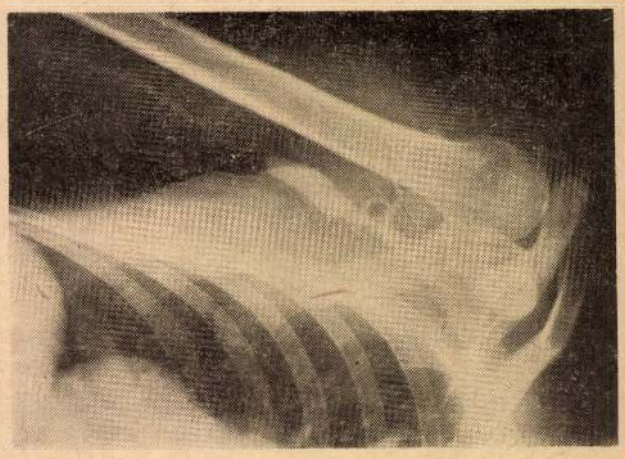
M. I.-né, 47 éves. Klinikai felvétel: 1969. december 11.

Családi anamnesis: édesapja végbélrákban halt meg.

Előző betegségei: gyakran volt mandulagyulladása, ezért 1957-ben manduláját eltávolították. Ugyanezen évben állapították meg szívbetegségét, mely miatt rokkantsági nyugdíjas. 1965-ben enyhe lefolyású bal alsó végtag emboliája volt.

Jelen panasza: felvétele előtt 17 nappal jobb felső végtagja hirtelen elfehéredett, éles fájdalmat érzett, izomereje gyengült. Négy napig körzeti orvosa kezelte, majd belgyógyászati osztályon feküdt, ahol értágítókkal, fájdalomcsillapítókkal, alvadásgátlókkal és szívére ható gyógyszerekkel kezelték.

Status: kp. fejlett és táplált nőbeteg. Bőre és a látható nyálkahártyák kp. vérteltek.



1. ábra.
Kibocsátás előtt készült arteriogramm mutatja a desobliterált eret. A műtét helyétől centralisan az érpálya kitágult, perifériásan jelentősen szűkebb. E kép megfelel a műtétnél talált leletnek

Tensio: 130/70 Hgmm, pulsus: 72/min.

Pupillák egyenlőek, kerekek, fényre és accomodatióra jól reagálnak. Garat szabad. Nyelv tiszta, nedves. Pajzsmirigy normális tapintatú.

Emlőkben kóros nem tapintható. Rekesz jól kitér. A tüdők felett teljes éles, nem dobos kopogtatási hang, puhasejtes légzés hallható. Szív jobbra 1, balra 1,5 h.-ujjal megnagyobbodott. A csúcson fúvó jellegű systolés zörej. Arrhythmia absoluta. A has puha, szabadon betapintható. Máj elérhető, lép nem tapintható. Vaginalis, rectalis lelet negatív.

A végtag állapota felvételkor: a jobb felső végtag sápadtabb a túloldalinál. Distalisan enyhe cyanosis. A jobb alkar enyhén, a kéz kifejezetten hűvösebb a túloldalinál. Az art. axillaris pulsatiója kitűnően tapintható, tőle distalisan érlökések nem tapinthatók. Az alkar és a kéz mozgásai teljes értékűek, de a jobb kéz szorítóereje kifejezetten csökkent. Érzészavar, reflexkiesés nincs. Az art. axillaris és brachialis határán kb. 3 cm hosszú, érzékeny resistentia tapintható.

Laboratóriumi eredmények: vizelet: fs.: 1025, f., g., c.: negatív, ül.: 1—2 fvs., 2—3 hámsejt. Vvt.: 4,8 M, hgb.: 110%, hkrit: 45%, fvs.: 7 700. Vérzési idő: 5 perc 45 sec, alvadási idő: 5 perc 30 sec, thrombocyta: 260 000, Quick: 53%, 28 sec, sülly.: 1/15, 2/33.

Serum értékek: bi.: 0,5 mg% indirect, Thy.: 2,8 E, RN: 46 mg%, Na: 142 maeq/l, K: 4,0 maeq/l, Cl: 103 maeq/l, feh.: 8,0 g%, vércuk.: 72 mg%.

Mellkas átv.: a rekeszek jól kitérnek, sinusok felnyílnak, szabadok. Mindkét oldalt megnagyobbodott hilusok. Cor 1,5 h.-ujjal balra, 1 h.-ujjal jobbra megnagyobbodott. A mediastinum beszűkült.

EKG: tachyarrhythmia absoluta. STI–II, VF, V_3–V_6 deprimált. TI–II, VF, V_1–V_6 negatív, pozitív difázisos. Normálistól eltérő ingerképzés és repolarisatio.

A végtagra vonatkozó vizsgála eredményeket az 1. táblázaton mutatjuk be. Mint látható, a jobb karon és alkaron egyáltalán nincsenek oscillatiók, bal oldalon az értékek mérsékelten beszűkültek. A kéz ujjaiból vett

PREAOP. OSCILLOMETRIA (RECKLINGHAUSEN E)

Hgmm	Jobb oldal		Bal oldal	
	Kar	Alkar	Kar	Alkar
160	0	0	2	5
140	0	0	2	5
120	0	0	5	7
100	0	0	7	10
80	0	0	7	5
60	0	0	7	5

POSTOP. OSCILLOMETRIA (RECKLINGHAUSEN E)

Hgmm	Jobb oldal		Bal oldal	
	Kar	Alkar	Kar	Alkar
160	4	4	6	4
140	4	4	6	6
120	6	4	10	6
100	4	4	10	6
80	2	jelz.	3	2
60	2	jelz.	4	jelz.

PREAOP. VÉGTAG pH VIZSGÁLATOK

	Jobb oldal	Bal oldal
pH	7,358	7,435
bE	—3,8	—4,0

POSTOP. VÉGTAG pH VIZSGÁLATOK

	Jobb oldal	Bal oldal
pH	7,425	7,440
bE	—1,6	—1,0

POSTOP. Xe^{133} CLEARANCE (ml min $^{-1}$ 100g $^{-1}$)

Jobb alkar flexorok	Bal alkar flexorok
6,0	6,5

vérmintákból Astrup szerint meghatározott pH mérések jobb oldalon acidosis felé való eltolódást mutatnak.

Diagnosisunk: stenosis et insufficientia valvulae bicuspidalis. Embolia arteriae brachialis l. d.

A beteget a konzervatív kezelés folytatása mellett az embolia utáni 25. napon megoperáltuk. A műtét során az art. axillaris és brachialis átmeneténél, az art. profunda brachii eredésétől centralisan az eret kb. 3,5 cm hosszúságban nem mozgatható embolussal eltömeszelődöttnek találtuk. Az embolusnak megfelelően az art. spasmusban volt, körülötte kifejezettebb arteritises hegesedés. A centralis érszakasz extrem módon dilatált, a perifériás pedig rendkívüli módon fonalszerűen beszűkült.

Hosszanti arteriotomiából embolektomiát és részleges endarterektomiát végeztünk. A distalis csonkból kielégítő retrograd vérzést kaptunk. Tekintettel a localis szűkületre, kiszélesítő foltplasztikát végeztünk a szomszédságból vett vena basilica darabbal. A keringés megindítása után egyre erősödő pulsus tapintható a distalis érszakaszban, a perifériás pulsusok is tapinthatókká válnak. A műtét után zavartalan sebgyógyulás. Átmeneti enyhe hypaesthesia, ill. paresis a nervus medianus területén.

A beteget a műtét utáni 19., ill. az embolia utáni 44. napon bocsátottuk haza.

Klinikai status a kibocsátáskor: a jobb felső végtag színe normális, hőmérséklete a túloldalinál melegebb. Valamennyi pulsatio jól tapintható. Az izomerő mindkét oldalon egyenlő. Az oscillometriás értékek (l. az 1. táblázat) az operált oldalon valamivel kisebb lengésekre utalnak, mint a nem operált oldalon. A pH meghatározások is igazolják a keringés javulását, a műtét előtti állapothoz képest, ill. az ép oldalihoz viszonyítva.

A végtag izomszövetének átáramoltatását Kety által leírt localis izotóp clearance elv alapján *Lassen és mtsai* által kidolgozott módosítás szerint is vizsgáltuk a műtét után, ^{133}Xe clearance technikával.

A beadott meghatározott mennyiségű ^{133}Xe izotóp eltűnési sajátosságaiból következtetni lehet az áramlás mértékére. A ^{133}Xe-nak több izotóppal szemben sok előnye van: szabadon áthatol a sejthártyán, mozgása a szövetben a diffusiós gradienstől és az oldékonyságtól függ. Perifériáról bejutva a tüdőbe 90%-a távozik a kilégzett levegővel és így significans recirculatiója nincs. Gamma-sugárzása alacsony, károsító hatása elhanyagolható; így ismételhető. Affinitása a levegőhöz igen nagy, így semmi különös elővigyázatosság nem szükséges használatánál. A musc. tib. anteriort azért tartja az irodalom az izotóp vizsgálatokra legalkalmasabbnak, mert zsírt nem tartalmaz, így a zsíroldékonysági viszonyok nem befolyásolják az eredményeket. A kimosási görbék alak- és időváltozásából számítások révén következtetünk a végtag izomátáramlására. A használt képlet MBF (izomzaton átfolyó vérmennyiség):

$$\frac{k \times \lambda \times 100\ ml \times min^{-1} \times 100\ g^{-1}}{\varsigma}$$

λ (megoszlási hányados a vérre és Xe-ra) = 0,72

ς (izomsűrűség) = 1,05 g/ml

$$k\ (\text{keringési constans}) = \frac{\ln \times 2}{T\,1/2}$$

$T\,1/2$ a felezéshez szükséges idő

$\ln \times 2 = 0{,}693$

Az alkalmazott műszersebesség mellett

$$MBF = \frac{47{,}47}{T\,1/2}$$

A „$T\,1/2$" behelyettesítésével megkapjuk milliliterben azt a vérmennyiséget, amely percenként 100 g izomszövetben átáramlik.

PRAEOP. OSCILLOMETRIA (PACHON E)

Hgmm	Jobb oldal			Bal oldal		
	térdf.	térda.	boka	térdf.	térda.	boka
130	4	4	4	2	0	0
110	2	4	4	2	1	0
80	2	2	2	2	0	0
50	2	2	2	2	0	0

POSTOP. OSCILLOMETRIA (PACHON E)

Hgmm	Jobb oldal			Bal oldal		
	térdf.	térda.	boka	térdf.	térda.	boka
130	4	4	4	2	1	2
110	4	4	2	2	2	2
80	2	2	2	2	2	1
50	2	2	2	2	2	1

PRAEOP. VÉGTAG pH VIZSGÁLATOK

	Jobb oldal	Bal oldal
pH	7,245	7,235
bE	—7,8	—10,2

POSTOP. VÉGTAG pH VIZSGÁLATOK

	Jobb oldal	Bal oldal
pH	7,30	7,37
bE	—6,3	—6,6

POSTOP. Xe^{133} CLEARANCE (ml min $^{-1}$ 100g $^{-1}$)

Jobb m. tib. ant.	Bal m. tib. ant.
3,88	2,74

A postoperatív izotópos vizsgálatok szintén jól mutatják a keringés javulását. A kibocsátás után készült angiogramm mutatja a reconstruált ér átjárhatóságát (1. ábra). A beteg tartós anticoagulans kezelés mellett jelenleg is panaszmentes, házimunkáját zavartalanul elvégzi.

K. B.-né, 54 éves. Klinikai felvétel: 1970. január 26.

Családi anamnesis: édesapja fehérvérűségben, anyja tüdőgyulladásban halt meg.

Előző betegségei: több gyermekkori fertőző betegsége volt. 1928-ban tüdő- és mellhártyagyulladása, ezt követően ízületi gyulladása volt. Többször volt mandulagyulladása is, 1960 óta cukorbeteg. 1961 óta tud szívbetegségéről, emiatt 5 ízben feküdt különböző kórházak belgyógyászati osztályain, decompensatio miatt. 1965-ben két ízben kisebb agyi embolisatió, ugyancsak 1965-ben enyhe jobb kar embolia, 1966-ban mindkét alsó végtagon kisebb embolisatio.

Jelen panasza: 4 nappal felvétele előtt hirtelen fájdalom lépett fel bal lábszárában, lába elfehéredett, elzsibbadt, alig tud járni.

Status: jól fejlett és táplált nőbeteg. Bőr- és a látható nyálkahártyák kp. vérteltek.

Tensio: 130/90 Hgmm, pulsus: 84/min.

Pupillák egyenlőek, kerekek, kp. tágak, fényre és accomodatióra jól reagálnak. Garat enyhén belövellt, tonsillák enyhén megnagyobbodtak, fogazat hiányos, részben pótolt. Nyelv tiszta, nedves. Pajzsmirigy normális tapintatú.

Emlőkben kóros nem tapintható, renyhén kitérő rekeszek. Tüdők felett doboz kopogtatási hang. Érdekes sejtes légzés. Szív balra 2 h.-ujjal, jobbra 1 h.-ujjal megnagyobbodott. A csúcson fúvós systoles zörej. Arrhythmia absoluta.

Has hájas, előmborodó, puha, jól betapintható. Máj 4 h.-ujjal meghaladja a jobb bordaívet. Sima felszínű, lekerekített szélű, lép nem tapintható.

Vaginalis, rectalis lelet negatív.

A végtag állapota felvételkor: mindkét boka felett oedema. A bal lábszár és láb sápadtabb a túloldalinál, a végtag hőmérséklete a lábszár kp. harmadától distálisan hűvösebb. A láb hideg. Pulsatio az art. poplíteától distalisan nem tapintható. A boka és a lábujjak mozgásai kb. egyharmadára beszűkültek. A lábszár- és lábizmokban nagyfokú izomgyengeség. A lábujjakon hypaesthesia. Reflexkiesés nincs. Az art popl. vetületében nyomásérzékenység.

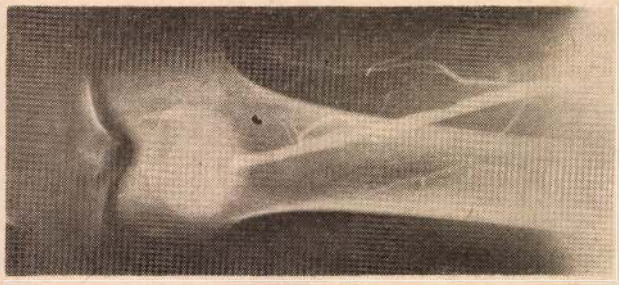
Laboratóriumi eredmények: vizelet: fs.: 1020, f.: min. op., g.: nyomokban, c.: negatív, ac.: negatív, ubg.:

Serum értékei: bi.: 1,6 mg% indirect, Thy.: 8,3 E, RN: 30 mg%, Na: 140 maeq/l, K: 4,0 maeq/l, Cl: 99 maeq/l, feh.: 8,92 g%, vércuk.: 85 mg%.

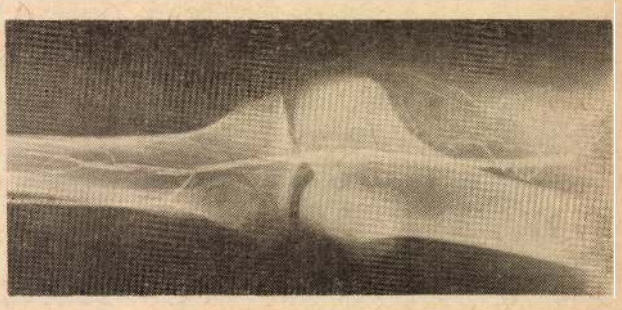
Mellkas átv.: cor balra 2 h.-ujjal, jobbra bő h.-ujjal nagyobb, közel mitralis configuratiójú. A mediastinum mérsékelten beszűkült, mérsékelten pangásos hilusok. Kifejezettebb tüdőrajzolat.

EKG: kp. tengelyállás, normális kamrai repolarisatio, arrhythmia absoluta.

PKG: a bal IV. bordaközben a sternum mellett proto-mesosystolés regurgitatiós zörej. Az art. pulmonalis hallgatódzási helye felett szintén regurgitatiós typusú, vezetett systoles zörej. Az aorta hallgatódzási helye felett ejectiós typusú crescendo-decrescendo systolés zörej. Az aorta 2. hangja kis amplitúdójú.



2. ábra.
A műtét előtt készült arteriogramm mutatja az elzáródás felső határát



3. ábra.
Kibocsátás előtt készült arteriographiás kép. A desobliterált érszakasz jól átjárható

A végtagra vonatkozó vizsgálati eredményeket a 2. táblázatban mutatjuk be. Az oscillometriás lengések bal oldalon térdtől lefelé gyakorlatilag hiányoznak. A pH értékek bal oldalon erősen eltolódtak acidosis irányában. Az arteriographia az art. popl. distalis harmadában elzáródást mutat (2. ábra).

Diagnosis: stenosis aortae et insuff. valv. bicusp. Embolia art. popl. sin.

A beteg cardialis támogatásban, értágító és anticoagulans kezelésben részesült. Állapota fokozatosan compensálódott, a keringés is javult, de kisfokú ischaemia továbbra is fennmaradt. Az embolia utáni 25. napon megoperáltuk. Az art. popl. distalis részén az oszlás előtt kb. 3 cm-re kb. 4 cm-es szakaszon az éren spasmus és kifejezett periarteritis. Ugyanitt az art.-ban nem mozdítható embolus tapintható. Hosszanti arteriotomiából embolektomiát és autolog vénás foltplasticát végeztünk. A műtét után kitűnő pulsatio a distalis érszakaszon, és azonnal megjelenik az art. dorsalis pedis lüktetése is. Eseménytelen postoperativ kórlefolyás. A beteg továbbra is megfelelő cardialis támogatásban, ill. tartós anticoagulans kezelésben részesült. A műtét után az objectiv és subjectiv ischaemiás jelek megszűntek. A beteget a sebgyógyulás után mobilizáltuk és házon belül minden fáradság, ill. fájdalom nélkül sétálni tudott. Tekintettel a korábbi többszörös embolisatiókra, felvétele utáni 51. napon, ill. az embolia utáni 55. napon az emboliaforrás eliminálása céljából a Budapesti IV. sz. Sebészeti Klinika szívsebészeti osztályára helyeztük át.

Végtag status elbocsátáskor: a bal lábszár és a láb színe normális, ill. melegebb a túloldalinál. Az art. popl. lüktetése sejthető, az art. dors. pedisé jól tapintható, az art. tib. posterior lüktetése nem tapintható. Az ízületi mozgások teljes értékűek, az izomerő mindkét oldalon egyenlő, érzészavar nincs. Baloldalt az oscillometriás értékek valamelyest beszűkültek (l. a 2. táblázatot). A pH mérések jól mutatják az acidosis javulását úgy a műtét előtti állapothoz képest, mint a túloldali ép kontrollhoz viszonyítva. A radio Xe vizsgálatokat itt is csak a desobliteratio után végeztük el. Mint a táblázaton látható, a bal oldalon az értékek valamelyest csökkentek, de kielégítőek. Az elbocsátás előtti angiogramm mutatja az art. poplitea, valamint elágazásának átjárhatóságát (3. ábra).

Ismertetett két esetünk tapasztalata arra utal, hogy bár mai ismereteink szerint — ha csak egy mód van rá — sürgős embolektomiára kell törekednünk, kellően válogatott eseteknél a végtagfunkció komoly javulása reményében érdemes elvégezni a késői embolektomiát is. Az embolektomia kifejezés itt nem egészen helyes, mivel az emboliát követő pathológiai folyamatok következményeként sokszor tulajdonképpen érreconstructiót kell végezni.

Összefoglalás. A szerzők két sikeres késői embolektomiás esetüket ismertetik. Klinikai és laboratóriumi vizsgálataik alapján kimutatják, hogy a műtét után jelentős javulás következik be a végtag funkciójában.

IRODALOM: 1. *Bouchet, A.:* Lyon chir. 1968, *64*, 364. — 2. *Chassin, J. L.:* JAMA. 1965, *194*, 845. — 3. *Goral, R., Kocialkowski, K.:* Pol. PRZEGL. Chir. 1968, *40*, 317. — 4. *Lasarides, D. P., Andritsakis, G. D.:* Hellin. Cheir. 1966, *6*, 950. — 5. *Löblovics I., Markos Gy., Mátyus L., Bodnár E., Berentey E., Lakner G., Groh, W., Kiss J.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 847. — 6. *Löblovics I., Markos Gy., Mátyus L., Bodnár E., Berentey E., Lakner G., Groh W.:* Magyar Sebészet. 1970, *23*, 81. — 7. *Kiss T., Tekeres M.:* Magyar Sebészet. 1967, *20*, 364. — 8. *Kiss T., Tekeres M.:* Zbl. Chir. 1967, *92*, 712.

Felhívjuk szíves figyelmét, hogy az eddigi MELIPRAMIN 25 mg drazsé mellett forgalomba került a MELIPRAMIN 10 mg drazsé!

A vényen egyértelműen szíveskedjék jelezni, hogy a kettő közül melyiket rendeli!

A „25 mg" feltüntetése nélkül a gyógyszertárak 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

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Kórbonctani Intézet (igazgató: Jellinek Harry dr.)
és I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Magyar Imre dr.)

Familiaris autoimmunbetegség cryoglobulinaemiával és hypokalaemiával

Brittig Ferenc dr. és Gottwald Gizella dr.

Az utóbbi évtizedekben az érdeklődés előterébe kerültek a collagen betegségek vagy újabb terminológia szerint autoimmun betegségek. Az újabb kutatások során a betegségcsoport jelentősen kibővült. Az egyes kórképek besorolása egyik vagy másik kórformába általában nem okoz nehézséget. A klinikai tünetek alapján azonban nem mindig lehetséges a differenciálás a betegségcsoporton belül, sőt a pathológiai besorolás is nehéz lehet a kórképek morphológiai hasonlósága miatt (12). Az egyes kórformák társulhatnak egymással vagy átmehetnek egymásba (21, 25). Számos esetben familiárisan fordulnak elő (16). Gyakran észlelhető eltérés a serum fehérjék kvantitativ és kvalitativ viszonyaiban (20). A serumfehérje-változás előfordulhat a család más tagjaiban, esetleg megbetegedés egyéb jelei nélkül (5, 15, 28).

Észlelt esetünk közlését indokolja, hogy a részletesen tárgyalt betegen kívül a collagenosis két közeli rokonon bizonyítható, serumfehérje-eltérés mindhárom betegen, kóros fehérje (cryoglobulin) megjelenése pedig két betegen fordult elő. Szokatlan és feltűnő jelenség mindhárom beteg hypokalaemiára való hajlama.

Esetismertetés

Észlelésünk hat évre terjed. A kórtörténet rövid kivonata: első felvétel (1963. VI. 6—VII. 3-ig) I. N., 49 éves nőbeteg elmondta, hogy 3—4 év óta mindkét lábszárán időnként pontszerű vérzések keletkeztek, hőemelkedése volt és lábán ismételten erysipelásnak tartott betegség zajlott le. Kezelő orvosa collagen betegségre gondolt, mivel a purpurák vascularis, ill. thrombopeniás eredete kizárható volt, s emiatt Prednisolont rendelt. Bentfekvése alatt lázon, purpurákon és gócos fogakon kívül eltérést kimutatni nem tudtunk.

Leleteiből:

RR.: 140/100 Hgmm. Vizelet: fs.: 1020, alb.: op., p.: +, ubg.: kissé fokozott, ül.: 4—5 fvs., elvétve egy-egy vvs., Meinicke: neg. Sü.: 24 mm/ó. Vvs.: 3,6 M, hgb.: 10,9, fvs.: 6400, St.: 2, Se.: 62, Ly.: 36. Thymol: 6 E, flocc.: +++, se. bi.: 1,2 mg%, dir. neg. SGOT: 40 E (norm. érték), alk. phosph.: 10 E, BSP: 4%. Prothrombin: 100%. Rumpel—Leede: neg., LE sejt: neg. Sternum: fokozott erythro- és élénk myelopoesis, mérsékelt reticulumsejt-szaporulat. Thr.: 185 000. Vérzési idő: norm. Alvadási idő: 4 perc. EKG: szabályos görbe. Mellkas rtg: kissé vaskosabb hilusok, szívcsúcs mellett köteges rajzolat.

Ezt követően még hét alkalommal feküdt a klinikán. A következő észlelések során a gyakran kiújuló purpurához erysipelas és phlebitis benyomását keltő alsóvégtagi folyamat, exanthema, változó helyeken ízületi fájdalom társult. Mája tapinthatóvá vált, léptompulatát nagyobbnak találtuk. Hőemelkedése állandósult, és időnként magas láza volt. Isostenuriát, albuminuriát, anaemiát és utoljára lymphopeniát regisztráltunk. Alsó végtagján tenyérnyi infiltratum jött létre, pneumoniája alakult ki.

Változás a laboratóriumi leletekben: Sü.: 7—43 mm/ó. Vvs.: 4,2—2,2 M, hgb.: 11,8—9,2 g%. Se. Fe: 45—31 γ%. Fibrinogen: 835 mg%. Se. fehérje: 6,9 g%, alb.: 52%, α_1: 6,2%, α_2: 8,5%, β: 11,3%, γ: 22%. Immunelfo.: IgA hiány, cryoglobulin: pozitív (1967-től), cryokrit: 9—19%. LE sejtjelenség nem volt kimutatható. Na: 139—135 maeq/l, K: 4,4—3,6 maeq/l, res. alk.: 34 tf%, Meinecke: +++, Citochol.: ++, máj- és izom-biopsia elvégzésébe a beteg nem egyezett bele.

Ezen idő alatt Prednisolon, majd Oradexon, Delagil, Indocid és intermittáló digitalis kezelésben részesült. Az utolsó (nyolcadik) felvételekor (1969. VII. 22-től VIII. 26.) tensiója fokozatosan emelkedett. Egy nagyobb tensiokiugrást követően (240/120 Hgmm) eszméletét vesztette. Tonusos, clonusos görcsök után féloldali paresis alakult ki. A szemfenéken prominentia nem látszott. Neurológus a rosszullétet epilepsiának tartotta, antisaceres kezelést ajánlott. Állapota nagyjából rendeződött, csak igen nagyfokú gyengeség maradt visszsza. Két hét múltán a convulsiv roham és az eszméletvesztés megismétlődött (RR.: 210/130 Hgmm, Na: 132 maeq/l, K: 2,3 maeq/l). Neurológus szerint az eszméletvesztéses rosszullétek hypertoniás encephalopathiának minősülhettek, de felvetette cerebralis tumor vagy az agyhártyákon történő bevérzés lehetőségét is. Ezen második eszméletvesztéses rosszullét után gyógyszerrel már nem befolyásolható hypertonia alakult ki. Cardialis decompensatiót észleltünk, ritmuszavarokkal és EKG változásokkal. Csillapíthatatlan hányingere volt, sokat hányt, azotaemia tünetei mutatkoztak. Végül tüdő-oedema jött létre és a beteg exitált.

Miután infectio és neoplasma irányában vizsgálataink negatívak voltak, valószínűnek tartottuk, hogy a tüneteket collagenosis okozza. A változatos tünetek és a steroid adásra tapasztalt azonnali válasz megerősíteni látszott collagenosis diagnózisát. Klinikai diagnózis: collagenosis.

Sectiós leletéből (bjksz.: 12416.) a következő elváltozásokat emeljük ki: külső vizsgálatnál feltűnik az alsó végtagok bőrének barna pigmentációja. Belső vizsgálat során fibrines pericarditist találtunk. A szív 500 g súlyú, a bal szívfél hypertrophiájával és a szívizomzat fibrosisával. Mérsékelt sclerosis a coronariákon és az aortán. A tüdőkben pangás, vizenyő. A máj 2300 g súlyú, szívós tapintatú, rajzolata elmosódott. A lép 650 g, tömött tapintatú, szederjes színű. A retroperitoneális nyirokcsomók babnyiak, szürkésvörösek. A vesék együtt 450 g súlyúak, tömöttek, törékenyek, a kéreg- és velőállományban sárgásbarna márványozottság. A jobb mellékvese kéregállományában gombostűfejnyi, sárga göböcskék. A lágyagyhártyán pangásos bővérűség, az agyállományban vizenyő. Az ízületekben makroszkópos eltérés nincs.

Szöveti elváltozást különböző intenzitásban gyakorlatilag minden szervben találtunk, ezek főleg az erekre lokalizálódtak. Legsúlyosabb a *vesék* elváltozása. A középnagy és kis arteriákban nagyfokú lumenreductióval járó intimaproliferatio, fibrosis található, az érfal és környezetének leukocytás, histiocytaer jellegű infiltratiójával. Egyes erekben subendothelialis, más-

hol a mediára is kiterjedő fibrinoid figyelhető meg. Az erősen beszűkült, vagy elzáródott erek területén kicsiny infarctusok is kialakultak. A glomerulusokban focalis hyalinosis, basal membran megvastagodás. A *szív* ereiben intimaproliferatio, kevés friss fibrinoiddal, gócos perivascularis infiltratióval. Az izomzat hypertrophizált, az interstitiumban fibrosis. A *máj*ban mérsékelt kötőszövet-szaporulat, helyenként lefűződési tendenciával, a máj kisartériáiban fibrinoid necrosis, perivascularis beszűrődés. A mesenterialis kiserek, a hasnyálmirigy, a vázizomzat, az ízületek, sőt a lágyagyhártyák és az agyállomány erei is fibrinoid necrosissal, perivascularis inflitratióval járó elváltozást mutattak. A mellékvesében hasonló érelváltozások mellett aprógócos kéreghyperplasia. A bőr sorvadt, pigmentált, a pigmentszemcsék berlinikék reakciót adnak. A subcutis heges, de érelváltozások itt nincsenek. A lépben pangás, fibrosis mellett a reticularis elemek és a plasmasejtek felszaporodtak. A kiserekben hyalinosis. A nyirokcsomókban és a csontvelőben ugyancsak kisfokú plasmasejt-szaporulat. A nyirokcsomók felszaporodott plasmasejt jellegű elemeiben PAS-pozitív anyag található.

A szöveti kép alapján az esetet chronikus és akut jelenségekkel járó, polyarteritis nodosához közeleső, nem differenciált collagenosisnak tartjuk.

A beteg nőtestvére F. T. SLE diagnózissal évekig a klinika ellenőrzése alatt állt. Visszatérő tartós lázzal járó betegsége volt. Először végtagjain, később testszerte purpurák, exanthemák keletkeztek bőrén, ízületi és izomfájdalmat panaszolt, majd Raynaud-syndromája alakult ki, arcán és orrán LE-re jellemző bőrelváltozást lehetett észlelni. Hepatomegaliát, hypostenuriát, albuminuriát, gamma-globulinszaporulatot (serum fehérje: 6,8%, gamma-globulin: 27%), anaemiát, lymphopeniát állapítottunk meg. Cryoglobulinaemiát találtunk, LE sejtjelenség pozitív volt. Több alkalommal került gyengeséggel járó, hirtelen rosszullét miatt felvételre. Vizsgálata során hypokalaemiát (2,5 maeq/l), egyidejűleg hyponatraemiát (122 maeq/l) és acidosist (res. alk. 15,7 tf%) észleltünk. Hirtelen kialakuló tetraplegia miatt vidéki kórházba került, ekkor ugyancsak nagyfokú hypokalaemiát észleltek (K: 1,6 maeq/l). Exitált, sectio nem történt.

Ez utóbbi beteg leánya F. L. is a klinika észlelése alatt áll. Évek óta kezelésre szorul, visszatérő láz, általános gyengeség, fogyás miatt. Carditise, ízületi gyulladása zajlott le. Testszerte, változó helyeken többször észleltünk nyirokcsomó-duzzanatot. Előfordult vesecolicát utánzó vesetáji fájdalom, más alkalommal akut hasi görcsök defense-zal, leucocytosissal. Anaemiásnak találtuk, immunelektroforesis vizsgálata IgA-hiányt mutatott. Hirtelen gyengeséggel, tachycardiával járó rosszullétei alkalmával mindig hypokalaemiásnak (2,3—2,6 maeq/l) találtuk. Az EKG is jellegzetes eltéréseket mutatott. A rosszullétek K-infusio hatására megszűntek. Míg I. N. és F. T. hypokalaemiájuk észlelésekor már steroid kezelésben részesültek, F. L. a hypokalaemiás rosszullétek jelentkezésekor steroid kezelést még nem kapott. A későbbiekben magas láza miatt, melynek hátterében infectiót nem találtunk, s mely antibioticumra nem reagált, Oradexon kezelést alkalmaztunk, s ennek hatására a láz átmenetileg megszűnt. A hypokalaemia okának tisztázására ezen a betegen számos vizsgálatot végeztünk. Nem volt bizonyítható a renalis káliumvesztés, a serum aldosteron szintje nem volt magas. Hypertensin infusiós test nem igazolta Bartter-syndroma (4) diagnózisát. Vese-biopsia (31961) kollagen-betegségre utaló elváltozást nem mutatott. Feltűnő volt, hogy a hypokalaemiát következetesen hyponatraemia és acidosis kísérte. Feltételeztük, hogy a serum és a szövetek közti K ionvándorlás zavaráról lehet szó. A ritkán előforduló kórképek közé sorolják a hypokalaemiával járó familiáris periódusos paralysist. A betegekben a szervezetből történő K-vesztés nem mutatható ki. A hypokalaemiáért az extracelluláris térből a sejtekbe irányuló K shift változását teszik felelőssé (9).

Sectióra került betegünk I. N. hypokalaemiája a kórbonctani leletek birtokában sem magyarázható kielégítően. A súlyos vese-laesio, a mesenterialis kiserek károsodása, a mellékvesekéreg gócos hyperplasiája nem nyújt elegendő felvilágosítást.

I. N. esetében klinikailag a collagén betegség feltételezését alátámaszthatta:

1. a családi anamnesis,
2. a betegség tünetgazdag képe,
3. a prolongált lefolyás, az éveken át tartó exacerbatiók,
4. a megmagyarázhatatlan láz (negatív haemokultúrákkal),
5. az a tapasztalat, hogy a tünetek antibioticummal nem, steroiddal viszont befolyásolhatók voltak,
6. a nem thrombopeniás purpura.

Összevetve betegünk és közvetlen rokonai esetében észlelt, collagen betegségekben előforduló tüneteket, a következőket találtuk:

Nem	Nő I. N.	Nő F. T.	Nő F. L.
Életkor a betegség kezdetekor	45	39	17
dg. megállapításakor	49	41	23
beteg halálakor	55	45	
SLE jellemző tünetei:			
remittáló lefolyás	+	+	+
láz	+	+	+
bőr LE		+	
purpura	+	+	
exanthema	+	+	
arthropathia	+	+	+
lymphadenopathia	+		+
hepatomegalia	+	+	
splenomegalia	+		
tüdő-laesio	+	+	
myocarditis		+	+
pericarditis	+		+
pleuritis			
Raynaud-syndroma		+	
hasi crisis	+		+
phlebitis, ulcus cruris	+		
kp. i. r. tünetek	+		
nephropathia	+	+	+
anaemia (hgb. 10,0 g% alatt)	+	+	+
leukopenia (3000 alatt)			
lymphopenia (1000 alatt)	+	+	
thrombopenia (100 000 alatt)			
hypergammaglobulinaemia	+ (határérték)	+	
LE sejtjelenség		+	
ál-pozitív syphilises reactio	+?	+?	
paraproteinaemia			
PN jellemző tünetei			
láz	+	+	+
hasi fájdalom	+		+
hypertonia	+		
oedema	+		
neuritis	+		
gyengeség	+	+	+
fogyás	+	+	+
köhögés, dyspnoe			
hányás	+	+	+
fejfájás	+		+
praecordialis fájdalom			
sárgaság			
görcsök	+		
eruptiók	+	+	
hasmenés			
izomfájdalom	+	+	
leukocytosis		+	+
albuminuria	+	+	+
haematuria			
eosinophilia			
uraemia	?		

Uregyt

50 mg etacrinsav tabletta



A thiazid 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 rendelhetőségéről a „Tájékoztató" című kézikönyv ad felvilágosítást.

20 tabletta	15,20 Ft
200 tabletta	127,60 Ft

Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár
Budapest

plastubol

spray
plastikus sebfedő

A bepermetezett felületen rugalmas, átlátszó, víz- és vegyszerálló film képződik.
Nem tartalmaz chemotherapeuticumot, antibioticumot, desinficienst!

Bővebb felvilágosítást
a „Tájékoztató" című kézikönyv nyújt.

160 g össztartalmú szelepes fémpalack 35,— Ft

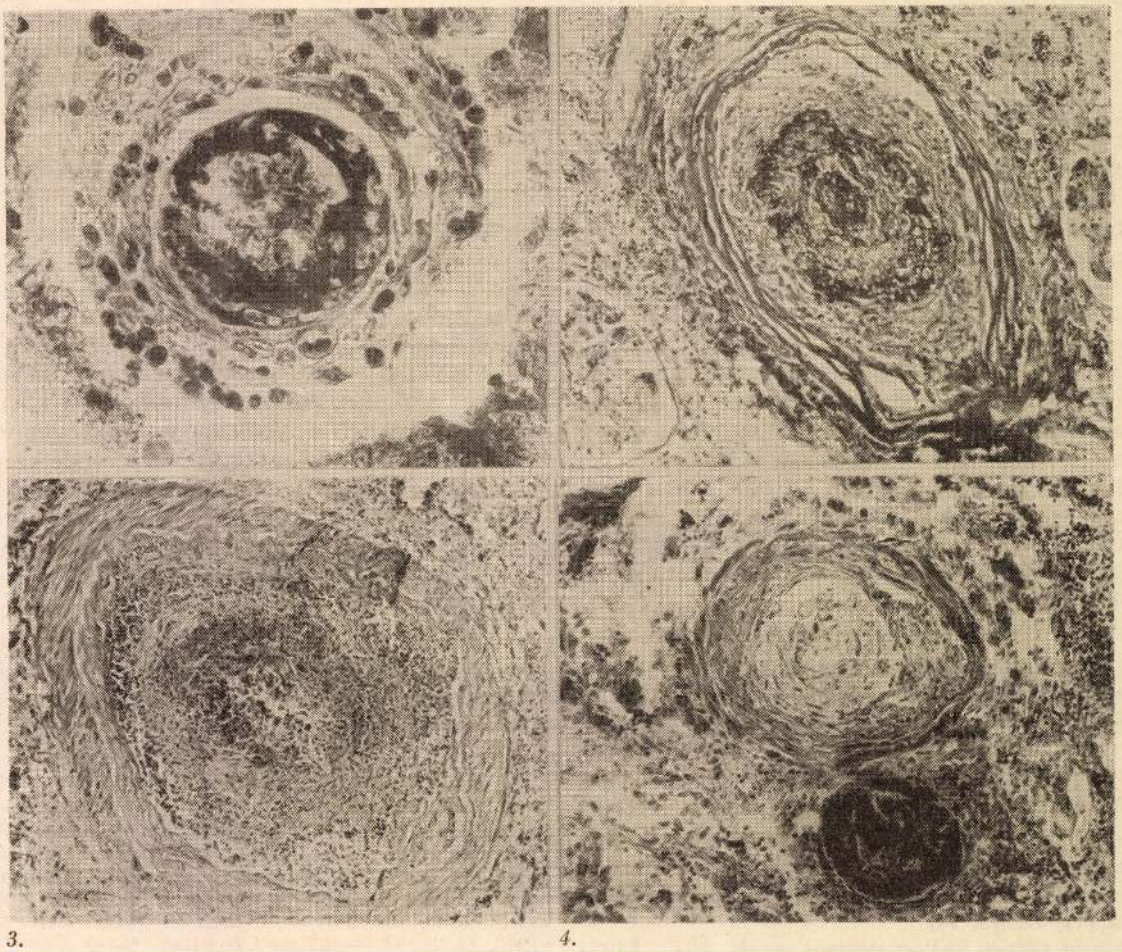


Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár Budapest

Megbeszélés

Betegünk klinikai észlelése alatt az egyik legkövetkezetesebb lelet a cryoglobulinaemia volt. A cryoglobulinok immunglobulinok, melyek 37° C alatti hőmérsékleten relatíve oldhatatlanná válnak. Ez a változás gyakran reversibilis (28), befolyásolja a közeg pH-ja és ionkoncentratiója (33). Leggyakrabban a gamma-globulin fractióba tartoznak (főként IgG, IgM), bár számos más proteinről is azt találták, hogy hidegre kicsapódik. A csupán könnyű polypeptid láncból álló protein is lehet cryoglobulin (2). Az essentialis cryoglobulinaemia elkülönítést egyesek nem tartják indokoltnak (7). A secundaer cryoglobulinaemia a lymphoreticularis rendszer proliferativ betegségeihez társul. Monoclonalis cryoglobulin myeloma multiplex, Waldenströmmacroglobulinaemia és a lymphoreticularis rendszer daganatainál, kevert cryoglobulin collagén betegségek, cirrhosis, chronicus infectio esetén fordul elő. A monoclonalis cryoglobulin vagy IgG vagy IgM fractiót tartalmaz (18, 19). A kóros protein eredetét illetően elsősorban a plasmasejteket teszik felelőssé (18). Nagyfokú cryoglobulinaemia myeloma multiplexben fordul elő, amikor a csontvelőben a plasmasejtek száma emelkedett. Leírtak azonban kisszámú olyan esetet is, ahol cryoglobulinaemia mellett nem találtak plasmasejt-szaporulatot. Arra a következtetésre jutottak, hogy a plasmasejtek semmiképpen sem egyetlen forrásai ennek a proteinnek (32).

A collagen betegségek aetiológiájában jelentőséget tulajdonítanak a genetikai faktoroknak (22). Ilyen betegek tünetmentes rokonaiban számos fizikális és laboratóriumi eltérést találtak (3, 5, 15). A primaer ok a globulintermelés zavara, az immunrendszer betegsége (23, 24). Betegünk és testvérének leánya esetében az immunelektroforesis IgA-hiányt mutatott. IgA isolált hiánya azonban nem jár feltétlenül klinikai tünetekkel (29). A két testvérben egyaránt cryoglobulinaemiát és emelkedett gamma-globulinszintet észleltünk. A gamma-globulin összmennyiségének, valamint a cryoglobulin változó mennyiségének értékelésekor figyelembe kell vennünk, hogy betegeink az első észleléstől



1. ábra.
Subintimalis fibrinoid kezdődő medianecrosissal, az érfal mérsékelt sejtes infiltratiójával

2. ábra.
Nagyfokú intima-proliferatio, a media fibrinoidja az intima felől szervül, friss subintimalis fibrinoid

3. ábra.
Erős lumenszűkületet okozó intima-proliferatio, sejtdús infiltratióval

4. ábra.
Acut és chronicus ér-laesio. Alul kisebb ér: friss fibrinoid necrosis. A felső, nagyobb érben lumen alig látható. Az intima-proliferatio egy lazább, fiatalabb és egy vaskosabb, idősebb réteget képez

kezdve állandó steroid kezelésben részesültek. Ismeretes, hogy a steroid kezelés SLE-ben és rheumatoid arthritisben csökkenti a gamma-globulin concentratióját (26). A cryoglobulin megjelenése az immunrendszer érintettségének csak egy részjelensége és tüneteket is csak akkor okoz, ha a globulinconcentratio bizonyos szintet meghalad (27). A cryoglobulin concentratio növekedésével a kicsapódás magasabb hőmérsékleten is létrejöhet és ez magyarázhatja meg, hogy miként alakulhatnak ki a laesiók a szervezet olyan helyein (pl. idegrendszer), ahol a hőmérsékletet a külső környezet lényegesen nem befolyásolhatja (32). Szoros összefüggés azonban nincs a cryoglobulin mennyisége és a tünetek súlyossága között (17).

A tünetek az intravascularis praecipitatio vagy gélképződés eredményeként létrejött stasis, illetve ischaemia következményei. Manifestálódásuk igen különböző lehet: hidegérzékenység, Raynaud-syndroma, purpura, nyálkahártyavérzés, retinavérzés, végtag-petecchiák, dyspnoe, cyanosis, diarrhoea, arteriás és vénás elzáródás, végtag-gangraena, pulmonalis vascularis sclerosis. Betegünknél purpurát, orrvérzést, petecchiákat észleltünk, testvérének Raynaud-syndromája volt.

A különböző szervek szöveti elváltozásai változatos intenzitásban, főleg az erekre, elsősorban a középnagy és kisartériákra localizálódnak. Egymás mellett egyidejűleg acut és chronicus jellegű érelváltozások találhatók. Egyes erekben a fibrinoid subendothelialis, a mediában fibrinoid nincs, az érfal és környezetének infiltratiója hiányzik. Más esetekben az érfal teljes egészére kiterjedő friss fibrinoid necrosis észlelhető az érfal és környezetének sejtes infiltratiójával. Vannak erek erőteljes gyulladásos sejtbeszűrődéssel, más erekben fibrosis figyelhető meg (1., 2., 3. ábra).

Az erekben a friss fibrinoid laesiótól a lumenreductiót okozó fibrosisig az elváltozások minden fokozata előfordul, néhány helyen az intima proliferatio eltérő festődése shubokban zajló lefolyásra utal (4. ábra). A fibrinoid Azan festéssel vörös, Mallory szerint kékesfeketére színeződik, PAS-reakció pozitív.

A fibrinoid kialakulásának, amely esetünkben az érelváltozások leglényegesebb összetevője, *Gardner* szerinti lehetőségei a következők: a kollagen rostok „degenerálódása", a ground substance átalakulása, izomsejtek necrosisa, fibrin-derivatum és más plasmafehérjék érfalba jutása (10).

A subendothelialis fibrinoid alkotásában plasmaanyagok vesznek részt, kialakulásában pedig *Jellinek és mtsai* — részben pathológiás emberi anyagon, részben kísérletes érelváltozásokban végzett megfigyelések alapján — a membrana elastica interna tovaáramlást akadályozó szerepét hangsúlyozzák (11, 12, 13, 14).

Szinay (31) a kollagenosisos erek friss fibrinoidját serum fehérje praecipitatumból álló anyagnak tartja, s ugyancsak hangsúlyozza az érfal rostos elemeinek szűrő szerepét. Vizsgálatai szerint a fibrinoid nem végleges állapot, helyét fokozatosan sejtszegény kötőszövet foglalja el, az ér scleroticussá válik.

Kísérletes polyarteritis nodosában immunfluorescens vizsgálattal fibrinogen és gamma-globulin mutatható ki a laesio területében (6). *Allegra* (1) emelkedett gamma-globulinszint mellett cryoglobulinaemiát talált, melyhez polyarteritis nodosa társult. Az érelváltozások pozitív PAS reakciót adtak.

Meltzer és *Franklin* (18) cryoglobulinaemiás betegeknél — ahol a cryoglobulin IgG és IgM fractiót tartalmazott — vese-biopsiás anyagban a megvastagodott basalmembránban immunfluorescens vizsgálattal ki tudták mutatni ezen anyagokat. Betegeik veseelégtelenségben haltak meg, sectiónál necrotizáló arteritist találtak.

Cryoglobulinaemiában jellegzetesnek tartják (19) a cutan vasculitist, amelyben a dermalis arteriolák necrosisa neutrophil, lymphoid és plasmasejtes infiltratiója látható. Immunfluorescens vizsgálattal nagy mennyiségű IgG-t, komplementet, fibrinogent és kisebb mennyiségben IgM globulint mutattak ki az érfalban és a környező kötőszövetben (19).

Az erek fibrinoid elváltozása — legalábbis a subendothelialis fibrinoid — plasma eredetű. Esetünkben az emelkedett gamma-globulinszint és a kimutatott cryoglobulin jelenléte, figyelembe véve az irodalmi adatokat is, felveti a lehetőséget, hogy a cryoglobulin részt vesz a fibrinoid kialakulásában. Lehetséges, hogy a kóros fehérje megjelenése és a talált érelváltozások között pathogenetikai összefüggés áll fenn.

A cryoglobulin megjelenése, az IgA-hiány és a reactiókészségbeli defectus ugyanazon rendszer, az immunrendszer károsodására, a familiaris előfordulás pedig ezen károsodás genetikailag determinált jellegére utal. Sajnálatos, hogy betegeinken nem tudtunk chromosoma-vizsgálatot végezni. Az antigen-antitest reactiók, a kóros fehérjék kicsapódása egyaránt a membránok felszínén történik. A K-szint alakulásában a membránok szerepe döntő. Hogy esetünkben a hypokalaemia független-e a kollagenosistól vagy összefügg azzal, a rendelkezésünkre álló adatok alapján nem dönthető el.

Összefoglalás. Szerzők autoimmunbetegségben szenvedő családtagok (két leánytestvér és egyikük leánya) esetéről számolnak be. Két betegükben cryoglobulinaemiát észleltek. Feltűnőnek tartják mindhárom beteg hypokalaemiára való hajlamát. Feltételezik a cryoglobulin esetleges szerepét a talált érelváltozások létrejöttében.

IRODALOM: 1. *Allegra, F.:* Arch. Klin. exp. Dermat. 1963, *217*, 363. — 2. *Alper, C. A.:* Acta med. Scand. Suppl. *445*, 1966. — 3. *Barr, D. P. et al.:* Am. Int. Med. 1957, *47*, 1225. — 4. *Bartter, F. C. et al.:* Am. J. med. 1962, *33*, 811. — 5. *Bencze G. és mtsai:* Rheum. Baln. Allerg. 1964, *5*, 76. — 6. *Beregi E. és mtsa:* Zbl. Allg. Path. 1963, *104*, 277. — 7. *Bíró I.:* Magy. Belorv. Arch. 1965, *18*, 4, 194. — 8. *Bíró I. és mtsai:* Magy. Belorv. Arch. 1966, *19*, 6, 307. — 9. *Cecil, L.:* Textbook of Medicine, W. B. Saunders Co. Philadelphia—London, 1967, 7610. — 10. *Gardner, D. L.:* Pathology of the Connectiv tissue disease. Arnold, London, 1965, 540. — 11. *Hüttner I. és mtsai:* Acta Morph. Acad. Sci. Hung. 1966, *14*, 2, 169. — 12. *Jellinek H.:* MTA V. Oszt. Közl. XVIII. 1967. — 13. *Jellinek H. és mtsai:* Acta Morph. Acad. Sci. Hung. 1966, *14*, 2, 165. — 14. *Kerényi T. és mtsai:* Acta Morph. Acad. Sci. Hung. 1966, *14*, 2, 175. — 15. *Lakatos L. és*

mtsai: Rheum. Baln. Allerg. 1966, *VII*, 42. — 16. *Leonhardt:* Acta Med. Scand. 1964, 176 (Suppl. *416.*) 5. — 17. *Mackay, I. R. et al.:* Am. J. Med. 1956, *XX*, 564. — 18. *Meltzer, M. et al.:* Arth. Rheum. 1967, *10*, 489. — 19. *Miescher, R. A. et al.:* Textbook of immunpathology. Ed.: Grune and Stratton, New York, 1969, 435. — 20. *Oblatt, E. és mtsai:* Magy Belorv. Arch. 1958, *11*, 66. — 21. *Petrányi Gy.:* Orv. Hetil. 1961, *102*, 1585. — 22. *Petrányi Gy.:* Magy. Belorv. Arch. 1962, *15*, 1. — 23. *Petrányi Gy.:* Orvosi Hetilap. 1965, *106*, 1873. — 24. *Petrányi Gy.:* Az orvostudomány aktuális problémái. 1. Medicina, 1968. — 25. *Petrányi Gy. és mtsa:* Collagén betegségek. Medicina, 1963. — 26. *Reiner, M.:* Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1950, *74*, 529. — 27. *Ritzmann, S. E. et al.:* Arch. of Int. Med. 1961, *107*, 754. — 28. *Ritzmann, S. E.:* Lab. Synopsis. 2. 1967. Hoechst. — 29. *Rockey, J. H. et al.:* J. lab. clin. Med. 1964, *63*, 205. — 30. *Siegel, M. et al.:* New Eng. J. Med. 1965, *273*, 893. — 31. *Szinay Gy.:* Adatok a kollagén betegségek morphológiájához. Kandidátusi értekezés. 1967. — 32. *Volpé, R. et al.:* Am. J. Med. 1956, *20*, 533. — 33. *Zinneman, H. H. et al.:* J. Immunol. 1968, *100*, 594.

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 agitatióval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, epileptiform psychosisok, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: ● A pyramispálya és az extrapiramidalis pályarendszer organicus betegségei.

ADAGOLÁS: ● A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az oralis adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: ½—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 ¼-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 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 tabletta
250 db tabletta
1 üveg solutio (10 ml)

FORGALOMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST X.

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Igazságügyi Orvostani Intézet
(igazgató: Fazekas I. Gyula dr.)

Hirtelen halál haemodynamikai insufficientia miatt aneurysma dissecans aortae-ban

Kósa Ferenc dr. és Mészáros Erzsébet dr.

Az aneurysma dissecans aortae (továbbiakban: a. d. a.) az utóbbi években az orvosi érdeklődés előterébe került. Erre utal, hogy egyre több közlemény jelenik meg az élőben történt sikeres kórismézésről, klinikumáról (1, 3, 8, 10, 13, 14, 17, 22, 26, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 42, 44, 46, 47), valamint sikeres gyógyszeres és műtéti kezeléséről (6, 47). Míg a korábbi munkákban a szerzők főként a kórkép aetiológiájával (7, 15, 16, 19, 20, 21, 25, 29, 39, 41) és pathológiájával (2, 4, 5, 7, 11, 18, 19, 20, 23, 24, 27, 33, 40, 43, 45, 49, 50) foglalkoztak, addig az utóbbi években megjelent közleményekben a kiváltó és a következményesen kialakuló haemodynamikai viszonyokat (7, 9, 12, 28, 32) is vizsgálták.

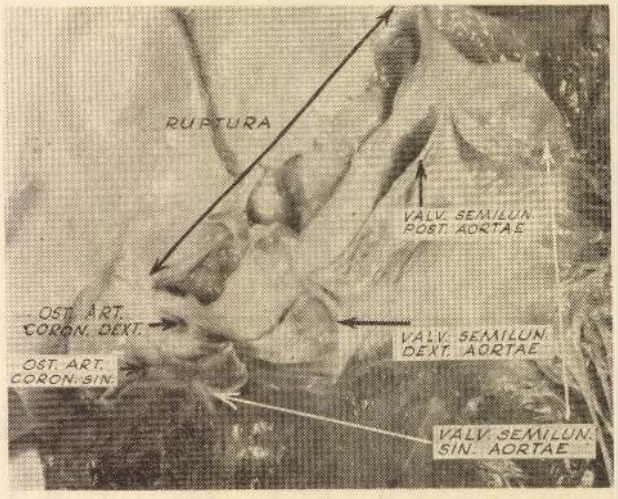
Bohenszky és *Jobst* (7) 4 esetük ismertetése során elemzik az a. d. a. klinikumát és pathológiáját. Értékelésük kapcsán felvetik a kérdést: „mi a halál oka főleg azon esetekben, midőn nincs elvérzés vagy szívtamponade?" Véleményük szerint „ilyen esetekben két lehetőség látszik legvalószínűbbnek: az acutan kialakuló koszorúér-elégtelenség (a coronaria szájadékának az intramuralis haematoma által az aortagyökön történő leszűkítése révén) vagy reflexes eredetű szívhalál (excitomotoricus szívelégtelenség)".

A kérdéssel foglalkozó igen nagy számú irodalomban (1—50) nem találkoztunk olyan esettel, amikor a halál nem az aorta falának rupturájából származó vérzés, hanem az a. d. a. által okozott haemodynamikai insufficientia (a főverőér billentyűinek csaknem körkörös leszakadása) miatt jött létre. Esetünket ezen utóbbi körülmény előfordulása miatt tartjuk közlésre érdemesnek.

Esetismertetés

Kórelőzmény: S. F., 67 éves férfit 1969. április 12-én az esti órákban mentők szállították a belgyógyászati klinikára agonisaló állapotban. Felvételekor pulsusa nem tapintható, ritkán 1—1 gaspoló légzést észleltek. A megkísérelt resuscitatio eredményre nem vezetett, 5 percen belül az életjelenségek megszűntek.

A heteroanamnaesis szerint 1 hónapja voltak fulladásos panaszai. Az exitus napján még dolgozott, az udvaron hirtelen rosszul lett, összeesett, cyanoticussá vált. Mire a mentők kiértek, a tüdő-oedema már kialakult. A mentőkocsiban oxygenbelégzést, illetve Strophantin, Diaphyllin, Depersolon injectiót kapott, ezek azonban nem vezettek eredményre.



1. kép.

A boncolás (97/1969. Rb. jksz.) alkalmával a főverőér belhártyáján az aortabillentyűk záródási vonala felett 1,5 cm-re harántirányú, csaknem körkörös repedést észleltünk. A bal és jobb oldali koszorúsverőér szájadék közé eső területre a dissectio nem terjedt rá és így a belhártya a koszorúsverőér szájadékok körül sem vált szét a mediától (1. kép). A főverőér kezdeti részének körfogata 8 cm, belhártyáján néhány lapos, sárgás, lencsényi megvastagodás észlelhető. A koszorúsverőerek szájadékai szabadok, belhártyájukon néhány színesgombostűfejnyi sárgás megvastagodás van. A repedés alsó szélének megfelelően a belhártya a billentyűkkel együtt mintegy 2—2,5 cm mélyen alapjáról levált és a lumenbe emelkedett. A media vizenyősen fellazult, szürkésfehér, szervülésre utaló jelenségek teljesen hiányoztak.

Ezenkívül agyvérbőséget, agyvizenyőt, az agyalapi verőerek meszesedését, tüdővizenyőt, heges behúzódásokat mindkét tüdőcsúcsban, szívizomtúltengést (530 g), a szív üregeinek tágultságát, a bal kamra izomzatának megvastagodottságát (18 mm), a kéthegyű billentyű széleinek megvastagodottságát, az ínhúrok megrövidülésével és a szemölcsizmok túltengésével, pangásos szerveket, kp. fokú általános érelmeszesedést találtunk.

Megbeszélés

Az a. d. a. az esetek 91%-ában már az acut stádiumban (1—7 napon belül), további 7%-ban a subacut stádiumban (35 napon belül) vezet halálhoz (43). A hirtelen halál az esetek 80%-ában (27), illetve 86%-ában (15) az aneurysma külső falának secundaer szakadása miatt, vagy az aorta felszálló ívéből származó szívburki vérzés (szívtamponade) miatt (70%) vagy az aorta mellkasi szakaszából származó halálos mellűri vagy mediastinalis vérzés miatt (30%) következik be. Az eseteknek csak mint-

egy 2%-ában követi az a. d. a.-t túlélés (a. d. a. chronica), amelyekkel évekkel később (2—30 éven belül) boncoláskor mint ritka melléklelettel találkoztunk (23, 27, 43).

Számos szerző azt találta, hogy az a. d. a. gyakori coarctatio aortae-ban (9). Ezenkívül, hogy az intima harántszakadása általában az aorta eredésétől 3—4 cm-re, coarctatio esetében a szűkület közvetlen közelében, attól 1—2 cm-re következik be, nagyobbrészt a szűkülettől distalisan. A coarctatióhoz hasonló szűkületként fogják fel haemodynamikai szempontból az aortaszájadékot is, és ezzel magyarázzák, hogy a ruptura a. d. a. esetében csaknem azonos helyen lép fel (9, 12, 28, 32).

Bohenszky és *Jobst* (7) az aorta falának cysticus media necrosisát nem idült degeneratiós folyamatnak tartják, mivel idült gyulladásra utaló sejteket nem észleltek, hanem acut elváltozásnak, amely a media károsodása miatt hevenyen jön létre. Ennek alapján feltételezik, hogy az a. d. a. kialakulásában a haemodynamikai és mechanikai okok lényeges szerepet játszanak.

Borbély, Potondi és *Kincsesy* (9) élőben diagnosztizált a. d. a. két esetük kapcsán a haemodynamikai és mechanikai okoknak tulajdonítanak fontos szerepet. Ismert fizikai törvényszerűség alapján arra utalnak, hogy a szűkülettől proximalisan a torlódás miatt nagyobb az oldalnyomás, de distalisan is megnő a nyomás a Bernoulli-törvény értelmében. Szűkület után a vér áramlása lelassul, növekszik az oldalnyomás és ez magyarázná szerintük a szűkülettől (amelyként az aortaszájadék is felfogható) distalisan létrejövő rupturát. A szűkületen az áramlás sebessége megnő, ezzel együtt csökken az oldalnyomás, amely a szűkülettel szomszédos aortafal vongálódásához vezet, valamint erősebb örvénylést kelt a véráramban (9, 28, 32). Néhány szerző (12, 32) feltételezi, hogy az aortafal meggyengülése és a ruptura a szűkület okozta fokozott örvényképződés és acusticus resonantia következménye.

Esetünk is megerősíteni látszik, hogy az a. d. a. létrejöttében a haemodynamikai és mechanikai okoknak jelentős szerepük van, amelyek kialakulásához az aortában megváltozott vérkeringés (hypertonia?) folytán létrejövő elváltozások (bal kamra dilatatiója, jelentős hypertrophiája stb.) is hozzájárulnak.

Mivel magyarázható esetünkben a halál bekövetkezése? Véleményünk szerint az alapjáról körkörösen levált aortabillentyű a véráramban lebegve systolekor aorta stenosishoz, diastolekor aorta insufficientiához hasonló vérkeringési viszonyokat teremtett, amely végül is rövid idő alatt heveny szívelégtelenséghez vezetett. A koszorúsverőér vérkeringése nem szenvedhetett súlyosabb zavart, mivel az aorta dissectiója a coronaria szájadékokra közvetlenül nem terjedt rá.

A bonclelet alapján kizárható, hogy halála előtt egy hónappal jelentkező mellkastáji fájdalmait (anginás panaszait?) már a főverőér elváltozása okozta volna.

Összefoglalás. Szerzők az Erdheim-féle medianecrosis idiopathica cystica talaján fellépett aneurysma dissecans aortae ritkán előforduló esetét ismertetik. A dissectio kialakulását követően a halál rövid időn belül heveny szívelégtelenség miatt jött létre, mielőtt az aorta falának teljes rupturája kialakulhatott volna. Az aorta intimáján a billentyűk záródási vonala felett harántirányú — a coronariaszájadékok közti terület kihagyásával — csaknem körkörös repedést észleltek. Ezáltal a főverőér billentyűi alapjukról leválva és a véráramban lebegve systoleban „aorta stenosishoz", diastoleban „aorta insufficientiához" hasonló haemodynamikai zavart idézhettek elő.

IRODALOM: 1. *Abeshouse, B. S., Tanklin, L. H.* and *Lerman, S.:* Urol. Cutan, Rev. 1948, *52*, 106. — 2. *Amromin, G. D.* and *Schlichter, J. G.:* Arch. Path. 1948, *46*, 380. — 3. *Baer, S.* and *Goldburgh, H. L.:* Amer. Heart J. 1948, *35*, 198. — 4. *Basch A., Jobba Gy.:* Morph. és Ig. Orv. Szemle. 1969, *9*, 169—172. — 5. *Beaven, D. W.* and *Murphy, E. A.:* Brit. Med. J. 1956, *1*, 77. — 6. *DeBakey, M. E., Henly, W. S., Cooley, D. A., Morris, G. C. jr., Crawford, E. S., Beall, A. C. jr.:* J. thorac. cardiovasc. Surg. 1965, *49*, 130. — 7. *Bohenszky Gy., Jobst K.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 1595. — 8. *Bona E., Mészáros A.:* Orv. Hetil. 1958, *46*, 1620. — 9. *Borbély L., Potondi A., Kincsessy A.:* Magy. Belorv. Arch. 1965, *18*, 90—95. — 10. *Böhm V.:* Orv. Hetil. 1930, *74*, 792. — 11. *Burchell, H. B.:* Circulation. 1955, *12*, 1068. — 12. *Bruns, D. L., Connoly, J. E., Holman, E., Stofer, R. L.:* J. Thoracic Surg. 1959, *38*, 662. — 13. *Camerini, L., Crepaldi, L., Lovisato, L., Scagnol, A.;* Cardiologia. 1968, *53*, 107—113. — 14. *McCuish, R. K.:* Brit. Med. J. 1953, *1*, 71. — 15. *Crowell, P. D.:* J. Amer. Med. Ass. 1921, 77, 2114. — 16. *David, P., McPeak, E. M., Vivas-Salas, D., White, P.:* Ann. Int. Med. 1947, *27*, 405. — 17. *Dizadji, H., Tan, C. V., Cooney, D. F., O'Brien, G. F.:* Dis. Chest. 1969, *56*, 456—458. — 18. *Erb, B. D., Tullis, I. F.:* Circulation. 1960, *22*, 315. — 19. *Erdheim, J.:* Virchow's Arch. path. Anat. 1929, *273*, 454. — 20. *Erdheim, J.:* Virchow's Arch. path. Anat. 1930, *276*, 187. — 21. *De Faria, L. J.:* Beitr. path. Anat. 1955, *115*, 1. — 22. *O'Donovan, T. P., Osmundson, P. J., Payne, W. S.:* Circulation. 1964, *29*, 782. — 23. *Goette, B.:* Beitr. path. Anat. 1969, *139*, 275—286. — 24. *Gore, J., Seiwert, V. J.:* Arch. Path. 1952, *53*, 121. — 25. *Gsell, O.:* Virchow's Arch. path. Anat. 1928, *270*, 1. — 26. *Hart, W. L., Berman, E. J., LaCom, R. J.:* Circulation. 1963, *27*, 1140. — 27. *Hirst, A. E., Johns, V. J., Kime, S. W.:* Medicine (Baltimore). 1958, *37*, 217. — 28. *Holman, E.:* J. Thoracic Surg. 1954, *28*, 109. — 29. *Jackson, A., Slavin, M.:* Angiology. 1953, *4*, 357. — 30. *Kellogg, F., Heald, A. H.:* J. Amer. Med. Ass. 1933, *100*, 1157. — 31. *Kincsessy A., Szijjártó L.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 24. — 32. *Kline, J. L., Gimenez, J. L., Maloney, R. J.:* J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1962, *44*, 738. — 33. *Krukenberg, E.:* Beitr. path. Anat. 1920, *67*, 329. — 34. *Kuipers, F. M., Schatz, I. J.:* Circulation. 1963, *27*, 658. — 35. *Levine, S.:* Ann. Int. Med. 1955, *43*, 1270. — 36. *Levinson, D. C., Edmeadesm, D. T., Griffith, G. C.:* Circulation. 1950, *1*, 360. — 37. *Lindsay, J., Hurst, W. J.:* Circulation. 1967, *35*, 880. — 38. *McCloy, R. M., Spittel, J. A. jr., McGoon, D. C.:* Circulation. 1965, *31*, 665. — 39. *Papp M., Jelinek H.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 1221. — 40. *Raszeja, S.:* Dtsch. Z. f. ger. Med. 1966, *58*, 228—230. — 41. *Rényi K., Kertész E.:* Orv. Hetil. 1958, *99*, 1589. — 42. *Rényi K., Wittmann I., Pázmány J.:* Orv. Hetil. 1955, *96*, 22. — 43. *Shennan, T.:* Dissecting aneurysm. Special report. M. Res. Council, London. His. Maj. Stat. Off. 1934. — 44. *Steimberg, I., Stein, H. L.:* Amer. J. Roentgenol. 1966, *97*, 416. — 45. *Tyson, M. D.:* Amer. J. Path. 1931, *7*, 581. — 46. *Szathmári É., Szemenyei K., Megyesi K.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 2433. — 47. *Zsoldos Gy.:* Orv. Hetil. 1961, *104*, 2175. — 48. *Wheat, W. M., Palmer, R. F., Bartley, T. D., Seelman, R. C.:* J. thorac. cardiovasc. Surg. 1965, *50*, 364. — 49. *White, P., Putshar, W. G.:* New Eng. J. Med. 1967, *267*, 574. — 50. *Willius, F. A., Cragg, R. W.:* Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic. 1941, *16*, 41.

MEDICOR BUDAPEST

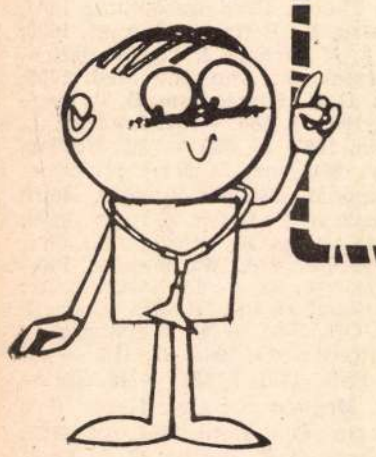
Sebészorvosok *figyelmébe!*

A Medicor atraumatikus sebészeti varrótű olyan egyszer használatos eszköz
- amelynél a fonallal való egyesítés gyárilag történik,
- a tű és a fonal gyakorlatilag azonos keresztmetszetű,
- rendkívül finom heggyel készíthető,
- könnyen nyitható, megbízhatóan steril csomagolású,
- azonnal felhasználható.

A Medicor Művek atraumatikus sebészeti varrótűje az alkalmazott varróanyagokkal együtt megfelel a modern sebészet követelményeinek.

*

Gyártja a Medicor Művek,
Budapest



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi Könyvtár igazgatója

9. szám

Kresz Géza

A felgyorsult idő nem kedvez az emlékezésnek. Megáradt folyóként a mindennapi szenzációk iszapjával borítja feledésbe azokat az arcokat, akikre emlékeznünk kellene, mert alkotásaik hasznát ma is élvezzük, művük része életünknek, s tetteinkkel folytatjuk tovább. Fájdalmas igazság: orvosgenerációk nőnek fel úgy, hogy orvostörténetünk nagyjainak legfeljebb csak nevét ismerik, azok közül sem mindegyikét. *Flór Ferenc*nek pl. már az utcaneve sincs meg.

Kresz Géza nevét egy utca őrzi, arcvonásait egy emléktábla a Mentők központjának Bihari János (!) utcai falán, s kevesekben az ismeret: ő alapította a Mentőket. Az új generációk számára ő is, mint annyian, éntávolivá vált: nem serkent és nem tanít többé. Pedig *Kresz Géza* még nem távolodott el tőlünk időben annyira, hogy ne lehetne emberközelbe hozni őt, és a halála óta eltelt 70 év elegendő arra, hogy művei időtállóknak ítéltessenek.

*

A *Kresz* család Merseburgból származott. *Christian Friedrich Kress* 1760-ban született, jómódú gyümölcskereskedő volt. Második házasságából egy leánya és két fia származott, utóbbiak — valószínűleg az erőszakos katonatoborzás elől — hazánkba menekültek. *Jacob* (?) *Kress* Pécsett telepedett le, *Karl Kress* Pesten borbélylegényként 18 éves korában.

A rendelkezések értelmében abban az időben az utcai baleseteket a borbély-sebészeknek kellett volna ellátniuk, de a kiélezett kenyérharcban az orvosok vetik rá magukat erre a kereseti lehetőségre is. *Kress Károly* tehát sebész- és szülészmesteri diplomát szerez 1829-ben és sebészműhelyt nyit. Műhelyét, amely az egykori Vadászkürt Szálló helyén állt (a mai Rákóczi út elején) később egy híres borbély, bizonyos *Kiss Tibor* vette át tőle.

Kress jónevű sebészorvossá verekszi fel magát, találkozunk vele a Magyar Természetvizsgálók Társaságának munkálatairól szóló jelentések II. kötetében is. Az a tény, hogy a *Kresz*-hagyatékban a diplomájával együtt megtaláltuk a Pesti Sebész-Borbély és Fürdős Céh 1722. augusztus 6-án kelt alapítólevelét, arra enged következtetni, hogy mint tudományos társaság tagja, jól szituált orvos, ő lehetett az utolsó pesti sebész céhmester. A céheket felszámoló ipari törvény és az egészségügyi keretörvény megjelenésekor a céhlevelet nem szolgáltatta be, és szerencsénkre, mert a begyűjtött céhokiratok igen nagy része a Nemzeti Múzeumban egy tűzvész alkalmával megsemmisült.

A merseburgi katonaszökevény hovatovább magyarrá lesz. Jól demonstrálja e folyamatot 6 gyermekének keresztneve: Karl (1830), Gustaw (1831), Vilma (1833), Izidor (1839?), Aladár (1839?) és Geyza (1845).

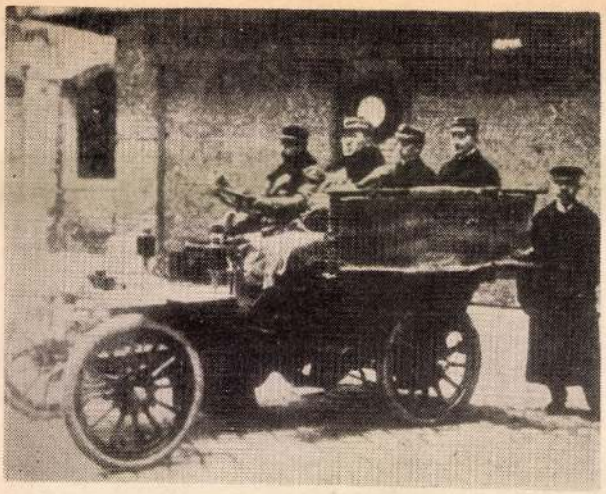


Kresz Géza — az okiratokon már így szerepel neve — iskoláit a belvárosi Molnár utcai tanodában kezdi. Gimnáziumba a piaristákhoz jár szerény eredménnyel: 1861-ben fizikából és latinból „ungenügend" kalkulust kap. Még ebben az évben egy diákcsíny miatt az intézetből kikerül, tanulmányait egyre jobb eredménnyel a pesti ágh. ev. gimnáziumban folytatja tovább.

1869-ben negyedikéves medikus. Szervezőképességéről ekkor tesz első ízben tanúságot. Hetedmagával megalapítja a Budapesti Korcsolyázó Egyesületet a városligeti tavon s nemcsak kigondolója, megszervezője, hanem vezetője is lesz ennek a gyorsan népszerűvé váló intézménynek.

Diplomáját 1871-ben nyerte el. A diploma hátoldalán apróbetűs kézírás: *„Bekebeleztetett. Pesten, 1871. márcz. 27-én. Flór Ferenc ig. ti. főorvos".*

Ez a tíz szó őrzi azt a pillanatot, amikor a magyar mentésügy két nagyja találkozott. Sajnálatosan kevesen tudják azt *Flór*ról, hogy az 1835-ben kiadott *„A Tetszholtak Felélesztésökről szóló Tanítás"* c. könyvében erőteljesen sürgette a szervezett mentés kialakítását s egész életében nem szűnt meg *Arányi Lajos*sal együtt oktatni és szervezni a baleseteket szenvedettek mentését, míg maga is áldozatává nem vált egy közlekedési balesetnek... Biztosra vehető, hogy a balesetekkel foglalkozó *Flór*, s a baleseteket hivatalból ellátni kötelezett chirurgus fia szót értett egymással e téren.



Az első mentőkocsik egyike 1904-ben

De az ifjú orvos még nincs készen. 1871 májusában szülészmesteri szakdiplomát nyer, majd Bécsbe megy, *Billroth*nál és *Braun*nál tanul tovább, majd megszerzi sebészi szakdiplomáját 1873-ban. A főváros szolgálatába lép: kinevezik az V. kerület tiszti főorvosának.

A gyorsan fejlődő fiatal főváros rengeteg közegészségügyi problémát adott *Kresz*nek. Teljes figyelmével fordult tehát a hygienia felé, megoldásokat keresett itthon és külföldön egyaránt. Írásai is erről tanúskodnak: 1833-ban kiadja a *„Miként lehetne Budapest fővárosát jó, egészséges és megbízható tejjel s gyermektejjel ellátni?"* c. tanulmányát, 1884-ben pedig a *„Gyakorlati tapasztalatok a berlini közegészségügyi kiállításon s útközben és azok értékesíthetősége fővárosunkban"* c. munkáját. 1885-ben, majd 1896-ban is, kiállításon mutatja be az élelmiszer-hamisításokat leleplező eljárásokat és felszereléseket. De nemcsak tanulmányt ír, hanem energikusan szervez is: hamarosan megalakul a központi, szervezett tejellátás és a hatósági élelmiszer-ellenőrzés. Mint közegészségügyi szakember jut el Londonba az 1881-ben tartott nemzetközi hygiéniai kongresszusra.

1881 a világ mentésügyének nagy esztendeje. Egy epizód tette azzá: a kongresszuson a St. John Ambulance Associationból kinőtt Ambulance Corps of St. John demonstrálta 8 éves munkája eredményét: nem hivatásos egészségügyiekből, önkéntesekből kiképzett elsősegélynyújtó csapatának gyakorlatát.

*Körmöczi Kresz Gézá*nak tulajdonítja a Monatsblätter der Wiener Freiwilliger Rettungsgesellschaft 1882 januári (!) számában névtelenül megjelent cikket, amelyben többek közt a szerző ezt írja: *„Én rám magamra is olyan erősen hatott a dolog, hogy utánajártam: mint nyerték ezen emberek kiképeztetésöket . . ."*



Kresz Géza nemesi címere

Nemcsak őrá hatott erősen, amit Londonban látott. A Kensington „Mauzóleum"-ban tartott bemutató kiindulópontja lett az osztrák, a porosz és a magyar szervezett mentésnek. *Jaromyr Mundy* még 1881-ben megalapította a bécsi mentőket, *Esmarch Kielben* 1882-ben létrehívta a porosz Szamaritánus Egyesületet, s ugyancsak 1882-ben *Csatáry Lajos* megszervezte a Magyar Államvasutak katasztrófa szolgálatát és elsősegélynyújtó szervezetét.

Mundy segítségére volt a Ring-Theater katasztrófája. *Esmarch* — a császár rokona — a mindenféle Bund iránt fogékony poroszokat könnyen meg tudta szervezni. Csak *Kresz*nek kellett hat évig hadakoznia a szervezett mentés megteremtéséért.

1885-ben egy bőven illusztrált füzetet tesz közzé: *„Első Segély Rögtöni Életveszélyben"*. Ennek bevezetője magyarázatot ad *Kresz* munkásságának legfőbb akadályára: nagy gonddal kell magyarázgatnia az orvostársadalomnak, hogy *az elsősegély-*



A BÖME székháza 1903-ban

nyújtás oktatása nem jár semmiféle káros következménnyel az orvosok praxisára!

Kresz nemcsak mondogatta, be is bizonyította, hogy nem ismer lehetetlent. Az orvosi társadalom ellenállását áttörve 1887 márciusában a főváros közgyűlése elé vitte az Önkéntes Mentőegyesület megalakítási tervét s 1887. május 10-én már meg is kezdte működését a Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület első őrállomása. A szolgálatot megindítani csak a bécsi mentők aktív segítségével lehetett, fenntartani pedig a felső arisztokrácia pártfogásával. Mégis: a beindulást közhírré tevő plakáton világosan és félreérthetetlenül szerepel az alapelv: segítséget nyújtani gazdagnak és szegénynek egyaránt, a nap minden órájában, ingyen és díjtalanul.

Az orvostársadalom visszaütött. *Kresz*nek választania kellett a BÖME vezetése és tisztiorvosi állása között. Mondvacsinált összeférhetetlenséget vetettek fel: a felügyelete alatt álló mentőegyesület a balesetesek ellátásából anyagi előnyt húz a praktizáló orvosok rovására. Ez a támadás csak fokozódott a mentőegyesület erősödésével, tetőpontját azonban *Kresz* korai halála után érte el.

Kresz valóban ott is hagyta tisztiorvosi állását és teljes alkotó energiáját a mentésre fordította. Ennek eredményei közismertek s tükröződnek a ma mentésügyében is.

Aulikus volt-e *Kresz*?

A Ferenc József Rend lovagja lett az 1885. évi Országos Kiállításon szerzett érdemeiért. Nemességet kapott a fővárosért tett szolgálataiért. Nemesi prédikátuma: szemlőhegyi, utal arra a fáradozásaira, amellyel a Rózsadomb beépítését szorgalmazta. A millenniumi kiállításon bemutathatta az uralkodónak az orvostechnikai újdonságot: felvételt készíthetett röntgenkészülékkel a felséges kézről. A király látogatást tett az új mentőszékházban, mint ahogy az első mentőállomást meglátogatta *Milán* szerb király is. Ezek tények.

Ha viszont azt vesszük szemügyre, hogy a BÖME indulása óta a társadalomért volt, amely társadalom később meg is mentette az érte dolgozó intézményt, s a társadalom tartotta fenn kezdettől fogva a BÖME-t; ha mérlegre tesszük: alakulhatott-e hasonló egyesület az uralkodó osztály támogató beleegyezése nélkül; s végül, ha fontolóra vesszük, hogy a BÖME már a születése pillanatában kihívta maga ellen az orvostársadalom féltékeny haragját, nyilvánvalóvá válik, hogy *Kresz* nem tehetett másképp. Valószínűbb azonban, hogy *Kresz* érzéseiben is aulikus volt. Ki nem az ő társadalmi körében? Ez mit sem von le érdeméből: minden, amit alkotott, a legszélesebb néprétegeket szolgálta, a társadalom egészét.

Nemesi címere — amit halála előtt 4 hónappal kapott meg — heraldikai kuriózum. A címerpajzsot ferdén lefutó pólya felezi, amelyben Aesculapbot fekszik. A felső mezőben 3 tölgylevél *Kresz Géza* három fiát, az alsó mezőben levő 3 liliom három lányát jelképezi. A pajzs felett ezüst sisakon arany 5 ágú korona, amelyből oroszlán emelkedik ki, mancsai között a Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület zöld szegélyű, piros korongját tartva, benne a hármashalomból kiemelkedő kettős kereszttel. Tudomásunk szerint ez az egyetlen olyan heraldikai objektum, amely egy mentőegyesület emblémáját tartalmazza.

Kresz Géza utolsó tisztiorvosi tevékenysége a fertőtlenítő intézet megteremtésére irányult. Ezt a megújuló kolerajárványok tették szükségessé. Tisztiorvosi hivataláról leköszönve a Mentők vezetése mellett a MÁV és Fővárosi Villamosvasút orvosi állásait is elvállalta. Ránk maradt néhány röplap, amelyek őt vádolják és teszik felelőssé a villamosok gyakori gázolásaiért, azonban tudjuk: mind a Villamosvasútnál, mind a MÁV-nál *Csatáry*val együtt mindenkor az elsősegélynyújtás oktatását és a balesetek megelőzését elsődleges feladatnak tekintette.

Élete utolsó negyedét teljesen a mentésnek szentelte. Mint a mentők igazgatója, megszervezte a mentést, a betegek szállítását, elmebetegek intézetbe juttatását, a részegek és epileptikusok ellátását, valamint az elsősegélynyújtás általános oktatását. A mentőegyesületet igen rövid idő alatt nemzetközi viszonyokban is élenjáróvá fejlesztette. Háromévi működés után a BÖME már saját székházába költözött, majd tevékeny részt tudott vállalni a vidéki mentőegyesületek szervezésében és megindításában. A BÖME szervezése és felépítése számos külföldi mentőegyesület megalkotásánál szolgált például.

Kresz teremtette meg a Mentőmúzeumot is, amelyben oktatási céllal helyet kaptak a régmúlt elsősegélynyújtó reliquiái is. Létrehívta a Mentőkönyvtárt, amely összegyűjtötte kora mentési és elsősegélynyújtói szakirodalmát. Megalapította a Mentők Lapját, ezt a speciálisan mentési szaklapot, amely egyben a laikus közönséghez is szólt; helyet kaptak benne a legkorszerűbb eljárásokról, gyógyszerekről stb. szóló hírek mellett az egyes orvosi disciplinák mentésügyi vonatkozásai. Ezzel megteremtette a mentés orvosi szakmáját.

Ez az a tény, amit még *Kresz* méltatói sem vesznek eléggé észre. Míg korának mentőegyesületei orvosi vezetés alatt állnak, a BÖME orvosi működést valósít meg: az esetellátás teljesen orvosi kézbe kerül és marad is. *Kresz* az egyesület megindításakor már gondosan kiválasztja embereit: az első mentőőrségben pl. ott találhatjuk medikusként *Korányi*t, *Vámossy*t és a többieket. A mentőlaktanya felállításával már tudatosan arra törekszik, hogy olyan fiatal orvosnövendékeket kapcsoljon a mentés munkájába, akik majd később is munkálni és fejleszteni fogják a mentés orvosi ismereteit. Innen nőtt ki az a mentőorvosi gárda, amely a hazai mentésügyet világszerte elismertté tette. Igen figyelemre méltó, hogy a fejlett nyugati államokban csak a legutóbbi időben indult el egy irányzat mentőorvosi munkakörök szervezésére.

1901. április 10-én hunyt el. Életműve irigylésre méltó: kevesen mondhatják el, hogy véghezvittek mindent, amibe belefogtak. Alkotásai ma is élnek: a szervezett tejellátás és csecsemőtej-ellátás, a szervezett élelmiszer-vizsgálat, a Fertőtlenítő Inté-

zet, a Műjégpálya — s amit minden alkotása közül a legjobban szeretett: a Mentők.

Halálának 70. évfordulóján a magyar mentésügy, közegészségügy csakúgy, mint a magyar jégsport, tisztelettel kell hogy adózzon emlékének.

Felkai Tamás dr.

Stockinger Tamás

1811—1883

Az orvostörténelem egyetemi oktatása Magyarországon a XIX. század 30-as éveiben *Lenhossék Mihály*nak, a budapesti orvosi kar igazgatójának kezdeményezésére indul meg. *Lenhossék* ugyanis 1828. február 28-án javaslatot nyújt be a magyar országgyűlésnek, amelyben — többek között — az érvényben levő tanrend kiegészítéseképpen a hiányzó tantárgyak között harmadik helyen említi *„az általános orvostörténelem és irodalom"* (historia pragmatica medicinae cum literatura medica) oktatásának kötelezővé tételét, „ezt a felette hasznos rendkívüli tárgyat (extraordinarium hoc studium utilissimum) külön fizetés ellenében (erga peculiarem remunerationem) a tanárok valamelyike adhatná elő".

Bár ez a kezdeményezés csak nyolc esztendővel később, 1836-ban *Schoepf-Merei Ágoston* jóvoltából realizálódik, akit a kar rendkívüli tanárként nevez ki a „historia pragmaticae medicinae et chirurgiae" tanítására. Ezt megelőzőleg a nem kizárólag biográfikus jellegű orvostörténelem első egyetemi szintű művelője a nagyszombati fakultás európai hírű professzora *Trnka Vencel*, aki egyetemi előadásaiba szaktárgyainak, a bonctannak, a kór- és gyógytannak történeti vonatkozásait bedolgozza. *Schoepf-Merei* úttörő vállalkozását tanítványai köréből kikerülő *Stockinger Tamás* — ekkor asszisztense, később az elméleti sebészet és sebészeti műtéttan tanára — folytatja 1845-ben, amikor rendkívüli tanárként három évig tartja orvostörténelmi előadásait.

Stockinger Tamás 160 esztendővel ezelőtt Pesten született 1811. július 11-én. A törékeny és gyenge testalkatú fiú kezdetben egyházi pályára készül, érdeklődése azonban hamarosan az orvosi pálya felé vonzza. Ezen belül pedig a sebészet, de főként az orvostörténelem érdekli. A budapesti orvosi karon 1838-ban avatják orvosdoktorrá, s már egy évvel később egyedül nyeri el a sebészdoktori címet is. Első jelentősebb orvosi tanulmánya még ugyanebben az évben, 1839-ben a „Csuklásról" címen lát napvilágot az Orvosi Tár lapjain. Nem sokkal „sebésztudori" címének elnyerése után *Stáhly Ignác* asszisztense lesz, aki ekkor a gyakorlati sebészet nagyhírű tanáraként működik.

Lenhossék Mihály kari igazgató és országos főorvos halálával a kari igazgatói és protomedicusi tisztséget szétválasztják: *Bene Ferenc*re bízzák az igazgatói, *Stáhly Ignác*ra a protomedicusi hivatal betöltését. Mivel *Stáhly* új elfoglaltsági körének teljes lélekkel eleget kíván tenni, ezért felmentését kéri tanszékének az új tanár kinevezéséig való ellátása alól. Ekkor nyílik lehetősége először *Stockinger*nek arra, hogy a gyakorlati sebészet tanára lehessen, az állásra ugyanis pályázatot írnak ki s ezen harmadik helyen — *Balassa János, Piskovich János* után — jelölik. Az állást azonban nem vele, hanem *Balassá*val töltik be.

Még egy sikertelen jelölés után — 1841-ben az államorvostan tanszékének megüresedésével — végül az 1845-ös év hozza meg az első rendkívüli tanári megbízatást. *Schoepf-Merei Ágoston*, aki 1843-ig az orvostörténelmet adja elő, felmentését kéri, hogy ehelyett a vezetése alatt álló gyermekkórházban rendkívüli tanárként gyakorlatilag oktathassa a „gyermekbetegségek gyógyítását". Miután *Stáhly* 1845. február 2-án hosszasabban megindokolja, hogy *„az okszerű orvostani történetek előadása az orvos-sebészi hallgatókra nézve nyomatékos fontosságú"*, majd rátérve a két pályázóra, *Stockinger Tamás*ra és *Wagner János*ra kijelenti, hogy szerinte *„egyikük sem felelt meg egészen, de másrészről már magában oly nehéznek találom a feladatot, hogy annak kielégítő megoldását inkább a több éveken által folytatott oktatásból, mint elméleti előkészülettől igényelhetőnek vélem"*. Sajnos ez a terve nem válik valósággá, *Stockinger* ezirányú működésével hosszú időre lezárul az orvostörténelem oktatása az egyetemen. A pályázókról mégis elismeréssel nyilatkozik *Stáhly:* mindketten *„komolyan forogtak az orvosi tanulmányok ezen tágas osztályában, látszik, hogy világos eszmévé vált náluk feladata a kérdésbeni tanszéknek, főképp pedig, hogy meg nem elégedtek valami más szerzőnek majmoló leírásával"*. Nem kisebb személyiség mint *Wagner János* a hazai klinikai gondolkodás egyik elindítója az ellenjelölt, mindennek dacára *Stáhly* első helyen *Stockinger*t javasolja. Javaslatát a Helytartótanács jóváhagyásával a császár is elfogadja és 1845. július 1-én engedélyezi, hogy a pragmatikus orvos- és sebésztudomány történetéből rendkívüli tanári minőségben, díjtalan előadásokat tartson.

A sebészet és orvostörténelem a két fő érdeklődési területe; bizonyítja ezt, hogy 1845. október 27-én tartott székfoglaló előadásában a sebészeti műszerek történetével foglalkozik. Több mint húsz évvel később készült legjelentősebb szakirodalmi munkája, az *„Útmutatás a sebészi műszerek elemzésére s bírálatára"* előszavában pedig egy lépéssel továbbmenve a sebészeti műszerek történeti ismeretének fontosságára hívja fel hallgatói figyelmét, majd hozzáteszi: *„A mint pedig a sebészetnek saját általános kórtana, úgy saját gyógyszertana is van, ez pedig a műszertan és a műszerek alkalmazása"*. Bár orvostörténeti előadásait mindössze három évig tartja, ekkor ugyanis a sebészeti tanszék helyettes tanárává nevezik ki, azonban történeti hajlamaihoz sohasem lesz hűtlen, ellenkezőleg: később sem feledkezik meg sebészeti ismereteinek történeti adatokkal való kiegészítéséről.

A közéleti szerepléstől és a politikától egész életén keresztül távoltartja magát, még az osztrák kormánynak sem lehettek kétségei „loyális érzületeinek kipróbált volta felöl". Az 1848—1849-es szabadságharc alatt *Windischgraetz* tábornok 1849. január 5-én történt bevonulása után azonnal a Ró-

ben több tanulmányt közölt a Przeglad Lekarski. *Oettinger* kézirata nemcsak a lengyel orvostörténelem eseménytörténetét ölelte fel, hanem részletesen elemezte az orvosi gondolkodás és filozófia fejlődésének számos történeti problémáját is. Valójában e tanulmányt orvostörténeti tankönyvnek szánta, amivel életet akart vinni az oktatásba. Az addigi gyakorlat szerint az előadások csupán a tényanyagra szorítkoztak és az általános összefüggésekre már nem térnek ki. A kézirat megszületésének másik oka az, hogy az orvostörténelem nem szerepelt kötelező tárgyként az egyetemi képzésben és az előadások látogatottsága az anyag színességétől és korszerűségétől függött.

Oettinger más irányú szakirodalmi tevékenységéből az első lengyel orvosi terminológiai szótár szerkesztése emelkedik ki. Többedmagával írta és rendezte a szótár anyagát és e munka őt a lengyel orvosi nyelvújítás jeles alakjává avatja. Szintén számottevő alkotásának tekinthetjük híres *Hippokratész*-fordítását is, bár ezen kívül számos ókori görög író művét ültette át anyanyelvére.

A szerveződő galíciai orvosi közélet első rendszeresen megjelenő orvosi folyóirata a Przeglad Lekarski volt. E lap csak a Lengyel Tudományos Társaság anyagi támogatásával jelenhetett meg. A Przeglad Lekarski alapításának egyik kezdeményezője maga *Oettinger*, és 1872-ig a főszerkesztő tisztségét is ellátta. Szervező és irányító munkája nyomán a folyóirat az európai lapok színvonalára emelkedett, megtartva sajátos nemzeti arculatát. A lengyel orvosi szaksajtótörténet *Oettinger*t az első jelentős orvosi lapszerkesztőként tiszteli, aki a kritikus 1860-as években nemcsak szerkesztette a Przeglad Lekarskit, hanem anyagilag is biztosítani tudta a folyóirat hetenkénti megjelenését.

Számos lengyel és nemzetközi orvostudományi társaság tagjai közé fogadta *Oettinger*t, így a Krakkóban működő Lengyel Tudományos Akadémia is. Később hosszú ideig a Lengyel Tudományos Társaság természettudományi részlegének lett a titkára. Közéleti elfoglaltsága ellenére mégis az orvostörténelem művelését tekintette élete céljának. Számos műve közül csupán kevés jelenhetett meg nyomtatásban, mivel liberális politikai nézetei veszélyt jelentettek az osztrák hatóságok számára. 1891-ben vonult nyugalomba, de 1895-ig, haláláig tartott orvostörténeti előadásokat az egyetemen.

Oettinger halála után sokáig szünetelt a krakkói egyetem orvosi karán az orvostörténelem fakultatív oktatása. A kérdést csak az első világháború után újjászületett lengyel állam oktatásügyi minisztériuma rendezte. Mégis *Oettinger* orvostörténeti munkássága nagy jelentőséggel bír, hiszen az első olyan lengyel orvostörténész, aki rendszerbe foglalta és európai összefüggéseiben tanulmányozta a lengyel orvostudomány történetét. Oktató munkája és tudományos tevékenysége jelentős hatást gyakorolt a lengyel orvostörténelem művelőinek következő nemzedékére. *Szumowski* „Az orvostudomány története" című alapvető munkájában számos helyen hivatkozik *Oettinger*re és nem egy vonatkozásban mesterének tekintette.

Kapronczay Károly

A TMB hírei

A Tudományos Minősítő Bizottság *Benedeczky István*t „A mellékvesevelő submikrostruktúrája normális és indukált secretiós állapotban" című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Haits Gézát „Időskori depressiós kórképek differenciáldiagnosisának és therapiájának egyes szempontjai" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

*István Lajos*t „Adatok a haemophilia klinikumához, kezeléséhez és gondozásához" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Marton Tibort „A sipolyok jelentősége az epesebészetben" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Mozsik Gyulát „Adatok az anticholinergiás gyógyszerek hatásmechanizmusához emberben és állatkísérletekben" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

*Padányi Alajos*t „Tüdővérzés csillapítása bronchustamponálással" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

*Pálvölgyi Richárd*ot „Az agy regionális átáramlásának kísérletes vizsgálata tumoros betegeknél intraarteriális ^{133}Xe clearance metodikával" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

*Rosta János*t „Az újszülöttkori bilirubin-anyagcsere néhány kérdése" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

*Szentpétery József*et a 12/1970. Korm. sz. rendelet 37. § (2) bekezdése alapján az orvostudományok kandidátusává;

Takácsné Szabó Máriát „A pankreászamiláz heterogenitása és kötődése mikroszómákhoz" című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

*Új János*t „A megbetegedett pulpa gyógyításának problémái: a fogak megtartásának új irányú fejlődése" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

*Valér Márton*t „Diagnosztikai methodusok jelentősége a kromát-, kobaltsók és nyomelemei által kiváltott foglalkozási contact ekzema vizsgálatában" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává és

*Varga László*t „A neuroendokrin rendszer szerepe a serum glykoproteinszint szabályozásában" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává nyilvánította.

J. J. van de Calseyde elhunyt

Van de Calseyde dr., az EVSZ európai regionális irodájának volt igazgatója március 5-én elhunyt.

A belgiumi Ghentben született 1903-ban, ott nyerte el orvosi oklevelét is. 1930-ban a belga Posta és Közlekedésügyi Minisztérium szolgálatába lépett, majd 1935-től az Egészségügyi Minisztériumban dolgozott, a társadalomegészségügyi osztály vezetője volt. 1945-ben a közegészségügyi közigazgatás főigazgatója lett. Többször képviselte hazáját az EVSZ konferenciáin, közgyűlésein és szakértő bizottságaiban. 1957 januárjában meghívták az európai regionális iroda vezetésére, ezen a poszton tíz évig működött. Utóda 1967 februárjától a jelenlegi igazgató, Leo A. Kaprio dr. lett.

Elhalálozások

Ambrus László dr. (szül. 1918) a pécsi Megyei Gyermekkórház főorvosa augusztus 6-án;

Balogh Béla dr. (szül. 1938) a sátoraljaújhelyi Rendelőintézet fogász szakfőorvosa szeptember 13-án;

Bereznay István dr. (szül. 1914) a budapesti VIII. ker. Rendelőintézet nőgyógyász szakorvosa december 23-án;

Faith Alfréd dr. (szül. 1882) nyugdíjas rendelőintézeti fogász szakorvos Orosházán december 31-én;

Guth Jolán dr. (szül. 1889) nyugdíjas bőr- és nemigondozóintézeti szakorvos Budapesten november 27-én;

Hegyi Zsigmond dr. (szül. 1894) nyugdíjas rendelőintézeti nőgyógyász szakfőorvos Budapesten október 4-én;

Horváth Miklós dr. (szül. 1928) körzeti orvos Lukácsházán február 18-án;

Karácsony Géza dr. (szül. 1892) nyugdíjas orvos, a MUCSÖ volt munkatársa Budapesten november 14-én;

Korányi Sándor dr. (szül. 1890) a budapesti V. ker. TBC Gondozóintézet vezető főorvosa december 21-én;

Lévay István dr. (szül. 1900) a budapesti MÁV Kórház gyermekgyógyász osztályvezető főorvosa szeptember 8-án;

Lipka Ferenc dr. (szül. 1913) körzeti orvos Celldömölkön február 7-én;

Martinek Magdolna dr. (szül. 1929) a gyöngyösi Rendelőintézet röntgen szakorvosa október 29-én;

Méhes Gyula dr. (szül. 1897) nyugdíjas, a Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyógyszertani Intézetének professzora október 10-én;

Pál István dr. (szül. 1924) a budapesti Központi Állami Kórház rendelőintézetének reuma főorvosa december 12-én;

Pálfy Ferenc dr. (szül. 1914) körzeti orvos Mononon 1971. január 23-án;

Prédli Lajos dr. (szül. 1937) a budapesti MÁV Északi Járműjavító fogász szakorvosa december 23-án;

Rajka Ödön dr. (szül. 1890) nyugdíjas, a Fővárosi István Kórház bőrgyógyász főorvosa 1971. január 19-én;

Raksányi Árpád dr. (szül. 1892) nyugdíjas orvos, az Egészségügyi Minisztérium munkatársa Budapesten 1970. január 24-én;

Rácz Sándor dr. (szül. 1895) nyugdíjas iskolaorvos Túrkevén július 11-én;

Sebesi Laura dr. (szül. 1923) az egri Megyei Ideggondozó Intézet vezető szakfőorvosa 1971. január 22-én;

Simon Ferenc dr. (szül. 1903) nyugdíjas üzemorvos Székesfehérvárott 1971. január 5-én;

Takách István dr. (szül. 1889) nyugdíjas fogász szakorvos Budapesten december 15-én;

Wiltner Sándor dr. (szül. 1890) a gyöngyösi Bugáth Pál Kórház nyugdíjas igazgató főorvosa 1971. március 2-án és

Windt Sándor dr. (szül. 1904) a budapesti XXI. ker. Kórház gégész szakfőorvosa december 11-én elhunyt.

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 meleghatás aktiválólag 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 gynekológiai területen)

Orvosi psychológia

Az alkalmazkodás és emancipáció pszichoanalitikus elméletéről és gyakorlatáról. Ammon, G. (Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, West Berlin, Wielandstrasse 27/28.): Dynamische Psychiatrie, 1970, *3*, 4—16.

Az elmúlt évek diákmozgalmai a tudománynak azt a kérdést tették fel, szövetségesek-e velük egy emberellenesen szervezett társadalom kényszereitől való megszabadulási törekvéseikben.

A pszichoanalízis (továbbiakban ps.) számára a kérdés konkrétan így hangzik: Kialakított-e a ps. olyan elképzelést az önmegvalósításról, amit emancipációs programként foghatunk fel, vagy elmélete éppen ellenkezőleg a társadalmi kényszerek igazolását jelenti. A gyakorlat számára a kérdés így hangzik: Nem arra szolgál-e a ps., hogy a beteget ismét egy olyan társadalomba integrálja, amely megbetegítette, és amely ellen betegségével protestált.

Mint ismeretes, *Freud* pesszimista kultúrteóriát alakított ki, véleménye szerint a libidinózus törekvések szükségszerűen konfliktusba kerülnek a társadalmi követelményekkel. Ezért a terápiás célt a sikeres alkalmazkodás képezte, az ösztöntörekvések elfojtása helyébe a therápia folyamán tudatos tagadásuk lépett.

Marcuse a ps. kritikájában (Eros and Civilisation) rámutatott arra, hogy Freud a „teljesítményelvet" (Leistungsprinzip), mely a konkurrencia-társadalomban jelentkező történelmi kategória, egyenlővé tette a realitáselvvel. Marcuse utópiájában egyszerűen megfordítja Freud kultúrteóriáját: Kevesebb elfojtás kevesebb agressziót vált ki, azaz az ösztönelfojtást követelő társadalmi organizáció helyébe „ösztönbarát" organizációnak kell lépnie.

Hartmann (1937) kiemelte, hogy nem minden tanulási vagy érési folyamat jelent konfliktust a környezettel, az én-funkcióknak létezik „nemkonfliktuózus" fejlődése is. Eszerint az én nemcsak konfliktusok eredménye, energiáját nem az „Es", hanem egy közös, differenciálatlan energia-rezervoár, az „Ich-Es" adja. Fenti gondolatmenet a szublimáció elméleti alapját veti el.

Az alkalmazkodás a primér éndiszpozíciók és a környezet közti kölcsönös tisztázások folyamata. Ebben a perspektívában már kritikailag szemlélhetjük a társadalmat, elősegíti-e ezt a folyamatot, vagy hátráltatja.

Az első kérdésre válaszolva *Ammon* a sikeres alkalmazkodáson olyan folyamatot ért, mely során nemcsak az egyén, hanem az őt körülvevő csoport is fejlődik. Ennek feltétele az egyén és a csoport közti élő kommunikáció (1. az „Én" kifejleszti és gyakorolja funkcióit; 2. a csoport, tágabb keretben a társadalom ezt a fejlődést elősegíti). Adaptáció ebben az értelemben emancipációt jelent. A ps. konkrét helyen, konkrét társadalomban folyik, s ez is hozzátartozik a therápia meghatározó tényezőihez.

Szerző a dinamikus csoportkoncepció alapján a pathológiás konfliktust az énfejlődés zavaraként értékeli, amely zavart (pathogén) csoportban jelentkezik. Az egyén befelé történő „túlalkalmazkodását" mint a neurózishoz vagy pszichózishoz való adaptációt, a szociális környezethez való „túlalkalmazkodást" mint a neurótikus szorongással szembeni különleges védekező mechanizmust (Mitscherlich: szociálautomatizmus) foghatjuk fel.

Freud alapvető konfliktusként az Oedipus-szituációt írta le. Szerző ezt kiegészíti a Laios-komplexussal (Laios kitéteti Oedipust a pusztába, hogy meghaljon) — a megbetegítő családdal, mely a gyermek énfejlődését akadályozza.

A ps. gyakorlatban nem a klaszszikus neurózissal találkozunk. Az anya-gyerek szimbiózis konfliktusából eredőleg megbetegedettek nem rendelkeznek olyan erős énorganizációval,mely az elfojtást lehetővé tenné. A betegségkép változása mögött társadalmi változások húzódnak. A patriárchális társadalom áttekinthető szerkezete helyébe áttekinthetetlen antagonisztikus rendszer lépett, melyben a fogyasztás csalogatása óriási bürokratikus apparátus elnyomásával váltakozik, s az identitás diffúzióját, regresszióba való menekülést eredményez. (A társadalom Laios-komplexusa pl, abban is jelentkezik, hogy fiatal tagjainak a professzionális identitás megszervezése gyakran 30—40 éves korra is kitolódik).

Mivel a standard ps. therápia az Oedipus-komplexusnak felel meg, a szimbózis-komplexus megoldására alkalmasabb a csoporttherápia. Szerző véleménye szerint a ps. egyesületek szervezése jelenleg nem alkalmas az emancipációs program társadalmilag hatékony gyakorlatba való átültetésére, ezért munkatársaival kilépett a DPV-ből, és megalapította a „Deutsche Akademie für Psychoanalyse"-t, mely az emancipációs program megvalósításán dolgozik.

(Ref. Szerző helyesen rámutat arra, hogy a psychés történések pathogenesisében nem az individuum hibás adaptációjáról, hanem az individuum és a pathológiás mikro- ill. makroszocietás kölcsönhatásképpen létrejött hibás fejlődésről van szó. A therápiás cél tehát nemcsak az egyén, hanem a pathológiás csoport megváltoztatása is kell, hogy legyen. Hogy ezt konkrétan hogyan képzeli el a szerző, arról a cikkben nem esik szó.)

Szőnyi Gábor dr.

LSD pszichoterápiával folytatott kísérlet. Pauhnke, W. N. és mtsai: Journal of the American Medical Association, 1970, *212*, 1856—1863.

A psychedelikus gyógyszerek kutatásának története e szerek iránti sokféle eljárás megjelenését és többféle alkalmazási módszerrel való próbálkozást mutat. Az érdeklődés első hulláma az 1950-es évek elején volt, amikor azt várták a kutatók, hogy az LSD által modellpszichózist lehet létrehozni, és ez nagyban elő fogja segíteni a schizophrenia megértését. Az 50-es évek végére ez a lelkesedés alábbhagyott, viszont megjelentek újabb lelkes közlemények, melyek az LSD felhasználhatóságát mutatták be alkoholisták és schizophrenek pszichoterápiájában. 1959-ben tartották az első, teljesen az LSD-nek szentelt nemzetközi konferenciát. Azóta is egyre több kutató és intézmény foglalkozik e kérdéssel. A szerzők 1960 óta foglalkoznak szisztematikusan e témával, főleg alkoholisták kezelésével kapcsolatban. Ugyanez alatt az idő alatt a laikusok közt is egyre inkább elterjedt az LSD-nek mint izgató, különleges önismeretet serkentő, misztikus-vallásos átéléseket provokáló szernek a használata.

A psychedelikus szerek a psychopharmaconok egy speciális, jól elkülöníthető csoportját alkotják, melyek használatát öt jellegzetes élménycsoport kísérheti.

1. *Psychedelikus pszichózis* tapasztalata: félelem, esetleg pánik, paranoid téveseszmék, depresszió, bűntudat, szomatikus rossz közérzet jelenik meg igen intenzív formában.

2. *Cognitiv psychedelikus tapasztalat:* melyet megdöbbentően világos kristálytiszta gondolkodás jellemez. A problémák új perspektívában jelennek meg. Külső és belső viszonylataik tisztán előtűnnek. Az alany kreatív élményt él át.

3. *Esztétikus psychedelikus élmény:* minden szenzoros modalitásra kiterjedő izgalom, melyben gyakori a szinesztezia, csodálatos képek, elragadó zene, hatalmas sodrású érzelmi hullámzás jelenik meg.

4. *Pszichodinamikai psychedelikus átélés.* Eddig tudattalan anya-

gok dinamikus tudatosulása, abreactiók, katharzis, szimbólikus átélések.

5. Az ötödik formáját *psychedelikus extázis*nak, kozmikus-, transzcendentális-, misztikus-élménynek nevezhetjük. Jellemző rá a) az univerzális egység v. egyedüliség érzése, b) az idő- és térfelettiség élménye, c) földöntúli boldogság és szeretet érzése, d) fenséges áhitat, e) lelki vagy szellemi átélések, megvilágosodások, f) az élmények pontos szavakkal való leírhatatlanságának érzése.

Az LSD-therápia 1965-ös nemzetközi konferenciáján egyértelművé vált, hogy a therápiás methodusnak három fő formáját lehet elkülöníteni. A szerző szerint a methodikai különbségek sokban megmagyarázzák a különböző szerzők által nyert eltérő, sokszor ellentmondó tapasztalatokat.

1. *A pszicholitikus therápia,* melyet főleg Európában alkalmaznak, főleg a felfedő therápiás munka szolgálatában áll, melyet mind a farmakológiai hatás alatt, mind pedig azt követően végeznek. Általában több alkalommal és viszonylag alacsony dózisban alkalmazzák a szert (25—150 mikrogrammig).

2. *Pszichedelikus chemotherápia.* Szemben az előbbi hosszadalmas módszerrel, itt alig van előkészítés, és minimális a pszichotherápiás közreműködés is. Itt maga a farmakon hat elsősorban. Néha hipnózissal kombinálják. Viszonylag magas dosist alkalmaznak, 200 v. még több mikrogrammot.

3. *A psychedelikus „csúcs-élmény" (peak experience) módszere,* melyben a közvetlen cél a drog által létrehozott transzcendens élmény, intenzív pszichotherápiás munkába ágyazottan. Az előkészület kb. 20 órát vesz igénybe, és a megfelelő pozitív kapcsolat kiépítése, a beteg megismerése, tudatos kooperációjának kialakítása, a kívánt részvétel, bizalom a therapeutában és a kezelésben, elengedettség, nyitottság minden tapasztalattal szemben — ez a lényege. A kezelés egy speciális helyiségben folyik, amely egy nappali szobához hasonló, az orvos és a nővér a drog hatása alatt (10—12 óra) állandóan jelen van. Időnként zene hallatszik — mellyel az elengedettséget igyekeznek segíteni, és a beteg fekve figyel, ill. kommunikál a therapeutával. Egy alkalommal 200 vagy még több mikrogramm LSD-t adnak. (A pszichotherápia összideje 30—50 óra). Az első néhány óra általában nem specifikus kellemetlen érzéssel járó időszakán átjutva a 3—5. óráig terjedő időszakban jut el rendszerint a beteg a „csúcsélményhez", mely élmény részletes leírását kéri a therapeuta, és igyekszik a pozitív élményeket a therápia további szakaszára is átvinni. Ezt avval is segítik, hogy a gyógyszer adását követő napon még az élmény utóhatásában átdolgozzák az előző napi anyagot. A psychedelikus pozitív átélések közvetlen hatása 2—4 hétig is eltart, és ez a pszichotherápiás munka egyik bázisa, mely alatt az élet realitásának főbb kérdéseiben is átdolgoztatják a therápiás élményt.

Alkoholista betegeik esetében 68%-ban következett be a fenti „csúcsélmény". (A betegek 405 mikrogrammot kaptak két egyenlő részben, kb. 1 órás különbséggel.)

A szerzők kiterjedt kísérleti programjuk során alkoholistákkal, neurotikusokkal, narkománokkal és súlyos rákos betegekkel foglalkoztak. Therápiás adagban általában 350—400 mikrogrammot adtak. A betegek állapotát a gyógyszer alkalmazása előtt és után is — 6, 12, 18 hónappal — értékelték. Eredményeiket egy eset bemutatásával illusztrálják: egy inoperábilis carcinomás beteg 2 év alatt 4 ízben pszichotherápia keretében történt LSD kezeléséről számolnak be.

A kezelés veszélyességével kapcsolatban rámutatnak, hogy a chromosoma ártalmakról szóló adatok nem egyértelműek, saját vizsgálataik szerint nem találtak eltérést a kezelt, az LSD-t rendszeresen használó- és a kontrollcsoport között.

Rámutatnak, hogy az LSD nem pótolhatja a pszichotherápiát, de jól elősegítheti. További vizsgálatokat igényel annak megállapítása, hogy a betegek milyen csoportja alkalmas erre a kezelési módra.

(Ref.: A szerzők véleményét, hogy pszichotherápiás kontextus nélkül az LSD kezelés önmagában nem therápiás eszköz, lényegesnek tartjuk. Nem közlik, bár több kísérletből valószínűsíthető, hogy a kóros pszichiátriai mellékhatások is olyan esetben jelentkeznek, ahol a pszichotherápiás védelem és kísérő munka nem volt kielégítő. Bár utalnak arra, hogy a pszichotherapeutának speciális jártasságra van szüksége e therápiás munkához, hozzáfűznénk, hogy véleményünk szerint e téren az álommunkával és a szimboldrámával (éber álom módszerrel) foglalkozó therápiás tevékenység előképzést is jelenthet a therapeuta ilyen irányú munkájához.)

Süle Ferenc dr.

Orvosképzés

Orvosképzés a jövőben. Wilson, G. M. (Western Infirmary, Glasgow): Scottish Medical Journal 1969, *14,* 100—105.

A skót egészségügyi szolgálat jelenlegi szintjének fenntartásához 1975-re további 10 000 orvosra lenne szükség. A szakértő bizottság javasolta, hogy az orvostanhallgatók felvételét 1990-re meg kell kétszerezni, és ezen belül növelni kell a női hallgatók arányát. Változtatni kell sürgősen a jelenlegi merev oktatási formákon, az orvosképzésnek rugalmasabbá kell válnia, és közelebb kell kerülnie az élethez. Tervezik az alapvetően fontos ismeretanyag körülírását az egyes elméleti és gyakorlati tárgyakban, ezt minden hallgatónak feltétlenül el kell sajátítani. Tekintetbe véve az urbanizáció mértékének állandó fokozódását, a jövő orvosának jobban kell ismernie az emberi magatartás tudományát. Mindehhez több oktató és jobb felszerelés szükséges.

A klinikai alaptantárgyak oktatását 2 évre akarják csökkenteni. Tapasztalataik szerint a klinikai oktatás jelenleg rosszul szervezett, és a hallgatók ideje nincs eléggé kihasználva.

Az orvostovábbképzés terén kell a legnagyobb változásnak történni. Egyénileg alkalmazott forgást javasolnak a továbbképzésben és a kutatómunka mielőbbi elkezdésére bátorítják a fiatal orvosokat.

Egészségtelennek tartják, hogy a fiatal orvosok ugyanott töltik gyakorló éveiket, ahol diplomájukat szerezték, anélkül, hogy más egyetemeket megismernének. Több mozgást, cserét tartanak szükségesnek az egyes orvosegyetemek között. A diploma megszerzése és a belgyógyász, ill. sebésztársasági tagság elnyerése közötti időt (5—6 év) túl hosszúnak látják. Szigorúbb selectiót, a hátrányos tulajdonságok megmagyarázását javasolják a harmadik gyakorlóév után.

Az orvosnők továbbképzésének speciális problémáit részletesen ismertetik.

Túl hosszú az az idő, amíg egy orvos vezető beosztáshoz jut, sőt ez külföldi származásúak számára csaknem lehetetlen. Javítani kell az orvosok elosztását.

Elemzik a vizsgamódszereket a hagyományos és a multiple choice módszert, a gyakorlati vizsga fontosságát, méghozzá több vizsgáztató csoport előtt. Helytelenítik, hogy jelenleg semmiféle vizsgán nem kérik számon az irodalomkutatás, az orvosi könyvtár használatának alapvető módszereit.

Bajkay Gábor dr.

Onkológia

Emberi rákok és leukémiák víruseredetének lehetőségéről. Bernhard, W. (Institut de Recherches Sur le Cancer, Villejuif, Paris): Schw. med. Wschr. 1970, *100,* 1045—1060.

A rák vírusteóriája az elmúlt 50 esztendőben számos, fontos felfedezés ellenére nagyon népszerűtlen volt. *Borrell, Ellerman* és *Bang, Rous, Shope, Bittner, Ludwik, Gross* felfedezései dacára a pathologusok és virologusok elutasítólag, sőt mondhatni ellenségesen viselkedtek e kérdéssel szemben.

Mi volt ennek az oka?

kus kórház igazgatói székébe ülteti, majd nem sokkal a szabadságharc leverése után igazolódik „ártatlansága" és *Ferenc József* császár 1851. július 27-én kinevezi az előkészítő kórodai sebészeti tanszék rendkívüli tanárává. *Stockinger* tehát igen sokat köszönhet politikai semlegességének; amikor a legkiválóbbak, *Balassa, Markusovszky, Bugát, Schoepf-Merei, Wagner, Arányi* elmarasztalásban vagy egyenesen állásukból való elmozdításban részesülnek, akkor nyílik végre alkalma, hogy előléptetést nyerjen.

Az előkészítő kórodai tanszék *Stockinger* kinevezésével alakul meg az elméleti sebészeti tanszék megszüntetésével, ahol a legfontosabb tantárgyak: a sebészeti műszerek és kötőszerek tanítása, a műtéttan és a sebészeti kórtan. *Stockinger Tamás* legfőbb figyelmét a sebészeti műszerekre fordítja, különös tekintettel azok készítésének történeti fejlődésére; kötszereknél a célszerűség figyelembe vétele mellett kellő súlyt fektet azok csinos kiállítására. Már említett műszertanában írja, hogy a kézikönyvek *„a sebészeti fegyvertárnak nevezett roppant műkészletet felsorolják, leírják és ábrázolják, ellenben ritkán bocsátkoznak a műszereknek történelmi, erőműtani és sebészgyakorlati elemzésébe".* Az oktatási rendszernek ezt a hiányosságát igyekszik pótolni és a „kórodai előkészítő sebésztan" tantárgyán belül elsősorban a sebészi műszerek megismerését, elemzését és értékelését, továbbá a kötések készítését és alkalmazását akarja az orvosjelöltekkel elsajátíttatni. Mindezen túl pedig a hallgatók megtanulnak a tájbonctan alapján műtéteket tervezni és végrehajtani, *„tehát a műszereket alkalmazásba venni, végtére pedig a sebészi betegségeket megismerni taníttatik hulla, csontváz, bonckészületek és sebészi bonckísérletek segedelmével".* A sebészi műszerek osztályozási alapjául alak, szerkezet és erőműi hatásra nézve gyűjti főcsoportokba a műszereket, pl. ollók, szikék, kések, fűrészek, tűk, stb.; ezen belül alosztályozási szempontnak a műtéteket tekinti; így pl. a gerelyek csoportját érvágókra, tályognyitókra és ojtókra osztja. Előadásaira komoly gondot fordít, a sebészeti kórtan területén tanítványait megismerteti irodalmi tanulmányainak eredményeivel. Ezek közül a jelentősebbek: Húgycsőmetszések és a Linhárt-féle húgycsőmetsző (1859); Műszertani jegyzetek a gége- és légcsőmetszés történelméhez (1860); Adatok a sérvkötők tanához (1873).

Az „októberi diploma" (1860) kibocsátása után, az egyetemi alkotmányos élet ébredésekor, az orvosi kar Balassa elnökletével bizottmányt jelöl ki, amelynek tagjai: *Lippay, Stockinger, Lenhossék, Semmelweis* és *Wagner* tanárok. A választott bizottság új tantervet dolgoz ki; *Markusovszky Lajos* pedig az Orvosi Hetilap hasábjain az orvostörténelem jelentőségére ismét felhívja a figyelmet s a folyóirat részéről pályadíjat tűz ki „a magyar orvostan történelmét tárgyazó munkára". Az egyetemi tanárok közül sokan fellelkesülve felajánlják, hogy új tankönyvet írnak; így pl. *Arányi* kórbonctant, *Lippay* szemészetet, *Semmelweis* szülészetet, *Stockinger* sebészeti műtéttant. Már említett írása ez alkalomból jelenik meg 1867-ben.

Az 1860-as évektől kezdődően hivatali pályája töretlenül ível felfelé: 1864-ben az egyetem dékánja, majd 1871-ben rektor, végül orvoskari prodékán lesz. 1873-ban — *Lippay* és *Lenhossék* professzorok mellett — az uralkodó királyi tanácsosi címmel tünteti ki. Nyugalomba vonulása után, 1879-ben második sebészeti katedrát hívnak életre, amely a tudomány és a gyakorlat szükségletének jobban megfelel. *Stockinger Tamás* 1883-ban hunyja le örökre szemét.

Stockinger élettörténetének rövid „summája" nem kiemelkedő egyéniséget állít elénk, hiszen a kor olyan orvosokkal dicsekedhetett, mint pl. *Semmelweis Ignác, Balassa János, Arányi Lajos* stb. Mégis, komoly szakirodalmi felkészültségével, kitartásával és szorgalmával, végül pedig bizonyos területen majdnem úttörő jelentőségű tevékenységével valóban kiérdemelte, hogy születésének 160. évfordulóján megemlékezzünk működéséről. Hiszen amíg az európai egyetemeken már a XVIII. században általánosan szokás volt az orvostudomány egyetemes rendszerére vonatkozó orvostörténelmi ismeretanyag előadása, sőt az első, nem kizárólag biográfikus jellegű orvostörténeti művet már a XVII. században, 1696-ban megírta a francia származású *Daniel Leclerc*, addig a pesti orvosi karon csak *Schoepf-Merei Ágoston*, majd az örökébe lépő *Stockinger Tamás* jelentette az orvostörténelmet. Az önálló magyar általános medicohistoria hiányát érezve tűz ki erre külön pályázatot 1860-ban *Markusovszky Lajos*. Mind *Schoepf-Merei*, mind pedig *Stockinger* maga készítette jegyzet alapján kénytelen oktatni hallgatóit, rendkívüli tanárként és díjtalanul.

Stockinger után az orvostörténelem rendszeres tanítása a pesti egyetemen megszűnt, egyetemi szintű előadást — egyetemi magántanári képesítéssel, illetve egyetemi rendkívüli tanári címmel rendelkező előadókkal — csupán néhány szemeszteren át hallgathattak a medikusok. Különösen akkor kell jelentősnek tartanunk ezirányú működését, ha figyelembe vesszük, hogy napjainkban sincs megoldva az orvostörténelem tanítása. A nagyszombati orvosi kar megalapításának 200 éves évfordulója alkalmából rendezett ünnepségen jelentette ki a Semmelweis Orvostudományi Egyetem rektora, hogy az előkészítés alatt álló egyetemi reform során nem fognak megfeledkezni az orvostörténelem egyetemi oktatásának problematikájáról.

Vida Mária

Józef Oettinger és a lengyel orvostörténelem kezdetei

1818–1895

A lengyel orvostörténelmi kutatás és történetírás forrásai a Jagello Egyetem évkönyveiben, majd később egyes professzorok orvostörténeti jellegű mun-

káiban vannak. Döntő fordulatot e téren a 19. század közepén megerősödött függetlenségi törekvések hoztak. Addig csupán néhány, a történelemhez vonzódó tanár foglalkozott előadásai keretében a tárgyát érintő orvostörténeti kérdésekkel és ők is csak egy-egy kiragadott témát dolgoztak fel részletesen. Az első jelentős lengyel orvostörténészeknek *Franciszek Kosteckit* (1758—1844) és *Fryderyk Hechelt* (1761—1851) tekintik, akik elsőként adtak elő rendszeresen lengyel orvostörténelmet a krakkói egyetemen. Igaz, még nem önálló tanszék élén oktattak, az e témakörbe tartozó előadásokat más tantárgyak keretében adták elő.

E korszak orvostörténeti munkáit az jellemezte, hogy csupán az egyetemi oktatással kapcsolatos kérdéseket elemezték, vagy pedig egy-egy neves orvos munkásságát ismertették. A feldolgozott anyagot nem hozták összefüggésbe az európai orvostudomány fejlődésével. Az első szintézisre törekvő lengyel orvostörténeti könyvet *Józef Majer* (1808—1899) adta ki 1847-ben, amelyben röviden áttekintette a krakkói egyetem majdnem 500 éves történetét — így az orvosi karét is — és megmutatta helyét az európai neveléstörténetben. *Majer* munkája nagy jelentőségű volt, hiszen számos fiatal medikus figyelmét hívta fel az orvostudomány történetének kutatására.

A múlt században a krakkói egyetem oktatására nyomasztóan hatott az osztrák kormányzat lengyelellenes szelleme, és a nyomás csak fokozódott az 1846-os krakkói és galíciai felkelés után. E politika távolította el a Jagelló Egyetemről *Gasiorowskit* is, aki pedig az orvostörténelem oktatásával a megbízott igazságügyi és rendőrorvosi tanszék egyik várományosa volt. A germanizáló politika nem nézte jó szemmel az egyetem hazafias szellemű nevelését és előadásait, még ha azok csak egy szaktudomány történetével foglalkoztak is. Így *Józef Oettinger*, a lengyel orvostörténelem első kimagasló egyénisége is csak későn kezdhette meg oktató munkáját.

Józef Oettinger 1818-ban született a galíciai Tarnowban zsidó kereskedő családban. A széthullott Lengyelországban, különösen pedig Galíciában a zsidóság léte nemcsak vallási, hanem jelentős mértékben nemzetiségi kérdést is képezett. Hasonlóan más nemzetiségekhez, népcsoportokhoz, a polgárosodás, a nemzeti ébredés korában — különösen az értelmiségen belül — megindult az asszimiláció folyamata. *Oettinger* korán elvesztette szüleit és rokoni támogatással tudta tanulmányait befejezni. A krakkói egyetemen filozófiát, majd később medicinát tanult. Ízig-vérig lengyel hazafi volt és ez a szellem végigkísérte politikai és tudományos pályafutását. Orvosi oklevelét 1843-ban kapta kézhez, de 1850-ben sebészdoktori vizsgát is tett. Kezdettől fogva foglalkozott orvostörténeti kérdésekkel és orvosi diplomáját *Josephus Struthius* munkásságáról írt disszertációja alapján védte meg. 1850-ben magántanári képesítést szeretett volna szerezni e témakörből, ám politikai okokból ezt megakadályozták.

Orvosi oklevelének megszerzése után a krakkói zsidó kórházban dolgozott, először mint fizetés nélküli orvos, később a főorvos helyettese lett. Fiatal orvosként kapcsolódott be a lengyel nemzeti mozgalomba, amelynek kiváló vezetőjévé vált.

Oettinger politikai pályafutását a speciális galíciai viszonyok alakították ki. A 19. század közepén Galíciát nemcsak a nemzeti elnyomás sújtotta, hanem lakosságát a megszálló nagyhatalmak által szított vallási gyűlölködés is megosztotta. A zsidó—keresztény ellentétek mögött valójában idegen hatalmi érdekek húzódtak meg. Az állandó viszályok ellenére 1846-ban, a galíciai felkelés idején e terület lengyel és zsidó lakossága együtt harcolt az osztrák csapatok ellen. Maga *Oettinger* is tagja volt a 24 tagú Nemzeti Bizottságnak, majd 1848-ban a krakkói polgári mozgalom ismert vezetői közé tartozott. Az 1848 decemberi osztrák parlamenti választásokon *Oettinger* is jelöltette magát. Választási beszédében az egész Habsburg birodalom minden népére kiterjedő polgári alkotmányt, Galícia autonómiáját és polgári szabadságjogokat követelt. Ezt a programot sokan támogatták, bár a választásokon nem nyerte el a szavazatok többségét.

Demokratikus politikai nézetei ellen nemcsak az osztrák hatóságok léptek fel, hanem a krakkói zsidó polgárság konzervatív vezetői is. Ettől kezdve *Oettingert* az osztrák rendőrség állandóan figyeltette. Ennek ellenére 1861-ben ismét politikai szerepet vállalt, Bécsben a krakkói zsidó küldöttség tagjaként tárgyalt Galícia kérdéséről. Itt ismét síkra szállt a lengyel nép szabadsága mellett és a polgári jogokért. Később számos cikkében hangsúlyozta, hogy Galícia politikai rákfenéjét a vallási alapon nyugvó nemzeti ellentétek képezik. *Oettinger* a tisztán látó polgári értelmiség képviselője, aki világosan megfogalmazta a lengyel állam újjászületésének liberális nemzeti feltételeit: *„az állam társadalmi szövetség a szabadság biztosítására, ahol semmi helye nincs a faji és vallási gyűlöletnek"*. Politikai elveiért haláláig a mellőzött lengyel értelmiség közé tartozott, bár Krakkóban továbbra is nagy népszerűségnek örvendett.

Józef Oettinger orvostörténészi pályafutása 1851-ben kezdődött, amikor a betegeskedő *Hechel* helyett több orvostörténeti előadást tartott az egyetemen. Már ekkor be akarta nyújtani magántanári kérelmét és disszertációját, de — mint már említettük — erre nem nyílt lehetőség. Kérelmét 1862-ben az általános politikai enyhülés miatt megismételte és „Az iskolán kívüli orvostudomány" című disszertációja alapján magántanárnak habilitálták, bár még ekkor sem engedélyezték számára a nyilvános előadások tartását. Az 1867-es magyar—osztrák kiegyezést követő újabb politikai enyhülés eredményezte *Oettinger* egyetemi előadói pályafutásának kezdetét. Első nyilvános előadásán alig néhányan jelentek meg, de később a krakkói egyetem népszerű előadói közé emelkedett. 1873-ban nyilvános és rendkívüli egyetemi tanárnak nevezték ki, noha fizetést nem kapott munkájáért. Számos orvostörténeti dokumentumot kutatott fel és adott ki, tanulmányaiban érintette a lengyel orvostörténelem majdnem minden kérdését.

Hosszú munkássága alatt megírta az „Általános orvostörténelem alapvonalai" című 3418 oldalas könyvét, amit azonban nem tudott nyomtatásban megjelentetni. E kéziratból az 1870-es és 80-as évek-

TISERCINETTA

2 mg levomepromazin/drazsé

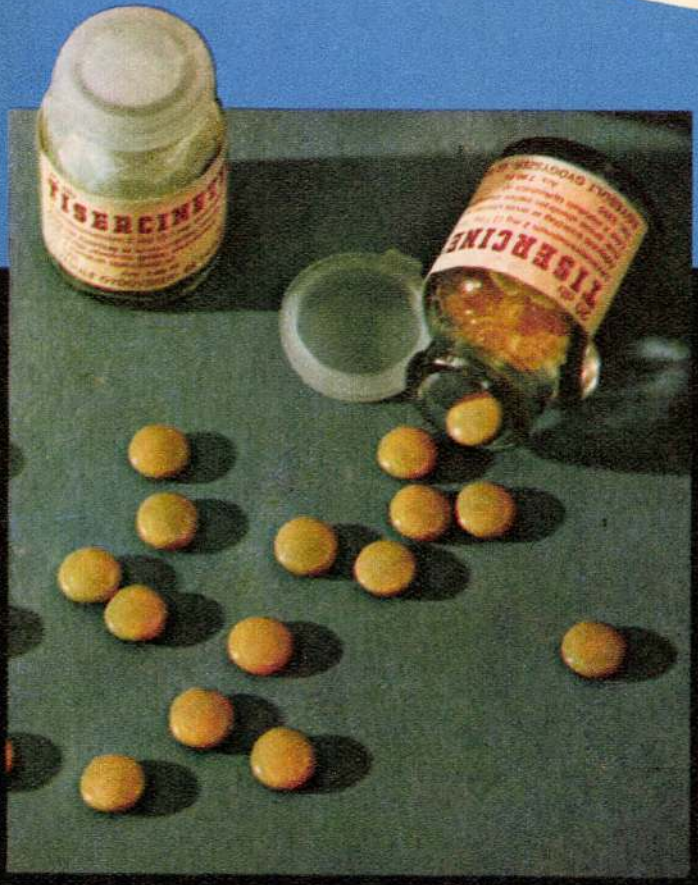
Subtherápiásnak tűnő adagjainak is határozott neuroleptikus hatása van:
csökkenti a szorongást,
ingerlékenységet
és a vegetatív panaszokat.
Nem deprimál, sőt:
kedvezően befolyásolja
a hangulati nyomottságot.

Javallatáról, adagolásáról és nemkívánt hatásáról a „Tájékoztató" c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!
20 drazsé 7,80 Ft

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár
Budapest







Sanotensin

antihypertensivum

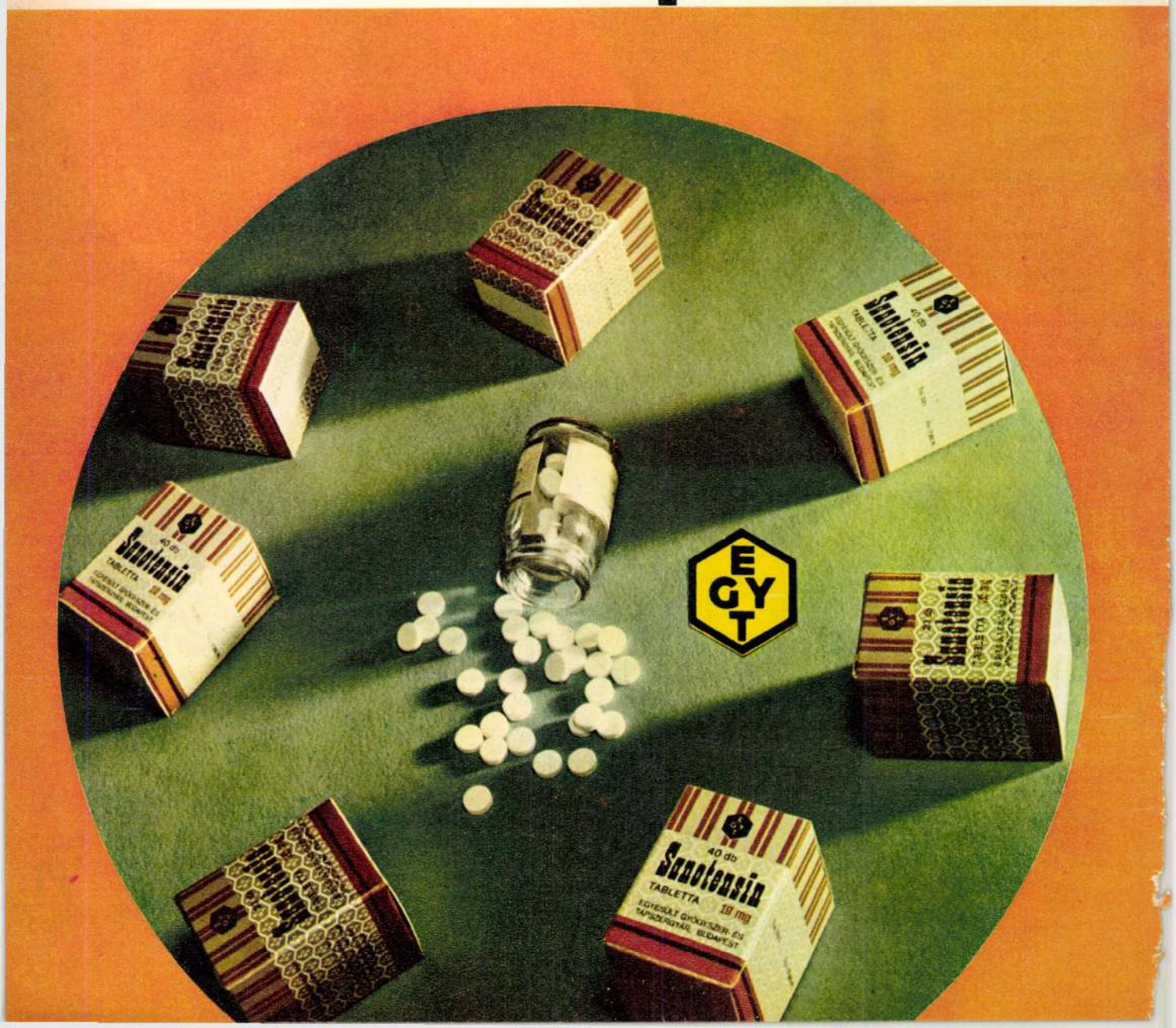
KÖZÉPSÚLYOS ÉS SÚLYOS
HYPERTONIA BETEGSÉGEKNÉL
— MALIGNUS LEFOLYÁSÚ KÓRKÉPEKNÉL IS —
HYPERTHYREOSISNÁL:
TABLETTÁNKÉNT 10, ILLETVE 25 MG
GUANETHIDIN SULF.

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár
Budapest

Javallatáról, mellékhatásáról, adagolásáról és rendelhetőségéről a „Tájékoztató" című kézikönyv nyújt felvilágosítást.

40×10 mg tablettánként	17,80 Ft
200×10 mg tablettánként	82,80 Ft
20×25 mg tablettánként	20,10 Ft
200×25 mg tablettánként	181,50 Ft



1. A vírusok sokáig nem voltak láthatók, szerepükről a fehérje- és nukleinsav-synthesisben nem voltak ismereteink. A klinikusok szeme előtt mindig a fertőző vírusbetegségek (himlő, kanyaró, mumps, stb.) lebegtek. Mi köze lehet ezen betegségeknek a rákhoz?

2. A Koch-féle postulatumok és a zárványtestek kimutatásának hiánya.

3. A chemiai carcinogenesis, a hormonalis és mutatiós theoria előtérbe kerülése.

Az 50-es években történt az áttörés. *Gross* felfedezését csakhamar követték *Friend, Graffi* kísérletei, majd 1958-ban *Stewart* és *Eddy* felfedezték a nagy virulenciájú Polyoma-vírust. *Dulbecco*nak sikerült a sejtek in vitro malignus transformatiója.

A biochemia, immunologia, elektronmikroszkóp és molekuláris biológia kutatásai lehetővé tették a ráksejtet, mint tisztán sejtbiológiai fenomént izoláltan tanulmányozni. A vírusok láthatóvá váltak és azt a fontos megállapítást tették, hogy a *rákvírusok nem képeznek egy önálló csoportot, hanem a már ismert víruscsoportok egyes tagjainak tekinthetők.* A DNS-vírusok, a pox-papilloma-, adeno- és herpes-csoporthoz tartoznak, az RNS-vírusok pedig a myxovírusok alfaját képezik (thylaxovírusok). A vírusokat nemcsak lefotografálják, hanem egészen molekularis szintig tanulmányozzák. Ma már 50-féle állati vírustumor létezik és számuk folyton nő. Ezek minden állatfajnál (emlősöknél is) előfordulnak, és *nagyon csodálatos és valószínűtlen volna, ha az ember kivételt képezne.*

Emberi tumoroknál a vírusok szerepének bizonyítása a Koch-féle postulatum értelmében még ma sem sikerült, de egy sereg indirekt bizonyíték áll rendelkezésünkre.

A Burkitt-tumor vizsgálatoknál *Epstein* és *Barr* megállapították, hogy ezen tumornál a herpes vírushoz hasonló képlet rendszeresen kimutatható (EB-vírus), amely mononucleosisban, délkelet-ázsiai orr-garat lymphomákban, sőt néhány emberi leukémiában és tumorban is kimutatható. A negatív leletek oka talán abban kereshető, hogy a vírus a tumorinductio után eltűnik a daganatszövetből.

Huebner és *Todaro* (1969) szerint egy vertikálisan terjedő RNS-vírus volna a valódi rákkeltő agens, amely megegyezne a *Bernhard* és *Guerin* által 1958-ban leírt C-typusú vírussal. Ezek a C-partikulák lépnek fel röntgen sugár, vegyi carcinogenek behatására is.

Hogy a Huebner-féle hypothesis igaz-e, vagy nem, később fog bebizonyosodni, de érdeme az, hogy fényt próbál vetíteni az emberi carcinogenesis elrémítően bonyolult problémájára.

Megállapított tény, hogy emberi vírusok állatokon rákot okoznak, emberi benignus sejteket állati vírusokkal malignizálni lehet, Burkitt-lymphománál a herpes-vírushoz hasonló vírus kiváltó szerepet játszik, direkt bizonyítékok azonban még nem állnak rendelkezésre.

Németh László dr.

Vírustumorok. Schulz H. Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 1367.

A daganatok exogen okai között a kémiai carcinogének és az ionizáló sugarak mellett a vírusokat is meg kell említeni. A szerző az onkogen vírusok általános tulajdonságait, ultrastruktúráját és hatásmódját közelebbről tanulmányozza, majd közli a besorolásukat: az onkogen vírusok három csoportja ismeretes: az RNS-, a kis DNS-, valamint a nagy DNS-vírusok. Ezen vírusok képesek parenchyma- valamint mesenchymasejteket daganatsejtekké átalakítani. A vírustumorok sejtmentes ultrafiltrátummal olthatók át. Egy sejtnek két vírussal való fertőződése esetén vagy az egyik szaporodása gátlódik, vagy pedig kialakul egy új vírustípus, amelyben a szülők tulajdonságai egyesítve vannak. Gyakran latens infekciók generációkon vivődnek át, mielőtt a betegség megjelenne. Bizonyos „trigger factorokkal" a latens infekciót provokálni lehet. Ilyenek az ionizáló sugarak, kémiai vagy hormonális behatások, öreg kori resistenciaváltozás, vagy megváltozott immunologiai állapot.

Állatokon számos vírustumor ismeretes, mint a tyúkleukosisok, egerek emlőrákja, thymomák, vesesarcomák, lipomák és osteosarcomák rágcsálókon. Embereken verrucák és a condyloma acuminatum vírus-aetiologiája biztos; gégepapillomák, keratoacanthoma, a Burkitt-tumor és bizonyos leukosisok víruseredete valószínű. A közelmúltban bizonyos emberi osteo- és chrondrosarcomák esetében sikerült specifikus fluoreszkáló antitestek kimutatása, amelyek alapján víruseredetre lehet következtetni.

A vírustheoria a kísérletes daganatkutatásra igen termékenyítően hatott, habár emberen sok daganat víruseredete kérdéses, vagy nem bizonyított. A rák vírus-aetiologiája ma már nem hypothesis többé, megvannak kísérletesen bizonyítható, természettudományos alapjai és ellene nincsenek alapvető ellenvetések. A carcinogenesis komplex történésében a vírustheoria az igazság egy részét tartalmazza éppúgy, mint más theoriák. A vírusok fejlődési folyamata során van egy olyan fázis, amikor a vírus a sejtben csupán egy nukleinsav formájában van jelen, amikor a szokásos, elektronmikroszkópos módszerrel nem mutatható ki. A sejt-pathologia feladata, hogy új módszerekkel ezen fázist, amikor a vírusnukleinsav genetikus hatását kifejti, megfoghatóvá, láthatóvá tegye. Ez a vírusnukleinsav-komplex a fertőzött sejt átöröklő, genetikus anyagával kell kapcsolódjék. A gyakran tökéletes — sejt- és egyén generációkon át tartó —, víruslatencia, valamint egyes vírusoknak csírasejtekkel való átvitele amellett szólnak, hogy a tumorvírusok mutáns, vagy génanomaliaként viselkednek. Ezzel a rosszindulatú betegségek víruselmélete a mutaciós theoriához sokkal közelebb került, mint azt valaha is gondoltuk. A rák vírustheoriája a daganat aetiologiáját és pathogenesisét egyesíti és ebben van erőssége.

ifj. Németh László dr.

Sugár-carcinogenesis. Warren, Sh. Bull. N. Y. Acad. Med. 1970, *46*, 131—147.

A New York Pathological Society megalakulásának 125. évfordulója alkalmából megjelent közlemény áttekintést ad a sugárcarcinogenesis irodalmáról napjainkig, kiegészítve a szerző saját adataival. Különös figyelmet szentel a különböző sugárdózis és a rákkeltő hatás összefüggésére.

Az, hogy a besugárzás után a rosszindulatú daganat többnyire több éves periódus után jön létre, arra enged következtetni, hogy a rákot széria-sejt elváltozás hozza létre. A károsító hatás pontos módja még nem ismert, a szerző szerint a lehetőségek közül (somaticus mutatio, öregedés meggyorsítása, onkogén vírusok aktiválása, sejtkörnyezet megváltoztatása, a károsodást követő ismételt restitutio során létrejövő abnormis proliferatio) egyszerre több is szerepel.

Az egyes tumorok közül elsőként a radiologusok rtg-rákjával foglalkozik. A röntgen-vizsgálat bevezetésekor megfelelő védelem hiánya miatt a vizsgáló orvosok kezének bőrén sokszor több száz rad accumulálódott. Szerencsére ma már a sugárdermatitis és a carcinoma ritkán fordul elő. A sugárzáskeltette bőrrákot sem hisztologiailag, sem klinikailag nem lehet más bőrráktól elkülöníteni, thorium injectio után azonban jellegzetes az anaplasticus haemangio-endothelialis sarcoma kialakulása.

A radioaktiv festékkel dolgozó óraszámlap festők szervezetébe a szájon keresztül bekerült thorium és rádium a csontokban felhalmozódva, tartós sugárhatást eredményezett, a depozitumok alfa-sugárzása a csontsejteket károsítva esetenként osteogen sarcomát keltett. A rádium depozitum következtében létrejövő radioaktiv gáz felhalmozódása a csont üregrendszerében, annak falára 82 000 vagy még ennél is több rad terhelés is eshet. A nyálkahártyákon esetenként laphámrákot eredményezett a festékkel való kontaktus.

Evans 1969-es közleményében bevezette az ún. „gyakorlati küszöb" fogalmát, mely érték alatt rák nem keletkezik. 496 rádium tartalmú festékkel érintkező dolgozót vizsgáltak, az osteogen sarcoma előfordulása szempontjából. Megállapították, hogy az 1000 rad-ig terje-

dő dózis nem carcinogen, ezenfelül az esetek egy, vagy kétharmadában rosszindulatú tumor jön létre és ez az arány parallelitást mutat az emelkedő dózissal. 12 000 rad felett némi esés tapasztalható. Ez az esés a vizsgált esetek kis számával is magyarázható, bár kísérletekben a magasabb dózisok ilyen hatása ismert. Az átlag népességben előforduló osteogen sarcoma előfordulása csökkenő tendenciát mutat az Egyesült Államokban. Érdekes módon a halálozási görbe esése egybeesik a radioaktiv szennyezettség emelkedésével, a jelenség oka eddig ismeretlen.

A schneebergi és joachimsthali bányákban előforduló, a normál populatióhoz képest hatszor gyakoribb tüdőrákot illetően úgy vélik, hogy a hosszú időn át belégzett radon alfa-emittáló leány-termékeinek a bronchushámra gyakorolt prolongált hatásáról van szó. Pontos dozimetriát kialakítani nem sikerült, a sugárzásszint és az expozíciós idő alapján („working level months") a tüdő szövetére 7 ± 5 radban állapították meg. A dohányzás és más ártalom potenciáló hatással bír. Colorado uránium bányáiban végzett epidemiologiai vizsgálatok a tüdőcarcinoma és a levegő sugárszint között szoros correlatiót mutattak ki; 4000—5000 cumulativ R esetében a carcinoma veszélye nő, mely az expozíciós idővel is fokozódik. Szöveti típusát illetően leggyakoribb a differenciálatlan, vagy a zabszemsejtes carcinoma.

A sugár-keltette thyreoidea carcinoma esetében feltűnő hosszú a latens periódus. Gyermek, ill. csecsemőkorban 120R—600R-es thymus besugárzást követően sokszor 20 év múlva thyreoidea carcinoma lépett fel. A Marshall szigeteken radioaktiv jódot incorporált gyermekekben a thyreoideagöbök és az elszenvedett sugárdózis között összefüggést mutattak ki.

A leukaemiát illetően több adat ismeretes. Az Egyesült Államokban 1930 óta a leukaemiás halálozás 1955-ig emelkedő tendenciát mutat, majd egy szinten marad. A radiologusok a megfelelő védekezés előtt tízszer gyakrabban betegedtek meg leukaemiában, mint az átlag népesség. Ma már megközelíti a megbetegedés az átlag népesség értékeit. A Hiroshima és Nagasaki atombombázást túlélők közül több mint 400 esetet közöltek, ennek legnagyobb része myeloid típusú volt. Az azóta végzett felmérések szerint 1949 és 60 között a megbetegedések aránya megközelíti az átlag népességét. Összefüggést találtak az epicentrumtól való távolság, a dózisszint és a leukaemia előfordulás aránya között. Ezen adatok a teljes test besugárzást elszenvedett esetekre vonatkoznak. A spondylosis ankylotisans miatt részleges besugárzást kapott egyéneken létrejött leukaemiák száma linearis kapcsolatot mutatott az elszenvedett dózissal. A cervix carcinoma therápiás sugárkezelésével kapcsolatban kiemelendő, hogy csak rádium kezelés és csak röntgen-besugárzás leukaemiát nem eredményezett. A kettő kombinációja után előforduló leukaemiák száma nem volt nagyobb, mint a csak sebészi therápiában részesülteké. Emberben a myeloid leukaemiát leggyakrabban az ionizáló sugárzás hozza létre a szerző szerint, a sugárhatásnak kitett egyedek mintegy 5%-ában. A dózis-leukaemia viszony nehezen állapítható meg, 100 rad alatt azonban nem jön létre leukaemiás megbetegedés.

A közölt adatok alapján megállapítható, hogy az ionizáló sugárzás különböző típusai rákkeltő hatásúak. A dózishatás és a daganatkeletkezés közti összefüggés nem világos,de sok esetben az összefüggés kimutatható. *Konyár Éva dr.*

Az emlőrák. Huber, P.: Wiener Klin. Wschr. 1970, *82*, 468.

Álláspontja szerint az emlőben levő tapintható resistentiát az észleléstől számított 3 napon belül messze az épben kell eltávolítani és amennyiben arra mód van, fagyasztott metszetet kell készíteni.

Ebből következően tapintható resistentiánál veszélyesnek tartja a mammographia elvégzését, mivel ez a beteg számára a kontroll-vizsgálatokat hozzászámítva időveszteséget jelent.

Ennek ellenére bizonyosan előnyös, ha a mammographiát megfelelő technikával a kivizsgálás 2—3 napja alatt elkészítik.

A praeoperativ röntgen-lelet megállapításai két okból előnyösek, egyrészt negatív histológiai lelet esetén dokumentum a későbbi összehasonlításhoz, másrészt abban az esetben, ha alig tapintható tumoroknál az excisio nem a helyes helyről történt meg.

Értékes a mammographia, amikor csak a beteg tapintja az emlőben levő resistentiát és az orvos nem.

Therapiás tervet lényegesen befolyásolja, ha ismeretlen eredetű csontmetastasisok esetén az emlőben levő kis tumort röntgenológiailag igazolhatjuk.

Különös figyelmet érdemel az egyik oldali mellrák esetén az ellenoldali emlőről végzett sorozatos mammographia.

Hangsúlyozza, hogy az emlő röntgen-vizsgálata csak ott végezhető, ahol a megfelelő technikai és személyi feltételek adottak.

Szekulesz Ágnes dr.

Az emlőrák. Dobretsberger, W.: Wiener Klin. Wschr. 1970, *82*, 468.

Az emlő röntgenvizsgálata ma már nemcsak egyes diagnosztikus központok különleges eljárása, hanem mint rutinvizsgálat is nagy gyakorlati értékű.

Az emlődiagnosztika terén történő röntgenológiai vizsgálatok tulajdonképpeni célja az emlődaganatok praeklinikai stádiumának a felfedezése.

Ezenkívül a röntgen-kép módot ad későbbi összehasonlító vizsgálatokra.

Hangsúlyozza, hogy kezdeti elváltozásoknál — még a tumorárnyék kifejlődése vagy az ismert elmeszesedés megjelenése előtt —, a diagnózis felállítása nem egészen olyan egyszerű, mint azt néha gondoljuk, de éppen úgy meg kell tanulnunk ezeket az apró jeleket, mint egy bronchuscarcinoma vagy egyéb szöveti változás komplex röntgen tünettanát.

(Ref.: A szerző néhány esetet ismertet, ahol a klinikai lefolyás a pathologussal szemben a radiológust igazolta.) *Szekulesz Ágnes dr.*

Emlőrák postoperatív besugárzása. R. W. Edland és mtsai: Radiology 1969, *93*, 905.

Az emlőrák-problémakör még ma is nagy figyelmet érdemel, hiszen csak az USA-ban 1965-ben 27 000 asszony halt meg ebben a betegségben. A közlemény célja három különféle postoperativ besugárzási módszer értékelése, és a postoperativ sugárkezelés (továbbiakban p. s.) jogosságának bizonyítása.

1955 és 1961 között 337 új emlőtumoros betegük volt, akik közül a férfibetegeket, a bilaterális tumorokat, valamint a IV. st. tumoros betegeket feldolgozásukból kihagyták. Így összesen 291 értékelhető betegük maradt, ezekből 157 esetben csak sebészi kezelést, 134 esetben sebészi- és postop. jellegű sugárkezelés kombinációt alkalmaztak. A p. s. a következő három módszerrel történt:

a) *Pohle*-módszer: 48 beteget kilovoltos feltételekkel a mellkasfalra, az axillára és a supraclaviumra adott 1600—1600 R/levegődózissal kezeltek 8—9 nap alatt. (FB: 50 cm, a mellkasfalra 0,2 mm Cu, a nyirokregiókra 1,0 mm Cu felezőréteggel). A kezelést három hónap múlva megismételték, több betegen 6 hónap múlva harmadszor is leadták a szériát. Ezen besugárzási típus fő jellemzője, hogy relatív kis tumor-dózist ad le rövid fractionálással.

b) *Stenstrom-módszerrel* kezeltek 44 beteget: a mellkasfalat, a nyirokregiókat orthovoltos feltételekkel 3000 rad körüli tumor-dózissal sugározták be 22 nap alatt.

c) További 42 beteget *supervolttechnikával* kezeltek: millióvoltos rezonancia-generátorral 70 cm-es FB távolsággal, 9,0 mm Cu felezőréteggel dolgoztak. A mellkasfalat laterális és mediális mezőkből, bolus nélkül sugározták be, az axillát és a supraclaviumot elülső és hátulsó, egymással szemben fekvő mezőkből terhelték. A számított

minimum-dózis a 4—4 és fél hetes besugárzási idő alatt 4500 rad volt. A mellkas bőre ennél többet, kb. 5000 radot kapott. A technika jellemzője a nagy fractionálással elérhető magas tumor-dózis.

A 117 St. I.-es betegen csak műtéttel 82—90%-os (abszolút-relatív) ötéves túlélést, p. s.-al 90—94%-os túlélést értek el. A kisfokú emelkedés a műtét idején a kis tumor ellenére is meglevő, ki nem mutatható, „occult" metastasisok megfékezése útján állhatott elő.

A 118 St. II.-es betegen a csak műtéttel kezeltek túlélése 45—50%-os volt, amit a p. s. 58—62%-ra emelt. A túlélést leginkább a supervolt-technikával végzett p. s. emelte meg (74%-ra).

Az 55 St. III.-as betegen a műtét egymagában 48%-os túlélést eredményezett, a p. s. ezt nem emelte meg.

A betegek hormonális állapota anyagukban nem befolyásolta a prognózist: a pre- és postmenopausális betegeik túlélése azonos volt.

Táblázatban közlik a daganat lokalizációja és a túlélési arányok közötti összefüggéseket:

St. I.-ben a lokalizáció változása jelentős eltérésekre nem vezetett.

St. II.-ben a csak műtéttel kezelt csoportban a belső kvadránsok tumorai rosszabb prognózisúak, az eredményeket a p. s. alkalmazása javította.

St. III.-ban a lokalizációtól függetlenül a p. s. nem javított a túlélési eredményeken.

A centrális (areoláris) elhelyezkedésű tumorok — függetlenül a kezelési módtól — igen jól kezelhetők, igaz, hogy legtöbbjük St. I. tumor volt.

A p. s. okozta komplikációk (bőrfibrosis, irradiatiós pneumonitis, tüdő-fibrosis) leggyakrabban a Pohle-módszer, legritkábban a supervolt-módszer alkalmazásakor keletkeztek.

Megállapítják, hogy az összes emlőtumoros beteg ötéves túlélése műtéttel és postoperativ röntgenkezeléssel 42% volt ömlesztett anyagon, a supervolt-technika ezt kissé megemelte.

A postoperativ sugárkezelés a műtéti terület helyi recidiváinak gyakoriságát minden stádiumban szignifikánsan csökkentette. Ezzel valószínűleg összefügg a távoli metastasis-képződés gyakoriságának hasonló jelentős csökkenése. A lokál-recidivák és távoli metastasisok gyakoriságának csökkenése mindhárom módszerrel végzett p. s. technika alkalmazása esetén nyilvánvaló volt.

Végezetül, sokkal jobbnak tartják p. s. céljára a supervolt-technikát a kilovolt-therápiánál.

Nagykálnai Tamás dr.

Az emlőbimbó adenomája. Maillard, G. F. és mtsai (Clinique dermatologique de l'Université de Lausanne) Schweizerische medizinische Wochenschrift 1970, *100*, 751—754.

A gynecomastia relatív gyakoriságával szemben az emlőbimbó adenomája, férfiakon ritkán észlelt jóindulatú daganat, amit a mamilla florid papillomatosisa és erodált adenoma névvel is jelölnek. Klinikailag az emlőbimbó tömött, kiemelkedő, máskor kifekélyesedve behúzódott. Ekcémára vagy Paget-kórra emlékeztet. Histológiai elkülönítés a hydroadenomától, de főleg az adenocarcinomától fontos. A betegükön magas vérnyomás-betegséget, diabetes mellitust és a bal here atrophiáját észlelték. A benignus daganat excisióval gyógyul, igen ritkán recidivál. Mastectomiára nincs szükség.

Bujalka Rezső dr.

Az 5-fluorouracil helye a kísérleti és klinikai carcinoma chemotherapiájában. Bollag, W. (Dept. Exp. Med. Hoffmann-La Roche, Basel): Dermatologica 1970, *140*, Suppl. 1, 1—6.

Az 5-fluorouracil (5-FU) pyrimidin antagonista, az antimetabolitok csoportjába tartozik és tumor-inhibitor tulajdonsággal rendelkezik. Az uracil-molekulában az 5-H atom vagy thymidinben az 5-methyl-csoport F-ral van helyettesítve. A vegyület különböző fázisokon át fluorodesoxyuridylsavvá alakul, ami gátolja a thymidylat synthetaset, melynek fontos szerepe van a DNS-synthesisben és valószínűleg a chromosomának is fontos alkatrésze. Mint más cytostatikus anyag, nemcsak szelektíven a tumorsejteket pusztítja, hanem más gyorsan proliferáló szöveteket is, melyek magas mitosis rataval bírnak (pl. haemopoetikus rendszer, gastro-intestinalis nyálkahártya, germinalis epithelium). Ezért a szerző véleménye szerint akkor használandó fel a therápiában, ha a tumor kezelése a szokásos klasszikus módszerekkel eredménytelen volt, vagy már nem alkalmazhatók. Adagolása történhet direkt intravénás injectio vagy infusio formájában. A szerző tapasztalatai szerint inkább a solid tumorok esetében érhető el vele remissio a következő arányban: cc. mammae: 30—40%, colon-recti: 20%, gastrici, oesophagi, pancreatis, hepatis, ovarii, cervicis: 5—20%. A remissio soha nem volt teljes és csak átmeneti ideig tartott.

Korossy Sándor dr.

Az 5-fluorouracil-kenőcs therapiás hatása neoplastikus dermatosisokban. Klein, E. és mtsai (Dept. Derm. Roswell Park Memorial Inst., Buffalo, N. Y.): Dermatologica 1970, *140*, Suppl. 1, 21—23.

A szerzők 7 év alatt több mint 5000 betegen mintegy 10 00 laesiót kezeltek helyi 5-fluorouracil (5-FU)-kenőccsel. Megállapításaik szerint a készítmény szelektív bőrcarcinoma kiirtást tesz lehetővé. A környező bőrön fellépő nem kívánatos mellékhatás minimális volt. A gyógyulás enyhe vagy felismerhető heggel történik. A therápiás eredmény értékesnek bizonyult multiplex felületes elsődleges bőrcarcinomában. Azon esetekben ajánlják, ha a standard kezelési módszerek (sebészi, sugárkezelések) elégtelen eredményt adtak, vagy a jelenségek multiplicitása miatt nem alkalmazhatóak. A korai elsődleges cutan neoplasmák a helyi 5-FU kezelésre adott jó válasz alapján felismerhetőkké válnak, mielőtt klinikailag azonosíthatók lennének. A helyileg alkalmazott 5-FU a neoplasma progressióját megelőzi. A szerzők végső következtetése az, hogy 5-FU birtokában a szelektív tumorkiirtás emberben megvalósítható.

Korossy Sándor dr.

Hyperlipaemia malignus betegségekben. Stauffer U., G., és mtsai. (Universitäts-Kinderklinik, Zürich): Klinische Woch. 1970, *2*, 111—116.

Felnőttkorúak malignus betegségének hyperlipaemiával való társulásáról ritkán olvashatunk (1 hypophysis tu., 6 myeloma multiplex, 1 leukaemia és 1 hepatoma esetben is az észlelt hyperlipaemia véletlen megfigyelés volt). Gyermekekben eddig nem közöltek ilyen észlelést.

Két malignus megbetegedésben (acut monocyta-leukaemia, reticularis lymphosarcoma) szenvedő gyermek esetét ismertetik; a kórlefolyás közben manifestálódott extrém hyperlipaemiájuk. Részletes vizsgálatokkal identifikálták quantitatíve a lipoproteineket. Első esetben a lipoprotein-lipase hiányos képződésére, a második esetben mind exogén, mind endogén úton létrejött lipidfractio megszaporodására vezethető vissza a hyperlipaemia. Herediter hyperlipaemiát nem tudtak bizonyítani egyik esetben.

A hyperlipaemia és malignus tumorok közötti összefüggésről csupán elméletek állíthatók fel. 1. Felvetődött a tu. sejtek lipoprotein-produkciójának lehetősége, bizonyítani ma még nem tudjuk. 2. Egyszerű fizikokémiai kapcsolat az abnormális immunglobulinok és lipoidok között; ellene szól az immunglobulinok csekély kötődési képessége a lipoproteinekhez. 3. A gyorsan növekedő tumorok olyan intenzíven igénybe veszik a szervezet lipidrezervjét (gyors kachexia), hogy ez ún. „mobilisatiós v. transport-lipid"-hez vezethet. Ezek eldöntéséhez további vizsgálatok szükségesek.

Fenyvesi Éva dr.

Az operált gyomorcarcinoma távoli prognózisa. Gutmann, R. A. Presse Med. 1970, *78*, 1049.

A szerző a cervix és mamma carcinomához hasonlóan a gyomorcarcinoma fejlődésében is 3 stádiumot különböztet meg. Az első szakaszt, mely hosszú évekig tart, „crypto-carcinomá"-nak nevezi. Ebben a szakban a hámsejtekben minden látható tünet nélkül carcinoma fejlődik. A második szak a „klinikai megjelenés szaka". A carcinoma még mindig csupán a mucosára korlátozódik, de már lassú progressziót mutató klinikai jelek észlelhetők. Ez a stádium is évekig tart. Csak ezután következik a „klasszikus szak", amikor az elváltozás már nem korlátozódik csupán a mucosára és a tünetek félreismerhetetlenekké válnak. Ebben a szakban már rendszerint elkéstünk a beavatkozással.

A gyomorcarcinománál a második szakban kell a korai diagnózist felállítani, mert csak az ebben a szakban végzett műtét biztosítja a tartós gyógyulást. Tudnunk kell azonban, hogy ez a „korai diagnózis" is tulajdonképpen a carcinomának egy késői szakát deríti fel, mivel a gyomornyálkahártya sejtjei már hosszú idő óta rákosan elfajultak. Érdemes-e tehát annyi erőfeszítést tenni olyan „korai diagnózis" érdekében, amely szövettani értelemben véve, valójában késői? A szerző erre a kérdésre igennel válaszol.

Ennek igazolására 19 betegét említi, kiknél a carcinomás elváltozás a mucosára korlátozódott, s kiket 1935—1937 között operáltak korai diagnózisa alapján. Ezeket a betegeket a II. világháború után felkutatták annak érdekében, hogy megtudják, mi lett a sorsuk a klaszszikus 5 éves túlélést követően. A 19 beteg közül csak egyet nem találtak meg. 1 beteg időközben nem tisztázott eredetű májtályogban meghalt. 17 beteg életben volt 8—13 évvel a gyomorresectio után. Szerző azóta nem tud sorsukról, kivéve 5 beteget, akikről véletlenül sikerült pontos adatokat kapnia. Az 5 beteg közül 1 10 évvel a gyomorresectio után szívrohamban halt meg, 4 beteg 9—25 évvel a gyomorresectio után életben van, közülük 2 elérte a 80 éves kort.

Arra a következtetésre jut, hogy a gyomorrák véglegesen meggyógyítható, ha az általa második stádiumnak megjelölt szakban kerül műtétre, amikor az elváltozás még csak a mucosára korlátozódik.

Metzl János dr.

Transrectalis tűbiopsia és értéke a prostatarák diagnosztikájában. Rosenbaum, S. és mtsai (Clinique Chirurgicale de Jassy): Urológia (olasz), 1969, *36*, 247—249.

93 betegen, összesen 102 alkalommal végeztek a szerzők transrectalis prostatabiopsiát. A perinealis prostatabiopsiával szemben a rectumon át történő behatolás javára írják, hogy ezen utóbbi technikával a legrövidebb úton érhetjük el a gyanús prostatarészt, a technika egyszerű, kevesebb szövődménye van, továbbá nem fenyeget tumoros szóródás veszélyével. A szövődmények között a szerzők anyagában csupán 1 hólyagperforatio, kettő kisfokú uretrorrhagia, 1 húgyúti infectio fordult elő, mindezek azonban rövid idő alatt rendeződtek.

A 93 beteg közül 83-ban helyes diagnosishoz segített a transrectalis biopsia: 36 esetben prostatarákot, 45 esetben adenomát mutatott s ezeket a későbbi kórlefolyás, műtét, vagy boncolás igazolta. A fennmaradó 10 esetből 1 tévesen negatív, kettő tévesen pozitív volt, 7 betegben pedig a biopsia során nyert szövetrészlet elégtelen mennyisége, vagy túlságosan roncsolt volta miatt a lelet nem volt értékelhető. Szerzők anyagában tehát a transrectalis prostatabiopsia prostatarákos megbetegedések gyanúja esetén közel 90%-ban helyes diagnosishoz vezetett.

Kelemen Zsolt dr.

Lipoma thymi. Saegesser, F., Zoupanos, G. (Service universitaire de chirurgie de Lausanne): Schweizerische medizinische Wochenschrift 1970, *100*, 657—662.

A szerzők két eset kapcsán a thymus igen ritka daganatának, a thymus lipoma kórlefolyását és morphologiáját ismertették. A felső-elülső gátorban levő daganat sokszor tünetmentes, máskor a mediastinális szervek compressiója miatt dysphagiáról, dyspnoéről panaszkodik a beteg. A rtg-vizsgálattal jól megfigyelhető térszűkítő folyamat elkülönítése az aneurysmától gyakran csak angiographiával lehetséges. Az eltávolított daganat igen ritkán recidivál és malignizálódik, ennek ellenére a korai műtét mindig indokolt.

Bujalka Rezső dr.

Szív- és keringési betegségek

Bevezetés a phonokardiographiába. I. rész: Accidentális és functionalis systolés zörejek felnőttekben. Henssge, R. (Medizinische Klinik der Medizinischen Akademie, „Carl Gustav Carus", Dresden): Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1970, *64*, 165—168.

A szerző *Holldack* nomenklatúráját alkalmazza: organikus zörej a billentyűhiba vagy fejlődési rendellenesség következménye; functionalis: más szívbetegség (carditis, cardiosclerosis) vagy a haemodynamika megváltozása (terhesség, hypertonia, hyperthyreosis) miatt létrejövő hangjelenségek; accidentalis zörej: keletkezési mechanizmusa és helye ismeretlen.

A szerző 60 accidentalis és 200 functionalis (graviditas, vegetatív dysregulatio, hypertonia, aortasclerosis, relatív mitralis elégtelenség) systolés zörej phonokardiographiás képét elemzi. A vizsgálat során minden esetben a zörej punctum maximumának helyét, vezetődését, a zörej alakját, a maximális amplitudo nagyságot és ennek helyét, a zörej frequentia tartományát határozta meg.

Eredményei: 1. Accidentalis zörejek: punctum maximum: 65%-ban a 2L2, 20%-ban a 3M, 10%-ban a 4L2 és 5L2, 5%-ban az 5L10 ponton; e zörejek nem vezetődnek; alakjuk többnyire nem jellegzetes, ritkán orsószerű, sohasem crescendo formájú; a phonokardiogrammon többnyire a középső frequentia sávban (140 Hz) észlelhetők a legerősebben, terhelés, amylnitrit belégzés után a zörej a magasabb frequentia sávban (250 Hz) erősödik.

2. Functionalis zörejek: graviditásban a zörejt kivétel nélkül a pulmonalis felett hallotta a legerősebben. Vegetatív dystoniában 48%-ban a 2L2, 36%-ban a 3M, 10%-ban a 4L2 és 5L2, 6%-ban az 5L10 ponton van a maximum. A hypertoniás, ill. aortasclerotikus zörejek punctum maximuma: 47%-ban a 2R2, 20%-ban a 3L2, 33%-ban a 3M pontok. E helyek lényegében megegyeznek az organikus aorta stenosis hallgatódzási leletének punctum maximumával, amelyek vezetődésük folytán is elkülöníthetők. A relatív mitralis insufficientia zöreje legerősebben az 5L8 és 5L15 pontok közt hallható, itt van az organikus zörej punctum maximuma is. Mindkettő a hónaljárok felé vezetődik. A zörejek fele protomesosystolés, 1/3-a protosystolés elhelyezkedésű, de esetenként a mesosystolében is látható. Ritka a telesystolés functionális zörej, ilyen localisatiójú accidentalis hangjelenséget nem észlelt. Holosystolés functionalis vagy accidentalis zörejt nem látott. A zörejek alakja többnyire az accidentalis hangjelenségek alakjához hasonló, frequentia tartományuk is közel ezekével azonos.

Vizsgálatai szerint a zörejek functionalis vagy accidentalis eredete a nyugalmi phonokardiographiás vizsgálattal biztonsággal nem állapítható meg. Az elkülönítést a functionális és pharmakodynamiás vizsgálat segíti elő.

Pálossy Béla dr.

(Szerk megj.: A referátumban szereplő phonokardiographiás eredmények jobb megértése érdekében szükségesnek tartjuk a jelölések magyarázatát. A standardizálási megállapodás szerint két számmal és egy betűvel jelezzük az elvezetési helyet. Az első szám a bordaközt, a második a középvonaltól való cm-ekben kifejezett távolságot, a betű az adott mellkas-oldalt jelenti — L = bal oldal, R = jobb

oldal, M = közép., — Pl. = 2L2 = az elvezetési hely a 2. bordaköz a bal mellkas-félen 2 cm-re a középvonaltól.)

Bevezetés a phonokardiographiába: II. rész: A functionalis phonokardiographia differentialdiagnosztikus jelentősége. Henssge, R. (Medizinische Klinik der Medizinischen Akademie, „Carl Gustav Carus", Dresden): Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1970, *64*, 168—171.

A functionalis phonokardiographia a hangjelenségek légzőmozgásokat követő változásaiból *(Müller* és *Valsalva* kísérlet), a terhelést vagy a testhelyzet megváltoztatását követő módosulásából igyekszik következtetéseket levonni a zörej eredetére vonatkozóan. A szerző 300 esetben fekvő helyzet után állva, majd a szokásos átlag terhelés után regisztrálta a hangjelenségeket (60 accidentalis, 200 functionalis és 90 organikus systolés zörej). Álló helyzetben az accidentalis zörejek legnagyobb része nem regisztrálható vagy gyengül. A vegetatív dystonia és graviditás okozta functionalis zörejek felállva többnyire halkabbakká válnak, csak igen ritkán tűnnek el. Aortasclerosis esetében a zörej felállva jellegét többnyire nem változtatja meg, ritkán halkul, hasonló változás észlelhető a hypertonia functionalis systolés zöreje esetében is. Organikus systolés zörejek, függetlenül eredetüktől, felállva soha nem szűnnek meg. Organikus aorta stenosisban többnyire erősödnek, ritkán gyengülnek. A rheumás mitralis elégtelenség, kamra és pitvar septum defectus, pulmonalis stenosis zöreje felállva nem változott

Terhelést követőleg az accidentalis zörejek túlnyomó többsége erősödik, hasonló változás észlelhető a graviditás, ill. vegetatív dystonia functionalis zöreje esetében is. Hypertonia és aortasclerosis systolés zöreje az esetek felében terhelést követőleg szintén erősödött, az esetek másik felében nem változott. Hasonló változást észlelt relativ mitralis elégtelenségben is. Organikus aorta stenosis systolés zöreje terhelésre hangosabb lett, ritkán nem változott. Mitralis elégtelenség (organikus) hangjelenségeit a terhelés általában nem befolyásolta, ritkán a systolés zörej erősödött. Pitvar septum defectus, pulmonalis stenosis esetében a zörej hangosabb lett, kamra septum defectusban nem változott terhelést követőleg.

Terhelést követőleg tehát az accidentalis zörejek, a graviditás és vegetatív dystonia, többnyire az aortasclerosis és hypertonia okozta functionalis zörejek, az aorta és pulmonalis stenosis, ill. pitvar septum defectus ejectiós zöreje erősödik, míg a relatív és organikus mitralis elégtelenség, a kamra septum defectus systolés zöreje nem változik. *Pálossy Béla dr.*

Bevezetés a phonokardiographiába. III. rész: Az amylnitrit-test differenciáldiagnosztikus jelentősége. Henssge, R. (Medizinische Klinik der Medizinischen Akademie, „Carl Gustav Carus", Dresden): Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1970, *64*, 171—175.

A szerző bevezetőjében ismerteti a pharmakodynamiás phonokardiographiás vizsgálatokban alkalmazható szerek hatását a különféle hangjelenségekre, majd részletezi az általa alkalmazott amylnitrit-test kivitelezését, az amylnitrit haemodynamikai hatását és e hatások következtében a hangjelenségek módosulását. 60 accidentalis, 200 functionalis és 90 organikus szívzörej esetében végezte el a szerző a próbát. Az accidentalis zörejek többsége a próba során erősödött, ez leginkább a magasabb frequentia tartományban észlelhető (250 Hz). A zörej amplitudója gyakran a nyugalmi érték többszörösére nő. Az I. hang és zörej közti intervallum többnyire csökken vagy eltűnik. 19 esetben a nyugalmi felvételen a systole szabad volt, csak a test során mutatkozott zörej.

Vegetatív dystonia, graviditas functionalis systolés zöreje minden esetben hangosabbá vált a próba során, itt is főleg a magasabb frequentia sávokban észlelhető kifejezettebben a változás. A zörej a próba során általában rövidül. A hypertonia zöreje az esetek $^2/_3$-ában erősödött, a fennmaradó esetekben nem változott. Aortasclerosisban a zörej az esetek felében nem változott, relatív mitralis elégtelenségben a systolés zörej halkult, egyetlen esetben sem erősödött. A carditises zörejek (20 eset) a test során jellegzetesen nem módosultak (bár gyakrabban erősödtek, mint halkultak). Az organikus aorta stenosis zöreje hangosabb lett, míg a mitralis elégtelenségből eredő, az esetek felében halkult. Tricuspidalis insufficientiában többnyire a zörej hangosabbá vált. A legkifejezettebb hatás pulmonalis stenosisban észlelhető. Kamra septum defectusos eseteinek felében a zörej nem változott, a további esetekben halkult.

A szerző véleménye szerint az a systolés zörej, mely álló helyzetben erősödik, az amylnitrit próba során halkul, biztosan nem accidentalis. Álló helyzetben eltűnő, amylnitrit hatására erősödő systolés zörej általában functionalis vagy accidentalis.

[Ref.: A nagy beteganyagot feldolgozó tanulmány a systolés hangjelenségek értékelésében jelentős segítséget nyújt az olvasónak. A functionalis és pharmakodynamiás vizsgálatok azonban csak arra alkalmas betegeken végezhetők. Számos szerző utal arra, hogy aktív carditis esetében a beteg mozgatása, a pharmakodynamiás phonokardiographiás vizsgálat sok veszélyt (rhythmus- és vezetési zavar, heveny szívelégtelenség) rejt magában, így szigorúan ellenjavallt. A közlemény kissé eltúlozza a phonokardiographia jelentőségét a hangjelenségek megítélésében, holott az csak egyik diagnosztikus segédeszközünk sok más lehetőség mellett. A jó anamnesis és fizikális vizsgálat legalább olyan segítséget jelent valamely szív felett hallható zörej helyes megítélésében, mint a legbonyolultabb eszközös vizsgálat.]

Pálossy Béla dr.

Éhgyomri EKG. Andersen, M. (Medical Department B., Rigshospitalet (University Hospital), Copenhagen): Acta medica Scandinavica 1970, *187*, 385—390.

A szerző 3 fiatal betegét ismerteti. Mindhárom esetben súlyos myocardialis laesio lehetősége merült fel az EKG-on a standard és mellkasi elvezetésekben észlelt T-csipke elváltozás miatt. A vizsgálatokat étkezés előtt, a reggeli órákban elvégezve teljesen fiziológiás görbéket észleltek, de étkezéssel (függetlenül a táplálék összetételétől) az elváltozásokat reprodukálni tudta. Esetei tartós megfigyelés után sem mutattak cardiológiai eltérést.

A szerző eseteinek ismertetése után azokat az állapotokat írja le, amelyekben a myocardium sérülése nélkül észlelhető a T-csipke változása. Ezek: digitalis hatás; elektrolyt változások; fiziológiásan negatív T-csipke észlelhető egészséges néger férfiak EKG-ján; anxietással járó állapotok (műtét előtti EKG-on igen gyakori a több elvezetésben mutatkozó negatív T hullám, mely műtét után már nem észlelhető); hideg hatás.

Számos közlemény foglalkozik az étkezés után jelentkező EKG módosulások keletkezésének mechanizmusával. A legvalószínűbb magyarázat szerint az étkezés során felszabaduló insulin a myocardiumban kálium kiáramláshoz vezet s ez módosítaná a T-csipkét. Ezt az elméletet támasztja alá, hogy a glucose terhelés során észlelt EKG eltéréseket kálium adagolása kivédi.

A jelenség ismerete a klinikus számára igen jelentős: fiatal egyéneken a myocardium károsodására utaló EKG esetében a vizsgálatot éhgyomri állapotban feltétlenül meg kell ismételni. A cardialis statust csak e lelet birtokában lehet biztonsággal megítélni.

Pálossy Béla dr.

Kis hátsófali infarctus EKG-ja. Jan Erikssen (Medical Department, Central Hospital of Telemark, Skien, Norvégia): Acta medica Scandinavica 1970, *178*, 463—469.

A V_{1-2} elvezetésekben kialakuló magas R-hullám kis S csipkével a bal kamra hátsó falán elhelyezkedő, kis kiterjedésű myocardium in-

farctus jele lehet. A szerzők 215 infarctusos betegüket vizsgálták meg ebből a szempontból. Betegeiket 3 csoportba osztották: 1. csoport (68 mellső fali infarctus; ide sorolták az anteroseptalis, szigorúan mellső fali és csúcsi infarctusokat): a V_{1-2} elvezetésekben az R/S quotiens valamennyi esetben 1 alatt maradt. 2. csoport (77 hátsófali infarctus; ide sorolták a rekeszi és a posterolateralis eseteket): 6 esetben a V_{1-2}, 10 esetben csak a V_2 elvezetésben az R/S quotiens 1 fölött volt. Itt gyakran láttak kis Q hullámot a V_{5-6}-ban. 3. csoport (70 eset, ahol az infarctus klasszikus jelei hiányoztak): 14 beteg EKG-ján a V_{1-2}-ben az R/S arány meghaladta az 1-et. A 2. és 3. csoport említett eseteiben a V_{1-2}-ben a T csipke mindig pozitív volt. Az infarcerálódást ezekben a betegekben a kifejezetten emelkedett transaminase értékek is igazolták. Egyetlen esetben sem tudtak kimutatni tiszta jobb kamra hypertrophiát okozó alapbetegséget *(Ref.: mely hasonló EKG eltéréseket eredményezhet).*

A bal kamra hátsó falának kis részén kialakuló infarctus okozta Q-hullám az ún. —V_{1-2} elvezetésekben látható (ezek azok a pontok, ahol a V_{1-2}-s elvezetésekből a szív elektromos középpontján át húzott egyenesek metszik a mellkas hátsó részét). E Q hullámoknak a szokásos elvezetésekben látható R-csipkék felelnek meg. Így a kis kiterjedésű hátsófali infarctus Q-csipkéje a hát bal oldalán felhelyezett elektróda segítségével látható, az ennek megfelelő R változás a V_{1-2}-ben.

Az R/S arány megítélésében figyelembe veendő elváltozások: teljes jobbszár block; A-typusú WPW syndroma; jobb kamra hypertrophia; gyermekkor; ritkán 40 év alatti felnőttben normalis lelet lehet. Ha e lehetőségeket biztonsággal ki tudják zárni, akkor V_{1-2}-ben 1 fölötti R/S arány infarctus jeleként értékelhető, különösen ha ezekben az elvezetésekben a T-csipke pozitív és az elektromos tengely balra deviál. *Pálossy Béla dr.*

Propranolol próba, új módszer a vegetatív és organikus eltérések elkülönítésére. Moll, A., Hamacher, F. (Stadtkrankenhaus Rüsselsheim): Z. Kreisl.-Forsch. 1970, *59*, 335—346.

33 klinikai vizsgálattal egészséges és 33 szervi szívbeteg (infarctus, myocarditis, vitium stb.) 12 elvezetéses EKG eltérésének változását hasonlították össze 30 mg propranolol (Dociton) bevétele után egy órával készült felvétellel.

Egészségesek $^2/_3$-ában az utólengés eltérése megszűnt, ami nem függött össze a minden esetben bekövetkező frekvencia csökkenéssel. Szervi szívbetegek EKG eltérése csak az esetek $^1/_4$-ében mutatott javulást, amit ugyancsak nem egyszerűen a bradycardizálódás okozott. Feltételezhető, hogy a propranolol kedvező coronaria hatása okozza a változást, de a kis próbaadaggal ez nehezen képzelhető el.

Szerzők az anamnezis és a klinikai adatok figyelembevételével ezt az egyszerű próbát értékesnek tartják a szervi és a funkcionális eredetű EKG eltérés elkülönítésére.

(Ref.: A szerzők nem látják világosan, hogy a választóvonal nem a szervi és a neurogen alapbaj között van, és a szervi szívbetegségre rákódó idegi hatást a beta blockolók ugyanúgy meg tudják szüntetni, mint az önálló neurogen EKG eltérést.)

Kenedi István dr.

Psychés eredetű, néha fatális functionalis coronaria epizódok. A. Lévy (Strasbourg): Presse Med. 1970, *78*, 1273—1276.

Négy kóresetet ismertet, amelynek közös jellemzői: a váratlan súlyos *psychés trauma* (szülő hirtelen halála, féleség quadriplégiája, első vadászat intenzív élménye) és az addig egészséges emberen *szívinfarctus* kifejlődése.

Két halálos lefolyású esetben a boncolás szívinfarctust mutatott ki ép, szabad lumenű coronariákkal. Két esetben az infarctus gyógyult és a későbbiekben sem mutatkozott coronaria elégtelenség tünete. Egyikük 30 éves fiatal nőbeteg volt.

Szerző a szívinfarctus keletkezését nem a Raab-elmélettel, katecholamin nagyfokú kiáramlásával magyarázza. Hasonlóságot lát a koponyatraumás agyzúzódáshoz, ill. néha az agyvérzéshez csatlakozó coronaria epizóddal. Ép coronariák mellett a heveny coronaria elégtelenség kifejlődését szerinte a psychés krízis hatása okozza az agyalapi központokra.

Kenedi István dr.

Az autóvezetés bizonyos hatásai normális és kóros szívre. Taggart, P. és mtsai (Department of Cardiology, Middlessex Hospital, London W. 1.): British Med. Journal 1969, *4*, 130—134.

A szerzők EKG-t készítettek gyakorlott autóvezetőkön, akik megszokták a városi forgalmat és megszokott útvonalon vezették kocsijukat. Az egészséges szívű vezetőkön és azokon, akiknek már volt koszorúér betegsége, tachycardia jelentkezett. Mindkét csoportban voltak olyan egyének, akiknek a szívműködése a 140-es frequentiát elérte percenként, vagy ennél is magasabb volt. 32 egészséges vezető közül háromban ST változások is jelentkeztek, ami nem volt a tachycardia következménye. 24 koszorúérbetegségben szenvedő beteg közül 13-nál az ST és T változások száma szaporodott. Lényeges elváltozást 6 vezetőn találtak. 5 vizsgált egyénben heterotop kamrai E. S.-ek voltak találhatók. Két koszorúér beteg vezető érzett anginás fájdalmat. Egészséges *autóversenyzőkön* néhány perccel az indulás előtt 180-as frequentiájú tachycardia jelentkezett és ez a verseny közben 200-as frequentia fölé emelkedett.

A városi útvonalon vezető vizsgált egyének plasma-catecholamin szintje semmiféle, vagy csak igen csekély eltérést mutatott a normálistól, amit nyugalmi állapotban találtak. Ezzel szemben az összes versenyzőn jelentékeny mértékben emelkedett a noradrenalin-szint, és egy esetben az adrenalin-szint is, közvetlenül a verseny után.

Azok számára akiken könnyen alakul ki angina vezetés közben, vagy akik bal-kamra elégtelenség határán vannak, nem ajánlatos a vezetés.

László Béla dr.

Glucagon az igen súlyos keringési elégtelenség és a cardiogen shock kezelésében. Wilcken, D. E. L., Lvoff, R. (Univ. New South Wales, Sydney 2036): Lancet 1970, *1*, 1315—1317.

Kimutatták a pankreas alfa-sejt hormonjának, a glucagonnak pozitív inotrop szívhatását, de eddig csak *Brogan* és mtsai (1969) alkalmazták keringési elégtelenségben.

Szerzők 7 rendkívül súlyos keringési elégtelenség, köztük 5 cardiogen shock glucagon kezelését ismertetik. Az oedemás, oliguriás, a hagyományos digitalis-diuretikus kezelésre refrakter esetekben 36 óráig tartó, óránként 5 mg glucagont tartalmazó infusióval 7 közül 5 esetben drámai fordulatot értek el. Egyik betegen aorta billentyű beültetés után keletkezett cardiogen shock, ami közvetlen szívmassage, isoproterenol, metaraminolra nem reagált. A thoracotomiás állapotban közvetlenül megfigyelték a glucagon szívkontrakció javító hatását. Az 5. esetükben fiatal egyénen keletkezett szívinfarctus állandóan megismétlődő kamrai tachycardiás rohamokat és cardiogen shockot okozott, amely lidocain és többszöri cardioversio ellenére sem javult. Glucagon infusio bekötésekor az arrhythmia megszűnt, a vérnyomás rendeződött.

A pozitív inotrop és perctérfogatot növelő hatáshoz a veseátáramlás fokozódása is hozzájárul.

Mellékhatásaként nauseát okozhat. Egy esetben a 9000 ml diuresis hypokalaemiát váltott ki.

(Ref.: Úgy látszik, hogy a legsúlyosabb, therápiára refrakter keringési elégtelenségben a glucagon reményt keltő új gyógyszer. Az alkalmazását korlátozni kell — a gyógyszer magas ára miatt — arra a keringési elégtelenségre, amelyben a hagyományos kezelés csődöt mondott és kilátás van a beteg életben tartására az akut keringési zavar leküzdése után).

Kenedi István dr.

Arteritis, myocardialis, infarctus és rheumatoid arthritis. Karten, I. (Deparment of Medicine, New York University Medical Center.) JAMA 1969, *210*, 1717.

Az utóbbi években gyakrabban esik szó a rheumatoid arthritis egyik súlyos szövődményéről, az arteritisről. A folyamat kiterjedhet a coronariákra is és ez következményes szívizom necrosist eredményezhet.

Az irodalmi adatok szerint a rheumatoid arthritishez társuló myocardiális infarctusok azon eseteiben mutattak ki elsősorban coronaria arteritist, ahol a betegek előzetesen hosszú ideig hormontherápiában részesültek.

Szerző 4 év alatt 102 beteget figyelt meg: ezek közül 6-nál alakultak ki diffus vasculitisre utaló jelek, 2-nek pedig szívinfarctusa is volt. Utóbbi 2-ből 1 exitált, ennél a sectio során a coronariákon csak minimális arteriosclerosist észleltek, a histologiai kép viszont subacut necrotizáló arteritisre volt jellemző. (Ennek alapján feltételezték, hogy a túlélő betegen is a fenti aetiologia magyarázta az infarctus létrejöttét.)

Intézetük sectiós anyagát áttekintve 1941—1968 között 95 rheumatoid arthritises esetet talált. 7-nek közülük volt myocardialis infarctusa is, de a szövettani vizsgálat adatai coronaria arteritist egyiknél sem bizonyítottak.

Fentiek alapján a szerző fel kívánja hívni a figyelmet arra, hogy előfordul rheumatoid arthritises betegeken coronaritis okozta infarctus, többségben azonban arteriosclerosis hozza létre a kórképet.

Bokor Zsuzsa dr.

A kamrai septum membranaceum aneurysmája. Pombo, E. és mtsai. (Medical Department of Medicine and Pediatrics and Cardiovascular Laboratory, University of Mississippi, Medical Center, Jackson): American Heart Journal 1970, *79*, 188—193.

A szerzők 4, angiocardiographiás vizsgálattal kórismézett esetük kapcsán ismertetik e ritka rendellenességet.

A kórkép létrejöttének legvalószínűbb magyarázata: az aneurysma a fiziológiás septum membranaceum záródásakor jön létre a magasabb bal kamrai nyomás következtében. A diagnosis csak angiographia segítségével állítható fel, régebben a kórképet csak a boncasztalon ismerték fel. Az aneurysma rupturálhat, ez egyes esetekben halálhoz vezet; benne thrombus keletkezhet s az ebből származó embolisatio okozza a végzetes kimenetelt. A laesio endocarditis kiindulási helye lehet, a nyomásviszonyoknak megfelelően (mivel többnyire septum defectussal társul) a jobb vagy a bal kamra kiáramlási pályájába türemkedve e területeken obstructiót eredményezhet. Gyakran társul egyéb billentyű elváltozással, különösen aorta insufficientiával, pitvari septum defectussal, a nagy-erek transpositiójával. A His-köteggel való topographiai kapcsolata miatt a rendellenesség gyakran különféle arrhythmiát és egyéb kóros EKG eltérést okoz. Mivel az aneurysma gyakran a jobb kamra kiáramlási szakaszába türemkedik, a pulmonalis areában gyakran hallható ejectiós typusú systolés zörej. E zörej késői erősödése a haemodynamikai viszonyok systolében történő módosulásával jól magyarázható (functionalis pulmonalis stenosis). Bal oldalt parasternalisan hallható pansystolés zörej a basison hallható ejectiós systolés zörejjel (különösen ha ez utóbbi a systole második felében erősödik) a kórkép leggyakoribb hallgatódzási lelete. Az eddig élőben felismert néhány eset lefolyása alapján a prognosis még nem ítélhető meg biztonsággal.

Pálossy Béla dr.

Urológia

Az urogenitális gümőkór pathogenesise és therápiája. Albescu, I. Deutsche Med. Wschr. 1970, *95*, 907—911.

A bukaresti I. sebészeti klinika urogenitális gümőkóros anyagában az új megbetegedések száma évről évre csökken. Ennek ellenére, mind a pathogenesis, mind a therápia még sok problémát vet fel. A régi klasszikus tünetek ma ritkábbak. Tünetszegényebb lett az urogenitalis gümőkór.

A férfi urológiai tbc gyakran társul a genitáliák megbetegedésével. A női genitáliákra vonatkozó adatok kisebb számúak. Pedig a női genitáliákban éppúgy előfordul gümőkór, mint a vesékben. A szerző 300 esetet átnézve leszögezi, hogy az urogenitális gümőkór férfiakban, nőkben hasonló. Többszörös embolusok mindkét szervrendszerben egyszerre okozhatnak secunder gümős elváltozásokat. A genitáliákban mind férfiakban, mind nőkben fellép a tbc függetlenül az urológiai elváltozástól. Ahogy a prostata folyamata ráterjedhet az ondómirigyre, a mellékherére, úgy a tuba tbc-je az endometriumra, a columra. Nőkben az urogenitális tbc 43,48%-ban primer sterilitást okoz.

Ureteronephrectomiát 86 esetben median laparotomia útján végeztek. Az ureter legalsó szakaszát így jobban szabaddá tudták tenni, de azért is, hogy a genitális elváltozásokat is megoldják. 51 női esetükben genitális folyamatot is találtak. Műtét előtt hysterosalpingographiát, hormon meghatározást, endometriumbiopsiát is végeztek.

A közlemény végén 3 pontban foglalja össze a szerző a therápiás következtetéseket, melyek általában közismertek. Pleuritis exs., sicca, lymphadenitis megfelelő gátlószeres kezelést igényel.

Az urogenitális tbc latencia ideje elég hosszú, a betegeket is hosszabb ideig kell kezelni és gyógyulásuk után is ellenőrizni. Bármelyik szervben fedezzük fel a tbc-t, a többit is át kell vizsgálni. Így vesetbc esetén a genitáliákat és fordítva is.

Zádor László dr.

---

^{60}Co teletherápia a prostatarák kezelésében. Dykluisen, R. F. és munkatársai (Naval Hospital, Department of Urology and Radiology, San Diego, California): The Journal of Urology, 1968, *100*, 333—338.

Young (1905) sebészi, Huggins és Hodges (1941) endocrin therapiája jó eredményeket hozott a prostatarák kezelésében. Widmann (1930) közölte az első bíztató eredményeket a sugárkezeléssel. A legtöbb urológus a prostatarákot sugárresistensnek tartja, mivel az ismert eredmények nagy része a szokásos 250 kV-os kezelésre vonatkozik. A prostatarákos betegek zömét hormonálisan, elenyésző részét radikális műtéttel kezelik világszerte. A szerzők véleménye szerint megfelelően dozírozott és elnyújtott telecobalt besugárzással a prostatarák eredményesen kezelhető. A hormonális kezelés, szemben a cobalt-besugárzással, a végső gyógyulásra nem nyújt reményt. Az ismertetett technikával a betegek ambulanter jól tűrték a kezelést, súlyos komplikáció minimális volt.

34 biopsiával igazolt prostatarákos betegen végezték a kezelést. Elülső és hátulsó mezőből felváltva, a medence középvonalára centrálva, heti 5—6 kezelést alkalmaztak 750—850 rad. dózissal. Az összdózist (6—7500 rad.) 10—11 hét alatt adták le. Az elnyújtott kezelést rendkívül lényegesnek tartják a rectális komplikációk csökkentésére.

Gyűjtőstatisztikai adatok alapján az extracapsuláris prostatarákos betegek 34%-a éli túl az öt évet. Supervolt therápiával ez a szám 54%.

A szerzők által kezelt 34 betegből 8 betegnek volt tokon belüli rákos folyamata. 7 betegük él, sem rectális vizsgálattal, sem biopsiával tumort nem találtak az ellenőrző vizsgálatok során. 14 prostata tokon áttört rákos betegükből 10 él residuális tumor nélkül, panaszmentesen. Egy beteg szívinfarctusban halt meg, lokálisan daganatsejteket nem találtak.

8 betegüknek volt távoli metastasisa a kezelés kezdetén. Valamennyi betegük meghalt. Ilyen előrehaladott állapotban a prostata besugárzását ellenjavalltnak tartják. Végül 4 betegükön radikális prostatectomia után, a műtéti lelet alapján végeztek besugárzást. Mind a 4 beteg panaszmentesen él.

Súlyosabb komplikációt két betegüknél láttak (vérzés a necrotizáló daganatból, illetve húgycső—végbél sipoly kialakulása).

Váry László dr.

Hasfalhiány syndroma (Obrinsky). K. W. Ruprecht, U. Treske. (Pathologisches Institut der Universität Hamburg.): Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1970, *95*, 327—330.

A syndromáról első ízben, 1939-ben *Fröhlich* tesz említést és a jellemző elváltozásokat a következőkben jelöli meg: a hasfali izomzat és az uropoeticus rendszer fejlődési rendellenessége, kryptorchizmus. 1949-ben a klasszikus triászt *Obrinsky* újabb tünetek leírásával tette teljessé. A syndroma vezértünete: a hasfali izomzat hypo- vagy aplasiája következtében elődomborodó „pókhas", a köldök hasadékszerű és kraniál felé helyezett. Ezen symptomák jelenléte urológiai kivizsgálást tesz szükségessé, mert ennek elmaradása esetén a gyermek, a vizeletelvezető rendszer chronikus gyulladása vagy tüdőszövődmények következtében hal meg.

Urológiai elváltozások: pyelonephritises zsugorvese, hypoplasia vagy dystopia, hydroureter többnyire vesico-ureteralis reflux-szal; a hólyag atoniás, hypertrophizált; a here abdominalisan ritkábban inguinálisan retineált. Gyakori a skoliosis vagy kyphosis és a megacolon jelenléte.

A syndroma kialakulásáért a magzatot az embrionális élet 5—10. hetében ért károsító tényező (pl. epidémiás influenza) tehető felelőssé. Ezt látszik megerősíteni az a tény, hogy a károsodott szervek differenciálódása erre az időpontra tehető. A kórkép hereditaer jellege, chromosoma analysis a világirodalomban eddig közölt 240 beteg ismertetése kapcsán nem ismeretes.

A gyógykezelést tekintve, a megfelelő időben diagnosztizált esetekben a vizeletelvezető rendszer plasztikai korrekciója áll előtérben.

Karátson András dr.

Máj- és epeútbetegségek

Quantitativ immunglobulin-meghatározások májbetegségekben. Roser, H. (Med. Untersuchungsstelle der Städt. Klin., 62 Wiesbaden, NSZK): Münch. med. Wschr., 1970, *112*, 1392—1394.

Immundiffusiós módszerrel 9 hónap alatt a wiesbadeni szerző 700 quantitativ immunglobulin vizsgálatot végzett, a vizsgálatokból 79 különböző májbetegségekre esett. 30 egészséges egyén serumát meghatározva a következő *normálértékeket* találta: IgA: 347 mg/100 ml, IgG: 1663 mg/100 ml, IgM: 97 mg/100 ml.

Ezekkel a normálértékekkel hasonlította össze a különböző májbetegségben szenvedők immunglobulin értékeit. *Heveny májgyulladásban* az *IgM* értékét átlagban *214 mg%*-nak találta (19 eset), később ezt az emelkedést az esetek felében az IgG fractio emelkedése követte. *Idült hepatitisben* mindhárom fractio értéke emelkedett, az ún. aggresszív formában az IgG igen kifejezetten, a persistáló formában csak mérsékelten. *Májcirrhosisban*, függetlenül az eredettől, különösen az IgA (2—4-szeresére) és az IgG emelkedése volt megfigyelhető (2-szeresére). A két fractio emelkedése nem parallel haladt, az IgA emelkedését elsősorban activitási jelként értékelte a szerző.

Különböző okokból kialakult *zsírmáj* eseteiben az immunglobulinfractiók eltérően viselkedtek, a kevés diabeteses eredetű esetben csak az IgG fractio volt mérsékelten emelkedett, az alkoholos eredetűekben viszont az IgA fractio emelkedett kétszeresére.

A vizsgálatok eredményét értékelve a szerzőnek az a véleménye, hogy az immlunglobulin-fractiók mennyiségi meghatározása alkalmas a különböző stádiumokban levő májbetegségek kimenetelének ellenőrzésére, s különösen az egyes fractiók időbeli eltolódásának figyelemmel kísérését tartja ebből a szempontból fontosnak.

Iványi János dr.

A vérammónia szint meghatározása és klinikai jelentősége. Müting, D. és mtsai. (Med. Universitätsklinik. Homburg/Saar): Deutsche Med. Wochenschrift 1970, *95*, 1390.

Öt év óta több mint 1000 májbetegen végzett ammónia anyagcsere vizsgálatok során az általuk alkalmazott enzimmeghatározásos módszert találták legalkalmasabbnak. Módszerük részletes ismertetése után klinikai példákon mutatják be az ammónia meghatározás jelentőségét. Májcirrhosis korai szakában, még a portalis hypertonia kialakulása előtt, emelkedett ammónia értékeket találtak az arteriás vérben normális venás értékek mellett. Az arteriovenosus ammonia-szint különbség jól jellemzi az ammonia méregtelenítés hatásfokát, illetve a májparenchyma funkcionális állapotát.

Emelkedett venás ammónia szintet találtak májcirrhosisos betegeiken pathogen bélbaktériumok (E. coli, Proteus vulgaris) aktivitása következtében, gastrointestinalis vérzések után, kritikátlan fehérjetáplálás mellett, valamint bizonyos diuretikumok adása kapcsán. Interkurrens infekciók további ammónia szint emelkedéshez vezetnek. Hypokaliaemia és alkalosis fokozza az ammónia toxicitását.

A májcoma súlyossága egyértelműen nem jellemezhető a serum ammónia-szinttel. Egyrészt egyszeri éhgyomri meghatározás keveset mond: a folyamatos vércukor-szint meghatározásokhoz hasonlóan az ammónia-szintet is ismételten kell ellenőrizni. Másrészt bizonyos tényezők fokozzák az idegsejt érzékenységét ammóniával szemben. Ezek: alkalosis, az oxigén és glucose szöveti felhasználásának csökkenése, hypokaliaemia. Az is ismeretes, hogy normális artériás ammónia értékek mellett is kialakulhat májcoma.

Mindezek alapján hangsúlyozzák az ammónia meghatározások mellett a klinikai állapot sokirányú laboratóriumi kontrollját (vér pH, se kalium, se glucose stb. meghatározás). Ezen vizsgálatok kontextusában a vérammónia szint nyomon követése a korszerű májdiagnosztika egyik értékes eleme.

Szántó Imre dr.

Az endogen vagy májpusztulásos coma előfordulási gyakorisága, aetiológiája és klinikuma. Müting, és mtsai. (Die Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik Homburg/Saar und die Spezialklinik für Leberkrankheiten, Verdauungs- und Stoffwechselleiden Bad Kissingen): Die Medizinische Welt 1970, *21*, 1186—1191.

Az endogen májcoma aránylag ritka állapot. A szerzők 1958—63 közt intézetükben évente alig 2—3 esetet észleltek, ezt követőleg azonban eseteik száma megszaporodott. A kórkép *aetiológiája:* leggyakrabban hepatitis következtében jön létre, bár egyre gyakoribb kialakulása endogen és exogen intoxicatio miatt is. A szerzők beteganyagában 17 esetben a hepatitis magában, 17 esetben előzetes májkárosodás után vezetett comához. A 3. csoport 20 betege közül 16-ban endogen intoxicatio [cholecystectomia utáni biliorenalis syndroma *(Ref.: az elnevezés feltehetőleg a hepatorenalis syndromával synonim.)*, pancreas-necrosis, peritonitis, máj-ruptura, meningitis, kiterjedt égés, súlyos peritonsillaris tályog], 4-ben exogen intoxicatio (ecetsav-, arzén-, illetve barbiturát-mérgezés) vezetett comához.

Klinikai kép: Az előzetes májkárosodás nélküli betegcsoport leggyakoribb panaszai: étvágytalanság, hányás, láz. Minden esetben kifejezett sárgaságot láttak, az esetek 70%-ában megnagyobbodott, nyomásérzékeny májjal. Az esetek felében észleltek foetor hepaticust, minden 5. esetben bőrvérzést. Az előzetes májkárosodás talaján keletkező hepatitises betegek panaszai: nyomásérzés a felső hasi quadransban, hányás, étvágytalanság. Az objektív leletek nem különböztek az előző csoportban észlelttől. Az intoxicatiós csoportban a vezető panaszok: fáradékonyság, étvágytalanság, hányás és hasme-

nés. E betegek 78%-a volt sárga, a máj csak az esetek 47%-ában nagyobbodott meg, bőrvérzést és foetor hepaticust is lényegesen ritkábban észleltek, mint az előző 2 csoportban.

A neurológiai tünetek közül a jellegzetes tremort a 3 csoportban közel azonos gyakoriságban észlelték (20—25%), kifejezett apathia inkább az 1. csoport betegeit jellemezte. Az 54 beteg közül 43 felvételekor praecomatosus állapotban volt.

A laboratóriumi leletek közül a prothrombin idő és az V., VII. alvadási faktor csökkenése állt leginkább párhuzamban a klinikai kép súlyosságával. A serum összfehérje és albumin szint főleg az intoxicatiós esetekben csökkent. A SGPT érték az 1. csoportban a legmagasabb. A kórkép kezdeti szakában metabolikus, és respiratorikus alkalosis észlelhető, mely ante finem metabolikus acidosisba megy át, terminalisan lactacidosis is észlelhető. A májsejtek pusztulását legjobban az aminoaciduria fokozódása mutatja, ennek megfelelően emelkedik a serumban a szabad fenoltartalom is. A májpusztulásos coma jellemzőnek mondott hypoglycaemiát a szerzők csak 2 esetben észlelték.

Pálossy Béla dr.

Intravascularis coagulatio heveny májnecrosisban. Rake, M. O. és mtsai. (Medical Research Council Group on Metabolism and Haemodynamics of Liver Disease, Department of Medicine, and Department of Haematology, King's College Hospital London S. E. 5.): Lancet, 1970, *1*, 7646. 533.

A heveny májelhalásnak igen gyakori szövődménye a vérzés. Az alvadási tényezők megfogyása a máj szintetizáló képességének nagyfokú beszűküléséből és az alvadási faktorok fokozott felhasználásából eredhet. Ez utóbbi tényezők szerepét bizonyítja, hogy transfusiók vagy friss vér adása az állapotot alig befolyásolja. A szerzők a szóban forgó betegségben a véralvadási viszonyokat és fibrinolizist vizsgálták, továbbá foglalkoznak a különböző therápiás eljárások hatékonyságával.

Egy év alatt 13 acut májnecrosissal felvett beteget kezeltek. A maximális túlélési idő 15 nap volt. 2 betegben lehetett a heveny májkárosodás okát kimutatni, ezen betegek néhány héttel azelőtt halothan narkózisban részesültek. 8 betegnek volt súlyos gastrointestinalis vérzése, illetőleg purpurája. Valamennyi beteg vörösvérsejtjeiben fokozott destrukcióra utaló morphológiai eltérést észleltek. A thrombocytaszám 100 000 alatt volt 8 esetben. Mind a 13 betegben jelentősen megnyúlt a prothrombin idő és a partialis thromboplastin idő. Mérsékelten megnyúlt a thrombin alvadási idő is, a plasmafibrinogen pedig kifejezetten csökkent. A plasminogénszint minden esetükben alacsonyabbnak bizonyult. 6 betegben volt lehetőség a fibrinogén katabolizmus vizsgálatára. Erre a célra ^{125}J-dal jelzett humán-fibrinogént használtak. Eredményeiket kompenzált májcirrhosis esetekkel összehasonlítva azt találták, hogy acut májnecrosisban a túlélés a plasmában jelentősen csökkent, azaz a fibrinogén lebomlás szignifikánsan fokozódik.

3 betegben az alvadási faktorok korrigálását ismételt teljes vércserékkel kísérelték meg, 2 esetben az értékek rövid, átmeneti javulását észlelték, a 3-ik betegben még ezt az eredményt sem tudták elérni. 2 beteg kapott heparint vércsere nélkül. (1 betegben friss, fagyasztott plasmával kombinálva alkalmazták). A kezelés az alvadási faktorok szempontjából eredményes volt, a plasmafibrinogén-szint emelkedett, a prothrombin idő csökkent. Jelentősen javult mindkét esetben a jelzett fibrinogén túlélési időtartama a plasmában. A heparinnal kezelt betegek sectiójánál sem intravascularis thrombusokat, sem kifejezett vérzést nem találtak, hisztológiailag a májsejtek regenerátióját lehetett megfigyelni. A halál közvetlen oka szívmegállás volt.

A véralvadási tényezőkben mutatkozó súlyos elváltozások acut májnecrosisban arra engednek következtetni, hogy a májsejtek pusztulása az intravascularis alvadás fokozódásához vezet. Csökken a szintézis és ugyanakkor felgyorsul, fokozódik az alvadási faktorok felhasználása. Ezek azok a tényezők, amelyek a súlyos vérzést előidézik. Heparin adagolásával a fibrinogén lebontást normalizálni lehet.

Preisich Péter dr.

Az ascites és oedema befolyásolása májcirrhosisban. Shear L. és mtsai. New Engl. J. M. 1970, *282*, 1391.

Anyagcsere-osztályon fekvő Laennec-cirrhosisos betegeken vizsgálták az ascites alakulását radioaktiv jóddal jelzett serum albumin segítségével. A Na-szegény étrend, diureticum és paracentesis hatását vizsgálták.

Nátrium megszorításra a betegek súlya csökkent, de a kiürített folyadék nagyobb része nem az ascitesből származott. Az ascitesből felszívódó folyadék a napi 300 ml-t nem haladta meg. Vízhajtók adására a folyadékürítés fokozódott, de ennek túlnyomó része nem az ascitesből, hanem egyéb oedemából ürült. A paracentesis után az ascites újból gyorsan növekszik. Az újra feltelődés már a paracentesis alatt megindul. A 4 óráig tartó lebocsátás alatt az újonnan keletkezett ascites mennyisége 0,5—1 liter és az első 24 órában eléri a 3,3 litert is. A telődés a további napokon csökkenő mértékben folytatódik. Az ascites legtöbbször a belső folyadék eltolódásából képződik újra, de egyes esetekben megfigyelték a bevitt folyadék felhasználását az ascites keletkezésekor. Ez utóbbiak azok közül kerültek ki, akiken nem volt észlelhető oedema.

Fenti megfigyelés alapján azt ajánlják, hogy az asciteses és oedemas betegeknél törekedjünk a napi 1 kg súlyvesztésre; az oedemamentes ascitesben a vízhajtás erőltetése súlyos szövődményekhez vezethet, itt óvatosabban kell eljárni. Egyes válogatott, diureticum-refractaer ascitesekben ismételt kis (2 l) paracentesist ajánlanak.

Balogh Péter dr.

Hepatitis és panmyelophtisis. Wille, L. Griss, P. Monatschrift f. Kinderheilkunde: 1970, *118*, 114—118.

A világirodalomban ismertetett 25 esetben a panmyelophtisist mint a hepatitis ritka, többnyire halálos komplikációját írják le.

A heidelbergi gyermekklinika anyagában 1953—69 között 1456 vírus hepatitis eset fordult elő. Három betegen a kórlefolyást panmyelophtisis komplikálta, mely a hepatitis kezdete után az 5., 8., 11. héten alakult ki. A betegek ebben az időpontban már átestek a hepatitis ac. stádiumán. Mindhárom beteget rövid időn belül elvesztették.

A szerzők a panmyelophtisis és hepatitis összefüggésének lehetséges okait tárgyalják.

Az egyik beteg felvételét megelőzően 14 napon át 100 mg/die Chloramphenicolt kapott „meghűlés" miatt. Azonban perinuclearisan vacuolisált proerythroblastok és myeloblastok — melyek Chloramphenicol okozta csontvelőkárosodásnál gyakran megfigyelhetők — a betegnél nem voltak észlelhetők. A másik 2 beteg myelotoxikus gyógyszert nem kapott.

Lehetséges, hogy csak a két betegség véletlen egybeeséséről van szó. Ezt mutatná, hogy a gyakori hepatitis mellett panmyelophtisist eddig alig észleltek. Elképzelhető, hogy a betegek genuin anaplastikus anaemiája éppen a hepatitises fertőzés vagy myelotoxikus mellékhatású gyógyszerrel történő kezelés kapcsán manifestálódott tünetekben. Sajnos, a világirodalomban ismertetett esetekben a hepatitist megelőzően készült vérképről nem tesznek említést.

A hepatitis manifestálódását viraemia előzi meg. Lehet, hogy ennek kapcsán károsodik a csontvelő. A myelotoxikus hatás következtében kialakuló tünetek súlyos-

sági fokát, a kórkép időbeni lefolyását, és kimenetelét egyéni adottságok befolyásolhatják. Ezt a feltevést támasztják alá a vírus hepatitis lefolyása során megfigyelt leukopeniák, ritkábban thrombopeniák vagy nem haemolytikus anaemiák enyhébb formái.

A panmyelophtisis a hepatitis kezdete után általában 1—7 héttel manifestálódik. Ez az intervallum immunológiai második betegségre utalhat. Ac. hepatitist követő thrombocytopeniás purpurákat és autoimmunhaemolytikus anaemiákat ismer az irodalom. A szerzők által ismertetett 3 esetben a csontvelő három physiológiás sejtrendszerével szemben semmilyen antitestet nem tudtak kimutatni. A három közül egy esetben mérsékelten megnagyobbodott lépet észleltek. Esetleg felmerül a splenomegaliás csontvelőgátlás lehetősége.

Szóba jön, hogy az ac. vírus hepatitis a máj méregtelenítési és eliminatiós mechanizmusának korlátozódásához vezethet. Az endogen és exogen metabolikus leépítési termékek felszaporodása myelotoxikus lehet. A vírus hepatitis mellett észlelt csontvelőkárosodás esetében aetiológiailag és támadáspontjukat tekintve különböző faktorok summálódása is elképzelhető.

Madách Ádám dr.

HALO PERI DOL

injekció, tabletta és csepp

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

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

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

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

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az oralis adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio).
Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan. Az átlagos oralis napi adag 2—4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5—10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6—15 éves korig a felnőtt dózis fele Krónikus hányásban általában 2 × 10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

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

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

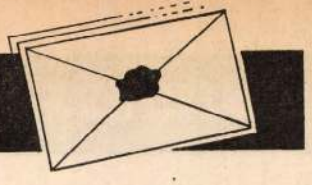
FORGALOMBA KERÜL:

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

GYÁRTJA: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

QH 1070

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



Gyógyszerek — változó csomagolásban.

T. Szerkesztőség! Egy jelenséget szeretnék szóvá tenni, ami tapasztalatom szerint sok zavart okoz a gyakorlatban. A gyógyszerek csomagolásának változtatásáról van szó. Miért változtatják állandóan a csomagolásukat? Néhány variációt említek. A doboz változatlan formailag, de alakilag kisebb lett, pl. Bilagit, Polyvitaplex 8 stb. Nehéz elhitetni, hogy a kisebb csomagban is *ugyanannyi* és *ugyanolyan hatással bíró* gyógyszer van. A dobozos csomagolásból levélforma lett, pl. a Vegacillin. Ún. légbuborékos csomagolást kapott pl. a C-vitamin, Algopyrin stb. (Mindig a helytelen oldalról akarják a tablettát kivenni a legtöbben.) Van légbuborékos csomagolás szabadon, és van ugyanezen forma még külön dobozba téve, pl. Salvador stb. A legpregnánsabb változtatást a Solvasthmin esetében alkalmazták. Ez a gyógyszer eddig igen kis formátumú tablettában és csomagolásban került forgalomba, újabban nemcsak a légbuborékos csomagolást kapta meg és ezt dobozba is tették, de a tabletta is *nagyobb lett* az eddig gyártottnál!

A probléma *főleg az idősek körében* jelentkezik. Nem hiszik el, hogy ugyanazon gyógyszer van bennük, hiába magyarázzuk, nehezen nyugszanak bele, *becsapva érzik magukat!* Az emberek megszokták a tartalomhoz a formát is, a forma változtatása visszahat tudatukban a tartalomra is. Az orvos-beteg viszonynak sok összetevője van, pl. bizalom stb. A megszokás is lehet negatív, vagy pozitív tényező mind az orvossal, mind a gyógyszerrel szemben. *A jól bevált, a megszokott — már fél gyógyulás annak, aki ehhez ragaszkodik.* Miért kell állandóan megterhelni mind a betegek megszokásait, mind az amúgyis túlterhelt orvosok idejét és türelmét próbára tenni azzal, hogy *elhitessék velük,* hogy ugyanazon gyógyszert kapták. Ha sikerül velük elhitetni. Terhelik ezzel a gyógyszertárak dolgozóinak munkáját is. Főleg a kézigyógyszertárakat kezelő orvosok érzik ennek a változó csomagolásnak hátrányait. Meg kell említeni azt is, hogy a „levél" formátumon a gyógyszerek ára nehezen olvasható.

Bizonyára a csomagolások változtatásának gazdaságilag értelme van, a csomagolások változtatása a gyógyszeripar bizonyítottan népgazdasági jellegű érdeke, az is igaz, hogy egyes csomagolások korszerűbbek, higiénikusabbak, exportra megkívántak stb. és minden bizonnyal az egészségügyi hatóságok engedélyével történnek, mégis számolni kellene a betegek, főleg az idősebbek megszokásaival. Egy gyógyszernek nemcsak farmakologiai, de pszichikai hatása is van. Hány idős hozta már vissza a másképpen csomagolt gyógyszert, hogy „ez nem ugyanaz" volt.

Tisztelni kell a megszokást is, még a gyógyszerek csomagolásának formája terén is.

Veress Sándor dr.

RIGETAMIN

SUBLINGUALIS TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: Sublingualis tablettánként 1 mg ergotamin tartarátot tartalmaz.

HATÁS: A Rigetamin tablettában az ergotamin tartarát közismert hatása gyors kifejlődését a sublingualis alkalmazás elősegíti. A Rigetamin kétszer olyan gyorsan hat, mint a gyomor-bél rendszeren át felszívódó készítmények és a migraines rohamot a parenteralis adagolás gyorsaságát megközelítve szünteti meg.

JAVALLATOK: Migraines roham megelőzése és kezelése. Vascularis típusú egyéb fejfájások, migrain-aequivalensek. A Rigetamin tabletta mind therápiás, mind prophylacticus célra használható, továbbá diagnosticus test céljaira is alkalmas.

ELLENJAVALLATOK: Pheripheriás 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 összmennyiség ne haladja meg a 3 tablettát, az 1 havi összmennyiség pedig általában 12 tabletta lehet.

CSOMAGOLÁS: 12 tabletta 8,30 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.



KÖNYVISMERTETÉS

Current Problems in Immunology. Ed. O. Westphal, H. E. Bock, E. Grundmann. 135 ábrával. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1969. Bayer-Symposium I.

Az angol nyelvű kötet az 1968. okt. 11—13-án tartott I. Bayer-Symposium anyagát tartalmazza.

A meghívott résztvevők Grosse Ledderben a Bayer-gyár üdülőházában jöttek össze és többségükben vagy nyugatnémetek voltak, vagy kevés kivétellel német külföldiek. Így tehát a kötet egyszersmind a Nyugat-Németországban folyó immunologiai kutatás helyzetéről is tájékoztat. A 3 napos Symposium A. Theoreticus és B. Klinikai részre oszlott.

Bár minden előadás az immunologiának más és más részlet-problémájával foglalkozik, a „Current problems" átfogó című 17 elméleti és 16 klinikai tárgyú előadás természetesen az immunologiának csak néhány problémáját tudja érinteni. Egyáltalán nem foglalkozik a transplantatiós rejectióval és tumor immunitással. A klinikai rész az „immun-betegségek" általános címet viselhetné, tág megfogalmazásban ide sorolva azokat, amelyekben az immun-történések döntő szerepet játszanak (*chronikus hepatitis, glomerulonephritis, néhány szív-, thyreoidea és vérsejt betegség*, stb.). Egy 3 napos Symposium elég kevés még ezek részletezésére is. Egyetérthetünk a megnyitóban elhangzott szavakkal: az a régi egyszerű szabály, hogy egy antigen antitest képzést vált ki és ezzel közömbösítődik, már a múlté. Minél többet foglalkozunk az immunologiával, annál komplikáltabbnak tűnnek az ebben szereplő viszonyok és folyamatok. Ennek az egyre komplikálódóbb témának a jobb megértését kívánja ez a kötet is szolgálni.

A symposium kötetek válogatott fejezeteket adnak a címbeli tárgyról és többnyire olyan előadások szövegét, amelyek lényegükben valamilyen szaklapban már megjelentek, vagy előbb-utóbb kissé más formában megjelennek. Mégis értékes helyet foglalnak el az irodalomban, mert röviden a csatlakozó vitát is közlik. De a fő értékük abban van, hogy képet adnak arról, mi foglalkoztatja aktualisan a témában a legtöbb kutatót. Nagy monográfiát az immunologiáról nem adnak ki minden évben új kiadásban és így a symposium kötetek adnak tájékoztatást az időközi haladásról, mely itt jól kidomborodik, míg a monographiákban beleolvad a részben változatlan keretekbe. A folyóiratoknak a részlettémákat szétszórtan hozó cikkeivel szemben itt rendszerezett összeállítást kapunk, nem egy nagy mezőről kell magunknak a termést összeválogatnunk. Így tehát ha nem is kap a témákban jártas olvasó sok újat, a Springer-Verlag megszokott gondos és jó kiállításban megjelent kötete mégis hasznos olvasmány.

Petrányi Gyula dr.

Thyroid Cancer. Szerkesztette: Hedinger, Chr. E. Springer-Verlag, Berlin—Heidelberg—New York. 1969. 338 old., 161 ábra.

A könyv az UICC (Union international contre le cancer) monográfia-sorozat 12-ik kötete és azokat az előadásokat tartalmazza, melyeket az UICC 1968. évi Svájcban rendezett tanácskozásának résztvevői tartottak vagy írtak. A munka itt 6 sectióban folyt és az egyes sectiók tárgyalási anyaga adja a könyv 6 fő fejezetét. Ezek a következők: a pajzsmirigyrákok 1. pathológiai osztályozása, 2. „epidemiológiája", 3. experimentális vonatkozásai, 4. functionális aktivitása, 5. klinikai osztályozása és 6. a kezelés eredményei.

A neves szerzők nagyszámú írását Studer (Bern) bevezetője indítja el. Ebben rámutat a legfontosabb problémákra és már eleve igyekszik — tekintettel a könyv cikkgyűjtemény jellege adta nehéz áttekinthetőségére — egységes nézőpontokat ajánlani az olvasónak. Utal arra a sajátos tényre is, hogy a pajzsmirigy rákja számos érdekessége folytán jobban foglalkoztatja a kutatást, mint számos más gyakrabban előforduló malignoma. A pajzsmirigyrák olyan, mintha „microcosmos"-a volna valamennyi malignus betegségnek egy szervben.

A *pathológiai classificatio* módozatairól folyó vitát Halnan (Glasgow) az alábbiak szerint foglalja össze:

1. differenciált alakok a következő alcsoportokra oszthatók: *a)* follicularis, *b)* papillaris. Ismeretesek ezek kevert megjelenési formái is *(c)*. Mindeme daganatféleségek lehetnek tokkal bírók vagy tokot nem respektáló invasiv jellegűek.

2. medullaris forma, amyloid stromával,

3. anaplasticus cc., orsósejtes, óriássejtes, keskeny és világossejtes alfajokkal.

4. ritka variánsok: sarcoma, malignus lymphoma, haemangioendothelioma, teratoma.

A vita résztvevőinek terjedelmes és számos táblázattal, grafikonnal és szövettani ábrával tarkított anyagából kiragadunk néhány adatot és gondolatot a korrekt pathológiai beosztást illetően. Már Studer említi — mint jó példát a helyes histologiai besorolás nehézségeit illetően — a „benignus metastatizáló golyvát", mely malignitásra utaló szöveti jeleket lényegében nem mutat.

Nemcsak a pajzsmirigy-betegségek nem mindig könnyen értelmezhető histologiája teszi nehézzé az egyes daganatféleségek diagnosztikáját, hanem sokszor a vizsgálók egymástól eltérő szemléleti módja. A pajzsmirigy-sarcomát pl. Európában gyakrabban diagnosztizálunk, mint egyebütt, pl. Amerikában. Svájcban a Kind által 1966-ban közölt anyagban 964 pajzsmirigy-daganatból 193 volt a sarcoma, illetve carcinosarcoma. Ugyanezt a sorozatot angolszász elvek szerint újra átnézve a 193 esetből csak 3% volt sarcomának felfogható, a többi az anaplasticus csoportba került. Az angolszász interpretatio ugyanis ez utóbbi kórismét csak meghatározott intercellularis substantia jelenléte esetén engedi meg : collagen rostokról (fibrosarcoma) vagy csontszerű állományról (osteosarcoma) volna itt szó.

Figyelemre méltó továbbá Uehlinger (Zürich) adata, mely szerint Svájcban 1900—1964 között a pajzsmirigyrák stabil előfordulású volt ugyan, de ezen belül, elsősorban fiatalokon, a papillaris typus gyakoribbá vált. Érdekes az amerikai Anderson-kórház 654 esetének (ami az ott észlelt összes cc. 1,6%-a volt) pathológiai typusok és nemek szerinti osztályozása:

1. cc. folliculare: 84 eset (férfi—nő arány: 1:3),

2. cc. papillare: 116 eset (férfi—nő arány: 1:4),

3. kevert follicularis és papillaris formák: 370 eset (férfi—nő arány: 1:2,5),

4. nem differenciált formák: 84 eset (férfi—nő arány: 1:1).

A differenciált typusok közül a follicularis tűnik rosszabb indulatúnak, amely egyébként jól incorporál jódot és hormondependens is. Gyakori (kb. 10%) ennél a formánál a gyors lefolyású orsósejtes alakba való átmenet. Ezt a folyamatot rtg-sugár siettetheti. Sajátosak a follicularis cc.-re a csontrendszeri áttétek. Alátámasztja mindezt a fentiekben idézett Anderson-kórházi anyag is: a follicularis cc.-ben 68% volt a 10 éves túlélés, ugyanakkor a papillaris alakban 74%, illetve a kevert formákban 82%.

Különbség mutatkozik az egyes daganatféleségek terjedési módjában is: a follicularis alak inkább vascularis úton terjed, szemben a főleg lymphogen propagatiót mutató papillaris és kevert typusú pajzsmirigy-malignomákkal. A relative jobb indulatú papillaris cc.-

re jellegzetes a nyirokcsomó- és tüdőáttétre való hajlam: már 0,7 mm átmérőjű daganat is okozott metastasist a nyirokcsomókban.

Feljegyzésre méltó, hogy más szervek daganatai viszonylag ritkán okoznak metastasist a pajzsmirigyben: több mint 500 thyreoidea-cc. miatt műtött közül csak 14 esetben bizonyult a daganat áttétnek és utánzott primaer cc.-t (Elliott által közölt anyag).

Osztályozási nehézséget jelent a haemangioendothelioma is, amit Hedinger senior 1909-ben választott le a sarcomás csoportról. A német és francia nyelvterületen elfogadott histologiai egység, az angolszász irodalom viszont alig ismeri: mindössze 3 esetről történik itt említés. Ez a dagantafélesség egyébként rendszerint egy már eleve fennállott golyvából indul ki, gyorsan növekszik, endothelsejtekre emlékeztető belső borítású cystákból áll, melyek vérrel teltek. Hyalin, valamint szabálytalan reticulumrostozat előfordulása nem ritka. Idősebb egyének betegsége. A tüdőben és a pleurán vérzéses áttéteket okoz.

Az *epidemiologiai* és *aetiologiai* tényezőket illetően is sok a nyitott kérdés. Egyes helyeken (Izland, Izrael, Hawai, Colombia) magas az előfordulás, másutt, pl. Japánban ritka betegségnek számít. Még ugyanezen az országon belül is lehetnek különbségek: pl. Norvégia északi területei inkább veszélyeztetettek, mint a déliek. Az említett Hawai szigeteken pedig a kínai nők gyakori megbetegedése szembeszökő.

Az endémiás golyvás vidékeken a jódhiányt szokás felelőssé tenni a golyváért, majd annak malignisatiójáért (így pl. Ausztriában, Svájcban). Ez sem tekinthető azonban általános érvényű szabálynak: Finnországban pl. gyakori a golyva, de ritka annak rosszindulatú transformálódása, a Hawai-szigeteken pedig megfordított a helyzet: kevés a golyva, de sok a pajzsmirigymalignoma. Mindezek alapján Nadler (Montreal) a jódhiányt csak „egy" faktornak tartja, nem pedig a rosszindulatúvá válás egyetlen okának. A sok megválaszolatlan kérdés mellett megállapodottnak látszik az a megfigyelés, miszerint golyvás vidéken a cc. folliculare és a cc. anaplasticum a gyakoribb, míg a cc. papillare inkább ott, ahol a golyva nem endemiás (Korea, Colombia).

Megdöbbentőek a radioactiv sugárzás oncogenetikus hatásáról tanúskodó észlelések. Hempelmann (Rochester) beszámolója szerint New York államban az utolsó 20 évben kétszeresére nőtt a pajzsmirigy-carcinomák száma, elsősorban fiatal embereket érintően. Ennek okát abban látják, hogy nagyon divatos volt az USA-ban 1930—50 között a legkülönbözőbb jóindulatú nyaki folyamatokat röntgen-sugárral kezelni. Így pl. Rochesterben 1935 és 1945 között a gyermekeknek legalább 1%-a részesült besugárzásban. Ennek következményeit dokumentálja az a 268 személy, aki gyermekkorban thymus-megnagyobbodás miatt kapott besugárzást és akik közül 10 betegen pajzsmirigy-adenomát, 10-nek pedig carcinomát kellett később sebészileg eltávolítani. Japánban az atombombarobbanást követő megfigyelések is a fiatalok és nők feltűnő veszélyeztetettségét bizonyítják. Érdekes az a feltételezés, miszerint Indiában, a Malabar-parton a homok kisugárzásának volna daganatkeltő hatása.

Az *experimentum* nyújtotta adatokat értékelve, mindenki kiemeli a thyreotrop hormon pathogenetikai jelentőségét. A J-hiány, a thiouracil vagy az ahhoz hasonló készítmények, a partialis thyreoidectomia hyperthyreotropinismuson keresztül válnak daganatképzővé. A radioactiv besugárzás ezt a folyamatot támogatja. A TSH promotiós szerepét támogatja az az adat is, miszerint hypophysectomia után patkányon pajzsmirigycarcinoma nem inducálható. Figyelemre méltó Napalkov (Leningrad) közlése, aki patkányon 6-Methylthiouracillal — elég szeszélyes hullámvonalszerű lefutásban ugyan — több generáción át jelentkező thyreoidea-tu.-t tudott létrehozni.

A functionalis momentumokat illetően Lissitzky (Marseille) szerint nincs különbség a beteg és a daganatos szövet között a jódozott proteinek szintézise tekintetében. Az eltérés az intracellularis metabolisatio quantitatív különbözőségeiben van. Végeredményként a rákos szövet jodin-tartalma mégis csökkent (Valenta, Marseille). Talán ez a magyarázata annak a megfigyelésnek (Lemarchand, Lausanne), mely szerint pajzsmirigyrákos betegek serumának TSH-szintje magasabb még euthyreoticus, semmiféle kezelésben nem részesült egyéneken is. Mások a magasabb TSH-tükröt a tumoros szöveten belüli lassúbb TSH-metabolizálódással magyarázzák.

A *klinikai osztályozás* tekintetében a tanácskozás számos hozzászólás után a TNM-szisztéma használata mellett döntött. A T betű a primaer tu. jellemzésére szolgál, indexként alkalmazott számjelekkel: T_0 = nincs tapintható tumor, T_1 = a pajzsmirigyben egy tumor tapintható, T_2 = multiplex tu., vagy solitaer tu. ugyan, de deformitást eredményezően, megtartott mobilitással; T_3 = a tu. nem mobilis, illetve a mirigy határain túl is infiltrativ. Az N betű a nyirokcsomók állapotát tükrözi: N_0 = nyirokcsomó nem tapintható, N_1 = homolateralis mobilis nyirokcsomó észlelhető. N_2 a mobilis contralateralis vagy bilateralis nyirokcsomó jelzője. N_3 megjelölést akkor használjuk, ha fixált lymphoglandulák palpálhatók. Az M betű a metastasisok tekintetében szolgál felvilágosítással: M_0 = nincs metastasis, M_1 = van távoli metastasis. A fentiek szerint jellemzett pajzsmirigy-daganat (pl. $T_2N_1M_0$) bárhol a világon azonos módon értékelhető.

A *kezelés* várható eredményét szemlélteti az alábbi adat (Tubiana és mtsai., Villejuif): 1943 és 1963 között 167 pajzsmirigy-malignomát kezeltek. Ebből 48 esetben a daganat teljes eltávolítása és az ezt követő prophylacticus rtg-besugárzás 94%-os túlélést biztosított 5 évig, illetve 80%-ot 10 évig. Ahol a sebészi eltávolítás makroszkóposan nem volt teljesen keresztülvihető, az 5 éves túlélés 49%, a 10 éves pedig 31% volt. Az 58 inoperabilis tu. közül fenti határidőket szem előtt tartva 15,5%, ill. 5% volt a túlélés.

A sebészi megoldás mikéntjére Lacour (Villejuif) mutat rá: ha nincs propagatióra utaló adat a túloldalon, a tumoros oldali teljes lobectomia a helyes választás. Ha a folyamat az ellenkező oldalra is ráterjedt, teljes mirigyeltávolítás végzendő. Előnyösnek mondható, ha a saját mirigyszövetből valami visszahagyható: az a tapasztalat, hogy a saját szövet jobban supprimálja a TSH-secretiót, mint az exogen (Welti, Paris). Nyirokcsomókimetszés csak a stadiumbeosztás szerinti N_1 és N_2 esetében tanácsos.

Ahol műtét nem jön szóba, hypophysectomia, illetve esetlegesen ^{90}Y kísérelhető meg. Az endogen TSH-secretio fékezését minden esetben szorgalmazni kell. Még kizárólagos, tehát monotherápiaként való alkalmazása is hasznos: Svyatukhina (Moszkva) szerint 61,3%-ban eredményez objectiv remissiót. A ^{131}J csak differentiált tumor esetén ajánlható, ha annak sebészi eltávolítása nem volt teljes vagy ha metastasisok állanak fenn. Az isotop therápia azonban a hagyományos röntgen-sugaras kezelést nem szorította ki teljesen: residualis tumorok és metastasisok palliativ therápiájaként ma is szóba jön. A chemotherápia egyelőre csekély értékűnek minősül: válogatott, késői casusok esetében kerülhet rá sor.

A szép kiállítású, nagy gonddal összeállított munka a pajzsmirigy daganataival foglalkozóknak gazdag kútforrásul szolgál, melyben ugyanarról a problémáról, adott esetben részletkérdésről, több szerző véleményét, illetve adatait ismerheti meg az olvasó. A könyv elsősorban e szakterület művelőinek ajánlható.

Vereckei István dr.

ANTALLERG

ÖSSZETÉTEL: Az Antallerg human szérumalbuminhoz kémiai kötéssel 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 betegeknél 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, blepharoconiunctivitis, coniunctivitis vernalis, gyógyszerallergia eseteiben.

Igen alkalmas asthma bronchiale kezelésére. A fulladásos rosszullétek ritkulása, enyhülése, illetve megszűnése érhető el Antallerg kezeléssel. A kezelés hatásossága 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

HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET

Budapest, X., Szállás utca 5.

A **TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága** 1971. május 5-én, du. 2 órára tűzte ki *Nagy Sándor dr.* asp. kívül benyújtott *„Kísérletes adatok a haemorrhagiás shock befolyásolásához"* című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Győri-Molnár Lajos dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Kovách Arisztid dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

MEGHÍVÓ

a **Magyar Dermatológiai Társulat** 1971. május 15-én és 16-án a SZOTE Bőrklinikájának tantermében tartandó szegedi ülésére.

Program:

1971. május 15-én, du. 4 órakor:

Prof. Pastinszky István dr., az MDT elnökének üdvözlő beszéde, prof. Cormane részére MOTESZ diploma átnyújtása.

Előadások:

Prof. R. H. Cormane dr. (Amszterdam, Bőrklinika): A bőrben levő immunglobulin-depositumok jelenlétének magyarázatára irányuló kísérlet lupus erythematosusban, pemphigus vulgarisban, pemphigoidban és dermatitis herpetiformisban (angolul).

Vita

Szünet

Prof. J. A. Milne dr. (Glasgow, Bőrklinika): Androgen metabolismus az emberi bőrben (ennek valószínű kapcsolata az acne vulgaris aetiológiájához) (angolul).

Vita

Este 8 órakor társasvacsora a Tisza Szálló különtermében.

1971. május 16-án, reggel 9 órakor: betegbemutatások a bőrklinikán.

Délelőtt 11 órakor kirándulás a bugaci csárdába (ebéddel).

Részvételi díj MDT tagok részére 30 Ft.

Jelentkezéseket és szállás igényt kérjük május 10-ig *Szekeres Lenke dr.* adjunktus címére (Szeged, Bőrklinika) bejelenteni.

MEGHÍVÓ

A **III. ker. Szakorvosi Rendelőintézet** és a **Margit Kórház Tudományos Köre** által 1971. május 19-én (szerdán) 14 órakor a Szakorvosi Rendelőintézetben Bp., III., Vörösvári u. 88/96.

Előadás:

Tárgy: *Tájékoztató az Óbudai Rekonstrukcióról.*

Előadó: *Mező Lajos* Ybl-díjas építészmérnök.

Vendégeket szívesen lát a rendezőség.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportjának ülései.

Az előadások a Szemészeti Klinika előadótermében 16 órakor kezdődnek!

1971. május 4.

Üléselnök: *Berencsi György dr.* 1970/71. 25. ülés.

Előadások:

1. *Martin Möbius* (Tüdőbetegségek Központi Klinikája, Bad Berka NDK): Új automatikus pipettázó és leszívó készülék bemutatása, filmvetítéssel (20 perc) (német nyelven).
2. *Debrőczi Tibor* (Állami Kórház, Balatonfüred): Az Eü. Világszervezet szívinfarctusos betegek rehabilitációs programjának balatonfüredi eredményei (20 perc).
3. *Kocsik László* (Szabadkai Kórház Sebészeti Osztálya): Az idült arteriális érelzáródás konzervatív és műtéti lehetőségei (10 perc).
4. *Farkasinszky Teréz, Szilárd János, Varga Miklós* (Ideg-Elme Klinika): Schizophrenia a gyermekkorban (15 perc).

MEGHÍVÓ

a **Békés megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya, a gyulai Megyei Kórház Igazgatósága** és a **Békés Megyei Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete** által 1971. május 27—29-én Gyulán, a gyulai Megyei Kórház fennállásának *125 éves*

jubiláris ünnepségeire és tudományos üléseire.

Műsor:

Az ülések helye: Gyula Város Tanácsa Díszterme (Gyula, Petőfi tér 3.).

Május 27-én, 1/2 10 órakor
Békés megyei Középkáder Szakcsoport Nagygyűlése

Sonkoly Kálmán dr. (Békéscsaba) kórházi főorvos, Békés megyei Bizottság elnöke: *Elnöki megnyitó.*

Vida István dr. (Gyula) városi tanács V. B. elnöke: *Gyula város nevében üdvözli a nagygyűlés résztvevőit.*

Darabos Pál dr. (Budapest), az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet főtitkára: *Az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének VI. Kongresszusa határozatairól.* Ismertető előadás.

Riskó Tibor dr. (Budapest), az orvostudományok doktora: *Emberi tényezők a munkaszervezésben.* Előadás.

Szünet

Sas Mihály dr. (Budapest): az orvostudományok doktora: A nő társadalmi helyzete napjainkban. Előadás.

Május 28-án, 1/2 10 órakor
Ünnepi emlékülés

Taby László dr. (Békéscsaba) megyei főorvos: *Üdvözlés.*

Szabó Zoltán dr. (Budapest) egészségügyi miniszter: *Ünnepi megnyitó.*

Sáró András (Gyula) igazgató-főorvos: *A gyulai 125 éves kórház története.* Előadás.

Prof. Zoltán László dr. (Budapest) egyetemi tanár: Az agyi érbetegségek idegsebészeti vonatkozásai. Előadás.

Szünet

Prof. Varró Vince dr. (Szeged) egyetemi tanár: *Modern gyomor diagnosztika.* Előadás.

Május 29-én, 9 órakor
Tudományos ülés

Üléselnök: *Pintér Miklós dr.* (Gyula), az orvostudományok kandidátusa.

Előadások:

Jakubecz Sándor—Bálint János—Csaba Kálmán—Faragó László (Gyula): *Korszerű újszülött ellátás a megyei Szülészeti osztályon.*

Botos Árpád (Orosháza): Gondolatok a külső epeutak megbetegedéseinek műtéti javallatairól.

Deli László—Lőrinczy Endre—Kander Zoltán—Steffek Márta—Domokos László—Benkő Erzsébet—Hutter Károly—Szász Zsuzsanna (Gyula): *Klinikofarmakológiai vizsgálatok érszűkületes beteganyagon xavinnal.*

Kántor Melinda—Pintér Miklós (Gyula): Acinetobacter fertőzések.

Csémi Katalin—Dobi Sándor (Gyula): A rheumás infectiók szerepe az epilepsiák aetiológiájában.

Szünet

Sonkoly Kálmán—Ferdinándy Kond (Békéscsaba): Denaturált szérumfehérjék polarográfiás vizsgálata hepatitis epidemicában megbetegedetteknél.

Lakos Antal—Révész István (Orosháza): *Veszélyes ritmuszavarok.*

Szentpéteri József—Nagy József—Ádám Ignác (Békéscsaba): *Synoviális Chondromatosis a térdízületben.*

Szegszárdy Tamás—Gazdag István—Szórádi István (Orosháza): *Panthothensav és aminoethylizothiouronicum együttes sugárvédő hatásával kapcsolatos megfigyeléseink.*

Gábor István (Gyula): Gyomorrepedés újszülöttkorban.

A **Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének** elnöksége őszinte köszönetet mond mindazoknak, akik a körzeti orvosok szakképesítésével kapcsolatos körlevélre elküldték szíves válaszukat és véleménynyilvánításukkal értékes segítséget nyújtottak a MÁOTE szakmapolitikai törekvéseihez.

MEGHÍVÓ

a Dél-magyarországi Belgyógyász Decentrum

1971. június 3—4-én

Makón
rendezendő

II. Nagygyűlésére.

MŰSOR:

1971. június 3., csütörtök

9.00: Megnyitó.

9.30: *Prof. Varró Vince dr.:* Biopsziás eljárások a belgyógyászatban.

10.15—10.30: *Szünet*

10.30: *Előadások:*

1. *Máté Konrád dr. és Kispál Mihály dr.* (Szentes, Megyei Kórház, I. Belosztály): Akut benzin-mérgezés.

2. *Perjési László dr.* és *Bene Béla dr.* (Orosháza, Városi Kórház, I. Belosztály): Intraventricularis vezetési zavar gyógyszeres befolyásolása.

3. *Szabó Anna dr.* (Szentes, Megyei Kórház, III. Belosztály): Adams—Stokes-syndroma és arteriosclerosis cerebri.

4. *Lovas Sándor dr.* (Szentes, Megyei Kórház, III. Belosztály): Gyógyult cardiogen shock.

5. *Perjési László dr., Bene Béla dr., Kovács Irén dr.* és *Dúray Gábor dr.* (Orosháza, Városi Kórház, I. Belosztály): Heveny mérgezéses eseteink elemzése $3^1/_2$ éves beteganyagunkban.

6. *Nagyfalusi Mária dr.* (Makó, Városi Kórház, Belosztály): Az akut gastrointestinalis vérzésről.

12.00—12.30:

Hozzászólások, vita

15.30—17.30: *Intenzív kezelést igénylő belgyógyászati kórképek.* Kerekasztal-konferencia.

Vezető: *Tényi Mária dr.*

Résztvevők: *Ábrándy Endre dr., Csanády Miklós dr., Deli László dr., Lakos Antal dr., László Ferenc dr., Iványi János dr., Sági István dr., Szabó Mihály dr., Tiszai Aladár dr.* és *Ugocsai Gyula dr.*

17.45: Vezetőségi ülés (kis tanácsterem).

19.30: Közös vacsora a Maros-parti Vadászházban.

1971. június 4., péntek

9.00: *Előadások:*

8. *Magyar József dr.* (Szentes, Megyei Kórház, III. Belosztály): Sarcoma oesophagi és cytostaticum okozta agranulocytosis.

9. *Máté Konrád dr.* és *Kispál Mihály dr.* (Szentes, Megyei Kórház, I. Belosztály): Hashimoto-féle struma.

10. *Domokos József dr.*, (Szeged, Rendelőintézet, Rheumaszakrendelés): Rumalon-kezeléssel szerzett 7 éves tapasztalataink a különböző lokalizációjú degeneratív ízületi megbetegedésekben.

11. *ifj. Hutter Károly dr., Mandik Éva dr.* és *Szász Zsuzsanna dr.* (Gyula, Megyei Kórház, II. Belosztály): Tömeges ólommérgezés akkumulátor üzemben, munkavédelmi szabályok megszegése folytán.

12. *Popper Endre dr., Grünwald Imre dr., Vass Sándor dr.* és *Popp Stefán dr.* (Nagyvárad, I. sz. Kórház, I. Belgyógyászati Osztály és Poliklinika, Gastroenterologiai Osztály): A chronikus hepatitisben és cirrhosis hepatisben szenvedő betegekre ható néhány tényező értékelése.

10.00—10.30:

Hozzászólások, vita

10.30—10.45: *Szünet*

10.45:

13. *Szász Károly dr.* (Makó, Városi Kórház, Belosztály): A CRST-syndromáról.

14. *Kováts András dr., Dani Győző dr.* és *Lakatos László dr.* (Orosháza, Városi Kórház, II. Belosztály): Infusiós cholecysto-cholangiographiával szerzett tapasztalataink.

15. *Somos Terézia dr.* és *Novaszel Ferenc dr.* (Szeged, Városi Kórház, II. Belosztály): A Dressler-syndromáról.

16. *Iványi János dr.* és *Pluhár János dr.* (Gyula, Megyei Kórház, I. Belosztály és Fertőző Osztály): Megfigyelések 45 leptospirosisos betegen.

17. *Sepp József dr.* (Makó, Városi Kórház, Belosztály): Szénhidrát-anyagcsere vizsgálatok myocardialis infarctusban.

11.45—12.15:

Hozzászólások, vita

Tájékoztató:

Előadások helye: Városi Tanács V. B. díszterme (Makó, Lenin tér 22.).

Kongresszusi iroda: 1971. június 2-án, 18.00—20.00 óráig, június 3-án a Városi Tanácson.

Vetítési lehetőség: 5 × 5-ös diapozitív.

Az előadások időtartama: 10 perc, hozzászólásoké 2 perc.

Étkezési lehetőség: Büfé a helyszínen, egyéb étkezések a Korona Szálloda éttermében (Lenin tér).

MEGHÍVÓ

1971. május 11—12-én Pécsett rendezendő

ORSZÁGOS ANYA- ÉS CSECSEMŐVÉDELMI ANKÉTRA

A **Magyar Vöröskereszt Országos elnöksége**, a **Baranya megyei Vöröskereszt vezetősége**, a **Baranya megyei Szakszervezetek megyei Tanácsa**, a **Baranya megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya** rendezésében.

Témakör:

Az egészségügyi szakszolgálat és a társadalmi szervek szerepe az anya- és csecsemővédelemben.

Az ankét helye: Járási Tanács V. B. díszterme, Pécs, Kulich Gy. u. 5. sz.

Május 11-én (kedd) 9 óra:
Az ankét ünnepélyes megnyitása.

Kóbor József dr., a Baranya megyei Vöröskereszt elnöke, megyei főorvos üdvözli az ankét résztvevőit.

Rostás István dr., a Magyar Vöröskereszt főtitkára megnyitó beszédet mond.

Technikai szünet

ELSŐ ÜLÉSSZAK

Az ülésszak elnöke: *prof. Lajos László* (POTE, Szülészeti Klinika).

Az ülésszak titkára: *Thán Nándor dr.* (Baranya megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya).

1. *Prof. Lajos László* (POTE, Szülészeti Klinika): *Az antenatalis és natalis praeventio jelentősége, annak társadalmi vonatkozásai Magyarországon* (30 perc).

2. *Kóbor József dr.* megyei főorvos, *Thán Nándor dr., Bédi Gyula dr., Tóth Emil dr., Tényi Jenő dr.* (Baranya megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály, POTE, Szervezéstani Intézet): *Az anya- és csecsemővédelem javítására tett szervezeti, tartalmi és társadalmi intézkedések Baranyában* (20 perc).

3. *Thán Nándor dr., Kóbor József dr., Tóth Emil dr.* (Baranya megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály): *Az orvos szerepe a centrális terhesgondozásban* (15 perc).

4. *Váczy László dr., Erdős Ervin dr.* (Tolna megyei Tanács V. B. Kórház, Szülészeti Osztály) és *Horváth Jenő dr.* (Tolna megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály): *A Tolna megyei terhesellátás minőségének javítása érdekében végzett munkánk tanulságai* (15 perc).

5. *Bognár Zoltán dr.* (Schöpf-Mérei Ágost Kórház és Nővédelmi Központ, Budapest): *A főváros egységes szülészeti-nőgyógyászati ellátásának tapasztalatai a terhesgondozásban* (15 perc).

6. *Temes Gyuláné dr., Kóbor József dr., Thán Nándor dr., Tóth Emil dr.* (Baranya megyei Tanács, V. B. Egészségügyi Osztály): *A védőnők és a vöröskeresztes aktívák együttműködése a centrális terhesgondozásban* (10 perc).

7. *Tóth Emil dr.. Kóbor József dr., Thán Nándor dr., Temes Gyuláné dr.* (Baranya megyei Tanács V. B., Egészségügyi Osztály): *A vöröskeresztes aktívák szerepe az egészségnevelés új formáiban* (10 perc).

8. *Bátor Margit dr., Thán Nándor dr.* (Baranya megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály), *Radics Antal dr.* (Sellye, Siklósi Járási Tanács Egészségügyi Osztály): *Az egyedülálló terhes nők gondozása és ebben a társadalmi aktívák szerepe Baranyában* (10 perc).

9. *Seres Gábor dr., Kóbor József dr., Thán Nándor dr.* (Baranya megyei Tanács V. B. Kórháza és Egészségügyi Osztálya): *A terhespatológiai osztály szerepe és jelentősége a veszélyeztetett terhesek ellátásában* (10 perc).

Hozzászólások

Ebédszünet

Május 11-én (kedd), 15 óra:

MÁSODIK ÜLÉSSZAK

Ülésszak elnöke: *prof. Varga Ferenc* (POTE Gyermekklinika).

Az ülésszak titkára: *Jáni Lajos dr.* (Baranya megyei Gyermekkórház, Pécs).

10. *Prof. Sárkány Jenő* (Heim Pál Gyermekkórház, Budapest): *A koraszülések alakulásának társadalmi jelentősége hazánkban* (20 perc).

11. *Prof. Mestyán Gyula* (POTE Gyermekklinika): *Perinatalis veszélyeztetettség a gyakorlat tükrében* (20 perc).

12. *Horváth Mihály dr.* (Siklós Járási Tanács V. B. Kórháza): *Az állami egészségügyi szolgálat és a vöröskeresztes aktívák szerepe a szociálisan veszélyeztetett csecsemők egyes csoportjainak gondozásában.* (15 perc).

13. *Járai István dr., Kóbor József dr., Dobák Endre dr., prof. Mestyán Gyula* (POTE Gyermekklinika, Baranya megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya): *A koraszülött-ellátás és -szállítás gyakorlatának tapasztalatai Baranyában* (10 perc).

14. *Dobák Endre dr., Páli Kálmán dr., Seres Gábor dr.* (Baranya megyei Tanács V. B. Kórháza): *A terhespathológiai osztály újszülötteinek biológiai értékelése* (10 perc).

Hozzászólások

Május 12-én (szerda), 9 óra:

HARMADIK ÜLÉSSZAK

Az ülésszak elnöke: *prof. Tényi Jenő* (POTE Szervezéstani Intézet).

Az ülésszak titkára: *Tóth Emil dr.* (Baranya megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály).

15. *Kovács András dr.* (Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest): *A családtervezés társadalmi vonatkozásai* (30 perc).

16. *Prof. Szontágh Ferenc* (Szeged, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika): *Endokrinológia útja a jövő családtervezésében* (15 perc).

17. *Páli Kálmán dr.* (Baranya megyei Tanács V. B. Kórháza, Szülészeti Osztály): *A praeconceptionális gondozás jelentősége az anyavédelemben* (15 perc).

18. *Jakubecz Sándor dr.* (Gyulai Városi Tanács V. B. Kórháza, Szülészeti Osztály): *A családtervezés és a nővédelem Békés megyében* (10 perc).

19. *Aszódi Imre dr.* (Borsod megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály): *Nővédelmi gondozó munkájának eddigi tapasztalatai* (10 perc).

20. *Bangha Béla dr.* (Fehér megyei Tanács V. B. Kórház): *A korszerű nő- és anyavédelem társadalmi segítése* (10 perc).

21. *Lelkes Márta dr.* (Orvostovábbképző Intézet Szervezéstani Tanszék): *Üzemi nővédelem* (10 perc).

22. *Varga Józsefné* (Csongrád Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály): *Családtervezés, családvédelmi munka Csongrád városban* (10 perc).

Hozzászólások

A kétnapos ankét munkáját értékeli és zárszót mond: *prof. Sárkány Jenő* kandidátus, igazgató-főorvos, a Magyar Vöröskereszt Családvédelmi Munkacsoportjának elnöke.

TUDNIVALÓK:

Információs ügyelet: Baranya megyei Vöröskereszt Irodája, Pécs, Széchenyi tér 7.

Az előadások a meghívón feltüntetett időtartamot nem haladhatják meg.

Az előadások kéziratát kérjük az ülés titkárának leadni.

Az előadásokat ugyanis kiadvány formájában megjelentetjük.

Elhelyezés: Nádor és Pannónia Szállóban.

Jelentkezés a programban való részvételre, a meghívókhoz mellékelt űrlapon.

Étkezés a Nádor Szálloda éttermében.

Vöröskeresztes bélyegkiállítás az ülések helyszínén.

Társas programok:

1. Május 11-én, 17.30 órakor indulás autóbusszal Siklósra, illetve Harkányba, 18 órakor várlátogatás, 19 órakor vacsora a siklósi Váréttermben, 20 órakor éjszakai fürdés Harkányban.

2. Zsolnay Múzeum, Székesegyház, Dzsámi megtekintése.

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 rendelésre" c. könyvhöz küldött pótlapon található.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(245)

Az Országos Mentőszolgálat főigazgatója (Budapest, V., Markó u. 22.) pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

— OMSZ vezetője Budapesten (E 126 ksz.);

— OMSZ vezetője megyében (E 163 ksz.) Eger és Szolnok székhellyel;

— OMSZ vezetője városban (E 164 ksz.) Dunaújváros, Tatabánya, Nyíregyháza, Sátoraljaújhely, Szolnok mentőállomásokon;

OMSZ orvosa (E 166—167 ksz.) Debrecen, Miskolc, Dunaújváros mentőállomásokon.

Javadalmazás kulcsszám szerint, + pótlékok. Sátoraljaújhelyen lakás biztosítva van.

Pályázatokat a szolgálati út betartásával kell megküldeni, fenti címre.

Bencze Béla dr.
főigazgató

(246)

Mátészalkai Járási Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (Mátészalka, Sallai I. u. 2. Tel.: 8.) pályázatot hirdet a megüresedett E 109 ksz. **laboratóriumi osztályvezető főorvosi** állásra. Illetmény kulcsszám szerint alapbér + 30% veszélyességi pótlék.

Mellékállás vállalása lehetséges. Kétszobás összkomfortos lakást biztosítunk.

Csiszár Gusztáv dr.
igazgató-főorvos

(247)

Pályázatot hirdetek a budapesti III. ker. Szakorvosi Rendelőintézetben ürült E 126. kulcsszámú **nőgyógyász szakorvosi** állásra. Illetménye kulcsszám szerint.

Kérem a pályázatokat a megjelenéstől számított 15. napon belül, szolgálati úton, a III. ker. Szakorvosi Rendelőintézet Igazgatóságára (Budapest, III., Vörösvári út 88—96.) megküldeni.

Láng János dr.
igazgató-főorvos

(248)

Ózd, Városi Kórház-Rendelőintézet Egység igazgató-főorvosa (Ózd, I., Béke u. 1.) pályázatot hirdet Ózd székhellyel az alábbi orvosi állásra: 1 fő E 127 ksz. **röntgen-orvosi** állásra. Szakképesítés esetén a megfelelő kulcsszám szerint alkalmazzuk. Javadalmazás kulcsszámnak megfelelően. Lakás biztosítva. Az állás azonnal elfoglalható.

Gavallér István dr.
főorvos, igazgató-h.

(249)

Az EGYT Gyógyszervegyészeti Gyár pályázatot hirdet a **Kutatási Főosztályon betöltendő orvosi** állásra. A pályázathoz nyelvtudás fordítói szinten szükséges. Szakképesítéssel nem rendelkező orvosok is jelentkezhetnek. Illetmény a rendeletileg előírtak szerint. A betöltendő munkakörrel kapcsolatban érdeklődni lehet a 497—073-as telefonon. A pályázatokat önéletrajz mellékelésével kérjük a gyár Személyzeti és Oktatásügyi Főosztályához eljuttatni.

Pál János dr.
munkaügyi o. vez.

(237)

Az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet (Budapest, XII., Pihenő út 1. sz.) igazgatósága pályázatot hirdet az Intézet kórszövettani és kórbonctani osztályán megürülő E 112-es kulcsszámú **segédorvosi** állásra.

Az állásra elsősorban kórboncnoki szakképesítéssel rendelkező orvosok jelentkezhetnek.

Nyelvtudással rendelkező orvos előnyben részesül.

A meghirdetett állásra a 6/1970. (Eü. Közl. 4.) Eü. M. számú utasításban meghatározott okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeket a hirdetmény közzétételétől számított 15 nap alatt a szolgálati út betartásával kell megküldeni.

Hutás Imre dr.
igazgató-főorvos
c. egyetemi docens

(238)

A komáromi Járási Tanács I. sz. kórházának igazgatója pályázatot hirdet a Szőnyi kórház szülészet-nőgyógyászati osztályán újonnan szervezett E 113 kulcsszámú **segédorvosi állásra.** Férőhelyet, esetleg lakást biztosítunk.

Patakay László dr.
igazgató-főorvos

(239)

A kecskeméti Megyei Kórház igazgatósága (Kecskemét, Izsáki u. 5. sz.) pályázatot hirdet E 210 kulcsszámú **ápolónői** állásokra. Illetmény kulcsszám szerint, valamint munkaköri pótlék.

Egyedül álló nők részére Nővérotthont biztosítunk.

(240)

Hatvan Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (Hatvan, Kossuth tér 18.) pályázatot hirdet Hatvan városban szervezett, üresedésben levő 1 fő E 176 kulcsszámú **körzeti gyermekorvosi** állásra. Illetmény kulcsszám szerint.

A meghirdetett állás 1971. május 1-vel foglalható el. Az állásra pályázók szabályszerűen felszerelt kérelmeiket a szolgálati út betartásával nyújtsák be.

Szőke László dr.
igazgató-főorvoshelyettes

(241)

Pályázatot hirdetek a Főv. Tan. Péterfy S. u. Kórház-Rendelőintézetben újonnan szervezett E 108 kulcsszámú területi vezető **hygiénikus főorvosi** állásra.

Forgács József dr.
igazgató-főorvos

(242)

A Balatonfüzfő-gyártelepi Üzemi Rendelőintézet vezetője pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett főfoglalkozású **üzemorvosi** és a vele egybekötött napi 3 órás **gyermekszakorvosi** állásra. **(Csak gyermek-szakorvosok pályázhatnak,** esetleg a napi 3 óra gyermekszakorvosi munka lerövidíthető.)

Illetmény a ledolgozott évektől függően és a megfelelő kulcsszám szerint. Ezenkívül évi kb. 8000—9000 Ft. iparvidéki pótdíj és havi 700—800 Ft készenléti díj.

Az álláshoz 3 és fél szobás szolgálati lakás biztosítva van. Minden második szombat, szabad szombat.

A pályázati kérelmeket a Balatonfüzfő-gyártelepi Üzemi Rendelőintézet üzemi főorvosa címére kell benyújtani.

Arany László dr.
kórházigazgató-főorvos

(243)

A Veszprém megyei Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 fő **hygiénikusi főorvosi** állásra, valamint 1 fő **segédorvosi állásra,** az intézet Baleseti Sebészeti Osztályán. A segédorvosi állás betöltéséhez 3 éves sebészeti gyakorlat szükséges.

Az állásokhoz az intézet jelenleg lakást biztosítani nem tud. Javadalmazás kulcsszám szerint. A szabályszerűen felszerelt kérvényeket az intézet igazgató-főorvosához kell benyújtani.

Arany László dr.
kórházigazgató-főorvos

(244)

Szolnok megyei Tüdőbeteggyógyintézet igazgató-főorvosa (Szolnok, Vöröscsillag u. 32.) pályázatot hirdet 3 fő E 113 kulcsszámú **segédorvosi állásra belgyógyászati osztályon,** továbbá 1 fő E 113 kulcsszámú **segédorvosi állásra sebészeti osztályon.**

Szakvizsgával rendelkezők szakképzettségüknek megfelelő kulcsszámú állásra nyernek kinevezést.

Perényi György dr.
igazgató-főorvos

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

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

„Az ember oly nagy, hogy nagysága még önnön nyomorúságának ismeretében is megnyilvánul."

Pascal

„Rendszerint jobban meggyőznek minket azok az érvek, melyekre magunk jöttünk rá, mint azok, melyek másoknak jutottak eszükbe."

Pascal

„... a bölcs tétlenségre csak egy illőbb szó hiányzik, s az, hogy az elmélkedést, beszélgetést, olvasást és nyugton-maradást munkának nevezzék."

La Bruyère

„Az ember számára csak egyetlen igazi csapás van: az, ha érzi, hogy hibát követett el és van mit szemére vetnie magamagának."

La Bruyère

„Nem könnyű meggyőzni az embereket arról, hogy szemük helyett eszükkel nézzék a világot."

Fontenelle

„Tudatlanságunk következménye az, hogy képzeletünkben mindent a magunk hasonlatosságára festünk és képmásunkat az egész természetbe kivetítjük."

Fontenelle

ROKUS

V/K „TECHSNABEXPORT" exportálja:

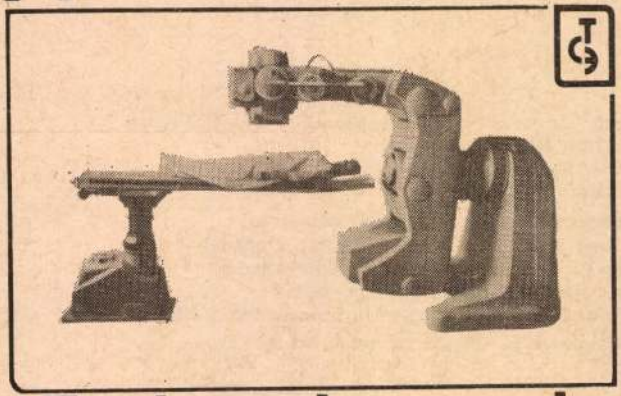
Kobaltágyúk a sugárkezeléshez

„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

CÍMÜNK:
Szovjetunió, Moszkva, G-200
Szmolenszkaja – Szennaja, 32/34.
Telefon: 244–32–85
Telex: 239



Techsnabexport

BUDAPEST

Látogassa meg a Techsnabexport standját a Budapesti Nemzetközi Vásáron!

ELŐADÁSOK — ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1971. május 3. hétfő	POTE Központi épület IV. sz. tanterem	du. 5 óra	*Pécsi Orvostudományi Egyetem*	1. *Takáts István, Szilvássy Ildikó és Kerek Andrea:* Szemnyomás és csarnokvíz-keringés vizsgálatok nyulakon propranolol intravénás adása után (15 perc). 2. *Rácz Péter, Takáts István és Kovács Bálint:* Haemodynamikai és volumen változások ércompressiók hatására macskaszemeken (15 perc). 3. *Bartos Mayer Ferenc és Tóth Károly:* A végtagemboliák sebészi kezeléséről (20 perc).
1971. május 4. kedd	Országos Közegészség-ügyi Intézet IX., Gyáli út 2—6. „A" épület, nagy tanterem	du. 2 óra	*Országos Közegészségügyi Intézet*	1. *Csonka Éva:* Subacut sclerotizáló panencephalitis (15 perces előadás). 2. *Karasszon Dénes, Fornosi Ferenc, Mázló Mária, Pallinger Zoltán, Tariska István:* Immunfluorescens vizsgálatok subacut progresszív panencephalitisben (15 perces előadás). Előadó: *Karasszon Dénes.*
1971. május 6. csütörtök	Megyei I. Kórház Zalaegerszeg Zrínyi u. 1.	du. 4 óra	*A Megyei I. Kórház és Tüdőgyógyintézet Tudományos Bizottsága*	1. *Degrell I.:* A vastag- és végbél rosszindulatú daganatainak felismerése és sebészi kezelése (20 perc). 2. *Hegyi P.:* Fitoncidok cytotoxikus hatása Ehrlich-ascites tumorsejtekre in vivo kísérletek alapján (10 perc). 3. *Tolnay K., Bogár L.:* Pulmonalis aspergillosis esete (10 perc).
1971. május 7. péntek	II. Belklinika tanterme VIII., Szentkirályi u. 46.	du. 5 óra	*Semmelweis Orvostudományi Egyetem*	*Jendrassik Ernő emlékelőadás.* 1. Elnöki megnyitó: *Tarján Imre* egyetemi tanár, tud. rektorhelyettes. 2. Jendrassik Ernő emlékelőadás: „A vibráció hatása a szervezetre". Előadó: *Gáti Tibor.*
1971. május 10 hétfő	POTE Központi épület IV. sz. tanterem	du. 5 óra	*Pécsi Orvostudományi Egyetem*	1. *Márk Bertalan és Molnár József:* Epekőbetegség képében jelentkező arteria pancreaticoduodenalis aneurysma (bemutatás, 10 perc). 2. *D. G. Miller:* Az insulin elválasztás újszülöttben (30 perc). 3. *Pulay Tamás, Kovács Csaba és Illei György:* A foetoplacentaris egység és az anya immunglobulin szintjének összehasonlító vizsgálata terminusban (15 perc).
1971. május 13. csütörtök	Megyei Kórház kultúrterme Kaposvár	du. 3 óra	*Tudományos Bizottság*	1. *Bodosi Mihály, Bíró Vilmos:* A retroperitonealis sérülések diagnosztikai problémái. 2. *Lőke Miklós:* Alsóvégtag obliteráló érbetegségeiről. 3. *Mecseki László, Kósik Gyula:* A traumás asphyxia.
1971. május 13. csütörtök	Semmelweis terem VIII., Szentkirályi u. 21.	du. 4 óra	*„Korányi Frigyes" Tbc és Tüdőgyógyász Társaság*	Üléselnök: *Miskovits Gusztáv. Katona László:* A tüdőosztály korszerű működésének feltételei.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató
Telefon: 116—660
MNB egyszámlaszám: 69.915.272—46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a kézbesítőknél, 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

71.1463 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

MISCLERON

kapszula

A Miscleron az esetek nagy részében csökkenti a vérlipoidok – főleg a triglyceridek és cholesterin – 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, thrombocyta tapadás, fibrinolytikus aktivitás) befolyásolásával a thrombosiskészséget csökkenti. Közvetlen szöveti hatását xanthomatosisban és diabeteses retinopathiában megfigyelt kedvező eredmények alátámasztják.

ÖSSZETÉTEL:

Kapszulánként 250 mg Clofibratum (aethylium-α-(p-chlorphenoxy)-isobutyricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Olyan betegségek, amelyekben a serum lipidek (cholesterin, triglyceridek) szintje kórosan megemelkedett. Ideértve elsősorban a következő betegségek hyperlipidaemiával járó eseteit: atherosclerosis (coronariasclerosis, 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 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 exsudativ 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.

HALIDOR

Vasospasmolyticum

Spasmolyticum

ÖSSZETÉTEL:

1 tabletta 100 mg, 1 amp. (2 ml) 50 mg benzcyclan hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLAT:

vascularis indikáció: peripheriás-verőér megbetegedés, coronaria-betegség, cephalalgia, agyi angiospasmus, vascularis eredetű szembetegség;

visceralis görcsoldás: gastrointestinális spasmus, gastritis, enteritis, colitis, tenesmus, cholecystopathia, cholelithiasis, postcholecystectomiás panaszok; hólyag-tenesmus, valamint adjuvánsként nephrolithiasis esetén;

egyéb gyógyszerekkel kombinálva alkalmas fekélybetegség kezelésére, duodenalis, ill. ventricularis ulcus fájdalmainak csökkentésére, a szubjektív panaszok javítására, továbbá bronchus-görcs oldásának elősegítésére, asthma bronchiale, bronchitis asthmatica esetén.

ELLENJAVALLAT:

ez ideig nem ismeretes. A keringés és a légzés súlyos zavara, collapsushajlam esetén azonban a parenterális alkalmazásnál óvatosság ajánlatos.

Adagolásáról, mellékhatásáról és egyéb tudnivalókról a „Tájékoztató" c. kézikönyv ad felvilágosítást.

CSOMAGOLAS:

20 tabl.	14,50 Ft	10 amp.	17,70 Ft
200 tabl.	121,80 Ft	100 amp.	165,– Ft

EgyT

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI
GYÁR
BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

112. ÉVFOLYAM 19. SZÁM 1081—1140 OLDAL

BUDAPEST, 1971. MÁJUS 9.

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 fertőzéses 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).
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 (bőrpir, 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 testi szükségessé.
Mivel a NEVIGRAMON bakteriostatikus 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

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SÓS JÓZSEF DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

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

*

112. ÉVFOLYAM

*

19. SZÁM

*

1971. MÁJUS 9.

TARTALOMJEGYZÉK

Antall József dr.:
A pesti orvosi iskola
és a centralisták egészségügyi politikája 1083

ORVOS ÉS JOG

Dezső László dr.:
Polypragmasia és büntetőjog 1090

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Szamosi József dr. és Tóth József dr.:
A gyermekkori enuresis egyes kérdései 1093

FEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉGEK

Szathmáry György dr. és Fazekas Árpád dr.:
Pendred-syndroma négy unokanővérben 1098

A KÖRZETI ORVOS GYAKORLATA

Antalóczy Zoltán dr.:
Szívpanasz és szívbetegség 1104

KAZUISZTIKA

Lakner Géza dr. és Berentey Ernő dr.:
Mesenterialis steal syndroma 1106

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNYEK

Quo vadis, Medicina...? 1109

Folyóiratreferátumok 1111

Levelek a szerkesztőhöz 1125

Könyvismertetés 1127

Hírek 1131

Megjelent 1126

Pályázati hirdetmények 1129

Előadások, ülések 1140

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 tranquillosedativum, mely főhatása mellett izomrelaxans és anticonvulsiv hatást is kifejt.

JAVALLATOK:

Fokozott psychés feszültséggel, motoros izgalmi állapottal, súlyos szorongással járó megbetegedések.
Súlyos hysteriás primitív reactiók.
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 álmosság 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 tranquillosedativumokhoz 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.

„Báró Eötvös József vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister 1848-ban és ismét 1867 óta, a m. tudományos akadémia és a m. orvosok és természetvizsgálók Pesten 1863-ban tartott IX. nagygyűlésének elnöke, sz. k. Buda fővárosa országgyűlési képviselője, f. h. 2-án éjjel 11 órakor, élete 58 évében meghalt."

Semmelweis Orvostörténeti Múzeum és Könyvtár
(igazgató: Fekete Sándor dr.)

A pesti orvosi iskola és a centralisták egészségügyi politikája*

Eötvös József halálának 100. évfordulóján

Antall József dr.

Az Orvosi Hetilapból (1) valók e szavak, Markusovszky Lajos örökítette meg az elhunyt érdemeit, a felsőoktatásban és az orvosképzésben játszott szerepét. Közölték boncvizsgálatának eredményét, amelyet Arányi Lajos végzett Korányi Frigyes, Lenhossék József, Lumniczer Sándor, Markusovszky, Scheuthauer és Wagner János jelenlétében. Most már egy évszázad távlatából idézzük fel, hogy milyen történelmi körülmények között, milyen örökséggel és milyen eszmék hatása alatt született meg Eötvös és a centralisták egészségügyi politikája, hogyan függ össze programjuk a pesti orvosi iskola kialakulásával.

Abszolutizmus és az egészségügyi politika iránya

Az európai haladással párhuzamosan vagy az alig mögötte haladó kelet-európai fejlődés a XV—XVI. század fordulóján kérlelhetetlenül lemaradt. Az óceánokkal és a tengerentúli területekkel életközösségbe kerülő, a kapitalisztikus fejlődés századaiba lépő és virágzásnak induló Nyugat-Európa mellett megrekedt, ellentétes és visszahúzó erők hatása alá került Kelet-Európa, illetve Kelet-Közép-Európa.

Az Anjou-kort jellemző felzárkózás, az itáliai műveltséggel összefonódott Mátyás-kori reneszánsz után, a török háborúk és Habsburg-ellenes rendi szabadságharcok időszaka (1526—1711) végzetes veszteséget jelentett Magyarországnak. Évszázadokra konzerválódtak a feudalizmus vonásai, az ipar elmaradt, nem bontakozott ki megfelelően a kereskedelem, megmaradt a nemesség vezető szerepe és elakadt a polgárság fejlődése. A hódítás gyümölcse helyett a meghódolás következményeivel kellett számolnia ezeknek a népeknek, gazdaságilag-társadalmilag elmaradottabb államok hatása alá kerültek (Török Birodalom stb.) — Európa hátsó „baromfiudvarává" süllyedtek ezek az országok. A szűnni nem akaró háborúk a lakosság mérhetetlen pusztulásához vezettek. A XV. század végén 5 millióra becsült magyarság, amely a fejlett nyugat-európai államok egyikének-másikának lakosságával vetekedett, a XVIII. század elejére alig érte el a 3 milliót. Ez a demográfiai tényező mind közgazdasági, mind nemzeti szempontból meghatározó jellegűvé vált. Ekkor indult meg a nagy arányú telepítési mozgalom, és ekkor jöttek létre a későbbi nemzetiségi viszályok okát adó, a nemzetiségi kérdés kialakulását elősegítő történelmi körülmények Magyarországon.

A tőkehiánnyal küzdő területeken, a polgárság önerejét nélkülöző országokban, szükségszerűen csak etatista jellegű reformok segíthették elő a fejlődést. Senki sem tagadhatja, hogy a XVIII. század folyamán éppen a magyar nemzeti törekvéseket háttérbe szorító Habsburg-abszolutizmus korszakában történtek meg az első fontos intézkedések a modernizáció, a polgári fejlődés irányába. Különösen vonatkozik ez *Mária Terézia* uralkodásának (1740—1780) második felére (a hatvanas évektől kezdve), *illetve II. József* (1780—1790) kormányzása idejére, amelyet a felvilágosult abszolutizmus (jozefinizmus) időszakának tekintünk. Erre az időre esik az egészségügyi igazgatás kiépítése és az orvosképzés alapjainak a lerakása is. Az 1635-ben alapított nagyszombati egyetemet *Mária Terézia* szervezte újjá, egészítette ki orvosi karral 1769-ben (2).

A magyar orvosképzés így bécsi alapokon nyugodott. A nagy *Van Swieten, Boerhaave* tanítványa rakta le alapjait, az ő tanítványaiból kerültek ki az első nagyszombati és budai orvosprofesszorok. Bár igen sokan látogatták a magyarok közül a külföldi egyetemeket (Angliában, Hollandiában, Németországban stb.), de ezek többsége protestáns volt, így nem számíthattak itthon katedrára. Ennek vitatha-

* A szerző három előadása anyagát foglalta össze a dolgozatban. 1969. október 2-án Weimarban, a Német Orvostörténeti Társaság közgyűlésén „Die historischen und wissenschaftlichen Faktoren der Entwicklung der Pester medizinischen Schule in der Mitte des 19. Jahrhunderts" címen (megjelent: „Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin 1970. évi. 4. füz.); 1969. november 11-én, a Magyar Orvostörténelmi Társaság jubileumi ülésén a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen (200 éves évf.) „Eötvös és a centralisták egészségügyi politikája — a magyar orvosképzés reformja" címen; 1970. szeptember 2-án Bukarestben, a XXII. Nemzetközi Orvostörténelmi Kongresszuson (megjel.: Absolutism and Liberalism in Health Policy in Hungary. Medical History in Hungary, Budapest, 1970.).

tatlan hátrányai ellenére megállapíthatjuk, hogy az első bécsi iskola, *Van Swieten* neveltjei olyan egységes szemléletű gárdát alkottak tudományos és oktatási szempontból, amely feltétlenül jelentett bizonyos pedagógiai előnyt a külön-külön talán nagyobb tehetségekkel szemben.

Bécs volt a magyar orvosok Mekkája, ahol az első bécsi iskola mestereinek tanításait szívhatták magukba, illetve azok tanításait közvetítette a nagyszombati, majd — az áthelyezés után (1777) — a budai és pesti orvosi kar. De a XVII—XVIII. század távoli városokba vándorló protestáns medikusainak nyomában, most már új szándékokkal, új törekvésekkel, igen sokan törekedtek a Bécsen túli világ megismerésére. Az első magyar orvosnemzedék magába szívta Bécs e nagy korszakának tudományos eredményeit és befogadták — bár nem szabad túlzásokba esnünk — a felvilágosodás eszmevilágát is. Orvosi ismereteik a kor színvonalán állottak, és viszonylag igen gyorsan reagáltak az újabb orvosi felfedezésekre. Jellemző, hogy *Jenner* felfedezése után alig egy-két évvel már több magyar nyelvű szakmunka tárgyalta az ajánlott eljárást és a gyakorlatban is alkalmazták a himlőoltást.

A magyar orvosi közélet és a második bécsi iskola

A nemzeti önállóságért és a társadalmi rend polgári jellegű átalakításáért folytatott küzdelem volt a XIX. században a történelem parancsoló követelése és egyben a politikai progresszió programja. Ennek szolgálatába szegődött a kibontakozó magyar értelmiség és annak egyik legjelentősebb rétege, a modernizációt leginkább követelő orvostársadalom. Századok megoldatlan kérdéseit, a lemaradás beláthatatlan mérföldjeit kellett felszámolni, ha az „európai ollót" kissé össze akarták csukni.

A francia forradalom reakciójaként azonban konzervatív tendenciák váltották fel a politikai rendben érvényesülő progresszív törekvéseket. A szellemi és nyelvi megújhodás, a magyar nyelv modernizálása jelentette az egyedüli lehetőséget az értelmiség számára (3). Így a XVIII—XIX. század fordulójának magyar orvosnemzedéke elsősorban a kezdés érdemeit szerezhette meg tudománytörténeti és általános művelődéstörténeti szempontból egyaránt. Az ő nyomdokaikon indult el a következő nemzedék, amely a magyar „Risorgimento" évtizedeiben olyan fontos szerepet játszott. Ugyanazok a történelmi tényezők hatottak nálunk — más körülmények között — mint a német és olasz egységmozgalmakban, csak nálunk a nemzeti állam megteremtésének nem a széttagolódás, hanem a függőség volt a fő akadálya.

Talán nem is csodálkozhatunk azon, hogy ebben a korszakban (4) az orvosok között is a „közéleti orvos" és nem a „kutató orvos" típusa vált uralkodóvá. A pezsgő szellemi és politikai élet, a reformok végrehajtása jobban kedvezett a fórumokon mozgó embereknek, mint a szakkutatóknak. Ennek a második nemzedéknek igazi érdeme a magyar orvosi szaknyelv megteremtése, a tudományos társaságok létrehozása és a magyar nyelvű orvosi szaksajtó megalapítása volt. *Bugát Pál* és *Toldy Ferenc* hozta létre az Orvosi Tár c. folyóiratot, amely 1831—1848 között a kor színvonalán álló, a külföldi irodalmat és a hazai eredményeket magyarul tárgyaló folyóirat volt. De ennek a lapnak is az egységes magyar orvosi terminológia kialakítása volt az elsődleges célja, amint azt a szerkesztők beköszöntője is jelzi. Később ez a nyelvújító kedv túlzásokra is vezetett, ami összeütközést okozott a szerkesztők között is (később Flór Ferenc lett Bugát társa).

A fórumokat kedvelő, az ország társadalmi és szellemi életében szerepet játszani kívánó orvosok létrehozták a Budapesti Orvosegyesületet (1837), a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűléseit, majd pedig a Természettudományi Társulatot (1841). Ezeknek az orvosi-természettudományi egyesületeknek az adott különös jelentőséget, hogy a *Széchenyi István* által 1825-ben létesített Magyar Tudományos Akadémia elsősorban a humán tudományoknak vált az otthonává és — még a természettudományokon belül is — elsősorban a nyelvi kérdéseknek szentelte munkáját. A közélet valamennyi területén találkozunk orvosokkal, akiknek szereplése abból a szempontból is hasznos volt, hogy hatással voltak a vezető politikusok közegészségügyi szemléletének kialakulására.

A reformkor pezsgő politikai és szellemi élete volt tehát az az alapvető történelmi tényező, amely a nemzeti állam kialakításáért, a polgári átalakításért folyó harc közepette elősegítette az önálló magyar orvosi iskola létrejöttét. De nem kevésbé fontos, sőt éppen ezzel összefüggésben vált jelentőssé, hogy a tudományok nemzetközi fejlődésének hatása is érvényesült. A Napóleon bukását követő évtizedeknek, a XIX. század első felének nagy ellentmondása éppen abban van, hogy a gazdasági fejlődés és tudományos haladás ellentéteként a politikában a Szent Szövetség reakciós rendszere érvényesült. Ez az ellentét robbant ki az 1848-as forradalmakban. A természettudományok gyors fejlődése a felvilágosodás századában bontakozott ki, ami a XIX. század első felében már valamennyi szaktudományban éreztette uralkodó hatását. Az orvostudományban az elméleti és a klinikai szakágak egyaránt gyors fejlődést mutatnak. Különösen nagy jelentőségű a kórbonctan és a fizikális diagnosztika szerepe, amely Franciaországból indult el hódító útjára, majd pedig — *Rokitansky* és *Skoda* személyén keresztül — a második bécsi orvosi iskola tartóoszlopává vált. Az új vizsgáló módszerek, az új technikai eszközök (sztetoszkóp, szemtükör stb.) alkalmazása ugrást jelentett előre. Az 1840-es években már a betegség okai és az ellenük való védekezés került a legjobbak érdeklődésének középpontjába, a kauzalitás a gondolkodásban és a prevenció (prophylaxis) a gyakorlatban. Egyszóval az elméletet és a gyakorlatot egyaránt érintő orvosi gondolkodás forradalmi változáson ment át.

De nem kisebb jelentőségű a természettudományok egyes szakágainak fejlődése sem. A szerves kémia fellendülése, számos új gyógyszer megjelenése tette lehetővé az új terápiákat. Ez az a korszak, amikor a kórokokat már felfedezték, és innen

már csak egy lépés a kórokozók felismerése, a *Pasteur* és *Koch* életművéhez kapcsolódó mikrobiológiai forradalom.

A magyar orvosok legkiválóbbjai, akik tanulmányaikat a budapesti és a bécsi egyetemen végezték, a legkorszerűbb orvosi ismereteket sajátították el. Megjárták Berlin, London, Párizs és a többi nagy európai város legkorszerűbb intézeteit, felkeresték a nemzetközi hírű szakembereket, akik között a legnagyobb hatást talán *Virchow* gyakorolta reájuk ebben a korban. De egy pillanatig sem tagadjuk, hogy közvetlen hatással a magyar orvosi iskola kibontakozására a második bécsi iskola volt, amelyről *Erna Lesky* kiváló munkája (5) szól. Ennek az iskolának voltak elsősorban a tanítványai, azonban nemcsak kaptak tőle, hanem egyesek már adtak is Bécsnek. A tanítványok — részben más mesterektől is tanulva — kialakították az önálló magyar orvosi iskolát, amelyet pesti orvosi iskola néven ismerünk.

Az önálló pesti orvosi iskola kialakulása

Noha két orvosi nemzedék is megformálódott az első bécsi iskola után Magyarországon, magyar orvosi iskoláról az 1840-es évekig nem beszélhetünk. Önálló orvosi iskolának csak a pesti orvosi iskolát tekintjük, amely a XIX. század közepén bontakozott ki *Balassa János* és *Markusovszky Lajos* körül. Egységes orvosi szemlélet, korszerű társadalmi alapokon nyugvó közegészségügyi program, a vezető országok tudományos színvonalán álló szakismeret, rokon politikai eszmék jellemezték ezt az orvosi kört, amely egyszersmind valódi iskolája, nevelő műhelye volt az új orvosnemzedéknek. *Balassa,* amikor kitűnő minősítéssel Bécsbe került *Schuh* mellé műtőnövendéknek, mindazt megismerte, amit Bécsben megtanulhatott. De Bécsben szövődött a pesti egyetemen tanulmányait megkezdő és folytató *Markusovszky, Lumniczer Sándor* és *Semmelweis Ignác* barátsága (6). *Balassa* alig volt idősebb náluk, de már professzor volt, amikor ők befejezték tanulmányaikat. *Balassa* rokonszenves egyénisége egyesítette a közéleti, a tudós és gyakorló orvos típusát, minden adottsága megvolt ahhoz, hogy „elnöke" lehessen e körnek, amit róla Balassa-társaságnak is neveztek (7). *Markusovszky* pedig, a magyar felsőoktatás legnagyobb organizátora, volt a „motorja" a körnek és szürke eminenciása az egész korszaknak. *Lumniczer* egyénisége inkább *Balassáéhoz* hasonlított. Valamennyiüknek nagyobb hatása volt az orvosi közéletben, mint *Semmelweis*nek, aki viszont a gyermekágyi láz kóroktanának meghatározásával és a prophylaxis megfogalmazásával az egyetemes orvostörténet nagyjai közé emelkedett. Erényeivel és hibáival együtt ő éppen a modern szaktudósnak vált megtestesítőjévé. Részt vett baráti körével együtt a magyar orvosi közéletben, a budapesti egyetem professzoraként a felsőoktatásban, magyar nyelvű cikkeivel a szaksajtóban szerzett megbecsülést, de személyisége nem volt alkalmas a vezérszerepre, — erre viszont nem is törekedett (8).

Nincs arra lehetőség e rövid dolgozat keretében, hogy életútjukat megrajzoljuk, vagy hosszú névsorral egészítsük ki a kört, hiszen sorolhatnánk a neveket — *Korányi Frigyes, Lenhossék József, Jendrassik Jenő, Bókai János* stb. De utalok a magyar történelemnek arra a négy jól elhatárolható szakaszára, amely meghatározta valamennyiük életútját: a reformkor (1825—48), majd ezt követően a magyar szabadságharc (1848—49), az ennek bukását követő osztrák neoabszolutizmus, valamint 1867-ben Habsburg-Ausztria és Magyarország kiegyezése. Az első a szellemi és politikai erőgyűjtés; a második a nagy próbatétel; a harmadik a passzív rezisztencia, a felkészülés és a kibontakozás; a negyedik pedig programjuk állami szinten történő megvalósításának időszaka a nagy kompromisszum után. A szabadságharc idején *Balassa* vezető állami hivatalt viselt, *Markusovszky* magas beosztású honvédorvos, a vitatott szerepet játszó nagy hadvezérnek, *Görgey Artúr*nak személyes orvosa, míg *Lumniczer* a szabadságharc egészségügyi főnöke volt. *Semmelweis* (9) ekkor még Bécsben volt, és noha rokonszenvét a szabadságharc iránt nem tagadhatjuk (megmaradt levele, családja és baráti köre is bizonyítja ezt), mégis az ő küzdelme éppen ekkor folyt a felfedezése elismertetéséért, saját egyetemi állásáért. De a második bécsi iskola progresszív és konzervatív erőinek nagy összecsapása is ekkor zajlott. A széles körű tevékenységre predesztinált, „közéleti töltésű" orvosok mellett ő az anyákért küzdő, igazsága érvényesítéséért harcoló, elkötelezett kutató orvos maradt.

A szabadságharc leverése után *Balassára* börtön, *Markusovszky*ra és *Lumniczer*re állástalanság várt. Bár hamarosan sikerült kiszabadulnia *Balassá*nak, később visszakapta katedráját is, végig szigorú rendőri megfigyelés alatt állottak. *Markusovszky* kezdeményezésére először lovas összejöveteleket rendeztek, magukat maró öngúnnyal „Faculté de médecine à cheval"-nak nevezték. E lovas kirándulásokon — távol a fülelő kopóktól — vitatták meg a politikai és tudományos kérdéseket, szőtték álmaikat. Ekkor — 1850 októberében — tért haza végleg Bécsből *Semmelweis* is, aki csatlakozott régi baráti köréhez. Az orvosi hivatás hiányát azonban nehezen viselték. *Lumniczer* írta *Korányi*nak: *„Párizsból Luertől hozott műszereim közül egyedül azon késnek veszem hasznát, mellyel a tyúkszememet vágom".* A neoabszolutizmus is lazított az elnyomatás gyeplőjén, így vagy úgy visszakerültek az orvosi karra, elismerést szereztek maguknak. *Balassa, Markusovszky* és *Korányi* pedig háziorvosa lett és maradt a visszavonultságban élő nagy magyar államférfiaknak, közöttük *Eötvös József*nek és *Trefort Ágoston*nak, a magyar történelem legnagyobb hatású tudományszervező és oktatásügyi politikusainak, a kiegyezést követő időszak közoktatásügyi miniszterének.

A neoabszolutizmus ugyan később sem engedett a nemzeti követeléseknek, de eltűrte az értelmiségi élet bizonyos fórumainak az újjászervezését. Működött újra a Tudományos Akadémia és a Természettudományi Társulat, az Orvosegyesület, és 1857-ben *Markusovszky* megindíthatta a máig fennálló orvostudományi folyóiratot, az Orvosi Hetilapot. Később, 1863-ban pedig létrehozta az orvosi könyvkiadó vállalatot. Ugyancsak erre az időszak-

ra esik *Semmelweis Ignác* magyarországi működése, szakirodalmi munkásságának korszaka. Az Orvosi Hetilapban jelentek meg cikkei, és ekkor váltak ismertté — könyvén kívül — nyílt levelei is. *Balassa* és *Lumniczer* megteremtette a modern magyar sebészetet, különösen a plasztikai és urológiai sebészetben végeztek úttörő munkát.

Körük egyre nagyobb befolyást gyakorolt, bár komoly ellenfeleik is voltak. Különösen akkor, amikor 1860/61-ben az osztrák neoabszolutizmus — az olasz—francia háború után — válságba került, és *Bach Sándor* belügyminisztert is menesztette az uralkodó. Ekkor magasra csaptak a patriotizmus lángjai, ami érthető a hosszú elnyomatás után. Sokan jogos vagy vélt sérelmek alapján ezt a nemzeti felbuzdulást kihasználták a tudományos életben is. Külön csoport keletkezett *Balassa, Markusovszky* és *Semmelweis* ellenfeleiből, akik között konzervatívok és a magyar szabadságharc legradikálisabb képviselői egyaránt megtalálhatók voltak, akiknek közös platformja az idegen orvosprofesszorok eltávolítására irányult. (Lapjuk a „Gyógyászat" lett) (10). Ennek esett áldozatul a cseh *Czermák János*, a gégetükrözés világhírű bevezetője, aki nem tudván magyarul, ebben a hangulatban eltávozott hazánkból, és később Lipcsébe költözött. *Balassa* köre, akikhez (de Eötvöshöz is) személyes barátság fűzte, mindent elkövettek itt-tartására, de a közhangulat ezt lehetetlenné tette. Joggal mondta *Balassáról Lumniczer*, ami valamennyiükre vonatkozott: *„Nem volt ő azon túlbuzgók egyike, ki az általudományosság kinövéseinek becsempésztetését a tudomány csarnokába, bár ha a hazafiság lobogója alatt is tűrte volna"* (11).

Az 1867-es kiegyezést *Semmelweis* már nem érte meg, *Balassa* még ott volt az alkotmányos rend megszületésénél, a nagy hatású Országos Közegészségügyi Tanács létrehozásánál, de ezután már csak *Markusovszky, Lumniczer* és *Korányi* játszott közvetlen szerepet a közegészségügyi törvény megfogalmazásában, a modern orvosi felsőoktatás megteremtésében, az orvostudományi intézetek, a második egyetem, illetve orvostudományi kar létrehozásában (Kolozsvár, 1872.) (12).

A liberalizmus és a centralisták egészségügyi politikája

Abban a korban, amikor a nemzeti önállóság kivívása és a társadalmi reformok végrehajtása volt a legfontosabb programja Magyarországnak, a liberalizmus gondolatrendszere uralkodott. Az egyéni szabadság, az emberi jogok érvényesítése; a közhatalomnak a népakarattól való demokratikus függése; az erők szabad mérkőzése a gazdasági életben; az oktatás nem állami monopólium; az egyházak a vallásos emberek magántársulatai; a tudomány, a művészet és az irodalom egyaránt szabad polgári tevékenység — összegezhetjük — kissé leegyszerűsítve programjukat. A magyarországi liberalizmus első kiemelkedő alakja — a tragikus végű Martinovics-összeesküvés egyik vezetője — Hajnóczy József. Az angliai modellt szem előtt tartó Széchenyinél — ellentmondásoktól nem mentes hatalmas egyéniségének megfelelően — a konzervativizmus és liberalizmus egyaránt megtalálható. A reformkori liberalizmus klasszikus képviselői Wesselényi Miklós, Kossuth Lajos és Deák Ferenc voltak. Ha volt is közöttük különbség a politikai programban, az inkább a nemzeti önállóság vagy a nemzetiségi kérdés és nem a társadalmi reformok területén érvényesült.

A század széles sodrású átalakulási folyamatában igen jelentős szerepet vállaltak a „doctrinairek", ahogy ellenfelei nevezték az *Eötvös József, Szalay László* és *Trefort Ágoston* körül gyülekező centralista csoportot. Követelték az elavult megyei szervezet reformját, a központi parlamenti kormányzást és a korszerű államigazgatást. Politikai programjuk nem egy kérdésben szembeállította csoportjukat a reformpolitika fő erőit vezető *Kossuth*tal és *Deák Ferenc*cel. Ha néha hibáztak is taktikai téren, mégis nekik köszönhető a modern polgári állam modelljének megtervezése, a 48-as és 67-es állam- és jogrendszer megfogalmazása (13).

A magyar liberalizmus legtudatosabb, világszemléletileg és politikailag legiskolázottabb irányzatát vitathatatlanul a centralisták jelentették. Nem véletlen, hogy a kor legnagyobbszabású állambölcseleti munkáját — „A XIX. század uralkodó eszméinek hatása az álladalomra" címen — *Eötvös* írta, de az ő körükhöz tartozott „Az ember tragédiája" szerzője, *Madách Imre* is. A társadalmi egyensúly-elmélet megfogalmazása, a társadalmi robbanásokat megelőző szociális reformok hirdetése egyaránt része volt politikai filozófiájuknak. A különböző szocialisztikus-kommunisztikus iskolákat is vizsgálat alá vették, természetesen a liberalizmus talajáról adták meg bírálatukat. A nép műveltségének emelését és jólétének biztosítását hirdették a forradalmi mozgalmakkal szemben, azok megelőzésére (14).

A centralisták törekvéseinek, szemléletüknek megítélésekor világos összefüggést, illetve hasonlóságot fedezhetünk fel az európai liberalizmus egyes irányzataival. Részben kidomborodik a katolicizmus és a liberalizmus összeegyeztetésére való törekvése *Eötvös*nek, amelyet jelez barátsága és levelezése *Montalembert*tel (15). Szemlélete sok hasonlóságot mutat az angol katolikus liberalizmus nagy „ideológusával", *Lord Acton*nal (16), akivel közvetlen kapcsolatát egyelőre ugyan nem ismerjük. De még figyelemre méltóbb, ha a reformkorban — *Bölöni Farkas Sándor* (17) mellett — az „amerikai modell" előtérbe állításában olyan nagy szerepet játszott *Ch. A. H. Tocqueville*-lel (18) (magyar fordításban 1841/43-ban) hasonlítjuk össze. A liberalizmus radikalizálódásától való félelem, a szocialisztikus-kommunisztikus eszmék feltűnése az 1848-as forradalmak időszakában — bár nem véletlenül hangsúlyozták sokan már előbb is a mérsékelt washingtoni—jeffersoni örökségen alapuló amerikai modellt — hasonló hatást tett a francia *Tocqueville*-re (ma az egyik legtöbbet vizsgált politikai író Nyugaton) és a magyar *Eötvös*re. Még 1858-ban megküldte *Eötvös* az „Uralkodó eszmék" német fordítását a nagy francia államférfinak, aki válaszában megállapította: „Arra kell szorítkoznom, hogy ama nemes érzelmekről szóljak önhöz, melyek az egész munkát élénkítik; a valódi s törvényes sza-

badság szeretete, az ember egyéni méltóságának tisztelete, s amaz óhajtás, hogy megtarthassuk a keresztyén polgáriasodásnak apáinkról ránk szállt örökségét. E kérdésekre nézve szívem mélyében rokonszenvet érzek ön iránt, s önnel egy azon politikai valláshoz tartozom" (19). *Eötvös* szoros eszmerokonságot érzett *John Stuart Mill*-lel is, akivel később szintén levelezésben állt, és elősegítette a MTA tagjává történő megválasztását (20).

Eötvöst nemcsak politikai filozófiája, hanem humanizmusa is a szociálpolitika területére vonzotta. A „Szegénység Irlandban", valamint a büntető törvénykönyvről és a börtönrendszerről mondott beszédei — szépirodalmi alkotásain kívül is — jól mutatják érdeklődését a társadalmi problémák iránt. Igazi „szakterülete" azonban a művelődéspolitika volt! E két pillért kell megjelölnünk, amikor *Eötvös* és a centralisták egészségügyi politikájának megfogalmazását, az orvosképzés reformjában, a felsőoktatás és tudománypolitika területén játszott szerepük megítélését vállaljuk magunkra. Felesleges lenne e helyen részletesen ismertetni az orvosképzésben tervezett és végrehajtott reformjaikat (1848-ban vagy éppen a kiegyezés után, illetve 1875-ben), a nagy egyetemi építkezéseket és intézetszervező, egyetemalapító munkájukat. (Ezzel a kérdéssel külön dolgozatban foglalkozunk.) *Eötvös* és *Trefort* minisztersége, valamint a kontinuitást biztosító *Markusovszky* tevékenysége a modern magyar orvosképzés alapjainak lerakását jelentette.

Felmerül a kérdés, hogy volt-e egészségügyi politikája a centralista körnek már a negyvenes évek elején? Válaszunk csak tagadó lehet! *Eötvös* az 1831. évi kolerajárvány idején is csak az egyéni tragédiák és az ember kiszolgáltatottságát latolgatja *Szalay*hoz írott levelében (21). Az egészségügyi politika és a közoktatásügyi programalkotás már az „alkalmazott politika" kategóriájába tartozik, és ezt már a köréjük sereglő szakemberek, vezető értelmiségi egyéniségek fogalmazták meg. *Eötvös* híres volt arról, hogy valóságos agytrösztöt tudott maga köré gyűjteni. Megvoltak hozzá az adottságai: szellemi fölénye, tapintata és képessége mások nézeteinek a tiszteletben tartására. Tudta, hogy minden alkotás, minden tervezés és kivitelezés feltétele a megfelelő szakértők és vezetők kiválasztása. Az értelmiség vezető koponyái, az akkori „tojásfejűek", bár nem éppen ez volt a jellemzőjük — a negyvenes évek végétől — már mind körülötte gyülekeztek. Ez még csak fokozódott az ötvenes és hatvanas években.

A nagyszerű kölcsönhatás, az általános politikai program és az egészségügyi-orvosképzési törekvések összehangolása is ezekben az években — a reformkor végétől a kiegyezés koráig — történt meg. Könnyű felismerni *Eötvös* politikai köre és *Balassa* orvosi köre között az elvrokonságot. Egyek voltak az alkotmányos és demokratikus szabadságjogokkal felruházott polgári állam megteremtésére irányuló törekvésekben éppen úgy, mint a függetlenségi harc után a kompromisszumok tudomásulvételében, az egészségügyi és kulturális viszonyok megjavításáért folytatott harcban. Közös vonásuk a tudományos kutatás bármilyen irányból történő elferdítésének a megvetése, történjék az akár „a hazafiság lobogója alatt is". De abban is, hogy Ausztriával a megegyezést nem az uralkodón keresztül, hanem az osztrák liberálisokon, illetve a bécsi reformereken keresztül, a velük fenntartott kapcsolatban keresték.

Balassa, Markusovszky, Lumniczer és *Korányi Frigyes* általános politikai és művelődéspolitikai szemlélete *Eötvösével* rokon, viszont ők adják a centralisták hiányzó egészségügyi programját. A prevención alapuló szociálpolitikai szemlélet könnyen találkozott az egészségügyi prevenciót valló orvosok programjával. Vonatkozik ez *Semmelweis* tanítására éppen úgy, mint *Markusovszky*nak már doktori disszertációjában (Az orvos mint nevelő. Pest, 1844) kifejtett, a megelőzésen alapuló egészségügyet megfogalmazó szemléletében. A centralisták köre és a pesti orvosi iskola ugyanannak a kornak, ugyanannak a társadalompolitikai irányzatnak a gyümölcse, általános és alkalmazott politikájának a hordozója volt. Ennek a tudatos, történelmileg és orvostörténelmileg meghatározott kapcsolatnak csak az aláhúzására említjük személyes összeköttetéseiket.

Eötvös és *Trefort* családjának — mint említettük — évtizedeken keresztül *Balassa* (1848), *Markusovszky* (az abszolutizmus korában) és *Korányi* (a kiegyezés után) volt a háziorvosa. *Eötvös* halálakor is *Korányi* és *Markusovszky* állt mellette (22). De nemcsak „háziorvosaik", hanem egészségügyi politikai tanácsadóik, orvosképzési szakértőik is voltak. Nem véletlen, hogy 1848-ban *Balassa János*t, 1867 után pedig *Markusovszky Lajos*t állította *Eötvös* az egyetemi ügyek élére. A centralisták tervező munkája és a pesti orvosi iskola törekvéseinek találkozása és kölcsönhatása teremtette meg a modern Magyarország kulturális-tudományos és egészségügyi szervezetét, rakta le intézményei alapját.

Állami beavatkozás — liberalizmus és neoabszolutizmus

A liberalizmus természetrajzának megfelelően maguk a centralisták is idegenkedtek az állami beavatkozástól a társadalmi élet különböző területein. Sokáig a társadalmi egyesülés és öntevékenység angolszász receptje szerint képzelték el az iskoláztatás és az egészségügy megszervezését. A felvilágosult abszolutizmus, a jozefinizmus emléke kísértett még a progresszív irányú állami beavatkozásban is. De elsőnek éppen ők ismerték fel az alkotmányos és demokratikus állam beavatkozásának a szükségességét a haladás érdekében. Ebben pedig nem kis része volt a tanügy és az egészségügy — esetünkben a pesti orvosi iskola — vezető koponyáinak. Bár fenntartásokkal és óvatosan, de erre a következtetésre jutott a klasszikus liberalizmus képviselője, *Kossuth Lajos* is:

„Az a fogalom uralkodott az államtani bölcsészetben, hogy az államok egyedüli hivatása a társadalmi rend biztosítása, a többit hagyni kell menni, amint tud. De a társadalmi viszonyok annyira bonyolódottakká lettek, a mechanikai és a természettudományok oly új meg új tényezőket vittek be az

életbe, amelyeknek igényei az egyéni tevékenység által ki nem elégíthetők, hogy a múlt század elve a mai viszonyoknak már nem felel meg, tehát előkerül annak érzete, hogy az államnak nemcsak a rend őrének, hanem a haladás emeltyűjének is kell lennie" (23).

Trefort Ágoston közoktatásügyi miniszter (1872—1888) egyenesen kimondta, hogy *„közgazdasági fejlődésünk egy további főfeltétele a közegészség"* (24). Hármas jelszava — a *„közegészség, közgazdaság, közoktatás"* — világosan tükrözi az összefüggések felismerését (25). Felismerte, hogy a közegészségügy és a közoktatás egyszersmind közgazdasági kérdés, mert meghatározza a termelés egyik legfőbb tényezőjének, az embernek a testi és szellemi állapotát. Éppen *Fodor Józsefhez* írott levelében fejti ki (26) *Trefort*, hogy a népesedési mozgalomtól függ a *„nemzetek politikai és közgazdasági súlya"*. Tőle — mint a közegészségtan tanárától — kér választ a Magyarországon olyan előnytelen halandósági viszonyokra. (Érdekességként megemlíthetjük, hogy a népesedési viszonyok alapján veti fel egyes országoknak a XX. századra kialakuló világtörténelmi szerepét és politikai súlyát és 1932-re az Egyesült Államok, Oroszország és a Német Birodalom nagyhatalmi rangsorát jelzi, fokozatosan Anglia szerepének csökkenését és Franciaország lemaradását jósolja a XIX. századhoz viszonyítva.)

De nem mellőzhetjük *Eötvös* köre és a pesti orvosi iskola kölcsönhatásának említését a homeopátia kérdésében sem (27). *Kossuth, Vörösmarty Mihály* — az irodalom és a közélet annyi más nagy alakja — vált az új irányzat hívévé. *Deák Ferenc*, a „haza bölcse" már óvatosabb volt, egy homeopata orvost, *Argenti Dömét* és egy „allopathát", *Kovács-Sebestény Endrét* fogadott háziorvosává. Eötvösék azonban egyértelműen távol tartották magukat a hasonszenvészettől. Érdemes idézni azokat a szavakat, amelyeket 1870-ben mint közoktatásügyi miniszter mondott a parlamentben a homeopata tanszék és kóroda felállításának vitájakor, amikor megakadályozni nem tudta ugyan a többség döntését, de kifejtette fenntartását, tudománypolitikai hitvallását:

„A tudomány alkotja és teremti önmagát a törvényhozás segedelme nélkül, sőt a törvényhozás segedelme ellen is. Mert valamint a vér forgásának helyességét, és valamint egyetlen nagy igazságot, melyet a tudósok bármely korban feltaláltak, a törvényhozás sehol pártolás alá nem vett: úgy a homeopathiának, ha csakugyan pártolásra szorul, hogy jövője legyen, én részemről nagy jövőt nem ígérek. Mert a tudomány oly hatalom, mely nemcsak pártolásra nem szorul, hanem még az üldöztetést is igen könnyen eltűri. Én legalább meg vagyok győződve, hogy a világon egy nagy tudományos igazság sem mondatott még ki, mely bármiként üldöztetett, mert üldöztetett, csak egy évvel is később fogadtatott volna el" (28).

Az abszolutizmus és liberalizmus részben egymást követve, részben akció-reakció viszonylatban egymással, politikailag vitathatatlanul kibékíthetetlen ellentéte egymásnak. Az egyik az uralkodó abszolút uralmát, abszolutista kormányzati módszerét (és főleg azoknak az erőknek, akiket az uralkodó megtestesít) jelenti. A másik pedig a népakarattól függő parlamentalizmust hirdeti. De mit látunk az alkalmazott politikában? A felvilágosult abszolutizmus a XVIII. században és a neoabszolutizmus a XIX. század derekán részben vagy egészben vitathatatlanul progresszív programot követ az oktatásügyben és az egészségügyben, tehát az alkalmazott politika egy-egy szektorában. Sőt, ha közelebbről megvizsgáljuk — az állami beavatkozás vállalása következtében — előbb tereli reá a figyelmet a progresszív szociálpolitikára és a művelődéspolitikára mint az individualista tartalmú liberalizmus, amely tartózkodik az államraison elvének elfogadásától. De ezen túlmenően az alkalmazott politika tartalmában, amelyet legalább annyira egy-egy korszak általános történelmi igénye, azonos vagy hasonló technikai-civilizációs bázisa, mint világnézete határoz meg, egyenesen rokonságot, azonosságot figyelhetünk meg. Ugyanazt követeli a felsőoktatásban, az egészségügyi politikában az osztrák neoabszolutizmus reformere, mint a magyar liberalizmus szószólója. Néha éppen ezzel függ össze, hogy a politikai liberalizmus feltétlen híve, amikor kénytelen visszavonulni a fórumokról, a neoabszolutizmus vagy a korlátozott liberalizmus államigazgatásában, közoktatási vagy egészségügyi politikájában megtalálja a lehetőséget programja részleges vagy egészben történő megvalósítására. Eltérő társadalmi és politikai strukturák — társadalmi és politikai rendjük megváltoztatása nélkül — gyakran azonos vagy hozzá hasonló mechanizmusokat hoznak létre a gyakorlatban. Csak így érthető a nagy átalakulások korszakának néhány egyéni karrierje, abszolutista és liberális reformerek azonos törekvése.

A nemzeti önállóságért és polgári átalakulásért vívott küzdelem évtizedeiben, a reformkorban és a szabadságharcban, illetve az elnyomatást és készülődést egyszerre jelentő neoabszolutizmus, majd az 1867-es kiegyezést követő dualizmus első felében (1825—1890) megszületett a modern Magyarország. *Kossuth Lajos* aggodalmait igazolta a jövő, a függetlenség terén 1867-ben megtett hatalmas engedmény miatt, de a belső építésben elért eredmények, a művelődésügy, az egészségügy és a tudományos fejlődés területén elért sikerek, a fejlett európai országok és Magyarország között tátongó szakadék kisebbítése, megindokolja azoknak a magatartását is, akik vállalták a történelem által kínált kompromisszumos lehetőséget. Főleg azokét, akik a liberalizmus jelszavával visszaélő, a *Tisza Kálmán* kormányzásával (1875-től) kezdődő évtizedekben is, megmaradtak az igazi magyar történelmi liberalizmus híveinek, hűek maradtak azok nemzeti, társadalmi és humanista eszmevilágához. Ezek közé tartoznak azok a nagy magyar orvosok, a pesti iskola mesterei, akik a maguk területén a tudományos és szociális haladást szolgálták és elvetették a beszűkülő konzervativizmust.

Téves irányzatok, konzervatív és egyoldalú szemléletek feltűnése ellenére ez a korszak igen nagy jelentőségű a magyar orvostudomány fejlődése szempontjából. Az eddigi eredmények, a korabeli nemzetközi orvostudomány eredményei, a kau-

zalitás jelentőségének felismerése, a prevenció kiszélesedése az orvosi szemléletben, a természettudományok hatalmas ugrása adta azokat a tudománytörténeti faktorokat, amelyek — szintézisben a polgári átalakulás és nemzeti önállóság általános történelmi faktoraival — lehetővé tették az önálló pesti orvosi iskola kialakulását Magyarországon. Az iskola tagjainak *Eötvössel* és a centralista körrel meglevő kapcsolata, egységes orvostudományi és közegészségügyi szemléletük, a modern polgári állameszmék megismerése biztosította a haladást, és alapul szolgálhatott a kibontakozó szakági orvosi iskoláknak, a modern közegészségügyi jogalkotásoknak, s ez megadta a korszerű egészségügyi politika elméleti és gyakorlati forrását.

IRODALOM: 1. *Markusovszky L.:* Orv. Hetil. 1871. 6. sz. — 2. *Schultheisz E.:* Comm. Hist. Art. Med. 1969, *51—53,* 17—33.; *Duka Z. N.:* Uo. 35—40. — 3. *R. Harkó V.:* Comm. Hist. Art. Med. 1969, *51—53,* 231—241. — 4. *Tóth A.—Antall J.:* Felsőokt. Szemle. 1968, 7—*8,* 415—423.; *Antall J.:* Term.-tud. Közl. 1966, *5,* 227—230. — 5. *Lesky E.:* Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert. Graz—Köln, 1965. — 6. *Antall J.:* Comm. Hist. Art. Med. 1968, *45,* 57—73. — 7. *Balogh J.:* Comm. Hist. Art. Med. 1969, *48—49,* 43—63. — 8. *Lesky E.:* Ignaz Philipp Semmelweis und die wiener medizinische Schule. Wien, 1964.; *Antall J.:* Term.-tud. Közl. 1965, 7, 289—293.; *Gortvay Gy.—Zoltán I.:* Semmelweis élete és munkássága. Bp., 1966.; *Benedek I.:* Semmelweis és kora. Bp., 1967.; *Antall J.:* Welche Rolle spielten das Familienheim und die Schule in der Entwicklung von Semmelweis' Persönlichkeit? Comm. Hist. Art. Med. 1968, *46—47,* 95—126. — 9. *Antall J. és mtsai:* Semmelweis Ignác összegyűjtött kéziratai. Comm. Hist. Art. Med. 1968, *46—47,* 185—267. — 10. *Antall J.:* Comm. Hist. Art. Med. 1969, *50,* 141—148. — 11. *Lumniczer S.:* Emlékbeszéd Balassa János felett. Pest, 1872. 17. — 12. *Antall J.—Ladányi A.:* Felsőokt. Szemle. 1968, *9,* 536—546.; *Antall J.:* Comm. Hist. Art. Med. 1969, *51—53,* 61—74. — 13. *Antall J.:* Századok. 1965, *6,* 1099—1130. — 14. *Antall J.:* Magyar Pedagógia. 1968, *4,* 414—433. — 15. *Concha Gy.:* Eötvös és Montalembert barátsága. Bp. 1918. — 16. *Bödy, P.:* Lord Acton and the Idea of Nation State. The Univ. Portland Rew. 1965. 5—11.; *Mathew, D.:* Lord Acton and his Times. London, 1968. — 17. *Antall J.:* Ped. Szemle. 1966, *12,* 1131—1140. — 18. *Tocqueville, Ch.:* La démocratie en Amérique. I—II. Paris, 1835.; *Tocqueville, Ch.:* L'ancien régime et la révolution. Paris, 1856.; 19. *Trefort Á.:* Tocqueville emlékezete. Emlékbesz. és tanulm. Bp. 1881. 58—60.; 20. *Gál I.:* John Stuart Mill. magyar kapcsolatai. Filológiai Közlöny, 1969, *1—4,* 221—220.; 21. *Nizsalovszky E.—Lukács S.:* Eötvös József levelei Szalay Lászlóhoz. Bp. 1967. 42. — 22. *Ferenczy Z.:* Báró Eötvös József. Bp. 1903, *288,* 1. — 23. *Kossuth L.* iratai. X. köt. Bp. 1904, 304—305. — 24. *Trefort Á.:* Beszédek és levelek. Bp. 1888. 147. — 25. *Trefort Á.:* Uo. 143, 180. — 26. *Trefort Á.:* Uo. 51—52. — 27. *Antall J.:* Term.-tud. Közl. 1964, 11. sz. — *Antall J.:* Comm. Hist. Art. Med. 1969, *51—53,* 99—114. — 28. *Eötvös J.:* Beszédek, III. köt. 394—395.

„Az anyagi természet törvényeinek fölfedezése, mely a természettudományoknak végczélját képezi, bizonyosan az egész emberiségnek egyaránt érdekében fekszik; de miután a czél nem általános speculatio által, hanem csak úgy érethetik el, ha minden helyen azon tények s jelenségek okszerű észlelhetésére számíthatunk, melyeknek összegéből az egyes törvényeket abstrahálhatjuk: vajon miként érhetnők el ezen általános czélunkat, ha az egyes népek tudósai kötelességüket elhanyagolnák, s nem mindenek előtt saját országuk teljes ismeretét tűznék ki feladatul? — Ez az, mit a tudományos világ tőlünk vár, mit joggal követelhet, s meg vagyok győződve, hogy ez ország természettudósai a tudomány általános érdekeit épen az által mozdíthatják elő leginkább, ha feladatukat e hazai szempontból fogják fel... a czél, mely felé törekednünk kell, el fog éretni; mert valamint e hon felvirágzása, úgy e hon tudományos ismerete is nem egyesek, hanem csak a nemzet műve lehet."

(*Eötvös József* elnöki megnyitója a „Magyar Orvosok és Természetvizsgálók" Pesten tartott IX-ik gyűlésén. 1863. szept. 19-én.)

A tanulmány olyannyira illeszkedik a Hetilap e számának ama néhány referátuma, levele közé, amelyeket szerkesztőségi közleményünkkel fűztünk egybe, hogy az olvasónak joggal tűnhet úgy, mintha azt szerzője a szerkesztőség felkérésére írta volna. A tanulmány éppen úgy nem felkérésre készült, mint az említett kis írások, a szerkesztőség csupán egybegyűjtötte őket. A közlemény, amellyel egyetértünk, csak azért nem kaphatott kommentárt szerkesztőségi közleményünkben, mert benyújtásakor a „Quos vadis, Medicina...?" anyagát teljes egészében már kiszedettük és a lapzárta időpontjában csupán azt engedte meg, hogy közzétehessük, és ezzel az egybegyűjtött anyagban konkrét aktualitást kapjon.

Belügyminisztérium Egészségügyi Szolgálata

Polypragmasia és büntetőjog

Dezső László dr.

Jogrendszerünk a legfőbb személyiségi jogokat, így az emberi életet és egészséget kiterjedt és fokozott védelemben részesíti. Büntetőjogunk tiltja azokat a cselekvéseket és magatartásokat, amelyek alkalmasak a személyiségi jogok csorbítására. Ez a büntetőjogi védelem hivatott megakadályozni az emberi életet, testi épséget és az egészséget sértő vagy veszélyeztető magatartásokat. Jogalkotásunk a felszabadulás után korán felismerte, hogy nemcsak az életet, testi épséget és egészséget *sértő* magatartások lehetnek a társadalomra veszélyesek, hanem az olyan magatartások is, melyek bár kifejezett sérelmet nem okoznak, mégis annak veszélyét rejtik magukban. Ettől a felismeréstől vezérelve, a személyiség kiteljesedésének érdekében szükségesnek látszott a jogtárgy védelme a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetéssel szemben is. Az új, népi demokratikus — alapjaiban már szocialista tendenciájú — jogalkotás az emberi élet fokozottabb büntetőjogi védelme érdekében bűncselekménnyé nyilvánította a foglalkozás körében elkövetett — az életet, testi épséget és az egészséget érintő — veszélyeztetést. Ezen törvényhely létrehozásának indoka világos, hiszen egyes területeken a foglalkozási szabályok megfelelő teljesítése olyan fontos a társadalom szempontjából, hogy azok nem teljesítése vagy nem megfelelő teljesítése meghatározott esetekben büntetőjogi rosszallást érdemel. Ezen a ponton kapcsolódik az orvosi tevékenység az emberi élet büntetőjogi védelmével. Ismert, hogy az orvos tevékenysége még a „lege artis" tanúsított magatartás esetében is veszélyekkel és kockázattal jár. Ez fokozottabb mértékben érvényesül, amennyiben az orvos elmulasztja vagy elhanyagolja foglalkozása szabályait. Ez a magatartása a társadalomra veszélyes, mely miatt a büntetéssel való fenyegetés szükséges és indokolt.

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés, így a hibás orvosi tevékenység ún. anyagi bűncselekmény, melynek eredménye a törvényi tényállásban írt „közvetlen veszély" bekövetkezése. Fenti tényállás megvalósulásához azonban nem elég a foglalkozás szabályainak megszegése, más oldalról nem szükséges a tényleges sérelembe-fordulás, hanem elegendő, ha a kötelességszegés következtében mások élete, testi épsége vagy egészsége közvetlen veszélybe kerül. Ehhez képest az önmagában — bár — kötelességszegő orvosi magatartás, ha ez nem párosul mások életének, testi épségének vagy egészségének veszélyeztetésével, nem von maga után büntetőjogi rosszallást. Pl. foglalkozási szabályt sért az az orvos, aki betegéről nem készít írásbeli feljegyzést annak ellenére, hogy ezen kötelezettségét az Orvosi Rendtartás előírja. Eljárása ugyan szabályszegő, azonban a fentiek értelmében ez büntetőjogi értékelést nem nyerhet, legfeljebb fegyelmi felelősséget alapoz meg.

Az eddigieket összefoglalva megállapítható, hogy az orvos a hibás tevékenységért csak akkor felelős, ha az nem „lege artis" folyt le, és a beteg életének veszélyeztetésével járt. Azonban az orvosi beavatkozás kimenetele nemcsak annak szabályszerű jellegétől függ, hanem azt számos, előre nem látható tényező, betegség, az érintett szervezet stb. befolyásolja. Ennek eredményeként a gyógyítás akár „lege artis" történik, akár nem, bizonyos kockázattal jár, melyet mind a jogi, mind az orvosi irodalom egyértelműen elismer (2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 20, 23, 24, 25, 26). Itt kapcsolódik a kockázat a fentebb írt veszélyeztetéssel. Kétségtelen, hogy a kockázat vállalása is veszélyeztetés, azonban jogellenességét kizárja az orvosi tevékenység körében megengedett rizikó, mely szinte velejárója az orvosi gyakorlatnak. Így azután az orvosi tevékenység területén a „ne veszélyeztess" magatartási parancs „a megengedett rizikóban való cselekvés köre által korlátozottan érvényesül" (11).

Vizsgáljuk meg, hogy hol van az a határ, melyen túl a kockázat elveszti jogszerűségét, sőt egyenesen büntetőjogi rosszallást érdemel. Az erre vonatkozó szabályokat az Orvosi Rendtartás tartal-

mazza, mely megszabja a lehetséges cselekvések és magatartások körét. Ugyanakkor a büntetőjogi és foglalkozási szabályokon túlmenően keretet szab a „nil nocere" általános etikai szabálya. Az Orvosi Rendtartási Végrehajtási Utasítás 2. § 1. bek., valamint ugyanezen § 5. bek.-ének egybevetéséből kitűnik, hogy az orvos a kockázatot — bizonyos foglalkozási szabályok betartása mellett — nemcsak vállalhatja, hanem köteles is. Ellenkező esetben éppen azért felel, mert azt elmulasztotta.

Amint azt már érintettük, a jogszerű kockázatvállalásnak azonban korlátai vannak. Egyértelműen le kell szögezni, hogy a kellő mérlegelés, megfontolt indikáció hiányában nyújtott gyógyszerelés vagy éppen gyógyeljárás alkalmazása túllépi a megengedett rizikó határait, és a magatartás jogellenessé válik. Ugyanezen gondolatot fogalmazza meg az Orvosi Rendtartás, mely szerint az orvosnak: „... kerülnie kell az orvostudomány mindenkori állásával össze nem egyeztethető túlzott gyógyszeres kezelést". E szakasz szóhasználatát tekintve kevésbé határozottan ugyan, de mégis tiltja a polypragmasiát (továbbiakban: p.).

A kellő és megfontolt javallat hiányában nyújtott gyógykezelés hátrányos, veszélyhelyzetet előidéző voltát (22) igen élesen reprezentálja az aktív hatású sedativumok, illetve tranquillánsok használatának nagymérvű előretörése (15). Gyakorlati tapasztalatok szerint ezen gyógyszereket az orvosok megfontolt indikáció hiányában is rendelik, annak ellenére, hogy ezek számos enyhébb vagy súlyosabb melléktünettel és ártalommal járhatnak. Így pl. enyhébb „ideges panaszok" esetén — pedig ez gyakorlat — az ilyen aktív szerek rendelése szintén túllépi a megengedett kockázat határait, mert a várható eredmény, az ideges panaszok elmúlása nincs arányban az adott gyógyszer kockázatával. Ezt viszont nemcsak az Orvosi Rendtartás tiltja, hanem a vonatkozó törvényhely alapesete is. Így a gyógyszeres p. egyes esetekben túllépi az Orvosi Rendtartás kereteit és a büntetőjog területére lép.

A p. jogellenes — és büntetést érdemlő — nemcsak a gyógyszeres, hanem az egyéb therapia területén, sőt a diagnosztikus eljárások és technikák területén is. Az orvostudomány — egyéb tudományokkal párhuzamosan — az utolsó évtizedekben hatalmasan fejlődött, elsősorban a diagnosztikus és therapiás eljárások területén. A fokozott hatékonyság mellett azonban mintegy „árnyoldalként" jelentkezik a fokozott kockázat is (16). Ezen eljárások kockázata nem csekély még „lege artis" alkalmazásuk esetén sem, méginkább a kellő kritikai indikációt nélkülöző esetekben. Így a belőlük származó előny nincs mindig arányban az esetleges hátrányokkal.

Fentiekhez képest a diagnosztikus és therapiás p. jelentősége az utóbbi időben rendkívüli módon megnőtt (19). Szinte áttekinthetetlenek azon közlemények, melyek a gyógyszeres és eszközös eljárások nem kívánatos mellékhatásaival foglalkoznak. Ezeket az irodalom iatrogen betegségek címszó alatt foglalja össze. Abban az esetben viszont, ha ezen iatrogenia a p. következményeként jelentkezik, akkor „az igazságügyi orvosszakértőnek is van mondanivalója", ahogy ezt *Budvári* (5) kifejezte. Iatrogen károsodásról ugyanis csak akkor lehet beszélni, ha az ártalom az orvosi foglalkozási szabályok betartása mellett következett be, azaz a szövődményt nem a foglalkozási szabályok megsértése idézte elő (5). Márpedig a p. kerülése orvosi szabály, tehát következményeként bekövetkező szövődmény több mint iatrogen ártalom, sőt felróható szabályszegést is megvalósító hiba (8, 9, 10). *Trencséni* (26) ezt így fejezi ki: „... ami Semmelweis korában iatrogenia volt, korunkban az orvosi tevékenység büntetőjogi vonatkozásaihoz tartozik; műhibának számít". A p.-val tehát az orvos túllépi a megengedett kockázat határait, és a jogellenesség területére lép. Ezen magatartás ugyanis indokolatlan veszélyhelyzeteket hoz létre, függetlenül attól, hogy a sérelembe-fordulás bekövetkezik-e vagy sem, és mint ilyen, büntetőjogilag feltétlenül értékelendő.

A diagnosztikus és therapiás iatrogen ártalmakról az utóbbi évtizedben sok szó esik, úgyhogy a kérdés lassan közhellyé válik. Nagyon találóan fejezi ki azonban *Bodrogi* (1), amikor azt állítja, hogy azért, mert valami közhelynek számít, az ellene való küzdelem mégsem mellőzhető, főleg ha a közhely veszélyt is jelent. Ez annyival is inkább így van, mivel „a közhely"-nek büntetőjogi vonatkozásai és következményei lehetnek, amint arra már rámutattam.

A p.-t megvalósító magatartások és következményeik taxatíve úgyszólván fel sem sorolhatók, hiszen orvosi gyakorlatunkban tömegesen fordulnak elő. Mégis a kérdés jobb megvilágítása érdekében vegyük szemügyre az alábbi néhány példát: *Trencséni* (26) 1968-ban rámutatott arra, hogy a korszerű belgyógyászat nem kis kockázattal járó vizsgáló eljárásai potenciálisan az ártalom kisebb-nagyobb lehetőségét hordják magukban. Ezek kellő kritikai indikáció nélküli alkalmazása az a magatartás, mely a büntetőjogilag értékelt p.-t megvalósítja. *Trencséni* szerint (26) a betegeknek a diagnosztika minden területén a vizsgáló eljárások tömegét kell elviselniük. Pl.: magas vérnyomás esetén a különböző vesevizsgálatok nem éppen ártalmatlan módszereit kell elszenvedniük. Ez nem jelenti azt, hogy a bevált módszereket ne alkalmazzuk, csupán annyit, hogy a megfelelő javallatok nélküli vizsgálatokat mellőzzük (27).

Úgy hiszem, a röntgenártalom veszélyeit nem kell taglalni. Mégis számtalan olyan esettel találkozhatunk, amikor az orvos a kórismét csupán a röntgentől várja vagy akkor is végeztet rtg-vizsgálatot, amikor az nem alkalmas a kérdés tisztázására. Pl.: fizikális vizsgálattal is megállapítható tracheo-bronchitis vagy acut gastro-enteritis esetén (6). Nemkülönben potenciális veszélyt jelenthet a ma már teljesen rutinszámba menő injekciós kezelés. „Kevés betegről tudunk, aki »megszabadul« a gyógyászati vagy kórismézési célból adott injekciózás elől" — írja *Kós* és *Votin* (13), noha a megfelelő indikáció nélkül alkalmazott injekciós kezelés „szerencsés esetben p., de lehet egészségrontás is" (21).

A p.-t élesen reprezentálják a kórismézés területén nagymértékben elterjedt különböző bio-

psiák és nem utolsósorban a szívkatheterezés. Ezek alkalmazása egyáltalán nem tekinthető veszélytelennek, ennek ellenére akkor is alkalmazást nyernek, amikor elsősorban nem a beteg érdekét szolgálják, hanem a tudományos érdeklődést. „Elenyésző kockázat mellett is csak a beteg érdeke lehet az indikáció alapja és nem a tudományos érdeklődés" (28). Itt természetesen nem a haladás szükségességének tagadásáról van szó, csupán arról, hogy az orvos gyógykezelési szabadsága nem azonosítható a kísérletezés szabadságával (11). Nem beszélve arról, hogy az egyes új és divatos eljárásokról nem egyszer kiderül — írja *Petri* (18) —, hogy effektusuk nem jobb a régi, jól kipróbált eljárásoknál vagy éppen rosszabb. Nem különben hasonló a helyzet a therapiás és diagnosztikus célból végzett levegőbefúvásoknál, melynek jelentőségére *Fáber* és *Harsányi* (7) hívta fel a figyelmet.

A modern orvostudomány történetében igen nagy jelentőségű a vérátömlesztés. A konzerv-vér bevezetése, méginkább kiterjesztette alkalmazási területét, és úgyszólván mindennapos beavatkozássá vált. Sőt veszélyesen elterjedt mint divatos eljárás, a kellő indikáció nélkül alkalmazott ún. luxus transfusió (4). Ezen teljes kritikai indikációt nélkülöző transfusiók potenciális veszélyt jelentenek, és nem egy esetben végzetes eredményű szerencsétlenséget okozhatnak. Egyet kell érteni *Preuner* (19) állításával, mely szerint, ami régebben a divatos „érvágást" jelentette a gyógyászatban, azt egyes helyeken a transfusio váltotta fel. A fenti és hasonló példákat nagyon sokáig sorolhatnánk.

Katona (12) a p. lélektani alapjainak elemzése során arra a megállapításra jut, hogy a „nil nocere" — alapvető elve — kissé eltorzult formát öltött. Álláspontom szerint ezen eltorzulás ellen minden eszközzel — beleértve a büntetőjogit is — küzdeni kell. Ezt követeli a modern orvostudomány preventív szemlélete, és ebben segít az igazságügyi orvostan, amikor „figyelmeztet az egyes gyógyító beavatkozások helyes kockázatának kialakítására" (4). Alapvető elv *Lenart* (16) megfogalmazásában: „... a leghatalmasabb kontraindikáció az indikáció hiánya".

Ismételten fel kell hívni a figyelmet arra, hogy fentiek nem jelentik az orvos gyógykezelési szabadságának valamilyen „ésszerűtlen" korlátozását. Az esetek nagy részében ugyanis az orvosnak magának kell határoznia, hogy az egyes eljárások közül melyiket alkalmazza, és neki kell mérlegelnie, hogy (a jogszabályok keretei közt) valamely eljárás alkalmas-e vagy sem (16, 23). A mérlegelésnek a „legkisebb kockázat elve" alapján kell történnie úgy, hogy ezen belül is a kockázat elkerülhető legyen (16).

Ezekután felmerül a kérdés, vajon a p. minden esetben büntetőjogi jelentőségű-e? A p. büntetőjogi relevanciáját két konjunktív feltétel adja meg. Egyrészt szükséges, hogy jogellenes legyen, vagyis a magatartás kockázatának nagyobbnak kell lennie az elmaradással járó kockázatnál, másrészt ezen jogellenes kockázat a beteg élete, testi épsége vagy egészsége vonatkozásában közvetlen veszélyt jelentsen. Az olyan — egyébként p.-t megvalósító — magatartás, mely közvetlen veszélyt nem jelent a beteg számára, kívül esik a büntetőjog értékelési területén.

A fenti két feltételnek egymással okozati kapcsolatban kell állnia. Az okozati kapcsolat mint tényállásbeli ismérv tulajdonképpen azt jelenti, hogy az orvos a bekövetkezett eredményért — a közvetlen veszélyhelyzetért — csak akkor tartozik büntetőjogi felelősséggel, ha az a p.-t megvalósító magatartásnak volt az eredménye. Ehhez képest azt kell eldönteni, hogy a polypragmasiás magatartás és a bekövetkezett veszélyhelyzet között megvolt-e az okozati kapcsolat.

Az eddigiekből következik, hogy a p. egyes esetekben büntetőjogi jelentőségű, más esetekben csupán etikai vétség.

Összefoglalás. Szerző a polypragmasia büntetőjogi vonatkozásait tárgyalja, elemzi a kockázat relációjában. Mindamellett, hogy az orvosi hivatás kockázata elismert, megállapítja, hogy a polypragmasia egyes esetekben jogellenessé válik, mert túllépi a megengedett kockázat határait azzal, hogy indokolatlanul olyan helyzeteket hozhat létre, mely a beteg életét, testi épségét és egészségét veszélyezteti. Ezen magatartás viszont hatályos büntető törvénykönyvünk 258. §-a szerint tilalmazott cselekmény, és mint ilyen, büntetőjogi következményeket vonhat maga után. Ugyanakkor rámutat arra, hogy mindezek nem jelentik a gyógyítás szabadságának valamiféle korlátozását, csupán annyit, hogy a gyógyítás szabadsága nem azonosítható a „kísérletezés" szabadságával.

IRODALOM: 1. *Bodrogi Gy.:* Orv. Hetil. 1967, *108,* 2129. — 2. *Borhegyi L.:* Orvosképzés. 1961, *36,* 428. — 3. *Braun P., Fekete Gy.:* A modern gyógyszeres therapia veszélyei. Medicina. Bp. 1962. — 4. *Budvári R., Horváth D.:* Orv. Hetil. 1964, *105,* 1873. — 5. *Budvári R.:* Gyógyszereink. 1968, *18,* 530. — 6. *Erdélyi M.:* Orv. Hetil. 1963, *104,* 843. — 7. *Faber V., Harsányi L.:* Orv. Hetil. 1962, *103,* 782. — 8. *Faber V.:* Honvédorvos. 1962, *14,* 4. — 9. *Földes V.:* Rendőrségi Szemle. 1962, *1,* 65. — 10. *Harsányi L., Földes V., Szuchovszky Gy.:* Orv. Hetil. 1966, *107,* 1461. — 11. *Horváth T.:* Az élet, testi épség és egészség büntetőjogi védelme. Bp. 1965, 433. — 12. *Katona L.:* BM orvos. 1969, *2,* 19. — 13. *Kós R., Votin J.:* Gyógyszereink. 1958, *35,* 1. — 14. *Kovács F.:* Orv. Hetil. 1967, *108,* 1365. — 15. *Lázár* cit. *Budvári R.:* Gyógyszereink. 1968, *18,* 530. — 16. *Lenart Gy.:* Orv. Hetil. 1957, *98,* 861. — 17. *Matzon G.:* Tolna megyei Eü. Tájékoztató. 1964, *2,* 134. — 18. *Petri G.:* Orv. Hetil. 1968, *109,* 2689. — 19. *Preuner, R.:* Dtsch. med. Wschr. 1962, *87,* 678. — 20. *Simon S.:* Gyógyszereink. 1966, *16,* 149. — 21. *Szakonyi A.:* Gyógyszereink. 1958, *35,* 59. — 22. *Szodoray L.:* Orv. Hetil. 1968, *109,* 1045. — 23. *Szuchovszky Gy.:* Orv. Hetil. 1961, *102,* 1633. — 24. *Szuchovszky Gy., Harsányi L.:* cit. *Harsányi L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1966, *107,* 1461. — 25. *Szuchovszky Gy., Harsányi L.:* cit. *Harsányi L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1966, *107,* 1461. — 26. *Trencséni T.:* Orv. Hetil. 1968, *109,* 1967. — 27. *T. T.:* Szerk. közl. Orv. Hetil. 1963, *104,* 892. — 28. *Varga I.:* Orv. Hetil. 1969, *110,* 1357.

Fővárosi Tanács Központi Gyermekegészségügyi Módszertani Tudományos Kutató és Továbbképző Intézet, Heim Pál Kórház (igazgató: Sárkány Jenő dr.) és Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika (igazgató: Babics Antal dr.)

A gyermekkori enuresis egyes kérdései

Kapcsolata a húgyuti betegségekkel és — anomáliákkal

Szamosi József dr. és Tóth József dr.

Enuresis nagyobb mennyiségű vizeletnek tudattalan ürítése, 4 éves kor után, elsősorban éjjel, ritkán nappal is. A populatióban 5 éves korban, a rendelkezésre álló angolszász irodalom adatai szerint (6, 8, 27), 5—10%-ban fordul elő. Az enuresis ellen, már az Ebers-féle papíruszon találtak receptet (21). *Zappert* (49) 1920-ban állapítja meg, hogy említhető változás az enuresis aetiológiájában egy század óta alig van, „de talán több gondot fordítunk a 40-es évek óta a húgyutak kóros folyamatainak felismerésére" (21).

Közleményünk is elsősorban a húgyutak kóros elváltozásaival foglalkozik, de szükségesnek tartjuk, hogy több olyan kérdésről beszéljünk, amiben az irodalmi adatok nem egyértelműek, sokszor tévesek és ez utóbbi nézetek az enuresis orvosi gyakorlatában is helyt kaptak.

Burkard (10) és *Hubble* (27) megkülönböztet *primaer enuresist*, mely constitutionalis lenne, a *secundaernél* gyakoribb viszont a környezeti ártalom. Más vélemény szerint az enuresis elsődlegesen „fejlődési késedelem", immaturitás és az acquiráltaknál (ahol ez a tünet később jelentkezett), a psychikus károsodás állna előtérben (13). *Muellner* (36) az elsődlegesen bevizelők hólyagkapacitását kisebbnek tartja. *Focher* (18) a primaer enuresis okát a központi idegrendszer általános vagy a lumbosacralis szakaszra lokalizálódó retardált fejlődésben látja.

Anyagunkban, anamnestikus adatok szerint, a bevizelés születés óta állandóan fennáll 125 esetben (49,4%). Az „állandóan bevizelők" 60%-a az osztályon egyáltalán nem vagy csak a felvétel napján vizel be, ami megmagyarázhatatlan akkor, ha az enuresist retardált fejlődés hozta volna létre. A kétféle enuresis ilyen éles elkülönítése, úgy gondoljuk, nem indokolt.

Szinte közhelynek számít, hogy az enuretikus *mély alvó*. A mély alvás egyesek szerint az enuresis oka, mert a telt hólyag által kiváltott ingerek nem válnak tudatossá (3). Más szerző anyagában 74% volt a mély alvó (8). *Winkler* (46) Gracidint ajánl a mély alvás ellen, bár csak adjuvánsként. *Weber* (44), *Wicke* (45) az enuretikusok alvását nem tartják a többi gyermektől eltérőnek, és úgy vélik, ha van is köztük mély alvó, azt psychikus okból (dacból) teszik. A gyermekek nem alvás közben, hanem felébredéskor vizelnek be (7, 35). *Zappert* (49) sem tartja a mély alvást az enuresis okának. Az alvás mélységének meghatározására használatos felkeltő ingerek csak a gyermek ellenállását mutatják az ébresztéssel szemben (47). Nagyobb jelentősége van a felkeltés okának és a felkeltő személlyel kapcsolatos érzelmi beállítottságnak.

Enuretikus betegeink nem aludtak mélyebben, mint a többi gyermek.

Az irodalmi adatok sem igazolják azok véleményét, akik a mély alvást a bevizelés okának tartják.

A *spina bifida occulta* egyesek szerint az enuresisért felelős, gerincvelői fejlődés rendellenességének lehetőségét jelzi. Orvosok ezzel a megállapítással küldik a gyermekeket kórházba, egyesek myelodysplasiát mutattak ki (18, 19), viszont mások tagadják a spina bifida occulta kórjelző szerepét (6, 31). Előfordulhat, hogy a csonthiány mellett az alsó végtagokon paresis, végbélzavarok, érzéskiesések vannak (14, 33, 41, 49), myelodysplasiánál a hátsó gyökök sérültek, viszont enuresissel kapcsolatban a megfelelő terület működésképtelenségét nem találták.

Spina bifida occultát, helyesebben a sacralis tájon látható csonthasadékot enuretikus beteganyagunkban 189 esetben vizsgáltuk és ezt az elváltozást 107 gyermeken 56,6%-ban találtuk, ebből azonban 57-nél csak keskeny hiatus volt. 100 nem enuretikus betegen csonthiányt 46%-ban mutattunk ki. A vizsgáltak kora megfelel a bevizelők korosztályának. Myelodysplasiát csak egy gyermeken észleltünk, és ott is csak a hólyagra lokalizálódott, és súlyos organikus húgyúti folyamattal társult.

Teljes egészében elfogadjuk *Laczay és mtsai* (31) felfogását, hogy a spina bifida occulta a gyermekkori enuresis nocturnával kóroki kapcsolatba nem hozható.

A *folyadékmegvonás* gyakori orvosi rendelkezés az enuresis megakadályozása érdekében. Sokan már délután 3 órától nem adnak vizet a gyermeknek, mert véleményük szerint az enuretikusak éjjel többet vizelnek, mint nappal. *Krasznogorszky* (30) folyadékmegvonás mellett sót adagolt, mások folyadékmegvonás mellett sószegény, szénhydrátdús diétát adtak (17, 37). *Robinson* (38) 226 mérés alapján azt tapasztalta, hogy a bevizelő gyermekek

éjjel nem vizelnek többet, mint nappal. Nem valószínű, hogy ha a vizeletet concentráltabbá tettük, megakadályozhatjuk a bevizelést. Miért vizel be a gyermek közvetlen lefekvés után, mikor a hólyag még alig telt? (1). *Fanconi*nak (15) is az a véleménye, hogy az enuresis független a folyadékfelvételtől.

A nappali és éjjeli vizeletmennyiséget, továbbá a reggeli fajsúlyt 38 alkalommal vizsgáltuk. Minden esetben kisebb volt az éjjeli mennyiség, mint a nappali. Nyolc esetben volt a vizelet fajsúlya 1030 és azon felül. Három alkalommal 1020, illetve 1018, a többi gyermek vizeletének fajsúlya 1020 és 1030 között mozgott.

Nem bizonyított, hogy az enuretikus, akár abszolút, akár relatív értelemben (a vizeletmennyiség csak éjjel fokozott) polyuriás lenne. A polyuriásnak sem kell bevizelnie. Tarthatja a vizeletét vagy felkelhet éjjel a vizelési ingerre és kiüríti a hólyagját. Kevés vizelettel is lehet valaki enuretikus.

Egyetértünk azokkal, akik szerint az enuresis kiváltásában a legnagyobb jelentősége *az érzelmi faktoroknak* van (1, 2, 10, 15, 20, 28, 32, 39). A környezeti, családi ártalmak félelmet, szorongást váltanak ki. Enuretikus beteganyagunkban ötven alkalommal végzett psychológiai exploratio ezt jól demonstrálja, akkor is, ha csak a legkirívóbb eseteket említjük. Tíz gyermek apja alkoholista, 13 gyermek családjában a házastársak között súlyos nézeteltérések voltak, köztük 7 esetben el is váltak. Milieu ártalmat jelentett a nem következetes nevelés és a gyermek durva bántalmazása. Mindezek a gyermek személyiségét károsan befolyásolják és az enuresis létrejöttéhez döntően hozzájárulhatnak.

Enuresis és a kóros húgyúti leletek

Campbell (12) 249 enuretikus gyermeket vizsgált cystometriával, cystographiával és 149 esetben (60%) talált kóros elváltozást. *Fisher és mtsa* (16), *McFadden* (34) eredményei 45, illetve 36%. *Kjellberg és mtsai* (29) nagy anyagon (598 bevizelő) végeztek mictiós cystourethrographiát. Rendellenes húgyúti folyamat 41%-ban fordult elő. *Zapp* (48)

1. sz. táblázat

Betegeink kormegoszlása

Kor években	Betegek száma
4	19
5	25
6	25
7	20
8	29
9	35
10	24
11	20
12	26
13	17
14	8
15	5
Összesen:	253

A húgyúti kóros elváltozások összesítése *2. sz. táblázat*

Az elváltozások formája	Száma
Alsó húgyúti rendellenesség	38
Alsó húgyúti elváltozással nem társuló felső húgyúti rendellenesség	17
Húgyúti kő	5
Más húgyúti folyamattal nem szövődött húgyúti gyulladás	18
Összesen:	78

164 gyermek közül 50%, *Burrows* (11) alig valamivel kevesebb (48%) kóros húgyúti leletet állapított meg. *Hallgren és mtsai* (23) 40 ikerpáron, 80 gyermekből 49 bevizelőt találtak. Az enuretikusokból 27%-ban, a többi 31 gyermek közül 13%-ban lehetett pathológiás húgyúti elváltozást kimutatni.

A kóros leletek különböző formákban nyilvánulhatnak meg:

1. *Alsó húgyúti fejlődési rendellenességek* (hólyagnyak-sclerosis, spasticus vagy tónusában csökkent hólyagnyak, billentyűk, urethra, meatusstrictura) (11, 12, 16, 29).

A hólyagnyak-sclerosisra, sphincter internus beszűkülésére gyakran csak az enuresis hívja fel a figyelmet. *Vondra* (42) 19 év alatt 80 esetet észlelt és legfőbb tüneteknek a vizeletretentiót, residualis vizeletet és enuresist jelöli meg. A vizeletretentio eredményeképpen következményes hydroureter, hydronephrosis fejlődhet ki. Refluxot 12 alkalommal találtunk a *3. táblázatban* feltüntetett kórfolyamatokban.

A *reflux vesicoureteralis* gyakran együtt jár alsó húgyúti rendellenességgel. Az ureterostium infectio következményeképpen nyitva áll vagy subvesicalis akadályok miatt jön létre. A refluxot kórosnak kell tartani (5, 25).

3. sz. táblázat

Alsó húgyúti elváltozások formája	Szám
Fibrosis colli vesicae (hólyagnyaksclerosis 3 esetben reflux vesicoureteralissal	4
Spasticus hólyagnyak	7
Kifejezetten trabecularis hólyagfal	1
Nagy pareticus hólyag	2
Tonusában csökkent hólyagnyak (szélesen nyíló hátsó húgycső, urethra felső fele tág, hátsó húgycső, csecsszerűen rajzolódik ki, előhólyagszerű hátsó húgycső, urethra pars membranacea olivaszerűen tágult)	10
Diverticulum vesicae, egy esetben reflux vesicoureteralissal	3
Pyelonephritis, ureteritis, reflux vesicoureteralis	6
Pyelonephritis, praehydronephrosis, hydroureter, reflux vesicoureteralissal	1
Obstructio pyeloureteralis, hypospadiasis, praehydnephrosis	1
Phimosis, dysuria, pyelonephritis, reflux	1
Urethraszűkület, ebből egyik enormisan tágult hólyaggal	2
Összesen:	38

2. *Felső húgyúti rendellenességet* is elég gyakran találtak az enuretikusok vizsgálata kapcsán (11, 48).

3. Húgyúti infectio társulhat enuresissel, kiváltó oka is lehet (11, 12, 22, 48). A húgyutak gyulladása refluxot eredményezhet (24).

A bevizelés gyakran több körülmény hatására jön létre. *Wagner és mtsai* (43) 112 esetből 43-ban két vagy több okot találtak. Pl. 14 éves leányon hólyagkiürülési zavar mellett pathológiás EEG elváltozás volt, valamint családi vonatkozásban zavar volt (elvált szülők); másik leány lelete pyelitis, azonkívül súlyos nevelési ártalom miatt a gyermeknél magatartási zavarok jelentkeztek.

A Heim Pál Gyermekkórház I. és II-es belosztályára 1955. I. 1—XII. 31-ig enuresis diagnosissal 272 alkalommal 253 gyermeket vettünk fel. Kétszer feküdt osztályunkon: 13, háromszor: 3 gyermek. 136 volt fiú és 117 a leány. A fiúk száma alig valamivel több (53,7%). *Kjellberg* (29) és *Burrows* (11) anyagában a fiúk 65%-kal szerepelnek. 4—13 éves korig — ahogy ezt az *1. táblázat* mutatja — a beteganyag az egyes korosztályokban csaknem egyenlően oszlik meg, a 14—15 éves gyermek sokkal kevesebb, viszont legtöbb a 9 éves. A beküldési diagnózis az esetek túlnyomó többségében a hosszú ideje fennálló enuresis volt. Születése óta állandóan bevizelt 125 gyermek (49,4%), időnként bevizel: 83. 45 gyermek nem születése óta, de állandóan enuretikus. Csak éjjel vizelt be 191 (75,4%), éjjel és nappal 35, csak nappal bevizelő: 7. 45 gyermeknek az éjjeli bevizelés mellett nappal pollakisuriája volt. Enuresist enkopresissel együtt 8 gyermeken észleltünk.

197 alkalommal, eseteink 77,8%-ában teljes húgyúti vizsgálatot végeztünk (vizeletvizsgálat, vesechemiai vizsgálatok, baktériumtenyésztés, üres vese, iv. pyelographia, mictiós cystourethrographia). 34 gyermeken intravénás pyelographia cystographia nélkül, 22 enuretikusnál csak vizeletvizsgálat történt.

Alsó húgyúti rendellenességet 38 esetben találtunk (19,2%-ban) (bármilyen okból keletkezett refluxot az alsó húgyúti elváltozásokhoz soroltuk) *(2. és 3. táblázat).*

A felső húgyutakon fejlődési rendellenesség összesen 29 volt *(4. táblázat).*

Kőbetegség: 5 (hólyagkő: 3, ureterkő: 2) *(2. táblázat).*

Felső húgyúti rendellenességek megoszlása *4. sz. táblázat*

A rendellenességek formája	Száma
Vas aberrans	14
Torsio renis	5
Pyelum et ureter duplex	4
Aplasia renis	2
Hypoplasia renis	2
Ren arcuatus	1
Dystopia cruciata	1
Összesen:	29

Húgyúti gyulladás *5. sz. táblázat*

Alsó húgyúti elváltozással szövődött	13
Felső húgyúti rendellenességgel	3
Húgyúti kővel	4
Más elváltozással nem társult	18
Összesen:	38

Húgyúti gyulladás: 38, ebből 18 alkalommal nem függött össze más húgyúti elváltozással.

A 253 gyermek közül 78 (30,8%) mutatta a húgyúti folyamat valamely formáját.

Cystoskopiát csak 20 esetben, többségükben olyan gyermekeken végeztünk, akiken cystographia nem történt.

Tizenkét olyan enuretikus gyermeket kezeltünk, ahol *residualis* vizeletet mutattunk ki (20 ml-t, vagy ennél többet). Három alkalommal volt 100 ml, továbbá egy 80 ml-es, illetve 70 ml-es maradékvizeletet találtunk.

Az anamnesisben vizeletcsepegés 18 gyermeken volt. Közülük 9 esetben organikus húgyúti folyamatot nem találtunk. Öt gyermeken alsó húgyúti folyamatot (köztük 2 fibrosis colli vesicae), 1 hólyagkő, 2 pyuria és 1 alkalommal vas aberrans. Ez utóbbinak nyilván a vizeletcsepegéshez nincsen köze.

A 15 műtéti esetünket a *6. táblázat* mutatja.

A 15 közül 13 gyermeken sikerült 2—6 év után katamnestikus vizsgálatot végezni. Két gyermek nem jelentkezett, egyiknek ureterköve, másiknak húgycsőszűkülete volt.

A *13 gyermek katamnestikus vizsgálata a következő eredménnyel járt:* a bevizelés teljesen megszűnt 6 gyermeknél, továbbra is állandóan megvan 4 esetben, 3 gyermek csak ritkán (1-szer vagy 2-szer hetenként) vizel be.

Megszűnt az enuresis a hólyagkő miatt operáltaknál, a húgycsőszűkületes betegünknél és egyik

6. sz. táblázat

Diagnosis	A műtétek módja	Szám
Calcul. vesicae	A kő eltávolítása	3
Calcul. ureteris	A kő eltávolítása	2
Fibrosis colli vesicae	Ureteroneocystostomia sec. Boari	2
Diverticulum vesicae Strictura ureteritis cong.	Reinplantatio ureteris Diverticulektomia	1
Praehydronephrosis Obstructio	Pyelum plastica	2
Phimosis	Phimotomia	2
Strictura meati urethrae ext.	Meatotomia	1
Strictura urethrae	Urethra tágítás	2
	Összesen:	15

Boari-féle hólyagnyakműtét után. A hatodik gyermeken ureterkő műtét után szűnt meg az enuresis.

Továbbra is bevizel egy kisleány, akin Boari-féle műtétet végeztünk. Az operatio nem járt eredménnyel, mert a gyermeken a hólyagnyak-sclerosis mellett myelodysplasia is volt. Nem szűnt meg a bevizelés súlyos milieu ártalom miatt, a jó műtéti eredmény ellenére sem egy olyan fiúgyermeken, akit az ureterstrictura és diverticulum vesicae miatt operáltunk. Nem változtattak az enuresisen a praehydronephrosis miatt a felső húgyutakon végzett plastikai műtétek (2 esetben).

A phimotomia, illetve meatotomia eredményei sem teljesen meggyőzőek, bár a bevizelések száma csökkent.

Betegeinknél talált alsó húgyúti elváltozások okai lehettek vagy legalábbis hozzájárulhattak az enuresis létrejöttéhez. Irritáló momentumként szerepelhetett a hypospadiasis cystitis, ureteritis vagy a szűk urethra. A felső húgyutak rendellenességei is bizonyos esetekben fejlődési és idegrendszeri alapot adnak — irritáló hatásuk lehet a trigonumra. A fejlődési rendellenességek gyakran teljesen tünetszegények és csak az enuresis miatt végzett vizsgálatok derítik azt ki. Hasonló *Zapp* (48) megfigyelése is. A hólyagkövek mechanikusan okozhatnak enuresist és többségükben, mint az ureterkövek is, pyuriával járnak, így mindaz, amit cystitissel kapcsolatban mondtunk, a kövekre is érvényes.

Az ismertetett nagyszámú húgyúti pathológiás elváltozást — ahogy ezt *Burrows* (11), *Campbell* (12), *Hallgren* (22), *Wagner és mtsai* (43) és *Zapp E.* (48) megállapítják — nem lehet egyedüli oknak tekinteni. Vannak azonban olyan fejlődési rendellenességek, húgyúti infectiók, neurológiai folyamatok, melyek a bevizelés tünetével rendelkeznek. Igen fontos a gyermekorvos, urológus, radiológus és psychológus együttműködése. Saját anyagunkban 15 gyermeken (a 38 alsó húgyúti elváltozás közül) más okot is tapasztaltunk. A gyermekek különböző ideges tüneteket mutattak, továbbá milieu-ártalmak (iszákos, brutális apa stb.) tették a helyzetet súlyosabbá.

Esetismertetés

M. Cs., 7 éves fiút 1965 júliusában vesszük fel, aki éjjel-nappal bevizel, a szülők információja szerint „szobatisztaság"-át nappal megtanulta, de hároméves kora óra enuretikus és szokatlanul sok folyadékot iszik. A családi milieu rossz, az apa alkoholista, a szülők elváltak. Ezekkel a panaszokkal már feküdt kórházban, ahol vizelete több alkalommal vizsgálva sem mutatott kóros leletet. 1030-ig concentrál és az igen széles körű szakszerű vizsgálatok a diabetes insipidust és a vese betegségét kizárták. A vizeletvizsgálat, továbbá a vesechemiai vizsgálatok a vérből osztályunkon sem mutatnak kórosat, de a residualis vizelet 40 ml és az urographia súlyos pathológiás elváltozást igazol. Az üres veseröntgen, az intravénás pyelographia és a tomogramm kétségtelenül kimutatja a jobb vese hiányát, ugyanakkor bal oldalt tágult bunkós kelyhek és a beszájadzás feletti szakaszon igen tágult ureter található. A mictiós cystourethrographiával refluxot, a bal oldali ureter beszájadzásánál galambtojásnyi diverticulumot lehetett megállapítani. A hólyag egyébként jól telődött, de még több kisebb diverticulum is található. *Diagnosis:* aplasia l. d., Pyonephrosis l. s., Strictura ureteris cong. l. s., Diverticulum cystae. Reflux vesicoureteralis l. s.

A műtét, mint ahogy ezt *6. táblázatunk* mutatja, diverticulectomia és reimplantatio ureteris volt. Az urológiai szempontból jó műtéti eredmény ellenére a súlyos milieu ártalom miatt az enuresis nem szűnt meg.

Megbeszélés

Saját eseteink és az ismertetett irodalmi adatok alapján az enuresis olyan súlyos húgyúti elváltozásokat takarhat, mely vesekárosodást okoz, ha azt urographiás vizsgálatokkal időben fel nem fedjük. A húgyutak vizsgálata kevésbé súlyos esetekben is ajánlatos, mert pl. a hólyagnyak spasmusa vagy atoniája esetén célszerű therapiával elősegíthetjük a bevizelés gyógyulását. Talán felesleges is hangsúlyozni, milyen nagy jelentősége van a hólyagkő kimutatásának és műtéti eltávolításának.

Smith (40) csak akkor végez húgyúti vizsgálatot, ha a vizelés jellege megváltozott vagy más külső okot találnak. A tapasztalat azt mutatja, hogy sokszor súlyos húgyúti rendellenességek alkalmával sincs más tünet, mint az enuresis és a vizelés sugara teljesen folyamatos lehet. Beteganyagunkban 38 alsó húgyúti folyamat közül csak 5 gyermeken találtunk vizeletcsepegést, a többi esetben a vizeletsugár formája, intenzitása teljesen szabályos volt. *A külsőleg teljesen normális vizelés nem zárja ki a rendellenesség jelenlétét.* Ennek megfelelően, véleményünk szerint, minden olyan esetben, ahol az enuresis régebben fennáll (1—2 éve), a húgyutak részletes vizsgálatát el kell végezni.

Ugyanakkor ismételten hangsúlyozzuk azt a tapasztalatot, hogy a bevizelés polyaetiológiás tünet. A húgyutak pathológiás elváltozása gyakran csak egyik oka a enuresisnek, emellett más, legtöbbször milieu ártalom szerepelhet kiváltó tényezőként, ahogy ezt kifejtettük és annak therapiás konzekvenciáját is levontuk. Pathológiás húgyúti elváltozás jelenléte nem zárja ki az enuresis psychológiai hátterét. Veleszületett ártalmat, retardált fejlődést, a hólyagkapacitás csökkent voltát hangsúlyozzák. Feltehető, hogy egyes esetekben ezek a tényezők is szerepelhetnek, mert a vizeletürítés nagyon bonyolult ideg- és izomösszeműködés eredménye, ahol igen fontos a vegetatív és az akaratlagos pályák coordinatiója, így működési zavar egyes esetekben létrejöhet (4). Az emotionális faktor mellett szólnak azonban azok a gyors eredmények, amit a körülmények változtatásával, és a legkülönbözőbb szuggesztív eljárásokkal értek el. A nagy populatióban igazolt spontán gyógyulások is elgondolkoztatóak.

Összefoglalás. A szerzők 272 alkalommal 253 enuresissel kezelt 4 éven felüli gyermek észlelése és az irodalmi adatok alapján elsősorban a tünet kapcsolatát vizsgálták a húgyúti folyamatokkal. Azonkívül röviden tárgyalnak több olyan kérdést, melyek gyakran szerepelnek a gyermekorvosi gyakorlatban és az enuresisről szóló közleményekben. Ezek: a primaer és secundaer enuresis, mély alvás, spina bifida occulta, nykturia, továbbá az enuresis mint psychológiai probléma.

IRODALOM: 1. *Addis, R. S.:* Proc. Roy. Soc. med. 1936, *29*, 1515. — 2. *Anstock, F.:* Z. ärztl. Fortb. 1965, *59*, 639. — 3. *Asbeck, F.:* Münch. med. Wschr. 1951, *93*, 1255. — 4. *Babics A.:* Urológia. Bp., Medicina, 1968. — 5. *Bettex, M.:* Über den vesicoureteralen Reflux beim Säugling und Kind. Bern, Stuttgart, Huber, H, 1965. — 6. *Blomfield, J., Douglas, J. W.:* Lancet. 1956, *I*, 858. — 7. *Blum, E.:* Mschr. Psychiat. Neurol. 1946, *108*, 112. — 8. *Braitwaite, J. W.:* Practitioner. 1950, *165*, 273. — 9. *Brodny, M. L., Robins, S. A.:* JAMA. 1944, *126*, 1000. — 10. *Burkard, M.:* Med. Klin. 1962, *II*, 1226. — 11. *Burrows, E. H.:* Urethral Lesions in Infancy and Childhood. Springfield, Illinois, Thomas Ch. J. 1965. — 12. *Campbell, M. F.:* Urol. 1932, *28*, 255. — 13. Editorial: Brit. med. J. 1960, *I*, 1416. — 14. *Emmerich, R.:* Mschr. Kinderheilk. 1937, *68*, 87. — 15. *Fanconi, G. Wallgren, A.:* Lehrbuch d. Paediatrie. Basel, Stuttgart, Schwabe u. Co. 1967. — 16. *Fisher, O. D., Forsythe, W. I.:* Arch. dis. Childh. 1954, *29*, 460. — 17. *Freisfeld, F.:* Münch. med. Wschr. 1945, *82*, 622. — 18. *Focher L.:* Orv. Hetil. 1965, *106*, 119. — 19. *Fuchs:* id. Zappert. — 20. *Gillison, J. H.:* Lancet. 1964, *II*, 529. — 21. *Glichlich, L. B.:* Pediatrics. 1951, *8*, 859. — 22. *Hallgren, B.:* Acta paediat. (Scand.) 1959, *48*, 118. Suppl. 66. — 23. *Hallgren, B., Lahrson, H., Rudke, U.:* Acta paediat. (Scand.) 1961, *50*, 117. — 24. *Harrow, B. R.:* Clin. ped. 1967, *6*, 83. — 25. *Hodson, C. S., Edwards, D.:* Clin. radiol. 1960, *11*, 219. — 26. *Horányi B.:* Neurológia, II. kiadás. Bp., Medicina, 1962. — 27. *Hubble, D.:* Brit. Med. J. 1950, *II*, 1108. — 28. *Kerpel-Fronius Ö.:* Gyermekgyógyászat. Bp., Medicina, 1969. — 29. *Kjellberg, S. R., Ericsohn, N. O., Rudke, H.:* The Lower Urinary Tract in Childhood. Stockholm, Almquist, Wicksell, 1957. — 30. *Krasznogorszky, N. S.:* Mschr. Kinderheilk. 1933, *57*, 282. — 31. *Laczay A., Kopcsányi J.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 2535. — 32. *Liebermann P. L.:* Gyermekgyógyászat. 1951, *2*, 215 — 33. *Lorencz, G.:* Z. urol. 1954, *47*, 609. — 34. *McFadden:* Proc. Roy. Soc. med. 1955, *48*, 1121. — 35. *Mitcherlich, A.:* Med. Klin. 1947, *42*, 454. — 36. *Muellner, R. S.:* JAMA. 1960, *172*, 1256. — 37. *Nobel, E.:* Wien. med. Wschr. 1932, *30*, 82. — 38. *Robinson, M.:* Lancet. 1964, *II*, 413. — 39. *Schmied, H. G.:* Praxis. 1962, *51*, 978. — 40. *Emith, D. E.:* Austr. ped. J. 1967. 193. Ref. Excerpta VII. 1968, *22*, 431. — 41. *Thiemen, F.:* Ergebn. inn. med. Kinderheilk. 1936, *51*, 326. — 42. *Vondra, N.:* Acta chir. Acad. Sci. hung. 1962, *23*, 387. — 43. *Wagner, K. D., Richter, D., Kulz, J.:* Kinderärztl. Prax. 1966, *34*, 503. — 44. *Weber, A.:* Mschr. Psychiat. u. Neurol. 1945—46, *111*, 144. — 45. *Wicke, H.:* Nervenärzt. 1951, *22*, 451. — 46. *Winkler P.:* Orv. Hetil. 1961, *102*, 127. — 47. *Wöhlisch, E.:* Klin. Wschr. 1957, *37*, 705. — 48. *Zapp, E.:* Dtsch. med. Wschr. 1964, *89*, 372. — 49. *Zappert, J.:* Ergebn. Inn. Med. Kinderheilk. 1920, *18*, 109.

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 kötőhártya gyulladás, 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 helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:

5 g tubus 5,30 Ft

Egyt **Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest**

OH
1097

Szablocs-Szatmár megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet,
Fülészeti osztály (főorvos: Szócska János dr.)
és Gyermek Szívgondozó Intézet
(főorvos: Fazekas Árpád dr.), Nyíregyháza

Pendred-syndroma négy unokanővérben

Szathmáry György dr. és Fazekas Árpád dr.

A Pendred-syndroma (18) vagy golyva-süketség syndroma (22) a sporadikus golyvának és süketségnek egyidejű előfordulása. Ezen enzymopathia öröklődik (17). A golyva, illetve a hallászavar mértéke igen változó lehet. A legsúlyosabb formákat süketnémaság jellemzi (14).

Már a XIX. század elején megfigyelte e tünetegyüttest *Wood* (26), de csak 1896-ban írta le *Pendred* részletesen. A Pendred-syndroma igazán csak *Fraser és mtsai* (8) 1960. évi publicatiója nyomán került világszerte az orvosi érdeklődés előterébe. Hazánkban is csak az utóbbi pár évben írtak róla. Így *Siegler és mtsai* (20) 1966-ban 3 gyermekkori esetet közöltek és *Földes* munkatársával együtt (7) 2 felnőtt beteget ismertetett. 1969-ben *Kontor* (13) a kezelési és *Schuler* (23) az aetiológiai vonatkozásokkal foglalkozott.

Magunk 1966 óta 4 *Pendred-syndromás* beteget (5) észlelünk, akik azonban sajnos eddig nem egyeztek bele a többször lehetővé vált jódizotóp, illetve egyikőjüknek emellett ajánlott histológiai vizsgálatba. Mégis ismertetésre méltónak tartjuk e négy unokanővér betegségét részben a kórkép ritkasága, részben a jelen esetben igen jellegzetes klinikai tünetek és érdekes genetikai vonatkozások (15) miatt.

Előzmény

A nyírségi golyvaendémiát kutató korábbi vizsgálataink során (5) lettünk figyelmesek 2 fivér gyermekei között 2—2 veleszületett süketnéma és golyvás leányra, akik ekkor 30 és 27, illetve 46 és 44 évesek voltak. Betegségük klinikailag és genetikailag Pendred-syndromának (5) felelt meg, amely a folyamatos megfigyelések és vizsgálatok kapcsán beigazolódott.

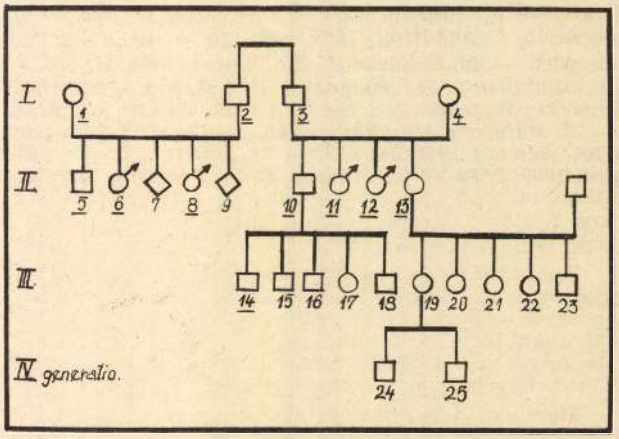
Esetismertetések

1. eset: V. Erzsébet anyjának II. terhességéből, 1935. I. 25-én született. Sohasem hallott és nem tanult meg beszélni. Iskolába nem járt, azonban nemcsak analphabeta, hanem értelmi fogyatékos is az imbecillitás fokán. Menstruatiója 17 éves korában jelentkezett, terhessége nem volt és férjhez sem ment. A ház körül kisebb munkát elvégez, de nem kitartóan és inkább gondozásra szorul.

31 éves korában végzett első vizsgálatakor struma III. fokozatát észleltük. Nyakkörfogata 37 cm, testmagasság 152 cm volt. Sanguis WaR.: negatív. RR.: 130/180 Hgmm.

Audiológiai vizsgálat (Elza AUG—64 audiometer): hallásmaradvány a 125—1000 Hz frekvenciatartományban mindkét oldalon. Átlag 90 dB hallásküszöb (1969. V. 27.).

Vestibularis vizsgálat (1970. IV. 21.): spontán vestibularis tünet nincs. Thermikus vizsgálat (Fritzgerald—Hallpike): néhány nystagmoid rángás szédülésérzéssel kísérve. Nagymértékben csökkent kalóriás ingerelhetőség. Forgatásra (Bárány szerint) rövid ideig tartó (4—5 perc) postrotatorikus nystagmus. Fül-orr-gégestatus: enyhén hurutos orr, mérsékelten megvastagodott dobhártyák.



1. ábra. Családfa-séma.

1: nő, 57 éves, értelmes, hypertonia, struma III.; 2: férfi, 64 éves, struma nincs; 3: férfi, 80 éves, struma II.; 4: nő, meghalt 65 éves korában, struma nem volt, két házasság; 5: férfi, 34 éves, 6 elemi; 6: nő, 30 éves, süketnéma, struma III., analfabéta; 7. halvaszületett leány; 8: nő, 27 éves, süketnéma, struma III. (nodosa), analfabéta, farfekvés; 9: halvaszületett leány, farfekvéssel; 10: férfi, 49 éves; 11: nő, 46 éves, süketnéma, struma II., dolgozik, analfabéta; 12: nő, 44 éves, süketnéma, struma III., varicositas; 14: férfi, 30 éves, myopia; 15: férfi, 22 éves; 16: fiú, 14 éves; 17: leány, 11 éves; 18: fiú, 6 éves; 19: nő, 25 éves, 6 elemi, beszédhiba; 20: nő, 4 éves, beszédhiba; 21: nő ,18 éves, beszédhiba, debilitas, struma II., 5 elemi; 22: leány, 16 éves, 8 elemi, struma II.; 23: fiú, 12 éves, struma I.; 24: fiú, 6 éves, beszédhiba, struma II.; 25: fiú, 5 éves, beszédhibás, struma I.

2. eset: az előző beteg húga, V. Ilona, 1939. VI. 4-én született IV. terhességből és farfekvéssel. Hathónapos korától vették észre, hogy süket. Sohasem beszélt. Négy évvel ezelőtt észleltük III. fokozatú, *göbös* tapintatú *golyváját* (struma nodosa), s histológiai vizsgálatot javasoltunk, azonban a család nem egyezett bele a próbaexcisióba. Nyakkörfogata: 35 cm, testmagassága: 152 cm. Szintén nem járt iskolába, sőt értelmi fogyatékos is az imbecillitás fokán.

Audiológiai vizsgálat: hallásmaradvány a 125—1000 Hz-en. Mindkétoldalt átlag 90 dB hallásküszöb.

Vestibularis vizsgálat: spontán vestibularis tünet nincs. Thermikus vizsgálattal szabályos, értékelhető nystagmus nem jelentkezik, de szédülésérzést jelez. Forgatásra szabályos, 8—10 percig tartó postrotatorikus nystagmus. Fül-orr-gégestatus: negatív.

Témánk vonatkozásában jelentős adatot eredményezett az 1970. IV. 17-i mellkas rtg-átvilágítás, amely szerint mindkét tüdőcsúcs medialis harmadát a sternoclavicularis ízületig érő *substernalis golyva* árnyékolja. Sanguis: WaR.: negatív.

Az első testvérpár *családi anamnézise:* az első vizsgálat időpontjában az apa 64, az anya 57 éves volt. Az apa értelmes és sohasem volt golyvás. A hasonlóan

értelmes anyán III. fokozatú strumát észleltünk, s hypertonia miatt már előzetesen kezelés alatt állott. Még megemlítjük, hogy az anya III. és V. terhessége halvaszüléssel végződött.

3. eset: a második testvérpár idősebb, süketnéma tagja, V. Irén, 1920. I. 28-án született. Első vizsgálatkor struma II. fokozatát észleltük, s megtudtuk, hogy születése óta süket és sohasem tudott beszélni. A nyakkörfogat 38 cm, testmagassága: 171 cm. Családi állapota: hajadon. Sanguis: WaR.: negatív.

Audiológiai vizsgálat: hallásmaradvány a 125—1000 Hz frekvenciákon mindkét oldalon.

Vestibularis vizsgálat: spontan vestibularis tünetek nincsenek. Kalóriás vizsgálat: nagymértékben csökkent vestibularis functio m. o. Forgatás: 10 percig tartó, kis amplitúdójú postrotatorikus nystagmus. Fül-orr-gégestatus: ép.

4. eset: az előző beteg húga, V. Anna, 1922. IV. 27-én született. Mindig süket volt és sohasem tanult meg beszélni. Első vizsgálatkor észleltük III. fokozatú golyváját. Nyakkörfogata: 34 cm, testmagassága: 165 cm. WaR.: sanguis: negatív. Hajadon.

Audiológiai vizsgálat: hallásmaradvány a 125—1000 Hz frekvenciákon.

Vestibularis vizsgálat: spontán vestibularis tünet nincs, kalóriás vizsgálattal néhány kis amplitúdójú, szabályos nystagmus és szédülésérzés jelentkezik. Forgatásos ingerlés: rövid ideig (5 perc) tartó postrotatorikus nystagmus. Fül-orr-gégestatus: mérsékelten behúzott dobhártyák, atrophiás orr- és garatnyálkahártya.

Ezen második testvérpár szintén analphabéta, azonban nem értelmi fogyatékosak, s a mezőgazdaságban keresőképes munkát végeznek. *Családi anamnézisükből* említésre méltó, hogy anyjuk már meghalt, nem volt golyvája. Apjukon struma II. észlelhető, s most 80 éves. Egy bátyjuk és egy húguk él.

Meg kell még jegyeznünk, hogy a család többi tagjának audiometriás, illetve egyéb (vércsoport stb.) vizsgálatát az együttműködés hiánya miatt nem tudtuk elvégezni.

Megbeszélés

A Pendred-syndroma nem gyakori kórkép. Valószínű mégis, hogy sokkal többször előfordul, mint ahányszor felismerik. Jelentőségét az orvosi gyakorlat számára meghatározza azon tény, hogy a veleszületett süketség 5—10%-át (10, 25) okozza. Egyesek szerint gyakorisága: 2—15 hordozó 100 000 személyre számítva (12).

Fülészeti szempontból különösen fontos, hogy vannak olyan pajzsmirigyműködési zavarok, amelyekben a hallászavar obligát tünet (12, 22). Az régóta ismeretes már, hogy a myx*oedemások* kb. 50 százalékában több-kevesebb hallászavar kimutatható. *Gusic* (cit. 22) 1957-ben *endemiás cretinismus* kapcsán tapasztalt cochleovestibularis laesiót. *Sporadicus* cretinismus esetében klinikailag 3 formát választanak szét: *a)* athyreoticus forma: defectus a pajzsmirigy embryonalis fejlődésében; *b)* secundaer hypothyreosis: amely hypophysaer eredetű és végül *c)* nem endémiás hypothyreosis golyvával. Mindegyik formához társulhat: hypacusis. Ezeken kívül kell megemlíteni még a Pendred-syndromát, amely a thyroxin synthesis veleszületett zavara túlnyomórészt perceptiós hypacusissal — súlyos esetben: surdomutitassal — együtt (17).

Pendred-syndromában a pajzsmirigy megbetegedése ugyancsak több klinikai formában (14) jelentkezhet: 1. euthyreoticus golyva; 2. hypothyreoticus golyva és 3. pajzsmirigy-carcinoma alakjában.

Azok az enzymdefectusok, amelyek a congenitalis hypothyreosis okai lehetnek, az utóbbi években (6, 7, 17, 21) váltak ismeretessé. A radioactiv jódizotóppal végzett functiovizsgálat Pendred-syndroma esetében a peroxydase-enzym hiányos sporadicus golyvához hasonló eltérést mutat.

Különben a pajzsmirigy működésének zavara és a hallászcsökkenés-süketség kölcsönös kapcsolatát sok adat bizonyítja. *Belforte* (1) hypothyreoticussá tett (methylthiouracilozott) egerek szövettani vizsgálatával a középfül és a tuba chorionepitheljének myxomatosus duzzanatát, valamint mucopolysaccharidák felszaporodását mutatta ki, amelyeket a



1. kép.
V. Erzsébet, 35 éves, süketnéma. Jól látható III. fokú golyvája

hallászcsökkenés anatómiai substratumainak tart. *Galletti* (9) egyszerű golyva esetében audiometriás vizsgálattal 25%-ban, hypothyreoid dysfunctiós betegekben pedig 60%-ban észlelt hallászcsökkenést. *Thould* és *Scowen* (24) 822 süketnéma gyermek 2 százalékában talált golyvát, s e 17 golyvás közül 13 Pendred-syndromásban peroxydase-zavarra jellegzetes eltérést.

A hazai hasonló felmérések közül megemlítjük, hogy *Siegler és mtsai* (20) a budapesti Siketnémák Tanintézete 177 tanulója (4—15 évesek) között 20 százalékban tapasztaltak golyvát éspedig: kifejezett pajzsmirigynagyobbodást 16 és kisebb duzzanatot 17 gyermeken.

Figyelemre méltó gyakorlati adat, hogy *Lenhardt* (16) egy család 3 generatiója 6 tagját örökletes hallászavar és egyidejű subklinikai jódanyagcsere-zavar miatt vizsgálva Stenvers-felvételekkel a belső hallójárat szűkületét tudta kimutatni.

Megemlítjük továbbá, hogy *Bilginturan* (2) 10 éves betegén a csontosodásban 4 év késést és a pajzsmirigy histológiai vizsgálatával pedig papillaris structurát észlelt. Itt egyben utalhatunk arra, hogy kereshető bizonyos kapcsolat a Pendred-betegség és a chromosoma-kutatás, valamint a daga-

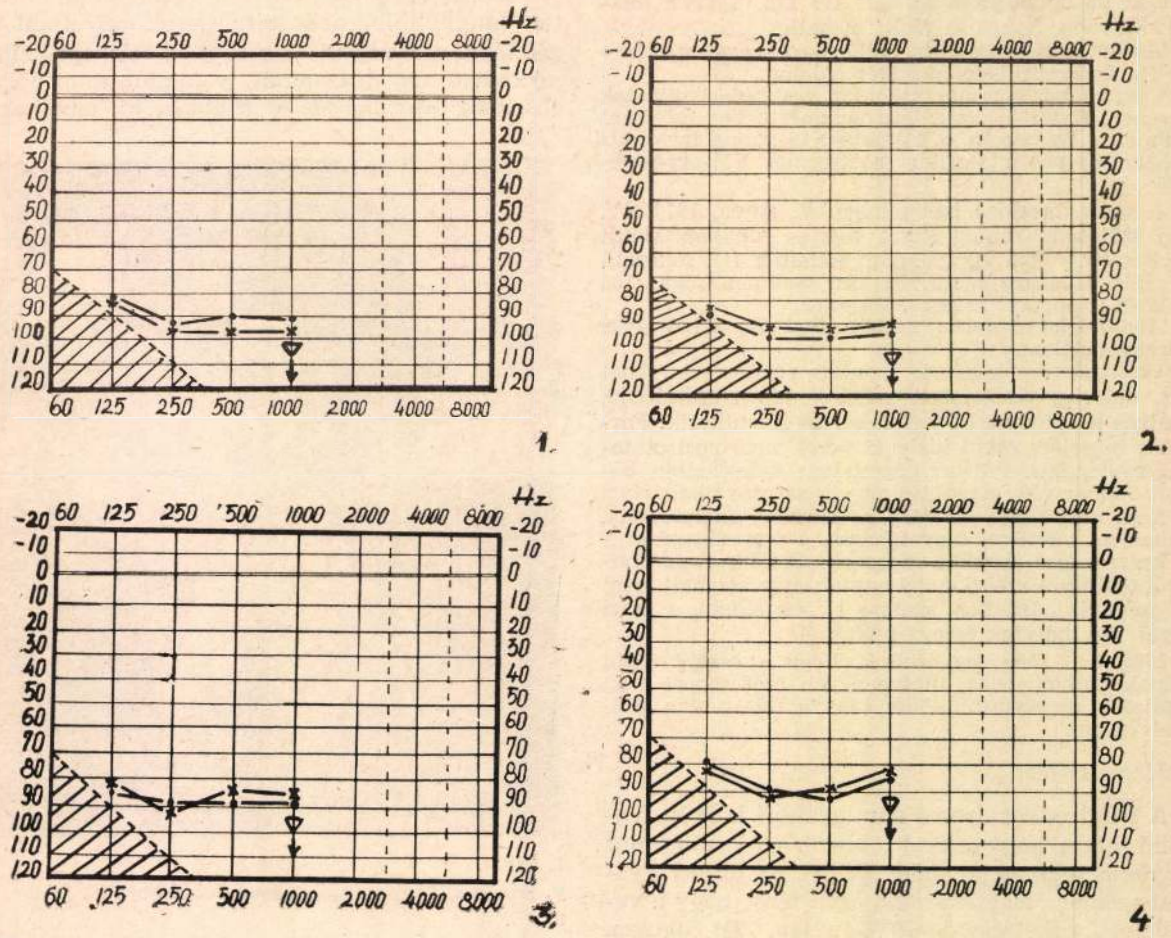
natkutatás eredményei között. *Siegler és mtsai* (20) 3 betegükben normális karyogrammot találtak. Ezzel szemben *Kitlak* és *Gebert* (12) a 18. chromosoma rövid karjának a hiányát észlelték 1 hónapos leánycsecsemő betegükben és ugyancsak Pendred-syndromás bátyjában. *Kontor* (13) pedig Pendred-syndromás beteg göbös golyvájának szövettani vizsgálatával struma malignát tudott kimutatni. *Róbert és mtsai* (19) a gyermekkori pajzsmirigy rosszindulatú daganatai kapcsán megjegyzik, hogy a szövettani vizsgálat ugyan a legmegbízhatóbb, de nem mindig lehet abból a szerv biológiai viselkedését következtetni.

Itt egyben a Pendred-syndroma therapiájára is utalunk. Meg lehet kísérelni a thyreoidea bevitelét, *Belforte* (1) szerint idős beteg hallása is mutatott erre javulást. *Siegler és mtsai* (20) Liothyronin adása és pajzsmirigyműtét mellett szállnak síkra, s ugyanekkor óvnak a pajzsmirigy sugárkezelésétől.

A megelőzést szolgálhatja a praeconceptionalis prophylaxis, azonban ez csak könnyen igénybe vehető Genetikai Tanácsadó hálózatával érhető el. Az egészségügyi felvilágosítás feladata küzdeni egyes falvainkban — így Tiszamogyorós községben is — mai napig dívó endogamia ellen (15).

Ugyanakkor nemcsak a süketnémák rendszeres endocrinológiai ellenőrzése, hanem endocrinológiai rendeléseken az audiometria (3) igénybevétele is nagyon lényeges, főleg gyermekeken. *Johnsen* (11) tapasztalatai éppen arra utalnak, hogy a pajzsmirigyzavart gyermekkorban később diagnosztizálják, mint a hallássérülést.

A syndroma kóroktana ma még ismeretlen. A legelfogadottabb *Thould* és *Scowen* (24) hypothesise: eszerint foetalis hypothyreosis miatt kevesebb thyreoidea-hormon képződik, s ez gátolja a később fejlődő és igen érzékeny VIII. agyideg normális kialakulását. A születés után a hypophysisben fokozottan képződő TSH (Thyreoideát Stimuláló Hormon) a foetalis hypothyreosist másodlagos golyva, secundaer hyperplasia révén (23) compensálja.



2. ábra.
Audiogrammok. Bal oldali ○—○, ill. jobb oldali ×—× légvezetéses küszöb. Csonvezetés ∅

E kétségkívül tetszetős feltevés még bizonyításra szorul, miként az is, hogy monogen enzymopathiával állunk-e szemben. Az utóbbi időben ugyanis felmerült a gyanú (20), hogy a pajzsmirigyben egyetlen enzym hiánya a többi enzym következményes működészavarát is eredményezheti. Így *Siegler és mtsai* észleléseik alapján egyetlen pleotrop gen helyett 2 gen részvételét tételezik fel.

A Pendred-syndroma ritkaságát figyelembe véve nem tekinthetjük teljesen véletlennek azt a tényt, hogy e kórkép süketnémasággal járó, vagyis legsúlyosabb formáját mutató 4 betegünk egyben nemcsak *unokatestvér*, hanem mind *nőnemű* is. Úgy látjuk, hogy ezen enzymopathiánál a „nemre

Rp: BISECURIN
tabletta

Összetétel: 1 tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethyniloestradiolumot tartalmaz.

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

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

Alkalmazás és adagolás: A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Ezalatt szabályos reactiokészség esetén a kezelési szünet 2—5. napján menstruatioszerű 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 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 tabletta bevétele egy napon elmarad, ezt a lehető leghamarabb pótolni kell és a következő tablettát szokott időpontban be kell venni. 2 tabletta 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.

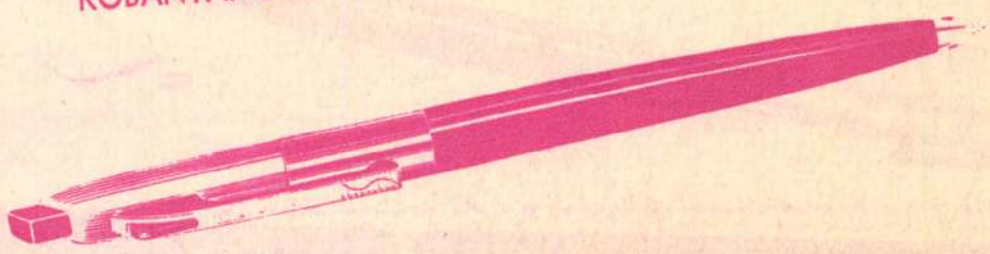
Mellékhatások: Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

Figyelmeztetés: Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

Megjegyzés: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

Forgalomba kerül: 21 tabletta. 24 Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.



Rp: TRISEDYL

injectió, tabletta, solutió

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 agitatióval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, epileptiform psychosisok, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: A pyramispálya és az extrapiramidalis pályarendszer organicus betegségei.

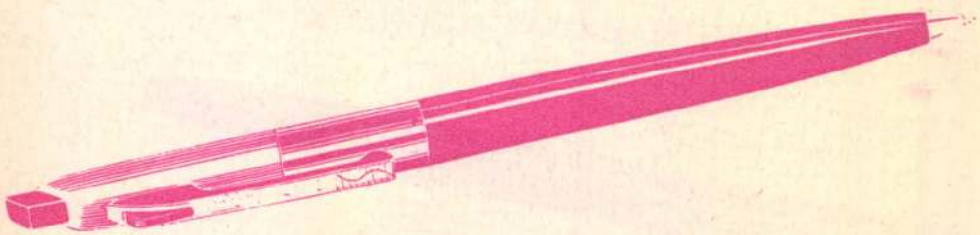
ADAGOLÁS: A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az oralis adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: ½—1 ampulla i. m. Oralisan: 0,5 mg-os kezdő adag után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével a napi adagot felnőtteknek 1,5—2 mg-ig lehet emelni. Gyermekeknek 5 éves korig a felnőtt adag ¼-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 tabletta
250 db tabletta
1 üveg solutio (10 ml)

FORGALOMBA HOZZA:
KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST, X.



korlátozott" (sex limited) öröklődés gyanúja is szóba jöhet.

A golyva-süketség syndroma kapcsán ma még tehát sok a tisztázatlan kérdés, s ezért is gondoljuk, hogy szerény klinikai és genetikai megfigyelésünk esetleg mások számára is hasznos lehet.

Összefoglalás. Két fivér gyermekei közül 2—2 leány Pendred-syndromáját ismertetik. Mind a 4 unokatestvérben a legsúlyosabb, süketnémasággal járó forma manifestálódott. Fontosnak tartják a süketek endocrinológiai vizsgálatát, illetve gyermek-endocrinológiai rendeléseken az audiometria rendszeres igénybevételét. Legcélravezetőbb a kórkép megelőzése, amelyet szolgálhat az endogamia ellen irányuló egészségügyi felvilágosító tevékenység és a hatékony genetikai tanácsadás.

IRODALOM: 1. *Belforte, G.:* Ann. Laryng. (Torin.) 1966, *87*, 576. — 2. *Bilginturan, N.:* Turk. J. Pediat. 1966, *8*, 216. — 3. *Dévald I.:* Előadások a TIT IV. Orsz. Eü. Vándorgyűlésén (TIT Kiadvány, 1968. Bpest, 55—68.). — 4. *Fazekas A.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 1036. — 5. *Fazekas A., Váry J., Várady J.:* Népeü. 1968, *99*, 171. — 6. *Földes J.:* Ritka kórképek (szerk.: Braun Pál, Medicina, 1964, Bpest, 146.). — 7. *Földes J., Piroska E.:* Orv. Hetil. 1966, *45*, 2123. — 8. *Fraser, G. R., Morgans, M. E., Trotter, W. R.:* Quart. J. Med. 1960, *29*, 279. — 9. *Galletti, C. et soc.:* Boll. Mal. Orecch. 1966, *84*, 70. — 10. *Hvizing, E. H. jr.:* in Berendes J., Link R., Zöllner F.: Hals—Nasen—Ohrenheilkunde (Georg Thieme, 1966, Stuttgart, 1812—13.). — 11. *Johnsen, St.:* Acta oto-laryng. (Stockholm) Suppl. 1957, *140*, 168. — 12. *Kitlak, W., Gebert, P.:* Arch. Kinderheilk. 1968, *177*, 170. — 13. *Kontor E.:* Magyar Pediater. 1969, *2*, 20. — 14. *Leiber, B., Olbrich, G.:* Wörterbuch der klinischen Syndrome (Urban und Schwarzenberg, 1963, München—Berlin, 417.). — 15. *Lenart Gy.:* Magyar Pediater. 1970, *4*, 25. — 16. *Lenhardt, E.:* Z. Laryng. Rhinol. 1967, *46*, 260. — 17. *Magyar I., Petrányi Gy.:* A belgyógyászat alapvonalai (Medicina, Bpest, 1969, I. köt., 752.). — 18. *Pendred, V.:* Lancet. 1896, *II*, 532. — 19. *Róbert J., Torda M., Erdélyi M.:* Magyar Pediater. 1969, *2*, 20. — 20. *Siegler J., Kardos E., Miriszlai E., Schuler D.:* Orv. Hetil. 1966, *45*, 2120. — 21. *Szántó L.:* Az endokrinológia újabb eredményei (szerk.: Góth E., Medicina, 1963, 207.). — 22. *Schlorhaufer, W.:* Wien. klin. Wschr. 1968, *80*, 728. — 23. *Schuler D.:* Magyar Pediater. 1969, *2*, 20. — 24. *Thould, A. K., Scowen, E. F.:* J. Endocr. (London) 1964, *30*, 69. — 25. *Trotter, W. R.:* Brit. med. Bull. 1960, *16*, 92. — 26. *Wood:* cit. Földes (7).

A fókusz-eredetű megbetegedések tárgyalása folyamán írja, hogy „... A tuberculosis és thyreotoxicosis kezdeti stádiumai könnyebben zárhatók ki, mint a kifejezetten psychogen zavarok, amelyekben psycho- és neurastheniás — továbbá vegetatív zavarok látszólagos infectiosus komponensekkel szövődnek. Ezek is lehetnek periodikus lefolyásúak, mint a fókusz-infectiók.

Amíg annak a gócnak a kiiktatása, amelyből a szórást feltételezik, nem hoz létre javulást, addig a psychés állapot változása néha a látszólagos fertőző komponenst is villámcsapásszerűen megszüntetheti. A vak műtéti düh egy viszonylag fiatal embert a következő helyzetbe hozhatja: „fogsora a szanálás eredményeképp áldozatul esett, manduláit kioperálták, melléküregeinek csak radikálisan operált heges maradványai vannak, vakbelét kivették, ennek ellenére nem lett a lelki állapota boldogabb és panaszai semmivel sem csökkentek".

Hozzájárul még, hogy a gócfertőzés tana a neurastheniás számára divatjelszó lett és készséggel veti alá magát a „góc szanálás" újabb és újabb műtéti beavatkozásának.

Prof. Lüscher E.: Lehrbuch der Nasen- und Halsheilkunde. Springer Verlag, 1956. 327—328. old.

Balatonfüredi Állami Kórház III. osztály
(osztályvezető főorvos: Antalóczy Zoltán dr.)

Szívpanasz és szívbetegség

Antalóczy Zoltán dr.

A betegágy mellett a leggyakrabban felmerülő, a legnehezebb és a legnagyobb jelentőségű orvosi feladatok közé tartozik a szívtáji fájdalom, a rhythmuszavar és a nehézlégzés megítélése. Az említett klinikai tünetek ui. az esetek egy részében szívbetegeken lépnek fel, az esetek más részében viszont azok csupán mint szívpanaszok vagy mint a szívbetegségeket utánzó panaszok jutnak kifejezésre. Így vetődik fel tehát a kérdés: szívpanasz vagy szívbetegség? Vajon a szívpanasz extracardialis okok következtében lép-e fel vagy pedig az valamilyen szívmegbetegedés tünettanának részét képezi-e?

A kérdés megválaszolása az esetek egy részében nagyon könnyű, az esetek más részében nagyon nehéz, azonban a probléma mindenkor a legnagobb figyelmet kell hogy érdemelje. Könnyű elkülöníteni a hyperkinetikusok szívfájását vagy a herpeses eruptio megjelenése után a bal oldali intercostalis neuralgiás fájdalmakat a valódi stenocardiáktól, de adott esetben nagyon nehéz lehet pl. az első paroxysmalis tachycardiás (p. t.) roham kapcsán fellépő mellkasi nyomás megítélése. A p. t. oka a myocardium infarctusa is lehet, viszont maga a p. t. roham is szokott mellkasi fájdalommal járni. A rohamokat pedig nem egyszer aura vezeti be, amely mellkasi nyomásokban megnyilvánuló, jellegzetesen cardialis jellegű is lehet. Ismét máskor a mellkasi nyomással kísért p. t. roham a cardialis decompensatio kialakulásának kezdeti szakában lép fel és ha a roham elhúzódik, úgy az SGOT értékek is emelkedettek lehetnek. Az ilyen esetekben, a tüneteknek ebben a konstellációjában rendszerint már nem az a kérdés merül fel, hogy szívpanasz vagy szívbetegség, hanem hogy milyen szívmegbetegedésről van szó.

A beteg gyógyítása szempontjából azonban fontos annak eldöntése, hogy a szívtáji fájdalommal, rhythmuszavarral és nehézlégzéssel is kísért klinikai triast milyen eredetű szívizomanyagcsere-zavar hozta létre. Infectio, cardialis decompensatio, angina pectoris, myocardium infarctus? A gyakorló orvos a betegágy mellett ülve nem rendelkezik ilyen esetekben sem csupán a legegyszerűbb eszközös vizsgálatok lehetőségeivel, mégis az anamnesis gondos felvételével és a fizikális vizsgálatokkal már a betegágy mellett tisztázhatja a kórismét. Ezt pedig annál inkább is megteheti, mivel pl. az angina pectoris kórisméjének felállításában még ma is a jó anamnesis a perdöntő! De a p. t.-át is gyakran csak a kezelő orvos észleli és azokat a sokszor jelentéktelennek vagy jellegtelennek megítélt kis köhögéseket, köhécseléseket is, melyek egy éjszaka „váratlanul" asthma cardialés rohamban vagy tüdő-oedemában manifestálódhatnak. A gyakorló orvosoktól tehát nagyon sok függ, hiszen az angina pectoris, a myocardium infarctus, a cardialis decompensatio, a rohamokban jelentkező szívrhythmuszavar, a cardialis dyspnoe és a tüdőoedema az életet veszélyeztető kórállapotok lehetnek. Ilyen esetekben azonnali segítségre, azonnali beavatkozásra vagy intézkedésre van szükség.

Más esetekben, ha a szívtáji fájdalmat, a rhythmuszavart és a nehézlégzést nem kardialis okok hozzák létre, természetesen korántsem ennyire riasztó a helyzet. A szívpanaszokat nagyon gyakran neurogen vagy hormonalis okok, stress-situatiók, psychés conflictusok stb. hozzák létre.

Az emberi pathológiában előforduló cardialis és extracardialis tényezők pl. lényegében véve ugyanazokat a rhythmuszavarokat okozhatják. A szívizom sérülése, ill. anyagcserezavara valamennyi szívrhythmuszavart létrehozhatja. Azonban vegetatív idegrendszeri hatások, ill. az acetylcholin és a katecholamin effectusok talán a szárblock kivételével, szintén valamennyi szívrhythmuszavart létrehozhatnak. A rhythmuszavar typusából, EKG képéből tehát nem lehet annak eredetére következtetni. Ismeretes továbbá, hogy az ES-ék, de még a p. t.-ás és a paroxysmalis pitvari fibrillatio egy csoportjában is a rohamok felléptét és azok ismétlődését neurosisos mechanismusok hozzák létre. Ezekben az esetekben a p. t.-át mint vegetatív stereotypet egy kezdeti emotionalis shock, a shocktünetek későbbi rögzülése, majd azoknak feltételes reflexek útján történő ismétlődése eredményezi. Végzetesen elhibázott az ilyen betegeket szívbetegként kezelni. Ilyen esetekben a betegek részletesen felvilágosítandók, hogy az általuk szívrohamnak minősített p. t. nem szívmegbetegedés, hanem csupán tünet, ún. másodlagos szívpanasz. A másodlagos szívpanaszok ismét más esetekben szervileg gyógyult szívmegbetegedésekhez társulhatnak. Az ilyen esetekben kialakuló ún. secundaer neurosis a somatikus szívbetegség tüneteit rögzítheti és ilyenkor a tünetek feltételes reflexek révén ismétlődhetnek. Ezen tünetcomplexus azután akkor is jelentkezhet, amidőn az eredeti somatikus szívbetegség már sanálódott. Sajnos elég gyakran látjuk ezt fiatalok myocarditise kapcsán. A myocarditis megnyugvása után is jelentkezhetnek olyan tünetek, melyek a myocarditist utánozzák, pl. a pulsuslabilitás, tachycardia stb. Nyilvánvaló pedig, hogy ezekben az esetekben az alkalmazkodás zavaráról, elégtelenségéről van szó, melyet részben bizonyos feltételes, a betegséghez rögzült reflexek tartanak fenn. A beteggel való megfelelő foglalkozás, orvosi szaktudás

és határozottság, a vég nélküli fektetés helyett az idejében történő felkeltés és az adagolt további terhelések fokozatos alkalmazása gyors javulást, a panaszok megszűnését szokták eredményezni.

A szívsensatiók jelentkezésének acut szakában mindenképpen a therapia helyes megválasztása és helyes alkalmazása a döntő feladatunk. Ezt követően a beteg részletes kivizsgálására kell sor kerüljön, hogy a panaszok eredetét pontosan tisztázhassuk. Még a legegyszerűbbnek, a legártatlanabbnak tűnő szívrhythmuszavarok jelentkezése esetén is ki kell vizsgáljuk a beteget, hiszen a rhythmuszavarok hátterében nem egyszer a szív súlyos károsodása, esetleg akár mikroinfarctusa is megbújhat. Más esetekben pedig éppen az derülhet ki, hogy az eredetileg szívinfarctusnak minősített eset nem minősíthető szívinfarctusnak. Ilyen vonatkozásban sajnos gyakori tévedés forrása a bal kamra túlterheltségének, a szívinfarctussal való összecserélése. A betegnek hypertoniás rohama támad, intézetbe szállítják. EKG vizsgálatot készítenek, és az EKG vizsgálat során az I. standard elvezetésben, valamint a $V_{4\text{-}5\text{-}6}$-ban ST-depressziót és negatív T hullámokat észlelnek. Az SGOT értékek normálisak. A betegnek szívpanasza nincs, a klinikai diagnosis mégis mellsőfali szívinfarctus. Ezen EKG kép alapján valóban lehet a betegnek mellsőfali szívinfarctusa, de az EKG kép nem lehet perdöntő, különösképpen nem ez az EKG kép. Előfordult az is, hogy az évek óta mérsékelt hypertoniában szenvedő beteget ilyen EKG kép alapján egy interkurrens vizsgálat kapcsán, teljes panaszmentesség ellenére ágyba parancsolták, mivel a képet infarctusnak minősítették. A betegnek évek óta ilyen az EKG képe és ez a kép, hangsúlyozom, különben sem jellemző infarctusra. Ezekben az esetekben a bal kamra túlterheltségéről van szó. Természetesen az nem állítható, hogy ez a syndroma nem jelenthet szívkárosodást. De mégsem mindegy az, hogy valakinek van-e szívinfarctusa is vagy pedig nincs.

Régebben az orvos a szívbetegeknek csupán az orvosi oldalával foglalkozott és megelégedett azzal, hogy betegeit compensálni tudta, ha megszüntette rhythmuszavarait, ha kedvezően tudta befolyásolni stenocardiás panaszait. Ma viszont a szívbetegek, illetve a társadalom igénye is parancsolóan írja elő nem csupán a betegség gyógyítását, hanem a szívbetegek társadalmi létének, és a munkába való állításuk kérdését is. A szívbeteg ember kivizsgálása tehát teherbíróképességük ismeretét is megköveteli.

A szívbetegek teherbíróképességének van egy fizikai és egy psychikai oldala. A teherbíróképesség megítélésében mindkét oldal vizsgálata és előtérbe állítása egyaránt fontos.

A teherbíróképesség fizikai oldalának megítélése ún. complex terhelésekkel történik. Azt vizsgáljuk, hogy megadott ismert bizonyos terhelésre milyen a szervezet válasza. Ha a megadott és az általunk szükségesnek tartott és megfelelő időtartamú terhelésre a szervezet válasza adaequat, úgy a teljesítőképesség, a beteg fizikai teherbírása jónak, megfelelőnek ítélhető meg. Fontos azonban azt hangsúlyozni, hogy nem csupán egy-egy válaszreakciót, egy-egy paramétert vizsgálunk, hanem a szervezet válaszreakcióját több szempontból közelítjük meg. Általában azonban ezek a vizsgálati válaszreakciók metodikailag két typusú vizsgálatokra oszlanak. Vizsgáljuk az elektromos információkat és vizsgáljuk a haemodynamikai válaszokat. Az egyszerű és a metodikailag is jól körülhatárolt metódusokat szeretjük alkalmazni. Így a terheléses EKG-t, a mozgástherapiát, illetve a különböző physiotherapiás módszereket, a terrén kúrát, az adagolt úszást, gymnasztikát stb.

Rendkívül fontos szempont a beteg alkalmazkodóképességének a megítélése. A psychés és a vegetatív alkalmazkodás vizsgálata egyaránt szükséges. Hogyan helyezkedik be a beteg környezetébe, milyen az intézeti, az otthoni és a munkahelyi környezeti változások és változtatások hatása a beteg személyiségére? Milyenek a vegetatív válaszreakciók? Különböző behatásokra, psychés vagy fizikai terhelésekre milyenek a keringés egyszerű parametereinek, a vérnyomásnak és a pulsusnak a változásai és reakciói? Kimutatható-e az adaptatio insufficientiája? Milyen a beteg betegségtudata? Van-e secundaer neurosisa, amely a betegség egyes klinikai tüneteit az organikus bántalom múltával is rögzíteni képes és a szívbetegség klinikai tüneteit, még a stenocardiákat is, feltételes reflexeken át részben rögzíteni, részben pedig ismételni képes? Mind megannyi kérdések ezek, melyeket megválaszolni a legkomplexebb terheléses vizsgálat, a leginvenciózusabb metodika sem képes, csak ezek felhasználásával, ezekre támaszkodva a beteggel való személyes foglalkozásunk eredményezheti a sikert. Maradjunk tehát a betegnél! A műszerek, a metodikák, de még a komputerek sem helyettesíthetik az orvost. Felhasználjuk ezeket és fel is kell használnunk ezeket, de mindig az orvos értékel.

Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék
(tanszékvezető: Littmann Imre dr.)

Mesenterialis steal syndroma

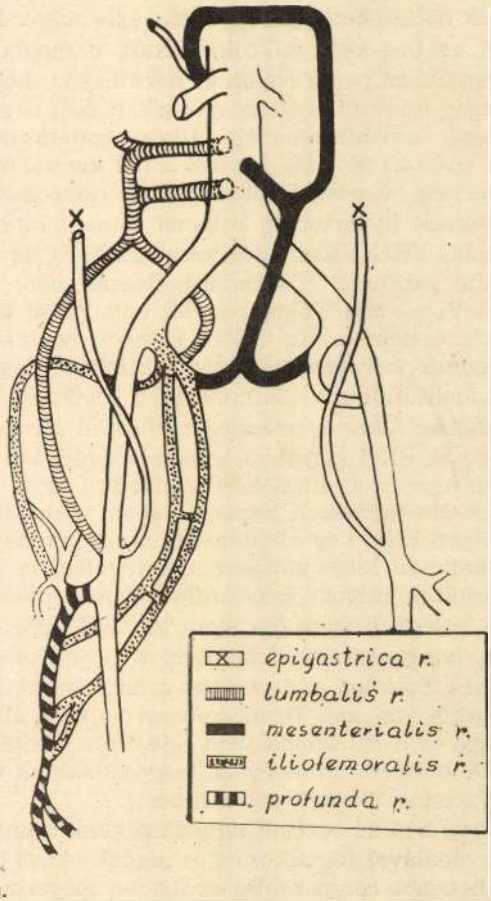
Lakner Géza dr. és Berentey Ernő dr.

Általánosan ismert jelenség arteriás törzsek elzáródása esetén collateralis keringés keletkezése. A szervezet a megváltozott haemodynamikai helyzethez alkalmazkodva így biztosítja az elzáródás alatti terület vérellátását. Az arteriographiás vizsgálatok elterjedése alapján a collateralis keringés néhány speciális formáját ismerhettük meg.

A collateralis keringés preformált, azaz anatómiailag eleve meglevő érpálya-összeköttetéseken át jön létre. Alapvető feltétel a haemodynamikai változás, azaz nyomásgradiens az elzáródás két oldala között. A medence területén a collateralis keringés lehetőségei igen jók, sok esetben képesek a terminalis aorta és az iliaca renszerben kialakuló segmentalis elzáródásoknál az alsó végtagok vérellátását kielégítően biztosítani. A medence területén jelentős összeköttetések vannak a medencei erek és a mesenterialis arteriák között is (3, 5, 7, 11, 13) (1. ábra). A terminalis aorta vagy az iliaca communisok segmentalis elzáródása esetén, az elzáródás alatt levő iliaca rendszerben a nyomás lényegesen alacsonyabb, mint az ezen érrendszerrel összeköttetésben levő zsigeri arteriákban, így a vér a collateralisokon át az alacsonyabb nyomású területek felé áramlik. Az alsó végtagok izomzatának működése hatására a két érterület között a nyomásgradiens fokozódik, ilyen esetben a collateralisokat adó szerv érterületén ischaemia alakulhat ki. Ezt az ún. steal (lopási) effectust az egyszerű collateralis keringéssel szemben a következők jellemzik:

— a collateralisokat adó szerv arteriás rendszere ép;
— az ischaemia, ill. a klinikai tünetek elsősorban az adó szerv részéről jelentkeznek;
— az adó szerv ischaemiája a „lopó" szerv munkavégzése során súlyosbodik.

A jelenséget először *Contorni* írta le 1960-ban az arteria vertebralis és arteria subclavia vonatkozásában. A steal jelenséggel hazánkban is számos szerző foglalkozott az elmúlt években (4, 6, 8, 10, 12). A mesenterialis steal syndroma klinikai vonatkozásban ritka kórkép, mint radiológiai kórisme sokkal gyakrabban fordul elő (2). Az első operált esetről *Rátkai és mtsai* számoltak be 1969-ben (9). A mestenterialis steal syndroma abban az esetben jöhet létre, ha a terminalis aorta vagy a bal oldali iliaca communis záródik el. Jobb oldali elzáródásnál az anatómiai adottságok miatt a syndroma kialakulása lényegesen ritkább. A syndromában a vér útja: aorta — art. mesenterica inferior — arteria rectalis superior — art. rectalis media és inferior — art. iliaca interna — art. iliaca externa (2. ábra).

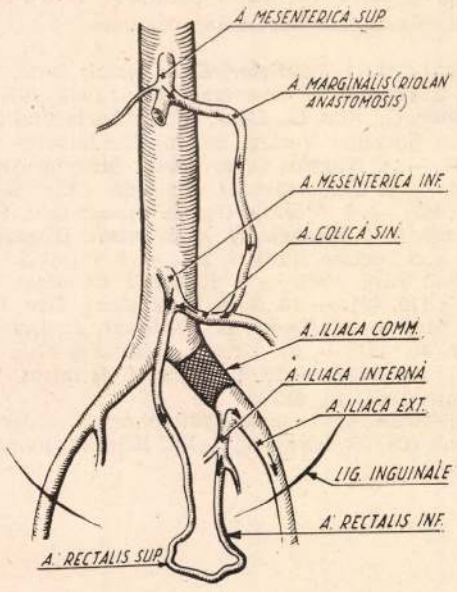


1. ábra.
Különböző collateralis lehetőségek medencei érelzáródások esetén (Vollmar után, 13)

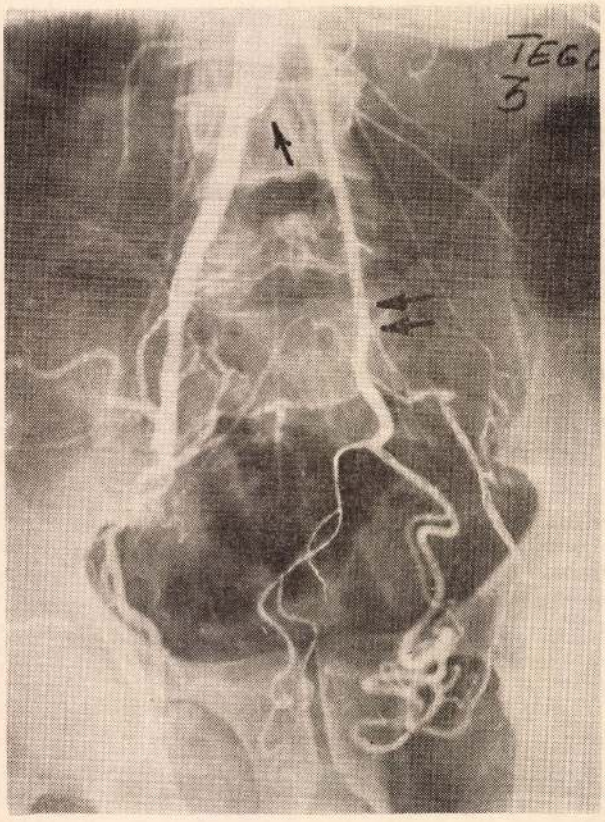
A syndroma csak megfelelő anatómiai adottságok esetében fejlődik ki. A collateralis keringés lényegesen gyakoribb útja a lumbalis és iliolumbalis arteriákon, valamint a circumflexa ilei profundán át alakul ki (l. 1. ábrát). Erősen fejlett Riolan anastomosis esetén a syndromára jellemző radiológiai tünetek megjelenhetnek anélkül, hogy a mesenterica inferior területén ischaemia alakulna ki. Máskor a Riolan anastomosis kifejlődésével a „hasi dysbasia" megszűnhet minden sebészi beavatkozás nélkül is (2).

A syndromára jellemző klinikai tünetegyüttes a járás során fellépő alhasi fájdalom, melyet dysbasia követ. Igen jellemző, hogy az alhasi fájdalom mindig megelőzi az alsó végtagon jelentkező ischaemiás fájdalmat (1). A tünetegyüttes hosszabb ideig való fennállásának esetében colitises jellegű

panaszok, obstipatiós periódusok is jelentkezhetnek. A kórkép elkülönítése a zsigeri arteriák szűkülete okozta angina abdominalistól könnyű, mivel ennél a kórképnél a hasi fájdalmak mindig étkezés után jelentkeznek és a fájdalom járással nem provokálható. A mesenterialis steal syndroma biztos kórismézét csak a hasi aorta és a medencei erek angiographiás vizsgálata útján lehet felállítani.



2. ábra.
A vér útja mesenterialis steal syndromában

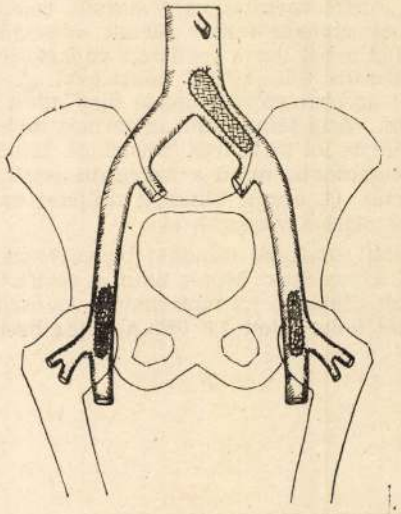


3. ábra.
Az aortographiás sorozat 3. képe aorta bifurcatio. art. mesenterica inferior

Esetismertetés

Az 58 éves férfibeteget 1968. XI. 13-án vettük fel osztályunkra. A beteg elmondja, hogy kb. 10 éve vannak mindkét alsó végtagján claudicatiós panaszai, melyek az utóbbi időben jelentősen súlyosbodtak. 20—30 lépés megtétele után alhasi fájdalmai jelentkeznek, melyet ikrafájdalom követ. Néhány perces pihenés után fájdalmai megszűnnek, újabb járásnál ismét jelentkeznek. Az utóbbi hónapokban székelési zavarai is vannak.

Felvételi statusából: mindkét alsó végtag hűvös, sápadt. Femoralis és periferiás pulsus egyik végtagon sem tapintható. A vénás hálózat árkolt, üres. Oscillatio a jobb boka felett 1,0, a bal boka felett 0,8 PE. A fel-



4. ábra.
Műtéti vázlat.



5. ábra.
Postoperativ aortographia

tételezett medencei verőérelzáródás tisztázására percutan lumbalis arteriographiát végzünk. A vizsgálat szerint a jobb oldalon csak az iliaca communis telődik, innen a kontrasztanyag collateralisokon át éri el a femoralis communist, melynek feltöltése után jól kirajzolja a femoralis ereket. Bal oldalon az art. iliaca communis közvetlenül az aortából való eredésénél elzáródott. A kontrasztanyag az erősen tágult art. mesenterika inferiorból származó collateralis hálózaton át a bal art. iliaca externa 3—4 cm-es darabját tölti fel, majd újabb collateralisokon keresztül jut el az arteria femoralis communis distalis szakaszába, melyet jól kitölt. A combokról készült felvételeken az arteria femoralis superficialisok végig jól telődnek mindkét oldalon *(3. ábra)*.

Mindkét oldalon desobliteratiós műtétet végeztünk. Első ülésben (1968. XII. 5.) a jobb iliaca rendszeren végeztünk endarteriektomiát gyűrű hántolóval. Az iliaca sebét direkt varrattal, a femoralis communis homolog sebét saphena-folttal zártuk. Második ülésben (1969. II. 19.) a bal iliaca rendszert endarteriektomizáltuk a femoralis felől gyűrű hántolóval. A bal iliaca communist az igen erősen tapadó mag miatt kénytelenek voltunk végig felhasítani az aortára terjedően. Így a bifurcatiót is jól ki tudtuk takarítani. Mind az aorta és iliaca communis, mind a femoralis sebét saphena-folttal zártuk (4. ábra). Mindkét műtétet extraperitonealis behatolásból végeztük el.

A műtéti sebzések mindkét beavatkozás után zavartalanul gyógyultak. Műtét után a periferiás pulsusok mindkét végtagon jól tapinthatók. Az oscillatiós érték mindkét boka felett 2,8 PE. A beteg hasi, ill. dysbasiás fájdalmai a műtétet követően erősebb terhelésre sem jelentkeztek.

1969 márciusában kontroll vizsgálat során újabb aortographiát végeztünk. A postoperativ felvételeken mindkét iliaca rendszer jól átjárható, a steal effectus megszűnt. A mesenterica inferiorból eredő tág collateralisok még feltelődnek, de jól láthatóan vakon végződnek *(5. ábra)*.

Összefoglalás. Szerzők ismertetik a mesenterialis steal syndroma lényegét. Ismertetik műtéttel sikeresen gyógyított esetüket. Mindkét iliaca-rendszeren teljes endarteriektomiát végeztek.

IRODALOM: 1. *Bücheler, E. és mtsai:* Röfo. 1967, *3*, 313. — 2. *Diemel, H. és mtsai:* Röfo. 1964, *101*, 253. — 3. *Heberer, G., Rau, G., Löhr, H. H.:* Aorta und grosse Arterien. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York. 1966. — 4. *Kusztos D. és mtsai:* Magyar Angiol. Társ. 1968. — 5. *Lindström, B. L.:* Acta Chir. Scand. 1950, *100*, 367. — 6. *Markos Gy. és mtsai:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 869. — 7. *Michels, N. A. és mtsai:* Diseases of the colon and rectum. 1965, *8*, 251. — 8. *Papp S.:* Magyar Angiol. Társ. 1967. — 9. *Rátkai I. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 421. — 10. *Solti F. és mtsai:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 2469. — 11. *Trede, M., Vollmar, J.:* Der Chirurg. 1969, *40*, 441. — 12. *Urai L., Csákány Gy.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 1777. — 13. *Vollmar, J. és mtsai:* Thoraxchirurgie. 1965, *13*, 453.

Az elektromyográfiás vizsgálatokért Mechler Ferenc dr.-nak (DOTE, Ideggyógyászati Klinika) mondunk köszönetet.

Seduxen TABLETTA

Összetétel:	1 tabletta 5 mg diazepam-ot tartalmaz.
Hatás:	Tranquillosedativum, izomrelaxans és anticonvulsiv hatást fejt ki.
Javallat:	Fokozott psychés feszültséggel járó kórképek, ingerlékenység, félelemérzés, szorongás, neurasthenia, vegetativ neurosis, alvászavarok, kényszerneurosisok.
Adagolás:	Általános adagja gyermekeknek és legyengült idős egyéneknek ambulans kúrában naponta 2—3-szor ¼—½ tabletta. Felnőtteknek naponta 3-szor ½—1 tabletta a kezdő adag, melyet az egyéni érzékenység és szükséglet figyelembevételével fokozatosan emelni vagy csökkenteni lehet.
Ellenjavallat:	Myasthenia gravis.
Figyelmeztetés:	A Seduxen — hasonlóan egyéb psychotrop gyógyszerekhez — alkoholfogyasztás esetén, gépjárművezetőknél, magasban dolgozóknál individualis előre nem látható reakciókhoz vezethet.
Megjegyzés:	Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.
Csomagolás:	20 tabletta 11,70 Ft 200 tabletta 102,60 Ft

FORGALOMBA HOZZA: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

Quo vadis, Medicina...?

Új referáló alrovatunk, a „Quo vadis, Medicina...? gondolata nem újkeletű: évek hosszú sora óta érlelődött és címét egy, a szerkesztőhöz intézett levél olvasásakor, a figyelem felkeltésére adaptáltuk, alakítottuk jelenlegi változatában.

A levél az arteriosclerosis sajátságos, új „gyógymódjára" hívja fel a figyelmet, amelyről egy külföldi szaklap számolt be (Baltaxe, H. A. és mtsai: Am. J. Roentgen. 1969, *105*, 789.). A „gyógymód" lényege több mint szokatlan — megdöbbentő. A tanulmány szerzői az arteriosclerosis megelőzésére a terminális ileumszakaszt kiiktatják, az eredeti megjelölés szerint: „ileal bypass"-t végeznek.

A szerkesztőségi kommentár természetesen csak elmarasztaló lehetett, arra figyelmeztetvén, hogy az olyanfajta polyaetiológiás betegségnél, amilyen az arteriosclerosis, vajon milyen és hányféle bypass lenne eredményes — és a megelőzésnek, gyógyításnak ez a formája nem jelentené-e végül az egész ember kiiktatását (Orv. Hetil. 1970, *111*, 1008.) Végzetes tévedés lett volna abban reménykedni, hogy ilyenfajta beavatkozásokról szóló beszámolók kivételek lennének. Párhuzamnak kínálkozik az a referátum — amelyet egyébként mai számunkban közlünk — és amely az elhízás kezeléseként alkalmazott jejunocolicus anastomosisról számol be (Shagrin, J. V. és mtsai: Arthr. Rheum. 1969, *6*, 696.) És ha a sort folytatni kívánjuk — márpedig a „Quo vadis, Medicina...?" alrovatnak éppen ez lesz a feladata, vajon nem a „nil nocere" elvével fordulnak-e szembe az olyan eljárások, amelyekkel ugyancsak e számunk referátumai között találkozunk: — ezek a kísérletekbe is beillő (l. Solti F. dr. megjegyzését Orv. Hetil. 1969, *110*, 98.) próbálkozások coronaria-betegeken stenocardiás rohamot provokálnak, hogy eközben a haemoglobin O_2-affinitását tanulmányozzák (Shappell, S. D. és mtsai: New Engl. J. Med. 1970, *282*, 1219.) vagy egészséges és coronaria-beteg embereken összehasonlító cineangiographiás vizsgálatokat végeznek a haemodynamika tisztázására (Herman, M. V. és mtsa: Am. J. Cardiol. 1969, *23*, 538.). A laparoscopiás cholangiographiával foglalkozó, hasonlóképpen referált cikk pedig még a szerkesztőségi kommentár kiegészítő adataival sem tekinthető informatívnak, mert hiszen részleges adatok és eseteelemzés hiányában aligha lehet megítélni, hogy indokolt volt-e a szóban forgó esetek mindegyikében a veszélytelennek éppen nem tekinthető beavatkozás elvégzése (Gibertini, G. és mtsai: Presse méd. 1970, *79*, 2471.).

Más oldalról közelíti meg a kérdést két levél, amelyeket természetük szerint a „Levelek a Szerkesztőhöz" rovat közöl, de amelyek rokon gondjaik miatt ugyancsak e számunkba kívánkoztak. A levelek írói sebészek, akik azt a szemléletet kifogásolják, amely olyan esetekben is lemond klasszikusan bevált eljárásokról és a látványosabb, bravúrosabb, „modern" megoldást választja — amikor az a beteg veszélyeztetését növeli —, nehogy maradinak bélyegezzék.

A diagnosztika és therapia módszerei, eszközei, eljárásai biztató és szédítő eredményeket és kilátásokat engedtek meg, amióta a medicinát természettudományos nézőponttal ajándékozta meg a haladás. De néha öncélúnak hat a korszerű medicina egy-egy káprázatos diagnosztikai eszköze, veszélyes és kockázatos megoldásnak bizonyul egy-egy therapiás bravur. A fejlődés eredményei egyfelől lenyűgöznek, hogy nyomban utána a babilóniai Hammurabi-kódexe után kiáltsanak.

Ha valóban nem akarunk rászolgálni a maradi jelzőre, fogadjuk bizalommal és várakozással, de egyben kötelező óvatossággal is az új eszközöket, módszereket és eljárásokat, hogy azután jelentőségüket, veszélyeiket és kockázatukat helyesen lemérve megállapíthassuk helyüket és szerepüket a diagnózis felállításában, ill. a gyógyítás rendszerében.

Abból kell kiindulni, hogy a várható veszély felér-e a várható tájékoztatás vagy eredmény mértékével, hogy a kockázat arányos-e a diagnosztikai vagy therapiás sikerrel. A diagnosztika bizonyossága általában nem százszázalékos, a teljességért vállalt korszerű diagnosztikai eljárások kockázata azonban nagyobb lehet annál, amit maga a therapiás próbálkozás jelent. De semmiféle diagnosztikai eszköz nem helyettesíti az orvos tudását, tapasztalatát, extrapoláló képességét, amelynek segítségével a már megszerzett információkból több következtetésre képes, mint amit esetleg egy új methodika igénybevétele nyújthat. A gondolkodó orvos hiányában viszont az információkban gazdag adatok sem képesek diagnózissá alakulni.

Közel egy negyed évszázaddal ezelőtt írtuk (O. L. 1949, *5*, 442.): „A technika korában a gép uralmát éljük. A szocializmust építő társadalmi rend munkásai vagyunk. Rendszerünk egyik fő törekvése a gépek szaporítása, de orvosi téren nem azért, hogy működésünk szellemi részét kiküszöbölje, nem azért, hogy azt elsorvassza. Ha ipari síkon a gépek szerepe a fizikai és szellemi munka közötti különbségnek megszüntetése, a fizikai munkában a munka fizikai részének lehető legnagyobb mérvű lecsökkentése, orvosi síkon a gyakorlati orvostan „gépesítésének" ugyanakkor nem lehet feladata és célja szellemi jellegének megszüntetése és konkréten diagnosztikai munkánknak „futószalag rendszer" módján való megszervezése. *Heténvi Géza* professzor a lelethalmazon nyugvó orvosi tényekedést egyik hévízi orvosi nagyhéten tartott előadásában az orvosok decerebrálásának nevezte".

Ha Szokratész közismert, de máig sem kiaknázott bölcs „Ismerd meg tenmagad"-ja mély psychologiájának tükrében szemléljük saját orvosi tevékenységünket, akkor el kell ismernünk és nem

hallgathatjuk el, hogy az eszköz birtoklása, monopóliuma annak használatára serkent. Ugyanakkor, ha alkalmazása kockázattal jár, csak a beteg valóságos érdekeit szem előtt tartva használható fel.

Nem mindig és nem egykönnyen ismerhetők fel a gondoskodás és kötelesség, az etika és humánum határai és nem biztos, hogy ahol az Orvosi Rendtartás még védelmet adhat, legfőbb bíránktól, saját lelkiismeretünktől is felmentést kaphatunk. Nem a jog által kiszabott büntetés az, amely az orvost legjobban sújtja, a saját lelkiismeretünktől ránk mért, napokig-hetekig tartó lelki gyötrelem az orvos igazi bűnhődése.

Az új diagnosztikai és therapiás eszközök, módszerek a fejlődés eszközei és eredményei, a korszerű medicina eljárásai beláthatatlan lehetőséget kínálnak a betegségek felismerésében és kezelésében, helyesen tesszük, ha alkalmazzuk őket — a beteg érdekében kötelességünk, hogy éljünk velük anélkül, hogy ez visszaéléssé fajulna. A tapasztalat előbb-utóbb igazolja, hogy adott alkalommal menynyit érnek, mikor szabad, mikor kell őket alkalmaznunk.

A „Salus aegroti suprema lex" az orvostudomány történelme folyamán soha időszerűbb nem volt, mint ma, amikor a beteg ember gyógyításának soha nem remélt hatékony eszközeivel rendelkezünk, de hatékonyságuk egyben a iatrogenia leggazdagabb forrása is.

Goethe Bűvészinasa figyelmeztet az eszközök hajlamosságára, hogy önálló életet éljenek, hogy nekiszabaduljanak, elféktelenedjenek, ha a varázsszóról megfeledkezünk, amelyik helyükre parancsolja, fékentarthatja őket. A varázsszó híján az orvos sem más, mint a csodálatos, tökéletes, modern eszközök kiszolgálója és kiszolgáltatottja. A szerkezetek abususa, a „Heilmittel-Unheil" (Hadorn), punctiók és szkópiák alkalmazásának eltúlzása bizonyára más koroknak is sajátja lett volna, mert az új felfedezések örömét soha nem szokás kihasználatlanul hagyni — és a perspektívák ma még ennél is riasztóbbak.

Amikor tehát az új referáló alrovatot útjára bocsátjuk, tudjuk, hogy esetenként vállalnunk kell a korszerűtlenség ódiumát és vádját is, amikor kíméletlenül pellengérre fogunk állítani dolgozatokat, amelyeknek nyomán feleslegesen kockáztatott emberéletekre, oktalanul végzett beavatkozások nyomán fellépő szenvedésekre, veszélyekre és szövődményekre engednek következtetni, vagy amely tanulmányok kétes jelentőségű diagnosztikai és therapiás próbálkozások jogosságát igyekeznek bizonygatni. A referátumok — úgy hisszük, olvasóinkat is gondolkodásra és remélhetően a rovatba illő referátumok beküldésére is serkentik.

Az orvostudomány eredményei, ismételjük, nem vitathatók, ha változatlanul nem is kérkedhetünk azzal, hogy urává váltunk életnek és halálnak. A medicina haladásának útját gyakran szegélyezik szemléletbeli és a gyakorlatból adódó szakadékok, sőt az sem ritkaság, hogy szemben találja magát egyikkel-másikkal. Ilyenkor mindig fel kell merülnie a kérdésnek: „Quo vadis, Medicina...?".

A századforduló óta a társadalmi forradalmak — a század dereka óta már a tudomány forradalmának korszakát is éljük szoros összefonódottságban.

A társadalom és tudomány forradalmi fejlődése egyaránt áldozatokat követel. Szerkesztőségi közleményünkkel a haladást kívánjuk szolgálni, még akkor is, ha tudjuk, hogy ez áldozatok, veszteségek nélkül nem lehetséges. És éppen ezért, mert ezt tudjuk, úgy véljük, a beteg ember iránt érzett kötelezettségünkből, a beteg embert gyógyító orvos iránt érzett megbecsülésünkből fakadóan szerkesztőségi közleményünket méltóbban nem tudjuk befejezni, mintha Rosa Luxemburgtól, a szocialista mozgalom e nagy alakjától vesszük kölcsön azokat a gyönyörű sorokat, amelyeket az első világháború befejeztével mondott, hirdetett és amelyeket az orvostudomány forradalmára is, amelynek részesei vagyunk, alkalmazhatóknak tartunk:

„A nemzetek imperialista legyilkolásának 4 éve alatt vérfolyamok ömlöttek. Feltétlenül meg kell őriznünk e becses folyadék minden cseppjét, tisztelettel, kristályüvegekben. Fékezhetetlen forradalmi energia és széles emberi érzés — ez a szocializmus valódi lélegzete. Igaz, hogy egy egész világot kell felforgatni, de vádol minden könnycsepp, amely elkerülhető lett volna."

Mi, e nemzedék orvosai az orvostudomány forradalmárai vagyunk, akik tudjuk, hogy orvosi tevékenységünk e forradalmi útját veszélyek, kockázatok és áldozatok hosszú sora övezi, de azt is tudjuk — mutatis mutandis —, a beteg ember minden könnycseppje, szenvedése és halála vádol, ha azt elkerülhettük volna.

„Ha... tudósok azzal töltik kedvüket, hogy tudást csupán a tudásért halmoznak — megnyomorítják a tudományt, és kínpad lesz minden új gép. Idővel mindent felfedezhettek, amit felfedezni egyáltalában lehetséges, de ez a haladás egyszersmind eltávolíthat az emberiségtől."

Bertolt Brecht „Galilei élete" c. drámájából

Quo vadis, Medicina...?

Kövérség miatt végzett anastomosis jejunocolica után kifejlődött polyarthritis. J. V. Shagrin, B. Frame, H. Duncan: Arthritis and Rheumatism. 1969. No. 6. 696.

31 kövér betegen súlycsökkentés céljából anastomosis jejunocolicát végeztek. Közülük 6 betegen fejlődött ki perifériás, progressiv, szimmetrikus polyarthritis tenosynovitissel. A rheumatoid faktor mindvégig negatív maradt. A bélpaszszázs helyreállítása után 5 betegen visszafejlődtek a tünetek 9 hónapon belül, 1 betegen tovább progrediáltak. E syndroma az ulcerativ colitist kísérő polyarthritisek közé sorolható be.

Bozóky Éva dr.

A haemoglobin oxygen-affinitásának acut megváltozása angina pectorisban. Shaphell, S. D. és mtsai: New Engl. J. Med. 1970, *282*, 1219—1224.

A bevezetőben említett irodalmi adatok szerint különböző eredetű systemás hypoxiákban a haemoglobin oxygenaffinitása csökken. Ennek következtében az oxyhaemoglobin disszociációs görbe jobbra tolódik, adott capillaris oxygentensio esetén tehát a haemoglobinból felszabaduló oxygen mennyisége növekszik. Szerzők annak lehetőségét vizsgálták, hogy angina pectorisos fájdalom közben létrejön-e a haemoglobin oxygenaffinitásának ilyen acut csökkenése, amely az előbbiek értelmében az ischaemiás szívizom oxygenellátását kompenzatorikusan fokozhatja.

Vizsgálataikat 6 nem dekompenzált angina pectorisos betegen végezték. A diagnózist a typusos anginás panaszok, a terhelésre fellépő kóros ST szakasz változások és pozitív coronarographiás lelet támasztották alá. Anginás fájdalom szimulálása céljából a szívműködést a jobb pitvarba vezetett katheteren keresztül pacemakerrel vezérelték. A pacemaker frekvenciáját az anginás fájdalom megjelenéséig fokozatosan emelték, majd 5—10 percen belül az ingerlést abbahagyták. Mind a fájdalom előtti és utáni kontroll, mind pedig a fájdalom alatti periódusban folyamatosan vettek vérmintákat az a. brachialisba és a sinus coronariusba vezetett katheteren keresztül. Az arteriás vérnyomást a másik a. brach.-ba vezetett katheteren át regisztrálták. Mindkét typusú vérmintában meghatározták az oxyhaemoglobin disszociációs görbét, a vörösvértestek 2,3-DPG és ATP tartalmát, valamint pH-ját, a plasma pH-t, tejsavszintet és a vérgázok tensióját. A mágnesszalagon rögzített EKG-n az ST szakasz eltérések standardizált analysisét computerrel végezték.

Az imponáló kliniko-fiziológiai methodikákkal végzett vizsgálatok szerint anginás fájdalom közben a sinus vér haemoglobinjának oxygenaffinitása az arteriás vérével szemben acutan csökkent, ennek következtében változatlan pO_2 ellenére az A-V O_2 különbség a szívizomban fokozódott. Az így felszabaduló többlet oxygen az eredeti szint 10%-át is elérte. A haemoglobin oxygenaffinitásának csökkenése csak a fájdalom közben jelentkezett és nem mutatott összefüggést a vizsgált biokémiai paraméterekkel. Okát szerzők egy eddig ismeretlen diffuzibilis faktorban keresik. A jelenséggel magyarázni vélik az ún. „walk through" anginát, vagyis azt a jelenséget, hogy a kezdeti fájdalom fellépését nem követi az ún. „peak pain". Az ok a fájdalom hatására felszabaduló többletoxygen lehet. Végül felvetik, hogy a jelenség — az esetleges revascularisatio mellett — szerepet játszhat a fizikai training hatására fellépő anginás tolerancia fokozódásban is.

Kunos György dr.

Bal kamrai asynergia. M. V. Herman, R. Gorlin: Am. J. Cardiol. 1969, *23*, 538.

A szerzők 34 egészséges és 56 coronaria betegségben szenvedő egyénen cineangiographiás vizsgálatokat végeztek és ezzel egyidőben részletes haemodynamikai feldolgozást szolgáltattak.

A bal kamrai kontrakció alatt, normális körülmények között, az összes rostok a belső kamrai felület mentén, befelé, egységesen, koncentrikusan mozognak. A szívizommassza sequentiálisan és kooperativ módon kontrahálódik és így produkál a legkisebb energia felhasználásával, maximálisan effectiv munkát. Ezt *synergiának* nevezik. Az *asynergia* inkoordinált és megszakított kontrakciót fejez ki. Lokális asynergiás területek gyakran társulnak a szívelégtelenség klinikai és haemodynamikai jeleivel. Ezt a jelenséget lehet megfigyelni coronaria betegekben és az ún. cardiomyopathiás állapotokban.

Az *asynergia* alábbi típusait lehet megkülönböztetni:

1. akinesis: a bal kamrai fal egy részének teljes hiánya.

2. asyneresis: a fal egy részének csökkent mozgása.

3. dyskinesis: a szívizom egy részében kialakult paradox mozgás.

4. asynchronitas: az időbeli összehúzódási mechanizmus zavara.

Az *asynergia* a cardialis index, az ejectio méretének csökkenésével, a végdiastolés volumen és nyomás emelkedésével jár együtt.

Az asynergiás zóna nagysága megszabja a kontraktilitást, az egész szív kontrakciós erejét a systole alatt. Első lépésben a kontrakciós erős csökken és így a systole volumennek is csökkenni kellene, azonban ez nem jön létre, mert a vég-diastolés volumen nő és a systole volumen változatlan marad. Második lépésben a végdiastolés volumen növelése már nem tudja befolyásolni a systole volument és így csökken. Megállapították, hogy ha a bal kamrai felület 20%-át meghaladó területen van asynergiás mozgás, akkor a vég-diastolés volumen és nyomás progresszive növekszik.

Kékes Ede dr.

(Szerk. megj.: a referátumban ismertetett, egészségeseken végzett angiographiás vizsgálatsorozat véleményünk szerint abba a csoportba sorolható, amelyet az orvosi technikával való visszaélésnek nevezhetünk.)

Acut digitalizálás haemodynamikai hatása coronaria betegekre. Parker, J. O. és mtsai: Circulation 1969, *40*, 453.

A szerzők 30 egyénen végeztek haemodynamicai méréseket nyugalomban és 8 percig tartó kerékpárergometer megterhelés alatt. Minden mérést elvégeztek strophantin adása előtt, majd fél órai pihenés után fél mg strophantint kaptak a vizsgált személyek. Ezt nyugalmi, majd megterhelés alatti haemodynamicai mérések követték, ugyanolyan feltételek mellett, mint a strophantin beadása előtt.

A haemodynamicai méréseket ventriculo- és coronariographiával kötötték össze. A vizsgált egyének szíve lényegesen nem volt nagyobb, nem volt nyilvánvaló cardialis decompensatiójuk, arrhythmiájuk és hypertoniájuk. Három csoportba osztották őket:

I. csoport. Nincs eltérés a coronariákon és terhelésre sem jelentkezik angina; II. csoport. Angiographiával kimutatható kóros eltérés, de nincs effort angina; III. csoport. Kifejezett coronariaeltérés és terhelésre angina pectoris észlelhető. Az I. csoportban nyolc, a II-ba tíz, a III-ba tizenkét egyén tartozott. Ezen utóbbi tizenkét beteg a kerékpár-ergometer terhelés alatt strophantin adása előtt és után is jelzett anginát. A haemodynamicai mérések eredményei a következők:

A bal kamra végdiastolés nyomása, mindhárom csoportban nyugalomban normális volt. Az I-es és II-es csoportban a strophantin előtti terhelés alatt a nyomásemelkedés nem volt significans. A III-as csoportban terhelés alatt 34,6 Hgmm-re nőtt a nyomás. A strophantin beadása utáni nyugalmi periódusban csak az anginás csoportban volt significans változás. A

strophantin utáni terhelés alatt a nyomásérték az I-es és II-es csoportban megegyezett a strophantin adás előtti értékkel, az anginás (III.) csoportban significans csökkenés mutatkozott a második terhelési periódus javára (31,1 Hgmm-ig emelkedett a strophantin utáni terhelés alatt).

A jobb kamra végdiastoles nyomásában is a III-as csoportban okozott significans változást a strophantin. A beadás előtti kerékpárergometer gyakorlat alatt 3,7—10,3 Hgmm-ig, a beadás után csak 3,2—8 Hgmm-ig emelkedett a nyomás. A kettő közti különbség significans. A strophantin beadás előtti és utáni nyugalmi periódusokban mindhárom csoportban normális volt a végdiastoles nyomás.

Az arteria pulmonalis átlagos középnyomása nyugalomban minden csoportban normális volt és significansan emelkedett a strophantin beadása előtti terhelés alatt. A legmagasabbra (41,6 Hgmm) a III-as csoportban emelkedett. A strophantin utáni nyugalmi periódusban az előző nyugalmi periódushoz viszonyítva jelentéktelen csökkenést észleltek. A strophantin beadása utáni terhelés alatt a II-es és a III-as csoportban significansan alacsonyabb volt a nyomásemelkedés, mint a strophantin adása előtti terheléskor. (Legmagasabb a III-as csoportban volt, elérte a 35 Hgmm-t).

Az oxigén fogyasztás nyugalomban és emelkedése az első gyakorlati periódusban, hasonló volt mindhárom csoportban. A strophantin adása utáni nyugalmi fogyasztás megegyezett a strophantin előtti nyugalmi felhasználással. A strophantin adása utáni terhelés alatt az előző terheléshez képest csak a II-es csoportban volt enyhe emelkedés.

A bal kamra verőtérfogat munka-indexe az I-es és II-es csoportban nőtt a terheléses periódusban a nyugalmi állapothoz viszonyítva. A III-as csoportban azonban 8%-kal csökkent. A strophantin alkalmazása utáni nyugalmi érték significansan emelkedett mindhárom csoportban a strophantin adása előtthez képest. Nagyobb volt a strophantin utáni terhelési index a strophantin előtti értéknél minden csoportban, de csak a III-as csoportban volt significans.

A vizsgált személyektől nyert anamnesticus adatok és a haemodynamicai eredmények alapján a szerzők véleményüket a következőkben foglalják össze:

1. acut digitalisálás az effort anginát nem védi ki. Malmberg ettől eltérő eredményeit azzal magyarázták, hogy bizonyára igen kis terhelést alkalmazott.

2. a szívglycosidák a szívizom oxigén fogyasztását lényegesen nem befolyásolják. Ennek valószínűleg az az oka, hogy direkt hatásukban ugyan növelik a szívizom oxigén felhasználódását, de pozitív inotrop hatásuk következtében a szívizomvolumen csökkentő hatásuk azt a növekedést másodlagosan kiegyenlíti.

3. A jobb és bal kamra végdiastoles nyomásának csökkentése, az arteria pulmonalis nyomásának csökkenése strophantin adása után nyugalomban és terheléskor, kedvező haemodynamicai változás jele coronaria betegeken.

4. Az acut digitalizálás hasznosságát támasztja alá a szív teljesítmény javulása strophantin hatására a II-es és III-as csoportban is.

A 3-as és 4-es pontban leírtak okát abban látják a szerzők, hogy coronaria betegekben a bal kamra enyhe, latens elégtelensége állhat fenn.

Hartai Anna dr.

A szerkesztőség kommentárja: Fenti referátumban célszerűen és szakszerűen megtervezett és elvégzett kísérletsorozatról olvashatunk. Az olvasó azonban zavartan áll meg: az exact kórélettani experimentum tárgya ember: beteg és egészséges ember egyaránt. Az ergometer terhelés ezt nem indokolja, csupán az effort angina subjektív élményének jelzése az, amely állatkísérlettel kétségkívül nem pótolható. Nehéz azonban kitérni annak mérlegelése elől, hogy az egyén kárára vállalt kockázat összemérhető-e valamiképp a közösség javára produkált eredményekkel. A munka a hippokrateszi esküt kétséget kizáróan sérti, és nem mentes a forenzikus vonatkozásoktól sem.

Coronaria-betegek terhelése mesterséges frekvencia fokozással. Saborowski, F., K. D. Scheppokat (Medizinische Universitätsklinik, Hamburg.: Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1970, *95*, 407—408.

A myocardium oxigénszükségletének fokozása sok coronaria-betegen angina pectorishoz vezet. Típusos esetben a tünetek reprodukálhatók.

Az általánosan használt, testi megerőltetéssel járó terheléses vizsgálatok (Master-próba, ergométer, stb.) a szíven kívül az egyéb szervrendszereket is megterhelik, és így nem tekinthetők teljesen specifikusnak. Sowton és munkatársai javasolták, hogy mesterséges szívfrekvenciafokozást használjunk terheléses próbaként: csak a szívet éri a terhelés, a típusos esetben jelentkező stenocardia a frekvencia csökkentésére szűnik és rövidebb ideig tart, mint fizikai munkavégzéssel kapcsolatosan.

A szerzők előzetes gyógyszerelés nélkül, főként ambuláns beteganyagon végezték vizsgálataikat. A betegek keringésre ható gyógyszereket a vizsgálat előtt néhány nappal nem kaptak. A bipolaris endocardialis elektródát transvenosusan vezetik fel a jobb pitvarba. A katéter végének lokalizációjában a rtg-vizsgálat, ill. intracardialis EKG-ra támaszkodnak. Az elektródának a jobb pitvar falához helyezése után demand pacemakerrel lépcsőzetesen emelik fel a frekvenciát EKG vezetőgörbe mellett. A frekvencia fokozása 10—20 impulzus/min-ként történik mindaddig, míg stenocardiás fájdalmat jelez a beteg, ill. maximálisan 180/min-ig. Anginás fájdalom fellépése esetén a vizsgálatot abbahagyják, majd nitroglycerin adása után megismétlik. Atrioventricularis vezetési zavarokban a jobb kamra stimulálása kísérelhető meg. Egyúttal vérgázanalysisre is lehetőség nyílik.

31 coronaria-beteg közül 15-ben tudtak ily módon stenocardiás fájdalmat kiváltani, 8 panaszmentes maradt és további 8-on a vizsgálat nem volt egyértelműen értékelhető.

Véleményük szerint a fenti módszer specifikusabb angina pectorisos betegeken a rosszullétek kiváltására az eddigieknél. További előnye, hogy a rosszullét alatt haemodynamikai és metabolikus vizsgálatok végezhetők. A cardiológiai rutinban egyéb módon nem tisztázható szívtáji fájdalmak differenciáldiagnosztikájában jöhet szóba.

Lomb Dénes dr.

A laparoscopiás cholangiographia. G. Gibertini és mtsai (Modena): La Presse Médicale 1970, *78*, 2471—2474.

A laparoscopiás cholangiographiát — melyet 1952-ben Royer valósított meg —, a szerzők 1966 óta alkalmazzák. 28 laparoscopiás cholangiographiát végeztek Royer, vagy Banche és Muratori módosított technikája szerint.

Technikájuk a következő: a vizsgálatot localanaeshesiában végzik, esetleg iv. adott egy amp. diazepam kiegészítésével. Steril levegővel végzett pneumoperitoneum után a köldöktől jobbra, 10 cm-re a máj elülső széle alatt végzik el a laparoscopiát. A transcholecystikus cholangiographiánál a tű behatolási helye a hólyag alapja (Royer), transhepatikus cholangiographiánál pedig az előbbi helytől néhány cmrel magasabban. Ezután laparoscopiás controll alatt a tűt vagy direkt az epehólyagba vezetik a máj szélénél, vagy a máj állományán keresztül. Az epe megszívása után 20%-os szerves jód contrastot fecskendeznek változó mennyiségben (40—100 ml-t, vagy még többet) az epehólyag és a fő epeutak tágasságának foka szerint. A vizsgálat folyamán állandó kontroll történik rtg és televízió segítségével. Némely esetben amylnitrit inhalatiója által pharmaco-dynamiás vizsgálatot is végeztek. Ezután leszívják az epehólyag tartalmát és electrocoagulatióval zárják a tű behatolási helyét. A tű eltávolítása után 10 mm átmérőjű draint vezetnek az epehólyag elé. Egyidejűleg akár májbiopsia is elvégezhető, valamint sor kerülhet ugyanakkor hypotoniás duodenographiára is. A vizsgálat után célszerű antibiotikumot adni.

Betegeik életkora 16—74 év volt; ezen betegek icterusának okát az előzetes kivizsgálás során nem tudták meghatározni. A biztos diagnózis felállítása 23 betegen sikerült. Egy betegen sem fordult elő komoly szövődmény; csupán két betegen észleltek körülírt peritoneális reactiót.

A vizsgálatot nem lehet elvégezni a ductus cysticus obstructiója esetében s eredménytelen lesz kevés contrastanyag beadása alkalmával is.

A szerzők véleménye szerint széles körben kellene alkalmazni a laparoscopiás cholangiographiát, mert segítségével el lehetne kerülni a felesleges laparotomiákat.

Horváth Zsuzsanna dr.

Szerkesztőségi kommentár: A szerkesztőség is tanulmányozta az eredeti dolgozatot annak érdekében, hogy a dolgozatban szereplő esetekben a veszélyes és ritkán indikálható eljárás elvégzésének aktuális szükségességéről meggyőződjön. A tanulmányban szereplő összesített adatokat kiegészítésül közöljük:

Mint a referátum is írja, a 28 esetből 23 betegben tette az eljárás az epeutakat láthatóvá. Ebből 9 esetben az epeutak morphologiája physiologiás volt, 14 esetben volt mechanikus akadály (ebből 8 esetben pancreasfej carcinoma, 3 esetben a májhilus carcinomája, 3 esetben choledochus-kő).

Esetismertetések hiján a dolgozat ismételt tanulmányozása sem volt alkalmas annak eldöntésére, hogy a beavatkozás indicatiója minden esetben jogos és helyes volt-e?

Traumatikus intrapulmonalis vérzések zárt mellkas mellett, vérzéses cysták és diffus haematomák. Charpin, J. és mtsai (Pneumophthisiologiai Osztály. Szt. Marguerite Kórház, Marseille.): Le Poumon 1969, *25*, 17—29.

5 beteget észleltek, akik trauma után mellkasi panaszokkal jelentkeztek az osztályon és súlyos traumát követően a shockhoz köhögés és mellkasi fájdalom társult. A panaszok egyes esetekben napokig fennálltak. Rtg-vizsgálattal különböző nagyságú és localisatiójú „infiltratum" volt kimutatható. Egyéb labor.-leletek nem voltak jellegzetesek: több ízben a süllyedés és a vérkép normális maradt; a beteg az észlelés alatt láztalan volt.

Bár a trauma és az azt követő vérköpés aligha hagyott kétséget aziránt, hogy az „infiltratum" vérzéses eredetű, betegeiken a bronchoscopiát, -graphiát, sőt egyik esetükben, ahol ez utóbbi vizsgálatok eltérést nem mutattak, az angiographiát is elvégezték. Ebben az esetben az árnyék 4 hét alatt nem szívódott fel és angiographiával kiesés volt észlelhető, így elvégezték a jobb apic. ant. segment resectióját. Szövetileg a resecatumban haematomát találtak. A többiek infiltratuma felszívódást mutatott és így shock-kezelésen kívül szigorú orvosi felügyelet mellett, fektetésben, antibiotikus és corticoid kezelésben részesültek a betegek.

Differenciál-diagnosztikailag a „kyste haematique" merült fel (ezek sérülést követő zárt pleuralis elváltozások). De itt a felszívódás lassú, az üreg zárt, haemoptoe nem társul, bennük csokoládébarna folyadék van, mely néha haematoidin-kristályokat tartalmaz, durva granulált formában.

Szántó Endre dr.

Vesebetegségek

Az urogenitalis tbc műtéti kezelése. Rodeck, G. (Sanatórium Sannenblick, Philipps-Universität, Marburg a. d. Lehn.): Urologe 1970, *9*, 1—10.

Az urogenitalis tbc gyógykezelésének a gerincét az antituberkulotikus kezelés képezi. Ennek ellenére a sebészeti kezelés jelentősége nem csökkent, sőt növekedett. Ellentétben a múlttal, ma a szerv megtartására kell törekedni. Döntő a műtéti időpont és a műtéti módszer megválasztása.

1959 és 1968 között 1071 urogenitalis tbc-s beteget kezeltek. 498 betegen (46%) csak az egyik oldali vesén tudtak elváltozást kimutatni. 114 beteg már a nephrectomia után került intézetünkbe. 103 betegnél elváltozás volt a maradék vesén is. A betegek 12%-ának már felvételkor működés nélküli tbc-s roncsveséje volt, 4%-ban zsugorhólyag is fennállott. A férfibetegek 60%-ban prostata tbc-t és 47%-ban pedig mellékhere tbc-t is igazoltak. 345 műtétet végeztek. Ebből 198 nephrectomia és 90 szervmegtartó műtét volt. Ha a más kórházban végzett nephrectomiákat is figyelembe vesszük, akkor a beteganyag 38%-ában történt nephrectomia. Ez igazolja a késői felismerést is.

Megvizsgálták a más kórházban nephrectomizált betegek gyógyszeres előkészítését. Sajnálattal állapítják meg, hogy 73%-ban nem történt gyógyszeres előkészítés és 20%-ban elégtelen volt. Ezzel magyarázzák a solitaer vesén észlelt elváltozások gyakoriságát. Leszögezik, hogy a gyógyszeres előkészítés ideje nephrectomiánál 4—6 hónap és szervmegtartó műtétnél pedig 12 hónap. Ennél rövidebb gyógyszeres előkészítés nélkül operálni gümős megbetegedésnél csak vitalis indicatio alapján indokolt. A nephrectomia absolut indicatióját csak a működés nélküli tbc-s vese képezi. A működő vese kiterjedt folyamataiban is mérlegelni kell a szerv megtartásának műtéti lehetőségeit. Mindig figyelembe kell venni a másik vese állapotát is a műtéti időpont megválasztásakor. Egy halálesetük volt (narkosis complicatio) a 198 nephrectomiás anyagban és 1 betegen utóvérzés miatt secundaer feltárást kellett végezni. Egyéb szövődményük nem volt.

Az ureter teljes kiirtását külön műtéttel 3 betegen végezték el. A többieken az uretert az érkereszteződés magasságában vágták át. Szövettanilag az ureter 53%-ban tbc-s pozitív volt. 47%-ban a tbc-t szövettanilag már nem tudták kimutatni. Az a véleményük, hogy a visszahagyott tbc-s uretercsonk a postoperativ gátlószeres kezelésre a legtöbbször gyógyul.

Veseresectiót 31 betegen végeztek. A kehelyszár elzáródásos cavernáinál csak ritkán következik be cystosus feltisztulás. Resectiós anyagukban ez 29%-ban fordult elő. Szövődmény: 3 átmeneti vizeletsipoly, 1 haematoma és 1 secundaer nephrectomia (3 évvel a resectiós műtét után).

Nephrostomiát (transrenalis drain) és az ureter bőrkivarrását csak vitalis indicatio alapján tartják indokoltnak.

Az ureter legalsó szakaszának szűkületei miatt 31 ureter-reimplantatiót végeztek. A műtét csak tartós antituberkulotikus és steroid kezelés eredménytelenségénél indokolt. (Csak 1 betegnél történt Boari-féle plastika, a többinél Leedbetter-féle (submucosus behúzás) plastica történt. 24 betegen a műtéti eredmény jó volt. 4 betegen közepes és 3 betegen secundaer nephrectomiára kényszerültek.

Ileocystoplasticát 3 betegen végeztek. Ennek indikatiója nagy megfontolást igényel.

A férfi genitális tbc vonalán csökkent a műtétek száma. Minden esetben törekedni kell a here megtartására és csak az epididymectomia indokolt, a castratio csak a legritkább esetben.

A prostata és az ondóhólyag tbc sebészileg továbbra is megoldatlan. Hangsúlyozzák, hogy a sebészeti kezelés csak egy része a gyógyításnak, mert a gyógykezelés alapját gyógyszeres kezelés kell, hogy képezze.

Bálint József dr.

Vesegümőkór és a nephrectomia. Carstensen, E., Ulbrich, R. (Krankenhaus Mühlengerg, Malente): Urologe. 1970, *9*, 10—12.

Ma már kétségtelen, hogy a vese-tbc haematogen eredetű kétoldali megbetegedés. Ezért a korai nephrectomia nem indokolt. Előbb a tartós gyógyszeres kezelést vagy szervmegtartó műtéteket kell alkalmazni. A nephrectomia csak akkor indokolt, ha nincsenek meg a gyógyszeres gyógyulás kilátásai, és a szerv működése véglegesen megszűnt, vagy igen nagy fokban károsodott. A nephrectomia indikatiójában tehát nem az első lelet, hanem a kórlefolyás a döntő!

Az 1950-es évek irodalma a nephrectomizált betegek műtét utáni 5 éves mortalitását 16—29% között határozza meg. A szerzők 1950—1969 között 1026 urogenitalis tbc-s beteget kezeltek. A betegek

37,4%-ában (383 beteg) történt nephrectomia. (A nephrectomiák nagyobbik része más kórházban történt, a felvételt megelőzően.) 370 nephrectomizált beteg sorsát tudták követni. A közvetlen műtét utáni mortalitás 1,3% (5 beteg) volt. A műtét után 8 évvel a mortalitás pedig 7,7%-ra (29 beteg) emelkedett. A halálok majdnem mindig uraemia volt.

91 betegen a nephrectomia gyógyszeres előkészítés nélkül a felismeréskor készült pyelographia alapján történt. Ezeket a szerzők retrográd átvizsgálva azt állapították meg, hogy 3 beteg kivételével remény lett volna gyógyszeres kezeléssel vagy szervmegtartó műtéttel a nephrectomiát elkerülni.

A nephrectomizált betegek 29%-ban albuminuriát és 19%-ában pedig mikroskopos haematuriát lehetett kimutatni. Figyelembe véve a vese tbc kétoldali jellegét, ennek nem tulajdonítanak komoly jelentőséget. A rendszeresen ellenőrzött betegek serum kreatinin koncentratiója 1,0—1,5 mg% között, a fenolvöröskiválasztás pedig 20—35% között volt.

Hangsúlyozzák a prae- és postoperativ gyógyszeres kezelés jelentőségét.

Bálint József dr.

Elég konservativ-e az urogenitális gümőkór kezelése? Djulepa, J. (Urol. Abt. der Insel-Spitals. Bern): Urologe. 1970, *9*, 12—16.

A vesék tbc-s megbetegedéseiben a gátlószeres kezelés háttérbe szorította a radikalis sebészetet (nephrectomia) és helyébe a konservativ sebészet lépett, amely nemcsak a szerv megtartását, hanem működésének javítását is lehetővé teszi. A szerző az utolsó 5 évben gyógykezelt urogenitális tbc-s beteganyagában (405 beteg) 13%-ában végzett nephrectomiát. (Az irodalom a százalékos megoszlást általában 24—50% között adja meg.) Ezt azzal magyarázza, hogy rendszeres ellenőrzésekkel nagy súlyt helyeznek az ureterstricturákra. A betegeket átlagosan 6 hónapig tartják az intézetben. Az a véleményük, hogy az ureter-hegesedés miatt bekövetkező autonephrectomia a legtöbbször kivédhető, ha felismerjük és conservative kezeljük. Az ureterszűkületeknél a combinált antituberkulotikus kezelés mellett rendszeresen steroid kezelést adnak (napi 30 mg 6 héten át) és széles spectrumú antibioticumok védelmében uretertágítást végeznek. Ha az ureterkatheter felvezetése nem sikerül, 3 Ch-bougie-t vezetnek fel a szűkült ureterszakaszba és általában 10 percig hagyják fenn. Ezt a tágítást hetente kétszer végzik mindaddig, amíg 5 Ch-ig nem sikerül a tágítás. Ezután ureterkathetert állandósítanak és 7—8 Ch-ig tágítják fel az uretert. Egyéni elbírálás alapján hosszabb-rövidebb szüneteket tartanak a tágítások között. Ureter neoimplantatiót vagy nephrectomiát csak eredménytelenség esetén végeznek.

Összesen 79 betegen alkalmaztak uretertágítást. Ezeknél az elváltozás olyan fokú volt, hogy tágítás nélkül a plastikai műtét vagy a nephrectomia nem lett volna elkerülhető.

A szűkületek formái: 7 multiplex, 15 pyeloureteralis és 57 iuxtavesicalis vagy intramuralis.

A tágítás alatt vagy után csak egy betegen lépett fel lázas szövődmény. Ureterperforatio nem történt. Kezelési sémát nem tanácsos felállítani, mert a sok türelmet és munkát igénylő módszer alkalmazása mindig egyéni elbírálást igényel.

Bálint József dr.

Az urotbc kezelésének késői eredményei. Skutil, V. (Urol. Abt. Inst. für Tuberkulosa in Podunajské Biskupice C. R. D.): Urologe. 1970, *1*, 17—21.

1953—1958 között 249 urogenitalis beteget kezeltek. Ezek közül 228 beteget rendszeresen és 10 év múlva is tudtak ellenőrizni. A beteganyagot 3 csoportra osztották:

1. *Meghalt betegek.* 10 év alatt 15 betegük (6,6%) halt meg. Ebből 4 beteg haláloka műtéti szövődmény volt.

2. *Baktérium ürítők:* 3 beteg (1,3%) minden gátlószeres kezelés ellenére baktérium ürítő maradt. Ezeknél a gyógyszer resistentia kimutatható volt.

3. *Stabil convers betegek:* A vizelet stabil conversióját 210 betegen (92,1%) elérték. Ez a betegek 82,7%-ában a gyógyszeres kezelés első évében bekövetkezett. A betegek 10,6%-ában a vizelet stabil conversiója csak 3 évig tartó gyógyszerelés után alakult ki.

Betegeik 4,3%-ában a stabil conversio után a folyamat recidivált és a vizelet Koch-pozitívvá vált. Recidiváról akkor beszélnek, ha a Koch pozitivitás a gyógyszeres kezelés megszüntetése után 3 év múlva lépett fel. További gátlószeres kezelésre ezek a betegek is negativizálódtak.

Műtéti beavatkozás 64,8%-ban vált szükségessé. 74,3%-ban radikális műtét, 21%-ban szervmegtartó műtét és 4,7%-ban mindkét típusú műtét történt.

Bálint József dr.

Az urogenitalis tbc gyógyszeres kezelése. König, K. (Urol. Univ. Klinik. Homburg Saar): Urologe. 1970, *9*, 44.

Tapasztalataik szerint az urogenitalis tbc-s beteget legalább 2 évig kell gyógyszeres kezelésben részesíteni.

A kezelési időszakot 3 részre bontják:

1. *Intensiv periódus:* Tartama 4—6 hónap. Ezalatt intézeti kezelés hármas-négyes kombinatióval.

2. *Stabilizálódási periódus:* Tartama 12—18 hónap. A gyógyszeres kezelés ambulanter végezhető kettős-hármas kombinatióval.

3. *Biztonsági periódus:* Tartama 2 év vagy ennél is hosszabb idő. Kettős kombinatiót vagy monotherapiát alkalmaznak ambulansan.

Ezen kezelési sémát akkor is alkalmazzák, ha közben műtét is történik. Az antituberkulotikumokat lehetőleg napi egyszeri adagolásban adják.

A gátlószerek közül a következőket alkalmazzák: INH, Streptomycin, PAS infusio, Ethionamid (per os vagy infusióban), Pyrazinamid, Cycloserin, Capreomycin, Ethambutol, Rifampicin és Isoxyl. A Kanamycint és a Viocynt nephrotoxicitása, a Conteben-t (Thioacetason) pedig hepatotoxicitása miatt lehetőleg nem használják. Leghatásosabbnak az INH Ethambutol és Rifampicin kombinációt tartják.

Bálint József dr.

A totalis nephroureterectomia kérdése a férfi és női urogenitális gümőkór jelenlegi kezelésében. Burghele, Th., Albescu I., (I. Chir. Univ. Klinik. Panduri Krankenhaus. Bukarest): Urol. int. 1970, *25*, 1—20.

A profilaxis, diagnosztika és elsősorban a therapia területén elért nagyfokú fejlődés ellenére az urogenitális gümőkór még napjainkban is megoldatlan és sok problémát okozó megbetegedés. A szerzők *Alken* és mások véleményéhez csatlakozva megállapítják, hogy ez a megbetegedés még a következő 25 évben fontos szerepet fog játszani az urológiai gyakorlatban.

Az urogenitális gümőkór klinikai képe megváltozott. Gyakrabban találkozunk teljes vesepusztulást okozó frissen felismert folyamatokkal annak ellenére, hogy több a tünetmentes kórfolyamat. Ezért a gyógyításban a nephrectomia és a nephroureterectomia nem kerülhető el. (Nephroureterectomiában az uretert teljes hosszában — egészen a hólyagba való beszájadzásig — távolítjuk el).

Több szerzőre hivatkozva megállapítják, hogy a megbetegedés incidenciájának lassú csökkenése mellett a nephrectomiák száma nem csökken. A nephrectomiával eltávolított vese uretercsonkja legtöbbször meggyógyul, megfelelő prae- és postoperativ antituberculoticus kezelésre. Néha azonban indokolt a nephrectomiát ureterectomiával kibővíteni, ha a műtét előtti kivizsgálás, vagy a műtéti lelet nagyfokú ureter-tágulatot, vagy súlyos periureteritist igazol. Ha a műtét kiterjesztése bármi oknál fogva nem történhet meg, ezeken a betegeken indokolt később egy második műtéttel az uretercsonk eltávolítása.

A szerzők a transperitonealis feltárás mellett foglalnak állást, amelyet külön alsó median metszésből

végeznek. (Egyéb feltárási lehetőségek: retroperitonealis, vaginalis és intravesicalis). A peritonealis feltárás előnyét abban látják, hogy a hasüreg jól áttekinthető, és ekkor a latens női genitalis tbc is felismerésre kerül.

Ilyenkor a szerzők az uretercsonk eltávolítással együtt eltávolítják a gümőkóros belső női nemiszerveket is. (Hydro- és pyosalpinx, pyoovarium). A műtét technikailag könnyebb, mint a többi behatolási mód.

90 nephroureterectomiát végeztek. Ezek közül 86 betegen (51 nő és 35 férfi) az uretercsonkot transperitonealis feltárásból távolították el a nephrectomiával egyidőben. Ezenkívül 7 betegen második műtéttel távolították el a visszahagyott uretercsonkot, szintén transperitonealis feltárásból. Műtéti szövődmény nem volt.

Bálint József dr.

A vizelet állatoltás klinikai szükségessége urogenitalis gümőkórban. Née, G. (Zentralklinik für Lungenkrankheiten und Tuberkulose, Abt. für Urologie und Skelettuberkulose, Bad Berka, NDK): Z. Urol. und Nephrol. 1969, *62*, 666—672.

Az urogenitális gümőkór diagnózisának felállításában és a folyamat activitásának megítélésében igen fontos a Koch-baktérium kimutatása a vizeletből az egyéb diagnostikus módszerek mellett. Ez lehetséges: microscopos (direct) vizsgálattal, vizelettenyésztéssel és állatoltással.

A microscopos vizsgálat előnye, hogy legrövidebb időn belül kapunk eredményt. Hátránya, hogy nem specifikus, mert egyéb savállók is kimutathatók. (A mikroscopos kimutatáshoz kb. 100 000 csíra szükséges.)

A tenyésztéses vizsgálat előnye, hogy a bakterium típusa és gyógyszer érzékenysége is meghatározható. Hátránya, hogy eredményt csak 6—10 hét között kapunk. (A pozitivitáshoz 20—200 csíra szükséges, hogy legyen a tenyészetben.) Hátránya még az is, hogy a bakterium populátiók a gyógyszerelés kapcsán tenyészthetőségüket elveszthetik és így álnegatív eredményt kaphatunk.

Az állatoltás előnye, hogy már egyetlen virulens tbc bakterium is képes a tengerimalacban generalizált tbc-t létrehozni. Hátránya a módszer drágasága.

A szerző 888 betegen tudott a vizeletből tbc bakteriumot kimutatni (368 betegen Human-típus, 26 betegen Bovin-típus.) A bakterium kimutatása egyidejűleg sikerült tenyésztésben és állatoltásban is 249 esetben. 48 esetben csak tenyésztéssel és 59 esetben csak állatoltással tudták a bakteriumot kimutatni. Ha a két módszert nem együttesen alkalmazták volna, akkor 66 betegnél vagy nem ismerték volna fel a folyamatot, vagy ennek activitását tévesen ítélték volna meg.

Fentiek miatt feltétlen indokoltnak tartják mindhárom módszer egyidejű alkalmazását, úgy diagnosztikailag, mint az activitás megítélését illetően.

(Ref.: Sajnos hazai viszonylatban elsősorban gazdasági okokból az állatoltás rutinszerű elvégzése nem lehetséges.)

Bálint József dr.

Nephroticus syndroma klinikopathologiai vizsgálata gyermekeken. White, R. H. R., Glasgow, E. F., Mills, R. J. (Departments of Paediatrics, Pathology and Biochemistry, Children's Hospital and University of Birmingham): Lancet, 1970, *1*, 1353—1359.

A szerzők 145 nephroticus syndromás gyermekből származó *vesebiopsiás* anyagukat 4 morphologiai csoportba osztották: 1. minimalis elváltozások 111 esetben, 2. gócos glomerulosclerosis 12 esetben, 3. proliferativ glomerulonephritis 20 esetben és 4. epimembranosus nephropathia 2 esetben fordult elő. Leírják a morphologiai elváltozásokat és összefüggésbe hozzák azokat a klinikai és laboratóriumi leletekkel és a corticosteroid és cytotoxicus therápiára adott válasszal. A minimalis elváltozásokat mutató gyermekek — főként a fiúk és iskoláskornál fiatalabbak — általában nagyon szelektív proteinuriával rendelkeztek. 97% volt steroidérzékeny, bár a legtöbb esetben visszaesés volt tapasztalható. Azok a gyermekek, akikben glomerularis szerkezeti elváltozások mutatkoztak — főként leányok és iskoláskorúak — rendszerint közepes vagy enyhe szelektív proteinuriával rendelkeztek, ezenkívül haematuria és hypertonia is társult a tünetekhez. Ebben a csoportban csak 9% volt steroidokra érzékeny. Az a véleményük, hogy gócos glomerulosclerosist — ami rendszerint lassan progrediáló elváltozás — sokszor nehéz elkülöníteni korai stádiumban a minimális elváltozásoktól. A proliferativ glomerulonephritis membranoproliferativ formáját alacsony serum C_3 (β_{1C}-globulin) érték és chronicus lefolyás jellemezte, míg a mesangialis típust normális C_3 érték kísérte és kedvező kimenetelű volt, annak ellenére, hogy resistens volt a conventionalis therapiára. Úgy látszik, hogy a cytotoxicus gyógyszerekre jelentkező valószínű egyéni reagálást előre egyedül az mutatja meg, hogy a beteg kezdetben hogyan reagál steroidokra.

Honti József dr.

Nephroticus syndromás gyermekek azathioprine-nel való kezelési eredményének kontrollált vizsgálata. M. Abramowicz és mtsai Lancet 1970, *1*, 959.

Neves szerzők nemzetközi összefogással vizsgálták a nephroticus syndroma pathológiájának, klinikumának, therápiájának kérdéseit. E munka keretében a jelen közlemény az azathioprine (nálunk az Imuran nevű készítménye használatos) therapiás értékét tárgyalja egyfelől steroidra resistens, másfelől steroidkezelés mellett gyakran visszaeső betegek csoportjaiban. Az elvégzett kettős vak kísérlet a betegség kezdetétől fogva egységesen kezelt betegeken azt vizsgálta az említett csoportokon belül, hogy az azathioprine-nak corticosteroidokkal való kombinációban jobb eredménye van-e a nephroticus syndroma therápiájában, mint a corticosteroidoknak egyedül. A tanulmánnyal összefüggésben biopsiás szövettani vizsgálat is történt, melynek két érdekes eredménye van: 1. A focalis és segmentalis glomerularis laesiót mutató 12 beteg sem azathioprinera, sem steroidra, sőt cyclophosphamidra sem reagált. 2. a 99 „minimal change" kórszövettani kategóriába tartozó beteg közül 93 corticosteroidra reagált, de ebben a csoportban is volt 5 exitus.

A vizsgálatok során a prednison adagja 4 hétig napi 60 mg/m² volt elosztott adagban, majd legalább 4 hétig a hét három egymásután következő napján 40 mg/m², utána 4 nap szünettel. Az azathioprine adagja napi 60 mg/m² volt 90 napig (mások vizsgálatai szerint ennél nagyobb dosisban sem hatásosabb). A kontroll-csoportok azathioprine helyett placebo-t kaptak.

A corticosteroid-resistensek között mind az azathioprine-nal kezelt 16 beteg, mind a kontroll-csoport 15 betege közül 2—2-ben szűnt meg a proteinuria és 2—2-ben csökkent ennek a mértéke.

A gyakran visszaesők között a 18 azathioprine-nal kezelt beteg közül 5 esett vissza 6 hónapon belül, míg a kontrollcsoport 18 betege közül 8. Bár ez az azathioprine javára szólna, a különbség nem szignifikáns. Ez utóbbi számadatokat ezért további nagyobb betegcsoporton kellene ellenőrizni, azonban időközben más vizsgálatok adatai szerint a cyclophosphamid a gyakran visszaeső betegek tekintetében hatásosabb gyógyszernek bizonyult.

Fentiek értelmében a nemzetközi szerzői csoport a steroid resistens neproticus syndroma kezelésében nem találta eredményesnek az azathioprinet, a gyakran visszaesők esetében pedig nem látott lényeges előnyt az egyedüli steroidkezeléssel szemben.

Siegler János dr.

Az intravénás pyelographia nem alkalmas módszer a vesefunkció megítélésére egyoldali vesebetegségben. Guedon, J., és mtsai (C. M. C. Foch, Suresnes): Presse Med. 1970, *78*, 1263—68.

15 féloldali vesebetegségben szenvedőn ureterkatheterrel, separalt

vizeletben insulin és PAH clearance módszerrel megállapították a vese funkcióromlását és ezt összehasonlították az iv. pyelographia adataival (vesekontur mérete, kontrasztkiválasztás ideje és intenzitása). A kiértékelést egymástól függetlenül négy vizsgáló végezte.

Nem találtak összefüggést a veseárnyék nagysága, a nephrogramm megjelenési ideje és a funkcióromlás között.

A korai (5 percen belüli) és a késői (15 percen túli) nephrogramm intenzitás különbsége csak 3 esetben volt biztosan értékelhető. Három esetben a kétoldali pyelogramm között nem volt különbség, a többi esetben a megítélés bizonytalan volt.

A késői pyelogrammban a gyakori tévedésnek két oka van: a nem teljes húgyúti elzáródás és az egyik oldali a. renalis szűkülete. Előbbi esetben az ürülési akadály miatt nagyobb volumenü kontrasztanyag gyűlik meg, az a. renalis szűkületben az ischaemiás vese jobban koncentrál és ezért kapunk intenzívebb kontrasztárnyékot. 15 féloldali vesebetegségben 13 ízben nem egyezett a késői pyelographiás kép a separált vizelettel kimutatott funkciócsökkenéssel.

Kenedi István dr.

Eredményes intravenás pyelográfia előrehaladott uraemiában. Az üregrendszer kimutatása dialysis után. Matalon, R. és mtsai (New York): New Engl. Jour. of Med. 1970, *282*, 835—837.

Uraemiás betegeken infusiós urographiával sem lehet értékelhető kiválasztást elérni. Kiadós dialysist követő 12 órán belül végzett infusiós urographiával azonban az üregrendszer jól ábrázolható. A vizsgálathoz 1 ml/tskg 50%-os Hypaque-t használtak, amit 150 ml fiz. NaCl-ban 10 perc alatt csepp-infusióban adnak be. A felvételeket 10, 15, 30, 60, 90 perc múlva, esetleg később végzik. Rendszerint már 10 perces felvételen értékelhető kiválasztás van. A vesemedence, ureterek és a hólyag jól ábrázolódik, a kehelyrendszer értékeléséhez azonban renális tomográphiára van szükség.

A módszerrel vizsgált betegeik endogén kreatinin clearance 0,4—10,0 ml/min között volt, serumkreatininjük 4—9 mg%. Az üregrendszer legjobban akkor telődött, amikor a vizelet/plasma kreatinin ráta dialysis után 16-nál magasabb lett. Dialysist követően az urea osmotikus diuretikus hatása nem érvényesül, a Na és a víz resorptió fokozódik a tubulusok koncentrálóképessége javul, ezzel magyarázható, hogy a kontrasztanyag is kellő mennyiségben jelenik meg a vese üregrendszerében.

Berkessy Sándor dr.

Haemolyticus uraemiás syndroma heparin kezelése. Gilchrist, G. S. és mtsai (Inst. Child Health and Birmingham Children's Hospital Birmingham, England): Lancet 1969, *I.* 1123.

A haemolyticus uraemiás syndroma (HUS) fő tünetei: acut veseelégtelenség, haemolyticus anaemia és thrombocytopenia. A HUS a localisált intravascularis coagulatiónak egyik formája. A betegség aetiopathogenesise bizonytalan. A tüneti therapián kívül corticosteroidok adásával próbálkoztak kevés eredménnyel.

Mivel a betegség sok szempontból hasonlít a Schwartzman-jelenséghez, többen anticoagulans therapiát javasoltak.

A szerzők 8 HUS gyermeket (életkor: $6^1/_2$ hét—$6^1/_2$ év között) részesítettek heparin therapiában. 4 óránként 100 IE/tskg heparint adtak iv., hogy a teljes vér alvadási ideje 20 és 30 min. között legyen. A heparin adagját a thrombocyta számtól és a vesefunctio javulásától függően csökkentették. Transfusio, peritonealis dialysis szerepelt még a gyógykezelésben.

Heparin adása után a vesefunctio korai visszatérését (norm. diuresis, RN normalizálódása) figyelték meg a prolongált thrombocytopenia ellenére. Egy gyereken vesebetegség tünetei maradtak vissza. Az egyetlen haláleset közvetlenül a kezdeti javulás után következett be Klebsiella aerobakter septicaemiában, amely közvetlenül sem az alapbetegséggel, sem a heparin therapiával nem hozható összefüggésbe.

Részleges alvadásphysiologiai vizsgálatot két betegen végeztek. Thrombocytopenia és fokozott fibrinolyticus activitás mellett az I., V. és VIII. faktor szintjének emelkedését észlelték. Az alvadási faktorok fokozott pusztulását (comsumptio) nem tudták kimutatni.

Orosz László dr.

Diabeteses betegek dialysise. 44 eset tapasztalatai. Chasan, B. J. és mtsai (Boston): JAMA. 1969, *209*, 2026—2030.

A szerzők 1959 és 1968 között 44 alkalommal végeztek peritonealis dialysist és heamodialysist diabeteses betegeken. 32 esetben diabeteses nephropathia okozta oedemák, congestiv szívelégtelenség okozta oedema, 7 esetben chronikus vesefolyamat acut exacerbációja és 5 esetben heveny veseelégtelenség tette szükségessé a dialysist. A legjobb eredményt 3 olyan betegen értek el, akiknek diabeteses acidosis miatt kialakult acut tubularis necrosis tette szükségessé a beavatkozást. Legrosszabb eredményt dilutiós hyponatraemia miatt végzett dialysisek során észlelték, függetlenül attól, hogy mennyi volt a beteg maradék nitrogénje.

Mind a peritoneális, mind a haemodialysiseket standard, dextrose tartalmú mosófolyadékkal végezték. Tapasztalataik szerint gyakran, kis adagban adott insulinnal a szükségszerűen fellépő hyperglykaemia jól kivédhető, a vércukor 2—4 óránként történő ellenőrzése mellett. Ketosis egyetlen esetben sem lépett fel. A szükséges insulin adag a beteg szokásos insulinadagjának általában kétszerese volt. A legsúlyosabb hyperglycaemia (400 mg% felett) is a dialysist követően órák alatt rendeződött.

44 betegük közül 14—60 napig 17 beteg, 3 hónap és 9 év múlva 13 beteg volt életben.

Megemlítik, hogy egyes szerzők *(Avram, Abella)* chronicus veseelégtelenség kezelése során sem tartják a diabetest kizáró tényezőnek.

Berkessy Sándor dr.

Tartós haemodialysisre szorulók haláloka. Siddiqui, J. Y., Fitz, A. E. és mtsai (Departments of Medicine and Surgery, University of Iowa, USA): JAMA. 1970, *212*, 1350.

Ma már közismert a rendszeres haemodialysis jelentősége az olyan vesebetegek életének meghosszabbításában, akik végleges veselaesióban szenvednek. Az USA haemodialysis-centrumaiban az évi halálozási ráta 10% körül van. Az európai központok összeállítása szerint a dialysáltak leggyakoribb haláloka: kardiális decompensatio, hyperkalaemia és fertőzés.

A szerzők anyagát 41 tartósan dialysált beteg képezi, akiket 1964 aug.-tól 1969 jún.-ig rendszeresen heti 2 dialysissel kezeltek — ez 573 beteg-hónapnak felel meg. Közülük a fenti időszakban 15 beteget vesztettek el (= 37,5%): 13 chronicus glomerulonephritisben, 1 idült pyelonephritisben, 1 pedig Goodpasture-syndromában szenvedett. 1—1 dialysis időtartama 12 órányi volt. A kezeltek életkora 16—57 év között váltakozott (átlag: 40,6 év), vesebetegségük fennállása pedig 8 hó—20 évig. A dialysises időszak 2—216 hét közötti volt s ezalatt 7—430 dialysisen estek át a betegek. A 15 közül 8-nak hypertonia, diabetes vagy szívhalál szerepelt családi kórelőzményében.

A tulajdonképpeni haláloki értékelésre csak 14 esetük alkalmas, mert egy betegük baleset áldozata lett. A 14 beteg közül 4 intracranialis vérzésben halt meg (intracerebralis, subarachnoidealis, subduralis). Kettő halála ismeretlen aetiologiájú convulsiók közepette zajlott le. E 6 beteg közül 4-ben észleltek praedialysises hypertoniát.

4 beteget hyperkalaemia miatt vesztettek el, kettőt pedig fertőzés következtében — az egyik esetben a Gram-negatív septicaemia az inficiált arteriovenosus shuntből indult ki. Végül 1—1 betegük öngyil-

kosság, illetve, keringési elégtelenség miatt pusztult el.

Úgy látják, hogy anyagukban a központi idegrendszeri tünetek praedominantiája arra utal, hogy chronicus dialysisre szoruló betegeken neurologiai rendellenességre utaló jelek kimutathatósága rossz kórjóslattal jár.

A jövőben ezen a téren javulást kiterjedtebb dialysis alkalmazástól, az incurabilis hypertoniások kétoldali nephrectomisálásától és kaliumlekötő gyanták alkalmazásától várnak.

Major László dr.

Primer vesebetegségek tartós Prednisolon-Azathioprine kezelésének megszakítását követő veseműködés romlásról. John I. Levitt (Department of Medicine, University of Minnesota Medical School, Minneapolis): The New England Journal of Medicine. 1970, *282/20,* 1125—1127.

A szerző primaer vesebetegségek immunosuppressiv kezelése alkalmával szerzett érdekes és igen fontos tapasztalatait közli. A három ismertetett eset mindegyikénél megtalálható jellegzetességeket az alábbiakban foglalhatjuk össze: 1. betegeik kezelésében először egyedül Prednisolont alkalmaztak, melynek során kiderült azok steroid resistens volta. A steroid resistentiát akkor mondták ki, ha legalább napi 30 mg Prednisolon-aequivalens steroid legalább 3 hónapi adását követően sem mutatkozott hatás. 2. A steroid resistentia miatt a therapiát. Azathioprinnel egészítették ki. E kombinációt — Prednisolon—Azathioprin — 1—3 évig adták anélkül, hogy a vese funkciójában lényeges javulást tapasztaltak volna. Sőt, a tartós adagolás során a proteinuria folytatódása és a kreatinin clearance lassú csökkenése miatt a therapiát hatástalannak ítélték és megszakították, ill. 1 esetben a beteg önkényesen megszakította. Harmadikként a lényeg: a gyógyszerek elhagyását a vese működésének rohamos és nagymérvű romlása követte, ami 3 esetből kettőnél a szerek visszaadására javult.

Összefoglalva: a Prednisolon—Azathioprine therapia megváltoztathatja a vesebetegség progressióját anélkül, hogy a laboratóriumi parameterekben vagy a megismételt biopsiák alapján javulás lenne kimutatható. A szerző a fenti effektust latens jótékony hatásnak, illetve stabilizáló hatásnak nevezi.

Ami a jelenség előfordulási frequentiáját illeti, azt 50%-ban jelöli meg. Összesen 8 betegét kezelte tartósan a kombinációval, közülük négynél tapasztalta a leírtakat.

Fekete Sándor dr.

Antilymphocyta-serum kezelés immunologiai eredetű vesebetegségekben. Pirofsky, B. és mtsai (Univ. of Oregon Med. School, Portland): J. amer. med. Ass. 1969, *210,* 1059.

A szerzők kecskében termelt antilymphocyta- és antithymocyta serummal kezeltek 3 Goodpasture-syndromában és 3 systhemás lupus erythematodesben szenvedő beteget. Három beteg megelőző Azathioprin és ill. vagy steroid-kezelésre nem reagált. Az antiserum-kezelés hatására mind a három Goodpasture-syndromás és 1 systemás lupus erythematodeses beteg vesefunctiójában prompt javulás mutatkozott. Szövődményt nem észleltek. Az antiserum hatása kifejezettebb volt a sejtes immunitas tekintetében, mint az Ig-termelés szempontjából. A hatásmechanismust úgy képzelik el, hogy az antilymphocyta-serum a sejtes antigen receptorokat mint egy filmréteg bevonja és ezzel meggátolja a sejtnek ingerekre adandó válaszát.

Korossy Sándor dr

Allergológia

Gyermekkori allergiás betegségek a gyermekgyógyászati praxisban. Johnstone, D. E. (Dept. Pediatrics, Univ. Rochester Sch. Med., Rochester, New York.): Ann. Allergy. 1970, *28,* 55—63.

Sok gyermek helyes kezelése azon alapszik, hogy a gyermekgyógyász mennyire járatos az allergiás betegségek praeventiós, diagnosztikus és therápiás eljárásaiban, melyeket a gyermek egészségi és szociális állapotához kell adaptálni. Szerző az általános prophylactikus módszereket a következőkben foglalja össze:

Mindig gondolni kell gyógyszer-, tápszer- és rovarcsípés allergiára, főleg penicillint és csirkeembrión tenyésztett vaccinát kell meggondolni, és csak előzetes bőrpróba alapján elvégezni.

Általános bőrpróbák előtt a kaparási methodikát kell megkísérelni, ugyanez vonatkozik ló- és marhaserumok beadására is. Anaphylaxiás shockban, bármilyen hatásra jön is létre, első az adrenalin adása, utolsósorban használhatók az antihistaminok. Végül a szülőket ki kell oktatni, hogy gyermekükkel ne bánjanak megkülönböztetve, mert a beteg ennek hatása alatt egyrészt betegebbnek érzi magát, másrészt a betegségi tünetek aggraválásával előnyöket akar magának biztosítani.

(Ref.: Az ismertetett problémák nemcsak a gyermek, hanem a felnőtt allergiásokban is megtalálhatók. Éppen ezért szükséges, hogy az allergiás beteget intenzívebben kell kezelni, mint az átlagos beteganyagot. A therápiát mindenkor egyénileg kell beállítani.

Hajós Mária dr.

Gyermekasthma: 1070 eset kezelésének tapasztalatai. Freedman, S. S., Pelletier, G. A. (Pediatric Allergy, Rhode Island Hosp., Providence, Rhode Island.): Ann. Allergy. 1970, *28,* 133—141.

1070 asthmás gyermeket 3 csoportba osztottak: 1. enyhe asthma (évente egy-egy roham), 2. állandó, súlyos asthma (a szokásos antiasthmaticumok ellenére csaknem állandó fulladás), 3. „kirobbanó" asthma (ritka, de életet veszélyeztető status asthmaticus). Kaparási bőrpróba alapján megállapították a kiváltó allergent (pollen, tápszer, inhalánsok). Hyposensibilizálást házipor, penészgombák és pollen vizes kivonatával végeztek. A tüneti kezelés a következőképpen alakult: a betegeket gyakran ellenőrizte egy állandó orvoscsoport, a szülőket kioktatták arra, hogy nehézlégzés esetén mi a teendő. Ha ennek ellenére állapotuk nem volt kielégítő, rövid időtartamra felvették a kórházba és aminophyllin infusióra állították be. A gyakori hospitalizációval elérték, hogy a remissiós periódusok meghosszabbodtak, corticosteroidokra csak életveszély esetén volt szükség, a kórházi tartózkodás idejét is le lehetett rövidíteni. Beteganyagukban 89%-ban lényeges javulást értek el, egy beteg sem halt meg status asthmaticusban és nem észleltek aminophyllin toxikus hatást sem.

(Ref.: Bár szerzők allergenkutatási és hyposensibilisatiós methodikája egyoldalú, mert nem veszik tekintetbe az infectiós tényezőket, az asthmás gyermekek therápiájának programozása lényegében helyes. Arra kell törekedni, hogy az allergiás gyermek egy kézben, állandó ellenőrzés alatt álljon és mód legyen arra, hogy akut esetben a gyermek azonnal, megfelelően profilozott intézetben nyerjen elhelyezést).

Hajós Mária dr.

Viralis és bacterialis infectiók szerepe a gyermekkori asthmarohamok kiváltásában. Berkovich, S. és mtsai. (Dept. Pediatrics, State Univ. New York, Downstate Med. Center, Brooklyn): Ann. Allergy. 1970, *28,* 43—49.

136 kontinuális antibacterialis kezelés alatt álló asthmás gyermek vérét, garatváladékát és rectalis kaparékát bacterialis és viralis vizsgálatnak vetették alá a betegség akut szakában. 84 esetben 2—4 héten belül a vizsgálatokat megismételték. A betegek egyharmadában az asthma manifestatio idején légúti vírusokat és mycoplasma pneumoniaet tudtak kitenyészteni. A legfeltűnőbb volt az A_2 vírus jelenléte allergiás egyénekben, illetve vírusantitestek felszaporodása a hűléses betegségre hajlamos asthmásokban.

(Ref.: 1957 óta megfigyeltük, hogy a csaknem évenként jelentkező kisebb-nagyobb intenzitású

influenza-járványok alatt és után az asthmaesetek feltűnően megszaporodnak. Inhalatiós próbákkal sikerült kimutatni a viralis sensibilizálást, ami felnőtt beteganyagban megfelel a szerzők tapasztalatainak.)

Hajós Mária dr.

Obstructiv emphysema kisgyermekkorban. Crawford, L. V., Stout, R. H. (Dept. Pediatrics. Univ. Tennessee Coll. Med. Memphis, Tennessee): Ann. Allergy. 1970, *28*, 17—23.

Retrospective feldolgozták 10 éves beteganyagukból azoknak az iskoláskor előtti gyermekeknek adatait, akiket obstructiv emphysema miatt utaltak kórházba (az összes beutalások kb. 50%-át tették ki). A kiváltó okok közül bronchiolitis, bronchitis és asthma bronchiale szerepelt az első helyeken. A három diagnosis közül az asthma és az akut infectiós bronchitis elkülönítése volt a legnehezebb. Nagyon fontos az ismételt gondos rtg-felvétel az esetleges idegentest aspiratio megállapítására. Helyes diagnosisra a therápia beállítása miatt kell törekedni, amit az aetiologia szerint választanak meg. Ez viszont azért lényeges, mert az emphysema ebben a korban többnyire reversibilis. A rtg-vizsgálat elvégzésekor a következő egyszerű tanácsot adják: ha a gyermek sípol, ín- és exspiratiós filmet kell készíteni.

(Ref.: Idősebb asthmásokban a kardialis és pulmonalis másodlagos, ill. kísérő elváltozások miatt komplex therápia javasolt, tehát a chronikus aspecifikus tüdőelváltozások csoportján belüli elkülönítés nem mindig lényeges. Ezzel szemben gyermekkorban, amikor megfelelő kezeléssel teljes remissiót, sőt gyógyulást is elérhetünk, a szerzők által említett és allergenanalysissel kiegészített diagnosztikai módszerek gondos elvégzése feltétlenül szükséges, mert a helyes desensibilizálással elejét vehetjük a betegség irreversibilissé válásának.)

Hajós Mária dr.

Az atropin szerepe a kísérletes bronchialis obstructio blockirozásában. Itkin, I. H., Anand, S. C. (Nat. Jewish Hosp. Denver. Colo.): J. Allergy. 1970, *45*, 178—186.

26 asthmás betegen bronchospasmust produkáltak a specifikus allergen, histamin és acetylcholin belélegeztetésével. Ezután megismételték a provokációt atropin védelemben. Az atropint tablettában, majd inhalatiós formában adagolták. Az atropin bronchospasmust kivédő hatása attól függött, hogy milyen formában vitték a szervezetbe. Az atropin csak akkor akadályozta meg az acetylcholin-okozta hörgőgörcsöt, ha az expositio előtt belélegeztették, az allergenhatást és histamin-hatást azonban egyáltalán nem védte ki; ugyanekkor Benadryllal mind az allergen-, mind a histamin-okozta bronchospasmust meg lehetett előzni.

Szerzők azt a következtetést vonják le, hogy az antigen-antitest reactióban nem az acetylcholin a mediator, a histamin-expositio hatására jelentkező bronchusgörcs typusa jobban megfelel az allergen okozta bronchusgörcsnek, mint az acetylcholin reactio. Felhívják a figyelmet arra, hogy az asthmával foglalkozó orvosnak tanulmányoznia kell az alkalmazott gyógyszerek közvetlen hatását a bronchusrendszerben.

(Ref.: Az új hörgőgörcsoldók kipróbálásánál mindig szem előtt tartják, hogyan lehet segítségükkel megelőzni, vagy megakadályozni a specifikus allergiás reactiót a hörgőrendszerben. A fenti cikk arra figyelmeztet, hogy mindenképpen lokálisan bevitt és lokálisan ható gyógyszer lehet csak hatásos. Az asthma bronchiale differentialdiagnosisában mind az acetylcholin-, mind a histamin-expositio ismeretes. Annak ellenére, hogy a histamin tényleg jobban megfelel az allergen hatásnak, mégis rutinszerű vizsgálatra inkább az acetylcholin teszt javasolható, mert kevésbé veszélyes és gyorsan lezajlik).

Hajós Mária dr.

Alpha-receptor blockírozó gyógyszerek és disodium cromoglycat hatása asthma bronchialeban histamin túlérzékenység esetén. Kerr, J. W. és mtsai. (Resp. Dis. Unit., Western Infirmary and Knightswood Hosp., Glasgow W. 3.): Brit. med. J. 1970, *2*, 139—141.

20 olyan asthmás beteget választottak vizsgálatra, akik 50 mikrogramm histamin infúzió után VC és FEV_1 csökkenést mutattak. 8 beteg 5 mg phentolamint, 2 beteg 10 mg phenoxybenzamint kapott iv., az utána beadott histamin nem váltotta ki az előzőkben észlelt légzésfunctiós változásokat. 10 beteg 30 perccel a histamin infúsió beadása előtt 40 mg disodium cromoglycatot lélegzett be, ami szintén teljes mértékben gátolta a histamin-okozta bronchospasmust.

A szerzők feltételezték, hogy asthmás betegek bronchialis simaizomzatában alpha-receptor területek vannak. A disodium cromoglycat stabilizálná a sejthártyát és megváltoztatná a calcium ion szállítást. Így megakadályozható az antigen-antitest-reactio okozta amin-felszabadulás és a hörgők simaizmainak histamin túlérzékenysége.

(Ref.: Az asthma bronchiale tüneti therápiájában igyekszünk olyan gyógyszereket alkalmazni, melyekkel a rohamokat meg lehet előzni és így a corticosteroidok használatát csökkenteni. Azonban ezen új vegyületek csak a kiváltó komponenst védik ki ismert allergen-behatás esetén. A késői typusú, infectiós eredetű asthmában ami asthma eseteink túlnyomó többségét képezi, csak limitált hatás várható, így súlyos status asthmaticusban a különböző corticosteroidok és synthetikus ACTH-készítmények ezen gyógyszerekkel nem helyettesíthetők.)

Hajós Mária dr.

Macrolidok csoportjába tartozó antibiotikumok hatása az asthma bronchiale kezelésére. Itkin, I. H., Menzel, M. L. (National Jewish Hosp. Denver, Colo.): J. Allergy. 1970, *45*, 146—161.

Megfigyelték, hogy sok kontinuális corticosteroid (c. s.) therápiában részesülő beteg fenntartó c. s. adagját le lehetett csökkenteni, ha egyúttal a macrolidok csoportjába tartozó antibiotikumokat is szedtek (erythromycin, oleandomycin, TAO). Azt is észrevették, hogy ezen antibiotikum csoport akkor is javította az asthmás állapotot, ha fertőzés nem állt fenn. Lymphopenia, eosinopenia, leukocytosis és kifejezett cushingoid tünetek jelentkeztek átlagos mennyiségű antibiotikumok szedésére (c. s. nélkül), de csak abban az esetben, ha egyúttal az asthmás panaszok is javultak.

Az említett gyógyszerek közül a TAO antiasthmatikus hatása volt a legkifejezettebb. Annak ellenére, hogy a légzésfunkctiós elváltozások változatlanok maradtak, a köhögés, sípolás és a köpet mennyisége TAO hatására lényegesen csökkent. Észlelték továbbá a májfunctiós próbák mérsékelt romlását, ezt azonban nem lehetett párhuzamba hozni az antiasthmatikus hatással. Feltételezhető, hogy a TAO a c. s. anyagcserén át enyhíti a nehézlégzést.

Végül szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy ha csak antibiotikumokra is javul az asthma, ez még nem tekinthető fertőzéses eredetű betegségnek.

(Ref.: A cikk feltétlenül elgondolkoztató, mert magunk is tapasztalhatjuk, hogy egy alkalmas időben beállított antibiotikus kezelés önmagában is szünteti a fulladásos rohamokat. Azzal azonban nem érthetünk egyet, hogy az „infectiós" asthma azt jelenti, hogy akut infectio szükséges ennek diagnosztizálásához. Bacterialis sensibilizálás apathogen, banalis garatflóra következménye is lehet, éppen ezért a belőlük készített autovaccina ugyanolyan jó hatású, mint a pathogen törzsekből előállított bacterium suspensio.)

Hajós Mária dr.

Fűpollen érzékeny szénaláz hyposensibilisatiója. McAllen M. K. (Asthma and Allergy Clin., Univ. Coll. Hosp., London W. C. 1.): Acta Allergol. 1969, *24*, 421—431.

Száztíz fűpollen-érzékenységben szenvedő betegen kettős vak therá-

Rp: HALOPERIDOL

inj., tabl. és csepp

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg 4-/p-clorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl/-piperidin-4-ol-t.
1 tabletta 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 agitatióval jár, mánia, paranoidhallucinatoros kórképek, agitált depressió, erethikus oligophrenia és epileptiformis psychosisok, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az oralis adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan. Az átlagos oralis napi adag 2—4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5—10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6—15 éves korig a felnőtt dózis fele. Krónikus hányásban általában 2×10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

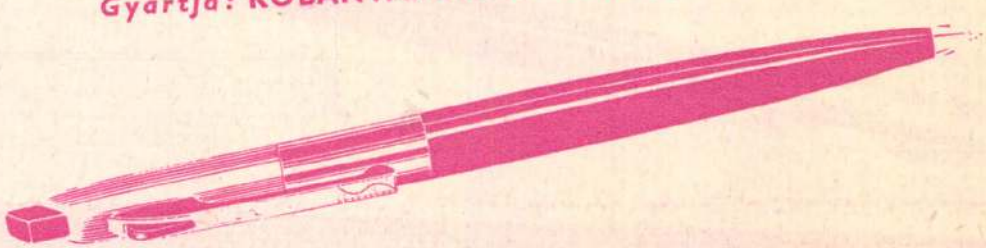
MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig történő kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia, vagy egyéb parkinson-szerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kupírozhatók.

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

FORGALOMBA KERÜL:

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

Gyártja: **KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST, X.**



Rp: RIGETAMIN

sublingualis tabletta

Összetétel:

1 sublingualis tabletta 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, migrainaequivalensek. A Rigetamin tabletta 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 tabletta lehet.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba kerül: 12 tabletta ..... 8,50 Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.



piás kísérletet végeztek, összehasonlítva két typusú pollenkivonat praesaisonalis adagolásának hatását placebóval. Megállapították, hogy mind a depot-emulsio mind az alumínium-preacipitatum hatásosabb volt a placebónál. A kezelést a beteg „szénanátha-naplója" alapján értékelték, így 50—70%-os javulást regisztráltak szemben a placebo 25%-ával. Megfigyelték, hogy a második kezelés nem hozott lényeges javulást az első kezelési év eredményeihez viszonyítva.

(Ref.: A fenti cikk negatív értelemben érdemel említést, mert magában foglalja mind azt a buktatót, ami egy krónikus allergiás betegség therápiájának értékelésében előfordulhat. Szerző az első és második kezelési év eredményeinek megfigyelésekor nem vette figyelembe az évenként változó meteorologiai viszonyokat és nem volt tekintettel a kiindulási sensibilizálási fokra. Magunk azt tapasztaltuk, hogy minél nagyobb a kezelés általános reactiója, annál jobb a therápiás hatás, viszont ún. „erős" pollensaisonban a gyógyultnak tartott beteg is reagálhat kisebb tünetekkel. Végül a polleneken kívül más allergenek is válthatnak ki tüneteket, amit különösképpen pollenasthma esetében tapasztalhatunk).

Hajós Mária dr.

Új antihistaminikum (HS 592) klinikai értékelése pollinosisban és allergiás rhinitisben. Pan, A. (243 Marion Str., Boniface 6, Manitoba, Canada.): Ann. Allergy. 1970, *28*, 69—72.

50, allergenkimutatással verifikált pollinosisban és allergiás rhinitisben szenvedő beteget a tünetek súlyossága szerint napi 1—3 mg HS 592 *(Ref.:* hazánkban Tavegyl néven ismert) elektive histamingátló hatású gyógyszerrel kezeltek. A szemre, orra, garatra és légcsőre lokalizálódó allergiás gyulladásos tünetekre gyakorolt hatás alapján értékelték a therápiás effektust. Globalisan 90%-os javulást értek el. Nem kívánt mellékhatást nem észleltek.

(Ref.: A Tavegyl tabletta hazánkban is kapható, sőt hazai gyártása is folyamatban van. Kétéves megfigyelési időnk alatt a tabletta mellett syruppal és injectióval is kísérleteztünk. Mellékhatást mi sem észleltünk, a Tavegyl jó nappali antihistaminikumnak bizonyult. Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy kisgyermekeknél a cikkben említett 3 mg/die mennyiségnél jóval kisebb adaggal is igen jó eredmény érhető el. A syrup 0,5 mg/10 ml hatóanyagot tartalmaz, és egy napra elosztva 1 mg összmennyiség ugyanolyan hatású volt, mintha tablettában a dupláját adtuk volna.)

Hajós Mária dr.

Emelkedett IgE szint nemallergiás állapotokban. Heiner D. C., Rose, B. (Harry Webster Thorp Lab., Royal Victoria Hosp., Montreal, Quebec, Canada.): J. Allergy. 1970, *45*, 30—42.

Az IgE szint meghatározást micro-Ouchterlony technikával végezték. Ezen methodika csak az emelkedett (0,8 mikrogramm/ml) serumszint megközelítő meghatározására alkalmas. 20 egészséges egyén vizsgálata negatív volt, 35 atopiás allergiás közül (asthma, ekzema, tápszerallergia, pollinosis) 24 esetben az IgE szint emelkedett, azonban ugyanilyen emelkedést találtak különböző egyéb betegségben is (haemosiderosis, aspergillosis, helminthiasis, coeliakia, Laennec cirrhosis, multiplex myeloma). A szerzők elsősorban az utóbbi eseteket analyzálták. Feltételezték, hogy a magas IgE szint rejtett allergiás betegségre, tápszer-, ill. gyógyszerhatásra utal, nem zárható ki az autoaggressiv mechanismus sem. Az említett egyszerű methodikát alkalmasnak tartják az IgE szerepének tisztázására a sensibilizálási folyamatokban.

Hajós Mária dr.

Lethális kimenetelű rovarcsípésreactio; elsősegély és prophylaxis. Hunt, W. B., McLean D. C. (Dept. Med., Univ. Virginia Med. Sch., Charlotteville, Virginia): Ann. Allergy. 1970, *28*, 64—68.

Feldolgozták a Virginia államban rovarcsípés (hymenoptera)-okozta anaphylaxiás shockban meghalt betegek kórtörténetét. 1954—1966 közt 19 beteg halt meg glottis és larynx oedema tünetei közt, 18 esetben orvos észlelte az exitust. Noha 8 esetben a túlérzékenység régebben fennállt, desensibilizálást senkinél sem végeztek, a betegeket nem oktatták ki a védekezésre.

A therápia három részre osztható: prophylaxis (védőruha, rovarokban gazdag vidék elkerülése), megfelelő védekező felszerelés (tourniquet, adrenalin-aerosol, ephedrin-antihistamin capsula) és desensibilizálás. Teljes rovarkivonattal 261 beteget kezeltek, ezek 98,9%-ában a kúra befejezése után elszenvedett rovarcsípés csak minimális allergiás reactiót váltott ki.

A diagnosis elsősorban az anamnesisre támaszkodik, mert a bőrpróbák nem mindig megbízhatóak. Tekintettel a keresztsensibilizálásra, kevert rovarkivonatokkal történt a kezelés. Arra nincs megbízható adat, hogy meddig kell a beteget kezelni, ezért legjobb a kúrát meghatározatlan ideig folytatni.

[Ref.: Hazánkban leggyakrabban méh- és darázscsípés-allergia fordul elő, többnyire foglalkozás közben jön létre a sensibilizálás (agronómus mezőgazdasági dolgozó, cukrász, stb.). A kezelés költséges és hosszadalmas, mert a megfelelő kivonatokat importálni kell. Ezzel szemben az a tapasztalatunk, hogy néhány éves kezelés után a beteg eredeti munkakörében nyugodtan dolgozhat, esetleges rovarcsípésre egyáltalán nem, vagy csak kismértékben reagál.]

Hajós Mária dr.

A komplement szerepe allergiás betegségekben. Frank, M. M. (Lab. Clin. Investigations. National Inst. Health, Bethesda, Maryland 20 014): Ann. Allergy. 1969, *27*, 490—499.

A komplement szerepe alapján a betegségek két csoportra oszthatók: 1. komplement functiós zavarok; 2. a komplement normálisan működik ugyan, de antitest van ott, ahol nem kellene lennie. Az első csoportba tartozik az örökletes angioneurotikus oedema. Ebben a kórképben a C'1 esterase inhibitor hiánya dominánsan öröklődik. A sok sikertelen therápiás kísérlet után friss fagyasztott plasma látszik legjobbnak a roham kivédésére. A komplement defectus gyakran ismétlődő fertőzéses betegséget okozhat, amiért elsősorban a C'2 hiánya felelős.

Az ún. autoimmun betegségek nagy részében a komplement szöveti károsodást okoz. Komplement (C'3) aktivitás fokozódás vesekárosodásra utal LED-ben, glomerulonephritisben és bizonyos typusú serumbetegségekben, ugyanúgy, mint rheumás lázban. A C'3 komplement immunelectrophoretikus megjelölése β_1c, aminek jelenléte immunkárosodás jele.

A komplement antitest jelenlétében a klasszikus haemolysisen kívül különböző reactiót válthat ki, melyeknek megismerése az allergiás betegségek tanulmányozásában értékes segítséget nyújthat.

[Ref.: Jelenleg egy familiaris angionerotikus oedemában szenvedő család két tagja áll megfigyelésünk alatt, több komplement esterase inhibitor teljes hiányát, ill. csökkenését állapítottuk meg. Különböző sikertelen therápiás kísérlet után a Peritol (Periactin) vált be legjoban, a komplement vizsgálatok teljes normalizálódása állt be.]

Hajós Mária dr.

Egyszerű laboratóriumi módszer a tápszerallergia kimutatására. Bullock, J. D., Bodenbender, J. G. (Univ. California Med. Center, San Francisco, Calif.): Ann. Allergy. 1970, *28*, 127—132.

20 késői és 14 korai typusú tápszerallergiában szenvedő beteget választottak ki; minden esetben az anamnesis és expositio alapján szoros összefüggés állt fenn az allergiás tünetek (asthma, rhinitis, urticaria, pruritus, angioneurotikus oedema) és a kérdéses tápszer közt. Kétféle tesztet végeztek: kaparási reactio és bőr-ablak-technika. Ez utóbbi abból állt, hogy a sterilizált alkaron 5 × 5 mm területen lekaparták a felhámot, erre egy csepp

antigent cseppentettek, majd légmentesen lezárták egy 3 × 3 cm-es tárgylemezzel, amit 24 óra múlva Giemsa-oldattal megfestettek és megszámolták az eosinophil sejteket, egyúttal a perifériás vérben is qualitativ vérképet készítettek.

Megállapítást nyert, hogy a bőrablak-eosinophilia meghatározása csak azonnali typusú tápszerérzékenységben positiv, de nem olyan érzékeny, mint a bőrpróba, tehát tévesen positiv bőrreactiók leleplezésére alkalmas.

(Ref.: A tápszerallergia kimutatása csak direkt expositióval megbízható, mert többnyire a rossz felszívódási viszonyok következtében jön létre. Ritka esetek kivételével ezenfelül polyvalens allergiáról van szó, sőt a psychikus és endokrin status változásai is determinálják a tápszerallergia-okozta tünetek létrejöttét).

Hajós Mária dr.

Alumínium-preacipitált ragweed-kivonat klinikai és laboratóriumi értékelése. Ransom, J. H. (2101 West 10th Street. Topeka. Kansas 66 604): Ann. Allergy. 1970, *28*, 221—226.

21 ragweed-érzékeny beteget preasaisonalisan kezeltek vizes alumínium-praecipitatummal, 21 600—66 750 PNU összmennyiségben. Ha generalizált mellékhatások jelentkeztek (urticaria, nátha) a maximális 10 000 PNU egyszeri adagot 8—12 injectio után értek el, ami a hagyományos vizes kivonattal csak 21 injectio után sikerült. A histamin-felszabadulási reactiót kezelés előtt és után végezték el, Lichtestein módszerével (a leukocytákat in vitro ragweed IgE-vel hozzák össze és százalékban jelzik a felszabaduló histamin gátlást).

A klinikai és laboratóriumi adatok összehasonlítása alapján csak egy esetben volt a kezelés hatástalan, ezek szerint az alumínium-praecipitált kivonat (CAP, Center Lab.) mind első, mind ismételt hyposensibilizáló kúrára ajánlható.

(Ref.: A pollen-hyposensibilizálás fáradságos és nem mindig veszélytelen procedura ugyan, de érdemes vele foglalkozni, mert egyrészt meggyógyít egy igen kellemetlen allergiás betegséget, mely elsősorban olyanokat érint, akik esztétikai szempontból hónapokon át nem folytathatják foglalkozásukat — pedagógusok, mérnökök, tisztviselők —, másrészt elejét vehetjük egy későbbi egész éven át tartó rhinitis allergica vagy asthma bronchiale kifejlődésének. Hazánkban az említett alumínium-praecipitátumhoz még intézményesen nem sikerült hozzájutni, egy nagyobb betegcsoportban azonban kísérleteztünk a Sächsische Serumwerke Mischpollendepot-készítményével. 500—10 000 PNU egyszeri, 20 000—30 000 PNU összmennyiségű kúrát végeztünk, átlagosan 10 alkalommal, praesaisonalisan. Mellékhatás nem volt, igaz ugyan, hogy a betegek zöme már régebben átesett vizes (cseh) kivonattal hyposensibilizáló kezelésen. Tapasztalatunk szerint a depot-kezelés kíméletesebb, ezért megfelelő allergologiai tudással rendelkező orvos felügyelete mellett ajánlható).

Hajós Mária dr.

Hároméves tapasztalatok alumínium-praecipitált kevert ragweed antigennel. Lazar, H., Loeffler, J. A. (611 North Hillside, Wichita, Kansas 67 214): Ann. Allergy. 1970, *28*, 214—220.

117 ragweed (ambrosia) pollinosisban szenvedő beteget 3 éven át praesaisonalisan heti 1—2, összesen 11 injectióval kezeltek. Az egyszeri adagok a beteg érzékenysége szerint 10—10 000 PNU közt váltakoztak. A javulást klinikailag (tünetek csökkenése) és laboratóriumban (a leukocytákból felszabaduló histamin és blokkoló antitestek mérése) ellenőrizték. A három év eredményeit összevetve, az esetek 16%-ában eredménytelen volt a kezelés, ezeknek a betegeknek azonban egész éven át fennálló panaszaik voltak. A therápiát befolyásolta az összmennyiség, tehát akik valamilyen okból csak kisebb adagokat kaptak, rosszabb gyógyulási tendenciát mutattak.

Összesen 3 év alatt adott 978 injectio közül 11%-ban lokális oedema jelentkezett, a 2%-ban systemás tünetek sem voltak súlyosak. Amennyiben generalizált reactiók (nátha, urticaria) jelentkeztek, a következő injectióban csak az adag 25%-át adták. A klinikai javulás párhuzamosan haladt a laboratóriumi adatok javulásával. Bár a blokkoló antitestek nem állíthatók direkt oki párhuzamba a symptomatikus javulással, kezelés után kifejezett histamin-felszabadulás gátlást találtak.

Hajós Mária dr.

Genetika

Emberi magzatok morfologiai vizsgálata kromoszoma rendellenesség esetén. Roux, Ch. (Laboratoire d'Embryologie C. H. U. Saint-Antoine 27, rue Chaligny, Paris[12] Franciaország): La presse Medicale 1970, *78*, 647—652.

Az autosomalis kromoszómák elváltozását jellegzetes klinikai tünetcsoport kíséri az újszülötteken. A szerző 32 spontán abortus esetében vizsgálja az összefüggéseket a kromoszóma rendellenesség és a makroszkóposan és mikroszkóposan kimutatott magzati elváltozások között. A kromoszóma abnormalitás gyakoribb spontán abortusok esetében, mint az élve születéseknél. A genetikus anyag egyensúlyának felbomlása a magzat halálát okozó anyagcserezavarokhoz vezethet.

G-trisomia: egy esetben találtak canalis atrioventricularis communis-t, de jellemző tünetcsoportot sem g-trisomia, sem x monosomia eseteiben sem állapítottak meg. A c-trisomiára az általános dysmorphia, elsősorban a regio cephalica hypoplasia jellemző. Legérdekesebbnek a D-trisomia esetei bizonyultak. A magzatokon ugyanazokat a fejlődési rendellenességket találták, mint a D-trisomia eseteiben: dysmorphia cephalica, vagyis a középső és oldalsó archasadék, monorhinia, micro-, anophtalmia, a jellemző tünetcsoport. Szövettanilag mindig a prosencephalon fejlődési zavarát: többé-kevésbé tökéletes cyclocephalia, a bulbus, ill. n. opticus hiányát mutatták ki.

Horváth Cecília dr.

Radioulnaris synostosis, magatartási zavar és XYY chromosomák. Cleveland, W. W., Arias, D., Smith, G. F. (Depart. of Pediatrics, Univ. of Miami Sch. of Med., Miami, Fla.): J. Pediat. 1969, *74*, 103—106.

A szerzők 2 pubertas kornál fiatalabb fiúnál radioulnaris synostosist, agresszív viselkedést, enyhe fokú szellemi fogyatékosságot, magas termetet találtak, a chromosoma vizsgálat XYY karyotypust mutatott. Egyiküket 6 beteg vizsgálata során szűrték ki, akik közül 4 betegnek radioulnaris synostosisa volt.

Az *első* 8 éves néger fiú, magas termetű, magatartási problémák miatt került vizsgálatra. Kétoldali könyökdeformitása születése óta fennállott, alkarjainak pronatiója és supinatiója erősen korlátozott volt. Családjában schizophrenia fordult elő. Külső nemi szervek normálisak. Normális méretű és tapintatú herék mindkét oldalon a helyükön voltak. A könyöktájék röntgen-vizsgálata során mindkét oldalon szimmetrikusan a radius és ulna proximalis végének fusióját figyelték meg.

A *második* beteg 5 és fél éves, magas néger fiú. Lábujjhegyen való járásával probléma volt, ezért került vizsgálatra. Súlyos magatartás zavarai is voltak. Mindkét könyökének deformitása születése óta fennállott. Bal alkarját nem tudta rotálni. A jobb alkar supinatiója és pronatiója korlátozott volt. Külső genitáliák normálisak; a szokott nagyságú és tapintatú herék a helyükön voltak. Röntgen-vizsgálattal a bal könyöktájon proximalis radioulnaris synostosist észleltek. Jobb oldalon a radius felső részének szokatlan csőrszerű alakja látszott, valódi synostosis nélkül. A szerzők úgy gondolják, hogy itt egy rostos vagy porcos köteg kapcsolja össze a radiust az ulnával.

Véleményük szerint szoros kapcsolat van az extra Y chromosoma és a fenti csontváz elváltozások között.

(Ref.: Ha a jövőben bebizonyosodik a csontváz elváltozások szignifikáns előfordulása XYY karyotypusú betegekben, lehetőség nyílik arra, hogy a kórképet az alaki eltérések, fizikális- és röntgenvizsgálat felől közelítsük meg és csak az után kerülne sor a költséges és sok munkát igénylő karyotypus meghatározásra.)

Honti József dr.

Vírus RNS-dependens DNS-polimeráz. Baltimore, D. (Department of Biology, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts 02 139): Nature 1970, *226,* 1209—1211.

Az RNS-vírusok transzformáló hatása megelőzhető DNS-szintézist gátló anyagokkal, ha ezeket 12 órán belül a vírusfertőzés után adják. A szerző Rauscher egér leukémia vírus és Rous szarkoma vírus (RNS-tumor vírusok) fertőzött sejtekben kimutatott egy RNS-dependens DNS-polimerázt.

A vírussal fertőzött sejtek kivonata dezoxiribonukleotidtrifoszfátokból különböző ionok jelenlétében 37 C°-on sav oldhatatlan anyagot állított elő, mely DNáz hatására lebomlott, viszont RNáz nem támadta meg. Tripszin-kezelés vagy 10 percig tartó 50 C°-os inkubálás az aktivitást teljesen megsemmisítette, tehát enzim reakcióról volt szó. A reakció a virionhoz kötött és RNS-templátot igényel.

A polimeráz kimutatása több okból nagy jelentőségű. Egyrészt megdönti azt a régi „centrális dogmát", hogy csak DNS irányította RNS szintézis folyhat, másrészt fényt deríthet az RNS-tumor vírusok hatásmechanizmusára. A fenti adatok alapján ugyanis az RNS-tumor vírusok az RNS replikációhoz DNS-templátot igényelnek. Hogy a szintetizált új DNS beépül-e a gazdasejt genomjába vagy szabadon marad, még nem tudjuk. Ugyancsak további vizsgálatot igényel annak megállapítása, hogy a DNS irányította RNS szintézist a gazdasejt DNS-dependens RNS-polimeráza végzi-e, vagy pedig egy vírus specifikus enzim.

Vereczkey László dr.

RNS-dependens DNS-polimeráz a Rous szarkoma vírus virionjában. Temin, H. M., Mizutáni S. (McArdle Laboratory for Cancer Research, University of Wisconsin, Madison, Visconsin 53 706): Nature 1970, *226,* 1211—1213.

RNS szarkoma vírussal fertőzött szenzitív sejtek új DNS-t szintetizálnak, mely DNS a vírus RNS-val hibridizálható. (Az RNS nukletoid szekvenciája a DNS szekvencia komplementere.) Az RNS-vírus fejlődése aktinomicin-D-vel megakadályozható. (A vegyület gátolja a DNS irányította RNS-szintézist). A szerzők Rous szarkoma vírussal fertőzött sejtek kivonatában egy olyan enzimet találtak, amely a dezoxiribonukleotidtrifoszfátokból sav oldhatatlan terméket produkált, s ez DNáz érzékeny és RNáz rezisztens volt. A reakciót tripszin vagy 80 C°-ra való melegítés megszüntette. Az enzim hőmérséklet optimuma 40—50 C°, valószínűleg azért ilyen magas, mert a vírus normál gazda szervezete a csirke. Az aktivitást RNáz megszüntette, tehát valóban RNS volt a templát. Kontroll-sejtekben, amelyek nem lettek vírussal fertőzve, az enzim nem volt kimutatható.

Vereczkey László dr.

Emberi chromosomák identificálása DNS-kötő, fluorescens anyagokkal. Caspersson, T. és mtsai. (Inst. f. Med. Cell Res. and Genetics, Karolinska Ints., Stockholm; Children's Cancer Res. Found., Departm. of Pathol., Harvard Med. School, Boston): Chromosoma (Berl.) 1970, *30,* 215—227.

Az ultraviola fényben fluorescáló quinacrin-mustár valószínűleg selectiven kötődik a DNS guanin bázisához, s a DNS kettős helixébe intercalálódik. A guaninban gazdag területek a festés után így erősebb fluorescentiát mutatnak, s ezáltal a fluorescentia mértékét a metafázisban levő chromosomák teljes hosszában fotoelektromosan regisztrálva minden egyes chromosomára jellemző görbét lehet nyerni. A szerzők e jellegzetes görbéket 1000—1000 chromosoma vizsgálata alapján határozták meg. (Legerősebben az Y-, továbbá a 3-as, 13—15-ös chromosomák fluorescálnak).

Az eljárást igen hasznosnak tartják az egymáshoz alakilag nagyon hasonló chromosomák (4—5, 6—12, 13—15, 17—18 és 21—22) elkülönítésére, mely eddig autoradiographiával is csak többé-kevésbé volt lehetséges.

(Ref.: Az eljárás a mutatiók kimutatására is lényegesen érzékenyebb és pontosabb módszernek látszik olyan esetekben, amikor a mutatio a guanin-tartalomnak vagy a guanin chromosomán belüli elhelyezkedésének változásával jár.)

Schuler Dezső dr.

Két Down-kóros nő anyasága. Masterson, J. G. és mtsai (Section of Medical Genetics, Dept. of Pathology, Univ. College, Dublin): Annales de Génétique 1970, *13,* 38.

A korábbi irodalomban összesen 16 Down-kóros anyától született gyermeket írtak le. A szerzők most két újabb, cytogenetikailag vizsgált esetet közölnek.

Az egyik esetben az index-paciens „klasszikus" G-trisomiás nő volt (anyja 37 éves korában szülte). 19 éves korában esett teherbe, ekkor 150 cm magas, 40 kg súlyú volt, 0,30—0,35 közötti I. Q. értékkel. Szűk medence miatt a terhesség 39. hetében császármetszést hajtottak végre. A leányszülött 2120 g-os volt, otthonban helyezték el. A gyermek 1¼ éves korában fizikális vizsgálattal teljesen épnek látszik, I. Q. = 0,84. Karyotypusa mind a 100 vizsgált mitosisban normális: 46,XX.

A másik esetben is G-trisomiás, 30 éves nőről volt szó. 143 cm magas, 74 kg súlyú volt, I. Q. = 0,41. Fogós műtéttel normális küllemű, 2567 g-os leány újszülöttet hozott a világra. Az újszülöttet respiratiós distress miatt kezelni kellett, később azonban jól fejlődött és 8 hónapos korában teljesen egészségesnek, érdeklődőnek látszik (I. Q. = 0,98). Karyotypusa 46,XX.

A gyermekgyógyászat haladásával számítani kell rá, hogy egyre több Down-kóros éri meg a reproductiós kort. Ezért Down-syndromás nők teherbe-esésekor kiterjedt, lehetőleg korai praenatalis cytogenetikai vizsgálatokkal kell a gyermek karyotypusát tisztázni.

Méhes Károly dr.

Toxicologia

A DDT-kérdés jelenlegi állása, különös tekintettel az emberre. (Committee on Occupational Toxicology): The Journal of the American Medical Association 1970, *212,* 1055—1056.

Az AMA Foglalkozási Egészségügyi Tanácsa és a Környezeti és Közegészségügyi Tanácsa áttekintette a DDT problémát. A két tanács a következő tényeket állapította meg:

1. Ha a DDT dózisa, ill. koncentrációja felülmúlja az ismert határértéket, toxikus hatású. Emberre és emlős állatokra toxicitását a májra és a központi idegrendszerre fejti ki elsősorban.

2. DDT, ill. metabolitjainak kis koncentrációja bármilyen életkörülmények között élők zsírszövetében kimutatható. A pesticidekkel foglalkozóknál (gondos vizsgálatok az elmúlt 30 éven keresztül) a zsírszöveti koncentráció 50-szeres volt. Egészségkárosodást nem találtak a hosszú expozíció ellenére sem. Káros hatást csak ott észleltek, ahol akut masszív dózis érte a szervezetet.

3. Állatkísérletekben ismert, hogy ha magasabb koncentrációk vannak a szövetekben (a kritikus szint ismeretlen), ez stimulálja a mikrosomalis enzimrendszert. Ez a hatás jobban érvényesül, ha szerves pesticid vagy bizonyos gyógyszer adsorbeálódik a DDT-vel együtt. A máj mikrosomális enzimrendszerének megnövekedett aktivitása kétségtelenül hat a pesticid metabolizálásának arányára.

4. Felületi és mélyvizek tartalmaznak DDT-t. A halpusztulásból nyomonkövethető a DDT vagy egyéb pesticid koncentráció.

5. A DDT gyakran koncentrálódik bizonyos tengeri szervezetek-

ben. Megállapított tény, hogy a DDT hat a madarak költőképességére. Véleményük szerint a következő lehetőségek még nem bizonyítottak.

1. A DDT szignifikánsan csökkenti a phytoplanktonok photosintesisét.

2. A DDT koncentráció növekedése folytatódik az élőszervezetekben.

3. Hatással van az emberi szaporodásra.

4. A populáció növekedését gátolja azáltal, hogy pusztít „minden klorofilt tartalmazó és azt fogyasztó szervezetet" vagy a sexhormonokra való hatásával.

5. Emberre carcinogen a DDT.

Ha a kísérleti adatokat extrapoláljuk, az eredmény nem mindig reális. Pl. patkánykísérletekben a DDT és Dieldrin kombinált bevitele értékelhetően csökkenti a Dieldrin retentiót. Kutyákon az együttes bevitelnél nő a DDT és metabolitjainak retentiója.

Emberi szövet autopsiákban azt találták, hogy azoknál, akik rendszertelenül foglalkoznak pesticidekkel, magasabb a szövet DDT és a hasonló pesticidek koncentrációja. Magasabb koncentrációt találtak olyanoknál is, akik terminális betegségben szenvedtek: cirrhosis, cc., hypertonia, arteriosclerosis. A kutatók nem mutattak ki oki kapcsolatot ezen betegségek és a szövetretentio között.

A két tanács összefoglalva az ismert és feltételezett hatásokat, a következőket ajánlja:

1. A DDT és más toxikus anyagok rendszertelen használata káros, meg kell szüntetni. Az iparnak sürgősen elő kell állítania specifikusabb pesticideket. A kutatásnak ki kell terjednie nem kémiai módszerek irányába is.

2. DDT további használata egészségügyi kontroll mellett indokolt — kizárva DDT érzékeny betegségeket, mint a malária, typhus —, ott, ahol más pesticidek hatástalanok. Nagy figyelmet kell fordítani a hatásos dózisra, a megfelelő használatra és más óvintézkedésekre.

3. A DDT használatát kövesse a gyom és a termés arányának ellenőrzése.

4. Ott limitáltan vagy egyáltalán nem használhatók az USA-ban szerves chloridok, ahol ez a vadállatok élete miatt probléma (madarak, halak). Ha használják mezőgazdasági vagy erdős területen, fel kell mérni az előny és hátrány viszonyát a helyi, ill. a folyóvíz szennyeződés irányában.

5. Megfelelő bizottságnak kell szabályokat hoznia a használattal kapcsolatban, amely bizottság figyelemben tartja a technológia fejlődését, a szervezetre való hatást, stb.

6. Az általános és a pesticiddel foglalkozók felvilágosításának ki kell terjednie olyan irányban, hogy a használat megfelelő óvatossággal és figyelemmel történjék.

Gombosi Katalin dr.

Felnőttkori vas-intoxicatio. Lavender, S., Bell, J. A. (St. Thomas's Hospital, London): Brit. med. J. 1970, *2*, 406.

Heveny vasmérgezések általában gyermekeken fordulnak elő *(Ref.)*, az irodalom eddig mindössze 2 felnőtt-esetet ismertetett; mindkét beteg meggyógyult. A szerzők ismertetendő felnőtt mérgezéses esete viszont meghalt.

Betegük 20 éves nő, aki beszállítása előtt 24 órával 50 tabl. vassulfátot vett be (= 10 g hatóanyag), öngyilkossági szándékból. Régebbi kórelőzményéből kiemelendő, hogy 5 éves korában haematemesise volt nyelőcsővarixaiból, portalis atresia miatt. Ezt ekkor a systemás és a portalis keringés anastomisálásával oldották meg s a szerzők ennek nem tulajdonítottak különösebb jelentőséget, mondván, hogy betegük mérgezésének lefolyása megegyező volt az eddig közlésre került letalisan végződő intoxicatiókkal.

Felvételkor a beteg eszméletlen és kifejezetten sárga, tachypnoes és hypotoniás. Mája, lépe nem tapintható; hólyagja üres, bár a megelőző 6 órában nem vizelt. Labor.-leletei közül kiemelendő 28 000-es fehérvérsejtszáma, 138-as plasmanatriuma, 5,5-ös kaliuma, 6 mEq/l-s bicarbonatja, 13 mg%-os serumbilirubinja, 26 K. A. E-es alkalicus phosphataseja, 500 E feletti serum-aspartat-aminotransferaseja és 640 μg%-os vasszintje. Az alkalmazott kezelésre (plasma, $NaHCO_3$, mannitol, oxygen) változatlanul anuriás maradt. Ekkor desferrioxamine-kezelést kezdtek el, iv. és peritonealis dialysissel, azonban, sem ez, sem az ismételten adott $NaHCO_3$, plasma és isoprenalin nem javította meg a beteg állapotát, aki felvétele után 24 órával acidoticusan s egyre fokozódó hypothermiában meghalt.

Esetüket a jelenlevő shock, coma, súlyos metabolicus acidosis s az irodalom által is jelzett anuria rossz kórjóslata miatt kezdettől fogva súlyos prognosisúnak tartották. A közleményekben szereplő haemodialysis s az általuk is alkalmazott peritonealis dialysis therapiás értékét meglehetősen kétségesnek tartják. *Major László dr.*

PERCHLORAT-K

400 mg kalium perchloricum/tbl

antithyreoticum

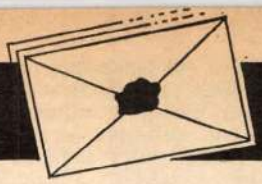
A pajzsmirigyben levő jodidot a káliumperchlorat leválasztja és helyére lépve önmagát fixálja. A gyógyszeradag nagyságával egyenes arányban megnő a pajzsmirigy és a strumigen hatást szövettanilag activ mirigyfunctio követi.

Adagolása és az egyéb tudnivalók a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére" című könyv pótlapján olvasható.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

QH
1124

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



Amikor a medicina korszerű eszközeinek alkalmazására való hivatkozást a műtéti kockázat növekedése kíséri.

T. Szerkesztőség! A *„Selectált prophylactikus drainage és duodenum csonk szétválás"* címmel az O. H. 1971, *112. év.* első számában megjelent közlemény szerzői, *Arányi Sándor dr. és munkatársai,* nyilván elnézik nekem, ha nem elsősorban munkájukhoz kívánok szólni, hanem azt inkább aproposnak tekintem az alábbiak megírására. A közleményben kifejtett higgadt, s nézetem szerint ma is aktuális szemléletet tükröző véleményükkel ui. lényegében teljesen egyetértek. Mégsem hallgathatom el csodálkozásomat afölött, hogy bizonyos, régóta alkalmazott sebészi módszerek — olykor életmentő — jelentőségéről ismét írni kell. quasi „bizonyítani" kell! És úgy látszik — kell! Ezért örvendetes, hogy a szóbanforgó közlemény az O. H.-ban jelent meg. Ha ui. e munka *szemléleti lényegét* általánosabb, kibővített értelmezésben fontolgatom, úgy fentemlített csodálkozásom egyszeriben alábbhagy. Hiszen miért is ne kellene írni a drainezés gyakran életmentő jelentőségéről akkor, amikor a szaklapok (köztük olykor az O. H.) némely cikkét vagy hasábját olvasva lassan már *az a benyomása támad az olvasónak, hogy elmaradott és korszerűtlen sebész az,* aki primaer resectio helyett csupán elvarrja a fekélyátfúródást, aki nem operálja meg azonnal a periappendicularis beszűrődést, vagy aki csak megnyitja a periappendicularis tályogot, anélkül, hogy egyúttal az appendectomiát is forszírozná (s a „fertőző gócot" — horribile dictu — legfeljebb később távolítja el), vagy aki drainezi a laedált hasűri szerv, ill. a műtét környékét akkor is, ha diffus és nemcsak körülírt hashártyalob is fennállott, vagy aki a drainezést éppenséggel praeventív, biztonsági célból alkalmazza. Az már nem is meglepő, hogyha a hasnyálmirigyelhalás bizonyos eseteinek kezelésére „acut pancreatectomiát" ajánlanak — sőt, ez (kivételesen) még indokolható is lehet. De ha az acut esetek műtéti kezelésében a „feltétlen gyökeresség együlésben" elvét, mint korszerűt tekintenők, vagy ugyanennek a hasüreg drainezés nélküli zárását jóformán kivétel nélkül — úgy holnap már azon sem csodálkozom, ha — hivatkozva (amint ez az unalomig obligát módon történik az ilyen jellegű publicatiókban) a „modern anaesthesiologia, elő- és utókezelés, valamint chemotherapia nyújtotta lehetőségekre" — a heveny vizeletrekedést pl. acut prostatectomiával fogja kezelni valaki, megkímélendő a beteget a tartósabb kathéterezéstől.

S ha már említettem a modern anaesthesia, chemotherapia, stb. adta lehetőségeket: való igaz, általuk sok minden lehetővé vált a sebészetben, ami azelőtt gondolatnak is merész volt. Ám, csupán egy megjegyzés ezzel kapcsolatban: a „felmérhetetlen jelentőségű" chemotherapeuticumok (antibioticumok) jelentősége ma már felmérhető; ez valóban, mondhatni korszakosan nagy. Mégis melyik gyakorló sebész nem figyeli mind komolyabb aggodalommal a nem egyszer végzetes lefolyású *septicus szövődmények* számának emelkedését? A manuális osztályok intenzív részlegeinek ma már a legsúlyosabb problémája a fertőzöttség. Ha egy ITO-on valóban „odavaló" betegeket, szakszerűen kezelnek, ill. ápolnak, úgy ott ma már nem shockban, nem a korai postop. szakban hal meg az exitáltak java, hanem a halálokok között első helyen a septicus elváltozások vagy szövődmények valamilyen formája áll, függetlenül attól, hogy a halál közvetlen oka szív- vagy respiratiós insufficientia volt.

S most néhány mondatban konkrétebben utalnék *Arányi dr. és mtsai* (ismétlem: teljes egyetértésemmel találkozó) dolgozatára. Nem látom bizonyítottnak a nyombélcsonk mellé helyezett (és persze nem arra „rátűzött") draincső (különösen pedig szívódrainage) káros hatását azon statisztikai adatokból, melyek szerint általában gyakoribb a csonkelégtelenség a drainált esetekben. Ezekben nyilván azért drainálnak, mert a csonk nem volt kellő biztonsággal, teljesen megnyugtatóan ellátható (és erre bizony, főként a vidéki gyakorlatban ma is sokszor van szükség a nyombélfekélyek többségének elhanyagolt, s így műtéttechnikai problémát is okozó volta miatt). A draincső csonkinsufficientiára „hajlamosító" hatása tulajdonképpen oly összehasonlító műtéti beteganyagon lenne igazolható, ami a gyakorlatban elő sem fordulhat. De nem is ez a lényeg; ettől teljesen eltekintve, amint ezt *Arányi dr. és mtsai* anyagukon is meggyőzően demonstrálták, szívesebben vállalom a számban több, de lefolyásában kevésbé súlyos és javában spontán, ill. conservativ kezelésre jól gyógyuló csonkszétválást a drainezetteknél, semmint a kisebb számú, de biztosan életveszélyes, ill. végzetes szövődményt a nem drainezett esetekben.

Vannak sebészek, akik a — legalábbis „ideális" — cholecystectomiát követően is per primam zárják a hasüreget (ma is kérdéses egyébként előttem, miképpen lehet „ideális" egy bármilyen könnyű epeműtét —, hacsak nem a beteg kézzelfogható hálája szempontjából). Miért? Legfeljebb a tökéletesebb sebgyógyulás érdekében (jóllehet az drainezés után sem roszszabb a „síma" esetekben). Lehet ez indoka annak, hogy akárhány operáltból csak egyet is elveszítsünk a postop. epés complicatio miatt?

Hallottam már olyat is, hogy aki gyakran használ draincsövet (legalábbis a hasüregben), az a saját technikai képességéről tesz önvallomást, hogy úgy mondjam: beismerést. Nos, még ezt is vállalom, de változatlanul és ma is vallom a prophylacticus drainezés fontosságát és *ezzel együtt annak a szemléletnek az elsőrendűségét, amely a beteg biztonságát, s a legesetlegesebb, de annál súlyosabb szövődménytől való lehető megkímélését célozza.*

Bizonyára többen, talán sokan is, nem értenek egyet fenti gondolataimmal. De kevésbé tartok attól, hogy akár azok is túlzott conservativismussal vádolnának. A kifejtett elvek nagyon is összeférnek a szakma ésszerű gyakorlásával és a műtéti eljárások célszerű alkalmazásával —, legfeljebb a *fölösleges* kockázat, pontosabban kockáztatás kísértésével szemben nyújtanak védelmet. Sem azelőtt, sem jelenleg nem végzünk pl. Kehr-drainage-t, csak elvétetten kivételes esetekben. De a drainezést, preventív vagy biztonsági okokból, mindegy, hogy nevezzük — az „ideálisan" könnyű és megbízható cholecystectomia után éppúgy obligáte alkalmazzuk, mint a nehéz duodenumcsonk mellé (olykor emiatt nem „átallva" még Braun-sipolyt is készíteni a hátsó GEA ellenére), majd minden vastagbélvarrat mellé, de még vékonybélanastomosis mellé is, ha a varrt belek állapota ezt indokolja.

Sem a drainezést, sem a bevezetőben említett egyéb eljárásokat illetően természetesen csak álláspontot, szemléleti állásfoglalást lehet leszögezni, de nem szabályokat. A beteg is, de az őt operáló sebész is individuum; a sebész a szerinte legjobb, s kezében biztonságosan bevált eljárásokat az adott beteg adott esetére kell alkalmazza. Ebben nyilván egyetértünk. Mégis, a fenti, hónapok óta bennem fogalmazódó gondolatok megírására, most *Arányi dr. és mtsai* közleményét olvasva, szinte kényszert éreztem. Az O. H. olvasói többségükben nem sebészek, de még a sebészi szaklapokat tanulmányozó sebészekben is felmerül*het* az, hogy a „sebészet hatalmas fejlődésébe" (annyiszor olvashatni, hogy már közhellyé koptatták) tartozik a drainezés mellőzése, a korszerű chirurgia fogalmába az acut állapotban végzett ilyen-olyan primaer resectiók, az alapbaj és szövődmény együlésben való megszüntetése, stb.

Számomra nem ezek jelentik a sebészet fejlődésének legfontosabb jellemzőit, vagy a korszerű sebészetet. Nemcsak remélem, de meggyőződésem, hogy e véleményemmel nem állok egyedül.

Kelemen Endre dr.

Amikor a medicina korszerű eszközeinek alkalmazására való hivatkozást a műtéti kockázat növekedése kíséri.

A primaer egyszakaszos vastagbél-resectio kérdéséhez

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1970. november 1-i számában „Levelek a szerkesztőhöz" rovata közli Czenkár Béla doktor reflexióit Lázár Dezső főorvos úr cikkére, valamint Lázár főorvos úr válaszát. Bár az ileus esetén végezhető primaer — elsősorban egyszakaszos-vastagbél-resectio a gyakorlati sebészetnek régi kérdése, ebben az esetben mégis indokoltnak vélem a hozzászólást.

Nyilvánvaló, hogy az ileusos állapotban végzett — főként bal oldali — vastagbél-resectio elvetésére a hasi sebészet kialakulási korszakának kedvezőtlen tapasztalatai indították a hasi sebészet klaszszikusait, köztük elsősorban Schmiedent. Az ileus kezelésében a második világháború előtti években jóval kisebb volt a tapasztalat, mint ma, nem utolsósorban a kórélettani ismeretek hiányossága miatt. Ebből következik, hogy elvileg az ileusos állapot manapság kisebb közvetlen veszélyt jelent a betegre akár műtét nélkül, akár műtét kapcsán, mint a korábbi időben. Ugyanakkor azonban nem tehetjük túl magunkat azon, hogy az „ileus" csak általános diagnózist jelent és önmagában nem fejezi ki az anyagcserezavar súlyosságának fokát. Ha valaki az ileusos betegen végzendő elsődleges egyszakaszos resectiót a korszerűség kritériumának tekinti, akkor ennek a műtétnek a javallatában feltétlen szerepeltetnie kell az ileus súlyosságának többékevésbé egzaktan meghatározott kategóriáját. Akár Lázár dr., akár Czenkár dr. közlését el kell fogadjuk annak a bizonyítására, hogy az általuk alkalmazott módszerrel is megbízható eredményeket lehet elérni. Teljesen helytelennek tartom azonban, ha Czenkár dr. javaslata szerint ezekután az elsődleges egyszakaszos műtétet pl. ileus esetében az egyedüli helyes eljárásnak tekintené valaki. Ezt a véleményemet egyszerűen arra alapítom, hogy a szóban forgó betegség, illetve állapot igen gyakran fordul elő, és ilyen betegeket elkerülhetetlenül olyan sebészeknek is kötelessége megoperálni, akiknek a sebészet ezen területén nincsen különleges nagy jártassága, és akiknek a kezén az ajánlott technika aligha vezetne olyan kitűnő eredményekhez, mint ez az idézett közleményekből kitűnik. Az a tény, hogy néhány különleges gyakorlattal rendelkező sebész kezében egy bizonyos eljárás beválik, nem jogosít fel arra a következtetésre, hogy ez az eljárás mindenki másra kötelező. Erre serkenteni a „korszerűség" csábító illúziójával nem valami jó tanács. Amit *lehet* csinálni, azt még nem szükségképpen *kötelező* és ahogyan olyan individuális ténykedésben, mint a sebészé, nem helyes a többségi álláspontot az egyes operálóra rákényszeríteni, épp annyira, vagy még inkább helytelen az egyéni nézeteket összes subjektiv elemeikkel együtt a többség számára zsinórmértékül szabni.

Elvi megjegyzéseimen túlmenően néhány konkrét észrevételt is tennék:

1. A mechanikus ileus által táplálkozásában megzavart oralis bélszakasznak a kiürítéssel járó manipuláció nem feltétlenül használ.

2. A szűkület feletti béltágulat és hypertrophia a lumenek közti inkongruenciára vezet és nehezíti a jó anastomosis készítését.

3. Indokolatlannak vélem a coecostomia tehermentesítő functióját idézőjelben szerepeltetni, mert a folyadék- és főleg a gázpangás elhárításában valóban kitűnő és sokszorosan bevált eszköz akár Finsterer-féle katheter — coecostomia alakjában, mely az esetek messze túlnyomó többségében spontán záródik.

4. A „bélhűdés" nem valódi hűdés, hanem a bélhuzamnak a sympathicus túlsúlyból eredő gátlásán alapul. Az anastomosisok elégtelenségét a vérellátás károsodásán kívül leginkább a puffadás okozza — egyébként szintén a keringési zavar fokozása útján.

5. Ha már a „modernségről" van szó, meg kell említenem, hogy totalis colektomiák után például meg sem szokás kísérelni a retroperitonealis felszínek fedését, és bár magam mindig törekszem erre szabványos vastagbél-resectiók után, láttam egészen kitűnő sebészeket, akik ettől rendszeresen eltekintenek.

Végezetül és összefoglalásul csak annyit, hogy a sebészet fejlődésének érdeke az avult ismeretanyag kiselejtezése és minden fontosnak látszó megfigyelés közreadása, de egyéni eljárások egyedüli helyességének apodiktikus megfogalmazása félrevezető és káros lehet. A konkrét esetre vonatkozóan örülnünk kell a szóban forgó eljárással elért szép eredményeknek, de helyesnek látszik óvni ennek a technikának a válogatás és megfontolás nélkül való széles körű ajánlásától.

Petri Gábor dr.

MEGJELENT

MAGYAR TRAUMATOLÓGIA ORTHOPAEDIA és helyreállító sebészet

1971. 1. szám

Glauber Andor dr., Cser Imre dr., Sillár Pál: Coxarthrosis kezelésében Voss-műtéttel szerzett tapasztalataink.

Herczegh Miklós dr.: A proximalis femurvég fejlődési és növekedési zavarai.

Barta Ottó dr.: Recklinghausen-féle neurofibromatosishoz társuló csontelváltozások.

Nagy Ernő dr., Balla Idikó dr., Schváb Vera dr.: Arckoponya sérülések röntgendiagnosztikája.

Sillár Pál dr., Cser Imre dr.: Lohe-műtéttel szerzett tapasztalataink.

Papolczy Antal dr., Molnár László dr., Börzsönyi Lajos dr.: A chondrosarcoma prognosisáról és kezelésének eredményeiről.

Kazár György dr., Nagy Zoltán dr., Somos Gyula dr.: Egyes kezelési hibák jelentősége a bokatörések gyógyulásában.

Molnár Imre dr., Kovalkovits István dr., Krasznai István dr.: Percutan dróttűzés Galeazzi-törés kezelésére.

Egyed Béla dr.: A munkatherapia jelentősége a mozgásszervi sérültek rehabilitációjában.

Egyed Béla dr., Kazár György dr., Molnár Ilma dr.: II. Hibák — tévedések a kézsérültek ellátásában.

N. Gy. dr.: Késve felismert combnyaktörések.

MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM

1971. 1. szám

Solti Ferenc dr.: „A vascularis resistentia problémáiról".

Nagy János dr.: Fizikai paraméterek szerepe az erek ellenállásának változásában.

Naszlady Attila dr.: Adatok a vascularis resistencia fogalmának kritikájához.

Juvancz Iréneusz dr.: A vascularis resistencia számítási nehézségei.

Solti Ferenc dr.: Problémák a vascularis resistentia kiszámításában.

Simonyi István dr., Horváth József dr. és Balázs Tamás dr.: Peutz—Jeghers-syndroma.

Komor Károly dr., Décsy Júlia dr., Herpai Zsolt dr., Krassói Ágnes dr., Vass Ilona dr. és Simonyi János dr.: Hypertonia betegségben szenvedők alfa- és béta-receptorainak érzékenységéről.

Simonyi János dr., Herpai Zsolt dr., Krassói Ágnes dr. és Vass Ilona dr.: Az arteriás középnyomás számítása.

Világi Gyula dr., Lakner Géza dr., Kertész Tibor dr., Kiss János dr. és Solti Ferenc dr.: A szív stimulálása páros pacemakerrel és a postextrasystolés potentiálás.

Kenedi István dr. és Solti Ferenc dr.: EKG-feladvány.

Könyvismertetés.

Társasági hírek.



KÖNYVISMERTETÉS

John Conley: Concepts in Head and Neck Surgery. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 531 képpel, 26 táblázattal. 1970.

Igen érdekes és tanulságos, gazdagon illusztrált könyvben számol be *Conley*, a nagyhírű New York-i sebész, felfogásáról és gyakorlatáról a fej és nyak főleg daganatos betegségeinek ellátásában. Több évtizedes tapasztalatán alapuló koncepcióját az irodalom teljes mellőzésével ismerteti. Hangsúlyozza, hogy az ilyen irányú munkának vannak határai és veszélyei, azonban figyelembe veszi az elődök és a kortársak véleményét és eredményeit is, tehát műve korszerűnek minősül. Ma már nem a műtét utáni tumormentesség és túlélés, hanem a reconstructiós és rehabilitációs műtéttel meggyógyított beteg tartós gyógyulása képviseli a valódi eredményeket; az utóbbiak ugyanis rövid szünet után visszatérhetnek szokott életmódjukhoz és hivatásuk gyakorlásához is.

Eredeti felfogása szerint a daganatok természete a jól körülírt psychotikus állapotokkal jellemezhető. Így a benignus daganatok az enyhe neurosisnak, az agresszív és destructiv rákok a progresszív psychosisnak, a melanoma bizonyos esetekben, a maniás depressziónak s. i. t. felelne meg. A daganatos betegség prognózisát általában a szöveti szerkezete, esetleges multicentrikus eredése, áttétképzésre való hajlama határozza meg, azonban nagy jelentőséget tulajdonít a daganat és a gazdaszervzet állandóan érvényesülő kölcsönhatásának is. Úgy gondolja, hogy az elterjedő esetekben a peripheriás vénás cythaemiával 30%-ban, a helyi traumás daganatsejt szórással pedig gyakran kell számolni, és mégis ezen betegek egy része tartósan meggyógyul, éppen a szervezet lokális és általános védekezőképessége révén. Elfogadhatónak tartja tehát azt az elképzelést, hogy az élet során szinte minden ember szervezetében támadhatnak daganatos burjánzások, ezekből azonban nem fejlődhet klinikai daganat éppen a szervezet elhárító képessége miatt.

A csonkító műtétektől főleg a nőbetegek félnek. Gyakran korán felfedezik bajukat, de önmaguk előtt is letagadják: növekedésük miatt később orvostól orvosig járnak, hogy végül is elhanyagolt bajukat megoperáltassák. A sebész humánus magatartása megkönnyíti az igazság közlését a beteggel, aki ezután természetesnek tartja, hogy csak csonkító műtét segíthet állapotán. A már reménytelen esetben azonban indokolt a mellébeszélés.

A daganatok klinikai osztályozásában általában a TNM stádiumbeosztásos rendszert követi. A műtétet mindig megelőzi a szöveti vizsgálat (esetleg fagyasztásos eljárással). Nyirokcsomó áttét esetén nem egyszer nehéz felfedezni az okkult rákot. A tapintható, klinikailag gyanús nyirokcsomók histológiai vizsgálata a blockdissectiók anyagának kb. 30 százalékában negatív eredménnyel jár. A chemotherapia a gyógyszer hatásosságától és nem az alkalmazás módjától függ; az infúziós és perfúziós kezelések eredményei kiábrándítóak. A röntgenbesugárzást 78 részletesen ismertetett eset alapján aetiologiai faktornak tartja. A különféle javallatokkal besugárzott bőrön, különösen az orr és környékén, tíz-húsz év múlva a besugárzás után rákos daganat fejlődött. A fej és nyak rákos daganatai általában közepesen sugárérzékenyek. A kezdeti esetekben a műtétek eredményei nem roszszabbak; a már elterjedt esetekben, amelyekben a betegek elutasítják a csonkító műtéteket, a sugárkezelés csak 10—15 százalékos tartós eredményt képes felmutatni; az ilyen esetekben a szerző supraradikalis műtétekkel 20%-os ötéves túlélést ért el. A kombinált kezelést akkor választja, ha a daganat határai sem radiológiailag sem klinikailag pontosan meg nem állapíthatók. Az eredmények, sajnos, nem tartósak. A csonkító műtétet általában egy ülésben követi a reconstructio.

A könyv 23 többé-kevésbé jól tagolt fejezetre oszlik. Az első három fejezetben az általános szempontokat tárgyalja. Hét fejezetben egy-egy rákfajta szokatlan nagy anyaga alapján ismerteti felfogását és eredményeit. Így a középfül, a hallójárat, a processus mastoideus főleg laphámrák 100 esetében 25%-os gyógyulást ért el; gyakran végzett trepanatiót és hypoglossus-facialis idegvarratot. A bőrön és a mélyebb szervekben fejlődő melanomák (200 eset) tisztán műtéti kezelésével az ötéves túlélés 35%-kal járt. A gyermekkori daganatok — főleg sarcomák — 88 esetében az ötéves túlélés 51%-os. A neurogén daganatok (carotis test daganat, jugularis glomus tumor, neurilemmoma stb.) 117 esetéből 31 volt malignus, 26%-uk gyógyult. Mesenchymalis daganattal 202 beteg jelentkezett; a többékevésbé differenciált fibrosarcomák 124 esetében a műtét után több mint 50 százalékuk recidivált. A kisebb nyálmirigydaganatokhoz sorolja a cylindromát, vegyes daganatokat, laphámrákot stb.; 200 ilyen esetében az 5—10 éves túlélés 55% volt. A juvenilis nasopharyngeális angiofibromák 38 esetében a daganat eltávolítása széles feltárás után történt, de 38%-uk kiújult. A kombinált kezelésről az orr-melléküregek és a naso-, oro-, hypopharynx rákos daganatainak kezelésével kapcsolatban számol be. Az eredmények lényeges javulása azonban már azért sem várható, mivel a betegek igen nagy része (95%) nem lokalizált daganattal jelentkezik és már nyaki mirigy áttéteik is vannak. Külön fejezetben tárgyalja a radikalis és klasszikus nyaki blockdissectio javallatát és kivitelét. Hat behatolási módot ismertet; a fascia ujjal történő „tunnelezést" nem tartjuk követendőnek. A legnagyobb gyakoriságú daganatok — nyelvrák, gégerák, pajzsmirigyrák, parotis vegyes daganatai — fejezeteiben sajnos, nem ad részletes, abszolút számokkal is illusztrált eredmény statisztikát, talán azért, mivel általában e typus műtétek után nincs szükség reconstructiora: elegendőnek tartja tehát az általános ismertetést és a százalékos eredmény közlését. A reconstructiós műtéteket gazdagon illusztrálva mutatja be; pontos rajzok és fényképek ismertetik a bőrlebenyek kikészítését, eltolását, ill. elforgatását. Ezekkel fedi az arc defectusait, de ezekből képezi a garatot, ill. a nyelőcső felső részét. Bőrlebennyel pótolja a hangszalagokat; a beszéd helyreállítását az a bőrcső biztosítja, amely a tracheát, a tracheostomia alatt, összeköti a nyelőcsővel. Gyakran végez faciális idegplasztikát, éspedig a cervicalis idegek átültetésével; az idegvarratot silicon csövecskével védi. Az art. carotis communis, ill. interna pótlására felhasználja az externát, a saját véna femoralis darabot, valamint tephlonból készült csövet.

Conley kétségkívül értékes könyvének lapjait különösen azok a sebészek forgatják örömmel és ismételten, akik ezen a területen nagyobb beteganyagot operáltak, kezeltek. Valószínű, hogy koncepcióját nem mindenben fogadják el az olvasók. Mi két szempontból vizsgáljuk *Conley* munkásságát. Mint *sebész* megállapíthatom, hogy sokkal magasabb szinten vállalja és végzi a műtéteket, mint az illetékes szakorvosok; számára e területen nincsenek határok és veszélyek. A műtéti javallat és technika tekintetében tehát helyettesíti teljesen az öt-hat szakorvosból álló bizottság működését, különösen azért is, mivel hibamentesen irányíthatja a kombinált kezelés mikéntjét és módját is. A jövőben ez az irányzat akkor nyerhet igazolást, ha ezt a munkát kiváló képzettségű sebészek nemcsak folytatják, hanem tovább is fejlesztik.

Mint *onkologus* azonban kifogásolom a *Conley*-féle koncepciót. Majd minden fejezetben megállapítja a nagymértékű elhanyagolódást, kívánatosnak tartja a korai felismerést. A végső következtetést azonban nem vonja le, jóllehet ép-

pen az USA-ban rendelkezésre áll a meggyőző analogia. Az utolsó évtizedekben felére csökkent a méhrák halálozás, mivel a nők által is alkalmazott Pap-test (cytologiai vizsgálat) révén felfedezett korai rák gyógyítható. *Conley*-nek is fel kellene hívni erre a figyelmet; ha ugyanis minden 40 éven felüli, panaszmentes lakos évenként vizsgáltatná magát, akkor e területen sok esetben idejében ismernék fel a rákmegelőző állapotokat (ezekről a szerző részletesen nem szól), illetőleg a valóban korai rákos burjánzást. Mindkét esetben ezek szanálásával a rákos halálozás hatalmas mértékben csökkenne.

A munka kiállítása minden tekintetben példás; ez a *Georg Thieme Verlag* szakértelmét és áldozatkészségét is dicséri.

Prochnow Ferenc dr.

Az orvostudomány és a biológia filozófiai kérdései. (Filoszofszkije voproszi medicini i biologii.) Izd. Zdorovja. Kiev. 1969. 214 oldal.

A biológia és az orvostudomány aktuális kérdéseivel foglalkozó, sorrendben immár harmadik kötet az ukrán eü. minisztérium és a Kievi Bogomolec Orvostudományi Egyetem támogatásával jelent meg. A tanulmányok szerzői főleg kieviek, de akadnak közöttük más ukrán városba valók is. A szerkesztőbizottság, elismerve a tárgyalt témák időszerűségét, szükségesnek tartotta hangsúlyozni, hogy nem mindenben ért egyet az egyes közleményekben foglaltakkal, de ez érthető, hiszen íróik többnyire vitás kérdések fejtegetését tűzték tolluk hegyére.

Az első tanulmány meglehetősen általános jellegű: Fedorenko a tudomány szociális funkcióival foglalkozik. Minden tudomány végső célja az emberiség javának szolgálata. A tények igen fontosak a tudomány számára, de nem ezek összessége alkotja a tudományt, mint ahogyan az építőanyag sem épület még; a szigorúan megállapított tényeken kívül építő elemei közé tartoznak a hipotézisek, a törvényszerűségek, az elméletek és ezek világnézeti értelmezése. A természet- és a társadalomtudományok közötti egyik fő különbséget abban látja, hogy csak az utóbbiak pártos jellegűek. Egyébként mindenféle tudományra vonatkozik, hogy a kritikai szellem elfojtása káros fejlődésére.

Kevcov tanulmányának tárgyát a megismerés általános sémái és a tudós alkotó gondolkodása képezik. Ismeretelméleti fejtegetései után a tudományos gondolkodás szellemi műveleteinek egyes szakaszaival foglalkozik, éspedig a probléma felvetésével, a hipotézisek felállításával, a konfliktusszituációk megoldásával, új tudományos fogalmak alkotásával. Elemzi a megismerés érzéki, racionális, tapasztalati, elméleti, elvont és konkrét összetevőit, ezek egymáshoz való viszonyát. Hivatkozik Einsteinre, aki szerint a theoretikus számára a tudományos fantáziálás az előrehaladás egyik legfontosabb útja.

Depencsuk a szintek problémájáról és a tudományok szintézisének néhány kérdéséről ír, különös tekintettel a biológiára. Már a fizikában bebizonyosodott, hogy a makroobjektumok vizsgálatáról a mikroobjektumokéra történő áttérés során nemcsak a vizsgálati módszer változott meg, hanem a jelenségek leírásának princípiumai is. Még inkább áll ez a biológiára. Az egyik szinten észlelt törvényszerűségeket nem lehet megszorítások nélkül a másik szintre alkalmazni. Itt hivatkozik Bertalanffyra, aki hasonló megfontolás alapján bírálta a DNS kizárólagos szerepét hangsúlyozó nézeteket. Depencsuk egyébként úgy véli, hogy a „szint" fogalma nem annyira az objektumok differenciáltságának a fokát, mint inkább e differenciáció megismertségének a szintjét jelöli. Minthogy pedig az egyes szinteken észlelt törvényszerűségeknek megvannak a maguk sajátosságai, a teljesebb megismerés megköveteli az ismeretek szintézisét.

Podobasev bírálja a tagadás tagadása törvényére vonatkozó régebbi megállapításokat, kifejtve e törvény dialektikus materialista értelmezését, s felhívja a figyelmet módszertani jelentőségére a biológia területén. A tagadás döntően a belső ellentmondások ideiglenes megoldása, öntagadás, de a dialektikus materializmus elismeri a külső ellentmondások jelentőségét is. Egyébként a fejlődés során keletkezett új minőség sem abszolút: feltétlenül benne van a régi nyoma is.

Szidorenko az objektív valóság nem tudatos és tudatos visszatükrözési formáival foglalkozik. Megállapítja, hogy ez a terület sokáig majdnem teljesen a freudizmus egyeduralma alatt állott. Miután a freudizmus a psychológiai, élettani és szociológiai szempontból egyaránt megrengető bírálatok hatása alatt átmenetileg visszaszorult, az utóbbi időben az erőre kapás jeleit mutatja, pl. a fiziko-energetikai iskola formájában, amely a „psychés dinamikát" a kvantumfizika, Freud psychikai determinizmusát a valószínűségelmélet pozícióiból magyarázza. Szidorenko bírálja ezt, s az ehhez közelálló elméleteket arra az álláspontra jutva, hogy mivel a tudati és a nem tudati (tudatalatti) a psychés visszatükrözés minőségei, ezért elvben ugyanazok, csupán strukturálisan különböznek egymástól. Véleménye szerint Pavlov, Bikov és Csernyigovszkij élettani megállapításai az újabban megállapított tények fényében is helytállóak, s helyes alapot képeznek a további előrehaladás számára. A psyche — kezdve az elemi érzékeléstől az absztrakt gondolkodásig menően — az objektív valóság visszatükrözése. A visszatükrözés tartalma objektív, szubjektív az, ahogyan ez a tartalom mint az objektív valóság kópiája létezik. A szervezet és a külvilág közötti kapcsolatok alapvető formái a feltételes és a nem feltételes reflexek, de ezek csak egymással kölcsönhatásban léteznek.

A soron következő fejezetben Geraszimov szellemes magyarázatát adja a dogmatizmusnak. A dogmatizmus psychophysiológiai előfeltételeit a stereotyp inerciája, szilárdsága képezi. Ezek szükséges vonásai a normális psychophysiológiai tevékenységnek, s az ilyen egyének a társadalom egyes területein nagyon is hasznos emberek tudnak lenni. Egyébként is, a stereotyp nagyobb mérvű inerciája nem jelent feltétlenül dogmatizmust. A dogmatizmus a stereotyp említett inerciája által adott lehetőség társadalmilag determinált valósággá válása; a társadalomban és a tudományok fejlődése terén az ilyen emberek viszont negatív szerepet játszhatnak.

Nem kevésbé érdekes témát tárgyal Szmirnov sem: mik a ritmusban az esztétikum biológiai és élettani előfeltételei. A ritmus a természet általános törvényszerűsége, s hatása általában kedvező az élővilágban is. Ez azonban nem „esztétikai átélés"; a ritmus esztétikai átélése csak az ember tulajdonsága. A műalkotás fejlődésének az útja az általános biológiai ritmustól a speciális formákra történő átmenet irányában halad, a ritmus szépségének a megértése, az esztétikai élvezet pedig ellenkező irányú utat jelent.

Zabroda bírálja a vallás psychoanalitikus interpretációját. Freud, mint ismeretes, a vallást az Oedipus-komplexusból vezeti le, s abszolutizálja a tudatalatti jelentőségét. Az atya szerepét a totem, majd az isten veszi át. Freud a vallást „általános kényszerképzetnek", neurosisnak tartja, ami a társadalomból kiküszöbölhetetlen. Zabroda többek között azt veti ellen, hogy a vallásos képzetek kialakulásának kezdetén olyanok voltak a viszonyok, hogy a gyermekek nem ismerték apjukat, tehát nem alakulhatott náluk ki az Oedipus-komplexus sem. Ugyancsak bírálja azoknak a modern psycho-analitikusoknak a fejtegetéseit, akik megkísérlik a psycho-analízist összeegyeztetni a marxizmussal.

Davidenko a reflex-elméletről és az aktivitás élettanáról írt az okság elve alapján. Szecsenov és Pavlov munkásságát alapvető jelentőségűnek ismeri el. Nem kevés ötletet, útmutatást kaptak Pavlovtól a kibernetikusok sem. Ami pedig az aktivitást illeti, meghatározásánál a szervezet és környezete közötti kölcsönös viszonyból kell kiindulni. Az állatok és az ember magatartását szükségleteik motiválják. A szervezet aktivitása az adott élőlény magatartásának belső determinációja. Az aktivitás egyik leglényegesebb vonása: a szervezet

szelektív viszonya a külső ingerekhez. Alapját a nem feltételes reflexkapcsolatok rendszere képezi, s az utóbbiakra ráépülő, s azokkal szoros kapcsolatban levő feltételes reflexek talaján bontakozik ki a jövőt előrejelezni tudó képesség.

Peredelj a dialektikus determinizmussal és a magasabb idegtevékenység néhány problémájával foglalkozva elemzi az elektrofiziológiai, kibernetikai vizsgálatok adatait, a formatio reticularis szerepére vonatkozó adatokat, s arra az álláspontra jut, hogy ezek lényegében megerősítik Pavlov megállapításait, s továbbfejlesztik azt.

A cikkgyűjteményben két tanulmány foglalkozik korunk egyik legizgalmasabb kérdésével, az öröklődéssel. A két szerző, Kologyazsnij és Kosztrjukova, megállapításai részben egyezőek, részben nem. Mindketten megegyeznek abban, hogy a weismanni-morgani formális genetika eredeti megállapításai helyteleneknek bizonyultak, s a legutóbbi genetikai vizsgálatok eredményei lényegében igazolták a micsurini koncepciókat. Kologyazsnij kijelenti: ha valaki még manapság is azt mondja, hogy a tulajdonságok egyedüli hordozója a DNS, az nem tud a genetika legújabb eredményeiről. Mégis, van különbség a két szerző között. Kosztrjukova „karmolva", nem minden gúny nélkül bírálja a formális genetikát, s nagyon is természetesnek tartja a vélemények polarizációját. Kologyazsnij ezzel szemben szenvedélymentes, feleslegesnek tartja a veszekedéseket. Azt mondja, mindkét irányzatnak mindig is voltak értékes tudományos eredményei. Szintézisre kell törekedni, hasznosítani mindkét irányzat eredményeit. Egyébként is, szerinte a micsurini biológia és a formális genetika között a valóságban nem olyan nagy az ellentét, amilyennek általában vélik. Mintha hasznosítaná Geraszimovnak a dogmatizmusról tett megállapításait, egyaránt dogmatikusoknak tartja mind a micsurini, mind pedig a weismanni—morgani koncepció híveit, ha azok megrekedtek régi megállapításaiknál. Mindkét cikk rendkívül érdekes, mondhatnánk, izgalmas, s a közölt argumentáció igen nyomósnak tűnik.

Genin a fejlődés és haladás kérdését veti fel. Ezek nem azonos fogalmak; a haladás a fejlődés fő iránya. A haladás szintjének mércéje a társadalmi mozgásformához való közelség. Elemzi a haladásnak abiogén, biogén és antropogen szakaszát.

Harcsenko Drummord szavait választotta cikke mottójául: „A nem — paradoxon; ez az, ami az egyesülés céljából választ szét." Azt mondja, hogy az evolúciónak két oldala van; az egyik a nemi ellentmondás alapján történő immanens mozgás, a másik: a szerves formáknak a tünetek, tulajdonságok keletkezése vonalán történő evolúciója. Az elsőnek nevezett oldalt csak kevéssé ismerjük. Példákkal illusztrálja, hogy a nemek kölcsönösen átmennek önmaguk ellentéteibe, s a nemekre való osztódás az evolúció során egyidejűleg a tünetek, tulajdonságok közötti elkülönülés kialakulásával jár. A nemekre való osztódás az evolúció fontos tényezője, amely azonban beható tanulmányozást igényel.

Szavenko, aki a szervezet és környezete közötti kölcsönhatással foglalkozik tanulmányában, nyomatékosan felhívja a figyelmet a belső környezet jelentősége tanulmányozásának a fontosságára. Az élet lényegéről tartott fejtegetései során kitér az anabiósis jelenségére, s az öröklődésre, amit szélesebben értelmez, mint ahogyan az a genetikában szokásos.

Sztyepanov a norma és a betegség fogalmait magyarázgatja. Számos oldalról igyekeztek megközelíteni fogalmilag ezeket a jelenségeket, de általában csak egy bizonyos kritérium alapján. Ez nem helyes. Ismerteti saját felfogását. Norma alatt a szervezet és környezete közötti azon optimális állapotot érti, amely mellett az egyén teljes mértékben teljesíteni tudja szociális funkcióit, s nem jutnak érvényre az adott időben, az adott helyen, s az adott feltételek közepette a társadalmi tekintetben káros tényezők. Betegségről ennek az említett egyensúlynak a felborulása esetén beszélhetünk. Példával világítja meg, hogy a betegség fogalmánál mily nagy befolyást gyakorolnak a különféle tényezők.

Babin és mtsai az emberi szervezetnek az ontogenézis korai szakában kimutatható struktúráján és funkcióin bizonyítják az egységesség elvének érvényesülését, éspedig nagyrészt saját vizsgálataik alapján. Bírálják a különféle neomechanicista, neovitalista és teleologikus irányzatokat, köztük Selye koncepcióját.

Az utolsó cikk Bojkótól származik, aki a pszihorasszizmus cáfolatával foglalkozik. Lebone azt tartja, hogy a népeknek sajátságos psychés szervezettségük van, s így a fajnak nemcsak biológiai, hanem psychológiai jellege is van. A néger és a japán, szerinte, akármennyi diplomát szerezhet, mégsem tud soha európaivá válni. Lebone tanítása Bojko szerint tudománytalan, mivel lebecsüli a szociális tényezők szerepét az ethnikai psyche kialakulásában.

Varga János dr.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(246/a)

Mátészalkai Járási Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (Mátészalka, Sallai I. u. 2. Tel.: 8.) pályázatot hirdet a megüresedett E 109 ksz. **laboratóriumi osztályvezető főorvosi** állásra. Illetmény kulcsszám szerinti alapbér + 30% veszélyességi pótlék. Mellékállás vállalása lehetséges. Két szobás összkomfortos lakást biztosítunk.

Csiszár Gusztáv dr.
igazgató-főorvos

(249/a)

Az EGYT Gyógyszervegyészeti Gyár pályázatot hirdet a **Kutatási Főosztályon betöltendő orvosi** állásra. A pályázathoz nyelvtudás fordítói szinten szükséges. Szakképesítéssel nem rendelkező orvosok is jelentkezhetnek. A betöltendő munkakörrel kapcsolatban érdeklődni lehet a 497—073-as telefonon. A pályázatokat önéletrajz mellékelésével kérjük a Gyár Személyzeti és Oktatásügy Főosztályához eljuttatni.

Pál János dr.
munkaügyi o. vez.

(251)

A VIII. ker. Tanács V. B. Kállai Éva Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az Utókezelő Osztályon levő E 110 kulcsszámú **adjunktusi** állásra.

Az állás betöltéséhez belgyógyászati szakképesítés szükséges.

Biró István dr.
igazgató-főorvos

(252)

Budapest Főváros XIV. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet Bp., XIV. Május 1. út 7. igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a következő állásokra: E 129 kulcsszámú **belgyógyász felülvizsgáló főorvosi** (1 fő), E 125 kulcsszámú **rtg szakfőorvosi** (1 fő) és 1 fő E 237 kulcsszámú **6 órás gyógytornászi** állásra. Illetmény + kórpótlék kulcsszám szerint.

A szabályszerűen felszerelt pályázatokat a fenti címre kérem küldeni.

Sinkovics Mátyás dr.
igazgató-főorvos

parasympatholyticum

Gastrixon

Tablettánként 2 mg
Ampullánként 0,5 mg (1 ml)

xanthen-9-carbonsavtropinester-N-methylbromidot tartalmaz

JAVALLAT: *ulcus-betegség* (különböző, főként hyperaciditással járó formái és heveny szakai);
gastrointestinális megbetegedések (colitis spastica, hasmenést okozó enterocolitis stb., cholecystopathia), fájdalomcsillapítóként *húgyúti simaizom-spasmusok*, ill. köves rohamok.
Köves rohamok (cholelithiasis, nephrolithiasis) blockolására a Gastrixon csak az esetek kb. 60—70%-ában elegendő önmagában. Hatástalansága esetén egyéb spasmolyticumok, esetleg opiatok adása szükséges.

ELLENJAVALLAT: glaucoma, myasthenia gravis, hypotonia, prostata hypertrophia stb.

ÁTLAGOS NAPI ADAGJA: 3-szor ½—1½ tabl. (3—9 mg) étkezés után, 2—3-szor 1 ampulla (1—1,5 mg) im.

MELLÉKHATÁS: száj- és torokszárazság, ritkábban mydriasis, mérsékelt tachycardia, palpitatio cordis, accomodatiós zavar, hólyag-tenesmus, ill. enyhe vérnyomásesés és kivételesen erythema.
Mellékhatások jelentkezése esetén rendszerint elegendő az adag csökkentése, a Gastrixon-kezelés leállítására csak kivételesen lehet szükség.

CSOMAGOLÁS:
20 tabletta à 2 mg 5,70 Ft
200 tabletta à 2 mg 32,— Ft
10 ampulla (1 ml) à 0,5 mg 11,90 Ft
100 ampulla (1 ml) à 0,5 mg 105,— Ft

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

Előállítja:

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

MEGHÍVÓ

A Magyar Kardiológusok Társasága a Magyar Sebész Társaság

Kardiovascularis Szakosztályával együtt Tudományos ülést rendez Balatonfüreden.

Ünnepi megnyitó: *1971. május 27-én, de. 10.45-kor.*

1971. május 27—28—29-én, csütörtök, péntek, szombat.

Tudományos ülések helye: SZOT-terem („A"-terem), Állami Kórház díszterme („B"-terem).

1971. május 27-én, csütörtökön, de. 11 órakor

„A"-terem

Fő téma: *Klinikai pharmakológia.*

Üléselnök: *Solti Ferenc.*

Papp Gyula (Gyógyszertani Intézet, Szeged): Megfigyelések az LB-46 (Visken) adrenerg béta-receptor gátló és specifikus antiarrhythmiás hatásával kapcsolatban.

Rausch János, Békés Miklós, Matos Lajos, Polák Gyula és *Török Eszter* (Országos Kardiológiai Intézet, Budapest): Propranolol (Inderal, I. C. I.) és LB-46 (Visken, Sandoz) összehasonlító klinikai-pharmakológiai vizsgálata essentialis keringési hyperkinesisben.

Polák Gyula, Békés Miklós, Matos Lajos és *Rausch János* (Országos Kardiológiai Intézet, Budapest): Visken (LB-46, pindiol) hatásának vizsgálata ekh-s betegeken.

Holló János és *Szám István* (János Kórház, Budapest): Kísérletek a Visken béta-adrenerg blockoló szerrel.

Debrőczi Tibor, Peuser Lóránt, Zaka János és *Végh Enikő* (Állami Kórház, Balatonfüred): Visken (LB-46) hatása stenokardiás betegeken.

1971. május 27-én, csütörtökön, du. 15 órakor

„A"-terem

Fő téma: *Klinikai pharmakológia.*

Üléselnök: *Antalóczy Zoltán.*

Farsang Csaba és *Nagy Zoltán* (II. Belklinika, Budapest): Klinikai tasztalatok Aptinnal.

Buday Géza, Mázsár Miklós és *Kerkovits Gyula* (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Kardiológia, Budapest): A magyar Trasicor a rhythmus-zavarok keletkezésében.

Pavlik Gábor, Nemesánszky Elemér és *Szelényi István* (Országos Munkaegészségügyi Intézet Kísérleti Élettani Osztály, Kórélettani Intézet, Budapest): Magnéziumorotat hatása a vascularis rezisztenciára.

Juhász Nagy Sándor és *Kudász József* (IV. Sebészeti Klinika, Budapest): Coronaria collateralisok adrenerg kontrollja.

Szám István (János Kórház, Budapest): Szívbetegek tartós Lynestrenol—Mestranol contraceptiv kezelése.

Fehér Csaba, Pintér István és *Rosnyay Klára* (Állami Kórház, Balatonfüred): Az Infecundin-therapia kardiovascularis szövődményeihez.

Szünet

Üléselnök: *Endersz Frigyes.*

Szmandra József és *Széplaki Sándor* (V. ker. Szakorvosi Rendelő, Budapest): Az angina pectorisos betegek Lidocain kezelése.

Széplaki Sándor (V. ker. Szakorvosi Rendelő, Budapest): A Lidocain antianginás, antiischaemiás hatása.

Mázsár Miklós, és *Kerkovits Gyula* (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Kardiológia, Budapest): Lanatosid-A a klinikai gyakorlatban.

Fekete Katalin (Állami Kórház, Balatonfüred): Tíz év transfusiós tapasztalatai kardiológiai beteganyagon.

1971. május 27-én, csütörtökön, du. 15 órakor

„B"-terem

Fő téma: *Pathológia.*

Üléselnök: *Horváth Mihály.*

Szabó Miklós, Szabó Imre és *Gyurkó György* (Igazságügyi Orvostani Intézet, Sebészeti Anatómiai és Műtéttani Intézet, Debrecen): Ép és hypertrophiás szívek vascularisáltságának vizsgálata post mortem coronarographiás felvételeken.

Temes Gyula és *Tóth Imre* (Sebészeti Műtéttani Intézet, Pécs): Intimaproliferatio morphológiai vizsgálata kísérletes, chronikus Vineberg—Sewell-műtétek esetében.

Lozsády Károly és *Bartek Iván* (Országos Kardiológiai Intézet, Sebészeti Osztály, Budapest): Adatok az izolált szív perfusiós technikájához.

Rőth Erzsébet, Hegedüs Katalin és *Török Béla* (Sebészeti Műtéttani Intézet, Pécs): Hypothermiás szívmegállás után extracorporalisan működtetett szívek morphológiai jellemzése.

Szabó Imre (Igazságügyi Orvostani Intézet, Budapest): A coronariarendszer architektúrájának korrelációs eltérései és zavarai szívhypertrophiákban.

Bodor Elek, Kudász József, Szabó Zaltán, Rényi-Vámos Ferenc jun., Kalmár Imre és *Sárai Koppány* (IV. Sebészeti Klinika, Budapest): Aorta dissectio mint ritka perfusiós szövődmény.

Szünet

Üléselnök: *Szabó Zoltán.*

Bajtai Attila és *Löblovics Iván* (Orvostovábbképző Intézet, Kórbonctani Tanszék, I. Sebészeti Tanszék, Budapest): Agyi elváltozások extracorporalis keringéssel végzett szívműtétek után.

Tószegi Anna (Kórbonctani Intézet, Szeged): Billentyűpótlás után meghaltak morphológiai elváltozásai.

Varga Tibor és *Lukács József* (Igazságügyi Orvostani Intézet, Budapest): Pacemaker beültetés után észlelt morphológiai elváltozások bonctermi anyagon.

Sebők János és *Magyar Éva* (Orvostovábbképző Intézet, Kórbonctani Tanszék, Budapest): Koraszülöttek szívizom elváltozásainak hisztológiája.

Magyar Éva (Orvostovábbképző Intézet, Kórbonctani Tanszék, Budapest): Aorta hypoplasia és mitralis stenosis együttes előfordulása.

Schwarczmann Pál, Demeter Jolán és *Magyar Éva* (Orvostovábbképző Intézet, II. Belgyógyászati Tanszék, Kórbonctani Tanszék, Budapest): Modellkísérletek a myokarditis klinikai-pathológiájának tanulmányozására.

Zechmeister, A. (Anatómiai Intézet, Brno): A koszorúserek izomrostos „áthidalása" és e jelenség szerepe a coronariasclerosis pathogenesisében, valamint a mellsőfali infarctus végzetessé válásában (angol).

1971. május 28-án, pénteken, de. 9 órakor

„A"-terem

Kardiomyopathiák.

Kerekasztal-konferencia.

Vezető: *Derőczi Tibor.*

A konferencia tagjai: *Bodrogi György, Nemesánszky Elemér, Romoda Tibor, Schwarczmann Pál, Sós József, Szelényi István, Szinay Gyula.*

1971. május 28-án, pénteken, de. 11 órakor

„A"-terem

Fő téma: *Kardiomyopathiák.*

Üléselnök: *Barcza István.*

Witte, J., Heublain, B., Parsi, R. A. (Kardiológiai Munkaközösség, Charité, Berlin): A familiaris kardiomyopathiáról (német).

Heublain, B., Witte, J., Parsi R. A. (Kardiológiai Munkaközösség, Charité, Berlin): Apexkardiographia a kardiomyopathiák differentialis-diagnosisában (német).

Parsi, R. A., Naelius, D., Witte, J., Heublain, B. (Kardiológiai Munkaközösség, Charité, Berlin): Ismeretlen eredetű kardiomyopathiák — klinikai és haemodynamikai megfigyelések (német).

Kunze, D., Schneider, D. (Kardiológiai Munkaközösség, Charité, Berlin): Adatok a kardiomyopathiák pathogenesisához a lipidanyagcserére tekintettel (német).

1971. május 28-án, pénteken, de. 11 órakor

„B"-terem

Fő téma: *Mechanographia.*

Üléselnök: *Kenedi István.*

Simonyi János, Vass Ilona, Szász Ferenc, Arnold Judit és *Szirtes Mária* (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest): Inotrop hatások követése a phonokardiogramm és a carotis sphygmogramm deriváltjainak együttes vizsgálatával.

Horányi Péter, Strausz Imre, Kékes Ede, Nádas Iván és *Langermann István* (Orvostovábbképző Intézet, III. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): Galopphangok jelentősége coronaria betegségekben.

Bodrogi György és *Diósszilágyi Gertrud* (Gyermekkardiológiai Központ, Budapest): A kardiogramm reprodukálhatóságának kérdéséhez.

Bodrogi György (Gyermekkardiológiai Központ, Budapest): A deriváltak mint fázismérők.

Fráter Loránd (Röntgen Klinika, Szeged): Mitralis vitiumok kórismézése a bal pitvar röntgenkymographiájával .

Porubszky Iván, Kálmán Péter és *Gábor György* (Országos Kardiológiai Intézet, Budapest): A bal kamrai systole egyes szakaszainak időbeli meghatározása az apexkardiogramm, ill. annak első deriváltja segítségével.

Lengyel Mária és *Lónyai Tihamér* (Országos Kardiológiai Intézet, Budapest): Phonokardiographiás megfigyelések lencse-billentyűvel operált betegeken.

1971. május 28,-án, pénteken, du. 15 órakor

„A"-terem

Fő téma: *Kardiomyopathia.*

Üléselnök: *Romoda Tibor.*

Kékes Ede, Horányi Péter, Barcsák János és *Világi Gyula* (Orvostovábbképző Intézet, III. Belgyógyászati Tanszék, I. Sebészeti Tanszék, Budapest): Phono- és apexkardiographiás vizsgálataink primer kardiomyopathiákban.

Cserhalmi Lívia és *Pogátsa Gábor* (Országos Kardiológiai Intézet, Budapest): Hypertrophiás obstructiv kardiomyopathia típusos esete.

Istvánffy Mária, Szabolcs Paula és *Cserhalmi Lívia* (Országos Kardiológiai Intézet, Budapest): A kardiomyopathiákról egy eset ismertetése kapcsán.

Záborszky Béla és *Kamarás János* (Országos Kardiológiai Intézet, Gyermekosztály, Budapeest): Adatok a kardiomyopathiák elkülönítő kórisméjéhez.

Bendig László és *Makláry Erzsébet* (Országos Kardiológiai Intézet, Gyermekosztály, Laboratórium, Budapest): A kardiomyopathiákban észlelt serum-enzim-szint változások.

Strausz Imre és *Magyar Éva* (Orvostovábbképző Intézet, III .Belgyógyászati Tanszék, Kórbonctani Tanszék, Budapest): Aorta hypoplasia és myokardiopathia.

Szentendrei László, Mihai Klára és *Molnár Erika* (Gyermekszívgondozó, Kecskemét): Az endomyokardialis fibrosisról (Davies-féle betegség) egy családban észlelt három eset kapcsán.

Szünet

Fő téma: *Diagnosztika.*

Üléselnök: *Strausz Imre.*

Nguyen Ba Son és *Kamarás János* (Országos Kardiológiai Intézet, Gyermekosztály, Budapest): A carotis és apex görbe változásai isoproterenol iv. adagolása előtt, közben és után gyermekkori valvularis aorta stenosisban.

Keltai Mátyás, Pogátsa Gábor és *Istvánffy Mária* (Országos Kardiológiai Intézet, Budapest): Perctérfogat meghatározása a systole időviszonyai alapján.

Berentey Ernő, Horányi Péter, Kékes Ede és *Molnár Ferenc* (Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék, III. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): Diagnosztikus problémák és érdekességek primer pulmonalis hypertoniás eseteinkben.

Simonyi István és *Striegler Rosemarie* (Margit Kórház, Röntgenosztály, Róbert Károly Kórház, Röntgenosztály, Budapest): Differentiális diagnosztikai problémák meszesedéssel járó kardialis elváltozások röntgen vizsgálatánál.

Herr Gyula, Bódis Lóránt, Pataki Miklós, Bárdos Györgyi, Fauszt Fülöp és Tabár László (I. Belklinika, Röntgen Klinika, Mecseki Ércbánya Vállalat, Pécs): A keringés vizsgálata Raynaud-syndromában.

Osztovics Magda és *Tarczal Éva* (Heim Pál Gyermekkórház, Országos Kardiológiai Intézet, Gyermekosztály, Budapest): Chromosoma vizsgálatok szívfejlődési rendellenességekben.

Pataki Lenke (Apáthy István Gyermekkórház-Rendelőintézet, Budapest): A gondozás néhány kérdése a gyermekkardiológiai ellátásban.

Péntek Erzsébet, Szendrei Etelka és *Gerzson Istvánné* (Gyermekszívbeteg-Gondozó, Pécs): A congenitalis vitiumok prognózisa.

1971. május 28-án, pénteken, du. 15 órakor

„B"-terem

Fő téma: *Rhythmus-zavarok.*

Üléselnök: *Ludvigh Károly.*

Greiner Veronika (Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék, Budapest): A kardioversiókkal kapcsolatos anaesthesiák tapasztalatai.

Ballya Zsolt és *Világi Gyula* (Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék, Budapest): Az elektromos stimulálás effektusa kísérletes digitalis intoxicatióban.

Bódis Lóránt és *Herr Gyula* (I. Belklinika, Pécs): Digitalis kezelés során keletkező ritka ingerképzési és ingerület vezetési zavarok.

Szabó Zoltán, Solti Ferenc, Rényi-Vámos Ferenc jun., Szántó Katalin, Sárai Koppány, Bodor Elek és *Gyöngy Tibor* (IV. Sebészeti Klinika, Budapest): 250 pacemaker implantatióval szerzett tapasztalataink.

Rényi-Vámos Ferenc jun., Szabó Zoltán, Solti Ferenc, Sárai Koppány, Bodor Elek, Kalmár Imre és *Sávai Margit* (IV. Sebészeti Klinika, Budapest): Pacemaker implantatio carotis sinus hyperaesthesia kezelésésre.

Ludvigh Károly, Fehér Csaba, Fejes Magda, Horváth Katalin és Nádudvari Mária (Állami Kórház, Balatonfüred): Tawara-szár block ideiglenes megszűnése kamrai paroxysmalis tachykardia miatt végzett synchronizált DC-shock kezelést követően.

Sármán Pál, Károlyi László és *Kerkovits Gyula* (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Kardiológia, Budapest): A „re-entry" mechanizmus szerepe a kamra-fibrillatio keletkezésében.

Szünet

Fő téma: *Myokardialis infarctus.*

Üléselnök: *Peuser Loránd.*

Kenedi István, Dévai Júlia és *Gonda Ferenc* (Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat, Budapest): A heveny klinikai tünetek nélkül keletkezett szívinfarctusról.

Kárpáti Pál, Préda István, Kenedi Péter és *Mózer István* (Orvostovábbképző Intézet, II. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): 100%-os oxygén belégzés myokardialis infarctusban — egyszerű módszer az intrapulmonalis shunt kimutatására.

Pekó Edit és *Endersz Frigyes* (Állami Kórház, Balatonfüred): Myokardialis infarctuson átesett betegek rehabilitációjának psychés aspektusai.

Hoffmann Artur, Czére Éva, Keltai Mátyás és *Romoda Tibor* (Országos Kardiológiai Intézet, Budapest): A korai readaptációs kezelés hatása szívizominfarctusban.

Vértes László, Fischer János és *Szám István* (János Kórház, Budadapest): Adatok az ischaemiás kardiomyopathiák epidemiológiájához egy fővárosi vezető kórház anyaga alapján.

1971. május 29-én, szombaton, de. 9.30 órakor

„A"-terem

Üléselnök: *Gábor György.*

Szentágothai János: A szívizomműködés szerkezeti alapjai (Felkért előadás).

1971. május 29-én, szombaton, de. 8.30 órakor

„A"-terem

Fő téma: *Szívsebészet.*

Üléselnök: *Kudász József.*

Littmann Imre és *Világi Gyula* (Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék, Budapest): Késői eredmények műbillentyű beültetéssel.

Árvay Attila és *Bartek Iván* (Országos Kardiológiai Intézet, Sebészeti Osztály, Budapest): Billentyűpótlás fascia lata műbillentyűvel.

Pepó János, Berta Mihály, Fazakas Sándor, Gaál Tibor és *Kovács Gábor* (I. Sebészeti Klinika, Szeged): A mitralis vitiumokhoz társuló tricuspidalis laesiók sebészi jelentősége.

Berta Mihály, Fráter Lóránd, Fazakas Sándor, Gaál Tibor, Pepó János és Kovács Gábor (I. Sebészeti Klinika, Röntgenklinika, Szeged): Aortabillentyű laesiók jelentősége mitralis billentyűpótlás kapcsán.

Fazakas Sándor, Pepó János, Barankay András, Felkai Béla és *Kovács Gábor* (Sebészeti Klinika, Szeged): Mitralis billentyű pótlással szerzett tapasztalataink.

Kovács Gábor, Fazakas Sándor, Pepó János, Barankay András és *Berta Mihály* (I. Sebészeti Klinika, Szeged): Multivalvularis laesiók sebészete.

1971. május 29-én, szombaton, de. 10.30 órakor

„A"-terem

Fő téma: *Szívsebészet.*

Üléselnök: *Littmann Imre.*

Tomcsányi István, és *Világi Gyula* (Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék, Budapest): A műbillentyű implantatio postoperativ szakában keletkezett arrhythmiák kezeléséről.

Bodnár Endre (Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék, Budapest): Műanyagbillentyűk beültetésének műtéti kockázata.

Kertész Tibor és *Kiss János* (Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék, Budapest): Sajátságos elektrolyteltérések műbillentyű beültetés kapcsán.

Gulyás Anna és *Lengyel Mária* (Országos Kardiológiai Intézet, Budapest): Késői rhythmuszavarok műbillentyűs betegekben.

Lónyai Tihamér és *Lengyel Mária* (Országos Kardiológiai Intézet, Sebészeti Osztály, Budapest): Műbillentyű beültetésen átesett betegek anticoagulans kezeléséről.

Barankay András, Berta Mihály, Fazakas Sándor, Matkó Ida, Mérei Judit, Pepó János és *Kovács Gábor* (I. Sebészeti Klinika, Szeged): A postoperatív kezelés fontosabb problémái billentyű beültetés után.

1971. május 29-én, szombaton, de. 11.45 órakor

„A"-terem

A szívbillentyűpótlás indikációi.

Kerekasztal-konferencia.

Vezető: *Kovács Gábor.*

A konferencia tagjai: *Littmann Imre, Árvay Attila, Barankay András, Csapó György, Fazakas Sándor, Felkai Béla, Lónyai Tihamér, Világi Gyula.*

1971. május 29-én, szombaton, de. 11 órakor

„B"-terem

Fő téma: *Koszorúsérbetegségek.*

Üléselnök: *Kunos István.*

Szavenkov, P. M., Zsarov, E. J., Szegal, E. G. (II. Belklinika, Moszkva): Anabolikus hormon (Retaboli) alkalmazása atherosclerosisos kardiosclerosisban szenvedő betegekben (orosz).

Gracianszkij, A. A. (II. Belklinika, Moszkva): Alacsony molekulájú dextrán gyors bevitele, adrenolytikumok és methylprednisolon alkalmazása myokardialis infarctus során keletkező shock kezelésében (orosz).

Halhuber, M. J. (Klinik Höhenried): A koszorúsérbetegek teljesítőképességének megítélése (német).

Rogos, R. és *Trenckmann, H.* (Leipzig): A postperfusiós syndroma tünettana, aetiológiája, és pathogenesise .(német).

Günther, K. H., Plass, R. és *Schmidt, P. K. H.* (II. Med. Univ.-Klinik der Charité, Berlin): A szívhangok intrakardialis vizsgálata pitvar-septum defectusban (német).

Teichmann, G., Bernateck, A., Schulz, D. (Med. Univ.-Poliklinik, Rostock): A szívbetegek vérnyomása és pulsusfrequentiája hideg tengeri fürdőhelyeken (német).

Wedler, B. (Med. Univ.-Poliklinik, Rostock): Az opthalmodynamographia indikációja a hypertonia diagnosisában és therápiájában (német).

1971. május 29-én, du. 15.30 órakor

„A"-terem

Fő téma: *Szívsebészet.*

Üléselnök: *Árvay Attila.*

Groh Werner és *Bodnár Endre* (Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék, Budapest): Embolektomia szívbetegeken.

Lakner Géza (Orvostovábbképző Intézet, I. Sebészeti Tanszék, Budapest): Foltplasztika coarctatio aortae megoldására.

Kudász József, Szabó Zoltán, Kunos István, Nemes Attila, Szántó Katalin, Bodor Elek és *Rényi-Vámos Ferenc jun.* (IV. Sebészeti Klinika, Budapest): A perikardium gyulladásos megbetegedéseinek sebészeti kezeléséről.

Solti Ferenc, Kudász József, Kunos István, Juhász Nagy Sándor, Szántó Katalin, Kalmár Imre és *Sárai Koppány* (IV. Sebészeti Klinika, Budapest): Kardioperikardiopexia műtéttel nyert tapasztalataink a coronaria insufficientia kezelésében.

Kis-Várday Gyula, Pénztáros István és *Szabó Zoltán* (IV. Sebészeti Klinika, Budapest): A perikardium gyulladások röntgen jelei.

Sárai Koppány, Kudász József, Szabó Zoltán, Szántó Katalin, Bodor Elek és *Rényi-Vámos Ferenc jun.* (IV. Sebészeti Klinika, Budapest): Bal-jobb shunttel járó traumás kamrai aneurysma.

Filmvetítés

1. *Bakos György* (I. Sebészeti Klinika, Szeged): Hármas billentyűpótlás.

2. Billentyűpótlás Smeloff—Cutter műbillentyűvel (op. Denton A. Cooley).

1971. május 29-én, szombaton, du. 15 órakor

„B"-terem

Fő téma: *Elektrokardiographia.*

Üléselnök: *Bereczky Ákos.*

Csapó György (Országos Kardiológiai Intézet, Sebészeti Osztály, Budapest): A szívciklus latentia szakaszának klinikai értékelése.

Pálossy Béla (Orvostovábbképző Intézet, IV. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): A hypophysis-mellékvese rendszer betegségeit kísérő EKG elváltozások.

Rochlitz Károly, Pajzs Zsuzsanna és *Vizkelety Gyula* (János Kórház-Rendelőintézet, Budapest): Pitvari EKG (EAG) kamrai infarctusban.

Antalóczy Zoltán és *Solti Ferenc* (Állami Kórház, Balatonfüred): A triaxikardiometer és a triaxikardiometriás eljárás.

Antalóczy Zoltán, Strommer Mátyás és Regős László (Állami Kórház, Balatonfüred): A myokardialis infarctusok triaxikardiogrammjai.

Szünet

Fő téma: *Elektrokardiographia. Vektorkardiographia.*

Üléselnök: *Rosnyay Klára.*

Pálossy Béla, Kenedi Péter és *Széplaki Ferenc* (Orvostovábbképző Intézet, IV. és II. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): EKG és VKG vizsgálatok intermittáló bal Tawara-szár blockban.

Csanády Miklós, Hunya Péter, Gaál Tibor, Hőgye Márta és *Szántai Imre* (I. Belklinika, Szeged): A jobb kamra túlterhelés megítélése a vektorkardiogramm számítógépes analízisével.

Kenedi Péter, Schwarczmann Pál, Major Katalin és *Bokor Péter* (Orvostovábbképző Intézet, II. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): Összehasonlító vizsgálatok a 12 elvezetéses EKG, a vektorkardiographiás és a Frank-féle orthogonalis elvezetések között myokardialis infarctusban.

Somló Ernő és Kenedi Péter (Orvostovábbképző Intézet, II. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): A Valsalva kísérlet jelentősége a myokardialis infarctus és a szívaneurysma vektorkardiographiás diagnosztikájában.

Hollós Olivér („TUNGSRAM" Orvosi Rendelő, Budapest)) Komputer a kardiológiában.

TUDNIVALÓK:

A tudományos ülések csak részvételi jeggyel látogathatók. Külön váltva 50 Ft.

A részvételi díj három napra, csütörtök déltől szombat délig személyenként 400 Ft (a részvételi jegy ára — 20 Ft — a díjban benne van).

A részvételi díj a bankett-vacsorával, személyenként 460 Ft.

Az elhelyezés Balatonfüreden az Annabella Szállodában kétágyas szobákban történik. Az ellátás csütörtökön ebéddel kezdődik, szombaton ebéddel végződik. Minden étkezés a szálloda éttermében.

1971. május 27-én este bankett (részvételi díj külön 100 Ft).

Külön autóbusz áll rendelkezésre a Budapest Déli pályaudvarról 9.13 órakor érkező gyorsvonatnál.

Jelentkezés május 16-ig.

Cím: Veszprém megye Tanácsa Idegenforgalmi Hivatalának Kirendeltsége, Veszprém.

A korlátozott elhelyezési lehetőségek miatt a jelentkezési határidő megtartását kérjük. Gyermekek elhelyezését nem vállaljuk. A résztvevők 1971. május 27-én, csütörtökön délelőtt érkeznek Balatonfüredre. A fogadásuk, a program stb., illetve az étkezési jegyek átvétele az Annabella Szálló halljában.

A részvételi díjak befizetését a Veszprém megyei Idegenforgalmi Hivatal, költségvetési folyószámla, Veszprém, 480—90 793—4578 sz. MNB egyszámlájára kérjük.

FELVILÁGOSÍTÁS:

Megyei Idegenforgalmi Hivatal Kirendeltsége, Balatonfüred, Blaha Lujza u. 5. Telefon: 40—281. Kroknay Sándorné, főelőadó, ügyintéző.

Bajcsy -Zsilinszky Kórház, Budapest, X., Maglódi út 89—91. Telefon: 148—558, 139—692, 341—729. Kerkovits Gyula főtitkár.

Kongresszusi iroda: 1971. május 27—29-ig Balatonfüreden az Állami Kórház Igazgatóságán.

MEGHÍVÓ

A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiójának

1971. június 10—11. és 12-én Sopronban tartandó

XVIII. Vándorgyűlésére.

MŰSOR:

1971. június 10., délelőtt 9 órakor Plenáris ülés.

Ünnepélyes megnyitó: *Varga István dr.* megyei főorvos és *Mészáros Gyula dr.*, a Soproni Városi Tanács V. B. titkára üdvözlik a résztvevőket.

Elnöki megnyitó: *prof. Hámori Artur.*

Tárgysorozat:

1. *Hámori A.* (II. Belklinika, Pécs): A glomerulonephritis, a nephroticus syndroma és a pyelonephritis activitásának diagnosztikája.

2. *Gofman L.—Romhányi M.—Sinkó O.* (II. Belklinika, Pécs): Renalis tubularis acidosis és terhesség.

3. *Süle T.—Gofman L.—Ágoston I.* (II. Belklinika, Szemklinika, Pécs): Vesebetegek piros szeme.

4. *Bodis L.—Simon K.* (I. Belklinika, Pécs): A pulsus alternans dinamikai sajátosságainak vizsgálata indirekt módszerekkel.

5. *Bohenszky Gy.—Bokor Zs.* (Pécs Megyei Kórház): A szív helyzeti mozgásainak eldifferentiálása a kóros izomcontractióktól.

6. *Heger F.—Örs F.—Simon Gy.—Mucsi M.* (Sopron, Állami Szanatórium): A myocardium contractilitásának vizsgálata nicotin hatásban a carotis pulsus-görbe első deriváltjának segítségével cardiosclerotikus betegekben.

7. *Horváth M.—Ludwigh K.—Sárdy J.—Horváth M.-né—Csontos M.* (Balatonfüred, Állami Kórház): Komplex radiocardiographiás és oximetriás vizsgálatainkból levonható néhány klinikai vonatkozású statisztikai összefüggésről.

8. *Tarján J.—Radler A.—Brolly M.—Schmidt P.—Gulácsi I.—Jarabin I.* (II. Belklinika és II. Sebészeti Klinika, Pécs): Szükséges-e rutinszerű cardialis előkészítés a sebészetben?

9. *Brenner F.—Halmavánszky B.—Varga J.—Jenei J.* (Tatabánya II. Belosztály): Chinidin-syncope.

1971. június 10., délután 16 órakor Cardiológiai sectio.

1. *Kelle L.—Fekecs B.* (Siófok, II. Belosztály): Az influenza vírus által okozott myocarditis.

2. *Halmavánszky B.—Brenner F.—Szalay L.* (Tatabánya, II. Beloszt.): Kamrai septum perforatio myocardialis infarctusban.

3. *Réthly E.—Rohonyi B.—Gajzágó L.* (Sopron Kórház Belosztály-Kórbonctan és Országos Meteorológiai Intézet): Szívinfarctus előfordulása és tüdőembolia-halálozás két eltérő éghajlatú és időjárású területen.

4. *Kéki K.—Szabados R.—Nemes T.* (Kaposvár, II. Belosztály): Tapasztalataink 45 évesnél fiatalabb szívinfarctusos betegeinken.

5. *Mórocz J.—Wenczel M.* (Szombathely, Prosectura—III. Belosztály): Lebegő aorta thrombus okozta jobb arteria coronaria occlusio.

6. *Szodoray P.—Kenedy I.* (Győr, I. Belosztály): A postinfarctusos szívaneurysma klinikai jelentősége.

7. *Nagy J.* (Győr és Békéscsaba, Kórbonctan): Az aorta aneurysma keletkezésének és megrepedésének biofizikai viszonyai.

8. *Hazafi K.—Tarján J.—Németh Á.* (II. Belklinika és Kórbonctani Intézet, Pécs): Chronicus aneurysma dissecans és bidirectionalis tachycardia együttes előfordulása.

9. *Szontágh Cs.—Zsembery D.* (Dorog): Hasi megbetegedések electrocardiogrammot módosító hatása.

10. *Horváth L.—Kármán M.—Faludi Zs.* (Siklós): Teljes a-v blockos betegeink kezelésével szerzett tapasztalataink.

11. *Bokor N.* (Szombathely, III. Belosztály): Ritka rhythmuszavar korrigálása pacemakerrel.

12. *Ferenczy S.* (Győr, III. Belosztály): Pacemaker beültetés utáni rhythmuszavarok.

Június 10., délután 16 órakor Gastroenterologiai sectio.

1. *Balogh I.—Bacher M.—Sebestyén M.* (Nagykanizsa, I. Belosztály és Véradó Állomás): Adatok a vércsoport faktorok megoszlásához a gyomor megbetegedéseiben.

2. *Rumi Gy.—Solt I.* (II. Belklinika, Pécs): A gastrofiberscopia értéke a pylorus-stenosis tünetcsoportjának aetiológiai diagnosztikájában.

3. *Ablonczy P.* (Bonyhád): Az indirekt hyperbilirubinaemiák enzyminductiós kezelésének néhány elméleti kérdése.

4. *Gógl Á.—Horváth T.* (I. Belklinika, Pécs): Phenobarbitállal kiváltott enzym-inductio, mint új therápiás lehetőség.

5. *Sándor J.—Petz Á.—Burger T.—Keszthelyi B—Patakfalvi A.* (I. Belklinika, Pécs): Radioarannyal végzett összehasonlító májátáramlási vizsgálatok hepatopathiás és myeloproliferativ kórképekben.

6. *Csermely F.—Sebestyén M.—Kocsán K.* (Nagykanizsa, II. Belosztály—Központi Laboratórium): Terheléses BSP vizsgálatok májbetegekben és diabetesben.

7. *Borsos S.—Gulogi I.—Navracsics L.—Deák J.* (Marcali): Tapasztalataink infusiós cholecystographiával.

8. *Mészáros I.—Goth L.* (Sümeg): A serum katalase az acut pancreatitis diagnosztikájában.

9. *Starkbauer M.—Zulik R.—Bakó F.* (Tatabánya, I. Belosztály): Adatok az acut pancreatitis therápiájához.

10. *Hankiss J.* (Győr, I. Belosztály): A colitisek localis és systemás kezelése.

1971. június 11., délelőtt 9 órakor Plenáris ülés.

1. *Bán A.—Barakonyi I.* (Zalaegerszeg, II. Belosztály): Megaloblastos anaemiák előfordulása osztályunk 10 éves beteganyagában.

2. *Burger T.* (I. Belklinika, Pécs): B_{12} vitamin anyagcsere és megaloblastos anaemia.

3. *Andréka B.—Alexy M.* (Győr, IV. Belosztály): L-asparaginase (Grastinin—Bayer) alkalmazása acut lymphoblastos leukaemiában.

4. *Patakfalvi A.—Kovács L.—Herr Gy.* (I. Belklinika, Pécs): Acut

és chronikus myeloid leukaemia képében jelentkező tuberculosis gyógyult esetei.

5. *Gergely J.—István—L.—Berzi I.—Puskás E.—Virág L.* (Országos Haematológiai és Vértransfúsiós Intézet és OVSZ, Szombathely): Mono- és biclonalis gammopathiával járó primaer plasmasejtes leukaemia esetek.

6. *Zulik R.—Sándor J.—Bakó F.* (Tatabánya, I. Belosztály—Vérellátó Alközpont): Primaer fibrinolysis promyelocytás leukaemiában.

7. *Marton É.* (Szombathely, Haematológiai Osztály): Prostata carcinomához társult gyógyult consumptiós coagulopathia.

8. *Horváth T.—Nagy I.—Schmelzer M.—Tatár L.* (I. Belklinika—Röntgenklinika, Pécs): Véralvadási zavarok, Klippel—Trenaunay-syndromában.

9. *Meskó K.—Kovács B.—Kolombusz L.—Méhes K.* (Szekszárd, I. Belosztály—Véradó Állomás—Gyermekklinika, Pécs): Fokozott vérzéshajlam miatt végzett családkutatás.

10. *István L.—Bariska I.* (Szombathely, OVSZ Vas megyei Alközpont): Újabb antihaemophiliás készítmények előállításával és klinikai alkalmazásával szerzett tapasztalatok.

11. *Losonczy H.—Nagy I.—Gregus Z.* IV. é. o. h. (I. Belklinika, Pécs): A thrombocytaaggregatio gátlása különböző gyógyszerekkel.

1971. június 11., délután 16 órakor
Haematológiai sectio.

1. *Kocsis Zs.* (Szombathely, III. Belosztály): Gyógyult, salazopyrin okozta agranulocytosis.

2. *B. Bakos É.* (Szombathely, Haematológiai Osztály): Steroid psychosissal szövődött postoperativ agranulocytosis.

3. *Varga L.—Wenhard E.* (Győr, III. Belosztály és Véradó Állomás): A paraproteinaemiák korai felismerésének jelentősége.

4. *Péter K.—Ottó Sz.—Schwartz J.* (Pécs, VT Kórház Belosztály—Igazságügyi Orvostani Intézet, Pécs): Kettős paraproteinaemiák.

5. *Vizer Gy.—Kassa L.* (Pápa, Belosztály—Központi Laboratórium:) Ellenanyaghiány syndroma teljes IGA deficittel.

6. *Virág I.—B. Egyed Á.* (Szombathely, OVSZ Vas megyei Alközpont): Az Au/Sh antigen és antitest előfordulása véradóknál és haematológiai betegeknél.

Június 11., délután 16 órakor
Szabad előadások.

1. *Kovács E.—Ritecz É.—Nagy I.* (Szekszárd, I. Belosztály—Gyermekosztály—POTE I. Belklinika, Pécs): Fibrinogen-fibrinolysis vizsgálatok pneumoniás betegeken.

2. *Haber J.* (Pécs, Tüdőgyógyintézet): A progressziv tüdődystrophia.

3. *Kasszián K.—Láng L.—Előry Gy.* (Győr, III. Belosztály—Tüdőosztály): Kisvérköri pangás tumort utánzó esetei.

4. *Balogh Z.—Radovits B.—Kosztolányi Gy.* (Harkány és Pécs Megyei Kórház Kórbonctan): Synovia biopsia diagnosztikus értéke.

5. *Sipos J.—Kovács E.—Filep Gy.* (Csorna, Belosztály—Röntgen Osztály—Sebészeti Osztály): Osteopoykilia familiaris.

6. *Ürmösi A.* (Tatabánya, Rendelőintézet): A gerinc-pathológia belgyógyászati vonatkozásai.

7. *Sándori K.—Déri C.* (Szombathely, Anaesthesiológiai Osztály): Respiratiós kezelést igénylő Landry—Guillan—Barrée-syndroma.

1971. június 12., délelőtt 9 órakor
Plenaris ülés.

1. *Réthly E.—Pálfy A.—Fenyvesi Á.—Babella V.—Szentcsiki M.—Tremmel O.* (Sopron, Belosztály—Központi Laboratórium): A mellékvese 17-hydroxicorticoid tartalékának vizsgálata hyperthyreosisban.

2. *Kelemen B.—Kocsán K.* (Székesfehérvár, I. Belosztály): Reflexometriás vizsgálatok a pajzsmirigy functio megítélésében.

3. *Keszthelyi B.—Burger T.—Tényi I.—Németh M.* (I. Belklinika, Pécs): Vasforgalom, anaemia és neuroendokrin összefüggések hypothyreosisban.

4. *Boros Gy.—Romhányi M.—Bátai I.—Ottó Sz.* (II. Belklinika—Fül-orr-gégészeti Klinika—Igazságügyi Orvostani Intézet, Pécs): Sjögren—Mikulicz-syndroma.

5. *Soós P. Z.* (Pápa, Rendelőintézet): Új ambulans cukorbetegek carbutamid (Bucarban) kezelése lökés therápia nélkül.

6. *Barna K.—Márton E.—Brasch Gy.—Ternák G.* (Pécs, Megyei Kórház Fertőző Osztály): Acut hasi kórképek fertőző osztály beteganyagában.

7. *Varga E.—Krisztinkovics M.* (Zirc): A chylosus ascitesről.

8. *Szentkláray J.—Wolf E.—Kisfalvi I.* (Bp. MÁV Kórház, V. Belosztály): Az agyi keringési elégtelenség Dextran kezelése.

9. *Wirth F.—Szabó Gy.—Kenderesi P.* (Kaposvár, I. Belosztály): Lehetőségeink a gyilkosgalóca mérgezés gyógyításában.

10. *Nagy G.* (Szombathely, II. Belosztály): Belgyógyászati osztályon ellátott 208 öngyilkossági kísérlet elemzése.

Tájékoztató:

Az előadások helye: Plenaris ülések: MTESZ Széchenyi tér 2., Cardiologiai sectio: MTESZ Széchenyi tér 2., Gastroenterologiai sectio: TIT Soproni klubja, Új utca 18., Haematologiai sectio: MTESZ Széchenyi tér 2., Szabad előadások: TIT Soproni klubja, Új u. 18.

Vetítés: 5 × 5 diavetítő.

Társadalmi program: Kirándulás Fertődre.

Meghívó igényelhető: Réthly Endre dr., Sopron, Kórház Belosztály.

MEGHÍVÓ

a Magyar Belgyógyász Társaság Északkelet-magyarországi Szakcsoportja

TUDOMÁNYOS ÜLÉSÉRE

1971. szeptember 3-án és 4-én
Miskolcra

PROGRAM:

1971. szeptember 3-án,
9 óra 30 perckor

Üléselnök: *Nagy György dr.*

1. *Földváry Gy.* (Szentpéteri kapui Kórház, I. Belosztály, Miskolc): Új irányzatok a cardiológiában.

2. *Prónay G., Tóth I., Kovács G.* (Szentpéteri kapui Kórház, II. Belosztály, Miskolc, I. sz. Sebészeti Klinika, Szeged): Osztályunk 5 éves szívbeteg anyagának sebészeti kezelésével szerzett tapasztalatok.

3. *Czirner J.* (Megyei Tanács Kórház I. Belosztály, Eger): Osztályunk vitiumos anyagának műtéttel történt megoldása során szerzett tapasztalataink.

4. *Kovács G.* (I. sz. Sebészeti Klinika, Szeged): A szerzett vitiumok sebészeti kezelésének indicatiója és ennek időszerű kérdései.

5. *Rusznák M., Happich Gy.* (Megyei Tanács Kórház, II. Belosztály, (Nyíregyháza): Osztályunk 5 éves rheumás lázas beteganyagának értékelése.

6. *Kárpáti P., Préda I.* (Orvostovábbképző Intézet II. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): Megfigyelések cardiogen-shockos betegeken.

7. *Czirner J., Szalóky P.:* (Megyei Tanács Kórház, I. Belosztály, Eger): Intenzív osztályon szerzett tapasztalataink különös tekintettel a fiatal korú szívinfarctusokra.

8. *Kobulniczky E., Czinder K., Budai M.* (Városi Tanács Kórház, Belgyógyászat, Gyöngyös): Megfigyelések szívinfarctusos beteganyagunkon.

9. *Róna Gy* (Városi Tanács Kórház, Belgyógyászat, Sátoraljaújhely): Valódi hátsófali infarctus.

10. *Kaló E., Antal E., Földváry Gy.* (Szentpéteri kapui Kórház, I. Belosztály, Miskolc): Atrioventricularis és intraventricularis vezetési zavarok jelentősége acut myocard infarctusban.

S z ü n e t

Üléselnök: *Földváry Gyula dr.*

11. *Strausz I.* (Orvostovábbképző Intézet III. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): Az „intermedier coronaria syndroma" kérdése.

12. *Less E., Oszvald Gy., Molnár I., L. Hágány P.* (Járási Tanács Kórház, Belosztály, Fehérgyarmat, Növényolaji Ipari Kutató Intézet, Budapest): A lipid zsírsavak acut mobilizációjának és a catecholaminok szerepének vizsgálata myocar-

diális infarctusban és angina pectorisban szenvedőkön.

13. *Kenedi P., Major K.* (Orvostovábbképző Intézet II. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): Intraventricularis vezetési zavarok (hemiblockok) EKG és vektorkardiographiás vizsgálata.

14. *Zeltner Gy., Fekete T., Panyi M.* (Vasgyári Kórház, Belosztály, Miskolc): Rendszeresen phenothiazin, iminodibenzil származékokat szedő betegeink — ellenőrző vizsgálatok során észlelt — cardiovascularis szövődményeiről.

15. *Zeltner Gy., Keresztury S., Dombi J., Bognár M., Fekete T., Panyi M.* (Vasgyári Kórház, Belosztály és Laboratórium, Semmelweis Kórház, Kórbonctan, Állategészségügyi Intézet, Miskolc): Adatok a triciklykus antidepressiv gyógyszerek cardiotoxicus hatásához.

16. *Földváry Gy., Soltész K.* (Szenpéteri kapui Kórház, I. Belosztály, Miskolc): Haemodynamikai változások mechanographiás vizsgálata cardioversio után.

17. *Fülöp T.* (I. sz. Belklinika, Debrecen): Újabb antiarrhythmiás gyógyszerek klinikai haszna.

18. *Zeltner Gy., Fekete T., Panyi M.* (Vasgyári Kórház, Belosztály, Miskolc): Cardiovascularis tünetek előfordulása osztályunk pajzsmirigy-beteganyagában.

19. *Szigethy J., Dohányos P., Porkoláb Gy., Tergácz Gy., Tomka A.* (Semmelweis Kórház, II. Belosztály, Miskolc): Representativ jellegű cardiorespiratoricus gondozás.

20. *Nagy K., Róna Gy.* (Városi Tanács Kórháza, Belosztály, Sátoraljaújhely): Löffler-féle endocarditis parietalis fibroplastica.

21. *Besznyák Gy., Halmos B.* (Megyei Tanács Kórház, II. Belosztály, Eger): Jobb pitvari aneurysma.

1971. szeptember 3-án,
15 óra 30 perckor

Üléselnök: *Prónay Gábor dr.*

1. *Leövey A., Gasztonyi G., Héczey V.* (I. sz. Belklinika, Debrecen): Insulin radio-immuno-assay vizsgálatok értéke a klinikai gyakorlatban.

2. *Nagy Gy., Szegedi J., Petrányi Gy.* (I. sz. Belklinika, Debrecen): A chronicus myeloid leukaemia kezelése cytostaticumok szimultán kombinációjával.

3. *Gyarmati J., Nagy Gy., Szegedi J.* (Radiológiai Klinika és I. sz. Belklinika, Debrecen): Mellkas röntgenvizsgálatok értéke polycythaemia verában.

4. *Szegedi Gy., Fekete B., Krasznai G., Szabó G.* (I. sz. Belklinika, Kórbonctani Intézet, Debrecen): Hydantoin provokálta systemás lupus erythematosus.

5. *Fekete B., Münnich D., Csinádi Gy.:* (I. sz. Belklinika, Megyei Tanács Kórháza, Fertőző Osztály, Megyei Vérellátó Osztály, Debrecen): Australia (SH) antigen jelenlétének kimutatása fertőző májgyulladásos betegek serumában.

6. *Kakuk Gy., Wórum I., Kovács L.* (I. Belklinika, Derecen): Az Aue-II. típusú művesével végzett haemodialysisek tapasztalatai.

7. *Wórum I., Kakuk Gy.:* (I. sz. Belklinika, Debrecen): A só-vízháztartás és a sav-bázis egyensúly rendezésének klinikai problémái a nephrológiai munkában.

8. *Wórum F., Deményi M.* (I. sz. Belklinika, Debrecen): Intoxicalt betegek intenzív therapiás kezelése.

9. *Holländer E., Mózer I.:* (Orvostovábbképző Intézet, II. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): Starvatio és hypothermia.

10. *Mezősi Zs., Szabó I.* (Járási Tanács Kórháza, Belosztály, Vásárosnamény): Therapiás próbálkozások trichinosisos betegeken 27 eset kapcsán.

Szünet

Üléselnök: *Czirner József dr.*

11. *Szigethy J., Somogyi E.:* (Semmelweis Kórház, II. Belosztály, Miskolc): Diabetes mellitus előfordulásának gyakorisága idült pancreas betegségek kapcsán.

12. *Pethő A., Fenyvesi É.* (Megyei Tanács Kórháza, I. Belosztály, Eger): Diabetesgondozás és a terhesség.

13. *Major L., Simon M.* (Járási Kórház Belosztálya, Berettyóújfalu): A Somogyi-effectusról.

14. *Dénes I., Kékes E., Horányi P., Tunkl E.* (Orvostovábbképző Intézet, Ideggyógyászati Tanszék és III. Belgyógyászati Tanszék, Budapest): A systemás vérnyomás változásai carotis keringési zavarban.

15. *Kékes E., Horányi P., Dénes I., Strausz I.* (Orvostovábbképző Intézet, III. Belgyógyászati Tanszék és Ideggyógyászati Tanszék, Budapest): Egyszerű vizsgálati lehetőségek a „carotis insufficientia syndroma" felismerésére.

16. *Haraszti A., Czirner J.* (Megyei Tanács Kórháza, I. Belosztály, Kórbonctan, Eger): Májbiopsiával szerzett tapasztalataink.

17. *Happich Gy., Kiss J., Kiss E.* (Megyei Tanács Kórháza, II. Belosztály, Nyíregyháza): Az idült hepatitises betegek több éven át tartó folyamatos ellenőrző vizsgálatának tapasztalatai.

18. *Deli L., Hutter K., Szász Zs.* (Megyei Tanács Kórháza, II. Belosztály, Gyula): Rheoangiographia szerepe a végtagi érszűkületek diagnosztikájában és az alkalmazott gyógyszerek hatásosságának elbírálásában.

19. *Varga I., Földváry Gy., Soltész K.* (Szentpéteri kapui Kórház, I. Belosztály, Miskolc): Az Achilles ínreflex vizsgálat klinikai alkalmazása.

20. *Szarvas F., Szöllősi G., Fekete E., Bíró A., Marosi Gy.* (I. és II. Belklinika, Szeged): Mikrosomális enzym-indukció májkárosodás esetén. Klinikai megfigyelések és kísérletes vizsgálatok.

1971. szeptember 4-én
8 óra 30 perckor

Üléselnök: *Leövey András dr.*

1. *Aberle L., Kósa M., Kováts N.* (Megyei Tanács Kórháza, II. Belosztály, Debrecen): Atherosclerosis és metabolizmus.

2. *Szabó T., Petrányi Gy.* (I. sz. Belklinika, Debrecen): Izotóp veseclearance meghatározás. Felhasználása kliniko-pharmakológiai tesztként.

3. *Libor J., Iványi J.* (Megyei Tanács Kórháza, I. Belosztály, Gyula): Vizsgálatok a magyar Furosemiddel.

4. *Czinder K., Koncz I.* (Városi Tanács Kórháza, Belosztály, Gyöngyös): Az endangitis obliterans belszervi manifesztációiról.

5. *Szentkláray J.* (MÁV Kórház, V. Belosztály, Budapest): A tüdő nitrofurantoin okozta allergiás reactiójáról.

6. *Szigethy J., Sipos L.* (Semmelweis Kórház, II. Belosztály, Miskolc): Obesitás kapcsán létrejövő nehézlégzésről.

7. *Szigethy J., Szotáczky M.* (Semmelweis Kórház, II. Belosztály, Miskolc): Az elhízás diagnosztikus és therapiás nehézségei.

8. *Szabó J.* (Megyei Tanács Kórháza, II. Belosztály, Debrecen): Mikromolecularis plasmocytoma és gyomortumor együttes előfordulása.

9. *Szabó J., Muszbek I., Aberle L., Tőkés I.* (Megyei Tanács Kórháza, II. Belosztály, Központi Laboratórium, Debrecen): Tömeges gyilkosgalóca mérgezés.

10. *Czinder K., Kobulniczky E.* (Városi Tanács Kórháza, Belosztály, Gyöngyös): Differentialdiagnosztikus nehézséget okozó essentialis hyperlipoidosis (Bürger—Grütz).

Szünet

Üléselnök: *Cseley Márton dr.*

11. *Szöőr J., Nagy Gy., Szabadfalvy A., Szabó J., Szegedi J.* (Megyei Tanács Kórháza, I. és II. Belosztály, I. sz. Belklinika, Debrecen): Klinikai tapasztalatok myeloma multiplexes beteganyagon.

12. *Velancsics I., Jéger I.* (Megyei Tanács Kórháza, II. Belosztály, Eger): Idiopathiás ellenanyaghiányos állapot.

13. *Besznyák Gy., W. Laub M., Tasi I.* (Megyei Tanács Kórháza, II. Belosztály, Központi Laboratórium, Eger): Az essentialis hyperlipaemiáról.

14. *Szabó M., Földváry Gy.* (Szentpéteri kapui Kórház, I. Belosztály, Miskolc): Traumás Budd—Chiari-syndroma.

15. *Berkessy S., Róna Gy., Minik K.* (Szentpéteri kapui Kórház, Urológiai Osztály és Kórbonctan, Miskolc; Városi Tanács Kórháza, Belosztály, Sátoraljaújhely): Peritoneális dialysissel sikeresen kezelt Goodpasture-syndroma.

16. *Karátson D., Cseley M.* (Semmelweis Kórház, I. Belosztály, Mis-

kolc): Primaer chr. polyarthritis és M. Addison.

17. *Karátson D., Cseley M.* (Semmelweis Kórház, I. Belosztály, Miskolc): Renalis glycosuriával szövődött primaer polydipsia.

18. *Horváth S., Laub M.* (Megyei Tanács Kórháza, I. Belosztály, Központi Laboratórium, Eger): Haemolyticus anaemia esete.

19. *Petróczy I., Laub M.* (Megyei Tanács Kórháza, I. Belosztály, Központi Laboratórium, Eger): Defibrinatiós syndroma staphylococcus sepsis kapcsán.

1971. szeptember 4-én reggel 8 órakor

A Szakcsoport vezetőségi ülése.

A tudományos ülés helye a Miskolci Szentpéteri kapui Kórház előadóterme.

Az előadások időtartama 10 perc, a bemutatásoké 5 perc.

Elszállásolás szállodában és kollégiumban.

Közös vacsora 1971. szeptember 3-án este. A közös vacsorán való részvételt és a szállásigényt kérjük 1971. május 30-ig bejelenteni (Földváry Gyula dr. főorvos, Miskolc, Szentpéteri kapui Kórház, I. Belosztály).

MEGHÍVÓ

A **Magyar Sebész Társaság Kísérletes Sebészeti Szakosztálya III. Tudományos Ülését** 1971. október 1-én és 2-án Szegeden rendezi.

Az első napon a kísérletes sebészet tárgykörébe vágó szabadon választott témájú előadások szerepelnek a műsorban, a második napra a szervátültetés körébe tartozó symposiont tervezünk. A szabadon választott témájú előadások időtartama 10 perc, a symposionon elhangzóké 5—8 perc.

A tudományos ülésen tartandó előadások bejelentési határideje: 1971. június 1.

A bejelentéseket kérjük az alábbi címre beküldeni: Sebészeti Műtéttani Intézet, Szeged, Pf. 464.

Az üléssel kapcsolatos felvilágosítás ugyanezen címről kérhető.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportjának ülései.

Az előadások a Szemészeti Klinika előadótermében 16 órakor kezdődnek!

1971. május 11.

Üléselnök: *Csillik Bertalan dr.* 1970/1971. 26. ülés.

Előadások:

1. *Bognár Benedek, Vargha Gyula, Bódis Lajos* (Szeged, mj. Városi Tanács Kórháza): Három primaer malignus tumor előfordulása egy betegen (10 perc).

2. *Szabó József, Antal Albert, Bódis Lajos* (Szeged mj. Városi Tanács Kórháza): Harántfekvéses szüléseink (10 perc).

3. *Oláh Miklós* (Szemészeti Klinika): A retinoschisisek különböző kórképei és fotokoagulációs műtétjeik, klinikai és elektrofiziológiai eredmények (10 perc).

4. *Horváth Mihály* (I. Sebészeti Klinika): A máj és pancreas sebészet aktuális kérdései (25 perc).

5. *Szabó György, Törteli Ágoston, Papp Piroska* (Fogászati Klinika): A sialographia szerepe a nyálmirigybetegségek diagnosisában (15 perc).

6. *Bardóczi Árpád, Lázár György, Karvaly Béla, Kékes-Szabó András* (Női Klinika, Kórélettani Intézet, Biofizikai Intézet): Elektronacceptorok hatása transzplantált és indukált tumorokra (15 perc).

TÁJÉKOZTATÓ

A **„Korányi Frigyes" Tbc és Tüdőgyógyász Társaságnak**, a **Magyar Onkológus**, a **Magyar Belgyógyász**, az **Általános Orvosok** és a **Magyar Urológus és Nephrológus Társaságokkal** közösen rendezendő, *XXXVIII. Nagygyűlésének* időpontját és helyét (megjelent az O. H. 1970. évi 39. szám 2338. oldalán) közbejött nehézségek miatt az alábbiak szerint kellett megváltoztatni:

Időpontja: *1971. szept. 30., okt. 1., 2.*

Helye: *Magyar Tudományos Akadémia.*

A végleges programot a Rendező Bizottság (XII., Pihenő u. 1.) idejében közzé fogja tenni.

FELHÍVÁS

Az **Országos Orvosszakértői Intézet Főigazgatósága** az alábbi témák kidolgozására pályázatot hirdet:

1. Baleseti traumák belgyógyászati következményeinek felmérése a szakértői gyakorlatban.

2. Asthmás betegek előfordulási aránya és rokkantsági megítélésük problémái.

3. Megemeli-e, és ha igen menynyiben, az objectiv baleseti kárt az ún. traumás neurosis.

4. A sclerosis multiplexes beteg rokkantsága, figyelemmel a tartós remissiós időszakokra.

5. A neurosis elbírálása a munka- és keresőképesség szempontjából.

6. Mésztartalomcsökkenéssel járó csontelváltozások hatása a munkaképességre.

7. Az orvosszakértői gyakorlat módszerei a májmegnagyobbodás subcompensátiós illetve hepatopathiás eredetének eldifferentiálására.

A pályaművek kidolgozása kb. 34 szabvány gépelt oldal terjedelmű és 5 példányban, fűzött, vagy bekötött formában, irodalomjegyzékkel kell benyújtani 1971. október 31-ig az Országos Orvosszakértői Intézet Főigazgatóságának címezve (Budapest, VIII. ker. Mező Imre út 19/a). A pályamunkák jeligések.

A beérkezett pályamunkákat az Országos Orvosszakértői Intézet szakmai collégiumából alakított zsüri bírálja el. Az eredmény kihirdetésének határideje 1971. december 20. A zsüri értékelése szerint a pályaművek díjazása témánként a következő:

I. díj:	6000 Ft,
II. díj:	4000 Ft,
III. díj:	3000 Ft.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1971. május 17-én du. 2 órára tűzte ki *Mitsányi Attila dr. „Regionalis szöveti vizsgálatok véreztetéses shockban"* című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Felolvasó-termében.

Az értekezés opponensei: *Takács Lajos dr.*, az orvostudományok doktora, *Papp Gyula dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. május 18-án, du. 2 órára tűzte ki *Szegedy László dr. „Uraemia és művesekezelés a neuropathologia tükrében"* című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Csermely Hubert dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Tariska István dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága** 1971. május 19-én, du. 2 órára tűzte ki *Székely György dr. „A gerincvelő végtagmozgató apparátusa"* című doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Felolvasó termében.

Az értekezés opponensei: *Ádám György dr.*, az MTA levelező tagja, *Grastyán Endre dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Kalmár László dr.* akadémikus.

Új Medicina Kiadványok:

Az egészségügyet érintő fontosabb jogszabályok 70,— Ft.

Fischer Antal: Az orvostudomány aktuális problémái 71/1. 25,50 Ft.

László Nándor: Higiéne a közétkeztetésben, 2. jav. kiadás, 10,— Ft.

Nyirő Gyula: Psychiátria, 2. vált. kiadás, 73,— Ft.

Helyreigazítás: Az Orvosi Hetilap f. évi 15. számának 885. oldalán *Budai J. dr.* és *Solt K. dr.* által írt válasz 2. és 3. bekezdésében sajnálatos módon két értelemzavaró hiba került a nyomda, illetve a szerkesztőség hibájából.

A 2. bekezdésben a 6—7 sorban a helyes szöveg: „... arra mutat, hogy a megfelelően vezetett só- és folyadékpótlás nemcsak nem veszélyes — heroikus...".

A 3. bekezdés utolsó sorában a „termelő" szó helyén *„termelődő"* a helyes.

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 meleghatás aktiválólag 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.

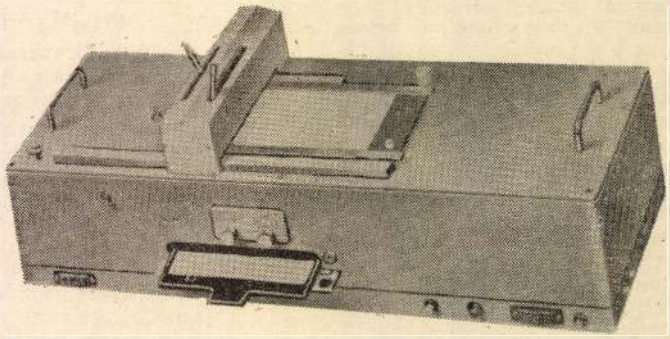
A marosi iszapkompressz ötféle alakban van forgalomban, így számozása szerint az alábbi testrészekre applikálható:

I. sz. hát – váll, felkar – mell
II. sz. derék – végtag
III. sz. lábfej – boka (csizma)
IV. sz. kézfej – csukló
V. sz. has (főleg gynekológiai területen)

CARL ZEISS

GYÁRTMÁNYOK, – LABORMŰSZEREK GONDOZÁSÁT JAVÍTÁSÁT, SZERVIZELÉSÉT –

A CARL ZEISS SZERVIZBEN!



Új laboratóriumi mérő- és vizsgálóberendezések üzembe helyezését és javítását végeztesse a CARL ZEISS-szervizben!
Különféle mikroszkópok, mikrofotóberendezések, megvilágítási automaták, szemészeti műszerek, fotométerek, láng fotométerek, ERI–10, ERI–65, polariméterek javítását, eredeti gyári alkatrészek pótlását vállalja és szaktanácsadással szolgál a:

FOTO OPTIKA

CARL ZEISS SZERVIZE

Budapest, XII., Normafa út 1.

tisercin drazsé, injekció

Depressióban és fájdalom-syndromában is alkalmazható maior tranquillans.

ÖSSZETÉTEL:

25 mg levomepromazin maleinat, ill. sósavas só alakjában.

JAVALLATOK: *Psychiatriában:* psychomotoros agitatio és excitatio, confusiós állapot, schizophrenia delirium, neurosis kezelésére — a depressiós fázisokban is —, továbbá tartós altatás céljára, valamint adjuvánsként epilepsia, oligophrenia, psychopathia kezelésében.
Neurologiában: anxiosus, depressiós állapotokban.
Analgesia céljából önmagában vagy egyéb analgeticum potentiálására.
Anaesthesiologiában praemedicatióként és az anaesthesia potentialására.

ADAGOLÁS: Általában per os, szükség szerint, főleg chronikus esetekben parenteralisan történik. A kezelést kis adaggal kell kezdeni, mely az egyéni tűrőképesség figyelembevételével, a tünetek megszűnéséig emelhető. A javulás beállta után a kúra alatti adagolást az egyénenként változó fenntartó adagig kell csökkenteni. A kezelés kezdeti szakában, vagy az adag emelésekor a gyógyszer adását követő 1—2 órát — míg az esetleges hypotensiós érzékenység tisztázódik — töltse fekve a beteg.

ÁTLAGOS ADAGOK

	Napi kezdőadag drazsé	Napi kúraadag drazsé	Napi fenntartóadag drazsé
Psychosis	1—2	6—10 12—16	egyénileg állítandó be!
Neurosis	½—1	3—4	egyénileg állítandó be!
Analgesia	1—2	12—16	egyénileg állítandó be!

A napi adagot 2—4 részletben ajánlatos bevenni.

Fokozatos emelkedés nélkül is adhatók a nagyobb adagok, ha erre szükség van, és ha a néhány napos teljes ágynyugalom mellett a megfigyelést biztosítani lehet.

Anaesthesiologiában adagolása — az egyéni érzékenységen kívül — a Tisercinnel együtt alkalmazott egyéb gyógyszerektől is függ. Praemedicatióban a műtét előtt 1—2 drazsé (ill. 1—2 amp.) és az anaesthesia fenntartására 5—25 mg, csepp-infusióban.

A parenteralis alkalmazásra akkor kerül sor, ha a per os adagolás nem valósítható meg. Napi adagja ilyenkor általában 3—4 ampulla, ágynyugalom biztosítása, valamint tensio- és pulsus-ellenőrzés mellett. Az injekció alkalmazási módja: mélyen az izomba. Iv. is alkalmazható, erősen higítva, csepp-infusio formájában (50—100 mg Tisercin 250 ml physiologiás serumban vagy isotoniás glucosum oldatban).

MELLÉKHATÁS: hypotonia, orthostatikus hypotensio, aluszékonyság, tachycardia, szájszárazság.

Extrapyramidalis jelenségek — a chlorpromazintól eltérően — csak nagyobb adagok hosszabb időn való alkalmazása után jelentkeznek.

FIGYELMEZTETÉS! *Idősebbeknek csak a cardiovascularis állapot tisztázása után, tensio-ellenőrzés mellett adható!* Hosszabb alkalmazás alatt a máj-functio és a vérkép rendszeres ellenőrzése szükséges. Tisercin szedésével egyidőben a beteg alkoholt ne fogyasszon. Barbiturátokkal együtt csak kellő óvatossággal adható.

50 drazsé: 27,10 Ft 5 amp.: 11,10 Ft

A társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik, egyéb esetben szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1971. május 11. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet IX., Gyáli u. 2—6. „A" épület, nagy tanterem	du. 2 óra	*Országos Közegészségügyi Intézet*	*Czabalay László:* Zajértékelési eljárások összehasonlítása nagyszámú mérési adat alapján (matematikai analizis).
1971. május 13. csütörtök	Tatabánya Megyei Kórház Előadóterem	du. 2 óra	*Az Orvosok Tudományos Köre*	1. *Szabó Zsolt, Kindler Miklós:* Adatok területünk epekő-gyakoriságához és a ráksyntropiához. 2. *Starkbauer Márta:* Zenei jellegű diastoles zörej. 3. *Kisbán Annamária, Bakó Frevne:* Hyperosmolaris nem acidosisos coma.
1971. május 14. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	de. 8 óra	*Magyar Fogorvosok Egyesülete*	1. *Szentpétery József:* A mandibula mozgásait demonstráló készülék. 2. *Keszthelyi Gusztáv:* A fogágybetegség gyakorisága és súlyossága szegedi textilipari munkásokon. 3. *Geréb György, Papp Piroska, Tóth Károly:* A műtéti beavatkozás néhány pszichológiai kérdése a szájsebészetben.
1971. május 14. péntek	Országos Orvosszakértői Intézet VIII., Mező Imre u. 19/a.	de. 11 óra	*Országos Orvosszakértői Intézet Főigazgatósága*	1. *Bartha Ottó:* Coxarthrosisos betegek munkaképességének néhány problémája. Hozzászólás, vita. 2. *Simon Miklós:* Porphyropathiák és gyógyításuk. Hozzászólás, vita.
1971. május 14. péntek	MN. Központi Kórház tanácsterme XIII., Róbert Károly krt. 44.	du. 2 óra	*A kórház Tudományos Bizottsága*	1. *Kenedi István:* Beszámoló nemzetközi kardiológiai kongresszusról. 2. *Nagy Jenő:* Sugárérzékeny csontmetastasisok kezelése rácsbesugárzással. 3. *Csorba Antal:* Betegnyilvántartó fénylyukkártya-rendszer osztályunkon.
1971. május 17. hétfő	POTE Központi épület IV. sz. tanterem	du. 5 óra	*Pécsi Orvostudományi Egyetem*	1. *Lux Ottó és Török Zoltán:* Szokatlan elhelyezkedésű sinus pilonidalis (bemutatás, 10 perc). 2. *Lajos László, Balogh S. Csaba, Major András, Bücs Gábor, Vereczkey Gábor, Szabó István, Szabó Tibor és Arnold László:* A human adenohypophysis és a foetus functionális kapcsolata (30 perc). 3. *Böröcz János, Hainess Anna és Nagy Ibolya:* Coagulopathiás vérzések az I. sz. Sebészeti Klinika beteganyagában (15 perc).
1971. május 18. kedd	ORFI klubterme II., Frankel Leó u. 25.	du. ½3 óra	*Rheumatologusok Egyesületének Tudományos ülése.*	1. *Gömör Béla:* Polygénikus öröklődés az idült gyulladásos rheumás betegségekben. 2. *Gaizler Gyula, Kómár József:* Functionalis neurographiás vizsgálatok „rheumás" fájdalmak kapcsán. 3. *Genti György:* Bechet-syndroma rheumatológiai vonatkozásai (betegbemutatással).
1971. május 18. kedd	Fül-orr-gégeklinika tanterme VIII., Szigony u. 36.	du. 5 óra	*Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete*	1. *Sáfrán A., Duray A., Potondi A., Révész Gy.:* Ritka fül-orr-gégészeti kórképek. 2. *Antoni F.:* A humán tonsilla biosyntetikus aktivitása.
1971. május 19. szerda	OTKI 3. épület előadóterem XIII., Szabolcs u. 35.	du. 2 óra	*OTKI Röntgenológiai Tanszék*	Kliniko-radiologiai megbeszélés.
1971. május 20. csütörtök	Weil Emil Kórház kultúrterme XIV., Uzsoki u. 29.	du. 1 óra	*A kórház Tudományos Egyesülete*	*Érdekes esetek:* 1. *Baranyai László, Bodoky András, Biró Gábor:* Óriás Meckel-diverticulum. 2. *Marek Péter:* Fistula carotideo-cavernosa. 3. *Somló Ferenc, Németh György, Szabó Imre:* Nyaki nyirokcsomók izotóp felvétele. Dissectiós műtéti kutatások. 4. *Balkányi Iván:* Sikeres „Imuran" therapia autoimmun chronicus hepatitis egy esetében. Fiatal férfi ismeretlen eredetű centralis keringési elégtelensége (consilium).
1971. május 20. csütörtök	Péterfy S. u. 14. IV. em. tanácsterem	du. 2 óra	*Péterfy S. u. Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága*	1. *Gimes Béla:* A röntgenconsilium eredményességének feltételei. 2. *Ternovszky Éva:* Krónikus betegek renalis diabatese. 3. *Kalmár Olga:* Cytostatikumok alkalmazásának kérdéséről.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató
Telefon: 116—660

MNB egyszámlaszám: 69.915.272—46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető 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

71.1899 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

Libexin TABLETTA

Köhögéscsillapító

A **LIBEXIN,** mint peripheriás támadáspontú köhögéscsillapító erősen tompítja a köhögési ingert anélkül, hogy azt teljesen elfojtaná.
A légzőközpont működését nem befolyásolja, a légzéstérfogatot inkább növeli.
Bronchospasmolytikus hatása következtében a légzést megkönnyíti,
a köpet mennyiségét előnyösen befolyásolja.
Köhögéscsillapító hatása kb. 3–4 óráig tart.

ÖSSZETÉTEL:
Tablettánként 100 mg 3-/β, β-Diphenylaethyl/-5-β-piperidino-aethyl/-1,2,4-oxadiazol. hydrochlor. hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:
Bronchiális és pleurális eredetű köhögés csillapítása.

ELLENJAVALLATOK:
Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalatiós narkózis után) ellenjavallt.

ADAGOLÁS:
Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3–4-szer 1 tabletta, makacs esetben 2 tabletta.
Gyermekek szokásos adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb, általában naponta 3–4-szer $^1/_4$–$^1/_2$ tabletta.
Bronchológiai előkészítéshez testsúlykg-onként 0,9–3,8 mg-os adagban atropinnal kombinálva, 1 órával a beavatkozás előtt.
A Libexin alkalmazásának semmiféle kellemetlen mellékhatása nincs, megszokást nem okoz.

MEGJEGYZÉS:
A tablettát szétrágás nélkül, egészben nyeljük le, mivel szétrágása a száj nyálkahártyáján múló zsibbadást, érzéketlenséget válthat ki.
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

20 db à 0,1 g tabletta	11,– Ft
200 db à 0,1 g tabletta	93,– Ft

CHINOIN GYÓGYSZER- ÉS VEGYÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA

BUDAPEST, IV., TÓ UTCA 1–5.

SCUTAMIL-C

DRAZSÉ

150 mg carisoprodol + 100 mg paracetamol (drazsé)
izomrelaxans + analgeticum

Az izomtónus fokozódásával, mozgáskorlátozottsággal és fájdalommal járó mozgásszervi betegségekben a panaszokat enyhíti, a mozgást megkönnyíti.

Járművezetők, veszélyes gép mellett vagy épületen dolgozók nem szedhetik.

Adagolásáról, mellékhatásáról, rendelhetőségéről a „Tájékoztató" c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.

20 drazsé	11,80 Ft
200 drazsé	100,– Ft

EGYT

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

112. ÉVFOLYAM 20. SZÁM 1141—1200 OLDAL

BUDAPEST, 1971. MÁJUS 16.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

CORONTIN

drazsé, forte-drazsé és végbélkúp a szív-koszorúsér organikus és funkcionális eredetű megbetegedéseinek kezelésére

A CORONTIN fokozza a szív-koszorúsér átáramlását, a szívizom oxigénfelvételét és oxigéntartalékát anélkül, hogy növelné a szívmunkát. Ezáltal a megnövekedett szapora szívműködést normalizálja, míg a csökkent szívmunkát (bradycardia) nem befolyásolja.

A CORONTIN enyhe vérnyomáscsökkentő hatásán kívül, enyhén nyugtató tulajdonságával előnyösen befolyásolja az esetleges psychés zavarokat is. A nyugtató hatás fokozására a drazsékkal egyidejűleg adott 1–2 darab Sevenaletta tabletta (15–30 mg phenobarbital) előnyösen alkalmazható. Mivel a központi idegrendszer vérkeringésének átáramlását is növeli, sikerrel alkalmazható arteriosclerotikus eredetű megbetegedésekben.

OSSZETETEL: drazsénként 15 mg, forte-drazsénként 60 mg és végbélkúponként 50 mg Prenylaminum lacticum (N-3'-phenyl-propyl-(2')-1,1-diphenyl-propyl-(3)-amin. lact.) hatóanyagot, ezenkívül a végbélkúp 30 mg phenobarbitural.-t tartalmaz.

JAVALLATOK: csökkenti, az esetek jelentős részében teljesen megszünteti az angina pectoris syndroma által okozott fájdalmakat. A stencardiás rohamok számát és súlyosságát eredményesen befolyásolja. Igen jó eredménnyel alkalmazható az organikus és funkcionális eredetű koszorúsér elégtelenség minden formájában, neurovegetatív eredetű szívtáji fájdalmaknál és a szívizom bármilyen eredetű vérkeringési zavara esetén. Kedvező hatású peripheriás érszűkület okozta bántalmaknál. A forte-drazsé és végbélkúp központi nyugtató hatása jól érvényesül a nyugtalansággal járó cerebrosclerosis esetében.

ELLENJAVALLATOK: a szív nagyobbfokú pitvar-kamrai és kamrán belüli ingervezetési zavar esetén (Wenckebach-periódusok, részleges és teljes pitvar-kamrai block, Tawara-szárblock, arborisatiós block).

Vérnyomáscsökkentőkkel együtt adagolva nem kívánatos hypotoniát okozhat, ezért a készítmények adagjainak megállapítása óvatosan történjék, a vérnyomás rendszeres ellenőrzése mellett.

ADAGOLÁS: az angina pectoris syndroma könnyebb eseteiben a kezdeti adag felnőtteknek általában naponta 3-szor 2 drazsé (à 15 mg), súlyosabb eseteiben (gyakori, tartósabb éjszakai rohamok) naponta 2–3-szor 1 forte-drazsé (à 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 maximális 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 szívre ható 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 drazsé à 15 mg	7,80 Ft	200 db forte-drazsé à 60 mg	73,— Ft
300 db drazsé à 15 mg	44,40 Ft	10 db végbélkúp à 50 mg	
20 db forte-drazsé à 60 mg	13,80 Ft	es 30 mg phenobarbital	15,— Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhetők.

FORGALOMBA HOZZA:

CHINOIN GYÓGYSZER- ÉS VEGYÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA

BUDAPEST, IV., TÓ UTCA 1–5.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SÓS JÓZSEF DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

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

*

112. ÉVFOLYAM

*

20. SZÁM

*

1971. MÁJUS 16.

TARTALOMJEGYZÉK

Rajka Tibor dr.:
Az orvos személyisége és a kóros folyamat kibontakozása a „Schreber-eset"-ben 1143

GENETIKA

Fleischmann Tamás dr.:
A chromosoma-vizsgálat diagnosztikus alkalmazása Klinefelter-syndromában 1149

Szörényi Ágnes, Szemere György, Hunyadi János és Simon Miklós:
18-as chromosoma rövid karjának deletiója és 18-as trisomia egy szokatlan megjelenésű porphyriában szenvedő testvérpár esetében 1151

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Pálossy Béla dr.:
Az EKG vizsgálat jelentősége egyes endocrin betegség megítélésében 1155

KAZUISZTIKA

Kövér Géza dr., Strenger János dr., Bodó László dr. és Kádas István dr.:
Adatok a szabad hasűrbe történő spontán vérzések klinikumához, különös tekintettel az art. és véna lienalisból eredő vérzésekre 1163

HORUS
Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Halál a bölcsőben 1167

Egészségügy az Egyesült Arab Köztársaságban 1169

C. B. Brühl és az osztrák abszolutizmus 1172

A TMB hírei 1173

Elhalálozások 1174

Folyóiratreferátumok 1175

Levelek a szerkesztőhöz 1189

Könyvismertetés 1190

Hírek 1192

Előadások, ülések 1200

BISECURIN *TABLETTA*

Összetétel: 1 tabletta 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 colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

Alkalmazás és adagolás: A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Ezalatt szabályos reactiokészség 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 tabletta 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 tabletta bevétele egy napon elmarad, ezt a lehető leghamarabb pótolni kell és a következő tablettát szokott időpontban be kell venni. 2 tabletta 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, bélpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

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

Megjegyzés: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

Forgalomba kerül: 21 tabletta, 24 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Az orvos személyisége és a kóros folyamat kibontakozása a „Schreber-eset"-ben

Rajka Tibor dr.

A fenti cím azonos egy 1968-ban tartott előadás címével.[1] A szóban forgó orvos: elmeorvos, a beteg: elmebeteg. A mondanivaló megközelítésének módszere: dokumentális. Az érvényesség szűkebb terjedelme: szakmailag a psychiatria, történelmileg a századforduló. Következésképp: a vizsgálódás és a tárgyát képező orvos—beteg viszony nem léphet fel azzal az igénnyel, hogy *általában* jellemezze az orvos—beteg kapcsolatot. Másfelől azonban — bizonyos típusjegyek jelenléténél fogva — feltehető, hogy az itt következők helyenként az egyszeriség, a kuriózum, valamint a psychiatria határát túllépve, mai illetékességgel érintik a medicina tágabb területét is.

A jelen vizsgálódás — ezt is előre kell bocsátanom — nem annyira a betegben zajló lelki folyamatokat, mint inkább a betegre ható külvilág — ebben az esetben egy meghatározott személy — sajátosságait figyeli. Azt mondhatnám: szemügyre veszem tulajdonságait annak az „ernyőnek", melyre a beteg kóros lelki tartalmait rávetíti: megvizsgálom továbbá, hogy vajon az „ernyő" — a projekciók által célba vett személy — megválasztása tisztán esetleges, és szerepe a kóros folyamat kibontakozásában mindvégig közömbös-e. Más szóval: megkísérlem — dokumentumok segítségével — rekonstruálni a téveseszmék, projekciók tárgyának, a beteg kezelő orvosának a személyiségét, valamint felidézni magatartásának azokat a vonásait, amelyek feltehetően benyomást — és nyilván befolyást is — gyakoroltak a betegre.

Az említett kezelő orvos: Paul *Flechsig*. Munkássága orvosi körökben ma is eléggé ismert. A beteg: Paul *Schreber*. Az ő neve egy 1903-ban megjelent műve révén került be a psychiátriai szakirodalomba. A könyv címe: *Egy idegbeteg emlékiratai* (ezután: *Emlékiratok*)[2]. A vaskos kötet lényegében elmekórrajz, melyet — betegsége teljes virágzása közben — maga a beteg írt meg. A sajátos mű mindmáig a psychiatriai és az orvoslélektani kutatás gazdag, szinte kimeríthetetlen adattára.[3]

A következőkben két fő forrásra támaszkodva, két szemszögből mutatom be a kezelő orvost, Paul *Flechsig*et, korának jelentős agykutatóját. Az egyik: az az ábrázolás, ahogyan a professzor Schreber könyvében megjelenik. A másik: az a tolmácsolás, ahogyan Flechsig *Önéletrajz*ában önmagáról vall. Objektív kép nyerésére természetesen nem alkalmas ez a módszer: szubjektivitása miatt végletesen torzít mindkét forrás. De ott, ahol a két ábrázolásban egy-egy vonás fedi egymást, feltétlenül hitelt érdemlő részletek is felvillannak majd.

I.

Daniel Paul *Schreber* 1842-ben született Szászországban. Atyja neves orvos volt, bizonyos *apostolkodó vonásokkal* (a német testkultúra mozgalom vezetője volt; természettudományi ismereteit, az élet csodáit — az Isten felé fordulással vegyítve — fennen hirdette írásaiban, szónoklataiban). Egészében olyan volt ez az apa, hogy — Sigm. *Freud* szavait idézve — „bizonyára nem volt alkalmatlan arra, hogy fia gyöngéd emlékeiben ... istenné dicsőüljön".

Fia, az *Emlékiratok* szerzője mint jogász futott be jelentős pályát. Amikor 1893-ban, ötvenegy éves korában másodízben vonult be a Flechsig-klinikára, a drezdai főtörvényszék elnöke volt. Betegségét a szakértők — az *Emlékiratok*ban közzétett dokumentumok szerint — paranoiának tartották (ma inkább schizophreniának vélik az elmeorvosok).

A kórlefolyásból ki kell emelnem, hogy Schreber, betegsége kibontakozása idején, jellegzetes világvége élményen esett át, melyet a lipcsei Flechsig-klinikán szenvedett végig. Ebben az intézetben két ízben kezelték; az első ottani tartózkodásáról (1884—85) így számol be:

„Az első betegségem lezajlott anélkül, hogy bármiképpen érintette volna az érzékfölötti területeket. Flechsig professzor kezelési módjáról ez időben csak jó tapasztalatokat szerezhettem. Egyes melléfogások persze előfordulhattak. Már akkori betegségem idején az volt a véleményem — és most is az —, hogy a *szükséghazugságoknak*, melyeket az idegorvos egyes elmebetegekkel szemben talán nem nélkülözhet teljesen, de mindenesetre csak nagy óvatossággal alkalmazhat; velem szemben aligha volt valaha is helyük ..."

Második alkalommal 1893—94-ben kezelték Schrebert a Flechsig-klinikán, ahonnan aztán hirtelen, a „szükséghazugságok" módszerére emlékeztető eljárással szállították át egy másik elmegyógyintézetbe. Schreber így emlékezik vissza klinikai tartózkodásának első napjaira:

„Az intézeti felvételem utáni negyedik vagy ötödik éjjelen két ápoló az éjszaka kellős közepén kirángatott az ágyamból és egy, a demensek (dühöngők) számára berendezett hálófülkébe vittek ... Itt átadtak sorsomnak; az éjszaka hátralevő szakaszát jórészt álmatlanul töltöttem a fülkében, melyet csak egy vasággyal és ágyneművel láttak el; teljesen elveszettnek éreztem magam és megkíséreltem — természetesen eredménytelenül ... —, hogy a lepedő segítségével felakasszam magam ..."

Állapota ezután egyre romlik, jelentkeznek a hallucinációk, kibontakoznak a téveseszmék.

„... Ez időtől kezdve léptek előtérbe az érzékfölötti erőkkel való érintkezések, nevezetesen annak az idegkapcsolatnak az első jelei, amelyet Flechsig professzor oly módon tartott fenn velem, hogy — személyes jelenléte nélkül — szólt az idegeimhez."

Átveszik az uralmat az „érzék fölötti" jelenségek és ettől kezdve Schreber betegségén és könyvén három főszereplő vonul végig: Isten, Flechsig professzor és maga Schreber. A három főszereplő lényeges vonása, hogy egyik a másikba bármikor átmehet, felcserélődhet. Nem lényegtelen talán, hogy Flechsiget — akár Schreber apját — egyéni vonásai ugyancsak alkalmassá tették a megistenülésre. Egy helyen ki is mondja Schreber: „... a professzor azt mondta feleségének, hogy ő Flechsig-isten..."

Sigm. Freud utal arra, hogy az abszurdum a „paranoiá"-ban épp úgy, mint az álomban, gúnyt fejez ki. Az *Emlékiratok*ban egész sorát találhatjuk az olyan — főleg Flechsiggel és Istennel foglalkozó — részletnek, amely éppen úgy lehet abszurd formában kifejezett szemrehányás, mint igen keserű gúny. Schreber többször ír pl. arról, hogy Isten fél az emberektől, csak haláluk után — mint hullákkal — érintkezik velük. Vajon nem Flechsignek szóló szemrehányás vagy gúny ez amiatt, hogy a professzor magára hagyja őt, a figyelmét igazából nem élő ember, hanem hullák, a szövettani preparátumok kötik le?

„... Fenn forog azonban egy alapvető félreértés — írja Schreber —, mely azóta vörös fonalként húzódik végig életemen, és amely éppen azon nyugszik, hogy *Isten a világrendnek megfelelően az élő embert tulajdonképpen nem ismerte* és nem is igényelte, hogy ismerje, hanem a világrend szabálya szerint csak hullákkal érintkezett."

Az elidegenedésnek, a személyek közti kapcsolatok bomlásának ezt a megdöbbentő ábrázolását — amellett, hogy a kóros lélektani történések mentén a kornak általános társadalmi jelenségét tükrözi — nyilván közvetlen egyéni tapasztalatok is motiválták. Tudni kell, hogy Schreber „első betegsége" idején Flechsiget még igen érdekelte a klinikum, tehát az egyes betegek is érdekelték. Amikor Schreber kilenc év múlva újra a klinikára került, egy másik Flechsiget talált ott. Ezt a Flechsiget már a psychiatria klinikuma legfeljebb csak annyiban érdekelte, amennyiben adatokat szolgáltatott az agy működésére és az agyi működések lokalizációjára vonatkozó kutatásaihoz. Ennek megfelelően nyilván a betegek közül is inkább azokat méltatta figyelemre, akiknek betegsége — már az akkori ismeretek szerint is — kórbonctanilag kimutatható elváltozásokon alapult.

Schrebert a klinikán a magányosság, az eltaszítottság érzése gyötörte. Vágyódását és haragját a magát megtagadó Flechsig iránt visszavetíti a múltba is:

„... valamikor egyszer, talán korábbi generációk idején, a Flechsig- és Schreber-család közt történhetett valami, amit lélekgyilkosságnak lehet nevezni, mint ahogyan... bizonyos oldalról... ellenem is lélekgyilkosságot kíséreltek meg..."

A cserben hagyattatásáról — a maga módján — elég pontos képet nyújt Schreber: „Flechsig professzornak... egész lelke vagy annak egy része felszállott a mennybe... és sugárvezetőt csinált magából. Ily módon összeesküvést szerveztek ellenem (kb. 1894 márciusában vagy áprilisában), mely arra irányult, hogy idegbetegségem gyógyíthatatlanságának felismerése vagy feltételezése után engem aképpen szolgáltassanak ki egy embernek, hogy ... testemet... női testté változtatva odadobják az illetőnek nemi visszaélésre, és aztán egyszerűen heverni hagyják, vagyis átadják az enyészetnek."

A mindennapi psychotherapiás gyakorlatban is tapasztalhatjuk, hogy a frusztráló magatartás nem egyszer súlyos, nem kívánatos mélységű regressziókhoz vezethet. Az *Emlékiratok* adatai dátumszerű pontossággal egyeznek Flechsig *Önéletrajzá*nak adataival: Schreber külvilági kapcsolatainak elvesztése, s a kapcsolatok felbomlása nyomán bekövetkező depersonalisatio egybeesik azzal az idővel, amelyet Flechsig is (a rektorrá választását közvetlenül megelőző idő) a túlterheltsége szempontjából kiemel.

Schreber így beszél ezekről az időkről (ez egyben a kozmikus katasztrófa formájában megélt depersonalisatio leírásának bevezetéséül szolgál):

„Az orvosi kezelés Flechsig professzoron kívül két asszisztensének... kezébe volt letéve. Annak az időnek, amelyről most beszélek, volt egy szakasza, amikor orvosok egyáltalán nem voltak láthatók, csupán ápolók... voltak körülöttem. Ez időben maga az intézet a teljes elárvultság benyomását tette... Hosszú idő múlva aztán újra megjelent Flechsig professzor... jelentősen megváltozott alakban..."

Ezután következik a kozmikus katasztrófa leírása: „... már igen korán előtérbe lépett az Isten, és az én személyem közti kapcsolat megoldhatatlanságából folyó *világpusztulás* képzete. Mindenfelől érkeztek a rémhírek, hogy ezt vagy azt a csillagot vagy csillagképet immár fel kellett adni; majd azt beszélték, hogy most már az egész naprendszert szögre kell akasztani... a Flechsig-intézetben tartózkodásom utolsó idején... az egyetlen megmaradt valódi embernek magamat véltem, azt a néhány emberi alakot... magát Flechsig professzort, néhány ápolót... — csak csoda útján »futtában teremtett ember«-nek tartottam.[5] Fontolgattam annak a lehetőségét, hogy az egész Flechsig-féle intézetet, esetleg vele együtt Lipcse városát is a Földből kiemelték és egy másik égitestre helyezték át..."

Schreber az univerzum pusztulása — az emberi kapcsolatok megsemmisülése — után új létezésrendszert kreál. Az elpusztult kapcsolatok és viszonyok beláthatatlan tömegének helyén — parányi játéktéren — kiépítette a rövidrezárt Schreber —Flechsig—Isten rendszert.[6] Szoros, megbonthatatlan viszony volt ez. A számos gyötrő kérdés közt az is felmerült: „... mi lesz Istennel az én elhalálozásom után?" S amikor el kellett válnia Flechsigtől és klinikájától; fájdalommal, szemrehányással eltelve mondott búcsút.

„... amikor egy napon (1894 júniusának közepe táján) kora reggel megjelent a cellámban három ápoló kézitáskámmal, melybe a kevéske holmim volt bepakolva, és közölte velem, hogy készüljek fel az intézet elhagyására, az volt az első érzésem: kiszabadulok egy olyan intézetből, melyben a veszélyek kiszámíthatatlan tömege fenyegetett engem... Az utazás célja nem érdekelt; az volt az egyetlen érzésem: számomra sehol a világon nem

lehet rosszabb, mint a Flechsig-féle intézetben és ezért bármiféle változás csak jót hozhat. A három ápoló kíséretében a drezdai pályaudvar felé vitt engem a kocsi anélkül, hogy Flechsig professzort mégegyszer láttam volna."

Valószínűnek kell tartanunk, hogy Flechsig valóban elkövette az orvosi hibát; hirtelen, úgy távolította el betegét, hogy elkerülte a búcsútalálkozást. Az áthelyezés azonban semmit sem oldott fel a Flechsig személyéhez tapadó indulatok és projekciók tömegéből, tovább hurcolta magával azokat:

„A lelkek, amelyekkel a Flechsig-intézetben ideg-összeköttetésben álltam, természetesen... követtek engem az új tartózkodási helyemre..." És évek múlva — 1900-ban, immár a harmadik elmegyógyintézetben — sem sokat változott a helyzet. „A Flechsig-lélek még most is itt van (valahová odakötve) holmi szegényes maradvány formájában...", olvashatjuk az *Emlékiratok*ban.

II.

Flechsig öt évvel volt fiatalabb, mint Schreber, 1847-ben született, ugyancsak Szászországban. Nyolcvanéves korában, 1927-ben, tudományos munkásságát — mint életművét — összefoglalta és önéletrajzával együtt közzétette.

Az *Önéletrajz* szerint Flechsig első, kitörölhetetlen emléke — mintegy kétéves korából — forradalomhoz, porosz katonákhoz, szorongáshoz tapad. „Az első profán emlékem az 1848/49-es forradalmi időkhöz kapcsolódik, amikor egy porosz dragonyos svadron a házunk előtt táborozott és az egyik dragonyos puskáját tréfából rámszegezte. Habár azóta 78 esztendő telt el, ez a benyomás alig halványodott."[7]

Tizenhét év múlva ugyanazok a poroszok, ugyanazzal a szász királyi családdal, melynek segítséget adtak a forradalom leveréséhez, háborúba keverednek. De ebből Flechsignek csak haszna támad.

„János szász király a porosz—osztrák háború kezdetén, a porosz hadsereg bevonulásakor, elhagyta országát. A békekötés után visszatért Drezdába, és — mint oly sok testület — a lipcsei diákság is küldöttséget választott az üdvözlésére; ennek a küldöttségnek én is tagja voltam (8). A király nagyon barátságosan fogadott minket és mindegyikünk neve és származása felől kérdezősködött... én voltam az első, aki a király előtt ismert szász családhoz tartozott. Ezért így válaszolt: Oh, ismerem az Ön derék családját ... egy jó mikroszkópot kerítettek nekem, mely kiinduló pontja lett buzgó szövettani tanulmányaimnak."

Flechsig életpályáján többször felbukkannak — a 19 éves kori szerencsés induláshoz hasonlóan — sorszerű jelzések. Fő életműve, az agyi struktúrák megismerése sem indult bizonyos végzetszerű jelzések nélkül.

1872 első felében — alighogy elkezdte a rendszeres kutatói munkát — máris sajátos, de örvendetes figyelmeztetést kap:

„Mivel a kórbonctani intézetbe sok újszülött hullája érkezett, elhatároztam, hogy ebben a könnyen kezelhető anyagban tájékozódom az agyvelő felépítéséről, és 1872. május 5-én hozzá is fogtam ehhez egy öthetes fiúgyermekkel, aki a nem közönséges Luther Márton nevet viselte, és aki a meglepő kép útján, melyet agyveleje nyújtott nekem, bizonyos értelemben ugyancsak reformátorrá lett."

Ez volt Flechsig myelogenetikus kutatásainak az indulása. Az eredményekről nemsokára már be is számol, ugyancsak kedvező előjelek között:

„1872 augusztusában... megragadtam a kínálkozó alkalmat, hogy leletemet a legmérvadóbb kutatók illusztris gyülekezete előtt ismertessem. A mindössze negyedéves vizsgálódásaim eredményét királyi nézőtér előtt adtam elő — hiszen mégiscsak HELMHOLTZ, LUDWIG és mások ültek közvetlenül a lábamnál — és mindig is szerencsés előjelnek tartottam, hogy az említett vezető férfiak az elismerés néhány szavát szentelték nekem."

1877-ben Flechsiget rendkívüli tanárrá nevezik ki és a megépítendő elmeklinika tanszékére jelölik. A klinika megnyitása utáni első időt Flechsig az idegrendszer kórtanának és betegségei gyógyításának tanulmányozására fordítja. *„A myelogenesis egyelőre háttérbe szorult"*, írja Flechsig az időről, amelyre Schrebernek az első (1884—85) klinikai tartózkodása esik, s amely — amint láttuk — jó gyógyulási eredménnyel zárult.

Flechsig életének, élete munkásságának azonban más volt a célja. „1878-ban egy napon kijelentette nekem Nothnagel — írja Flechsig —, hogy szögre akasztja az agykutatást. Én azonban, mint szenvedélyes kutató, nem engedtem, hogy az agy körül végzett munkámban bármi visszatartson; előttem lebegett — ha még nem is teljesen tisztán — a magasabb cél: *tisztázni az agy és a lélek viszonyát.*" (Ez kulcsprogram.)

1894-ben Flechsig a rektori székfoglaló beszédében már nagy jelentőségű eredményekről számolhat be; megnyílt az útja a rendszerezésnek, a törvényszerűségek megállapításának. És micsoda sajátságos körülmények közt hozhatta ezeket a világ tudomására!

„A véletlen hozzájárult, hogy alkalom adódott meglepő leleteimet nagy nyilvánosság elé vinni, ugyanis kollégáim bizalmából az *1894—95-ös* tanévre egyetemi rektornak jelöltek. Hivatalom egyáltalán nem volt szinekura: a lipcsei rektor — régi hagyományoknak megfelelően — tevékeny részt vett a város életében, emellett az előkészületek már meg is kezdődtek az Alma Mater Lipsiensis 500 éves fennállásának megünneplésére, mindenféle építkezések formájában... Az Augusteum átépítése magával hozta, hogy székfoglaló beszédemet nem tarthattam a szokásos helyen, az aulában; az illetékes hatóságok az ünnepség színhelyéül a templomot jelölték ki, illetve elő is készítették azt és a szónoki emelvényt közvetlenül az oltáron építették fel, a Hohenstaufen II. Frigyes császár Lipcsében meggyilkolt unokájának csontjai fölé. Kétségtelenül sajátos szószék volt, különösen, ha valaki előadásomat inkább szenvedélyesen, mint logikusan vizsgálta. Az Agy és lélekről szóló fejtegetéseim ugyanis azonnal nagy feltűnést keltettek..."

Flechsig önéletrajzának utolsó két oldalát csaknem kizárólag az őt ért megtiszteltetéseknek — köztük nem utolsósorban királyi fogadásoknak — szen-

teli. Ezeket olvasva kidomborodnak bizonyos karaktervonásai, melyek közelebb visznek annak megértéséhez, hogy ez a nagy agykutató miért nem volt egyszersmind jelentős psychiater is. Csupán egy-két részletet idézek az utolsó oldalakról:

„A müncheni nemzetközi psychológus-kongresszus 1895-ben alkalmat nyújtott nekem, hogy a kéreg-beosztásomat minden kultúrnemzet kiváló kutatói előtt demonstráljam... A tetszés nagy és megtisztelő volt. A kevés ellentétes hangot csakhamar elhallgattatták. Szívesen emlékszem még vissza arra az érdeklődésre, amelyet Terézia bajor hercegnő az általam előadottak iránt tanúsított..."

És szó szerint idézi az indokolást, amellyel az oxfordi egyetem díszdoktorrá választotta:

„Inter eos qui docent quomodo corporis mechinato animi gubernationi pareat, exstat PAULUS FLECHSIG dux et signifer —, amit én itt csak azért említek — írja Flechsig —, hogy megmutassam azt az ellentétet, amelyet a küföldi és a hazai tudósok a kutatásaimmal szemben elfoglaltak."

Közlök itt még egy, nem Flechsig *Önéletrajzá*ból vett adatot. Emil *Kraepelin*, pályája kezdetén, néhány hónapig a Flechsig-klinikán dolgozott. Kurt *Kolle*, Kraepelin életrajzában[9] így ír erről:

„1882-ben Kraepelin átment a Flechsig vezetése alatt álló, éppen az időben megnyílt lipcsei klinikára, attól a vágytól vezérelve, hogy Wilhelm *Wundt* közelében dolgozzék. Flechsig melletti tevékenykedése már néhány hónap után véget ért, oly okokból, amelyek Flechsig nehéz természetével függtek összse. Flechsig nyilván megsértődött azért, hogy Kraepelin mindjárt munkához fogott Wundt laboratóriumában."

Nem látszik tehát megalapozatlannak oly feltevés, hogy Flechsig nagymértékben hiú és szertelenül dicsvágyó volt. Természetesen ez nem egymagában álló példa tudósok, a legnagyobb tudósok között sem. De gyógyító törekvések esetén — kivált a psychiátriában — a mohó sikervágy, a túlméretezett hiúság a beteggel való adaequat foglalkozást mintegy lehetetlenné teszi. Az orvos — főként az elmeorvos — a múltban kevés sikerre számíthatott a gyógyító tevékenységben. A psychiaternek olykor ma is hosszú időre le kell mondania a beteg megértéséről, sokszor a tehetetlenségét is be kell ismernie. A gyógyító munkához nem egyszer annyi önfeladás kell, amennyit a különösen hiú vagy dicsőségvággyal túlzottan eltelt ember nem képes elszenvedni.

Flechsigről beszélve másra is kell gondolnunk. Ha a századforduló táján az egyszerű orvos képtelen volt valamely psychosis felett úrrá lenni, ez nyilván majdnem oly kevés sérelmet jelentett számára, mintha nem sikerült volna egy csillagot eltérítenie a pályájáról. Flechsig azonban 1894-ben már nem is egyetlen csillagot, hanem egész univerzumot: a dualista világszemléletet akarta helyéből kimozdítani. Flechsig az időben, amikor Schreber másodszor tartózkodott klinikáján, a jelek szerint már elfordult a konkrét betegektől, sőt a psychiatriának egész nem organikusan feltételezett részétől és csak a heroikusan nagy feladatnak, az *agy és lélek viszonya felderítésének élt.*

Ha Schreber *Emlékirataiból* csupán annyit fogadunk el hiteles külső valóságként, amennyit a kiszolgáltatottságáról, az ápolók közönyéről és a klinikától való búcsújáról mond, akkor is megállapíthatjuk, hogy a Flechsig-klinika betegellátási módszerei a „tudomány akkori állása szerint" is kifogásolhatók.

Schreber így szól ezekről: „Volt idő, amikor más nem segített, csak ha hangosan beszéltem vagy valami lármát csaptam, hogy a hangoknak az éppoly együgyű mint szemérmetlen fecsegését túlharsogjam... *Ezt az orvosok, akik a valódi összefüggést nem ismerték*, dühöngő rohamként fogták fel és... ennek megfelelően intézkedtek". Az intézkedés — amint Schreber elmondja — abból állott, hogy hideg, sötét cellába csukatták.

Schreber sokszor hűvösen elmondott és mégis megrendítő szavai arra figyelmeztetnek, hogy az elmebetegek *Pinel után egy évszázaddal csak az effektív bilincsektől szabadultak meg*, de száműzetésük a börtöni elzártságba nem ért véget; az emberi világhoz közelítésük, a megértésük, a voltaképpeni gyógyításuk érdekében — az adott lehetőségekhez képest is — igen kevés történt.

Az elmebetegek — hangoztatták Pinel és tanítványai — igen finom érzékkel azonnal észreveszik a figyelmetlenségnek, a lenézésnek vagy közönynek legcsekélyebb jelét is; az efféle magatartás útját állja bármiféle therapiás kísérlet sikerének. A psychotherapiának, melyet Pinel a beteggel való személyes érintkezésben és a betegellátás megszervezésében egyaránt igyekezett érvényesíteni, a Schreber megjárta intézetekben az *Emlékiratok* szerint nyomát sem találjuk és — életművéről beszélve — maga Flechsig sem ejt szót ilyesmiről.

Végiglapozva az *Önéletrajzot* (és a tudományos munkásságáról adott összefoglalást is) nyilvánvalónak kell tartanunk, hogy Paul Flechsiget a psychiátria csupán annyiban érdekelte, amennyiben összefüggésbe hozható volt strukturális, kórbonctanilag vagy szövettanilag kimutatható elváltozásokkal s így a pathológia oldaláról is adatokat szolgáltathatott alapvető problémájának, a *test-lélek rejtélynek* megoldásához. Ami a psychiátriából organikus oldalról megközelíthetetlennek látszott, az bizony nem kötötte le sem kutatói, sem gyógyító-orvosi figyelmét.

Az *Önéletrajz* több helyen tanúskodik arról, hogy Flechsig elégedetlen, keserű és csalódott volt. Feltételezhető, hogy mindezt nemcsak az elismerések bőségének elégtelensége tartotta fenn, hanem *elégedetlen volt azzal az eredménnyel is, amelyet a pályája kezdetén kitűzött cél megközelítésében elért.* Sőt igen valószínű, hogy az *Önéletrajz*ban a kitüntetések, elismerések felemlegetése az el nem ért tudományos vagy méginkább *életcél* miatti keserűség enyhítésére szolgál. A csecsemő Luther Márton jóslata csak részben teljesedett be. Flechsig talán reformátora lett az agykutatásnak, de az „apostoli feladatát" (mert erről van szó), az agy—lélek probléma megoldását nem teljesítette.

Úgy gondolom azonban, hogy történelmietlenek — és egyben méltánytalanok — lennénk Flechsiggel szemben, ha csak mai szemmel, korából kiszakítva vizsgálnánk őt és tevékenységét. Nem tekint-

hetjük véletlennek, hogy 1894-ben egy lipcsei templomban atheista prédikátor hirdeti a meggyőződése szerinti igét. Válságos idők apostolokat teremnek. És különösen megtalálhatjuk mind a válságot (ideértve a világnézeti válságot is), mind az apostolokat a Bismarck utáni Németországban.

A fel nem ismert válság és a be nem ismert csalódás persze nemcsak Flechsiget illette. Osztozott ebben vele az evolucionisták utolsó nagy nemzedéke. És több is volt ez, mint Flechsig, Haeckel, Ostwald és a többi evolucionista apostol csalódása kutatásaik és igehirdetéseik eredményében. Egy korszak süllyedésének, kimúlásának ideje volt ez. Flechsig, mielőtt befejezné *Önéletrajzát*, így ír:

„1922-ben léptem utoljára nyilvánosság elé... az érdeklődés mérsékelt volt. Persze, 1872-höz képest a helyzet is lényegesen megváltozott; amaz a legmagasabb szellemi emelkedettség kora, melyet a politika és tudomány terén elért hatalmas eredmények fennkölt érzése kísért a nemzet általános fellendülése közepette — 1922: az általános depresszió és a pillanatnyi praktikus szükségletekre való korlátozódás ideje. Az volt a benyomásom, hogy a kor kevésbé fogékony az elméleti agykutatás iránt, mint volt 1872-ben, amikor egy Helmholtz és egy Carl Ludwig ült a lábam előtt."

Nem lett volna azonban Flechsig valódi evolucionista, ha nem zárja életrajzát igazán emelkedett optimizmussal:

„De nem kételkedem abban, hogy, ha a fogékonyság újra megerősödik, a test és lélek ősi problémája számos új szerelmesre talál, mivel a kultúremberiség az »ismerd meg tenmagad« nélkül képtelen lenne a szellemi fejlődésének csúcsát elérni."

Nem tudjuk, mi táplálta Flechsig optimizmusát 1927-ben, 80 éves korában. Annyi bizonyos, soha nem vette észre, hogy már 1872-ben, a „szellemi emelkedettség" szakaszában ott voltak a hanyatlás csírái és valószínűleg arról sem tudott, hogy 1894-ben, amikor a Hohenstaufen ivadék csontjai felett bizalommal elteltve hirdette az igét: nemcsak egy „paranoiás" beteg, az intézetéből az idő tájt eltávolított tanácselnök élte át a világ pusztulását, hanem a katasztrófa-hangulat — különösen a német „kultur pesszimizmus" formájában — bizonyos rétegek, körök, irányzatok alaphangulatává kezdett lenni. Ennek a másik tábornak hívei — akik, ha úgy vesszük, az evolucionisták ellenlábasai voltak — a XIX. századbeli nagy képviselők (Kirkegaard, Nietzsche) után a századfordulón megtalálták a jelentős és kevésbé jelentős utódokat. Talán nem lesz érdektelen a jelentős utódok egyikének, a filozófus psychiaternek, Karl *Jaspers*nek a nézeteit szembeállítani Flechsig hitvallásával. *Flechsig* így ír:

„A kutatásaim során mindinkább megszilárdult bennem a meggyőződés: lehetségessé kell válnia annak, hogy az általam tört úton a *szellemi folyamatok localisatiója* kellő alapokat nyerjen és ezzel a csaknem mythikus psychophysica helyébe egy valódi psychophysiológia lépjen."

Jaspers viszont ezt írja: „A neurológiai... betegségek localisatiója egyike az orvostudomány legegzaktabb területeinek. De mihelyt a psychicushoz érkezünk, vége a tiszta képnek. Minden neurológiai és physiológiai tankönyvben észrevehető ezen a ponton a fejest ugrás vagy a hirtelen elhallgatás... A psychiatria, ha a psychicus functiók localisatiójának alapképzetén nyugszik, hajótörést szenved azon a tényen, hogy ez ideig — s talán mindörökre — a psychológiai analysissel talált elemek és az agykutatás útján nyert localisatiók egymással semmiféle összefüggésbe nem hozhatók."

És azt is mondja Jaspers: „Minden theoriának megvan az az igénye, hogy világnézeti enthusiasmussal képviseltesse magát".[10]

Amint láttuk, ez az enthusiasmus nem hiányzott Flechsigből sem. Mint hű és jellegzetes alattvaló egyeztette világnézetét és a társadalmi rendet. De mint „szenvedélyből kutató" nem alkudott; sohasem veszítette szem elől a magasabb célt: az agy és a lélek viszonyának tisztázását. Jogosnak látom annak a feltételezését, hogy a Schreber által elszenvedett és leírt tömeges frustratiók összefügghettek a professzornak küldetés-érzésből fakadt magatartásával is: az agykutató figyelme az „élő emberekről", a betegekről valóban elterelődött a „magasabb cél" irányába.

Az elutasító magatartásnak azonban igazából akkor tulajdoníthatunk pathogén hatást, ha engedékenyebb vagy éppen csábító magatartás előzően már reményt, érzelmet, vágyat ébresztett. Az *Emlékirat*ok szerint az 1894-ben elutasító magatartást tanúsító Flechsig 9 év előtt merőben más kapcsolatot alakított ki betegével, mely nem nélkülözte az intimitásnak bizonyos jeleit sem.

M. *Grotjan* és Ph. *Wells* éppen a schizophrenia vonatkozásában emlékezik meg a magához édesgető, majd elutasító magatartás veszedelméről, amellyel a psychotherapeuta a folyamat kibontakozását elősegítheti. Egyik paciensünk — írják a szerzők — az előző kezelőorvosát „hit and run" therapeutának nevezte, amivel a beteg azt akarta mondani: „Ő (az orvos) megigézett engem — engedte, hogy kibontakozzék bennem az az érzés: igényt tart rám és mi kölcsönösen segítjük egymást — de ha nekem valóban szükségem van rá, nem találom őt — többé nincs ott."[11]

Schreber így panaszkodik:

„... miért nem mondtam mindezt el már korábban az orvosoknak? A szóbeli fejtegetések puszta megkísérlésekor is aligha számíthattam volna arra, hogy akár csak türelmesen meg is hallgassák a hosszadalmasabb mondanivalómat; azt a fáradságot pedig, hogy a vélt értelmetlenségeknek utána gondoljanak, még kevésbé vették volna."

Végezetül — mintegy összefoglalásként — egy idézet (G. Ammon, 1968): „Sok gyógyintézetünk ma még börtön benyomását teszi. Az európai psychiatriai intézetek további problémája számos orvos és ápolószemélyzet beállítódása. A feladatokat azonban sohse oldhatjuk meg oly módon, hogy a középkori intézetek helyett modern épületeket emelünk. Sokkal inkább az kell, hogy az azokban vegetáló betegek dolgának utána nézzünk, beszéljünk velük és kíséreljük meg a psychés kezelésüket is..."[12]

Ez az igénytelenség a psychiatriával szemben ma kissé ijesztően hat. Ugyanis Pinel felléptének immár *kétszázadik* évéhez közeledünk. De még

ijesztőbb, ha az igénytelen igényt gondolatban a medicina szélesebb területére próbáljuk kiterjeszteni, feltételezve, hogy *az orvos személyiségében rejlő és magatartásában megnyilvánuló hibák veszélyessége nem ér véget a psychiatria zártnak vélt határainál.*

Jegyzetek

[1] Elhangzott az Ideg-Elmeorvos Társaság Pszichoterápiás Munkacsoportjában, 1968. december 5-én.

[2] *P. Schreber*, Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken (Oswald Mutze, Leipzig).

[3] Elsőként *Pelman* foglalkozott az *Emlékiratok*kal (Allg. Z. f. Psychiatr., 1903), majd *Pfeiffer* (Dtsch. Z. f. Nervenheilk., 1909). Sigm. *Freud* 1911-ben tette közzé tanulmányát, Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides) címen (Sigm. Freud, Gesammelte Werkw., 8. kötet, Imago Publishing Co. Ltd., London, 1955). Azóta is számos közlemény foglalakozott az ún. Schreber-esettel, symposium tárgya is volt (Symposium on „Reinterpretations of the Schreber case: Freud's theory of paranoia", Intern. J. Psychoanal., 44., 9—223, 1963).

[4] Paul *Flechsig*, Meine myelogenetische Hirnlehre, mit biographischer Einleitung, Verl.-von Julius Springer, Berlin, 1927.

[5] „Futtában teremtett emberek", Schreber gyakran használt modoros kifejezése. Jelentését egy helyen így magyarázza: „vagyis mint isteni csodával átmenetileg emberi alakba ültetett lelkek".

[6] *Rajka* T., Istenrendszer egy kóros személyiségben, Világosság, 1969, 3.

[7] Arról a drezdai forradalomról van szó, amelynek leverésére a szász királyi család a poroszoktól kért segítséget.

[8] A békét 1866-ban kötötték meg, tehát Flechsig ekkor mindössze 19 éves volt.

[9] Kurt *Kolle*, Grosse Nervenärzte, Georg Thieme Verl., Stuttgart, 1956.

[10] Karl *Jaspers*, Allgemeine Psychopathologie, 1957, 7. kiadás (az 1. kiadás 1913-ban jelent meg).

[11] M. *Grotjan*, Ph. *Wels*, Aspekte in der psychiatrischen Therapie, die die schizophrene Reaktion fördern und erhalten, Dynamische Psychiatrie, 1968, 1.

[12] G. *Ammon*, Dynamische Psychiatrie, Dynam. Psych., 1968, 1.

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 agitatióval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, epileptiform psychosisok, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: ● A pyramispálya és az extrapiramidalis pályarendszer organicus betegségei.

ADAGOLÁS: ● A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az oralis adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: ½—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 ¼-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 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 tabletta
250 db tabletta
1 üveg solutio (10 ml)

FORGALOMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST X.

Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Belklinika
(igazgató: Julesz Miklós dr.)

A chromosoma-vizsgálat diagnosztikus alkalmazása Klinefelter-syndromában

Fleischmann Tamás dr.

Klinefelter és mtsai (8) 1942-ben publikálták „Gynaecomastia, aspermatogenesis aleydigismus nélkül, és fokozott FSH-ürítés együttes előfordulása" című munkájukat. Ezt, a dolgozat címében már jól meghatározott kórképet, ma Klinefelter-syndromának nevezzük. 1956-ban két munkacsoport (2, 14) egyidőben, de egymástól függetlenül felismerte, hogy e betegségben a sex-chromatin a phenotypussal ellentétes, azaz feminin (pozitív). Érthető, hogy a human cytogenetika modern eszközeinek birtokában a cytogenetikusok figyelme is e kórképre irányult. 1958-ban *Ford és mtsai* (3) Klinefelter-syndromás betegük csontvelőanalízisekor XX szexuális chromosoma-készletet találtak (valószínű, hogy betegüknek mosaicismusa volt), 1959-ben pedig *Jacobs* és *Strong* (6) elsőként észlelte a Klinefelter-syndromára leginkább jellemző 47-es, XXY karyotypust *(1. ábra)*. A további intenzív kutatások tisztázták, hogy e karyotypus valóban *specifikus jellemzője* a Klinefelter-syndrómának, de ritkán előfordulnak e tünetcsoportban a szexuális chromosoma-készlet más változatai is. Az utóbbi évek igen nagyszámú kazuisztikus közlése után aligha lehet hiánytalanul felsorolni az észlelt változatokat. A szexuális chromosoma-készlet viszonylag fontos, nem mosaic típusú változatai a következők: XXYY, XXXY, XXXXY. A Klinefelter-syndroma szokásos klinikai képe mellett, e ritka cytogenetikai változatú betegekre jellemző, hogy gyakran magas növésűek és mentálisan retardáltak. Egyes adatok arra utalnak, hogy a mentalis retardatio foka arányos az X chromosomák számával. Még nagyobb azoknak a közléseknek a száma, melyek a sexuális chromosomák mosaicizmusáról számolnak be. Az *1. táblázat* a legfontosabb mosaicismusokat tünteti fel. Klinikailag jellemző, hogy e betegek gyakran mentálisan retardáltak, és viszonylag gyakori a más típusú somatikus fejlődési rendellenesség is (1). Az észlelt cytogenetikai változatok meglehetősen nagy száma miatt a Klinefelter-syndroma ma is intenzív vizsgálatok tárgya. Az utóbbi évek irodalmában is viszonylag gyakran találunk a syndromával foglalkozó összefoglaló jellegű munkát (4, 16, 22). Megbízható adatok vannak a syndromában előforduló strukturalis chromosoma-anomaliákról is (5, 17). Szaporodik az újabb atypusos esetekről, új változatokról beszámoló közlések száma is (18, 21). Külön

1. táblázat.
A Klinefelter-syndromában előforduló legfontosabb mozaicizmusok

XX/XXY
XXY/XY
XXY/XXXY
XXXY/XY
XY/XXY/XXXY
XXXY/XXXXY
XXXXY/XXXX
XXY/XY/XO

is említésre méltó az Y chromosoma deletiójával járó variáns (11). Adataink vannak a meiotikus chromosomák aberratiójáról is (19). Egypetéjű ikerpár esete a chromosoma-anomália örökletes voltát látszik igazolni (20). Kutatócsoportok intenzíven vizsgálják e kórkép praepubertásos vonatkozásait (9), populatiós genetikáját (15), kapcsolatát az XYY syndromával (13).

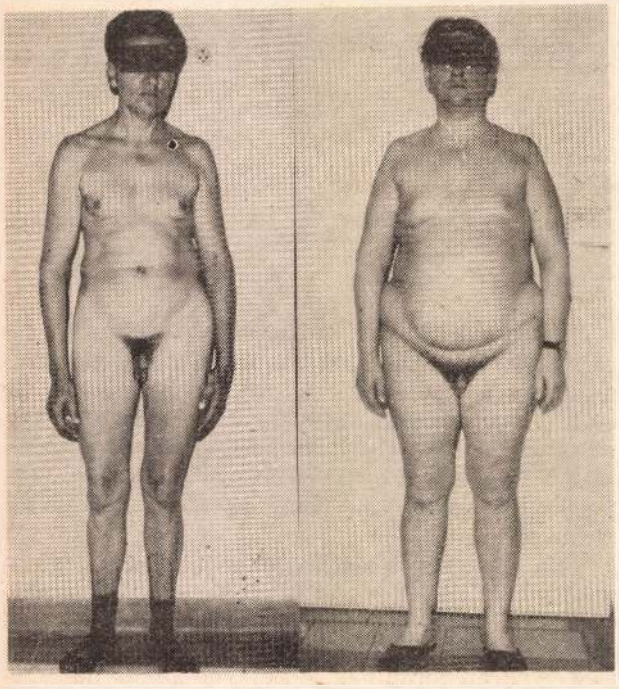
Ha ismerjük is a Klinefelter-syndroma legfontosabb klinikai jellemzőit (férfi phenotypus, gynaecomastia, aspermiogenesis, a here jellemző szöveti képe, fokozott FSH-ürítés), könnyen érthető, hogy elég gyakran fordulnak elő diagnosztikus nehézségek (7). Hiszen az exakt kórismének csak két lehetősége van: a here histológiai vizsgálata biopsia segítségével, és a chromosoma-analysis. Ezért van a sex-chromatin vizsgálatnak és a chromosoma-meghatározásnak nagy jelentősége Klinefelter-syndromában! A korábban említett számos lehetőség a cytogenetikai diagnosisban alig csökkenti a chromosoma-vizsgálat gyakorlati értékét, mivel *a variatiók száma az összes eset arányában kicsi.* A kórkép cytogenetikai vonatkozásaival kapcsolatban hazai szerzők közül *Nagy S., Leövey* és *Kakuk* (12), valamint *Méhes* és *Csordás* (10) közlését említjük meg.

A chromosoma-vizsgálat diagnosztikus fontosságát három esetünk egészen vázlatos ismertetésével szeretnénk bemutatni.



1. ábra.
A Klinefelter-syndromára jellemző karyotypus: 47,XXY (saját eset)

D. J., 21 éves férfi, fokozódó gynaecomastia miatt került a klinikára. Fizikális vizsgálatakor feltűnő a hiányzó szakáll- és bajusznövekedés, a gynaecomastia, a feminin fanszőrzet, a babnyi testisek. FSH-ürítése normális. Spermavizsgálatkor aspermiát észlelünk. Sex-chromatin vizsgálat (buccalis nyálkahártyából): pozitív. Here-biopsia útján nyert anyag szövettani vizsgálatakor a Klinefelter-syndromára jellemző típusos szöveti kép észlelhető. Chromosoma-vizsgálat (peripheriás vérkultúra): 47,XXY.



2. ábra.
S. F., 36 éves Klinefelter-syndromás betegünkről készült felvétel

3. ábra.
B. V., 39 éves Klinefelter-syndromás betegünkről készült felvétel

E betegünk esetében döntő adatot a szövettani vizsgálat szolgáltatott, és a cytogenetikai vizsgálat csak másodrendű fontosságú volt. (Természetesen a chromosoma-vizsgálat elvégzése ilyenkor is kívánatos.)

S. F., 36 éves férfi, fájdalmassá váló gynaecomastia miatt jelentkezett felvételre. Házas, rendszeresen él házaséletet. Fizikális vizsgálatból: gynaecomastia, feminin fanszőrzet, a normálisnál kisebb testisek, normális nagyságú penis (l. *1. felvétel*). FSH-meghatározás nem történt. Spermavizsgálatkor aspermiát észleltünk. Sex-chromatin (buccalis nyálkahártyából): pozitív. Here-biopsiát ajánlunk, de a beteg nem egyezik bele. Chromosoma-meghatározás (peripheriás vérkultúra): 47,XXY.

Az aspermia, a pozitív sex-chromatin, a cytogenetikai vizsgálat, és természetesen a klinikai kép alapján a kórisme egyértelműen Klinefelter-syndroma. A beteg hiányos együttműködése miatt a kórisme felállításában a *cytogenetikai vizsgálat döntő jelentőségű volt.*

B. V., 39 éves férfit több alkalommal kezelték urológiai osztályon urogenitalis tuberculosis miatt. Itt észlelték hypogonadismusát is, és ennek tisztázása miatt helyezték át a klinikára. Anamnesiséből: fiatal kora óta észleli elhízását, gynaecomastiáját; tudja, hogy alkata nőies, heréi, penise a normálisnál kisebb. Kétszer házasodott, előző házasságát felesége gyermektelensége miatt bontotta fel. Jelenlegi házassága zavartalan, rendszeres házaséletet él. (E kórképben előfordul zavartalan potentia coeundi.) A fizikális vizsgálat adataiból: jellemzően hypogonad arc, gynaecomastia, igen kicsiny herék, scrotum és penis (l. *2. felvétel*), FSH-meghatározást nem végeztünk. Spermavizsgálatkor aspermiát találtunk. Sex-chromatin (buccalis nyálkahártyából): pozitív. A here-biopsiát a nem régen még aktív tuberculosis miatt orvosilag ellenjavalltnak tartottuk. Chromosoma-vizsgálat (peripheriás vérkultúra): 47, XXY. Kórisme: Klinefelter-syndroma.

A here-biopsia orvosi ellenjavallata miatt ebben az esetben a kórismét csakis a cytogenetikai vizsgálat biztosíthatta.

Az elmúlt évek hazai irodalmában örvendetesen nőtt a humán cytogenetikai közlemények száma. Ennek ellenére úgy véljük, hogy a chromosoma-vizsgálatok a klinikumban még távolról sem terjedtek el jelentőségüknek megfelelően. A klinikai chromosoma-vizsgálatok szélesebb körű elterjedésének — véleményünk szerint — két döntő feltétele van: a hazai cytogenetikai laboratóriumok *klinikai érdeklődésének* és kapacitásának fokozása, illetve a cytogenetikailag jól tájékozott klinikusok növekvő igénye a chromosoma-vizsgálat elvégzésére. Jelen munka ez utóbbi célt kívánja szolgálni.

Összefoglalás. A szerző a Klinefelter-syndroma cytogenetikai irodalmának összefoglalása után három saját esete bemutatásával a chromosoma-vizsgálat diagnosztikus alkalmazásának lehetőségeit demonstrálja a kórképben.

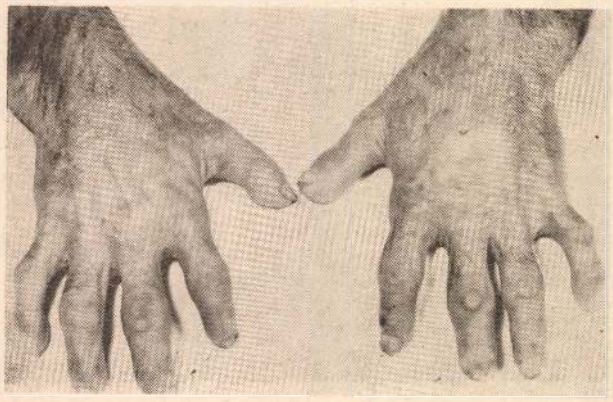
IRODALOM: 1. *Bartalos, M., Baramki, T. A.:* Medical Cytogenetics. Baltimore. 1967, 152—174. — 2. *Bradbury, J. T., Bunge, R. G., Boccabella, R. A.:* J. clin. Endocr. 1956, *16*, 689. — 3. *Ford, C. E., Jacobs, P. A., Lajtha, L. G.:* Nature (Lond.) 1958, *181*, 1565. — 4. *Froland, A.:* Dan. med. Bull. 1969, Suppl. VI, 1—108. — 5. *Jacobs, P. A.:* Brit. med. Bull. 1969, *25*, 94. — 6. *Jacobs, P. A., Stong, A.:* Nature (Lond.) 1959, *183*, 302. — 7. *Julesz, M.:* A neuroendokrin betegségek kórtana és diagnosztikája. Budapest, 1957, 950—952. — 8. *Klinefelter, H. F., Reifenstein, E. C., Albright, F.:* J. clin. Endocr. 1942, *2*, 615. — 9. *Lorchivuori, K., Jacobson, T.:* Ann. clin. Res. 1969, *1*, 134. — 10. *Méhes K., Csordás J.:* Acta Paed. Acad. Sci. Hung. 1967, *8*, 319. — 11. *Miller, R. C., Goodman, R. M., Miller, F. R., Nusbaum, L.:* Ann. intern. Med. 1967, *67*, 825. — 12. *Nagy S., Leövey A., Kakuk Gy.:* Orv. Hetil. 1966, *107*, 1838—1840. — 13. *Nielsen, J.:* Acta psychiat. scand. Suppl. 1969, 209. — 14. *Plunkett, E. R., Barr, M. L.:* Lancet. 1956, *2*, 853. — 15. *Ponomarenko, A. M.:* Genetika (Moszkva) 1968, *4*, 135. — 16. *Rath, F., Scheibenreiter, S.:* Wien. klin. Wschr. 1968, *43*, 797. — 17. *Reitalu, J.:* Hereditas. 1968, *59*, 1. — 18. *Sebe B., Váradi K.:* Orv. Szle. 1968, *14*, 344. — 19. *Skahkeback, N. E., Philip, J., Hamman, R.:* Nature (Lond.) 1969, *222*, 1075. — 20. *Takayashu, H., Kinoshita, K., Takayaku-Tsuboi, Kurikava, T.:* Lancet. 1967, *2*, 1424. — 21. *Zang, K. D., Singer, H., Loeffler, L., Souvazoglou, J., Halbfass, J., Mehnert, H.:* Klin. Wschr. 1969, *47*, 237. — 22. *Zefirova, G. S., Volonicenko, A. S.:* Klin. Med. (Moszkva) 1968, *5*, 29.

Szegedi Orvostudományi Egyetem,
Orvosi Biológiai Intézet (igazgató: Kiszely György dr.)
és Bőr- és Nemikórtani Klinika
(igazgató: Simon Miklós dr.)

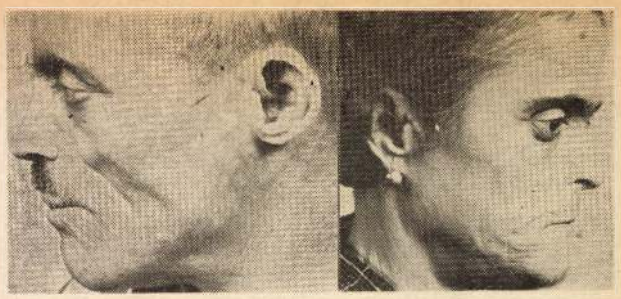
18-as chromosoma rövid karjának deletiója és 18-as trisomia egy szokatlan megjelenésű porphyriában szenvedő testvérpár esetében

Szörényi Ágnes, Szemere György,
Hunyadi János és Simon Miklós

A porphyrinanyagcsere több részletének megismerése az utóbbi években ismét ráirányította a figyelmet a porphyrinanyagcsere betegségeire, melyekkel relatív ritkaságuk ellenére már a múlt század óta mind bel-, mind bőrgyógyászok behatóan foglalkoznak. A különböző klinikai képekben megjelenő kóralakok egységes pathogenetikai szemléletét a haem synthesisének megismerése tette lehetővé. *Sheim* és *Rittenberg* (24) igazolták elsőként, hogy az izotóppal jelölt glycin az újonnan keletkezett erythrocyták haemjébe incorporálódik. A haem biosynthesis kezdeti lépéseként a glycin a succinyl coenzym A-val enzymatikusan δ-aminolaevulinsavvá (a továbbiakban DALA) egyesül. Ez az aminosav az egész biosyntheticus folyamat egysége. Később *Westall* (31) izolálta az acut porphyriás betegek vizeletéből a porphobilinogént (a továbbiakban PBG), melynek kondenzációs termékei már valódi porphyrinek. Két molekula PBG-ből a normális haem biosynthesise folyamán uroporphyrinogen III. keletkezik, amelyből sorozatos decarboxylatio során coproporphyrinogen III. Utóbbi két egymást követő oxy-



1. ábra.



2. ábra.

datióval protoporphyrin IX-cé alakul. A protoporphyrin IX-be egy keláló enzym hatására vas épül be, létrehozva a haemet (10).

A porphyriákat a betegség kórbonctani alapja szerint két nagy csoportra: erythropoeticus és hepaticus porphyriák csoportjára oszthatjuk: Hozzá kell tennünk azonban, hogy erythropoeticus porphyriában *Lindemayr* (19), valamint saját korábbi megfigyeléseink (25) szerint máj-laesiók fordulnak elő, mely adatok e két kórcsoport merev elkülönítése ellen szólnak.

A *congenitalis erythropoeticus porphyria* újszülött- vagy kisgyermekkorban fiúkon és lányokon egyforma gyakorisággal jelentkező megbetegedés. A betegség lényege, hogy a PBG-isomerase részleges defectusa következtében a haem synthesisében részt vevő III-as típusú izomérek mellett a keringő erythrocytákban és a csontvelőben az I-es típusú porphyrin izomérek is felszaporodnak. Klinikailag a fényérzékenység a legjellemzőbb tünet.

Ami a betegség öröklődését illeti, a beteg gyermekek számaránya, a verticalis átadás ritka volta az autosomális recessiv öröklésmenetre utal, mely adatok részben *Heilmeyer és mtsai*tól (13), részben *Grosstól* (10) származnak. Az idézett cikkben *Heilmeyer* leírta azt is, hogy két porphyriás beteg gyermekei több erythrocyta uroporphyrint, és néhány esetben fokozott copro- és protoporphyrint tartalmaztak. Lehetséges tehát, hogy néhány heterozygotahordozót ki lehet szűrni az erythrocyta porphyrinek quantitativ meghatározásával.

A *congenitalis erythropoeticus protoporphyriát Langhof*, majd *Magnus és mtsai* írták le elsőként 1961-ben (17, 20). Az ebben a kórformában szenvedő betegeket klinikailag mérsékelt fényérzékenység jellemzi, amely a fénynek kitett helyeken erythemában, oedemában és urticariában nyilvánul meg. A laboratóriumi vizsgálatok közül jellemző a protoporphyrin IX. concentratiójának fokozódása az erythrocytákban (a fluorocyták megjelenése). A faecalis protoporphyrin IX és a coproporphyrinogén III. concentratio fokozódik, míg a congenitalis erythropoeticus porphyriával szemben, az uroporphyrinogén szintje nem emelkedik.

A protoporphyriás fénydermatosisok genetikájának igen jó összefoglalását adta *Gasser—Wolf* (6). Eszerint a szerzők többsége egyetért abban, hogy a protoporphyrinaemiás fénydermatosisok öröklött anyagcserezavar következményei. Talán a legjobban követhető öröklési mechanizmus az lenne, hogy egy mutált gén, a p^+ csak akkor manifestálódhat, ha az egy önmagában véve nem pathogén p' alléllel

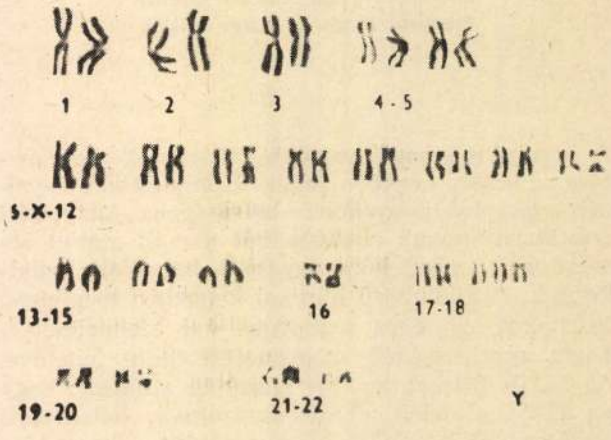
együtt fordul elő, de ez a p^+ ugyanakkor a népességben gyakrabban előforduló p alléllel szemben recessiv. A betegek genotypusa így p^+p', míg a szülő, aki a betegséget átviszi, p^+p genotypusú és egészséges. Ha azonban a másik egészséges szülő génösszetétele p'p, akkor gyermekeik $^1/_4$ része p^+p' genotypusú lesz, és jelleghordozó. Természetesen ilyen esetekben nemcsak 25% jelleghordozóval kell számolnunk, hanem 25% olyan egyénnel is, aki a mutált gént hordozza, és továbbadja, vagyis p^+p genotypusú. Ha ilyen egyén olyan szülővel házasodik össze, aki a p' gént tartalmazza, akkor mindkét szülő egészséges volta ellenére, beteg gyermekeik születhetnek.

A hepaticus porphyriák közül az *acut intermittáló porphyria* abdominális és neurológiai tünetekkel járó megbetegedés, amelyhez soha nem társul fényérzékenység. Az acut szakban a betegség legfontosabb laboratóriumi jellemzői a fokozott PBG és DALA ürítés. A betegség autosomális domináns öröklésmenetű. Az ilyen betegek esetében végzett chromosoma-vizsgálatok során *Guaraldi* (12) sem számbeli, sem structurális elváltozást nem észlelt, míg *Burchardt és mtsai* (1) chromatid, isochromatid hidakat, achromatikus helyeket, valamint bicentrikus és acentrikus chromosomákat találtak.

A *porphyria cutanea tarda* a hepaticus porphyriák másik formáját képviseli. A klinikai képet a kézháton, arcon és tarkón traumára, hő- és fényhatásra keletkező hólyagok jellemzik. E betegeken gyakoriak a miliumok, a hypertrichosis és hyperpigmentatio, vizeletükkel nagy mennyiségű III-as typusú porphyrin izoméreket ürítenek, a DALA és PBG ürítés nem, vagy csak enyhén fokozódik. Az egyéb laboratóriumi vizsgálatok közül megemlíten-



3. ábra.



4. ábra.

Szerzők		van Dyke	Summit	Bühler	Hickox	Dill és Miller	Kasahara	Gorlin	Pfeiffer	Jacobsen	Gilgenkrantz	Coetsier	Uchida	de Grouchy	Lewis	Lejeune	Migeon	Mc Dermott	Cohen	Saját eset
Tünetek	Nem:	♀	♀♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀♀	♀	♀♀	♀♀	♂♀	♂	♂	♂	♂	♂	♂
	Életkor:	16 év	4 év 12 év	3 év	4 év	21 hó	20 hó	1 hó	2 hó	5 év 3 év	11 év	2 év 14 hó	13 év 16 hó u.sz.	6 év 13 hó	33 év	3 év	1 év	u. sz.	u. sz.	61 év
RETARDALT növekedés		+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			+
Szellemi elmaradás		+		+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+			+
Koponya deformitás							+	+			+							+		
Arrhinencephalia													+					+		
Mikrocephalia							+		+								+			
Agy elváltozások							+	+										+		
Facialis dysmorphia							+	+						+						+
Hypertelorizmus						+				+		+		+						
Hypotelorizmus					+		+	+												
Strabizmus		+									+	+		+						
Nystagmus							+				+	+								
Ptosis palpebrae										+	+	+			+	+			+	
Fül elváltozások							+			+	+			+	+	+		+	+	+
Orrcsont hiány			+					+	+						+	+			+	
Mikrognathia																				
Dental caries					+					+	+									
Rövid nyak		+	+		+					+										
Ujj elváltozások			+	+							+	+								+
Hüvelyk abnormis helyzete													+	+		+				
Porphyria																				+

dő, hogy a szérum vas érték gyakran fokozott; a BSP próba pozitivitása és a szérum transaminase aktivitás fokozódása a máj károsodására utal. *Dean* és *Barnes* (5) szerint a betegség nem nemhez kötötten, domináns jelleggel öröklődik.

Jelen közleményünkben hepaticus porphyria különleges, régebben nem ismert bőrtünetekkel járó kóralakjában, egy testvérpárra vonatkozó cytogenetikai vizsgálatainknak eredményeit közöljük. Betegeink 14, illetve 5 év óta állnak megfigyelésünk alatt. Az ezen idő alatt összegyűlt, porphyrin ürítésre, az enzymatikus változásokra vonatkozó adatainkat és egyéb vizsgálati leleteinket, valamint az esetek klinikai leírását másik, megjelenés alatt levő közleményünk tartalmazza (26), jelenleg csak néhány jellemző adat említésére szorítkozunk.

Mindkét betegünk panaszai kisgyermekkoruk óta állnak fenn. Fő panaszuk, hogy fejükön, arcukon, kezeiken megszakítás nélkül hólyagok voltak, melyek később hegekkel gyógyultak. Felnőtt korukban e hólyagok inkább csak a nyári hónapokban jelentkeztek napfény hatására. Bőrük gyermekkoruk óta sötétebb, mint a családjuk többi tagjáé. 20 éve mindkettőjük kezei, ujjai fokozatosan alaktalanná, merevvé váltak, finomabb munkát nem tudnak végezni. Kezeik a normálisnál kisebbek, deformáltak, múmiaszerűek, sclerotikus, atrophiás bőrük mereven feszül rá a subcutan képletekre (1. ábra). Orruk elvékonyodott, kihegyesedett. Fülkagylóik deformáltak (2. ábra). Termetük a normálisnál alacsonyabb, mindketten szellemileg visszamaradottak.

Szüleik hastífusz, illetve szívbetegség következtében haltak meg. Összesen öten voltak testvérek. Két testvérük, elmondásuk szerint, gyermekkorban rángógörcs, illetve diphtheria következtében halt meg, egy nővérük 48 éves korában, agyvérzésben halt meg. Szüleiknek, testvéreiknek, nővérük gyermekeinek hasonló betegsége nem volt. Egyiküknek sincs gyermeke.

A cytológiai vizsgálatok végzésekor T. K. gyógyszeres kezelésben nem részesült. T. J. cardialis subcompensatiója miatt iv. Strophantin, valamint Diaphyllin injectiókat, p. o. pedig Mixtura pectoralist kapott. Porphyriájuk miatt mindkettőjüket az Ippen-féle vérlebocsátásos therapiában részesítjük.

A chromosoma-vizsgálatok elvégzése váratlan és rendkívül érdekes eredménnyel járt.

T. J. tenyésztett lymphocytái chromosoma-készítményeiben az E csoport 18. chromosomapárja egyik tagján a rövid kar deletióját lehetett megfigyelni. A chromosomaképlet tehát: 46,XY, 18 p^-. Az elváltozás a sejtek legtöbbjében megtalálható volt (mindössze 18 sejtben találtunk normális karyotypust), s mivel a készítmények igen jól értékelhetők voltak, 83 sejt analysise történt (3. ábra).

Meglepetésre T. K. (T. J. nőtestvére) mitosis készítményeiben érdekes mozaicizmust találtunk. A sejtek mintegy fele teljesen normális karyotypusú volt, a másik felében azonban 47 chromosoma volt, a fölös chromosoma az E csoporthoz tartozott. Így a chromosomakészlet képlete: 46, XX/47, XX, E+ (4. ábra).

Ez a cytogenetikai lelet különleges problémákat vet fel. Az E csoport chromosomáinak, elsősorban a 18. chromosomának az elváltozásai jól ismertek. Így a 18. trisomia az Edwards-syndromát hozza létre, mely jellegzetes fülelváltozásokkal, az idegrendszeri elváltozásoknak megfelelő spasticitással, az ujjak flexiós deformitásával, micrognathiával, köldöksérvvel, veleszületett szívhibával, s gyakran szopási képtelenséggel jár. Ez a betegség nem túl ritka, s a betegek ritkán élnek tovább néhány hónapnál.

Az életképességet sokkal késbé rontja a 18. chromosoma rövid karjának deletiója. Úgy látszik, hogy a deletio phenotypicus következményei attól függenek, hogy a chromosoma mekkora szakasza vész el, mivel a tünetek, leszámítva egynéhány állandó jelet (mint a szellemi retardatio, a testnövekedés lassulása, s így az alacsony termet) igen változatosak. Az eddig leírt esetekben észlelt leggyakoribb tüneteket táblázatban tüntettük fel (5. ábra). Az elváltozás mindkét nembeli egyéneken előfordul, a betegek többszörös fejlődési rendellenességeik ellenére túlélhetik a pubertást.

A 18. chromosoma rövid karjának deletióját leíró szerzők egyike sem említett olyan elváltozásokat, melyek a jelen leírásban szereplő porphyriával lennének azonosíthatók, viszont ismertetett eseteinkben egy sor olyan elváltozást találtunk (alacsony termet, szellemi retardatio, micrognathia, az orrcsontok hiányos fejlődése stb.), amelyeket a 18. chromosoma deletiójával kapcsolatban már leírtak. Mindennek ellenére lehetetlen arra nem gondolni, hogy a porphyriás elváltozás maga is oki összefüggésben áll a chromosoma-elváltozással.

A másik probléma abból adódik, hogy a két testvér chromosoma-elváltozása egymásnak genetikai informatio tartalom tekintetében ellentettje. Míg az egyik esetben a deletiós chromosomának egyetlen ép párja van, a másikban a fölös E chromosomával szemben egy teljesen ép 18. chromosoma-pár áll. Ez arra enged következtetni, hogy a 18. chromosomában jelenlevő információk hibás egyensúlya tehető felelőssé a tünetek kifejlődéséért a positio-effectus megváltozása révén. Úgy látszik, hogy az E trisomia olyan esetekben, melyekben a kóros sejtpopulatio mellett ép is látható, nem jár szükségképpen az életet súlyosan veszélyeztető állapottal.

Közelebb vezetne a kérdés tisztázásához, ha ismernénk a család többi tagjának chromosoma-képét, de a szülők és nagyszülők, valamint a szülők testvérei régen meghaltak, az egyetlen phenotypikusan egészséges leánytestvérnek gyermekei és unokái nem állnak jelenleg a chromosoma-vizsgálat rendelkezésére.

Összefoglalás. Chromosoma-vizsgálataikat a *Simon és mtsai*tól ismertetett olyan testvérpáron végezték, akiknek a hepatikus porphyriájához szokatlan, kisgyermekkoruk óta fennálló bőrtünetek társultak. A férfibeteg chromosoma képlete: 46, XY, 18 p^-, nőtestvéréé pedig: 46,XX/47,XX, E+. A chromosoma-elváltozások mosaicszerűen fordultak elő, a sejtek mintegy 60%-ában.

IRODALOM: 1. *Burchardt, U. T., Wichmann* und *K. Zernahle:* Klin. Wschr. 1968, *46,* 438. — 2. *Bühler, E. M., Bühler, U. K.* and *Stalder, G. R.:* Lancet. 1964, *1,* 170—171. — 3. *Coetsier, H.* and *Orye, E.:* Maandschr. Kindergeneesk. 1967, *35/9,* 277—284. — 4. *Cohen, M. M.* and *Lockwood, M. A.:* Pediat. Res. (Basel) 1967. — 5. *Dean, G.* and *Barnes, H. D.:* S. Afr. Med. J. 1959, *33,* 246—253. — 6. *Gasser-Wolf, E.:* Hel. Paediat. Acta. 1965, *20,* 598—617. — 7. *Gilgenkrantz, S., Marchal, C.* and *Neimann, N.:* Ann. Genet. 1968, *11/7,* 17—21. — 8. *Gorlin, R. J., Yunnis, J.:* Amer. J. Dis. Child. 1968, *115/4,* 473—476. — 9. *Granick, S.* and *Levere, R. D.:* Progress in Hematology. 1964, Vol. IV. 1—84. — 10. *Gross, S.:* Blood. 1964, *23,* 762. — 11. *de Grouchy, J., Lamy, M., Thieffry, S.* and *Salmon, C.:* C. R. Acad. Sci. 1963, *256,* 1028—1029. — 12. *Guaraldi, G. P.:* Panminerva Medica. 1966, *8,* 335—337. — 13. *Heilmeyer, L. E., Cloken, R., Kerp, L., Merker, H.:* Dtsch. med. Wschr. 1963, *88,* 2449. — 14. *Jacobsen, P.* and *Mikkelsen, M.:* J. Ment. Defic. Res. 1968, *12/2,* 144—161. — 15. *Kasahara, S.* and *Reisman, L. E.:* Tohoku J. Exp. Med. 1967, *93/3,* 291—300. — 16. *Korányi Gy., László J.:* Orv. Hetil. 1968, *109,* 1259. — 17. *Langhof, H., Müller, H.* und *Rietschal, L.:* Arch. klin. exp. Derm. 1961, *212,* 506—518. — 18. *Lejeune, J., Berger, R.:* Ann. Genet. 1966, *911,* 627—631. — 19. *Lindemayer, W.* und *E. Schutz:* Z. Haut-u. Geschl. — Kr. 1966, *41,* 106—113. — 20. *Magnus, I. A., Jarrett, A., Prankerd, T. A. J.* and *Rimington, C.:* Lancet. 1961, *2,* 448—451. — 21. *Mc Dermott, A., Insley, J., Barton, M. E., Rowe, P., Edwards, J. H.* and *Cameron, A. H.:* J. Med. Genet. 1968, *5/1,* 60—67. — 22. *Migeon, B. R.:* J. Pediat. 1966, *69/3,* 432—438. — 23. *Pfeiffer, R. A.:* Humangenetik. 1966, *2,* 2. — 24. *Shemin, D., London, I. M.* and *Rittenberg, D.:* J. Biol. Chem. 1948, *173,* 799—800. — 25. *Simon M.:* Bőr. Vener. Szl. 1968, *44,* 186. — 26. *Simon N., Kocsis Gy., Nagy Gy.* und *Berkó Gy.:* Derm. Wschr. 1967, *153,* 452—454. — 27. *Summit, R. L.:* Cytogenetics. 1964, *3,* 201—206. — 28. *Uchida, I. A., McRae, K. N., Wang, H. C.* and *Ray, M.:* Amer. J. Hum. Genet. 1965, *17,* 410—419. — 29. *Van Dyke, H. E.* and coll.: Amer. J. Hum. Genet. 1964, *16,* 364—374. — 30. *Wendell, W. Weber:* Amer. Journal of Hum. Genet. 1967, *3,* 369. — 31. *Westall, R. G.:* Nature. 1952, *170,* 614—616.

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 helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:

5 g tubus 5,30 Ft

Egyt **Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest**

Orvostovábbképző Intézet, IV. Belgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Mosonyi László dr.)

Az EKG vizsgálat jelentősége egyes endocrin betegség megítélésében

Pálossy Béla dr.

Az endocrinológiai megbetegedések tünettana jól ismert, egyre nagyobb biztonsággal tudjuk e kórképeket diagnosztizálni. Érdekes, hogy a szív állapotával, illetve az EKG görbe módosulásával aránylag kevés közlemény foglalkozik. Az utóbbi évek magyar irodalmában összefoglaló közleményt e tárgykörből nem találtunk, így érdemesnek tartottuk saját beteganyagunk átvizsgálását ebből a szempontból.

Beteganyag

Tanszékünk 5 éves (1964—1969) beteganyagát tekintettük át. Kellő esetszám birtokában csak azokat az EKG görbéket elemeztük, ahol a 12 elvezetéses felvétel rendelkezésünkre állott és a kórisme egyértelműen bizonyítható volt (a klinikai tünetek alapján értelmezett laboratóriumi adatok segítségével). E kritériumok figyelembevételével 102 hyper-, 32 hypothyreotikus, 26 hypadreniás (részben manifest Addison-kóros) és 32 Cushing-kóros, illetve syndromás beteg EKG görbéjét elemeztük.

Eredményeink

A 102 hyperthyreotikus beteg EKG-ján észlelt elváltozásokat, a betegek korát, a nemi megoszlást táblázatban tüntettük fel.

Anyagunkban a legállandóbb tünet a merseburgi triászban szereplő *sinus tachycardia (Unghváry* (8) terminológiája szerint 80/min feletti frequentiát tachycardiának, 60/min alatti szívműködést bradycardiásnak minősítettünk.) Eseteink kétharmadában észleltük. A tünet a thyroxin közvetlen pozitív chronotrop hatásával kielégítően magyarázható: kísérletesen kimutatható, hogy a thyroxin denervált kutya- vagy patkányszív frequentiáját fokozza (34). A tachycardia keletkezésében jelentős, hogy a fokozott thyroxin secretio egyúttal a szervezet catecholaminok iránti érzékenységét is jelentősen növeli (6, 7, 19). Enyhe esetekben a 100/min-ot nem haladja meg, thyreotoxikus crisisben a 200/min-ot is eléri (2 ilyen esetünkben a frequentia 162/min, illetve 148/min volt).

A szaporábbá vált szívműködés mellett a *kilengések amplitúdója is nő.* 29 alkalommal észleltük (a standard elvezetések valamelyikében a legnagyobb kilengés elérte vagy meghaladta a 2 mV-ot). Kialakulásában a megváltozott szívizom-anyagcsere mellett a membrán struktúra módosulása, a vegetatív egyensúly eltolódása sympathicotonia irányában jelentős. A feszültség növekedése elsősorban a P, R és T csipkéken észlelhető.

Hyperthyreosis (102 eset) — *1. Táblázat*

Nem	Esetszám: férfi	nő
	30	72
Kor (átlag)	45 év	42 év
EKG	(22—67)	(17—70)
átlag frequentia	93/min	97/min
pitvar fibrillatio	7	2
s.tachycardia	16	50
high voltage	12	17
R tengely		
balra hajlik	11	35
kp. állású	13	22
jobbra hajlik	6	15
ES: pitvari	1	2
kamrai	—	7
Parox. tachycardia	2	6
Jobb szárblack	2	4
P_{1-2} magas, positiv	1	17
P_{2-3} magas, positiv	8	25
Lapos vagy invertált T	7	13
„Kalap" formájú T a V_{2-4}-ben	16	29
Endomyocardialis típusú ST	11	15
PQ-rövidülés	14	23
QT-rövidülés	14	40

Ha a kialakult hypertonia miatt a bal kamra hypertrophizál, az *R tengely balra hajlását* észlelhetjük a *hypertrophia egyéb jelei* mellett. A hyperthyroxinaemia irodalmi adatok szerint (7, 9, 16, 38) a pulmonalis erek tónusát fokozva a jobb kamra túlterhelését is eredményezheti. Ebben az esetben a *jobb kamra túlterhelés jeleként* egyebek közt az R tengely jobb deviatióját észlelhetjük. Anyagunkban az 1. táblázat adatai alapján látható, hogy a jobb szívfél túlsúlyát jelző jobb deviatio férfiak és nők közt azonos gyakoriságban észlelhető, a bal kamra hypertrophia egyik mutatójaként értelmezett bal deviatio ellenben nőkön lényegesen gyakoribb. Ebből némi fenntartással azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a nők közt egyébként is gyakoribb hyperthyreosis gyakrabban jár a tensio emelkedésével és így gyakrabban okozza a bal kamra megterhelését.

Hosszabb ideje fennálló folyamat esetében az R tengely helyzetével együtt a *P csipke megváltozását* is észlelhetjük. Aszerint, hogy a bal vagy jobb pitvar áll nagyobb megterhelés alatt, a standard 1. és 2., illetve 2. és 3. elvezetésekben észlelhetjük a kezdetben magas, csúcsos P csipkéket, melyek a

későbbiek folyamán magas, széles, hasadt hullámokká alakulnak át. Anyagunkban a bal vagy jobb pitvar megterhelésére utaló P hullám változásokat lényegesen gyakrabban láttuk nőbetegeink EKG-ján. A jobb pitvar túlterhelését jelző P pulmonalet férfi- és nőbetegeink közt közel azonos gyakoriságban észleltük. Ezt betegeink fiatalabb korával magyarázzuk. Fiatal korban ugyanis a még erőteljesen dolgozó bal kamra lényegesen tovább tudja a kialakuló hypertonia haemodynamikai következményeit kompenzálni, mint a pulmonalis vasoconstrictio okozta jobb szívfél túlterhelést a kevésbé erőteljes jobb kamra.

A *PQ szakasz* hosszabb ideje fennálló hyperthyreosisban süllyedt, rövidebb lehet (17, 43). A fokozott alapanyagcsere egyik mutatója az intracardialis ingervezetés sebességének fokozódása, mely jól lemérhető adott frequentia mellett a PQ távolság meghatározásával. Az ingervezetés gyorsulásának másik összetevője a sympathicus tónus fokozódása (38). Az elváltozást férfiak közt valamivel gyakrabban észleltük.

A P csipke módosulása már a *pitvar fibrillatio* kialakulásának előfutára. Ennek pontos keletkezési mechanismusa nem ismeretes: közvetlenül correlatióban állhat az excessiv pajzsmirigy hormon hatással, de közvetve a haemodynamikai változások is okozhatják. Mindkét esetben várható megszűnése thyreoidectomia vagy antithyreoid kezelés után (17, 20, 41). Elsősorban a multilocularis toxikus adenoma velejárója. Kísérletileg igazolható, hogy hyperthyreosisban a pitvarizomzat oxygenfelhasználása jelentősen fokozódik (9). E tény is jelentős lehet a sinus ingerképzés megszűnésében (38). A kórképre jellemző fokozott vénás visszaáramlás a nagy vénák beszájadzási helyén mechanikus irritatióval körülírt, fokozottan érzékeny gócokat hoz létre, ezek a folyamatos sinus ingerképzést megszüntethetik (34). A kialakuló hyperthyreosis a keringési hyperkinesis révén fokozatosan károsíthatja a szívet és az így keletkező myodegeneratio képezi *Friedberg* (9) szerint egyéb faktorok mellett azt a talajt, mely a további excessiv thyroxin secretio következményeképpen a pitvar fibrillatio kialakulását eredményezi.

A pitvar remegés keletkezésében a sexualis hormonok szerepe is jelentős lehet (1, 7, 43). Erre utal, hogy míg szövődménymentes esetekben a férfi:nő arány 1:5—6, addig fibrilláló esetekben ez 1:2-re változik (4, 9, 16, 34, 49). A fibrillatio flutternnel is szövődhet, illetve ritkán a hyperthyreosis fixált vagy változó block arányú flutternt hozhat létre. Az állandósult fibrillatio közel kétszer olyan gyakori, mint a diagnózis szempontjából jelentősebb paroxysmalis. *Paroxysmalis fibrillatio esetében a pajzsmirigy működésének részletes vizsgálatát elmulasztani súlyos hiba (vonatkozik ez minden supraventricularis localisatiójú paroxysmusos tachycardiára)!*

Százkét esetünkből csak 9-ben észleltünk pitvar fibrillatiót (2-ben paroxysmalis formában). Ez messze alatta marad az irodalomban említett (9, 16, 50) 20—50%-os előfordulási gyakoriságnak. Anyagunkban csak 2 fibrilláló nőbeteget találtunk, ez az anyag kis száma ellenére is a sexualis hormonok említett pathogenetikai jelentőségét húzza alá.

A pitvar fibrillatio kialakulása után az EKG-on a *T csipke* is kórossá válik. Az addig magas, csúcsos T csipkék elsősorban a végtagi elvezetésekben alacsonyabbakká válnak vagy invertálódnak. Anyagunkban 20 esetben észleltünk ilyen jellegű elváltozást. Nagyon lényeges, hogy még előrehaladott esetekben is a praecordialis elvezetésekben magas, nagy, pozitív, „kalap formájú" T csipkék láthatók, melyek differentiáldiagnosztikus értékűek lehetnek a vegetatív dystoniában is észlelhető, inkább csúcsos, magas, pozitív praecordialis T hullámokkal szemben (9, 16, 48). A V_{2-4} elvezetésekben 16 férfi- és 29 nőbeteg EKG-ján észleltük e jellegzetes elváltozást. A T hullám változása a szívizom diffus toxikus sérülésének tükrözője. A T vektor iránya a dominans kamrai hypertrophia tengelydeviatióját követi.

A T csipke eltéréseihez ebben az állapotban az *ST szakasz* endomyocardialis typusú változásai társulnak (az ST mozgás iránya minden elvezetésben az R kilengés irányával ellentétes). 26 alkalommal észleltük. A pitvar fibrillatio, a T csipke változás és az ST szakasz eltéréseinek időszakában a high voltage-t már gyakran a feszültség csökkenése váltja fel.

A hyperthyreosis e többé-kevésbé jellemző EKG jelei mellett ritkábban *egyéb elváltozásokat* is láthatunk. A fokozott sympathicotonus miatt különböző kiindulási helyű extrasystolék, illetve ezek következtében kialakuló, elsősorban supraventricularis (Gallavardin typusú) paroxysmalis tachycardiák keletkezhetnek. Tíz esetünkben észleltünk extrasystoliát, kamrai extrasystolét csak nőbetegekben. Paroxysmalis tachycardia e betegek közül 4-ben jelentkezett. Négy másik esetben is észleltünk paroxysmalis pitvar fibrillatiót, illetve supraventricularis tachycardiát. Az extrasystoliás esetek közt lényegesen gyakrabban előforduló paroxysmusok feltehetőleg az extrasystolék ismert paroxysmust kiváltó mechanismusával magyarázhatók. Előfordulhat paroxysmalis pitvari tachycardia is blockkal (34, 50). A kialakult hypertonia miatt előrehaladott esetekben komplett vagy nem teljes Tawara-szárblock is létrejöhet (9, 48).

Hypothyreosis

A myxoedemás szív *Zondek* és *Fahr* (52) vizsgálatai óta ismeretes: erre az esetek többségében a többé-kevésbé kifejezett pericardialis folyadékgyülem, illetve a myocardium myxoedemája a jellemző. Az EKG eltérések szempontjából nem közömbös, hogy hypothyreosisban a coronariasclerosis előfordulási gyakorisága nemtől, kortól, foglalkozástól függetlenül gyakoribb, jelentkezési időpontja is lényegesen korábbra tolódik a szokásos „coronaria kor"-hoz képest (6, 7, 10, 37). Az EKG csaknem minden kifejezett myxoedemás esetben kóros. Az eltérések oka részben a szívizomanyagcsere zavara a thyroxinhiány miatt (1, 5, 14, 26), melyhez adódik az előbbiek értelmében a coronariasclerosis okozta myocardialis hypoxia (8, 9, 49). Az EKG kép kialakulásában szerepe van a bőr és pericardium myxoedemájának is (9). A myocardium mucinosus beivódása mechanikus, coronariákat komprimáló hatásával is részt vesz a coronaria insufficientia jeleinek kialakításában. Befolyásolja a képet a szívizomzat csökkent tónusa is a vagus innervatio megváltozása miatt (48). A myxoedemás szív (illetve EKG) főleg felnőtt nőkön észlelhető 40 éves kor után.

A vizsgált 5 év alatt tanszékünkön 32 hypothyreotikus beteget kezeltünk. Az ezek EKG-ján észlelt eltéréseket a 2. táblázatban láthatjuk.

Hypothyreotikus nőbetegeink átlagéletkora lényegesen magasabb, ez elsősorban a coronariascle-

Hypothyreosis (32 eset) *2. Táblázat*

	Esetszám	
Nem	férfi	nő
	6	26
Kor (átlag)	39 év	52 év
EKG	(22—48)	(26—64)
átlag frequentia	80/min	72/min
s. bradicardia	1	4
low voltage	1	11
lapos vagy invertalt T		
csak a standard elv.-kben	—	7
V_{1-4}-ben is	—	7
V_{5-6}-ban is	—	9
megnyúlt PQ	—	6
endomyocardialis típusú ST	1	16
R tengely		
balra hajlik	6	19
kp állású	—	6
jobbra hajlik	—	1
QT-megnyúlt	—	3

rosis kialakulása, EKG görbét befolyásoló hatása miatt veendő számításba.

Feltűnő, hogy a *gyér szívműködés* mindössze 5 beteg cardialis állapotát jellemezte. A hypothyreotikus sinus bradycardia kialakulási mechanismusa nem tisztázott. Lehetséges, hogy a Bainbridge-reflex megfordulásáról van szó (a jobb pitvarba csökken a vénás visszaáramlás), bár sokkal valószínűbb, hogy a thyroxinhiány direkt hat a sinuscsomóra, lelassítva az ingerképzés ütemét (9, 26, 30 36).

Low voltage-t (a standard elvezetések egyikében sem éri el egyetlen depolarisatiós hullám sem a 0,5 mV-ot) lényegesen gyakrabban láttunk nőbetegeink EKG-ján. Elsősorban a P és T csipke amplitúdója csökken, ezért sokszor e hullámok még gondos elemzéssel sem észlelhetők. Az 1. és 2. elvezetésekben kifejezett lehet a QRS voltértékének a csökkenése is.

A *T csipkék laposak vagy invertáltak* lehetnek. Szövődménymentes esetekben ez a jobb mellkasi elvezetésekben (V_{1-4}) észlelhető. A V_{5-6}-ban látható T inversio már a társuló coronariasclerosisra utal (9, 36, 49). Anyagunkban kóros T hullámot csak nőbetegeken láttunk (ez feltehetőleg az egyébként is kisszámú férfibetegünk fiatalabb életkorával is összefüggésben lehet). Nőbetegeink több mint felében a T változás csak a végtagi, illetve a jobb mellkasi elvezetésekben mutatkozott. A coronariasclerosist jelző T inversiót a V_{5-6} elvezetésekben 9 esetben észleltünk. A társuló coronariasclerosist a T csipke változásai mellett az *ST szakasz* endomyocardialis typusú mozgása is mutathatja. Ezt 16 nőbeteg EKG-ján láttuk. Adataink alapján tehát nőbetegeink közel kétharmadában az EKG különböző fokú coronariasclerosist jelzett (52 éves átlagéletkor mellett!). E jelek gondos észlelése a kezelés folyamán is nagy jelentőségű. Nem kellő elővigyázattal végzett substitutio a coronariaelégtelenséget fokozva akár transmuralis infarcerálódást is eredményezhet, jellegzetes EKG képpel (37).

Hypophysis-mellékvese rendszer

Az EKG eltérések kialakulásában a következő tényezők vesznek részt: az endogen steroid secretio és ennek következtében a szervezet folyadék- és electrolytháztartásának, szénhydrát-anyagcseréjének megváltozása, a pajzsmirigyműködés módosulása. Az extra- és intracellularis K/Na arányától függően a szívizomzat változó actiós potentiálja határozza meg az e körképekben észlelt EKG eltérések jellegét és mértékét. A hyper- és hypokalaemia EKG jeleit illetően *Krück* (23), *Müller* (27), *Pick* (29), *Raab* (31, 32, 33), *Rose* (35), *Selye* (39, 40), *Surawicz és mtsai* (44, 45, 46) közleményeire utalunk.

Hypadrenia

A 26 Addison-kóros, illetve hypadreniás betegünk EKG-ján mindössze 2 esetben észleltünk fiziológiásnak minősíthető görbét, tehát betegeink több mint 90%-ában egy vagy több kóros eltérést láttunk. Ez az adat az irodalomban (42) említett előfordulási gyakoriságot meghaladja. Az észlelt elváltozásokat táblázatban tüntettük fel.

Az anyagunkban leggyakrabban előforduló rendellenesség az *ST szakasz depressiója* volt, nőbetegeink 90%-ában észleltük (18 eset). Az ST szakasz süllyedése mellett igen gyakran a *T csipke* ellapul vagy invertálódik mind a standard (anyagunkban 10 eset), mind a mellkasi (különösen a bal praecordialis) elvezetésekben. Érdekes, hogy ez utóbbit kizárólag nőbetegekben észleltük, itt viszont minden második esetben. Hasonlóan gyakori, elsősorban szintén a mellkasi elvezetésekben az *U csipke*, mely *Lepeschkin* (25) szerint a hyperkalaemia egyik jól értékelhető tünete. Négy-négy nőbetegünk *pitvar-kamrai ingervezetése lassult*, illetve a kilengések amplitúdója csökkent a *low voltage* mértékéig.

Megvizsgáltuk, hogy az EKG eltérések párhuzamosak-e a ketosteroid secretióval? Mint ahogy az az 1. ábra adataiból látható, az összefüggés az aránylag kevés számú eset ellenére is megállapítható.

A legkifejezettebb eltéréseket a legalacsonyabb hydroxyketosteroid ürítés (3,0 mg/24 óra alatt) eseteiben tapasztaltuk. Hasonló correlatiót észleltünk az ACTH-ra adott válasz nagyságrendje és az EKG kép közt is. Eredményeink ebből a szempontból megfelelnek *Sommerville és mtsai* eredményeinek (42). Ők eseteikben az alapanyagcserét is meghatá-

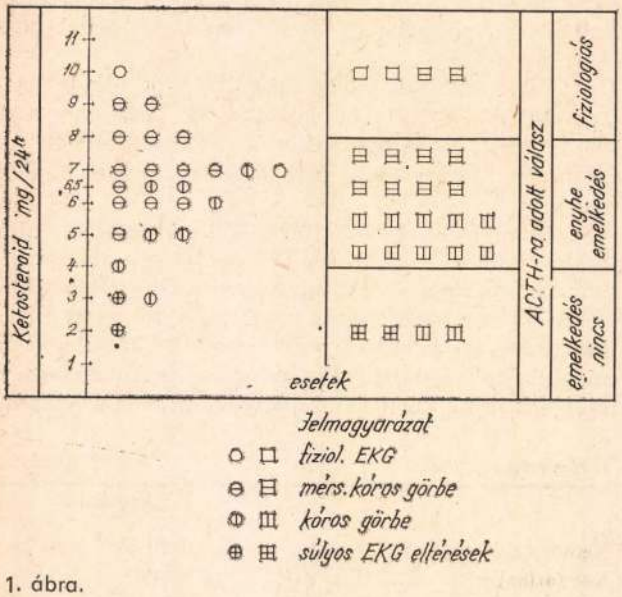
Hypadrenia (26 eset) *3. Táblázat*

	Esetszám	
Nem	férfi: 6	nő: 20
Kor (átlag)	38 év	42 év
	(22—69)	(19—76)
EKG		
fiziológiás	1	1
lapos vagy invertált T		
csipke a standard elv.-ekben	2	8
mellkasi	—	10
R-tengely		
balra hajlik	2	6
közép állású	2	12
jobbra hajlik	2	2
QT-megnyúlt	—	8
low voltage	—	4
PQ-megnyúlt	—	4
ST-depressio	6	18
U-csipke kifejezett	—	10

rozták s minél alacsonyabb volt, annál gyakoribb és súlyosabb EKG eltéréseket láttak.

A hypadreniás cardiovascularis változásokat feltehetően elsősorban a serum és szöveti kaliumszint módosulása okozza. Biztosan hyperkalaemiát okoz a csökkent aldosteron és glycocorticoid secretio; ez utóbbi többé-kevésbé a vércukorszintet is befolyásolja és ezáltal közvetve is az alacsonyabb cukor-„kínálat" — a szénhydrát elégetésekor felhasznált insulin csökkent secretiója folytán — emeli a serum kalium concentratióját. Addisonos crisisben a profus hányás, hasmenés további jelentős elektrolytveszteséget okoz. Az EKG-on a hyperkalaemia jelei mellett bizonyos mértékben a hypothyreosis okozta eltérések is mutatkozhatnak. Ebből nem következtethetünk a hypadrenia hypophysaer eredetére, mert magának az isolált cortisolhiánynak is lehet szerepe manifestatiójukban; kielégítő thyroxin synthesis ellenére is kisebb lesz a hatás a sejtek oxydatiós tevékenységére a cortisol „permissiv" szerepének elmaradásakor.

Sommerville és mtsai (42) 90 Addison-kóros beteg EKG-ját elemezték. Az előfordulási gyakoriság sorrendjében a következő elváltozásokat észlelték: lapos vagy invertált T csipkék, QT megnyúlás, QRS low voltage, PQ megnyúlás, ST depressio, kifejezett U csipke. DOCA önmagában (a subjektív javulás ellenére) az EKG képet nem befolyásolta, sőt sok esetben még tovább rontotta. A cortisol kezelés az esetek többségében a képet teljesen rendezte, így joggal tételezhető fel, hogy ennek kialakulásában a mellékvesekéreg glycocorticoidok secretiójának csökkenése és az ezt követő szövevényes anyagcserezavar játszik döntő szerepet (14/a). Nagy anyaguk egyik meglepő tapasztalata, hogy Addisonos crisisben (8 eset) az EKG alig változott.



1. ábra.

Cushing-kór és -syndroma

Az észlelt EKG eltéréseket táblázatban tüntettük fel.

Fiziológiás görbét 9 esetben láttunk. Az *elektromos főtengely* 21 beteg EKG-ján *balra hajlott.* E betegeink többségében a *bal kamra hypertrophia egyéb jeleit* is észleltük: 25 mm-t meghaladó $R_1 + S_3$ értéket 14 esetben, + 17 feletti Lewis-indexet ($R_1 - S_1 + S_3 - R_3$) 10 betegben, negatív T_{1-2} csipkét 8 esetben, a V_{1-2}-ben rS komplexust 8-ban, a V_{5-6}-ban R, qR, illetve qRs komplexust 7-ben láttunk.

Cushing-kór és-syndroma (32 eset) — *4. Táblázat*

	Esetszám	
Nem	férfi: 6	nő: 26
Kor (átlag)	19,6 év (15—26)	23,9 év (16—32)
EKG		
fiziológiás görbe	3	6
bal kamra hypertrophia jelek		
R balra hajlik	3	18
25 mm-t meghaladó R_1+S_3 (hypertophia index)	1	13
+17 feletti Lewis-index	2	12
T_{1-2} negatív	—	8
V_{1-2}-ben rS komplexus	2	6
V_{5-6}-ban R, qR vagy qRs komplexus	1	6
ST-depressio	2	14
U-csipke	—	6
PQ-megnyúlt	—	2
P_{2-3} kifejezett	—	10
Bal kamrai ES	1	3
lapos v. invertált T csipke	1	6
high voltage		

A hypertonia következtében gyakori az *ST szakasz* endomyocardialis typusú depressiója, 16 alkalommal észleltük. Bár betegeink átlagéletkora alacsony, a hypertonia EKG következményeit igen gyakran láttuk.

Az endocrin correlatio zavara mellett a myocardium (elsősorban a bal kamra izomzata) túlterhelése magyarázhatja az eseteinkben észlelt bal kamrai *extrasystolék*at.

Az EKG kép módosításában a hypertonia mellett a serum kaliumszint csökkenése, a hyperglycaemia (esetleg manifest diabetes), a hypercholesterinaemia, polycythaemia és az obesitas jelentős. Ennek megfelelően a hypokalaemia EKG jelei szövődnek a bal kamra hypertrophia és a coronaria insufficientia jeleivel változatos morfológiájú EKG képet alkotva.

Az endocrin rendszer korrelatiós zavarát teszi felelőssé *Haynal* a különféle (elsősorban supraventricularis eredetű) paroxysmalis tachycardiák keletkezéséért (12, 13). Elmélete szerint a hypophysis-hypothalamus rendszer összeköttetésében jelentkező zavar változó formájú paroxysmalis tachycardiák keletkezését eredményezheti. A hypophysismüködés csökkenése, a hypophysaer feed-back mechanismusok kimaradása következtében a hypothalamusból kiinduló inger megkerülve a hypophysist a sympathicus rostokon éri el a szívet és vált ki főleg supraventricularis paroxysmusokat. A conceptio helyességét igazolja, hogy a hypophysis működését helyreállítva e betegek rohammentessé tehetők.

Bár a részletezett EKG eltérések az egyes kórképek diagnosztikájában alárendelt szerepet játszanak, létezésükkel mégis tisztában kell lennünk. Az EKG sok esetben a klinikai kép és egyéb laboratóriumi vizsgálatok jó támogatója lehet. Egyetlen endocrin megbetegedésben sincs olyan jel, mely egymagában diagnosztikus értékű lenne, de a részletezett EKG eltérések beillesztve az egyéb adatok sorába az egyes kórképek helyes megítlésében, a kórkép fennállási időtartamának megbecsülésében

rutin vizsgálattal nyerhető hasznos adatok lehetnek a klinikus kezében.

Összefoglalás. Szerző 5 éves beteganyagában elemzi a pajzsmirigy, hypophysis—mellékvese megbetegedéseket kísérő EKG képet, részletezve az elváltozások létrejöttének mechanismusát. A 102 hyperthyreotikus EKG leggyakrabban észlelt eltérései: sinus tachycardia, high voltage, bal kamra hypertrophia jelei, jobb és bal pitvar túlterhelés jelei, a T csipke változásai, gyorsult ingervezetés, ST szakasz eltérések. A 32 hypothyreotikus EKG-on észlelt gyakoribb rendellenességek: low voltage, T hullám változása, az ST szakasz endomyocardialis typusú mozgása. A 32 Cushing-kóros, illetve syndromás beteg EKG eltérései (a gyakoriság sorrendjében): a bal kamra hypertrophia jelei, az ST szakasz süllyedése, lapos vagy invertált T csipke. A 26 hypadreniás EKG leggyakoribb eltérései: ST szakasz depressio, kifejezett U csipke, lapos vagy invertált T hullámok, megnyúlt QT távolság. A hydroxyketosteroid secretio, a mellékvese ACTH-val való ingerelhetőségének nagyságrendje és az észlelt EKG eltérések súlyossága közt a szerző határozott összefüggést észlelt.

IRODALOM: 1. *Aber, C. P., Thompson, G. S.:* Amer. Heart J. 1964, *68*, 428. — 2. *Bartelheimer, H.:* Dtsch. Med. Wschr. 1947, *72*, 382. — 3. *Bernart, G. és mtsai:* Amer. Heart J. 1958, *55*, 231. — 4. *Bíró L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1966, *107*, 734. — 5. *Catz, B., Russel, S.:* Arch. int. Med. 1961, *108*, 407. — 6. *Douglas, A. H., Samuel, P.:* New York J. Med. 1960, *60*, 2227. — 7. *Editorial:* Brit. Med. J. 1966, *2*, 779. — 8. *Eichbaum, J.:* Zschr. Kreislaufforsch. 1967, *56*, 325. — 9. *Friedberg, Ch. K.:* Disease of the heart. W. B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1966. — 10. *Fowler, P. B., Swale, J.:* Lancet. 1967, *1*, 1077. — 11. *De Groot, W. J., Leonard, J. J.:* Amer. Heart J. 1970, *79*, 265. — 12. *Haynal, I., Matsch, J.:* Paroxysmal tachycardia. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1968. — 13. *Haynal I.:* Belorv. Arch. 1966, Suppl. 3, 47. — 14. *Hansen, J. E.:* Amer. Heart J. 1961, *61*, 692. — 14/a. *Hartog, M., Joplin, G. F.:* Brit. Med. J. 1968, *2*, 275. — 15. *Hejtmancik, M. R. és mtsai:* Amer. J. Surg. 1964, *108*, 183. — 16. *Holzmann, M.:* Klinische Elektrokardiographie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1961. — 17. *Howitt, G. D., Rowlands, J.:* Amer. Heart J. 1967, *73*, 282. — 18. *Hudson, J. B. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1957, *257*, 529. — 19. *Julesz M.:* Orv. Hetil. 1959, *100*, 1641. — 20. *Katona A. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 61. — 21. *Khoy, B.:* Amer. Heart J. 1967, *73*, 282. — 22. *Kosowicz, J., Roguska, J.:* Amer. Heart J. 1963, *65*, 17. — 23. *Krück, H.:* Dtsch. Med. Wschr. 1967, *92*, 1920. — 24. *Lambrew, C. T. és mtsai:* Amer. J. Med. 1961, *31*, 81. — 25. *Lepeschkin, E.:* Modern Concepts of Cardiovasc. Dis. 1969, *38*, 39. — 26. *Monroe, E. W., Fearrington, E. L.:* Amer. Heart J. 1966, *72*, 293. — 27. *Müller, P.:* Schweiz. Med. Wschr. 1962, *92*, 842. — 28. *Nora, J. R., Pilz, C. G.:* Arch. int. Med. 1959, *104*, 300. — 29. *Pick, A.:* Amer. Heart J. 1966, *72*, 293. — 30. *Policzer M. és mtsai:* Belorv. Archív. 1964, *17*, 228. — 31. *Raab, W.:* Wien. Klin. Wschr. 1966, *78*, 684. — 32. *Raab, W.:* Amer. Heart J. 1966, *72*, 538. — 33. *Raab, W.:* Amer. Heart J. 1963, *66*, 685. — 34. *Rohrbach, G.:* Zschr. f. Inn. Med. 1968, *23*, 680. — 35. *Rose, K. D. és mtsai:* JAMA. 1966, *195*, 111. — 36. *Schantz, E., Dubbs, A. W.:* Amer. Heart J. 1951, *41*, 613. — 37. *Schlesinger, B., Landtmann, B.:* Brit. Heart J. 1949, *11*, 237. — 38. *Schweitzer, A.:* Acta med. Acad. Sci. Hung. 1967, *23*, 365. — 39. *Selye H.:* Lancet. 1958, *1*, 1351. — 40. *Selye H. és mtsai:* Amer. Heart J. 0000, *57*, 88. — 41. *Silver, S. és mtsai:* Cardiovasc. Dis. 1962, *5*, 64. — 42. *Sommerville, W. és mtsai:* Medicine. 1951, *30*, 43. — 43. *Summers, V. K., Surtees, S. J.:* Acta med. scand. 1961, *169*, 661. — 44. *Surawicz, B. és mtsai:* Amer. Heart J. 1967, *73*, 647. — 45. *Surawicz, B. és mtsai:* Circulation. 1957, *16*, 750. — 46. *Surawicz, B.:* Amer. Heart J. 1967, *73*, 814. — 47. *Swales, J. D.:* Lancet. 1964, *2*, 1365. — 48. *Unghváry L.:* Klinikai és kísérleti elektrokardiographia. Medicina, Budapest, 1961. — 49. *Vanhaelst, L. és mtsai:* Lancet. 1967, *2*, 800. — 50. *Voss, D. M., Drake, E. H.:* Amer. Heart J. 1967, *73*, 217. — 51. *Weaver, W. F., Burchell, H. B.:* Circulation. 1960, *21*, 505. — 52. *Zondek, H., Fahr, G.:* JAMA. 1925, *84*, 345.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását.

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTÁP" Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest, XIV., Lumumba u. 209.
Telefon: 630–985.

a baktériumölő

GERMICID LÁMPATEST



RAVIL

Fertőzés megelőzésére, fertőtlenítésre ajánljuk a

GERMICID ARMATÚRÁT!

A komplett armatúrát (csővel együtt) azonnal szállítjuk.
Baktériumölő hatása miatt kiválóan alkalmazható:
kórházak, bölcsődék, egészségügyi intézmények,
tömegesen látogatott helyiségek fertőtlenítésére.

Kívánságra részletes ismertetőt küldünk.

RAVILL KERESKEDELMI VÁLLALAT
VILÁGÍTÁSTECHNIKAI OSZTÁLY

Budapest, VI., Rudas László u. 12. szám
alatt levő Mintatermünkben az áruk egyrésze megtekinthető.
Telefon: 312–715, 318–320



Uregyt

50 mg etacrinsav tabletta



A thiazid csoport több tagját felülmúló *saluretícum*.

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 rendelhetőségéről a „Tájékoztató" című kézikönyv ad felvilágosítást.

20 tabletta	15,20 Ft
200 tabletta	127,60 Ft

EGYT

EgyT **Gyógyszervegyészeti Gyár Budapest**

plastubol

spray
plastikus sebfedő

A bepermetezett felületen rugalmas, átlátszó, víz- és vegyszerálló film képződik.
Nem tartalmaz chemotherapeuticumot, antibioticumot, desinficienst!

Bővebb felvilágosítást
a „Tájékoztató" című kézikönyv nyújt.

160 g össztartalmú szelepes fémpalack 35,— Ft



Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár Budapest

Baranya megyei Tanács Kórháza, Belgyógyászati Osztály (főorvos: Bohenszky György dr.)
és Kórbonctani Osztály (főorvos: Kádas István dr.)

Adatok a szabad hasűrbe történő spontán vérzések klinikumához, különös tekintettel az art. és véna lienalisból eredő vérzésekre

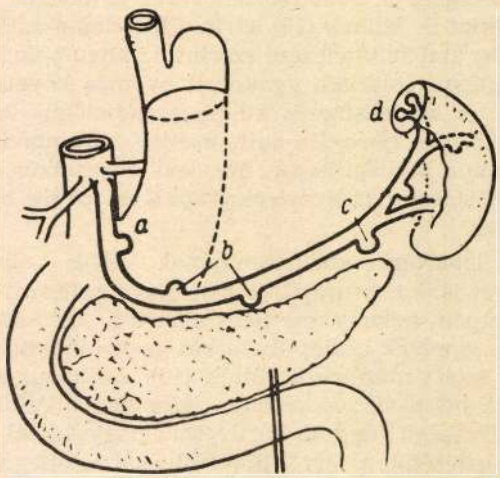
Kövér Géza dr., Strenger János dr.,
Bodó László dr. és Kádas István dr.

A szabad hasűrbe jutó vérzés ritka. Leggyakrabban a méhenkívüli terhesség szövődményeként találkozunk vele. Előfordul, hogy a hasűrbe jutott vér mennyisége meghaladja a két litert is, ez rendszerint súlyos, legtöbbször végzetes következményekkel jár. Az idejében felállított diagnózist követő sebészi beavatkozás életmentő lehet.

Arteriás eredetű vérzések leggyakrabban az aorta hasi szakaszának, az art. lienalisnak, art. gastro-duodenalisnak, az art. gastroepiploicának, az art. epigastrica inferiornak aneurysmáiból történnek, a vénás vérzés pedig a vena mesentericák, a vena epigastrica inferior, a tágult nyelőcső-, köldökkörüli visszereknek megrepedése következtében jön létre. Előfordulhat haemoperitoneum peritonealis haemangioma (14), hasfali varix (4, 5, 18), a gyomor kisgörbületi diverticuluma következtében (19) is.

Az art. lienalis aneurysmáját régebben igen ritkának tartották. A Mayo-klinika 28512 sectiós esete közül 47 esetben fordult elő. *Owens* és *Coffey* (16) összefoglaló közleményükben az első ilyen jellegű ismertetés óta *(Beaussier;* 1770), az irodalmat áttekintve, 1953-ig 204 esetről számoltak be. Jelentős részük sectiós lelet volt. Ezek közül 94 esetben következett be az aneurysma rupturája, 36-ban történt vérzés a peritoneális űrbe. A vérzés 51 esetben egyszeri, 43 alkalommal pedig kétszakaszos volt. Az azóta eltelt másfél évtized alatt a közlések száma némileg emelkedett. *Boijsen* (2) 1967-ben kb. 400-ra teszi a közölt arteria lienalis rupturás esetek számát. Újabb adatot, mely az aneurysma-repedést követőleg a peritoneális térbe történt vérzésekről tesz említést, csupán egyet találtunk (6).

A korábbi sectiós statisztika alapján az arteria lienalis aneurysma előfordulása 0,8% volt. Gyakoribb előfordulás mellett szólnak *Boijsen* (2) tapasztalatai. Ő átvizsgálta az 1966. évben általuk elvégzett coeliacographiás esetek közül azt a 192-t, melyben az arteria lienalis egész lefutását meg lehetett ítélni. Kilenc alkalommal talált extralienalis léparteria aneurysmát. Ez 5%-os előfordulási aránynak felelt meg, messze felülmúlva a korábbi sectiós arányszámot. Érdekes módon nőkön 2—3-szor gyakrabban fordul elő — bár a hasüreg más aneurysmái férfiakban gyakoribbak — és főként terhesség alatt rupturálnak.



1. ábra.
Fischer sémája

A léparteria aneurysmákat pathogenesis szempontjából, a gyakoriság sorrendjében a következő csoportokra oszthatjuk:

1. Arteriosclerosis alapján kifejlődő aneurysmák. Általában az idősebb korúak betegsége. Lassan, fokozatosan alakulnak ki, rupturájuk nem gyakori.

2. Mycoticus embolus okozta aneurysmák. Az embolus vagy a szívből (endocarditis, intracardialis thrombosis), vagy nagyon ritkán, foramen ovale apertum esetén, perifériás vénák thrombusaiból származik. Leginkább a harmadik életévtizedben jelentkezik.

3. Portalis hypertensio kapcsán kialakuló aneurysmák. *Boijsen* nagyobb coeliacographiás anyag áttekintése alkalmával a máj-cirrhosis, ill. portalis hypertonia miatt operált betegek kb. 20%-ában talált art. lienalis aneurysmát.

4. Az aneurysma lehet veleszületett is.

5. A syphilises eredetű léparteria aneurysma létezését többen kétségbe vonták, a splenomegalia luetica azonban társulhat solitaer vagy többszörös aneurysmával.

6. A terhesség alatt, főleg annak második felében keletkezhet léparteria aneurysma. Ennek származása még nem tisztázott, de valószínűleg érfalkárosodás már előzőleg is fennállott és a terhesség

alatt megváltozott hasűri nyomásviszonyok vezethettek aneurysma képződéshez.

7. Az aneurysma okaként trauma is szerepelhet.

Az aneurysmák anatómiai elhelyezkedését illetően az art. lienalis lefutása mentén 4 praedilectiós helyet említhetünk meg. Ezt jól szemlélteti *Fischer* (7) sémája. Leggyakrabban az *a* és *b* helyzetűek fordulnak elő (1. ábra).

A szövődményt még nem okozó aneurysma felismerése nem könnyű. A betegek sokáig tünetmentesek. Később teltségről, a bal hypochondrium nyomásérzékenységéről panaszkodhatnak. Hirtelen felüléskor vagy haspréskor fájdalom jelentkezhet bal oldalon, a has felső részében. Nagyobb aneurysma esetleg tumorként tapintható, felette systolés surranás észlelhető. Jelentkezhet véres hányadék, véres széklet is. *Mülley* (15) leírta a hirtelen eszméletvesztést, ami feltételezése szerint az aneurysma által a plexus solarisra gyakorolt nyomás következménye. A kórfelismerés kulcsa a radiológus kezében van. Az elmeszesedett, esetleg thrombotizált aneurysma átvilágításkor, üres has felvételkor észlelhető, selectiv hasi arteriographiával pedig bizonyítható.

A léparteria aneurysmájának súlyos szövődménnyel járó rupturáját élőben diagnosztizálni eddig csupán néhány esetben sikerült, elsősorban azokat, amelyek csillapíthatatlan gastro-intestinalis vérzés miatt műtétre kerültek (12). Az aneurysma ruptura belső vérzés képében jelentkezik. A tünetek súlyossága függ az aneurysma nagyságától, elhelyezkedésétől, a vérzés helyétől, és az esetleg már kialakult arterio-venosus communicatiótól. A vérzés gyakran kétszakaszos; lehet, hogy csak a második fázisban észleljük. Hirtelen támadó rosszullétek, esetleg egyidejűleg észlelhető splenomegalia, tapintható pulzáló hasi tumor a felette észlelhető systolés surranással, abdominalis tompulat nyomásérzékenységgel, a bal vállban érzett hirtelen fájdalom, mely a coronaria attack képét utánozhatja, mind olyan tünetek, melyek a figyelmet a háttérben levő aneurysma rupturára hívják fel.

Esetünk: Gy. J., 73 éves nőbeteget 1968. június 6-án collapsus állapotában szállították osztályunkra. A kórelőzmény adatai szerint régebben beteg nem volt. Behozatala előtt röviddel hirtelen rosszul lett, szívtáji fájdalmat érzett, elszédült. Az anaemiás küllemű betegen lényeges kóros fizikális eltérést a feszesebb, nehezebben betapintható hason kívül nem találtunk. A laboratóriumi vizsgálatok közül csak az anaemia (vvs.: 2 700 000, hgb.: 7,6 g%), a mérsékelt leukocytosis (fvs.: 14 000), a kisfokú RN (51 mg%) emelkedése említendő meg. Rtg-vizsgálat negatív mellkasi lelet mellett a has területén gázos vastagbelet mutatott folyadéknívó nélkül. EKG: sinus-tachycardia. ST_{1-2} min. süllyedt-ívelt. Lapos T_2. Mellkasi elvezetében V_{4-6}-ban süllyedt-ívelt ST. A kezdeti collapsust transfusiókkal, infusiókkal, keringésének támogatásával rendezni tudtuk, de a végig anaemiás, subfebrises, praecollapsusban levő elesett betegen a felvetődött hasi tumor irányában vizsgálatok nem történhettek Az észlelés 8. napján székelési ingerről panaszkodott, felült, majd hirtelen shockba került és mielőtt bármilyen therapiás beavatkozás történhetett volna, bekövetkezett a halál. A subileusos hasi kép, a hirtelen kezdet és a váratlanul gyors exitus alapján hasi, illetve retroperitoneális érszövődmény (dissecaló aneurysma, aneurysma ruptura) jelenlétét tételeztük fel. Sectio az arteria lienalis arteriosclerot-icus aneurysmájának rupturáját derítette ki következményes haemoperitoneummal. A rupturát követően a vérzés feltehetően két szakaszban zajlott le. Először a pancreas corpusába, majd a peritonealis űrbe történt a vérzés. Az aneurysma az ábrán jelzett localisatiók közül a c szakaszon helyezkedett el (1. ábra).

A lépvénarepedés előfordulása még az art. vérzéseknél is ritkább. A német irodalomban *van Bragt* 1936-ban 22 esetről számolt be (3). Mind sectiós lelet volt. Az angolszász irodalomban a század első felében csupán 2 közlést találunk (20). Az elmúlt évtizedben több véna lienalis rupturát követő haemoperitoneummal foglalkozó közlemény jelent meg. Érdekes módon csak terhesség alatt történt lépvénafal-rupturáról számoltak be (8, 17, 19), mely többször szült nőkön a terhesség második felében fordult elő. Aetiológiáját illetően a szerzők csupán találgatásokba bocsátkoztak. Több esetben a pancreasnecrosishoz társult lépvéna-ruptura oka valószínűleg a vénafal usurálódásában volt megtalálható. Más esetekben pedig a megemelkedett intraabdominalis nyomás tehető felelőssé. Az arteria lienalis aneurysma rupturától elkülöníteni klinikailag szinte lehetetlen.

Második esetünk: G. I., 68 éves, nagyfokban lesoványodott férfibeteget 1 napos, hidegrázással kezdődő háti szúró fájdalommal járó lázas állapottal vettük fel a belosztályra 1967. május 11-én. A kórelőzményben fél évvel megelőzően más intézetben történt kezelés szerepelt bronchopneumonia lobii inf. l. s., cirrhosis hepatis miatt. Azóta is gyengének érezte magát. Fizikális vizsgálattal mérsékelten icterusos sclerákat, száraz nyelvet, a tüdő részéről emphysema jeleit, nehezen betapintható meteoristicus hasat találtunk. Laboratóriumi leletek közül kiemeljük a vvs.-süllyedést (18 mm/óra), a vérképet (vvs.: 4 400 000, hgb.: 16,4 g%, fvs.: 8400), emelkedett serum bilirubinszintet (3,8 mg%), a vizeletben fokozott ubg.-t. Mellkas rtg: a bal kulcscsont alatt jókora zölddiónyi, jobb oldalt a dorsalis segmentnek megfelelő háromszög alakú elmosódott árnyék. EKG: sinus-tachycardia, meredek tengelyállás. Magasabb P_{2-3}, ST_{2-3} süllyedt. T_1 lapos, T_{2-3} neg.-pos. A májcirrhosisban szenvedő, emphysemás, cor pulmonalés beteg lázas állapotát bronchopneumoniával magyaráztuk, és ennek megfelelő medicatióban részesítettük. Három nap után a beteg láztalanná vált. A kezelés 6. napján kevés kávéaljszerű hányadékot ürített, majd néhány óra múlva hirtelen exitált.

Boncolelet: chronicus generalizált gümős folyamat a következő szervi manifesztációkkal: nagy göbös tüdő- és lép-tbc; tumorszerű nagy göbös folyamat a májban, cholecystitis tbc caseosa; pancreatitis tbc caseosa. Halálok: a gümős és trypticus, arrodáló pancreas-folyamat ráterjedése miatt létrejött kétszakaszos hasűri vérzés a varicosus v. lienalisból. Itt is kétszakaszos vérzés történt, de az első ún. initialis vérzésre kifejezett tünet nem utalt. A beteg mégcsak anaemiás küllemű sem volt.

Az utolsó 50 év magyar irodalmában csupán 4 közlemény foglalkozott léparteria aneurysma rupturáját követő haemoperitoneummal (1, 9, 10, 13). Lépvéna repedés okozta hasűri vérzéssel foglalkozó közlésre utaló adatot nem találtunk. Előfordulásuk azonban mégsem annyira ritka, hogy diagnosztikus tevékenységünk közben e kórképek lehetőségére ne gondoljunk. Selectiv hasi arteriographia segítségével ma már pontos diagnózishoz juthatunk és a beteget a gyógyulás reményével adhatjuk sebész kezébe.

Összefoglalás. A szerzők léparteria aneurysma ruptura és lépvéna repedés okozta fatalis kimenetelű haemoperitoneum ritkán előforduló eseteit ismertetik.

IRODALOM: 1. *Bochor Á.:* Orv. Hetil. 1928, *72*, 536. — 2. *Boijsen, E.:* Dtsch. med. Wschr. 1969, *94*, 13. — 3. *van Bragt:* cit.: Pruder, M.: Zbl. Gynäk. 1961, *83*, 1370. — 4. *Eisemann, B., Roos, B. D.:* New Engl. J. Med. 1968, *278*, 913. — 5. *Eisemann, B., Ross, B. D.:* Amer. J. Surg. 1964, *30*, 221. — 6. *Fontaine, J. L., Pietri, J., Batin, S.:* Presse méd. 1968, *75*, 665. — 7. *Fischer:* cit.: Klöss, J., Dost, K.: Zbl. Chir. 1965, *90*, 254. — 8. *Friebel, H. G.:* Zbl. Gynäk. 1962, *84*, 137. — 9. *Gergely M.:* Magy. Nőorv. L. 1967, *30*, 182. — 10. *Kabay L.:* Orv. Hetil. 1951, *92*, 1462. — 11. *Klöss, J., Dost, K.:* Zbl. Chir. 1965, *90*, 254. — 12. *Mátyus L., Bodnár E., Littmann I., Péter M.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 1795. — 13. *Mayer E.:* Orv. Hetil. 1928, *72*, 538. — 14. *Meitner, E. R., Pavur, J.:* Zbl. allg. Path. path. anat. 1965, *107*, 2831. — 15. *Mülley, J.:* cit.: Kabay L.: Orv. Hetil. 1951, *92*, 1462. — 16. *Owens, J., Coffey, R. J.:* Surg. Gynec. Obstet. 1953, *97*, 313. — 17. *Pruder, H.:* Zbl. Gynäk. 1961, *83*, 1370. — 18. *Rolleston, H.:* Diseases of the liver, gall bladder, and bile ducts. Philadelphia, Saunders. 1905. — 19. *Seah, C. S., Tan, M. C.:* Brit. Med. J. 1964, *5389*, 1028. — 20. *Shepard, D., Foster, C. E.:* Ann. Surg. 1961, *153*, 1029. — 21. *Ward, W. W., Oca, F., Carty, B.:* JAMA. 1966, *196*, 789.

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 tranquillosedativum, mely főhatása mellett izomrelaxans és anticonvulsiv hatást is kifejt.

JAVALLATOK:
Fokozott psychés feszültséggel, motoros izgalmi állapottal, súlyos szorongással járó megbetegedések. Súlyos hysteriás primitív reactiók.
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.

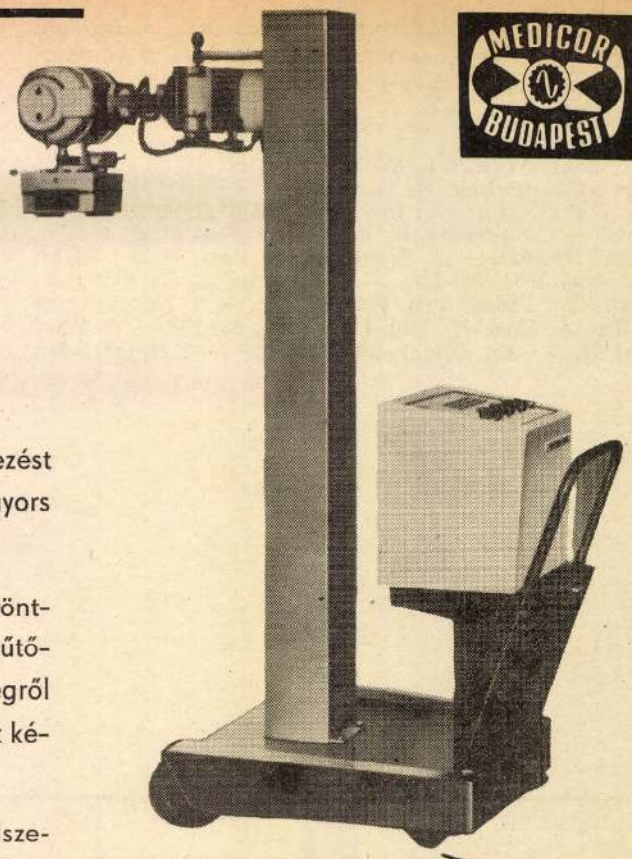
ELLENJAVALLAT:
Myasthenia gravis.

FIGYELMEZTETÉS:
A kúra kezdetén esetleg fellépő álmosság 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 tranquillosedativumokhoz 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.**



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

HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi Könyvtár igazgatója

10. szám

Halál a bölcsőben

Ha Angliában évente háromezer gyermek közúti baleset következtében vesztené életét, forradalommal felérő felzúdulást váltana ki. Nagyjából ugyanannyi csecsemő hal meg csendben bölcsőjében, méghozzá anélkül, hogy ez a tény akár a napi sajtóban, akár a szaklapokban nyilvánosságra kerülne.

Ez a meglepő, de mindazonáltal nem kevésbé tragikus tény nem újkeletű. A hirtelen bekövetkező csecsemőhalálozás igen régi és a világon mindenütt fellelhető probléma. Jelenleg az igazságügyi orvostan egyik legfontosabb kutatási témája. Becslés szerint a „bölcső-halál" előfordulása Angliában 1500—5000 eset évenként, az átlagos évi 3000 haláleset úgyszólván állandó számnak tekinthető. Az Egyesült Államokban, ahol a publicitás és a kutatási aktivitás a legnagyobb, a halálesetek száma évente 15 000, sőt egyes hatóságok megállapítása szerint 25 000-re rúg. Ezek szerint a bölcsőhalál a leggyakrabban előforduló egyedi oka a csecsemőhalálozásnak.

A hirtelen bekövetkező csecsemőhalálozás száma az utóbbi években valószínűleg nem emelkedett, nyilvánosságra azonban — bár már régen aktuális lett volna — csak a közelmúltban került. Az elhalálozások számára vonatkozó pontos adatokkal nem rendelkezünk. Ennek oka valószínűleg a nomenclatura tisztázatlansága, a felismerés hiánya volt a múltban. Míg a csecsemő-mortalitás minden egyéb formája meredeken csökkent az elmúlt évtizedekben, addig a bölcsőhalál esetek száma alighanem változatlan maradt. Így az általános mortalitás csökkenésével mind jobban előtérbe kerül. A csecsemőkorban bekövetkező hirtelen elhalálozás elsősorban a nagymértékben urbanizált, magas életnívójú, főleg nyugat-európai országokra vagy Észak-Amerikára lehetne jellemző, de a kérdés mélyebb tanulmányozásánál kiderül, hogy ez a következtetés — legalábbis részben — megtévesztő. A fejlődő országokban ugyanis kevesebb a pontos diagnózis és statisztika, ugyanakkor általában nagyobb a csecsemő-mortalitás, így a bölcsőhalálra vonatkozó adatok összevegyülnek az egyéb mortalitási adatokkal, illetve okokkal.

Mielőtt bővebben foglalkoznánk a hirtelen bekövetkező csecsemő-elhalálozás syndromájának számos problémájával (angol nyelvű rövidítései: SUD vagy SIDS = sudden unexpected death, illetve sudden infant death syndrome) tiszta képet kell kapnunk arról, hogy mit is értünk „bölcső-halál" alatt. A „hirtelen, váratlanul bekövetkező csecsemőhalál" alatt azt értjük, ha egy általában 2—6 hónapos kisgyermek, aki vagy teljesen egészséges volt, vagy akinél csak jelentéktelen tünetek mutatkoztak — meghal.

Bölcső-halál előfordulhat a 2 hetestől 2 évesig terjedő korosztályban. Általában nem jellemző az újszülöttekre és a születés utáni első hetekben ilyen fajta halálozás jóformán nem is fordul elő. A kéthetestől kétévesig terjedő korosztály igen széles, a legtöbb elhalálozás 2 és 6 hónap között következik be, a halálozási csúcsértéke a 4 hónapos életkor. Kilenc hónap után ritkán fordul elő és a 2. évben igen ritka. Az utóbbi időben megjelent számos közlemény szerint, szignifikánsan nagyobb a fiúgyermekek elhalálozása, mint a leánygyermekeké. A legtöbb adat szerint a fiúk és leányok elhalálozási aránya 3:2.

Ennél a nembeli különbségnél sokkal fontosabb az évszakok szerinti variáció. A „bölcső-halál" általában a hideg, nedves hónapokra korlátozódik és Angliában majdnem az összes bölcsőhalál október és május között következik be, a csúcsérték decemberben van, néha észleltek csúcsértéket kora tavasszal. Úgy látszik, hogy a csúcsérték nincs összefüggésben a hőmérséklettel, továbbá nem függ össze a hétrő hétre megfigyelhető klímavariációkkal sem. A déli féltekén — ausztrál szerzők közlése szerint — a bölcső-halál leggyakrabban május és október között fordul elő, ami megfelel az ottani téli időszaknak. Ez a klímaviszonyokkal való ilyen szoros korreláció valószínűleg lényeges nyomra vezető jel.

A kis jövedelmű családokban sokkal gyakrabban fordul elő, mint a társadalom jobbmódú tagjai között. Ez a megállapítás azonban még további vizsgálatot igényel. Ennek a szociális különbségnek legfontosabb tényezője a lakáshelyzet és a népsűrűség. A kis jövedelmű családokban általában több a gyerek, a családok kisebb és gyakran régi lakásokban laknak. Fertőzésre tehát sokkal több alkalom van ilyen körülmények között — amennyiben a csecsemőhalál oka a légzőszervi megbetegedés lenne.

Ha megjelöljük nagyvárosaink térképén a bölcső-halál előfordulási eseteit, meglepő, hogy a jelzések mennyire sűrűsödnek a régebbi, még Victoria-korabeli munkásnegyedekben, illetve a nagyvárosi lakótelepeken. Az Egyesült Államokban *Marie Valdes-Dapena dr.*, aki elismert tekintély a bölcső-halál kérdésben, publikált két azonos, Philadelphia városát ábrázoló térképet. Az egyiken bejelölte azokat a helyeket, ahol a bölcsőhalál a leggyakrabban előfordult, a másikon pedig a lebontásra ítélt lakóházakat — a két térkép nagyjából azonos volt.

A kutatások folyamán más tényezőket is figyelembe vettek, így a koraszülést, a törvénytelen gyermekek körülményeit, a fajtabeli különbségeket, de ezeket a tényezőket is befolyásolja a szociális helyzet. Nagy-Britanniában — látszólag — a koraszülés kissé növeli a bölcső-halál esélyét.

Más határozott nyomra vezető jel: az ikrek között gyakran fordul elő a bölcső-halál. A bölcső-halál az újszülöttek 2—3 ezrelékét sújtja, míg ikrek esetében — több kutató megállapítása szerint — ez az arány sokkal magasabb. Természetes, hogy a hirtelen bekövetkező halál általában az ikerpár egyikét éri, bár több esetről számolnak be, amikor mindkét iker, néha egyidőben halt meg. Ettől eltekintve, semmi bizonyíték nincs arra, hogy a bölcső-halál örökletes lenne. Ha egy családban előfordult, ez nem jelent kockázatot a továbbiakban, a kockázat továbbra is 2—3 ezrelék marad.

A tipikus eset részletes elemzésekor retrospektíve gyakran kimutatható, hogy a gyermek náthás volt, vagy a belei nem voltak rendben a halálát megelőző napokban. Az eseteknek kb. a felében voltak ilyen előzmények, a másik felében a gyermekek teljesen jól voltak. Még ezeknek a triviális tüneteknek a jelentősége is vitatott, mivel pospectiv kutatás nem lehetséges, csak visszafelé, tehát már a halál bekövetkezte után lehet az esetet nyomon követni. Ilyen körülmények között természetes, hogy a gyászoló szülők keresik a halál okának ésszerű magyarázatát, amely felmenti őket a felelősségérzés alól. Ezért a jelentéktelen zavarokra, mint amilyen a nátha, a bélzavarok is emlékeznek, bár valószínű, hogy ezeknek az előfordulása nem volt gyakoribb vagy súlyosabb, mint más, még életben levő gyermekeknél, különösen a téli hónapokban, amikor ezek az infekciók igen elterjedtek. Sok esetben azonban még ez a jelentéktelen kórtörténeti adat is hiányzik, és a gyermek teljesen egészséges volt a halála előtt.

A halál mindig a gyermek rendes alvási helyén következik be és mindig alvás közben. Az, hogy a gyermeket normális egészségi állapotban fektetik le és reggel halva találják, olyan állandó, hogy sablonosnak tekinthető. Vagy az történt, hogy a szülő reggel, amikor gyermekéhez megy, halva találja, vagy a gyermek reggel a 6 órai etetésnél még jól van, utána visszafektetik és amikor a szülő kel fel reggelizni, akkor találja halva gyermekét. Mindkét esetben közös vonás a reggeli halál, azokban az esetekben, amikor délután vagy este halt meg a gyermek, a legtöbbször beigazolódott, hogy nem valódi bölcsőhalálról volt szó. Kétségtelen, hogy amikor a halál nem reggel következett be, még nagyobb gonddal kell a boncolást végezni. Ha ilyenkor sem sikerült kimutatni a halál okát, alternatíva nem lévén, a főcsoportba, vagyis azok közé, akiket reggel találtak halva kellett ezeket is besorolni.

Boncolásnál a legtöbb esetben semmiféle kóros állapotra utaló tünetet nem találtak, ha mégis kifejezett pathológiás körülményeket észleltek, akkor a halál oka nem definiálható bölcsőhalálként, tehát nem tartozik a „hirtelen váratlan halál" csoportba. Bizonyos számú, ugyanilyen körülmények között bekövetkezett halálesetben valódi bronchopneumoniát vagy más határozott infekciót lehetett kimutatni, ez azonban már önmagában is kielégítő magyarázatot ad a halál okáról. Előfordulnak néha congenitális rendellenességek, különösen a szíven, néha a szülési trauma következményeként maradandó (residuális) károsodások az agyhártyákon. Az esetek legnagyobb részében azonban nincs ilyen határozott pathológiai bizonyíték és ezek azok az esetek, amelyeket magyarázat hiányában „a hirtelen halál a csecsemőkorban syndroma" kategóriába sorolnak. Olykor az arcon az ágynemű, illetve a párna okozta nyomás jelei, ezeket régebben fulladásos jeleknek tekintették, de újabban post mortem eredetűeknek tartják. Hasonlóképpen a nyál, hab, sőt gyomortartalom az arcon a gyors haldoklási folyamat következményének tekinthető, nem pedig a halál okának.

A szervek vizsgálatakor általában kis gombostűfej nagyságú vérömlenyeket találnak a tüdő és a szív savós hártyáin. Ezeket a petechiás vérzéseket a múltban, sőt sok helyen még ma is helytelenül interpretálták. A petechiákat az asphyxia, elsősorban a megfojtás és fulladás klasszikus jeleinek tartották. Elnevezése „Tardieu pontok" egy párizsi sebész neve után, aki fojtogatás okozta halálesetekben észlelt hasonló elváltozásokat. Ez a szerencsétlen összefüggés sok éven át tartotta magát és a bölcsőhalál ezreit asphyxiás halálnak tulajdonították, amelynek törvényszéki következményei is voltak. Ma már ezeknek a bevérzéseknek a jelentőségét sokkal kisebbnek tartják. Előfordulhat fojtogatás és fulladás úgy is, hogy nem keletkeznek petechiák, ezzel szemben észlelnek bevérzéseket olyan esetekben is, amikor az asphyxiával semmiféle vonatkozásban sincs összefüggés. A bölcsőhalál-syndrománál a terminális vérbőséggel vannak összefüggésben, amikor is a vénákban a nyomás növekedése, továbbá az oxigénellátás hiánya a capillárisok rupturáját okozza. Ez kétségtelenül akut oxigénellátási zavar, s mint ilyen, a halál okának közvetlen tünete, de nem a halál oka. A boncolásnál észlelt másik állandó jelenség a kisfokú tüdő-oedema a tüdőállomány egyenlőtlen collapsusával. Ez megintcsak nem tekinthető a halál okának, hanem inkább a szív és légzőrendszer terminális kihagyásának tudható be. Az egyéb szervek lényegében normálisak.

Elmélet, amellyel ezt a tragikus és titokzatos halált magyarázni igyekeztek a múltban is volt, és ma is sokat foglalkoznak ezzel a kérdéssel. De meggyőző bizonyítékot, amely elfogadható megoldást nyújthatna, még nem sikerült találni. Talán kevés olyan orvosi probléma van, ahol ilyen sok elméletet állítottak fel, amelyek azután igen rövid idő alatt sorra helyteleneknek bizonyultak. Volt olyan régebbi teória, amely szerint a halált a fulladás valamilyen formája okozta, pl. az ágynemű, a puha párna vagy a gyomortartalomnak a légutakba jutása. Bármely szülő bizonyíthatja, hogy gyermeke fel tudta emelni fejét a párnájáról és azt is kimutatták, hogy az ágynemű eléggé permeábilis ahhoz, hogy a gyermek elegendő levegőhöz jusson. Felvetették azt is, hogy ha a gyermek orra el van dugulva, nem tud a száján keresztül lélegezni, mint ahogyan a felnőtt. Semmi sem támasztja alá ezt a feltevést. Egy újabb elmélet szerint — ezt Új-Zélandon *D. F. L. Money* állatorvos állította fel fiatal malacok elhalálozásával kapcsolatban — a halál oka lehet az E-vitamin és a szelén hiánya. Annak ellenére, hogy ez a feltevés még további kutatást

igényel, nehezen egyeztethető össze a már ismert évszakos és nembeli különbségekkel.

A legújabb elméletek közül: lehet némi alapja annak, hogy a bölcsőhalálban meghalt gyermekek kálciumanyagcseréje abnormális volt. A vérkálciumszintet elsősorban a mellékpajzsmirigyek szabályozzák. Egy skandináv kutató szerint a bölcsőhalál áldozatainak veleszületett parathyreoidea defektusuk volt. Ez okozta az alacsony vérkálciumszintet, amely viszont gége-spasmust, továbbá a szívizom működés instabilitását okozhatja. Ezt a feltevést több kísérő jelenség támasztotta alá, sajnos azonban az elmélet helyességét igazoló anatómiai és biokémiai bizonyítékok hiányoztak.

Tíz évvel ezelőtt újabb érdekes elméletet állított fel egy cambridge-i kutatócsoport. A csoport vezetője az egyetem ismert immunológusa, *R. A. Coombs* volt. A bölcső-halál áldozatainak vérében tehéntej-proteinnel szembeni antitesteket mutattak ki. Állatkísérletekben kimutatták, hogy ha tengerimalacokat szenzibilizáltak tehéntej-proteinnel szemben, az állatok elpusztultak, ha a légutakba — alvás közben — egészen kis mennyiségű tejfehérje jutott. A körülmények tehát igen hasonlítottak a gyermekek bölcső-halálának körülményeihez. Kimutatták azonban, hogy a tehéntej antitestek szintje ugyanolyan magas volt a nagyszámú kontroll csoportban, ahol az állatok nem pusztultak el. Másik ellentmondás, hogy az antitestképződés csúcspontja röviddel a szülés után van, míg a legtöbb bölcső-halál kb. 4 hónapos korban következik be. Mint annyi más tetszetős elméletet, ezt is — ha kelletlenül is — el kellett vetni.

A legtöbb régebbi elméletnek nagy gyengéje, hogy nem vették figyelembe az igen jellemző évszakos összefüggést. A bölcső-halál a hideg évszakban a leggyakoribb, amikor is a légúti fertőzések száma a csúcsponton van. Ez igen nagy jelentőségű tény. A bölcső-halál gyakoribb előfordulása a szegényebb néprétegek körében ugyancsak arra enged következtetni, hogy a rossz higiénés viszonyok, különösen a zsúfolt hálószoba és a kisebbfokú preventio következtében fellépő keresztfertőzések nagy szerepet játszanak. Sok bölcső-halál esetben az áldozatok náthásak voltak, bár — ahogyan ezt már a fentiekben említettük — ez a megfigyelés lehet hogy nem olyan jelentős, mint amilyennek első látásra tűnik. Ennek ellenére a fő ok mégis csak a respiratorikus fertőzésekkel látszik kapcsolatban lenni.

Sajnos mindeddig specifikus baktériumot vagy vírust nem sikerült kimutatni. Számos vizsgálatot végeztek, de semmiféle ágenst nem lehet izolálni. Lehetséges, hogy a vírus kimutatása ma még metodikai nehézségekbe ütközik. Amíg nem tudjuk, hogy mit is keresünk, nehéz azt megtalálni. Újabban egy bizonyos vírusfajtára gyanakodtak, ez a „respiratoricus syncytialis vírus", amely — közismerten — kisgyermekek tüdőmegbetegedését okozza. Mindeddig bölcső-halál esetekben sem ezt, sem más specifikus vírusfajtát nem sikerült izolálni, bár világszerte folynak a kutatások, így pl. Ausztráliában, Texasban és Angliában is.

Lehet, hogy nincs egyedi oka a bölcső-halálnak. Úgy tűnik, hogy a halál központi respiratorikus zavarnak tulajdonítható, amely lehet az agytörzsi centrumok toxaemiájának következménye. Ezek szabályozzák a légzést, a legkevésbé aktívak alvás közben és megfigyelhető némi párhuzam az akut poliomyelitis következtében fellépő respirációs zavar és a bölcső-halál módja között. (Ez nem jelenti azt, hogy a poliomyelitist bármilyen kapcsolatba lehetne hozni a bölcső-halállal.) A halál módja talán általában hasonló a fertőzéses körülményekéhez, ezen fertőzéseket okozó vírusok némelyikét ma még nem ismerjük.

Amíg magával az okkal nem vagyunk teljesen tisztában, addig csak keveset tehetünk a preventio érdekében. Józan meggondolások szerint a 2—12 hónapos gyermeket keresztfertőzésektől védeni kell, különösen akkor, ha a gyermek születése az őszi hónapokra esik, mivel a gyermek élete a téli hónapokban van a legnagyobb veszélyben. Ésszerű nomenclatura és regisztrálás bevezetésére lenne szükség.

Szükséges a felvilágosító munka mind a laikusok, mind az orvosok körében. Az orvosok általában keveset tudnak a bölcső-halálról. A gyakorló orvos csak a halál után látja az eseteket, a kórházi orvosok soha, mivel a gyermekek mindig otthon halnak meg. A gyermekspecialisták is igen ritkán találkoznak bölcső-halál esetekkel és így az igazságügyi orvosszakértő feladata ennek a rejtélyes syndromának a regisztrálása. Az orvostanhallgatók előtt jóformán teljesen ismeretlen, mert az igazságügyi orvostan tankönyvek és a standard kézikönyvek sem említik.

D. Teare és B. Knight cikke nyomán, Science Journal

Egészségügy az Egyesült Arab Köztársaságban

Az EAK a fejlődés nem kapitalista útján jár, és háborús kiadásai ellenére gazdasági és szociális tekintetben követendő példa lehet sok más fejlődő ország számára. Területe mintegy 1 millió km², azonban tulajdonképpen csak a Nílus völgye és néhány nagy oázis (Fajum, Siva) lakott és megművelt, ez mintegy 36 000 km², azaz a terület 3%-a. A megművelt föld kétharmad része a deltában van.

Amíg Egyiptom lakossága az 1805-ös első népszámlálás idején 5 millió volt, 1968. július 1-én 31 800 000-et ért el. A születésszabályozás terén kifejtett állami törekvések ellenére (ovulációgátlók adása, pénzjutalom intrauterin plasztikhurok behelyezéséért, felvilágosító kampányok és 2793 családtervezési tanácsadó) a lakosság száma 893 000-rel növekedett az előző évhez képest. 1907-ben Egyiptomban 1 km² termőföldre 300 lakos jutott, 1966-ban 600.

42/1000-es születési szám és 14/000-es halálozás mellett a lakosság évenkénti növekedése 28/

1000, a legújabb adatok szerint 25/1000. Azzal számolnak, hogy 2000-ben az EAK-nak 75 millió lakosa lesz. Amint ez tipikus a tropikus és szubtropikus fejlődő országokban, az egyiptomi lakosság 43—44%-a 15 éven aluli (fejlett országokban: 35 százalék), szemben a keresők 27%-ával (fejlett országokban: 50%). Ha erre a demográfiai helyzetre gondolunk, megértjük a szovjet mérnökökkel és hitellel épített asszuani gát jelentőségét, amelynek segítségével további 2 millió feddan (1 feddan = 4200 m^2) földet lehet majd öntözni és az évi nemzeti jövedelem 235 millió egyiptomi fonttal (1 font kb. 35 forint) fog emelkedni.

A szocialista egészségügy felépítésének alapja az állami ipar nyeresége. Az 1968/1969. évben az ipari termelés az előző évi 1171 millió fontról 1305 millióra emelkedett. Ez 12%-os emelkedésnek felel meg.

Az egészségügy az 1952. július 23-i forradalomtól kezdődően a kormányzat érdeklődésének középpontjában áll. Az 1954-ben alapított gazdasági tanács kidolgozta a gazdasági fejlődés tervét, amelynek végrehajtása 1960-ban kezdődött meg. A tervnek az a célkitűzése, hogy az EAK nemzeti jövedelme minden 10 évben megkettőződjék. Jelenleg az egy főre jutó átlagos évi jövedelem mintegy 120 dollár.

Az Egészségügyi Minisztérium előtt a következő főfeladatok állnak:

1. Az egészségügyi ellátás kiterjesztése a vidékre úgy, hogy az orvosi ellátást illetően megszűnjék a különbség a város és a vidék között.

2. Az endémiás betegségek (főleg a bilharziasis, a tuberkulózis, a trachoma, a malária) elleni harc, különös tekintettel a profilaxisra.

3. Az anya- és gyermekvédelem kiterjesztése, hogy a magas csecsemőhalandóság csökkenjen, másrészt viszont további fáradozások a születésszabályozás tekintetében.

4. Az orvosi ellátás javítása, kiterjesztése és olcsóbbá tétele állami kórházak útján, hogy a betegeket megvédjék a magánorvosok uzsorájától.

5. Higiénikus szakszemélyzet lépcsőzetes kiképzése négy továbbképző központban.

6. A gyógyszeripar fejlesztése, hogy a gyógyszerek többségét az országban olcsón termeljék.

7. A biztosítási rendszer kiterjesztése minden munkásra és alkalmazottra.

Ezen feladatok megoldását az Egészségügyi Minisztérium irányítja *Abdo Mahmud Szallam dr.* vezetésével, 5 államtitkárral. A minisztérium alá tartoznak a legfontosabb kutató intézetek, amelyek a táplálkozással, a kardiovasculáris betegségekkel és szívsebészettel, a poliomyelitisszel és fizikoterápiával, a szemészettel, a trópusi betegségekkel, az entomológiával foglalkoznak. A 25 kormányzóságban az egészségügyet a főigazgatók (a városokban államtitkárok) irányítják. Beosztottaik az aligazgatók, akik a profilaxist, az endémiás betegségek elleni tevékenységet, a falusi egészségügyet, az iskolaegészségügyet, a kórházügyet, a gyógyszertárakat, a munkaegészségügyet és a közegészségügyet vezetik. Minden kormányzóság 8—10 kerületre oszlik. A kerületek egészségügyét vagy a kormányzósági közigazgatáson belüli aligazgató vagy pedig önálló aligazgató irányítja.

Az 1959/60-ban az állami költségvetés 3,1%-át, 1964/65-ben 4,5%-át bocsátották az egészségügy rendelkezésére. Két ötéves tervre bontották a feladatokat. Az első ötéves tervben, amely lerakta az alapokat, az orvosi ellátásra 6,9 millió fontot irányoztak elő. A terv keretében 1965-ig felépült 39 kerületi kórház, 12 kormányzósági kórház, egyenként 375 ággyal (a meglevő kórházakat és poliklinikákat is bővítették), a poliomyelitis és fizikoterápiás intézet, a szívsebészeti klinika, a Tantaban levő rákkutató központ, a kerületi kórházakban 35 veszettség elleni oltóállomás és 20 fogászati osztály. A tuberkulózis elleni küzdelem céljára 6 mellkassebészeti klinikát, 10 gondozót, 8 központot, 7 rehabilitációs állomást tüdőbetegek és leprások számára, valamint 10 mozgó röntgenszolgálatot terveztek. Építettek továbbá 2 pszichiátriai klinikát (Alexandriában és Kairóban) egyenként 400 ággyal. 1952 előtt csak 2 pszichiátriai rendelés és 1 iskolapszichiátriai gondozóállomás volt. Jelenleg 22 pszichiátriai központ működik, egyenként 10—20 ággyal.

A profilaktikus egészségügy az első ötéves tervben 1 170 000 fontot kapott. Ebből 38 új anya- és gyermekgondozót, 6 fertőzőkórházat 40—40 ággyal, 5 lepra-rendelőt és a Kairóban levő táplálkozástudományi intézetet építették fel. Kiegészítették továbbá az Alexandriában, Kairóban, El Torban, Port Szaidban, Szuezben és Asszuánban levő karanténállomások felszerelését. Ide tartoznak a védőoltások is. 1962-ben például himlő ellen 6 133 867, poliomyelitis ellen 737 000, diftéria ellen 1 100 922, tífusz és paratífusz ellen 483 987, kolera ellen 619 000 oltást adtak. Ezenkívül több mint 600 000 BCG oltást végeztek.

Az egészségügy nagy figyelmet szentel a falunak. Az EAK-ban 4062 falu van, ezekben él a lakosság 60%-a. 1937-ben ez az arány még 75% volt. Átlagosan 4000—5000 ember él egy-egy faluban. A falvak mintegy 3—5 km-nyire vannak egymástól.

A falvakban az életszínvonal emelésének előfeltétele a fokozatosan végrehajtott földreform. Anglia 70 éves gyarmati uralma alatt Egyiptom az angol textilipar gyapotültetvényévé vált. A kisparaszti gazdaság (2,1 hektárig) a hasznos földterület 35,3%-át tette ki. A terület 34,2%-a a nagybirtokosok kezén volt. A belterjesebb gazdálkodás és a bőséges termés következtében Egyiptomban 200 feddan (21 hektár) nagybirtoknak tekinthető. Az 1952. szeptember 9-i földreformtörvény 200 feddanban (mintegy 85 ha) állapította meg a családi tulajdon maximumát, az 1961. évi ASZU Kongresszus után újabb törvényt hoztak, amely a családi tulajdont 50 feddanra szűkítette. 1953 és 1967 között 968 653 feddan földet osztottak ki a szegény- és a földnélküli parasztoknak. 1964-ig 236 000 család 1,3 millió hozzátartozóval kapott földet a földreform kapcsán. A nagybirtokosok hatalmát azonban még nem lehet megszűntnek tekinteni.

1962. január 10. óta a falusi egészségügy legkisebb és legfontosabb egysége a falusi lakosság általános orvosi, ambuláns ellátására szolgáló egészség-

ház. Személyi állománya: 1 általános orvos (lehetőleg a környékről származó), 2 szülésznő, 1 laboráns, 1 közegészségügyi ellenőr, valamint 2 női és 2 férfi segéderő. Részlegei: ambulancia, laboratórium egyszerű széklet-, vizelet- és vérvizsgálatokra, gyógyszerkiadó, anya- és gyermekrészleg, családtervezési tanácsadó és iskolaegészségügy, részleg a profilaktikus orvoslás és az egészségügyi statisztika számára. Az egészségházban lakik az orvos és a szülésznők. Az első ötéves tervben 850 egészségházat alapítottak. Jelenleg 1200 működik. A harmadik ötéves terv (1971—1975) további 1400 építését irányozta elő.

Különösen fontos feladatokat tölt be az egészségház a fertőző betegségek elleni küzdelemben, az endémiás betegségek kezelésében, az egészséges táplálkozással kapcsolatos felvilágosítás terén, az élelmiszer-kereskedelem és a piacok ellenőrzésében. A betegeket ott utalják be a legközelebbi kórházakba, amelyekben már szakorvosi ellátás van. Az orvos és a szülésznő barátilag együttműködik a „daja"-val, a „bölcs" asszonnyal, aki többek között a szülésnél segédkezik. A kuruzslóknak még nagy befolyásuk van a falun, egyes fellahokon le lehet olvasni az anamnézist a kauterezéses hegekről.

Az egészségházakon kívül van 270 falusi egészségügyi központ is. Ezeket régebben építették, az 1942-ban kidolgozott terv alapján. Az ambulancián kívül itt 14—20 ágyas fektető részleg is van: elsősegélyt nyújtanak, kezelik az akut gastroenteritist, kis-sebészeti beavatkozást végeznek, komplikált szüléseket vezetnek le és a súlyos parazitás betegeket kezelik. Ezekben a központokban 2 orvos dolgozik. Hetenként kétszer sebész jön ki konziliáriusként.

1955 óta létrehoztak 330 kombinált állomást, amelyekben az ambulancián és a 14 ágyas fektetőn kívül az anya- és gyermekgondozó, szociális gondozó és mezőgazdasági tanácsadó is van.

10 000 falusi lakosra jut egy egészségház vagy eü. központ. Az a célkitűzés, hogy egy intézmény 3 km-es körzetben mintegy 5000 lakost lásson el. Ahol ez nem lehetséges, egészségügyi állomást kell létesíteni egy felcserrel, akit a legközelebbi egészségház irányít telefonösszeköttetés útján.

Az infrastruktura perifériás intézményeit a 175 kerületi és kormányzósági városban működő kórház irányítja. Ezen kórházak ágyszáma az 1952. évi 6100-ról 1968-ban 13 359-re emelkedett. Fokozatosan kiszélesedett az állami szektorban a fogászati ellátás is. 1964-ben 320 fogászati rendelés működött, amelyek 1 600 000 beteget láttak el.

Az iskolaegészségügy céljára az első ötéves tervben 250 000 font állt rendelkezésre, amit két iskola-kórház építésére (Alexandriában 100 ágy és Izmailiában 40 ágy), valamint 88 iskolaorvosi rendelő építésére irányoztak elő. Jelenleg 192 iskolaorvosi rendelő van, ezek 3 391 763 iskolás gyermeket látnak el. Ma már van iskolaorvosi rendelés a vakok és a csökkent látásúak számára, a rosszul hallók részére, reumás szívbeteg, cukorbeteg, kancsalság és pszichiátriai rendelés, gyengeelméjűek gondozója, valamint iskolafogászat.

1967 végén az EAK-ban 55 050 kórházi ágy volt, ebből 49 000 olyan kórházakban, amelyek az Egészségügyi Minisztérium alá tartoznak. Ez 1,7 ágyat jelent 1000 lakosonként. A város és a falu közti különbség azonban még nem tűnt el. Kairóban pl. 4,2 ágy jut 1000 lakosra, a Fajum-oázisban viszont 1,1.

1969-ben többet költöttek az egészségügyre, mint a forradalom előtti 25 év alatt. Az egészségügyi dolgozók száma 1959-ben 44 000, 1968-ban 93 645 volt. 1966-ban 13 640 orvos, 1401 fogorvos, 4133 gyógyszerész, 2172 szülésznő, 6274 segéd szülésznő, 4203 „daja", 1724 ápolónő, 4772 segédápolónő, 8388 ápoló, 1450 állatorvos, 2958 laboratóriumi asszisztens, 328 röntgenasszisztens, 220 optikus és 527 fogtechnikus működött az EAK-ban.

1962-ben 2500 lakosra jutott egy orvos, 1968-ban már 1800 lakosra, 1976-ig 1000 lakosra kell 1 orvosnak jutnia. Mindenesetre a legtöbb orvos a nagyvárosokba koncentrálódik, Kairóban pl. 900 lakosra jut 1 orvos. Hasonlítsunk ehhez más afrikai fejlődő országot: Maliban 35 000 lakosra, a Közép-afrikai Köztársaságban 37 000 lakosra, Kamerunban pedig 26 000 lakosra jut 1 orvos.

Az EAK-ban jelenleg 7 orvosi egyetem van. Az 1967/68. tanévben 3021 orvostanhallgató volt, 1086-an fejezték be orvosi tanulmányaikat. Minden fiatal orvosnak legalább 2 évet falun kell eltöltenie, mielőtt 1—2 éves, egésznapos tanfolyam formájában megkezdhetné a specializálódást.

A magánorvosi tevékenységet még nem lehet megszüntetni. A fő ok alighanem az, hogy az állami fizetések nagyon alacsonyak (mintegy 27 font a segédorvosok és 80 font a professzorok fizetése), a magánorvosi konzultációkért átlagosan 2—3 fontot kérnek, az általános orvos egy font körül, a professzorok 10 font körül. Szülésért 70, appendectomiáért 40, méhkaparásért 10 fontot számítanak. Délután és este majdnem minden kórházi orvos tart magánrendelést. Ezt azonban a kórházak nívója annyira megérzi, hogy még a nem nagyon jól kereső rétegekhez tartozók is, mint a közlekedési rendőrök (havi fizetésük 9 font) és a néptanítók (15 font), a magánrendelést választják. A komplikáltabb belgyógyászati és gyermekgyógyászati eseteket is előszeretettel kezelik otthon. Mivel a városokban több a fizetőképes beteg, ez is a városba vonzza az orvosokat. Több mint 2000 egyiptomi orvos dolgozik külföldön, főleg Líbiában, Kuwaitban és Nigériában.

A biztosításnak kell segítenie abban, hogy megszűnjék a szakadék a magánorvoslás és a szocialista szektor között. Alexandria volt az első város, ahol bevezették a biztosítást. 1964-ben a 100-nál több alkalmazottal dolgozó gyárak 138 505 munkására terjedt ki. Jelenleg mintegy 300 000 munkás biztosított. A biztosított a havibér 1%-át fizeti. A magánszektorban a vállalkozó ezt kiegészíti a bér 4 százalékának megfelelő összeggel, az állami szektorban 3%-kal járulnak hozzá. A biztosított munkások betegállományban töltött napjainak átlagos évenkénti száma 8-ról 2-re csökkent.

Az EAK egészségpolitikájában nagyon fontos tényező az ország fejlett gyógyszeripara, amely 1963 óta — a 60%-ban külföldi tőkés érdekeltségű 3 gyár kivételével — állami tulajdonban van. Az EAK-ban több olyan modern gyógyszergyár van,

amelyet a jövő figyelembevételével építettek és a kapacitásuk jelenleg nincs kihasználva. Saját kutató részlegük van és számos külföldi készítményt is előállítanak licenc alapján. A belföldi szükséglet 86%-át fedezik. 1952-ben az EAK-ban 4,2 millió font értékű gyógyszert használtak fel, ennek csak 10%-át termelték az országban; 1969-ben a gyógyszerfelhasználás már 40 millió font értékű volt. Kairóban van Közép-Kelet legnagyobb szérumtermelő üzeme.

Az Egészségügyi Világszervezet támogatja az EAK egészségügyét, a keleti földközi-tengeri övezet regionális irodája Alexandriában van. Az EVSZ-től az EAK tanácsokat, ösztöndíjakat, gyógyszereket és 4 millió dollár értékű felszerelést kapott. Az EAK-ban az EVSZ 44 létesítményt tart fenn, közöttük Alexandriában egy közegészségügyi főiskolát, amely szakképzési lehetőséget ad (ez ideig 450-en abszolváltak); Kairóban és Alexandriában ápolónőképző intézetet; Kairóban virológiai kutatólaboratóriumot; az asszuani gátnál kialakuló Nasszer-tó mellett több egészségvédelmi központot; valamint a rákkutató intézetet. Az UNICEF-fel együtt az EVSZ segítséget nyújt a Behejrában levő Bilharziasis Központ fenntartásához, hogy az EAK-ban kidolgozzák a bilharziasis elleni küzdelem legolcsóbb és leghatásosabb módszerét. Itt állítanak fel egy bemutató és kiképző központot bilharziasis szakértők számára.

Az állami egészségügy nagy eredménye, hogy Egyiptomban a halálozási arányszám az 1940. évi 26,3/1000-ről és az 1952. évi 19,6/1000-ről 1966-ban 15,8/1000-re csökkent. A halálokok sorát a gastroenteritis nyitja meg. (1961-ben az összes halálesetek 36,2%-a volt). Ezt követi a bronchitis, az influenza és pneumonia, a szívbetegségek, a balesetek stb. A bilharziasisos betegek szekunder megbetegedésekben halnak meg.

Hivatalos adatok szerint a születéskor a várható élettartam 1937-ben 37 év, 1947-ben 42 év, 1960-ban 51 év volt a férfiak számára, és 53,8 év a nők számára; Felső-Egyiptomban pedig 2 évvel több.

A fejlődő országokban a halálesetek több mint 50%-a a 0—5 éves korcsoportra esik. Amíg a csecsemőhalandóság Egyiptomban a második világháború előtt még 220 volt 1000 élveszületettre számítva; 1952-ben pedig 146, addig 1962-ben 133,8-re, 1963-ban 118,6-re és 1968-ban 111-re csökkent. A Kairói Egyetem Preventív Orvostudományi Intézetének becslése szerint a tényleges szám 120—140. A fejlett ipari országokban a csecsemőhalandóság 75%-a az első hónapra esik. Az EAK-ban a csecsemőhalandóság 80%-a az első hónap végétől az első életév végéig terjedő időre esik. A csecsemőhalálozást főleg gastroenteritis (54%), veleszületett életképtelenség (27%), valamint bronchitis és bronchopneumonia (13%) okozza. A fertőző bélbetegségek miatt a csecsemőhalálozás nyáron több mint télen.

Az anya- és gyermekgondozókra a fejlődő országokban fontos profilaktikus és terápiás feladatok várnak. Az EAK-ban 1968-ban 838 350 terhest és 3 218 192 gyermeket gondoztak. 1964-ben 436 405 szülést vezettek le orvosok vagy államilag kiképzett szülésznők, 517 941 terhes részesült gondozásban, 4 267 180 5 évnél fiatalabb gyermeket vizsgáltak meg.

A csökkenő csecsemőhalálozás az oka a lélekszám állandó gyarapodásának, mivel a születési arányszám az utóbbi években gyakorlatilag változatlan (1940: 41,3; 1965: 42). A vallásos előítéletek, továbbá az, hogy a gyermek nem jelent komoly anyagi megterhelést, mivel már fiatalon dolgoznak, valamint az, hogy a tartós fogyasztási cikkek drágasága miatt nem is gondolhatnak a beszerzésükre, ez ideig meghiúsították a születésszabályozásra vonatkozó állami fáradozásokat.

A fejlődő országokban az 1—4 éves kort „a sötét gyermekkornak" nevezik. A gyermek elveszítette az anyától diaplacentárisan kapott védettségét. Fogékonnyá válik a fertőző betegségekre. Összeszívja és fertőződik schistosomával, ascarissal, oxyurisokkal és ankylostomiával. A szopás abbahagyása után nem kielégítő, fertőzött táplálékot kap, ami kwashiorkort és gastroenteritist okoz. Ezt az anya elhanyagolja, mert időközben már újra szült. Ebben a korcsoportban a halálozás 1960-ban 53,4; 1967-ben a hivatalos adatok szerint 25,0 volt, szemben az USA-ban levő 1%-kal.

Az anyai halálozás Egyiptomban 1937-ben még 46 volt 10 000 szülésre számítva. A falusi egészségügyi ellátás fejlődése, valamint a szulfonamidok és a penicillin bevezetése révén 1966-ban 9—10-re csökkent. Az anyai halálozást főképpen a vérzések, a sepsis puerperalis és a toxikózisok okozzák.

Az Egyesült Arab Köztársaság egészségügyi kormányzata ismeri feladatait. Jól képzett káderei vannak és jól átgondolt szervezete van. El fogják érni azt a célkitűzést, hogy az ország legtávolabbi vidékén lakó polgár is jó egészségügyi ellátásban részesüljön.

H. G. Kupferschmidt—U. Kupferschmidt és Mohamed Ali Madvar cikke nyomán, Ztschr. für die ges. Hygiene und ihre Grenzgeb.

Carl Bernhard Brühl és az osztrák abszolutizmus

Győry Tibor a budapesti tudományegyetem orvostudományi karának történetéről szóló művében részletesen beszámol arról, hogyan és kiket ítélt el a szabadságharc leverése után az osztrák abszolutizmus a pesti orvosi kar tanárai közül. A hadbíróság többeket bebörtönzött, mások elvesztették az állásukat, üldöztetésnek voltak kitéve. Amikor a társadalmi mozgalmak és a megváltozó politikai körülmények hatására 1852—1854 között az elítélt, illetve üldözött orvosok és professzorok kiszabadulására, sőt az állásukba való visszahelyezésére került sor, a Wiener medizinische Wochenschrift hasábjain támadás indult ellenük. E támadások célja az volt, hogy a pesti orvosi kar magyar érzelmű tanárait szakmai tekintetben lejárassák és így a visszahelyezésüket megakadályozzák. E támadások élén *Brühl* állt, és minthogy orvostörténeti irodal-

munk ez ideig nem foglalkozott ezzel a kérdéssel, érdemes erre a sajtókampányra és annak elindítójára némi figyelmet fordítani.

Carl Bernhard Brühl 1820. május 5-én Prágában született. Prágában, majd Bécsben tanult, 1847-ben avatták orvossá a bécsi egyetemen, ahol már medikus korában feltűnt aulikus érzelmeivel és magatartásával. Ennek köszönheti, hogy éppen őt, az alig végzett orvost bízza meg *Feuchtersleben* báró, az osztrák kultúrkormányzat vezetője 1848-ban azzal, hogy dolgozzon ki egy tervezetet a forradalmi érzelmű egyetemi hallgatóság szemléletének átalakítására, császárhűvé változtatására. Egyben az új orvostudományi és természettudományi felsőoktatási reform tervezetének elkészítésével is megbízzák. Az oktatási reformtervezet szempontjai: a hatékonyabb és korszerűbb ismeretszerzés mellett az oktatás germanizálása.

E megbízásnak megfelelően ösztöndíjjal beutazza Angliát, Franciaországot, Németországot és természetesen az Osztrák—Magyar Monarchiát, megismerkedik az egyetemeken működő tanárokkal, barátságot köt közülük azokkal, akik ugyancsak a germanizálást tartják a legfontosabbnak, igyekszik megnyerni azokat, akik semlegesek az osztrák kormányzattal szemben. És máris minden eszközzel lejáratja a nemzeti eszméket hirdető, anyanyelven tanítani törekvő tanárokat a Monarchia területén.

A pesti egyetem hazafias érzelmű orvos-tanárai ellen 1852-ben lép fel az említett folyóirat hasábjain. „Über die Pester medizinische Universitäts Facultät", „Über die Mondsucht und Mondsüchtige" (A holdkórosság és a holdkórosok) címmel jelenik meg két cikke, majd a folyóirat levelezés rovatában folytatja „Von der Pester Medizinischen Facultät" címmel a támadásait még a következő évben is. E közleményeiben a pesti orvosok szakmai felkészültségét, ismereteit támadja az akkoriban eléggé elterjedt alpári stílusban.

Brühl támadásai nem szorítkoztak a pesti orvosi karra. 1853-ban „Über die Prager Medizinische Facultät" címmel szülővárosának egyeteméről ír hasonló hangnemben. Teljesen elfeledkezve a prágai orvosi egyetem nagy múltjáról és eredményeiről, csak a rosszat írva bírálja egyes prágai orvosok tevékenységét. Az osztrák uralom alá tartozó padovai egyetem sem jár jobban: a nemzeti szellemben működő tanárokat támadja 1855-ben és 1856-ban a „Flüchtige medizinische Skizzen aus Italien" című cikksorozatában, amelynek befejező közleményei (1857-ben) már a római egyetem orvosi karával foglalkoznak hasonló „objektív" kritikával.

Tevékenysége mindvégig inkább politikai, mintsem tudományos jellegű, szélsőségesen szolgálja az osztrákosító politikát. Talán emiatt sem jutott ideje arra, hogy szakmai tudományos működést fejtsen ki, ámbár oklevelének elnyerése után állatorvosi oklevelet is nyert, két szakmája is volt tehát. (A múlt század közepén az állatorvoslás elég szorosan kapcsolódott még az orvostudományhoz, hazánkban is sok orvosnak volt kettős diplomája.) Szakmai körökben ezért meglepetést keltett, amikor 1857 decemberében — anélkül, hogy előzetesen bárhol is magántanárrá habilitálták volna — rögtön nyilvános rendes egyetemi tanárrá nevezték ki a krakkói főiskolán az állattan tárgykörében. És Krakkó nyilván csak lépcsőt jelenthetett *Brühl* karrierjében, mert a következő évben a pesti egyetemen szerveztek számára tanszéket és intézetet: az állattan tanárává nevezik ki.

Nem sokáig maradhatott azonban Pesten. Az Ausztria és Magyarország között meginduló megbékélési folyamat kapcsán sor került az osztrák érzelmű professzorok eltávolítására a pesti egyetemről és 1861-ben *Brühl*nek is távoznia kellett. Így került a bécsi egyetemre, ahol az állatboncolás (zootomia) professzorává nevezték ki. Itt működött 1890 őszéig, nyugalomba vonulásáig. 1869-ben a bécsi egyetem filozófiai kara díszdoktorrá avatta — nyilván politikai érdemeire tekintettel. Mert tudományos munkásságot gyakorlatilag nem folytatott, 1871-től tudománynépszerűsítő előadásokat tartott csupán. Bécsben mindvégig egyik irányítója volt a germanizáló, osztrákosító orvospolitikának.

A Pallas Lexikon 1893-ban röviden beszámol „tudományos" pályafutásáról a következő sorokkal: „Brühl Károly Bernát bécsi származású természettudós, ki 1858-tól 1861-ig a pesti egyetemen az állattan és az összehasonlító anatómia tanára volt, ahonnan a bécsi egyetemre ment át. Mint pesti tanár a következő dolgozatai jelentek meg: Einige Worte über die wissenschaftliche Stellung, Bedeutung und Tragweite der Zoologie, insbesondere im Cyclus der medizinischen Wissenschaften, Pest, 1858. és Mittheilungen aus dem k. k. Zoologischen Institute der Universität Pest, Bécs, 1860. Mint bécsi egyetemi tanár egy zootomiai munkát adott ki: Zootomie aller Tierklassen címen".

Hőgyes Endre a budapesti egyetem orvosi karának történetével foglalkozó, a millennium alkalmával megjelent hatalmas és nagyonis részletező művében *Brühl*t egyszerűen kihagyta. Magyarellenes tevékenységének ismeretében talán az egyetlenként hagyta ki a kötetből, nevét és munkásságát meg sem említve.

Bugyi Balázs dr.

A TMB hírei

A Tudományos Minősítő Bizottság *Bernát Iván*t „Az égési anaemia pathogenesise" című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává;

Hollán Zsuzsát „Haemoglobinok és haemoglobinopathiák" című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává;

*Polgár László*t „Enzimanalógok előállítása és felhasználása szerin-proteázok hatásmechanizmusának vizsgálatára" című disszertációja alapján a biológiai tudományok doktorává;

*Salánki János*t „Endogén ritmusok szabályozása" című disszertációja alapján a biológiai tudományok doktorává;

*Török Bélá*t „A coronaria betegségek gyógyításának sebészi lehetőségei" című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává nyilvánította.

A Tudományos Minősítő Bizottság *Batke József*et „A glicerin-aldehid-3-foszfát-dehidrogenáz reakciómechanizmusának kinetikai analízise" című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

*Csorba Sándor*t „Koraszülöttek serumfehérje érésének élettani sajátossága és néhány klinikai vonatko-

zása az első életévben" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Damenija Georgit „A hasi aorta reszekciója protézis készítéssel okklúziós betegség esetén" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Fejér Artúrt „A szorongás mérése az Achilles-ínreflex félrelaxációs idejének regisztrálása útján" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Halász Stefániát „Adatok a BCG védoltott gyermek primer gümőkórjának differenciáldiagnosztikájához" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Hun Nándort „Az orvosi szociálgerontológiai vizsgálatok, különös tekintettel az intézeti gondozásra" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Kett Károlyt „Az emlő nyirokrendszerének lymphographiás vizsgálatáról" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Kisfaludy Sándort „Az exogén májkóma pathogenesise" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Kovács Lajost „A vas anyagcsere szerepe a pubertáskori nem specifikus fluorok pathogenesisében" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Kőnig Tamást „A piruvát felhasználása és a citrátkör működése közötti kölcsönhatás vizsgálata izolált patkánymáj mitochondriumokban" című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Liborné Schächter Zsuzsannát „Aromás aminosavak lokalizációja fehérjék térszerkezetében" című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Magyar Kálmánt „A Deprenil egy új hatásspektrumú pszichoenergetikum hatásának biokémiai és radiofarmakológiai vizsgálata" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Máté Károlyt „Kálium-magnesium therapiás hatékonysága idült szívelégtelenségben és anginás szívinfarktusos betegeknél" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Megyeri Lászlót „Összefüggések az emberi emlő polarisatiós optikai sajátosságai és klinikopathológiai folyamatai között" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Molnár Lászlót „A körzeti orvosi diagnosztika minősége és az arra ható tényezők (statisztikai vizsgálatok Vas megyei adatok alapján)" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Monos Emilt „A mellékvese véráramlásának kísérletes vizsgálata" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Osváth Pált „A gyermekkori fertőzéses és allergiás megbetegedések differenciáldiagnosztikai problémái és pathomechanizmusa" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Pályi Istvánt „Daganatellenes szerek kiválogatásának módszerei és hatásmódjuk vizsgálata szövettenyészetekben" című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Pertorini Rezsőt „Adatok a neurotikus szorongás diagnosztikájának kérdéséhez" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Pintér Miklóst „Acinetobacter és alcaligenes (taxonómiai tanulmány)" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Piróth Károlyt „A pajzsmirigy sebészet egyes kérdései a mellékpajzsmirigyekre való hatás tükrében" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Sáfrány Lászlót „Klinikai-morphológiai vizsgálatok krónikus májbetegségekben" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Szilágyi Jánost „A ventilatio és perfusio vizsgálata tüdőgümőkórban és a tüdő rosszindulatú daganatos betegségeiben" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Varga Margitot „A perforáló cornea seb gyógyulásának structurális alapjai" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Virágh Szabolcsot „A szív ingervezető rendszerének és munkaizomzatának finomszerkezete" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává és

Vízi E. Szilvesztert „Psychomimetikus hatású fenilakilaminok hatásmódjának elemzése" című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává nyilvánította.

Elhalálozások

Ábrahám Tibor dr. (szül. 1895) nyugdíjas fogász szakorvos Baján 1970. december 15-én;

Bankó László dr. (szül. 1915) a nyíregyházai SZTK Alközpont főorvosa november 1-én;

Bolyos Mihály dr. (szül. 1901) a kecskeméti Megyei Onkológiai Gondozóintézet főorvosa 1971. március 22-én;

Bölcskei Tibor dr. (szül. 1908) nyugdíjas orvos, Megyei KÖJÁL közegészségügyi felügyelő Kecskeméten 1971. január 18-án;

Csap Tibor dr. (szül. 1902) a debreceni MÁV Igazgatóság higiénikus szakfőorvosa november 10-én;

Nadhera Gyula dr. (szül. 1904) üzemorvos Pusztavámon 1971. január 1-én;

Nagy Péter dr. (szül. 1922) a bajai Járási Tanács Egészségügyi Osztályának közegészségügyi felügyelője 1971. január 5-én;

Szalay István dr. (szül. 1908) nyugdíjas rendelőintézeti fogász szakorvos Nagykanizsán 1971. március 2-án;

Szám László dr. (szül. 1910) a kalocsai Városi Kórház fertőzőbeteg-osztályának főorvosa 1971. február 13-án;

Szemző Kázmér dr. (szül. 1896) nyugdíjas orvos Tatabányán december 27-én és

Zámbory Kálmán dr. (szül. 1897) körzeti orvos Kemecsén december 7-én elhunyt.

Münster László dr. 1900. szeptember 27-én Budapesten született, a 20-as évek elején Olaszországban, Bolognában telepedett le gyakorló orvosként. Érdeklődése már a 30-as években az orvostörténelem felé fordult, számos közleményt és több monográfiát publikált az évtizedek során. A háború után a legelismertebb orvostörténészek közé emelkedett, a ferrarai egyetemen rendes egyetemi tanárként oktatta az orvostörténelmet. Meghívásra számos előadást tartott Svájcban, az NSZK-ban és más országokban. Hosszas betegség után 1971. február 28-án hunyt el Bolognában.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Dermatológia — venerológia

A napfény korai destruktiv hatása az emberi bőrre. Kligman, A. H. (Univ. of. Penn. Sch. of Med., Philadelphia): JAMA, 1969, *210*, 2377—2381.

A bőr korai öregedése figyelhető meg tengerészeken, földműveseken és a szabadban dolgozókon. Négereken ez kevésbé kifejezett a melanin védelem miatt. A prolongált napfény káros hatása a bőrre jól demonstrálható a nők ruhanyakkivágásának megfelelő fedetlen, s ugyanazon egyén ruhától védett területe közötti különbséggel. A fényártalom területén histologiailag hámatrophia és a dermis jellegzetes struktúrális elváltozása figyelhető meg, mely az elasticus rostok megszaporodásában és a collagen rostok csökkenésében nyilvánul meg. Mivel ez az elváltozás nemcsak idős egyéneken észlelhető, több szerző véleménye szerint helyesebb a régi „senilis elastosis" helyett a „solaris elastosis" nomenclatura használata.

A szerző ennek a felfogásnak az alátámasztására mindenféle korú fehér és néger beteg arcbőrének különböző területét, valamint összehasonlításul ugyanezen egyének gluteusának bőrét — mint a fénynek ki nem tett területet — szövettanilag vizsgálta. Orcein-festéssel az elasticus rostok mennyiségi és minőségi változásait figyelte meg, mely hyperplasiával kezdődik és fizikai degeneratióvá alakul. Eredményei a napfény károsító hatásának elsődleges szerepét támasztották alá. A degeneratív elváltozások korábban kezdődnek, mint azt klinikailag gyanítani lehet. A fibrosus szöveti desorganisatio pedig már fiatal felnőttekben is rendkívül magas fokot érhet el. Az elasticus hyperplasia a 30 évnél fiatalabbak többségében megállapítható. A 40. év előtt a legtöbb egyénen komoly elasticus rost elváltozás alakul ki, egészen a masszív degeneratióig, 50 év felett pedig határozott tendencia mutatkozik az elasticus rostok felszaporodásában is. A gluteus tájéki bőr igen érdekes kontrasztot adott. Bármennyire is degenerált volt az arcbőr kötőszövete, a fénynek ki nem tett gluteus tájéki bőrben idős egyéneken is csak kis mértékű elasticus rostfelszaporodást észlelt. Az elasticus rostok károsodásának fokát a különböző régiókban, a szerző arányosnak találta az expositio mértékével. Legkifejezettebb károsodást az arcon és a fülkagylókon észlelt és legkevesebbet pl. az áll alatt. Négerek bőrében az elasticus rostdegeneratio lényegesen csekélyebb volt, mint a fehérekében. Ebből a szerző azt a következtetést vonta le, hogy a melanin is csak bizonyos fokú védelmet biztosít a napfény szövetkárosító hatásával szemben. A négerek arcbőrén klinikai megfigyelések folyamán sohasem lehet látni elasticus hyperplasiát.

A károsító sugarak az erythemás spectrumon belül 290 és 310 mμ között vannak, hatásuk de. 10 és du. 3 óra között fokozott mértékben érvényesül. A szerző szerint a megfelelő fényvédelem az öregkori bőrelváltozások kialakulását késlelteti, mivel azokért a napfény felelős.

Fülöp Éva dr.

Az orvosok által 1968-ban kezelt nemi betegségek országos felmérése. Fleming, W. L. és mtsai: JAMA, 1970, *211*, 1827—1830.

Az USA-ban a nemi betegek nagy részét, a fertőző syphilis esetek kb. 80%-át magánorvosok kezelik, s noha elvileg az eseteket az Egészségügyi Osztályoknak jelenteniük kellene, ez sokszor nem történik meg. A tényleges helyzet felmérésére a szerzők 206 283 magánorvosnak kérdőívet küldtek ki, melyben 1968 második negyedévében az általuk kezelt nemi betegek statisztikai adatait kérték. Egy ismételt felszólítás ellenére is a megkérdezetteknek csak 65,3%-a válaszolt. A válaszok 32,5%-a jelentette egy vagy több nemi beteg kezelését, 4370 orvos kezelt összesen 8849 fertőző syphilises, 39 392 orvos pedig összesen 185 548 gonorrhoeás beteget. A syphilises betegek csaknem felét általános gyakorlatot folytató orvosok kezelték, a többit jórészt bőrgyógyászok. A nem fertőző késői syphilises esetek 45,9%-át ugyancsak általános gyakorlatot folytatók, 20%-át belgyógyászok jelentették. A gonorrhoeát legnagyobb számban urologusok, majd sorrendben általános orvosok és nőgyógyászok kezelték. A felmérés szerint a fertőző syphilises eseteknek csak 18,7%-át a gonorrhoea eseteknek csak 16,9%-át jelentették az Egészségügyi Osztálynak. Összehasonlítva ezt egy 1962. évi hasonló kérdőíves felméréssel a bejelentések aránya alig emelkedett, noha a közben eltelt időszakban személyes agitációval és más eszközökkel igyekeztek az orvosokat a bejelentés és a csak így lehetséges fertőzőforrás kutatás jelentőségéről meggyőzni .A felmérés adatai alapján az egész USA-ra vonatkozó becslés szerint úgy látszik, hogy a friss syphilis előfordulása 1962 óta mintegy 29,3%-kal csökkent, a gonorrhoeáé azonban 35%-kal emelkedett. A hivatalos bejelentések alapján a syphilis előfordulási aránya nem változott, a gonorrhoeáé erősebben emelkedett, mely ellentmondás a bejelentések, ha nem is lényegesen nagyobb, de javuló arányában rejlik. A szerzők felhívják a figyelmet a nemi betegségek bejelentésének és a fertőzőforrás kutatás minden eszközzel való előmozdításának szükségességére.

Rácz István dr.

Új antitest korai syphilisben. Wright, D. J. M. és mtsai (Guy's Hosp., London): Lancet 1970, *1*, 740—743.

A szerzők kezeletlen syphilises betegek serumában egy új, mitochondrium cardiolipin elleni antitestet mutattak ki, ami standard immunfluoreszcens módszerrel vesemetszetekben mitochondrialis fluoreszcenciát mutatott és ezért „cardiolipin F (fluoreszcens)-antitestnek" neveztek el. Ez az antitest különbözik a WaR-reagintól és a mitochondrium komplementkötő és fluoreszcens M-antitesttől. A serumból eltávolítható VDRL-cardiolipin adsorptióval. Előbb az IgM-ben, majd az IgG-ben jelenik meg. Nem szervfajlagos. Főleg syphilis II.-ben mutatták ki. Az új antitest keresése a korai syphilis és a sexuális kontaktusok nyomozásában lehet hasznos. Sajnos, ez az antitest nem absolut fajlagos syphilisre. Megtalálták treponematosisok, malignus retikulosisosok, coagulatiós rendellenességben szenvedők serumában is. Hasonlít továbbá a fluoreszcencia képe a primaer biliaris cirrhosis-esetekéhez, de a festődés kevésbé granularis és a titer annál magasabb.

Korossy Sándor dr.

A bőrtuberculosis mai állása. Orfanos, C. Zingsheim, M. (Universitäts Hautklinik Köln): Dtsch. med. Wschr. .1970, *95*, 871—877.

A kölni bőrklinika tbc-s beteganyagának statisztikai elemzése alapján megállapítják, hogy az utóbbi két évtizedben az NSZK-ban megváltozott a bőr gümőkóros betegségeinek epidemiológiája és nosologiája. Ebben, a háború utáni években bevezetett szociálhygiénés és orvosegészségügyi intézkedések, a korai diagnosis és gyógykezelés valamint a hatásos profilaxis mellett nagy szerepe van az 50-es években bevezetett hatásos tuberculostatikus kezelésnek. Az említett tényezők hatására a tbc-s morbiditás és mortalitás minden európai országban csökkent. A lupus vulgaris egyre kisebb számban fordul elő, súlyosabb formákat nem észlelnek (az utóbbi évtizedben 1 mutiláló lupust észleltek). Tbc verrucosa ritkán, állatorvosokon és henteseken látható. Lupus-carcinoma és -sarcoma már csak olyan betegeken fordul elő akik több évtizeddel ezelőtt rtg-kezelésben ré-

szesültek. Fiatalokon a bőr gümős betegségei lényegesen ritkábban fordulnak elő, a gyermekkori primer komplexus egyáltalán nem látható. A tbc-s bőrbetegségek keletkezésében alapvető szerepet játszik az infectiót okozó kórokozók száma, virulenciája és típusa. Napjainkban az atipusos mykobaktériumok nagyobb számban fordulnak elő: tüdő tbc-ben 0,5—2,8%, gyermekek nyaki nyirokcsomó folyamatában 12%-ban. Ezen típusokkal elsősorban atipusos klinikai kép, ill. therapia resistentia esetében kell számolni.

A preventív BCG oltások következtében megváltozott a betegek immun állapota, ennek következtében praeallergiás szakban kialakuló primer cutan gümős komplexus, melyben a gyulladásos reactio dominál, nem látható; a granulomaképző folyamatok állnak előtérben. Ez magyarázza azt is, hogy a bőrtuberculosist egyes esetekben klinikailag és histologiailag is nehéz felismerni és lehetőleg törekedni kell a gümőbacilusok kimutatására. Az elmondottak alapján a másodlagos (postallergiás) szakban jelentkező gümős bőrbetegségeket a következőképpen osztályozzák:

1. bőr tbc klinikai formái (kórokozó rendszerint kimutatható). Ide tartoznak: *a)* tbc cutis luposa, *b)* tbc cutis verrucosa, *c)* tbc cutis ulcerosa, *d)* tbc cutis miliaris.

2. a tuberculidek klinikai formái (kórokozó rendszerint nem mutatható ki). Ide tartoznak: *a)* papulosus tuberculidek, *b)* papulonecroticus tuberculidek, *c)* lichenoid tuberculidek, *d)* nodularis tuberculidek.

Az első csoportba tartozó kórformák az utóbbi két évtizedben kisebb számban fordulnak elő, míg a tuberculidek száma emelkedett. A lupusokkal szemben a colliquativ folyamatok állnak előtérben. Kezelésüket illetően a Streptomycin, INH és PAS jelentőségét hangsúlyozzák.

A papulosus tuberculid, főleg az arcra lokalizálódó formában, szövettanilag tuberculoid granuloma képződéssel, számban szaporodik. A tuberkulin próba negatív. A különböző synonymák (lupus miliaris dissem. faciei, tuberculide papuleuse, miliaire, lupus acneiformis acutus, lupus follicularis, acne agminata, acnitis, rosacea like tuberculid) csupán a látott klinikai kép körülírása.

Főleg a végtagokra localisálódik a papulonecroticus tuberculid, szövettanilag vasculitisnek felel meg, a típusos tbc-s granuloma nem törvényszerű.

A lichenoid tuberculidek (tbc cutis lichenoides, lichen scrophulosorum) ritka kórképek, kizárólag tuberculoid struktúrájuk miatt sorolják ebbe a csoportba. Egyesek szerint a tbc-s fertőzésnek nincs szerepe keletkezésükben; más bőrbetegségek mint pl. M. Boeck ritka lefolyási formájának vagy granuloma anulare generalizált alakjának tartják.

A nodularis tuberculidek (erythema nodosum és M. Bazin) közül a nodosum polyaetiologiájú klinikai és nem nosologiai egység, felnőtteken vasculitis nodularisnak felel meg. Gyermekeken tbc-s fertőzés is szerepet játszhat keletkezésében. A Bazin-kór ezzel szemben más szervek tbc-s betegségeivel kapcsolatban alakul ki, de megemlítik, hogy az utóbbi években más, hasonló klinikai és szövettani struktúrákat mutató kórképeket is leírtak s adott esetben igen nehéz megmondani, hogy a kórkép Bazin-kór vagy nem. A szerzők csak azon eseteket tartják Bazin-betegségnek, ahol a gümőbacilusok kimutathatók.

Végezetül rámutatnak arra, hogy a tuberculidek therapiás befolyásolása igen nehéz s a kórképek rendkívül elhúzódó lefolyásúak.

Daróczy Pál dr.

Senear—Usher-syndroma (pemphigus erythematosus). Bean, S. F., Lynch, F. W. (Dept. of Dermat., Univ. of Minnesota, Minn.): Arch. Derm., Chicago, 1970, *101*, 642—645.

Senear—Usher-syndromában (SUS) direkt és indirekt immunfluoreszcens vizsgálatot végezve a kép jellegzetes volt mind pemphigusra, mind erythematodesra, így a szerzőkben az a benyomás alakult ki, hogy a SUS a két betegség egyidejű előfordulása alkalmával lép fel.

Korossy Sándor dr.

A psoriasis Methotrexate kezelése. Lever, W. F. (New Engl. med. Center Hospitals, Boston): Derm. Mschr. 1970, *156*, 493—497.

A szerző mintegy 200 ambulans beteget részesített Methotrexate (MTX) kezelésben. Séma: 20 mg (per os vagy iv., ill. im.) hetente egyszer. Súlyos esetben 15 mg (esetleges nedvező erosio vagy ulcus elkerülésére) ajánlatos. Legmagasabb adag, amit eddig adott: 40 mg iv., ill. 35 mg per os. Javasolja a kezelés megkezdését iv. úton (4—6 injectióig), majd per os folytatni. A javulással párhuzamosan a heti adag csökkenthető heti, ill. két hetente 5, ill. 2,5 mg-ig. Az MTX-kezelés 80%-ban volt eredményes. A súlyosabb formákban (erythrodermia, morbus Reiter) a javulás gyorsabban, míg a lokalizált, inveterált formákban lassabban (több hét) jelentkezett. Az arthritis psoriatica „igen jól" reagált. A javulás gyakran kezdődik a fejen, míg a vastag zsírpárna felett levő gócok rosszabbul reagálnak. Megjegyzi, hogy a MTX-kezelés pityriasis rubra pilarisban és morbus Hallopeauban is „jó" eredményt ad. A MTX-kezelés maximalis eredménye 2—3 hónap után észlelhető. Nyáron az adag csökkentése gyorsabb lehet, esetleg szünetet is lehet tartani. Különben a MTX elhagyása reaktiválódáshoz vezet, de ez sohasem volt olyan explosiv, mint régebben a corticosteroid megszakítás után. Ugyanaz a therapiás adag ismét eredményes (míg corticosteroidnál mindig nagyobb adagra volt szükség). Helyi kiegészítő kezelésként 1% hydrocortison-creame O/W-emulsióban, ill. napfürdőzés jön szóba. Mellékhatások közül leggyakoribb az émelygés, hányinger, ami esetleg elnyomható, ha a MTX adás előtti napon, aznap és utána következő napon 20—30 mg Prednisolont is adnak. Ha per os csak therapiás adag alatti mennyiséget tűr el a beteg, a parenteralis bevitelt kell választani. Aphtha-szerű ulceratió a szájban a naponta adott tabl-ás formánál gyakori volt, míg a heti egyszeri gyógyszerelésnél csak ritkán észlelték. Nehézség nélkül leküzdhető a gyógyszer szüneteltetésével és localanaestheticum adásával. A haemopoesis depressiója 3% alatt fordult elő. Ha a fehérvérsejtszám nem esik 3000 alá, elég az adag csökkentése, ha ez alá zuhan, átmeneti felfüggesztésre van szükség. A kontroll vizsgálatokra kezdetben gyakrabban, később az adagtól függően ritkábban (havonta, 2 havonta) van szükség. Mivel a gyógyszer 85%-a a vesén át távozik, ha a kórelőzményben veselaesio szerepel, a kezelést meg kell előzze vesefunkciós vizsgálat. Aktív gyomor- vagy duodenum-ulcus a MTX-kezelést ellenjavallja (minden sebgyógyulást gátol). A MTX toxikus hatású a májra, ezért kezelés előtt 4 serum komponenst kell megvizsgálni: SGOT, SGPT, tejsavdehydrogenase, alkalikus phosphatase és pozitivitás esetében mellőzni kell a MTX-ot. A kezelés hatására transaminase emelkedés majdnem mindig bekövetkezik, lényeges emelkedésnél kell elhagyni. A vizsgálatok rendszeres ismétlése szükséges. Ha komoly laesióra van gyanú vagy kétes az eredmény, percutan tűbiopsia végzését ajánlja. A MTX évekig tartó adása az előzőleg ép májban is létrehozhat irreverzibilis károsodást. A szer naponta történő szedésénél ennek veszélye fokozott, ennek ellenére az irodalomban kevés az adat. A kockázattal számolni kell. Cerebralis leépülési jelenséget nem észleltek. Embryo károsodásának veszélye fennáll, ezért a kezelés alatt és után 3 hónapig anticoncipiens szedése ajánlatos. A szerző végső következtetése az, hogy a psoriasis MTX-kezelése eddigi legeredményesebb eljárás és általában veszélytelen, de egy jól kiszámítható kockázatot vállalni kell.

Korossy Sándor dr.

A bőrbetegségek és bélhuzam közti összefüggés. Szerkesztőségi közlemény: Brit. med. J. 1970, *3*, 240.

A szerkesztőség az utóbbi időben megjelent, a bőrbetegségek és bélhuzam közti összefüggéseket tárgyaló közlemények alapján közli kritikai megjegyzéseit. A chronicus intestinalis malabsorptio talaján fellépő, klinikailag ekzematiform vagy psoriasiform képet adó bőrbetegségekre jellemzőnek tartják, hogy igen therapiaresistens (még helyi corticosteroid-készítményekre is) és megoldást csupán a glutenmentes étrend ad. Ha generalizált ekzemás vagy psoriasisos betegben találnak gyulladást a bélhuzamban, az minősíthető „dermatogen enteropathiának", de ilyenkor nincs a vékonybél nyálkahártyában szerkezeti elváltozás, nem kíséri glutensensibilisatio. Kezelés tengelyében a bőrbaj ellátása kell álljon. Egyetlen bőrbetegség van, ahol a vékonybél nyálkahártya szerkezeti eltérése és a bőrbaj közti összefüggés biztosnak látszik. Dermatitis herpetiformis Duhringban észlelhető „enteropathia" azonosnak látszik az idiopathikus steatorrhoeával, gluten fogyasztásra rosszabbodik, megvonására javul, nincs szoros összefüggésben a steatorrhoeával, Dapsone nem befolyásolja az „enteropathiát". Teendő: minden dermatitis herpetiformisban keresni kell az intestinalis malabsorptiót, és ha megtalálták, gluten-mentes étrendre van szükség. Az irodalomban bélbiopsia során talált eltéréseknek rosaceában és psoriasisban csak akkor lehet majd jelentőséget tulajdonítani, ha ezt megfelelő kontroll mellett is elvégzik.

Korossy Sándor dr.

A pemphigus diagnosisa. Asboe-Hansen, G. (Copenhagen, Dept. of Derm., Rigshospital): Brit. J. Derm. 1970, *83,* Jubilee Issue, 81—92.

A szerző tekintettel az utóbbi években megindult vitákra, a közlemény első részében tisztázza, hogy részéről a különböző elnevezések alatt milyen kórformákat ért. A második részben közli, hogy a pemphigus csoporton belüli és más hólyagos megbetegedésektől való elkülönítésre használatos kritériumoknak milyen értéket tulajdonít. Az acantholysist elfogadhatatlannak tartja, a pemphigus egyetlen vagy főkritériumaként, mert megtalálható morbus Hailey-Hailey-ben, morbus Darier-ben, morbus Sneddon—Wilkinson-ban, sőt vírusos eredetű hólyagokban és impetigoban, ritkán bullosus pemphigoidban is. A Nikolsky-próba (tangenitalis nyomás a látszólag ép bőrterületre az epidermist letolja és nedvező vörös terület marad vissza) a pemphigus csoporton belül a betegség nem minden fázisában pozitív és kevésbé fajlagos, mint az Asboe—Hansen-féle „hólyag terjedési jelenség". Utóbbi azon alapszik, hogy az epidermissejtek egymásközti, ill. az epidermis és cutis közti cohesio csökkent vagy megszűnt, és így mérsékelt nyomással a hólyagtartalom az épnek látszó bőrbe tovavándoroltatható. Ez a próba — véleménye szerint — csupán a pemphigus-csoportban pozitív, éspedig suprabasalisan pemphigus vulgarisban és vegetansban, subcornealisan a foliaceus és erythematosus formákban, subepidermalisan bullosus pemphigoidban és pemphigus conjunctivae-ben. Éppen ezen próba pozitivitása alapján a bullosus pemphigoid különállóságát nem fogadja el, hanem a kórképet pemphigus chronicusnak nevezi. Az immunfluoreszcencia antitest kötődést mutat ki az epidermisben vagy subepidermalisan (bullosus pemphigoidban). Az egyes kórformákra jellemző klinikai és pathologiai kritériumokat részletesen tárgyalja. A betegség prognosisát komolynak tartja, kivéve a pemphigus conjunctivae eseteket. Tapasztalatai szerint valamennyi kórforma reagál a corticosteroid-kezelésre.

Korossy Sándor dr.

A vékonybél pathologiás elváltozásai dermatitis herpetiformisban. van de Staak W. J. B. M. és mtsai (Dept. of Derm., St. Rabdoud Hosp., Nijmegen): Dermatologica 1970, *140,* 231—241.

A szerzők 20 dermatitis herpetiformisban szenvedő, továbbá kontrollként idiopathikus steatorrhoeás és egészséges egyének jejunum nyálkahártyáját vizsgálták. Kritériumként a bolyhok magasságát, vastagságát, a kripták magasságát, a teljes nyálkahártya vastagságát használták. 11 dermatitis herpetiformisban szenvedő beteg jejunum nyálkahártyáján és 1 morbus Sneddon—Wilkinson-os esetben találtak pathologiás elváltozást.

Korossy Sándor dr.

Tüdőgyógyászat

A XX. Nemzetközi Tbc Kongresszus. Szerkesztőségi közlemény. Tubercle 1969, *50,* 396—400.

A kongresszust 1969 szeptemberében tartották New Yorkban a Nemzetközi Tbc Unio és az USA Tbc és Tüdőgyógyász Társaságának rendezésében. Bár a *fő téma* („A tbc ma a világon") nagyon átfogó volt, az exponensek leszűkítették csaknem teljesen az ún. fejlődő országok problémáira. A tuberkulózis leküzdésének nehézségeit világszerte a következő problémák jelentik: megfelelő felkészültséggel és gyakorlattal rendelkező személyzet hiánya, anyagi eszközök hiánya és hatásos szervezetek hiánya. Bizonyos, hogy ezeket tekintve a fejlődő országok segítségre szorulnak, de ugyanilyen biztosan hiba volna a tbc-probléma teljes ignorálása a magasan fejlett országokban. A tbc leküzdése nem halad szoros párhuzamban a gazdasági és társadalmi fejlődéssel és számos ún. fejlett országnak nincs mivel büszkélkednie ezen a téren. Azokban az országokban, ahol magas a nyilvántartottak aránya (prevalencia), a széleskörű BCG-vaccinációnak van a legnagyobb epidemiológiai jelentősége — de ez önmagában, emberbaráti alapon nem elégséges. A legtöbb mezőgazdasági országban a falusi lakosság nem jut kielégítő orvosi ellátáshoz (bár ez a népesség gazdaságilag értékesebb része) s ehhez még a meglevő erők nem megfelelő szervezettsége is hozzájárul.

Betegfelkutatási módszerek.

Legelső feladat a fertőző betegek felkutatása és kezelése az egész országban, ennek érdekében tömeges vizsgálatokra van szükség. Ezek közé tartozik a panasszal jelentkező betegek egyszerű módszerrel végzett köpetvizsgálata és olcsó, standardizált gyógyszeres kezelési sémák.

A mikroszkópos, direkt köpetvizsgálattal történő betegfelkutatás problematikus voltával a „Tubercle" az 1969 júniusi szerkesztőségi közleményben foglalkozott. Ezt a témát vizsgálták *Raj Narain* és mtsai (1968) Indiában és úgy találták, hogy még a gyakorlott személyzet által végzett vizsgálat is megbízhatatlan: a direkt Koch-pozitív betegek 22%-a végül nem bizonyult bacillusürítőnek (!), másrészt a végül bacillusürítőnek bizonyult egyének kb. 40%-a csak tenyésztéssel volt Koch-pozitív. Ez utóbbiak 15%-a másfél év alatt meghalt, többségük tbc-ben, viszont a direkt vagy tenyésztéses vizsgálattal Koch-pozitív egyének 20%-a másfél évvel később — kezelés nélkül — Koch-negatívnak bizonyult. A direkt köpetvizsgálatra alapozott diagnózis jelenleg az egyetlen alkalmazható eljárás a világ egy részén — de ezt átmeneti szükségmegoldásnak lehet csak tekinteni, amit addig jogosult fenntartani, amíg tenyésztési és radiológiai lehetőségek nincsenek.

A tbc elleni nemzeti programok kérdése.

A tbc elleni eredményes küzdelemhez nem elegendő önmagában sem az egyszerű eljárások és gyógyszerkombinációk kidolgozása, sem egy ésszerű nemzeti program. Ezt a programot el kell fogadtatni az egészségügyi adminisztrációval, az orvosokkal és nem utolsósorban a társadalommal is. Nem lehet egy minden országra alkalmazható programot kidolgozni, mert a problémák-nehézségek igen különbözőek, nemcsak országonként, hanem egy országon belül is egyik vagy másik területen. Az egyik országban a szakképzett egészségügyi személyzet hiánya, a rossz közlekedési és hírközlő lehetőségek, gyógyszerhiány okoz gondot. Másutt az eü. dolgozók és orvosok aránytalan megoszlása az országon

belül, ismét másutt a tbc-s betegek kezelését elsősorban a magángyakorlatot folytató orvosok végzik, stb.

Az ún. segélyprogramokkal kapcsolatban problematikusnak kell tartani bizonyos országok tbc elleni küzdelmének technikai vagy személyi vonalon történő támogatását: az orvosok emigrációja és fegyverkezési program az egyik oldalon, nemzetközi szervezetektől igényelt és igénybe vett támogatás a másik oldalon.

A klinikusok bevonása a küzdelembe.

Gyakran hallott panasz, hogy a klinikusok nem érdeklődnek eléggé a szociális medicina iránt és nem értékelik eléggé ennek a koncepcióját (szűrővizsgálatok epidemiológiai jelentősége, gazdaságossági számítások, stb.). Figyelembe kell venni, hogy a modern klinikust csak érvekkel lehet meggyőzni: egy eljárás hasznosságát kontroll-csoportos vizsgálatokkal és modellkísérletekkel kell bebizonyítani.

A tuberkulózis gyógyszeres kezelése.

A gyógyszeres kezeléssel foglalkozó szekcióban az előadások tudományos színvonala igen magas volt, mind szigorúan vett kontrollcsoportos, mind pedig összehasonlító vizsgálatok szerepeltek a programban. Számos vizsgálat foglalkozott a fejlődő országokban alkalmazható gyógyszer-kombinációkkal; a Nemzetközi Unio terápiás bizottsága hét országra kiterjedő vizsgálatának eredményeit ismertette. A vizsgálatok részben már korábban ismert és alkalmazott gyógyszerek kombinációs és adagolási kérdéseivel foglalkoztak, részben újabb gyógyszerek (ethambutol, rifampicin) hatását vizsgálták. A fejlődő országokban előtérbe kerülő ún. ellenőrzött ambuláns kezelést — a gyógyszert hetenként kétháromszor a gondozóban veszi be a beteg — is megvitatták.

A tbc felszámolása alacsony prevalenciájú országokban.

Az ernyőfényképszűrés alacsony prevalencia mellett az új betegek felénél is kevesebbet képes csak felkutatni, a többi panasszal jelentkezik. Az ernyőszűréssel felkutatottak között a fertőző betegek aránya állandó, bár abszolút számuk csökken (Hollandia). A teljes lakosságszűrésnek a fibrotikus tüdőelváltozások feltárásában van jelentősége, mivel ebből a csoportból és a régebben gyógykezelt, jelenleg inaktív tbc-sek csoportjából kerül ki a fertőző betegek kb. 40%-a. A negatív tüdő-leletű egyének évenkénti szűrésének nincsen hatása a tbc felszámolására, ehelyett a veszélyeztetett csoportok radiológiai-bakteriológiai és klinikai kivizsgálásának a lehetőségét kell megteremteni, valamint a panasszal jelentkezőket kell kivizsgálni a kongresszus véleménye szerint.

A 10 évvel korábbi isztambuli kongresszus fő témáit (BCG, rehabilitáció, sebészi kezelés) New Yorkban meg sem említették. Tíz év előtt az ethionamid volt az egyetlen új gyógyszer. Nem valósult meg az az isztambuli javaslat, hogy széles körben chemoprophylaxist kell alkalmazni, illetve ezt a módszert kontrollcsoportos vizsgálatokban ki kell próbálni.

A kongresszus fő eredménye: a tbc elleni programokhoz szükséges anyagi eszközöket csak tudományos érvekkel és nem „ex cathedra" kijelentésekkel lehet előteremteni — a kongresszus számos ilyen érvet szolgáltatott.

(A Nemzetközi Tbc Unio kétévenként megrendezésre kerülő kongresszusán — a következő 1971-ben Moszkvában lesz — a tbc elleni küzdelem legaktuálisabb kérdéseit tárgyalják meg oly módon, hogy a tudományos megalapozottság mellett a gyakorlati élet követelményeit és lehetőségeit sem hagyják figyelmen kívül. Ez természetesen kompromisszumokat eredményez; a cél, hogy jó kompromisszumok szülessenek. Ilyen az említett ellenőrzött ambuláns kezelés, mely egyrészt a fejlődő országok katasztrófális ágyhiánya és epidemiológiai-szociális helyzete, másrészt a fejlett országok betegbiztosítási rendszere indokolta kompromisszum eredménye. — Az Uniónak a betegfelkutatási módszerek kérdésében elfoglalt álláspontja kevésbé szerencsés kompromisszumnak tekinthető: mivel a megfigyelések az egy-két alkalommal végzett direkt köpetvizsgálat problematikus voltát találták, így ez még szükségmegoldásnak sem megfelelő. A tüdőtbc diagnózisában nélkülözhetetlen a radiológiai módszerek és a köpettenyésztés alkalmazása. — A rendszeres lakosságszűrés jelentőségének tagadása számos — hazánkhoz hasonló epidemiológiai helyzetben levő — országban lefegyverezőleg hat: nem is tesznek erőfeszítést az ernyőfényképszűrő hálózat megteremtésére. Azokat a szigorú kritériumokat, melyeket a gyógyszeres kezelés eredményeinek kontroll-csoportos értékelésében megkövetelnek, itt is alkalmazni kell. Magyarországon az évek óta végzett rendszeres lakosságszűrés bebizonyította, hogy alkalmas módszer a jelenlegi epidemiológiai helyzetben az új betegek többségének korai felkutatására: 1969-ben a korábban negatív tüdőlelettel rendelkezők csoportjában a betegek több mint 60%-át — egyes megyékben 75—77%-át — ernyőfényképszűréssel kutatták fel. Ref.)

Vadász Imre dr.

Dohányzás, levegőszennyeződés és bronchitis Angliában. Lambert, P. M., Reid, D. D. (Dept. Med. Statist. Epid., London, School Hyg. Trop. Med., London): Lancet. 1970, *I*, 852—857.

Nagyobb angol népességmintán postán küldött kérdőívekkel végeztek felmérést, idült légzőszervi betegségre (gyakorlatilag chr. bronchitis) utaló *tünetek*, ill. panaszok irányában. A kapott válaszokat a környezeti levegőszennyezettségi, valamint főleg a nem, kor és dohányzási adatokkal hasonlították össze, hogy ezek hatásait különválaszthassák egymástól. Az anyagot úgy választották ki, hogy az minden tekintetben, egész Angliára legyen jellemző (beleértve a lakóhelyek környezeti megoszlását és az urbanizáció fokát is) és az így kijelölt 298 kerületben az ottani választói és adófizetői névjegyzékből vették ki a 35—69 éves férfiak és nők lakcímét. Végül 9975 választ tudtak értékelni, ami a megkérdezettek kb. 74%-ának felel meg.

Részletes táblázatokban és meggyőző ábrákon mutatják be, hogy a férfiak szinte minden életkorban és cigarettázási csoportban gyakrabban panaszkodnak tartós köhögésről és köpetürítésről (amely legalább 3 hónapig tart) vagy chronikus bronchitisről (a fentieken kívül még járási dyspnoéről és az utóbbi 3 évben legalább 3 hétig tartó fokozott köhögésről és köpetürítésről), mint a nők. Azok között, akik sohasem dohányoztak, az életkor növekedésével alig fokozódnak a fenti tünetek. A cigarettafogyasztás emelkedésével, a tünetek életkori fokozódása is csaknem minden csoportban meredekebbé válik. Azoknak az értékei, akik a dohányzást abbahagyták, a nem dohányzók és a dohányzók értékei közé esnek. A légzőszervi tünetek (panaszok) a városi lakosságban gyakoribbak, mint a vidékiben (a kor és a cigarettázási hatások standardizálása után is). A férfiak chronikus bronchitises panaszai a levegőszennyezettségi adatok (füst és SO_2 koncentráció, valamint *Douglas—Waller*-index) romlásával párhuzamosan szaporodnak. Nőkön ez hasonló, de kevésbé kifejezett. Legérdekesebbek azonban azok az adatok, ahol a levegőszennyeződés és a cigarettázás együttes hatását demonstrálják. Bár a köhögési és köpetürítési panaszok — a dohányzókon és nem dohányzókon egyaránt — a levegőszennyezettséggel párhuzamosan fokozódnak, a cigarettafogyasztás mértékének növekedése a tünetek újabb és újabb szaporodását eredményezi és így a két csoport közötti differencia fokozódik, ami arra utal, hogy a hatás is nemcsak összegeződik, hanem fokozódik. A tünetek gyakoriságát az életkorral is összehasonlítva kimutatják, hogy a nem dohányzók idősebb korban is ritkábban panaszkodnak köhögésről és köpetürítésről, valamint ez szeny-

TISERCINETTA

2 mg levomepromazin/drazsé

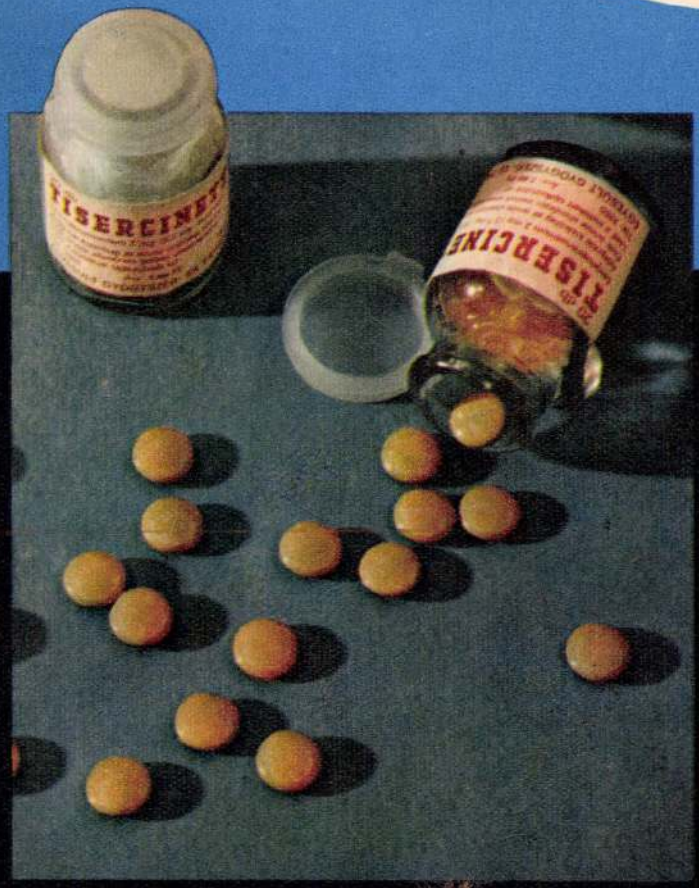
Subtherápiásnak tűnő adagjainak is határozott neuroleptikus hatása van:
csökkenti a szorongást,
ingerlékenységet
és a vegetatív panaszokat.
Nem deprimál, sőt:
kedvezően befolyásolja
a hangulati nyomottságot.

Javallatáról, adagolásáról és nemkívánt hatásáról a „Tájékoztató" c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!
20 drazsé 7,80 Ft



Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár
Budapest





Sanotensin

antihypertensivum

KÖZÉPSÚLYOS ÉS SÚLYOS
HYPERTONIA BETEGSÉGEKNÉL
— MALIGNUS LEFOLYÁSÚ KÓRKÉPEKNÉL IS —
HYPERTHYREOSISNÁL:
TABLETTÁNKÉNT 10, ILLETVE 25 MG
GUANETHIDIN SULF.

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár
Budapest

Javallatáról, mellékhatásáról, adagolásáról és rendelhetőségéről a „Tájékoztató" című kézikönyv nyújt felvilágosítást.

40×10 mg tablettánként	17,80 Ft
200×10 mg tablettánként	82,80 Ft
20×25 mg tablettánként	20,10 Ft
200×25 mg tablettánként	181,50 Ft



nyezett levegőben is csak kissé fokozódik. Viszont a dohányzók csoportjában ezek a tünetek sokkal gyakoribbak, és az erősen szennyezett levegőben élőkön még sokkal kifejezettebbek, mint a kevésbé szennyezett levegőben élőkön.

Ezt külön kihangsúlyozva megállapítják, hogy a cigarettázás már fiatal korban fokozott légúti váladékképződést és köhögést vált ki, és ha az illető öregszik, a levegőszennyeződés kumulativ hatása nagyban fokozza a súlyos idült hörghurut kialakulásának valószínűségét. Viszont a cigarettázás predisponáló hatása nélkül még 55 év felett is csak kissé szaporodik a chronikus bronchitis.

Végül azt mondják, hogy sem a dohányzás, sem a környezeti levegő szennyeződése önmagában nem magyarázza a városi és vidéki lakosság bronchitises mortalitásában észlelhető feltűnő különbséget, ami Angliára annyira jellemző. Ezért anyagukat a továbbiakban a szociális és osztályviszonyok, valamint a lakosságvándorlási tényezők figyelembevételével kiegészítve is feldolgozzák, mert ez talán közelebb visz a probléma megoldásához.

Vargha Géza dr.

Szennyezett levegő. Szerkesztőségi közlemény. Lancet, 1970, *I.* 875—876.

A *Royal College of Physicians of London*-nak a tárgyról kiadott legújabb hivatalos közleménye alapján tekinti át a kérdés jelenlegi állását. Mindjárt a bevezetőben leszögezi, hogy a légutakat fenyegető ártalmak közül *legfontosabb a cigarettázáskor beszívott füst és csak másodsorban a széntüzelésű háztartások füstje!*

A beszámoló továbbiakban leírja a levegőszennyeződés forrásait, typusait és a vele kapcsolatos kísérleti és tudományos kutatásokat. A városi füstköd (smog) *heveny* felszaporodásának a bronchitis morbiditás és mortalitás növelésére gyakorolt hatását tapasztalatból ismerjük, de kevesebbet tudunk a szennyezett városi levegőben tartózkodásnak az *állandó* hatásáról. Az ezzel kapcsolatos összehasonlító vizsgálatokban a *tüneteken alapuló* standardizált szűrővizsgálati technikát célszerű alkalmazni, mert az orvosok országonként és szinte egyénenként más és más diagnosztikus nomenclaturát használnak. Angliában már 1961 óta jelentek meg olyan közlések, amelyek kimutatták, hogy a bronchitis előfordulása a városi lakosságban kb. kétszerese a vidékinek. *Lambert* és *Reid* legújabb közlése a dohányzás súlyosbító hatását mutatta ki az erősen szennyezett levegőjű környezetben élőkön.

Angliában a szennyezett levegőjű kerületekben lakó *kisgyermekek* légúti betegségei sokkal gyakoribbak az átlagnál. Kiderítendő, hogy ez a hatás primaer-e, vagy csak a már infectióval károsított tüdőn jön létre? A bronchitis és levegőszennyeződés közötti kapcsolatnál kevésbé bizonyítható utóbbinak a *tüdőrákkal* való összefüggése. Itt is feltűnő a dohányzással való kapcsolat, de még valami egyéb, városi környezeti tényező is gyanítható. A kísérletek azt mutatják, hogy a szénfüst és a járművek kipufogó gázai önmagukban kevéssé okolhatók ezért!

Végül kiemelik, hogy a levegőszennyeződés elleni erélyes küzdelem Nagy-London levegőjének és időjárásának javulását eredményezte már eddig is, ellentétben a közép- és észak-angliai iparvidékeken észlelhető javulás lassúságával. A rendelkezések szigorú betartását és annak ellenőrzését javasolják ezeken a területeken is.

Vargha Géza dr.

Tanulmány a gyógyult tüdő-tbc késői légzési elégtelenségének adatairól. P. Galy és mtsai (E. Herriot Kórház, Lyon és CHU, Grenoble): La revue lyonnaise de médicine. 1970, *19*, 361—375.

59 beteget tanulmányoztak, akiknek tüdő-tbc elváltozásai klinikailag és bakteriológiailag gyógyultak és légzési elégtelenség, vagy cardio-respiratorikus elégtelenség miatt kerültek kórházba.

A betegek életkora 24 és 75 év között volt, a számított átlagérték 54 év. A legnagyobb részük 50—70 év között volt, de ezek szokványos obstructiv chronikus légzési elégtelenségben is szenvedtek. A betegek között 39 férfi és 20 nő volt.

Az 59 beteg közül az előrement anti-tbc kezelést 53 esetben sikerült tisztázni, 6 esetben az ily irányú adatokat nem tudták megállapítani. Az 53 betegből 9 kizárólag gyógyszeres kezelésben részesült, míg 44 esetben ptx., thoracoplastica, 3-ban pneumectomia történt. A betegek kezelését 37—17 évvel ezelőtt fejezték be, ez a magyarázata, hogy közöttük még 17 plasticás van, részresectióról nem számolnak be és az esetek közül 18 beteg gyógyszeres kezelést soha nem kapott.

A functionalis vizsgálatok alapján betegeiket a megszokott obstructiv és restrictiv csoportba osztották. Ezek szerint 9 beteg tartozott a restrictiv csoportba (holott az anyagból 17 volt plasticás és 3 pneumectomiás), 11 betegnek volt obstructiv ventillatiós zavara, a fennmaradt 39 ún. vegyes anyag volt, de ezt is felosztották túlnyomólag obstructiv vagy túlnyomólag restrictiv csoportba. 46 betegen meghatározták a vérgáz értékeket.

Az értékelésben öt csoportot különböztettek meg: 1. normális vérgáz értékek; 2. hypoxia melletti hypercapnia volt a leggyakoribb (19 esetben); 3. normoxia hypercapnia mellett nyugalomban; 4. terhelésre jelentkező hypoxia; 5. desaturatiós hypercapnia. A kisszámú esetek nagy statisztikai szórása miatt táblázataikban az egyes betegek minden adatát közlik.

A továbbiakban analizálják az 59 esetből 26 esetben manifestnek mondható cor pulm. chr. eseteit. A nagyon nehezen összefogható és inkább nagyobb számú kazuisztikai anyagnak tekinthető vizsgálataik alapján megállapítják, hogy a ventilatiós zavarok gyógyult tbc után részben a parenchyma veszteségből, részben a mellkasfal megváltozott functiókieséséből származnak. Ezek a betegek később praedisponáltnak tekinthetők különböző obstructiv bronchopneumopathiás megbetegedésekkel szemben.

Szántó Endre dr.

A mycoplasma pneumoniae által okozott tüdőgyulladás. (A „Tbc és légzőszervi megbetegedések nemzeti orvosi társasága" therapiás bizottságának nyilatkozata). D. M. Brummer és mtsai (New York): Amer. Rew. Resp. Dis. 1969, *100*, 254—255.

Az atipikus pneumoniát eredetileg egy okra vezették vissza, de a modern serológiai és mikrobiológiai diagnosztika ezeket több csoportra osztotta fel. Már a II. világháború alatt több filtrálható vírust mutattak ki ezzel kapcsolatban, melyek közül az *Eaton* által 1944-ben izolált anyagot tartják a legnagyobb jelentőségűnek a primer atipikus pneumoniában. Az anyag a mycoplasma csoportba tartozik, tenyészetben a coloniák kb. 2 hét után jelennek meg. A complementkötési reakció a serumban 10 nap múlva lesz pozitív, ezért a kezelést a laboratóriumi eredmények megerősítése előtt el kell kezdeni.

A klinikai tünetek nagybanegészben a típusos pneumoniához hasonlóak; feltűnő, hogy aránylag szegényes fizikális lelet mellett a röntgenelváltozás nagyon kiterjedt lehet.

A laboratóriumi vizsgálatok közül a fehérvérsejtszám normális marad, a vérsejtsüllyedés is normális. Ritkán a direkt Coombs-teszt pozitív és leírtak hamis pozitív syphilisreakciókat. Az esetek felében az anti-O hideg agglutinin titer megemelkedett.

Kezelés nélkül a betegség hosszadalmas, gyakran 10 napig, máskor 4 hétig is eltart, láz, fejfájás, fáradtság és rossz közérzet kíséretében. A röntgenárnyék általában 7—21 nap alatt szívódik fel, de kivételesen hat hét múlva is találtak elváltozást. Haláleset rendkívül ritka, még a kezeletlen betegek között is. A kezelésben a Tetracyclin és Erythromycin készítmények hatásosak. Penicillinre és sulfamidra resistens a kórokozó.

A vakcinálási kísérletek nagyon bíztatóak.

(Ref.: Ezt a ma még kevéssé ismert és ritkának tartott betegséget Magyar és Petrányi tankönyv-

vük 7. kiadásában, amely 1969-ben jelent meg, már ezzel a beszámolóval azonos módon ismertetik. Adataik szerint a betegség a fiatalok közt elég gyakori és a pneumoniák 20—25%-át mycoplasmának lehet tulajdonítani.)

Szántó Endre dr.

A tüdő capilláris hálózatának tanulmányozása emberen. Módszerek és eredmények. Galy, P. és mtsai. (Légzési Fiziopathológiai Tanszék. Légzésfunkciós Laboratórium. Cardiovascularis és pneumológiai Kórház, Lyon): Rev. Lyonnaise Med. 1970, *19*, 335—359.

A szerzők részben saját tapasztalataik alapján, részben az irodalmi adatok összefoglalásának segítségével taglalják a témát.

A tüdő kapilláris keringése a ventilláció, az intra-thoracalis és alveolaris nyomás változásainak befolyása alatt áll. Anatómiai elhelyezkedésénél fogva csak indirect módszerekkel tanulmányozható. Különösen jelentős előrelépést jelentettek azok a módszerek, melyek az intravénásan bevitt radioactiv anyagok kiürülését, ill. tüdőbeli fixálódásukat vizsgálták.

A perfusio egyenetlenségét klinikai, radiológiai és isotop módszerekkel lehet vizsgálni. A kapilláris keringés általános állapotára vonatkozó felvilágosításokat nyerhetünk a vér oxigenizációjára és a gázcserére kifejtett hatásából. Igen hasznos e téren a CO elnyelési módszer. Fontos felvilágosítást nyújthat a mitralis betegség, a tüdőembolia és a tüdőemphysema vizsgálatában. Saját anyagukban a következő vizsgáló eljárásokat alkalmazzák: röntgenvizsgálat, scintigraphia, gazometriás vizsgálatok, CO transport apnoeban; ezeket emboliában, primer pulmonalis hypertoniában, alveolo-parietalis fibrosisban, emphysemában és asthmában szenvedő betegeiken alkalmazták sikerrel.

B. Lőw Brigitta dr.

Önálló kórkép-e az eosinophilsejtes pleuritis? (Klinikai és therápiás symposion.) Chretien, J. és mtsai (Necker Gyermekklinika, Párizs): La Presse Médicale. 1969, 77, 1531—1533.

A szerzők közül *Chretien* számol be részletesen 32 esetről; közülük 12-ben tbc, 5-ben tumor, 3-ban tüdőinfarctus, a többiben trauma, spontán ptx., stb. szerepel kiváltó okként. A punctatumban 10%-nál több eosinophilsejt fordul elő, de csak az első punctio alapján vehető fel eosinophilsejtes pleuritis, mert az ismételt punctiók már mechanikusan is eosinophiliát válthatnak ki.

Már az első világháború óta ismert, hogy mellkasi traumák eosinophilsejtes pleuritishez vezethetnek. A legkülönbözőbb anyagok okozhatnak eosinophiliát: levegő, jód, olaj, fehérjék vagy azok bomlástermékei, nucleinsavak és egyéb anyagok hosszú sora. Csatlakozhat az eosinophilsejtes pleuritis chr. pancreatitishez (kóros enzymek hatása?), de még endometriosishoz is (fehérjeszétesés következménye?). A tbc-vel kapcsolatban vitatható, hogy maga a betegség vagy a streptomycin kezelés hozza-e létre.

Turiaf szerint minden allergiás betegség kiválthatja, csatlakozhat asthmához, periarteritis nodosához, létrehozhatják vírusok, felléphet retard-penicillinek alkalmazásakor, de ilyenkor nem a gyógyszer, hanem a vehiculum okozza az allergiát.

Chretien abban foglalja össze véleményét, hogy a proteolytikus enzymek fajidegen fehérjéket hoznak létre, amelyek által kiváltott immunreakció okozza az eosinophil granulált fehérvérsejtek felszaporodását a mellűri izzadmányban.

Szántó Endre dr.

Diphenylhydantolin intoxicatio, mint az Isonicid terápia szövődménye. Kutt, H. és mtsai. (Cornell University Medical College, New York): Amer. Rev. Resp. Dis. 1970, *101*, 377—384.

Egyik gyógyszer hatása egy másik gyógyszer metabolismusára nem ritka megfigyelés; a hatás lehet serkentő vagy gátló.

Diphenylhydantoin (DPH) intoxicatiós syndromát írtak le abban az esetben, ha epileptikus betegnek a DPH mellett isonicidet adagoltak prophylactikus vagy terápiás célzattal tbc miatt.

1962-ben *Murray* 630 epilepsiás beteg közt kb. 10%-ban figyelt meg bágyadtságot és bizonytalan járást, olyanokon, akik DPH és phenobarbital mellett INH-t is szedtek. Egy későbbi közleményben nystagmust, ataxiát és lethargiát is leír, amikor magas DPH vérconcentratio volt megállapítható. A tünetek hosszú DPH-szedés mellett nem jelentkeztek, csupán amikor a gátlószeres kezelést INH + PAS vagy INH + Cycloserinnel bevezették.

Alacsony DPH tolerantia más okoknál fogva is felléphet, így pl. congenitalis DPH-hydroxylase hiány, máj-laesio, esetleg más gyógyszerek szedése következtében is — de ez legfeljebb 1%-ban volt észlelhető. Inadaequat metabolismus esetén a DPH cumulálódik; ha a vérben a concentratio eléri a 20—30—40 gamma/ml-t, beáll az intoxicatio. Az antituberculotikus gyógyszerek valószínűleg befolyásolják a DPH anyagcseréjét; ezt állatkísérletben és in vitro is meg lehet állapítani. Klinikailag azt tapasztalták, hogy az intoxicatio az úgynevezett lassú INH-inaktivátorokon lépett fel.

A közleményben először az 1962—68 közt észlelt eseteket ismertetik, majd a laboratóriumi vizsgálatokat értékelik. 74 betegről van szó, ebből 30-nak epilepsiája volt, 44 pedig önként jelentkezett a vizsgálatra. Adagolás: napi 300 mg DPH, 300 mg INH és PAS vagy Cycloserin a megfelelő adagban.

4 részletes kórtörténetet is közölnek. Ebből levonható a következtetés, hogy az alacsony tolerantia összefüggésben van az öröklött lassú INH-inaktiválással, amikor az INH vérszint elég a DPH metabolismus oly fokú csökkentésére, hogy cumulatióhoz és ennek folytán intoxicatióhoz vezessen. Ez a genetikai típus a legfontosabb faktor az INH adagolás melletti DPH-intoxicatio létrejöttében.

A folyamat mechanizmusa még tisztázásra vár. A laboratóriumi eredmények azt bizonyítják, hogy állatkísérletben az INH a leghatásosabb inhibítor, a PAS és az INH együttes alkalmazása még fokozza az inhibitiót. A gyógyszerek elhagyása után a DPH-metabolismus egyensúlya helyreáll és kisebb dosisban adva a szereket, tovább lehet folytatni a kombinált kezelést.

Barát Irén dr.

A tuberkulózis intermittáló gátlószeres kezelése. D. G. és mtsai. (Az „American Thoracic Society" terápiás bizottságának jelentése): Amer. Rev. Resp. Dis. 1969, *100*, 257—259.

A jelenleg jól bevált, naponta adagolt antituberkulotikus kemoterápia 2—3 éven át folytatva közel 100%-os eredményre vezet. Az ambuláns kezelés ilyen formája bizonytalan, a betegek nem tartják be az előírt gyógyszerszedést és ebből következik az eredménytelenség. Az 1963-ban Madrasban (India) végzett kísérletek alapján jó eredményekről számoltak be az INH + STM heti kétszeri adagolása mellett. Ezt a tapasztalatot más szerzők is megerősítették. Jelenleg a British Med. Research Council a WHO-val és Csehszlovákiával együtt klinikai tanulmányokat folytat ilyen irányban.

Az intermittáló kezelést csak eredményes kezdeti intézeti folyamatos gyógyszerelés után tanácsos bevezetni, olyan betegen, aki feltehetően nem venné be ambulánsan naponta a gyógyszert, de hajlandó kétszer hetenként kezelésre járni.

Egyelőre az INH + STM kezelést ajánlják, később talán az Ethambutol is alkalmas lehet ambulans adagolásra.

Kívánatos lenne, hogy az intermittáló kezelés bevezetése előtt a klasszikus gyógyszerelésre már tenyésztéses vizsgálattal negatív legyen a beteg.

Hetenként két kezelést javasolnak: INH 15 mg/kg, STM 20—30 mg/kg-os adagokkal. Tartama 18—24 hónap legyen, rövidebb kúra nem indokolt.

Ilyen gyógyszerelés mellett előfordulhat, hogy az INH miatt perifériás neuritis, a STM miatt szédülés jelentkezik. Ezeket a tüneteket a szokásos módon ki lehet védeni

(pyridoxin, gyógyszerszünet, stb.). Azt tapasztalták, hogy az intermittáló kezelés során ritkábban alakul ki rezisztencia, mint a naponta adagolt gyógyszerekre, de még nem áll elég adat rendelkezésre ahhoz, hogy általános használatát javasolni lehetne.

Barát Irén dr.

A polyvinylpyridin-N-oxid kezelésre beálló, az adagtól függő kollagen-lebomlás kísérleti silicosisban. Pott, F. és mtsai. (Egyet. Levegőhigiéniai és Silicosiskutató Orvosi Int. Düsseldorf): Beitr. Klin. Tuberk. 1970, *141*, 259—267.

1961 óta ismeretes a polyvinylpyridin-N-oxid (PVNO) silicosis-ellenes, kollagen-lebontó hatása. A szer bevezetése az emberi silicosistherápiába küszöbön áll. Állatkísérletekben a dózis és hatás összefüggését, az embergyógyászatban szükséges optimális adagolás kérdését kívánták tisztázni a szerzők.

Patkányokban kvarc-suspensio intravénás injekciójával idézték elő a silicosist és a tüdők oxyprolin tartalmából következtettek a silicosis fokára (az oxyprolin a kollagen jellemző alkatrésze). A PVNO-t is intravénásan adagolták. Optimális adagnak a 100—150 mg/kg bizonyult, egyszeri inj.-ban, függetlenül attól, hogy mennyi volt a beadott kvarc mennyisége. Az adag hatására a tüdő kollagen-tartalmának fele lebomlik és csak hosszú idő múlva szaporodik fel, tehát az adagot csak 1 év után kell megismételni. Az adag további növelése nem váltott ki nagyobb arányú lebomlást.

Az emberi silicosis foka — a tüdő relatív kvarctartalma — nem éri el a patkánytüdőben kísérletesen elért nagy fokot, tehát az említett dózis itt is elégségesnek ígérkezik. Természetesen a mintegy 300—500 ml PVNO oldat intravénásan csak lassú infuzió formájában adható be. Tekintve, hogy a szer a szervezetben hatásos alakban kumulálódik, lehetségesnek látszik az is, hogy 3—4 hét alatt injekciósorozatban kerüljön beadásra a szükséges mennyiség. Az egyes kúrák közti idő talán még nagyobb is lehet mint 1 év, hiszen az emberi tüdő kiindulási kvarctartalma lényegesen kisebb, mint a patkányé.

A PVNO hatásmódjára vonatkozóan az az elképzelésük, hogy az egyrészt a kvarcrészecskéket bevonja és ezzel megakadályozza agresszivitásuk érvényesülését, másrészt a PVNO a kollagen egyik felére, a spontán bomlásra, kicserőlődésre hajló komponensre hat, gyorsítva ennek fiziológiás lebomlását. Ez lenne a magyarázata, hogy PVNO hatására a tüdő kollagentartalma legfeljebb a felére csökken.

Fauszt Imre dr.

Az anamnesis jelentősége a terhesség alatti subklinikai diabetes formák diagnosztikájában és kezelésében. Gödel, E. (Institut für Diabetes „Gerhardt Katsch", Karlsburg, Kreis Greifswald): Das deutsche Gesundheitswesen 1970, *25*, 189—193.

A terhesség okozta megterhelés az addig rejtett diabetes manifestálódásához vezethet. A fejlődő magzat és az anya veszélyeztetettsége a hiányos kontroll miatt semmivel sem kisebb, mint azoknál, akiknél a terhesség előtt felismerték a cukorbetegséget. A terhesség alatti physiologiás szénhydrát tolerancia változást meg kell különböztetni a diabeteses anyagcsereelváltozásoktól. A terhesség diabetogen hatása miatt a vércukorszintek az egyes kategóriákon belül („normál", „gyanús" és „pathologiás") felfelé eltolódnak. Számos esetben nehéz a szénhydrát anyagcsere zavar diagnosztizálása.

Határesetekben vizsgálta a szerző egyrészt, hogy a diabetes okozta elváltozások kimutathatók-e az újszülötteken, másrészt, hogy a glucose-tolerantia testen (továbbiakban GTT) kívül további adatok találhatók-e, amelyek megkönnyítik a diagnosist.

Intézetükben két és fél év alatt 62 gravidánál tudtak szénhydrat tolerantia zavart kimutatni, akiknél glycosuria, magasabb vércukor, vagy anamnesisükben méhenbelül elhalt, vagy túl nagy magzat és örökletesen diabetes szerepelt.

A vizsgálatokat *Straub—Traugott* szerinti kettős terheléssel (1967), per os adott 100 g glucose-zal (1968) és per os adott 50 g glucose-zal végezték. A vércukorszintet *Hagedorn—Jensen* módszerrel határozták meg, 1969-től autoanalysatorral. Az újszülötteknél regisztrálták a súlyt (a *Lubchenko* diagrammot használva), a diabeteses foetopathia jeleit, az újszülött állapotát Apgar értékben.

A *Staub—Traugott* szerinti kettős terhelés esetén a diabeteses terület:

Az első csúcs 100%-kal nagyobb a kiindulási értéknél:

A második csúcs legalább 20 mg/100 ml-rel felette van az első csúcsnak; 210 perc múlva sem éri el a kiindulási értéket.

Határesetnek tekintették, ha a fenti kritériumok mindegyike nem volt meg, pl. ha a második csúcs messze felette volt az első normális csúcsnak, 210 perc után még magasabb vércukorszintet állapítottak meg.

Az oralis GTT értékelésénél figyelembe vették a terhesek korát is. Ismertetik és használják a *Rost* és *mtsai* által ajánlott pontozási rendszert. A vizsgált 62 terhes eredménye a következő: pathologiás: 16 (25,8%), gyanús: 19 (30,8%), normál: 27 (43,5%).

A „pathologiás" csoportban az újszülöttek 80%-a túl nagy súlyú és/vagy diabeteses foetopathia jeleit mutatta, a „gyanús" csoportban 53% volt ez az arány, míg a „normál" GTT-t adók csoportjában 33%.

Nem találtak összefüggést a diabeteses foetopathia és az anyai diabeteses öröklődés között.

Ha a terhesség előtt, vagy alatt olyan tüneteket észleltek, mint a polyuria, pruritis, vagy magasabb vércukorértékek, úgy az újszülötteken gyakrabban találtak eltérést és szénhydrát tolerantia változást is, mint ellenkező esetekben.

Hasonló korreláció volt, ha az anya túl nagy, vagy méhenbelül elhalt magzatot szült.

A túl nagy és/vagy a diabeteses foetopathiát mutató újszülöttek 7,1%-a Apgar alatti, 42,9%-a Apgar 7-es statusban született.

Eredményeik alapján támogatják *Wilkerson* és *Auinger* véleményét, miszerint a latens diabeteses terheseken a terhesség előrehaladásával romlik a GTT is. Anyagukban az esetek 1/4-ében „pathologiás" GTT-et csak a terhesség késői szakában tudtak kimutatni. Figyelemre méltónak tartják, hogy a „határesetek" csoportjának a fele normál test eredmény ellenére olyan újszülöttet szült, akiknek 1/3-a túl nagy súlyú volt és/vagy diabeteses foetopathia jeleit mutatta. Megállapítják, hogy a GTT — kivéve a pathologiás görbét — egyedül nem ad prognosztikai támpontot az újszülött veszélyeztetettségéről.

Hangsúlyozzák az anamnesis fontosságát. 18 terhesük közül, akiken normál, vagy csak gyanús GTT-et találtak, de akik foethopathiás, vagy túl nagy magzatot szültek, 17 esetben tudtak az anamnesisben terhelő, egy vagy több adatot kimutatni.

A vizsgált terheseknél diabetes diétát vezették be. Az újszülöttek postnatalis kezelését a diabetes mellitusos anyák újszülöttjeire vonatkozó elveknek megfelelően végezték.

A diabetesre gyanús terhesek vizsgálatára a következőket ajánlják:

1. Minden terhességi glycosuriát, mint a szénhydrát anyagcsere zavar tünetét kell tekinteni, míg a subklinikai vagy manifest diabetest ki nem zártuk.

2. Lényeges anamnesztikus és klinikai gyanújelek: öröklődés, túl nagy magzat, vagy intrauterin elhalás az előzményben, hydramnion, fejlődési rendellenesség, ismételt praeeklampsia, kifejezett adipositas, diabeteses tünetek, mint polydipsia, polyuria, pruritis.

3. Az 1. és 2. pontban felsoroltak mellett az éhgyomri vércukor ismételten 120 mg/100 ml (valódi glucose) felett van, diabetes mellitusról beszélünk.

4. Az 1. és 2. pontban szükséges ezen kívül a GTT elvégzése is.

5. Negatív, vagy „gyanús" GTT esetén ismételt kontroll-vizsgálatok javasoltak.

6. Negatív vagy „gyanús" test eredmény esetén is intenzív ambulans ellenőrzés szükséges, ha az anamnesis terhelt, vagy klinikai gyanújel található. Ezen terhesek gondozása, szülése és újszülöttjeinek kezelése ugyanezen elveken történik, mint a diabetes mellitusos terheseknél.

Ha retrospektive egyes esetekben a leírt gondozás és kezelés felesleges is, a latens és manifest diabetes anyai veszélyeztetettsége és a magas perinatalis mortalitás miatt indokolt a speciális kezelés.

Asztalos Miklós dr.

(Szerk. megj.: A referátumban olvashatunk a Straub—Traugott szerinti kettős terhelés értékeléséről. Ennek kapcsán az alábbiak megjegyzését tartjuk szükségesnek. Terhességben a szénhidrát tolerancia beszűkül, ezért a terheléssel nyert vércukor-határértékeknek a nem terhesekéhez viszonyítva magasabbnak kell lenniük. A terhességben felszaporodnak a contrainsularis diabetogen hormonok, s ezt csak az egészséges anyagcseréjűek pancreasa képes compensálni. Terhességben általában magasabb 2. és 3. órás terheléses vércukorértékek találhatók.

A szerzők a fentiek alapján jogosan tekintették csupán határesetnek, ha kettős terheléskor csak az elsőnél magasabb második csúcs utalt az anyagcsere-zavarra.

A kettős glucose terhelés alkalmazásától egyébként a WHO Diabetes Szakértő Bizottsága eltekint; a túlzottan időigényes és a betegre nagy megterhelést jelentő vizsgálat nem sokkal nyújt többet az egyszeri glucose terheléstől.)

Szülészet és nőgyógyászat

Ovosiston anticoncipienssel szerzett tapasztalatok. Geschke, H. Das Deutsche Gesundheitswesen. 1970, *25*, 201—206.

A szerző 1050 nő 16 000 cyclusát kísérte figyelemmel. Minden vizsgált személy 2 éven keresztül szedte az Ovosiston anticoncipienst, majd 3 hónapos szünetet tartottak.

Hangsúlyozza, hogy a per os fogamzásgátlók mellékhatásaival, veszélyeivel foglalkozó közlemények száma rendkívül magas, ennek ellenére a legcsekélyebb mértékben sem beszélhetünk lezárt témáról. Újabb és újabb vizsgálati sorozatok történnek, így a szerző a basalhőmérséklet méréssel, a vérképre gyakorolt hatással és a versejtsülyledésben esetleg bekövetkező változásokkal foglalkozik.

A *basaltemperatura* rendszeres mérése az egyik legnehezebb feladat. Sikerült 2106 értékelhető görbét nyerni. 200 nő több hónapon át végezte a méréseket, 11 pedig 12—31 hónapon át (!) Az ovulatiós rata 12,7—19,5%.

400 esetben készül *vérkép*, a hgb, vvt, fvs vonatkozásában significans eltérés nem mutatkozott.

A *versejtsüllyedés* vizsgálatára 324 alkalommal került sor az Ovosiston-szedés különböző periódusában. Az ekkor kapott értékek (1 és 2 órás adatok), a szedés 1—5. hónapjában 4/9, 7/14, 9/17, 14/26, 14/25. A 2 év letelte utáni 3 hónapos szünetben havonként nyert értékek: 12/21, 10/19, 6/13.

Vértes László dr.

Fibrinolizis és menstruációs vérzés. Brit. Med. J. 1970, I. 61.

A szerkesztőségi közlemény a folyóirat ugyanazon számában megjelent tanulmányhoz kapcsolódik, amelyben H. K. Basu beszámol arról, hogy a menstruatió alatt és menorrhagia kapcsán a szérumban a fibrinogen degradatiós termékek mennyisége megemelkedik.

A közlemény első részében korszerű irodalmi áttekintést nyújt a fibrinolizis és menstruációs vérzés vonatkozásairól. A menstruáció idején észlelhető fibrinolizis fokozódás az endometrium ciklikus aktivitás-változásával kapcsolatos. Speciális fibrin-festéssel az endometrium ereiben a premenstruális fázisban depositumokat lehet kimutatni, és valószínű, hogy a fibrinolízis-fokozódás ezek kiküszöbölését célozza. Menorrhagia kapcsán a vérben a degradatiós termékek mennyisége megemelkedik, azonban ez differenciáldiagnosztikus célokra nem használható fel, mivel minden típusú menorrhagiában következetesen kimutatható a fibrinolizis fokozódása.

A közlemény második részében felveti a fibrinolizis gátlóinak therápiás felhasználását a menorrhagiák kezelésében. Igen nyomatékosan hangsúlyozza, hogy csakis a megfelelő nőgyógyászati vizsgálat és kezelés kiegészítésére szolgálnak az antifibrinolytikumok (epszilon-aminokapronsav, AMCHA, stb.), mert súlyos hiba lenne például uterus carcinoma kapcsán jelentkező menorrhagia antifibrinolytikus kezelése. Az epszilonaminokapronsav kontraindikációját képezi a terhesség fennállásának lehetősége is, az állatkísérletekben bizonyított teratogén hatás miatt.

Ha a menorrhagia a szokásos ciklikus hormon-kezelésre nem reagál a társuló vashiány-anaemia csökkentésére és a reproduktiv funkció fenntartásában a fibrinolizis inhibitorainak létjogosultságuk van.

Sas Géza dr

Rutin szülésmegindítás burokrepesztéssel együtt alkalmazott Syntocinon infusióval. M. E. Pawson, S. C. Simmons (Windsor and Slough Obstetric Unit, Upton Hospital, Slough, Bucks): Britsh Medical Journal 1970, *3*, 191—193.

Szerzők intézetében 2272 szülés közül 290-et (12,7%) a következő módszerrel indítottak meg. Pethidin praemedicatio után reggel 9 órakor burkot repesztettek, majd ezzel egyidőben 0,5 E Syntocinont tartalmazó 500 ml 5%-os dextrose infusiót állítottak be, percenként 20-as cseppszámmal. Az így a szervezetbe jutott Syntocinon mennyisége percenként 1,32 mE. 15 perces intervallumokban a cseppszámot fokozatosan 20-ról 60-ra, a Syntocinon mennyiséget 0,5 E/500 ml-től 5 E/500 ml koncentrációra emelték.

Ha a cervix nem volt szülésre előkészített, vagy az elölfekvő rész magasan a bemenet felett helyezkedett el, a Syntocinon infusiót már a burokrepesztés előtt beállították, hogy a szülő nő számára az éjszakai nyugalmat biztosítsák. Az infusiót a következő nap újra beállították. Az első fél óra alatt a szülő nőt orvos, később szülésznő ellenőrizte. Az anyai pulsusszámot, vérnyomást, magzati szívfrequentiat és a contractiók minőségét 15 percenként, a hőmérsékletet 4 óránként ellenőrizték.

13 asszonynál (4,8%) végeztek császármetszést. Közülük csak 4 esetben képezte az indikációt a szülésmegindítás eredménytelensége. A fogófrequentia 7,6%. Mind a császármetszés,mind a forceps gyakoriság az össz-szülésre vonatkoztatott értékek alatti (sectio: 6,2%, forceps: 8,1%). Anyai halálozásuk, uterus ruptura nem volt. 13 betegnél észleltek a szülés és/vagy a gyermekágy alatt lázas állapotot, közülük csupán 5 volt a genitalis tractus infectiójának következménye. 2 magzatot veszítettek el, egyiket a terhesség 28., a másikat a terhesség 32. hetében. A szülésmegindítás indikációja mindkét esetben accidentalis vérzés volt. A foetalis distress gyakorisága 14,1%.

A szerzők véleménye szerint megfelelő indicatio esetén az általuk alkalmazott szülésmegindítási eljárás igen jó. Figyelembe kell azonban venni a Syntocinon alkalmazásával járó potentialis veszélyt, ezért a szülő nők fokozott ellenőrzésének fontosságát hangsúlyozzák.

Székely József dr.

Mycoplasmák és az emberi reproductio zavarai. Kundsin, R. B., Driscoli, S. (Department of Surgery, Peter Bent Brigham Hospital, Boston, Massachusetts): Surg. Gynec. Obstet. 1970, *131*, 89—92.

Az USA-ban a terhességek 7—15 százaléka koraszüléssel, további 15 százaléka vetéléssel fejeződik be. E rendellenességek néha ismétlődnek és a reprodukciós zavar sokszor nem magyarázható. Spontán vetélés vagy koraszülés kapcsán gyakran megfigyelhető a magzatburok akut gyulladásos infiltratiója, bár ez nem mindig microbiológiai infectio következménye. Ugyanakkor az utóbbi években több közlemény számol be a mycoplasmáknak abortusból, koraszü-

lött placentájából történt kimutatásáról. A szerzők ezért vizsgálatokat végeztek a mycoplasmák magzati veszteségben játszott szerepének meghatározására.

54 — főként ismétlődő abortus és koraszülés miatt — veszélyeztetett terhes nőnél vizsgáltak cervix-váladék tenyészetet, míg a kontroll csoport 50, egészséges terhesből adódott. A veszélyeztetett csoportban a mycoplasmákat (a T-törzset is) szignifikánsan gyakrabban sikerült kimutatniuk (67%), mint a kontroll csoportban (48%). Vizsgálták a terhességek késői sorsát is: normálisnak vették a terhességet, amikor megközelítően egészséges újszülött legalább 2000 g-mal legalább a 37. terhességi héten született, a gyermek élt, és az infectio klinikai tünetei az anyánál hiányoztak. Pozitív tenyésztések esetében rendellenesen fejeződött be a terhesség a veszélyeztetett csoport 42%-ában és a kontrollok 23%-ában, míg azon terheseknél, akiknél mycoplasmákat nem tudtak kimutatni, a veszélyeztetett csoportban csak 33%-ban, a kontrolloknál 9%-ban állapítottak meg rendellenességet. A terhesség második trimesterében két spontán abortus következett be, mindkettőt a pozitív csoportban észlelték. A terhesek azon csoportjában tehát, akiknél mycoplasmákat lehetett kimutatni, koraszülési hajlamot és a foetalis veszteség növekedését lehetett megfigyelni.

Bodnár Lóránt dr.

Mycoplasma hominis, T-törzs, és cytomegalovírus tenyésztése terhes nők cervixéből. Foy, A. M. és mtsai (Department of Preventive Medicine, University of Washington School of Medicine): Amer. J. Obstet. Gynec. 1970, *106*, 635—643.

A női genitaliákban különböző, alkalmilag pathogen microorganizmusok fordulnak elő. A mycoplasma (m.) mindhárom típusa — a m. hominis, m. fermentans és a T-törzs — előfordulhat. A m. hominis rendszerint ártalmatlan saprophyta, bár egyes esetekben potenciális pathogenitást mutathat. Az újszülöttek cytomegalovírus (CMV) megbetegedése igen súlyos, néha halálos kórkép, azonban a megbetegedett újszülöttek anyáinak anamnézise többnyire negatív és a foetalis transmissio lehetőségét nehezen lehet megérteni.

199, első trimesterben levő terhes nőnél 37 esetben izoláltak a cervicális váladékból m. hominist. A m. előfordulása nem különbözött a nem szültek és többször szülők vagy megelőzően abortált nők között. A terhesség lefolyása és kiviselése ugyancsak hasonló volt a negatív és pozitív csoportban. Hasonlóképpen, nem lehetett kóros eltéréseket megfigyelni a két csoport között a gestatio tartama, az újszülöttek születési súlya és Apgar-értéke között sem. A m. pozitív anyák újszülöttjei 2 hetes korukig tünetmentesek voltak, bár a m.-ákat két esetben az újszülöttekből is ki lehetett mutatni.

T-törzset 116 esetben (többnyire a m. hominissel együtt) izoláltak. A terhesek két csoportja között ez esetben sem lehetett semmilyen különbséget észlelni.

120 terhes nőt vizsgálva, 3%-ban lehetett CMV-t kimutatni. A CMV pozitív anyák újszülöttjei alacsonyabb születési súllyal és kisebb Apgar-értékkel születtek, az újszülöttek azonban életben maradtak.

Vizsgálataik szerint tehát a m. hominis és a T-törzs előfordulása terhességben nem jár káros következményekkel.

(Ref.: Ezen ellentmondó irodalmi adatok a mycoplasmák tisztázatlan aetiológiai szerepére utalnak a reproductiv zavarokban. Az irodalom kétségtelenül számon tart mycoplasmák okozta vetéléseket, illetve ezen microorganizmusokat abortusokból biztosan kimutatták, azonban egyelőre nem ismeretes, hogy csupán sporadikus esetekről van-e szó vagy jelentősebb szerepet is tulajdoníthatunk a mycoplasmák előfordulásának.)

Bodnár Lóránt dr

A hüvelyi méhkiirtás helyzete. Beszámoló 1135 nőgyógyászati műtétről, amelyből 516 hüvelyi és 405 hasi méhkiirtás volt. E. Hochuli, B. Frankhauser, J. Bollinger (Geburtshilfliche gynäkologische Abt. des Kantonspitals Münsterlingen.): Schweiz. med. Wschr. 1970, *100*, 1071—1078.

A szerzők 5 évet felölelő műtéti anyagukban 516 hüvelyi méhkiirtást végeztek, ebből 226-ot hüvely- és méhsüllyedés, 192-t süllyedés és az uterus egyéb megbetegedése együttes fennállása miatt, a fennmaradó 78-at pedig carcinoma in situ, myoma uteri, corpus carcinoma, ill. vérzészavar miatt. A hüvelyi méhkiirtások számának emelkedéséhez igen nagymértékben járult hozzá az, hogy prolapsus uteri esetén vaginalis úton eltávolítják a méhet. A hüvelyi méhkiirtások az összes hysterektomiák 63%-át teszik ki. A hüvelyi méhkiirtásoknak 18%-ában a betegek életkora 60 év feletti, a hasi méhkiirtásoknak csak 11%-a. A súlyos postoperativ szövődmények közül a thromboemboliák a vaginális exstirpatio után 0,4%-ban fordultak elő, a hasi méhkiirtás után pedig 1%-ban. Az anticoagulans prophylaxis által okozott szövődmények (vérzés, haematoma) a vaginális exstirpatiók 3,1%-ában, az abdominális exstirpatiók 1,5%-ában fordultak elő. Az egyéb szövődmények közül a postoperativ bronchopneumoniák és subileusok a hasi méhkiirtások után túlsúlyban vannak. Két hólyagsérülés volt, ebből egy vaginális, egy pedig hasi méhkiirtás kapcsán. A vaginálisan operált betegek letalitása 0% volt. Az abdominálisan operált betegek közül egy halt meg, de ez nem írható a beavatkozás terhére. Septicus abortus kapcsán anuriás betegen kényszerültek műtétre. A vaginálisan operált betegek átlagos ápolási tartama az első évi 16,5 napról az utolsó évben 12,1 napra, az abdominális műtéteké 3 hétről 13,5 napra csökkent. A szerzők szerint a vaginális hysterektomia ellenjavallata lehet ovarialis tumor, endometriosis (ha klinikailag műtét előtt diagnosztizálható) és gyulladásos adnex tumor, ugyanakkor nem képez ellenjavallatot az, ha a beteg nem szült. A szerzők vaginalisan operált betegeinek 15%-ában előzőleg kismedencei műtét történt. A kórelőzményben szereplő kismedencei műtéteket sem tekintik bizonyos körülmények között abszolút ellenjavallatnak, ha jók a feltárási viszonyok és narcosisban vizsgálva az uterus jól mozgatható.

A szerzők Manchester műtétet csak olyan prolapsusos betegeken végeznek, akik még szülni szeretnének, vagy 35 évnél fiatalabbak, vagy akik meg akarják tartani a méhüket. A tapasztalat azt mutatja, hogy a Manchester műtétek után az esetek 10%-ában vérzészavar, vagy carcinoma miatt az uterus később mégis eltávolításra került.

Az 516 vaginális hysterektomia közül 29 esetben végeztek adnexectomiát is. 35 esetben darabolás útján oldották meg a nagy uterusok eltávolítását. Az általános anticoagulans prophylaxis bevezetése óta igen nagy gondot fordítanak az egzakt vérzéscsillapításra. A műtét végén állandó katétert vezetnek be és a vizeletet visszafolyást akadályozó ventil beiktatásával műanyag zacskóba vezetik. A húgyúti fertőzés megelőzésére Furadantint használnak. Thrombosis prophylaxis céljából műtét alatt vagy közvetlen utána Macrodexet adnak. A betegek thrombo-embolia veszélyeztetettsége szerint az anticoagulans prophylaxist már a műtét utáni első, második, vagy harmadik napon elkezdik.

Domány Zoltán dr.

Oralis anticonceptivumokat szedő nők cryofibrinogenaemiája. Pindick, J., Lichtman, H. C., Kohl, S. G. (Departments of Medicine and Obstetrics and Gynaecology, State University of New York, Downstate Medical Center, Brooklyn, N. Y. USA): Lancet, 1970, *1*, 51—53.

A cryofibrinogen hidegen kiváló fibrinogen, ami anticoagulanssal kezelt plasmában 4 C-fokon válik ki, de 37 C-fokon ismét feloldódik. Normális plasmában nem, de különböző betegségekben megtalálható.

204 vizsgálatot végeztek, és 78 oralis anticoncipienst fogyasztó nők 25,6%-ában, 60 I. U. D.-t viselők 11,7%-ában, míg anticonceptivumokat nem használók 7,6%-ában si-

került a cryofibrinogent kimutatniuk. Az egyes csoportokon belül significans különbséget nem találtak systemás megbetegedéssel kapcsolatos anamnesisű és ilyen anamnesissel nem rendelkezők között.

Az egészséges asszonyok közül 5 esetben a cryofibrinogent menstruatio idején vett vérből mutatták ki, az I. U. D.-val élő 6 asszony közül 1 esetben ugyancsak menstruatio alatt. Az oralis anticonceptivumokot szedők közül 4-től vették le a vért megvonásos vérzés idején, és közülük egyben sikerült kimutatni a kóros fibrinogent.

Mivel oralis anticonceptivumokat szedő nők között gyakori a cryofibrinogenaemia, hasznos lenne az asszonyok e plasmafehérjére vonatkozó kiszűrése, hogy a készítmények nem-kívánatos mellékhatásának gyakoriságát (thromboembolia) csökkentsük.

Sas Mihály dr.

Intensiv plasmapheresis mint therapiás lehetőség rhesus immunizált asszonyok kezelésére. Clarke, C. A. és mtsai. (Nuffield Units of Medical Genetics, Dept of Med., University of Liverpool): Lancet, 1970, *I.* 793.

A szerzők Rh, valamint Kell isoantigenekkel immunizálódott 8 terhes és 3 nem terhes asszonyból 3270—10 430 ml plasmát távolítottak el plasmapheresissel 7—44 nap alatt. A plasmapheresisek után a plasma proteinek, az IgG globulin szint és az individualis antitestek titere általában csökkent. Az anti-D titer csökkenését agglutinatóval nem tudták kimutatni, csak radioactiv módszerrel. Az IgG globulin szint többnyire párhuzamosan változott a radioactiv módszerrel kimutatott anti-D titerrel, bár egy esetben a serum anti-D titere ingadozott az IgG szint egyenletes csökkenése ellenére. Ez a beteg a plasmapheresisek ideje alatt Rh positiv foetalis vörösvértest stimulatióban részesült, melyet az anya vérében a fehérvérsejtek és a magzati vörösvértestek „rosetta" képződése jelzett. A 8 plasmapheresissel kezelt Rh incompatibilitásban szenvedő terhes nő közül (akik a szokásos gyógykezelésben is részesültek, beleértve az intrauterin transfusiót) 6 esetet tudtak értékelni, ezek közül 4 asszony az előző terhességben nem szült élő magzatot, az 5. asszony gyermeke a szülést követő 2. napon meghalt. Intrauterin transfusiók és plasmapheresisek után a 6 asszony közül 4 szült élő magzatot, s ezek közül csak egy halt meg. Ez az eredmény jobb a vártnál, mert a statisztikai adatok szerint újszülöttkori haemolyticus betegség miatt halva született magzatok után a következő terhességből mintegy 10%-ban várható élveszületett csecsemő, s ezen csecsemők mindössze 27—50%-a marad életben. Az intensiv plasmapheresisek hasznossága mindezek ellenére csak újabb, megfelelő controll-csoportok beállításával végzett vizsgálatokkal dönthető el.

Dóbiás György dr.

A túlhordott magzatok prognosisának statisztikai vizsgálata aktív szülészeti beavatkozás esetén. S. Nummi, P. A. Järvinen (Universitäts-Frauenklinik Oulu, Finnland): Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1970, *30,* 819—826.

A szerzők intézetében 1966 január és 1968 júniusa között 5764 szülés zajlott le és ebből 113 volt a túlhordott terhességek száma. Ez 1,96%-os gyakoriságot jelent. A túlhordás kritériumául az utolsó rendes menstruatiótól számított 294. napot vették, a rendszertelenül menstruáló nőket ezen vizsgálatokból kihagyták. A 113 túlhordott esetből 55-nél spontán indultak meg a fájások, 58 esetben pedig mesterségesen indították meg a szülést. (Előző este 2 óránként 5 × 5 mg Oestradiol im., másnap burokrepesztés és digitalis méhszájtágítás, ha a fájások nem indultak meg, Syntocinon-infusio). Controll-csoportként 47 válogatás nélküli szülést választottak. A spontán megindult szülések közül 28 zajlott le 12 óránál rövidebb idő alatt, míg a mesterségesen megindított csoportból 43. A 24 órán túl tartó szülések száma a két csoportban gyakorlatilag azonos: 8, ill. 7. A császármetszés gyakorisága a spontán megindult szülések csoportjában 3,7%, a megindított szülések csoportjában 15,8%, míg a controll-csoportban 7,5%. A perinatalis mortalitás a túlhordott csoportban szignifikánsan jobb a controll-csoportéhoz képest. Míg a 113 túlhordott esetben csak egyetlen magzatot veszítettek el, addig a 477 controll esetben 13 magzat exitált. Tehát a perinatalis mortalitas a túlhordásban 0,88%, a controll-csoportban pedig 2,72%. Ez a tény a túlhordások aktív kezelése mellett szól. A szerzők azonban megjegyzik, hogy a túlhordott csoportban csak egy magzat volt 2500 g súly alatt, ezzel szemben a controll-csoportban 27, és ezek közül 6 exitált.

Doszpod József dr.

Szív és keringési betegségek

Cardiomyopathiák. (Rendet a kaoszból.) Hudson, R. E. B. Amer. J. Cardiol. 1970, *25,* 70.

Az utóbbi évek egyik legnagyobb érdeklődésre számottartó betegségcsoportjának kérdését tárgyalja a pathológus szemszögéből. Leszögezi, hogy a megbetegedés nem korlátozódik a myocardiumra, hanem részt vesz benne adott esetben az endocardium és pericardium is.

A primer cardiomyopathiák esetében nyolc alapvető jellemzőt szükséges tisztázni, melyek közül négy negatív és négy pozitív.

A negatív jellemzők:

a) komolyabb méretű coronaria betegség vagy anomália hiánya (bizonyos fokú coronaria-arteria-atheroma azonban bizonyos kor után minden emberben előfordul).

b) nincs szívbillentyű betegség vagy anomália,

c) hypertonia betegség hiánya,

d) sem a szíven belül, sem kívül nem mutatható ki shunt.

A négy pozitív jellemző:

a) szívmegnagyobbodás, mely a dilatációjának, vagy hypertrophiájának, vagy mindkettőnek az eredménye,

b) endocardialis megvastagodás (szétszórtan vagy diffúzan),

c) muralis thrombus, rendszerint a bal kamrában,

d) fibrosis, hegek, vagy egyéb elváltozások mindkét kamra myocardiumában.

Pathológiai szemszögből három alapvető formát tud differenciálni.

1. *Fibrotikus forma:*

Ebben a formában a fibrosis a myocardiumot és az endocardiumot egyaránt érinti. Gyakran található eltérés az atrioventricularis vezetőrendszerben is. Ebbe a formába sorolható a fibroelastosis és az endocardialis fibrosis. Az aetiológiát illetően az infectiót (vírus) és a rossztápláltságot említi meg.

2. *Hypertrophiás forma:*

Erre a masszív, gyakran asymmetriás hypertrophia a jellemző, mely mindkét kamra kiáramlási pályájának szűkületét okozhatja, és gátolhatja az atrioventricularis billentyűk működését is.

3. *Terhességi és post partum cardiomyopathia:*

Ebben a formában is myocardialis hegek, endocardialis fibrosis, muralis thrombus és jelentős szívmegnagyobbodás figyelhető meg. Keletkezése még nem tisztázott (toxaemia, shock, vérzés, vírus infekció).

Kékes Ede dr.

Digitális okozta ritmus-zavarok. Chung, E. K. (West Virginia Univ. Schol Med. Morgantown): Jap. Heart J. 1969, *10,* 409—427.

A szerző a különböző ritmus zavarokat vizsgálja 180 digitalis intoxicatiós esetben. A digitoxint különböző súlyossági fokú szívelégtelenségben alkalmazták. A ritmus zavarok sokkal korábban jelentkeznek és sokal jellemzőbbek az intoxicatióra, mint a gastrointestinalis tünetek.

Ismeretes, hogy a digitalis túladagolás egy betegnél is a ritmuszavarok egész variatiós sorát tudja létrehozni. Egy EKG elvezetésen belül is nagy változatosság észlelhető. A szerző anyagában 127 betegnél volt két fajta, 42 esetben pedig három vezetési zavar vagy arrhythmia egy elvezetésen belül.

Parenteralis adagolásnál az intoxicatio sokkal gyorsabban alakul ki.

Különösen gyakori a pitvari fibrillatio és ha ez bigemin vagy trigemin típusú kamrai extrasystoleval (ES.) jár együtt, úgy 90—100%-ban intoxicatióról van szó. Fibrillatio és fluttern együttes előfordulása viszont ritka digitalis túladagolás mellett (3 eset). A paroxysmalis tachycardia blockkal járó alakja csaknem biztosan digitalis intoxicatiós jel. Első és másodfokú A-V block igen gyakori, ezzel szemben a teljes A-V block és ennek szövődése Adams—Stokes-syndromával ritkább. Ismert tény, hogy a kamrai bigemin típusú ES-k a digitalis intoxicatiónak legtípusosabb jelei, a jelen közleményben 47,3%. A multifocalis és bidirectionalis kamrai ES-k csaknem kizárólag digitalis túladagolásnál fordulnak elő. A sorozatban jelentkező bidirectionalis ES-k előfutárai a kamrai tachycardiának és kamrai fibrillatiónak.

Súlyos digitalis intoxicatiós eseteikben a szer kihagyása mellett diphenylhidantoint (Dilantint) vagy káliumot adtak. 18 olyan esetük volt, ahol a Dilantin jó hatású volt akkor, amikor a kálium hatástalannak bizonyult. Propranololt, chinidint és EDTA-t nem alkalmaztak. 6 kamrai tachycardiaban xylocaint használtak, míg 2 másik esetükben DC shockra kényszerültek, de ezt a két beteget elvesztették. Komplett A-V block két esetében vénás pacemakert vezettek fel, jó eredménnyel.

Befejezésül fontos gyakorlati megfigyelés, hogy a digitalis intoxicatio kapcsán kialakuló paroxysmusban a sinus caroticus nyomása therápiásan nem alkalmazható. 4 olyan esetet ismertetnek, ahol a sinus caroticus nyomása kamrai fibrillatiót okozott.

Gonda Ferenc dr.

Szárblock acut myocardium infarctusban. Norris, R. M., Croxson, M. S. (Department of Medicine, Green Lane Hospital, Auckland, New Zeeland): The American Heart Journal 1970, *79*, 728—733.

A szerzők 2 év alatt coronaria egységükben kezelt 565 myocardium infarctusos beteg EKG-ját elemzik. Vizsgálatuk célja: a szárblock előfordulási gyakoriságának, prognosist befolyásoló hatásának megállapítása; mellső fali infarctusban a jobb szárblock és a-v block kapcsolatának tisztázása.

38 esetben észleltek jobb, 25-ben bal szárblockot (7, illetve 4%). A mortalitás mindkét csoportban nagyobb az átlagosnál: 48% bal, 61% jobb szárblock esetében. A jobb Tawara-szár laesio az esetek több, mint felében a folyamatos észlelés során keletkezett, 2 eset kivételével elülső fali, transmuralis infarctus okozta. A bal szárblock ezzel szemben csak 3 betegben alakult ki az infarctus miatt, a többiekben már előzőleg is fennállott. Az intraventricularis vezetési zavar 14 jobb, 2 bal szárblockos esetben átmeneti volt. Az észlelt szövődmények: teljes szívblock kialakulása (10 jobb, 2 bal szárblockban); asystolia (13 jobb szárblockos betegben); kamrafibrillatio (13 jobb-, 6 bal nyalábblockos esetben).

Vizsgálataik szerint az asystolia és teljes szívblock sokkal gyakoribb jobb szárblockban. Ennek pontos magyarázata egyelőre ismeretlen. A szerzők feltételezik, hogy a folyamat hátterében a jobb nyaláb felső részén kialakult vérellátási zavar vagy oedema ráterjedése a His-kötegre állhat. A gyakoribb átmeneti jobb szárblock oka, hogy e vezetési zavart maga az infarctus vagy ennek következményei hozzák létre. A bal szárblock már előzetesen fennálló coronariasclerosis jele, mely többnyire állandó.

Vizsgálataik tanulsága: elülső fali transmuralis infarctusban kialakuló jobb szárblock demand pacemaker behelyezését teszi szükségessé a fenyegető teljes szívblock, ill. asystolia kivédésére. A szerzők ilyen esetekben steroid alkalmazását is indokoltnak tartják.

(Ref.: A transmuralis mellső fali infarctus a bal elülső leszálló coronaria ág elzáródásának következménye. Amennyiben ez nagyobb kiterjedésű szívizom necrosist eredményez, a jobb Tawara-szár vérellátási zavara mellett, úgy a beteg életben tartására alig van remény. Kisebb kiterjedésű elhalás esetében a vezetési zavart eredményező oedema steroid kezeléssel is biztonsággal visszafejleszthető. Véleményünk szerint ezekben az esetekben elsősorban ez utóbbi kezelés a célszerű, megfelelően kiválasztott esetekben természetesen a pace-maker behelyezése is mérlegelendő.)

Pálossy Béla dr.

Pitvar fibrillatio myocardialis infarctusban: 34 eset tanulmányozása. Klass, M., Julian, L. (Los-Angeles County-University of Southern California Medical Center): The American Heart Journal 1970, *79*, 752—760.

A szerzők 2 év alatt intézetük coronaria egységébe felvett 409 infarctusos beteg közül 31 esetben észleltek pitvar fibrillatiót (7,5%). 3 betegen a fibrillatio ténye már az infarcerálódás előtt ismeretes volt. A 31 beteg közül 13 meghalt (42%-os mortalitás), míg ebben az időszakban az infarctusos betegek átlag-mortalitása csak 15,5% volt. Az állandósult pitvar fibrillatio magasabb mortalitással járt, mint a múló arrhythmia absoluta (67, illetőleg 39%). A 31 beteg közül 13 (42%) előzményében már egy vagy több infarctus, az esetek 65%-ában több éves angina pectoris szerepelt.

Az életben maradt és meghalt esetek előzményét vizsgálva az előbbiek 92%-ában, az utóbbiak 44%-ában találtak átlagban 6,2 éve, ill. 2,4 éve jelentkező anginás roszszulléteket. A mortalitást vizsgálataik szerint az előzőleg fennálló hypertonia is befolyásolta: az elhaltak 69%-a volt hypertoniás, szemben az életben maradtak 28%-ával. Az előzményben szereplő diabetes, cardialis decompensatio adataik szerint a prognosist nem befolyásolta. A betegek átlagéletkora 66,1 év. 16 esetben az infarctus az elülső falon, 13 betegben a hátsó falon keletkezett. 2 esetben az elülső és hátsó falat egyaránt érintette a folyamat. Az infarctus helye a mortalitást nem befolyásolta. 16 esetben a fibrillatio az infarcerálódást követő 24 órán belül, 27 esetben 48 órán belül jött létre. 18 esetben a fibrillatio kialakulását EKG-mal is sikerült megfigyelni, részben pitvari ES-k, részben flutter vezette be az eseményt. A kamrafrequentia átlaga 102/min. A túlélő esetekben ritkán haladta meg a 120/min.-ot 22 esetben a fibrillatio 4 óránál, 28 esetben 1 napnál rövidebb ideig tartott. 7 betegben több alkalommal vált a szívműködés szabálytalanná. Azokban a betegekben, akiken a fibrillatio 4 napon belül recidivált, nem észlelt halálozást, míg a 4 nap után visszatérő fibrillatio valamennyi esetben végzetes volt. A betegek 35%-ában a fibrillatio kialakulása cardiogen shockkal járt, 81% decompenzálódott. 3 esetben észleltek klinikailag embolisatiót.

Fibrillatio esetében a digitalis, chinidin és procainamid kezelés létjogosultsága vitatott, bár a szerző e szerekkel jó eredményt ért el.

Pálossy Béla dr.

Centrális vénás oxygen saturatio. Sorozatos meghatározások értéke acut myocardialis infarctuson átesett betegeken. A. M Hutter, A. J. Moss (Cardiology Unit, Department of Medicine, University of Rochester School of Medicine and Dentistry.): JAMA, 1970, *212*, 299—303.

Az anamnesticus adatok, EKG vizsgálatok, különféle enzym-aktivitás meghatározások voltak az infarctus kritériumai. Az analysis nem tartalmazza azon betegek adatait, akiken rtg-vizsgálattal chronikus tüdőmegbetegedést, pulmonalis infarctust találtak, vagy korábban szívmegállásuk volt.

72 órán át tartó megfigyeléseiket 34 acut myocardialis infarctuson átesett, coronaria őrző szobában kezelt betegen végezték. Harmincan az első 24 órában kerültek az őrzőbe.

Rtg-ernyő alatt katétert vezettek az antecubitalis vénán át a vena cava superiorba (20 eset), vagy a jobb pitvarba (11 eset), vagy a vena cava inferiorba (3 eset). A centrális nyomást 4 óránként mérték. Az oxygen szállító kapacitás (haemoglobin tartalom) vizsgálatára ismételt haematocrit meghatá-

rozásokat végeztek; a htc mindig nagyobb volt 39%-nál. Az oxygen saturatio mérésének pontossága ± 2% volt 40%-os telítettség felett. 72 óra alatt 4—19 ($\bar{x}$ = 7,7) meghatározást végeztek.

Időszakosan 14, állandóan 5 betegük kapott oxygent maszkon keresztül, vagy orron át levezetett kanülön. A betegek csoportosításának szempontjai:

1. szövődmény nélkül: a systolés vérnyomás (SVNy) ≧ 100 Hgmm, a centrális vénás nyomás (CVNy) ≦ 10 vízcm.

2. középsúlyos szövőmény: SVNy 90—100 Hgmm között, CVNy 10—16 vízcm között, vagy mérsékelt pulmonalis congestio.

3. súlyos szövődmény: SVNy ≦ 90 Hgmm, CVNy ≧ 16 vízcm, vagy súlyos pulmonalis congestio.

Valamennyi beteg arteriás oxygen saturatiója kielégítő (≧ 92%), a centrális vénás oxygen saturatio. ($CVSO_2$) középértéke 73% volt, mely a 3. postinfarctusos napon 68%-ra esett ($p < 0,05$). A $CVSO_2$ csökkenésének oka feltehetően haemodynamikai és/vagy az infarctus után kialakuló láz következtében megnőtt oxygenfelhasználás volt. A legalacsonyabb $CVSO_2$ érték az 1—2. csoportban 65%, a 3. csoportban 54% volt.

A $CVSO_2$ 55% alá csökkenését a hypotensio, illetve a cardialis decompensatio korai jelének tartják.

Debreczeni Lóránd dr.

Primaer bacterialis endocarditis. Vic-Dupont, V. és mtsai (Hopital Claude Bernard, Ave. Porte-d' Aubervilliers, F-75-Paris 19e): Presse med. 1970, *78*, 1223—1226.

A primaer bacterialis endocarditisek száma az utóbbi 10 évben emelkedő tendenciát mutat. A közismerten rossz prognózison az újabban alkalmazott therápiás eljárások (célzott antibioticus kezelés, vitiumok sebészi korrekciója) sem változtattak. A sikertelenség okai: a betegek csökkent ellenállóképessége, a kórokozóként szereplő bacteriumok virulenciája, ill. antibioticum resistentiája és a mutiláló billentyűelváltozások. A szerzők 3 év alatt 63 bacterialis endocarditisből 21 esetben észlelték. A diagnózis felállításának kritériuma a rheumás vagy atheromás billentyűbántalom hiánya. Ezt 16 esetben anatomiailag (14-ben sectio, 2-ben nyílt szívműtét), 5 esetben klinikailag (fokozatosan kialakuló organikus szívzörej, befolyásolhatatlan decompensatio, negatív rheumás anamnézis) bizonyították. A betegek (14 férfi, 7 nő) kor szerinti megoszlása: 40 év alatt 7; 40—60 év: 8; 60—70 év: 6 eset. Bacteriologiai vizsgálat: streptococcus aureus: 11; streptococcus α haemolyt.: 1; pneumococcus: 2, Gram-negatív bacteriumok 5 (2 coli, 2 pyocyaneus, 1 proteus), aspergillus 1 esetben volt kimutatható; egy esetben kórokozót sem a resecált billentyűből, sem a myocardium tályogból nem tudtak kitenyészteni. A folyamat 9 esetben mitralis, 8 esetben aorta, 3 esetben tricuspidalis vitiumot okozott, egy betegben muralis endocarditist találtak. A septicaemia eredetét 14 betegen sikerült kimutatni: 4-ben műtét, 3-nál tartós intravénás kathéter, 3-nál septicus abortus utáni kismedencei thrombophlebitis, 1—1 meningitis purulenta, ill. pneumonia, 2 betegen staphylococcus bőrinfectio. A szerzők igyekeztek célzott antibioticus kezelést alkalmazni: strepto-pneumococcus esetén penicillin-streptomycin; staphylococcus fertőzésben: Ceporin + Gentamycin; Gram-negatív fertőzésben Ampicillin, Colistine, ill. Gentamycin. Befolyásolhatatlan cardialis decompensatio miatt 5 esetben végeztek billentyűpótlást: 3 aorta (mindhárom exitált) és 2 tricuspidalis elégtelenségben (mindkettő gyógyult). A 21 beteg közül 4-nél értek el gyógyulást.

Zulik Róbert dr.

Tartós megfigyelés szívműtétet követő cardioversio után, különös tekintettel a chinidin kezelésére. J. F. Gunning és mtsai. (Unit. of Clinical Cardiology, Royal Postgraduate Medical School, London, W. 12): Brit. Heart J. 1970, *32*, 462—466.

Rheumás eredetű billentyűhibák műtéti megoldása után 1—3 hónappal 119 betegen elektromos cardioversio történt. Minden beteg anticoagulans kezelésben részesült, a digitalis therápiát 48 órával a conversio előtt félbeszakították. Ha a pitvari fibrillatio 24 hónapnál is régebben állt fenn, nem végeztek cardioversiót.

A betegek 83%-ában helyre állt a sinus rhythmus. Kontroll-vizsgálat történt 2 hónap múlva, majd évente. 2 hónap elteltével a teljes beteganyag fele, 1 év múlva már csak negyede volt sinus rhythmusban. Minden vizsgálati periódusban szignifikánsan jobb eredményt láttak azokban az esetekben, ahol a rhythmus-zavar csak a postoperatív szakban jelentkezett.

Minden második beteg 0,2 g chinidin szulfátot kapott a cardioversio előtti este, majd a továbbiakban napi 1 g-os adagban chinidin biszulfátot. A vizsgálatok során nem volt szignifikáns különbség a chinidint szedő és a kontrollcsoportban a sinus rhythmusban maradt betegek számarányát illetően.

Meg kell azonban jegyezni, hogy a kontrollcsoportban több volt a friss keletű arrhythmia és az aortavitium. Aortavitiumos betegeik többségében pedig a rhythmus-zavar csak a műtét után keletkezett.

A cardioversio és a chinidin kezelés kapcsán hirtelen halál nem fordult elő. Egyéb szövődményeket sem említenek.

Operált rheumás szívhibák esetén cardioversio után nem ajánlják a fenntartó chinidin kezelést.

(Ref.: A szerzők következtetését nem tartom elég meggyőzőnek. A két csoport nem teljesen szimmetrikus. Az alkalmazott gyógyszeradag csak 0,8 g chinidin szulfáttal egyenértékű, tehát valamivel kevesebb annál a dózisnál, mely mellett más szerzők jó eredményt értek el. A serum chinidin szinteket nem ellenőrizték, csak irodalmi adatokra hivatkoznak).

Bajkay Gábor dr.

„Aki az orvosi előírások szerint él, keservesen él!"
„Mérsékelt táplálkozás a legjobb házorvos!" „Az orvos tudatlansága okozza a beteg másik betegségét!"

Baglivi

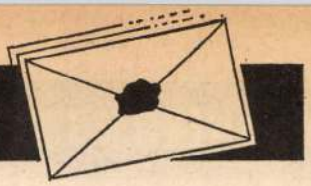
„A természet a legparányibb részeiben a legnagyobb!"

Carl von Linné

„A bajt csírájában fojtsd el, mert elkésik az orvosság, ha a betegség a hosszú halogatás miatt elmérgesedik."

Ovidius

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A vírusok szerepe a gyermekkori appendicitis kóroktanában.

T. Szerkesztőség! Kulcsár G., Vutskits Zs., Nász I., Dán P. és Léb J.: „Gyermekkori appendicitisek kapcsán izolált vírusok" című közleményéhez (O. H. *112*, 7. szám 377. oldal) kívánok néhány észrevételt tenni.

A közlemény bevezetőjében a következő két mondat ragadta meg a figyelmemet: *„A külföldi irodalomban található néhány adat,* közöttük olyanok is, *amelyek alapján a kórkép kialakulásában az adenovírusok szerepe is feltételezhető...* A hazai irodalomban eddig ilyen irányú vizsgálatokat nem találtunk." Azt hiszem, már az is bőven elég ennek megcáfolására, ha az O. H.-ban 1959-ben megjelent közleményemnek a címét leírom: *„Klinikai megfigyelések atipusos appendicitisek és vírusbetegségek differenciál-diagnosztikájához."* Mi tehát a külföldi irodalomban feltételezetteknél bizony néhány lépéssel tovább mentünk, mert a betegágynál felmerülő differenciál-diagnosztikus nehézségekre is felhívtuk a figyelmet. Mikrobiológiai intézeti lehetőségeink akkor sem állottak rendelkezésünkre, mégis világosan rámutattunk az appendicitiseket utánzó „C" vírusmegbetegedések halmozódására, kizárólag a betegek gondos megfigyelése kapcsán. Természetesen „A hasüreg sebészeti diagnosztikája" című könyvemben is — az appendicitis ritkább diff.-diagnosztikai problémái fejezetében (128. oldal) világosan leírtam: „A Coxsackie-vírus okozta *Bornholm*-kór abdominalis megjelenése gyermekkorban joggal kelti appendicitis gyanúját és vezethet felesleges műtétre..." — A szerzők figyelmét igazán csak arra szeretném felhívni, hogy ha mi ennyire mostohán bánunk egymás dolgozatával, akkor hogyan várhatnánk el, hogy a külföld felfigyeljen munkáinkra. A tizenkét éve megjelent közleményünk kétségtelen hiányossága, hogy víruskimutatást nem tudtunk végezni (bár küldtünk anyagot az Orsz. Közegészségügyi Intézetnek), de, ha a szerzők dolgozatának utolsó mondatát olvasom, akkor meg kell állapítanom, hogy ez nem is volt olyan nagy hiba. Idézem: „jelenleg sem gyors vírusdiagnosztikai eljárás, sem megfelelő hatékony antiviralis gyógyszer nem áll rendelkezésre." Tehát a betegágynál marad ma is a gondos betegmegfigyelés és a gyakorlatból leszűrhető tapasztalat. Hozzászólásomnal is főként ennek jelentőségére kívántam most is rámutatni.

Lázár Dezső dr.

T. Szerkesztőség! Véleményünk szerint Lázár Dezső dr. olyan megállapítást igyekszik cáfolni dolgozatunkban, amely abban nem is szerepel. Szerencsére idézi a „cáfolandó" mondatot is: „A külföldi irodalomban található néhány adat, közöttük olyanok is, amelyek alapján a kórkép kialakulásában az adenovírusok szerepe is feltételezhető... A hazai irodalomban eddig ilyen irányú vizsgálatokat nem találtunk." Szeretnénk felhívni Lázár Dezső dr. figyelmét, hogy amint az az általa idézett mondatból is kiderül, a mi munkánk célja nem általában vírusok, és nem is Coxsackie-vírusok keresése volt, hanem az adenovírusok esetleges jelenlétének, szerepének vizsgálata, ismerve ezen széleskörűen elterjedt víruscsoport adenoid szövetek iránti affinitását. Lázár dr. pedig azt kifogásolja, hogy az adenovírus-irányú munkánknál miért nem vettük figyelembe az ő 12 évvel előb megjelent dolgozatát, illetve az 1964-ben megjelent könyvét, melyekben a Coxsackie-vírus-fertőzés lehetőségére hívja fel a figyelmet — csak klinikai megfigyelés alapján. Az már jól ismert tény, hogy az adeno- és Coxsackie-vírusok egymástól lényegesen eltérő tulajdonságokkal rendelkeznek, pathogén vonatkozásaik is egészen mások.

Egyébként az, hogy gyermekeknél hasi folyamatokban a Coxsackie vírusok szerepet játszhatnak, már egy évtizede hazai tankönyvi adatként is szerepel (Alföldy, Ivánovics, Rauss: Orvosi Mikrobiológia, Medicina, Budapest, 1960, 428-ik oldal).

Lázár dr.-nak arra a megállapítására, hogy saját munkájukban a víruskimutatás hiánya „nem is volt olyan nagy hiba", mivel — dolgozatunkból idézi — „jelenleg sem gyors vírusdiagnosztikai eljárás, sem megfelelő hatékony antivirális gyógyszer nem áll rendelkezésre". Tehát a betegágynál marad ma is a gondos megfigyelés, és a gyakorlatból leszűrhető tapasztalat" a következőket jegyezzük meg: tiszteletre méltó és feltétlenül szükséges a betegágynál tett alapos megfigyelés, de vajon elegendő-e? Kérdés, hogy egymagában a megfigyelés biztosítani tudná-e az orvostudomány kellő előrehaladását? Véleményünk szerint — és biztosak vagyunk benne, hogy evvel Lázár dr. is egyetért — a megfigyelést és a tapasztalatot feltétlenül ki kell egészíteni megfelelő laboratóriumi vizsgálatokkal és kísérletekkel. Másszóval a klinikus és az elméleti szakember tartós együttműködése az a mód, amelynek segítségével eljuthatunk a még tisztázatlan problémák megoldásához.

Kulcsár G.
Vutskits Zs. *Dán P.*
Nász J. *Léb J*

Az intramuscularis injectiók szövődményéről a csecsemő- és gyermekkorban.

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastuk Füzesi és Altorjay kollégák az Orvosi Hetilap 1971. 7. számában „A musculus quadriceps femoris fibrosisa, mint az intramuscularis injectiók szövődménye csecsemő- és gyermekkorban" című cikkét, mivel intézetünkben ezzel a témával huzamos ideje foglalkozunk.

A kezelés kérdéséhez szeretnénk hozzászólni. Egyéves kor felett különösen nagyfokú contracturák esetén nem tartjuk célravezetőnek a konzervatív redressziót. Ez a fibroticus quadriceps kisebb-nagyobb beszakadásaihoz és újabb hegesedésekhez, ill. zsugorodáshoz vezet. Véleményünk szerint közölt esetükben emiatt következett be a recidiva. Célszerűbb műtéti megoldást választani, amelyről *Koncz* és *mtsai* a Magyar Traumatológia, Orthopaedia és Helyreállító Sebészet 1960. 3. számában írtak. A műtéti kezelés eredményességéről nagyobb beteganyagon magunk is kedvező tapasztalatokat szereztünk, és erről a Magyar Orthopaed Társaság Vándorgyűlésén (1970. október 8., Miskolc), majd a Gyakorló Orvosok Első Országos Tudományos Konferenciáján (1970. november 20., Pécs) számoltunk be. Ezzel a kérdéssel foglalkozó közleményünk megjelenés alatt van. Szeretnénk kiemelni, hogy *Hochstetter* idézett cikkének az injectió helyével kapcsolatos adatai felnőttekre vonatkoznak.

Molnár Lajos dr.
Schanzl Antal dr.

T. Szerkesztőség! Köszönetet mondunk Molnár Lajos és Schanzl Antal kollégáknak a közleményünk therápiáját kiegészítő hozzászólásukért. Megjegyezni kívánjuk, hogy közleményünk célja nem a therápiás lehetőségek ismertetése volt (a kezelésre csak egy mondatban utaltunk), hanem felhívni a figyelmet a csecsemőkori intramuscularis injectiózás helyes alkalmazásának fontosságára.

Füzesi Kristóf dr.



KÖNYVISMERTETÉS

H. Begemann, H. G. Harwerth: Praktische Hämatologie (Differentialdiagnose. Therapie. Methodik.) Thieme Verlag Stuttgart, 1969. Negyedik, átdolgozott kiadás. 373 old., 30 ábra, 25 táblázat, 2 színes tábla. Ára: 9,8 DM.

A könyv sikerét és népszerűségét mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy tíz éven belül 4 kiadást ért meg. 1965-ben spanyolul is kiadták. Zsebkönyv alakja egyúttal a szerzők célkitűzését és a könyv rendeltetését is kifejezi. Az olvasó azonban hamarosan rájön, hogy ennél lényegesen többet nyújt. Bár a harmadik kiadás csupán 2 évvel ezelőtt 1967-ben jelent meg, szerzők a könyv minden fejezetét átdolgozták, kiegészítették és korszerűsítették, egyes fejezeteket pedig teljesen átírtak. Ez elsősorban a therapiás részre vonatkozik, melyben már a legújabb gyógyszereket és gyógykezelési módokat is ismertetik. Lényegesen kiegészítették továbbá a vashiányt, a haemorrhagias diathesiseket, az enzymopathiás haemolyticus anaemiákat és a dysproteinaemiákat tárgyaló fejezeteket is. Mint az előszóban maguk a szerzők is hangsúlyozzák, könyvüket a betegágy melletti gyakorlat céljaira írták, aminek következtében aetiologiai és pathologiai részletkérdéseket tudatosan nem tárgyalnak, illetve csak ott és olyan mértékben, ahogy az a diagnosztikai, differentialis diagnosztikai és therápiás problémák világos felismeréséhez és megoldásához szükséges.

Nagyon szerencsés és valószínűleg a könyv sikerének és kedveltségének egyik alapját képezi az a módszer és csoportosítás, ahogyan a szerzők a haematologiai kórképek diagnosztikáját, illetve differentiális diagnosztikáját tárgyalják. Azokból a tünetekből és laboratóriumi elváltozásokból indulnak ugyanis ki — első helyre helyezve a peripheriás vérkép elváltozásait — amelyekkel az orvos a gyakorlatban nap mint nap szembetalálja magát. Lényegében 6, a haematologiai betegségekben leggyakrabban előforduló, illetve ilyen természetű betegség gyanúját minden esetben felvető tünetet emelnek ki és ezek köré csoportosítva tárgyalják az összes haematologiai kórképet. Ennek természetesen megvan a hátránya, hogy aetiologiai, sőt pathologiai szempontból is egymástól távoleső kórképek kerülhetnek egy csoportba. Előnye viszont, — s differentiál-diagnosztikáról lévén szó ez a döntő — hogy egymás mellé kerülnek, s élesen szembeállíthatók azok a haematologiai betegségek, amelyeknek elkülönítése a diagnosis megállapítása folyamán a gyakorlatban mindig felmerül.

Az első csoportban mindazokat a kórképeket és reactiv haematologiai elváltozásokat foglalják össze, amelyekben előtérben áll a fehérvérsejtszám quantitativ v. qualitativ elváltozása, s taglalják azokat a lehetőségeket, amelyek ilyen elváltozások esetében felmerülnek. Szembeállítják a reactiv leukopeniát az agranulocytosis különböző formáival, a reactiv leukocytosist a leukaemiákkal, a qualitativ vérkép reactiv balratolódását a pathologiás balratolódással. A második csoportba a vörösvérsejtszám, illetve haemoglobin érték megváltozása által jellemzett vérképzőszervi betegségek kerültek, mint a polyglobuliák különböző formái és az anaemiák. Ez utóbbiak pontos identificálása a haematologiai differentiális diagnosztika egyik legnehezebb feladata. Szerzők korszerű, rövid és áttekinthető munkája e téren sok segítséget nyújt a gyakorlat számára. Külön-külön tárgyalják a nyirokcsomó megnagyobbodással és a lép-tumorral járó kórképek differentiális diagnosisát. Kitűnő a haemorrhagiás diathesisek fejezete, mely azok számára is élvezetes olvasmány, akik ebben a témában kevésbé járatosak. Rövid, korszerű, jól illusztrált és a differentiális diagnosis szempontjából lényeges tényezőket jól kidomborító összefoglalása a vérzékenységgel járó betegségeknek. Az áttekinthetőséget nagy mértékben elősegítik a jól összeválogatott ábrák és táblázatok.

A könyv régebbi kiadásaiban is kiemelten, külön fejezetben foglalkoztak a szerzők azoknak a kórképeknek a diagnosztikai problémáival, amelyekre az abnormalisan magas vörösvérsejt-süllyedés hívja fel a figyelmet. A dys- és paraproteinaemiák csoportját a szerzők ebben a kiadásban tovább bővítették (analphalipoproteinaemia, H-láncbetegség). A klinikai rész utolsó fejezete a differentiális-diagnosztikai részben tárgyalt kórképek therapiájának áttekinthető, rövid összefoglalása. Szerzők a könyvüket egy methodikai fejezettel zárják, amelyben a vérképzőszervi betegségek diagnosisához és differentiális diagnosisához megtalálhatók, olyanok is, mint a lép és nyirokcsomó scintigraphiás vizsgálata, a vér kémiai és fizikai vizsgálata és a haematologia területén használatos különböző functionalis próbák.

Bár szerzők differentiális diagnosztikát írtak, könyvük ennek ellenére szinte az egész haematologia korszerű, tömör összefoglalása. Haszonnal forgathatják orvostanhallgatók, gyakorló- és szakorvosok, sőt e tárgykörrel foglalkozó szakemberek figyelmét is új szempontokra és összefüggésekre hívhatja fel.

Gráf Ferenc dr.

E. Kazner, W. Schiefer, K. J. Zülch: Proceedings in Echo-Encephalography. International Symposium on Echo-Encephalography. Erlangen, Germany, April 14th and 15th. 1967. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1968. 258 old. DM. 68,—.

Az echoencephalographia jelentőségéről tanúskodik ez a könyv is, amelyben az 1967-ben Erlangenben megtartott nemzetközi echoencephalographiás symposiumon elhangzott előadások találhatók. A résztvevők nagy száma és előadásaik azt bizonyítják, hogy ez az eljárás úgyszólván az egész világon elterjedt, és ma már nélkülözhetetlennek tekinthető a neurológiai és neurochirurgiai diagnosztikában.

A könyv négy fejezetre tagozódik. Az első fejezetben az echoencephalographiás vizsgálat alapját képező fizikai és anatómiai elveket ismerhetjük meg.

A mindennapi gyakorlat számára legfontosabb előadásokat a II. fejezetben találjuk. Ezek az előadások az úgynevezett egydimenziós echoencephalographiával (A-Scan) nyert tapasztalatokat tárgyalják. Megismerjük a különböző elhelyezkedésű hemisphaeriális és az ún. középvonalban elhelyezkedő daganatok echo jelét. Megismerjük azokat a törekvéseket, amelyek nemcsak az indirekt jelből, a „középvonal echo" eltolódásából, hanem közvetlenül a daganatról kapott kóros echohullámok alapján a daganat közelebbi lokalizációját teszik lehetővé, és a daganat természetére vonatkozóan is támpontot adhatnak. Előtérbe került az echoencephalographiás vizsgálat elvégzése műtét közben. Craniotomia után transduralisan végzett vizsgálattal az intracerebralisan elhelyezkedő térfoglaló folyamat közelebbi helyzete és kiterjedése állapítható meg.

Igen részletes áttekintést kapunk az echoencephalographiás vizsgálatok jelentőségéről koponyasérülteknél, mind az akut, mind a krónikus szakban. A supratentoralis térfoglaló folyamatokra általában jellemző középvonal dislocatio mellett nagyon fontos az ún. „haematoma echok" regisztrálása, amelyek az intracraniális vérömleny pontos lokalizációját teszik lehetővé, és így különösen az akut esetekben elkerülhető a carotis angiographia. Megismerjük azokat a nehézségeket is, amelyek téves eredményre vezethetnek, ezek közül a legfontosabbak a kétoldali, a fronto-basalisan és occipitalisan elhelyezkedő haematomák.

Előtérbe került az agykamrák tágasságának echoencephalographiás vizsgálattal történő mérése, amely hydrocephalus internushoz vezető kórképek tisztázásánál bír jelentőséggel. Különös fontossággal bír az echoencephalographiás vizsgálat az ún „infantilis encephalopathiák" — a kamrák dilatatiója, intracraniális cysták, hydromák és haematomák kiderítésében.

A III. rövid fejezetben az ún. echo-pulzáció klinikai alkalmazásának lehetőségét ismerjük meg, amely a különböző érfalformatiók — angiomák, aneurysmák — kimutatására és az intracraniális nyomás mérésére adnak támpontot.

Az echodiagnosztikában új törekvés a kétdimenziós echoencephalographia (B-Scan) bevezetése. A szerzők előadásait e módszerrel nyert tapasztalataikról a IV. fejezetben találjuk. Ez az eljárás az intracraniális képletek — elsősorban a kamrarendszer térbeli kimutatására nyújt lehetőséget. A szerzők adatai alapján várható, hogy a kétdimenziós echoencephalographia az echodiagnosztika jövő útját jelentheti.

Az echoencephalographiás irodalom csaknem teljes jegyzéke egészíti ki az ábrákkal gazdagon illusztrált könyvet. *Schäb Rezső dr.*

Az Orvostudomány Aktuális Problémái. 3/1969. Medicina. 142 old.

A könyv 5 szerző által írt 4 fejezetet tartalmaz. 1. *Juhász Pál dr.:* Cerebrovascularis megbetegedések, 2. *Pogátsa Gábor dr.:* A diabetes-kutatás, 3. *Mosonyi László dr.:* A sympathicus idegelemek neurosecretiós rendszere, valamint 4. *Goreczky László dr.* és *Róth Imre dr.:* Porphyrinek és porphyrinopathiák.

Juhász professzor a 42 oldalas első fejezetben, mely nemcsak az ideggyógyászok és belgyógyászok, de csaknem valamennyi gyakorló orvos érdeklődésére számot tarthat, elsősorban a pathológiai és pathophysiológiai alapfogalmakat tisztázza, így először is az anoxia-ischemia lényegét és jelentőségét.

A különböző érszakaszokban, különböző jellegű károsodások során létrejövő kórképek jobb megértését számos olyan ábrával könnyíti meg, ahol a legfontosabb érképletek, törzsdúcok, agyidegmagvak és agypályák egymáshoz való viszonya igen szemléletes módon van ábrázolva.

A legnagyobb érdeklődésre talán mégis a therapiás lehetőségeket taglaló fejezet tarthat számot. Az *értágító* készítmények között, mint polgárjogot nyert készítmény kerül említésre a *Complamin* (xantinol-nicotinat), melyet mi belgyógyászok, hazánkban csak mostanában kezdhettünk alkalmazni. (Xavin—Chinoin) végtagi ütőeres érszűkületes betegeinknél – ez ideig igen kérdéses eredményekkel. Az anticoagulans kezeléssel kapcsolatban hangsúlyozza a vélemények megoszlását. „Intermittáló ischemiás folyamatokban, progresszív jeleket mutató thrombosisban, ...cerebralis embóliában szükségszerűen vetődik fel az anticoagulans kezelés alkalmazása."

Ebben a fejezetben szívesen olvastuk volna, vajon az ideggyógyász milyen életkorig, milyen vérnyomásértékek mellett, stb. tartja agyi embólia és thrombosis mellett alkalmazhatónak az anticoagulánsokat, másrészt az agyi thrombosisokban *alacsony molsúlyú dextrannal* elért esetleges hazai tapasztalatokat. A dextran-kezeléssel elért külföldi közlemények azt a benyomást keltik bennünk, hogy szinte mindenféle különösebb kockázat vállalása nélkül igen jelentős eredmények lennének elérhetők a thromboticus folyamatok progressziójának leállításában. „A thrombolyticus kezelések értékelése az eddigi közlések alapján nem végezhető el." Szeretnénk remélni, hogy e téren hazánkban is gyorsabb ütemű lesz a fejlődés, hiszen például a fiatal vitiumos betegek agyi embolisatióinál, de más esetekben is, legalábbis próbálkoznunk kellene thrombolysissel.

Pogátsa Gábor dr. 26 oldalon az inzulin kémiájától kezdve, a cukorbetegség megelőzésének és kezelésének gyakorlati problémájáig igyekszik minden jelentősebb elméleti és gyakorlati eredményre felhívni a figyelmet. Két mondat *a vérben keringő inzulin* c. fejezetből: „Felvetődik ... a kérdés, vajon a cukorbetegség alapdefectusa nem az inzulinmolekula ‚A'- és ‚B'-láncának transformatiozavarában, polymer-képződésében rejlik-e, amely defectus esetleg génhez kötött és öröklődik. A kérdés eldöntése csak a vérben keringő inzulin, ill. inzulinfajták kristályosított állapotban történő előállításától, hatásuk pontos megismerésétől várható." (Egyéb alfejezetek: Az inzulinhatást befolyásoló plazmatényezők. A szervezet egyéb hormonjainak szerepe az anyagcserében. A szövetek inzulin iránti érzékenységét befolyásoló egyéb tényezők. A cukorbetegség örökölhetősége. A cukorbetegség megelőzése és kezelése.)

Mosonyi professzor a hangsúlyt egyértelműen a phaeochromocytoma problémakörének rendkívül igényes és alapos ismertetésére helyezi. 67 közlemény és monographia feldolgozásával, a tőle megszokott élvezetes stílusban, e betegség pathophysiológiájának, tünettanának, diagnosztikus és therápiás problémáinak mintaszerűen alapos, modern leírását adja. Ezzel az összefoglaló referátummal a gyakorló orvosok, de nemcsak ők, rendkívül jól használható segítséget kapnak munkájukhoz. Az „Aktuális Problémák" sorozat nagyon sok jó összefoglalója közül is kiemelkedik az igen szerencsés témaválasztással és jó megoldással: egyetlen sorral sem óhajt ismert megállapításokat recapitulálni, összefoglalni (s ezzel óhatatlanul bizonyos fokú ismétlésbe bocsátkozni), hanem valóban csak új, vagy éppen a vitatott eredményeket ismerteti, s amennyiben lehet, rendszerezi. Akit a téma érdekel, az Mosonyi professzor közleményét érdekes, sőt izgalmas regényként fogja végigolvasni.

Goreczky László és Róth Imre főorvos kollégák a *porphyrin* kutatás és a *porphyrinopathiák* legismertebb hazai szakértői. Ezt az is jelzi, hogy az irodalmi adatok között tíz saját tudományos közleményt idézhetnek.

Valószínű, hogy a klinikus orvos elsősorban az újabb therápiás lehetőségek után kutat az ilyen jellegű közleményben. Hadd emeljem ki a szerzők legfontosabb megállapításait a therápia terén: „Specificus therápiája az akut intermittens porphyriának, akárcsak a többi porphyrinopathiának, nincs. Prophylacticusan barbiturátok, oestrogének, sulfonamidok, fertőzések *elkerülése*, szükséges műtétek szakavatott keresztülvitele, terhességek és szülések individuálisan megfelelő felügyelet alatti lefolytatása a lethalitást már eddig is lényegesen befolyásolta. Acut fázisban legfőbb feladat a fájdalom csillapítása ... Jó hatásúak lehetnek némely esetben a mellékvese-steroidok ... Aetiológiai gyógymódként vezették be a therápiába az *adenosin-monofoszforsavat*. Acut fázisban megkísérlendő, hatása nem mindig meggyőző."

Joggal került hát a porphirinopathia is a sorozatba, mert valóban *az orvostudomány aktuális problémája* jelenleg is, és úgy látszik, még jó ideig az marad.

Deli László dr.

MEGHÍVÓ

A Magyar Tudományos Akadémia
és a
a Magyar Haematológiai Társaság
által rendezett

V. haematológiai kongresszusra

1971. május 26—27—28.

Az ülések helye: a Magyar Tudományos Akadémia termei.
Megnyitó és délelőtti plenáris előadások: *Díszterem.*
Délutáni szekciók:
„A"-szekció: Díszterem
„B"-szekció: Felolvasóterem
„C"-szekció: Nagyterem
„D"-szekció: Kisterem
„E"-szekció: Képes-terem

TUDOMÁNYOS PROGRAM

1971. május 26., szerda, Díszterem

A kongresszus megnyitása

Elnök: *Barta I.* (Budapest), *Király K. (Budapest).*

9.00: *Barta Imre üdvözli a megjelenteket.*

9.10: *Kelemen Endre*, a kongresszus elnökének megnyitó előadása.

9.25: *Prof. Dacie J. V.*-t, a londoni Orvostovábbképző Intézet haematologia professzorát a Magyar Haematologiai Társaság tiszteletbeli tagjává választja.

A tiszteletbeli tag előadása: *Autoimmun haemolytikus anaemiák.*

1. Plenáris ülés (Díszterem)

Elnök: *Fliedner, T. M.* (Ulm), *Lajtha, L. G.* (Manchester)

10.15: *Fliedner, T. M.* és *Haas, R. J.* (Ulm): Csontvelő-regeneratio: sejtkinetikailag nyugvó sejtek és kilátásaik.

10.45: *Lajtha, L. G.* (Paterson Lab., Manchester): A csontvelői ősejtek kinetikája.

11.15: *van Bekkum, D. W.* (Rijswijk): A haemopoetikus őssejtek keresése.

Elnök: *Gráf F.* (Budapest), *Pawelski, S.* (Varsó)

12.30: *R. Hollán Zs.:* Abnormális haemoglobinok előfordulása Magyarországon.

12.55: *Barta I.:* A haematológiai gyakorlat néhány problémája.

„A"-szekció

Leukaemia, klinikum

Elnök: *Eckhardt S.* (Budapest), *Theml, H.* (München)

15.00: *Fekete Gy., Schuler D.:* A leukaemia öröklésérő́l.

15.11: *Magyar E.:* Leukoblastosisban meghaltakon észlelt aorta-hypoplasiás esetek.

15.22: *Kemény P.:* Down-kóros újszülöttek vérképzésének némely sajátossága.

15.33: *Papp E., Machay T.:* Cytochemiai és biochemiai eljárások használhatósága a leukaemia-diagnosztikában.

15.44: *Bach I., Lehoczky D., Schuler D., Kelemen E.:* Philadelphia-positiv, tartós thrombocythaemiával járó, granuloblastos leukaemia.

Elnök: *Schuler D.* (Budapest), *Szatmári É.* (Budapest)

15.55: *Zintl, F., Plenert, W., Aurich, G.* (Jena): Tumorspecifikus immunreakciók vizsgálata immunfluorescentia módszerrel gyermekkori leukaemiában.

16.06: *Sipos J., Szodoray M.:* Bőrreticulosis és monocyta-leukaemia.

16.17: *Gállik I.-né, Papp J., Kelemen E., Köves P.:* Alkali-phosphatase positiv granulocyták abszolút száma idült granulocytás leukaemia különböző fázisaiban.

16.28: *Tura, S.* (Bologna): A chronicus myeloid leukaemia terminalis stádiumáról.

Elnök: *Takácsi-Nagy L.* (Bpest), *Schlesinger, K.* (Wuppertal-Elberfeld)

16.50: *Boga M., Szemere P., Doctor F.:* Többszörös remissio idült granulocytás leukaemia blastos transformatiójában.

17.01: *Kollin É., Papp J., Büki B., Kelemen E.:* Szokatlan mértékű l-Asparaginase toxicitás akut, nem lymphoblastos, felnőttkori leukaemiában.

17.12: *Schlesinger, K.* (Wuppertal-Elberfeld): Az l-Asparaginase therapia aktuális problémái.

17.32: *Petrányi Gyula, sen., Bobory J.:* A chronicus granulocytás leukaemia és a polycythaemia rubra vera gyógyszereinek összehasonlító vizsgálata.

17.47: *Szende B., Szili J., Lapis K.:* Hosszú időn át kezelt leukaemiák pathomorphológiájának változása.

„B"-szekció

Vas és anaemia

Elnök: *Bernát I.* (Budapest), *Callender, Sh.* (Oxford)

15.00: *Margittay E., Jakschitz Gy.-né, Langfelder M.:* Donorokon végzett serum vas- és teljes vaskötőképesség-meghatározások értékelése.

15.11: *Neuwirtová, R., Dufek, M.* (Prága): A sputum vastartalma.

15.22: *Lépes P.:* Terhesek anti-anaemiás kezelésének problémái.

15.33: *Kiss Cs.:* A vörösvérsejtképzés humoralis és hormonalis szabályozásának vizsgálata terhesség alatt.

15.44: *Budai B.-né, Andrássy K.:* Folsav és B_{12}-vitamin meghatározások human serumból, biológiai értékméréssel.

15.55: *Simon T., Lépes P., Bodnár K., Garancsy L., Simonovits I.:* A haemoglobinszint és a tanulmányi eredmény összevetése fiatal leánytanulókon.

Elnök: *Jakab I.* (Budapest), *Stacher, A.* (Bécs)

16.16: *Dovat, V., Gebauer, E.* (Novi-Sad): Az α-aminonitrogen jellegzetes változásai gyermekkorban.

16.27: *Gebauer, E., Kikindjanin, V.* (Novi-Sad): A haematológiai alapérték változásának iránya gyermekkorban.

16.38: *Benedek Sz., Jakab I., Báthory G.:* Serum- és vizelet-transferrin idült vesebetegségekben.

16.49: *Jakab I., Gazsó J., Sághy J.-né, Benedek Sz.:* Vasfelszívódás idült vesebetegeken.

17.00: *Takácsi-Nagy L., Benedek Sz., Gráf F.:* A csontvelő cytochemiai és cytomorphológiai vizsgálata nephrogen anaemiákban.

17.11: *Yordanova, E.* (Várna): A rézszulfát vér-catalase gátló hatásának vizsgálata in vivo és in vitro.

17.22: *Köves P., Büki B., Petrányi Gyula jr.:* A serum és a gyomornedv vastartalmának összefüggése kutyákon.

„B"-szekció

Pancytopenia

Elnök: *Brenner F.* (Tatabánya), *Dacie, J. V.* (London)

17.30: *Vass J., Sellyei M., Kollin É., Bach I., Kelemen E.:* Chromosoma-eltérések és Pelgeroid-maganomalia súlyos haemopathiával, hét évvel benzol okozta pancytopenia gyógyulása után.

17.41: *Cziráky L., Boga M., Szemere P.:* Idült májbetegségekhez csatlakozó cytopeniák.

17.52: *Brenner F.:* Idiopathiás pancytopenia és csontvelő-hyperplasia.

18.03: *Szemenyei K., Jánosa M., Szemere P., Kelemen E.:* In vivo és post mortem csontvelőadatok összevetése súlyos idiopathiás és symptomás pancytopeniákban.

18.14: *Gráf F., Takácsi-Nagy L., Benedek Sz., László E.:* Vizsgálatok refractaer erythroblastos anaemiában szenvedő betegeken.

18.29: *Papp J., Szabó J., Lehoczky D., Kelemen E.:* Halálos kimenetelű, rövid ciklusú, minden keringő sejtrendszert érintő, generalisált urticariával kezdődő cytopeniás krízisek fiatal, sejtdús csontvelejű, pancytopeniás nőbetegeken, másfél évvel látszólag eredményes splenektomia után.

„C"-szekció

Immunológia

Elnök: *Bencze Gy.* (Szeged), *Klein, Eva* (Stockholm)

15.00: *Pintér E., Baló M.:* A thymidin-anyagcsere szabályozása emberi lymphocyta-kultúrákban.

15.11: *Hernádi F., Szeverényi M., Kovács P.:* Cystein hatása az immunrendszerre.

15.22: *Antal S., Fehér I.:* Phytohaemagglutinin hatása besugárzott egerek haematológiai regeneratiójára.

15.37: *Bencze Gy.:* In vitro képződő haematoxilin testecske diagnosztikus jelentősége.

Elnök: *Szász Gy.* (Budapest), *Nouza, K.* (Prága)

16.07: *Laub M., Dögei I., Jéger I.:* A humoralis immunitás defectusának vizsgálata malignus haematologiai betegségekben.

16.18: *Bartók I., Mészáros J., Krausz J.:* Thymus dysplasia.

16.29: *Fachet J., Parrot, D. M. W.* (Budapest és Glasgow): Corticosteroidok, valamint thymectomia hatása a kontakt sensitivitás indukciójára és memóriájára beltenyésztett egereken.

16.40: *Golosova, T. V., Muraseva, N. S., Gorbuncsova, R. V., Geraszimova, L. I.* (Moszkva): Az immunreaktivitás vizsgálata egyes emberi betegségekben.

16.55: *Mód A., Puskás É.:* Autoimmun betegségek Imuran^{R} kezelése során szerzett tapasztalataink.

17.06: *Dékány M., Kékes E., Strausz I., Bajtai A.:* Goodpasture-syndroma és Schönlein—Henoch-purpura tüneteinek együttes előfordulása esetében alkalmazott sikeres immunosuppressiv kezelés után keletkezett reticulosarcoma.

17.17: *Szemere P., Boga M., Kun M.:* Autoimmun haemolysis és lép fibroadenia.

17.28: *Rappay Gy., Bukulya B., Bácsi E.:* A reticulumsejtek szerepe a thymocyták forgalmában.

„C"-szekció

Granulocytopoesis

Elnök: *Doctor F.* (Budapest), *Strausz I.* (Budapest)

17.49: *Szebeni Á., Széchenyi-Nagy L., Rédi L.:* Leukocytosist keltő serum aktivitás vizsgálata.

18.00: *Széchenyi-Nagy L., Szebeni Á., Földi J.:* Leukocytosist keltő serumtényező vizsgálata vesecystás betegen, műtét előtt és után.

18.11: *Keresztes M., Kertai P.:* Az endotoxin okozta leukocytosis mechanizmusáról.

„D"-szekció

Thrombopoesis és thrombopoetin

Symposium

Elnök: *Ebbe, Sh.* (Boston), *Najean, Y.* (Paris), *Rák K.* (Szeged)

Moderator: *Kelemen E.* (Budapest)

Thrombopoesis

Maupin, B. (Lyon-Beynost): A thrombocyták történetének 20 éve (12 perc)

Kummer, H. (Bern): A thrombokinetikai vizsgálatok metodikája és klinikai jelentősége (18 perc)

Burger T., Kett K., Kutas J., Deák G., Nagy I.: Thrombocyta-élettartam vizsgálatok jelentősége a splenomegaliák differenciáldiagnosztikájában (12 perc)

Schulz, K., Konrad, H., Preussner, S., Frick, G. (Rostock): Thrombocyta-kinetikai vizsgálatok jelentősége haematológiai betegségekben (15 perc)

Rechowitz, K., Pawelski, S. (Varsó): Selenomethioninnal végzett thrombocyta-kinetikai vizsgálatok (15 perc).

Najean, Y. (Paris): Vérlemezketermelés normális és kóros körülmények között (18 perc)

Thrombopoetin

Kelemen E.: Visszatekintés (15 perc)

Kovács Z., Krizsa F., Dobay E.: A plasma thrombopoetikus aktivitás gyermekkorban (10 perc)

Goldschmidt B.: Cyanotikus szívbetegségekben szenvedő gyermekek thrombocytopoesisének humoralis regulációja (10 perc)

Krizsa F.: A vese szerepe a patkány posthaemorrhagiás thrombocytosisának létrejöttében (10 perc)

Nakeff, A. (Rijswijk): A megakaryocytopoesis vizsgálata egéren immun-thrombocytopenia kapcsán (10 perc)

Rák K.: A plasma thrombopoetikus aktivitása vincristine által kiváltott thrombocytosisban (10 perc)

Cserháti I.: Normál human és egér plasma thrombopoetikus factorának izolálása Sephadex-oszlop segítségével (15 perc)

„E"-szekció

Morphológia

Elnök: *Lapis K.* (Budapest), *Stobbe, H.* (Berlin)

15.00: *Tóth N.:* Lipoidok hatása a fvs.-morphologiára.

15.15: *Bukulya B., Balázs A.:* Electronmicroscopos megfigyelések az embryonalis granulopoesisről.

15.26: *Kelényi G.:* A neutrophil granulocyták specifikus szemcséinek vizsgálata.

15.37: *Mohay A., Kelényi G., Németh Á., István L.:* Az eosinophil leukocyták electronmicroscopos vizsgálata hypereosinophiliás syndromában.

15.52: *Németh Á., Kelényi G.:* A leukocyták peroxidase-enzimjének strukturális stabilitásáról.

16.03: *Szalontay S.:* A thrombocyták savanyú mucopolysaccharidájának lokalizációja és változása a viscosus metamorphosis során.

16.14: *Alföldi P.:* IgM és IgG típusú ellenanyagot termelő sejtek morphológiai vizsgálata.

„E"-szekció

Methodologia

Elnök: *Jorke, D.* (Jena) *Ringelhann B.* (Eger)

16.40: *Győrffy Gy.:* Egértörzseink haematológiai standardértékei.

16.51: *Benedek E., Soós G.-né:* Aminotransferase meghatározások haematológiai kórképekben.

17.02: *Szilágyi Gy., Erslev, J. A.* (Budapest és Philadelphia): Módszer a RES vasleadásának vizsgálatára.

17.13: *Jorke, D., Wilke, D.* (Jena): Quantitativ Rebuck-test.

17.28: *Soós G.-né, Benedek E.:* Egyszerű TGT-módszer érzékenységének összehasonlító vizsgálata.

17.39: *Kőszeghy Zs., Novák E.:* Anti-D IgG meghatározás kimerítéssel.

17.50: *Ambrus M., Bajtay G., Dobák E., Heim T., Cser Á.:* Perinatalis immunglobulinszint meghatározás jelentősége intrauterin sorvadtakon.

18.01: *Medgyesi Gy., Csécsi-Nagy M., Puskás É., Gergely J.:* Emberi IgG alosztály specificitásának meghatározása tripszines hydrolysatum alapján.

18.12: *Csernay L., Nemessányi Z., Csirik J.:* Izotóp többesjelölés és az eredmények számítógépes elemzése a haematológiai rutin-diagnosztikában.

1971. május 27., csütörtök

2. Plenáris ülés (Díszterem)

Elnök: *Astaldi, G.* (Tortona), *Petrányi Gyula, sen.* (Debrecen)

8.30: *Stobble, H.* (Berlin).

9.00: *Hitzig, W. H.* (Zürich): A phagocytosis károsodása következtében létrejött betegségek.

9.25: *Klein, E.* (Stockholm): Az Epstein—Barr-vírus és a Burkitt-lymphoma kapcsolatai.

Elnök: *van Bekkum, D. W.* (Rijswijk), *Gergely J.* (Budapest)

10.45: *Astaldi, G.* (Tortona): Antiblast hatású anyag-e az l-Asparaginaze?

11.15: *Thierfelder, S.* (München): A csontvelő-átültetés eredményét befolyásoló tényezőkről.

11.45: *Backhausz R., Lajos J.:* Az immunogramm alapelvei és alkalmazása a haematológiai betegségekben.

12.10: *Gergely J.:* Myeloma-fehérjék polypeptidláncainak rekombinatiója.

„A"-szekció

Fibrinképződés és fibrinolysis

Elnök: *Hadnagy Cs.* (Marosvásárhely), *Péterfy M.* (Budapest)

15.00: *Elődi Zs., Mód A., Poros A.:* Hageman-factor hiány.

15.11: *Hadnagy Cs., Jaklovszky A., Erdélyi A.:* Afibrinogenaemia.

15.22: *Kótay-Lakatos É., Hadnagy Cs.:* Véralvadási vizsgálatok osteosclerosis-myelofibrosis esetekben.

15.33: *Gerendás M.:* A heparinhatás reakciókinetikája.

15.44: *Feszler Gy.:* A sebellátás szerepe a vérzékeny betegek vérzéseinek csillapításakor.

Elnök: *István L.* (Szombathely), *Sas G.* (Budapest)

16.02: *Kovács T., István L.:* A haemophilia gyakorisága Magyarországon.

16.13: *Forrai J. S., Tóth É.:* Az arthropathia haemophilica kórlefolyásának röntgenológiai elemzése.

16.24: *Eső E., István L.:* A haemophiliás haematuria kórélettana.

16.35: *István L.:* A haemophiliások sorsát befolyásoló paramedicalis tényezőkről.

16.46: *Vogt F., Feszler Gy., Venkei T.:* Haemophiliás betegek műtéti problémái.

Elnök: *Chakrabarti, R.* (Gloucester), *Pálos L. Á.* (Budapest)

17.00: *Sas G., Jákó J., Orosz E., Pálos L. Á.:* A defibrinatiós syndroma diagnózisának gyors módszerei és ezek összehasonlító vizsgálata.

17.20: *Vinazzer, H.* (Linz): Therapiás afibrinogenaemia. A thromboemboliás jelenségek új szemlélete.

17.35: *Chakrabarti, R.* (Gloucester): Pharmacológiai fibrinolysis.

17.50: *Herschlein, H. J.* (Stuttgart): Enziminhibitorok szerepe a nőgyógyászati betegek consumptiós coagulopathiájának kezelésében.

„B"-szekció

Polycythaemia vera

Elnök: *Cserháti I.* (Budapest), *Oszecsenszkaja, G.* (Moszkva), *Szemere P.* (Budapest)

15.00: *Gyarmati J., Nagy Gy., Balázs Cs.:* A splenomegalia által létrehozott vesedistorsio és/vagy compressio radiológiai jelei polycythaemia rubra verás betegeken.

15.11: *Horányi P., Kékes E., Merényi I., Strausz I.:* Műtéttel sikeresen gyógyított, egyoldali hydronephrosis következtében létrejött hypertensio és erythrocytosis.

15.22: *Síró B., Misz M., Szegedy J., Nagy Gy.:* Thrombelastographiás vizsgálatok polycythaemia vera exacerbatiós és remissiós stádiumában.

15.33: *Szabó J., Szemere P., Kelemen E., Petrányi Gyula, jr.:* Gyakorlati problémák a polycythaemia vera differenciáldiagnosztikájában.

15.48: *Oszecsenszkája, G., Kraszinkova, L., Protaszova, T.* (Moszkva): A polycythaemia vera kezelése Myelobromol^{R} és Imifos^{R} segítségével.

„C"-szekció

Immunológiai funkciót végző sejtek

Symposium

Elnök: *Astaldi, G.* (Tortona), *Backhausz R.* (Budapest), *Bozsóky S.* (Budapest), *Hitzig, W. H.* (Zürich)

Moderátor: *Petrányi Gyula sen.* (Debrecen)

14.45: *Petrányi Gy.:* Bevezetés.

14.50: *A lymphocyták tenyésztése és blastos transformatiójuk.*

Benczúr M.: Az in vivo szövettenyésztés alkalmazásának lehetőségei az immunológiai jelenségek megfigyelésére.

Balázs M., Burger T., Pár A., Deák G., Nagy I.: A lymphocyták blastos transformatiójának vizsgálata Werlhof-kóros betegeken.

Bíró I., Ülkei E.: A lymphocyta-transformatiós test alkalmazása idős betegek immunbiológiai állapotának megítélésében.

Sellyei M., Staub M., Piffkó F., Anthony F.: A tonsilláris lymphocyták blastos transformatiója.

Kertész L., Kertész L.-né, Szabó G.: Immunkompetens sejtek viselkedésének vizsgálata izotóp módszerekkel.

Matosic, M., Basic, I., Jaksic, B., Silobric, V., Vitale, B. (Zágráb): Allogen lymphocyták transformatiója és proliferatiója különböző genotípusú, lethalis sugárzást kapott recipiensek lépében.

Szász Gy.: Lymphocyta-transformatio in vivo.

Klein, E. (Stockholm): A lymphoid sejtek immunglobulin termelése.

16.35: Macrophag migratio gátlása.

Dekaris, D., Veselic, B. (Zágráb): Késői típusú túlérzékenységi reakció vizsgálata in vitro a macrophag-vándorlás gátlásának módszerével.

Szabó G., Petrányi Gyula, sen.: A migratio-gátlás módszerének klinikai alkalmazása.

17.15: *Immun-adherentia test.*

Fekete B., Szegedy Gy., Szabó G.: Az opsonisatiós adherentia és a rosetta-formatiogátlás felhasználása a cytostaticumok és az ALG immunosuppressiv hatásának elemzésében.

17.30: *Graft versus host reakció. Immun-suppressio. Anti-lymphocyta globulin (ALG).*

Nouza, K. (Prága): A specifikus és nem specifikus cellularis immunitás suppressiójának néhány problémája.

Vlachov, K., Hilgert, I., Koubek, K., Kristofová, H. (Prága): Sejtmentes májkivonat immunosuppressiv hatása.

Szalay F., Büki B., Kolonits L., Kelemen E.: Graft versus host reakció polytransfundált, leromlott haematológiai betegeken.

Baumann, P. (München): Anti-lymphocyta serum hatása a lépsejtek proliferativ aktivitására graft versus host reakció alatt.

Leövey A., Kertész L., Kertész L.-né, Héczey V.: Az anti-human-ALG szervezeten belüli megoszlásának vizsgálata xenogen körülmények között.

„D"-szekció

Vérsejtképző kolóniák és sugárártalom

Elnök: *Thierfelder, S.* (München), *Várterész V.* (Budapest)

15.00: *Mózsa Sz.:* Endogen koloniaképzés vizsgálata beltenyésztett, teljestest-megsugárzott C57BL/10LP egerekben.

15.11: *Gidáli J., Fehér I., Várterész V.:* Sublethalis dosisú besugárzást túlélő őssejtfrakció növekedésének és differenciálódásának vizsgálata.

15.22: *Fehér I., Gidáli J.:* Actynomycin-D hatása a CFU autoreprodukciós osztódására.

15.33: *Milas, L., Tomljanovic, M.* (Zágráb): Normálisnál több CFU fibrosarcomás egerek csontvelejében.

15.44: *Boranic, M., Tomljanovic, M.* (Zágráb): Chimerismus és mortalitás allogen lép- és csontvelősejtekkel besugárzott egereken.

15.55: *Kelemen E., Gállik I.-né, Cvikovszky T.-né, Mózsa Zs., Burger T.:* Véreztetett egerek csontvelejének transplantálása supralethalisan besugárzott egerekbe: a túlélés növekedése.

„D"-szekció

Transfusiós problémák

Elnök: *Kleine, N.* (Freiburg), *Novák E.* (Budapest)

16.30: *Pintér J., Jakschitz Gy.-né, Zsdánszky K.-né, Langfelder M.:* Therapiás prothrombinkoncentrátum előállítása cryoprecipitátum felülúszójából.

16.41: *Jakschitz Gy.-né, Langfelder M.:* Therapiás prothrombinkomplex.

16.52: *Lavrik, Sz.* (Kijev): —196° C-on tárolt csontvelő autotransplantatiója.

17.14: *Kövesligethy M., Joó-Szabados T., Szanyi L.:* ACD-vérek sav-basis viszonyainak változása a tárolás során.

17.25: *Langfelder M., Jakschitz Gy.-né, Szász I.:* Mosással és szűréssel fehérvérsejt-mentesített vvt.-suspensio tárolási vizsgálatai.

17.36: *Zsdánszky K.-né, Dóbiás Gy., Langfelder M., Margittay E.:* Immunizálás céljára készített fehérvérsejt-suspensióról.

17.47: *Kleine, N.* (Freiburg): A vörösvértestek oxigéntartalmának változása a tárolás folyamán.

„E"-szekció

Csontvelő

Elnök: *Fehér I.* (Budapest), *Nagy Gy.* (Debrecen) *Stobbe, H.* (Berlin)

14.50: *Kovács P., Hernádi F.:* Cystein hatása a csontvelőre.

15.01: *Sáfrány L., Szabó J., Papp J., Kelemen E., de Chatel R.:* Myelobromol^{R} mérgezés utáni haematológiai restitutio során megfigyelt korai progenitor sejtek: stimulált őssejtek emberben?

15.16: *Nagy Gy., Krasznai G., Balázs Cs.:* Csontvelő-biopsia és histologia haematológiai betegségekben.

15.31: *Stieglitz, R., Stobbe, H., Werner, W.* (Berlin): A csontvelő histológiai biopsiájának diagnosztikus fontossága.

15.46: *Dux, E., Páldy L., Biliczky F., Bakacsi G.:* A gyermekkori malignus osteopetrosis pathológiájának és klinikai lefolyásának vizsgálata.

1971. május 28., péntek

3. Plenáris ülés (Díszterem)

Elnök: *Donner, L.* (Prága), *Simonovits I.* (Budapest)

8.30: *Bernát I.*: A haemoglobin-synthesis zavara égésbetegségben.
8.50: *Callender, Sh.* (Oxford): Vas-absorptio kenyérből.
9.20: *Simonovits I.*: Anaemia-morbiditás Magyarországon.

3. Plenáris ülés (folytatás)

Elnök: *R. Hollán Zs.* (Budapest), *Magyar I.* (Budapest)

10.10: *Eckhardt S.*: A chronicus granulocytás leukaemia therapiájának modern irányzatai.
10.35: *Gráf F.*: Di-Guglielmo-syndroma — syderoachrestiás anaemia — erythraemiás myelosis.

3. Plenáris ülés (folytatás)

Elnök: *Kelemen E.* (Budapest), *Schulz, K.* (Rostock)

11.35: *Pálos L. Á.*: „Heparin-rebound".
11.55: *Najean, Y.* (Párizs): Thrombocyta-élettartam és sequestratio egészséges és beteg egyéneken.
12.35: *Ringelhann, B., Konoty-Ahulu, F. I. D.* (Eger és Accra): A trópusi splenomegaliás syndroma vizsgálata Ghanában.
12.55: *Lehoczky D.*: A hypersplenia kórélettana.

„A"-szekció

Anaemia perniciosa

Elnök: *Horányi M.* (Budapest) *Wysoczki, K.* (Poznan)

15.00: *Hansz, J., Wysoczki, K., Fenrych, W., Wierusz, B.* (Poznan): Az immunológiai vizsgálatok diagnosztikus jelentősége anaemia perniciosában.
15.11: *Konopka, L., Rechowitz, K., Pawelski, S.* (Varsó): A B_{12}-vitamint kötő kapacitás vizsgálata anaemia perniciosában, intrinsic factor jelenlétében, ill. hiányában.
15.26: *Fenrych, W., Hansz, J., Wysoczky, K., Wierusz, B.* (Poznan): A metil-malonilsav-praecursorok metabolikus vizsgálatának értékelhetősége B_{12}-vitaminhiányban.
15.37: *Fleischmann, T., Fodor, F.*: Chromosoma-vizsgálatok kezeletlen anaemia perniciózás betegeken.

„A"-szekció

Splenektomia

Elnök: *Kummer, H.* (Bern), *Lehoczky D.* (Budapest)

16.00: *Solti V.*: Haematologiai indicatiók alapján végzett splenektomiák tapasztalatai.
16.15: *Molitorisz K., Venkei T., Poros A.*: Splenektomia-műtéteink szövődményei.
16.26: *Lehoczky D., Kelemen E.*: Példa a valódi hypersplenia diagnosis elkerülésének nehézségeire.
17.10: *Hagenbeek, A.* (Rijswijk): A vér extracorporalis besugárzásának hatása a polymetacrylsavval mobilizált patkány-lymphocytákra.
17.21: *Elek S., Schaffer I., Polgári I.*: Vasanyagcsere-zavar kísérletes égésben.

„B"-szekció

Thrombocyták

Elnök: *Krizsa F.* (Szeged), *Maupin, B.* (Lyon-Beynost) *Rolovic, Z.* (Belgrád)

15.00: *Bédi J., Dékány M., Domán J., Sas G.*: A thrombocyta-adhaesiót és -aggregatiót gátló anyagok vizsgálata.
15.11: *Halmy L., Bédi J., Domán J., Sas G.*: Steroid hormonok hatása a thrombocyták működésére.
15.22: *Kovács B. I., Csalay L., Csákváry G.*: A Halidor® thrombosisgátló és fibrinolytikus aktivitásának kísérletes vizsgálata.
15.33: *Péterfy M.*: Acetylsalicylsav okozta súlyos vérzés.
15.44: *Losonczy H., Nagy I., Burger T., Deák G.*: Antithrombin-III szint splenektomia előtt és után ITP-ben.
15.55: *Donner, L., Housková, J.* (Prága): Streptokinase hatása a vérlemezkék néhány funkciójára.
16.10: *Rieche, K., Wand, H.* (Berlin): Cytostatikumok hatása a thrombocytákra.
16.21: *Nagy I., Burger T., Losonczy H., Deák G., Peti P.*: Egyes thrombocytafunkciók vizsgálata ITP-ben, splenektomia előtt és után.

„B"-szekció

Myeloma és társbetegségek

Elnök: *Burger, T.* (Pécs), *Eulitz, M.* (München)

16.50: *Péter K., Ottó Sz., Schrantz J.*: Kettős paraproteinaemiák.
17.01: *Eulitz, M., Götze D.* (München): Egy további H típusú Bence—Jones-fehérje teljes aminosav-sorrendje.
17.16: *Ottó Sz., Puskás É., Gergely J., Medgyesi Gy.*: Gammopathiák több M-komponenssel.
17.31: *Virág L., István L., Puskás É., Gergely J., Medgyesi Gy., Berzy I.*: Mono- és biclonalis gammopathiával járó primaer plasmasejtes leukaemia esetek.

„C"-szekció

Vörösvérsejt-szerkezet és működés

Symposium, 15.00-tól

Elnök: *Dacie, J. V.* (London),

Moderátor: *R. Hollán Zs.* (Budapest)

R. Hollán Zs.: Bevezető.

Hasitz M., Szelényi J. R., R. Hollán Zs., Baumann M.: Az erythrocyta-membránt oldó eljárások összehasonlítása.

Gárdos Gy.: Antihistaminok hatása a vörösvérsejtek kation-transportjára.

Szász I., Gárdos Gy.: A Ca++ szerepe az erythrocyták különböző, ATP-t igénylő funkcióiban.

Szelényi J., Lépes P., Simonovits I.: Eltérések a vörösvérsejt nem electrolit permeabilitásában vashiányos anaemia esetén.

Geszti O., Predmerszky T., Loványi I., Előd I., Boltor I.: Kis dosisú besugárzás hatása az erythrocyták haemoglobin permeabilitására.

Harsányi V., Breuer J., Gárdos Gy., Hasitz M., Medgyesi Gy., R. Hollán Zs.: Vizsgálatok a hidegtartósításnak a vvt.-membránra és anyagcserére gyakorolt hatásáról.

Horányi M., Szelényi J.: A haemoglobin molekula labilitásának vizsgálata.

Breuer J., Medgyesi Gy., Szelényi J., István L., R. Hollán Zs.: Változások a vörösvérsejtek lipoid összetételében anaemia során.

Lelkes Gy., R. Hollán Zs.: Electronmicroscopos vizsgálatok corpuscularis anaemiában.

Poros A., Szelényi J., R. Hollán Zs.: A PNH néhány jellegzetességéről.

Nemessányi Z., Fleischmann T., Krizsa F., Rák K.: Diagnosztikai, cytogenetikai és erythrokinetikai vizsgálatok PNH-ban.

Králl G., Csorba A., Gáti E., R. Hollán Zs.: Néhány microangiopathiás haemolysis eset analysise.

Szilágyi G., Erslev, J. A. (Budapest és Philadelphia): Organikus vaskészítmények hatása a reticulocyták in vitro vasfelvételére.

Árky I., Breuer J., R. Hollán Zs.: Az erythrocyták in vitro vasfelvétele.

„D"-szekció

Leukaemia, kísérletes vizsgálatok

Elnök: *Komcsenovszkij, E.* (Moszkva), *Petrányi Gy.* (Budapest)

15.00: *Gál F., Somfai R. Zs., Szentirmay Z.*: 7,12-dimethylbenz-α-anthracen által kiváltott, transplantálható patkány granulocytás leukaemia.
15.11: *Somfai R. Zs., Gál F., Németh L.*: A 7,12-dimetylbenz-α-anthracen által kiváltott patkány myeloid leukaemia kezelése klinikailag használatos cytostaticumokkal.
15.22: *Ormai S., Hagenbeek, A., van Bekkum, D. W.* (Budapest és Rijswijk): A polymetacrylsav hatása normál, intact és leukaemiás sejtekkel kezelt egerek és patkányok fehérvérsejt-kiáramlására.
15.33: *Zareckij, I. I., Komcsenovszkij, E. I., Ivanova, L. E., Sznyakina, I. P.* (Moszkva): A cytotoxicus csoportok variatióinak jelentősége az antileukaemiás alkyláló szerek selectivitása szempontjából.
15.44: *Tonkovic, I., Boranic, M.* (Zágráb): A GVH-reakció antileukaemiás hatása.

Elnök: *Benkő S.* (Szeged), *Vitale, B.* (Zágráb)

15.55: *Komcsenovszkij, E. I.* (Moszkva): Komplet cyclophosphamid resistentia keletkezése a transplantálható patkány leukaemia kezelése során.
16.06: *Gericke, D.* (Frankfurt): Cyclikus monofoszfátok hatása kísérletes leukaemiára.
16.18: *Petrányi Győző, Brenberg, S.* (Budapest és Stockholm): Cyclophosphamiddal kezelt egerek lymphocytáinak in vitro cytotoxicus

hatása Maloney-lymphoma sejtekre.

16.29: *Zsebők Z., Szollár J.:* Röntgenbesugárzás hatása a chromosoma-fragmentatióra AKR-egerekben.

16.40: *Petrányi Gyula jr., Kelemen E.:* Taenia taeniaeformissal fertőzött spontán leukaemiás AKR-egerek sorsa.

„D"-szekció

Lymphoma

Elnök: *Patakfalvy A.* (Pécs), *Wrigley, P. F. M.* (Oxford)

17.06: *Bán A., Barakonyi I.:* Bacterialis endotoxin hatása a keringő lymphoid sejtekre.

17.16: *Irsy G., Szemere P., Boga M.:* Thymoma és malignus lymphomák.

17.27: *Krasznai G., Szegedy Gy., Karsay T.:* Hydantoin-derivátumok hatása a nyirokcsomók morphológiájára.

17.38: *Theml, H., Begmann, H., Czeimpel, H., Pichlmaier, H.* (München-Schwabing): Chronicus lymphoid leukaemiás betegek vérének extracorporalis besugárzásával nyert klinikai és kísérletes eredmények.

17.58: *Wrigley, P. F. M.* (Oxford): A Hodgkin-kór szokatlan komplikációi.

18.13: *Patakfalvi A., Gógl Á., Balázs M., Simon K., Kovács Z.:* A humoralis és cellularis immunitás vizsgálata Hodgkin-kórban.

18.24: *Szegedy Gy., Kakukk Gy., Krasznai G., Petrányi Gyula, sen.:* Autoimmun kórképek és lymphoid tumorok társulásai.

„E"-szekció

Cytochemia

Elnök: *Berzy I.* (Budapest), *Fleischer, J.* (Drezda)

15.00: *Megyeri M., Tóth N.:* A leukocyták tetrazoliumkék redukciója fertőző betegségekben.

15.11: *Berzy I., Solti V.:* Alkalikus phosphatase aktivitás megjelenése éretlen myeloid reticularis jellegű sejtekben a perifériás vérben.

15.22: *Lehoczky I., Lehoczky D.:* A granulocyta alkalikus phosphatase aktivitás (GAPA) egyidejű vizsgálata csontvelőből, keringő és lép-sinus-vérből készített kenetekben.

15.33: *Fleischer, J., Morgenstern, D.* (Drezda): Cytochemiai változások a monocyta-leukaemia és a monocytás reakció leukocytáiban.

15.44: *Porgányi M., Berzy I.:* Atipusos monocyták cytochemiai analysise különböző kórképekben.

„E"-szekció

Serologia

Elnök: *Dóbiás Gy.* (Budapest), *Horváth E.* (Budapest) *Lupsaiu, T. S.* (Kolozsvár)

16.09: *Rönisch, P., Reimann, W., Schulz, M.* (Drezda): A vörösvérsejtek savi foszfatáz típusának megváltozása cseretransfusio következtében.

16.20: *Rex-Kiss B., Nemák P.:* Megfigyeléseink az A^3 (A^3B) alcsoportok előfordulásával kapcsolatban.

16.31: *Horváth E., Simon Á.-né, Nemák P., Friss Á.:* Magyarországon talált ritka A_m-variánsokról.

16.42: *Nemák P., Horváth E.:* Gondolatok a transfusiós anamnesis jelentőségéről egy anti-Le^a okozta szövődmény kapcsán.

16.35: *Puskás É., Medgyesi Gy., Gergely J.:* Anti-IgG agglutinator savók vizsgálata.

17.04: *Imre J.-né:* Új módszer fehérvérsejt tipizáló savók előállítására.

17.15: *Duthweiler I., Peley I., Bajtai G., Ambrus M.:* Anti-I specificitású polyclonalis hidegagglutinin-szaporulat hepatitis mononucleosában.

17.26: *Bajtai G., Ambrus M., Peley I., Duthweiler I.:* Au/SH antigén vizsgálata véradókon és mentalisan retardált gyermekeken.

Általános tájékoztató

A kongresszuson való részvétel díja MOTESZ-tagok számára 100 Ft, nem MOTESZ-tagok számára 150 Ft.

A kivonat-könyv ára: 100 Ft.

Kongresszusi iroda május 25-én 13.00—18.00 között, május 26—28 között 8.00—14.00 az Akadémia Képes-termében működik.

MEGHÍVÓ

Az Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesületének Északkelet-magyarországi Tagozata

TIZENKETTEDIK TUDOMÁNYOS ÜLÉSÉRE

Eger, 1971. május 20., 9.45.

Az ülés helye: *Technika Háza,* Eger, Klapka u.

A tudományos ülés tárgya:

Az időskorú lakosság egészségügyi ellátásának szervezési kérdései.

Elnöki megnyitó:

Szabó Ferenc dr. megyei főorvos, Eger.

Bevezető:

Károlyi György dr. (Debrecen): Különleges szempontok az időskorú lakosság egészségügyi ellátásának szervezésében (20 perc).

Előadások:

Galambos László dr., Cseley Márton dr., Martics Anna dr. (Miskolc): Ismételt kórházi kezelés vagy folyamatos otthoni gondozás? (15 perc).

Borsányi Gábor dr. (Ózd): Időskorú betegek kórházi ellátása (15 perc).

Szalóki Pál dr. (Eger): Időskorúak ismételt hospitalizációjának okai (10 perc).

Rakaczki László dr. (Miskolc): Geriatriai elfekvő osztályok szükségességéről (15 perc).

Szabó Ferenc dr., Szegő Imre dr., Miklós Endréné dr. (Eger): Szociális betegotthonok jelentősége a geriátriai betegellátásban (15 perc).

Nagy Lajos dr. (Eger): Az időskorú lakosság egészségügyi ellátás iránti növekvő igénye és ennek kielégítési lehetősége Heves megyében (15 perc).

Szünet 11.35—11.50

11.50-től

Orzóky Róbert dr., Kovács Gábor dr. (Eger): Neuro-pszichiátriai osztályunk időskorú betegei (10 perc).

Bagothai László dr., Guba Sándor dr., Kigyóssy András dr. (Miskolc): Pszichiátriai megbetegedésben szenvedő időskorú betegek ellyezésének kérdései (10 perc).

Pap Zoltán dr. (Debrecen): A Hajdú-Bihar megyei Kórház osztályain és a szociális otthonokban folyó geriátriai betegellátás (10 perc).

Varga Béla dr., Horváth Miklós dr. (Eger): Az Országos Szemészeti Intézet irányításával végzett vaksági statisztikai felmérés Heves megyei vonatkozásai (15 perc).

Szabó Elemér dr., Basa Antal dr. (Hatvan): Idős hallásfogyatékosok gondozása a területi fül-orr-gégészeti ellátás keretében (10 perc).

Bukovinszky László dr., Pechtel Gyula dr. (Eger): Időskorú „túlélő" nőgyógyászati rákos betegek ellátásának problémái (10 perc).

Vágó József dr., Pál Sándor dr., Simárszky János dr. (Gyöngyös): A gerontologia és onkologia időszerű közös kérdései (15 perc).

Ebédszünet 13.10—14.45.

14.45-től

Tarczali Dezső dr. (Debrecen): A területi szociális gondozás megvalósításának egyes kérdései és lehetőségei (15 perc).

Paulai János dr. (Csokvaomány): Az időskorú lakosság körzeti orvosi gondozásának problémái (10 perc).

Bódy Gyula dr., Borsányi Gábor dr. (Somsály): Az időskorú lakosság ellátási problémái a körzeti orvosi gyakorlatban (10 perc).

Németh Ferenc dr. (Eger): Befolyásoló tényezők az öregkorúak keresőképtelenségének megítélésében (10 perc).

Kovács Andor dr. (Hatvan): Munkát vállalt nyugdíjasok keresőképtelenséggel járó betegségei (15 perc).

Vita 15.45—16.15.

Egy hozzászólás maximális időtartama 3 perc.

Zárszó:

Károlyi György dr. Orvostudományi Egyetem, Egészségügyi Szervezési Intézet, Debrecen.

MEGHÍVÓ

a Magyar Gyermekorvosok Társasága által

1971. május 20-án, csütörtökön, 14 órakor rendezendő

TUDOMÁNYOS ÜLÉSÉRE.

Az ülés helye: Semmelweis-terem, Budapest, VIII., Szentkirályi u. 21.

Tárgysorozat:

Ormóshegyi Magdolna, Saád András, Biró Éva (Semmelweis Kh., Miskolc): Möller—Barlow-kór klinikuma és diagnosztikája. Bemutatás 8 perc.

Molnár Mária, Barta Lajos (I. Gyermekkl., Budapest): Haematogen peritonitis és egyéb szövődmények diabetesben. Bemutatás 8 perc.

Barta Lajos, Hittner Imre, Regöly-Mérei Andrea (I. Gyermekkl., Budapest): Pseudohermaphroditismus masculinus: XX/XY mosaicizmus. Bemutatás 8 perc.

Kemény Pál, Nagy László, Polgár Marianna (Madarász kh. és II. sz. Kórbonctani Intézet, Budapest): Metachromásiás leukodystrophia. Előadás 12 perc.

Szabó Mihály, Beviz József (Gyermekkl. és Röntgenkl., Szeged): Újszülöttkori pneumoperitoneum. Előadás 12 perc.

Máttyus Adorján, Halász Adrienne, Kovács Judit (Heim Pál Kh., Budapest): Parenteralis diazepam halmozott epilepsziás rohamok kezelésére. Előadás 12 perc.

Kiszely Katalin (VIII. ker. Rendelőint., Budapest): Antiepileptikumok psychés mellékhatásai. Előadás 12 perc.

Velkey László, Tóth Anna, Vissy Ágnes, Peja Márta, Lombay Béla (Semmelweis K., Miskolc): Immunosuppressiv kezelés. Előadás 12 perc.

Vissy Ágnes, Velkey László (Semmelweis kh., Miskolc): Nephrologiai gondozás. Előadás 12 perc.

MEGHÍVÓ

A **Magyar Dermatologiai Társaság Tiszántúli Csoportja** 1971. május 29—30-án tudományos ülést rendez.

Program:

Május 29-én, du. 4 órakor előadások a Bőrklinika tantermében.

1. *Nagy E., Vadász E., Debreczeni M.:* Chloroquin tárolás a thymusban és más szövetekben.

2. *Herpay Zs.:* Therápiás tapasztalatok a Pimafucin készítményekkel.

3. *Balogh É., Vezekényi K.:* Psoriasis hydroxy-urea kezelése.

4. *Vadász E.:* A keloid Madécassol therápiájáról.

5. *Daróczy P.:* Perifériás keringési zavarok kezelése Xavinnal.

6. *Mészáros Cs., Alföldy Gy.:* Tapasztalataink Glyvenollal.

Május 30-án, de. 9 órakor betegbemutatás a Bőrklinika járóbetegrendelésén. Az esetek megbeszélése a Bőrklinika tantermében.

Május 29-én este $^1/_2$9 órakor társasvacsora. A részvételi szándékot legkésőbb május 24-ig kérjük bejelenteni, *Szodoray Lajos* professzornál.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportjának ülései.

Az előadás a Magyar Tudományos Akadémia Szegedi Székházának klubtermében *17 órakor* lesz.

1971. május 17.

Üléselnök: *Bara Dénes dr.*
1970/71. 26. ülés.

Előadás:

Prof. J. Benoit (College de France Histophysiologiai Laboratóriuma, Párizs): A fény gonadstimuláló hatásának physiologiája és histophysiologiája.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportjának ülései.

Az előadások a Szemészeti Klinika előadótermében 16 órakor kezdődnek!

1971. május 18.

Üléselnök: *Sávay Gyula dr.*
1970/71. 27. ülés.

Bemutatás:

Deák György, Szabó Lajos, Nárai Sándor, Győrfi Mária (Szeged, mj. Városi Tanács Kórháza, Gyermekklinika): Arthrogryposis multiplex congenita különleges esete (7 perc).

Előadások:

1. *Kahánné László Ilona* (Szemészeti Klinika): A vér lipoidjai, meghatározásuk és jelentőségük (20 perc).

2. *Kozma Márta, Megyeri István, Hadházy Aba* (Anatómiai Intézet): A hippocampalis formáció chemoarchitekturája (15 perc).

3. *Schneider Imre, Thuri Géza* (Bőrklinika, Röntgenklinika): Histochemiai vizsgálatok erysipelas recidivansban (20 perc).

4. *Somogyi István, Csanda Endre, Herpai Sándor* (Ideg-Elme Klinika): Oralis glycerin agyi elektromos tevékenységre kifejtett hatásának elemzése frekvenciaanalysatorral és biointegrátorral (15 perc).

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportjának ülései.

Az előadások a Női Klinika előadótermében 11 órakor kezdődnek.

1971. május 22.

Üléselnök: *Szontágh Ferenc dr.*
1970/71. 28. ülés.

1. *J. Brunner* (Inst. f. Anaesthesiologie der Univ. Wien): Vérgázanalytikai és EKG összehasonlító vizsgálatok gége-műtétek insufflatiós és intubatiós narcosisa alatt (15 perc), (német nyelven).

2. *Prof. O. Mayrhofer* (Inst. f. Anaesthesiologie der Univ., Wien): A narcosis kockázata idős korban (15 perc), (német nyelven).

3. *F. Chott* (Inst. f. Anaesthesiologie der Univ., Wien): A szülész és az anaesthesiologus együttműködéséről (15 perc), (német nyelven).

4. *M. Boros, A. Barankay* (I. sz. Sebészeti Klinika, Szeged): A pancuroniumbromid (Pavulon) hatásának klinikai vizsgálata (10 perc), (angol nyelven).

5. *J. Kiss* (II. Sebészeti Klinika, Szeged): A központi idegrendszer hatása az idegsebészeti műtétek alatt fellépő légzési szövődményekre (10 perc), (német nyelven).

6. *Z. Szeredag* (Női Klin., Szeged): Az újszülött asphyxia. Kezelésének közvetlen és késői eredményei (10 perc), (német nyelven).

Kiosztották az idei Markusovszky-díjakat.

Április 24-én immár tizedszer került sor az előző évfolyam legjobb közleményeinek jutalmazására. Az ünnepséget *Trencséni Tibor dr.* fel. szerkesztő nyitotta meg, majd *Braun Pál dr.* szerk. tartotta meg emlékelőadását „A szívinfarctus riziko-faktorai információs értékéről" címmel.

A kitüntetett közlemények, ill. szerzőik a következők:

Pálos Á. László dr. egyet. tanár és *Sas Géza dr. tanársegéd* (Bp., Orvostovábbképző Intézet I. Belgyógyászati Tanszék) az Orvosi Hetilap 1970. évf. 1. sz. és azonos című II. rész 3. számban megjelent: *„A haemorrhagiás diathesisek diagnosztikája"* c. közleményükért.

Budai József dr. főorvos (Bp., László Kórház, I. Gyermekosztály) az Orvosi Hetilap 1970. évf. 7. számában megjelent: *„A rubeola időszerű kérdései"* c. közleményéért.

Gál György dr. egyet. docens (Szeged, I. Sebészeti Klinika) az Orvosi Hetilap 1970. évf. 34. számában megjelent: *„Módosított Alwall-művesével szerzett klinikai és kísérletes tapasztalatok"* c. közleményéért.

Meskó Éva dr. alorvos (Bp., Fővr. Róbert Károly körúti Kórház, II. Bel. o.) az Orvosi Hetilap 1970. évf. 29. számában megjelent: *„Diagnosztikai és therápiás problémák érbetegek kezelésében"* c. közleményéért.

Nagy Judit dr. (Pécs, Kórbonctani Intézet) az Orvosi Hetilap 1970. évf. 4. számában megjelent *„A senilis és praesenilis amyloidosisról"* c. közleményéért.

Széll Kálmán dr. főorvos (Szombathely, Markusovszky Kórház) az Orvosi Hetilap 1970. évf. 33. sz. és 34. számban megjelent *„Anaesthesiológiai osztályok néhány szervezési kérdései I. és II. rész"* c. közleményéért.

Halmos Tamás dr. főorvos, Kautzky László dr. és *Korányi László dr.* (Bp. János Kórház, I. Bel. o.) az Orvosi Hetilap 1970. évf. 40. számában megjelent: *„Diazoxid alkalmazása spontán hypoglykaemiás syndromában"* c. közleményükért.

Fóris László dr. körzeti orvos (Salgótarján, Nógrád megyei Kórház-Rendelőintézet): az Orvosi Hetilap 1970. évf. 51. számában megjelent: *„Az öngyógyítás vizsgálata egy salgótarjáni körzetben"* c. közleményéért.

Csapó György dr tanársegéd (Bp., Orsz. Kardiológiai Intézet, Sebészeti o.) az Orvosi Hetilap 1970. évf. 33. számában megjelent: *„Kamrai extrasystolek által kiváltott pitvari rhythmuszavarok"* c. közleményéért.

Továbbá jutalmazásban részesültek az Orvosi Hetilap *„Folyóiratreferátumok"* c. rovatában sok éven át kifejtett értékes közreműködésükért:

Honti József dr. rendőr o. sz.: Bp.-i Rendőrfőkapitányság Eü. Osztálya.

Pálossy Béla dr. tns.: Bp. OTKI IV. Belgyógyászati Tanszék.

Kis-Szabó Antal dr. c. egyet. doc.: Debrecen, Megyei Kórház, I. Gyerm. o.

Laczay András dr. főorvos: Komló, Városi Rendelőintézet. Rtg-oszt.

Korossy Sándor dr. főorvos: Bp., Kállai Éva Kórház.

Iványi János dr. főorvos: Gyula, Megyei Kórház, I. Bel. o.

Vértes László dr. s. orvos: Bp., Főv. János Kórház, III. Bel. o.

A Markusovszky ünnepség keretében került sor a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó 1970. évi nívódíjának a kiosztására is. *Árky István dr.* igazgató megnyitása után a következők részesültek jutalmazásban:

Kiszely György dr. professzor, Ács Tamás dr., Csaba György dr. és *Szabó Gábor* — „Biológia" című könyvükért.

Szabó Jenő dr. „Ambulans szájsebészet" című könyvéért.

A **SZOT Társadalombiztosítási Főigazgatósága által — üzemorvosok részére** — meghirdetett pályázaton az alábbi pályamunkák részesültek díjazásban:

I. díjat és a vele járó 5000 Ft-ot *Száraz Jenő dr.* (Almásfüzitői Timföldgyár).

II. díjat és a vele járó 3000 Ft-ot *Király János dr.* (Budapesti Vegyiművek).

II. díjat és a vele járó 3000 Ft-ot *Szentgyörgyi Dénes dr. és mtársa* (Tiszai vegyikombinát).

III. díjat és a vele járó 2000 Ft-ot *Mertz Tibor dr.* (Hódgép, Hódmezővásárhely).

III. díjat és a vele járó 2000 Ft-ot *Kápolnay Gyula dr. és mtársai* (Chinoin, Budafok).

III. díjat és a vele járó 2000 Ft-ot *Maurer Teréz dr.* (Egyesült Izzó, Vác).

Az Egészségügyi Minisztérium díját *Somosi György dr.* (Elzett Tűzoltókészülékek Gyára, Budapest) és *Laczi József dr.* (Chinoin, Budapest).

A Csepel Vas- és Fémművek különdíját: *Szendrő Katalin dr., Horváth Edit dr.* és *Varga József dr.* üzemorvosok kapták.

A **TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága** 1971. május 24-én, du. 2 órára tűzte ki *Köteles György dr. „A szemlencse biokémiai és sugárbiológiai vizsgálata"* című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Molnár János dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Zabos Péter dr.*, a biológiai tudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. május 20-án, du. 2 órára tűzte ki *Gaizler Gyula dr. „A nyaki gerincszakasz funkcionális röntgen-vizsgálatáról"* című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Forrai Jenő dr.*, az orvostudományok kandidátusa, *Kovács Ákos dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. május 21-én, du. 2 órára tűzte ki *Török Eszter dr. „Az essentialis keringési hyperkinesis kórtanának és klinikumának néhány kérdése, valamint összefüggése a hypertonia betegséggel"* c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Antalóczy Zoltán dr.*, az orvostudományok doktora, *Takács Lajos dr.*, az orvostudományok doktora.

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 rendelésre" c. könyvhöz küldött pótlapon található.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

RIGETAMIN SUBLINGUALIS TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: Sublingualis tablettánként 1 mg ergotamin tartarátot tartalmaz.

HATÁS: A Rigetamin tablettában az ergotamin tartarát közismert hatása gyors kifejlődését a sublingualis alkalmazás elősegíti. A Rigetamin kétszer olyan gyorsan hat, mint a gyomor-bél rendszeren át felszívódó készítmények és a migraines rohamot a parenteralis adagolás gyorsaságát megközelítve szünteti meg.

JAVALLATOK: Migraines roham megelőzése és kezelése. Vascularis típusú egyéb fejfájások, migrain-aequivalensek. A Rigetamin tabletta mind therápiás, mind prophylacticus célra használható, továbbá diagnosticus test céljaira is alkalmas.

ELLENJAVALLATOK: Pheripheriás 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 összmennyiség ne haladja meg a 3 tablettát, az 1 havi összmennyiség pedig általában 12 tabletta lehet.

CSOMAGOLÁS: 12 tabletta 8,30 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

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 meleghatás aktiválólag 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 gynekológiai területen)

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1971. május 18. kedd	István Kórház IX., Nagyvárad tér 1.	du. 1 óra	*Orvosok Tudományos köre*	1. *Stefanics János, Jámbor Gyula, Juhász Miklós, Dubecz Sándor:* Végtag-gangraenák gyógyulása reconstructiv érműtétek után. 2. *Molnár András:* Tapasztalataink a kórház—rendelőintézet—orvosegyetem együttműködéséről, a gyakorlati fogorvosképzés szempontjából.
1971. május 18. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet IX., Gyáli út 2—6. „A" épület nagy tanterem	du. 2 óra	*Országos Közegészségügyi Intézet*	*Bánki György:* Újabb irányzatok és eredmények a parazitózisok immunbiológiai kutatásában.
1971. május 20. csütörtök	János Kórház XII., Diósárok 1.	de. 11 óra	*A kórház Tudományos Bizottsága*	1. Bemutatás. 2. *Bősze L.:* A rákos beteg. Előadás.
1971. május 20. csütörtök	Országos Sportegészségügyi Intézet XII., Alkotás u. 48.	du. 2 óra	*Az intézet orvosi kara*	*Miklós Márta:* Az obstructív syndroma.
1971. május 20. csütörtök	XIII., Tan. Róbert Károly krt-i Kórház orvosi könyvtára	du. 2 óra	*A kórház Tudományos Bizottsága*	1. *Udvardi György:* Duodenumba perforáló aorta aneurysma esete. 2. *Bódog Gyula:* A Fruspirilen különleges alkalmazási területei (bemutatás). 3. *S. Varga Katalin:* Az elmebetegek rehabilitációjáról (előadás). 4. *Holländer Éva és Bódog Gyula:* X-chromosoma mozaicitással társult familiaris Charcot—Marie—Toot-f. betegség (előadás).
1971. május 21. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII., Mária u. 52.	de. 8 óra	*Magyar Fogorvosok Egyesülete*	1. *Balogh Gyöngyi, Áfra Dénes, Inovay János:* Agytályog mint postextractios szövődmény. 2. *Gyimesi János:* Kísérletes őrlőfoghiány hatása fehér patkány növekedésére és táplálék hasznosítására.
1971. május 21. péntek	Országos Ideg- és Elmegyógyintézet II., Vörös-hadsereg útja 116.	du. ½3 óra	*Az intézet Tudományos Bizottsága*	*Füredi János:* Psychiatriai osztályok szociológiai vizsgálata (aspiránsi beszámoló).
1971. május 21. péntek	Heim Pál Gyermekkórház orvosi könyvtár VIII., Üllői út 86.	du. 2 óra	*A kórház orvosi kara*	1. *Páll Gábor, Jancsó Ágnes, Kósa Zsuzsanna, Tálos Ildikó, Dömök István:* Vírusvizsgálatok csecsemő- és kisgyermekkori lázas ecclampsiák eseteiben. 2. *Lellei István:* A csecsemő- és gyermekkori otoneurológiai vizsgálat menete és a lelet értékelése.
1971. május 24. hétfő	POTE Központi épület IV. sz. tanterem	du. 5 óra	*Pécsi Orvostudományi Egyetem*	1. *Sinkó Ottó, Kósa Mária és Bengerné Miklós:* Az infusiós technikával végzett cholecystographiás vizsgálatokkal szerzett tapasztalataink (15 perc). 2. *W. Hitzig:* Veleszületett immunbetegségek (30 perc). 3. *Pongrácz Gyula, Radler Antal, Tóth Károly:* Abdominocentesissel szerzett tapasztalataink az akut has diagnosztikában (10 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 egyszámlaszám: 69.915.272—46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a kézbesítőknél, 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

71.1905 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

NO-SPA TABLETTA ÉS INJEKCIÓ

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként és ampullánként 0,04 g No-spa (6,7,3',4'-tetraethoxy-1-benzal-1,2,-3,4-tetrahydroisochinolin. hydrochlor.) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: A simaizomzat görcse által okozott működési zavarok és fájdalmak megszüntetése, illetve azok megelőzése.

Epe- és vesekőkólikák, cholecystopathiával kapcsolatos görcsök, cholelithiasis, cholecystitis, nephrolithiasis, pyelitis, továbbá a műszeres vizsgáló eljárásokkal kapcsolatos simaizomgörcsök stb. A gyomor-bélhuzam görcsös állapotai: ulcus ventriculi és duodeni, cardia és pylorospasmus, obstipatio spastica, proctitis, tenesmus. Hypertoniások akut vérnyomásingadozásai – a szokásos egyéb vérnyomáscsökkentőkkel együtt adagolva. Angina pectoris, coronaria-görcs, továbbá dysmenorrhoea, a terhes méh ingerlékenységének csökkentése, szülés alatti méhszájgörcs, elhúzódó tágulás, utófájások, fenyegető vetélés stb., valamint műtét utáni szélkólika esetében.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3×1–2 tabletta, illetve naponta 1–3×2–4 ml subcután, intramusculárisan, vagy heveny kórohamok megszüntetésére 2–4 ml szokásos módon lassan, intravénásan befecskendezve. Periphériás érszűkület esetén intraarteriálisan is adható. Gyermekek az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb adagot kapnak.

Fekélybetegeknek célszerű atropinnal vagy atropin-hatású gyógyszerekkel együttesen adagolni.

CSOMAGOLÁS:

20 db à 0,04 g tabletta	5,60 Ft
100 db à 0,04 g tabletta	28,– Ft
5×2 ml à 0,04 g ampulla	6,80 Ft
50×2 ml à 0,04 g ampulla	68,– Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhetők.

Chinoin Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára

Budapest, IV., Tó utca 1—5.

BALTIX cseppek

Egy üveg (10 ml) 0,5 g clofedanolt tartalmaz.
Köhögéscsillapító hatása a codeinéhoz hasonló, alkalmazása azonban nem vezet hozzászokáshoz és mentes a codein-származékok ismert mellékhatásaitól. A felnőtt és gyermek szervezet egyaránt jól tűri, obstipatiót nem okoz.

Javallatai: acut és chronikus köhögés – chronikus bronchitis okozta pharingeális köhögés – tonsillectomia utáni köhögési inger – pleuritis, tüdőtumor, szilikózis okozta köhögés.

Speciális tüdőfolyamatok, főképp ha a codein-származékok megszokása már fennáll, dohányosok jellegzetes köhögése. Bronchoscopia, bronchographia, tüdőtöltés előtt prophylactikusan.

Adagolása: felnőtteknek naponta 3–4×20–30 csepp kevés vízzel vagy gyümölcslével. Gyermekeknek 3×5–15 csepp, csecsemőknek 3×5 csepp.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

1 üveg (10 ml) 8,40 Ft

EGYT

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

112. ÉVFOLYAM 21. SZÁM 1201—1260 OLDAL

BUDAPEST, 1971. MÁJUS 23.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

VASALGIN

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 100 mg Acid. 5-allyl-5-(beta-hydroxy-propyl)-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 kisfokú szédülés, álmosságérzés 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 tabletta kúraszerűen. Súlyosabb esetekben a kezdő adag naponta 3-szor 2 tabletta. 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 tabletta 21,30 Ft.

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:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SÓS JÓZSEF DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

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

*

112. ÉVFOLYAM

*

21. SZÁM

*

1971. MÁJUS 23.

TARTALOMJEGYZÉK

Varga Péter dr., Székely Ottó dr., Szántó György dr., Btage Zsuzsanna dr., Takáts Ákos dr. és Heid József dr.:
Intenzív betegellátás az Országos Traumatológiai Intézetben 1203

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Szatmári Éva dr., Lehoczky Dezső dr. és Fehér Tibor dr.:
A keringő granulocyták alkalikus phosphatase (GAP) aktivitásának változása a mellékvesekéreg serkentésének hatására 1212

Széplaki Sándor dr.:
A Lidocain antianginás, antiischaemiás hatása 1217

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Jánossy Lajos dr. és Kaufmann Janka dr.:
Tapasztalataink az 1970. évi influenzajárvány idején 1219

RITKA KÓRKÉPEK

Vass Zoltán dr. és Klazsik György dr.:
Influenzajárvány idején észlelt Stevens—Johnson-syndroma három esete ... 1223

IATROGÉN ÁRTALMAK

Iványi János dr.:
Átmeneti süketség ethacrynsav szedése során 1225

A KÖRZETI ORVOS GYAKORLATA

Czeizel Endre dr.:
Mikor kérjünk kromoszóma-vizsgálatot? 1227

KÖSZÖNTÉS

Ratkóczy Nándor professzor 80 éves 1231

Beszámolók, jegyzőkönyvek 1233

Folyóiratreferátumok 1236

Levelek a szerkesztőhöz 1250

Könyvismertetés 1251

Hírek 1254

Megjelent 1215

Előadások, ülések 1259

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 tranquillosedativum, mely főhatása mellett izomrelaxans és anticonvulsiv hatást is kifejt.

JAVALLATOK:

Fokozott psychés feszültséggel, motoros izgalmi állapottal, súlyos szorongással járó megbetegedések.
Súlyos hysteriás primitív reactiók.
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 álmosság 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 tranquillosedativumokhoz 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 Országos Traumatológiai Intézet a hazai intenzív betegellátás meghonosításában úttörő munkát végzett, régi adósságát törleszti akkor, amikor működésének első évtizedéről összefoglalóan számol be és ezzel útmutatást ad mindazoknak az intézményeknek, amelyek a kezdet nehézségeivel küzdve szervezik meg intenzív betegellátó osztályaikat.

Országos Traumatológiai Intézet, Budapest
(igazgató: Szántó György dr.)

Intenzív betegellátás az Országos Traumatológiai Intézetben

Varga Péter dr., Székely Ottó dr.,
Szántó György dr., Btage Zsuzsanna dr.,
Takáts Ákos dr. és Heid József dr.

Az ipar és a közlekedés gyors fejlődése, a mezőgazdaság és a háztartások széles körű gépesítése nemcsak a balesetek számának gyors emelkedéséhez, hanem az elszenvedett sérülések súlyosbodásához is vezetnek (28, 54). A magyarországi traumatológiai ellátás korszerűbbé és szervezettebbé tétele érdekében 1956-ban 150 ággyal alakult meg Budapesten az Országos Traumatológiai Intézet (14). Az intézet számos feladata közül dolgozatunkban csak a gyógyító tevékenység egy részterületéről, a legsúlyosabb sérültek és betegek intenzív ellátásával szerzett tapasztalatainkról kívánunk beszámolni.

A súlyos sérülés — legyen az jellegében mono-, komplex vagy polytrauma — a lokalis elváltozásokon kívül a vitalis funkciókban: a keringésben, légzésben, só-folyadékháztartásban, sav-bázis egyensúlyban, anyagcserében, kiválasztásban, hőszabályozásban olyan mélyreható zavart okozhat, amely az életet közvetlenül veszélyezteti (57, 59, 76). Ilyenkor a hagyományos therapiás eljárások nem bizonyulnak kielégítőnek és olyan komplex és intenzív kezelés válik szükségessé, amely — gyakran még *a kiváltó tényezők okozta lokális elváltozások kezelésének átmeneti háttérbe szorulása mellett is* — elsősorban az élet fenntartására, a vitalis funkciók támogatására vagy helyettesítésére összpontosul (56, 57). E felismerés nemcsak a sérültekre, hanem egyéb eredetű kritikusan súlyos állapotban levő betegekre egyaránt vonatkozik (5, 7, 12, 18, 24, 37, 39, 46, 74, 77).

A polytraumatisaltak és a különböző szövődmények miatt kritikus állapotú egyéb sérültek, ill. betegek korszerű és szervezett — intenzív — ellátásához sajátos kezelési és ápolási feltételeket kellett megteremteni. E feltételek merőben különböztek azoktól a lehetőségektől, amelyek a hagyományos osztályok keretei között adva voltak. Hagyományos osztályon, 6—8 vagy esetleg több ágyas kórteremben, nappal 20, éjjel és munkaszüneti napokon 30—50 beteget ellátó ápolónőkkel; munkaidejük döntő többségét műtőben, kötözőben, gipszelőben, ambulancián, tehát kórtermen kívül töltő orvosokkal; hiányos gép, műszer és egyéb felszereléssel a legsúlyosabb sérültek és betegek megfelelő ellátása nem, vagy csak olyan rendkívüli és kivételes erőfeszítések árán oldható meg, aminek állandósulása a kezelő személyzet gyors fizikai és pszichés kifáradásához és végeredményben az ellátás elégtelenségéhez vezet (5, 11, 73).

Az intenzív therapiára szoruló sérültek és betegek a nap 24 óráján át egyenlő szintű, meg nem osztott, ún. non stop ellátást, *ápolást, megfigyelést* és *kezelést* igényelnek. E trias egymást feltételezve az *intenzív betegellátás* elválaszthatatlan elemeit képezi. Megvalósításához sajátosan képzett orvosokra és ápoló személyzetre, költséges és gyakran bonyolult műszerekre és gépekre van szükség.

Racionális és gazdasági szempontok vezettek minket már 1958-ban, amikor arra törekedtünk, hogy egy helyre, egyelőre egy kórterembe koncentráljuk az ilyen típusú betegeket és ott teremtsük meg az ellátásukhoz szükséges anyagi és személyi feltételeket (18).

Az a kezdeményezés, hogy a súlyos állapotban levő sérülteket a sérülés eredetétől és lokalizációjától függetlenül — kizárólag az ápolási és a kezelési igényeket véve alapul — egy helyre koncentráljuk, tulajdonképpen korai megnyilvánulása, csírája volt — akkor persze még nem tudatosan — egy új betegellátási rendszernek, az ún. progresszív betegellátásnak. E sajátos szervezési elvek (3, 21, 23, 40, 41), amelyek ma intézetünkben és számos más kórházban oly maguktól értetődőnek látszanak, az 1950-es évek végén Magyarországon még nem voltak közismertek.

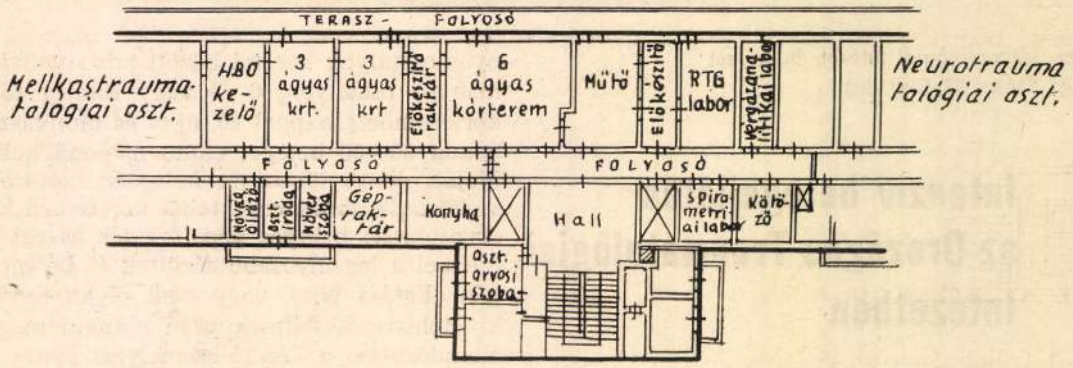
Az utóbbi években számos nemzetközi és nemzeti szakmai társaság, továbbá különböző szakmai bizottságok és egészségügyi kormányszervek javaslatokat, irányelveket, sőt törvényerejű rendeleteket is hoztak, amelyek foglalkoznak az intenzív betegellátás ügyével (1, 8, 13, 17, 29, 32, 42, 44, 45, 53, 67, 68, 70, 80, 81). A Magyar Anaesthesiológiai Társaság e folyamatba már korán bekapcsolódott (42, 43, 48, 71, 74, 78).

Az 1961-es pécsi vándorgyűlés jelentős szerepet biztosított e problémának és megfelelő határozatokat is hozott. A magyar egészségügyi szervek pedig az elsők közé tartoznak, akik minisztériumi utasítással szabályozták az intenzív betegellátás szervezését (15).

Öt évvel az intézet 1956-ban történt megalakulása után indokolttá vált a hazai traumatológiai el-

látás továbbfejlesztése és így 1961-ben sor került az intézet megnagyobbítására (58). Az ágyszám 352-re emelkedett. Ezzel egyidőben — a szükséges műszaki munkálatok után — az addig *részlegként* működő intenzív therapiás egység önálló, 12 ágyas *osztállyá* alakult. (Ez az ágyszám szükség esetén bár többkórtermes — *nyílt rendszer* szerint épült. Ez a megoldás ugyan jó áttekintést biztosít, de nem ad lehetőséget a betegek megfelelő elkülönítésére. Jelenleg is ez képezi legnehezebben megoldható problémáink egyikét (1. ábra).

Az osztály *kórtermi része* 120 m^2. Körülbelül



1. ábra.

15-re növelhető.) Elnevezése kezdetben reanimációs osztály volt, jelenleg a nemzetközileg meghonosodott terminológia szerint Intenzív Betegellátó Osztály (továbbiakban IBO).

Megjegyezzük, hogy az intézet neurotraumatológiai osztálya kizárólag profiljának megfelelő súlyos betegei részére külön 5 ágyas részleget rendezett be. Így az intézet kb. 20 intenzív ággyal rendelkezik, ami az össz ágyszámnak kb. 6%-a. Eddigi tapasztalataink szerint ez az arány hazai viszonyok közt egy döntően traumatológiai jellegű intézményben (intézet vagy osztály) megfelel a szükségletnek.

Az osztály szervezése, építészete és felszerelése

Szervezési szempontból az IBO jellegében — bár egyprofilú intézményhez tartozik — mégis az ún. *interdiszciplináris* egységek közé sorolható. Ez azt jelenti, hogy nemcsak sérülteket kezelünk, hanem más — nem az intézethez tartozó operatív és nem operatív — osztályoktól is átveszünk intenzív ellátásra szoruló betegeket.

Ami a felvett betegek *ellátási igénye* szerinti kategorizálást illeti, az osztály mintegy átmenetet képez az ún. *intenzív betegellátó osztály* (Intensive Therapy Unit, Einheit für Intensivbehandlung), amely betegeket *kizárólag* a vitalis funkciók elégtelensége esetén, azok művi támogatására vagy helyettesítése céljából veszi fel, és az ún. *őrző részleg* (Intensivüberwachung und Pflegeeinheit) között, amely saját betegellátási területről (osztályról vagy intézetből) egy egységbe gyűjti az átlagnál fokozottabb ápolást, megfigyelést és kezelést igénylő betegeket (2, 10, 11, 16, 26, 27, 30, 31, 36, 37, 38, 47, 50, 51, 52, 64, 65, 77, 79). A nomenklaturának megfelelően osztályunk utóbbi típusú betegeket csak az intézet többi osztályától vesz át.

Mai tapasztalataink birtokában megállapíthatjuk, hogy az IBO intézeten belüli elhelyezése, miután a többi osztálytól térbelileg nem választható el, és az építészeti megoldások sem kielégítőek, már nem megfelelő. Az osztály kórtermi része — ugyanannyi a *kiszolgáló helyiségek* (központi ápolónői munkahely, raktárak, laboratóriumok, teakonyha, mosogató, tálaló, öltözők stb.) területe, míg a *közlekedési utak* kb. 60 m^2-t tesznek ki. Az egy ágyra jutó összterület ilyenformán kb. 25 m^2. A kiszolgáló helyiségeket és a közlekedési utakat azonban más osztályok betegei és személyzete is használja, és így a valóságban az IBO *kizárólagos* ágy/terület rátája ennél lényegesen kisebb.

Megjegyezzük, hogy jelenleg a nemzetközileg ajánlott minimális ágy/terület ráta 40 m^2. A számított területből 50% a kórtermekre, 30% a kiszolgáló helyiségekre és 20% a közlekedési utakra esik (37, 47, 77).

A kórtermi rész építése ún. nyílt, zárt és vegyes megoldás szerint történhet. A „nyílt" rendszer megvalósítása esetén a betegek izolálási lehetőségek nélkül — optikai izolálás kivételével — egy vagy két nagyobb kórteremben nyernek elhelyezést, ami a megfigyelést és a kezelést megkönnyíti ugyan, de a nosocomialis fertőzések elkerülése, az individuális hőmérséklet, páratartalom és fényigény kielégítése, továbbá az akusztikai és optikai hátrányos élmények kiiktatása szempontjából megoldhatatlan feladatok elé állítja a személyzetet. A „zárt" rendszer egyágyas, izolált kórtermeiben legalább egy ápolónő folyamatos jelenléte szükséges. Ez a jelenlegi személyzeti hiány mellett aligha valósítható meg. Racionális kompromisszumot képez a „vegyes" megoldás a két építési rendszer előnyeinek egyesítése, nevezetesen egy-két több ágyas, közös kórterem és három-négy egyágyas izoláló kórterem létesítése. Így a betegek elhelyezése, ill. szelektálása az izolálási igények alapján történhet. Intézetünk IBO-jának átalakítását is e szempontok figyelembevétele mellett tervezzük (2. ábra).

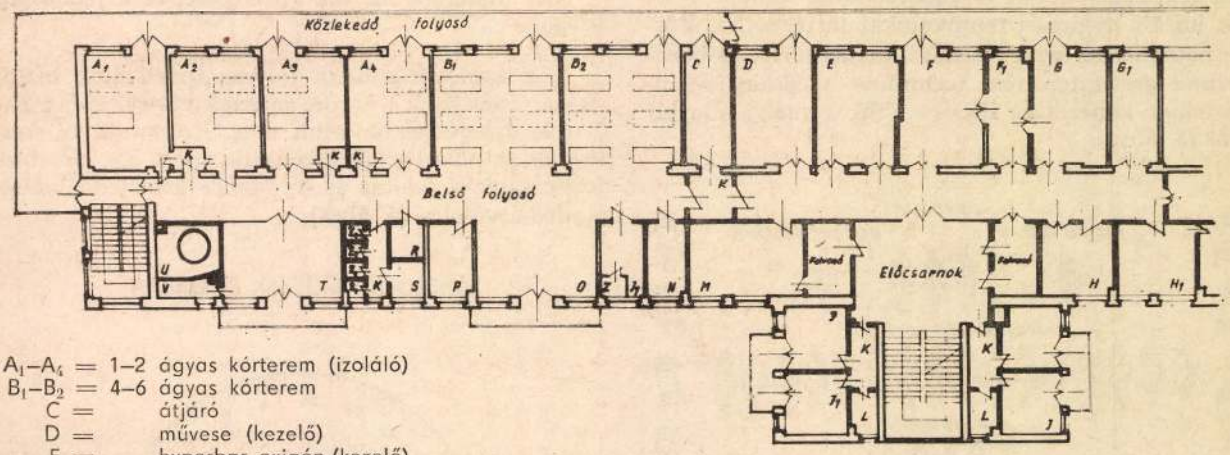
Osztályunk *felszerelésekor* a következőket tartottuk szem előtt:

— addig, amíg azt a minimális mennyiségű eszközt, műszert és gépet, amely a vitalis funkciók — elsősorban a légzés és a keringés — megbízható támogatására, helyettesítésére, illetve ellenőrzésére

szolgál, nem biztosítottuk, osztályunkat nem nyitottuk meg;

— a minimális követelmények kielégítése után a felszerelést fokozatosan számban és minőségben egyaránt továbbfejlesztettük. A felszerelés lépcsőzetes beszerzése során a therapiás eszközöket mesz-

sebész, traumatológus, belgyógyász, illetve anaesthesiológus szakképesítéssel rendelkeznek és munkájukat döntően az IBO-n végzik. Ezzel az orvoslétszámmal biztosítottuk a szükséges és nemzetközileg is ajánlott 4 ágyanként 1 orvos arányát (31, 38).



A_1–A_4 = 1–2 ágyas kórterem (izoláló)
B_1–B_2 = 4–6 ágyas kórterem
C = átjáró
D = művese (kezelő)
E = hyperbar. oxigén (kezelő)
F = szerv. donor műtő
F_1 = előkészítő
G–G_1 = szerv. szövetbank
H–H_1 = klinikó-pathofiziológiai lab.
I–I_1 = orvosi szoba
J–J_1 = nővér öltöző
K = előtér
L–L_1 = fürdő sz.
M = mosogató-tálaló
N = osztályiroda
O = központi megfigyelő
P = géprakt. műszermos.
R = főnővér
S = kiöntő
T = konferencia terem, nappali pihenő
U = ledobó
V = takarítószerek
Z = mosdó
Z_1 = W. C.

12–20 ágyas intenzív therápiás osztály

2. ábra.

szemenően előnyben részesítettük az elektronikus betegellenőrző rendszerekkel (monitorokkal) szemben;

— olyan azonos típusú műszerek és gépek beszerzésére törekedtünk, amelyek javítása és alkatrész-utánpótlása hazai körülmények között is megoldható. Az időszakos szerviz rendszeressé tételéhez és a kisebb hibáknak a helyszínen történő azonnali kijavításához a lehetőségeket megteremtettük;

— „az egy műszer — nem műszer" elvéből kiindulva a legfontosabb eszközökből legalább kettőt szereztünk be;

— a felszerelés az osztály leltárába tartozik és tárolása is itt történik. Az újraélesztést szolgáló eszközökön kívül e tárgyak az osztályról elvileg nem vihetők el.

Személyzet, képzés, továbbképzés

A kritikusan súlyos állapotban levő betegek ellátása módszereiben alapvetően különbözik a többi betegétől. Elengedhetetlen követelmény ezért olyan személyzet biztosítása, amely számban és ismeretekben — a feladatoknak megfelel (17, 30, 33, 49, 64, 77, 80).

Orvosok

Osztályunkon jelenleg az osztályvezető főorvos mellett 3 végleges beosztású és 1—2 ún. forgórendszerben beosztott orvos dolgozik. Ez utóbbiak általában egy évet töltenek az osztályon. Az orvosok

Az osztály orvosai az anaesthesiológiai osztály orvosaival együttesen látják el az IBO ügyeleti szolgálatát.

Ápoló személyzet

Az IBO ápolónői számának meghatározásánál az egy beteg által igényelt közvetlen ápolónői tevékenység mértékéből kellett kiindulni.

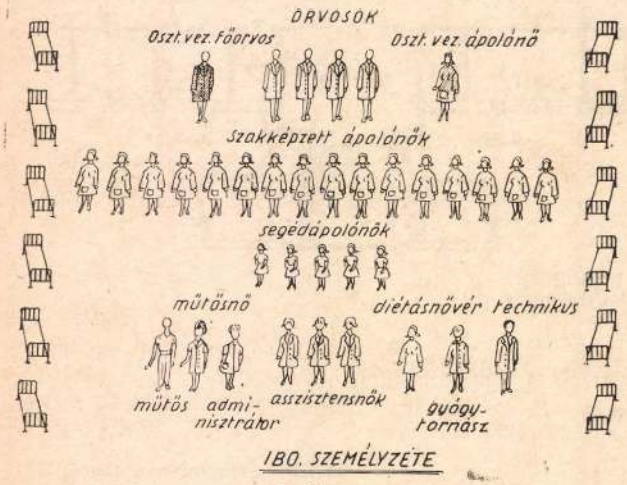
Az ún. hagyományos osztályokon optimális körülmények között ez az igény betegenként és 24 óránként 118 perc. Ez azt jelenti, hogy ha 8 órás műszakban (480 perc) az ápolónő munkaidejének 100%-át tényleges ápolási tevékenységgel töltené el, úgy 12 ún. átlagos beteget tudna ellátni (16). Ezesetben az osztályon az ápolónő/ágy ráta 1:4,5 lenne. Ezt a kedvező helyzetet a valóságban nem sikerült elérnünk, mivel ez az arány az intézetben éppen úgy, mint a legtöbb általános kórház hagyományos osztályán az 1:10-hez jár közel.

Az intenzív betegellátó egységekben azonban, ahol minden „átlag"-beteg egyenlő szintű, folyamatos és meg nem osztott ápolást és felügyeletet igényel, az egy ágyra jutó ápolónők számát egynél magasabbra kellett szabnunk. Számításaink szerint az interdisciplinaris IBO-n betegenként az igényelt közvetlen ápolónői tevékenység ideje 540—750 perc között ingadozik és így a kívánatos arány 1,5—2 ápolónő/ágy.

A „tiszta" lélegeztetési egységekben, ahol a napi folyamatos ápolási igény meghaladja az 1440 percet — tehát időszakonként egyidőben két ápoló-

nő tevékenysége is szükséges —, ez az arány a 4/1-et is elérheti (38).

Osztályunkon jelenleg egy ágyra 1,5 szakképzett ápolónő jut. Ez az arány kedvezőnek minősíthető. Annak érdekében, hogy a szakképzett ápolónők tevékenységüket rendeltetésszerűen teljesíthessék, *segédápolónőket* is alkalmazunk, akik a betegek körüli hygienés tennivalókat látják el. Műtősnő, beteghordó, gyógytornász, diétás nővér, laboratóriumi asszisztensnők, technikus, valamint adminisztrátor képezik az IBO további személyi állományát (3. ábra).



3. ábra.

Ápolónők képzése

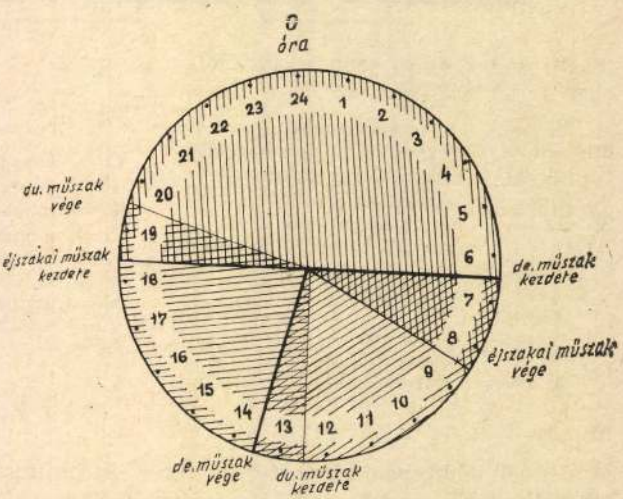
Jelenleg sem az ápolónőképző iskola, sem pedig a hagyományos osztályokon folytatott munka, illetve munka melletti képzés nem biztosítja azoknak az ismereteknek a megszerzését, amelyek az IBO-n végzett tevékenységhez szükségesek. Miután ilyen jellegű központilag szervezett oktatás 1970-ig nem volt, saját elméleti és gyakorlati kiképzési programot készítettünk, amelyre részben csoportosan és részben egyénileg minden — az osztályra újonnan jött — ápolónőt megtanítunk. Az idők folyamán bebizonyosodott, hogy ez az alapképzés önmagában nem elégséges. Gondoskodni kell a szerzett ismeretek folyamatos gyakorlásáról, a továbbképzésről is, mert különben az ismeretek „berozsdásodnak". Évek óta, a nyári hónapok kivételével, rendszeresen heti 1—2 órát a továbbképzésnek szentelünk.

A munka jellege folytán a légkörnek az IBO-n számos drámai vonása van. A kritikusan súlyos betegek nagy száma, magas mortalitása, amely némelykor a 40—50%-ot is elérheti, a vitalis funkciókat támogató vagy helyettesítő gépek vagy a monitorok folyamatos működéséből származó rendkívüli optikai és akusztikai ingerek, a sok energiát felemésztő therapiás beavatkozások gyakori kudarca, a sikerélmények viszonylag ritkasága fokozott pszichés és fizikai megterhelést jelentenek a személyzet számára. Nem mindenki alkalmas ennek tartós elviselésére! A személyzet kiválasztásának ezért szigorúan az önkéntesség alapján kell megtörténnie. Olyan ápolónők valók az IBO-ra, akiknek magasfokú hivatástudata párosul intelligenciával, technikai érzékkel és ügyességgel, gyors és józan reakciókészséggel. A jól képzett „intenzivista" ápolónő az IBO-n nélkülözhetetlen és egyenrangú munkatársa az orvosnak! (31, 38, 46, 72, 76).

Az osztályos munka szervezése, és a felelősség kérdése

Az ápolónői munka folyamatosságának biztosítása érdekében a három műszak váltási idejét 1—2 órás átfedéssel oldottuk meg. Ez rendkívül fontosnak és hasznosnak bizonyult, mert így időt biztosítottunk a pontos és mindenre kiterjedő betegátadás-átvételre (4. ábra).

ÁPOLÓNŐI MŰSZAK 24 ÓRÁRA



4. ábra.

Az éjszakai műszakban dolgozó ápolónők kétnaponként teljesítenek szolgálatot.

Nappal két ízben — 8 és 13.30 órakor — történik szervezett betegvizit. Az első alkalommal az osztályos orvosok tájékozódnak az ügyeleti időszak eseményeiről, elrendelik a szükséges vizsgálatokat, valamint a gyógyszeres, infúziós, stb. kezelést. A második viziten az osztály vezető főorvosa, valamennyi osztályos orvos és lehetőség szerint az aznapi ügyeletes orvos is részt vesz. A laboratóriumi, rtg- stb. leletek birtokában részletbemenően megvitatásra kerül minden beteg és közösen döntünk az aznapi további kezelés kérdéseiben. Tapasztalataink szerint az illetékes osztály orvosai — sürgős esetektől eltekintve — legeredményesebben e vizitnél kapcsolódnak be a munkába.

A többi osztályokhoz való viszony, a felelősség és a vezetés kérdése, amely számos kórházban — bel- és külföldön egyaránt — még jelenleg is sok problémát okoz, osztályunkon sem oldódott meg könnyen, ellentétek és viták nélkül. Annak tisztázása után, hogy az IBO az intézet többi osztályával egyenrangú, kialakult az ottani betegellátásban résztvevő orvosok egy új, közös jellegű szakmai és jogi felelőssége. Az IBO-n végzett orvosi tevékenység elveszíti a hagyományos osztályra jellemző hangsúlyozott egyéni jellegét; ennek helyét a cso-

portos (team) munka tölti be. Az IBO orvosai az illetékes osztály (az az osztály, ahonnan a beteget áthelyezték, illetve ahová a beteg kritikus állapotának rendeződése után kerül) orvosaival — akik a *szakellátásról* rendszeresen és folyamatosan gondoskodnak és ezért felelősek — állandó és szoros kapcsolatban vannak. Kollegiális együttműködésben közös döntések születnek a therapiás tevékenység lényeges kérdéseiben, amelyet nem egyszer éles viták előznek meg. Az intenzív therapiás bevatkozások kérdéseiben azonban az osztály önállóan és felelősséggel dönt. Természetesen a csoporton belül is kell lennie egy vezetőnek, aki felelős az IBO sokirányú munkájának megszervezéséért, a hozott döntések megvalósításáért stb. E vezető azonban inkább primus inter pares mint hivatalból fellebbezhetetlen ítéletet hozó főnök (20, 27, 30, 37, 38).

A munka ilyen jellegű megszervezése tette lehetővé a súrlódásmentes és alkotó légkör kialakítását, amelyben vitathatatlanul a beteg érdeke az első és az összes többi szempont háttérbe szorul. Ilyen módon egységes diagnosztikai, therapiás és ápolási elvek, valamint bizonyos racionális stereotypiák alakulhattak ki, amelyek a rendszeres, fegyelmezett és eredményes munka előfeltételei.

* * *

Dolgozatunk első részében döntően az Országos Traumatológiai Intézet Intenzív Betegellátó Osztálya (IBO) szervezési kérdéseivel foglalkoztunk. Közleményünk második felében klinikai munkánk tapasztalatairól számolunk be.

A beszámolási időszakban 1962-től 1970-ig bezárólag — tehát 9 év alatt — az intézetbe összesen 62 828 sérült, illetve egyéb beteg került felvételre. Közülük az IBO-n 2702-en nyertek ellátást a következő évi megoszlásban:

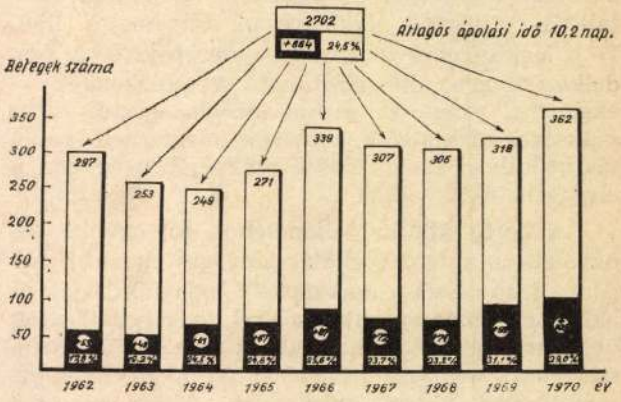
	Intézet	IBO
1962	6341	297
1963	5771	253
1964	5973	249
1965	6779	271
1966	7254	339
1967	7547	307
1968	7810	306
1969	7674	318
1970	7679	362
	62828	2702 azaz 4,28%

Az átlagos ápolási idő 10,2 nap volt.

Az IBO betegforgalmát és a mortalitást az *5. ábrán* mutatjuk. Osztályunkon a mortalitás számos külföldi interdisciplinalis osztály mortalitásánál — amely némely helyen a 45%-os is eléri — alacsonyabb; ez feltételezhetően az izolált cranio-cerebralis sérültek, ill. neurochirurgiai betegek kisebb számában leli magyarázatát, mivel e betegek — mint már említettük — az intézet neuro-traumatológiai osztályának őrzőjében nyernek elhelyezést, továbbá abból az általunk helyesnek tartott gyakorlatból, hogy szabad kapacitás esetén „subintensiv" jellegű sérülteket, ill. betegeket is ellátunk.

A *6. ábra* a felvett betegek aetiológia szerinti csoportosítását mutatja. A kezeltek döntő többségét — 2184-et — sérültek teszik ki, ami az intézet jellegét figyelembe véve, magától értetődik. Nem elhanyagolható azonban annak az 518 betegnek a

9 ÉVES BETEGFORGALOM ÉS MORTALITÁS
(1962–1970)



5. ábra.

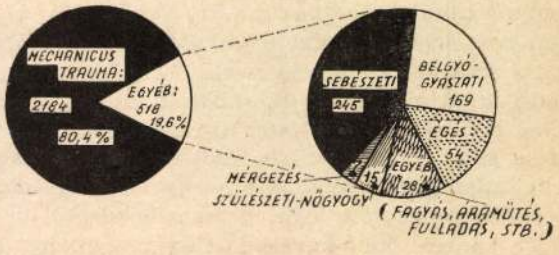
száma sem — a felvettek 19,6%-a —, akik súlyos, vitalis funkciókat veszélyeztető sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati, vagy egyéb eredetű betegség vagy szövődmény miatt nyertek felvételt az osztályra.

Betegészlelés

Az ismételt és pontos betegvizsgálat, a folyamatos objektív megfigyelés, a klinikai, biológiai és biokémiai paraméterek késedelem nélküli és folyamatos észlelése, regisztrálása, valamint feldolgozása és az azt követő azonnali és komplex therapia természetesen eddig is a klinikum módszerei voltak, jelentőségük azonban az intenzív ellátásban még hangsúlyozottabb.

A betegek rendszeres fizikális vizsgálata mellett homeostasisuk laboratóriumi eszközökkel történő szakaszos követése az IBO-n is az eredményes kezelés alapvető feltételei közé tartozik. Az esetenként elrendelt laboratóriumi és eszközös vizsgálatok kiterjesztése és ismétlésük üteme szigorúan a szükségletnek megfelelően történik. A vizsgálatok egy része az osztályon történik, pl. vérgázanalysis, haemoglobin, haematokrit, electrolyt meghatározás; más részét az intézet központi laboratóriuma

2702 FELVETT BETEG AETIOLOGIA SZERINTI CSOPORTOSÍTÁSA



6. ábra.

végzi. A vizsgálati eredményeket elkészítésük időpontjában, általában késedelem nélkül megkapjuk. Jelentős eredményként értékeljük, hogy a vitalis jelentőségű laboratóriumi vizsgálatok ismételt és a napszaktól független elvégzésének a lehetőségét megteremtettük.

A keringő vérvolumen ^{131}J-dal jelzett HSA-al, az extracellularis folyadéktér, a percvolumen, a keringési idő meghatározásának feltételei már adottak és rutinszerű alkalmazásuk folyamatos, illetve a legközelebbi terveinkben szerepelnek. A rendelkezésünkre álló gördíthető készülékekkel — ekg, rtg, echo- és elektroencephalograph — a szükséges vizsgálatok a beteget megterhelő szállítás nélkül, az esetek döntő többségében ágyban is elvégezhetőkké váltak.

A beteg klinikai állapotának folyamatos felügyelete az intenzív ellátás lényeges eleme. E feladat döntő részét a szakképzett ápolónők látják el, akik hagyományos eljárásokkal és meghatározott ütemben mérik és feljegyzik az erre a célra rendszeresített *megfigyelő lapon* az ún. alap vitalis paramétereket (légzés-pulsusszám, vérnyomás, hőmérséklet, centrális vénás nyomás, vizeletmennyiség). Elektronikus gépi berendezéssel (monitorokkal) kizárólag azokat az élettani funkciókat (pl. EKG) ellenőrizzük megszakítás nélkül, amelyek észlelése hagyományos módszerekkel vagy közvetlen megfigyeléssel nem valósíthatók meg és folyamatos észlelésük a betegek fokozott veszélyeztetettsége miatt létfontosságú (pl. szív-contusio vagy friss myocardialis infarctus utáni súlyos rhythmuszavarok esetén, tartós gépi lélegeztetés alatt stb.). A betegmegfigyelő monitorokkal az IBO-n szerzett eddigi tapasztalataink egyeznek azok véleményével, akik tagadják a „költséges elektronika = jó intenzív ellátás" állítás helyességét (7, 34, 37, 46, 51).

A monitoroknak egy interdisciplinaris IBO-n történő általános és kiterjedt alkalmazását megítélésünk szerint jelenleg még gátolja:

— a berendezések aránytalanul költséges volta,

— az érzékelők technikailag tökéletlen volta,

— az a tény, hogy a cardialis tevékenységre utaló paramétereken kívül a nyújtott információk viszonylag csekély értékűek és gyakran pontatlanok,

— a tapasztalat, hogy működtetésükkel nemhogy személyzet szabadul fel, hanem ellenkezőleg, annak fokozott megterhelését idézik elő.

Intenzív kezelés

Azonos vagy hasonló kritikus állapotok, amelyek azonos vagy hasonló jellegű therapiát igényelnek, a legkülönbözőbb eredetű kórképek következményeként alakulhatnak ki (5, 24, 35, 66). Ezért nem beszélhetünk valamilyen speciális belgyógyászati, sebészeti, nőgyógyászati vagy éppenséggel traumatológiai intenzív therapiáról, hanem *sajátos, jellegében aspecifikus intenzív ellátásról*. A kritikusan súlyos állapotot előidéző tényezők általában nem izoláltan károsítanak egy-egy vitalis funkciót — annak teljes vagy részleges elégtelenségét okozva —, hanem többé-kevésbé az egész szervezet homeostasisát és anyagcseréjét veszélyeztetik. Ezért az intenzív kezelés eljárásai is komplex jellegűek. Az intenzív — lényegében időt nyerő — ellátásnak kizárólagos célja a vitalis funkciók támogatása vagy helyettesítése — rendszerint művi úton — amíg azok helyreállása a párhuzamosan folytatott oki therapia mellett be nem következik (16, 34, 37, 46, 57).

Az intenzív kezelés eljárásai:

— a só-folyadék-, az energia- és fehérjeháztartás, a sav-bázis egyensúly, valamint a keringő vérvolumen zavarainak rendezése parenteralis úton;

— a szabad légutak biztosítása, beleértve a tartós intubatiót, tracheotomiát, váladékleszívást stb.;

— a tartós művi lélegeztetés;

— a művi hypothermia és hibernatio;

— a peritonealis és haemodialysis akut veseelégtelenségben;

— a complex cardio-respiratorikus resuscitatio, izolált cardialis resuscitatio esetén a defibrillálás és pacemaker alkalmazása;

— a különböző eredetű shock-állapotok therapiája;

— a hyperbaricus oxygentherapia egyes akut javallatok esetén.

A felsorolt eljárásokkal az IBO-n szerzett tapasztalatainkról az alábbiakban számolunk be:

— A só-folyadékháztartás és sav-bázis egyensúly zavarainak korrekciója, valamint a hosszabbrövidebb ideig tartó parenteralis vagy szondatáplálás lényegében az osztályunkra felvett betegek túlnyomó többségénél történik. Ennek biztonságos megvalósításához közvetlenül a felvétel után a véna cava superiorba kathetert vezetünk fel. Ily módon a centrális vénás nyomás is folyamatosan mérhető, ami a keringés állapotának megítéléséhez értékes felvilágosítást nyújt. A folyadék és elektrolytek qualitativ és quantitativ szempontból adaequat bevitelének megvalósításához a 24 órás egyenleg és a naponta készült ionogramm szolgál alapul.

1969-ben felhasznált infusiós oldatok — *1. táblázat*

Glucose	5%-os	a 500 ml	2066 üveg
Glucose	10%-os	a 500 ml	170 üveg
Glucose	20%-os	a 100 ml	366 üveg
Glucose	40 %-os	a 100 ml	2952 üveg
Fructose	10%-os	a 500 ml	270 üveg
Sol. Natr. Chlorati isot.		a 500 ml	785 üveg
Sol. Ringeri		a 500 ml	3020 üveg
Sol. Ringeri-Lactati		a 500 ml	60 üveg
Sol. Natriihydrocarb. 1,3%-os (Alkaligen—Human)			180 üveg
Sol. TRIS 0,3 mol. (Liotris—Human)			107 üveg
Albumin 25%-os (Human)		a 100 ml	114 üveg
Plasma-protein 5%-os		a 300 ml	334 üveg
Dextran 75 (Polyglukin, Plasmodex stb.)			165 üveg
Dextran 40 (Rheomacrodex)			135 üveg
Aminosav oldat (pl. Aminosol, Aminofusin 600 stb.)			412 üveg
Zsíremulsio (pl. Intralipid)			193 üveg
Sol. Manniti 10%-os (Mannisol A-Human)			98 üveg
Sol. Manniti 20%-os (Mannisol B-Human)			22 üveg

A pótlás minden esetben individualisan és célzottan történik (4, 75).

Tájékozódás céljából mutatjuk be az 1. táblázatban az 1969-ben parenteralisan felhasznált oldatokat.

— A légzészavarokat, illetve a légzési elégtelenséget a következő eljárásokkal kezeljük: légzőtorna, inhalatiós therapia, a váladék naso-oro-trachealis vagy bronchoscopos leszívása, oxygen adása nasalis szonda, maszk vagy oxygensátor segítségével, intratrachealis intubatio, tracheostoma (sürgős esetben conicostoma) készítése, valamint a tartós művi lélegeztetés. A felsorolt beavatkozások általában lépcsőzetesen és kombináltan kerültek alkalmazásra (6, 55, 60, 61, 62, 63).

Osztályunkon 9 év alatt 535 tracheostomisált beteget kezeltünk.

A tartós gépi lélegeztetésre vonatkozó adatokat a *2. táblázat* tartalmazza.

Tartós gépi lélegeztetés adatai — *2. táblázat*

Időtartam	Betegek száma	Meghaltak	Mortalitás %-ban
24 óráig	90	54	60 %
24 órától — 3 napig	118	63	53,3%
4 naptól — 7 napig	54	23	42,5%
8 napon túl	24	17	70,8%
Összesen:	286	156	54,5

A 24 órán túli lélegeztetettek mortalitása 52,5 százalék volt. Ez megközelítőleg megegyezik több külföldi respiratiós központ (34) statisztikai adataival (3. táblázat).

3. táblázat

24 órán túl géppel lélegeztetettek mortalitásának összehasonlítása

Szerző	Betegek száma	Mortalitás %-ban	Észrevétel
Wiklund (1966)	90	57,7	
Wiemers((1967)	399	51,0	
Kucher és Steinbereitner (1966)	258	48,6	
Kügler és Horatz (1966)	144	74,3	Számos agyvérzés
Bendixen és munkatársai (1965)	1499	69,2	1958—1964
	367	40,9	1961—64 (Lélegeztetési osztályon)
Amaha és munkatársai (1966)	47	48,9	döntően laparotomiák után
Agerskov és Staffeldt (1966)	163	55,9	
Varga P. és munkatársai (1971)	196	52,5	döntően mellkassérültek

— *Hypothermia és hibernatio* alkalmazására akkor került sor, amikor más módszerrel a szervezet oxygenszükségletét kielégíteni nem lehetett, illetve befolyásolhatatlan hyperpyrexia állott fenn. Ezzel az eljárással, amely rendkívül mélyreható beavatkozás a szervezet önregulatiós mechanismusaiba, egy alacsonyabb hőfokon az oxigén csökkentése folytán új biológiai egyensúlyt lehet megvalósítani (62). A hypothermia és hibernatióra vonatkozó adatokat a 4. táblázat tartalmazza.

Hypothermia és hibernatió adatai — *4. táblázat*

Időtartam	Betegek száma	Meghaltak	Mortalitas %-ban
24 óráig	6	4	66,6%
24 órától — 3 napi	23	17	73,9
4 napon túl	16	12	75,0

— *Haemodialysist* összesen 12 betegen végeztünk, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Urológiai Klinika művese osztályával szoros együttműködésben. A dialysáltak — egy aethilenglykol mérgezett kivételével — súlyos polytraumatizáltak voltak, és a dialysissel kombináltan gépi lélegeztetést és két ízben művi hypothermiát is kellett alkalmaznunk. 1969 eleje óta az acut veseelégtelenség kezelésében *peritoneális dialysist* is alkalmazunk.

— A cardiorespiratorikus resuscitatiókor művi lélegeztetést, közvetett vagy közvetlen szívmassage-t, elektromos defibrillatiót, valamint gyógyszeres therapiát alkalmaztunk (25). Resuscitatiós kísérletre 74 klinikai halál állapotában levő betegen került sor. Negyvenkét esetben thoracotomia történt. Tudatvisszatérés 13 esetben következett be, véglegesen gyógyult 6 beteg. E kedvezőtlen arányt betegeink sérülésének súlyossága magyarázza.

A felsorolt eljárások természetesen nem képezik az intenzív betegellátó egységek kizárólagos privilégiumát vagy monopóliumát. Számos eljárás a hagyományos osztályok mindennapi gyakorlatához is hozzátartozik. A súlyos, az életet közvetlenül veszélyeztető állapotban azonban e beavatkozások komplex módon — mennyiségben és intenzitásban fokozott mértékben — sajátos ápolással, folyamatos és sokirányú betegmegfigyeléssel kombináltan kerülnek megvalósításra.

Megbeszélés

Az intenzív betegellátással szerzett több mint 10 éves tapasztalatunk lehetővé teszi bizonyos általános következtetések levonását. E következtetések összességükben pozitívek és igazolják azokat a világszerte észlelhető törekvéseket, amelyek az intenzív betegellátás megvalósítására és elterjesztésére irányulnak. A vitathatatlan pozitívumok mellett azonban néhány negatív jelenséget is észleltünk, amelyek veszélyeztethetik az IBO előnyeit. Kellő időben történő felismerésük és leküzdésükkel e jelenségek kedvezőtlen kihatásai nagymértékben csökkenthetők. Tapasztalataink e téren

megegyeznek *Braun, Hamburger, Holmdahl, Ibsen, Kucher, Lawin, Petri, Poulsen, Wiklund* és mások tapasztalataival.

Az intenzív betegellátás rendszeréből eredő esetleges *hátrányok* a következőkben foglalhatók össze:

1. A tiszta tudatú betegek egy részében az IBO-ra történő áthelyezés aggodalmat és nyugtalanságot vált ki. E pszichés stressz kedvezőtlen hatással lehet az amúgy is súlyos beteg állapotára.

2. Az IBO-ra történő áthelyezéskor, illetve a hagyományos osztályra történő visszahelyezéskor az orvosi ellátás folyamatosságában törés következhet be.

3. A munka intenzitásának alternáló volta a személyzet egyenetlen megterheléséhez, időnként nagyfokú túlterheléséhez vezet.

4 A kezelő személyzetben az osztályon uralkodó sajátos munkaviszonyok és légkör következtében szerénytelen magatartás és bizonyos indokolatlan önteltség alakulhat ki — „elit szellem" —, ami a kívülállók ellenszenvével találkozhat. Ez nem kívánt feszültséget idézhet elő az IBO és a hagyományos osztályok személyzete között.

5. Az osztály korszerű berendezése, a kiterjedt gépesítés egy sajátos technocentrikus szemlélet kialakításának kedvezhet, amelyben a beteg mint egyén kikerülhet a figyelem fókuszából.

6. Amennyiben a hagyományos osztályok nemcsak szorosan vett intenzív ellátásra szoruló betegeket helyeznek át az IBO-ra, ezen osztályokon a súlyos betegek ellátása és a fiatalabb orvosok ilyen irányú képzése kedvezőtlenül alakulhat.

7. Az IBO-n megszokott gyakorlattá válhat az átgondolt és lépcsőzetes beavatkozások helyett a therapiás „nagyágyúk" azonnali bevetése. A nem indokolt, túl energikus és aggresszív kezelés veszélyes és káros lehet.

8. Az IBO működtetése a hagyományos osztályok működtetési költségeinek többszörösét teszi ki. A nem kellően átgondolt gyógyszerfelhasználás, a nem feltétlenül szükséges és költséges felszerelési eszközök beszerzésére való törekvés vagy egyéb pazarlás súlyos kihatással lehet az intézmény költségvetésére és bizonyos mértékben gátolhatja a többi osztály munkáját.

9. Izoláló lehetőségek biztosítása nélkül az IBO a kórházi keresztfertőzések melegágyává válhat!

Az intenzív betegellátás rendszeréből származó *előnyök* a következőkben foglalhatók össze:

1. Az IBO-n a betegek folyamatos, egyenlő szintű és adaequat ellátását a kritikus állapotok kezelésében jártas és gyakorlott személyzet biztosítja.

2. A költséges, kezelésben jártasságot és folyamatos karbantartást igénylő gép, műszer és egyéb felszerelés csak az IBO-n kerülhet gazdaságos és rendeltetésszerű felhasználásra.

3. Az intenzív ellátás bonyolult eljárásai az IBO-n mindennapos rutinná válnak.

4. Az intézmény többi osztálya mentesül a kritikusan súlyos betegek ellátásának gondja alól. Ez energia- és kapacitásfelszabadítást, valamint anyagi megtakarítást is jelent, amelynek célszerű felhasználása az ellátás javítását eredményezheti.

5. Az IBO kitűnő továbbképzési lehetőséget nyújt az orvosoknak és az ápolószemélyzetnek egyaránt. Tapasztalat szerint az orvosok szemléletében már néhány hónapos tevékenység után kedvező változás észlelhető, amely kihathat az intézmény egészére. A változás főleg a kórélettanilag megalapozottabb gondolkodásban, az akut állapotok kezelésében tanúsított célszerűbb magatartásban és hatékonyabb intézkedési képességben nyilvánul meg.

6. A folyamatos 24 órás készenlét folytán az IBO az intézmény „sürgősségi központjává" válik, amely számos területen a többi osztály késedelem nélküli segítségére lehet.

7. Az IBO számos disciplina képviselőinek egyidejű konzultációs helye. Ez lehetőséget biztosít széles körű eszmecseréhez, az ismeretek synthesisséhez és sokoldalú therapiás terv megvalósításához.

Az intenzív betegellátás azt a törekvést tükrözi, hogy a mindenkori hagyományos ellátáshoz képest többet és jobbat nyújtson és ezzel a medicina mindenkori célját: a beteg ember gyógyítását eredményesebbé tegye. Minden újabb és jobb eljárás, fejlettebb módszer bevezetése a korábbihoz képest intenzívebb ellátást is jelentett és ilyen értelemben ez az orvoslással egyidős. *A szervezett intenzív betegellátás* azonban viszonylag rövid múltú. Bár jelenleg még számos vitatott és véglegesen ki nem kristályosodott nézettel is találkozunk, nem sok szervezési rendszer terjedt el olyan gyorsan és vált általánossá mint az intenzív betegellátásé. A rendszerből származó negatív jelenségek és az előnyök összevetésekor a mérleg feltétlenül a pozitívumok javára billen. Ezt az a tény is alátámasztja, hogy eredménytelen működés miatt eddig még egyetlen egységet sem szüntettek meg (8, 43).

Hazánkban az ország egészére kiterjedő intenzív betegellátó hálózat szervezése terén még a legelején tartunk. Az utóbbi években számos értékes és eredményes *helyi* kezdeményezésnek lehettünk tanúi (19, 22, 43, 69, 71, 73). A létrehozott egységek (őrzők, postoperativ kórtermek, akut szobák, reanimatiós egységek stb.) azonban egységes elvi irányítás és kellő támogatás hiányában nem kizárólag intenzív betegellátó feladatokat látnak el. Kevés kivétellel tevékenységük hiányos felszerelés és kis létszámú személyzet miatt nagy nehézségekbe ütközött. Az Egészségügyi Minisztérium 24/1970. sz. Utasítása elvileg meghatározta a következő évek feladatait és ezzel új szakasz kezdődött az intenzív betegellátó egységek szervezése terén. Dolgozatunk szerény hozzájárulás kíván lenni e feladatok megoldásához.

Összefoglalás. Az Országos Traumatológiai Intézetben az intenzív betegellátó egység 1958 óta részlegként, 1962-től 12—15 ágyas osztályként működik. 1962-től 1970-ig bezárólag 2702 beteget kezeltek, ami az intézetbe felvettek 4,28%-a. A mortalitás 24,5%-os volt. Az átlagos ápolási idő 10,2 nap, az ágykihasználás kb. 70%-os volt. A kezeltek többsége — 2184 — sérült volt, a többi 518, a felvettek 19,6%-a, egyéb aetiológiájú beteg volt. Az osztályon 9 év alatt 286 beteget 16 176 órán át géppel lélegeztettek. A 24 órán túl lélegeztetettek mor-

talitása 52,5% volt. Hypothermiát és hiberno-therapiát 46 betegen, összesen 3228 órán át alkalmaztak. A mortalitás 71,7% volt. Klinikai halál eseteiben 74 ízben kísérelték meg a komplex resuscitatiót, amely 6 esetben volt eredményes. Az osztályon 36 személy dolgozik, akik sajátos továbbképzésben részesültek. Szerzők saját tapasztalataik alapján is arra a következtetésre jutottak, hogy a kritikusan súlyos állapotban levő betegek eredményesen csak az intenzív betegellátó egységekben kezelhetők. Ezen egységek fontos elemei a progresszív betegellátó rendszernek. Megvalósításuk nemcsak a kórházak hagyományos szerkezetében idéz elő mélyreható változást, hanem a megszokott orvosi szemlélet bizonyos átalakulását is feltételezi.

IRODALOM: 1. *Aczél Gy.:* A korszerű fekvőbetegellátás néhány szervezési kérdése különös tekintettel az intenzív therapiára. Orvos-Eü. Dolgozók Szakszervezete, Budapest, 1968 február. — 2. *Bauer, A.:* Der Anaesthesist. 1968, *17*, 65. — 3. *Beardsley, J. M., Bowen, R., Capalbo, C. J.:* JAMA. 1956, *162*, 544. — 4. *Bedő M., Varga P.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 586. — 5. *Boda D., Gisztl A., Tóth L., Nagy L.:* Orv. Hetil. 1957, *98*, 2. — 6. *Boda D., Murányi L.:* Respirációs therapia. Medicina, Budapest, 1963. — 7. *Braun P.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 2407. — 8. British Medical Association, Planning Unit Report No. 1.: Intensive Care, November 1967. London. — 9. *Ciocatto, E.:* Der Anaesthesist. 1969, *18*, 295. — 10. *Ciocatto, E.:* Trattato di Rianimazione. Ed. Minerva Medica, Torino, 1969. — 11. *Crosnier, J.:* Presse Médicale. 1955, *63*, 1509. — 12. *Dam, W. H., Askrog, V. F., Hagelsten, J. O.:* Anaesthesia and Analgesia. 1967, *46*, 388. — 13. Les Departments d'anasthesie-reanimation. Annales de l'anesthésiologie française. 1969, 10, No. 1. — 14. Eü. Min. 115/1956. Utasítása. Egészségügyi Közlöny 1956, II, 1. — 15. Eü. Min. 24/1970. sz. Utasítása. Egészségügyi Közlöny. 1970. aug. 1. — 16. *Eichhorn, S.:* „Intensivbehandlungseinheiten"-ben. Springer, Berlin, 1969, 8. — 17. I. Europäischer Kongress für Anaesthesiologie. „Wachstation und spezielle Pflegeeinheiten" Bd. 1. S. 1—31. Eigenverlag der Wiener medizinischen Akademie für ärztl. Fortbildung. 1962. — 18. *Fekete Gy., Székely O., Heid J.:* Traumatológiai és Orthop. Közl. 1959, *2*, 69. — 19. *Forgács I.:* Balassa János kórházának orvosi közleményei 11. sz. Budapest, 1968. — 20. *Fuchsig, P., Mayrhofer, O.:* Wien. klin. Wschr. 1965, *49*, 961. — 21. *Golin, M.:* JAMA. 1958, *166*, 2180. — 22. *Grósz J., Degrell I.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 1825. — 23. *Hamburger, J.:* Presse Médicale. 1958, *66*, 1915. — 24. *Hamburger, J., Richet, R., Crosnier, J.:* Technique de Réanimation Medicale. Flammarion, Párizs, 1960. — 25. *Heid J., Bóna E., Fekete Gy.:* Orsz. Traum. Int. Kiad. Budapest, 1966, *4*, 53. — 26. *Heidel, H. J., Mylnek, H. J., Riedeberger, J.:* Zschr. ärztl. Fortbild. 1967, *61*, 389. — 27. *Holmdahl, M. H., Duvernoy, W.:* Krankenhausarzt. 1967, *5*, 131. — 28. *Hőnig V.:* A traumatológia szervezése Magyarországon. Kandidátusi ért. 1962. — 29. *Huguenard, P., Picard, J.-P.:* XV^e Congrés Français d'Anesthésie-Réanimation. Masson, Párizs, 1965. — 30. *Ibe, K.:* „Intensivbehandlungseinheiten"-ben. Springer, Berlin, 1969, 142. — 31. *Ibsen, B.:* Der Anaesthesist. 1968, *17*, 272. — 32. Intensivvard. Rapport avlämnad av Kungl. Medicinalstyrelsens arbetsgrupp för utredning av den medicinska intensivvarden. Kungl. Medicinalstyrelsen. Stockholm, 1967. — 33. *Jones, E. S.:* Postgrad. med. J. 1967, *43*, 339. — 34. *Kucher, R., Mayrhofer, O., Steinbereither, K.:* „Intensivbehandlungseinheiten"-ben. Springer, Berlin, 1969, 160. — 35. *Laborit, H.:* Reaction Organique à l'Agression et Choc. Flammarion, Párizs, 1955. — 36. *Lawin, P.:* Krankenhausärzt. 1967, *40*, 116. — 37. *Lawin, P.:* Praxis der Intensivbehandlung. II. kiad. Thieme, Stuttgart, 1971. — 38. *Lehman, Ch.:* Der Krankenhausarzt. 1967, *40*, 124. — 39. *Littman I.:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 1105. — 40. *Lockward, H. J., Giddings, L., Thoms, E. J.:* JAMA. 1960, *172*, 132. — 41. *Logan, R. F. L.:* Problems and Progress in Medical Care. G. McLachlan, Oxford. 1964. — 42. Magy. Anaesth. Társaság vándorgyűlésének határozata. Pécs, 1961. — 43. *Nádasi A., Keszler P., Forgács I., Sarlós P.:* M. Anaesth. Társ. vándorgyűlése. Pécs, 1961. — 44. *Opderbecke, H. W.* szerk.: Planung, Organisation und Einrichtung von Intensivbehandlungseinheiten. Springer, Berlin, 1969. — 45. L'organisation des Services de Réanimation et d'Urgence. Organisation Mondiale de Santé. Copenhague, 1963. — 46. *Petri G.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 2401. — 47. *Poelzig, P.:* „Intensivbehandlungseinheiten"-ben. Springer, Berlin, 1969, 83. — 48. *Póka L.:* M. Anaesth. Társ. vándorgyűlése, Pécs, 1961. — 49. *Poulsen, H.:* Der Anaesthesist. 1965, *14*, 9. — 50. *Poulsen, H.:* Allgemeine Problematik der Intensivbehandlung. In: Die Ateminsufficienz und ihre klinische Behandlung. Hsg.: Just, O. H., H. Stoeckel, Thieme, Stuttgart, 1967. — 51. *Rosen, J., Secher, O.:* Anaesthesiology. 1963, *855*, 24. — 52. *Safar, P.:* Intensive Care Unit Organisation. In: Respiratory Therapy, Davis, Philadelphia, 1965. — 53. *Schwarzmann P.:* Az intenzív betegellátás ált. kérdései. (Előadás a Magyar Belgyógyász Társaság 1970. évi nagygyűlésén.) Megjelenés alatt. — 54. *Szántó Gy.:* Magy. Traum. Orthop. 1960, *3*, 2. — 55. *Szántó Gy., Székely O., Heid J.:* Minerva Med. 1961, *3*, 52. — 56. *Szántó Gy.:* Resuscitatio a traumatológiában. Nemzetközi Traumatológiai Konferencia, Budapest 1961 (német nyelven). Akadémiai Kiadó, Budapest, 1964. — 57. *Szántó Gy., Varga P.:* Orsz. Traumat. Int. Kiad. Bp. 1966, *4*, 9. — 58. *Szántó Gy.:* Magy. Traum. Orthop. 1967, *10*, 3. — 59. *Szántó Gy.:* Honvédorvos. 1968, *20*, 3. — 60. *Székely O., Heid J.:* Traumat. Orthop. Közl. 1959, *2*, 53. — 61. *Székely O., Boda D., Szántó Gy., Baranyai E.:* Magy. Seb. 1959, *12*, 10. — 62. *Székely O.:* Orsz. Traumat. Int. Kiadv. Bp. 1966, *4*, 23. — 63. *Székely O.:* Kandidátusi értekezés, Budapest, 1968. — 64. *Széll K.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 1409. — 65. *Széll K.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 1923. — 66. *Selye H.:* Stress. Acta Inc. Montreal, 1950. — 67. Services d'urgence et de soins intensifs. Annals de l'anaesthesiologie française, 1965, 6. No. special No. 1. — 68. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie und Wiederbelebung zur Organisation von Aufwachraum, Wachstation und der Intensivbehandlung im Krankenhaus. Z. Prakt. Anaesth. 1967, *2*, 290. — 69. *Tass Gy., Balogh G.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 2821. — 70. *Thomas, E. B. J.:* Monthly Bull. Ministry of Health. 1965, *24*, 310. — 71. *Török E., Czirbusz Gy., Kutas L.:* M. Anaesth. Társ. vándorgyűlés, Pécs, 1961. — 72. *Valerius, Th.:* „Intensivbehandlungseinheiten"-ben. Springer, Berlin, 1969, 40. — 73. *Varga P., Tasnády K., Schirger H.:* Orv. Hetil. 1961, *102*, 1119. — 74. *Varga P., Székely O.:* Anaesth. és Ref. Szle. 1964, *3*. Suppl. 19. — 75. *Varga P.:* Orvosképzés. 1965, *40*, 16. — 76. *Varga P.:* Orsz. Traumat. Int. Kiadv. Budapest, 1965, 2. — 77. *Varga P.:* Orsz. Traumat. Int. Kiadv. Budapest, 1966, *4*, 145. — 78. *Varga P., Székely O.:* Anaesth. cikkgyűjtemény. 1968, I. 9. — 79. *Wiklund, P. E.:* Anaesthesiology. 1965, *26*, 667. — 80. *Wiklund, P. E.:* Anaesthesiology. 1969, *31*, 122. — 81. Workshop on Intensive Care Units. Anaesthesiology. 1964, *25*, 192.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. Belklinika
(igazgató: Magyar Imre dr.)

A keringő granulocyták alkalikus phosphatase (GAP) aktivitásának változása a mellékvesekéreg serkentésének hatására

Szatmári Éva dr., Lehoczky Dezső dr.
és Fehér Tibor dr.

A neutrophil granulocyták alkalikus phosphatase (GAP) aktivitásának vizsgálata elsősorban vérképzőszervi betegségekben hasznos (1, 2, 3), de érdekes összefüggésekre derített fényt a haematológiai betegségek körén kívül is. Az enzymhatás megismerése után hamarosan kimutatták, hogy különböző hormonok, pl. sexuálhormonok és adrenalin hatására az enzym aktivitása megváltozik, de e hatások mechanismusa nem teljesen tisztázott (4, 5). *Valentine* már 1954-ben megfigyelte, hogy „stress" hatására a GAP mennyisége nő. ACTH-gel és hydrocortison adagolása után szintén a GAP aktivitás jelentős fokozódását észlelte (6). Magunk endokrin betegeken végzett vizsgálatokban szignifikáns összefüggést találtunk a vizelet 17-OH-corticoid tartalma és a GAP aktivitás között. Ötven betegünk között 9 Cushing-syndromás volt, ezek GAP aktivitása minden esetben nagy volt (7). E vizsgálatok eredményeként, az irodalmi adatokkal összhangban megállapítottuk, hogy olyan állapotokban, melyekben *tartósan* nagy a mellékvesekéreg glucocorticoid elválasztása, a GAP aktivitás jelentősen meghaladja a normálisat. Corticosteroidokkal végzett kezelés kapcsán észlelt GAP aktivitás növekedéséről számoltak be *Strausz és mtsai* (8).

A GAP aktivitás változásainak dinamizmusa kevéssé ismert. Érdemesnek látszott megvizsgálni, hogy egyszeri mellékvesekéreg-stimulus hatására változik-e a GAP aktivitás? *Bishop és mtsai* szerint az ACTH és corticosteroidok a *csontvelői* granulocytakészletet mobilizálják a granulocyták keringésből való kilépésének gátlásával egyidejűleg (9). Így feltételezhettük, hogy ha akut kísérletben követjük ACTH adagolás után a GAP aktivitás alakulását, a steroid granulocytosis során, a csontvelőből mobilizált sejtekre jellemző adatokat is nyerünk.

Betegek, vizsgálati módszer

Vizsgálatainkat 16 egyénen végeztük, köztük 8 férfi és 8 nő volt. Életkoruk 23-tól 56 évig terjedt. A klinikán fekvő betegek közül olyanokat választottunk, kiknek anamnesise, fizikális és laboratóriumi leletei semmilyen szervi eltérést nem bizonyítottak, haematológiai, endokrin, illetve infekciós betegségük nem volt.

A mellékvesekéreg stimulálására reggel 9 órakor

1. táblázat

A neutrophil granulocytaszám és a fiatal granulocyták számának alakulása szintetikus ACTH hatására

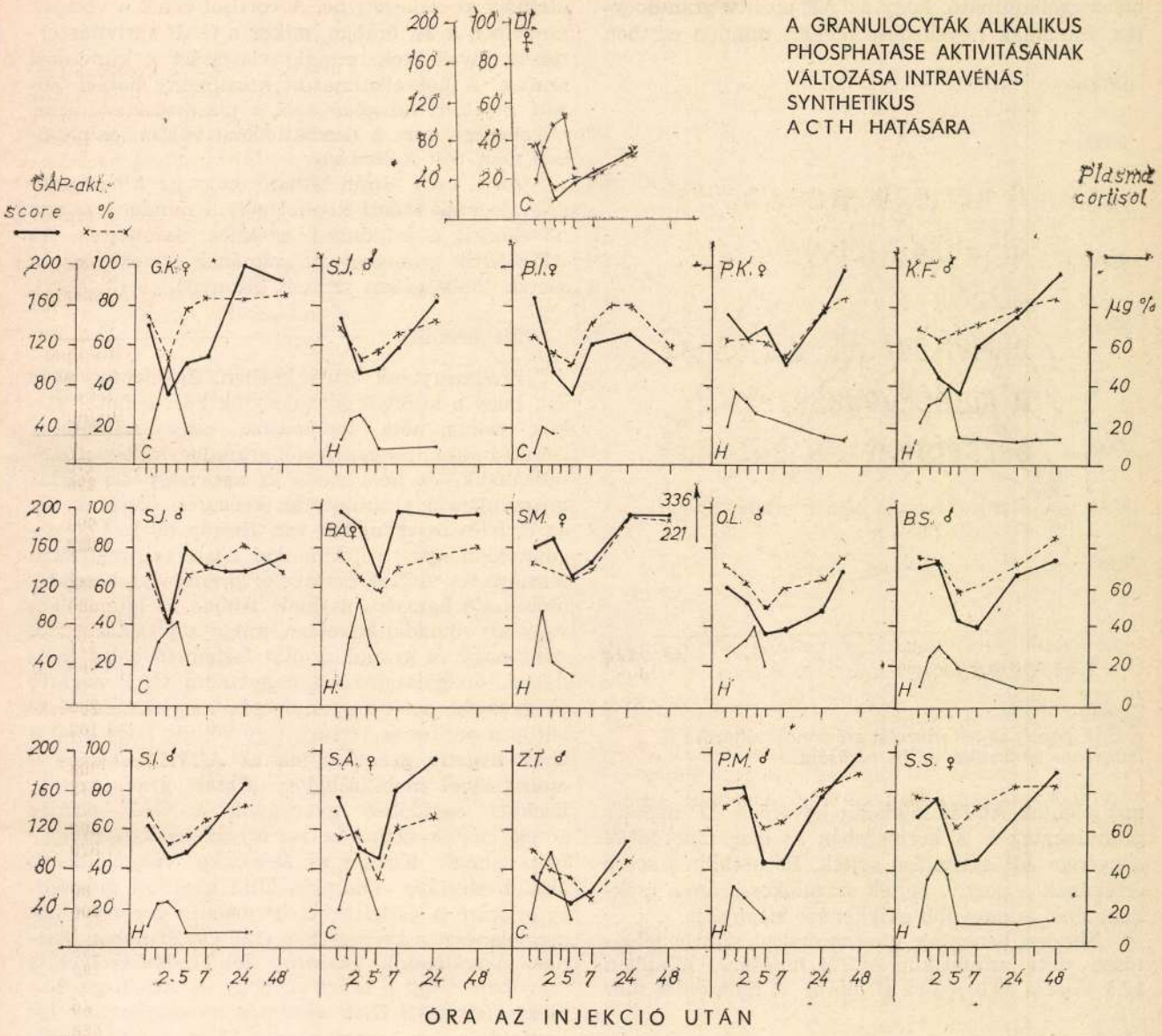
Sorszám	Név	Alkalmazott készítmény		Granulocyták száma/ml³	Fiatal+pálcika alakú sejtek száma/ml³
1.	Á. M.	C.	a	2 970	770
			b	5 320	1 296
2.	B. J.	C.	a	6 555	2 990
			b	8 890	2 032
3.	G. K.	C.	a	5 874	356
			b	10 730	580
4.	S. A.	C.	a	5 293	474
			b	9 328	1 060
5.	B. A.	H.	a	2 040	204
			b	6 640	1 162
6.	S. M.	H.	a	2 392	208
			b	10 423	642
7.	S. J.	H.	a	2 184	302
			b	6 090	870
8.	Z. T.	C.	a	4 960	80
			b	8 800	400
9.	D. J.	C.	a	2 601	255
			b	5 169	280
10.	P. K.	H.	a	4 554	69
			b	12 089	628
11.	O. L.	H.	a	5 929	560
			b	6 536	700
12.	P. M.	H.	a	4 480	320
			b	6 600	704
13.	K. F.	H.	a	4 460	568
			b	9 000	600
14.	B. S.	H.	a	3 900	390
			b	8 500	200
15.	S. S.	H.	a	5 280	480
			b	10 500	950
16.	S. I.	H.	a	3 660	240
			b	6 800	800

a: inj. előtt
b: legnagyobb érték
C.: Cortrosyn
H.: Humacthid 1—28.

1 amp. 0,25 mg-os Cortrosyn*-t vagy 1 amp. 0,5 mg-os Humacthid 1—28**-at adtunk intravénásan. Mellékhatást egyik készítmény sem okozott. Azért választottuk az intravénás szintetikus ACTH stimulust, mert előkísérleteink szerint az említett készítményekkel jól regisztrálható, gyorsan lezajló mellékvesekéreg-serkentés érhető el. A mellékvesekéreg funkcióváltozását a plasmacortisol meghatározásával követtük.

A plasmacortisol meghatározását Mattingly módosított fluorometriás eljárásával végeztük (10). A fehérvérsejtszámot ujjbegyből vett vérből két párhuzamos számolás átlagértékéből, az abszolút granulocytaszámot és a fehérvérsejtek qualitativ megoszlását 200 May—Grünwald—Giemsa szerint festett leukocyta vizsgálatával állapítottuk meg. A GAP aktivitást 200 granulocyta vizsgálata alapján *Kaplow* módszerének *Hayhoe* és *Quaglino* szerinti módosítását használva határoztuk meg (11, 12).

Szintetikus ACTH alkalmazása előtt meghatároztuk a plasmacortisol szintet, majd a vizsgálatot az injekció után 1, 2, 3 és 5 órával, 6 esetben ezenkívül 24 és 48 óra múlva határoztuk meg. Fehérvérsejt-számolás és GAP-aktivitás meghatározás az ACTH injekció előtt és 2, 5, 7, 24 és 28 órával az injekció után történt.



1. ábra.

Eredmények

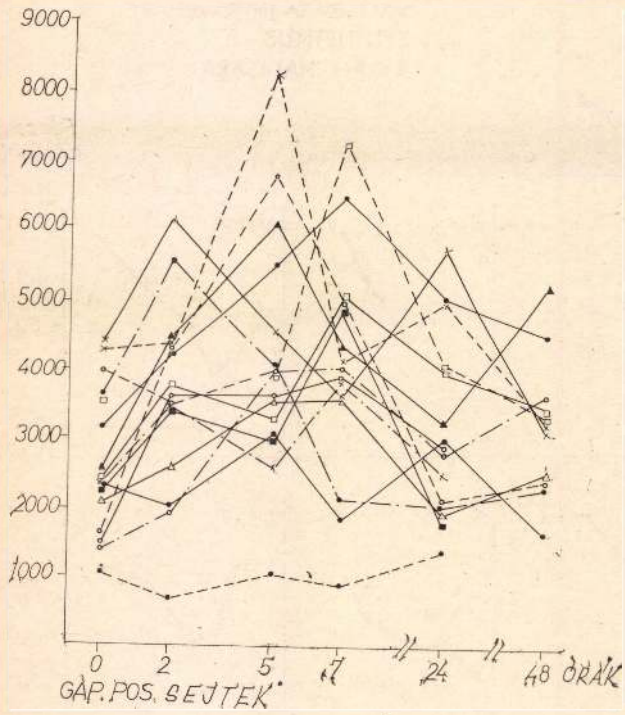
Szintetikus ACTH hatására betegeinkben általában jelentős granulocytosis jött létre, mely maximumát az injekció utáni 5—7. órában, ritkábban 2 óra múlva érte el. Egyidejűleg balra tolódást is észleltünk nem segmentált granulocytáknak a keringésben való megjelenésével (1. táblázat).

A GAP aktivitás jellegzetesen alakult. Eredményeinket az 1. ábrán demonstráljuk. A 24 és 48 órás érték várakozásunknak megfelelően többnyire valamivel nagyobb a kiindulási értéknél, 2 eset kivételével mind az AP pozitív granulocyták százalékaránya, mind a score-érték növekedett. Érdekes azonban, hogy mind a 16 esetünkben az AP pozitív sejtek százalékos aránya átmenetileg csökkent, és még erősebben csökkent a score-értéke, ami azt jelenti, hogy az AP negativ vagy gyengén pozitív

* A Cortrosyn rendelkezésünkre bocsátását az Organon-gyárnak köszönjük.

** A Humacthid 1—28 rendelkezésünkre bocsátását a Kőbányai Gyógyszerárugyárnak köszönjük.

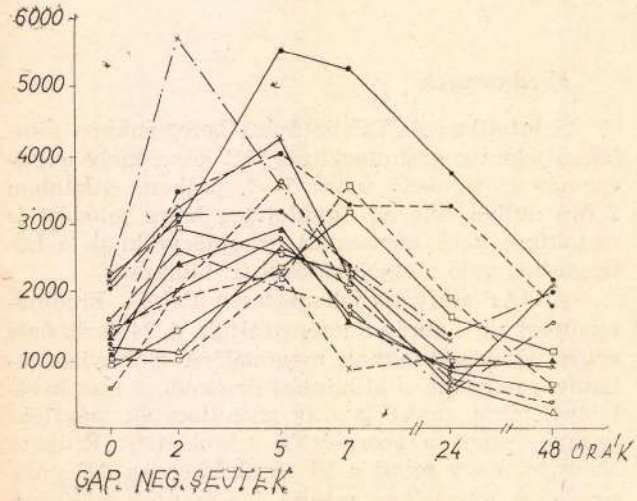
sejtek aránya megnőtt. A csökkenés 7 esetben 5 óra múlva, 6 esetben már 2 óra múlva bekövetkezett, míg egy esetben csak 7 óra múlva észleltük. Az abszolút értékeket a 2. és 3. ábra jelzi.. Vizsgálatainkból megállapítható, hogy az AP pozitív granulocyták számának növekedése mellett minden esetben



2. ábra.
A GAP pozitív sejtek abszolút számának változása intravénás synthetikus ACTH hatására

megjelentek ACTH injekciót követően AP negatív granulocyták is a keringésben és megszaporodtak a gyenge AP aktivitású sejtek. Ez utóbbit a score értékének a pozitív sejtek százalékos aránya csökkenésénél is nagyobb csökkenése bizonyítja.

Minden betegünk plasmacortisol szintje jelentősen nőtt szintetikus ACTH hatására, átlagban 13,5 $\gamma^0/_0$-ról 39,0 $\gamma^0/_0$-ra (1. ábra). A növekedés már



3. ábra.
A GAP negatív sejtek abszolút számának változása intravénás synthetikus ACTH hatására

1 órával az injekció beadása után jelentős, 5 óra múlva a reakció lezajlott. A plasmacortisol szint növekedése az esetek többségében (11 eset) megelőzte a GAP aktivitás csökkenését, 5 esetben egyidejűleg következett be. A cortisol érték a vizsgált esetekben a 24. órában, mikor a GAP aktivitás értékek növekedtek, mindig visszatért a kiindulási szintre. A két alkalmazott készítmény hatása között a jelzett adagban sem a plasmacortisol szint növekedése, sem a haematológiai válasz tekintetében nem volt különbség.

Az 1. és 3. ábrán látható, hogy az AP negatív granulocyták száma kivétel nélkül minden esetben növekedett a kiindulási értékhez viszonyítva. Az AP pozitív granulocyták számának növekedése az esetek többségében szintén bizonyítható (2. ábra).

Megbeszélés

Eredményeink értékelésében, figyelembe véve azt, hogy a keringő granulocyták közt a fiatal alakok száma nőtt, feltehetjük, hogy szintetikus ACTH hatására a csontvelői granulocytakészlet mobilizálódik, ez nem zárja ki azt, hogy az ACTH megnyújtja a granulocyták keringési idejét is. Ez az észlelés összhangban van *Bishop* (9) izotópvizsgálatokkal nyert sejtkinetikai adataival, melyek a természetes ACTH csontvelői granulocytakészletet mobilizáló hatására utalnak. Abban az időpontban vagy azt röviddel követően, mikor a plasmacortisol szint nagy és granulocytosis észlelhető balra tolódással, vizsgálatainkban nagyszámú GAP negatív és gyengén pozitív granulocyta megjelenését észleltük a perifériás vérben. Úgy véljük, hogy ezek a GAP negatív granulocyták az ACTH hatására a csontvelőből mobilizálódott „fiatal" granulocyták. Ezekkel egyidőben gyarapszik a GAP pozitív „öreg" sejtek száma is. Az eredmények összhangban vannak *Kovács* és *Lehoczky* vizsgálataival, akik bacteriális endotoxin által kiváltott granulocytosisban is észlelték GAP negatív granulocyták megjelenését a keringésben (13). Összhangban vannak vizsgálataink *Valentine* (6) eredményeivel is annyiban, hogy ő is leírta, hogy az ACTH-gel hatására létrejövő GAP aktivitás növekedésének latentiaideje van, a maximumot 72 óra múlva észlelte. Feltételezzük, hogy az ACTH-gelre való reakcióban is van korai fázis, mikor GAP negatív és gyengén pozitív sejtek kerülnek a keringésbe, de ez nem került észlelésre, mert 24 óránál korábban nem történt vizsgálat. A korai fázis megismerésére rövid ideig ható mellékvesekéreg-serkentés kapcsán végzett sorozatos vizsgálat szükséges.

Összefoglalás. A szerzők 16 egyénen végzett vizsgálatokban azt találták, hogy szintetikus ACTH (Cortrosyn, Humacthid 1—28) intravénás injekciójának hatására granulocytosis jön létre balra tolódással. Egyidejűleg a GAP negatív és gyengén pozitív sejtek aránya átmenetileg megnő. Feltételezik, hogy a GAP negatív granulocyták a csontvelőből mobilizált „fiatal" sejtek.

IRODALOM: 1. *Wachstein, M.:* J. Lab. Clin. Med. 1946, *31*, 1. — 2. *Valentine, W. N., Beck, W. S.:* J. Lab. Clin. Med. 1951, *38*, 39. — 3. *Wiltshaw, E., Moloney, W.*

C.: Blood. 1955, *10*, 1120. — 4. *Rosner, F., Lee, S. L.:* Blood. 1965, *25*, 356. — 5. *Trubowitz, S., Moschides, E., Feldman, D.:* J. Lab. Clin. Med. 1961, *57*, 747. — 6. *Valentine, W. N., Folette, J. H., Solomon, D. H., Reynolds, J. K.:* J. Lab. Clin Med. 1957, *49*, 723. — 7. *Szatmári É., Lehoczky D., Fehér T.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 737. — 8. *Strausz I., Kékes E., Szebeni Á.:* Magy. Belorv. Arch. 1965, *18*, 206. — 9. *Bishop, C. R., Athens, J. W., Boggs, D. R., Warner, H. R., Cartwright, G. E., Wintrobe, M. M.:* J. Clin. Invest. 1968, *47*, 249. — 10. *Mattingly, D.:* J. clin. Path. 1962, *15*, 374. — 11 *Kaplow, L. S.:* Blood. 1955, *10*, 1023. — 12. *Hayhoe, F. G., Quaglino, D.:* Brit. J. Haemat. 1958, *4*, 375. — 13. *Kovács I., Lehoczky D.:* Kísérl. Orvostud. 1967, *16*, 517.

MEGJELENT

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

1971. 2. szám

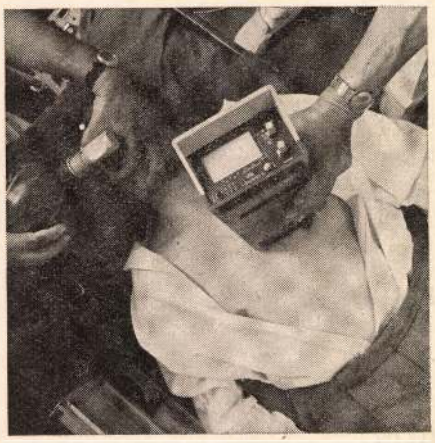
Farádi László dr.: Összefoglaló jelentés az Egészségügyi Minisztérium 1970. évi feladatainak teljesítéséről.
Paál György dr.: A járóbeteg-ellátás ellenőrzéséről.
Büttner Károly dr., Csépányi Attila dr.: A szolnoki Területi Vezető Egészségügyi Központ tervezése a megye fekvő- és járóbetegellátásának szükséglete alapján.
Kádár Tibor dr., Neszner János dr.: Az ügyeleti orvosi szolgálat elemzése a főváros VII. kerületének járóbeteg-ellátásában.
Sófalvi Csaba dr., Kovács Pál dr.: Az olajbányászok egészségügyi helyezetével kapcsolatos vizsgálatok.
Kóbor József dr., Thán Nándor dr., Bédi Gyula dr., Tóth Emil dr.: Baranya megye csecsemőhalandóságának alakulásáról (1960—69) és csökkentésére irányuló szervezeti, tartalmi intézkedésekről, feladatokról.
Chemez Rózsa dr.: A koraszülött utógondozás kerületi problémái.
Balogh László dr., Kutschera Gabriella dr.: A csecsemő-morbiditás gyakoriságának alakulása a gyermekgondozási segély bevezetése óta.
Ujsághy Pál dr., Czoboly Zoltán dr.: Az alkati érzékenység (exsudatív, lymphatikus- és neurovegetatív diathesis) gyakoriságának terület szerinti különbözőségére és ennek okaira vonatkozó vizsgálatok.
Fedor József dr., Matolay Tamás dr.: Gyermekek fogászati ellátása Miskolc I. és II. kerületében.
Stenszky Ernő dr., Csejtei István dr., Major László: Gyógyszerellenőrzési feladatok szervezése Hajdú-Bihar megyében.
Solt Katalin dr.: Vírushepatitis halálozások Magyarországon 1950—69. években.
Beszámoló „Az egészségügy gyakorlata" című WHO szemináriumról (Cselkó László dr.).
Hírek az Egészségügyi Minisztériumból (Keresztes László dr.).
Surján Lászlóné dr., Füst György dr.: A lakosság diphteria és tetanus elleni védettségének vizsgálata haemagglutinatióval.
Az Egészségügyi Minisztérium járványügyi tájékoztatója 1970. szeptember hóról.

FOGORVOSI SZEMLE
Stomatologia Hungarica

1971. 4. szám

Tóth Károly dr.—Sugár Edit dr.: A fogszuvasodás megelőzése az asztalisó fluordúsítása útján Deszken. I. Módszer.
Nagy István dr.—Fábián Tibor dr.: Kényszerharapásos progenia megszüntetése rögzített fogpótlással.
Hidasi Gyula dr.: A persistáló tejfogak gyökér-resorptiója.
Bruszt Pál dr.: Denticulusok familiaris előfordulása.
Tudományos ülések.
Tudományos ülések Szegeden 1970-ben.
Könyvismertetés.
Lapszemle.
Hírek.

EKG közvetlenül a baleset színhelyén



HUGO SACHS ELEKTRONIK KG
D 7801 Hugstetten/Freiburg

Ott, ahol szükség van rá.
Ahol gyorsan kell határozni.
Mesterséges légzés? – szívmasszázs? defibrilláció?
Mi a helyes beavatkozás?
A megkezdett kezelés hoz-e eredményt?
Kérdések, melyekre minden szükséghelyzetben – mindegy, hol hol, azonnal választ kapunk a hordozható, teleppel működtetett
VISICARD 8
kiskardioszkóppal.
Három támasztólábbal közvetlenül a mellkasra helyezhető.
Közvetlen leolvasás a 8 cm-es képernyőn.
Mindössze 2 kg-os, a kezelése gyerekjáték.
Az EKG azonnal megjelenik, késedelem nélkül.
Minden R-kimozdulásnál felvillan egy kis lámpa – optikai ritmuskontroll gyanánt.
60 másodperc után az időrelé kikapcsol – a telep kímélése céljából – az újrabekapcsolásig.
4 db bébielem működteti a **VISICARD 8**-at, vagy autóakkumulátor. Ideális készülék a baleseti ambulanciák és készültségek részére.
De ugyanúgy az ügyeletesállomásokon mint a műtőkben.
Ideális készülék – ideális beépítési méretekkel (135 × 80 × 280 mm).
Állandó ellenőrzőállomásokon, a klinikákon, ilyenkor hálózati csatlakoztatással.
Kiállításunk a Budapesti Nemzetközi Vásáron: 17/III. csarnok, 1. stand.

SANOTENSIN

ANTIHYPERTENSIVUM

Középsúlyos és súlyos hypertonia-betegségnél – malignus lefolyású kórképeknél is –, hyperthyreosisnál
tablettánként 10, ill. 52 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 peripheriás sympathicus túlsúlyra visszavezethető tüneteket jól csökkentik.

A készítmény különösen a reggeli felkeléskor okoz álló testhelyzetben jelentős **vérnyomáscsökkenést,** amely ájuláshoz is vezethet. A gyakori **diarrhoeát** az atropin jól szünteti.

Az esetleges **bradycardia** rendszerint nem okoz különösebb kellemetlenséget. A néha mutatkozó **ejaculatiós impotentia** mindig reversibilis.

Az adagolás lehetőleg intézetben állítandó be! A Sanotensin további alkalmazása idejére biztosítani kell az orvosi ellenőrzést.

NEM ADHATÓ: chromaffinoma okozta hypertonia, a gyomor- és bélrendszer betegsége esetén, valamint műtét előtt álló betegnek.

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.

Előállítja:

Egyt ***Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest***

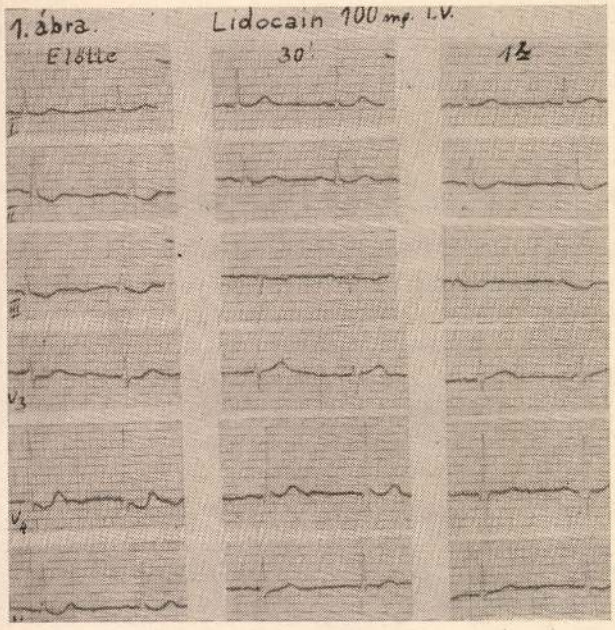
Fővárosi V. ker. Szakorvosi Rendelő, Kardiológia

A Lidocain antianginás, antiischaemiás hatása

Széplaki Sándor dr.

A Lidocaint a kardiológiában először *Southworth és mtsai* alkalmazták antiarrhythmiás gyógyszerként. A kamrai rhythmuszavarok, elsősorban a ventricularis tachycardiák megszüntetésének leghatásosabb therapiája jelenleg az iv. Lidocain. *Hotovy* és *Stock* acut myocardialis infarctusos betegek rhythmuszavarainak kezelésében és megelőzésében az *im.* Lidocaint eredményesen alkalmazták. Naponta 3 × 200 mg (néhány esetben 4 × 200 mg) Lidocaint adagoltak im.-an 6 héten keresztül eredményesen. Fontosnak tartják megjegyezni, hogy „a tartós im. Lidocain kezelés kapcsán semmiféle mellékhatást nem észleltünk".

Vizsgálataink során azt találtuk hogy a Lidocainnak *antianginás, antiischaemiás* hatása is van, amely intensivebbnek látszik sok eddigi hasonló célból adott gyógyszer hatásánál. Ez a véleményünk 42 coronariabetegen végzett előzetes vizsgálatok és kezelések alapján alakult ki. A coronariabetegségek egyik csoportjában az EKG-val is követhető antiischaemiás hatás egyszeri adagolástól függően (iv., im., per os, dosis) 1, 3, 5 óráig tart; a subjectiv és klinikai javulás 6—10 óráig kifejezett (1., 2., 3. ábra).

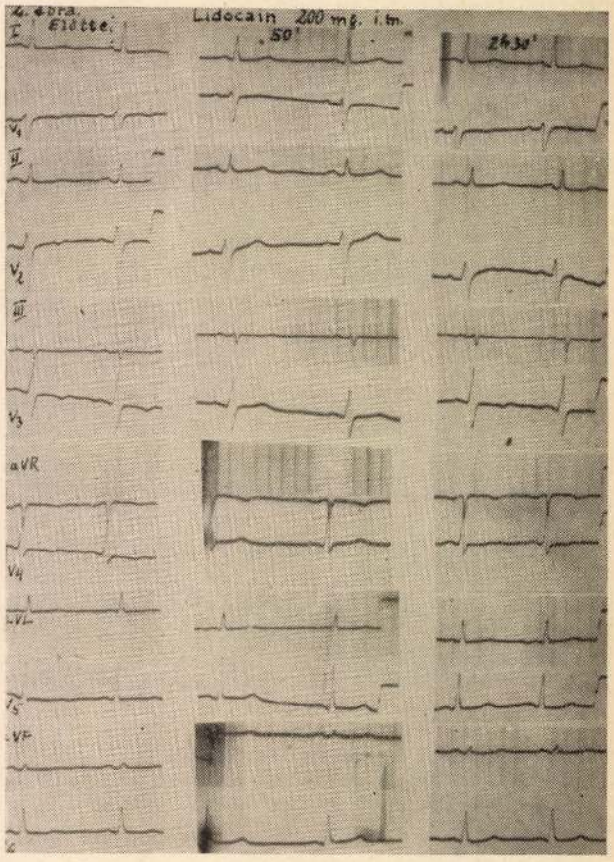


1. ábra.

D. I., 52 éves férfi. Dg.: coronariasclerosis, effort angina. Lidocain 100 mg iv. után a II, III, V_{3-4-5}-ben az 1–2 mm-es ST depressio 30 perc múlva megszűnt, a T hullámok magasabbak lettek. A hatás még 1 óra múlva is kifejezett

E megfigyelés lehetővé teszi klinikai módszerrel a hasonló hatású gyógyszerek összehasonlítását és a hatásos vérszint megállapítását.

Ismételt parenteralis kezeléssel a status anginosus is felfüggeszthetőnek látszik, az atypusos anginák per os kezelésére is jól reagálnak. Szükséges



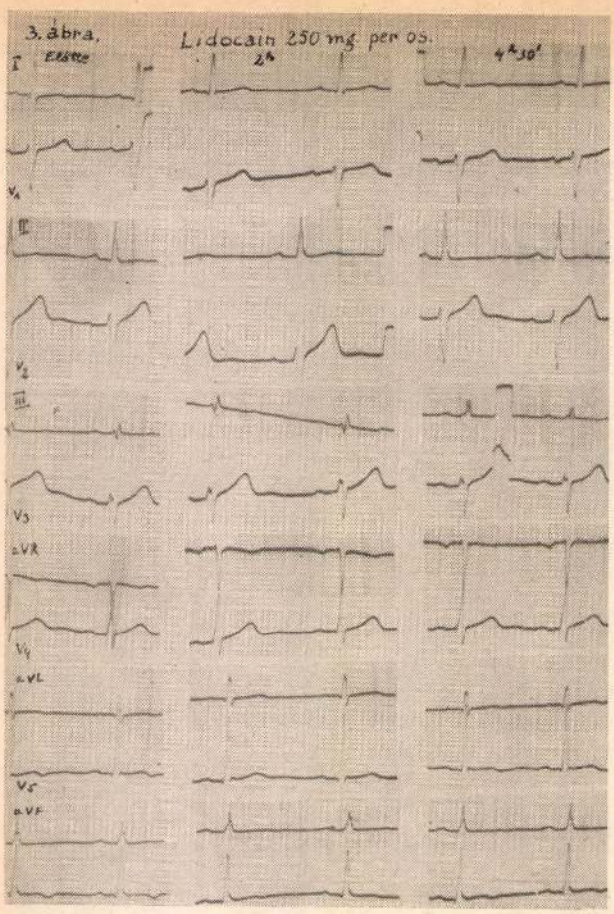
2. ábra.

Sz. J.-né, 55 éves. Dg.: coronariasclerosis. Lidocain 200 mg im. után 50 percre a T hullámok magasabbá (I, II, V_{5-6}), illetve negatívból positivvá válnak $V_{1-2-3-4}$). A gyógyszerhatás 2 óra 30 perc múlva is jól látható az EKG-on

a pontosabb indikációnak, valamint az adagolás nagyságának és időtartamának meghatározása nagy beteganyagon.

A klinikai tünetek és az anginás panaszok javulásának szemléltetésére röviden 2 esetet ismertetünk.

Sz. J.-né, 55 éves. Előzményekben nem szerepel sem szívpanasz, sem hypertonia vagy influenza. Egy hete naponta többször 5—10 perces retrosternalis fájdalom, utána legtöbbször órákig tartó mellkasi nyomáségésérzés keletkezett. Gyakran a bal alkarja is zsibbad. 3 × 2 Corontin, 3 × 2 Panangin, 2 × ½ Seduxen tabl. kezelésben részesült. Panaszainak intensitása és jellege nem változott. EKG septalis ischaemia jeleket mutatott. 200 mg Lidocain im. után a negatív T hullámok positivvá lettek *(2. ábra)*. Ezután 1 hétig 2 × 1 Lidocain dragée-t (250 mg) és 1 × 200 mg-ot kapott naponta im.-an. Panaszai már aznap megszűntek, a továbbiakban pedig atypusos formában 1 hét alatt mindössze 3-szor jelentkeztek. Közérzete, nyugtalansága megjavult. A következő 2 hétben ismét Corontin és Panangin kezelésben részesült, ekkor panaszai sűrűsödtek és fokozódtak, bár nem érték el az első héten



3. ábra.

B. L., 47 éves férfi. Dg.: coronariasclerosis, diabetes mell. Lidocain 250 mg per os. A T hullám positivvá válik az I, V_{5-6} elvezetésekben. Négy óra 30 perc után is jobb az EKG a kezdetinél

tapasztalt intensitást és gyakoriságot. Ötnapi ismételt Lidocain kezelés után 1 hétig panaszmentes. A positiv lapos T hullámok még 2 hónap után is megmaradtak, de csak elvétve érez retrosternalis discomfortot.

A. L.-né, 73 éves. Öt éve kezeljük időnként typusos, máskor atypusos anginás panaszok miatt. A klinikum, a rtg és az EKG előrehaladott coronariasclerosisra utalnak. Hypertoniája nincs. Az EKG az évek folyamán fokozódó T ellapulást mutatott az I, II, aVL, aVF, V_{3-5} elvezetésekben és 0,5—1 mm ST depressiót a V_{3-5}-ben. 1970. november 30-án nagyfokú retrosternalis fájdalom keletkezett verejtékezéssel, ájulásérzéssel. Mivel panaszai Nitromint—Corontin forte, majd 2-szeri Nitromint—Nitropenton bevétele után sem enyhültek fél órán belül, nyugtalansága fokozódott, ambulantiánkra szállították. Ekkor már 1 órája volt, klinikai tünetek alapján, a myocardialis infarctustól el nem különíthető, nagy anginás rohama. EKG gyakori többgócú kamrai ES-eket (15/sec) és az előzőekhez képest kifejezettebb T ellapulást és ST depressiót mutatott (V_{3-5}-ben T neg.-pos., ST depr.: 2 mm-es lett).

Hetven milligramm Lidocain iv. után 5 perc múlva a fájdalom megszűnt, csökkent az ES-ek száma (5/sec). Harminc perc elteltével a 2 mm-es ST depressio 0,5 mm-re csökkent. Egy óra múltán 150 mg Lidocaint adunk im.-an. Háromórai fektetés után a gyengeségen kívül egyéb panasza nincs. Kérésére lakására szállítjuk. Másnap de. kétszer 10 perces, du. már ismét az előző napival egyező súlyos status anginosus alakult ki. 150 mg Lidocaint adunk im. és 1 ml Pipolphent. Ezután 15 perc múltán ismét rendeződik, az ES-ek száma csökken, a fájdalom megszűnik. Továbbiakban 5 napon át 3×250 mg Lidocain per os kezelésre panaszmentes. Ezután másodnap 1 Isolanid kúpot, 3×2 Nitropentont és $2 \times 1/2$ Seduxent szed. Hat hét óta anginás rohama nem volt, transmuralis necrosis nem alakult ki.

A Lidocain drazsé rendelkezésünkre bocsátásáért az EGYT Gyógyszervegyészeti Gyárnak tartozunk köszönettel.

ORVOSKÉPZÉS 1971. március

Verzár Frigyes: Fiziológiai kontrollmechanizmusok és öregedés 82

Gömöri Pál: A Bright-kór modern diagnosztikája és a vesebetegek korszerű kezelése és gondozása 87

Rubányi Pál: A pepticus fekély és szövődményeinek sebészi kezelése 98

Sas Mihály: Az oestrogen hormonok anyagcseréje a terhességben 103

Surján Lászlóné: A tetanus elleni védekezés időszerű problémái 118

Szabolcs Zoltán: Urológiai problémák az általános sebészeti gyakorlatban 124

Szendrői Zoltán: Urológiai és sebészeti határesetek az urológus szempontjából 129

Balogh Ferenc: Szülészeti, nőgyógyászati megbetegedésekkel kapcsolatos urológiai problémák 136

Takátsy Tibor: Urológiai és nőgyógyászati határesetek 15 év műtéti anyagában 144

Zoltán Tibor: Traumatológiai problémák az urológiai gyakorlatban .....

Winter Miklós: Kliniko-pathológiai konferencia anyagából .....

MEGJELENIK ÉVENTE 6-SZOR

ELŐFIZETÉSI DÍJ EGÉSZ ÉVRE 90 FT

Legyen előfizetője az Orvosképzésnek.
Megrendelhető: Posta Központi Hírlap Iroda, Bp., V., József nádor tér 1. Telefon: 180–850

Fővárosi István Kórház, II. Belosztály
(főorvos: Molnár István dr.)

Tapasztalataink az 1970. évi influenzajárvány idején

Jánossy Lajos dr. és Kaufmann Janka dr.

Az 1933-ban felfedezett, s azóta egyre gyakoribbá váló pandemiákat okozó influenzavírus egyik legjellegzetesebb tulajdonsága az antigénszerkezet nagyfokú változékonysága. Ez nehezíti meg az influenzajárványok védőoltással történő megelőzését (1). Ugyancsak ez, az antigénstruktúrában bekövetkező változás befolyásolja, s teszi különbözővé az egyes járványok lefolyását is (2). A legutóbbi járvány 1968. júliusban Hong-Kongban kezdődött, 1969 tavaszán Európában okozott kisebb epidemiát, majd ráterjedt az afrikai, amerikai kontinensre, s végül 1969 őszétől ismét Európában jelentkezett, számos országban (Olaszország, Jugoszlávia stb.) nagyszámú megbetegedést okozva (3). Az ezt a járványt okozó vírus a korábban már ismert A_2 vírushoz sok tulajdonságában hasonlított, azonban haemagglutinin és neuraminidase-antigenitásában különbözött attól (2).

Magyarországon 1969 decemberében Baranya megyében észleltek klinikailag infl. epid.-nak tűnő s laboratóriumi vizsgálattal is bizonyított eseteket, a járvány „robbanása" 1970 február közepe táján következett be (3). A várhatóan nagyszámú beteg miatt már korábban megtörtént az „influenza osztályok" kijelölése. Ezen osztályoknak, az eredeti elgondolás szerint a szövődménnyel járó influenzában szenvedő betegek ellátása volt a feladata.

108 ágyas osztályunk 1970. jan. 21—márc. 24. között működött „influenzaosztályként", s emellett 1970. febr. 1—márc. 24. között elláttuk a 43 ágyas, ugyancsak „influenzaosztállyá" átalakított gégészeti osztály betegeit is.

A jelzett időben összesen 659 (367 férfi, 292 nő) beteget ápoltunk. Valamennyi betegen elvégeztük, a physicalis vizsgálaton kívül, a vvs.-sü., fvs.-szám, vizelet, valamint a mellkas rtg-vizsgálatát, s ezeket szükség szerint további vizsgálatokkal egészítettük ki. Az így nyert leletek, eredmények, ill. a kórlefolyás alapján betegeink 4 csoportba voltak oszthatók. (Az influenzavírus laboratóriumi kimutatására nem volt lehetőségünk.) Betegeink megoszlását az 1. táblázat mutatja.

1. táblázat

Az „influenza osztályon" ápolt betegek megoszlása a laboratóriumi és klinikai adatok alapján, valamint az egyes csoportokba tartozók átlagos életkora és átlagos ápolási ideje

	Betegek száma	Átlagos életkor	Átlagos ápolásiidő
Összes beteg	659 (367 férfi, 292 nő)		
I. szövődménymentes infl.-ban szenvedők, egyéb kimutatható betegség nélkül	109 (63 férfi, 46 nő)	39,7 év	7,8 nap
II. szövődménymentes infl.-ban és súlyos alapbetegségben szenvedők	44 (14 férfi, 30 nő)	58,1 év	9,7 nap
III. szövődménnyel járó infl.-ban szenvedők	359 (212 férfi, 147 nő)	56,1 év	12,8 nap
IV. nem influenzás betegek	147 (78 férfi, 69 nő)		

Az első csoportba kerültek azok, akiken infl. epid. typusos klinikai képe (magas láz, végtagfájdalmak, hyperaemiás garatképletek, elesettség) mellett sem szövődmény, sem az influenza által veszélyesen súlyosbítható alapbetegség nem volt kimutatható. Ebben a csoportban halálozás nem fordult elő, a betegek Kalmopyrin, C-vitamin adása mellett rövid idő (átlagosan 7—8 nap) alatt meggyógyultak. Kórházi elhelyezésüket túlnyomórészt az ápolás biztosítása indokolta.

A második csoportba soroltuk azon betegeinket, akiknek szövődménymentes influenzájuk és még valamilyen más természetű, súlyos alapbetegségük volt.

A harmadik csoportba soroltak szövődményt okozó influenzában szenvedtek. 44 betegünk (14 férfi, 30 nő) súlyos alapbetegségéhez társuló, szövődménymentes influenza, 359 (212 férfi, 147 nő) pedig infl. compl. miatt került felvételre, mindenképpen indokoltan.

A szövődmények döntő többsége bronchopneumonia volt, ezt követően leggyakrabban bronchitis

2. táblázat

Az infl. epid. szövődményeinek megoszlása

Szövődmény	Szám
összesen	359
bronchopneumonia	263
tracheobronchitis ac.	80
pleuritis	4
otitis med. ac.	4
enteritis	4
sinusitis max. ac.	2
collapsussal járó hypotonia	1
cystitis haemorrh.	1

ac., elvétve pedig pleuritis, otitis, enteritis, sinusitis max. ac., hypotonia, cystitis haemorrh. (l. 2. táblázat).

Az influenzánál szokatlan haemorrhagiás cystitist hirtelen támadt magas láz, végtagfájdalmak, kínzó gyakori vizelési inger, macroscopos haematuria, negatív physic. status, negatív iv. pyelographia, s a tenyésztéssel steril vizelet jellemezte.

A negyedik csoportot azok a betegek képezték, akiknél influenzára vagy annak szövődményeire utaló eltérést nem észleltünk. (A beutaló diagnosis itt is infl. compl. volt.) Ezen betegeket sürgős ellátás szüksége esetén lakóhelyük szerint illetékes belosztályra helyeztük át. Ebbe a csoportba 147 (78 férfi, 69 nő) beteg tartozott, s közülük a legtöbb emphysema pulm., bronchitis chr., cor pulm.-ban szenvedett, de egyéb kórképek sem voltak ritkák, így: art. scler, m. hyperton., tbc pulm., Addison-kór, cystopyelitis ac., cholecystitis ac., pyelonephritis chr., osteomyelitis chr., tüdő-, vastagbél-, nyelőcső- és choledochusból kiinduló rosszindulatú daganatok, ab. incip., absc. ovarii, graviditás, rheumatoid arthritis, különböző vitiumok, card. decomp., cirrh. hepatitis, struma nod. és 1—1 esetben *hernia ing.* és *hydrokele testis!!*

Az említett csoportokban a halálozás a következő volt:

Az I. csoportban halálozás nem fordult elő.

A II. csoportban elvesztettünk 5 beteget, akiken a halált a súlyos alapbetegség (art. scler., scleroderma, diab. mell., leukaemia myeloid chr.) mellett szövődménymentes influenza okozta.

A III. csoportból 38 beteg halt meg, influenza szövődményeként kialakult bronchopneumonia, ill. bronchitis ac. következtében. Megjegyezzük, hogy a meghaltak átlagos életkora 71,2 év volt, s mindegyiküknél fennállott valamilyen, az influenzától független, súlyos alapbetegség, kivéve egy 47, ill. 23 éves beteget.

A boncolás mind a II., mind a III. csoportban az influenzára jellemző vérzéses gyulladást mutatta a felső légutakban, a tüdőkben.

A IV . csoport mortalitása nem hozható összefüggésbe az influenzajárvánnyal. Itt azok a betegek haltak meg, akiket súlyos állapotuk miatt megfelelő osztályra elhelyezni már nem tudtunk (összesen 7 beteg).

A vvs. sü. és fvs.-szám vizsgálatánál az egyes csoportok között lényeges eltérést nem találtunk. A szövődményes influenzában szenvedők vvs. sü.-e emelkedettebb volt.

Megbeszélés

Adatainkat áttekintve, szembetűnik, hogy az ez évi influenzajárvány során szövődményként elsősorban tüdőgyulladás és akut hörghurut jelentkezett, mely a boncolásra került eseteknél haemorrhagiás jellegűnek bizonyult. Az észlelt szövődmények közül ez utóbbi kettő vezetett halálhoz. Annak ellenére, hogy a pneumoniában meghaltak bonclelete morphológiailag az influenzás tüdőgyulladásnak felelt meg, ennek egyik jellemző klinikai tünetét, nevezetesen a híg-véres köpetet csak elvétve észleltük. Az antibiotikus therapia valamennyi szövődmény esetében jó hatásúnak bizonyult: elsősorban Penicillint, ill. Tetrant adtunk.

Anyagunkban nem fordult elő az 1965. évi járvány idején Magyarországon is észlelt encephalitis (4), valamint az 1967-ben megfigyelt myocarditis (5, 6) és a korábban leírt, influenza által okozott peripheriás keringési elégtelenség, ill. Staphylococcus superinfectio (7) klinikai képe sem. (Utóbbival kapcsolatban megjegyezzük, hogy a nagy betegforgalom miatt rendszeres köpetvizsgálatra mód nem volt.)

A prognosist tekintve megállapítható, hogy e járvány is megerősítette azt a korábbi észlelést, mely szerint az infl. epid. veszélyt elsősorban idős korban, valamint szervi elváltozásokkal már „megterhelt" betegeknél jelent. Fiatal, egyébként egészséges betegeink a már említett 47 és 23 éves betegtől eltekintve, rövid idő alatt meggyógyultak. Alátámasztja ezt a felfogást az 1965. évi járvány halálozás nélküli lefolyása gyermekek között (8), valamint az 1968 tavaszán lezajlott járvány alacsony letalitása (9) is.

Az észlelt betegek között az oltottak száma elenyészően csekély volt, ezért a védőoltások influenzát, ill. annak szövődményeit megelőző vagy a betegség lefolyását enyhítő hatásáról véleményt mondani nem tudunk.

Végül megemlítjük, hogy valamennyi betegünket „infl. compl." dg.-sal utalták be. Ez a diagnosis az esetek kb. 60%-ában bizonyult helyesnek, a betegek 16%-a kórházi elhelyezést, ill. kezelést nem feltétlenül igénylő szövődménymentes influenzában szenvedett, 22%-a pedig egyéb, nem influenzás eredetű betegség miatt került beutalásra. A kórházi ágyak mindenkori nagy túlterheltségét figyelembe véve, a jövőben is előfordulható járvány esetén az „infl. compl." diagnosissal történő kórházba utalásoknál nagyobb körültekintésre lenne szükség, s ennek eredményeképpen csökkenne az általános betegellátásból kieső ágyak száma is.

Összefoglalás. Szerzők az 1970. évi influenzajárvány alatt 659, „infl. compl." dg.-sal kórházba utalt betegen szerzett tapasztalataikat összegezik. Eszerint a járvány során szövődményként túlnyomórészt bronchopneumonia lépett fel. Ez a szövődmény okozta a halálozást is, amely majdnem kizárólag idős, egyéb betegségben is szenvedőket sujtott.

IRODALOM: 1. *Farkas E.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 481. — 2. *Andrews, Ch.:* WHO Chronicle. Orv. Hetil. 1970, *111*, 89. — 3. *Kubinyi L.:* Közlés alatt. — 4. *Derzsi S.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 489. — 5. *Kyrieleis, Chr.:* Med. Klin. 1969, *64*, 217. — 6. *Just, H.:* Med. Klin. 1969, *64*, 2173. — 7. *Edit.:* Brit. med. J. 1968, *4*, 644. — 8. *Horváth M.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 2818. — 9. Eü. Minisztérium Statisztikai Oszt. Népegészségügy. 1969. aug. 221.

Rp: BISECURIN
tabletta

Összetétel: 1 tabletta 1 mg aethynodiolum diaceticumot, 0,05 mg aethyniloestradiolumot tartalmaz.

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

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

Alkalmazás és adagolás: A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Ezalatt szabályos reactiokészség esetén a kezelési szünet 2—5. napján menstruatioszerű 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 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 tabletta bevétele egy napon elmarad, ezt a lehető leghamarabb pótolni kell és a következő tablettát szokott időpontban be kell venni. 2 tabletta 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.

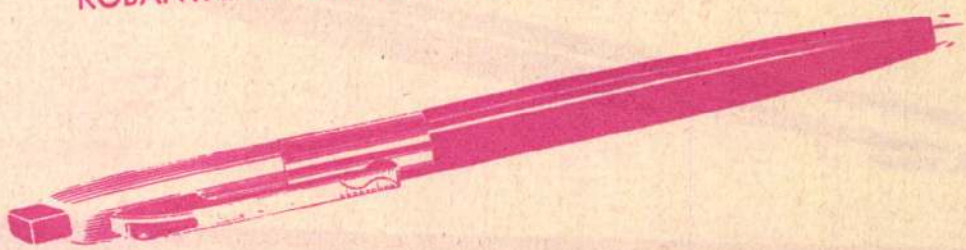
Mellékhatások: Fejfájás, hányinger, mellfeszülés, testsúlynövekedés, bélpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

Figyelmeztetés: Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

Megjegyzés: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

Forgalomba kerül: 21 tabletta. 24 Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.



Rp: TRISEDYL

injectió, tabletta, solutió

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 agitatióval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, epileptiform psychosisok, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: A pyramispálya és az extrapiramidalis pályarendszer organicus betegségei.

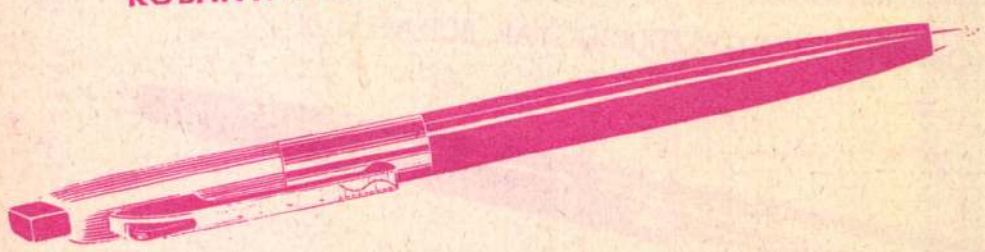
ADAGOLÁS: A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az oralis adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: ½—1 ampulla i. m. Oralisan: 0,5 mg-os kezdő adag után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével a napi adagot felnőtteknek 1,5—2 mg-ig lehet emelni. Gyermekeknek 5 éves korig a felnőtt adag ¼-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 tabletta
250 db tabletta
1 üveg solutio (10 ml)

FORGALOMBA HOZZA:
KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST, X.



Bajai kórház, Szemészeti osztály (főorvos: Vass Zoltán dr.) és Gégészeti osztály (főorvos: Bálint Elemér dr.)

Influenzajárvány idején észlelt Stevens—Johnson-syndroma három esete

Vass Zoltán dr. és Klazsik György dr.

Stevens és *Johnson* (15) a roluk elnevezett syndromát 1922-ben írták le. A syndroma jellemzői: erythema exsudativum multiforme generalizált eruptiókkal, febris continua, conjunctivitis purulenta (11), stomatitis erosiva, abakterialis pneumonia, és az urogenitális rendszer gyulladása. Gyakori a recidiva (10).

Aránylag ritka kórkép, aetiológiája tisztázatlan. Erre vonatkozóan két elmélet ismeretes, az allergiás és infectiosus teória. Allergénként élelmiszerek, gyógyszerek: barbiturátok, sulfonamidok, bromidok, penicillin szerepét hangsúlyozzák.

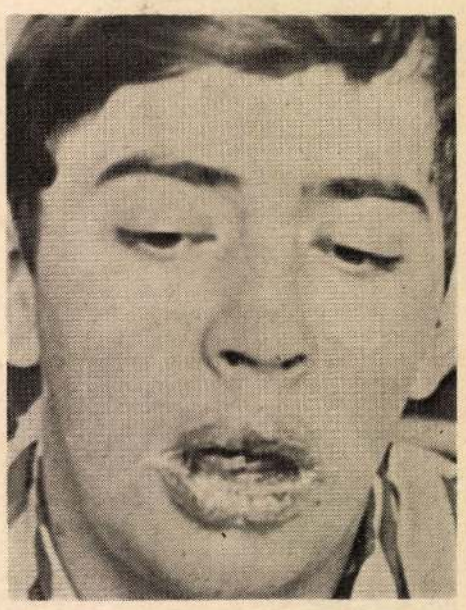
Tóth és *Dudás* (15) Quinoseptyl adása után észlelte halmozottan Stevens—Johnson-syndroma fellépését és a kórkép kifejlődését allergiás pathomechanizmus alapján magyarázza, bár nem tartja kizártnak, hogy a gyógyszer vírusfertőzést aktivált. *Csiszár* (3) Rheopyrin adása után észlelt súlyos Stevens—Johnson-syndromás esetet. *Joseph* (6) és *Adams* (1) penicillin, de főleg sulfonamidok, elsősorban tartós hatású sulfonamidok (sulfometoxipiridozin) adása után észlelt 135 esetről számol be, az egészen enyhéktől a súlyos lefolyásúakig, és felhívja a figyelmet e gyógyszer adásának veszélyére.

Számos képviselője van a fertőzéses elméletnek. Régebben inkább a baktériumok kóroki szerepét vizsgálták (Streptococcus haemolyticus, Salmonella typhi, Meningococcus, Mycoplasma pneumoniae) (8). Ma inkább a vírus aetiológiát hangsúlyozzák, és számos vírus kóroki szerepe vetődött fel. *Szőnyi* (14) két esetet közöl, amelyekben Stevens—Johnson-syndroma hepatitis, ill. morbilli után fejlődött ki, a betegek ezt megelőzően gyógyszert nem szedtek. *Schmidt*nek (12), a magyar irodalomban *Csorbá*nak (4) sikerült a betegek hólyagbennékéből herpes simplex vírust kitenyészteni. *Prkkho* (9) adenovírus 3-at izolált egy ötéves lány hólyagbennékéből és liquorából. A szerző ennek a vírusnak kóroki szerepet tulajdonít. Érdekes *Sieber* (13) esete. Egy Stevens—Johnson-syndromás beteg torokváladékából Mycoplasma pneumoniae-t tenyésztett ki, és ezzel szemben magas antitest titer értéket is talált, de a beteg 8 nappal előbb adenovírus 4 vaccinát, valamint torokfájás miatt penicillint is kapott. A szerző a három lehetséges aetiológiai tényező közül egyiket sem tudta egyértelműen kizárni. *Lampert és mtsai* (11) morbilli és influenzajárvány alatt észlelték Stevens—Johnson-syndroma halmozott előfordulását.

A legtöbb szerző hangsúlyoz saját esetében valamely aetiológiai tényezőt, de megemlíti a kórkép polyaetiológiás voltát is. Az infectiosus és allergiás elmélet nincsen éles ellentétben, hiszen allergiás hyperergiás reakció létrejöttében egyaránt szerepelhet gyógyszer, baktérium vagy vírus allergen. Feltételezhető, hogy azokban az esetekben, amelyekben a kórkép létrehozatalában gyógyszer szerepel, a kémiai anyag lappangó vírusfertőzést aktivál, ugyanakkor a közvetlen vírusfertőzés is létrehozhatja a betegséget.

Eseteink ismertetése

P. I., 20 éves férfibeteg 1970. február 19-én került felvételre a bajai kórház szemészeti osztályára acut conjunctivitissel, mellyel egyidőben a száj- és orrnyálkahártyákon is acut erosiv gyulladás jelentkezett (1. ábra). Két héttel előbb heveny járványos influenzán esett át. A conjunctivitisszel és a nyálkahártya-tünetekkel párhuzamosan a bőrön is testszerte jelentkeztek erythema exsudativum multiformenek megfelelő kiütések. A kötőhártyák mindkét oldalon vérbőek, váladékosak, az alsó és felső tarsalis kötőhártyákon follicularis jellegű csomók és petechiák találhatók. A beteg idegentest érzésről panaszkodik, szemhéjak duzzadtak.



1. ábra.

Száj- és orrnyálkahártyák is duzzadtak, hátsó garatfal vérbő, uvula megnagyobbodott, kissé oedemás, sárgásfehér lepedékkel fedett.

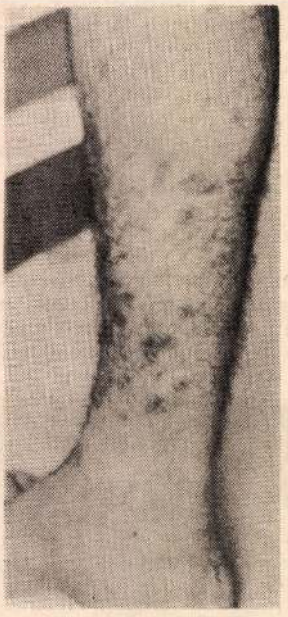
Az orr- és szájnyálkahártyákon több ízben jelentkezett nehezen csillapítható vérzés.

A bőrelváltozások elsősorban az alsó végtagokon (2. ábra) és a törzsön voltak a legkifejezettebbek.

A conjunctivitis a localis corticoid kezelésre három nap alatt megszűnt. A cortisont kenőcs formájában (0,5%-os) és neomycin védelemben adtuk. A bőrelváltozások, valamint a száj- és orrnyálkahártya-elváltozások változatlanul fennálltak. Az ismétlődő erős orrvérzések miatt a beteg a gégészeti osztályra került. Prednisolon kúrát kezdtünk, csökkenő adagban (napi 25 mg kezdő adag). A másodlagos fertőzés veszélye miatt Chlorocid injekciót kapott (napi 1 g). A bőr- és nyálkahártya-elváltozások hat nap alatt megszűntek, a

beteg tünet- és panaszmentes. Az emelkedett We.-en (32 mm/ó) kívül kóros laboratóriumi eltérést nem észleltünk.

S. J., 17 éves férfi 1970. február 22-én került felvételre a gégészeti osztályra ismétlődő orrvérzés, nyelési panaszok miatt. Ezt megelőzően négy napig magas láza volt. Az előző esethez hasonlóan acut con-



2. ábra.



3. ábra.

junctivitis és orr-, szájnyálkahártya-elváltozásokat észleltünk. Ezzel párhuzamosan jelentkeztek a bőrelváltozások is. A fenti gyógykezelésre egy hét alatt tünet- és panaszmentessé vált.

M. I., 8 éves fiúgyermek lázas járványos influenza után néhány nappal fellépő heveny kötőhártyahurut, orr- és szájnyálkahártyák fentiekhez hasonló gyulladása és erythema exsudativum multiformenek megfelelő bőrkiütésekkel került felvételre a szemészeti osztályra (3. ábra). A bőrelváltozások kevésbé voltak kifejezettek, mint az előző két beteg esetében, rajta a kötőhártya- és nyálkahártya-elváltozások domináltak. Localis hydrocortison és napi 20 mg Prednisolon (kezdő adag) adása után egy hét alatt teljes gyógyulást értünk el.

Mindhárom beteg kötőhártya hámkaparékának szövettani vizsgálata során (3 perces metanolos fixálás, 10 perces Giemsa-festés) sok lymphocytát találtunk. A kötőhártya hámsejtek nem mutatták a vírus conjunctivitisekre jellemző cytopathogen elváltozásokat.

Megbeszélés

Három Stevens—Johnson-syndromás betegünkön alkalmazott steroid kezelés hatásossága a kórkép allergiás eredete mellett szól. E mellett szól az is, hogy a kötőhártyák hámkaparékában, a hámsejtek plasmájában és magjában nem találtunk vírusbetegségekre jellemző cytopathogen elváltozásokat. Az influenzajárvány ideje alatt magas lázzal való jelentkezése viszont inkább a vírus eredetet valószínűsíti. A Stevens—Johnson-syndroma az irodalmi adatok alapján polyaetiológiájú kórkép. Eseteinket három hét leforgása alatt influenzajárvány idején észleltük. A kórkép viszonylagos ritkasága, és az influenzajárvánnyal való összefüggés lehetősége miatt tartottuk közlésre érdemesnek.

Összefoglalás. A szerzők járványos influenzán átesett egyéneken fellépett Stevens—Johnson-syndroma eseteit ismertetik, melyek steroid kezelésre gyógyultak. majd a kórkép még nem teljesen tisztázott aetiológiai lehetőségeit tárgyalják.

IRODALOM: 1. *Adams, Farber:* Postgradute Medicine. 1969, *45*, 125. — 2. *Chipps:* Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 1951, *IV*, 345. — 3. *Csiszár, Havasi:* Gyógyszereink. 1968, *18*, 116. — 4. *Csorba, Koller:* Gyermekgyógyászat. 1967, *18*, 4, 551—55. — 5. *Fülöp, Sári:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 1620. — 6. *Joseph, Bianchine:* American Journal of Medicine. 1968, *44*, 390. — 7. *Lampert:* Practicum. 1959, *183*, 752. — 8. *Ludlam:* Lancet. 1964, 958. — 9. *Prkkho, Pohjanpelto:* Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica. 1967, *70*, 632. — 10. *Rosenberg, S. W., Wisconsin, M. J.:* 1948, *47*, 746. — 11. *Shaffer, B., Morris, P.:* Pediatrics. 1948, *2*, 30. — 12. *Schmidt:* Acta Dermatover Stockholm. 1961, *41*, 53. — 13. *Sieber, John:* JAMA. 1967, *20*, 79. — 14. *Szőnyi, Jáni:* Orv. Hetil. 1960, *101*, 1250. — 15. *Tóth, Dudás:* Orv. Hetil. 1964, *105*, 787.

Gyulai Megyei Kórház, I. Belgyógyászat
(főorvos: Iványi János dr.)

Átmeneti süketség ethacrynsav szedése során

Iványi János dr.

Egyik korábbi munkámban (4) utaltam *Datey és mtsai* (2), valamint *Walker*re, (10), akik ethacrynsav szedésével kapcsolatba hozható *toxikus károsodásokról* számolnak be (súlyos májártalom, cholostasisos icterus, thrombocytopenia, fatális agranulocytosis). *Pillay és mtsai* (7) 1969-es közleményében újabb szerzőket említenek, akik a nagyon hatásos salureticum szedése során fellépő újabb mellékhatást, *átmeneti, ill. végleges süketséget* észleltek. Az első megfigyelés *Maher*től és *Schreiner*től (5) származik, ők 1 esetben észleltek iv. ethacrynsav adása után órákon át tartó süketséget. *Schneider* és *Becker* (9) már magyarázatot is igyekszik találni a szer ototoxikus hatását illetően (a perilympha formatióra való direkt hatás? az ethacrynsav cystein melléktermékének retentiója?). *Schmidt* és *Friedman* (8) is átmeneti süketségről számol be. *Pillay és mtsai* 5 betegéből 3 süketsége maradandóvá vált, *Hanzelik* és *Peppercorn* (3), valamint *Ng és mtsai* (6) 1—1 betegének süketsége az iv.-an adott 100 mg ethacrynsav injiciálása után közvetlenül kialakult, de néhány órán belül oldódott. *Barrillon* és *Felix* (1) vitiumos betegén ugyancsak átmeneti süketség lépett fel.

Az említett közlemények két szempontból hasonlóak. A halláskárosodás olyan betegeken jön létre, akik kevés kivételtől eltekintve *intravénásan* kapták a szert, valamint olyan betegeken, akik egyidejűleg valamilyen *vesekárosodásban is szenvedtek*. A szerzők felvetik a károsodott veséjű betegeken a *kumulálódás* lehetőségét is a direkt ototoxikus hatás feltételezése mellett. *Pillay és mtsai* betegei közül 2 per os kapta a készítményt, a napi adag 2—3 × 200 g volt, a nálunk használatos adag jelentős többszöröse.

Tudomásunk szerint az ethacrynsavnak ezt a toxikus mellékhatását hazánkban még nem írták le, ezért látjuk érdemesnek saját esetünk közlését.

Esetünk rövid ismertetése

M. S., 66 éves nyugdíjas kovács 1970 folyamán többször is felvételre került osztályunkon cor pulmonale chron. decomp. diagnosissal, rendkívül kiterjedt oedemákkal. Előzetes vesebetegségről nem tudott, spontán vizeletfajsúlya 2 előző bentléte alatt 1010—1014 volt, egyéb eltérést nem találtunk benne. A serum kreatininszint 1,40—1,21 mg% között volt, a szokásos cardiális támogatás mellett felváltva kapott Furosemid és Uregyt salureticumokat per os, utóbbiból első bentlétekor 1 × 100 mg-ot, második bentléte során 3 alkalommal 150 mg-ot. Minden esetben kitűnő diuresissel reagált és sikerült a kompenzáltság határát elérni. Harmadik bentlétekor éppen az Uregyt-salureticum napján, a *150 mg bevétele után* említette meg, hogy otthonában az általunk előírt diureticumok közül első alkalommal *reggel bevett 2 × 2 tbl. Uregytet (200 mg), s 8—10 órával a bevétel után*, miközben igen jó diuresise volt, *fokozatosan megsüketült mindkét fülére. A hallásvesztéssel egyidőben fülcsengés is fellépett.* Megelőzőleg állítása szerint semmiféle fülpanasza nem volt, gyógyszerei között a szokásos Carditoxin és Diaphyllin szerepelt az Uregyt mellett. *Süketsége 1 hét alatt teljesen oldódott*, azóta Uregytet nem vett be. *Mindezeket az adatokat akkor mondta el, amikor az osztályon is bevette az Uregytet*, melytől korábban nála semmiféle nem kívánt hatást nem észleltünk.

Négy-öt órával az Uregyt bevétele után (egyéb gyógyszereit — Strophantin, Diaphyllin, Saponaria, Retardillin, Erpozid mite és Vasalgin — 1 hete kapta folyamatosan) *kezdett hallászcsökkenésről panaszkodni.* Fizikálisan lényegesebb eltérést előző státusától nem lehetett találni, szorítóereje jó volt, vérnyomás, szívműködés az előző értékekhez viszonyítva változatlan. Hányingere, szédülése nem volt, térben és időben tájékozott, szemészeti vizsgálattal scler. arteriákon kívül egyéb eltérés nem volt észlelhető. *Jobb fülével a hangos beszédet sem értette meg másfél méter távolságból, bal füllel is csak a hangos beszédet értette ugyanilyen távolságból, a társalgó és súgó beszédet egyáltalán nem. Még aznap* (8—10 órával a szer bevétele után) *hallását teljesen elvesztette mindkét fülére.*

Fülészeti consilium (Schriffert dr.): *otoscop negatív. Hangvilla vizsgálatok: Weber nem jelez, Rinne poz. Mk. oldalon csontvezetés csökkent.* Uregyt gyógyszer elhagyandó, 2 hét múlva controll.

A süketség 4 nap alatt lényegesen javult, az ötödik napon bal fülével a súgó beszédet is megértette, 2 nap múlva a jobb fülével is. Diuresise most is igen jó, 2500 ml-es volt az Uregyt hatására. Előzetesen vizelet fajsúly 1010, serum kreatininszint 1,30 mg%, a történtek után a fajsúly 1016, serum kreatinin 1,14 mg%. A 4 nap múlva adott Furosemid hatására ismét jó diuresis következett minden nem kívánt hatás nélkül. A beteget a történtek figyelembevételével azzal bocsátottuk haza, hogy a továbbiakban salureticumként Furosemidet használjon és a veseműködést rendszeresen ellenőriztesse. A javasolt fülészeti ellenőrző vizsgálaton nem jelent meg.

Megbeszélés

A közölt esetek adataiból az derül ki, hogy az ethacrynsav mindjárt az első alkalmazás után hal-

lásromláshoz vezetett, s az ismertetett betegek valamennyien károsodott veséjűek voltak.

Saját betegünk parenteralisan nem kapott ethacrynsavat (nincs is ilyen készítményünk), s az első 4 Uregyt-bevétel után hallási panasza nem is volt. Diszkrét vesekárosodás jeleit ki tudtuk mutatni. Bár a beteg eredeti foglalkozása kovács volt, s ezt figyelembe véve már nem lehettek ép cochleáris functiói, előzetesen nem volt — állítása szerint — semmiféle fülpanasza, nem is vizsgálták ebben az irányban. Az említett Uregyt-napon, amikor a süketség kialakult, semmi olyan vascularis károdásra utaló eltérést nem találtunk, ami önmagában magyarázta volna a halláskárosodás felléptét. Sajnos, audiometriás vizsgálat végzésére nem volt lehetőségünk, s így a beteg fülészeti kivizsgálása nem teljes. Ettől függetlenül azonban fentiek figyelembevételével úgy érezzük, hogy a szer bevétele után kialakult süketség feljogosít bennünket annak feltételezésére, hogy betegünk esetében is ethacrynsav-károsodásról volt szó.

Jóllehet az Uregyt egyik legutóbbi gyári tájékoztatója említi az átmeneti hallászavar lehetőségét, esetünk ismertetésével mégis az a célunk, hogy a szer diszkreditálása nélkül felhívjuk a figyelmet erre a nálunk még elő nem fordult károsodásra. Indokoltnak látszik Uregyt-therapia előtt a veseműködésről tájékozódni, még akkor is, ha a beteg nem is említ vesekárosodásra utaló adatot. A napi 200 mg-os adagot nem tanácsos túllépni.

Összefoglalás. Szerző nagy valószínűséggel Uregyt salureticum adására visszavezethető átmeneti süketség előfordulását közli, s utal a therapia kapcsán a veseműködés gondos ellenőrzésére.

IRODALOM: 1. *Barrillon, A.* és *J. Felix:* Presse méd. 1970, *78*, 2283. — 2. *Datey, K. K., S. N. Desmukh, C. P. Dalvi* és *N. M. Purandare:* Brit. med. J. 1967, *2*, 152. — 3. *Hanzelik, E.* és *M. Peppercorn:* Lancet. 1969, *I*, 416. — 4. *Iványi J.:* Ther. Gegenw. 1969, *108*, 270. — 5. *Maher, J. F.* és *G. E. Schreiner:* Ann. intern. Med. 1965, *62*, 15. — 6. *Ng., P. S. Y., C. E. Conley* és *T. S. Ing.:* Lancet. 1969, *I*, 673. — 7. *Pillay, V. K. G., F. D. Schwartz, K. Aimi* és *R. M. Kark:* Ibid. 1969, *I*, 77. — 8. *Schmidt, P.* és *I. S. Friedman:* N. Y. St. J. Med. 1967, *67*, 1438. — 9. *Schneider, W. J.* és *E. L. Becker:* Arch. intern. Med. 1966, *117*, 715. — 10. *Walker, J. G.:* Ann. intern. Med. 1966, *64*, 1303.

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 meleghatás aktiválólag 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 gynekológiai területen)

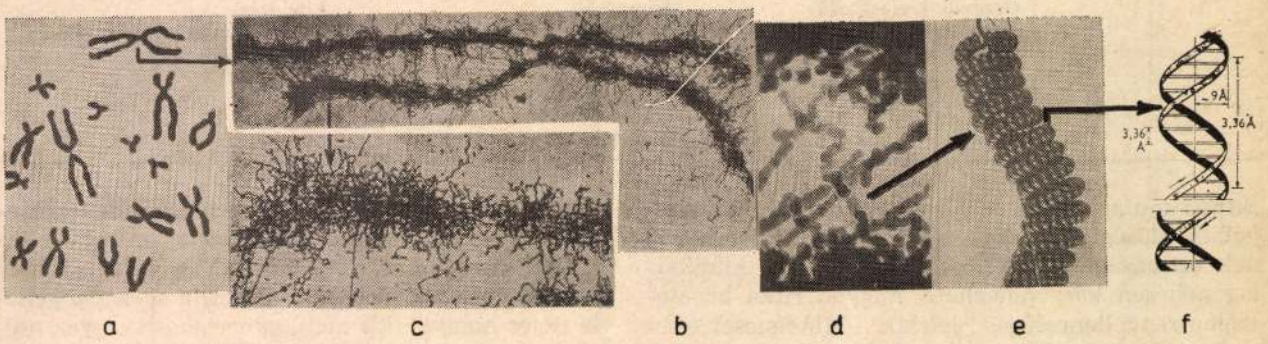
Országos Közegészségügyi Intézet
(főigazgató: Bakács Tibor dr.)

Mikor kérjünk kromoszóma-vizsgálatot?

Czeizel Endre dr.

Az emberi kromoszómákkal foglalkozó tudományág, a human citogenetika tulajdonképpen csak 15 éves múltra tekinthet vissza. 1956-ig ugyanis — megfelelő vizsgáló módszerek hiányában — még az emberi kromoszóma-számot sem tudták pontosan meghatározni. Az elmúlt években azután — a viszonylag egyszerű vizsgálati technikák kifejlesztésének és a nagy érdeklődésnek köszönhetően — olyan jelentős haladás következett be, hogy ma már a kromoszóma-vizsgálatok *klinikai hasznosíthatósága* lényegében tisztázottnak tekinthető. Mégis a klinikusok gyakorta kérnek olyan esetekben is kromoszóma-vizsgálatot, amikor az eleve feleslegesnek mondható, viszont némelykor az indokolt esetekben sem kerül sor kromoszóma-vizsgálatra.

kula rövid szakaszainak felelnek meg. Így *egy-egy kromoszómában 100 000es nagyságrendű lehet a gének száma.* Viszont, mint régóta köztudott, már egy-egy gén ártalma is súlyos — dominánsan, recesszíven vagy nemhez kötötten öröklődő — rendellenességeket (pl. chondrodystrophia, phenylketonuria) betegségeket (pl. retinoblastoma, Huntington-chorea, haemophilia) okozhat. A kromoszóma-rendellenességek tehát a genetikai ártalmak legdrasztikusabb formái, hiszen a mikroszkópos vizsgálat során kimutatható kromoszóma- vagy kromoszómarész-hiány, ill. -többlet a gének óriási tömegének hiányát vagy többletét jelenti. A kromoszóma-rendellenességek ezért általában a csírasejtek olyan mérvű csökkentértékűségét idézik elő, amely sokszor már a megtermékenyítést is kizárja, ill. a magzat korai pusztulásához vezet. (A spontán elvetélt magzatok kb. 30%-ában fordul elő kromoszóma-rendellenesség.) A születéskor ezért már „csak" minden 200. újszülöttben található kromoszóma-rendellenesség. Nagyon tanulságos ezen 0,5%-os születéskori kromoszóma-rendellenesség gyakoriságmegoszlásának ismerete. Ezek fele ugyanis a *nemi kromoszómákra* korlátozódik. A két nemi kromoszóma vártnál magasabb részesedésének a magyarázata kettős. Egyrészt a két X kromoszóma közül az egyik a magzati élet első heteiben inaktiválódik, tehát a későbbiekben szinte feleslegesnek tekinthető. Másrészt feltételezhető, hogy a nemi kromoszómák kevesebb életfontosságú gént tartalmaznak. A kromoszóma-rendellenességek másik fele a 44 testi kromoszóma, az ún. *autoszómák* esetében fordul elő. Valamely autoszóma teljes hiánya az élettel összegyeztethetetlen, az eddig közölt néhány kérdéses eset legfeljebb szabályt erősítő kivételnek tekinthető. Az autoszómák többlete is csak a kis kromoszómák esetében észlelhető. Fontos tudni, hogy az autoszomális rendellenességek 40%-a olyan strukturális *átrendeződés,* amely klinikai tünetekkel *nem* jár. Ezek ugyanis „kiegyensúlyozottak", amely azt jelenti, hogy DNS, vagyis génveszteség, ill. többlet a kromoszómák egészét tekintve nem következik be. A nem ritka kiegyensúlyozott kromoszóma-rendellenességek azonban a meiozis során viszonylag magas gyakoriságban eredményeznek olyan kiegyensúlyozatlan kromoszóma-rendellenességű csírasejteket, amelyek az utódokra súlyos veszélyt jelentenek.



1. ábra.
A kromoszómák szokásos mikroszkópos képe (a). Egy kromoszóma elektronmikroszkópos szerkezete (b: 9250-; c: 22 000-; d: 67 000-szeres nagyítás). Az egyes szálacskákat (d) a térben hosszanti, ezen belül haránt spiralizációjú DNS molekulák alkotják (e). A DNS molekulák maguk is két spirálisból tevődnek össze (f). A gének, mint egy láncon a láncszemek, ez utóbbi spirálison helyezkednek el. (F. Lampert elektronmikroszkópos felvételeit a szerző engedélyével közöljük.)

A kromoszóma-vizsgálat indikációi a kromoszómák szerkezetének és funkciójának ismeretében érthetők meg. Az 1. ábra ezért az emberi kromoszómák felépítését kívánja érzékeltetni. A kromoszómák ultrastruktúráját kb. 250 Å vastag szálacskák alkotják. Ezen szálacskák fő alkotórészei a térbelileg kétszeresen spiralizált lefutású DNS molekulák (1/e ábra). A fehérjébe ágyazott DNS molekula mint egy csigalépcső, maga is spirális szerkezetű (1/f ábra). A gének, vagyis az öröklődés funkcionális-molekuláris egységei, a DNS mole-

Kromoszóma-vizsgálatot rutinszerűen vérből (könyökvéna vagy ujjbegy), csontvelőből (sternumpunkció) és szövetekből (elsősorban bőrkimetszés) végeznek. Míg a vér és csontvelő vizsgálata különösebb laboratóriumi felszerelést nem igényel, addig a szövetek vizsgálata csak speciális és költséges szövettenyésztési laboratóriumban történhet.

I. A *vér*ből történő kromoszóma-vizsgálat indikációi:

1. *Multiplex fejlődési rendellenességek*, amelyek csaknem mindig a testi (így alacsony születési súly) és szellemi fejlődés visszamaradásával járnak. Ilyenkor vagy a kisebb autoszomák számfeletti előfordulására (vagyis Down-, Edwards-, ill. Pataukórra), vagy egyes autoszomák bizonyos részének hiányára (ún. deléciós szindrómákra), ill. többletére (duplikációkra) kell gondolni. Mindezekben az óriási géntömeg plusz hatása vagy hiánya *különböző támadáspontokra hatva* idézi elő a multiplex fejlődési zavart. A fontosabb autoszomális rendellenesség szindrómák jellemző tüneteit az 1. táblázat tartalmazza. A bőrlécrajzolat előzetes vizsgálata elősegítheti ezen szindrómák kórismézésének biztonságát. Ezeken kívül még több, klinikailag nehezen körvonalazható, nagyon ritka kromoszóma-rendellenességet leírtak. Mindenesetre a multiplex, elsősorban az arcra, fülre és kézre lokalizálódó kisebb-nagyobb rendellenességek esetén — különösen ha ezek mentális retardációval is járnak — indokolt a kromoszóma-vizsgálat kérése.

Az autoszomális rendellenesség szindromák — *I. táblázat*

Autoszomális triszómiák	*Down-kór* (G 21-es kromoszóma triszómiája)	*Edwards-kór* (E 18-as kromoszóma triszómiája)	*Patau-kór* (Valamelyik D kromoszóma triszómiája)
Gyakoriság	Minden 700. születésre 1 eset	Minden 5000. születésre 1 eset	Minden 8000. születésre 1 eset
Fej—arc	Lapos occiput Mongoloid szemrés Széles orrgyök Magas szájpadív	Kiugró occiput Micro-retro-gnathia Alacsonyan ülő deformált fül	Csapott homlok Szem rend. (főleg microphthalmia) Deformált fülkagyló Nyúlajak és farkastorok
Kéz	Rövid széles ujjak Majom (4 ujjas) redő	A behajlított 2. ujj fedi a 3-at, az 5. pedig a 4-et	Majom (4 ujjas) redő Distalis axialis triradius Hyperconvex, keskeny körmök
Egyéb	Izomhypotonia Hyperflexibilis ízületek Rectus diastasis	Rövid sternum Cong. vitium (kamrai septum defectus) Súlyos intrauterin sorvadás	Süketség Apnoes rohamok

Deléciós szindromák:	*Anti-Down-kór* (G 21-es kromoszóma hosszúkar deléció)	*Anti-Edwards-kór* (E 18-as kromoszóma hosszúkar deléció)	*Macskasírásos betegség* (B 5-ös kromoszóma rövidkar deléció)
Tünetek	Megnyúlt koponya Szemrés ferde Orrgyök kiemelkedő Izom hypertonia Pylorus stenosis	Microcephalia Kiugró homlok Kiugró áll Mélyen ülő szemek *E 18-as kromoszóma rövidkar deléciója* Elsősorban szem és fülkagyló rendellenességek	Microcephalia holdvilág arccal Kiemelkedő cornea („éber" arckifejezés) Beteg macska nyávogásához hasonló sírás

2. A *nemi fejlődés* szomatikus zavarai esetén a nemi kromoszómák rendellenességeire is gondolni kell. Ilyenkor azonban első lépésként a nemi kromatin (szájnyálkahártya- vagy vérkenet) vizsgálata indikált. A *születés* után közvetlenül vagy esetleg később, a nemi hovatartozás lehet kérdéses. A *pubertás* idején vagy után *nők* esetében a petefészek működésének hiánya: *primaer amenorrhoea* (18 éves korig a menarche nem jelentkezett), sterilitás és a másodlagos nemi jellegek satnyasága miatt válhat szükségessé a kromoszóma-vizsgálat. Ilyenkor 4 kórképre kell gondolni (2. ábra), így (i) a Turner-szindrómára (alacsony, 140 cm körüli testmagasság; nyaki redő (pterygium colli); más rendellenességek: coarctatio aortae, stb.); (ii) ovarialis dysgenesisre (alacsony, 145 cm körüli testmagasság, nyaki bőrredő és más rendellenességek *nélkül*), valamint (iii) izolált ovarium vagy (iiii) izolált gonaddysgenesisre (normál testmagasság és más rendellenesség sincsen). Az i és ii típusban — nemi kromatin negativitás mellett — csaknem mindig az egyik nemi kromoszóma hiánya vagy az X kromoszóma strukturális rendellenessége észlelhető. A iii típus esetén nemi kromatin pozitivitás mellett általában nem észlelünk kromoszóma-rendellenességet, míg a iiii típusra a nemi kromatin negativitás és férfi nemi kromoszómapár (XY) a jellemző. *Férfiak* esetében meddőség (általában a spermatogenesis teljes hiánya), kis here, gynecomastia, gyér test, arc és nemi szőrzet, vagyis a Klinefelter-szindróma gyanúja esetén érdemes kérni kromoszóma-vizsgálatot. Ezek többségében — nemi kromatin pozitivitás mellett — 3 nemi kromoszóma (XXY) fordul elő. A hasonló klinikai képpel járó postpubertalis testicularis atrofia és az ún. „csírasejthiányos állapot here fibrosis nélkül" esetén viszont kromatin negativitást és normál kromoszóma-számot találnak.

Az említett két fő indikációs terület legfőbb problémáját a spektrum széli esetei jelentik. Egyrészt kérdéses, hogy pl. a tipikus klinikai képpel és nemi kromatin negativitással járó Turner-szindróma esetén érdemes-e kromoszóma-vizsgálattal is alátámasztani a diagnózist. Másrészt az említett kromoszóma-rendellenességekben nem ritkán —

különösen mozaikosság esetén, amikor csak a sejtek bizonyos része tartalmazza a rendellenes kromoszómákat — a jellemző tünetek közül csak egykettő fordul elő. Az ilyen „forme fruste" esetekben elsősorban a klinikus szakértelme és tapasztalata határozza meg a kromoszóma-vizsgálat „találatbiztosságát".

tartják chron. myeloid leukaemiának. Ezt az álláspontot látszik támogatni, hogy a Ph_1-negatív esetek idősebb korban jelentkeznek, a klinikai kép elég atipusos és heterogén, prognózisuk pedig sokkal rosszabb.

2. Kromoszóma-rendellenességre nagyon jellegzetes klinikai tünetek és a vér vizsgálatakor ka-

A PETEFÉSZEK FEJLŐDÉSI ZAVARÁNAK FŐBB SZINDROMÁI A PUBERTÁS UTÁN

Általános klinikai tünetek:
1. Primaer amenorrhoea
2. Sterilitás
3. Másodlagos nemi jelleg satnyasága (fejletlen emlő, gyér fan-szőrzet stb.)

Műtéti dg.: Petefészek helyett kötőszövet-köteg.

SZINDROMÁK:	TURNER SZINDROMA	OVARIALIS DYSGENESIS	OVARIUM DYSGENESIS	GONAD DYSGENESIS
Nemi kromatin:	neg.	neg.	poz.	neg.
Kromoszóma dg.:	45, X	45,X vagy 46,XXq*	46, XX	46, XY
Klinikai tünetek:			Dg. csakis műtét esetén	Dg. csakis műtét esetén
Átlagos testmagasság	140 cm	145 cm	168 cm (normál)	168 cm (normál)
Nyaki bőrredő:	igen	nem	nem	nem
Más rendellenesség: a) coarctatio aortae b) cubitus valgus c) egyéb (születéskor: perifériás lymphoedema)	igen	nem	nem	nem
Ujjak össz. bőrlécszám:	nagyon magas (+ 30)	magas	norm.	norm.
Rel. gyakoriság:	25 %	60 %	10 %	5 %

* Az X kromoszoma strukturális (izokromoszoma) rendellenessége.

2. ábra.

3. *Ismételt magzati halálozás* (spontán vetélés + halvaszületés) esetén, különösen ha ezek rendellenességgel sújtott újszülöttekkel váltakozva fordulnak elő, javallt *mindkét* szülő kromoszóma-vizsgálata. Ilyenkor ugyanis valamelyik szülő „kiegyensúlyozott átrendeződése", elsősorban transzlokációja állhat a háttérben.

4. Olyan *Down-kóros gyermek szülei* esetében, akik még terveznek gyermeket, különösen ha az anya 30 évnél fiatalabb. (Nem ritkán kiegyensúlyozott centrikus fúziót fogunk találni.)

5. Külső ártalmak okozta friss kromoszóma-rendellenességek, az ún. *kromoszóma-mutációk* kimutatása céljából is érdemes lehet ilyen vizsgálatot kérni. Röntgenbesugárzás, sugársérülés után, bizonyos gyógyszerek (pl. mitózisgátló anticarcinogének, LSD) alkalmazását követően a kromoszómakárosodás ténye sokszor igazolható.

II. A *csontvelőből* történő kromoszóma-vizsgálat javallatai:

1. *Idült myeloid leukaemia.* Ebben a betegségben olyan G kromoszómák találhatók a csontvelősejtekben, amelyek hosszúkarjának a fele hiányzik. Ezt a kromoszómát Ph_1 (philadelphiai) kromoszómának nevezik és jelenlétét sokan annyira specifikusnak tartják, hogy a Ph_1-negatív eseteket nem is

pott *normál* kromoszóma-szerelvény esetén a *mozaikosság* kizárása érdekében indokolt lehet a csontvelő vizsgálata is.

III. A *szövetekből* történő kromoszóma-vizsgálat indikációi:

1. *Spontán vetélés.* A magzatok minimum 25 százalékában várható kromoszóma-rendellenesség és ezek felismerése sok esetben a további terhességek kockázatának becslését is lehetővé teszi.

2. Az ún. *születés előtti kromoszóma-vizsgálat.* Ha a szülők reciprok transzlokációt vagy centrikus fúziót „hordoznak" — annak ellenére, hogy ez semmiféle klinikai tünettel nem jár — az utódok kb. 50, ill. 6%-ában súlyos kromoszóma-rendellenesség kialakulása várható. Ilyenkor a terhesség 12—14. hetében amniocentesis útján nyert amnionsejtek vizsgálata révén a kromoszóma-rendellenesség fennállása konkrétan igazolható vagy kizárható. Pozitív esetben a terhesség ekkor még megszakítható. Újabban egyesek a 40 éven felüli anyák esetében is — a Down-kór 2—3%-os előfordulási valószínűsége miatt — felvetik ezen vizsgálat létjogosultságát.

A kromoszóma-vizsgálatok *indikálásakor és értékelésekor* a következőkre kell figyelemmel lennünk:

I. A kromoszóma-rendellenességek viszonylag ritkák és az eddig felhalmozódott tapasztalatoknak köszönhetően vizsgálatuknak *jól körülhatárolt indikációs területe van.* Emellett nagy segítséget jelent az előzetes nemi kromatin- és bőrlécrajzolat-vizsgálat, amelyek alkalmasak a kromoszóma-vizsgálatra érdemes személyek további kiszűrésére. Csak megfelelő javallat és előszűrés után helyes a munkaigényes (egy-egy — csak ezzel foglalkozó — asszisztens hetente 5 vér vizsgálatát képes elvégezni) és drága (egy vizsgálat anyagköltsége kb. 100 Ft, a munkaidő-ráfordítás értéke kb. 150 Ft; az az összköltség tehát 250 Ft-ra becsülhető) kromoszóma-vizsgálatot kérni. A lelet kiadása a vizsgálattól számított 2—5. héten várható.

II. A kromoszóma-rendellenességek a genetikai ártalmak legdurvább, az élettel csak ritkán összeegyeztethető formái. Ha tehát egy adott ártalom, betegség esetében nem találunk kromoszóma-rendellenességet, az *semmi esetre sem zárja ki a genetikai eredetet.* A dominánsan, recesszíven és nemhez kötötten öröklődő monogén ártalmak esetében csakúgy nem várható kromoszóma-rendellenesség, mint a genetikailag *is* meghatározott, ún. multifaktoriális ártalmak (nyúlajak farkastorokkal vagy anélkül, anencephalia—spina bifida, dongaláb, „csípőficam", cong. vitiumok típusainak többsége stb.) és betegségek (pl. diabetes mellitus) esetében. A *kromoszóma-rendellenesség hiánya tehát nem szól a genetikai eredet ellen.*

III. A megfelelően megválasztott esetekben a kromoszóma-vizsgálatnak *feltétlen létjogosultsága* van. Nemcsak pontos kórismézést tesz lehetővé, sok esetben eldöntve ezzel a beteg kezelését, és prognózisát, hanem sokszor a betegség családon belüli további ismétlődésének kockázatát is meghatározza. Így az autoszomák és nemi kromoszómák számbeli rendellenességekor a következő terhességek során az ismétlődésnek nem nagyobb a veszélye, mint bármelyik hasonló korú asszony terhessége során. Ezzel szemben a transzlokációt hordozók esetén számottevően magasabb a további terhességekben a kockázat.

Végül talán nem hiábavaló azon citogenetikai laboratóriumokat felsorolni, akik már publikációkkal bizonyították eddigi működésüket és akikhez vizsgálat céljából fordulni lehet.

Vérből történő kromoszóma-vizsgálatot végeznek a következő gyermekgyógyászati intézményekben: Schuler D. dr. (Bp., II. Gyermekklinika), Méhes K. dr. (Pécs, Gyermekklinika), Osztovics M. dr. (Bp. Heim P. Gyermekkórház), szülészeti intézményekben: László J. dr. (Bp. OTKI, Nőgyógyászati Tanszék), Papp Z. dr., Gardó S. dr., Herpay G. dr., Árvay S. dr. (Debrecen, Szülészeti Klinika), Horváth L. dr. (Bp. Fővárosi Anyavédelmi Központ); belgyógyászati intézményekben: Fleischman T. dr. (Szeged, I. Belklinika), Eckhardt S. dr. (Bp. Onkológiai Intézet); kórbonctani intézményben: Selyei M. dr. (Bp., Róbert K. körúti Kórház); biológiai intézetben: Szemere Gy. dr. (Szeged, Biológiai Intézet); közegészségügyi intézetben: Czeizel E. dr. (Bp., OKI). *Szövetekből* kromoszóma-vizsgálatot végez Ruzicska P. dr. (Bp., OKI).

OMKER **Az OMKER új szolgáltatása!**

Felhívjuk vásárlóink figyelmét, hogy megalakult az OMKER Létesítményi Irodája, mely fővállalkozói szinten rendelkezésükre áll:

rendelőintézetek, szülőotthonok, véradóállomások, bölcsődék, óvodák, gondozóintézetek, körzeti orvosi, fogorvosi, üzemorvosi rendelők, egyes kórházi osztályok, közegészségügyi állomások **teljes felszerelésének szállításával, üzembehelyezésével,**

a felsoroltaknak létesítése, illetve rekonstrukciója kapcsán felmerülő **technológiai tervezés elvégzésével.**

Amennyiben igényt tartanak vállalatunk ilyen irányú tevékenységére, kérjük, szíveskedjenek irodánkat megkeresni levélben vagy előzetes értesítés alapján személyesen.

OMKER

MŰSZAKI ÉS VEVŐSZOLGÁLATI OSZTÁLY
LÉTESÍTMÉNYI IRODÁJA

Budapest, V., Bajcsy-Zsilinszky út 20.
Telefon: 315-384

KÖSZÖNTÉS

Ratkóczy Nándor professzor 80 éves

Nyolcvanesztendős Ratkóczy Nándor ny. egyetemi tanár, az orvostudományok doktora, kiváló orvos, a magyar radiológusok doyenje. Születésnapján szeretettel köszönti a magyar orvostársadalom, elsősorban a radiológusok, tanítványai, hazai és külföldi barátai és hálával ráemlékező nagyszámú betege.

Életpályája a magyar radiológia történetének szerves része. Mint kiemelkedő vezető, fáradhatatlan szervező és tanító szóban, írásban és személyes példaadással harcolt szakmája előrehaladásáért és megbecsüléséért.

Az 1914-ben végzett fiatal orvos négy évi katonai szolgált után a budapesti egyetem központi röntgenintézetének tanársegéde, Elischer professzor tanítványa, majd a III. belklinika röntgenlaboratóriumának vezetője, Korányi professzor egyik legközelebbi munkatársa lett. Míg az Elischer intézet alapos szakmai felkészülését biztosította, a Korányi klinika magas humánummal telített kutató légköre orvosi és emberi fejlődését vitte döntően előre. Hamarosan magántanár, rendkívüli tanár, majd 1942-ben nyilv. rendes tanár és a budapesti Röntgenklinika igazgatója 1962-ig, nyugalomba vonulásáig. Évekig igazgatója az Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézetnek, elnöke, majd tiszteletbeli elnöke a Radiológus Szakcsoportnak. A Magyar Radiológia főszerkesztője. Kiváló előadója és szívesen látott vendége a külföldi és hazai kongresszusoknak, tudományos társaságoknak. Az Orvosi Hetilap és más hazai és külföldi szaklapok megbecsült cikkírója, a svájci, NSZK, NDK, osztrák röntgentársaságok tiszteletbeli tagja stb. stb.

Több évtizedes munkássága szinte a röntgenológia egész területére kiterjedt. A szórt sugárzás jelentőségét az elsők között ismerte fel. A „Ratkóczy box" a mai sorozatfelvételi készülékek sugárvédelmének is alapját képezi, „védőülése" minden röntgenosztály kötelező felszerelése. Sok évi törhetetlen munkájának eredménye a röntgenesek védelmét szolgáló „Szabványok" megalkotása, majd az egyéni-filmes sugárvédelem megszervezése. Ő döbbentett rá hazánkban először a röntgendiagnosztikával a lakosságnak okozható sugárkárosodásra és ebben az orvosok felelősségére. Az általa állandóan hirdetett sportolás és természetjárás hatékonyságát a mai napig megőrzött testi és szellemi frissességével igazolta. Duodenum vizsgáló módszere ma sem nélkülözhető rutin eljárás. A cascade és fekélyes gyomor tónusáról írt munkái a functionális röntgendiagnosztika alapjait rakták le. A lymphogranulomatosisos és tuberkuloticus mediastinalis nyirokcsomók elkülönítésére közölt „Ratkóczy-jel" is teljes irodalmi elismerést kapott. A röntgentherapia területén legnagyobb érdeme a „gócölő dosis" bevezetése a lymphogranulomatosis kezelésébe. Az angol, német, spanyol nyelven megjelent és nemrég második, átdolgozott kiadást megért „A lymphogranulomatosis kór- és gyógytana" c. monographiája nevét az egész szakmában világszerte ismertté tette.

Munkájában a tanítás, a nevelés állt szívéhez legközelebb. A radiológia megfelelő szintű egyetemi oktatásáért mint a kérdés nemzetközileg elismert szakértője 1930 óta harcolt. Medikus előadásaira a legnagyobb gonddal készült fel és mint kiváló előadó, mindenkor kiérdemelte a hallgatóság legnagyobb elismerését. Jellegzetes, tömör stílusú tankönyveit szétkapkodták. Áttekinthetőség, a szakma minden újdonságából a maradandó ösztönös megragadása, az igazán lényeges kiemelése emelték „a Ratkóczyt" legjobb orvosi könyveink közé. Nagyszámú tanítványa, volt asszisztense büszkén vallja példaképének és mesterének, magát a Ratkóczy-iskola tagjának.

Most, hogy oly gazdag, eredményes évek után szeretett családja körében 80. születésnapját ünnepli, sok szeretettel köszöntik és további hosszú, boldog, alkotó éveket kívánnak neki azok, akik az ő szavai szerint mindenkor lelkes figyelemmel hallgatták tanításait, megérezték és ragaszkodásukkal viszonozták azt a szeretetet, mely belőle állandóan feléjük áradt.

Tanítványai

Perchlorat-K

HYPERTHYREOSIS KEZELÉSÉRE

1 tabletta: 400 mg kalium perchloricum hatóanyagot tartalmaz

Kezdő adag		Kúraadag		Fenntartó adag	
tabletta	időtartam	tabletta	időtartam	tabletta	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, jelentkezzék azonnal vérképellenőrzésre! Az esetleges thyreotoxikus crisis iv. jódbevitellel (Intrajod) megszüntethető.

50 tabletta 21.40 Ft *250 tabletta* 95,90 Ft

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Beszámoló az NDK Kórházügyi Társasága Építési és Épületberendezési Sectiójának az „Az intenzív terápia problémái" című munkaértekezletéről.

(Berlin—Hennigsdorf; 1970. október 14.)

NDK-beli társintézetünk meghívására, másodmagammal vettünk részt a munkaértekezleten, az Egészségügyi Minisztérium Szervezési, Tervezési és Információs Központja részéről. A téma négy előadásban került exponálásra: egy az orvosi-szervezési, kettő az építészeti-műszaki és végül egy előadás a gazdasági vonatkozásokat vetette fel; ezek kitöltötték a délelőttöt; délután a vita, kérdések, hozzászólások következtek. A munkaértekezletet követő két napon gyakorlati bemutatásra kerültek a hennigsdorfi, a Berlin—Friedrichshain-i és a Berlin-Buch-i kórházak intenzív terápiás osztályai (továbbiakban ITO).

Az értekezlet célja az intenzív terápia (továbbiakban IT) eddigi eredményeinek és jelen helyzetének rövid áttekintése, s az ellátás jövőbeni feladataival kapcsolatos szempontok megfogalmazása volt. Megállapítható, hogy az NDK-ban az utóbbi évek során sikerült elérni az egységes értelmezést és nomenklaturát; kitűnő eredménnyel, egyre növekvő számban működnek a sürgős orvosi ellátást gyakorlatban megvalósító intézeti egységek, az intenzív terápiát és intenzív felügyeletet, őrzést, igénylő betegek számára. Az NDK-ban ezek az egységek két típusban üzemelnek: I. *Intenzív terápiás osztályok* (Intensivtherapiestationen — „ITS") melyek feladata az IT legmagasabb szintjének nyújtása. II. *Őrző osztályok* (Wachstationen — „WS"), amelyek ismét két csoportra osztva biztosítják az intenzív megfigyelést-felügyeletet; a) *őrző részlegek* (szobák) és b) *ébredő részlegek* (szobák) formájában. Előbbiek is nyújtják az intenzív kezelést, de nem a legfelső szinten; utóbbiak a postoperativ felügyeletet végzik. Az *a)* és *b)* csoport között azonban nagyon éles határ nem vonható, mert pl. a beteg a műtét után — a narkózis elmúltával — átkerülhet az ébredő szobából az őrző szobába (ahol a körülményektől függően, természetesen nemcsak műtött esetek ellátása folyik). Általában nehéz az urgens medicina ellátási formáit felosztani, de erre feltétlenül szükség van a fogalom tisztázás és az ellátási szintek meghatározása miatt is. Az értelmezés és a nomenklatura azonban a különböző országokban még ma sem teljesen egységes. Így például az angol nyelvterületeken a felosztás (lényegében az NDK-éval azonos): intensive care unit és recovery-room. Nagyjából ezt a taglalást követi a Szovjetunió is, s igen sok más ország ilyen felosztást használ. Francia nyelvterületeken viszont: centre de réanimation, ill. service d'urgence et de soins intensifs („SU-SI") elnevezésekkel találkozunk főként. Az NDK szakemberei az ismertetett felosztást tartják jónak; ez idő szerint nem hívei sem a további tagolásnak, sem pedig az összevonásnak (jóllehet sok helyen vannak ilyen törekvések).

Mint említettem az értekezleten az ITO-ok kérdése került súlyozásra; s ezekkel kapcsolatban a munkabizottság az alábbi téziseket adta közre:

1. ITO-on van a helye, valamennyi szakterület minden olyan felnőtt betegének, kinél a vitális funkciók életveszélyes működési zavara fennáll, vagy az bármikor bekövetkezhet. Hasonló állapotú gyermekbetegek 6 éves kortól vehetők fel. Mindennemű befolyásolhatatlan moribund eset elutasítandó. Felvételi (áthelyezési) javaslatok:
   - — Kóma minden formája.
   - — Öntudatlanság és súlyos öntudatzavarok.
   - — Polytraumatizáció.
   - — Szívinfarctus (a sokk állapotában).
   - — Mérgezések (amíg öntudatvesztéssel járnak).
   - — Vérzések súlyos formái.
   - — Égések súlyos formái.
   - — Toxikózisok súlyos formái.
   - — Status eclampticus.
   - — Tetanus.
   - — Transfusiós tévedések.
   - — Tartós lélegeztetés szükségessége (bármily eredetű).
2. ITO-t, a 400—500 ágyas és ennél nagyobb ágyszámú általános kórházakban érdemes és kell létesíteni (kisméretű kórházak nem nyújtanak megnyugtató, korszerű „hátteret"); azonos épületszinten a műtőblockkal (ha van, betegfelvételi részleggel), laboratóriummal és röntgenosztállyal. Igen nagy ágyszámú intézetekben az ITO egészüljön ki dialyzáló berendezéssel és saját (független) laboratóriummal. Ma nincs véglegesen eldöntve, hogy az ITO centralizált legyen-e vagy sem. Nagyméretű intézetekben, a központosított jelleg mellett, az ITO szervezeti keretén belül, lehet bizonyos részlegeket elkülöníteni, pl. műtéti — nem műtéti (bel, neurologia); ha gyermekrészleg is van az egyaránt felveszi a műtéti és nem műtéti eseteket. Előnyös, ha az ITO-hoz csatlakozik az őrző-postoperativ egység; szoros kapcsolat a műtőblockkal és a felvételi részleggel elengedhetetlen!
3. Az ITO vezetését megfelelően képzett anaesthesiologusra kell bízni, az egyes klinikai osztályok orvosainak felelősségét ez azonban nem csökkentheti. Nagy kórházak kivételével, az ITO-t és az anaesthesiologiai szolgálatot ugyanazon főorvos vezetheti. Az ITO részére a lehető legszélesebb konziliáriusi lehetőségeket kell biztosítani minden napszakban.
4. Egy ITO összágyszáma 10 és 20 (esetleg 25) között legyen; ha több IT ágyra van szükség (ez azonban ritkán adódik), úgy újabb ITO szervezendő. Az ITO ágyszámát szokás a kórház összes ágyszámához viszonyítva megadni (ez általában 1,5—3%), illetőleg az egyes klinikai szakokra kiszámítani. A munkabizottság véleménye és megalapozott ajánlása szerint, az ITO ágyszükséglet kiszámításánál, az ellátandó terület lakosságszámát kell alapul venni, s minden 10 000 lakosra 1,0 ITO ágyat létesíteni.
5. Építészeti megoldás, a helyi körülményektől függően nyílt, zárt, vagy e kettő kombinációja egyaránt lehet. Ágyanként 14—20 m^2 alapterület biztosítandó; de végeredményben — ha lehetőség van reá — a 20—30 m^2 sem luxus. Központi oxygenellátásból ágyankénti leágazás, több áramkör, s a helyiségekbe klímaberendezés szerelendő fel. Az ágy melletti felügyelettel szemben a centrális (készülékes) megfigyelés előnyösebb.
6. Az osztályon ki kell dolgozni a hygiénés rendszabályokat; ezek betartása szigorúan ellenőrizendő.
7. A szokványos méretű (10—20 ágyas) ITO személyi ellátottsága: 3—5 orvos, ágyanként 1—1,5 ápolónő, 1—3 asszisztens (labor. és transfuziós), 3—4 segédápolónő, takarítók, beteghordók, 1—2 szerelőtechnikus, 1 adminisztrátor.
8. Az ITO személyzetének különleges képzést kell adni, s biztosítani a rendszeres továbbképzésüket is.
9. Egy ITO ágyra, az egyéb kórházi ágy kezelési költségének 5—6-szorosát lehet számítani.
10. Az ITO munkarendje folyamatos; intenzív.

A téziseken vita indult meg, elsősorban mérnöki-műszaki vonatkozásokban, melyek főleg a készülékeket és berendezéseket érintették. A továbbiakban azonban már csak hozzászólások adódtak. Többen felvetették a középkáderhiányt, az ITO dolgozóinak rendkívüli testi és szellemi igénybevettségét, a személyzet különleges képzésének nehézségeit. Az NDK-ban ITO-on dolgozó nővérek munkaóránként 0,55 MDN pótlékot kapnak.

A gyakorlatban bemutatott osztályok közül a legélményszerűbb volt a Berlin/Friedrichshain-i kórház, felvételi részleggel, őrző és ébredő szobákkal, műtőblokkal kapcsolt intenzív therápiás osztálya.

Cselkó László dr.
Vadkerty Lajos dr.

A szerkesztőség kommentárja: A szerkesztőség mindenkor örömmel ad helyet olyan beszámolóknak, amelyekből a hazai olvasó képet nyerhet arról, hogy külföldön miképpen közelítik meg aktuális tudományos vagy gyakorlati problémák korszerű megoldását. Ennek jelentősége, fenti esetben, azáltal is kiemelkedik, mert az Eü. Közlönyben tavaly nyáron megjelent miniszteri rendelet alapján hazánkban is intézményesen megindult az intenzív betegellátó osztályok (I. B. O.) megszervezése.

Ilyen országszerte kiterjedt akció kezdeti szakában kívánatos és fontos olyan mozzanatok elhárítása, amelyek félreértésre adhatnak támpontot és ezáltal az akciót nem megfelelő irányba terelhetik. A beszámolóban érintett kérdések közül csak egy-kettőt kívánunk kiragadni, amelyek — nézetünk szerint — ebbe a kategóriába esnek. Az első tézis szerint a felvételi javaslatok közé tartozik pl. a *szívinfarctus*, — de csak *„a sokk állapotában"*. Ez mindjárt ellentmond az idézett munkabizottság azon megállapításának, hogy az intenzív osztályon van helye minden olyan betegnek, akinél — idézzük — „a vitális functiók életveszélyes zavara fennáll, *vagy az bármikor bekövetkezik*". Nyilvánvaló, hogy a szívinfarctus erre jó példa, de nem az említett megszorítással. Közismert ugyanis, hogy a folyamatos gondos oscilloskopos észlelés az első napokban az esetek túlnyomó többségében olyan ritmuszavarokat fedezhet fel, amelyek bármely pillanatban végzetes szívmegállásba mehetnek át. Ezek azonnali beavatkozással eliminálhatók és a beteg élete megmenthető, de csak olyan személyi adottságok és technikai felszerelés révén, amelyekkel csak az intenzív osztály rendelkezik. Ugyanez vonatkozik az imminens sokkos betegekre is. A már kifejlődött sokknak a mortalitása ugyanis még az intenzív osztályokon is rendkívül magas. Ezzel a tézissel tehát ugyanúgy nem érthetünk egyet, mint azzal sem, hogy az intenzív osztályt csak anaesthesiologus vezetheti (3. tézis). Az ma már nem vitatott, hogy kollektív erőfeszítéseikben mennyire egymásra vannak utalva a különböző szakmák reprezentánsai, de ugyanakkor józan követelmény, hogy a kezelést mindenkor az irányítsa, akinek szakmájába a vitális veszélyeztetettség állapotába került beteg alapbántalma tartozik. Nem vonatkozik ez természetesen a legakutabb életmentő beavatkozást igénylő állapotokra.

Beszámoló a VII. Nemzetközi Angiológiai Kongresszusról.

Liège, 1970. szept. 1—5.

A kongresszust az Union Internationale d'Angéiologie rendezte, amely általában 3 évenként tart nemzetközi kongresszust. Az 1961. évi Prágában, az 1964. évi Párizsban, az 1967. évi Barcelonában folyt le.

Magyarországról kívülem Soltész Lajos, Urai László, Szigeti István, Szentgáli Ferenc, Csengődi József és Meskó Éva voltak jelen.

Az ünnepélyes megnyitó ülésen *Florkin M.* professzor, a CIOMS elnöke, *Orban F.* professzor, a kongresszus elnöke és *Lambert J.*, a kongresszus főtitkára szólaltak fel, majd *De Bakey M.* professzor tartott előadást az arteria coronaria betegségeinek sebészi kezeléséről.

A kongresszusnak 10 főtémája volt.

Az arteriopathiák inguinalis szalag alatti helyreállító sebészetének fejlődése.

Ezt a témát *Cid dos Santos* elnökletével panel- és kerekasztalkonferencia keretében prominens érsebészek vitatták meg, akik közül főleg *De Bakey, Fogarty, Fontaine* és *Vollmar* nevei emelendők ki.

Dulieu és munkatársai (Louvain) 35 betegen végeztek késői szövődmény miatt újabb helyreállító műtétet. *Ruffo* és munkatársai (Ferrara) arteria-reconstructiót 82 esetben a vena saphena magna felhasználásával végezve 85%-os kedvező késői eredményről számoltak be. *Harjola* (Helsinki) súlyos femoropoplitealis atherosclerosisos elzáródás 33 esetben végzett femoropoplitealis vénás by.-passt, 14 esetben tartós eredménnyel, *Soltész, Papp, Szabó, Frank* és *Turbók* (Budapest) gangraenás esetekben végzett helyreállító műtéteik kedvező eredményéről számoltak be, *Kakkar* (London) a vena saphena magna használhatatlan állapota esetén 17 esetben a vena cephalicat használta fel by-pass műtéthez, 15 esetben tartós eredménnyel. *Rosenberg* és munkatársai (New Orleans) a szarvasmarha modifikált arteria carotisát ültették be 77 olyan betegbe, kiknek vena saphena magnája arra nem volt alkalmas. *Szentgáli és Máté* ragasztóanyagok alkalmazásáról számoltak be thrombendarteriektomiák kapcsán.

Az arteriás és vénás collaterális keringés megjavítására irányuló belgyógyászati és sebészi eljárások.

Ezen a symposiumon *Malan* milánói professzor elnökölt. *Cid dos Santos* (Lissabon) bevezető előadása után *Ehringer* (Wien) hangsúlyozta, hogy a vasoaktiv gyógyszerek intravénás beadása esetén a peripheriás átáramlás fokozódása attól függ, hogy az verőérelzáródást mily fokban képes kompenzálni a kollaterális keringés. Ennek megítélésére quantitatív nyomás és átáramlás mérést ajánlott. *Meciani* (Milano) a kollateralis keringésnek arteriographiával és phonoangiographiával vizsgált állapotától függően döntenek a vasodilatatiós műtét, a sympathektomia mellett, vagy ha szükséges, a helyreállító műtét mellett. *Fontaine R.* és *Fontaine J. L.* (Strassburg) a sympathektomiának a kollateralis keringésre gyakorolt igen jó hatását hangsúlyozták. *Langeron* és munkatársai (Lille) a vena iliaca és a vena cava inferior elzáródásakor kialakuló kollateralis pályákat mutatták ki phlebographiával. *Vollmar* (Heidelberg) szerint a kollateralis venás keringés megjavításának a nagy vénák reconstructiós műtétei (thrombektomia, by-pass, transplantatum interpositiója) által elérhető eredményeit meg lehet javítani ideiglenes arteriovenosus fistula létesítése által a reconstruált érszakasztól peripheriásan. Femorofemoralis by-passt is végez s anticoagulans therapiát is.

Az aortaív, a carotisok és a vertebralisok syndromái s azok kezelése.

De Bakey (Houston) az aortaív nagy ereinek occlusiv betegségeiben végzett műtéteinek késői—kedvező eredményeiről számolt be. *Rob* és *DeWese* (Rochester) előadásának tárgya az extracranialis agyi arteriák occlusiv betegségeinek sebészi kezelése volt. *Vollmar* (Heidelberg) szerint az agyi vérkeringési zavaroknak 25—30%-a az extracranialis erek elzáródásából ered. *Thevenet* (Montpellier) az art. carotison 450, az art. vertebralison 250, a supraaorticus törzseken 180 műtétről számolt be. *Harjola* és munkatársai (Helsinki) a supraaorticus arteriák elzáródásában, ill. beszűkülésében szenvedő 119 betegen 143 reconstructiv műtétet végeztek. Az eredmény az esetek 78%-ában jó vagy kielégítő volt, a betegek 59%-a munkaképessé vált. *Urai, Follmann, Gyárfás, Kali* és *Heszberger* (Budapest) előadása az aortaív és „subclavian steal" syndroma eseteiben végzett keringésvizsgálatokról szólt.

Schütz (Lübeck) a vizsgáló eljárások közül értékesnek tartja az oscillometriát, az oscillographiát, a rheographiát és a venaocclusiós plethysmographiát. *Pratesi* és *Nuti* (Firenze) a morphoscillographiát és a rheographiát találták igen jó diagnosztikai eljárásnak. *Jacquet* (Paris) két új vizsgáló eljárást ismertetett, az angiotransholographiát és az angiocholographiát, az ultrahang és a laser sugarak felhasználásával. *Mayall* (Rio de Janeiro) 200 eset tapasztalatai alapján a VII. háti csigolya magasságában végzett aortapunctiós aortographiát ajánlotta, mivel az kevésbé veszélyes, mint a lumbalis punctióval végzett aortogrphia. *Stockmann* és munkatársai (Berlin) az endarteriektomiát intraoperativ angiographiával kombinálják a femoropoplitealis szakasz reconstructiója kapcsán. *Hinck* és *Judkins* (Madison) a femorocerebralis angiographia újabb technikáját ismertették praeformált ún. „Head Hunting" catheterekkel.

Taylor és *Allan* (London) a „Nicotron" nevű elektromágneses áramlásmérőt igen megbízhatónak találták. *Ram* és munkatársai (Cleveland) egyszerűbbnek és szin-

tén igen jónak találták a Doppler-féle ultrahang áramlásmérőt, a „Doptone"-t. *Evans* (London) a Strandness által 1967-ben javasolt és *Segal* által is használt ultrahang eljárást igen alkalmasnak találta a venás thrombosis korai felismerésére. *Ambrosi* (Marseille) a bőrhőmérsékletmérés új methodikáját ismertette cholesterin eredetű folyékony kristályok alkalmazásával. *Pierron* és munkatársai 15 év tapasztalatai alapján számoltak be a fluoroscopia használhatóságáról az alsó végtagok arteriás keringésének vizsgálata terén.

Marston és munkatársai (London) a Technetium/^{99}Tc m, Napertechnetat clearance-ét vizsgálták a gastrocnemius lateralis fejébe beadva 37 egészséges és 50 perifériás verőérbetegségben szenvedő betegen s megbízható adatokat kaptak az izmok átáramlásáról. *Puel* és munkatársai (Toulouse) a ^{133}Xenon methodussal nyertek értékelhető adatokat az izombeli vérkeringésről. *Lecomte* (Liège) „a mikrocirculatio" fogalmát az arteriolák terminális ágaiban, a hajszálerekben és a venulák kezdeti szakaszában továbbá az arteriovenosus anastomosisokban folyó vérkeringésben határozta meg. *Jacquet* (Paris) a praecapilláris metartetriolaris sphincterek és az arteriolák szerepének fontosságát hangsúlyozta a szövetek táplálásának és anyagcseréjének szabályozásában. Az arteriolák átmérőjének felső határát 150 mikronban határozta meg. *Atik* (Lousville) a thrombocyták adhaesivitását egészséges egyéneken 40 ± 9%-osnak, heveny thrombophlebitisnél 64 ± 8%-osnak, tüdőemboliánál 70 ± 8%-osnak találta, és azt dextran infusiókkal csökkenteni tudta. Műtét előtti dextran infusiókkal kezelt betegeinek thrombocyta adhaesivitását sikerült 36 ± 9%-ra csökkenteni. Közülük egy sem kapott szövődményt.

Adams és munkatársai (Rochester) a tüdőembolia megelőzése céljából 28 betegnél a vena cava inferior részleges interruptióját, 38 betegnél annak teljes lekötését végezték. A műtéti mortalitás az utóbbi csoportban 13%, az előbbiben 8% volt, a kifejezett postthrombotikus syndroma kialakulásának aránya pedig 43%:16% volt. *Negus* (London) összefügést talált a bal vena iliaca communisnak az alsó lágyéki csigolyák által beszűkített volta és a baloldali phlebothrombosisnak a jobboldalinál gyakoribb volta között.

Bartos (Prága) 35 esetben eredményesen végezte az arteria tibialisok revascularisatióját az arteria femoralis superficialis thromboendarteriektomiájával és a vena saphena magnával készített by-passzal. Az arteria brachialis és az arteria radialis között is a vena saphena magnával készített by-passt. Sutura nélkül is létesített anastomosisokat fibrincsövek alkalmazásával. *Fontaine J. L.* és *Plot J. G.* (Strassburg) 400 suturát végeztek 0,4 mm-től 4 mm átmérőjű ereken, ASC 4 typusú és Inokucki-féle varrógéppel, igen jó eredménnyel. *Gedeon* és munkatársai (Toulouse) állatok arteria coronariain és mammaria internain végeztek mikrosuturát extracorporalis keringés mellett.

A forum angiologicum ülésein elhangzott szabadon választott előadások közül a következőket tartom megemlítendőnek: *Heine* és munkatársai (Berlin, NDK) az arteriosclerosis obliterans prognosisát vizsgálva azt találták, hogy az anticoagulans kezelés szignifikánsan megjavítja a prognosist. Kontrollcsoportukban a szívinfarctus hatszorta gyakrabban fordult elő, mint az anticoagulans csoportban. Eredményeik összhangban állnak ott elhangzott egyik saját előadásunk kedvező adataival: *Bugár-Mészáros K., Fonó J., Bereczky M., Várnai Gy., Bugár-Mészáros T.*: „Tízéves tapasztalataink tartós anticoagulans therapiával a végtagok thrombosisos és emboliás verőérelzáródásának eseteiben". Másik előadásunkban a mélyvéna thrombosis tartós anticoagulans kezelésének 10 éves kedvező tapasztalatairól számoltunk be. *Pierron* és munkatársai (Marseille) az alsó végtagok „chron. arteriopathiájában" szenvedő betegeiknél 2—9 éven át tartós anticoagulans kezelést végezve, a betegek 69%-ában javulást észleltek, szemben a kontrollcsoport 47%-os adataival. *Schmidt* és munkatársai (Berlin, NDK) átlag 3 év múlva megismételt arteriographiával anticoagulans therapia mellett az esetek 33,3%-ában, kontroll-csoportukban pedig az esetek 69,2%-ában találtak progressiót organikus arteriás átáramlási zavarban szenvedő betegeiknél. *Erlac* (Landau/Isar) 1027 beteg észlelése kapcsán azt találta, hogy xanthiolnicotinat műtét előtti és utáni adagolása után a thromboemboliás szövődmények gyakorisága kb. egy hetedére (6,8-ére) csökkent. *Widmer* és munkatársai (Basel) a mélyvénák thrombophlebitisében szenvedők késői therapiás eredményeit fibrinolytikus therapia után jobbnak találták, mint csak anticoagulansok adása után. *Mayall* és *de Freites* (Rio de Janeiro) a felsővégtagoknak mastektomia utáni lymphoedemája esetén 3 operált eset kapcsán a következő műtéteket ajánlották: 1. A vena axillaris, ill. subclavia körüli összenövések, ill. nyirokcsomó-compressio felszabadítása. 2. Lymphangioplastica. 3. Lymphovenosus anastomosis készítése. *Mayall* és munkatársai a lágyékhajlatban végzett lymphovenosus anastomosis műtétről is beszámoltak. *Mecianinak* és munkatársainak (Milano) előadása a fistula arteriovenosa „phonoarteriographiá"-jának diagnosztikai felhasználhatóságáról szólt. *Soltész* és *Solti* (Budapest) a végtagok veleszületett fistula arteriovenosa eseteiben észlelt haemodynamikai változásokkal foglalkoztak. *Szigeti* és *Pikó* (Budapest) komplex aorta homogenisatumot adva antigenként fiatal nyulaknak, az emberi arteriosclerosishoz hasonló makroskopos és histochemiai elváltozásokat tudtak előidézni az intimán és a mediánban.

A bemutatott filmek közül *Balas*nak reimplantatiós filmjén kívül a következőket tartom kiemelkedőknek: *Thevenet* (Montpellier) a supraaorticus törzsek, az arteria carotis és vertebralis sebészetéről mutatott be 2 filmet. *Perrin* (London) és *Dules* (Belfast) 1—1 filmet venabeültetésről femoro-popliteális verőérelzáródás esetén. *Adams* (Rochester) a vena cava inferior lekötése helyett végzett partialis interruptio műtétét mutatta be, amit a tüdőembolia megelőzése céljából végez. *Vollmar* (Heidelberg) egyik filmje a traumás arteriovenosus fistula műtéteit mutatta be, a másik pedig az arteriáknak műtét közben végzett endoskopiáját, ami előnyösebb az intraoperatív arteriographiánál és átáramoltatási próbánál is, mivel egy 20—30 cm-es érszakasz intimájának közvetlen megtekintésére is alkalmas. *Hahn* és *Faidutti* (Genf) filmje az arteria coronariákon végzett endarteriektomiát és implantatiót mutatta be.

Miként a fentiekből kitűnik, több új eljárás diagnosztikus és therapiás eredményei kerültek ismertetésre, amelyeknek hazánkban való bevezetése is nagyon kívánatos volna. Ilyenek elsősorban az elektromágneses és az ultrahangos véráramlásmérő, az arteria endoskopia és a kis lumenű erek varrására alkalmas ASC typusú és Inokucki-féle varrógép alkalmazása.

A kongresszus tartama alatt *adminisztratív ülései* is voltak a *Nemzetközi Angiologiai Uniónak*. Az Igazgatótanács döntött a következő kongresszus helyéről és idejéről, titkos szavazással Rio de Janeiro mellett (1972-re), mindössze 2 szavazat-többséggel Budapesttel szemben.

Már a kongresszus előestéjén közöltem *Louis Gerson dr.*-ral, a Nemzetközi Angiologiai Unio főtitkárával, hogy a Magyar Angiologiai Társaság tiszteletbeli tagjává választotta. Köszönettel elfogadta a tiszteletbeli tagságot s a diploma átvétele céljából el fog jönni 1971-ben Budapestre.

Bugár-Mészáros Károly dr.

A gyakorlat kérdései

Az elsősegélynyújtás oktatása. Miles, S. (Manchester University): Brit. Med. J. 1969, 4, 485—487.

Nagy-Britanniában évi 20 000 halálos, 300 000 súlyosan és 5 millió könnyebben sérült áldozata van a baleseteknek; a következményes anyagi veszteség a nemzeti jövedelem szempontjából mintegy 500 millió angol font. Ez azt jelenti, hogy percenként 10 személy szorul elsősegélynyújtásra, és 1000 font megy veszendőbe. Idejekorán nyújtott, hatásos elsősegély révén mind az egészségkárosodást, mind az anyagi veszteséget lényegesen lehetne csökkenteni.

Az „elsősegély" fogalmát ma már ki kell terjeszteni, mivel számos önkéntes és hivatásos mentő-testület, sőt ritkán orvos is közreműködik. Korszerű értelemben elsősegély az a közvetlen segítség hirtelen egészségkárosodás esetén, amelyet laikus vagy képzett személy a végleges szakellátás előtt nyújt. Ez tehát az orvostudomány olyan ága, amelyben az egész lakosságnak rendelkeznie kellene valamelyes elemi jártassággal, minél több személynek részletesebb tájékozottsággal, néhánynak pedig alapos képzettséggel.

Ezen elveknek megfelelően: igazában mindenkit oktatni kell elsősegélynyújtásra, bár különböző szinteken. Az egyes szinteknek egymásra kell épülniük és szervesen egymáshoz kapcsolódniuk. Arra kell törekedni, hogy az egész lakosság részesüljön alapfokú képzésben, s hogy minél többen igyekezzenek az egyre magasabb képzettségi fokokat önként elérni; bizonyos munkakörökben (önkéntes mentők, rendőrség, tűzoltók stb.) ezt meg is kell követelni. A széleskörű oktatást, ill. képzést nem helyettesítik az egyes szervezetek rendezésében most is folyó, egyébként kitűnő tanfolyamok. Az elsősegélynyújtási oktatás progresszív tanmenete a következők szerint építhető fel:

Életmentési tanfolyam képezné az alapot, amelyet a lakosság minden tagjának el kellene végeznie. Megfelelő oktató-eszközökkel két óra alatt meg lehet tanítani a légutak szabadontartását, a lélegeztetést, a vérzéscsillapítást és az általános baleseti ellátást.

A külső szívmassage megtanítható intelligens felnőtteknek.

Általános elsősegélynyújtás keretében, 9 × 2 órában, fentieken kívül a következőket oktatnák: az emberi szervezet funkciói; légzés és keringés újraélesztése; vérzés, shock, különleges sérülések; baleseti ellátás, sérülési betegség, eszméletlenség; csont- és ízületi sérülések; mérgezések; hirtelen megbetegedések.

Haladott elsősegélynyújtás keretében: az eddig felsoroltak mélyrehatóbb ismerete; szülészeti és elmegyógyászati sürgős esetek, vízbefulás; eszközös újraélesztés, oxygenbelélegeztetés; hordágyak és sebesültszállítás; mentőkocsik és segélyhelyek felszerelése; sugársérülés; balesetelhárítás szervezete.

Különleges tanfolyamok, a követelményekhez alakítva, tehát speciális üzemek, foglalkozási ágak, ritkább sportágak (hegymászás, könnyűbúvár stb.) számára.

Egészségügyi személyzet képzése kiemelten szükséges, hiszen az általános felfogással ellentétben: az egészségügyi képzettség még korántsem jelenti a jártasságot az elsősegélynyújtásban, ill. a baleseti helyszínen való ténykedésben. Elsősegélynyújtási kiképzésük természetesen magasabb színvonalat enged meg és követel.

Az általános orvos szerepe külön is vizsgálandó. Kívánatos, hogy az orvosok körül sürgősségi szolgálatok, csoportok alakuljanak ki, jó hírközlési és szállítási lehetőségekkel, szoros kapcsolatban a rendőrséggel és a mentőszolgálatokkal. Előnyös, ha az orvos — a sérült ellátása után — tanulmányozza a baleset következtében szerepet játszott tényezőket is, természetesen főként egészségügyi szempontból.

Az oktató ideálisan a tanításra kiképzett orvos lehetne; semmi sem helyettesítheti azonban a tárgyi ismereteket és a lelkesedést azok átadásáért. Sok segédeszköz áll rendelkezésre, de legfontosabb az oktató személyisége.

Az elmondottak: csupán javaslat, amelyen a jövő elsősegélynyújtása, ill. annak egységes rendszerbe foglalt oktatása felépülhet.

(Ref: Annak ellenére, hogy hazai viszonyaink jelentősen — és általában javunkra — eltérnek Nagy-Britannia elsősegélynyújtási helyzetétől, a cikk általános megállapításai nálunk is érvényesek. Az oktatás leírt lépcsőzetes megszervezése pedig különösen megszívlelendő, bár nálunk szintén nem új gondolat.)

Gábor Aurél dr.

Anaesthesiologia

Chronikus dialysis alatt álló betegek anaesthesiologiai problémáiról. Marx, G. F. és mtsai (Albert Einstein Coll. of Med., Yeshiva Univ., Bronx, New York): New York State Journal of Medicine. 1970, *69*, 583.

A beszámoló a New York-i anaesthesiológusok konferenciáján hangzott el. 38 éves, chron. veseelégtelenség miatt rendszeres dialysis alatt álló betegük binephrectomiával egybekötött vese-transzplantációja során alkalmazott anaesthesiáját ismertetik. A műtétet megelőzően a betegnek iv. 0,3 mg atropint adtak, ezt követően maszkon át 5 percig O_2-t, s azt követően 2 perc alatt 100 mg thiopental-Na-ot. Ezután a beteg 5 liter/perc 1%-os halothan tartalmú O_2-t kapott ismét. 30 mg succinylcholin adását követően intubálták és a narcosist 3:2 arányú nitrogénoxidul —O_2 keverékkel végezték. A halothankoncentráció 0,2—0,5 térf.% volt. A succinylcholint követően 6 perccel a beteg spontán, jól légzett. A műtét közben 0,1%-os succinylcholint adtak cseppinfusióban, összesen 350 mg-ot, 6,5 órán keresztül. A beteg a műtőt ébren, jól kiváltható reflexekkel hagyta el.

A szerzők megjegyzik, hogy a transzplantáció előtti napon, ha arra lehetőség van, extracorporalis (regionalis) heparinizálással a beteget dialysálni kell és haematokritját transzfúzióval legalább 25%-ra kell javítani. Cadaver vese transzplantációja esetén, ha a beteg a műtét előtt étkezett, gyomortartalmát ki kell emelni, és gyors dialysissel serum K-ját legalább 5,5 mval/l-re kell csökkenteni. A magas serum K-szint a tensiócsökkentő hatású drogok és a digitalis (strophantin) hatását potenciálva erősen növelik a műtét, ill. az anaesthesia kockázatát. Az altatás előtt adott atropin kellően véd a bradycardia ellen is.

Az uraemiás beteg izomrelaxans igénye alacsony. Flaxedil és Syncurine adása kontraindikált, mivel csak renálisan eliminálódnak, succinylcholin és d-tubocurarin azonban adható. A succinylcholin a szervezetben hydrolysálódik, a d-tubocurarin pedig a renális eliminálódás zavara esetén a májban is kellően detoxicálódik. Az izomrelaxansok hatását egyes antibioticumok, mint pl. a Neomycin és a Kanamycin potenciálják, ezért erre figyelemmel kell lenni.

Kisebb sebészeti beavatkozások uraemiás betegeken vasoconstrictor-mentes localanaesthesiában is elvégezhetők. Nagyobb hasi beavatkozások csak spinális anaesthesiában vagy általános anaesthesiában végezhetők el. Általános anaesthesiára a nitrogénoxidul felel meg a legjobban, kis koncentrációjú halothannal. A cyclopropán hypertensiót és arrhythmiát, az aether metabolikus acidosist, a methoxyfluran vesekárosodást okozhat.

Hangsúlyozzák a műtét alatti gondos monitorizálás (vérnyomás, EKG, serum kálium, centrális vénás nyomás) fontosságát és rámutatnak arra, hogy a műtét eredménye e betegeknél a sebész, anaesthesiológus és a nephrológus együttes munkájának függvénye.

Berkessy Sándor dr.

Methoxyfluran altatást követő toxikus hatások. I. Klinikai és kórbonctani megfigyelések két halálos eset kapcsán. Panner, B. J. és mtsai: JAMA. 1970, *214*, 86—90.

A methoxyfluran anaesthesia klinikai alkalmazásának bevezetése után rövidesen megfigyeltek olyan jelenségeket, amelyek a szer nephrotoxikus hatására utaltak. A methoxyfluran (továbbiakban: M.) okozta vesekárosodás klinikai tüneteit 1966-ban írták le először: fokozott diuresis, dehydratatio és azotaemia. A M. hepatotoxikus hatásáról is jelentek meg közlemények, ennek tünetei (láz, hidegrázás, sárgaság) azonosak a halothan okozta májkárosodás tüneteivel.

A szerzők két újabb polyuriás acut veseelégtelenségről számolnak be, mindkettő hosszabb (4, ill. 6 órás) M. narkózis után lépett fel, 24 órán belül. Az egyik esetben májkárosodásra utaló tünetek is jelentkeztek. Mindkét beteg — szövődményes kórlefolyás után — meghalt. A boncolás során egyetlen közös lelet az oxalátkristályok jelenléte volt a tubulusokban.

A szerzők által ismertetett esetekben (és a mások által közöltek többségében is) szoros időbeli összefüggés van a M. alkalmazása és a polyuriás veseelégtelenség megjelenése között. Eseteik részletes elemzésével kizárják egyéb, vesekárosodást kiváltó okok jelenlétét.

Feltehető, hogy a M. toxikus hatása a metabolizálódás során keletkező fluoridok következménye. A M. magas zsíroldékonysága miatt kövér betegeknél különösen magas lehet a fluoridszint. (Szerzők mindkét betege kövér volt). Az egyik betegen toxikus májkárosodás tünetei is kialakultak, jellegzetes kórszövettani lelettel.

Szükségesnek látták felhívni a figyelmet a M. vese- és májkárosító hatásának lehetőségére, s ezek korai diagnózisára.

Molnár Edit dr.

Methoxyfluran altatást követő toxikus hatások. II. Nephrotoxicitásnál észlelt fluorid concentratiók. Taves, D. R. és mtsai: JAMA, 1970, *214*, 91—95.

A methoxyfluran a szervezetben lebomlik, s a lehetséges metabolitok között legvalószínűbbek a chlorid és fluorid ionok, methoxydifluorecetsav, hydroxydifluorecetsav és az oxálsav. A fluorid és az oxalát is nephrotoxikus hatású.

A szerző és munkatársai három betegben vizsgálták az anorganikus és organikus fluoridszintet, M. anaesthesia után. Az egyik beteg az előző közleményben ismertetett fatalis vesekárosodást elszenvedett beteg volt, a másik két betegen zavartalan kórlefolyást észleltek. A vesekárosodott beteg kövér volt, és M. narkózisa hosszú ideig tartott; a két másik beteg narkózisa nem haladta meg a 2 órát és nem voltak kövérek. Ezektől vérmintát anaesthesia előtt és után vettek, az egyiknél még a következő két postoperatív napon is, az első betegen a 8. 19. és 30. napon történt fluoridszint meghatározás.

M. anaesthesia után mindhárom betegben emelkedettnek találták az anorganikus fluoridszintet. A vesekárosodást szenvedett beteg fluoridszintje lényegesen magasabb volt, nyolc nappal a narkózis után is meghaladta a másik két betegnél észlelt legmagasabb érték tízszeresét. Lényeges emelkedést mutattak ki még a 19. napon is.

A szervetlen fluorid magas szintje kétségkívül nephrotoxikus hatású. Az organikus fluorid metabolitok ilyen irányú jelentősége még nem bizonyított, mivel azonban ezek instabil vegyületek, közvetlen forrásai az anorganikus fluoridnak.

A polyuriás veseelégtelenség megelőzésének egyik lehetősége a M. anaesthesiák számának korlátozása, különösen kövér vagy rossz vesefunctiójú betegeken. Másik lehetőség a vizeletkiválasztás fokozása, vagyis a toxikus hatás csökkentése a fluoridok felhígításával. A methoxyfluran toxikus reactióit eredményesen kezelhetjük haemodialysissel.

Molnár Edit dr.

Methoxyfluran altatást követő toxikus hatások. III. A metabolitok haemodialysise. Taves, D. R. és mtsai: JAMA, 1970, *214*, 96—97.

Egy 10 éves gyermek esetében chr. glomerulonephritis miatt vese-transplantatiót készítettek elő. Ismételt haemodialysisek után splenectomiát és kétoldali nephrectomiát végeztek, methoxyfluran narkózisban, amely $2^1/_2$ órát tartott. A későbbiekben sikeres veseátültetés történt.

Ezen a betegen vizsgálták a fluoridszintet és a haemodialysis fluoridmentesítő hatását. Az eredmények arra utalnak, hogy a haemodialysis hamar megtisztítja a vért a M. metabolitjaitól. Az anorganikus fluorid érték a haemodialysist követő napon ismét jelentősen emelkedett, vagyis a szövetekben még számottevő mennyiség maradt. A második dialysis után már alacsony fluorid concentratiókat észleltek, vagyis a betegen két dialysis volt szükséges a metabolitok nagy részének eltávolításához. Lehetséges, hogy más betegek, különösen a kövérek, kettőnél több dialysist igényelnek.

Mindenesetre ajánlatosnak látszik, hogy rossz vesefunctio esetén ne adjunk a betegnek olyan altatószert, amely nemvolatilis metabolitokra bomlik.

Molnár Edit dr.

Methoxyfluran anaesthesiát követő renalis oxalosis és azotaemia. Frascino, J. A., Vanamee, P., Rosen, P. P.: New Engl. J. Med. 1970, *283*, 676.

Minthogy más szerzők methoxyfluran (Penthrane) narcosist követő veseelégtelenségben elhalt egyéneken a vesékben már korábban calcium oxalát kristályokat találtak, a szerzők olyan — nagyrészt carcinoma miatt operált — nagy műtéteken átesett 11 betegen vizsgálták a methoxyfluran és veseoxalosis összefüggéseit, akiken a postoperativ szakban veseelégtelenség lépett fel. A betegek a műtét során 2,7—7,5 óráig voltak methoxyfluran hatásának kitéve.

Összesen 7 beteg vesebiopsiás anyagát formalinba fixálták, és speciális histokémiai módszerekkel mutatták ki a calcium oxalát kristályokat. A műtét utáni 5—10. napokon 6 beteg oxalát ürítését vizsgálták, és azt minden esetben emelkedettnek találták (96—480 mg/die). A biopsiák a proximalis tubulusokban, intratubularis calcium oxalát kristályokat mutattak ki, következményes tubularis dilatatióval és epitélsejt degeneratióval. A tubulus károsodás és kristályképződés mértéke párhuzamosságot mutatott az azotaemia fokával, de önmagában a kristályképződés nem magyarázta meg a vesekárosodás kialakulását.

Az intrarenalis oxalát kristályképződés nem típusos velejárója a postoperativ veseelégtelenségnek, sőt a carcinomás beteganyagnak sem. Nem tisztázott, hogy a methoxyfluran milyen mechanizmussal indukál hyperoxaluriát. A vizsgált betegek veseelégtelenségét a műtét természete, kiterjedt volta, valamint a postoperativ hypertensio magyarázza. A csökkent tubularis áramlás valószínűleg kedvez a kristályképződésnek, így érthető, hogy minél nagyobb az azotaemia, annál kiterjedtebb az oxalosis. A methoxyfluran okozta fölös oxalátot a normál vese ki tudja választani, s így intrarenalis precipitáció nem következik be. Károsodott vesében azonban lehetséges, hogy az oxalát precipitáció hozzájárul a veseelégtelenség irreversibilissé válásához. Egyes betegeken fellépő, polyuriával és hypernatraemiával kísért átmenetileg jelentkező enyhe azotaemiát más szerzők a methoxyfluran primer nephrotoxikus hatásával hozzák összefüggésbe, de a vizsgált sorozatban azt az urológiai természetű műtét is magyarázhatja. Minthogy a vese csökkent átáramlása, s a hypovolaemia okozta hypotonia kedvez az oxalát precipitatiónak, a methoxyflurannal altatott betegek postoperativ folyadékegyensúlyának fenntartása különösen fontosnak látszik.

Széll Kálmán dr.

A gyomorbennék aspiratiója által okozott kórképről. A Mendelson-syndromáról. Greuel, H.: Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 1728.

Szerző cikkében három, gyomortartalom aspiratiója után fellépett tüdőszövődményről számol be. Mindhárom esetben a nőgyógyászati műtét elején a narcosis meg-

kezdése után shock lépett fel a betegeken. A shock leküzdése után néhány órával mindegyik esetben tüdőoedema keletkezett. A shock felléptét minden esetükben postoperativ vérzés által okozottnak vélték, és ez téves diagnózishoz vezetett. A mellkas rtg-felvételeket minden esetben csak a shock megszüntetése után készítették el.

A narcosis kezdete előtt hosszabb étkezési szünet és az intratrachealis intubatio segítségével megelőzhető ez a komplikáció. Amennyiben a narcosis kezdetén regurgitatio veszélye áll fenn, az oesophagusnak gerincoszlophoz való nyomása elejét veszi a szövődménynek. Amennyiben valamilyen okból a regurgitatio mégis bekövetkezik, a szerző az észlelés után a bronchusrendszer physiológiás sóval való öblítését javasolja.

Nem javasolja erre a célra neutralizáló oldat használatát. A fellépő shockot a szokásos módon kezelte. A fellépő pulmonalis oedema megoldására szerző szívást, a hypoxia ellen pedig oxygenbelégzést javasol. Az antibioticumok adása a pneumoniát megelőzi, azonban szerző szerint az aspiratiót nem feltétlenül követi minden esetben pneumonia. Ha mindezeket az említett praeventiv és therapiás intézkedéseket megtettük, akkor a betegség prognosisa jónak mondható. Szerző három ismertetett esetében az aspiratiót követő tüdő-infiltratio gyorsan megszűnt.

Forgács István dr.

Anyagcserebetegségek

A diabetes epidemiologiájáról. Rodriguez Minon J. L., T. Gaona, P. Poveda (Clinica de la Concepcion. Fundacion Jiménez Diaz, Madrid): Münch. med. Wschr. 1970, *112*, 1205.

A diabeteses megbetegedések száma állandóan emelkedik. A világ egyes népeinek diabetes-gyakoriságát vizsgálva, a régebbi tapasztalatokkal ellentétben kiderült, hogy nincsen szignifikáns különbség az egyes fajok és népcsoportok között. Az egyes adatokat azonban nehéz összevetni, mivel az eddigi felmérések különböző diagnosztikus kritériumok alapján történtek és más-más lakosságcsoportra vonatkoztak. Az azonban tény, hogy az ázsiai diabeteses megbetegedések más formában jelentkeznek. Több a férfi cukorbeteg, kevesebb az érszövődmény, ritkább a gyermekkori diabetes és az acidosisos hajlam. Több a sovány diabeteses és ezeknek is többnyire szokatlanul magas az insulinszükséglete és e sovány cukorbetegek is gyakran jól reagálnak orális antidiabetikumokra. Ezek a jellemzők valószínűleg a kalóriaszegény táplálkozásra vezethetők vissza.

A spanyolországi diabetes-gyakoriságról még kevés adat látott napvilágot. A nyilvántartási adatok alapján ezelőtt 5 évvel 0,33%-os diabeteses morbiditással számoltak. A szerzők ezt túl alacsonynak találták és ezért kezdetben a mortalitásos adatok alapján próbáltak a valószínű morbiditásra következtetni. Ennek alapján azonban egész Spanyolországban csak 66 000 (0,2%) cukorbeteg lenne, ami arra mutat, hogy ez a számítási mód nem járható út. 1958-ban az évi 560 millió egység insulin felhasználásból próbáltak következtetni (napi 30 E-t és a betegek $^1/_3$-át insulinra beállítottnak számítva) és e módszerrel 150 000 cukorbeteget, 0,5% diabetes-gyakoriságot kaptak. Azonban ez a tájékozódási mód sem megfelelő, mivel a tényleges morbiditást csak a diabetes irányában végzett direkt vizsgálatok adhatják meg.

A szerzők e dolgozatukban röviden két megelőző vizsgálatról is beszámolnak. Az egyikben a cukorbetegek 186 egészséges hozzátartozóját (5—75 éves kor között) cukorterheléssel vizsgálva 27,4% cukorbeteget találtak, míg 64 nem diabeteses családi anamnézisű kontroll esetében 4,7% volt a diabetes előfordulása. A másik szűrővizsgálat volt, amikor is 1964-ben különböző spanyol tartományok 12 000 lakosát szűrték át vizeletvizsgálattal és 1,36%-os diabetes-gyakoriságot találtak. E vizsgálatukat nem részletezik.

A közlemény érdemi részét tulajdonképpen az 1969-es Ciudad Real tartományban végzett szűrés képezi. 18 000 30 éven felüli lakosnak szűrővizsgálatát vették tervbe és 12 537 főt sikerült átszűrniük. Két evőkanál cukorral kiegészített étkezés utáni vizeletvizsgálatot végeztek és minden esetben részletes anamnézist vettek fel, mely a családi örökletes tényezőket, a terhességi és szülési történéseket, valamint a testsúlyt és érbetegségeket foglalta magába. A teljes szűrővizsgálati anyagból 1256 olyan személyt választottak ki további vizsgálatok céljára, akiknél vagy a vizelet bizonyult pozitívnak, vagy az anamnézis adatai alapján merülhetett fel a diabetes lehetősége. Postprandial vércukorvizsgálattal az esetek 78,9%-a bizonyult normálisnak, 4,3%-a határesetnek és 16,8%-a diabetesesnek. A 214 személyből álló kontrollcsoportban, akiknél mind a vizeleteredmények, mind az anamnesztikus adatok negatívak voltak, 78,7%-os normál, 13,5%-os határesetet és 7,8%-os diabeteses eredményt kaptak. A glycosuriásként kiszűrtek 63%-a bizonyult cukorbetegnek.

Érdekesek a diabetes kimondásához alkalmazott diagnosztikus kritériumaik. A szerzők véleménye szerint ezeket nem lehet a szűrővizsgálatok előtt rögzíteni, hanem a párhuzamosan vizsgált kontroll csoport eredményei alapján kell meghatározni. Megállapították a kontrollok postprandial vércukrának arithmetikus középértékét (93 mg%), és amennyiben ez egy standard eltéréssel magasabb volt (112 mg% felett) diabetes gyanút, két standard eltéréssel magasabb esetben (126 mg% felett) pedig diabetest diagnosztizáltak.

(Ref.: A kissé nehézkes összeállítású és összefoglalásában félreérthetően sajtóhibás tanulmány azért érdekes, mert egy eddig még kevésbé publikált terület, Spanyolország diabeteses-morbiditásáról próbál felvilágosítást nyújtani. Epidemiologiai szempontból azonban nem kapunk lényeges adatokat, még diabetes-gyakoriságot sem, mivel a szerzők nem lakosságszűrést végeztek, hanem az érintett lakosságnak csak egynegyedét szűrték át és ennek is csak egy válogatott töredékét vizsgálták tovább. A dolgozatot azért is érdemes referálni, mert a kórismézés kritériumainak egy újabb változatát mutatja be példájául annak, hogy a diagnosztikus módszerek különbözősége szintén egyik tényezője (a vizsgált beteganyag életkora mellett) az irodalomban sokszor feltűnően eltérő adatoknak.

A szerzők tanulmányában szereplő diabeteses előfordulás még akkor is magas, ha tekintetbe vesszük azt, hogy 30 éves kor feletti felnőtteket vizsgáltak. Véleményem szerint nem képezhet diagnosztikus kritériumú alapot az olyan kontrollcsoport, amelyikben már eleve 7,8% cukorbeteg benne foglaltatik. A 126 mg% feletti 2. órás postprandial vércukorértékeket nem lehet egyértelműen, mindenkire vonatkoztatva diabetesesnek tartani. Nem közlik, hogy mennyiben és milyen formában vették számításba az öregek „fiziologiás" tolerantia-romlását, magasabb és elhúzódó postprandial vércukorértékeit. A már több oldalról meghatározott utánvizsgált határértékekhez viszonyítva igenis lehet értékes szűrővizsgálatokat végezni, csak a vizsgálati methodusokat pontosítani és folyamatosan kontrollálni kell. Jellemző, hogy a szerzőknek mind a kontroll, mind a diabetesre gyanús csoportjában a normál eredmények százalékos előfordulása szinte majdnem teljesen megegyezik.)

Angeli István dr.

Glibenclamiddal kezelt cukorbetegek klinikai megfigyelése és anyagcserevizsgálata. Anderson J. és mtsai. (Dept. of Medicine. King's College Hospital Medical School, London): Brit. med. J. 1970, *2*, 568—570.

A vércukorcsökkentő szulfonilurea vegyületek legújabb tagja az 1966-ban ismertetett glibenclamid (HB 419, Daonil, Euglucon), amelynek terápiás hatásáról 32 felnőttkori cukorbeteg átlag egyéves kezelése alapján számolnak be a szerzők. A vizsgálatra olyan ketó-

Rp: HALOPERIDOL

inj., tabl. és csepp

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 5 mg 4-/p-clorphenyl/-1-/3'-p-fluorbenzoyl-propyl/-piperidin-4-ol-t.
1 tabletta 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 agitatióval jár, mánia, paranoidhallucinatoros kórképek, agitált depressió, erethikus oligophrenia és epileptiformis psychosisok, delirium tremens. Csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az oralis adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan. Az átlagos oralis napi adag 2—4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5—10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermekek napi dózisa 5 éves korig a felnőtt dózis negyede, 6—15 éves korig a felnőtt dózis fele. Krónikus hányásban általában 2×10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

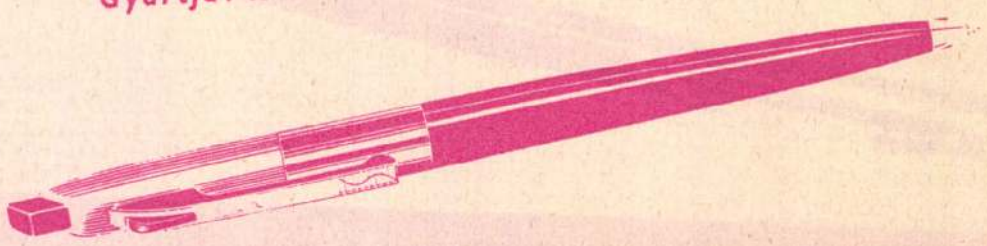
MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig történő kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia, vagy egyéb parkinson-szerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kupírozhatók.

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

FORGALOMBA KERÜL:

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

Gyártja: **KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST, X.**



Rp: RIGETAMIN

sublingualis tabletta

Összetétel:

1 sublingualis tabletta 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, migrainaequivalensek. A Rigetamin tabletta 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.

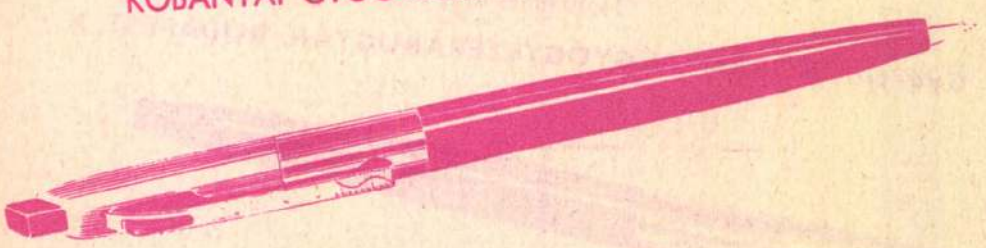
Adagolás:

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 tabletta lehet.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba kerül: 12 tabletta ..... 8,50 Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.



zisra nem hajlamos, 1—16 éve diabetesben szenvedő beteget választottak, akinek anyagcseréje 4 esetben inzulinnal, 28 esetben pedig diétával vagy per os antidiabetikummal nem volt kielégítően egyensúlyban tartható. A betegek (9 férfi, 23 nő) életkora a megfigyelés kezdetekor 40—83 év között ingadozott, átlaga 60 év volt. A glibenclamid napi adagja 2,5—35 mg között váltakozott. Ezt a mennyiséget reggel egy adagban adták. A betegeket havonta ellenőrizték, amikor kikérdezték őket esetleges melléktünetek — különösen alkohol okozta „flushing" és hypoglykaemia — jelentkezését illetően. Ellenőrizték testsúlyukat, májműködésüket (se. bi., LDH, SGOT, SGPT, szérum összfehérje és elektroforezis), haematológiai állapotukat (hgb., fvs., thrombocytaszám, qualitativ vérkép) és regisztrálták a plazma szabad zsírsav, cholesterin, tejsav, tejsavdehydrogenáz, piroszőlősav, acetecetsav és a reggeli étkezés után 2 órával mért vércukor értéket, vizeletcukorürítést. A glibenclamid kezelés megkezdése előtt, illetve, amikor a gyógyszeradag emelésétől az anyagcsere további javulást már nem mutatott — kb. 8 hónap múlva — 50 g glukóz adásával per os terhelést végeztek és regisztrálták a vércukor, illetve a plazma inzulin változását. A 32 beteg közül 2 esetben kellett 6 hónapon belül abbahagyni a glibenclamid kezelést hypoglykaemiás rosszullét, illetve az inzulinkezelés feltétlen szükségessége miatt. A tovább kezelt 30 egyénnél a glibenclamid kezelés megkezdése előtt 13 esetben, féléves kezelés után pedig 8 esetben volt 250 mg% felett az étkezés után 2 órával mért vércukor érték. 130 mg% alatti értéket a kezelés megkezdése előtt csak 1, féléves glibenclamid kezelés után pedig 6 esetben észleltek. A plazma cholesterin és tejsavdehydrogenáz szintje a kezelés folyamán jelentősen csökkent, a szabad zsírsav és piroszőlősav szintje pedig jelentősen emelkedett. Cukorterhelés alkalmával a vércukorgörbe egyes értékei — különösen az előzőleg csak diétás kezelésben részesült egyéneknél — jelentősen csökkentek, míg a plazma inzulin értékei jelentősen emelkedtek. Öt esetben a kezelést 13—16 hónapig folytatták. Az ekkor megismételt cukorterhelés vércukor és plazma inzulin adatai a kezelés megkezdése előtt talált értékekkel egyeztek. A glibenclamid csak átmenetileg növelte tehát a plazma inzulinszintjét. Tíz esetben a thrombocytaszám a kezelés folyamán átmenetileg csökkent. Egyéb parameterben lényeges változást nem észleltek. A betegek testsúlya sem változott.

Vizsgálataikat összegezve megállapítják, hogy glibenclamid mellékhatásoktól mentes, a plazma cholesterinszintet is jelentősen csökkentő hatásos antidiabetikum. Napi adagja 5—15 mg. A 15 mg feletti adagoktól további javulás nem várható. A napi mennyiség reggel egy adagban adható. További vizsgálatokat igényel annak tisztázása, hogy a tartós terápiás hatás ellenére, más vércukorcsökkentő szulfonilurea vegyülethez hasonlóan a glibenclamid hatása is csak átmenetileg — bár huzamosabb ideig — emeli a plazma inzulinszintet.

Pogátsa Gábor dr.

Cukorbetegek glibenclamid kezelése. Bhatia S. K. és mtsai (Sir George E. Clark Metabolic Unit, Royal Victoria Hospital, Belfast): Brit. med. J. 1970, *2*, 570—572.

A vércukorcsökkentő szulfonilurea vegyületek általános képlete: $R_1—SO_2.NH.CO.NH-R_2$. A vércukorcsökkentő hatás jelentősen növekedik, ha az R_1 gyökben analkyl lánc, az R_2 gyökben pedig cyclohexyl csoport szerepel. Így sikerült az N-4-[β-(5-chloro-2-methoxybenzamido)-ethyl]-phenylsulphonyl-N-cyclohexylurea„ a glibenclamid előállítása. A vegyület 5 mg-os adagja 4 órán belül maximális és igen tartós vércukorcsökkenést okoz. A vércukorcsökkenés tartósságára jellemző, hogy az előidézett hypoglykaemia 24 óra alatt sem változik 5%-nál nagyobb mértékben. A vegyület felezési ideje a tolbutamidéhoz hasonlóan 5—7 óra, nem kumulálódik.

A szerzők 30 önként jelentkező felnőttkori cukorbetegen (13 férfi, 17 nő) vizsgálták az átlagosan 6,6 hónapon (1—13 hónap) át adott napi 5 mg glibenclamid hatását. Havonta egyszer ellenőrizték a haematológiai statust (hgb., fvs., thrombocytaszám), a májműködést (se. bi., zinkszulfát turbiditás, alkalikus foszfatáz, alanin és asparat aminotransferáz, szérum fehérje elektroforézis), a cholesterinszintet és ugyanazon a napon két alkalommal, étkezés után legalább két és fél órával a vércukorszintet. A kísérletben részt vevők közül 7 egyén frissen felfedezett és 3 hónap alatt pusztán diétával egyensúlyba nem hozható, 18 előzetesen más szulfonilureával kezelt, 3 pedig előzőleg biguaniddal, illetve biguaniddal és szulfonilureával kezelt cukorbeteg volt, 2 egyén pedig kimaradt a vizsgálatból.

Vizsgálataikat összegezve a szerzők megállapítják, hogy a haematológiai és májfunkciós parameterek a glibenclamid kezelés folyamán eltérést nem mutattak. A 7 frissen felfedezett cukorbeteg vércukor értéke glibenclamid kezelésre jelentősen (272 mg%-ról 154 mg%-ra) csökkent. A 18 előzőleg szulfonilureával kezelt cukorbeteg esetében napi 5 mg glibenclamid adásával ugyanolyan eredményt lehetett elérni, mint napi 1500 mg tolbutamid, napi 375 mg chlorpropamid vagy napi 500 mg acetohexamid adásával. Öt betegen nem sikerült napi 5 mg glibenclamiddal kielégítő eredményt elérni. Ezekben az esetekben a napi adagot 10 mg-ra emelve az addig átlag 200 mg%-os vércukor érték 169 mg%-ra csökkent. Egy betegnél, akit előzőleg napi 500 mg chlorpropamiddal és 1500 mg metforminnal sem sikerült kielégítően kezelni, 10 mg glibenclamid és 1500 mg metformin sem bizonyult eredményesnek.

Pogátsa Gábor dr.

Ketosis és metabolicus alkalosis diabeteses betegeken. Roggin, G. M. és mtsai. (Department of Internal Medicine, Temple University School of Medicine, Philadelphia, Pa. USA): JAMA, 1970, *211*, 296.

Ismert tény, hogy a diabeteses ketosis szokványosan metabolikus acidosissal jár. A szerzők ismertetendő betegének kórlefolyása ebből a szempontból erősen rendhagyó, s ezért tanulságos.

37 éves nőbetegük kórelőzményében több ízben szerepel hospitalisatio, pankreas-insufficientia és diabetes coma miatt. Jelenlegi panaszai felvétele előtt 3 nappal kezdődtek, hányingerrel, hányással és általános gyengeséggel. Eddigi kezelése: inszulin, pankreaskivonatok, valamint kanamycin, ethionamide és PZA (pyrazinamid) — utóbbiak röntgennel és tenyésztéssel igazolt activ gümőkórja miatt. Felvételekor a beteg mérsékelten dehydrált és lethargiás volt, acidoticus légzés nélkül. Szemfenékvizsgálata diabeteses retinopathiát mutatott. Ideggyógyászati szempontból kiemelendő a mély ínreflexek testszerte csökkent kiválthatósága. Fontosabb laboratóriumi leletei: haemoglobin: 14,2%, haematokrit: 44,5%, fehérvérsejt: 12 700, ureanitrogén: 92 mg%, vércukor: 984 mg%. Serum-aceton: erősen pozitív, Na: 119 mEq/l., K: 4,3 mEq/l. (mely másnapra 2,5 mEq/l-re esett), chlorid: 40 mEq/l., CO_2:34 mEq/l., osmolaritás: 292 mOsm.

Először a beteg elesettségét diabeteses ketoacidosisával magyarázták, s ezért insulin + isotoniás NaCl i. v. therapiában részesítették. Később azonban más irányban is gyanakodni kezdtek, s ezért arteriás vérből meghatározásokat végeztek. Eredmények: pH: 7,59, PO_2: 63 Hgmm, O_2-saturatio: 94,5%, PCO_2 48 Hgmm, plasma bicarbonát: 44,8 mEq/. Ezek alapján metabolikus *alkalosist* kórisméztek, amelynek eredete feltehetően a prolongált hányás miatti K, Cl és H-ion veszteségekben keresendő. Ezért az infusióhoz nagymennyiségű KCl-t adtak. Leszámítva az e kezelés kezdetekor jelentkező, s vasopressorokkal jól kivédhető rövid, hypotoniás epizódot, a beteg állapota a KCl bevitelére fokozatosan javult, s ionháztartása is rendeződött, ugyanannyira, hogy 2 hét múlva el is bocsáthatták.

Az alkalosishoz vezető hányások miatt egyformán okolják a diabeteses ketosist és a gümőkór miatt alkalmazott PZA + ethionamide

therapiát. A KCl-t *Kassirer* és mtsai (1965) közlése óta használják eredményesen hypokalaemiás alkalosisban.

Feltűnő, hogy betegük túlélte a súlyos alkalosist. Ezt azzal magyarázzák, hogy még képesek voltak a normál protectiv-transport-mechanismusok a liquor cerebrospinalis pH-ját az élettel összeegyeztethető szinten tartani.

Major László dr.

Szempontok a familiáris renális glycosuria diagnózisához. Ufer, Ch.: Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 581.

A familiáris renális glycosuriát 1896-ban *Klemperer* írta le először, mint hereditaer vesefunkciós zavart. A defectus a proximális vesetubulusokat érinti és dominánsan öröklődik. Gyakorisága 0,5—6,0‰ között mozog és klinikai jelentősége csekély. Többnyire a glycosuria az egyetlen tünete, a polydipsia és polyuria ritka. Masszív glucoseveszteség esetén levertség, fáradtság, izzadás, szédülés léphet fel. A zavar súlyosságától függően a vese állandóan vagy az étkezéseket követően választ ki glucoset, általában csak napi 30 g-ig, az esetek egyhatodában azonban napi 50 g felett.

Diabetes mellitussal való kapcsolatát a legtöbb szerző tagadja, és az irodalomban többször leírt cukorbajba történő átmenetét általában a két betegség véletlen találkozásának számlájára lehet írni. Diagnosztikus szempontból azonban érdekes az a megfigyelés, hogy valódi diabetes mellitusban is, a kezdeti stádiumban alacsonyabb lehet a glucose-veseküszöb.

Nem ritkán találunk minimális glycosuriát chr. pyelonephritisben és Wilson-kórban is. Glycosuria jelentkezhet amino-aciduriával és phosphaturiával együtt Toni—Debré—Fanconi-syndromában, cystinosissal együtt pedig gyermekek Fanconi—Lignac-syndromájában. A diagnózist illetően is lényeges, hogy renális glycosuriában eredménytelen, mind a mellékvesekéregkivonatok és riboflavin, mind az insulin adása.

A glucose-reabsorptio meghatározására a Reubi által megadott leegyszerűsített titrációs technikát javasolja, aki számos clearance-meghatározás alapján a renális glycosuriának két típusát különbözteti meg. Az A típusban a TmG jelentősen alacsonyabb, a B típusban viszont ez normális és csak a TG alacsony. E két típusba sorolás helyességét azonban egyesek kétségbe vonják.

A familiáris renális glycosuria diagnózisának a kimondásához az alábbi kritériumok fennállását tartja szükségesnek: 1. Normális orális glucose-terheléses és tolbutamid-terheléses eredmény. (A renális glycosuria és diabetes mellitus kombinációjában a glucose-tolerantia zavara és a csökkent veseküszöb együttesen fordul elő.) 2. Csökkent veseküszöb glycosuriával. 3. Organikus vesebajok és más glycosuriát kiváltó zavarok hiánya.

Angeli István dr.

Diabetes, angiopathia és növekedési hormon. Lundbaek, K. és mtsai (Second Clinic of Internal Medicine, Kommunehospitalet, Aarhus): Lancet. 1970, *2*, 131—133.

Amióta *Young* 1937-ben bebizonyította, hogy a hypophysis elülső lebenyének kivonatával kutyában diabetes hozható létre, majd igazolta, hogy ezen hatás a kivonat növekedési hormon (STH) tartalmával függ össze, feltételezik, hogy az STH túltermelés és az emberi cukorbetegség pathogenesise között összefüggés áll fenn. Az utóbbi időben a radioimmunológiai STH meghatározások bevezetésével egyre több adat szól amellett, hogy a klinikai diabetesben az STH termelés zavara is fennállhat. Szerzők vizsgálatai szerint az STH secretio kórosnak bizonyult juvenilis diabetesben, és ennek, valamint a hypophysektomia hatásosságának alapján feltételezik, hogy az STH szerepet játszik a diabeteses angiopathia létrejöttében.

Vizsgálták a juvenilis cukorbetegek plasma STH szintjének változásait 24 órán át különböző diabetes-állapotokban, valamint a plasma STH szint változásait munka, illetve cukorbevitel hatására; és a hypophysektomia hatását a diabeteses angiopathiára. Juvenilis cukorbetegekben a plasma átlagos STH szintje háromszor magasabb a normális kontrollokénál, és az értékek igen tág határok közt ingadoznak. A cukorbaj pontos beállítása csökkenti a kóros plasma STH értékeket, egyes esetekben normalizálja. Fizikai munka emeli a betegek STH szintjét. Hypophysektomia — közismerten — akadályozza a diabeteses angiopathia progressióját. Szerzők véleménye szerint akromegaliában — ahol szintén kórosan emelkedett az STH szint — azért nem jön létre diabeteses angiopathia, mert ott a plasma insulinszintje is magas. Mindezek alapján feltételezik az STH termelés fokozódásának oki szerepét a diabeteses angiopathia létrejöttében.

Csapó Gábor dr.

Kombinált insulin + sulphonylurea kezelés diabetes mellitusban. Stratmann, F. W.: Med. Welt, 1970, *21*, 699.

A kombinált insulin + sulphonylurea kezelés értelmét vitatják. Egyes szerzők eleve elutasítják, mások viszont bizonyos esetekben javasolják. A szerző az utóbbiakhoz tartozik és e kombinált kezelést az alábbi esetekben javasolja:

1. *Késői sulphonylurea resistentiában.* Megfigyelése szerint a sulphonylureákkal eredményesen beállított betegek kb. 20%-a 5 éven belül e kezelésre resistenssé válik. Abban ő is egyetért, hogy e resistentiáknak az oka nem a sulfonylureákban, hanem a diétahibákban és testsúlygyarapodásban keresendő, azonban szerinte ezek a hibák már nem korrigálhatók és így a sulphonylurea-therápia egymagában már újból nem lehet eredményes. A kombinált sulphonylurea + biguanid therápia utóbbi mellékhatásai miatt sem mindig keresztül vihető. Tapasztalata szerint késői sulphonylurea-resistentiában a sulphonylureákat meghagyva kevesebb insulinra van szükség. E kombináció véleménye szerint megakadályozza az intermittáló extrém vércukor emelkedéseket és az optimális beállításhoz — néhány kivételtől eltekintve — napi 20 E insulinnál többre alig van szükség.

2. *Magas, napi 60 E feletti insulinigény esetén.* Sulfonylureák hozzáadására az insulinszükséglet sokszor feltűnően csökken, ami már az insulin lipophil hatása miatt sem lebecsülendő.

3. *Insulinresistentiában.* A resistentiát sulphonylureákkal egymagában nem sikerül megtörni, azonban megkísérelni, sokszor örvendetes eredménye miatt mégis érdemes.

4. *A labilis diabetes egyes eseteiben.* Itt elsősorban az idősebb korúak labilis anyagcserezavara jöhet szóba, amikor az insulinnak még óvatos adagolása is veszélyes hypoglykaemiás reakciókat válthat ki. E „smoothing-effect" már az insulin + biguanid kombinációja nyomán ismert, azonban a stabilizáló hatáshoz nagyobb biguanid adagok szükségesek és ezeket a betegek sok esetben nem tűrik.

A kombinált insulin + sulphonylurea kezelés kapcsán felmerül a kérdés, hogy ez nem vezet-e az endogén insulintartalékok korábbi kiapadásához? E feltételezést azonban megcáfolják a sulphonylureamonotherápiával szerzett tapasztalatok, valamint a szerző azon megfigyelése, hogy tartós kombináció esetén sem emelkedett szignifikánsan az insulinszükséglet.

Angeli István dr.

Klinikai és kémiai diabetes cukorbajos házastársak leszármazottainál. Kahn, Ch. B. és mtsai: New England J. M. 1969, *281*, 343.

A szerzők 274 cukorbajban szenvedő közül 80 házaspárnál 155 alkalommal végeztek cukorterhelési próbákat (per os glucose, cortisonnal növelt orális glucose és intravénás tolbutamid próbák). A többször végzett próbákban (ismételt orális glucose meghatározás útján) a kémiai diabetes gyakoribb előfordulását látták, mint ha csak egy próbát végeztek volna. A kémiai diabetes előfordulása (41—62%) függ a leszármazottak korától és súlyától. A kémiai diabetes felfedezésében az orális glucose próba ugyanolyan érzékeny, mint a többi

glucose próba azon embereknél, akik között voltak nem elhízottak és serdülő korúak. Az abnormális próbákat követte gyakran egy vagy több abnormális próba előre nem látható sorrendben. A normális eredmények megállapítása orális és cortisonnal növelt orális próbákkal történt.

A kémiai diabetes gyakoriságának megítélése céljából a próbákat négy csoportba osztották: az első csoportban a kémiai diabetes 20%-ban egy próbával, majd a 2. csop. 25%-ban két próbával, a 3. csop. 60%-ban három próbával és a 4. csop. 55%-ban négy vagy több próbával volt megállapítható. Hasonló gyakorisága volt a kémiai diabetesnek többszörös próbákat végezve elhízott és el nem hízott idős emberek csoportjában. Úgy látszik, hogy a kor kevésbé volt jellemző, mint az elhízás. A kémiai diabetest ismételt próbákkal gyakrabban fedezték fel. *Végeredményben* kitűnik, hogy a kémiai diabetes gyakoribb, mint a valódi diabetes. Az is megállapítható, hogy a kémiai diabetes gyakorisága csak ismételt próbákkal fedezhető fel.

Aszódi Zoltán dr.

A diabetes mellitus és zsírmáj közötti összefüggésről. Beringer, A., H. Thaler (I. Med. Univ.-Klinik, Wien, és 4. Int. Abt. des Wilhelminenhosp., Wien): Dtsch. med. Wschr. 1970, *95*, 836.

A diabetes és a zsírmáj feltűnő együttes előfordulása vezetett a „diabeteses zsírmáj" fogalmának a bevezetéséhez. Ezt a cukorbetegeken végzett májbiopsiás vizsgálatok is alátámasztani látszottak, olyannyira, hogy egyes szerzők a diabetest, mint steatogén okot, még az alkoholnál is jelentősebbnek tartották. Ugyanakkor más vizsgálatok a zsírmáját nem tudták sem a diabetes tartamával, súlyosságával, sem annak beállítási eredményével szignifikáns összefüggésbe hozni, az elhízással és annak mértékével viszont igen.

A szerzők 465 cukorbetegen (392 nő és 73 férfi) végeztek májbiopsiát az alkoholos ok kizárásával, ami egyben a női túlsúlyt is megmagyarázza. A betegek 95%-a érettkorú cukorbeteg volt, zömmel a 7. évtizedben és 75%-uk volt elhízott. Statisztikai analízissel kimutatták, hogy a zsírmáj előfordulása és súlyossága szignifikáns összefüggésben áll az elhízással és annak nagyságával és nincsen összefüggésben a diabetes tartamával és annak anyagcsere egyensúlyával. A cukorbetegek zsírmája tehát elsősorban hízásos zsírmáj.

A kezelési formákat vizsgálva csak az insulin kezelés eseteit lehetett a májelzsírosodás súlyosságával szignifikáns összefüggésbe hozni.

Angeli István dr.

A cukorbetegek cardialis veszélyeztetettsége. Gassel, W. D. és mtsai (Medizinische Poliklinik der Universität, Marburg): Dtsch. Med. Wschr. 1970, *95*, 1587—1590.

Az insulin kezelés bevezetése óta a cukorbetegek életkora meghosszabbodott. Halálozási okként 75 százalékban vasculopathia szerepel. Az infarctusos betegek 40—80%-ában kimutatható a glucose-anyagcsere zavara. Cukorbajosoknál a coronariasclerosis aránya ötször gyakoribb.

A szerzők EKG vizsgálatokat végeztek a következő csoportokon: diabetes-ambulantia 100, infarctuson át nem esett betege; dicumarol-ambulantia 105 betege, akiknek több mint 3 hónappal ezelőtt infarctusa volt, de cukorbaja nem; 100 poliklinikai beteg infarctus és diabetes nélkül. Átlagos életkor: 61,3 ± 7,2 év.

A cukorbetegek EKG-ján significansan szélesebb a P hullám, a balszív-túlterhelés jelei látszanak.

Vélemény szerint a cukorbetegek — a gondos anyagcsere-ellenőrzés mellett is — erősen veszélyeztetettek cardialis szempontból.

Vértes László dr.

Allergológia

Aszpirin túlérzékenység. Klinikai és immunologiai tanulmányok. J. P. Girard és mtsai: Helv. Med. Acta. 1969, *35*, 86—95.

Évtizedek óta ismert, hogy az aszpirin nem várt reakciókat tud előidézni. A reakciók két fő típusát lehet elkülöníteni: az egyik formára acut asthmás roham, rhinitis, a másodikra pedig angioneuroticus oedema és urticaria jellemző. Az intolerantia pathogenesisére vonatkozó nézetek ellentmondók. A szerzők egy része a jelenségeket immunologiai eredetűnek tartja. Mások arra gondolnak, hogy a gyógyszer a peripheriás chemoreceptorokra hat, és így indít el egy eseménysorozatot, mely vezethet rhinitishez, asthmához, vagy angioneuroticus oedemához. A harmadik elképzelés szerint az aszpirin hypersensibilitás egy ismeretlen típusú bacterialis allergiával kapcsolatos. Végeredményben még egyik mechanismus szerepe sincs igazolva.

A szerzők 3 éven át összegyűjtötték az aszpirinre érzékeny egyéneket. Összesen 46 esetet tanulmányoztak. Részletesen vizsgáltak egy olyan beteget, aki az aszpirinre serumbetegség típusú reakciót mutatott.

Az immunológiai vizsgálatok céljára acetylsalicylchloridprotein conjugátumot készítettek, ezt használták antigenként a passiv haemagglutinatiós technikához. Ezenkívül a sensitisált lymphocyták antigenre történő összecsapzódásának technikáját alkalmazták a túlérzékenység in vitro vizsgálatára.

A részletesen ismertetett esetben a provokációs próba a serumbetegségre emlékeztető tünetek fellángolását eredményezte (generalizált viszketés, maculopapulosus kiütések, ízületi és mellkasi fájdalmak, láz). A serum complement szint csökkent volt, a passiv haemagglutinatiós és a lymphocyta összecsapzódási test pozitív eredményt adott. A direkt bőr test során Arthus típusú reakciót kaptak. A tünetek minden kezelés nélkül 10 nap alatt tűntek el.

Az észlelt 46 beteg adatainak feldolgozásakor megállapítható volt, hogy az esetek harmadában respiratorikus, több mint harmadában a bőrtünetek domináltak, 25%-ban szerepelt a családi anamnesisben allergiás betegség. Összesen 4 beteg mutatott aszpirinre serumbetegséghez hasonló tüneteket (láz, kiütés, ízületi panaszok együtt). A haemagglutinatiós titer ez esetekben volt kifejezetten magas, egyébként a többi esetben és a normál kontroll egyénekben is előfordult alacsony titerben pozitivitás. A lymphocyta próba pozitivitása, és a bőr testek eredménye is a serum-betegség típusú reakciót mutatók esetében volt egyértelmű.

A szerzők arra következtetnek, hogy az aszpirin intolerancia esetek egy része biztosan immunologiai pathogenesisű.

Pár Alajos dr.

A hypolipidaemiát előidéző szerek. Levy, R. I., D. S. Fredrickson: Nat. Heart. Inst., Bethesda, Md.— USA, Postgrad. Med. 1970, *47*, 130—137.

A hyperlipoproteinaemiák 5 typusát Fredrickson és mtsai vizsgálatai alapján ismertük meg (*Ref.:* részleteket l. *Hermann B.* legutóbbi közleményében: Magy. Belorv. Arch., 1970, *23*, 20.) Ugyanezen szerzők e közleményükben áttekintik a manapság használatos, hyperlipoproteinaemiákat csökkentő szereket.

Az ötfajta és különböző életkorokban manifestálódó hyperlipoproteinaemia therápiájában kulcsfontosságú a *diéta betartása.* Ez a diéta részben napi 25 g zsírt tartalmaz, részben cholesterinben is szegény (300 mg-nál kevesebb naponta), részben a testsúly csökkentését van hivatva szolgálni említett összetevői által. Hozzátartozik még a telítetlen zsírok és a fehérjék fokozott bevitele. A szerzők véleménye szerint a hyperlipoproteinaemiások legfőbb hibája az, hogy a diétát nem tartják be következetesen és tartósan, holott a különböző gyógyszerek nem mentik fel a beteget egyidejű diéta betartása alól.

Az első csoportba tartozó és nagyon ritkán előforduló hyperlipoproteinaemiának nincs jelenleg még megfelelő gyógyszere. A második típusban legjobb hatást a napi 16—32 g *cholestyramin*tól lehet látni, ennek mellékhatása a nau-

sea és székrekedés, gyermekekben hyperchloraemiás acidosis. Hatását a cholesterin katabolizmus növelésével fejti ki. Ugyanebben a csoportban hatásos a *d-thyroxin* is, 4—8 mg-os napi adagban. Hatása ugyancsak a cholesterin katabolizmus növelésében rejlik, mellékhatásai között fokozott cumarinérzékenység, glucose tolerantia romlás szerepel elsősorban. A harmadik és negyedik típusú hyperlipoproteinaemia leghasználtabb gyógyszere ma a *clofibrat*, amelyik a cholesterin biosynthesisének blockolásával hat, napi adagja 2 × 1 g. Mellékhatásai között nausea, leukopenia, alopecia, átmeneti transaminase-emelkedés, fokozott cumarinérzékenység, myositis és nagyon ritkán bigeminia említhető meg. A *nikotinsavat* az V. csoportban használják legeredményesebben, ez a zsírsav felszabadítás gátlásával hat, napi dózisa 3—6 g. Eredményes a II—IV. típusú esetekben is. Kipiruláson kívül viszketés, gastrointestinális zavarok, hyperpigmentatio, hyperglycaemia, hyperuricaemia és reverzibilis májfunctiós zavarok a legismertebb mellékhatásai.

Iványi János dr.

Corticosteroidok hatása a korai és késői (tuberkulin) typusú bőrreactióra. Nyfors, A. (Allergy Clin., Univ. Copenhagen): Acta allergol. 1970, *25*, 53—62.

Az irodalomban eltérő vélemények alakultak ki a corticosteroidok (c. s.) közvetlen gátló hatásáról az allergen-okozta bőrreactióra. Az ellentétek tisztázásra 50 betegen pollenpróbát (azonnali reactio) és Mantoux-próbát (késői reactio), valamint kontrollképpen histamin próbát végeztek. Mérték a c. s. adagolás előtti, alatti és utáni papula nagyságát (a maximális napi c. s. adag 20 mg, az összadag 70 mg volt). Statisztikai analysis alapján azt találták, hogy a korai reactiót a c. s. nem befolyásolta, a tuberkulin teszt nagysága azonban csaknem valamennyi esetben szignifikánsan csökkent. Végül kontroll képpen histamin próbát végeztek, c. s. adagolás nélkül, hogy a spontán szórást megállapíthassák. Az eredmények megegyeztek a c. s.-kezelt pollen-próbák adataival.

Megállapítható, hogy míg az azonnali bőrreactiót adó teszteket c. s. hatás alatt is el lehet végezni, addig a főleg bőrgyógyászatban alkalmazott rétevési próbát helyesebb a c. s. elhagyása után egy héttel elvégezni.

(Ref.: Pollenkivonattal történő hyposensibilisatio alatt gyakran megnehezíti a kezelést a jelentkező lokális, vagy generalizált urticaria. Tapasztalatunk szerint a reactiót csak egyidejűleg adott adrenalinnal és antihistaminikummal lehet kivédeni. Corticosteroidok csak a nátha-, ill. asthmatüneteket enyhítik.)

Hajós Mária dr.

Nitrofurantoin-okozta pleuro-pulmonalis allergiás reactio. Heijer, A. (Dept. Dermat., Univ. Umea, Umea, Sweden.): Acta allergol. 1970, *25*, 63—69.

A nitrofurantoinra jelentkező allergiás reactióra jellemző, hogy már egy adag bevétele után, 4 órán belül láz, hidegrázás, fulladás, köhögés, esetleg kezdődő tüdőoedema támad, a tünetek a gyógyszer elhagyása után 6—24 órán belül elmulnak; leukocytosis, többnyire eosinophiliával mutatható ki a perifériás vérképben. Valószínűleg a kis pulmonalis erek fala a shockszerv. Az allergiás reactio megfelel az Arthus phenomennek. Szerző esetében a fenti tünetek négyszer megismétlődtek, az irodalomból kb. 30 akut és 6 krónikus pulmonalis reactio ismert. Az Arthus-typusú reactio theoriáját alátámasztja az emelkedett LDH-szint, ami szövetnecrosisra jellemző.

(Ref.: Nitrofurantoin-allergiáról már magyar közlemények is beszámoltak, magunk is találkoztunk hasonló lefolyású esetekkel. Néha a nitrofurantoin-allergia a szokásos gyógyszerallergia klinikai lefolyását mutatja (dermatitis, urticaria), ekkor azonban más gyógyszerrel szembeni érzékenység is kíséri.]

Hajós Mária dr.

Penicillinallergia okozta infarctushoz hasonló EKG-elváltozások. Jaluvka, V. (Frauenklin. im Klin. Steglitz, Freie Univ. Berlin.): Allergie u. Asthma. 1969, *15*, 319—329.

Serumbetegség következtében különböző érfal-, coronaria és myocardiumsérülések jöhetnek létre, kifejezett EKG-jelekkel. Hasonló typusú elváltozásokat többen leírtak penicillin okozta anaphylaxiás shockban is. A szerző által észlelt beteg 33 éves orvos, aki akut pharyngitis miatt nagy adag penicillint kapott, az utolsó injectio után 18 órával retrosternalis fájdalma támadt eszméletvesztéssel, hátsófali EKG-képpel. A szokásos kardialis és anticoagulans kezelésre az EKG-elváltozás regrediált.

Retrospektive az infarctust egyrészt a toxikus állapotra, másrészt penicillin-allergiára vezették vissza. Az utóbbit nem bizonyították, mert féltek az esetleges anaphylaxiás reactiótól.

(Ref.: A fenti esetben nehéz a penicillin-allergiát bizonyítani, mert a therápia nem tartalmazott antiallergikumot. Myokardialis és infarctusszerű elváltozások, rhythmuszavarok nem ritkák. Saját orvos-esetünk már olyan környezetben is fibrillálni kezdett, ahol előzőleg penicillinnel manipuláltak; ezt re-expesitióval tudtuk bizonyítani.)

Hajós Mária dr.

Specifikus desensibilizálás asthma bronchialeban. Ferstl., A. (Allergie Institut Dr. Ferstl, Wien.): Allergie u. Asthma. 1969, *15*, 376—382.

2631 asthmás beteget a bőrpróbák alapján kiválasztott allergenkivonatokkal (házipor, szőrök, tollak, penészgombák, tojás-, halfehérje) desensibilizáltak. A kezelés $1^1/_2$—3 évig tartott. Az eredményeket részben klinikai megfigyelések, részben laboratóriumi leletek (bőrpróbák negatívvá válása, „inhibitiós" antitestek kimutatása) alapján észlelték. Az esetek felében csaknem teljes tünetmentességet sikerült elérni. Az ún. „endogen" (microbialis) eredetű asthma bronchialeban a gyári bacterium-suspensióval a therápiás hatás nem volt kielégítő, amit arra vezettek vissza, hogy a sensibilizálást okozó bacteriumok valószínűleg nem azonosak a Bencard-vaccina összetételével.

(Ref.:A szerző helyesen felhívja a figyelmet arra, hogy a desensibilizálás csak türelmes orvosnak és betegnek ajánlható, de mindenképpen célravezetőbb a kizárólag tüneti gyógyszerekre támaszkodó therápiánál. A szövegből viszont csak nehezen lehetett kiolvasni, hogy milyen kivonattal történt a kezelés és érthetetlen, hogy az exogen allergen-kivonatokat miért nevezi „vaccinának".)

Hajós Mária dr.

Penészgomba allergia. Caplin, I., Haynes, J. T. (1815 N. Capitol Indianapolis, Ind. 46 202): Ann. Allergy. 1970, *28*, 87—92.

Szerzők a levegő gombaspóra tartalmát hasonlóképpen határozták meg, mint a pollentartalmat, és bőrpróbákkal megállapították, hogy sokkal több a penészgomba-érzékeny, mint eddig feltételezték. Vizsgálták a növényeken élősködő gombákat és azt találták, hogy sok esetben nem virágpor-, hanem gomba-sensibilisatio áll fenn. Ennek alapján a kezelést is gombakivonattal végezték. Szükséges lenne a gombaspóra vizsgálatokat, felméréseket szorgalmazni. A gombafajták identifikálására megfelelőbb táptalajokra lenne szükség. Erős antigenitású, de a jelenleg forgalomban levő kivonatoknál kisebb lokális reactiót okozó therápiás kivonatok előállítása szükséges; ugyanez vonatkozik a bőrpróbák elvégzéséhez szolgáló kivonatokra is. Végül megfelelő módon kell értékelni a klinikai és laboratóriumi adatokat.

(Ref.: A pontos allergen-analysishez szükséges ugyan megbízható allergenek előállítása, azonban tapasztalatunk szerint a desensibilizálás hatásosabb, ha komplex allergen-kivonatokkal történik. Semmiképpen sem tartható előnyösebbnek egy tiszta kivonat használata, mert igen ritka olyan allergiás betegség, melyet izoláltan csak egyfajta allergen okoz.)

Hajós Mária dr.

Orrváladék eosinophilia allergiás rhinitisben szenvedő gyermekekben. Murray, A. B. (Dept. Pediatrics, Univ. British Columbia): Ann. Allergy. 1970, *28*, 142—148.

Allergiás rhinitisben szenvedő gyermekeket az anamnesis és bőrpróbák alapján 3 csoportba osztották: 1. pollenallergia, 2. környezeti allergia (házipor, kutya-, macskaszőr), 3. tápszerallergia. Az orrváladékot Hansel módszere szerint festették, nasalis allergia diagnosisát akkor állították fel, ha nagy nagyítással látóterenként 10 eosinophil sejtnél többet számoltak. Megállapították, hogy pollinosisban csak az idény alatt, környezeti allergenek-okozta rhinitisben egész éven át, tápszerallergiában pedig csak nagyon ritkán mutattak ki eosinophiliát. Utóbbit arra vezették vissza, hogy alimentaris allergiában más antitest-rendszer felelős a tünetekért; ezekben az esetekben a bőrpróbák is többnyire negatívak voltak.

(Ref.: Mint az angolszász irodalomban általában, a fenti cikk írója is figyelmen kívül hagyta a microbialis allergiát. A negatív ionkezelés hatását vizsgálva azt találtuk, hogy a nasalis allergia akut szakában mindig találunk jelentős mennyiségű eosinophil sejteket az orrváladékban, függetlenül a kiváltó allergenektől. A therápiás hatást, illetve a remissiót az orrváladék-eosinophilia csökkenésével, esetleg eltűnésével mérhetjük le.)

Hajós Mária dr.

IgE szerepe reagin (korai) typusú túlérzékenységben. Ishizaka, K., Ishizaka, T. (Children's Asthma Research Inst. and Hosp., Denver, Colorado): Ann. Allergy. 1970. *28*, 189—202.

Két év előtt megállapították, hogy korai typusú allergiás betegek serumában (asthma, pollinosis) található reaginek különleges immunglobulin csoportba tartoznak, amelyet IgE-nek neveztek. Ez a protein gamma 1 glucoprotein, molekulasúly kb. 200 000 és a plasmasejtek synthetizálják. Az IgE-t előállító plasmasejtek legnagyobb menynyiségben a légző- és emésztőrendszerben találhatók. Isotop immunelectrophoresissel kimutatták, hogy normál serumban kevés IgE van, 2 nap alatt elbontódik. Komplementkötő hatást in vitro nem találtak, azonban az emberi P-K reactio IgE következtében jön létre. Asthma bronchialeban, pollinosisban és helminthiasisban az IgE emelkedik, bár normális szint sem zárja ki ezen betegségek fennállását. IgE lokálisan is képződhet, így orrváladékban, köpetben, orrpolypban és lobos tonsillákban, ilyen esetekben légúti sensibilisatio okozza a légzőszervi allergiás megbetegedéseket. IgE felelős továbbá a histamin és SRS-A felszabadulásért is.

Az IgE felfedezése és kimutatása azonban kevés segítséget nyújt a klinikusnak. Hyposensibilizálás kapcsán azt találták, hogy az allergiás tünetek javulásával a beteg leukocytái kevésbé reagáltak anti-IgE-re és a kérdéses — ragweed — allergenre, histamint sem szabadítottak fel. Feltételezték, hogy immunotherápia hatására nemcsak az IgE csökken, illetve emelkedik az IgG blokkoló antitest a specifikius antigennel szemben, hanem létrejöhet a leukocyták nemspecifikus változása. Ezek a változások az antigen-antitest reactio következtében támadó biokémiai vagy enzymatikus folyamatoknak tudhatók be. Eddig nem ismeretes, hogy az allergen-IgE antitest reactio a sejteken milyen enzymrendszert serkent, bár ezzel kapcsolatban kimutatták, hogy adrenalin és theophyllin származékok megakadályozzák a histamin felszabadulását a leukocytákból.

(Ref.: Az IgE-re vonatkozó kutatások által közelebb jutottunk az antitest megismeréséhez, de mint szerzők is hangsúlyozzák, praktikus segítséget még nem nyújtanak a klinikusnak. Addig, amíg a specifikus allergen kimutatására biztos és veszélytelen módszer nem áll rendelkezésünkre, addig sem a praeventióban, sem a therápiában nem tudjuk elérni a preciz diagnosist és az abszolút gyógyulást.)

Hajós Mária dr.

Az „ablak-teszt" jelentősége a különböző allergiás rendszerekben. Dikeakou, Th., Gervais, P. (Serv. d'allergie. Fond. Rothschild. Paris.): Rev. franç. Allergol. 1970, *10*, 117—124.

Az „ablak-teszt" (a. t.) lényegében abból áll, hogy egy adott gyulladásban a sejteket meghatározzák. Allergologiai vonalon megállapították, hogy pl. penicillin allergiában csak akkor van véreosinophilia, ha bőrsensibilizáló antitestek termelődnek, az IgG és IgM nem okoz eosinophiliát. Kimutatták, továbbá, hogy az eosinophilia egy antigen-antitest komplexum következménye, melyet a histamin potentiál; az eosinophilia hatására eliminálódik a komplexum és helyreáll a szöveti restitutio. Szerzők azt kutatták, hogy mennyire specifikus az a. t. a különböző allergiás rendszerekben, mennyiben függ a reactio a próbához használt antigen hígításától, kémiai tulajdonságától és antigenicitásától, mikor kell az eredményt leolvasni és hogy mi a jelentősége az eosinophilsejtek vakuolizációjának.

116 a t.-t végeztek 86 betegen, éspedig kizárólag olyan allergennel, mely intracutan is positiv reactiót adott; kivételt képeztek a gyógyszerallergenek, ahol egyedül az anamnesztikus adatokra támaszkodtak. Technikai szempontból fontos, hogy a scarificatio egyenletes legyen, legalább 300, de többnyire 1000 sejtet számoltak, a lemezeket 2, 4, 6, 24 és 48 óra után vették le. Az allergeneket 3 csoportba osztották: 1. erős antigenhatás (gramineák), 2. komplex fehérje- és polysaccharida-természetűek (házipor, candida, penészgombák), 3. haptenek (gyógyszerek). A positiv (4—5%-os eosinophilia) reactiók következőképpen alakultak: gramineák és vegyes (tehát válogatott) allergeneknél 100%, házipor és candida 44%, penészgombák 14%, gyógyszerek 29%. Az allergenek hígítása háziporra 1/50—1/500, candidára 1/1000—1/10 000, penészgombákra 1/100 volt optimális; pollenekhez 100-szor nagyobb hígítást kellett használni, mint a legkisebb intracutan reactiót adó hígítás, gyógyszereket a therápiás adagban próbálták. A leolvasási idő nem állandó, optimálisnak tartják a 6. órát.

Vizsgálataikból a következő konkluzióhoz jutottak:

1. A szöveti eosinophilia nem halad párhuzamosan a positiv bőrreactióval.

2. A a. t. csak akkor positiv, ha reaginek vannak jelen.

3. Ha discrepantia áll fenn a bőrreactio és az a. t. közt, ez azt jelentheti, hogy a lokális oedema nemspecifikus histamin — vagy bradykinin felszabadulás következménye.

4. Az a. t.-ban észlelt eosinophilsejt-vacuolisatio többnyire egy antigen-antitest komplexum jelenlétére utal.

Külön vizsgálat tárgyává tették azokat az okokat, melyek a bőrreactio és a. t. eredmények közti eltérésekhez vezethettek. Házipor, candida és penészgomba esetében az a. t. csak akkor volt positiv, ha a bőrreactio igen nagy hígítású allergenkivonatra lett positiv; amennyiben csak az a. t. volt positiv, ezt érzékenyebbnek tartották a bőrpróbáknál és bizonyítottnak látták a kérdéses allergen pathogenicitását az adott allergiás betegségben. Kismolekulasúlyú gyógyszerekkel nem tudtak szöveti eosinophiliát kiváltani, tehát a gyógyszerallergia kimutatására az a. t. nem alkalmas.

[Ref.: Az a. t. igen szellemes új methodika az allergenanalysis tökéletesítésére, talán kíméletesebb is, mint a direkt expositio. Hátránya, hogy éppen a legproblématikusabb gyógyszer-allergia-kutatásban nem megbízható és ott ad 100%-osan preciz eredményt, ahol már az anamnesissel is fel tudjuk állítani a diagnosist (pollinosis). A kissé részletesebb referálást azért tartottam szükségesnek, mert minden új allergen diagnosztikai módszer értékelésénél gondosan mérlegelni kell, hogy mind a beteg védelmében, mind az aetiopathogenetikai okok tisztázásában mennyiben jelentenek haladást az általánosan elterjedt intracutan és inhalatiós próbákkal szemben.]

Hajós Mária dr.

Gyermekasthmát kiváltó allergenek összefüggése a nemmel és életkorral. Wedler, E. (Universitätskinderklinik der Charité, Berlin): Allergie u. Asthma. 1969, *15*, 330—336.

229, 0—15 éves gyermeket vizsgálva azt találták, hogy az esetek zömében az első tünetek 0—3 év közt jelentkeztek, ezenbelül is túlnyomó többségben az 1. év fordulóján. A fiú—lány arány kb. 2:1 volt. Bőrpróbák alapján megállapították, hogy az esetek 60%-ában bacterialis allergen váltotta ki a tüneteket, szemben a házipor-penészgomba — ágytoll 45%-os sensibilizálással. Közvetlenül az első asthmatünetek előtt a gyermekek jelentős százaléka pertussis-, kanyaró-fertőzésen esett át, melyek egymással, vagy pneumoniával kombinálódtak. A betegek 38%-ában az asthmát tejekzema előzte meg. A fenti eredmények alapján asthmás gyermekek sikeres kezelése csak systematikusan beállított és éveken át folytatott specifikus desensibilizálással érhető el.

(Ref.: A fenti gyermekasthma-adatokat át lehet vinni a fiatal felnőttekkel szerzett tapasztalatokra. Korai stádiumban, kimutatható allergenhatás mellett a gyermek az az asthmát „nem növi ki". A szerző által hangsúlyozott bacterialis sensibilisatiónak komoly alapjai vannak, mind az anamnesis, mind az allergenpróbák a microbiális allergia dominantiáját bizonyítják; tehát véleményünk szerint az autovaccina-kezelés rendszeres adagolásával lehet a legjobb therápiás effektust elérni.)

Hajós Mária dr.

Lisztipari dolgozók allergiás bronchospastikus manifestatiói. Odavič, M., Cvetanov, Vl. (Town Inst. for Health Protection. Skopje): Allergie u. Asthma. 1969, *15*, 364—373.

148 lisztipari dolgozó közül 53 pék, 62 molnár és 33 lisztes készítményeket gyártó gyár női alkalmazottja volt. Mindenkinél átvizsgálták a munkakörülményeket, saját és családi anamnesist vettek fel, a rutin bőr- és inhalatiós próbák mellett környezeti allergenekkel is exponáltak. Kontrollként szolgáltak válogatás nélküli esetek és olyanok, akiknek munkahelyén nem volt levegőszennyeződés. A betegek, ill. lisztipari dolgozók átlagos szolgálati ideje 18,5 év volt. A 148 dolgozó közül 45 szenvedett asthmában vagy más allergiás betegségben, 87 érzékeny volt valamilyen környezeti allergenre. Lisztkivonattal végzett inhalatiós próba 61 esetben, munkahelyi porral 22 esetben volt positiv. 72 esetben a spirometriás vizsgálattal obstructiós insufficientiát mutattak ki. Eosinophiliát 11 esetben találtak.

Lisztallergia vizsgálatakor a lisztipari dolgozókat 4 csoportba osztották:

1. Manifest asthma, kimutatható lisztérzékenység (bőr- és inhalatiós próbával): 5 eset.
2. Positiv bőr- és inhalatiós próbák, tünetmentesség a munkahelyen: 12 eset.
3. Egyedül positiv bőrpróba lisztel: 17 eset.
4. Teljesen tünetmentes: 46 eset.

A leletek alapján a lisztallergia létrejöttéhez hozzájárul a lisztpor mechanikus irritatiója.

(Ref.: Positiv anamnesis ellenére a lisztallergia kimutatása néha nehézségekbe ütközik, mert gyakran problematikus a mechanikus irritativ tényezőket az allergen-antitest reactio hatásától elválasztani. A sensibilizáláshoz igen hosszú expositiós időre van szükség — több évtized — abszolút bizonyítékul általában a direkt expositio után mért spirometriás elváltozások nagysága szolgál. Éppen a késői manifestatio miatt a betegek gyógyítása körülményes, hyposensibilisatióval nem sok javulás érhető el, a környezetből való kiemelés egy péknél, cukrásznál, molnárnál, 20—30 éves szakmunka után pedig gazdasági szempontból hátrányt jelent.)

Hajós Mária dr.

Mykologiai problémák foglalkozási allergiás betegségekben. Liebeskind, A. (Klin. für allergische Krankheiten. Haifa): Allergie u. Asthma. 1969, *15*, 373—376.

Penészgombaspórák csaknem valamennyi foglalkozási ágban kiválthatnak sensibilizálódást. A leírt 3 eset közül egy zöldséget szállító teherautósoffőrnél, egy citrus-ültetvényen dolgozó gazdánál és egy régi fatörzseket feldolgozó favágónál tudtak gomba-érzékenységet kimutatni. Az allergologiai vizsgálatok champignongomba, lycoperdon perlatum és serpula lacrimans érzékenységet derítettek fel. Teljes tünetmentességet csak a foglalkozás változtatásával tudtak elérni.

(Ref.: Mint a fenti példák is rávilágítanak, a foglalkozási allergenek kimutatása gondos allergen-analysis alapján lehetséges. Hyposensibilizálással azonban nem érhető el teljes gyógyulás. Az allergen eltávolítása ritka kivételektől eltekintve körülményes, csak a foglalkozás-változtatás járhat eredménnyel. Ezzel kapcsolatban kártalanítási problémák merülhetnek fel. Tekintve, hogy foglalkozási allergiák általában csak allergiás dispositiójú egyénen jönnek létre, felmerül a kérdés, hogy mit kell kártalanítani: az allergiás szervezetet-e, ami állandó, vagy az allergent, ami eliminálható.)

Hajós Mária dr.

Az antihistaminok helye a modern allergiakezelésben. P. Wodniansky (I. Universitäts-Hautklinik Wien.): Wiener Klin. Wschr. 1970, *82*, 178—180.

Minden allergiás manifestatio kóros immunfolyamat, a létrejövő reactiosorozat 3 részből áll: *1. fázis:* a behatoló antigén antitestképzést hoz létre, azaz immunglobulintermelés képződik az immunocyták közreműködésével. Ez a fázis nagyfokban specifikus. *2. fázis:* Az antigén-antitest (A-AT) találkozás jön létre, mely korai típusú allergiás reactióhoz vezet mediátoranyagok felszabadulásával. Ezek már a specifikus anyagok, minden A-AT találkozásnál megjelennek. (Histamin többnyire serotonin, slow reacting substance, ACTH, heparin). Az utóbbi időben többet vizsgált proteolytikus fermentek (tripsin, bradykininek, fibrinolysin) szerepe az allergiás reactiókban ma még nem teljesen tisztázott. *3. fázis: késői* típusú reactiók, egyes szervek morfológiai elváltozásai.

Therápiás beavatkozás mindhárom fázisban lehetséges. Oki th. tulajdonképpen az első stádiumban jön szóba. Első helyen áll az antigén eliminálása, másodsorban az immunosupressiv kezelés (imm. sejtek rtg-besugárzása, steroid-kezelés, 6-merkaptopurin-th.), harmadszor a specifikus desensibilizálás. A második fázisban nem specificus a th., a felszabaduló mediátoranyagok blokkolása. Az ide tartozó th-s anyagok elsősorban antihistaminok, és újabban az egyéb mediátor-antagonisták (az utóbbi években előállítottak már serotonin és bradykinin-antag-t is). Ezen anyagok képezik lényegében az antiallergiás kezelés bázisát. Hogy a *2. fázis gátlása* a fő beavatkozási terület, ez érthető, és az az alapja, hogy az 1. fázis oki kezelése (antigen eliminálás) nagyon nehéz feladat, ritkán sikeres, és relative hosszú időt vesz igénybe (immunosuppressio, steroid), így hatásuk is csak a th. megkezdése után mutatkozik.

A 3. fázis kezelése csekély eredménnyel kecsegtet, inkább tüneti kezelésre szorítkozunk.

Végül új antihistamin készítményt ismertet: 1. Tavegyl, 2. Methylpiperidyliden-thiaxanthen (ez nemcsak antihistamin, hanem serotonin, bradykinin, ACT, low reacting substance ellen is hat), a kipróbált bőrgyógyászati beteganyagon (16 pollenallergiás beteg) jó effectusúnak mutatkozott.

Fenyvesi Éva dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

D-vitamin. (Újabb kutatási eredmények). De Luca, H. F. (Dept. of Biochemistry, University of Wisconsin College of Agricultural and Life Sciences. Madison. Wisc. 53 706): New England J. of Med. 1969, *281*, 1103—1104.

A D-vitamin hiányos állapotok jelentősége csökkenése ellenére napjainkban is számos, a D-vitamin anyagcserével és funkcióval kapcsolatos, megoldatlan problémát jelentő betegség formával találkozunk (familiáris hypophosphataemia, renalis osteodystrophia, pseudo D-vitamin defektus, corticoidok indukálta osteomalacia, D-vitamin rezisztens hypoparathyreoidizmus, stb.). Éppen ezért figyelemre méltóak az utóbbi években elért kutatási eredmények.

Radioaktív D_3 preparatumokkal végzett vizsgálatok igazolták, hogy e vitamin a szervezetben legalább három, biológiailag aktív metabolittá alakul át. E vízoldékony metabolitok közül legfontosabb a 25-hydroxycholecalciferol (25 HCC), amit 1966-ban mutattak ki és azóta már izolálták és szintetizálták. Az angolkór gyógyítására, a bélfalon át történő Ca felszívódásra és a csont Ca mobilizációra gyorsabb és erőteljesebb a hatása mint a D_3-vitaminé. A Ca anyagcsere izolált csontkultúrákban vagy izolált, perfundált vékonybélkacsokban már kis mennyiségű 25 HCC is stimuláló hatású, míg a D_3 még nagyobb adagban is hatástalan. Legújabban a D_2 biológiailag aktív metabolitját, 25-hydroxyergocalciferolt (25 HEC) is izolálták D_2 vitaminnal előkezelt sertések plasmájából.

Hepatektomia után a hydroxylatió elmarad, a perfundált máj viszont képes vitamin konverzióra, máj homogenizátumból, ill. sejt frakciókból sikerült egy, a hydroxylatiót végző enzymrendszert kimutatni. Jelenleg még bizonytalan, hogy ezen enzym rendszer hibás működése jelentőséggel bír-e akár a szerzett akár az öröklött, familiáris D-vitamin rezisztens osteopathiákban. Kétségtelen viszont, hogy mind a 25 HCC, mind a 25 HEC terápiás alkalmazása igen kedvezőnek ígérkezik.

A D-vitaminnak és a 25 HCC-nek a bélnyálkahártyában és a csontban kifejtett Ca-anyagcserére irányuló hatását blockirozni lehet egy antibiotikummal, az Actinomycin D-vel, mely gátolja a DNS transcriptiót (genetikai információ átírást), tehát a messenger (küldönc)-RNS és közvetve a fehérje szintézist. H^3-mal jelzett orotsavval (pyrimidin praecursor) történt vizsgálatok szerint a D-vitamin legkoraibb hatása a bél epithel-sejtek magjában, a ribonucleinsavakba történő izotop beépülés fokozása, ez iv. alkalmazott 25 HCC után már perceken belül bekövetkezik. A subcelluláris támadáspont — nagy valószínűséggel — a sejtmag membránja, éspedig itt egy DNS szegment (gén) vagy egy receptor tulajdonságú fehérje. Kiemelendő, hogy az epithel sejtek cytoplazmájából az aktív metabolitok hatására keletkező, specifikus, Calcium-kötő fehérjét is sikerült már izolálni és emellett a kefeszegélyben egy D-vitaminnal stimulálható, Ca dependens ATP-asét is találtak. Nyilvánvalóan e két rendszer felelős a D-vitamin indukálta aktív (conc. gradiens ellenében történő) bélnyálkahártya Ca trantrasportért, így a D-vitamin fő hatásáért, a serum Ca- és P-szint emeléséért, a csont mineralizációjáért. E legújabb vizsgálatok is nyitva hagyják a D-vitaminnak a vesékre és magára a calcifikatióra kifejtett direkt hatása lehetőségét, viszont közelebb jutottunk a D-vitamin, parathyreoidea hormon és a Calcitonin hatások közötti relátiók pontosabb megismeréséhez.

[Ref.: Avioli és munkatársai (Science, 1969, 166, 1154—1156) a chronikus, uraemiás vesebetegek D-vitamin rezisztens osteopathiáját-experimentális, patkány kísérletek alapján — szintén az aktív, hydroxy-derivátumok képződése csökkenésével magyarázzák. Az uraemiás állatok duodenum mucosájában szignifikánsan csökkentnek találták a Ca-transzportot, a specifikus fehérje Ca kötő képességét; ezt D_3-vitaminnal nem, viszont 25-hydroxycholecalciferollal lényegesen fokozni tudták].

Szabó Lajos dr.

Kommentár a „Vitamin D Dependency"-hez. Scriver, Ch. R. (2300 Tupper Street, Montreal 25, Quebec, Canada): Pediatrics. 1970, *45*, 361—363.

Több mint húsz éve, hogy a súlyos, D-vitamin hiányos rachitisre emlékeztető, az első életévekben kezdődő ún. D-vitamin rezisztens rachitis formák ismeretessé váltak. A szerzett, D-vitamin hiányos angolkórral (D-vitamin deficiency) ellentétben, e betegek D-vitamin szükséglete a normális kb. százszorosa (40 000 E csecsemőkorban). Ilyen dózisra a klinikai tünetek javulnak, de a fokozott szükséglet (D-vitamin dependency) az egész gyermekkoron át, sőt valószínűleg felnőtt korban is megmarad és a betegség örökletes. Mindkét állapot közös vonása a secunder hyperparathyreoidizmus,s ez némi differentiál-diagnosztikai segítséget jelenthet az egyéb, a vese-tubulusok primer phosphat-transzport defektusán alapuló hypoposphataemiás rachitisektől való elkülönítésükben.

A D-vitamin anyagcsere és hatásmechanizmus vizsgálata az utóbbi években jelentős eredményeket hozott. Kiderült, hogy mind a D_2 (ergocalciferol) mind a D_3 (cholecalciferol) az alfa$_2$-globulinokhoz kötve jut a véráram útján a májba, ahol belőlük vízoldékony hydroxyderivátumok képződnek enzymműködés révén. E tulajdonképpeni biológiailag aktív D-vitamin metabolitok azután újból az előbbi serum fehérjéhez kapcsolódva jutnak el a bél epithel sejtek magjainak membránjához. Feltételezhetően itt DNS aktiválás és specifikus messenger-RNS képzésen keresztül egy olyan fehérje szintézisét indukálják, mely az epithel sejtek ún. kefeszegélyében fejti ki hatását, úgy hogy lehetővé teszi az aktív calcium transzportot a bélluminből a véráramba. (A Ca-kötő fehérjét csirke bélnyálkahártyából izolálták és számos tulajdonságát tisztázták). A D-vitamin, ill. most már a biológiailag aktív derivátumai fontos szerepet játszanak még a bélben a calcium „uptake"-ben, Ca-dependens ATP-ase stimulálása révén továbbá a parathormonhoz hasonlóan a csontokból calciumot és phosphort mobilizálnak (e hatást a Calcitonin szintén antagonizálja).

Amikor ezen új ismereteink birtokában a D-vitamin hiányos és dependens állapotok közelebbi természetét vizsgáljuk, újból hangsúlyozni kell, hogy a parathormon csak D-vitamin jelenlétében képes a bél Ca-transzportot és a csontokból a Ca-mobilizációt stimulálni, viszont D-vitamin nem szükséges a parathormonnak a vesetubulusok P és aminosav konzerváló funkcióját gátló hatásához. A calcium anyagcsere e komplikált hormonális és vitamin regulációja egy célt szolgál: a Ca ion extracelluláris concentrátiója szűk határok közötti stabilizációját, oly szinten, mely biztosítja számos szövet (ideg, izom és epithelsejt) normális membrán aktivitását. Eszerint a diétás D-vitamin hiány és a biológiailag aktív D-vitamin derivátumok képződésének defektusa vagy e metabolitoknak az epithel sejtek magja membránjához való kötődés zavara, ugyanazon funkció-zavart eredményez a Ca-anyagcsere területén.

Legújabb vizsgálatok alapján (Hamilton és mtsai: A vékonybél vitamin D dependens rachitisben, Pediatrics, 1970, *45*, 364—373) az emberi D-vitamin dependens állapotban is kimutatható egy specifikus bél-epithel Ca-transzport zavar. Így e kórformát szűkebb értelemben a D-vitamin anyagcsere veleszületett zavarai tágabb értelemben a membrán transport rendszerek **„világrahozott tévedései"** (inborn errors of membran transport) csoportjába sorolhatjuk. Még nem tisztázott a mutáció jellege. Két lehetőség van, vagy a máj hydroxyláló enzymrendszere igényel nagyobb mennyiségű D-vitamint ahhoz, hogy kis mennyiségű 25-hydroxy derivátumot tudjon képezni, vagy a kóros mutáció úgy változtatja meg a sejtmembrán aktív metabolit kötőképességét, hogy e kötődés csak a normálisnál jóval nagyobb intracelluláris hydroxyderivátum concentratio esetén következhet be. A molekuláris szintű defektus vizsgálata jelenleg már

nemzetközi szintű együttműködés keretében folyik és remélhetőleg hozzájárul ahhoz, hogy a fokozott vitamin szükséglettel járó anyagcserebetegségek közelebbi természetét megismerjük és az ilyen betegek therápiáját racionálisabban irányíthassuk a jövőben.

[Ref.: Az utóbbi években nemcsak a membrán transzport defektusokon alapuló (vese-tubulus és bélnyálkahártya lokalizációjú) congenitalis anyagcserebetegségek, hanem az egyes vitaminok, különösen a B_6 és B_{12} iránti fokozott szükséglettel járó, genetikusan determinált „inborn error" kórformák száma is rohamosan növekszik. Ez utóbbiakban, ahol az anyagcsere-defektus részben membrán-transzport rendszerek, részben az intermedier anyagcsere területén jelentkezik, az illető vitaminok nagy mennyiségű bevitelével sokszor igen kedvező terápiás hatás érhető el. A pathomechanizmus közelebbi természetére csak egyes kórformákban vannak adataink. Így a B_6 dependens cystathionuriában a B_6 vitaminból képződik ugyan biológiailag aktív coenzym, pyridoxal-5-phosphat, de a cysthathinase enzym struktur gén mutátió miatt hibásan szintetizálódik, e defektus a molekula coenzym-kötő képességét csökkenti. Egy másik lehetőségre — a referátum témáján kívül — a B_{12}-vitaminból történő aktív coenzym-képzés defektusára legújabban Mudd és munkatársai szolgáltattak indirekt bizonyítékokat egy homocystinaemiával, cysthathionaemiával és methylmalonsav ürítéssel bíró betegnél (Biochem. Biophys. Res. Comm. 1969, 35, 121—125): a coenzymatikus aktivitású B_{12} derivátum a deoxyadenosyl B_{12} tartalom a májban a normál átlag 10%-a, a vesékben nulla volt normális serum B_{12} szint mellett.]

Szabó Lajos dr.

A vékonybél D-vitamin dependens rachitisben. Hamilton, R. és mtsai: Pediatrics 1970, *45*, 364—373.

A torontói munkacsoport 6, a ritka D-vitamin dependens rachitisben szenvedő betegen végzett vizsgálat alapján foglalkozik a D-vitamin és Ca-anyagcsere kapcsolatát érintő új ismeretekkel és igyekszik a D-vitamin dependens rachitis keletkezését megmagyarázni.

A betegség nomenclaturája nem egységes. A D-vitamin rezisztens rachitis csoportból bontotta le *Fraser* és *Salter* 1958-ban III. A. ii. typusként külön sorolva. *Prader* és mtsai örökletes pseudovitamin-D-hiányos rachitisnek nevezték el. Recessziv öröklésmenetéhez már nem férhet kétség, tünetei minden szempontból megegyeznek a D-vitamin hiányos rachitisével, de mintegy 100-szoros adag D-vitaminnal lehet csak meggyógyítani. E gyógyíthatóság választja el a valóban rezisztens formáktól. Minthogy a magas D-vitamin szükséglet egész éven át megmarad, a dependentia kifejezés a legalkalmasabb az állapot megjelölésére. A betegség talán nem is olyan ritka, mint eddig gondoltuk.

A szerzők az egyik beteget, egy érintett testvérpár fiatalabb tagját részletesebben megvizsgálták mind a florid rachitis stádiumában, mind napi 100 000 E D-vitamin szedése révén bekövetkezett gyógyulása után. Kalcium, foszfor bilansz vizsgálatokkal, a vékonybél felszívóképességének több irányú vizsgálatával (zsír, xylose, vas, Figu, B_{12}), a jejunumbiopsiás anyag elektronmikroszkópos vizsgálatával azt mutatták ki, hogy (1) a kalcium felszívása szinte a semmivel egyenlő alacsony D-vitamin bevitel mellett, (2) napi 100 000 E bevitellel normálissá vált, (3) semmilyen más felszívási zavar nem áll fenn D-vitamin kezelés előtt és alatt, beleértve a D-vitamin felszívódását.

A szerzők a megbeszélésben, *Scriver* pedig a lap ugyanazon számában megjelent kommentárjában megkísérlik beilleszteni a kórképet azokba az ismeretekbe, melyek az utóbbi időben a D-vitamin anyagcserét illetően napvilágra kerültek.

Mind az ergocalciferol (D_2), mind a cholecalciferol (D_3) felszívódása után α_2-globulinhoz kötődve kerül a májba, ahol a megfelelő 25-hydroxy-származékokká alakulnak, mai tudásunk szerint ezek aktívak biológiailag. Ezek ismét α_2-globulinhoz kötődve jutnak el végszervekhez, többek között a vékonybélhám sejtjeihez. Itt feltehetően valamely gén aktiválása útján specifikus RNA képződik, mely a kefeszegélyben azután kalciumot transportáló fehérje synthesisét indítja meg.

A D-vitamin dependens rachitis keletkezésének módját nem ismerjük, valószínűnek tartják azonban a szerzők, hogy vagy magas D-vitamin koncentráció szükséges ezen betegek májában megfelelő mennyiségű 25-OH származék keletkezéséhez, vagy a vékonybélhám „fogadó-felülete" működik tökéletlenül. Ezen irányban kell a vizsgálatot folytatni. Addig is e betegséget korán kell felismerni, hogy a teljes gyógyulást eredményező napi D-vitamin bevitelt alkalmazni lehessen.

Cholnoky Péter dr.

Alkohol okozta hypoglykaemia gyermekkorban. Mc Laren, N. K., Valman, H. B., Levin, B. (Queen Elizabeth Hospital for Children London E. 2.): British Medical Journal 1970, *1*, 278—280.

A szerzők egy 2 éves és 7 hónapos korú fiúgyermek esetét ismertetik, akin ismeretlen mennyiségű alkohol fogyasztását követően 5 óra múlva eszméletlenség és generalizált görcsroham lépett fel. A vérben és liquorban cukor nem volt mérhető. 50%-os glucose infusiót követően 5 perc múlva a gyermek visszanyerte eszméletét.

A későbbiek során a betegen és két testvérén alkoholterhelést végeztek. Éjszakai éhezés után 0,75 g/kg alkoholt itattak a gyerekkel és $3^1/_2$—5 órán keresztül sorozatosan meghatározták a véralkohol, glucose, lactat és pyruvat, plasma insulin és cortison szintet. A fenti alkohol mennyiség felszívódása során 100 mg% volt a maximális vérszint. A kezdeti 65 mg%-os vércukor érték az alkohol bevitelt követő 4. órában 16 mg%-ra süllyedt. Ugyanekkor a vér lactát szint 15 mg%-ról 38 mg%-ra, a lactat/pyruvat hányados pedig 14-ről 40-re emelkedett. A plasma insulin szint változatlan maradt a terhelés alatt (1 μU/ml körül). A cortison szint 19 μg%-ról 29 μg%-ra emelkedett. Ascorbinsav adagolás (0,2 g, im.) után is hasonlóan zajlott le a terhelés. A két testvéren az alkohol kiváltotta hypoglykaemia nem volt olyan súlyos, mint a volt alkoholmérgezettben (38, ill. 39 mg% volt a legalacsonyabb érték). A többi paraméter hasonló volt.

Az enzymatikus májfunctiós próbák mindhárom esetben physiologiás határok közé estek.

A szerzők felhívják a figyelmet a csecsemő és gyermek fokozott alkohol iránti érzékenységére: aránylag csekély mennyiségű alkohol fogyasztása is súlyos hypoglykaemiát válthat ki. A hypoglykaemia maximuma az alkohol fogyasztást követő 4—5. órában várható. Előzetes éhezés súlyosbítja a kórképet. Alkoholistáknál az alkohol fogyasztást követő hypoglykaemia során a vér cortison szintje csökken, gyermekeknél azonban emelkedés észlelhető.

[Ref.: Az alkohol és hypoglykaemia hatásmechanizmusára állatkísérletek, valamint egészséges és alkoholista felnőtteken végzett vizsgálatok derítettek fényt. Az alkohol gátolja az aminosavakból történő cukorképződést (glukoneogenesis), valamint a lactat- és pyruvatból történő glycogen képződést (Cori-kör). Az insulin elválasztás nem érintett; a fructoseból történő glycogen képzés sem károsított. A gluconeogenesis különböző módszerekkel történő fokozása kivédi az alkoholos hypoglykaemiát (pl. cortison, ACTH kezelés)].

Heim Tibor dr.

Csecsemőkori veseelégtelenség kezelése. F. Shindera. (Univ. Kinderklinik, Freiburg i. Br.): Arch. f. Kinderheilk. 1969, *180*, 81—89.

A csecsemőkori veseelégtelenség kezelése az állandó növekedés és az ezzel kapcsolatos fokozott anyagcsere miatt igen nehéz, annak ellenére, hogy az intaktan maradt nephronok funkcionális érésével spontán javulás lehetséges. A krónikus veseelégtelenség kezelésének célja: az uraemia elhárítása, optimális növekedés elérése, elektrolytvíz-anyagcserezavar korrek-

ciója, valamint a hypertoniás szövődmények kivédése.

A szerző egy krónikus uraemiában szenvedő csecsemő esetét elemezve a leglényegesebb therapiás elveket ismerteti. A huzamos anuriás fázisban ismételt peritonealis dialysist alkalmaztak kielégítő eredménnyel. A postanuriás fázisban jelentkező hyponatraemiát per os NaCl-al korrigálták és a hyperkalaemiás tendencia miatt — mivel a K-szegény diéta nem volt eredményes — Na-polystyrene-sulfonat (Resonium A) kationcserélő műanyaggyantát alkalmaztak. Ebből 10 kg testsúlyra 5—15 g/die adható és 1 g-ja 1 mE/l K-t köt meg a bélben. A K-t Na-mal cseréli ki, mely mellékhatásként Na bilanz révén esetleg extracellularis oedemát okoz. A csökkent filtratio miatti retineált alimentaris foszfor, másrészt a calcium minimális intestinális absorptiója ezen pathologiás konstelláció másodlagos hyperparathyreosist, következményes renalis ostheopathiát vált ki. Ez per os alumínium hydroxyddal eredményesen kivédhető. A sok ismert szempont közül ügyeljünk a polyuriás stádiumban az exsiccosis hajlamra, másrészt oliguriában a túlhydrálásra. Az antiuraemiás komplex kezelésben újabban külön hangsúlyt kapott a fehérjeszegény, szükséges aminosavakat tartalmazó, lisztmentes, keményítődús diéta. A kezelés alapvető szempontjai közül kiemeljük: a glomeruláris filtratio az ötödére beszűkült, a RN 40 mg%-ra nem csökkenthető, valamint a kalóriadús étrend. Speciális diétájuk burgonya-tojás keverék volt, amit 3:2 arányban adaptált tejjel alkalmaztak. Fehérjéből 1,5 g/kg, szénhidrátból 120—130 Cal/kg volt az optimális mennyiség. Ily módon az urea nitrogen 50—60 mg%-ra csökkent és 8 hetes uraemiás diéta mellett essentiális aminosav hiány nem lépett fel. A diétás kezelés ugyan nem érinti a vese állapotát, de az anabolikus anyagcserében kedvező változást hoz létre.

Streitmann Károly dr.

Anticoagulánsok alkalmazása gyermekkori vesebetegségekben. Herdman, R. C. és mtsai (Albany Medical College New York): Amer. J. Dis. Child. 1970, *119*, 27—36.

Kísérleti megfigyelések és elméleti meggondolások alapján vezették be 13 gyermeknél az anticoagulánsok — elsősorban heparin — therapiát, hogy megkíséreljék a heparin gyulladáscsökkentő, anticoagulans és komplement-szintet befolyásoló hatását a progrediáló vesebetegségek befolyásolására felhasználni. A betegek steroid resistens nephrosis, subacut vagy chronikus glomerulonephritis, anaphylactoid purpura és Wegener-granulomatosis miatt állottak kezelés alatt. 8 óránként kb. 100 μ/kg heparint adtak subcután — általában több hónapon át —, akkora adagot, hogy a vér alvadási ideje a normálisnak több mint kétszerese legyen. A kezelés előtt és során nemcsak kémiai vizsgálatokat, hanem vesepunctiókat is végeztek.

5 betegen nem észleltek javulást, ill. rosszabbodás következett be a kezelés során, egy betegen pedig intercurrens vérzés miatt kellett abbahagyni a kezelést. Négy betegen egyértelmű, kettőben kevésbé kifejezett volt a javulás. A komplement szint minden olyan betegen emelkedett, akin a kezelés megkezdése előtt alacsonyabb volt a komplement koncentráció. Az alvadási tényezők viselkedése nem volt egységes.

Fluorescens mikroszkóppal végzett vizsgálatok azt mutatták, hogy a kezelés hatására a glomerulárisan lerakódott fibrin a betegek egy részénél eltűnt. A therapia jelentős eredményének tartják, hogy 2 betegben a glomerularis proliferáció a kezelés során csökkent. Ugyancsak sokszor jelentősen csökkent a serum kreatinin szintje és a vizelet fehérje tartalma. Egy betegen, akinek rendkívül súlyos proliferativ subacut nephritise volt, drámai javulást láttak: a kreatinin koncentráció 11-ről 0,9 mg%-ra esett.

Bár a kezelés főleg akkor veszélyes, ha egyidejűleg immunosuppressiv szereket is alkalmaznak (azathioprin, prednisolon), — a hosszú ideig tartó anticoaguláns therapia önmagában véve is gondos ellenőrzést tesz szükségessé. Gyorsan progrediáló, akut glomeruláris, proliferációval és glomeruláris fibrinlerakódással járó kórképekben azonban hasznosnak látszik a kezelés, de általános alkalmazása előtt még további részletes vizsgálatokra van szükség.

Török János dr.

CHLOROCID-H kenőcs

0,75% hydrocortison + 1% chloramphenic., vaselin típusú alapanyagban.
A chloramphenicol bakteriosztatikus hatását kedvezően egyesíti a hydrocortison gyulladáscsillapító és antiallergiás tulajdonságával.

JAVALLAT:

Szemészet: keratitis, égési sérülés, marási sérülés, szemhéj dermatitis, blepharitis chr., iritis iridocyclitis, postoperatív uveitis.

Bőrgyógyászat: contact dermatitis, folliculitis, impetigo, seborrhoeás ekzema, anorectalis, genitalis ekzema, intertrigo, dyshydrosis, otitis externa.

ELLENJAVALLAT:

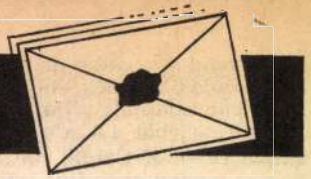
szaruhártya-hiány, trachoma, ulcus serp., herpes zooster corneae, hypopyon keratitis és iritis, keratitis dendritica.

Szakrendelések szabadon, egyéb esetben szakrendelés javaslatára rendelhető

1 tubus (5 g) 22,20 Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



Ismerjük meg a hazai irodalmat.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastam az 1971/8-as számban Csorba Lajos dr.-nak és munkatársainak közleményét a spontán nyelőcső perforációról. Indokoltnak tartom a két beteg esetének közlését, mégha az egyik elkésett diagnózis, a másik téves diagnózis miatt nem kerülhetett idejében műtétre és így nem volt megmenthető. A dolgozat ráirányítja a figyelmet a korai helyes diagnózis fontosságára és ennek feltételére, vagyis arra, hogy gondolni kell rá.

Szükségesnek tartom azonban felhívni szerzők figyelmét arra, hogy a Fül-Orr-Gégegyógyászat 1969/15, számában: „Nyelőcső idegentest és perforáció, a nyelőcső spontán perforációja" — címen dolgozatom jelent meg. Ebben ismertettem 47 éves betegünk esetét, akit ugyancsak myocardialis infarctus kórismével utaltak kórházba. Miután ezt az EKG alapján gyorssan ki lehetett zárni, megtörtént a röntgen-vizsgálat, mely kimutatta a mediastinális levegőgyülemet, majd az azt követő kontraszt nyeletéses vizsgálat kimutatta típusos helyen a rekesz felett a nyelőcső spontán átszakadását. Az idejében végzett műtét eredményes volt és a beteg azóta is panaszmentes. Tudomásom szerint ez volt a hazai irodalomban közölt első operált és egyben sikerrel operált eset.

Nem vagyok híve a szerzői hiúság olyan öncélú megnyilvánulásának, amikor „erről én is írtam" alapon reklamálja említésének mellőzését egy különben belföldi és külföldi irodalmi idézetekben bővelkedő, átfogó témát feldolgozó közleménytől. Az olyan ritkaságokat feldolgozó közlés, mint szerzők kazuisztikája azonban magyar szerzőre alig hivatkozhat, becsüljük hát legalább annyira meg a hazai irodalmat, hogy azt a keveset felkutassuk, mielőtt tollat ragadunk.

Keszler Pál dr.

T. Szerkesztőség! Köszönjük Keszler Pál dr. hozzászólását az O. H. 1971/8-as számában megjelent a spontán nyelőcsőperforációról szóló közleményünkhöz. A legkülönbözőbb kóreredetű nyelőcsőperforációk sebészi kezelése közben figyeltünk fel a spontán átfúródás kórképére. Ezek az esetek éppen ritkaságuk, továbbá a kórkép által produkált „félrevezető" tünetek miatt sokszor téves diagnózis felállítását eredményezik. A beteg ilyenkor — minden jóakarat ellenére — elhanyagolt állapotban kerül az ellátásra felkészült osztályra. A magas mortalitás elsődleges oka ebben keresendő, mert ha nem is rendelkezünk a kezelésre vonatkozó egységes vezérfonallal, az időben érkezett betegek nagyobbik részét — egyedileg alkalmazott kezeléssel — képesek vagyunk meggyógyítani. Ezt a véleményünket támasztja alá Keszler dr. hazánkban először sikeresen operált esete, amelyhez őszintén gratulálunk. Kazuisztikai közleményünk célja a magas mortalitás csökkentése, a minél több beteg eredményes kezelése érdekében a figyelem felkeltése egyrészt a kórképre, másrészt a felsorolt szerteágazó problémákra. A téma és közleményünk aktualitását Keszler dr. időközben megjelent, a témával részkérdésként foglalkozó cikke és jelen hozzászólása egyaránt alátámasztja.

A levélcímhez „ismerjük meg a hazai irodalmat" annyit szeretnénk megjegyezni, hogy a témával, melyben a „magyar szerzőre alig hivatkozhat"-tunk Keszler dr.-ral egymástól függetlenül kezdtünk el foglalkozni. Az anyag összegyűjtése, az irodalom feldolgozása időpontjában Keszler dr. közleménye még nem jelent meg, ezért a dolgozat megírásánál azt felhasználni nem állt módunkban. Mi magunk is csodálkoztunk, hogy a témával így foglalkozó hazai közleményt a legszorgosabb kutatás ellenére sem találtunk. Keszler dr. közben megjelent cikkét a kefelevonat átnézésekor már ismertük és talán helyes lett volna, pótlólag a cikk megjelenésére rövid utalást beiktatni. E tanulságon túl, Keszler dr. úttörő munkásságát elismerve, nincs szándékunkban prioritását elvitatni.

Szeretnénk remélni, hogy szakmánk, tudományunk egyszerű művelőiként szorgalmas, tisztességes munkával Keszler Pál dr.-t is sikerül majd meggyőznünk, hogy becsüljük annyira a már megjelent hazai irodalmat, „hogy azt a keveset felkutassuk, mielőtt tollat ragadunk".

Csorba Lajos dr.
Lőke Miklós dr.

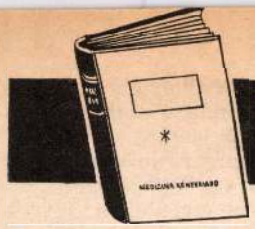
A köldökzsinór sérülés okozta újszülöttkori anaemiáról.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastam Toró Árpád és mtsai közleményét az Orvosi Hetilap 1970, *111*, 50-es számában a „Vitorlás tapadású köldökzsinór sérülése okozta újszülöttkori heveny anaemia"-ról. Megállapításaival egyetértek és megtisztelő, hogy az Orvosi Hetilap 109. évf. 34. számában megjelent munkánkat szerző több helyen is idézi. Egyetlen lényeges mondatához, amelyben azt írja „Bilek 11 esetet gyűjtött össze az irodalomból, övé az egyetlen megmentett újszülött is", annyit szeretnék csak hozzáfűzni, hogy az Orvosi Hetilap fenn említett számában ismertetett betegünk él és jól fejlődik.

Korányi György dr.

T. Szerkesztőség! Köszönöm Korányi György dr. észrevételét. Sajnálatos módon a szövegből a gépeléskor kimaradt a „hasonló" szócska, amely az egyetlen megmentett eset kijelentést, a közvetlen előtte levő mondatra lett volna hivatva vonatkoztatni, ahol arról van szó, hogy Bilek 11 esetében az érszakadás a burokrepedés előtt történt s ezek közül került ki az egyetlen megmentett eset. Hogy nem általánosításról van szó, az kitűnik a cikk további részéből, ahol Jutting esetét is mint megmentett újszülöttet említjük meg.

Toró Árpád dr.



KÖNYVISMERTETÉS

Dutz. H., Kleinsorge, H., Schultz, F. H.: Diagnose und Differentialdiagnose innerer Krankheiten. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena. 1969. 1074 old.

A *Dutz, Kleinsorge* és *Schultz* professzorok szerkesztésében megjelent 2 kötetes, több mint 1000 oldalas könyv összesen 29 szerző munkája. A fenti népes szerzőkollektíva tükrözi az orvostudomány és ezen belül a belgyógyászat rohamos specializálódását. Modern ismereteket tartalmazó diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai könyv megírása — amint erre a szerzők is kitérnek a könyv előszavában — speciális szakemberek bevonása nélkül nem valósítható meg. A 2 kötet 26 fejezetből és egy táblázatot tartalmazó függelékből áll. Az egy szerv, vagy szervrendszer betegségeit magában foglaló egyes fejezetek is gyakran több szerző tollából származnak. A vérképzőszervi betegségek fejezetét például 4 szerző írta.

Tekintettel arra, hogy a 26 fejezet részletes ismertetésére nincsen lehetőség, a címeket sorolnám fel, hogy az olvasó áttekinthető képet kapjon a könyv tartalmáról. 1. *Kleinsorge H., Krüger, H. U.:* Általános differenciáldiagnosztika. 2. *Geissler W.:* Szívbetegségek. 3. *Heine H.:* Érbetegségek. 4. *Steinbrück P.:* Tüdőbetegségek. 5. *Dutz H.:* Vesebetegségek. 6. *Dutz H., Precht K.:* Az elektrolit- és vízháztartás zavarai. 7. *Dutz H., Gawellek F.:* Hypertonia, hypotonia. 8. *Schultz H., Brüschke G.:* Idős emberek betegségeinek differenciáldiagnosztikai vonatkozásai. 9. *Renger F., Kaeding A.:* Szájüreg és oesophagus betegségei. 10. *Kaeding A.:* Gyomorbetegségek. 11. *Seige K., Schultz U.:* Bélbetegségek. 12. *Renger F.:* Máj- és epeútbetegségek. 13. *Gülzow M.:* Pancreasbetegségek. 14. *Herzog K. H.:* Acut has. 15. *Volkheimer G.:* Intestinalis parasitosisok. 16. *Theuer D.:* Infectiós betegségek. 17. *May W.:* Trópusi betegségek. 18. *Lisewski G.:* Anyagcsere-betegségek. 19. *Knappe G.:* Endokrin betegségek. 20. *Vetter K.:* Hypovitaminosisok. 21. *Kleinsorge H.:* Allergiás betegségek. 22. *Jordan H.:* Csont-, ízületi, izombetegségek. 23. *Heinrich H. G.:* Haemorrhagiás diathesisek. 24. *Sundermann A., Schreiber W. D.:* Vérképzőszervi betegségek. 25. *Schultz F. H.:* A RES betegségei. 26. *Rösner K.:* Gyógyszer-mellékhatások.

Jogosan vetődhet fel az olvasóban a kérdés, hogy a sok szerző által írt könyv egységes irányelvek alapján készült-e, és az egyes fejezetek arányai megfelelőek-e. Egy-két fejezetet leszámítva, a szerzőknek sikerült az egyes fejezetekben tárgyalt kórképek tüneteit és az elkülönítő kórismézést egységes felépítés szerint, a betegségek gyakoriságának, jelentőségének megfelelően tárgyalni.

A bevezető, általános differenciál-diagnosztikai fejezet az anamnézis felvételénél hangsúlyozza a lakás- és munkahelyi viszonyok, az előzőleg szedett gyógyszerek ismeretét, az esetleges allergiás dispositio kiderítését, functionalis károsodások, conflictus-situatiók feltárását, familiaris anamnézis fontosságát (tuberculosis, arteriosclerosis, diabetes stb. előfordulása), a beteg környezetének ismeretét (pl. leptospirosisok, infectiosus bélbetegségek kiderítésénél). A status felvételekor az ún. klinikai „Blick" csak alapos és sokoldalú tapasztalat eredménye lehet. Kiemeli az alkati tényezők, beszéd, tekintet, szemtünetek, nyelv, szőrzet, körömelváltozások fontosságát. Figyelemre méltó statisztikai adatokat ismertet az egyes betegségcsoportok és a halálokok nem szerinti megoszlásáról. Tárgyalja több betegség találkozásának lehetőségét, továbbá a diagnosztikus (iatrogen) ártalmakat. Külön hangsúlyozza az egységes dokumentáció fontosságát. Különböző szerzők által feldolgozott diagnosztikus, therapiás stb. statisztikus kiértékelés csak így lehetséges. Kitér az elektronikus adatfeldolgozás és a komputer diagnosztika szükségességére. A komputer által felállított helyes diagnosis a betáplált informatiók számától és a speciális adatoktól függ! Végül elemzi a téves diagnosis 4 összetevőjét: 1. Az orvos az anamnesztikus adatokból helytelen következtetést von le, a rutin vizsgálatokat nem végzi el. Subjektiv tényezők is közrejátszhatnak (pl. indispositio). 2. A beteg részéről a szeméremérzet, aggravatio, dissimulatio stb. lehetnek félrevezetők. 3. Környezeti tényezők előnytelen hatása (pl. icterus megítélése lámpafénynél). 4. Végül az egyes betegségek tünetei a civilizáció, therapia következtében módosultak, illetőleg a gyógyszerek és új sebészi beavatkozások mellék-tüneteiként új betegségtünetek jelentkeztek. Az első fejezetben még a gyulladások, malignus neoplasiák, intoxicatiók, endokrin regulatiós zavarok, vegetatív tünetegyüttes, szerv-neurosisok, allergosisok-kollagenosisok és a heredopathiák komplex diagnosisát ismerteti a szerző. A heredopathiák típusait, kiváltó okát és az öröklés menetét kitűnő táblázat foglalja össze.

A továbbiakban az egyes betegségcsoportok diagnosisát és differenciáldiagnosisát tárgyalják a szerzők. A 26 fejezet közül kettőt emelek ki, hogy az olvasók érzékelhessék az egyes fejezetek felépítését és tartalmát. A szívbetegségekkel foglalkozó fejezetben a szív organikus betegségeinek pathognomikus tünetei, majd a szívbetegségek diagnosisát elősegítő speciális jelek találhatók. A szívbetegek testi teherbíróképességének megítéléséhez a New York-i Szív Társaság súlyossági fok szerinti beosztását ismerteti a szerző. Táblázat összesíti az ambulanter, fekvő intézetekben és centralis (specialis) intézetekben végzendő vizsgálatokat. Ezt követi a szívelégtelenség definitiója, okainak, formáinak felsorolása, mellékelve jól rendszerezett táblázatokkal. A cardialis elégtelenség tüneteinek és a differenciáldiagnosis szempontjából szóbajövő kórképek tárgyalása után az egyes szívbetegségek speciális diagnosisa és differenciáldiagnosisa következik. A jellemző EKG, phonocardiographiás, radiológiai eltéréseket sémás rajzokon túlmenően eredeti, jó minőségű felvételek is illusztrálják. A szerzett billentyűhibákat és a congenitalis angiocardiopathiákat táblázatok összesítik, amelyek az egyes defectusokat, a klinikai panaszokat és sajátosságokat, tapintási, hallgatózási, EKG, röntgenleletet és kiegészítéseket tartalmaznak. A fejezet végén a legfontosabb irodalmi utalások is megtalálhatók.

A többi betegségcsoport tárgyalása és szerkezeti felépítése hasonló. Kiemelést érdemel: a jó áttekinthetőség, a vastag- és dőltbetűs szedések, a tünettan és az elkülönítés szempontjából szóbajövő kórképek szinte hiánytalan felsorolása. A könyv további érdeme, hogy a legújabb diagnosztikus eljárásokat is ismerteti.

A könyv 43 oldal terjedelmű, a „Gyógyszerek mellékhatásai" című, nagy gyakorlati jelentőségű fejezettel zárul. A különböző gyógyszereknek a vérképző, alvadási rendszerre, víz-, sóháztartásra, sav-bázis egyensúlyra, endokrin mirigyekre stb. kifejtett hatását tárgyalja.

Halványabban sikerült a „Nyelőcső, gyomor-bél rendszer" betegségei, valamint a „RES betegségei" című fejezet megírása. A nyelőcsőbetegségek általános tüneteit felsorolja a szerző, de az egyes betegségekre jellemző tünetek leírásával és azok más betegségektől való elhatárolásával adós marad. Példaként említem meg, hogy a gyomorvérzést kiváltó okok felsorolása nem teljes. A bélbetegségek felsorolásánál nem szerepel a sok diagnosztikus problémát jelenthető ileocoecalis tuberculosis. A könyv leggyengébb fejezete a RES betegségeivel foglalkozó rész. Ez 4 táblázattal és irodalomjegyzékkel együttesen mindössze 6 oldalt tesz ki. A makroglobulinaemiának a szerző csupán egy mondatot szen-

tel. A Waldenström-féle makroglobulinaemia tarka, sok haematológiai kórképet utánzó tünettana több figyelmet érdemelt volna. A myeloma paraprotein típus szerinti megoszlásáról, és az ebből eredő eltérő klinikai és laboratóriumi leletekről és a modern diagnosztikus lehetőségekről nem esik szó.

Az egyébként kitűnően megírt fejezetekben is előfordul elvétve, hogy egy-egy, a gyakorlat tanúsága szerint sok diagnosztikus problémát jelentő tünetnek nem tulajdonítanak kellő jelentőséget. Érdemes lett volna említést tenni pl. a chron. pyelonephritiseket kísérő gyakori, jelentősen fokozott vvt.-süllyedésről, amely a hypertoniával és a vizeletlelettel együtt igen jellemző triast alkot. A táblázatokban bizonyos mértékű sematizálás elkerülhetetlen. Valószínűleg ennek tudható be, hogy a táblázatokban elszórtan az egyes adatok nem teljesen fedik a valóságot. A leukaemiát a myelofibrosistól elkülönítő táblázat szerint a granulocyta alkalikus phosphatase aktivitás myelofibrosisban emelkedett. Valójában kb. 50%-ban emelkedett, de normális, sőt alacsony aktivitás is előfordul. A reactiv és a malignus reticulosist elkülönítő táblázat szerint malignus folyamatokban a gamma-globulinszaporulat jelentős, pedig valójában ritkán észleljük.

A könyv nyomdatechnikai szempontból kifogástalan. Az ábrák, képek (beleértve a színeseket is) kivételezése példás.

Függelékként 100 oldal terjedelemben kitűnő, javarészt általános tünettani és differenciáldiagnosztikai táblázatok találhatók. A legfontosabb klinikai-kémiai laboratóriumi eljárásokat — az irodalmi vonatkozások, a módszer alapelvének, a serum és a vizeletre vonatkoztatott normál értékek feltüntetésével — táblázatok formájában ismertetik.

A 29 szerző kollektív munkája eredményeként kiadott diagnosztikai és differentialdiagnosztikai könyv minden gyakorló és belgyógyászat speciális ágát művelő orvos rendkívül hasznos kézikönyve lehet.

Patakfalvi Albert dr.

Böszörményi Zoltán dr., Moussong-Kovács Erzsébet dr.: Orvosi pszichológia. 1967, Tankönyvkiadó, Budapest, (Egyetemi tankönyv): 402 oldal, ára: 48 forint.

Örömmel tettem eleget az Orvosi Hetilap Szerkesztősége kérésének és vállatam — négy évvel megjelenése után — Böszörményi dr. és Moussong-Kovács dr. Orvosi pszichológiájának recenzióját. Rég feltűnt ugyanis nekem, hogy ez a könyv milyen csekély visszhangra talált eddig az orvosi szaksajtóban. Úgy gondoltam, hogy az első magyar orvosi pszichológiai tankönyv, ami Kretschmer munkájának harminc évvel ezelőtti magyar kiadása óta megjelent, több reflexiót érdemelt volna. Egyre több jelét észleljük, hogy az orvosi köztudatban erősödik az orvosi pszichológia jelentőségének felismerése. Egyre több egészségügyi intézményben dolgozik ma már klinikai pszichológus, és lassan, de egyenletesen nő a pszichológiai problémákkal foglalkozó orvosi közlemények száma. Ebben a helyzetben egy átfogó orvosi pszichológiai monográfia megjelenése alkalmat adhatott volna arra, hogy a tárgykör jelentőségével, a medicinában betöltött szerepével és feladatával, valamint a hazai pszichológia sajátos fejlődésének problémáival újólag számot vessünk, tapasztalatainkat összegezzük, a kérdés előreviteléhez szempontokat, javaslatokat adjunk. Ezt az alkalmat, úgy tűnik, elmulasztottuk.

Pedig egy ilyen könyv alkalmas arra, hogy gondolatokat ébresszen és állásfoglalásra ingereljen. Ma csak olyan orvosi pszichológiai könyvet lehet írni, amely vita és kritika tárgya. Valamennyi társadalomtudományi ág, köztük a lélektan erjedésben van, roppant gyorsasággal és arányban fejlődik, és ebben a fejlődésben, átalakulásban igen nehéz felvázolni a modern pszichológia képét. Kretschmer még valamennyire képes volt összefogni korának orvosi pszichológiáját, ő is azonban egymást követő új kiadásokban csiszolta, javítgatta, bővítette építményét, és soha sem szakadt el a német pszichológia és pszichiátria szemléleti hagyományától, amely bár számunkra jól érthető, mégis csak egy a korszak több más szemléleti hagyományai közül. Kretschmer óta sehol a világon nem sikerült olyan orvosi pszichológiai összefoglaló munkát írni, amely egyértelműen modernnek, használhatónak és szakszerűnek bizonyult volna.

Megítélésem szerint Böszörményi dr. és Moussong-Kovács dr. könyve ebben a kontextusban vizsgálandó meg. A szerzők helyzetét az általános tisztázatlanságok és divergenciák mellett még az is nehezítette, hogy hazánkban az orvosi pszichológiát alig oktatják, így nem alakulhatott ki egy határozott igényprofil sem, amelyhez a könyv szerkezetét és tartalmát viszonyítani lehetett volna. Ezzel együtt a két szerző igen ambíciózus munkába kezdett bele. Nagy tömegű forrásanyagra támaszkodva megkíséreltek az egész orvosi pszichológiát megrajzolni, kezdve az emberi magatartás pszichofiziológiai alapjaitól az embert körülvevő szociális képződmények hatástereiig. Tágra vonták meg a tudományterület határait, így a pszichológiai tesztek és más pszichodiagnosztikus eljárások ismertetése mellett külön fejezetek foglalkoznak az elektroencephalográphiával, az agykéreg dinamikájával, a személyiség kórtanával, a farmakopszichológiával, stb. A könyv anyagának nagyobb részét a különböző pszichológiai funkciók és megnyilvánulások szabályszerűségeinek leírása teszi ki.

A könyv annnyira teljességre törekszik, hogy egy-egy témának viszonylag kevés terjedelem jut. A szerzők egyszerre törekednek ismertetésre, és egyszerre próbálják betölteni egy monográfia feladatait, ennek megfelelően sok szerzőt és koncepciót idéznek. A szöveg meglepő szakmai tájékozottságot árul el, szinte nincs olyan problémája a modern lélektannak, amely legalábbis említést vagy méltatást ne kapna. Szó van az ethológiáról, a családtherápiáról, az interperszonális kapcsolatok jelentőségéről, a szociális szervezetek és intézmények befolyásairól, stb.

Láthatóan a könyv pszichológusok számára készült egyetemi tankönyv. Talán ezért szerepelnek benne élettani és elmekórtani kérdések nagyobb számban és nagyobb részletességgel. Egészében véve a könyv jó, használható.

Számos kritikai szempont vetődhet fel a könyv olvasójában, ezeknél azonban sokkal lényegesebb az, hogy a kötet elkezdett valamit, ami folytatásra várna. Hasonló ambíciójú és részletességű munka nem áll orvosok rendelkezésére. Ma már köztudott, hogy a pszichológusok orvosi pszichológiai kiképzése alaposabb, mint amennyit a tantárgyakkal túlzsúfolt orvosegyetem adni tud. Ezt a könyvet újabb, átdolgozott kiadásban alkalmassá kellene tenni arra, hogy orvosok pszichológiai kiképzésében és továbbképzésében segítséget nyújtson. Egy második kiadás lehetővé tenné a szerzőknek a könyvre kapott személyes, és pszichológusok oktatása közben szerzett visszajelentések hasznosítását, újabb adatok és szempontok felhasználását. Egy ilyen második kiadáshoz a recenzens a következő szempontokat ajánlaná a szerzők figyelmébe, teljes tudatában annak, hogy e szempontok esetleg erősen szubjektívek, és egy partikuláris látásmódot tükröznek:

1. Bátrabban lehetne támaszkodni más orvosi tantárgyak anyagára, így esetleg kihagyni az elmekórtan ismertetését, amelyet a pszichiátria végez, az agyfiziológiai adatok ismertetését, amelyekről a neurológia vagy az élettan és kórélettan keretében sokat lehet megtudni. Ezáltal több terjedelem maradna a par excellence pszichológiai kérdésekre. Megjegyzendő, hogy még a pszichológusok számára sem a legcélszerűbb az orvosi pszichológiát ennyire tágra szabni, nekik is inkább neurológiai és pszichiátriai tantárgyak formájában kellene megtanítani a neurológiai és pszichopathológiai állapotokat. Az orvosi pszichológiát talán helyesebb ez egész személyiség magatartására, a szociális viselkedésre, annak mindennapi sajátosságaira és zavaraira összpontosítan.

2. A klasszkus személyiségtan mellett érdemes lenne még na-

gyobb hangsúlyt adni az interperszonális viselkedésnek és kapcsolatoknak, az interakciók szabályszerűségének. A könyv szemlélete a jelenlegi formájában még erősen „intradermális" ahogyan mostanában az amerikai szakirodalom ezt kifejezni szokta, vagyis csaknem kizárólag az egyéni személyiségen belül (a „bőrön belül") lezajló eseményekkel és jelenségekkel foglalkoznak a fejezetek. Szaporodnak az adatok arról, hogy a társaslélektani tényezők szerepe nagyobb a viselkedésben, mint azt még 10 évvel ezelőtt is gondoltuk volna. Ugyanakkor ez az a szféra, amelyben orvosnak, pszichológusnak mozognia kell, ahol beavatkozni tud, amelyből diagnózist csinál.

3. Ehhez kapcsolódóan hasznos sokkal inkább középpontba állítani az orvos-beteg vagy a pszichológus-beteg relációt, amely az orvosi pszichológia ismeretanyagának legfontosabb tengelye. Ezzel együtt célszerű a viselkedésbefolyásolás módjait, mechanizmusait, stratégiáit részletesebben tárgyalni. Orvosi pszichológia legfőbb raison d'étreje a segítés a másik embernek szakszerű megértésén és ennek nyomán megfelelő viselkedésen, kommunikáción át, ez a therápiás kapcsolatban valósul meg, ennek a relációnak szabályszerűségeiről nem lehet elég sokat írni!

4. A könyv most csak a beteg ember személyiségével foglalkozik, ill. a személyiséggel általában. Egy inkább szociálpszichológiai szemléletmód megkövetelné, hogy szó legyen az orvos vagy a pszichológus személyiségéről is. A könyvből most úgy tűnhet, hogy aki megtanulja a benne felhalmozott ismeretet, az kb. ugyanúgy eligazodik a betegen, mint ahogyan egy belgyógyászati tankönyv segítségével alapvető tájékozottságot lehet szerezni. Ezzel szemben a gyakorlat orvosi pszichológiai jelenségei az orvos vagy a pszichológus személyiségének hatására, azon átszűrődve jelennek meg. A therápiás beavatkozásokban, különösen a pszichotherápiában is igen nagy, szinte döntően nagy az orvos vagy a pszichológus személyiségének szerepe.

5. A könyv most dicséretesen objektív, taxonómikusan ismerteti a különböző álláspontokat és felfogásokat, néhol bírálatot gyakorol egyes nézetek felett, de a kezdőt talán kevéssé segíti az elméletek, irányzatok, tények rangsorolásában és értékelésében. Talán többet kellene érvelniük a szerzőknek, jobban azonosulni anyaguk egy részével. Ennek az eljárásnak persze megvannak a veszélyei, de kétségtelenül didaktikusabb, mint a „Sammelreferat"-szerű jelenlegi megfogalmazás.

Ehhez hasonló szempontokat még többet lehetne említeni. Ez is mutatja, hogy milyen nehéz a szerzők feladata egy orvosi pszichológia szakmunka megírásakor. Minden vita és kritika ellenére a könyv hasznos és időszerű vállalkozás volt, úttörő volt ezen a téren. Remélhető, hogy egy újabb kiadás még további lépés lesz a magyar orvosi pszichológia fejlődésében, és akkor az orvosi szakirodalom újra alkalmat kap, hogy az orvosi pszichológia elhanyagolt problémájával behatóbban foglalkozzék.

Buda Béla dr.

G. Weiss: Diagnostische Bewertung von Laborbefunden. J. F. Lehmanns Vrl. München, 1970. 510 oldal, számos táblázattal.

A diagnosztika ma elképzelhetetlen laboratórium nélkül. A klinikus egyre több laboratóriumi leletet kér, s előáll az a paradox helyzet, hagy az adatok tömege zavart okoz. Az egyre újabb módszerek, módosítások helyenként majdnem áttekinthetetlenné teszik a labordiagnosztika értékelését.

Ezért fogadjuk nagy örömmel a laborleletek káoszában rendet teremtő munkákat. Szerzőt a gyakorló orvosok igénye indította munkája összeállítására. Széleskörű, értékes és jól rendezett anyagot ad az olvasó kezébe.

Anyagát betűsorrendben állította össze. Ez az egyetlen olyan momentum, amely a németben nem otthonos olvasót nehézség elé állítja.

A vizsgálatoknál megadja a normál értéket; hiányossága, hogy a kóros eltérés nagyságát nem mindenhol jelöli meg. Definiálja a reactio lényegét és jelentőségét. Minden functiós tesztnél leírja az előkészítést is.

Ezután sorolja azokat a betegségeket, kóros állapotokat, amelyekben fokozott vagy csökkent értékek előfordulnak. Nagyon hasznosíthatók kommentárjai: pl. a 17-hydroxycorticoidoknál: „Ez a legpontosabb methodika, de csak nagy laborok tudják végezni". (Itt említem meg azt a hiányt, hogy a serum cortisolról, amely pedig ma a leghivatottabb a mellékvese-működésről információt adni, nem emlékezik meg). Vagy egy másik megjegyzés: „Sugárbetegség: főleg alpha$_2$-globulin emelkedés". „Rheumatoid arthritisnél: steroid th. nem okoz alpha-globulin süllyedést, ellentétben a rheumás lázzal".

A vizelet cylindereknél az egyes fajták differentiálását is megadja. Igen jó az enzym diagnosztikai rész. Itt az egyes betegségeknél a hasznossági sorrendben tárgyalja a szóbajöhető enzymeket.

Modern próbák is helyet kaptak benne (Anti NAD-ase, Desferal teszt, immunologiai terhességi teszt, Schilling-próba stb.)

Függelékben tartalmazza a pajzsmirigybetegségek és májbajok differential-diagnosztikáját, valamint 350 irodalmi hivatkozást.

Hasznosítható a könyv végén helyetfoglaló hirdetési rész, amelyben diagnosztikus tesztekhez szükséges anyagok, vegyszerek, műszerek beszerzési helyét találjuk meg.

Nagyon részletes az elektrophoresis értékelés, a májdiagnosztika, a nőgyógyászati endokrinologia.

A hypophysis-mellékvesetengelyre vonatkozó vizsgálatokkal sokkal szűkösebben bánik a szerző. A modern hormon-meghatározások physiologiás és kóros értékei szerepelhetnének benne.

A 17-ketosteroidnál nem emeli ki, hogy ez nem megbízható adata a mellékvese functiónak.

ACTH-terhelésnél a nagyságrendi emelkedéseket nem jelöli meg. Kimaradt a cold-pressor test. Néhány hiba: nem írja a pressoramin és vanylmandulasav meghatározásnál, hogy a próba előtt a rausedylt és más catecholamin-depletáló szert ki kell hagyni. A phenolvörös próbánál nem értékeli a tesztet. Ehrlich-aldehid próbánál nincs benne, hogy meleg vizeletből nézve fals positiv eredményt kapunk. Érdeme, hogy ugyanitt megemlíti a carcinoid esetében jelentkező kék színeződést és a sulphamidok által okozott narancs-színeződést.

Az itt felsorolt apró hiányokat az értékes információs anyagban keresni kell. A munkát a hasznos adatok tömege, a gyakorlat által kialakított finom nuance-ok felderítése, a mindennapos kételyek, problémák megoldása jellemzi.

A teljesség igényét referálóban éppen a könyv rendkívül gazdag anyaga váltotta ki. Az osztályos és betegellátó gyakorlatban a könyv igen hasznos segítséget ad.

Hankiss János dr.



TÁJÉKOZTATÓ

A külföldi tanulmányutakról és tudományos rendezvényekről az Egészségügyi Minisztériumhoz beérkezett jelentések alapján

Az Egészségügyi Minisztérium Tudományos Kutatási Főosztálya 1969 óta rendszeresen gyűjti és értékeli a külföldi tanulmányutakról és kongresszusokról készített és a minisztériumhoz beküldött jelentéseket. Ezek némelyike meg is jelenik lapunkban, a többiről azonban az olvasótábor rendszeres formában nem értesül. A szerkesztőség a most megindúló új rovattal örömmel segíti elő a minisztérium azon szándékát, hogy a jelentések katalógusszerű közlésével tájékoztatást adjon az olvasóknak erről a területről.

Az új rovat arra lesz hivatott, hogy az érdeklődők tudomást szerezhessenek arról, kik és hol vettek részt tanulmányúton vagy kongresszuson és mi volt ezeknek a tárgya, témája. Ezen adatok ismeretében, valamely kérdés iránt érdeklődőknek módjuk lesz személyesen vagy levélben, közvetlenül ahhoz fordulni, aki a külföldi úton részt vett és tőle az őt érdeklő kérdésekről felvilágosítást, tájékoztatást kérni. Úgy gondoljuk, hogy az információ átadásának ez a módja azon nagy többség számára is lehetővé teszi adott esetben azoknak a tudományos eredményeknek és tapasztalatoknak a megismerését, amelyekhez másként nem, vagy csak igen későn és körülményesen férhet hozzá. Biztosak vagyunk abban, hogy a tanulmányúton és kongresszuson résztvettek készségesen át fogják adni ott szerzett ismereteiket az érdeklődőknek.

Rovatunkat az 1970. évben beérkezett jelentések ismertetésével kezdjük, majd folyamatosan közöljük a jelentéseket, a beérkezés sorrendjében. Meg kell jegyeznünk, hogy tájékoztatásunk nem lesz teljes és egyes kisebb jelentőségű tanulmányutakat és kongresszusokat nem szerepeltetünk, de kívánságra a főosztály ezekről is szívesen ad tájékoztatást. Közöljük azt is, hogy olyan rendezvények ismertetéséről, amelyeken sokan vettek részt, csak egy tájékoztatóban számolunk be.

Kérjük kedves olvasóinkat, hogy észrevételeikkel, javaslataikkal segítsék elő e rovatunk minél eredményesebb kifejlesztését.

I. TANULMÁNYUTAK 1970-BEN

Elméleti orvostudományok:

Orvosi fizika — biofizika

Biofizikai kutatások, új metodikák az UV sugárzás területén. NDK, 1 hónap. *Karczag Adrianne dr.* (Biofizikai Int., Budapest).
Kémiai sugárvédelem, biológiai dozimetria. Csehszlovákia, 2 hét. *Sümegi János dr.* (Biofizikai Int., Debrecen).

Orvosi kémia — biokémia

Gammaglobulin preparálási módszerek. Franciaország, 3 hónap. *Pákh Miklósné* (OVSZ).
Laboratóriumi endokrin methodikák. Csehszlovákia, 2 hét. *Kecskés Lajos dr.* (Női Klinika, Pécs).
Gázkromatographiás kísérleti munka. NSZK, 2 hét. *Alkonyi István dr.* (Biokémiai Int., Pécs).
Biokémiai módszerek. Lengyelország, 2 hét. *Mándi Barnabás dr.* (Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstani Int., Debrecen).

Orvosi biológia — sugárbiológia

Kéntartalmú vegyületek sugárvédő hatásmechanizmusa. Olaszország, 1 év. *Nagy Zsolt dr.* (Gyógyszertani Int., Debrecen).

Élettan — Kórélettan

Psychofiziológiai kutatások. Lengyelország, 3 hét. *Karmos György dr.* (Élettani Int., Pécs).
Kórélettan oktatása; glycoproteid-anyagcsere kérdései. SZU, 2 hét. *Budavári István dr.* (Kórélettani Int., Budapest).
Élettani kutatások. Kanada, 8 hónap. *Endrőczi Elemér dr.* (OTKI).
Állatkísérletes vizsgálatok, szöveti elváltozásokkal kapcsolatban. Anglia, 6 hónap. *Fehér János dr.* (III. Belklinika, Budapest).
Élettani intézetek munkája. Lengyelország, 2 hét. *Telegdy Gyula dr.* (Élettani Int., Pécs).
Közös kórélettani kutatások. Szovjetunió, 2 hét. *Szelényi István dr.* (Dietetikai Kutató Csoport, Kórélettani Int., Budapest).
Sucrose-gap módszer tanulmányozása. Csehszlovákia, 10 nap. *Minker Emil dr.* (Gyógyszertani Int., Szeged).
Keringés-pharmakológiai methodikák. Anglia, 1 év. *Hadházy Pál dr.* (Gyógyszertani Int., Budapest).

Mikrobiológia

Daganatvírus-kutatás. Csehszlovákia, 2 hét. *Gönczöl Éva dr.* (Mikrobiológiai Intézet, Debrecen).
Poliovírus-kutatás. NDK, 1 hónap. *Szőllösy Ervin dr.* (Városi KÖJÁL, Szeged).
Rabies-vaccina ellenőrzési módszerei. Szovjetunió, 2 hét. *Dr. Pallingerné,* Szekeres Gizella dr. (OKI).
Laboratóriumi methodikák. NDK, 2 hét. *Dr. Kétyiné,* Verténi Adél dr. (Mikrobiológiai Int., Pécs).

Immunológia — Transplantológia

Mélyhűtéssel konzervált csonttal végzett transplantáció. Lengyelország, 4 hét. *Radochay Lajos dr.* (Orthopaediai Klinika, Pécs).
Vese-transplantáció kérdései. Franciaország, 6 hónap. *Ruszinkó Barnabás dr.* (Urológiai Klinika, Budapest).
Művesehálózat; műtéti technika; kutatások helyzete. USA $3^1/_2$ hónap. *Petri Gábor dr.* prof. (I. Sebészeti Klinika, Szeged).
Szervátültetés. Csehszlovákia, 2 hét. *Szegedi Gyula dr.* (I. Belklinika, Debrecen).
Csontvelő transplantáció. Románia, 2 hét. *Kutas Vera dr.* (Orsz. Sugárbiol. és Sugáreü. Kutató Int.).

Anatómia — Szövettan — Fejlődéstan

Neuroendokrin vizsgálatok. Hollandia, 1 év. *Palkovits Miklós dr.* (Anatómiai Int., Budapest).
Neuroanatómiai vizsgálatok. NSZK, 1 év. *Hajdú Ferenc dr.* (Anatómiai Int., Budapest).
Elektromyographiás vizsgálatok. Hollandia, 1 év. *Vajda János dr.* (Anatómiai Int., Budapest).
Az idegrendszer fejlődésével kapcsolatos kutatások. NSZK és Franciaország, 1 hónap. *Botár Gyula dr.* (Orsz. Ideg-Elmegyógy. Int.).
Közös kísérletek folytatása a leningrádi Szecsenov Fejlődéstani Int.-el. Szovjetunió, 2 hét. *Varga László dr.* (II. Belklinika, Szeged).

Kórbonctan

Hradec Kralovei Orvostud. Egy. Kórbonctani Intézetében folyó munka megismerése. Csehszlovákia, 2 hét. *Tószegi Anna dr.* (Kórbonctani Int., Szeged).
A Hamburgi Egyetemi Kórbonctani Intézetben folyó kutatások tanulmányozása. NSZK, (WHO tan. út), 3 hónap. *Szarvas Ferenc dr.* (I. Belklinika, Szeged).
Kísérletes kötőszövet kutatások. Anglia, 1 év. *Kádár Anna dr.* (II. Kórbonctani Int., Budapest).

Immunhistokémiai módszerek. NDK, 6 hónap. *Szepesházy Károly dr.* (I. Kórbonctani Int., Budapest).

Klinikai orvostudományok:

Belgyógyászat

Haematológiai vizsgáló módszerek. USA, 1 év. *Szilágyi Géza dr.* (OTKI).

Haematológiai diagnosztika. NDK, 1 hónap. *Boga Marianna dr.* (OTKI).

Fehérjefrakcionálás. Csehszlovákia, 3 hét. *Zgyerka Sándor* (OVSZ).

Haematológiában használatos izotóp módszerek. Franciaország, 3 hónap. *Bach Iván dr.* (I. Belklinika, Budapest).

Donor-szervezés; vérkonzerválás módszerei. Jugoszlávia, 2 hét. *Langfelder Mária dr.* (OVSZ).

Cardiovascularis epidemiológiai centrumok tanulmányozása. USA, 3 hét. *Lamm György dr.* (Orsz. Kardiológiai Int.).

Belgyógyászati kutató-intézmények tanulmányozása. Anglia, 2 hét. *Takács Lajos dr.* (II. Belklinika, Budapest).

Endokrin hypertoniák diagnosztikai és therápiás problémái. Csehszlovákia, 2 hét. *Kocsis Ferenc dr.* (II. Belklinika, Budapest).

Endokrinológiai és kísérletes onkológiai kutatások. Románia, 3 hét. *Tiboldi Tibor dr.* (I. Belklinika, Szeged).

Trópusi betegségekkel foglalkozó intézmények tanulmányozása. WHO tanulmányút, Anglia, Hollandia és Belgium, 3 hónap. *Várnai Ferenc dr.* (OTKI).

Különböző belgyógyászati intézmények klinikai munkájának tanulmányozása. NDK, 2 hét. *Szám István dr.* (János Kórház, Budapest).

Enzymmeghatározási módszerek. NDK, 2 hét. *Dr. Bücs Gáborné* Horváth Tünde dr. (I. Belklinika, Pécs).

Lipcsei Belklinikai Alvadási Labor munkájának tanulmányozása. NDK, 2 hét. *Záborszky Katalin dr.* (III. Belklinika, Budapest).

Bőrgyógyászat

Bőrgyógyászati immuno-allergológiai módszerek. Jugoszlávia, 2 hét. *Horváth Endre dr.* (Bőrklinika, Budapest).

Fogászat

Szájrák-kutatások. WHO tanulmányút, Dánia, Svédország, 8 hét. *Bánoczy Jolán dr.* (Szájsebészeti Klinika, Budapest).

Fül-Orr-Gégészet

Hallásjavító műtéti technikák. NSZK, 1 hónap. *Székely Tamás dr.* (OTKI).

A Prágai Phoniátriai Klinika megtekintése. Csehszlovákia, 10 nap. *Kelemen Attila dr.* (OTKI).

Csecsemő- gyermekgyógyászat

Gyermekgyógyászati ellátás szervezete. Kuba, 1 hónap. *Ágfalvi Rózsa dr.* (Orsz. Pediátriai Int.).

Újszülött ellátás tanulmányozása. Anglia, 1 hónap. *Rosta János dr.* (I. Gyermekklinika, Budapest).

A Liege-i Tudomány Egyetem Orvosi Fakultása Gyermekklinikájának megtekintése. Belgium, 1 hét. *Gerlóczy Ferenc dr. prof.* (I. Gyermekklinika, Budapest).

Neonatológiai kérdések. Szovjetunió, 2 hét. *Scheibl Erzsébet dr.* Eü. Min.) és *Makói Zita dr.* (I. Gyermekklinika, Budapest).

Endokrinológiai betegségek a gyermekkorban. Románia, 2 hét. *Schmidt Károly dr.* (I. Gyermekklinika, Budapest).

Előadás tartása és a brüsszeli Gyermekklinika munkájának tanulmányozása. Belgium, 1 hét. *Kerpel-Fronius Ödön prof.* (II. Gyermekklinika, Budapest).

Zürichi Kinderspital gyermeksebészeti osztálya munkájának tanulmányozása. Svájc, 2 hónap. *Füzesi Kristóf dr.* (Gyermekklinika, Szeged).

Gerontológia — Geriátria

Geriátriai ellátás tanulmányozása. Románia, 3 hét. *Hun Nándor dr.* (Orsz. Ideg-Elmegyógy. Int.).

Ideg-Elmegyógyászat — Idegsebészet

Klinikai neurológia, neuroradiológia kérdései. NDK, 2 hét. *Gács Gyula dr.* (Idegklinika, Pécs).

Bernburgi ideg-elmekórház és a hallei Ideg-elmeklinika munkájának tanulmányozása. NDK, 4 hét. *Jánosi Lajosné* (Idegklinika, Szeged).

Stereotaxiás módszerek tanulmányozása. Franciaország, 1 év. *Csanda Endre dr.* (Idegklinika, Szeged).

Gyermek-psychiátriai ellátás. Szovjetunió, 2 hét. *Farkasinszky Teréz dr.* (Idegklinika Gyermekosztálya, Szeged).

EEG laboratóriumi munka tanulmányozása. Lengyelország, 2 hét. *Geréby György dr.* (Orsz. Ideg-Elmegyógy. Int.).

Onkológia

Rákkeltő anyagok vizsgálata. Anglia, 1 év. *Kendrey Gábor dr.* (I. Kórbonctani Int., Budapest).

Kísérleti daganatkutatás; új rákszűrési methodikák. WHO tanulmányút Anglia és Franciaország, 3 hónap. *Lapis Károly dr. prof.* (I. Kórbonctani Int., Budapest).

Onkológiai ellátás szervezése. Kuba, 1 hónap. *Ravasz László dr.* (Weil Emil Kórház, Budapest).

Rheumatológia

Therápiás eljárások tanulmányozása a Heinolai Reuma Alapítványi Kórházban. Finnország, 6 hónap. *Lőrincz Gábor dr.* (ORFI).

Rtg — Radiológia — Izotópdiagnosztika

Izotópdiagnosztikai módszerek. Csehszlovákia, 2 hét. *Somogyi Zsigmond dr.* (Megyei Kórház, Gyula).

Sebészet — Traumatológia

Az elektrolyt-háztartás zavarai. NDK, 8 hét. *Schmidt Pál dr.* (II. Sebészeti Klinika, Pécs).

Szív- és érsebészeti problémák; billentyűpótlás. WHO tanulmányút, Anglia, 9 hét. *Lónyai Tihamér dr.* (Orsz. Kardiol. Int.).

Szív-és tüdősebészeti eljárások. Szovjetunió, 3 hónap. *Kiss János dr.* (Tüdőklinika, Debrecen).

Vascularis műtéti eljárások. Csehszlovákia, 2 hét. *Lónyai Tihamér dr.* (Orsz. Kardiol. Int.).

Baleseti sebészeti osztály munkájának tanulmányozása. Ausztria, 3 hónap. *Süköd László dr.* (János Kórház, Budapest).

Égési sérültek ellátása. Szovjetunió, 3 hét. *Novák János dr.* (Magyar Néphadsereg Eü. Szolgálata).

Májtranszplantáció és májperfúzió technikai problémái. Lengyelország, 2 hét. *Furka István dr.* (Sebészeti Anatómiai és Műtéttani Int. Debrecen).

Szájsebészet

Fog- és szájsebészeti ellátás. Csehszlovákia, 2 hét. *Béres Károly dr.* (Szájsebészeti Klinika, Budapest).

MEGHÍVÓ

A Tiszántúli Vasútorvosok Tudományos Tanácsa és a **Vasutasok Szakszervezete Társadalombiztosítási Osztálya által rendezett**

Tiszántúli Vasútorvosok III. Tudományos értekezletére.

1971. június 10—11.

MÁV Kórház és Rendelőintézet, Szolnok.

Részletes műsor:

Június 10., 10 óra

Bevezetőt mond: *Szebeni József dr.* igazgató-főorvos.

A megnyitó beszédet *Rimóczi László dr.* szakosztályvezető tartja.

A megjelenteket *Krekó Ferenc*, a VSZTO vezetője üdvözli.

Üléselnök: *Takács László dr.— Abel Aladár dr.*

Üléstitkár: *Kormos Ildikó dr.*

1. *Gesztesi Ákos dr.* (Budapest): Vasútüzemi balesetet szenvedettek traumatológiai ellátása. (Referátum.)

2. *Veress László dr.* (Budapest): A vasút területén bekövetkező baleseti sérülések közlekedéstani elemzése. (Referátum.)

Szünet

Üléselnök: *Horváth József dr.— Torday Zsigmond dr.*

Üléstitkár: *Mándoky Fülöp dr.*

3. *Romhányi István dr., Veress László dr.* (Szeged): Humán tényezők jelentősége a vasútüzemi balesetekben. (Elvi és módszertani vonatkozások.)

4. *Fekete Imre dr., Detre István dr., Szebeni József dr.* (Szolnok): Az üzemi balesetek egységes ellátásának tapasztalatai a szolnoki járműjavítóban.

5. *Detre István dr., Fekete Imre dr.* (Szolnok): Néhány adat polytraumatizált sérültjeink ellátásáról.

6. *Tomola György dr.* (Debrecen): Adatok a térd zárt lágyrészsérüléseinek és ártalmainak kezeléséhez.

7. *Marton Zoltán dr., Veress László dr., Romhányi István* (Szeged): Rehabilitációs problémák a munkaköri alkalmasságot korlátozó betegségek és sérülések után.

8. *Zsombók György dr.* (Budapest): A neuro-psychiater szerepe a komplex baleseti utókezelésben és rehabilitációban.

9. *Ábrándy Endre dr.* (Budapest): Rövidhatású intravénás narcoticumok az izomrelaxansok alkalmazásának lehetősége rendelőintézet baleseti beteganyagának ellátásában.

10. *Kató László dr., Szebeni József dr.* (Szolnok): A szolnoki MÁV Kórház intensiv-therápiás osztályának szerepe a progresszív betegellátási rendszerben.

11. *Plescha István dr.* (SZOT, Budapest): A csípőficam megelőzése.

14 órakor ebéd.

15 óra:

Üléselnök: *Báló György dr.—Rábik Jenő dr.*

Üléstitkár: *Sirchich Sándor dr.*

12. *Geruska Lóránt dr.* (Budapest): Üzemi balesetet szenvedett vasutasok orvosi rehabilitációja. (Referátum).

13. *Bényi Pál dr., Csényi László* (Budapest): Az idős betegek protetikai ellátásának problémái. A műanyag lábszárprotézisek indikációi és eredményei.

14. *Krekó Ferenc* (Budapest): A Vasútegészségügy és Társadalombiztosítás kapcsolata.

15. *Vágvölgyi Mátyás* (Budapest): Gyógyászati segédeszközellátás jelenlegi állása a vasútegészségügyben.

Hozzászólások

20 óra: Fogadás a Kórház könyvtártermében.

Június 11., 8 óra 30 perc

Üléselnök: *Romhányi István dr.—Zikély Mihály dr.*

Üléstitkár: *Tönköl Imre dr.*

16. *Szebeni József dr., Bellányi Dénes dr.* (Szolnok): A szolnoki MÁV Kórház területi feladatainak néhány problémája. a vasutas betegellátásban.

17. *Zikély Mihály dr.* (Szolnok): A szolnoki MÁV Rendelőintézet szerepe a kórház-rendelőintézeti egységben és a területi betegellátásban.

18. *Báló György dr., Görgey Miklós dr.* (Debrecen), *Jakubecz Sándor dr.* (Gyula): Újabb megfigyeléseink vetéléseknél hüvely-cytologiai eljárással.

19. *Kató László dr., Pénzes László dr., Rábik Jenő dr.* (Szolnok): Fájdalom nélküli szülés és neurolepsia. (Előzetes közlemény).

20. *Rábik Jenő dr., Szebeni József dr.* (Szolnok): Munkahely-analysis a szolnoki MÁV Járműjavítóban, különös tekintettel a nők élettani sajátosságaira.

21. *Lampé István dr.* (Debrecen): Audiogen perifériás érreakciók hangtani vonatkozásai.

22. *Irás Mátyás dr., Kazella Zoltán dr., Békéssy Istvánné* (Szolnok), *Bojtor László* (Budapest): Zajártalom a szolnoki járműjavítóban.

23. *Balajthy Béla dr., Bondár Magdolna dr., Áberle Lajos dr.* (Szolnok): Az alkoholizmus és neurosis kapcsolatának MÁV egészségügyi problémái (Kórházi és ambuláns felmérés alapján).

24. *Horváth József dr.* (Záhony): Mozgásszervi betegségek és neurosis.

Szünet

Üléselnök: *Veress László dr.— Balatjthy Béla dr.*

Üléstitkár: *Papp Erzsébet dr.*

25. *Torday Zsigmond dr., Mándoky Fülöp dr., Könyves Klára dr.* (Szolnok): Perifériás érszűkület kezelésének mai állása, a Xavin-therapia helye.

26. *Tarján Péter dr., Ábel Aladár dr.* (Szolnok): Enzymek és változásaik jelentősége cukorbetegségben.

27. *Bagóczky Lajos dr., Ábel Aladár dr.* (Szolnok): A diabetes és a szem kapcsolatának vasútegészségügyi vonatkozásai.

28. *Tönköl Imre dr.* (Szolnok): Gyomorresecalt betegeink értékelése és rehabilitációja vasútegészségügyi szempontból.

29. *Fierpasz Ferenc dr.* (Szeged): Idült betegek gondozásával kapcsolatos feladatok, különös tekintettel az idült légzőszervi aspecifikus (KALB) betegségekre.

30. *Szelepcsényi Mária, Szele Béla dr., Szebeni József dr.* (Szolnok): A szolnoki MÁV Kórház gyermekbetegeinek gyógyszerelési problémái.

Hozzászólások

14 órakor ebéd.

15 óra:

Magyar és külföldi orvosi műszergyárak bemutatói.

Gyógyászati Segédeszközök Gyára, Budapest.

VIENNATONE, Bécs.

Elektromos Mérőműszerek Gyára, Zwönitz.

PROTEOR, Párizs.

Zárszó: *Tari Endre dr.*, a vasútegészségügyi szolgálat vezető főorvosa.

MEGHÍVÓ

A **Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesületének Audiologiai Sectiója**

1971. május 28—29-én,

Salgótarjánban,

a *József Attila Kultúrházban*

Tudományos ülést rendez, amelyre meghívjuk és elvárjuk.

PROGRAM:

Május 28.

10.00 óra:

A tudományos ülés megnyitása.

Megnyitó beszédet tart: *Surján László dr. prof.*

Üléselnök: *Furtényi Géza dr.*

1. *Dévald József dr.:* Hallószervi morbiditás gyermekek különböző korcsoportjában.

2. *Lampé István dr.—Ptap U. dr.:* Általános iskolát kezdő gyermekek audiometriás szűrése.

3. *Tolnay Sándor dr.:* Audiologiai vizsgálatok Kazincbarcika város általános iskoláiban.

4. *Szabon József dr.—Kiss Ferenc dr.—Stepper Magdolna dr.:* Beszámoló a szegedi Fül-Orr-Gégeklinika hallásgondozó állomásának működéséről (15 perc!).

5. *Gabnai Margit dr.:* Iskolás gyermekek 3 évenkénti audiometriás szűrővizsgálata.

Vita — Szünet

12.00 óra:

Üléselnök: *Dévald József dr.*

6. *Borbényi Olivér dr.—Molnár Mihály dr.:* Összehasonlító iskolai audiologiai szűrővizsgálatok az orvosi ellátottság tükrében.

7. *Sarkady László dr.:* Gyermek-fülészeti szakrendelés szerepe és lehetőségei a hallásgondozásban.

8. *Pálfalvi László dr.:* Egy textilüzemben végzett hallás szűrővizsgálat tapasztalatai.

9. *Kazella Zoltán dr.—Bojtor László—Irás Mátyás dr.—Békésy I.-né:* Vasúti javítóüzem zajártalom felmérések néhány tapasztalata.

10. *Szalóki Mária dr.:* A C_5 (4000 Hz) helye a különböző hallászavarok audiometriás görbéjén.

Vita — Ebédszünet

16.00 óra:

Üléselnök: *Szabon József dr.*

11. *Kovács Emőke:* A logopédus — gyógypedagógus szerepe a nagyothallás felismerésében és rehabilitációjában.

12. *Katona Emilné dr.:* Tapasztalatok ismertetése az elkallódott nagyothalló gyermekek rehabilitációjával kapcsolatban.

13. *Krasznárné Erdős Felicia:* Területi logopédus szerepe a hallási fogyatékosok felkutatásában, gondozásában.

14. *Szilvássy Lajosné:* Audiometriai és audiopsychologiai vizsgálatok együttes értékelése a hallásfogyatékos gyermekek beiskolázási selectiójában.

15. *Alpár Zsuzsa dr.— Miriszlai Ernő dr.—Csapó Sándor dr.:* A kommunikáció és a metakommunikáció kérdése a gyermekaudiologiában.

Vita — Szünet

Üléselnök: *Ribári Ottó dr.*

16. *Gőtze Árpád dr.:* Értelmi fogyatékos gyermekek hallásvizsgálatáról.

17. *Tarnóczi Lídia:* Gyermek-audiometriás vizsgálatokkal kapcsolatos problémáink.

18. *Szabó Elemér dr.:* A psychologia szerepe a kisgyermekek hallásjavításában.

19. *Palotás Gábor dr.:* Hallásfogyatékosok complex ellátása az iskoláskor előtt.

20. *Speer Józsefné dr.:* Felnőttek és gyermekek hallókészülékkel történő rehabilitációja.

21. *Rendi László dr.:* A hallókészülék rendelés és használat pedagógiai indikációi a gyermekkori hallászavar egyes formáinál.

Vita

Május 29.

9.00 óra:

Üléselnök: *Gőtze Árpád dr.*

22. *Nákó András dr.:* A kétoldali stapedectomiáról.

23. *Jantsek Gyula dr.:* Vestibulum akaratlan megnyilásának hatása a hallásra.

24. *Ribári Ottó dr.:* Folyamatos és szaggatott hanggal végzett Békésy audiogramm diagnosztikus értéke.

25. *Varga Győző dr.:* Az interhyalis regio differenciálódási zavara, és néhány audiologiai vonatkozása.

26. *Répay Gabriella dr.:* A csontvezetéses hallókészülék-ellátás korszerű szemlélete.

Vita — Szünet

Üléselnök: *Lampé István dr.*

27. *Spellenberg Sándor dr.:* Összehasonlító érthetőségi vizsgálatok alkalmasság meghatározására.

28. *Szücs Tiborné dr.:* Félautomata adapter a MTDT regisztrálásához.

29. *Martikány D. István:* Hallásjavító műtéteknél használatos idegen anyagok elektroakusztikai vizsgálata.

30. *Buczkó János:* Medicor készülékek szűrővizsgálatok céljára.

31. *Bentzen O. dr.:* Hallásgondozás Dániában. Színes hangosfilm (20 perc).

Vita

MEGHÍVÓ

A **Magyar Szemorvostársaság**

Szombathelyi Vándorgyűlésére

1971. május 28—29.

Műsor:

Május 28., péntek, 1/2 9 órakor

A Markusovszky Kórház előadótermében

Üléselnök: *Kettesy Aladár.*

1. *Miklós Andor* (Szombathely): Megnyitó beszéd.

2. *Kettesy Aladár* (Debrecen): A cilinder-skiaszkópiáról.

3. *Baranyai Miklós* (Hatvan): Utóképvizsgálatok módosított Amsler-ráccsal.

4. *Seres Géza* (Debrecen): A fixálás centralizálásának problémája.

5. *Rénes Margit* (Debrecen): Lipoma subconjunctivale mikrophthalmussal szövődött esete és agyatrophia.

6. *Vén Rezső* (Salgótarján): Conjunctivitis lignosa gyógyult esete.

7. *Rácz József, Bacskárdi Éva* (Kazincbarcika): Conjunctiva carcinoma műtéttel megoldott esetei.

Vita

Szünet

1/2 11 órakor:

Üléselnök: *Németh Béla.*

8. *Albert Béla* (Debrecen): Keratoprothesis. Filmvetítés.

9. *Lugossy Gyula* (Budapest): Sebészi módszer a hyalokeratophathia megelőzésére.

10. *Kincses Éva, Herpai Zsombor* (Debrecen): Keratimycosis keratoplastica után.

11. *Kitzvéger Erzsébet* (Győr): Adatok a szaruhártya haematomáihoz.

12. *Csaba Zsuzsa* (Debrecen): Dystrophia corneae parenchymatosa congenita esete.

13. *Fejér Gyula, Halmay Ottó* (Esztergom): Tapasztalataink Morgalin-tablettákkal szaruhártya megbetegedésekben.

14. *Németh Béla* (Budapest): Üvegtestpótlás indikációi.

15. *Bencsik Rózsa, Opauszki Anna, Kelemen Vera, Hudomel József* (Budapest): Az üvegtestpótlás klinikai kérdései.

16. *Hudomel József, Kelemen Vera, Bencsik Rózsa, Opauszki Anna* (Budapest): Üvegtestpótlással szerzett tapasztalataink.

Vita

Május 29., szombat, A sectio 1/2 9 órakor

A Markusovszky Kórház előadótermében

Üléselnök: *Boros Béla.*

17. *Molnár Lajos* (Debrecen): Katarakta e fulgure.

18. *Miklós Andor, Szigeti Zoltán dr.* (Szombathely): Új bradytrop varróanyag a szemészetben.

19. *Halmay Ottó* (Esztergom): 5 éves eredményeink a hályogseb-biztosítás szombathelyi módjával.

20. *Hanisch József, Födő Nóra, Grósz István* (Budapest): A hályogseb biztosítása biológiai módszerrel. Filmvetítés.

21. *Egres Jenő, Baranyai Miklós* (Hatvan): Tapasztalataink scleroconjunctivalis és corneo-scrleralis hályogseb-biztosítással.

22. *Zajácz Magdolna* (Debrecen): Hályogműtét keratoplastica után.

23. *Medgyaszay Attila* (Budapest): A szövődményes ctryoextrakció.

24. *Vajda Péter* (Orosháza): Műtéti előkészítés és utókezelés.

25. *Nagy Ferenc* (Budapest): Hályogoperáltak utókezelése.

26. *Rácz Péter, Pintér Erzsébet, Szilvássy Ildikó* (Pécs): Csarnokzugi leletek komplikációmentes hályogműtétek után.

27. *Galli Lóránt, Vass Zoltán, Wiesner Katalin* (Miskolc, Baja): Biokémiai elváltozások a lencsékben Lowe-syndromában.

Vita

Szünet

11 órakor:

Üléselnök: *Nónay Tibor.*

28. *Szalay Edit, Farkas Ágnes, Korchmáros Imre* (Budapest): Áthatoló szemsérülések beteganyagunkban.

29. *Fazekas Ilona* (Nyíregyháza): Nagyméretű intraocularis rézidegentest sikeres eltávolítása.

30. *Orosz Sándor* (Budapest): Idegentest localizálás és eltávolítás. Filmvetítés.

31. *Korompay Edit* (Veszprém): Kétoldali perforatiós szemsérüléssel szövődött psychatraumás depressiv reakció egy somatopsychésen fejletlen, pubertáskori gyermeknél.

32. *Csapody István* (Budapest): Arckoponya-sérültek szemészeti ellátásának időszerű kérdései.

Vita

Május 29., szombat, B sectio 1/2 9 órakor

a Véradóállomás előadótermében

Üléselnök: *Kahán Ágost.*

33. *Deák György, Nagy Dénes* (Budapest): Fluorescens angiographia technikai problémái.

34. *Kovács Bálint, Takáts István* (Pécs): Fluorescein angiographiás

kontroll a photocoagulatio effektusának megítélésére.

35. *Biró Imre* (Budapest): A szemfenéki értünetek változásának jelentősége a reversibilis juvenilis hypertoniában.

36. *Bernhart Genovéva, Rábik Jenőné, Furár Mária, Kenyeres Borbála* (Szolnok): Adatok a szemfenéki érelzáródások klinikumához.

37. *Imre György* (Budapest): A csarnokvíztermelés meghatározásának jelentősége vena centrális retinae occlusióinak prognózisában.

38. *Farkas Ágnes, Bohár Anna* (Budapest): Laurence—Moon—Bardet—Biedl-syndroma típusos esetének elektrophysiologiai vizsgálata.

39. *Födő Nóra* (Budapest): Az ophthalmodynamographia jelentősége a klinikai gyakorlatban.

40. *Remenár László, Hajda Márta* (Budapest): Műtétek a látóidegen.

41. *Kerek Sándor, Frankl József* (Kaposvár): Teleangiectasia-ataxia posttraumatica.

Vita

Szünet

½11 órakor:

Üléselnök: *Turi Károly.*

42. *Sebestyén János, Barabás Zsuzsanna* (Pécs): Melléküregműtét kapcsán fellépő atypusos tünettanú szemizombénulásról.

43. *Mailáth László* (Debrecen): Kétoldali congenitalis ptosis és verticalis tekintésbénulás familiáris előfordulása.

44. *Marek Péter* (Budapest): Adatok a szemizombénulások klinikumához.

Vita

45. *Takáts István, Pintér Erzsébet, Szilvássy Ildikó, László Zsófia* (Pécs): 10 éves glaukoma-gondozás tapasztalatai.

46. *Hutás Imre* (Győr): A glaukoma szűrés és gondozás aktuális problémái.

47. *Pintér László, Biró András* (Gyöngyös): Elastotonometriával szerzett tapasztalataink.

48. *Salacz György* (Budapest): Ritka komplikáció tonographiás vizsgálat közben.

49. *Molnár Kálmán* (Budapest): A tonometria értékelhetőségéhez.

50. *Turi Károly* (Budapest): A szem fistulisatiós nyomáscsökkentésének újabb módszere.

Vita

Szünet

Május 29., szombat, 15 órakor

A Markusovszky Kórház előadótermében.

Üléselnök: *Alberth Béla.*

51. *Schnitzler Ágota, Hatvani István* (Debrecen): Madarosis és szemöldökhiány együttes előfordulása.

52. *Darabos György dr., Horváth Lajos* (Székesfehérvár): Ektropium-ellenes műtéttel szerzett tapasztalataink.

53. *Török Magdolna, Schnitzler Ágota, Krasznai Géza* (Debrecen): Dacryoadenitis tuberculosa.

54. *B. Sármány Judit, Lencz László* (Budapest): Narcosis ludens.

55. *Letenyei Erzsébet, Valenta András* (Sátoraljaújhely): Zooster exophthalmus.

56. *Pál Magda, Bögi Júlia, Kugler Stefánia* (Budapest): Perorális anticoncipiensek alkalmazásának szemészeti szövődményei.

57. *Márton Dezső* (Veszprém): Szemészeti, belgyógyászati és szövettani vizsgálatok összehasonlító eredményei strumaműtétek kapcsán.

Vita

Szünet

17 órakor:

Üléselnök: *Miklós Andor.*

58. *Kiss Jolán* (Budapest): Uveitisek intézeti gyógykezelésének néhány kérdései.

59. *Hatvani István* (Debrecen): Coats betegség tüneteivel járó aquirált toxoplasmosis esete.

60. *Gát György, Szokol Miklós, Gát László* (Miskolc): Többször recidivált uveitis posterior után kialakult melanoma malignum esete.

61. *Rácz József* (Kazincbarcika): Csarnokzugra terjedő iristumorok műtéti megoldása.

62. *Bereczki Ferenc, Bauer Nándor, Fekete Béla, Szegedi Gyula, Szabó Gábor, Petrányi Gyula* (Debrecen): A csarnokvíz qualitatív immunelektroforezise uveitises betegeken.

63. *Benkő Károly, Bauer Nándor, Szabados Sándor* (Debrecen): Autoimmun szembetegségek elektronmikroszkópos cytodiagnosztikája.

64. *Fekete Béla, Szegedi Gyula, Szabó Gábor, Petrányi Gyula, Bauer Nándor* (Debrecen): Az uveitis cytosztatikus-immunszupresszív kezelése.

65. *Bauer Nándor, Gát László* (Debrecen): Autoimmun jelenségek az uveitisek pathogenesisében.

Vita

MEGHÍVÓ

A **Tudományos Ismeretterjesztő Társulat Budapesti Egészségügyi Szakosztálya**

1971. május 25-én, kedden este 6 órakor

a Kossuth Klubban
(Budapest, VIII., Múzeum u. 7.)

Kerekasztal-konferenciát rendez A mai családról ankét keretében,

melyre tisztelettel meghívja Önt
a Vezetőség

1. *Kovács András dr.*, az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet igazgatóh.: Nővédelmünk időszerű kérdései az egészségügyi ellátás szempontjából.

2. *Pap Tibor dr.*, a Pécsi Tudományegyetem Állami és Jogtudományi Kara Polgárjogi Tanszékének vezetője: A család kialakulásával kapcsolatos jogi kérdések.

3. *László György dr.* OTKI onkológus főorvos: A gondozásfolyamatosságának jelentősége a nőgyógyászatban.

4. *Molnár Jenő dr.*, SOTE urológiai Klinika docense: Az andrologia szerepe a családtervezésben.

5. *Kovács László dr.*, Főv. Bőr és Nemibeteggondozó Intézetek Központjának vezetője: A nemi betegségek és az emberhez méltó magatartás.

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportjának ülései.

Az előadások a Szemészeti Klinika előadótermében 16 órakor kezdődnek!

1971. május 25.

Üléselnök: *Sas Mihály dr.*

1970/71. 29. ülés.

Előadások:

1. *Dömötör Endre, Bárány István, Zádori Attila* (Bács-Kiskun megyei Tanács Kórháza, Kecskemét): Térd és bokaízületi szalagsérülések primär ellátása (10 perc).

2. *Bárány István, Dömötör Endre, Zádory Attila* (Bács-Kiskun megyei Kórház, Kecskemét): Tibia impressiós condylus törések aládúcolása konzerv spongiosával (10 perc).

3. *Zádory Attila, Dömötör Endre, Bárány István* (Bács-Kiskun megyei Kórház, Kecskemét): A femur distalis vég törések osteosyntesisének indicatiói (10 perc).

4. *Domján Lajos* (Bács-Kiskun megyei Tanács Kórháza, Kecskemét): Fiberoscopos vizsgálatok jelentősége haematemesis, vagy melaena aktív diagnosztikájában (20 perc).

5. *Bardóczi Árpád dr., Lázár György, Karvaly Béla, Kékes-Szabó András* (Női Klinika, Kórélettani Intézet, Biofizikai Intézet): Transzplantált, indukált és spontán malignus tumorok elektronbiológiai problémái (15 perc).

6. *Hetyei Pál, Zelenka Lajos, Bódis Lajos* (Szeged, mj. Városi Tanács Kórháza): A medencevégű szülések eredményeinek javítására irányuló törekvéseink prophylacticus császármetszéssel (10 perc).

7. *Marofka Ferenc, Antal Albert, Bódis Lajos* (Szeged, mj. Városi Tanács Kórháza): A prophylacticus szemlélet hatása fogóműtéteink gyakoriságára (10 perc).

MEGHÍVÓ

a **Magyar Sportorvos Társaság** 1971. május 24-én, hétfőn du. 14.30 órakor az Orsz. Testnevelés és Sportegészségügyi Intézet Tanácstermében (Bp., XII., Alkotás utca 48.) tartandó

tudományos ülésére.

Tárgy:

Károlyi Miklós dr.—Süköst Barna dr.: „Az Achilles-ín sérüléseiről, gyógyításáról és következményeiről sportolóknál".

Eiben Ernő dr.: „A nagyoi Asztalitenisz Világbajnokság sportorvosi tapasztalatairól.

FELHÍVÁS!

A **Tüdőgyógyász Társaság** kebelén belül megalakult az **Aerosologiai Sectio,** mint a Nemzetközi Orvosi Aerosol Társaság tagja (Orvosi Hetilap 1971. január 17). Akik akár aktive kívánnak részt venni az új therapiás irányzat munkájában, akár érdeklődnek iránta, kérjük, hogy a kapcsolat felvétele céljából bocsássák rendelkezésünkre címüket. Címünkön előjegyezhető az 1969. évi első Nemzetközi Aerosol Kongresszus előadásainak teljes szövegét tartalmazó kiadvány (272 oldal, utánvétel cca 30 Ft).

MOTESZ Tüdőgyógyász Társaság
Aerosol Sectiójának
szervező bizottsága

Budapest, II., Apród utca 1—3.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. május 25-én du. 2 órára tűzte ki *Balázs Márta dr.* „*Extra- és intrahepaticus epeútelzáródás okozta máj elváltozások morphologiai vizsgálata*" című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Képes termében.

Az értekezés opponensei: *Bartók István dr.,* az orvostudományok kandidátusa, **Jellinek Harry dr.,** az orvostudományok doktora.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. május 31-én du. 2 órára tűzte ki *Székely Judit dr.* „*Az atheroschlerosis pathogenesisével és diagnosztikájával kapcsolatos klinikai és kísérletes vizsgálatok*" c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Fiam Béla* dr., az orvostudományok kandidátusa, *Varró Vince dr.,* az orvostudományok doktora.

ELŐADÁSOK—ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1971. május 25. kedd	Korányi Kórház tanácsterme VII., Alsóerdősor u. 7.	du. 1 óra	*A kórház Tudományos Bizottsága*	1. *Bereczki Éva:* Érdekes EKG. 2. *Baricza Sarolta* és *Győri Lajos:* Meckel diverticulumok ellátásával szerzett tapasztalataink. 3. *Szabó Ildikó* és *Molnár György:* Téves diagnózis, szemlélet — végzetes kimenetel (esetismertetés).
1971. május 25. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet IX., Gyáli u. 2—6. „A" épület, nagy tanterem	du. 2 óra	*Országos Közegészségügyi Intézet*	*Erdős László* és *Takátsy Gyula:* Vizsgálatok az adsz. influenza vaccina hatékonyságára vonatkozólag.
1971. május 26. szerda	I. Sebészeti Klinika VIII., Üllői út 78/a.	du. 7 óra	*Magyar Angiologiai Társaság*	1. *Bugár-Mészáros Károly:* A Magyar Angiológia 10 éve. 2. *Besznyák István:* A hyperbaricus oxygenisatio angiológiai jelentősége. 3. *Vas György, Ligeti János, János, Csifáry Dezső, Sátori Ödön, Keszthelyi Péter:* Isolált végtagperfusio chronicus obliteratív arteria betegségben.
1971. május 27. csütörtök	Bajcsy Zsilinszky Kórház tanácsterme X., Maglódi u. 86.	du. 2 óra	*A kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága*	1. *Horváth Imre:* A laboratórium 5 perce. 2. *Győri Sándor:* Phlegmasia coerulea dolens. 3. *Kohányi Gábor:* Az ileotomia szerepe a bélelzáródás kezelésében.
1971. május 27. csütörtök	IX. ker. Szakorvosi Rendelőintézet IX., Mester u. 45.	du. 2 óra	*A Rendelőintézet Pavlov köre*	*Frigyesi György:* Nevelési problémák ideggyógyászati vonatkozásai.
1971. május 27. csütörtök	Miskolc, Szentpéteri kapui Kórház Kulturterem	du. ½3 óra	*Miskolci Egyesített Kórházak Központi Tudományos Bizottsága*	1. *Dobai József—Lakatos Katalin:* Traumas intracranialis vérzések. (15 perc.) 2. *Szobosszlay Ferenc:* A jósvafői Béke-barlang gyógybarlanggá történt minősítésének előzményei. (12 perc.) 3. *Kérdő István:* A klímatherápia jelenlegi helyzete. (12 perc.) 4. *Kirchknopf Márton:* A speleotherápia, a klímatherápia új lehetősége. (12 perc.) 5. *Kraszkó Pál:* Aspecifikus légzőszervi betegségek barlangi kezelésének értékelése. (12 perc.) 6. *Takács Sándor:* A jósvafői gyógybarlangban végzett mikroklíma vizsgálatok újabb megállapításai. (12 perc).
1971. május 27. csütörtök	Megyei Kórház Kaposvár Kultúrterem	du. 3 óra	*Tudományos Bizottság*	1. Nagy Gábor dr. (sebészeti oszt.): Átfúródást okozó vékonybélsarcoma. 2. Lukács Dezső dr. (KÖJÁL): A trichomonasis problémái a világirodalmi adatok és saját vizsgálatok alapján.
1971. május 27. csütörtök	I. és II. sz. Ideg- és Elmeklinikák előadóterme Bp. VIII., Balassa u. 6.	du. 6 óra	*Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága*	1. *Barabás Anna* (OITI): „Magas liquor fehérje érték és az agydaganatok localisatiojának összefüggése" (30 perc). 2. *Pásztor Emil* (OITI): „A liquor fehérje tartalmának jelentősége basalis meningeomák idegsebészeti diagnosztikájában" (20 perc). 3. *Csanda Endre* (Szeged, Ideg-Elmeklinika): „Adatok a liquortér és a nyirokrendszer kapcsolatainak kérdéséhez" (35 perc). 4. *Kómár József és Gaizler Gyula* (XX. ker. Szakorv. Rend. Int. ideggyógy. és rtg. oszt.): „Különböző perifériás idegek röntgen ábrázolása és ennek jelentősége a perifériás neurologiában" (10 perc).

ELŐADÁSOK — ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1971. május 28. péntek	Szájseb. Klinika VIII., Mária u. 52.	de. 8 óra	*Magyar Fogorvosok Egyesülete*	1. *Vági István—Kővári Ferenc—Fürész Gyuláné:* Parahaemophiliás beteg arcüregműtéte. 2. *Kővári Ferenc—Brasch Zoltán—Szalontai Sándor:* Ameloblastoma miliare.
1971. május 28. péntek	Budai Területi Gyermekkórház, II., Bólyai u. 9.	du. 2 óra	*A kórház orvosai*	*I. Előadás: Harsányi László:* A körzeti gyermekorvos felelősségéről igazságügyi vonatkozásban. *II. Esetismertetés: Frey Judit:* Laurence—Moon—Biedl-féle kórkép. (Előző előadásról elmaradt.) *III. Folyóiratreferálás.*
1971. május 28. péntek	III. Belklinika VIII., Mező Imre u. 17.	du. ½5 óra	*MTA Biológiai Társaság Gerontológiai Szakosztály és a Magyar Táplálkozástudományi Társaság*	*Prof. J. Yudkin* (Queen Elisabeth Hospital, London): Új irányok az arteriosclerosis diétás megelőzésében (előadás).
1971. május 29. szombat	Balassa János Kórház kultúrterme VIII., Vas u. 17.	de. 10 óra	*A kórház orvosi kara*	1. *Masszi Ferenc:* A rosszindulatú hormon dependens daganatok klinikuma (15 perc). 2. *Piróth Károly:* Pajzsmirigy műtétek hatása a mellékpajzsmirigy működésre. (15 perc). 3. *Tachy Ádám:* Korotkoff-hangok a hyperthyreosis diagnosztikában (15 perc).
1971. június 1. kedd	I. Sebészeti Klinika tanterme VIII., Üllői u. 78.	du. 5 óra	*Semmelweis Orvostudományi Egyetem*	*Korszerű radiológiai eljárások.* Előadások: 1. *Baumgartner Edit, Szollár Judit:* A röntgensugárzással és radiomimetikus anyagokkal kiváltható kromoszóma rendellenességekről (15 perc). 2. *Irtó István:* A termográfia klinikai alkalmazásának kérdéseiről (20 perc). 3. *Mártonffy Katalin:* A radioaktív bengal-rosa vizsgálatok értékéről, a májbetegségek kórismézésében (15 perc). 4. *Mózsa Szaboles:* A haemopoeticus össejtek sugárérzékenységének vizsgálata (15 perc). 5 *Török István:* Termolumineszcens dosismérők szerepe a sugárvédelemben (20 perc).

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 rendelésre" c. könyvhöz küldött pótlapon található.

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató
Telefon: 116—660

MNB egyszámlaszám: 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

71.1906 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

ADEBIT
tabletta

A cukorbetegség gyógyításában előrehaladást jelentett az újabb felfedezés, hogy a sulfonylcarbamid-származékok kémiai szerkezetétől és hatásmechanizmusától teljesen eltérő biguanid-származék is szájon át adagolva antidiabetikus hatású. Ilyen vércukorcsökkentő készítmény az Adebit tabletta.

ÖSSZETÉTELEK: Tablettánként 50 mg 1-Butylbiguanid. hidrochlor. hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: A diabetes mellitus minden olyan típusának kezelésére alkalmazható önmagában, vagy sulfonylcarbamid készítménnyel együtt, ahol a saját insulin-termelés nem szűnt meg. Ezenkívül bizonyos esetekben insulinnal kombinált alkalmazása indokolt lehet.
Elsősorban **felnőttkori,** sulfonylcarbamidra rezisztens diabetesben önállóan, vagy sulfonylcarbamid készítménnyel kombinálva, ha ez utóbbival egymagában a megfelelő anyagcsere-egyensúly nem volt elérhető. Felnőttkori diabetesben sor kerülhet elsődleges alkalmazására is, ami igen előnyös lehet sulfonylcarbamid túlérzékenységben.
Fiatalkori és labilis anyagcseréjű diabetes jobb kompenzálására a vércukoringadozások csillapítására, insulinnal kombinálva. Tapasztalat szerint várható az insulin-szükséglet csökkenése, némelykor az insulin-rezisztencia javítása.

ELLENJAVALLATOK: Acidosisos anyagcserezavar, így természetesen praecoma- és coma diabeticum, fertőzéses, lázas állapot, terhesség, gangraena, veseműködési elégtelenség, májbetegségek (annak ellenére, hogy adagolására visszavezethető májkárosodást nem észleltek). Műtét előtt a beteget insulinra kell beállítani.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel. Az adagolás beállítása, illetve átállítása csak gyógyintézetben, vagy szakorvosi járóbeteg-rendelésen történt állandó orvosi (laboratóriumi) ellenőrzés mellett végezhető.
Helyesen akkor járunk el, ha a kezdeti adagot fokozatosan növeljük az egyéni optimalis adag eléréséig. Átlagos kezdeti adag naponta 2–3-szor 1 tabletta (100–150 mg) étkezés után, kevés folyadékkal. A továbbiakban, a beteg állapotától függően 2–4 naponként 1 tablettával növelhetjük az adagot. A maximális napi adag 6 tabletta (300 mg) 3–4-szeri elosztásban. A bevezetés időszakában (10–14 napig) a napi vizeletcukor ürítés és néhányszor az éhgyomri vércukor vizsgálat elvégzése szükséges, minthogy általában csak a kezelés 10–14. napján dönthető el, hogy a beteg reagál-e a kezelésre. A további időszakban (kb. 2 hónapig) az ellenőrzést 1–2 hetenként végezzük. **A vérkép, a máj- és vesefunkciók félévenként ellenőrizendők.** Az Adebit tabletta napi fenntartó adagja leggyakrabban naponta reggel 1–2 tabletta és este 1 tabletta. A diaeta szigorú betartása természetesen elengedhetetlen.
Kombinált kezelés esetén a sulfonylcarbamid készítmény, illetve az insulin adagja az anyagcsere-kontrollnak megfelelően csökkentendő. Amennyiben a normális anyagcsere a kombinált kezelés (pl. 2 tabletta sulfonylcarbamid + 3 tabletta Adebit) alkalmazására helyreállt, megkísérelendő a sulfonylcarbamid készítmény fokozatosan történő teljes elhagyása. Az adag csökkentése, vagy növelése csak megfelelő laboratóriumi ellenőrzéssel történhet.
Insulinról történő átállításkor az insulin elhagyása csak fokozatos lehet.

MELLÉKHATÁSOK: A ritkán előforduló mellékhatások (étvágytalanság, hányinger, hányás, hasmenés, fémes szájíz) az adag átmeneti csökkentésére általában mérsékelhetők, illetve megszüntethetők.

CSOMAGOLÁS:
40 db à 0,05 g tabletta 6,80 Ft
200 db à 0,05 g tabletta 30,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Rendelését az insulin és az orális antidiabetikumok rendeléséről, kiszolgáltatásáról kiadott 5/1967. Eü. M. számú utasítás szabályozza.

CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára

ACEPRAMIN

injekció, granulum

antifibrinolyticum

8 g/amp. (240 ml)
90 g/doboz (240 g)
} ac. aminocaproic.

A plasminogen plasminná történő activálódását gátolja.
Kórosan fokozott fibrinolysis, elsősorban a primaer hyperfibrinolysis okozta coagulopathiák gyógykezelésére:

belgyógyászatban: haemophilia, leukaemia, thrombopenia, cirrhosishoz társuló vérzékenység egyes eseteiben, thrombolytikus therapia során alkalmazott streptokinase, ill. plasmin okozta súlyos vérzés esetén;

sebészetben: nagy mellkasi műtétek, extracorporalis keringést igénylő beavatkozások, portacavalis-shunt műtétek alkalmával;

urológiában: prostata carcinoma, prostatahypertrophia miatt végzett műtétek esetén;

szülészet-nőgyógyászatban: korai lepényleválás, fenyegető vetélést kísérő vérzékenység esetén.

Az adagolásra, a mellékhatásra stb.-re vonatkozó részletes leírást a „Tájékoztató a gyógyszerkészítmények rendelésére" c. könyvhöz küldött pótlap, valamint a készítményhez csatolt használati utasítás tartalmazza.

Az **injekció** csak fekvőbeteg-gyógyintézet részére van forgalomban. Orvosi vényen nem rendelhető!

A **granulum** társadalombiztosítás terhére csak fekvőbeteg-gyógyintézetben vagy haematológiai gondozóban történt beállítás alapján, rendszeres ellenőrzés esetén rendelhető. A vényen a javaslatot adó fekvőbeteg-gyógyintézetet, gondozót és a javaslat keltét fel kell tüntetni.

10 amp. (20 ml) 40%-os inj. 185,– Ft
1 dob. (240 g) 37,5%-os gran. 95,– Ft

EGYT

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

112. ÉVFOLYAM 22. SZÁM 1261—1320 OLDAL

BUDAPEST, 1971. MÁJUS 30.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

TRIOSPAN

TABLETTA

A Triospan egyik hatóanyaga az Isopropamidum, mint nyújtott hatású parasympatholyticum, fokozott mértékben gátolja a gyomorsecretiót és normalizálja a gyomor-bélhuzam hypermotilitását.
Alkalmazását atropin, vagy atropin-hatású vegyületek helyett, főként kisebb mérgezősége és lényegesen kifejezettebb gátló hatása indokolja. A második hatóanyag a Sevenal (phenobarbitural.), amely kis adagokban alkalmazva altató hatástól mentes sedativum. Hatásával csökkenti a központi idegrendszer izgalmi állapotát, de ugyanakkor nem gátolja a normális funkciókat.
A harmadik hatóanyag a No-Spa, amely a különféle simaizomzatú szervek görcsét, tekintet nélkül azok működésére és beidegzésére, már kis adagokban is hatékonyan oldja.
A három hatóanyagnak ez a társítása az ulcusgátló hatást fokozza.

Összetétel: Tablettánként 5 mg Isopropamidum (2,2-diphenyl-4-diisopropyl-amino--butyramid-methyljod.), 15 mg Sevenal (phenobarbitural.) és 60 mg No-Spa (6,7,3,'4,-tetraaethoxy-1-benzal-1,2,3,4-tetrahydrisochiolin. hydrochlor.) hatóanyagot tartalmaz.

Javallatok: Elsősorban ulcus ventriculi és duodeni, ezenkívül krónikus gastritis és colitis, továbbá cholecystopathiával, esetleg cholecystitisszel kapcsolatos görcsök stb.

Ellenjavallatok: Glaucoma és prostata hypertrophia.

Adagolás: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-szor 1 tabletta kúraszerű adagolással 3–6 héten át. Ez az adag a klinikai állapot javulásával arányosan, fenntartó adagra (napi 2-szer $^1/_2$–1 tabl.) csökkenthető. A kúraszerű adagoláskor a hatékonyság és tűrőképesség figyelembevételével egyéni adagolásra törekedjünk.
Az étrendi, nyugalmi stb. előírások természetesen betartandók.

Mellékhatás: Az anticholinergiás gyógyszerekre jellemző mellékhatások pl. enyhe szájszárazság, székrekedés, látászavar kis mértékben előfordulhatnak.

Csomagolás:

20 db tabletta	18,– Ft
200 db tabletta	180,– Ft

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:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SÓS JÓZSEF DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Szerkesztő:
BRAUN PÁL DR.

*

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

*

112. ÉVFOLYAM

*

22. SZÁM

*

1971. MÁJUS 30.

TARTALOMJEGYZÉK

Buda Béla dr.:
Az öngyilkosság 1263

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Lázár Dezső dr., János László dr., Pölöskei Árpád dr., Szabó Csaba dr. és Wágner János dr.:
A műtét utáni sebgennyedések 1268

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Káldor Antal dr., Demeczky Mihályné dr. és Juvancz Péter dr.:
Disulfiram hatása a vér katecholamin szintjére emberen 1271

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNYEK

Az orvos szerepe az öngyilkosság megelőzésében 1274

GENETIKA

Fazekas Árpád dr. és Vígváry László dr.:
Új genetikai adatok a Marfan-syndromához 1277

FEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉGEK

Kondás József dr.:
Többszörös urogenitalis fejlődési rendellenesség 1283

KAZUISZTIKA

Tóth Csaba dr., Kovalovszky Lajos dr. és Csipő László dr.:
Vastagbél-átfúródást okozó Pseudomonas aeruginosa (pyocyaneus) fertőzés 1285

HORUS

Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

A genetikusok kiáltványa 1287
Pataki Dániel 1289
Magyarországi adatok a candidiasis történetéhez 1291
Hírek 1293
Nemzetközi kongresszusok 1971-ben 1293

Folyóiratreferátumok 1295
Megjelent 1308
Levelek a szerkesztőhöz 1309
Könyvismertetés 1310
Hírek 1314
Pályázati hirdetmények 1318
Előadások, ülések 1320

BISECURIN *TABLETTA*

Összetétel: 1 tabletta 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 colitis, diabetes mellitus. Az endocrin mirigyek egyéb betegségei. Malignus tumorok, elsősorban emlőcarcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

Alkalmazás és adagolás: A Bisecurin tabletta szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdeni és 21 napon át napi 1 tablettát kell bevenni minden nap azonos időpontban, lehetőleg este. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani. Ezalatt szabályos reactiokészség 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 tabletta 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 tabletta bevétele egy napon elmarad, ezt a lehető leghamarabb pótolni kell és a következő tablettát szokott időpontban be kell venni. 2 tabletta 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, bélpanaszok, a kúra kezdetén előfordulhatnak s a későbbi cyclusokban többnyire megszűnnek.

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

Megjegyzés: Rendelhetőségét külön utasítás szabályozza.

Forgalomba kerül: 21 tabletta, 24 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Az öngyilkosság pszichológiájáról és szociológiájáról az Orvosi Hetilapban az utóbbi évtizedekben nem jelent meg közlemény. Más orvosi szaklapjaink sem adtak közre ilyen írást. A szerkesztőség ezért szükségesnek látta, hogy teret adjon az öngyilkosságról egy olyan átfogó tanulmánynak, amely a megszokottnál jóval nagyobb terjedelmű. Az öngyilkosság nagy orvosi és társadalmi horderejű problémakörét a tanulmány négy részletben tárgyalja. A most megjelent első rész az öngyilkosság társadalmi tényezőiről és statisztikai adatairól szól, a második rész a hazai statisztikai adatokat és az öngyilkosság társaslélektani szabályszerűségeit ismerteti, a harmadik az öngyilkosság pszichológiájával foglalkozik, míg a negyedik, befejező rész — amely mind a négy részlet irodalomjegyzékét is tartalmazza — az öngyilkosság megelőzésének lehetőségeiről ad képet és röviden vázolja az öngyilkosságveszélyes emberrel való lélektani bánásmód főbb irányelveit.

Fővárosi Pszichotherapiás Módszertani Központ
(igazgató főorvos: Szinetár Ernő dr.)

Az öngyilkosság

I. Társadalmi tényezők, statisztikai adatok

Buda Béla dr.

Mind a mindennapi, mind a tudományos fogalomhasználat szerint *öngyilkosságot* követ el az az ember, aki életének saját maga vet véget. Az öngyilkossághoz három kritérium tartozik:

1. a meghalás tudatos szándéka;
2. egy módszer képzete, amely módszer alkalmas az élet kioltására;
3. e módszer cselekvéssémájának megvalósítása.

Öngyilkossági kísérletről beszélünk, ha valaki a meghalás, az öngyilkosság szándékával károsítja saját szervezetét, de ennek következtében nem hal meg. Az öngyilkosság három meghatározó jegyéből következik, hogy a kísérlet négy körülmény — vagy ezek kombinációja — miatt lehet sikertelen:

1. a meghalás szándéka nem elég erős vagy nem egyértelmű;
2. az öngyilkosság módszere nem, vagy nem eléggé hatékony;
3. az öngyilkossági cselekedet hibás vagy inadekvát;
4. a halál bekövetkezése előtt külső segítség — amelyet többnyire orvosi beavatkozás is kísér vagy követ — a szervezet károsodását megakadályozza, megállítja, vagy megszünteti.

Mivel az öngyilkossághoz és annak kísérletéhez *szándék* és *tudatosság* kell, az öngyilkosság sui generis emberi jelenség, még a legmagasabbrendű állatok körében sem található meg. Annál gyakoribb viszont az emberek között. Öngyilkosság előfordulásáról már a legrégibb civilizációkban is tudunk. Az ókor nagy kultúráiban már nem volt ritkaság. Már ekkor is ismertek és tipikusak voltak azok az emberi problémák, amelyek hatására egyesek megölik magukat. Súlyos megszégyenülés, a szeretett társak vagy családtagok elvesztése vagy a biztos halál tudata gyakran váltott ki öngyilkosságot. A Bibliából ismeretes Saul király öngyilkossága, aki — mikor látta, hogy ellenségei, a filiszteusok körülfogják — előbb szolgáját kérlelte, hogy ölje meg, majd ennek habozását látva kardjába dőlt. Sámuel első könyve szerint Saul attól tartott, hogy a filiszteusok megszégyenítik és úgy ölik meg (...„keresztülszúrjanak engemet és gúnyt űzzenek belőlem" — Sam. I. 31. 4.). Elveszettnek hitt fia miatti bánatában tengerbe ugrott és meghalt Aegeus athéni király, mitológiai alak, akiről később a tengert elnevezték. Az erőszakos halál elől menekülve maguk végezték be életüket a római proscriptiók áldozatai. Seneca, a híres ókori bölcs maga vágta fel ereit, amikor nyilvánvalóvá vált, hogy Nero meg akarja öletni. Már ekkor megjelent az öngyilkosság „okai" között a szenvedélyes szerelem, Dido királynő pl. megölte magát, amikor Aeneas elhagyta.

Az ókorban nemcsak az öngyilkosság vált gyakorivá, hanem elméleti problémaként megjelent a filozófiában is. Ettől kezdve szinte minden filozófiai emberkép és etikai tan foglalkozik vele. A filozófusok általában furcsa paradoxont látnak benne, az élethez való egyetemes emberi ragaszkodás kontrasztjában nem tudnak magyarázatot találni rá. A középkor vallásos szemlélete a bűn és a tilalom kategóriáiba helyezi, az ördög befolyásának tulajdonítja. A középkor egyháza az öngyilkost nem temeti el, az öngyilkosságot megkísérlőre pedig a vallás által befolyásolt jogrend gyakran büntetést mér. A renaissance, majd a felvilágosodás korában újra filozófiai kérdés; a 19. század elejére már óriási irodalom foglalkozik vele. E század közepére az európai államokban már fejlett a statisztikai adatfeldolgozás és adatszolgáltatás; kialakul az ún. *morálstatisztika*, amely a bűnözés és a házasságon kívül született gyermekek adatain kívül regisztrálja az öngyilkosság tényeit és foglalkozik az öngyilkosság gyakorisági sajátosságaival is *(Wagner, Oettingen* stb.). A múlt század utolsó évtizedeire már igen jelentékeny az olyan közlemények száma, amelyek nemcsak elméleti fejtegetéseket tartalmaznak, hanem az öngyilkosság statisztikai adatait is elemzik. Elsősorban francia és olasz szerzők foglalkoznak e kérdéssel. Néhány alapvető monográfia ebben a korban lát napvilágot, ezek a modern öngyilkosság-kutatás előfutárai *(Brierre de Boismont,* 1856; *Morselli,* 1879; *A. Legoyt,* 1881 stb.). E vizsgálatok és publikációk lerakták az alapjait annak az elméleti integrációnak, amely *Emile Durkheim* francia szociológus munkájával kezdődött meg.

A dolgozathoz csatlakozó referátumok a „Folyóiratreferátumok" rovatban: „A suicidium" címmel találhatók.

Durkheim 1897-ben adta ki könyvét az öngyilkosságról (25, 26). Ez a kötet nemcsak az öngyilkosság szempontjából nagy jelentőségű, általában ezt a munkát tekintik a modern szociológia egyik kiindulópontjának is. *Durkheim* statisztikai adatokat hasonlít össze. Először megvizsgálja a kor öngyilkosság-elméleteit a statisztikai adatok tükrében. Kimutatja, hogy az öngyilkosság nem függ össze faji és kozmikus tényezőkkel, és nem magyarázható — csak az esetek viszonylag kis részében — pszichopathológiai állapotokkal vagy utánzással. A statisztikai adatok virtuóz elemzésével az öngyilkosságok gyakoriságát *három társadalmi áramlat* összegezett következményének mutatja be; mindegyik áramlat más mechanizmusokon át vált ki öngyilkosságot, más *típusú* öngyilkosságot termel. Kimutatja, hogy az öngyilkosságok egy része a *társadalmi integráció* lazulásának hatására jön létre. Társadalmi integrációnak azt a szabályozó erőt nevezi, amit a család, a vallási vagy a politikai közösség gyakorol az egyénre. Ha az egyén e szabályozó erők befolyása alatt él, ez életét vezérli, annak célt és értelmet ad. Ha ebből kiszakad, pl. individualizáció vagy a hagyományos emberi kötelékekből való másfajta kilépés révén, nagyobb a valószínűsége annak, hogy kóros lelkiállapotok lépnek fel benne, búskomor lesz, értelmetlennek érzett életét öngyilkossággal fejezi be. Statisztikai adatokkal bizonyította, hogy pl. a családban élők öngyilkossági gyakorisága alacsonyabb, mint az elváltaké, özvegyeké vagy a nem házasoké; igazolta, hogy a katolikus vidékeken az öngyilkosság sokkal ritkább, mint protestáns területeken. *Morselli* nyomán ezt az öngyilkosságfajtát, amit a társadalmi integráció csökkenése okoz, *egoista* típusnak nevezte, mivel szerinte a társadalmi integráció csökkenésével az egyén csak magával törődik, saját céljaival foglalkozik, keveset törődik másokkal és a társadalmi követelményekkel.

A társadalmi integráció igen erős is lehet, és ezáltal is kiválthat öngyilkosságot. A nagyon erős kollektív kötésben élő társadalmak kialakítják tagjaikban a hajlandóságot, hogy feláldozzák önmagukat a közösségért. Ez a hajlandóság egyszerűbb társadalmakban gyakran megfigyelhető. De fejlettebb társadalmakban is sokan áldozzák fel magukat valamilyen közös ügyért. A túlzott társadalmi integrációval magyarázza *Durkheim* a katonák szabályszerűen nagyobb öngyilkossági gyakoriságát (ez egyébként érveléseinek egyik leggyengébb pontja). A nagyfokú társadalmi integráció okozta öngyilkosságokat *altruista* öngyilkosságoknak nevezte, mintegy az egoista típus ellentéteként.

Legérdekesebb a harmadik, az ún. *anómiás* típus. *Durkheim* felfigyelt arra a tényre, hogy a gazdasági változásokat az öngyilkossági gyakoriság statisztikai változásai kísérik. Gazdasági válság vagy fellendülés egyaránt növeli az öngyilkosságok számát. Szerinte az ember akkor van lelki egyensúlyban, ha szükségletei és vágyai összhangban vannak a kielégítésükhöz rendelkezésre álló eszközökkel és lehetőségekkel. A gazdasági változás ezt az összhangot bonthatja meg — és ezzel együtt a lelki egyensúlyt is — egy csomó ember számára; vagy az eszközök és a lehetőségek válnak hirtelen elérhetetlenné (válság) vagy pedig a vágyak és szükségletek szaladnak túl az egyébként kedvező lehetőségeken (fellendülés). *Durkheim* szerint ilyenkor egyfajta társadalmi szabályozás szenved zavart, meglazulnak a normák, a szokás és az erkölcs biztos törvényei, létrejön a társadalom *anómiás* (normátlan — nomos ugyanis görögül törvényt, szabályt jelent) állapot. *Durkheim* szerint az öngyilkossági statisztika görbéjének hullámzásaiért elsősorban az anómia különböző foka, az anómiás öngyilkosságok változó száma felelős.

Durkheim még az öngyilkosság társadalomlélektanáról is tett megállapításokat. Az öngyilkos cselekményt szerinte más érzelmi állapotok kísérik a különböző típusokban. Az egoista öngyilkosságban az apátia, az altruistában a szenvedély vagy az akarati energia átélése, az anómiásban pedig az elkeseredés és az undor uralkodó. *Durkheim* feltételezte a vegyes öngyilkosság-típusok létezését is.

Ez a monumentális munka az öngyilkosság kutatását szociológiai feladattá tette. Egészen századunk ötvenes éveiig a durkheimi gondolati hagyomány alapján a szociológusok — akik pedig esetleg sohasem láttak közelről öngyilkos embert — többet és lényegesebbet tudtak mondani az öngyilkosságról, mint a pszichológusok vagy az elmeorvosok, annak ellenére, hogy már a múlt század elejének-közepének említett közleményeiben is vitathatatlan tétel volt, hogy minden egyes öngyilkosság egyéni lélektani esemény, amelynek élményhättere, oki összefüggésrendszere az illető ember egyéni sajátosságaiból és élettörténetéből érthető meg. A korabeli pszichiátria (lélektanról ekkor még alig lehet beszélni) azonban az egyéni momentumot túlhangsúlyozta, és nem jutott túl az esettanulmányokon, az öngyilkossági kísérlet után életbenmaradottak vizsgálatán, ami egyébként hasznos, ma is alkalmazott megközelítési módja a kérdésnek. A szociológusok ezt a hasznosságot nem vonták kétségbe, de a teljesen egyéni megközelítést kevésnek tartották. Hangoztatták — *Durkheim* érveit idézve —, hogy konfliktus, indulat, szenvedély vagy szükség minden öngyilkosságban felfedezhető, mint ahogyan az életben általában is gyakori; az öngyilkosságot megkísérlő nem tud mást mondani, mint ezekre hivatkozni, tettét elviselhetetlen helyzetéből való *menekülési kísérlettel* magyarázni. A gyakran banális tudatos motivációk mögött azonban mélyebb összefüggések rejlenek, amelyeket maga az öngyilkos sem tud. Ezeket a szociológusoknak kell feltárni a gyakorisági adatok és a különféle társadalmi csoportok életfeltételei, életkörülményei közötti kapcsolat elemzésével. Míg a korabeli elmekórtan fő problémája az öngyilkossággal kapcsolatban az volt, hogy tekinthető-e minden öngyilkosság elmezavarnak (ekkor terjedt el a közgondolkozásból ma is kiirthatatlan *„pillanatnyi elmezavar"* fogalma, mint jól hangzó, látszólagos oki magyarázat, mint ahogyan a neves elmegyógyászok — pl. *Esquirol, Moreau de Tours, Bourdin* stb. — állították, a szociológusok azt a társadalmi specifikumot keresték, amely az emberi problémákat éppen az öngyilkosság felé terelik.

Durkheim után tanítványa, *Halbwachs* francia szociológus úgy magyarázta az öngyilkosságot, hogy különböző társadalmi csoportokban eltérő az olyan élethelyzetek valószínűsége, amelyeket az emberek nagy hányada nem tud elviselni, amelyekre öngyilkossággal reagál. *Durkheim* adatait átértékelve a jellegzetes gyakorisági hányadosokat egy-egy ilyen különálló társadalmi csoporthoz tudta csatolni. Szerinte nemcsak az élethelyzetek gyakorisága más, hanem más a nekik tulajdonított emócionális jelentőség is az egyes csoportokban, ennek is szerepe van az öngyilkosságok gyakoriságában. *Halbwachs* elméletét az öngyilkosság *szubkulturális* teóriájának nevezik a szociológusok, mert meghatározott társadalmi csoportok belső miliőjét és normáit a szociológiai szóhasználat a *szubkultúra* (pontos fordításban quasi „alkultúra") fogalmával fejezi ki (22, 36).

Számos amerikai szerző — *Durkheim* és *Halbwachs* nyomdokán — úgy járt el, hogy egyes városnegyedek öngyilkosság-gyakorisági adatait hasonlította össze, és ezeket a városnegyedek életmódbeli sajátosságaival igyekezett összefüggésbe állítani. Ezt a megközelítést nevezik *ökológiai* kutatásnak (22). *Durkheim* anómia koncepcióját *Merton* amerikai szociológus a harmincas évek végén módosította, és ezzel az öngyilkosságnak is új értelmezési lehetőséget adott. *Merton* szerint (16, 55) az anómia nem egyszerűen az egyéni vágyak és igények szabályozatlansága, hanem egyfajta ellentét a társadalmi szerkezeteken és a kultúrán belül. Szerinte a társadalom bizonyos célokat és igényeket kitűz tagjai elé, ezeket hirdeti, mintegy előírja, ugyanakkor tagjai számára nem ad lehetőségeket, módokat ezek elérésére. A célok és az elérésükhöz szükséges eszközök diszkrepanciája különösen a társadalom egyes rétegeit sújtja. Ezekben az emberekben megnő a személyiségük belső feszültsége, majd ennek késztetésére valamilyen reakciót adnak a nehezen tolerálható helyzetre, többnyire olyan reakciót, amely a társadalmi szabályoktól eltérő, elhajló — ún. *deviáns* — viselkedésmód. Az öngyilkosság egyike ezeknek. *Merton* tehát új értelmezésben hozta vissza *Durkheim* öngyilkosságfogalmát, az öngyilkosságot ennek alapján más deviáns magatartásformákkal, így pl. pszichopatológiai állapotokkal, bűnözéssel stb. kapcsolatban magyarázza. Ez a magyarázat pedig jogosultnak látszik, hiszen már Durkheim is konstatálta, hogy az öngyilkosság statisztikailag összefügg elmegyógyászati kórképekkel, alkoholizmussal, bűnözéssel (pl. sok bűnöző menekül tettének elkövetése után öngyilkosságba), a korrelációkat azonban nem tudta egységes elméleti keretbe vonni, így pl. az elmekórtani összefüggéseket könyvének „társadalmon kívüli tényezők" című részében tárgyalta. Ma már egyre elfogadottabb, hogy ezek a tényezők etiológiájukban távolról sem „társadalmon kívüliek".

A szociológiai elméletek különösen a második világháború után bontakoztak ki. Az újabb elméleti modellek már a modern szociológia fogalmi apparátusát használták fel. *Gibbs* és *Martin* szerint társadalmi státushoz, minél integráltabb azzal, annál kisebb számára az öngyilkosság valószínűsége. Státus a szociológiában a személyiségnek minden (32, 33) minél inkább kötődik egy személyiség egy olyan szabályszerű, jellegzetes helyzete, amelyet a társadalmi szerkezetben vagy a társas kapcsolatokban betölt. Státus pl. a házassági állapot, az állás a munkahelyen, stb. *Gibbs* és *Martin* eme, ún. *státus integrációs* elmélete is lehetővé teszi *Durkheim* reinterpretációját, és választ ad a suicidium-gyakoriság különféle variációira.

A *státusokból való kiszakadás* általában hajlamosít az öngyilkosságra, ezt fejezik ki egyéb elméletek is, mint pl. *Sainsbury* (68), *Powell* (58), majd *Breed* (10) teóriája. Ez utóbbi szerzők szerint a státusváltozás általában növeli az öngyilkosság valószínűségét, kb. olyan módon, ahogyan *Durkheim* az öngyilkosság egoista típusának mechanizmusát megírta. Ez magyarázatot ad a társadalmi ranglétrán felfelé vagy lefelé haladó egyének (az ún. *mobilitásban* levő személyek) nagyobb öngyilkossági gyakoriságára is.

Érdekes, specifikus öngyilkosságelmélet *Henry* és *Short* felfogása (41). Szerintük az ember törekvéseinek meghiúsulása, *frusztrációja*, ha mennyiségben növekszik, növeli az *agresszív indulat* erejét. Az agresszió vagy gyilkosságra vagy öngyilkosságra serkent. Az agresszív indulat irányulását az szabja meg, hogy az egyén kit tart felelősnek frusztrációjáért. *Henry* és *Short* szerint ez attól függ, hogy a társadalmi környezetben az egyén erős külső kényszer hatása alatt áll-e vagy nem. Ha a külső társadalmi kényszer erős, akkor az agresszió kifelé vetül, ha viszont gyenge, az egyén a maga meghiúsulásaiért önmagában keresi a hibát, agresszióját maga felé fordítja. *Henry* és *Short* elmélete is, mint a többi említett koncepció, jó magyarázat *bizonyos* statisztikai összefüggésekre, de nem ad magyarázatot az öngyilkosság *minden* statisztikai szabályszerűségére. Maga az elmélet is tartalmaz kétséges tételeket, pl. nem bizonyítható, hogy a külső kényszer — amelynek fogalmi meghatározását is elég nehéz egyértelművé tenni — az agressziót valóban kifelé, a másik ember felé tereli-e. *Henry* és *Short* elmélete összhangban van *Merton* anómia-elvével, ugyanúgy alternatívának fog fel két deviáns magatartásformát, mint ahogyan *Merton* is az egyes elhajló viselkedésmódokat a társadalmi feszültség alternatív kifejeződési lehetőségeinek tartotta.

Henry és *Short* elméletével, amely az ötvenes évek közepén került nyilvánosságra, új szempont jelent meg a szociológiai öngyilkosságelméletekben. *Durkheim*, és nyomában az említett szerzők egy-egy adott társadalmi állapot befolyását keresték az öngyilkosság gyakorisági viszonyaira, tehát mintegy az oki összefüggések keresztmetszeti képét adták. A társadalmi hatásokat csak az öngyilkosságot *közvetlenül* megelőző korszak lelki terheinek okaiként vizsgálták. *Henry* és *Short* vetette fel először, hogy a személyiség fejlődési folyamatában már *sokkal előbb*, esetleg a *gyermekkorban* érvényesülnek olyan társadalmi hatások, amelyek *később* szerepet kapnak majd az öngyilkosságban. Elméletük szerint ugyanis az öngyilkosság gyakoriságát nemcsak a frusztráció mértéke határozza meg, hanem az agresszió levezetődésének módja is, amely a szemé-

lyiség fejlődése során alakul ki (a feltételezett „külső kényszer" befolyására), társadalomtípustól, társadalmi állapotoktól, kultúrától függően. A meghatározó tényező tehát a személyiségben is rejlik, és ez ugyanakkor — történeti vetületben nézve — szociális is.

Ezt a szempontot még következetesebben alkalmazta *Gold* elmélete (22, 34), amely abból a tényből indult ki, hogy a legtöbb társadalomban az alsó rétegekben az öngyilkosság gyakorisága alacsony, míg a felső, kiváltságos rétegekben magas. *Gold* szerint a környezet, a szubkultúra függvénye, hogy az agresszió levezetését a személyiség hogyan tanulja meg. Az alsó rétegek tagjait szubkultúrájuk az agresszió kifelé fordítására tanítja *(szocializálja,* hogy a szociológiai műszót használjuk, amelyet *Gold* is használ), ezzel szemben a felső rétegekben az agresszió általában gátolt, befelé fordul. Ezért van az említett statisztikai tény, szabályszerűség, az alsó rétegekben a gyilkosság gyakori, az öngyilkosság ritka, a felsőkben fordítva. *Gold* elmélete is számos statisztikai és klinikai tényt nem tud magyarázni, gondolatmenetében a legfigyelemreméltóbb, hogy a társadalmi hatást már nemcsak epizodikusnak, közvetlennek értelmezi, hanem elsősorban folyamatszerűnek, mégpedig a személyiségfejlődésben érvényesülőnek.

Így azután a szociológiában is világossá vált a személyiség nagy jelentősége az öngyilkosságban. A személyiség lényegében társadalmi termék, különféle lélektani sajátosságai társadalmi hatásokra alakulnak ki és szilárdulnak meg, mindezen tényezők szociológiailag vizsgálhatók, de ehhez kell a személyiség és a rá ható emberi, társas folyamatok behatóbb pszichológiai ismerete is.

Itt kanyarodik vissza a szociológiai öngyilkosságkutatás a lélektanhoz és a szociálpszichológiához, amelytől egy időben elszakadt. Itt kapcsolódnak be a modern vizsgálatok, amelyek a szociológiai nézeteknek szubsztrátumot, hangsúlyt, értelmezési lehetőséget, helyenként kritikát, de csaknem minden szempontból továbbfejlődési, kibontakozási lehetőséget adnak. A további megértéshez azonban szükséges az öngyilkosság *társadalmi megjelenésének, statisztikai adatainak* rövid ismertetése.

*

Az öngyilkosok száma általában kifejezhető abszolút számokban. Egy-egy országban az öngyilkosságok évi előfordulása néhány ezerre tehető. A statisztika az abszolút számok mellett szívesen használ viszonyszámokat is, leggyakrabban — már a múlt század közepe óta — a százezer lakosra számított évi öngyilkosság-halálozás viszonyszámát. Ha a további satisztikai bontásoknál a csoportképző kritérium valamilyen felnőttséggel összefüggő állapot (pl. családi állapot, foglalkozás stb.), akkor szokták az öngyilkosság gyakoriságát százezer 15 éves és 15 éven felüli lakosra vonatkoztatni. E viszonyszámot könnyen lehet összehasonlításra használni, ennek alapján egyes évek, országok vagy egyéb egységek gyakorisági viszonyai közvetlenül összevethetők. Már *Durkheim* is hangsúlyozta, hogy fejlett statisztikai adatszolgáltatással rendelkező országokban az évi öngyilkosság-gyakoriság viszonylagos konstanciát mutat, évenkénti eltérése aránylag kicsi. Évtizedek alatt azonban — évi 80—100 halálesettel növekedve — az eltérés jelentékennyé is válhat. Általában már a múlt század során is a legtöbb országban az öngyilkosság gyakoriságának lassú, egyenletes növekedése volt megfigyelhető. Így *Durkheim* adatai nyomán tudjuk, hogy Franciaországban az évi öngyilkossághalálozás az 1841-es 2814-ről 1869-re 5114-re nőtt, Poroszországé ugyanebben az időszakban 1630-ról 3544-re, Dániáé 337-ről 462-re, stb. (26—40. old.). Százezer lakosra számítva 1874 és 1878 között az öngyilkosságok gyakorisága (az öngyilkossági arányszám) 3,8 volt Olaszországban, 6,9 Angliában, 13 Ausztriában, 16 Franciaországban, 25,5 Dániában, stb. Legmagasabb volt az arányszám Szászországban: 33,4 (26—43. old.). *Durkheim* megállapította, hogy az évi növekedés ellenére az egyes országok egymástól való távolsága a gyakorisági ranglistán általában azonos marad. Észlelte, hogy a statisztikai adatszolgáltatás javulása általában az öngyilkosságok számának növekedésével jár, ezért csak a fejlettebb országok adatai a megbízhatóak, amelyek relatíve azonos feltételek között gyűltek össze. A régi statisztikusok számos olyan statisztikai szabályszerűségét fedezték fel az öngyilkosságnak, amire nehéz magyarázatot adni, pl. azt, hogy csaknem mindenütt — ha az öngyilkosság gyakoriságát hónapokra felbontjuk — az év első hat hónapjában a gyakoriság egyenletesen növekszik júniusig, majd egyenletesen csökken. Ugyanígy szabályszerűen gyakoribb az öngyilkosság a férfiak között, mint nők között, az özvegyek és elváltak között, mint a házasok között (ez némi magyarázatot kap *Durkheim*nél a társadalmi integráció gondolatával) stb. Konstancia mutatkozik az öngyilkossági módszerek alkalmazásának százalékarányaiban is, apró változásokkal, amelyek csak hosszabb évsorokban nőnek tetemesen.

Általában az öngyilkosság gyakorisága a világ országaiban a századfordulóig viszonylag egyenletes növekvő tendenciát mutat, az arányszámok tükrében, majd századunkban a növekedés kisebb-nagyobb ingadozásokkal folyik, ezen belül azonban egyes országok különleges helyzetet foglalnak el, néhány országban csökkenés is kimutatható. Az Egyesült Államokban pl. az öngyilkossági arány 1900-ban 10 volt, 1903-tól egyenletesen növekedve 16,5-re emelkedett, 1916-ig kisebb ingadozásokkal ezen érték körül maradt, majd 1920-ig csökkenve 10,9 lett, 1921-ben 13,2, ekörül maradt, 1925-ig, majd 1931-re 18,3 lett (23, 24). Hasonló változások után 1959—1961-ben az átlag 10,6, majd 1966-ban 10,9. A húszas években általában több országban a növekedés volt a domináns, így pl. Japánban, Ausztriában, Svájcban stb. Különösen Ausztriában volt nagyarányú az emelkedés, ahol 1919-től 1930-ig egyenletesen haladt. 1920-ban az említett arányszám Ausztriában 21,8 volt, ez 1930-ra 39,9-re nőtt. Svédországban és más országokban ugyanekkor csökkenés volt megfigyelhető (4, 5). 1959 és 1966 között a világ országaiban a gyakorisági arány viszonylag állandó volt, kisfokú növeke-

dés volt megfigyelhető Lengyelországban (7,9-ről 10,7-re), Bulgáriában, NSZK-ban stb. (5—10. old.). A WHO összesített adatai az 1955 és 1966 közötti időszakra is azt tükrözik, hogy a változás a halálozási arányban viszonylag kicsi volt, Japán, Svájc és Dánia arányszámaiban csökkenés, Magyarország, Ausztrália és Kolumbia adataiban pedig növekedés észlelhető. A WHO az öngyilkosságot a stagnáló gyakorisági adatok ellenére is növekvő súlyú problémának fogja fel. Ha ugyanis az öngyilkossági halálozást egyéb halálokokkal összefüggésben szemléljük, akkor a statisztikai adatok szerint 8 ipari államban a 15 és 45 év közötti korosztály harmadik leggyakoribb haláloka (Kanada, Ausztria, Dánia, Finnország, NSZK, Magyarország, Svédország, Svájc), számos országban pedig a negyedik. Új trendek is mutatkoznak a gyakoriságban, a WHO adatok szerint a fiatal nők körében az öngyilkosság gyakoribbá válik (78).

Az öngyilkossági statisztikák tanulságai — különösen a gyakorisági változások elemzései — érthetővé teszik a szociológusok buzgalmát, hogy a változásokat társadalmi mozgásokkal hozzák összefüggésbe. Ha a változások adataira rávetítjük a század történelmi eseményeit, számos érdekes értelmezési lehetőség adódik. Alapvető probléma azonban a kiindulási adatanyag bizonytalansága, amelyre már a múlt század közepe óta a kutatók ismételten felhívják a figyelmet, azonban a modern szociálpszichológia és szociológia még inkább hangsúlyoz és bizonyít (22). Az öngyilkosság tényének megállapítása *következtetésen* alapul, vagy a halál módja, vagy a meghalt hátrahagyott búcsúlevele, vagy pedig hozzátartozói, környezete beszámolója ad felvilágosítást. Ezek bizonytalanok lehetnek. Számos baleset mögött öngyilkosság rejtőzhet. A legtöbb országban az öngyilkosság dehonesztáló a környezet számára. Ennek mértéke különböző. Egyes helyeken kár is származhat belőle. Dehonesztáló lehet vallási vagy közösségi okokból vagy különféle lélektani helyzetek miatt. Káros lehet azért, mert az életbiztosítást öngyilkos halálesetre nem fizetik ki. Ez arra vezet, hogy a környezet igyekszik félrevezetni az öngyilkosságot megállapító hatóságot. Ma még nem tudni, hogy az ilyen leplezésnek mekkora a torzító hatása a statisztikákban. Arról már kezd gyűlni az ismeretünk, hogy a balesetek mögött megbújó öngyilkosságesetek hányada kb. mekkora, mivel Amerikában ma elterjedt — kutatási célokból — az ún. *„lélektani boncolás"* (psychological autopsy), ennek során a vitás vagy gyanús haláleseteket öngyilkosság-szakértők különös gondossággal vizsgálják meg és elemzik (27, 28, 69).

De egyéb okok miatt is problematikus az öngyilkosságok értelmezése a statisztikai adatokból. Igen nehéz egy adott terület, kultúrkör vagy ország teljes öngyilkosság-halálozását összefogni a nagyarányú *migráció*, valamint a századunkban olyan gyakori *totális társadalmi katasztrófák, összeomlások* miatt, amilyenek a nagy háborúk, a népirtás, a véres polgárháborúk és belvillongások, nagy politikai krízisek stb. Ilyenkor a lakosság szóródik, instabil és gyökerüket vesztett emberek ilyenkor esetleg más ország gyakorisági adatait szaporítják, holott etiológiailag öngyilkosságuk szülőföldjük miatt van. Nincs adat erre, de feltételezhető pl., hogy a húszas évek kimagasló ausztriai öngyilkosság-gyakoriságában számottevő lehetett az a tény, hogy Ausztria akkoriban különféle emigrációk központja volt, és számos olyan németajkú ember hazája lett, aki azelőtt a monarchia más részében élt. Ezenfelül a társadalmi krízisek idején romlik az adatszolgáltatás. Háborúban különösen, de békében is, nem lehet tudni a katonaság öngyilkossági viszonyait, ez részben ismeretlen, részben a hadseregk politikai okokból hétpecsétes titokként szokták kezelni. Nem lehet tudni, hogy a háborúk általában hogyan hatnak a modern körülmények között az öngyilkosságra, egyáltalán nem biztos, hogy most is csökkentően, mint ahogyan pl. a múlt század háborúiban a statisztikai kimutatások alapján feltételezték. A világon mindenütt ismerik a koncentrációs táborok egyik szörnyű fényképdokumentumát, egy magasfeszültséggel töltött szögesdróton kapaszkodó sovány férfifogoly holttestének képét; vajon ki tudja, közülük hányan lettek öngyilkosok és hányan estek a kegyetlen külső agresszió áldozatául?

Nehéz az öngyilkossági statisztikák értelmezése azért is, mert logikailag — mind a lélektani, mind pedig a szociológiai gondolkodás szerint — az öngyilkossághoz hozzátartoznak a kísérletek is. Ezeknek leleplezése pedig, az életbenmaradt öngyilkosjelölt aktív segítségével, még könnyebb, még elterjedtebb. Erről is vannak bőven statisztikai adatok, ezeknek megbízhatóságát azonban senki sem fogadja el. A hivatalos adatok általában 3—5-ször gyakoribbnak mutatják az öngyilkossági kísérletet, mint a sikeres öngyilkosságokat, vannak azonban speciális, szűrővizsgálatszerű felmérések (pl. 62, 73, 75 stb.), amelyek szerint 8—10-szer gyakoribb a kísérlet. Látni fogjuk, hogy vannak elméletek az öngyilkossági kísérletek és az öngyilkosságok jelenségtani különállására vonatkozóan, de azt a körülményt mégis nem lehet kizárni, hogy az öngyilkosságok meghiúsulása legalábbis jelentős mértékben független az öngyilkossághoz vezető oki tényezőktől és motivációktól. A *medicina állandó fejlődése* egyre több, korábban a halálozási statisztika számadatait növelő esetet tart életben és juttat az „öngyilkosság" rubrikája helyett az „öngyilkossági kísérlet" kategóriájába. Nem ismeretes olyan statisztika — érthetően, még speciális kutatások nyomán is aligha lehetséges ezt megállapítani —, amely mutatná, hogy az orvosi beavatkozás eme, az öngyilkosság ellen ható tényezője mekkora, milyen súlyú.

Zala megye Tanácsa II. Kórháza, Nagykanizsa, Sebészeti Osztály (oszt. vezető: Lázár Dezső dr.)

A műtét utáni sebgennyedések

Lázár Dezső dr., János László dr., Pölöskei Árpád dr., Szabó Csaba dr. és Wágner János dr.

A műtét utáni sebfertőzéseket pontosan kidolgozott eljárásokkal (a sebészkézre vonatkozó „non infectio" elve, a sterilitás, bőrfertőtlenítés, finom, szövetkímélő műtéti technika, adaequat műtéti elő- és utókezelés, antibiotikum therapia) sikerült nagymértékben csökkenteni, de ma sem tudjuk biztosan elkerülni.

A műtétek egy részét fertőzött területen kell végeznünk (pl. pericholecystitis, periappendicitis), másik csoportjában a műtétkor olyan szerveket nyitunk meg, melyek benneke erősen fertőző (pl. vastagbél, végbél, rákos gyomor). Ezek az aseptikus műtőben végzett beavatkozások *ab ovo* fertőzöttek és továbbfertőzésnek, kórházi baktériumflóra kitenyésztődésének alapját vethetik meg. *Egyre nyilvánvalóbb, hogy az endogen fertőző műtéteket célszerű előre kiválogatni és külön műtőben operálni.* Ezt a követelményt azonban még ma sem tudjuk teljesen megvalósítani.

Az antibiotikumok elterjedése lényegbevágóan megváltoztatta eddigi elgondolásainkat. A széles spektrumú antibiotikumok kellő dózisban az esetek jelentős számában meg tudják akadályozni a fertőzést. Jogos volt tehát a feltevés, hogy az „antibiotikumok árnyékában" bátrabban dolgozhat a sebész. Be kell ismernünk, hogy a gyakorlatban szinte észrevétlenül évről évre enyhítettünk is a sterilitás klasszikus aranyszabályain, az aseptikus és septikus műtétek szigorú elkülönítésén. A kezdeti tapasztalatok kielégítőek is voltak. Alig egy évtized alatt a külön septikus műtő jelentősége annyira lecsökkent, hogy például az új műtőblokkunk tervezésekor a Központi Tervező Iroda teljesen ki is hagyta a septikus műtőt és csak szívós harcnak eredményeként került be véglegesen a tervdokumentációba.

Hasonlóan — szinte észrevétlenül — szüntettük meg a septikus betegek szigorú kórházi elkülönítését. Mindennapos gyakorlattá vált nyugati és távol-keleti kórházakban egyaránt, hogy egymás mellett fekszik a sérvműtétes beteg a gennyes cholangitis miatt tartósan drainezett epeoperálttal vagy a prostatahypertrophiás, súlyos cystitisével állandó katheterre szoruló, folyamatosan bakteriumokat ürítő beteggel.

Kétségtelen, hogy ennek a nyilvánvalóan helytelen gyakorlatnak eredete a kórházi ágyhiányon és zsúfoltságon kívül a gyakorlatban bevált megelőző, célzott antibiotikus kezelés. És ha visszagondolunk az anti- és asepsis éra előtti szörnyű kórházi fertőzésekre, melyek rendkívül nagy halálozással söpörtek végig az operatív osztályokon, még érthetőbb a megkönnyebbülés az antibiotikumok korszakában. Nem is látszott már utópiának Ehrlich elgondolása, a „sterilizáció magna" elérése sem és így nagyon is érthető a szigorú és terhes izolációs és sterilitási elvek észrevétlen lazulása. Elképzeléseink azonban nem váltak valóra.

Az antibiotikumok féktelen használatára kitenyésztek az antibiotikumresistens kórokozók és jelentkezett a félelmetes antibiotikum-allergia. Első megtorpanás volt a halálos penicillin-allergiák felismerése; majd ijesztő hírek érkeztek egyes nyugati kórházakból antibiotikum resistens kórokozók fenntartotta belső járványokról, resistens staphylococcus törzsek okozta iatrogen infekciókról, melyek csak az asepsis korszakát megelőző kórházi járványokhoz voltak hasonlíthatók és nem egy kórházi osztály időleges bezárása vált szükségessé. Ezek a felismerések sürgős változtatásokat követeltek.

Először az antibiotikumok védelmében végzett steril műtéteknél igazolódott be, hogy az antibiotikumok nem képesek megelőzni a postoperatív sebfertőzéseket; sőt olyan megdöbbentő gyűjtőstatisztikák is megjelentek, melyek látszólag azt igazolták, hogy *az „antibiotikum-árnyékban" végzett steril műtétek után több a sebgennyedés, mint annak előtte, Johnstone* pl. 17,6%-ról 38,5%-ra történt emelkedést észlelt (7). *A sebgennyedésekkel foglalkozó 1962-es Sebész Nagygyűlés is a következő végső eredményre jutott: „Az aseptikus sebészetben az antibiotikus prophylaxis felesleges ... a prophylaktikus antibiotikus kezelést csak septikus műtéteknél tartjuk megengedhetőnek". Mi, steril műtétekkel kapcsolatban, nem adtunk és ma sem adunk prophylaktikusan antibiotikumot.* Az „antibiotikum-árnyékban" végzett műtét indikációját azokra az esetekre tartjuk fenn, amikor endogen fertőzéstől kell tartani (pl. bronchitis, pyelitis) vagy ha elégtelennek véljük a beteg fertőzés elleni védekező erőit (pl. diabetes, leukaemia) vagy hosszabb ideig mellékvesekéreg kezelésben részesült.

A preventív antibiotikus kezelést célszerűnek és szükségesnek tartjuk mindazokban az esetekben, amikor a műtét közben fertőző csírokat tartalmazó üreges szerveken történik a beavatkozás (pl. az emésztőtraktuson).

Célzottan, therapiásan adjuk a széles spektrumú antibiotikumokat, ha úgy véljük, hogy a gyulladás túljutott a szerv határain, de úgy ítéljük, hogy a szervezet védő erői képesek megbirkózni a fertőzéssel (pl. periappendiculáris infiltrátum, pericholecystitis) vagy a gyulladt szerv sebészileg nem távolítható el.

Úgy véljük, hogy a célszerűen alkalmazott antibiotikus kezelésnek és a sterilizációs elvek szigorú betartásának legjobb tükre a műtéti fertőzések megfigyelése. A műtét utáni sebgennyedésekről azonban nagyon nehéz tiszta képet kapni és ennek tulajdonítható, hogy a postoperatív sebgennyedések aránya az irodalomban rendkívül tág határok között ingadozik, 2—3%-tól 20—30%-ig, sőt még ennél is magasabb értékekig (1, 2, 3, 14, 17, 18, 19).

Losonczy kitűnő könyvében a postoperativ fertőzések gyakoriságáról a következőket írja (11): „Vannak olyan vélemények, hogy egyrészt külföldön sokkal súlyosabbak és gyakoribbak a postoperativ gennyedések, mint hazánkban, másrészt más osztályokon több eset fordul elő, mint a sajáton. Kereken megcáfolni az ilyen állításokat egyelőre nem lehet... *csak hosszabb időtartamra kiterjedő pontos felmérés adhat majd reális képet.*

A reális kép kialakításához szeretnénk munkánkkal hozzájárulni. A nagy számok mindig ki tudják küszöbölni az egyéni megítélésből és elfogultságból eredő hibákat. Ezért úgy határoztunk, hogy többen összeállva dolgozzuk fel a nagykanizsai kórház sebészeti osztálya tizenkét évének műtéti anyagát. Először kórlapról kórlapra haladva néztük át a 12 év alatt operáltak kórtörténeteit, keresve a sebgyógyulási zavarokat, a műtétek fertőzöttségi fokának tekintetbevételével. Ezzel párhuzamosan éveken át pontosan regisztráltuk a rendelőintézet sebész szakrendelésein megjelenő azon betegeket, akik késői postoperatív sebgennyedésekkel jelentkeztek. A harmadik út abban az irányban vezetett, hogy felkértünk öt, hosszú ideje egy helyen dolgozó körzeti orvost, hogy figyelje, lajstromozza azokat a betegeket, akik késői fonalgennyedésüket annyira jelentéktelennek tartották, hogy azzal nem is fordultak szakorvoshoz, hanem körzeti orvosukkal kezeltették szövődményüket. Így jelentős anyagról sikerült viszonylag tiszta képet kapni.

Műtéteink száma az elmúlt 12 évben (1958—1969) 23 608 volt. A kórlapok átnézésekor felfedhető korai vagy kórházi kezelést igénylő késői *postoperatív sebgennyedést* 527 esetben találtunk (2,23 százalék). A sebfertőzéseket a műtétek fertőzöttségi foka szerint csoportosítva táblázatba foglaltuk össze (1. táblázat). Különválasztottuk: 1. az abszolút steril műtétek utáni fertőzéseket (sérv, hydrokele, golyva); 2. a lényegében steril, de a kedvezőtlen körülmények miatt esetleg fertőzött eseteket (pl. sérv, melyben appendixet találtunk és appendektomiát is végeztünk, subacut vagy chronikus appendicitis, fertőzésre gyanús kizárt sérv); 3. az endogen fertőzött műtéteket (pl. epeműtétek, gyomorfekély, bél-resectio) és 4. a septikus eseteket (pl. gangraenák, abscessusok).

Az eredmények meglepően kedvező képet mutattak, különösen a külföldi statisztikákkal összevetve. A meglepetés azonban kisebb, ha visszagondolunk *Petri* professzor nyugati beszámolójára (16), melyben említette, hogy megdöbbenve látta, amikor a szívműtéten átesett beteg ágya mellett az intenzív betegellátó osztályon ébredéskor ott voltak az aggódó hozzátartozók is. Kérdésére megmondták, hogy a napi száz dollárt fizető beteg hozzátartozóit nem lehet még az őrző, postoperatív szobától sem távoltartani. Ha ehhez még hozzávesszük, hogy a patinás kórházak több száz évesek (ismételt felújításokkal), és a beküldő orvosok konziliáriusi minőségben naponta bejárnak operált betegeikhez, akkor már sokkal érthetőbbek a különbségek.

1. táblázat

Postoperatív sebfertőzések a fertőzöttség foka szerinti csoportosításban (1958—1969)

	A műtétek száma	Suppuratio, ill. fonálgennyedés	Százalék (%)
I. *Abszolút steril műtét* (sérv, hydrokele, varix, tumor exstirpatiók)	9,436	114	(1,20)
I. *Relatíve steril* műtét (hernia zsákban levő appendix eltávolítása, kizárt sérv, chr. és subac. append., cholelith., ulcus)	8,172	159	(1,94)
III. *Endogen fertőzött műtét* vastagbél, végbél, cholangitis, exulcerált tumorok, thrombophlebitis)	2,376	52	(2,18)
IV. *Septikus műtét* (gangreanák, infiltr. periappend. abscessusok)	3,624	202	(5,57)
Összesen	23,608	527	(2,23)
A Rendelőintézet sebész szakrendelésén jelentkezett		420	
A körzeti orvosnál jelentkezett		100	
Összesen	23,608	1,047	(4,43)

A kórházi betegekről felvett adatok hiánytalanok és megbízhatók. A rendelőintézeti betegekről azonban nem lehetett tiszta képet kapni. Mind pozitív, mind negatív irányban hibákkal kell számolnunk. Pozitíve olyan szempontból, hogy a rendelőintézetben észlelt 420 postoperatív sebgennyedés nemcsak a mi operáltjainkból eredt, hanem más osztályokon (urológia, nőgyógyászat, traumatológia, gégészet) történt a műtét és utókezelésre a rendelő-

intézetben a sebész szakrendelésen jelentkeztek. Negatív irányú tévedéssel is kell számolnunk, mert feltehető, hogy nem mindegyik beteg hozzánk jött vissza postoperatív sebgyógyulási zavarával, ha pl. a fonalgennyedés idején más környéken tartózkodott. Úgy véljük, hogy a pozitív és negatív tévedések száma arányos és így számszerint reális adatokat gyűjtöttünk össze.

A rendelőintézet sebész szakrendelésén 12 év alatt 420 beteg jelentkezett postoperatív sebgyógyulási zavarral. Megközelítően még 100 olyan beteget vettünk fel, akik annyira jelentéktelennek tartották fonalgennyedésüket, hogy nem mentek szakorvoshoz és körzeti orvosukkal kezeltették magukat. *Így összesen 1047 beteg volt összegyűjthető, akiken korai vagy késői postoperatív sebgyógyulási zavart észleltünk. Ez 4,43%-nak felel meg.*

*

Osztályunk túlterheltségére jól rávilágít, hogy a betegek átlagos ápolási ideje 9,7 nap. A műtét utáni sebgennyedések csökkenése másfél évtizedes szívós munkánk eredménye.

Az alábbi eljárásoknak tulajdonítunk gyakorlati jelentőséget a postoperatív sebgennyedések csökkentése szempontjából:

1. Műtőinkben szétválasztjuk és ugyanazon a napon külön műtőben operáljuk az abszolút steril és az endogen fertőzött eseteket.

2. A septikus műtéteket külön, a II. emeleti műtőben operáljuk.

3. A betegek elhelyezésében a túlzsúfoltság ellenére igyekszünk megvalósítani, hogy az abszolút steril műtét után a betegek külön kórteremben feküdjenek és ne kerüljön közéjük endogen fertőzött gennyürítő (pl. drainezett cholangitises) beteg.

4. A műtét előtt a mosakodási eljárásunkat többször módosítottuk és ellenőriztük hatékonyságát. A körömkefét az esetleges apró bőrsérülések miatt elhagytuk és szappannal, meleg folyó vízben történt kézmosás és köröm-toilette után *kétszer három percig mosakszunk Ritoseptel.* A Ritoseptet steril törlőre csepegtetjük és a mosakodás végén vékony rétegben „Ritosept-film"-et hagyunk kezünkön. Mosakodási eljárásunk hatékony voltáról bakteriológiai próbákkal is meggyőződtünk és eredményeinkről közleményben számoltunk be (8).

5. Szájmaszkjainkat — *Littmann* (13) szerint — hajlítható és cserélhető fémbetéttel láttuk el úgy, hogy az orr mindenkor fedve maradjon anélkül, hogy a látást zavarná.

6. A beteg a műtőbe lehetőleg megfürdetve, steril ingbe öltöztetve és steril huzattal burkolt takaróval fedve érkezik.

7. A műtőkben a beszédet és a mozgást minimumra csökkentettük: a műtőbe lépők köpenyt és műtőcipőt kapnak, és az orrot is fedő szájmaszkkal látunk el minden egyes személyt.

8. A fecskendőket és injekciós tűket autoklávban sterilezzük.

9. A kötözéshez külön csomagolt, hőlégben sterilezett műszert és kötszert használunk.

10. Osztályos kötözést csak a napi műtétek után és mindig gumikesztyűben végzünk.

11. A műtőkben a mindennapos takarítás után amikrób-lámpákat gyújtunk, melyek a másnap reggeli nedves portörlésig égnek. (Klímaberendezésünk jelenleg épül.)

12. Egyénileg és lehetőleg mindig célzottan adunk antibiotikus kezelést, hatékony dózisban, de rövid ideig. Az antibiotikus therapiával kapcsolatos elveinkről és az antibiotikum-szövődményekről közleményben számoltunk be (9).

13. Vastagbél- és végbélműtéteink végzésére eljárást dolgoztunk ki a műtéti terület áthidalására és antibiotikummal, cytostatikus készítményekkel történő folyamatos elárasztására (10).

14. A műtét egyes fázisait a szükségletnek megfelelően külön izoláljuk és egy-egy fertőzöttségi fok változásakor cérnakesztyűt és izolálást cserélünk. (Ennek a fázisos izolálásnak előnyeit különösen az anus prae zárásakor tapasztalhattuk. Eljárásunk szerint végezve 90—95%-ban elsődlegesen gyógyult.)

Tapasztalataink arra intenek, hogy *az elérhető steril dolgozás és izoláló elvek következetes megvalósításában és szigorú ellenőrzésében nem szabad megállni.* Nem szabad az új gyógyszerekben bízva egy jottányit sem engedni a kissé körülményes klasszikus eljárásokból, mert a legkisebb kisiklás romba döntheti a legszebben végrehajtott műtét sikerét és nagyon meghosszabbítja a költséges utókezelést, elodázva a beteg gyógyulását.

Összefoglalás. A nagykanizsai kórház sebészeti osztályának 12 éves műtéti anyagát (23 608 műtét) dolgozták fel a korai és késői postoperatív sebfertőzések felfedése és számbavétele végett. 527 postoperatív sebgennyedést észleltek (2,23%). Ehhez hozzávették a rendelőintézet szakrendelésén jelentkező késői fonalgennyedéseket és a körzeti orvosoknál megjelenteket. Sorraveszik azokat a gyakorlatban bevált eljárásokat, melyekkel a postoperatív gennyes szövődmények megelőzhetők, illetve csökkenthetők.

IRODALOM: 1. *Betzler, H.:* Chirurg. 1953, *24,* 546. — 2. *Caswell, H. és mtsai:* Surg. Gyn. Obst. 1958, *106,* 1. — 3. *Clarke, S.:* Brit. J. Surg. 1957, *44,* 592. — 4. *Dettre G.—Ladányi J.:* Magy. Seb. 1958, *XI,* 57. — 5. *Gyöngyössi G.—Ladányi J.:* Magy. Seb. 1969, *XXII,* 216. — 6. *Hangos Gy.—Thurzó R.:* Orv. Hetil. 1962, *103,* 594. — 7. *Johnston, F.:* Surg. Gyn. Obst. 1963, *116.* 1. — 8. *Lázár D.—János L.—Toldi L.:* Magy. Seb. 1963, *XV,* 97. — 9. *Lázár D.:* Orvoskép. 1969, *XLIV,* 452. — 10. *Lázár D.:* Orv. Hetil. 1970, *111,* 1694. — 11. *Losonczy Gy.:* Iatrogen infectiók. Medicina, Bpest, 1968. — 12. *Littmann I.—Szita J.:* Orv. Hetil. 1961, *102,* 729. — 13. *Littmann I.:* Személyes közlés. 1967. — 14. *Meneley, F.:* Surg. Gyn. Obst. 1960, *60,* 261. — 15. *Petri G.:* Orv. Hetil. 1964, *105,* 2257. — 16. *Petri G.:* Magy. Sebésztárs. Mellkasseb. Ülése, 1970. márc. 14. — 17. *Shooter, R. és mtsai:* Surg. Gyn. Obst. 1956, *103,* 257. — 18. *Wackwitz, R.—Raths, A.—Dietrich, A.:* Zbl. Chir. 1970, *95,* 490. — 19. *Wysham, D.—Kirby, W.:* JAMA. 1957, *164,* 1733.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, II. Belklinika
(igazgató: Gömöri Pál dr.)

Disulfiram hatása a vér katecholamin szintjére emberen

Káldor Antal dr., Demeczky Mihályné dr.,
Juvancz Péter dr.,
Technikai asszisztens: Palotás Jánosné

Az alkoholizmus kezelésében alkalmazott disulfiram (tetraethylthiuramdisulfid; Antabus, Antethyl) a szervezet számos enzimatikus folyamatát gátolja. A máj aldehyd-dehydrogenase gátlása következtében emelkedik a vér acetaldehyd szintje és ennek következtében alakul ki az a toxikus állapot, mely az alkoholizmus kezelésében bizonyult hatásosnak (10). A dopamin-beta-hydroxylase gátlása a noradrenalin biosynthesis terminális fázisában gyakorol gátló hatást (7). A disulfiram gátolja továbbá a tyrosin hydroxylaset, a tyramin beta-hydroxylációját octopaminná és csökkenti a xanthinoxydase, succinoxydase és a catalase aktivitást (12). Patkányon az adrenalin és a noradrenalin synthesis gátlása nemcsak a szívben és az agyban, hanem a mellékvesében is kimutatható (6).

A disulfiram-alkohol reakció kapcsán megfigyelt hypotonia nyúlon elsősorban a perifériás resistencia csökkenése következtében jön létre, ugyanakkor sympathikus blokád kialakulását nem sikerült kimutatni (3). A hypotoniás reakciót viszont intravénás noradrenalinnal ki lehet védeni (9). A disulfiram-alkohol reakció humán farmakológiáját *Hine és mtsai* vizsgálták és felvetik, hogy a vérnyomásesést esetleg az acetaldehydnek a szívizomra gyakorolt közvetlen toxikus hatása okozza (8).

A hypertonia gyógyszeres kezelésére irányuló törekvések az utóbbi időben egyre inkább a pressoramin anyagcsere gyógyszeres befolyásolását célozzák. Sikerrel járt ez az alpha-methyldopa esetében, az alpha-methyl-para-tyrosin viszont a gyakorlatban csak az inoperabilis, malignus phaeochromocytomában került gyakorlati felhasználásra (1).

Az OMFB támogatásával készült munka.

Érdemesnek látszott megvizsgálni, hogy a disulfiram hogyan befolyásolja emberen a vér katecholamin szintjét és a keringő adrenalin és noradrenalin mennyiségének változása hogyan hat a vérnyomásra.

Módszer

A vizsgálatokat hat essentialis hypertoniában és négy normotenzióval járó, a keringés szempontjából egészséges bentfekvő betegen végeztük. Antihypertenzív, sedativ vagy hormonalis kezelést megelőzően nem kaptak. A vérvétel reggel 8—9 óra között történt éhomra és a katecholaminszint, valamint az adrenalin- és noradrenalinszint meghatározása Anton módszerének módosított eljárásával történt (2, 4). Az alapértékek megállapítása után a betegek egy hétig napi 2 tabletta disulfiramot szedtek (Anthetyl). A gyógyszer szedése alatt a vérnyomás rendszeres regisztrálása mellett 2—5 alkalommal összkatecholamin-, adrenalin- és noradrenalinszint meghatározás történt. Az eredményeket a táblázatban úgy tüntettük fel, hogy az Antethyl kezelés alatt talált értékek átlagát a kiindulási értékekkel hasonlítottuk össze. (Student-féle egymintás t próbával.)

Eredmények

Eredményeinket táblázatban tüntettük fel, amelyből kiderül, hogy az Antethyl az összkatecholamin értéket és ezen belül a noradrenalin értéket significansan csökkenti. Az adrenalinszint hasonló változást nem mutat. A vérnyomás értékelhető változását egyetlen esetben sem találtuk.

Két beteg hányingerről, közülük egyik aluszékonyságról és egy másik beteg aluszékonyságról és enyhe szédülésről számolt be. A gyógyszer elhagyása után ezek a tünetek megszűntek.

Megbeszélés

Az alkohol-disulfiram reakciót az alkoholizmus kezelésében kiterjedten használják, a disulfiram önálló therapiás alkalmazását célzó vizsgálatokról szóló közléseket nem sikerült találni. Legújabban néhány adat a disulfiram és más gyógyszerek egymásrahatásáról számol be. Tuberkulotikus alkoholistákon például az izoniacid és a disulfiram együttes alkalmazása koordinációs és magatartási zavarokra vezethet és ennek létrejöttében az agyi katecholamin-anyagcsere zavarát feltételezik (16). Súlyos psychotikus tüneteket észleltek disulfiram és metronidazol (Klion) együttes alkalmazásakor (13). Disulfiram és a phenylhydantoin utóbbi serumszintjének 100—500 százalékos emelkedését és toxikus tünetek kialakulását okozta (11).

A hypertonia biokémiájának szempontjából érdemes megemlíteni, hogy bár a tyramin presszorhatásának reserpinnel történő blokádját az alpha-methyldopa patkányon kivédi, a disulfiram a dopának és az alpha-methyldopának ezt a hatását megfordítja. A diethylcarbamide, mely a disulfiram aktív metabolitja, ebben a gátló effektusban még hatásosabb, sőt az alphamethyldopamin és a dopamin reserpin blokádot előidéző hatását is megfordítja (15). A disulfiram gátolja az oralisan alkalmazott serotoninnak a vizeletben kimutatható 5-hydroxyindolecetsavvá történő metabolizmusát, bizonyítva az aldehyd-dehydrogenase gátlást (5).

Disulfirammal kezelt betegek plasma katecholamin értékei

Név, kor	Diagnózis	Tensio változása (nap)	Alap			7 nap átlaga			Különbség		
			Össz. kat.	Noradr.	Adrenalin	Össz. kat.	Noradr.	Adrenalin	Össz. kat.	Noradr.	Adrenalin
			mikrogramm/liter			mikrogramm/liter			mikrogramm/liter		
T. J. 26 éves	essentialis hypertonia	150/80 160/100 160/110 165/100	2,6	2,1	0,5	1,6	1,05	0,55	—1,0	—1,05	+0,05
K. L. 52 éves	göbös struma	150/85 150/80 155/80 155/80	3,3	2,5	0,8	2,12	1,37	0,75	—1,18	—1,13	—0,05
Sz. Gy. 44 éves	gastritis, neurosis	130/80 130/80 130/80	2,3	1,8	0,5	1,55	0,76	0,80	—0,75	—1,04	+0,30
K. K. 25 éves	essentialis hypertonia	160/100 180/100 160/100 155/100	2,2	1,4	0,8	1,14	0,30	0,84	—1,06	—1,10	+0,04
G. P. 23 éves	essentialis hypertonia	170/105 165/105 180/110 165/115	2,8	1,6	1,2	2,13	0,96	1,16	—0,67	—0,64	—0,04
R. S. 29 éves	essentialis hypertonia	160/90 170/100 180/100 160/100	2,0	1,2	0,8	1,60	0,70	0,90	—0,40	—0,50	+0,10
M. I. 35 éves	essentialis hypertonia	155/90 150/90 150/90 155/90	1,4	0,5	0,9	0,85	0,15	0,70	—0,55	—0,35	—0,20
X. Y. 41 éves	essentialis hyperonia	155/90 175/110 165/105	2,3	0,9	1,4	1,50	0,75	0,75	—0,80	—0,15	—,065
E. L. 34 éves	diabétes	120/80 115/80 120/80 120/80	2,0	0,9	1,1	1,33	0,60	0,73	—0,67	—0,30	—0,37
B. P. 40 éves	vegetatív neurosis	160/100 160/100 140/85 160/100	1,9	1,3	0,6	0,90	0,30	0,60	—1,00	—1,60	—1,00
		n =	10	10	10	10	10	10	10	10	10
		X =	2,28	1,42	0,86	1,47	0,69	0,71	—0,80	—0,72	—0,08
	Sign.	p =							0,001	0,001	≈0,3

Az alkohol disulfiram hypotonia mechanizmusa még nem pontosan tisztázott. Bár a serum acetaldehyd szintje mindig emelkedett a vérnyomásesés idején, hasonló acetaldehydszint-emelkedést emberen csak alkohol adásával is elő lehet idézni, de a hypotenzív reakció nem alakul ki (14), így az acetaldehydszint emelkedése önmagában nem lehet felelős a reakciókért. A hypotenzív reakcióra különösen érzékeny nyúlon végzett vizsgálatok vetették fel más mechanizmusok lehetőségét, melyek közül a noradrenalin synthesis gátlása logikusnak látszott. Vizsgálataink alapján emberen disulfiram hatására a keringő noradrenalin mennyisége csökken, így a noradrenalin synthesis gátlása feltételezhető. A vizsgálati idő alatt értékelhető vérnyomáscsökkenés sem a hypertoniás, sem pedig a normotoniás betegeken nem volt kimutatható. Így a disulfiram önmagában nem lehet felelős a hypotenzív reakció létrejöttéért.

Összefoglalás. Disulfiram egyhetes alkalmazására emberen csökken a vér noradrenalin szintje. Hasonló változás az adrenalinszintben nem mutat-

ható ki. Essentialis hypertoniás és normotoniás betegeken egyidejű vérnyomáscsökkenést nem lehetett észlelni. A disulfiram alkohol reakció kapcsán észlelhető vérnyomásesésben emberen a noradrenalin synthesis disulfiram által előidézett gátlásának döntő szerepe nem lehet.

IRODALOM: 1. *Amery, A., Moerman, E. J., Bossaert, H., de Schaepdryner, A. F.:* Pharmacol. clin. 1969, *1*, 174. — 2. *Anton, A. H., Sayre, D. F.:* Pharm. exp. Ther. 1962, *138*, 360. — 3. *Bygdeman, S., Perman, E. S., Sjöstrand, N. O.:* Experientia. 1962, *18*, 517. — 4. *Demeczky M., Palotás J.:* Adrenalin és noradrenalin meghatározása biológiai anyagokban. (Közlés alatt.) — 5. *Feldstein, A., Williamson, O.:* Life Sci. 1968, *II*, 777. — 6. *Fuller, R. W., Snoddy, H.:* J. Pharm. Pharmacol. 1968, *20*, 157. — 7. *Goldstein, M., Lauber, E., McKereghan, M. R.:* Biochem. Pharmacol. 1963, *13*, 1103. — 8. *Hine, C. H., Burbridge, T. N., Macklin, E. A., Anderson, H. H., Simon, A.:* J. clin. Invest. 1952, *31*, 317. — 9. *Jacobsen, E.:* Journées Ther. Paris. G. Doin et Cie, Paris, 1958. 89., cit. Bygdeman. — 10. *Kjelgaard, N. O.:* Acta pharmacol. 1949, *5*, 397. — 11. *Olesen, O. V.:* Acta pharmacol. 1966, *24*, 317. — 12. *Richert, D., Vanderline, R., Westerfeld, W.:* J. Biol. Chem. 1950, *188*, 261. — 13. *Rothstein, E., Clancy, D. D.:* New Engl. J. Med. 1969, *280*, 1006. — 14. *Raby, K.:* Dan. med. Bull. 1956, *3*, 168., cit.: Perman E. S.: Acta Phys. Scand. *55*, suppl. 190. — 15. *Weber, L. J.:* Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1966, *123*, 349. — 16. *Whittington, H. G., Grey, L.:* Amer. J. Psychiat. 1969, *125*, 1725.

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 tranquillosedativum, mely főhatása mellett izomrelaxans és anticonvulsiv hatást is kifejt.

JAVALLATOK:
Fokozott psychés feszültséggel, motoros izgalmi állapottal, súlyos szorongással járó megbetegedések. Súlyos hysteriás primitív reactiók.
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 álmosság 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 tranquillosedativumokhoz 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.**

QH
1273

Az orvos szerepe az öngyilkosság megelőzésében

Amióta csak foglalkoznak a medicinában és különféle társadalomtudományi ágakban a kóros magatartásformák vizsgálatával, kutatásával — kb. száz éve —, az öngyilkosság problematikája iránt az érdeklődés igen nagy. Már a múlt század végén nagy számú elméleti tanulmány, statisztikai elemzés és klinikai megfigyelés vált ismeretessé, amelyeknek nemcsak száma, hanem tudományos színvonala is magas volt, meghaladta pl. az elmebetegségeket vagy az alkoholizmust tárgyaló munkákét. Századunk húszas éveiben pedig már olyan bibliográfiák jelentek meg, amelyek több ezer, öngyilkosságra vonatkozó tudományos közlemény címét tartalmazták.

Az összegyűlt óriási mennyiségű ismeret és adat ellenére kb. az ötvenes évek végéig az öngyilkosság szabályszerűségeinek feltárásában kevés előrehaladás történt. Azóta viszont néhány igen lényeges tudományos felismerés született, amely elméleti szinten leírhatóvá és megragadhatóvá tette az öngyilkosság pszichodinamikáját és társaslélektani folyamatait, a gyakorlat terén pedig megjelölte a megelőzés lehetőségeit, módozatait. E felismerések nyomán a kérdés iránt a tudományos érdeklődés és a kutatások volumene világszerte még nőtt.

Az utóbbi években a magyar orvosi köztudat is egyre jobban érdeklődik az öngyilkosság jelenségei iránt. Feltételezhető, hogy ennek fő mozgatója *az öngyilkosságok nagy gyakorisága* hazánkban. Különböző statisztikák, így többek között a Világegészségügyi Szervezet statisztikai adatai ismételten nyilvánosságra hozzák, hogy Magyarországon évente *háromezernél több öngyilkosság* történik, és ezzel az öngyilkosság gyakorisága tekintetében legelöl állunk a világ országai között. Ezek az adatok azt a látszatot keltik, mintha az öngyilkosság nálunk valami különleges, egyedi gyakorisággal szedné áldozatait, mintha „magyar betegség" volna. Az öngyilkosság kutatói jól tudják, hogy az öngyilkossági statisztikák nagyon megbízhatatlanok, nemzetközi összehasonlításra gyakran alkalmatlanok, és ezért egyáltalán nem biztos, hogy hazánk tényleg ilyen kedvezőtlen helyzetben van. Lehetséges, hogy csak *statisztikai adatfelvételi rendszerünk* pontosabb, mint más országoké, és kevesebb olyan társadalmi folyamat hat rá, amely az öngyilkosság tényét igyekszik elleplezni és más haláloki kategóriába sorolni (ilyen folyamatok eredhetnek vallási hatásokból, életbiztosítási rendszabályokból, stb.). Mindenesetre a számok megdöbbentően magasak, és kétségtelenné teszik, hogy az öngyilkosság nálunk elég gyakori jelenség ahhoz, hogy a vele foglalkozni hivatott szakemberek kitüntetett figyelmét megérdemelje. E szakemberek között van az orvos is. Ezért az orvosi köztudat fokozódó érdeklődése jogos és aktuális. Külön indokolja az a tény, hogy a halállal végződő öngyilkosságok nagy hányada és az öngyilkossági kísérletek egész tömege *orvosi ellátási problémává* válik, mérgezési vagy traumatológiai esetté, amely nagy terheket ró a már amúgy is igen megterhelt egészségügyi ellátási rendszerre, és igen sok orvosi munkát vesz igénybe. Az öngyilkosság tehát tényénél fogva „betegséggé" válik, amely iránt az orvosnak édeklődnie kell a gyógyítás és a *megelőzés* szempontjából egyaránt.

Az utóbbi évtized felismerései az orvosi érdeklődés jogosultságát és szükségességét még abból a meggondolásból is külön kiemelik, hogy *az orvos számára nyílik a legtöbb lehetőség* az öngyilkosság megelőzésére, *az öngyilkossági szándék korai felismerésére és elhárítására.* Az orvos ugyanis nemcsak post factum találkozik rendszeresen az öngyilkossággal, amikor már csak a súlyosan károsodott *organizmus* biológiai egyensúlyainak helyreállítása és reparativ erőinek serkentése lehet a feladata. A modern társadalomban az orvos az a személy, aki a leggyakrabban, a legnagyobb szabályszerűséggel kerül kapcsolatba mindennapi munkája során a kétségbeesett, feszült *emberrel,* az egzisztenciájában meghasonlott lélektani *személyiséggel,* amelyben érik a suicid cselekmény szándéka és birkóznak az életet igenlő és a problémáktól az élet árán is szabadulni akaró erők.

Ez a találkozás voltaképpen egyre gyakoribb lesz, hiszen a társadalmat a medicina és az egészségügy egyre inkább átszövi, áthálózza szolgáltatásaival. Ennek következtében az orvos nemcsak a klasszikus értelemben vett beteggel foglalkozik, aki szervezete biológiai működészavarai miatt betegségtudattal, panaszokkal fordul hozzá. Valamilyen formában lassan mindenki orvos „páciense" lesz. Egyrészt a *betegség fogalomköre ma tágul,* és egyre több olyan panaszt, diszkomfort-érzést és viselkedési anomáliát foglal magában, amelyben szervi elváltozást kimutatni nem lehet, és amelyben a medicina szokványos gyógymódjai keveset segítenek. Emberi, emocionális — úgy mondjuk: neurotikus, funkcionális — problémák ezek, amelyek a betegség tüneti képével és panaszretorikájával jelentkeznek, diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai nehézségeket támasztanak, az orvos nem utasíthatja el őket. Másrészt *bővül az orvos szerepköre* a társadalomban, erősödik egyfajta minősítő funkciója: munkaképességet bírál el, alkalmasságot vizsgál, más szolgáltatások igénybevételére ad engedélyeket és javaslatokat stb. Ennek kapcsán igen sok ember felkeresi és megnyílik előtte, olyanok, akik mint betegek nem vennék igénybe, mert nem érzik betegnek magukat. De a preventív szemlélet hatására *megváltozik az orvosi munka jellege* is. Az orvos nemcsak gyógyít; gondozza a krónikus betegeket

és a veszélyeztetett korcsoportokat és rétegeket, szűrővizsgálatokat és rendszeres ellenőrző vizsgálatokat végez, a közegészségügyi rendszabályok őre, véradókat, szövet- és szervdonorokat vizsgál, sőt, egészségügyi felvilágosító munkát végez, stb. Sokrétű tevékenysége során egyre nagyobb, és bármely más hivatással vagy foglalkozási kategóriával szemben különlegesen nagy valószínűséggel találkozik az öngyilkosjelölttel, amikor még az szándékát formálja, tettét mérlegeli.

Nemcsak nagyobb valószínűséggel találkozik vele, hanem az öngyilkosság előtti *sajátos lelkiállapot felismerésére* is kiváltságos alkalmai vannak. Lehetősége van embereket alaposan megfigyelni és kikérdezni, az orvos—beteg viszony keretében, amelyet a bizalom légköre jellemez, és amelyben az orvossal szemben legitim és lehetséges érzelmeket nyilvánítani, megszólaltatni az élet bajait, a lét panaszait, lehet részvétre, együttérzésre, segítségre számítani. Sokat emlegetik ma, hogy ez a klaszszikus, nemesen humanista viszonyforma is ridegebb, személytelenebb lesz. Ez lehetséges, mégis az a valószínűbb, hogy megmaradt érzelmi tartalmának jelentősége és szerepe folyton nő, mivel a társadalmi változások még erőteljesebben és gyorsabban személytelenítik és felbontják a megértést, szimpátiát és érzelmi, emberi segítséget adó hagyományos kapcsolatformákat: megszűnik a nagy család, a migráció és az urbanizáció fellazítja a rokoni kötelékeket és a közösségi relációkat, a kis család is növekvő feszültségek alá kerül, és a társas kapcsolatokba — még intim változataikba is — egyre inkább behatol a versengés, a kölcsönös bizalmatlanság és gyanakvás szelleme; az egyház már nem tud vigaszt és támaszt nyújtani sajátos csoportjaival és papi odafordulási módjaival stb. Az egyén kicsit magára marad a társadalmi és technikai változások rapid áramlatában, és míg érnek, kristályosodnak az új, talán a régieknél jobb és emberibb társas érintkezési és kapcsolódási formák, jobban rászorul az orvosra, elviszi hozzá mágikus segítségvágyát, néha irreális igényeit, félelmeit, sőt, gyakran még visszafojtott indulatait és haragját is.

Az orvost körülvevő racionális tekintély és hagyományos mágikus aura az ő szavának ad különlegesen nagy súlyt. A tekintély és a beteg bizalma az orvost helyezi az *öngyilkosság-megelőzés végrehajtásának, lebonyolításának középpontjába* is. Az ő lélektani hatása, tanácsa, gyógyszere vagy segítő akciója hordozza a legnagyobb esélyt, hogy az öngyilkosság felé vezető örvényfolyamatot befolyásolni tudja. Nagy érték már pusztán e folyamat meglassítása is. Sehol nem érvényes annyira a régi elv, mint a suicidium terén: Qui habet tempus, habet vitam. Az orvosi segítség az idő nyerésével megnyithatja az utat késlekedő, hatékonyabb emberi segítségek számára, lehetővé teheti a feszült, traumatikus kapcsolatok átrendeződését, megerősíthet élethez kötő motivációs erőket stb.

Az orvos e különleges lehetőségeinek megvalósításához és alkalmainak kihasználásához azonban ma sok feltétel hiányzik. Talán leginkább hiányzik az orvosok *pszichológiai szemlélete és kulturáltsága*. Ez a hiány nem elsősorban lélektani ismeretekre vagy gondolkodásmódra vonatkozik, hanem az *érzelmi megértés* képességére, amit a pszichiáterek *empáthiának*, a másik érzelmi állapotára való ráhangolódásnak, beleélésnek neveznek. Ez a képesség kapcsolódik ismeretekhez és sokban függ az orvos saját személyiségétől is, de tanítható, elsajátítható, fejleszthető, olyan gyakorlati, élményszerű módszerekkel, amelyek hatására az orvos kissé jobban megismeri önmagát, megtanul rezonálni a másik emberre és ezt a belső rezonanciát önmagában felismerni. Ilyen árnyalt, finom érzelmi megértés elengedhetetlen a suicidium felé sodró emócionális kavargás megsejtéséhez, különösen a végállapotokban, amikor az ember már gyakran néma, sőt disszimulál, csak tekintete, mimikája, hangjának modulációja jelzi, hogy az emberi lét furcsa paradoxonjára, az önkezű halálra készül. Ilyen érzelmi szenzibilitás kell az orvos—beteg kapcsolat számos egyéb problémájának percepciójához és megoldásához is, de kell az egészségügyi pályákon kívül az élet különböző területein is. Sajátos, ún. „sensitivity group"-ok keretében gyakoroltatják ezt a képességet sok helyen vezetőkkel és emberekkel foglalkozó egyéb szakmák képviselőivel. Egyes oktatási formák az orvosképzésben is kísérleteznek vele, orvosi szociológiai és orvosi pszichológiai studiumokban. Általában azonban az orvosokban ez a képesség inkább visszafejlődik jelenleg pályájuk során, egyre jobban beszűkül a figyelmük a mind jobban kitáruló biológiai-szervi törvényszerűségekre, amelyeket a szigorú logikával és racionális gondolkodással ismernek meg, és egyre kevesebb érzékük lesz a személyiség idioszinkráziái, a külső és hideg megfigyelő számára „irracionálisnak" tűnő dolgai iránt.

Hiányzik az orvosokban a hatékony *érzelmi viselkedés és kommunikáció* képessége és készsége, amely a felismert öngyilkosjelöltet megragadni, befolyásolni képes. Az érzelmi odafordulás, az együttérzés és a törődés *genuin kifejezésének*, emberi gesztusok adásának képessége ez, valamint az orvos és a beteg között kibontakozó emócionális kapcsolat erőivel való operáció képessége. Szintén fejleszthető, gyakorolható kvalitás, amely nem egyszerűen intellektuális képzettség, tudás dolga.

Az emocionális képességek hiánya mellett hiányoznak a megfelelő ismeretek is, elsősorban az *emberi kommunikáció* és *kapcsolati viselkedés*, a suicidium társas és intrapszichés dinamikája, valamint az egyszerűbb pszichés hatásmódok bizonyos ismerete.

Ezek az orvosban rejlő hiányok ma szinte betölthetetlenek, hiszen az orvosképzés egyszerűen nem lehet abban a helyzetben, hogy ezt megvalósítani tudja, többek között az említett képességek és ismeretek fluiditása, standardizálatlansága és az oktatásukhoz, fejlesztésükhöz szükséges apparátusok és szakemberek óriási költségei miatt. A öngyilkosság megelőzése *minden gyakorló orvos* lehetősége, ezért e képességeket minden gyakorló orvosban fel kellene kelteni. Megoldási nehézsége ellenére a jövő útja erre felé vezet, nem egyszerűen az öngyilkosság szűk problémája miatt; az öngyilkosság szorosan összefügg az egész orvosi szemlélet pszicholó-

giai orientáltságával és az orvosi munka valamennyi pszichológiai és pszichoszociális vetületével, problémájával, ezeknek fejlődése nélkül az öngyilkossághoz való orvosi odaállás alig fejlődhet önmagában.

Az orvosi személyiség hiányain kívül az egészségügyi ellátás rendszerében is hiányoznak a feltételek. Kellene osztályok, speciális rendelők, pszichotherapiás lehetőségek hálózata, amely az öngyilkosságveszélyes emberekkel tovább foglalkozni tud, éjjel-nappal elérhető szolgálat, szociális gondozók és klinikai pszichológusok sora, hatékony szervezeti kapcsolatok társadalmi szervekkel, rendőrséggel, tanáccsal stb. Mindez óriási költséget és szervezési munkát jelentene, és távolról sem oldaná meg az öngyilkosság problémáját, legjobb esetben gyakoriságát csökkentené, hiszen az öngyilkosság társadalmi és lélektani folyamatok következménye, amelyeknek végállapota már nem mindig visszafordítható. *Minden törekvés azonban az öngyilkosság megelőző elhárítására a pszichológiai ellátás javulását, és általában az egészségügyi ellátás kulturáltságát emelné. A suicidium ezért is érdemel külön figyelmet, az emberi problémák olyan csomópontja, amelynek megmozdításával hatni lehet egy sereg más, fontos jelenségre.*

Az orvosoknak fokozottabban kell foglalkozniuk az öngyilkossággal, azért is, mert az orvos *társadalmi tekintélye* alkalmas leginkább arra, hogy a társadalom figyelmét felhívja a tennivalókra vele kapcsolatban. Orvosnak kell hirdetnie az öngyilkosság-megelőző szolgáltatások fontosságát, az öngyilkosság-kutatás szükségességét. mint ahogyan neki kell kezdeményeznie a *mentálhigiéné* fejlesztését is, amelynek hatnia kellene az emberi kapcsolatok tónusára, terjesztenie kellene a kölcsönös érzelmi megértést és emberi segítséget a lakosságban. Az öngyilkosság nagy társadalmi terhe, problémája tehát ismét kiterjeszti, tovább bővíti az orvos feladatkörét. Ezt el kell vállalnunk, a társadalmi igény miatt nem is lehet kitérni előle, de nemes, humánus, a szó igazi értelmében orvosi feladat is, amelyért érdemes fáradoznunk.

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 kötőhártya gyulladás, 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 helyezzük és ott vékonyan szétkenjük.

Megjegyzés:
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás:
5 g tubus 5,30 Ft

Egyt **Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest**

Szabolcs-Szatmár megyei Gyermek Szívgondozó Intézet
(főorvos: Fazekas Árpád dr.)
és Megyei „Jósa András" Kórház-Rendelőintézet,
Röntgenológiai Szakrendelés, Nyíregyháza

Új genetikai adatok a Marfan-syndromához

Fazekas Árpád dr. és Vígváry László dr.

Marfan-syndromás betegek rendszeres gondozását (9) három éve végezzük. Ennek kapcsán családi szűrővizsgálatokat is (7, 8) folytattunk, ha azt betegünk magatartása, illetve rokonainak lakóhelye lehetővé tette. A következőkben így gyűjtött tapasztalataink alapján kívánunk a Marfan-syndroma genetikai vonatkozásaihoz adatokat szolgáltatni.

A beteganyag jellemzése. Új Marfan-syndromás beteget akkor vettünk nyilvántartásba, ha szívgondozási munkánk kapcsán, illetve nagy forgalmú röntgenológiai és szemészeti szakrendeléseink anyagában e betegség alapos gyanúja felmerült, s körültekintő mérlegeléssel, részletes vizsgálatokkal (9) sikerült e betegséget igazolni.

Gyermekkorú betegek esetében többnyire már első alkalommal találkozhattunk a szülőkkel — sőt olykor valamelyik nagyszülővel — is, s így mód nyílt betegünk családfája adatainak fokozatos összegyűjtésére.

Ezek ismeretében és megfigyelve a szülők alkatát, illetve Steinberg-féle hüvelykujj-tünetüket (8), általában már az első vizsgálatkor sikerült eldöntenünk, hogy a syndroma öröklődését adott esetben a felmenők anyai vagy apai ágán célszerű-e kutatni.

Ennek megfelelően vizsgáltuk meg egyszerű fizikális módon a beteg gyermek után az apát vagy az anyát is, s egyben kértük, hogy a legközelebbi ellenőrzéskor 1—1 testvér, illetve a felmenő ág más-más tagja is jelenjen meg vizsgálaton (a felnőttek addigi leleteikkel és kórházi zárójelentéseikkel együtt).

Nagyszámú rokont sikerült így megvizsgálni. Végül is 30 család Marfan-syndroma tüneteit hordozó tagjai kerültek részletes szemészeti, somatometriás, röntgenológiai, EKG és audiometriás vizsgálatra. Szűrővizsgálataink eredményességét nagyban elősegítette az első 60 Marfan-syndromás betegünk szemtüneteinek elemzése révén szerzett tapasztalatunk (10).

A családi szűrővizsgálatok eredményeként 3 év alatt gyorsan és 120 főre duzzadt beteganyagunk, amelynek már csak kisebb része számítható sporadicusnak, minthogy 72 beteg (60%) esetében sikerült az öröklést igazolni.

1. táblázat

72 Marfan-syndromás eset családi halmozódásának alakulása.

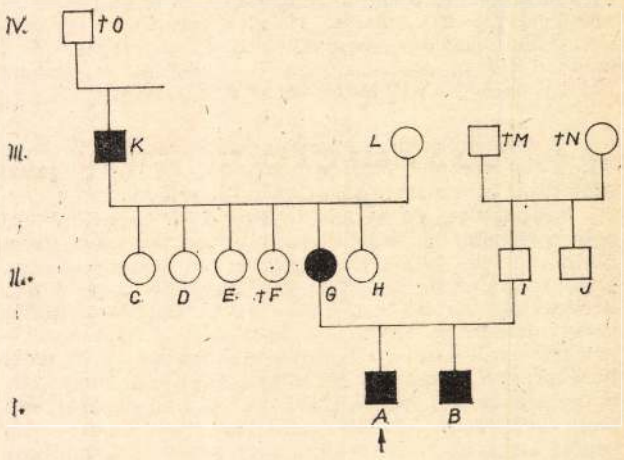
	A rokonságban		
	2	3	4
	Marfan-syndr. beteg		
Családok száma	22	4	4
Esetek száma	44	12	16
Összbeteg anyag %-ában...	36,6	10	13,3

E 72 beteg úgy adódott, hogy 22 családban 2—2, további 4—4 családban pedig 3, illetve 4 Marfan-syndromás esetet sikerült kimutatni.

Az öröklés vonatkozásában különösen meggyőző, ha 1—1 rokonságban 3—4 Marfan-syndromás egyént lehet felkutatni, s ezért a továbbiakban 2 ilyen jellegzetes családfát ismertetünk részletesebben.

Családismertetések:

I. családfa: K. Ferenc, 7 éves (A jelzés és nyíl) Marfan-betegségére 1970. V. 31-i balesete kapcsán a b. felső végtag rtg-fényképén látott megnyúlt metacarpusok és strabismus convergense terelték röntgenológusunk figyelmét. Csonttünetek: dolichostenomelia, arach-



1. ábra.

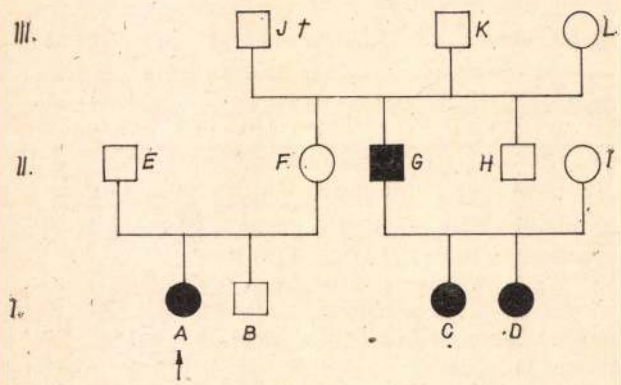
I. családfa: K. Ferenc, 7 éves (nyíllal jelölve) családja.

Jelmagyarázat:

A: K. Ferenc, 7 é, dg.: Marfan-syndroma, incomplet (87. sz.). B: Péter, 3 é, dg.: Marfan-syndroma, incomplet (89. sz.). C: B. Lenke, 44 é, szemüveges. D: B. Éva, 43 é, szemüveges. E: B. Ágnes, 34 é, F: meghalt dysenteriában, 8 é korában. G: K. Ferencné, 29 é: dg.: Marfan-syndroma, complet (88. sz.). H: B. Nóra, 27 é, I: egészséges. J: egészséges. K: B. István, 71 é, dg.: Marfan-syndroma, complet (97. sz.). L: 63 é, egészséges. M: meghalt 1955-ben. N: meghalt 1936-ban tbc. pulm. miatt. O: 60 éves korában autóbalesetkor halt meg (USA, 1932). 170 cm magas és astheniás ember volt. Fényképe alapján strabismus divergens kétségtelenül fennállt.

nodactylia, pectus excavatum, a gipsztől szabadon maradt j. kézen a Steinberg-féle hüvelykujjtünet: pozitív, Varga-féle indexe: 1,34, háti scoliosis és kyphosis. Kiderült, hogy szemészeti szakrendelésünk már 4 éve ellenőrzi és szemüveget rendelt strabismus convergens miatt. Cardiológiai eltérést nem tudtunk kimutatni. Kórisme: Marfan-syndroma, incomplet (87. sz. beteg).

Öccsét, K. Péter, 3 éves gyermeket (B jelzés) szintén incomplet Marfan-syndromásnak (89. sz.) találtuk. Csonttünetei: dolichostenomelia, arachnodactylia, pectus excavatum, balra convex háti scoliosis, az ujjak feltűnő hyperflexibilitása, Steinberg-féle hüvelykujjtünet: m. o. erősen pozitív, Varga-féle index: 1,32. Szemtünete: szintén strabismus convergens. Cardiovascularis eltérést nem észleltünk. Idegrendszeri tünete: súlyos psychasthenia, amely az egész kórképen uralkodik.



2. ábra.

II. családfa: B. Mária, 14 é (nyíllal kiemelve), családja.

Jelmagyarázat:

A: B. Mária, 14 é, dg.: Marfan-syndroma, complet (80. sz.) most első ízben leírt tüdőmanifesztatiókkal (hernia mediastinalis, aplasia pulm.). B: B. Ferenc, 5 é, egészséges. C: B. Erzsébet, 11 é, forme fruste (110. sz.). D: B. Éva, 6 é, dg.: Marfan-syndroma, incomplet (101. sz.). E: B. Ferenc, 37 é, egészséges. F: B. Ferencné, 36 é, csekély szemtünet utal csupán stigmatizáltságára. G: B. József, 34 é, dg.: Marfan-syndroma (96. sz.), complet. H: P. Miklós, 26 é, egészséges. I: B. Józsefné, egészséges. J: B. János, meghalt 27 é korában (1938), pneumoniában. K: P. Miklós, a második férj egészséges. L: P. Miklósné, 59 é, egészséges.

E két gyermek édesanyja, K. Ferencné, 29 éves (G jelzés) complet Marfan-syndroma (88. sz.) tüneteit mutatta. 172 cm testmagasságát szárnytávolsága 4 cm-rel meghaladta, Varga-féle indexe: 1,37. Csonttünetek: dolichostenomelia, arachnodactylia, pectus excavatum, Steinberg-féle hüvelykujjtünet m. o. erősen pozitív, pedes plani, scoliosis, kyphosis, kezdődő spondylosis. Szemtünet: strabismus convergens. Cardiovascularis tünet: elongatio aortae. A Marfan-syndroma hallásszervi vonatkozásait (12) külön feldolgozzuk, s itt most K. Ferencné esetében csak annyit említünk, hogy születése óta tartó j. oldali fülfolyása és hallászcsökkenése miatt kórházunk fülészeti osztályán 1970. július 4—18. között attico-antrotomia-tympanoplastica l. d. műtéten esett át gondozási tevékenységünk eredményeként. Úgy tűnik, hogy ezen fülészeti eltérés az alapbetegséggel kapcsolatos.

A család 4. Marfan-betege, B. István, 71 éves (K jelzés) complet formának (97. sz. beteg) bizonyult. Mindig sovány és székrekedése volt. Életében 6 ízben kezelték pneumonia miatt. Gyomorpanaszok és angina pectoris miatt 1962-ben kórházunk I. Belosztályán és 1963., illetve 1966. években a balatonfüredi szívkórházban feküdt. Trigeminus-neuralgia miatt az ideg perifériás részének 2 ágát átvágták 1960-ban, a debreceni idegklinikán, azonban panaszai nem szűntek meg. A beteg külön kiemelte, hogy 1967-ben bal oldali spontán pneumothoraxa volt, s emiatt a helybeli tbc kórházban kezelték, azonban az aetiológia nem tisztázódott. Csontrendszeri tünetei: 175 cm testmagasságát szárnytávolsága $8^1/_2$ cm-rel meghaladja, rendkívüli soványságát a Varga-féle index 0,99 értéke jelzi (anyagunkban ez az egyetlen 1,0 alatti index). További csontelváltozások: dolichostenomelia, arachnodactylia, Steinberg-féle hüvelykujjtünet: m. o. negatív (az inak contracturája miatt), pectus excavatum, kifejezett pomum Adami, enyhe pedes plani, az öregujjak 1 cm-rel hosszabbak a többi ujjnál, scoliosis, kyphosis, kisebb fokú spondylosis. Cardiovascularis rendszer: a b. V. bk.-ben pst.an halk, kaparó systolés zörej auscultálható, és röntgenológiailag kifejezett elongatio aortae bizonyított. Szemtünet: strabismus divergens és myopia miatt 25 éve 4—5 D szemüveget visel. Hallószervi tünet: m. o. dysplasiás és nagy fülkagylók, 18 éves korban otitis med. ac. perf. l. d. és 2 éve m. o. gyengébb hallás. Gyomor-bélrendszer rtg-vizsgálata: 3 harántujjal a crista alá érő, hypotoniás gyomor, s 55 h. p. c. a colon transversum descendens és sigmoideum kontrasztanyaggal telt, illetve spasticus haustráltságot mutat (spasticus obstipatio). Idegrendszer: mindig nagyon ideges volt. Légzőszerv: rendkívüli mértékben megnyúlt thoraxa pontosan olyan alakú, mint a lányáé, a tüdők emphysemásak. Az 1967-ben fellépett pneumothorax spontanea megfelel a Marfan-syndroma ritkább tüdő-manifestatiójának. A mellkas és a hát bőrén: keratoma senile.

A rokonságból még a dédnagyapát (O jelzés) említjük meg, mert — bár halálát 60 éves korában (1932-ben) autóbaleset okozta Amerikában — a hozzátartozók pontos elmondása szerint astheniás alkatú volt és a bemutatott fényképén a strabismus convergens is jól kivehető. Gondozási anyagunkban természetesen nem szerepel, de a család genetikai adatainak ismeretében feltételezhető a dédnagyapa Marfan-alkata is.

Összegezve: 7 éves fiú balesetekor kiderült Marfan-syndromája révén tisztázhattuk még 3 családtag hasonló megbetegedését. Ezek ismeretében magyarázni tudjuk a nagyapa 3 évvel ezelőtti spontán légmellét is. Az idősebb gyermeknél a csontrendszer érintett elsősorban, valamint anyjánál is, azonban utóbbinál lényeges a hallószervi eltérés is. A 3 éves gyermekben a psychasthenia a vezető tünet.

II. családfa: B. Mária, 14 éves (A jelzés és nyíl) családja. Ezen beteget 1970. V. 20-án körzeti orvosa „lásd zárójelentéseit" jelzéssel küldte bajmegállapítás céljából cardiológiai vizsgálatra 5 db. klinikai, illetve kórházi zárójelentést mellékelve.

Tekintsük át röviden az előzményeket. Első terhességből, 2750 g-mal, kórházban született. Lassan fejlődött: ülni 2 éves, járni $2^1/_2$ éves korában tanult meg. Előzetes kórházi tartózkodásai és kórisméi: 1. fulladás és elkékülés miatt került 5 hónapos korában a debreceni Gyermekklinikára. Dg.: hernia mediastinalis, grippe pharyng. et bronch., otitis med. ac. l. s. serosa (1957. III. 2—12.). 2. Nyomban ezután 4 hónapig (1957. III. 18—VII. 3.) a Nyíregyházi Megyei Kórház Gyermekosztályán feküdt. Dg.: aplasia pulm.? retractio thoracis, otitis med. pur. chr., dystrophia. 3. Mandulaeltávolítás végett vették fel 5 éves korában, 1962. IV. 18—24 között kórházunk fülészeti osztályára. Dg.: hyp. tons., retractio thoracis. A műtéttől elálltak. 4. Hatéves korában újból volt kórházunk fülészeti osztályán 1963. V. 20—23-ig. Dg.: hyp. tons., retractio thoracis, vitium cordis? Ismét elálltak a műtéttől vitium gyanúja miatt, s gyermek-tüdőgyógyász javaslatára bronchoscopiára küldték. 5. a budapesti István Kórház Gyermek-belgyógy. Osztályán 1963. VII. 17—VIII. 16. között feküdt a kisleány. Dg.: aplasia pulm. l. s., hernia mediast. Epikrízis: „tomographia és bronchoscopia alapján bal oldali pulm. aplasia bizonyított a jobb tüdő balra való herniálódásával és a szív nagyfokú balra dislocáltságával vitium nélkül. Tonsillectomiát contraindicáltnak tartjuk előbbi okból."

A kisleány jelenlegi panasza: $1^1/_2$ hete nem lát jól. Ilyen előzmények után vizsgáltuk meg a csenevész kisleányt és sikerült tisztázni, hogy alapbetegsége: Marfan-syndroma complet alakja (80. sz. beteg). A sok tünetet most inkább csak felsorolhatjuk. Csontrendszeri elváltozások: dolichostenomelia, arachnodactylia, Varga-féle index: 1,36, Steinberg-féle hüvelykujjtünet b. o. pozitív és j. o. negatív (az inak contractiója miatt), madárarc, micrognathia, deviatio septi nasi ad sinistr., gótikus szájpad. Szemészeti vizsgálat: degeneratio juvenilis maculae luteae o. u., hypermetrophia min. grad. o. u. Cardiovascularis rendszer: zörej nem hallható, a szív teljes egészében balra dislocált, EKG: 100-as sinus rhythmus, R-vektor erősen balra deviál, elevált ST_3, pathológiás görbe. Idegrendszer: súlyos psychastheniája melancholiás formában nyilvánul meg, arckifejezése is melancholiás (magába zárkózott, gyermekekkel nem játszik, szüleinek mondogatja: ő nemsokára meg fog halni!). Említésre méltó eltérés még a lingua scrotalis és dysplasiás fülkagylók, j. oldalon Darwin-gumó is. Az eddigiek alapján kórisménk a következő volt: Marfan-syndroma, aplasia pulmonis l. s., hernia mediastinalis, degeneratio juvenilis maculae luteae o. u., psychasthenia (melancholiás alakja), dislocatio cordis. Ezen kórismével küldtük angio-cardiographia végett a budapesti II. sz. Gyermekklinikára, ahol 1970. V. 26—VI. 10. között feküdt, s a bal tüdő és az art. pulm. bal ágának hiányát, valamint az art. pulmonalis törzsének aneurysmáját* is kimutatták. Ez utóbbi még megerősítette a 14 éves kisleány Marfan-syndromás megbetegedését (a ritkaságszámba menő tüdő-manifestatio és a szokatlan cardiovascularis eltérés miatt ezen Marfan-esetet külön feldolgoztuk casuistikailag).

Betegünk apja (E) zömök, alacsony ember, s ezért az anyát (F) és rokonságát vizsgáltuk meg. Az anyánál csak a szemfenéki lelet mutatott csekély eltérést (mindkét papilla felül és nasalisan elmosódott határú), amelyet apró stigmaként értékeltünk. Az anya öccse, B. József, 34 éves (G jelzés) anamnéziséből viszont megtudtuk, hogy 1963-ban neurasthenia miatt kezelték és 1965-ben az Országos Kardiológiai Intézetben a bal pitvari septumon kocsánnyal rögzülő ökölnyi nagyságú myxomát távolítottak el. Mind a neurasthenia, mind pedig a szív, illetve szívbillentyűk myxomatosus elváltozása (17, 18) lehet Marfan-syndroma componense, s ezért részletesebben megvizsgáltuk. Csontrendszeri tünetek: Varga-féle indexe: 1,48 (bár a szívműtét óta hízott), szárnytávolsága 15 cm-rel meghaladja testmagasságát. Szemelváltozás: szemfenéki éranomália. Mellkasi rtg. Zeiss-felvételeinken az art. pulmonalis és az aorta descendens kisfokú dilatatióját észleltük. Említésre méltó még, hogy a tüdőcsúcsok asymmetriásak, a jobb oldali nagyobb, s a claviculák igen vaskosak. Az elmondottakat figyelembe véve a betegség megfelel a complet Marfan-syndroma kritériumának (96. sz.).

Két leánya közül az idősebb, B. Erzsébet 11 éves (C jelzés) betegsége a Marfan-syndroma forme frustejének (110. sz.) felel meg. Tünetek: arachnodactylia, lapos mellkas, Varga-féle index: 1,48, szárnytávolsága 3 cm-rel túlhaladja a 147 cm testmagasságát.

B. Éva, 6 éves (D jelzés) betegsége incomplet Marfan-syndromának (101. sz.) felelt meg. Csonttünetei: astheniás alkat, lapos mellkas, kifejezett jobbra convex háti scoliosis, clinodactylia, Varga-féle indexe: 1,30. Cardiovascularis rendszer: az art. pulmonalis enyhén dilatált. Szemelváltozás: nincs.

Összegezve: szokatlan, veleszületett tüdő-manifestatióval (aplasia pulm. l. s.) kísért complet Marfan-syndromát észleltünk 14 éves leányban. Családfakutatással még 3 családtag megbetegedését sikerült igazolni: az anyai nagybácsinál és annak 2 gyermekénél. A Marfan-syndroma ez esetben anyai ágon öröklődött, bár az anya stigmatizált voltát jelenleg (36 éves) csupán csekély szemtünet jelzi. A 4 beteg közül 3-nál az art. pulmonalis különböző fokú dilatatiója is kimutatható volt.

Megbeszélés

Marfan eredeti közleményének (15) fontos része az, amely az örökletes előzményekkel foglalkozik. A betegség örökletes voltára utaló kezdeti adatok azonban régebbiek, mint a syndroma 1896. évi leírása. *Williams* (26) szemorvos már a dolichostenomelia leírása előtt 20 évvel észlelt Cincinnatiban ectopia lentist egy fiú és egy leány testvérnél, akik rendkívül magasak és vékonyak voltak. Tényszerűen mégis 1931-ben *Weve* (25) bizonyította az arachnodactylia öröklékeny természetét. A későbbi adatok közül figyelmet érdemel az ugyancsak szemorvos *Becker* (1) 1935. évi közlése a lencse-ectopia 3 generatióban észlelt öröklődéséről. Nevezett felvetette már — amit saját mostani adataink (10) is megerősítenek —, hogy 1. luxatio lentis mellett más szemtüneteket is kell kutatni, illetve 2. arachnodactylia nélkül is van Marfan-syndroma.

Harrison és *Klainer* (11) 1939-ben egy család több tagjának megbetegedését ismertetve foglalkozott azzal a ténnyel, hogy homozygota egyének unióját (házasságát, utódait) eddig még alapos családfakutatás esetén sem írták le. Hivatkozunk *Ross* (20) közlésére, amely szerint 56%-ban utalt az anamnézis öröklésére.

Igazán mélyrehatóan mégis *McKusick* (16, 17) végzett geneticai vizsgálatokat, s 6 év alatt 74 rokonságot tudott felkutatni, amely kb. 200 leszármazottat érintett. Előfordul, hogy a Marfan-syndroma tünetei között elvétve szerepelnek olyan conventionalis veleszületett anomáliák (foramen ovale apertum, Fallot-tetralogia, aplasia m. pect. maioris, a m. dilatator pupillae hiánya avagy a most ismertetett aplasia pulm.), amelyeket nehéz megmagyarázni a kötőszövet (rugalmas rost) egységes elsődleges defectusa alapján. Ilyen esetekben feltételezi, hogy az alapvető defectus az embryogenesis alatt olyan elrendezést is eredményez, amelynél ezen anomáliák is gyakoribbak.

Bercu és mtsai (2, 3) 1966-ban egy család 3 generatiójából 2 complet és 7 rejtett forma ismertetése kapcsán kiemelik, hogy vérrokonok tölcsérmelle és szívbántalma gyanús Marfan-syndromára.

Számunkra is a családi szűrővizsgálat tette lehetővé Marfan-syndromás betegben a m. pect. maior veleszületett hiányának (Poland-syndroma) észlelését (7), illetve a Steinberg-féle hüvelykujjtünet (8) révén sikerült testvérek Marfan-betegségét igazolni. Családfavizsgálattal mutattuk ki továbbá, hogy Marfan-stigmatizált családokban olykor feltűnően kevés az utód (9). Összesen 120 beteget felölelő anyagunkban 60%-ban tudtuk az öröklést (13, 22) bizonyítani. Mindkét szülő Marfan-syndromáját (11) sohasem észleltük mi sem.

Munkánk kapcsán azt tapasztaltuk, hogy a Marfan-syndromára gyanús beteg testvéreinek, szüleinek és nagyszüleinek megismerése, illetve megvizsgálása nagy biztonságot ad a diagnózis megerő-

* Ezen angiographiás adat és lelet szíves rendelkezésre bocsátásáért a budapesti II. Gyermekklinikának, illetve Fonó Renée dr. tanárnőnek tartozunk köszönettel.

sítése, illetve elvetése irányában. Gyakran megtörténik ugyanis, hogy első ízben látva a beteget, semmi különösebb impressiónk nem támad a habitusát illetően (16). Viszont, ha mód nyílik családja tagjaival is összehasonlítani a beteget, könnyen észrevehetjük még az incomplet formákat is.

Hangsúlyozzuk azonban, hogy nincs és éppen ezért ne is akarjunk felkutatni teljesen azonos tüneteket hordozó Marfan-syndromás rokonokat. Sőt éppen azért segít sokat a rokonság vizsgálata, mert több családtag betegsége esetén is általában más-más szervrendszer tünetei vannak előtérben, illetve egyazon szervi elváltozás különböző intenzitásban jelentkezik (pl.: az art. pulmonalis dilatatiója a 2. családon belül). Emellett aláhúzzuk korábbi megállapításunkat (23, 24), hogy a Marfan-syndroma nem állandósult alkatot vagy tünetcsoportot jelent, hanem az egész életre szóló betegségi processust, amelynek lehetnek igen activ (gyomorrepedés, Scheuermann-kór) szakaszai is.

Marfan-syndromás betegeink családfakutatásának jelentőségét a következőkben foglalhatjuk összsze:

1. a pedigre vizsgálata nagymértékben megkönnyíti a betegség felismerését és biztonságot kölcsönöz a diagnózishoz;

2. így egyre több sporadicusnak vélt esetről kiderül, hogy Marfan-stigmatizált családból származik;

3. egy család Marfan-stigmatizált voltának ismerete nemcsak a Marfan-syndromás családtagok (23, 24) szempontjából fontos, hanem a kötőszövet veleszületett gyengeségétől látszólag mentes családtag némely megbetegedése kapcsán (pl.: spontan pneumothorax, spontan colon perforatio, előzmény nélküli retinaleválás stb.) is segíthet az aetiológia (16) tisztázásában;

4. fontosnak tartjuk, hogy mindkét szülő Marfan-syndromás megbetegedését nagy anyagunkban sem észleltük;

5. ha öröklést sikerült kimutatni, annak módja domináns volt.

Összefoglalás. Marfan-syndroma kórismézése után a családok szűrővizsgálatát rendszeresen elvégezve, meglepően sok új esetet lehet felderíteni. A beteg rokonainak megismerése a kórisme megerősítéséhez, illetve elvetéséhez is nagy biztonságot nyújt. Több családtag betegsége esetén általában más-más szervrendszer tünetei dominálnak. Két család 4—4 betegét részletesen ismertetik. Az első családban a dolichostenomelia mellett elongatio aortae, pneumothorax spontanea, ptosis et hypotonia ventriculi és psychasthenia is szerepelt. A másik családban a dolichostenomeliához degeneratio juvenilis maculae luteae o. u., melancholia, aneurysma art. pulmonalis, aplasia pulm. l. s. (az irodalomban az első leírás), illetve myxoma cordis, neurasthenia, továbbá különböző fokú art. pulmonalis dilatatio is társult. Az öröklést 120 esetük 60%-ában tudták igazolni.

IRODALOM: 1. *Becker* (Naumberg): Klin. Monatsbl. Augenh. 1935, *94*, 547. — 2. *Bercu, G.:* Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin. 1966, *104*, 820. — 3. *Bercu, G. et soc.:* J. belg. Radiol. 1969, *52*, 121. — 4. *Boyd, W.:* Text Book of Pathology. Lea and Febiger, 1961, Philadelphia, 1248. — 5. *Buday L.:* Orvosi alkattan MOKT, 1943, Bpest, 138. — 6. *Cook, I. H.:* Ohio Med. J. 1968, *64*, 73. — 7. *Fazekas Á., Vígváry L.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 2823. — 8. *Fazekas Á., Vígváry L.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 2872. — 9. *Fazekas Á., Vígváry L., Nagy M.:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 2917. — 10. *Fazekas Á., Nagy M., Vígváry L.:* Szemészet (közlés alatt). — 11. *Harrison, I., Klainer, M. I.:* New England J. Med. 1939, *222*, 621. — 12. *Kelemen G.:* Acta oto-laryng. (Stockh.) 1965, *59*, 23. — 13. *Leiber, B., Olbrich, G.:* Wörterbuch der klinischen Syndrome. Urban & Schwarzenberg, 1963, München—Berlin. — 14. *Madácsy L., Szemere Gy., Hegedűs G.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 976. — 15. *Marfan, A. B.:* Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris. 1896, *13*, 220. — 16. *McKusick, V.:* Am. J. Human Genet. 1955, *7*, 187. — 17. *McKusick, V.:* Heritable Disorders of Connective Tissue. St. Louis, 1960, Mosby Comp., Sec. Edit., 42—134. — 18. *Pinkus, H., Keech, M. K., Mehregen, A. H.:* The Journal of Investig. Dermatology. 1966, *46*, 283. — 19. *Pygott, F.:* The British J. of Radiology. 1955, *26*, 28. — 20. *Ross:* cit. Pygott. — 21. *Steinberg, I., Mangiardi, J. L., Noble, W. J.:* Circulation. 1957, *16*, 368. — 22. *Varga B.:* Orv. Hetil. 1962, *103*, 438. — 23. *Vígváry L., Fazekas Á., Ertner I.:* Magyar Radiológia. 1970,, *22*, 285. — 24. *Vígváry L., Fazekas Á., Ertner I.:* Orv. Hetil. 1970, *111*, 2719. — 25. *Weve, H.:* Arch. Augenh. 1931, *104*, 1. — 26. *Williams, E.:* Tr. Am. Ophth. Soc. 1873, *2*, 291.

„A gyógyszerek tömege gyakran a tudatlanság leánya" *Bacon*

„Aki jól diagnosztizál, jól gyógyít!" *Baglivi*

„Aki alaposan kikérdezi a betegét, jól diagnosztizál!"

Pel után, Krankheiten der Leber, Jena

„A gyógyszerek használata gyakran többet pusztít, mint a betegség támadó ereje!"

M. Stoll

Uregyt

50 mg etacrinsav tabletta



A thiazid 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 rendelhetőségéről a „Tájékoztató" című kézikönyv ad felvilágosítást.

EGYT

20 tabletta	15,20 Ft
200 tabletta	127,60 Ft

Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár Budapest

plastubol

spray
plastikus sebfedő

A bepermetezett felületen rugalmas, átlátszó, víz- és vegyszerálló film képződik.
Nem tartalmaz chemotherapeuticumot, antibioticumot, desinficienst!

Bővebb felvilágosítást
a „Tájékoztató" című kézikönyv nyújt.

160 g össztartalmú szelepes fémpalack 35,— Ft



Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár Budapest

Fővárosi Tanács Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Szövetség utcai részlege, urológiai sebészeti osztály (főorvos: Gyarmathy Ferenc dr.)

Többszörös uregenitalis fejlődési rendellenesség

Kondás József dr.

Az urogenitalis rendszer fejlődési rendellenességei viszonylag gyakori elváltozások. Ritkább azon esetek száma, amikor a különböző urológiai fejlődési rendellenességek társulnak egymással.

A vese-aplasia lényegesen kisebb méretű, rendszerint csak szövettanilag identifikálható, functio nélküli szövetrész, melyben nephront kimutatni nem lehet, primitív tubulusok esetleg előfordulhatnak benne (2, 3, 4, 6, 8). Az üregrendszer minden esetben hiányzik, az ureter felső szakasza zárt, fibroticus köteg, az alsóbb részén lehet bizonyos fokú canalisatio (5). Az ureterszájadék a hólyagban látszik, működése azonban nincs, a trigonum szimmetrikus. Elkülönítendő a vese-agenesiától, ahol a trigonum asszimmetriás és ureterszájadék nem látható a rendellenesség oldalán (1, 8). A vese-aplasia gyakran társul a nemi szervek fejlődési rendellenességeivel (*Nation* szerint 25%-ban). Ritkábban fordul elő fejlődési rendellenesség a solitaer vesén, mely általában hypertrophiás és pathológiai komplikációkra hajlamos.

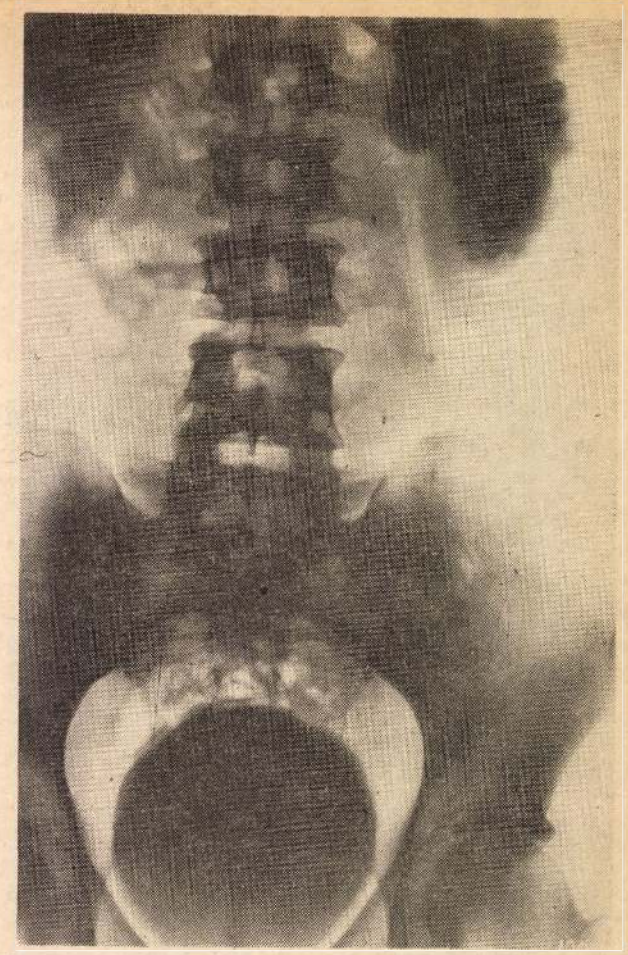
Esetünk ismertetése

E. G., 28 éves férfi. Anamnesisében kétoldali hereretentio szerepel, melyet 15 évvel ezelőtt orchidopexiával oldottak meg. Négy év óta magas vérnyomás miatt kezelik. A hypertonia okának keresése során derült ki, hogy bal veséjében kövek vannak. Vesetáji fájdalma nem volt.

Felvételi status

Bal oldalt tapintható megnagyobbodott, alig érzékeny vese. Jobb oldalt vese nem tapintható, nem érzékeny. Mindkét oldalon inguinalis metszés (orchidopexia l. u.) hegei láthatók. Az atrophiás kb. galambtojásnyi jobb oldali here a penisgyök magasságában, a normális bal oldali rendes helyen tapintható. Prostata rendes nagyságú, sima felszínű, mirigyes. Vizelet: szalmasárga, megtört. F.: op. G.: pos. (++), üledék: 50—60 friss vvt., 8—10 fvs. Vizelet bacteriumtenyésztés: E. coli. RR.: 165/100 Hgmm. Vérkép normális. Wrg.: 5 mm/ó. RN: 33 mg%, se. kreatinin: 0,7 mg%, májfunctiós próbák negatívak, se. bilirubin: 0,6 mg%.

Mellkas rtg-en kóros eltérés nem volt megfigyelhető.



1. ábra.
Kiválasztásos urographia

Kétoldali üres vese rtg: bal oldalt megnagyobbodott vese, melyre számos babnyi-borsónyi kőárnyék vetül. Jobb oldalt vesekontúr nem látható.

Kiválasztásos urographia: bal oldalt közepes erősségű kiválasztás, intenzív üregtelődés, elhúzódó ürülés figyelhető meg. A parenchyma elvékonyodott. A nagymértékben tágult üregrendszerben számos kő helyezkedik el. Jobb oldalon kiválasztás a késői felvételeken sem látható. A hólyagkép intenzív, telődése homogén, kontúrja ép (1. ábra).

Chromocystoscopia: 200 ml kapacitás. Fénytelen hólyagnyálkahártya, mérsékelten tágult erezettség. A trigonum szimmetrikus, ureterszájak épek, de működés csak balról látható. Iv. indigó: bal oldalon 8 perc után halványan, gyenge sugárban megjelenik, jobb oldalról 12 perc után sem látható. Ureterkatheter a jobb oldali szájadéktól 1 cm-re akad, nem vezethető fel. Bal oldalra akadálytalanul felvezethető, rajta retentiós, híg vizelet ürül. Üledékében 30—40 friss vvt. és 5—6 fvs. A pneumo-pyelographia kövekkel teli zsákvesét mutat (2. ábra).

Tekintettel a tisztázatlan jobb oldali renalis állapotra, praesacralis insufflatióval pneumo-retroperitoneumot készítettünk. Jobb oldalon a levegőárnyék a rekeszig követhető. Tomographiával a háti felszíntől 8—12 cm rétegmélységben jobb oldalon veseárnyékot kimutatni nem lehetett.

Az izotóp renographia jobb oldalon csak háttérgörbének megfelelő diagrammot adott.

Az elvégzett vizsgálatok alapján bal oldali köves hydronephrosist, chronikus pyelonephritist, jobb oldalon vese-aplasiát tételeztünk fel.

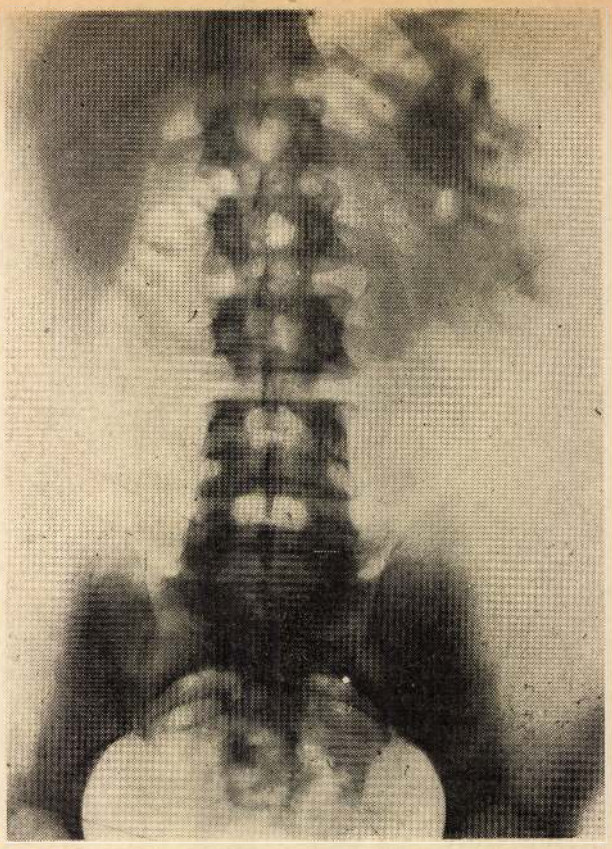
Műtét: intratracheális narcosisban bal oldali vesefeltárást végeztünk. A vesét a rendesnél nagyobbnak találtuk, tokja megvastagodott, parenchymája közepesen elvékonyodott. Az ureter felső harmadát, valamint

az erősen tágult, pangásos extrarenalis helyzetű vesemedencét izoláltuk. A pyelo-ureteralis átmenet a pyelon legmélyebb pontjánál lényegesen magasabban, az elülső felszínén helyezkedett el és az uretert szálagos összenövések kötötték a vesemedence falához. Uretermegtörést okozó aberrans eret nem találtunk. Az összenövéseket oldottuk, majd a vesemedencét haránt irányban bemetszve 52 db. borsónyi-babnyi, barnás színű, fazettált követ távolítottunk el. A vesemedence és kelyhek egyaránt tágultak voltak. Az ureter eredése 8 Ch Pflaumer-kathéterrel szabadon átjárható, sphincterszerű izom-hypertrophiát az átmenetnél nem észleltünk. A továbbiakban a pyelonfal jelentős részét resecaltuk és pyelonplasztikát végeztünk úgy, hogy az ureter eredése a pyelon legmélyebb pontjára kerüljön. Az ureterbe vezetett Pflaumer-katheter és az alsó kelyhen átvezetett transrenalis drain mellett zártuk a pyelont. A vese optimális helyzetének biztosítására nephropexiát végeztünk. A műtét alatt és utána két napig mannitot adtunk a kielégítő diuresis biztosítására. A műtét utáni szak zavartalan volt. A 10. napon eltávolítottuk a Pflaumer-kathetert, majd később a transrenalis draint is, miután meggyőződtünk a zavartalan vizeletürülésről. A postoperativ szakban a beteg RN-je és se. kreatininje lényeges emelkedést nem mutatott.

Fél év múlva kiválasztásos urographiát készítettünk. Az előző urographiás képekkel összehasonlítva szembetűnő a vese megkisebbedése. Az üregrendszer csaknem normális tágasságú — különösen jelentős a kehelytágulat visszafejlődése — és az ureterben az ürülés zavartalan (3. ábra). A beteg pyuriája megszűnt, vérnyomása normális értéket mutatott. A control vizsgálatok alkalmával panasz- és tünetmentes volt.



2. ábra.
Bal oldali pneumo-pyelographia



3. ábra.
A műtét után fél évvel készült kiválasztásos urographia

Megbeszélés

Esetünk érdekessége az urogenitalis rendszer fejlődési rendellenességeinek halmozódása: kétoldali retentio testis, jobb oldali vese-aplasia és hydronephrosis. A hydronephrosist congenitalis eredetűnek tartottuk, és kialakulását részben az ureter magas insertatiójával, részben a pyelon-ureter adhesióival magyaráztuk. A hydronephrosisok konzervatív műtéti megoldásának hármas követelményét — a hydronephrosis okának megszüntetése, a pyelon plasztikai korrekciója, valamint az új állapot biztosítása — sikeresen alkalmaztuk betegünkön. A csökkent renalis functio mellett a műtét végrehajtásának egyik feltétele megfelelő diuresis biztosítása volt, melyet mannit adásával értünk el. A fél év múlva elvégzett kiválasztásos urographia az üregrendszer tágulatának visszafejlődését és a vese functiójának javulását mutatta.

Összefoglalás. A szerző kétoldali retentio testis, féloldali vese-aplasia és congenitalis eredetű hydronephrosis együttes előfordulását ismerteti. A kővel szövődött hydronephrosist vesemedence-plasztikával és nephropexiával oldották meg.

IRODALOM: 1. *Babics A.:* Urológia. Budapest, Medicina. 1965. — 2. *Collins, D. C.:* Ann. Surg. 1932, *95*, 715. — 3. *Ekström, T.:* Acta chir. Scand. Suppl. 1955, 203. — 4. *Emmet, J. és mtsai:* JAMA. 1952, *148*, 1470. — 5. *Herbut, P. A.:* Urological Pathology. London, H. Kimpton, 1952. — 6. *McKenzie, D. W.* and *A. B. Hawthorne:* Surg. Gynec. Obstet. 1928, *46*, 42. — 7. *Nation, E. F.:* J. Urol. 1944, *51*, 579. — 8. *Williams, D. I.:* Urology in Childhood. Berlin, Springer Verlag, 1958.

Szentesi Megyei Kórház, Sebészeti Osztály
(főorvos: Bugyi István dr.),
Gyermekosztály (főorvos: Bacskay Jenő dr.)
és Röntgenosztály (főorvos: Udvardy László dr.)

Vastagbél átfúródást okozó Pseudomonas aeruginosa (pyocyaneus) fertőzés

Tóth Csaba dr., Kóvalovszky Lajos dr.
és Csípő László dr.

Fertőző betegségek következtében előforduló bélátfúródás oka csecsemőkorban elsősorban fekélyes enteritis, későbbi években typhus, ill. béltuberculosis (9). Kevés közlemény számol be pyocyaneus, ill. Pseudomonas aeruginosa (Ps. aer.) fertőzés következtében kialakult bélátfúródásról (8, 28).

Újszülött-, ill. koraszülöttkorban napok alatt halált okozó Ps. aer. fertőzésről egyre több külföldi és hazai közlemény számol be (4, 7, 10, 16, 18, 20, 21, 23, 28).

Csecsemőkorban műtét után gyógyult Ps. aer. okozta colon ascendens átfúródásról hazai közlemény nem jelent meg.

1970. III. 28-án P. E., háromhetes csecsemőt septikus állapotban, véres-nyálkás hasmenéssel vettük fel kórházunkba. Felvétele után a második napon hasa puffadni kezdett. A röntgen-felvételen a szabad hasüregben levegő látható (1. ábra). Előkészítés után azonnal műtét.

Alsó-középső hasmetszés. A hashártya megnyitásakor véres-törmelékes folyadék tör elő, melyből bacteriumtenyésztésre és az antibioticumérzékenység megállapítása végett mintát veszünk. A vérbő hashártyát könnyen letörölhető, szürkés, rostonyás izzadmány fedi. A colon ascendens középső szakaszán lencsényi perforatiós nyílás van, amelyből sárgás, nyúlós váladék szivárog. A nyílást két rétegben elvarrjuk. A hasüreg öblítése után a hashártyát teljesen zárjuk. Hasfal-drainage.

Műtét után hét napig parenteralisan tápláljuk a csecsemőt és célzott antibiotikus kezelést (Polymixin B, Neomycin) végzünk. A csecsemő általános állapota fokozatosan javul és 27 ápolási nap után gyógyultan, emelkedő súlygörbével elbocsátjuk. Két hét múlva az ellenőrző vizsgálatkor teljesen tünetmentes, súlya gyarapodott.

A csecsemő felvételekor vett székletmintából és a hasüregben talált váladékból színtenyészetben Ps. aer. nőtt ki, mely Neomycinre és Polymixin B-re volt érzékeny. Hogy az újszülött súlyos kórfolyamata ellenére meggyógyult, csak azzal magyarázható, hogy már felvételekor — még a bacterialis vizsgálat eredményének ismerete előtt — Neomycint és Polymixin B-t kapott, azaz a megfelelő célzott antibiotikus therapiát késedelem nélkül megindítottuk.

A Ps. aer. a talaj és a víz természetes lakója. Gram-negatív bacterium, amely emberre ritkán pathogen. Bizonyos körülmények között azonban súlyos, sőt halállal végződő betegséget is okozhat. Főleg leromlott csecsemőkorban okozhat súlyos fertőzést (24).

Érett újszülötteknél a Staphylococcus fertőzés jelenti a fő veszélyt, azonban egyes közlemények már régebben leszögezték, hogy Gram-negatív bacteriumok is okozhatnak súlyos infectiót újszülöttkorban (11, 13, 14, 25, 27). *Király és mtsa* (16) szerint az érett újszülött-populatióban az első 21 életnapban a Staphylococcus és a Ps. aer. fertőzés egyenlő mértékben fordul elő. Véleményük szerint a Pyocyaneus-sepsis elsősorban anergiás, leromlott, fertőzésre praedisponált újszülöttekben fejlődhet ki.

Az újszülöttek különösen érzékenyek Gram-negatív bacteriumokra. Ez a fogékonyság főként annak tulajdonítható, hogy az újszülöttek γ-globulin fractiójából hiányzik az immunglobulin M (IgM). Ez ugyanis nem megy át a placentán a magzatba. Az IgM hiánynak a következménye, hogy az olyan Gram-negatív kórokozók, amelyek a későbbi évek során teljesen veszélytelenek, újszülöttekben súlyos, sokszor halálos kórképeket is okozhatnak.

A Ps. aer. fertőzés igen változatos formában jelenhet meg: sepsis, bőrelváltozások (kékeslila fekélyek, kiütések, márványozottság, nekrotikus plakkok), agyhártyagyulladás, tüdőgyulladás, pyelonephritis, bélhurutok. Ps. aer. okozta enteritis-járványok is előfordultak (12). Bélátfúródásról *Geppert* közleményében olvashatunk (8). *Steiner és mtsai* (28) közleményükben megemlítik, hogy volt egy esetük, melyben a Ps. aer. súlyos nekrotizáló gyulladást, bélperforatiót és peritonitist okozott. Betegük meghalt.

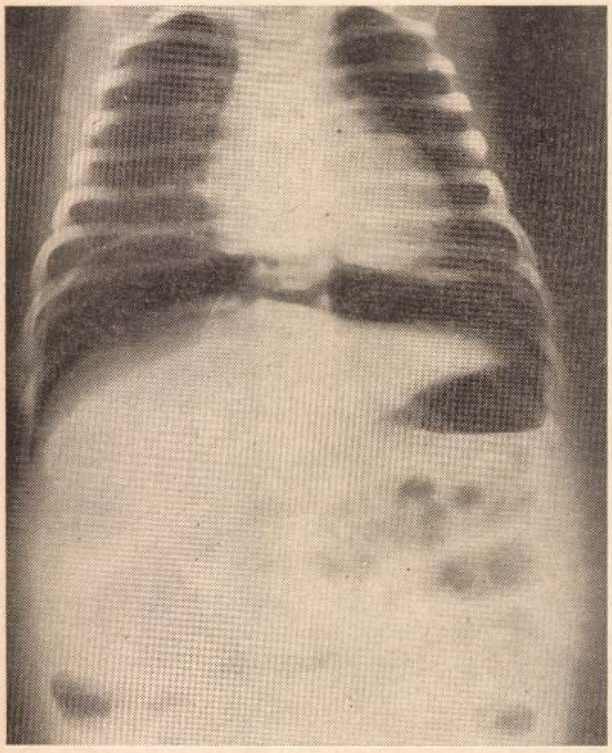
A betegség kezdete nem jellemző. A bélátfúródás legtöbbször nem jár viharos tünetekkel, hanem larvált hashártyagyulladás képében. A perforatio gyakran csak rtg-felvételen (levegő a hasüregben) állapítható meg. *Szabó* szerint hasmenés esetén a Ps. aer. kimutatása gyanút keltő, de nem bizonyítja biztosan a bacterium kórokozó voltát (15). Fontosnak tartjuk *Steiner* és *Király* álláspontját: amint a sepsis kórisméje felmerül, törekednünk kell a kórokozó felismerésére, de a kezelést a laboratóriumi leletek megérkezése előtt el kell indítani.

A Ps. aer. okozta fertőzés következtében kialakult betegség lefolyása olyan gyors, hogy a betegek meghalnak, mielőtt a betegséget pontosan felismernénk. A rapid lefolyás miatt nincs idő megfelelő kezelésre, a gyógyszerhatás alig érvényesülhet (16).

Újszülöttkori sepsis gyanúja esetén olyan kezeléssel kell indulni, mely a Staphylococcus mellett elsősorban a Gram-negatív bacteriumok ellen irányul (Ampicyllin, Oxacyllin, Ceporin, Polymixin B). Csak a korán megkezdett adaequat therapia lehet eredményes. Mivel a Ps. aer.-sepsis anergiás szervezetek betegsége, a gyógyulás lehetősége az antibiotikum és a kórokozó párharcától függ (17).

A Ps. aer. az antibiotikumokkal szemben aránylag resistens kórokozó (26). Leghatásosabb antibiotikum a Polymixin B és az újonnan bevezetett Gentamycin (Genticin) és Carbenicillin (Pyopen) (19).

A legújabb klinikai tapasztalatok szerint a Genticin értékes gyógyszernek látszik a Ps. aer. okozta megbetegedésekben (2, 3, 18, 20).



1. ábra.
Mellkas, üres has felvétel:
Rekeszek alatt sarló alakú levegőgyülem. A bélkacsok széttoltak, a praeperitonaealis vonal eltűnt. Perforatio, peritonitis!

Kísérletek folynak therapiás célból hyperimmunisált plasma adásával (28).

Marget (22) a Ps. aer. fertőzéssel veszélyeztetett betegek prophylaktikus kezelését ajánlja. *Elischer és mtsai* (5) szerint a megelőző kezelés nem vált be. *Armstrong és mtsai* (1) úgy vélik, hogy a rosszul megválasztott antibiotikum (pl. Streptomycin) inkább elősegíti a Ps. aer. elszaporodását. *Király és mtsai*nak (16) hasonló megfigyelése van Penicillin alkalmazása esetén is. Ezzel szemben *Fazekas* (6) egy betegéből kitenyésztett Ps. aer. nemcsak resistentiameghatározás szerint, hanem in vivo is Streptomycinérzékenynek bizonyult és a beteg meggyógyult.

Az egyre gyakrabban jelentkező súlyos, legtöbbször halálos Gram-negatív bacteriális fertőzés kivédésére, megelőzésére, gyógykezelésére új módszereket kell keresni. Érett újszülöttek részére is — a koraszülöttekhez hasonlóan — biztosítani kell a környezet elérhető legnagyobb asepsisét (16). Nem elegendő a kombinált antibiotikum therapia; a fertőzések megelőzésére *Steiner és mtsai* (28) véleménye szerint új struktúrájú koraszülöttosztályokra van szükség.

*

Esetünket azért tartottuk közlésre érdemesnek, mert a hazai irodalomban nem találtunk olyan közleményt, amely vastagbél-átfúródást okozó, műtét után gyógyult Ps. aer. fertőzésről számol be, továbbá azért is, hogy felhívjuk a figyelmet az újszülöttek Gram-negatív kórokozókkal szemben tanúsított fokozott érzékenységére.

Összefoglalás. Csecsemőkorban Pseudomonas aeruginosa (pyocyaneus) okozta colon ascendens átfúródás műtét után gyógyult esetéről számolnak be. Hasonló közlemény a hazai irodalomban nem jelent meg.

IRODALOM: 1. *Armstrong, C. W. J. és mtsa:* Lab. Clin. Med. 1951, *37*, 584. — 2. *Bíró L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 1130. — 3. *Bíró L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 1185. — 4. *Curtin, J. A. és mtsai:* Ann. Intern. Med. 1961, *54*, 1077. — 5. *Elischer, E. és mtsa:* Ann. Pediat. 1968, *44*, 461. — 6. *Fazekas Á.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 1111. — 7. *Forkner, E. C. és mtsai:* Amer. J. Med. 1958, *25*, 877. — 8. *Geppert, L. J. és mtsa:* Journ. Pediat. 1952, *41*, 555. — 9. *Grewe, H. E.:* Dringliche Chirurgie beim Säugling und Kind. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1959. — 10. *Gsell, O.:* Münch. Med. Wschr. 1968, *110*, 2016. — 11. *Gyengési Gy. és mtsai:* Orv. Hetil. 1956, *97*, 10. — 12. *Gyengési L. és mtsai:* Mschler. Kinderheilk. 1956, *104*, 420. — 13. *Hoffman, H. V.:* Kinderärztl. Praxis. 1954, *22*, 453. — 14. *Hunter, C. A. és mtsa:* Am. J. Publ. H. 1947, *37*, 1166. — 15. *Kiss Szabó A.:* Orv. Hetil. 1955, *96*, 144. — 16. *Király L. és mtsa:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 250. — 17. *Király L. és mtsa:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 1111. — 18. *Korányi Gy.:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 2436. — 19. *Korányi Gy. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 589. — 20. *Labancz K. és mtsai:* Orv. Hetil. 1970, *1111*, 1955. — 21. *Mahnke, P. F.:* Kinderärztl. Praxis. 1963, *31*, 27. — 22. *Marget, W.:* Dtsch. Med. Wschr. 1967, *92*, 41. — 23. *Markle, K. és mtsai:* Ann. Surg. 1957, *145*, 175. — 24. *Nelson, W. E. és mtsai:* Textbook of pediatrics. W. B. Saunders Company, 1969. — 25. *Nychan, W. L. és mtsa:* Pediatrics 1958, *22*, 268. — 26. *Rozgonyi F. és mtsai:* Orv. Hetil. 1967, *108*, 337. — 27. *Steiner B.:* Orv. Hetil. 1968, *109*, 1110. — 28. *Steiner B. és mtsai:* Orv. Hetil. 1969, *110*, 1897. — 29. *Tinne, J. E. és mtsai:* Brit. Med. J. 1967, *4*, 313.

HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti az Országos Orvostudományi Könyvtár igazgatója

11. szám

A genetikusok kiáltványa

A fizika, majd a kémia és végül a biológia egymást követő forradalmainak társadalmi következményei az emberiség életét és jövőjét mindinkább befolyásolják. Ezt mi sem bizonyítja jobban, mint csupán az 1970-es év szenzációs genetikai felfedezései. A DNS szerkezetének felismerésével a biológia az élet titkát ismerte meg. Az elmúlt években azután sikerült a DNS molekulán belül rögzített „titkosírást", az egyetemes genetikai kódot is feltárni. S ennek hasznosítása nem is váratott sokáig magára, hiszen a Nature 1970. július 4-i számában *Khorana* munkacsoportja már beszámolt az első mesterséges gén szintetizálásáról. Ezzel tulajdonképpen megkezdődött az élet tudatos biológiai előállításának korszaka.

De míg a „gén-sebészet" és gén-szintézis emberi alkalmazására minden bizonnyal csak néhány évtized múlva kerülhet sor, addig a megtermékenyítés folyamatába való bevatakozás már napjainkban napirendben levő kérdés. Így *Pearson és mtsai* nyomán, akik a férfi nemet meghatározó Y kromoszóma kimutatására dolgoztak ki módszert (Nature, 1970. április 4.), *Barlow* és *Vosa* a fiút és leányt nemző ondósejtek elkülönítését is megoldotta (Nature, 1970. június 6.). Így a nemek mesterséges irányítása elvileg megoldhatóvá vált. Ugyancsak ez évben számolt be *Mukherjee* és *Cohen* (Nature, 1970. október 31.) egerek esetében teljes sikerrel — élő, egészséges ivadékok születésével — végződő mesterséges megtermékenyítésekről. (A megfelelő módon nyert peték és az ondósejtek kémcsőben találkoztak és csak a fejlődés kezdeti állapotában levő magzatokat helyezték be a nőstények méhébe.) *Edwards és munkatársai:* Nature, 1970. szeptember 26.) már emberi csírasejtek mesterséges megtermékenyítéséről számoltak be, amelyek egyelőre a 16 sejtes stádiumig fejlődtek. *Gurdon* és *Lesky* (Journal of Embryology and Experimental Morphology, 1970 szeptember) pedig a béka petesejtek magját „cserélte" ki egyéb sejtek magjával és a megtermékenyítést követően a pete normálisan fejlődött.

Mindezek a kiragadott pédák talán kellően szemléltetik, hogy a genetika hamarosan képes lehet nemcsak bizonyos öröklött ártalmak kiküszöbölésére, hanem a megtermékenyítés és ezen keresztül a genetikai folyamatok mesterséges úton való gyökeres befolyásolására is. Ez azonban — illetéktelen, szakszerűtlen, felelőtlen kezekben — még a nukleáris háborúknál is súlyosabb veszélyt jelenthet az emberiségre. Fel kell tehát vetni a kérdést: kik, mikor, milyen elvek alapján dönthetik majd el, mi a megengedett, mi a kívánatos és mi a tilos?

Keresve a választ — némi meglepetéssel — bukkantam rá a szakirodalomban az 1939. évi Edinburgh-i genetikai kongresszus záróülése által proklamált kiáltványra (Journal of Heredity, 1939, *30*, 371—373.). Ez a dokumentum — feltehetően a történelmi körülményekből kifolyólag — alig ismert. Pedig a kiáltvány, ha társadalmi vonatkozásban talán kissé naivul is, szépen tükrözi a vezető genetikusok humanizmusát és felelősségtudatát az akkor még csak sejtett, de ma már időszerű genetikai problémák társadalmi vonatkozásával kapcsolatban. Azóta ugyanis a genetika tudománya, éppen a dokumentumban is javasolt kutatási spektrum (biokémia, biofizika, citológia stb.) kiszélesítése révén igen jelentős fejlődést ért el. A gazdasági javak termelésében és a társadalmi viszonyok fejlődésében is számottevő a haladás. Mégis a manifesztumban felvetett társadalmi-tudományos morális-etikai kérdések megoldásában szinte alig léptünk előre. Érdemes ezért megismerkednünk ennek a dokumentumnak fordításával.

Az emberiség genetikai jogainak edinburgh-i deklarációja

A kérdés: „hogyan lehetne genetikailag a világ népességét leghatékonyabban javítani" a tisztán biológiai vonatkozásoknál sokkal általánosabb problémákat is felvet, olyan problémákat, amelyekkel a biológus elkerülhetetlenül szembetalálja magát, mihelyt megkísérli saját speciális szakterületének eredményeit a gyakorlatban alkalmazni. Az emberiség eredményes genetikai tökéletesítése ugyanis a társadalmi állapotok jelentősebb változásának, valamint az ezzel összefüggő általános emberi magatartás módosulásának a függvénye.

Először is különböző személyek veleszületett értékeinek összehasonlításakor és értékelésekor a gazdasági és társadalmi körülmények nem hagyhatók figyelmen kívül. Ez utóbbiak ugyanis ahelyett, hogy megközelítőleg azonos lehetőségeket biztosítanának a társadalom minden tagjának, születésükből kifolyólag alapvetően különböző jogú osztályokba különítik el az embereket.

A *második* főbb akadálya a genetikai állomány javításának azokban a gazdasági és politikai viszonyokban rejlik, amelyek a különböző népek, nemzetek és „rasszok" közötti ellentéteket táplálják. A „faji" előítéletek, valamint azon tudománytalan dogma felszámolása, miszerint a jó és rossz gének bizonyos fajta tulajdonságokkal felruházott népek vagy személyek monopóliumai, mindaddig nem várható, amíg a háború kirobbantásának és a gazdasági kizsákmányolásnak a lehetőségét nem küszöbölik ki. Ez pedig az emberiség közös érdekein alapuló és a föld minden népét magába foglaló új típusú hatékony szövetséget tesz szükségessé.

Harmadszor, nem várható el, hogy a jövő generációk minőségi tökéletesítésének eszméje hatékonyan befolyásolja a családtervezést, amíg a szülők nem rendelkeznek valóban számottevő anyagi biztonsággal és amíg nem kapnak megfelelő gazdasági, orvosi, pedagógiai és egyéb segítséget minden további gyermek világra hozatalához és felneveléséhez, hogy ezáltal a több gyermek vállalása ne jelentsen túlterhelést a szülők egyikére sem. A gyermek kihordása és felnevelése döntően a nőkre hárul, ezért elsősorban számukra kell különleges védelmet biztosítani, hogy így terhességeik túlságosan ne korlátozzák lehetőségeiket a társadalom életében és munkájában való részvételben. Mindezek a célok azonban addig elérhetetlenek, amíg a termelési apparátus elsődlegesen nem a fogyasztók és a dolgozók hasznát szolgálja, amíg a munkafeltételeket nem a szülők és elsősorban az anyák érdekeinek rendelik alá és amíg a lakásokat, a városokat és a közszolgáltatásokat — egyik legfontosabb céljuknak megfelelően — nem a gyermekek javára alakítják át.

Negyedik előfeltétele a genetikai állomány hatékony javításának a születéskorlátozás és születésfokozás módszereinek legalizálása, széles körű elterjesztése és a tudományos kutatás révén hatásfokuk mind magasabb szintre való emelése, hogy ezáltal a reprodukciós folyamat bármelyik fázisába beavatkozhassunk, önkéntes átmeneti vagy tartós meddővé tétel, fogamzásgátlás, terhességmegszakítás (mint a védekezés végső menedéke), a termékenység és a nemi ciklus szabályozása, mesterséges nemzés, stb. révén. Mindezekkel párhuzamosan elengedhetetlen a gyermekvállalással kapcsolatos társadalmi tudatosság és felelősség kifejlesztése. Ennek kialakulása ugyanakkor nem várható el a fentebb említett gazdasági és társadalmi feltételek teljesedése nélkül, valamint amíg a nemiség és nemzés iránti jelenleg uralkodó bálványimádó szemléletet nem váltja fel tudományosan megalapozott és közösségi indítékú magatartás. Mindezek azt fogják eredményezni, hogy megtiszteltetés és kiváltság, szinte kötelesség lesz az anyák — akár házasok, akár nem házasok — és párok számára vállalni a genetikai adottságokat és a felneveltetési körülményeket tekintve lehető legtökéletesebb gyermeket, még akkor is, ha ez a nemzési folyamat mesterséges, bár mindig önkéntes szabályozását jelentené.

Ötödször, mielőtt az emberek, ill. a feltehetőleg őket képviselő államok általában véve alkalmasak lehetnek reprodukciójuk ésszerű irányítására, feltétlenül szükséges a biológiai ismeretek sokkal szélesebb körű terjesztése. Ez különösen vonatkozik azon alaptétel széles körű tudatosítására, hogy mind a környezet, mind az öröklés alapvető és egymást kölcsönösen kiegészítő tényezők az emberi jólét kialakításában. Mindkét kategória az ember potenciális ellenőrzése alatt áll és korlátlan, de egymástól kölcsönösen függő fejlődést tesz lehetővé. Ilyen körülmények között a környezeti tényezők javítása elősegítheti a genetikai tökéletesedést. Viszont azzal is tisztában kell lennünk, hogy környezetünk javulásának nincs közvetlen befolyása a csírasejtekre. A lamarcki tanítás tehát félrevezető, azok a gyermekek ugyanis, akiknek szülei testi és szellemi fejlődésük számára előnyösebb feltételeket biztosítottak, jobb kvalitásaikat biológiailag nem örökítik át. Ebből következően téves az a nézet is, hogy az uralkodó osztályok és népek a jogfosztottaknál genetikailag magasabbrendűekké váltak volna. Bármelyik generáció belső, öröklött adottságai a korábbi generációkét csakis a szelekció valamelyik fajtájának eredményeképpen múlhatja felül. Vagyis a megelőző generációk legkiválóbb genetikai adottságú személyeinek — összességükben — az átlagosnál magasabb gyermekszámmal kell rendelkezniük akár tudatos tevékenység eredményeként, akár az életből önként adódó következményként. A modern társadalmi feltételek között az ilyen szelekció valószínűleg sokkal kevésbé automatikus, mint primitív körülmények között, ennélfogva a szelekció bizonyos fajta tudatos irányítása szükségessé válik. Ennek elérése érdekében azonban a népességnek méltányolnia kell az említett elvek fontosságát és azokat a társadalmi értékeket, amelyeket a szelekció átgondolt irányítása eredményezne.

Hatodszor, a tudatos szelekció szükségessé teszi ezenkívül a szelekció végrehajtásának irányelvében vagy irányelveiben való megegyezést, amelyek nem lehetnek szociális jellegű rendelkezések, azaz az egész emberiség hasznát szolgálóak, hacsak a közösségi érzés már nem vált uralkodóvá a társadalomban. Ez utóbbi viszont feltételezi a társadalom szocializálódott szerkezetét. Társadalmi szempontból azoknak az öröklött jellegeknek a fejlesztése lehet a legfontosabb genetikai célkitűzés, amelyek *a)* az egészség, *b)* az intelligencia fogalom alatt összefoglalt komplexum és *c)* a közösségi szellem, valamint a társadalmi felelősség elmélyülését elősegítő alkati sajátosságok tökéletesedését szolgálják. Mindezek szemben állnak azokkal a — manapság sokak által legtöbbre becsült — jellegekkel, amelyek a személyi sikert, ill. amit jelenleg ezalatt értenek, segítik elő. A biológiai alapelvek szélesebb körű megértése magával hozza majd annak felismerését is, hogy itt sokkal többről van szó, mint csupán a genetikai ártalmak megelőzéséről. Ennek révén ugyanis megvalósítható a népesség átlagos színvonalának arra a legmagasabb szintre való emelése, amelyet — a testi egészséget, az intelligenciát és az alkati sajátosságokat figyelembe véve — jelenleg csupán néhány kiemelkedő személyiség ért el. Mindez, amennyiben csupán a genetikai vonatkozásokat tekintjük, gyakorlatilag viszonylag kis számú generáción belül végrehajtható. Így mindenki a kiváló tehetséget, az állhatatossággal kiegészítve mint mindenkit megillető jogot tekinthetné. És mint az evolúció folyamata igazolja, mindezek egyáltalán nem a végső állapotot jelentik, hanem csupán a jövőben elérhető további fejlődés kezdetét.

Az ilyen jellegű fejlődés hatékonysága azonban az emberi örökléstan és az ezzel kapcsolatos tudományok számos területén a kutatás fokozatos kiterjesztését és elmélyítését követelné. Ez maga után vonná az orvostudomány, a pszichológia, a

kémia és nem utolsósorban a társadalomtudományok különböző ágazataiban a szakemberek együttműködését a legfőbb cél érdekében: magának az embernek tökéletesítésében. Az emberi test felépítése csodálatosan bonyolult és genetikájának tanulmányozása különleges nehézségekkel terhelt, ezért az e téren végzett kutatásoknak sokkal szélesebb skálán, valamint egzaktabban és részletekbe menőbben kell történnie, mint idáig. Erre azonban majd csak akkor kerülhet sor, amikor az emberi elme elfordul a háborútól, a gyűlölködéstől és fennmaradásának elemi feltételeiért folytatott harctól, hogy együtt haladjon nagyobb célok felé.

Az a nap, amikor a gazdasági újjászületés eléri azt a fokot, hogy ilyen emberi energiák szabadulnak majd fel, még nem érkezett el. Ennek a generációnak a feladata azonban előkészíteni ezt és minden lépés ezen az úton nyereséget jelent nem csupán az emberiség végső genetikai tökéletesítésének lehetősége miatt, amelynek mértékéről eddig álmodni is csak ritkán mertünk, hanem egyben, még közvetlenebbül, a modern civilizációnkat sokkal sürgetőbben fenyegető veszélyeken való felülkerekedés miatt.

Eredeti aláírók:	További aláírók:
F. A. E. Crew	*G. P. Child*
J. B. S. Haldane	*P. R. David*
S. C. Harland	*G. Dahlberg*
L. T. Hogben	*Th. Dobzhansky*
J. S. Huxley	*R. A. Emerson*
H. J. Muller	*C. Gordon*
J. Needham	*John Hammond*
	C. L. Huskins
	W. Landauer
	H. H. Plough
	E. Price
	J. Schultz
	A. G. Steinberg
	C. H. Waddington

*

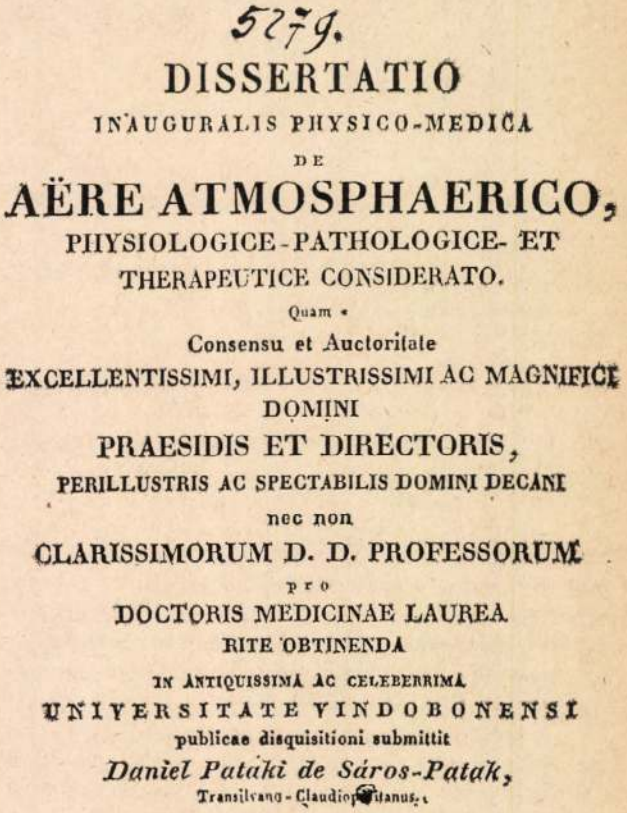
A kiáltvány legsajnálatosabb — de jellemző — momentuma, hogy közzététele után 3 nappal tört ki a második világháború. Tehát amikor a genetikusok az emberiség jövőjéért aggódó gondolataikat fogalmazták, a német tábornokoknak már kezében volt a jelent eldöntő hadparancs.

Czeizel Endre dr.

Pataki Dániel

Száz éve, 1871. január 10-én halt meg a „legorvosabb magyar család" leszármazottja, a negyedik kolozsvári orvosgeneráció tagja, *Pataki Dániel*. Családja Sárospatakról származott Erdélybe, előbbi nevük *Bojsza* volt. Az első Pataki 1630-ban lett kolozsvári lakos. Leszármazottai nemzedékről nemzedékre jeles orvosokat adtak Erdélynek. Kiképzésük anyagi gondjaiban osztoztak a nagy erdélyi családok, többek közt a *Teleki, Bethlen, Bánffy, Wesselényi* famíliák, amelyek a Patakiakon kívül számos erdélyi ifjút, leendő orvosokat, papokat iskoláztattak külföldi egyetemeken.

Pataki Dániel apja, *Pataki Sámuel* (1765—1824) nemcsak kiváló gyakorló orvos volt, hanem 1812—1824 között erdélyi protomedikus, akit több jelölt közül *Teleki Sámuel* udvari kancellár ajánlott erre a tisztségre. Az országos főorvosi hivatalt 1786-ban létesítették, vezetője a Helytartótanács egészségügyi szaktanácsadója és a közegészségügy irányítója volt. A külön közigazgatás alatt álló Erdélynek



5779.

DISSERTATIO

INAUGURALIS PHYSICO-MEDICA

DE

AËRE ATMOSPHAERICO,

PHYSIOLOGICE-PATHOLOGICE- ET

THERAPEUTICE CONSIDERATO.

Quam

Consensu et Auctoritate

EXCELLENTISSIMI, ILLUSTRISSIMI AC MAGNIFICI

DOMINI

PRAESIDIS ET DIRECTORIS,

PERILLUSTRIS AC SPECTABILIS DOMINI DECANI

nec non

CLARISSIMORUM D. D. PROFESSORUM

pro

DOCTORIS MEDICINAE LAUREA

RITE OBTINENDA

IN ANTIQUISSIMA AC CELEBERRIMA

UNIVERSITATE VINDOBONENSI

publicae disquisitioni submittit

Daniel Pataki de Sáros-Patak,

Transilvano-Claudiopolitanus.

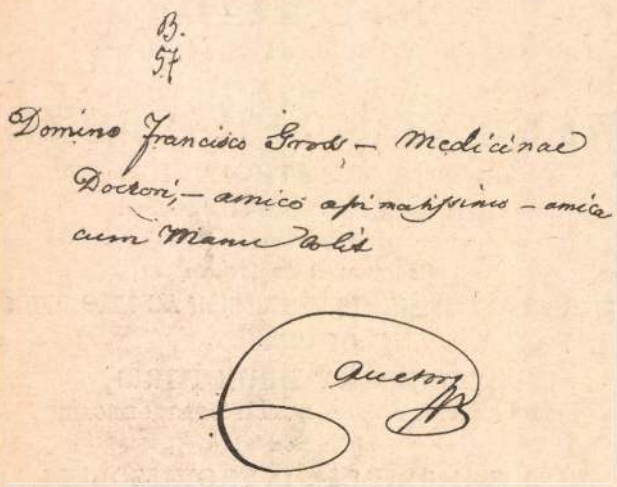
Pataki doktori disszertációjának címoldala

és Horvátországnak külön protomedikusa volt. Az erdélyi országos főorvosok között olyan személyiségeket találunk a Patakiakon kívül, mint *Köleséri Sámuel* vagy *Nyulas Ferenc.*

Pataki Dániel (szül. 1804) eredetileg nem orvosnak készült, középiskolai tanulmányainak befejezése után a jogi pályára lépett. A királyi főkormányszéknél, majd az erdélyi királyi táblánál volt gyakornok. Három testvére közül *Sámuel* lépett volna apja nyomdokaiba, azonban orvosi tanulmányainak befejezése előtt, 1820-ban hirtelen meghalt Bécsben, apja pedig 1824-ben. A halott apa felett tartott gyászbeszédében veti fel *Csiszár Sámuel: „Dániel, siess a szép térre, hol a szenvedő emberiség sorsa várakozik terád. Igyekezz az orvosi munkát, melyet harmadik derék atyáid szinte egy századik oly jóltevőleg vittek, tovább folytatni!".* Az itt felvetett gondolatból valóság lett. Tizenkét erdélyi főúri család vállalta taníttatását és *Pataki* ott hagyva a jogi pályát, Bécsbe ment tanulni és itt végzett 1830-ban mint orvosdoktor és szülészmester.

Bécsi tanulmányai idején az egyetem ekkor élte az úgynevezett *Stifft*-féle restaurációs korszakát (1803—1836-ig), amely nem hozott ugyan sok dicsőséget képviselőire, de már aktívan dolgozott a fiatal *Rokitansky, Skoda, Hebra,* akik az új bécsi iskola mestereiként felvirágoztatták egyetemüket.

Pataki doktori értekezését a „légköri levegőről, élettani, kórtani és gyógyászati szempontból" írta; a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum Könyvtárában őrzött egyik sajátkezűleg dedikált példányának címlapját és a bejegyzést bemutatjuk. Értekezése mottójául *Huxham* idézetet választ (Opera physico-medica Tom. I. Proleg. p. 23.): *„A légköri*



A szerző ajánlása a disszertáció belső lapján

levegő figyelembe vétele nemcsak a betegségek gyógyításánál nagyfontosságú, hanem az egészség védelmében is". Téziseit idézve:

„A légköri levegő szerves lény, amelynek saját egyedi élete van, kölcsönhatásban áll a természet többi tagjával. — A légköri levegő hatása nélkül az emberi élet egy pillanatra sem létezhetik. — A légköri levegő a betegségek legszélesebb körű magtárát jelenti. — A légkör legrosszabb romboló hatásai közé sorolják az álló vizek kigőzölgéseit. — Az eddigelé ismeretlen miazmák és ragályok nem különböznek egymástól, s az egyik könnyű szerrel létre hívja a másikat." Látjuk, hogy ezek az akkori általános felfogást tükrözik: a légköri levegőnek nemcsak az élet hordozása szempontjából, hanem az egészség-betegség problémakörével kapcsolatban is döntő jelentősége van. A különböző betegségek terjedésében is szerepe van; az ún. miazma a levegőn keresztül belélegezve, a véráram útján jut a szervezetbe és okoz különböző fertőző, járványos betegséget. Az atmoszférikus befolyásnak nagy jelentőséget tulajdonítottak, nem ok nélkül választotta ezt a témát *Pataki* értekezése tárgyául.

1831-ben már itthon találjuk, tevékenyen részt vett a kolozsvári kolerajárvány leküzdésében. A következő évben napvilágot lát tanulmánya *„A cholera Kolozsvárott"* címmel. Kifejti véleményét: a kolera járványos, de nem életveszélyes megbetegedés és terjedése megfelelő védőintézkedések foganatosításával leküzdhető. A járvány elleni küzdelem terén kifejtett eredményes munkájáért kinevezték előbb az erdélyi főkormányszéki egészségügyi tanács tagjává, majd előadójává. Orvosi munkáját nagy energiával és odaadással végezte. Fő feladatának tekintette a szegénysorsú betegek ingyenes gyógyítását, segélyezését, ingyen gyógyszerrel való ellátását. Mikor már a saját zsebéből nem győzte, nagyarányú gyűjtés eredményeként létrehozta a 24 ezer koronás ún. Pataki-gyógyalapot. Alapítványt tett mentőegyesület létesítésére is.

Orvosi tevékenysége mellett nagyarányú szervező munkába kezdett. 1833-tól évekig fáradozott, publikált és agitált, míg sikerült 1839-ben egy szakegyletet szerveznie a kolozsvári orvosok között. Itt rendszeresen betegmegmutatásokat tartottak és orvosi értekezéseket olvastak fel.

Gyakorlati céllal és segítségnyújtás céljából jelentette meg 1840-ben monográfiáját: *„A terhesség, szülés, gyermekágy s gyermeki első kor rajza, életrendi szabályokkal"* címmel Kolozsvárt. Emellett rendszeresen publikált az Orvosi Tárban, a Magyar Kurirban, a Nemzeti Társalkodóban, a Falusi Gazdában a legváltozatosabb témakörökből, mint az orvosi hivatásról, a radnai borvízről, az erdélyi kukoricatermelésről, a bivalytenyésztésről, a hamuzsírról. Fentmaradt 1834-ben írt kéziratos emlékkönyve is.

E sokrétű szakmai és közéleti tevékenysége alapján nemcsak a Pesti Kir. Orvosegyesület választja levelező tagjává 1845-ben, hanem több külföldi tudományos társaság (Párizs, Bécs) tagja. Egyéni fejlődését segíti nagy külföldi körútja 1845-ben, amelynek során bejárja Német- és Franciaországot, Belgiumot, Angliát. Nem marad el a hivatalos elismerés sem, tevékenységére felfigyelnek és 1850-ben már törvényszéki, 1854-ben kerületi főorvos, majd 1861-től haláláig erdélyi országos főorvos, a kir. főkormányszék tanácsosa, a III. oszt. vaskoronarend tulajdonosa. Bekapcsolódik nemcsak az erdélyi, hanem az országos orvosi közéletbe is. Első alkalomtól (1841) részt vett a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók vándorgyűlésein. Különböző tisztségeket viselt a szervezetben. Megválasztották a pénztárellenőrzésre kinevezett bizottság tagjává, az államorvosi szakosztály elnökévé.

A vándorgyűlések történetében különösen két nevezetes esemény fűződik nevéhez. Az egyik az 1844-ben Kolozsvárt tartott nagygyűlésen elhangzott átfogó, közérdekű és nagyon fontos közegészségügyi problémával foglalkozó referátuma: *„A bujakórnak a vidékekbeni uralkodása s ennek lehető kiirtása"* címmel. Elmondja, hogy tudomása szerint az általa átnézett irodalom szerzői nem kutatták e betegség csökkentését, illetve kiirtását az alsóbb néposztálynál, de ő megkísérli. Tapasztalata szerint ez a baj az egyszerű embereknél gyakrabban fordul elő és rosszabb lefolyású, mint a városokban élőknél. Okait abban látja, hogy a városban szorosabb a rendőri felügyelet, hamarabb mennek orvoshoz, s jobban értenek a higanykúra alkalmazásához is. Viszont a népnél legfőbb ok a szegénység, butaság, tudatlanság, rendetlen életmód, részegeskedés. Rosszak és egészségtelenek a lakásviszonyok, nem mennek orvoshoz, ha mennek: a fa-

lusi sebészek felkészületlenek, kevés a rendőri felügyelet, nincsenek megfelelő kezelési körülmények (kórház, gyógyszer). Mi a megoldás? Jó gyógyszerek megfelelő mennyiségben, kórházi ágyak, ehhez a megfelelő anyagi áldozatvállalás, jól képzett orvosok, sebészek, rendszeres gondozómunka, egyszóval többféle összefogás és felvilágosítás.

Az elmondottak a leghívebben ábrázolják az akkori erdélyi közegészségügyi viszonyokat, de egyben igazolják az országos főorvos korszerű szemléletét (előbb segíteni az áldatlan körülményeken, majd megelőzésre törekedni) és közegészségügyi programját.

Másik emlékezetes tette, hogy az 1864-ben Marosvásárhelyt tartott nagygyűlésen 20 arannyal pályázatot nyitott egy „a bujakór alakjait, szövődményeit és gyógymódját tartalmazó rövid kéziratra". Két pályamunka érkezett, amelyek bírálatát *Kovács Endre, Nágel Emil* és *Poor Imre* végezte el. *Ifj. halasi Spányik József* csíkszentmártoni orvos nyerte el a díjat *„A bujakóralakok kór- és gyógytana"* c. munkájával, amely nyomtatásban Budán jelent meg 1866-ban.

Az Erdélyi Múzeumegyesület munkájában is tevékenyen részt vett. 1860-ban, az egyik választmányi ülésen a természettudományi szakosztály vezetőségébe is beválasztották.

Szívügyének tekintette a kolozsvári nagymúltú sebészi intézet fejlődését. Tevékenyen támogatta *Balogh Kálmán* kinevezését, akit hét pályázó közül egyhangúlag támogatott nemcsak ő, hanem az egész tanári kar is. Amikor a kir. Főkormányszék a saját embereit jelölte, ő mint az egészségügyi szakreferens, külön véleményt adott be és a döntést megvétózta. Egy évig húzódott a kinevezés ügye, de 1863-ban mégis *Balogh Kálmán*t nevezték ki az élettan tanárának az intézet nagy nyereségeként és *Pataki* beavatkozásának eredményeként.

Nemcsak felismerte a védhimlőoltás jelentőségét, hanem egész Erdélyben szervezetté és eredményessé tette a himlőoltást. 1864-ben beadott jelentése szerint egész területén nem volt járvány és több mint hatvanezer gyereket oltottak be. Támogatta a kórházügyet. Világosan látta, hogy kórházak nélkül eredményes járványvédelmet és megbízható közegészségügyi helyzetet nem lehet teremteni. Erdélyország kórházairól számolt be 1868-ban megjelent írásában.

Tevékeny és eredményes életének betegség vetett véget. Gyakorlati orvosi ténykedése, humánus, áldozatkész magatartása, az országos feladattal ráháramló terhek viselése, a közegészségügy megszervezése Erdélyben, tudományos irodalmi munkássága, szervező tehetsége méltóvá teszik őt arra, hogy a kiemelkedő magyar orvosok sorában nyilvántartásuk és emlékét kegyelettel megőrizzük.

R. Harkó Viola

Magyarországi adatok a candidiasis történetéhez*

A Candidák (Moniliák) által okozott megbetegedések többségét a Candida albicans okozza; a róluk szóló irodalomban még mindig elég gyakori a „soormykosis" elnevezés. A soor okozójának tekintett gombát először *Langenbeck* találta meg 1839-ben egy typhusos beteg belében. A nyálkahártya-elváltozásokból *Berg* (1841) mutatta ki és állatoltásokkal bizonyította kórokozó mivoltát. *Robin* (1853) szintén kórokozónak tekintette és Oidium albicansnak nevezte el; *Zopf*tól pedig 1890-ben a Monilia albicans nevet kapta.



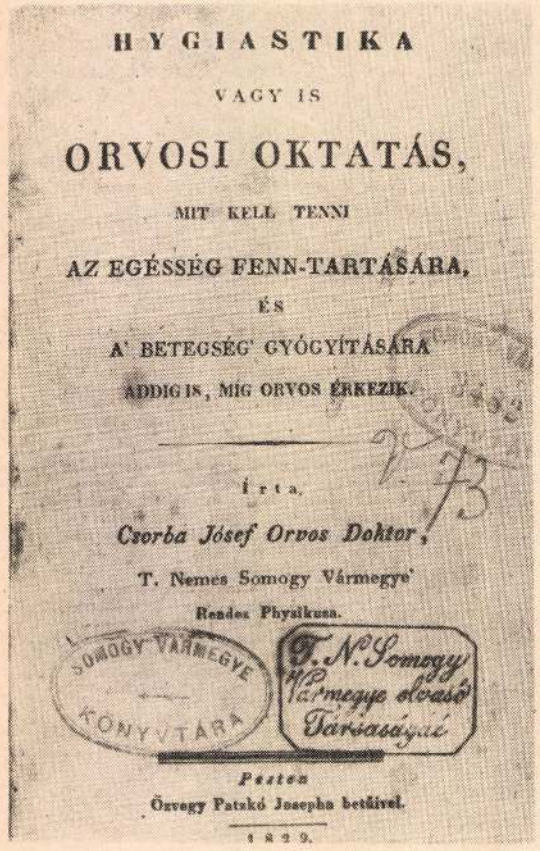
A Candidák által okozott nyálkahártya-megbetegedések a népies irodalomban „szájpenész" néven szerepelnek. Évszázadokkal ezelőtt, amikor még nem tudták elkülöníteni az egyes kórformákat, az aphthák közé sorolták. A penészek tudományos leírását (*Linné:* Mucor mucedo, 1764; *Link:* Penicillium és Sporotrichon fajok, 1790) jóval megelőzte a szájpenésznek nevezett elváltozások pontos klinikai leírása, észlelése és kezelése.

A Candidiasisról ír egyik munkájában *Csorba József,* aki 1789-ben született Nagyszőllősön, Ugocsa megyében. Az 1816/17. tanév végén avatták „orvosdoctorrá" a budapesti egyetem orvosi karán (Diss. inaug. med. de phleborysmate, etc. Pestini, 1817.). 1817-től mint „T. Nemes Somogy Vármegye Rendes Physikusa" működött. 1829-ben nyomatta ki Pesten saját költségén Hygiastika c. munkáját. A könyv címlapján feltünteti, hogy műve „orvosi-oktatás" az egészség fenntartására (profilaxis) és a betegség „gyógyítására" addig is, amíg orvos érkezik.

Abban az időben nagyon szűkös volt Somogy orvosi ellátottsága. *Bergel József* (Dissert. inaug. de vertigine. Pestini, 1835.). 1836 május közepén költözött Kaposvárra és azt írja erről az időszakról: *„Dr. Csorba József megyei főorvos, dr. Ritter és*

* A Magyar Dermatológiai Társulat 1971. február 20-i ülésén tartott előadás.

két sebész képezték az orvosi személyzetet". Ez az egészségügyi helyzet késztette arra *Csorbát*, hogy az orvosi ellátás pótlására közvetlenül oktassa ki a szegény, falvakban és erdőkben élő parasztságot. E cselekedetében a reformkor aktív humanizmusa nyilvánult meg!



HYGIASTIKA

VAGY IS

ORVOSI OKTATÁS,

MIT KELL TENNI

AZ EGÉSSÉG FENN-TARTÁSÁRA,

ÉS

A' BETEGSÉG' GYÓGYÍTÁSÁRA

ADDIG IS, MIG ORVOS ÉRKEZIK.

Írta,

Csorba Józef Orvos Doktor,

T. Nemes Somogy Vármegye'

Rendes Physikusa.

SOMOGY VÁRMEGYE KÖNYVTÁRA

T. N. Somogy Vármegye elöljáró Társaságának

Pesten

Özvegy Patzkó Josepha betűivel.

1829.

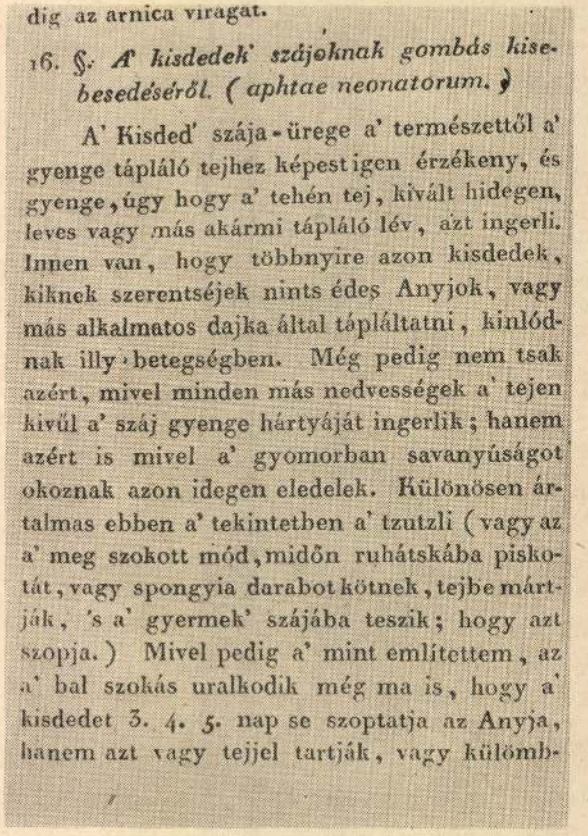
A 3. ábra a szájpenészről szóló fejezetet mutatja; az első a kezdetét, a második a betegség klinikai leírását. Világos stílusa és ízes magyarsága miatt megérdemli, hogy szóról szóra közöljük:

„16. §. A' kisdedek' szájoknak gombás kisebesedéséről (aphthae neonatorum).

A' Kisded' szája-ürege a' természettől a' gyenge tápláló tejhez képest igen érzékeny, és gyenge, úgy hogy a' tehén tej, kivált hidegen, leves vagy más akármi tápláló lév, azt ingerli. Innen van, hogy többnyire azon kisdedek, kiknek szerentséjek nints édes Anyjok, vagy más alkalmatos dajka által tápláltatni, kinlódnak illy' betegségben. Még pedig nem tsak azért, mivel minden más nedvességek a' tejen kívül a' száj gyenge hártyáját ingerlik; hanem azért is mivel a' gyomorban savanyúságot okoznak azon idegen eledelek. Különösen ártalmas ebben a' tekintetben a' tzutzli (vagy az a' meg szokott mód, midőn ruhátskába piskótát, vagy spongyia darabot kötnek, tejbe mártják, 's a' gyermek szájába teszik; hogy azt szopja). Mivel pedig a' mint említettem, az a' bal szokás uralkodik még ma is, hogy a' kisdedet 3. 4. 5. nap se szoptatja az Anyja, hanem azt vagy tejjel tartják, vagy külömbféle Asszonyok alá hordják szoptatás végett, azért ezen szájbetegséget majd minden Kisded megkapja, 's azt hiszik a' banyák után, hogy azon minden kisdednek által kell esni.

Azon taplós ki sebesedések, ha jól megnézzük, vékony szálakon függnek, hasonlítva tsak nem ollyan formák mint a' penész a' kenyéren; némellykor a' száj egész üregét bé lepik. Eleinte fehérek, 's azt gondolná az ember, hogy tsak a' tej maradt a' nyelven, a' mellyen többnyire először kezdődnek; később pedig setétes sárgák. Jó véle való bánás mellett 7. 's 9. nap tartanak, másra elragadnak, kivált ha az ollyan tsets bimbót, mellyet illy beteg gyermek szopott, másnak szájába adják.

A' Bábák, 's más értetlenek boros vízzel, vagy más tsipős nedvel szokták, abban ruhát mártván, az illy szájat mosni, dörgölni, úgy hogy sokszor vérzik; mások még orvosok is, külömbféle nedvekkel, etsettel (pemzlivel) jónak itélik az olly sebes részt kenegetni. Én egyiket sem hagyom helybe. Mert az illy kisebesedéseknek gyógyulások mintegy 7.—9. naphoz lévén kötve, ezek mint valami élősdi tenyészetek (parasiticum productum) az előbbi mód által ingereltetvén, megszaporodnak, az utolsóbbi mód szerént édes nedvek által pedig a' száj békenetvén, ezek ott tsak megsavanyodnak; de keveset is lehet azt kenegetni, mert a' Kisded' a' száját úgy bé tsukja, hogy ahoz alig lehet férni az etsettel.



dig az arnica viragat.

16. §. *A' kisdedek' szájoknak gombás kisebesedéséről. (aphtae neonatorum.)*

A' Kisded' szája-ürege a' természettől a' gyenge tápláló tejhez képest igen érzékeny, és gyenge, úgy hogy a' tehén tej, kivált hidegen, leves vagy más akármi tápláló lév, azt ingerli. Innen van, hogy többnyire azon kisdedek, kiknek szerentséjek nints édes Anyjok, vagy más alkalmatos dajka által tápláltatni, kinlódnak illy betegségben. Még pedig nem tsak azért, mivel minden más nedvességek a' tejen kivül a' száj gyenge hártyáját ingerlik; hanem azért is mivel a' gyomorban savanyúságot okoznak azon idegen eledelek. Különösen ártalmas ebben a' tekintetben a' tzutzli (vagy az a' meg szokott mód, midőn ruhátskába piskotát, vagy spongyia darabot kötnek, tejbe mártják, 's a' gyermek' szájába teszik; hogy azt szopja.) Mivel pedig a' mint említettem, az a' bal szokás uralkodik még ma is, hogy a' kisdedet 3. 4. 5. nap se szoptatja az Anyja, hanem azt vagy tejjel tartják, vagy külömb-

Az én tanátsom hát az, hogy egy kis kakuk fü, vagy pipitér, vagy zsálya herbatét kell tsinálni, 's abból lágy melegen 3-szor 4-szer egy kanálnyit a' szájába tölteni az olly gyermeknek, mellyet az, önként szájában tart, sőt forgat, 's úgy lassanként

meggyógyul; ha le-nyel is belőle valamit, az nem árt."

A fenti sorok magukért beszélnek. Pontos a szájpenész klinikai leírása, a lefolyás megfigyelése, az eredet gombás voltának hangsúlyozása és tekintetbe vétele a kezelésnél! És mindez 1829-ben egy kis somogyi városból.

Amikor a bőrgyógyászat elméleti és gyakorlati művelésével foglalkozunk, megismerjük és értékeljük elődeink szakmai működését, eredményeikkel és balsikereikkel együtt, amikor pedig orvostörténeti síkon közeledünk hozzájuk, érdemeik és hibáik, örömeik és gondjaik, röviden emberi mivoltuk tárul elénk, s megszeretjük őket; a tudomány és történet szemléletének társításával a bőrgyógyászat és a bőrgyógyászok magasabb egységbe ötvöződnek: ennek magyar példája *Csorba József* élete és Hygiastika c. munkája.

Frankl József dr.

Az OOK hírei

Retrospektív szakbibliográfiák

Az OOKDK néhány évvel ezelőtt fejezte be 30 kötetből álló retrospektív szakbibliográfiai sorozatának kiadását. A sorozat egy-egy kötete az orvostudomány egy-egy területén 1945—1960 között megjelent hazai irodalom teljes bibliográfiai feldolgozása. A sorozat köteteinek mintegy fele teljesen elfogyott, az alább felsorolt kötetekből azonban még csekély példányszám rendelkezésre áll. Az OOKDK most 30% árengedménnyel bocsátja e kiadványokat rendelkezésre (az alábbi jegyzéken már az engedményes árat tüntettük fel).

Magyar aneszteziológiai bibliográfia. Összeállította Harkányi István dr. Ára 8 Ft.

Általános belgyógyászat (nephrológia, allergológia, toxicológia, néhány fertőző betegség) magyar bibliográfiája. Összeállította Katona András dr. Ára 35 Ft.

Az általános sebészet magyar bibliográfiája. Összeállította Csernohorszky Vilmos dr. Ára 50 Ft.

Magyar biokémiai és biofizikai bibliográfia. Összeállította Tóth Miklós dr. Ára 50 Ft.

Az endokrinológia és az anyagcsere-betegségek magyar bibliográfiája. Összeállította Köves Péter dr. Ára 28 Ft.

Magyar gastroenterológiai bibliográfia. Összeállította Sáfár Imre dr. Ára 21 Ft.

Magyar gyermekgyógyászati bibliográfia. Összeállította Kamarás Ilona dr. és Csincsura Kálmán dr. Ára 35 Ft.

Magyar gyógyszertani, gyógyszerterápiás és méregtani bibliográfia (két kötet). Összeállította Kelemen Károly dr. és Kelemen Eszter. Ára 70 Ft.

Magyar igazságügyi orvostani bibliográfia. Összeállította Juhász Jenő dr. Ára 21 Ft.

Magyar kardiológiai (angiológiai, szív- és érsebészeti) bibliográfia. Összeállította Ghyczy Kálmán dr. és Kuntner Mária dr. Ára 35 Ft.

Magyar orvostörténeti bibliográfia. Összeállította Dörnyei Sándor dr. Ára 21 Ft.

Magyar stomatológiai bibliográfia. Összeállította Vályi Edit dr. Ára 21 Ft.

Magyar szülészeti-nőgyógyászati bibliográfia (1926—1944). Összeállította Bókay János dr. Ára 35 Ft.

Magyar szülészet-nőgyógyászati bibliográfia (1945—1960). Összeállította Goszleth Tibor dr. Ára 35 Ft.

Magyar traumatológiai, orthopaediai és plasztikai sebészeti bibliográfia. Összeállította Lénárt György dr. Ára 28 Ft.

Kérjük a megrendeléseket a következő címre küldeni: Országos Orvostudományi Könyvtár és Dokumentációs Központ. Budapest, 5 Pf 452.

Klinikai-kémiai társaság alakult Ausztriában

Mivel Ausztriában a klinikai laboratóriumi diagnosztika nem külön szak (ilyen szakképesítés sem szerezhető), a klinikai laboratóriumokban dolgozó orvosoknak és vegyészeknek eddig külön társasága sem volt, annak ellenére, hogy szükségességét már régen felismerték és ilyen irányú lépések is történtek. 1968-ban végül is megalakult az önálló társaság „Österreichische Gesellschaft für Klinische Chemie" néven. A társaság elnöke *prof. Theodor Leipret dr.*, a grazi egyetem orvosi-kémiai ordináriusa, alelnöke *prof. E. Deutsch dr.*, a nálunk is ismert véralvadáskutató, titkára *prof. E. Kaiser dr.*, mindketten a bécsi egyetem I. sz. belklinikájának munkatársai.

A társaság vezetősége is az I. belklinikán (1090 Wien IX, Währingerstrasse 10.) működik. A tagok száma jelenleg száz körül van, ami ausztriai viszonylatban szép szám. A társaság nagyon aktív, már két szimpoziumot rendezett. 1969-ben a plasmalipidekkel, 1970-ben a klinikai-kémiai vizsgálatok minőségi kontrolljával foglalkoztak. Az első szimpozium anyaga „Methoden der Plasmalipid-Analyse" címmel szép kiadványban is megjelent *prof. E. Kaiser* szerkesztésében. Ez év áprilisában rendezték első kongresszusukat Bécsben a nyugatnémet és a svájci klinikai-kémiai társaságokkal közösen.

RKB

Pszichotherapiai kongresszus

Az Általános Orvosok Pszichotherapiai Társasága 1971. október 15—17. között Mainzban (NSZK) kongresszust rendez. A főtéma: a pszichoterápiai ellátás, képzés és továbbképzés modellje. Az érdeklődők számára részletesebb felvilágosítással szolgál: prof. D. Langen dr., Klinik und Poliklinik für Psychotherapie, B-6500 Mainz, Langenbeckstrasse.

Nemzetközi kongresszusok 1971-ben

Az Orvosi Hetilap 10. számának 578. oldalán a CIOMS kongresszusi naptára nyomán közöltünk már egy jegyzéket az 1971-ben rendezendő nemzetközi kongresszusokról és rendezvényekről. Ezúttal a Presse Medicale rendezvény jegyzékéből közlünk — az előző jegyzék kiegészítéseképpen — további nemzetközi rendezvényeket. A rendezvények időpontja, helye és neve után a részletesebb felvilágosítást adó szerv vagy személy címét adjuk meg.

Május 17—30, *Teherán*, a Haemophilia Világszövetség 7. kongresszusa, F. Ala, P. O. B. 13/1438, C. I. C. I. Teheran.

Május 29—31, *Lausanne*, a biológiai orvostudomány 1. nemzetközi szimpoziuma, Guido Fisch, Chemin de Mornex, 8, CH-1000, Lausanne.

Május 30—június 1, *Saint-Vincent-Val-D'Aoste*, nemzetközi geriátriai szemész szimpozium, B. Bellan, Ospedale Oftalmico di Torino, Via Juvarra 19, 10122 Torino.

Júniusban, *Athén*, az Író-Orvosok Nemzetközi Szövetségének 16. kongresszusa, Io Zambiri, 22. rue Heydin, Athén.

Június 1—4, *Helsinki*, 3. európai szimpozium a poliomyelitisről és más vírusbetegségekről, Recht dr., 30. bd. Général-Jacques, Bruxelles 1050.

Június 3—5, *Prága*, nemzetközi szimpozium a sürgős hasi esetekben végzendő endoszkópiáról, J. Setka, Sokolska 31, Praha 8.

Június 11—13, *Nürnberg*, a Nemzetközi Maxillofacialis Radiológiai Társaság 2. kongresszusa, E. Sonnabend, Goethe-strasse 70, D 8 München 15.

Június 16—22, *München*, a Nemzetközi Fogász Szövetség 59. kongresszusa, Rolf Braun, Universitätstrasse 73, 5 Köln 41.

Június 24—26, *Budapest*, a dunai országok 2. nemzetközi diabetes szimpoziuma, Wiener Medizinische Akademie, A 1000 Wien, Alserstrasse 4.

Június 27—július 2, *Asiago*, nemzetközi szimpozium a reanimációról és a nem sebészi intenzív kezelésről, Gino Giorgio Pennisi, Ospedale Civile, Vicenza.

Június 28—július 2, *Berlin* (NSZK), 17. nemzetközi kongresszus az alkoholizmus megelőzéséről és kezeléséről, Archer Tongue, I. C. A. A., Case postale 140, C. H. 1001, Lausanne.

Július 1—3, *Berlin* (NDK), az Európai Dialízis és Transzplantációs Társaság 8. kongresszusa, Rudolf Natusch, 2nd Medical Clinic Charité, 104 Berlin.

Július 2—4, *Arhus*, az Európai Carieskutató Szervezet 18. kongresszusa, J. I. Moller, Royal Dental College, Venneslyt Boulevard, Arhus (Dánia).

Július 3—6, *Bratislava*, európai szimpozium a stereotaxicus sebészetről és a stereoencephalotomiáról, P. Nadvornik, Neurosurgery Clinic, Komensky University, Bratislava.

Július 5—10, *Párizs*, a Nemzetközi Ember- és Állatmycologiai Társaság 5. kongresszusa, E. Drouhet, Institut Pasteur, 25. rue du Docteur Roux, F-75-Paris-15.

Július 11—13, *Lyon*, a Nemzetközi Broncho-Oesophagológiai Társaság 13. kongresszusa, J. P. Haguenauer, Clinique O.-R.-L., Hôpital Edouard-Herriot, place d'Arsonval, f-69-Lyon.

Július 19—22, *London*, 3. nemzetközi szimpozium a polypeptid hormonokról, Giraud V. Foster, Royal Postgraduate Medical School, Ducane Road, London W 12.

Július 25—31, *Bécs*, 27. nemzetközi pszichoanalitikus kongresszus, Helda Heppel, Am Modenpark, 6-A-1030, Wien.

Augusztus 3—5, *Prága*, szimpozium a fizikai alkalmasságról, V. Seliger, Dept. of Physiology, FTVS, Ujezd 450, Praha 1.

Augusztus 13—14, *Buenos Aires*, 1. nemzetközi kongresszus a kontakt lencsékről, Victor Glamin, Casilla de Correo 63, Sucursal 12 B, Buenos Aires.

Augusztus 13—18, *Hamburg*, a Nemzetközi Sebész Szövetség 7. európai kongresszusa, dr. Losse, Städt-Krankenanstalten, D-221, Itzehoe/Holstein.

Augusztus 18—26, *Budapest*, 7. nemzetközi akusztikai kongresszus, Gáti Éva, Puskin u. 5—7, Budapest, VIII.

Augusztus 23—27, *Lisszabon*, 6. nemzetközi iskolaegészségügyi kongresszus, Luis Appleton Figueira, Av. Julio Diniz, 29, Lisboa 1.

Augusztus 25—28, *Párizs*, 2. nemzetközi gyermek nefrológiai szimpozium, R. Habib, Hôpital des Enfants-Malades, 149 rue de Sevres, F-75-Paris-15.

Augusztus 30—szeptember 3, *Glasgow*, 10. nemzetközi embriológiai konferencia, A. S. G. Curtis, Department of Cell Biology University of Glasgow, Glasgow, W 2.

Szeptemberben, *Stockholm*, 3. nemzetközi szimpozium a gastrointestinalis motilitásról, F. Barany, St. Eriks Sjukhus, Stockholm.

Szeptember 3—5, *Bucuresti*, 16. nemzetközi akupunktura kongresszus, J. F. Dumitrescu, 8—10 rue Progresului, Bucuresti.

Szeptember 6—8, *Amszterdam*, 4. európai epilepszia szimpozium, Federatie voor Epilepsie-bestrijding, 43 Ramstraat, Utrecht.

Szeptember 8—12, *Montreux*, 17. nemzetközi kongresszus a civilizációs betegségekről, a táplálkozásról és az életkörülményekről, H. A. Schweigart, Bemeroder Strasse 61, 3 Hannover-Kirchrode (NSZK).

Szeptember 7—9, *Párizs*, gyermeksebészeti világkongresszus, dr. Boureau, 1. rue Jules-Lefebvre, F-75-Paris-9.

Szeptember 7—10, *Róma*, nemzetközi radioökológiai szimpozium, az ember és környezetének védelme, J. Smeets, 29 rue Aldringen, Luxembourg.

Szeptember 8—11, *Philadelphia*, 4. nemzetközi szimpozium a lipidanyagcserére ható gyógyszerekről, C. Hyatt, Lankenau Hospital, Lancaster and City Line Avenues, Philadelphia, Pa. 19151, USA.

Szeptember 9—11, *Prága*, 16. gyermekgyógyász kongresszus nemzetközi részvétellel, A. Kopecky, Sokolska 31, Praha 8.

Szeptember 10—12, *Milánó*, a Nemzetközi Haematológiai Társaság európai szekciójának 1. konferenciája, A. T. Maiolo, Istituto Patologia Medica, Via Pace 15, 20122 Milano.

Szeptember 12—15, 4. nemzetközi elektromiográfiai kongresszus, K. Hainaut, Unité de Recherche sur le Cerveau, boulevard de Waterloo, 115, B 1000 Bruxelles.

Szeptember 15—17, *Magas-Tátra*, nemzetközi szimpozium a gonadotropinokról és a szaporodás endokrin zavarairól, T. Klacansky, 1. sz. szülészeti-nőgyógyászati klinika, Zochova 5, Bratislava.

Szeptember 17—19, *Liège*, a Nemzetközi Orvosi Endoscopiai és Radiocinematographiai Társaság 8. kongresszusa, J. Raickman, 9. quai des Ardennes, B 4000 Liège.

Szeptember 18—20, *Várna*, szimpozium a légzési rehabilitációról, B. Pavlov, 19. rue D. Nestorov, Szófia 31.

Szeptember 23—25, *Genf*, európai sarcoidosis szimpozium, Yves Gallopin, Polyclinique de médecine, 24. rue Micheli-du-Crest, CH-1205, Genève.

Szeptember 23—25, *Innsbruck*, az általános orvosok 13. nemzetközi kongresszusa, K. Engelmeier, Lange Strasse 21/a, D-4740 Oelde/Westph. (NSZK).

Szeptember 27—október 2, *Bucuresti*, 4. nemzetközi pneumoconiosis konferencia, Bureau International du Travail, CH-1211, Genève 22.

Októberben, *Bruxelles*, 12. nemzetközi vectorcardiographiai szimpozium, Irwin Hoffmann, Jewish Medical Center, 76th Avenue, New York, N. Y. 11040, USA.

Október 6—9, *Bécs*, a dunai országok 4. neurológiai szimpoziuma, a gyermekneurológusok 2. neuropatológiai szimpoziuma, és 2. európai szimpoziuma, Neurologische Institut der Universität Wien, Schwarzspanierstrasse 17, A 1090, Wien.

Október 16—18, *Forli*, az Európai Patológus Társaság 3. kongresszusa, A. Giordano, Istituto Anatomia Patologica, Via Francesco-Sforza 38, Milano.

Október 24—29, *Tel Aviv*, 19. nemzetközi űrhajózási orvosi kongresszus, El Al Lignes Aériennes, Aéroport de Lod, Israel.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

A suicidium

Alkoholizmus és öngyilkosság-gyakoriság. W. A. Rushing (Washington State University, Pullmann): Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1968, *29*, 399—412.

Az alkoholizmus és az öngyilkosság kapcsolatáról a szakirodalomban igen sok adat gyűlt össze. Köztudott tény, hogy az öngyilkosok között nagyon sok a krónikus alkoholista. Statisztikai gyakorisági adatok tükrében azonban az alkoholizmus és az öngyilkosság kapcsolatát kevéssé vizsgálták. A szerző ezt kísérli meg elvégezni. Az alkoholizmus gyakorisági adatait pedig részben mulla alapján, a májcirrhosis okozta halálozás gyakorisági adataiból számítja ki, az öngyilkossági gyakorisági aadtait pedig részben a foglalkozási kategóriákban, részben pedig a nem, életkor és faji eredet státuscsoportjaiban (szociológiai szakkifejezéssel: státus-setjében) fejezi ki. A statisztikai elemzésben kontrollálta a családi helyzetet, a jövedelmet és a foglalkozási presztizst. Az így standardizált adatok is egyértelműen bizonyítják az alkoholizmus és az öngyilkossággyakoriság statisztikai korrelációját, mind a foglalkozási kategóriák, mind pedig a státuscsoportok vetületében.

A szerző szerint e statisztikai összefüggésnek két értelmezési módja lehet, vagy az, hogy egy közös társadalmi folyamat (pl. társadalmi dizorganizáció, urbanizáció vagy hibás szocializáció, személyiségfejlődés) hozza létre az alkoholizmust is és az öngyilkosságot is, vagy pedig az, hogy az alkoholizmus folyamata fokozatosan szétzilálja a társas kapcsolatokat és a személyiséget, és létrehozza az öngyilkossághoz vezető pszichés állapotot. Ez az utóbbi értelmezési mód látszik valószínűbbnek.

Buda Béla dr.

Öngyilkosság és az alkoholizmus kölcsönhatása a szociális szituációval. W. A. Rushing (Department of Sociology, Vanderbilt University, Nashwille, Tenn.): Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1969, *30*, 93—103.

A szerző korábbi statisztikai vizsgálatai, más egyéb adatokkal együtt, bizonyítják, hogy az öngyilkosság és a májcirrhosis előfordulási gyakoriságával mért alkoholizmus összefüggésben vannak. Az összefüggés oka, jellege nem világos, nem tudni, hogy egy közös oki faktorcsoport áll-e mindkét jelenség mögött, vagy az alkoholizmus elősegíti az öngyilkosság létrejöttét. A szerző szerint az alkoholizmus közvetlen oki szerepe valószínűbb, olyan módon, hogy az alkoholista viselkedése megbontja emberi kapcsolatait, kapcsolati partnerei elhárítják, elutasítják az érintkezést vele. Az emberi kapcsolatok elutasító jellege lényeges tényező az öngyilkosságban. Az alkoholista tehát a társadalmi normáktól eltérő, deviáns viselkedésével olyan szituációt teremt magának, amit azután nem tud elviselni. A deviáns viselkedés, az elutasítás és az öngyilkosság összefüggésláncának hipotézisét vizsgálja a szerző statisztikai adatok és más vizsgálatok partikuláris adatai alapján. Kimutatja, hogy azokban a társadalmi csoportokban, ahol az alkoholizmus enyhébb megítélés alá esik, az alkoholisták öngyilkossággyakorisága kisebb. Ezt úgy magyarázza, hogy kisebb a társadalmi elutasítás miatti elviselhetetlen szociális szituáció előfordulási valószínűsége.

Buda Béla dr.

Deviancia, interperszonális kapcsolatok és öngyilkosság. W. A. Rushing (Department of Sociology, Vanderbilt University, Nashville, Tenn.): Human Relations, 1969, *22*, 61—76.

A szociológia a társadalmi normáktól eltérő társadalmi megítélés alá eső viselkedésformákat deviáns magatartásmódoknak szokta nevezni, az ilyen magatartásmódok egész jelenségcsoportját pedig devianciának. Deviáns magatartásmódnak számít az öngyilkosság, az alkoholizmus, a bűnözés mindenféle fajtája, az elmebetegség, a kábítószerszenvedély stb. A szociológia ezeket a viselkedésformákat azért vizsgálja egységesen, mert társadalmi megjelenésükben igen sok közös van. Ezt pl. az anómia elméletei is kifejezik.

A szerző a deviáns viselkedésformákkal az öngyilkosság szempontjából foglalkozik. Rámutat arra a régóta ismert statisztikai tényre, hogy minden deviáns magatartásforma az átlagosnál sokkal gyakrabban jár együtt öngyilkossággal. Statisztikai adatok alapján azt a hipotézist vizsgálja, hogy az öngyilkosság nagyobb gyakoriságának oka a deviáns viselkedésre adott társadalmi elutasítás, az interperszonális kapcsolatok felbomlása. Minden deviáns magatartásmód esetében ezt a hipotézist igazolni tudja. Kimutatja, hogy a gyilkosságok és a bűntények után közvetlenül nagy az öngyilkosság gyakorisága, később csökken. Ezt azzal magyarázza, hogy közvetlenül ezután jelentkezik az interperszonális kapcsolatok elutasítása. Ugyanígy az adatok szerint a kórházból hazabocsátott elmebetegek között az első három hónapban nagy az öngyilkosság gyakorisága, később csökken, ennek magyarázata lehet, hogy környezetük elutasító reakciójával ekkor találkoznak legerősebben a betegek.

A szerző szerint az öngyilkosság gyakoriságát részben az interperszonális kapcsolatok elutasító viszonyulása váltja ki, részben pedig az, hogy a deviancia miatt elhidegült kapcsolatok elutasítják az öngyilkosság előtti állapotban szabályszerű segélykérő kommunikációt.

(Ref.: Rushing fenti három cikke szociológiai gondolatmenettel igazolja a társas kapcsolatok „klímájának", ill. minőségének szerepét az öngyilkosság létrejöttében).

Buda Béla dr.

Urológia

Percután tű-nephrostomia. Ogg, C. S. és mtsai: Brit. med. J. 1969, 4, 657—660.

A szerzők bevezetőjükben megállapítják, hogy a felső húgyutak elzáródásakor a kiváltó ok pontos megállapítása és localisatiója a hagyományos retrograd vizsgálatokkal milyen diagnosztikus nehézségeket és szövődményeket rejt magában. A vázolt nehézségeket a szerzők által ismertetett percután nephrostomiával át lehet hidalni.

Az eljárást 1955-ben Goodwin, Casey és Wolff írták le először, melyet Cobb 1967-ben módosított. A szerzők ez utóbbi technikát alkalmazták fluoroscopiával kiegészítve és ezáltal a vese localisatióját még pontosabbá tették. Ezeknek segítségével az előzetes helyi érzéstelenítés után a hasonfekvő helyzetben levő beteg veseüregrendszerébe lumbál-punctiós tűvel behatolnak. Teljes elzáródás esetén az üregrendszerből a pangó vizelet fokozott nyomással ürül. A vizelet lebocsátása után flexibilis cső közbeiktatásával 15 ml kontrasztanyagot fecskendeznek be és így az üregrendszer alakjáról, az elzáródás helyéről és jellegéről pontos kép nyerhető. Meghatározva a punctiós tű mélységét, azt kihúzva ugyanilyen mélységig a kontrasztanyaggal kitöltött és képerősítővel jól látható üregrendszerbe Vim-Silverman tűt vezetnek be. A biopsiás tű lumene az 5 Ch-es ureterkathetert befogadja, melyen keresztül kívánt mélységig bevezethető. Ezután a tűt a katheterről lehúzzák és utóbbit a bőrhöz rögzítik. Ezzel az eljárással a vizeletelvezetés az elzáródás okának megszüntetéséig biztosítható.

A szerzők 7 esetet ismertetnek, melyek közül 6 sikeres volt. 3 alka-

lommal retroperitoneális tumoros metastasis compressiója, 1 esetben kétoldali köves beékelődés, 1 esetben a solitaer vese pyeloureteralis szűkülete okozta az anuriát. 1 betegüknek acetosolamid szedését követő „iszap" okozta az anuriát.

A percután nephrostomiát az ismertetett 6 betegen 3—29 napig tartották fenn. (Goodwin és mtsai 5 hónapig tudták egyik betegüknek a percután bevezetett ureter katheter bennhagyni anélkül, hogy az incrustálódott volna.)

A szerzők véleménye szerint a percután nephrostomia előnye: egyszerűsége és az, hogy a feltárásos nephrostomia veszélyét el lehet kerülni.

Kelenhegyi Márton dr.

Phenothiazinok hatása a húgyhólyag functiójára. Merrill, D. C., Markland, C. (Division of Urol. Dep. Surg. Univ. of Minnesota Med. School, Minneapolis): Investigative Urology. 1970, 7, 532—542.

Klinikai megfigyelések szerint major tranquillansok befolyásolják a hólyag functióját, nehezítik a vizeletürítést. A szerzők kísérleti úton vizsgálták e gyógyszercsoport ilyen irányú hatását. Chlorpromazint és perphenazint adagoltak a kísérleti állatnak (kutya): a gyógyszer adása előtt és után elektromosan stimulálták a nervus pelvicust, közben meleg sóoldattal töltötték a hólyagot és oscilloscoppal figyelték a hólyag reactióját. Kísérletük első részében érlekötés útján csak az egyik hólyagfélhez juttattak el gyógyszert, az ellenoldali kontrollként szerepelt. Másik kísérletükben mindkét hólyagfél a gyógyszer hatása alá került. A hólyag contractilitása e szerek hatására 33—40%-kal csökkent. Szerzők szerint a phenothiazinoknak direkt hatása is van a hólyagra, a functio-csökkenés nem centralis úton jön létre. Kis adagok után a hólyag visszanyeri eredeti functionalis állapotát, míg nagy adag irreversibilis változást okoz a működésben.

Cholinerg hatású szerekkel együtt alkalmazva competitiv gátlást észleltek, melyet ganglion-blokkoló szerek adásával (urecholine) nem lehetett befolyásolni: tehát a cholinerg blokád a neuromuscularis junctión kerül érvényre és nem a ganglionban. Chlorpromazin felére csökkentette az urecholine által kiváltott hólyagcontractiót.

A chlorpromazin hatása sokrétű: gátolja a központi idegrendszert, közelebbről az agytörzset, hypothalamust és globus pallidust. Phenothiazinok mind a hólyagizom functiójára, mind a központi idegrendszerre fékezőleg hatnak. Ezenkívül gátolják a sejt metabolismust, s talán ezzel magyarázható a nagy adag gyógyszerre előálló irreversibilis detrusor atonia. Befolyásolják az autonom idegrendszer parasympathicus ganglionjait, ill. a nervus pelvicus neuromuscularis synapsisát.

Rosdy Ernő dr.

Tetracyclin-fluorescentia jelentősége malignus hólyagdaganatok korai diagnosztikájában. Ziehen, H. P., Oswald, K.: (Urol. Abt. der Chir. Univ. Klinik Tübingen): Zeitschrift für Urologie. 1970, *63*, 523—530.

Rall és mtsa 1957-ben közölte először, hogy malignus tumorok tetracyclin adása után ultraibolya fényben fluorescálnak. A tetracyclin és akridin származékok nucleinsavban gazdag szövetekben tárolódnak, így azok ráksejtekben észlelt selective magas felhalmozódása is a nagyobb nucleinsav tartalommal kapcsolatos. Ezenkívül mésztartalmú szövetek (csont-, hólyagtumor, incrustatio, necrosis) is adják a fluorescentia jelenséget. A vizsgálatot vagy az üreges szervek öblítő folyadékából (hólyagmosó folyadékból bizonytalan eredményt ad) vagy in situ endoscopos úton végzik: ehhez speciális eszköz szükséges.

A hólyagtumorok ultraibolya fényben való vizsgálata elméletileg a következő diagnosztikai lehetőségeket nyújtja: 1. a jó- és rosszindulatú daganatok; 2. gyulladás és leukoplakia elkülönítése, 3. recidiv hólyagpapilloma malignitásának eldöntése, 4. próbaexcisióra alkalmas terület kiválasztása, 5. in situ tumorok korai felismerése.

A szerzők az eddigi bizonytalannak látszó adatok utánvizsgálatára 52 hólyagdaganatos betegnél végeztek megfigyelést. A betegek Ledermycin capsulát kaptak 4—7 napig, a kúra befejezte után 36 órával speciális cystoscoppal végezték a vizsgálatot. A szem számára látható sugarakat szűrővel felfogták, az ultraibolya fényt külön készülékkel vetítették be a hólyagba. Így a vizsgálat alatt a hólyagban teljes sötétség uralkodik, csak a fluorescens positiv területek fénylenek.

52 beteg közül 31-en sikerült elvégezni a vizsgálatot (a többinél vérzés lépett fel), 15-ön positiv eredménnyel, ebből két esetben hamis positiv, két esetben hamis negatív eredményt kaptak, 9 nem adta a reactiót.

Megfigyelésük szerint a vizsgáló eljárás biztonsága csupán 50%-os volt, ellentétben az irodalom 80% körül mozgó adataival. Nem minden tumornál volt egyaránt kimutatható a jelenség. A próba-excisióval is nehézségek merültek fel, mert a fluorescentia csak sötétben látható, míg az excisio csak a szem kontrollja mellett végezhető el. Tovább rontja az eljárás megbízhatóságát, hogy az incrustatumok is erősen fluorescálnak. Véleményük szerint a vizsgáló eljárás — még a jó technikai felvételek birtokában is — csalódást okozott és nem tette lehetővé a hólyagtumorok differenciáldiagnosztikáját, hasonlóképpen a kezdődő hólyagdaganatok felismerését sem.

Rosdy Ernő dr.

216 emberi vesetransplantatio után észlelt urológiai szövődmények. Starzl, T. E. és mtsai (Univ. of Colorado School of Medicine and Veterans Administration Hosp., Denver, Colorado): Annals of Surgery. 1970, *172*, 1—22.

A szerzők 216 betegen összesen 234 vese-transplantatiót végeztek. A vizelet elvezetésére alkalmazott műtéti megoldásokat ismertetik és értékelik. A kontroll vizsgálatok a transplantatiótól számított 1—7½ év után történtek. Az uretert 178 esetben hólyagba ültették (a nyálkahártya alatt néhány cm-es alagútban vezették), 58 esetben ureter vég a véghez anastomosist, egy esetben pedig ureter-pyelostomiát végeztek. Ureterkathetert nem alkalmaztak. A hólyagkathetert a műtét utáni napon eltávolították. A vizelet-passage ellenőrzésére az első hetekben, majd 3—6 havonként készítettek iv. pyelographiát. Urológiai komplikációk mintegy 10 százalékban fordultak elő, egyformán mindegyik műtéti típus után.

A mortalitás főleg az első 6 hétben jelentkező komplikációk miatti műtétek után volt magas. A reoperációk oka: vizeletsipoly (9 esetben), ureterelzáródás (4 esetben), vérzés (2 esetben). Amennyiben az első műtétnél az uretert a hólyagba ültették, a szükségessé váló reoperáció során ureter vég a véghez anastomosist készítettek, ureteranastomosis sikertelenségénél a reoperáció során a heges részt kimetszették és új vég-anastomosist készítettek.

15 betegből 9 halt meg az első évben, közülük 5 urológiai szövődmények miatt. A korrekciós urológiai műtétek a transplantatio után átlag 2½ évvel történtek, ezeknél nem volt halálozás. Közöttük 5 késői strictura, 2 külső compressio (lymphocele), egy ureterkő szerepel, mely az anastomosisnál arrodálta a falat. A rekonstrukciós műtét 5 esetben ureter vég-anastomosis, egy esetben ureter-vesemedence anastomosis volt.

Tapasztalataik alapján transplantatio során előnyben részesítik az ureter hólyagba ültetését, az ureter vég-anastomosissal szemben. Állásfoglalásukat azzal indokolják, hogy bár a szövődmények egyforma gyakorisággal fordulnak elő mindegyik típus után, a hólyagba-ültetés előnyét abban látják, hogy sikertelenség esetén a reoperatiónál érintetlen ureterek állnak rendelkezésre, ezért a korrekciós műtétek eredményei jobbak.

Rosdy Ernő dr.

Ureterátmenet szűkületei miatt végzett reoperációkról. Wesolowski, S.: (Urol. Klinik d. Medizinischen Akademie, Warschau): Zeitschrift f. Urologie. 1970, *63*, 485—494.

30 beteg esetét analizálja, kiknél a pyeloureteralis határon műtét után ismételten kialakult szűkület és progrediáló pangás miatt

2 vagy 3 ízben kellett operációt végezni. Betegeit az első műtét jellegétől függően 4 csoportba sorolja. Első csoportban hydronephrosis miatt végzett operációk után alakult ki szűkület. A reoperatio (szűk rész hosszában felhasítva cső felett secunderen gyógyul) — Davis-féle „ureterotomia intubata", ill. Anderson—Hynes típusú műtét — 8 esetben jó, 4-ben kielégítő eredményt hozott. A második csoportban a szűkület egyszerű ureterotomiák után keletkezett: itt a szűkült szakasz resectiójával és új anastomosis készítésével jobb eredményt értek el, mint a Davis-féle műtéttel. A harmadik csoportban pangást okozó vas aberrans miatt érresectio, ureter-átültetés, ill. értranspositio történt. E műtétek egyike sem sikerült. A második megoldásként alkalmazott Foley-féle műtét szintén eredménytelen volt, a sikert itt is a Davis-féle, ill. az Anderson-féle műtét hozta meg, éppúgy, mint a negyedik csoportban, ahol az első műtétet vesekő és congenitalis szűkület tette szükségessé.

Az értékelésnél „objektív gyógyulás"-nak azt nevezték, ahol a beteg panaszmentes lett és az urographiás kép is jó eredményt mutatott, míg a „szubjektíve gyógyult"-aknál az urographián nem mutatkozott javulás.

A cikk célja rámutatni a műtét sikertelenségének okára, mely részben a pyeloureteralis határ meg nem oldott, valódi szűkülete, visszahagyott rendellenes ér, ill. műtét utáni hegesedés volt.

A rendellenes ér resectiójával egyidejűleg a vese alsó pólus eltávolítást ajánlja: megjegyzi, hogy nem látott hypertoniát kialakulni betegein akkor sem, ha a pólus nem került resectióra.

A szerző szerint is nehéz véleményt mondani arról, hogy melyik műtéti methodus hozza általában a legjobb eredményeket. Különböző eljárások ismertek, közöttük olyan, mely nem alkalmaz sem kathetert, sem draint. A szerző szerint helyesebb a transrenalis drain és ureterkatheter használata. A műtéti megoldás típusát a helyzetből adódóan egyénileg kell megválasztani. Anyaga elemzéséből megállapítja, hogy az eredménytelen műtétek utáni reoperációk során jóformán csak az ún. Davis-féle műtéttel, ill. ritkábban — ahol erre mód volt — a szűkült rész resectiójával lehetett eredményre jutni.

A komplikációk elkerülésére döntő a helyes műtéti indicatio, mert elhamarkodott plasztikai műtét után rosszabb helyzet alakulhat ki, mint az eredeti volt és ismételt műtétre kényszerülünk.

Rosdy Ernő dr.

Keringési zavarok okozta férfi potentia-zavarok. K. E. Loose (Chirurg. u. Angiol. Abtg. d. Städt. Krankenanstalten, Itzenhoe): Münchener med. Wschr. 1970, *112*, 405—412.

A férfi potentia neurovegetatív, hormonális, fizikális és psychikus kölcsönhatások függvénye, de feltétele a kismedence elégséges arteriás keringése. Ez utóbbiról lumbalis aortographiával kell tájékozódni. Érbetegein készült, 5000-nél több seria-angiographiát nézett át, 25%-ban talált obliteratiót a kismedencét ellátó rendszeren legtöbbször egy, ritkábban kétoldalon. Nem ritkán talált lumbalis sympathectomia után potentia-zavart, ebben is a keringési akadály a döntő ok.

Az aránylag nagy százalékban előforduló elzáródások a gyakorlatban legtöbbször nem okoznak működészavart, így impotentiát sem, mert a collateralisok általában elégséges vérellátást biztosítanak. Az esetek kisebb részében azonban a collateralis keringés nem elég, ilyenkor a működészavarok gyógyításának útja az intraarterialis gyógyszeres injectiós kezelés, sikertelenség esetén pedig az ér-reconstructiós és sympathicus-sebészeti műtéti megoldás.

Az aortát az alsó lumbalis vagy a subdiaphragmalis szakaszon punkálja, és 5 ml ½% novocaint, 3 ml Priscolt, 20 ml 10% calciumot, 10 ml magnesiumot és 20—30 ml Actihaemylt mint oxigen-utilisatort ad az aortába. Másnaponként vagy még ritkábban 15—20 ilyen befecskendezést végez. 20 000 betegén alkalmazta és még organikus ok esetén is tartós javulást ért el a panaszokban, így a potentiában is, mivel a spastikus componenst ezzel megszüntette. Ezt a hatást a kezeléssorozat után készített ellenőrző angiographia is igazolta. Kiegészítésül gyakran alkalmazott periduralis Pantocain blockadot is az a. iliaca int. neuroveget. spasticus keringési zavaraiban.

Ha ezekkel a conservativ módszerekkel nincs javulás, lumbalis sympathectomiát végez. Organikus elzáródásban, pl. aortavilla-elzáródásban is kitűnő hatást ér el vele. Az obliterált iliaca int., communis és a bifurcatio desobliteratióját vena- v. Dacron-pótlással végzi, jó eredménnyel.

Hajós Endre dr.

Benignus prostata-hypertrophia kezelése fenolinjekcióval. J. C. Angell: Brit. J. Urol., 1969, *41*, 710.

Az eljárás a század első felében alakult ki Indiában. 1966-ban Talwar és Pande próbálták ki a módszert 188 betegen 80%-os sikerrel. Véleményük szerint hasznos beavatkozás minden olyan prostatahypertrophiás beteg esetében, akiken a műtéti beavatkozás nagy rizikóval járna, ill. contraindicált, azonban totálretentió áll fenn.

A közleményben 87, válogatott betegen történt alkalmazásáról számolnak be. A betegek igen idős, keringési vagy légzési elégtelenségben szenvedő, decrepid vagy elmebetegek voltak. A beavatkozás során 3 ml gyenge, vizes phenololdatot fecskendeztek a prostatába, állandó katétert a beavatkozás után 1 hétig alkalmaztak.

Szövődmények: infectio nem volt, vérzés csak 1 esetben alakult ki. Ha az inj. paraprostaticusan kerül, azt kifejezett gáttáji fájdalom kíséri. 2 esetben fordult elő impotencia idős betegen. 20 esetben volt szükség többszörös injectiókra, a beavatkozás 10 esetközül 9-ben sikeres volt.

Kisbenedek László dr.

Enuresis ureterica. A nőknél előforduló ectopiás ureterszájadék. Boeminghaus, F., Schmitz, W. (Urologische Klinik der Universität Düsseldorf): Dtsch. med Wschr.. 1970, *95*, 1227—1229.

Az ureter congenitalis ektopiája nőkön és férfiakon egyaránt előforduló fejlődési rendellenesség. A rendszerint valamelyik oldali kettősveséhez tartozó számfeletti ureter férfiakon a külső hólyagzáró izomzat felett a hólyagba, ritkábban a vesicula seminalisba szájadzik, és így incontinentiát nem eredményez. (Fájdalmas vizelés, haematospermia, recidiváló epididymitisek kísérik). Nőkön az ureter szájadéka a sphincter vesicae externa alatt van, leggyakrabban a vestibulumban, húgycsőben, vaginában vagy az uterusban. Az állandóan csorgó vizelet éjjel csökken vagy megszűnik (enuresis diurna), általában nem okoz a stress-enuresishez hasonló vizeletszagot, mivel a csökevényes vese kevesebb vizeletet termel, amelynek ammóniák tartalma is kevesebb. Jellegzetes a kórképre, hogy a vizelés frekvenciája és a hólyag ürítése egyébként zavartalan. Az enuresis ureterica nem ritka, nagy forgalmú urológiai osztályok 12—24 havonta találkoznak 1—1 esettel. A pontosan felvett anamnesis alapján minden gyakorló orvosnak és gyermekgyógyásznak gondolnia kell ektopiás ureter lehetőségére enuresises panaszok esetén. A feltárt vulvában a vizeletcsepp megjelenésének észlelése általában nem ütközik nehézségbe. Indigocarmin adása után a kék vizeletcsepp, infusiós urographiánál a jellegzetes rtg kép erősítheti meg a diagnózist.

A szerzők a tünettan és a diagnosztikus lehetőségek ismertetése mellett 10 saját esetüket mutatják be. Legfiatalabb — 7 éves — betegüknél 7 hónapja, a legidősebb — 45 éves — betegnél gyermekkora óta állott fenn az incontinencia. 5 betegen jobb, 5 betegen baloldali ectopiás uretert találtak. 3 esetben a betegnek mk. oldalon kettős veséje volt. Az ureter szájadék 3 esetben a urethrában, 6 esetben a vestibulum vaginaeben, egy esetben az urethra diverticulumában helyezkedett el.

A therápia az esetek többségében heminephrectomia, mivel a csök-

kent funkciójú vese megtartása nem lehetséges. Ép vese esetén az ureter hólyagba történő implantatióját végzik.

Az enuresis ureterica helyes felismerése a beteg klinikai és szociális gyógyulása érdekében minél hamarabb kívánatos. Szükségesnek tartják, hogy makacs fluor vaginalis esetén is gondoljanak ectopia ureterica lehetőségére, mivel a vaginális elhelyezkedésű ectopiás ureter felismerése a legnehezebb. (E célból a szerzők által ismertetett vaginographiát — vaginoureteralis reflux vizsgálatát — ajánlatos elvégezni.)

Berkessy Sándor dr.

Retroperitoneális fibrosis. Hywell Jones, J. és mtsai (Univ. Coll. Hosp. London W. C. 1.): The American Journal of Medicine. 1970, *48*, 203.

A betegség lényege a retroperitonealis zsírszövet progressiv fibrosisa, amely az ureterek szűkítése révén obstrukciós uropathiához vezet. Uraemia a betegek 55%-ában lép fel, sokszor már a teljes ureter obstrukciót megelőzően, az ureterperisztaltika megszűnése miatt. Legfontosabb klinikai tünetek: az abdominalis és mellkasi fájdalom, uraemia, anaemia és a magas vérsejtsüllyedés. Gyakori, hogy ischaemiás szívelégtelenséggel, Raynaud-syndromával, mediastinalis fibrosissal, pleuralis fibrosissal, obstructiv cholangiopathiával, claudicatio intermittenssel és hypertensióval szövődik. Kórszövettanilag a korai stádiumban a retroperitoneális zsírszövet lymphocytás és plasmasejtes infiltrációját észlelni, később a collagén rostrendszer hyalinizálódik, a sejtes, infiltrációs aktivitás csökken, mindössze chronikus periphlebitis jelei színezik. A betegség aetiológiája tisztázatlan. Polysystémás megjelenési formái, az immunpathológiai képekben megszokott kezdeti gyulladásos tünetek, a kimutatható hypergammaglobulinaemia, valamint az exogen ágensek, mint haptenek kóroki lehetősége miatt ma az autoimmun kórképek közé sorolják legtöbben. Mind több adat szól amellett, hogy keletkezésében chronikus ergotamin, valamint Deseril-szedés, latens infekciók és egyes antibiotikumok (penicillin, streptomycin) játszhatnak szerepet. A szerzők 6 esetében, egy kivétellel, a fenti ágensek valamelyikét ki lehetett mutatni az anamnézisben. A betegség kezelésében — ureter obstrukció kialakulásakor — ureterolysis jön szóba. A corticosteroidok, paraamino-hippursav és a rtg-besugárzás eredményei nem egyértelműek. Javulást észleltek már egyszerű laparotomia, valamint myokardiális infarctus után is (adrenalin mobilizáció szerepe?). Hangsúlyozzák az urológiai megoldás fontosságát, valamint a corticosteroid kezelést a postoperativ szakban az ureter restenosisának elkerülésére.

Berkessy Sándor dr.

A here daganatai abdominalis kryptorchismus esetén. E. B. Marinbach (Otgyelénie abdominalnoj onkologii, Instituta Klinicseszkoj Onkologii, Moszkva): Urologija i Nephrologija. 1970, *35*, 3, 44.

Statisztikailag bizonyított, hogy rejtett herében daganat gyakrabban fordul elő. Az irodalmi adatok alapján 5—12%-ban a tumor rejtett herében fejlődött ki. A szerző 250 heredaganatos beteg adatait ismerteti. 16 betegben (6,4%) a here a hasüregben volt, 234 betegben a scrotumban levő herében fejlődött daganat. Rejtett here esetén a heredaganat felismerése lényegesen nagyobb nehézséget jelent. Érthető, hogy ezeken a betegeken rendszerint előrehaladott metastatio is van már. A 16 heredaganat közül 13 seminoma volt, és 1—1 pedig chorion-epithelioma, teratoma, ill. teratoblastoma. A rejtett heréjű heredaganatos betegeiket kombinált kezelésben részesítették. Első lépés: rtg-besugárzás, általában 4000 r, de nagy infiltratio eestében 10—12 ezer r-et is adtak. 2. lépés: a megkisebbedett here eltávolítása a besugárzást követő 10—15. napon. 3. lépés: chemotherapia, melyet a műtét után 7—10 nappal kezdenek meg. A klinikai tapasztalatok szerint csak a seminoma érzékeny radiológiai kezelésre és sarcolysinre.

Eredmények: 16 beteg közül 14 kapott kombinált kezelést. 14 beteg közül egy inoperabilis és radiológiai kezelésre resistens volt (teratoblastoma). 13 beteg közül 3 csak részlegesen és időlegesen mutatott érzékenységet chemotherapiára. 10 beteg a kezelést követően 1—10 éve egészséges.

Ha korai szakban történik a daganat felismerése, a rtg-besugárzást el lehet hagyni, elégséges a castratio és a chemotherapia. Leadbetter, Robson, Tresider egyoldali kryptorchismus esetén prophylaxisként javasolja a hasüregben retineálódott herék eltávolítását. A szerző ezt a műtétet 16 éves korban javasolja, amikor is a nemi érés befejeződik.

Csellár Mihály dr.

Luminescens cytologiai vizsgálatok a chronicus prostatitis diagnosztikájában. G. G. Korik (Urologicseszkaja Klinika, Leningrad): Urologija i Nephrologija. 1970, *35*, 1. 48.

Mint ismeretes, a chronikus prostatitis igen elterjedt betegség, és mivel klinikai képére egy szoros tünetegyüttes nem jellemző, diagnosztizálásában laboratóriumi módszereknek döntő szerepük van. Legfontosabb eltérésnek a prostata massatumban a leukocyták jelenlétét és a lypoid szemcsék megkevesbedését tartják. Az általában használatos nativ és festett készítményekkel történő vizsgálatnak sok hátránya van. A szerző luminescens mikroszkóppal vizsgálta 125 egészséges (kontroll) és 218 prostatitises beteg prostata massatumát. Egészségesek massatumában kevés a hámsejt és ezek a kenetben egyenletesen oszlanak el. Chronikus gyulladás esetén fokozott a desquamatio, a hámsejtek nagyobbak és degeneratív elváltozások figyelhetők meg. Kifejezett gyulladás esetén sok a nyák, necroticus szövet. A hámsejtek fénye megváltozik, lipoid szemcsék száma megkevesbedik.

Az egészséges kontrollokban 87 esetben 10-nél kevesebb leukocyta volt látóterenként; 22-ben 10—25, 16-ban 25—50 leukocyta. Mivel az epithel sejteken eltérés nem volt, a magas leukocytaszám ellenére sem kell gyulladásról beszélni. 218 beteg közül 149-en mind a luminescens, mind a hagyományos vizsgálat chronikus prostatitis mellett szól. 11-en luminescens mikroszkóppal történt vizsgálat nem igazolta a chronikus prostatitist. 52 beteg massatumát kezelés után vizsgálta, s bár a hagyományos módszer chronikus prostatitist mutatott, luminescens vizsgálattal a hámsejt nem mutatott gyulladásra utaló eltérést.

A szerző szerint előnye a luminescens vizsgáló módszernek, hogy a hámsejtek elváltozásait is meg lehet ítélni: a chronikus prostatitis diagnosisa így nemcsak a leukocytaszámon alapul, hanem a hámsejtek eltérésén is.

Csellár Mihály dr.

A gyermekkori vesico-ureteralis reflux röntgenologiai osztályozása. J. Abraham, S. Tuma (Pädiatrische Fakultät der Karls Universität, Prag, Zentralabteilung für Röntgenologie): Der Radiologe, 1970, *10*, 327—332.

936 gyermeken végzett mictiós cysto-urethrographia elemzését végezték el. Legfiatalabb betegük 2 napos, a legidősebb 15 éves volt. 240 esetben észleltek vesico-ureteralis refluxot, ez eseteik 25%-a. Egyéb kóros húgyúti elváltozást 536 esetben láttak, erre vonatkoztatva a reflux gyakorisága 44,7%. A refluxot mértéke szerint három fokozatba sorolják: I. fokú refluxról beszélnek, ha a kontrasztanyag visszajut az ureterbe, de a felső húgyutakat nem tölti ki teljesen, II. fokú a reflux a felső húgyutak kitöltöttsége esetén és III. fokú, ha emellett durva tágulat is áll fenn. Megkülönböztetik az egy- és kétoldali, a passiv és activ refluxot.

Kóroki szempontból ugyancsak három csoportot ismertetnek: 1. primaer reflux esetén az ureter hólyagba szájadzásának elsődleges anatómiai elváltozását tételezik fel, 2. secundaer reflux mellett a húgyutak egyéb kimutatható kórfolyamata áll fenn, végül 3. idiopathiás reflux esetén egyéb kóros elváltozás a húgyúti rendszerben nem látszik.

Anyaguk e szempontok szerint a következő megoszlást mutatta: I.

TISERCINETTA

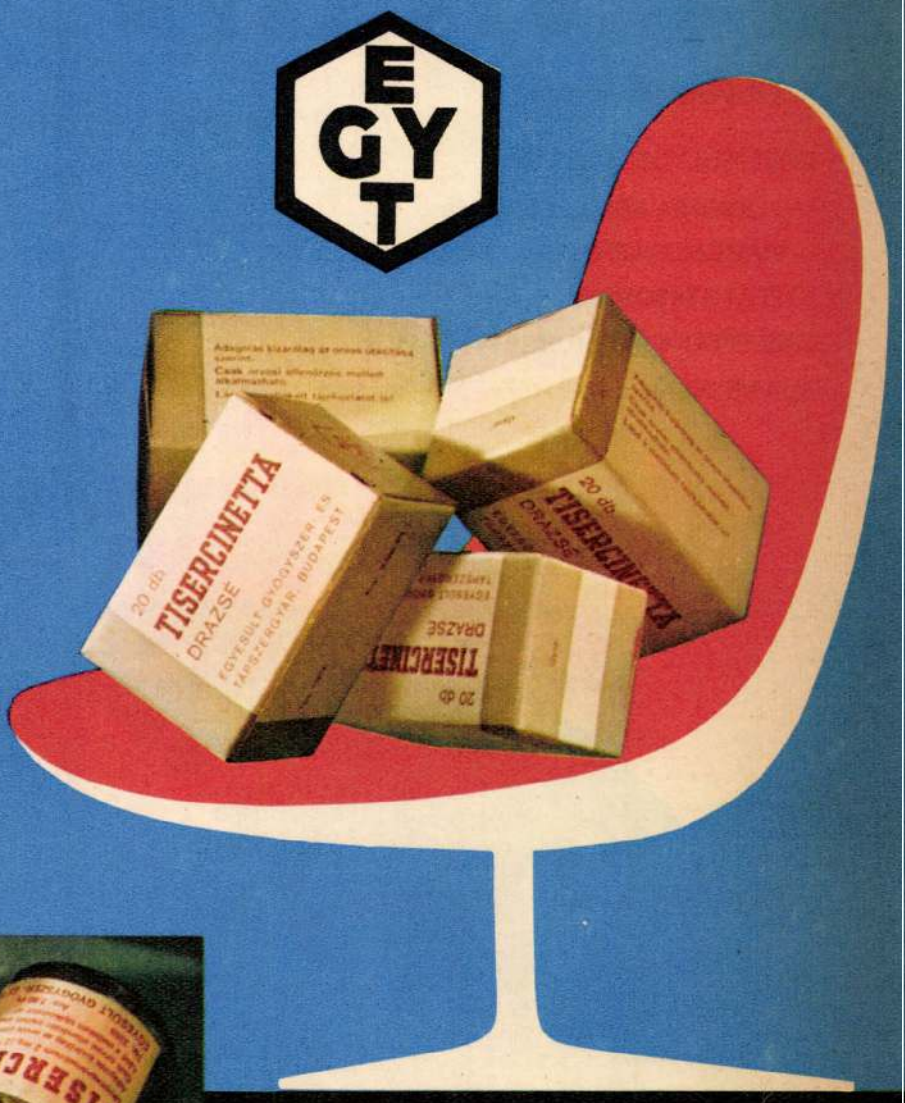
2 mg levomepromazin/drazsé

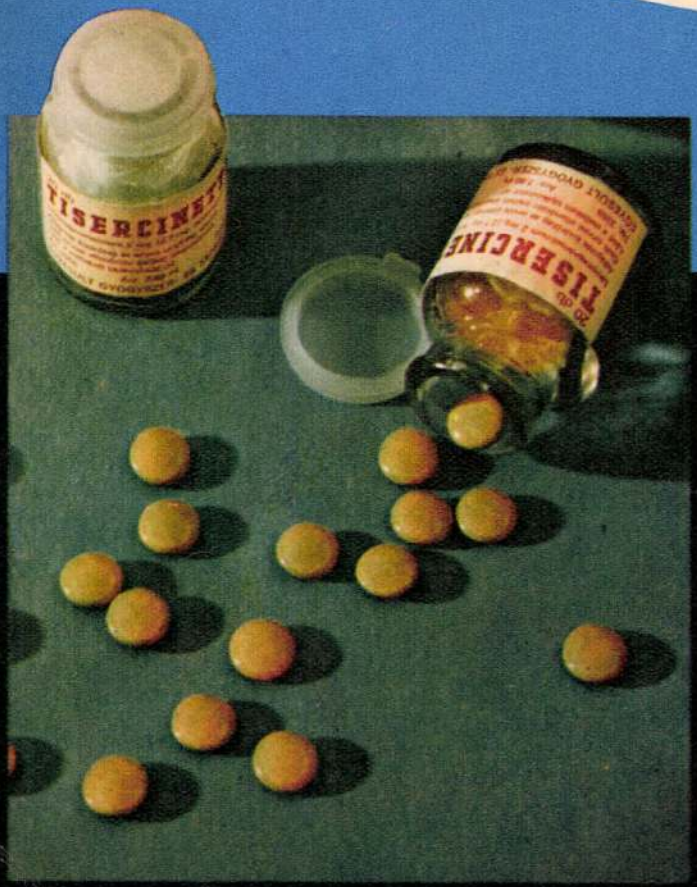
Subtherápiásnak tűnő adagjainak is határozott neuroleptikus hatása van:
csökkenti a szorongást,
ingerlékenységet
és a vegetatív panaszokat.
Nem deprimál, sőt:
kedvezően befolyásolja
a hangulati nyomottságot.

Javallatáról, adagolásáról és nemkívánt hatásáról a „Tájékoztató" c. kézikönyv nyújt felvilágosítást.
Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!
20 drazsé 7,80 Ft

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár
Budapest







Sanotensin

antihypertensivum

KÖZÉPSÚLYOS ÉS SÚLYOS
HYPERTONIA BETEGSÉGEKNÉL
— MALIGNUS LEFOLYÁSÚ KÓRKÉPEKNÉL IS —
HYPERTHYREOSISNÁL:
TABLETTÁNKÉNT 10, ILLETVE 25 MG
GUANETHIDIN SULF.

EGYT

Gyógyszervegyészeti Gyár
Budapest

Javallatáról, mellékhatásáról, adagolásáról és rendelhetőségéről a „Tájékoztató" című kézikönyv nyújt felvilágosítást.

40×10 mg tablettánként	17,80 Ft
200×10 mg tablettánként	82,80 Ft
20×25 mg tablettánként	20,10 Ft
200×25 mg tablettánként	181,50 Ft



fokú reflux 118, II. fokú 83, III. fokú 39 esetben. Ezen belül egyoldali 118, kétoldali 122; activ 63, passiv 70, activ-passiv 107. Primaer 25, secundaer 158 és idiopathicus 57.

Az ismertetett felosztás szerinti értékelés a kezelés megválasztásának szempontjait is szolgálja és egyben prognosticus jelentőségű is. A reflux alapvető okának az ureter-hólyag átmenet anatómiai elváltozását tekintik, és a fennálló infectiót vagy egyéb húgyúti kórfolyamatot csupán járulékos súlyosbító tényezőként értékelik.

(Ref.: Az utóbbi években főként az angol nyelvű irodalomban, egyre gyakrabban találkozunk azzal a nézettel, hogy a vesico-ureteralis reflux másodlagos jelenség, és elsődleges oka a legritkább esetben az ureter-hólyag átmenet anatómiai elváltozása. Ezzel szemben elsődleges az esetek döntő többségében manifest vagy latens húgyúti infectio lenne secundaer refluxszal és az ureter-hólyag átmenet másodlagos elváltozásával, mely az infectio megfelelő kezelése hatására többnyire normalizálódik. Ez az ellentmondás komoly gyakorlati jelentőséggel bír: ha ugyanis az anatómiai elváltozás elsődleges, döntő fontossága van a plasticai műtétnek. Ha viszont elsődleges az infectio, akkor ennek kezelése és a beteg megfelelő gondozása a tennivaló, és az esetleges plasticai műtét nemcsak felesleges, hanem káros is lehet. A közlemény hiányosságának tartom, hogy a röntgenológiai felosztást nem állítja párhuzamba a klinikai adatokkal, s így a felvetett problémát illető értékelésre lehetőséget eleve nem nyújt. A kérdés az irodalomban és a gyakorlatban is még eldöntetlen.)

Laczay András dr.

Belgyógyászat

Cronkhite—Canada-syndroma. Rösch, W. (Med. Klinik, Erlangen): Dtsch. Med. Wochenschrift. 1970, *95*, 478—479.

Mc Kusick hat genetikailag egymástól elválasztható familiáris polyposist különböztet meg: 1. Adenomatosis coli familiaris. 2. Kevés diszkrét polypus a colonban és rectumban. 3. Peutz—Jeghers-syndroma. 4. Gardner-syndroma. 5. Turcot-syndroma. 6. Multiplex endokrin adenomatosis.

1955-ben Cronkhite és Canada két betegben egy olyan kórképet írtak le, melyet diffus gastrointestinalis polyposis, bőrpigmentációk, alopecia és körömelváltozások jellemeznek. Azóta összesen 10 hasonló eset került közlésre.

A betegséget a familiáris polyposisoktól alapvetően az különíti el, hogy nincs pozitív családi anamnesis és a symptomák jelentkezésekor a betegek 40 évnél idősebbek. Malignus átalakulást egy esetben sem észleltek.

Vezető klinikai tünet a hasmenés, amely a betegség kimenetelére döntő befolyással van. Vizes, barnás-sárga székletek ürülnek, térfogatuk naponta 4-től 6 literig terjed. Jelentős elektrolit eltolódás, hypoproteinaemia (fehérjevesztés) figyelhető meg. Ezek klinikai megnyilvánulásai: a nagyfokú izomgyengeség, tetániás rohamok, és oedema.

Ellentétben a Peutz—Jeghers-syndromával, a pigmentációk nemcsak perioralisan és a nyálkahártyán, hanem a nyakon, alkarokon, és a ráncolódó bőrfelületeleteken is megjelennek. A körmök fehéresen megvastagodottak, könnyen törnek, legtöbbször egészen kiesnek. Valamennyi betegben kimutathatók a testszőrzet trophikus zavarai, így néha teljes kopaszodás is.

A Cronkhite—Canada-syndroma prognosisa a vékonybélből történő fehérjevesztéstől függ. Tíz beteg közül hat súlyosan progrediáló kahexia tünetei között meghalt.

Kórbonctanilag a gyomor, duodenum, vékonybél, colon és rectum generalizált polyposisáról van szó, néha azonban a vékonybél nincs érintve. Az etiologia ma is tisztázatlan. A kezelés a diffus elváltozások miatt is csak tüneti, még akkor is, ha két betegben részleges resectióval javulást értek el. Végleges therápiás irányelvet ma még nem lehet megadni.

A Cronkhite—Canada syndroma a familiáris polyposisoktól szignifikánsan elkülöníthető, ezért jogos önálló kórképként kezelni.

Preisich Péter dr.

Immun válasz Hodgkin betegségben. M. Schneider és mtsai: Presse Med. 1970, *78*, 1769—1774.

A szerzők 111 Hodgkin-kóros betegen végzett vizsgálat sorozatuk eredményeit foglalják össze táblázatokban és értékelik azokat. 71 férfi és 40 nőbetegük életkora 4—67 év között oszlott meg, 30 beteg a vizsgálat időpontjában complet remissióban volt. A betegség tartama betegeikben 15 nap és 162 hónap között változott. Részletes eredményeik:

1. *BCG bőrpróba* során a Hodgkinos betegekben gyakori anergiát figyeltek meg a 15 kontroll egyénhez viszonyítva (a próba pozitivitása 40, ill. 93% volt), s ezen belül szignifikánsan különbözött a remisióban levő betegek pozitivitása (63%) a relapsusban levőkétől (36%).

2. *Az in vitro vizsgált, phytohaemagglutininre adott lymphocyta transformatio mértéke* lényegesen csökkent a betegeken: átlag 35%, szemben a kontrollok átlagos 72%-ával. A betegség egyes stádiumaiban mutatkozó különbség nem szignifikáns.

3. *A periférián keringő lymphocyták száma* a betegekben átlagosan 1237, míg a 15 kontrollban 2611.

4. *A hyperbasophil sejtek (= immunoblastok) száma* a normál egyénekben 4,2 volt mm^3-kint, míg Hodgkin-kórban átlag 18,7, a különbség erősen szignifikáns.

5. *A vérben keringő immunglobulinok szintje* nem különbözött az egészségesekétől.

Adataikat elemezve kiderült, hogy az előzetes kezelés nem befolyásolta a fentiek szerint vizsgált immun választ. A BCG bőrpróba értékelésekor feltűnt, hogy ennek prognosztikai jelentősége is van. A fent felsorolt különféle tesztek között correlatiót felfedezni azonban nem lehetett.

Szemere Pál dr.

Az aldosteron okozta hypertensio valószínű mechanizmusa. Burstyn, P. G., Horrobin, D. F. (Department of Medical Physiology, Nairobi Medical School, Kenya): The Lancet 1970, *I.* 973—976.

Az aldosteron szintje Conn-syndromában, malignus hypertensióban emelkedett. Valószínűleg szerepet játszik chronikus renalis hypertoniások magas vérnyomásának létrehozásában is. Hypertoniát okozó mechanizmusa eddig tisztázatlan. A szerzők állatkísérletben (nyulakon) vizsgálták az aldosteron hatását a carotis sinus baroreceptoraira. A kísérleti állatokat 4 csoportba osztották, és a következő vizsgálatokat végezték:

Az 1. csoport iv. physiologiás só oldatot kapott infusióban: a vérnyomás nem változott.

A 2. csoportnak iv. isotoniás sóban aldosteront adtak: hosszú latentia idő után, az állatok vérnyomása kis fokban emelkedett.

A 3. csoportban kipreparálva a carotisokat, a sinus regióba tűt vezettek, ezen keresztül kezdetben physiologiás só oldatot, majd miután a vérnyomás nem változott, aldosteront adtak: az állatok vérnyomása rövid idő alatt significansan fokozódott. Ezeket az állatokat decerebrálták, mesterségesen lélegeztették, vérnyomásukat véres úton az art. femoralisan keresztül mérték. A kapott eredményekből azt a következtetést vonták le, hogy az aldosteronnak direkt hatása van a carotis sinus baroreceptoraira, mivel a tensio nem emelkedhetett sem a physiologiás só oldat hatására, sem szív, vese valamint az agyra gyakorolt direkt hatás következtében, ugyanis az állatokat decerebrálták, és az iv. adott aldosteron sokkal kevésbé és később emelte a vérnyomást, mint a direkt úton a carotisba juttatott. Az aldosteron valószínűleg úgy hat, hogy csökkenti a baroreceptorok érzékenységét, így csak magasabb arteriás vérnyomás tud kiváltani normális baroreceptor választ.

A 4. csoport volt a leglényegesebb. Itt 2—2 állat között keresztezett keringést hoztak létre úgy,

hogy a donor arteria femoralisából a vér a recipiens carotisába jutva csak a sinus régióval érintkezhetett. Physiológiás só oldat hatására a vérnyomás nem változott, valamint aldosteront adva iv. a donornak, annak vérnyomása alig emelkedett, de a recipiensé kifejezetten nőtt. Amikor a recipiens kapott aldosteront, tensiója nem változott. Az a tény tehát, hogy a donornak adott aldosteron csak a carotis sinus régióval érintkezve a recipiens vérnyomását emelte, igazolni látszik az aldosteron direkt hatását a baroreceptorokra. Amikor a recipiens kapott iv. aldosteront, vérnyomása nem változott — (Ref.: a vér nem jutott a lekötött carotisokba.) Szerzők valószínűnek tartják, hogy a donor tensiója azért emelkedett kevésbé mint a recipiensé, mikor aldosteront kapott, mert a donort csak altatták, míg a recipienst decerebrálták, így előbbinél nem szakították meg a negatív feed-back pályát. Normális esetben ugyanis a vérnyomás emelése a baroreceptorokon keresztül depressor reflexet vált ki, mely intact pályák esetében a vérnyomás következményes eséséhez vezet. A recipiensben az aldosteron vérnyomás emelkedést váltott ki — a depressor reflex kiesése miatt ez a hatás állandósult.

Ezeknek az eredményeknek klinikai jelentőségük van. Az aldosteron felelős lehet a hypertoniáért: Conn-syndromában, malignus hypertoniában, chr. renalis hypertensióban. A hypertonia malignus fázisában a vérnyomás emelkedése nem csökkenti — mint szokta — hanem valószínűleg a renin-angiotensin hatás miatt emeli a vér aldosteron szintjét. Az aldosteron fokozott secretiója tovább emeli a vérnyomást, circulus vitiosus jön létre.

Chronikus renalis hypertoniában az aldosteron secretio alig emelkedik a normális fölé, ezért szerepét eddig nem gondolták lényegesnek. A szerzők úgy vélik, hogy chronikus renalis hypertoniában is az aldosteron a hypertonia oka, és a baroreceptorokra való hatásuk — legalábbis részben — elsődlegesen felelős a magas vérnyomás létrejöttéért. (A baroreceptorok részben mint pressor, részben mint aldosteron receptorok szerepelnek).

Ezt a következőképpen, a negatív feed-back rendszer elvét használva magyarázzák: Ha valamilyen okból (pl. érszűkület) a renális keringés romlik, renin-angiotensin képződik, ez az aldosteron secretiót fokozza, emelkedik a vérnyomás. A vérnyomás emelkedése a renin termelést csökkenti, csökken az aldosteron vér szintje, csökken a vérnyomás, (romlik a vese vérátáramlása) és újból fokozódik a renin kiáramlása. A negatív feed-back rendszerben, ha a rendszer jól dolgozik, az effector teljesítményében bekövetkezett nagy változásoknak csak kis észlelhető eltérések felelnek meg. Jó példa erre a thermostat működése hidegben: a fűtőrendszer nagy teljesítménnyel dolgozik, a hőmérő higanyszála mégis a normális érték körül ingadozik.

(Ref.: A tensio emelkedése a carotis receptorokra hatva depressor hatást vált ki, a vérnyomás csökken. A vérnyomás tehát részben a baroreceptorok kiváltotta depressor reflex, részben az aldosteron hatás megszűnése miatt (baroreceptor mint pressor, és mint aldosteron receptor!) csökken. A vérnyomás emelkedésekor bekövetkező renin szint csökkenéséért részben a javuló renális keringés, részben a következő mechanismus felelős: a magas aldosteron szint a só retentio miatt a plasma-tér expansióját váltja ki, ez a renin secretio csökkenéséhez vezet.)

Farkas Ákos dr.

Légzési szünetek plethorás egyéneknél. B. Paramelle, és mtsai: Rev. Lyonnaise de Medicine 1970, *19*, 378—387.

Dickens az irodalomban egy figurát ír le a Pickwickiens alakjában, akit később 1956-ban Burwell az orvosi irodalomban pontosan definiált. A Pickwick-syndroma részletei: 1. nagyfokú elhízás, 2. nappali elálmosodás, 3. légzési szünetek, 4. izomremegések, 5. alveolaris hypoventilatio, 6. polyglobulia, 7. cor pulmonale.

Ezek a tünetcsoportok aránylag könnyen észlelhetők. Közülük a légzési szünetet és az alveolaris hypoventilatiót egyidejű pneumographiával észlelhetjük.

A tünetek a szerzők által megfigyelt esetekben mindig párhuzamosan jelentkeznek. A bemutatott betegek között pl. 3—4 kg fogyás már elegendő volt ahhoz,. hogy a respiratiós szünet eltűnjön.

Az egyes tünetcsoport összefüggéseit vizsgálva megfigyelték, hogy a légzési pausa, ill. az apnoë az oka a nappali alvászavarnak. Ezt a narkolepsiás állapotot jelezte az EEG görbe is.

Szántó Endre dr.

Phaeochromocytoma és diabetes együttes előfordulása. Karwowska-Stauber L., S. Seniow, Z. Kuznik: Pol. med. Science Hist. 1970, *13*, 4—7.

A két betegség együttes előfordulása nem túl gyakori és különösen ritka a diabetes jelentkezése a phaeochromocytoma sebészi gyógyítását követően.

A lengyel szerzők angol nyelvű közleményükben phaeochromocytoma 3 esetét írták le. Két esetben (44 éves nő és 40 éves férfi) diabetessel társult. Műtéttel mindhárom esetet sikerült meggyógyítani és a hypertoniás krízisek megszűnésével a szénhidrátanyagcsere zavara is rendeződött. Ezt azért is figyelemre méltónak tartják, mert az irodalomban közölt eseteknek csak alig több mint egyharmadában tűnt el a diabetes a tumor eltávolítása után.

A hypertonia — mint szerzők esetében is — általában megelőzi a diabetes kifejlődését, amikoris a diabetes a túlzott catecholamin, ill. adrenalinelválasztás következménye, melynek erős diabetogén aktivitása közismert. Egyik esetükben a műtét után a diabeteses retinopathia eltűnését is észlelték, és annak alapján a retinopathia kifejlődésében a catecholaminok szerepét is feltételezik.

A phaeochromocytoma diagnózisában az emelkedett catecholamin kiválasztás mellett az arteriographiát és retroperitoneális pneumographiát tartják döntőnek. Hangsúlyozzák, hogy minden olyan esetben, amikor a diabetes hypertoniával, atípusos angiospasztikus jelenségekkel, vagy orthostatikus rendellenességekkel társul, phaeochromocytomára kell gondolni.

Angeli István dr.

Burning-feet syndroma malabsorptio által előidézett és riboflavinnal gyógyított esete. Lai, C. S., Ransome, G. A. (University of Singapore): Brit. Med. J. 1970, *2*, 151—152.

A burning-feet syndroma elsősorban trópusi országokban hiányos táplálkozás következtében vált ismeretessé, de gyakran észlelték a II. világháború alatt japán hadifogolytáborok lakóin is. E syndromát vitamin-hiánnyal hozták összefüggésbe, riboflavin-, nikotinsav-, illetve pantothensav-hiány oki szerepére gondoltak.

A szerzők Singaporeban egy 21 éves burning-feet syndromában szenvedő nő esetét közlik, aki a talpak igen erős, állandó, de éjjel még jobban erősödő égő fájdalma miatt került felvételre. A talpak nyomásra nem voltak érzékenyek, a lábak normálisnak tűntek, izomerő megtartott volt, sensoros-, vagy reflex-kiesés, illetve kóros reflex, vagy érszűkületre utaló jel nem volt észlelhető. Diarrhoea, glossitis vagy stomatitis angularis nem volt.

Laboratóriumi vizsgálatok közül: Hgb: 10,3%, se. vas: 84 μg/100 ml, se. alb.: 3,4 g%, se. globulin: 3,6 g%, se. calcium: 8,8 mg%, csontvelőben mérsékelt normoblastos hyperplasia, xylose-test (25 g per os terhelés után 5 órás vizelet-gyűjtésben a kiválasztás csak 0,7 g) kóros, per os glucose terhelési görbe lapos, az A-vitamin felszívódás (350 000 I. U. A-vitamin per os adása után 5 órára a se. A-vitamin szintje csak 340 I. U./100 ml, normálisan legalább 500 I. U./100 ml) csökkent mértékű.

A jejunális biopsia részleges boholyatrophiát mutatott.

A szokásos kórházi diétából a májat kirekesztették és napi 6 mg riboflavin inj.-t adtak im. Az égő fájdalom — , amely addig semmiféle analgeticumra nem enyhült —, 3 napos riboflavin-kezelésre lénye-

gesen csillapodott és a 6. napra teljesen megszűnt.

A szerzők a riboflavinnak e drámai hatása alapján megerősítve látják azt a hypothesist, hogy a burning-feet syndromát riboflavinhiány okozza. Feltételezik, hogy esetükben a riboflavin-hiány malabsorptióval függött össze, és ehhez a beteg hiányos táplálkozása és az előző öt terhessége is hozzájárult.

Kisfalvi István dr.

Systemás Lupus Erythematosus, 1 típusú dysgammaglobulinaemia és lymphoma együttes előfordulása. Smith, C. K., Cassidy, J. T., Bole, G. G.: The Amer. J. of Medicine 1970, *48*, 113—119.

A szerzők egy 63 éves nőbeteg kórtörténetét ismertetik. A beteg halála előtt 1 évvel diagnosztizálták a Systemás Lupus Erythematosusát (SLE). A jellegzetes klinikai tünetek mellett szerologiai pozitivitásai a következők voltak: sok haematoxilin mellett kevés típusos LE-sejt, antinuklear faktor és kryoglobulin pozitivitás.

Az immunglobulinok közül az IgG és IgA csökkenését, valamint az IgM felszaporodását észlelték. Az antinuklearis faktor és a kryoglobulin is IgM természetű volt. A típusos LE-sejtképződés csökkent voltát az IgG alacsony értékére vezették vissza. A beteg halála előtt 1 hónappal nyirokcsomó megnagyobbodást figyeltek meg. A halál oka tüdőgyulladás volt.

A kórboncolás során az SLE-re jellemző kórszövettani változások mellett a májat és lépet is infiltráló retroperitonealis dominanciájú lymphoma histologiailag kevertsejtes (plasmocytoid + reticulumsejt) lymphoproliferatiónak bizonyult. Az irodalomból további 8 SLE + lymphoma esetet tekintenek át. Az SLE-lymphoma-dysgammaglobulinaemia együttes előfordulása felveti e kórképek szorosabb kapcsolatának lehetőségét (közös ok?) is.

Szegedi Gyula dr.

Peutz—Jaghers-syndroma. Palme, G., von Wolff Chr. (Medizinische Klinik und Poliklinik im Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin.): Der Internist 1970, *11*, 133—134.

Peutz 1921-ben írta le a perioralis pigmentfoltok és a gastrointestinalis polyposis kombinációját. A szerzők esetük ismertetésével kívánták erre felhívni a figyelmet. Hangsúlyozzák, hogy az oly szembetűnő pigmentfoltok láttán — melyek az ajakpírra is ráterjednek — gondolni kell erre a syndromára. A gyakorlatban csak a polyposis valamely súlyos szövődményének a fellépésekor diagnosztizálják. Betegük bizonytalan hasi panaszokkal jelentkezett. Arcán a jellegzetes pigmentáció. Érdekessége volt még az ujjak hajlító felszínén is megjelenő szokatlan pigmentáció. Több mint tíz évvel előbb a polypokat már eltávolították, s a hasi panaszokat esetleg magyarázó újabb polypokat azonban nem találtak.

(Ref.: Felhívjuk a figyelmet az egyébként discrét bőrtünetek — elsősorban pigmentfoltok — jelentőségére, melyekhez nem ritkán komoly belszervi elváltozások csatlakozhatnak s ezek korai felismerése a betegség kimenetelét kedvezően befolyásolhatja.)

Hamar Matild dr.

A standard syphilis seroreakciók felhasználása autoimmun kötőszöveti megbetegedések diagnosztikájában. Chronikus biológiai fals-pozitív reakció és anticomplementer aktivitás. Johanson, E. A. (Department of Dermatology, University Central Hospital, Helsinki): Acta Dermatovener. (Stockholm): 1970, *50*, 305—308.

A standard syphilises seroreakciók során kapott chronikus biológiai fals-pozitív reakció többnyire autoimmun kötőszöveti folyamatra, elsősorban systemás erythematodesre utal. Világirodalmi adatok szerint az esetek 10—25%-ában. Anticomplementer aktivitás szintén emellett szól. Szerzők kórházi bőrbetegeken 1964—66 évben végzett 6737 vizsgálat eredményét értékelték. 31 esetben kaptak pozitív eredményt mind a csapadékos, mind a komplementkötési próbával, amikor sem klinikai tünet, sem az anamnézis nem utalt syphilisre. A TIT és az FTA próba is negatív volt. Ezen betegek kétharmada 10—40 év közötti nő volt. Egyharmadukban az antinucleáris faktor is kimutatható volt. 9 esetben cryoglobulin, 8 esetben rheumatoid faktor. A vizsgáltak 25%-ának systemás erythematodese volt. 5-nek rheumatoid arthritise, 4-nek sarcoidosisa volt. A vizsgált esetek 0,5%-a adott chronikus biológiai fals-pozitív eredményt.

Anticomplementer aktivitás az esetek 0,4%-ában jelentkezett. Ezek között is volt 4 systemás erythematodes. 3 purpura, 3 necrotisáló vasculitis. Tehát anticomplementer aktivitás esetén erythematodes mellett dysglobulinaemiával járó vasculitisre, malignus lymphomára, myelomára is kell gondolni.

Hamar Matild dr.

Acut pneumoniában szenvedő betegek peripheriás vérképe a grippe A_2 (Honkong) fellobbanásának idején 1968. jan.—1969. márc.-ig. G. F. Abkarovics (Ivano-Frankovszki Városi Kórház, Prikarpatje): Gigijena Truda i Professzionalnije Zabolevanija. Moszkva, 1970, *5*, 275.

Több szerző utalt már arra, hogy az acut grippés pneumoniák esetében a peripheriás vérkép változott, nevezetesen csökkent a leukopeniás tendencia, szaporodott a leukocytosissal, vagy a normocytosissal, monocytosissal járó esetek száma.

A szerző a grippe A_2 (Honkong) járvány idején megfigyelt pneumoniás betegek vérképvizsgálatairól számol be. 65 beteget kezeltek (18—50 évesek), 40 esetben a tüdőgyulladás acutan, 25 esetben fokozatosan fejlődött ki. Kifejezett grippére utaló tüneteket 42 esetben észleltek, közülük 19 esetben a grippe alatt, 23 betegben a grippe lezajlása után alakult ki a pneumonia. A betegek több mint fele előzőleg gyakorlatilag egészséges volt, a többi chronicus bronchitisben, v. cardiorespir. megbetegedésben szenvedett. 59 esetben rtg-vizsgálat is alátámasztotta a pneumonia diagnosisát.

Figyelemmel kísérték a vvt.-, fvs.-szám, qualitativ vérkép és vvt.-süllyedés alakulását felvételkor, a betegség 5—6-ik napján, és elbocsátás előtt.

Megfigyeléseiket a következőkben összegezik:

1. A vvt.-k részéről különösebb eltérést nem tapasztaltak.

2. A fvs.-szám 3200—20 000 között ingadozott, az acut szakban leggyakrabban leukocytosist (30 eset) találtak, ritkábban normocytosist (25 eset) és leukopeniát (10 eset). Az interstitialis pneumoniát többnyire leukopenia, a gócos pneumoniákat jelentős leukocytosis kísérte. A kezelés folyamán a antibiotikus th. hatására a vérkép gyors normalizálódását figyelték meg, 8 súlyosan intoxicált betegben azonban távozáskor is enyhe leukopeniát észleltek (4000—5000).

3. Lymphocytopenia mint az intoxicatio jelzője, a betegség első napjaiban volt kifejezett, a lázas időszak végére a lymphocyták száma megnövekedett és a betegség végére a kezdetben észlelt monocytosis csökkent.

4. A vvt.-süllyedés felvételekor 8—60 mm/ó között változott (20 esetben 20 alatt, 26 esetben 21—40, 19 esetben 40 felett); elbocsátáskor csökkenő tendenciát mutatott, de nem normalizálódott minden esetben.

Fenyvesi Éva dr.

Perinatalis kérdések

Az újszülött nyugalmi bradycardiája. F. Graser (D-6200 Wiesbaden Schwalbacher Str. 62.): Monatsschrift für Kinderheilkunde 1970, *118*, 299—301.

Az érett, egészséges újszülött percenkénti szív-frequentiája 100—140 között van. Ha 100 alá esik, már figyelmet érdemel; amennyiben 90 alatt marad, felveti az atrioventricularis block gyanúját. Sinusbradycardia újszülöttben, vagy csecsemőben általában ritka; mégis a szakember saját tapasztalatából tudja, hogy 28—30 °C-os szobahőmér-

sékleten, teljes nyugalomban, 100/perc alatti frequentia — nagy gondossággal — nem egyszer megállapítható. Ezt az alvási bradycardiát a legcsekélyebb külső inger áttörheti, minden motoros aktivitás kiváltása nélkül; ezért igen nehéz és körülményes az észlelése, vagy regisztrálása. Mechanocardiographiás vizsgálatokkal azonban számos részletét meg lehet közelíteni. Kiderült ezekből, hogy az újszülött szíve alvási bradycardiában egyedülállóan és sajátságosan viselkedik. A *mechanikus systole* nincs szoros összefüggésben a szív frequentiával, sőt 100/perc alatti bradycardiában kifejezetten megrövidül, szemben a nagyobb gyermek, vagy felnőtt szívműködésével. Ugyanezt lehet mondani a *kiáramlási időszakról* is, amely csak lényegtelenül hosszabbodik meg hasonló helyzetben. A mechanikus systole kezdő fázisa, az ún. isovolumetriás fázis, vagy *feszülési időszak* az első élethéten — egészséges újszülöttben — általában megnyúlt; a vizsgálatok azt mutatták, hogy nyugalmi bradycardiában egyre csökkenő frequentia mellett is, a feszülési időszak megmarad ugyanazon szinten, vagy alig változik.

Az újszülött bal-szívfelében lejátszódó bradycardiás rövid systole eleve feltételezi, hogy hosszú időtartamú diastole tartozik hozzá.

Az adatokból kiszámítható, hogy alvási bradycardia idején az egészséges újszülött *szívmunkája* lényegesen nem változik. Felveti azonban a kérdést, hogy ilyen helyzetben miért nem nő jelentékeny mértékben a verőtérfogat és ezzel egyetemben a systole tartama is. Mindenesetre nehéz lenne összeegyeztetni a verőtérfogat kompenzatórikus emelkedésével azt a tényt, hogy bradycardiában nem növekszik sem a systolenak, sem a kiáramlási időnek a tartama. A balkamra-izomzat fejlettségének ismeretében kézenfekvő annak feltételezése, hogy a csökkenő frequentiával arányosan emelkedő verőtérfogatnak határt szab a balkamra ereje és kapacitása. Éppen ezért sinusbradycardia az első életnapon nem is alakulhat ki csak teljes testi nyugalomban, energetikailag indifferens környezeti hőmérsékleten, amely lehetővé teszi az oxidativ folyamatok redukcióját.

Az ilyen bradycard-megtakarító beállítás egészséges újszülöttben, alvás alatt, magasabb környezeti hőmérsékleten — incubátor, nyári hőség — úgy látszik, gyakrabban fordul elő, mint eddig gondoltuk. Hogy az ilyen parasympathicotoniás elernyedés az első életnapon előnyös, esetleg célszerű is — fogadjuk el. Nyomatékosan rá kell azonban mutatni, hogy a bradycardia megviselt újszülöttben és koraszülöttben — különösen hypoxiás állapotban — erősen terhelő symptoma lehet; ezen esetekben gyorsan át kell tekinteni a helyezetet a sürgős therápiás intézkedések megtételéhez. Amennyiben ingerképzési vagy vezetési zavar tartja fenn a bradycardiát, a vázoltak értelmében haladéktalanul sedativumot kell adni, az indifferens környezeti hőmérséklet egyidejű biztosításával.

Kiss Szabó Antal dr.

Cseretransfusiót követő vékony- és vastagbél perforatio. M. W. Hilgartner, Ph. Lanzkowsky, Ph. Lipsitz (Division of Pediatric Hematology, Cornell University Medical College—New York Hospital): American Journal of Diseases of Children 1970, *120*, 79—81.

Az újszülött cseretransfusióját követő bélperforatio kérdésének újabban fokozott figyelmet szentel az irodalom; míg 1950 és 1968 között csak 6 esetről történik említés, addig 1968-tól napjainkig, további 15 bélperforatio és következményes peritonitis ismertetésére került sor csupán az angliai és kanadai folyóiratokban. A közlemény újabb két esettel egészíti ki az eddigieket — tekintettel a kérdés nagy gyakorlati fontosságára.

Az újszülöttkorban elszenvedett bélperforatio ritka kórkép, éppen ezért az orvos könnyen elnézi, ha nem figyel a korai tünetekre; pedig gondolni kell reá mindig, akkor is, ha köldök-vénán át végzett vércserét követően, az újszülöttől vér és bőséges nyálka távozik a széklettel.

Az így előállott kórkép kezdeti tünetei többnyire általánosak, és nem mindig terelik helyes irányba a diagnózist. A puffadt has, az epés hányás, a bélhangok elcsendesedése, a rtg alatt észlelt tág belek — ha a kórkép lehetőségére nem gondol az orvos — esetleg nem vetik fel a hasi történés urgens voltát; a félre nem diagnosztizálható tünetek pedig — a csecsemő hirtelen lesápadása közben, fénylő, feszes has mellett, rtg-nel látható levegőgyülem a rekesz alatt — többnyire csak 2—3 nappal a vércsere után lépnek fel, s ekkor a hasi katasztrófa már teljességében kifejlődött.

A bélperforatio pathomechanizmusát nem könnyű megmagyarázni. Inkább csak valószínűsíteni lehet, hogy a köldök-véna kathéterezése kapcsán létrejött portarendszerbeli haemodynamikai változás az oki tényező; ez vasospasmust, hypoperfusiót, hypoxiát okoz a bélrendszerben, s infarcerálódás, necrosis és perforatio lesz a következmény.

Radioisotópos vizsgálattal kimutatták, hogy a köldök-vénába bevitt anyag könnyen szétáramoltatható a portális rendszerben és az alsó, valamint felső mesenteriális vénákban. Az is igazolható, hogy a kathéter vége gyakran jut a vena portae rendszerébe, a ductus venosus helyett, amennyiben utóbbinak szájadéka szűk vagy nehezen passálható.

Az anatomiai viszonyokból az következtethető, hogy az alsó mesenteriális vénában jelentkező haemodynamikai változás a colon, míg a felső mesenteriális véna nyomásváltozása a vékonybél perforatióját eredményezi.

Számszerűen a vastagbél perforatiója a több, bár mind a vastag, mind a vékonybél átfúródásáról több esetben tesz említést az irodalom.

[Ref.: Érdemes a közleményt eredetiben is elolvasni, mert az ismertetésre került két csecsemő jó példa mind a vékony, mind a vastagbél perforatiójára. Amennyiben a vázolt hypothesis igaz — mert szerzők annak tartják — úgy egyik csecsemőjükben a felső vékonybél átszakadás, másikban az alsó mesenteriális véna — colon perforatio — haemodynamikai zavaráról volt szó; de jó példa arra is, hogy mennyire bizonytalanok lehetnek a kezdeti tünetek.

Az umbilicalis vénán keresztül eszközölt egyre gyakoribb therápiás beavatkozás (infusió, vércsere) megteremti a lehetőségét a bél — említett mechanizmus alapján létrejött — mind gyakoribbá váló perforatiójának is. Erre figyelemmel kell lenni, különösen szem előtt tartva a korai tüneteket. Csak így jutunk gyors és eredményes beavatkozáshoz és az újszülött életének megmentéséhez.]

Kiss Szabó Antal dr.

Megszületés után jelentkező szívrhythmuszavar. R. Sacrez és mtsai (Hospices Civils, Clinique Infantile Universitaire F-67 Strassburg): Monatsschrift für Kinderheilkunde 1970, *117*, 261—263.

A fötális szív rhythmusát ma már gondosan észlelik minden szülészeti osztályon elsősorban azért, mert gyakran ez szabja meg a beavatkozás szükségességét. Nem mondhatjuk el ugyanezt a már megszületett csecsemőről, pedig a különféle rhythmus-zavarral ezeknél is számolnunk kell: a szívakciók számának gyorsulása, lassulása, a paroxysmális tachycardia, a pitvarlibegés és extrasystolia.

Ahhoz, hogy az újszülött szívrhythmus zavarairól pontos képet alkothassunk, nagyszámú csecsemőt kell megvizsgálni hosszú észlelési időn át. Az eddigi — viszonylag kevés számú — vizsgálat a zavar gyakoriságát hangsúlyozza.

EKG-val gondosan ellenőrzött 743, 2300 g-nál nagyobb születési súlyú újszülöttről adnak számot a szerzők. Közülük 25 mutatott rhythmus-zavart. Ez a következőképpen oszlott meg: 9 extrasystolia, 4 tartós tachycardia 180/perc fölötti akció-számmal, 12 bradycardia hosszabb időn át 70/perc alatti frequentiával.

Feltétlenül érdekli a klinikust, hogy mi áll a zavarok hátterében. Erre nézve az irodalomból nem lehet egységes nézőpontot kialakítani. Különböző vizsgálók szerint a következők jönnek számításba: gyógy-

szerek hatása a szívizomzatra, a centrális idegrendszer zavara, a vegetatív idegrendszer izgalma, mint székelés, ásítozás, nyelés. A humorális tényező szintén e sorban szerepel: hyperkaliaemia, hypocalcaemia, anoxia, acidosis, polyglobulia.

A szerzők elsősorban utóbbi kérdést vizsgálták. Azt találták, hogy a 9 extrasystoliás újszülött közül 5-nek semmilyen humorális elváltozása nem volt. Ez kétségtelenül amellett szól, hogy extrasystolia felléphet a homöostásis zavara nélkül is.

A 4 tachycardiás közül kettőnek a státusa azután rendeződött, amint kezelték anaemiáját, egyidejűleg az acidótikus állapot megszűnésével, normalizálódott a tachycardia is.

A 12 bradycardiás csecsemőben valószínűsíthető leginkább az összefüggés a humorális zavarral. 11 újszülöttben találták meg valamilyen jelét az elváltozásnak, részben kombináltan is, éspedig: 5 acut anaemia, 5 acidosis, 3 anoxia, 2 hypocalcaemia. A bradycardia ezekben a csecsemőkben csak addig tartott, ameddig megtalálható volt a humorális elváltozás. Az említett zavarok bizonyos mértékben gátolják a sejtek optimális anyagcseréjét, így könnyen megérthető a szívműködés rendellenessége is.

Hasonló értelemben kell beszélnünk a therápiás teendőkről. A homöostasis normalizálódása gyakran elegendő a rhythmus-zavar megszüntetésére.

Végezetül újra csak hangoztatni kell, hogy az újszülöttkori rhythmus-zavar gyakori. Oka sokféle lehet, de a humorális elváltozásnak mindenképpen vezető szerepet kell adnunk; mindig erre gondoljunk elsősorban, de különösen, ha a bradycardia is megtalálható.

Kiss Szabó Antal dr.

Traumatologia

A radius proximalis végének izolált törése gyermekeken. Epidemiologia, kezelés és prognózis. Henrikson, B.: Acta Orthop. Scand. 1969, *40*, 246—260.

A göteborgi gyermekkórházban 1930—1950 között 91 izolált radiusfejecs-, ill. nyaktörést kezeltek. Közülük 45-öt 11—28 évvel a sérülés után megvizsgáltak (50 nyak és 5 fejecstörést).

Az 50 nyaktörés közül csupán 2 volt dislocatio nélküli, 25-ben mérsékelt, 23-ban nagyfokú volt a dislocatio. Ellátás után 12-ben maradt nagyfokú, 30-ban mérsékelt dislocatio, 6 esetben volt teljes a repositio. A súlyosan dislokáltak közül 3-ban radio-ulnaris synostosis alakult ki, 8 esetben volt jelentős arthrosis.

A klinikai eredmény 36 esetben igen jó volt, 11 esetben jó (15—20°-nyi flexió-extensiós vagy rotatiós mozgáskorlátozottság, mérsékelt fájdalom), 8 esetben gyenge (erősebb mozgáskorlátozottság, panaszok).

A radiusnyaktörés 50 esetéből az ellenőrzés során 40-ben nem találtak dislocatiót, a dislocatio 7 esetben mérsékelt, 3-ban nagyfokú volt. A könyök más törésekhez viszonyítottan gyakrabban volt valgus helyzetben, de ez csak 2 esetben haladta meg a 10°-ot. Elsősorban a pronatio-supinatio szenvedett dislokáltan maradt törések után. Jelentősfokú korlátozottság azonban csak olyan esetekben maradt vissza, ahol a nagyfokú dislocatiót nem reponálták, vagy a radiusfejecset később eltávolították.

Kazár György dr.

Baleseti artériasérülések. Maurer, P., H. Scherer. Fortschr. Med. 1969, *87*, 1317—1319.

98 artériasérülést dolgoztak fel. Az esetek közel egyenlően oszlottak meg közlekedési (33 eset), munkabalesetek (29 eset) és erőszakcselekmények (31 eset) között. Utóbbiak közül 15 verekedés, 16 öngyilkosság volt. Ezenkívül 3 házi- és 2 sportbaleset okozott artériasérülést.

11 esetben a törzs-nyak, 56-ban a felső végtag és 31-ben az alsó végtag erei sérültek meg. 70 esetben melléksérülések is álltak fenn (27 törés, 10 nagy véna-, 9 idegsérülés, 8 shock stb.). 11 betegüket vesztették el.

47 esetben tudtak helyreállító műtétet végezni, 47 esetben lekötötték az eret. A helyreállító műtét 24 esetben tovafutó és 6 esetben end-to-end érvarrat volt, 13 esetben a hiányt vénával hidalták át, 4 esetben került sor műanyag érpótlásra.

15 esetben (32%) thrombosis miatt reoperatio vált szükségessé. 9 esetben sikerült a thrombektomia, 4 esetben a sikertelen műtét miatt amputatio vált szükségessé. Két esetben arteriovenosus sipolyt, egyben traumás aneurysmát találtak.

Kazár György dr.

A has punctiós átöblítése a traumatologiában. Puyanne, L. és mtsai. J. Chir. (Paris) 1970, *99*, 371—380.

A hasi sérülésekben a zsiger-sérülések jellegének tisztázása sohasem volt könnyű feladat. A közlekedési balesetek, a polytraumatizáltak számának nagyarányú emelkedése még lényegesen nehezítette a kórismézést. Nem segít eléggé a klasszikus diagnosztika 3 eleme: az aetiológia tisztázása, a has ismételt gondos vizsgálata és a röntgenlelet sem.

A Bordeaux-i Traumatológiai Központban 1962—1968 között operált 100 hasi sérülés közül 61-ben más testrész súlyos sérülése is fennállott: 23 mellkasi, 14 mozgásszervi, 9 koponya sérülés, 15 esetben pedig két vagy több más testrész sérülése. 49 hasi contusio esetből 37-et operáltak meg, közülük 19-ben a klinikai kép megtévesztő volt: 13 ízben nem utalt a meglévő szervsérülésre, 6 alkalommal viszont hasi tünetek ellenére nem volt szervsérülés. A jelentős vérzés más területen is lehet, a különböző sérülések summálódása is megtévesztő.

A szükségtelen exploratív laparotomia közvetlenül is súlyosbíthatja a polytraumatizált állapotát, de késleltetheti a szükséges (mellkasi, vagy koponya) műtétet. A laparotomia à minima (kis behatolásból) is időveszteség, emellett nem megbízható. Ugyancsak nem ad megbízható eredményt a has egyszerű punctiója sem. 22 esetben végezték: 12 pozitív volt, 10 negatív, de utóbbiak közül *4 hibás negatív* volt. A laparoscopia *Paolaggi* szerint megbízható eljárás, viszont bonyolult és nem áll éjjel-nappal a traumatológus rendelkezésére.

Ezért végzik 1968 óta a has punctiós átöblítését. 500 ml savót juttatnak a hasüregbe, a leszívás az üveg egyszerű süllyesztésével történik. Ha már punctiónál tiszta vér ürül, sürgős műtéti javallatot jelent. Hasonlóan értékelik, ha punctiónál nem ürül vér, de az öblítésnél hígított vér ürül. Ha csak rózsaszín folyadék ürül, fokozott gondossággal ellenőrzik a sérültet, a katétert bennhagyják és az átöblítést néhány óra múlva megismétlik. Ha a savó tisztán ürül, akkor is helyén hagyják a katétert, hogy az átöblítést 6 óra múlva megismételjék.

15 hónap alatt 49 esetből 14-ben punctióval, 17-ben átöblítéssel kaptak pozitív eredményt, 18 eset volt negatív (4 rózsaszín, 14 tiszta folyadék). A 31 esetből 20 lép-, 7 máj- és 2 hasnyálmirigysérülést, 2 mesenteriumsérülést találtak, 8 esetben retroperitonealis szervsérülés állott fenn a peritoneum szakadásával.

Téves negatív esetük nem volt. Az eljárás lényegesen megrövidítette az időt a szükséges beavatkozásig. 25 májsérülésben hasonlították össze a sérüléstől a műtétig eltelt időt: az eljárás alkalmazása előtt 16 esetben átlagosan 16,5 óra után, az eljárás segítségével 9 esetben átlagosan 5,5 óra után operáltak. Ennek különösen polytraumatizáltak esetében igen nagy a jelentősége (shock, hypovolaemia).

A szerzők az eljárás előnyének egyszerűségét, gyorsaságát, megbízhatóságát tekintik. Hátránya csupán az, hogy esetenként jelentéktelenebb, műtétet feltétlenül nem igénylő vérzésnél is pozitív.

Az eljárás technikáját leírásban és képekben ismertetik.

Kazár György dr.

A thermikus trauma hatása a gyomorsavtermelésre. O'Neill jr., J. A. Surgery 1970, *67*, 267.

Állatkísérletben és égetteken vizsgálták a gyomornedv mennyiségét és aciditását. Az eredmények elég nagy szórást mutattak, annyi azonban bizonyossággal megállapítható volt, hogy a Curling-fekélynek nem feltétlen velejárója a hyperaciditás. Feltételezik, hogy e sérültek egy részénél a gyomorfalat védő mucosus réteg lehet vékonyabb és ilyen esetben „relatív hyperaciditás" áll fenn.

Novák János dr.

A plazma corticosteroid szintje baleseti eredetű hypothermiában. Sprunt, J. G., Maclean, D., Browning, M. C. K. Lancet 1970. I. 7642, 324.

A testhőmérséklet mesterséges csökkentése mind a klinikai tapasztalat, mind állatkísérleti adatok szerint a mellékvese hormontermelő működésének csökkenéséhez vezet. Ezért feltételezik, hogy a szervezet baleseti eredetű lehülése is hasonló következményekkel jár. Ennek ellenőrzését tűzték ki szerzők vizsgálataik céljául.

25 beteget vizsgáltak, akiknek rectalis hőmérséklete a kórházba szállításkor 32,5 C fok alatt volt. Mindössze négyükön találtak 11-hydroxycorticoid-szint csökkenést a serumban. E sérültek vérnyomása azonban nem volt alacsony.

A vizsgált sérültek nagy részének emelkedett 11-hydroxycorticoid szintjéhez 100 Hgmm alatti systolés vérnyomásmérték társult. Ennek alapján a szerzők nem tartják valószínűnek, hogy a szervezet általános lehűlését követő hypotensio létrejöttében a mellékveseinsufficientia elsődleges szerepet játszanék. Vizsgálataik során nem jutottak olyan adathoz sem, amely a mellékvese elégtelenségének a felmelegítés periódusában játszott szerepére utalt volna.

A plazma 11-hydroxycorticoid-szint emelkedését, feltételezésük szerint két tényezőre lehet visszavezetni. Egyfelől ismeretes, hogy hypothermiában a corticoid-lebontás lelassul. Valószínű továbbá, hogy a szervezet általános lehülését megelőző stress (koponyatrauma, stb) a hormonszint emelkedésével jár. Az is lehetséges, hogy a hypothermia kezdetben maga is stresskent szerepel. Ismeretesek erre vonatkozó anaesthesiologiai adatok.

7 betegen találtak hypothyreoidismusra utaló adatot. Ezek közül csak egy túlélő akadt.

Novák János dr.

Heveny arteria mesenterica superior syndroma súlyos égetten. Wallace, R. G., Howard, W. B. Radiology 1970, *94*, 307.

A szerzők az égésbetegség még nem leírt szövődményéről számolnak be. Egy év alatt 385 égett közül (150 súlyos sérült) háromban kórisméztek acut arteria mesenterica superior syndromát (arteriomesenterialis bélelzáródást). Mindegyikükön a gyomor-nyombél heveny obstructiója hívta fel a figyelmet a szövődményre. A kórismét a dilatált proximális duodenumrészletnek a gyomor-bél passage röntgenvizsgálata során látott képe igazolta. Ez egyébként e (Wickie-syndromának is nevezett)) tünetegyüttes obligát, kórjelző tünete.

A kezdeti konzervatív therapia (duodenumszonda, szondatáplálás) rendezte a betegek általános állapotát és így nyílott mód a side-to-side retrocolicus duodeno-jejunostomia elvégzésére, még az égésbetegség heveny szakában.

Novák János dr.

A trachea és bronchusok posttraumaticus rupturái. A kezelés javallatai 7 saját megfigyelés kapcsán. Couraud, L., Amar, A., Bruneteau, A. (Bordeaux): Presse medicale. 1970, *78*, 1823—1826.

A trachea és bronchusok traumás rupturái klinikailag 2 fázisban zajlanak: 1. az első napokban a képet a rupturált bronchuson keresztül történő levegőátfújás dominálja. Ez feszülő pneumothoraxban és súlyos, gyakran halálos mediastinalis emphysemában nyilvánulhat meg, de előfordulhat, hogy a környező szövetek elfedik a levegő szivárgását. E két állapot között minden átmenet előfordulhat.

2. A rupturált területen fibroticus-gyulladásos stenosis alakul ki; klinikailag ez tűrhető általános állapotban, de légzési nehézségekben nyilvánul meg (atelectasia).

A ruptura helye csak bronchoscopia útján határozható meg. Ugyancsak a bronchoscopos lelet nyújthat támpontot az elvégezhető műtétet illetően.

Az alkalmazható műtéti eljárások a következők: a trachea, ill. a nagy hörgők összevarrása; a lobaris hörgők resectiója; a segmentalis hörgők esetében resectio vagy a sebészi ellátás mellőzése. A stenoticus hörgőelváltozások létrejöttekor ugyanezen sebészi eljárások jönnek szóba, de ezeket gyulladásellenes és antibioticus kezelésnek kell megelőznie. Az utóbbi hat évben 7 saját esetet kezeltek: 1 esetben trachealis ruptura keletkezett, ezt elvarrással oldották meg: 6 bronchusruptura esetében 2 ízben bronchuselvarrást, 1 esetben pneumectomiát, 1 esetben endoscopos kezelést alkalmaztak, a 6. esetben pedig elálltak a sebészi kezeléstől. Hét esetükből két beteget vesztettek el.

B. Lőw Brigitta dr.

Fog- és szájbetegségek

Cukormentes, fogkímélő és nem cariogen bonbonok és édességek. Mühlemann, H. R. (Zahnärztliches Institut der Universität Zürich): Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde. 1969, *79*, 117—145.

1968-ban a svájci államszövetségi eü. hivatal engedélyezte a cukormentes bonbonok forgalomba hozatalát. Ezek nem tartalmazhatnak sem glucoset, sem fructoset, maltoset, amelyekből a szájban hydrolízis folytán organikus savak képződhetnek. Ezek helyett növényi gumi — sorbitol — a bonbonok alapanyaga, melyekhez mesterséges édesítőszereket tehetnek.

A bonbon hirdetésekben csak akkor szabad a *„fogkímélő"* szót használni, ha „in vivo" kísérletekben bebizonyul, hogy a fog-lepedék pH-ja 30 perc alatt sem süllyed 5,7 alá. A *„nem cariogen"* jelzőt pedig csak akkor szabad feltüntetni a csomagoláson és hirdetéseken, ha ezt legalább két évig tartó klinikai kísérletek igazolták.

A pozitív állatkísérletek még nem jogosítanak fel az említett jelzések használatára, mert még azt is bizonyítani kell, hogy a cariesredukció nem az állatok megváltozott táplálkozási szokásaira vezethető vissza; ugyanis sorbittal vagy hasonló anyagokkal végzett kísérletek nem specifikus caries redukcióhoz vezethetnek. Mindezek nemcsak a bonbonokra, hanem a hosszasabban tárolható süteményekre, kekszekre is vonatkoznak, mert ezek cariest okozó hatása is főleg a cukortartalmuktól függ.

Bruszt Pál dr.

Kísérleti és klinikai vizsgálatok a fogszú fluor prophylaxis új módjával. Marci, F., Negri, P. L., Staffolani, N. (Instituto di Clinica Odontoiatrica dell' Universita degli Studi di Perugia) Caries Research. 1969, *3*, 281—289.

Minél hosszabb ideig marad a fluorid érintkezésben a foggal, annál több hatol a fogzománcba. Ezért újabban néhány kutató NaF-ot és aminofluoridot tapadó pasztába kevert és így egészen 80%-os caries redukciót értek el. A szerzők ezen módszer értékét úgy vizsgálták, hogy cariogen diétán tartott patkányok fogait kezelték a tapadó fluoros pasztával, továbbá gyermekek zománcának fluorral való gazdagodását mérték meg ugyanazon paszta alkalmazása után.

A paszta összetétele a következő: 14,50 g paraffin olaj, 21,50 g vaselin, 12 g carboxymethylcellulose, 12 g pectin, 40 g H_2O; a pasztába 0,7% NaF-ot kevertek.

Cariogen diétán tartott patkányok egyik csoportjának fogait másnaponként, összesen 15-ször e fluoros pasztával kenték be, majd még 45 napig kapták ugyanazon

kosztot. 75 nap múlva úgy ezek, mint a kontroll állatok fogait megvizsgálták. Lényegesen kevesebb szuvas laesio keletkezett a fluoros tapadós pasztával kezelt állatok molárisain, mint a nem kezeltekben.

Emberi fogakon is kísérleteztek a pasztával éspedig hat 11—14 éves fiú fogait egyetlen egyszer, 8 másik fiúét pedig 8 héten át hetenként egyszer kenték be. E gyermekek állandó fogaiból különleges gyémánt trepánnal kis zománc darabot vettek ki kémiai elemzés céljából a kísérlet előtt, alatt és után.

Az említett paszta 85—110 percig tapadt a fogakon. Összetétele nem, vagy csak alig változott 30 perc alatt. Eredményeik azt mutatják, hogy a fluoros paszta egyszeri alkalmazása 63,9%-kal növelte a zománc fluor tartalmát, de 45 nap múlva alig maradt fluor a zománcban. 4 vagy 8 bekenés után a fluortartalom magasabb volt, mint az előző kísérletben és 45 nap múlva sem csökkent lényegesen.

Bruszt Pál dr.

Fluorretentio fluorozott fogpasztából. Herrmann, M. (Karies-Forschungsinsitut an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz): Zahnärztliche Welt/Zahnärztliche Rundschau. 1969, *78*, 12—14.

Hermann a fogszuvasodás ellen a leghatásosabb védelemnek az ivóvíz fluorozását tartja, de kétségtelen a fluoros fogpaszták, a fluorlakkok, a fluoros ecsetelés és a fluoros vízzel való öblítés hatásossága is. Nem szabad a túladagolás veszélyét hangoztatnunk, mert az igen ritka. De nem is szabad veszélyét lebecsülnünk. A fogorvos kötelessége, hogy kioktassa a szülőket, főleg a tekintetben, hogy kisgyermekek ne használják a fluorozott szereket felügyelet nélkül. Fokozottan kell a fluoros fogápolószerek használatára ügyelnünk, ha más úton pl. tabletták vagy ivóvízfluorozás útján is kerül fluor a szervezetbe. A fogpasztákat előállító cégeknek megfelelő utasításokat kell a tubusra nyomtatniuk. A mainzi intézetben állatkísérleteket végeztek arra vonatkozólag, hogy a fluorbevitel melletti D-vitamin adagolás mennyiben befolyásolja a femurban a fluor lerakódást. Gyomorszondán adagoltak patkányok csoportjainak fogpasztát. A fluorretentio magasabb volt azon állatokban, melyek fogpasztájában magasabb koncentrációjú volt a fluor. A D-vitamin adagolása befolyásolta a F-retentiót lényegesen.

Bruszt Pál dr.

A szájnyálkahártya praecancerosus állapotai. Kramer, I. R. H. (Dept. of Oral Pathology, Eastman Dental Institute, Gray's Inn Road, London, W. C. 1.): Annuals of the Royal College of Surgeons of England, 1969, *45*, 340—356.

A leukoplakia, mint a szájnyálkahártya leggyakoribb praecancerosisa, a XIX. század második fele óta ismeretes, de még ma sem egységes fogalmat takar. Szerző a leukoplakia elnevezést klinikai értelemben használja, értve alatta a szájnyálkahártya nem letörölhető fehér foltját — mely klinikailag nem sorolható más betegségcsoportba. Ezáltal elkülöníthető a lichen planus és örökletes szájnyálkahártya-elszarúsodás által okozott „fehér foltoktól". Mivel klinikailag alig állapítható meg, hogy melyik leukoplakia mögött húzódik meg már malignus elváltozás, a klinikus biztos diagnózist a pathológustól vár. A pathológus véleménye is gyakran szubjektív megítélésre támaszkodik — különösen áll ez a határesetekre —, mivel objektív, mérhető vagy számolható kritériumok nem állnak rendelkezésére, mint pl. a haematológusnak. Ez vezette a szerzőt arra, hogy munkatársaival együtt megpróbálja a computert a szövettani értékelés és diagnosis szolgálatába állítani. A diagnosis lényegében az adatok analízisére alapul, a pathológus által felismert egyes szövettani elváltozásokat a computer képes diagnosztikai kategóriákba sorolni.

A szerző 235 fehér szájnyálkahártya laesión regisztrált minden esetben 45 szövettani jellemző vonást, így több mint 10 000 adatot táplált be computerbe összehasonlítás és analízis céljából. A 45 szövettani adat 3 diagnosztikus kategóriát (leukoplakia, carcinoma, lichen planus) képviselt, s az egyes szövettani jellemzők előfordulási gyakorisága szerint a computer szét is választotta e három laesiót. Értékes adatokat szolgáltatott a computeranalízis arra nézve is, hogy a leukoplakiák malignizálódásában mely szövettani elváltozásoknak van a legnagyobb jelentőségük.

A szerző szerint a computeranalízis hozzásegít ahhoz, hogy a szubjektív benyomásokat quantitatív fogalmakban fejezze ki, s ezáltal a jövőben, további fejlesztéssel, e technika hozzájárulhat a diagnosis és prognosztikai megítélés javulásához. (E computeranalízist a WHO szájnyálkahártya-praecancerosisokkal foglalkozó munkacsoportja jelenleg kísérleti módszerként bevezette.)

Bánóczy Jolán dr.

Külső szegecses fixatio mandibula töréseknél: újraértékelés. Khedroo, L. G. (St. Elizabeth and Norwegian—American Hospitals, Chicago 60 622): Journal of Oral Surgery, 1970, *28*, 101—108.

Az elmúlt 50 évben a mandibula kezelésekben négyféle alapvető technikát alkalmaztak: interdentalis drótozás, intraorális készülékekkel történő sebészi feltárással transossealis fixatio és extraoralis készülékekkel való fixálás. E módozatokat kombinálni lehet. Az extraorális készülékkel, transnasalis intratrachealis narkózisban, vagy mandibularis block és kiegészítő infiltratiós érzéstelenítésben a hegyes, háromoldalú csavaros szegecseket a törés mindkét oldalán, közel a mandibula bázisához, vagy közel a ramus hátsó széléhez, kézi fogantyú segítségével úgy csavarják be, hogy a csavar vége a mandibula külső és belső cortexében támaszkodjék. Ezután az azonos fragmentumokban levő 2—2 szegecset egymáshoz rögzítik, majd reponálják a törvégeket és drót ligatúrákkal rögzítik e helyzetben. A fragmentumokból kiálló, immár egymáshoz fixált 2—2 szegecset rögzítő fő összekötő darabot csavarokkal fixálják. Az interdentalis drótkötéseket ekkor eltávolítják. Ezután óvatosan mozgatva a mandibulát, érzékelni lehet, hogy egy darabként mozog-e.

Fontos a postoperatív gondozás: a készülékkel vigyázni kell, sebeket tisztán kell tartani, megfelelő diéta, fokozott szájápolásról gondoskodni kell. A leggyakoribb komplikációk: sebfertőzés, a fixatio oldódása, ritkán parotis fistula, foggyökér, és a nervus alveolaris inferior sérülése, csontelhalás. Ezeket elkerülendő, csak kézzel szabad a csavarokat befúrni és röntgennel kell ellenőrizni. Jó technika mellett a szövődmények nem fordulnak elő. Ezen rögzítésnek fő előnye, a szabad beszéd és táplálkozás.

(Ref.: Ez az oka annak, hogy ezt a módszert, melyet a II. világháború idején az angolszász hadseregekben általánosan használtak, a szerzők részletesen újból ismertetik.)

Hámori József dr.

Traumás csontcysták. Morris, C. R. Steed, L. D. Jacoby, J. J. (Oral Surgery Department, Wilford Hall USAF Medical Center, Lackland AFB, Texas): Journal of Oral Surgery, 1970, *28*, 188—195.

A traumás csont cysták sokféle elnevezése mutatja, hogy az aetiológiájukról alkotott vélemény nem egységes. A panoráma radiográfia óta gyakrabban adódik néma mellékleletként. Howe 1965-ben 54 esetet közölt. Egy kóresetet ismertetnek: 38 éves férfi tünettelen multilocularis mandibula cystáját szájröntgen státus készítésekor észlelik. 10 hónappal korábban autóbalesete volt, az akkor készült röntgenképeken a leírt lelet szerint törés, lényeges eltérés nem látszott. Szájvizsgálat, laborleletek negatívak. Panoráma röntgenképen a két alsó első molaris között elhelyezkedő, cortexig terjedő cysta látszik. Therapia: intravénás szedálás, kétoldali mandibularis block után három helyen feltárták, kevés tiszta folyadékot találtak, lágyrészt nem. Az üres csontkryptát átöblítették, a sebet zárták. Egy év

után készített röntgenképen normális csontstructúra látszik. Ezután részletesebben elemzik a kórképet. 35 év felett igen ritkán fordul elő. Feltehető, hogy az ilyen cysták spontán visszafejlődnek, mielőtt a beteg ezt a kort elérné. Ha idősebb állcsontot erős ütés ér, inkább törik, és ezzel kedvezőtlen feltétel teremtődik intramedulláris haematoma kialakulásához és következményes csont cysta fejlődéséhez. A bemutatott eset kiváló példája a gyorsan kifejlődő traumás csont cystának, ugyanis a cysta már az autóbaleset kapcsán készített röntgenképen is látható, bár a leírt leletben nem történt róla említés.

További 22 esetet ismertet, melyeket nagyrészt bevonuló katonákon készített panoráma röntgenképeken fedeztek fel. Mind a 3 nő és 19 férfi tünetmentes volt, 5 esetben trauma kimutatható, 6 esetben látható kis mértékű alakváltozás észlelhető. 10 esetben vitálisak maradtak a fogak, egyetlen esetben találtak lágyrészt az üregben (szövettani diagnosis: fibrovascularis kötőszövet, hám jelenléte nem mutatható ki). Általában szalmasárga, vagy véres folyadék volt az üregben. 11 esetben a folyamat nem érintette a canalis mandibulárist, a többiben a canalis képletei az üreg falán vagy abban lebegve helyezkedtek el. Eseteikben a cysták a symphysis tájon éppoly gyakran fordultak elő, mint a molaris tájon. A processus coronoideus és condyloideus mindig érintetlen maradt. Két betegen 2—2 cystát is észleltek. Röntgenképen általában a foggyökerek körüli lamina dura megtartottsága jellemző, de ha ez nincs is meg, a gyökerek akkor sem arrodáltak. A therápia minden esetben a feltárás és a csont megkaparása, amely mindig gyógyulást eredményezett.

Hámori József dr.

Az osteogenezis serkentése kutyák mandibuláján csontvelő autotransplantatióval. Richter, H. E. Sugg, W. E. Boyne, P. J. (National Medical Center, Bethesda, USA): Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology. 1968, *26*, 396.

Eddig számos közlemény foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy meghatározott csontfelületen hogyan lehetne adott alakú és méretű csont képződését elősegíteni. A szájsebészeket már régen érdekelte, mivel lehetne indukálni a csontképződést, így pl. fogatlan, sorvadt processus alveoralis mandibulae esetén. A csontképződést különböző módokon kívánták elősegíteni. Próbálkoztak porcbeültetéssel, csontbeültetéssel, alloplastikus anyagok implantatiójával. Ezen közlemény célja annak vizsgálata, hogyan segíti elő az autotransplantatióval supracorticalisan beültetett haemopoeticus csontvelő a fogatlan, sorvadt processus alveolaris csont újjáképződését. Az eddig megvizsgált anyagok közül — homo- és heterotransplantatióval beültetett csont, alloplasticus anyagok, gipsz, fagyasztott csont, kötőszövet — az autotransplantatióval átültetett szivacsos csont és a vörös csontvelő átültetése volt a legeredményesebb. Ahhoz, hogy megfelelő eredményt érjünk el, meghatározott alakú és nagyságú csont képződését kell elősegíteni a fogatlan állkapcson. A transplantált anyag rögzítése a megfelelő helyen nehézségekkel jár. Boyen cellulózacetát filterbe helyezte a csontvelőt. A cellulózacetát rögzítésére a szerzők chrom-cobalt ötvözet (Ticonium) hálót készítenek, ezt drótokkal kötötték a csonthoz. A kísérleti állatok a növekedésüket már befejezett kutyák voltak. A femurból vett csontvelőt a cellulózacetáttal bélelt Ticonium kosárral a mandibula felszínére helyezték, ahol előre három lyukat fúrtak a szivacsos állományig. Így a corticalisra helyezett csontvelő érintkezésbe kerülhetett a mandibula szivacsos állományával. A 4, 5, 6, 7, 8, 10. héten biopsiát végeztek, az eltávolított mandibularészeket szövettanilag feldolgozták. A metszeteken jól látható az új csontképződés. A chrom-cobalt ötvözetet a szervezet jól tűri. Ez az eljárás talán alkalmas lesz majd a fogatlan mandibulán új, magasabb gerinc kialakítására.

Bohátka László dr.

MEGJELENT

MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1971. 2. szám

Papp Miklós dr., Virágh Szabolcs dr., Rusznyák István dr.: További megfigyelések az oedemás bőr nyirokereiről.

Tompa Anna dr., Horváth Nicolette dr., Krakovits Gábor dr., Czeizel Endre dr.: Emberi magzatok csontváz-rendszerének vizsgálata alizarin vörös festés után.

Somogyvári Kálmán dr., Horváth Nándor dr.: A csöves csontok velőüregébe ültetett bioplastok felszívódására vonatkozó szövettani vizsgálatok.

Kellermayer Miklós dr., Bobest Mátyás: Makroszkópos enzymreactio a borostyánkősav dehydrogenase kimutatására barna szírszöveten.

Oláh Éva dr., Krompecher István dr.: Adatok a tömör csont, a szivacsos csont és a vörös csontvelő szöveti anyagcseréjéhez.

Lázár Gyula dr.: A köztiagy látóközpontjainak kapcsolatai békában.

Harsányi László dr., Gerencsér György dr.: Vizsgálatok a vércsoport megállapítására szövettani metszetekből.

Veress László dr., Rengei Béla : A véralkoholvizsgálati eredmények értékelhetősége haemodynamikai változásokkal járó állapotokban.

Joó-Szabados Teréz dr.: Duffy-a és Duffy-b antigén előfordulása budapesti véradóknál.

Kendrey Gábor dr., Sziza Mario dr.: Mellékvesekéreg-necrosis Thiurammal (tetramethyl-thiuram-disulphid) kezelt laboratóriumi patkányokban.

Cseh Imre: Az appendix nyirokszövetének obliteráló hyperplasiája.

Potondi András dr., Csalay László dr.: Alkohol hatása a kísérletes agyi hypoxiára.

Az Orvosszakértői Gyakorlat kérdései.

Kliniko-pathologiai konferenciák anyagából.

EGÉSZSÉGÜGYI FELVILÁGOSÍTÁS

1971. 2. szám

Farádi László dr.: Az egészségnevelés VI. országos értekezlete.

Kovácsis János dr.: Az egészségnevelés helye az egészségügyi dolgozók képzésében és továbbképzésében.

Miklósvári Sándor: Az egészségnevelésre felkészítés lehetőségei a pedagógusképző intézetekben.

Gonda György dr.: Az egészségnevelés helyzete és irányzata Európában.

Székely Lajos dr.: A szakmunkástanulók szabadidő felhasználásának elemzése.

Hartel, H.—Karsdorf, G. (Halle): Fogápolási szokások hatása a fogazat állapotára.

Bánki Mihály dr.: Beszélgetések fiatalkorú leányokkal.

Stumpf György dr.—Dénes József dr.: A gyermekkori rossz szokások szerepe a fogazati rendellenességek kialakulásában.

Felkai Dénes dr.: A cukorbajos is teljes értékű ember! (Az 1971. április 7-i egészségügyi világnap alkalmából).

„Új országgyűlés" a régi országházban. — Beszámoló az egészségnevelés VI. országos értekezletéről. (Füsti Molnár Sándor dr.—Csonka Mária).

Fogászati témájú gyermekrajzkiállítás Szolnokon (-u -c).

Az egészségnevelés nemzetközi perspektivái (- -).

Napirenden: a rákellenes küzdelem (Péter Zoltán dr.) — Public Education about Cancer — Cancer Education Programms in Various Countries.

Elsősorban rajtunk múlik . . . (-u -c). — Henrik Seyffarth: Lazíts és légy egészséges!

Az ideggyógyász műhelyéből (-lim-). — Hárdi István dr.: Lelki élet, lelki bajok.

A korszerű testkultúráról (Vértes László dr.). — Theodor Hettinger dr.: Izometriás edzés.

Az Egészségügyi Felvilágosítási Központ által 1965. és 1966. években forgalomba hozott kiadványok és segédeszközök (Füsti Malnár Sándor).

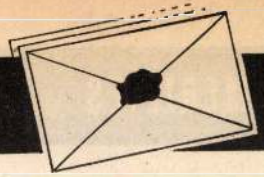
Hírek, közlemények.

Hazai események (M. Gy.-né).

Előtérben a dohányzás elleni küzdelem (-).

Nemzetközi hírek (S.-né).

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A májbetegek gondozásáról.

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastam az O. H. 1971. febr. 14. számában, László Barnabás dr. tollából, a „májbetegek gondozásáról". A szerkesztő bizottságot is dicséri, hogy alkalmat adott e kitűnő, tömör tanulmány közlésére.

A májbetegek kezelésében igen eltérő vélemények és kezelésmód labirintusában, kiváló, jól követhető vezérfonalat nyújt. Megerősíti az általános orvosok tapasztalatait, többek közt pl.. hogy az ún. májextractumoknak nincs kielégítő terápiás effektusa, sőt bizonyos esetekben, káros következményeket idézhetnek elő. Nagy jelentőségűnek, „forradalminak" tartom a diétáról írt fejezeteit. Valóban a túlzott diéta felesleges, a beteg életét megkeseríti, a „túlgondozás" eredménye: neurosis.

Sok hasonló, tanulságos, gyakorlati közleményt várnak a gyakorló orvosok.

Jeney Zoltán dr.

A Marie—Bamberger-szindroma szerteágazó értelmezéséről.

T. Szerkesztőség! Kormos Miklós klinikai tanulmányát őszinte érdeklődéssel olvastuk az Orvosi Hetilapban (Orv. Hetil. 1971, *112*, 19.). A cikk a hörgőrákos betegekben észlelt osteoarthropathiákkal foglalkozik.

Legyen szabad ezzel kapcsolatban megjegyeznünk, hogy a Marie—Bamberger-szindroma néven ismert csont-ízületi elváltozásokat névadóik 1889-ben írták le; bronchiektasiák, illetve más pulmonalis affekciók során. Az elmúlt évtizedekben számos hasonló megfigyelést közöltek. Az elnevezés meghonosodott, annak ellenére, hogy sokan nem tartják megfelelőnek. A patogenezist illetően, amint az Kormos cikkéből is kiderül, még folynak a viták. A szerteágazó vélemények illusztrálására megjegyezzük, hogy Leiber—Oldrich ismert, nálunk is ismert szindroma könyvükben a megbetegedésre 25 szinonimát sorolnak fel. Legjellemzőbbnek tartjuk azonban a szindromával kapcsolatos fogalomzavarra, hogy a Purjesz nevével jelzett magyar szindroma könyvben a szindroma két helyen szerepel és mindkét helyen más felfogásban. (E szindromatológiában egyazon tünetegyüttesnek több helyen való előfordulása és nem egyazon értelmezése nem kivételes jelenség. Úgy látszik, ez volt a szerkesztés tudatos elve. — *Szerk.*).

Szerző a tüdőrákkal való összefüggés bizonyítására írta cikkét és hivatkozik Kulkának néhány évvel ezelőtt megjelent cikkére, melyben Kulka hasonló célkitűzéssel 6 esetet írt le. Kulka a szindrománák a rákos, elsősorban a tüdőrákos betegséggel való összefüggését azzal kívánta bizonyítani, hogy a rák sebészi eltávolítása után az arthropathia okozta panaszok prompt megszűntek.

Egyik említett cikk sem utal azonban a paraneoplasiás szindroma lehetőségére, holott ez az elmúlt évtizedben a francia, angol és olasz, sőt az utóbbi években a német irodalomban is meghonosodott tünetegyüttes.

Egy lyoni klinikus, Guichard nyomán ezalatt azokat a tüneteket foglaljuk össze, melyek a rákos betegben jelentkeznek, anélkül, hogy létrejöttükben a tumor szerepe akár mechanikusan, akár áttételek jelenlétével indokolható lenne. A carcinomával való összefüggését azzal bizonyítják, hogy a carcinoma műtéti, radiológiai vagy cytostatikus kezelésekor a tünetek eltűnnek, azonban a recidivát gyakran épp ezeknek a tüneteknek újbóli megjelenése avizálja.

Néhány, szekcióval igazolt paraneoplasiás esetünkről mi is beszámoltunk az 1970. évi Pest megyei napokon, valamint a hallei I. Belklinika által rendezett őszi orvosi napokon.

Hangsúlyozni szeretnők, hogy sokan elfogadják az osteoarthropathiák és a tüdő daganatos megbetegedései közötti okozati összefüggést, sokan azonban kétségbevonják, elsősorban azért, mert más természetű tüdőmegbetegedésben is igen sokan észlelték. Mi a magunk részéről is több ízben láttunk osteoarthropathiás elváltozásokat, elsősorban bronchiektasiák során. Szeretnénk utalni Penitschka nagyszámú esetet felölelő tanulmányára, aki 183 esetet dolgozott fel. Ebből bronchiektasia 46, tüdőtumor (benignus és malignus) 38, tbc pulm. 31, pleuritis purulenta 21 esetben szerepelt mint lehetséges kiváltó ok.

Hozzászólásunkkal mi sem oldottuk meg a Marie—Bamberger-szindroma kóreredetét, szerettük volna azonban a cikkel kapcsolatban egyrészt a paraneoplasiás szindromára a figyelmet felhívni, másrészt ennek a megoldatlan problematikájú tünetegyüttesnek felderítéséhez e néhány sorral is hozzájárulni.

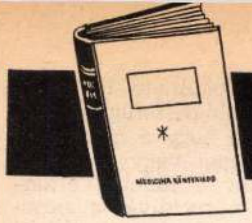
Kenéz János dr.
és Thoroczkay Lídia dr.

IRODALOM: 1. **Guichard, A. et al.:** Rev. Rheum. 1943, **16**, 85. — 2. **Kulka F.:** Tuberk. és Tüdőbetegs. 1964, **17**, 1976. — 3. **Leibner, B. és Olbrich, G.:** Wörterbuch der klinischen Syndrome. 3. kiadás. Urban et Schwarzenberg. München, 1963. — 4. **Penitschka, N.:** Beitr. Chir. 1938, **67**, 75. — 5. **Purjesz, B.:** A belgyógyászat és határterületeinek syndromái. Medicina, Budapest, 1965.

„Logikus gondolkodás és helyes megfigyelés!" *Baglivi*

„Tapasztalt öregek jó tanácsadók!"
„A legjobb orvos gyakran a legrosszabb beteg!"
„Végtelen a betegségek száma!" *Plinius*

„A beteg jóléte a legfőbb törvény!" *M. T. Cicero*



KÖNYVISMERTETÉS

Methoden in der medizinischen Cytogenetik. Springer-Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1970. Szerkesztő: H. G. Schwarzacher és U. Wolf. 186 oldal, 50 ábra.

A human cytogenetika új, jelentős korszakát éli. Szerte a világon gomba módra szaporodnak a cytogenetikai laboratóriumok, de az igény ennél is nagyobb. Képzett cytogenetikus ma mindenhol „hiánycikk". E nagymértékű érdeklődésnek kettős oka van: egyrészt még mindig jelentős elméleti és gyakorlati kérdések várnak tisztázásra, másrészt a cytogenetikai vizsgálatok alkalmazása a korszerű klinikum számos területén már nélkülözhetetlen. Mi jellemzi a korszerű cytogenetikai laboratóriumot? Az alkalmazott módszerek változatossága. És mi jellemzi a cytogenetikai irodalmat? Formai vonásait tekintve a szétszórtság, a legkülönbözőbb szakterületek lapjai közölnek cytogenetikai anyagot.

Érthető tehát, ha a cytogenetikus nagy érdeklődéssel és várakozással fogadja az elébe kerülő, módszertani összefoglalásra törekvő munkát. Előtte — a recensor tudomása szerint — hasonló jellegű könyv csak egy jelent meg: angol nyelven, *J. J. Yunis* szerkesztésében, 1965-ben „Human chromosome methodology" címmel.

Az első két fejezet a csontvelő, peripheriás vér és biopsiás anyagok (fibroblast, abortum stb.) sejt-kultúráinak módszereivel foglalkozik. A csontvelő- és vér-kultúrát tárgyaló rész talán túlzottan részletes. A kérdésben járatos olvasónak ezért ideális, a kezdő azonban nehezen választ a módszerek sokaságából. A sejtkultúrák kérdései után külön fejezet foglalkozik — tömören és világosan — a mitotikus chromosomák praeparatiójával. Nagyon jelentős a human chromosomák autoradiographiáját tárgyaló rész. Rövid elméleti bevezetés után valóban „receptet" ad: alkalmas alap a módszer beállításához, elsajátításához. A recensornak a karyotypizálásról szóló rész tetszett legjobban. Oka: a részletes morphologia olvasása kicsit mindig unalmas, s ezért fárasztó. Ez a fejezet nem ilyen. Valószínűleg azért, mert szerzője a tömörség követelményéből kicsit enged az olvashatóság érdekében. S ez a szerkesztőt is dícséri. A meiotikus chromosomákról szóló fejezetet a kérdés talán első számú reprezentánsa *S. Ohno* professzor írta. Végül a sex-chromatin meghatározás módszereit tárgyaló fejezet zárja le a könyvet. Ezek a részek a gyakorlat számára külön érdekesek.

Általában a könyvről: fontos hézagpótló, jól sikerült munka. A szerkesztést dicséri a fejezetek egységre törekvése, bár majdnem minden fejezetnek más (összesen hét!) a szerzője. Jellemzi a könyvet a közérthetőség is. A hiányosságokból: szinte minden fejezet írója megmarad a módszerek részletes leírásánál, de azok kommentárja lényegileg hiányzik. A módszerek elterjedtsége egyben a használhatóság mértéke is, az elterjedtség pedig az irodalom alapján felmérhető. Talán kicsi az ábrák és a fényképek száma is. Egy technikai kifogás: a könyv kétféle minőségű papírból készült (nem az ábrák kedvéért), ez az igényes vásárló tetszését nem szolgálja.

Végül kinek ajánlhatja a recensor a könyvet: cytogenetikusoknak, akik laboratóriumukban új módszerek beállítását tervezik, és azoknak is, akik csak most kezdenek az emberi chromosomák analysisével foglalkozni.

Fleischmann Tamás dr.

Zeno Popovici: „Traumatismele diafragmului". Editura Medicala, Bucuresti, 1970. Lei 15,0.

A Bukaresti Orvosi Könyvkiadó 238 oldal terjedelmű, 81 ábrával és igen sok táblázattal illusztrált új könyve a Zeno Popovici bukaresti román sebész doktori disszertációján alapuló monográfia, mely a rekeszizom traumatológiájával foglalkozik.

A könyv első része a klinikai rész, amely a kóroktannal, a kísérő sérülésekkel, a kórismével, a ritkább megjelenési formákkal és a gyógykezeléssel foglalkozik. A második rész eredeti tanulmány, amely a „traumatizált rekeszizom functionalis adaptatiója" címet viseli.

A klinikai rész 181, a Román Népköztársaságban, különféle sebészeti osztályok anyagából gyűjtött közölt és közlésre nem került esetek statisztikai anyagának feldolgozásán alapszik. Ebből 86 a személyes megfigyelés a Turai professzor vezette bukaresti sürgősségi kórházból az 1960—1968-as évek között.

Az első fejezet a kóroktannal foglalkozik. A közúti balesetekből származó rekeszizom-szakadásokat 53%-nak, a magasból való esések alkalmával bekövetkezőket 25%-nak találta. A nyílt rekeszizom-sérülések csoportjában a szúrt sérülések 60%-nak, a lőtt sérülések 17%-nak adódtak.

A kísérő sérülésekkel foglalkozó második fejezet szerint az anyag semmiféle különösséget nem mutatott az eddig is ismertekkel szemben, de bizonyította a rekeszizom-szakadások súlyos voltát. Indirect, tompa traumára a lép, a máj, a vesék, s a vékonybél sérült leggyakrabban. A csontos váz sérülései tompa traumára constansak voltak. Bordatörést 48%-ban, a hosszú, csöves csontok törését 21,5%-ban, medencetörést 15%-ban, gerinctörést 7,6%-ban talált. A 65 tompa külerőművi behatásra keletkezett rekeszizom-szakadást „tiszta" és „complex" formára bontotta.

Egy teljes fejezetet — a harmadikat — szentelt a szerző a rekeszizom-sérülések oldaliságának. Tompa sérülések esetén 89,2%-ban találta a bal, s 9,2%-ban találta a jobb rekeszfél sérülését. A nyílt sérülések 72%-a a bal, 26%-a a jobb s 1,8%-a mindkét rekeszfelet érintette.

A negyedik fejezet foglalkozik a tulajdonképpeni traumás rekeszsérvekkel. A rekeszizom tompa vagy nyílt sérülése után együttesen 55%-ban észlelte a traumás rekeszsérv kialakulását (98 eset!). Tompa sérülés után 86%-ban, nyílt sérülés után 32%-ban. Tompa sérülés esetében a „sérvtartalom" tömegesebb, „multivisceralisabb", nyílt sérülés esetén szegényesebb, legtöbbször csak csepleszrészlet volt. Alfejezetében 17 strangulatiós esetéről tesz említést. A sérüléstől a strangulatióig eltelt időt egy naptól negyvenhét évig találta.

A kórisme kérdésével foglalkozó ötödik fejezetben többek között vázolja a kórisme nehézségeit is. A tompa rekeszizom-sérülések esetében azonnali diagnózist 61,5%-ban, kései kórismét (2 hónaptól 19 évig terjedő intervallumban!) 38,5%-ban állítottak fel. Az egyszerű röntgenfelvételek mellett a kórisme gyors felállításának biztosítására művi pneumoperitoneumos, pleuroscopiás, s a röntgenkontrasztanyagos vizsgálatokat ajánlja.

112 penetráló rekeszizom-sérülés esetén is csak 98 esetben volt felállítható az azonnali kórisme, s 14 esetben (2 hónaptól 47 évig terjedő intervallumban!) ismerték fel később az elváltozást.

A hatodik fejezet a rekeszizom sérüléseinek ritka formáit tárgyalja. Ezek: a kis rekesz-laesiók, a részleges szakadások, a jobb kupola sérvei, mindkét kupola sérvei, a többszörös szakadások ugyanazon a kupolán, a szív és a rekeszizom együttes sérülései, a „kétszakaszos" rupturák, az intercostalis rekeszsérvek, az iatrogen rekesz-laesiók, s végül a traumás thoracoabdominalis sipolyok.

A hetedik fejezetben a traumás rekeszizom-relaxatiókról olvashatunk.

A gyógyítással a nyolcadik fejezet foglalkozik. A fejezet mottója: a gyors diagnosis, az azonnali műtéti beavatkozás és a thoracalis behatolási mód.

A statisztikai adatokból és a saját munkából leszűrt eredmények: a 181 rekeszizom-sérülésből 31 végződött halálos kimenetellel. Az átlagos halálozási százalék: 18. 65 tompa rekeszizom-sérülésből 19

végződött halálosan, ami 28%. 112 áthatoló rekeszizom-sérülésből 12 volt halálos, ami 10%.

A második rész a sérült rekeszizom functionalis adaptatióját tárgyalja, amely szinte teljes egészében a szerző értékes, egyéni, több évtizedes munkája.

Az első fejezetben a rekeszizom kórélettanának irodalmát, a kísérleti methodikákat (athmographia, röntgenkymographia, elektromyographia) tárgyalja.

A második fejezetben a sérült rekeszizom működésének különféle vizsgáló módszereit értékeli. (Fluoroscopia, röntgendigraphia, röntgenkymographia.)

A harmadik fejezetben az általa dysphreniának elnevezett traumás diaphragma-insufficientiát vizsgálja öt paraméterrel, mint amplitúdó, alak, a mozgás iránya, a relaxatio és a kísérő pachipleuritis intensitása. A mozgásamplitúdókat négy fokozatba osztotta és úgy találta, hogy a nagyobb rekeszizom-sérülések 0-tól mínusz 3 cm-ig terjedő amplitúdókat mutatnak.

A negyedik fejezet az exspiratoricus röntgenkymographia és a pulmonalis ventilatio viszonyait tárgyalja, s összefüggéseket keres a bronchospirographiás vizsgálatokkal.

Ennek egyenes folytatása az ötödik fejezet, melyben a rekeszizomsérülés által kiváltott légzési functioromlás analysálása spirometriás, bronchospirometriás és vérgázanalytikai vizsgálatokkal. A szerző főként az elkülönítő bronchospirometriás vizsgálatokat ajánlja, mint olyan módszert, amely leginkább tájékoztatást tud nyújtani rekeszizom-laesio jelenlétéről vagy nem létéről.

A hatodik fejezet elemzi a functionalis adaptatio mechanismusát. Mivel a tüdők légzésében nem mindig jelenik meg változás a diaphragma-dysfunctióra, felismeri és részletesen elemzi a következő fontos, compensatoricus functiókat: *a)* az ellenoldali rekeszfél mozgásaiban észlelt megnövekedett amplitúdókat (D O); *b)* a sérülés oldalán (C L), valamint a sérüléssel szembeni oldalon levő bordák megnövekedett amplitúdóit (C O); *c)* a sérülés oldalán (Cl L), illetve a sérüléssel szembeni oldal kulcscsontjainak hyperfunctióit (Cl O). A functionalis adaptatiót egy formula képletében adja:

$$R = \frac{DL}{DO \cdot CL \cdot CO\,(CIL \cdot Cl\,O)}$$

Az adaptatio legfontosabb tényezője a szerző vizsgálatai szerint az ellenoldali rekeszfél compensatoricus működése. Második és harmadik helyen a bordák, valamint a kulcscsont működését említi.

Irodalomjegyzékében a szerző 328 citatumot ad, ami egymagában is mutatja a téma rendkívüli alapossággal feldolgozott voltát. A polytraumatisatio, a mellkas-traumatológia, a has felső szintjének traumatológiájával foglalkozó baleseti sebészeket, emellett a sebészeket, mellkassebészeket, a radiológusokat, és a tüdőgyógyászokat szakmájuk e részterületén igen sok helyen kisegítheti tanácsaival és részletes adataival ez a kitűnő, könnyen elérhető és érthető munka.

Pestessy József dr.

R. Lambotte: Composition antigénique du liquide amniotique. Editions Arscia S. A., Bruxelles, 1969, 224 oldal, 30 táblázat, 47 ábra.

Merger és *Grégoire* professzorok előszava, a szerző általános bevezetése után a könyv 3 fő részre oszlik:

Az I. fejezet a humán és nyúl amnion-folyadékon végzett immunochemiai tanulmányokat foglalja össze. Az amnionfolyadék relatíve szegény proteinben. Concentratiója a terhesség időtartama szerint változó: 0,2—0,5 g%. Szerző 1961 óta foglalkozik specifikus fehérje identifikálásával amnion-folyadékban. Vizsgálatait gel-praecipitatiós eljárással, részben *Ouchterlony* kettős diffusiós, részben *Scheidegger* immunoelectrophoretikus micro-methodusa segítségével végezte. A protein isolálás phenolos extractio, majd alkoholos fractionálás útján történt.

Az amnion-folyadék protein összetételére vonatkozó tanulmányok során egy specifikus fehérjét mutatott ki, mely electrophoretikus mobilitását illetően $alpha_1$-globulinnak felel meg. Ugyanezt a fehérje-typust nyúlban is sikerült kimutatni: stabil, alacsony molekula súlyú (20—30 000) fehérje, melynek fő része albumin. Az emberi amnion $alpha_1$-globulinja szénhydrátgazdagságával és ezek sajátos tulajdonságaival különbözik más emberi glucoproteinektől. Az amnion valószínűen részt vesz a human amnionprotein sythesisében, a foetus ez irányú szerepe kizárható.

A II. fejezet fő kérdése: szabad-e a nyúl amnion-folyadékjából nyert specifikus $alpha_1$-globulinnak antigen sajátosságot tulajdonítani, mely szerepet játszhat bizonyos terhesség alatt található zavarok kialakulásában is? Ennek vizsgálatára nyúlban saját amnion folyadékkal történő isoimmunisatiót végzett. Az anyai serumban megjelent a specifikus iso-antitest. Hasonló antitestekkel találkozott alacsony titer-értékben, activan nem immunisált nyulak serumában, sőt nem terhes kontrollban is, demonstrálva ezzel a spontán isoimmunisatio lehetőségét.

Későbbi terhességek során az immunisatio végzetes szerepet játszhat a foetus szempontjából. Kutatásai során a placentán az „Arthus phenomen"-re jellemző szöveti elváltozásokat talált (vascularis thrombosist, necrosist, cellularis exsudatiót, vérzést). Más szervekben hasonló elváltozás nem volt kimutatható, tehát az immun-reactio alapvetően localis.

Az immun-reactio következményeképpen az orthosympathicus rendszer stimulatiója is megfigyelhető volt. A független alpha adrenerg receptorok jelenléte az erekben és az uterus izomzatában, melyek sensibilitása a terhességgel emelkedik, elősegíti az ischaemiát attól a pillanattól, hogy fokozott catecholamin-elválasztást idéz elő. Így egy utero-placentáris vasoconstrictiót teremt, mely az immun szöveti laesiók következtében jelentkező foetalis hypoxiát tovább súlyosbítja.

A III. fejezetben az amnion-folyadék okozta immunisatio szerepét tárgyalja az emberi normál és pathologiás terhességben. Az emberi amnion-folyadék $alpha_1$-globulinja csak igen kivételesen jelenik meg normál terhes serumában. Nehéz munka, burokrepedés teszik lehetővé, hogy ez a protein az anyai keringésbe kerüljön, amint ezt az immunoelectrophoretikus analysissel kimutatták. Normális terhesség kapcsán ez nem lehetséges. Ezzel szemben a toxaemiás terhesek többségében, főképpen ahol korai lepényleválás van, bekerülhet a keringésbe. Az amnionalis $alpha_1$-globulin tisztított kivonatából készült intradermalis injectio nem idéz elő cutan reactiót normál terheseknél. Ellenben toxaemiás graviditás esetén fokozott reactio jelentkezik, mégpedig súlyos toxaemiásoknál 30 perc után, enyhébb formáknál csak 3 óra múltán. Amnion-folyadék elleni isoantitesteket serumban és leukocytákban is talált: azonban ez nagyon ritka normál terhességnél és csaknem törvényszerű súlyos toxaemiásoknál.

A három fejezetet általános discussio és összefoglalás zárja le, majd függelékként a kísérletek és vizsgálatok számszerű adatait tartalmazó táblázatok következnek.

A munka eredetiségét az emberi és nyúl amnion-folyadékban kimutatott specifikus fehérje identifikálása és az anyai sensibilisatio lehetőségének kimutatása adja.

Lambotte szép kiállítású, bőségesen illusztrált könyve értékes munka, mely felvilágosítást nyújt az intrauterin károsítások újabb immunologiai aspectusairól. A könyv szülész és gyermekgyógyász orvosok, elsősorban neonatologiával és immunologiával foglalkozók részére ajánlható.

Kaiser Éva dr.

Antti Vannas: Fluorescein angiography of the vessels of the iris in pseudoexfoliation of the lens capsule, capsular glaucoma and some other forms of glaucoma. Helsinki, 1969.

75 oldalas monographia, 33 ábrával, melyek nagyobbrészt a szerző saját fluoresceinangiographiás felvételei, valamint irodalomjegyzék.

Bevezetésül rövid irodalmi áttekintést közöl a fluoresceinangio-

graphia elterjedéséről a szemészetben. Az iris angiographiás vizsgálata még egészen új kutatási terület, a szerző előtt csak Jensen és Lundbaek közöltek 1946-ban előzetes közleményt, mely diabeteses iris angiographiájával foglalkozott.

Részletesen leírja a módszert, mellyel az iris ereit és vérkeringését vizsgálja. Saját módosítású Zeiss-Opton réslámpa és Robot kamera segítségével készíti felvételeit, Baird Atomic No 5. és Kodak Wratten 15 filter alkalmazásával. Felvételeihez Kodak Tri X filmet használ. 3 ml 5%-os Na-fluoresceint fecskendez gyorsan a cubitális vénába, a felvételeket 0,6—2 másodperc intervallummal készíti.

Stereoangiographiás felvételekhez is módosította a készüléket, ennek előnye, hogy az erek lefutása három dimenzióban látható.

Vizsgálatai során káros mellékhatást nem észlelt.

Első megfigyeléseit 51 egészséges egyén irisén végezte. Először az iris első lemezének artériái telnek meg, 4 másodperccel később a pupillárisszél kapillárisai telődnek, és a vénák. A szerző az anyagot 1968—69 között gyűjtötte a helsinki egyetem szembetegei közül.

Az iris fluoresceinangiographiáját végezte a következő esetekben:

1. lencsetok pseudoexfoliatiója esetében 15 beteg 20 szemén,
2. gl. capsulare esetén 31 beteg 41 szemén,
3. gl. simplexben 20 beteg 33 szemén,
4. zárt zugú gl. esetén 13 beteg 20 szemén,
5. iridoschizis esetén 3 betegnél,
6. essentialis irisatrophiában 2 betegnél,

80 egészséges szemen történt controll vizsgálat.

1. Lencsetok pseudoexfoliatiója esetében: az iris ciliáris részében az esetek 75%-ában változó fokú érproliferációt és fluoresceinszivárgást észlelt. A pupilláris részben pedig érújonképződést és fluoresceinszivárgást. Az újonnan képzett erek vékonyak és kanyargósak, jól telődnek fluoresceinnel, míg a radier erek csak kevéssé és részben telődnek. A ciliaris rész neovascularizációja nem jár okvetlen együtt a pupilláris rész neovascularizációjával. Csak 1 esetben nem talált angiographiás eltérést.

2. Glaucoma capsulare esetében az elváltozások az előbbihez hasonlóak. A ciliaris részben az esetek 98%-ában változó mértékben érproliferatio és fluoresceinszivárgás észlelhető, a sphincter táján érújdonképződés és fluoresceinszivárgás. Néhány esetben az erek kalibere változó és vénás stázis látható. Az újonnan képzett erek átmérője 15—40 mikron. Típusos a profus fluorescein extravasatio a pupilláris szegélyből és az iris ciliáris részében. Az új erek szorosan egymás mellett helyezkednek el, nehéz megkülönböztetni egyiket a másiktól. Stereoangiographiás vizsgálat kimutatta, hogy az új erek mélyebben helyezkednek el, a stromában, a pigmentréteghez közel. Az egészséges ellenoldali szem ciliaris részében sohasem észleltek fluorescein extravasatiót. 4 absolut glaukomás szemen a késleltetett keringés miatt a tensio az angiographia után azonnal 45—67 Hgmm lett. A normál 4—6 másodperces vénás telődési idő 10—15 másodpercre nyúlt meg. Ilyen szemeken egyébként a vizsgálat a cornea borússága miatt technikailag nehéz. Új felfedezés a microaneurismaszerű erek megjelenése, valódi természetét későbbi vizsgálat fogja tisztázni.

3. Simplex glaukománál az esetek felében normál angiographiás képet kapott, másik felében pedig megnövekedett fluoresceináteresztést észlelt a pupilláris szélen. Míg a gl. capsulárében mindig talált érproliferációt, gl. simplexnél csak az előrehaladott esetekben. Ez prognosztikus jelentőségű lehet műtétnél, a műtét alatti vagy műtét utáni vérzés szempontjából.

4. Zárt zugú glaukomában akkor végezte vizsgálatait, amikor a tensio 24 Hgmm-nél alacsonyabb volt, 40%-ban a ciliáris részben vasoproliferációt talált. Sikeres iridectomia vagy iridencleisis után nem található érújdonképzés, tehát jól sikerült műtét után nincs az irisnek hajlama neovascularizációra. Roham után 1 héttel sok elzáródott eret talált az irisben.

5. Iridoschizis korai fázisában a schizis területén hiányoznak a kapillárisok, a késői fázisban e területen a radier erek kalibere változó. A pigmentepithelhez közel a radier erek száma végleg csökkent.

6. Essentialis irisatrophiában az erek egészségesnek látszottak, de az adatok még nem elegendőek a tanulság levonásához.

A monographia, mely elsőnek foglalkozik részletesen az iris ereinek fluoresceinangiographiájával, 1969-ben mint az Acta Ophthalmologica 105. Supplementuma is megjelent.

Trux Erzsébet dr.

So You Have Glaucoma. Veirs, E. R. 1970. 84 old., 14 ábra. Második kiadás, Grune & Stratton. New York, London.

A szerző a könyvet a glaukomás beteg számára írta. A könyv címe az a rettegett megállapítás, amelylyel a beteg a diagnózis felállításakor találkozik. El akarja oszlatni a glaukoma diagnózistól való rettegést, többször hangsúlyozza, hogy a glaukoma nem egyenlő a megvakulással, de ugyanakkor megmagyarázza a betegség komoly prognózisát. Leírja benne betegségének lényegét, a kezelési utasítások pontos betartásának szükségességét, az ellenőrző vizsgálatokon való megjelenés fontosságát. Egyes megállapításokat többször és több megvilágításban ismétel, ezzel a fogalmakat érthetőbbé teszi és a mondottak fontosságát is hangsúlyozza. Röviden ismerteti a szemgolyó anatómiáját és a csarnokvíz keringés élettanát. A könyv további részében a glaukoma gyakoriságát tárgyalja, kitér többek között a kor szerinti megoszlásra, az örökletes tényezőkre. Leírja a glaukoma típusokat és néhány aetiológiai problémát is felvet. Ismerteti a glaukoma diagnosztikai módszereit, a glaukoma kezelését, a beteg életrendjére vonatkozó utasításokat. Az egyes fejezetek során ismételten hangsúlyozza, hogy általános alapelveket és megállapításokat közöl. Minden egyes glaukomás beteg esetében az állapot megítélése és a kezelés beállítása egyéni. Ezért rendkívül fontos, hogy a beteg bízzon kezelő orvosában és annak utasításait pontosan betartsa.

A könyv a gyakorló orvos számára is jó útmutató a glaukoma lényegének megértésére és értékes szempontokat nyújt a glaukomás beteg gondozásával, felvilágosításával kapcsolatban.

Follmann Piroska dr.

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 meleghatás aktiválólag 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 gynekológiai területen)

DAEDALON *tabletta, végbélkúp*

ÖSSZETÉTEL:

1 tabl. 50 mg β-dimethyl-aminoaethyl-benzhydryl-aether-8-chlortheophyllin.-ot;
1 kúp (1,4 g) 100 mg β-dimethyl-aminoaethyl-benzhydryl-aether-8-chlortheophyllin,
100 mg chlorbutanolumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Légibetegség, tengeribetegség, és egyéb okokból fennálló (terhesség, uraemia, sugárbetegség, inhalatiós narcosis, labyrinthitis stb.) nausea és hányás. Menère-syndroma.

ADAGOLÁS:

1–2 tabletta vagy 1–2 kúp 4–6 óránként, a beteg állapotától függően.
Prophylacticusan kinetosis megelőzésére egy órával az utazás megkezdése előtt 1–2 tabletta vagy 1 kúp.

MEGJEGYZÉS:

Tabl. + kúp társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.
Négy tabl. orvosi vény nélkül is kiszolgálható

CSOMAGOLÁS:

100 tabl.	17,80 Ft
10 tabl.	4,60 Ft
10 kúp	9,60 Ft
100 kúp	69,20 Ft

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest, X.

MEGHÍVÓ

A Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Bronchologiai Sectiója

tudományos ülésére.

1971. június 3-án (csütörtökön) du. 15 órakor
a Weil teremben
(Bp., V., Nádor u. 32.)

Kenyeres I., Szuchovszky Gy.: Az orvosi felelősség szakértői megítélése bronchologiai vizsgálatok kapcsán.

Kertes, I., Nagy G.: A mortalitás alakulása bronchologiai beavatkozások kapcsán 23 osztály összesített adatai alapján.

Ferenczy S.: Bronchologiai vizsgálataink mortális szövődményei.

Domján L.: Sikeres resuscitatio és fatális syncope esetei.

Székely E.: Szívmegállás idegentest eltávolítása közben.

Kerényi A., Koltai Á.: Szívinfarctus kétoldali bronchográphia mellett.

Mészáros Gy., Nagy M.: Haláleset diagnosztikus bronchoscopia közben. Tüdőendometriosis esete.

Szabó K.: A halál okának megítéléséről egy vitatható eset kapcsán.

Hozzászólások

Üléselnök: *Kallay Ferenc.*

MEGHÍVÓ

A **Magyar Nőorvos Társaság** 1971. június 4-én, pénteken este 8 órakor a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Női Klinikájának tantermében (Budapest, VIII., Baross u. 27.) *tudományos ülést* tart, melyen *Priv. Doz. Hans Weidiger dr.* (Heidelberg): A „Risiko-szülés diagnosisa és ellenőrzése" (német) címmel előadást tart.

Az **Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Vas Megyei Elnöksége,** a **Megyei Tanács V. B. Eü. Osztálya** és a **Szombathelyi Megyei Markusovszky Kórház** 1971. június 5-én, szombaton de. 9 órakor Vasegerszegen koszorút helyez el a Markusovszky házaspár sírján és 1971. június 5-én, de. 11 órakor rendezi meg a kórház előadótermében a hagyományos Markusovszky Lajos Emlékünnepélyt.

Az ünnepség programja: *1971. június 5., délelőtt 9 órakor:* Vasegerszegen a Markusovszky házaspár sírjánál:

1. Megemlékezés.

Széll Kálmán dr., az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Vas megyei elnöke.

2. Koszorúzás.

1971. június 5., délelőtt 11 órakor: Szombathely, Megyei Kórház előadóterme:

1. Emlékelőadás.

Kórházak, oktató-kórházak, egyetemek szerepe az orvosképzésben: *prof. Donhoffer Szilárd dr.* egyetemi tanár.

2. A Markusovszky emlékplakettet átadja: *Gelencsér József dr.* kórházigazgató.

3. A Markusovszky pályázat eredményhirdetése.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. június 3-án, du. 2 órára tűzte ki *Csömör Sándor dr.* önálló aspiráns *„A méhnyakrák néhány kérdése"* című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Farkas Károly dr.,* az orvostudományok doktora, *Ruzicska Gyula dr.,* az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. június 4-én, du. 2 óára tűzte ki *Rosdy Ernő dr. „Urologiai műtétek utáni thromboemboliás szövődmények, keletkezésüknek és megelőzésüknek néhány kérdése"* című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Pálos A. László dr.,* az orvostudományok doktora, *Pintér József dr.,* az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. június 9-én, du. 2 órára tűzte ki *Schweiger Ottó dr. „A fehérvérsejtek biológiai változása gümőkórban, sarcoidosisban és rákban"* c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA kistermében.

Az értekezés opponensei: *Kesztyűs Lóránd dr.,* az MTA levelező tagja, *Barta Imre dr.,* az orvostudományok doktora, *Gárdos György dr.,* a biológiai tudományok doktora, *Mándi László dr.,* az orvostudományok kandidátusa.

A **TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1971. június 8-án, du. 2 órára tűzte ki *Szlamka István dr.* ösztöndíjas aspiráns *„Idegi, anyagcsere- és vérkeringési tényezők összefüggéseinek vizsgálata a kísérletes májkárosodás pathomechanizmusában"* c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját a SOTE I. sz. Belklinika tantermében (Bp., VIII., Korányi S. u. 2/a.).

Az értekezés opponensei: *Erdélyi András dr.,* az orvostudományok kandidátusa, *Szegi József dr.,* az orvostudományok kandidátusa.

Aspiránsvezető: Kovács Arisztid

Korábbi értesítésünktől eltérően — technikai okok miatt — *Pásztor Emil dr.* doktori értekezésének nyilvános vitáját a *TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága* 1971. június 7-én, du. 2 órára tűzte ki az MTA Kistermében.

Az értekezés címe: *„Az agy lokális hűtése".*

Az értekezés opponensei: *Ádám György dr.,* az MTA levelező tagja, *Horányi Béla dr.,* az orvostudományok doktora, *Nagy Tibor dr.,* az orvostudományok kandidátusa.

A **Magyar Pharmakológiai Társaság Klinikai és Pharmakológiai Sectiója** 1971. június 9-én, 9 órakor a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Belklinikájának tantermében *„Az immunsuppressió néhány elméleti és gyakorlati kérdése"* címmel ankétot rendez.

A bevezető referátumot *Petrányi Gyula dr.* tartja.

Felkért hozzászólók: *Jávor Tibor dr., Király Kálmán dr., Eckhardt Sándor dr., Petrányi Győző dr., Szabó Gábor dr.* és *Varga István dr.*

MEGHÍVÓ

A **Fertőzőbetegségek Orvosainak Társasága** 1971. június 11-én, pénteken, 9.15 órakor az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Semmelweis-termében (Budapest, VIII., Szentkirályi u. 21.) *tudományos ülést* rendez, amelyen minden érdeklődőt szívesen lát a Vezetőség.

Program:

Üléselnök: *Farkas Éva dr.*

Biró László dr. (Péterfy S. utcai kh., Bpest.): Tízéves fejlődés az antibacterialis chemotherapiában.

Égler László dr. (SOTE Mikrobiológiai Intézet): A bacteriumok fertőző antibioticum resistentiája.

Szünet

Üléselnök: *Darvas György dr.*

Kertai Pál dr. (Országos Közegészségügyi Intézet): A bacteriumtoxinok élettani hatása.

Timár László dr. és *Budai József dr.* (László kh., Bp.): Semicillin therapiás hatása csecsemők és gyermekek enteralis fertőzéseiben.

Gerő Anna dr. (László kh., Bpest): Symmetricus osteomyelitis humeri újszülöttkori sepsisben.

A **Magyar Allergológiai Társaság** szokásos évi Kékestetői Tudományos ülését *1971. szeptember 11-én* (szombaton) tartja.

A krónikus aspecifikus légzési betegségek felkutatásával, diagnosztikájával, kezelésével és gondozásával foglalkozó 10 perces előadások szíves bejelentését kéri a főtitkár *(Wiltner Willibald dr., Kékestető), 1971. július 1-ig.*

Biometriai tanfolyam.

Az **orvostovábbképzés** keretében szeptemberi kezdettel meghirdetett továbbképző tanfolyam első előadása szeptember 27-én lesz. Az előadások (minden hétfőn 9—1 óráig) egészen 1972. június 5-ig tartanak. A tanfolyam vizsgáját a TMB elfogadja. Kérjük, hogy a jelentkezéseket — a hivatalos út betartásával — minél hamarabb juttassák el az OTKI Oktatási Osztályára. Az esetleges túljelentkezés esetén a beérkezés sorrendjét is tekintetbe kell vennünk (J. I.).

MEGHÍVÓ

A Debreceni Orvostudományi Egyetem és a **Magyar Belgyógyász Társaság**

Fornet Béla dr. (1890—1966)
egyetemi tanár halálának ötödik évfordulóján

Debrecenben, 1971. jún. 18. du. 4 órakor és 19-én reggel 9 órakor.

Fornet emlékülést
tart.

Rendező: II. sz. Belklinika, Debrecen.

Elnöki megnyitó: *Csaba Béla dr.*, oktatási rektorhelyettes.

A Magyar Belgyógyász Társaság nevében *Petrányi Gyula dr.* egyetemi tanár, I. sz. Belklinika igazgatója.

Fornet-emlékbeszéd

Kesztyüs Lóránd dr. egyetemi tanár, akadémikus, rektor.

Az emlékbeszédhez csatlakozó előadások.

I.

Dán Sándor dr. egyetemi tanár, a II. sz. Belklinika igazgatója: A II. sz. Belklinika egyetemi feladatai.

II.

1. *Róth Imre dr.* (MÁV Kórház, Budapest): A Fornet Klinika indulása és első 10 éve a tudományos munkássága tükrében.
2. *Máthé Konrád dr.* (Szentes, Megyei Kórház): A cardiologia indulása a Fornet Klinikán.
3. *Földváry Gyula dr.* (Miskolc, Megyei Kórház): A phonomechanocardiographia a kórházi gyakorlatban.
4. *Bán András dr.* (Zalaegerszeg, Megyei Kórház): A megaloblastos anaemiákról.
5. *Hankiss János dr.* (Győr, Megyei Kórház): Endocrinologiai kutatások a Fornet Klinikán.
6. *Málnási Géza dr., Jakab Sámuel, Szabó Endre dr., György Pál dr., Selényi Zsuzsa dr., Papp Árpád dr., Józsa Ákos dr., Nacsadi Erzsébet dr.* (Tirgumures, Román Szocialista Köztársaság): A gyomorrák földrajzi elterjedése Maros és Hargita megyében.

III.

7. *Böszörményi Ernő dr.* (Budapest, II. sz. Belklinika): A myocardium infarctus aktuális problémái.
8. *Fülöp Tibor dr., Valenta Borbála dr.* (I. sz. Belklinika): Beta receptor-blokkolók szerepe a cardiologiában.
9. *Gábor Aurél dr.* (Budapest, Országos Mentőszolgálat): Az oxyologia jelentősége a modern belgyógyászatban.
10. *Balogh Gábor dr.* (Balassagyarmat, Városi Kórház): Gyógyszeres cardioversióval elért eredményeink.
11. *Héger Flóris dr.* (Sopron, Állami Gyógyintézet): A pulmonalis érrajzolat differential diagnostica jelentőségéről szívbetegségekben.
12. *Pásztor János dr.* (Vásárosnamény, Városi Kórház): A „fibrinogen-B" reactio jelentősége a szívizominfarctus diagnostikájában.
13. *Áberle Lajos dr.* (Debrecen, Megyei Kórház): Atherosclerosis és anyagcsere.
14. *Happich Gyula dr.* (Nyíregyháza, Megyei Kórház): Heveny hepatitisen átesett betegek 7 éves utóvizsgálatának tapasztalatai.
15. *Ablonczi Pál dr.* (Bonyhád, (Városi Kórház): Glucoronsav anyagcserevizsgálatok hepatobiliaris betegségekben.
16. *Kacskó János dr.* (Hajdúszoboszló): Hízósejtek rhuematologiai vonatkozásai.
17. *Siró Béla dr.* (I. sz. Belklinika) és *Hadházi György dr.* (Mikrobiológiai Intézet): Interferon vizsgálatok rheumatoid arthritisben.
18. *Csokonay László dr.* (Miskolc, Megyei Kórház): A laboratóriumi vizsgálatok eredményét befolyásoló tényezőkről.
19. *Torday Zsigmond dr.* (Szolnok, MÁV Kórház): A diabetes mellitus korai diagnostikájának mai állása és megelőzésének lehetőségei.
20. *Fehértai Erzsébet dr.* (Székesfehérvár): A gyomorcarcinoma korai rtg diagnosticája.
21. *Demény Péter dr.* (I. sz. Belklinika, Debrecen): A nyál-kationok klinikai vizsgálatának jelentősége.

IV.

22. *Kulcsár András dr.* (II. sz. Belklinika): Hepatoendocrin vizsgálatok.
23. *Prekopa Álmos dr., Dalmi Lajos dr., Boján Ferenc dr., Zajzon Réka dr., Brátovics Ilona dr.* (II. sz. Belklinika): Immunglobulin vizsgálatok jelentősége a chronicus hepatitisekben.
24. *Brátovics Ilona dr., Dalmi Lajos dr., Boján Ferenc dr.* (II. Belklinika): A serum-immunglobulinok és serum-enzymek vizsgálatának jelentősége a chronicus hepatitis preventiójában.
25. *Misz Mária dr., Vecsei Tibor dr., Horváth Tibor dr., Nagy Péter dr.* (II. sz. Belklinika): Alvadási faktorok vizsgálatának jelentősége chronicus májbetegségekben.
26. *Jákó János dr.* (II. sz. Belklinika): Adatok a praeleucosis diagnosticus kérdéseihez.
27. *Sári Bálint dr.* (II. sz. Belklinika): A véralakelemek enzymologiai vizsgálatának gyakorlati és elméleti kérdései.
28. *Kiss Attila dr., Zayzon Réka dr.* (II. sz. Belklinika): A thrombocyták biochemiai és enzymologiai vizsgálatának jelentősége májbetegségekben.
29. *Orosz László dr.* (II. sz. Belklinika): A vér lypolytikus aktivitása és klinikai jelentősége.
30. Zárszó. *Dán Sándor dr.*

Jelentkezés és szállásigénylést 1971. június 7-ig kérjük *Jako János dr.* tanársegéd címére: Debrecen 12. II. Belklinika.

Helyreigazítás: Folyó évi 19. számunkban megjelent *Szamosi József dr. és Tóth József dr. „A gyermekkori enuresis egyes kérdései"* című közleményükből sajnálatos módon egy évszám kimaradt.

Az 1095. oldal 4. bekezdésének 2. sorában az *„1969"*-es évszám maradt ki; a helyes szöveg tehát „. . . . I.- és II.-es belosztályra 1955. I. 1-től 1969. XII. 31-ig . . .".

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen,
vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTAP" Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest, XIV. ker., Lumumba u. 209.
Telefon: 630–985.

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 agitatióval járó kórképek, paranoid hallucinatoros kórképek, epileptiform psychosisok, delirium tremens, hebephrenia. Depressióval járó delirium esetei. Indítékszegénységgel járó depressio. Hányinger.

ELLENJAVALLATOK: ● A pyramispálya és az extrapiramidalis pályarendszer organicus betegségei.

ADAGOLÁS: ● A parenteralis alkalmazás abban az esetben indokolt, ha az oralis adagolás keresztülvihetetlen. Adagja: ½—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 ¼-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 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 tabletta
250 db tabletta
1 üveg solutio (10 ml)

FORGALOMBA HOZZA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST X.

KONGRESSZUSI MŰSOROKAT BEKÜLDŐ T. KARTÁRSAINK FIGYELMÉBE!

Örvendetes jelenség a hazánkban lezajló tudományos konferenciák és kongresszusok gazdag és színvonalas programja, amelyeknek a Hetilap szívesen ad publicitást. Ugyanakkor azonban a szerkesztőségnek komoly gondot okoz az a körülmény, hogy egyes nagyobb kongresszusok rendezősége olyan részletességgel és olyan terjedelemben kívánja ezeket közzétenni, ami a lap keretei miatt kivihetetlen. Néha ez olyan méreteket ölt, hogy a beküldött anyag — ha változatlan formában kerülne közlésre — egy teljes számot is kitenne. Nyilvánvaló, hogy a műsorok szervezőinek meg kell találniuk azt a középutat, amely megfelel a reális lehetőségeknek. Arra kérjük ezért a t. Rendezőségeket, hogy a rendelkezésükre álló adattömegből a Hetilap számára olyan szöveget állítsanak össze, ami csak a legfontosabb tudnivalókra hívja fel a figyelmet és főbb vonásaiban ismerteti a kongresszusok tematikáját, beosztását stb. a résztvevők titulusai stb. nélkül, ami ugyancsak rengeteg helyet vesz el.

A szerkesztőség

HALO PERI DOL

injekció, tabletta és csepp

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

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

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

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

ELLENJAVALLATOK: Pyramidalis vagy extrapyramidalis tünetcsoporttal járó kórképek. Hysteria.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az oralis adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio).
Adagja ilyenkor 1 ampulla (5 mg) intramuscularisan. Az átlagos oralis napi adag 2—4 mg. Az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével azonban a napi adag 1,5—10 mg között váltakozhat, egyenlő részekre elosztva. Gyermekkek 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-idegosztály) javaslatára rendelhetik.

FORGALOMBA KERÜL:

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

GYÁRTJA: KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(250)

Pályázatokat hirdetünk:
1. Egy fő **körzeti gyermekorvos,**
2. Egy fő **áll. közeg.-járványügyi felügyelő,**
3. Három fő **bölcsődei gondozónő,**
4. Egy fő **szociális otthoni ápolónő** állásokra.

Az orvosi állásokhoz 2 és fél szobás bérházi lakást, a középkáderi állásokhoz szolgálati szobát biztosítunk.
Fizetés kulcsszám szerint.
A pályázatokat kérjük a Városi Tanács V. B. Egészségügyi Csoport, Hajdúnánás, Köztársaság tér 1. alá beküldeni.

Nagy József dr.
mb. városi főorvos

(253)

Pharmacologia és pharmacotherapia tárgyú magyar nyelvű szakközlemények **spanyol** nyelvre fordítására, ill. nyelvi lektorálására jelentkezőket keresünk otthoni munkára. Névvel, címmel ellátott leveleket az Ifjúsági Lapkiadó Vállalathoz (Bp., VI., Révay u. 16.) kérjük címezni „Barabás" jelzéssel.

(254)

Pályázatot hirdetek a Péterfy S. u. Kórház-Rendelőintézet rheuma szakrendelésén megüresedett E 129 kulcsszámú **felülvizsgáló főorvosi** állásra.

Forgács József dr.
igazgató-főorvos

(255)

Hatvan Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (Hatvan, Kossuth tér 18.) pályázatot hirdet a kórház Rendelőintézeténél nyugdíjazás folytán megüresedő egy fő E 129 kulcsszámú **felülvizsgáló főorvosi állásra.**
A pályázó lehetőség szerint belgyógyász-szakorvosi vagy eü. szervezési szakorvosi képesítéssel rendelkezzen. Illetmény kulcsszám szerint. A hirdetett állás 1971. június 1-től elfoglalható. Jelenleg lakást biztosítani nem tudunk. Az állásra pályázók szabályszerűen felszerelt kérelmeiket a szolgálati út betartásával nyújtsák be.

Dobos Imre dr.
igazgató-főorvos

(256)

A Nógrád megyei Állami Közegészségügyi-Járványügyi Állomás vezetője pályázatot hirdet 2 fő állami **közegészségügyi-járványügyi felügyelői** állásra. Az állás azonnal elfoglalható. Illetmény E 146 kulcsszám szerint. Másodállás megbeszélés alapján lehetséges. Lakás biztosítva.
Pályázatot az alábbi címre kérjük: Nógrád Megyei Közegészségügyi-Járványügyi Állomás, Salgótarján, Bem u. 7—9.

(257)

A X. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézete pályázatot hirdet egy E 138 kulcsszámú **üzemorvosi** állásra a X. kerületben.
A pályázatokat a közzétételtől számított 15 napon belül kérjük benyújtani. Az állás javadalmazása kulcsszám szerint.

(258)

Budapest Főváros VII. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője pályázatot hirdet a Korányi Frigyes és Sándor Közkórház (Budapest, VII., Alsóerdősor 7.) nyugdíjazás folytán megüresedő 1 fő E 109 kulcsszámú **körboncnoki főorvosi állásra.**
Az állás 1972. január 1-én foglalható el. A pályázatokat a szolgálati út betartásával a megjelenéstől számított 15 napon belül a VII. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez kérjük benyújtani (Budapest, VII., Lenin krt. 6.).

Turczer György dr.
ker. vez. főorvos
eü. oszt. vezető

(259)

Budapest III. kerületi Tanács Margit Kórházának igazgató-főorvosa (Budapest, III., Bécsi út 132.) pályázatot hirdet a kórház sebészeti osztályán megüresedett **műtősnői állásra.** Illetmény kulcsszám szerint. Az állás azonnal elfoglalható.

Balassa Sándor dr.
igazgató-főorvos

(260)

A szekszárdi Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet Tolna községben 1 fő E 125 ksz. **sebész-szakorvosi** állásra. Kétszobás összkomfortos garázzsal, váróval, rendelővel ellátott lakás rendelkezésre áll. Állás és lakás 1971 június hóban foglalható el. Bérezés kulcsszámnak megfelelően. Pályázatnál előnyben részesül a sebész-gyermekgyógyász házaspár.
Gyermekgyógyász részére gyermekkörzeti állás áll rendelkezésre.

Szentgáli Gyula dr.
kórházigazgató-főorvos

(261)

A Veszprém megyei Tanács Kórházának igazgatója pályázatot hirdet az intézet központi laboratóriumában betöltendő 1 fő **segédorvosi** állásra. Az állás betöltéséhez átmenetileg férőhelyes elhelyezés áll rendelkezésre.

Arany László dr.
kórházigazgató-főorvos

(262)

Hatvan Városi Tanács V. B. Egészségügyi Csoport Vezetője (Kossuth tér 2.) pályázatot hirdet áthelyezés miatt megüresedett E 109 ksz. **kórházi laboratóriumi osztályvezető főorvosi** állásra.
Az álláshoz lakás biztosítva, fizetés ksz. szerint.

Hamza Mária dr.
városi főorvos

(263)

A Budapest XI. ker. Szakorvosi Rendelőintézet (XI., Fehérvári u. 12.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 E 126 kulcsszámú **rheuma szakorvosi** állás betöltésére, 1971. július 1-re.

Királyhegyi Róbert dr.
rend. int. igazgató-főorvos

(264)

A VIII. Tanács V. B. Üzemi Rendelőintézet (Bp., VIII., Vajda Péter u. 10.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a sebészeti osztályon nyugdíjazás miatt megüresedett E 126 ksz. **sebész szakorvosi állásra.**
Mellékállás lehetséges.
Illetmény kulcsszám szerint.

(265)

Országos Bőr-Nemikórtani Intézet igazgatója (Bp., VIII., Mária u. 41.) pályázatot hirdet 1 fő 924. kulcsszámú **tudományos munkatársi állás** betöltésére.
Pályázhat biológus vagy laboratóriumi szakorvos. Gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.
Javadalmazás kulcsszámnak megfelelően.

Király Kálmán dr.
egyetemi tanár
Országos Bőr-Nemikórtani Intézet
igazgatója

(266)

Dunaújvárosi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (Dunaújváros, Korányi S. u. 2.) pályázatot hirdet 1 fő E 126 kulcsszámú **gondozóintézeti szakfőorvosi állásra** a TBC Gondozó Intézetben.
Illetmény kulcsszámnak megfelelően. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Fenyőházi Jenő dr.
igazgató-főorvos

(267)

Pályázatot hirdetek a Péterfy S. u. Kórház-Rendelőintézetben megüresedett alábbi állásokra:
a szakorvosi rendelő **röntgenosztályán** E 128 kulcsszámú **kórház-rendelőintézeti szakorvosi** állásra,
a kórház **fül-orr-gégészeti osztályán** E 128 kulcsszámú **kórház-rendelőintézeti szakorvosi** állásra,
a rendelőintézet **laboratóriumában** E 126 kulcsszámú **szakorvosi** állásra,
a kórház-rendelőintézet területéhez tartozó, E 126 kulcsszámú, VII. kerületi váltózó munkahelyű, **körzeti orvosi** állásra.
Az állás elnyeréséhez belgyógyász szakorvosi képesítés szükséges.

Forgács József dr.
igazgató-főorvos

(268)

Sátoraljaújhelyi Városi Tanács Rendelőintézetének igazgató-főorvosa (Sátoraljaújhely, Kossuth L. u. 29.) pályázatot hirdet: 2 **felülvizsgáló főorvosi** állásra Sátoraljaújhelyen. Fizetés az E 129-es kulcsszám szerint.
Áthelyezés folytán megüresedett **nőgyógyász szakorvosi** állásra Sátoraljaújhelyen. Fizetés az E 126 vagy E 128-as kulcsszám szerint.
Áthelyezés folytán megüresedett **sebész szakorvosi** állásra Sátoraljaújhelyen. Fizetés az E 126-os kulcsszám szerint.
Nyugdíjazás folytán megüresedett **ideggyógyász szakorvosi** állásra Sátoraljaújhelyen. Az álláshoz napi 3 órás alkoholelvonó szakrendelés is kapcsolódik. Fizetés az E 126-os kulcsszám szerint.
Áthelyezés folytán megüresedett **fogorvosi állásra** Cigándon. Fizetés az E 127-es kulcsszám szerint. Újonnan épült 3 szobás összkomfortos lakás rendelkezésre áll.
Áthelyezés folytán megüresedett **fogorvosi állásra** Tiszakarádon. Fizetés az E 126, vagy E 127-es kulcsszám szerint. Újonnan épült 3 szobás összkomfortos lakás rendelkezésre áll.

Hajdú Józsefné dr.
RI. gondnok-h.

(269)

Fővárosi XIV. ker. Tanács Apáthy István Területi Gyermekkórház Gyermekszakrendelőjének igazgató-főorvosa (Budapest, XIV., Ida u. 6.) pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedő E 175 kulcsszámú Budapest XIV., XVI. és XVII. kerületeiben, a középiskolákban végzendő **iskolaorvosi** állásra.
Az állás betöltéséhez gyermekszakorvosi szakképesítés szükséges.

Bors Jenő dr.
rend. int. ig.-főorvos

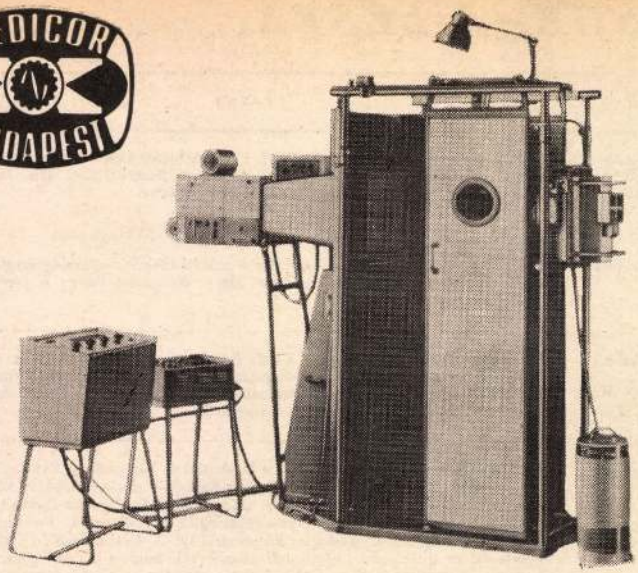
(270)

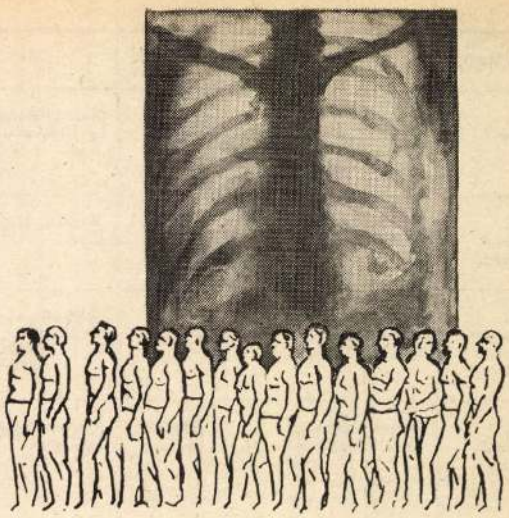
Kubába pályázni lehet angolul tudó orosoknak 1—2 éves időtartamra az alábbi szakterületekről:
1. **Immunológus** 2 éves időtartamra. Feladata: a laboratóriumi immunológiai módszerek bevezetése, mint elektro-, immunelektroforézis, komplementkötés, precipitáció, agglutináció. Antigének és antitestek jelentésének meghatározása rákkutatással kapcsolatban.
2. **Vértermékspecialista** 1 éves időtartamra, Havannai Orvostudományi Egyetemre. Feladata: az egyetem gyógyszerbiokémiai fakultásán folyó kutató munka irányítása.
3. **Gyermekorvos** 2 éves időtartamra a Havannai Orvostudományi Egyetemre. Feladata az energetikai anyagcsere-laboratórium kifejlesztése, klinikai és kísérleti munkák végzése az energetikai metabolizmussal kapcsolatban.

A pályázatot szolgálati úton kell az Egészségügyi Minisztérium Személyzeti Önálló Osztályára beadni. A pályázathoz mellékelni kell két példányban életrajzot, két példányban a kiutazáshoz szükséges kérdőívet.

A pályázat beadásának határideje: a pályázat megjelenésétől számított két hét.

Keresztes László dr.
főosztályvezető





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. június 1. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet IX., Gyáli út 2—6. „A" ép., nagy tanterem	délután 2 óra	*Országos Közegészségügyi Intézet*	*Szita József, Ádám Mária, Lányi Béla:* A kelet-szlovákiai és egyéb V. cholerae törzsek tanulmányozása. Előadó: *Szita József. Bartha Tibor:* Humán eredetű Bacteroides törzsek vizsgálata. Előadó: *Bartha Tibor.*
1971. június 3. csütörtök	XI. kerületi Tétényi úti Kórház könyvtárterme	délután 2 óra	*A kórház Tudományos Köre*	1. *Vadász Gábor:* Az EKG jelentősége a műtéti teherbíróképesség megítélésében. 2. *Vas György, Csiffáry Dezső, Sátori Ödön, Keszthelyi Péter:* A perfusio obliterativ arteriosclerosisban.
1971. június 4. péntek	Heim Pál Gyermekkórház könyvtára VIII., Üllői út 86.	délután 2 óra	*A kórház orvosi kara*	1. *Sárkány Jenő, Gorácz Gyula, Király László:* A perinatalis korban előforduló menigitisek kliniko-pathologiai jellegzetességeiről 2. *Gorácz Gyula:* A thromboemboliás szövődmények a prae- és perinatalis korban. 3. *Király László:* A perinatalis pneumoniák differential diagnosztikájáról.
1971. június 5. szombat	Semmelweis terem VIII., Szentkirályi u. 21.	délelőtt 10 óra	*Magyar Onkológusok Társasága*	1. *Sassy-Dobray Gábor:* Beszámoló a londoni IV. Nemzetközi Cytologiai Kongresszusról. 2. *Gimes Rezső és Tóth Ferenc:* Kisdózisú nor-steroidokkal kapcsolatos kolpocytologiai megfigyeléseink. 3. *Kocsis Zsolt és Topscher Zoltán:* Kezdeti eredményeink a kazincbarcikai Gynecocytologiai Állomáson. 4. *Ferenczy Sándor:* Áttéti tüdő-daganatok cytologiai diagnosztikája. 5. *Gyenei Iván:* Összehasonlító cytologiai és histologiai vizsgálatok adenocyrcinomában tüdőgyógyászati intraoperativ anyagon. 6. *Kiss Ilona, Ferenczy Sándor és Németh L.:* Gastroscopiás és cytologiai eredmények összehasonlítása és az együttes alkalmazás előnyei.
1971. június 8. kedd	Semmelweis Orvostud. Egyetem Gerontologiai Kutatócsoport könyvtára VIII., Somogyi B. út 33.	délután ½3 óra	*Magyar Gerontologiai Társaság*	1. *Németh-Csóka Mihály:* A kötőszövet öregkori változásainak vizsgálata termodinamikai módszerekkel. 2. *Molnár Kálmán:* Az élettelen és élő öregedésének analógiája. 3. *Szarvas András:* Összehangolt öreggondozás. Távlati koncepció.
1971. június 10. csütörtök	Semmelweis-terem VIII., Szentkirályi u. 21.	délután 4 óra	*Korányi Frigyes Tbc. és Tüdőgyógyász Társaság*	*Böszörményi Miklós:* A tuberculosis chemotherapiája a tbc elleni küzdelem mai fázisában.

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest, VI., Révay u. 16. Megjelenik 12 400 példányban
A kiadásért felel Tóth László igazgató
Telefon: 116—660
MNB egyszámlaszám: 69.915.272—46
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a kézbesítőknél, 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

71.1907 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla igazgató

INDEX: 25 674

PERLEPSIN TABLETTA

Antiepilepticum

A Perlepsin anticonvulsiós hatásával állatkísérletekben kivédi a tetracor, strychnin és az electroshock által kiváltott görcsöt. Klinikai vizsgálatok alapján antiepilepsiás hatásúnak bizonyult. Terápiás adagjaiban mentes a barbiturátokra jellemző általános bódító hatástól.

ÖSSZETÉTEL:

Tablettánként 0,5 g α-Methyl-α-phenyl-N-morpholinyl-methylen-succinimid ható anyagot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Az epilepsia különböző típusai, elsősorban a petit mal és temporalis rohamokkal, valamint a petit mal és grand mal rohamok együttes előfordulásával jellemzett formáit és az ezzel járó egyéb klinikai tüneteket kedvezően befolyásolja. Megfelelő adagolással igen gyakran és gyorsan biztosítja a teljes rohammentességet, továbbá a rohamokkal összefüggő klinikai tünetek és a kóros agyi elektromos tevékenységek rendeződését. Egyéb antiepilepticumok részleges hatásossága esetén adjuvansként is adható, mint ahogy a Perlepsin adagolás is kiegészíthető egyéb antiepilepticumokkal.

ADAGOLÁS:

Egyéni megítélést igényel. Felnőtteknél általában napi 3 × 1 tablettával kell kezdeni a kezelést. Amennyiben a gyógyszer szedése mellett roham jelentkezik, a napi dózist 3 × 1½-re, újabb roham esetén 3 × 2 tablettára kell emelni. Intézeti kezelés esetén, különösen akkor amikor a rohamok halmozódása miatt gyors eredményt akarunk elérni, kezdjük a gyógyszerelést napi 3 × 2 tablettával és rohammentesség után a lehetőségnek megfelelően csökkentjük.

Gyermekek adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb. A napi háromszori adagolás lehetőleg a főétkezésekkel egyidőben, az esetleges negyedik adag bevétele este lefekvéskor történjék.

Hatásosság szempontjából a rendszeres és folyamatos kezelés elengedhetetlen. Intercurrens megbetegedések alkalmi gyógyszerelése a Perlepsin adagolását nem teszi mellőzhetővé.

A gyógyszer adagolásának megszüntetése 2 évi rohammentesség esetén szakorvosi és EEG vizsgálattal egybekötött ellenőrzés mellett jön számításba.

MELLÉKHATÁSOK:

Ritkán előforduló nemkívánatos mellékhatások (enyhe gyomorpanaszok, szédülés) az adag csökkentésével általában megszüntethetők. Ha azonban a melléktünetek az adag csökkentésével sem szűnnek meg, ajánlatos az adagolás megszakítása. Az egyéni túlérzékenység súlyosabb esetében (bőrtünetek, haematuria, agranulocytosis) a további adagolást azonnal beszüntetjük.

Hosszabb gyógykezelés és főleg nagyobb adagok rendelése esetén a vizelet és a vérkép rendszeres ellenőrzése feltétlenül szükséges.

CSOMAGOLÁS:

20 db	à 0,5 g tabletta	à: 45,– Ft
200 db	à 0,5 g tabletta	à: 434,– Ft

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

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

BALTIX cseppek

Egy üveg (10 ml) 0,5 g clofedanolt tartalmaz.
Köhögéscsillapító hatása a codeinéhoz hasonló, alkalmazása azonban nem vezet hozzászokáshoz és mentes a codein-származékok ismert mellékhatásaitól. A felnőtt és gyermek szervezet egyaránt jól tűri, obstipatiót nem okoz.

Javallatai: acut és chronikus köhögés – chronikus bronchitis okozta pharingeális köhögés – tonsillectomia utáni köhögési inger – pleuritis, tüdőtumor, szilikózis okozta köhögés.

Speciális tüdőfolyamatok, főképp ha a codein-származékok megszokása már fennáll, dohányosok jellegzetes köhögése. Bronchoscopia, bronchographia, tüdőtöltés előtt prophylactikusan.

Adagolása: felnőtteknek naponta 3–4×20–30 csepp kevés vízzel vagy gyümölcslével. Gyermekeknek 3 × 5–15 csepp, csecsemőknek 3 × 5 csepp.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

1 üveg (10 ml) 8,40 Ft

EGYT

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI
GYÁR
BUDAPEST