

OH

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

115. ÉVFOLYAM 40. SZÁM 2345–2408

BUDAPEST, 1974. OKTÓBER 6.

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 ez ideig keresztrezisztenciát sem észleltek, igen jól tűrhető.

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

JAVALLATOK: Főleg a 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 – a funkciós vizsgálatok elvégzése mellett – csak fokozott óvatossággal alkalmazható.

A terhesség első harmadában és az újszülötteknél 1 hónapos korig 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).

Csecsemők adagja 2 hónaptól 1 éves korig 125 mg naponta 2–4-szer.

Kisgyermekek adagja 1-től 2 éves korig 250 mg naponta 2–3-szor.

Gyermekek adagja 2-től 6 éves korig 250 mg naponta 3–4-szer, 6-tól 14 éves korig 500 mg naponta 2–4-szer.

Csecsemők és gyermekek részére történő alkalmazása csak akkor ajánlatos, ha a kapszulák tartalmának a szükséges adagokra történő pontos és szakszerű szétosztása biztosítva van.

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

CSOMAGOLÁS: 56 db à 0,5 g kapszula 370,- Ft.

MEGJEGYZÉS: Elsősorban fekvőbeteg-gyógyintézetek részére szolgál. Társadalombiztosítás részére csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhető, utókezelésre, a szokásos antibioticumokra, chemotherapeuticumokra kellően nem reagáló, de Nevigramonra érzékeny polyresistens fertőzésekben. A vényt minden esetben a javaslatot adó intézet és a javaslat keltének feltüntetésével, két példányban (másolattal) kell kiállítani.

CHINOIN

GYÓGYSZER-

ÉS VEGYÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA

Budapest, IV., Tó utca 1–5.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
DARABOS PÁL DR.
FISCHER ANTAL DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
SZÁNTÓ GYÖRGY DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.

*

115. ÉVFOLYAM

*

40. SZÁM

*

1974. OKTÓBER 6.

TARTALOMJEGYZÉK

Bodrogi György dr.:
A praesystoléről 2347

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Nyerges Gábor dr., Kovács Katalin dr.,
Ferencz Adrienne dr. és Kovács Ferenc dr.:
A gennyes meningitisek
aetiológiai diagnosztikai problémái 2352

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Bösze Péter dr., Kun László dr.
és László János dr.:
Ultrahang vizsgálatok gonad-dysgenesisben 2361

THERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Verecke István dr. és Hering Andrea dr.:
A plasma-TSH alakulása
thyreostaticumokkal folytatott kezelés során 2363

RITKA KÓRKÉPEK

Szell Kálmán dr. és Gaál Csaba dr.:
A spontán gyomor-rupturáról
egy eset kapcsán 2369

RÖVID EXPERIMENTÁLIS KÖZLEMÉNYEK

Takács Lajos dr., Debreczeni Lóránd dr.
és Farsang Csaba dr.:
Guérin-carcinomás patkányok
vérkeringésének regulációja 2374

HORUS

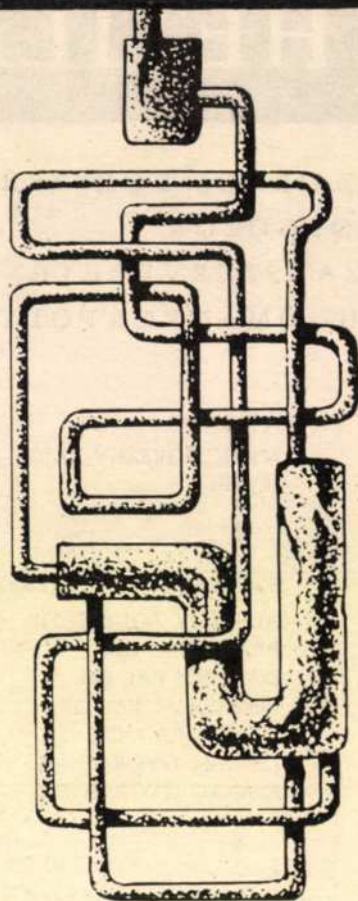
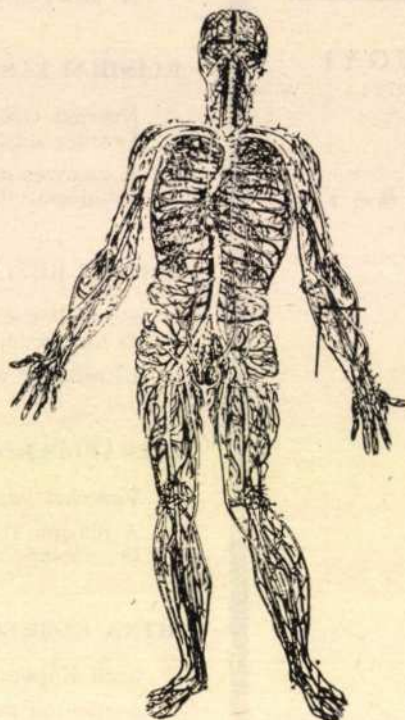
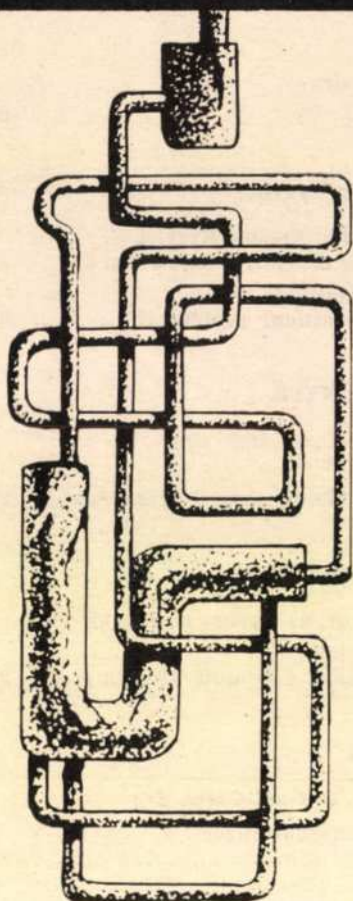
Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Tizenhatodik századi
magyar nyelvű tünetleírások 2377
Thomas Sydenham — az angol Hippokratész,
a gyakorlati orvostan nagy reformátora 2379
W. M. Bayliss 2380
75 éves a nyíregyházi Megyei Kórház 2381
Mikszáth Kálmán orvos unokabátyja 2383
A TMB hírei 2383
Elhalálozások 2384

Folyóiratreferátumok 2387
Levelek a szerkesztőhöz 2401
Könyvismertetés 2403
Hírek 2405
Előadások, ülések 2408

STUGERON

tabletta



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnariziumot tartalmaz.

HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradykinin, nicotin) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában.

A Stugeron ezen felül fokozza az ereken átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labyrinthus ingerlékenységét.

JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, diabetes, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paresthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ELLENJAVALLAT

Ez ideig nem ismeretes.

ADAGOLÁS

Naponta 3×1 vagy 3×2 tablettát hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS

Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

MEGJEGYZÉS

† Társadalombiztosítás terhére arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésére fekvőbeteg-gyógyintézetek javaslatára rendelhető. Egyéb agyér-megbetegedésben és a perifériás erek megbetegedésében szakrendelések rendelhetik, illetőleg javaslatukra rendelhető.

CSOMAGOLÁS

50 tablettát 26,90 Ft
200 tablettát 98,70 Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

A praesystoléről

Bodrogi György dr.

Egyetlen szívrevolúció — a systole és a diastole — több fázisra bontható. Wiggers (26) 9 ilyen szakaszt ír le és ezeknek elkülönítése a könnyen felvehető külső mechanogramokkal is lehetséges.

Egy szívrevolúció funkciójának leírását általában a pitvari systolével szokták kezdeni. Ezt a szakaszt nevezzük praesystolénak. A tárgyalás ilyen menetének megválasztása jogos, mert a keringést végső fokon lehetővé tevő mechanikai kölcsönhatást közvetlenül elektromos kölcsönhatás előz meg, aminek az elindítója a sinus, ahol az ingerképzés létre jön és az első mechanikai következménye a pitvari systole. A sinusból ugyanis az elindult activatio a jobb és a bal pitvar falába jut, aminek következtében az izomrostok meghatározott szekvenciában kontrahálódnak. Így jön létre előbb a jobb, majd a bal pitvar aktivációja a praesystole, ami az EKG P hullámának kezdete után körülbelül 60 msec-ra indul. Maga a pitvari összehúzódás 60—80 msec-ig tart és ezután következik egy, a Wiggers-féle felosztásban nem szereplő pitvari relaxatio (diastole), amelynek jelentőségére már Potain rámutat (18).

A pitvari systole alatt a pitvar tartalmának egy része a kamrába jut. Ez a mennyiség elég jelentős: a kamrai tartalom mintegy 17—21%-a (10) és ez természetesen nagy térfogat-nagyobbdással jár együtt, mivel normális kamrai compliance esetén a telődés elsősorban a volument változtatja meg és csak igen kis mértékben okoz az nyomásemelkedést.

A pitvari diastole, amit Potain a vena-görbe tanulmányozása alapján csak spekulatív úton tételzett fel, napjainkban újra az érdeklődés körébe került, mert világossá vált (2, 20), hogy a pitvari izomzat relaxációja — csökkentvén az intraarterialis nyomást — elegendő ahhoz, hogy az atrioventricularis billentyű bezáruljon. Ha tehát a PQ hosszú, az atrioventricularis billentyű még a diastolében bezár és nem is nyílik ki, csak a következő isovolumiás relaxációs szak végén. Ha viszont a PQ normális, úgy a pitvari relaxatio folytán fellépő atrioventricularis nyomásgradiens kialakulásához éppen akkor járul hozzá, amikor a Q után a kamrai nyomás is emelkedni kezd. Másként kifejezve, egészséges emberen az atrioventricularis zárásához mind a pitvar, mind pedig a kamra működése hozzájárul. Ha a PQ 200 msec felett van, maga az atrialis systole (helyesebben az ezt követő atrialis diastole) elég ahhoz, hogy az atrioventricularis billentyű záruljon, ha a PQ 100—200 msec között van, a zárásban a pitvari actio mellett a kamrai kontrakciónak is szerepe van, ha viszont a PQ 100 msec

alatt van, a zárásért csak a kamrai kontrakció a felelős (20). Annak a felismerésnek, hogy a billentyű bezárását maga a pitvari actio is kiválthatja, azért van nagy jelentősége, mert egy korai P után, még ha az a diastole közepén áll is be, az atrioventricularis billentyű már nem nyílik ki és a diastole többi részében telődés már nincs.

A pitvari systole némelyik mechanogrammon jól felismerhető és tanulmányozható. Így a vena-görbén, a kardiogrammon, olykor a carotis-görbén is.

A vena-görbén a praesystolénak az (a) hullám felel meg, amely a P hullám kezdete után mintegy 100—120 msec-ra indul. A késés oka kettős. Számolnunk kell az elektromechanikus latenciával (a pitvarban lezajló elektromos dipól front kialakulása és az első izomrostok összehúzódása). Ez az idő általában 60 msec. Ezenkívül tudjuk azt is, hogy a vénában lezajló hullámzások egy része késve jelenik meg, mivel azok volumen-változást jelentenek. Meg kell jegyezni, hogy ez idealizált megállapítás, mert az erősen distenzibilis vena-fal a legkisebb vértorlódásra kitágulással válaszol, gyakorlatilag nyomásemelkedés nélkül. A volumen-változás a vena-rendszerben úgy terjed tehát, mint a folyadékban a dagály-apály hullám, azaz lassan, általában jól mérhető idő elteltével. Amikor a pitvari actio miatt a vena cava jobb pitvar jobb kamra rendszerben, amely a diastole idején egységes edényrendszert képez, az áramlás megváltozik, ez csak mennyiségi változást jelent. Az említett rendszerben ugyanis a nyomásgradiens állandó jelleggel csökken valamennyi szívfázis alatt. Mivel pedig a legkisebb nyomás a jobb kamrában van, még akkor is, amikor a közbeeső jobb pitvar systoléja miatt az intraauricularis nyomás annyira megemelkedik, hogy a kamrai vég-diastolés nyomást meghaladja, még mindig alacsonyabb lesz az, mint az áramlás irányát tekintve mögötte levő vénaszakaszban uralkodó nyomás. A pitvari systole alatt a vena-szakasz felett csak azért alakul ki egy (a) volumen-hullám, mert ebben az időben kevesebb lesz a vena-szakaszból elszállított, mint a periphéria felől odaérkezett vérmennyiség és így a pitvar mögött a vér torlódik, de a folyamatos centrál felé áramlás nem áll le, hanem csak lelassul. Nincs szó tehát arról, hogy a praesystole alatt bármilyen kis mennyiségű vér is visszaáramlana a vena-rendszerbe. Még ebben a mintegy 60 msec ideig tartó időszakban is a vérnek a szív jobb kamrája felé való áramlása csökkenve bár, de biztosított. Ezt állatkísérleteken, a vénába fecskendezett kontrasztanyaggal ki lehet mutatni.

Az (a) volumen-hullám tehát úgy jön létre, hogy a vena felett a pitvari systole idejében több lesz a periphériáról odaáramló vérmennyiség, mint amennyi a jobb kamrába bejuthat. Ez a torlódás a vena-szektor felduzzasztja. Az így létre jött dagályhullám ezután meglehetősen lassan terjed a periphéria felé, ahol végül is elhal. Így érthető meg, hogy mindazok a hullámok, amelyek a szív működés folytán mint volumen-változások jelennek meg, időben késnek és így elemzésük a „t” tengely mentén nem járhat eredménnyel. A késés nem is állandó és így standard hibaként sem lehet számításba venni. Nagyon könnyen észrevehető ugyanis,

hogy a nyaki vénák különböző pontjain felvett phlebogramokon a késés annál kifejezettebb, minél távolabb van a felvétel helye a jobb pitvartól. Ezt a tételt sorozatos synchron felvett phlebogramokon bizonyítottam (3).

Közbevetőleg meg kell említeni, hogy a kardiogrammon az (a) hullám mint nyomáshullám jelenik meg, tehát itt nincs késés a vena-görbétől eltérően. A magyarázata egyszerű, mert a kardiogrammmal nem volumen-hullám, hanem nyomáshullám, amelyet a szívfal tensio-fokozódása és a kamra nagyságváltozása okoz. A nyomáshullám pedig, ellentétben a volumen-hullámmal, igen nagy sebességgel terjed. A vena-görbe és a kardiogram (a) hulláma között tehát az a különbség, hogy ez utóbbi korábban jelenik meg (a P kezdetétől 60 msec-ra), míg az előbbi később, a P kezdetétől 100–120 msec-ra.

Ezt a különbséget azért kell hangsúlyozni, mert csak így érthető meg az, hogy decompensált szív esetén a vena-görbén az (a) hullám korábban jelenik meg. Ez az eset áll fenn akkor, ha a kamrai vég-diaistolés nyomás magas (8–10 Hgmm vagy annál magasabb), így például decompensációban. Ilyenkor a vena-görbe (a) hulláma mint nyomáshullám jelenik meg és így gyorsan terjed visszafelé a vénában, azaz a P kezdetétől a hullám megjelenéséig kevesebb idő telik el. Az a tény, hogy decompensatio esetén a vena-görbe (a) hulláma magas és széles, Weber óta közismert (25). Ez a megállapítás azonban subjectiv és eddig nem állott rendelkezésünkre olyan mérési lehetőség, amellyel az (a) hullám szélességét megállapíthattuk volna.

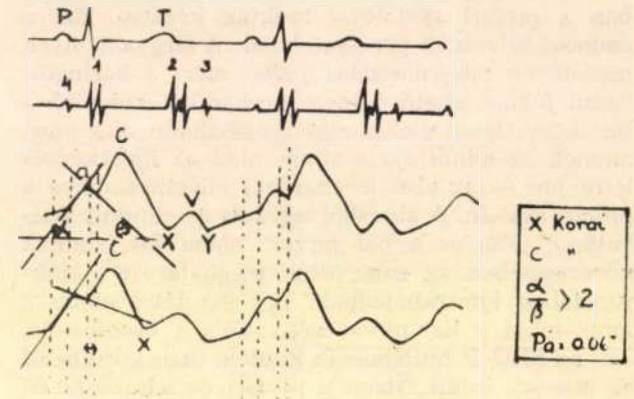
Ezen a nehézségen segítette az a megfigyelés, amely szerint a decompensatio mellett megjelenő (a) hullám korábban indul, tehát a P-a távolság lecsökken (4). A kérdés tisztázására nagy anyagot néztem át és úgy láttam, hogy egészségesben a P-a távolság mindig 100 msec felett volt. Decompensatio esetén az (a) hullám előbb lépett fel és extrém esetben a P hullám kezdetétől már 40–60 msec-ra megjelent. Ez az az (a) hullám, amit azelőtt „szélesebb” hullámként írtak le és decompensatióra tartottak jellemzőnek.

Decompensációban ugyanis, a vég-diaistolés nyomás emelkedése miatt, a pitvari activatióknak erősebbnek kell lennie ahhoz, hogy a pitvar a tartalmát a magasabb diaistolés nyomással szemben a kamrába továbbítsa. Az erősebb pitvari kontrakció miatt az intraauricularis nyomás gyorsan ér el egy magasabb értéket. A visszafelé terjedő (a) volumen-hullámon kívül így egy nyomáshullám is kialakul, amely nagyobb sebességgel terjed és így korán jelenik meg. A véna falának tágulékonysága, habár igen nagyfokú, de korlátolt és így a további vértörődés már nyomásemelkedést vált ki. Ezért a P-a idő lényegesen lerövidül.

A felfogás helyességét alátámasztja az a megfigyelés is, hogy az olyan görbéken, ahol az (a) hullám nyomáshullámként jelenik meg (intraauricularis nyomásgörbe, kardiogram) a P-a idő 40–60 msec. Az atrioventricularis block esetén tett mérések is azt mutatják, hogy az (a) hullám volumen- és nyomáshullámként is megjelenhet. Minél később lép fel a P hullám a diaistolében, annál korábban jelenik meg az (a) hullámnak a kezdete, ami azzal

magyarázható, hogy hosszú diaistolében az atrioventricularis block esetén az intraventricularis nyomás lassan nő. Ha már most magasabb nyomás mellett áll be a pitvari systole, korábban jelenik meg a vena (a) hulláma, azaz a P-a idő csökken.

A vena-görbe (a) hullámának formaváltozása is felismerhető decompensatio esetén. A magasabb kamrai vég-diaistolés nyomás esetén ugyanis a pitvari systole után beálló relaxatio a vena reservoirra kisebb hatást gyakorol és így az (a) leszálló szára kevésbé lesz meredek. Ennek mérésére a fel- és leszálló száraknak a vízszintessel alkotott szögeit ajánlottam. Azt láttam ugyanis, hogy ha ennek a két szögnek az aránya nagyobb 2-nél, decompensatio áll fenn.

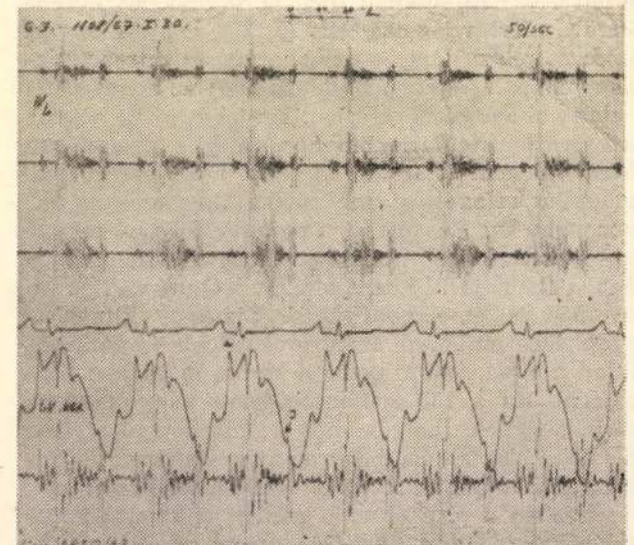


2675/67

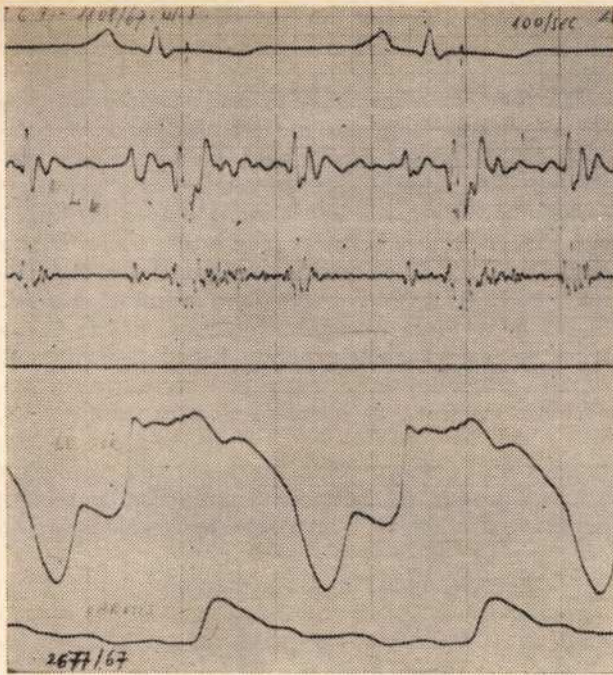
1. ábra. Sémás rajz. EKG, PKG, két vena-görbe. Az alsó görbén jól észlelhető az (a) hullám korai fellépése és az enyhén le-szálló szár

Így tehát a vena-görbén az (a) hullám korai megjelenése, az (a) hullám leszálló szárának renyhesége épen úgy decompensatio mellett szól, mint a Weber által leírt korai (x) megjelenés.

A pitvari systole lezajlását a vena-görbén kívül jól megfigyelhetjük a kardiogrammon is.



2. ábra. Az utolsó előtti sorban csúcsi kardiogram. Feltűnő az igen magas (a) hullám

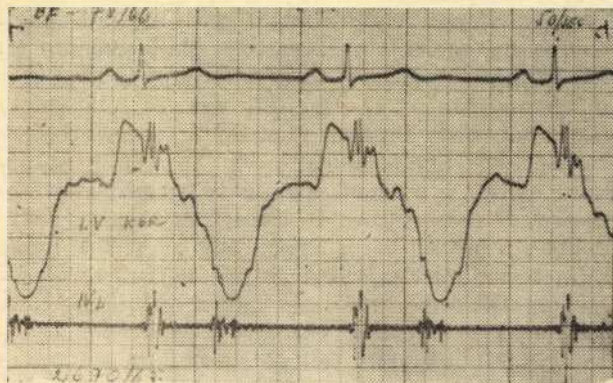


3. ábra.
Alulról a második sorban a bal kardiogrammon igen magas, széles (a) hullám

Itt is az (a) hullám magasabbá válása fokozott pitvari működés mellett szól. Ez a helyzet aorta stenosisban, idiopathiás hypertrophiás subaortikus stenosisban, súlyos hypertoniában. Mi egy ilyen súlyos hypertonia esetben magas (a) hullámokat észleltünk alternáló jelleggel és alternáló galoppal (7).

A hullám nagyságának megítéléséhez viszonyítást kell igénybe vennünk. Az (a) hullám nagyságát vagy az egész pozitív systolés hullám nagyságához vagy a diastole korai szakában fellépő gyors telődési szakaszban megjelenő pozitív hullámhoz lehet viszonyítani. Helyesebb és logikusabb ez utóbbi módszert használni, mert a diastolés hullám teljes nagyságának és az (a) hullám nagyságának összefüggése valószínű.

A kardiogrammon az (a) hullám nagysága adott esetben jó útjelző nemcsak a betegség felismeréséhez, hanem a súlyossági fok felbecsüléséhez



4. ábra.
EKG, bal kardiogram és hangfelvétel commissurotómia után. A kardiogrammon feltűnő az igen magas és széles (a) hullám

is (17, 24). Egy obstructív kardiomyopathiában szenvedő beteget évek során át észleltünk és az állapot súlyosbodásával az (a) hullám feltűnő növekedését láttuk, az átmeneti javuláskor pedig nagyfokú csökkenés állott be (3. ábra). Egy másik esetben viszont a commissurotómia után megjelenő nagy és erőteljes bal kamrai (a) hullám jelezte azt, hogy a műtét eredményes volt (4. ábra).

Tapasztalatunk szerint ezekben a mérésekben nagy segítségünkre lehet a görbe első deriváltja. Ezzel ugyanis sokkal pontosabban tudjuk felismerni és mérni a praesystolés és a gyors telődési szakaszokat.

A phonokardiographia egészségesben csak alacsony frekvencián mutatja a pitvari systolét. Feltehető, hogy középfrekvenciás rezgések is létrejönnek a pitvari systole hatására fellépő kamrai tágulás miatt, illetve az ekkor beálló nagyfokú deceleratio miatt, de ez, vagy ezek normálisan az 1. hangba olvadnak be. Ha azonban ischaemia áll fenn, úgy ez a hang leválik az 1. hangról és a P felé elővándorolhat. Ilyenkor a Q előtt mint praesystolés hang jelenik meg. Az ischaemia megszűntével ez a hang újra beleolvad az 1. hangba (12). Több észlelés megerősítette azt a feltevést, hogy az ischaemiában megjelenő pitvari galopp az állapot javulásával eltűnik, mert a praesystolés hang a P-től egyre távolabb lép fel és végül beolvad az 1. hang első komponensébe (1, 2, 11).

Az említett megfigyelésnek a nagy gyakorlati jelentőségét hangsúlyozza Bethell és Nixon (2), akik azt észlelték, hogy a kardiogrammon látható pitvari hullám olyan egyénnél, ahol pitvari hang hallható és atipikus mellkasi fájdalmak vannak, csökkent bal kamrai működést lehet feltételezni. A panaszok kellő értékelése mellett tehát a tapintás és a hallgatóság nagy jelentőségű a praefarctusos status diagnózisának felállításakor (15).

Gyakran látjuk, hogy ott, ahol myokardiális betegség vagy aorta stenosis miatt a kardiogrammon magas (a) hullám jelenik meg, legtöbbször auricularis hang is található. Súlyos esetben előfordul az is, hogy alternáló pitvari galopp hang mellett alternálva jelenik meg a nagy (a) hullám is.

Az auricularis hang eredetére vonatkozóan értékesnek tűnő megfigyelést tettünk (5, 6). Atrioventricularis block fennállása esetén, akkor, amikor az EKG P csipkéje a kamrai systoléra esett, külön auricularis hangot regisztráltunk magas amplitúdóval. Úgy látszik tehát, hogy számolnunk kell annak a lehetőségével — habár ezt sokan nem fogadják el —, hogy zárt atrioventricularis billentyű mellett pitvari hang létre jöhet (12). Mivel ebben az időpontban az atrioventricularis billentyű zárva van, a két üreg közt áramlás nincs, az auricularis hang létrejöttét az eddig elfogadott módon nem lehet magyarázni. Az az újabb felfogás, hogy a hangok oka az egész hemikus rendszernek, azaz a szív falának, a billentyűknek, az ínhúroknak és a vérnek, az áramlás vagy nyomásemelkedés változása következtében beálló megrengése, azt az általunk tett megfigyelést is jól megmagyarázza és egyúttal közvetve igazolja, hogy a hangok eredetének új magyarázata helyes. Általában elismert ugyanis, hogy nem a billentyűk becsukódása és kinyílása szerepel

hanggenerátorként, hanem az intracavitarius nyomásban beálló gyors változások. A nyomásváltozások és a billentyűk záródása és nyitódása közt természetesen szoros a kapcsolat, de a hang létrejöttében nem a billentyűk játéka szerepel, hanem pl. az 1. hang esetében az atrioventricularis billentyű bezáródása után beálló gyors nyomásváltozás. A nyomásváltozások hangképző hatása ma már bizonyítottan vehető (8, 9, 14, 16, 19).

A pitvari hang is ilyen gyorsan bekövetkező nyomásváltozásnak az eredménye. A pitvari actio által a kamrába nyomott vér áramlása a kamrai fal kitágítása után hirtelen lecsökken, ami hangképződéshez vezet. Ha bizonyos betegségekben a compliance csökken, ez a deceleratio kifejezettebb lesz és az auricularis hang intenzívebbé válik.

Az az észlelésünk, hogy zárt atrioventricularis billentyű mellett létre jöhet auricularis hang, teljes mértékben összhangban van tehát a hang létrejövetelére vonatkozó modern felfogással. Így oldódik fel az az ellentmondás, amely az általunk tett észlelés és az auricularis hang keletkezését magyarázó vélemények között eddig fennállott. A kamrai systolében ugyanis az atrioventricularis billentyű zárva van, pitvar-kamrai áramlás nincs. Mivel azonban a pitvari kontrakció nyomásemelkedéssel jár, amely zárt atrioventricularis billentyű mellett még kifejezettebb, nemcsak a hangjelenség létrejöttét magyarázza meg, hanem azt is, hogy az ilyenkor fellépő auricularis hang magasabb amplitúdójú rezgésként jelentkezik. Hogy ilyen fokozott pitvari nyomásemelkedés zárt atrioventricularis billentyű esetén fennáll, azt a vena-görbe analysise régen kimutatta. Ismeretes ugyanis, hogy ilyen esetben az (a) hullám igen magas lesz.

A praesystolében előforduló hangot az irodalomban különbözőképpen nevezték el. Mindenekelőtt le kell szögezni, hogy csak azt a hangjelenséget nevezhetjük praesystolésnak, amely az EKG Q hulláma előtt és a P hullám után jelenik meg. Az irodalomban szereplő praesystolés galopp általában beteg szívre vonatkozik. Használják a 4. hang kifejezést is, ez azonban kissé zavart keltő a szív funkciójának időbeli lezajlását illetően. Mi elfogadjuk azt az ajánlatot (2), amely szerint az auricularis hang elnevezés helyes mind az egészséges, mind a beteg emberen, függetlenül a frekvenciától és attól, hogy a vibratók hallhatók-e vagy csak fonokardiographiával fedhetők fel.

A hang általában 1–2 alacsony frekvenciájú és kis amplitúdójú vibrációból áll, és gyakran csak a fonokardiogramm mutatja ki. Habár a galopp hangra kétségtelen a magasabb amplitúdók jellemzőek, ezt mégsem lehet kritériumként elfogadni, mivel a hang mérésére módszerünk nincsen. Éppen ezért helyesebb, ha csak általában auricularis hangról beszélünk, mint ahogy arról már szó volt. Ha a szív beteg, pl. ischaemiás, úgy a hang felerősödik, galoppá alakul. Nyilvánvaló azonban, hogy nem a galopp alapján diagnosztizálunk, hanem egyéb vizsgálati leletek alapján. Ha a szív beteg, a galopp kifejezés használata jogosult, de egyúttal már felesleges is, hiszen itt gondolati ugrás van, amennyiben nem a galoppból diagnosztizáltuk a szívbetegséget, hanem a szívbetegség jogosít fel

arra, hogy a galopp kifejezést használjuk. Ez a megkülönböztetés tehát logikátlan és ezért fölösleges.

Értekes az a megfigyelés, hogy a praecinfarctusos syndroma diagnosis megállapításában az auricularis hang akkor értékelhető, ha a baloldalt fekvő betegen ujjunkkal praesystolés emelkedést is észlelünk, vagy a kardiogrammon magas (a) hullámot is regisztrálunk. Ezt az igen értékes jelet Nixon és Bethell (15) 72-es beteganyagban 65%-ban találták meg és az EKG csak 17%-ban mutatott eltérést.

A hypertonia fókának megállapításában is értékes jel az auricularis hang. Kincaid—Smith és Barlow (13) felhívják a figyelmet arra, hogy a hypertonia eredményes kezelésével párhuzamosan az auricularis hangnak az EKG P hullámától való távolsága nő és beleolvadhat az 1. hangba. Így tehát a kardiogramm (a) hulláma és az auricularis hang együttes értékelése a hypertonia kezelésében jó útbaigazítást ad.

Ismeretes, hogy az aorta stenosis eseteiben az auricularis hangnak jelentősége van. Több, hosszú időn át folytatott megfigyelés mutatja, hogy az állapot rosszabbodásával párhuzamosan jelenik meg az auricularis hang és intenzitásában növekedik. Vannak olyan megfigyelések is, amelyek a hang erőssége és az aorto-ventricularis gradiens nagysága között szoros összefüggést találtak. Itt is segítségünkre van az auricularis hang mellett megjelenő praesystolés emelkedés, amely kardiogrammal regisztrálható. A két jel együttes megjelenése azt jelenti, hogy a pitvar systolés aktivitása nagy, ez érthető is, hiszen nagyobb bal kamrai hypertrophia mellett csökken a compliance és ennek következtében a diastolés telődés jelentős része a pitvari systole következtében megy végbe. Az auricularis hang és a kardiogramm (a) hullámának megnövekedése közép magas gradiens jelent, egyes szerzők szerint legalább 70 Hgmm-t (2). Ilyen esetben a pitvari működés nagy fontosságú, mert a csökkent diastolés telődést ez kompenzálja. Minél kevesebb vér jut a gyors telődés szakában a kamrába, annál erősebb lesz a pitvari actio, hogy a megkívánt mennyiség a következő kamrai systoléra biztosítva legyen (23). Ez is hozzájárul annak a megmagyarázásához, hogy a sinus rhythmus felborulása esetén az ilyen beteg állapota romlik vagy éppen exitus áll be.

Élettaninak lehet azonban nyilvánítani az auricularis hangot abban az esetben, ha a csúcson (a) hullám nem tapintható, vagy a kardiogrammon normális nagyságú (21). Említett szerzők felhívják a figyelmet, hogy további vizsgálatok, megfigyelések szükségesek annak eldöntésére, hogy egy középkorú emberen fellépett atrialis hang milyen jelentőségű. Gyermekekben és hyperfunctióban szenvedőkben a pitvari hang, éppen úgy, mint a 3. hang, kifejezettebb lehet szívelváltozás nélkül is. Ilyenkor, ha találunk auricularis hangot, az mindig halk és tompa és a csúcsi kardiogramm normális. Viszont a felnőttkorban fellépő auricularis hang nem szükségképpen kóros jelentőségű. Az a megfigyelés, amely szerint az auricularis hang előfordulása ebben a korban egészségesek és betegek közt egyforma, csupán azt mutatja, hogy ebben a korban

a szív compliance-a csökken és ez fiziológiás (22).

Ha valamilyen kóros okból fennálló fokozott compliance-csökkenés következtében a gyors telődési szakban az áramlás csökken, úgy fokozódik a pitvari actio alatti késői diastolés telődés. Ennek az lesz a következménye, hogy a 3. hang elhalkul vagy eltűnik és fokozódik az auricularis hang és a kardiogramm (a) hulláma. Végül, ha decompensatio áll be, az auricularis hang mellett újból megjelenik a 3. hang.

Az auricularis hang jelentősége tehát önmagában véve nem nagy, de a kardiogramm (a) hullámával való összehasonlítással igen értékes jel.

Összefoglalás. A pitvari systole dinamikájának ismertetése kapcsán leírja azokat a mechanikus eseményeket, amelyek ebben a működési fázisban mennek végbe. Részletezi az ezzel kapcsolatos mozgás-, nyomás- és volumen-változásokat és azokat a jeleket, amelyeket a gyakorló orvos részint a klaszszikus fizikális vizsgálati módszerekkel, részint pedig egyszerű, vértelen úton kivihető eszközös vizsgálattal felismerhet. Ezek a mechanikus jelek jó útbaigazítást adnak az egyes betegségek felismerésében, a súlyossági fok felbecsülésében és lehetővé teszik a korrekt therapia ellenőrzését.

IRODALOM: 1. Bennett, E. D., Smithen, C. R., Sowton, E.: Brit. Heart J. 1972, 34, 202. — 2. Bethell, H. J. N., Nixon, P. G. F.: Brit. Heart J.: 1973, 35, 229.

— 3. Bodrogi Gy.: Kandidátusi értekezés, Budapest, 1961. — 4. Bodrogi Gy.: Doktori értekezés, Budapest, 1966. — 5. Bodrogi Gy.: Gyermekgyógyászat. 1969, 20, 39. — 6. Bodrogi Gy., Szabó Z.: Magy. Belorv. Arch. 1970, 23, 137. — 7. Bodrogi Gy., Bodrogi I., Kovács A.: Magy. Belorv. Arch. 1973, 26, 41. — 8. Bogaert, A., Genabeek, A., Arnoldy, M., Wauters, J.: Arch. Mal. Coeur. 1965, 58, 922. — 9. Di Bartolo, G., Nunez-Dey, D., Muiesan, G., MacCanon, D. M., Luisada, A. A.: Amer. J. Physiol. 1961, 201, 888. — 10. Hammermeister, K. E., Warbasse, J. R.: Amer. J. Cardiol. 1970, 25, 100. abst. — 11. Hill, J. C., O'Rourke, R. A., Lewis, R. P., McGrahan, G. M.: Amer. Heart J. 1969, 78, 194. — 12. Kincaid-Smith, P., Barlow, J.: Brit. Heart J. 1959, 21, 470. — 13. Kincaid-Smith, P., Barlow, J.: Brit. Heart J. 1959, 21, 479. — 14. Laurens, P.: Acta Cardiol. 1964, 19, 327. — 15. Nixon, P. G. F., Bethell, H. J. N.: Brit. Heart J. 1972, 34, 202. — 16. Piemme, T. E., Barnett, G. O., Dexter, L.: Circul. Res. 1966, 18, 303. — 17. Porubszky I., Gábor Gy.: Cardiol. hung. 1972, 1, 29. — 18. Potain, C.: Bull. Med. Soc. Med. Hôp. Paris. 1867, 4, 3. — 19. Sakamoto, T., Kusukawa, R., MacCanon, D. M., Luisada, A. A.: Circul. Res. 1965, 16, 45. — 20. Shah, P. M., Kramer, D. H., Gramiak, R.: Amer. J. Cardiol. 1970, 26, 231. — 21. Spodick, D. H., Rectra, E., Khan, A., Pigott, V.: Circulation, suppl. 1971, 2, 33. — 22. Spodick, D. H., Quarry Pigott, V. M.: New Engl. J. Med. 1973, 288, 140. — 23. Stott, D. K., Marpole, D. G. F., Bristow, J. D., Kloster, F. E., Griswold, H. E.: Circulation. 1970, 41, 1031. — 24. Strausz I., Kékes E., Horányi P., Barcsák J.: Magy. Belorv. Arch. 1972, 25, 47. — 25. Weber, A.: Die Elektrokardiographie und andere Methoden in der Kreislaufdiagnostik. 1935, Springer, Berlin. — 26. Wiggers, C. J.: Amer. J. Physiol. 1921, 56, 415., 493.

Sandosten® DRAZSÉ

antihistaminicum
antiallergicum

Thenalidinum tartaricum 25 mg drazsénként.

Hatás

Erős permeabilitásgátló, viszketéscsillapító, anticholinerg és serotonín-antagonista hatású antihistaminicum. Egyértelműen javítja az allergiás folyamatoknál meglévő, néha túrhetetlen fokú viszketést.

Csökkenti az erek permeabilitását, ezzel az oedemaképződést megszünteti.

Az eddig ismert és alkalmazott antihistaminokkal szemben csekély centrális hatása van, allergizáló hatása nincs.

Toxicitása csekély.

Indicatio

- Akut allergiás folyamatok: urticaria, Quincke-oedema, szénanátha, gyógyszer-túlérzékenység, allergiás eredetű asthma bronchiale.
- Ekzema
- Rovarcípés
- Allergiás, essentialis és symptomaticus pruritus.

A feltüntetett indikációs területeken a tüneteket nagyrészt a felszabaduló histamin vagy a szervezetbe jutó histamin-szerű anyagok okozzák. Ennek eredménye capillaris permeabilitás fokozódás, a respiratoricus és digestiv tractus simaizmainak görcse, a bőrön fájdalmas duzzanat és erős viszketés.

Adagolás

Átlagos adagja felnőtteknek — tartós kezelés esetén is — naponta 3×1-2 drazsé. Súlyos esetekben napi 4×2 drazsé.

Mellékhatás: Súlyosabb esetekben alkalmazott magasabb dózisoknál múló fáradtságérzés léphet fel.

Figyelmeztetés: Fenntartó kezelés a beteg egyéni érzékenysége szerint történjék. Járművezetők, gépeken, magas munkahelyeken dolgozók ne használják. Altatókkal lehetőleg ne kombináljuk.

Megjegyzés

+ SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás: 20 drazsé 16,— Ft Lejárat: 5 év



Alkaloida Vegyészeti Gyár

Sandoz A. G. licenc alapján SANDOZ



2351

Fővárosi László Vezető Fertőző Kórház,
 IV. Gyermekosztály (főorvos: Nyerges Gábor dr.),
 III. Gyermekosztály (főorvos: Dudás Pál dr.)
 és I. Belosztály (főorvos: Binder László dr.)

A gennyes meningitisek aetiológiai diagnosztikai problémái

Nyerges Gábor dr., Kovács Katalin dr.,
 Ferencz Adrienne dr. és Kovács Ferenc dr.

A gennyes meningitisek (g. m.) a Magyarországon előforduló heveny fertőző betegségek között a modern terápia mellett is a legrosszabb prognózisúak közé tartoznak. A különböző aetiológiájú g. m.-ek közül csak a *Neisseria meningitidis* okozta bejelentéskötelezett „meningitis cerebrospinalis epidemica” előfordulására vonatkozóan rendelkezünk szám- szerű adatokkal. Az utolsó nagy m. epidemica járvány 1940–41-ben zajlott le Magyarországon 27 százalékos maximális évi morbiditással (42). E nagy járvány után a morbiditás fokozatosan csökkent és az utóbbi években nem haladta meg az évi 1 százaléket. A betegség letalitása, amely 60–80 százalékos volt az 1930-as években, a szulfonamidok terápiás alkalmazása után hirtelen, majd az antibiotikumok felhasználásával lassan tovább csökkent, s az utóbbi 10 évben országosan évente 5–18 százalék között változott (40).

Az utóbbi 20 év kórházi statisztikai adatai azt mutatják, hogy a mérsékelt és hideg égövi országokban a *N. meningitidis* a g. m.-ek kórokozói között ugyan változó arányú (2,7–49,0%) a, többihez képest kisebb szerepet játszik (2, 9, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 33, 47, 49, 51, 55). A meningococcus m. előfordulásának csökkenése mellett fel- tűnő, hogy a g. m.-ek jelentős hányadában egyál- talán nem sikerül kórokozót kimutatni sem mikroszkópos, sem tenyésztéses vizsgálattal. A bakteriológiai vizsgálat negativitása a különböző szer- zőknél 7,4 és 77,7% között változik, többségük 20–40%-os negativitásról számol be (2, 8, 9, 11, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 33, 35, 36, 44, 47, 49, 51, 55). A bakteriológiai vizsgálat kudarcáért a szer- zők többsége a liquor-vétel előtt alkalmazott anti- biotikum terápia teszi felelőssé.

A meningococcus m. visszavonulása és a liquor bakteriológiai vizsgálatának gyakran negatív ered- ménye diagnosztikus és terápiás problémák elé

állítja a g. m.-es beteget gyógyítani akaró orvost. A klinikai tünetekből az aetiológiára következtetni alig lehet. Emiatt alakult ki az a gyakorlat, hogy a terápia a három leggyakoribb (*N. meningitidis*, *D. pneumoniae* és *H. influenzae*) kórokozó szokásos érzékenységeinek megfelelő antibiotikummal kez- dik, s azt később a liquorból izolált baktériumnak megfelelően esetleg módosítják. A bakteriológiailag negatív esetekben viszont a terápia tovább is vak- tában és csak a klinikai határosság megfigyelése alapján történik.

Az utóbbi öt évben egyes európai, sőt Magyar- országgal határos országokban a m. epidemicanak a korábnál gyakoribb előfordulását észlelték, helyen- ként a morbiditás elérte az 5 százaléket (37). Az új járványügyi helyzetre való tekintettel 1973 szeptembe- rében Bukarestben megrendezték a szocialista országok „Meningitis Epidemica Symposium”-át a betegség aktuális mikrobiológiai, klinikai, immunológiai és epide- miológiai kérdéseinek megvitatására. E symposiumon a magyarországi m.-helyzetet ismertető elemztük a László Kórházban az elmúlt években g. m. miatt ápol- tot betegek kórtörténeti adatait, s mindenekelőtt az aeti-ológiai kérdéseket tanulmányoztuk. Tekintettel arra, hogy az utolsó, e témának is csak csecsemő- és gyer- mekkori vonatkozásaival foglalkozó közlemények *Sza- bó és Bakacsi* (49), valamint *Székely és Lukács* (51), *Baranyai és Gisztl* (2) tollából 10–15 évvel ezelőtt láttak napvilágot, érdemesnek látszik a g. m.-ek jelen- legi aetiológiai helyzetét tükröző munkánk hazai publikálása.

Az adatok feldolgozása során a következő kér- désekre kívántunk választ kapni. 1. Milyen arány- ban lehetett a g. m.-ekben a liquorból kórokozót kimutatni? 2. Milyen volt az egyes kórokozók gyako- risága gyermek-, illetve felnőttkori esetekben? 3. Hogyan befolyásolja a liquorvétel előtt alkalmazott antibiotikum kezelés a bakteriológiai pozitivitást? 4. Van-e és milyen a hatása a kórházi felvétel előtt végzett (nem célzott és rendszerint elégtelen) anti- biotikum kezelésnek a betegség súlyosságára? 5. Lehet-e valamilyen aetiológiát valószínűsíteni a bakteriológiailag negatív esetekben a klinikai ész- lelések alapján?

Betegek és vizsgálati módszerek

Összesen 229 g. m.-es beteg adatait elemeztük, akiket 1965–1973 I. félévében ápoltak a Fővárosi László Kórház I., III., IV. gyermekosztályán, I. és II. belosztályán, valamint a VI. (respirációs) osztályán. G. m.-nek tartottunk minden olyan esetet, amelyben az első punkcióval nyert liquor sejtszámzaporulatát túl- nyomóan granulocyták adták.

Analízisünk során az egyes csoportokban a beteg- ség súlyosságát az eszméletzavar, a convulsiók, az idegrendszeri göctünetek, a bőrvérzés és exanthema, a távozáskor észlelhető maradványtünetek gyakoriságá- val, a letalitással, valamint az első liquor-mintában az 5000/μl-nél nagyobb sejtszám, a 3 mg/100 ml-nél több fehérje- és a 10 mg/100 ml-nél kevesebb cukorértékek előfordulásával jellemeztük.

Az első liquor-vételt megelőző antibiotikum keze- lésre vonatkozó adatokat a betegtől vagy hozzátarto- zóitól felvett anamnesisből, illetve kórházi áthelyezés esetén az áttéti zárójelentésből nyertük.

A liquor sejtszám-, fehérje-, cukor- és üledékvizs- gálatokat a kórház központi klinikai laboratóriuma (fő- orvos: Szécsey György dr.), a bakteriológiai vizsgálatokat a bakteriológiai laboratórium (főorvos: Bognár Szilárd dr.) végezte. A retrospektív vizsgálat során nem tudtuk megállapítani, hogy az egyes esetekben mennyi idő telt el

1. táblázat
229 gennyes meningitis eset megoszlása a kimutatott kórokozó és a betegek életkora szerint

A liquor bakteriológiai vizsgálat eredménye	0—14 év szám	> 14 év szám	Összes szám
<i>N. meningitidis</i>	29	18	47
<i>D. pneumoniae</i>	11	41	52
<i>H. influenzae</i>	5	1	6
Egyéb baktérium	3	7	10
Negatív	37	77	114
Összes	85	144	229

a liquor-vétel és a bakteriológiai leoltás között. Általános szabály ugyan a kórházban, hogy a liquort lebocsátás után azonnal a laboratóriumba juttatják, de eredményeink objektív értékelése érdekében meg kell jegyezni, hogy az éjszaka folyamán vett liquor hűtőszekrényben való tárolás után, többnyire csak reggel kerül leoltásra.

Eredmények

A 229 esetből tenyésztéssel 79-ben (34,5%) sikerült kórokozó baktériumot izolálni, mikroszkó-

2. táblázat
A liquor-vétel előtt végzett antibiotikum kezelés befolyása a liquor bakteriológiai pozitívására gennyes meningitisekben

Kezelés	Összes eset	Bakt. pozitív eset	
		szám	%
Antibiotikum per os	55	24	43,6*
inj.	34	10	29,4**
Nem kezelt.....	140	81	57,8

* $\chi^2 = 3,118$ p = 0,10—0,05
** $\chi^2 = 8,881$ p = 0,01—0,001

pos vizsgálatot további 36 esetben (15,7%) lehetett morfológiailag *N. meningitidis*nek, illetve *D. pneumoniae*nak megfelelő baktériumot kimutatni. Mikroszkóppal összesen 48 esetben (20,9%) lehetett az üledékben baktériumot látni. A bakteriológiai vizsgálatok össz pozitivitása tehát 50,2% volt. Tekintettel arra, hogy a *N. meningitidis* és a *D. pneumoniae* mikroszkópos vizsgálattal is nagy valószínűséggel felismerhető, s ez az aetiológiai diagnózishoz elegendő, a továbbiakban nem tüntettük fel, hogy a pozitív bakteriológiai lelet tenyésztéses vagy mikroszkópos vizsgálat eredménye-e.

Gyermek- és felnőttkori eseteinkben a kimu-

3. táblázat
A kórházi felvétel előtt végzett (elégtelen, nem célzott) antibiotikum kezelés és a gennyes meningitisek súlyossága

Kezelés	Betegek száma	A súlyosságot jelző							idegrendszeri maradvánnyal gyógyult	meghalt
		klinikai tünetek				liquor-eltérések				
		előfordulása								
		eszmélet zavar	convulsio	idegrendszeri göcötűnet	exanthema, bőrvérzés	> 5000 sejt/ μ l	> 3 mg /100 ml fehérje	< 10 mg /100 ml cukor		
Antibiot. inj.	34	10	7	11	1	12	14	7	2	6
Antibiot. per os	55	17	8	6	3	12	17	9	1	4
Nem kezelt	140	63	24	29	20	71	54	21	4	25

4. táblázat
Gennyes meningitisek súlyossága gyermek- és felnőttkorban a kimutatott kórokozók szerint

Kor	Aetiologia	Betegek száma	A súlyosságot jelző							idegrendszeri maradvánnyal gyógyult	meghalt
			klinikai tünetek				liquor-eltérések				
			előfordulása								
			eszmélet zavar	convulsio	idegrendszeri göcötűnet	exanthema, bőrvérzés	> 5000 sejt/ μ l	> 3 mg /100 ml fehérje	< 10 mg /100 ml cukor		
0—14 év	<i>N. mening.</i>	29	7	4	4	11	18	13	5	1	2
	<i>D.pneumon.</i>	11	8	4	4	—	3	3	—	—	5
	Ismeretlen	37	7	6	5	11	11	8	3	—	2
> 14 év	<i>N.mening.</i>	18	10	2	2	2	10	9	11	2	—
	<i>D.pneumon.</i>	41	25	9	7	—	25	26	17	2	14
	Ismeretlen	77	28	8	14	—	24	53	12	2	10

tatott kórokozók megoszlását az 1. táblázat szemlélteti. *D. pneumoniae* volt a leggyakoribb kórokozó, de csaknem ugyanilyen gyakori volt a *N. meningitidis*; mindkettő kereken az esetek egy-egy ötödében szerepelt. A *N. meningitidis* a gyermekek, a *D. pneumoniae* a felnőttek meningitisében fordult elő gyakrabban. *Haemophilus influenzae* 6, staphylococust 4, streptococust 3 (*Str. pyogenes* 1, *Str. faecalis* 1, *Str. viridans* 1), *Mima polymorphát* 2, *E. coli* 1 esetben sikerült a liquorokból izolálni.

Megemlítjük, hogy a betegek részletes kormegoszlását szándékosan nem tüntettük fel. Anyagunk ugyanis ebből a szempontból nem tekinthető reprezentatív mintának, mivel m.-es gyermekbetegeket az említett osztályokon kívül a kórház más gyermekosztályain és nem fertőző osztályokon is ápolnak, míg a felnőtt betegek zömmel a László Kórházba kerülnek, s más kórházakból is ide helyezik őket. A felnőttek nagyobb száma anyagunkban is csak ezt fejezi ki.

A 2. táblázat mutatja a liquor bakteriológiai pozitívításának összefüggését a liquor-vétel előtt végzett antibiotikum terápiával. Az orális kezelésben részesült csoportban 26 beteg kapott valamilyen penicillin készítményt (Vegacillin, Beacillin, Maripen), 22 beteg Tetran B-t, 6 Chlorocidot és 1 Tetran B-t és Vegacillint. Az előzetes orális antibiotikum kezelés a pozitívítást valamelyest csökkenteni látszik ugyan, de χ^2 próbával vizsgálva a különbség a nem előkezelt csoporthoz képest nem szignifikáns. Nem tüntettük fel a táblázatban, de megemlítjük, hogy nem volt lényeges különbség a Tetran B-vel és az orális penicillinnel előkezelt csoport között: mindkettőben 9 esetben volt a bakteriológiai vizsgálat eredménye pozitív.

Az injekciós formában előkezelt csoportból penicillint kapott 21, penicillint és valamilyen egyéb antibiotikumot (streptomycin, Tetran, Chlorocid) 9, csak streptomycint 2, polymyxint 1, kanamycint és Tetrant együtt ugyancsak 1. Az injekciós antibiotikum terápia csaknem felére csökkentette a liquor bakteriológiai pozitívításának arányát a nem előkezelt csoportéhoz képest, s ez a különbség statisztikailag is szignifikánsnak bizonyult.

A 3. táblázatban a kórházi felvételt megelőző antibiotikum terápia és a meningitisek súlyossága közötti összefüggések vizsgálhatók. Meg kell említeni, hogy a betegek zöme nem azért kapott antibiotikumot, mert m.-üket felismerték, hanem lázas betegségük miatt. Így azután a terápiás szer megválasztása rendszerint öltetszerű volt és a m. terápiája szempontjából dózisában elégtelen. Az összes parametereket egybevetve a táblázatból úgy látszik, hogy az előzetesen orális antibiotikum kezelésben részesült betegek között kevesebb volt a súlyosabb lefolyású m. és a halálesetek aránya is kisebb volt, mint a másik két csoportban, de ezek között valószínűleg már eleve kevesebb volt a súlyos lefolyású m. Az injekcióban adott antibiotikummal előkezelt és nem előkezelt csoport között ilyen különbségek nem láthatók.

Az antibiotikummal már kezelt betegek általában később kerültek kórházba, mint a nem kezelték. A betegség első két napján a nem kezelték 67,1%-át, míg a kezeltéknek 38,2%-át vettük fel. A

betegség 5. napján vagy még később a kezeltéknek még 32,5%-a, a nem kezeltéknek már csak 15,0 százaléka került felvételre.

A 4. táblázatban a betegség súlyosságát jelző tünetek gyakoriságát tüntettük fel a kimutatott kórokozók szerint. Gondolva a felnőtt és gyermek m.-ek lefolyásbeli esetleges különbségeire, a 0—14 évesek és a 14 éves kornál idősebbek adatait külön elemeztük. Csak a *N. meningitidis* és a *D. pneumoniae* okozta és a bakteriológiailag negatív eseteket tüntettük fel, az egyéb baktériumok által okozott m.-eket kis számuk miatt kihagytuk. Megjegyezzük, hogy a 6 *H. influenzae* m.-es közül kettőt, a 10 egyéb baktérium okozta esetből egyet sem vesztítettünk el. 2 *H. influenzae* okozta esetben süket-ség maradt vissza.

A 4. táblázatból látható, hogy a pneumococcus m. a gyermek- és felnőttkorban egyaránt súlyosabb betegség, mint a meningococcus m. (anyagunkban igazi, endotoxin-shockkal járó Waterhouse—Friederichsen-syndroma nem fordult elő). A meningococcus m. és a pneumococcus m. gyermek- és felnőttkori jellemzői igen hasonlóak. A bakteriológiailag negatív eseteké viszont gyermekkorban teljesen megfelelnek a meningococcus m.-nek, míg felnőttkorban közelebb állnak ugyan a meningococcus m.-hez, de a bőrvérzéssel, exanthemával járó formák hiánya s a magasabb letalitás elkülöníti attól.

A liquor-elváltozásokat tekintve nagyobb különbséget találtunk a bakteriológiailag negatív és a bakteriológiailag pozitív csoportok, mint a két kórokozó okozta m.-ek között. A bakteriológiailag negatív csoportban ritkábbak voltak a magas sejtszámmal és alacsony cukorértékkel járó esetek, mint a pozitívokban, s gyakoribbak az alacsony sejtszámmal és normális cukorértékkel járók.

Megbeszélés

Eseteink elemzéséből nyilvánvaló a g. m.-eknek napjainkban gyakori diagnosztikus problémája: az, hogy a kórokozót nem sikerül kimutatni. Ez a körülmény terápiás bizonytalansághoz és nem egyszer polypragmasiához vezet. A bakteriológiailag negatív esetek aránya hazánkban is növekedni látszik: 1959-ben Szabó és Bakacsi (49) 30,1%-os, Székely és Lukács (51) 27,6%-os, 1961-ben Baranyai és Gisztl (2) 35,1%-os negativitásról számoltak be, mi az esetek felében nem találtunk kórokozót.

A bakteriológiai vizsgálat kudarcának több oka lehet. Ezek közül elsőként a liquor-vétel előtt alkalmazott antibiotikus terápiát kell említeni. Más szerzőkhöz (12, 14, 21, 24, 26, 49) hasonlóan mi is azt találtuk, hogy az előzetes antibiotikum kezelés befolyásolja a bakteriológiai pozitívítást. Míg azonban az injekciós — főleg penicillin — terápia felére csökkentette a baktérium kimutathatóságának valószínűségét, az orálisan adott antibiotikumoknak ilyen hatását eseteinkben nem sikerült egyértelműen bizonyítani. Ennek oka valószínűleg az, hogy az előírt dózis vagy már eleve elégtelen vagy a rendszertelen bevétel s a m. gyakori kísérője — a hányás — miatt nem alakul ki kellő antibiotikum-vérzint.

Az antibiotikumok azonban nemcsak a bakteriológiai vizsgálat eredményét befolyásolhatják, hanem, mint erre több szerző rámutat, módosíthatják a betegség lefolyását és a jellegzetes liquor-elváltozásokat, s így további diagnosztikus problémákat támaszthatnak (10, 12, 14, 17, 21, 24, 53). A lefolyás enyhébb, a liquorban a sejtszám kisebb lesz, s az üledékben nagyobb lesz a lymphocyták aránya (43); mindez vírus m. gyanúját ébreszti s a terápia megszakitásához vezethet.

Eseteinkben a kórházi felvétel előtt alkalmazott, nem célzott, s többnyire elégtelen antibiotikum kezelésnek a betegség súlyosságára s prognózisára gyakorolt hatását alig lehet értékelni. Mint az otthoni kezelés időtartamából erre következtetni lehet, az előkezeltek között eleve több volt az enyhe, nem felismert eset. Különösen az orális kezelésben részesült csoport volt átlagban jóval enyhébb, hiszen valószínűleg azért is kerültek később a kórházba és ezért kaptak „csak” orális kezelést. Az injekciós formában előkezeltek betegsége átlagban ugyanolyan súlyosan, az orálisan előkezelteké enyhébben zajlott le, mint a nem kezeltéké. Felmerül azonban a kérdés, hogy mivel eleve kevésbé súlyos esetek lehettek, korán kezdett, adaequat terápia mellett elérte volna-e az injekciósan előkezelt csoport súlyossága és letalitása a nem előkezeltekét, illetve nem lett volna-e még enyhébb és kevesebb halálesettel járó az orálisan előkezelt csoport.

A liquor-elváltozásokat illetően az injekciós penicillin kezelésben részesült csoportban talán valamivel gyakoribbak voltak az alacsony sejtszámok. Az antibiotikumos előkezelésnek azt a hatását, hogy a liquor üledékében túlsúlyba kerülnek a lymphocyták, anyagunkban nem tudtuk tanulmányozni, hiszen mint említettük, csak olyan esetek kórtörténetét dolgoztuk fel, amelyekben a liquor üledékét a polymorph magvú fehérvérsejtek dominálták. A lymphocytás üledékkel járó esetekben a bakteriális eredetet egyébként is csak akkor lehet bizonyítani, ha a liquorból az előkezelés ellenére kimutatható a kórokozó. Ilyen esetekről számolt be *Converse* (12).

Az antibiotikumoknak a liquor bakteriológiai pozitívására gyakorolt hatása kétségtelen ugyan, a liquor-vétel előtti kezelés csak részben magyarázza a bakteriológiai negativitást. Összes betegünk egynegyede olyan volt, aki semmiféle előkezelésben nem részesült és mégsem sikerült a liquorból sem tenyésztéssel, sem mikroszkópos vizsgálattal kórokozót kimutatni. Ennek a jelenségnek a magyarázatára kézenfekvőnek látszik az a feltételezés, hogy a liquor-vétel és a bakteriológiai vizsgálat között hosszabb idő telt el és ezalatt tönkrementek a kórokozók. Különösen a meningococcusok ilyen irányú érzékenysége közismert. Mint a módszertani részben említettük, ennek a lehetősége biztosan több esetben megvolt, de számos olyan esetre emlékszünk, amikor még jóformán testmelegen oltották táptalajba a liquort és mégsem tenyésztett belőle semmi.

Láttuk, hogy a bakteriológiailag negatív eseteink között gyakoribbak voltak a mérsékelt liquor-elváltozást mutatók, s így megkockáztathatjuk azt a feltevést is, hogy ott, ahol a gyulladáso-

reakció kisebb mérvű, kevesebb a patogén csíra is — így kimutatása is nehezebb.

Végül a bakteriológiailag negatív esetek egy részében feltételezhetünk vírus-aetiológiát is. Ismert, hogy a vírus-meningitisek kezdetén a liquorban található sejtek gyakran főleg polymorph magvú leukocyták s csak később jutnak a lymphocyták túlsúlyba (10); különösen kifejezett lehet ez mumpsz m.-ben, amelyben nem ritka az ezernél nagyobb sejtszám, a normálnál alacsonyabb cukor- és erősen emelkedett fehérjeérték sem (1, 54).

Eseteink analízise alkalmasnak látszik arra, hogy képet adjon a különböző kórokozó baktériumok hazai gyakoriságáról g. m.-ekben. Gyermekekben mostanában is leggyakoribb kórokozó a *N. meningitidis*. Mint a bakteriológiailag negatív eseteink elemzése mutatta, a betegség súlyosságát jelző tünetek gyakorisága, s a letalitás igen hasonló a meningococcus m.-ben találtakhoz, így feltételezhető, hogy ezeknek az eseteknek a többségét is *N. meningitidis* okozta, csak kimutatása az említett okok valamelyike miatt nem sikerült. Különösen meggyőzőnek látszik e szempontból a bőrvérzés és exanthema hasonló gyakorisága, a meningococcus m. és bakteriológiailag negatív csoportban. Az említett tünetek ugyanis a *N. meningitidis* fertőzések gyakori velejárói, míg más infekciókban nem, vagy csak ritkán fordulnak elő (28, 48). Felnőttkorban a meningococcus m. ritkább, de előfordul, s a bakteriológiailag negatív esetek egy része szintén az. Adataink alapján úgy gondoljuk, hogy a *N. meningitidis* m.-ek. Magyarországon valószínűleg 2—3-szor gyakoribbak, mint ezt a bejelentések mutatják, de a betegség még így is sporadikus előfordulásának mondható, s alig illeti meg ma már az „epidémica” jelző.

Az antibiotikum terápia korszakában a meningococcus m.-ek letalitását a különböző vizsgálók 0,4—14,0% között adják meg (11, 18, 19, 27, 28, 33, 44, 47, 51). A mi betegek közül két csecsemő és két gyermek halt meg, a felnőttek közül viszont senki, az egész meningococcus m. csoportra vonatkoztatott letalitás 4,7% s ez jó eredménynek mondható. A meningococcus betegség prognózisát a fulmináns meningococcus sepsis kivételével döntően az szabja meg, hogy mikor kezdjük a specifikus terápiát. Mind a négy halálos végű esetünkben a betegek eszméletlen állapotban, szinte „ante finem” kerültek kórházba és gépi lélegeztetéssel ugyan még néhány napig életben tarthatók voltak, a specifikus terápia már hatástalan volt. Valószínű, hogy a m. epidémica országosan igen változó (5—18%) letalitása a késői diagnózis gyakoriságának véletlenszerű alakulásával magyarázható.

A g. m.-ek kórokozói között a *N. meningitidis*-hez hasonló gyakorisággal szerepel a *D. pneumoniae*. Míg azonban a meningococcus m. gyermekkorban gyakoribb, a pneumococcus m. esetek többsége a felnőttek közül került ki. A pneumococcus m.-ek jelentőségét a meningococcus m.-ekkel szemben — az adaequat, specifikus terápia ellenére is — sokkal rosszabb prognózisa adja; teljes anyagunkban az össz letalitás 36,5% volt, ami nyolcszor akkora, mint a meningococcus m.-eké, s ez a rossz prognózis gyermek és felnőtt betegekre egyaránt

vonatkozik. Bár egyes szerzők (18, 19, 25, 33, 44) az általunk észleltnél alacsonyabb: 7,8—21,0%-os, mások (11, 20, 27, 39, 45, 47, 48, 51, 56) a mienkhez hasonlóan magas: 25,0—65,0%-os letalitásról számoltak be, a pneumococcus m.-nek a meningococcus m.-nél magasabb letalitása mindegyik összeállításból kiderül. Mivel a *D. pneumoniae* penicillin rezisztenciájával alig kell számolni, a két kórokozó támasztotta m. letalitásában észlelhető nagy különbség mindenekelőtt a patológiai folyamatok különbözőségére vezethető vissza. A pneumococcus m.-ben keletkező exsudatum gyorsan coagulál, így egyrészt megnehezíti az antibiotikum diffúzióját, másrészt mechanikus hatása letális kimenetelű szövődményekhez vezet. Rontja a prognózist a rendszerint lassúbb kezdet, és így a későbbi adequat terápia, az egyidejűleg fennálló gennyes góc, bacteriaemia, csecsemő- és előrehaladott életkor (5, 39, 44). *Friederiszick* (20) az irodalomból kigyűjtött esetek alapján bizonyította, hogy a penicillin korszak kezdetén alkalmazott kis és közepes penicillin adagoknak ún. „maximális dózis”-ra emelése a 40%-os letalitást 25%-ra csökkentette, sőt saját anyagában csak 10%-os letalitásról számolt be. A mi anyagunkban mindegyik beteg „maximális” (felnöttek 20 millió egység/die) penicillin adagot kapott, a letalitás mégis magas volt — így a pneumococcus m.-ek problémája korántsem tekinthető megoldottnak.

A *H. influenzae* anyagunkban ritkán szerepelt kórokozóként. Egyes országokban, különösen az USA-ban a *H. influenzae* gyakorisága g. m.-ekben eléri, sőt meghaladja a *N. meningitidis*-ét (9, 14, 18, 48). Az elterjedtségbeli különbség oka ismeretlen.

Egyéb g. m.-t okozó baktériumok szintén csekély számban fordultak anyagunkban elő, szórványos előfordulásokról hazai közlések is beszámolnak (4, 7, 13, 16, 30, 31, 32, 34, 41, 46, 50, 52, 57). Közülük egyesek elsősorban iatrogén meningitisek okaként szerepelnek (29).

G. m.-es betegek kórtörténeti adatainak elemzéséből a következő tanulságokat vonhatjuk le.

1. Javítani kell a bakteriológiai technikán, mindenekelőtt azzal, hogy meg kell teremteni a liquor-vétel utáni azonnali leoltásának lehetőségét. Amennyiben ez nincs meg, úgy célszerű a liquor egy részét hűtőszekrényben, másik részét szobahőmérsékleten tárolni a leoltásig, tekintettel arra, hogy a *N. meningitidis* a hűtőszekrény hőmérsékletén hamarabb tönkremegy, mint szobahőn.

2. Törekedni kell arra, hogy a betegek a m. legkisebb gyanúja esetén azonnal kórházba kerüljenek, s az első liquor-vétel előtt antibiotikumot ne kapjanak.

3. A Magyarországon ma előforduló gyermekkori bakteriológiailag negatív m.-ek többségükben valószínűleg *N. meningitidis* fertőzések, a felnőttkoriak viszont heterogénebb aetiológiájúak.

4. Klinikailag g. m. esetekben is érdemesnek látszik a vírus aetiológia kimutatását célzó vizsgálatok végzése.

Közleményünkben nem szoltunk terápiás kérdésekről, amelyekről nemrég *Binder és mtsai* (6) számoltak be. Itt csak annyit kívánunk megemlíteni, hogy a g. m.-ek polyaetiológiája által támasz-

tott terápiás probléma megoldására ideális szernek ígérkezik az Ampicillin, amely mind a három leggyakoribb kórokozó ellen egyaránt hatásos és emellett jól passzálja a vér-liquor gátat is (3, 38).

Összefoglalás. A szerzők az 1965—1973. években ápolott 229 gennyes meningitises beteg adatait elemezték. 115 esetben (50,2%) sikerült a liquorból mikroszkopos és/vagy tenyésztéses vizsgálattal kórokozó baktériumot kimutatni. A kórokozók között a *D. pneumoniae* 22,7%-ban, a *N. meningitidis* 20,5 százalékban, a *H. influenzae* 2,4%-ban, egyéb baktériumok 4,4%-ban fordultak elő. Gyermekkorban a *N. meningitidis*, felnőttkorban a *D. pneumoniae* volt a gyakoribb.

A liquor-vétel előtt alkalmazott injekciós antibiotikum kezelés felére csökkentette a liquor bakteriológiai pozitivitásának arányát. Kimutatták, hogy az antibiotikummal előkezelt betegek általában eleve enyhébb volt, így a rendszerint elégtelen előkezelésnek a betegség lefolyására kifejtett hatását nem lehetett értékelni.

A meningococcus meningitisek letalitása 4,7%, a pneumococcus meningitiseké 36,5% volt. A gyermekkori, bakteriológiailag negatív esetek a súlyosságot jelző paraméterek vizsgálata alapján a meningococcus meningitisek voltak hasonlóak. A felnőttkoriak viszont súlyosabbak voltak, mint a meningococcus meningitisek, de jóval enyhébbek, mint a pneumococcus által okozottak, így aetiológiájuk heterogénebbnek látszik.

A szerzők osztályain kívül ápolott betegek adatainak átengedéséért *Budai József dr.*, *Bodor György dr.* és *Tóth László dr.* osztályvezető főorvosoknak ezúton mondunk köszönetet.

IRODALOM: 1. *Azimi, P. H. és mtsai:* J. Am. Med. Ass. 1969, 207, 509. — 2. *Baranyai E., Gisztl A.:* Tájékoztató a László Kórház 1961—62. évi munkájáról. 1962, 107. — 3. *Barrett, F. F. és mtsai:* J. Pediat. 1966, 69, 343. — 4. *Becker I. és mtsai:* Gyermekgyógy. 1972, 23, 254. — 5. *Binder L. és mtsai:* Tájékoztató a László Kórház 1961—62. évi munkájáról. 1962, 105. — 6. *Binder L. és mtsai:* Előadás a Fertőző Betegségek Orvosainak Társasága 1972. május 25—27-i I. kongresszusán (megjelenés alatt). — 7. *Bodrogi Gy., Lukács V. F.:* Gyermekgyógy. 1972, 23, 201. — 8. *Borgheresi, S., Calzolari, C.:* Riv. Clin. Ped. 1960, 60, 293. — 9. *Carpenter, R. R., Petersdorf, R. G.:* Amer. J. Med. 1962, 33, 262. — 10. *Christie, A. B.:* Infectious Diseases: Epidemiology and Clinical Practice. Livingstone, Edinburgh and London, 1969. — 11. *Colonello, F.:* Giorn. Malatt. Infett. Parassit. 1966, 18, 724. — 12. *Converse, G. M. és mtsai:* J. Pediat. 1973, 83, 220. — 13. *Csáki É., Bogdán E.:* Fül-orr-gégegyógy. 1962, 8, 30. — 14. *Dalton, H. P., Allison, M. J.:* Am. J. Clin. Pathol. 1968, 49, 410. — 15. *Detmold, J. G.:* Arch. Kinderheilk. 1955, 151, 27. — 16. *Durst J. és mtsai:* Orv. Hetil. 1970, 111, 2908. — 17. *Editorial:* J. Pediat. 1973, 83, 351. — 18. *Eigler, J. O. C. és mtsai:* Proc. Mayo Clin. 1961, 36, 357. — 19. *Epidemiology: Death of Bacterial Meningitis:* Brit. Med. J. 1973, 1, 623. — 20. *Friederiszick, F. K.:* Mschr. Kinderheilk. 1966, 114, 16. — 21. *Harter, D. H.:* Arch. Neurol. 1963, 9, 343. — 22. *Holzknicht, R. és mtsai:* Münch. Med. Wschr. 1970, 48, 2173. — 23. *Hyland, H. H.:* Canad. Med. Ass. J. 1959, 81, 883. — 24. *Jarvis, C. W., Saxena, K. M.:* Clin. Pediat. 1972, 11, 201. — 25. *Jensen, K., Rosdahl, L. R. N.:* Scand. J. Inf. Dis. 1969, 1, 21. — 26. *Jonsson, M., Alvin, A.:* Scand. J. Inf. Dis. 1973, 3, 141. — 27. *Keller, L.:* Z. Arztl. Fortbild. 1971, 65, 379. — 28. *Koch, R. és mtsai:* Pediat. Clin. North Am. 1961, 8, 1177. — 29. *Kovács F.:* Orv. Hetil. 1967, 108, 1305. — 30. *Krassói K., Bencze G.:* Orvosi Közlemény (Szekszárd) 1969, 5, 185. — 31. *Krassói K., Sze-*

Sandosten^R-Calcium

pezsgőtabletta

antiallergicum

HATÁS:

Erős permeabilitásgátló, viszketéscsillapító, anticholinerg és serotonin-antagonista hatása mellett gyulladáscsökkentő és exsudatiogátló.

ÖSSZETÉTEL:

Thenalidinum tartaricum 0,025 g
calcium lacticogluconicum 1,373 g pezsgőtablettánként.

JAVALLATOK:

Akut allergiás folyamatok (urticaria, Quincke-oedema, szénanátha, gyógyszer-exanthema, asthma bronchiale), ekzema, rovarcsípés, allergiás, essentialis és symptomaticus pruritus.

ADAGOLÁS:

Akut esetben felnőtteknek naponta 3–4×1–2 tablettá. Gyermekeknek 1–3 éves korig 4×1/2 tablettá, 3–6 éves korig 4×1/2, ill. 5×1/2 tablettá, 6–10 éves korig 2×1, súlyosabb akut esetben 3×1 tablettá, 10 éven felül 3–4×1 tablettá, teában vagy vízben feloldva.

Krónikus esetben kúraszerű adagolásnál felnőtteknél 3×1–1 1/2 tablettá adása cél-szerű. Gyermekeknek 1–6 éves korig 2×1/2 tablettá, 6 éves kor felett 3–4×1/2 tablettá, 10–14 éves korban a felnőtt adag, teában vagy vízben feloldva.

MELLÉKHATÁSOK:

Az akut esetben alkalmazott magasabb dózisok mellett múltó fáradtságérzés, ritkán álmoság léphet fel.

FIGYELMEZTETÉS:

A gyógyszer alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által — az egyéni érzékenységnél megfelelően — előírt adagban szedhetik. Altatókkal lehetőleg ne szedjék együtt. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani!

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére kizárólag 3 éven aluli gyermekek részére rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

10 db pezsgőtabletta — 28,60 Ft



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR TISZAVASVÁRI

SANDOZ A. G. BASEL licencia alapján



Calcium-Sandoz

pezsgőtabletta 500 mg \downarrow orális calciumtherápia

ÖSSZETÉTEL:

Calcium carbonicum 0,30 g
calcium lactico-gluconicum 2,94 g
(500 mg összes calcium) pezsgőtablettánként.

JAVALLATOK:

A magas dozizálású, orális, kúraszerű calciumtherápia indikációi: osteoporosis, calcium-anyagcserezavarok (tetania, rachitis, spasmophylia), exsudatív gyulladásos folyamatokban adjuvansként.

ELLENJAVALLAT:

Veseelégtelenség.

ADAGOLÁS:

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 2–3×1 tablettát; gyermekeknek naponta 1 tablettát, 1 pohár vízben feloldva.

Osteoporosis esetében felnőtteknek naponta 3×2 tablettát, 1 hónapon át.

Fenntartó kezelés esetén naponta 2×1 tablettát, 1 pohár vízben feloldva.

A pezsgőtablettákat 1 pohár vízben (2 dl) feloldva kell bevenni!

FIGYELMEZTETÉS:

Ha a Calcium-Sandoz 500 mg-os pezsgőtablettát naponta több, mint 1000 NE D-vitaminnal együtt adagolják, a Calcium-Sandoz 500 mg-os pezsgőtablettát napi 2 tablettára kell csökkenteni, és a vizelettel ürített calcium mennyiséget ellenőrizni kell.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére osteoporosis pathológiás esetében csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhető. A javallatokban feltüntetett egyéb esetekben szakrendelések rendelhetik.

Körzeti, üzemi, stb. orvosok osteoporosis esetében csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára, a javallatokban feltüntetett egyéb esetekben szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik.

CSOMAGOLÁS:

20 db pezsgőtablettát — 54,30 Ft



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR TISZAVASVÁRI

SANDOZ A. G. BASEL licencia alapján



pesi J.: Orv. Hetil. 1970, 111, 1766. — 32. Krausz J., Vermes I.: Magyar Pediáter. 1971, 5, 56. — 33. Kroó, A. H.: Giorn. Malatt. Infett. Parassit. 1966, 18, 732. — 34. Liskai J.: Gyermekgyógy. 1961, 12, 153. — 35. Mattheis, De F.: Giorn. Malatt. Infett. Parassit. 1957, 9, 1030. — 36. Menghi, P., Brusa, P.: Giorn. Malatt. Infett. Parassit. 1955, 5, 155. — 37. Meningitis Epidemica Symposium, Bukarest, 1973. (Megjelenés alatt). — 38. Mozziconacci, P.: Presse Med. 1971, 79, 121. — 39. Olsson, R. A. és mtsai: Ann. Int. Med. 1961, 55, 4. — 40. Az Országos Közegészségügyi Intézet Járványügyi Osztályának jelentése az 1972. évben bejelentett fertőző betegségekről. Budapest, 1973. — 41. Pados E. és mtsai: Orv. Hetil. 1972, 113, 451. — 42. Petrilla A.: Részletes Járványtan. Medicina, Budapest, 1961, 229. — 43. Péter A., Kovács F.: Ideggyógy. Szemle. 1970, 23, 446. — 44.

Quaade, F., Krislensen, K. P.: Acta Med. Scand. 1962, 171, 563. — 45. Richter, L., Brust, J. C. M.: New York State J. Med. 1971, 71, 2747. — 46. Rodler M., Szemes F.: Orv. Hetil. 1966, 107, 2041. — 47. Schmuziger, P., Wegmann, T.: Schw. Med. Wschr. 1965, 95, 149. — 48. Stevenson, J.: Brit. Med. J. 1973, 2, 411. — 49. Szabó L., Bakacsi Gy.: Orv. Hetil. 1959, 100, 979. — 50. Szarka Gy.: Fül-orr-gégegyógy. 1970, 16, 243. — 51. Székely A., Lukács V. F.: Gyermekgyógy. 1959, 10, 307. — 52. Tegelgy L. és mtsai: Orv. Hetil. 1971, 112, 2585. — 53. Wheeler, W. E.: J. Pediat. 1970, 77, 747. — 54. Wilfert, C. M.: New Engl. J. Med. 1969, 280, 855. — 55. Winkelstein, J. A.: J. Pediat. 1970, 77, 619. — 56. Wunderlich, M., Gibbons, D.: Clin. Proc. Child. Hosp. (Wash.) 1962, 18, 283. — 57. Zimonyi I., Richter R.: Orv. Hetil. 1958, 99, 1045.



SALVUS alkalikus gyógyvíz

Évről évre emelkedik az egész világon a gyomorbetegség száma. A gyomorbetegségek keletkezésének megelőzésében, illetve kezelésében értékes segítséget nyújt a Salvus gyógyvíz.

A tapasztalatok szerint a Salvus gyógyvíz a gyomor fokozott savértékét közömbösíti. Étkezés előtt két órával fogyasztva csökkenti a gyomormedv-elválasztást. Gyomorhurut esetében a Salvus gyógyvízzel végzett ivókúra hozzájárul a panaszok megszüntetéséhez.

Ha a gyomorhurut kezelését elhanyagolják, akkor a folyamat aktiválódik és előbb-utóbb sor kerülhet a fekély megjelenésére.

A fekélybetegség rendkívül elterjedt. Gyógyítására sokféle gyógyszert ajánlottak. Nagy részük az idők folyamán feledésbe ment.

A Salvus gyógyhatások kiértékelésére klinikai vizsgálat után kerültek a betegek egy gyógyintézetbe. Négy hétig álltak ápolás alatt, gyógyszert nem szedtek, ulcusos étrendet kaptak. 3-szor napjában Salvus gyógyvizet fogyasztottak. 28 beteg adatai szerint 16 esetben eltűnt a fekélyfészek, a panaszok elmúltak és a betegek súlyukban gyarapodtak. Megállapítható, hogy a Salvus gyógyvízzel végzett ivókúra terápiás eredménye – a gyógyulások arányszáma – nem marad el egyéb kezelési eljárások mögött.

A Salvus gyógyvíz a légcsőhurutos megbetegedésekben is rendkívül hatásos. Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

2359

ANTALLERG

OSSZETÉTEL

Az ANTALLERG human albumin és p-aminobenzolazohisztamin diazotálásával előállított chemospecifikus antigén. Tartósítószer 0,01% thiomersal, fehérjetartalom legalább 5%, pH-ja 7,0–8,0 közötti.

Az ANTALLERG-gel történő előzetes immunizálás során a szervezetben olyan chemospecifikus ellenanyagok keletkeznek, amelyek az allergiás betegségekben felszabaduló hisztamin hatását közömbösítik.

JAVALLATOK

Jó terápiás hatás érhető el allergiás asztma, urticaria, Quincke-ödéma, allergiás ekcéma, Menière-betegség, allergiás eredetű iritis, blepharconjunctivitis, conjunctivitis vernalis stb. esetében. A klinikai vizsgálatok szerint az ANTALLERG minden káros mellékhatás nélkül alkalmazható terápiás célra.

ELLENJAVALLATOK

Terhesek kezelésére vonatkozóan kellő számú adattal még nem rendelkezünk, ezért terhesek kezelését nem ajánljuk.

ADAGOLÁS

Intramuszkuláris és szubkután injekció formájában történik a beadása. 2–3 ml-t kell adni általában másodnaponként, 40–60 ml összmennyiségig. Szükség esetén 1–2 hónapos szünet után a készítmény alkalmazása megismételhető.

CSOMAGOLÁS

10 × 2 ml ampullában.

TÁROLÁS

2–10 °C hőmérsékletű, fénytől védett helyen kell tartani.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére allergológiai, bőrgyógyászati, belgyógyászati, szemészeti, gyermekgyógyászati szakrendelések, körzeti gyermekgyógyászok szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi, stb. orvosok csak a felsorolt szakrendelések (fekvőbeteg-gyógyintézetek) javaslatára rendelhetik, a vényen a javaslatot adó szakrendelés (kórházi osztály) és a javaslat keltének feltüntetésével.



HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET

Budapest, X., Szállás u. 5.

Orvostovábbképző Intézet,
Szülészeti-Nőgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Györy György dr.)

Ultrahang vizsgálatok gonad-dysgenesisben

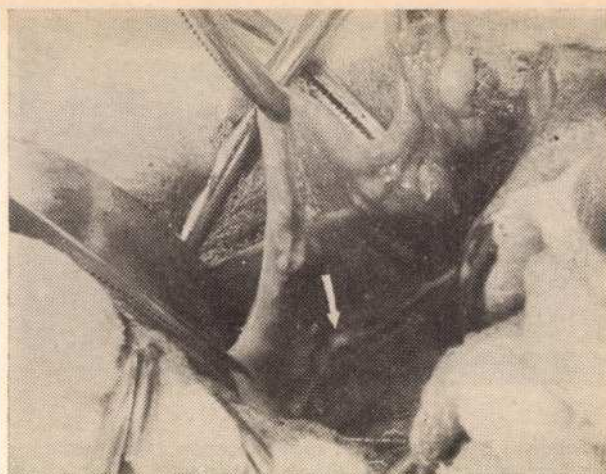
Bösze Péter dr., Kun László dr.
és László János dr.

A női hypogonadismus elkülönítő kórisméjében a hormonmeghatározások és genetikai vizsgálatok egyre kiterjedtebb alkalmazása mellett is jelentős szerepe van a gonadok megtekintésének. A női hypogonadismus jelentős csoportját képezik a gonad-dysgenesisek (Turner-syndroma, Turner-csoport, tiszta gonad-dysgenesis stb.), amelyekben legtöbbször a petefészek helyén szürkésfehér, néhány milliméter vastagságú gonadköteget, csíkgonadot találunk. A csíkgonadokban ősvarsejtek, tüszők nincsenek és ezeknek semmiféle működésük nincs. Elkülönítésük a még működőképes, esetleg fogamzóképes petesejtet tartalmazó hypoplasiás petefészekről vagy dysgenetikus herétől igen fontos.

A gonadok makroszkópos vizsgálatára ez ideig három jól bevált módszer állt rendelkezésre: rtg-vizsgálat (pneumopelviographia, hysterosalpingographia [HSG] és ezek kombinációja), endoscopy vizsgálat és laparotomia. Az utóbbi években azonban egyre kiterjedtebben használják az ultrahang (UH) vizsgálatot mind a nőgyógyászati, mind a szülészeti gyakorlatban. Egy előző munkánkban (Kun, Bösze 1973) beszámoltunk az UH vizsgálatok jelentőségéről a polycystás ovariumok kórismézésében. Ugyanebben a közleményünkben értékeltük a gonadok vizsgálatára szolgáló egyéb vizualis eljárások előnyeit és hátrányait. E munkánkban a gonad-dysgenesisek egyik legjellegzetesebb formájának, a csíkgonadnak (1. ábra) UH vizsgálatáról számolunk be.

Anyag és módszer

15, laparotomiával és szövettani vizsgálatokkal ellenőrzött gonad-dysgenesisben szenvedő betegen UH vizsgálatot végeztünk. A vizsgálatot laparotomia követte, amelynek során az egyik, esetleg mindkét csíkgonadot eltávolítottuk, izoláltan vagy a megfelelő méhkürttel együtt. Az UH vizsgálatot a műtét után is elvégeztük. A csíkgonad szindrómás betegek UH képeit egészséges gyermekek és hypoplasiás petefészekkel bíró betegek UH képeivel is összevetettük.



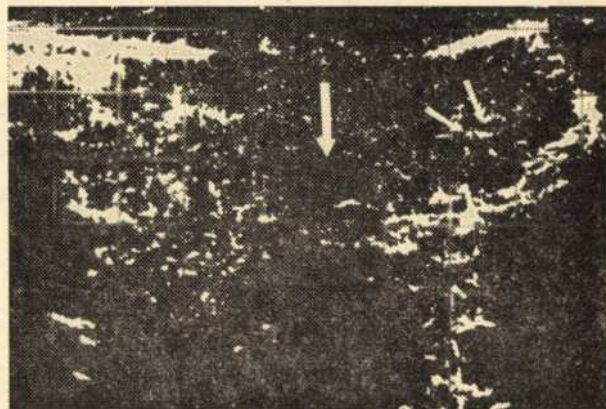
1. kép.
A csíkgonad műteti képe. A megemelt, fejletlen méhkürt alatt a petefészek helyén egy ceruzabél vastagságú képlet, a csíkgonad látható (nyíllal megjelölve)

Az UH vizsgálat menete

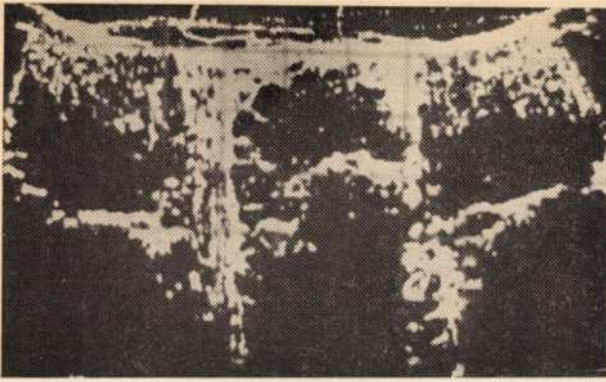
A vizsgálat előtt a beteg kiürítette a hólyagját, mivel a telt hólyag jelentősen megváltoztatja az UH képet. Célszerűnek látszik a végbél kiürítése is. A beteg hasfalát paraffin olajjal előkezelve, a kétoldali spina iliaca anterior superiorit összekötő vonal alatt 3 haránt-ujjal, harántmetszetben vizsgáltuk a belső nemi szerveket. A vizsgálat „A” és „B” képeljárással, a Kretz Technik 4100 MGB, illetve 4100 MGS kombinált UH készülékkel történt. 1 megaherzes kombinált vizsgálófejet használtunk a vizsgált egyén hasfalának vastagságától függően 40–60 decibel erősítéssel. A tároló oscilloscopen kirajzolódott képeket rögzített Exacta Vorex fényképezőgéppel 15 DIN-es ORWO filmmel lefényképeztük. A vizsgálat kb. 5–10 percet vett igénybe.

UH kép csíkgonad syndroma esetén (2. ábra)

A kép közepén vagy attól kissé oldalt a szabályos méhnél mélyebben elhelyezkedve találjuk a rudimenter méh UH képét piciny, ujjpercnyi, echo-mentes terület formájában. Kétoldalt a kép szélén, az esetek egy részében, a méhkürtök rajzolódnak ki,



2. kép.
Csíkgonad szindrómás beteg UH képe. Középen, nyíllal jelölve, kerek, echo-mentes terület látszik, amely a rudimenter méhnek felel meg. Jobb oldalon a kép széléig terjedő, középen felé keskenyedő, echo-mentes terület van, amely feltehetően a méhkürtnek felel meg (kettős nyíllal jelölve). Bal oldalon a méhkürt sem ábrázolódik. A petefészeknek megfelelő echo-mentes terület sehol nem látható



3. kép.

A szabályos petefészkek UH képe. Közepén az átlagos nagy méh echo-mentes területe látszik, közvetlenül mellette, kétoldalt, a szabályos petefészkek echo-mentes területe van. A méhkürtök nem ábrázolódnak

közép felé mutató, néhány milliméter széles, cső alakú, echomentes területként. A méhkürt rajzolata a bal oldalon gyakoribb és kifejezettebb. Azon a területen, ahol ép körülmények között a petefészkek echomentes képét szoktuk kapni, csíkgonad esetében echós zóna látható. A hypoplasiás méhkürtöknek megfelelő echomentes zóna nagyobb erősítéssel könnyen eltűnik. A vizsgálóban felvetődik, hogy a méhkürtnek gondolt echomentes terület esetleg hypoplasiás petefészkeknek vagy dysgenetikusan herének felel meg. Az elkülönítésben támpontul szolgál, hogy a méhkürtök echomentes területe mindig távolabb helyezkedik el a méhtől, mint a gonadoké. Átlagos nagyságú petefészkek esetén a méhkürtök rendszerint nem ábrázolhatók (3. ábra).

Megbeszélés

Az UH vizsgálatok alkalmazásáról gonad-dysgenesis eseteiben a rendelkezésünkre álló irodalomban nem találtunk adatokat. Vizsgálataink alapján úgy gondoljuk, hogy ezeknél a betegeknél a belső nemi szerveknek jellegzetes UH képe van. A vizsgálat nagyon egyszerű, teljesen veszélytelen és járóbetegben is elvégezhető. A gonadok megtekintésére szolgáló egyéb eljárások, mint arra előző munkánk-

ban már utaltunk (1), kórházigényesek és nem tekinthetők veszélytelennek.

Természetesen UH vizsgálat során a belső nemi szerveknek csupán makroszkópos képét láthatjuk, szövettani vizsgálat elvégzésére nincs mód.

Az elsődleges amenorrhoeával kapcsolatos vizsgálatok ez ideig azt mutatták, hogy ezen betegségben a cytogenetikai és hormonvizsgálatok elvégzésén kívül az esetek jelentős részében laparotomiát és a gonadok szövettani vizsgálatát is el kell végezni. Ennek célja a gonadok, és így a hormonális perspektíva pontosabb megítélése és az Y chromosoma jelenlétében a dysgenetikusan gonadból gyakran fejlődő daganatos képződmények kialakulásának elkerülése. Megfelelő kórismézési eljárás birtokában azonban ezen hasmetszések elvégzését kizárólag az Y chromosomával járó esetekre korlátozhatjuk, sőt, esetleg ezek rendszeres vizsgálatával a gonadból kiinduló daganat növekedésének ellenőrzésére és időben történő beavatkozásra is mód lesz.

A gonad-dysgenesisben szenvedő betegek kezelése éveken át történő hormonális (oestrogen, gestagen) substitutióból áll. UH vizsgálattal a hormonkezelés hatására történő méhnövekedés is jól követhető.

Összefoglalás. A szerzők gonad-dysgenesisben szenvedő betegeken ultrahanggal vizsgálták a belső nemi szerveket. Laparotomiával és szövettani vizsgálattal igazolt 15 csíkgonaddal bíró beteg ultrahang vizsgálata alapján úgy gondolják, hogy ezeknek a betegeknél jellegzetes ultrahang képe van, amelyre a következők jellemzők: a kép közepén vagy kissé oldalt a szabályos méhnél mélyebben egy kicsiny méhnek megfelelő echomentes terület van. Ettől kétoldalt, a kép szélén, az esetek egy részében, a méhkürtök rajzolódni ki, közép felé mutató, néhány milliméter széles, cső alakú, echomentes terület formájában. Azon a területen, ahol a szabályos petefészkek ultrahang képét szoktuk kapni, echós zóna látható. A vizsgálat teljesen veszélytelen, tetszés szerint ismételtető, kb. 5–10 percet vesz igénybe. Eredményeik alapján úgy gondolják, hogy az ultrahang vizsgálat hasznos kiegészítő eljárás gonad-dysgenesisben.

IRODALOM: 1. Kun L., Bősze P.: Orv. Hetil. 1973, 114, 1055.

„A gyógyszerek használata gyakran többet pusztít, mint a betegség támadó ereje.”

M. Stoll

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: † Gömöri Pál dr.)

A plasma-TSH alakulása thyreostaticumokkal folytatott kezelés során

Vereckei István dr. és Hering Andrea dr.

A hormonszintézist gátló szerek alkalmazásakor a pajzsmirigy és a hypophysis közötti feedback mechanizmus alapján a plasma TSH-szintjének emelkedésével, hyperthyreotropinizmussal kell számolni. Itt a következő kérdések vetődnek fel: bekövetkezik-e minden antithyreoid terápiában részesültben a plasma TSH-szint emelkedése és ha igen, jár-e ez káros következményekkel. Jelentős gyakorlati fontosságú a iatrogen hyperthyreotropinismus megelőzésének, kivédésének problematikája is. Az irodalmi adatok összeállításakor ezekre a szempontokra voltunk elsősorban tekintettel.

Amint fentebb megemlítettük, a pajzsmirigy hormonszintjének csökkenését elvileg minden esetben hyperthyreotropinismusnak kell követnie. Más kérdés, hogy a gyakorlatban ez nincs mindig így, illetve a TSH-tükör következményes emelkedésében sajátos időbeliség figyelhető meg.

A sok felhasználható analógiát szolgáltató állatkísérlet közül *Studer* (40) vizsgálatait említjük először. Patkányainak 0,25 mg/die/100 g testsúlynyi mennyiségben thyreostaticumot adott, 6 napon át. A TSH plasma-szintjét *McKenzie* módszerével mérte. Kísérleteiben a TSH-szint egy hét alatt 5–7-szeresére emelkedett, a PBJ* egyidejű csökkenése nélkül. *Escobar* (12) és mások (41) úgy vélik, hogy a plasma TSH-aktivitása fokozódásához nem feltétlenül szükséges a PBJ előzetes, illetve egyidejű csökkenése. Döntőnek tartják a TSH-szintemelkedés megindulása szempontjából az antithyreoid drog ama képességét, illetve azt a pillanatot, amellyel és amikor a szer megzavarja a thyrosin jodinálásához vezető enzymaticus folyamatot. Ez nem jelenti ugyanakkor azt, hogy a PBJ mérhető csökkenése „egyidejűleg és azonnal” kimutatható is volna. *D'Angelo* (7) propylthiouracilra, az adagolás tartamával arányosan, a plasma-TSH 70–300%-os megnövekedését találta szintén biológiai jellegű eljárásával, ugyancsak patkányokon. Fontos a másik változás is, melyről említést tesz, nevezetesen, hogy a hypophysis

TSH-tartalma egyidejűleg az eredeti érték 5%-ára csökkent. A propylthiouracil kihagyása után a hypophysis TSH-tartalma 6–12 nap alatt állt helyre. *Suematsu és mtsai* (41) érdekes kísérleteikben szintén azt figyelhették meg, hogy a reaktív TSH-emelkedéshez napok kellenek még akkor is, ha a pajzsmirigyhormon plasma-szintjét hirtelen csökkentjük le úgy, amint azt ők tették, hypothyreoticus kutya vérére adva „exchange” transfusio formájában egészséges állatnak.

A másik irányba való reagálás gyorsabb: *Odell* (34) 13 egészséges egyén közül 4-en antithyreoid drog alkalmazásával 7–21 nap alatt, tehát ugyancsak lassan, a plasma-TSH koncentrációjának fokozatos emelkedését tudta létrehozni, amit L-thyroxin egyszerű iv. adásával „azonnal”, pontosabban 1 óra alatt supprimálni tudott. *Lemarchand—Béraud* (29) 20 normál egyén közül csak 1 személyen tudott carbimazole-lal 2–4 hét alatt mérsékelt TSH-emelkedést megfigyelni. Ő is rámutat viszont arra, hogy a fordított irányú reagálás igen gyors: 500 γ T₃ adása után már 1–2 óra alatt jelentkezik. Egyébként mind 6, mind pedig *Odell* radioimmun módszerrel határozták meg a plasma TSH-szintjét.

Az emberen tett megfigyelések és az állatkísérletek adatait összevetve megállapítható tehát, hogy az emberen szerzett tapasztalatok nem követik mindenben a pharmacologiai dózissokkal végzett állat-experimentumok markáns eredményeit. Így az utóbbiak fényében feltűnőnek mondható az az ugyancsak *Lemarchand—Béraud*-nál található feljegyzés (29), mely szerint emberen 2 hónap is eltelhet, amíg a hormonképzést gátló szerek utáni következményes hyperthyreotropinismus kialakul és egyszersmind kimutathatóvá is válik.

Ha létrejön a fokozott TSH-secretio, annak velejárói közismerten rendszerint nem pusztán kozmetikai természetűek. Gyakran többről van szó: így előfordulhatnak nyomásos tünetek a növekvő golyva miatt, illetve az exophthalmus folyamánnyaképpen a szem épességét és funkcióját veszélyeztető elváltozások. Köréletlen szempontból nem közömbös az sem, hogy *Milánov* (32) szerint az élettaninál magasabb plasma-TSH a sejtleggést és az oxydatív phosphorylációt zavarja. Adatok találhatóak arra vonatkozóan is (8, 37), hogy a hyperthyreotropinismus a máj zsírtartalmának növekedését, a myocardium és a csontvázizomzat sejttes beszűrődését és degenerációját is okozhatja.

A gátlószerek strumigen és exophthalmogen hatásának kivédése vonatkozásában az alábbi véleményeket idézzük az irodalomból.

A pajzsmirigypathológiában oly fontos helyet betöltő jódrol *Albert* (2) in vitro kísérletekben kimutatta, hogy az elemi jód TSH-t inaktíválni képes. *Gráf és Zúlik* (18) patkányok propylthiouracil golyvájának létrejöttét Plummer-oldattal gyakorlatilag teljesen meg tudták akadályozni. *Földes és mtsainak* (14) viszont, más kísérleti elrendezésben, lényegében negatívak voltak a tapasztalatai a Plummer-oldat TSH-fékezését illetően. Újabbban *Ochi és mtsai* (33) foglalkoztak a jód, pontosabban a jodidok ilyen irányú hatásosságának kérdésével. Úgy találták, hogy a KJ-oldat csak akkor gátolta a TSH vagy LATS hatását, ha azt 24 órával a TSH vagy LATS előtt adták. A jód hatékonyságának feltételére vonatkozatható *Gyulai és Lovász* megfigyelése is (19), ami a hyperthyreoticusok thyreostaticumokkal végzett műtéti előkészítésével kapcsolatos. E szerint, „valószínű, hogy az eddigi szokásnál hosszabb jódkezelés szükséges ahhoz, hogy a thyreostaticum által kiváltott fokozott TSH-kiválasztást csökkentse”. *Wartofsky* (50) és *Herrmann* (22) véleménye általánosságban pozitív a jód antithyreotrop hatása kérdésében. *Kleint* (28) viszont rámutat a jód-effectus nehéz kiszámíthatóságára. Utal a jód „Janus-arcára”. *Hoff* (23) még tovább megy a jódot illető fenntartások terén. Csak műtéti előkészítésként tart megengedhetőnek bármilyen jód terápiát a pajzsmirigy túlműködése esetében. *Julesz és Kovács* (27) álláspontja is igen tartózkodó: csupán enyhébb hyperthyreosisok esetében látják lehetségesnek antithyreoid szerek kombinációját jódal. Óvatosságot tükröz *Branyczky* (6) eljárás módja is: csak az euthyreoid stá-

* PBJ = serum-fehérjéhez kötött jód.

TSH-szint alakulása Methyryn-Dityrin-therápia mellett

Sorszám	Életkor Nem	Krogh %	¹³¹ J tárolás %				Pajzsmirigy	Ex- ophth.	Kezelés tartama	Plasma TSH m JSE/ml
			2 óra	6 óra	24 óra	48 óra				
1.	21 é. nő	+51	53,5	58,3	53,9	46,2	nagyobb	+	1/2 év	8,0
2.	49 é. nő	+33	16,7	—	70,0	61,2	norm.	∅	3 hó	6,0
3.	39 é. nő	+94	63,0	72,0	67,0	57,1	norm.	+	11 hét	70,0
4.	45 é. nő	+15	45,0	55,0	66,0	62,0	nagyobb	∅	1/2 év	40,0
5.	43 é. nő	+35	56,0	61,4	58,6	57,9	nagyobb	+	1 1/2 év	3,0
6.	60 é. nő	+60	38,5	46,2	42,5	42,1	nagyobb	+	1/2 év	6,0
7.	18 é. fi	+70	64,3	72,2	73,2	70,2	nagyobb	+	2 hó	3,0
8.	33 é. nő	+38	24,9	—	49,5	50,6	nagyobb	∅	2 hó	20,0
9.	53 é. nő	+72	54,0	68,6	65,5	59,7	nagyobb	+	1 év	10,0
10.	18 é. nő	+53	—	—	—	—	nagyobb	+	6 hét	0,1 alatt
11.	58 é. nő	—	63,6	—	49,5	58,0	nagyobb	+	1 hét	0,8
12.	18 é. nő	+46	—	—	—	—	nagyobb	+	1 hét	1,0
13.	60 é. nő	—	50,0	70,5	76,5	56,0	nagyobb	∅	1 hét	0,7

dium eléréséig ad jódot a strumigen szerek mellé. Később csak akkor alkalmaz újra jódot, ha a struma hormonkészítményekkel (Liothyronin) szemben refractaerri válik. Ezt néha 1—1 1/2 év után figyelhetjük meg és ilyen esetekben anorganikus jódtól (pl. napi 3—5 csepp Lugol-oldattól) megfelelő eredményt látott. A lényegét illetően hasonlóan jár el *Thalassinus* is (46).

Elsősorban a korábbi években dijóthyrosint tartalmazó készítmények (nálunk a Dityrin) is használatosak voltak a strumigen és exophthalmogen károsodások kivédésére (26). *Gráf* és *Zulik* (18) úgy találták, hogy — aequivalens jódtartalom esetén — a dijóthyrosin a thyroxinhoz közel hasonló, *Plummer*-oldattal pedig kifejezetten mértékben fékezte a propylthiouracil okozta TSH-hypersecretio histologiai jeleit a patkány hypophysisében és pajzsmirigyében. Véleményük szerint a dijóthyrosin antithyreotrop aktivitásának magyarázatára az anorganikus jódatás egy-magában nem elégséges. Szerepet tulajdonítanak a kémiai struktúrával összefüggő molekuláris hatásnak is; rámutatnak ugyanis egyes vegyületek és félmolekulák közötti biológiai competitio tényére. *Szántó* (43) a dijóthyrosin gyors dehalogenizálódására utal, miért is az emberi hyperthyreosisban eredményt nem vár tőle.

A pajzsmirigy-gátló szerek által kiváltható hyperthyreotropinismus kivédésére az utóbbi évek irodalma pajzsmirigyhormonokat, thyroxint és trijóthyronint (5, 11, 15, 24, 42, 44), illetve e kettő kombinációt ajánlja (21). Állatkísérletes adatok szerint is a pajzsmirigyhormon a jódnál erősebb TSH-fékező (1). *Szántó* (44) az euthyreoticus stádium elérése után trijóthyronint tanácsol, napi 20—40 μ /die adagolásban. Ettől csak az esetben tér el, ha az esetleges exophthalmussal kapcsolatos panaszok oly súlyosak, hogy a suppressiv rendszabályokkal az euthyreosisig való várakozás aggályos volna. A gyorsan kiürülő trijóthyronint egyébként a thyroxinnal a TSH fékezésére alkalmasabbnak, kevesebb kellemetlenséggel járónak tartja. *Földes* is a trijóthyronin használatának híve (15). A thyreostaticus kezelés kezdetén azonban ő is melőzhetőnek ítéli adását, figyelemmel arra, hogy az endogen TSH-termelés ilyenkor amúgy is visszaszorul. *Doniach* és *mtsai* (9) emberi anyagot, illetve *Enneker* és *mtsai* állatkísérletekben (10) a trijóthyronin (T_3)

és a thyroxin (T_4) hatékonysága között a TSH gátlását illetően specifikus különbséget nem találtak. A T_4 alkalmazásakor *Doniach* mindenesetre több nem kívánt mellékhatást látott. A megválasztandó adagok nagysága vonatkozásában *Averill* (4) állatkísérletek alapján a „physiologias” dózisok híve. *Somogyi* (39), valamint *Freychet* és *mtsai* (16) a D-thyroxin TSH-t fékező hatásáról számoltak be. Használata az antithyreoid drogok okozta károsodások kivédésére mégsem terjedt el, sőt *Mertz* és *Stelzer* (31) 5—7 hónapos D-thyroxinadás után súlyos fokú leukopeniát figyelhettek meg.

Az utóbbi években TSH-t gátló céllal a therapiába bevezetett, T_3 -at és T_4 -et tartalmazó gyógyszerkombinációkkal szerzett tapasztalatokat leíróik kedvezőnek ítélik (25, 45). Az „összhormon”-tartalmú száritott pajzsmirigy készítmények sem szorultak ki, a fenti újabb therapiás rendszabályok ellenére sem a TSH-t antagonizáló fegyvertárból (42).

Az irodalom álláspontja abban foglalható össze, hogy a thyreostaticus kezeléssel párhuzamosan valamilyen pajzsmirigyhormon készítmény adása nemcsak indokolt, hanem arról lemondani nem is szabad (42). Kisebbségi véleménynek tekinthető *Pittmann* és *Current* Therapy 1973-as kiadásában leszögezett álláspontja, mely szerint a betegek többségénél az antithyreoid drog adása egymagában is elégséges és pajzsmirigyhormonnal kombinált kezelésére csak terhesség esetén van feltétlenül szükség (36).

Beteganyag és módszer

Mi magunk csak a dijóthyrosinnak (Dityrin) és a pajzsmirigyhormonoknak thyreostaticus therapia kapcsán észlelhető hatékonysági fokáról kívánunk beszámolni, saját megfigyeléseink alapján. Tapasztalatainkat az 1. és 2. táblázat rögzíti. Az előbbi azokat az eseteket foglalja össze, melyekben a Methyryn therapiát egyidejű Dityrin adással kombináltuk. Az itt bemutatott hyperthyreoticus anyagról annyit, hogy abban adenoma toxicum esetek nem szerepeltek, Methyryn adagjaink pedig a napi 3×1 tablettát csak kivételesen haladták meg. A Dityrin dózisa napi 1—2, illetve ritkábban 3 tablettát volt. A Methyryn—Dityrin kezelést egyébként általában klinikán kívüli indicatio vezette be. A táblázaton feltüntetett paramete-

TSH-szint alakulása strumigen drogok és pajzsmirigyhormon-készítmények egyidejű adásakor

Sorszám	Életkor Nem	Metothyryn	Krogh %	Pajzsmirigy	Exopht.	Plasma-TSH m JSE/ml	Kezelés tartama	Kezelés módja
1.	16 é. nő	előtt után	+42 +16	diff. > idem	∅ ∅	0,5 0,7	13 hét	Metothyryn: 3 tbl./pr. die 4 hét. 2 tbl./pr. die 4 hét. 1 tbl./pr. die 5 hét. Heti 4 tbl. T ₃ és 3 tbl. Thy. III.
2.	40 é. nő	előtt után	+40 +35	diff. > idem	+ idem	1,5 0,8	3 hó, kevés megszakítással	Metothyryn: 3 tbl./pr. die 1 hét. 2 tbl./pr. die 1 hét. 1 tbl./pr. die 4 hét. Perchlorat: 3 tbl.—1 tbl./pr. die 4 hét. Heti 4 tbl. T ₃ és 3 tbl. Thy. III.
3.	45 é. nő	előtt után	+39 +17	diff. > idem	+ idem	0,9 1,5	1/2 év	Metothyryn: 6 tbl./pr. die 3 hét. 5 tbl.—2 tbl./pr. die 4 hó. 1 tbl./pr. die 5 hét. Heti 4 tbl. T ₃ és 3 tbl. Thy. III.
4.	39 é. nő	előtt után	+50 +20	diff. > idem	∅ ∅	— 0,02	3/4 év	Metothyryn: 3 tbl./pr. die 4 hét. 2 tbl./pr. die 3 hét. 1 tbl./pr. die 7 hó. Napi 1/2 tbl. Thy. III.
5.	58 é. fi	előtt után	+82 +54	norm. idem	∅ ∅	— 0,7	3 hó. Vérvétel előtt 3 héttel gyógyszerek kihagyva	Metothyryn: 3 tbl./pr. die 3 hét. 2 tbl./pr. die 3 hét. 1 tbl./pr. die 6 hét. Napi 1 tbl. Thy. III.
6.	32 é. nő	előtt után	+41 +16	diff. > idem	+ idem	— 0,6	7 hó	Metothyryn: 3 tbl./pr. die 2 hó. 2 tbl./pr. die 4 hó. 1 tbl./pr. die 1 hó. Napi 1 tbl. Thy. III. 3 hónapig, majd napi 1/2 tabl.

rek és a TSH meghatározása rendszerint az első vizsgálatunkat követő kb. egyhetes Metothyryn—Dityrin adagolási szünetben történt. Az általunk használt biológiai természetű Tsuji és Ogura-féle TSH-mérési módszert illetően korábbi munkáinkra utalunk (47, 48, 49). A segítségével megállapított élettani plasma-szint átlagosan 0,46 m JSE*/ml volt, a szélső értékek pedig 0,05 és 1,2 m JSE/ml.

A 2. táblázat hyperthyreoticusain a strumigen effektust a Metothyryn, illetve a Perchlorat mellé adagolt pajzsmirigyhormonokkal igyekeztünk fékezni. Az első 3 beteg a kezelést mi vezettük be és ellenőriztük. A 2. sz. beteg időnkénti alacsonyabb leukocytaszámai kisebb megszakításokat tettek szükségessé. A 4., 5. és 6. sz. betegek Metothyryn—pajzsmirigyhormon kezelésének beindítása tőlünk független volt. Ezekben az esetekben csak a táblázaton megadott időtartamú kezelés utáni TSH-szinteket rögzíthettük. Az alkalmazandó pajzsmirigyhormon mikéntjét illetően az első 3 esetben a T₃ (Liothyronin) és a Thyreoidea III. tableta naponként változtatott adása mellett döntöttünk.

* JSE = Junkmann—Schoeller-egység.

Eredmények

Az 1. táblázat első 9 betegén a Dityrin a plasma-TSH szintemelkedését nem tudta kivédeni, a kettős vonal alatti 4 betegén azonban — látszólag — igen. A 2. táblázat 6 betegén viszont megfigyeltettük a thyreoidea készítmények reaktív hyperthyreotropinismust fékező eredményességét.

Megbeszélés

Az 1. táblázatban összefoglalt Metothyryn—Dityrines csoport első 9 és a kettős vonal alatti második 4 betegének adatait elemezve, különbözőségük egyszerűen magyarázható, az alábbiak szerint. Néhány hétnél hosszabb Metothyryn kezelés minden esetünkben hyperthyreotropinismushoz vezetett. Az előzőekben ismertetett adagolásban a Dityrin ezt kivédeni nem tudta. A négy utolsó beteg észrevételezhető „eredményesség” oka nyilván abban jelölhető meg, hogy ezekben az esetekben a

thyreostaticum alkalmazási ideje a következményes TSH-hypersecretio kialakulásához még rövid volt.

Az első 9 beteg közül 3 nyaki feszülésérzésnek fokozódásáról, 2 pedig szemtüneteik súlyosabbá válásáról is említést tett. Kifejezett rosszabbodás is előfordulhat. Egy másik, 17 esetet felölelő sorozatunkban, ahol TSH-meghatározások nem történtek és csak a pajzsmirigynagyságra és az exophthalmus mértékére lehettünk tekintettel, a Metothyryn kezelés kapcsán 2 betegen, az egyidejű Dityrin adagolás ellenére fokozódott az exophthalmus.

Tudatában vagyunk annak, hogy pajzsmirigyhormon-adagolásunk módja önkényes abban az értelemben, hogy az nem felelhet meg szigorúan az egyes frakciók pontos élettani arányának. Az utóbbi egyrészt nem könnyen állapítható meg, másrészt hyperthyreosisban változhat is, mégpedig esetlegesen a T₃ javára. Az utóbbi körülmény volt egyik indoka annak, hogy saját adagolási sémánkban a T₃ részarányát magasabban választottuk meg, mint a golyvás megbetegedések kezelésekor használatos egyes gyógyszerkombinációk, melyekben a T₄ és T₃ arányát, jelentősen eltérő felszívódási viszonyait (20) is figyelembe véve — az élettannak vélt állapotot megközelítendő — 5 : 1-ben határozták meg (13, 25, 38). A mi betegeinknek másnaponként (első 3 eset), illetve naponta (az utolsó 3 eset) adagolt Thyreoidea tablettákban pedig, más hasonló, szárított pajzsmirigy-tartalmazó készítményeken végzett meghatározásokból következtethetően, a T₄ és T₃ reláció csak 2,1 : 1 arány szerint tételezhető fel (35). A magasabb T₃ részarány másfelől a mellékhatások csökkentését célozta; a T₄ adásával járó esetleges kellemetlenségek gyakoribb voltára a fentiekben már utaltunk. A T₃-ról viszont az exophthalmusra gyakorolt fékező hatást illetően található egy-egy negatív irányú feljegyzés (30, 31).

Bár az volt a határozott benyomásunk, hogy a pajzsmirigyhormonok minél szélesebb „spektrumát” képviselő adagolás, tehát a T₃ + Thyreoidea tabletták együttes alkalmazása mellett láthattuk a legjobb eredményeket, nemcsak objectiv, hanem elsősorban subjectiv vonatkozásban, természetesen sikerrel adhatók TSH-t fékező célzattal az egyes pajzsmirigyhormonok, illetve a szárított mirigyből előállított készítmények egyedül, önmagukban is. Erről tanúskodik a mi 4., 5. és 6. számú esetünk, illetve mások tapasztalatai (11, 24, 42).

A TSH gátlását szolgáló gyógyszeradagjaink megválasztásában, másokhoz hasonlóan (4, 15, 44) a „szerényebb” dózisok hívei vagyunk. Az Alexander (3) által javasolt napi 80 γ T₃-at soknak tartjuk. Ekkora adagokhoz csak akkor nyúlunk, ha az antithyreoid terapiánk folyamányaként jelentősebb fokú hypothyreoticus tünetek lépnének fel.

Végezetül feljegyeznénk, hogy az antithyreotrop rendszabályok mellőzhetőségét (15, 44) a thyreostaticus kezelés első 2 hetében Gillich és Krüskemper adatai is alátámasztják (17): ezek szerint átlagosan 16—18,6 nap szükséges ahhoz, hogy az antithyreoid kezelés eredményeként a pajzsmirigy működése euthyreosisig csökkenjen. Ez időpontig pedig a TSH amúgy is a túlműködő thyreoidea által gyakorolt endogen fékezés hatása alatt áll.

Összefoglalás. A szerzők a thyreostaticus terapiának a TSH-secretiót érintő hatásával foglalkoznak. Az irodalmi adatok ismertetése után közlik saját megfigyeléseiket. Ezek szerint hyperthyreoticus beteganyagon a gátlószeres kezelés kiváltotta TSH-secretiófokozódást dijóthyrosinnal (Dityrin) nem tudták kivédeni, pajzsmirigy készítmények viszont ebben a vonatkozásban eredményesek voltak. Különösen kedvezőek voltak tapasztalataik Liothyronin (T₃) és Thyreoidea tabletták együttes alkalmazásakor.

IRODALOM: 1. Abbasi, V., McKenzie, J. M.: Metabolism. 1970, 19, 43. — 2. Albert, A. és mtsai: J. Biol. Chem. 1946, 166, 637. — 3. Alexander, W. D. és mtsai: J. clin. Endocr. 1970, 30, 540. — 4. Averill, R. L. W.: Endocrinology. 1969, 85, 67. — 5. Bergfelt, G., Ljunggren, J. G., Hedberg, K.: J. clin. Endocr. 1961, 21, 72. — 6. Branyiczky L.: Orv. Hetil. 1968, 109, 1811. — 7. D'Angelo, S. A.: Endocrinology. 1961, 69, 834. — 8. Danowski, T. S.: Clinical Endocrinology. Baltimore. Williams and Wilkins Co. 1962. Vol. II. 12. — 9. Do-niach, D. és mtsai: Clin. Sci. 1958, 17, 519. — 10. En-neker, C., Kessler, F. J., Krüskemper, H. L.: Acta endocr. (Kbh.) 1958, 29, 565. — 11. Emrich, D., Ahrens, F.: Dtsch. med. Wschr. 1970, 95, 814. — 12. Escobar del Rey F. és mtsai: Endocrinology. 1962, 71, 859. — 13. Folden-auer, A.: Münch. med. Wschr. 1970, 112, 1485. — 14. Földes J. és mtsai: Magy. Belorv. Arch. 1967, 20, 187. — 15. Földes J., Gesztesi E., Takács I.: Orv. Hetil. 1970, 111, 3067. — 16. Freychet, P., Rosselin, G., Dolais, J.: Presse méd. 1969, 77, 13. — 17. Gillich, K. H., Krüskemper, H. L.: Dtsch. med. Wschr. 1969, 94, 314. — 18. Gráf F., Zulik R.: Orv. Hetil. 1959, 100, 931. — 19. Gyulai E., Lovász L.: Orv. Hetil. 1958, 99, 1373. — 20. Hackenberg, H. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1971, 96, 1375. — 21. Hackenberg, H., Schneider, K. R., Reinwein, D.: Dtsch. med. Wschr. 1972, 97, 1264. — 22. Herrmann, J., Gillich, K. H., Krüskemper, H. L.: Klin. Wschr. 1971, 49, 930. — 23. Hoff, F.: Behandlung innerer Krankheiten. Stuttgart. Thieme Verlag, 1962. 506. — 24. Horster, F. A. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1965, 90, 377. — 25. Horster, F. A., Wildmeister, W.: Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 525. — 26. Huber, P.: Wien. med. Wschr. 1963, 113, 828. — 27. Julesz M., Kovács K.: Endokrin betegségek gyógyítása és elméleti alapjai. Budapest. Akadémiai Kiadó. 1966. 167. — 28. Kleint, V.: Z. ges. inn. Med. 1971, 26, 1. — 29. Lemarchand-Béraud, Th., Scazziga, B. R., Vannoti, A.: Acta endocr. (Kbh.) 1969, 62, 593. — 30. Mahaux, J. E. és mtsai: Ann. Endocr. (Paris) 1968, 29, 483. — 31. Mertz, D. P., Stelzer, M.: Dtsch. med. Wschr. 1969, 94, 27. — 32. Milanov, S.: Ann. Endocr. (Paris) 1970, 31, 1101. — 33. Ochi, J., De Groot, L. J.: Endocrinology. 1969, 84, 1305. — 34. Odell, W. D., Wilber, J. F., Utiger, R. D.: Recent. Progr. Hormone Res. 1967, 23, 47. — 35. Pileggi, V. J. és mtsai: J. clin. Endocr. 1965, 25, 949. — 36. Pittman, J. A.: in: Current Therapy. Philadelphia—London—Toronto, Saunders Comp. 1973. 460. — 37. Rawson, R. W., Moncy, W. L., Greif, L. R.: in: Duncan's diseases of metabolism. Endocrinology and nutrition. Philadelphia—London—Toronto. Saunders Comp. 1969. 788. — 38. Reinwein, D. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1971, 96, 265. — 39. Somogyi Gy.: Orv. Hetil. 1966, 107, 499. — 40. Studer, H.: Schweiz. med. Wschr. 1966, 96, 711. — 41. Suematsu, H. és mtsai: Endocr. jap. 1969. Suppl. 1, 27. — 42. Sundermann, A.: Lehrbuch der inneren Medizin. Jena. Fischer Verlag, 1971. III. 78. — 43. Szántó L.: Kandidátusi disszertáció. Budapest, 1962. 37. — 44. Szántó L.: lásd Góth E.: Az endokrinológia újabb eredményei. Budapest, Medicina Könyvkiadó. 1963. 241. — 45. Taylor, S., Kapur, M., Adie, R.: Brit. med. J. 1970, II, 270. — 46. Thalassinós, N. C., Fraser, T. R.: Lancet. 1971, II, 183. — 47. Vereckei I., Demeczky M.-né, Takács L.: Orv. Hetil. 1963, 104, 1555. — 48. Vereckei I., Demeczky M.-né, Takács L.: Orv. Hetil. 1965, 106, 1741. — 49. Vereckei I., Demeczky M.-né: Orv. Hetil. 1971, 112, 1570. — 50. Wartofsky, L., Ransil, B. J., Ingbar, S. H.: J. clin. Invest. 1970, 49, 78.

DESOPIMON[®] tabletta

anorexigenicum

Összetétel

Chlorphenterminum hydrochloricum
25 mg tablettánként.

Javallat

Adipositas.

Ellenjavallat

Kisvérköri hypertensio, cor pulmonale, glaucoma, hyperthyreosis.

Terhes, valamint szoptató anyáknak nem adható, továbbá MAO-gátlókkal végzett kezeléssel egyidejűleg nem alkalmazható.

Adagolás

Naponta 2—3x1 tabletta étkezés előtt, kalóriaszegény diéta mellett.

A megfelelő hatás elérésére rendszerint napi 2 tabletta (reggel és délután) elegendő.

Mellékhatás

Mydriasis, a szembelnyomás fokozódása, szájszárazság, nausea, obstipatio, diarrhoea, hasi fájdalmak, nehézség a vizelés kezdetekor, fejfájás, urticaria, szédülés; kb. azonos arányban fordul elő álmatlanság, idegesség, valamint aluszékonyság és nyugtató hatás.

Figyelmeztetés

Szív- és érrendszeri megbetegedések, hypertonia esetén csak óvatosan és

állandó orvosi felügyelet mellett alkalmazható.

Dekompenzált betegeket a Desopimon-kúra megkezdése előtt kompenzálni kell.

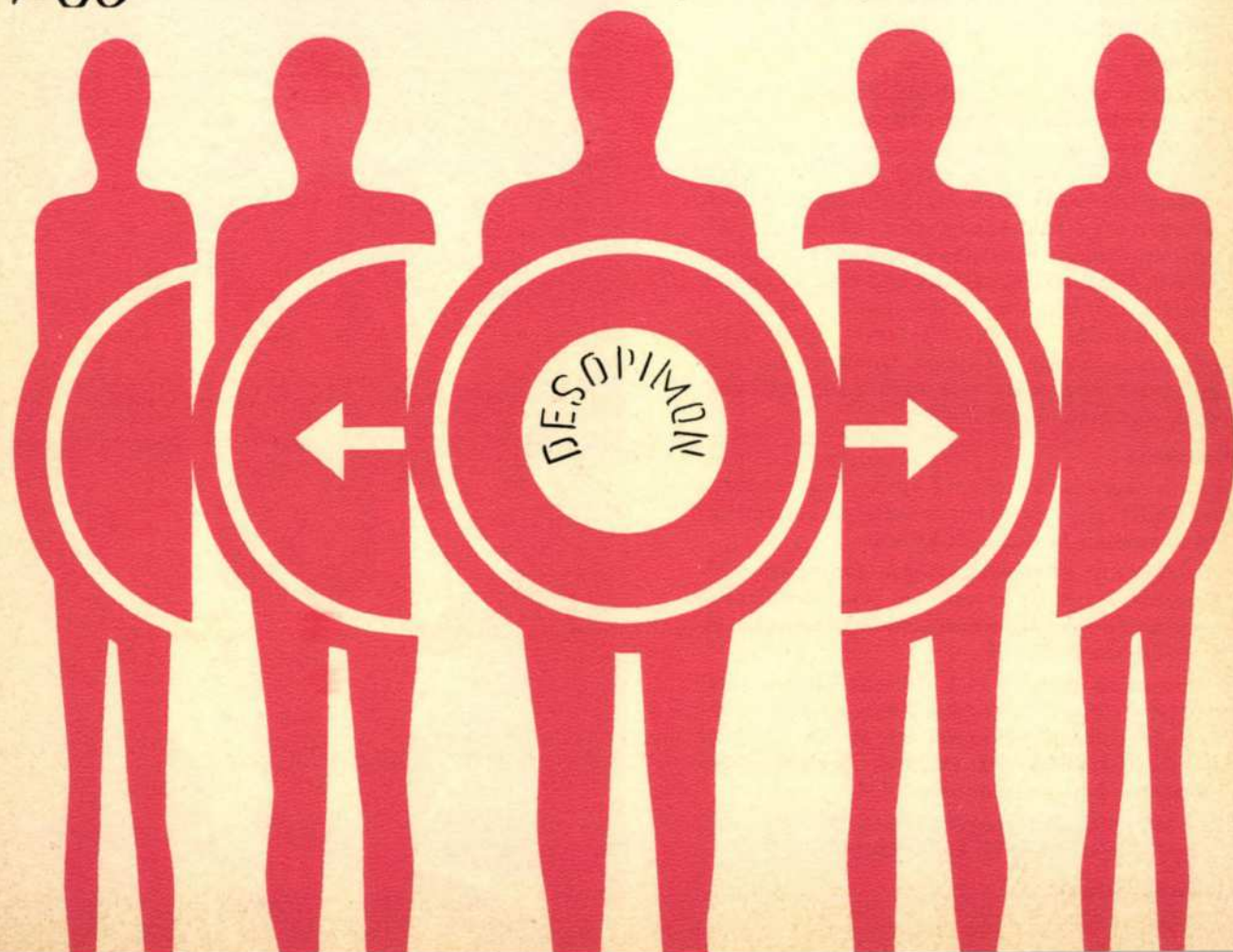
Bár központi idegrendszeri hatása minimális, az érzelmileg labilis, gyógyszer-hozzászokásra hajlamos egyének kezelése fokozott orvosi felügyeletet igényel.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

50 tabl. 16,40 Ft

500 tabl. 139,— Ft

Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



Dopegyt®

tabletta antihypertensivum

Tablettánként 250 mg methyl dopa.

Javallat

Középsúlyos hypertensiv betegeknek, akiknek a hypertensiója már hosszabb ideje fennáll, vagy akiknek labilis hypertensiója sedativ therapiára nem reagált.

Sem a glomerularis filtratiót, sem a vese vérátfolyását nem befolyásolja.

Alkalmazásakor a perctérfogat változatlan marad, anélkül hogy a pulsus-szám szaporodna.

Ellenjavallat

Phaeochromocytomában szenvedő betegeknél, továbbá activ hepatitis, veseelégtelenség esetén, valamint terheseknél. A Dopegyt a catecholamin-próba hamis pozitivitását okozhatja és így phaeochromocytoma téves gyanúját keltetheti.

Adagolás

Egyéni. Kezdő adagja esetenként egy-egy tablettá, mely adag kétnaponként egy-egy tablettával emelhető, a vérnyomás kellő csökkenéséig.

A max. napi adag: 8 tablettá. A kellő hatás elérése után — ugyancsak kétnaponként — a napi adag egy-egy tablettával csökkenthető a megfelelő fenntartó adagra, általában napi 2—3 tablettára. Egyéb antihypertensivummal vagy salureticummal kombinálva is adható; ebben az esetben additív hatás érhető el.

Mellékhatások

Átmeneti sedativ hatás, néha szédülés, fejfájás, gyomor-, béltünetek. Az orthostatikus hypotensio tünetei ritkábbak és enyhébbek, mint egyéb antihypertonicumoknál. Enyhe szájszárazság, ritkán nausea is előfordul. Az esetleges oedema thiazid-származék alkalmazásával megszüntethető. Néhány alkalommal a fehérvérsejtszám reversibilis csökkenését észlelték, amely csökkenés elsősorban a granulocytákat érintette. A szer alkalmazásának első hetében depressio, hallucinatio, szórványosan láz jelentkezhet, egyes esetekben a máj-funciós próbák eltérésevel együtt (máj-károsodásra utaló klinikai jelenséget azonban nem találtak). A gyógyszer megvonása után ezek a tünetek rendszerint rövid időn belül megszűnnek.

Figyelmeztetés

Tartós Dopegyt-kúra során célszerű direkt Coombs-tesztvizsgálattal (DCT) $\frac{1}{2}$ —1 évenként az esetleges autoimmun haemolytikus anaemia lehetőségét kizárni.

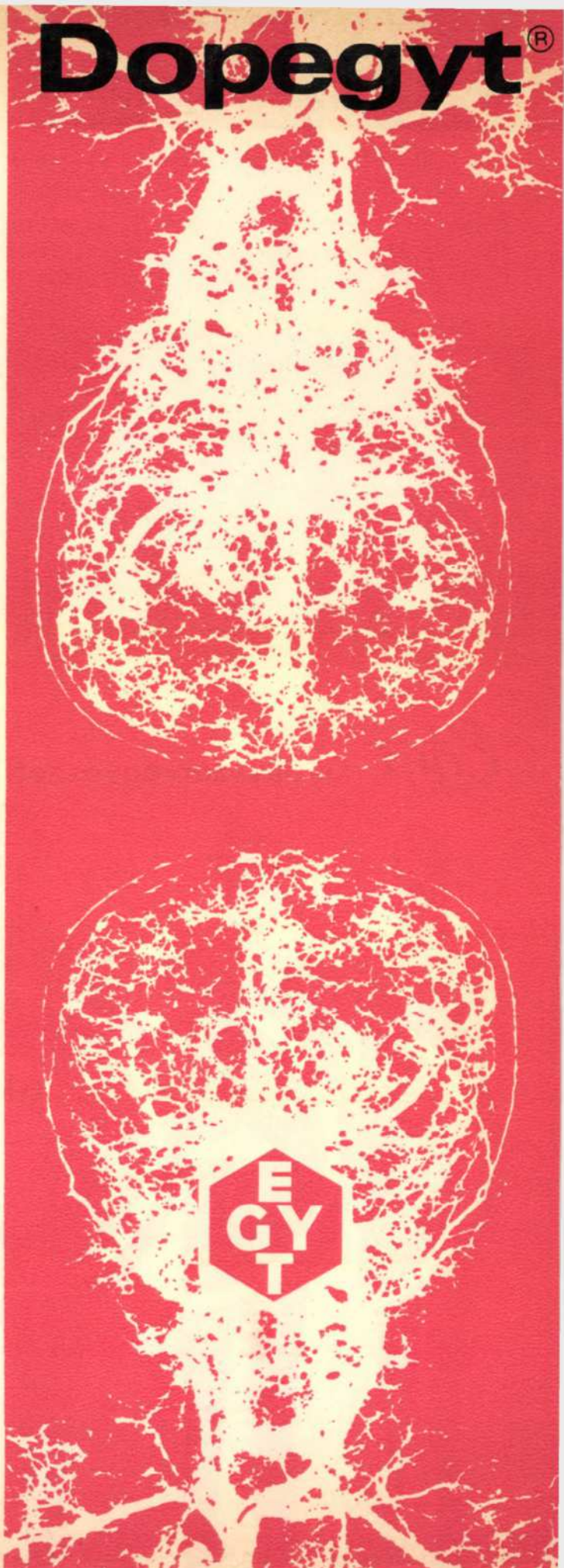
Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban v. veszélyes gépeken dolgozók csak az orvos által — az egyéni érzékenységnek megfelelően — előírt adagban szedhetik.

Társadalombiztosítás terhére csak fekvőbeteg-gyógyintézet vagy belgyógyászati szakrendelés javaslata alapján rendelhető, a hypertonia olyan eseteiben, ahol a Rausedyl vagy Rausedyl-combinatiók nem vezettek megfelelő eredményre, illetőleg a beteg ezeket nem jól tűri.

A vényen a javaslatot adó gyógyintézetet, illetőleg szakrendelést és a javaslat keltét fel kell tüntetni.

50 db tablettá 55,50 Ft

Dopegyt®



Vas megyei Markusovszky Kórház,
Általános Sebészeti Osztály
(osztályvezető: Löblovics Iván dr.)

A spontán gyomor-rupturáról egy eset kapcsán

Széll Kálmán dr. és Gaál Csaba dr.

Camerarius (cit. *Leger* és *Maes*) 1714-ben írta le egy fiatal lány esetét, akin nagy mennyiségű zöldszilva elfogyasztása után erős hasi fájdalom lépett fel és néhány óra múlva meghalt. A sectiókor a gyomor fundusán egy repedést találtak.

Tudomásunk szerint eddig 55 esetet írtak le a külföldi, négyet pedig a magyar irodalomban (3, 43, 46, 50).

Esetismertetés

U. Gy.-né, 62 éves adiposus beteget 1972. IX. 15-én 16.40-kor vettük fel osztályunkra. Elmondása szerint a bőséges vasárnapi ebéd elfogyasztása után hányinger, majd erőltetett hányás lépett fel. Felvétele előtt másfél órával hirtelen görcsös fájdalmat érzett. Körzeti orvosa hernia incarcerata parietis abdominis diagnózisul küldte kórházba. Korábban uterus myoma miatt totalis exstirpationt esett át, majd később cholecystectomia történt, melyek után hatalmas hasfali sérv alakult ki. Ezzel hozta összefüggésbe, hogy időnként gyomortáji fájdalmait jelentkeztek, melyek gyógyszeres kezelésre megszűntek.

Fizikális vizsgálatkor a shockban levő betegben magas rekeszállást, renyhe rekeszmozgást, elődomborodó, nyomásérzékeny hasat találtunk. A régi felső és alsó median laparotomiás helytől jobbra a hasfél egészére kiterjedő emberfejnyi eventeratiót tapintottunk, melynek tartalma nem reponálható, de nem volt olyan feszes, mint amilyent sérvkizáródáskor szoktunk észlelni. Repositív kísérletek során a beteg intenzív fájdalmat jelzett. A mellkas röntgenfelvételen a rekeszek magas állását, pangásos jeleket figyeltünk meg. A fekvés készült üres hasi felvételen sem szabad levegő, sem nívó nem volt kimutatható. Laboratóriumi leletei közül a 190 mg⁰/₁₀₀-os vércukorszint, a 4,6 g⁰/₁₀₀-os serum fehérje, mérsékelt hyponatraemia, hypochloroemia és hypocalcaemia érdemel említést.

Sérvkizáródást feltételezve műtétet végeztünk. A sérvtömlőben nagy mennyiségű zavaros, barnás folyadékot találtunk, melyet kezdetben sérvvíznek véltünk. Később kiderült, hogy a folyadék a bursa omentalis felől tört elő. A bursa megnyitása után nagy mennyiségű, ételmaradékot tartalmazó, pépes-darabos gyomorbennék ürült. Ennek okát a gyomor kisgömbület-hez közeli, hátsó falának hosszirányú repedésében ta-

láltuk meg. A repedés mintegy 2 cm hosszú és az egész gyomorfalra terjedt. A gyomortartalom kiömlésének bizonyos fokban a bursa vetett gátat. Ez magyarázza, hogy a gyomrot még így is tágnak, a szokottnál nagyobbak találtuk és tele volt még ételmaradékkal. A nyílás elvarrása után a sérvet reponáltuk, majd a hasfalat lehetőség szerint rekonstruáltuk.

A műtét végén a beteg légzése nem volt kielégítő, ezért azt Bennett-respirátorral asszisztáltuk. Később a keringés fokozatosan romlott, hypotoniássá vált, cyanosis lépett fel, oliguria alakult ki. A complex kezelés ellenére a felvétel utáni napon 14.30-kor meghalt. A boncolás során (bjk. szám: 761/62) derült ki, hogy a varratsor proximalis részénél, azzal párhuzamosan, tőle kb. 3 mm-re mintegy 16 mm-es hosszúságban az elvarrt rupturától függetlenül a mucosa berepedt. Szövetani vizsgálat a gyomron idült lobosodás jeleit mutatta (bjk. szám: 16418/72., Kádas dr.).

Megbeszélés

A gastrointestinalis tractus „spontán” rupturája a ritka megbetegedések közé tartozik. Többnyire valamilyen obstructiótól proximalisan vagy/és a gyomor-bélfal eleve károsodott volta következtében lép fel. Így ismert az oesophagus (4, 6, 12, 25), a gyomor (1, 3, 25, 43, 46, 50), a vékonybél (11, 47) és a vastagbél (11) „spontán” rupturája.

Terminologia. A nem traumás okból létrejött gyomorrepedés azon formáját, melyben a laesio csupán a mucosára, illetve submucosára terjed, *Mallory* és *Weiss* (32) írta le először 1929-ben. Az eredeti leírás szerint a nyálkahártya-berepedések az oesophagus és cardia átmeneti területén jelentkeznek, a hossz tengellyel párhuzamosan. *Mallory*—*Weiss*-syndromát a magyar irodalomban is közölték (5, 15, 16, 24, 39), de a fogalom értelmezése nem egységes. *Fazekas* (15, 16) ugyanazon esetről közölt két cikkében a klasszikus *Mallory*—*Weiss*-syndromát ismerteti anélkül, hogy az elnevezésre utalna, viszont *Veress* és *Virágos Kiss* (43) az egész gyomorfalra terjedő repedést az előbb említett tünetegyüttesként értelmezi. A világirodalomban általában a complet rupturát nem azonosítják a *Mallory*—*Weiss*-syndromával (1, 11, 20, 23, 25, 30). Részben a kóreredit, részben pedig a kórkép kialakulását tekintve a spontán gyomorrepéssel leginkább az oesophagus spontán repedése, az ún. *Boerhaave-syndroma* (6) képez analógiát.

Aetiologia és pathomechanizmus. A gyomorruptura *Harper* és *Roper* (23) szerint a következő okokból jön létre.

1. Valamely intrinsic laesio (ulcus, tumor) helyén és következtében jön létre a repedés. Ez a leggyakoribb.

2. Fedett vagy áthatoló trauma.

3. Ün. „spontán” ruptura.

Bár ez utóbbi csoportba azokat a kórképeket sorolják, melyekben látszólag kimutatható ok nélkül jött létre a ruptura, mégis jobban megközelítené a valóságot, a „váratlan” gyomorrepedés megjelölés. Legtöbb esetben ugyanis kiderül, hogy kézfelfogható ok, magyarázatot szolgál a ruptura létrejöttére. Az a véleményünk, hogy nem a „spontán” vagy az „idiopathiás” jelző semmitmondó kihangsúlyozása a lényeges, hanem a traumás csoporttól való elkülönítés.

A ruptura létrejöttéhez több tényező szükséges.

1. Hirtelen intragastrikus nyomásemelkedés,

Sorszám	Szerző és közlés éve	Kor	Nem	Anamnesis	Műtéti eltelt idő	Műtét	Eredmény	Repedés helye
1.	Zsoldos, Lakos, 1954	73	♂	nagymennyiségű étel	nincs pontos adat	elvarrás	meghalt	kisgörbület
2.	Cronin, 1959	61	♂	nagymennyiségű étel	5 óra	elvarrás	meghalt	kisgörbület
3.	Shaldon, 1961	49	♀	pepticus ulcus	nincs adat	elvarrás	meggyógyult	kisgörbület
4.	Bruno, Robson, Ober, 1963	58	♀	natrium bicarbonat	5 ¹ / ₂ óra	elvarrás	meghalt	kisgörbület
5.	Mirsky, Garlock 1965	40	♀	hányás	11 ¹ / ₂ nap	elvarrás	gyógyult	elülső fal
6.	Fleming, Horton, Wagger, 1966	45	♀	pylorus stenosis	2 óra	vagotomia és gastrojejunostomia	gyógyult	elülső fal
7.	Zakrys, Pawlowski, Rajtar, 1966	64	♂	pylorus stenosis, barium fogyaszttása	nincs adat	gastroctomia totalis	gyógyult	kisgörbület közelében
8.	Schwartz, 1966	65	♀	gázképző alkalia	5 ¹ / ₂ óra	elvarrás és gastrotomia	meghalt	kisgörbület
9.	Basch, 1968	80	♀	hányás, supraumbilicalis sérvkizáródás	—	nem volt	meghalt	kisgörbület
10.	Veress, Virágos Kiss, 1968	46	♂	nagymennyiségű étel, hányás	nincs pontos adat	drain (?)	meghalt	hátsó fal
11.	Harper, 1969	78	♀	oxygen alkalmazása	18 óra	elvarrás	gyógyult	elülső fal
12.	Gue, 1970	64	♂	inguinalis sérvkizáródás	nincs adat	elvarrás	meghalt	kisgörbület
13.	Vigváry, Fazekas, Ertner, 1970	15	♂	nagymennyiségű étel	—	nem volt	meghalt	elülső fal
14.	Jefferiss, 1972	58	♀	pylorus stenosis	2 óra	vagotomia és gastrojejunost.	gyógyult	kisgörbület
15.	Geroulanos, 1972	60	♀	oxygen alkalmazása	—	nem volt	meghalt	hátsó fal
16.	Szell, Gaál, 1974	62	♀	nagymennyiségű étel, hányás	7 óra	elvarrás	meghalt	hátsó fal

melyhez lehetőséget teremt esetenként a fekély talaján kialakult pylorus stenosis (40, 17, 25), esetleg functionalis pylorus spasmus. A nyomás hirtelen emelkedésekor a cardia dysfunctio következtében vagy idő hiányában nem tud relaxálódni, s így a nyomás nem vezetődik le.

2. Az intraluminalis nyomásemelkedéssel egy időben a hasúri nyomás nem fokozódik oly mértékben, hogy azok kiegyenlítenék egymást.

3. Az esetek egy részében kimutatható a gyomorfall defectusa. Ez lehet a) congenitalis (7, 33, 46), b) acquiralt (9, 28, 43).

A gyorsan fokozódó intragastrikus nyomás leggyakoribb kiváltója az erőltetett és ismétlődő hányás és köhögés (2, 35, 36). Ezzel szemben Dragstedt és mtsai (14) feltételezik, hogy az acut gyomordilatatio azért jön létre, mert a beteg képtelen

hányni, s így éppen a decompressio jelentős factora hiányzik. A gyomor distenziója főként nagy mennyiségű étel vagy ital elfogyasztása után lép fel. Revilliod (41) cadavereken kimutatta, hogy a gyomor rupturája 4 liter meghaladó tartalom esetén következhet be. Albo és mtsai (1) szerint az ismertetett esetek 63%-ában kimutatható volt a gyomor túltelítése. Nyilván fokozza a ruptura veszélyét, ha túlfeszült gyomor mellett hányás lép fel, mert a distendált izomzat nem tud a hányás mechanizmusában harmonikusan együttműködni, ezért a gyengébb területek mintegy áldozatul eshetnek a fokozott intragastrikus nyomásnak.

Natrium bicarbonat gázképződés folytán válthat ki acut distenziót (9, 31, 37). Az utóbbi évtized irodalmában jelentős azon esetek száma is, amikor a kórkép kialakulásáért az oxygen therapia

valamely formája volt felelős (2, 18, 20, 48). *Jefferriss* (25) azonban az utóbbiakat — a rectum sűrített levegővel történt sérüléseihez hasonlóan — nem a „spontán”, hanem a traumás gyomorrepedések közé sorolja. Elkülönítésének jogossága véleményünk szerint kérdéses, mivel az altatott vagy postoperatív anyagcserezavarban levő betegben egy sor, részben élettani, részben kórélettani tényező praedisponál a rupturára, s nem az oxygen therapia traumatizáló hatása az elsődleges és döntő. *Davis és mtsai* (13), valamint *Christoph és Pinkham* (10) esetében acut gyomor-dilatatio vezetett a *postpartum* időszak szövődeményeként fellépő gyomorrepedéshez. *Glassman* (21) betegében az *aerophagia* idézte elő a distendalt gyomor rupturáját.

Megállapítható, hogy a gyomorfal repedését végső soron a megemelkedett intragastrikus nyomás idézi elő. *Schönleben és Schwemmlé* (42) adatai szerint a gyomorban normálisan 4–10 Hgmm nyomás uralkodik, míg hányás esetén ez a nyomás akár 200 Hgmm-ig is emelkedhet. Bizonyos körülmények ugyan meghatározó szerepet játszanak a localisatióban [körülírt ischaemia (2), congenitalis fal defectus (7) vagy az erek neurovegetatív zavara (38)], de nem okai, legfeljebb lehetőségei a kórállapot létrejöttének.

A gyomorfal áthatoló repedései legtöbbször a kiscsőbület mentén, az elülső falon, a cardia táján jelentkeznek, s ezek a hossz tengellyel párhuzamosak. *Fraenkel* (19) szövettani vizsgálataival azt találta, hogy a gyomorfal elasticitási viszonyai a mucosa-redők hiánya miatt ezeken a helyeken a legkedvezetlenebbek, s ezért az ellenállóképesség itt csökkentebb. *Key-Aberg* (27) kimutatta, hogy a kitágult gyomor gömbformát vesz fel, s így a túlfeszített szerv repedése a legkevésbé rugalmas részen következik be. Ezek a repedések solitaerek, de ismeretesekek multiplex laesiók is.

Felismerés. Ruptura esetén levegő és gyomortartalom ürül a szabad hasüregbe. A pneumoperitoneummal és a rekesz felnyomásával dyspnoe, keringési elégtelenség, valamint a gyomorbennek okozta peritonitis miatt dífense lép fel: akut hasi katasztrófa képe áll előttünk. Néhány esetben subcutan emphysema figyelhető meg a nyakon. *Millar, Bruce és Paterson* (34) 4 fizikális jelet sorol fel, melyek tetralogiát alkotnak a diagnosis számára: hasi distensio, dífense, subcutan emphysema és shock. *Albo és mtsai* (1) az 1963-ig terjedő irodalmat áttekintve, mindössze 1 olyan esetet találtak, melyben a diagnosis mütét előtt állították fel. Az azóta megjelent közleményekben nem találtunk hasonló esetet.

Therapiát csak a mütét jelent. *Albo és mtsai* (1) gyűjtőstatisztikája szerint 43 esetből 18-ban történt operatív beavatkozás, 65%-os mortalitással. A megoldást általában a defectus elvarrása jelenti. Egy ízben végeztek totalis gastrectomiát (49), illetve a stenotizáló peptikus ulcus miatt vagotomia és gastrojejunostomia történt (17, 25). A nem operáltak mindegyike meghalt. Az összhálozás 85 százalékot tett ki.

Érdekes, hogy még a lehető legkorábban operált betegek nagy többsége is meghal a postoperatív időszakban. Ennek magyarázatára két elképzelés ismert. *Millar, Bruce és Paterson* (34) szerint a megrepedt

gyomorfal vénáin keresztül belépő levegő emboliája az ok. Valószínű azonban, hogy a vena portae átátladó levegőt a máj kiszűri, mielőtt az a jobb szívfelet elérné. A másik elképzelés szerint a gyomorból távozó levegő a gyomortartalomtól kísérvé jut a mediastinumba, s ez utóbbi ott mediastinitist idéz elő (1).

Táblázatunkban felsoroltuk *Albo és mtsai* (1) közleménye óta ismertetett és az ő statisztikájukban nem szereplő eseteket. E szerint 16 újabb kóresetről van tudomásunk. Ezek közül kiemelésre méltó, hogy *Vígváry és mtsai* (46) a világirodalomban elsőként közölték Marfan-syndromában „spontán” gyomor-rupturát. *Albo és mtsai* (1) adatait összehasonlítva az 1963-tól általunk gyűjtött esetek adataival megállapíthatjuk, hogy csökkent a betegség mortalitása. Az azóta operált 13 betegből ugyanis 6 meggyógyult. A mütétre nem került 3 beteg természetesen meghalt. Lényeges a javulás a tekintetben is, hogy az esetek 81%-a mütétre került, míg az 1963-ig közölt eseteknek csak mintegy 42%-át operálták. A javuló eredmények nyilvánvalóan a mielőbbi mütét szükségességének felismerésében, a nagyobb sebésztechnikai készségben és az intenzív therapia jelenlegi lehetőségeiben rejlenek.

Saját esetünkben a kórkép kialakulását a következőképpen magyarázzuk. A hatalmas eventeratio a gyomortartalom kiürülését folyamatosan akadályozta. Erre mutatott a gyomorfal izomzatának munka-hypertrophiája, mely hasonló volt a pylorus stenosisban észlelt képhez. A chronikus gastritisben szenvedő betegben (gyomorfal szerzett defectusa) a bőséges étel elfogyasztása után a gyomor tartalmát nem tudta a kiszorult bélkacsok felétovábbítani. A mechanikus ürülési zavar folytán fellépő erőltetett hányás hirtelen és extrém módon megemelte az intragastrikus nyomást. Ezen nagyfokú nyomásemelkedésnek a gyomor elasztikusan leggyengébb része, a cardia alatti tájék nem tudott ellenállni, s létrejött a gyomorfal repedése („hirtelen görcsös fájdalom”). A gyomortartalom és a levegő extraluminális elhelyezkedése magyarázta a rekeszfeltolást és a következményes shock állapotot. Peritonitisre utaló jelet a fizikális vizsgálatkor feltehetően azért nem találtunk, mert a gyomortartalom kiömlésének bizonyos mértékig a bursa gátat vetett. Valószínűleg többek között ez lehetett a subcutan emphysema hiányának is az oka. Így a *Millar és mtsai* (34) által leírt tetralogiából betegünkben csak a hasi distensio és a shock állott fenn. Bár a mütétet a tünetek fellépésétől számított 7 órán belül elvégeztük, a betegét elvesztettük. Ebben a rossz cardialis állapoton kívül a súlyos prognosizáló alapbetegség játszott a főszerepet, de hozzájárulhatott a hasfali sérv erőltetett restructioja által megnehezített ventilatio. Ez utóbbival kapcsolatban felvetődik a kérdés, hogy szükséges és helyes volt-e a sérvkapu zárása. Véleményünk szerint a sérv megoldása feltétlenül indokolt volt. A nagy hasfali sérv miatt ugyanis a már leírt mechanizmus alapján a kórállapot ismétlődésének feltételei továbbra is megmaradtak volna, így a gyomor elvarrása csak a közvetlen életveszélyt hátrított volna el. Az is igaz viszont, hogy a hasfal restructioja révén a beleket bepréseltük az idők

folyamán „megkisebbedett” hasüregbe, ami a gyomor munkájának sem jelentett igazi könnyebbé-
get, de a rekesz felnyomása folytán súlyos cardio-
respiratiós elégtelenséghez is vezetett. Ilyenformán
a rectusok összevarrása helyett talán helyesebb lett
volna olyan megoldást választani, amely a has-
üregget nem a mellüreg kárára nagyobbítja (rectus-
hüvely plastica, irhalebeny áthidalás stb.).

Összefoglalás. A szerzők hasi eventeratióban
szenvédő beteg spontán gyomor-rupturáját ismer-
tetik. A repedés okát a bőséges ételfogyasztás után
fellépett passage-zavarban, ill. az erőltetett hányás-
ban látják. A kór állapot kialakulására praedisponá-
lító tényezőt a chronikus gastritis jelentette. Az
eset kapcsán állást foglalnak a spontán gyomor-
ruptura és a Mallory—Weiss-syndroma különböz-
sége mellett. Gyűjtőstatisztikájuk tanúsága szerint
az utolsó évtizedben a gyomorrepedés prognosisa
jelentősen javult.

IRODALOM: 1. *Albo, R., Lorimer, A., Silen, W.:* Surg. 1963, 53, 797. — 2. *Baglio, C. M., Fattal, G. A.:* Am. J. Dig. Dis. 1962, 7, 75. — 3. *Basch A.:* Orv. Hetil. 1968, 109, 375. — 4. *Besznyák I., Szántó K., Balogh A.:* Orv. Hetil. 1973, 114, 629. — 5. *Berger R.:* Orv. Hetil. 1966, 107, 1071. — 6. *Boerhaave, H.:* Atrocis, nec descripti primus, Morbi Historica, Secundem Artis Leges Conscripta. Batavia: Ludwiga. 1724. — 7. *Brea, C. A., Albites, V., Otenasek, F. Jr.:* Amer. Surg. 1963, 29, 23. — 8. *Bruno, M. S., Grier, W. R. N., Ober, W. B.:* Arch. Intern. Med. 1963, 112, 574. — 9. *Burket, D. G.:* JAMA. 1949, 139, 27. — 10. *Christoph, R. F., Pinkham, E. W. Jr.:* Ann. Surg. 1961, 154, 100. — 11. *Cronin, K.:* Brit. J. Surg. 1959, 43, 47. — 12. *Csorba L. és mtsai:* Orv. Hetil. 1971, 112, 450. — 13. *Davis, C. Jr. és mtsai:*

Arch. Surg. 1963, 86, 170. — 14. *Dragstedt, L. R. és mtsai:* Surg. Gynec. Obst. 1931, 52, 1075. — 15. *Fazekas I. Gy.:* Zentralbl. Allg. Pathol. 1963, 105, 397. — 16. *Fazekas I. Gy.:* Magyar Seb. 1964, 20, 301. — 17. *Fleming, L. B., Horton, J. A., Wagget, J.:* Brit. J. Surg. 1966, 53, 384. — 18. *Foex, H. E.:* Can. Med. Ass. J. 1962, 87, 238. — 19. *Fraenkel, P.:* Dtsch. Arch. klin. Med. 1907, 89, 113. — 20. *Geroulanos, S.:* Schweiz. med. Wschr. 1972, 102, 205. — 21. *Glassman, O.:* Ann. Surg. 1929, 89, 247. — 22. *Gue, E.:* Br. Surg. 1970, 57, 155. — 23. *Harper, B. F., Roper, L. Ch.:* South. Med. J. 1969, 62, 12. — 24. *Hollender E., Földes G.:* Münch. med. Wschr. 1966, 108, 1398. — 25. *Jefferiss, C. D.:* Brit. J. Surg. 1972, 59, 79. — 26. *Keszler P.:* Fül-Orr-Gégegyógy. 1969, 15, 145. — 27. *Key-Aberg, A.:* Wschr. gerichtl. Med. 1891, 3, 42. — 28. *Lefevre, A.:* cit. Albo et al. — 29. *Leger, L., Maes, J.:* J. Chir. 1947, 63, 35. — 30. *Leiber, B., Olbrich, G.:* Die klinischen Syndrome. Urban u. Schwarzenberg, München—Berlin—Wien. 1972, 558, 107. — 31. *Lemmon, W. T., Paschal, G. W.:* Ann. Surg. 1941, 114, 997. — 32. *Mallory, G. K., Weiss, S.:* Am. J. Med. Sci. 1929, 178, 506. — 33. *McCormick, W. F.:* AMA. Arch. Path. 1959, 67, 416. — 34. *Millar, T. M., Bruce, J., Paterson, J. R.:* Brit. J. Surg. 1957, 44, 513. — 35. *Miller, J. R.:* New Engl. J. Med. 1933, 209, 1085. — 36. *Mirsky, S., Garlock, J. H.:* Ann. Surg. 1965, 161, 466. — 37. *Murdfield, P.:* Klin. Wschr. 1926, 27, 1613. — 38. *Patel, J. és mtsai:* Lyon chir. 1966, 62, 121. — 39. *Podh-ragyi L.:* Orv. Hetil. 1969, 110, 1211. — 40. *Rejithar, R.:* Brit. Med. J. 1952, 2, 324. — 41. *Revilliod, E.:* Rev. med. Suisse Romande. 1885, 5, 5. — 42. *Schönleben, K., Schwemme, K.:* Münch. med. Wschr. 1973, 115, 1820. — 43. *Veress L., Virágos Kiss E.:* Magyar Seb. 1968, 21, 113. — 44. *Schwartz, A. M.:* J. Am. med. Ass. 1966, 196, 180. — 45. *Shaldon, C.:* Br. J. Surg. 1961, 48, 640. — 46. *Vigváry L., Fazekas A., Ertner J.:* Orv. Hetil. 1970, 111, 2719. — 47. *Volkov, U. V.:* Sov. Med. 1967, 30, 115. — 48. *Walstad, P. M., Conklin, W. S.:* JAMA. 1961, 264, 1201. — 49. *Zakrys, M., Pawlowski, A., Rajtar, M.:* Ann. Univ. Marie Curie-Skłodowska. 1966, 21, 339. — 50. *Zsoldos F., Lakos I.:* Orv. Hetil. 1954, 95, 586.

ZINKUNDAN

kenőcs

Antimycoticum

Forgalomba hozza:

Gyógyért

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (25 g) 10% undecilensavat, 10% cink-undecilenátot, 10% szalicilanilidet tartalmaz lemosható kenőcsalapanyagban.

HATÁS: Az undecilensav és cinksója, valamint a szalicilanilid lokálisan alkalmazva fungostatikus és fungicid hatást fejt ki.

JAVALLATOK: Dermatophytonok és sarjadzó gombák, különböző candidafajták okozta bőrelváltozások, idült láb-mycosis és a körmök gombás fertőzései, így mycosis interdigitalis, candidiasis cutis, trichophytis superficialis, pityriasis versicolor, Kaufman-Wolf-gomba okozta onychomycosis pedis et manus. Eredményesen alkalmazható erythrasma és egyéb gombás bőrfertőzések esetén is.

ALKALMAZÁS: A kenőcsöt naponta kétszer kell vékonyan felkenni a fertőzött bőrfelületre. A kezelést a fertőzés teljes megszűnéséig kell folytatni, mely átlagosan 2–4 hét. Makacs, terápiára rezisztens esetekben célszerű a kezelést Griseofulvin szedésével kiegészíteni.

FIGYELMEZTETÉS: Zinkprotamin-insulinnal történő egyidejű vagy egymás utáni alkalmazáskor túlérzékenységi próba végzendő.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 üveg (25 g)

Ára: 30,50 Ft

INFORMÁCIÓ: „MEDEXPORT” TUDOMÁNYOS ISMERTETŐ IRODA
1055 Budapest, Balassi Bálint utca 25.

EXPORTÁLJA: V/O „MEDEXPORT”, MOSZKVA

HIGANYT, AMALGÁMOT

HIGANYVEGYÜLET HULLADÉKOT

elhasználódott kis- és nagyméretű

Nikkel kadmium
Nikkel vas- és ólom alapú
akkumulátor hulladékot

minden mennyiségben átveszünk

BUDAPESTI  **VÁLLALAT**

Átvétel:

a vállalat nedves kohászati üzemében,
Budapest X., Gránátos u. 1–3.
Hétfőtől péntekig 7–15.30-ig.

Ügyintéző: Konra Jánosné
Telefon: 475–790/69 m.

Érdeklődőknek készséggel ad felvilágosítást
a vállalat kohászati osztálya.

Telefon: 475–790/13 m.



RÖVID EXPERIMENTÁLIS KÖZLEMÉNYEK

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Belklinika

Guérin-carcinomás patkányok vérkeringésének regulációja

Takács Lajos dr., Debreczeni Lóránd dr.
és Farsang Csaba dr.

Az experimentalis tumorok vérkeringésének egyes kérdéseit, többek között a tumor súlyának és véráramlásának viszonyát többten vizsgálták. A növekvő tumorok és a gazdaszervezet vérkeringési kölcsönhatásaira vonatkozó adatok gyérek; mindössze a tumor, a bőr és az izom vérkeringését hasonlították össze hőrcsőben (2).

Kísérleteinkben patkányok bőre alá Guérin-carcinomat (3) transzplantáltunk, majd a tumor növekedése alatt részben a perctérfogat, részben pedig a tumor és az egyes szervek nutritív keringésének változásait követtük nyomon.

Általános módszerek

A kísérletekhez 18–24 órás éheztetés után 40 mg/kg nátriumpentobarbitallal ip. elaltattuk a patkányokat. A vérnyomást az a. carotisban mértük higanys manométerrel. A perctérfogat szerv-fractions ^{86}Rb -mal Sapirstein isotop indicator fractionálási technikájával (6, 7), a perctérfogatot pedig Evans-kék dilútióval határoztuk meg. A módszert részletesen lásd Takács és mtsai (10) közleményében.

Tumor oltás

Patkányokban fenntartott Guérin-carcinoma sejteket aether narcosisban a jobb oldali axillaris régióba oltottuk steril körülmények között.

Véletlenszerűen válogatott tumoros állatainkon az átültetés után 6–22 nappal végeztük kísérleteinket. Az állatok elhullása a 21. napon kezdődött és nem élték túl a 30. napot.

Vérkeringési jellemzők

A perctérfogat szerv-fractions a szerv radioaktivitásának és az egésztest radioaktivitásának hányadosa, melyet százalékban fejeztünk ki. A perctérfogat, a perctérfogat szerv-fractions és a szerv súlya ismeretében a 100 g súlyú szerv nutritív véráramlását számoltuk. A vérnyomás és a szerváramlások ismeretében a szervek keringési ellenállását vagy annak reciprokát, a szervek keringési vezetőképességét (conductantia) számítottuk ki.

Haematocrit (htc.)

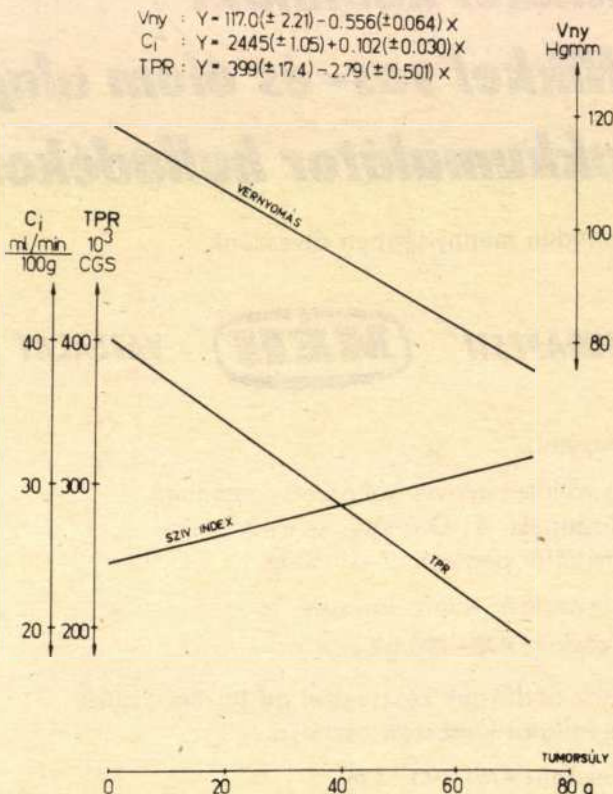
21 db állatban a tumor-transzplantatio után 7–13–20 nappal a farokvénából vett vérmintákban Hawks-

ley microhaematocrit centrifugában (12 000 g/5 min) meghatároztuk a haematocrit értékeket.

Biometriai analysis

A növekvő tumorsúlyok függvényében a tumorok keringési hatásait regressio analysis-sel vizsgáltuk. Ábráinkon csak azokat az összefüggéseket rajzoltuk meg, melyekben a correlatiós coefficiens (r) significansan eltért zérótól. A regressiók egyenletekben a szabad tagot (a), a szabad tag hibáját (sa), a regressiók coefficiensét (b) és a regressiók coefficiens hibáját (sb) adtuk meg.

A 2., 3. és 4. ábrákon a szervek vérkeringési értékeinek könnyebb összehasonlítása céljából lineáris függvény-transzformatiót alkalmaztunk: a különböző szervek azonos típusú jellemzői egy önkényesen választott közös pontban metszik az ordinátát. Az alkalmazott függvény-transzformatio lényege: az egyenletek szabad tagját és a regressiók coefficiensét a transzformatiós factorral (TF = az ordinátán önkényesen választott közös metszéspont és az egyenlet szabad tagjának há-



1. ábra. Vérnyomás (VNY), szívindex (CI) és TPR változások a Guérin-carcinoma súlyának (0,39–84,0 g) függvényében (n = 52)

nyadosa) megszorozzuk. Tehát, valamennyi változatlan xi értékhez a transzformatiós factorral megszorozott valamennyi arányos értékei tartoznak.

Ezek az ábrákon a transzformatiós adatokra jellemző regressiók egyenleteket és a transzformatiós factort (TF) tüntettük fel. A biometriai analysis-t (1, 8) Cellatron 8205 típusú (VEB Kombinat Zentronik Rechenelektronik, Meiningen, NDK) kis digitális számítógépen végeztük.

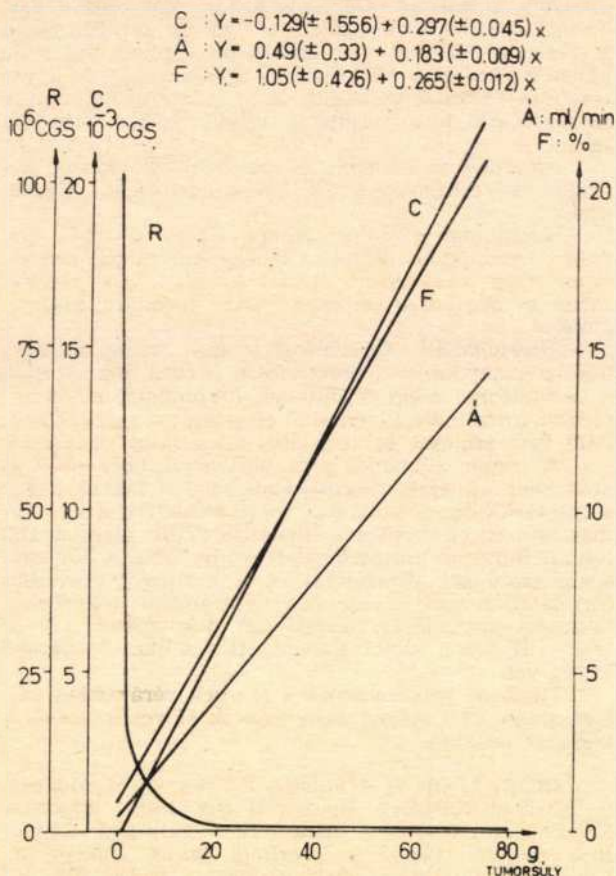
Eredmények és megbeszélés

A tumorok keringési hatásainak elemzése céljából tumoros állataink (n = 52, a tumorsúly 0,39–84,0 g) vérkeringésének változásait vizsgáltuk lineáris regressio analysis-sel a tumorsúlyok függvényében. A tumor súlyának gyarapodásával:

a) a bél $[Y = 11,9(\pm 0,32) - 0,042(\pm 0,009)x]$ és a vész

(carcass) $[Y = 1,42(\pm 4,70) - 0,466(\pm 0,137)x]$ súlya arányosan csökkent;

b) a szívindex párhuzamosan, a vérnyomás és a teljes perifériás ellenállás (TPR) fordított arányban változtak (1. ábra);



2. ábra.

A Guérin-carcinoma véráramlása (A), perctérfogat tumor fractiója (F), keringési ellenállása (R) és a keringési vezetőképesség (C) a tumorsúly függvényében

c) a tumor súlyának gyarapodásával a tumor teljes (nem 100 g súlyra standardizált) véráramlása, keringési vezetőképessége és perctérfogat fractiója mutatott számottevő összefüggést (2. ábra). A vérkeringési ellenállásváltozások és a tumorsúlyok közötti összefüggés nem jellemezhető egyenessel. Ha az ellenállás helyett annak reciprokával, a keringési vezetőképességgel számoltunk, egyenessel jellemezhető összefüggést kaptunk a tumorsúllyal. A 2. ábrán az ellenállásokat jellemző hyperbolát is megrajzoltuk, melyet a conductantia-tumorsúly változásokat leíró regressziós egyenlet reciprok megoldatása alapján határoztuk meg. A 100 g súlyra számított véráramlás ($r = -0,1899$) és resistentia ($r = 0,2542$) nem mutatott összefüggést a tumorsúly változásával;

d) a bél, a bőr, a váz, a lép és a vese véráramlása a tumorsúlyokkal arányosan nőtt (3. ábra);

e) a myocardium, a lép, a váz, a vese, a bél és a bőr keringési ellenállása a tumorsúlyokkal arányosan csökkent (4. ábra);

f) a perctérfogat váz, vese és myocardialis fractiója a tumor súlyával arányosan kisebbé vált.

Az anaemia fokának megítélése szempontjából 21 állatban meghatároztuk a haematocrit értékeit a tumor transplantálása után 7—13—20 nappal. A haematocrit értékek a kontroll $47,2 \pm 0,59\%$ -ról $31,0 \pm 0,52\%$ -ra csökkentek, az értékek számottevően eltértek egymástól.

A Guérin-carcinoma vérellátása

Kísérleteinkben Spencer (9) modelljéhez hasonlóan a solid Guérin-carcinoma súlyának logaritmusával arányosan változott a tumorok vérellátásának logaritmus: $\lg Y = 0,673(\pm 0,032) + 0,989(\pm 0,026)\lg x$, $r = 0,9825$. Miután a hatványkitevő ($b = 0,989$) 1,00-tól nem tért el significánsan ($t = 0,442$), elvetettük a logaritmi-kus transzformációt. Úgy véljük, hogy az összefüggések leírására elsőrendű lineáris regressziós egyenlet is elégséges.

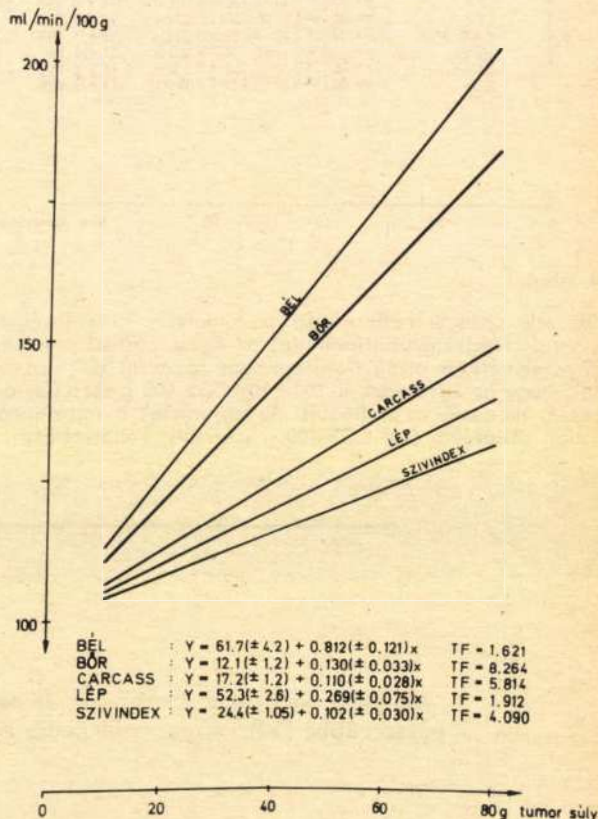
Nem találtunk jelentős összefüggést a tumor súlya és a súlyegységre számított véráramlás (ml/min/100 g tumor) között: a legkisebb és a legnagyobb tumorok 100 g súlyra számított véráramlása sem tért el egymástól. Rogers és mtsai (5) hasonló megfigyelést tettek hörcsög egyik tumortörzsében; véleményük szerint a tumorokban a necrosis elhanyagolható volt. Így magyarázhatók saját eredményeink is.

Szervek vérkeringése

A tumor-transplantált állatok vérkeringésében mélyreható változások következtek be. A tumor növekedésével arányosan nőtt a szívindex, csökkent a vérnyomás és igen jelentősen süllyedt a TPR.

A szervek vérkeringését a vese és a szívizom kivételével a véráramlás jelentős fokozódása és valamennyi szerv keringési ellenállásának csökkenése jellemezte. A perctérfogat is átrendeződött: a perctérfogat egyes szervfractiói különböző mértékben kisebbé váltak.

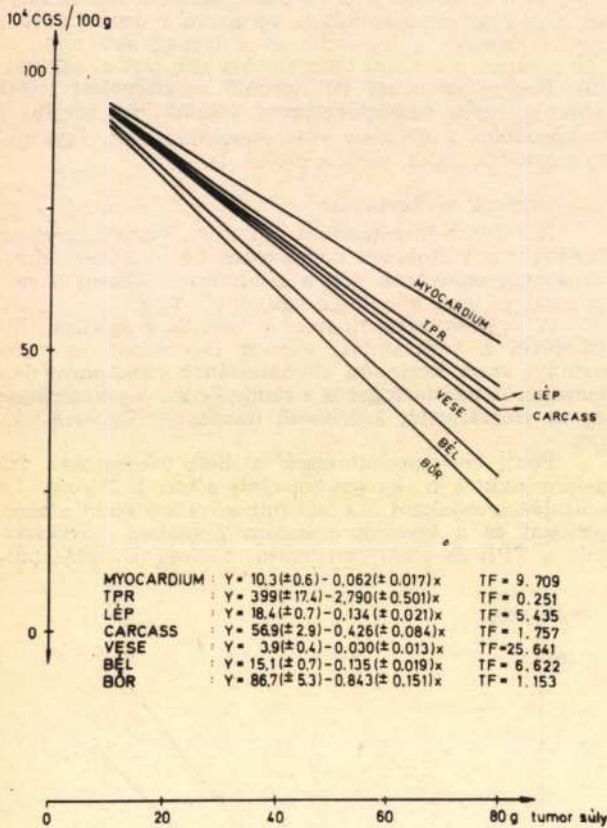
Fenti keringésváltozások mellett fokozatosan anaemia alakult ki: három hét alatt a htc. $47,2\%$ -ról $31,0\%$ -ra csökkent. Az anaemia következtében a perctérfogat és a szervek áramlása általában növekszik, míg a TPR és szerv-resistentia csökken. E hatás pat-



3. ábra.

Szervek véráramlása a tumorsúly függvényében. Lineáris függvény-transzformáció: az egyes szervekre jellemző egyenleteket olyan transzformációs factorral (TF) szoroztuk, hogy az egyenesek a 100 ml/min/100 g szervsúly értéknél metszék az ordinátát. Az egyenletek a transzformálatlan értékekre (ml/min/100 g) vonatkoznak

kányon chronicus anaemiában is kimutatható volt (4, 11). Az anaemiás és a tumoros szervezet keringése azonban kétségtelenül eltéréseket is mutat: így tumoros állatokban nemcsak a vese, hanem a többi szerv perctérfogat-fractiója is alacsonyabb volt, továbbá nem változott a myocardium és a vese véráramlása sem. Úgy véljük, a tumoros állatok szívindex-növekedését (+22%), továbbá az egyes szervek véráramlásának fokozódását az anaemia önmagában is magyarázhatja,



4. ábra.

Szervek keringési ellenállása a tumorsúly függvényében. Lineáris függvény-transzformáció: az egyes szervekre jellemző egyenleteket olyan transzformációs factorral (TF) szoroztuk, hogy az egyenesek a $100 \cdot 10^4$ CGS/100 g szervsúly értékénél metsszék az ordinátát. Az egyenletek a transzformálatlan változókra (10^4 CGS/100 g szervsúly) vonatkoznak

a különbségek azonban kizárólagos szerepe ellen szólnak.

A tumor növekedése a perctérfogat eloszlásának átrendeződésével jár együtt. Egyidejűleg azonban — a szervek különböző súlyvesztése és a tumor súlygyarapodása miatt — még alig változó testsúly mellett is eltolódik a testsúly : szervsúly arány. Változatlan vérkeringés és testsúly mellett a szervek súlyváltozását a szerv perctérfogat-fractiójának ugyanolyan változása követné. Tumoros állatainkban a bél, a bőr és a váz fractiója kevésbé csökkent, mint a szervsúly, ami a súlyegységre jutó vérrellátás relatív megnövekedését jelzi.

Adataink az anaemia és szervsúly-eltolódások keringési következményeinek valószínűsítéséhez elégségesek.

Köszönetet mondunk Német László dr.-nak (Országos Onkológiai Intézet) a Guérin-carcinoma rendelkezésünkre bocsátásáért; Albert Karolának, Vajda Verának és Szarvassy Imrének kitűnő technikai segítségükért.

Összefoglalás. Guérin-carcinoma transzplantálása után patkányokban a perctérfogat (Evans-kék dilutio), a perctérfogat szerv-fractióinak (Sapirstein izotop indicator fractionalási technika) eloszlását, a szervek nutritív véráramlását és keringési ellenállását vizsgálták.

A tumor súlyának gyarapodásával (0,39–84,0 g) arányosan (lineáris regressio-analysis) a bél és a váz súlya csökkent; a szívindex megemelkedett, a vérnyomás és a teljes periferiás ellenállás (TPR) alacsonyabb lett; a tumorok perctérfogat-fractiója nőtt, a súlyegységre számított véráramlás és a keringési ellenállás correlálatlan volt; a szervek véráramlása fokozódott, keringési ellenállásuk kisebbé vált. A haematocrit (control = 47,2%) a tumor transzplantálása után 20 nappal 31,0% volt.

Tumoros patkányokban a szervek véráramlás-változásaiban az anaemia és a szervek súlycsökkenése is szerepet játszhat.

IRODALOM: 1. Armitage, P.: Statistical Methods in Medical Research Blackwell Sci. Publ. Oxford—Edinburgh, 1971. — 2. Edlich, R. F. és mtsai: Cancer Res. 1966, 26, 1420. — 3. Oberling, Ch. M., Guérin, M., Guérin, P.: Bull. Canc. 1933, 22, 606. — 4. Rakusan, K., Rajhathy J.: Can. J. Physiol. Pharmacol. 1972, 50, 703. — 5. Rogers, W., Edlich, R. F., Aust, J. B.: Angiology. 1969, 20, 374. — 6. Sapirstein, L. A.: Circulat. Res. 1956, 4, 689. — 7. Sapirstein, L. A.: Amer. J. Physiol. 1958, 193, 161. — 8. Snedecor, G. W., Cochran, W. G.: Statistical Methods, 6. ed. The Iowa State Univ. Press, Ames, Iowa, 1967. — 9. Spencer, R. P.: Yale J. Biol. Med. 1970, 43, 22. — 10. Takács L., Kállay K., Karai A.: Acta Physiol. Acad. Sci. Hung. 1964, 25, 389. — 11. Takács L., Kukucska J.: Acta Med. Acad. Sci. Hung. 1964, 20, 71.

„Ahogyan tudásunk gyarapszik és egy dolgot jobban megértünk, annak egyre egyszerűbbé kell válnia, nem pedig bonyolultabbá.”

M. M. Wintrobe



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója

20. szám

Tizenhatodik századi magyar nyelvű tünetleírások

Az orvosi köztudat szerint a tizenhatodik századi magyar orvoslás nem állt kora színvonalán, magyar nyelvű szakirodalma pedig a füves könyvek írásában merült ki. Ezek közül is a két legjobb: *Melius Herbariuma* és *Beythe Fives* könyve nem magasabb tudományos szempontból, hanem alacsonyabb műveltségű emberek házi tanácsadójának készült. Talán magas színvonalú sebészeti mű volt *Vitus János* „Magyar chirurgiá”-ja, de ennek csak a címét örizte meg számunkra *Szinnyei József*. Annál inkább örülhetünk a marosvásárhelyi Teleki-thekából előkerült és *Varjas Béla* által 1943-ban kiadott 16. századi magyar orvosi könyvnek.¹ Ez a mintegy 1000 lapot tartalmazó kódex az első tudományos színvonalú magyar nyelvű szakkönyv, magasabb színvonalú a Magyarországon forgatott korabeli latin nyelvűeknél. „Társait a nyugati orvosi irodalom hasonló alkotásai között kell keresnünk” — írja *Varjas* az említett kiadás előszavában. Egyelőre azt sem tudjuk, hogy magyar szerző műve-e vagy korabeli külföldi munkák fordítása. Az utóbbira azért is gondolnunk kell, mert tudógyógyászatról szóló részéről *Kováts Ferenc*² megállapította, hogy *Fernel* francia orvos tudógyógyászati művének szóról szóra való fordítása.

Mindez azonban semmit sem von le a könyv értékéből. És ennek a műnek kétféle nagy értéke is van. Az egyik a nyelvészeti érték. Ez az egyik első nem egyházi szövegű és a legelső ismert szaktudományi önálló, nagy terjedelmű magyar nyelvű mű, amelyben számos köznyelvi szó első előfordulása található és amely kifejlődött terminus technicusok nélkül, köznyelven a legpontosabban ki tudja fejezni a szerveket és a betegségeket, bonyolult orvosi fogalmakat. Az agykamra: „agyvelőknek tartói”, a somnolentia: „bágyadva aluvó betegség”, a katéter: „cső, mellyel a vizeletet szokták elindítani”, a raptus melancholicus „dühös búsult boldonság”, az erotomania: „dühös kívánságok”, a prodromalis jelek: „előjáró jelek”, a pulzálás: „érnek mozgása” vagy „érnek fölverése”, az organum sensorium: „érzékenység eszköze”, a lunatismus: „ész nélkül való éjjeli bujdosás”, a hemiplegia: „fél gutaütés”, az articulus: „forgó”, a vena cephalica: „főér”, a migrén: „főnek fél felől való fájása”, a

diaphragma: „inas és erős hús, mely az szívet és tüdőt az májtól és léptől elválasztja” stb. Az utóbbi példa arra is, hogy ha a mű szerzője néha több szóval vagy teljes mondattal kénytelen is egy-egy fogalmat meghatározni, ezt a korabeli ismereteknek megfelelően félreérthetetlen pontossággal teszi, mintegy megadja a „koordinátáit”.

A másik nagy értéke *orvostörténelmi*. Írója ismerte az ókori és a középkori orvostudományokat, de nem minden adatukat fogadja el, itt-ott polemizál velük. Említi *Paracelsust* is. *Vesaliusra* nem hivatkozik, de úgy tűnik, anatómiai iskoláját ismerte.

A kódex szerzője vagy másolója, *Lencsés György* fejezetekre osztott, szerkezetre épített művet hagyott ránk. A könyv egyharmadát a betegségekről és terápiájukról írt rész tölti ki, amely korabeli szokás szerint a betegségeket testrészek szerint tárgyalva a fejnél kezdi és a végtagoknál végzi. Az érzékszervek betegségeit aprólékosan, részletesen írja le, nem egy esetben korszerűbb ismereteket tanúsítva, mint a XVII—XVIII. századi orvosi könyvekben vagy a közismert *Pax corporisban*³. Bizonyításként vizsgáljuk meg a szemészetről írt 28 oldal tartalmát. Meglepő, hogy 35-féle szembetegséget ír le, köztük a glaucomát, cataractát, a mydriast, a pupilla dilatatiót, a conjunctivitis phlyctenosisát, a kettőslátást. A betegségeknek latin vagy görög nyelvű tárgyszavait is megadja, ezek nem mindig egyeznek a mai latin vagy görög terminusokkal.

Lényegesen több szemészeti kórképet ír le tehát, mint amit a Széchényi Könyvtár kéziratgyűjteményében levő XVII. századi „Orvoskönyvben” *Bartók Imre*⁴ talált. Ez a mű *Norstenbergnek*, III. Károly király okulistájának műve alapján íródott és a szembetegségeket 9 pontban tárgyalja: külső és belső hályogok; homályos, sértett, fluctuosus szem; fluxus és orbánc miatt véres és fájdalmas szem; vörös, dagadt szem; duzzadt szemhéj; könnyezés; homályos szemvilág; a szemgyökér fájdalmas; oculus praecipitatus: „a pillaszőrök befelé nőttek, a szem szűk, bevont vagy a szem belső felén sarjadzások nőttek”.

Ezekkel a nagyon is általános tünetmeghatározásokkal, sok kórképre illő semmitmondó leírással szemben áll a több mint egy századdal korábbi orvosi könyv rendszerbe foglalt szemészeti része: a szem kötőhártyájának, szaruhártyájának és inthártyájának betegségei, a pupilla rendellenességei, a szem belső részeinek: lencse, üvegtest, szemfenék betegségei, gyulladások, sérülések, a látás zavarai, végül a szem külső részeinek, a szemhéjnak elváltozásai. *Bartók Imre*⁵ szerint a XVI. századi magyar orvosi könyv magán viseli az előző korok hiányos empirizmusának és skolasztikus spekulációinak nyomait. Ez így is van. A kórképek leírásában sok a korabeli tévhit és naivitás, de számos esetben bámulatra méltó megfigyelőkészségnek lehetünk tanúi. Sőt a klinikumra vonatkozó leírásai, tünetmeghatározásai korszerűbbek *Pápai Párizénál* (ebben *Bartók*éval ellentétben a véleményem).

A XVI. századi magyar orvosi könyv írója például tudja, hogy a cataracta nem más, mint a kristályszerű nedvességnek (lencse) „megalvása”, megürsödése. *Bartók* említi, hogy a XVIII. század

elején ismerték csak fel, hogy a szürkehályog a lencse elszürküléséből áll. *Lencsés* ezt már a XVI. században leírta. A glaucomáról pedig a következőket olvashatjuk: „*kik ezzel bántatnak, olyan, mintha valami füst vagy köd által néznének...*”. A mechanikus előidéző okokra is rátapint: „*Az lassan jövő sötétségnek... okai... az szemnek... hártái megsűrűsödnek, avagy az szemnek nedvességi megtemérdekődnek, de lassúbbak lesznek*” (a csarnokvíz keringését akadályozó mechanikus okok). Leírja a pangásos papilla jelenségét is: „*az látásszolgáltató inak, az temérdek nedvességtől, kik odaesnek, megszoríttatnak...*” (In — a korabeli nyelvben ideget is jelentett.)

Lencsés György a glaucomáról tudja, hogy van lassan és hirtelen kifejlődő változata. *Radnót Magda* „*A szemészet alapvonalai*”⁶ c. művében erről a következőket olvashatjuk: „*A simplex glaucoma... lappangva fejlődik, panaszok nélkül, congestiv tünetek nélkül és esetleg csak presbyop szemüvegrendelés kapcsán mellékleletként derül ki a magas szemnyomás és a súlyos látászavar, amely már irreversibilis... Az acut glaucoma roham hirtelen kezdődik... A látás rövid idő alatt elvész...*”. A XVI. század orvosi könyv ezt így fejezi ki: „... az nyavalya: lassan lassan következik, néha oly hirtelen történik, hogy igen kicsint avagy egy cseppet sem láthatni az szemmel”.

Még *Plenck József Jakab* is, akinek a XVIII. századi szemészeti leírásait korszerűeknek tartják, úgy definiálja a glaucomát, hogy az nem más, mint „*az üvegformájú nedvesség (üvegtest) elhomályosodása*”. Oka pedig, hogy az üvegtest rostjai között homályos nedvesség telepszik le (5). *Lencsés* leírása korszerűbb.

A hypopionról is tudja, hogy kezelésével sietni kell, nehogy durva hegesedést okozzon, hogy a phlyctenás fekélyek minél mélyebb rétegeket károsítanak, annál fájdalmasabbak és nehezebben kezelhetők. Hogy a pupilla dilatációja néha olyan nagymérvű, hogy a látást teljesen lehetetlenné teszi olyankor, amikor „*a szem fénye a második külső oterekre (az iris széle — a szerző) is kiterjed, ki miatt a látás néha teljességgel megbántatik*”. Leírja a hemeralopiát („*farkashályog az, mikor valaki jól lát nappal, napnyugat után kevéssé, de aztán éjjel semmit sem lát*”), de ismeri a nyctalopiát is („*mely szem este vagy éjjel jól lát, de délbe avagy nappal keveset*”), „*exitus oculi*”-nak nevezi az exophthalmust, de csak az erőlködésből eredő „*szemkidülledést*” ismeri. Leírja a „*mouches volantes*” tünetet is így: „... *mintha valami legyek volnának előtte*”, ezt azonban nem az üvegtest elváltozásának, hanem a lencséének tudja és a cataractánál tárgyalja.

Különös — és sokat ront a könyv tudományos korszerűségén —, hogy a fénytörési hibákat nem ismeri és meg sem emlékezik a szemüvegről, holott a konvex üvegek már a XIV., a konkáv üvegek pedig már a XVI. században ismertek voltak Magyarországon, igaz, nem széles körben.

Amennyire meglepően jó a kórképek leírása, számos tünet ismerete, annyival kevésbé a betegség okainak felismerése. Egy-két esettől eltekintve a szembetegségek okának a „*látó lélek (spiritus)*”

elváltozását és a test különböző nedveinek károsodását, legtöbbször „*megtemérdekülését*” tartja, orvosi szemlélete nem jut túl a humorális medicinán. A gyógykezelés is terjed alkalmazásából áll, számtalan gyógyfű és állati testrészt fantasztikus keverékből készítve, purgálásból és nagymértékű érvágásból. De ez egy századdal később *Páriz Pápai*-nál sincs másképpen. A similia similibus elv alapján például a szem árpáját galbanummal kevert árpaliszttal vagy főtt árpaszem rákötésével gyógyítja. Gyógyszereit néha tekintélyekre hivatkozva ajánlja: „*azt mondja Aetius, hogy az nyakat ruhával meg kell szoritani...*”. A szer biztosan jó: *Augustus* császárnak is használt, pedig „*hitvány szemei voltak*” (58. p.).

Mindez azonban keveset von le a könyv értékéből. Kár, hogy orvostörténelmi szempontból érdeemben még nem foglalkoztak vele. *Kováts Ferenc* azonosító közleményén kívül csak *Bartók Imre* emlékezik meg róla, de ő is sommás véleményt mond a szemészeti részekről, részletekbe nem megy, inkább egyes részletek szóról szóra való bemutatásáról van szó. A könyv feltárása pedig több szempontból is érdekes volna. Még mindig nem teljesen tisztázott, vajon azonos-e a mű szerzője azzal a *Lencsés Györggyel*, aki 1583-ban *Báthori Kristóf* leányát, *Grizeldiszt* főszakácsként kísérte *Krakkóba* esküvőjére. Orvos volt-e *Lencsés György*? Művének kritikai megjegyzéseiből és széles körű ismereteiből úgy tűnik, igen, de erre nincs bizonyíték. Érdemes volna feldolgozni abból a szempontból is, hogy mennyire hatottak a külső-belső gazdasági és történelmi-politikai viszonyok a hazai orvostudomány fejlődésére vagy hanyatlására; semmiképpen sem haladnak mindig párhuzamosan. Úgy tűnik például, hogy *Lencsés* könyve — nem sokkal az ország teljes szétzilálása után — a lengyel anatómiai iskola és az olasz orvostudomány hatására még mindig kora színvonalán áll, az utána következő néhány évtizedben azonban hanyatlás következik be (a *Bartók* által említett „*Orvoskönyv*” vizsgálata ezt alátámasztja), de ez a kérdés is vizsgálatra vár. Vajon önálló mű-e a XVI. századi orvosi könyv vagy mely részei önállóak és ha nem azok, mely külföldi korabeli művek fordításai. Az utóbbi adatok olyan kapcsolatokra és írás-könyv kultúrára deríthetnének fényt, amelyekről mindaddig nem tudtunk.

A XVI. századi orvosi könyv nyelvészek, orvosok, történészek, könyvtárosok számára kiaknázásra váró kincseshánya.

Szepesiné Benda Mária dr.

¹ *Varjas Béla*: 16. századi magyar orvosi könyv. Kolozsvár, 1943. Erdélyi Tudományos Intézet, XXVI, 656 p. 2 t.

² *Kováts Ferenc*: Jean Fernel hatása a gümőkór magyarországi irodalmára. *Comm. Bibl. Hist. Med. Hung.* 1960, 19, 13—37.

³ *Pápai Páriz Ferenc*: Pax corporis. Kolozsvár, 1790. *Németh Mihály* ny.

⁴ *Bartók Imre*: A szemorvoslás és a szemorvosi tudomány története Magyarországon. Bp. 1931. *Globus* ny. 55 p.

⁵ *Bartók Imre*: A magyar szemészet története. Bp. 1954. Akad. Kiadó. 19., 57.

⁶ *Radnót Magda*: A szemészet alapvonalai. Bp. 1971. *Medicina*, 144 p.

Thomas Sydenham (1624-1689) — az angol Hippokratész a gyakorlati orvostan nagy reformátora

Háromszázötven évvel ezelőtt született Dorsetben tekintélyes, szigorúan puritán, földbirtokos családból, amelynek minden tagja *Cromwell* híve volt.

1642-ben, tizennyolc éves korában ment Oxfordba, de alighogy elkezdte tanulmányait, kitört a háború a király és a parlament között, s kéthónapos oxfordi tartózkodás után vissza kellett térnie szülővárosába, amely maga is csatatérre vált, előbb a parlamentiek, majd a királypártiak birtokában. Apja, bátyjai és ő maga is a parlament oldalán harcoltak, s számára a következő négy év, éppen a férfitársaság ideje, sok megpróbáltatást hozott. Apját bebörtönözték, anyját megölték, s bátyjai közül ketten elesetek, a harmadik súlyosan megsebesült, ő maga is többször hajszál híján menekült meg a haláltól.

Amikor a polgárháború véget ért, *Sydenham* azzal az eltökélt szándékkal ment vissza Oxfordba, hogy orvos lesz. Ez talán túl gyorsan is sikerült, mivel a puritánok győzelmével a hallgatók és oktatók száma erősen lecsökkent, ezért rövid úton képezték ki a hallgatókat, s nevezték ki őket az üres állásokba. E szerencsések közé került *Sydenham* is. Orvosi tudása nem lehetett nagy, hiszen az előregedett oktatási anyag nem érdekelte, tanárai sem voltak a legkiválóbbak, s nem árult egy gyékényen azokkal a kiváló, kísérletező tudósokkal sem, akik később a Royal Society erősségei lettek. Teljes érdeklődésével a klinikai gyakorlat felé fordult, de ekkor Oxford még inkább elméleti képzést nyújtott: főleg Hippokratész és *Galenus* műveit olvasták fel. *Sydenham* idevágó véleményét megörökítette medikustársa, *John Ward* naplója: „Az orvostudományt nem lehet az egyetemeken elsajátítani, csak mesterséggént. Oxford éppen olyan jó a cipőkészítés megtanulására, mint a gyakorló orvoslás tudományának elsajátítására!”.

Egy téves 18. századi közlés alapján sokáig úgy vélték, hogy ebben az időben *Sydenham* Montpellierben tanult *Charles Barbeyrac*-nál. Az újabb kutatások ezt a feltételezést kizárják. A két tudós sohasem ismerte egymást. *John Locke*, a neves filozófus orvos, mindkettőjük jó barátja közvetített üzeneteket köztük. *Sydenham* nem tudott franciául sem, s mint puritán nézetű tudós, nem ment volna szívesen az erősen katolikus, szerinte despota Franciaországba.

Intenzív orvosi gyakorlatot folytatott, emellett szakított időt arra is, hogy 1661-től részletes feljegyzéseket vezessen a londoni járványokról. Ezekben az években hat beteg közül négy valamilyen fertőző betegségben szenvedett, jellemző volt a nagy halandóság. Malária, pestis, kolera, vérhas, himlő, kanyaró, feketehimlő, náthaláz, heveny torokbetegség, vörheny, tifusszerű járványok tizedelték a már békés évek lakosságát. A nagy 1665-ös

járvány idején egy hét alatt 8 ezer ember halt meg. A gyűjtött adatok összegezésének eredménye lett az 1666-ban megjelent munkája a lázak kezeléséről. Megfigyeléseit tovább gyűjtve, s egyre nagyobb tapasztalatot szerezve a gyógyításban, sorra jelentek meg munkái a nemi betegségekről, a reuma gyógyításáról, a köszvényről, amelynek ő az első klinikai leírója, a kininről, a vízkórról, a hisztériáról, egy „új láz”-ról (valószínűleg tifusszerű megbetegedés volt), a himlőről.

Minden írása alapos megfigyelésen alapult, aprólékos gonddal vett szemügyre minden tünetet. Nagyon sokat dolgozott, pedig már harmincéves korában köszvény gyötörte, amelyhez vesekő is járult. Tünetei csökkentésére egyéni gyógymódot alkalmazott: keveset evett, de sok folyadékot fogyasztott, főleg gyöngye sör formájában; mindennap kétszer kikocsizott, sokat tartózkodott friss levegőn, ebéd után bort ivott. Családi élete boldog volt. Egyik fia kereskedő lett, másik katona, a legidősebb Cambridge-ben tanult, ahol *Sydenham* is orvosdoktori fokozatot kapott 1676-ban.

Sydenham személyisége, eredményes orvosi munkája sok barátot vonzott környezetébe. Közéjük tartozott a kiváló kémikus *Robert Boyle*, akinek a lázokról írt munkáját ajánlotta. Közös barátjuk volt *John Locke*, aki tanult botanikát, kémiát, de a klinikai orvoslás területén járatlan volt. *Sydenham* hatására elhagyta a kémiai laboratóriumot a betegágy melletti munka kedvéért, *Sydenham* gyógyítási módszereit elismerte, támogatta írásaiiban is. *Sydenham* és *Locke*, mester és tanítvány, éveken át harmonikusan működött együtt, bár ezt a szerencsés kollaborációt sokszor a mester hátrányára értékelték. Pedig *Locke* életének ebben a szakaszában csak elvi támogatását és a titkári teendők ellátását ajánlhatta fel *Sydenham*nek. Így érthető, hogy számos szövegrészlet és töredék *Locke* kézírásában maradt meg, ezért őt tartották a szerzőnek. Pár példát is említhetünk. 1669-ben *Sydenham* „Az orvoslás művészete” címmel egy általános jellegű könyv megírását tervezte, amelyben a tapasztalat, a különböző klinikai metódusok, a botanika, kémia és anatómia jelentőségét tárgyalta volna az eredményes beteggyógyításban. Arra is rá akart mutatni, hogy ezek némelyike mint távolodott el ettől a céltól. Be akarta bizonyítani, hogy a klinikai tapasztalat nagyobb fontosságú, mint az alaptudományok ismerete. Sajnos, a munkát nem fejezte be, csak két töredék maradt meg *Locke* kézírásával. A. G. *Gibson dr. Locker*ről szóló, 1933-ban megjelent könyvében publikálta az egyik kéziratot mint *Locke* munkáját, pedig *John Ward* már említett naplójában tudjuk, hogy *Sydenham* volt a szerző.

Sok más — *Locke* kézírásában megőrzött — szöveg a himlőről, vérhasról, a különböző lázokról, s egyéb témákról (egy részük ma is megvan az állami levéltárban, a Bodleian könyvtárban stb.) bekerült *Sydenham* „Orvosi megfigyelések” (1676) c. alapvető művébe, így szerzősége bizonyított, mégis úgy vélték, hogy *Locke* nagy hatással volt mesterére, pedig inkább az tételezhető fel, hogy *Sydenham* nézetei a tapasztalat és pontos megfigyelés fontosságát illetően hatottak ösztönzően *Lockera*,

amikor kidolgozta empirikus filozófiája alapjait.

Sydenham barátai és elveinek támogatói közé tartozott *Charles Goodall dr.*, az orvosok kollégiájának elnöke. Egyik jegyzetfüzetében részleteket olvashatunk *Sydenham* „Processus integri” c. munkájából. A kéziratot a Bodleian könyvtárban őrzik. *Sydenham* megmaradt kéziratái további kutatómunkát kívánnak. Legtöbbjük nem jelent meg fordításban, illetve nyomtatott publikációként.

Sydenham tanítványai közé tartozott *Sir Hans Sloane* is. Ismert történet szól kettőjükéről. *Sloane* ajánlólevelében az állt, hogy érett tudós, jó botanikus, ügyes anatómus. *Sydenham* az ajánlás elolvasása után szigorú, katonás modorában megjegyezte: „Ez mind jó, csak ne lenne ez az anatómia, botanika! Ismerek egy öregasszonyt Covent Gardenben, aki jobban tudja a botanikát, s ami az anatómiát illeti, bármelyik hentes jobban feltár egy ízületet! Fiatalember, ez mind butaság; a betegágyhoz kell menni, csak ott lehet jól megismerni a betegséget!”.

Kapcsolata a Royal Society tagjaival nem volt mindig felhőtlen. Kutatásaikhoz nem járult hozzá, de azok végzését nem is ellenezte, csak feleslegesnek tartotta a klinikai gyakorlat megjavítása céljából. A múlt klasszikus szerzőit nem kedvelte, kortársai nagyszerű kutatásai az alaptudományok területén nem ragadták meg figyelmét, bár *Boyle*, *Locke*, *Wren* és *Mapletoft* kísérletező kedvét helyeselte.

Robert Hooke is baráti köréhez tartozott. 1675 nyarát együtt töltötték; közben sokat beszélgettek orvostudományról, vallásról, filozófiáról.

Sydenham kortársai elismerték tudását, becsülték erős jellemét, de akadtak ellenfelei is. *Henry Stubbe dr.* „semi-virtuoso”-nak titulálta; himlőellenes kezelését nem helyeselte, ugyanezért támadta *Gideon Harvey, II. Károly* orvosa: hűtessel nem lehet ezt a betegséget gyógyítani. Ellenségei nagy részét érdes modorával, publikációiban közölt provokációival szerezte. Úgy látták, nagyobb lázadást kelt a medicinában, mint fiatal rebellisként a csatamezőn. A királyhű emberek rokonszenvét eleve nem bírta. A társadalmi érintkezésben sem volt körültekintő. Amikor *Thomas Willis* Londonba jött s orvosi gyakorlatot kezdett, elismerte, hogy tehetséges, de nem tartotta jó orvosnak, mert szerinte nem értett a gyakorlathoz. Tény, hogy *Sydenham* élete végéig megtartotta borsos modorát és kollégái tévedéseit erős kritikával illette.

Sydenham a terápiában kevés gyógyszert használt, ellentétben az akkori szokással. Várakozó állapotpontra volt a betegség felismeréséig, majd egyéni terápiát alkalmazott. Kedvenc gyógyszerein kívül (kinin, ópium) gyakran előírta a friss levegőn való huzamos tartózkodást, testmozgást, lovaglást, diétát. Egyéni gyógymódja volt a legyengült, idős ember revitalizálására: hasonló nemű fiatal melléfkötésével melegítette. Legnagyobb érdeme mégsem ezekben a kezelési módszerekben keresendő. Inkább abban, hogy felélesztette a régi hippokratészi tanítást: spekulációktól mentesen, a gyakorlati megfigyelésekre szabad alapozni a klinikai orvostudományt, vagy amint *Locke* mondta: „Nem szabad visszatérni a régi, romantikus orvosi gyógymó-

dokra *Sydenham* tanainak ismeretében, bár emberi dolog, hogy könnyebbnek és természetesebbnek tűnik a légvárak építése, mint a már meglévő, megalapozott tanok észrevétele. A betegségek változásainak, körülményeinek vizsgálata természetesen nemcsak időtrábló dolog, hanem pontosságot, figyelmet és megfelelő ítélőképességet is feltételez!”.

Sydenham munkássága hamar ismertté lett egész Európában. Művei hazánkba is eljutottak, főleg a peregrinus diákok könyvajándékai révén. „Opuscula” c. munkája, amely 1683-ban jelent meg Amsterdamban, már fellelhető a debreceni Ref. Kollégium nagykönyvtára anyagában a 18. sz. elején. *Weszprémi István*, az Angliát is megjárta híres debreceni orvos *Locke*, *Newton*, *Pope*, *Burnet*, *Watts* tanait hazánkban ismertető, nemcsak hazahozta az eredeti, e tanokkal foglalkozó munkákat, hanem le is fordította. Tentamenében, amelyet Londonban jelentetett meg kinttartózkodása idején, nagy elismeréssel ír *Sydenham* tanairól.

A rebellis katona és orvos *Sydenhamet*, akit a modern klinikai orvostudomány megteremtőjeként tartunk számon, *John Locke* már 1669-ben „nagy orvosgénuszként” emlegette; ezt az elismerést munkássága révén tőlünk, az utókortól is joggal megérdemli.

R. Harkó Viola

W. M. Bayliss (1880–1924)

A huszadik század első évtizedeiben az angol fiziológia olyan klasszikus nagy korszaka következett, mint például a francia volt előtte ötven évvel, *Magendie*, majd *Claude Bernard* idején. Elég *Starling*, *Sherrington*, *Hill* és nem utolsósorban *Bayliss* nevére hivatkozni, hogy a farmakológus-fiziológus *Dale* alapvető kutatásait ne is említsük. Közülük *Bayliss* dőlt ki leghamarabb a sorból, 1924-ben. Maradandó munkásságot fejtett ki a perifériás vérkeringés, a hasnyálmirigynedv-elválasztás idegrendszeri szabályozása, valamint a bélmozgás egyirányú működése területén, felfedezte a secretin nevű hormonszerű anyagot, és *Cannon* amerikai fiziológussal közösen számos megállapítást tett a shock mechanizmusára a világháború idején.

William Maddock Bayliss a közép-angliai iparvidék, a Cronin megénekelte „Black Country” központjában, Wolverhampton városában született. A tehetséges vaskereskedő *Bayliss* úrnak nem volt lelke a tehetséges, de törékeny alkatú fiát valamelyik katonás fegyelmű kollégiumba adni, így középiskoláit magánúton volt kénytelen végeztetni. Azt követően a feltörekvő polgárfi már a patinás University College hallgatója lett. Kissé zárkózott, elmélkedésre hajlamos egyénisége korán a kutatómunkához szegődött. Előbb *Sanderson* laboratóriumában dolgozott, majd főnöke oldalán átkerült az oxfordi Wadham College élettani intézetébe. Annak fölötté a nagy *Thomas Sydenham* szelleme lebegett. Itt szerzett magának ismert nevet, s figyelt fel rá *Schafer*. London gravitációs vonzását Oxford nem

tudta sokáig ellensúlyozni, s a századfordulón már a fővárosban találjuk. Itt akadt méltó kutatótársra *Starling* személyében.

Pavlov híres kutyakísérletei után az emésztőmirigyek működése, köztük a pankreászé, az élettanási érdeklődés előterébe került. *Bayliss* és *Starling* 1902-ben közölték a „The mechanism of pancreatic secretion” c. kísérleti összefoglalójukat. Megállapították, hogy a pankreásznedv-elválasztás idegrendszeri reflektorikus fázisát egy humorális követi. Ha a patkóbélbe 0,5%-os sósavoldatot visznek, a bél teljes denerválása esetén is megindul a szekréció. Szerintük a sósav a bélblyhok borító sejtjeiben egy különleges anyag (secretin) termelését váltja ki, amely a vérkeringésen át megindítja a hasnyálmirigynedv-szekréciót. Együtt vizsgálták a vékonybél motorikáját a vagus és splanchnicus idegek elektromos ingerlésére. Megállapították, hogy a bélbennék csak egy irányba, polarizáltan mozoghat. A híres szív-tüdő készítményében *Starling Bayliss* közreműködésével úgy találta, hogy a szívizom erejének az inzulinhiány okozta gyengülését ellensúlyozni lehet a cukorkoncentráció megemelésével.

Starling vizsgálataitól függetlenül foglalkozott *Bayliss* a perifériás vérkeringés idegrendszeri regulációjával. Már a XIX. század közepén felismerte a nagy experimentátor *Claude Bernard* az ér körüli vegetatív idegfonatok konstriktor-dilatátor funkcióját. *Magendie* és *Bell* megállapította az ingerület egyirányú terjedését, *Bayliss* pedig bevezette az „antidrom” típusú ingervezetés fogalmát. Vagyis, amikor adott esetben azonos rostokon az ingerterjedés a centripetálissal ellentétes irányú is lehet.

Már egyetemi tanárként jelent meg 1914-ben a „The Principles of General Physiology” c. műve, amely nemcsak a medikusok, de a fiziológusok tankönyve is lett. Viszont ő volt az utolsó angol élettanász, aki egyforma beavatottsággal egymaga írta a tankönyv valamennyi fejezetét.

A világháborúban a shock patomechanizmusa érdekelte a leginkább. A közös nyelvet beszélő, hasonló érdeklődésű és jelentőségű tengerentúli tudóssal, *Cannon* fiziológussal felismerte, hogy a shock-állapot kifejlődésében nagy szerepe van a sérült szövetekből felszabaduló mérgező anyagoknak. A kórházi gyakorlat részére sós transzfúziókat, a kiürülés késleltetésére gumiarabikumot ajánlott.

Sokat foglalkoztatta a kolloidkémia és az elektrolitek elosztódási aránya a semipermeabilis hártya két oldalán, a *Donnan*-féle egyensúly szerint.

Alexis Carrel „Az ismeretlen ember” c. könyvében *Bayliss* megrovásokban részesül. Úgy mond „abban a korszakban, amikor az élettant azonosnak vélték a fizikai vegytannal, a *Loeb Jack* és *Bayliss* korszakában elhanyagolták a szellemi működések tanulmányozását”. E vád jogosságát nem feladatunk kétségbevonni, csak adalékuul idézzük a Nobel-díjas tudós különvéleményét. *Bayliss* a munkásságával számos tudományos elismerést, társadalmi megbecsülést, nemesi címet, akadémiai tagságot, külföldi tiszteletbeli tagságokat érdemelt ki.

A világháború évei után sokat gyengélkedett. A kutatás-oktatás gondjai egyre inkább a méltó tanítvány, *Hill* vállaira neheztek.

Az angol fiziológia e nagy érájának egyik fő részese, *W. M. Bayliss* ötven évvel ezelőtt halt meg hosszas betegség után, augusztus 27-én.

Szállási Árpád

75 éves a nyíregyházi Megyei Kórház

A Szabolcs-vármegyei Nyíregyházi „Erzsébet” Nyilvános Közkórházat — így nevezték annak idején — 1896-ban kezdték építeni és 1899. november 20-án adták át rendeltetésének 165 ágygal. *Barzó* és *Vojtovics* építőmesterek építették. Kettőjük közül különösen figyelemre méltó *Barzó Mihály* (1857—1909), aki az Operaház építkezését vezette és a városiasodó Nyíregyháza jóformán minden nagyobb középületét építette. Az egyik fia, *Barzó Endre* (1898—1953) Nyíregyháza nagy hírű festőművésze lett.

A kórház 1899-ben öt épületből állott: egyemeletes felvételi épület (irodák és lakások), egyemeletes belgyógyászat (itt két nagy kórteremben voltak a belgyógyászati betegek és ugyancsak két hasonló kórteremben a bujakórosok), sebészet (4 kórteremben sebészi, 2 kórteremben szemészeti betegek és egy kórteremben a gyermekágyasok), valamint egy-egy földszintes pavilon a tüdőbetegek és az egyéb fertőző betegek számára. Boncterem, ravatalozó kápolna és kertészlak egészítette ki a kórház épületeit, amelyek szép nyolcholdas parkban álltak; a kórtermek sajnos északi tájolásúak voltak.

A megnyitást követő, 1900. évben 1988 beteget ápoltak a kórházban. Jellemző az akkori adottságokra és szokásokra, hogy csak 14 szülés volt a kórházban. A lakosság azonban egyre jobban megkedvelte az akkor nagyon modernnek számító kórházat, 1902-ben már 2765-re emelkedett a gyógykezelt betegek száma. Az évek folyamán egyre több a beteg, a kórház zsúfolttá vált. 1912-ben *Klekner Károly* sebész főorvos a jelentésében így nehezményezi, hogy kevés a férőhely és sok a beteg: „... csakis túlfeszített munkával lehetséges a nagyszámú betegállomány oly gondos ellátása, hogy ab-



A kórház 1899-ben épült kapuja és felvételi épülete ma



Barzó Mihály építész, sok nevezetes középület építője

ból a betegre csak haszon háramolják... S hol marad e mögött a belátásnak oly kicsinyes foka, amely például: a segédorvosként szerepelni vágyó gya-



Kállay Rudolf, a kórház első igazgatója

korlóéves orvosdoktoroknak e munkájáért járó csekély ellenértékeképpen még az ellátást sem engedélyezi a költségvetésben". Helyteleníti a kórházi alapszabályzat azon intézkedését, amely a sectiók elvégzését az elhalt hozzátartozóinak beleegyezésétől teszi függővé. Érdekes, hogy az év folyamán végzett 1115 műtét zömét helyi érzéstelenítésben végezték. Kitűnik továbbá, hogy 1912 végén a régi Salvarsan helyett már Neosalvarsant használtak. Még 1910-ben röntgenkészüléket kapott a kórház.

A kórház első igazgatója (1899—1912) *Kállay Rudolf dr.* sebész főorvos volt, aki 1884—1899 között a nagykállói Megyei Kórházat is vezette. *Kállay* hozta létre a kórházi könyvtárat, amelynek



Oláh Dániel főorvos, egyetemi tanár, mykológus

névadója lett. Hosszú ideig (1912—1946. július 1.) *Korompay (Klekner) Károly dr.* irányította a kórházat, kiváló sebész is volt és jelentősen hozzájárult a kórház fejlesztéséhez. 1915-ben venereás osztályt, 1918-ban szemészeti osztályt és laboratóriumot, 1927-ben szülészeti és gyermekgyógyászati osztályt létesített és 1929-ben megépíttette a 256 ágyas ún. sebészeti épületet, amellyel 600 ágyas, jól felszerelt kórháza lett Szabolcs megyének. A kórházi ágyak megoszlása ekkor a következő volt: sebészet 191, belgyógyászat 102, bőr- és nemi beteg osztály 127, szemészet 46 (a fülészeti betegekkel együtt), szülészet 69, gyermekgyógyászat 35 és végül 30 ágy a fertőző betegek részére. A gyermek- és fertőzőosztályokat *Jósa András* unokája, a közelmúltban elhunyt *Dohnál Jenő dr.* főorvos vezette 30 éven át, s a felszabadulás után megszervezte a területi gyermekellátás hálózatát.

A kórház északi szomszédságában 1925-ben tett alá került ún. Zsidó Kórház hosszú éveken át befejezetlenül és kihasználatlanul állott, mígnem 1943-ban a kórház megvásárolta és területéhez csatolta. Így alakult ki a járóbeteg-ellátást szolgáló Megyei Szakorvosi Rendelőintézet, amely 1969 májusától a megyei kórház-rendelőintézeti egységként vezető megyei egészségügyi intézmény.

A kórház eddigi legismertebb orvosai közül *Spányi Géza*, *Oláh Dániel* és *Gerlei Ferenc* működését kell még röviden megemlíteni. *Spányi Géza* 1918—1937 között a bőr- és nemi beteg osztályt vezette, mi azonban mégis elsősorban az első Jósaplakett és a legjobb Bessenyei-plakett alkotójaként tartjuk számon. Tehetséges amatőr festő és szobrász volt. Haladó gondolkodása miatt 1941-ben lemondott a megyei törvényhatósági bizottságban viselt tagságáról.

Oláh Dániel (1891—1954) a kórház bőrgyógyász főorvosa volt 1937—1950 között, s egyike azoknak (*Elekfy-Eckert Lajos* szemézfőorvos és *Dapsy Endre* szülészfőorvos mellett), akik a II. világháború végén a legnehezebb időszakban vezették az intézményt. 1949-ben a debreceni Bőrkinizán levő Országos Orvosmykológiai Kutatóállomás vezetésével bízták meg professzori minőségben. Az Akadémia által kiadott „Orvosi mykológia” c. könyve máig alapvető szakkönyv.

Gerlei Ferenc (1901—1970) kórboncnok főorvos, kandidátus a megye egyetlen Kossuth-díjas orvosa. Orvosi munkássága, jelentős pancreas és thyroxin kutatásai mellett aktív közéleti személyiség volt.

A Megyei Kórház az utóbbi években rohamosan fejlődik és ma már több mint 1000 ágyas oktató kórház. 1969-ben felvette a Nyírség nagy fiának, *Jósa András dr.*-nak a nevét. Az ekkor kiadott jubiláris Évkönyv (1899—1969) egyebek között tartalmazza a kórházban tudományosan működött 243 orvos publikációinak bibliográfiai adatait is.

Fazekas Árpád dr.

Mikszáth Kálmán orvos unokabátyja

A *Méreiné Juhász Margit* által kiadott háromkötetes *Mikszáth*-levélgyűjteményben nem található egy Mikszáth-rokonhoz címzett levél sem. Éppen ezért értékes a *Mikszáth Gyula* hagyatékából előkerült az a 17 levél, amelyet az író unokabátyjához, *Mikszáth János dr.* breznóbányai főorvoshoz intézett 1869—1876 között. E leveleket *Scheiber Sándor* és *Zsoldos Jenő* irodalomtörténészek adták ki a közelmúltban. (Kiadatlan Mikszáth-levelek az Országos Széchényi Könyvtárban. Országos Széchényi Könyvtár kiadványai. Bp. 1969. LXIV. kötet.)

A szerzők alapos kutatómunka után *Mikszáth János dr.* pályafutását a következőkben foglalták össze. *Mikszáth János* 1831-ben, a Zólyom megyei Eábászéken született. Apja iskolai rektor és jegyző volt. Selmebányán járt gimnáziumba. Az orvosi egyetemet Pesten végezte. 1858-ban szerezte meg

oklevelét. Előbb Zólyom megye kerületi orvosa, majd Breznóbánya főorvosa lett. 1873-ban a kolerajárvány idején tanúsított tevékenységéért belügyminiszteri elismerésben részesült. 1881-ben kerületi iskolalátogatói megbízást kapott. Elnyerte a királyi tanácsosi címet. Később vármegyei tb. főorvos lett. Alapító igazgatója volt a Breznóbányai Takarékpénztár Részvénytársaságnak. 1910-ben halt meg Pesten. A pénzügyintézet 1913-ban megfestette arcképét.

*Mikszáth Kálmán*nak orvos unokabátyjához való viszonyára vonatkozólag a közzétett levelekből megállapítható, hogy *Mikszáth Kálmán* családja és az orvosé között az érintkezés nagyon laza lehetett. Ezt bizonyítják az író Szklabonyáról írt első levelei, amelyekben a hosszú hallgatást megtörve tudósítja unokabátyját a családban időközben végbement eseményekről.

Különösen jelentősek azon levelek, sürgönyök, amelyek *Mikszáth* „rejtélyes” évében, az 1876. évben íródtak. Az író ekkor már Pesten élt és nagy nyomorban tengődött. Állása nem volt, feleségétől szegénysege miatt elvált s *Gyula* öccsét is taníttatni akarja. Szorongatott helyzetében több alkalommal fordult segítségért a jómódú breznóbányai unokabátyjához. Minden levélben, táviratban pénzt kért, visszafizetést ígért, elnézést kért a késedelmes töltesztésért. Nagyon sötét színekben ecsetelte sorsát, E levelekből végre fény derül *Mikszáth*nak 1876-ban kiállt nélkülözéseire, amelyek eddig források hiánya miatt homályosak voltak. *Mikszáth János dr.* nem hagyta el unokaöccsét nehéz helyzetében, hanem anyagilag támogatta, s így segítette azon a mélyponton, amely után pályája már mind magasabbra ívelt. Nyitott kérdés marad azonban az, hogy életben maradt volna-e a nagy palóc, ha a főorvos unokabátyja nem támogatta volna nyomorúságos nélkülözése idején. Nem kallódott volna-e el ő is, mint annyi sok tehetség akkoriban, akikről csak egy-két sokatígérő mű jelzi, hogy mit veszített el bennük népünk.

Füves Ödön dr.

A TMB hírei

A Tudományos Minősítő Bizottság *Balázs András*t „A differenciálódás és a sejtosztódás intracelluláris szabályozása” című disszertációja alapján a biológiai tudományok doktorává;

*Geréb György*öt „Kísérletek a monotónia és a vigilancia körében (az iskolai munkalélektan és az üzemi pszichológia területén)” című disszertációja alapján a pszichológiai tudományok doktorává;

Jobst Kázmért „A magnucleoproteidek functionalis szerkezete” című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává;

Kelemen Károlyt „A szívizomsejtek nátriumpermeabilitásának farmakológiai elemzése” című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává;

Kertai Pált „A neuroendokrin rendszer szerepe a bakteriális endotoxinok befecskendezését követő biológiai reakciókban” című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává;

Surján Lászlóné Göttinger Margitot „Az ellennyelvény-szintézis tanulmányozása in vitro módszerekkel” című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává;

Szilágyi Tibort „Hypothermia hatása az Arthus- és Schwartzmann-reakciókra” című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává;

Töke Lászlót „A johimbánvázas alkaloidok szintézise” című disszertációja alapján a kémiai tudományok doktorává;

Csővári Mihálynét „Az urán dekorporáció lehetőségének tanulmányozása” című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Gallai Margitot „A felnőttkori izombetegségek klinikai célú elektronmikroszkópos vizsgálata” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Zita Gerlindet „A multifunkcionális analízis szerepe a vese izotópvizsgálatában” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Lajos Juditot „Paraproteinek immunokémiai analízise, különös tekintettel az antigén struktúrára” című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává;

Oláh Imrét „A tonsilla palatina szerkezete és helye a nyirokrendszerben” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Rácz Istvánt „A syphilis seroreakciók biológiai aspecifikus pozitívitásának (BAP) pathomechanizmusa és jelentősége” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Rozsos Istvánt „Az ileocecalis terület és a gyomor-nyombél kóros reflex kapcsolatai” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Siegler Jánost „A gyermekkori nephrológiai diagnosztika egyes kérdései, tekintettel az izotóp renográfia alkalmazására” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Szende Bélát „Az aminosav-túlادagolás és a daganatnövekedés néhány összefüggésének kísérletes vizsgálata” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Tóth Margitot „Exanthemás vírusbetegségek aktuális diagnosztikai és etiológiai problémái” című disszertációja alapján az orvostudományok kandidátusává;

Udvardi Andort „A bakteriális mRNS-eket kódoló DNS szakaszok izolálása” című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává és

Vadász Györgyöt „Nem specifikus eszterázok izoenzimjei emberi rákos daganatokban” című disszertációja alapján a biológiai tudományok kandidátusává nyilvánította.

Halálozások

Bernád Ilona dr. (szül. 1931) a Schöpf-Merei Kórház röntgen főorvosa 1974. január 16-án;

Bugyi Mária dr. (szül. 1943) a nyíregyházi Megyei Rendelőintézet reuma szakorvosa 1974. február 16-án;

Dubovszky Miklós dr. (szül. 1896) a Danuvia Ipari Vegyszergyár üzemorvosa 1974. január 24-én;

Eröss Sándor dr. (szül. 1907) a Fővárosi János Kórház rendelőintézetének igazgató főorvosa 1974. február 11-én;

Feuer György dr. (szül. 1890) a budapesti XXI. ker. Rendelőintézet nyugdíjas nőgyógyász szakorvosa 1974. január 11-én;

Hermann István dr. (szül. 1900) a kecskeméti Megyei Rendelőintézet nyugdíjas felülvizsgáló főorvosa 1974. január 29-én;

Hetényi Máttyás dr. (szül. 1893) nyugdíjas körzeti orvos Budapesten 1974. január 11-én;

Kemény Imre dr. (szül. 1891) nyugdíjas orvos, a Központi Stomatológiai Intézet vezető főorvosa 1974. január 29-én;

Klein Magdolna dr. (szül. 1905) a BM Központi Rendelőintézetének belgyógyász szakorvosa 1974. január 21-én;

Lánczy Borbála dr. (szül. 1915) az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet adjunktusa 1974. január 18-án;

László György dr. (szül. 1915) körzeti orvos Budapesten 1974. január 26-án;

Liebner Ernő dr. (szül. 1895) az Országos Bőr és Nemikórtani Intézet nyugdíjas igazgatóhelyettese 1974. január 11-én;

Madura László dr. (szül. 1929) a budapesti XI. ker. Onkológiai Gondozóintézet vezető főorvosa 1974. február 7-én;

Révész Lili dr. (szül. 1899) nyugdíjas körzeti gyermekorvos Budapesten 1974. január 11-én;

Rózsa Marcel dr. (szül. 1895) a budapesti XX. ker. Rendelőintézet nyugdíjas EKG szakfőorvosa 1974. február 27-én;

Steinmetz Borbála dr. (szül. 1900) a budapesti XVII. ker. Tanács V. B. egészségügyi osztályának higiénikus orvosa 1974. január 31-én;

Szabó Jácint dr. (szül. 1924) az Ózdi Városi Kórház sebész főorvosa 1974. január 26-án;

Szárász Elemér dr. (szül. 1898) nyugdíjas üzemi főorvos Budapesten 1974. február 4-én;

Szendrey Gábor dr. (szül. 1900) a budapesti XX. ker. Rendelőintézet szemész szakorvosa 1974. február 17-én;

Szentgáli Ferenc dr. (szül. 1920) a fővárosi Szövet-ség utcai Kórház sebész főorvosa 1974. február 11-én;

Szudi Béla dr. (szül. 1900) nyugdíjas körzeti orvos Budapesten 1974. február 2-án;

Tóth Ferenc dr. (szül. 1925) a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Női Klinikájának tudományos főmunkatársa 1974. február 2-án;

Vízkelety Gyula dr. (szül. 1907) a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Sebészeti Klinikájának tanársegéde 1974. február 28-án;

Weiss György dr. (szül. 1887) a Fővárosi Weil Emil Kórház nyugdíjas EKG főorvosa 1974. január 1-én és

Zsirai Kálmán dr. (szül. 1914) a hévízi Állami Gyógyfürdőkórház laboratóriumi főorvosa 1974. január 15-én elhunyt.

„A bajt csirájában fojtsd el, mert elkésik az orvosság, ha a betegség a hosszú halogatás miatt elmérgesedik.”

Ovidius

COTAZYM forte®

tabletta emésztőenzim-készítmény

A Cotazym forte megszünteti a pancreas-secretio elégtelenségének következményeit és tüneteit. Elősegíti a cellulosében gazdag, nehezen emészthető ételek emésztését is.

Összetétel

Tablettánként 0,17 g pancreatin. „A”, 0,065 g extr. fellis tauri sicc. és 0,01 g cellulase-concentratumot tartalmaz.

Javallatok

Daganat vagy idült gyulladás okozta pancreas-elégtelenség, bél- és epeutak bántalma, chronikus májgyulladás, (lipase-hiány következtében), zsír-intolerantia, flatulencia, meteorismus.

Adagolás

Adagolása a pancreas-betegség súlyosságához és a fogyasztott táplálék emészthetőségének igényéhez igazodják. Az emésztő fermentek teljes hiánya esetén 6 tablettát elégséges 50 g zsír, 100 g tojásfehérje, 250 g keményítő és 480 g cellulose bontásához.

Általában 1—2 tablettát étkezés közben vagy közvetlenül evés után, kevés vízzel, szétrágás nélkül kell lenyelni.

Társadalombiztosítás terhére csak szakrendelések rendelhetik. Körzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés, fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhetik.

Csomagolás

30 tablettát 42,— Ft
150 tablettát 134,60 Ft

N. V. ORGANON — OSS licencia

Egyt Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



Gestanon[®]

tabletta



sárgatesthormon-hatású és placenta-aktiváló anyag

A veszélyeztetett terhességet megóvja, főként ha progesteron-hiány is fennáll. Sem az anyán virilisatiós tüneteket, sem a leánymagzaton masculinisatiót nem okoz.

Összetétel

Allyloestrenolum 5 mg tablettánként.

Javallatok

Fenyegető vetélés, fenyegető koraszülés, habitualis abortus prophy-laxisa.

Adagolás

Abortus-veszély esetén naponta 3x1 tabletta 5—7 napon át, a tünetek megszűnéséig. Különleges esetekben a napi adag káros következmény nélkül növelhető.

Habitualis abortus esetén napi 1—2x1 tabletta a szokásos adag. A kezelést azonnal a terhesség felismerése után kell elkezdeni, és a kritikus időpont után még legalább 1 hónapig folytatni kell.

Fenyegető koraszülés eseteiben az adagolást minden esetben egyénileg célszerű meghatározni; sokszor a fentieknél magasabb adagok alkalmazása szükséges.

Társadalombiztosítás terhére a szakrendelések szabadon rendelhetik, egyéb esetben csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

20 db 60,— Ft
100 db 284,— Ft

N. V. ORGANON — OSS licencia

Egyt

Gyógyszervegyészeti Gyár, Budapest



Traumatológia

Légi szállítás. Moylan, jr., J. A., Pruitt, jr., B. A. (Az amerikai hadsereg Sebészeti Kutató Intézete, Fort Sam Houston, Texas): J. Amer. Med. Ass. 1973, 224, 1271—1273.

A szerzők intézetébe több mint húsz éve szállítanak súlyos égetteket légi úton, az utóbbi három év során 249 alkalommal 765 sérültet. Közülük 31%-ot a sérülést követő 48 órán belül szállították be. 200 mérőföldes körzetben helikopterrel történik a transzport, egyébként repülőgéppel.

A légi szállítás két lépcsőben történik. Először helikopterrel a sérülés színhelyéhez legközelebb eső szakintézetbe kerül a sérült. A felszállítás előtt biztosítani kell a szabad légutakat, valamint a vérzést megbízhatóan csillapítani és a töréseket immobilizálni. A sérültet speciális hordágyra rögzítik, majd szükség szerint infúziót kötnek be. A kísérő egészségügyi csoportban mindig van intubációban és infúziós technikában jártas személy.

A transzport második szakasza már a posttraumás periódusban történik, nagy távolságra és ehhez már gyakorlott szakszemélyzet szükséges. A szerzők gyakorlatában ezt a fogadó intézet biztosítja. A sérült csak akkor szállítható, ha haemodinamikailag stabil. Tekintve, hogy az időtartam még az USA belterületén is meghaladja a 6 órát, a repülőgépet egészségügyi anyaggal megfelelően kell felszerelni (megadják a minimális anyagszükségletet). Más traumákkal ellentétben égettek az első 48 órában tűrik legjobban a szállítást.

A 10 000 méternél nagyobb magasságban történő szállítás során a kabinban olyan viszonyok uralkodnak, mint 2000 méteres magasság felett. A cardiorespiratoricusan nem intakt sérültnél tehát megfelelő rendszabályokat kell bevezetni.

A hypoxia elkerülésére pozitív nyomással lélegeztetnek. A cardiacus arrhythmiát indulás előtt kell megszüntetni, mivel repülés közben a szívhangok hallgatása és a vérnyomás mérése csaknem lehetetlen. Speciális monitorokkal még csekély a tapasztalat. A szív és keringési rendszer állapotáról a perifériás pulzus, a légzésszám és az óránként ürített vizelet mennyisége tájékoztat.

Heveny gastrointestinalis vérzés ellenjavallatot jelent. Minthogy vér szállítása nehézségekbe ütközik, a repülés során fellépő vérzés esetén a teendő hideg sós oldattal gyomormosás. Kontraindikálja a légi szállítást 39,4 °C feletti temperatura

is. A hányás és féltényelés veszélye miatt ileus, coma és sepsis fennállásakor gyomorszondát kell vezetni indulás előtt és a fel-, illetve leszállás megkezdésekor a gyomortartalmat leszívni. Az infúziót (lehetőleg a cavaba vezetett katéteren keresztül) sokszor túlnyomással kell beadni. A sérültet védeni kell a lehűléstől és a hordágyhoz több hevederrel rögzíteni, a repülés során elkerülhetetlen turbulens mozgások miatt. Amennyiben a legkisebb kétely is felmerül, a szállítás előtt tracheostomát készítenek, mivel a repülőgépen az intubatio még a leggyakorlottabb kézben is kivihetlenné válhat.

Befejezésül a szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a repülőterre és onnan a kórházba történő szállítást is gondosan kell megszervezni, minthogy a transzport lehető legrövidebb időtartama is fontos tényezője a sikernek.

Novák János dr.

Jobbszár-blokk tompa mellkasi sérülések után. Baumgartl, F., Hohenbleicher, R. (II. Chirurgische Klinik des Krankenhauszweckverbandes, Augsburg): Monatsschr. Unfallheilk. 1973, 76, 426—429.

A baleset okozta mellkasi sérülések különféle EKG eltérésekhez vezethetnek. A mellkasi sérülések számával együtt a felismert EKG eltérések száma is nő. A baleset okozta jobbszár-blokk azonban mégis ritka. A szerzők 5 saját esetüket közlik.

A sérülés mechanizmusa: kormány vagy kormánykerék a mellkasfalhoz ütődik. (Betegeik közül egy motorkerékpáros teherautónak, egy személyautó-vezető autóbussznak, három személyautó-vezető fának ütközött.) A létrejövő sérülések: zúzódások, horzsolások a mellkas elülső falán, zúzódások a mellkasfal-izomzatban; néha egy, de legtöbbször több borda törése (természetesen egyéb, különböző sérülések mellett: kulcscsonttörés, agyzúzódás stb.). A tünetek: cyanosis, mely esetleg csak az ajakra terjed, dyspnoe; leggyakrabban retrosternalis fájdalom. A vérnyomás legtöbbször alacsony, a pulzus tachycard. (Ezeknek létrejvetelében természetesen, többé-kevésbé, a többi sérülések is szerepet játszhatnak.) Legsúlyosabb esetükben (motoros) a rtg szív-dilatatiót és tüdőpangást mutatott felvételkor, de ez hamar visszafejlődött. Valamennyi esetben rögtön a felvételkor készített EKG sinus rhythmus mellett jobbszár-blokkot mutatott. A blokk néha órák múlva javulni kezdett, ilyenkor különböző egyéb zavarok mu-

tatkoztak (repolarisációs zavar, supraventricularis extrasystolék, praecordialis j. o. negatív T-hullámok). A blokk másnapra rendszerint megszűnt; az egyéb EKG elváltozások is 3—5 nap alatt eltűntek, egyik esetükben azonban (53 éves férfi) a jobbszár-blokk 14 nappal a baleset után is kimutatható volt! (Legidősebb betegük: 63 éves.) Egyik esetükben, melyben az EKG elváltozások 3 nap alatt normalizálódtak, egyidejűleg szűnt meg a retrosternalis fájdalom is.

Motoros betegükön a blokk 1 nap alatt megszűnt, egyéb EKG elváltozás nem maradt vissza. A rtg-en észlelt szív-dilatatio is megszűnt. A beteg 3 nap múlva meghalt (súlyos koponya- és agyszívulési következtében). A kóronctani lelet a következő volt: zúzódások a perit- és epicardiumon, főleg a jobb pitvar területén; szívizomzúzódás a bal kamra elülső falán, a csúcs közelében; az endocardium beszakadása a conus pulmonalis területén, vérzéssel a szivizomzatban és falhoz tapadó thrombussal. Egyéb mellkasi sérülések: mindkét oldali zúzódások a mellkasizomzatban, mindkét oldali, zúzódásos eredetű subpleurális és tüdőbeli vérzések, a bal 8—10. borda törése, mindkét oldalon kistökű haemothorax. Kórsvetettanilag a tüdőben zsirembóliát találtak.

A szerzők irodalmi adatok alapján megjegyzik, hogy traumás jobbszár-blokk oka lehet: direkt sérülés, indirekt sérülés contusió góccal által vagy akár coronaria-spasmus is. A szív tompa sérüléseik a jobb szár, melynek pars mimeticáját 4 cm-es szakaszon egyetlen kis arteria látja el, teljesen körülrítan „kiüthető”. A jobbszár-blokkot azonban tachycardiával járó funkcionális elváltozások is létrehozhatják, ha utóbbiak a vezető-rendszer gyors kifáradásához vezetnek.

A traumás jobbszár-blokk lehet reversibilis vagy irreversibilis. Előbbi rövid ideig tartó hypoxiára vagy szomszédos contusió góccal által okozott irritációkra, az utóbbi pedig hosszabb ideig tartó hypoxiára vagy szakadásokra vezethető vissza.

(Ref.: A cikk ismertetését a gépjármű-balesetek nálunk is tjesztően szaporodó száma indokolja.)

Szőnyi Ferenc dr.

Az arteriális oxigenizáció jelentősége központi idegrendszeri sérülteken. R. P. Sinha, T. B. Ducker, P. L. Perot, jr.: JAMA 1973, 224, 1258—1260.

A szerzők hivatkoznak F. D. Moore vizsgálataira, aki megfigyelte, hogy a légzési elégtelenség a polytraumatizált betegek mintegy 1/3-ában szerepel haláluki tényezőként. Gyakran előfordul, hogy nyilvánvaló mellkasi sérülés nélkül is légzési elégtelenség alakul ki, melyre a progresszív arteriális hypoxaemia jellemző és az adaequat oxig-

génbelégzés vagy respirátor terapia ellenére is esetenként fatális kimenetelű lehet.

Súlyos koponyasérülteken és gerincsérülteken hasonló légzési szövdmény fordulhat elő, melynek korai felismerése céljából végeztek sorozatos vérgázanalitikai vizsgálatokat koponya és gerincsérült betegekben. Nem traumás eredetű idegsebészeti betegek szerepeltek kontroll-csoportként.

Míg a kontroll csoportban közel normális pO_2 értékeket találtak, a traumás csoportban az esetek felében mértek 80 Hgmm-nél alacsonyabb pO_2 értékeket. Ebben a csoportban 10–20%-ban találtak 60 Hgmm-nél alacsonyabb pO_2 -t.

Bár régebben is ismeretes volt a koponyasérülteken előforduló, halálhoz vezető „neurogen pulmonalis oedema” és gerincsérülteken a légzőizmok bénulása következtében kialakuló légzésbénulás, eddig általában nem tulajdonítottak jelentőséget annak a ténynek, hogy a koponya és gerincsérültek különösen veszélyeztetett csoportot jelentenek a légzési elégtelenség kialakulása szempontjából. A cyanosist és a klinikai tüneteket késői jeleknek tartják. Az arteriális pO_2 érték 80 Hgmm alá történő csökkenését már komolyan értékelik és 60–80 Hgmm közötti pO_2 értékeket már mint potenciális tüdőszövdményt tekintik. Megjegyzik, hogy koponyasérültek esetében a sérülés súlyossága és a mért arteriális pO_2 érték között nem találtak összefüggést, a gerincsérültek csoportjában viszont a sérülés súlyossága és az arteriális hypoxaemia szoros összefüggésben volt. Az arteriális pCO_2 érték a koponyasérültek csoportjában nem volt informatív a betegség súlyosságát illetően, azonban a magas gerincsérültek csoportjában a hypoventiláló betegek esetében magas értéket mutatott.

A szerzők tárgyalják az idegrendszeri sérülteken kialakuló légzési elégtelenség pathomechanizmusát, melynek főbb tényezői koponyasérülteken a bronchiális secretió retenciója, ami hypoxaemiához, ennek következtében cerebrális oedemához vezet, ami viszont a központi idegrendszer további romlása miatt súlyosbítja a hypoxiát.

A gerincsérülteken kialakuló légzési zavar komplex folyamat eredménye, a vegetatív idegrendszer működési zavara miatt jön létre: a tüdőkben fokozódik a fiziologias shuntölődés, a ventiláció-perfusio aránya megváltozik és tüdőoedema alakulhat ki. Ehhez társulhat a gastrointestinalis rendszer váladékos aspirációja, ami gyulladáson alapuló folyamat megindítása révén a tüdők funkcióját tovább rontja.

A terápiát korán kell megkezdeni, ezért a szerzők elengedhetetlennek tartják a sorozatos vérgázanalitikai vizsgálatokat ezeken a betegekben.

A terapia az esetek súlyosságának megfelelően oxigen belélegeztés-

tésből, vagy kontrollált lélegeztetésből áll volumen-szabályozott respirátor segítségével. A kontrollált lélegeztetést endotrachealis tubussal kezdik, és amennyiben szükséges, tracheostomán keresztül folytatják. A tracheostoma a bronchiális váladék leszívását megkönnyíti.

(Ref.: a közlemény jelentőségét az adja meg, hogy a szerzők felhívják a figyelmet a koponya- és gerincsérülteken előforduló légzési elégtelenség jelentőségére és szorgalmazzák annak korai felismerését és terapiáját. Sajnálatos azonban, hogy nem ismertetik eredményeiket a légzési szövdmények megelőzését és terapiáját illetően.)

Barankay András dr.

Súlyos égések terapiája. Localis kezelés. Böhmert, H.: Münch. med. Wschr. 1973, 115, 395–399.

30–40%-os kiterjedésű égés esetén ma mintegy 50%-os túlélési valószínűséggel számolhatunk. Speciális égési osztályokon, az újabban bevezetett kezelési eljárásokkal jobbak a kilátások, e módszerek azonban aligha alkalmazhatók minden kórházban. A súlyos égések halálai között ma a sebfertőzés következményei dominálnak, ezért a kutatások és klinikai kísérletek reflektorfénye a sebkezelésre irányul. Az égési seb kezelésének célja a fertőzés leküzdése és a sebészi el-látás.

Ma a sebkezelésben legelterjedtebb a nyitott (kötések nélkül végzett) terapia. A fertőzés megelőzéséhez, felszámolásához Sulfamylon-acetát vagy gentamycin krém, 0,5%-os ezüstnitrátos borogatókötést, vagy a pörkösítő eljárások valamelyikét alkalmazzák. Ezekkel egyidejűleg parenterális antibiotikus terapiát is folytatnak.

A sebészi kezelés során két kérdés merül fel: 1. mikor történjék az operatív beavatkozás és 2. a necrotikus részeket eltávolítása után mivel történjék a bőrhány pótlása. Az ideális sebelltetés, az elsődleges kimetszés és azonnali bőrpótlás súlyos égetteknel mindmáig kivihe-tetlen maradt. A tapasztalat szerint a testfelület 15%-át meghaladó terjedelmű kimetszés műtété már nagy rizikóval jár. A szerzők a kimetszést a 8–10. naptól végzik.

Bőrhány átmeneti pótlására a testidegen fajazonos bőr, állati bőr és szintetikus bőrpótló anyagok állnak rendelkezésre. Allotransplantatukok alkalmazásának problémája azonban, hogy 4–5 naponként cserélendők vagy az immunreakció tompítására kényszerülünk. Utóbbit illetően legújabbban anti-gén-típiált bórral szerzett kedvező tapasztalatokról számoltak be Angliában. A költségek azonban oly magasak, hogy széles körű felhasználásról egyelőre nem lehet szó.

Xenotransplantatukok közül ser-tés- és foetalis borjúbőr jöhet szá-mításba. A költség aránylag ala-csony, a szervezet immunválasza

gyenge, ezért jók az eredmények. A szerzők a foetalis borjúbőrt fel-használás előtt nukleinsavval kezel-lik, s ezzel átmenetileg gátolják a le-lőkódási reakciót, a transplanta-tumok túlélési időtartama így meg-duplázódik.

A bőrhány végleges pótlására természetesen csak autotransplan-tatum alkalmas. A mesh-graft kö-zeinek hámosodását szerzők az au-totransplantatumnak nukleinsavval kezelt borjúbőrrel történő beborítá-sával gyorsítani tudták.

Novák János dr.

Égési sérülést szenvedett cukor-betegek kezelése. Munster, A. M. (Brooke Katonai Kórház, Sebészeti Kutató Intézet, Fort Sam Houston, Texas): Surg. Gynec. Obstet. 1972, 134, 483–484.

A cukorbetegség számának és a thermikus trauma előfordulási ará-nyának összevetése alapján nyil-vánvaló, hogy az égettek között nem kis részben fordulnak elő cu-korbetegség. Számukra a thermikus trauma sajátos veszélyt jelent.

Az égési sérülést gyakran kíséri magas vércukorérték. A vizelettel ürített cukor mennyisége viszont nem correlál az előbbivel törvény-szerűen. Ezért csak mindkét érték meghatározása alapján szabad a be-teget megítélni.

A cukorürítés okozta osmotikus diuresis az insensibilis vízvesztés miatt megnövekedett folyadékcsük-séget még fokozza. Cukorbeteg-geken a szervezett hidratatási álla-potát amúgyis nehéz megítélni, mi-vel a magas vércukor miatt a se-rum osmolalitása félrevezető lehet.

További nehézséget okoz a sérül-tek kezelésében az insulinszükség-let ingadozása. Ennek oka nem tel-jesen tisztázott, szerepet játszhat a cukorraktárak gyors kiürülése, a serum corticosteroid szintjének változása. Minthogy az insulin szükséglet hirtelen — és fel nem is-mert — csökkenése comát okozhat, célszerűbb a vércukorszintet a szok-totnál kissé magasabban tartani.

Végül a septikus szövdmények a cukorbeteggeken — közismerten — gyakoribbak. Ezért a naponta — gzett sebrevissio elengedhetetlen.

Novák János dr.

Autotransplantatukok megtapa-dásának viszonya a Streptococcus agalactiae fertőzéssel égetteken. Smith, R. F., Dayton, S. L., Chipps, D. D. (Az Orvosi Egyetem Égési In-tézete, Texas, Galveston, USA): Appl. Microbiol. 1973, 25, 493–495.

Jól ismert tény, hogy az égett felszínen megtelepedett Streptococ-cus „A” törzsek a bőrojtványok megtapadását veszélyeztetik. A szerzők a „B” csoportba tartozó S. agalactiae fertőzés után is az au-to-transplantatukok elvesztését ész-lelték. A kórokozónak egy sérült égési felszínen való megjelenését

csakhamar a fertőzés terjedése követte, mindannyiszor veszélyeztetve a bőrpótló műtét eredményét. Az infectio felszámolását nehezítette, hogy a kórokozók többek között gentamycinnel és erythromycinnel szemben is rezisztensnek bizonyult. A probléma jelentősége, hogy e törzsek gyakran mutathatók ki a tejből, mely viszont a súlyos égettek per os és szondatáplálásában nélkülözhetetlen.

Novák János dr.

Az ujjpercek lágyrészfalórányának trauma utáni kezelése irányított hegeseccsel. Meyrueis, J. P., Poupée, J. C., Cameli M. (Toulon): La Nouvelle Presse Médicale. 1973, 2, 931—933.

Az ujjpercek lágyrészfalórányának traumás elvesztése igen gyakori. Gyógyítására számos módszer áll rendelkezésre (spontán hegeseccs, amputatio, plasztikai megoldás). Vitatható a lebenyes megoldás helyessége, mely érzéketlen, tapintásra nem alkalmas.

A szerzők Morel—Fatio véleményéhez csatlakozva felismerték a végtagok percieinek különleges képességét a spontán gyógyulásra. 3 éve alkalmazzák az irányított sebgyógyulást, elsősorban a touloni gyárak és a Földközi Tengeri Tengerészet hajóinak fedélzetén történt sérülések esetén; eseteik száma ma már több mint 50.

Módszerük a következő: a bőr megtisztítása és $1/4$ -es ammóniumos fürdő után a sebet $1/4$ -es ammóniumos fedőkötéssel látják el, a rögzítés funkcionális helyzetben történik. Az első kötést maga a sérült távolítja el ugyancsak $1/4$ -es ammóniumos fürdőben. A fedőkötés ekkor Staphylococcin kenőcs vagy Peru-balsam vagy tiszta vaselin. A kötésekre ritkák: hetente egyszer történnek. Túlbujánzó sarjadzás esetén anti-inflammatorikus kötéseket alkalmaznak localis corticoidokkal. A phalanx sérülése esetén nagyon mérsékelt csontos reamputatiót végeznek a fájdalom hegesedés elkerülése végett.

A gyógyulás függvénye az életkornak: 25—30 nap 18—20 éves sérülteken, 45—50 nap 45—50 éves sérülteken.

Tapasztalataik alapján szerzők javasolják gyakorló orvosok számára is fenti módszert, mivel gyors gyógyulást eredményez használható bőrfelülettel.

Horváth Zsuzsanna dr.

A kézégések kezelése. Bailey, B. N., Desai, S. N. (Stoke Mandeville kórház, Aylesbury, Anglia): Injury. 1973, 4, 335—340.

A kézégések kezelése sokat vitatott kérdés a traumatológiának. A 40-es években ajánlott konzervatív kezelést a múlt évtizedben széles körű műtéti aktivitás váltotta fel. A Sulfamylon megjelenése azonban

új lehetőségeket teremtett a várakozó álláspont érvényesítéséhez.

A szerzők a kézégéseket (zömmel kézháti égések fordulnak elő) az alábbiak szerint csoportosítják és kezelik.

I. Nyilvánvalóan felületes sérülés: néhány négyzetcentiméternyi terület esetén nyitott kezelés, egyébként adsorbeáló kötés. Minden esetben korán megkezdett aktív torna.

II. Kis kiterjedésű mély égést rendszerint elektromos áram okoz. A korrektt terápia az azonnali kimetszés és bőrpótlás. Ezt kétheti immobilizáció követi, gyermekekénél nyújtott ujjakkal. A szerzők nem láttak ebből eredő ízületi károsodást.

III. Kiterjedt mély szövettelhalást rendszerint lángégés okoz. Primaeren alapos débridement, majd a sérült általános állapotától függően mielőbbi konzervatív necrectomia és bőrpótlás.

IV. Vegyes mélységű égések esetén a nyitott kezelés ellenjavallt, primaer excisio nem kívánatos. Célszerű várakozni és a kialakuló lelet szerint választani a konzervatív vagy műtéti eljárást. A várakozási időre szerzők Sulfamylonos kezelést ajánlanak. A kezelt műanyag fóliából készített zacskóba burkolják. Az első naptól kezdve aktív gyógytornát folytatnak. Tapasztalataik szerint az esetek zöme spontán gyógyul, a gyógytartam nem haladja meg a műtéti kezelés mellett várható időtartamot, a kozmetikai és funkcionális eredmény jó.

Novák János dr.

Sebészet

23 649 sebészi seb célzott vizsgálata öt éves periódusban. Cruse, P., Foord, M. (Calgary, Alberta, Canada): Arch. Surg. 1973, 107, 206—209.

A postoperatív suppuratiók elleni küzdelem jegyében a szerzők széles körű célzott vizsgálatokat végeztek egy 830 ágyas, 10 műtővel rendelkező kórházban. Az 1967—1972 közötti öt éves periódusban 23 649 műtéti sebet vizsgáltak és kísérték figyelemmel a postoperatív 28. napig. A sebet fertőzöttnek tekintették, ha gennyet nyertek belőle. Ezenkívül a sebeket a műtéti lelet alapján négy csoportra osztották: *tiszta, tiszta-szennyezett, szennyezett* és *piszkos* kategóriákat különböztettek meg a kanadai Nemzeti Kutatási Tanács definíciói alapján.

A *tiszta* csoportba azok a sebek tartoztak, amelyek a gastrointestinalis vagy respiratorikus tractussal nem függtek össze, amelyeken látható gyulladást nem figyeltek meg és az aseptikus technika maradéktalanul megvalósult. Cholecystectomia, „mellesleg” végzett appendectomia és hysterectomia ebbe a kategóriába tartozott, ha acut gyulladás nem volt jelen.

A *tiszta-szennyezett* csoportba azok a *tiszta* műtétek tartoztak, amelyek a gastrointestinalis vagy

respiratorikus tractussal kerültek kapcsolatba, de a seb nem érintkezett jelentős mennyiségű váladékkal.

A *szennyezett* csoportba azok az operatiók tartoztak, amelyek alkalmmával acut gyulladást észleltek (gennyképződés nélkül), vagy a zsigér üregéből tetemes mennyiségű váladék folyt ki. A friss traumás sebeket és azokat a műtéteket sorolták még ide, amelyek aseptikus lefolyásában jelentős hiány keletkezett.

A *piszkos* csoportba azok a műtétek kerültek, amelyek esetén vagy gennyet figyeltek meg, vagy perforált zsigert találtak. Az „öreg” traumás sebeket is ide sorolták.

A vizsgált 23 649 seb közül 1124 suppurált, így a fertőződési arány 4,8%-nak bizonyult. A *tiszta* sebek (18 090) infectiós rátája 1,8%; a *tiszta-szennyezett* sebeké 8,9%; a *szennyezett* sebeké 21,5%; végül a *piszkos* sebek fertőződési aránya 38,3%-nak adódott. A *tiszta* és *piszkos* sebek fertőződési arányát összehasonlítva egyértelművé válik, hogy a műtétkor talált genny a postoperatív suppuratio lehetőségét *hűszozára* növeli.

A szerzők 18 090 *tiszta* sebbel (fertőződési ráta: 1,8%) kapcsolatos megfigyelései számos értékes adatot szolgáltatottak.

Ha a betegek műtét előtt szappant használva zuhanyoztak, az infectiós ráta 2,1%-nak bizonyult, ha hexachlorophen (Ritosept) tartalmú detergenst használtak zuhanyozáskor, az infectio 1,3%-ra csökkent.

A műtéti terület borotválásakor a sebfertőződés 2,3%-ban jelentkezett; a nem borotvált, nem nyírt esetekben a suppuratio mindössze 0,9%-ban lépett fel!

Az életkor előrehaladtával a suppuratiók száma emelkedett. Diabetelesen az infectiós ráta 10,7%-ra, obesitas esetén 13,5%-ra, felszívódási zavar esetén 16,6%-ra nőtt. Steroidok szedése nem befolyásolta a fertőzések kialakulását.

A *tiszta* sebek infectiós rátája nem drainált sebek esetén 1,53% volt; külön nyíláson kivezetett szívdrain mellett 1,8%; hasonló drainezéskor szívás nélkül 2,4%; a sebvonalban kivezetett csővel drainált esetekben 4%. Cholecystectomiák kapcsán a drainálás hatása még enél is meglepőbbnek bizonyult. 1540 eset közül a fertőződés százaléka következőképpen alakult: drain nélkül 2,9%; külön nyílásból drainálva 1,8%; seben keresztül vezetett drain mellett 9,9%; külön nyíláson át szívdraint használva 0%.

A diathermiás kés használata csaknem minden kategóriában megduplázza az infectiós rátát.

A betegek műtét előtti hosszabb kórházi tartózkodása nagymértékben hozzájárult a sebfertőzés kifejlődéséhez. Egynapos praeoperatív tartózkodás esetén az infectiós ráta 1,1%; egyhetes műtét előtti bentlétkor 2%; ha a tartózkodás két hétnél több, 4,3% volt.

Közvetlen kapcsolat volt a suppuratívok gyakorisága és a műtét időtartama között. A fertőződési ráta minden órában nagyjából megduplázódott. Ezenkívül, ha a műtét éjfél és reggel nyolc óra között történt, a tiszta és tiszta-szennyezett kategóriákban az infekciós ráta csaknem kétszeresére növekedett.

A szerzők véleménye szerint alapvetően a műtétben jön létre a sebfertőzés, és a fertőzés kifejlődésében az osztályok nem játszanak jelentős szerepet. Tanulmányuk eredményeként a postoperatív suppuratívok csökkentése érdekében a következőket javasolják: 1. rövid praeoperatív tartózkodást, 2. a műtét előtt hexachlorophenes detergenssel való zuhanyozást, 3. minimális borotválást, 4. műtétkor szennyeződés elkerülését, 5. kíméletes sebészeti technikát, 6. a biztonság által megengedett gyors operációt, 7. külön óvatosságot idősek, kövérek, diabetikusok esetén, 8. ne használjunk drájt a műtét sebeihez, 9. a bőrt és subcutan szöveteket szikével vágjuk, ne diathermiás késsel, és finom érfogókat használjunk elektromos késsel való coaguláláskor, végül 10. a sebfertőződési statisztika terjesztését minden sebész között.

Vutskits Zsolt dr.

Bacteroides fertőzés kórházi betegek között. Okubadejo, O. A., Green, P. J., Payne, D. J. H. (Public Health Laboratory, St. Mary's General Hospital, Portsmouth): British Medical Journal, 1973, 2, 212—214.

A potentialisan pathogennek tartott Bacteroides speciesek kóroki jelentősége nem kellően tisztázott. A Gram-negatív, spórákat nem képező, anaerob bacteriumok gyakran találhatóak gennyben, de normál bélflórában és vaginalis váladékban is előfordulnak. A St. Mary Kórházban az utóbbi két év folyamán a Bacteroides törzsek izolációs rátája igen nagymértékben növekedett, ezért a szerzők beszámoltak 18 hónap alatt gennyből, sebváladékból, vaginából és vérből kitenyészett fenti bacteriumokkal kapcsolatos tapasztalataikról.

112 beteg anyagából 118 Bacteroides species tenyésztett ki, leggyakrabban Bacteroides fragilis. 74 alkalommal hasi sebészeti beavatkozás után, 29 alkalommal szülészeti-nőgyógyászati betegséggel összefüggésben, végül 15 alkalommal különféle megbetegedésekkel kapcsolatban tenyészttek ki Bacteroides-ek. Rendszerint más organizmusokkal együtt izolálták: főként anaerob streptococcusokkal, β haem. streptococcusokkal, Streptococcus faecalis-szal, Staphylococcus aureus-szal, Escherichia colival és ritkábban Proteus speciesekkel, valamint Pseudomonas aeruginosával együtt. Az aerob microbák a Bacteroides törzsek előtt 1—3 nappal tenyészttek ki.

77 beteg kórlefolását klinikailag is feldolgozták. Bacteroides szinte nyészetben izoláltak az acut appendicitis miatt operált betegek 38%-ából, egyéb bélműtétek után 27%-ban, szülészeti-nőgyógyászati betegségek esetén 83%-ban, valamint a vegyes betegcsoport 25%-ában. A 77 beteg közül 11 haemocultúrája volt pozitív. Összesen 8 beteg (kb. 10%) halt meg: hét idős beteg korábban súlyos acut gyulladással vagy rákos betegséggel szenvedett, a nyolcadik, egy fiatal férfi motorbaleset következtében veszítette életét.

A szerzők 118 Bacteroides species közül 60 Bacteroides fragilis antibiogramját határozták meg papírkorong módszerrel. Megállapították, hogy míg a bacteriumtörzsek gyakorlatilag mind resistensnek bizonyultak penicillin-G-vel és ampicillinnel szemben, addig a 60 izolált törzs közül 59 érzékeny volt clindamycin, 42 erythromycin és 40 tetracyclin iránt. Ezenkívül 29 törzs érzékenységet vizsgáltak co-trimoxazole (magyar megfelelője: Sumetrolim) iránt, amellyel szemben mindegyik érzékenynek bizonyult.

A Bacteroides aetiologiai szerepét aláhúzó jelentős tény, hogy a 11 pozitív haemocultúrával rendelkező beteg közül azok, akik adequat antibiotikus kezelésben részesültek, mind az öten meggyógyultak. Ezzel szemben a nem megfelelő antibiotikummal kezelt hat septicaemiás beteg között csak egy túlélő volt. Mindez szükségessé teszi az antibiogram minél előbbi meghatározását. Ennek kézhezvételéig clindamycin, ill. co-trimoxazole adása igen értékes segítségnek bizonyulhat.

Vutskits Zsolt dr.

Intraabdominalis tályogok. W. A. Altemeier és mtsai (Dept. of Surgery, University of Cincinnati Medical Center): The American Journal of Surgery 1973, 125, 70—78.

Az intraabdominalis tályogok napjainkban is komoly problémát jelentenek a sebész számára. Kialakulhatnak sérülések következtében, műtétek után, emésztőszervi vagy húgyszervi megbetegedések szövődésének következtében. Az előtérben álló tünetek bizonytalanok, megtevesztők lehetnek, így a kórisme felállítása nehéz.

A szerzők 501 esetet elemeznek. Ezek között 194 intraperitonealis, 203 retroperitonealis és 143 visceralis tályog fordult elő. Részletes táblázatokban foglalják össze ezeken a csoportokon belül az anatómiai localisatiót, a tályogot okozó infectio forrását, a bacteriológiai leleteket, a tályog és az alapbetegség localisatiójának viszonyát, valamint az egyes tályogformák és a beteg kórházban való tartózkodásának ideje közti összefüggést. A leggyakrabban tályogot okozó körképek az appendicitis, pancreatitis, húgyszervi megbetegedések, eüti kórfolyamatok, diverticulitis.

A betegek neme, életkora, egyes

vizsgálati adatok és a mortalitás összefüggéseit az ismertetett alapbetegségekkel külön táblázat szemlélte. Szembetűnő a pancreatitis következtében kialakult tályogok magas mortalitása az egyéb formákkal szemben. A kórokozók között — a női húgyszervi eredetű esetektől eltekintve — a coli vezet.

A kórisme felállításában fontos az anamnesis ismerete és helyes értékelése, valamint a fizikális vizsgálat. Különösen problematikusabb esetekben értékes segítséget jelenthetnek a modern vizsgálati eljárások, mint pl. az angiographia és scintigraphia májtályogok kimutatásában. A kezelés legfontosabb elve, hogy a sebészi drainaget semmi sem helyettesítheti. Enélkül a máj-, pancreas- és retroperitonealis tályog mortalitása 100%. Az antibiotikumok és egyéb adjuvánsok kezelése módoknál megvan a szerepe, birtokában sem mellőzhető a sebész feltárási klasszikus elvei.

Érdekessége a közleménynek, hogy külön bekezdésben foglalkozik a betegek kórházi ápolási költségeinek az egyes kórfarmakkal való összefüggésével is.

Pálvölgyi László dr.

Az 1959—70 közötti appendicitis ac. perforativa esetek analysise. G. Kubo, M. Schulz, W. Buchholz: Zbl. Chir. 1973, 98, 808.

A szerzők a berlini sebészeti klinika 1959—70 közötti perforált appendicitises beteganyagának feldolgozását végezték el.

A vizsgált idő alatt 10 406 beteg került appendicitis acuta diagnózissal felvételre. Ebből 479 betegnek (4,6%) volt perforált appendicitise. Szabad hasúri perforatio 245, fedett perforatio 234 betegen fordult elő. A betegek átlagéletkora 38,9 év. A műtét előtti betegség időtartama 2,1 nap, a meghalt betegekénél azonban ez hosszabb, 2,6 nap volt.

A mortalitás a nem perforált appendicitises betegek között 0,09%, a perforációval műtetre kerülteké: 9,3%! Az egész beteganyag mortalitása 0,54%. A mortalitás összefüggést mutatott az életkorral, mivel 10 év alatt és 50 év felett kifejezett emelkedést mutatott, 50 év felett 20,9%. A műtét technikára vonatkozóan megállapítják, hogy a drainat mindig külön nyíláson és nem a sebvonalban kell kivezetni. Így a hasfalszétválás, adhaesio és az ileus gyakorisága csökkenthető. Perforált appendicitis esetén a Douglas-üreget minden esetben drainálják. A szabad hasúri perforatióval, ahol az esetek 54%-ában diffúz peritonitis áll fenn, konyhasós, ill. chloramphenicolos öblítést végeznek. Meggyőződésük szerint az eljárás hasznos, Douglas, ill. intraabdominalis abscessus csak 2,4 százalékban lépett fel — szemben a nem öblített betegekkel, ahol ez 4,3%-ban jelentkezett. Nem tanácsolják az öblítést fedett perfora-

tiónál, ill. olyan esetekben, ahol a szabad hasüreg még érintetlen.

Szövődmények: 1. hasfalstétvá-
lás 20 betegen (4,2%) jelentkezett,
közülük 12 beteg meghalt. 2. Dou-
glas, ill. intraabdominalis abscessus
11 betegen (2,4%) lépett fel, közü-
lük egyet sem vesztettek el. 3.
Ileus 8 betegen (1,8%) okozott prob-
lémát a postoperatív szakban. 4.
Két betegen bronchopneumoniát
észleltek. 5. Két esetben jelentke-
zett bélsár-fistula.

Hangsúlyozzák, hogy a perforált
appendicitis gyakorlott operatőr
igényel. A diagnosztikán azonnali kö-
vetnie kell a műtétnek, mert az
eredmények javulása csak a korai
diagnosztis követő azonnali műtét-
től várható.

Felmérésük más szerzőkkel egyet-
értésben azt a véleményüket tá-
masztja alá, hogy az appendicitis
perforativa még mindig komoly és
veszélyes betegség.

Szerk. megjegyzés: Az elemzést
értékesen egészítették volna ki a
szerzők, ha beteganyagukat asze-
rint is csoportosították volna, hogy
a nagy beteganyagban mennyi volt
az ép appendix.

Gervain Mihály dr.

**A hyperbarikus oxigénnel és
anélkül kezelt gázgangrenás esetek
összehasonlítása.** J. F. Schweigel, S.
S. Shini (Division of Orthop. Surg.
Univ. of British Columbia, Vancou-
ver. Brit. Columb. Canada): Surg.
Gynec. Obstet. 1973, 136, 696—670.

A gázgangrena ismert gyógymód-
jai a széles sebészi feltárás, vagy
amputatio, esetlegesen a kettő
együtt voltak a legutóbbi időkig.
Később ehhez társultak az antibio-
tikus lehetőségek és a gázoedema
szérum alkalmazása, végül — Boe-
rema közlése után — a hyperbari-
kus oxigén terapia, melyről később
több jó eredményekkel számoltak
be.

A szerzők célja a hyperbarikus
oxigénnel kezelt gyógyeredm-
nyeinek összehasonlítása a régebbi,
ilyen kezelésben nem részesült ese-
tekkel.

Orthoped-sebészeti intézetük 1958
—68 közötti 43 gázgangraenás esetét
elemzték. Közülük — a legkülönfé-
lébb alapbetegségek mellett fellép-
tett gázoedema fertőzés miatt — 7
beteg részesült hyperbarikus oxigén
terápiában. Az utóbbiak között ke-
vesebb volt a halálozás. Csúpan 4
betegnek volt a vizsgáltak közül 39
C-fokot meghaladó láza és ugyan-
csak 4 betegnek 120/min.-ot meg-
haladó tachycardiája. A betegek
2/3-ának a leukocytaszáma nem
emelkedett 15 000 fölé.

Végezetül összefoglalják terápiás
gyakorlatukat: a bakteriologiai dia-
gnosis után kiterjesztett sebészi fel-
tárás, antibiotikus kezelés penicil-
linnel, illetve erythromycinnel.
Megállapítják, hogy a hőmérséklet,

pulsus- és fehérvérsejtszám gyak-
ran csökken, a serumkezelés
eredményei szegényesek, 7 betegből
3 meghalt. A fentiek hyperbarikus
oxigénnel való kiegészítése növeli a
túlélést.

Bárdosi Zoltán dr.

Nem parazita-eredetű lépecysták.
K. R. Sirinek, W. E. Evans (The
Ohio State University Hospital, Col-
umbus, Ohio): The American Jour-
nal of Surgery 1973, 126, 8—13.

A lép nem parazita eredetű cystá-
ja ritka megbetegedés. Gyakoribb,
mint a lép solid tumorai, de ritkáb-
ban fordul elő, mint a pancreas, a
vese és az ovarium cystája. A lép-
cysták kétharmada echinococcus-
tömlő. Az irodalom csak alig 600
nem parazitás cysta esetet ismer.
Ezek 80%-a soliter, unilocularis, és
kb. 10%-ban mutatható ki meszesé-
dés. Nagy sorozatokban a pseudo-
cysták 4-szer gyakrabban találha-
tók, mint a hámmal bélelt valódiak.
Leggyakoribb elsődleges cystafé-
leség a haemangioma, legritkább a
dermoid, melyből napjainkig mind-
össze 9 eset ismeretes. Egyéb el-
sődleges formák a congenitalis,
traumás, gyulladási és tumoros
cysták, másodlagosak lehetnek
ugyanis traumás, gyulladási,
degeneratív eredetűek.

Klinikailag észlelhető tünetet
néha nem okoznak. Ez elsősorban
az elváltozás nagyságától függ,
mert a tüneteket többnyire a lép
cysta okozta megnagyobbodás idézi
elő. A beteg teltségérzésről, puffa-
dásról, légzési nehézségről panasz-
kodik, néha a has bal felében fáj-
dalmat jelez. A kórisme alapja a
tapintási lelet. A további tisztázás
elsősorban a radiologiai diagnosztika
feladata. Egyszerű röntgenvizs-
gálati módszerekkel tisztázható a
nativ felvételen látható terime vi-
szonya a környező szervekhez, gyom-
morhoz, colonhoz, veséhez, rekesz-
hez. Ezeket a tájékozódó jellegű
vizsgálatokat a lép-scintigraphia
egészíti ki. Döntő jelentőségű az an-
giographiás vizsgálat, mely nem-
csak a terime pontos anatómiai lo-
calisatiójának meghatározását tes-
zi lehetővé, hanem következtetni
enged szöveti minőségére is. A szer-
zők számos kórképet sorolnak fel,
melyeket az elkülönítő kórisme
szempontjából figyelembe kell
venni.

A választandó terapia a splen-
ectomia. Kísérleteztek marsupiali-
satióval, enucleatióval is, ezek azon-
ban veszélyesek és értelmetlenek.

A szerzők részletesen ismertetik
16 éves nőbetegük esetét, akinek a
fenti elvek szerinti kivizsgálás után
splenectomiával távolították el a lép-
cystáját. Szövettani vizsgálattal az
epidermoidnak bizonyult. Bemutat-
ják a jellegzetes röntgenképeket és
praeparatumokat.

Pálvölgyi László dr.

A soliter pajzsmirigy göb. Brooks,
J. R. (Bent Brigham Hospital, 721,
Boston, Massachusetts 02115): The
American Journal of Surgery. 1973,
125, 477—481.

A soliter pajzsmirigy göbök ke-
zelésében meglehetősen eltérő el-
veket követnek. A terápiás módsze-
rek a pajzsmirigy teljes kiirtásától
a pajzsmirigy extractumokkal törté-
tént konzervatív kezelésig terjed-
nek. A szerző ismerteti és összeha-
sonlítja két időszakban — 1948—
1962 és 1963—1970 — között műtött
pajzsmirigy soliter „hideg” göbö-
kben talált pajzsmirigycarcinoma
gyakoróságát, szövettani típusmeg-
oszlását, az alkalmazott műtési el-
járásokat és a postoperatív túlélést.
Az első időszakban 502 „hideg”
göbben 43, (9%) míg a másod-
dik időszakban 210 „hideg” göb-
ben 39 (19%) pajzsmirigy carcino-
mát talált. A két érték közötti kü-
lönbséget a gondosabb differenciál-
diagnosztikai munkának tulajdonít-
ja. A műtési kezelés milyenségének
megválasztásában döntő szempont-
nak tekinti a pajzsmirigy daganat
szövettani típusát. Tárgyalja a
prognosis és a szövettani szerkezet
közötti összefüggést, a pajzsmirigy
carcinoma okozta halálozást és a
műtési kezelés lehetséges szövödmé-
nyeit.

Balázs György dr.

Orvosképzés

**Tudományos bázis az orvostan-
hallgatók traumatológiai képzé-
sére.** Lucas, C. E., A. Ledgerwood,
A. J. Walt. (Wayne State Univer-
sity School of Medicine and General
Hospital Detroit, Michigan): J.
Trauma, 1973, 13, 520—528.

1971-ben a trauma az USA-ban
115 000 halálesetet és 11,2 millió sú-
lyosabb sérülést okozott, az előidé-
zett kárt 29,5 milliárd dollárra be-
csülik. A trauma ellen ezért min-
den területen aktívan kell fellépni.
Egyik alapfeladat az orvosképzés-
ben jelentkeznek, ezért orvosos okta-
tási rendszert kell kifejleszteni a
traumatologia oktatására.

A képzésben az alábbi elveket
tartják fontosnak: 1. A trauma
multidisciplinális, így a polytrauma
ellátásában szükséges a team mun-
ka egy vezető irányításával; ennek
érvényesülnie kell az oktatásban
is. 2. Meg kell határozni a képzési
követelményeket. 3. Ki kell dolgoz-
ni a képzési módszereket, beleértve
az audiovizuális oktatást, a televí-
ziót és a sürgős ellátó intézmények
igénybevételét. 4. A képzés
hatékonyágának elbírálására ér-
tékelő rendszert kell kidolgozni.

A szerzők beszámolnak 3 éves kí-
sérletükről. A hallgatók a 11 hetes
sebészeti gyakorlatból 3/5-étet töl-
tötték baleseti sebészeti egységben.
Ebből 60 órát a sürgős felvételen
töltöttek egyenként egy-egy orvos
mellé beosztva. Ezenkívül későbbi
képzési idejük során még 4 hetes
gyakorlatot tölthetnek el itt,

amennyiben a traumatológiát választják.

Az elsajátítandó anyagot bizottság állította össze a hallgatók véleményét is figyelembe véve. A kísérlet folyamán a hallgatók száma 125-ről 240-re nőtt.

A gyakorlat során megvalósuló program a véletlenül is múlik, ezért a követelményeket is pontosan meghatározták, 3 csoportba sorolva: ismereti, manualis (psichomotorikus) és affektív kategóriákban. Az ismereti anyag a diagnosztikához szükséges (anamnesis-, statusfelvétel, röntgen, laboratóriumi) ismereteket tartalmazza 3 szinten. Első szinten az életmentéshez szükséges ismereteket, második szinten a későbbi károsodások megelőzését. A harmadik szint részletesebb ismereteket tartalmaz, ezt már nem minden hallgatónak kell elérni.

Valamennyi hallgató gyakorlatának megfelelő biztosításához azonban nincs elég gyakorlóterület, s az sem oszlik meg arányosan. Ezért igen fontosnak tartják megfelelő oktató filmek felhasználását. Egyéb audiovizuális eszközöket is fontosnak tartanak, emellett a klasszikus oktatásmódoknak (előadások, szemináriumok, tankönyvek) is megvan a helye. A hallgató az általa végzendő beavatkozásokkal is először filmek segítségével ismerkedik meg. A sebvarrást állatokon kezdik gyakorolni. Az érzelmi követelményeket nehéz tanítani. Egyik módszer, hogy a felvételi részleg munkáját televízióra veszik és visszajátsszák a hallgatóknak. Az oktató sebész magatartása, tanácsa is segíti a helyes magatartás kialakítását.

A szerzők végül rámutatnak, hogy a képzés költséges. Itt megemlítenek egy ellentmondást. A Nemzeti Egészségügyi Intézet évente átlagosan egy sérülte 1,5 dollárt költ a 10 millió sérült közül, míg a félmillió rákbeteg mindegyikére évente 220 dollárt. Ezt igen aránytalannak tartják, s szükségesnek látják, hogy a trauma oktatására is olyan összegeket fordítsanak, mint a rák oktatására (ez 1972-ben 7 millió dollárt tett ki). Szükségesnek tartják, hogy a nem klinikai kórházak lehetőségeit is szélesben bevonják az oktatásba.

Kazár György dr.

Az anaesthesiologia oktatása az egyetemen. Szerkesztőségi közlemény: British Medical Journal. 1973, 2, № 5871. 65.

Az anaesthesiologia egyetemi oktatásáról tartott legutóbb szemináriumot a Brit Anaesthesiológusok Szövetsége. A tanácskozáson részt vettek az egyetemen dékánjai, az egyetemi anaesthesiologiai intézetek vezetői, az orvosképzéssel és továbbképzéssel foglalkozó állami bizottságok és a medikusok képviselői.

Megállapították, hogy az oktatás szintje az egyes egyetemeken na-

gyon eltérő, ott magasabb, ahol anaesthesiologiai intézetek működnek. Bár a hivatalosan ajánlott tanrend az anaesthesiologia oktatását nem hangsúlyozza külön, a szeminárium résztvevői ezt fontosnak tartják a jövő orvosai számára. Nagyon hasznos tapasztalatokat nyújt az anaesthesiologia az élettan és a pharmacologia gyakorlati alkalmazása terén. Az eszméletlen betegek és a mérgezetten ellátása, a keringő vérvolumen helyreállítása és fenntartása, a chronikus fájdalom csillapítása, sok mással együtt, azok a legfontosabb területek, amelyeken az anaesthesiologia oktatása segítheti az egyetemi képzést. A konferencia résztvevői elmondták, hogy az anaesthesiologia népszerű a hallgatók körében, mert lehetőséget nyújt számukra a beteggel való közvetlen gyakorlati ténykedésre, és láthatják azt a karriert, amely az anaesthesiologusokra vár.

Úgy vélik, hogy az anaesthesiologiai a klinikai stúdiumok idején kell oktatni, a negyedik vagy az ötödik évben pedig hosszabb, 6 hetes—3 hónapos gyakorlatot kell tartani, ha anyagilag lehetséges, részben külföldön. Ezt a szakaszt záróvizsga követné.

Az anaesthesiologia egyetemi oktatásának kérdéseit a szeminárium nem tekinti lezártnak.

Barna Béla dr.

Az orvostudományi intézet oktatási-módszertani munkájának tapasztalata. V. A. Minjajev, Sz. Ja. Frejdlin (I. sz. Leningrádi „Pavlov” Orvostudományi Intézet): Szovjetszkoje Zdravoohranyenije. 1973, 7, 47—49.

A Leningrádi „Pavlov” Orvostudományi Intézetben (egyetemen) az oktatási-módszertani munkát a prorektor irányítja az oktatási-módszertani tanács útján. Ezenkívül még 7 módszertani bizottság is működik: a morfológiai, fiziológiai-kémiai, belgyógyászati, sebészeti, higiénikus, stomatológiai és a társadalomtudományi bizottság. E bizottságok tagjai között vannak a tanszékvezetők és a tanszék oktatási részlegeinek vezetői. Az oktatási-módszertani tanács a módszertani bizottságok elnökeiből és titkáraiból, a dékánokból és orvos-tanhallgatók, valamint a társadalmi szervezetek képviselőiből áll. A tanács havonta egyszer ülésezik.

Az oktatási-módszertani tanács és bizottságai a legtöbbet a VI. évfolyamon történő elsődleges szakosítás kérdéseivel foglalkoztak. Részletesen kidolgozták többek között a határterületi diszciplínák és az előadások metodikáját. Komoly figyelmet fordítanak az orvos-tanhallgatók gyakorlati munkájára. Ennek során abból indulnak ki, hogy a szovjet egészségügyi ellátás uralkodó formája a poliklinikai ellátás; ebben fejti ki a tevékenység-

gét az orvosok 60%-a. A poliklinikai oktatás új módszertani megoldásokat igényel. Már a III. évfolyamon oktatják a keresőképesség elbírálásához szükséges ismereteket. Ugyanakkor előtérbe nyomultak az olyan tárgyak mint a transfuziologia és a reanimatologia. Az oktatásban a párhuzamosságot igyekeznek csökkenteni; az oktatási folyamatot optimalják. Behatóan elemezték, hogyan sajátítják el és őrzik meg az orvos-tanhallgatók ismereteiket: vizsgálták, mi maradt meg a későbbi évfolyamokon a korábbi évfolyamon oktatott tárgyakból, illetve ismeretekből. Kísérleteznek a programozott oktatással, keresik a vizsgáztatás hatékonyabb módjait. Az oktatás javítását célzó munkába bevonják az orvos-tanhallgatókat, sőt ebben a tekintetben kapcsolatot tartanak a területre kikerült fiatal orvosokkal, javaslataikat messzemenően figyelembe veszik.

Varga János dr.

Szülészet—nőgyógyászat

Szívbeteg terhesek ellátása. Mikhailova, N. P., Rybkina, N. F. (Gorkij Orvostudományi Intézet, Szülészet—Nőgyógyászati Tanszék): Akusersztvo i gynecologia. 1973. № 4. 52—54.

A szerzők évtizedes tapasztalataikat összegzik. A szívbeteg terhesgondozásának három fő területét jelölik meg: 1. konzultációs központok, 2. specializált belgyógyászati és szülészeti osztályok, 3. speciális kádereképzés. Ilyen bázisra lehet építeni: dönteni lehet a terheség kockázatmentes megtartásáról, a szükséges kezeléssel, figyelembe véve a betegség jellegzetességeit és a szervezet adaptációs lehetőségeit.

Minden szív- és érbántalomban szenvedő gravida legalább 4 ciklus gyógyításban részesül a reumás folyamat fellebbbanásának megelőzésére. A kezelés ideje szigorúan individuális, a betegségtől függ. Az első hospitalizáció a terhesség 12. hete előtt történik, abból a célból, hogy eldöntsék vállalható-e a gyermek. Ilyenkor a reumás folyamat, ill. a vitium jellegét és a keringési zavar fokát határozzák meg. A 16—20. hét között történik az első antireuma profilaktikus kezelése. A harmadszori kórházi tartózkodás alatt, amit a szerzők a 28—32. hét között javasolnak, a fő figyelmet a keringés állapotára kell fordítani, hiszen ekkor a legnagyobb a megterhelés, s a legtöbb a dekompenzáció. Az utolsó — negyedik — hospitalizáció három héttel a szülési terminus előtt történik. Ilyenkor adják meg a második antireuma profilaktikus kezelést és készítik elő gyógyszeresen a szülést. A terhesség első felében a profilírozott és profilaktikus gyógyítás belgyógyászati, aztán sebészeti osztályon történik.

Megelőző kezelésként bicillin-3-at

(600 ezer IE) adnak hetente, napi 2 g aspirin 4 heti adása mellett, C- és B-vitamin csoporttal együtt. Ez a terapia jó a septikus fertőzések ellen is, különösen a szülés után kialakult infekcióknál. A szív munkáját cocarboxilase, szívglikozidák, C- és B-vitamin adásával támogatják. Ha acidosist észleltek, akkor lúgos oldatot rendeltek.

A congenitalis vitium korrekcióját az első kórházi kezelés idején tárgyalják meg szívsebészekkel. A szülésvezetést szülész-szívsebész-belgyógyász együttes konzultációja határozza meg. A profilaktikus és gyógyító munkát is közösen beszélnek meg. A szülés folyamán dús oxigenizálást, glikozidák adását javasolják. A konzultációkon — (terhesgondozás) — fizio-psycho-profilaktikusan készítik elő a szülést.

A szerzők a szülés per vias naturales vezetését javasolják, ha keringési elégtelenség nem járul az aktív reumafolyamathoz. Sectio caesareát csak társult szülészeti patológia esetén végeznek.

Vajda Róbert dr.

„Praemenstrualis syndroma” és annak gyógyítása. Kuznyecova, M. N. (Moszkva): Akusersztvo i gynecologia 1973, № 5. 55—59.

A praemenstrualis syndroma (p. s.) — vagy másképpen praemenstrualis feszültség — pathologikus tünetegyüttes, neuro-pszichikai, vegetatív-keringési, endocrin és anyagcsere károsodás. Általában 2—10 nappal a menses előtt jelentkezik, s megszűnik a vérzés kezdetével.

A szerzők vizsgálata szerint a városi, különösen az értelmiségi réteg-nél gyakoribb, feltételezésük szerint valamilyen lappangó betegség váltja ki. E syndromában „csak” a reproduktív korban levő nők szenvednek 26-tól 45 éves korig, általában psychogen megerhelés után; szülést, abortust, fertőző betegségek gyógyulását követően. A betegek érzékenyek, agresszívek, vagy éppen depressziósok. Fejfájásra, szédülésre, hányingerre panaszkodnak. Az emlékek fájdalmasak, megduzzadnak, viszketőség, „szív-fájdalom”, hőemelkedés, emlékezetkiesés zaklatja őket. A látás rosszabbodhat. Félelemérzet, követeledző magatartás is jelentkezik. Igen nagy esetszámban mértek labilis tensiót (54%). A „szív-fájdalmat” stenocardias rohammal lehetne összetéveszteni, de az adott spasmodicumok csak rövid hatásúak, az EKG pedig a kamrai komponens kiszélesedett, magas hullámát mutatja.

A T-hullám, ill. az ST megváltozása hypernatraemiát takar, a kálium szint csökken. Az endocrin anyagcserezavarok közül a végtagok és a szemhéj oedemáját, mell-duzzadást, 600-tól 2500 g-ig terjedő praemenstrualis súlynövekedést (amely a menses 3—5. napjára ismét eredeti szintre áll) emeli ki a

szerző. A syndroma általában fokozatosan alakul ki. Számos betegen sympathico-adrenalis krízis lép fel.

A szerző a panaszok menstruációs ciklusát tanulmányozva normális ovulatiót 17,5%-ban, 40,7%-ban hypoluteinizmust, anovulatiós ciklust pedig 27,2%-ban regisztrált. Lefolyása alapján chronikus, recidiváló betegségnek tartja. 3 fokozatát különbözteti meg: kompenzatorikus, subkompensált és dekompenzált: 1. nem súlyosbodik, jó közérzet; 2. fokozatos súlyosbodás; 3. a menses alatt és után is visszamaradnak egyes tünetek.

Okai között a progesteron hiányát említi, amely hypernatraemiát okoz, így sok folyadék marad vissza a szervezetben, magas az aldosteron szint — ami szintén víz retentiót okoz, felbomlik a só-víz háztartás. Lehetségesek az allergiás tünetek — előrement genitális infekció-szenzibilizáció miatt. Mivel a sympathikus idegrendszer ingerküszöbe alacsony, a vegetatív idegrendszer túlingerlése is összetevő lehet. Döntőek — a szerző szerint — a hypothalamusban lejátszódó folyamatok, mivel a különböző stressz reakciók főleg ezt a területet érintik. Ezt különböző vizsgálatok alátámasztják.

Gyógyítás: psychoterápia, neurolepticumok; hypothiazid típusú víz-hajtók, sószegény diéta rendelése, 8 nappal a menses előtt progesteron adása, A+E vitamin; antiallergiás, antioestrogen és közvetlen hatás a hypothalamo-hypophysis rendszerre. Az allergia antihistaminok adásával gyűrhető le. Fontos a szervezete adaptációs készségének a fokozása.

Vajda Róbert dr.

Perinatalis kérdések

A hirtelen elhalt csecsemők szülészeti és perinatalis eseményei. C. D. Protestos és mtsai (Department of Pathology, Children's Hospital, Sheffield): Archives of Disease in Childhood, 1973, 48, 835—841.

Számos klinikai kutatómunka foglalkozik a világirodalomban a hirtelen csecsemő-halál környezeti és epidemiológiai hátterével: egy közös adat mindben megtalálható, az, hogy a 3. hónapos életkor körül jelentékeny halmozódás jelentkezik, a rossz szociális helyzet pedig kifejezetten domináló a családban. Ezeket túlmenően azonban számos tisztázatlan kérdéssel kell még ma is számolnunk; különösen hiányzik a megbízható perinatalis előzmény.

135 váratlanul elhalt csecsemő adatait elemzik említették figyelembevételével, akiket kivétel nélkül csecsemő pathológiában nagy jártasságú prosector boncolt. A leletek alapján 5 csoportba sorolnak: a) hosszantartó betegség hirtelen halál előtt (szív fejlődési rendellenesség, hydrocephalus, Down-kór), b) jól ismert klinikai okok, súlyos akut betegség (mellékvese elégtel-

lenség, meningitis, bronchiolitis), c) enyhébb de még felismerhető betegség (tracheitis, kisebb pneumoniás góc), d) körülhatárolt betegség nincs, de a szöveti lelet általános biológiai zavar képét igazolja (thymus reakció, borda növekedési rendellenesség), e) nincs semmi kóros a szervezetben.

A boncolt csecsemők közül 11,9% tartozott az említett első, 18,5% a második, 37,0% a harmadik és 32,6% a negyedik-ötödik csoportba. A harmadik, c) csoport tagjain a kórboncnok végeredményben olyan minimális klinikai elváltozást talált, hogy azzal a halál bekövetkeztét alig lehet magyarázni, a negyedik-ötödik, d) és e) csoport tagjain pedig még ennyit sem lehetett kimutatni. A már több oldalról tárgyalt és ismert „hirtelen, váratlan, megmagyarázhatatlan” halálesetek alkalmasint az utóbbi csoportba sorolhatók.

Az ugyanazon kórházban, ugyanakkor született és életben maradt eutrophiások adatait összehasonlították az elhaltakéval. Feltűnő volt, hogy igen sok korelőzményi adatban megegyezés volt: így például nem mutatkozott éles különbség a megelőző anyai vetélések számában, de a leányanyák sem szerepeltek gyakrabban.

Egyértelműen igazolható volt életben az, hogy — az elhaltak csoportjában — az anyák életkora szignifikánsan fiatalabb, mint a kontrollokéban, ugyanakkor, amikor a gyermekek száma jelentősen magasabb. Ennek a két tényezőnek — úgy látszik — fontossága van, mert megelőzően mások vizsgálataiban is hangot kapott már.

Az elhaltak között általában magasabb a családon belüli gyermekmortalitás, ez azonban valószínűleg a nagyobb gyermek létszámmal, illetve a több szüléssel magyarázható. Továbbá, az intézeti szülés — primigraviditás miatt — lényegesen kevesebbszer fordult elő, mint a kontroll-csoportban, noha a szociális helyzet és a megelőző terhességi rendellenesség ezt jóval gyakrabban indokolta volna. Az elhaltak — ezeken kívül — szignifikánsan éretlenebbek voltak, mint a kontrollok. Különösen élesen jelentkezett ez a születési súlyban, de kisebb volt a testhossz és a mellkőfogat is. A mellről szoptatás a kontrollok között lényegesen gyakoribb volt, ezt mások is megfigyelték már. A dyspnoe és más általános zavar — a megszületést követően — gyakrabban jelentkezett, mint a kontrollok között (irritabilitás, csökkent étvágy, inspiratorikus nyögés, stb.). Egyik sem specifikus tényező ugyan, de a koraszülöttséggel párosulva jelentőségük hatványozódik.

Végeredményben megállapítható, hogy igen sok perinatalis előzményben mutatható ki különbözőségeket a hirtelen elhaltak és az egészséges kontroll csecsemők között — szerzők például 19 adatban találtak szignifikáns eltérést — a leglény-

gesebb azonban valószínűleg mégis az — amire szerzők elsőként hívták fel a figyelmet —, hogy ezek az anyák elmulasztják kellő időben olyan klinikai osztályra vinni gyermeküket, ahol az a megfelelő kezelést és ellenőrzést időben megkaphatta volna.

Kiss Szabó Antal dr.

A transpulmonalis nyomás emelése Respirációs Distress Szindrómában. Lancet — Szerkesztőségi közlemény 1973, 2, No. 7823. 244.

Az idiopathikus respirációs distressz szindróma (R. D. S.) pathogenesisének központjában a pulmonalis surfactant csökkenés áll, amely az alveolaris felületi feszültség emelkedéséhez vezet, ez az alveolusok atelectasiáját okozza a kilégzés végére, amikor a transpulmonalis nyomás (a légutakban lévő és a pleuralis nyomás közötti különbség) alacsony.

Már régóta ismert az RDS-ben szenvedő újszülöttek jellegzetes nyögő légzése (grunt), a részben zárt glottissal szembeni megnyújtott kilégzés. A kilégzés alatti transpulmonalis nyomás emelésével a grunt valószínűleg javítja a ventilációt és ebből adódólag a nyögést úgy kell tekinteni, mint egy védekező formáját a légzésnek. Ezen fontos megfigyelésen alapszik Gregory és mtsainak terápiás javaslatát a transpulmonalis nyomás emelésére súlyos RDS-ben.

A normális atmoszférás nyomás fölé emelhető a légúti nyomás zárt fejkamra vagy zsák segítségével, megfelelően szoros arcmaszkkal, orrkanüllel vagy endotrachealis tubussal. Ez a módszer úgy ismert, mint folyamatos pozitív nyomású lélegeztetés (continuous positive airway pressure), C. P. A. P. A másik alternatíva a folyamatos negatív külső nyomás, C. N. P. (continuous negative external pressure), amely alkalmazható az újszülött egész testére a nyak alatt. A kilégzés végi nyomás emelése művi ventilációnál is alkalmazható, amikor is pozitív végnomásos lélegeztetésről beszélünk (P. E. E. P. = positive endexpiratory pressure). Vagy a respirátorral hozzuk létre a pozitív nyomást a légutakban a kilégzés végére, vagy kombináltan alkalmazzuk a CNP-t a pozitív nyomású respirátorral.

A különböző technikák eltérések ellenére valamennyi vizsgáló mind a mai napig megegyezik abban, hogy a transpulmonalis nyomás emelése lényegesen javítja az artériás oxigén-tensió ($P_a O_2$) értékét, segítségével csökkenthető a tüdőtoxicitás veszélyével járó magas oxigénkoncentráció, sőt egyes megoldásokkal az endotrachealis tubus és a respirátor alkalmazása is elkerülhető.

A CNP hívei azt állítják, hogy módszerük előnye a légutak és a felső tápcsatorna hozzáférhetőségének biztosítása. A CPAP előnye

az, hogy ugyanazon készülék használható a megkívánt környező oxigénkoncentráció szállítására és adaptálva intermittáló pozitív nyomású ventilációra, PEEP-re.

Nincs technikai beavatkozás veszély nélkül. A transpulmonalis nyomás túl magasra emelése ronthatja a tüdőperfúziót, csökkentheti a vénás visszafolyást és elősegítheti pneumothorax létrejöttét.

Számos szerző a CPAP/CNP (10–12 cm H_2O nyomás) alkalmazásával a 12–24. életóraig vár, vagy még későbbi időpontig, amikor az újszülött hypoxaemiás 60, ill. 100% oxigénben. Sokkal logikusabbnak tűnik a súlyos RDS eseteket korán identifikálni, és ellensúlyozni a progressív atelectasiát, mielőtt a klinikai állapot súlyos romlása bekövetkezne az agykamrai vérzés veszélyével. Bristol megfigyelők azt állítják, hogy ez lehetséges. Azon újszülötteknél, akiknek súlyos klinikai és radiológiai tünetekkel járó RDS-ük van, valamint ha a 4–6 órás életkorban 45 Hgmm alatti $P_a O_2$ -t észleltek 40–80%-os oxigénben, alkalmazzák a CPAP-t Gregory box módszerével. A nyomást ritkán kellett 5–6 Hgmm fölé emelni.

Az RDS mortalitása a korábbi 33% -ról 20%-ra, majd 4,5%-ra csökkent.

Pénzes Pál dr.

A phototerapia hatása hyperbilirubinaemiás újszülöttek duodenum-nevdegen nem-conjugált bilirubin tartalmára. H. T. Lund és mtsai (Copenhagen County Hospital, Dept. of Pediatrics): Acta Paediat. Scand. 1972, 61, 693–696.

Hét 2000 g-nál kisebb születési súlyú és 10 mg%-ot meghaladó s.e.-bl.-szintű újszülöttnél 24 órás fénykezelés előtt és után meghatározták a szondán át nyert duodenum-nevdu szarazanyag valamint nem-conjugált bilirubin és phospholipid tartalmát. Az eredményeket 5 kontroll újszülöttnél kapott értékkel hasonlították össze. A phototerapia előtt sárga színű duodenum-nevdu a fénykezelés után barnás-fekete színűvé vált.

A conjugálatlan bilirubin tartalom átlagosan kétszeresére emelkedett (a kezelés előtti átlagérték 25 $\mu\text{mol/l}$, kezelés után 47 $\mu\text{mol/l}$). Fénykezelésben nem részesült csecsemőkben a bilirubin koncentráció változatlan maradt. A fénykezelés nem befolyásolta a duodenalis epe szarazanyag és phospholipid tartalmát. Hasonló elváltozásokat figyeltek meg a fénykezelés hatására Gunn-patkányokon is. A feltűnő színváltozást a conjugálatlan bilirubin mennyiségének növekedésével nem lehet magyarázni, azt nyilvánvalóan a fénykezelés során képződő fotooxydatív termékek idézik elő.

Török János dr.

Megfigyelések a burokrepedés idejéről és a respiratory distress syn-

droma kifejlődéséről. Jing Ja Joon, R. G. Harper (Downstate Medical Center, Brooklyn, N. Y.): Pediatrics, 1973, 52, 161.

A szerzők 1971-ben 211 újszülött adatait elemezték, akik 1001–2165 g súlyúak voltak és gestációs idejük 38 hétnél kevesebb volt. 138 koraszülött esetében a burok 12 órával a szülés előtt repedt meg. 25 esetben 12–24 óra között, viszont 48 koraszülött esetében a burok több mint 24 órával a szülés előtt repedt meg. Idiopathikus RDS 34 esetben fordult elő az első csoportban (24,6%); a második csoportban 12 esetben (16%), míg a harmadik csoportban 6 esetben (12,5%). Ezen adatok szerint a RDS előfordulása szignifikánsan (kb. 50%-kal) alacsonyabb az olyan szülésekből származó koraszülöttekben, ahol a burok több mint 24 órával a szülés előtt repedt meg. A megfigyelésre a szerzők nem adnak elfogadható magyarázatot.

(Ref.: Ezenkívül éppen így nincs magyarázat arra sem, hogy miért fordul elő ritkábban a RDS a terhesség végén adott corticosteroidok esetében heroinista anyáknál, vagy szülés előtti bakteriális fertőzések esetében. Minden esetre gyűlnek az adatok, melyek végül is a RDS prophylaxisához vezethetnek).

Korányi György dr.

IgM a perinatalis fertőzésekben. G. Weippl, M. Pantlitschko (Universitäts-Kinderklinik Wien): Medizinische Welt 1974, 25, 329–330.

Az IgM felnőttekben kb. 150 mg/100 ml koncentrációban van, a serumban 50–190 mg/100 ml között található. Nagyon magas molekulárisúlya miatt (1 millió és polimer) a placentán nem tud átmenni, ezért az újszülöttnél nagyon alacsony koncentrációban található és ez az újszülöttnél, vagy a foetusnál a sajátja. Az első napokban és hetekben az IgM koncentráció állandóan emelkedik, a 4. hónapban eléri a felnőtt érték 50%-át. Fertőzéskor hirtelen emelkedés észlelhető, mely alapján egyes szerzők szerint perinatalis infectio fennállására lehet belőle következtetni.

A szerzők 330 klinikailag egészséges újszülöttet vizsgáltak meg, akik 37–40 gestációs héten belül születtek, születési súlyuk 2800–4000 g között volt. A gyerekek köldökzsinórvérében az IgM-t radial-immundiffúzió (Mancini) módszerrel, 2 standard serummal párhuzamban vizsgáltak (40 mg/100 ml). A második sorozatban perinatalis infectióra gyanus újszülötteket (7), valamint olyanokat néztek, akik több, mint 24 órás burokrepedés után születtek (11). Az egészséges újszülöttekben a közepérték 14,5 mg/100 ml volt, a tizenegy korai burokrepedés közül háromnál már a köldökzsinórvérben is magas értéket találtak: 35, 45–50 mg/100 ml-t. Kontrollként az 5–6. napon végeztek IgM vizsgálatot és az

ÖSSZETÉTEL:

Trimethoprimum 0,08 g
sulfadimidinum 0,40 g tablettánként.

HATÁS:

A trimethoprim a kórokozókra úgy fejt ki hatását, hogy ferment blokádján révén gátolja a folsav synthesist. A sulfadimidin (Superseptyl) a para-amino-benzoosav beépülését gátolja.

A kialakuló kettős ferment-blokkad útján ható kombináció a Gram-negatív és Gram-pozitív baktériumok jelentős részének növekedését egyaránt gátolja.

A POTESEPT-tel szemben resistencia fokozódás nem tapasztalható.

Az epében nagy koncentráció alakul ki, a vizelettel nagyrészt aktív formában ürül.

JAVALLAT:

Húgyúti infekciók (acut és chronikus pyelonephritis, cystitis, chronikus pyuriák).

Légúti infekciók (tonsillitisek, bronchitis chr., pneumonia).

Typhus abdominalis, Shigella infekciók.

Salmonellosis gastroenteritica.

Typhusbaktérium-gazdaság.

Reconvalescentiában Salmonella- és Shigella ürítés.

Brucellosis, gonorrhoea.

ELLENJAVALLAT:

Máj- és veseelégtelenség, vérdyscrasia, sulfonamid-túlérzékenység, terhesség.

Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS:

Heveny fertőzésekben legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig.

ÁLTALÁNOS ADAGOLÁSI TÁJÉKOZTATÓ FELNŐTTEKNEK:

Terápiás adag 2x2 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

Fenntartó adag 2x1 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

Maximális adag 2x3 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

GYERMEKEKNEK:

2-6 éves korban 2x1/4-1/2 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

6-12 éves korban 2x1/2-1 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó. Akut infekció esetén a fenti gyermekadagok rövid ideig (5-6 napig) tartó kezelés során napi 6 mg trimethoprim+30 mg sulfadimidin testsúly kg-onkénti adagig növelhetők, napi 2 egyenlő részre osztva.

MELLÉKHATÁSOK:

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, gyógyszerexanthema.

Ritkán, múló jellegű vérképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszint csökkenés).

A mellékhatások főként tartós (3-8 hetes) kezeléskor észlelhetők; a szer elhagyása-
kor, ill. folsav adására gyorsan rendeződnek.

Vérkép ellenőrizendő (thrombocytaszám is!).

FIGYELMEZTETÉS:

A kezelés alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről kell gondoskodni.

Exanthema keletkezésekor a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

MEGJEGYZÉS: ++

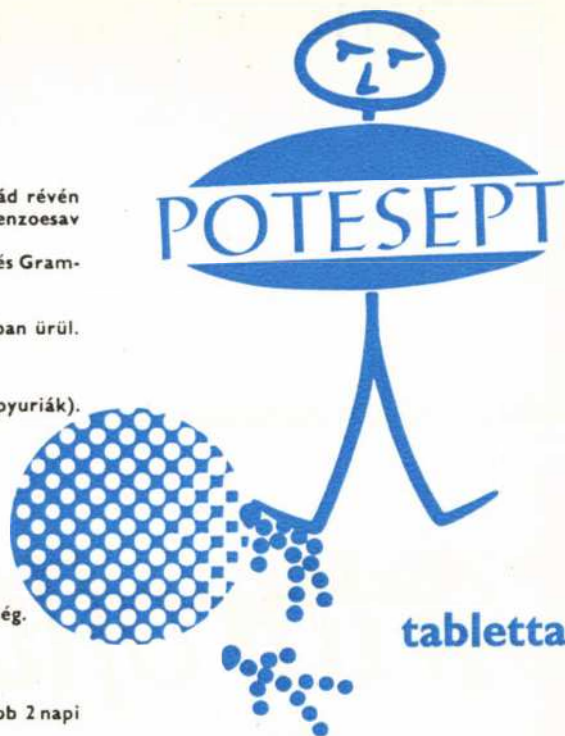
RENDELHETŐSÉG:

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más - szabadon rendelhető - chemotherapeuticum megfelelően nem biztosítaná.

A vényt két példányban („Másolat”-tal) kell kiállítani.

CSOMAGOLÁS:

20 tableta - 61,50 Ft



potenciált hatású
sulfonamid

ALKALOIDA

Antirheumaticum ext.



Arthrofluor KENŐCS

ÖSSZETÉTEL

1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alapanyagban.

JAVALLATOK

Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek – gyulladásos ízületi kórformák, posttraumás arthritisek –, valamint myalgiák esetében therapiás kiegészítésként.

ADAGOLÁS

Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (ízület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni.

A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS

Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS

†† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS

1 tubus (25 g) 6,70 Ft.

BIOGAL

emelkedést mutatott. Három újszülött anyjának régebbi, a terhesség alatt is kezelt luesse volt. A csoportban két gyermeknél sem a köldökzsinórvérben talált IgM koncentráció, sem az első hetek vége felé kapott érték nem adott gyanút intrauterin fertőzésre. Három gyermekben a köldökzsinórban észlelt normális érték ellenére hirtelen megemelkedett az IgM. Egy perinatális dystrophia, icterusos, agyi görcsös gyereknél, akinél serologailag igazolták a cytomegalia, az IgM szinten gyors emelkedést mutatott, és a 4. héten elérte a 178 mg/100 ml értéket.

1965-ben McCracken és Shinefield írtak le először immunoglobulin emelkedést congen. cytomegalia újszülöttnél, majd 1967-ben Alford és mtsai jegyezték fel, hogy perinatális fertőzés az újszülöttnél IgM emelkedéssel jár. 1971-ben Crousaz—Baillod 1010 egymást követő vizsgálat alapján elsőként írta le határozottan, hogy IgM emelkedés perinatális fertőzéssel és anélkül is megtalálható, és perinatális fertőzés — így lues, toxoplasmosis, cytomegalia, listeriosis — is megfigyelhető IgM emelkedés nélkül. Mivel a normál értékek meglehetősen ingadoznak, ez korlátozza a szűrővizsgálat jelentőségét, ezért újabb vizsgálatokra is szükség van. A normális határértékek meghatározásánál Crousaz—Baillod alkalmazta először a kétszeres logaritmus ábrázolást, így elérte, hogy 1—3 SD-val dolgozva lineáris ábrázolást kapta az értékeknek. Az összesített ábrák szintén grafikonon, $0,5-2,0 \pm$ határértékkel dolgozott.

Az IgM koncentráció tehát a köldökzsinórvérben nagyon alacsony. 330 egészséges újszülöttnél a határérték 14,5 mg/100 ml volt. Ez az érték nem oszlott meg egyenletesen; a felső határ megállapítása különös gondosságot követel meg. A perinatális fertőzések általában észlelt IgM emelkedés jó segítséget látszik a perinatális fertőzés kérdésének az eldöntésében.

Burom Éva dr.

Hong Kong-i influenza előfordulása újszülött osztályon. Ch. R. Bauer és mtsai (Dept. Newborn Medicine, Montreal Children's Hosp.): JAMA, 1973, 223, 1233—1235.

A vírusfertőzések gyakorisága nagyobb újszülötteken, mint az idősebb populációban. Specifikus vírus-izolálás azonban csak az esetek igen kis részében történik. Újszülöttkori légúti fertőzésekben eddig adenovírus 22-t, parainfluenzát, adenovírusokat, RS (respiratory syncytial) vírust és coxsackie vírusokat sikerült kimutatni.

A Montreali Gyermekkorház Újszülött Intenzív Osztályán egyidőben három csecsemőn észlelték rapidan kifejlődő felsőlégúti hurutot. Mindhárom gyermeknek súlyos

alaptergésége volt (congenitalis vitium, illetve 1500 g-os koraszülöttség és respiratory distress, illetve nasopharyngealis haemangiopericytoma). A betegek közül kettőnek a garat és nasopharynx váladékából rhesus majom veseszövet kultúrán influenza A (Hong Kong) 1/68 (H3N2) vírust sikerült izolálni. A betegség minden esetben jóindulatúan zajlott le.

A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy az akut vagy krónikus betegség miatt hospitalizált újszülöttek fokozottabban vannak kitéve fertőzéseknek, mint a normál populáció.

Goldschmidt Béla dr.

Graft-versus-host reakció az újszülöttkori haemolytikus betegség miatt alkalmazott intrauterin és csere-transzfúzió után. Parkman, R. és mtsai (Children's Hospital Medical Center, Boston, Mass. 02115): The New England Journal of Medicine 1974, 290, 359—363.

A szerzők két csecsemő halálát graft-versus-host reakcióját írták le. Az immunológiai szempontból normál csecsemőkön Rh-incompatibilitás miatti haemolytikus betegség javallata alapján ismételt intrauterin- és csere-transzfúziós kezelést alkalmaztak. A reakció diagnózisát a klinikai és kórcsontani kép alapján állapították meg.

Kariotipus analízissel kimutatható volt, hogy a reakciót okozó lymphocyták forrása az egyik csere-transzfúziós donor.

Felmerül a gyanú, hogy normál immunrendszer mellett, vírus betegség kizárása után a két csecsemő csupán passzív szenvedője volt a reakciónak, és a fatális betegség tulajdonképpen két donor lymphocytá-populációja között játszódott le. A másik lehetőség, hogy a reakciót kiváltó donor pontosan olyan fenotípusú volt mint az egyik előtte adó.

Megoldásként kínálkozik, hogy olyan csere-transzfúziós vért adjunk, melyből hiányoznak az életképes lymphocyták.

Csapó Ágnes dr.

A fogamzás előtt és után alkalmazott oestrogenek és progestogének hatása az újszülöttkori sárgaságra. McConnel és mtsai (Nuffield Dept. of Child Health, Queen's Univ. Inst. of Clinical Sciences, Grosvenor Rd. Belfast, BT12 6BJ): Brit. med. J. 1973, 3, № 5881, 605.

Több prae- és postnatalis tényezőt vizsgáltak eddig, amelyeknek hatása lehet az újszülöttkori physiologiás sárgaságra. Feltételezik, hogy bizonyos praconceptikus hatások megváltoztatják az újszülött bilirubin-metabolizáló képességét, így a szoptatás és a fogamzásgátlók icterogen effektussal rendelkeznek. Feltételezhető, hogy ez a két faktor különböző támadáspontú és az amúgy is korlátozott mértékű bi-

lirubin-metabolizmus gátlásában kompetitív vesznek részt.

A szerzők a steroid hatását két formában vizsgálták: anticoncipiens, valamint a terhesség alatt adott progestogének alkalmazása után. 182 érett újszülött vizsgálata során azt találták, hogy azokban, akiket születésüktől kezdve mesterségesen tápláltak, és az anya a terhességet megelőzően anticoncipienst szedett, az átlagos se.-bi. koncentráció enyhe, de szignifikáns emelkedést mutat. Ugyanez nem mutatható ki az anyatejrel táplált újszülöttekben. További 16 csecsemő esetében, ahol az anyák a terhesség során progestogen terápiában részesültek, a se.-bi. értékek ugyancsak magasabbak voltak.

Kísérletek bizonyítják, hogy a steroid hormonok újszülöttnél fokozzák a physiologiás icterust. Az oestriol a májban kompetitív gátlja a bilirubin conjugációját, születéskor pedig a vérben és a szövetekben az oestrogen és bizonyos progestogének koncentrációja megnő. Egyes tanulmányok szerint anyatejrel táplált újszülöttek között magasabb az icterus előfordulási aránya, ha az anya a terhesség előtt anticonceptívumot szedett.

A szerzők a fenti gyógyszerek serum-bilirubin szintre gyakorolt hatását egy hetes egészséges újszülötteken vizsgálták, 5 hónapos periódusban. Ez idő alatt az anyák 80%-a szoptatta csecsemőjét. A se.-bi. szintet a 3. és 5. napon ellenőrizték (koraszülötteleket, vércsoport inkompatibilis terhességből származó, vagy egyéb faktorok miatt — diabetes, toxemia — veszélyeztetetteket a vizsgálatból kizárták).

Azokban az újszülöttekben, akiknek anyja a terhesség alatt progestogen kúrában részesült, hyperbilirubinaemia alakult ki. A 3. napon észlelt se.-bi. érték magasabb volt az 5. napon mértnél. A csökkenés a mesterségesen tápláltakon 32%-os, míg a szoptatottakban 3%. A mesterségesen tápláltakban az átlagérték mindkét napon alacsonyabb volt.

Ha az anya fogamzásgátlót nem szedett, a természetesen táplált újszülöttek se.-bi. értéke magasabb volt, mint a mesterségesen tápláltaké, ellentétben avval, amikor az anya anticoncipienst szedett: itt a mesterségesen tápláltak se.-bi. szintje volt magasabb.

Annak a 16 újszülöttnél, akik intrauterin progestogen adásban „részesültek” átlagos se.-bilirubin szintje 9,1 mg% volt a 3. napon, ami az 5. napra csökkent. Nem találtak összefüggést az anya kora, a szülések száma, a szülés lefolyása és a bilirubin-koncentráció között. Mindössze azt tudták megállapítani, hogy amikor a contraceptívum elhagyása után 1 hónapon belül jött létre a fogamzás, a 3. napon észlelt se.-bi. érték magasabb volt (7,6 mg%), mint a többi újszülöttnél (5,8 mg%). Sokkal lényegesebb azonban az a megfigyelés, hogy a fenyegető abortus miatt az első tri-

menonban alkalmazott progesteron vegyületek a foetus szöveteiben elraktározódnak. Ily módon ezek a gátló hatással rendelkező steroid inhibitorok az egyébként is elégtelen glucuronyl-transferase rendszer további bénításával az icterus fokozódását idézik elő.

Erős Katalin dr.

Perinatalis szövödmények asztmás gyermekek anamnesisében. L. Salk és mtsai (Cornell University Medical College, New York) Am. J. Dis. Child. 1974, 127, 30—33.

Egy nagy New York-i általános kórház szülészeti osztályán született 30 asztmás gyermek (életkoruk 3—14 év) perinatalis adatait retrospective összehasonlították ugyanazon osztályon ugyanaznap született 2—2 egészséges, azonos nemű gyermek perinatalis szövödményeivel. Kiderült, hogy mind a terhesség, mind a vajúdás-szülés, valamint az újszülöttség időszakában is lényegesen több volt a szövödmény azok között, akik később asztmában betegedtek meg: míg az asztmás beteg anamnesisében forkontroll csoportnak mindössze 1,7 százaléka. A szövödmények fajtáiról nem történik számszerű említés, mindössze a „respiratory distress”-ről olvashatjuk, hogy öt asztmás beteg anamnesisében fordult elő a kontroll csoportok összesen egyetlen esetével szemben. A perinatalis szövödmények között egyébként az újszülöttkori haemolytikus betegségtől a koraszülésen és túlhordáson keresztül a végtag fejlődési rendellenességig számos elváltozás szerepel. Felvetődik annak a lehetőség, hogy az újszülöttet ért fizikai vagy pszichológiai behatás „nem specifikus emlékkép”-ként raktározódik; majd adandó stress hatására később a gyermeket jellemző módon vált ki különböző reakciókat, így a megfigyelt esetekben asztmás rohamokat. Ebben az elméletben Selye és Freud tanításai a dolgozatban egyaránt helyet nyertek.

Vadász György dr.

A foetalis alkohol syndroma felismerése a korai csecsemőkorbán. K. L. Jones, D. W. Smith (Washingtoni Orvosi Egyetem Gyermekgyógyászati Osztályának Dysmorphologiai Részlege, Seattle, Washington 98 195): Lancet, 1973, II, 999—1001.

A terhes anya alkoholizmusának magzatot károsító hatása már a görög és római mythológiában is ismert volt. Kísérleti állatokon ugyancsak könnyen demonstrálható az alkohol foetalis dysmorphogenesis okozó következménye. Évtizedek óta ismeretes az alkoholista nők gyakoribb abortus- és koraszülési aránya.

A szerzők az irodalomban felkutatott nyolc eset, valamint saját három *élveszületett* indián újszülött-

jük megfigyelése alapján állítják össze a foetalis károsodások tünetegyüttesét. A korán észlelhető tünetek: mikrophthalmus, hirsutismus, congenitalis vitium, farsztorok, különböző csont- és ízületi elváltozások. Feltűnő az alacsony születési súly és a lassú gyarapodási hajlam — még inkább a hossznevekedés elmaradása. Súlyos nehézségeket tapasztaltak az újszülöttek respiratorikus adaptációjában, egyikükön pedig a biokémiai adaptációkban is súlyos zavarok (hypoglycaemia, hypocalcaemia, hyperbilirubinaemia) támadtak. Egyik elvesztett betegük az első boncolásra került csecsemő ezzel a syndromával.

A sectio során mind a neuralis, mind a gliális elemek súlyos elváltozását észlelték. Hiányzott a corpus callosum, a kéregállomány egészében tökéletlenül fejlett volt (agyria) és hatalmas oldalkamrák voltak láthatók. Feltehetően ezek a morfológiai elváltozások okozzák a csecsemőkön nemcsak az idegrendszeri tüneteket (mikrokephalia, mentalis retardatio, motoros dysfunctio stb.), hanem a mozgási készség csökkenése következményeként egyes ízületi elváltozásokat is.

Felmerül a kérdés, hogy milyen módon okozza az alkohol az elváltozásokat? Kézenfekvő másodlagos táplálkozási ártalomra gondolni. Az egyik anyán szülés idején nagyfokú vashiányos anaemiát mutattak ki. Hasonló vashiányos állapotban azonban számos *nem alkoholista* anya figyelhető meg anélkül, hogy magzati károsodást szenvedett újszülöttet hozna a világra.

Vadász György dr.

Biológia

Biológiai orvosi kísérletek az emberlaktá úrállomáson. Biomed. Engineering, 1973, 8, 342.

A Skylab-on tervezett 89 kísérlet közül 19 biológiai jellegű. A *sóháztartást* a bevitel pontos ismerete mellett mindenfajta excretum gyűjtése és fagyasztása, illetve szállítására szerepel, majd a Földön történő analízissel vizsgálják. A *vizeletben* osmolalitás, Ca, Na, K, N₂, ADH, aldosteron, adrenalin, noradrenalin, oxisteroidok, ketosteroid frakciók meghatározása történik meg. A vérből renin aktivitás, osmolalitás, extracelluláris folyadék-volumen, parathyreoidea hormon és thyreocalcitonin, ACTH, oxocorticoid, teljes testvíz, K, Na, P, Ca, Mg, foszfát, fehérje, ELFO, hidroxiprolin, kreatinin, glukóz meghatározást végeznek. Detektálják a csont gamma sugárzását. A keringésre vonatkozóan az alsó test negatív nyomás alá helyezését hatását vizsgálják ismételt, emellett a Frank elvezetésekkel VEKG-t vizsgálnak. Az alvást EEG és electrooculogram tárolt felvételén ellen-

őrzik, eközben a fej mozgását akcelerométerrel regisztrálják. Kromoszóma vizsgálat, a vörösvértest élettartam mérése izotóp vassal, glicin beépülés vizsgálata, a plazmavolumen mérése és kerékpár ergometria is szerepel a vizsgálatok listáján.

Apor Péter dr.

A sarcoplazmatikus reticulum calcium transport rendszerének neurális kontrollja patkányon. Margeth, A., etc. (Univ. Padova): Nature 1973, 241, 285.

Ha a lassú izmot gyors ideggel látják el, akkor az izometrikus rágása felgyorsul. Ennek magyarázatára nem találjuk meg mindig a miozin ATPaze aktivitás növekedését, viszont nőhet a sarcoplazmatikus reticulum calcium kötő aktivitása.

A jelen vizsgálatban 3—4 hónapos keresztinnerváció hatására a soleusban (lassú izom) a Ca-felvétel 10-ről 23 egységre nőtt, az ATPaze 19-ről 35-re, míg az oxidatív enzimaktivitás nem változott.

A kontraktilis tulajdonságok változásának oka a miozin izoenzim kompozíciójának és a reticulum membrán makromolekuláris összetételének változása.

Apor Péter dr.

Dermatológia, venerológia

Acrodermatitis enteropathica. Reich, H. (Univ.-Hautklinik, 44 Münster [Westf.] v. Esmarch Str. 56.): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 1673.

Danboldt és Closs 1942-ben írták le az általuk „Acrodermatitis enteropathica”-nak (A. e.) elnevezett gyermekkori betegséget. Klinikai képe két komponensből tevődik össze: a bőr, illetve gyomor-bél tractus tüneteiből. Az A. e. tehát cuto-intestinalis syndroma, de nem egyedüli tünetegyüttes. Hasonló gyulladással vagy neoplastikus eredetű, koordináltan egyszerre, vagy gyorsan egymásután jelentkező bőr- és belrendszeri tünetek mint syndromák többé-kevésbé régóta ismeretesek. „Gyulladásos és hyperplasticus-neoplasticus cuto-intestinalis syndromák” alcím alatt a szerző a bőr és gyomor-bél tractust érintő 14 különböző elnevezésű tünetegyüttest sorol fel.

Symptomatika: az A. e. jellegzetesen az elválasztás után, de mesterségesen táplált csecsemőkön már az első hetekben jelentkezik. A gyomor-bél zavarok, a kiterjedt, gyakran másodlagosan fertőződött bőrelváltozások, valamint a sokszor egyidejű exsudatív diathesis miatt a betegek többé-kevésbé gyorsan leromlanak. A betegség a hydroxychinolin terapia bevezetése előtt csaknem mindig halálos volt.

Dermatopathiás komponensek. A bőrelváltozások elsősorban a test-

nyílások környékén, tehát a külső bőr és a szomszédos nyálkahártya határán (száj, orr, szem), perigenitalisan és perianalisan keletkeznek. Különösen kifejezettek a száj és a nyelv nyálkahártyáján. A klinikai kép a betegség nevének megfelelő területeken (csúcs!) csak másodsorban bontakozik ki (tarkó és nyak, könyök, penis és vulva, far- és térd, továbbá kezek és lábak, különösen a végső ujjpercek, a körömágy és körömök). A paronychia és onychia következménye a körömdystrophia, végül a körömök elvesztése.

A rendkívül feltűnő periorificialis és akralis localisatiójú efflorescentiák mellett a betegség stádiumai szerint különböző egyéb tünetek is jelentkeznek: az acut kezdetet az erythema, a hólyag- és pustula-képződés jellemzi. Nosologiai gyakran az erythema exsudativum multiforme „majus” alakjához hasonló. A betegség későbbi szakaszában a bőrgócok (exsudatív) psoriasiform vagy (exsudatív) lichenoid külleműek. A továbbfejlődés változatos lehet: psoriasis pustulosa, acrodermatitis continua Hallopeau, Reiter-féle betegség, másrészt lichenoid bőrbetegségek, melyek neurodermitisre, vagy pityriasis rubra pilarisra hasonlítanak. Súlyosabb esetekben, ha nagyobb bőrtünetek érintettek, a (psoriasiform vagy lichenoid) pikkelyes-crustosus erythrodermia klinikai képe fejlődik ki. Ilyenkor csaknem törvénytörően részt vesznek a felületen nyirokcsomók is, ha secundær infectio nem is következett be. A diagnózist teljessé teszi a haj, szemöldök és szempillák kihullása.

Enteropathiás komponensek: a coeliakiára emlékeztető tünetek diagnosztikai szempontból az előbbiekhöz képest kevésbé jelentősek.

Az **aetiológia és pathogenesis** még nem tisztázott. Egy ideig a *Candida albicans* tekintették okozónak, mivel az esetek egy részében a bőr- és nyálkahártya-elváltozásokból, a nyálból és székletből is kimutatták. Több szerző feltételezi az aminosavak hiányos oxidatív lebontását, különösen a tryptophan-anyagszere zavarát a májban, valószínűleg a genetikusan fixált enzimdefektus következtében. **Danbolt** vizsgálatait ezt nem erősítették meg, szerinte inkább a bél-nyálkahártya enzimdefektusára kell koncentrálni a további kutatásokat, mivel az A. e. vele született anyagszere-defektusnak (inborn error of metabolism) tekintendő.

Therapia: 1952-ben találták meg az első életmentően hatásos gyógyszerét, a dihidroxychinolint (Diodoquin). Később kimutatták, hogy a hydroxychinolin és hydroxychinaldin egyéb halogenderivatumai is hatásosak (Vioform, Sio-steran). A szerző három betegének gyógyulását ismerteti: hasmenésük megszűnt, bélrövidítései restitúció ad integrum gyógyultak, a körömök, haj, szemöldök és szempillák

újra kinőttek. A gyógyszer kihasználása után újból megjelent tünetek ismételt gyógykezelésre prompt eltűntek.

Chinolin okozta retinopathiák már 1914 óta ismeretesek. A szerző röviden áttekinti a chinolinderivatumok szemészeti mellékhatásával foglalkozó dolgozatokat, symposiumi beszámolókat stb. utal a szövettani leleteket ismertető közleményekre.

A prognózis rossz: a nervus opticus és az ideghártya elváltozásai irreversibilisek, olykor progrediálnak. Az A. e. chinolin gyógykezelése életmentő, de fenyegető szemészeti mellékhatásai vannak, illetve lehetnek.

Gyakorlati következtetések: 1. A. e. hydroxychinolinnal való gyógykezelése előtt ophthalmologiai, különösen szemfenékvizsgálatot kell végeztetni. 2. Hosszan tartó gyógykezelés esetén, vagy ha a hydroxychinolin dózist emelni kell, a folyamatos szemészeti kontroll elengedhetetlen. 3. A hydroxychinolint életben tartó lehető legkisebb mennyiségben kell rendelni. A megvakulás veszélye miatt kozmetikai indikációi nem lehetnek!

Kovács Elek dr.

Tetracyclin és acne vulgaris: klinikai és laboratóriumi vizsgálat. Cunliffe, W. J. és mtsai (The General Infirmary at Leeds, Leeds 1.): Brit. Med. J. 1973, 4, 332—335.

Ma az elhúzódó kisadagú tetracyclin kezelést tartja a legtöbb dermatológus acneban a leghatásosabb eljárásnak. Hatásmechanizmusa azonban nem tisztázott, a legtöbbben arra gondolnak, hogy a bőrön élő mikrobák számának csökkentésével a lipolytikus enzimaktivitást csökkenti. A szerzők a kérdés tisztázására 13 acnes beteget kizárólag napi 250 mg tetracyclin-hydrochloriddal kezeltek, s kezelés előtt, valamint annak folyamán havonta regisztrálták a klinikai állapotot, a vérsavó tetracyclin szintjét, a bőrfelszín lipoidjainak összetételét, a faggyúmirigyek kivezető csövének keratinizációját és baktériumtartalmát. Megállapításaik szerint a klinikai javulás a kezelés mindhárom hónapjában egyformán jó volt, amit nagyjában állandó 1,98 µg/ml tetracyclin vérsavó-koncentráció tartott fenn. A bőrfelszín lipoidjaiban a squalen szint a kezelés első hónapjának végére lényegesen megemelkedett, a viaszszterek szintje csökkent, de a további kezelés során ezekben már változás nem volt. A háromhónapos kezelés során azonban mindvégig egyenletesen csökkent a bőrfelszín szabad zsírsav és cholesterol tartalma s emelkedett a triglycerid szint. A faggyúmirigyek kivezető csövének keratinizációja alig csökkent, lényegesen csökkent azonban a keratinréteggel burkolt szőrszálak aránya. A faggyúmirigyek kivezető csövé-

ből kitenyészett baktériumok nem mutattak szignifikáns számbeli eltéréseket a kezelés folyamán. A klinikai javulás és a lipoidösszetételben mutatkozó változás tehát nem a mikrobák számának csökkenésével, hanem valószínűleg az extracelluláris lipase enzimek direkt gátlásával függ össze.

Rácz István dr.

Bullosus photodermatitis nalidixinsavtól. Louis, P., Wiskemann, A., Schulz, K. H. (Universität-Hautklinik, Hamburg): Hautarzt 1973, 24, 445—448.

A nalidixinsavat (nálunk Nevigramon néven ismert) tíz éve használják a húgyúti infekciók gyógyításában. Leggyakoribb mellékhatása az urticaria, maculosus, maculo-papulosus exanthemák, fényhatás mellett pedig bullosus dermatitis. Ez utóbbi a kézháton porphyria cutanea tardára emlékeztet.

A szerzők 4 beteget ismertettek. Chronikus húgyúti fertőzés miatt 1—10 hónapon át napi 1—4 g nalidixinsavat szedtek. Mellékhatásként bullosus dermatitis alakult ki a kézfejek, szövettanilag subepidermalis hólyagokkal. Kivizsgálás során érdekes volt az, hogy a hát bőrét magasnyomású Oram-Xenon lámpával sugarazva nem kaptak bőrreakciót. Nalidixinsavval elvégzett patch teszt, illetve foto patch teszt is negatív volt. A jelenség tehát phototoxikus mechanizmussal magyarázható. Ezt a feltételezést a Daniel-féle Candida teszttel in vitro sikerült is igazolni.

Hamar Matild dr.

A peripheriás lymphocyták anti IgG aktivitása psoriasisban. Rimbaud, P. és mtsai (Clinique de Dermatologie et Syphiligraphie): Arch. Dermatol. 1973, 108, 371—373.

A psoriasis pathogenesisében jelenleg a cyclikus adenosin monophosphat hiányának tulajdonítanak szerepet. Az immunológiai változások nem játszanak szignifikáns szerepet, s az eredmények elentmondóak. A rendelkezésre álló adatok főleg a humoralis immunitásra vonatkoznak, a cellularis immunitás esetleges rendellenességére vonatkozóan kevés az adat.

A szerzők a *Bach és mtsa* által leírt s az „immunocyta-adherence” jelenségen alapuló rosetta teszttel végeztek vizsgálatokat szövődésménymentes és szövődésményes psoriasisos esetekben. 30 beteget tanulmányoztak összesen. 11 erythrodermias, 6 arthropathiás volt. Megfelelő kontroll csoport eredményeivel hasonlították össze a nyert adatokat. A heparinos vérből nyert lymphocytákat inaktivált nyúl antihuman vörösvérsejt elleni IgG-vel sensibilizált OD human vörösvérsejtekkel inkubálták. Rosetták akkor értékelték, ha legalább 3 vörösvérsejt tapadt a lymphocytához.

Az eredményt az 1000 lymphocytára eső rosetta-számban adták meg. 1—6 értéket még normálnak tekintettek.

A nem bőrbeteg kontrollokon negatív eredményt kaptak. A psoriasisok 40%-ában 8—30 rosettát számoltak 1000 lymphocytára. Ezen eredmény és a klinikai kép súlyossága között összefüggést nem észleltek. Eredményeik jól reprodukálhatóak.

Vizsgálataik szerint psoriasisban anti-IgG aktivitás áll fenn, ez a klasszikus serológiai reakciókkal nem mutatható ki. Szerepe a patogenezisben még nem világos. Feltehető, hogy a ciklikus adenosin monophosphat csökkenése az epidermisben immunológiai rendelkezésséget von maga után blokkolva a béta-adrenerg receptort, ami immunológiailag adjuvans hatású, vagy indirekte modifikálja a bőr antigenitását. Az is lehetséges, hogy a primitív immunmechanizmus van kapcsolatban secundaer biokémiai deficiéttel. Lehetséges a humoralis és a cellularis immunitás rendelkezéssége psoriasisban.

Hamar Matild dr.

Steroid acne kezelése A vitaminnal. Mills, O. H., Leyden, J. J., Kligman, A. M. (Department of Dermatology, Univ. of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia): Arch. Dermatol. 1973, 108, 381—384.

A tartós corticosteroid kezelés egyik iatrogen következménye a steroid acne. Emlékeztet az acne vulgarisra a klinikai kép, de ez ritkán pustulosus, inkább follicularis papulák jellemzik. Hirtelen, 2 vagy 3 hét alatt alakul ki.

A szerzők 12, főleg glomerulonephritis miatt tartós corticosteroid kezelésben részesült betegen kiala-

kult steroid acnét kezeltek 0,05 százalékos tretinoin solutióval (Retin-A). Kezdetben naponta egyszer, majd kétszer ecsetelték az érintett területet. A kezelés erythemát, gyulladást kelt (hólyagképződés nincs), a gyulladás 2—3 hét alatt éri el a maximumát. Az acneiform folyamat 2—3 hónap alatt gyógyul. A tretinoin gyakran teljesen tünetmentesít. Mellette a corticosteroid kezelés folytatható, az esetek többségében a dosis csökkentése nélkül.

Hamar Matild dr.

Staphylococcus eredetű forrázott bőr syndroma felnőttn. Rothenberg, R. és mtsai (Beth Israel Hospital, Boston): Arch. Dermatol. 1973, 108, 408—410.

Lyell 16 évvel ezelőtt írta le a toxikus epidermalis necrolyst (TEN). A pathomechanismusra vonatkozóan nagy haladást jelent az a megfigyelés, hogy csecsemőkön kimutatták a 2-es phagtypusú staphylococcus aureus toxinjának szerepét. A szerzők felnőtt betegükön bizonyították ugyanezt.

64 éves férfibetegükön sérülés után néhány nappal testszerte hólyagos eruptiók jelentkeztek, Nikolskij-tünet pozitívással. A sérült területen (lórúgás) pelvikus osteomyelitist diagnosztizáltak, feltáráskor 1 l genny ürült. A gennyből s a septikus állapotba került beteg véréből egyaránt 2-es phagtypusú staphylococcus aureus tenyésztett ki. Megfelelő antibioticum adagolása után a beteg tünetmentessé vált.

A discussióban a szerzők néhány irodalmi adatot említenek. Felhívják a figyelmet *Melish* és *Glasgow* kísérleteire, akik újszülött egérben reprodukálták a syndromát 2-es phagtypusú staphylococcus aureus-sal. Később sikerült baktérium-

mentes szűrlettel is előidézni. *Kapral* és *Miller* izolálta a toxint s molekuláslát 20 000-ben állapította meg.

A közlemény jelentősége az, hogy az irodalomban az első felnőtten észlelt TEN, ahol a 2-es phagtypusú staphylococcus aureus aetiologiai szerepét igazolták.

Hamar Matild dr.

A contact dermatitis aetiologiaja Észak-Amerikában. Arch. Dermatol. 1973, 108, 537—541.

A contact dermatitis aetiologiaját tanulmányozó Észak-amerikai Bizottság 13 kutatóból áll és 10 földrajzi területet ölel fel. 1971—72. évi megfigyeléseiket írták le. Értékelésüket a Contact Dermatitis Kutatásával Foglalkozó Nemzetközi Csoport előírásai szerint végezték.

Megfigyeléseiket szerint területükön leggyakrabban sensibilisált a Ni, chrom, merthiolat, PPD, ethylendiamin, neomycin és a terpen-tin. A Ni érzékenységet 11%-os gyakoriságú, főleg nőknél fordul elő s az ékszerreléssel magyarázzák. Ez az előfordulási arány a nemzetközínél jóval magasabb, annak csaknem kétszerese. A chrom érzékenység főleg foglalkozási ártalom, általa szintén meghaladja a nemzetközi értéket. Gyakoribb a neomycin érzékenység is, magyarázata az, hogy a helyi kezeléshez használt szerekbe ezt építik be. A higanytartalmú konzerváló szerek elterjedtsége az oka a merthiolat érzékenység gyakoriságának, bár a benzooesav származékok bevezetésével megjelent a Paraben érzékenység is. A PPD gyakori sensibilisáló szerepét a hajfestékekkel hozzák összefüggésbe. A terpen-tin érzékenység gyakorisága megegyezik a nemzetközi átlaggal.

Hamar Matild dr.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását.

Szerződés esetén árengedményl

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.



A területi gyakorló fogorvos munkájának nyomorúsága.*

T. Szerkesztőség! Évszázadunkban a különböző államokban folytatott vizsgálatok során egyre inkább nyilvánvalóvá válik, hogy az egészségügyi szolgáltatás a mezőgazdasági és az ipari termelékenységnek részévé válik. A nép egészségébe, életére visszaadásába történt befektetés megtérül. Az egészség megmentésével elpusztuló értékek dollár, vagy éppen forint milliárdjait menthetjük meg. Mégis úgy tűnik, hogy ezzel a témával az illetékes szerveink nem a kellő súlyal foglalkoznak.

Tudományos kutatásaink és orvosképzésünk elismerten magas színvonalú, azonban ezek igazán hasznossá csakis akkor válhatnak, ha a nép életéjét visszaadják, fokozzák.

A fogászati gyógyítás zöme az úgynevezett területen folyik. A gyógyítás magas színvonalára pedig a területen általában nem tükröződik. Ha pedig népünk rossz fogú, a caries és fogatlanság népbetegség nálunk, akkor talán érdemes lenne gyakrabban vizsgálni azokat a tényezőket, jelenségeket, melyek a jól képzett fogorvosaink működési, gyógyítási hatásfokát csökkentik, vagy éppen előnyösen befolyásolják.

Hadd idézzek egynéhány statisztikai adatot, mely — úgy gondolom — eleve indokolttá teszi e téma publikálását.

Egy fogorvosra jutó lakosság: Budapest: 3345, országosan 5311, Szabolcs megyében: 11 086, munkaterületemen: 15 106.

Tizenöt évvel ezelőtt még csak néhány fogászati órát fizetett a rendelőtintézet (SZTK) a saját magánrendelőjében dolgozó orvosnak. Azóta önálló rendelők, munkahelyek alakultak és ez alapvető változás. E rendelők telepítése azonban nem volt tervszerű, hanem az adottságokhoz igazodó kényszerűség. Ez a tény is sokszor áthidalhatatlan problémát jelent a szakrendelő vezetőjének.

Amíg a városi szakrendelőbe bemegy az orvos és semmi másra nincs gondolja, mint a munkára, addig a területen dolgozó fogorvos (de más orvost is mondhatnánk) gondolja: a rendelőtintézet, a takarítás, az asszisztencia szervezése, a felszerelés működőképessége, az anyagok beszerzése, tehát minden — azonkívül a gyógyítás. Az anyagi feltételek biztosítása pedig nincs arányban a szükségletekkel.

Területeink körülményeinek érzékeltesére néhány szociografikus képet szeretnék felvillantani.

A rendelők helyiségei 2×3 és 6×7 méter között váltakoznak. Vannak köztük falusi ház szobái és átalakított istálló. Egyetlen, rendelőtintézetnek épült szakrendelő van Nagykállóban, a város itt is korszerűtlen, fűtlen, közös folyosó. A várókat mindössze három helyen fűtik. Egy (rossz) központi fűtésű, egy olajkályhával fűtött és hat hagyományos, vegyes fűtésű rendelők van. A szén, fa fűtésű fogászati rendelőkben száll egész nap a por, a piszok. Folyóvíz három szakrendelőben nincs és csak egyben van hideg, meleg vizes szolgáltatás.

A szén tüzelésű, folyóvíz nélküli, hézagos padlójú rendelőkben elképzelhetetlen még az úgynevezett „polgári” tisztaság is. Lehangelő állapot, hogy sok helyen a falusi ABC boltok különben néznek ki, mint az orvosi rendelők.

— És itt hadd kanyarodjak vissza arra, hogy mit tanítanak egyetemeken? — „A foghúzás sebészet, sebészkedni pedig csak műtői rendben, tisztaságban szabad”. Vajon e rendelők közül hány iatrogén fertőzés, járvány indul ki rontva népünk életére?

A rendelők gépi felszerelése igen változatos. Van 1924-ben gyártott fűrógép is és van három Chiradent 1. Ahol nem Chiradent gép van, rossz a világítás. Nagyon nagy baj, ha a fogorvos nem lát jól. A rossz látó fogorvos könnyen veszélyeztethet és a munka intenzitása is romlik. Ha a gépek elromlanak, hónapokig nem tudják megjavíttatni és pótgépet nem kapunk. Éppen úgy, mint amikor az orvos fűtőanyag után szaladgál, fűtőt, takarítót keres, anyagbeszerzéssel tölti napjait. Megyénkben nincs OMKER szaküzlet. Sok helyen maga fűt az orvos, vagy az asszisztens (rendelés közben).

A fogszakorvos egyik legnagyobb gondolja a munkatárs problémája. A szakképzetlen asszisztensek tisztaságról való fogalma — különösen falun — igen gyatra. Évek óta nem indult megyénkben fogászati asszisztensképző tanfolyam. A rossz megkevert tömő- és lenyomatanyagok, a pontatlan asszisztencia, az asszisztensek állandó változása (rendelőnkben két év alatt kilenc változás volt. Ok: más állásvállalás magasabb fizetés miatt, szülés, elköltözés) a gyógyító munka tempójának, minőségének nagy hátráltatója. Az orvosnak sok olyan munkát kell végezni, mely nem orvosi munka.

Gondot okoz orvostársaimnak és magamnak is, hogy a kinevező, az ellenőrző és a gazdasági ellátást biztosító szerv nem ugyanaz. Van,

aki a területen fekvő kórházhoz tartozik, van, aki a rendelőtintézethez és van, akit a tanács nevez ki. E szervek különböző anyagi eszközökkel rendelkeznek és így olykor nagy béraránytalanság alakul ki. Elgondolkoztató az is, hogy amíg a budapesti kollegák — jobb körülmények közt — 3345 lakos után kapják az amúgy sem túl magas fizetést, addig a mi orvosaink ötször annyi beteg után is minden pótlék és helyettesítés nélküli fizetést kapnak — jóllehet, ha küszködve is, mégis ellátják a területet.

A szakmai ellenőrzés is meglehetősen formális, megbeszélésekre értekezésekre jóformán semmilyen lehetőség. Mégis próbáltuk kutatni, hogy melyek azok a leggyakoribb szakmai hibák, amelyek területünkön előfordulnak?

A rutinmunkában első helyen az *extractio* áll. Az *extractio*nál a legelső és talán a legnagyobb hiba maga az *extractio indicatio*ja.

Az *extractio* feltétlen *indicatio*ja; a *phlegmone*, *thrombophlebitis*, *sepsis*. Minden egyéb esetben feltételesen javalt az *extractio*. Az a tapasztalat, hogy a legtöbb fogat *pulpitis* diagnózissal húznak ki. Gyógyítható, megtartható-e a *pulpitis* fog? A *pulpitis* fogak nagy része, különösen a nem destruált koronájú, egygyökerű fogak könnyűszerrel megmenthetők lennének. E ténnyől indul ki a terület további gondjának nagy része, mert a nem kellő *indicatio*val kihúzott fogak csonkulást jelentenek a szájbán. A fogpótlás elkészítése annyi időt vesz igénybe, hogy arra már képtelen a fogorvos talán még a jól ellátott területen is.

Lehangelő látvány a már fiatalon extrahált metszők utáni foghíjas száj, és a sebtében elkészített idéttelen fogművek sora is. De nemcsak az orvos gondolja, a beteg gondolja is az *extractio*kból ered, hiszen a rágási, esztétikai, beszédtechnikai problémák sokszor évekig nem oldódnak meg.

Az *extractio*val kapcsolatos másik gyakori hiba a *fracturált* és benthagyott gyökerek. A legtöbb *radix* a rendelési időn kívül, éjszakai ún. elsősegélyből adódik.

Fel kell tenni a kérdést, mennyiben elsősegélynyújtás a foghúzás? Kétségtelen, hogy a *pulpitis* roham, vagy a gyorsan *progreáló* *periodontitis* fájdalom igen nagy fájdalom, amelyet célszerű a legrövidebb időn belül megszüntetni.

Ha erre megvannak a feltételek!

Azonban a fáradt, álmából felzavart orvos (segédlet nélküli), az éjszakai körülmények vidéken, igen gyakran vezetnek *fracturához*, majd a beteg *localis* érzéstelenítése után annak hosszantartó szenvedéséhez.

Az elsősegélynyújtás célja az életmentés és maradandó károsodás megelőzése, megakadályozása. Vajon éppen e célokat tekintve nem lenne jó mérlegelni azt, hogy mikor tölti be e funkciót az orvos a fog-

* A Magyar Fogorvosok Egyesülete Dél-Dunántúli Decentrumán, 1974. márc. 30-án tartott továbbképző előadás nyomán.

húzás esetében? Különösen meg-gondolandó ott, ahol a betegek szá-mára helyben rendelkezésre áll nappali fogszakrendelés.

A fogtömések legtöbb hibája a területen a feltárások elégtelenségéből adódik. A sekunder caries kialakulása így nagyon gyakori. Vizsgálatok szerint 4 éven belül 40% körül van. Oka: 1. Az orvos szakmai lazasága, 2. A felszerelés korszerűtlensége, 3. Az asszisztencia képzetlensége, 4. A túlzott betegforgalom, 5. A beteg célszerűtlen magatartása.

A fogpótlásban tapasztalt leg-gyakoribb hiányosságok:

1. hibás tervezés. Oka: a) Az or-vos hiányos képzettsége, vagy ál-lásfoglalása, b) A betegek presszió-ja a rögzített pótlás érdekében, c) Biztosításra csak korlátozott fajta fogmű jár.

2. A hibás kivitelezés. Oka: a) a felszerelés gyenge, b) kevés idő áll rendelkezésre, c) az orvos felké-szültsége nem elegendő, d) a labo-ratórium nem precíz.

Bár a felsorolt hibák esetében mindenhol utaltam az orvos felké-szültségére is, mégis inkább úgy fo-galmaznám meg, hogy az orvosok általában jól felkészültek, csak saj-nos a körülmények készítette meg-alkuvások miatt előbb-utóbb, ha nem is mindenki, csökkentett mi-nőségű rutin munkát végez. Két-ségtelen, hogy olykor meg kell al-kudni, de a rossz körülmények súllyeszti a munkaerőköltsöt.

Úgy gondolom, hogy nagy ered-mény az egyre nagyobb számban végző fogorvos, a rendelők, mun-kahegyek sorának létesítése, az ál-lami fogellátás joga, mégis az egy-séges alapellátás szervezésében, tárgyi és személyi feltételeinek biz-tosításában minőségi előrelépésre van szükség, ami feltétlenül indokolja a jelenlegi viszonyok és a gyógyító munkát akadályozó ténye-zők gondos vizsgálatát.

Szívesen szólnék az iskolafogá-szati ellátásról is, de — egy-két munkahelytől eltekintve — ez csak formálisan létezik, mert igen sok a carieses fogú gyermek és arányta-lanul kevés az óraszám. Városok-ban ez már inkább megoldott prob-léma, bár a roppant fárasztó és kel-

lően nem fizetett gyermekfogászati munka nem teszi kedvelté váro-sokban sem e munkahelyet.

Területünkön, területemen az el-látást végző orvosok, vizsgázott fo-gászok szakmai színvonala — még kevés számukat tekintve is — igen változó, nem szerencsés e szem-pontból sem, az ellenőrzés formális volta.

Talán segítene, ha egységes dia-gnosztikai és terápiás elveket le-hetne bevezetni az állami betegel-látásba és azokat be is lehetne tar-tani. A módszertani levelek elvileg jók lennének, de betartásukhoz nin-csenek meg mindenhol a tárgyi fel-tételek és a következetes betartá-sukra nem is fordítanak elég gon-dot.

A továbbképzések feltétlenül szükségesek, de formáit jó lenne módosítani. Célszerű lenne, hogy a továbbképzéseken résztvevő kolle-gák a legújabb kutatási eredmé-nyek és módszerek megismerésén túl gyakorlatban is tevékenyked-jenek, végülis a területen a gyakor-lat a lényeges.

A fogorvosi adminisztrációról né-hány szót. Nem egységes az admin-isztráció. Egyrészt, mert soha senki nem tanított bennünket egy-séges adminisztrációra, másrészt mert a mennyiségi munka büvköré-ben élünk (perccátlag, betegfoga-lom) és a minőség elsikkad a több-nyire irreális számok világában. Ilyen körülmények között a statisztikai adatok és jelentések aligha segíthetnek a szervezőknek, terve-zőknek.

Van még egy különleges problé-mája a fogorvosnak. A betegek fog-húzási óhaja. Ha a beteg azt óhajtja, hogy húzza ki az orvos a még megmenthető fogát, akkor az orvos nem tagadhatja meg az extractiót. Seholy még az orvostudományban, a gyógyításban nincs példa arra, hogy az ostobaság ilyen nyilvánvalóan győzedelmeskedjen a tudománnyal és a jószándékú gyógyítási akarással felett. Elvtelenül csonkítani kell, mert így szól a rendelkezés.

És vajon e nem kielégítő hatás-fokú gyógyítómunka, e közel sem megnyugtatóan rendezett szervezé-sű fogellátásban hol van az orvos? Az orvos, mint e viszontagságos

körülmények közepette mégis csak helytálló és gyógyítási akaró ember?

A társadalmi elvárás az orvostól, fogorvostól óriási. Kétségtelen tény, hogy Budapesten és Baktalórántházán, városban és falun egy-formán fáj a fog és azt egyformán kellene gyógyítani, mert egyformán biztosítottak az emberek és így lenne tisztességes. De meg tudjuk-e valósítani? Nagy kérdések és nagy problémák ezek és egyre inkább gyötrik magát a szívvel lélekkel gyógyítási akaró orvost. A megter-helés óriási. A betegek száma, a körülmények rendezetlensége miatt a fogorvos nem tud eleget tenni a társadalmi elvárásnak. A fizikai munkában teste, az örök konfliktus helyzetben szelleme, idegrendszeré korán elfárad, megtörik. Nehezíti körülményeinket a speciális fog-lalkozási ártalmak sora és a társa-dalmi mellőzés, mely vidéken külö-nösen bántó lehet. A fogorvoson közvetlenül nem múlik az élet, táppénz, ezért felsőbb szerveinknél hátrányosabb helyzetben vagyunk, mint a körzeti orvosok. Még az or-vostársadalomban is lebecsülnek bennünket, mert a fogorvos „csak” fogorvos.

Orvos-e a fogorvos?

Igenis a fogorvos orvos, e foga-lom legtisztább értelmében. Ha a megfelelő körülményeket biztosítja a társadalom, akkor képes a meg-előzés feladatának eleget tenni, ké-pes a fájdalomtól megszabadítani betegét és megőrizni annak egész-ségét, helyreállítani a sérüléseket, csonkulásokat, visszaadni az étke-zés életörömét, az arc harmóniáját. És ez nem kevés!

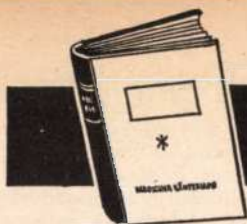
Hivatásunk mindenhol, de külö-nösen a területen nagyon nehéz, hovatovább olyan, mint egy aka-dályverseny és sokan nem is képe-sek végigfutni vidéken a pályát. Meg kell érteni és értenünk, hogy fáradságos munkánk éppen úgy ré-sze az ipari és mezőgazdasági mun-kának, mint más orvoslás, vagy az oktatás.

Erre oda kell figyelni, erre érde-mes és kell áldozni, mert népünk életére forint milliárdokat ér!

Máthé Judit dr.

„A bajt csírájában fojtsd el, mert elkésik az orvosság, ha a betegség a hosszú halogatás miatt elmérgesedik.”

Ovidius



KÖNYVISMERTETÉS

Aktuelle Diagnostik, Aktuelle Therapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1973. 444 oldal, 34 ábra, 40 táblázat.

A Deutsche Medizinische Wochenschrift által kiadott, *Hornbostel, Kaufmann* és *Siegenthaler* szerkesztésében megjelent könyv az orvostudomány széles területét öleli fel. Rövid közleményekben a tárgykörök neves képviselői a terapia és diagnosztika időszerű kérdéseivel foglalkoznak.

Az első rész, szív és keringési betegségek, a legbővebb. Benne jó összefoglalást kap az olvasó a shock különféle formáiról, megismerkedhet az acut pericarditis, az arteriitis temporalis modern therapiás lehetőségeivel. Igen értékes útmutatást ad a gyakorló orvosnak *Haasis* és *Herbinger* a pace-maker kezelés alkalmazási területeiről. A therapiás közlemények közt a cardiopulmonalis újraélesztés mellett 1—1 rövid dolgozat foglalkozik a heveny pericarditis, az időskorú szív, a heveny és idült cerebrovascularis károsodások kezelésével. Jó áttekintést ad *Hoffmeister* az aorta billentyű beültetés javallatairól. Bár olvashatunk e részben a szívinfarctusos beteg korai mobilizálásáról, joggal hiányolhatjuk az anticoagulans kezelés modern lehetőségeit, a szívsebészet egyre hatásosabb műtéteit (coronaria sebészet, stb.).

A következő részben 6 dolgozat foglalkozik a tüdőbetegségekkel, középpontba állítva a tuberkulózist. Igen érdekes *Dold* therapiás cikke (a bronchus carcinoma kezeléséről, melyben ambulanter megoldható és aránylag jó eredmény biztosítható 3 módszert ismertet). *Ludes* a tüdőtüdőbetegségek farmakoterapiájának legújabb vívmányait taglalja.

A rövid endokrinológiai részben *Eigler* igen jó munkája található a diabetes insipidus diagnosztikájáról, de hasznos ismereteket szerezhethet az olvasó a mellékvesekéreg túlműködés és a diabeteses coma kezeléséről is.

Az emésztőtractus betegségei az anyagcsere-betegségekkel közös fejezetben szerepelnek. Talán e rész összeválogatása sikerült a legkevésbé. A könyv célja a mindennapos gyakorlatot folytató orvost leginkább érdeklő kérdések tárgyalása a tudomány legújabb eredményeinek figyelembevételével. A gyakorló orvost sokkal jobban foglalkoztatja a gyomor carcinoma, a béltractus malignus daganatainak diagnosztikája, az idült májbetegségek kezelése, mint az ebben a részben tárgyalt néhány téma (pl. az oesophagus spontán rupturájának

körismézése, v. a vagus rostok intraoperatív megfestése). E hiányságokért néhány igen jól sikerült összeállítás kárpótol (*Rentsch* közleménye a vashiány és gyomorsavtermelés összefüggéseiről, *Schultz* dolgozata a szénhidrát-tolerantia zavarok hibás interpretálásáról, az irritabilis colon problematikájával és a fiberoscopiaival foglalkozó cikkek).

Jó a therapiás összefoglaló a gyermek és fiatalkori heveny leukæmiák, a plasmocytomák, az aplastikus syndromák tárgyköréből.

Höffner és *Fiegel* a percutan vesebiopsia javallatait ismerteti, majd ezt követően a methodika leírását találjuk. Napjaink egyik legizgalmasabb kérdését, a veseátültetést tagláló fejezet e munka egyik legjobbjá. Hasznos ismereteket szerezhethet a gyakorló orvos az idült pyelonephritis körismézési lehetőségeiről, e körkép és a köszvényes nephropathia kezeléséről. Részletesebb tárgyalást érdemelt volna a prostata carcinoma metastasisainak korai körismézése s nem olvashatunk a nephrolithiasisok kezeléséről, illetve az isotopos vesevizsgálatokról sem.

4 rövid közlemény foglalkozik a fertőző betegségekkel. A spondylitis tuberculosa, a lumbalis discus hernia kontrasztanyag vizsgálat helyett sokkal gyakrabban találkozunk a praktizáló orvos az idült ízületi gyulladásokkal, a rheumatoid arthritisszel s ismertetésük elmaradása jogos hiányérzetet kelt az olvasóban.

A rövid neuropsychiatriai részben az epilepsiás, a schizophreniás betegek, az enuresis nocturna ambulans kezelése széles érdeklődésre tarthat számot, a tetania syndroma EMG-os körismézése azonban már csak e szűk területen dolgozókat érinti a feltehetőleg sokkal magasabb szinten.

A szülészet-nőgyógyászat 3 cikkel szerepel a könyvben, ezek közül a késői toxicosisok kezelését és körismézését tárgyaló hasznos útmutató lehet.

A fül-orr-gégész *Hildmann* 2 munkájában a frontobasalis és laterobasalis koponya-fracturák körismézési lehetőségeit ismerteti. E törésekkel balesetek során találkozhatunk s felismerésük a beteg helyes irányítása szempontjából lényeges.

Érdekes tanácsokat szolgáltat az acne vulgaris, a malignus melanoma és a progressiv diffus scleroderma kezelésében az ezekkel foglalkozó 1—1 cikk. A férfi fertilitászavarok műtéti megoldása, úgy vélem, már meghaladja e könyv kereteit. Helyette az újból komoly

problémát jelentő veneréas betegségek ismertetését szívesebben olvassunk.

A könyvet, hiányosságai ellenére elsősorban a gyakorló orvosok forgathatják haszonnal. Mindennapos munkájukban az újabb therapiás és diagnosztikus lehetőségek megismerése komoly segítséget jelenthet. Hasonló, évente megjelenő könyv, a dolgozatok jobb összeválogatásával a magyar orvosok számára is áldásos lenne.

Pálóssy Béla dr.

Orvosi Lexikon IV. kötet. (Q—Z címszavak). Főszerkesztő: Hollán Zsuzsa, szerkesztők: Ákos Károly és Révész György, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1973, 1031 oldal, 85,2/A/5/iv, ábraszám 450.

Az *Orvosi Lexikon IV.* befejező kötetét, amellyel a magyar orvosi irodalomnak régen várt és sokat nélkülözött magyszerű munkája befejezést nyert, örömmel látjuk íróasztalunkon. Az *Orvosi Lexikon I.* kötetéről már 1968-ban, a II—III. kötetéről 1972-ben részletesen beszámoltunk az *Orvosi Hetilap* könyvismertetési rovatában.

A censoror jelen feladata a befejező IV. kötet ismertetése és a hézagpótló, óriási kollektív munkát és szerkesztési feladatot igénylő teammunka méltatása és a lexikon forgatásának ajánlása a magyar orvostan művelőinek.

Az *Orvosi Lexikon befejező IV.* kötetét 1031 oldalon mintegy 12 000 (Q—Z) címszót tartalmaz, amelyekhez 450 ábra, 30 táblázat és 25 röntgenkép csatlakozik. A kötet végén levő *névmutató* (1003—1017) a kötetben szereplő fontosabb személyek *biographiai* adatait tartalmazza. Külön figyelmet érdemel az ezután következő *kiegészítő és helyesbítés* (1017—1232), amelyben A—Z-ig szerepelnek a legfrissebb és legkorszerűbb címszavak.

A zárókötet több olyan új adatot is tartalmaz, amelyeket az utóbbi évek kutatási eredményei tártak fel. Így megtalálhatók a kötetben a legmodernebb gyógyszerek, tudományos felismerések (pl. a transplantatio problémáinak mai állása, a prostaglandin élettani hatása, az immunbiológia és haematologia explosiv fejlődésének a legújabb eredményei, a virológiában felderített új vírusok, stb.) Különös érdeme a kötetnek az egyes fogalmakat jól magyarázó gazdag *ábra- és táblázatlananyag*.

A IV. kötetnek induláskor eredetileg 68 szerzője volt, akikhez az elhunytak helyett, illetve egy-egy cikk pótlására még 79 csatlakozott, vagyis összesen 147 szerző írta az utolsó kötetet; sajnos időközben 18 szerző és 7 lector halt meg.

Ami az *Orvosi Lexikon* külföldi munkákkal egybevetett *egyetemese* értékét illeti, változatlanul az a helyzet, hogy még nincs ilyen típusú orvosi lexikon a világirodalomban. Vannak nagy címszavakat adó encyklopaediák, — ahol a címszavak

betűrendben követik egymást, hosszabb-rövidebb cikkek is olvashatók, sok ábraanyagot is tartalmaz a tájékozódáshoz, de helyenként törpe-tanulmányzámba menő cikkek is előfordulnak lapjain, — illetve sokkal szűkebb szavú szótárak, vagy kisebb terjedelmű lexikonok. Ez a gyűjteményes munka azonban conceptiójában nem csak hazai relációban, de a nemzetközi lexikographia területén is páratlanul kiemelkedő újszerű vállalkozás, mert címszavainak 60 000-et is túlhaladó magas számával, tartalomgazdaságával messze felülmúlja az

eddig közkezen forgó külföldi orvosi értelmező szótárakat.

A hatalmas munka befejezést nyert. Helyesnek látszana azonban idővel *pótfüzeteket*, vagy *pótköteket* adni, mint a hasonló külföldi lexikographiai munkákban is szokásos, hogy a magyarázat-anyagot „up to date” szinten lehessen tartani.

Áttekintve az *Orvosi Lexikon* kötetsorozatát, megállapíthatjuk, hogy ez a hatalmas munka conceptiójában, címszókincsének tartalomgazdaságával és sokrétűségével hiánypótló alkotás a magyar orvosirodalom területén, — sőt

nemzetközi összehasonlításban is messze kiemelkedő sikeres vállalkozás, amely anyagbőségével, informatíónak pontosságával, definiáltságának velős és közérthető fogalmazásával felülmúlja a kézenforgó külföldi orvosi értelmező szótárakat is.

Az *Orvosi Lexikon* szerzői és szerkesztői gárdájának a kiváló munkáért köszönetet mondva kívánjuk, hogy a terjedelmes kötet-sorozat minél szélesebb mederben járuljon hozzá orvosaink és tudományunk határterületein működő kutatók ismereteinek bővítéséhez.

Pastinszky István dr.

VICALIN

tabletta
Antacidum

Forgalomba hozza :

GYÓGYÉRT

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 0,35 g bázisos bizmutnitrátot, 0,4 mg magnéziumkarbonátot, 0,2 g nátr. hidrokarbonátot, 0,025 g Cortex Frangulae, 0,025 g Rhizoma Calami, 0,005 g khellint, 0,005 g rutint tartalmaz.

HATÁS: Az összetevők antacid (magnéziumkarbonát és nátriumhidrokarbonát), adstringens és antimikrobás (bázisos bizmutnitrát), enyhe laxatív (Cortex Frangulae), tonizáló (Rhizoma Calami), kapilláris permeabilitás csökkentő és gyulladásgátló (rutin), valamint spasmolyticus (khellin) hatásának eredőjeként csökkenti a kórosan emelkedett sósavválasztást, javítja a gyomor kiürülését, gátolja a gyulladós folyamatokat és elősegíti a fekélyfészek gyógyulását.

JAVALLATOK: Ulcus ventriculi ulcus duodeni, ulcus jejuni. Gastritis chronica, hyperchlorhydria. Pylorus spasmus. Neuroticus gyomorpanaszok.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja naponta $3 \times 1-2$ tableta étkezés után, lehetőleg langyos vízzel. Ulcus ventriculi, duodeni esetén célszerű 4-8 hetes kúrában folyamatosan alkalmazni, majd a kezelést 1 hónapos szünet közbeiktatásával megismételni. A fájdalom, gyomorégés, hányinger már néhány napos kezelés után megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS: Vicalinnal együtt ne adagoljunk atropint vagy más secretio-csökkentő készítményt.

A tableta szedése alatt a széklet feketére, zöldesfeketére színeződik.

MELLÉKHATÁS: Gyakorlatilag nincs.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 50 tableta

Ára: 24,50 Ft

INFORMÁCIÓ: „MEDEXPORT” TUDOMÁNYOS ISMERTETŐ IRODA
1055 Budapest, Balassi Bálint u. 25.

EXPORTÁLJA: V/O „MEDEXPORT”, MOSZKVA



A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1974. október 11-én, du. 2 órára tűzte ki **Horányi János dr.**: „Die Entwicklungsanomalien der Bronchialgewebe und ihre klinische Bedeutung” c. és függelékkel mellékelt „A hörgők szövetszöveti rendellenességei és klinikopatológiai jelentőségük a következményes tüdőelváltozások műtéti kezelésének késői eredményei alapján” című doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Nagytantermében.

Az értekezés opponensei: **Endes Pongrácz dr.**, az orvostudományok doktora, **Kulka Frigyes dr.**, az orvostudományok doktora, **Ormos Jenő dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1974. október 14-én, du. 2 órára tűzte ki **Szüle Péter dr.**: „Pleuroscopia a klinikai gyakorlatban” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját a Semmelweis OTE II. Belklinikai tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.).

Az értekezés opponensei: **Kertes István dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Sassy-Dobray Gábor dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1974. október 15-én, du. 2 órára tűzte ki **Gellén János dr.**: „Adatok a human embryo és a chorion physiologiájához, teratológiai vonatkozásokkal” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját a Semmelweis OTE II. Belklinikai tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.).

Az értekezés opponensei: **Mesztán Gyula dr.**, az orvostudományok doktora, **Czeizel Endre dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1974. október 17-én, du. 2 órára tűzte ki **Buris László dr.**: „Vizsgálatok vitalis és postmortalis sérülésekben és a sebgyógyulás korai szakában” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját a Semmelweis OTE II. Belklinikai tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.).

Az értekezés opponensei: **Rappai György dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Korényi-Both András dr.**, az orvostud. kandidátusa.

A Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság 1974. október 10-én (csütörtökön), délután 16 órakor, a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.)

tudományos ülést tart.

Üléselnök: **Kertes István**.

Esetbemutatók (előadási idő 5 perc):

Ádám A., Tamás A.: Primaer hörgőrákot utánzó lymphogranulomatosis.

Csekeő A., Gál Zs.: Compressiót és cardiális decompensatiót okozó mediastinális daganat.

Földi M.: Növényvédőszer okozta tüdőfibrosis.

Helesfai A.: Endoscopos úton diagnosztizált diffus göccs tüdőmegbetegedés.

Keke D., Laczkovits G.: Thymus cysta differenciál-diagnosztikai problémái.

Kovács K.: A resectió befolyása carcinoma által kiváltott intrinszc asthmára.

Kurkó E.: Boeck-sarcoidosis ritka esetei.

Matkó I., Troján I., Helesfai A.: Serotonint termelő tüdőcarcinoma operált esete.

Molnár M.: Tüdő áttétek alapján diagnosztizált choriocarcinoma.

Szecséi G., Lukács J.: Nyákdugasz okozta atelektázia eseteink.

Takács A.: Asbeszt-pleuritis.

Vámos K.: Rifampicin kezelés kapcsán fellépő systemás candidiasis.

Az Országos Haematologiai és Vértranszfúziós Intézet és a Magyar Immunologiai Társaság

1974. október 10, 11, 12-én

Vándorgyűlést

rendez az Országos Haematologiai és Vértranszfúziós Intézet fennállításának 25. évfordulója alkalmából.

Az október 10-i plenáris ülés színhelye a Magyar Tudományos Akadémia Díszterme (V., Roosevelt tér 9.).

Az október 11, 12-i ülések színhelye: Visegrád, Hotel Sylvanus.

Csütörtök délelőtt, 9.30 óra

Plenáris ülés

Ünnepélyes megnyitás: **Kesztyűs Lóránd dr.**, az MIT elnöke, **Aczél György dr.** miniszterhelyettes, **Szentágothai János dr.**, az MTA al-elnöke.

Elnök: **Jarne, N. K., Gavrillov, O. K.**

Hollán Zs.: A Vértranszfúziós Szolgálat napjainkban és a jövőben:

Mollison, P.: Az Rh immunizálódás gátlása passzívan adagolt anti-testtel.

Csütörtök délután, 14.30 óra

Elnök: **Mollison, P., Petrányi Gy., Jerne, N. K.**: Részt vesznek-e az idiotypusok a regulációs mechanizmusban?

Halpern B.: Egy immun-stimuláns, a Corynebacterium parvum hatásainak vizsgálata a kísérletes onkológiában és e hatások mechanizmusa.

Pressman, D.: A HL-A antigén molekulák közös tulajdonságai.

Stanworth, D.: Az IgG autoanti-

gén sajátosságának strukturális alapjai.

Péntek délelőtt 9 óra

A terem

A leukémiák immunológiai aspektusai

Elnök: **Harris, R., Astaldi, G.**

Bevezetés.

Cochran, A. J.: A krónikus lymphoid leukaemiás sejtek eredete és immunológiája.

Szamojlova, R. S.: Immunglobulinok a blast sejtek felszínén human acut leukémiában.

Szigeti R., Révész T., Schuler D., Gerő-Ferencz É.: Sejtközvetített immunválasz acut lymphoid leukémiás gyermekekben.

Mód A., Poros A., Do Trung Phan, Hollán Zs.: Leukémiához társult antigének.

Szűnet

Plesnicar, S., Astaldi, G.: Kísérleti állatok gamma-globulinjai és a centrum germinatívumai L-asparaginase adása után.

Milleck, J.: Heterolog antileukémia savók hatásmódja egerekben.

Berceanu, S.: Az immun-státusz korszerűen kezelt leukémiák kifejlődése folyamán.

Skurkovich, S. S.: A leukémia immuntherápiája és immunológiai aspektusai.

Mathé, G., Halle-Panneno, O.: Systemás ammun-adjuvánsok kutatása.

Mathé, G., Palle-Pannenko, O.: A leukémia kezelésének immunológiai megközelítése.

Péntek délelőtt, 9 óra

B terem

Az immunglobulinok mint antigének és az anaphylaxiás reakciók mediátorai

Elnök: **Stanworth, D., Gergely J.**

Bevezetés.

Pressman, D.: Az antitest antigén-kötő helyeinek kémiai és strukturális aspektusai.

Medgyesi Gy., Gergely J.: Monotipikus immunglobulinok kvaterner strukturától függő individuális-specifikus antigén determinánsai.

Turner M. W.: Az IgG antiglobulinok specifikitásának és affinitásának vizsgálata.

Merétey K., Böhm U., Bozsóky S.: Az emberi lymphoid sejtek rosetta képzése IgG-vel fedett vörösvértestekkel.

Puskás É., Csécsi-Nagy M., Medgyesi Gy., Gergely J.: Anti-Fab homoreactans faktorok vizsgálata human savóban.

Szűnet

Csaba B., Juszupova S., Muszbek L., Deseő G., Csongor J.: Az Fc és az Fab fragmentek biológiai hatásai.

Kávai M., Zsindely A., Laczkó J., Csaba B.: Immun-komplexek hatása macrophagokra.

Csákó G., Csernyánszky H., Szilá-

gyi T.: A korai típusú túlérzékenységi reakciók vizsgálata újkában.

Füst G., Petrás Gy., Újhelyi E.: A komplement rendszer aktiválódása Gram-negatív baktériumok által előidézett septicaemiában.

Jaques L. B.: Új koncepciók a heparinról és a hízósejtekről.

Fésüs L., Ölveti E., Muszbek L., Csaba B.: A pasminogen-plasmin rendszer aktiválódása patkányok anaphylaxisában.

Ósz E., Réthy L.: Az anti eger-thymocita lószérum által okozott érzékenység passzív átvitele.

Csütörtök délután, 14.30 óra

A terem

Szabad előadások

Elnök: Turner, M. W., Iványi P.

Jánossy T., Erdős É., Végh P.: Nemtől függő különbségek az allograft erős histokompatibilitási barrieren keresztül történő túlélésben egerekben.

Stenszky, V., Nagy E., Szerze P., Ladányi É.: HL-A antigének és a psoriasis vulgaris iránti fogékonyság.

Andertik, P., Szeri I.: Lymphotrop cytosztatikus kezelés és graft-versus-host reakció kölcsönhatásának vizsgálata egerekben.

Nyerges Gy.: A szenzitizáló antigén jelentősége a nem-specifikus anti-mikrobiális rezisztencia kifejlődésében tengerimalacok késői típusú hyperszenzitivitásában.

Fekete K. F., Péterfy F., Cserhidy J., Benkő A.: A szolubilis és immobilizált immunglobulinok immunizáló dózisának hatása az antitest termelésre.

Németh Cs., Biró J., Horváth Á., Kovács I., Fülöp J.: Szisztémás autoimmun megbetegedések. I. Az aktív és inaktív fázis immunológiai vizsgálata.

Németh Cs., Szombathy G., Kovács I., Biró J., Horváth Á.: Szisztémás autoimmun megbetegedések II. A juvenilis és felnőtt esetek immunológiai összehasonlítása.

Szabó G.: Celluláris és humorális immunológiai vizsgálatok ismételt BCG-vel kezelt konverzióra képtelen gyermekekben.

Sz ü n e t

Debreczeny A.: Konverziós faktorok a haematológiában.

Tóth M., Meréty K., Bakos L., Böhm U.: Az alpha-globulinok hatása human lymphocyták rosetta-képzésére.

Péterfy F., Varró R., Barna I., Kiss I.: A polyspecifikus ló antisavók enzimatisus hasítása: egy szenzitív reagens a modern elektroforetikus technikákhoz.

Varró R., Péterfy F., Szamos J.: A human polyklonális IgE viselkedése az emberi plazma frakcionálása folyamán.

Lajos J., Komán A., Boromissza É., Veres J.: A nyál immunglobulinjainak vizsgálata monoklonális gammopathiákban.

Gürtler A., Kövesi Gy.: A szé-

rum immunglobulin szintek vizsgálata parodontitisben.

Gecse A., Oshima G., Erdős E. G.: A vesekéreg kininaze II.-angiotensin I. konvertáló enzimje.

Szombat délelőtt, 9.30 óra

A terem

Kerekasztal-konferencia a vératömlesztés, a haematologia és az immunologia kapcsolatáról (szervezés, klinikai szempontok, oktatás és kutatási tevékenység)

Moderátor: Hollán Zs.

Szombat délelőtt, 9.30 óra

B terem

Az immunfolyamatok reguláló anyagai

Elnök: Davies, A. J. S., Kulberg, A.

Davies, A. J. S.: A lymphoid rendszer regulátorainak kutatása.

Iványi P.: Részlet vesz-e a histokompatibilitási rendszer a regulációs mechanizmusban?

Kulberg, A.: Az immun szisztéma nem-specifikus regulációja homológ Fab fregmentumokkal.

Fachet, J.: Az oxazolon iránti immunmemória vizsgálata inbred CBA egerekben.

Benczur M.: A primaer sejt-közvetítette cytotoxicitás indukciója diffúziós kamrában.

Sz ü n e t

Astaldi, G., Karanovic, D., Karanovic, J.: Immun-regulációs anyag és a patkány lymphocyták transzplantációs képessége.

Skurkovich, S. V.: Az interferon és az anti-interferon szérum hatása az immunitásra.

Tóth F., Tóth M.: Az interferon induktor (Tilorone) hatásának vizsgálata inbred (CBA) egértörzsből.

Jókai I., Karczag E.: Antagonizmus a heparinnak és egy glucocorticoidnak a perifériás fehérvérsejtszámra gyakorolt hatásai között.

Karczag E., Elek G., Földes I., Jókay I., Lapis K.: Egy, az MC-29 vírus által indukált primer tumorból előállított transzplantálható hepatoma sejt vonal antigén struktúrájának vizsgálata.

Tudnivalók:

A plenáris ülés első részét kivéve, az előadások angol nyelven hangzanak el.

Részvételi díj: 150,- Ft. Azok, akik csak a plenáris ülésen kívánnak részt venni 50,- Ft-os részvételi jegyet kérhetnek. A részvételi díjakat a Magyar Immunológiai Társaság 526-1805 sz. számlájára kell befizetni.

A Magyar Üzemorvosok Tudományos Társasága Észak- és Keletmagyarországi Tagozata

Miskolcon, 1974. október 18-án, 9 órákor

XV. Tudományos ülést rendez.

Az ülés helye: Lenin Kohászati Művek III. sz. Hivatalház, IV. emelet, munkavédelmi tanácsterem.

Program:

I. Szabó István dr. városi főorvos: Megnyitó.

Üléselnök: Adorján Imre dr.

II. Előadások:

1. Vilmányi Erzsébet dr. (Leninváros): Az igen nagy feszültségű villamosterek élettani hatása az ott dolgozókra.

2. Szász J., Böhm Imre dr.: Hőmunkában foglalkoztatott nődolgozók testhőmérsékletének és sóvíz-háztartása vizsgálata (a vizsgálatok módszertana).

3. Tiszavölgyi Gy., Köhegyi Imre dr.: Hőmunkában foglalkoztatott nődolgozók testhőmérsékletének és sóvíz-háztartásának vizsgálata (a vizsgálati eredmények értékelése.)

4. Dobi Mária dr.: Húsiparban előforduló legfontosabb zoonózisok.

Sz ü n e t

Üléselnök: Koffler Sándor dr.

1. Sándor Jenő dr.: Egészségügyi rehabilitáció-munkahely kialakítása.

2. Fejes István dr.: Az üzemi rehabilitáció Győr-Sopron megyei tapasztalatai.

3. Almássy Andor dr.: Üzemegészségügyi rehabilitáció kérdései.

4. Varga Gabriella dr.: Debreceni Dohányiparban lefolytatott rehabilitációs eljárásokban szerzett tapasztalatok.

5. Adorján Imre dr.: Kismama műhely szervezése és működése a Lenin Kohászati Művekben.

H o z z á s z ó l á s o k

V i t a

Az Országos Orvosszakértői Intézet

1974. október 18-19-én, Gyulán, tudományos továbbképző napokat rendez.

Program:

1974. október 18-án, 9 óra:

Megnyitó: Borsányi Gábor dr.

Haris A. dr., Borsányi G. dr.: Rheumás eredetű mozgásszervi betegségek egy reprezentatív felmérés alapján.

Andor M. dr.: Rheumás betegségek okozta problémák a területi betegellátásban.

Papp I. dr.: A rheuma-szakrendelés betegforgalmának egyéves tapasztalatai.

Pataky M. dr.: Rheumás és egyéb aetiológiájú mozgásszervi betegségek előfordulási aránya a BMO anyagában.

Zolnay I. dr., Márkos S. dr.: Rheumás jellegű betegségek értékelése az OOSZI szegedi területi kirendeltség 5 éves vizsgálati anyagában.

Ürmösi A. dr.: Az arthrosisos beteg a rheumatológiai rehabilitációja 20 éves gyakorlatunkban.

Fülöp J. dr., Erdős J. dr.: A keresésképeség elbírálásának rheumatológiai szempontjai a nyaki gerinc és a felső végtag elváltozásoknál.

Antal E. dr.: Az endogámias eredetű gerincfejlődési rendellenességek alkalmassági, keresésképeségi és rheumatológiai vonatkozásai.

Karsai Gy. dr.: Megváltozott munkaképesség a rheumás carditis utáni állapotban.

Dénes Zs. dr.: A rheumás aktivitás laboratóriumi jelei.

Hozzászólások

Vita

1974. október 19-én, 8 óra 30

Zolnay L. dr.: A mozgásszervi megbetegedések modern fizioterápiájáról.

Varga B. dr.: A vállfájdalmak differenciál-diagnosisa és elbírálása.

Hutterer I. dr., Zolnay L. dr.: Az idült progrediáló sokizületi gyulladás orvosszakértői elbírálása.

Barabás Cs.-né dr.: Az idült progrediáló sokizületi gyulladás röntgen morfológiája és sebészi kezelése.

Román É. dr.: Foglalkozási megbetegedés okozta ízületi elváltozások.

Zolnay I. dr., Hutterer I. dr., Zolnay L. dr.: A coxarthrosis szakértői elbírálásának néhány kiemelő szempontja.

Szabó J. dr.: A lumbosacralis táj kórformáinak orvosszakértői elemzése és értékelése.

Laczkó L. dr.: A lumbális laminectomiák utáni maradványállapot rokantsági értékelése.

Borsányi G. dr.: Az Országos Orvosszakértői Intézet munkáját érintő problémák megbeszélése.

Hozzászólások

Vita

A tudományos továbbképző napok résztvevőinek érkezése Gyulára 1974. október 17-én, a délután folyamán. Az előzetes kérelmek alapján történt szállásbiztosításról és minden egyébéről 1974. október 17-én, délután 14 órától, a Park szálló halljában az OOSZI szegedi területi kirendeltségének megbízottja ad felvilágosítást. Ugyanitt válthatók meg az étkezési jegyek.

A Magyar Gastroenterológiai Társaság, a Fertőzőbetegségek Orvosainak Társasága közreműködésével

1974. november 2-án (szombaton)

Visegrádon, a kórház kultúrtermében

„Ausztalia-antigen konferenciát” rendez.

A konferencia megnyitása.

9 órakor:

Felkért referensek:

1. Hollós Iván (OKI): A hepatitisz antigének serológiai kimutatása és a leletek klinikai jelentősége (20 perc).

2. Novák Ernő (OVSZ Bp.): A hepatitisz B antigének előfordulásának jelentősége a vérellátásban és transplantációban (15 perc).

3. Szécsény György (Főv. László Kh.): Az Ausztalia-antigen, a humorális antitestek és a leukocita migratio májbetegségben (15 perc).

4. Barna Kornél (Megyei Kórház, Pécs): Ausztalia-antigen pozitivitás és klinikai tünetek (15 perc).

5. Kendrey Gábor dr. (Főv. László Kh.): A máj fénymikroszkopos structurája és finom szerkezete heveny vírushepatitisben (15 perc).

Kérdések

Hozzászólások

Vita

Szünet

A referátumokhoz csatlakozó előadások:

1. Hun N., Gáldi Z., Penke Zs., Kőszeghy Zs. (Visegrád, Kh. és OVSZ): HAA-antigen hygiénes és epidemiológiai vonatkozásai (10 perc).

2. Dalmi L., Prékopa Á. és Dán S. (II. Belklinika, Debrecen): Ausztali-antigen meghatározás (különböző módszerekkel) heveny vírushepatitisben átesett gondozottakon (10 perc).

3. Büki B., Szalay F., Nagylucskai S. (I. Belklinika, Bp.): Ausztalia-antigen különböző serotípusainak, valamint infectios hepatitisz antigennek (IH) előfordulása krónikus májbetegségekben (10 perc).

4. Debreczeny A. (Kórház, Mezőtúr): Ausztalia (hepatitisz B) antigen hordozók latens és manifest hepatitisze (10 perc).

5. Pár A., Bajtai G., Ambrus M.,

Nagy J., Nagy L. (I. Belklinika, Vértranszfúziós Állomás, II. Belklinika, Kórbonctani Intézet, Pécs): Aktív „crytogen cirrhosis”, Ausztalia-antigenaemia és nephroszis syndroma társulása (10 perc).

6. Kovács Á., Szalay F., Büki B. (I. Belklinika, Bp.): Immun-serológiai vizsgálatok colitis ulcerosában (10 perc).

Hozzászólások

Vita

Ebéd

Ebéd után lehetőség nyílik a kórház megtekintésére.

Tudnivalók: Az „Ausztalia-antigen” konferencián való részvételt kérjük legkésőbb 1974. október 20-ig, a Visegrádi Kórház (2025 Visegrád) címére bejelenteni. A tízórai és ebéd költsége 50,— Ft, amelyet ugyancsak október 20-ig kérjük postautalványon befizetni a Kórház Gazdasági Hivatalának.

A Magyar Pathologusok Társasága következő kongresszusát 1975. nov. 4—6-án, Debrecenben tartja. Kérjük mindazon kartársakat, akik címváltozás vagy egyéb okból meghívót nem kaptak és erre igényt tartanak, forduljanak a Kórbonctani Intézet, 4012. Debrecen, Pf.: 22. címre.

A bejelenteni szándékolt előadások kivonatának beküldési határidejét 1975. január 15-ig hosszabítottuk meg.

A kongresszus rendezősége.

A Magyar Gyermekorvosok Társaság, a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága és a Magyar Idegsebész Társaság Gyermekneurológiai, pszichiatriai és idegsebészeti sectioja megalakult.

Az ötágú delegált vezetőség: Bruconker Györgyi dr., György Ilona dr., Mátyus Adorján dr., Paricz Ervin dr. és Szénásy József dr.

A titkári teendőket Szénásy József dr. vállalta.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1974. okt. 10. csütörtök	Péterfy Sándor utcai Kórház tanácssterme, VII. Péterfy S. u. 14., IV. em.	du. 2 óra	Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága	1. Wessely János: Cardialis eredetű emboliák. 2. Garam Tamás, Szöllösy Gyula, Wesel Katalin: VII. ker. carditises betegek ellenőrző vizsgálataival szerzett tapasztalatok. 3. Hermann Zoltán: A kryptogen pericarditisről, klinikai eset kapcsán. 4. Kovács Judit, Korányi György: Ikertransfusio syndroma
1974. okt. 11. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Ivánkievics Dénes, Mühler: Az ajak-állcsont-szájhasadékosok véleményezése. 2. Ivánkievics Dénes, Schumacher: A kraniofaciális dysplasiák keletkezésének és megelőzésének időszerei kérdései. 3. Kerek György, Ivánkievics Dénes, Kuti Ferenc: Gépi adatfeldolgozás a felnőtt fogászatban. 4. Ivánkievics Dénes, M. Körner: Adatok a parotis acinus-sejt carcinoma clinicopathológiájához. 5. David L., Webber D. D. S.: A gyermekfogászat aktuális kérdései
1974. okt. 14. hétfő	Pécsi OTE Közp. Épület, II. sz. tanterem Szigeti u. 12.	du. 5 óra	Pécsi OTE Tudományos Szakcsoportja	Az Idegrendszeri Főiránybizottság beszámolója. II. 1. Pálffy György: Bevezetés (5 perc). 2. Kerényi László, Nádor Györgyi, Hegedűs Katalin, Pálffy György: Fehérjék electrophoresis immunoelectrophoresis és immundiffúziós vizsgálata nativ (nem koncentrált) liquorban (20 perc). 3. Csopf József, Hegedűs Katalin, Kiss Antal Mária, Kellényi Lóránd, Karmos György, Csopf János: A sclerosis multiplex electrophysiológiai diagnosztikája (20 perc). 4. Guseo András, Hegedűs Katalin, Pálffy György: Kiváltó factorok szerepe a sclerosis multiplex kórszermazásában. 31 eset klinikopathológiai elemzése (20 perc)
1974. okt. 15. kedd	Fővárosi István Kórház kultúrterme, IX. Nagyvárad tér 1.	du. 2 óra	Fővárosi István Kórház Tudományos Tanácsa	1. Avar Zoltán, Tóth Béla, Matos Lajos, Zacher Pál: Commissurotómia utáni gestációs folyamatok korai és késői hatásának tanulmányozása (20 perc). 2. Jáky László: SGOT és SLDH szint összefüggése a myocardialis infarctus prognosissával (10 perc). 3. Drabos Ede: A mellékvesék congenitalis lipoidhyperplasiája (10 perc). 4. Hajagos Éva, Bálint György: Vesefejlődési rendellenességek (10 perc)
1974. okt. 15. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet nagyterem, IX. Gyáli u. 2-6. „A” épület	du. 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	1. Bajáky Péter, Schiefner Kálmán: A növényi tömegtermelés és a természetes vizek tápanyagellátottsága közötti kapcsolat higiénés jelentősége. 2. Schiefner Kálmán: Tapasztalatcserén a Lengyel Népköztársaságban
1974. okt. 16. szerda	II. Belgyógyászati Klinika tanterme, VIII. Szentkirályi u. 46.	du. 3 óra	Semmelweis Orvostudományi Egyetem	Kerekasztal konferencia. Téma: <i>Chronicus pancreatitis pathológiája és klinikuma</i> . Vitavezető: Prof. Szécsényi Andor. Résztvevők: Flautner Lajos dr., Stefanics János dr., Mester Endre dr., Farkas István dr., Döklén Anna dr., Németh Gyula dr., Magyar Imre dr., Papp János dr., Hernády Tibor dr., Szinai Gyula dr.
1974. okt. 17. csütörtök	János Kórház tanterme, XII. Diósárok u. 1.	de. 11 óra	János Kórház Tudományos Bizottsága	1. Kunszenti T., Keke D., Szücs S.: Disszeminált kórképek a tüdőgyógyászati gyakorlatban (10 perc). 2. Balogh I., Hajdu I., Székely E., Suvaincsy I.: A modern endoscopia és cytologia hatása a gyomor röntgen-vizsgálatokra a Kórház 5 éves (1969-73) beteganyaga alapján. 3. Vértes L., Hajas A., Póka B., Balogh I.: A Saint-syndroma elméleti és gyakorlati vonatkozásai (10 perc). 4. Jánosy T., Intódy Zs.: Terhesség és szülés uretero-sygmoidostomia (coffey műtét) után (10 perc)
1974. okt. 17. csütörtök	Weil Emil Kórház kultúrterme, XIV. Uzsoki u. 29.	du. 1.30 óra	Weil Emil Kórház Tudományos Egyesülete	1. Szántó Sándor: Resecalt tüdőcarcinomás betegek halálóknak elemzése. 2. Hankovszky Mária: Atypusos tüdőgyulladások. 3. Dévai Agnes: A tüdőgümőkór jelenlegi helyzete. 4. Donáth József: A mediastinoscopiáról

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

MNB egyszámúszám: 69.915.272-46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül, vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára

Szerkesztőség: 1363 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



74.2762 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

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 vesekólikák, 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. Hypertóniások akut vérnyomásingadozásai – a szokásos egyéb vérnyomáscsökkentővel együtt adagolva. Angina pectoris, coronaria-görcs, továbbá dysmenorrhoea, a terhes méh ingerlékenységének csökkentése, szülés alatti méhszájgörcs, elhúzódtágulás, utófájások, fenyegető vetélés stb., valamint műtét utáni szélkólika esetében.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek naponta $3 \times 1-2$ tableta, illetve naponta $1-3 \times 2-4$ ml subcután, intramusculárisan, vagy heveny kórohamok megszüntetésére $2-4$ ml szokásos módon lassan, intravénásan befecskendezve. Peripheriás érzéskünet 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 tableta	5,60 Ft
100 db à 0,04 g tableta	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.

QUESIL drazsé

bél-desinficiens

Bacteriostatikus és antimycotikus hatású vegyület. Gyors obstipáló hatása mellett nem befolyásolja károsan a fiziológias bélfloórát, a bél-motilitást és a bél-secretiót. Jódmontes vegyület lévén, jódérzékeny betegeknek is adható.

ÖSSZETÉTEL

1 drazsé 100 mg chlorquinaldolum (5,7-dichlor-8-hydroxy-chinaldin) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Nem specifikus, heveny enterocolitisek, nyári hasmenések, dyspepsiák. A bélrendszer idült gyulladásos betegségeiben, a secundaer fertiok kezelésé vagy megelőzése, antibioticum-kezelés utáni bélműködési zavarok. Colitis ulcerosában és postcholecystectomiás syndromában hatásosan egészítheti ki a szokványos kezelést.

ELLENJAVALLATOK

Máj- és veseelégtelenség.

ADAGOLÁS

Felnötteknek 3×2 drazsé étkezés után.

Gyermekeknek 2-12 hónapos korig $3 \times \frac{1}{2}$ drazsé, 1-6 éves korig 3×1 drazsé, 7 éves kortól $3 \times 1-2$ drazsé naponta, étkezés után.

MELLÉKHATÁSOK

Alhasi fájdalom, hányinger, szívdobogásérzés szórványosan előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS

Orvosi ellenörzés nélkül legfeljebb 1 hétig, orvosi ellenörzés mellett legfeljebb 1 hónapig szedhető, megszakítás nélkül. Egy hónapot meghaladó folyamatos alkalmazás után peripheriás neuropathia, myelopathia, atrophia nervi optici léphet fel.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

20 drazsé 16,- Ft

200 drazsé 127,- Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

115. ÉVFOLYAM 41. SZÁM 2409—2468 OLDAL

BUDAPEST. 1974. OKTÓBER 13.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,—FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

A Glyvenol hatóanyaga számos olyan pharmacológiai hatással rendelkezik, amelyek a vénák megbetegedésének pathológiás folyamatait (magukban a vénákban és a paravénás szövetekben egyaránt) kedvezően befolyásolják. Specifikus hatásával csökkenti a capillárisok permeabilitását és kifejezett gyulladásgátló hatással bír.

Számos olyan endogen anyaggal szemben antagonistá hatású, amelyek a gyulladós folyamat mediatoraiként szerepelnek és fontos szerepük van a fájdalom keletkezésében is. Hatásképességét még antiallergiás és antianaphylaxiás, valamint a védekező mechanizmusokat fokozó hatásával egészíti ki.

GLYVENOL®

draszé

ÖSSZETÉTEL: Draszéként 200 mg Tribenosidum (Aethyl 3,5,6-tri-O-benzyl-D-glucofuranosidum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Vénás keringési zavarok: a különböző vénás megbetegedések kísérelő jelenségeként előforduló feszülés érzése a végtagokban, a vénás visszaáramlást lassító tartós ülő és álló foglalkozás esetén mutatkozó tünetek csökkentésére, illetve javítására.

Varicositas syndroma: a visszértágulat okozta vénás dysfunctio következtében fellépett panaszok.

Haemorrhoidalis panaszok.

Mint phlebodynamicum elősegíti a periphlebitises oedema és a fájdalom gyorsabb csökkenését, sajátos hatásával képes a kórosan megváltozott vénás keringés következményeit jelentősen befolyásolni. Phlebothrombosisok és thrombophlebitisek esetén csupán a szokásos therapia kiegészítésére alkalmazható.

Az anticoagulansok hatását nem helyettesíti!

ADAGOLÁS: Átlagos adagja felnőtteknek kúraszerűen naponta 3-szor 1 draszé (600 mg). A draszét a főétkezések alatt vagy után megrágás nélkül, egészben kell lenyelni. A kúraszerű (több héten át tartó) adagolás még a panaszok gyors javulása esetében is szükséges lehet.

A kúraszerű adagolás szükség esetén megismételhető pl. az alsó végtagok foglalkozásból eredő állandó megterhelésekor, különösen a meleg évszakban.

MELLÉKHATÁSOK: Adagolása során nem kívánatos mellékhatások (gyomor-bél panaszok, esetleg a bőr kipirulása, ill. bőrkíütés) előfordulhatnak.

CSOMAGOLÁS: 20 db à 0,2 g draszé 64,- Ft
100 db à 0,2 g draszé 314,- Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartamú gyógykezelésre.

® = CIBA-GEIGY AG. - BASEL bejegyzett védjegye.

CHINOIN—BUDAPEST
(CIBA—GEIGY AG. — BASEL licencia)

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.

*

115. ÉVFOLYAM

*

41. SZÁM

*

1974. OKTÓBER 13.

TARTALOMJEGYZÉK

Graber Hedvig dr. és Ludwig Endre dr.:

Gyógyszermetabolizmusról —
A gyógyító orvos szemszögéből 2411

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kósa Zsuzsanna dr., Simon Miklós dr.
és Bognár Ilona dr.:

Csecsemőkori akut légúti megbetegedések
vírus-etiológiai vizsgálata
különös tekintettel
a kórházi keresztfertőzésekre 2416

GENETIKA

Barta Lajos dr.:

Öröklődés kérdése
gyermekkori diabetesben 2420

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Berentey Ernő dr., Bodnár Endre dr.,
Molnár Ferenc dr. és Világi Gyula dr.:

Az intracavitalis primaer szívtumorokról ... 2424

Förgeteg Attila dr. és Kallay Ferenc dr.:

Tonsillektomia korhatára gyermekkorban ... 2428

THERAPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Vastag Endre dr. és Nagy Lajos dr.:

Hörgögörcsoldás anticholinergicumokkal ... 2432

RITKA KÓRKÉPEK

Nyiredy Géza dr., Sassy-Dobray Gábor dr.
Jaczik Margit dr. és Takács Anikó dr.:

Asbestpleuritis 2436

KAZUISZTIKA

Riesz Tamás dr., Riskó Zoltán dr.
és Gyetvai Gyula dr.:

Heilmeyer—Schöner-syndroma
és gyomorrák együttes előfordulása 2438

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2441

Folyóiratreferátumok 2445

Hírek 2459

Pályázati hirdetések 2463

Megjelent 2466

Előadások, ülések 2468

KLION

tabletta,
hüvelykúp

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolum-ot, 1 hüvelykúp 0,5 g metronidazolum-ot tartalmaz.

JAVALLAT

Férfi és női húgy-ivarszervi trichomonas infestatio. Giardia lamblia fertőzések. Stomatitis ulcerosa. Entamoeba histolytica.

ADAGOLÁS

Trichomoniasisban reggel-este 1–1 tabletta 10 napon keresztül. Nők egyidejűleg 10 napon keresztül 1–1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.

Giardia lamblia fertőzésben 2×1 tabletta, 5 napon át. Entamoeba histolytica esetén 3×2 tabletta, 10 napon át.

Stomatitis ulcerosában 2×1 tabletta 3–5 napon át. Gyermekeknek 0–1 éves korig naponta 1/2 tabletta, 2–4

éves korig naponta 2 tabletta 5 napon át, étkezés után, 2 részre osztva.

Entamoeba histolytica esetén naponta 2×1 tabletta.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

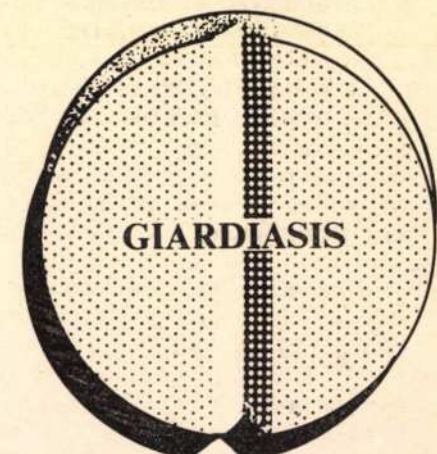
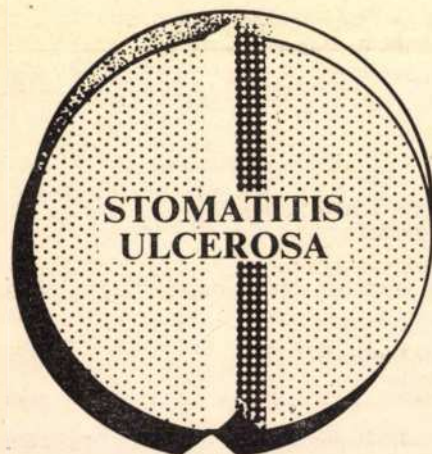
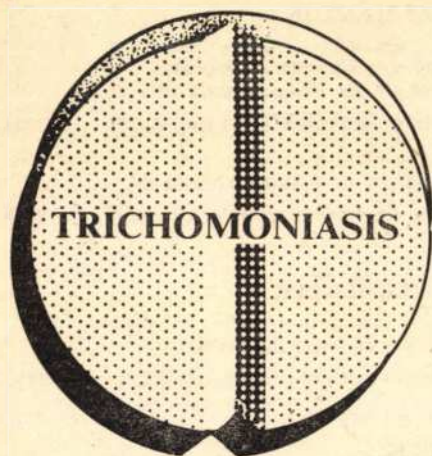
A Klion – mint nitroderivatum – enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére nőgyógyászati terhesgondozó rendelések, bőr-, nemibeteg gondozó intézetek és urológiai szakrendelések rendelhetik.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta	44,- Ft	250 tabletta	525,- Ft
10 kúp	50,- Ft	100 kúp	470,- Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Gyógyszermetabolizmusról — A gyógyító orvos szemszögéből

Graber Hedvig dr. és Ludwig Endre dr.

Orvosi munkánk igen jelentős része — és a betegek talán legerősebb igénye — a gyógyszeradás. Régi és új gyógyszerek egyre növekvő halmaza közül kell kiválasztanunk a legmegfelelőbbet, mérlegelnünk kívánatos és nem kívánatos, fő- és mellékhatásait, több gyógyszer esetén interakciójuk lehetőségét. Ehhez szeretnénk segítséget adni a gyógyszermetabolizmus és klinikai jelentőségének rövid áttekintésével.

A gyógyszer *farmakodinamiájának*, a szervezet egyes funkcióira kifejtett hatásának megértéséhez ismernünk kell sorsát a szervezetben belül: felszívódását, eloszlását, kiürülését (*farmakokinetika*) és átalakulását (*biotranszformáció, metabolizmus*) (1, 23). Megemlítjük még a „*bioavailability*” (biológiai elérhetőség) fogalmát: azt a relatív mennyiséget, illetve arányt, amely az adott gyógyszeradagból a keringésbe jut.

A gyógyszer útját a szervezetben belül döntően három tényező befolyásolja (15): *molekulanagysága, zsirolékonysága és ionizáltsága*. Minél kisebb a molekula, annál jobban diffundál; minél zsirolékonyabb, annál jobban szívódik fel és raktározódik (ezt a zsír : vízdékonyság arányával jellemezzük) és minél kevésbé ionizált, annál könnyebben jut át a biológiai membránokon.

A *felszívódást* befolyásolja még: a gyomor, ill. bél teltsége, szekréciója, pH-ja, a bélmozgás, a vér-, ill. nyirokkeringés, a gyógyszer partikulanagysága, bevonata, szétesése. Az *eloszlásban* szerepet játszik a pH-különbség két tér között, fehérjekötődés, speciális transzportok, sejtfehérjékhez kötődés.

A *kiürülés* a legtöbb gyógyszer esetében a vésén át történik, mint tudjuk, részben passzív szűrődés és visszaszívódás, részben aktív kiválasztás és visszaszívás útján. A zsirolékony molekulák passzív visszaszívódása gyakorlatilag teljes: azaz hamar felszívódnak, keringenek, raktározódnak — és nem ürülnek ki; a szervezet csak akkor tud „szabadulni” tőlük, ha vízdékonnyá alakítja őket (átalakítás nélkül a kinin felezési ideje 100 év, az etilalkoholé 24 nap volna!)

A biotranszformáció ismerete a humán terápia szempontjából több okból lényeges:

1. új gyógyszerek forgalomba hozatalakor ma már megkívánható a metabolizmus ismerete,
2. régebben érthetetlen egyéni hatáskülönbsé-

gekre derült fény a metabolizmus tisztázásakor,

3. több gyógyszer együttes adása a metabolizmust megváltoztathatja (interakció),
4. ugyanazon gyógyszer metabolizmusa a szedés folyamán változhat (indukció, ill. gátlás).

Hatást csökkentő metabolizmus

A metabolizmust először a szervezet célszerű, védekezési, méregtelenítési funkciójának tartották, ami a testidegen molekulát hatástalanítja és kiürítését elősegíti. A biotranszformáció pontosabb megismerésekor azonban kiderült, hogy néha éppen az átalakulás révén keletkeznek mérgező vagy allergizáló metabolitok (42).

A máj „méregtelenítő” funkcióját 100 éve ismerjük — az első biotranszformáció pontos ismerete azonban alig húszéves (2, 4, 28). Ez idő óta tisztázódott, hogy a gyógyszerek metabolizmusában szerepet játszó enzimszisztéma elsősorban a májsejtek endoplazmatikus retikulumában található. Ez tulajdonképp egy tubulusokból álló hálózat, melynek falát alkotó membránba mintegy „beépülnek” az enzimek. Ha a sejteket homogenizálják, centrifugálják, a tubulushálózat feltöredezik; az így keletkező rögöket — tehát műtermékeket — nevezték el a biokémikusok mikroszomáknak és innen származik az elterjedten használt elnevezés: mikroszomális enzimszisztéma. A rendszerre — amit más néven vegyes funkciójú oxidázok is neveznek — jellemző, hogy meglepően kisszámú vegyi folyamattal igen nagyszámú testidegen vegyületet képes átalakítani. A biotranszformáció a molekulák zsír : vízdékonysági arányát a vízdékonyság irányába „tolja”, oly módon, hogy vízdékonyságot fokozó, ún. poláros csoportokat visz be (oxidáció, redukció, hidroxiláció stb.) vagy más csoportok lehasításával a molekula saját, lekötött polár csoportját teszi szabaddá (deszalkilálás, savamidhasítás stb.) (16). E folyamatban központi szerepet tölt be a citokrom P-450 enzim, mely a szubsztráttal kapcsolódik és oxidálja (9, 33, 34, 35, 38, 39). E reakciókat összefoglalóan I. fázisú reakcióknak nevezik (16, 48). II. fázisú reakcióknak az ún. *konjugációt* nevezik, amelynek során a megfelező enzim, glukuronid, éterszulfát, glikokoll stb. csoporttal teszi a vegyületet vízdékonnyabbá. A keletkező metabolitok legnagyobb része hatástalan, farmakológiailag inaktív.

Hatást fokozó metabolizmus

Az átalakító folyamatok egy részében, mint már említettük, a metabolit nem hatástalan, hanem a gyógyszer hatása fokozódik vagy megváltozik. A következő esetekben a kívánt gyógyszerhatást tulajdonképpen nem a bevitt vegyület, hanem metabolitja éri el (42):

prontozil	—————>	szulfanilamid
acetanilid	—————>	N-acetyl-p-aminofenol
klorálhidrát	—————>	trikloretanol
kodein	—————>	morfin
imipramin	—————>	dezmetilimipramin

Kísérletesen bizonyított az is, hogy a ciklofoszfamid (Endoxan) sem maga hatásos, hanem — egyelőre ismeretlen — metabolitja.

Hatást átalakító metabolizmus

Más esetekben a metabolit hatása más, mint az eredeti vegyületé: így a gyulladáscsökkentő és uricosuriás hatású fenilbutazon két metabolitja közül

Induktor	Indukált vegyület
fenobarbital és más barbiturátok	kumarin származékok difenilhidantoin kortizol tesztoszteron bilirubin dezmethylipramin fenilbutazon
glutetimid	glutetimid* kumarinok
fenilbutazon	amidazofen kortizol
meprobamat	meprobamat*
niketamid	bilirubin
difenilhidantoin	kortizol
etanol	pentobarbital tolbutamid bilirubin
DDT	fenilbutazon kortizol bilirubin
cigaretta füst	3,4-benzpirén nikotin
* saját metabolizmusukat fokozzák	

az oxifenbutazon csak gyulladáscsökkentő, míg a fenilhidroxifenbutazon csak közhévígyellenes (42).

A mérgező metabolitok keletkezésére példa, hogy a hatástalan anilin a biotranszformáció útján alakul toxikus p-aminofenollá, még erősebben mérgező vagy allergizáló metabolitok keletkeznek (hidroxilamin és nitrosokötései) (20).

Allergizáló metabolitok

A metabolikus folyamatok során (mindhárom eddig említett csoportban) allergizáló vegyületek is jöhetnek létre. Általában a rendkívül aktív, sokféle gyógyszerhatással rendelkező és így sokszor használt aromás aminok azok, amelyekből mérgező vagy allergizáló metabolitok keletkeznek.

Allergizálóak a fenacetin, amidopirin, novokainfélek, szulfamidok, antimalarikumok egy része, PAS, azofestékek, kloramfenikol, nitrofurantoin stb. metabolitjai. Ismeretlen azonban, hogy az allergizálódás miért jön létre egyes embereken és a nagy többségen nem.

A biotranszformációt befolyásoló tényezők

Kor (jelen tudásunk szerint inkább érettség): a magzat még nem képes a testidegen anyagok kellő átalakítására és az újszülött sem teljes mértékben (12). Ezért nem adható kora-, ill. újszülöttnak, pl. szulfonamid. Különös formája az újszül-

öttkori gyógyszer-„érzékenységnak” a gray baby szindróma (26), az újszülöttek halálos végű kloramfenikol mérgezése, amelyet első leírásakor enzimizáción alapuló túlérzékenységnak tartottak. Azóta tisztázódott, hogy az újszülött rendelkezik ugyan a méregtelenítő glukuronidálást véghezvivő UDPG enzimmel — de mivel a bilirubin ürítése ugyanezen a metabolikus úton történik és az újszülött nagy mennyiségű bilirubint glukuronidál — teljesen „lefoglalja” a szükséges glukuronid mennyiséget. Így a kloramfenikol nem alakul át hatástalan konjugált (glukuronid) formává, hanem a terápiás adag mellett magas, mérgező vérszintet keletkeztet (42).

Egyéni, genetikusan determinált különbségek: a gyógyszerek felezési ideje emberben nagy biológiai szórást mutat. Például: a dikumarolé 7 és 100 óra között változik (43). A difenilhidantoin (Difedan) szokványos 3×1 tbl. (3×100 mg) adagja mellett 4 és 60 $\mu\text{g/ml}$ -es vérszintet észleltek (25). Mivel a hatásos szint 10 és 20 $\mu\text{g/ml}$ között van, a biológiai szórás azt a régebben érthetetlen ténytet eredményezte, hogy egyesekben a „terápiás” adag hatástalan, másokban kellő hatású, és megint másokban toxikus volt. A biológiai szórás a Gauss-görbét követi — azonban előfordul, hogy a görbe nem egy, hanem két vagy akár több csúcú, mint pl. a szukcinilkolin bontása (42), vagy az INH acetylálása esetében a populáció „lassú” és „gyors” inaktivátorokból tevődik össze (3).

A biotranszformációt befolyásolják *betegségek* is: szívelégtelenség esetén az eloszlás, veseelégtelenségben a kiürülés csökken. Májbetegségekben (gyulladás, cirrhosis) egyes gyógyszerek felezési ideje nő, a glukuronidálás, acetylálás csökken (pl. kloramfenikol, szulfamidok).

A biotranszformációt befolyásolhatja még más, egyidejűleg beadott gyógyszer is: fokozhatja, csökkentheti vagy változtathatja — azaz *interakció* jön létre.

Az interakcióknak csak egy része alapul a metabolizmus változásán, más része a gyógyszerek kémiai reakcióján, ill. a felszívódásban, eloszlásban vagy az effektus helyén bekövetkező kölcsönhatáson alapszik. Ez utóbbiakra jelen munkánkban nem térünk ki, utalunk irodalmi adatokra (18. részletes irodalom, l. ott).

Néhány, a gyakorlatban fontos metabolizmust gátló folyamat

Gátló	Gátolt vegyület
egyes szulfonamidok	tolbutamid
feniramidol	tolbutamid kumarin származékok
kloramfenikol	tolbutamid difenilhidantoin kumarin származékok
izoniazid oxolinsav (37)	difenilhidantoin antigozin

Enzimindukció

Conney (7) patkányak metilkolantrent adagolt más karcinogenekkel együtt és meglepetésére a hatása nem fokozódott, hanem csökkent. E tény vizsgálata vezetett arra a felfedezésre, hogy bizonyos vegyületek adására a metabolizmus fokozódik, mindenek szerint a citokrom P-450 mennyiségének megnövekedése útján (33). Kb. ezzel egy időben észlelte Remmer a fenobarbital enziminduktor hatását (32), amelyet már használnak is kórosan felszaporodott anyagcseretermékek kiürítésének fokozására, pl. újszülöttek hiperbilirubinémiájában (49). Hasonlóan enzimindukciós hatásúak az inszekticidok (19). DDT gyári munkásoknak — akiknek zsírraktáraikban a DDT szintje az átlagnépességéhez képest két-háromszorosa — gyógyszer-metabolizmusa jól mérhetően fokozott (30). Több karcinogen is gyorsít bizonyos enzimreakciókat, elsősorban a benzpiren hidroxilációját (8). Rendkívül érdekes az a kísérlet, amelyet dohányzó és nem dohányzó szülő nők placenta-sejtjein *in vitro* végeztek (45, 46): míg a nem dohányzók placéntája egyáltalán nem inaktíválja a karcinogen vegyületeket (benzpiren, aminoazofestékek) addig dohányzóké igen. Az enzimaktivitás nagyságának szórása igen jelentős. Lehetséges, hogy ez magyarázza, miért fejlődik ki az egyik dohányosban tüdőrák, míg a másikban miért nem (10). (Ti. a fokozott enzimtevékenységű dohányos védett marad a karcinogen hatással szemben; ha viszont nem tudja kellő gyorsasággal bontani a dohányfüst ártalmas anyagait, akkor kifejlődhet a carcinoma.)

Érdekes az etilalkohol indukáló szerepe (36): *in vitro* kísérlet szerint alkoholisták biopsziával nyert májsejtjei gyorsabban metabolizálnak — viszont ha a rendszerhez alkoholt adunk, az enzimtevékenység teljesen leáll. Ez magyarázza azt a régen ismert tényt, hogy alkoholisták éber állapotban, műtéti altatáskor több narkotikumot igényelnek az átlagnál; viszont ha részegen vesznek be altatót, annak fokozott a hatása.

Milyen gyógyszerek esetében számíthatunk arra, hogy enzimindukció hatásukat megváltoztatja? Ott, ahol a gyógyszer hatásának mértékét a metabolizáló enzimrendszer aktivitása határozza meg. Tehát abban az esetben várható, ha a gyógyszer zsírban jól oldódik, és hatásának kifejlődéséhez tartósan magas vérszint szükséges (41) (1. táblázat).

Az enziminduktorok hatására a májsejtek növekednek, ami állatkísérletben makroszkópos májmegnagyobbodáshoz is vezet (24); elektronmikroszkóppal észlelhető, hogy az enzimeket tartalmazó, egyébként kicsiny vesiculának látszó „smooth” retikulum kiterjedt, bonyolult hálózattá válik (5, 29). Így a fokozott enzimszintézis és -tevékenység „lát-ható” bizonyítékával is rendelkezünk.

Az enziminduktorok egy része más anyagok metabolizmusát fokozza, más része pedig sajátját is. Így a fenilbutazon különös sajátága, hogy látszólag paradox módon, akut toxicitása nagyobb, mint a krónikus (44). Krónikus adásakor ugyanis enzimindukció révén az inaktíválódás gyorsabb, így a toxicitás kisebb lesz. E jelenség ismerete különösen a gyógyszerkutató számára fontos.

Enzimgátlás

Számos olyan vegyületet ismerünk, amely egymás metabolizmusát gátolja. Oka bizonyos esetekben az, hogy ugyanazon enzim inaktíválja őket, tehát „osztozniuk” kell (kompetíció), máskor a mechanizmus nem tisztázott. Pl. a kloramfenikol, a difenilhidantoin, a kumarin erősen csökkenti a tolbutamid inaktíválódását, felezési idejét 2–3-szorosára növeli (6) (2. táblázat).

A metabolizmus változásának észlelése a gyakorlatban

Az enzimindukció a metabolizmus gyorsításával a gyógyszer hatását csökkenti: ez jelentkezik alvadásgátlót szedő beteg prothrombin idejének rövidülésében (17), az antidiabetikumot szedők vércukor-emelkedésében. Hasonlóképpen az epilepsziás betegen csökken a difenilhidantoin felezési ideje, ha mellé (adjuvánsként!) fenobarbitalt adnak (27). Itt azonban a fenobarbital antikonvulzív hatása egyensúlyozza a difenilhidantoin hatásának csökkenését.

Az enzimindukció hatásának megszűnése, ami az indukáló szer kihagyása után néhány nappal bekövetkezik, a metabolizmus régi, lassúbb ütemének visszaállítását eredményezi: hatásában, klinikai jelentőségében tehát a *gátlással egyenértékű*. Ha váratlanul toxikus tüneteket észlelünk tartósan antikoagulánst, antiepileptikumot, ill. antidiabetikumot szedő betegen, gondoljunk arra, hogy a beteg gyógyszert inaktíváló képessége valamilyen okból csökkent. Az ok lehet más gyógyszer okozta enzimgátlás, vagy más (induktor) gyógyszer elhagyása miatt bekövetkezett metabolizmuscsökkenés.

Az enzimindukció tehát hatástalanítja a kezelést — a gátlás vagy az indukció megszűnése pedig intoxikációt okozhat.

Ezek a jelenségek azonban nemcsak káros hatásúak, sőt perspektívájuk nagy jelentőségű, új terápiás irányokat ígér.

Az enziminduktorok antidotumként való alkalmazása mind endogen, mind exogen mérgezésekben egyre jobban terjed. Terápiás felhasználást nyert már az enzimindukció szteroidtúltermelés (40, 47), kolosztázis (21), újszülöttkori haemolitikus anaemia (11, 13, 14) kezelésében, hasznos eszköz a kolecisztografiás kontrasztanyag kiválasztásának fokozásában (22).

Az enzimindukció felhasználásának lehetősége még ennél messzebbre is mutat. A mechanizmus tisztázása ugyan még távolról sem befejezett, de már tudott, hogy egyes induktorokkal a génaktivitás is befolyásolható (10). A jövő farmakológiájának talán ezúton módja lesz egyes gének, gén-csoportok aktiválására, amely a bennük levő információnak — mRNA-n keresztül — enzimekre való „lefordítását”, azaz a metabolizmus egyes területeinek igen szelektív változtatását jelenti. A vele született, enzimeképzés zavarán alapuló anyagcserebetegségek gyógyításának perspektívája nyílik meg így az orvostudomány előtt.

Összefoglalás. Szerzők a gyógyszermetabolizmus alapvető problémáit ismertetik és a mindennapi klinikai gyakorlatban előforduló példáit mu-

tatják be. Áttekintik a biotranszformáció hatást csökkentő, fokozó és változtató formáit; beszélnek az enzimidukcióról és -gátlásról, az ezen alapuló interakciókról; megemlítik az induktorok perspektivikus lehetőségeit jelentő új terápiás irányokat is.

IRODALOM: 1. *Ariens, E. J.*: Reduction of drug action by drug combination. In: *Progress in Drug Research* Vol. 14. Ed.: *Jucker, E.* Birkhäuser Verl., Basel—Stuttgart, 1970. pp. 12. — 2. *Axelrod, J.*: *J. Biol. Chem.* 1955, 214, 753. — 3. *Brennan, R. W. és mtsai*: *Neurology.* 1970, 20, 687. — 4. *Brodie, B. B., Gillette, J. R., La Bu, B. N.*: *Ann. Rev. Biochem.* 1958, 27, 427. — 5. *Burger, P. C., Herdson, P. B.*: *Amer. J. Pathol.* 1966, 48, 793. — 6. *Christensen, L. K., Skovsted, L.*: *Lancet.* 1969, 2, 1397 — 7. *Conney, A. H., Miller, E. C., Miller, J. A.*: *Cancer. Res.* 1956, 16, 450. — 8. *Conney, A. H., Miller, E. C., Miller, J. A.*: *J. Biol. Chem.* 1957, 228, 753. — 9. *Conney, A. H.*: *Pharmacol Reviews.* 1967, 19, 317. — 10. *Conney, A. H., Gelboin, H. V.*: Antagonism and potentiation of drug action and the mechanisms of microsomal enzyme induction. In: *Drug Induced Diseases*, Vol. 4. Ed.: *L. Meyler, M. D. and H. M. Peck*, M. D. Excerpta Medica, 1972. Amsterdam, pp. 179. — 11. *Crigler, J. F., Gold, N. I.*: *J. Clin. Invest.* 1966, 45, 998. — 12. *Done, A. K.*: *Clin. Pharmacol. Ther.* 1964, 5, 432. — 13. *Gagyi D., Frank K.*: *Orv. Hetil.* 1971, 112, 632. — 14. *Gagyi D., Frank K.*: *Orv. Hetil.* 1969, 110, 903. — 15. *Garrett, E. R.*: Theoretische Pharmakokinetik. In: *Klinische Pharmakologie und Pharmakotherapie*. Ed.: *Kuemmerle, H. P., Garrett, E. R., Spitzky, K. H. Urban und Schwarzenberg.* München—Berlin—Wien. 1971. pp. 27. — 16. *Gillette, J. R.*: *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1971, 179, 43. — 17. *Gógl A.*: Gyógyszereink. 1973, 23, 400. — 18. *Graber H.*: *Orv. Hetil.* 1972, 113, 2403. — 19. *Hartil, L. G., Fouts, J. R.*: *Proc. Soc. exp. Biol. Med.* 1963, 114, 388. — 20. *Heubner, R. T.*: *Erg. ges. Physiol.* 1940, 43, 9. — 21. *Horváth T. és mtsai*: Abstracts of papers. First Congress of the Hungarian Pharmacological Society. pp. 93. — 22. *Jávor T. és mtsai*: *Drug Metabolism and Disposition.* 1973, 1, 424.

— 23. *Knoll J.*: *Gyógyszertan.* 3., átdolg. kiad. Medicina, Budapest, 1971. — 24. *Kunz, W. és mtsai*: *Arch. Pharmacol. Exp. Pathol.* 1966, 254, 470. — 25. *Kutt, H.*: *Arch. Neurol.* 1964, 11, 642. — 26. *Manten, A.*: Antibiotic drugs. In: *Side effects of drugs.* Vol VII. Ed.: *Meyler, L., Herxheimer, A.* Excerpta Medica, Amsterdam. pp. 335. — 27. *Morselli, P. L., Rizzo, M., Garattini, S.*: *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1971, 179, 88. — 28. *Mueller, G. G., Miller, J. A.*: *J. Biol. Chem.* 1953, 202, 579. — 29. *Orrenius, S., Ericson, J. L. E., Ernster, L.*: *J. Cell. Biol.* 1965, 25, 627. — 30. *Poland, A. és mtsai*: *Clin. Pharmacol. Ther.* 1970, 11, 724. — 31. *Quinn, G. P., Axelrod, J., Brodie, B. B.*: *Biochem. Pharmacol.* 1958, 1, 152. — 32. *Remmer, H., Alseben, B.*: *Klin. Wschr.* 1958, 36, 332. — 33. *Remmer, H., Merker, H. J.*: *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1965, 123, 79. — 34. *Remmer, H. és mtsai*: *Molec. Pharmacol.* 1966, 2, 187. — 35. *Remmer, H.*: *Europ. J. clin. Pharmacol.* 1972, 5, 116. — 36. *Rubin, E., Lieber, C. S.*: *Science.* 1968, 162, 690. — 37. Saját, még nem közölt adat. — 38. *Schenkman, J. B., Remmer, H., Estabrook, R. W.*: *Molec. Pharmacol.* 1972, 5, 116. — 39. *Solymoss, B.*: Az orvostudomány aktuális problémái. 1971, 3, 87. — 40. *Southern, A. L. és mtsai*: *Endocrinol.* 1966, 26, 268. — 41. *Stripp, B., Gillette, J. R.*: *J. Pharm. Sci.* 1972, 61, 1682. — 42. *Uehleke, H.*: Pathophysiologische und biochemische Grundlagen des Arzneimittelstoffwechsels. In: *Klinische Pharmakologie und Pharmakotherapie*. Ed.: *Kuemmerle, H. P., Garrett, E. R., Spitzky, K. H. Urban—Schwarzenberg.* München—Berlin—Wien, 1971. pp. 115. — 43. *Vesell, E. S., Page, J. G.*: *J. Clin. Invest.* 1968, 47, 2657. — 44. *Welch, R. M., Harrison, Y. E., Burns, J. J.*: *Toxicol. appl. Pharmacol.* 1967, 10, 340. — 45. *Welch, R. M. és mtsai*: *Science.* 1968, 160, 541. — 46. *Welch, R. M. és mtsai*: *Clin. Pharmacol. Ther.* 1969, 10, 100. — 47. *Werk, E. E., Sholiton, L. J., Olinger, C. P.*: Amelioration of nontumorous Cushing's syndrome by diphenylhydantoin. 2nd Int. Congr. Hormonal Steroids, Milan. Abstracts, Int. Congr. Ser. No. III, Excerpta Medica Found. p. 301, New York, 1966. — 48. *Williams, R. T.*: *Detoxication Mechanisms.* 1959. 2nd edit. 734. J. Wiley and Sons. New York, N. Y. — 49. *Yaffe, S. J. és mtsai*: *New Engl. J. Med.* 1966, 275, 1461.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda Budapest, V., József nádor tér. Tel.: 180-850



Verospiron tabletta

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 25 mg spironolactonum.-ot tartalmaz micronizált formában.

HATÁS

A Verospiron az aldosteron antagonistá csoportba tartozó diureticum.

Az aldosteron a distalis tubulusokban szabályozza az iontransport folyamatot, felszaporodása Na-retentiót okoz. Az aldosteron antagonistá hatású Verospiron kompetitív antagonizmus útján gátolja az aldosteron és desoxycorticosteron effectust, azaz fokozza a nátrium- és vízkiválasztást, diuresist okoz és ezáltal elősegíti az oedemák kiürülését.

JAVALLATOK

Máj-cirrhosis ascitissel, cardiális és renális oedema, agy-oedema, idiopathicus oedema. Ascitissel és oedemával járó daganatos megbetegedések. Hypertóniában antihypertensiv kezelésként rauwolfiával, illetőleg salureticumokkal kombinálva. Súlyos égési sérülés, hypokalaemiás és myastheínás eredetű paroxismalis izombénulás. Portocavalis shunt műtét utáni állapot.

ELLENJAVALLAT

Hyperkalaemiával járó veseelégtelenség.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

A diagnózis és a klinikai kép súlyosságának megfelelően az adagot esetenként kell meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK

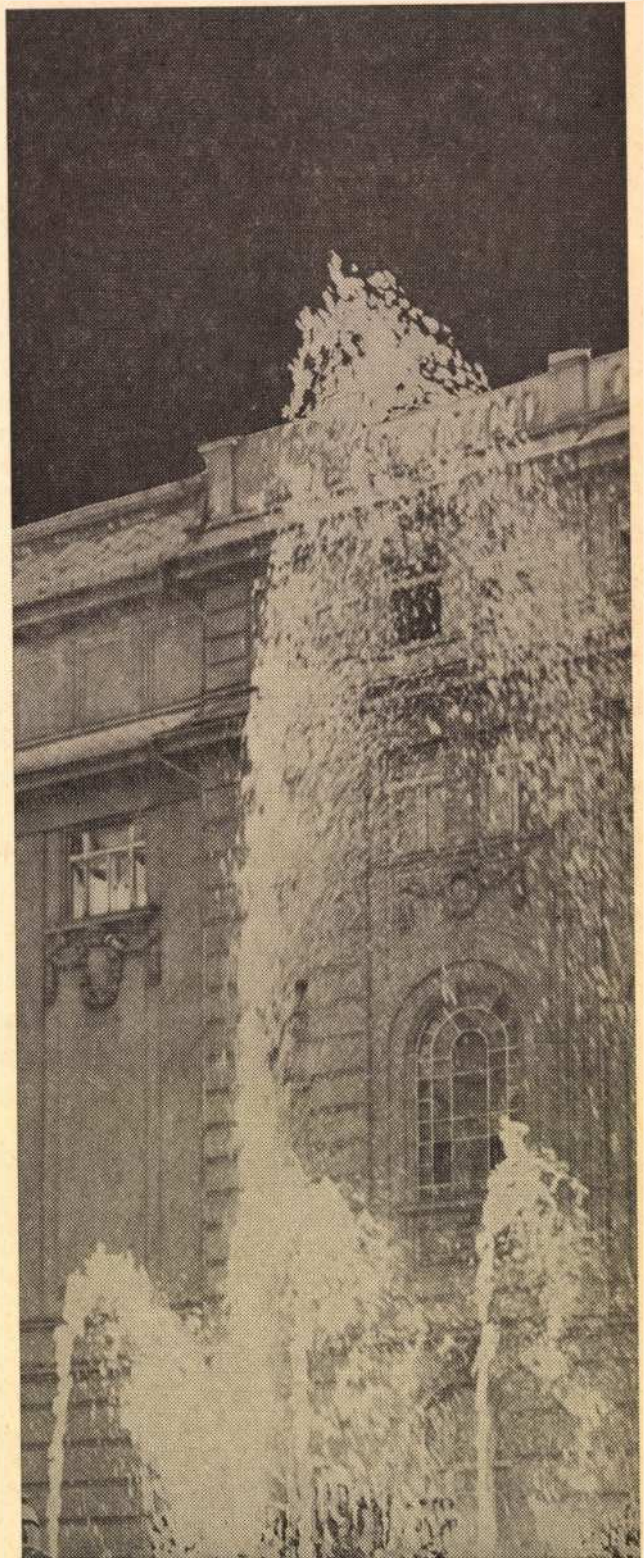
Gastrointestinalis panaszok, ritkán reversibilis gynecomastia, menstruációs zavarok.

FIGYELMEZTETÉS

Verospiron adása magas se. K-szint esetén csak kivételes esetben rendelhető. Bár a vegyülettel kapcsolatos magzati károsodás ez ideig nem ismert, alkalmazását a terhesség első harmadában nem ajánljuk. Huzamos Verospiron kezelés során a se. Na- és K-szint időszakos ellenőrzése javasolt. Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta 76,- Ft
100 tabletta 370,- Ft



Előállítja: Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.

Országos Közegészségügyi Intézet
(főigazgató: Bakács Tibor dr.),
a Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat,
Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
II. Gyermekklinika (igazgató: Kerpel-Fronius Ödön dr.)

Csecsemőkori akut légúti megbetegedések vírus-etiológiai vizsgálata különös tekintettel a kórházi keresztfertőzésekre

Kósa Zsuzsanna dr., Simon Miklós dr.
és Bognár Ilona dr.

Előző közleményünkben beszámoltunk a II. Gyermekklinika csecsemőosztályán észlelt kórházi pneumonia járványról, amelyet 3-as típusú adenovírus okozott (1/a). E munkánkban ugyanezen a nem boxosított csecsemőosztályon vizsgáltuk, hogy a felvétel idején az egyes légúti megbetegedésekért mely vírusok voltak felelősek, s hogy a légúti és egyéb megbetegedések miatt felvett betegek kórházi tartózkodása során hány esetben lépett fel légúti keresztfertőzés és ezekben milyen vírusok szerepeltek. Vizsgálataink az adenovírusokon kívül a respiratory syncytial (RS) és influenzavírusokra terjedtek ki. A munka során továbbá adatokat kívántunk kapni arra vonatkozóan, hogy az adenovírus diagnosztikában használható-e az immunfluoreszcens (IF) módszer.

Anyagok és módszerek

Vírusizolálás és szerológia

1972. februártól 1973. májusig 231 betegen (135 fiú és 96 leány) végeztünk virológiai vizsgálatokat. Kor megoszlásuk a következő volt: 0—6 hónapos: 35, 7—12 hónapos: 87, 13 hónaposnál idősebb: 107 beteg. A betegek közül 203-an légúti megbetegedés, 28-an pedig egyéb, legtöbbször valamilyen krónikus betegség vagy otitis media diagnózissal kerültek felvételre. A betegektől a felvételtkor és kórházi légúti fertőzés gyanúja esetén 1—3 napon belül torok- és orrváladékot és néhány esetben székletpontát is vettünk adenovírus izolálás és IF vizsgálat céljára. Ezenkívül a megbetegedések akut és rekonvaleszcens szakából származó sa-

vóminták komplementkötő ellenanyag-titerét határoztuk meg csoportspecifikus adenovírus, RS és influenza A és B nukleoprotein antigénekkal szemben. A torokváladék vételének és humán embryonális vese (HV) szövetkultúrákban történő leoltásának módját, valamint a szerológiai vizsgálatokat és az eredmények értékelését korábban már leírtuk (1/a). Az orrváladékot ugyanúgy kezeltük, mint a torokváladékot. A székleteket a szokásos módon dolgoztuk fel (2).

IF módszer

Az esetek egy részében az orrváladék vételéhez használt diphtheria-pálcát a váladék levétele után 1—2 ml antibiotikumos tápfolyadékba mostuk, majd centrifugálás után az üledékből tárgylemezen keneteket készítettünk. A felülúszóval 3—3 szövetkultúrát oltottunk (0,1 ml/kultúra). A keneteket indirekt módszerrel, adenovírus csoportspecifikus antigénnel szemben magas titerben komplementkötő ellenanyagot tartalmazó humán savóval, majd kecskében termelt antihumán IgG fluoreszcens konjugátummal kezeltük. Az eljárást és a konjugátumkészítést korábban ismertettük (3).

Az esetek nagyobb részében a vizsgálati anyaggal fertőzött HV sejt kultúrák közül emeltünk ki egyet a hetedik napon. A kémcső faláról a sejteket lekapartuk és ezeket a sejteket vizsgáltuk indirekt IF módszerrel.

Eredmények

A vizsgálati periódus alatt 231 csecsemő közül 70-en (30%), összesen 90 esetben lépett fel kórházi keresztfertőzésnek minősíthető légúti megbetegedés: 31 esetben felsőlégúti megbetegedés, 13 esetben bronchitis, 46 esetben pneumonia. (Kórházi fertőzésből eredőnek az olyan megbetegedéseket tekintettük, amelyeknek a tünetei legalább 10 nappal a kórházi felvétel után jelentkeztek.) 8 beteg kétszer betegedett meg a kórházi tartózkodás során, 5 beteg pedig kettőnél többször.

A 0—6 hónapos korú gyermekek 40%-a (14), a 7—12 hónaposok 29%-a (25), míg a 13 hónaposnál idősebbek 29%-a (31) kapott kórházi fertőzést.

A kórházi infekciók közül 39 (43%) január—március hónapokban, 32 (34%) október—december hónapokban, 19 (20%) pedig április—szeptember hónapokban fordult elő.

Az 1. táblázat mutatja, hogy a kórházi felvételtkor észlelt megbetegedések alapján kialakított

1. táblázat

A kórházi fertőzések előfordulási gyakorisága az alapbetegség szerinti betegcsoportokban

Kórházi megbetegedések*	Felvételi diagnózis					
	Felső légúti megbetegedés 28 eset	Laryngitis subglottica 4 eset	Bronchitis 80 eset	Pneumonia 91 eset	Nem légúti megbetegedés 28 eset	Összesen 231 eset
Felső légúti megbetegedés	1		7	12	2	22
Bronchitis.....	3			7	1	11
Pneumonia ...	3	1	14	5	14	37
Összesen	7	1	21 26%	24 26%	17 61%	70 30%

* Többszörös kórházi fertőzés esetén az első megbetegedés diagnózisát tüntettük fel.

Vírus-szerológiai vizsgálatok eredménye a keresztfertőzések következtében fellépett és a felvételtkor észlelt megbetegedésekben

Diagnózis		Vizsgált esetek száma	Ellenanyag-választ mutató esetek száma					
			Adeno	RS	Adeno+RS	Influenza		Összesen
						A	B	
vírus ellen								
Kórházi fertőzést követő megbetegedések	Felső légúti megbetegedés	24	2	3		2	7	
	Bronchitis	9	2	2	1		5	
	Pneumonia	36	11	3			14	
	Összesen	69	15	8	1	2	26 38%	
Felvételtkor észlelt megbetegedések	Felső légúti megbetegedés	21		5			5	
	Laryngitis subglottica	3						
	Bronchitis	50	3	3	1	3	10	
	Pneumonia	71	5	8	3	3 1	20	
	Összesen	145	8	16	4	6 1	35 24%	

betegcsoportokban milyen gyakorisággal léptek fel kórházi fertőzések. A bronchitissal és pneumoniával felvett csecsemőkben azonos gyakorisággal jelentkeztek a kórházi megbetegedések (26%). Ennél lényegesen nagyobb volt a morbiditás a nem légúti megbetegedés miatt kezelt, többségükben krónikus betegek között (61%). Még szembevetendő a különbség, ha az ismételt fertőzéseket is figyelembe vesszük: 108 felsőlégúti megbetegedéssel és bronchitissal felvett beteg közül 33, 91 pneumoniával felvett beteg közül 29, míg a 28 egyéb betegséggel felvett csecsemő közül 27 alkalommal észleltünk légúti keresztfertőzést kórházi tartózkodásuk során.

A virológiai vizsgálatok eredménye

Beteganyagunkból összesen 280 alkalommal végeztünk virológiai vizsgálatot, ebből 160 esetben izolálási kísérlet + szerológiai vizsgálat, 66 esetben csak izolálási kísérlet, 54 esetben pedig csak szero-

lógiai vizsgálat történt. A vírusszerológiai vizsgálatok eredményét a 2. táblázatban tüntettük fel. A felvételtkor észlelt megbetegedésekben a pozitív esetek gyakorisága 24%, míg a keresztfertőzésekben 38% volt. Az előbbi esetben az adenovírus etiológiát 8%-ban, az RS vírus etiológiát 14%-ban, az utóbbi esetben az adenovírus etiológiát 23%-ban, az RS vírus etiológiát 13%-ban találtuk igazoltnak. Influenza A antigénnel szemben 6, ill. 2 esetben, B antigénnel szemben 1, ill. egy esetben sem mutattunk ki ellenanyagválaszt. A felvételtkor diagnosztizált pneumonias megbetegedések kórokozójaként 11%-ban szerepeltek adenovírusok és 15%-ban RS vírus, míg a kórházban aquirált pneumoniák 31%-a volt tulajdonítható adeno- és 8%-a RS vírusfertőzésnek.

Adenovírus izolálási kísérlet összesen 226 esetben történt, melyek közül 26 alkalommal sikerült adenovírust izolálni (11%). A leggyakrabban (12-szer) izolált adenovírus típus a 2-es volt: 1 felsőlégúti, 5 bronchitises és 6 pneumonias betegtől. Adenovírus 1-es típust 6 pneumonias esetből, 7-es típust 5, 5-ös típust 2, 3-ast pedig 1 alkalommal izoláltunk. Az izolált vírusok etiológiai szerepét azonban csak abban az esetben fogadtuk el bizonyítottan, ha a beteg ellenanyagválasztát is ki tudtuk mutatni adenovírus komplementkötő antigénnel szemben. Az izolálási kísérletek mellett 160 esetben tudtuk a szerológiai vizsgálatot is elvégezni. Ezekből a betegek közül 18 adenovírus törzset izoláltunk, melyek közül az ellenanyagválasz 6 esetben igazolta az izolált vírus etiológiai szerepét (2 1-es, 2 2-es, 1 3-as, 1 7-es típusét).

Adenovírus izolálási kísérletek és az immunfluoreszcens vizsgálatok összehasonlító értékelése

3. táblázat

Vírus izolálási kísérlet	IF vizsgálat	IF vizsgálatok száma	
		orrváladékból	oltott humánvese kultúra sejtekből
e r e d m é n y e			
+	+	0	18
+	-	7	9
-	+	2	1
-	±	0	4
-	-	70	506
-	?	9	1
Összesen		88	539

? = nem értékelhető

Az IF vizsgálatok eredménye

Az IF módszer értékeléséhez, a vizsgálatok számának növelése céljából, nemcsak a II. sz. Gyermekklinika beteganyagából (463 minta), hanem kisebb számban (164 minta) az OKI vírusosztályá-

A cytopathogén elváltozás megjelenési ideje és az immunfluoreszcens vizsgálatok eredménye közti összefüggés betegekből izolált adenovírus törzseknél

A CP hatás megjelenése (napok)	Izolálás sikeres		
	IF negatív		IF pozitív
	a	b	a
3		Ad7*	
4		Ad7	
5			Ad1, Ad3
6			Ad2
7		Ad1, Ad7	
8		Ad7	2 Ad2
9			2 Ad1, Ad2
10		Ad7	Ad1
11	Ad2, Ad5		Ad1
12	Ad2		Ad1, 2 Ad2
14	Ad1, Ad2, Ad5	Ad3	Ad5
17	Ad2		Ad1, 2 Ad3, Ad14
19	Ad3		
26	Ad2		

a = Az IF vizsgálat a vizsgálati anyaggal fertőzött, majd a fertőzés utáni 7. napon vett sejtekből történt.

b = Az IF vizsgálat közvetlenül az orrváladékból történt.

* = adenovírus 7. típus

ra ugyanebben az időszakban rutin vizsgálat céljára beküldött „vegyes” légúti anyagból is végeztünk vizsgálatokat. A vizsgálati anyagok egy részében (88) leoltás nélkül, közvetlenül az orrváladékból készített kenetet vizsgáltuk IF módszerrel, más részében pedig (539), mivel ez a módszer nem bizonyult kielégítőnek, előbb sejtkultúrákba oltottuk az anyagokat és a leoltást követő hetedik napon a lekapart sejtekből végeztük el a vizsgálatot.

A 3. táblázatban az adenovírus izolálási és az IF vizsgálatok eredményét párhuzamosan tüntetjük fel. Az orrváladékminták közvetlen IF vizsgálatával csak 2 olyan esetben kaptunk pozitív eredményt, amelyekből vírust nem sikerült izolálni. 7 olyan anyag esetében viszont, amelyekből sikerült adenovírust izolálni, az IF vizsgálat negatív eredménnyel zárult. 9 alkalommal (10%) a kenet kevés sejtet vagy sejtörmeléket tartalmazott, aminek következtében az eredményt nem lehetett értékelni.

A vizsgálatok másik csoportjában, ahol az IF vizsgálat a beoltott HV sejtekből történt, 27 esetben sikerült vírust izolálni. Ezek közül IF módszerrel 18-at tudtunk kimutatni. Ezzel szemben 1 anyag esetében az oltott sejtek határozott, 4 anyag esetében pedig enyhe fluoreszcenciát mutattak, bár az ezekből az anyagokból végzett vírusizolálási kísérletek negatív eredménnyel zárultak.

Az izolált adenovírusok által okozott cytopathogen (CP) elváltozás megjelenési ideje és az IF vizsgálat eredménye közti összefüggést mutatja a 4. táblázat. Látható, hogy a vizsgált törzsek CP hatásának megjelenési idejétől függetlenül, az orrkenetből végzett IF vizsgálatok negatív eredménnyel jártak. Viszont a másik módszerrel, az összes olyan törzs, amelynek CP hatása a 10. nap előtt jelent meg, kimutatható volt IF segítségével is (10 törzs) a hetedik napon. A 10. nap után jelentkező CP elváltozást okozó 17 törzs közül 8 volt kimutatható IF vizsgálatnál. Az IF vizsgálat eredménye független volt a vizsgált adenovírus törzsek típusától.

Megbeszélés

A kórházi gyermek- és csecsemőosztályokon komoly problémát jelent a vírus okozta légúti károsodások és járványok nagy száma (1, 4, 5, 6, 7). *Ketiladze és mtsai* nagyobb közös körtermekben a légúti károsodások előfordulási gyakoriságát 28,6%-osnak találták, a fertőzéseket leggyakrabban adenovírusok okozták (5). Az a tény, hogy a légúti betegek külön szobákban egyenként történő elhelyezése sem küszöböli ki teljesen a kórházi infekciók előfordulását, valószínűvé teszi, hogy a fertőzések közvetett úton, az ápoló személyzetten keresztül is terjedhetnek (6, 8). Vizsgálataink szerint, nem boxosított csecsemőosztályon, kb. 15 hónapos megfigyelési időszak alatt, 231 beteg közül 70-en (30%) kaptak, összesen 90 alkalommal valamilyen légúti betegséget kórházi tartózkodásuk folyamán. A diagnózis szerinti megoszlás a következő volt: 31 esetben felsőlégúti megbetegedés, 13 esetben bronchitis acuta, 46 esetben pneumonia. A 0–6 hónapos korúak részvételi aránya volt a legnagyobb: közülük 14-en (40%) betegedtek meg, ami

azzal magyarázható, hogy a maternalis immunitás csak rövid ideig tart. Ezt igazolja *Dreizin és mtsai*nak az az adata, mely szerint zárt kollektívában nevelt 3 hónapos csecsemők 61,4%-a már egyáltalán nem rendelkezett anyai eredetű adenovírus elleni komplementkötő ellenanyaggal (9).

Saját vizsgálataink szerint a keresztfertőzések előfordulási gyakoriságát elsősorban a kórházi tartózkodás időtartama befolyásolta és nem az, hogy milyen betegség miatt került felvételre a beteg. Ezt igazolja, hogy a 90 megbetegedés közül 44 (49 százalék) a kórházi felvétel után legalább 3 héttel lépett fel, és ezek közül 19 a krónikus betegek kis csoportjában (28 csecsemő) fordult elő, míg 25 a többi 203 beteg között oszlott meg. Ugyanakkor a 3 héten belüli kórházi morbiditás a betegek különböző csoportjaiban azonos volt.

A virológiai vizsgálatok szerint, a felvételkor észlelt megbetegedések etiológiájában az RS vírusok nagyobb arányban szerepeltek, mint az adenovírusok (14%, ill. 8%), a keresztfertőzésekben viszont ellenkező értelmű eredmények születtek (13 százalék és 23%). Ezek az adatok alátámasztják az adenovírusok más szerzők által is leírt kiemelkedő szerepét a kórházi és egyéb nosocomialis infekciók előidézésében (5, 9, 10, 11). A felvételkor elvégzett RS és adenovírus komplementkötési reakciók eredményei egyébként majdnem teljesen megegyeznek *Tóth és mtsai*nak nagyobb alsólégúti beteganyag vizsgálatakor nyert adataival: 407 savópár közül 56 esetben (13,7%) mutattak ki RS vírus és 22 esetben (5,4%) adenovírus komplementkötő ellenanyag-titer emelkedést (12).

Az adenovírusok kimutatására a klasszikus virológiai módszereken kívül az immunfluoreszcens eljárást is alkalmaztuk, annak diagnosztikai célokra történő felhasználhatóságának vizsgálatára.

A vizsgálatok nagyobb részét az eddig tárgyalt beteganyagon, kisebb részét pedig egyéb légúti betegek anyagaiból végeztük. Mivel a kétféle forrásból származó vizsgálati minták között sem a vírusizolálási gyakoriság, sem az immunfluoreszcens vizsgálatok eredménye szempontjából nem találtunk lényeges eltérést, az összes esetet együttesen értékeltük.

Az indirekt immunfluoreszcens módszert kétféle módon alkalmaztuk: 1. közvetlenül az orrkeletből végzett IF vizsgálattal 88 mintából 2 pozitívot találtunk, olyan esetekben, amikor a párhuzamosan végzett szövettényésztéses módszerrel adenovírust nem sikerült kimutatni, viszont 7 sikeres vírusizolálási kísérlet negatív eredményű IF vizsgálattal járt együtt. Ezek az adatok az IF módszer ilyen jellegű alkalmazhatóságát erősen kérdésessé teszik. Az irodalomban is található olyan adatok, melyek szerint a betegek váladékainak közvetlen IF vizsgálata nem ad kielégítő eredményt adenovírus infekciókban: *Gardner és mtsai* 1028 gyermek nasopharyngeális váladékából 65 adenovírus törzset izoláltak, de az ugyanezekből az anyagokból végzett indirekt IF vizsgálat csak 23 esetben volt pozitív (13). Ezért nem is ajánlják a módszert adenovírus diagnosztikai vizsgálatokhoz. *Kalter és mtsai* 81 beteg közül 21-ben találtak komplementkötő ellenanyag-titer emelkedést adenovírus komplementkötő antigénnel szemben, viszont a betegek torok- és nasopharyngeális váladékából csak 10 esetben sikerült adenovírus jelenlétére utaló IF-t kimutatni (14).

2. Kedvezőbb eredményeket értünk el akkor, ha az IF vizsgálatokat a torok- és orrváladékok szövétkultúrába történő leoltása után a fertőzött sejtekkel végeztük. Ezzel a módszerrel 539 anyagot vizsgáltunk és az ezekből izolált 27 adenovírus törzs közül 18-at tudtunk kimutatni. A leoltás után 10 napnál előbb CP elváltozást okozó 10 törzs minden esetben IF pozitív volt már a hetedik napon, míg a 10. nap után jelentkező CP elváltozást okozó törzsek közül 8 IF pozitív volt, 9 pedig nem. Mivel a hetedik napon még csak 5 esetben mutatkozott CP elváltozás, viszont ugyanakkor az IF próba egyetlen csökváltúra vizsgálatából is 18 esetet jelzett; a módszer előnye nyilvánvaló. Eredményeinket valószínűleg javította volna, ha a CP elváltozást nem mutató, de passzált anyagainkat a második passzátsban is vizsgáltuk volna. Így *Stevens és mtsai* adenovírust tartalmazó székletminták szövétkultúrába oltása után indirekt IF módszerrel csak a CP

hatás megjelenése után tudták kimutatni a vírusok jelenlétét, viszont kétszer vagy többször passzált törzseknel a CP hatástól függetlenül, 24—48 órával a leoltás után minden esetben pozitív volt az IF vizsgálat eredménye (15).

Végül a szövétkultúrák sejtjeiből történő IF vizsgálat alkalmazása mellett szól az a tény is, hogy 539 vizsgálati mintából csak 1 volt technikai okból értékelhetetlen, míg a másik módszerrel 88 anyag közül 9-ben nem lehetett elvégezni a vizsgálatot, mert az orrváladékból készült kenetek csak kevés sejtet vagy sejttermelékét tartalmaztak.

Összefoglalás. Szerzők nem boxosított csecsemőosztályra nagyobb részét légúti megbetegedés miatt felvételre került 231 beteg közül 70 betegen (30%) észleltek 90 alkalommal kórházi légúti keresztfertőzést. Ezek elsősorban a hosszabb ideig bent fekvő betegeken fordultak elő. A respiratory syncytial és adenovírusok etiológiai szerepét a kórházi felvételkor észlelt légúti megbetegedésekben 14, ill. 8%-ban, míg a légúti keresztfertőzésekben 13, ill. 23%-ban igazolták. Immunfluoreszcens módszerrel 27 izolált adenovírus törzs közül 18-at tudtak kimutatni abban az esetben, ha a vizsgálatot a betegektől nyert anyagok szövétkultúrába oltása után, a fertőzött sejtekből végezték el. Adenovírusok kimutatására a betegek orrkenetének közvetlen immunfluoreszcens vizsgálatát nem ajánlják.

IRODALOM: 1. *Nász I., Béládi I., Lengyel A.*: Az adenovírusok és kórokozó szerepük. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1967. — 1/a. *Bognár I., Kósa Zs.*: Orv. Hetil. 1972, 113, 2091. — 2. *Farkas E., Dömök I.*: Vírusbetegségek laboratóriumi diagnosztikája. (Bálint—Hegedüs: Klinikai laboratóriumi diagnosztika. 3. kiadás. Medicina, Budapest, 1962.) — 3. *Simon M., Barb K., Takátsy Gy.*: Orv. Hetil. 1973, 114, 1797. — 4. *Bognár I., Pillis I.*: Gyermekgyógyászat. 1971, 22, 223. — 5. *Ketiladze, E. S., Ivanova, C. A., Csesik, C. G., Zsilina, N. N., Androszova, A. A., Zajceva, N. D., Bondarenko, T. G., Mihajlova, I. M., Danilova, B. I.*: *Pediatrica*. 1970, 49, 6. — 6. *Sternner, G.*: *Brit. med. J.* 1972, 1, 51. — 7. *Gardner, P. S., Court, S. D. M., Brochlebank, J. T., Downham, M. A. P. S., Weightman, D.*: *Brit. med. J.* 1973, 2, 571. — 8. *Ditchburn, R. K., McQuillin, J., Gardner, P. S., Court, S. D. M.*: *Brit. med. J.* 1971, 3, 671. — 9. *Dreizin, R. S., Vodja, R. A., Zolatarszkaja, E. E.*: *Vopr. Virusol.* 1971, 16, 590. — 10. *Holy, J. et al.*: *Cesk. Pediatr.* 1972, 27, 317. — 11. *Tóth M., Osváth P.*: *Acta microbiol. Acad. Sci. hung.* 1965, 12, 39. — 12. *Tóth M., Kósa Zs., Jancsó Á., Bartha T., Dömök I.*: *Gyermekgyógyászat*. 1972, 23, 384. — 13. *Gardner, P. S., McGuckin, R., McQuillin, J.*: *Brit. med. J.* 1972, 3, 175. — 14. *Kalter, S. S., Azmour, V., Reinartz, J. A.*: *Arch. ges. Virusforsch.* 1969, 28, 34. — 15. *Stevens, T. D., Watkins, H. M. S.*: *Appl. Microbiol.* 1971, 22, 784.

Terhelési görbék minősítése szülőpárok szerint (96 észlelés)

♂ ♀	∅	1—2	3—6	7—8	Ma- nifest dia- betes	Σ
∅	3	3	∅	1	∅	7
1—2	6	6	2	∅	∅	14
3—6	2	3	6	4	1	16
7—8	2	2	2	1	2	9
Manifest diabetes	1	1	∅	∅	∅	2
Σ	14	15	10	6	3	48

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
I. Gyermekklinika (igazgató: Gerlőczy Ferenc dr.)

Öröklődés kérdése gyermekkorai diabetesben

Barta Lajos dr.

A diabetes öröklődése nem tartozik a tisztázott kérdések közé. A recesszív öröklődés mellett a domináns öröklődés lehetősége is fennáll. Egyes adatok szerint az öregkori inkább domináns, a fiatalkori inkább recesszív öröklődést mutat (11). Az újabb vizsgálatok meggyőző adatokat szolgáltatnak arra vonatkozóan, hogy a diabetes öröklődése poligenikus. A kérdés bonyolultságát még fokozza, hogy az exogen tényezők legújában gyermekkorban is előtérbe kerülnek. Feltételezhetően autoimmun folyamat a kiváltója a beta-sejtek pusztulásának, és kísérletileg igazoltan lehetséges, hogy vírusfertőzés a megindítója az autoimmun folyamatnak (3). Az öröklődés jelentősége azonban még ez utóbbi lehetőség mellett is előtérben van, mivel az autoimmun folyamat elsősorban azokban a gyermekekben vált ki diabeteses anyagcsere-folyamatot, akikben terheltség áll fenn. A diabetes öröklődése gyermekkorban bizonyítottan vehető. A diabeteses gyermekek felmenő családtagjaiban a cukorbeteg előfordulása különböző szerzők adatai szerint 15,4—52% között váltakozik (2). A családtagokon felismert diabetesesek száma elsősorban attól függ, hogy az észlelés mennyi időre terjed ki. Természetes, ha pl. 10—15 éven át folyamatosan ellenőrizzük a családot, akkor a megállapított diabeteses esetek száma jelentősen emelkedik. A fenti számok a manifest diabeteseseket foglalják magukba. Ez a szám azonban még magasabb, ha a hozzátartozókat a kémiai diabetes előfordulása szempontjából is megvizsgáljuk (14). Vizsgálataink célja annak a megállapítása, milyen gyakori a diabeteses gyermekek szülei között a kémiai diabetes előfordulása. Ha a kémiai diabetes és a manifest diabetes között kapcsolat van és a gyermekkorai diabetes pl. recesszív módon öröklődik, akkor a szülőknél várható a kémiai diabetes gyakori előfordulása.

Módszer

Észleléseink 106 szülőre terjedtek ki. 43 esetben mindkét, 15 esetben csupán az egyik szülőben végeztük el a glukose terheléses vizsgálatot, és 5 esetben

A felső négyzet — 18 eset — egyik szülőben sem áll fenn cukoranyagcsere-zavar.

Az alsó négyzet — 16 eset — mindkét szülőben cukoranyagcsere zavar áll fenn.

Az alsó és felső téglalap — 14 eset — csak az egyik szülőben vehető fel cukoranyagcsere zavar. (A téglalap kettős vonallal van ábrázolva.)

egyik szülőben manifest diabetes állt fenn. A terheléses vizsgálat 3 napos szénhidrátdús diéta után éhómra 50 g glucoseval történt. A vércukor-meghatározást a kapillarisvérből ortotoluidines módszerrel végeztük. Vérvételek éhómra, majd 30 percenként 3 órán át történtek. A vércukorgörbék értékelését Schliack és mtsai által megadott szempontok szerint végeztük (15, 16). Az általuk megadott táblázat a beteg életkorát figyelembe veszi. A kiértékelés szerint a határterületek közötti értékek 30 és 60 percnél egy pontot, 120 percnél két pontot, a határterületek feletti értékek 30 és 60 percnél két pontot, 120 percnél négy pontot kaptak (pl.: a 30—39 éves korosztályban a glukose-terhelés 30. percében a határterület 170—190 mg% között, a 60. percen 150—185 mg%, a 120. percen 105—125 mg%). Ez azt jelenti, hogy a 30. és 60. percen a határterület feletti érték két pontot, míg a 120. percen a határterület feletti érték négy pontot kap. A határterületbe eső érték a 30. és 60. percen 1 pontot, a 120. percen két pontot kap).

Összegeze: 0—2 pont negatív eredmény, 3—6 pont diabetes-gyanút, 7—8 pont diabetest jelent. A modern szemléletnek megfelelően mi a posthyperglykaemiás, hypoglykaemiás vércukorszintet is értékeltük. Ennek megfelelően külön csoportosítottuk azokat az eseteket, amelyekben 70 mg% alatti reaktiv vércukoresés állapítható meg.

Eredményeink

Az 1. táblázat szerint contingentiával vizsgálva a szülőpárokat, 48 esetből 18-szor mindkét szülő 0—2 pont között volt. Csak az egyik szülő volt 2-nél magasabb pontszámú 14 esetben, mindkettő magasabb volt 16 esetben. Kb. az arány tehát $1/3 : 1/3 : 1/3$. Észleléseink az egész anyagra kiterjesztve a kémiai diabetes biztosan 19 szülőben állapítható meg (2. táblázat). Az 5 manifest diabeteses szülővel együtt

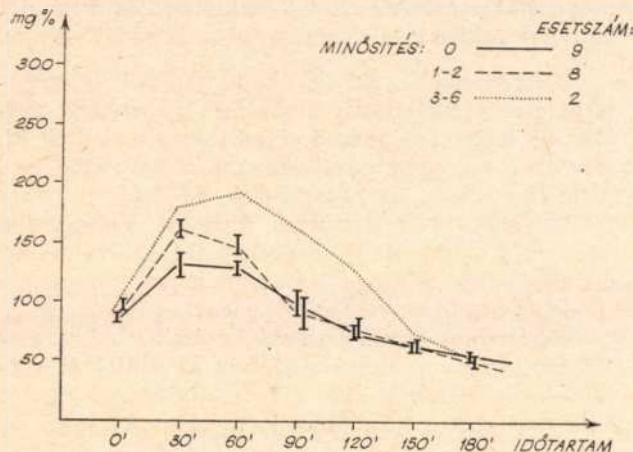
2. táblázat

106 észlelt eset megoszlása a terhelési görbe minősítése szerint

0	22
1—2	32
3—6	28
7—8	19
Manifest diabetes	5
	106

tehát az 58 diabeteses gyermek 106 vizsgált szülője közül 24-ben diabeteses cukoranyagcsere-zavar áll fenn. 28 esetben a görbe minősítése 3—6 pont közötti. A vércukorgörbe lefutása a normálistól a vizsgált esetek felében tér el. (A vércukorgörbék lefutását az 1. és 2. ábra mutatja.) A reaktiv hypoglykaemiák

mítjuk az egyébként 0—2 pont közötti fiziológiának mondható görbék között talált 17 hypoglykaemiát (3. táblázat), az afiziológias görbék gyakorisága 64/101-re emelkedik. Tehát a szülők kétharmadában a vércukorgörbe cukoranyagcsere-zavarra utal. A 4—5. táblázat szerint, ahogy várható, az idősebb korosztály korpulensebb. A testsúly növekedésével magasabb a diabeteses anyagcserezavarra utaló görbék előfordulása. Extrem kövér azonban viszonylag kevés volt és ezzel kapcsolatos, hogy a kémiai diabetes előfordulását a szülők életkora nem befolyásolja (6. táblázat).



1. ábra. Terheléses vércukorgörbék hypoglykaemiával járó esetekben



2. ábra. Terheléses vércukorgörbék hypoglykaemiával nem járó esetekben

aránya érhetően a 0—2 görbecsoportban a legmagasabb. Ezek szerint, ha hármas, vagy súlyosabb pontszámú, összesen 47 kóros görbéhez hozzázá-

3. táblázat

Hypoglykaemiás esetek megoszlása kortól és a görbe súlyosságától függően

Kor	20—29	30—39	40—49	50—60	Σ
0	0/2	5/9	3/7	1/4	9/22
1—2	1/7	3/5	3/18	1/2	8/32
3—6	0/4	0/7	2/16	0/1	2/28
7—8	0/3	0/6	0/8	0/2	0/19
Σ	1/16	8/27	8/49	2/9	19/101

Az összes észlelések számát a megfelelő kategóriában a nevező mutatja.

Életkor és testsúly összefüggése

4. táblázat

Kor	20—29	30—39	40—49	50—60	Σ
I—II.	11	14	22	5	52
III—IV.	4	8	18	2	32
V.	0	4	3	1	8
Σ	15	26	43	8	92

A testsúlytöbbletet a Brocca számítás alapján végeztük:

0—5%	I.
5—10%	II.
10—20%	III.
20—30%	IV.
30% felett	V.

Terhelési görbe minősítése és a testsúly összefüggése 5. táblázat

Minősítés	0	1—2	3—6	7—8	Σ
I—II.	17	18	14	3	52
III—IV.	4	10	10	8	32
V.	0	2	2	4	8
Σ	21	30	26	15	92

6. táblázat

Az életkor és a terheléses görbe minősítése közötti összefüggés

Kor	20—29	30—39	40—49	50—60	Σ
0	2	9	7	4	22
1—2	7	5	18	2	32
3—6	4	7	16	1	28
7—8	3	6	8	2	19
Σ	16	27	49	9	101

Megbeszélés

A kémiai diabeteset Jackson és mtsai szerint 3 csoportba oszthatjuk (8). 1. Határozott kémiai diabetes (Definite Chemical Diabetes), ezekben az ese-

tekben a vércukorgörbék kétséget kizáróan kórosak. Ezekbe tartoznának azok az észleléseink, amelyek 7—8 pontszámot kaptak. A 2. csoportba tartoznak a valószínűleg kémiai diabetesesek (Probable Chemical Diabetes). Ezekbe tartoznak a 3—6 ponttal minősített esetek, és a 3. csoport a lehetséges kérdéses kémiai diabetes (Possible Chemical Diabetes). Ez utóbbi csoportba azokat az eseteket soroljuk, amelyekben a görbe lefutása nem utalt vércukoranyagcsere-zavarra, de jelentős volt a reaktiv vércukoresés (1—2. ábra). A hajlam a reaktiv hypoglykaemiára a kémiai diabeteses állapot jellemzője (1). Vizsgálataink szerint a diabeteses gyermekek szülei között az életkortól függetlenül a cukoranyagcsere-rendellenesség igen gyakori. A magas frekvencia és az a körülmény, hogy a házastársak viszonylag gyakran érintettek, mindkét szülő terheltsége mellett bizonyít. A kémiai diabetes legbiztosabban szájon keresztül terheléses vizsgálattal állapítható meg (9). Kémiai diabetesben az insulin-szekréció szabálytalan. Az adatok azonban arra vonatkozóan, hogy a csökkent vagy az emelkedett insulin-szekréció domináló-e, ellentmondóak.

Cerasi és Luft szerint (5, 6) a különböző diabeteses állapotokat a praediabetestől a manifest diabetesig a késéssel induló alacsony insulin-szekréció jellemzi. Más vizsgálok szerint a kémiai diabetes a magas insulin-szekréció jellemzi (13), de úgy látszik, még magas értékek mellett is renyhe a kezdeti insulin-szekréció (7). *Camerini—Davalos és mtsai* (4) szerint a komplex kötött insulin magasabb, de ez a szabad insulinra nem vonatkoztatható.

Jackson és mtsai (10) szerint a kémiai diabetesnek csak a korai szakát jellemzi magas insulin-szekréció, míg az ún. késői szakban alacsony az insulin-szekréció. Kémiai diabetesben, noha nem kétséges az insulin-szekréció rendellenessége, még nem tisztázott, hogy a különböző diabeteses állapotokat milyen insulin-szekréció jellemzi.

Luft és Cerasi (12) szerint a lakosság 20%-ában az alacsony insulin-szekréció alapján praediabeteses állapot feltehető. *Silwet és Oscarsson* (17) szerint a különböző korcsoportokban a kémiai és manifest diabetes azonos számban fordul elő. Vizsgálataink szerint cukoranyagcsere-rendellenesség diabeteses gyermekek szüleinek kétharmadában állapítható meg. Tehát a diabeteses praedispositio az esetek túlnyomó többségében glucose terheléses vizsgálattal felismerhető volt. Természetesen a kér-

déses esetekben a glucose-terheléssel egy időben végzett insulinszint meghatározása kémiai diabetes tisztázása szempontjából értékes adat. Vizsgálataink arra utalnak, hogy a tanácsadás a családtervezés kérdésében talán az eddiginél korrektebb lehetne, ha a diabeteses egyén élettársán — esetleg még a házasságkötés előtt — a kivizsgálás a kémiai diabetes felderítése szempontjából is megtörténne.

Összefoglalás. 101 esetben végeztek glucose-terheléses vizsgálatokat diabeteses gyermekek szülein, de észleléseik még 5 olyan esetre terjedtek ki, amelyben az egyik szülőnek manifest diabeteses volt. 19 esetben megállapítható, 28 esetben pedig feltételezhető volt a kémiai diabetes. Figyelembe véve még a reaktiv hypoglykaemia előfordulását, észleléseiknek mintegy kétharmadában volt aphysiologiás a glucose-terheléses görbe.

Diabeteses egyén házasságkötésekor adott családalapításra vonatkozó tanácsaik az eddiginél korrektebbek lennének, ha a nem diabeteses egyént kémiai diabetes irányában is megvizsgálánánk.

Köszönetnyilvánítás

Technikai munkatársamnak, *Oláh Györgynének* ezúton is köszönetet mondok. Köszönettel tartozom továbbá a Magyar Tudományos Akadémia biometriai osztálya (vezető: *Juvancz Ireneusz dr.*) munkatársának, *Párdányi Miklósné dr.-nak* az eredmények értékelésében nyújtott segítségért.

IRODALOM: 1. *Balsam, M. J., R. Kaye, L. Baker:* Metabolism. 1973, 22, 283. — 2. *Barta L.:* Dtsch. Med. Wschr. 1960, 85, 558. — 3. *Bastienie, P. A.:* Diabetes immunity and autoimmunity. Lecture on the 8th Diabetes Congress Brussels, 1973. — 4. *Gamerini—Davalos, R. A. és mtsai:* Metabolism. 1973, 22, 219. — 5. *Cerasi, E., Luft, R.:* Nobel Symposium 13. Almquist és Wiksell, Stockholm, 1970. 17. — 6. *Cerasi, E., Luft, R.:* Diabetes. 21. Suppl. 2, 685, 1972. — 7. *Guthrie, R. A. és mtsai:* Metabolism. 1973, 22, 275. — 8. *Jackson, R. L., Guthrie, R. A., Waiches, H. M.:* Metabolism. 1973, 22, 229. — 9. *Jackson, R. L., Guthrie, R. A., Murthy, D. Y. N.:* Metabolism. 1973, 22, 237. — 10. *Jackson, R. L., Guthrie, R. A., Murthy, D. Y. N., Lang, J.:* Metabolism. 1973, 22, 247. — 11. *Köbberling, J.:* Diabetologia. 1969, 5, 392. — 12. *Luft, R., Cerasi, E.:* idézve S. S. Fajans. Metabolism. 1973, 22, 235. — 13. *Reaven, G. M., Olefsky, J., Farquhar, J. W.:* Lancet. 1972, I, 1247. — 14. *Rosenbloom, A. L.:* Metabolism. 1973, 22, 301. — 15. *Rost, G., Honigmann, G., Schliack, V.:* Zschr. inn. Med. 1967, 22, 709. — 16. *Schliack, V., Rost, G., Honigmann, G., Letz, U.:* Zschr. inn. Med. 1968, 23, 243. — 17. *Silwet, H., Oscarsson, P. N.:* Acta Med. Scand. 1958, 161, 335.



SUMETROLIM®

tabletta

chemotherapeuticum

OSSZETÉTEL: Tablettánként 0,08 g trimethoprimum és 0,4 g sulfamethoxazolomot tartalmaz.

A készítmény kettős támadáspontú chemotherapeuticum: a bacteriumok folszintézisének két, egymást követő fázisát gátolja. A hatóanyagok között synergismus van: a kombinált készítménynek már olyan kis mennyisége is bactericid hatású, amilyen töménységben a komponensek külön-külön csak bacteriostatikus tulajdonságúak.

A tablettá bactericid effektusa a Gram negatív és pozitív bacteriumok jelentős részére kiterjed (streptococcusok – beleértve a beta-haemolyticus Streptococcut is –, pneumococcusok, neisseriák, klebsiellák, bordatellák, salmonellák, shigellák és Vibrio cholerae).

A készítmény – általában – Haemophilus influenzae, Escherichia coli, staphylococcusok, Proteus mirabilis és vulgaris ellen is hatásos.

Nem érzékeny kórokozó a Pseudomonas aeruginosa és a Mycobacterium tuberculosis.

JAVALLATOK: A felső és alsó légutak infekciói: acut és chronikus bronchitis, bronchiectasia, pneumonia, tonsillitis, sinusitis, pharyngitis.

A vese és húgyutak fertőzései: acut és chronikus cystitis, pyelitis, pyelonephritis, urethritis.

Nemi szervek megbetegedései: Gonococcus-urethritis, prostatitis.

Epehólyag és epeút gyulladási megbetegedései: cholecystitis, cholangitis.

A gyomor-bél rendszer fertőzései: enteritis, typhus abdominalis, paratyphus, dysenteria.

Bőrfertőzések: pyoderma, furunculus, abscessus, sebfertőzés.

ELLENJAVALLATOK: Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, sulfonamid túlérzékenység, valamint terhesség.

Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS: A készítményt acut infekció esetén legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig.

Általános adagolási tájékoztató felnőtteknek

Therapiás adag	2×2 tabl./die (reggel és este, étkezés után)
Fenntartó adag	2×1 tabl./die
Maximális adag	2×3 tabl./die

Gyermekeknek:

2 éves kor alatt	1–2× $\frac{1}{4}$ tabl.
2–6 éves korban	2× $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ tabl.
6–12 éves korban	2× $\frac{1}{2}$ –1 tabl. étkezés után

Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó.

MELLÉKHATÁS: Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, émelygés, hányás, étvágytalanság, gyógyszer-exantheme. Hosszan tartó adagolás alatt vagy arra diszponált egyéneknél legtöbbször reversibilis haematologiai elváltozások (agranulocytosis, leukopenia) előfordulhatnak.

FIGYELMEZTETÉS: Korlátozott vesefunkció esetén – a kumuláció veszélyének elkerülése végett – csak redukált adagok adhatók; a plasma-koncentráció meghatározása ajánlatos. Hosszan tartó kezelés alatt a vérkép rendszeres ellenőrzése szükséges. Az esetben, ha a kúra alatt exantheme keletkezik, a gyógyszer szedését azonnal be kell szüntetni. A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről gondoskodni kell.

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – chemotherapeuticum nem biztosítaná. A vényt 2 példányban kell kiállítani.

20 tabl.	87,- Ft
200 tabl.	842,- Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR

Orvostovábbképző Intézet,
I. Sebészeti Tanszék (tanszékvezető: Littmann Imre dr.)
és Radiológiai Tanszék (tanszékvezető: Erdélyi Mihály dr.)

Az intracavitalis primaer szívtumorokról

Berentey Ernő dr., Bodnár Endre dr.,
Molnár Ferenc dr. és Világi Gyula dr.

Az utóbbi években egyre többen számolnak be a szívtumороk élőben történő korrekt diagnózisáról és e csekélyszámú beteganyag az érdeklődés közepontjába került. *Friedberg* 4 tényezőben látja ennek a magyarázatát:

1. Bizonytalanság uralkodik a szívtumороk pathogenesisét illetően és mindenki szívesen szolgáltat adatot e bizonytalanság felszámolására.

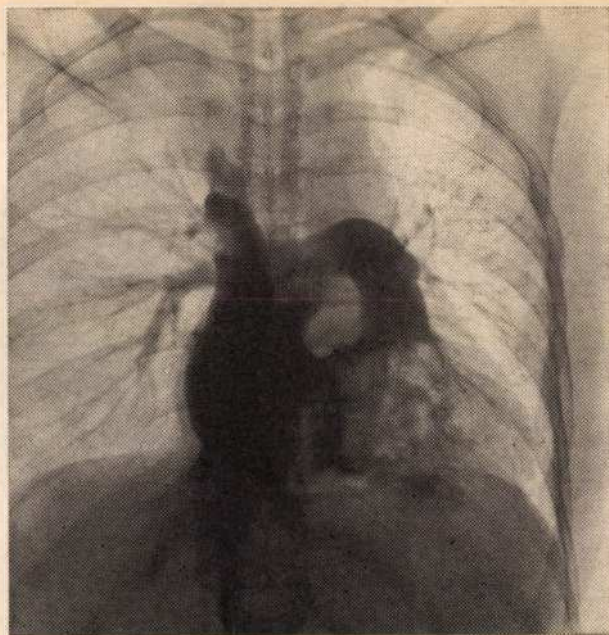
2. A szívtumороk olyan klinikai tünetekkel járhatnak, amelyekkel gyakran előforduló vitiumot utánoznak és így differenciáldiagnosztikai problémát jelentenek.

3. A korszerű haemodynamikai módszerek már képesek arra, hogy élőben is megbízhatóan kimutassák a szívtumороkat.

4. Legfontosabb a sikeres műtét lehetősége extracorporalis perfúsióval, amit első ízben *Taber* és *Lamm* alkalmaztak 1960-ban (17). Régebben szívmotor nélkül is távolítottak el myxomát, az első esetről *Crawford* számolt be 1954-ben (3). 1957-ben *Bahnson* és munkacsoportja normothermiás keringéskirekesztéssel végzett sikeres műtétet ismertett (2). 1958-ban pedig *Scannel* és *Grillo* ismertették hypothermiás keringéskirekesztés segítségével elért eredményüket (14). Ezek azonban csak elszört esetek voltak. A szívtumороk sebészetében a szívmotor alkalmazása hozta a forradalmat.

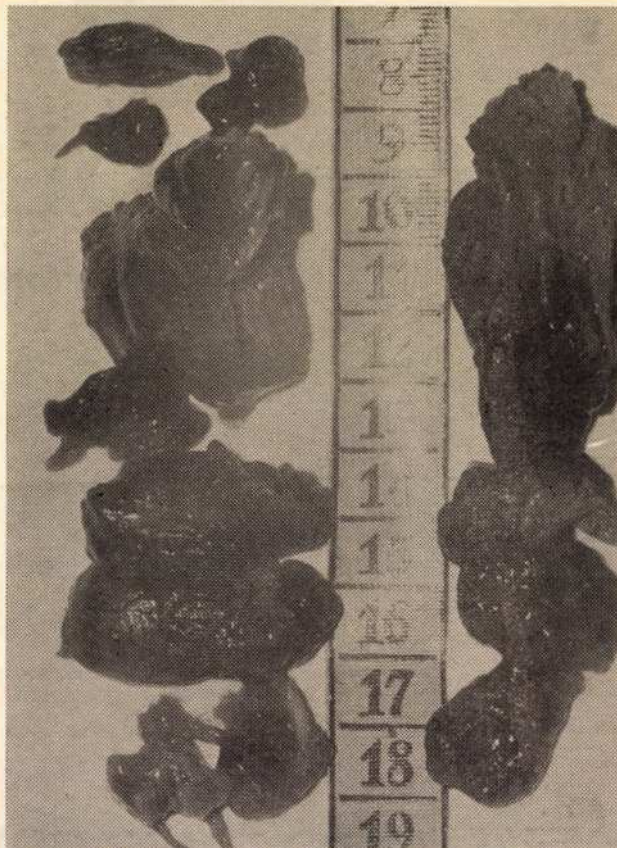
A szív daganatainak egy része valamelyik szívüregen belül helyezkedik el. Ezek az intracavitalis tumороk. Kétezer, általunk kivizsgált, illetve operált szívbeteg közül háromnak volt intracavitalis tumora, mindháromat élőben felismertük. Tapasztalatainkról az alábbiakban számolunk be:

1. B. J., 32 éves nőbeteg. Anamnesisében rheumás megbetegedés nem szerepel. Először fáradékonyág és szívdobogás, majd cerebralis embolia miatt kezelték belgyógyászati osztályon. Gyors tempóban progrediáló mitralis stenosiszt állapítottak meg, és commissurotomia elvégzése céljából áthelyezték sebészetünkre. A műtét során ép mitralis billentyűt és a bal pitvarban elhe-

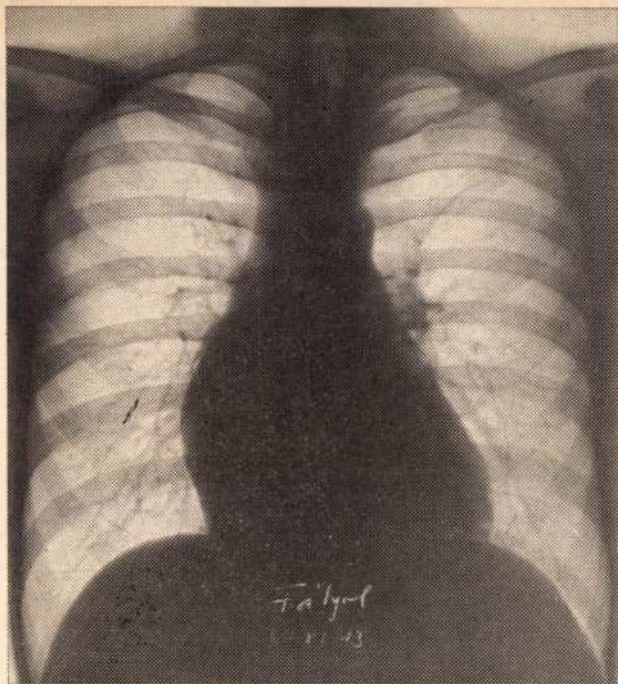


1. ábra.

lyezkedő jókora tumort találtunk. Az exploratív műtétet befejeztük, majd egy hónappal később — extracorporalis keringés segítségével — eltávolítottuk a septumon eredő kocsányos bal pitvari myxomát. Szövődménymentes postoperatív szak után a beteg panaszmentesen távozott. A betegről 1965-ben az Orvosi Hetilapban, 1966 májusában a *The Journal of Cardiovascular Surgery*ben számoltunk be (11). Két év múlva fokozatosan ismét decompensatiós tünetek alakultak ki.

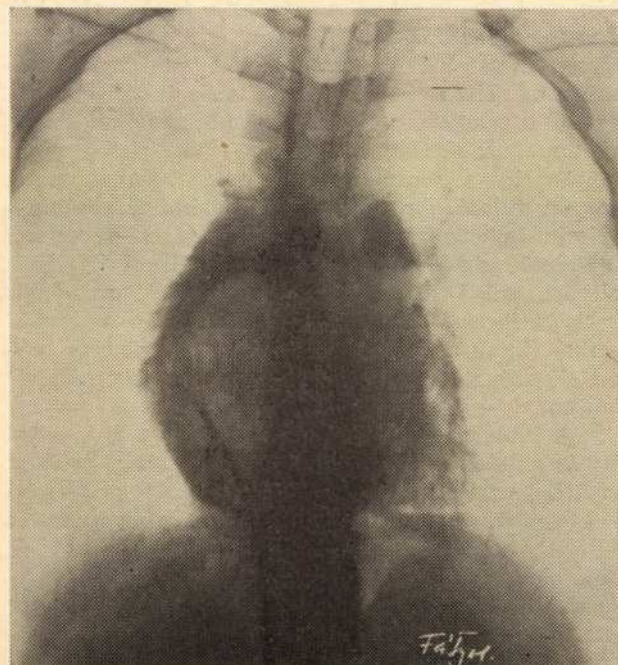


2. ábra.

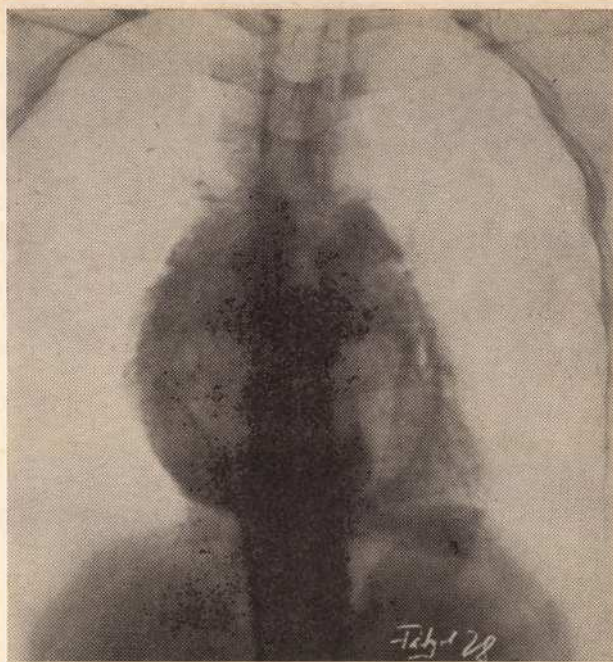


3. ábra.

Statusában feltűnő volt a nyaki vénák teltsége, és az arcon, valamint a nyakon látható enyhe oedema. Constrictív pericarditis lehetőségére gondolva, jobbszívfélkatéterezést, majd jobb pitvari angiocardiographiát végeztünk. Ez utóbbi a jobb kamrában elhelyezkedő térszűkítő folyamatot mutatott (1. ábra). Annak ellenére, hogy a myxoma recidívája ritkaság — az elvégzett szívkatéteres vizsgálat alapján jobb kamra myxomát tételeztünk fel. Emiatt — extracorporalis keringésben — újabb műtétet végeztünk, melynek során a jobb kamrából, a kamrafalon szélesen tapadó, hatalmas kocsonyás tumort távolítottunk el (2. ábra). A szövettani diagnózis myxoma cordis volt. Műtét után az elvékonyodott falú, petyhüdt tónusú jobb kamra működése elégtelenné vált, és a beteg az egyre súlyosbodó jobbszívfél-decompensatio miatt meghalt.



4. ábra.



5. ábra.

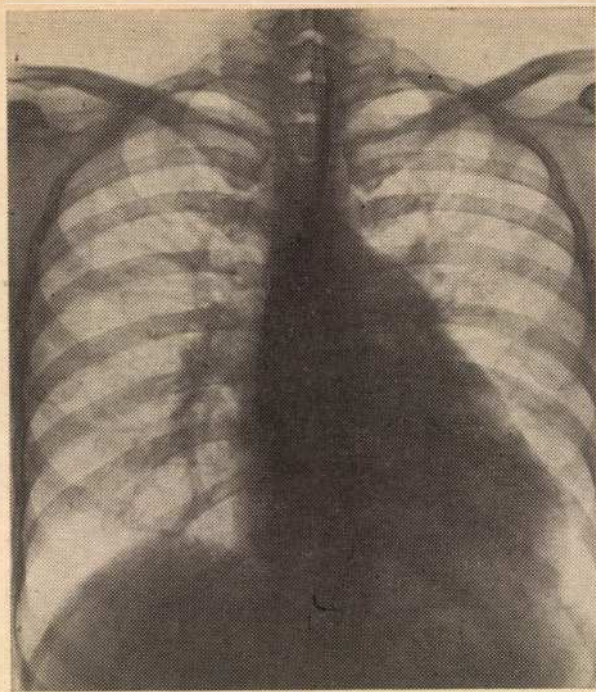
2. F. J., 18 éves férfibeteget 1969 novemberében az OTKI III. Belgyógyászati Tanszékére utalták vitiumának kivizsgálása céljából.

Anamnesisében gyermekkorban tonsillectomia szerepelt, de rheumás megbetegedés nem. 1964-ben kezdődtek szívpanaszai. A cardiologiai vizsgálat mindig mitralis stenosiszt állapított meg. Panaszai fél év óta súlyosbodtak, dyspnoe, májtáji feszülés, testhelyzetváltozással járó nehézlégzés és hypotensív rohamok formájában.

Statusából: a csúcslökés csak sejtethető, parasternalis pulsatio nincs, az arcon és ujjakon kp. fokú cya-



6. ábra.



7. ábra.

nosis. A telt nyaki vénákon kifejezett praesystolés pulsatio. A szív fölött telődési galopping, a csúcson és a bal IV. bordaközben 3/6 fokozatú regurgitációs systolés zöreje. Az EKG sinus rhythmust, jobbra deviáló R tengelyt, a mellkasi elvezetésekben biatrialis hypertrophiát mutatott.

A klinikai képet a kifejezett jobb szívfél-decompensatio és a csökkent működésű jobb kamra képe uralta. Emiatt vetődött fel a jobb pitvarban levő térszűkítő folyamat lehetősége. A radiológiai kép alapján ki lehetett zárni a mitralis stenosis. (3. ábra) A betegség eredetének tisztázására jobbszívfél-katéterezést és — a vena cava inferiorból — selectiv angiographiát végeztünk. Az angiographián (4. ábra) a jobb pitvarban árnyékkiesést lehetett látni, valamint azt, hogy a jobb pitvari nyeles tumor a kamrai diastole alkalmával a tricuspidalis szájadékon keresztül csaknem a jobb kamra közepéig bukik be (5. ábra).

1969 novemberében — extracorporalis keringés segítségével — kb. ökölnyi jobb pitvari myxomát távolítottunk el, mely kocsányával a foramen ovale-n tapadt (6. ábra). A szövettani vizsgálat eredménye: pseudomyxoma atrii dextri cordis volt. A viharos postoperatív szakban a csökkent működésű jobb kamra csak nehezen vette fel a munkát. Emiatt tracheostomiára és néhány napos gépi lélegeztetésre kényszerültünk. Jelenleg, 4 évvel a műtét után, a beteg tünet- és panaszmentes.

3. M. K., 36 éves nőbeteg az OTSI kardiológiai osztálya küldte szívkatéterezésre, majd műtetre tanszékünkre. Anamnesisében 1960-ban tonsillectomia szerepel, rheumás megbetegedésről azonban nem tud. Három éve vannak kifejezett szívpanaszai — néhány lépés után fulladt —, a jobb bordaív alatt feszülést érez. Két ízben volt véres köpete. Syncopét vagy hypotensív rohamot nem említ. Az utóbbi másfél évben 15 kg-ot fogyott.

Statusából: az arcon halvány cyanotikus pír látható. Oedema nincs. Az V. bordaközben mérsékelten emelő csúcslökés tapintható, kifejezett parasternalis pulsatioval. A szív fölött halk nyitási kattánás és punctum maximummal a csúcson igen halk, protodiastolés zöreje hallható. A pulmonalis II. hang ékelt. Az EKG-n sinus rhythmus, jobbra deviáló R tengely, a mellkasi elvezetésekben balpitvari és jobbkamrai hypertrophia és systolés túlterheltség jelei.

Mellkas röntgenvizsgálat: mérsékelten tágabb ve-

na pulmonalisok, megnagyobbodott jobb kamra és kissé tágult bal pitvar látható (7. ábra). Retrograd balszívfélkatéterezés: normális nyomásviszonyok a bal kamrába beadott kontrasztanyag szarv alakban regurgitál a bal pitvarba, a diastolés képében pedig kis mitralis dombdomborodás látható. A haemodinamikai vizsgálat kettős mitralis vitiumot állapított meg. Emiatt 1972. július 14-én extracorporalis keringés védelmében műtétet végeztünk. A bal pitvarban ökölnyi kocsányos tumort találtunk, mely a septum hátsó felszínén tapadt és ráfeküdt a mitralis billentyű kis vitorlájára. Az anulus kitágult. A tumort egészében eltávolítottuk és a kitágult anulus miatti regurgitációt Wooler-plasticával megszüntettük.

A szövettani vizsgálat eredménye myxoma atrii sinistri cordis volt. Eseménytelen szak után a beteg panaszmentesen távozott. 1 évvel a műtét után szíve fölött zöreje nem hallható, szívbetegségre utaló panasz nincs.

Megbeszélés

A szívtumorer osztályozására több lehetőség adódik. Az egyik a szövettani kép alapján történő beosztás. Hibája, hogy hiába mutat a szövettan 80 százalékban benignus tendenciát, a betegre nézve — quo ad vitam — ezek a tumorer is malignusnak tekinthetők (pl. az atrioventricularis szájadék akut elzárása következtében kialakuló syncope, exitus). Az osztályozás lehetséges a tumorer eredete szerint: így megkülönböztethetők primaer [pl. myxoma, rhabdomyoma, angioma, teratoma, fibrosarcoma (20) stb.] és secundaer szívtumorer. Az utóbbi csoportba a különböző metastasisok és invazív tumorer tartoznak.

Klinikai szempontból a helyesebbnek az elváltozás helye szerinti osztályozás látszik, beszélhetünk intracavitalis, intramuralis és pericardialis tumorerokról.

Mindhárom esetünk intracavitalis daganat — myxoma — volt, így a jelen közleményben csak ezzel a csoporttal foglalkozunk.

Az intracavitalis szívtumorer nagy többsége a pitvari septumon ered. A jobb kamrában csak ritkán, a bal kamrában szinte alig fordul elő, bár Thomas 1963-ban (19) 4 ilyen esetet ismertetett. Nyolcvan százalékuk myxoma, mely többnyire kocsányos. Felületükön gyakran található kisebb-nagyobb thrombotikus felrakódás. Nagyságuk változó, anyaguk kocsonyás massa. A pitvari septumon rendszerint a foramen ovale magasságában erednek. A fülcséből való eredés irodalmi ritkaságnak számít. Jellemző, hogy egyébként egészséges szíven fejlődnek ki, ez differenciáldiagnosztikai jel lehet pitvari golyó-thrombussal szemben. A myxomák gyakori forrásai coronaria-, cerebralis és az aortaemboliáknak. Előfordul, hogy a diagnózist az emboliák szövettani feldolgozása alapján sikerül felállítani.

A jobb pitvari tumorer a vena cava dislocációját és a tricuspidalis billentyű stenosisát és/vagy insufficientiáját okozzák. Gyakori az ingerképzési és vezetési zavar. Jellemző, hogy a nyeles tumorer a testhelyzettől függően változó panaszokat és tüneteket okoznak. Hasonló tünetekkel járhat a tricuspidalis stenosis, a constrictiv pericarditis és az ismeretlen aetiológiájú vena cava superior syndroma.

A balpitvari tumorer a mitralis szájadék szű-

kítése következtében mitralis stenosiszt utánozhatnak. Itt is jellemző, hogy a zörej a testhelyezettől függően változhat. A tünetek és panaszok hirtelen kezdődnek — rheumás anamnesis nélkül — és értelhetetlenül gyorsan romlik a beteg állapota. A syncopek és a hypotensív rohamok, a sinus rhythmus mellett kialakuló nagyvérköri emboliák, a megfelelő kezelés ellenére egyre romló cardialis állapot, pitvari tumor lehetőségét vetik fel.

A jobbkamrai előfordulás igen ritka. Ilyenkor a csökkent működésű jobb kamra jeleit látjuk. A progressio itt is gyors. A klinikai képet congenitalis vitiumokkal lehet összetéveszteni.

A szív natív röntgenvizsgálata legfeljebb felkelti a gyanút szívtumor esetleges jelenlétére. Ilyen jel lehet a szív egyes részein észlelhető kóros pulsatio, a szív kontúrjainak bizarrá válása, tisztázatlan cava superior tágulat, vagy a szív nehezen magyarázható megnövekedése, esetleg intracardialis meszesedés, mely nem a billentyűben helyezkedik el. A daganat kimutatásának legbiztosabb módja az angiocardigraphia. A diagnózist a telődési hiány és a tumor mozgásának képe adja. A tumor pitvari thrombustól való elkülönítése nehézséget jelent.

Lényeges, hogy a szívtumorra gyanús beteg vizsgálati tervét gondosan válasszuk meg. A tumorból, vagy a rajta levő thrombusból eredő embolia veszélye miatt a kontrasztanyagot a tumor várható helye előtti szívüregbe, ill. nagyérbe kell fecskendezni: jobb pitvari tumor esetében a vena cavába, balpitvarinál az arteria pulmonalisba. Ez az eljárás, a homogen kontraszttelődés miatt, a tumor kimutatását is megkönnyíti.

Eseteink elemzéséből megállapíthatjuk, hogy mennyire lényeges, a haemodynamikai vizsgálat előtt, a szívtumor gyanújának felvetése. Csak ebben az esetben várható, hogy a szívkatóteres és angiocardigraphiás program egy esetleges szívtumor kimutatására vagy kizárására törekedjék. Amennyiben a tumor mint differential-diagnosztikai lehetőség nem merül fel, nem várható, hogy az egyéb okból végzett haemodynamikai exploratio mellékesen az összes szívüreg esetleges tumorát is kizárja. Ha nem ismerjük fel a szívtumort, akkor

vagy a gyógyító műtét marad el, vagy a beteg a nem megfelelő műtéti terv miatt két műtétet kénytelen elviselni gyógyulása érdekében. A tumor eltávolítása — egy-egy ritka esettől eltekintve — a beteg gyógyulását hozza és e tény adja meg a helyes diagnózis felállításának jelentőségét.

Összefoglalás. Szerzők három, felismert és operált intracavitalis primaer szívtumoros esetükről számolnak be. Mindhárom betegükből eltávolították a tumort. Kettő évvel a műtét után panaszmentes, egy betegüket a tumorrecidiva miatt végzett újabb műtét után elvesztettek.

A primaer szívtumorokat előfordulási helyük szerint osztályozzák. Lényegesnek gondolják a szívtumor műtét előtti kimutatását, melyre az angiocardigraphia a legalkalmasabb módszer. A szívtumor diagnózisa abszolút műtéti indicatio, mely egy-egy ritka esettől eltekintve a beteg gyógyulását hozza.

IRODALOM: 1. Abrams, H. L.: Radiol. Clin. N. Am. 1971, 9, 299. — 2. Bahnson, H. T.—Spencer, F. C.—Andrus, E. C.: Ann. Surg. 1957, 145, 915. — 3. Crafoord, C.: Panel discussion of late results of mitral commissurotomy. Saunders, Philadelphia, 1955. — 4. Csákány Gy.: Orv. Hetil. 1969, 110, 1243. — 5. Dimakakos, I. B.: Schweizer. Med. Wschr. 1971, 101, 1620. — 6. Fanconi, G.: Helvetia Paediatrica Acta. 1963, 18, 170. — 7. Fazekas S. és mtsai: Magy. Kard. Társaság 1970. évi tudományos ülésén tartott előadás. — 8. Friedberg, C. K.: Diseases of the heart. Saunders, 1964, Philadelphia. — 9. Gerbode, F.: Cardiovasc. Clin. 1971, 3, 59. — 10. Gottsegen Gy. és mtsai: Orv. Hetil. 1963, 104, 888. — 11. Littmann I. és mtsai: Orv. Hetil. 1965, 106, 2353. — 12. Podworsky, H.: Arch. Geschwulstforsch. 1970, 36, 261. — 13. Romoda T.—Kálmán P.: Magy. Bel. Arch. 1966, 19, 248. — 14. Scannel, J. G.—Grillo, H. C.: J. Thoracic. Surg. 1958, 35, 23. — 15. Schinz, H. R.: Lehrbuch der Röntgendiagnostik. IV/1. 485. G. Thieme, Stuttgart, 1968. — 16. Steinberg, I.: Am. J. Roentgen. 1964, 91, 364. — 17. Taber, R. E.—Lamm, C. R.: J. Thoracic. Surg. 1960, 40, 337. — 18. Teplick, J. G.—Haskin, M. E.: Roentgenologic Diagnosis. Saunders, Philadelphia, 1971. 562. — 19. Thomas, G. I.: J. Thoracic and Cardiovasc. Surg. 1963, 46, 220. — 20. Trencsényi T. és mtsai: Orv. Hetil. 1964, 105, 1023. — 21. Waxlen, E. B.: Am. Heart J. 1972, 83, 251.

„A tehetség: a művészet és lelkesedés keveréke. Lelkesedés nélkül fagyos volna, művészet nélkül pedig zabolátlan. Kettejük között az ízlés a kapocs.”

Rivarol

Tonsillectomia korhatára gyermekkorban

Förgeteg Attila dr. és Kallay Ferenc dr.

Gyermekkorban a leggyakoribb műtét a tonsillectomia. *Russay* szerint évi 2 millió tonsillectomiát végeznek a világon (12). Az Egyesült Államokban 12 éves gyermekek 75%-ának már eltávolították a manduláit (5). Hazai statisztikai adat erre vonatkozólag nincs, de közismert, hogy gyermekkorban igen magas számban végeznek tonsillectomiát. Az indikáció felállításában sokan figyelembe veszik a kort is (1, 2, 6, 15): vannak, akik 3 év alatt egyáltalán nem végeznek tonsillectomiát (7, 8). Ez az álláspont az antibiotikus aera előtti időből származó hagyományon alapszik és a következő okokkal magyarázható:

1. Az antibioticus aera előtt igen ritkán fordult elő kisdedkorban a tonsillitis chronica alapját képező recidiváló tonsillitis follicularis.

2. Ebben a korban különösen fontosnak tartották a tonsillák immunbiológiai szerepét, bár ezt bizonyítékokkal nem tudták alátámasztani.

3. Kisdedkorban veszélyesebbnek tartották a tonsillectomiát, mint nagyobb gyermekeken, a különböző szövödmények miatt (utóvérzés, pneumonia, táplálási nehézség stb.).

4. Ugyancsak veszélyesnek tartották mind a helyi érzéstelenítést (cocain érzékenység), mind az általános narkózist (syncope veszélye).

5. Nem volt egységes álláspont a műtét módszerében sem, sokan elleneztek a ma már általánosan elterjedt Sluder-féle műtétet, mely felületes bódításban történik. Localanaesthesiában nem szívesen operáltak a hiányzó collaboratio miatt.

Egy 20 évvel ezelőtti anketon (3) a tonsillectomia elvégzésének korhatárát 5 éves korban állapították meg, azzal a kiegészítéssel, hogy ha a gyermek tonsillái feltűnően nagyok és a gyermek fejlődése nem kielégítő, a tonsillectomia már 4 éves korban is elvégezhető, de gyakran ismétlődő tonsillitisek esetén vagy peritonsillaris abscessus, peritonsillitis vagy ha második betegség keletkezik, nem késlekedhetünk a korhatáron aluli műtét kivételével. Az anket tehát végső fokon nem szabott meg alsó korhatárt a tonsillectomiában és ennek értelmében a tonsillectomia elvégezhető bármelyik korban, ha fennállnak a tonsillectomia ismert indikációi.

Osztályunknak és a fővárosi gyermekkorházak gégészeti osztályainak is az álláspontja, hogy a tonsillectomia indikációjának felállításában a kor nem játszik lényeges szerepet, de az magától értetődik,

hogy kisgyermeken a műtét megfontolása sokkal alaposabb körültekintést igényel és nem annyira a kor, hanem a gyermek fejlettsége az irányadó.

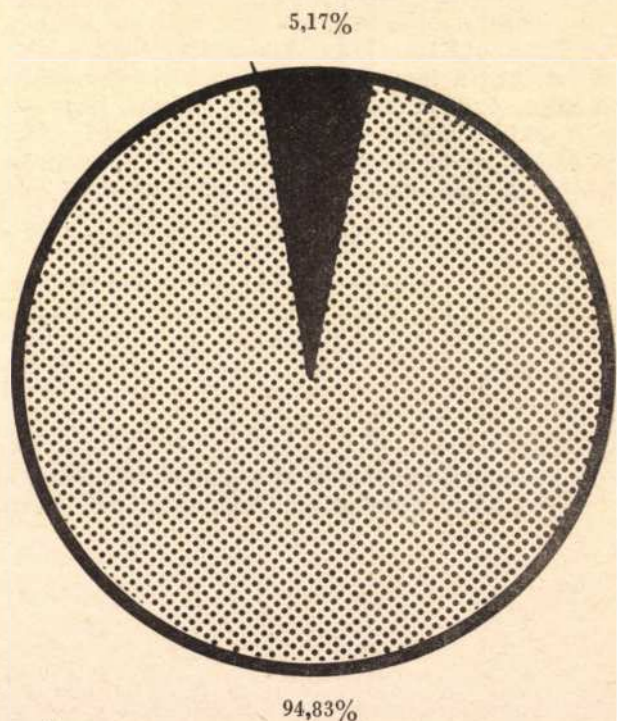
Az indikációk a következők:

1. Peritonsillaris tályog után. Láttunk már peritonsillaris tályogot 8 hónapos csecsemőn is, de a tonsillectomiát — csak a tályogos oldalt — másfél éves korban végeztük el és nem ragaszkodtunk az egyébként szokásos 4—6 hetes várakozási időhöz, mert a csecsemő a tályog gyógyulása után teljesen panaszmentes volt.

2. Ha évente legalább 4—5-ször volt tonsillitis follicularis (egyévi anamnesis is elegendő).

3. Ha nagyfokú hypertrophia miatt a tonsillák középen összeérnek és légzési akadályt képeznek. (Igen ritka indikáció!)

4. 2—3 hetenként ismétlődő lázas anginák vagy hosszabb idő óta fennálló subfebrilitással járó chronicus angina esetén. Mindkettő főleg a közösségekben tartott kisdedeken fordul elő. Ezekben az esetekben a tonsillákon tüszők nem láthatók, de duzzadtak, oedémásak, lobosak és hasonló elváltozások láthatók a garat nyálkahártyáján is. A gyakran recidiváló anginákat valószínűleg az antibioticumok hatására kialakuló polyresistens bacteriumtörzsek tartják fenn. Az angina lényegében nem gyógyul meg, csak rövid ideig tartó tünetmentesség következik be az alkalmazott antibiotikum hatására, majd újra jelentkeznek a betegség tünetei. Megfigyelésünk szerint a betegség fő székhelye a tonsillákban van, ezért a tonsillectomia legtöbbször elejét veszi a további angina-recidiváknak. Ezekben az esetekben nem tudjuk betartani a heveny tonsillitis után szokásos 4—6 hetes várakozási időt a műtét



1. ábra.

3 éven aluli műtétek száma	1 674	5,17%
3 éven felüli műtétek száma	30 699	94,83%
Összesen:	32 373	100,00%

GORDOX

injekció

100 000 KIE

1 amp. (10 ml) 100 000 KIE trypsin-kallikrein inhibitor tartalmaz steril isotonias konyhasóoldatban.

1 amp. (10 ml) 100 000 KIE trypsin-kallikrein inhibitor fermentet tartalmaz steril isotonias konyhasóoldatban.

A Gordox a kórosan aktiválódott trypsin, fibrinolysint, chymotrypsint és kallikrent inaktiválja, a pancreas kóros enzyimműködését felfüggeszti.

Javallatok:

Acut pancreatitis, pancreas necrosis. Chronicus, recidiváló pancreatitis. Acut, nemspecifikus postoperatív parotitis. Angioneuroticus oedema. Súlyos shockos állapotok. Kiterjedt és mély szöveti sérülések. Elsődleges hyperfibrinolyticus vérzések és másodlagos hyperfibrinolysissal együtt járó elhasználási coagulopathia.

Praeoperatív medicatióként:

A pancreas sebészetben, pancreasvizsgálat, sequesterectomia során, pancreas cysta és pancreas fej carcinoma exstirpációjában, a pancreas szigetek adenomájának műtétje esetén, a sérült pancreas műtéti kezelésében, pancreatolithectomiában.

Prophylacticusan:

Pancreas környéki szervek műtétje során, cholangiographiával, cholangioscopiával együtt végzett epevezeték műtét után, a gyomor, illetve a nyombél-fekély hasnyálmirigybe penetrálódásánál, a pancreas részleges resectiójában, valamint splenectomia során postoperatív pancreatitis preventiójára. A pancreas környéki abdominalis szervek védelmére a pancreas autolyticus folyamatával szemben.

A has felső felében végzett műtéti beavatkozások utáni varratvédelemre.

Postoperatív tüdőemboliák és postoperatív vérzések megelőzésére, postoperatív sebgyógyulási zavarok prophylaxisára. Polytraumával, különösen az alsó végtagok és a koponya töréseinél a zsír emboliák prophylaxisára.

A készítménynek ellenjavallata eddigi ismereteink szerint nincs. Kizárólag gyógyintézeti felhasználás céljaira.

Csomagolás:

25 x 10 ml-es ampulla dobozban

**KÓBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST X.**

EUNOCTIN

tabletta

1 tabletta 10 mg nitrazepam.-ot tartalmaz.

HATÁS: A limbicus rendszeren, elsősorban a hipocampuson át ható altató, amely ezen központi idegrendszeri functionális központok ingerküszöbét emelve akadályozza az élettani alvást gátló emotionalis ingerek érvényre jutását, így elősegíti a physiologiás alvást.

Elaltató hatása 30—50 perccel az orális adagolás után fejlődik ki és 6—8 óráig tart. A polysynapticus gerincvelői reflexek gátlása útján izomrelaxans hatást is kifejt. A harántcsíkolt izmok tónusos-clonusos görcsét oldja, anti-convulsiv hatása is van.

JAVALLATOK: Különböző eredetű alvászavarok, álmatlanság. Izomtónus-fokozódással járó organikus neurológiai megbetegedések. Fokozott psychés feszültséggel, szorongással járó psychiatriai kórképek, fekvő-beteg-gyógyintézet kiegészítő kezelésére.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek este $\frac{1}{2}$ —1 tabletta (5—10 mg), idős, legyen-gült egyéneknek $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ tabletta (2,5—5 mg), csecsemőknek és gyermekeknek 0,25 mg/kg. Az organikus neurológiai és psychiatriai kórképekben alkalmazott dózist esetenként kell meghatározni.

FIGYELMEZTETÉS: Az Eunoctin hatását az alkohol potenciálja, ezért az Eunoctin-kúra során az alkoholfogyasztást kerülni kell. Más, központi idegrendszerre ható szerekhez hasonlóan a terhesség első harmadában az Eunoctin tabletták alkalmazása nem ajánlatos. Eunoctin bevétele után 10—12 óráig gépkocsit vezetni, magasban, veszélyes munkahelyen dolgozni nem lehet.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 10 tabletta 11,90 Ft 200 tabletta 200,— Ft

**KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST X.**

	23 hó	22 hó	21 hó	20 hó	19 hó	18 hó	17 hó	16 hó	15 hó	14 hó
1970	1	1	2		1					
1971	7	3	2	2	2	4	1			2
1972	7	3	2	1		3	1			1
1973 VIII. 31-ig	3	3	2		1	3	3			1

elvégzéséhez, mert sokszor olyan gyakori a recidiva, hogy egyhetes tünetmentességet is alig tudunk kivárni. Így kivételesen a lázas állapot lezajlása után kénytelenek vagyunk már egy héttel a tonsillectomiát elvégezni — antibiotikus védelemben —, egyébként 2—3 hetes várakozási idő is elegendő.

Ez az indikáció nem szerepel az ismert indikációk között, ezért mások számára szokatlan. A gyakorlati tapasztalat kényszerített bennünket ilyen esetekben a tonsillectomia elvégzésére, melyet minden esetben a gyermekorvosok sürgetnek, miután kimerítették minden terápiás lehetőségüket.

5. Ha a mandulák gócként szerepelnek és második betegséget tartanak fenn. Itt a gyermekorvos indikációja dönt, mert a tonsilláris gócot gégeészeti vizsgálattal nem lehet kizárni.

Haggerty amerikai szerző (14) nem ajánlja a műtétet 2 éves kor alatt, sőt 4 éves kor alatt is csak ritkán, főleg, ha nincs gégeészeti indikáció (gyakori meghűlés, étvágytalanság, bronchitis chronica nem indikáció). 8 évesnél idősebb gyermekek is csak akkor tartja indokoltnak a műtétet, ha évente legalább 4—5 alkalommal van bacterialis tonsillitis a gyermeknek.

Nem egységes az álláspont a második betegség kérdésében sem. Így febris rheumatica, nephritis, carditis, bőrfolyamatok eseteiben, mert maga a góckérdés lényege sincs még tisztázva (9, 10, 11, 17). Közismert, hogy egészséges egyének tonsilláiból és garatjából is lehet bacteriumokat kitenyészteni, melynek azonban nincs klinikai jelentősége. Sőt még kórszövettanilag tonsillitis chronicának minősített tonsilla-szövet sem jelenti azt, hogy a tonsillák betegek (16), melyet *Fioretti* olasz szerző (4) úgy fogalmazott meg, hogy a „tonsillitis chronica kórszövet-tani megállapítása fiziológias lelet”.

A kornak azért sem tulajdonítunk különös szerepet, mert tapasztalatunk szerint a kisdetek még jobban tűrik a tonsillectomiát, mint a nagyobbak. Utóvérzés ritkább, nyelési fájdalmakról nem panaszkodnak, táplálkozási nehézség nincs, gyógyulási hajlam gyors, a műtét nem viseli meg a kisdeteket.

A tonsillectomiának a kor szempontjából való megítélése csak gyermekgyógyászati intézményekben végzett műtétekre vonatkozik. Ápolási szempontból helytelen, ha felnőtt gégeészeti osztályon végeznek 3, sőt 5 éves kor alatt tonsillectomiát.

Gyermekosztályon is csak akkor megnyugtató a tonsillectomizált gyermekek ápolása, ha az elengedhetetlen gyermekorvosi ellátás mellett az állandó gégeészeti felügyelet is biztosítva van.

Azt még megjegyezzük, hogy kisdetekkorban sokszor az adenotomia vagy sinusitis kezelése feleslegessé teszi a tonsillectomiát (13). A tonsillectomiával együtt az adenotomiát is elvégezzük minden esetben.

Osztályunkon az elmúlt 25 év alatt 32 373 tonsillectomiát végeztünk 1972. december 31-ig bezárólag, haláleset nélkül. Ezek között szerepel 1674 3 év alatti kisdet (5,17%) (1. ábra).

Külön kiemeljük a 2 éven aluli tonsillectomizált kisdeteket 1970. január 1-től 1973. augusztus 31-ig terjedő időben. Ez idő alatt 62 kisdeten végeztünk tonsillo-adenotomiát. Ezek részletesebb bontását a táblázat mutatja. Legfiatalabb betegünk 14 hónapos volt.

A számokból is látszik, hogy nem törekszünk kisdetekkorban gyakori tonsillectomia elvégzésére, csupán azt hangsúlyozzuk, hogy a mandulák eltávolításában nincs jelentősége a gyermek korának. Ha az indikáció helyes, bármely korban elvégezhető a tonsillectomia.

Összefoglalás. A szerzők a korhatár kérdéssel foglalkoznak a gyermekkori tonsillectomiákban. A hagyományokon alapuló 3 éves alsó korhatár nem indokolható: a tonsillectomia minden korban elvégezhető, ha az indikáció helyes. 25 év alatt több mint 32 000 tonsillectomiát végeztek haláleset nélkül. Ezek közül 1674 3 éven aluli volt. A kisdetek igen jól tűrik a tonsillectomiát, de elengedhetetlen, hogy gyermekosztályon vagy gyermek-gégeészeti osztályon feküdjenek.

IRODALOM: 1. A fokális megbetegedések és a tonsillectomia indikációi. (A fül-orr-gége szakcsoport ankétja.) Orv. Hetil. 1951, 92, 1249. — 2. *Bánhidý F.*: Orv. Hetil. 1948, 4, 253. — 3. *Erdélyi J.*: Orv. Hetil. 1962, 103, 289. — 4. *Fioretti, A.*: Die Gaumenmandel. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1961. 166. — 5. *Hochenburger E. ifj.*: A chronicus tonsillitis korszerű szemlélete. Közlemények a Győr-Sopron megyei Tanács kórházaiból. 2, Győr, 1960, 156. — 6. *Hochenburger E. ifj.*—*Csillag S.*: Tízezer mandulaműtétünk tanulságai. Közlemények a Győr-Sopron megyei Tanács kórházaiból. 2, Győr, 1960. 165. — 7. *Jakabfi I.*: Fül-Orr-Gégegyógyászat. 1959, 5, 148. — 8. *Jakabfi I.*: Orv. Hetil. 1970, 111, 171. — 9. *Jurcsák L.*—*Nemes B.*—*Balogh R.*: A tonsillectomia jelentősége rheumás recidivák megelőzésében. A Hajdú-Bihar megyei Tanács Kórháza Tudományos Évkönyve. Debrecen, 1966. 147. — 10. *Kallay F.*: Fül-Orr-Gégeészet és Broncho-oesophagológia. Az Orvostovábbképző Intézet jegyzetei. A gyermekgyógyászat határterületei. Kézirat. Budapest, 1973. 90. — 11. *Petrányi Gy.*: Gyermekgyógyászat. Művelt Nép, Budapest, 1956, 201, 387. — 12. *Russay Gy.*: A tonsillogen gócfertőzés és a tonsillectomia indikációja. Komárom megyei Orvosnapok Közleményei. Tatabánya. 1963. 158. — 13. *Ruzsa G.*: Orv. Hetil. 1970, 111, 172. — 14. *Steiner B.*: Orv. Hetil. 1969, 110, 1647. — 15. *Szabó E.*—*Fülöp T.*: A tonsillectomia kérdésről modern szemlélet alapján. Hatvan Városi Tanács Kórháza Közleményei. Hatvan, 1969. 75. — 16. *Varga Gy.*: Fül-Orr-Gégegyógyászat. Medicina. Budapest, 1960. 144. — 17. *Venkei T.*: Honvéddorvos. 1952, 4, 933.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,
Tüdőgyógyászati Klinika (igazgató: Miskovits Gusztáv dr.)

Hörgőgörcsoldás anticholinergicumokkal

Vastag Endre dr. és Nagy Lajos dr.

A chronicus légúti obstructio pathologiai substratumának egyik jelentős faktora a hörgők simaizom-elemeinek görcse. Nagyszámú pharmacologiai vizsgálat alapján — miszerint a bronchomotor tonus specifikus antagonistákkal csökkenthető — nyilvánvaló lett, hogy a hörgőgörcs pathomechanismusában számos antagonistával kell számolnunk. Más klinikai és experimentális kísérletek alapján feltételezhető, hogy ezen pharmacologiailag aktív anyagok közül az acetylcholin (ach.) a légúti obstructio döntő transmittere (14, 18, 19, 20, 28, 29).

Ezen megfigyelések alapján várható volt, hogy emberi bronchospasmusban az atropinnal és származékaiival — mint specifikus ach. antagonistákkal — a fokozott bronchomotor tonus jelentős csökkentése érhető el minden esetben. Ennek ellenére az atropin mint broncholyticum mindmáig csak alárendelt szerepet játszott, elsősorban kombinálószerként alkalmazták, mivel per oralis vagy im. alkalmazás esetén jelentős mellékhatásokat okozott (13, 25). Bár az utóbbi évek irodalmában több közlemény is kiemeli az atropin és származékainak jelentős hörgőgörcsoldó hatását (2, 3, 6, 10, 12, 14, 17, 26, 27, 28, 29), az anticholinergicumok therapiás jelentőségét más támadáspontú broncholyticumokkal, elsősorban a beta-sympathicomimeticumokkal szemben általában alábecsülik.

Ebben a munkában egy új, inhalatio formájában alkalmazható — az atropin molekula quaternizálásával előállított — kísérleti anticholinergicum anyaggal, az Sch 1000-rel (N-Isopropyl-nortropin-tropasavester-brommethylat, Boehringer Sohn Ingelheim) (3) végeztünk klinikopharmacologiai vizsgálatokat chronicus obstructiv tüdőbetegségben szenvedő személyeken. Összehasonlításként az alapvegyületet (atropin), az anticholinerg thiazinamidot (Multergan) (4, 22) és a beta-sympathicomimeticus anyagok egyik leghatékonyabb tagját az orciprenalin (Alupent, Boehringer) (5, 9, 11, 15, 16, 24) használtuk.

Mivel az anticholinergicumok az ach. competitív gátlásán keresztül csökkentik a parasympa-

theticus tonust (13), a hörgőgörcs oldódásának mértékéből következtetés vonható le az ach.-nak a légúti obstructio kialakulásában játszott szerepét illetően. Vizsgálataink célja, az anticholinergicumok — mint hörgőgörcsoldók — therapiás jelentőségének, valamint a vegetatív idegrendszernek és az ach.-nak, az emberi légúti obstructio pathomechanismusában játszott szerepének a tanulmányozása volt.

Methodika

Vizsgálatainkat 83 (72 férfi, 11 nő) intézeti kezelés alatt álló személyen végeztük. A klinikai leletek alapján a 11 nőbeteg chr. asthma bronchialeban szenvedett, a férfiakon a chr. légúti obstructio bronchialis és emphysemás típusának jellegzetességei általában keverten fordultak elő. Az átlagos életkor 56,5 év (28—75) volt. Vizsgálatainkat minden esetben a kora reggeli órákban kezdtük, ezt 12 órával megelőzően broncholyticumok adását felfüggesztettük.

A 83 személyt 4 csoportban, a következő öncontrollal kísérleti elrendezésben vizsgáltuk:

az I. csoportban 20 chr. bronchitis-emphysemás személyen az Sch 1000 broncholyticus hatását vizsgáltuk, összehasonlításként atropin-methylnitratot és orciprenalin, kontrollként aqua destillatát használtunk. A drogokat 4 egymást követő napon per inhalationem, az irodalomból ismert optimalis dosisokban alkalmaztuk (9, 15, 16, 24, 27, 29):

aqua destillata aerosol 1 min (controll)
0,0125%-os Sch 1000 aerosol 1 min: 0,012 mg
0,2%-os atropin methylnitrat aerosol 1 min: 0,2 mg
2%-os orciprenalin aerosol 1 min: 2,0 mg

Az inhalatiókat követően 6 órán át mértük a légúti ellenállás és az intrathoracalis tüdőtér fogat változását.

A II. csoportban 18 chr. bronchitis-emphysemás személyen Sch 1000 dosier-aerosol (2 belégzés: 0,020 mg), im. adott atropinum sulphuricum (0,5 mg) és thiazinamid (50 mg), valamint per oralisan alkalmazott orciprenalin (10 mg) hörgőgörcsoldó hatását hasonlítottuk össze, az I. csoporthoz hasonló kísérleti elrendezésben. Itt elsősorban az alkalmazási mód és a hatékonyság, valamint a mellékhatások fellépése közti összefüggésekre kerestünk választ.

Egy következő vizsgálat sorozatban (III. csoport) az Sch 1000 optimalis hörgőgörcsoldó dosisát és cardiovascularis mellékhatásait vizsgáltuk. 35 személyen (29 chr. bronchitis-emphysemás férfi, 6 idült asthmában szenvedő nő) 2 egymást követő napon 0,0125%-os Sch 1000 (1. nap), ill. 2%-os orciprenalin (2. nap) 1—1 min inhalatióját 30 min múlva megismételtük. Az első inhalatiók előtt, majd az első és második inhalatiókat követő 15. és 30. min-ban, mértük a légúti ellenállást és az intrathoracalis tüdőtér fogatot, valamint a pulsus-frekvencia és az arteriális systoles és diastoles vérnyomás változásait.

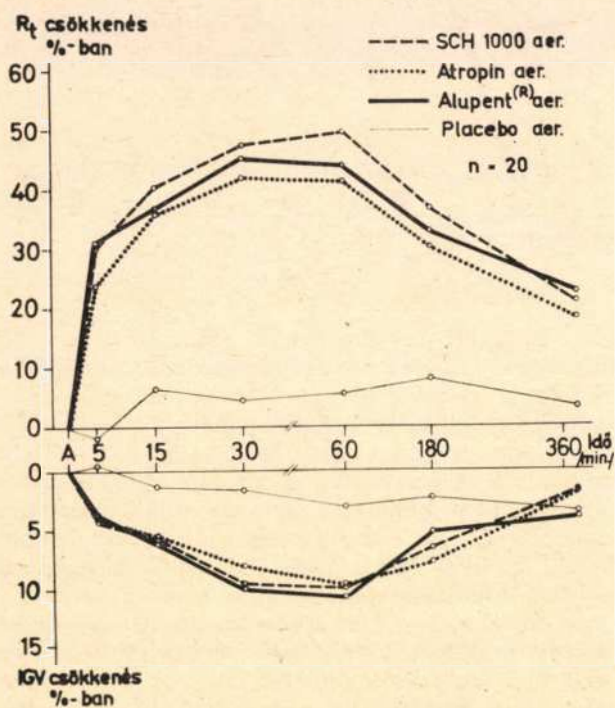
A IV. csoportban 10 személyen (5 chr. bronchitis-emphysemás férfi, 5 idült asthmában szenvedő nő) azt vizsgáltuk, hogy az anticholinerg Sch 1000 és a sympathicomimeticus orciprenalin között additív hatás kimutatható-e. Ezért 2 egymást követő napon 0,0125 százalékos Sch 1000 — 2%-os orciprenalin (1. nap), ill. 2 százalékos orciprenalin — 0,0125%-os Sch 1000 (2. nap) inhalatiót végeztettünk úgy, hogy a két különböző támadáspontú drog inhalálása között 30 min telt el, ami elegendő volt az először inhaláltatott drog maximális hatásának kifejlődéséhez. A légúti ellenállás és az intrathoracalis gáztér fogat változásait itt is 1 órán keresztül mértük.

A hörgőgörcsoldás mértékének meghatározásához volumenstabil test-plethysmograph-fal (Bodytest, Fa. Jaeger, Würzburg) spontán légzés alatt mértük a totális légúti áramlási ellenállást (R_t : $vizcm \cdot sec^{-1}$) és az intrathoracalis gáztér fogatot (IGV: ml). A mért adatokat Ulmer szerint értékeltük (30). Az aerosolt Dräger-inhalátorral állítottuk elő (részcseknagyság 0,5—5 mikron között, 6,5 l/min áramlásnál 0,914 g/min köd-

sített oldat, számításainknál 50%-os depositiót tételeztünk fel). Az inhalatiót minden esetben 1 min-on át alkalmaztuk, ill. az Sch 1000 dossier aerosollal (II. csop.) két belégzést végeztünk. Az eredmények statisztikai értékeléséhez a Student-féle „t” próbát használtuk. A légúti ellenállás és az intrathoracalis gáztérfogat egymást követő napokon mért alapértékei közti különbségek egyik csoportban sem voltak szignifikánsak ($P > 0,05$).

Eredmények

Az I. csoportban mért dosis-hatásgörbéket (az alapértékekhez viszonyított százalékos változás formájában) az 1. ábrán tüntettük fel. Az ábrából kitűnik, hogy az inhalatiót követően a hatás azonnal fellép. Mindhárom drog már az 5. min.-ban 24–30%-kal csökkentette a légúti ellenállást, a hatásmaximum a 30–60. min.-ban 40–50%-ot ért el, 180 min múlva is még 30–40%-os, ezt követően kifejezetten csökken, de még a 360. min.-ban is észlelhető (20–25%).



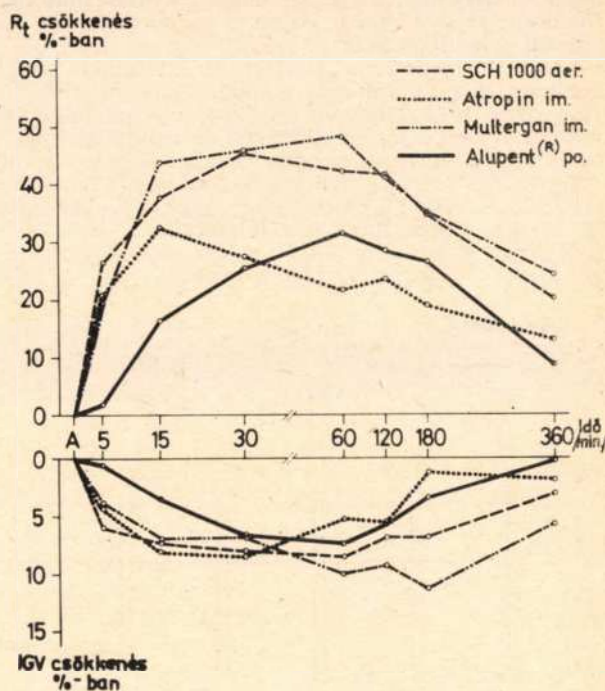
1. ábra.

Az R_t és IGV — basisértékekhez viszonyított — százalékos változása 20 chr. bronchitis-emphysemás személyen aqua destillata, 0,2%-os atropin-methylnitrat, 0,0125%-os Sch 1000, 2%-os orciprenalin inhalatiója után 6 órán át.

Az atropin methylnitrat per inhalationem — a viszonylag kis dosis ellenére — erős broncholyticus hatású szer. A légúti ellenállás $10,02 \pm 3,98$ vízcml \cdot sec \cdot l $^{-1}$, ill. az intrathoracalis tüdőterfogat 5302 ± 1323 ml-es alapértékei, az inhalatiót követő 60. min.-ban $5,81 \pm 3,40$ vízcml \cdot sec \cdot l $^{-1}$, ill. 4880 ± 1296 ml-re csökkentek. Az Sch 1000, az atropin methylnitratnál 20-szor kisebb dosisban alkalmazva felülmúlta az alapvegyület hatását, broncholyticus effectusa közel azonos volt az orciprenalinéval. A légúti ellenállás az Sch 1000 inhalatiót követő 60. min.-ban $10,18 \pm 4,07$ -ről $5,10 \pm 2,62$ vízcml \cdot sec \cdot l $^{-1}$ -re, a tüdőterfogat 5320 ± 1418 ml-ről 4795 ± 1371 ml-re csökkent. Mindhárom drog broncholyticus hatása — szemben a placeboval — szignifikánsnak bizonyult ($P_{60. min.} < 0,001$). Az intrathoracalis tüdőterfogat csökkenése a gyógyszer-inhalatiót követően, tendenciájában a légúti ellenállás csökkenéséhez hasonló volt. A közel 10%-os maximális csökkenések matematikailag nem bizonyultak szignifikánsnak ($P > 0,05$). A tüdőterfogat-csökkenés mechanizmusa, az obstructiót

kísérő ventilstenosisok részleges oldódása következtében a légzési középállás eltolódása.

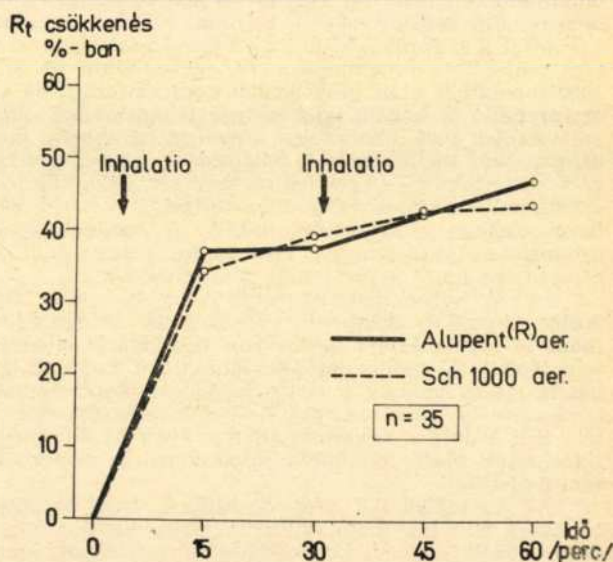
A II. csoportban alkalmazott drogok befolyását a légúti ellenállásra és a tüdőterfogatra (szintén az alapértékekhez viszonyított százalékos változás formájában) a 2. ábrán tüntettük fel.



2. ábra.

Az R_t és IGV — basisértékekhez viszonyított — százalékos változása 18 chr. bronchitis-emphysemás személyen Sch 1000 dossier-aerosol, im. atropin-sulphat, ill. thiazinamid, valamint per oralisan alkalmazott orciprenalin után 6 órán át.

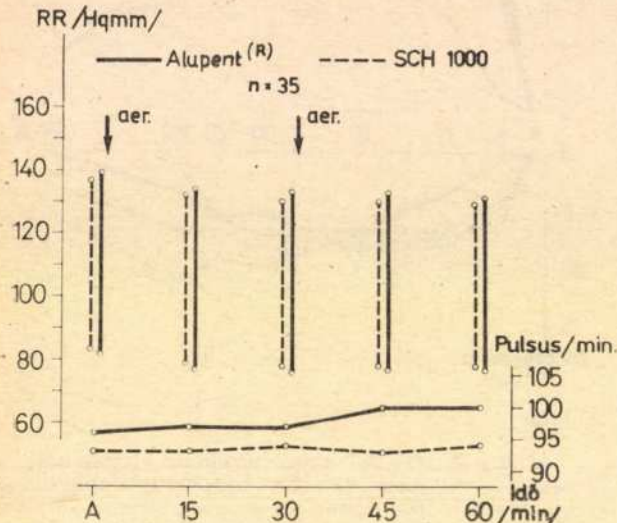
Sch 1000 dossier-aerosollal, az I. csoporthoz hasonlóan a légúti ellenállás közel 50%-os, az intrathoracalis tüdőterfogat 10%-os csökkenését érték el ($0,001 < P_{30. - 180. min.} < 0,01$). Az anticholinerg thiazinamid (beta-N-phenothiazinyl/isopropyl trimethylammonium methyl sulphat) (14, 22) broncholyticus effectusa az Sch 1000-rel közel megegyezik ($P_{60. min.} < 0,001$), csupán a hatás lassabban lép fel. Az im. adott atropin sulphat hörgőgörcsoldó hatása — mind az előző két drog, mind



3. ábra.

az inhalációban alkalmazott (I. csoport) atropin methyl-nitrathoz hasonlítva — lényegesen gyengébb, annak ellenére, hogy az im. dosis az inhalációt 2,5-szer meghaladta ($0,01 < P_{15. \text{ min.}} < 0,05$). Hasonlóan gyengébb és lassúbb hatás mutatkozott az orciprenalin per orális alkalmazása esetén, az inhalációsnál 5-ször nagyobb dosis ellenére ($0,01 < P_{60. \text{ min.}} < 0,05$). Az intrathoracalis tüdőterefogat csökkenése ebben a csoportban sem bizonyult szignifikánsnak ($P > 0,05$).

A III. csoportban vizsgált 35 személytől kapott eredmények (3. ábra) arra utalnak, hogy mind az Sch 1000, mind az orciprenalin esetében, a 2. inhalációt (30. min) követően a légúti ellenállás és az intrathoracalis tüdőterefogat további lényeges csökkenést nem mutat. A csökkenés mértéke matematikailag nem szignifikáns ($P_{30-60. \text{ min.}} > 0,05$). Ez azt jelenti, hogy 12,5 γ Sch 1000, ill. 2 mg orciprenalinnal per inhalationem elért broncholyticus effectus, a dosis további növelésével nem fokozható.



4. ábra.

Az R_t — basisértékhez viszonyított — százalékos változása 35 chr. bronchitis-empysemás személyen 0,0125%-os Sch 1000, ill. 2%-os orciprenalin ismételt (0, ill. 30. min) inhalációja előtt és után.

Eppen az ismételt alkalmazott inhalációk miatt ezt a csoportot választottuk a cardiovascularis mellékhatások megfigyelésére (4. ábra).

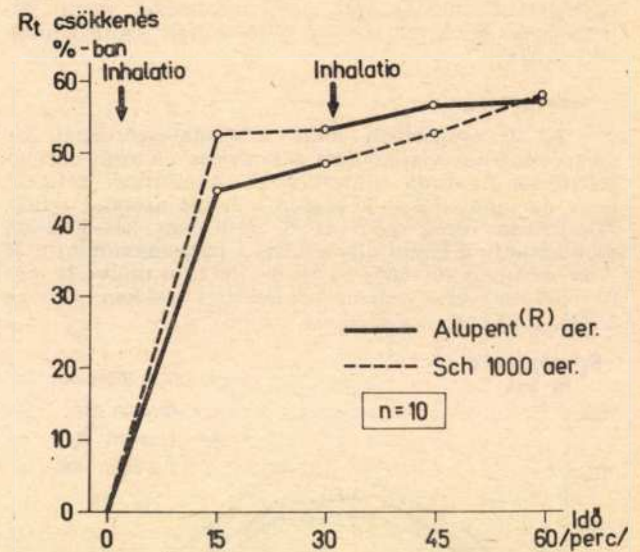
A pulsus-frekvencia, a systoles és diastoles vérnyomás változása (átlagértékek) 35 chr. bronchitis-empysemás személyen 0,0125%-os Sch 1000, ill. 2%-os orciprenalin ismételt (0, ill. 30. min) inhalációja után.

Mint a 4. ábrából kitűnik, a vérnyomást egyik szer sem változtatta érdemlegesen. A pulsus-szám az Sch 1000 inhalációk után praktikusán nem változott, de az orciprenalin is csupán igen kismérvű emelkedést okozott. Az Sch 1000 inhalációkat követően egyébként, más atropinszerű mellékhatások fellépését — az eddig vizsgált csoportoknál — egyetlen esetben sem észleltük. Az orciprenalin hatásos inhalációs dosisa is csupán néhány esetben okoztak palpitiót. A mellékhatások gyakorisága ugrásszerűen nőtt az im. thiazinamid és atropin, valamint a per orális orciprenalin után.

10 chr. bronchitises egyénnél 6 napon át Sch 1000 dossier-aerosollal óránként végeztettünk belégzéseket (napi 14–16 belégzés). A masszív túladagolás ellenére sem léptek fel mellékhatások. Hasonlóan kedvező tapasztalataink vannak a tartós kezeléssel kapcsolatban is. 8 személy, akik naponta 3–4 \times 2 belégzést végeztek Sch 1000 dossier-aerosollal, egy éven át állt megfigyelésünk alatt. Mellékhatásokat ennél a csoportnál sem észleltünk.

Az 5. ábrából (IV. csoport) kitűnik, hogy az anticholinerg Sch 1000 és a sympathicomimeticus orciprenalin között — chr. bronchitis-empysemában, idült asthma bronchialeban — additív hatás nem mutatkozik ($P_{30-60. \text{ min.}} > 0,05$).

Az R_t — basisértékhez viszonyított — százalékos változása 10 chr. obstructív légúti betegségben szenvedő személyen 0,0125%-os Sch 1000 — 2%-os orciprenalin (0, ill. 30. min, a 2. nap fordított sorrend) inhalációja előtt és után.



5. ábra.

Megbeszélés

Vizsgálati eredményeink mindenekelőtt azt mutatják, hogy az anticholinergikumok per inhalationem viszonylag kis, mellékhatásmentes dosisokban, erős hatású broncholyticumok.

Irodalmi adatok (14, 26, 27, 28, 29) és saját vizsgálataink szerint is, az atropin új származéka, az Sch 1000 különösen előnyös tulajdonságokkal rendelkezik, az eddig ismert anticholinergikumok közül klinikai felhasználásra a legalkalmasabbnak látszik. Állatkísérletekben (3) az alapvegyületnél 2-szer erősebb, 3–4-szer tartósabb broncholyticus effectust mutatott. Isolált tüdő-preparatumokon végzett kísérletek bizonyították, hogy az Sch 1000 atropinnal egyenértékű ach. antagonistá (17). 10^{-6} M/l Sch 1000 egy 10^{-4} M/l ach.-val kiváltott hörgő-elzáródást teljesen ki tud védeni (28). Emberen, allergenekkel provokált „asthmaticus” bronchospasmust, a sympathicomimeticumokhoz hasonlóan, blockolja (12). Bár lényegesen nagyobb koncentrációban, de a serotoninnal kiváltott hörgőelzáródást is oldja (17). Terapiás adagban a flimmeraktivitást — ellentétben az atropinnal — nem befolyásolja (17).

Vizsgálati eredményeink szerint az Sch 1000 az alapvegyületnél 20-szor kisebb dosisban (12,5 γ), per inhalationem, az orciprenalinhoz hasonlóan — chr. bronchitis-empysemában — a légúti ellenállást átlagosan 50%-kal, az intrathoracalis tüdőterefogatot 10%-kal csökkentette. Hatásos hörgőgörcsoldó dosisa és a mellékhatásokat okozó dosis között sokkal szélesebb a távolság, mint az alapvegyület, vagy akár a sympathicomimeticus orciprenalin esetében. Vizsgálataink során a légúti ellenállás teljes normalizálódását csak ritkán értük el. A légúti obstructio ezen broncholyticumoktól befolyásolható része, feltehetően a nyálkahártya oedemát okozó részével, dyscriniával, valamint a tüdőszövet és a

hörgőfal mechanikai tulajdonságának a megváltozásával kapcsolatos.

Az anticholinerg Sch 1000 és a beta-sympathicomimeticus orciprenalin között additív hatást az általunk vizsgált betegcsoportban nem találtunk. Ez a megfigyelés megegyezik az irodalmi adatokkal, bár találkozhatunk olyan közleménnyel is (26), ahol asthmás betegcsoportban az Sch 1000-rel elérhető broncholysis, sympathicomimeticummal szignifikánsan befolyásolható volt.

A 83 személytől kapott eredményeket esetenként analizálva azt találtuk, hogy az Sch 1000 minden esetben — legalább egy mérési időpontban és legalább 25%-kal — csökkentette a légúti áramlási ellenállást. Mivel az Sch 1000 az atropinhoz hasonlóan csak az ach. competitív gátlásán keresztül hat, vizsgálati eredményeink alapján valószínűsíthető, hogy a chr. légúti obstructio pathomechanizmusában az ach., ill. egy fokozott parasymphathicus aktivitás döntő szerepet játszik. Eredményeink korábbi kísérletek során nyert megfigyelésekkel (7, 19, 23, 31) — miszerint a fokozott parasymphathicus tonus bronchoconstrictiót okoz — megegyeznek. A vagusok átmetszésével (23) a histamin indukálta bronchoconstrictio csökkenthető. Kutyákon (19), a hörgők bronchomotoros receptorainak előzetes histamin, ill. serotonin inhalatióval indukált ach.-val szembeni érzékenységfokozódása, a n. vagus kétoldali novocainos infiltrációjával csaknem teljesen normalizálható. További állatkísérletes eredmények (18, 19, 20) és klinikai megfigyelések (12, 14, 26, 28, 29) az ach.-nak döntő vagy causalis szerepet tulajdonítanak a chr. légúti obstructio pathomechanizmusában. A parasymphathicus túlsúlyért egyes kísérletek alapján (8, 32) részleges adrenerg blokádnak felelős.

Ezek a megfigyelések és vizsgálati eredményeink arra utalnak, hogy a sympathicomimeticumok és anticholinergicumok kedvező hatása chr. légúti obstructióban, a vegetatív dysfunctio normalizálásán keresztül realizálódik.

Összefoglalás. Az atropin inhalatióban alkalmazva — a per os vagy im.-nál kisebb, mellékhatásmentes dózisban — erős hatású broncholyticum. Új quaternerizált származéka, az Sch 1000, az alap-

vegyületnél lényegesen kisebb dózisban is, erősebb broncholyticus hatású, mellékhatásmentes szer. Chronicus obstructiv bronchitis-emphysemában, az eddig ismert anticholinergicumok közül klinikai felhasználásra a legalkalmasabbnak látszik. Összehasonlítva a sympathicomimeticus orciprenalinnal, elsősorban nagyobb therapiás szélességével tűnik ki. Vizsgálati eredményeink arra engednek következtetni, hogy a chronicus légúti obstructio pathomechanizmusában az acetylcholin, ill. az autonóm idegrendszer fokozott parasymphathicus aktivitása, elsőrendű szerepet játszik.

IRODALOM: 1. Ariens, E. J.: *Bronchitis*. 1964, II, 209. — 2. Bakran, I. és mtsai: *Respiration*. 1972, 29, 40. — 3. Bauer, R. és mtsai: *Biologische Forschungs-Pharmakologie*, 1968. — 4. Bootj-Noord, H. és mtsai: *Respiration*. 1969, 26, 182. — 5. Beumer, H. M.: *Respiration*. 1971, 28, 148. — 6. Chamberlain, D. A., D. C. F. Muir, K. P. Kennedy: *Lancet*. 1962, 2, 1019. — 7. Colebatch, H. J. H., D. F. J. Halmágyi: *J. Appl. Physiol.* 1963, 18, 881. — 8. Cockson, D. K., C. E. Reed: *Amer. Rev. Resp. Dis.* 1963, 88, 636. — 9. Engelhardt, A., W. Hoefke, H. Wick: *Arzneim.-Forsch.* 1961, 11, 521. — 10. Engelhardt, A., H. Wick: *Arzneim.-Forsch.* 1957, 7, 217. — 11. Edwards, G.: *Brit. Med. J.* 1964, 1, 1015. — 12. Gayraud, P., J. Orehek, J. Charpin: *Rev. franç. Mal. Resp.* 1973, 1, 481. — 13. Goodman, L. S., A. Gilman: *The pharmacological basis of therapeutics*. MacMillan, New York, 1965. — 14. Grewal, P. S.: *Behandlung der obstructiven Bronchitis mit einem Tropasäureester (Sch 1000)* Diss., Münster 1969. — 15. Herberg, D., H. M. Sessner: *Dtsch. med. Wschr.* 1961, 86, 1133. — 16. Hoss, M.: *Med. Klin.* 1961, 56, 1502. — 17. Irvani, J., K. G. Schüler: *Pneumologie*. 1971, 144, 253. — 18. Islam, M. S., W. T. Ulmer: *Respiration*. 1973, 30, 360. — 19. Kammler, E. és mtsai: *Pneumologie*. 1970, 142, 67. — 20. De Kock, M. A. és mtsai: *J. appl. Physiol.* 1961, 16, 684. — 21. Mészáros L., Benke Zs., Horváth G.: *Tuberkul.* 1971, 24, 153. — 22. Mills, J. E., J. G. Widdicombe: *Brit. J. Pharmac.* 1970, 39, 724. — 23. Podlesch, I., G. Baving, W. T. Ulmer: *Arzneim.-Forsch.* (Drug. Res.) 1967, 17, 1511. — 24. Preisig, R.: *Respiration*. 1965, 26, 95. — 25. Poppius, H., Y. Salorinne, A. A. Viljanen: *Bull. Physio-path.-resp.* 1972, 8, 643. — 26. Reichel, G.: *Therapiewoche*. 1970, 15, 610. — 27. Schüler, K. G.: *Inaugural Dissertation*, Münster, 1971. — 28. Ulmer, W. T.: *Med. Klin.* 1971, 66, 326. — 29. Ulmer, W. T., E. Reif: *Dtsch. med. Wschr.* 1965, 90, 1803. — 30. Woolcock, A. J. és mtsai: *J. Appl. Physiol.* 1969, 26, 806. — 31. Woolcock, A. J. és mtsai: *J. Appl. Physiol.* 1969, 26, 814.

„Valaminek a szeretete a megismerésünk, tudásunk gyümölcse. Tudásunk elmélyülésével szeretetünk is fokozódik.”

Leonardo da Vinci

Fővárosi Területi Vezető János Kórház,
IV. Tüdőosztály (osztályvezető főorvos: Nyiredy Géza dr.),
I. Tüdőosztály és Bronchocytologiai Laboratórium
(osztályvezető főorvos: Sassy-Dobray Gábor dr.),
III. ker. Tanács Tüdőbeteg gondozó Intézete
(vezető főorvos: Hegedűs István dr.)

Asbestpleuritis

Nyiredy Géza dr., Sassy-Dobray Gábor dr.,
Jaczik Margit dr. és Takács Anikó dr.

A tüdő-asbestosis régóta ismert kórkép, melyet 1907-ben Murray (15) írt le. Az asbestosist kísérő pleuralis plaque-okat Jacob ismerte fel 1955-ben, és Wagner (19) tulajdonított az elváltozásnak kóroki szerepet — a pleura elsődleges rosszindulatú daganatai — a mesotheliomák pathogenesisében.

Azóta a malignitás kérdésével igen sok szerző foglalkozott (2, 4, 8, 9, 13, 16, 19). Egyesek a tüdő-rák pathogenesisében is jelentőséget tulajdonítanak az asbesztbelégzésnek (12, 18). Az asbesztnek kb. 30 féle változata van, melyek közül ötöt használnak fel a gyakorlatban és kb. 3000-féle ipari alkalmazását ismerjük (6). Képlete: $(MgFe)_7(OHSi_4O_{11})_2$.

A benignus asbestpleuritist mint önálló kórképet Eisenstadt (6) írta le először 1964-ben egy 54 éves férfi esetében. 1965-ben még három esetet ismertett (7). Ezek közül kettőben malignus mesothelioma alakult ki, így ezek nem sorolhatók be ebbe a kórképbe. Azóta ismeretes Collins (5) 15 betege, Gaensler, Kaplan (10) 12, Chahinian és mtsai (3) 7, Sluis-Crener és Webster (18) 9 benignus asbestpleuritise. Tehát eddig az általunk ismert irodalomban 44 eset szerepel, hazai közlésről nincs tudomásunk. Klinikai lefolyására jellemző a heveny, félheveny, de legtöbbször az idült, alattomos kialakulás (3). Collins acut és chronicus formát különít el. Rendszerint kétoldali a folyamat; szimultán is kialakulhat, de gyakrabban észlelik az egyik oldali localisatio után a mellhártyagyulladás ellenoldali fellépését. A punctatum rendszerint haemorrhagiás, Chahinian és mtsai 6 esetéből 5-ben nyertek véres, barnás izzadmányt. Az izzadmány nagy a spontán felszívódási hajlama. A pleurális meszesedések ritkábbak. A silicosis ellenében, tbc ritkán társul hozzá. Szöveti vizsgálattal kimutatható a mellhártya két lemezének megvastagodása és az ún. asbeszttestecskék (asbest body). Az asbeszttestecskék pathogenesisét vitatott. Nem ismeretes, hogy vastartalmukat az asbesztzálakban levő vas alkotja vagy a szerkezetből rakódik rájuk.

Nincs összefüggés az expozíciós idő tartama és a pleuritis kezdete között. Chahinian és mtsai esetei közül az expozíciós idő 10 hónaptól 30 évig tartott és volt olyan beteg, akiben az expozíció után csak 30 év múlva alakult ki pleuritis.

Gaensler és Kaplan esetei között az expozíció 3—38 év volt. Nagy veszélye az asbestpleuritisnek, hogy az elváltozásból malignus mesothelioma képződhet. Ha kifejezetten megvastagodott a mellhártya, decorticatio műtétet kell végezni, mely a mesothelioma fellépését megakadályozza és légzésfunkciós értékek javulását eredményezi. Gyakoriságára jellemzőek Collins vizsgálatának eredményei. A durbani azbesztcement gyárban 552 azbesztmunkást vizsgált át és 11 esetben, tehát 26⁰/₀-ban talált benignus asbestpleuritist.

Esetismertetés

H. M., 41 éves férfibeteg, hőszigetelő. 1973. X. 16.—1974. II. 4-ig feküdt osztályunkon.

Kórelőzmény: 4 éves korban pleuritis sicca. Gyermekbetegségekre nem emlékszik. 1953-ban tonsillectomia, 1954-ben, majd 1965-ben recidiva miatt varectomia, 1955-ben izületi gyulladás. 1971-ben urethritis miatt állt kezelés alatt.

A beteg 1959 óta dolgozik olyan helyen, ahol az azbesztmunkálást végzi; szórtazbeszt-szigetelő.

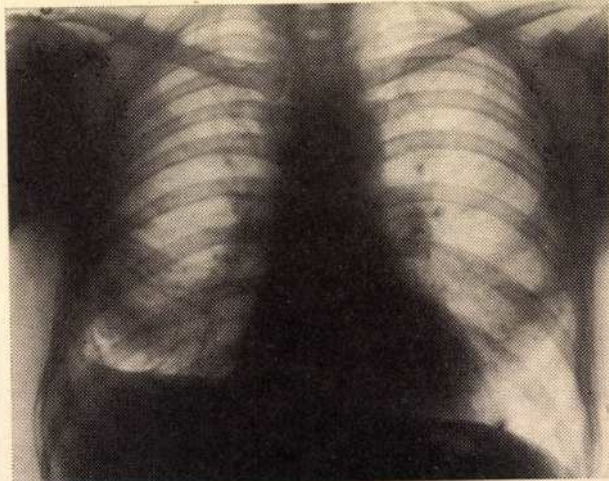
Felvételi panaszai 1973. júliusban kezdődtek: mellkasi-háti szűró fájdalom, dyspnoe köhögés, fogyás. Azóta panaszai fokozódtak. Körzeti orvos a III. kerületi Tüdőbeteg gondozóba küldi, ahonnan pleuritis exsud. I. d. diagnózissal beutalják osztályunkra.

Statusa: kp. táplált, fejlett férfibeteg. Fizikális vizsgálattal tüdők felett kissé erősebb légzés hallható, egyéb eltérés nincs. Köpete directvizsgálattal és tenyésztéssel Koch negatív. Általános laboratóriumi leletei kóros eltérést nem mutatnak.

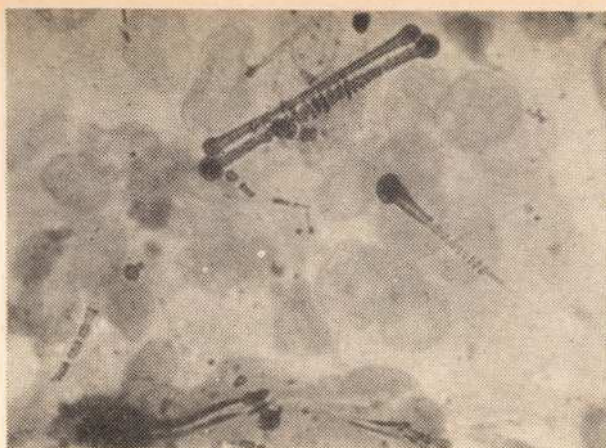
Mellkas rtg-felvétel: j. lat. sinus felett, a lat. mellkasfalra terjedő pleuritis-folyadék árnyéka látható. A jobb alsó tüdőmezőben részben confluáló, részben köteges elváltozás. Bal alsó lebenyben fokozott rajzolat (1. ábra).

Bronchosopia: tr. és a j. hörgőrendszer (hrsz.) nyh.-ja gyulladós, oedemás, fellazult. A jobb hrsz.-ben közepes mennyiségű seromucosus váladék. Tenyésztés: ált. bact.: streptococcus csoport, mely Erythromycinre, Pe.-re, Chloramphenicolra és Tetracyclinre érzékeny. Gombatenyésztés: neg. Anaerob kultúra: neg.

J. o.-i bronchographia: a jobb hörgőrendszer akadálytalanul feltöltődik, az alsó lebenyágak felfnyomóttak, kismértékben deformáltak.



1. ábra.



2. ábra.

Glob. spirometria: normális légzésfunkció értékek: VC: 3240 ml, LH: 81,9 l, Tiffeneau-szám: 84%.

A neurotikus betegen sokrétű panaszai miatt részletes kivizsgálás történt.

EKG: gyakorlatilag neg. lelet. Mérsékelt kóros haemodynamikai mutatók. PKG-n észlelhető a protosystolés click, a II. hang hasadtsága, mely a j. szívfél terhelés jeleként értékelhető.

Orrmelléküreg felvétel: a j. sinus maxillaris alsó öblében kis borsónyi osteoma intenzív árnyéka látható. A sinus frontális j. recessusa egyenmően, intenzíven fedett. Gégészeti consilium: öblítés után kamillás gőzölés, orrcsepp használata javasolt.

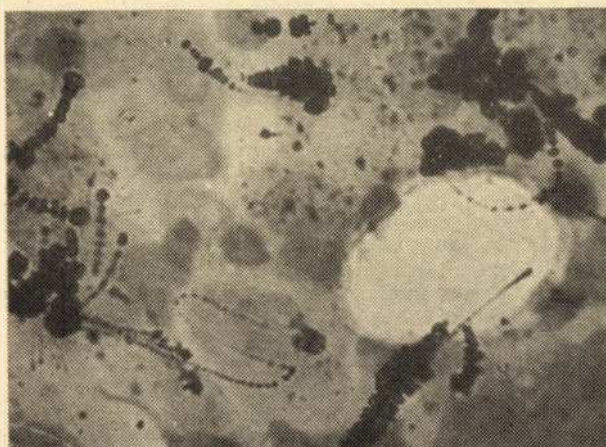
Tekintettel a munka-anamnesisre, a diagnózis felállítása érdekében pleuroscopiás vizsgálat történt (1973. XII. 14.), majd excisio.

Pleuroscopia l. s.: a fali pleurán sok helyen összefüggő, a zsigeri mellhártyán szétszórtabb fényes, fehér területek. Ezekből excisio.

Cytologia Giemsa-festéssel (Sassy-Dobray dr.): mesothelisejtek, makrophagok, alveolaris kötelekek között számos asbesztpálca (asbest body). Számos, súlyzó, — ill. amorph —, valamint komma alakú testecskékből álló borostyánsárga pálca, ill. rög. Vélemény: asbestpleuritis, asbestosis pulmonum (2., 3. ábra).

Szövettan (prof. Jellinek): fáziskontraszt-mikroszkóppal történt vizsgálat során az erősen fibroticus kötőszövetben és egy-egy óriássejtben számos helyen felismerhetők az asbeszt-kristályok, ill. asbeszttestecskék. Dg.: asbestpleuritis, asbestosis pulmonum.

Tüdő-szintigraphia (Erdélyi dr. jr.): a jobb felső lebeny perfúziója kissé csökkent. A bal tüdő perfúziója egészében enyhén csökkent a jobbhoz viszonyítva. (A két tüdő közötti perfúzió-megoszlás a következőképpen becsülhető: j. oldal 60—65%, b. oldal 40—35%.)



3. ábra.

A beteg osztályunkon Chlorocid, Prednisolon, INH, B₁₂—Polybé inj., Seduxen, ill. Elenium, expectorans és aerosol kezelésben részesült.

Tekintettel arra, hogy az izzadmány rövid idő alatt felszívódott, mellkascsapolásra nem került sor.

Kontroll mellkas rtg-felvétel: kissé fokozottabb fibroticus rajzolat az alsó lebenyekben.

Relatív panaszmentesen elbocsátjuk.

Férfibetegünk esetében 14 éves azbesztpor-expozíciós idő szerepelt. Pleuritis exsud.-ra utaló adatot, ill. panaszt nem találtunk kórtörténetében, csak bejövetelel statusakor. Az eset az idült, lassan kezdődő pleuritisek csoportjába tartozik, ahol j. oldalon lépett fel először a gyulladás és a két alsó lebenyben diszkrét pneumonitises rajzolat látszott. Mellkascsapolásra nem került sor, mert az izzadmány gyorsan felszívódott. A betegség diagnózisát a pleuroscopos vizsgálattal állapítottuk meg. Az asbestpleuritis diagnózisában a biopsiának van a legnagyobb jelentősége. Kiterjedt és idült folyamatokban thoracotomiát kell végezni, mely a biopsia és a decorticatio elvégzését is biztosítja. Fontosnak tartjuk az asbesztexpozíciónak kitett egyének időszakos ellenőrzését, a munkavédelmi rendszabályok betartását, s asbesztpleuritis gyanúja esetén a gyors kivizsgálást, nehogy rosszindulatú mesothelioma alakuljon ki.

Összefoglalás. Szerzők 41 éves férfibetegük adatait ismertetik, akinél a diagnózis asbestpleuritis volt. Mint szórtazbeszt-szigetelőnek 14 évig tartott az asbesztexpozíciója. Mellkascsapolást nem végeztek, mert az izzadmány gyorsan felszívódott. Pleuroscoppal, cytológiai és szövettani vizsgálattal igazolták a diagnózist. Kimutatták a pleurában az asbeszttestecskéket. A kórkép igen ritka, de jelentősége komoly, mert az esetek egy részében a későbbiekben mesothelioma alakulhat ki.

IRODALOM: 1. Bignon, J., Goni, J., Bonnaud, G., Jaurand, M. C., Dufour, G., Pinchon, M. C.: Environ. Res. 1970, 3, 430. — 2. Bryke, S., Bertalanffy, F. D.: Environ. Hlth. 1971, 23, 469. — 3. Chahinian, P. H., Hirsch, A., Bignon, J., Choffel, C., Pariente, R., Brouet, G., Chrétien, J.: Rev. Franç. D. Mal. Resp. 1973, 1, 5. — 4. Chrétien, J., Delobel, J., Brouet, G.: Poumon, Coeur. 1968, 24, 549. — 5. Collins, T. F. B.: Brit. J. Radiol. 1968, 41, 655. — 6. Eisenstadt, H. B.: Dis. Chest. 1964, 46, 78. — 7. Eisenstadt, H. B.: JAMA. 1965, 192, 419. — 8. Elmes, P. C., McCaughey, W., Wade, O.: Brit. Med. J. 1965, 1, 450. — 9. Fletcher, D. E.: Br. J. Ind. Med. 1972, 29, 142. — 10. Gaensler, E. A., Kaplan, A. I.: Ann. intern. med. 1971, 74, 178. — 11. Homburger, F.: Am. J. Path. 1943, 19, 797. — 12. Jacob, G., Bohlig, H.: Fortschr. Röntgenstr. 1955, 83, 515. — 13. Kivilouto, R.: Acta radiol. (Stockh.) 1960, 194, suppl. — 14. Mattson, S. B., Ringqvist, T.: Scand. J. resp. Dis. 1970, 75, 1. — 15. Murray, H. M.: Report of the Departmental Committee on compensation for industrial disease. Minutes of evidence, appendices and index. London, Wyman and Sons, for H. M. S. O. C. d. 3495, 1907. — 16. Selikoff, I. J., Churg, J., Hammond, E. C.: New Engl. J. Med. 1965, 272, 560. — 17. Selikoff, I. J., Bader, R. A., Bader, M. E., Churg, S., Hammond, E.: Amer. S. Med. 1967, 42, 487. — 18. Sluis-Cremer, G. K., Webster, I.: Environ. Res. 1972, 5, 380. — 19. Turiaf, J., Basset, F., Battesti, J. P., Calvet, J. M.: Presse Med. 1965, 73, 2199. — 20. Wagner, J. C., Munday, D. E., Harington, J. S.: J. Path. Bact. 1962, 84, 73. — 21. Wagner, J. C., Sleggs, C. A., Marchand, P.: Brit. J. Indust. Med. 1960, 17, 260.

Orvostovábbképző Intézet, I. Belgyógyászati Tanszék
(tanszékvezető: Pálos Á. László dr.),
Kórbonctani és Kórszövettani Tanszék
(tanszékvezető: Juhász Jenő dr.)

Heilmeyer-Schöner syndroma és gyomorrák együttes előfordulása

Riesz Tamás dr., Riskó Zoltán dr.
és Gyetvai Gyula dr.

Di Guglielmo 1917-ben egy kevert erythroblast-myeloblast leukaemiás proliferációt írt le, amelyet erythro-leukaemiának nevezett el (3). A kizárólag magvas vörösvértestek malignus burjánzását 1923-ban figyelte meg (4). A betegségnek ezt a formáját acut erythraemiás myelosisnak nevezte. *Heilmeyer* és *Schöner* a fenti kórkép chronicus formáját írta le (10).

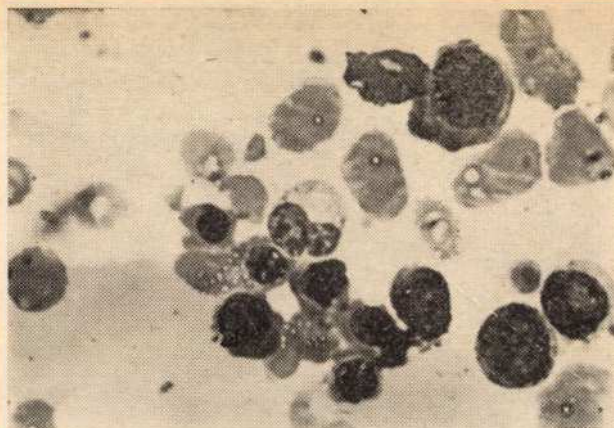
Az olyan éretlensejtes haemoblastosist, amelyben a csontvelőben az erythroblastok malignus proliferációja dominál, *di Guglielmo-syndroma* néven foglaljuk össze. Ennek acut (acut erythraemia, acut erythroblastosis) és chronicus (chr. erythraemia, chr. erythroblastosis, Heilmeyer-Schöner-syndroma) formáját különítjük el (11). A klinikai gyakorlatban ez a megkülönböztetés csak a betegség lefolyása során lehetséges.

Az utóbbi évek megfigyelései során nyilvánvalóvá vált, hogy a leukaemiás megbetegedések jellegükénél fogva, jelentős immunreakció-csökkenéssel járnak. A jelenleg elfogadott és alkalmazott immunosuppressiv therapia (steroid, cytostaticum) az immunfolyamatokat tartósan bénítja. Kevésbé vitatott az is, hogy vele született immunhiányos állapotok (*Ataxia teleangiectatica*, *M. Chediak-Higashi*, *Wiscott-Aldrich-syndroma* etc.), valamint szerv-transzplantációk során esetleg évekig fenntartott immundepressio elősegíthetik a malignus szövetek kialakulását.

A következőkben *Heilmeyer-Schöner-syndroma*s betegünkről számolunk be, akin az alkalmazott immunosuppressiv therapia mellett a kórkép acut myeloblastos transformatiója következett be, és a sectio során a gyomorban carcinomás elváltozást találtunk.

Esetismertetés

G. L., 42 éves férfibeteget 1972. október 25-én vettük fel. Anamnesisében lényeges megbetegedés nem



1. ábra.

Peripheriás vérkép. Anisocytosis, poikilocytosis. Különböző érési fokon levő fiatal vörösvértestalakok, 1-1 myeloblast és myelocyta figyelhető meg (400× nagyítás, May Grünwald-Giemsa-festés)

szerepelt. Panaszai 1972 augusztusában kezdődtek: subfebrilitás, fáradékonyság jelentkezett; 5-6 kg-ot fogyott; fogmosáskor fogínye fájdalmassá, vérezkennyé vált. Mivel panaszai fokozódtak, a Hatvani Kórház II. belgyógyászati osztályára utalták, ahol betegségét a klinikai kép, a vérkép és a sternumpunctiós vizsgálat, valamint a tanszékünkkel történt consilium alapján *di Guglielmo-syndromának* tartották. További vizsgálatra, ill. kezelésre az OTKI I. Belgyógyászati Tanszékére utalták.

Felvételi statusából: kp. táplált férfibeteg, részarányos mellkas, P.: 84/min aequalis, rhythmusos, RR.: 140/80 Hgmm. Has a mellkas szintje fölé domborodik, jobb bordaív alatt kp. fokú nyomásérzékenység, máj 3, lép 2 h.-ujjal nagyobb, nyirokcsomók nem tapinthatók.

Vizsgálati leletei: vvt.: 3 400 000, hgb.: 9,4 g⁰%, reticulocytá: 128 ezrelék (435 200), fvs.: 18 000, kvalitatív vérkép: Ju.: 1⁰%, St.: 6⁰%, Se.: 7⁰%, Ly.: 12⁰%, myeloblast: 20⁰%, erythroblast: 48⁰%, oszló erythroblast: 3⁰%, magvas vörösvértest: 3⁰%. Anisocytosis, poikilocytosis (1. ábra), thr.: 92 000.

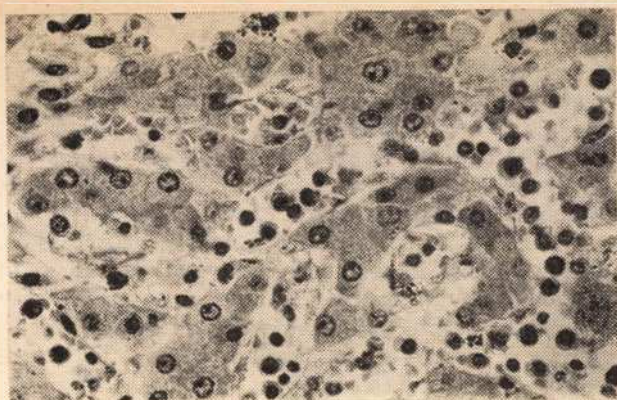
Sternumpunctio: sejtűs csontvelő. A sejtek többségét polymorph erythroblastok képezik, amelyek magja és cytoplasmája nagyfokú érési dissotációt mutat. Köztük több paramyeloblast és myeloblast figyelhető meg. Több normoblast és fiatalabb erythroblast plasmájában intensiv reakció. Alfa-naftil-acetat-esterase: az erythroblastokban erősebb, a többi sejten közepesen pozitív. Az utóbbi a myeloid sejtek reakciójának felel meg. A myeloid sejtekben erős Naphthol-AS-D. chloracetat-esterase reakció látható. Berlinikék reakció: pozitív. Sideroblastok, siderocyták és a reticulumban kevés haemosiderin kristály észlelhető.

További vizsgálati eredmények: se. fehérje: 8,1 g⁰%, albumin: 5,0 g⁰%, globulin: 3,1 g⁰%, vizelet: fs.: 1021, fehérje, cukor, aceton nem mutatható ki, üledék: negatív, ubg.: norm., vércukor: 78 mg⁰%, fr. próbaregeli: max. aciditas: 48/50, immunoelectroforesis: mérsékelt fokú IgM szaporulat; Coombs-test: neg. Mellkas rgt: negatív, gyomor rgt: organikus eltérés nincs.

Miután vizsgálatainkkal a korábban felállított diagnoszt megerősítettük, a betegnek Prednisolont (napi 60 mg), Leupurint (napi 100 mg) és transfúsiókat, valamint kiegészítésül káliumot, atropint, antibiotikumokat és sedatívumokat adtunk. A thrombocytaszám csökkenése miatt a Leupurint három hét után elhagytuk.

Általános állapot jelentősen javult, saját kérésére december 26-án hazabocsátottuk.

Következő felvételére 1973. január 9-én került sor, az egyre fokozódó hasi puffadás, lép- és májtáji feszítő érzés, az ismét jelentkező inyvérzések, valamint az alacsony thrombocytaszám miatt. Thr.: 80 000,



2. ábra.
A máj sinusaiban nagyszámú kóros myeloblast látható
(400× nagyítás, H.-E. festés)

hgb.: 11,5 g⁰/₀, fvs.: 6400 (Se.: 1⁰/₀, Ly.: 7⁰/₀, erythroblast: 56⁰/₀, oszló erythroblast: 6⁰/₀, myeloblast: 30⁰/₀),
vérzési idő 3,5 perc, vércukor: 68 mg⁰/₀, thymol: 4,2 E,
AS: neg., vizelet: negatív.

A Prednisolon terapiát folytattuk, transfusiókat, valamint dyspepsiás panaszai miatt Cotazym fortét kaptott. 1973. január 20-án engedték haza, de állapotának rosszabbodása miatt február 2-án visszavettük. Ekkor testszerte petechiákat, az epigastriumban és a jobb bordaív alatt kp. fokú nyomásérzékenységet, valamint tachycardiát észleltünk (P.: 108/min). Kifejezett panaszai a hosszan tartó, nagy mennyiségű steroid szedése következtében kialakult ulcusra utaltak. Az atropin mellett Pulvis Neutracidust adtunk, és a Prednisolon napi adagját 25 mg-ra mérsékeljük. Egy hét múlva a fehérvérsejtszám növekedése miatt (17.000, 22.000, 34.000) ismét napi 150 mg Leupurint és 40, majd 60 mg Prednisolont kapott, majd 18 nap után, a thrombocytaszám csökkenése miatt (56.000), a Leupurint ismét elhagytuk.

Észlelésünk 67. napján steroid diabetes jelei mutatkoztak. Az orális antidiabeticumok hatástalansága miatt cukorháztartását először kristályos, majd Zn-Insulin adásával rendeztük. Az 1973. március 3-án elvégzett sternumpunctio az előző vizsgálattal megegyező képet mutatott. A PAS, valamint a berlinikék reakció ismét pozitív. A csontvelőkép és a klinikai lefolyás alapján a betegséget Heilmeyer—Schöner-syndromának tartottuk.

Az igen alacsony thrombocytaszám miatt az addigi terapia mellett mintegy 14 alkalommal 400 ml friss teljes vér, illetve thrombocyta-dús plasma adására kényszerültünk. A beteg bőrén a petechiák mellett suffusiók jelentek meg, fogínye erősen vérzett, egyre fáradékonyabbá vált.

1973. június 2-án inoculációs hepatitis miatt a László Kórházba helyeztük. A fertőzőképesség megszűnése után a vérkép rosszabbodása miatt ismét tanszékünkre utalták. Felvétele 2. napján magas láz kíséretében heves máj- és léptáji fájdalom jelentkezett. Vizsgálataink alapján (thr.: 12.000, hgb.: 11,2 g⁰/₀, fvs.: 118.000 — myeloblastos crisis —) a kórkép akut myeloblastos transformatiója következett be.

Az alkalmazott terapia ellenére állapota egyre romlott, és 1973. július 25-én meghalt.

Észlelésünk alatt az alábbi gyógyszeres kezelésben részesült:

Prednisolon tabl.	(5 mg)	összesen	10 125 mg
Leupurin tabl.	(50 mg)	összesen	4 800 mg
Tetran B tabl.	(270 mg)	összesen	46 440 mg

valamint: Atropin, Pulvis Neutracidus, Zn-Insulin, Furosemid, Maripen, sedatívumok, vitaminok és roboráló szerek.

Boncjegyzőkönyvi kivonat

A holttest bőrén és savós hártáin testszerte 10 filléresnyi és kisebb, sötét szederjes petechiák vannak. Az arc „teliholdszerű”. A hasüreg jelentős részét a

megnagyobbodott máj és lép foglalja el. A szív 380 g súlyú, kissé megnagyobbodott. A szívizomzat fakó barnásvörös, petyhüdt. A sima belfelületű aorta az eredésnél 52, a thoracalis szakaszon 45, a rekesznél 40 és az aorta bifurcaciónál 38 mm széles. A lép 770 g súlyú, metszslapja vörös, a trabecularis és follicularis szerkezet elmosódott. Az állomány petyhüdt, bő kaparékat ad. A mellékvesék a szokásosnál kisebbek, kergük kén-sárga, 1 mm vastag, a velőállomány barnásvörös.

A gyomor J alakú, szokásos tágasságú. Nyálkahártyája vörös, durván redőzött. Az antrum területén 5 Ft-osnyi alapterületű, felhányt szélű kifeléyesedett daganat helyezkedik el, amely az izomréteget is beszűri. A máj 2460 g súlyú, felszíne sima, szélei lekerekítettek, állománya barnásvörös, kissé petyhüdt, metszslapon a lebenykés szerkezet elmosódott.

A sternum, a crista ilei és a lumbalis csigolyák spongiosájában vörös csontvelő van. A femur velőürében a diaphysisek területén barnásvörös, az epiphysisek területén pedig sárga csontvelő helyezkedik el. A csigolyák csontgerendázata felritkult.

A mediastinumban, a tüdők hilusában és a mesenteriumban borsónyi, babnyi, kp. tömött, szürkésfehér, a metszslapon egynemű nyirokcsomó.

A kórszövettani vizsgálat szerint paramyeloblastos acut myeloid leukaemia állott fenn. A kóros myeloid elemek infiltrálták a májat, lépét, csontvelőt, nyirokcsomókat és a parenchymás szervek ér-lumeneiben is nagy számmal jelentek meg (2. ábra). A klinikailag észlelt hepatitis maradványaként a májban hepatitis chronica persistens. A májlebenyek széli részein látott necrosis, a hepatitis maradványa vagy a cytostaticus terapia következménye lehet.

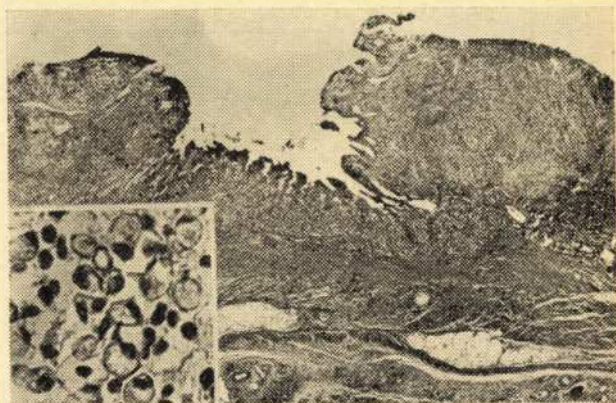
A gyomor antrumán talált daganat kórszövettanilag carcinoma muciparumnak felel meg (3. ábra). A daganatsejtek az izomréteget infiltrálják, de a serosát nem érik el. Metastasis sem macro-, sem microscoposan nem találtunk.

Megbeszélés

A *Di Guglielmo-syndroma* nem ritka betegség. Felismerése a klinikai tünetek, a peripheriás és csontvelői kép, a pozitív PAS és berlinikék reakciók (17, 21) és egyéb laboratóriumi vizsgálatok segítségével nem jelent különösebb nehézséget. A terminalisan fellépő blastos transformatiója is ismert (11), amit betegünkön is sikerült nyomon követnünk.

Esetünket nem ritkasága, hanem a vele kapcsolatban felmerült problémák miatt tartjuk közlésre érdemesnek.

Az elmúlt húsz évben a daganatimmunitás az



3. ábra.
A kifeléyesedett gyomornyálkahártyában az izomréteget infiltráló daganat szövettani képe, amely adenocarcinoma muciparumnak felel meg (200× nagyítás, H.-E. festés)

érdeklődés középpontjába került. Számos új megfigyelés szolgáltatott adatokat arra, hogy léteznie kell a tumor fejlődését és növekedési ütemét szabályozó immunrendszernek (2, 7, 15, 18, 27, 28, 30).

Általánosan elfogadott, hogy az immunrendszer vele szűkített rendelkezése esetén (Wiscott—Aldrich-syndroma, ataxia hereditaria, Chediak—Higashi-syndroma, Bruton-agammaglobulinaemia stb.) a malignus tumorok előfordulása lényegesen gyakoribb (5, 9, 22, 25, 29). Az elmúlt években több közlemény jelent meg a leukaemiás betegségek kapcsán jelentkező immunreakció-csökkenésről (16, 25, 26). Az általánosan elfogadott kombinált corticosteroid és cytostaticus therapia az immunfolyamatokat erősen és tartósan bénítja. Az említett szerek közös vonása, hogy egymás hatását fokozva a sejtosztódást lassítják. Ez leginkább a gyorsan osztódó szövetekben (csontvelő, gyomor- és bélnyálkahártya, hajtűsző, spermiogenesis stb.), a DNS-synthesis fázisában érvényesül. Másik jelentős hatásuk az immunosuppressio, ami klinikai szempontból az autoimmun betegségek kezelésében és szerv-transplantációk kapcsán kerül előtérbe (13, 20, 31).

A hosszan tartó immundepressio elősegítheti a malignus szövetek kifejlődését és növekedését (5, 12, 27, 29). Penn (19), 3300 vese-transplantatio kórelfolyásának követése során 37 malignus folyamat megjelenését észlelte. Ezek közül 21 hámeredetű, 16 pedig mesenchymalis daganat volt. A kontroll populációhoz képest ez 400-szoros frequentia-fokozódást jelentett. Nagy jelentőségű az is, hogy a hámeredetű daganat viszonylag alacsony életkorban (42 év) jelentkezett.

Dooll és mtsai megfigyelése szerint az általunk is alkalmazott Leupurin (6-mercaptopurin) jelentős oncogenetikus mellékhatású (6, 23, 24).

Az eredményes kombinált steroid és cytostaticus therapia segítségével a leukaemiás betegek túlélési ideje jelentősen megnövekedett, és így az egyéb mellékhatások mellett az oncogenesis is számolni kell. Esetünkben a steroid diabetes, a ventricularis ulcus a facies lunata és az osteoporosis stb. mellett a boncoláskor gyomorrákot is találtunk.

Intézetünk boncanyagában több hasonló esetet

is nyilvántartunk. Említésre méltó az a tény is, hogy betegünkben aorta hypoplasia is fennállott. Magyar (14) megfigyelése alapján a leukaemia és az aorta hypoplasia együttes előfordulása igen gyakori, de a kettő összefüggése még nem tisztázott.

Összefoglalás. A szerzők Heilmeyer—Schöner-syndromás betegük kórelfolyását ismertetik, akit corticosteroidokkal és cytostaticumokkal kombináltan kezeltek. Terminalisan a betegség acut blastos transformatiója következett be, a sectio során gyomorrákot is találtak. Az eset kapcsán a hazai és a külföldi irodalom, valamint a saját megfigyeléseik alapján értékeli az immundepressio és az oncogenesis esetleges kapcsolatát.

Köszönetet mondunk Berzy Ilona dr. adjunktus-nőnek értékes tanácsaiért.

IRODALOM: 1. Burtin, P.: Ann. Inst. Pasteur. 1972, 122, 589. — 2. Burnet, F. M.: Progr. Exp. Tumor. Res. 1970, 13, 1. — 3. Di Guglielmo: Folia med. 1917, 3, 386. — 4. Di Guglielmo: Att. Congr. Ital. Med. Int. Róma. 1923. — 5. Doll, R.: Brit. med. J. 1970, 4, 420. — 6. Dooll, E. G. és mtsai: Intern. J. Cancer. 1967, 103, 42. — 7. Eckhardt, S.: Magy. Onkol. 1973, 17, 193. — 8. Eckhardt S.: Orv. Hetil. 1973, 114, 2941. — 9. Harris, J. és mtsai: Med. clin. North Amer. 1972, 56, 501. — 10. Heilmeyer, L., Schöner, W.: Dtsch. Arch. Klin. Med. 1941, 187, 225. — 11. Huhn, D., Kaboth, W.: Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 355. — 12. Hume, D. és mtsai: Adv. Surg. 1966, 2, 419. — 13. Kyle, R. A. és mtsai: New Eng. J. Med. 1970, 283, 1122. — 14. Magyar É.: Előadás. Magyar Haem. Társ. V. Haemat. kongr. 1971. V. 26. — 15. Mary, D. és mtsai: New Eng. J. Med. 1972, 287, 221. — 16. McKelvey, E. M. és mtsai: Cancer. 1965, 18, 1292. — 17. Natonek K., Berzy I.: Orvosképzés. 1974, 49, 75. — 18. Németh Cs.: Orvosképzés. 1973, 48, 247. — 19. Penn, I.: Malignant tumors in Organ Transpl. recip. Springer. 1970. — 20. Petrányi Gy. és mtsai: Az orvostudomány aktuális problémái. (Szerk.: Fischev, A.) Medicina, Bp. — 21. Quaglino, D. és mtsai: Brit. J. Haemat. 1970, 6, 26. — 22. Gatti, R. A.: Cancer. 1971, 28, 89. — 23. Schmarl, D.: Magy. Onkol. 1973, 17, 175. — 24. Schmarl, D. és mtsai: Arzneim.-forsch. 1970, 20, 1461. — 25. Schuler D.: Orv. Hetil. 1971, 112, 2511. — 26. Sutton, R. N. P. és mtsai: Brit. J. Haemat. 1969, 17, 113. — 27. Szegedi Gy.: Orvosképzés. 1970, 45, 111. — 28. Tóth, D. F.: Orvosképzés. 1972, 47, 203. — 29. Thunold, S.: Spectrum int. 1974, 18, 37. — 30. Vadeputtee, M.: Ann. Inst. Pasteur. 1972, 122, 677. — 31. Videbeak A.: Orvosképzés. 1973, 48, 131. — 32. Wilson, R. E. és mtsai: New Eng. J. Med. 1968, 278, 479.

„Az elme a szívnek gyakran csak az, ami egy kastély könyvtára a kastély urának.”

Chamfort



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Beszámoló az Intenzív Betegellátás első Világkongresszusáról.

(London, 1974. jún. 25—28.)

Sokan vitatják — nem is alaptalanul —, hogy van-e értelme a monstre világkongresszusoknak. Az intenzív betegápolás londoni első világkongresszusa megmutatta, hogy a téma aktuális, jó szervezés esetén ilyen keretek között is haszna lehet a találkozóknak. Az intenzív betegellátás első világkongresszusa olyan alkalomnak tekinthető, ami jelentős impulzust adott ezen új szakág további erőteljes fejlődéséhez.

A világ minden tájáról (Magyarországról összesen négy) mintegy 2500 résztvevő, egyidejűleg legalább három párhuzamos helyen, olykor 16 helyiségben hallgatta az előadásokat (összesen 394 előadást), vett részt szűkebb körű megbeszéléseken, nézte a filmeket, tanulmányozta a négy helyen bemutatott tudományos és ipari kiállítást. Ezenkívül összesen harmincféle alkalommal hoztak létre lehetőséget valamely aktuális újdonság jellegű téma szakmai képviselőjével való személyes, formalitás mentes beszélgetésre. Ezek egyikének vezetésére engem is felkérték (P₅₀ témakör).

A megjegyzést érdemlő elvi és gyakorlati tanulságokat a következőkben foglalom össze:

Megbeszélés tárgyát képezte a diszciplína nomenklatúrája. Az intenzív betegellátás (ICU) helyett a kritikusan súlyos betegek ellátása (critical care medicine, CCM) elnevezést ajánlották. Az újonnan ajánlott kifejezés jobban kifejezi, hogy nemcsak kórházi betegellátásról, hanem ambuláns, tömeges sérültek területi ellátásának, szállítási problémáinak, a kórházi felvételt megelőző ellátásnak tudományáról van szó. Hangsúlyozták a multidiszciplináris jelleg megtartásának fontosságát, amiben az anaesthesiologuson kívül belgyógyász, gyermekorvos, szülész, neonatológus, sebész, neurológus, respirációs terapeuta stb. érdekelt.

A szakágnak feladata a betegellátáson kívül az oktatás és kutatás végzése. Szervezési vonatkozásban több előadás hangzott el, amely a különböző helyeken megoldott rendszerek funkcióját ismertette. Megnyilvánult az a törekvés, hogy a szállítás mobilis egységekkel, helikopterrel történő korszerű megoldása a legfontosabb, mivel még ha a felvevő intézet viszonylag távol is van, a sérültet, beteget a legjobb speciális osztályra lehet szállítani. Technikailag megoldott, hogy szállítás közben a különböző speciális elektronikus monitorokat is üzemeltessük és a beteg ezalatt is megkaphassa a szükséges legkorszerűbb kezelést.

Az intézeti betegellátó egységek számos ismertebb és kevésbé ismert különleges specializált változatát ismertették. Ezek között neonatológiai vonalon éppen olyan resuscitációs részleg helyessége mellett foglaltak állást, amelyre nézve legutóbb itthon egy tanácskozáson történt döntés. Eszerint a legmegfelelőbb, ha a szülőintézetben és szülőszobához közel egy resuscitációs részleg működik, melynek csupán az újszülött életfolyamatainak stabilizálásának biztosítása a feladata. Rövid, legfeljebb pár órás megfigyelési idő után, az újszülött állapotától függően a gyermek akár a szülőintézet normális újszülöttszűrára, akár a gyermekintézetben levő intenzív ápolási egységre kerül.

Újfajta egység a májelégtelenség ellátására tervezett intenzív osztály. Ide csak a IV. stádiumban levő májkómás esetek kerülnek elhelyezésre. Az illusztráló osztály beteganyagában a fulmináns infekciózus hepatitisen és gombamérgezéseken kívül meglepően nagy számban szerepeltek Paracetamol mérgezések. A külön egység létrehozásának indoka: a hepatitisen infectio átvételének megakadályozása, speciális monitorok és laboratóriumi vizsgálatok célzott biztosítása. A betegek komplett ellátásán belül külön hangsúlyozták az ún. haemoperfúziós kezelés jelentőségét, ami a májelégtelenség terápiájában igen jelentősnek látszó, nagy hatáskörű kezdeményezés. (A vér extracorporális perfúziója adsorbensen, a kémiai analízisben használatos speciális kromatográfiás oszlopokhoz hasonló elven működő berendezés.) Ugyancsak igen hatásosnak minősítették a peritoneális dialízist, ritkábban a haemodialízist is. Lényeges a speciális szövődményekre (vérzés, hirtelen apnoe, hypertensio, tüdőoedema, hirtelen asystole) való felkészültség biztosítása.

Ismertették egy nagy kórházban működő, hívásra azonnal helyszínen termő resuscitációs szolgálat működését. Ez az egység igen hasznos lehet, de még fontosabb, hogy az odaérkezéskor a beteg alapszinten haladéktalanul és kifogástalanul minden segítséget, sürgős ellátást megkapjon. E cél elérése érdekében is sokat tehet ez a specializált betegellátó mobilis csoport.

Érthetően igen nagy számú előadás foglalkozott a folyamatos betegmegfigyelési rendszerekkel, a különféle monitorok alkalmazásával. Így sokféle funkciót igen sok módon való megközelítéssel lehet folyamatosan követni. Mindez csupán technikai kérdés. Az egyes kutatók úgy látják előbb-utóbb mindezzel a lehetőséggel igyekeznek is élni. Pl. a respirator kezelés

közben a gépteljesítmény, a levegő áramlási sebessége és a nyomásviszonyok folyamatos mérése viszonylag egyszerű feladat. Ebből számítógép segítségével a spirometriás, a tüdőmechanikai légzésfunkciós paraméterek egész sorát kaphatjuk meg, és követhetjük annak változásait, összevethetjük a klinikai képpel, prognózzal stb. Ilyen fajta megoldásokról több beszámoló hangzott el. A vita értékelése szerint azonban a mindennapi gyakorlat számára ezeknek nincsen jövője, de jelentősek a kutatás számára. Mind határozottabban alkalmazandónak tartják az állandó artériás kateétereket és a vérgázok ilyen módon történő ellenőrzését. Számos ötletes megoldásról hallottunk az arhythmiai, coronaria occlusiós esetek ellenőrzésére szolgáló berendezésekről. A külsőleg alkalmazható megoldások az ún. non invasiv módszerei közül figyelemre méltó a Doppler elven működő berendezés az aortában áramló vér sebessége dinamikájának követésére.

Egyébként a betegek ilyen folyamatos ellenőrzése mutatta ki, hogy az acidosis szokásos módon iv. egyseri injekcióval való kezelése átmenetileg szélsőségesen kóros hyperosmolaritást és alkalotikus pH eltolódást idézhet elő. Különösen az utóbbi veszélyes és oka lehet sok syncopénak, ritmuszavarnak.

Irodalmi közlésekből már ismert a PO₂ meghatározásnak transcután módszere. A berendezés azon az elven működik, hogy a bőr egy szakasza felett létesített zárt térben diffúzió útján a vér O₂ tenziójához közeli PO₂ érték áll be, amit O₂ elektrodákkal könnyűszerrel lehet meghatározni. Az érzékelőbe beépített melegítő gondoskodik a bőrterület arterizálásáról. Sajnos a megoldás nem pótolhatja a direkt artériás PO₂ méréseket, mivel éppen perifériás keringési zavar esetén megtévesztően alacsony O₂ tenzio értékeket kaphatunk. Az artériás O₂ tenzio mérésének megkönnyítésére más lehetőségként hajszálvékony, érbe helyezhető elektrodákat hoztak forgalomba.

A laboratóriumi ellenőrzés vonatkozásában a kis mennyiségű (mikro) anyagigény mellett a cél a fontosabb vizsgálatok egyedi (tehát nem beállított autoanalizátorokban) való végrehajtásához szükséges idő minimumára csökkentése.

A heveny veseelégtelenség témakörében a Furosemid és a L-Dopa terápia értékét emelték ki. A haemodialízis igénybevételének optimális időpontja tekintetében meg egyezés nem született, de a tendencia iránya: prognosztikai jelek alapján korán kizselektálni az úgyszerű uraemiába torkoló eseteket, és ezeket azután igyekeznek minél korábban dialízis kezelésben részesíteni.

Nagy téma volt a shock experimentális és klinikai vonatkozásainak tárgyalása. A pathomechanizmus előtérben álló szempontjai: pulmonális keringési zavar, shock

tüdő, endotoxin hatások, fehérvérsejtek csapdája a tüdőben, a károsodott fehérvérsejtek aktiváló hatása, disseminált intravasculáris coagulopathia. Klinikai vonatkozásban talán a legbiztosabb modell a shock tekintetében a cardiogén shock az infarctusos betegek korai szakában.

Számos klinikai laboratóriumi jel közül a shock prognózisára vonatkozóan legjobbnak egyedül a vér tejsav szintje bizonyult, a 8 mM/l koncentráció fölött nincs túlélés, de 5 mM/l fölött is igen magas a halálozás. Érzékenységi szempontból a többi jel csak ezután következik.

Több előadás foglalkozott a shock terápiájának objektív kontrollált módszerekkel való vizsgálatával. Eszerint az isoproterenol shockban inkább ront a beteg állapotán. Több szempontból előnyösnek találták viszont az 1-norepinephrint. Ugyanezen vizsgálati sorozatban meggyőzően hatásosnak találták az intraaortikus counterpulsation (intraaortikusan elhelyezett ballonnal, annak periodikus, és a szív működésével szinkronban történő pulzációjával támogatják a keringést) eljárást. *Lillehei* hosszú évek óta folytatott kísérletei alapján igen meggyőzőek most már nagy klinikai anyagban is a szokásost jelentősen meghaladó adagban, 30 mg/kg dosisban adott methylprednisolon hatására vonatkozó eredmények. Ehelyett 6 mg/kg dexamethason is adható. Az adagot 10 perc alatt kell iv. adni, ugyanezen adag 24 órán belül 1–2-szer ismételhető, de tovább a corticoid adása nem ajánlatos. Hatásos szerek voltak még: Furosemid, albumin, digoxin. A respirator kezelésnek shockban való alkalmazása tekintetében a túlnyomásos lélegeztetés is hatásosnak bizonyult. Szükség esetén ez alkalmazható, a kilégzés alatti enyhe túlnyomás nem rontja a keringést. A légzési elégtelenséggel foglalkozó ülészek visszaterő refrénje volt a kilégzés alatt alkalmazott kisebb pozitív nyomás előnyének hangoztatása (continuous positive airway pressure, CPAP). Ezt az először az újszülött respiratorikus distressz szindrómájában alkalmazott módszert hatásosnak találták postoperatív állapotokban, cardiogén shockokban, súlyos asthmás légzési elégtelenségben, alacsony verőterfogatú járó állapotokban (lényegében tehát keringési shock esetén) mellkassérültekben, egyéb súlyos traumatológiai esetekben, súlyos eclamsziákban.

A respirátorok konstrukciójában újabb szempontokat nem is vitattak. Úgy látszik a kérdés nyugvópontra jutott. A cél: egyszerűség, stabilitás, sterilizálhatóság. A légzési elégtelenségek egyéb módszerei közül most is volt híve az elektro-pneumicus respiráció alkalmazásának. A legsúlyosabb esetekben (egyedi esetek ismertetése) extracorporális keringésben való membrán oxigenizálóval kapott sikeres kísérletekről is beszámoltak. Mindössze egy előadó említette a hyperbárikus kamra alkalmazását (idegrendszeri

traumatológiai esetekben). Az erre szolgáló berendezések egyébként még a kiállítók anyagában sem szerepeltek.

A kritikusan súlyos betegek anyagcseréje és táplálása témakörben a főtéma (17 előadás) a parenchyma táplálás különféle módjainak kétségtelen előnye, emellett kockázatának, szövödményeinek ismertetése volt.

Nagy figyelemmel követtem az ún. agyhalál témakörével kapcsolatos előadásokat. Általában a szervtranszplantációs donor vonatkozásokon túlmenően is ez a téma nagyon aktuális. Ezen a téren elérhető haladás ugyanis megítélés szerint a kulcsa annak, hogy az egész intenzív terápia területén előrelépés történjen. Számos eset kudarca ugyanis azon múlik, hogy időközben idegrendszeri irreverzibilis károsodás következik be. De hypoxiás agyi károsodás kisebb kezelési hibák következménye is lehet. Igen fontos tehát, hogy egzaktnak tudjunk az ilyen károsodás felé vezető utat. A főreferátumok a kérdés kitűnő modern áttekintését adták. A csatlakozó előadások főleg az eddigi nehézkes módszerekhez képest egyszerűbb, így melletti megoldások kérdése terén elért eredményeket ismertették az agyi funkció ellenőrzésére. Igen jónak látszó megoldás az ún. Cerebrális Functio Monitor (CFM), ami a célra adaptált speciális egy-elvezetéses EEG. A módszer gyógyszerhatás, sőt a narkózis ellenőrzésére is alkalmasnak bizonyult.

Más megközelítéssel történő módszerek közül a legérdekesebbek: A bulbus venae jugularis O_2 saturációjának vizsgálata (amely alig különbözik az agyhalál esetén az artériás értéktől). Használható diagnosztikai célra az egy dimenziójú egyszerű ultrahangos echo encephalographia, amely megfelelő keringés esetén jól mutatja az agy pulzációját, méghozzá non invasív úton. Természetesen monitorizálás céljára a berendezést megfelelően adaptálni kell. További megközelítési mód a szemészeti vizsgálat (szemfenék tükrözése, fluorescentia vizsgálat, elektroretinogram). Agyhalál esetén diffúziós légzés alkalmazásával egyéb helyzetektől eltér (alig változik) a vérgázok értékének viselkedése. Kémiaiilag pedig a liquorban számos enzim aktivitásának extrém emelkedése mutatható ki agyhalál bekövetkezése után. A jelenség vizsgálatára izotóp módszereket is ajánlottak.

Végül mint fontos témakör, a fertőzések kérdése is napirendre került. Konkluzióként elmondható, hogy az antibiotikumok vonatkozásában itt már a teljes csőd került deklarálásra. Volt olyan vélemény, hogy az antibiotikumok inkább ártnak. Annyi bizonyos, hogy a preventív adott, széles spectrumú antibiotikum biztosan súlyos veszélyt okoz, és inkább elősegíti a rezisztens baktériumokkal történő fertőzést. Rezisztencia tekintetében

most már a fertőtlenítő szerekkel szembeni rezisztencia is gondot okoz. A pozitív jellegű beszámoló a baktérium szűrők, a levegőfilterek, az eszközök fertőtlenítése módszereivel szerzett tapasztalatokról számoltak be. Preventív szempontból jelentős kezdeményezés az ún. laminar air flow berendezés, amely alkalmas arra, hogy a beteget teljesen steril milióban ápolhassuk. Több előadás utalt arra, hogy ezt a rendszert intenzív osztályon is igénybe vették, de részletes beszámolót nem hallottunk.

A fentiekén kívül a kongresszus ezen kívül külön szekció keretében farmakológiai és toxikológiai problémákról is tárgyalt továbbá számos speciális terület vegyes tapasztalatait ismertették.

Záró eseményként tárgyalás történt a következő kongresszus előkészítésére, időközben pedig a szakterület nemzetközi képviselői érdekében egy bizottságot hoztak létre. A következő kongresszus három év múlva lesz Párizsban.

Boda Domokos dr.

Mongóliai tapasztalataim.

Ez év februárjában 3 hetet töltöttem a Mongol Népköztársaságban a mongol egészségügyi minisztérium vendégeként.

Érkezésemkor a minisztérium küldöttsége várt a repülőtéren. A legnagyobb vendégszeretet, kitűnő tolmács, állandó gépkocsi segítette ottani működésemet. Munkám megkezdése előtt a miniszterhelyettes elvtárs fogadott és közölte, hogy az „egyezményes tanulmányút” címet magyar részről udvarias fogalmazásnak tartják; valójában ők szaktanácsadót várnak tőlünk és cserébe tanulmányútra küldenének hozzánk mongol kollégákat. Elsőnek azért kértek tapasztalt neonatológust, mert legsürgősebb számukra, hogy a koraszülött-, valamint újszülöttellátás korszerűsítésére és az újszülött pathológiai osztályok szervezésére kapjanak javaslatot.

Az első napokat kizárólag intézetek látogatásával és esetenként a betegellátásban nyújtott közvetlen segítséggel töltöttem. A továbbiakban már az újszülött- és koraszülött-ellátásban mutatkozó igények, illetőleg hiányosságok felmérésével foglalkoztam, és kérésükre több orvos- és egy nővértovbkképző előadást tartottam. Végül az egészségügyi minisztérium illetékes főosztályának kérésére összefoglaltam tapasztalataimat és javaslataimat. A kért véleményt és szaktanácsot az egészségügyi miniszter első helyettesének több órás megbeszélésünk kapcsán terjesztettem elő. Minden pontját megvitattuk, azokat elfogadták és igen hálisan megköszönték.

A mongóliai perinatalis ellátás szintjének reális megítélésében az intézetek megtekintésén kívül nagy segítséget nyújtott, hogy a mongol

kollégák délben, délután és késő este is szívesen meglátogattak szülői szobámban. Ezek a baráti megbeszélések kötetlenségükkel fogva nemcsak a barátságot erősítették, hanem azokba a problémákba is bepillantást engedtek, amelyekre az intézetek látogatásakor nem derült fény.

A következő intézeteket ismertem meg:

I. sz. szülészeti klinika: évenként átlag 4000 szülés; terhes-pathológiai osztályok, 100 ágyas újszülöttszállyal és 27 ágyas koraszülött-osztállyal. A 3 vezető orvos mellett 18 szülész orvos, 7 gyermekorvos dolgozik.

II., valamint III. számú szülészeti klinika, mindegyik átlag évi 4000 szüléssel, terhes-pathológiai osztályokkal, 100—120 ágyas újszülöttszállyal. Mindkettő vezetője nő. A beosztott orvosok között 1 férfi orvos van, három orvos csak középfokú végzettséggel rendelkezik.

Központi Gyermekkorház, mely 550 ágyas, főként csecsemőosztályokból, 2 gyermekosztályból és 1 koraszülött részlegről áll.

I. sz. klinika, illetve állami kórház. Igen modern, 1971 óta működő, rendkívül jól felszerelt intézmény, országos jellegű, acupunctura osztálya is van. Modern szájsebészet, valamint nagy laboratórium működik.

II. sz. klinika, a párt és minisztertanács kórháza. Kifőnően felszerelt. Igazgatója nagyon képzett, tájékozott gyermekorvos.

III. sz. klinika (cseh és német szaksegítséggel működő szív- és agysebészet).

Bölcsődék, csecsemőotthonok és hetes bölcsőde.

Ovodák, zenei óvoda.

A vérellátó intézetet ismételt kérésem ellenére sem sikerült megtekintennem; ezt azért véltem szükségesnek, mert hiányoltam, hogy a különböző intézeteknek, újszülött- és koraszülöttszállyoknak a vérellátóval megfelelő kapcsolatuk nincsen.

Megismertem ezenkívül a Mongol Népköztársaság terhesgondozási, újszülött- és gyermekgondozási hálózatának szervezési módját és a még megoldatlan problémáit is.

Rendkívül szerencsés ötletnek bizonyult, hogy a felnőtteket ellátó főbb kórházakat és a gyermek-szociális intézményeket is megnéztem. Ismerve a mongolok rendkívüli érzékenységét, nagy segítségemre volt szakvéleményem szerény és udvarias foglalmazásában, hogy a kifőnően épített és felszerelt, modern felnőttkórházakra, a gyönyörű bölcsődékre és ultramodern, bámulatosan szép és higiénikus zenei óvodára hivatkozhattam. Ezek, valamint a szülészeti műtők korszerű felszerelése éles ellentétben vannak az újszülött- és koraszülöttszállyok hiányos felszerelésével, laboratórium és röntgen hiányával, ami az orvosi munkát erősen limitálja. Minden kórházat nagyfokú tisztaság és gondos munka jellemez. De

a kifőnő építészeti adottságokkal rendelkező és jól szervezett újszülött-, valamint koraszülöttszállyok fapadlósak. A mongol egészségügy elképzelhetetlenül gyors fejlődésével éppen ez a szakterület nem tartott lépést. Ezen felismerés alapján létesült a két koraszülöttszálly, amelyet nemzeti szervek szereltek fel svéd ágyakkal, cseh és magyar inkubátorokkal, német mérlegekkel. Ezeket kívül azonban még nyákszívó gömb vagy infúziós szelék sem áll rendelkezésre. Miután ezeken az osztályokon magam is megpróbáltam dolgozni, a kollégák észrevették, hogy legelső tennivaló a szakfelszerelés és a megfelelő gyógyszerek biztosítása volna.

Mindezek alapján, szakvéleményem pontjai szinte adottak voltak.

Megfelelő felszerelés újszülöttek ellátására a szülészobán és az újszülöttszállyokon. A szállítás megszervezése, ehhez szükséges felszerelés. A legfontosabb gyógyszerek és vegyszerek beszerzése, laboratórium és röntgen létesítése, továbbá a vérellátó intézetükben csecsemő- és gyermekosztályok ellátását biztosító egység kialakítása. Végül: minél több orvos és középkader tanulmányúttal lehetővé tenni, hogy a majdan működésre kész osztályok megfelelő irányítás alatt, zavartalanul üzemelhessenek. Olyan nagy a kontraszt a felnőttbeteg-ellátás kifőnő épületei és felszerelési adottságai, a gyermek-szociális létesítmények ugyanilyen adottságai, és a népesedéspolitikai szempontból kiemelkedően fontos újszülött- és koraszülöttszállyok igen nehéz működési feltételei között, hogy véleményem mértéktartó és udvarias megfogalmazása ebben a formában nem volt nehéz és semmiképpen sem lehetett bántó. A miniszterhelyettes kérésére a hiányzó eszközök, felszerelési tárgyak, vegyszerek és gyógyszerek listáját összeállítottam, azok rendeltetéséről, értelméről, használati módjáról megfelelő tájékoztatást adtam. Ígéretet tettem, hogy ugyanezt az összeállítást cikkszámommal és beárazva orosz nyelven eljuttatom hozzájuk. Ezt a munkát hazaérkezésem után az Országos Csecsemő és Gyermekorvosi Intézet, valamint a Medimpex segítségével sikerült megvalósítanom. A mongol egészségügy vezetőinek kérésére szakirodalmat is összeállítottam; ebben a mongol kartársaknak nyelvi nehézségük nincs, mert biztosították a személyeket és a keretet, bármilyen nyelvű kiadvány szakszerű fordítására és sokszorosítására. Hasznos volna, ha oktatófilmeket is kölcsönözhetnének Mongóliának.

Beszámolóim nem volna teljes, ha nem hangsúlyoznám, hogy a legnagyobb örömmel vették érdeklődésemet kultúrájuk, kulturális intézményeik és népi hagyományaik iránt. Minden ilyen irányú kérésemnek a legnagyobb örömmel tettek eleget. Múzeumi belépőkkel, opera- és

színházjegyekkel elárasztották és kedvesen kalauzoltak. A munka túl sok volt ahhoz, hogy vidékre is eljuthattam volna. Űlanbatort, valamint a mongol nép és a mongol egészségügy problémáit azonban a köztünk kialakult barátság alapján módomban volt megismerni. Kétségtelen, hogy rengeteget tudnánk ezek megoldásában segíteni, és erre a segítségre szükségük is van. Ezen a téren magam csak néhány szerény, kezdő lépést tehettem, és már ezért is aránytalanul hálásak voltak. A miniszterhelyettes által rendezett búcsúvacsora igen ünnepélyes keretek között, de meleg, baráti légkörben zajlott le és elutazásomkor számos kolléga kísért ki a repülőtérré.

A legnagyobb köszönettel kell megemlékezmem mongóliai külképviseletünkről. A nagykövet elvtárs és valamennyi munkatársa odaadón és készséggel segít minden honfitársán. A követségen állandó ügyelet van, amelyet a kintlevő magyarok bőven igénybe is vesznek. A két ország adottságai között fennálló különbség következtében erre a segítségre kivétel nélkül mindenki rászorul, aki a mongóliai viszonyokat csak elméletben ismerve kerül oda és mongolokkal dolgozik. Rendkívül előnyös volna, ha kiküldetéskor Egészségügyi Minisztériumunk idejében értesítené a követséget a kiküldött kolléga nevére, érkezésének időpontjáról és kiküldetésének rendeltetéséről. Könnyebben és idejében tudnák egyengetni útját. A másik lehetőség, ha a Mongóliába készülő kolléga idejében felkeresi a Külügyminisztérium illetékes osztályát; ebben az esetben a követség tájékoztatását a Külügyminisztérium vállalja.

A csecsemő- és gyermekgyógyászat területén tapasztalt, lehetőleg oroszul beszélő szakemberekre van szüksége Mongóliának. A kiküldetésre kerülő vagy oda szerződő kollégák kiválasztásakor a szaktudás és nyelvismeret mellett irányadó szempont volna, hogy azok a számukra idegen szokások és kultúra iránt, valamint a mongol nép rohamos fejlődéséből adódó problémákkal szemben, kellő megértéssel legyenek. A közös munka alapjául szolgáló baráti légkör kialakítása csak így sikerülhet.

Mongóliai tartózkodásom látókörömet szélesítette, sok szép és érdekes élményt nyújtott. Köszönöm az Egészségügyi Minisztériumnak, az Országos Csecsemő és Gyermekorvosi Intézetnek és kórházam igazgatóságának, hogy lehetőséget kaptam erre a színes és tanulságos utazásra.

Wohlmuth Gertrúd dr.

Nem specifikus védekező képesség fokozása immunterápiával

Immunológiai ismereteink rohamos fejlődése, az antibiotikum, ill. steroid terapia kockázatai és gyakorlati eredménytelensége, a klinikusok érdeklődését a nem specifikus immunkezelésre irányította. A Gram negatív baktériumok elölt suspenzióinak vagy antigén-kivonatainak parenterális alkalmazása a nem specifikus védekezőképesség néhány hétig tartó fokozódását váltja ki. A nem specifikus immunitás nemcsak a Gram negatív, hanem a Gram pozitív baktériumokkal, sőt a vírusokkal és gombákkal szemben is nő. A vakcinákban levő Gram negatív baktériumok endotoxinjai (lipopolysaccharidok) fokozzák a nem specifikus védekező mechanizmusok és a β -lymphocyták aktivitását, fagocitózist és pinocitózist serkentő mediatorok szabadulnak fel, nő a properdin rendszer aktivitása, mely a késői komplement faktorokkal gyorsítja az idegen antigének lebontását és interferon képződést vált ki.

MANNOZYM

A *Saccharomyces cerevisias* zymosan antigénje a properdin-komplement rendszer nem specifikus aktivitásán keresztül fokozza a fagocitózist, pinocitózist, baktericidját és a bakteridízist.

Csomagolás: 1 \times 1 ml ampulla, 3 \times 1 ml ampulla, 10 \times 1 ml ampulla, 50 \times 1 ml ampulla.

NEUROLYSIN (I., II., III.)

A *Staphylococcus aureus* A protein antigénje kapcsolódni képes az immunglobulinok Fc fragmentumával és ezáltal nem specifikus immunfolyamatok elindítója lehet.

Csomagolás: I. és II. 6 \times 1 ml ampulla

III. 10 \times 1 ml ampulla

PYRAGO (0,05, I. és II.)

Elölt *E. coli*, *Staphylococcus faecalis*, *Saccharomyces cerevisiae* és *Lactobacillus acidophylus* suspenziója, mely idült gonorrhoea, szövődmények, arthritisek, rheuma, metalueses megbetegedések, tabes dorsalis, paralysis progressiva esetén alkalmazható.

Csomagolás: 6 \times 1 ml ampullákban

POLYSAN

Lysosimmal kivont *Sarcina lutea* suspenziójából készült antigénkivonat, mely fertőző betegségek (kanyaró, vörheny, tífusz stb.) kezdeti és szubakut szakában a specifikus kezelés mellett, valamint különböző gyulladásos és lázas megbetegedések (angina, furunkulózis, otitis stb.) esetén a nem specifikus védekezőképességet fokozza.

Csomagolás: 1 \times 2 ml ampulla, 3 \times 2 ml ampulla, 10 \times 2 ml ampulla, 100 \times 2 ml ampulla



HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET

2101 Gödöllő, Táncsics Mihály u. 82.



Quo vadis, Medicina...?

Vékonybélkiiktatás az adipositas terápiájában. Husemann, B. (Chir. Klin. der Univ. Erlangen-Nürnberg, 852 Erlangen, NSZK): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 2343—2347.

Payne volt az úttörője a vékonybél-bypass műtéteknek az extrém fokú elhízás kezelésében, s 1966 óta többször is közölte jejunoileostomiás shunt-műtétjével elért eredményeit.

Elsősorban ezekre a közleményekre támaszkodva vezették be az erlangeni sebészeti klinikán is a vékonybélkiiktatásos műtéteket az enormis elhízások kezelésében. 1971-ben jejunoileostomiával kezdték, 1972 óta jejunoileostomiát végeznek. A jejunum felső szakaszából 20 cm-t egyesítenek vég az oldalhoz megoldással a Bauchin billentyű felett 20 cm-rel az utolsó ileumszakasszal. A vékonybél felső szakaszát vakon zárják, a normális testsúly elérése után reanastomosiszt végeznek.

42 betegen végezte el a szerző a vékonybél-bypass műtétet, a betegek átlagos életkora 34 év volt (19 és 64 év között). Más helyen utalás történik arra, hogy a műtetre történő kiválasztás során az alsó korhatár 18, a felső 50 év legyen. A műtetre kerülő betegek átlagos testsúlya 143 kg volt (114—211 kg között). A műtét előtt és után 1, 3, 6, 9 és 12 hónap múlva a zsírháztartást gondosan ellenőrizték, továbbá a proteinogramot, májfunciókat és az elektrolytvesztés miatt az ionokat. A serum insulin tartalmát radiokémiai módszerrel vizsgálták. Ezeket kívül a vitaminok szintjét is ellenőrizték.

A műtét után a betegek testsúlya minden esetben csökkent, mégpedig a műtét időpontjától távolodva egyre kisebb mértékben. Az elhízás mértéke és a fogyás gyorsasága között is volt összefüggés: minél elhízottabb volt a beteg, annál gyorsabban csökkent a súlya. Az elhízást kísérő glucose-intolerantia, valamint a hyperlipidaemia, ezen belül a hypercholesterinaemia a testsúlycsökkenéssel párhuzamosan normalizálódott.

Figyelembe véve azt, hogy a napi 4—6 székürítéssel (a csökkent resorptio miatt) vitamin- és elektrolytvesztés könnyen előfordulhat, substitúciós terápiára egyidejűleg szükség volt. A fehérjevesztés mértéke nem volt jelentős, az epesók az ileum-kacsából fel tudnak szívódni. 2 beteg meghalt; az egyik 64 éves volt, s a műtétet kifejezetten az ő kívánságára végezték el, a sectio agyembóliát fedett fel, a másik beteg hetekkel a műtét után otthonában halt meg. A műtét értékét to-

vábbi megfigyelések vannak hivatva igazolni.

Iványi János dr.

Az elhízás sebészi kezelése. Baddeley, M. (General Hospital, Birmingham, B4 6NH, England): Proc. roy. Soc. Med., 1973, 66, 1098—1099.

Payne és DeWind (Amer. J. Surg., 1969, 118, 141) volt az úttörője a jejunoleostomiás bypass műtéteknek az extrém fokban elhízottak kezelésében. A műtéteket (kezdetben jejunocoecostomia, majd jejunoleostomia) azzal a megfontolással végezték, hogy a vékonybél nagyobb szakaszának kiiktatásával a felszívódást gátolják, s a tartós felszívódási zavar tartós testsúlycsökkenéshez vezet.

A korántsem fiziológiás viszonyokat teremtő műtét több követőre talált, ezek egyike az angol szerző, aki 60 betegen végezte el a műtétet úgy, hogy a jejunumot 36 cm-rel a duodenojejunalis flexurától beszajdztatta az ileocecalis billentyűtől 10 cm-re a terminális ileumba. A betegeknek endokrin megbetegedésük nem volt, anyagcsere szempontjából is rendben voltak. Előzetesen legalább 5 éven át diétás megszorítást alkalmaztak, de jelentősebb és tartósabb eredmény nélkül. 47 beteg 3 hónap és 3 év között rendszeres ellenőrzésben részesült, közülük 39 nő volt, az életkor 19—58 év között volt. Testsúlyuk 75—150%-kal haladta meg az ideális súlyt. Műtét után meghatározatlan ideig kaptak per os káliumot és vitamin készítményeket, nagyon kifejezett hasmenés esetén codein phosphatot.

A testsúlycsökkenést illetően az eredmények jók voltak, 3 hónappal a műtét után az átlagos csökkenés 20,7 kg volt, 1 év múlva pedig 44 kg (16 betegen). Jelentősebb problémát a műtét 4 betegen okozott részben hasmenés, részben hányás miatt, e panaszokat a betegek osztályra való felvételével rendezni tudták. Komolyabb mellékhatás volt a máj elzsírosodása, mely nagyfokú testi gyengeséggel, letargiával, hypotoniával járt, jelentős fehérje- és szénhidrátbevitelt igényelt. Ez a nemkívánt hatás meglepő volt, mert éppen azt várta a szerző is, hogy a testsúly csökkenése a máj elzsírosodásának csökkenésével is fog járni. Egy beteg, aki nem az ismert tetet szériába tartozott, súlyos anyagcsere károsodás (csillapíthatatlan hányással és zsírmájjal társulva) következtében a műtét után meghalt.

A biokémiai változások legjobban a serum folsav- és cholesterolin-

szintjét érintették, a cholesterolin a műtét előtti szint 50%-ára csökkent. A többi paraméter (vas, calcium, albumin, magnesium) közvetlenül a műtét utáni csökkenése csak átmeneti volt, spontán rendeződött. A műtét végleges értékét szerző szerint is még hosszabb ellenőrzés van hivatva igazolni.

(Ref.: Kétségtelenül „szellemes” módszernek látszik a vékonybél kiiktatás és ezzel a felszívódás jelentős csökkentése az extrém fokban elhízottak „gyógykezelésére”, de ugyanilyen alapon akár pancreas kiiktatás is szóba jöhetne a felszívódás zavarának teljessé tételében. Semmiképpen nem hallgatható el a postoperatív halálozás, valamint a bypass-műtét során észlelt és megmagyarázhatatlan zsírmáj kifejlődése, továbbá a nagyon jelentős secholesterin-szint tartós csökkenése. Nem is beszélve az esetleges későbbi postoperatív ileusok kialakulásának lehetőségeiről. A mégoly szilfid termet eléréséért is meglehetősen nagy ár az ilyen beavatkozás, bár a műtétnek egyre több híve van. Hasonló „rizikómentes” beavatkozásnak látszik az a műtéti megoldás is, amelyet Góth ismert kongresszusi beszámolójában. E szerint Hitchcock egy elhízott betegnek stereotaktikus készülék segítségével elektródokat vezetett a hypothalamus étvágycentrumába és azt elektromos árammal roncsolta. Ennek hatására megindult a testsúly csökkenése...)

Iványi János dr.

A jejunoleostomiával létrehozott malabsorptio mint az extrém kövérség sebészi gyógymódja. B. Husemann (Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg): Der Chirurg. 1974, 45, 13—16.

A nagyfokú kövérség kezelésében a szokásos konzervatív próbálkozások gyakran csődöt mondanak. Ezért már régebben felmerült ilyen célból az emésztőrendszer kisebb-nagyobb szakaszának kiiktatására végzett sebészi beavatkozás gondolata. Ajánlották a Billroth II. típusú gyomorresectiót, a jejunocoecostomiát és jejunoleostomiát. A jejunocoecostomia számos kellemetlen szövődését észlelték, ezért újabban elhagyták. A szerzők intézetében jejunoleostomiát végeznek úgy, hogy a proximális jejunumot 20 cm-re a flexurától a terminális ileum distalis 20 cm-ével end-to-side anastomosiszal kapcsolják össze. Így bélresectio nélkül a jejunum és ileum nagyobb részét kiiktatják, és művi malabsorptiót hoznak létre. A kialakuló resorptiós viszonyok elemzése céljából minden esetben a műtétet követően gondosan vizsgálták a szénhidrát, elektrolit, zsír és fehérjeháztartás alakulását.

60 beteget operáltak meg a fenti módszerrel. Átlagsúlyuk a műtét előtt 143 kg volt, maximum 256, mi-

nimum 114 kg. A műtét után a testsúlyuk fokozatosan csökkent, 12 hónap alatt elérte átlagban az eredeti 60%-át. Minél nagyobb az eredeti testsúly, annál gyorsabb és nagyobb mértékű a fogyás. A súlycsökkenés csak három esetben nem volt kielégítő, ezekben az odavezető kacsba irányuló reflux valamint a shunt területén kialakult béldistensio okozta felszívódó-felület növekedéssel magyarázzák az eredmény elmaradását.

Az anyagcsereviszonyok vizsgálatának eredményeként megállapítható volt, hogy a szénhidrát és zsírszorbó csökkenése előnyei mellett hátrányos következményekkel nem jár. A vitaminfelszívódás csökkenése nem oly mértékű, hogy substitúció válna szükségessé. A serum fehérjésztint kimutatható módon nem változott a műtét következtében. A betegeknek a műtét után naponta 4–6 székletük van. Ez elviselhető, de mivel elektrolitvesztést okozhat, célszerű rendszeresen káliumot adni orálisan. Két beteget vesztettek el. Egyik keresztetett agyi embolia következtében halt meg, a másik otthonában halt meg, boncolás nem történt.

A műtét fő problémája a kiiktandó szakasz kiterjedésének optimális megválasztása. Ennek vizsgálatára további megfigyelések szükségesek. *Pálvölgyi László dr.*

Az elhízás terápiájának problémái sebészi betegeken. Kasper, H. és Zwirner, R. (Med. Univ. Klin. und Chirurg. Klin. Würzburg, NSZK): *Chirurg.* 1974, 45, 17–20.

Az elhízott emberek halálozási aránya 45–50 éves korban már sokkal jelentősebb, mint az azonos korú és normális súlyú embereké, s ez az arány az elhízás fokával arányosan növekszik, már 4,5 kg-os testsúlytöbblet 8-szoros növekedést jelent. Elsősorban a keringési rendszerre ró az elhízás terhet, s ennek ismeretében a sebészek és anaesthesiológusok is gyakran vonakodnak a műtét elvégzésétől, mint ahogyan ezt a szerzők egy 60 éves 140 kg-os traumás osteomyelitis miatt egyébként műtetre szoruló beteg esetében említik.

A példa nyomán a würzburgi szerzők sorra veszik azokat a lehetőségeket, melyek segítségével az elhízott ember testsúlyát redukálni lehet, s ilyen módon jobb lehetőségeket lehet nagyobb műtét számára is teremteni. A diétás megszorításoktól (0 kalóriás étrendtől a zsírbő és szénhidrátszegény diétáig) az étvágycsökkentő gyógyszeres kezelésen át eljutnak a *Payne és mtsai* által elsőként javasolt vékonybélkiiktatás (bypass) műtétekig. A jejunum nagyobb részének kiiktatásával *jejunoileostomiát* készítenek, s így a felszívódási viszonyokat mesterségesen rontva (*mal-assimilatio vagy malabsorptio*) az elhízott beteg testsúlyának jelentős csökkentését érik el.

Hangsúlyozzák, hogy a műtétet csak abban az esetben szabad elvégezni, amikor az egyéb, konzervatív módon végzett kezelés lehetőségei már kimerültek. Legkésőbb 1 év múlva a műtét után, amikor a beteg normális testsúlyát elérte, a kiiktatott bélszakaszt vissza kell kapcsolni és a passagét helyre kell állítani. A szerzők nem közlik, hány beteget operáltak meg ezzel a módszerrel, 1 nőbeteg (33 éves) felszívódási viszonyait közlik 3 héttel a műtét után. *Positivumként* könyvelik el, hogy a mesterséges malabsorptio megteremtésével a *kiindulási testsúly 30–40%-os csökkentése érhető el, az emelkedett serum lipoidok normalizálódtak, úgyszintén az emelkedett vérnyomás is.*

A pozitívumokkal szemben *negatívumok* is vannak, mégpedig *májelzsírosodás, elektrolytokban (elsősorban magnésium) való elszegényedés, s a műtét első propagálójának véleménye szerint kb. 50%-os letalitás.* A szerzők az utóbbival szembeállítják azokat a tapasztalatokat, melyek az elhízottak műtét utáni egyébként is gyakori thrombosisát, rossz sebgyógyulását, pneumoniáját legalább hasonló gyakorisággal előfordulónak említik.

Iványi János dr.

Fehérjetáplálás és májbetegség obesitas miatt végzett jejunolealis bypass után. Moxley, R. T. és mtsai (Johns Hopkins University School of Med., 720 Rutland Ave, Room 806, Traylor Bldg., Baltimore 21 205, USA): *N. Engl. J. Med.* 1974, 290, 921–926.

A jejunolealis bypass műtét után az elhízottak testsúlya kétségtelenül jelentősen csökken, de az iatrogen malnutritio számos szövődéshez is vezet (hypocalcaemia, hypomagnesaemia, hypokalaemia, vitamin hiány, vese- és epekövesség, májzsírosodás és esetenként cirrhosis is). Hasonló májelváltozások fehérjehiányos állapotokban is előfordulnak, ezért a baltimorei szerzők 18 jejunolealis bypass műtéten átesett elhízott egyéneket megvizsgáltak a májfunctiók viselkedése mellett a plazma aminosav összetevőinek viselkedését a műtét előtt, 4 hónappal a műtét után, majd pedig a testsúly stabilizálódásakor, a műtét után 12–36 hónappal. Az aminosavak koncentrációját 4 hónappal a műtét után 13 betegen és a hosszabb periódusban 5 betegen vizsgálták.

Műtét előtt valamennyi betegnek enyhébb-mérsékelt májzsírosodása volt, 4 hónappal a műtét után a nagyobb súlyvesztésű betegek között jelentősebb fokú májzsírosodást találtak, ez a későbbi periódusban csökkent. Fibrosis 2 betegen alakult ki, az egyikben a súly stabilizálódásával a fibrosis is csökkent, a másikon reanastomosis vált szükségessé, s ezzel az addig káros májfunctiók értékei is javultak. Ezek közül egyébként a SGOT kö-

vette nagyjából párhuzamosan a máj morfológiai elváltozásait, s a műtét után 12–36 hónappal normalizálódott. Az aminosavak közül külön vizsgálták az *essentialis aminosavakat* (methionin, valin, leucin, isoleucin, phenylalanin, threonin, lysin), melyek a methionin kivételével 4 hónappal a műtét után csökkentek, ez a csökkenés a methionin, phenylalanin és threonin kivételével a későbbi periódusban is megmaradt. A *nem essentialis aminosavak* viselkedését is regisztrálták a plasmában hasonló periódusokban. 12 aminosavat határoztak meg, ezek közül 4 hónappal a műtét után a prolin, taurin és histidin nem változott a műtét előtti értékhez viszonyítva, a serin és glicin emelkedett, a többi 6 csökkent. A késői postoperatív periódusban a glicin emelkedés megmaradt, a többi aminosav értéke jelentősen nem változott. Az orális aminosav terheléses próba azt bizonyította, hogy a korai postoperatív szakban az aminosav absorptio is rosszabb volt, mint a későbbi periódusban, amikor a súly stabilizálódott. Az eredmények azt bizonyítják, hogy a fehérjék rossz felszívódása hozzájárul a májfunctio romlásához, ezért műtét után bőségesebb aminosav bevitel látszik szükségesnek.

Iványi János dr.

Jejunolealis shunt elhízás miatt. Hirsch, J. (The Rockefeller Univ., New York, N. Y. 10 021, USA.): *N. Engl. J. Med.*, 1974, 290, 962–963.

A *New England Journal of Medicine* Editorial rovatában a New York-i szerző visszapillant a kövérég miatt végzett jejunolealis shunt 10 esztendőjére, s azt emeli ki, hogy a finomabb műtét technika ellenére számos szövődésny fel léptét közölték, így a legkorábban ismert gastrointestinalis panaszokon kívül hyperuricaemia, arthralgia, vesekő, májsteatos, cirrhosis és májelégtelenség kialakulását is leírták. A szerző utal *Moxley* és mtsainak a folyóirat ugyanebben a számában megjelent cikkére: kimutatták, hogy különösen a korai postoperatív szakban zavart az *essentialis* és *nem essentialis* aminosavak felszívódása és ez a protein malnutritio arányos a májkárosodás mértékével. Terápiás következtetéseket is levonnak a vizsgálatokból és a korai szakban javasolják a bőségesebb aminosav bevitelt.

A szerkesztőségi cikk írója hivatkozik *Winkelman* és mtsai legfrissebb adataira. E szerzők 24 betegéből a műtét után 2 májelégtelenségben halt meg, egy nem sokkal a műtét után, 7 beteg psychiatriai vagy egyéb orvosi szempontból volt betegnek minősíthető, s mindössze 10 betegen volt az eredmény jónak mondható. A korántsem egyértelműen és többségében jónak nem mondható eredmények alapján jog-

DROPERIDOL FENTANYL

i. v. injekció

10 ml-es ampullában 25 mg dehydrobenzperidolt tartalmaz.

A butyrophenonok csoportjába tartozó neurolepticum. Fő hatása mellett shockot kivédő, légzőközpontot stimuláló és antiemeticus hatást is kifejti.

JAVALLATOK: Műteti előkészítés, különösen idős vagy leromlott, rossz általános állapotú betegeknél. Súlyos, hosszantartó eszközös vizsgálatok és sebészti beavatkozások előkészítése.

Különböző eredetű intoxicációk, shock-állapotokban a komplex kezelés egyik tényezője, mely szív-, máj- vagy veseelégtelenség fennállása esetén is alkalmazható. Súlyos égésekben adjuvans.

ADAGOLÁS: Műteti előkészítésre: 2,5–5 mg (1–2 ml) Droperidol adagolható $\frac{1}{2}$ órával a műteti beavatkozás megkezdése előtt.

Műteti érzéstelenítésre: 5–12,5 mg (2–5 ml) iv. vagy cseppinfúzióban adagolható, szükség esetén Fentanyllal együtt. Hosszantartó műtéteknél az anaesthesia fenntartására az inhalációs narcosis hatásának adjuválására, műtét közben 2,5–5 mg Droperidol adagolható, i.v. injekció vagy cseppinfúzió formájában.

A postoperatív szakban a neurolept analgesia fenntartására 2,5–5 mg (1–2 ml) adagolható intramuscularisan. Ez az adag szükség esetén 6 óránként megismételhető.

A Droperidol kizárólag olyan gyógyintézetekben alkalmazható, amelyekben oxygen-belélegeztető berendezés, valamint a reanimatio valamennyi eszköze állandóan rendelkezésre áll.

MEGJEGYZÉS: Csak fekvőbeteg gyógyintézeti felhasználás céljaira.

CSOMAGOLÁS: mindkettő 50 ampulla (10 ml)

Anaesthesia fenntartására a két készítmény együtt — i. v. vagy cseppinfúzió formájában — alkalmazva a neuroleptanalgesia eszköze.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

i. v. injekció

10 ml-es ampullában 0,5 mg fentanylt tartalmaz.

Gyors és erőteljes hatású analgeticum.

Fájdalomcsillapító hatása 2–3 perccel az i.v. injekció beadása után éri el maximumát és 30 percig tartó sebészti beavatkozásra alkalmas analgesiót biztosít. Hatáserőssége a morphinénak százszorosa.

A szervezetben gyorsan lebomlik, felületi analgeticus hatása 1–1 $\frac{1}{2}$ órán át tart. Terapiás indexe a morphinénál kedvezőbb, légzésdepressiót okozó hatása csekély.

JAVALLATOK: Műteti előkészítés, valamint különböző típusú narcosisok praemedicatiojaként Droperidol injekcióval kombinálva. A neuroleptanalgesiaiban műteti fájdalomcsillapításra: a hasi és mellkasi, az ideg- és érsebészetben, nőgyógyászati, orthopheadiai stb. műtéteknél.

ADAGOLÁS: Műteti előkészítésre: 0,05–0,1 mg (1–2 ml Fentanyl) adagolható i.m. fél órával a műtét megkezdése előtt.

Műteti érzéstelenítés céljára 0,1–0,25 mg (2–5 ml Fentanyl) adagolható i.v. vagy cseppinfúzióban. Hosszantartó műteti beavatkozások esetén egyéni javallat alapján műtét közben: 0,05–0,1 mg (1–2 ml Fentanyl) adagolható i. v. vagy cseppinfúzióban (az infúziós folyadék 500 ml 5%-os glukóz vagy 5%-os sorbitol oldat lehet).

A postoperatív stadiumban szükség esetén 0,05–0,1 mg (—12 ml) adagolható im.

A Fentanyl injekció a kábítószerrendelet hatálya alá tartozik.

Társadalombiztosítás terhére kizárólag fekvőbeteg gyógyintézet rendelheti.

DEPERSOLON

kenőcs

(0,25%-os)

Localisan alkalmazható **GLYCOCORTICOID** hormonszert, mely kifejezett gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatást fejt ki.

JAVALLATOK:

Az ekzema különböző formái, az allergénre és a localisiora való tekintet nélkül. Dermatitis különböző alakjai: mechanikus és kémiai ártalmak okozta bőrgyulladások, sugárdermatitis, dermatitis solaris. Otitis externa, intertrigo, neurodermatitis, lichen ruber planus, erythematodes chronicus dyscoides, psoriasis vulgaris, alopecia arcata. Allergiás bőrgyulladások és dermatosisok, az allergénre való tekintet nélkül.

ADAGOLÁS:

A kenőcsöt naponta 2–3-szor vékony rétegben a bőrváltozás területére kenjük, vagy occlusiv kötés formájában alkalmazzuk.

Társadalombiztosítás terhére abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

CSOMAGOLÁS:

1 tubus (10 g) 0,025 g depersolonum hydrochloric.-ot tartalmaz

Ára: 21,90 Ft

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
BUDAPEST X.**

gal alakult ki szerzőnek az a véleménye, hogy a jejunoilealis bypassműtétek szaporodása ellenére a kövérségnek ilyen módon való gyógykezelése egyáltalán nem veszélytelen procedura, s csak akkor lehet és szabad ehhez a megoldáshoz folyamodni, amikor más módon (elsősorban intézetben végrehajtott és megismételt fogyókúrákkal), a testsúlyt nem lehet redukálni és a kövérség az életet veszélyeztető situációt alakított ki.

(Ref.: *Bár Magyarországon még nem közöltek hasonló célból végzett műtétekről beszámolókat, az egyre szaporodó irodalmi adatok azt bizonyítják, hogy a Payne által propagált eljárás egyre nagyobb visszhangra talál. Szerencsére a közlések egyre gyakrabban említik olyan szövődeményeket is, melyek egy része a reanastomosis után is irreversibilis, s talán ezek az eredmények lesznek azok a fékezhető erők, melyek a nagyon gondos mérlegeléssel felállított műtéti indikációs területet a minimálisra szűkítik.*)

Iványi János dr.

A súlyos elhízás miatti intesztinális bypass műtét pszichoszociális hatása. Solow, Ch. és mtsai (Dept. of Psychiatry, Dartmouth Med. School, Hanover, N. H. 03 755, USA): N. Engl. J. Med., 1974, 290, 300—304.

A Payne és Dewind által bevezetett intesztinális bypass műtét a súlyos elhízottak gyógykezelésére (Am. J. Surg. 1969, 118, 141) számos követőre talált, főleg Amerikában. Malabsorptio kialakításával viszonylag gyorsan vezet nagy testsúly csökkenéshez, s így látványosnak látszik, bár számos mellékhatással jár (hasmenés, elektrolyt-zavar, májelzsírosodás). A mellékhatások gyakori ellenőrzést tesznek szükségessé, s a műtét azzal az „előnyvel” jár, hogy a shunt-situáció bármikor megszüntethető, ha a malabsorptio okozta panaszok másként nem befolyásolhatók.

A bypass műtét pszichológiai vonatkozásaival először Harris és Frame foglalkozott. Ők azt vizsgálták 30 műtéten átesett betegen, hogy az átlagban 45 kg súlyvesztés milyen psychés hatást vált ki a betegeken. A tapasztalatok szerint a betegek psychés státusa jelentősen javult. A jelen tanulmány szerzői ugyancsak az intesztinális bypass műtét hatását vizsgálták a betegek psychéjére. 32 operált betegből 29 volt alkalmas a vizsgálatokra, melyeket 2 fajta kérdőíves módszer segítségével végeztek már a műtét előtt átlagosan 46 napon át, s a műtét után is hónapokon keresztül. Az utolsó interjú során speciális pszichológiai tesztek használtak fel a pszichoszociális állapot pontosabb megítélésére. Az előzetes tájékoztatóra szolgáló kérdőívekből kiderült, hogy a betegek elhízása többségében 16 éves kor előtt kezdődött,

a betegek jelentős része saját maga határozta el, hogy aláveti magát a bypass műtétnek részben a rendkívüli elhízás, részben az elhízással járó hátrányos psychés vonatkozások miatt (zavar a külső megjelenésben, zavar a házasságban). Az előzetes pszichológiai vizsgálat 12 betegen különböző súlyosságú psychiatriai eltéréseket fedett fel (neurosistól a schizophréniáig).

A műtét utáni eredmények a fizikális státust illetően jelentősen javultak, az átlagos testsúlycsökkenés 55 kg volt, az esetek többségében a súlycsökkenés 8—18 hónappal a műtét után stabilizálódott. Noha 27 betegen hasmenés jelentkezett az első 6 hónapban, a súly stabilizálódásával ez elviselhetővé vált. 21 beteg említette testi energiái és ereje fokozódását a súlycsökkenés stabilizálódásával.

A psychoszociális hatást illetően a betegek többsége ugyancsak pozitív módon nyilatkozott. 21 beteg, aki a műtétig az enormis méretű elhízás miatt otthonából ki sem mozdult, érdeklődő, aktív lett, többen atlétizálni kezdtek, egy beteg lelkesen motorkerékpározni kezdett. A betegek többségének javult hangulati élete, az interpersonális kapcsolatok is javultak jelentősen, 14 beteg szexuális élete is normálissá vált, 22 beteg hivatásának effectusában vett észre pozitív vonásokat. Két kivétellel valamennyi beteg jelentős én-becsülés növekedésről számolt be. A testsúlycsökkenéssel egyidőben a betegek számára „kinyílt az ajtó”, sorsukat többé nem látták reménytelennek és segítség nélkülnek. Mások úgy fejezték ki ezt, hogy „szélesebb lett a horizont”.

A különböző pszichológiai tesztek közül szignifikáns javulás volt megfigyelhető a testsúlycsökkenés foka és a depressio csökkenése között. A számos pszichológiai vizsgálat végső konklúziója az volt, hogy a psychoszociális zavarok inkább az elhízás következményeivel, mint az elhízáshoz vezető okokkal voltak magyarázhatók.

Iványi János dr.

Májlipoid morbid obesitasban. Holzbach, R. T. és mtsai (St. Luke's Hospital, 11 311 Shaker Blvd, Cleveland, O. 44 104, USA): N. Engl. J. Med., 1974, 290, 296—299.

Morbid obesitas alatt a szerzők azt az extrém fokú elhízást értik, amely számos, életet is veszélyeztető szövődemény kialakulásához vezet (recurráló thrombophlebitisek, tüdőembóliák). A konzervatív kezeléssel dacoló extrém fokú elhízás gyógykezelésére Payne vezette be a jejunoilealis bypass műtétet, melynek „segítségével” a felszívódási viszonyok nagyfokú gátlása, hasmenés, s ezáltal jelentős testsúlycsökkenés érhető el. Az első közlések már utaltak arra a paradoxnak látszó reakcióra, mely a műtét után a máj fokozódó steatosisában nyilvánul meg. Mivel így

kialakult halálos májcoma esetét is leírták, érthető a műtétet propagálók azon törekvése, amely a májelzsírosodás pontosabb mechanizmusának kiderítésére irányul. A biopsziás vizsgálatok alapján histológiailag konstatálták a májban történő zsír felhalmozódását, s a biokémiai paraméterek is utaltak a májfunctio romlására.

A clevelandi szerzők 23 jejunoilealis bypass műtéten átesett betegükön a májbiopsziás anyagból nemcsak histológiai vizsgálatot végeztek, hanem meghatározták a májlipoidok mennyiségét is. A műtét során jókora májszövetet (legalább 250 mg) is kimetszettek, a műtét után átlagosan 13 hónappal később végzett májbiopszia során már sokkal kisebb, mintegy 20 mg-nyi májszövetet tudtak nyerni. A mintákból minden alkalommal törekedtek a máj összlipoidjának és triglyceridjének meghatározására, s ha elegendő anyag állt rendelkezésre, meghatározták a máj összfehérjét, phospholipoidjait, szabad és esterificált koleszterinjét. A kémiai vizsgálatok között a BSP is szerepelt. A histológiai kritériumok között minimálisnak tekintették a 10% alatti lipoid tartalmat, mérsékeltnek a 10—50% közöttit és kifejezettnek az 50% feletti lipoid tartalmat.

Kontrollként 4 normális súlyú és májbetegségben nem szenvedő egyén májbiopsziás anyaga szolgált, ebben a máj összlipoidja 41,8 mg volt 1 g májszövetre számítva, a triglycerid aránya az összlipoidra számítva 27,5% volt. A bypass műtéten átesettek máj összlipoidja 110,7 mg-ról 221,7 mg-ra növekedett (kiindulási érték a műtétkor, a növekedés a későbbi kontroll során). Az 1 g májszövetre számított triglycerid 79,9 mg-ról 177,2 mg-ra növekedett, a többi lipoid-fractio növekedése nem volt szignifikáns. A szerzők a quantitativ májlipoid meghatározásokat a legérzékenyebb módszernek tartják a májelzsírosodás megítélésében.

Iványi János dr.

Jejunoilealis bypass masszív obesitas miatt. Filki, E., R. R. Cassella (Div. of Surg., Western Pennsylv. Hosp., Pittsburgh, USA.): Ann. Surg., 1974, 179, 460—464.

47 elhízott nőn és 5 férfin 5 év alatt végzett jejunoilealis bypass műtét eredményeiről számolnak be a pittsburghi sebész szerzők. A műtétet Payne és Dewind kritériumai alapján végezték, ezek a következők: 1. 5 évnél tartósabban fennálló 100 fontos (1 font = 453 g) testsúlytöbblet az ideális súlyhoz viszonyítva, 2. a konzervatív kezelés eredménytelensége, 3. endokrinopathia hiánya, 4. a beteg együttműködésének biztosítása a műtét utáni kontrollok során.

A műtét utáni súlyvesztés 30—48% között volt, átlagban 39%. A testsúlycsökkenés a műtét után 18—30 hónap múlva stabilizálódott. A

diarrhoea és az elektrolyt-zavar átlagosan 4 hónapig tett szükségessé adequat substitutiós terápiát. 20 hypertoniás beteg vérnyomása a műtét után jelentősen csökkent, 5 diabeteses beteg toleranciája is javult. A serum cholesterin-szint 90—150 mg⁰/₁₀₀-kal csökkent műtét után, ennek egyelőre spekulatív jelentősége lenne a későbbi arteriosclerosis kialakulásának elődzásában. A betegek többsége a műtéttel és az utána kialakult situációval meg volt elégedve.

Az előnyökkel szemben a szerzők nem hallgatják el a hátrányokat sem. Közvetlen műtéti szövődeményt többet említenek, így 18 sebinféctiót, 5 atelectasiát, 1 pneumóniát, 3—3 tüdőembóliát és húgyúti fertőzést, 1—1—1 pancreatitist, ileust és enterocutan fistula kialakulását, reoperatio után pulm. emboliában bekövetkezett halált. A későbbi szövődemények között 15 hernia képződést, 22 hepatocellularis károsodást (9 esetben biopsiával igazolva) — ezek 12—16 hónappal a műtét után megszűntek, 4 esetben intractabilis diarrhoeát, 2 intussusceptiót, 3 megacolon kialakulást, 5 nephrolithiasist, 6 végbéltáji érzékenységet és 16 esetben elektrolyt egyensúlyi zavart észleltek. A 4 intractabilis diarrhoea miatt reconstitutiós műtetre került sor, a panaszok megszűnése és a várt súlygyarapodás bekövetkezett. A későbbi szövődemények sorában újnak számít a megacolon és az urolithiasis kialakulása, biztos magyarázatot egyikre sem tudnak a szerzők adni. 3 betegük halt meg, az első az említett enterocutan fistula miatti második műtét után 5 nappal pulm. emboliában, a második 12 hónappal a műtét után 1,4 mg⁰/₁₀₀-os hypokalaemia következtében kialakult szívmegeállás miatt, a harmadik serum hepatitis miatti májelégtelenségben 3 hónappal a műtét után.

(Ref.: A szerzők egyetlen mondatához csatlakozom: „It has been generally condemned in the medical literature and found promising in the surgical literature”, azaz a beavatkozást a belgyógyászati irodalomban általában elítélik, a sebészeti irodalomban sokat ígérőnek találják... En belgyógyász vagyok.)

Iványi János dr.

Endomyocardialis biopsia. Kin, G. és mtsai (Service de Cardiologie de la Salpêtrière, 47, Boulevard de l'Hôpital, Paris): Nouv. Presse Méd. 1973, 2, 3117—3120.

A biopsia technikájának fejlődése lehetővé tette, hogy az elektronmikroszkópos, histokémiai és histoenzimológiai vizsgálatok a szívizom betegségek diagnosztikájában is felhasználhatók legyenek.

A szerzők Konno endomyocardialis biopsiás módszerével szerzett tapasztalataikról számolnak be, és részletekbe menően ismertetik az eljárás technikáját. Az excisor teflonnal bevont fémspirál végén el-

helyezkedő, két egymásfelé néző, szimmetrikus, kagyló alakú vágó részből áll, amelyek zárt állapotban 2,5 mm átmérőjű olívát alkotnak. A biopsiás eszközt Seldinger módszerére szerint felvezetett katetereken keresztül juttatják a szív üregébe. A jobb kamra biopsiánál a jobb vena femoralisból hatolnak be; a bal kamra megközelítése az arteria femoralis vagy brachialis felől történhet. Az excisor megfelelő helyzetéről a képerősítő ernyőn győződének meg. A kamrafalhoz való ütközést egyébként egy-két kamrai extrasystole is jelzi. Sikertelen kimetszés esetén a műveletet megismétlik.

A szerzők ez idáig csak jobb kamra biopsiát végeztek 20 esetben. Az esetek többségében az indicatio idiopathias cardiomyopathia volt; néhány esetben myocardialis fibrosist sikerült bizonyítani, és 4 esetben szervült thrombusnak bizonyult az excidatum.

Szövődeményként 3 esetben pericarditis sicca-t észleltek. Utalnak Sommers adataira, aki a biopsia után 2 nap és 4 év között elhaltak sectiójánál az excisio helyét nem tudta már megtalálni.

A beavatkozás indiciói közé sorolják a tisztázatlan eredetű cardiomyopathiákat, az endomyocardialis fibrosis gyanúját, valamint azokat a szívizom bántalmakat, amelyek eredetét a klinikai és egyéb vizsgálatok alapján legfeljebb gyanítani lehet (amyloidosis, glykogenosis, haemochromatosis).

Brenner Ferenc dr

Szerk. megjegyzés: Kommentárként helyesebbnek tartjuk „Korunk medicinaja és az orvosi technika” c. szerkesztőségi közleményünkben (1970, 111, 971) az alábbiakat idézni: „A percutan myokardialis biopsia mindössze néhány esztendő múlva tekinthet vissza (Timmi és mtsai Am. Heart. J. 1965, 70, 799). Erről a vizsgálatról, amely akkor még állatkísérleti stádiumban volt, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete szakmapolitikai előadás-sorozatában „A diagnosztikai munka iatrogen ártalmi” címen elhangzott előadásomban annak idején a következőket írtam:

„Miután az állatok kibírták a vizsgálatot, arra a következtetésre jutottak” — mármint a szerzők —, „hogy az eljárás szívszövet nyérése alkalmas. Ez az eljárás természetesen még nem vonult be a klinikumba. Egyet azonban tudok: amit ezen a vonalon nekünk az experimenterok felajánlanak, azzal élünk. És még egyet tudok: hogy ha egy eszközös vizsgáló eljárás birtokában vagyunk, azt általában a reális indikációs körön túl használjuk”. Jelenleg a legjobb úton van, hogy rutin eljárássá váljék. Nem kell klinikusnak lenni ahhoz, vagy talán éppen nem klinikusnak kell lenni, hogy ezt a szemléletet felismerjük és azt írassuk, amit Nagy

Judit dr. „A senilis és praesenilis amyloidosisról” c. dolgozat szerzője a myocardialis amyloidosis diagnosztikájáról ír: „...Az egyetlen biztos diagnosztikus lehetőség a myocardium-biopsia lehetne, ez azonban hatékony terápia hiányában nem látszik indokoltnak (Orv. Hetil. 1970, 111, 216.)”.

Transjugularis májbiopsia és cholangiographia. J. Rösch és mtsai (University of Oregon Medical School, Portland, Oregon): Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin 1973, 119, 653—661.

A szokásos transperitonealis májpunctio fokozott vérékenység, ascites vagy súlyos obstructiós icterus esetén meggondolandó a hasúri vérzés vagy epeperitonitis veszélye miatt. Ilyen betegeken ezért a májbiopsia vagy percutan cholangiographia szövődeményeivel fokozott mértékben kell számolni. Mindkét feladat elvégezhető azonban ezekben az állapotokban is biztonságosan transjugularis behatolással. A vena jugularis internán, jobb pitvaron és a v. cava inferioron keresztül a vena hepaticába vezetett katéteren át megfelelő speciális tűvel lehetséges biopsiához a májszövetből mintát venni és az epeutak punctiója után azokat kontrasztanyaggal feltölteni. A beavatkozás helyi érzéstelenítésben elvégezhető. A szerzők részletesen ismertetik a vizsgálat technikáját.

30 esetben a beavatkozás elsődleges célja a májbiopsia végzése volt. 27 alkalommal sikerült megfelelő szövettíntát nyerni a májból, 13 különböző fokú hepatitist, 9 májcirrhosist igazolt. 5 metastatikus májtumor esetből háromban a szövettíntában kimutatható volt a tumor. Sikertelen volt a punctio három súlyos atrophias cirrhosis esetében. A biopsia mellett másodlagosan megkísérelték az epeutak punctióját 22 alkalommal, de ez csak három betegben sikerült. Ebből két esetben a cholangiographia obstructív epeútcarcinómát talált masszív epeúttágulattal.

31 esetben obstructiós icterus tisztázása, cholangiographia volt a beavatkozás elsődleges célja. A vizsgálat sikerrel járt 27 ízben. Ezekben az epeút-elzáródás következő okai derültek ki: choledocholithiasis 5, hepatojunalis anastomosis szűkülete 3, epeúti rák 7, pancreasrák 9, papillatumor 1, májkapu-metastasis 2 esetben. Két vizsgálat sikertelenségének oka a beteg nyugtalansága volt, kettőben pedig cirrhosis állt fenn az extrahepatikus obstructio mellett, és az epeutak a májban csak minimálisan tágultak.

Számottevő szövődeményt nem észleltek. A vizsgálat ellenjavallatának tekintik a cholangitist.

Laczay András dr.

Heveny szívizominfarctus. IX. Az arteria pulmonalis-nyomás ellenőrzésének prognosztikus és terápiás jelentősége. Hanrath, P. és mtsai (Abt. Inn. Med. I. d. Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule, 51. Aachen, Goethestr. 27—29.): Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1974, 99, 219—226.

A szerzők e munkájukban azt vizsgálták, hogy az arteria pulmonalis végdiastolés nyomásának nagyságából levonhatók-e prognosztikus és terápiás következtetések heveny szívizominfarctus eseteiben. Vizsgálatuk alapját a következő kísérlet sorozat adta: 22 heveny szívizominfarctusos betegben 43 esetben szimultán mérték az arteria pulmonalis és a bal kamra végdiastolés nyomását; a kettő között szoros összefüggést találtak, ha a beteg nem szenvedett mitralis billentyű hibában, vagy primer pulmonalis hypertóniában. Mint-hogy a bal kamrai functio zavar egyik kifejezője a bal kamra végdiastolés nyomásának viselkedése, amely viszont az arteria pulmonalis végdiastolés nyomásának nagyságával áll szoros korrelációban, utóbbi a bal kamrai functio zavar parametereként értékesíthető.

A szerzők az arteria pulmonalis végdiastolés nyomását mérték az infarctus roham kezdetétől számítva maximalisan 26 órán belül (átlagosan $6\frac{1}{2}$ óra múlva) tehát initialisan. A méréshez helyi érzéstelenítésben a betegágyban Swan-Ganz-ballonkatheter vezetékkel fel, vagy a véna basilicán vagy az egyik véna femoralison keresztül — nyomáscsontroll mellett. Magát a mérést Statham P 23 nyomásmérővel végezték. 7 napon keresztül naponta egyszer, cardiogen shockban vagy súlyos insufficienciában többszöri nyomásmérést eszközöltek. További haemodynamikai adatokat az arteria femoralison keresztül az aorta descendensbe, ill. a bal kamrába vezetett Rode Oedman-Katheter révén nyertek (arteriális systolés nyomás, bal kamrai végdiastolés nyomás, festékdilutiós módszerrel perc-volumen meghatározás, oxigén telítettség stb.).

84 betegüket az initialisan mért art. pulm. végdiastolés nyomása alapján 3 csoportba osztották:

1. csoport: a végdiastolés nyomás normalis határon belüli; < 12 Hgmm. E csoportba 18 beteg tartozott. Ezeket nem észlelték klinikailag szív-insufficienciát, és a bal kamra haemodynamikai parametereit sem utaltak functio-zavarra. E csoportból egy beteget vesztek el, szívropturában. A csoport tagjainak felében a 2—3. napon a végdiastolés nyomás enyhén kórossá vált annak jeleként, hogy ebben az időszakban áll elő a legjellegzetesebb bal kamrai haemodynamikai zavar.

2. csoport: a végdiastolés nyomás mérsékelten emelkedett az optimális telődési nyomás határáig: $12—20$ Hgmm. E csoportba 40 betegüket

sorolták. A mérsékelten emelkedett pulmonalis végdiastolés nyomás kisközü bal kamrai functio-zavarral járt együtt. Klinikailag 16 betegben enyhe bal kamrai insufficienciát, 6-on jobb szívfél insufficienciát is észlelték, 8 betegüket veszítették el a csoportból: 2 cardiogen shockban, 5 chr. insufficienciában, 1 szívroptura következtében halt meg.

3. csoport: 26 beteg tartozott ide. Minden egyes e csoportba tartozó egyén súlyos beteg benyomását keltette. Közülük összesen 17 halt meg: 13 cardiogen shockban, 3 szív-insufficienciában, 1 szívropturában.

Vizsgálataikból kitűnik, hogy az arteria pulmonalis initialisan mért végdiastolés nyomásának nagysága szívizom infarctusban megbízható prognosztikai paraméter, egyidejűleg a terapia megválasztásában is hasznosítható segítség.

Utóbbival kapcsolatban a következőkre hívják fel a figyelmet: 1. jobb-szív katheterezés septum perforatio esetén megbízható felvilágosítással szolgál. 2. Bal kamrai functio zavarra utaló pulmonalis végdiastolés nyomásemelkedés szívglycosidák és furosemid kezelés megindításának javallatát alkotja. 3. 20 Hgmm feletti végdiastolés nyomás esetén a szív-működés mechanikus segítését szolgáló intra-aortalis ballonpumpa időben történő alkalmazása is szóba jön. A szerzők módszerük alkalmazását annál is inkább javasolják, mert vizsgálataik kapcsán komoly szövődésményt nem észleltek.

Rochlitz Károly dr.

Klinikai pharmacologia

A béta adrenerg blokkoló terapia cardiodepressiv mellékhatása. Ohly, A. és mtsai (I. und II. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München—Schwabing): Medizinische Klinik 1973, 68, 628—634.

Az utóbbi évek vizsgálatai alapján a béta receptor blokkolók negatív inotrop hatása egyrészt a béta túlsúlyt gátló hatásukkal, másrészt pedig úgynevezett chinidin-szerű tulajdonságokkal áll összefüggésben.

A szerzők a tartós Visken kezelés cardiodepressiv (negatív inotrop) hatását vizsgálták. A készítményt 48, többségükben ambuláns betegnek adták. A vizsgáltak naponta 3×5 mg Visken kaptak. A terapia átlagosan 9,1 hétig tartott. A kezelés időtartama alatt a pacienseket több ízben, egyéni túrképességtől függően 25, 50, 75, 100 Watt ergometriás terhelésnek vették alá. A negatív inotrop hatás mértékét a nyugalmi és a terhelés után fél perccel mért, vénás nyomásérték változásából állapították meg. A cardiodepressiv hatás következményének tartották, ha a

terhelés utáni nyomásérték a nyugalmi értéket több mint 15 vízm-m-rel meghaladta.

A vizsgáltakat a szív-megbetegedés, továbbá az esetleges társuló keringési elégtelenség súlyosságától függően 4 csoportba sorolták: A) csoport: 13 beteg. Átlagos életkoruk: 40,3 év. Ebben a csoportban kizárólag egészséges szívűek voltak. B) csoport: 16 beteg. Átlagos életkoruk: 60,9 év. Mindnyájan coronaria-betegek, de keringésük compensált volt. C) csoport: 9 beteg. Átlagos életkoruk: 63,2 év. Szintén coronaria-betegségben szenvedtek, kisebb-nagyobb fokú decompensációs tünetekkel. D) csoport: 6 beteg. Átlagos életkor: 44,5 év. Nehezen értékelhető, kevésbé jellemezhető esetek.

Az egészséges kontroll-csoportban a vénás nyomásértékek mindig a normális határon belül mozgáltak. Csak 2 esetben észleltek nyomásemelkedést, mely azonban digitális adására, ill. spontán rendeződött.

A B csoport betegei kezdetől fogva — 2 egyén kivételével — digitális is kaptak és épp úgy reagáltak a kezelésre, mint az A csoportbeliek. 2 betegben cardiodepressiv hatás jelentkezett, de digitális adására szintén mérséklődött.

A C csoportba sorolt betegek — ugyancsak 2 vizsgált kivételével — szintén digitálissal kombinálva kapták a gyógyszert. A cardiodepressiv hatás ebben a csoportban volt a legszembetűnőbb, de a kezelés későbbi periódusában csökkent. A 2 beteg el kellett hagyni a Visken-t a kialakuló súlyos decompensatio miatt.

Eseteik 80%-ában a Visken terapia az anginás panaszokat kedvezően befolyásolta. Az utóbbi hatások beta sympatholytikus effektusoknak tulajdonítható.

A vizsgálatok alapján kitűnt, hogy egészséges szívűeken a tartós Visken kezelés számottevő cardiodepressiv hatást nem váltott ki. A coronaria-betegeken azonban ilyen hatások mutatkoztak, főképpen akkor, ha a kezelés előtt decompensáltak voltak. A keringési elégtelenség fokával arányosan nőtt a cardiodepressiv hatás. E negatív inotrop hatásért az adrenerg inger — mely decompensáltakon fokozottan érvényesül — Visken által történő gátlása felelős. Digitális egyidejű adásával ez kivédhető.

Tény azonban, hogy a tartós Visken + digitális kombinált kezelés során a korábbi cardiodepressiv hatás a későbbi szakaszban mérséklődik.

A Visken dosisának növelésétől szignifikáns változást nem észleltek. A készítmény jelentősebb extracardialis mellékhatásokat — 4 eset kivételével — nem okozott.

Hangsúlyozzák, hogy a coronaria-betegek tartós Visken kezelése indokolt, ily módon az ischaemiás nekrosis megelőzhető.

Udvardi György dr.

Az adrenerg béta-receptor blokádtól eltérő hatásai a psychés stress, a catecholaminok és a terhelés által kiváltott szív-frekvencia-változása. Taylor, S. H., Meeran, M. K. (Cardiovascular Unit, University Department of Medicine The General Infirmary, Leeds LS1 3 EX.): British Medical Journal 1973, 4, 247—259.

A szerzők hat egészséges, nem elhízott, 26—47 év közötti férfin vizsgálták a béta-receptor blokádtól oxprenolol hatását a psychés stress, isoprenalin infúziót és fizikai terhelést követő tachycardiára kettős-vak kísérletben. A vizsgálati személyek a 12 órás kísérleti periódus alatt hordozható EKG-készüléket viseltek. Psychés stressként 15 perces autovezetés szolgált minden perc utolsó 10 másodpercében rögzítették az EKG V5 elvezetését. Ezután fekvő helyzetben isoprenalin infúzió következett, majd mozgó szalagon erőteljes járatás. A kísérleteket p. o. 40 mg oxprenolol és placebo randomizált adása után 4 napos időközben végezték minden személyen.

Oxprenolol hatásban az autovezetést és az isoprenalin infúziót követő tachycardia a placebo-értékhez képest szignifikánsan kisebb volt, és a hatás kb. 12 órán át tartott. A fizikai terhelés kiváltotta tachycardia lényegesen kisebb mértékben volt alacsonyabb, és csak kb. 4 órán át.

A psychés stress okozta tachycardia pontos mechanizmusa nem ismert. Lehetséges, hogy a cardialis béta-receptorok localis catecholamin-szintjének növekedése okozza, és nem kell szükségképpen együttjárnia a keringő catecholamin-szint változásával, bár autovezetőkön a szívfrekvencia-változásával arányosan emelkedett plasma-catecholamin szintet is kimutattak. Extrém fizikai terhelés közvetlenül stimulálja a sympathikus béta-receptorokat, de 120/min körüli frekvencia esetén szerepel a vagus-tónus csökkenése is. Valószínűleg ez a magyarázata a béta-receptor blokádtól eltérő hatásának a különböző stimulus által kiváltott tachycardiára.

A fentieknek az angina pectoris kezelése szempontjából van jelentősége, mert bármilyen váltja is ki, a frekvencia nagysága és a fájdalom jelentkezése között szoros összefüggés van. Fizikai terhelés esetén kb. 160 mg oxprenolol szükséges egyszeri adagban ahhoz, hogy a pulusszám a normális közelében maradjon, ezért a terápiás adag többszöri ismétlésére van szükség a beteg panaszmentessé tételéhez.

Kálló Kamil dr.

Orális antidiabeticumok vércukorcsökkentő hatásának megváltozása más gyógyszerek által. Werner, P.: Dtsch. Gesundheitswesen, 1973, 28, 788.

Az orális antidiabeticumok „melékhatásai” közül különösen a hypoglykaemiáknak van nagy jelentősége. Ezek ugyanis, főleg idősebbekben, gyakran szokatlan formában jelentkeznek és ezért hibás diagnózishoz is vezethetnek. E gyógyszervezélesek hypoglykaemizáló hatását azonban kölcsönhatás formájában más tényezők, így más gyógyszerek is befolyásolhatják.

A sulfonilureák farmakokinetikáját az egyéb gyógyszerek a resorptió, az elosztódás (kötés, oldékonyság) és az elimináció megváltoztatásával befolyásolhatják. A gyógyszerek a vérben reversibilisen fehérjékhez kötődnek és csak szabad formában hatásosak. A sulfonamidok, a salicylatok, valamint a phenylbutazon kompetitív gátlás révén emelik a sulfonilureák szabad frációját és ezáltal hatását. A májmetabolizmus és a vesekiválasztás gátlása pedig kumulációhoz vezethet. Az orális antidiabeticumok eliminációs zavarát tehát elsősorban a máj- és veseinsufficiencia, valamint e készítmények lebontódását és kiválasztását gátló tényezők okozhatják interferencia révén.

A sulfonilureák farmakodinamikája is megváltozhat, amennyiben hatásukat egyes fehérjefélesek (pl. leucin) és gyógyszerek (pl. theophyllin, phenylbutazon?) potenciálhatják, más anyagok pedig a glucose utilitatio fokozásával (salicylatok, phenylbutazon, INH), a glykoneogenesis gátlásával (MAO-bénítók, alkohol), és a catecholaminok insulin antagonistá hatásának gátlásával (béta-receptor blokádtól, propanolol, ergotamin készítmények) fokozhatják a vércukorcsökkentő hatásukat. Ugyanakkor más gyógyszerfelesek (pl. saluretikumok és fogamzásgátlók) a vércukor szintet emelhetik.

Az irodalomban az alábbi gyógyszerfelesek kölcsönhatását említik a leggyakrabban:

1. **Salicylatok:** Vércukorcsökkentő hatásukat a sulfonilureák hatásának erősítése és megnyújtása mellett, a perifériás glucose utilitatio és az insulin secretio emeléseivel is kifejezhetik.

2. **Phenylbutazon** kezelés kapcsán is több cukorbeteg az anyagcsere javulását észlelték és ebben a sulfonilureák hypoglykaemizáló hatásának potenciálódását feltételezik. Hatására e vércukorcsökkentő készítmények felezési ideje nyúlik meg, valószínűleg a csökkent májlebontódás és vesekiválasztás által.

3. A **sulfonamidok** szintén a gyógyszerhatást megnyújtó, potenciáló és fehérjékötő hatás révén fejtenek ki hasonlókat.

4. Az **anticoagulans** dicumarol praeparatumok hypoglykaemias hatását is többször leírták, amiben valószínűleg a sulfonilureák májmetabolizmusra kifejtett gátló hatása játszik szerepet.

5. Az **antibiotikumok** közül a

chloramphenicol erősítheti a vércukorcsökkentő effektust.

6. A **tuberculostaticumok** (PAS, INH) hasonló hatásáról is jelentek meg közlemények.

7. A **monoaminooxidase-bénítók** az orális antidiabeticumokat potenciálva szintén hypoglykaemiát okozhatnak, olyannyira, hogy nem egyszer a sulfonilureákat csökkenteni, sőt elhagyni is lehet.

8. **Más gyógyszerek** közül a béta-receptor blokádtól lipolysist és glykogenolysist csökkentő hatásáról már említés történt. A barbiturátok, chlorpromazin, rauwolfia-készítmények viszont az insulin, a sulfonilureák és a biguanidok hypoglykaemizáló hatását csökkentetik.

9. Az alkoholfogyasztás és sulfonilureák egyidejű szedése mellett átmeneti rosszulletek és kedvezőtlen hypoglykaemias reakciók léphetnek fel. Főleg chlorpropamid kezelésben láttak ilyen hatást és ennek okaként a gátolt glykoneogenesis és csökkent catecholamin secretiót említik.

A gyakorlat szempontjából az alábbi következtetéseket vonja le:

1. Orális antidiabeticumokat csak akkor adjunk, ha a diétás rendszabályok egymagukban eredménytelenek. 2. Mellékhatások fellépte esetén a terápia megváltoztatása szükséges. 3. Vércukorcsökkentő hatást potenciáló gyógyszerek rendelkezésekor fokozottabb kontroll szükséges és e kölcsönhatásról a betegeket fel kell világosítani. 4. Egyidejű vese- és májinsufficiencia esetén különösen nagy óvatosságra van szükség. A sulfonilurea kezelés okozta hypoglykaemias kóma a várható recidívák miatt tartós kezelést igényel. *Angeli István dr.*

Farmakológiai tanulmányok lincomycinnel a terhesség késői szakában. N. M. Duignan, J. Andrews, J. D. Williams: Brit. Med. Jour. 1973, 3, № 5871, 75.

A méhen belüli fertőződés megelőzésre irányuló eljárások ismerete ellenére (aszepszis, aktív szülésvezetés) Angliában és Walesben 1967—1969 években 88 anya halt meg szépszisben szülés, abortusz és terhességgel kapcsolatos sebészi beavatkozás után. Az irodalmi adatokban kórokozóként leggyakrabban Gram-pozitív mikroorganizmusok (streptokokuszok, ritkábban *Staphylococcus pyogenes*, *Clostridium welchii*) szerepelnek, de Gram-negatív törzsek is előfordulnak, köztük a *Bacteroides* fajok is, bár ezek patogén tulajdonsága nem világos, antibiotikum érzékenységük pedig változó. Számos tanulmány vizsgálta az ismert antibiotikumok és kombinációk hatását késői terhességben. A lincomycin Gram-pozitív mikroorganizmusok mellett *Bacteroides* fajokra is igen hatásos kémcsőben, alkalmazása tehát kilátásos, bár *Bacteroides* faj-

kat nem izoláltak az említett halál-
esetekben.

A szerzők részletesen vizsgálták
hatvan terhes nő esetében a kizá-
rólag i. m. adagolt 600 mg lincomy-
cin farmakokinetikáját, főleg egy-
szeri, kevés kétszeri (12 óra múlva)
néhány esetben többszöri adagolás
után (a hatásosabb, szájon át ad-
ható clindamycin = 7-CI-7-dezoxi-
lincomycint a parenterális adagolás
igénye miatt nem alkalmazták).

Azt találták, hogy egyszeri adag-
olás esetén a maximális vérszint
(12,5 µg/ml, mikrobiológiai mód-
szerrel) 45 perc múlva alakult ki az
injiciálás után, de még 42 óra múl-
va is találtak aktivitást a vérben.
A köldökzsinórban a vérszint csak
negyede volt (2,7 µg/ml) az anyai
vérben található értékek és 24
óra múlva már nem volt kimutat-
ható. A lincomycin a liquorba is
bejutott, de a vérhez viszonyítva
később jelent meg és később is
ürült ki (52 óra). A liquor-szint az
első 12 órában változó értékeket
mutatott, a 16. órában minden eset-
ben magasabb volt a vérszintnél és
csak a beadás után 24 óra múlva
kezdett csökkenni. Hasonló képet
lehetett kapni császármetszéssel
szülők vagy ikerszülők esetén is.
Nem volt megfigyelhető lényeges
eltérés azoknak a terheseknek vizs-
gálati eredményeiben sem, akik
kétszer vagy négyszer kaptak lin-
comycin injekciót 12 óránként.
Lincomycin adagolásra visszave-
zethető haláleset nem fordult elő.
Egy anya neostigminnel nem old-
ható neuromuskuláris blokkja a
vegyület adagolásának mellékha-
tásaként fogható fel, mert ilyet ki-
sérleti állapotban dózistól függően is
elő lehet idézni. A lincomycin i. m.
adagolás után tehát a placentában
elég magas töménységet ért el ah-
hoz, hogy kifejtse antibakteriális
hatását, többszöri adagolás esetén
nem halmozódott fel, nem mutatott
toxikus hatást, mellékhatást is csak
egy esetben.

Koczka István dr.

**Nikotinsav-analog (N. N. A.) ha-
tása a plasma emelkedett szabad-
zsírsav (FFA) szintjére, acut myo-
cardialis infarctus után.** M. J. Rowe
és mtsai: Lancet 1973, II, 814.

A plasma F. F. A. szintje acut
myocardialis infarctusban emelke-
dik és ezzel kapcsolatban gyako-
ribbak az arrhythmiai is. Kísérle-
tes szívinfarctusban emelkedett F.
F. A.-szint mellett gyakoribbak az
arrhythmiai, fokozott az O₂-con-
sumptio, csökkent a contractilitas
és kiterjedtebb az infarctus. A
zsírszövetből származó F. F. A.
szintjét csökkenteni lehet nicotin-
savval, mely csökkenti a felhasz-
nálható cyclusos AMP szintjét a
zsírszövetben, és ezáltal a lipoly-
sist. A nicotinsavat azonban peri-
pheriás vasodilatációs hatása miatt
infarctusban nem használhatjuk. A
szerzők ezért az 5-fluoronicotin-
savvá metabolizálódó 5-fluoro-me-

thyl-pyridint alkalmazták. Először
egészséges nem elhízott személye-
ken vizsgálták a szer hatását a
plasma F. F. A. szintjére: 200 mg
egyszeri orális adag után az első 2
órában érte el mélypontját. A nor-
adrenalin által kiváltott F. F. A.-
szint emelkedést is mérsékelte.

Haemodinamikai hatások: comp-
licatio-mentes infarctusos betegeknél
adtak 200 mg N. A. A.-t az első 24
órán belül. A szív-frequencia nem
változott, az artériás vérnyomás
(véres úton tartós mérés) maximá-
lisan 4 Hgmm-rel emelkedett.
Minden betegen kissé csökkent a
balkamra munkája (átl.: 14%), a
CI (cardialis index) 4 esetben eny-
hén csökkent, 1-ben enyhén emel-
kedett, a TPR (teljes peripheriás
resistentia) a CI változásával ará-
nyosan emelkedett. A plasma F.
F. A.-szint a kiindulási érték
50%-ára esett. 4 óránként 200 mg
dosisban adva a szert, az első 2
órában észlelt csökkenés után
emelkedett, 24 óra múlva az ere-
deti értékre. 2 óránként 200 mg
adagban a kezdeti F. F. A. > 1000
µeq/l érték az első 2 órában 58%-ra
esett vissza, 24 óra múlva 500, 48
óra múlva 600 µeq/l körül volt, de
ha a kezelést megszakították, az
eredeti érték fölé emelkedett. Bőr-
pír, egyéb mellékhatás nem volt, a
vércukor nem változott, az arrhyth-
miák gyakoriságát még vizsgálják.

Kálló Kamill dr.

**Anticonvulsiv gyógyszerek és a
D vitamin metabolizmus.** Living-
ston, S., Berman, W., Pauli, L.:
JAMA, 1973, 224, 1634—1635.

1967 óta az orvosi irodalomban
megjelent néhány olyan közle-
mény, amely az anticonvulsiv
gyógyszerek D vitamin metabolis-
musra gyakorolt hatásáról számol
be. Tartós anticonvulsiv terapia
után rachitises csont- és kémiai el-
változásokat figyeltek meg. Az al-
kalmazott gyógyszerek: pheneturid,
primidon, diphenylhydantoin és
phenobarbital voltak.

Jelen cikk szerzőinek ezt az okot
és kapcsolatot nem sikerült alátá-
masztani. 36 év alatt 15 ezer bete-
gen alkalmaztak hosszú lejárátú
anticonvulsiv gyógykezelést. Min-
den alkalommal koponyafelvételel
készítettek, megtörtént az éhezési
vércukor, serum urea, Ca, P, al-
kalikus phosphatase és májfunctio
vizsgálat. Nem találtak olyan
leletet, ahol rachitisesre jellemző rgt
és kémiai elváltozások lettek
volna, kivéve azt a néhány 30 év
körüli beteget, akiken a rachitises
inadequat D vitamin felvétel miatt
alakult ki.

A nagy beteganyag vizsgálata
alapján ellenzik azt a nézetet, hogy
az anticonvulsiv gyógyszerek fele-
lősek lehetnek a rachitises kialakulá-
sáért. Feltételezik, hogy a rachitises
és az antiepilepticumok tartós sze-
désének egybeesése csak véletlen-
szerű.

Vámos Klára dr.

Perinatalis kérdések

**A hyalin-membrán betegségben
szenvedők gépi lélegeztetése.** Blake,
A. M. és mtsai (Dept. of Paediat-
rics, University College Hospital
and Medical School, London WCL):
Lancet 1973, 2, 1176.

A szerzők korábbi beszámolóik-
ban már részletesen ismertették
módon lélegeztették betegeiket:
növelték a belégzés/kilégzés há-
nyadosát 1:1—4:1 arányban („nyo-
másgörbe négyszögösítés”), a ki-
légzés végén pozitív nyomást alkalmaz-
tak, miközben a lélegeztetés
frekvenciáját csökkentették. Ezen
változtatások lehetővé tették a be-
légzés alatti nyomás, valamint az
oxigén koncentráció csökkentését
kevésbé ártalmas szintre: így a
respirátor-tüdő kialakulását remél-
ték megelőzni. Ezen feltételeknek
legjobban a Draeger „Spiromat
662” felelt meg. A gépi lélegeztetés
egyetlen indikációja a spontán lég-
zés hiánya volt. 15 újszülöttről 12
életben maradt; a későbbi ellenör-
zések során is tünetmentesek vol-
tak. Az elhaltak sectiója alkalmá-
val respirátor-tüdőt nem észleltek.
Egyedüli számottevő szövödmény
a pneumothorax volt, melyet 4
esetben észleltek, beleértve a 3 el-
haltat. Ezen szövödmény szem előtt
tartásával a belégzés/kilégzés ará-
nyának növelését a kilégzés végén
alkalmazott pozitív nyomással
együtt kedvezőnek találták a di-
stresses légzési elégtelenség elhárí-
tásában. A tüdőkeringés akadályo-
zottságára utaló tünetet nem észlel-
tek.

[Ref.: A Szegedi Gyermekklini-
ka Intenzív Neonatológiai részle-
gén bevezetett egyszerű módosítá-
sal az Elektroszpirátor és képes
folyamatos pozitív nyomású léle-
geztetésre (Boda: Referátum a Ma-
gyar Gyermekorvos Társaság 1973.
kongresszusán). Eddigi tapasztala-
tunk szintén kedvezőek.]

Hencz Péter dr.

Az IgM latex-próba. Tympner,
K. D., Neuhaus, F.: Deutsche med.
Wschr. 1972, 97, 2003.

A szerzők tapasztalatai szerint az
eddig használatos, immundiffúziós,
az eredmény leolvasásáig 15 órát
igénylő Mancini féle IgM megha-
tározás helyett az IgM latex elő-
nyösen alkalmazható. Az IgM per-
inatalis kimutatása és kvantitativ
meghatározása nagy klinikai jelen-
tőségű. Ennek oka az, hogy az
anyai termelésű IgM és IgA — el-
térően az IgG-től — nem tud a
placentán áthaladni, így tehát a
perinatalis időszakban a köldök-
véna, ill. a magzat vérében kimu-
tatható IgM magzati eredetű. Nor-
mális értékei a szerzők 150 újszül-
öttben végzett vizsgálatai szerint
az újszülött köldökvenájának,
majd az extrauterin élet első 5
napjában az újszülött vénás vére-
nek serumában lassan, napról nap-

ra emelkednek, az első napi $12,4 \pm 3,2$ mg/100 ml-től egész az 5. napi $23,3 \pm 7,4$ mg/100 ml értékig.

Az intrauterin, ill. perinatalis fertőzés nem fajlagos, de megbízható jelének kell tekintetünk, ha az IgM érték már eredetileg — a köldökvéna, ill. az első nap vett vénás vér serumában — több volt, mint 30 mg/100 ml, ill., ha ezt az értéket az első 5 életnap folyamán túllépi. Allításukat a szerzők jelentős számú esettel igazolják. A jelzett értékhatár figyelembevételével, infekciók előremente, ill. fennállása biztosan kimutatható volt. Az eljárás a diffúziós módszerrel 94%-os egyezést mutat, kivitelezése és leolvasása viszont csak 2—3 percet igényel! A 6⁰/₀-os téves érték $\frac{2}{3}$ -áért — azaz 4⁰/₀-ért a 300 mg/100 ml igen magas IgM értékű, ún. pseudonegatív savók voltak felelősek, ezért, ily tévedések kiiktatására, a próbát mindig, rendszeresen a 10-szeresen hígított betegsavóval is el kell végezni, így a pseudonegativokból származó, az összes tévedések kétharmadát kitevő hibák is kiküszöbölhetők és 98⁰/₀-os egyezés érhető el. A próba egyszerű metodikáját a Behring művek dolgozták ki és a kivitelezéséhez szükséges adatokat és felszereléseket is kompletten szállítják.

(Ref.: A cikk komoly figyelmet érdemel, tekintettel a közölt módszer egyszerűségére, gyorságára és megbízhatóságára esetleges perinatalis fertőzés minél korábbi kórismézésében.)

Kapus Gyula dr.

Az anyatej immunglobulinjai. K. N. Prozoroszkaja, D. V. Szeferani, O. N. Sirokivszkaja (Moszkovszkij Naucsno-Issledovatjelszkij Insztitút Pediatríi i Gyetszkój Hirurgii): *Pediatríja* 1973, 11, 17.

A szerzők a centrifugálással zsírtalanított anyatej immunglobulinjait Mancini f. radiális- és Ouchterlony f. kettős géldiffúzióval, valamint DEAE cellulóz- és Sephadex gélszűrést követő analytical ultracentrifugálással vizsgálták. Az immunológiai azonosításhoz human serum IgA-t, IgM-et, IgG-t és az IgG papainos emésztésével nyert F_{ab} és F_c fragmentumokat, illetve a velük szemben termelt specifikus immunsavókat használták. 40 egészséges, 35 év alatti nő tejét vizsgálták a szülést követő első hat napon.

Megállapították, hogy az anyatejben levő IgA minőségileg azonos a serumban levővel, az IgM a tejben 19 S formában van képviselve, de nem zárható ki a 7 S monomer jelenléte sem. Megtalálható a női tejben a teljes IgG is, de az — egy teljes könnyűláncot és fél nehézláncot tartalmazó — F_{ab} fragmentum koncentrációja is számottevő. Az anyatejjel kiválasztott Ig-k abszolút mennyisége a szülést követő első négy napon nő, utána csökken. A szülést követő

első két napon az IgA koncentrációja 2160—1863 mg/100 ml) kb. ötször, az IgM-é (143—144 mg/100 ml) kb. kétszer magasabb a colostromban, mint az anya serumában. Az IgG és annak F_{ab} fragmentja (346—307 mg/100 ml) durván azonos mennyiségben vannak jelen a tejben. Feltűnő az F_{ab} fragmentum igen magas koncentrációja.

Szerzők véleménye szerint a transplacentaris diffúzióra is képes IgG feltehetőleg az anyatejbe is passiv diffúzió útján kerül, míg az IgA és IgM serumhoz képest magas koncentrációja a mammában való localis szintézis lehetőségét veti fel. Az F_{ab} fragmentum helyi keletkezésére nincs adat, de a tejben levő magas koncentrációja valószínűtlenné teszi, hogy a vizelettel vagy a széklettel kiürülő — a szervezetre számára már haszontalan — lebomlási termékhez hasonló anyagról lenne szó.

Irodalmi adatok alapján feltételezik, hogy az IgG és az F_{ab} fragmentum az újszülött emésztő-tractusából képes felszívódni, míg az IgA és IgM a helyi védelem kiépítésében és a normális bél microflóra kialakításában vesz részt. A szerzők nagy jelentőséget tulajdonítanak annak, hogy a gyulladáshoz vezető folyamat nem specifikus mediátoraként felfogható F_{ab} fragmentum ilyen magas koncentrációban van az anyatejben.

(Ref.: az igen gondos vizsgálati anyagot tartalmazó munka gyakorlati szempontból is fontos. Eszerint az újszülött számára a legfiziológiásabb táplálási módot, a szoptatást, különösen az első életnapokon minden lehető módon biztosítani kell.)

Endre László dr.

Shigella sonnei septicaemia újszülöttkorban. Eileen E. M. Moore: (The Laboratories, Belfast City Hospital, Belfast.): *Brit. Med. J.* 1974, 1, 22.

Egy érett újszülöttön az első 22 órában respiratory distress, majd gastroenteritis tünetei jelentkeztek. Antibiotikus és intenzív ellátás ellenére az újszülött 69 órában meghalt. A szülés után 24 órával az újszülött székletéből és véréből és post mortem még számos szervből Shigella sonnei tenyésztett ki.

Az anya székletéből több alkalommal ugyanez a kórokozó tenyésztett. Pozitív volt a széklet tenyésztés az újszülött testvérénél és az anya szomszédainál. Az újszülött feltehetőleg a szülés közben fertőződött.

A sepsist az epicardium és lép microabscessusai bizonyították.

Korányi György dr.

Az újszülöttkori hepatitis B fertőzést befolyásoló tényezők. I. L. Schweitzer és mtsai (Department of Medicine and Pathology, University of Southern California, School

of Medicine, John County Hospital, Los Angeles): *Gastroenterology* 1973, 65, 227—283.

A szerzők régebbi vizsgálataik folytatásaként 27 olyan újszülöttet vizsgáltak, akiknek anyja a terhesség alatt, ill. a szülést követő 2 hónapon belül laboratóriumi és klinikailag bizonyított, icterikus hepatitis B fertőzésben esett át, valamint 21 tünetmentes HBAG (hepatitis B antigén) hordozó szülő újszülöttjét. Az újszülötteket 3 hónapon keresztül tartották megfigyelésük alatt, ezen időszakban egyetlen magzati veszteség sem következett be az anya hepatitisze miatt, és nem volt neonatalis elhalálozás sem. A HBAG meghatározását ID (immunodiffúzió), CEP (counterimmunoelectrophoresis) és egyes esetekben RIA (radioimmunoassay) módszerrel végezték.

A megfigyelés alatt álló hepatitiszes terhes anyák a betegség akut stádiumában HBAG pozitívok voltak, a gyógyulás időszakára a pozitívitás megszűnt. 12 esetben volt alkalmuk az anyára és az újszülött HBAG subtypusának a meghatározására, ezek minden alkalommal azonosak voltak.

27 anyának volt a terhessége alatt, vagy a szülést követő 27 hónapon belül HBAG pozitív hepatitisze, közülük 13-nak az újszülöttje (48%) volt HBAG pozitív. A 21 hordozó terhes közül mindössze egynek (5%) az újszülöttje volt HBAG pozitív. A különbség szignifikáns volt. Ha tovább elemezték azt, hogy a terhesség melyik szakában zajlott le a hepatitisz, akkor azt találták, hogy az első trimesonban lezajlott hepatitisz után a 6 anya közül egy sem szült HBAG pozitív újszülöttet, a második trimesonban 4 hepatitisz zajlott le, 1 újszülött volt pozitív, a harmadik trimesonban lezajlott hepatitisz után a 11 anya közül 7 szült HBAG pozitív gyermeket. Végül 6 esetben a szülést követő két hónapon belül alakult ki a hepatitisz, és 5 újszülött vált HBAG pozitívvá. A különbség statisztikailag szignifikáns volt: az első trimesonban 10-ből 1, míg a harmadik trimesonban és a szülés utáni 2 hónapon belül (az antigenaemia a klinikai tünetek kezdete előtt több héttel kimutatható már) hepatitiszben megbetegedett 17 anya közül 12 szült HBAG pozitív újszülöttet. Elemezték a subtypusok megoszlását és arra a következtetésre jutottak (annak ellenére, hogy az akut betegek zömében ay subtypust találtak), hogy mindkét subtypusú antigén particula egyforma mértékben képes átjutni a placenta barrieren. Régebbi vizsgálataikhoz hasonlóan, CEP-el most is csak 1 köldökvérből mutatták ki az antigént, de a RIA elvégzésével további 10 köldökvérben volt felfedezhető az antigén.

Solt Katalin dr.

Újszülöttkori isoimmun purpura és a thrombocytia transfusio hatása. McIntosh, S. és mtsai (333 Cedar St. New Haven Conn. 06 510.): *J. Pediatrics* 1973, 82, 1020.

Az újszülöttkori isoimmun thrombocytopenia spontán javuló betegség, amelyet a placentán keresztül magzatba jutó, thrombocytia destructiót okozó anyai ellenanyagok idéznek elő. Mivel a szülés indukálta vérzések mortalitása 10–15%, indokolt az azonnali kezelés. Az anyából plasmapheresissel nyert kompatibilitás thrombocytia suspensio biztos therapiás módszer, melynek sikere a diagnoszt is alátámasztja. Ha kompatibilis thrombocytia transfusióra nincs lehetőség, cseretransfuziót kell végezni. Egyesek corticosteroidokkal is jó eredményt értek el. A thrombocytopenia enyhébb formáiban az isoimmun betegség általában elkülöníthető az egyéb neonatalis purpuráktól: a kompatibilis thrombocyták túlélési ideje jelentősen meghaladja a nem kompatibilis thrombocytákét az újszülött keringésében.

Gagyai Dénes dr.

Vesebetegségek

A testosteron befolyása a terminális veseinsufficiencia anaemiájára. Augustin, H. J. Kapaun W., Kötter, C. L. (Med. Univ. Klinik, 2 Hamburg 20, Martinstr. 52.): *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1973, 98, 2119–2122.

Az anaemia a chronikus haemodialysisnek még ma is fő problémája. A hyporegeneratív haemolytikus anaemiának a pathogenesis terminális veseelégtelenségben összetett természetű. A veseinsufficiencia következtében csökkent az erythropoetin képzés, a csontvelő stimulációja csökkent. Az uraemia toxikus anyagcseretermékei csontvelő-depressiót, fokozott haemolysist idéznek elő. Alvadási zavarok, vasanyagcsere-zavarok következtében vérvesztés jöhet létre. Ezeknek az anaemiáknak vér-transfusióval történő befolyásolása kockázatos: hepatitis, histocompatibilitási problémák.

A szerzők 19–44 év közötti, 2–34 hónap óta dialysált 10 férfibetegetről számolnak be. A veseelégtelenséget 5 esetben chronikus glomerulonephritis, 2 esetben chronikus pyelonephritis, 1 esetben súlyos pyelonephritis, 1 beteg malignus hypertonia okozta (ez utóbbi két esetben kétoldali nephrectomia történt). Ezeknek a betegeknek 16 héten át, hetenként kétszer 150 mg testosterononantáth (Testoviron Depot)-t adtak i. m. Az androgén kezelés előtt és alatt megvizsgálták a serum erythropoetin aktivitását, haematokrit értéket, erythrocyta és reticulocytaszámot, erythrocyták osmotikus resistenciáját. Az erythropoetin aktivitást hypertransfundált, polyglobu-

liás egereken vizsgálták. Az egereknek 2 ml betegsavót adtak intraperitoneálisan, 24 órával később ⁵⁹Fe-citratot iv. 48 óra múlva vért vettek szív-punctióval és az ⁵⁹Fe aktivitást mérték számlálóberendezéssel: a beadott adag százalékos incorporációját a keringő vörösvérsejtekben.

Az androgén kezelés kezdete előtt a 10 beteg serumában semmilyen vagy csekély ESF („erythropoetic stimulating factor”) aktivitást mutattak ki. Kezelés alatt 4 beteg az ESF aktivitás növekedett egyértelműen, egyen kissé, négyen nem nőtt.

5 beteg a 7., 8., 15., 18., 26. kezelési napon volt az ESF-csúcs. A 2 bilaterálisan nephrectomizált betegben is kimutattak ESF-aktivitást. 4 hetes kezelés után emelkedett a haematokrit, az erythrocytaszám, a reticulocytaszám; a resistencia kevésbé változott. Csökkent a transfusió szükséglet, két betegnek egyáltalán nem kellett transfusio. A se. creatinin értékek lényegesen nem változtak. Kisfokú testsúlygyarapodás következett be.

Mivel az erythropoetin 90%-a a vesékben képződik, érthető az alacsony ESF aktivitás a nephrogen anaemiákban. A 7–26. napok közötti ESF-csúcs 4 beteg a folyamatos kezelés ellenére visszaesett, a kiindulási nivóra. Más szerzőkre hivatkozva: az ESF csúcs a 15. nap körül (100 mg/die im.), illetve a 10–12. hét között (2 × 200 mg testosteron/hét im.) figyelhető meg. A nephrectomizált betegek ESF növekedése extrarenalis termelőhelyekre utal. Az androgének hatása: erythropoetin termelés stimulációja renalis és extrarenalis, DNS-synthesis fokozása a csontvelőben, az őssejtek differenciálódási folyamatának siettetése. Az erythrocyta-, reticulocytaszám, haematokrit érték növekedés, transfusió igény csökkenés akkor is bekövetkezett, amikor nem volt fokozott ESF aktivitás. Az uraemia haemolysis anyagcseretermékekre (methylguanidin, borostyánkósavak, creatinin, phenol) vezethető vissza, az androgén kezelés nem befolyásolta. A testsúlynövekedés az androgének anabolikus hatásának következménye. Hányinger, kellemetlen közérzet, viszketés, acné a kezelés során előfordulhatnak. Az androgén készítmények adagjait folyamatosan kell csökkenteni. Hirtelen elhagyás után az uraemia rosszabbodik. Az eredményes androgén kezelés után eredményesebbé válhat a dialysálás: az erythropoetin aktivitás magasabb hatást fejthet ki a kis molekulájú toxinoktól megszabadított milieu-ban. A dialysisnek ezért nagy jelentősége van a nephrogen anaemia kezelésében.

Csóka József dr.

Nagy dosisú furosemid terápia eredménye kialakult heveny veseelégtelenségben. Cantarovich, F. és

mtsai (Buenos Aires): *Brit. Med. J.* 1973, 4, 449–450.

A nagy dosisú furosemid terápia 1965-ben terjedt el. Ma már a legtöbb szerző egyetért abban, hogy profilaktikus alkalmazásával a heveny veseelégtelenség kialakulása leggyakrabban megelőzhető, azonban már kialakult veseelégtelenségben sokan hatástalannak tartják.

A nagy dosisú furosemid terápia úttörői közé tartozó szerző 1966–1972 között nyert tapasztalatait összegezi e közleményben. Összesen 105 kialakult heveny veseelégtelenségben szenvedő betegnek alkalmaztak napi 2000 mg-os adagokat és vizsgálták, hogy: hamarabb következett-e be a kompenzáló polyuria stádiuma, hamarabb normalizálódott-e a serum kreatinin érték és csökkentette-e a kezelést a szükséges dialysisek számát. A zömmel nőgyógyászati szövődmenyeként és postoperative kialakult anuriás esetekben 5%-os dextrose oldatban oldott 2000 mg furosemidet infundáltak 250 mg/óra sebességgel betegeknek naponta. Azt találták, hogy az anuriás periódus hossza az ily módon nem kezeltékéhez képest szignifikánsan csökkent, a szükséges dialysisek száma kevesebb volt, de a serum kreatinin érték normálissá válása nem következett be lényegesen gyorsabban. A naponta rendszeresen alkalmazott furosemid kezelésnek semmiféle káros mellékhatását nem észlelték. Véleményük szerint akut anuriákban a nagy dosisú furosemid kezelés minden esetben megkísérelendő.

(Ref.: E kérdéssel kapcsolatos saját klinikai kísérleteink eredményeit a Magyar Belorvosi Archivum 1973, 26, 125. oldalán mi is ismertettük, és a szerzők véleményével azonos véleményünket szögeztük le.)

Berkessy Sándor dr.

Subcapsularis haematoma és nem működő vese. P. R. Koehler és mtsai (University of Utah and of California, San Diego, Calif. and Desert Hospital, Palm Springs, Calif.): *Radiology* 1973, 106, 537–542.

Ha felnőttben urographia során nagyobb veseárnyékot látunk és a vese nem választja ki értékelhető töménységben a kontrasztanyagot, elsősorban hypernephroma, hydro-nephrosis, diffúz vesegennyedés, vesevéna-thrombosis gondolata merül fel. Hasonló képet mutathat azonban a vesetok alatti vérömleny is. Ez egyrészt a vese árnyékának megnagyobbodását okozza, másrészt az intracapsularis nyomás növekedése révén a vese kiválasztó és koncentráló működésének csökkenéséhez vagy megszűnéséhez vezet. A szerzők részletesen ismertettek három ilyen esetet. Az urographia után megdnyik alkalommal elvégezték a retrograd pyelographiát és a selectiv renovasographiát. A retrograd pyelographia vi-

szonylag normális üregrendszerrel mutat ilyenkor, általa kizárható mindennemű obstructio, hydro-nephrosis, pyelonephritis destructio stb. Az angiographia egyrészt a tumor kizárását teszi lehetővé, másrészt a vese-parenchyma állapotának és a veseerek átjárhatóságának megítélését. Ily módon felállítható a helyes kórisme. Ennek gyakorlati jelentősége van, mert így elkerülhető az esetleg feleslegesen elvégzett műtéti beavatkozás. A subcapsularis haematoma ugyanis többnyire nem igényel műtétet, conservativ kezelésre gyógyulás várható. Csak akkor válhat szükségessé sebészi beavatkozás, ha hypertensio alakul ki vagy a vesefunkció tartós romlása fenyeget. A röntgenvizsgálatoknak különösen akkor van döntő jelentősége, ha a kórelőzményben trauma nem szerepel, így az urographia után fel sem merül a subcapsularis haematoma gondolata. A szerzők három esetéből csak egyben szerepelt trauma az anamnesisben! Első esetükben a félrevezető makroszkópos műtéti lelet alapján felesleges nephrectomiát végeztek. Második esetükben eltávolították a haematomát, harmadik esetükben a helyesen felállított kórisme ismeretében műtetre nem került sor, a beteg conservativ kezelésre gyógyult.

Lacza András dr.

Fenacetin vese. Höfler D., Bittner B., Köhler H. (I. Medizinische Klinik der Universität Mainz): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1973, 98, 2012—2016.

A fenacetin tartalmú analgeticumok tartós szedése és az interstitialis nephritis fellépésének összefüggése 1953 óta ismert. A gyakorlatban azonban megállapítható, hogy az orvosok ritkán gondolnak erre a kórképre és évek telnek el, míg a beteg helyes kezelésre kerül. A szerzők ennek egyik okaként tartják, hogy a tankönyvek sem írják le azon klinikai jeleket, melyek a „fenacetin-vesé”-re jellemzők.

43 nő és 10 férfi diagnosztizáltak a kórképet, és a kórelőzést általában 16 hónapon át figyelhették. A gyógyszer fogyasztási tartama átlag 19 évet tett ki, ezalatt összesen átlag 5,8 kg fenacetin mennyiséggel.

A vizsgálat során bebizonyosodott, hogy a kórkép mint klinikai, nosológiai egység egyértelműen elkülönül a pyelonephritistől. A szerzők a következő klinikai jeleket tartják jellemzőnek: a) steril fehérvérsejt vizeles, b) intermittáló vörösvértest ürítés, c) a papilla necrosis klinikai (görcs, macroscopos haematuria) vagy radiológiai jelei. Bár a radiológiai lelet gyakran csupán chr. pyelonephritisnek megfelelő volt. A magas vérnyomás és az anaemia a veseműködés beszűkülésének fokától függött.

Fontos a korai felismerés, mely döntően a gyakorló orvos éberségén és alapvető vizsgálatain (an-

aemia, leukocyturia, vörösvértest ürítés, proteinuria, serum creatinin emelkedés okának keresése) múlik, majd a részletes nephrológiai kivizsgálásból (clearance, qualitativ sejt kiválasztás, hólyag punctió, röntgen-vizsgálat) áll. A terápia a fenacetin fogyasztás mellőzése. A 30 ml/min feletti clearance-szel bírókon elérhető a vesebetegség nyugvópontra jutása, az ez alatti értékeknél a progressió megakadályozhatatlan volt. A leukocyturia fokának prognosztikai jelentősége lehet akkor is, ha clearance csökkenés nem vezetett be. A megfigyelési idő alatt 14 beteg meghalt, hármat művesével kezelték.

A kórelőzések során az esetek felében (többnyire kezelhető) húgyúti infectiót (E. Coli) figyeltek meg.

(Ref.: haematuriaival járó veségörcs, steril pyuria, pyelonephritis-re utaló röntgen-kép esetén „fenacetin vesé”-re is kell gondolni.)

Hörcher Andrea dr.

Az uraemiás betegek halláscsökkenésének javulása veseátültetés után. Mitschke, H. és mtsai (Universität, Wien): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 2445—2447.

Az uraemiás komplikációk között a súlyosfokú, progressív halláscsökkenés egyike a leggyakoribbaknak. Chronikus haemodialysisekkel kezeltéken is megfigyelték, hogy a dialysis során bizonyos „nehéz uraemia toxinok” nem távolíthatók el a keringésből, azok az egyes dialysisek között egyre kumulálódnak. Az uraemiás neuropathia súlyosbodásával együtt a hallósejtek és idegek teljes süketiséghez vezető károsodása alakul ki. Igen gyakran a betegeknek adott gyógyszerek — elsősorban antibioticumok (neomycin, streptomycin) — fokozzák és teszik teljessé a halláscsökkenést.

A szerzők audiometriás vizsgálatokat végeztek 10 chronikusan haemodialysált betegen a dialysises periodus alatt és eredményes vese-transplantatio után. Azt tapasztalták, hogy két hereditær nephritisben (Alport-syndroma) szenvedő kivételével a transplantatio után jelentős hallásjavulás következett be, annak ellenére, hogy a betegek — az immunsuppressio okozta fokozott infectio-hajlam miatt — ototoxikus antibioticumokat is kaptak. Tapasztalatuk az, hogy a chronikus uraemiás betegek perceptív süketége — ha annak genetikai okai nem voltak — reversibilis lehet.

Berkessy Sándor dr.

Urea kimosási módszerrel végzett urographia renovascularis hypertensióban. Összehasonlítása separált vesefunkciós vizsgálatokkal és prognosztikus értéke. A. Fournier és mtsai (L'Hôpital Broussais et L'Hôpital Henri Mondor, 94 Creteil, France): Acta Radiologica Diagnostica. 1973, 14, 315—325.

A vesearteriák szűkületének jelentőségét eldönteni hivatott vizsgálatok közül legmegbízhatóbbnak a separált vesefunkciós módszereket és a vesevenákba vett vér plasma-renin aktivitásának meghatározását tartják. Legnagyobb prognosztikus jelentősége a separált vizelet creatinin-concentratio meghatározásának van. Ehhez ureterkateterek felvezetése szükséges, ami kellemetlen és nem teljesen veszélytelen. Ezért a szerzők azt vizsgálták, hogy az uraemia-kimosási módszerrel végzett urographia helyettesíthető-e a separált vizelet vizsgálatával.

68 esetben mutattak ki angiographiával vesearteria-szűkületet. 50 esetben elvégezték az urea-kimosásos urographiát és a separált vizelet vizsgálatát is. 53 betegüket műtét után legalább 6 hónapon át ellenőrizték. Az urographiát dehydrált állapotban 40 ml Urografin beadása után végezték. Percenként exponált felvételeken vizsgálták a kiválasztás megjelenését. 15 perc után 30 g ureát és 10 g mannitot adtak gyors infúzióban, majd 5 perccel később felvételeken követték a kontrasztanyag kimosását a vese-üregrendszeréből. Figyelték a vesék nagyságváltozását is a vizsgálat során. Az arteriaszűkület haemodinamikai jelentőségére utaló legmegbízhatóbb urographiás jelek a kimosási effectus késését találták a szűkület oldalán. Ha ezt egyéb urológiai elváltozás — mint pl. a vesemedence ürülését akadályozó obstructio — nem magyarázza, minden esetben kórjelzőnek bizonyult. Sznifikáns arteria-szűkület azonban normális kimosási effectus mellett is előfordulhat. Ilyenkor fontos a separált vizelet vizsgálata, mert a kóros oldali vesemedence vizeletének magasabb creatinin-concentrációja utal a stenosis jelentőségére. A műtéti curabilitás és a prognosis megállapításában a két vizsgálati módszer teljesítménye nagyjából egyenértékű.

Pozitív urea-kimosási teszt esetén ennek egyértelmű kórjelző jelentősége miatt nem érdemes separált vizeletvizsgálatot végezni. Ha azonban a kimosási effectus normális, de renovascularis hypertensio alapos gyanúja áll fenn, nem mellőzhető a separált vizeletvizsgálat és az angiographia.

Lacza András dr.

Izotóp diagnosztika

Correlatio agyi izotópvizsgálat eredményei és a neuropathológiai leletek között. F. Boller, D. H. Paten, D. Howes: Lancet 1973, N 7813, 1143.

A szerzők 238 agyi izotópos vizsgálaton (scan) átesett betegük sectio anyagát nézték át meghatározva az elváltozás méretét, szövet-tanát, elhelyezkedését. A vizsgálat használhatósága tapasztalatuk sze-

rint főként csak 10 cm³-nél nagyobb góccoknál jön szóba. 203 és 197 Hg és ^{99m}Tc izotópot használtak. A 10 cm³-nél nagyobb laesiók 7,4%-ában volt a scan negatív, de ezek több mint fele vascularis eset volt 3—4 nappal az ictus után. Hamisan pozitív eredményt 1,3%-ban adott a vizsgálat. Részletezve anyagukat kiderült, hogy 35 supratentorialis primer tumor közül csak egy 77 cm³-es chordoma lelete volt negatív. 3 10 cm³-nél kisebb supratentorialis tumor közül 1 kis astrocytoma mutatkozott pozitívnak, 1 ependymoma és hypophysialis adenoc. adott negatív eredményt. 32 supratentorialis agyi metastasis közül 3 adott negatív leletet, jöllehet méretük, ill. 2 multiplex áttét esetében a legnagyobb tumor mérete a 10 cm³-t meghaladta: 2 tüdő carcinoma és egy 12 gócu lépsarcoma áttéte. Hét 10 cm³-nél kisebb metastasisnál 3 alkalommal volt negatív a scan: a corpus callosumban, a gyrus orbitalisan és a falxon. A kis metastasisok fele úgy lett pozitív, hogy többszörösekként lévén a scan azok összefolyt képét mutatta.

A 10 cm³-nél nagyobb supratentorialis infarctusok és haemorrhagiák 2/3-a volt adequatán pozitív. 10 cm³-nél kisebb elváltozásokból pozitívnak kevesebb mint 10%-uk adódott. Az agyi scan eredménye ebben a csoportban függött a stroke (ictus) és a vizsgálat közt eltelt időtől. A stroke utáni első néhány napban általában negatív eredményeket láttak, 4—6 hetes periódusban pozitívvá vált, majd ismét elhalványult a scanen az izotóp halmozása. 20 egyéb supratentorialis gócos megbetegedésből 10 cm³ felett csak 1 traumás bifrontalis polus contusio adott negatív eredményt. 10 cm³-nél kisebbek rendre nem halmozták a beadott izotópot.

Hátsó scalai lokalizációban 10 cm³ felett egy pyramis meningioma bizonyult negatívnak (20%). 10 cm³ alatt a betegségnek megfelelően pozitív leletet csak egy metastasis adott (33%), negatív 2 intrapontin folyamat scan lelete volt ebből a csoportból (66%).

A laesio aetiologiai sajátossága és elhelyezkedése a vártnál kisebb hatással van a scan eredményességére. Lényegében az elváltozás mérete, ill. az alkalmazott készülékre jellemző bevezetett nagysági küszöbértékhez való viszony (esetekben a 10 cm³) a döntő. Tapasztalataink szerint a küszöbérték használatával jelentősen emelhető a pozitív leletek aránya. A kontrollált betegek közül olyan esetek, ahol a korábbi negatív vizsgálatot pozitívvá vált scan követte, expansív betegségre gyanúsak. Ellentétes irányú változás fordul elő a vascularis esetek többségében.

Endokrinológia

Belső elválasztási mirigyek biológiaiallag frustan hyperfunktójának és hypertrophiájának indukálása az effektor hormonnal szembeni aktív immunizálás által. E. Nieschlag és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 469.

Az endokrin kórképeket általában véve a belső elválasztási mirigyek fokozottabb vagy csökkentebb működése jellemzi. A hatóhormonnal szemben kialakuló perifériás resistentia — melyet az utóbbi években ismertek fel — egy további pathogenetikai mechanizmus lehetőségét jelenti. A szerzők úgy vélik, hogy az endogen hormonoknak aktív immunizálással történő inaktiválásával —, amely a hormontermelő mirigy és a föléje rendelt centrum hyperfunktóját és hypertrophiáját hozza létre — egy újabb pathogenetikai mechanizmus felismeréséhez jutottak.

Kísérleteiket nyulakon végezték. Antigénként fehérjéhez kötött tesztosteron, majd thyroxin (T₄) és trijódtthyronin (T₃) mikrogrammos dózisait adták intracután az immunizálandó állat hátába. Testosteronnal hím nyulakat immunizáltak, s a 7, valamint a 14 hét múlva elvégzett különböző vizsgálatok során azt találták, hogy a serumban a tesztosteron-concentratio mintegy 100-szorosra nőtt, a hormon fehérjéhez kötött része azonban egyidejűleg 90%-ról közel 100%-ra emelkedett. A herék súlya nagyobb lett. A Leydig-sejtek száma megháromszorozódott, s e sejtek magvolumene — az aktivitás jeleként — 30%-kal nőtt.

A talált elváltozásokat szerzők a következőképpen magyarázzák:

A hypophysis és a herék között fennálló, a tesztosteron és a LH által kontrollált kapcsolatot a tesztosteron-antitestek keletkezése nagymértékben megzavarja. A tesztosteron összcconcentrációjának jelentős emelkedése ellenére — mivel a hormon fehérjéhez nem kötött, biológiaiilag aktív része csökkent — a hypophysis-hypotalamus rendszer androgén-érzékeny receptorai a tesztosteron hiányát regisztrálják, s ezáltal a hypophysis LH-secretiója növekedik, amire a Leydig-sejtek fokozott hormontermeléssel reagálnak. E megfigyelésekből szerzők szerint az a következtetés vonható le, hogy az endogen tesztosteront az aktív immunizálás inaktiválja, s mindez a hypophysis és a herék biológiaiilag ineffektív hyperfunktóját eredményezi.

Vizsgálataikat ezután a hypophysis-pajzsmirigy rendszerre is kiterjesztették, és ekkor is az elmondottakhoz hasonló elváltozásokat találtak: az állatokban a fehérjéhez kötött T₃- vagy T₄-el való aktív immunizálás után a keringő pajzsmirigyhormon koncentrációja jelentős mértékben emelkedett, s pajzsmirigyükben megtalálhatók voltak a szervaktivitás morfológiai

jelei. Az immunizált állatok „klinikaigal” euthyroid állapotban voltak, ezt tükrözve vissza a szabad T₄ abszolút mennyisége is.

A szerzők véleménye szerint a keringő pajzsmirigy-hormont az aktív immunizálás folytán képződött antitest lekötötte és inaktiválta. Az aktív pajzsmirigyhormon hiánya a TSH-secretio megnövekedéséhez és a pajzsmirigy hyperfunktójához vezetett.

Végezetül ismét kijelentik, hogy kísérleteikkel új pathogenetikai mechanizmust ismertek fel. További vizsgálatok döntik majd el, hogy e mechanizmusnak van-e közvetlen klinikai jelentősége, e mechanizmus experimentalis alkalmazása mindazonáltal új impulzust adhat az endokrinológiai kutatásnak.

Katona András dr.

Az acromegalia terápiája. D. Heesen, W. Winkelmann (Lehrstuhl für innere Medizin II. der Universität zu Köln): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 444—446.

A koponya megnyitásának abszolút javallata a chiasma-syndroma. Egyes idegsebészeti munkacsoportok látászavarok nélküli esetekben is a transspheoidalis koponyaműtét mellett vannak.

A sugaras kezelési módok közül, a „magasvolt-terápia” (Betatron, Gammatron) igen eredményes, 4500-tól 6500 R-ig menő adagolásban. A környező szöveteket nem károsítja lényegesen. Indirekt parameterekből megítélhetően „florid” acromegáliában ez a kezelési mód az esetek mintegy 70%-ában bizonyul hatásosnak. A sugaras eljárások közül az ⁹⁰Yttrium-implantatio használatos leginkább: 65%-ban eredményes, ami a STH-secretio normalizálódásában is lemérhető. A következő mellékhatásai lehetségesek: 1. liquorrhoea, 2. ritkán meningitis; 3. részleges hypophysialis elégtelenség; 4. átmeneti szemizombénulás. Azokban az esetekben (35%), ahol csak részleges eredmény mutatkozott, további implantatiók végzése jöhet szóba.

Bármely terápia sikerességének le mérésére a STH plasmabeli koncentrációjának meghatározása ajánlatos. A kezelés csak akkor tekinthető eredményesnek, ha az STH-szint mind éhgyomorra, mind glucose-terhelésre 10 ng/ml körül vagy az alatt van.

A chlorpromazin STH-csökkentő hatását saját anyagukon nem látták igazoltnak.

Vereckei István dr.

A vizelet ciklikus adenosinmonophosphat tartalma mint segítő tényező a hyperparathyreosis diagnosztikájában. Neelon, F. A. és mtsai Lancet 1973, 1, 631.

Ismeretes, hogy a parathormon vesehatása a cA. M. P. rendszeren keresztül érvényesül. Ennek alapján arra lehet gondolni, hogy a vizelet cA. M. P. tartalmának meg-

határozása segítséget nyújthat a hyperparathyreosis gyakran nem könnyű diagnosztikájában. Az irodalmi adatok azonban ellentmondóak, akár a 24 óra alatt ürített, akár a vizelet kreatinin tartalmára vonatkoztatott cA. M. P. meghatározások eredményét hasonlítjuk is össze.

A szerzők 15 egészséges személy és 50 olyan kórházi beteg cA. M. P. vizsgálatát végezték el kontrollként, akik a kalciumanyagcserével kapcsolatba nem hozható kórképben szenvedtek. Eredményeiket 24 hyperparathyreosisos és 6 egyéb okból hypercalcaemiás beteg vizsgálati leletével hasonlították össze. A hyperparathyreosisos betegek közül 8-on a diagnosis műtéttel igazolódott, a többin e betegségre jellegzetes laboratóriumi eltérésen alapult, beleértve a plasma parathormon vizsgálatát is. Egyes betegeken ismételt cA. M. P. vizsgálat történt.

A szerzők eredményei a következőképpen foglalhatók össze:

1. Ha a cA. M. P. ürítést 24 órára vonatkoztatták, a csoportok között értékelhető különbség nem mutatkozott.

2. Ha a cA. M. P. ürítést az egyidejűleg ürített kreatininra vonatkoztatva fejezték ki, a kontroll és a mellékpajzsmirigy beteg csoport között középértékben már mutatkozott bizonyos elkülönülés. Az átfedések azonban olyan mértékűek voltak, hogy az eredmények diagnosztikus felhasználása nem kerülhetett szóba.

3. Az eredmények alapján a következő tendenciát tapasztalták: hyperparathyreosisos betegeken a kreatininre vonatkoztatott cA. M. P. kiválasztás magasabbnak tűnt, mint a 24 órás kifejezésmód, a kontrollokban viszont fordított irány volt megfigyelhető.

A hármast pontban foglaltak alapján matematikai úton a következő dyskriminans kifejezési mód

volt felállítható: Dyskriminans = $3,37 (\mu\text{mol cA. M. P./g kreatinin}) - (\mu\text{mol cA. M. P./24 óra})$.

Úgy találták, hogy a kontroll esetek 91%-ában a dyskriminans kisebb volt mint 11, és ilyen érték egy hyperparathyreosisos betegnél sem volt tapasztalható. Ezzel szemben a hyperparathyreosisos betegek 91%-a és a kontrollokknak csupán 4%-a volt 12-nél nagyobb dyskriminans értékű. A szerzők szerint az általuk bevezetett kifejezési móddal a cA. M. P. meghatározásnak jelentősége lehet a hyperparathyreosisok felismerésében.

(Ref.: a dyskriminansnak akkor volna igazán gyakorlati értéke, ha a különösen nagy diagnosztikai problémát jelentő normocalcaemiás autonóm hyperparathyreosisokban is segítséget nyújtaná. Erre vonatkozóan azonban a közleményben adatokat nem lehet találni.)

Holló István dr.

Az emberi herében antiandrogenkezelés folyamán kialakuló elváltozások. Städtler, F., Horn, H. J. (Path. Inst. und Inst. f. gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Univ. des Saarlandes, Homburg/Saar): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 1013—1019.

A leghatásosab antiandrogen szerek egyike a Cyproteron (szintetikus steroidhormon), amelynek két támadáspontja van: egyrészt a herére kifejtett direkt hatás formájában gátolja a spermiogenesist, másrészt a hypothalamuson át érvényesülő gestagen hatással rendelkezik. Előnyös tulajdonságai miatt több szakág is igénybe veszi: sexualpsychiatria, gyermekgyógyászat (pubertas praecox), nőgyógyászat (hirsutismus, virilismus), bőrgyógyászat (akne vulgaris, alopecia), urológia (prostata cc.). A herére gyakorolt hatás morfológiai manifesztációjáról emberi vonatko-

zásban csak nagyon szegényes adatok állnak rendelkezésre és erősen vitatott a hereelváltozások reversibilitásának kérdése.

A szerzők tartós sexualpsychiatriai kezelésben részesülő 33 (16—68 éves) betegen ismételt herebiopsziákkal igyekeztek megfelelő adatokat nyerni. Az egyedi napi adag 50—200 mg között mozgott, a kezelési idő pedig 6 hó—4,5 év között. A kezelés megkezdése előtt, majd utána fél évvel és ezt követően minden következő évben, összesen 77 kétoldali herebiopsziát végeztek. Az anyagot histológiai, histometriai (herecsatornácskák átmérő nagysága) és részben histochemiai eljárásokkal vizsgálták. Napi 50 mg a spermiogenesis jelentős csökkenését eredményezte, nagyobb adagok hatására pedig a folyamat a spermatocytá fázisban megkezdte. A herecsatornácskák keresztmetszetének középértéke szignifikánsan csökkent. A Leydig sejtek inaktív, atrophias jellegűekké váltak. Az enzimhistochemiai vizsgálatok során általában nem tapasztaltak eltérést, eltekintve a 3-béta-hydroxysteroid-dehydrogenasetól, melynek aktivitása a kezelés során jelentősen csökkent, vagy megszűnt. Egyes ritka esetekben a morfológiai elváltozások alig kifejezettek voltak noha kielégítő klinikai terapiás effektust tapasztaltak. E jelenség oka egyelőre nem ismert. A napi adag csökkenését a spermiogenesis határozott fokozódása követte. Ez évekig tartó kezelés után is megfigyelhető volt. A kezelés megszakítására egyetlen esetben sem került sor, így az elváltozások reversibilitásának kérdését közvetlenül nem tudták vizsgálni, az előbbi megfigyelés alapján azonban joggal feltételezhetőnek tartják emberi vonatkozásban is a Cyproteronacetat okozta irreversibilis herekárosodás kizárhatóságát. Utóbbi állatkísérletben egyébként bizonyított.

Kádas István dr.

„Gondolatainkat kifordítjuk, akárcsak öltönyeinket, hogy többször is használhassuk őket.”

Vauvenargues

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1974. október 22-én, du. 2 órára tűzte ki **Bánki Ferenc dr.**: „A methaalbumin, valamint az alfa₂ motilitású haem-tartalmú fehérje-komplexek jelentősége az acut hasi kórképekben” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az Orvostovábbképző Intézet Kultúrtermében (XIII., Szabolcs u. 35.).

Az értekezés opponensei: **Ringelhann Béla dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Kisfaludy Sándor dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1974. október 24-én du. 2 órára tűzte ki **Pintér Sándor dr.**: „A késői köldökellátás és a születés utáni lehülés kivédésének előnyei az újszülöttek ellátásában” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját a Semmelweis OTE II. Belklinika tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.).

Az értekezés opponensei: **Varga Ferenc dr.**, az orvostudományok doktora, **Lampé László dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

Aspiránsvezető: **Boda Domokos dr.**, az orvostudományok doktora.

Prof. Dr. Runo Eliasson, a Stockholmi Karolinska Egyetem Élettani Tanszékének vezetője

1974. október 24-én, csütörtökön, 14 órai kezdettel

az Országos Traumatológiai Intézet tantermében (VIII., Mező I. u. 17.) filmvetítéssel egybekötött előadást tart a „Dextran készítmények klinikai alkalmazásáról, különös tekintettel a Rheomacrodexre”.

Az előadást követően a témakör részletes megvitatására lehetőség nyílik. Érdeklődőket szívesen lát a Pharmacia magyarországi képviselete.

A **Lindai Pszichoterápiás Hetek** 1975. április 21-től május 3-ig huszonötödik alkalommal kerülnek megrendezésre.

Vezető: **Dr. Helmuth Stolze**. A részvételhez előzetes jelentkezés szükséges.

A rendezvényen kizárólag a német nyelv használatos. További felvilágosítást a titkárság ad. Címe: D-8 München 2, Orlandostr. 8/IV. BRD.

Az **V. Magyar Gyermeksebész Kongresszus** nemzetközi részvétellel

1975. augusztus 27–30. között

Pécsett

kerül megrendezésre.

Témák:

1. Vastagbél és végbél sebészete az újszülött- és csecsemőkorban, 2. Osteosynthesis, 3. Anyagcsere-változások a gyermeksebészetben, 4. Mediastinum sebészete (szív és nyelőcső kivételével), 5. Szabad előadások.

Kongresszus hivatalos nyelve: angol, magyar, német, orosz.

Kongresszus helye: Pécsi Orvostudományi Egyetem Központi Épülete.

Szállás: Pécsi Orvostudományi Egyetem új kollégiuma (2 ágyas szobák).

A kongresszuson való részvételt, illetve előadás bejelentést 1974. december 31-ig kérjük a Szervező Bizottság (**Pilaszanovich Imre dr.**, Gyermekklinika, Sebészeti Osztály, 7623 Pécs) címére küldeni, Előadás bejelentése esetén 15 sort meg nem haladó német vagy angol nyelvű előadás kivonatát is kérünk mellékelni. A résztvevők a részletes programot 1975 áprilisában kapják kézhez. A kongresszussal kapcsolatos mindennemű felvilágosítást is a Szervező Bizottság ad.

PSORIAZIN

kenőcs

Psoriasis kezelésére

ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 2,5 mg diklór-dietil-szulfidot tartalmaz vazelin típusú kenőcsben.

HATÁS: A diklór-dietil-szulfid bőrizgató hatású vegyület, melyet igen kis koncentrációban a psoriasis kezelésére lehet alkalmazni. Hajas fejbőrön is alkalmazható!

JAVALLAT: Psoriasis kezelésére, kivéve a nagyon kiterjedt és akut formákat.

ELLENJAVALLAT: Máj- és vesekárosodás, Dermatitis.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: A rendszeres használat megkezdése előtt 3–4 napig kisebb bőrfelületen kell alkalmazni a túlérzékenység megállapítására. Ha ezalatt tartós bőrpír vagy viszkető érzés nem jelentkezik, úgy a kúrát meg lehet kezdeni. Hat egymás utáni napon az érintett bőrfelületet naponta egyszer vékonyan be kell kenni. A kezelés alatt a bőrfelületet víztől óvni kell! A hetedik napon szappanos lemosás. Átlagosan 2–4 ilyen ciklus kellő eredményt biztosít. Érzékenyebb bőrfelületen a kezelés időtartama rövidebb: 3–4 nap. Igen érzékeny területen (szemhéjak, genitális tájék stb.) nem szabad alkalmazni.

MELLÉKHATÁS: Erythaema, melynek keletkezésékor a kezelést azonnal fel kell függeszteni. Pigmentatio, mely 1–4 hét múlva, ritkán lassabban, önmagától eltűnik.

FIGYELMEZTETÉS: Szemhéjon ne alkalmazzuk! A kenőcs alkalmazása után kézmosás szükséges (szappanos).

Csak rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.

A kezelés előtt és hetenként egyszer vérékép és vizelet kontrollt kell végezni.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére csak fekvőbeteg-gyógyintézet vagy szakrendelés javaslata alapján rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 mg)

Ára: 3,90 Ft

Forgalomba hozza: **GYÓGYÉRT**

INFORMÁCIÓ: „MEDEXPORT” TUDOMÁNYOS ISMERTETŐ IRODA
1055 Budapest, Balassi Bálint utca 25.

EXPORTÁLJA: V/O „MEDEXPORT” MOSZKVA

A Kombinat VEB Messgerätewerk újdonságai a biomonitortechnikában

1. BETEGMEGFIGYELÉS – RFT BIOMONITOR

Az RFT Biomonitor készülékcsalád az elektronikus betegmegfigyelő berendezés tagja. Lehetővé teszi a szervezet életfunkcióinak objektív, folyamatos és megbízható mérését és ellenőrzését. A berendezés különösen az intenzív terápiás osztályokon alkalmazható. Az intenzívebb orvosi kezelés és betegellátás csak elektronikus készülékek segítségével látható el.

A beteganyag és az elvégzendő megfigyelési feladatok szerint választják ki a betegágy mellé kerülő készüléket és annak célszerű kombinációját. A betegágy mellé helyezett biomonitor tetszés szerinti időközönként szolgáltat biztos mérési értékeket és görbéket a beteg állapotáról, a megadott alsó, ill. felső határérték átlépésekor pedig fényjelzést ad.

A betegágy mellett elhelyezett készülék dolgozhat önállóan vagy megfigyelőközponttal összekapcsolva is. Egyedi készülékként a diagnosztikában, munka- és sportorvosi vizsgálatoknál, valamint az állatgyógyászatban használatos.

A betegmegfigyelő rendszer központi monitora hat beteg megfigyelését végezheti, ill. ezek mérési értékeinek lehívására alkalmas. A betegválasztóval választható ki a megfigyelendő betegek egyike. A beteg felvett mérési értékeit a készülék mutatja, az egycsatornás oszcilloszkópon pedig az EKG-t ábrázolja. Veszély esetén a betegválasztó automatikusan átkapcsolja a figyelőkészüléket és a mutató, valamint regisztráló kimeneteket, a megfigyelésre programozott betegről a vészjellet leadó beteg készülékére. A vészjelzés vizuálisan és auditívan történik. A központi egység lehetővé teszi a szívritmus vizuális és auditív megfigyelését.

AZ RFT BIOMONITOR VÁLASZTÉK ÁTTEKINTÉSE

Készülék	Életfunkció	Oszcilloszkóp	EKG	EEG	Szívfrekvencia ellenőrz.	Hőmérséklet megf.	Légzési frekv. megf.	Vérnyomás ellenőrz.
RFT Biomonitor BMT 101		+						
BMT 201		+	+					
BMT 301								+
BMT 401						+	+	++
BMT 501		+	+		+	+		+
BMT 502		+	+		+	+	+	
BMT 503		+	+	++	+			
BMT 601								
Kis Központ		+	+		+	+	+	+

Az RFT BIOMONITOR KÉSZÜLÉKCSALÁD KIEGÉSZÍTÉSE

Regisztráló készülék:

- Háromcsatornás elektrokardiográf 3 NEK 116
- Tranzisztoros elektrokardiográf NEK 215
- Pontíró PS 101

Megfigyelő készülék:

- Automatikus vérnyomásmérő készülék AVM 2
- Nagyképernyőjű monitor OPD 280

Élesztő készülék:

- Ext. pacemaker
- Defibrillátor

Az RFT Biomonitor család a következő életfunkciók megfigyelését és regisztrálását teszi lehetővé:

- ★ EKG
- ★ Szívfrekvencia (30 ... 230 ütem/perc)
- ★ EEG
- ★ Légzési frekvencia (0 ... 100 resp/perc)
- ★ Intravazális nyomás (artériás) (-40 ... +400 Torr)
- ★ Intravazális nyomás (vénás) (-8 ... +80 Torr)
- ★ Hőmérséklet (32 ... 42 °C)

Az RFT betegmegfigyelő biomonitor különféle kiegészítő készülékekkel bővíthető.

BMT 601 kis központot jól kiegészíti a hatszatornás OPD 280 U Tesla-monitor. Ezáltal lehetővé válik hat beteg EKG-jának egyidejű megfigyelése.



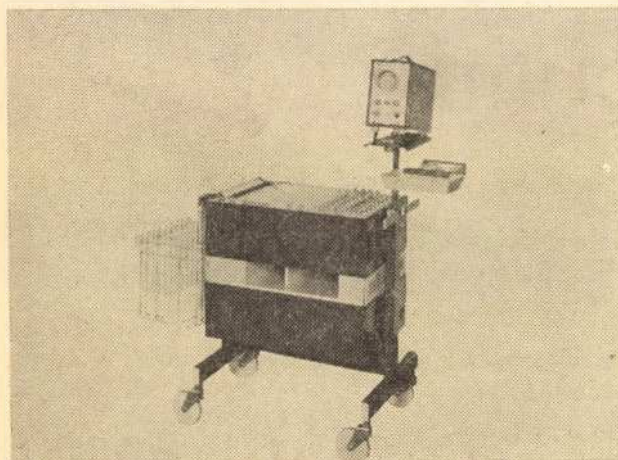
Quasistatikus életfunkciók PS 101 háromcsatornás esőkéngyel-pontíró készülékekkel regisztrálhatók.

A követelményeknek megfelelően lehetővé válik a dinamikus görbék betegágy melletti vagy központi regisztrálása a háromcsatornás elektrokardiográf 3 NEK 116 segítségével.

A mérési értékek kimenete lehetővé teszi adattároló és adatfeldolgozó berendezések csatlakoztatását.

2. HATCSATORNÁS ELEKTROKARDIOGRÁF 6 NEK 4

A szív- és keringési diagnosztika, intenzív terápia, poliklinikai és tudományos kutatóintézetek, valamint munka- és sportorvosi vizsgálatok végzésénél jól használható a nagy teljesítményű, hatcsatornás, kis hordozható elektrokardiográf 6 NEK 4.



12 rutin program között lehet választani.

A program kiválasztása szerint a 6 NEK 4 készülék 6 csatornán szimultán regisztrál.

- az elektrokardiográfia minden standard elvezetését,
- a Frank-féle korrigált ortogonális elvezetéseket,
- szívhangok mély (t), közép 1 (m_1), közép 2 (m_2) és magas (h) beállításban,
- artériás és vénás pulzus, választható időállandókkal,
- nyomásgörbék és más életfunkciók.

A 6 NEK 4 három normál, 2 széles és egy gyors írórendszerrel van ellátva.

A 60 mm széles író elsősorban a vérnyomás és a pulzusgörbe kiértékelésére szolgál.

A készülék két csatornája időjelek, manuálisan kivátható eredményjelek és kívülről gyengíthető impulzusok regisztrálására szolgál.

SZERZŐ:

Ing. Sigrid Heerwald
Kombinat VEB Meßgerätewerk Zwönitz DDR
9417 Zwönitz
Schillerstr. 13.

EXPORTŐR:

Intermed-Export-Import
Volkseigener Außenhandelsbetrieb
der Deutschen Demokratischen Republik
102 Berlin
Schicklerstr. 5-7.

TÁJÉKOZTATÁST AD:

TKB Intermed-Export-Import
az NDK Magyarországi Nagykövetsége
kereskedelempolitikai osztályán
1143 Budapest
Népstadion út 101-103.

MAGYAR ONKOLOGIA

1974. 3. szám

Schaff Zsuzsa dr., Philip, M., Grimley dr., Lapis Károly dr.: Tubuloreticularis structurák (TRS) electron-microscopos és cytochemical vizsgálata vírus fertőzés és daganatok kapcsán.
Oláh Edit, Pokorny Éva, Somossy Zoltán, Sugár János dr.: A Dibromdulcit hatása kínai hőrség sejtek túlélésére, nuclearis DNS-tartalmára és Gl-sejtek ultrastruktúrájára.
Kertészné Sáringer Magdolna dr., Morlin Zoltán dr., Kollár Katalin: A gépjárműforgalomból származó, cancerogen levegőszennyeződések.
Döbrentey Eszter dr., Bodrogi István dr., Eckhardt Sándor dr.: Generalizált Hodgkin-kórban szenvedő betegek kezelésében elért eredményeink VM-26+Natulan+Prednisolon kombinációval.
Szebeni Ágnes dr., Falus Miklós dr., Sobel Mátyas dr.: Tapasztalataink hasi tumorok májmetasztásainak echo-ultrahang vizsgálatával.
Scholz Magda dr., Kárpáti György dr., Váradi István dr., Gonda Tibor dr.: Uterus-carcinomák histomorphologiai és histochemical vizsgálata praeoperatív besugárzás után.

MAGYAR TRAUMATOLOGIA, ORTHOPAEDIA ÉS HELYREÁLLÍTÓ SEBÉSZET

1974. 2. szám

Glauber Andor dr.: A medence osteotomiája (Salter-műtét).
Salacz Tamás dr., Nagy Ernő dr., Manning Jenő dr.: Az arteriographiák szerepe a súlyos kézsérülések reconstructiójában.
Sántha Ernő dr., Zolczer László dr., Sántha Andrea dr.: Refactorák — stabil synthesist biztosító — fémlemek eltávolítása után.
Kovácsy Ákos dr., Schmidt László: Sensibilis újjbegyképzés a körömperc traumás amputációi után.
Balla Ildikó dr., Nagy Ernő dr., Salacz Tamás dr., Józsa László dr.: Trauma és scleroderma.
Bertényi Camillo dr.: Emberi harapás okozta arc szövethiány két helyreállított esete.
Perlaky György dr.: A carpo-metacarpalis ízületek egyidejű, zárt luxatiója.
Berentey György dr.: Új módszer a törések osztályozására. Az ACD-kód. — Szerkesztőségi megjegyzés.

MORPHOLOGIAI ÉS IGAZSÁGÜGYI ORVOSI SZEMLE

1974. 3. szám

Csonka Éva dr., Kerényi Tibor dr., Koch Sándor dr.: Aortából származó endotel-sejtek in vitro tenyésztése és identifikálása.
Pokorny Éva dr., Szentirmay Zoltán

dr., Sugár János dr.: A bázis proteinek cytophotometriás mérése heparin aliciankék módszerrel.
Veress Béla dr., Malik M. Osman dr., El Hassan M. Ahmed dr.: Kisérelváltások kala-azarban.
Varga Tibor dr., Soós József dr.: Átható szívserületek gyakorisága és histologiai jellemzői.
Lusztig Gábor dr.: Az aorta-adventitia arteriás rendszerét képező, aortából eredő erek histologiai vizsgálata kísérletes atherosclerosisban.
Veress Béla dr., Malik M. Osman dr., El Hassan M. Ahmed dr.: Adatok a visceralis leishmaniasis (kala-azar) pathomorphológiájához.
Krutsay Miklós dr.: A rezorcín-fuchsin festésekről II.
Ungváry György dr., Somogyi György dr., Temes Judit dr.: A máj érrendszerének károsodása fulminans hepatitisben („atrophia hepatitis-flava”) elhunytakban.
Veress Béla dr., Malik M. Osman dr., El Tayeb A. Ahmed dr., Daoud E. Sayed dr., El Hassan M. Ahmed dr.: Újabb adatok a primaer orrmelléküregi aspergilloma morphológiájához.
Fazekas I. Gyula dr., Rengei Béla dr.: A véralkohol értékének „visszaszámolás”-i lehetőségéről.
Varga Tibor dr., Józsa László dr.: Traumás vérzéses pancreas necrosis.
Jobba György dr.: Adatok a Glisson tok pathológiájához.

Új készítmény!

Arthrofluor
kenőcs



Antirheumaticum

ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alapanyagban.

JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek — gyulladásszerű ízületi kórfelmak, posttraumás arthritisek —, valamint myalgiaék esetében therapiás kiegészítésként.

ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (izület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni. A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: †† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft



CARL ZEISS, MLV PACKARD OLYMPUS és PZO gyártmányú

kórházi laboratóriumi műszerek esetenkénti és garancián túli javítása.

Rendszeres féléves karbantartásra szerződés köthető. SPEKOL, VSU-1, VSU-2, SPECORD UV-VIS fotométerek.

Régi és új típusú (FLAPHOKOL) lángfotométerek.

Elektroforézis futtatókamrák és ERI-10, ERI-65 kiértékelők.

Mikroszkópok, polariméterek stb.

OLYMPUS gyártmányú gastroendoszkópiai vizsgáló műszerek garanciális és garancián túli javítása, karbantartása.

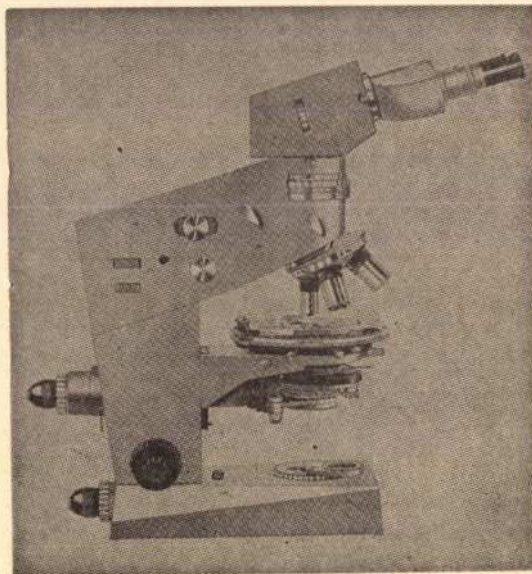


FOTO OPTIKA sz

Carl Zeiss szerviz

Megrendeléssel forduljon központunkhoz:

1053 Budapest, V., Kossuth Lajos u. 17.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(538/c)

Füzesabony Nagyközségi Tanácsa (3390 Füzesabony, Rákóczi út 56-58.) pályázatot hirdet I. sz. és III. sz. körzeti, valamint járási gyermekorvosi állások betöltésére.

Az állás azonnal elfoglalható. Lakást biztosítunk. Orvosházaspárok jelentkezését előnyben részesítjük. Illetmény ksz. szerint.

Ferencz Vilmos
tanácselnök

(540/a)

Akasztó Községi Tanács elnöke (6221 Akasztó, Kiskőrösi járás) pályázatot hirdet 1974. augusztus 1-i belépéssel áthelyezés folytán megüresedett 1. sz. körzeti orvosi állásra. Fizetés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. utasítás szerint. 400 Ft ügyeleti díj, 240 Ft fuvarátalány.

3 szobás összkomfortos lakást biztosítunk, azonnali beköltözéssel.

Bilekov László
tanácselnök

(557)

A Vas megyei Tanács V. B. Betegfoglaló Intézet, Simaság igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 fő E 108 ksz. segédorvosi állásra, illetmény ksz. szerint, szolgálati időtől függően. Alapbér + 30% veszélyességi pótlék + 600 Ft

munkahelyi pótlék. Kétszobás összkomfortos lakás október 1-től elfoglalható.

Makkos László dr.
igazgató-főorvos

(556)

A Korányi Frigyes és Sándor Közkórház főigazgató-főorvosa (1400 Budapest, Pf. 10. Alsóerdősor 7.) pályázatot hirdet a kórház sebészeti osztályán megüresedett másodorvosi állásra. 1974-ben végzetek nem pályázhatnak. Az állás azonnal elfoglalható. Fizetés ksz. szerint.

Pethő Imre dr.
főigazgató-főorvos

(565/b)

Sarkad Nagyközségi Tanács elnöke (Sarkad, Kossuth u. 27.) Telefon: 36, pályázatot hirdet nyugdíjazás következtében megüresedett két körzeti orvosi állás betöltésére. Az állások azonnal betölthetők.

Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás alapján 2200-3400 Ft-ig, valamint 400 Ft ügyeleti díj és 500 Ft bölcsődei orvosi díj.

Szolgálati lakás biztosított. Egyik lakás 2 szoba hálófülkés, olajkályha fűtéssel a község központjában, a másik lakás 3 szobás, központi fűtéssel, garázzsal.

Szegedi Lajos
tanácselnök

(566/b)

Jánossomarja Nagyközségi Közös Tanács elnöke pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett jánossomarjai 1. sz. körzeti orvosi állásra. Az orvosi állás 1974. szeptember 15-tel tölthető be. Bérezés a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás alapján a szolgálati időtől

függően. Az alapbérhez havi 450 Ft ügyeleti díj és havi 400 Ft fuvarátalány jár.

Községben első alkalommal letelepedő orvos részére 10 000 Ft letelepedési segélyt, valamint szolgálati lakást biztosítunk.

Kiss Károly dr.
tanácselnök

(579/a)

Köszeg Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője — 9731 Köszeg, Pf. 58 —, Jurisich tér 8. — pályázatot hirdet az áthelyezés miatt megüresedett körzeti orvosi, illetve gyermek-körzeti orvosi állásokra. Mindkét állás azonnal betölthető. Illetmény a szolgálati időtől és szakképesítéstől függően a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasítás szerint kerül megállapításra. Mellékállásokra lehetőség van. Az állások betölthetők a Városi Tanács V. B. lakást biztosít.

Fejér Sándor dr.
városi főorvos

(590)

Heves megyei Tanács Kórháza igazgató-főorvosa (3301 Eger, Széchenyi u. 27.) pályázatot hirdet: a Megyei Kórház fogászati rendelőintézete keretében működő pétérvásárai községi körzeti fogászati rendelőjében, valamint a verpeléti körzeti fogászati rendelőjében betöltendő egy-egy fogorvosi álláshelyre.

Illetmény megállapítása a 18/1971. EÜM-MÜM sz. utasításban foglaltak szerint, a szolgálati időtől függően történik.

A lakás megoldása mindkét helyen a személyes megegyezés tárgyát képezi. Mindkét állás azonnal elfoglalható.

A pályázat benyújtását a fenti címre kérjük.

Csapó István dr.
igazgató-főorvos

(591)

Az Oktatási Minisztérium 4. sz. Leánynevelő Intézete — Budapest XV., (Rákospalota) Pozsony u. 36. — pályázatot hirdet egy fő képesített ápolónői állás betöltésére 25 éves kortól.

Jelentkezni lehet személyesen vagy írásban a fenti címen.

Szász Pálné
igazgató

(592)

Adony Községi Tanácsa (Dunaújvárosi járás, Fejér megye) a járási főorvossal egyetértésben pályázatot hirdet az I. sz. körzeti orvosi állás betöltésére.

Fizetés a 18/1971. EÜM—MÜM sz. utasításnak megfelelően, a szolgálati időtől függően + ügyeleti díj és utatárolás. Csatló község nincs, komfortos lakás biztosítva. Jelentkezni lehet személyesen vagy írásban Adony Községi Tanács elnökénél.

Iglódi István
tanácselnök

(593)

A rimóczi községi tanács pályázatot hirdet a körzeti orvosi állás betöltésére, mely 1974. október 1-től megüresedik. Szolgálati lakást (garázsai) biztosítunk.

Fizetés a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás alapján. Másodállás, helyettesítési lehetőség van, a szervezett ügyelet járási szinten megoldott.

Golyán András
tanácselnök

(594)

Az Országos Mentőszolgálat főigazgatója (1055 Bp. V., Markó u. 22.) pályázatot hirdet Sátoraljaújhely, Debrecen, Tabánbánya és Szolnok mentőállomásra mentőállomások vezető főorvosi, valamint Budapest, Kecskemét, Miskolc és Győr mentőállomásra kivonuló mentőorvosi állásra. A mentőállomások vezető főorvosi munkakör betöltéséhez szakorvosi képesítés (belgyógyász, sebész, vagy egészségügyi szervezés) szükséges, a kivonuló mentőorvosi állásra 1974 előtt végzett orvosok pályázhatnak.

Illetmény és besorolás a 18/1971. EÜM—MÜM sz. utasítás szerint. Az állások azonnal elfoglalhatók.

Bencze Béla dr.
főigazgató

(595)

Budapest VIII. ker. Tanács V. B. Egyesített Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Budapest VIII., Trefort u. 3.) pályázatot hirdet a nyugdíjazás miatt megüresedő, 1975. január 1-én elfoglalható következő állásokra:

1 fő E 104 ksz. osztályvezető főorvosi állás a Központi Baleseti Ambulancián, 1 fő E 104 ksz. orr-fül-gége szakrendelést vezető főorvosi állás a Szántó Kovács J. u.-i Rendelőben, 1 fő E 104 ksz. laboratóriumi vezető főorvosi állás a Szántó Kovács J. u.-i Rendelőben, továbbá az üresen levő azonnal elfoglalható következő szakorvosi állásokra: 1 fő E 106/2 vagy E 107/2 ksz. orr-fül-gége szakorvosi állás a Trefort u.-i Rendelőben, 1 fő E 106/2 ksz. labor szakorvosi állás a Szántó Kovács J. u.-i Rendelőben, 1 fő E 106/2 ksz. baleseti sebész vagy sebész szakorvosi állás a Központi Baleseti Utókezelő Osztályon, 2 fő E 106/2 ksz. röntgen szakorvosi állás a Szántó Kovács J. u.-i Rendelőben. Illetmény ksz. szerint.

Molnár Mihály dr.
igazgató-főorvos

(596)

Az Országos Munkaegészségügyi Intézet vezetője (1096 Budapest IX., Nagyvárad tér 2.) pályázatot hirdet 1 fő tudományos segédmunkatársi állásra, az Intézet Kísérletes Szövetani Osztályára. Jelentkezhetnek most végzett, vagy egy-két évi gyakorlattal rendelkező, kutatómunka iránt és morfológiai érdeklődésű orvosok.

Timár Miklós dr.
intézeti igazgató

(597)

A Nógrád megyei Tanács Pásztói Járási Hivatalának Ed. Csoportja egyetértésben a Pásztói Nagyközségi Közös Tanáccsal pályázatot hirdet a Pásztón megüresedő I. körzeti orvosi állásra. Illetmény kulcsszám szerint, lakást megbeszélés szerint biztosítunk. Csatló község nincs, hétvégi központi ügyelet megszervezve.

Kovács Bertalan dr.
járási főorvos
kórházigazgató

(598)

A hévízi Állami Gyógyfürdőkörház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 3 fő E 108-as kulcsszámú s. orvosi állás betöltésére. Bérézés az EÜM 18/1971. sz. utasítás értelmében. Lakást az intézet biztosítani nem tud.

A pályázatot az alábbi címre kérjük benyújtani: Strecker Ottó dr. igazgató-főorvos, Hévíz, Állami Gyógyfürdőkörház.

Strecker Ottó dr.
igazgató-főorvos

(599)

Kapuvári Városi Tanács Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a belgyógyászati osztályon E 104 kulcsszámú főorvosi állásra. A főorvos feladata a belgyógyászati osztály érbeteg részlegének vezetése. Napi 2 óras melléklásra lehetőség van. Illetmény kulcsszámú megfelelően. Lakást a tanács biztosít.

Fábián Ferenc dr.
kórházigazgató-főorvos

(600)

Mátraházi Állami Tüdőgyógyintézet igazgató-főorvosa (3233 Mátraháza) pályázatot hirdet az Intézet extrapulmonális sebészeti osztályán egy E 108 kulcsszámú segédorvosi állásra. Altalános sebészeti szakképesítéssel rendelkező pályázó esetén, a kulcsszám E 107-re módosítható. Az alaplletményhez 30% veszélyességi pótlék jár. Elhelyezés összkomfortos garzonban vagy a család nagyságától függő összkomfortos lakásban.

Balla József dr.
igazgató-főorvos

(601)

Keszthelyi Városi Tanács V. B. Kórház—Rendelőintézet egységének igazgatója (Keszthely, Ady E. u. 2.) pályázatot hirdet a Keszthely város területén 1 fő körzeti orvosi állásra. Az állás elnyeréséhez belgyógyász szakorvosi képesítés szükséges. Lakást biztosítani nem tudunk.

Szutrély Antal dr.
igazgató-főorvos

(602)

Veszprém megyei Tanács II. sz. Kórház igazgató-főorvosa (8331 Sümeg, Kompanik Zs. u. 6.) pályázatot hirdet a kórház neuropszichiátriai osztályán 1 fő segédorvosi állásra. Besorolás és az illetmény a szolgálati időtől és a szakképzettségtől függően.

Férőhelyes elhelyezést biztosítunk.

Mészáros István dr.
kórházigazgató-főorvos

(603)

Az Onkopathológiai Kutató Intézet igazgatója pályázatot hirdet 2 fő orvos, ill. szakorvos számára, aki daganatpatológiával, ill. annak biológiai vonatkozásával kíván foglalkozni. Bérézés a szolgálati idő, a szakképesítéstől függő ksz. szerint + 30% veszélyességi pótlék. A pályázatokat a szolgálati út betartásával a Kutató Intézet igazgatójához kérjük beküldeni.

Sugár János dr.
intézeti igazgató
egyetemi tanár

(604)

Lőrinci Nagyközségi Tanács elnöke (Lőrinci, gyöngyösi járás) pályázatot hirdet Lőrinci nagyközség körzeti orvosi állására. Korszerűen felszerelt rendelő, s a rendelő épületben 3 szobás, összkomfortos lakás áll rendelkezésre. A hétvégi ügyelet megszervezve. Az illetmény szakképzettségtől és szolgálati időtől függően E 111—112/1. ksz. szerint.

Szentgyörgyi János
tanácselnök

(605)

Perkátá Községi Tanács elnöke a járási főorvos egyetértésével pályázatot hirdet a nyugdíjazás folytán megüresedő I. sz. körzeti orvosi állásra. Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasításának megfelelően, valamint ügyeleti díj, fuvarátalány. 3 szobás összkomfortos lakás, a központi egészségház mellett rendelkezésre áll.

Perkátá Dunaújvárostól 16 km, Székesfehérvártól 30 km, Budapesttől 60 km távolságra van. Az állás azonnal betölthető.

Kenyér József
tanácselnök

(606)

Nagykőrös Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa (Nagykőrös pf. 32. Fáskert u. 1.) pályázatot hirdet 1 fő E 108 kulcsszámú segédorvosi állásra a kórház fül-orr-gége osztályára. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

(607)

A Hajdú-Bihar megyei Tanács püspökladányi Rendelőintézetének igazgató-főorvosa (4150 Püspökladány, Kossuth u. 1.) pályázatot hirdet a püspökladányi nagyközségben újonnan szervezett 1 fő körzeti gyermekorvosi állás betöltésére. Lakás biztosítása személyes megbeszélés alapján.

Mersány Géza dr.
igazgató-főorvos

(608)

A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Tanács V. B. Tüdőgyógyintézetének igazgató-főorvosa (Füzérradvány) pályázatot hirdet az intézetnél nyugdíjazás folytán megüresedő 1 fő E 103/D ksz. oszt. vez. főorvosi állásra. Az állás javadalmazása a kornak (gyakorlati időnek) és ksz.-nak megfelelően a 18/1971. EÜK. jún. rk. EÜM—MÜM együttes utasítás szerint + 30% veszélyességi pótlék. Kettőszobás összkomfortos lakás az intézet területén rendelkezésre áll. Pályázati határidő a hirdetmény megjelenésétől számított 30 nap. Az állás azonnal elfoglalható.

2 fő E 108/3. ksz. segédorvosi, illetve E 109/3. orvosgyakornoki állásra. Az állások javadalmazása a gyakorlati időtől és ksz.-nak megfelelően + 30% veszélyességi pótlék. Kettőszobás összkomfortos lakás az intézet területén rendelkezésre áll. Az állások azonnal elfoglalhatók.

1 fő laboratóriumi asszisztens állásra. Illetmény képesítéstől és szolgálati időtől függően, valamint 30% veszélyességi pótlék. Összkomfortos férőhelyes elhelyezés az intézet területén levő nővér-szálláson van. Az állás azonnal elfoglalható.

Pap Máttyás dr.
igazgató-főorvos

(609)

A Városi Tanács V. B. Egészségügyi és Szociálpolitikai Osztálya, Törökszentmiklósi, pályázatot hirdet két gyermekorvosi orvosi állás betöltésére. Fizetés a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint.

Az állás betöltésével háromszobás bér-lakást biztosítani tudunk.

Süle Mihály dr.
városi főorvos

(610)

Lenti Nagyközségi Tanács elnöke (Lenti, Zrínyi Miklós út 4.) pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedő Lenti I. körzeti orvosi állásra. Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint + 400 Ft ügyeleti díj. Melléklással biztosított.

Az állás betöltéséhez rendelkezésre áll egy új körzeti orvosi rendelő vároval és háromszobás összkomfortos garzósos új lakás.

Devecz Sándor
tanácselnök

(611)

A Korányi Frigyes és Sándor Kórház (VII., Alsóerdősor 7.) főigazgatója pályázatot hirdet a kórház elmosztályán újonnan szervezett segédorvosi állásra.

Fizetés ksz. szerint + 30% veszélyességi pótlék + munkaköri pótlék. Pályázhatnak 1974-ben végzett orvosok is. Az állás azonnal elfoglalható.

Mundi Béla dr.
főigazgató-főorvos h.

(612)

Pest megyei Tanács Tüdőgyógyinté-
zete (Törökbalint) igazgató-főorvosa pá-
lyázatot hirdet 1 fő szakorvosi képzés
nélküli **segédorvosi** állásra.

Bérezés ksz. szerint. Az állás 1974. ok-
tóber 1-től elfoglalható, budapesti kijá-
rással ellátható.

Az intézet lakást biztosítani nem tud.
Harsányi Gyula dr.
igazgató-főorvos

(613)

Városi Tanács Bugát Pál Kórháza,
Gyöngyös, igazgató-főorvosa pályázatot
hirdet Gyöngyös városban áthelyezés
miatt megüresedett körzeti **gyermekor-
vosi** állásra. Illetmény ksz. szerint.

Városi Tanács Bugát Pál Kórháza,
Gyöngyös, igazgató-főorvosa pályázatot
hirdet a kórház gyermekosztályán 1 fő
s.-orvosi állásra. Férőhelyet biztosítunk.
Illetmény ksz. szerint.

Mátyus László dr.
igazgató-főorvos

(614)

Fővárosi Tanács V. B. Csepel Vas- és
Féművek Üzemorvosi Rendelőintézet
igazgató-főorvosa (1751 Budapest, Pf. 93)
pályázatot hirdet 2 **üzemorvosi** állásra.
Az állás 1974-ben végzetekkel is betölthet-
hető. Fizetés ksz.-on belül, szolgálati
időtől függően.

Béleczki Lajos dr.
igazgató-főorvos

(615)

Budapesttől 15 km-re Dunavarsány
Községi Tanács a ráckevei Járásí Hiva-
tal Egészségügyi Osztállyal történő
egyetértése alapján 1974. szeptember 1-
től való belépéssel pályázatot hirdet II.
sz. **körzeti orvosi** állás betöltésére. Bé-
rezés szolgálati időtől függően, az elő-

írásoknak megfelelően. Letelepedési se-
gély fizetése lehetséges a vonatkozó
rendeletek szerint.

Az állás betöltése esetén 2 szoba,
konyha, fürdőszoba hideg-meleg folyó-
vizes szolgálati lakást biztosítunk, gép-
kocsigarázssal, azonnali teljes beköltöz-
hetőséggel — a rendelővel egybeépítve.

Házastárs részére megfelelő képzettség
esetén: általános iskolai nevelői állás,
vagy tsz.-ben állatorvosi állás, beíró reví-
zori állás, jogászi állás.

Feleség részére: óvónő — orvosírnoki
állás biztosítása lehetséges.

Kovács István dr.
tanácselnök

(616)

Dunaújvárosi Tanács Rendelőintézet
igazgató-főorvosa (Dunaújváros, Vasmű
u. 10.) pályázatot hirdet 1 fő **szülész-nő-
gyógyász** szakorvosi állásra.

Kórházi szülészeti osztályon ügyeleti
lehetőség van. Lakás megbeszélés tár-
gát képezi. Illetmény ksz. szerint.

Schábel Ferenc dr.
rend. int. igazgató-főorvos

(617)

Dunaújvárosi Rendelőintézet igazgató-
főorvosa (Dunaújváros, Vasmű u. 10.)
pályázatot hirdet a város területén meg-
üresedett **körzeti orvosi** állásokra. Bel-
gyógyász szakorvosok előnyben része-
sülnek. A körzeti orvosi állásoknál éven-
ként egyszeri 5—10 000 Ft jutalom lehet-
séges. Szövetkezeti lakást a Városi Ta-
nács biztosít.

Pályázatot hirdet továbbá a város te-
rületén levő 1 fő **fogszakorvosi** állásra.
Az állásra folyó előben végzett orvosok
jelentkezését is elfogadjuk. Illetmény
besorolásnak megfelelően.

Schábel Ferenc dr.
rend. int. igazgató-főorvos

(618)

Dunaújvárosi Kórház igazgató-főorvo-
sa (Dunaújváros, Korányi S. u. 2.) pá-
lyázatot hirdet 1 fő **gyermekszakorvosi**
állásra. Megfelelő pályázó hiányában el-
fogadjuk 2—3 éves gyakorlattal rendel-
kező orvosok jelentkezését is. Illetmény
ksz.-nak megfelelően.

Fenyőházi Jenő dr.
igazgató-főorvos

(619)

Pályázatot hirdetek a Föv. Tan. Péter-
fy S. u.-i Kórház—Rendelőintézet. Pé-
terfy S. u. Rendelőintézet fül-orr-gége
szakrendelésén megüresedett **orvosi** ál-
lásra. Az állásra 1974-ben végzett orvos-
ok is pályázhatnak.

A szakképesítéshez szükséges kórházi
gyakorlatot biztosítjuk. Illetmény a bér-
utasítás szerint.

Forgács József dr.
főigazgató-főorvos

(620)

Pályázatot hirdetek az áthelyezés foly-
tán megüresedett Mátészalka város II.
sz. **körzeti gyermekorvosi** állásra. Az
állás javadalmazása havi 3600 Ft alap-
bér. Másod- vagy mellékállás vállalásra
lehetőség van. A közzettséghez kapcsolt
köztség nem tartozik.

Az állás betöltéséhez gyermekszakor-
vosi képzés szükséges. A szabálysze-
rűen felszerelt pályázati kérelmet a
szolgálati út betartásával kérem a máté-
szalkai Városi Tanács V. B. Egészség-
ügyi Osztály címére megküldeni.

Az állás betöltése esetén 2 szobás,
összkomfortos lakás rendelkezésre áll.

Hámori Andor dr.
városi főorvos

GRISEOFULVIN- forte

tabletta

Antimycoticum

Forgalomba hozza:

GYÓGYÉRT

ÖSSZETÉTEL: 1 tablettá 125 mg griseofulvint (7-klór-2',4,6-trimetoxi-6'-metilgrizén-2'-
dion-3,4') tartalmaz mikronizált formában.

JAVALLATOK: Elsősorban krónikus, eddig terápiarezisztens fonalgombás megbetege-
dések. A hajas fejbőr és a bőr favusa, trichophytosisa és microsporiosisa. A bőr kró-
nikus Epidermophyton rubrum fertőzése. Achorioni hominis, Epidermophyton rubrum,
trichophyton okozta onychomycosisok.

ELLENJAVALLAT: Súlyos májkárosodások, porphyria, malignus tumorok, vérképzőrend-
szeri megbetegedések, kifejezett leukopenia. Graviditás.

ADAGOLÁS: A mikronizált hatóanyagú tablettá jobb felszívódást biztosít és így kisebb
dózisok adása lehetséges. Felőtteknek általában napi 4 × 1 tablettá (à 125 mg)
étkezés közben. 2—3 hét után e dózist már csak másodnaponként kell adni. A kúra
időtartama a megbetegedés jellegétől függ.

Gyermekeknek a napi dózis általában 3 év alatti korban napi 2—3 × 1/2 tablettá, 3—7
éves korban 2 × 1 tablettá, 7—15 éves korban 3 × 1 tablettá étkezés közben.

MELLÉKHATÁS: Fejfájás, szédülés, általában a terápia első hetében, mely a tovább-
szedés ellenére megszűnik. Ritkán gastrointestinalis tünetek, átmeneti albuminuria.
Nagyon ritkán reversibilis granulocytopenia, anaemia, mely általában nem teszi szük-
ségessé a kezelés megszakítását. Allergiás bőrjelenségek.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére a kijelölt bőr- és nemibeteggonzó in-
tézetek szabadon rendelhetik.

CSOMAGOLÁS: 100 tablettá (125 mg) Ára: 246,40 Ft

INFORMÁCIÓ: MEDEXPORT TUDOMÁNYOS ISMERTETŐ IRODA
1055 Budapest, Balassi Bálint utca 25.

EXPORTÁLIA: V/O „MEDEXPORT”, MOSZKVA



ORVOSI SZEMLE

1974. 1. szám

- Moll J. W., Dziakowiak A. J., Edelman M., Rybinski K.: Heveny szívmizom ischaemia.
- Pop D. Popa I., Georgescu T., Creangă L., Grozescu T., Crăciun C., Csizér Anna: Álláspontunk a maradék vízerekkel kapcsolatban.
- Ujváry I., Horváth G., Nüszl L., Timaru-Veress Irén, Dónáth Angela: Megfigyelések a bőrgyógyászati anyagból tenyésztett gombafórától 1968–1973 közötti időszakban.
- Dudás C., Kifor I., Kótay L., Éva, Zakariás V. Magda, Simon Piroška: A thrombocyták lipidfogóitáló aktivitása alimentáris lipémiában.
- Bancu E., Keresztessy K. Á., Lupeanu R., Gliga V.: A műtéli kockázat kérdése a vastagbél és végbél sebészetében.
- Grecu Ch.: A tüneti depressziók jellegzetességeinek tanulmányozása.
- Jozefovics F., Nagy L.: A sclintigraphiás vizsgálat jelentősége a tüdőgyógyászati gyakorlatban.
- Stancliu Gr., Georgescu T., Grozescu T., Szűcs K.: A röntgenvizsgálat szerepe a rekeszizom eventratio kórimzésében.
- Kocsis L.: A nyers dohánypor hatása a száj nyálkahártyára és közvetve a fogazatra a sepsiszteriogérik Cigarettagyár munkásainál végzett szűrővizsgálatok alapján.
- Józsa Á., Kercsó A., Józsa Vilma: 87 herpes zoster kapcsán tett megfigyelések a gyergyóújfalvi egészségügyi körben.
- Péter M., Elekes L. Hajnal, Turóczy Sára: Adatok a szájfüregből tenyésztett saprophyta Neisseriák ismeretéhez.
- Ieremia L., Zoltáni M., Huszár Katalin: Az akrilát-anyagok helytelen feldolgozásából származó szerkezetű hibák és egyes fizikai-kémiai tulajdonságok közötti összefüggés tanulmányozása.
- Chioreanu Livia, Székely K., Babonits Magda, Chioreanu M.: Az izonikotin-sav hidrazid hatása emberi kromoszómákra leukocita tenyészetben.
- Almási Zsuzsa, Filep Gy., Seres-Sturm L., Feszt T.: A májsejtek elektronmikroszkópos vizsgálata kísérletes tartós hypoxiában.
- Olariu M., Péter M.: A mikroorganizmus-koncentráció hatása a lasersugárzás szóródására.
- Rácz L., Maros T.: Szervi elváltozások hipoxiás környezetben fejlődött ebreny szívén.
- Fágárasan Maria, Hirschfeld J.: A cukor töménységének hatása a sejtek methionin-transzportjára.
- Szöllősi Á., Steinmetz J., Máthé J., Fremda Zsuzsa: Nagyvízemű állattenyésztő telep szennyvízelvezetésének hatása a Maros vizére.
- Feszt Gy.: A gyógyszerbiztonság időszervi kérdése.
- Csath-Stinnel Zamfira: A HLR-rendszer és fontossága az emulzióknál.
- Hörster H., Csedő K., Rácz G.: A romániai bóróka (Juniperus communis L.) levél illóolajának gázkromatográfiás vizsgálata.
- Goina T., Rif Catija, Schmidt Gerda: Termoelektromos módszerek alkalmazása a gyóvszerkészítmények tisztaságát fokánál ellenőrzésére és kölcsönhatásainak vizsgálatára.
- Bota V., Máthé J.: A gélzúrés alkalmazása egyes hipofízis hátsólebeny hormonok szétválasztására és kimutatására.
- Szánthó Éva, Ádám L., Peteanu Emanuela, Domokos L.: Antibiotikumok stabilitásának vizsgálata polietilénlig-kolidekben.
- Jurjuț Stela, Popovici Adriana, Boros T.: Hidrodizergált A-vitamin bőrön keresztüli felszívódása kenőcsökből.
- Gvéres Á., Rácz G.: A hivatalos ólumlékészítmények alkaloid-tartalmának elválasztása és azonosítása rétegekromatográfiás módszerrel, II. Tinctura

- opii diluta, Tinctura opii romposita, Tinctura anticholerina.
- Bálint E., Beke J., Takács T.: Kiterjedt functionális eredetű vékonybél infarctus esetének ismertetése.
- Huszár Gy., Balázs B., Forvith J.: Súlyos penicillin túlérzékenység orvosi gyakorlatunkban.
- Izsák S.: Mikor alapították a nagyváradi „Gránátalma” gyógyszerüzart?
- Jiga T. C.: Himlőellenes oltások a Barcaságban a XIX. század elején (1800–1836).

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1974. 3. szám

- Hadnagy János dr., Preisz József dr., Járal István dr., Cseh Imre dr., Szigetvári Iván dr., Rákóczi István dr., Kereszti József dr., Kóbor György dr. és Gáti István dr.: Idő előtti burokrepedés szerepe a neonatális szövőd-mények alakulásában.
- Dömötöri Jenő dr., Csordás Teréz dr., László Ferenc és Somos Péter dr.: Az idő előtti burokrepedés néhány aktuális kérdése.
- Lenner Aladár dr. és Váczy László dr.: Adatok az idő előtti burokrepedés kérdéséhez.
- Hegyi Róbert dr., Cséplő József dr., Hercz Péter dr., Szanyi László: Az idő előtti burokrepedés jelentőségének értékelése a II. sz. Női Klinika szülészeti anyaga alapján.
- Fekete József dr., Illei György dr., Szalay Zoltán dr., Molnár Endre dr., Turányi Zoltán dr.: Oxytocinosis csepp-infúzióval szerzett tapasztalataink az idő előtti burokrepedés kezelésében.
- Nagy Tamás dr., Kovács A. Gábor dr., Bíró Balázs dr.: Az idő előtti burokrepedés kezelése osztályunkon.
- Zámbó Zoltán dr., Paulin Ferenc dr., Patkós Péter dr.: Idő előtti burokrepedés és az újszülöttek sorsa.
- Seres Gábor dr., Sélley Elek dr., Muska Sándor dr.: Az idő előtti burokrepedés és az amnioninfecio-syndroma.
- Hegedűs Mihály dr., Tóth Kálmán dr., Meződy Károly dr., Kültel Péter dr., Páter György dr., Szűcs Miklós dr.: Az idő előtti burokrepedés hatása a perinatális mortalitásra.
- Nyírády Jenő dr., Schneider Ferenc dr.: A lepény, köldökzsinór és magzatburok morfológiai elváltozásai idő előtti burokrepedés esetén.
- Lenner Aladár dr.: Dissemínált intravasalis coagulopathia magzatvíz embóliával kapcsolatban.
- Nagy Tamás dr., Danicz László dr.: Abortus febrilis korszerű kezelése, különös tekintettel a coagulopathiák megelőzésére.
- Szinnai Miklós dr., Konrád Sándor dr.: Concupitios coagulopathia kezelésének alakulása klinikánk anyagában.
- Szinnai Miklós dr., Herbert János dr., Hegyi József dr.: Thrombopeniás terheseink szüléseinek lefolyása.
- Ferkó Sándor dr. és Gyórvári Vilmos dr.: A terhességi coagulopathia kezelésében elért eredmények.
- Rákóczi István dr., Nagy Ibolya dr., Gáti István dr., Doszpod József dr., Szigetvári Iván dr., Than Ede dr., Preisz József dr. és Hadnagy János dr.: Infecundin hatása az vérérvadásra.
- Hadnagy János dr., Fendler Kornél dr., Rákóczi István dr., Preisz József dr., Doszpod József dr. és Gáti István dr.: Tapasztalataink „Pregnox”-reakcióval kapcsolatban.
- Kiss Csaba dr., Benyó Tamás dr., Bagdány Sándor dr.: Az anyai vérszegénység hatása a magzat vérképzésére.
- Pozsonyi László dr. és Csornai Ágnes dr.: Sav-bázis viszonyok alakulása physiological terhesség alatt.
- Mislevy Endre dr., Tivadar János dr. és Kasza Gyula dr.: Colpocytológiai vizsgálatok értékelése a szülés várható időpontjának meghatározásában.
- Szöke Béla dr., Kiss Dezső dr., Megyeri Miklós dr.: Serum magnézium meghatározás normál terhességben.
- Benyó Tamás dr., Kiss Csaba dr., Bagdány Sándor dr.: A Biscurin terhapiás alkalmazása, I.
- Ládányi György dr. és Jankó Mária dr.:

Toxoplasmin gondii kimutatása lochiából.

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT

1974. 2. szám

- Surján László dr. és Surján Lászlóné dr.: Immunológia és fül-orr-gégészet.
- Gyenyey László dr. és Fluck István dr.: A criothyroidalis izület elváltozásai rheumatoid arthritistben.
- Kereszti Gedeon dr.: Tonsillectomia intracranialis narcosisban diathermiás vérzéscsillapítással.
- Elő János dr. és Sebők János dr.: A chronikus arcüreggyulladás clinicopathologiai vizsgálata, I.
- Ribári Ottó dr., Elemér Gabriella és Bálint András dr.: Oriássejtes gégetumor.
- Gábor Ildikó dr. és Nagykálnai Tamás dr.: Az orrgarat rosszindulatú daganatairól.
- Weisenbach János dr., Kollár Dezső dr., Vargha Eleonóra dr. és Papp Lilla: Újabb megfigyeléseink csecsemő- és kisgyermekkorai mastoiditisekben végzett vastagrétegű tomographiával.
- Gimesi Mihály dr.: Orrvérzés ritka szövőd-ménye.
- Müller Harold dr.: Tartós intubatio okozta gége-stenosis.
- Kiss Magdolna dr.: Kétoldali choanalis atresia felnőttkorban.

MEDICUS UNIVERSALIS

1974. 3. szám

- Pauka Tibor dr.—Pallós Zoltán dr.: Erdességeik egy közret cigánylakosága fekélybetegének gondozásában.
- Szobor Albert dr.: Az intracranialis nyomásfokozódás tünettana; A tumor beékelődés syndromája.
- Birtalan Győző dr.: Morfológiai tudományágak kialakulása.
- Károly László dr.: Éjszakai betegellátás falun.
- Tóth Károly dr.: Megtévészto panaszokat okozó abscessus appendicularis.
- Arnold Csaba dr.—Margittay Erzsébet dr.: Appendicitis vagy neurozis?
- Juhász Béla dr.—Szűcs Tamás dr.—Ács Géza dr.—Misz Mária dr.: Virusinfectio indukálta immunopathologiai körképekről.
- Rácz László dr.: Kertészeti dolgozók között photosensibilisatio hatására kialakult csoportos allergoderma.
- Kelenföldi Ferenc dr.: A rethinopathia diabetica előfordulása gondozott cukorbetegek körében.
- László Margit dr.: A csecsemőkori hirtelen halálról.
- Brenner Ferenc dr.—Lakatos István dr. Prohászka Mária dr.: Az orális anticoncipiens alkalmazásával kapcsolatos vizsgálatokról.
- Palócz Gyula dr.: Visken-nel elért therapiás eredmények.
- Baranyai Elemér dr.—Határ András dr.: Idült gyulladáso urologiai betegségek Sumetrolim-kezelése.
- Hunyai László dr.: Stugeron-kezeléssel szerzett tapasztalatok évek óta rendszeresen ellenőrzött progrediáló cerebrosclerosisban szenvedő betegeken.
- Kereszti Gedeon dr.: Szűnyogcsipés kezelése Histazolinnal oldattal.

MAGYAR SEBÉSZET

1974. 3. szám

- Farkas Sándor dr., Geceer Gábor dr., Nyírády József dr., Zadravec György dr.: Az epeutakon végzett reoperatiók során szerzett tapasztalataink.
- Szendői István dr., Eszely Ferenc dr., Prékopa Árpád dr., György István dr.: Az insulinoma diagnosztikája és kezelése.
- Orbán Imre dr., Kalabay László dr., Regős János dr., Tóth Mihály dr.: Revascularisatiós syndroma.
- Gyurkó György dr., Czehelnik Rózsa dr.: Kis átmérőjű erek egyesítése módosított invaginatio eljárással.
- Barna László dr., Herczeg Béla dr., Tóth András dr.: A vastagbél elsődleges, többszörös rákjáról.
- Kopcsányi Zsuzsanna dr., Rakonczai Gyula dr.: Appendicitist utánzó colontumороk
- Szell Kálmán dr., Zsolt Njura dr., Déri Cecília, Buzás Judit dr.: Lép-vénathrombosishoz társuló hyperosmolaris diabetes coma.

Széll Kálmán dr., Gaál Péter dr.: Ritka felnőttkori duodenum stenosis esete. Könyvismertetés.

FOGORVOSI SZEMLE

1974. 6. szám

Ivánkiewicz Dénes dr.—Mühler G. dr.: Modificatio a kétoldali ajak-, állcsont-szájpadhasadék praeaxillájának sebészeti repositióiájakor.
Szonkodi István dr.—Bánóczy Jolán dr.: Morsicatio buccarum et laborum.
Hidasi Gyula dr.: A tejfőlék koronagyökér relatiója.
Kovács D. Géza dr.—Szabó Kálmán dr.: Csontröntgen vizsgálatok a fogatlan arc homlokcsükkü anatómiai szeleitein.
Nobel Péter dr.: N2-vel történt fogbél-sapkaázás több éves tapasztalatai.
Vass Zoltán dr.: Három gyökérsator-nájú alsó második kisírófog esete.
Kaán Miklós dr.—Ceglédi Géza dr.—Raf-fay Teréz dr.—Somogyi Endre dr.: Az orrszárnnyvonallal jelentősége a felső frontfogak szélességének meghatározás-akor.
Balogh Gyöngyi dr.: A szájnyalakbár-tya gyulladáshoz elváltozásainak keze-lése Phlogosollal.
Miklós István dr.: Idiopathiás gyökérfel-szívódás.

MAGYAR RADIOLOGIA

1974. 3. szám

Lányi Ferenc dr., Erdélyi Mihály dr., Kun Miklós dr., Ritter László dr.: Varrókeszülékkel behelyezett kapcsok sorsa a szervezeten.
Gimes Béla dr. és Balogh Endre dr.: Az enterocolitis regionalis (Crohn-beteg-
ség) röntgen vonatkozásai.
Rozsos István dr. és Barton Attila dr.: A „pótygomor” röntgenképe.
Tabár László dr., Somogyi Jenő dr. és Böhm Klára dr.: Traumás eredetű pneumopericardium.
Oláh József dr.: A gerinc állületel.
Blomqvist, Kaija dr.: A rákos sejt-pro-liferatio kinetikája.
Erdélyi Mihály dr.: A sugárfizika fej-lődése hazánkban Kelen professzor alapvető munkásságától napjainkig.

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLOGIAI SZEMLE

1974. 3. szám

Pastinszky István dr.: Liebner Ernő dr. 1895. I. 11.
Milne, J. A.: Endocrine factors in acne vulgaris (Endocrine factorok acne vulgarisban).
Valér Márton dr.: Proteolytikus enzy-meket tartalmazó syndet-mosószer-
ek irritatív, ill. sensibilizáló hatására vo-natköz vizsgálatok. I.
Hamar Matild dr., Marschalkó Márta dr., Molnár László dr.: A bromoderma tuberosum pathomechanismusára vonatkozó vizsgálatok.
Heszler Erzsébet dr. és Kókai Károly dr.: Kicsomós bőrtünetekkel járó Boeckscaroidosis.
Domonkos Róbert dr., Gombás Zsuzsa dr. és Szentpéteri Ilona dr.: Sumetro-lim tbl. alkalmazása acne vulgarisban.

TUBERKULÓZIS ÉS TUDÓBETEGSÉGEK

1974. 6. szám

Streivel Vilma, Hutás Imre, Ádám An-na, Csór Judit, Fábian Margit, Kerülő József, Somló Mariann, Strohmayr Klára: Komplex lakosságúrs Budapest VII. kerületében.
Kertes István, Nagy Gabriella: A lido-cain alkalmazása bronchologiai vizs-gálatok érzéstelenítéséhez.
Barzó Pál, Biró Barna: Bronchologiai vizsgálat előtt localisan alkalmazott Pantocain- és Lidocain-érzéstelenítés hatása a cardiorespiratorikus func-tióra.
Hegy Pál: Adatok az aspecifikus légúti megbetegedések bakteriologiai dia-gnoscájához.
Rajhagh László, Telegdi István, Utvös

Kornélla, Gulyás Magdolna: Meszes hilus nyirokcsomó okozta köhögés, amelyet asthmaként kezeltek.

Mészáros Lajos, Horváth Gabriella, Szakonyi Margit: A nem gümőkóros tüdőbetegségek megoszlása, beutalás szerinti származása egy 100 évas tü-dőosztály egyéves anyagában.
Seri István: A gyógyszer-resistentia kialakulásának magyarázata cavernás tüdőgümőkórban az érzékeny bacteri-mok pusztulásának kinetikája alap-ján.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1974. 6. szám

Csornai Márta dr.: A vertikális tekintés és tudatmüködés zavarai a mesodien-cephalis átmenet károsodásakor.
Rihmer Antal és Gács Gyula: Az arte-ria spinális anterior elzáródásának nyultevői tünetcsoportja.
Lipsey Attila dr. és Róth János dr.: Tapasztalatok Ketalar anaesthesiában végzett percutan carotis angiographiás vizsgálatokkal.
Uhljari Róbert dr., Kardos Ilona dr., Böszörményi Zoltán dr. és Pollner György dr.: Adatok a Leponex (Clo-zapin) klinikai alkalmazásához.
Eder Mária dr.: Pseudocalcificatio fel-nőttkori chronicus panencephalitis-ben.
Rozsa László dr. és Hullay József dr.: Formane Magdense elzáródás Dandy-Walker syndroma. Arachnoidalis cysta.

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1974. 3. szám

Erdélyiné Tóth Valéria, Eckhardt Sán-dor: Probon klinikai-kémiai vizsgá-lata.
Sipka Sándor, Deseő György, Tóth Sándor, Szilágyi Tibor: Hypothermia és toxin hatása a phagocytosira.
Baló-Banga J. Mátyás: In vitro deoxyribonukleinsav (DNS) szintézis hu-mán tonsilla sejtekben.
Lajos Judit: Az Igm paraproteinek két nehézlánc variánsának meghatározása immunoelektroforézis módszerrel.
Jakab Tivadar, Szabó Károly: Azido-morphin hatásának vizsgálata izolált patkány nervus phrenicus preparatumon.
Füzi Miklós: A Crynebacterium ances metronidazol-resistentiája.
Boda Domokos: Egyszerű micromód-szer a vér oxigén affinitásának (P₅₀) meghatározására.
Kovács Anikó: Ion-adaptáció és cellu-lin-A hatásának vizsgálata Helix pom-atioa izolált szíven.
Fekete Ágnes, Tarján Éva, Kanyár Éva: Vesefunkciós és morfológiai vizsgá-latok egyoldali arteria renalis leköt-téssel létrehozott hypertóniában pat-kányban.
Takács Sándor: A vanádium hatásának kísérletes vizsgálata.
Halmosi Gusztáv, Perkedő János, Valló Dezső: Hepatitis B antigen (Austra-lia-antigen) tisztításának egyszerűsített módszere.
Sólyom János: Tartós orális kálium-ter-helés módjainak és hatásának vizs-gálata patkányban.
Krizsa Ferenc, Buzás Edit, Rák Kál-mán: A thrombocytopoiesis vizsgálata radioaktív selenmehioninnal splen-ectomia után egérkísérletben.
Than Gábor, Csaba Imre, Karg Nor-bert: A sérumfehérjék minőségi ösz-szetételének tanulmányozása oestro-gen és gestagen kezelés alatt poly-acrylamidgél disc-elektroforézissel.
Boross Mária, Holló István: A nem hormonok hiányának hatása a kalci-tonin hypocalcaemia időbeéi alakulá-sára patkányban.
Nagy György, Kiss Attila, Jakó János, Léli Mária: Thrombocyta enzy-maktivitási vizsgálatok polycythaemia subra verás (PRV) és secundaer nye-lőfibrosisos betegeken.
Boján Ferenc, Bordás Lajos, Újhelyi

János, Mórlik József: Adatok az ózon-nal roncsolt 3,4-benzopyren biológiai hatásához.

Kisfalvi István: Insulinnal és Rastinon-nal végzett vizsgálatok nyombélfeké-lyes betegeken.
Anderlik Piroska, Szeri Ilona, Bános Zsuzsa, Radnai Béla: Lymphocytas choriomeningitis vírusfertőzésre adott cellularis immunreactio életkorral összefüggő változása eregekben.
Várhelyi Magdolna, Donhoffer Hilda: A húgysav fotometriás mérése Carroll módszerrel.
Csukás Zsuzsanna: Haemophilus tör-zsek gyors indol reakciója.
Könyvismertetés.

MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM

1974. 3. szám

Szerkesztőségi közlemény.
Balási Imre dr., Stützel Mária dr., Varsányi-Nagy Mária dr., Littmann László dr. és Láng István dr.: Isolált emberi zsírszövetek insulin-felvétele.
Korányi László dr., Gergely Anna dr., Halmos Tamás dr., Csizér Zoltán dr., Zsombok Margit, Péterfy Ferenc dr., Salamon Ferenc dr. és Takó József dr.: Az emberi glucagon és a keringő glucagon-ellenes antitestek meghatá-rozása radioimmun módszerekkel.
Tamás Gyula Jr. dr., Bekefi Dező dr., Baranyi Eva dr., Gaál Odón dr. és Med-gyesi György dr.: Insulin-kötő anties-tek és szénhidrát-anyagcsere diabeteses anyák gyermekeiben. I. Az Insulin-kötő antitestek vizsgálata.
Bekefi Dező dr., Tamás Gyula Jr. dr. és Molnár Mária dr.: Insulin-kötő anti-
testek és szénhidrát-anyagcsere diabe-teses anyák gyermekeiben. II. A gyer-mekek szénhidrát-anyagcserejének vizsgálata.
Forgács Sándor dr.: A gyomor-bérend-szer tónus- és motilitászavarai diabe-tes mellitusban.
Sztatóczky Ernő dr. és Csákvary Gá-bor dr.: A Prenylamin (Corontin) ha-tása a glucose felszívódására.

ORVOS ÉS TECHNIKA

1974. 4. szám

Somogyi Endre dr.—Irányi Jenő dr.—Harmat József—Porubszky Iván dr.: Az elektromos áram kardiologiai alkalmazásának veszélyei.
Iván Eva dr.—Tóth Ildikó dr.—Korona Árpád—Kollár Lajos dr.: Pyeloneph-ritiszes betegeknek végzett gyógyszer-hatékonyági vizsgálat eredményei adat-feldolgozási módszerrel és germpényei a Vác Városi Tanács Szőnyi Tibor Kór-házában.
Horváth Ferenc dr.: Az egészségügyi gép- és műszerellátottság információ-rendszerének néhány rendszerelmé-leti problémája.
Szentkláray János dr.: A haematologiai laboratórium automatizálásának lehe-tőségei. Franciaországi tapasztalatok.

EGÉSZSÉGÜGYI FELVILÁGOSÍTÁS

1974. 4. szám

Prof. Tarján Róbert dr.: Elavult és téves nézetek veszélyei táplálkozásunkban.
Tóth László dr.: A környezetvédelem közegészségügyi tényezői.
Illés György dr.: A településegészségügy és a vízgazdálkodás kapcsolatai.
Métneki János dr.: A környezetvédelem egészségnevelési feladatai.
Varga Sándor dr.: Magyar nyelvű egész-ségügyi felvilágosítás a jogszláviai Vajdaságban.
Vértes László dr.: Szívinfarctus és ét-rendi kezelés.
Takács Imre dr.—Dr. Takácsné, Katona Erzsébet dr.: Audiologiai gondozás be-vezetésének egészségnevelési tapaszta-latai a szegedi járásban.
Dr. Nikodemuszné, Magyarosi Ilona dr.—Nikodemusz István dr.: Klimati-kus és általános higiénés viszonyok Kubában.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1974. október 18. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	Mark Frey (Svájc): Az egyéni és kollektív Caries-prophylaxis gyakorlati alkalmazása.
1974. október 18. péntek	Heim Pál Gyermekkorház orvosi könyvtára VIII. Üllői út 86.	délután 2 óra	Heim Pál Gyermekkorház	1. Székessy Vilma, Hont Judit: Újszülöttkori convulsiók metabolicus alapon. 2. Vássonnyi Júlia, Soós Gábor: Csecsemőkori ólommérgezés. 3. Barb Edű, Marosi Anikó: Asphyxia neonatorum. 4. Sárkány Jenő: Az asphyxia fejlődéstani és kóreltani alapjai. 5. Balogh László: Beszámoló a Poissy-ban tartott családtervezési konferenciáról.
1974. október 18. péntek	Debrecen OTE Elméleti Tömb tanterme	délután 4 óra	Debreceni Orvos- tudományi Egyetem	1. Biró Zsigmond: A levegő egészségügyi helyzete Magyarországon, különös tekintettel a KÖJÁL-ok vizsgálati alapján. 2. Jakó János, Kiss Attila, Zayzon Réka: A praelenkémia kérdése az irodalom tükrében. 3. Mándi Barna, Glant Tibor: Különböző biológiailag aktív thymus preparátumok összehasonlító immunológiai és immunhisztokémiai vizsgálata. 4. Szöllösi Erzsébet, Jókai Márta, Jakucs Éva, Tumppek Judit: A gyermekek fejlődésének alakulása Debrecenben. 5. Puskás Ferenc, Makai Anikó: Diagnosztikus problémák a kisgyermekkor kronikus légúti-idegtesteknél.
1974. október 18. péntek	Semmelweis OTE II. Szemklinika tanterme VIII. Mária u. 36.	délután 5 óra	Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete, Ideg-Elme- orvosok Társasága, Idegsebészeti Társaság, Szenorvos Társaság Oto-Neuro-Ophthal- mológiai Sectió (ONO)	Téma: A szemizmok ép és kóros vezérlése. 1. Gabersek, V. (Párizs): Olvasni tanuló iskolás gyermekek optokinetikai vizsgálata (francia nyelven). 2. Tóth K. (Bpest): Tapasztalataink az alvás ideje alatt észlelt spontán szemmozgásokról. 3. Brasch A., Döme L. (Bpest): Tekintésbénulás esetében végzett alvás alatti szemmozgás regisztrálás. 4. Remenár L. (Bpest): Ép és kóros tekintéstípusok (film).
1974. október 19. szombat	Főv. Pszichoterápiás Módszertani Központ II. Palatinus u. 1.	dél-előtt 10 óra	Fővárosi Pszichoterá- piás Módszertani Központ	Pethe Katalin: A pszichoterápiás első interjú dinamikája és technikája.
1974. október 22. kedd	Miskolc Szentpéteri kapu, Megyei Vezető Kórház kulturterme	délután 2 óra	Borsod Megyei Vezető Kórház Tuda- mányos Bizottsága	Prof. Kádár Tibor: Kórházzociológia egyes kérdései (60 perc).
1974. október 22. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet nagyterme IX. Gyáli út 2–6. „A” épület	délután 2 óra	Országos Közegészség- ügyi Intézet	Meretei Klára: A gyermeküdtetés higiéniás problémái (továbbképző előadás).

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116–660

MNB egyszámúszám: 69.915.272–46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül, vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215.96162 pénzforgalmi jelzőszámára

Szerkesztőség: 1363 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



74.2930 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

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 -piperidinoethyl/-1,2,4-oxadiazol. hydrochlor. hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Bronchiális és pleurális eredetű köhögés csillapítása.

ELLENJAVALLATOK

Nagy váladékozással járó kórképekben és különösen postoperatív állapotokban (inhalációs narkózis után) ellenjavallt.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3–4-szer 1 tablettá, makacs esetben 2 tablettá.

Gyermekek szokásos adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb, általában naponta 3–4-szer $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ tablettá.

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 tablettá	11,- Ft
200 db à 0,1 g tablettá	93,- Ft

CHINOIN BUDAPEST

Izom-relaxans + analgeticum

Scutamil-C[®]

drázsé

150 mg carisoprodol + 100 mg paracetamol drázséként

Fájdalmas izom-spasmusszal járó állapotokban: rheumatoid arthritis, spondylosis, periarthritis humeroscapularis, neuritis n. ischiadici, neuralgiák, lumbago, arthrosisok, bursitis, postfracturás állapotok ún. rheumatologiai szaka, tumor, distorsio, subluxatio és luxatio által kiváltott izom-spasmusok, algopathiás reflex-dystrophiák, psychogen rheumatismus, torticollis, Little-kór, tetania, aktív és passzív torna- és mozgásgyakorlatok megkönnyítése.

Átlagos napi adagja felnőtteknek 3 × 1 drázsé, étkezés után.

Nagyobb adagok alkalmazása esetén ritkán álmoság, bágyadtság, gyengeség léphet fel, mely a gyógyszer adagjainak csökkentésére, ill. elhagyására megszűnik.

Gyermekeknek 3 éves kor alatt nem adható.

Járművezetők, veszélyes gépek mellett vagy épületen dolgozók nem szedhetik.

Ha tolyamatos szedése 10 napon túl is szükséges, vagy ha gyermek használja, ez csak orvosi ellenőrzés mellett történhet. Az alkohol hatását potenciálja.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!

20 drázsé 11,80 Ft

200 drázsé 100,- Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYSZETI GYÁR, BUDAPEST

OH

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

115. ÉVFOLYAM 42. SZÁM 2479–2532 OLDAL

BUDAPEST, 1974. OKTÓBER 20.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

MISCLERON kapszula

A Miscleron az esetek nagy részében csökkenti a vérlipidok – főleg a triglyceridek és cholesterolin – kórosan emelkedett szintjét.

Mivel hatását elsősorban az alacsony sűrűségű lipoproteinekre fejt ki, egyrészt elősegíti az atherosclerosisban kóros B/a lipoprotein arány normalizálását, másrészt a véralvadásban, ill. thrombusképződésben résztvevő tényezők (plasma fibrinogen, thrombocytá-tapadás, fibrinolitikus aktivitás) befolyásolásával a thrombosiskészséget csökkenti. Közvetlen szöveti hatását xanthomatosisban és diabeteses retinopathiában megfigyelt kedvező eredmények alátámasztják.

ÖSSZETÉTEL: Kapszulánként 250 mg Clofibratum (aethylum- α -(p-chlorphenoxy)-isobutyricum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Olyan betegségek, amelyekben a serumlipidek (cholesterin, trygliceridek) szintje kórosan megemelkedett. Ideértve elsősorban a következő betegségek hyperlipidaemiával járó eseteit: atherosclerosis (coronariasclerosis, cerebralis és peripheriás arteriosclerosis), arteriopathia diabetica, valamint essentialis (familiaris) hyperlipidaemia, továbbá a serumlipid szintjétől 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 nemkívánatos 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 serumlipidszint rendszeres (a beállítás után kb. 4 hét múlva, majd 2–3 havonkénti) ellenőrzése szükséges.

Az epeelválasztás zavaraiiban túlzott vérlipidszint-emelkedést okozhat, melyre a kezelésnél külön figyelmet kell fordítani.

CSOMAGOLÁS:

50 db à 0,25 g gyöngykapszula	31,80 Ft
250 db à 0,25 g gyöngykapszula	153,- Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére hypercholesterinaemiában és hyperglyceridaemiában szenvedő betegek xanthomatosisa esetén, idiopathiás familiaris hyperlipidaemiában, diabeteses betegek lipaemiás exsudatív retinopathiája esetén, infarctuson átesett hypercholesterinaemiás vagy hypertriglyceridaemiás betegek részére rendelhető, csakis fekvőbeteg-gyógyintézetben történt kivizsgálás és beállítás alapján.

A vényt két példányban („másolat”-tal) kell kiállítani.

A vényen fel kell tüntetni a javaslatot adó fekvőbeteg-gyógyintézetet és a javaslat keltét. A fekvőbeteg-gyógyintézet javaslata 6 hónapig érvényes. A gyógyszer további rendelése csakis újabb fekvőbeteg-gyógyintézeti vizsgálat és javaslat alapján történhet.

CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára

Budapest, IV. Tó utca 1–5.

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.

*

115. ÉVFOLYAM

*

42. SZÁM

*

1974. OKTÓBER 20.

TARTALOMJEGYZÉK

Marosi Zsuzsa dr.:
Diffúz intravascularis coagulatio 2471

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Lajos László dr., Szabó Tibor dr.,
Vereczkey Gábor dr., Kereszti József dr.
és Karg Norbert dr.:
Az adenohipophysis funkcióváltozása
és a choriongonadotropin (HCG) szintézis
normális és koraszülésekben 2475

A REHABILITÁCIÓ KÉRDÉSEI

Ungár Imre dr. és Nyárády Iván dr.:
Tüdőrák miatt operált betegek rehabilitációja 2478

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Korányi György dr. és Kovács Judit dr.:
Ikertransfúziós syndroma 2484

ÚJ GYÓGYSZEREK, ÚJ GYÓGYMÓDOK

Tóth Sándor dr., Faredin Imre dr.,
Soltysiak Janina dr. és László Ferenc dr.:
Cyproteronacetát alkalmazása
C-21-hydroxylase defektus okozta
adrenogenitalis syndromás betegekben 2487

ÚJABB DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK

Szöke Béla dr. és Kiss Dezső dr.:
Az ultrahang echo „A” képeljárás
alkalmazása a nőgyógyászati diagnosztikában 2493

RITKA KÓRKÉPEK

Gyódi Gyula dr., Juhász É. Katalin dr.
és Wilhelm Ottó dr.:
Bartter-syndroma 8 éves gyermekben 2497

KAZUISZTIKA

ifj. Bak Mihály dr. és Erdős Melinda dr.:
A gége verrucosus carcinomája 2501

HORUS

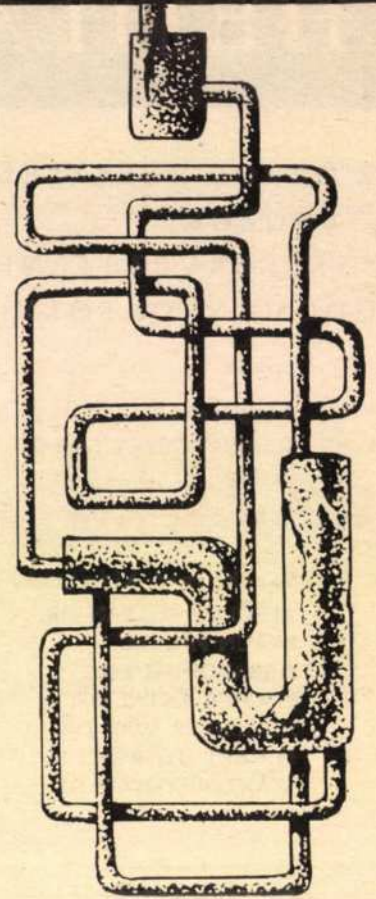
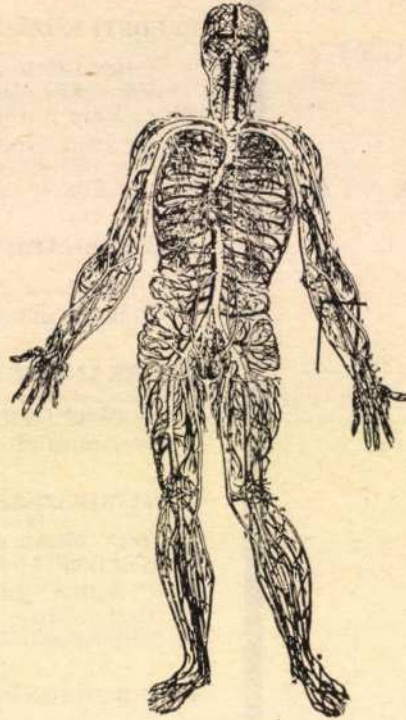
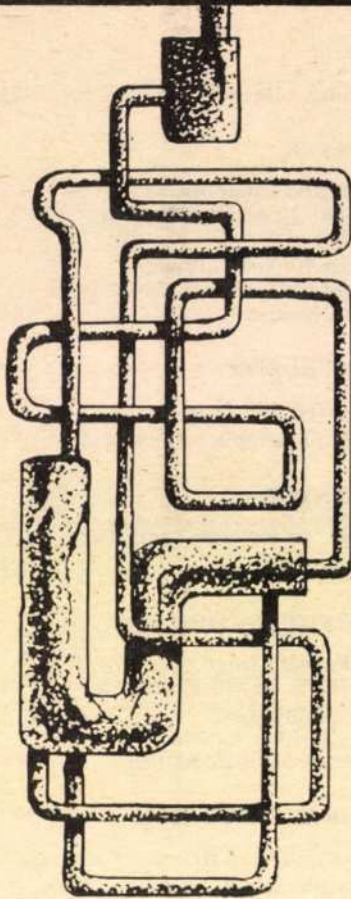
Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Száz év a pesti „domus medica”-ban 2505
A TMB hírei 2513
Elhalálások 2513

Folyóiratreferátumok 2515
Hírek 2529
Pályázati hirdetések 2530
Megjelent 2531
Előadások, ülések 2532

STUGERON

tabletta



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnariziumot tartalmaz.

HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradykinin, nicotin) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában.

A Stugeron ezen felül fokozza az ereken átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labyrinthus ingerlékenységét.

JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-syndroma, diabetes, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paresthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ELLENJAVALLAT

Ez ideig nem ismeretes.

ADAGOLÁS

Naponta 3×1 vagy 3×2 tablettát hónapokon keresztül, rendszeresen. Erzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi 3×1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS

Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebro-cranialis sérülések utókezelésére fekvőbeteg-gyógyintézetek javaslatára rendelhető. Egyéb agyér-megbetegedésben és a perifériás erek megbetegedéseiben szakrendelések rendelhetik, illetőleg javaslatukra rendelhető.

CSOMAGOLÁS

50 tablettát 26,90 Ft
200 tablettát 98,70 Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Diffúz intravascularis coagulatio

Marosi Zsuzsa dr.

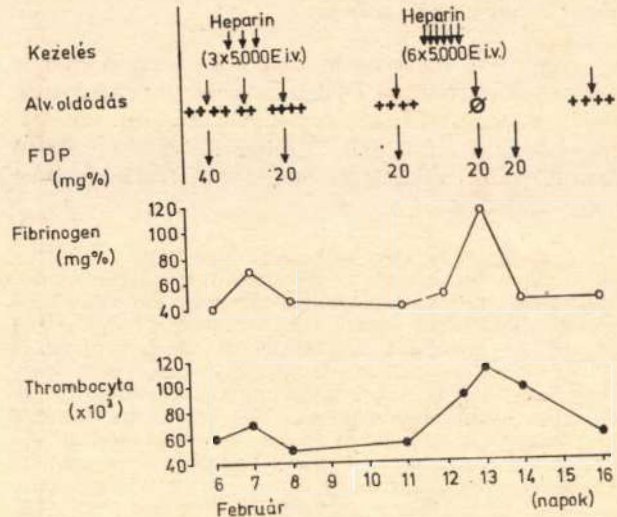
A haemostasis szerzett zavarai között a klinikusok érdeklődése és az állapot klinikai jelentősége szempontjából messze az első az a tünetcsoport, melyet legelterjedtebben diffúz (vagy disseminált) intravascularis coagulatióknak vagy röviden DIC-nek neveznek. Az elnevezést a Nemzetközi Thrombosis és Haemostasis Társaságnak a kérdéssel foglalkozó bizottsága a legutóbbi kongresszuson (Bécs, 1973) is kritikával illette ugyan, de a „defibrinatio” és a „consumptio coagulopathia” használatával szemben a DIC mellett foglalt állást, s ennek alkalmazását javasolta. Ugyanez a bizottság az állapotot így definiálta: a klinikai szindrómák azon szelektív csoportja, melyet a fibrinogen derivatumoknak excessiv vagy kóros képződése kísér, rendszeren gyorsult proteolysis következményeképpen. A meghatározás vitathatatlanul kompetens szakemberek közös álláspontját tükrözi, helyességéhez ma alig férhet kétség. A kevésbé hozzáértő talán túlságosan óvatosnak tartja, s úgy érezheti, hogy ez a definitio az elsődleges fibrinolysis-fokozódás okozta tünetcsoportra is érvényes. Ezért nem felesleges a DIC korábbi, de máig is helytálló körvonalazása: a haemostasis szerzett zavara, mely bizonyos betegségek során vagy pathológiás történések következtében lép fel; nem primaer betegség, hanem válasz bizonyos stimulusokra, s maga is felelős kóros szöveti elváltozásokért; betegségközvetítő folyamat („intermediary mechanism of disease”, ahogyan McKay írta), mely az alapbetegség mellett nagyban hozzájárulhat a klinikai kép és a prognózis meghatározásához. Lényege az alvadásrendszer érpályán belüli aktiválódása, mely egyrészt intravascularis fibrin-depositióhoz, thrombus-képződéshez, gyakran szövet-necrosisokhoz, másrészt az alvadástenyvezők és a thrombocyták felhasználásához vezet; ha a „consumptio” üteme meghaladja a productio ütemét, s az alvadásfaktorok, valamint a thrombocyták szintje a haemostatikus működésekhez elégtelenné válik, vérzések lépnek fel. A klinikai tünetek meghatározója a DIC foka, időbeli lefolyása, a másodlagos fibrinolysis hatékonysága, s maga az alapbetegség. Súlyos formája életveszélyt jelent, gyors felismerése és adeaquat kezelése döntő jelentőségű.

Az alábbiakban három esetünk rövid ismertetésével főleg a diagnosztikus és a therapiás lehetőségekre kívánjuk felhívni a figyelmet.

Esetismertetés

1. sz. eset. 88 éves férfi, ki korához képest jó testi és szellemi állapotban volt, lakásán bekövetkezett bal-

eset (esés) következtében az orrgyökön kis sérülést szenvedett. Az apró sebzésből származó vérzés lokális eszközökkel napok alatt sem volt csillapítható, illetve megszüntethető. Évekkel korábban prostata carcinoma állapították meg, emiatt hormonkezelésben részesült. Az elmúlt évben myocardialis infarctusa volt, következményes ritmuszavar miatt pacemakert ültettek be, mely zavartalanul működött. A szokatlan fokú vérzés — és a már korábban jelentkező kisebb-nagyobb haematoma — vérékenységére, a prostata carcinoma ismeretében DIC-re hívta fel a figyelmet; a vizsgálatok ezt igazolták, de szokatlan adatokkal is szolgáltak.



W. J., 88 éves férfi, dg.: prostata carcinoma.
A fontosabb haemostasis-teszt eredményének változása a heparin kezelés hatására

Fontosabb laboratóriumi adatait ábrában foglaltuk össze (lásd ábra). A 60 000-es thrombocytaszám, a 40 mg⁰/₁₀₀-os fibrinogenszint, a megnyúlt prothrombin- és partialis thromboplastin- idő, a hosszabb thrombin- idő kezdettől DIC mellett szólt. Feltűnő volt, hogy az alvadék a natív vérben 15–20 perc alatt teljesen feloldódott. A plasmából végzett ethanol-gelatiós teszt negatív volt, a serum nagy mennyiségű fibrinogen/fibrin degradációs termék (FDP) tartalmazott (immun-diffúziós módszerrel meghatárova). Az előbbi próba a plasma fibrin-monomer tartalmát jelzi, a negatív eredmény az alvadék gyors oldódásával együtt a primaer fibrinolysis lehetőségét vethette fel. A sok serum FDP is a jelentős fibrinolysis mellett szól. Ugyanakkor a thrombocyt- és fibrinogen-csökkenés és az alvadás-teszt eredménye nem volt magyarázható kizárólagos fibrinolysis-fokozódással.

Heparint adtunk, mire az orrgyökön levő sebből a vérzés megszűnt. A thrombocytaszint kismértékben, a fibrinogen szintje jelentősen nőtt, az alvadék- oldódás ideje megnyúlt. A kezelés elhagyásakor a vérzés nem indult újra, de a laboratóriumi eltérések ismét kifejezettebbek lettek.

Haematomákon és a vérvételek helye körüli bevézéseken kívül napokig nem észleltünk rendellenességet, a beteg általános állapota kielégítő volt. A DIC és a hyperfibrinolysis közötti biztos differenciálás érdekében ismét heparint adtunk, másfél napon át, hatszor 5000 E mennyiségben. A változást az ábra jól tükrözi. A thrombocytaszint 110 000-re, a fibrinogené 115 mg⁰/₁₀₀-ra nőtt. A natív vér alvadéka órák alatt sem oldódott. Az ún. procoagulansok szintje (a prothrombin- és a partialis thromboplastin- idő, valamint a thrombintitrálás eredményeiből következtetve) emelkedett. A serum FDP mennyisége lényegesen nem változott.

Az „ex jüvantibus” heparin terapia újlag azt látszott bizonyítani, hogy a haemostasis-zavar lényege a DIC, melyben szokatlanul nagyfokú a másodlagos

fibrinolysis. A heparin nemcsak az alvadástényezők és a thrombocyták felhasználását, hanem a fibrinolysist is gátolni volt képes. Az utóbbira főleg az alvadék megfigyeléséből következtethettünk, az FDP csökkenése bizonyára csak később következett volna be.

Tervünk az volt, hogy a heparin + EACA kombinált kezelés hatásának vizsgálata után — kedvező eredmény esetén — tartós medicatiót kísérelünk meg orális anticoagulans és Acepramin együttes adagolásával. Néhány napos therapia-szünet és jó klinikai állapot után azonban egy vérnyomás-emelkedéssel járó rosszullétet követően a beteg állapota gyorsan hanyatlani kezdett, s intracerebralis vérzés következtében meghalt. A sectio prostata carcinomát igazolt, a háti csigolyákban áttétek voltak.

Epicrisis: metastatikus prostata carcinomához csatlakozó chronikus DIC, szokatlan mértékű másodlagos fibrinolysissal. A heparin kezelés ismételen kedvező hatású volt. A szokottól részben eltérő laboratóriumi adatok a nagyfokú fibrinolysissal magyarázhatók.

2. sz. eset. 17 éves leányanya negyedik vagy ötödik hónapos terhességét nőgyógyászati osztályon az ún. sófeltöltéses módszerrel szakították meg. Percutan amniocentesissal véres magzatvizet nyertek, s helyébe 100 ml 20%-os sóoldatot fecskendeztek. A beavatkozást követő időszakban kisebb temperatura-emelkedést észleltek, az abortus a harmadik napon következett be. Műszeres befejezést végeztek. Két órával az abortus után nagyfokú méhvérzés indult. A vénás vérben alvadék nem képződött. A bőrön purpurák és haematomák jelentek meg. 6,0 g fibrinogen és 4,0 g EACA iv. adása után a beteg nagymértékben cyanotikussá és dyspnoéssá vált, keringése kezdetben átmenetileg, később tartósan romlott. A méhvérzés fokozatosan megszűnt. Az eredmény „biztosítására” néhány órával az első injectio után újabb 4,0 g EACA-t kapott.

Tizenkét órával az abortus után a plasma fibrinogen-szint 70 mg⁰/₀, a serum FDP 16 mg⁰/₀ feletti. Vérkenetben kielégítő számú thrombocyta látható. Az ethanol gelatiós teszt enyhén pozitív.

A keringés romlik, steroid és noradrenalin adásával sem akadályozható meg a tensio csökkenése. Akralisan, legkifejezettebben az orron és az amniocentesisnek megfelelően a hasfalán necrosisok alakultak ki; anuriás, a rekapitulálva a belgyógyász konziliárius véleménye szerint a sófeltöltéssel indukált septicus abortust követő DIC + másodlagos fibrinolysis lehetett felelős a rendellenes vérzésért; a fibrinogen-substitutio és az ismételt fibrinolysis-gátló kezelés bizonyára hozzájárult a szokatlan mértékű intravascularis thrombotikus folyamat gyors kialakulásához. Ennek következményei lehetnek az akralisan észlelt necrosisok és feltehetően a vesekéreg-necrosis, illetve klinikailag az irreversibilisnek látszó shock. A konventionális szerek inkább rontani látszottak a beteg állapotát. Thrombolytikus kezelést javasoltunk, 16 órával az abortus lezajlása után. Az első négy órában 1,0 M E-et, majd 36 órán át összmennyiségben 3,75 M E Streptaset kapott iv. csepp-infúzióban. Állapota az infúziós kezelés második napján, illetve a befejezés után javult értékelhetően, keringése jobb lett, diuresis megindult, a bőrjelenségek is reverzibilisnek mutatkoztak. Haemostatikus parameterei normalizálódtak. Még azotaemiás, hypostenuriás s a jobb alsó végtag thrombosisa, majd lázas bronchopneumonia (vagy infarctus-pneumonia) okozott tennivalót. Veseműködése lassan helyreállt, de még egy szövődmény, a heveny bakteriális endocarditis tartította a képet. Egy aránylag enyhe vitium árán ez is gyógyult, s a beteg állapota lassan rendeződött.

Epicrisis: sófeltöltéses terhességmegszakítást követő DIC, melyet vérzések, thrombosisok-necrosisok, valamint shock-állapot jellemeztek. A súlyos

klinikai állapot therapiásan nem vagy alig volt befolyásolható. A DIC következményei között bizonyos idő után nem a haemostatikus tényezők consumptiója és a vérzékenység, hanem a szövetkárosodás, a veseelégtelenség (vesekéreg-ischaemia valószínűleg) és a shock állt előtérben. A heparin nem látszott ez esetben elégséges és megfelelő szernek a mikrocirculációs zavar megszüntetésére, hatást inkább a thrombolytikus kezeléstől várhatunk. A Streptase kezelés után regressio, majd a vitiumtól eltekintve, gyógyulás következett.

Maga a sófeltöltés is indukálhat haemostasis-zavart, ebben az esetben mégis a fertőzés (septikus abortus) és a therapia együttesen alakíthatják ki a szokatlan lefolyású heveny DIC képét. A kompenzáló másodlagos fibrinolysis elégtelen volta vezethetett necrosisokhoz. Az előrehaladott shock-állapot és lényegében valamennyi eltérés reversibilisnek bizonyult.

3. sz. eset. 70 éves nőbeteg lényeges előzmény nélkül hasi panaszok, előtérben álló hasi fájdalom miatt került klinikai felvételre. Adatai, elsősorban az enzim-vizsgálatok eredménye heveny pancreatitis mellett szóltak. A szokásos ellátás mellett, észlelésének nyolcadik napján profúz hasmenés lépett fel, székletéből Staphylococcus aureus tenyésztett. Negyvennyolc óra múlva shock-állapot alakult ki, bőr- és nyálkahártya-(elsősorban szájnálkahártya-) vérzések, melaena kíséretében. Thrombocyta-száma ekkor 50 000, a plasma fibrinogen-szint 10 mg⁰/₀, a prothrombin- és a partialis thromboplastin-idő megnyúlt. A serum FDP-szintje 1,25 mg⁰/₀. A protamin precipitációs teszt enyhén pozitív. Heparin kezelést kezdtünk (három napon át hatóránként 5000 E iv.). Két nappal a kezelés bevezetése után fibrinogen-szintje 230 mg⁰/₀, a prothrombin-idő közel normális, thrombocyta-szám 80 000. Általános állapota átmenetileg javult (keringése rendeződött, hasmenése megszűnt), de azotaemiája nem csökkent, sőt fokozódott, s felvétele után három héttel uraemiás állapotban meghalt. A sectio haemorrhagiás pancreatitist (pancreasnecrosist) igazolt.

Epicrisis: heveny pancreatitishez társult DIC. A betegség kimenetelét az irreversibilis vesekárosodáson keresztül valószínűleg döntően befolyásoló DIC a shock-készséggel járó pancreatitisnek, de a staphylococcus enterocolitisnek is szövődménye lehetett. A DIC diagnosa és a kezelés megválasztása ez esetben nem okozott nehézséget, a heparin kezelés a laboratóriumi parametereket egyértelműen javította. A DIC szerepe a komplex klinikai kép kialakulásában nem ismert, de a prognosist meghatározásában döntő lehetett.

Megbeszélés

A DIC három esetét ismertettük röviden. Az első a DIC-nek egy chronikus formája, mely a primaer hyperfibrinolysistól való elkülönítés szükségességére és nehézségeire szolgáltat példát. A második egy acut DIC, abortus szövődménye, a klaszikus nőgyógyászati DIC-esetek példája. Nem a diagnosztikus feladat, hanem a therapia volt ez esetben a szokottól eltérő, amennyiben az adott situatio a thrombolytikus kezelést indokolta és annak hasznát — valószínűleg — igazolta. A harmadik a belgyógyászati DIC aránylag gyakori — vagy nem túlságosan ritka — példája, ahol a haemostasis hevenyen fellépő és súlyos zavara a heveny

pancreatitis egyébként sem jó prognózisát tovább ronthatta.

A DIC-ről jó néhány munka olvasható az elmúlt évek hazai irodalmában, ezek kitűnően tájékoztatnak a syndroma számos vonatkozásáról (1—4). A külföldi literatúrában különösen nagyszámú az informatív, összefoglaló jellegű közlés, ezek közül is csak néhányat említünk (5—9). A pathogenesis komplex kérdését itt nem érintve, a diagnosztikus eszközökről és a kezelés módjairól, tehát a DIC legfontosabbnak vélt gyakorlati kérdéseiről szeretnénk rövid összefoglalást adni.

A klinikai kép felveti és a laboratórium valószínűsíti vagy biztosítja a DIC diagnózisát. Minél hevenyebben alakul ki a tünetcsoport, annál markánsabbak mind a klinikai, mind a laboratóriumi eltérések. Ilyenkor néhány aránylag egyszerű teszt kielégítően informál. Az enyhe fokú („low grade”) coagulopathiában már nagyobb számú és érzékenyebb, kevesebb helyen hozzáférhető módszerek szükségesek. A heveny és/vagy súlyos DIC diagnosztikájában alkalmazható módszerek a következők:

A *thrombocyta-szám* meghatározás megbízható direkt módszerrel az egyik legfontosabb teszt, mert a DIC-ben mindig thrombocytopenia van. Mértéke nem feltétlenül arányos a DIC súlyosságával, hiszen az a *productio* és a *destructio* viszonyától függ. Festett vérkenetben a nagy thrombocyták fokozott *productio*t jelentenek. A vörösvértestek is gyakran kórosak DIC-ben, fragmentáltak lehetnek, olyanok, mint a mikroangiopathiás haemolysisben. Az intravasculáris fibrin-hálón áthaladó vörösvértestek megváltoztatják alakjukat, erre kísérletes bizonyíték is van.

A *prothrombin-idő* megnyúlt, az V. és a II. (prothrombin), illetve a X. faktor szintcsökkenése miatt. Eredményezheti a jelentős fibrinogen-szintcsökkenés is.

A *partialis thromboplastin idő* is hosszabb, az V. és a VIII., máskor a II. és a X. faktor megfogyása vagy ugyancsak a fibrinogenopenia miatt.

A *thrombin-idő* legtöbbször megnyúlt. Oka lehet a fibrinogen-csökkenés és az FDP-szaporulat.

A *fibrinogen* mennyiségi meghatározása fontos. Az aktuális fibrinogen-szint ismerete ugyan kevesebbet mond, mint a fibrinogen-turnover adatai, de az utóbbi kevés laboratóriumban vizsgálható. Fontos a fibrinogen-mérés módja, az alvasztható protein mennyisége a fontos (biológiai módszerek előnye a kémiai eljárással szemben). Az immunológiai módszerek nem alkalmasak.

Ha az említett ötféle vizsgálat eredményében nincs eltérés, a DIC a legnagyobb valószínűséggel kizárható. Ha csak kismértékű, s nem egyértelmű a defectus, néhány *alvadástényező* szintjének a meghatározása (II., V. és VIII. faktorok) segíthet. A *consumptio* rendszeren e faktorok szintjét is érinti. Fontosabb ezeknél, de rendszeren időigényesebb is, az *FDP* vizsgálata a serumból. Ha az *FDP* szintje bizonyos megengedett minimális értéket (0,5, legfeljebb 1,0 mg%) meghalad, fibrinolysisre gondolhatunk. Ez leggyakrabban DIC-ben fordul elő, másodlagosan. Sok serum *FDP* tehát a gyakorlatban DIC-t jelent. A *primaer fibrinolysis-fokozódás* is

természetesen sok serum-*FDP*-t eredményez, ez az állapot azonban összehasonlíthatatlanul ritkább. Vizsgálata immunológiai módszerekkel történik: az immunoelektrophoresisnál érzékenyebb módszer az immundiffusio (magunk is ezt használjuk, az *Ouchterlony-féle* módszert, *Lázár* módosításában), s annál is érzékenyebb a vörösvértest-agglutináció vizsgálata alapuló eljárás (*Merskey*). E többé-kevésbé időigényes módszereknél sokkal egyszerűbb és gyors eredményt ad az újabban rendelkezésre álló gyors latex-teszt, a *Thrombo-Wellco*-test (*Wellcome*). Az *ethanol gelatiós* teszt (10) és a *protamin precipitációs* teszt (11) a plasma fibrinmonomerjét jelzi, DIC-ben ezek rendszeren pozitívak. A serum valamennyi fibrinogen-szerű antigénjének a gyors meghatározására újabban ajánlottak gyors immunoelektrophoresis módszert (12). A fibrinolysis mérése (euglobulin lysis idő, alvadékmegfigyelés, plasminogen-meghatározás) említhető még. A gyakorlatban sor kerülhet a heparin „*ex juvantibus*” adagolására: a thrombocyta-szintnek és az alvadástényező szintjének az emelkedése DIC mellett szól.

A felsorolt módszerek lehetővé teszik a DIC-nek, a *primaer hyperfibrinolysis*nek és a sok tekintetben e két állapothoz hasonló eltéréseket produkáló májbetegségeknek a differenciálását is.

A DIC diagnosztikájának felállítására az esetek többségében egyet jelent a DIC-nek és a talált eltéréseknek megfelelő kezelés bevezetésével. Nem felejtethetjük, hogy az első és legfontosabb teendő mégis az *alapbetegség* kezelése, ha erre mód van. Antibiotikum adása, a shock-ellenes beavatkozás, a pH és elektrolitzavar rendezése, esetleges műtéti megoldás elsőrendű fontosságú lehet.

A *heparin*adás kérdése merül fel mindjárt ezután. E legpotensebb alvadástényező anyag, melynek vénás bevétele prompt felfüggeszti az alvadásfolyamatot, bizonyítottan a leghatékonyabb eszköze a DIC-therapiának. Igazolt DIC-ben, sőt komoly gyanú esetén is sor kerülhet adására, mindig klinikai ellenőrzés mellett. Akkor nehéz a kezelés indiciója, ha valamely forrásból a beteg aktuálisan jelentősen vérzik, vagy műtét után van. A heparin ilyenkor katasztrofális vérzést indukálhat, s esetleg a kötelezően kéznél levő antidotum, a *protaminsulfat* sem segít. A tapasztalat és a klinikai *judicium* dönt a határesetekben. A heparin effektusa a sorozatos thrombocyta-számolással mérhető legkönnyebben. A kumarin készítmények legfeljebb *chronikus* formában jöhetnek szóba. Ha *vértrombolin* (fibrinogen, plasma-faktorok) adására — ritkán — sor kerül, egyidejű heparinadás kötelező. Ugyanez vonatkozik a *fibrinolysis-gátlóra* (EACA) is. Ez utóbbi önmagában csak a nagyon-nagyon ritka *primaer hyperfibrinolysis*ben adagolható. (A fibrinogen- és az EACA-kezelés kedvezőtlen hatására a másodiknak bemutatott esetünk a példa!)

Az utóbbi néhány évben egyre többen próbálkoztak a *thrombolitikus* kezeléssel. Nagyfokú fibrin-depositio (vese!), elégtelen (vagy gátolt) másodlagos fibrinolysis eseteiben a heparinkezelés hatástalan maradhat. Főleg a shockhoz vezető DIC esetekben (de olykor a DIC syndromát eredményező

shockban is!) joggal merül fel a thrombolytikus kezelés igénye. A kérdés irodalma egyre nagyobb teret szentel e kezelésmódnak (13—16). Bizonyos, hogy a DIC Streptase-kezelése különös figyelmet és körültekintést igényel.

Összefoglalás. A diffúz intravascularis coagulatio három tanulságos esetét ismertettük. Tárgyalják a diagnoszt biztosító eljárásokat és a mai kezelésmód főbb szempontjait.

IRODALOM: 1. *Boros M.*: Orv. Hetil. 1968, 109, 1071. — 2. *Sas G.*: Orvostudomány. 1968, 43, 210. — 3. *Mód A.* és *Králl G.*: Transfusio. 1972, 6, 120. — 4. *Forgács J.*: Orvostudomány. 1972, 47, 294. — 5. *Deykin, D.*: New

Engl. J. Med. 1970, 283, 636. — 6. *Merskey, C.* és *mtsai*: Brit. J. Haemat. 1967, 13, 528. — 7. *Merskey C.*: Brit. J. Haemat. 1968, 15, 523. — 8. *Lasch, H. G.* és *mtsai*: Dtsch. med. Wschr. 1971, 96, 715. — 9. *Karpatkin, M.*: Pediat. Clin. North Amer. 1971, 18, 23. — 10. *Kierulf, P.* és *Godal, Ch.*: Acta med. scand. 1971, 190, 185. — 11. *Niewiarowski, S.* és *Gurewich, V.*: J. Lab. clin. Med. 1971, 77, 665. — 12. *Rabaa, M. S., Bernier, G. M.* és *Ratnoff, O. D.*: J. Lab. clin. Med. 1973, 81, 476. — 13. *Ludwig, H.*: Gynaecologia. 1968, 166, 20. — 14. *Steichele, D. F.*: Therapiewoche. 1969, 16, 765. — 15. *Lasch, H. G.*: XIII. Intern. Congress Hematology, Munich (1970), Plenary Sessions, Scientific Contributions, pp. 121. — 16. *Broersma, R. J.*: Thrombolytic Therapy, Trans. 19th Sympos. Blood, Detroit 1971, F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart—New York, 1971, pp. 255.

Sandosten® DRAZSÉ

antihistaminicum
antiallergicum

Thenalidinum tartaricum 25 mg drazsénként.

Hatás

Erős permeabilitásgátló, viszketéscsillapító, anticholinerg és serotonin-antagonista hatású antihistaminicum. Egyértelműen javítja az allergiás folyamatoknál meglévő, néha tűrhetetlen fokú viszketést.

Csökkenti az erek permeabilitását, ezzel az oedemaképződést megszünteti. Az eddig ismert és alkalmazott antihistaminokkal szemben csekély centrális hatása van, allergizáló hatása nincs. Toxicitása csekély.

Indicatio

- Akut allergiás folyamatok: urticaria, Quincke-oedema, szénanátha, gyógyszer-túlérzékenység, allergiás eredetű asthma bronchiale.
- Eczema
- Rovarsípés
- Allergiás, essentialis és symptomaticus pruritus.

A feltüntetett indikációs területeken a tüneteket nagyrészt a felszabaduló histamin vagy a szervezetbe jutó histamin-szerű anyagok okozzák. Ennek eredménye capillaris permeabilitás fokozódás, a respiratoricus és digestiv tractus simaizmainak görcse, a bőrön fájdalmas duzzanat és erős viszketés.

Adagolás

Átlagos adagja felnőtteknek — tartós kezelés esetén is — naponta 3×1-2 drazsé. Súlyos esetekben napi 4×2 drazsé.

Mellékhatás: Súlyosabb esetekben alkalmazott magasabb dózisoknál múló fáradtságérzés léphet fel.

Figyelmeztetés: Fenntartó kezelés a beteg egyéni érzékenysége szerint történjék. Járművezetők, gépeken, magas munkahelyeken dolgozók ne használják. Altatókkal lehetőleg ne kombináljuk.

Megjegyzés

+ SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás: 20 drazsé 16,— Ft Lejárát: 5 év



2474



Alkaloida Vegészeti Gyár

Sandoz A. G. licenc alapján



Pécsi Orvostudományi Egyetem,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Lajos László dr.)

Az adenohipophysis funkcióváltozása és a choriongonadotropin (HCG) szintézis normális és koraszülésekben

Lajos László dr., Szabó Tibor dr.,
Vereczkey Gábor dr., Kereszti József dr.
és Karg Norbert dr.

A hypophysaer eredetű placentotropin (PCTH) mind szélesebb körű biológiai és klinikai vizsgálata során egyik utóbbi tanulmányunkban foglalkoztunk azzal a kérdéssel is, miként alakul a HCG szintézisét stimuláló PCTH koncentrációja a terminusban megindult szülés egyes fázisaiban (1). Annál inkább érdekesnek tartottuk ennek beható elemzését, mert normál kiviselt magzatok megszületése után — régebbi kísérletsorozatunkban (2) — az anya vénás szérumban, valamint a kiviselt újszülött véna umbilicalisában a PCTH koncentrációját megegyezőnek és feltűnően magasnak, 1000 ml-re számítva legalább 200 TE-nek (trophoblast egység) találtuk. Holott fiziológias terhesség végén, az anyai vérben keringő és a vizeletben kiválasztott trophormon mennyisége az említett értéknek $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ -ét alig éri el. Az utóbbihoz képest a viszonylag rövid ideig tartó szülés folyamán igen jelentős mennyiségű különbséget demonstráló adatok szükségessé tették két kérdés eldöntését: 1. a vajúdas melyik periódusában és mennyi ideig tart a PCTH koncentrációjának emelkedése; 2. a trophormon intenzív szintézise gyakorol-e befolyást a placenta HCG termelésére.

Tisztázásukra 20 normális, kizárólag kiviselt terhességet követő szülés folyamán quantitativ PCTH és HCG meghatározásokat végeztünk az anya vénás szérumban, éspedig a szülés megindulását követően (I), a fej megmutatkozásakor (II) és közvetlenül a magzat megszületése után (III). E vizsgálatok során minden egyes esetben, a két hormon excretiója szempontjából, jellegzetes és azonos dinamikai változásokat észleltünk — legtöbbször percek leforgása alatt — a szülés egy-mást követő fázisaiban. Eredményeinkből megállapít-

hattuk: a szülés megindulása után 5 ml anyai szérumban PCTH koncentrációja 1 TE-nek (trophoblast egység) töredékét tartalmazza (I), ugyanis a PCTH stimulatív effektusa a HCG szintézisére, a kontroll trophoblasthoz képest csak minimális mértékben növekedett (12%). Átlagban négy órával később, a fej mutatkozásakor (II), a trophormon mennyisége már háromszorosára emelkedett (34% = 0,5 TE). Majd közvetlenül a magzat megszületésekor (III), vagyis az előző vérvétel után pár perccel később, koncentrációja meglepő mértékben — eddigi vizsgálatainkban még nem tapasztalt rövid idő alatt — tovább fokozódott (65%) és minden egyes esetben 5 ml szérumban már 1 TE-t titrálunk, vagyis 1000 ml-re vonatkoztatva 200 TE-t, tehát ugyanannyit, mint annak idején az anyai és a köldökzsinór vénás szérumban (2). A drámai gyorsasággal emelkedő jelentős hormonszaporulat ekkor meghaladta a terheség 60—80. napja között megfigyelt, és a normál graviditás egész tartamára jellemző legmagasabb szintet (100—150 TE PCTH).

A HCG mennyisége a szülés megindulásától (I) a fej mutatkozásáig nem változott (II), ellenben a magzat megszületése után (III), az anyai szérumban legmagasabb PCTH tartalmával egy időben, mind a 20 esetben 20%-kal növekedett.

Eredményeink kiértékelésekor fejtegetéseinket azzal a feltételezéssel zártuk, hogy a PCTH percek alatt megkétszereződő és a csúcsértéket elérő koncentrációja még további hatást gyakorolhat a placentaris szak HCG szintézisére.

Anyag és módszer

Jelenlegi vizsgálatainkban az említett hypothesis megerősítésén kívül még 20 koraszülésben is vizsgáltuk a PCTH és HCG kiválasztásának mennyiségi viszonyait — a már ismertetett fázisokban —, és azokat összevetettük a kiviselt újszülöttek eseteiben szerzett eredményekkel.

1. Első feladatunkat tehát vizsgálataink kiterjesztése képezte, a terminusban megindult szülések lépényi szakára. Régebbi anyagunkat (1) ezért kiegészítettük újabb 20 kiviselt terhességet követő szülés idevágó adataival. Az anya véna cubitalisából nyert szérumban meghatároztuk ezért a két hormon koncentrációját közvetlenül a magzat megszületése (III) és a lépény leválása után (IV). Az utóbbi vérvételt akkor eszközöltük, amikor külső vizsgálattal már megállapítható volt a placenta leválása. Spontán távozására ekkor már nem vártunk, hanem külső műfogással távolítottuk el. Kiderült, ugyanis, ha a placenta ilyenkor nem hagyja el azonnal a szülőcsatornát, hanem egy ideig még visszamarad, a HCG értéke a reálisnál alacsonyabbá válik. Az anyai szervezettől szeparálódott lépény ugyanis már nem juttathat az anyai keringésbe további HCG-t, de a PCTH stimulatív hatása sem érvényesülhet a levált placentára. A szérumban choriongonadotropin koncentrációjának csökkenését, megkétszerezve távozó lépény esetében, funkcionális szempontból az említett alapvető faktorok kiesésével magyarázzuk.

2. Húsz koraszülésnél is vizsgáltuk négy-négy vérmintában ugyanezen mutatókat. Csak azok kerültek e csoportba, akiknek az utolsó normálisan jelentkező menstruációját megbízhatóan sikerült tisztáznunk. Nem szerepelnek ezért köztük bizonytalan adatokat szolgáltató vajúdok, továbbá kiviselt vagy kora dysmaturusok. A koraszülöttség kritériumait a nemzetközi megállapodás alapján határoztuk meg. Feltételei: a gestatio tartama 28—36 hét, és emellett a koraszülöttség jelei megállapíthatók. Lubchenco score-ja szerint (3) a következő paramétereket vizsgáltuk: súly, hossz, biparietalis átmérő, vernix mennyisége, neurológiai tünetek, emlő állománya, herék, ill. a nagyajkak helyzete, talpi barázdá, haj, lanugo stb.

A PCTH quantitativ meghatározását előzetesen már több tanulmányban ismertettük (4). A vizsgálat anyagát szolgáltató 5 ml anyai szérumokat kiegészítettük 15 ml ringerral és így minden esetben pH 7,3-re beál-

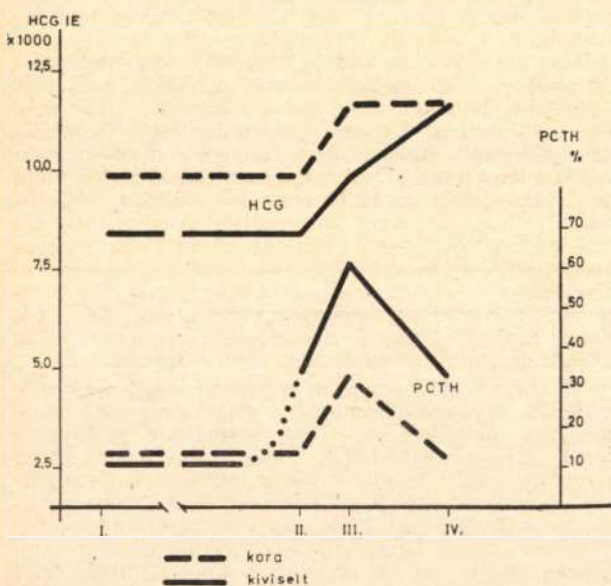
lított 20 ml folyadék-volumenben inkubáltunk 1–1 g trophoblastot 1 órán át, majd a médium és a kora lepény együttes HCG tartalmát meghatároztuk, amiből természetesen levontuk az inkubáló közeghez adott 5 ml szérumban HCG mennyiségét. Ezután, az internationalis egységekben (IE) megadott HCG értéket összehasonlítottuk, az ugyancsak ringerben inkubált és ugyanazon interuptióból származó 1 g trophoblast hormon-tartalmával (kontroll). A kettő közti különbség, vagyis a HCG többlet jelzi az indukált HCG szintézis intenzitását. Amennyiben ez legalább 58–68%, a significantia jelentős ($p \leq 0,001$), vagyis 5 ml anyai szérumban 1 TE-et tartalmaz. Bár a HCG meghatározásokat hím *Rana esculenta*-kon végeztük Behrens–Kärber metodikájával (5), de az így kapott HCG értékek a kvantitatív Prognosticon All-in immuntesttel (Organon) is reprodukálhatók, ha a sorozatot negyedes hígításokkal készítjük (6).

Eredmények

A) *Kiviselt terhességekben* mint előző vizsgálatainkból kiderült (1), a szülés megindulása után és a fej mutatkozásáig tartó periódusban (II) kb. háromszorosra emelkedik a PCTH koncentrációja (0,5 TE), majd percekkel később a magzat megszületéséig nem várt mértékben megkétszereződik (III), végül a lepény leválásáig tartó (IV), átlagban 12 perc alatt a PCTH értéke 62%-ról, tehát 1 TE-ről 32%-ra, azaz felére csökkent (0,5 TE). A III. vérminta PCTH szintje e kísérlet sorozatban is magas significantia mellett megegyezett azzal, melyet normál magzatok megszületésekor, régebbi tanulmányunk mind a 20 esetében (65%) észleltünk (III).

A HCG értéke 20%-kal emelkedett a III. és ugyanennyivel a IV. szérumbintában is.* Az utóbbiban koncentrációja fokozódik, a lepényi szakra jellemző alacsonyabb trophormon érték ellenére is. (1. ábra).

A PCTH és HCG koncentráció változása kiviselt és koraszülésekben



1. ábra.

* Jelenlegi vizsgálatunk anyagát képező 20 normál szülés III. vérmintájában tehát azonos PCTH és HCG koncentráció növekedést títáltunk, mint a már publikált dolgozatunkban. Az eredményeket tehát 40 egybehangzó adattal erősíthetjük meg.

A vizsgált 20 újszülött átlagsúlya 3245 g, közülük a legnagyobb 3800 g, míg a legalacsonyabb 2550 g volt. A placenták súlyátalaga: 567 g, 680–360 g közti ingadozással. A HCG mennyiségének középértéke a szülés megindulásakor 8624 IE-nek bizonyult.

B) Mind a 20 koraszülés esetében a PCTH kvantitatív értéke (1. ábra) — az ismertett időpontban nyert vérmintákban — a normál szüléssel összevetve ritmus-, ill. mennyiségi eltérést mutat. A két szülési csoport adatai a következőkben mutatnak hasonlóságot: 1. a trophormon csúcsertékét a magzat megszületése után közvetlenül éri el, ez azonban koraszülések esetében lényegesen alacsonyabb (0,5 TE). 2. a PCTH mennyisége a szülés elején mindkét csoportban egyaránt alacsony (12 százalék). Korák esetében azonban változatlan maradt a fej mutatkozásáig (II), és eltér a normális szülésektől. A magzat megszületésekor azonban, tehát percekkel később (III), excretiója már jelentősebben (33% = 0,5 TE), háromszorosra növekedett. Majd a lepény leválásáig (IV), gyorsan visszaesett (9 perc) az I. és II. szérumban igen mérsékelt szintjére, a maximális érték egyharmadára (10%) (1. ábra).

Az anyai szérumban HCG tartalma — hasonlóan a PCTH-hoz — a fej megjelenéséig nem változott. Majd percekkel később a magzat megszületéséig, kivétel nélkül 20%-kal emelkedett (III). Utána a szérumban (IV) 20 közül 18 esetben, a placenta leválásáig stabil maradt. Viszont 2 alkalommal, még további 20%-kal fokozódott a hormon szintézise éppúgy, mint normál szülések esetén. Talán magyarázatát adja e rendhagyó jelenségnek, hogy az egyik esetben konzervatív eljárással nem csillapítható vérzés miatt, 20 perccel a magzat megszületése után (2450 g), a még szívósan tapadó lepényt (420 g) manuálisan kellett leválasztanunk. (A placentáris szak tartalma jóval meghaladta az átlagot!) A másodikban a 2450 g-os újszülött ép, infarctus nélküli placentája relatíve nagy, 580 g volt, és a kiviselték átlagos lepénysúlyát érte el (567 g).

A 20 koraszülött súlyának középértéke 2151 g, közülük a legnagyobb 2500 g, míg a legalacsonyabb 1400 g. A placenták súlyátalaga 496 g, a legnagyobb 700 g, míg a legalacsonyabb 320 g. A HCG középértéke a szülés megindulása után 9820 IE, valamivel magasabb, mint a kiviseltéké.

Megbeszélés

Eredményeink alapján megállapítható: normál kiviselt és koraszülések esetében a PCTH és HCG koncentrációinak változása az anya szérumban kvantitativ eltérő ugyan, de egy-egy csoporton belül majdnem mindig azonos sajátosságot mutat.

Mint említettük, a PCTH mennyisége normális szülések esetében a fej mutatkozásáig emelkedik. Kérdés marad azonban továbbra is, mikor kezdődik a koncentráció fokozódása, a tágulási szak vége felé, avagy a kitolási szakban. A fej mutatkozásakor ugyanis minden esetben (II), következetesen olyan szintet ér el, mint a koraszüléskor valamivel később a III. vérvételkor (0,5 TE). Ez utóbbi reprezentálja a kora csoport legmagasabb trophormon mennyiségét — szemben a fiziológias (normál) szü-

lésekkel. Ezekben ugyanis a magzat megszületésekor a szérumban trophormon tartalma kétszeresére, azaz 1 TE-re emelkedik (III). A lepényi szak végén mindkét csoportban esett ugyan a PCTH értéke, de míg kiviseltékben a csúcsérték felére ($32\% = 0,5$ TE) — amely a II. vérmintával megegyező koncentráció — addig korábban az amúgy is alacsonyabb szint egyharmadára (10%). Normális szülések esetében tehát a szülés megindulásától eltekintve a placentáris szak végéig, a PCTH koncentrációja mindhárom fázisban significansan magasabb, mint a koraké.

A HCG értékek alakulása azonban elgondolkoztató. Bioszintézise kiviseltéknél és koráknál egyaránt csak a III. szérumban, tehát a magzat megszületésekor fokozódik (20%), annak ellenére, hogy kiviseltékben a PCTH mennyisége már előbb, a fejmutakozásakor (II) éri el ugyanazt a koncentrációt, amit kora magzatokban csak a kitolási szak végén. Első benyomásra ellentmondásnak tűnik az is, miért szükséges kiviselt újszülötteknél a korakét kétszeresen meghaladó trophormon stimulatio ugyanazon időszakban (III), azonos mértékű HCG termelés (20%) kiváltásához. Nem zárható ki azonban annak feltételezése, hogy a trophormon mennyiségi fokozódásának *elhúzódó* jellege (kiviselt esetek II), a placentában HCG termelést még nem indukál, viszont hasonló aktivitású, de *akut* impulzusra (kora esetek III), már értékelhető válasz érzékelik a lepény részéről. A következő, vagyis a lepényi szakban azonban (normális szülések), a PCTH kétszeres koncentrációja (III), minden esetben még további 20% -os HCG termelésre serkenti a placéntát (IV), míg korábban a mérsékelt stimulus (III) csak kivételesen okozhat (20 esetből 2), újabb hormonfokozódást (IV).

Ismertetett adataink szerint, a PCTH rendkívül intenzív inductív hatása a normál szülések esetében (1 TE/5 ml), a HCG szintézisre két egymást követő fázisban érvényesül: 1. a magzat megszületésekor (III) és 2. a placentáris szakban (IV). A PCTH masszív szintézise 5—20 perc leforgása alatt — a szülés megindulása utáni értékhez képest — 40% HCG termelést eredményez. Koraszülések eseteiben azonban a jóval kisebb mennyiségű PCTH (0,5 TE/5 ml) az esetek túlnyomó többségében csak egyetlen

fázisban, a magzat megszületése után okoz 20% -os HCG szintézist. Ezek szerint a funkcionális szempontból ép lepény esetében a choriongonadotropin koncentráció emelkedésének mértéke szoros függvénye az anyai szérumban PCTH-tartalmának.

Eredményeink megerősítik azt az általános klinikai megfigyelést, hogy a szülés biológiai inzultusa kiviselt terhességek utáni szülések esetében jóval kifejezettebb, mint korák esetén. E jelenségre az anya endocrinuma részéről, a hypothalamus-hypophysis-placenta rendszer rövid periódusra szorító hyperaktivitása hívja fel a figyelmet. Úgy tűnik, az anyát nagymértékben traumatizáló akut biológiai történések pár perces szakaszában — a magzat megszületésekor — képes csak az adenohipophysis szokatlan mennyiségű PCTH-t szintetizálni és azt gyorsan a keringésbe továbbítani (ciklikus AMP hatás?).

Összefoglalás. A hypophysaer eredetű placentotropin (PCTH) és a placentáris choriongonadotropin (HCG) mennyiségi viszonyaira főként a kiviselt magzatok megszületése körüli — átlagban 12 perces periódusban — rohamosan kialakuló endocrin változások jellemzők. A legintenzívebb és aránylag igen rövid tartamú reakció, a gyorsan fokozódó hypophysaer eredetű PCTH szintézisében, ill. „kiáramlás”-ában jelölhető meg. Szemléltetően demonstrálja ezt a magzat megszületésekor az excessív mértékben, mintegy ötszörösére emelkedő trophormon koncentráció. Utána a lepényi szak végén értéke már felére csökken. A rövid idő alatt nagymértékben fokozódó PCTH excretióra, a placenta intenzív, 40% -os HCG szintézissel reagál.

Koraszülésekben a PCTH mennyisége a normál szülésekhez képest jóval mérsékelt, s ennek megfelelően a HCG szintézise is általában korlátozottabb (20%).

IRODALOM: 1. Lajos L. és mtsai: Orv. Hetil. 1973, 114, 1672. — 2. Lajos L. és mtsai: Orv. Hetil. 1971, 112, 2213. — 3. Lubchenco, L. O.: Pediat. Clin. N. Amer. 1970, 17, 125. — 4. Csaba I., Lajos L., Domány S.: Kísérletes Orvostudomány. 1958, 10, 195. — 5. Finney, D. J.: Statistical method in biological assay. Griffin, London, 1952. — 6. Lajos L. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 373.

„Az élet rövid, a művészet (tudomány) hosszú, a kellő pillanat hamar elmúlik, a kísérlet csalóka, az ítélet nehéz.”

Hippokratész

A nyilvántartott tüdőtmoros esetek (prevalencia)
(Országos adatok)

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet,
Mellkasebészeti Osztály (főorvos: Ungár Imre dr.)

Tüdőrák miatt operált betegek rehabilitációja

Ungár Imre dr. és Nyárády Iván dr.

Az operált tüdőrákos betegek gyógyulását, a műtét eredményességét a túlélés idejében szoktuk megadni. Érdekes, hogy sem a hazai, sem a világirodalomban nem találkozunk egyetlen olyan közleménnyel sem, amely számot adna arról, hogyan töltötte a beteg azt az időt, melyet a műtéttel nyert. Ez lényegében érthető, mert a műtétet olyan betegség miatt végzik el, amely kezeletlenül biztosan végzetes lefolyású és a beavatkozás életmentő céllal történik. A magára hagyott vagy a már nem operálható beteg élettartama az esetek többségében csak hónapokban mérhető. Hogy ez mennyire így van, elég Nyárádyval végzett vizsgálatainkra hivatkozni, melyben a műtétet elutasító betegek élettartamát hasonlítottuk össze az operáltakéval (1. ábra). Eszerint az elutasítottok 86,2%-a a diagnózist követő 2 éven belül meghalt, a megmaradó 13,8%-ból is ebben az időpontban 5% már moribund terminális állapotban volt.

Nyilván a műtét „életmentő” jellege miatt szorult háttérbe a rehabilitatio kérdése, pedig több okból nagyon is fontos ezzel a problémával foglalkozni. Amióta a tüdőrákos betegek nyomom követe, gondozása a tüdőbeteggondozó intézetek feladata, azóta a rehabilitatio, a betegek vezetése a gondozói munkának szerves része, vagy ahol még nem az, úgy időszerű, hogy azzá legyen. A rehabilitatio elsősorban az operált betegekkel kapcsolatos. Gondozóink adatszolgáltatása szerint az 1972. december 31-én nyilvántartott 4345 tüdő-carcinomás betegek 35,5%-a (1541 eset) resection ment át (1. táblázat). A túlélők és így azok is, akik egyáltalán rehabilitálhatók, ez utóbbiak közül valók.

Az operált tüdőcarcinomás beteg rehabilitációját kissé talán önkényesen két szakra lehet bontani:

Az első a közvetlen műtét utáni idő, amikor a beteget a sebészeti osztályról vagy méginkább a

Gondozási csoport	S z á m		Index 1969= 100	%	
	1969	1972		1969	1972
A) Tüdőtü. gyanúja	921	901	98	24,4	20,7
B) Igazolt tüdőtü. 1. rezekált	1049	1541	147	27,8	35,5
2. radiocurabilis	340	442	130	9,0	10,2
3. még gyógyítható, de nem kollaboráló	317	296	93	8,4	6,8
együtt	1706	2279	134	45,2	52,5
C) Infauzt	1144	1165	102	30,4	26,8
Összesen	3771	4345	115	100,0	100,0

kórházi ápolásból otthonába bocsátjuk. Ilyenkor nagyon fontos, hogy ne rögzüljön a betegségtudat és a műtét okozta esetleges rokkantság. Valamilyen hasznos, értelemszerű életcél kell a beteg elé tárni még akkor is, ha tudjuk, hogy eredeti foglalkozását többé már nem tudja folytatni. Ezt neveznénk *psychés rehabilitatiónak*. Fontos eleme ennek a közvetlen környezet meggyőzése is arról, hogy az operált beteg hasznos tagja lehet a családnak, még ha nem keresőképes vagy csak csökkent munkaképességű is.

A második szakasza a rehabilitatiónak abban a szerencsés betegcsoportban lehetséges, amikor a műtét gyökeres, légzés-functiót károsító hatása csekély, cardiorespiratoricus állapot a beteg foglalkozásával egyeztethető. Ez esetben várható, hogy a beteg még értékes éveket tölthet hasznos munkában. A helyes tanács ilyenkor az, hogy a beteg mielőbb dolgozzék. Ez a teljes *szociális rehabilitatiónak* jelenti, mely természetesen a fentebb már említett psychés rehabilitatiónak is magában foglalja.

Az elmondottak után úgy tűnhet, hogy az operált tüdő-carcinomás beteg így vagy úgy mindig rehabilitálható, ha az említett psychés változatot is rehabilitatiónak fogadjuk el. Van azonban a betegeknek egy olyan csoportja is, akik műtét után valóban rokkantakká válnak, akik a vegetatív életfunkcióikat is csak nehezen végzik, az elemi létfenntartásuk foglalja el csaknem teljes érdeklődésüket. Ezek a betegek tulajdonképpen inoperabili-

2. táblázat

Budapest és Baranya, Komárom, Nógrád, Tolna megyék Tüdő gondozó Intézeteiben 1973. szept. 1-én nyilvántartott rezekált tüdőtmoros betegek kor és nem szerinti megoszlása

Korcsoport	Összes eset		E b b ő l				
	szám	%	férfi		nő		
			szám	%	szám	%	
60 éves korig	201	40,4	149	38,3	52	48,2	
60 éven felül	296	59,6	240	61,7	56	51,8	
Együtt	szám	497	100,0	389	100,0	108	100,0
	%	100,0		78,3		21,7	

Műtét neve	Korcsoport	Összes eset		E b b ő l					
				eredeti foglalkozása szerint			jelenlegi foglalkozása szerint		
		szám	%	Kereső	Nyugd. (rokk. jár)	Eltar- tott	Kereső	Nyugd. (rokk. jár.)	Eltar- tott
Pneumon- ectomia	60 évig	49	9,8	43	4	2	12	35	2
	60 év felett	60	12,1	31	26	3	5	52	3
	együtt	109	21,9	74	30	5	17	87	5
Részresectio	60 évig	152	30,6	130	16	6	61	85	6
	60 év felett	236	47,5	76	143	17	26	191	19
	együtt	388	78,1	206	159	23	87	276	25
Összesen		szám	%						
		497	100,0	280	189	28	104	363	30
		100,0	—	56,3	38,0	5,7	20,9	73,1	6,0

sak, még akkor is, ha ez a körülmény csak műtét után derül ki.

Az operált tüdő-carcinomás betegek rehabilitációjának vizsgálatához Budapest és négy megye (Baranya, Komárom, Nógrád és Tolna) tüdőgondozó intézetében 1973. szeptember 1-én nyilvántartott 497 rezekált tüdőtmoros beteg adatait dolgoztuk fel és elemeztük.*

A tüdő-carcinoma, legalábbis az operált betegek carcinomája nem az aggastyánok betegsége. A kor természetesen elválaszthatatlan a műtét funkciókárosító hatásától, melyhez hozzá kell tenni, hogy a daganat önmagában, műtét nélkül is, jelentős funkciókárosodást okozhat. Anyagunkban a 60. életév felett 296 (59,6%), alatt 201 (40,4%) beteg

* Az adatgyűjtésben nyújtott segítségért ezúton is hálas köszönetünket fejezzük ki.

Az eredetileg kereső foglalkozásúak jelenlegi munkaviszonya életkor és a műtét neve szerint

4. táblázat

A műtött betegek megoszlása a műtét óta eltelt idő szerint

Műtét óta eltelt idő	B e t e g e k	
	száma	%
6 hónap.....	16	3,2
6—12 hónap.....	45	9,1
1—3 év.....	181	36,4
3—5 év.....	121	24,3
5 évnél több.....	134	27,0
Összesen.....	497	100,0

szerepel, közülük 389 (78,3%) férfi és 108 (21,7%) nő (2. táblázat). Nyilvántartott 497 betegből 109 (21,9%) a pneumonectomizált és 388 (78,1%) a rezekált (lobectomizált). Eredeti foglalkozásukban 280 (56,3%) volt kereső, 189 (38,0%) nyugdíjas és 28

5. táblázat

Munkaviszony	Összes eset		Ebből életkor szerint				Ebből a műtét neve szerint			
			60 éves korig		60 éven felül		Pneumonectonizált		Részresectált	
	szám	%	szám	%	szám	%	szám	%	szám	%
A műtét előtt kereső volt.....	280	100,0	173	100,0	107	100,0	74	100,0	206	100,0
ebből jelenleg dolgozik:										
eredeti foglalkozásában.....	74	26,5	51	29,5	23	21,5	8	10,8	66	32,1
könnyebb vagy más munkakörben.....	10	3,5	6	3,5	4	3,7	1	1,3	9	4,4
együtt.....	84	30,0	57	33,0	27	25,2	9	12,1	75	36,5
jelenleg táppénzes:										
otthonában.....	17	6,0	13	7,5	4	3,7	7	9,5	10	4,8
kórházban.....	3	1,1	3	1,7	—	—	1	1,3	2	1,0
együtt.....	20	7,1	16	9,2	4	3,7	8	10,8	12	5,8
jelenleg kereső összesen.....	104	37,1	73	42,2	31	28,9	17	22,9	87	42,3
nyugdíjas (rokk. jár.) lett.....	176	62,9	100	57,8	76	71,1	57	77,1	119	57,7

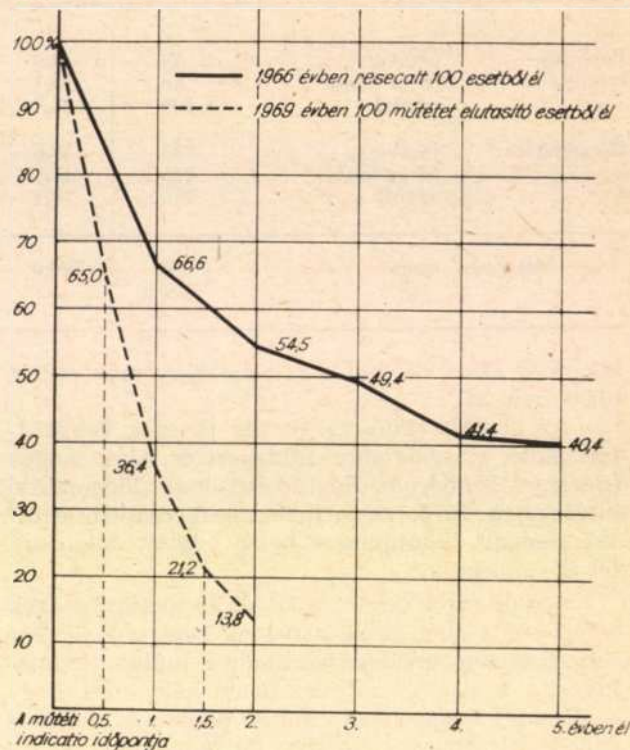
Munkaviszony	Összes kereső		Ebből jelenleg dolgozik			
	szám	%	pneumonec- tómia után	részekectió után	együtt	
					szám	%
Fizikai dolgozó	44	42,3	2	32	34	77,3
Alkalmazott ..	37	35,6	4	26	30	81,0
Szellemi dolgozó	23	22,1	3	17	20	87,0
Összesen	104	100,0	9	75	84	80,7

(5,7%) eltartott. Jelenleg 104 (20,9%) a kereső, 363 (73,1%) a nyugdíjas és 30 (6,0%) az eltartott (3. táblázat). A 497 beteg közül gondozóink vizsgálati adatai szerint 433 (87,1%) panaszmentes, illetve kielégítő az állapota, 34 beteg (6,8%) van rossz állapotban otthon és 30 beteg (6,1%) van kórházban. A vizsgált betegek több mint fele (51,3%) 3 évnél régebben műtött. A műtét óta eltelt időt a 4. táblázat ismerteti.

Pneumonectomia után nehéz fizikai munka végzése nem tanácsos és nem is lehetséges. Nagyobb fizikai erőfeszítést nem igénylő szakmunka végzése viszont a legtöbb esetben még feltűdő eltávolítása esetén is tanácsolható. A tanácsadást részletes cardio-pulmonalis vizsgálat előzze meg. Különösen félrevezető lenne, ha csak a beteg elmondására alapoznánk tanácsunkat. Mindkét véglettel találkozhatunk: a túlzott panaszokkal ugyanúgy, mint az elsenvedett betegség és műtét lebecsülésével. Gyökeres lobectomia után a legtöbb esetben a beteg eredeti foglalkozását folytathatja, feltéve, hogy a műtét szövődégmentes volt. Itt is kivételt képezhetnek a rendkívül nehéz fizikai munkát végzők, pl. vajúrók (anyagunkban a pécsiek és tatabányaiak), akiknek rehabilitációját megnehezíti az a körülmény is, hogy a várható magas nyugdíj vagy a leszázalékolás utáni jövedelem könnyen vezet az eredeti foglalkozás feladásához, mert könnyebb felszini munka jövedelemvesztéssel járna. Ezek a betegek azonban nyugdíjazásuk vagy leszázalékolásuk után is „dolgoznak”, sokszor nem is könnyű munkán (pl. kőművesek).

Rehabilitatio szempontjából a kor és az elvégzett műtét súlyossága döntő jelentőségű. Az eredetileg kereső foglalkozású 280 műtött beteg közül 104 (37,1%) jelenleg is kereső és 176 (62,9%) nyugdíjas (rokkantjáraadékos) lett. A 104 beteg közül jelenleg 84 (80,7%) dolgozik, ezek közül 74 eredeti foglalkozásában és csak 10 könnyebb vagy más munkakörben, 20 otthonában vagy kórházban táppénzben van. Az eredetileg kereső foglalkozású 60 éven aluliak 33,0%-a, 60 éven felüliek 25,2%-a dolgozik jelenleg. Ha az eseteket a műtét neme és a foglalkozási viszony szerint vizsgáljuk, a 74 pneumonectomizált közül 9 (12,1%) dolgozik, ebből csupán 2 fizikai munkakörben. A rész-resectión átesett 206 betegből viszont 75 (36,5%) dolgozik jelenleg, akik közül 32 fizikai munkát végez (5., 6. táblázat). Nem közömbös, hogy a táppénzben otthon levő betegek, de a nyugdíjasok és eltartottak is 90%-ban otthonukban önmagukat ellátni képesek.

A prae- és intraoperatív leletek alapján legfeljebb valószínűsíthető és csak nagyszámú eset statisztikai értékelése alapján lehet a prognózisra vonatkozó törvényszerűséget megállapítani. Az egyéni körlefordítás azonban mindig bizonytalan. A bizonytalanság orvos és beteg részéről is kétféle magatartást válthat ki. Az egyik a bizonytalanságot



1. ábra. Tüdőrák miatt resectált és a műtétet elutasító betegek túlélési ideje

szívesebben köti össze a várakozással, kímélettel. A másik éppen a bizonytalan prognózis tudatában igyekszik a beteg és környezete figyelmét a betegségről elterelni és bármennyi is legyen a beteg hátralevő ideje, azt tartalommal, hasznos tevékenységgel megtölteni. Ez utóbbi magatartás helyességét a prognózis bizonytalansága véleményünk szerint csak megerősíti.

A beteg foglalkozása szempontjából a munka fizikai nehézsége, a műtét, illetve a betegség funkciót károsító hatása és a beteg szociális helyzete határozza meg, hogy folytathatja-e a beteg az eredeti foglalkozását vagy az átképzés, a leszázalékolás, illetve a rokkantositás javallatát kell elfogadnunk. E rendkívül összetett folyamatban az orvos és beteg magatartása is fontos szerephez jut. A teljes rehabilitatio biztosan több esetben lenne lehetséges, mint az ma történik. Elég, ha meggondoljuk, hogy a jelenleg dolgozó 84 keresőből 34 fizikai munkát végez! (6. táblázat).

A nők rehabilitációjára mindig könnyebb, mint a férfiaké. Egyrészt ritkábban végeznek olyan nehéz fizikai munkát, melyet rész-resectio után ne tudnának újra vállalni, másfelől még rokkantositás után is mindig találunk otthonukban olyan hasznos elfoglaltságot, melyet a beteg szempontjából teljes rehabilitációnak lehet és kell tekintenünk. Nők ese-

Sandosten^R-Calcium

pezsgőtabletta

antiallergicum

HATÁS:

Erős permeabilitásgátló, viszketéscsillapító, anticholinerg és serotonin-antagonista hatása mellett gyulladáscsökkentő és exsudatiogátló.

ÖSSZETÉTEL:

Thenalidinum tartaricum 0,025 g
calcium lacticogluconicum 1,373 g pezsgőtablettánként.

JAVALLATOK:

Akut allergiás folyamatok (urticaria, Quincke-oedema, szénanátha, gyógyszer-exanthema, asthma bronchiale), ekzema, rovarcsípés, allergiás, essentialis és symptomaticus pruritus.

ADAGOLÁS:

Akut esetben felnőtteknek naponta 3–4×1–2 tablettát. Gyermekeknek 1–3 éves korig 4×1/2 tablettát, 3–6 éves korig 4×1/2, ill. 5×1/2 tablettát, 6–10 éves korig 2×1, súlyosabb akut esetben 3×1 tablettát, 10 éven felül 3–4×1 tablettát, teában vagy vízben feloldva.

Krónikus esetben kúraszerű adagolásnál felnőtteknél 3×1–1 1/2 tablettát adása cél szerű. Gyermekeknek 1–6 éves korig 2×1/2 tablettát, 6 éves kor felett 3–4×1/2 tablettát, 10–14 éves korban a felnőtt adag, teában vagy vízben feloldva.

MELLÉKHATÁSOK:

Az akut esetben alkalmazott magasabb dózisok mellett múló fáradtságérzés, ritkán álmoság léphet fel.

FIGYELMEZTETÉS:

A gyógyszer alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által — az egyéni érzékenységnek megfelelően — előírt adagban szedhetik. Altatókkal lehetőleg ne szedjék együtt. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani!

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére kizárólag 3 éven aluli gyermekek részére rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

10 db pezsgőtabletta — 28,60 Ft



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR TISZAVASVÁRI

SANDOZ A. G. BASEL licencia alapján



Calcium-Sandoz

pezsgőtabletta 500 mg ↓ orális calciumtherapia

ÖSSZETÉTEL:

Calcium carbonicum	0,30 g
calcium lactico-gluconicum	2,94 g
(500 mg összes calcium) pezsgőtablettánként.	

JAVALLATOK:

A magas dozizálású, orális, kúraszerű calciumtherapia indikációi: osteoporosis, calcium-anyagcserezavarok (tetania, rachitis, spasmophylia), exsudatív gyulladásos folyamatokban adjuvansként.

ELLENJAVALLAT:

Veseelégtelenség.

ADAGOLÁS:

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 2–3×1 tablettát; gyermekeknek naponta 1 tablettát, 1 pohár vízben feloldva.

Osteoporosis esetében felnőtteknek naponta 3×2 tablettát, 1 hónapon át.

Fenntartó kezelés esetén naponta 2×1 tablettát, 1 pohár vízben feloldva.

A pezsgőtablettákat 1 pohár vízben (2 dl) feloldva kell bevenni!

FIGYELMEZTETÉS:

Ha a Calcium-Sandoz 500 mg-os pezsgőtablettát naponta több, mint 1000 NE D-vitaminnal együtt adagolják, a Calcium-Sandoz 500 mg-os pezsgőtablettát dózisát napi 2 tablettára kell csökkenteni, és a vizelettel ürített calcium mennyiségét ellenőrizni kell.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére osteoporosis pathológiás esetében csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhető. A javallatokban feltüntetett egyéb esetekben szakrendelések rendelhetik.

Körzeti, üzemi, stb. orvosok osteoporosis esetében csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára, a javallatokban feltüntetett egyéb esetekben szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik.

CSOMAGOLÁS:

20 db pezsgőtablettát — 54,30 Ft



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR TISZAVASVÁRI

SANDOZ A. G. BASEL licencia alapján



tében érdemes ez utóbbi megoldást javasolni, ha teljes keresetükre nincsen feltétlenül szükség és munkájukat nem hivatásképpen (pl. tanárnő, orvos) végezték. Ez utóbbi esetekben a teljes rehabilitációnak rendszerint nincsen akadályja.

A betegek vezetése, rehabilitációjuk irányítása a tüdőbeteggondozó orvosának feladata. Számára azonban nem lehet közömbös, hogy a beteget hogyan indították el a fekvőbeteg-intézetből, nem utolsósorban a sebészeti osztályról, ahol a beteg műtét után az első instrukciókat kapja. Az első tanács döntő lehet a további vezetésben, ezért tartottuk érdemesnek ezt a kérdést felvetni. Úgy érezzük, ezzel a gondolatsorral — tüdő-carcinomás betegeinkre vonatkozóan — mindeddig adósok voltunk.

Összefoglalás. Szerzők 497 operált és a tüdőgondozóban nyilvántartott tüdőrákos beteg rehabilitációját vizsgálták. Azt találták, hogy a keresők száma 56,3%-ról 20,9%-ra csökkent és 30%-uk jelenleg is dolgozik, a nyugdíjasok (rokkantjáraadékosok) aránya a műtét előtti 38%-ról 73,1%-ra emelkedett műtét után. A postoperatív rehabilitatio elsősorban a beteg korától és a végzett műtét nagyságától, functio-károsító hatásától függ. Úgy vélik, hogy a teljes rehabilitatio, különösen a 60. életév alatti rész-resectión átesett betegek esetében, a jelenleginél sokkal nagyobb számban lenne lehetséges. Igen sok múlik az orvos és a beteg beállítottságán. A betegek vezetése tüdő-carcinoma műtét után olyan feladat, mellyel a jövőben intenzíven kell foglalkoznunk.

**E
U
N
O
C
T
I
N**



tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 10 mg nitrazepam.-ot tartalmaz.

HATÁS: A limbicus rendszeren, elsősorban a hypocampuson át ható altató, amely ezen központi idegrendszeri functionális központok ingerküszöbét emelve akadályozza az élettani alvást gátló emotionalis ingerek érvényre jutását, így elősegíti a physiologiái alvást. Elaltató hatása 30–50 perccel az orális adagolás után fejlődik ki és 6–8 óráig tart. A polysynapticus gerincvelői reflexek gátlása útján izomrelaxans hatást is kifejt. A harántcsíkolt izmok tónusos-clonusos görcsét oldja, anticonvulsiv hatása is van.

JAVALLATOK: Különböző eredetű alvászavarok, álmatlanság. Izomtónus-fokozódással járó organikus neurológiai megbetegedések. Fokozott psychés feszültséggel, szorongással járó psychiátriai kórképek, fekvőbeteg-gyógyintézet kiegészítő kezelésére.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravisban az Eunoctin tableta alkalmazása ellenjavallt.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek este $\frac{1}{2}$ –1 tableta (5–10 mg), idős, legyengült egyéneknek $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ tableta (2,5–5 mg), csecsemőknek és gyermekeknek 0,25 mg/kg. Az organikus neurológiai és psychiátriai kórképekben alkalmazott dózist esetenként kell meghatározni.

FIGYELMEZTETÉS: Az Eunoctin hatását az alkohol potenciálja, ezért az Eunoctin-kúra során az alkoholfogyasztást kerülni kell. Más, központi idegrendszerre ható szerekhez hasonlóan a terhesség első harmadában az Eunoctin tableta alkalmazása nem ajánlatos. Eunoctin bevétele után 10–12 óráig gépkocsit vezetni, magasban, veszélyes munkahelyen dolgozni nem lehet.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS:

10 tableta	11,90 Ft
200 tableta	200,— Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

PH
2483

Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet,
Csecsemő-Gyermekosztály (főorvos: Korányi György dr.)

Ikertransfúziós syndroma

Korányi György dr. és Kovács Judit dr.

Az ikerterhességek és ikerszülések relatíve magas perinatalis veszélyeztetettsége jól ismert. Ebben jelentős szerepet játszik az iker-transfúziós syndroma, melynek valószínűleg első leírását Ézsau és Jákob születésével kapcsolatban a bibliában olvashatjuk (Mózes I. könyve: 25, 24. „És betelének az ő születésének napjai és ímé kettősök valának az ő méhében. 25, 25: „És kijöve az első; és vereses vala...” (4).

A syndroma első részletes leírása a múlt század végéről származik (17) és azóta az irodalomban, különösen az utóbbi évtizedben több közlemény foglalkozik a témával. Első gyermekorvosi leírását Herlitz (6) cikkében olvashatjuk. Naeye (13) tizenegy ikerpárt ismertetett és „placentáris transfúziós syndroma” helyett találóan az „intrauterin parabiotikus syndroma” elnevezést használta. Ez azonban nem honosodott meg az irodalomban. Hazai szerzők közül az iker-transfúzió első részletes leírását 1972-ben Bazsó és Ludmány (1) cikkében olvashattuk.

Klinikai megjelenésének lényege, hogy monochorialis, monozygóta ikrekben az ikerpár egyik tagja súlyos anaemiával, hypovolaemiával születik. A másik plethorás, hypervolaemiás, polycythaemiás. Mindkét kórforma súlyos, az életet veszélyeztető állapotot jelent. Oka valószínűleg a monochorialis placentában kialakult ér-anastomosisokban található, bár ezek kimutatása a jelenlegi vizsgálati eljárásokkal nem mindig sikerül (4, 18).

Közvetlenül születés után észlelhető anaemia két leggyakoribb oka a *súlyos isoimmunisatio okozta anaemia* és a *heveny vérvesztés*. Az isoimmunisatio okozta anaemia már intrauterin fokozatosan kialakul, így a hydrops foetus esetét kivéve (8) nem okoz azonnal heveny vérvesztéses shock állapotot. Az incompatibilitás kimutatása eldönti a diagnózist. Az újszülöttkori heveny vérvesztés elsősorban szülészeti események kapcsán észlelhető és csaknem mindig heveny vérvesztés és shock tüneteivel presentálódik. A foetus heveny vérvesztése öt okból történhet, mely okok az élet más időszakában nem fordulhatnak elő (16).

1. *Placentáris vérzés*: ez a forma a leggyako-



ribb. Mások és mi is placenta praevia kapcsán egyre gyakrabban észleljük (10).

2. *Köldökzsinórvérzés*: a köldökzsinór szakadása, vasa praevia kapcsán — ritka lehetőség (11).

3. *A placenta közvetlen sérülése* császármetszés során — szintén nagyon ritka, tünetei azonosak a placenta praevia kapcsán észlelt tünetekkel.

4. *Foetomaternalis transfúzió* esetén rendszerint lassúbb (chronicus) vérvesztés van, és az anyában a foetalis hgb. kimutatható.

5. *Foetofoetalis, ill. iker-transfúziós syndroma*. Ebben az esetben a heveny vérvesztés tüneteinek acutak és lassabban kifejlődőek is, de a *hypervolaemiás iker állapota mindig acut tünetekkel jár*, mint esetünkben is észleltük. Ilyenkor talán legkézenfekvőbb a diagnózis.

Súlyosabb anaemia észlelhető az *intrauterin sepsis* esetében is, melyet cytomegalia, toxoplasmosis, hepatitis, lues okoz. Ezek az állapotok azonban a sokrétű és specifikus tünetek ismeretében aránylag könnyen és gyorsan felismerhetők (5).

Szülés kapcsán előfordulnak még külső és belső vérzések. Ezek közül gyakori az agyvérzés. Ritkábban cephalhaematoma, subaponeuroticus vérzés és parenchymás szervek vérvése: máj-, lép-, vese-, mellékvese-, gyomor- és köldökvérzés okoz súlyos anaemiát. Ezek a kórképek elkülöníthetők a specifikus tünetek figyelembevételével. A posthaemorrhagiás anaemiákra jellemző tehát az icterus hiánya, ill. késői megjelenése, máj- és lépmegegyesítés hiánya. Az anaemia hypo- vagy normochrom, mely reticulocytosisal, esetleg erythroblastosisal jár és nincs isoimmunisatio. Az acut, hirtelen kialakuló anaemiát igen gyakran collapsus követi. Iker-transfúziós syndromában, mely szerencsére meglehetősen ritka, heveny és chronicus anaemia egyaránt előfordul.

Plethora újszülöttkorban elsősorban *materno-foetalis transfusio* nyomán alakul ki, ritkábban *chronicus praenatalis hypoxia* vezet reactiv polyglobuliához. Ikerszülés esetén éppen ezért a differenciálás rendszerint nem okoz különösebb nehézséget.

A szülészeti kórelőzmény, a köldökerek vizsgálata, hydramnion jelenléte a recipiens ikernél ugyancsak elősegíti az elkülönítést. Az iker-transfúziós syndroma igen súlyos kórkép, mely az irodalmi adatok szerint magas intrauterin és perinatalis halálozással jár. A kezelés — elsősorban a plethorás iker kezelése — sok irányú, körültekintő munkát és intenzív ellátást igényel. A korai diagnoszt megkönnyítik az igen egyszerű haematológiai vizsgálatok és nem utolsósorban a placenta makro- és mikrosopos vizsgálata.

Eseteink ismertetése

1. T. F.-né, 37 éves anya megelőzően 4 terhességből 4 érett gyermeket szült. Jelen, 5. terhessége a 36. gestációs héten iker koraszüléssel végződött.

„A” iker (ksz.: 1300/1973.) T. E., 1200 g súlyú leány, medencevégű fekvéssel született, Apgar-érték 7. Sápadt, légzése nyögő, hgb. szintje 11,7 g%, majd 8,2 g%, haematokrit 31%, ezért a 2. életnapon két részletben összesen 45 ml csoportazonos transfúziót adtunk, mely elegendőnek bizonyult az anaemia rendezéséhez. Ettől kezdve lényegében zavartalanul fejlődött és 41 napos ápolás után, 2450 g súllyal, egészségesen adtuk haza.

„B” iker, T. J. (ksz. 1301/1973.) 1900 g súllyal született leány, I. koponyatartásban született. A szülészeti osztály által megállapított Apgar-érték 10. Amikor osztályunkra került, a bőr színe feltűnően vörös-lilás, kifejezetten cyanotikus, a tüdőke felett sok nedves szörtyőzrej hallható. Kóros idegrendszert tünetet felvételnél nem észleltünk, de nyelési reflexe nem volt, hányt és néhány óra múlva apnoés rohamokat figyeltünk meg. Hgb. 17,4 g%, majd 16 óras korban 20,8 g%, haematokrit 74%, Astrup-vizsgálat kifejezett metabolikus acidosis mutat (actualis pH 7,12, pCO₂ 43 Hgmm, Base excess —16 maeq/l). A hypervolaemiára való tekintettel a köldökénél 40 ml vért bocsátottunk le. Hgb. szintje ezután 17,2 g%. Alkali-glukose infúziót adtunk. Állapota ennek ellenére fokozatosan romlott, mesterségesen lélegeztettük. 30 óras korában cardiorespiratoricus tünetek közepette meghalt. Kórbonctani diagnózis: haemorrhagia ventriculorum lateralium et falcis cerebri. Haemorrhagia subtentorialis cerebelli et ad canalem vertebralem. Atelectasia pulmonum partialis. Hyalinmembran betegség. Dilatio ventriculorum cordis.

Az ikrek fő vércsoportja és Rh tulajdonságuk azonos volt: B Rh pos.

2. I. Gy.-né, 22 éves anya első terhessége 36. gestációs hétre iker koraszüléssel végződött.

„A” iker I. Gy. (ksz.: 1397/1973.) 1900 g súlyú fiú, I. koponyatartásban, asphyxiában született. Apgar érték 8, 5 perc múlva 5. Felvételnél kifejezetten sápadt, oedemás, cyanoticus, légzése nyögő, szív működése bradycardiás, hgb. 15,3 g% — 6 óras korban 13,9 g% volt. A 4. életnapon hgb. 11,7 g%, serum bilirubin 19 mg/100 ml, ennek alapján a kórelőzményt is figyelembe véve — 460 ml csoportazonos vérral vércserét végeztünk. A beavatkozás után a hgb. normalizálódott, icterusa lényegesen csökkent. Az 5. élethétén kialakuló hypochrom anaemia miatt egy alkalommal még transfúziót kapott. 6 hetes ápolás után 2550 g súllyal tünetmentesen adtuk haza.

„B” iker, I. Z. (ksz.: 1398/1973.) 1300 g súlyú fiú, I. koponyatartásban született. A szülészeten megállapított Apgar-érték 10. Bőrszíne sötétvörös. Háromórás korban hgb.: 20,4 g%. Haematokrit 63% volt. Kezdetben az újszülött jól volt. Két nap múlva állapota romlott, légzése szaporább lett, fokozatosan dyspnoe fej-

lődött ki, majd több alkalommal apnoes rohamot észleltünk. Tüdő-oedema tünetei jelentkeztek. A tüdő-oedemat hypervolaemia jelének tartottuk, ezért 20 ml vért bocsátottunk le. Légzése és szív működése átmenetileg javult, de 9 óra múlva váratlanul újabb asphyxia kapcsán a gyomorból kb. 30—40 ml friss vér ürült. Ekkor azonnal 30 ml friss vért adtunk — a hgb. érték 20,8 g% lett. Az újszülött állapota ezután gyorsan javult. Az 5. életnapon 15,3 g% hgb. mellett a serum bilirubin szintje 14,6 mg/100 ml-ig emelkedett. Figyelembe véve a kórelőzményt, a beteg hypoxiás és acidotikus állapotát [act. pH 7,32, pCO₂ 76 Hgmm (!) Base excess +2 maeq/l], vércserét végeztünk. Vércsere után vérképe és a serum bilirubin szint rendeződött. Anaemia miatt 8 hetes korig még két transfúziót kapott. 72 napos ápolás után kielégítő általános állapotban, 2500 g súllyal adtuk haza. Az ikrek fő vércsoportja és Rh tulajdonságuk azonos volt (A Rh pos.).

Megbeszélés

Az ikertransfúziós syndroma diagnosztikai nehézségeit fokozza — de egyúttal talán meg is könnyíti —, hogy egyszerre két betegben kell a kórismét felállítani.

Alapvető kritérium, hogy az ikerpár egyik tagja sápadt, anaemiás, hypovolaemiás, hgb. és haematokrit szintje alacsony (donor) és ezzel egyidejűleg az ikerpár másik tagja plethorás, hypervolaemiás, polycythaemiás (acceptor), hgb. és haematokrit szintje meghaladja az újszülöttkorban egyébként megszokott magas értékeket. Az ikerpár „donor” és „acceptor” tagjai között a hgb.-szint különbségének legalább 5 g%-nak kell lennie, hogy az ikertransfúziós syndroma bizonyított legyen (15). Első esetünkben feltűnt, hogy a kezdeti, közepesen súlyos anaemia 6 óra múlva tovább fokozódott; második esetünkben a hgb.-szint a születés után csaknem normális volt. Ismeretes, hogy vérvesztés után azonnal a hgb.- és haematokrit-szint csaknem normális lehet (5, 9). Ezért gyanú esetén 6, ill. 12 órával az első vérvétel után meg kell ismételní a vizsgálatot, amikor a haemodilutio már bekövetkezett. Minden laboratóriumi és egyéb vizsgálatnál többet mond azonban az újszülöttek megfigyelése. A bőr színének feltűnő különbsége, az anaemiás mellett egyidejűleg a bíborvörös, plethorás újszülött látványa szinte önmagában adja a diagnoszt, amelyet a haematológiai (hgb., haematokrit, vvs.) vizsgálatok rendszerint csak megerősítenek. Természetesen nagy segítséget nyújt a placenta makro- és mikroszkopos vizsgálata, melyre sajnos esetünkben nem volt lehetőség.

A kórkép monochorialis, monozygota, de igen ritkán kétpetéjű ikrekben is előfordul (12). Arterio-venosus vagy arterio-arteriosus shunt utólagos kimutatása a placentában retrospective megerősítheti a diagnoszt. *Benirschke* szerint (3) akkor jön létre iker-transfusio, ha a mélyen fekvő erekben összeköttetés van, és a felületes erek nem képesek kiegyenlíteni az egyenlőtlen véreloszlást. Ez a terhelés nem ritkán intrauterin elhaláshoz, koraszüléshez vezet (16). A recipiens ikerben gyakori a polyhydramnion (14), míg az anaemiás ikerben az oligohydramnion fordul elő.

A plethora, hypervolaemia és polycythaemia az esetleges anatómiai következményeken túl a vér viszkozitásának emelkedése miatt intravasalis thrombusképződéshez vezethet (agy-, máj-, vesevéna-

thrombosis), majd a későbbiekben a nagyfokú vörösvértest-szétesés a hyperbilirubinaemia veszélyét fokozza (2). A látszólag kézenfekvő kezelési eljárás, a fractionált vérelbocsátás (phlebotomia) és egyidejűleg adott glucose infusio nem mindig oldja meg a helyzetet. A hypervolaemiához, ill. polycythaemiához az újszülött jóval kevésbé képes adaptálódni, mint az anaemiához.

Saját első esetünkben az iker-transfúziós szindróma diagnosztikához kétség nem férhet. A két újszülött közötti különbség szemmel látható volt (1. ábra). A laboratóriumi leletek a diagnózist egyértelműen alátámasztották. A két újszülött között jelentős súlykülönbség állott fenn: „A” iker (anaemia) 1200 g (small for date) volt, „B” iker (plethorás) 1900 g. Az „A” iker éretlensége, alacsony születési súlya, asphyxiája, anaemiája ellenére könnyen életben tartható volt és anaemiája egyetlen transfúzióval rendeződött. A nagyobb súlyú „B” iker intenzív kezelés ellenére 30 óra alatt meghalt, és a boncolás a hypervolaemia következményeit bizonyította.

Második esetünkben az iker-transfúziós szindróma diagnosztikájának felállítása már korántsem ilyen egyértelmű és egyszerű. A hypovolaemiás, kezdetben csak mérsékelt anaemiás „A” iker volt az ikerpár nagyobb súlyú tagja. Anaemiája fokozódott, melyet hyperbilirubinaemia kísért, ezért vércserét kellett végezni. A csere-transfúzióval adott plusz vérmennyiség azonban elegendő volt az anaemia rendezésére, és a csecsemő további fejlődése nem tért el a hasonló születési súlyú koraszülöttek fejlődésétől. A „B” iker megszületésekor — különösen ikertestvérével összehasonlítva — plethorás volt, bár súlya jelentősen alacsonyabb. A hgb.-szintek közötti különbség az ikerpár két tagja között elérte a kritikus 5 g⁰/₀-ot. Noha 10 Apgar-értékkel született, légzési distress után sorozatos apnoeák jelentkeztek, majd 60 óras korban, feltehetően a hyper-

volaemia következményeként gyomorvérzés lépett fel, és az újszülött shockba került. Azonnali transfusio, gyors resuscitatio eredményeként állapota rendeződött, ugyanakkor hgb. szintje változatlanul viszonylag magas maradt. Hyperbilirubinaemia alakult ki, és vércsere után mind a hgb., mind a serum bilirubin szint, mind az általános állapota kielégítően alakult.

Az iker-transfúziós szindrómát ebben az esetben a klinikai megjelenés mellett az ikrek hgb.-szintjében, valamint az első életnapok kórlefelvételében észlelt különbség (a plethorás „B” iker rosszabb adaptációja) támasztotta alá.

Összefoglalás. Szerzők két ikerpár esetét ismertetik, akikben az iker-transfúziós szindróma jellemző tüneteit, az anaemia, ill. polycythaemia tényét ki tudták mutatni. Az egyik acceptor iker agyvérzés és hypervolaemiás shock miatt halt meg. A négy beteg kórlefelvételének ismertetése kapcsán tárgyalják az elkülönítő kórisme és therapia problémáit.

IRODALOM: 1. Bazsó J., Ludmány K.: Gyermekgyógy. 1972, 23, 566. — 2. Becker, A. H., Class, H.: Amer. J. Dis. Child. 1963, 106, 624. — 3. Benirschke, K.: N. Y. St. J. Med. 1961, 61, 1499. — 4. Corney, G., Aherne, W.: Arch. Dis. Childh. 1965, 40, 264. — 5. Davies, P. és mtsai: Medical Care of Newborn Babies. SIMP, London—Philadelphia, 1972. — 6. Herlitz, G.: Acta Paediat. 1942, 29, 211. — 7. Kerr, M. M.: Brit. med. J. 1959, I, 902. — 8. Korányi Gy., Závodi E.: Orv. Hetil. 1974, 115, 1159. — 9. Korányi Gy.: Gyermekgyógy. 1969, 20, 250. — 10. Korányi Gy., Tóth M.: Orv. Hetil. 1967, 108, 1522. — 11. Korányi Gy., Krausz J. és Berky J.: Orv. Hetil. 1968, 109, 1877. — 12. Littlewood, J. M.: Brit. med. J. 1963, I, 857. — 13. Naeye, R. L.: New Engl. J. Med. 1963, 268, 804. — 14. Oski, F. A., Naiman, J. L.: Hematologic problems in the newborn. W. B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1966. — 15. Rausen, A. R., Seki, M., Strauss, L.: J. Pediat. 1965, 66, 613. — 16. Shaffer, A. J., Avery, M. E.: Diseases of the Newborn. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1966. — 17. Schatz, F.: Arch. Gynäk. 1898, 55, 485. — 18. Zilocchi, C.: Panminerva Med. 1973, 15, 130.

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását.

Szerződés esetén árengedmény!

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630-985.



Szegedi Orvostudományi Egyetem,
I. Belklinika (igazgató: Varró Vincze dr.),
Gyermekgyógyászati Klinika (igazgató: Boda Domokos dr.)

Cyproteronacetát alkalmazása C—21-hydroxylase defektus okozta adrenogenitalis syndromás betegekben

Tóth Sándor dr.,* Faredin Imre dr.,
Soltsyik Janina dr. és László Ferenc dr.

Az adrenogenitalis syndroma (továbbiakban AGS) adrenocorticalis eredetű hyperandrogenismusnak tekinthető (22). Az esetek jelentős részében az androgén-excessus mellett, más corticoidok csökkent termelődése is bekövetkezhet (8, 20, 21).

A jellegzetes klinikai képpel járó tünetcsoport lehet congenitalis, de kezdődhet felnőttkorban is. Kiválthatja tumor vagy enzimdefektus következtében létrejött mellékvesekéreg-hyperplasia.

Az AGS congenitalis alakja az utóbbi években az érdeklődés előterébe került. Kimutatták, hogy pathogenesisében — az esetek nagy részében — autosomalisan, recessive öröklődő enzimdefektus játszik szerepet (2, 4—7, 10, 14, 34, 40). Az eddigi vizsgálatok során három enzimdefektusról számoltak be, melyeket egymástól az AGS-n belül a jellemző klinikai kép, illetve laboratóriumi eredmények alapján lehet elkülöníteni.

— 21-hydroxylase aktivitási zavar (4, 14, 40). Az enzimdefektus miatt a steroid-genesis a hydroxyprogesteronnál megáll. A klinikai képet masculinatio jellemzi. Az esetek egy részében a fenti tünethez nátrium-, illetve vízvesztés is társulhat;

— 11-hydroxylase defektus miatt az androgének mellett megszorodik a 11-desoxycortisol és a 11-desoxycorticosteron, és az AGS tüneteihez hypertonia is csatlakozik (10);

* Jelenlegi munkahely: Kiskunfélegyháza. Városi Kórház. Belosztály.



1. ábra.
P. E., 3 éves leány. Dg.: Adrenogenitalis syndroma.
C-21-hydroxylase enzimdefektus

— 3β -hydroxydehydrogenase defektust az androgének felszaporodása mellett, a glyco- és mineralocorticoidok képződésének zavara kíséri (5, 7). Klinikailag a virilisatio mellett, mellékvesekéreg-elég-telenség is kimutatható.

A syndroma pathomechanismusával, diagnosztikájával kapcsolatban számos hazai és külföldi közlemény jelent már meg (3, 10, 15, 23, 24, 34, 35, 36). Eredményesnek mondható terapiával Wilkins és mtsai (39) 1950-ben közölt megfigyelése óta rendelkezünk. Az utóbbi években Hirschfeld és Fleshman (18) glycocorticoidok és antiandrogének együttes alkalmazásával közöltek biztató eredményeket. A szerzők aminogluthethimiddel végeztek terapiás próbálkozásokat.

A cyproteronacetát Neumann és mtsai (26, 29) vizsgálatai révén vált ismertté. A szerzők kimutatták, hogy patkányban a nemi érés cyproteronacetát adása alatt késik. Helge és mtsai (16, 17) pubertas praecoxos gyermekeket kezeltek cyproteronacetáttal. Azt tapasztalták, hogy a korai másodlagos nemi jellegek visszafejlődnek.

Az eredmények közlése után mások is kezeltek korai pubertásban szenvedő betegeket cyproteronacetáttal, a gyermekek normális fejlődésének biztosítása reményében (1, 9); részletesebb laboratóriumi felmérést azonban csak Rager és mtsai (31) végeztek.

Mivel C-21-hydroxylase enzimdefektussal járó esetekben tudomásunk szerint eddig még nem kö-

Steroid	Steroid ürítés mg/die					
	Gyógykezelés nélkül	50 mg Cyproteron acetát	1 mg Oradexon	Gyógykezelés nélkül	50 mg Cyproteron acetát	1 mg Oradexon
	P. E. leány 3 éves			K. J. fiú 5 éves		
Össz 17-ketosteroid	6,4	6,2	1,9	16,5	15,0	3,2
DHA	1,08	1,41	0,24	2,9	1,84	0,75
A	1,68	1,62	0,36	6,39	3,78	1,13
E	0,58	1,49	0,21	0,61	1,40	0,25
11-OH-A + 11-O-A	1,53	1,4	0,28	2,50	2,98	0,73
11-OH-E + 11-O-E	0,97	0,25	0,22	2,90		
17-OH-CS	0,19	0,45	0,12	0,28	1,00	0,15
P-diol	2,07	1,39	0,4	4,2	2,96	0,05
P-triol	10,2	4,54	0,2	16,3	9,71	0,41
Se-testosteron szint ng/100 ml	362,2	224,5	34,3	166,0	188,3	62,0
Se-hydrocortison gamma/100 ml	∅	∅	∅	10,0	11,0	3,4

A táblázatban szereplő rövidítések

DHA dehydroepiandrosteron
A androsteron
E etiocholanolon
11-OH-A 11 β -hydroxyandrosteron

11-O-A 11-ketoandrosteron
11-OH-E 11 β -hydroxyetiocholanolon
11-O-E 11-ketoetiocholanolon
17-OH-CS 17 α -hydroxycorticosteroid

zöltek hasonló megfigyeléseket, két betegünk eredményét ismertetjük.

Az esetek ismertetése

1. P. E., 3 éves gyermek, többször feküdt a Debreceni Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikájában (1—2. ábra). Először 16 napos korában került felvételeire hányás, hasmenés, súlyos hyponatraemia és hyperkalaemia miatt. A kis súlyú, bizonytalan nemű újszülöttet szülei fiúnak tekintették és így kívánták felnevelni. A vizsgálatok során AGS sóvesztéssel járó formáját diagnosztizálták; DOCA, Adreson, Percorten terápiában részesült. Rendszeresen ellenőrizték, majd részletes endokrinológiai kivizsgálásra a Szegei Orvostudományi Egyetem Gyermek-, illetve I. sz. Belgyógyászati Klinikáját kérték fel.

Felvételekor testsúlya 12 kg, testhossza 81 cm volt, csonkora chronologiai korának megfelelő. A clitoris hypertrophiás, 2 cm hosszú, praeputiummal borított. Alatta néhány milliméteres rés formájában észlelhető az urogenitalis sinus. RR.: 100/70 Hgmm, P.: 90/min.

Laboratóriumi adataiból: serum Na: 120 maeq/l, a többi elektrolyt, vérkép, vérszejtszám normális. Chromosoma-vizsgálat során genetikailag leánynak felel meg. Steroid-ürítését, valamint serum testosteron-szintjét az 1. táblázat tartalmazza. Jelentősen fokozott 17-ketosteroid-, pregnantriol-ürítés, magas serum testosteronszint mellett, az oxysteroid-ürítés csökkenését észleltük. A betegnek tíz napon át 50 mg/die cyproteronacetátot adtuk, majd pár nap szünet után 1 mg/die Oradexonra állítottuk be.

2. K. J., 5 éves fiú, zavartalan terhesség után, 3400 g testsúllyal született (3—4. ábra), heréi nem voltak tapinthatók. Kétéves korában szüleinek feltűnt, hogy penise a korának megfelelőnél jóval fejlettebb. Klinikai felvétele előtt fél évvel fanszörzete is kifejlődött. A Debreceni Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikájáról került klinikánk endokrin osztályára.

Felvételekor 126 cm magas, 26 kg súlyú, koránál valamivel fejlettebb fiú, arcórája seborrhoeás. Penise 15 éves kornak megfelelő, jól fejlett fanszörzet látható. Herék nem tapinthatók, később urológiai osztályon történt feltárás során herét és funiculus-képletet egyik oldalon sem találtak; funkcionáló hereszövet jelenléte ellen szól az is, hogy nagy adag choriogonadotrop hor-

mon adására az androgén-ürítés, valamint a serum testosteron-szint nem változott.

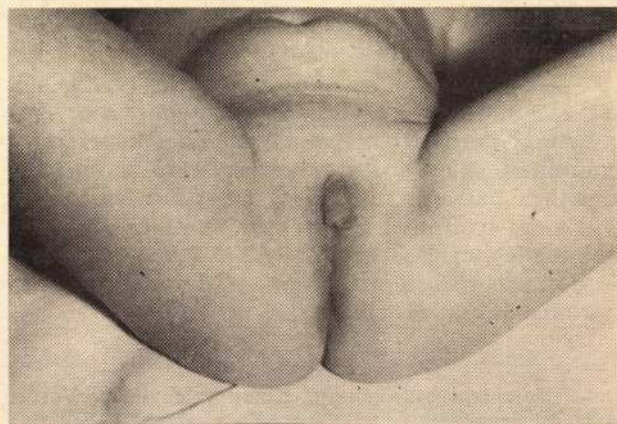
Rutin laboratóriumi adatai normálisak. Hormon-ürítését, valamint a serum testosteron-szintet az 1. táblázat tartalmazza. Hasonlóan az előző beteghez, előbb 50 mg cyproteronacetátot, később 1,0 mg Oradexont kapott naponta.

Vizsgálati módszer

Az össz 17-ketosteroid meghatározás *Holtorf* és *Koch* (19), illetve *Faredin* és *mtsai* (11), a 17-ketosteroid frakciók, 17-hydroxycorticosteroidok, pregnantriol *Faredin* és *Tóth* (12, 13), a serum-cortisol *Spencer-Peet* és *mtsai* (37) által módosított *Mattingly* (25), a serum testosteron-szint meghatározása pedig *Tóth* és *mtsai* (38) eljárása szerint történt.

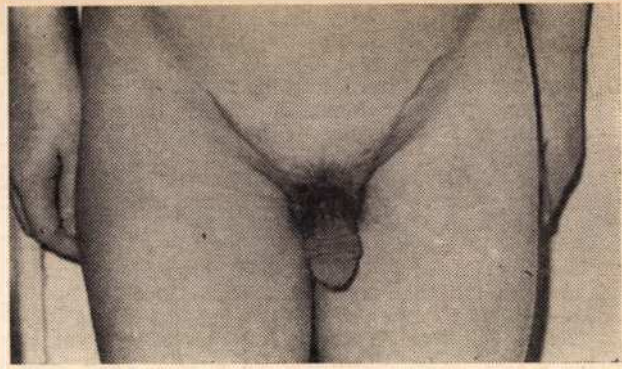
Megbeszélés

A két adrenogenitalis syndromában szenvedő betegünkben az össz 17-ketosteroid-, a pregnantriol-, a pregnantriol-ürítés, valamint a serum tes-



2. ábra.
P. E., 3 éves leány. A clitoris megnagyobbodott

tosteron-szint kórosan fokozódott. Az össz 17 α -hydroxycorticosteroid kiválasztás viszont jelentősen csökkent. Az adatok alapján C-21-hydroxylase enzimdefektus diagnózisra volt bizonyítható. Az öt-éves kislányban pubertas praecox, a hároméves kislányban pseudohermaphroditismus femininus és sóvesztés formájában manifesztálódtak a tünetek. Jelenleg az AGS glycocorticoid terapiája szükséges és nélkülözhetetlen. A pontos beállítás, a rendszeres ellenőrzés, a megfelelően kooperáló beteg (vagy szülei) nem túl gyakori egybeesése mellett is vannak azonban nem kívánatos steroid mellékhatások. Az antiandrogénnel kapcsolatos intenzív kutatások új therapiás lehetőséget vetettek fel ebben a körképben is. Neumann és mtsai (29) vizsgálata



4. ábra. K. J., 5 éves fiú. Kifejlődött penis, jól látható fanszőrzet



3. ábra. K. J., 5 éves fiú. Dg.: Pubertas praecox. C-21-hydroxylase enzimdefektus

révén kiderült, hogy a cyproteronacetát ember-, illetve állatkísérletekben legalább három különböző hatást fejt ki.

1. *Antiandrogen hatás:* feltételezik, hogy a periférián létrejött ún. androgen-resistentia az androgen-receptorok kompetitív gátlása következtében jön létre. A cyproteronacetát adagolása alatt a szexuális aktivitás jelentős csökkenését figyelték meg (33). Testis-atrophiát is leírtak. A cyproteronacetát késlelteti az epiphysis-fugák záródását. Átmenetileg csökkenti vagy megszünteti a hirsutismust (30).

2. *Progestatív hatás:* per os 1500-szor hatásosabbnak bizonyult a progesteronnál.

3. *Antigonadotrop hatás:* a cyproteronacetát feltehetően gátolja a gonadotropin-secretiót (32). A kezelés alatt:

- az össz gonadotropin elválasztása lényegesen csökkent,

- kifejezetten csökkent az FSH- és ICSH-excretio,
- ovulatio-gátlás figyelhető meg,
- gátolt a spermiogenesis; a betegek a kezelés alatt fogamzás- és nemzéképtelenek.

Az ismertetett hatások miatt a cyproteronacetát kézenfekvő therapiás lehetőségnek tűnt minden androgen-excessussal járó körképben. A fenti esetekben 50 mg/die cyproteronacetát adása alatt az össz 17-ketosteroid-ürítés mérsékelte, a pregnantriol- és a pregnandiol-kiválasztás lényegesen csökkent. A ketosteroid frakciókon belül az androgen metabolitok ürítésének viszonylagos redukcióját, egyik esetünkben a serum testosteron-szint csökkenését észleltük. Hasonló eredményekről számolnak be Rager és mtsai (31) már említett közleményükben.

A kezelés alatt a betegekben kismértékű lehangoltságon kívül más mellékhatást nem észleltünk. Összehasonlítva a dexamethason terapia alatt kapott laboratóriumi eredményekkel, a cyproteronacetát antiandrogen effektusa ebben a körképben kisebbnek látszik, de perifériás hatásánál fogva (androgen-receptorok blokkolása) kedvező therapiás eredmény várható. Szóba jön ezenkívül a glycocorticoid + cyproteronacetát terapia kombinálása is, mellyel kapcsolatosan jelenleg végzünk megfigyeléseket.

Összefoglalás. A szerzők két C-21-hydroxylase defektus okozta adrenogenitalis syndromában szenvedő gyermek esetét ismertetik. Therapiás megfigyeléseket végeztek az anti-androgen hatású cyproteronacetáttal; eredményeiket összehasonlították a dexamethason effektusával. Jelenleg a glycocorticoid-substitúciós therapiát tartják megfelelőbbnek, de javasolják a kétfajta kezelés kombinálását is.

IRODALOM: 1. Aubert, L. és mtsai: Rev. franç. Endocr. Clin. 1972, 13, 523. — 2. Bartter, F. C. és mtsai: J. clin. Invest. 1951, 30, 237. — 3. Bierich, J. R.: Intersexuality. Acad. Press, London and New York. 1963, 345. — 4. Bongiovanni, A. M.: J. clin. Invest. 1958, 37, 1342. — 5. Bongiovanni, A. M.: J. clin. Endocr. 1961, 21, 860. — 6. Bongiovanni, A. M., Eberlein, W. R.: J. Pediat. 1958, 21, 661. — 7. Bongiovanni, A. M., Eberlein, W. R.: Metabolism. 1961, 10, 917. — 8. Bongiovanni, A. M., Root, A. W.: New Engl. J. Med. 1963, 268, 1283. — 9. Bossi, E., Zurbrugg, R. P.: Klin. Wschr. 1973, 51, 774. — 10. Eberlein, W. R., Bongiovanni, A. M.: J. clin. Endocr. 1955, 15, 1531. — 11. Faredin I. és mtsai: Kísér. Orvostud. 1969, 9, 438. — 12. Faredin I., Tóth I.: Laboratóriumi diagnosztika. Medicina Kiadó,

sajtó alatt. — 13. *Faredin I., Tóth I.*: Kísérl. Orvostud. 1965, 17, 401. — 14. *Fukushima, D. K., Gallagher, T. F.*: J. biol. Chem. 1957, 229, 85. — 15. *Harrison, J. H. és mtsai*: Urol. Internat. 1972, 27, 81. — 16. *Helge, H. és mtsai*: 8th Ann. Meet. Europ. Soc. Paediat. Endocr. Malmö, 1969. Abstr. — 17. *Helge, H.*: Mschr. Kinderheilk. 1973, 121, 636. — 18. *Hirschfeld, A. J., Fleshman, J. K.*: J. Pediat. 1969, 75, 492. — 19. *Holtorff, A. F., Koch, F. C.*: J. biol. Chem. 1940, 135, 377. — 20. *Iversen, T.*: Pediatrics. 1955, 16, 875. — 21. *Jakobovits A., Piukovich I.*: Orv. Hetil. 1958, 99, 88. — 22. *Julesz M., Kovács K.*: Endokrin betegségek gyógyítása és elméleti alapjai. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1966. — 23. *Kiss P., Fehér T.*: Acta paediat. hung. 1971, 12, 223. — 24. *Kiss P., Fehér T.*: Gyermekgyógyászat. 1971, 22, 123. — 25. *Mattingly, D.*: J. clin. Path. 1962, 15, 374. — 26. *Neumann, F.*: Acta endocr. (Kbh.) 1966,

53, 382. — 27. *Neumann, F.*: 12. Symp. Dtsch. f. Endokr. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1966 b. — 28. *Neumann, F. és mtsai*: Int. J. clin. Pharm. Ther. Toxic. 1968, 6, 475. — 29. *Neumann, F. és mtsai*: Recent Progr. Hormone Res. 1970, 26, 337. — 30. *Neumann, F., Steinbeck, H.*: Der Internist. 1971, 12, 198. — 31. *Rager, K. és mtsai*: Acta endocr. (Kbh.) 1973, 74, 399. — 32. *Rausch-Stroomann, J. G. és mtsai*: Acta endocr. (Kbh.) 1970, 63, 595. — 33. *Rotschild, B.*: Schweiz. med. Wschr. 1970, 100, 1918. — 34. *Scherz, R. G., Gepert, L. J.*: J. Pediat. 1958, 53, 645. — 35. *Shackleton, C. H. és mtsai*: Pediatrics. 1972, 49, 198. — 36. *Sizonenko, P. C. és mtsai*: J. clin. Endocr. 1972, 35, 281. — 37. *Spencer-Peet, J. és mtsai*: J. Endocr. 1965, 31, 235. — 38. *Tóth I. és mtsai*: Kísérl. Orvostud. Sajtó alatt. — 39. *Wilkins, L. és mtsai*: Bull. John's Hpk. Hosp. 1950, 86, 249. — 40. *Zander, J.*: Klin. Wschr. 1960, 38, 5.

VICALIN

tabletta

Antacidum

Forgalomba hozza :

GYÓGYÉRT

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 0,35 g bázisos bizmutnitrátot, 0,4 mg magnéziumkarbonátot, 0,2 g nátr. hidrokarbonátot, 0,025 g Cortex Frangulae, 0,025 g Rhizoma Calami, 0,005 g khellint 0,005 g rutint tartalmaz.

HATÁS: Az összetevők antacid (magnéziumkarbonát és nátriumhidrokarbonát), adstringens és antimikrobás (bázisos bizmutnitrát), enyhe laxatív (Cortex Frangulae), tonizáló (Rhizoma Calami), kapilláris permeabilitás csökkentő és gyulladásgátló (rutin), valamint spasmolyticus (khellin) hatásának eredőjeként csökkenti a kórosan emelkedett sósavválasztást, javítja a gyomor kiürülését, gátolja a gyulladással járó folyamatokat és elősegíti a fekélyfészek gyógyulását.

JAVALLATOK: Ulcus ventriculi, ulcus duodeni, ulcus jejuni. Gastritis chronica, hyperchlorhydria. Pylorus spasmus. Neuroticus gyomorpanaszok.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja naponta $3 \times 1-2$ tabletta étkezés után, lehetőleg langyos vízzel. Ulcus ventriculi, duodeni esetén célszerű 4-8 hetes kúraban folyamatosan alkalmazni, majd a kezelést 1 hónapos szünet közbeiktatásával megismételni. A fájdalom, gyomorégés, hányinger már néhány napos kezelés után megszűnik.

FIGYELMEZTETÉS: Vicalinnal együtt ne adagoljunk atropint vagy más secretio-csökkentő készítményt.

A tabletta szedése alatt a széklet feketére, zöldesfeketére színeződik.

MELLÉKHATÁS: Gyakorlatilag nincs.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 50 tabletta

Ára: 24,50 Ft

INFORMÁCIÓ: „MEDEXPORT” TUDOMÁNYOS ISMERTETŐ IRODA
1055 Budapest, Balassi Bálint u. 25.

EXPORTÁLJA: V/O „MEDEXPORT”, MOSZKVA

Robébi



gyógytápszer

500g

A ROBÉBI „A” tápszer az anyatej teljes hiánya esetén annak pótlására, illetve csökkent tejelválasztás esetén az anyatej kiegészítésére adható az első 3 élethónapban, illetve a 4,5 kg (maximum 5 kg) testsúly elérésig.

A tápszer jellemzője a fiatal csecsemő fehérjeszükségletének megfelelő fehérjekoncentráció, amely — 150 ml/kg ROBÉBI „A” tápszeroldat-fogyasztást feltételezve — 3 g/kg fehérjeellátást biztosít.

Kalóriaértéke lényegileg azonos az anyatejével. (71 kalória/100 ml).

Társadalombiztosítás terhére történő rendelkezésre vonatkozó általános rendelkezések az irányadók.

ÁRA: 30,90 FT

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST**



Robébi



gyógytápszer

500g

A ROBÉBI „B” tápszer a mesterségesen táplált, 4,5—5 kilogrammnál nagyobb testsúlyú csecsemők tartós táplálására alkalmas tejporkészítmény. Fehérjetartalma (100 ml tápszeroldat 1,70 g-ot tartalmaz) kisebb, mint a ROBÉBI „A”-nak, mivel az idősebb csecsemő fehérjeszükséglete már csekélyebb, ezzel szemben a ROBÉBI „B” nagyobb zsírtartalma megfelel az idősebb csecsemők zsírigényének (kalóriaértéke 74,6/100 ml).

Társadalombiztosítás terhére történő rendelhetősége tekintetében a gyógytápszerekre vonatkozó általános rendelkezések az irányadók.

ÁRA: 33,— FT,

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST**



Dunaújvárosi Tanács Kórháza,
Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály (főorvos: Kiss Dezső dr.)

Az ultrahang echo „A” képeljárás alkalmazása a nőgyógyászati diagnosztikában

Szöke Béla dr. és Kiss Dezső dr.

Az ultrahang diagnosztika mind szélesebb körű alkalmazása egyre nagyobb segítséget nyújt az orvosi gyakorlatban. A szülészeten és nőgyógyászatban először Donald és mtsai (1) alkalmazták 1958-ban. Azóta különösen megnőtt a szerepe az intrauterin diagnosztikában, de a nőgyógyászatban is segít a kismencedei folyamatok elkülönítő kórismézésében (4, 6, 7, 8, 9, 10, 11). Hazánkban először az ultrahang nőgyógyászati alkalmazását Falus és Söbel (2) ismertette. Figyelemre méltók Kun és Bösze (5) polycystás ovariumok ultrahang vizsgálatával elért eredményei is.

Az ultrahang echo módszer lényege az, hogy a kibocsátott ultrahang a vizsgálandó testbe jut és a különböző akusztikai tulajdonságú szövetek határfelületeiről visszaverődve oscilloscopen láthatóvá tehető. Az „A” kép technikával az echók tüske formájában jelennek meg, míg a „B” képeljárással egy síkban keresztmetszeti képet nyerhetünk. A női nemi szervek solid tumorainak és cystáinak felismerése és differenciáldiagnózisa az egydimenziós módszerrel is lehetséges (3, 12).

Anyag és módszer

Vizsgálatainkhoz a Kretztechnik 4100 MGB típusú készüléket használtuk s az „A” képeljárást alkalmaztuk. Az oscilloscop ernyőjén megjelenő echo-tüskék egymáshoz való viszonyából, elhelyezkedéséből s a frekvencia és teljesítmény változtatására bekövetkező eltérésekből állapítottuk meg, hogy a vizsgált képlet cysticus-e vagy tömött s milyen kiterjedésű, nagyságú. A cysticus és solid tumorok között az alapvető különbség, hogy a cysták folyékony tartalma a hanghullámokat csak igen kismértékben gyengíti, így a magasabb frekvencia hullámai azon könnyen áthatolhatnak s a cysta hátsó faláról jól látható echo formájában visszaverődnek. Az ultrahang a különböző szövetekben áthaladva, különböző mértékben absorbeálódik. Az alacsony frekvenciával könnyebb tömött szövetet átjárni, mint magasabb frekvenciával, ugyanis ezen utóbbiak

erősebben absorbeálódnak. Tulajdonképpen ez az alapja a cysticus és tömött szövet ultrahangos differenciálásának.

Vizsgálatainkat 49 nőbetegen végeztük, akik belső nemi szervi tumoros betegséggel feküdtek osztályunkon. Az eljárásnál 1, 2 és 4 MHz-es vizsgálófejeket használtunk.

Eredmények

Betegeink esetében a kórházi felvétel során történt bimanuális vizsgálat, ultrahang eljárás, majd az elvégzett műtét után a műtéti preparatum, illetve a histologiai eredmény összevetéséből ítéltük meg az ultrahang vizsgálat megbízhatóságát. Anyagunk megoszlása a következő volt:

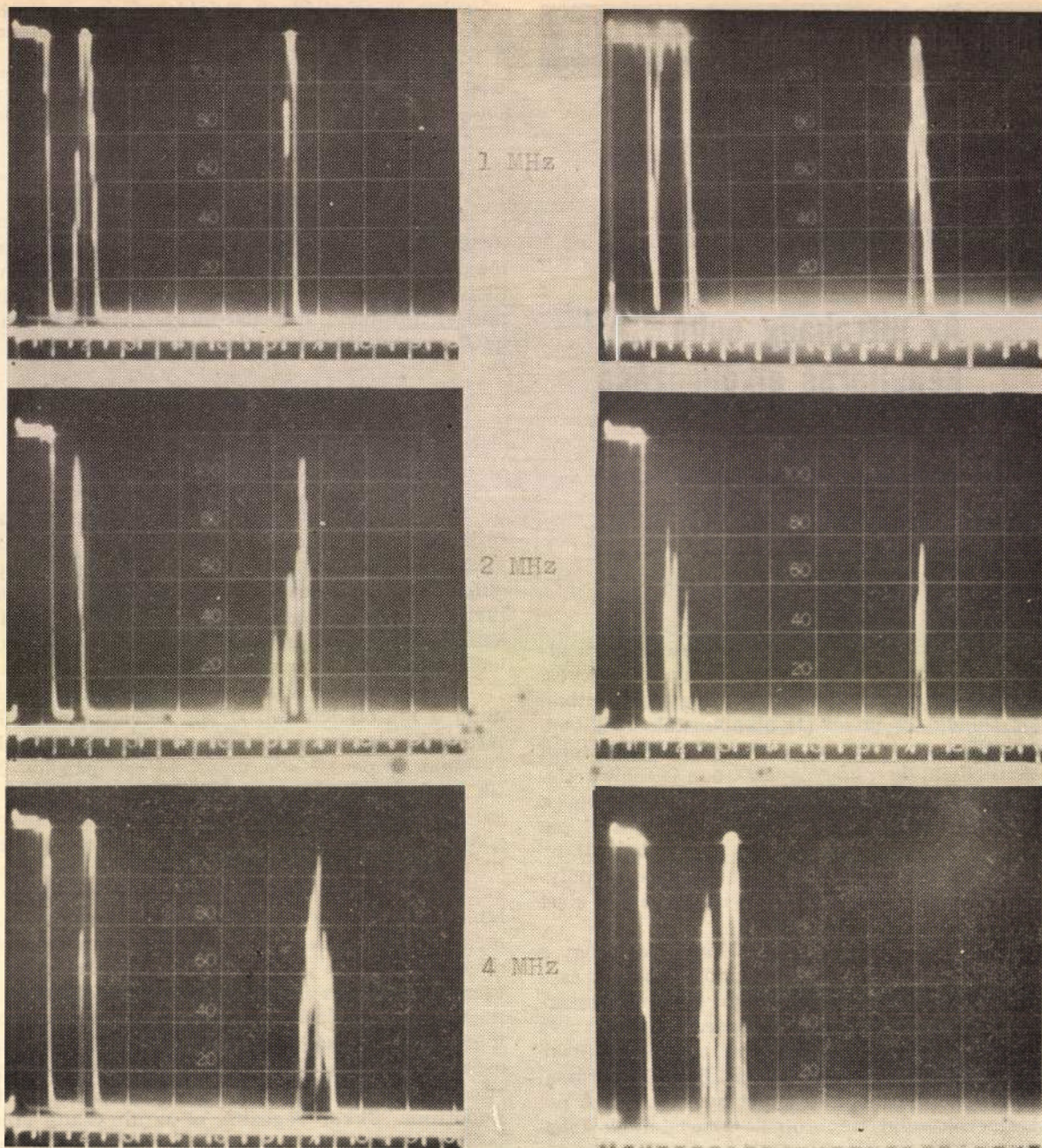
ovarium cysta	14
solid ovarium tumor	6
uterus myoma	28
többrekeszű ovarium cysta	1

Minden betegünkön először 1 MHz-es vizsgálófejjel és 40–60 decibel teljesítménnyel kezdtük a vizsgálatot. Amennyiben ilyenkor a vizsgált képlet elülső és hátsó falát sikerült láthatóvá tenni, a 2, illetve 4 MHz-es vizsgálófejet is alkalmaztuk. Ha a kép ekkor és erősítésre sem változott, cysticus képletet diagnosztizáltunk.

14 esetünkben 12 megegyezett mind a klinikai, mind a műtéti lelettel. Egyik betegen a klinikai vizsgálat solid tumort talált, ultrahanggal azonban cystának imponált s a műtét is ezt igazolta. Másik esetben solid tumornak ítéltük meg ultrahanggal a képletet, a műtéti preparatum azonban sűrű gennyet tartalmazó adnex tályognak bizonyult. Említést érdemel még egy esetünk. A 29 éves beteg azzal a kéréssel jelentkezett osztályunkon, hogy állapítsuk meg, hogy terhes-e vagy daganata van, mert hasa különösen az elmúlt 4 hónapban feltűnően megnőtt s „bizonytalan magzatmozgást” is érez. Orvosnál ez ideig nem volt. Az elvégzett bimanuális vizsgálatkor IX. hónapos graviditásnak megfelelő nagyságú képletet lehetett tapintani, azonban az elég jól áttapintható hasban magzatrészeket nem találtunk s magzati szívhangokat sem hallottunk. Ekkor végeztük el az ultrahang vizsgálatot, mely teljesen egyértelműen egy 32 cm mélységű cysta képét mutatta. A beteget megoperáltuk s egy óriási ovarium cystát találtunk.

28, klinikailag myomásnak tartott betegen végeztünk vizsgálatot. Az eredmények a tumor minőségére és vastagságára vonatkozóan a műtéti preparátummal megegyeztek. A legnagyobb mért myoma 30 cm vastag és 2700 g-os volt. Ezen esetben 1 MHz-nél még jól látható volt a daganat hátsófalai echója, de 4 MHz-nél már nem sikerült azt kimutatni a nyilvánvaló nagymértékű absorptio miatt. Ekkor a teljesítményt megemeltük s az előző kép csak annyiban változott, hogy több apró echo-csipet jelent meg a képen, mely a myoma nyalábos szerkezetének megfelelően a különböző területek kötőszöveti határfelületein keletkezett. Egy esetben sikerült egy kikocsányosodott myomás gócot is megmérni.

A solid ovarium tumoroknál, hasonlóan az előző csoporthoz, 4 MHz-nél a tumor hátsó fala már



1. ábra.
Cysticus tumor

Cysticus és solid tumorok „A” képeljárással készült
echogrammjai, 1, 2 és 4 MHz frekvencia mellett

Solid tumor

nem vizualizálható. 2 MHz-nél a teljesítmény növelésével még láthatóvá tehető, de az amplitúdó magassága csökkent. E csoportba 4 ovariumcarcinoma, 2 dermoid tumor tartozott. Az ultrahang diagnoszis ezen esetekben helyesnek bizonyult.

A multilocularis cystomák tartalmuknál fogva a nagyobb frekvenciák számára is jó áthatolóképességet biztosítanak. Speciális szerkezetük a cystás és solid területek váltakozása s elhelyezkedése, különös és változékony echogrammot ad. Egy esetünkben a klinikailag ovarialis tumornak diagnosztizált képlet ultrahang vizsgálata több egymástól jól elhatárolható cystának megfelelő echo képet adott s az 1 MHz-es vizsgálófejjel a tumort átjáró hullámok egy alacsonyabb echo-komplexumot mutattak, mely a tumor hátsó fala előtt közvetlenül elhelyez-

kedő solid résznek felelt meg. A műtéti preparatum megfelelt e képnek.

Megbeszélés

A női nemi szervek tumorainak felismerése és diagnosztizálása az ultrahang „A” képeljárással is lehetséges. A különböző frekvenciák alkalmazásával és a készülék teljesítményének változtatásával különbséget tehetünk solid és cysticus tumorok között. Amíg a cysticus tumorok elülső és hátsó fala alacsony és magas frekvencia mellett, valamint a teljesítmény fokozásával is változatlan marad, addig a tömött szövetek, solid tumorok hátsó fala a magas frekvenciás impulzusok számára már nehezen elérhető, a fokozott absorptio miatt s a teljesítmény fokozására apró echo-tüskék jelennek meg az

echogrammon. A képletek kiterjedését, nagyságát centiméterben is meg lehet határozni. Fontos tudni azonban, hogy ezen eljárással nyert eredményekből nem lehet s nem is szabad a tumor szövettani tulajdonságaira következtetni. E vizsgálat előnye, hogy aránylag egyszerű, a betegre nem ártalmas s megbízható kiegészítő diagnosztikai módszer.

Összefoglalás. Szerzők ismertetik a belső női nemi szervek tumorainak differenciáldiagnosztikájában alkalmazott ultrahang echo „A” képeljárását. A különböző szövetek eltérő akusztikai tulajdonsága alapján elkülöníthető a cysticus és solid tumor. Mint kiegészítő diagnosztikus módszer — mely a betegre ártalmatlan —, hasznos segítséget nyújt a nőgyógyászatban.

IRODALOM: 1. Donald, J., Mac Vicar, J., Brown, T. G.: Lancet. 1958, 1, 1188. — 2. Falus M. és Sobel M.: Orv. Hetil. 1969, 110, 905. — 3. Kratochwil, A.: Ultraschalldiagnostik in Geburtshilfe und Gynäkologie. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1968. — 4. Kratochwil, A.: Fortschr. Med. 1973, 91, 2, 63. — 5. Kun L. és Bösze P.: Orv. Hetil. 1973, 114, 1055. — 6. Macheleidt, R., Doil, R.: Zbl. f. Gynäk. 1971, 93, 1457. — 7. Martin, C. B., Murata, Y., Rabin, L. S.: Obstet and Gynec. 1973, 41, 379. — 8. Stone, M. L., Eingold, A. B., Lee, B. O.: Amer. J. Obst. Gynec. 1972, 113/8, 1046. — 9. Sunden, B.: Acta Obstet. Gynec. Scand. 1964, 43, Suppl. 6. 1. — 10. Taylor, E. S. és mtsai: Amer. J. Obst. Gynec. 1964, 90, 655. — 11. Thompson, H. E. és mtsai: Amer. J. Obstet. Gynec. 1967, 98, 472. — 12. Zacutti, A.: Minerva Ginecologica. 1970, 22, 7270.

ZINKUNDAN

kenőcs
Antimycoticum

Forgalomba hozza:
Gyógyért

ÖSSZETÉTEL: 1 üveg (25 g) 10% undecilensavat, 10% cink-undecilenátot, 10% szalicilanilidet tartalmaz lemosható kenőcsalapanyagban.

HATÁS: Az undecilensav és cinksója, valamint a szalicilanilid lokálisan alkalmazva fungostatikus és fungicid hatást fejt ki.

JAVALLATOK: Dermatophytonok és sarjadzó gombák, különböző candidafajták okozta bőrelváltozások, idült láb-mycosis és a körmök gombás fertőzései, így mycosis interdigitalis, candidiasis cutis, trichophytis superficialis, pityriasis versicolor, Kaufman-Wolf-gomba okozta onychomycosis pedis et manus. Eredményesen alkalmazható erythrasma és egyéb gombás bőrfertőzések esetén is.

ALKALMAZÁS: A kenőcsöt naponta kétszer kell vékonyan felkenni a fertőzött bőrfelületre. A kezelést a fertőzés teljes megszűnéséig kell folytatni, mely átlagosan 2–4 hét. Makacs, terápiára rezisztens esetekben célszerű a kezelést Griseofulvin szedésével kiegészíteni.

FIGYELMEZTETÉS: Zinkprotamin-insulinnal történő egyidejű vagy egymás utáni alkalmazáskor túlérzékenységi próba végzendő.

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 üveg (25 g) Ára: 30,50 Ft

INFORMÁCIÓ: „MEDEXPORT” TUDOMÁNYOS ISMERTETŐ IRODA
1055 Budapest, Balassi Bálint utca 25.

EXPORTALJA: V/O „MEDEXPORT”, MOSZKVA

Nem specifikus védekező képesség fokozása immunterápiával

Immunológiai ismereteink rohamos fejlődése, az antibiotikum, ill. steroid therapia kockázatai és gyakorlati eredménytelensége, a klinikusok érdeklődését a nem specifikus immunkezelésre irányította. A Gram negatív baktériumok előlt suspensióinak vagy antigén-kivonatainak parenterális alkalmazása a nem specifikus védekezőképesség néhány hétig tartó fokozódását váltja ki. A nem specifikus immunitás nemcsak a Gram negatív, hanem a Gram pozitív baktériumokkal, sőt a vírusokkal és gombákkal szemben is nő. A vakcinákban levő Gram negatív baktériumok endotoxinjai (lipopolysaccharidok) fokozzák a nem specifikus védekező mechanizmusok és a β -lymphocyták aktivitását, fagocitózist és pinocitózist serkentő mediatorok szabadulnak fel, nő a properdin rendszer aktivitása, mely a késői komplement faktorokkal gyorsítja az idegen antigének lebontását és interferon képződést vált ki.

MANNOZYM

A *Saccharomyces cerevisias* zymosan antigénje a properdin-komplement rendszer nem specifikus aktivitásán keresztül fokozza a fagocitózist, pinocitózist, baktericidiát és a bakteridizist.

Csomagolás: 1 \times 1 ml ampulla, 3 \times 1 ml ampulla, 10 \times 1 ml ampulla, 50 \times 1 ml ampulla.

NEUROLYSIN (I., II., III.)

A *Staphylococcus aureus* A protein antigénje kapcsolódni képes az immunglobulinok Fc fragmentumával és ezáltal nem specifikus immunfolyamatok elindítója lehet.

Csomagolás: I. és II. 6 \times 1 ml ampulla

III. 10 \times 1 ml ampulla

PYRAGO (0,05, I. és II.)

Elölt *E. coli*, *Staphylococcus faecalis*, *Saccharomyces cerevisiae* és *Lactobacillus acidophylus* suspensiója, mely idült gonorrhoea, szövődmények, arthritisek, rheuma, metalueses megbetegedések, tabes dorsalis, paralysis progressiva esetén alkalmazható.

Csomagolás: 6 \times 1 ml ampullákban

POLYSAN

Lysosimmal kivont *Sarcina lutea* suspensiójából készült antigénkivonat, mely fertőző betegségek (kanyaró, vörheny, tífusz stb.) kezdeti és szubakut szakában a specifikus kezelés mellett, valamint különböző gyulladós és lázas megbetegedések (angina, furunkulózis, otitis stb.) esetén a nem specifikus védekezőképességet fokozza.

Csomagolás: 1 \times 2 ml ampulla, 3 \times 2 ml ampulla, 10 \times 2 ml ampulla, 100 \times 2 ml ampulla



HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET

2101 Gödöllő, Táncsics Mihály u. 82.

Városi Tanács Kórháza, Dombóvár,
Csecsemő és Gyermeosztály (főorvos: Gyódi Gyula dr.)

Bartter syndroma 8 éves gyermekben

Gyódi Gyula dr., Juhász É. Katalin dr.
és Wilhelm Ottó dr.

1962-ben *Bartter és mtsai* (1) két fiatal néger betegükön megfigyelt ritka tünetegyüttesről számoltak be. „A juxtglomeruláris komplexus hyperpláziája hyperaldoszteronizmussal és hypokalaemiás alkalózissal” című tanulmányukban a renális káliumvesztés olyan formáját ismertették, amelyben a vérnyomás normális és az angiotenzin II presszor hatásával szemben relatív vasculáris érzéketlenség észlelhető. Ennek következménye a kompenzatorikus renin- és angiotenzin-túlprodukciónak, valamint a hyperaldoszteronizmusnak.

Ez az új syndroma első leírója után Bartter-syndroma néven vált ismertté. 1968-ban *Bryan és Bartter* (3) leírták a tünetegyüttes előfordulását gyermekben is. 1971-ig *Fanconi és mtsai* (6) mintegy 35 esetet találtak az irodalomban.

Jelen tanulmányunkban egy betegünk kórtörténete kapcsán e syndroma diagnosztikai kritériumait és legvalószínűbb pathogenezisét tárgyaljuk.

A Bartter-syndroma klinikai és biokémiai jellemzői: a törpenövés, polyuria, hypokalaemia, a hypochloraemiás metabolikus alkalosis, a renális káliumvesztés, hyperaldoszteronizmus, magas plazma renin aktivitás és a normális vérnyomás. A vese szövettani vizsgálatok a juxtglomeruláris sejtek hyperpláziáját találjuk.

Esetismertetés

O. S., 8 éves fiúbetegét 1972. november 27-én vetük fel osztályunkra. A kórelőzmény adatai szerint a felvétel előtti napon láztalanul négy esetben hirtelen eszméletét veszítette és alkalmanként 5–10 percig tartó görcsei voltak. Korábban beteg nem volt, csupán tonsillectomián esett át. Leánytestvére ismert epilepsziás, fivére egészséges.

Felvételi status: az alacsony növésű, de arányos testalkatú gyermekeken a fizikális lelet az arrhythmias, extrasystolékkal tarkított szív működéstől eltekintve negatív volt. Az elvégzett EKG vizsgálat halmozott, polytop kamrai és supranodális extrasystolákat mutatott, megnyúlt Q–T távolsággal és lapos T hullámmal. A rtg-vizsgálatkor negatív tüdőt és kissé dilatált szívet találtunk.

Az EEG bitemporális epileptogén tevékenységet mutatott.

E leletek közös okát a vérkémiai vizsgálatok eredményei között az igen alacsony 2,4 maeq/l-es se. K érték szolgáltatta. Felvételkor a laboratóriumi leletek: vérkép, kenet, vvt.-súlyvétel normális volt. Se. Na: 134 maeq/l, se. K: 2,4 maeq/l, se. Cl: 100, illetve 95 maeq/l, UN 15 mg⁰/_o. Vizelet: fehérje, genny, cukor, bilirubin neg. Ubg.: norm., üledék neg., fs.: 1010.

Vér pH: 7,52, st. NaHCO₃: 32 maeq/l, akt. NaHCO₃: 32 maeq/l, BB: 59,0 maeq/l, BE: +9,0 maeq/l, pCO₂: 40 Hgmm. Vérnyomás: 100/70 Hgmm.

Igy a hypokalaemia, a hypochloraemiás metabolikus alkalosis, az ödéma hiánya, valamint az ismételt mért normális vérnyomás alapján joggal merült fel a Bartter-syndroma lehetősége.

Feltételezett diagnózisunk igazolására számos vizsgálatot végeztünk betegünk közel egyéves megfigyelése során.

A szülők ismételt kikérdezésekor derült fény a sóéhségre, polydipsiára, fáradékonyságra. Polyuriája nem volt, csak időnként enurézise.

A hypokalaemia állandó, 2,4–2,6 maeq/l közötti se. K, hasonlóan alacsonynak találtuk, 63–79 maeq/l a vvt. káliumot is. Mérsékelt hyponatraemia: 134 maeq/l, hypochloraemia: 92 maeq/l és normális se. Mg 1,6 maeq/l mellett.

Sódiurézisét bizonyítja a szabad diéta mellett észlelt 250 maeq/l Na, a 199 maeq/l Cl és az 52 maeq/l vizelet-K eredmények. A metabolikus alkalosisnak megfelelően a vizelet pH 6,7–7,1 közötti, a titrálható aciditás: 0.

A vizelet aldoszteron ürítés emelkedett 9,5 µg/24 óra (norm. 5,0 µg/24 óra) volt, a plazma renin aktivitás a normális 2 µg/ml/óra érték közel háromszorosának, 5,3 µg/ml/órának bizonyult.

A beteg csontkora megfelelt a chronológiai korának. Testmagassága 111 cm, a 3-as percentil alatt.

A hypokalaemiák differenciáldiagnózisát (7, 9) követve kizárásos módon is bizonyítást nyert esetünkben a Bartter-syndroma.

Gastrointestinalis káliumvesztés és a kaliurézis fokozó gyógyszerátalom lehetősége az anamnézis alapján fel sem merült. A veseelégtelenséget kizárta a normális ureanitrogén (13–15 mg⁰/_o), a megtartott koncentrációs képesség (6 óra után fs.: 1020), az ismételt negatív vizeletbakteriológiai és üledékvizsgálat, valamint a negatív pyelographiás lelet. Creatinin clearance 74, illetve 110 ml/min/1,73 m².

Komplex tubulopathia ellen szólt a negatív vizeletcukor- és aminosavürítés.

A renális tubuláris acidosis az ismételt mért alkalikus vizelet pH és a vér sav-bázis státusa alapján zártuk ki.

A mellékvese-funkciók érintetlenségét a fiziológias határok közé eső serum cortisol (8,4 µg/100 ml), a vizelet cortisol (30,5 µg/24 óra), a vizelet 17-ketosteroid (5,8–6,1 mg/24 óra) és catecholamin (40 µg/24 óra) értékek jeleztek (Cushing-kór, phaeochromocytoma). A szekunder hyperaldoszteronizmust az emelkedett reninszint igazolja, a normális vérnyomás pedig e csoporton belül is további kizárást tett lehetővé (Conn-syndroma, renovasculáris hypertonia). Egyéb laboratóriumi értékei, cholesterolin, se. összfeh., vércukor, Ca, P stb. mind normálisak voltak.

Vesebiopsziát a szülői beleegyezés hiánya miatt nem végeztünk. Felvételét követően 10 napon keresztül per os KCl (3 g/die) kezelésben részesült, amely elegendőnek bizonyult az ingerképességi és -vezetési zavar megszüntetésére, annak ellenére, hogy a se. K emelkedése minimális (2,8 maeq/l) volt.

Verospiron (150 mg/die) és kálium együttes adásával sikerült csak átmenetileg 3,0 maeq/l-re emelni a se. K-ot.

Sómegvonás hatására a vizelet Na és Cl tartalma alig csökkent. Hazaadása után a tartós káliumszedést elmulasztotta, így az ellenőrző vizsgálatok során többször észleltünk súlyos hypokalaemiát, egy alkalommal az eszméletvesztés és görcsroham is megismétlődött.

Jelenleg napi 3 × 0,5 g KCl szedése mellett tünetmentes, noha a se. K még mindig alacsony.

A beteg kórházi tartózkodása idején megvizsgáltuk az anya és a fiútestvér serum elektrolitjét. Az anya

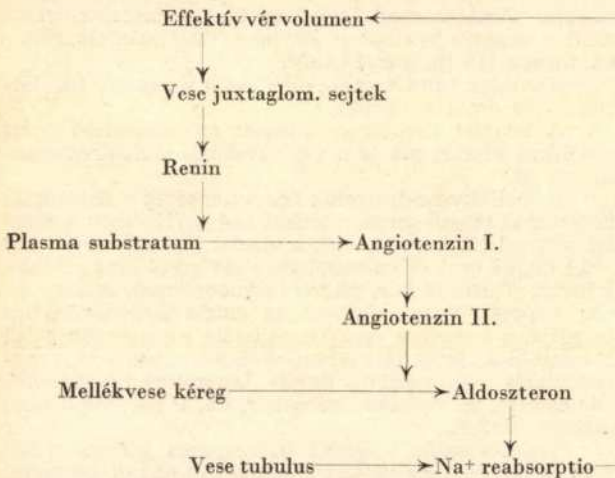
se. Na 149 maeq/l, K 4,3 maeq/l, Cl 110 maeq/l és vvt. K 76 maeq/l. A testvér se. Na 141 maeq/l, K 3,6 maeq/l, Cl 103 maeq/l és vvt. K 81 maeq/l.

A vvt. K mind az anyában, mind a testvérben csökkent, ez utóbbiban a se. K is kissé alacsonyabb.

Megbeszélés

A Bartter-szindróma alig több mint egy évtizede ismert kórkép, az irodalomban található igen részletes és gondos vizsgálatok ellenére etiológiája még ismeretlen. Sokan recesszív öröklődő defektusnak tartják, mivel több esetben testvéreken észlelték. Legtöbbször a gyermek- és fiatal felnőttkorban manifesztálódik, leggyakrabban mint önálló klinikai entitás jelentkezik, de leírták egyéb tubulopathiával, cystinosisal, renális diabetes insipidus kapcsolatban is (8).

A szindróma leírója, *Bartter*, az angiotenzin II-vel szembeni primér vasculáris insensitivitást tartja a kórkép alapjának. Ez magyarázná a normális vérnyomást, a fokozott plazma reninaktivitást és a szekundér hyperaldoszteronizmust. A hypokalaemia, a metabolikus alkalózis ez utóbbira vezethető vissza. Valóban angiotenzin infúzióra nem emelkedik a Bartter-szindrómás beteg vérnyomása. Ezzel szemben *Cannon és mtsai* (4), valamint *White* (14) a renális tubulopathia különleges formájának tekinti ezt a betegséget. A fenti szerzők megfigyeléseik és vizsgálataik alapján azt a következtetést vonták le, hogy a kórkép alapja a vele született tubuláris Na-reabszorpció zavar. A fokozott renális Na-vesztés következménye a chronikus extracelluláris volumencsökkenés, amely aktiválja a renin—angiotenzin—aldoszteron rendszert (10). Ez utóbbi mechanizmust szemlélteti vázlatosan az 1. ábra.



1. ábra.

A renin-angiotenzin-aldoszteron rendszer, valamint a nátrium és volumen homeostasis összefüggése

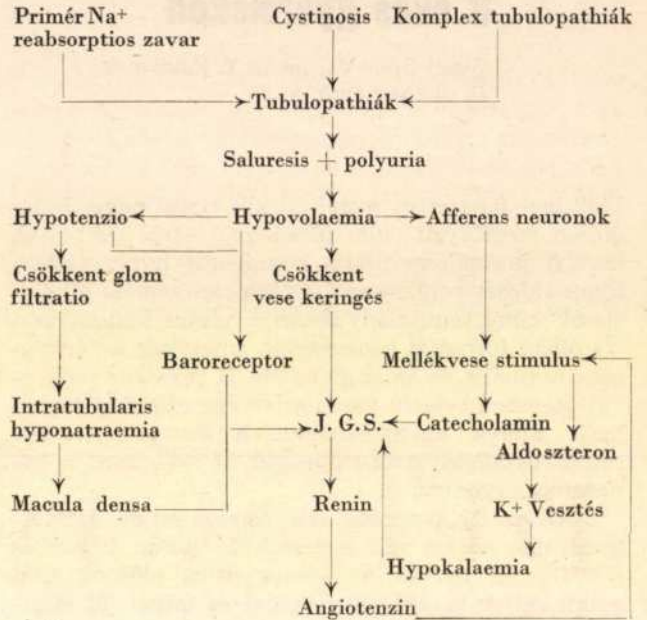
Így érthető az emelkedett aldoszteronszint és a fokozott plazma reninaktivitás. Az angiotenzin II-vel szembeni vasculáris érzéketlenséget a chronikus extracelluláris tér volumencsökkenése okozza.

E hipotézist támasztja alá az a megfigyelés, hogy emberben és kísérleti állatban nagy mennyiségű fiziológiai NaCl (2, 13) vagy plazma (11) gyors infúziójával expandálva az extracelluláris teret, csökken a renin- és az aldoszteronszint és helyreáll

az angiotenzin II-vel szemben a vasculáris érzéketlenség. Az infúziókor a hangsúly a gyorsaságon van, a számított mennyiséget kb. 1 óra alatt kell bevinni, hogy a fokozott renális Na-vesztést túllépve, sikerüljön az extracelluláris tér expanziója.

Chaimowitz és mtsai (5) legújabb vizsgálatai szerint a kóros Na-reabszorpció helye a Henle-kacs felszálló szára.

E hipotézis a Bartter által ma is hangoztatott primér, generalizált angiotenzin II-vel szembeni vasculáris érzéketlenséget megfosztja önálló kóros szerepétől és beilleszti mint következményt a pathomechanizmus láncolatába, melyet a 2. ábra szemléltet.



2. ábra.

A Bartter-szindróma pathomechanizmusának vázlata *Cannon* és *White* hipotézise alapján. Magyarázat a szövegben. J. G. S. = juxtaglomeruláris sejtek

Az ábrán jól látható, hogy a saluresist és polyuriát okozó különböző tubulopathiák chronikus hypovolaemiához vezetnek. Ez részben közvetlen (csökkent vesekeringés), részben közvetett (hypotenzio, illetve afferens neuronok) úton fokozott reninválasztásra serkentik a vese juxtaglomeruláris sejtjeit. A kórosan emelkedett plazma reninszint következménye az angiotenzin emelkedése, ez fokozza a mellékvesék aldoszterontermelését, az így kialakuló hyperaldoszteronizmus renális kálium-vesztéshez és hypokalaemiához vezet. Ez utóbbi is fokozott renintermelést eredményez. A pathomechanizmus eseményeinek ezt a láncolatát megszakítani és a renin—angiotenzin—aldoszteron rendszer fokozott működését normalizálni csak a kóros tubuláris Na-reabszorpció megszüntetésével lehetne.

Bármennyire is tetszetős és átfogó értelmezést nyújt az extracelluláris tér csökkent volumenének felvetése, a fent említett kísérletek csak indirekt bizonyítékok és nem adnak pontos képet a Bartter-szindrómás betegek extracelluláris terének nagyságáról. Közvetlen bizonyítékot csak az izotópos, összehasonlító egzakt folyadékter-meghatározások

adatai nyújthatnának, tudomásunk szerint ilyen közleményt még nem publikáltak.

A Bartter-syndroma okozta elektrolit eltérések rendezését célzó therapiás kísérletek nem hozták meg a kívánt eredményt. A korábban megkísérelt részleges vagy teljes adrenalectomia csak mintegy 1 éves időtartamú normokalaemiát eredményezett.

A tartós káliumszedés mérsékelten emeli a se. K-ot, de fokozza a natriurézist és az aldosteron-produkciót.

A Na-bevitel emelése tovább csökkenti a káliumszintet és növeli a plazma renin aktivitást, valamint az angiotenzinszintet. A kettő kombinációja a se. K-ot nem emeli és bár az angiotenzin II érzékenység javul, a reninaktivitás csökken, az aldosterontermelés tovább emelkedik.

Új fordulatot az aldosteronantagonisták sem hoztak, mert kellő sóbevitel mellett a se. K emelhető ugyan, de a reninaktivitás nem normalizálódik és az angiotenzinérzékenység, valamint az aldosterontermelés fokozódik. *Ramanathan és mtsai* (12) jó eredményről számoltak be betegük 6 éves kezelése során Spironolacton és káliumadás kombinációjával.

A mi betegünk tartós per os káliumkezelés mellett klinikailag tünetmentes.

Mai therapiás lehetőségeink nem elégségesek

ahhoz, hogy a kórosan aktivált renin—angiotenzin—aldosteron rendszert egészében a fiziológiás szintre visszatérítsék. Így a klinikusnak meg kell elégednie a diagnosis felállítása után a csupán részleges javulást hozó therapiás kísérletekkel.

Összefoglalás. A szerzők 8 éves fiúbetegen észlelt Bartter-syndromát ismertettek. A megbeszélésben a tünetegyüttes klinikumának és biokémiájának tárgyalása során kitértek a syndroma pathomechanizmusának *Cannon és White* által felvetett új hipotézisére. Végezetül ismertették a therapiás lehetőségeket.

IRODALOM: 1. *Bartter, F. C. és mtsai:* Amer. J. Med. 1962, 33, 811. — 2. *Brown, J. J. és mtsai:* J. Physiol. (London) 1964, 173, 408. — 3. *Bryan, G. T., MacCardle, R. C. és Bartter, F. C.:* Pediatrics. 1966, 37, 43. — 4. *Cannon, P. J. és mtsai:* Medicine (Baltimore). 1968, 47, 107. — 5. *Cahimowitz, C. és mtsai:* Pediat. Res. 1973, 7, 89. — 6. *Fanconi, A. és mtsai:* Helv. Paediat. Acta. 1971, 26, 144. — 7. *France, R. és mtsai:* Southern Med. J. 1973, 66, 115. — 8. *Godard, C. és mtsai:* Helv. Paediat. Acta. 1972, 27, 495. — 9. *Kerpel-Fronius Ö. és Csordás J.:* Orv. Hetil. 1967, 108, 1929. — 10. *Laragh, J. H. és mtsai:* Amer. J. Med. 1972, 52, 633. — 11. *Newsome, H. H. és Bartter, F. C.:* Clin. Endocr. 1968, 28, 1704. — 12. *Ramanathan, K., Gantt, C. és Grossman, A.:* Amer. J. Dis. Child. 1973, 126, 230. — 13. *Veyrat, R. és mtsai:* Schweiz. Med. Wschr. 1964, 94, 914. — 14. *White, M. G.:* Arch. Int. Med. 1972, 129, 41.

DECARIS

Anthelminthicum

1 tabletta 150 mg, illetve 50 mg levamisol-ot tartalmaz. Bénítja az orsóféreg, a fonálféreg garatizomatát, ezáltal a paraziták képtelenek a bélnyálkahártyába kapaszkodni és erőteljesen, a természetes bélmozgással kisodródni a bélcatornából.

JAVALLATOK: Ascariasis horogféreg-fertőzések.

ELLENJAVALLAT: Ez ideig nem ismeretes.

Egyetlen alkalommal felnőtteknek 150 mg, gyermekeknek 50 mg/20 kg-testsúly.

Javasolt a tablettát este bevenni.

FIGYELMEZTETES: Lipophil anyagoknak Decaris-sal együtt adása kerülendő. Alkalmazásakor és utána legalább 24 óráig szeszes ital nem fogyasztható.

CSOMAGOLÁS: 2 db 50 mg-os tabletta 6,- Ft
1 db 150 mg-os tabletta 6,70 Ft

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Kőbányai
Gyógyszerárugyár
Budapest X.



DIPIDOLOR

Injekció

analgeticum



Tartós hatású analgeticum, amely centrálisan fejti ki hatását. Alkalmazási területe elsősorban a postoperatív fájdalomcsillapítás. Analgetikus hatása felülmúlja a morphinét és pethidinét, ugyanakkor mentes azok közismert előnytelen tulajdonságaitól. Hatása rövid idő alatt kifejlődik és átlagosan 6 óráig tart. Émelygést, hányást nem vált ki. Légzésdepressziót csak túladagoláskor vagy érzékeny betegeken okoz. Analgetikus hatása mellett jó nyugtató hatással is rendelkezik anélkül, hogy a postoperatív észlelést megnehezítő aluszékonyságot okozna.

Összetétel: 1 ampulla (2 ml) 15 mg piritramidumot tartalmaz.

Javallatok: Fájdalomcsillapítás, elsősorban postoperatív fájdalmak.

Ellenjavallat: A morphin és morphin származékok ismert ellenjavallata.

Adagolás és alkalmazás: A beteg életkorának, általános állapotának és fájdalomintenzitásának figyelembevételével a következő átlagos adagok adhatók általában:

15 mg im. Leromlott vagy idős betegeknél 10 mg im. Szükség esetén az adag egy alkalommal megismételhető.

Mellékhatás: Hyperszenzibilis betegeknél vagy túladagolás esetén csekély légzési depressio felléphet, amely 10–15 mg Nalorphinnal megszüntethető.

Figyelmeztetés: A készítményt intravénásan ne alkalmazzuk, mert az intravénás injeció légzési depressziót okozhat!

Megjegyzés: A Dipidolor injekció a kábítószer-csoportjába tartozik. Alkalmazására a kábítószer-törvényben foglalt rendszabályok érvényesek.

Csomagolás: 5 ampulla.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet,
Kórbonctani Osztály és Fül-Orr-Gégészeti Osztály

A gége verrucosus carcinómája

ifj. Bak Mihály dr. és Erdős Melinda dr.

A verrucosus carcinoma a laphámrák sajátos formája, amely morfológiailag és klinikailag egyaránt különbözik más laphámráktól. Elsőként *Friedell* és *Rosenthal* (6) írták le idős emberek szájüregében, figyelmüket azonban főként az keltette fel, hogy betegek dohányt rágtak és ennek aetiológiai szerepét hangsúlyozták a szájüregi rák keletkezésében. A daganat megkülönböztető morfológiai és biológiai sajátosságait *Ackerman* (1) ismerte fel és írta le 1948-ban.

A verrucosus carcinoma szerkezetére jellemző, hogy 1., exophyticus, szemölcsös daganat, amelynek felületén finom bohólyoszerű kitüremkedések és erős elszarusodás látható; 2. állományát vaskos, bunkó alakú, gyakran nagy szarucytákat tartalmazó laphámnyúlványok alkotják, amelyek átszövik a környező szöveteket, akár a csontszövetet is; 3. a membrana basalis megtartott, a hámnyúlványok inkább bepréselődnek a mélyebb szövetekbe mint infiltrálják azokat (a csontszövetet is inkább erodálják, mintsem a velőüreket infiltrálják); 4. a hám feltűnően differenciált, a magabnormitások minimálisak; 5. a tumorról határos kötőszövetben élénk gömbsejtes beszűrődés észlelhető, s ha a szarucysták anyaga a kötőszövetbe jut, idegentest-sarjszövet is képződik (1, 2, 8, 9, 10, 11).

A verrucosus carcinoma prognosisa kedvezőbb, mint más laphámráké. Növekedése kezdetben lassú, hosszabb fennállás után gyorsabbá válik. Recidiválhat, áttétet azonban kivételesen ritkán ad és — eltekintve a besugárzással kezelt esetektől — kizárólag a tájéki nyirokcsomókba (1, 8, 9, 11). A tájéki nyirokcsomók gyakran megnagyobbodnak ugyan, ez azonban legtöbbször nem áttét, hanem a tumort kísérő gyulladás következménye (1, 8, 9). Leggyakoribb a szájüregben, ebben dohányrágás játszhat szerepet (1, 2, 4, 5, 6, 8, 9). Jóval ritkábban észlelték az orrüregben (9), a gégében (2, 3, 9, 11, 14), a nyelöcsőben (10), a cervixben (7), a vulván, a hüvelyben, a glans penisen, a scrotumon és a gáton (9). A szájüregben nemegyszer multifocalis (8, 9) és csaknem mindig található egyidejűleg leukoplakia is (1, 2, 6, 8, 9).

Különös figyelmet érdemel két körülmény: 1. a szájüregi verrucosus carcinomákkal aránylag gyakran társul differenciálatlanabb laphámrák ugyancsak a szájüregben (8, 9), *Nostrand* és *Olofsson* (11) két verrucosus gégerákban szenvedő betege közül pedig az egyiknek bronchogen carcinómája, alveolaris sejtes tüdőrákja, pajzsmirigyrákja és gyomorrákja, a másiknak vastagbélrákja is volt. 2. Az utóbbi években több eset-



1. ábra.
A daganat felszínén filiformis kiemelkedések és erős elszarusodás látható. H.-E., 100 X

ben észlelték besugárzással kezelt verrucosus carcinoma anaplasias transformatióját, ami generalisált áttét-képződés kíséretében a besugárzást követő 1 éven belül a betegek halálát okozta (5, 9, 11, 12, 13).

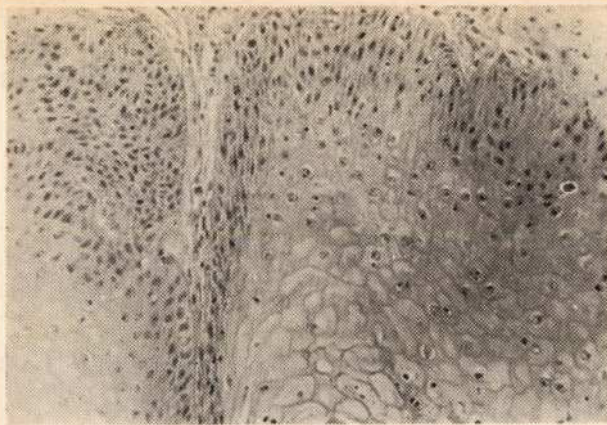
E munkánkban egy betegről számolunk be, akinek gégéjében verrucosus carcinoma volt. Célunk, hogy felhívjuk a figyelmet e viszonylag ritka, de fontos daganatra, amely „úgy látszik, mindmáig kevésbé ismert Európában” (11), továbbá, hogy rámutassunk a diagnosztikus problémákra, melyekkel magunk is — részben e daganatfajta ismeretének hiányában — mintegy 2 évig küszködünk.

Esetismertetés

B. M., 49 éves férfi 1969. június és 1971. február között 6 alkalommal feküdt a fül-orr-gégészeti osztályon. Első felvételére (1969. VI. 21.) két hónapja tartó rekedtség miatt került sor. Fájdalma, légzési panasza nem volt. Naponta 20 cigarettát szív. Gyomrát fekélybetegség miatt 1965-ben resecálták. Laboratóriumi leletei negatívak. Máj 2 harántujjal nagyobb, más belgyógyászati eltérés nincs. Fül, orr, száj-garat ép. Gégétükri kép: jobboldalt az epiglottis laryngealis felszínén egyetlen felszínű, részben kifeléyesedett szövetszaporulat, az aryepiglotticus redő szelétől az aryopore széleig terjed. Hangszalagok jól mozognak. A kimetszett két rizszemnyi szövet szövettani képe: a felszín bo-



2. ábra.
A mélybe nyúló hámnyúlványok élesen elhatárolódnak a kötőszövettől, közepükön szaru-cysta; a hám rétegezettsége megtartott. H.-E., 250 X



3. ábra.
Laphámnyúlvány részlete. A hám rendkívül differenciált,
a membrana basalis megtartott. H.-E., 640 X

rító hám papillomatosus, hyperplasiás, igen differenciált szerkezetű. A tüskéssejtes réteg kiszélesedett, a felszínen erős elszarusodás észlelhető. Az alsó sejtsorokban a sejtmagok egy része erősen duzzadt, némelyik nagy nucleolust tartalmaz. A hám és a keskeny kötőszövet határa éles, a kötőszövetben élénk gömbsejtes beszűrődés. Vélemény: hyperkeratoticus papilloma; felvetődik paratumoralis kimetszés lehetősége.

A kórszövettani lelet alapján újabb (második) felvétel három hét múlva (1969. VII. 13.). Gégetükri kép: az epiglottis laryngealis felszínén jobboldalt papillomának tűnő elváltozás, alatta ép nyálkahártyával fedett heges terület látható. A kimetszett kölesnyi szövetben a mikroszkópos kép az előzőhöz hasonló, de feltűnik a hám felszínén képződött boholyoszerű kitérkedések, s főleg a kötőszövetbe mélyre terjedő vastok hámnyúlványok. A membrana basalis megtartott. Vélemény: kifejezett papillomatosus hám-hyperplasia; nem zárható ki igen differenciált laphámrák lehetősége.

Tekintettel a bizonytalan szövettani leletre, a beteg állandó megfigyelés alatt állt. Harmadik felvétel: 1969. október. Gégetükri kép: az epiglottis jobboldalon kiszélesedett, mozgása korlátozott. Egymást követően 2 excisio történt. Az elsőről papillomatosus hámhyperplasia a vélemény. A másodikban a hámnyúlványok ismételtén észlelt mélybe terjedése és felszaporodása, az alsó sejtsorokban látott duzzadt magok, nagy nucleolusok és a folyamat progressiója miatt feltételezzük, hogy az elváltozás igen differenciált laphámrákba ment át, bár kétséget okoz a hám feltűnő differenciáltsága és a membrana basalis megtartottsága.

Negyedik felvétel: 1970. január. Gégetükri kép: jobboldalt az áhangszalag mellső része elődomborodik, a jobb plica pharyngoepiglottica megrövidült, vakos, a jobb aryporc jól mozog. A kis excidatum szöveti vizsgálata alapján a vélemény: idült gyulladással kísért papillomatosus hám-hyperplasia.

Ötödik felvétel: 1970. május. A beteg nyeléskor fellépő szűrő fájdalomról panaszkodik. A gégekep változatlan, nyirokcsomó nem tapintható. Az újabb excidatumban szövettanilag ismét kifejezett, mélybe is terjedő papillomatosus hám-hyperplasiát látunk, az állandóan változó és el nem tűnő klinikai kép miatt potenciálisan malignusnak tartjuk.

Az utolsó észlelés után a beteg 9 hónapig nem jelentkezett és 1971. II. 15-én került sor hatodik felvételre, nyelési zavar, fogyás miatt. Gégetükri kép: me-rev, vastag epiglottis, a praepiglotticus árok tumorosan kifehéredett. Mivel a malignitás alapos gyanúját már több korábbi szövettani lelet felvetette, a folyamat jelentős klinikai progressiója és praelaryngealis nagy előreterjedése miatt totalis gége-exstirpatio történt. A műtéti praeparatumból, a bentmaradt sebszélből (több helyről) és a laryngealis sup. érhüvely mellől eltávolított két nyirokcsomóból szövettani vizsgálat történt.

Az eltávolított gége 1½ cm hosszú tracheával és

harántcsíkt izomnyalábokkal függött össze. Az epiglottis laryngealis felszínén jobboldalt vastag, egyenetlen, szemölcsös felszínű szürkésfehér daganatszövet látszott, amely mélyen beszűrte az epiglottist, elérte a nyelvgyököt és az áhangszalagokat, szabadon hagyta azonban a Morgagni-tasakot és hangszalagokat.

Szövettanilag a tumor jól differenciált réteges laphámából állt. Felszínén számos filiformis kiemelkedés és nagyfokú elszarusodás látszott (1. ábra). Állományát mélybe terjedő, bunkó alakú hámnyúlványok alkották, amelyek a porcszövetet is körülzörték, de nem pusztították el és számos nagy szaru-cystát tartalmaztak (2. ábra). A normális laphám rétegezetsége mindenütt megtartott volt; a stratum spinosum gyakran kiszélesedett, az alsó sejtsorokban elég sok erősen duzzadt sejtmag mutatkozott egy vagy több nagy nucleolussal, ettől eltekintve sejt- vagy magabnormitások nem látszóttak (3. ábra). A membrana basalis mindenütt megtartott volt (2—3. ábra). A hám alatti kötőszövetet számos gömbsejt szűrte be (2. ábra). A daganat nagy kiterjedésével és agresszív jellegével meglepő ellentétben állt a hám nagyfokú differenciáltsága, az elváltozás természete azonban nem lehetett kétséges, ezért rendkívül differenciált elszarusodó laphámrák volt a diagnosztikánk.

A tumor környezetéből vett szövettanilag és a nyirokcsomók nem tartalmaztak daganatszövetet.

A műtét után néhány hónappal találtunk rá a verrucosus carcinoma leírására (2, 11) s ekkor ismertük fel, hogy betegünk tumorra morfológiai jellegzetességei alapján a gége verrucosus carcinomájának felel meg.

A beteg postoperative a legkiterjedtebb nyelvgyöki terjedés irányában jobboldalon 5100 rad telekobalt besugárzást kapott. Állandó ellenőrzés alatt áll, általános állapota jó. A műtét óta eltelt két év alatt recidiva, áttét vagy más szervi daganatra utaló jelek nem észlelhetők.

Megbeszélés

A gégeben verrucosus carcinomát korábban tudomásunk szerint Kraus és Perez-Mesa (9), Ackerman (2), Biller és mtsai (3), Nostrand és Olofsson (11), továbbá Thomas és mtsai (14) közöltek. Az előbbi négy megfigyelés az Egyesült Államokból, az utolsó Indiából származik.

Esetünk klinikai sajátága a gégeészeti észlelés kettőssége a hosszú megfigyelési idő folyamán. Mialatt a felszíni kép bizonyos regressiót mutatott, előtérbe kerültek a mélybe terjedés tünetei, előbb a jobb pharyngoepiglotticus redő irányában, majd a praepiglotticus árokba és a nyelvgyökbe. A malignitás gyanúja mindvégig fennállt. A diagnoszt az ette véglegessé, hogy a tumor praepiglotticusan a felszínre tört.

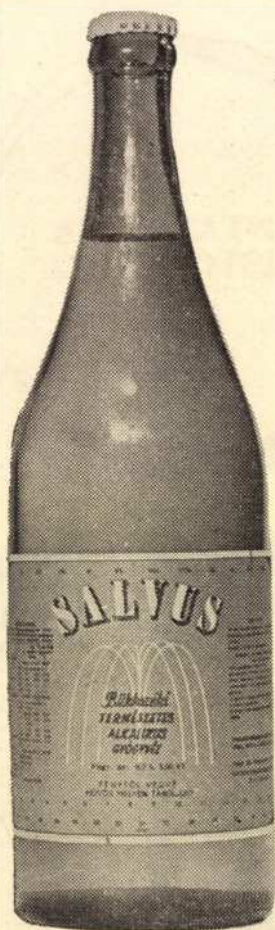
A verrucosus carcinoma diagnosztikájának nehézsége elsősorban a hám nagyfokú differenciáltságának következménye, ami sajátos ellentétben állhat a daganat klinikai megjelenésével (nagy kiterjedés, mély invasio, áttét gyanúját keltő megnagyobbodott tájéki nyirokcsomók). Ez az oka, hogy az elváltozás jelentőségét a pathológus gyakran alábecsüli és benignusnak véleményezi, a klinikus pedig túlértékeli (9, 11). Amint magunk is tapasztaltuk, felszínes biopsia nem teszi lehetővé a diagnoszt és mély kimetszés is csak akkor, ha a pathológus ismeri a laphámráknak ezt a formáját (1, 2, 8, 9, 11, 14). Betegünk tumorából 6 kimetszés történt. Ezek közül hármát a metszetek újvizsgálata után sem tartunk diagnosztikus értékűnek. A 2.; a 4. és a 6. kimetszés alapján azonban gondolnunk kellett vol-

na verrucosus carcinomára, ha létezéséről tudunk.

Nem kevésbé fontos a verrucosus carcinoma elkülönítése a szokásos laphámrák differenciált formájától. A verrucosus carcinoma diagnosishoz nem elegendő a hyperkeratoticus, papillomatosus jelleg és a felszínes hámrétegek differenciált volta. Valamennyi hámrétegnek differenciálnak kell lennie, gondos keresés után sem találhatók éretlenebb részek; igen fontos a membrana basalis megtartottsága és — akár focalis — infiltratív növekedési jelleg hiánya (9, 11). Az elkülönítés a prognózis megítélése mellett a követendő therápia miatt is fontosnak látszik. Az utóbbi években többen észlelték besugárzással kezelt verrucosus carcinoma végzetes kimenetelű anaplasias átalakulását, ezért ha csak lehet, a sebészi eltávolítást tartják a helyes eljárásnak (5, 9, 11, 12, 13). Betegünk a műtét után besugárzást kapott, ez azonban aligha volt kedvezőtlen hatású, mivel 1. a szövettani vizsgálat szerint a műtét után daganat nem maradt vissza, 2. a korábbi adatok szerint a besugárzást követő anaplasias átalakulással kísért recidiva már néhány hónapon belül jelentkezik.

Összefoglalás. A szerzők középkorú férfi verrucosus gégerákjáról számoltak be. Részletezték az általuk is tapasztalt diagnosztikus problémákat, az irodalmi adatok alapján összefoglalták azokat a szerkezeti és klinikai sajátosságokat, amelyek a laphámrák e sajátos formáját más laphámrákaktól megkülönböztetik.

IRODALOM: 1. *Ackerman, L. V.:* Surgery. 1948, 23, 670. — 2. *Ackerman, L. V.:* Surgical pathology, 4th ed. St. Louis, C. V. Mosby Co., 1968. — 3. *Biller, H. F., Ogura, J. H., Bauer, W. C.:* Laryngoscope. 1971, 81, 1323. — 4. *Cardo, V. A., Stratigos, G. T.:* J. Oral. Surg. 1973, 31, 61. — 5. *Fonts, R. A. és mtsai:* Cancer. 1969, 23, 152. — 6. *Friedell, H. E., Rosenthal, L. M.:* JAMA. 1941, 116, 2130. — 7. *Gilbert, E. F., Palladino, A.:* Amer. J. Clin. Path. 1966, 46, 115. — 8. *Goethals, P. O., Harrison, E. G., Devine, K. D.:* Amer. J. Surg. 1963, 106, 845. — 9. *Kraus, F. T., Perez-Mesa, C.:* Cancer. 1966, 19, 26. — 10. *Minielly, J. A. és mtsai:* Cancer. 1967, 20, 2078. — 11. *Nostrand, van, A. W. P., Olofsson, J.:* Cancer. 1972, 30, 691. — 12. *Perez, C. H. és mtsai:* Radiology. 1966, 86, 108. — 13. *Proffitt, S. D., Sproner, T. R., Kosek, J. C.:* Cancer. 1970, 26, 389. — 14. *Thomas, J. A. és mtsai:* Arch. Otolaryngol. 1973, 97, 488.



SALVUS alkalikus gyógyvíz

Évről évre emelkedik az egész világon a gyomorbetegség száma. A gyomorbetegségek keletkezésének megelőzésében, illetve kezelésében értékes segítséget nyújt a Salvus gyógyvíz.

A tapasztalatok szerint a Salvus gyógyvíz a gyomor fokozott savértékeit közömbösíti. Étkezés előtt két órával fogyasztva csökkenti a gyomornedv-elválasztást. Gyomorhurut esetében a Salvus gyógyvízzel végzett ivókúra hozzájárul a panaszok megszüntetéséhez.

Ha a gyomorhurut kezelését elhanyagolják, akkor a folyamat aktiválódik és előbb-utóbb sor kerülhet a fekély megjelenésére.

A fekélybetegség rendkívül elterjedt. Gyógyítására sokféle gyógyszert ajánlottak. Nagy részük az idők folyamán feledésbe ment.

A Salvus gyógyhatásának kiértékelésére klinikai vizsgálat után kerültek a betegek egy gyógyintézetbe. Négy hétig álltak ápolás alatt, gyógyszert nem szedtek, ulcusos étrendet kaptak. 3-szor napjában Salvus gyógyvizet fogyasztottak. 28 beteg adatai szerint 16 esetben eltűnt a fekélyfészek, a panaszok elmúltak és a betegek súlyukban gyarapodtak. Megállapítható, hogy a Salvus gyógyvízzel végzett ivókúra terápiás eredménye — a gyógyulások arányszáma — nem marad el egyéb kezelési eljárások mögött.

A Salvus gyógyvíz a légcsőhurutos megbetegedésekben is rendkívül hatásos.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

KLION

tabletta,
hüvelykúp

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolom-ot, 1 hüvelykúp 0,5 g metronidazolom-ot tartalmaz.

JAVALLAT

Férfi és női húgy-ivarszervi *Trichomonas infestatio*. *Giardia lamblia* fertőzések. Stomatitis ulcerosa. *Entamoeba histolytica*.

ADAGOLÁS

Trichomoniasisban reggel-este 1–1 tabletta 10 napon keresztül. Nők egyidejűleg 10 napon keresztül 1–1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.

Giardia lamblia fertőzésben 2×1 tabletta, 5 napon át. *Entamoeba histolytica* esetén 3×2 tabletta, 10 napon át.

Stomatitis ulcerosában 2×1 tabletta 3–5 napon át. Gyermeknek 0–1 éves korig naponta 1/2 tabletta, 2–4

éves korig naponta 2 tabletta 5 napon át, étkezés után, 2 részre osztva.

Entamoeba histolytica esetén naponta 2×1 tabletta.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

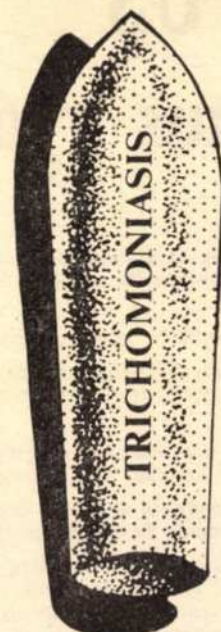
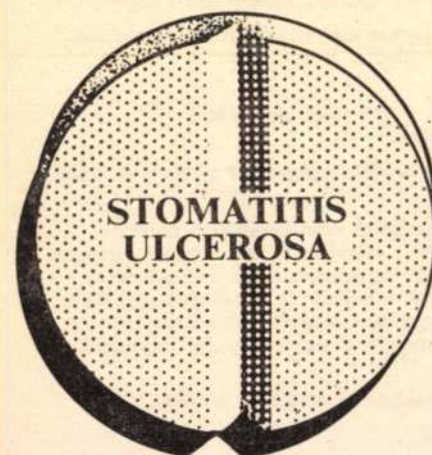
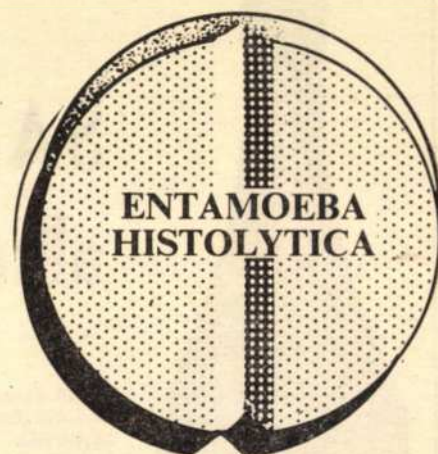
A Klion – mint nitroderivatum – enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére nőgyógyászati terhesgondozó rendelések, bőr-, nemibeteg gondozó intézetek és urológiai szakrendelések rendelhetik.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta	44,- Ft	250 tabletta	525,- Ft
10 kúp	50,- Ft	100 kúp	470,- Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.



HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti
az Országos Orvostudományi
Könyvtár igazgatója

19. szám

Száz év a pesti „domus medicaban” (1784–1884)

Nemrég ünnepeltük a magyar orvosképzés megindulásának kétszázadik évfordulóját. Ritkán gondolunk arra, hogy hazánkban a modern orvosképzés lehetőségét csak a 19. sz. utolsó két évtizedében megindított nagyarányú klinikai építkezések teremtették meg. Az első száz év sorozatos költözések, évtizedeken át felbukkanó, nyugtalanító áttelepítési tervek által keltett ideges légkörben, az otthontalanság érzetében telt el. A 190 éve történt elhelyezés a célszerűtlen pesti épületben, az állandósult rossz anyagi helyzet, a mostoha kari oktatási-gyógyítási körülmények egyenesen a magyar orvosképzés pusztá létét veszélyeztették. Ez az 1784-es áttelepülés az eredetileg ideiglenesnek kijelölt helyre — az akkori szándékok és remények ellenére — száz évre megszabta a magyar orvosképzés boldogulásának lehetőségét.

Az átköltözés előzményei

Az orvosi kar első, 1769-ben, Nagyszombatban kijelölt otthonát a központibb és korszerűbb elhelyezés érdekében már 1777-ben elhagyta, s az egyetemen együtt Budára települt. Már ekkor felmerült a pesti áthelyezés lehetősége: kedvező adottságai mellett az ifjúság erkölcsének védelmét is inkább itt látták volna biztosítottának, mint az akkor még nagyobb lakosságú, pezsgőbb életű Budán. A kérdést anyagi szempontok döntötték el: a legolcsóbb és leggyorsabb megoldást a már kész budai Várpalotába költözés kínálta.

Alig ment végbe az egyetem berendezkedése Budán, amikor II. József közigazgatási reformjainak végrehajtása érdekében nyilvánvalóvá vált, hogy Pestre kell települnie. Az első rendelkezés szerint az orvosi karnak elméleti tárgyai oktatására a katonai rokkantak házának tébolydául használt részét kell igénybe vennie (Invalidusház; ma a Fővárosi Tanács épülete). Kórházi oktatás céljára és szülészeti osztály létesítésére a klarisszák volt kolostorát jelölték ki (Szerb u. 21—23. sz.; 1782 óta kórház). Franz Anton Hillebrandt, udvari főépítész irányította az egyetem pesti elhelyezésével kapcsó-

latos műszaki munkákat. Valószínűleg az ő kezdeményezésére változtatták meg az előzetes beosztást, s mire költözésre került a sor, az orvosi kar — az eredetileg a jogi és bölcsészeti karnak, könyvtárnak szánt — volt jezsuita házat kapta meg az akkori Hatvani és Újvilág utca sarkán (ma Semmelweis u. 2. sz.; az Újvilág utcát 1906-ban nevezték el Semmelweisről, mivel klinikája az erre az oldalra eső szárnyon működött).

Az egyetem 1784 őszi költözött Pestre; az orvosi kar elméleti előadásait a két következő tanévben a volt pesti pálos kolostorban (ma a Római Katolikus Hittudományi Akadémia épülete) tartották, csak a kari intézetek (természettudományi, vegytani, bonctani) kerülhettek rögtön az Újvilág utcai épületbe. A gyakorlati orvosi tárgyakat a városi kórházban oktathatták — 500 Ft lefizetése ellenében. A szükséges átalakítások elvégzése után, 1786 szeptemberében vehették át teljes egészében a volt jezsuitaházat. Eredetileg nem akarták a „kórodákat” is itt berendezni, hanem az említett közeli volt pálos épületet szerették volna megkapni egyetemi kórház céljára. A terv azonban nem sikerült: 1786-ban papképzés céljára engedték át az épületet. A Rókus-kórház még nem működött, így csak egy megoldás maradt: a klinikákat is be kellett zsúfolni a központi épületbe olyan ideiglenes megoldásként, amely kerek száz évre állandósult.

A pesti átköltözéssel kapcsolatban mindjárt előjáróban két probléma érdemel említést. Az egyetem előző épületeit királyi adománylevél alapján kapta; nagyságra, berendezésre nézve össze sem lehetett hasonlítani ezeket a jóval szerényebb, csupán rendeletekkel kijelölt pesti épületekkel; ez a tény később sok vitára adott okot. Másik fájó kérdés volt, hogy bár az egyetemnek tekintélyes saját pénzügyi alapja volt, felhasználására nem volt egyértelműen joga; tekintélyes része az egyetemtől független, bár tagadhatatlanul hasznos célok teljesítésére ment. A fentmaradó rész — a helytelen gazdálkodás miatt — nem fedezte a szükséges költségeket: az orvosi karon állandósult a rossz anyagi helyzet minden következményével együtt.

Pest az átköltözés idején

Az egyetem, s vele együtt az orvosi kar áttelepítését Pestre ma előrelátó, okos döntésnek tartjuk. Akkor merész lépésnek számított, mivel az ország központja még Buda volt; Pest csendes kisváros 16 ezer lakossal, csak a mai Belvárosból állt, amely akkor egy omladozó várfallal övezett háztömeg volt, szabálytalan utcákkal. A néhány díszesebb, magas épület a város kisszerűségét még feltűnőbbé tette. A nagyrészt szőlők, majorságok, szórványos házak alkotta külvárosokat kezdetleges utak kötötték a központhoz. A későbbi Lipótváros helyén ekkor még ingoványos terület volt. A Rákos-árok (csekélyvízű csapadékgyűjtő árok, amelyet a nagy árvíz utáni városszabályozáskor feltöltöttek) a mai Nagykerút mentén határolta a várost.

Mégis éppen azokban az években, amikor az egyetem áttelepült, nagy fellendülés időszakába jutott a város; kibontakozóban volt az ipar; már működtek az első manufaktúrák, komoly tőke halmozódott fel. Eleven volt a kereskedelmi élet; rohamo-

san nőtt a lakosság száma; a századfordulón 2600 házban 29 000 ember élt. Nagyarányú, tervszerű építkezésekbe fogtak: lebontották a városkapukat, a hajóhivatali épületeket, a kincstári só- és dohányraktárakat. Új utcák, terek, új városrészek születtek. Pest és Buda között az összeköttetést a Deák utca végén kiinduló, 50 összeláncolt csónakból álló híddal biztosították. Télen a Duna jegén keltek át: este két sor lámpás jelezte az irányt. A közúti forgalmat kocsik, lovak segítségével bonyolították le.

1838-ban visszavetette a fejlődést a zajló jég torlódása okozta árvíz: az orvosi kar épülete is megrongálódott. A részben kényszerű, újabb építkezések révén Pest egyre városiasabb lett; számos középületet emeltek. 1848-ra 106 000 lakossal Pest az ország központja lett.

Az orvosi kar oktatói, hallgatói számára sok előnnyel járt a pesti áttelepülés: a város fekvése, jó közlekedési viszonyai, olcsóbb megélhetési lehetőségek, a gyógyítás-oktatás céljára nagyobb beteganyag figyelemre méltó szempontok voltak. A fájó és évtizedekig megoldhatatlan problémák jelentős része a tanításra és gyógyításra alkalmatlan épület hibáiból adódott.

Milyen volt az Újvilág utcai „domus medica”?

Telkén régen Pest első kórháza állt, amely két ízben is leégett. A romos telket 1851-ben a kalocsai érsek vette meg s a rajta épült egyemeletes házat a jezsuita rendnek adta. A rend feloszlása után a királyi kúria került az épületbe, amelyet a nyolcvanas években részben kétemeletesre építettek át. Az átalakítás mértékére következtethetünk a nemrég előkerült kőfaragó munkák elszámolásai alapján (*Moess Alfréd: Egy 18. sz.-i pesti kőfaragó mester munkássága. Művészettörténeti Értesítő, 1968. 3—4. sz. 245—249. p.*). *Hupf József (1746—1790)* számadáskönyvéből tudjuk, hogy az egyetem pesti át-helyezésekor a volt jezsuita épületen csaknem 300 forint értékben végzett kőfaragó munkát 1784—1788 között; a legnagyobb összeget 1785-ben kapta, tehát az épület fő átalakítását ekkor végezték. Az átalakításra fordított összeg, ha annak csak kisebb részét ismerjük is, arra enged következtetni, hogy nem lehetett nagyarányú építkezésről szó. 1786-ban az orvosi kar már eleve azzal a tudattal vette át az épületet, hogy az sem építkezési adottságai, sem férőhely szempontjából nem alkalmas orvosképzés céljára. Egy-, ill. kétablakos volt szerzetesi cellákban, átalakított folyosórészletekben kellett elhelyezni az intézeteket, tanszékeket, az előadó- és gyakorlótermeket, klinikákat és lakást kellett biztosítani a tanszemélyzet egy részének is. 1801-ben már annyian laktak az épületben, hogy tűz- és vagyonbiztonság érdekében házgondnokot kellett ki-nevezni.

Ha gondolatban végigjárjuk a házat, rögtön feltűnik, hogy a meglévő adottságokat sem használták fel célszerűen. Az elméleti intézetek, kórtermek, tantermek a különböző szinteken szétszórva, egymás munkáját gátolva helyezkedtek el. Az intézetek, múzeumok, bonctermek a földszintre kerültek, lakások közé ékelten, tantermek szomszédságába; az emeleti betegszobákba való feljutás a betegek

nagy részének megerőltető volt. Városzobák híján az emeleti lépcsőfeljárók állandóan tele voltak várakozó betegekkel. A tantermekbe a betegszobákon át lehetett eljutni: a járás-kelés nyugalmukat zavarta. A kórtermek annyira szűkek voltak, hogy a betegbemutatókat, kisebb műtéteket a tantermekben kellett elvégezni.

A beköltözéskor 8 női és 8 férfibeteg felvételére volt lehetőség. Ez a szám hamar 20-ra, majd 1794-ben 24-re, a századfordulón pedig 30-ra emelkedett. 1830-ban öt „kóroda” működött 54 ágygal. Csak az orvos-gyakorlati klinika volt az első emeleten; az orvosi klinika sebészek számára, a szülészeti, szemészeti és sebészeti klinika a második emeleten kapott helyet. A műtő, ahol *Balassa János* is operált, két vasrácsos, kisablakos, szűk helyiség volt.

A sebészeti eszköztárt az 1814-ben kapott Wolfson-gyűjteménnyel együtt 4 szekrényben a tanyeremben helyezték el. Kötszer-, gép- és művétaggyűjtemény egészítette ki. Mikroszkópos készítmények, kórtani gyűjtemény (csonttörések, ficamok, csont- és izületi betegségek bemutatására) és kis szakkönyvtár segítette az oktatást.

A kar vezetősége minden lehetőséget megragadott, hogy az ágyak számát növelje. Különböző intézkedések révén a hetvenes évekre 174-re emelték az ágyak számát. A helyzet jellemzésére elég megemlíteni, hogy *Korányi Frigyes* 12 ágyas osztályon kezdte meg a működését; a betegellátást egy tanársegéd és két ápolónő végezte. A nehézségek ellenére az évi betegforgalom elég nagy volt mindegyik klinikán, jóllehet nagytakarítás, fertőtlenítés címén a nyári oktatási szünetben nem vettek fel beteget.

Az oktatás egész nap folyt előbb három, majd négy szűk, alacsony, mindig zsúfolt kis tanteremben. A földszinten levő két tanteremben, ahol a legfontosabb elméleti előadásokat tartották (egyestárgyakat három nyelven), szinte тұrhetetlen volt a tárgyalkedő utcai zaj. A második emeleti tanteremben oktatták a klinikai tárgyakat és a botanikát.

A bonctani intézet három helyiségben kezdte meg működését. A bonctermek annyira sötét és nedves volt, hogy az eszközök, mikroszkópok, készítmények tönkrementek benne. Hullahiány és technikai okok következtében a tárgy oktatása inkább elméleti volt; *Lenhossék József* nagy érdeme, hogy nemcsak a múzeumot fejlesztette az oktatás szemléletessé tétele érdekében, hanem az oktatást is gyakorlatiasabbá tette; újabb három helyiséget harcolt ki, majd személyes ügybuzgalmával azt is elérte, hogy 1878-ban új intézetet kapott.

Négy helyiséget foglalt le az anatómiai és élet-tani múzeum. A költözés előtt leltár készült: nemcsak teljes felnőtt-, hanem gyereksonytáz is volt a gyűjteményben; különböző csontok, szervkészítmények két szobát, kilenc szekrényt töltöttek meg. Két helyiségben őrizték az 1789-ben ajándékba kapott anatómiai viaszkészítményeket, a firenzei Fontana-műhely remekeit, amelyek közül a teljes női test ma is látható a Semmelweis Orvostörténelmi Múzeumban. A tanszék technikai ellátottsága elfogadható volt, három mikroszkóp is segítette az ok-

tatást; a könyvek hiánya miatt többször nyújtottak be panaszt: négy külföldi szerző művéből állt a tanszéki könyvtár.

Talán a legjobb elhelyezést a természettudományi gyűjtemény kapta: három helyiségben és egy levalasztott folyosórészen, kétsoros faliszekrényekben őrizték a nagyon értékes ásványgyűjteményt és a jóval szerényebb, korallok, rovarok, kagylók, csigák, kitömött gerincesek alkotta állatgyűjteményt. Az orvosi kart felkereső külföldi utazók figyelmét és dicséretét jóformán csak a természettudományi gyűjtemény vonta magára, kevésbé jó volt a véleményük az egyetemi tudományos életről: *William Hunter* (1792) szerint ez nálunk csecsemőkorát éli, bár látja, hogy „az élet hasznossága és boldogsága fokozására” a színvonalát igyekeznek növelni.

A természettudományi gyűjtemény a „*historia naturalis specialis*” c. tárgy oktatásához szolgált szemléltető anyagnak. 1848-ban *Balassa János* mint kari igazgató „az orvoskar intézeteinek nyomasztó keserűségein segített” helynyerés céljából kitelepítette a gyűjteményt az épületből. Csaknem négy évtizedes bolyongás után került méltó elhelyezésre 1886-ban, a természettudományi épületben.

A kari ülésekre, szigorlatokra, irattár számára egyetlen kis szoba állt rendelkezésre. Berendezésének leltára fennmaradt: 1 nagy zöldposztós asztal, 16 szék, 1 szekrény, 1 tintatartó és a kar védőszentjeinek képmása.

Az első emeleten helyezték el, betegszobák közé ékelten két helyiségben a kémiai intézetet, amelyben mind a tanár, mind a hallgatók csak erősen korlátozott munkát végeztek. Az átköltözéskor készített leltár szerint három hordozható tűzhely fogókkal, mozsarak, mérlegek, lombikok, fűtatók, tálak, retorták, serpenyők, fogyóanyagok és négy szekrény alkotta a tanszék felszerelését. A kísérletekhez légszivattyú, villanyfejlesztő gép, hőmérők, különböző edények is rendelkezésre álltak, de a zsúfoltságon csak az segített, amikor 1854-ben a tanári lakásról *Wertheim Tivadar* önként lemondott, s ezt egy folyosórészlettel kiegészítve, kialakíthattak egy 15 dolgozóasztallal ellátott laboratóriumot. Az új kémiai intézet *Than Károly* tanár és *Eötvös József* miniszter együttműködése eredményeként csak 1871-ben kezdhetette meg működését.

Szintén az első emeleten, a belgyógyászati „kórórával” szemben négy helyiségben működött a gyógyszerintézet, amely állt egy kis tanári szobából (benne egy kis szakkönyvtár), egy folyosórészletből, ahol gyógyszergyűjteményt helyeztek el; egy szobát lefoglalt a vegyi tűzhely, egy helyiséget pedig állatkísérletek céljára rendeztek be; két vasketrecben őrizték itt az állatokat. A kémiai intézettel közös tantermet használták, itt helyezték el a mérleggyűjteményt is. Itt adott elő az általános kórtan és gyógytan tanára is; intézete nem volt. 1871-ben kapott először önálló helyiséget, amikor a kémiai intézet kiköltözött; ekkor tudták bővíteni a gyógyszerintézetet is.

A legrosszabb helyzete talán az élettani intézetnek volt: közös tanterem, közös múzeum használója; egy kis tanári szoba képviselte; évi dotációja 120 Ft volt. A csaknem 4 évtizedig itt működő *Schordann Zsigmond* tanár áldozatkészsége

javitott az intézet helyzetén. Készkiadások fedezését vállalta, szakkönyvtárt gyűjtött, a kísérletekhez mikroszkópokat ajándékozott. Csak akkor változott meg gyökeresen az intézet helyzete, amikor *Czermak János* kerül az élére. A tanszék helyzetének javítása érdekében memorandumot intéz a kormányhoz, amelynek eredménye az intézet áthelyezése lett az ún. Kunewalder-házba, nagyobb, jobban felszerelt helyiségekbe. Itt lehetőség nyílt nagyobb szabású állatkísérletek végzésére is. 1875-ben új otthonba kerültek.

Meg kell emlékeznünk a II. emeleten egy kis, sötét szobáról, amely a betegszobák közé ékelten az első kórbonctani intézet magva lett. 1851-ben *Árany Lajos* kapta meg múzeumi kórbonctani készítmények elhelyezésére, s a kórbonctant mindjárt szigorlati tárgy rangjára emelték. Harminc év elteltével kap a tanszék új otthont, de addigra a múzeumi gyűjtemény a rossz elhelyezés miatt csaknem teljesen tönkrement.

Az ilyen szükséges tanszékszaporítások is súlyosbították a helyzetet az orvosházban. Kezdetben öt tanszéken oktattak kilenc tárgyat, de a tudomány haladásával lépést kellett tartani: tizenháromra nőtt a tanszékek száma; lassan bővült az oktatószemélyzet is, csak az adott tárgyi feltételeken nem tudtak jelentősen javítani, sőt, váratlan események mint a napóleoni háború (következménye gyors tanévzárás, rögtönzött kórház az épületben), később egy tüzeset, majd a nagy árvíz az elért színvonalat is jelentősen lerontotta.

Meg kell emlékeznünk még egy körülményről, amely az orvosi kar hangulatát többször kedvezőtlenül befolyásolta, s ez az egyetem újabb áthelyezésének fel-felbukkanó gondolata volt.

Tervek az egyetem újabb áthelyezésére

Érdekes módon az első átköltözési javaslatot maga az orvoskar dolgozta ki (1791) s az egyetemi tanács továbbította illetékes helyre: a helyzet gyökeres megjavítása csak úgy lehetséges, ha új, megfelelő épületet kap az orvosi kar. Az akkor épülőfélben levő hatalmas, ún. Újépület átengedését kérték (Neugebäude, erődíszterület) a mai Szabadság tér helyén), azonban nem kapták meg: katonai börtönként vették használatba.

1792-ben egy egész bizottság foglalkozott az egyetem újabb áthelyezését elrendelő döntés kidolgozásán. Egyházi körökben szívesen látták volna az egyetemet egy Pestnél csendesebb helyen, mint Nagyszombat, Esztergom, Vác vagy Eger. Az udvari kancellária Esztergomot helyezte előtérbe. Tíz évig folyt a vita; megmozdult a nemzeti közvélemény is. Számos megye feliratban tört lándzsát a Pesten maradás mellett. Hangsúlyozták a város központi fekvésének előnyeit, külföldi példákra hivatkoztak, azokra a művelődési értékekre, amelyeket csak város nyújthat az ifjúság részére. Még azt is szövé tették, hogy a magyar ifjakat, ha Budára kerülne az egyetem, a német lakosság nem fogadná rokonszenven, s az orvosi kar szempontjából itt alig oldható meg a kórház kérdése is. Az orvosi kar vezetősége egyértelműen mindig a Pesten maradás mellett nyilatkozott: mind az oktatás, mind az orvosi gyakorlat szempontjából előnyösebb a népes város.

A király a döntés meghozatala előtt a várható költségekre és a szükségessé váló építkezésre költségvetési javaslatot kért, s ismét az anyagiak döntötték el a kérdést: újabb költségekre nincs fedezet, egyébként sem lenne helyes a költözés miatt újabb egyetemi szünet elrendelése, az ifjúság erkölcsre pedig még jobban fognak vigyázni: az egyetem Pesten marad (1802).

1850-ben ismét felmerült az egyetem áthelyezésének gondolata: vissza a budai Várpalotába. Az orvosi kar vezetői ismét a Pesten maradás szószólói voltak. *Zlamál Vilmos* megfogalmazásában ezt kívánja mind az egyetem, mind az ifjúság érdeke. Buda vidékies, Pesten az élet mozgalmasabb, több lehetőség kínálkozik itt a szellemi fejlődésre, s nem elhanyagolható szempont, hogy itt több a munkavállalási lehetőség a szegény diákoknak. Szerinte az egyetemi ifjúság pénzére rászoruló budai szegényebb lakossággal szemben a hallgatók „arrogenciája” csak növekedni fog, így erkölcsileg sem lehet jobb helyzetre számítani Budán. Az orvosképzésnek is Pest előnyösebb. Az egyetem áthelyezését a bécsi sajtó is támadta, különösen az orvosi kar szempontjából: a sok intézet, klinikák, múzeumok, botanikus kert áthelyezése szinte megoldhatatlan. A Várba történő közlekedés drága, különösen a betegeknek.

Az áthelyezés így csak terv maradt, de érdekes módon 1895-ben ismét tárgyalták a kérdést, amikor a lelkes budai polgárok ismét Budára hívták az egyetemet: a Vérmezőn akartak létesíteni egy egyetemi telepet, angol mintára valóságos egyetemi várost — távol „az idegromboló pesti zajtól”, olcsó lakás és élelmezés biztosításával. Ez a terv azonban elkésett: akkor már csaknem befejezés előtt állt a nagy orvostudományi építkezés Pesten. De mi még a Hatvani utcai orvosházban vagyunk: még tart a harc, minél hamarabb kikerülni innen.

Kari fejlesztési tervek

Az évtizedeken át tartó nyomorúságos dotáció, a rossz elhelyezés iránti tiltakozás, javaslatok, memorandumok a túrhetetlen helyzet megváltoztatására évről évre foglalkoztatták a kari, egyetemi, városi és állami vezetőket, de e fáradozások egymás után kudarcba fulladtak. Az érem másik oldaláról így írt *Kétli Károly* belklinikai tanár: sokszor a felsőbb szervek hiába mutattak hajlandóságot a helyzet javítására, a kar vezetői nem tudtak egyenesen fellépni, mert egy-egy ma már lényegtelennek tűnő részletkérdésben nem tudtak megegyezni. Gyakran a törvényhozó testületben hiányzott minden érzék a tudomány szükségletei iránt. Volt olyan időszak, mikor a takarékoskodás érdemnek számított. Mikor *Sauer Ignác* egy hallgatócső beszerzését kérte klinikája számára, a kiutalás felől döntő tanártársa nemcsak megtagadta kérését, hanem takarékoságára és döntésére még büszke is volt.

A legnagyobb problémát a gyakorló kórház hiánya okozta. A Rókus-kórház felállításától kezdve (1798) arra törekedett a kar vezetősége, hogy itt szerezzen gyakorlási lehetőséget hallgatói számára. Számptalan és végtelen tárgyalást, levelezést fordítottak a kérdésre évtizedeken át, de a városi ve-

zetőség ellenállása terveiket megghiúsította. Ez a szemlélet csak a kérdés anyagi kihatásait vette figyelembe, az erkölcsi és általános érdeket nem nézte. Az egyik elutasító végzésben így fogalmaznak: „ez (gyakorló ágyak biztosítása) olyan kiadás-többlet lenne, amely könnyen romlásba dönthetné a kórházat”.

1833-tól már nem rókusbeli ágyak használatának engedélyezését kérték egyetemi célra, hanem a Rókus mellett új toldaléképület létesítését vették tervbe, s elgondolásuk megvitatását, érdembeli döntést csaknem évente kértek, de újabb évtizedeken át eredménytelenül, pedig a helyzet egyre romlott az orvosházban. 1838-ban az árvíz olyan károkat okozott, hogy hiába végeztek el bizonyos javításokat, 1841-ben már az épület összeomlásától kellett tartani. Hármaskor javaslatot készítettek: vagy alapos javítást és a földszintes részekre emeletépítést végezzenek, vagy telepítsék át a klinikákat legalább a Rókus-kórházba, vagy emeljenek új épületet az Ország úton (Múzeum krt.) a botanikus kert helyén. Csak 1846-ban csillan fel némi remény, amikor királyi határozatra egy bizottság, élén *Reisinger János* tanárral, foglalkozik a fejlesztési tervekkel. Újra felvetik a Rókus-kórház melletti építkezés szükségességét: „új orvostudományi centrálépület” létrehozását határozzák el, javában készítik a részletes terveket, amikor 1848 tavaszán közbe szól a történelem.

Ekkorra az egész orvostársadalom látja már a kari hiányosságokat. Így ír erről *Bittner Imre*, Arad megyei főorvos: „Aki a külföldi egyetemekkel a magyar egyetemet összehasonlítja, felöltend előtte felszerelése botrányos hátramaradása”. Kifogásolja a természettani, bonctani gyűjtemény állapotát, a silány gyógyszergyűjteményt, a kémiai intézet helyzetét, szerinte „a kórodák, tantermek minden bírálaton alóli állapotban léteznek!” *Balassa János* szerint is „hazánk legfőbb szükségei közé tartozik emberiségi és orvosi tekintetből egy országos kórház felállítása”. Reálisan ítélte meg azonban a helyzetet, s 1848-ban mint kari igazgató különböző, épületen belüli átszervezéssel „a két legínségesebb intézetet”: a szülészeti és szemészeti klinikákat bővíteni tudta, nem várta tétlenül az új építkezést, amelyre az abszolutizmus éveiben nem kerülhetett sor, bár jóformán nincs olyan fórum és olyan jelentés, amely nem az orvosi kar problémáit minősítené a legsúlyosabbnak az egyetemi létesítmények közül.

Tormay Károly, Pest főorvosa is jelentéseiben a bajokért elsősorban a célnak meg nem felelő épületet okolja. Az egyetemi tanács a minisztériumhoz küldött évi jelentéseiben állandó aggodalmát fejezi ki a kar klinikáinak rossz állapota miatt. Egyik felterjesztésében (1854) az ipariskolák Budára helyezésétől várja a helyzet javulását: helyükön szeretné látni a klinikákat.

Nemcsak az osztrák sajtó, hanem a meginduló Orvosi Hetilap és Gyógyászat hasábjain egyre nyíltabban bírálták az áldatlan orvostudományi körülményeket. *Markusovszky Lajos* 1858-ban így ír a Hetilapban: „nincsenek célszerű épületeink, több fontos tárgyat nem oktatnak, mások meg a kellő eszközök és tér hiánya miatt csak lézengenek... Nagyobb, célszerűen felállított épületet, kórodákat és kórhá-

Robolact

gyógytápszer 500g

A ROBOLACT a koraszülöttek, illetve a 3 kilogrammnál kisebb testsúlyú, egy-két élethónapos csecsemők mesterséges, illetve kevert táplálására alkalmas tejporkészítmény.

Használható átmeneti táplálékként dyspepsia, illetve enteritis diétás kezelésére is.

Nagy fehérje- (100 ml tápszeroldatban 2,60 g) és csekély zsírtartalma a koraszülöttek sajátos tápanyagszükségletének felel meg. Kalóriaértéke 63,9/100 ml.

Társadalombiztosítás terhére történő rendelhetősége tekintetében a gyógytápszerekre vonatkozó általános rendelkezések az irányadók.

ÁRA: 30,50 FT

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST**



Linolac[®] gyógytápszer

500g

A LINOLAC humanizált tejporkészítmény, vagyis a kazein és a tejsavófehérje aránya is ugyanolyan, mint az anyatejé.

Az anyatej összetételével lényegileg megegyező szénhidrát-, zsír- és ásványi-anyag-tartalma mellett vasat és némi D₂-vitamint (100 ml tápszeroldatban 52 NE-t) is tartalmaz.

Indikációja azonos a ROBÉBI „A” tápszerével.

Társadalombiztosítás terhére 6 hónapos korig szabadon rendelhető.

ÁRA: 38,60 FT

LIDANO (Dánia, Kalundborg) licenc

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR
BUDAPEST**



**E
GY
T**

zat, múzeumokat, műtő- és boncgyakorlati terme-
ket, éptani műhelyt, stb. kell létrehozni". Napvi-
lagra került, milyen körülmények között működik
Semmelweis klinikája, ahol 5 szobában 26 beteg
feküdt, s naponta kb. 100 hallgató fordult meg ezek-
ben a helyiségekben, amelyek között nem volt fel-
vételi szoba, sem elkülönítő kórterem. Az ablakok
szűk, bűzös levegőjű udvarra nyíltak. Mikor aztán
a betegosztályokon egy orbáncjárvány tört ki, be-
telt a pohár, s *Semmelweis*, *Balassa* tanárok sür-
gető nyugtalansága a nehézségeket csak áthidaló,
de nem megoldó intézkedést csikart ki: átköltöz-
hettek a már említett *Kunewalder* házba.

A *Kunewalder* házban...

A régi Pest egyik nevezetes épületét az Ország
úton a „Rongyos Lámpás” nevű csapszék helyén te-
lepítették a nagykereskedő *Kunewalder* testvérek
Hild József tervei alapján. „Produktenhof” néven
ismerték ezt a bérházat, földszintjén gabonaraktá-
rakkal. Nevezetessége, hogy 1844-ben itt lakott *Pe-
tőfi Sándor Vahot Imrével*; itt volt a *Pesti Divat-
lap* szerkesztősége is, s itt tartotta egy időben ül-
éseit a sok orvostaggal rendelkező *Pesti Kör*, amely
a *Nemzeti Kör*ből vált ki 1845-ben, mint kevésbé
radikális csoport *Ráday Gedeon* és *Fényes Elek* ve-
zetésével.

Az állam 1858-ban megvásárolta és átalakította
tanintézet céljára a kétemeletes, 61 méter front-
hosszúságú épületet, amely az akkori igényekhez
mérten irigylésre méltó otthonnak tetszett már-
ványlepcsőivel, légfűtésével. A földszint egyik ol-
dalára költözött az állatgyógyintézet, másik olda-
lára az élettani tanszék, s 1859-ben az emeletekre
a sebészeti és a szülészeti klinika. A *Wiener. Med.
Wochenschrift* így ír 1860-ban (10. Jg., 268—269.
old.) a berendezkedésről: „Bár az intézmények tá-
gasságban nyertek, a belső berendezés azonban a
régiben nyomorúságos. A törött ágyak és asztalok,
a szakadozott ágynemű átkerült, s ha a régi épület-
ben kínos volt ezek látványa, mégis csökkentette
kissé a piszkos, szűk és sötét helyiség. Itt ez a sze-
gényesség még jobban szembe ötlük. Nem jut minden
szülő nőnek ágy. Hosszú, nyitott és huzatos folyo-
sókön lehet megközelíteni a kórtermeket, ez egész-
ségre ártalmas. A sebészeti klinikán a kórtermeken
kell átjárni, ez nemcsak zavarja a betegeket, hanem
a tisztaságot is veszélyezteti”. Ezekbe a viszonyokba
sem lehetett beletörődni, a harc a jobb elhelyezé-
sért folyt tovább.

Újabb tervek...

Az Októberi Diploma (1860) visszaállította a
magyar alkotmányt, visszaadta az egyetem önkor-
mányzatát, a hallgatók száma ugrásszerűen emel-
kedett, a kar vezetősége elodázhatalannak érezte
most már az új 2—300 ágyas kórházépület feleme-
lését. Ezt követeli a tantervi bizottság is 1861-ben;
kari bizottságot bíznak meg (*Semmelweis* és *Ba-
lassa* is tagjai) a megfelelő telek felkutatására, de
csak távoleső terület jöhetett szóba, ez sértette vol-
na mind a tanárok, mind a hallgatók érdekeit. Ló-
vasút még nem járt, a hallgatók többsége óraadás-
ból tartotta fenn magát, így egész napjuk az ide-oda
való közlekedéssel telt volna.

Sauer Ignác 1862-ben tartott rektori beszédé-
ben nagy teret szentel az egyetemi gyakorlókórház
ügyének. Az orvosképzés nagy akadályát látja hiá-
nyában. A legnagyobb akadály szerinte, hogy „az
egyetemi karoknak nemcsak döntő, de még javasoló
szavazatuk sincs az egyetemi javak kezelésében” —
ezért sürgeti hiába több mint harminc éve az orvos-
tanári testület a kórházépítést.

A magyar orvosok és természetvizsgálók 1865-
ben tartott pozsonyi nagygyűlése is szóvá tette,
hogy minél előbb olyan országos kórház felállítá-
sára van szükség Pesten, amely az egyetemi klini-
kákat is magában foglalja, s felszerelésének, osz-
tályainak, intézeteinek kifogástalannak kell lennie.

Ebben az évben látogatott *Pestre Ferenc Jó-
zsef*; az országos kórház létesítésének fontosságát
neki is feltárták, de eredmény nélkül.

1867-ben az egyetemi tanács reformtervezet-
ben is hangsúlyozzák: „Az egész orvosi tanfolyam
tökélyesítésének főkélléke az általános kórház fel-
állítására, mely a tanári testület rendelkezésének egé-
szén átadandó lenne. Az ilyen kórház nélkül orvosi
tanintézet a tudomány jelen igényei szerint nem
fejlődhetik”.

Időközben túrhetlenné vált a helyzet az or-
vosházban. Még mindig 11 intézet és klinika szo-
rongott benne, pedig különböző ház- és lakásbér-
letekkel, melyek évi díja 20 ezer Ft-ra rúgott, igye-
keztek a zsúfoltságon segíteni. Akkor válik kedve-
zővé a helyzet, amikor *Eötvös* majd *Trefort* minisz-
terek felkarolják az orvosképzés megjavításának
ügyét, s számos értekezleten, tanácskozáson megis-
merve a helyzetet, belátják: nincs más megoldás,
mint az építkezés. Klinikacsoportok létesítését ha-
tározzák el, s 1872-ben megvásárolják az *Üllői úti*
telkeket.

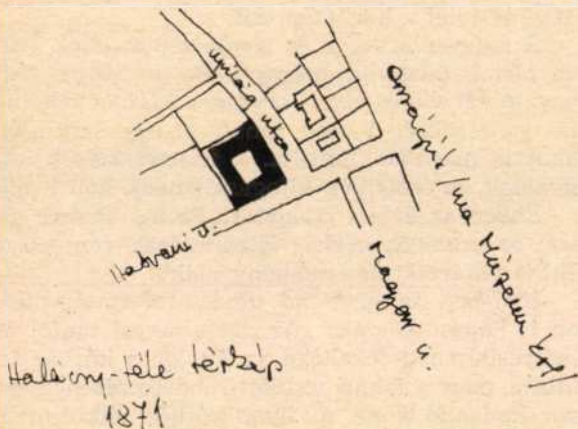
Megindulnak az építkezések...

A telkek megvételére és az építkezések meg-
kezdésére a beruházások összege csaknem négymil-
lió forint. Ez az összeg fedezte a tíz év alatt fel-
épült kémiai, bonctani, élettani, törvényszéki inté-
zet, a sebészeti és belgyógyászati klinikák és a gaz-
dasági hivatal építkezési költségeit. A fejlesztés
ütemével azonban nem volt elégedett az orvosi kar,
a további építkezéseket sürgették. Ennek szüksé-
gességét belátva, *Trefort* miniszter idevágó tör-
vényjavaslatot nyújtott be 1881-ben, amit el is fo-
gadtak és a törvénycikkben azt is kimondták, hogy
„az *Újvilág* utcai orvostani épületet ki kell üríteni,
s átalakítása, részbeni újjáépítése után át kell adni
nem egyetemi célokra”. Így törvénycikk szentesít-
tette az épület alkalmatlanságát az orvosképzésre,
miután száz évig a magyar orvosképzés hajléka
volt.

Markusovszky fogalmazásában: „Tudomá-
nyunk a középkori falakból, amelyekben sem élni,
sem halni nem tudott, kiszabadul s egyetemünk
(szellemi tevékenysége és az új építkezések révén
megfelelő otthonban) a művelt külföld legjelesebb
tanintézetei színvonalára emelkedhetik”.

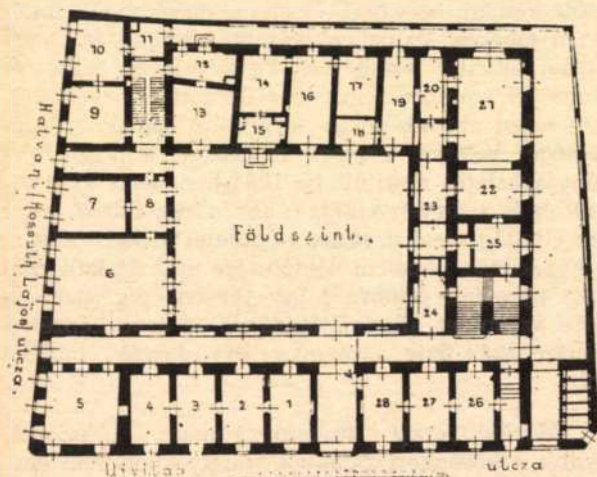
Az orvosház az átalakítás után 1884-től felsőbb
leányiskola otthona lett, majd a *Hatvani* (*Kossuth*

L. u.) utca rendezésekor lebontották, helyébe a mai Semmelweis u. 2. sz. ház (a Puskin mozi és az Egyetemi Könyvesbolt épülete) került, figyelembe véve természetesen, hogy a mai Kossuth Lajos utca szélesítésekor lebontott orvoskari épület területének egy részét a közterülethez csatolták.



A Halácsy-féle térképről (1871) készült rajz. Hatvani utca a mai Kossuth Lajos utca, Ujvilág utca a mai Semmelweis utca

Komárik Dénes építésmérnök volt szíves tisztáznai a megnevezett források alapján a „domus medica” hajdani pontos helyét. Budapest Főváros Levéltárában IV.1215/a. sz. alatt található a belvárosi telekösszeírások. Ebben 1840 körüli időponttól kezdve az 591. telekkönyvi számon „Egyetemi koroda”, „Gyógyászati Egyetem”, stb. címen szerepel az 1870-es évekig. A főváros egyesítése után végrehajtott rendezés eredményeit rögzítő „Budapest főváros dunabalparti (volt pesti) részén megállapított új és régi helyrajzi és házszámok mutatókönyve” c. kiadványban (Bp., 1879) a régi 591. telekkönyvi szám az 500. helyrajzi számot kapta. A korabeli térképekről megállapítható, hogy ez az ingatlan a fent nevezettel azonos. Ezt megerősíti Budapest



Högyes művében közölt alaprajz (1896): a földszinti helyiségek: 1–4. anatómiai múzeum, 5–6. előadóterem, 7–8. sebészeti gyűjtemény és dolgozószoba, 9–12. gyógyszer-tani gyűjtemény, 13. a kari szolga lakása, 14–17. orvostanhallgatók segélyegylete és könyvtár, 19–19. elméleti orvostani intézet, 20–25. anatómiai intézet, 26–27. konyha, 28. törvényszéki orvostani intézet

1871-es Halácsy-féle térképe a budapesti fővárosi levéltárban, amelyen az épület konfigurációja meg-egyezik a Högyes Emlékkönyvben közölt (363. old.) tervrajzzal.

Az idevágó szakirodalomban gyakran találko-zunk azzal a nézettel, hogy az orvosi kar épülete a mai Semmelweis u. 1–3. sz. alatt állt. A mai épület 1869-ben épült, 1945-ig az Országos Kaszinónak adott otthont, 1949-ig a Független Kisgazda Párt központja, utána a Filharmónia Vállalat épülete volt, ma pedig a Szovjet Kultúra és Technika Há-za. Minthogy az orvosi kar egykori épülete való-jában ezzel éppen szemben állott, úgy véljük, érde-mes volt figyelmet szentelni e kérdés tisztázásának.

Az orvosképzés színvonala

Az elmondottak alapján esetleg arra a követ-keztetésre is juthatnánk, hogy a magyar orvosképzés első századának *egy nagy pozitívuma* van: megtartotta a folyamatosságát, átmentette az érté-keit, s életképessége révén az új, jobb körülmények között már szárnyalhatott is. Felfoghatnánk a kér-dést úgy is, hogy az összezsúfoltság némi előnnyel is járt: a központiség révén a jó hatások könnyeb-ben érvényesülhettek, egy-egy nagy egyéniség ha-tása vagy akár egy jó módszer azonnal és széles körben elterjedhetett. Tudjuk azt is, hogy a vázolt időszakban kétezer orvos kapott diplomát a pesti egyetemen. Ez a nagy szám is megtéveszthetné íté-letünket: ennyi orvost az ismertetett körülmények között nem lehetett rendesen kiképezni. Szükséges-nek látszik ezért az elmondottakat néhány száraz adattal kiegészíteni.

Kezdetben nem volt nagy a hallgatók létszáma. A költözés évében 23 orvostanhallgató és 30 sebész-növendék iratkozott be. A következő félévszázad alatt 20–100 között ingadozik a hallgatók létszá-ma; évenként általában tíz hallgató kap diplomát. 1830 után ugrásszerűen nő a hallgatók száma, éven-te 40–50 orvos végez. A szabadságharc alatt, majd a következő években némi megtorpanás után előbb az előző évek aránya áll vissza. Az Októberi Dip-loma és a magyar nyelvű oktatás bevezetése után rohamos a fejlődés, a 80-as évekre ezerre nő a hallgatók évi száma: szinte szétfeszítik az orvoshá-zat. Mindig akkor volt legerősebb a kar vezetőinek az áldatlan állapotok javítását követelő hangja, amikor a magas hallgatói létszám miatt valóban lehetlenné vált a közös megfelelő munka.

Áthidaló megoldás is akadt a nehézségek le-győzésére: az elméleti tárgyakat a hazai előadó ma-gas színvonalát méltányolva Pesten hallgatták, s a gyakorlati tárgyak elsajátítása céljából Bécsbe men-tek, legtöbbször ott is maradtak a diploma megszer-zéséig, mivel volt olyan időszak, amikor az itthon szerzett diplománál a bécsi többet ért, mert az ér-vényes volt az egész monarchia területére. Így nyilvánvalóvá válik, hogy mindig több hallgató iratkozott be nálunk az alsóbb évfolyamokra, mint a felsőkre, így a zsúfoltság kevésbé mutatkozott.

Aki tanulmányait végig Pesten folytatta, a dip-loma megszerzése után — egy részük erre a célra létesített alapítványok anyagi segítségével, más ré-szük saját költségen — hosszabb-rövidebb tanul-

mányútra ment; ezek irányvonalát szinte lépésről lépésre, intézettől intézetig, országokként kidolgozták, s csak a tanulmányútról visszatérve kezdték el orvosi gyakorlatukat.

Jogos büszkeséggel említhetjük, hogy a vázolt korszakban végzett Pesten *Kitai Pál*, *Nyulas Ferenc*, *Pataky Sámuel*, *Kovács Mihály*, két *Eckstein*, két *Lenhossék*, két *Stáhly*, a *Lumniczerek*, *Bene Ferenc*, *Schuster János*, *Bugát Pál*, *Pólya József*, *Markusovszky Lajos*, *Korányi Frigyes*, *Balogh Kálmán*, *Fodor József*, *Högyes Endre*, *Lechner Károly*, *Taufer Vilmos*, *Dollinger Gyula* és sorolhatnánk még tovább.

A magyar orvosképzés első százada hősi korszak volt, nagy hibákkal és nagy eredményekkel. Talán nem felesleges a beköltözés évfordulóján ez a megemlékezés az egykor „hírhedt” domus medicaról, a magyar orvosképzés bölcsőjéről.

R. Harkó Viola dr.

A TMB hírei

A Tudományos Minősítő Bizottság *Csaba Bélát* „Shockmediátorok és az immunglobulin fragmentumok pathogenetikai szerepe anaphylaxiában” című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává és

László Ferencet „Hormonkezeléssel előidézett vesekéreg-necrosis” című disszertációja alapján az orvostudományok doktorává nyilvánította.

Elhalálozások

Balázs András dr. (szül. 1900) a nagykanizsai Rendelőintézet fogász szakfőorvosa 1974. április 9-én;

Bálint Béla dr. (szül. 1891) nyugdíjas körzeti orvos Budapesten, 1974. március 15-én;

Bárány Tibor dr. (szül. 1895) a mátraházai Tbc Gyógyintézet nyugdíjas osztályvezető főorvosa 1974. március 1-én;

Bácker Béla dr. (szül. 1892) nyugdíjas körzeti orvos Budapesten 1974. március 1-én;

Béky József dr. (szül. 1902) a Központi Stomatológiai Intézet osztályvezető főorvosa 1974. március 29-én;

Benczúr Gyula dr. (szül. 1916) a budapesti II. ker. Rendelőintézet belgyógyász csoportvezető főorvosa 1974. április 18-án;

Bernei Ferenc dr. (szül. 1923) a budapesti XIII/2. Rendelőintézet nyugdíjas belgyógyász szakorvosa 1974. április 8-án;

Csúz László dr. (szül. 1893) nyugdíjas körzeti orvos Budapesten 1974. március 13-án;

Csoma László dr. (szül. 1907) a tatai Rendelőintézet nyugdíjas röntgen szakfőorvosa 1974. március 13-án;

Dobnál Jenő dr. (szül. 1896) nyugdíjas orvos Nyíregyházán, 1974. január 30-án;

Dvorszky Tamara dr. (szül. 1946) üzemorvos Budapesten 1974. április 8-án;

Farkas Sándor dr. (szül. 1890) nyugdíjas orvos Fonyódon 1974. március 19-én;

Frank Richárd dr. (szül. 1883) nyugdíjas orvos Felsőrajkon, 1974. március 21-én;

Gaál József dr. (szül. 1901) a budapesti IV. ker. Rendelőintézet röntgen szakfőorvosa 1974. március 8-án;

Gellén János dr. (szül. 1907) körzeti orvos Soltvadkerten 1974. április 27-én;

Jeszenszky Gyula dr. (szül. 1899) nyugdíjas körzeti orvos Lőrinciben 1974. március 19-én;

Keszthelyi Kálmán dr. (szül. 1921) a budai Járási Tanács eu. osztályának nyugdíjas higiénikus orvosa 1974. április 14-én;

Koltai Pál dr. (szül. 1908) nyugdíjas orvos Budapesten 1974. április 10-én;

Komlós Emil dr. (szül. 1894) a budapesti VII. ker. Rendelőintézet nyugdíjas nőgyógyász szakfőorvosa 1974. március 1-én;

Kováts Ernő dr. (szül. 1933) a csornai Tbc Gondozóintézet szakorvosa 1974. március 22-én;

König Teréz dr. (szül. 1921) a parádi Állami Gyógyfürdőkórház laboratóriumi főorvosa 1974. március 19-én;

Kövesdi József dr. (szül. 1927) a gyulai Megyei Tbc Szanatórium igazgató főorvosa 1974. április 25-én;

Kövesy Éva dr. (szül. 1926) a hévízi Állami Gyógyfürdőkórház alorvosa 1974. április 1-én;

Králik Jenő dr. (szül. 1890) nyugdíjas orvos Budapesten 1974. április 30-án;

Krekó Imre dr. (szül. 1927) a csornai Városi Kórház igazgató főorvosa 1974. április 22-én;

László Árpád dr. (szül. 1900) a budapesti IV. ker. Rendelőintézet sebész szakorvosa Kecskeméten 1974. áprilisban;

Lengyel Géza dr. (szül. 1932) körzeti orvos Devecserben 1974. április 18-án;

Lóránd Blanka dr. (szül. 1891) az Országos Ideg-Elmegyógyintézet nyugdíjas osztályvezető főorvosa 1974. március 5-én;

Maráz Albert dr. (szül. 1941) a Szegedi Orvostudományi Egyetem Vérado Állomásának alorvosa 1974. április 7-én;

Nagy Lajos dr. (szül. 1922) a Heves megyei Tanács egészségügyi osztályának megyei orvosa 1974. április 25-én;

Péterfy Gábor dr. (szül. 1918) a békéscsabai Tbc Gondozóintézet szakfőorvosa 1974. április 7-én;

Probstner Arthur dr. (szül. 1886) a csepeli Szülő és Nőbeteg Kórház nyugdíjas vezető főorvosa 1974. március 9-én;

Sándor Klára dr. (szül. 1899) nyugdíjas körzeti gyermekorvos Budapesten 1974. március 25-én;

Sárközy Ferenc dr. (szül. 1896) a jászberényi Rendelőintézet nyugdíjas nőgyógyász szakfőorvosa 1974. március 28-án;

Szabó Endre dr. (szül. 1903) a BM Központi Rendelőintézetének fogász szakorvosa 1974. áprilisban;

Szilágyi György dr. (szül. 1913) a Fővárosi KÖJÁL epidemiológus szakorvosa 1974. március 29-én;

Szutrély István dr. (szül. 1907) a budapesti XII. ker. Tanács egészségügyi osztályának felülvizsgáló főorvosa 1974. március 10-én;

Tolnai Dénes dr. (szül. 1895) a budapesti VI. ker. Rendelőintézet nyugdíjas fogász szakorvosa 1974. április 19-én;

Vályi Edit dr. (szül. 1921) a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Szájsebészeti Klinikájának tanársegége 1974. április 9-én és

Waller Sándor dr. (szül. 1887) nyugdíjas orvos Budapesten 1974. március 14-én elhunyt.

Bio-LA-Test®

KLINIKAI LABORÁTORIUMOK
RACIONALIZÁLÁSÁHOZ!



A klinikai praxis egyre magasabb követelményeket támaszt a klinikai laboratóriumok és egyéb diagnosztikai állomások munkájának mennyiségével és minőségével szemben.

A laboratóriumok mindennapi használatához szükséges Bio-LA-Test reagens-sorozatok problémamentes munkát biztosítanak. A munkamenetet meggyorsítják és olcsóbbá teszik, jelentősen megnövelik a laboratóriumok – azonos körülmények közötti – teljesítőképességét.

Megállapítást nyert, hogy a Bio-LA-Test reagens-sorozatok használata általában 15%-kal csökkentette a betegek kórházi ellátásához szükséges átfutási időt.



A Bio-LA-Test reagens-sorozatok használata által egyaránt megvalósítható a diagnosztikai módszerek egységesítése, az eredmények összehasonlítása, valamint komplikált vizsgálatok lefolytatása olyan területeken is, amelyen eddig még nem volt lehetséges!

A Bio-LA-Test sorozatokat a következő biokémiai vizsgálatokhoz ajánlhatjuk:

Glukose
Thymol zavarosodási teszt
Zinksulfat zavarosodási teszt
Alkalikus fosfatase
Savanyú fosfatase
Gamma-glutaminpeptidase
GOT-GPT transaminase-ok
GOT transaminase
GPT transaminase
Bilirubin
Bilirubin standard

Karbamid
Kreatinin
Kreatinin standard
Cholesterin
Barbiturátok
Volumetriás chloridmeghatározási módszer
Fotometriás chloridmeghatározási módszer
Magnézium
Calcium
Réz
Vas
Vasmegkötő képesség
Phosphor
Aethanol standard oldatok
Albil
Össz-lipidtartalom
Össz-fehérjetartalom
Lactatdehydrogenase
Kreatinphosphokinase
Alpha-amylase
Triglyceridek

**LA
CHE
MA**

Gyártja a
Lachema,
Brno

Exportálja a

CHEMAPOL

Kodaňská 46
100 10 Praha 10
Csehszlovákia



Csecsemő- és gyermekgyógyászat

Csecsemőkori túltápláltság. (Felmérő tanulmány. Dudley, Worcestershire-ben). A. Shukla és mtsai (Banaras Hindu Univ., India, Dept. of Catering, Polytechnic, Wolverhampton, Univ. of Birmingham): Brit. Med. J. 1972, 4, 5839, 507—515.

Az elmúlt 20 évben az újszülöttek és a csecsemők táplálási módja igen sokat változott: a természetes táplálás gyakorisága csökkent, a mesterséges táplálás bevezetésének optimális ideje a szülés utáni 4—6. hónapról a 3—4-re tolódott előre. A szilárd tápanyagoknak a tejjel együtt való adása már a születés utáni első hónapban szinte általánossá vált. Mindezek — feltételezhetően — a csecsemők túltápláltságához, ill. elhízásához vezethetnek, ami több szerző feltételezése alapján, a későbbi maradandó elhízásnak egyik etiológiai tényezője lehet.

A szerzők Dudley (Worcestershire) és környékének 300 egészséges csecsemőjét (a csecsemőpopuláció kb. 10%-át) vizsgálták meg tápláltság szempontjából 1970 július—1971 május között. A vizsgálatok kiterjedtek a részletes heteroanamnesisre, a testméretek pontos rögzítésére (súly, hossz, bóralatti zsíros kötőszövet vastagsága, felkar körfogat), valamint a szülők súly- és testmagasságának, ill. szociális körülményeiknek részletes feljegyzésére. A napi kalória és tápanyagfelvétel pontos ismeretében — a Tanner-féle fejlődési átlagokat véve alapul — rámutattak az igen általánossá vált csecsemőkori elhízás legfontosabb összefüggéseire.

A vizsgált csecsemőket a testsúly és a testhely: testhossz arány alapján 3 csoportba sorolták: 1. *Normális fejlődésű:* 55,6%, 2. *Túltáplált:* 27,7%, 3. *Elhízott:* 16,7%. A felosztás szerint kövérnek számít az a csecsemő, akinek a fejlődési indexe 120% feletti, vagy a súlya eléri a 97 percentiles értéket, illetve a súly: testhossz aránya a p 97-et meghaladja. Túltápláltak minősítik azokat, akiknek fejlődési indexük 110—120%, a súly, illetve a súly: testhossz aránya a 90—97 percentiles átlagértékek közé esik.

A túltápláltság okai között a vezető helyet a megváltozott újszülött-táplálási mód foglalja el: A szoptatás gyakoriságát meglepően alacsonynak találták (28%). Az összes eset 6,3 százalékában fogyasztottak a csecsemők női tejet 12 hetes korukig, de valamilyen szilárd tápanyaggal való hozzátáplálást mindegyiknél már ez előtt elkezdtek. A mesterséges táplálás bevezetését döntően az anyák maguk

határozták el, az elválasztás csak az esetek 16%-ában történt orvosi tanácsra. A csecsemők 90%-a üvegből szopott, s ehhez még pépes táplálék kiegészítést is kapott. Általános gyakorlatként volt megfigyelhető, hogy a pépes táplálék bevezetésekor nem csökkentették az addig megszokott, előírt tejadagokat. Leggyakoribb a tej édesítése cukorral, a piskóta és a gyümölcsök korai adása. Elterjedtek széles körben a magas fehérjeértékű, különböző gombaféleségből készült kereskedelmi termékek is.

A felmérés alapján a kalória, és tápanyagbevitel átlaga messze meghaladja az előírt adagokat, a különbség, a legfiatalabb korcsoportban (0—3 hónapos) a legkifejezettebb. A születés utáni II. félévben a fiúcssecsemők 136 kal/kg/die és a leánycssecsemők 149 kal/kg/die felvétele már inkább közelít az ajánlott átlag 120 kal/kg/die értékhez, de átlagban végig e fölött marad. A napi fehérjebevitel — a FAO/WHO által 1965-ben ajánlott 20 g helyett — átlag 32,7 g-nak találták (a fehérjefogyasztás a mesterségesen tápláltak között lényegesen magasabb). A szénhidrát- és zsírfelvétel a számított szükséges értéknél szintén nagyobb a születés utáni első 3 hónapban, ez esetben is különbség mutatkozott az anyatejes és mesterségesen táplált újszülöttek között, az utóbbiak javára. Szociális viszonyok, nemek szerint nem találtak lényeges különbséget a túltápláltságban. Azonban mind a születési súly, mind pedig a szülők tápláltsági foka egyenes összefüggést mutatott a csecsemőkori elhízás előfordulásával. A túltápláltság nem jut kifejezésre a testhosszban! A bóralatti kötőszövet vastagsága jó jelzője a túlzott kalóriabevitelnek, az izmok fejlődése pedig a fehérjebevitellel korrelál.

Az újszülött- és csecsemőkori túlzott fehérjebevitel, illetve túltáplálás hátrányai még nem ismertek, de gyanítható, hogy néhány, újabban egyre gyakrabban előforduló kórállapotban szerepük van: víz- és elektrolitháztartás felborulása, fertőzések eredetű hypernatraemiás exsicciosis, gyakori húgyúti infekciók, enuresis stb. A csecsemőkori kövérség késői következményei — mint pl. a maradandó elhízás — még felderítésre várnak.

(Ref.: A közleményben felsorolt megfigyelések általában a hazai újszülött és csecsemőpopulációra is érvényesek. Igen gyakran észlelünk accelerált fejlődésű csecsemőket, akiknek fejlődési indexe főleg a születés után 2—8. hónap között, 100% felett van. Ugyanakkor régi és általános megfigyelés, hogy az

elhízott, pastosus alkat predisponáló tényező bizonyos betegségekben, s számos betegség lefolyása is súlyosabb, a fokozott exsudatív hajlam miatt. E megvilágításban a csecsemőkori túltápláltság kérdése hazánkban is jelentős problémákat vethet fel.)

Gyurkovits Kálmán dr.

A jóindulatú intrahepatikus epeút-hypoplasia. D. Lüders (Universtitäts-Kinderklinik Göttingen): Monatsschrift für Kinderheilkunde 1973, 121, 717—720.

Az újszülöttkori epeút rendellenesség három változatát ismerjük jelenleg: 1. a veleszületett epeútatresia, 2. a postpartalis epe-elfolyás funkcionális gátoltsága, 3. az intrahepatikus epeút-hypoplasia. Különösen utóbbi tekinthető gyakori kórképnek, bár eddig kevés érdekföldést váltott ki a klinikusokból. Feltehetően a szöveti érés zavara okozza, esetleg infectiosus háttérrel. Mindenesetre a klinikai jóindulatúság és a gyors restitutio a jellemzője.

A csecsemők életkora általában néhány nap és 2 élethónap között váltakozik, amikor az icterust először észlelni lehet. Ezt követően a sárgaság mintegy 2—3 hónap alatt fokozatosan megszűnik. Jellemző adat, hogy az intrahepatikus epeút hypoplasiaiban gyakori a húgyúti infectio. Nehéz meggyőzően igazolni — bár kizárni sem lehet —, hogy az ilyen jellegű fertőzés és az említett morfológiai elváltozás oki kapcsolatban van; vagy tovább menően: a húgyúti infectio gyógyulása közvetlen befolyást gyakorol az epepangás megszűnésére, mindenesetre a véletlen találkozás kizárólagossága is erőteljesebben tűnik.

Az említettektől el kell különíteni azokat az újszülötteket, akiknek az icterusa — kétséget kizáróan — a pyelonephritis következménye. Ez a kérdés már rége ismert, több mint 60 éve. Olykor egyéb jellegű sepsis a kiváltó ok, amikor is vagy a kórokozó, vagy annak toxinja károsítja az epeutak falát. Toxikus ártalom éri ezekben a csecsemőkben nemcsak a bilirubin conjugatiót, hanem a már kötött bilirubin kiválasztódását is. Többnyire a direct bilirubin felszaporodása jellemzi ekkor a képet, de a sárgaság megszűnik szinte azonnal, amint az alapbetegség adequat kezelést kap. Egészen más lefolyást látunk viszont az intrahepatikus-hypoplastikus epepangásban: itt az icterus hónapokon át tartóan megmarad, akkor is, ha a húgyúti infectiót azonnal megfelelően kezeljük.

Valószínűleg meghatározó szerepe van annak, hogy a főtalis életben az epeutak alig működnek, s ezért lelassult az anatómiai fejlődés is. Következésképpen a szűk lumen, valamint a kevés számú járat. A hypoplasia háttere tehát ebben az időben az érési gátlás. Nem egészen

világos azonban, hogy mi okozza a postnatalis fejlődési gátlást. Mindenesetre a koraszülöttséget nem szabad figyelmen kívül hagyni, viszont az infectio szerepét a még nem látjuk egészen világosan.

A szövettani leletet mindig a klinikai képpel együtt szabad csak értékelni, mert ismert, hogy az epeutak fejlődése a máj egyes területein nem egyforma intenzitású. Biopsziára kevésbé alkalmas a máj felszín alatti része, valamint a májkapu, mivel ezeken a helyeken normálisan is csökkent lehet az epeutak száma.

Az extra- és intrahepatikus epeút rendellenesség párhuzamot mutat, ámbr ez a változat általában ritka. Míndazonáltal az interlobularis epeút-hiány, illetve az extrahepatikus epeút-atresia nehéz elkülönítő diagnosztikai feladat elé állítja az orvost, ha egymás mellett található ugyanazon betegben. Saját tapasztalataik amellet szólnak, hogy a punctióval nyert májszeletek epeút hiányát nem kell mindig prognosztikailag abszolút kedvezőtlen jelnek ítélni; ismertetett betegek is — a helyi szöveti hiány ellenére — 3—4 hónap alatt klinikailag felépültek. Szerencsére csak elvétve találkozik a klinikus azzal, hogy az intrahepatikus epeút-hiány egészen súlyos állapotot takar. Ilyen a Mac Mahon—Thannhauser-syndroma, amelyben az intrahepatikus izolált epeút-hiány az extrahepatikus epejáratok atresiájával szövődik; természetesen itt a prognózis egészen kedvezőtlen.

Kiss Szabó Antal dr.

Súlyos familiaris intrahepatikus cholestasis. (Unité de Recherche d'hépatologie infantile de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Hôpital Parrot, Bicêtre, France): Archives of Disease in Childhood 1973, 48, 806—812.

Míntegy 8 éve ismeretes az intrahepatikus cholestasis különleges formája, amelyet a bilirubin és az epesavak, valamint a bromsulphalein kiválasztás zavarra jellemez; familiaris cholestasissal cirrhosis képeben lép fel és fokozatosan halad a fatális vég felé. Néhány újabb beteg azóta ismert lett az irodalomban, s most ezekhez csatlakozik a szerzők klinikai és biológiai tanulmánya, amely 4 különböző családból 5 újabb terhelést ismertet.

A klinikai képre jellemző, hogy a cholestasissal syndroma többnyire részleges, s így a sárgaság különféle intenzitást mutat, erősen festenyzett vizelettel, és olykor acholiás széklettel: a pruritus mindig kifejezett, a hepatomegalia pedig tartós; a vérben emelkedett a bilirubin szint, s ezt elsősorban a conjugált forma adja.

Az epepangás elhúzódása miatt a szerzők minden esetben laparotomiára kényszerültek, az extrahepatikus epevezeték átjárhatóságának

tisztázására. A szövettani képet a fibrosis uralja, s ez elsősorban a portalis régióban jellemző, de olykor kifejezett a centrolobularis területeken is. A klinikum többé kevésbé egységes. A tünetek legkorábban a 6. hónapos életkor körül kezdődnek, vagy alig valamivel korábban, de sohasem később mint a 12. élethónap. Kifejezett a hajlam a relapsusra és ez mindig kapcsolatos valamilyen fertőzéssel, ami miatt szinte előre számítani lehet jelentkezésére. Egy-egy klinikai visszaesés néhány naptól 20 hónapig is eltarthat, s közben a máj egyre halad a cirrhosis felé a tapintási lelet szerint is.

Az ismertetésre került 5 beteg 4 különböző családból származott. Ugyanezekből a családokból még további 7 gyermekről is tudnak, azonban ezek közelebbi ismertetésétől eltekintettek. Az 5 beteg közül 2 meghalt; teljes cirrhosisa azonban csak az egyiknek volt. A még életben levő másik 3 gyermek jelenleg súlyos általános állapotban él, kiterjedt máj-fibrosissal. A többi 7 szintén meghalt; többségük az 5. életév előtt, s csak egy érte meg a 8. életévét. A leggyakoribb halál ok az emésztő-tractus vérzése, portalis hypertensio és decompensált cirrhosis következményeként.

A megbetegedés kezelésére a lehetőségeink igen szerények. A cholecystostomiát elvégezték ugyan a szerzők, azonban amint a kathetert eltávolították, a cholestasis újra fellépett. Az epeelvezetés semmilyen más formája sem hozott kielégítő eredményt. Megkísérelték a cholestyramin adását is, nagyon kevés sikerrel. Még akkor érték el a legjobb eredményt, ha a máj fibrosisa a folyamat kezdetén volt.

A megbetegedés familiaris jellegében valószínűleg recessiv autosomalis az öröklés menete. Az egyes családokon belüli vérrokonság is ezt az elképzelést támogatja. Amíg a betegség pontos biokémiai definíciója hiányzik — már pedig nemcsak ez, hanem az aetiológiai magyarázat is hátra van még — igen nehéz az egyedi eseteket, családi vonatkozások hiányában felderíteni. Egyes megfigyelésekből arra következtethetünk, hogy a cholestasis hátterében az epesavak anyagcsere zavarai áll. Feltűnő az a sokféle anomalia is, ami a betegeken általában megtalálható, így a nagy epehólyag, epekő, besűrűsödött epe, epedugasz, chronikus pancreatitis, pancreas meszesedés. Mindezek esetleg ugyanabból az anyagcserezavarból nyerik eredetüket, amely az epesavak képződésének rendellenességét is okozza. Az epesavak hatását, illetve azok bomlástermékeinek következményeit a jövőben jobban meg kellene ismernünk, legalább állatkísérletekben; arra ugyanis már ez ideig is vannak adatok, hogy egyes állapotokban az epevezeték kóros folyamatát indítják el. sőt az epesők okozói lehetnek a pancreatitisnek is.

Kiss Szabó Antal dr.

A Reye-syndroma: Encephalopathia a visceralis szervek zsíros elfajulásával. H. J. Bachmann, H. Haupt (Kinderklinik der Universität Essen, 43 Essen-Holsterhausen, Hufelandstrasse 55): Klinische Pädiatrie 1973, 185, 313—318.

Az 1963-ban leírt ún. Reye-syndromára (R-s) az akut encephalopathia, hepatomegalia és a visceralis szervek zsíros elfajulása jellemző. Az angolszász irodalomban jól ismert syndromát máshol föltehetően azért nem írják le, mert feltehetően fő tüneteinek valamelyike közé sorolják. Aetiologiája ismeretlen, vírusokra (Echo-, Coxsackie és Rheo-vírusra) gondolnak. Mortalitása kb. 80%. Két esetüket ismertetik.

1. eset. A másfél éves leány betegsége felsőlégúti huruttal és aprófoltos kitéésekkel kezdődött, amelyek fokozatosan haemorrhagiássá váltak. Esméletlenség, hepatomegalia és oliguria lépett föl, emelkedett MN, creatinin, se-bi, transaminase értékekkel és megnyúlt recalcifikációs idővel. Feltűnő a hb-csökkenése 14,6-ról 8,4 g%-ra. A kórházi kezelés 3—6. napja között a VII. faktor értéke 50%-kal emelkedett. A vér- és liquor tenyésztés negatív. A beteg három hét alatt gyógyult.

2. eset. 5 éves fiú. Betegsége hirtelen súlyosbodó laryngitissal kezdődött, amely miatt intubációra is sor került. Bronchopneumonia, magas láz, majd shock-állapot, icterus fokozódásával hepatargias coma lépett föl, focalis agyi görcsöktől kísérve. A vizeletkiválasztás is megszünik. Súlyos állapota fokozatosan oldódik ugyan, de az intubálás miatt bevezetett gyomorszondán át nagy mennyiségű haematin ürül, s a thrombocytá szám süllyed. Méréselt se-bi emelkedés és extrém magas transaminase szint mellett az alvadásvizsgálati értékek (Quick-ido, a II., V. és VII. faktor) extrém alacsonyak. A fibrinogén magas, a VIII. faktor és a thrombin-ido általában a normális értékek fölött mozogtak. Betegségének 6. napjára sensoriumzavara mérséklődött, s a klinikai javulással párhuzamosan a biokémiai értékek is normalizálódtak. A vér- és liquor tenyésztési eredmény negatív. Az EEG vizsgálattal, a betegség kezdetén észlelt alapaktivitás nem specifikus eltérése később teljesen rendeződött.

Az elektrolit-, folyadék- és savbázis háztartási zavart rendezték, antibiotikumokat, corticosteroidot, gammaglobulint adagoltak. Az alvadási faktorok csökkenésekor friss vért és faktorkoncentrátumokat, a májkárosodás kivédésére pedig laevulose oldatot, vitaminokat, és arginin-almasavat (Rocmaline) adtak.

Más szerzők is említést tesznek gastrointestinális vérzésről. Ennek okát kereshetik az alvadásgátló rendszer shock következtében fellépő zavarában (máj-synthesis), továbbá örökölt hatóanyagok jelenlétében végül a toxico-infectiosus

állapot alatt fellépett felhasználásos coagulopathiában. Megfigyeléseik mérlegelése alapján az első kettő fennállását kizárták, így véleményük szerint a vérzéses tünetek pathogenesise consumptios coagulopathiával magyarázható. A továbbiakban ezt az elképzelésüket fejtik ki, kiegészítve a többi szervelváltozás létrejöttének magyarázatával és az irodalom adatainak ismertetésével.

Paláshy Géza dr.

Chronikus veseelégtelenség gyermekekben. Habib, R. és mtsai. (Inserm, Hôpital Necker, Enfants-Malades, Paris): *Nephron*, 1973, 11, 209—220.

Felnőttkorban a szerzett nephropathiák vezetnek többnyire chronikus veseelégtelenséghez (glomerulonephritis, pyelonephritis). Gyermekekben a congenitalis vagy hereditár nephropathiák 66%-ban szerepelnek a chronikus veseelégtelenség okaként. Oligonephroniás hypoplasia, nephronoptisis, bilateralis vesico-renal reflux a fő okok. Glomerulonephritis a focalis segmentalis hyalinosisal járó alakjában okoz veseelégtelenséget. Pyelonephritis a felnőttéktől eltérően csak akkor jár chronikus veseelégtelenséggel, ha kétoldali vesico-renal reflux-szal vagy alsó-húgyúti obstrukcióval társult.

A szerzők 10 év alatt (1961—1971) észlelt 270 chronikus veseelégtelenséget mutató esetüket 5 csoportba sorolják: hereditár nephropathia, vese hypoplasia, húgyúti fejlődési rendellenesség, vascularis nephropathia, glomerularis nephropathia. 124 gyermek volt 15 éven aluli, amikor a chronikus veseelégtelenség terminális veseelégtelenséggé alakult. 180 betegnek végeztek vesebiopsiát. 43 gyermek részesült rendszeres haemodialysisben. 1969 óta végeznek a Hôpital Neckerben gyermekekben haemodialysist. A glomerularis és vascularis nephropathiák progressiója a leggyorsabb: 1—1½ év. Hereditár nephropathiáknál átlag 2½, húgyúti fejlődési rendellenességeknél átlag 6 év telik el a diagnosis megállapításától a chronikus, illetve terminális veseelégtelenség kialakulásáig.

Marosvári István dr.

A hypoglycaemia egy új típusa újszülöttnél. Nakagawa, S. és mtsai: *Diabetologia* 1973, 9, 367—375.

A szerzők egy újszülött leánygyermeken olyan hypoglycaemiát észleltek, mely az eddig leírt hypoglycaemiák egyik csoportjába sem volt sorolható. További vizsgálatokkal megállapították, hogy az újszülött és az anya széruma nagy mennyiségben tartalmaz antiinsulint, annak ellenére, hogy sem ő, sem az anya nem részesült előzőleg insulin kezelésben.

A gyermek normális szüléssel,

3459 g-s súllyal jött a világra. Három nappal a születése után a végtagjain tremor jelentkezett. A vércukra 38 mg/100 ml volt, serum calcium 10,2 mg/100 ml. Éhezés után a hypoglycaemiás állapotokat több alkalommal észlelték, de mesterséges táplálással a vércukor normalizálható volt. Az EEG-t normálisnak találták.

Az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok a gyermek reakcióképességét cukorra, tobutamidra, leucinra, stb. közel normálisnak találták. Az anya orális cukorterhelési görbéje diabetoid lefutású volt. A rutin laboratóriumi vizsgálatok mellett oszlopchromatographiát, radioelectrophoresist, radioimmuno-electrophoresist végeztek az antiinsulin faktor serologiai identifikálására. Ennek segítségével megállapították, hogy az insulin antitest IgG—Kappa típusú volt.

A discussióban felvetik, hogy az ellenanyag valószínűleg az anyából került át transplacentarisan a magzatba. Ezt látszik támogatni, hogy a gyermek ellenanyag titere korának előrehaladtával csökkent, és az a tény, hogy az ellenanyag természeté az anyában és gyermekében a legmesszebbmenőkig megegyezett. Kérdéses azonban, hogyan keletkezett az antitest az anyában saját endogén insulinja ellen. Az egyik lehetőség, hogy valami módon denaturálódott az anya endogén insulinjának egy része, és az ellenanyagtermelést indította. A keletkező ellenanyag keresztreakció ad a nem degranulálódott endogén insulinnal is, mint azt a savanyú alkoholos denaturációs kísérletek is mutatják. A másik lehetőség az ellenanyag keletkezésére, hogy megváltozik izoláltan az insulin antitest termelő mechanizmus. A gyermekben nem volt más oka a hypoglycaemiának, csak a nagy tömegű kivonható insulin, illetve az insulin ellenes antitest. A hypoglycaemia magyarázatára feltételezik, hogy a nagy mennyiségű, inaktív állapotban levő kötött insulinból időnként felszabadul az aktív insulin és ez okozza hypoglycaemiát. Arra a kérdésre, hogy miért nem okozott az anyában hasonló hypoglycaemiás rosszulleteket ugyanez a mechanizmus, két lehetőséget vetnek fel. Az egyik szerint az anyában nem a teljes insulin mennyiség van időnként megkötve az antitest által, így a felszabadulásakor is kisebb a reakció. A másik elmélet szerint az anya kevésbé érzékeny a hyperinsulinizmussal szemben, mint a csecsemő.

Baráth Péter dr.

Ventriculitis-szel szövődött meningitis. J. H. Salmon (Division of Neurosurgery, Cincinnati Children's Hospital): *Am. J. Dis Child.* 1972, 124, 35.

Ventriculitis alatt a szerző a meningitis után maradványleletként az agykamrákra lokalizált, a liquor mérsékelt sejtszám- és fehérje-

emelkedésével járó chronikus gyulladási folyamatot érti. Közleményében arra kívánja felhívni a figyelmet, hogy ez a szövődmény különösen újszülöttek és csecsemők meningitis után gyakori. A jelenség kiderítése therapiás szempontból fontos, mivel kezelésében igen előnyösen alkalmazható a Salmon—Rickham-féle reservoir.

Az idegsebész szerző az eseteket konzilium során észlelte. 29 meningitiszes gyermeket (12 újszülött, 10 csecsemő és 7 kisgyermek) vizsgált. Ezek közül 10-en kerültek sor a Salmon—Rickham-reservoir beültetésére, mivel igazolódott, hogy meningitisük ventriculitis-szel szövődött. Az idegsebészeti konzultáció okai a következők voltak: 1. a szokásos kezelésre szegényes klinikai és/vagy laboratóriumi javulást észleltek. 2. Súlyosan beteg volt a gyermek. 3. Szokálat tenyésztési eredményt kaptak. 4. Nyilvánvalóvá vált a koponyaúri nyomásfokozódás. 5. Feltételezhető volt a szövődmény. A vizsgálat lényege: direkt kamra-punctio és az ezúton nyert liquor vizsgálata, a nyomásmérés, a PEG.

Amennyiben a vizsgálattal a ventriculitis igazolódott, helyi érzéstelenítésben a fent jelölt reservoirt beültették az oldalkamrába, s ezen keresztül az érzékenységnak megfelelő antibioticumot adták meghatározott formula szerint. A reservoirt mindaddig bent hagyták, amíg meg nem gyógyult a ventriculitis, ill. amíg ki nem derült, hogy a gyermek nem maradt vissza hydrocephalus, s nincs szükség shunt beültetésére.

A reservoirt igen alkalmasnak bizonyult az antibiotikus therapia alkalmazására is. Az antibioticum adagját a centiméterben mért fejkörfogat és a milliméterben mért frontális agyköpenyvastagság hányadosa adta meg, ez a hányados kifejezi a kamratágulat fokát. Az 1,5 értékű hányados alatt nem beszélhetünk kamratágulatról.

Mi az előnye a Salmon—Rickham-reservoiron keresztül végzett kezelésnek? Közvetlenül kap a beteg megfelelő, hatásos adagú antibioticumot, a meningitis után is fennálló ventriculitist a gyógyulásig kézben lehet tartani. Alkalmom nyílik hydrocephalus kifejlődésének nyomon követésére, s. z. e. a reservoirhoz peritonealis vagy atrialis shunt kapcsolható.

A kezelés során ellenőrizték a liquorban az antibioticum szintet, s kiderült, hogy a reservoiron keresztül való adagolás előtt im. és iv. adott gyógyszerek nem érték el a liquorban a therapiás szintet.

A shuntot nem távolították el gyulladási szövődmény kapcsán akkor sem, ha primer hydrocephalusosnak ültették be, hanem azon keresztül adták a gyógyszert.

A szerző hangsúlyozza, hogy eredményei csupán egyéni megfigyeléseknek tekintendők, a kezelés végleges értéke további tanulmányozást igényel.

(Ref.: Számos esetben távolítottuk el ventriculo-atrialis shuntot meningitis miatt. Célszerű lenne a Rickham-féle ventilt beszerezni, amely reservoirral rendelkezik, szemben a jelenleg nálunk alkalmazott Pudenz-Heyer-Schulte-féle, reservoir nélküli ventillel, s így megoldható lenne az intrathecalis gyógyszeradagolás.)

Szabó Mihály dr.

Epesavhiány új szindrómája. Powell, G. K., Jones, A. L., Richardson, J. (Galveston, Texas): The Journal of Ped. 1973, 83, 758—767.

Egy 3 hónapos csecsemőn fejlődésben visszamaradást, chronikus diarrhoeát, súlyos zsírfelszívódási zavart (50%) figyeltek meg a duodenalis nedv alacsony epesav koncentrációjával és a zsírsavak hiányos micellaris inkorporációjával.

A bélben epesavhiányt okozó megbetegedések: 1. májbetegség, 2. epesav deconjugatio baktérium invázió következtében, 3. epesav bélrezorpció hiánya, 4. cholecystokinin release hiánya, 5. epesav kiválasztási zavar — kizárhatók voltak.

P. o. epesav adására a csecsemő tünetmentessé vált, gyarapodása megindult. Feltételezésük szerint az epesav bioszintézisének zavara áll fenn esetükben.

Vásárhelyi Katalin dr.

Mononucleosis infectiosa (m. i.) egyetlen tünetként fellépő pericarditis. Shapiro, S. C., Dimich, J., Steier, M. (New York): Diseases of Children, 1973, 126, 662—665.

A m. i.-t, mint „proteus manifestációjú” betegséget szokták jellemezni: A gyermekgyógyászati szakirodalomban nem közöltek még olyan esetet, melyben a m. i. kezdeti és egyetlen tünete a pericarditis lett volna. A talált kevés számú eset felnőttekre vonatkozik.

Esetükben egy 12 éves fiút 2 napja jelentkező substernalis, intermittáló, nyakba kisugárzó, egyre erősödő fájdalom, egy napja hallható pericardialis dörzs-zöreje miatt vettek fel. Az EKG-n ST elevatio, T-hullám depressio volt. Ezek az elváltozások 10 napig álltak fenn. Nem volt a gyermeknek angínája, máj-lép-nyirokcsomó megnagyobbodása. Véréképe: fvs: 4100/mm³ ly: 50%, aty. ly: 18%, mononuclearis, atypusos sejt: 10%, St: 13%, Segm.: 7%, Eo.: 1%, Baso.: 1%. Davidson heterophil agglutinációs titer: 1:896. SGPT: 310 E.

Következtetés: acut, benignus, nem specifikus pericarditis dg-t csak abban az esetben lehet felállítani, ha minden egyéb ismert ok kizárása mellett a m. i.-ra jellemző laboratóriumi vizsgálatok is negatívak.

Vásárhelyi Katalin dr.

Tápanyag antitestek coeliakia szindrómában szenvedő gyermekek

vérplasmájában, a gluten diétás megvonása és újra bevezetése közben. F. Carswell, A. Ferguson (University Dept. of Child Health, Royal Hospital for Sick Children, Yorkhill, and the University Dept. of Bacteriology and Immunology, Western Infirmary, Glasgow): Arch. Dis. Childh. 1973, 48, 583—586.

55 coeliakiás gyermeket vizsgáltak, akik közül 40-nek a vérplasmája a normál étrend fehérjéi ellen ellenanyagokat tartalmazott. Három kérdésre kerestek választ: 1. Vizsgálták az antitestek eltűnésének idejét, mint a gluten mentes diéta eredményességének mutatóját. 2. A gluten bevezetése után figyelték az antitestek újra megjelenésének arányát. 3. Megpróbálták a teszt felhasználását arra, hogy a beteg tartja-e a diétát? Éspedig úgy, hogy összehasonlítták a diétás anamnézist a teszt eredményével.

A diagnózis megállapításakor a klinikai kép mellett az ismételt bélbiopsiás leletekre támaszkodtak. Capillaris vérmintákban géldiffúziós módszerrel keresték az ellenanyagokat. Az antigéneket 3 csoportra osztották: növényi, hús és tojás.

Eredményeik szerint az antitestek hiánya nem zárja ki a coeliakiát. A növényi fehérjék elleni antitestek az esetek 90%-ában 2 hónapon belül eltűntek. A fennmaradó 10% általában a kezdetben súlyos vagy elhanyagolt esetek közül került ki. Ezeknél a gyermekeknél a plasma IgA koncentrációját is magasabbnak találták. 4 eset tranzitorikus gluten intoleranciának bizonyult. Az irodalom szerint ez igen ritka.

Az ismételt antitest vizsgálattal következtetni lehet a bél nyálkahártya állapotára és kiválasztani a biopsia optimális időpontját. A gyógyulást a biopsia bizonyítja.

Véleményük szerint a diéta pontos betartására vagy mellőzésére az antitestek vizsgálatával nem lehet következtetni.

Balogh Örs dr.

Gyermekkori papulosus acrodermatitis; Australia-antigen betegség. F. Gianotti (Milánói Egyetem Bőrgyógyászati Osztálya): Arch. Dis. Child. 1973, 48, 794—799.

A betegség infektív, és bőrelváltozások, lymphadenitis, acut hepatitis és Australia-antigenaemia jellemzi.

A bőr elváltozások egyforma lencsényi, lapos, erythematopapularis, nem viszkető laesiók, amelyek szimmetrikusan helyezkednek el az arcon, faron és végtagokon. A törzsön rendszerint nincs kiütés, de néha az eruptív időszak elején átmenetileg ott is található. A kiütések egyébként 15—20 napig láthatók, és megszűnésük után relapsus nem fordul elő. A kiütések ilyen formában a 2—6 éves korban jelennek meg; a csecsemőkorra nagyobb

— 5—10 mm-es; a nagyobb gyermekekre viszont az 1—2 mm-es átmérőjű elváltozások jellemzőek. Előfordul azonban purpura-szerű kiütés, sőt a bőrbe infiltrálódott alak is.

A nyirokcsomók duzzanata 2—3 hónapig tart. Főleg a hónalji és axillaris mirigyek érintettek. Szöveti vizsgálatuk reaktív reticulohistiocytás hyperplasiát mutat.

Acut hepatitis állandó tünet. Általában anicterikus. A betegséget 1—3 hónapos hepatomegalia követi. A biopsiás vizsgálat szövettani lelete nem különbözik a vírus hepatitis képtől.

A betegség fertőző volta bizonyított, de a contagiositas nem nagy. Az incubációs idő bizonytalan. Feltűnő gyakori előfordulása mongoloid idióttákon.

Australia-antigen a betegségben mindig kimutatható, néha évekig is; gyakran a betegek családjában is — a betegség tünetei nélkül.

Az érintettek közül senki sem részesült transfúziós v. injekciós kezelésben megbetegedése előtt, mégis felmerül annak lehetősége, hogy a syndroma kóroredete közös az inoculációs hepatitisével.

(Ref.: A betegség első leírója után világszerte „Gianotti syndroma” néven ismeretes.)

Vadász György dr.

Szervátültetés

Vesetransplantatio 1972-ben. A regionalis és internationalis együttműködés vonatkozásai a zürichi példa alapján. Largiader, F. (Chirurgische Universitätsklinik, Kantonspital, Zürich): Deutsche Medizinische Wochenschrift 1973, 98, 1055—1059.

A vesetransplantatio az utóbbi években a chronikus veseelégtelenség rutin kezelésévé vált, de munka és személyzet igényessége centralisatiót tesz szükségessé. A szövettipizált transplantatumok optimális cseréje ma már internationalisan szervezett.

A zürichi transplantációs centrum több műveseállomás munkájára támaszkodik, ahol a betegeket kivizsgálják, dialysálják, a transplantációra alkalmasakat kijelölik, és a transplantációra előkészítik. A transplantációs centrumban havonta tartanak consultatiót, ekkor a transplantációra váró új betegeket bemutatják, az összes problémát megbeszélik a műveseállomások orvosával. Minden transplantációra váró betegüknek elvégzik a szövettipizálást, a szükséges gyógykezelést, szükség szerint a nephrectomiát. Betegeik adatait a leideni Eurotransplant computerében tárolják. Amennyiben valamelyik betegük számára alkalmas cadaver vese rendelkezésre áll, az Eurotransplant azonnal értesíti a transplantációs centrum ügyeletes sebéssét, aki telefonon berendeli be-

ÖSSZETÉTEL:

Trimethoprimum 0,08 g
sulfadimidinum 0,40 g tablettánként.

HATÁS:

A trimethoprim a kórokozókra úgy fejt ki hatását, hogy ferment blokádján révén gátolja a folsav synthesist. A sulfadimidin (Superseptyl) a para-amino-benzoészav beépülését gátolja.

A kialakuló kettős ferment-blokkad útján ható kombináció a Gram-negatív és Gram-pozitív baktériumok jelentős részének növekedését egyaránt gátolja.

A POTESEPT-tel szemben resistencia fokozódás nem tapasztalható.

Az epében nagy koncentráció alakul ki, a vizelettel nagyrészt aktív formában ürül.

JAVALLAT:

Húgyúti infekciók (acut és chronikus pyelonephritis, cystitis, chronikus pyuriák).

Légúti infekciók (tonsillitisek, bronchitis chr., pneumonia).

Typhus abdominalis, Shigella infekciók.

Salmonellosis gastroenteritica.

Typhusbaktérium-gazdaság.

Reconvalescentiában Salmonella- és Shigella ürítés.

Brucellosis, gonorrhoea.

ELLENJAVALLAT:

Máj- és veseelégtelenség, vérdyscrasia, sulfonamid-túlérzékenység, terhesség.

Csecsemőknek 1 hónapos korig nem adható.

ADAGOLÁS:

Heveny fertőzésekben legalább 5 napon át kell adni, általában pedig legalább 2 napi tünetmentesség eléréséig.

ÁLTALÁNOS ADAGOLÁSI TÁJÉKOZTATÓ FELNŐTTEKNEK:

Terápiás adag 2x2 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

Fenntartó adag 2x1 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

Maximális adag 2x3 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

GYERMEKEKNEK:

2-6 éves korban 2x1/4-1/2 tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

6-12 éves korban 2x1/2-1/ tabl. pro die (reggel és este étkezés után)

Gyermekeknek 6 éves kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó. Akut infekció esetén a fenti gyermekadagok rövid ideig (5-6 napig) tartó kezelés során napi 6 mg trimethoprim+30 mg sulfadimidin testsúly kg-onkénti adagig növelhetők, napi 2 egyenlő részre osztva.

MELLÉKHATÁSOK:

Rossz közérzet, fejfájás, gyomorpanaszok, gyógyszerexanthea.

Ritkán, múltó jellegű vérképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopenia, thrombocytaszám- és folsavszint csökkenés).

A mellékhatások főként tartós (3-8 hetes) kezeléskor észlelhetők; a szer elhagyásakor, ill. folsav adására gyorsan rendeződnek.

Vérkép ellenőrizendő (thrombocytaszám is!).

FIGYELMEZTETÉS:

A kezelés alatt megfelelő mennyiségű folyadékbevitelről kell gondoskodni.

Exanthea keletkezésekor a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

MEGJEGYZÉS: ++

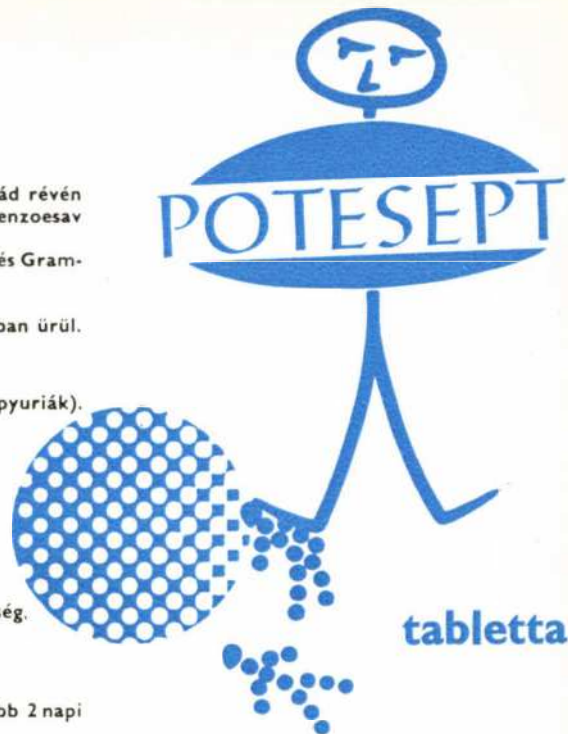
RENDELHETŐSÉG:

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más - szabadon rendelhető - chemotherapeuticum megfelelően nem biztosítaná.

A vényt két példányban („Másolat”-tal) kell kiállítani.

CSOMAGOLÁS:

20 tableta - 61,50 Ft



potenciált hatású
sulfonamid

ALKALOIDA

Antirheumaticum ext



Arthrofluor KENŐCS

ÖSSZETÉTEL

1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alapanyagban.

JAVALLATOK

Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek – gyulladásos ízületi kórformák, posttraumás arthritisek –, valamint myalgiák esetében therapiás kiegészítésként.

ADAGOLÁS

Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (ízület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni.

A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS

Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS

†† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS

1 tubus (25 g) 6,70 Ft.

BIOGAL

teget. Legtöbb betegük ebben az időpontban lakásán, ill. munkahelyén tartózkodik. Mindegyiküknek pontos írásbeli utasítása van, mely szerint a lehető leggyorsabb úton jeleik Zürichben. A cadaver vesét Európa különböző intézményeiben elhunyt, előzőleg szövettanilag vizsgált betegektől mélyhűtött állapotban, vagy állandó perfúzióval szállították. A körzetükben kivett, saját betegek számára leukocytatipizálás szerint incompatibilis vesét az Eurótransplant révén más transplantációs centrumok rendelkezésére bocsátották.

1972-ben 42 transplantációt végeztek haemodialysissal egyensúlyban tartott betegeken. Az év végéig 33 betegük élt jól functionáló transplantátummal, 5 betegüket vesztették el, 4 betegüket sepsisben, 1 pancreatitisben halt meg, 4 transplantált vese eltávolítására kényserülték rejectio miatt.

Összehasonlítva az előző évek tapasztalataival, megállapítja a szerző, hogy a vesetransplantatio szervezetsége az utóbbi években jelentősen javult, mely a transplantációk számát növelte, de a sikeres transplantációk aránya elmaradt a várakozástól. Ennek okát nem is a hideg ischaemia, ill. a szállítás idejében, sokkal inkább a donorok praemortalis állapotában látja. A vesetransplantatio eredményeinek további javulását a nagyobb számú megfelelő cadaver-ve-se rendelkezésre bocsátásától várja.

Pongrácz Sándor dr.

Felépülés „hepatorenalis syndromából” orthotopikus máj transplantatio után. Iwatsuki, S. és mtsai. (University of Colorado Medical Center and the Denver Veterans Administration Hospital): New Engl. J. Med. 1973, 289, 1155—1199.

Nem ismeretes a hepatorenalis syndroma hathatós kezelése sem a máj, sem a vese vonatkozásában. Felvetődik azonban a kérdés, hogy abban az esetben, amikor a vese dysfunctiója a máj megbetegedéséhez társulván másodlagos, az orthotopikus máj-átültetés javít-e ezen az állapotban. Erre a kérdésre kaptak választ a szerzők három cirrhosisos betegen végzett orthotopikus máj transplantatio után; a betegeknek rendeződött a károsodott veseműködése.

A szerzők részletesen ismertetik három máj-cirrhosisos beteg kórtörténeti adatait és a transplantatio előtti vesefunkciós állapotát.

Az első esetben (34 éves férfi) hepatargiás comában, gastrointestinalis vérzés kíséretében oligoanuriában, magas se. creatinin és urea nitrogen mellett végezték el a máj transplantációt, utána immun-suppressiót alkalmaztak cyclophosphammiddal, prednisolonnal és ló antilymphocytás globulinnal. A vesefunkció az első 4 postoperatív napon nem mutatott javulást, de az 5. naptól kezdve megindult a diuresis,

24 óra múlva a vér urea nitrogen és a se. creatinin csökkenni kezdett és a 11. napra normál értékeket találtak. A közlemény megírásának időpontjában a beteg a 12. post-transplantációs hónapban volt, normális vese- és májfunkciókkal.

A második beteg (42 éves férfi) coma IV. állapotában ascitissal, sárgasággal, végtag oedemákkal került felvételre. Felvételekor már 12 órája anuriás volt, magas vér urea nitrogennel és serum creatinin értékkel. A kórelőzményben vesebetegsége utaló adat nem szerepelt. Plasma-expanderek adásával és furosemid egyre nagyobb dózisaival sikerült diuresist elérni.

Öt nappal a máj transplantatio előtt gastrointestinalis vérzés lépett fel, melyet Sengstaken szondával és transfúzióval kezeltek. Két nappal a máj transplantatio előtt ismét anuriás lett a beteg, magas vér urea nitrogennel és serum creatinin értékekkel, és így került műtetre. A máj transplantatio alatt megindult a diuresis és a beteg a műtét utáni első 24 órában 4140 ml vizeletet ürített. A se. creatinin és a vér urea N normalizálódott. A 21. postoperatív napon lázas állapot alakult ki, nehézlégzés kíséretében és bronchopneumoniai klinikai és radiológiai tünetei mutatkoztak. A 42. postoperatív napon a beteg meghalt. A boncolásnál sem a beültetett májon, sem a veséken kóros elváltozást nem találtak.

A 3. beteg (44 éves férfi) 25 éve alkoholistája és már régen kimutatott cirrhosisa volt. Ascites és végtag-oedema miatt kezelték furosemiddal és spironolactonnal. Felvételekor ismételen sárga volt, nagy mennyiségű ascitist lehetett kimutatni. A felvétele utáni 5. napon progresszív veseműködési zavar alakult ki, amely alacsony vizelet fajsúlyban és egyre emelkedő serum creatinin értékben nyilvánult meg. Ekkor végezték el a máj transplantációt. A műtét után 12 órán át a beteg anuriás maradt, de ezután megindult a diuresis és fokozatosan javultak a laboratóriumi értékek is. A 11. postoperatív napon a creatinin clearance 49 ml volt. A 4. postoperatív hónapban befolyásolhatatlan rejectio miatt újabb máj-átültetést hajtottak végre. Az újonnan beültetett máj nem működött megfelelően és a beteg 124 nappal az első és 10 nappal a második transplantatio után meghalt. Boncolásnál normál veséket találtak, csupán enyhe ischaemiás tubulus károsodás volt kimutatható a szövettani vizsgálattal.

A szerzők hivatkoznak Hecker, Sherlock, Papper megfigyeléseire, eszerint a máj-cirrhosisban károsodik a veseműködés, és ez a betegség végstadiumában hepatorenalis syndromához vezethet. A betegek boncolásakor végzett szövettani vizsgálat rendszerint tubulus károsodást mutat. A veseműködés károsodásának jellege, nem egyszerű megfordíthatósága, felveti annak a lehetőségét, hogy a szövettani elté-

rés post mortem keletkezik, a halál utáni vasoconstrictio következményeként. Súlyos keringési zavaroknál élőben is kimutattak hasonló elváltozásokat angiographiával.

A másik lehetőség, ami szóba jöhet a cirrhosishoz társuló hepatorenalis syndroma kialakulásában, a plasma volumen csökkenése. A portalis hypertensio miatt a plasma volumen egy része sequestrálódhat a splanchnikus területen. Csökkent plasma volumen mellett csökken a vese corticalis állományának átáramlása is. E feltevés ellen szól, hogy porto-cavalis shunt után a plasma kirekesztődés megszűnik, de a veseműködés csak ritkán normalizálódik. A plasma volumen művi növelése fokozza a cirrhosisos betegek veseátáramlását és a diuresist.

A szerzők a máj transplantatio előtt mindhárom betegen kipróbálták a plasma volumen növelését, de ennek csekély hatása volt a veseműködésre.

A további hipotesisek az ún. vasoaktív anyagokhoz kapcsolódnak. Feltételezik, hogy a beteg máj vagy nem képes lebontani bizonyos vasoconstrictor anyagokat, vagy ellenkezőleg, maga a károsodott máj termel ilyeneket. A másik elképzelés, amely a hepatorenalis syndroma kialakulását magyarázza, a renin-angiotensin szisztémára épül. Cirrhosisos betegeknél a plasma renin koncentráció magas, de a renin substrat-szint alacsony. Ez utóbbit az egészséges máj termeli. Berkowitz vizsgálatai szerint a renin substrat alacsony plasma-szintje mellett csökken a vese corticalis átáramlása. A szerzők harmadik esetükben a magas renin és alacsony renin substrat plasma-szintet találtak, amely a máj transplantatio után normalizálódott, de a veseműködés itt is csak néhány nap múlva tért vissza a normális szintre.

A szerzők a számos kínálgató lehetőség, saját megfigyeléseik ellenére sem tudnak világos választ adni arra a kérdésre, hogy a máj transplantatio után miért és hogyan normalizálódik a veseműködés. Igaz, hogy a hepatorenalis syndroma Papper összegezte kritériumainak csak egy eset felelt meg maradéktalanul, és a másik két esetben annak csak egyik vagy más jellemzője volt jelen. Tény azonban, hogy mindhárom betegnek visszatért a normális veseműködése a májtransplantációt követően.

Karácsonyi Sándor dr.

A sebgyógyulás szövődményei vesetransplantált betegeken. Schweizer, R. T. Kountz, S. L. Belzer, F. O. Ann. Surg.: 1973, 177, 58—62.

A sebgyógyulás károsodását vesetransplantált betegen számos tényező okozhatja. Az uraemiás alapbetegségből eredő tényezőkhez a transplantatio után az immunosuppressio okozta sebfertőzési haj-

lam is hozzájárul. Az irodalomban a sebfertőzés gyakorisága 10–30% között váltakozik.

A szerzők dolgozata a jelentős számú eset és a részletes elemzés miatt különösen figyelemre méltó. 1968. januártól 1971. februárig 178 transzplantált betegen végzett 331 nagyobb műtét eredményét dolgozzák fel. 210 transzplantatio történt, 30 septikus szövődmény fordult elő, ez az összes műtétek 9%-a! A 210 transzplantatióból 175 seb szövődmenymentesen gyógyult, 3 fertőzött (1,7%). Ez a 3 eset abban a 79 beteget tartalmazó csoportban fordult elő, ahol localis antibiotikus kezelést nem végeztek! A 96 beteg magában foglaló csoportban, ahol localis antibiotikus öblítést, ill. localis infiltrációt végeztek, fertőzés nem fordult elő. A localis kezelést 200 ml sóban feloldott 50 ezer E bacitracinnal és 1 g neomycinnel végzik. Ezzel infiltrálják a hasfal rétegeit.

A reoperációra került betegek száma 119, ebből 22 (18,5%) infectiosus volt. A feltárás két leggyakoribb oka a haematoma, ill. az ültetmény kilökődése. A transzplantatum nephrectomiájára a műtét után hónapokkal, míg a haematomák feltárására napokkal vagy hetekkel később kerül sor. A 119 feltárásból 70 esetben nem végeztek localis antibiotikus kezelést; a 20 fertőzött seb 28,6%-nak felel meg.

Az antibiotícummal kezelt csoportban 49 esetből 2 esetben lépett fel infectio, ami 4%-nak felel meg. Figyelemre méltó, hogy 22 haematoma 41%-a fertőződött. Ez is arra mutat, hogy az infectio, illetoleg a sepsis leggyakoribb oka haematoma keletkezése a sebben. A 46 transzplantatum-nephrectomiából 17%-ban keletkezett infectio és később 12 betegen sikerrel végeztek retranszplantatiót. Másik kiemelkedő eredményük, hogy a 15 húgyutakon végzett rekonstrukciós műtét után nem észleltek fertőzést.

A szerzők szerint ezek a rendszabályok járultak hozzá a nemzetközileg is kiemelkedő eredmények eléréséhez: 1. Drint csak igen indokolt esetben használnak. 2. Localis antibiotikus kezelést végeznek. 3. Igen finom, szövetkímélő a műtét technika. 4. Gondos, körültekintő vérzéscsillapítás. Meggyőződésük, hogy a haematomák egy része hibás sebészeti technika eredménye és így megelőzhető. 5. A postoperatív időszakban végzett és néha elkerülhetetlen dialysisek igen gondosan végzett regionalis heparinizálása, a dialysis utáni megfelelő ellenőrzés.

Gervain Mihály dr.

Intermittáló prednisolon terapia gyermek és ifjúkorban vesetranszplantatio után. E. W. Reimold (Department of Pediatrics, University of Texas Southwestern Medical School at Dallas): Pediatrics 1973, 52, 235.

Vesetranszplantatio során alkalmazott immunosuppressiv kezelésben a corticosteroid-adás nélkülözhetetlen. A steroid nagy adagja visszaszorítja a mellékvese-működést, növekedési elmaradások és számos egyéb mellékhatása is van (hypertensio, aseptikus csontnecrosis, cataracta stb.). A közleményben a szerző az intermittáló steroid-kezelést javasolja, már a korai transzplantációs szakban, s így a növekedésben való elmaradás és egyéb mellékhatások is elkerülhetők.

Négy leánynál vesetranszplantatiót követően az azathioprin (Imuran) 2 mg/kg/die folyamatos adása mellett 28 hónapig tartós prednisolon terápiát vezettek be. A prednisolon a kezelés első hat hetének végére 1 mg/kg/die adagra csökkentették a kezdeti 2–3 mg/kg/die adagról. A kezelést 3,5–5 hónapja között intermittáló prednisolon-terápiára tértek át: a prednisolont másnaponta 1 mg/kg/die adagban adták. Az egyik beteg esetében az intermittáló terapia alatt kilökődési veszély állott fenn, amit methylprednisolon adással sikerült kivédeni, s ezt követően folytatták a megkezdett terápiát.

Az intermittáló steroid kezelés mellett kielégítő veseműködés és a steroidok mellékhatásának fokozatos mérséklődése volt megfigyelhető.

Godó Béla dr.

Idegsebészet

Az arteria carotis és arteria vertebralis hurokképződése. (Angiographiás és klinikai tapasztalatok.) P. Hauke (Abteilung Neurologie der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule, Aachen): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 2381–2384.

A nagy nyaki erek abnormális hurokképződését, mint az agyi vascularis elégtelenség okát az utóbbi években többen leírták. A szerzők 1971 és 1972-ben 218 beteget észleltek cerebro-vascularis insulturnál kórismével. Minden betegnek rutinszerűen elvégezték a jobb oldali túlnyomásos brachialis angiographiát, valamint a bal oldali carotis angiographiát. Amennyiben az arteria basilaris elégtelenségének tüneteit észlelték, az előbbi vizsgálatokon túlmenően bal oldalon is elvégezték a túlnyomásos brachialis angiographiát.

A 218 beteg közül 45-nek (20,6%) mutattak ki az egyik vagy több nyaki főverőeren hurokképződést. A betegek nem szerinti megoszlása csaknem azonos volt: 23 férfi és 22 nő. Az elváltozás leggyakrabban az 50. és 70. életévek között volt kimutatható. A 45 beteg közül 17-nek csupán az egyik carotison, 20-nak mindkét carotison, 5-nek az egyik carotison és az egyik vertebralison, kettőnek mindkét carotison és egyik vertebralison, és 1 betegnek mind a négy nyaki arte-

riáján kimutatták a hurokképződést. Az elváltozást 39 esetben 4 cm-rel a carotis oszlás felett, 28 esetben közvetlenül a koponya-alap előtt, 9 esetben közvetlenül az arteria vertebralis eredése felett, egy betegen pedig az arteria carotis communison észlelték. 38 beteg esetében a hurokképződés kifejezett megtöretéssel, illetve az ér lumenének beszűkülésével („kincking”) járt.

A 45 beteg közül 10-nek az angiographia során az agyi erek arteriosclerosis is kimutatható volt. 5 beteg szenvedett magas vérnyomásban. 3 esetben hyperlipidaemiát, újabb 3 beteg esetében latens diabetest mutattak ki. Annak a 26 betegnek az esetében, akinek hemiparesise a kóros hurokképződéssel ellentétes oldalon alakult ki: véleményük szerint joggal feltételezhető a hurokképződés kóroktani jelentősége. Ugyanez nem mondható el arról a 3 betegről, akinek a hemiparesise a nyaki carotison kimutatott hurokkal azonos oldalon keletkezett. 3 betegnek, akin a hurokképződés a carotison volt kimutatható, az arteria vertebralis el-látási területén jelentkeztek a neurological tünetei.

Mind a 9 betegen, akinek az arteria vertebralis hurokképződését mutatták ki: az arteria basilaris elégtelenségének tünetei voltak jelen. A hurokképződéseket elsősorban az arteriosclerosis és a magas vérnyomást teszik felelőssé. Véleményük szerint is nyitott kérdés azonban, hogy miért nem volt kimutatható hurokképződés annak a 173 további betegnek az esetében, akinek angiographiája során az agyi erek súlyos arteriosclerotikus elváltozását találták. A nyaki erek hurokképződése esetén egyes szerzők nagy jelentőséget tulajdonítanak a fej, ill. a nyak helyzetváltozásainak. Objektív vizsgáló módszerekkel: ophthalmodynamographiával, EEG vizsgálatokkal, rheoencephalographia segítségével többen kimutatták ilyen esetekben a fej elfordítására bekövetkező agyi vérellátási zavart. A hurokképződés helyén kóros örvénylések támadnak, amelyek kedveznek microemboliák keletkezésének is. Feltehetőleg ezek az okozói az ilyen esetekben fellépő focalis epilepsziás rohamoknak. Az is valószínűnek látszik, hogy a fej helyzetváltozására a kóros területen az érlumen hirtelen beszűkülése megakadályozza a véráramlását az agy felé, nyomásemelkedést hoz létre a carotis sinusban, ami vérnyomás-eséshez és az agy vérellátásának csökkenéséhez vezet. A szerzők 6 betegük esetében tudtak egyértelmű összefüggést kimutatni a fej helyzetváltozása és az agyi tünetek fellépése között.

Megfigyelték, hogy carotis stenosis esetében az arteria basilaris rendszert elégtelenségének tünetei is létrejöhetnek, tehát a 4 nyaki arteriát és a circulus arteriosus Willisii-t functionális egységnek kell tekinteni.

Az utóbbi években előtérbe került az agyi tüneteket okozó nyaki arteria szűkületek műtéti kezelése. Az indikációkat azonban szigorúan kell megszabni. *Rundles* és *Kimbell* az ilyen műtétekhez megkövetelik 1. a körülírt agyi tünetegyüttest, 2. az egyéb agyi ér-fejlődési rendellenességek hiányát, 3. a kérdéses ér lumenének 40–50%-os beszűkülését 4. az idegrendszeri tüneteknek a fej helyzetváltozásaira történő hirtelen fellépését 5. és az arteriosclerosis jeleinek hiányát.

Weibel és *Fields* contraindikáltak tartja a műtéteket 1. általános érlelmeszesedés jelenlétékor, 2. ha a huroképződés a nyaki arterián igen magasban helyezkedik el (ami technikailag igen megnehezíti a műtéteket), 3. a beteg rossz általános állapota esetén és 4. ha irreverzibilis agyi elhalás tünetei vannak jelen.

A különböző módszerek közül a szerzők megemlítik a hurok resectióját, majd az arteria carotis internának a communissal vagy externával való összeköttetését.

Másik műtéti megoldás a hurok kiegyenesítését célozza, az arteria carotis internának a subcutan zsírszövetbe való transzpozíciójával és rögzítésével. *Freeman* és *Lippit* a resectió módszerrel 44 beteg közül 40-et jó eredménnyel operált.

A szerzők véleménye szerint a műtéti eredmények megfelelő értékeléséhez még jóval több tapasztalatra van szükség.

Fényes György dr.

Genetika

„Genetikai tanácsadás” (Kerekasztal symposion). *J. Schneider* (Bonn), *K. D. Bachmann* (Münster), *K. Knörr* (Ulm), *W. Lenzy* (Münster): *Geburtsh. Frauenheilk.* 1973, 33, 525–540.

A genetikai tanácsadások a preventív medicina fejlődésének fontos állomását jelzik. A munka egy kerekasztal-beszélgetés rövid kivonatát tartalmazza, amely a chromosoma-anomáliákhoz kötött fejlődési rendellenességek megelőzésével foglalkozik. A résztvevők négy kérdésre keresnek választ: 1. Milyen fejlődési rendellenességek esetén várhatunk a tanácsadástól eredményeket azok számára, akik csökentésében? 2. Milyen anomáliák előfordulása esetén kell lebeszélni az asszonyokat az újabb terhesség vállalásáról? 3. A terhesség alatt milyen diagnosztikus módszerek állnak rendelkezésünkre, hogy a fejlődési rendellenességet időben felfedezve interruptiót végezzünk? 4. Milyen intézetek foglalkoznak az egyes chromosoma-anomáliák tisztázásával?

1. Az újszülöttön előforduló fejlődési rendellenesség esetén a genetikusknak a következőkre kell válaszolni: mi az anomalia oka, milyen az ismétlődés rizikója. Taná-

csot kell adni a házasulandóknak, hogy a családjukban előforduló esetleges fejlődési rendellenesség veszélyes lehet-e utódjukra? Külön figyelemmel kell kísérni az idős szülőket, ugyanis mint ismeretes, újszülötteken a Down-szindróma szignifikánsan gyakrabban fordul elő, mint fiatal nők utódain.

A genetikai tanácsadó a következő adatokat gyűjti össze: phenotypus rögzítése, egyéni és családi anamnesis, az elhalt gyermekek boncolási, histológiai, parasitológiai, virológiai adatai, chromosoma-vizsgálati eredmények.

2. Vannak bizonyos chromosoma-anomáliák, amelyek előfordulása esetén az anyát le kell beszélünk további terheségek vállalásáról. Ezt kell tennünk, ha a habitusvetelésnek genetikai okai vannak, vagy meg kell gondolni az újabb szülést a translocációs terheség egyes eseteiben is.

3. Fontos a terhesség alatt rendelkezésünkre álló diagnosztikus lehetőségek kihasználása: az amniocentesis elvégzése. Így a chromosoma-anomáliák felfedezése már az intrauterin életben lehetséges. Ezt ajánlatos elvégezni ott, ahol gyanú van chromosoma-anomáliák halmozott előfordulására, illetve idős szülőknél, különös tekintettel a trisomias Down-szindróma szignifikáns megszaporodása esetén. El kell végezni az amniocentesiset nemhez kötöt, recessiven öröklődő anomáliák gyanújakor is.

4. A referátum utolsó fejezetében felsorolják a Német Szövetségi Köztársaságban működő genetikai tanácsadó centrumokat, illetve azokat az intézeteket, melyek az egyes fejlődési rendellenességek gyógyításával és műtéti megoldásával foglalkoznak.

Szeverényi Mihály dr.

Férfi-nemet meghatározó faktor az Y-chromosoma rövid karján. *E. Krmptić* és *mtsai* (Dept. Pathology, University Health Sciences, The Chicago Medical School, Chicago): *Clin. Genet.* 1972, 3, 381–387.

A 34. héten spontán született 1300 g-os újszülött, aki a 30 éves anyának első gyermeke volt, a 6. napon meghalt. Az arc aszimmetrikus volt, a jobb szem alacsonyabban helyezkedett el, mint a bal, a szemrések kifelé és felfelé emelkedtek, mongolredő volt jelen. A fülek alacsonyan ültek. A herék nem szálltak le, „szövetatlanilag” éretlennek bizonyultak. A halál oka éretlenség és extensív aspiratio. Chromosomáit fény és fluorescens technikával vizsgálták, ez translocációt mutatott. A 14-es chromosoma distalis kétharmada az Y chromosomára került. A szülők karyotypusa normális volt. Az Y chromosoma morfológiailag hasonlított a propositus Y chromosomájához. A cytogenetikai lelet lényeges annak a hypothesisnek a megvilágításához, hogy a

sexualitást meghatározó faktor az Y chromosoma rövid karján található. A translocációs chromosoma tartalmazta az Y chromosoma teljes hosszú karját, annak centromeráját és centrometrikus portióját a rövid karon. Ez azt feltételezi, hogy a férfi nemet meghatározó faktor a rövid karon van. *Dolhay Balázs dr.*

A sugárzás okozta mutációs gyakoriság egyformasága különböző speciekben. *Abrahamson, S.* és *mtsai* (Dept. Zoology and Genetics, Univ. Wisconsin, Madison, Wisconsin 43 713): *Nature*, 1973, 245, 460–461.

Az ionizáló sugarak okozta mutációk jól ismertek. Mégis számos probléma volt tisztázatlan. Így 1. mi lehet az oka az azonos sugárdózisok után a különböző speciekben észlelt 1000-szeres eltérést mutató mutációs gyakoriságoknak; 2. mi a magyarázata az azonos speciekben a gének között talált 30–40-szeres mutációs gyakoriság differenciának; 3. lehet-e az állatkísérletek adataiból az ember genetikus mutációs gyakoriságára következtetni. E vizsgálat az első és második kérdésre újszerű és logikusnak tűnő választ ad. Vizsgálataik szerint a különböző speciek korábban észlelt mutációs gyakoriságának eltérése a gén-állományt alkotó DNS mennyiség különbségével magyarázható meg. Ha azonban az emberi genom DNS állományának megfelelően számították át a különböző speciekben észlelt mutációs gyakoriságot, lényegében azonos nagyságrendű — lokuszoként $2,5 \times 10^{-7}$ — mutációs rátát kaptak. Ez a felismerés teszi lehetővé a harmadik kérdés megválaszolását is: vagyis a kísérletes vizsgálatok eredménye a különböző speciek genomját alkotó DNS mennyisége függvényében emberre is extrapolálható.

Czeizel Endre dr.

Gonad-dysgenesis X isochromosomával és menstruációval. *Stafford, T. M.* és *mtsai* (Department of Medical Genetics, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, USA.): *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1973, 116, 886.

A közlemény beszámol egy 29 éves secunder amenorrhoeás, alacsony növésű nőbetegről, akinek első, egyben utolsó havivérése 19 éves korában jelentkezett. Másodlagos nemi jegyei normálisan fejlődtek. Laparotomiánál bal oldalon közel normál nagyságú ovariumot találtak, melyben szövettani vizsgálattal jól fejlett Graaf-tüsző volt kimutatható. Jobb oldalon típusos „csík”-gonad.

A peripheriás vérkultúrából valamint a gonadokból történt chromosoma vizsgálat (ASG-sávéchnika) 46,XXq1 karyotypust igazolt, tehát az X-chromosoma hosszú karjának

isochromosomájáról volt szó. Mozaicizmust a vizsgált többféle szövetben sem sikerült kimutatni.

Bár ismerünk néhány közleményt, ahol a Turner-syndroma vagy gonad-dysgenesis menstruációval társult, az ismertetett beleg az első olyan, akiben a gonad-dysgenesis hátterében X-isochromosoma képződés áll, és menstruáció is igazolható volt.

(Ref.: Az ismertetett eset is felhívja a figyelmet, hogy fiatal korban kialakuló sekunder amenorrhoea, illetve korai menopausa esetében célszerű elvégezni a chromosoma vizsgálatot.)

Gardó Sándor dr.

Egészségügyi szervezéstudomány

A világ első migrain-klinikája Londonban. JAMA. (Medical News): 1973, 225, 567—568.

London belvárosában, egy régi palotában működik a világ első migrain-kutató és kezelő klinikája, melynek fővédnöke Margit hercegnő, aki maga is e betegségben szenved. Az intézet kapui naponta 8 órán át nyitva állnak a heveny migraines rohamban szenvedők előtt. Brit állampolgárok részére az ellátás ingyenes. Az 1970-ben létesült intézmény ez ideig több mint 1600 esetben nyújtott segítséget a rászorulóknak. A betegek zöme saját szántából keresi fel az intézetet, de orvosi beutalással, konzultáció céljából is igénybe vehető.

A heveny migraines rohammal bekerülő beteget orvos fogadja, majd im., esetleg per os 0,25 mg ergotamin tartarát, analgeticumot és antiemeticumot adnak a betegnek. Ezután sötét szobában lefektetik, ahol nővér felügyel a betegekre, miközben telefonon értesíti a munkaadót, hogy a távollétet igazolja. A kezelték zöme 8 órán belül panaszmentesen hagyja el az intézetet. Ha ennyi idő alatt nem vált panaszmentessé, az intézet szállítatja taxin otthonába. A teendők lényege tehát a gyógyszeres beavatkozás, a teljes nyugalom és relaxáció biztosítása. A kezelés eredményeként az ellátott betegek 80%-a távozik panaszmentesen az intézetből.

A közvetlen betegellátás mellett migrain-kutatással is foglalkoznak; vizsgálják az ergotamin tartarát és paracetamol hatásosságát. Megítélésük szerint a roham alatt a szerek felszívódása a gyomor-bél tractusból igen rossz, de az efferescens ergotamin tart. absorptiója kielégítő. Felvilágosító munkát folytatnak az ergotamin túladagolás káros hatásait illetően, melyből szerintük is 10—12 mg a heti maximálisan megengedhető adag, de a betegek döntő többsége ezt jelentősen túllépi. A Clonidine-ről az a véleményük, hogy hatásos profliacticum; hatásmechanizmusa az, hogy csökkenti az erek sensibilitását az ami-

nok ellen. Ellentétben az ergotaminnal, cardiovascularis rendszerbetegségekben szenvedőknek is biztonságosan adagolható.

Ezen újszerű „gondozási munka” amerikai referálója szerint az Egyesült Államokban is kívánatos volna hasonló intézmények létesítése.

(Ref.: A migrainben szenvedők nagy száma miatt bizonyára hazánkban sem kevés a kiesett munkások száma, ezért az amerikai referáló véleményével hazai viszonylatban is egyet érthetünk.)

Berkessy Sándor dr.

Szerk.: Ugyanakkor, amikor a gondozás e módja kétségtelenül segít a migraines betegen, ne feledkezzünk meg a túlszervezés hátrányairól.

Moszkva lakosságának poliklinikai és kórházi ellátási szükségletéről. I. V. Bogatirjev és mtsai (Szemasko Szociálhigiénés és Egészségügyi Szervezési Intézet, Moszkva): Szovjetszkoje Zdravoohranyenije, 1973, 1, 23—29.

A szerzők részletesen beszámolnak azokról a nagyarányú előkészítő és felmérő munkálatokról, melyek alapján meghatározták Moszkva lakosságának poliklinikai és kórházi ellátási igényét, figyelemmel arra a körülményre, hogy a főváros egészségügyi intézményeit jelentős számban keresik fel az ország minden területéről.

Adataik szerint 1000 lakosra a poliklinikákon 7323 gyógyító-konzultatív és 3178 profilaktikus jellegű forgalom jutott, ezen kívül 131 nem moszkvai lakos forgalma. Noha a moszkvai poliklinikákat az ország minden részéből felkeresik, a forgalom többségét az Oroszországi Föderáció és Grúzia lakosai adják, Belorusziából és Örményországból viszonylag kevesebben keresik fel azokat. A nem moszkvai kontingens 77,5%-a városlakó, 44,7%-a férfi, 55,3%-a nő. A 20 éven aluliak és a 60 éven felüliek a nem moszkvai lakosok körében jóval nagyobb arányban vannak képviselve, mint Moszkva lakosai körében. A nem moszkvai lakosok csak 31,1%-a jött a lakóhelye szerint illetékes szerv beutalójával, 43,8%-nak volt meg-alapozott a moszkvai poliklinikák felkeresése, 42,5% szülés, abortus, climax stb. miatt kereste fel Moszkvát. A forgalom 75%-a jutott a belgyógyászatra, sebészetre, szemészetre, stomatológiára és a fül-orr-gégészetre a betegeknek minősülők közül. A gyermekgyógyászok, szemészek és sebészek felkeresése általában indokolt volt, de ezt már nem lehet elmondani a szülészek-nőgyógyászok forgalmáról. Mind-ezen körülményeket figyelembe véve Moszkva poliklinikai szükségletét egy moszkvai lakosra számítva 10,7 évi forgalommal ki lehet elégíteni (ebből 0,2-t számítanak a nem moszkvaikra).

Hasonlóképpen szakmák szerinti bontásban elemezték a kórházak forgalmát is, különös tekintettel a nem moszkvai lakosok részvételére. 1000 moszkvai lakosra 258 moszkvai és 15,7 nem moszkvai lakos hospitalizációja jutott. Az utóbbiak körében az emésztő-, légző-, szív-érrendszeri megbetegedésekben és a daganatokban szenvedő személyek voltak túlsúlyban. Csak 26,8%-uknak volt kórházi beutalója, s az összes ápoltnak (tehát nemcsak a beutaltakat számítva) mindössze 56,8%-ban volt indokolt a kórházi ápolása. A nem moszkvaiak egyébként főleg a sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és elmeorvászati ágyakat terheltek. E körülményekre tekintettel Moszkva kórházi igényét 1000 lakosra 15,7 ágyszámra állapították meg, amihez hozzá kell még venni a nem moszkvai lakosok 1000 moszkvai lakosra számított 1,62 ágyszámigényét. (Összesen tehát 17,3.)

Azok a törvényszerűségek, melyek az említett vonatkozásban Moszkvára érvényesek, némi megszorításokkal érvényesek más nagyvárosokra is, éppen ezért a poliklinikai és kórházi hálózat fejlesztése során ezeket a tényezőket figyelembe kell venni. Varga János dr.

Az egészségügy 1972. évi fejlesztési terve teljesítésének eredményei. V. V. Golovtjev (Szovjetunió Egészségügyi Minisztérium): Szovjetszkoje Zdravoohranyenije 1973, 7, 3—8.

A Szovjetunióban 1972-ben a kórházi ágyszám fejlesztési tervét 88%-ban teljesítették: 66 700 tervezett ágyszámból 58 500 létesült. 1972 végén 2 797 100 kórházi ágy volt, 10 000 lakosra 112,5. 27 új nagy objektum építését kezdték meg, s eredményesen folyt 111 objektum, köztük 47 kórház építése. A létesülő kórházak zöme 600—1000 ágyas. Elkészült 141 objektum, ezek között 11 — egyenként 1000 ágyas — klinikai kórház tervdokumentációja.

Az ambuláns-poliklinikai hálózat fejlesztési tervét 101,5%-ban teljesítették: 114 000 fős munkanapi forgalomnövekedéssel a tervezett 112 400-zal szemben.

Az anyagi-technikai bázis (orvosi műszerek, stb.) fejlesztési terve az előző évinél jobban sikerült, de ezáltal sem teljesítették maradéktalanul (96,2%). Nehézségek mutatkoztak az egészségügyi hálózat feckendőkkkel, injekciós tűkkel, altatókészülékekkel, respirátorokkal, autoklavokkal, stb. való ellátottsága terén. Általában azonban bővült a műszerpark, a betegellátás és az egészségügyi dolgozók munkájának technikai feltételei javultak. Jelentős tudományos-technikai eredményként értékelik a Volkov és mtsai által konstruált, csontmetszésre és -forrasztásra szolgáló ultrahang-készüléket.

1972-ben 475 gyógyszer-tár létesült, közülük 224 falun. Gyógyszertárak száma 24 010. A gyógyszer-tárak mellett gyógyszer-tári „kioszkok” is működnek, a hegyvidékeken pedig autófurgonokkal szállítják ki a gyógyszereket a lakosságnak. A gyógyszer-, vegyszer- és kötszer-felhasználási tervet 104,2%-ra teljesítették. Némely cikkeken azonban ezen a téren is mutatkoztak hiányok.

A bütorellátási igényt teljes mértékben sikerült kielégíteni, de a választék követelményeket hagy maga után. Gépjárműparkjuk több mint 12 000 gépkocsival gazdagodott, közöttük 1930 terepjáróval. Egész sor intézet kapott elektronikus számítógépet, több számítási központ létesült. 1972-ben több mint 35 000 új orvos kezdte meg tevékenységét, s az orvosok létszáma elérte a 733 200 főt; 10 000 lakosra 29,5 orvos jutott. A középkaderek létszáma 137 800 fővel gyarapodott, számuk 2,3 millió, 10 000 lakosra 92 egészségügyi szakdolgozó esett.

1973-ban az ágyszámot 72 880-nal kívánják emelni; ebből 57 900-at új létesítmény gyanánt. Ezzel 10 000 lakos ellátására 114,3 kórházi ágy szolgál. A poliklinikai hálózat fejlesztése 80 000 munkanapi forgalomemelkedést tesz lehetővé.

Varga János dr.

Az ambuláns-poliklinikai ellátás helyzete és további fejlődésének útjai a donyecki területen. Kobec, G. P. Szovjetszkoje zdravoohranenije 1973, 8, 8—12.

A donyecki területen 463 ambuláns-poliklinikai jellegű intézmény működik, közöttük 128 poliklinika és poliklinikai osztály. Különösen nagy fejlődésen ment át a hálózat az utóbbi 5 év során, amikor 17 önálló poliklinika létesült napi 9600-as forgalommal és 20 kórházi egységben működő poliklinika. Az ambuláns-poliklinikai intézmények létesítésére intenzíven bekapcsolódtak az üzemek, a szovhozok és kolhozok is. 1966—1972 között a szakrendelések száma közel a kétszeresére növekedett. Újabb, korábban nem működő szakrendeléseket hoztak létre a poliklinikákon, közöttük 36 gastroenterológiai és 4 allergológiai, továbbá acupuncturás és genetikai szakrendeléseket. A nagy kórház-poliklinikai egységekben 22—30, a kisebb poliklinikákon 10—15 féle, a körzeti kórházak poliklinikáin és az ambulatóriumokban legalább 3 féle szakrendelés működik.

A terület („megye”) járóbeteg-ellátását 6500 orvos biztosítja, közöttük 506 üzemorvos, több mint 800 körzeti terapeuta és 850 gyermekorvos. A terület orvosainak 61,2%-a az ambuláns-poliklinikai hálózatban tevékenykedik; a szakorvosok zöme is itt működik: a poliklinikákon van a terület belgyógyász szakorvosainak 74,5%-a, a gyermekgyógyászok 56%-a, a neuropathológusok

61%-a, a fogászok 98,3%-a, a dermatológusok 70%-a, az onkológusok 60%-a. Nagy az arányuk a poliklinikákon dolgozó sebészeknek (itt dolgozik 42,4%-uk), traumatológusoknak (37,8%) és onkológusoknak is (45,5%).

Az ambuláns-poliklinikai hálózat 1972-ben 4,5 milliós forgalmat bonyolított le a poliklinikákon és közel 3 milliós otthoni beteglátogatást. Egy városi lakosra 9,9, egy falusra 4,4 forgalom jutott.

Nagy gondot fordítanak a gondozásra. Néhány alapvető fontosságú betegség (rheumatismus, magasvérnyomásbetegség cukorbetegség stb.) esetében a gondozás kiterjedtsége megközelíti a 100%-ot. Egy körzeti terapeutára 150—200 gondozott jut. A gondozási módszert természetesen alkalmazzák más szakorvosok is. A gondozás hatékonyságát mutatja, hogy a gondozottak körében a táppénzes napok száma a korábbi szint negyedére-ötödére esett.

A poliklinikai betegforgalom szabályozásában komoly szerepet játszanak a regisztratúrák és az irányítási irodák. A talonrendszer alkalmazása a sorbanállás időtartamát lényegesen megrövidítette.

Másik szervezési érdekesség: a profilaktikus kabinetek létesítése. Ezekben több szakorvos dolgozik egyidejűleg: ők végeznek minden szűrővizsgálatot. Ezzel elérték a többi szakrendelés tehermentesítését (az egészségesegek szűrővizsgálata nem zavarja a betegek ellátását), s a vizsgálat „átfutási” ideje is (a szűrővizsgálat) 2—3 napról 2—3 órára csökkent.

Ügyszintén figyelemre méltó az orvosi vizsgálatra történő betegelő-készítés kabinetjeinek a létesítése is. Ezek célja az orvosok tehermentesítése. Itt történik a vérnyomás meghatározása, a hőmérőzés, a betegek irányítása, a leletek bizonyos részeinek kitöltése, igazolások kiadása stb.

Az orvosok továbbképzése a területi kórházakban és a Donyecki Orvostudományi Intézetben (egyetemen) történik. Varga János dr.

A falusi lakosságnak nyújtandó szakosított orvosi ellátás néhány szervezési kérdése. Obuhov, A. T., Goljacsenko A. M., Csornij V. M.: Szovjetszkoje zdravoohranenije 1973, 8, 13—18.

Járásukban a szakellátás terén a következők fő elvekhez tartják magukat: a kórházak kapacitását növelik, az ambuláns-poliklinikai hálózatot pedig igekeznek a lakosság lakóhelyéhez minél közelebb vinni.

A fenti elveknek megfelelően 1965—1970 között a központi járási kórházban az ágyszámot 200-ról 600-ra emelték. Emellett a járásban még 7 körzeti kórház működik összesen 270 ágygal és egy 50 ágyas tbc kórház. Felméréseik szerint a falusi lakosság körében az öregek aránya magasabb, mint a városi lakosság körében, s a körzeti kórhá-

zak betegeinek 28%-a inkább gondozási célból, szociális okokból kifolyóan van kórházban, éppen ezért az egyik körzeti kórházat kizárólag az idült betegek számára tartják fenn. Egyébként a járás kórházai látják el a járás lakosságának zömét: 38,2%-uk a körzeti, 58,8%-uk a járási kórházba kerül, s mindössze 3%-uk szorul arra, hogy a területi kórházba kerüljön. 1972-ben 10 000 lakosra 116 kórházi ágy jutott.

A központi járási kórház poliklinikáján 32 féle szakon biztosítják a lakosság ellátását. Egyebek között van gastroenterológiai, endokrinológiai, cardiológiai, pulmonológiai szakrendelés is. Mind a 7 falusi ambulatóriumban megvan legalább a belgyógyászat, gyermekgyógyászat és fogászat.

Felméréseik szerint a betegforgalom fő befolyásoló tényezője az orvostól való távolság. 10 km-ben szabják meg — a WHO által publikált anyaggal összhangban — azt a maximális távolságot, amelyen belül orvosnak kell lennie. Járárszabványban a lakosság 13,1%-a él ennél nagyobb távolságra. Ennek a lakosságnak az orvoshoz fordulása 1000 lakosra 200—300-at tesz ki, holott a nagyobb falvakban 998-at, a járási székhelyen pedig 1347-et. Eppen ezért az egy orvosra jutó lakosság szám kialakítása során differenciáltan járnak el: járási viszonylatban egy orvosi körzetre (ez nem egy orvost jelent! — Ref.) 7100 lakos jut, az apró települések esetében azonban nem múlhatja felül a 3000 főt.

Varga János dr.

Gyógyszerkutatás

Egy felfedezés, mely 3000 év készséssel érkezett Franciaországba. A. Dobrozinsky: Science et Vie, 1973, № 672, 22—25.

A ginseng (g.), ezt az ősi keleti gyógyszert a nyugati orvostudomány csak most kezdi felfedezni és csodálni. Két-három ezer év óta Kínában, Koreában, Indokínában, Tibetben, Japánban és Indiában a g.-et különböző formában (tea, tinctura, bor, pasztilla és kenőcs) alkalmazzák fáradtság, „fejbajok”, impotencia, emlékezet romlás és kiesés, valamint az öregedés tünetei ellen. Ezeket az indikációkat a Szovjetunióban, Japánban, Romániában, Svájcban, Bulgáriában és újabban Franciaországban végzett kísérletek megerősítik. Az első kísérletezők egyike — mintegy 10 évvel ezelőtt — a vlagyivosztoki I. I. Brekham professzor volt. Eredményeit azóta számos kutató megerősítette. Brekham kísérletei szerint a g. jelentősen növeli egerek és patkányok különböző stresszhelyzetekhez való alkalmazkodását. Pl. g.-gel kezelt egerek sokkal hosszabb ideig tartják magukat felszínen vízbedobás után, mint g.-gel nem kezelték. Brekham és mtsai kimutatták azt is, hogy a g.

stimulálja az agytevékenységet, lehetővé teszi, hogy egerek és patkányok gyorsabban tanulják meg a labirintus útvesztőiben eligazodást. A sikeres állatkísérletek után a híres szovjet gerontológus, M. A. Medvegyev végzett először emberkísérletet. Megállapította, hogy alkoholos g. gyökér kivonattal kezelt távirás katonák sifírozott szöveg továbbítása során fele annyi hibát követtek el, mint g.-gel nem kezelték. Az üzenet továbbításának gyorsasága csak kismértékben nőtt előbbi csoportnál. Brekhman megismételte a kísérletet nyomdai correctorokon. A g.-et fogyasztók csak csekély mértékben olvastak gyorsabban, de 51%-kal kevesebb hibát követtek el.

Habár a g. az idegrendszer kémiai stimulánsaival hasonlítható össze, de nem izgatószer. Nem okoz álmatlanságot, fokozott ingerlékenységet, emocionális elváltozást. Egy adag g. Brekhman szerint több napon keresztül tesz lehetővé munkaképesség-fokozódást. Annál kifejezettebb ez a hatás, minél fáradtabb az egyén. A tonizáló hatás nemcsak a teljesítmény javulásában nyilvánul meg, hanem az egyén egészségi és lelkiállapotára vonatkozó kedvező hatásban is. Ez a „tónus”-javulás a kezelés után egy-másfél hónapig fennállhat. Különösen hatásos betegekre, lábadozókra és idős egyénekre.

Új kutatások bizonyítják, hogy a g. emberen és állaton egyaránt megkönnyíti a sötétben látáshoz alkalmazkodást és csökkenti a feltehető reflexek megtanulási idejét. A g.-nek könnyen verifikálható gyulladáscsökkentő hatása is van. Kenőcs formában alkalmazva tompítja a tüneteket és gyorsítja a gyógyulást. A kínai növény (eredeti nevén „növényember”) ugyancsak hatékony többfajta intoxicatio ellen. „Csodát tesz” pl. ólommérgezésben.

Új kísérletsorozat bizonyítja azt is, hogy anti-stress hatású, mely különösen fontos a civilizációnkban egyre növekvő számú, stress által okozott degeneratív betegségek kezelésében és megelőzésében. 1. **Magas vérnyomás.** A g. általában csökkenti az art. vérnyomást, ha ez nagyon magas. De ha alacsony, normális szintre emeli. 2. **Hyperglycaemia.** A g. hozzájárul a cukor vérszint csökkentéséhez, ha ez magasabb. 3. **Korai öregedés.** Állatoknak rendszeresen adagolt g. jelentősen növeli az élettartamot. Ez annál jelentősebb, ha az öregedést stress gyorsítja. 4. **Ideg- és elmebetegségek.** Korlátozott még a kísérletek száma, de a vlagyivosztoki *Turova* és a szófiai *Petkov* kedvező eredményekről számol be a központi idegrendszer betegségeinek és a depresszióknak kezelésében. Egyes esetekben a károsodott sexualis functio javulását érték el. Sőt egyes elmebetegeknél abba kellett hagyni az adagolást, mert a g. kezelés során sexualis hyperexcitációt figyeltek meg.

Farmakológiai vonatkozásban nem sokat tudunk a g.-ről, hacsak azt nem, hogy stimulálja a központi idegrendszert, fokozza a koffein és a kámför hatását, és csökkenti az alkoholt. Azon ritka hatékony gyógyszerek közé tartozik, melynek nincsenek másodlagos káros hatásai. Állatkísérletekben még ezerszeres adagtól sem észleltek károsodást. Számos g. iránt érdeklődő kutató azt tartja, hogy a g. a keleti hagyományos orvostudomány legértékesebb hozzájárulása a modern nyugati orvostudományhoz, olyan hozzájárulás, mely sokkal kiterjedtebb lehet, mint az akupunktúra. Egyetlen ismert gyógyszernek sem olyan nagy az alkalmazási területe, mint a g.-é. Ez a hatóterület annál fontosabb, minél jobban szaporodnak a korai öregedésre jellemző degeneratív betegségek, és megfigyelhető ipari társadalmakban az élet-remény kialakása.

(Ref.: *Bár a cikk nem orvosi szakirodalomban jelent meg, mégis megfelelő tudományos színvonalú és annál inkább számot tarthat a magyar orvosok érdeklődésére, mert a gyógynövény szaküzletekben most került forgalomba a g. gyökér. Érdemes felfigyelnünk rá és beiktatni terápiás fegyvertárunkba.*)

(Szerk.: illetve hatását kritikailag ellenőrizni.)

Oláh Andor dr.

Újabb adatok a D-vitaminról. Palmisano, P. A.: JAMA 1973, 224, 1526.

Figyelmet érdemelnek a D-vitamin anyagcsere kutatások újabb eredményei. Eddig általánosan elfogadott volt az a nézet, hogy az ergocalciferol (D₂), vagy a cholecalciferol (D₃) direkt módon hatnak és különböző antirachitises hatásait minden egyéb további anyagcsere-folyamat nélkül fejtik ki.

De Luca és mások leírták és szintetizálták a D₃ vitaminnak egy igen aktív metabolitját, a 25-hydroxicolecalciferolt (25-HCC). Ez a májban képződik, kevésbé oldódik zsírban, erősebben poláris, mint a D₃-vitamin, és in vivo hatásosabb antirachitises aktivitást fejt ki. A 25-HCC a csontszövet-tenyésztésben is stimulálja a Ca felszívódást, ahol a D₃-vitamin hatástalan. Úgy tűnik, hogy a 25-HCC elősegíti a Ca aktív transzportját a bél-lumenből a serumba.

Egy ideig úgy vélték, hogy a 25-HCC a D-vitamin keringő formája. Újabban azonban *Fraser, Kodicek, Gray* és mtsaik kimutatták, hogy a 25-HCC-nek egy még polárisabb metabolitja keletkezik a veseszövetekben és ez az anyag valószínűleg a D-vitamin legaktívabb formája, mely a Ca bélből való felszívódását és a csontanyagcserét befolyásolja. Ez az 1,25-dihydroxycholecalciferol. Ez a felfedezés magyarázatot adhat egyes chronikus vesebetegségben szenvedő egyének

osteodystrophiájának vagy rachitiseinek pathomechanizmusához.

A D-vitamin anyagcsere területén történt újabb felfedezések egyben érthetőbbé teszik a bél mucosa sejtekben lezajló komplex folyamatokat és egy sor olyan klinikai kórképet, melyekben a Ca anyagcsere zavara áll fenn. Az előbb említett vesebetegségeken kívül a D-vitamin „resistens rachitis” is részben megmagyarázható. Feltehetőleg ezen betegeknél autosom recessiv sajátosságuk van, melyre jellemző, hogy nem képesek megfelelő mennyiségű 25-HCC-t képezni, csak ha feleslegben kapnak D₃-vitamint.

Másfelől egy sor öröklött vagy vele született klinikai abnormitásra jellemző a túlérzékenység a D-vitamin ajánlott napi adagjánál alig nagyobb mennyiségeire (csecsemőkori hypercalcaemia, supra-vascularis aorta stenosis, renalis acidosis és csecsemőkori generalizált arteriosclerosis. (Seeling 1969-es közleménye). Lehetséges, hogy ezeknek a gyermekeknek genetikusan alapon fokozott a képességük arra, hogy a D₃-vitamint aktívabb metabolitokká alakítsák át, mint a 25-HCC. Érdekes az a közlés is, hogy a barbiturátok serkentik a máj microsomalis enzimjeit, melyek meggyorsítják ezt az átalakulást a májban.

Kassai Stefánia dr.

A Bactrim hiányzó vércukorcsökkentő hatása egészséges önkéntes jelentkezőkben. U. C. Dubach és mtsai (Med. Univ. Poliklinik, Dept. Inn. Med. Kantonspital, Basel): Klin. Wschr. 1973, 51, 1028.

A Bactrim alkalmazása óta (Ref.: a magyar *Septim*-mel azonos készítmény) egyes, insulinra szoruló cukorbeteggekben — akik ezt a készítményt használták — hypoglycaemia fordult elő. Fontosnak tartották, hogy ezt a gyakorlati kérdést tisztázzák; különösen, mert voltak, akik nagy adagú sulfamethoxazolót (Ref.: a Bactrim egyik alkotórésze) patkányban vércukorcsökkenést észleltek.

9 egészséges orvostanhallgatót (és ugyanennyi kontroll egyént) vizsgáltak. (Methodika, eredmények.)

A nyolc óráig tartó vércukorvizsgálat során észlelt vércukorcsökkenés az éhezéssel volt kapcsolatos (a korábbi kontroll-vizsgálatok során is ezt tapasztalták). Mind a gyári praeparatum: a Bactrim, mind a komponensei (sulfamethoxazole, trimethoprim) egyformán viselkedtek. Ennek megfelelően nem is volt insulin release. A Bactrim relative nagy, egyszeri adagja egészséges egyénekben nem okoz hypoglycaemiát. Végső conclusiójuk az, hogy az insulin használó cukorbeteggekben — a Bactrim terápiája során létrejövő hypoglycaemia oka nem a készítmény, hanem a javuló infectiót követő jobb anyagcsere situatio, csökkent insulin szükséglet.

Barna Kornél dr.

Kórbonctan

Morbus Hodgkin: a szövettani osztályozás új koncepciója és annak jelentősége a prognózis és a terapia szempontjából. Forjaz de Lacerda, J. M. (Instituto de Anatomia Patológica, Faculdade de Medicina, Lissabon/Portugal): Münchener Medizinische Wochenschrift, 1973, 115, 2300—2302.

A közlemény anyagát 194 nem kezelt Hodgkin-kóros beteg 262 nyirokcsomóbiopsiás anyagának és 86 sectionának a feldolgozása képezi. A histológiai leletek szerinti osztályozás a Rye-i symposiumon elfogadott, majd Lukes és mtsai által módosított typosbeosztás szerint történt, melynek során a szerző által kimutatható volt a lymphocytá túlsúlyos és nodularis sclerosis esetek jobb prognosisa, szemben a kevert sejtes, ill. lymphocytá-depletiós formákkal.

A szerző elsősorban a nodularis sclerosis kérdésével foglalkozik, közelebbről ezen histológiai typos körfejlődésével. Morphológiai szinten a nodularis sclerosisban 3 fázis különíthető el:

1. *Initialis fázis* — melyet typosos lymphocyták túlsúlya, valamint kevés lacunaris typosú Sternberg-sejt jellemez, szembetűnő polymorphismus nélkül. A jellemző collagen rostnyalábok a periphéria felől nyomulnak a centrum irányába, ezek sejtesen nem infiltráltak. Éréjdonképződés nem észlelhető.

2. *Stationer fázis* — melyben szembetűnő különbség a collagenrostos stroma infiltrált volta eosinophil granulocytákkal, histiocytákkal és nagyszámú kiérett lymphocytával. A beszűrődés ugyan csak a periphérián kezdődik, majd az eosinophil és neutrophil granulocyták megjelennek a tulajdonképpen nodulusokban, valamint megfigyelhető a rostnyalábok közelében éréjdonképződés jelensége is. A Sternberg sejtek lacunaris typosai mellett megjelennek a multinuclearis, esetenként pyknotikus magvú sejtalakok is.

3. *Átmeneti fázis* — melyben a nodularisan tagolt nyirokcsomókban a sejtpolymorphismus erősebben kifejezett, és elsősorban a nem lacunaris typosú, pyknotikus magvú Sternberg sejtek dominálnak, melyek a kialakuló necrosisok közelében csoportosan jelennek meg. A stroma erősen infiltrált. Jelentős az éréjdonképződés.

A lymphocytá-túlsúlyos és nodularis sclerosis formák együtt a Hodgkin-kór initialis szakában jellemzőek. A későbbi szakaszokban a kevert sejtes és lymphocytá-depletiós formák figyelhetők meg — ezekhez a nodularis sclerosis kórformája a leírt közbeeső fokozatokon keresztül vezet át.

A szerző a továbbiakban a Hodgkin-kórban észlelhető érelváltozásokkal foglalkozik. Megfigyelése szerint a korai stádiumokban capillar endothelproliferatio, perivas-

cularis fibrosus hyperplasia észlelhető. A kevert sejtes és lymphocytá-depletiós formákban már megfigyelhető az érfalak neoplasticus infiltrációja, valamint valódi tumor-thrombusok kialakulása a lumenekben. Feltehető, hogy a nodularis sclerosisban a rostos stromakötegek a haematogen szóródás gátjaiként szerepelnek.

A szerző szerint az infiltratív és thromboticus neoplasticus érzékenységek felismerése nagy jelentőségű a prognózis szempontjából — ezen jelek meglehetősen kedvezőtlenek és megfelelő therapiás intézkedések bevezetését teszik szükségessé. A szerző tapasztalatai szerint ilyenkor az egész nyirokszöveti rendszer besugárzása és ezt követően komplex chemotherapia alkalmazása indokolt.

Rohonyi Béla dr.

A pancreas cystikus fibrosisa. Morfológiai leletek csecsemőknél diagnosztikus pancreas-léziókkal és anélkül. Oppenheimer, E. H., Esterly, J. R. (Johns Hopkins Hospital, Baltimore 21205): Archives of Pathology 1973, 96, 149—154.

A tanulmány áttekinti 37, meconium ileus anamnézisével bíró csecsemő kórbonctani és kórszöveti leletét, és értékeli azokat, melyekkel a mucoviscidosis diagnózisát bizonyítani lehet.

Megállapították, hogy a morfológiai leletek igen nagy fokú változatosságot mutatnak mind a szervi érintettségben, mind pedig a súlyosság fokában. A meghalt csecsemők egyegyed részében (10 beteg) nem volt pancreas lézió, ezek közül 9 egy hónaposnál fiatalabb volt. Cystikus fibrosis diagnózisával összeegyeztethető anatómiai léziót 34 esetben találtak; az elváltozások a fennmaradó 3 esetben is utalóak voltak a rendelkezésre. Nem találtak értékelhető gyakorisági különbséget a pancreas érintettséggel bíró, illetve szövettanilag ép pancreasú csoport között. Ez azt jelenti, hogy a meconium ileus minden esetben a cystikus fibrosis egyik manifestációja, bár van különbség a szerv-érintettségben.

Ezek a vizsgálatok a rugalmasság szükségességére mutatnak a mucoviscidosis anatómiai (morfológiai) diagnosztizálásánál, ha a klinikai és laboratóriumi leletek hiányoznak.

Csapó Ágnes dr.

Nagy fokú lipofuscin felhalmozódás a pajzsmirigyben mucoviscidosis esetén. Borel, D. M., Reddy, J. K. (Department of Pathology and Oncology, University of Kansas Medical Center, Kansas City, KA 66103): Archives of Pathology 1973, 96, 269—271.

A szerzők 19 mucoviscidosisban szenvedő beteg post mortem pajzsmirigy-vizsgálatának eredményét írják le. A pajzsmirigy follicularis epithelialis sejtjei igen nagy mennyiségű lipofuscin pigmentet

tartalmaztak — összehasonlítva megfelelő kontroll csoporttal — hét, 12 éven felüli beteg esetében. Mivel nem volt értékelhető pigmentfelhalmozódás azoknál, akik egyéves kor előtt meghaltak, úgy tűnik, mucoviscidosisban a pajzsmirigy lipofuscin pigmenttartalma egyenes arányban van a beteg életkorával. Az abnormis pigment jelenléte kapcsolatban lehet az E vitamin hiánnyal, ami viszont másodlagos az exocrin pancreas-insufficiencia és a zsír-malabsorptio miatt. Valószínűleg a thyreoida acinus-sejtjeiben lejátszódó lipid-auto-oxidatio eredményezi.

Mivel az élettartam növekedése várható továbbra is mucoviscidosisban a fejlődő therapiás és profylaktikus lehetőségekkel párhuzamosan, további tanulmányozás kimutathatja majd a hypothyreoidismus jelenlétét a lipofuscin pigment nagy fokú felhalmozódása miatt.

Csapó Ágnes dr.

A preventio kérdései

Az immun serum globulin védő hatása A-típusú hepatitisben. Landrigan, P. J. és mtsai (Center for Disease Control, Health Services and Mental Health Administration, Atlanta 30333): JAMA, 1973, 223, 74—75.

Hepatitis infectiosa járványban vizsgálták meg az immun serum globulin prophylaktikus hatásosságát. (Ezt egy olyan formula segítségével fejezték ki, amit előzőleg élő vírus vaccina hatásosságának mérésére is használtak járvány alkalmával.)

1970 júniusa és 1971 áprilisa között 118 hepatitis megbetegedés fordult elő egy olyan területen, ahol az előző 8 évben évente kétféle több hepatitis nem fordult elő. Az anamnesisben szereplő contactus alapján 27 betegben kiszámítható volt az incubatiós periódus, ez átlagosan 32 nap volt. Közös fertőző forrást nem tudtak kimutatni, viszont az esetek 87%-ában feltételezni lehetett a contactust egy másik hepatitises beteggel.

A járvány alatt a 118 beteg 299 családtagja közül 22 betegedett meg icterussal járó hepatitisben. A 221 immun-prophylaxisban részesített hozzátartozó közül 6 kapott hepatitiszt (2,7%), míg a 78 nem „gammázott” családtag közül 16 betegedett meg (20,5%). A hatásosság: 87%-nak felel meg a közölt formula szerinti számítás alapján.

A szerzők szerint a gammaglobulin hatásos védelmet nyújtott az A-típusú hepatitis klinikai manifestációjával szemben, — attól függően, hogy az immunserum adására az incubatiós periódus milyen szakában került sor.

Pár Alajos dr.

Járványtani adatok és a nemzeti tuberkulózis elleni program. Nairn, R., Rao, M. S. S., Chandrasekhar, P. (Tbc. Chemother. Center, Bangalore, Dél-India): *J. Indian Med. Assoc.* 1972, 58, 31—39.

A szerzők rendszeresen ellenőrzék Bangalore tartomány 119 falujának lakosait, hogy megítéljék az Indiában, mint fejlődő országban végrehajtott tbc-ellenes küzdelem eredményeit. Ilyen vizsgálatoknál a fejlődő országokban a legfontosabb azon betegek felkutatása és gyógyítása, akik egyszeri mikroszkópos vizsgálattal Koch-pozitívak. Ezek általában a legsúlyosabb betegek a tbc-sek között, s azzal, hogy intenzíven ürítik a kórokozót, rendkívül veszélyesek a környezetükre.

Ilyen betegek egyébként 39%-át képezik azon betegcsoportnak, akik vagy többszöri mikroszkópos köpetvizsgálattal, vagy tenyésztéssel Koch-pozitívak. Az utóbbi pacienetek, ha nincs rendszeres tbc-ellenes küzdelem, rendszerint felfedezetlenek maradnak, és a kórokozó terjesztésével veszélyeztetik környezetüket.

A fegyelmezetlen, kollaborálni nem akaró betegek véletlenszerű kezelésében viszonylag gyakran fejlődik ki rezisztencia az első vonalbeli tuberkulostatikus szerekkel szemben. A rezisztencia kifejlődése, az eddigi tapasztalatok alapján, jóval gyakoribb azon betegek esetében, akik egyszeri mikroszkópos vizsgálattal pozitívak, mint akik csak többszöri mikroszkópos vizsgálattal vagy csak tenyésztéssel adnak pozitív eredményt.

Nikodemusz István dr.

Sugárbiológia

A neutrontherápia fizikai és biológiai alapjai. W. Pohlit (Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH München, Institut für Biologie, Abteilung für Biophysikalische Strahlenforschung Frankfurt/Main) *Strahlentherapie* 1973, 145, 491—503.

A gyors neutronok terápiás felhasználásának alapjait és eddigi ismereteinket összegezi. Ismerteti a fizikai — fizikakémiai — biológiai alapokat. A fizikai részben ír a dóziselosztásról, szórásról és a szöveti inhomogenitásról. A 14 MeV-es neutronokat táblázatokon összehasonlítja a 200 kV — 30 MeV fékezési röntgen sugárzással, valamint a kobalt-60 forrásokkal. A 14 MeV neutron viselkedése a kobalt-60-hoz hasonló, a szórás esetén a főiránytól kevésbé tér el. Fi-

zika-kémiai területen a neutronok jelentős előnye a lokális ionizáló sugárzásokkal szemben az oxigén-effektustól való függetlensége. Biológiai szempontból várható, hogy a reparatív gyors neutronok után lassúbb, mint a lokálisan ionizáló sugárzások után. E tulajdonság alapján a kívánt különbség fractionált besugárzásnál kisebb a tumor és az egészséges szövet között, és ez a gyakorlati alkalmazásban óvatosságra int.

Az eddigi ismereteink alapján az optimális sugártherápia egyik része a neutronok alkalmazása, és jó kiégyesítője az eddigi módszereknek. E számos nyílt kérdés tisztázása intenzív együttműködést kíván fizikusok, biológusok és sugártherápiás orvosok között.

Miltényi László dr.

A tumorsejtek különböző sugárérzékenysége a sejtosztódás fázisaiban; Sejtjelzés J—125 desoxyuridinnal W. Pittner, W. Porschen, L. Feinendegen (Institut für Medizin Kernforschungsanlage Jülich GmbH, Jülich): *Strahlentherapie* 1973, 145, 161—168.

Egér átoltható sarcoma-180-ának sejtjeit J—125-desoxyuridinnal jelezve, vizsgálták az izotóp normál és a besugárzás indukálta kiürülését a tumorból. A tumor besugárzása 250—750 rad 15 MeV-es neutronokkal az izotóp kiürülésének fokozódásához vezetett. A J—125 kiürülésének fokozódása egybeesett a tumornövekedés lassúbbodásával.

A sejtjelzés (J—125 Uridin beadása) után különböző időpontokban 450 rad, 15 MeV-es neutronokkal a tumort besugározva, azt találták, hogy 13,5 órával a jelzés után végzett besugárzás szignifikánsan nagyobb kiürítést biztosított, mint az 5, 7, 10 és 21 óra múlva végzett besugárzás. A 180-as egérsarcoma sejtjeinek a generációs ideje 13—14 óra.

Az eredmények szerint, in vivo a tumorsejtek, az anyagcsere, a tumorkörnyezet, a gazdaszervezet zavara nélkül a DNS szintézis idején szignifikánsan sugárérzékenyebbek, mint a sejtosztás más fázisaiban.

A leírt methodus, mint nukleármédicinalis vizsgálat hozzájárulhat az emberi malignus megbetegedések terápiájának javításához, az oszlási idők meghatározásához.

Miltényi László dr.

A synchronizált sugártherápia klinikai eredményei, figyelembe véve annak elméleti és kísérleti

alapjait. J. Ammon és mtsai. (Strahleninstitut und Strahlenklinik, Freie Universität Berlin): *Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete* 1973, 52, 825—833.

A sejtek sugárérzékenysége legkifejezettebb a mitotikus és praemitotikus G₂ fázisban. Ezen a felismerésen alapul az a törekvés, hogy a tumorsejteket lehetőség szerint ilyen fokozottan érzékeny állapotban tegyék ki terápiás sugárzásnak. Szövettenyészetekben különböző cytostaticumokkal elérhető a sejtek szaporodási ciklusának ilyen synchronisatioja. A malignus tumorokban azonban egyebek mellett nehézséget jelent az is, hogy a tumorsejtek kinetikája ugyanazon tumoron belül is jelentékeny mértékben különbözik. Szaporodnak azonban az olyan közlemények, melyek in vivo synchronisatio lehetőségéről és az így végzett sugárkezelés eredményesebb voltáról számolnak be.

A szerzők 115 tumorbeteg kezelésében alkalmazták synchronisatio elérése céljából a fluorouracilt és vincristint. Hetenként kétszer lassú infúzióban adagolták a cytostaticumot, ezt követően 8—10 órával végezték a besugárzást. A synchronisatio eredményét több esetben a próbakimetszés szövettani vizsgálatával ellenőrizték. Négy esetben tudták a mitosisok arányát pontosan megállapítani a synchronisatio előtt és után, ezek a technika eredményességét igazolták. A mitosisok száma átlag 2—3-szorosra emelkedett. 60 betegük garat, szájüreg, gége, orrmelléküreg tumorban szenvedett. Könnyebb klinikai ellenőrizhetőségük miatt ezekkel az esetekkel részletesebben foglalkoznak. A TNM rendszer szerinti csoportosítást figyelembe véve összehasonlítják hagyományosan és synchronisatio után besugárzott gége és orrmelléküreg tumoros betegek gyógyeredményeit.

A synchronisatio után végzett besugárzás véleményük szerint javítja az eredményeket. Kevésbé sugárérzékeny tumorok is eredményesen sugározhatók. Fokozható az anoxiás tumorok sugárérzékenysége is. Az eljárás az operabilitást, a műtéti beavatkozás lehetőségét előnytelenül nem befolyásolta. A módszer további tökéletesítéséhez, indicatióinak meghatározásához nagy intézetek összehangolt további munkája szükséges.

Lacszay András dr.



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1974. október 29-én du. 2 órára tűzte ki **Sinkó Ottó dr.**: „Az infúziós technika alkalmazása az epeutak röntgenvizsgálatában” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját a Semmelweis OTE II. Belklinika tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.)

Az értekezés opponensei: **Gimes Béla dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Vajda Dezső dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1974. október 31-én du. 2 órára tűzte ki **Papp Mátyás dr.**: „Intracerebrális anyagmozgás vizsgálat protektív enzimgátlás in vivo alkalmazásával” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját a Semmelweis OTE II. Belklinika tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.)

Az értekezés opponensei: **Csanda Endre dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Hámori József dr.**, a biológiai tudományok doktora.

A Hetilap október 13-i (41.) számában közölt **Bánki Ferenc dr.** kandidátusi értekezésének vitája — közbejött akadályok miatt — 1974. október 22-ről elmarad.

A Magyar Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesülete Északkelet-magyarországi Tagozata

1974. október 31-én délelőtt 9 órakor

Egerben, a Szakszervezetek Megyei Tanácsa Székházában (Szálloda u. 5.) rendezi meg

XIX. tudományos ülést.

Tárgya: Aktuális népesedéspolitikai kérdések.

Szabó Ferenc dr.: Üdvözlő a résztvevőket.

Csobán György dr.: Megnyitó.

Prof. Lampé László: Családtervezés — népesedéspolitika (20 perc).

A népesedéspolitikai intézkedések tapasztalatai:

Pavlyák Pál dr.: Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (10 perc).

Károlyi György dr.: Hajdú-Bihar megyében (10 perc).

Szabó Ferenc dr.: Heves megyében (10 perc).

Magyar János dr.: Szabolcs-Szatmár megyében (10 perc).

Előadások:

Aszódi Imre dr. (Miskolc): A házasságkötés előtti kötelező tanácsadások tapasztalatai (10 perc).

Baráz Sándor dr. (Nyíregyháza): A TEMEB-ek tevékenységével kapcsolatos tapasztalatok (10 perc).

Bukovinszky László dr. (Eger): A terhességmegszakításokkal összefüggő tapasztalatok (10 perc).

Szabó Zsuzsa dr. (Debrecen): A családi életre nevelés — egészségnevelés tapasztalatai (10 perc).

15 perc szünet

Vita

Csobán György dr.: Zárszó.

Akik a közös ebéden részt kívánnak venni, személyenként 30,— Ft-ot legkésőbb október 25-ig Blazsekovics Edéné címére (3301 Eger 1., Pf.: 15.) kérjük befizetni.

A MOT Cytodiagnosztikai Szekciója 1975. március 22-én Budapesten (Semmelweis-teremben) tudományos ülést tart.

10—15 perces előadások bejelent-

hetők rövid összefoglalás kíséretében 1974. december 1-ig **Sassy-Dobray Gábor dr.** főtítkárnak (Bp. János Kórház) vagy **Döbrössy Lajos dr.** titkárnak (Bp. Onkopathológiai Kutatóintézet).

A Dr. Willmar Schwabe-díj az 1975. évre:

A Dr. Willmar Schwabe Alapítvány gondnoksága meghirdeti az 1975. évre a **Dr. Willmar Schwabe-díjat**, amelynek összege 10 000 nyugatnémet márka.

Az alapítvány célkitűzése az, hogy fejlessze a gyógyszerterápiát **növényi hatóanyagok** kutatása, és a klinikumban valamint az orvosi gyakorlatban való felhasználása révén.

A díjat olyan munkák számára tűzik ki, amelyekben a növényi eredetű gyógyszerek terápiás hatását a szerzők a természettudományos kritériumoknak megfelelően bizonyítják. Elsősorban gyógyszer-tani, klinikafarmakológiai és gyakorló orvosi kérdésfeltevések kidolgozását díjazták.

Eredeti munkák német, angol vagy francia nyelven, két példányban kell benyújtani a gondnokságnak, 1975. április 1-ig.

Díjat kaphatnak már megjelent munkák is, ha azoknak közlése két évnél nem történt régebben, és ha azok a fenti feltételeknek eleget tesznek.

A kuratórium fenntartja magának azt a jogot, hogy az évi díjat egyben adja ki, vagy két díjra ossza fel.

A pályázók munkáikat a következő címre küldjék: **Prof. Dr. E. Schratz** Institut für Pharmazeutische Biologie und Phytochemie der Welf.-Wilhelms-Universität 44 Münster/Westf. Hittorfstrasse 56, BRD.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda Budapest, V., József nádor tér. Tel.: 180-850



PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

Illetmény képeztétől és szolgálati időtől függően, valamint 30% veszélyességi pótlék. Összkomfortos férőhelyes elhelyezés az intézet területén levő nővérszálláson biztosítva van. Az állás azonnal elfoglalható.

Pap Máttyás dr.
igazgató-főorvos

(609/a)

A Városi Tanács V. B. Egészségügyi és Szociálpolitikai Osztálya, Törökszentmiklós, pályázatot hirdet két **gyermek-körzeti orvosi** állás betöltésére. Fizetés a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint. Az állás betöltésével háromszobás bérlakást biztosítani tudunk.

Süle Mihály dr.
városi főorvos

(621)

A XX. ker. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Bp. XX. ker. Ady Endre u. 43/b) pályázatot hirdet: 2 fő **körzeti orvosi** állásra pesterzsébeti székhellyel. Az állások elnyeréséhez belgyógyász szakképzettség szükséges. Bérézés kulcsszám szerint szolgálati időtől függően. Az állások azonnal elfoglalhatók.

(622)

A XX. ker. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Bp. XX. ker. Ady Endre u. 43/b) pályázatot hirdet: 1 fő **sebész szakorvosi** állásra.

Az állást elnyerő pályázó poliklinikai státusba kerül. Bérézés kulcsszám szerint, szolgálati időtől függően. Az állás 1974. október 15-vel elfoglalható.

Stojanov Iván dr.
rend. int. ig-főorvos

(623)

Pályázatot hirdetek a Péterfy S. u. Kórház—Rendelőintézet **urologiai-sebészeti** osztályán megüresedett **egészségügyi feladatok intézésére szervezett állásra**. Pályázhatnak 2 éves kórházi gyakorlattal rendelkezők. A kinevezendő orvos szakvizsga után a járóbetegellátás területére kerül.

Forgács József dr.
főigazgató-főorvos

(624)

A Bp. VIII. ker. Tanács V. B. Kállai Éva Kórház igazgató-főorvosa 1 fő **orvosgyakornoki** állást hirdet a kórház röntgen osztályára. (Az állást 1974-ben végző orvosok nem pályázhatnak.)

(625)

Hatvan Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa 3001 Hatvan, Pf.: 19.) pályázatot hirdet a kórház szemészeti osztályára áthelyezés folytán megüresedő 1 fő E 108 kulcsszámú **segédorvosi** állásra. Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint.

Pályázatot hirdet továbbá Hatvan városban áthelyezés folytán megüresedett 1 fő **körzeti gyermekszakorvosi** állásra. Bérézés kulcsszám szerint, szolgálati időtől függően. Az állás azonnal elfoglalható. A körzeti gyermekszakorvosi álláshoz lakás biztosított.

Valentyni Pál dr.
igazgató-főorvos

(626)

Az Országos Mentőszolgálat főigazgatója (1055 Budapest V., Markó utca 22.) pályázatot hirdet a Szabolcs-Szatmár megyei **mentőszervezet vezető főorvosi** állására. Az állás betöltéséhez a 6/1970. (EÜK. 4.) EÜM számú utasításban előírt szakorvosi képesítés szükséges. Javadalmazás a 18/1971. (EÜK. jún. rk.) EÜM—MÜM számú együttes utasítás alapján.

Bence Béla dr.
főigazgató

(627)

A Balassagyarmati Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője pályázatot hirdet a **Városi Idegrendező vezető főorvosi** állására. Bérézés szolgálati időtől függően a 18/1971. EÜM utasítás szerint. Mellékállás lehetőség van. Lakást biztosítunk.

Hatvani László dr.
osztályvezető
városi főorvos

(628)

A Békéscsabai Városi Tanács Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

1 fő E: 107/2 ksz. **fül-orr-gége oszt. segédorvosi** állásra.
1 fő E: 108/3 ksz. **fül-orr-gége oszt. segédorvosi** állásra.

1 fő E: 106/2 **intenzív-therápiás osztályos sebész szakorvosi** állásra. Amennyiben a jelentkező orvosi szakképesítés nélküli, úgy a sebészeti szakképesítés megszerzése lehetőség biztosítva.

A kórház keretében működő Békés megyei Vérkonzerváló Allomáson az alábbi állásokat kérjük meghirdetni 1 fő E 106/2 ksz. álláson belgyógyász szakképesítésű orvos jelentkezése esetén adjunctusi kinevezés biztosított. Szakképesítés nélküli jelentkező esetében a belgyógyász szakképesítés megszerzésére lehetőséget biztosítunk.

1 fő E: 108/3 ksz. **szül.-nőgyógyász szakorvosi** állásra jelentkező orvos, amennyiben ilyen szakképesítéssel nem rendelkezik, ennek megszerzése biztosított.

Illetmény kulcsszámnak és képzettségnek megfelelő. Orvosházaspár jelentkezése esetén lakást biztosítunk, egyéb esetben garzon lakást.

Sonkoly Kálmán dr.
kórházigazgató

(629)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet a II. sz. Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstan Intézetben betöltendő **egyetemi tanárségi** (5004 ksz.) állásra. A kinevezendő egyetemi tanárségéd feladata lesz az intézet oktató és tudományos tevékenységében való részvétel.

A pályázat feltételei: orvosi diploma, jártasság az anatómia, szövet- és fejlődéstan oktatásában. Az illetmény a kulcsszámnak megfelelően kerül megállapításra.

A pályázat benyújtásának határideje a megjelenéstől számított 15 napon belül.

(630)

Az Országos Traumatológiai Intézet főigazgatója (1430 Bp. Mező Imre u. 17.) pályázatot hirdet az alábbi állásokra:

A 913. ksz. **tudományos munkatársi állás betöltésére előnyben részesült, akinek sebész szakorvosi képesítése van, legalább 3 éves sebész, ill. traumatológiai gyakorlattal rendelkezik.** Illetmény a megfelelő kulcsszám szerint. Lakást az intézet nem tud biztosítani.

A 913. ksz. **tudományos munkatársi állás betöltésénél előnyben részesült, akinek röntgen szakorvosi képesítése, vagy több éves röntgen gyakorlata van.** Az illetmény a megfelelő kulcsszám szerint, munkahelyi pótlékkal. Lakást az intézet nem tud biztosítani.

Manninger Jenő dr.
c. egyetemi tanár
intézeti igazgató

(631)

Fertőszentmiklós Nagyközség Közös Tanács elnöke (9444 Fertőszentmiklós, Soproni Járás) pályázatot hirdet a nyugdíjazás folytán megüresedett **Fertőszentmiklós II. körzeti orvosi** állásra. A körzet Fertőszentmiklós egy része és vele összeépült Petőháza községekből áll. Illetmény 18/1971. MÜM—EÜM számú együttes utasítás szerint, szolgálati időtől függően, valamint 400.— Ft ügyeleti díj és 200 Ft fuvarátalány. Rendelőfenn-tartási díj 475.— Ft.

Az álláshoz 3 szobás komfortos lakás, rendelőlvel egybeépítve, garázs van.

Hétvégi ügyeleti szolgálat központilag megoldott. A Petőházi Kukorgyárban 2 óráig üzemorvosi állás lehetséges. Felelőség részére orvosnoki munkakör biztosított.

(632)

A Balassagyarmati Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház férfi idegelméleti osztályra áthelyezés folytán megüresedett 2 fő **álthelyezési és 2 fő segédorvosi** állásra. Bérézés a 18/1971. EÜM sz. utasítás szerint, valamint munkakör és veszélyességi pótlék. Az állásokhoz lakást biztosítunk.

(633)

A Balassagyarmati Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház férfi idegelméleti osztályra áthelyezés folytán megüresedett 2 fő **álthelyezési és 2 fő segédorvosi** állásra. Bérézés a 18/1971. EÜM sz. utasítás szerint, valamint munkakör és veszélyességi pótlék. Az állásokhoz lakást biztosítunk.

(565/c)
Sarkad Nagyközségi Tanács elnöke Sarkad, Kossuth u. 27. Telefon: 36) pályázatot hirdet nyugdíjazás következtében megüresedett két körzeti orvosi állás betöltésére. Az állások azonnal betölthetők.

Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás alapján 2200—3400 Ft-ig, valamint 400 Ft ügyeleti díj és 500 Ft bölcsoedel orvosi díj.

Szolgálati lakás biztosított. Egyik lakás 2 szobás hálófülkés, olajkályha fűtéssel a község központjában, a másik lakás 3 szobás, központi fűtéssel, garázzsal.

Szegedi Lajos
tanácselnök

(566/c)

Jánossomorjai Nagyközségi Közös Tanács elnöke pályázatot hirdet nyugdíjazás folytán megüresedett jánossomorjai 1. sz. **körzeti orvosi** állásra. Az orvosi állás 1974. szeptember 15-tel tölthető be. Bérézés a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás alapján a szolgálati időtől függően. Az alappérhez havi 450 Ft fuvarátalány jár.

Községben első alkalommal letelepedő orvos részére 10 000 Ft letelepedési segítyt, valamint szolgálati lakást biztosítunk.

Kiss Károly dr.
tanácselnök

(579/b)

Köszeg Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője — 9731 Köszeg, Pf. 58. —, Jurisich tér 8. — pályázatot hirdet az áthelyezés miatt megüresedő **körzeti orvosi**, illetve **gyermek körzeti orvosi** állásokra. Mindkét állás azonnal betölthető. Illetmény a szolgálati időtől és szakképesítéstől függően a 18/1971. EÜM—MÜM együttes utasítás szerint kerül megállapításra. Mellékállásokra lehetőség van. Az állások betöltőinek a Városi Tanács V. B. lakást biztosít.

Fejér Sándor dr.
városi főorvos

(591/a)

Az Oktatási Minisztérium 4. sz. Leánynevelő Intézete — Budapest XV., (Rákospalota) Pozsony u. 36. — pályázatot hirdet egy fő képesített **ápolónői** állás betöltésére 25 éves kortól.

Jelentkezni lehet személyesen vagy írásban a fenti címen.

Szász Pálné
igazgató

(608/a)

A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Tanács V. B. Tüdőgyógyintézetének igazgató-főorvosa (Füzérradvány) pályázatot hirdet az intézetnél nyugdíjazás folytán megüresedett 1 fő E 103/D ksz. **oszt. vez. főorvosi** állásra. Az állás javadalmazása a kornak (gyakorlati időnek) és ksz.-nak megfelelően a 18/1971. EÜK. jún. rk./EÜM—MÜM együttes utasítás szerint + 30% veszélyességi pótlék. Kettőszobás összkomfortos lakás az intézet területén rendelkezésre áll. Pályázati határidő a hirdetés megjelenésétől számított 30 nap. Az állás azonnal elfoglalható.

2 fő E 108/3. ksz. **segédorvosi**, illetve E 109/3. **orvosgyakornoki** állásra. Az állások javadalmazása a gyakorlati időtől és ksz.-nak megfelelően + 30% veszélyességi pótlék. Kettőszobás összkomfortos lakás az intézet területén rendelkezésre áll. Az állások azonnal elfoglalhatók.

1 fő laboratóriumi asszisztens állásra.

TUBERKULÓZIS ÉS TUDÓBETEGSÉGEK

1974. 7. szám

Sárady Kornél: Borsod-Abaúj-Zemplén megye chronikus gümőkóros betegek gyógyítása 1963—1973-ban.
Virsik K., Pozdechová E., Baján A., Formánek J., Litomercky S., Badalik L.: Epidemiológiai tanulmány Podunajské Biskupice—Samorin területén 1963—1972-ig.
Pozdechová E., Virsik K., Badalik L.: Egy nyugat-szlavákiai terület cigány-lakosságának tbc-epidemiológiai helyzete 1963—72-ben végzett epidemiológiai és klinikai tanulmány alapján.
Trefny J.: A nem végzett légzőszervi betegek differenciált ellátása Csehszlovákiában.
Simeček C., Simeckova B., Ferdova M., Titman O.: A chronikus bronchitis szűrővizsgálatok segítségével felderített epidemiológiája.
Kubik A.: Direct pozitív tüdőgümőkóros betegek felkutatása Csehszlovákiában.
Szüle Péter dr.: A pleuroscopia eredményességét biztosító néhány tényezőről.
Farágó Eszter, Kiss János, Fábán Erzsébet, Molnár Éva: A kanamycin szérumszint és tüdőszövet szintjének vizsgálata emberben.
Kallós Zsuzsa: A tüdő arterio-venosus aneurysmái.

FOGORVOSI SZEMLE Stomatologi Hungarica

1974. 7. szám

Tóth Károly dr.—Kovács Ádám dr.—Mari Albert dr.—Keszthelyi Gusztáv dr.: A fogszuvasodás megelőzése az asztalios fluor-dúsítás útján Deszken.
X. A szuvasodásnak legjobban kitett tej- és maradóg fogak részvételének alakulása a fogromlásban öt év alatt.
Hidasi Gyula dr.: A proximális caries hatása a tejfőrlők gyökér-resorptiójára.
Bakody Rezső dr.: Felső maradóg szemfogak izolált aplasiájának esetei.
Rudas Lenke dr.: Hazánkban élő négyesikrek fogstatusának elemzése.
Sonkodi István dr.—Keszthelyi Gusztáv dr.: Lichen oris és acut intermitten porphyria együttes előfordulása.
Ivánkievics Dénes dr.—Majoros Katalin dr.: Sinus perforált fekvőbeteg-anyagunk katamnesztikus vizsgálata.
Fazekas Árpád dr.—Bódi Katalin dr.: A fogászati érzéstelenítéskor adott adrenalin általános hatása.
Kapitány Zsuzsanna dr.: Foggyökércysták és granulomák LDH-isoenzymképe.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

1974. 7. szám

Miskolczy Dezső köszöntése.
Achté, K. A. dr.: Depressió és sulci-dium.
Gazsó Lenke dr., Áfra Dénes dr.: Vincristinsulphat (VCR) mítózisgátló hatásának vizsgálata glioblastoma multiforme szövettényezetiben.
Guseo András dr., Gálfi Ilona dr., Vinceller Mária dr.: Adatok a lymphoid leukaemiák központi idegrendszeri szövödményeinek elemzéséhez.
Juhász János dr.: A basalis ganglionok és a corpus calosum angliomáinak műtéti kezelése.
Referátumok.

MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA

1974. 4. szám

Sztanó Pál dr., Szerey Zoltán dr., Oroján Iván dr. és Szontágh Ferenc dr.: Újszülött asphyxia kezelése „Babysave”-vel.
Gáti István dr., Doszpod József dr., Preisz József dr., Hadnagy János dr.: A szérums HCS (Human Chronic Somatomammotropin) sorozatmeghatározásának prognosztikai jelentősége koraterességben.

Than Gábor dr., Csaba Imre dr. és Karg Norbert dr.: Orális fogamzásgátló szedők aifa—2 globulin, ún. „pregnancy protein” szintjének vizsgálata radialis immunodiffúzióval.
Krommer Károly dr., Csaba Imre dr. és Keller Gábor dr.: Genitális tuberculosis és petefészekrák együttes előfordulása.
Sas Mihály és Kincses László: Functionális női meddőség Clomiphene-kezelése. Az adagolás kérdései.
Smid István dr., Balogh Adam dr., Borsos Antal dr. és Takács István dr.: Petefészek működés Mayer—Rokics esetén.
Farkas Márton dr., Falkay György dr. és Viski Sándor dr.: Sumetrolim átjutása az ejaculatumba (pharmacokinetikai vizsgálatok).
Orbán György dr. és Gimes Rezső dr.: A meddőség kivizsgálásának fontosabb lépészetes paraméterei.
Nagy Gyula dr.: A magzat növekedése placenta praevióval szövődött terhességekben.
Szalay János dr. és Somogyi József dr.: A foetoplacentaris egység oestrogen kiválasztásának jelentősége a cukorbeteg terhesek szülési időpontjának megválasztásában.
Szigetvári Iván dr., Kocsis Béla dr., Ráköci István dr., Brella István dr.: Trichomoniasisszal kapcsolatos vizsgálataink.
Philipp György dr., Újhelyi Károly dr., Plank György dr.: Trichomonas-syndroma II. A trichomonas syndroma és az ascendáló méhfüggelékgyulladások öröki összefüggései az immuntherapia tükrében.
Kubinyi János dr. és Pilishegyi János dr.: Hydrops foetus universalis isoimmunisatio nélkül.
Harkányi István dr., Hegyi Róbert dr., Tarró Sándor dr., Zubeck László dr. és Rashidi Mohamed dr. (Irán): Az újszülötteltesztés korszerű módszere és eszköze.
Bognár Zoltán dr. és Ferenczy Sándor dr.: Postoperatív ileust okozó multiplex lutein cysta.
Juhász Károly dr., Jakubecz Sándor dr., Radnai László dr.: Fluort okozó ritka urogenitalis fejlődési rendellenesség.
Huszek Nándor dr. és Gellérfi Bertalan dr.: Császármetés utáni stresszulus.
Páter György dr. és Tóth Kálmán dr.: Ritkán előforduló ligamentum rotundum fibromyoma.
Tóth Emil dr., Csontos Ferenc dr., Sely Ottó dr. és Békeffy József dr.: A Trichomonas vaginalis és a harkányi gyógyfürdő.
Horváth Sándor dr., Mészáros Erzsébet dr., Németh Margit dr.: Terhességi Toxaemia és agyi aneurysma együttes előfordulása.
Kincses László, Sas Mihály és Szontágh Ferenc: Clomiphene kezelte secundaer amenorrhoeás betegek nem kívánt terhességének megelőzése intrauterin pessariummal.
Szöke B., Kiss D.: Ultrahang cephalometria a szülészetben.
Marton István dr.: Szülés utáni magzatellátás gyakorlati alapjai.

RHEUMATOLOGIA, BALNEOLOGIA, ALLERGOLOGIA

1974. 3. szám

Bozsóky Sándor dr., Farkas Károly dr., Iványi Jenő dr., Kérdő István dr.: A physiotherapia helye orvosképzésünkben.
Richter András dr., Gál Domonkos dr.: Intraarticularis hydrocortison injectio után kialakult iatrogen artalmak.
Gál Domonkos dr. és Gáspárdy Géza dr.: A pes valgus paralyticus Grice-műtéttel történő kezelése.
Balogh Mihály dr.: Veseelváltozások rheumás megbetegedésekben. (II.)
Erdős János dr. és ifj. Fülöp József dr.: A rheumás betegek keresőképességének elbírálása.
Moll Károly dr.: Az opsonon (GO vacina) és aneurólisin keverék sajátos gyógyhatásáról rheumás megebetegedésekben.
Szívós Anna dr., Tóth Etelka dr.: Poliomyelitis betegek psychodiagnostikai eszközökkel végzett személyiségvizsgálata.

Papp Tibor dr.: Adatok a reumatológiai-mozgásszervi betegek ágyszükségletének megállapításához.
Kondrai Gerő dr.: Kisvárdai fürdőgyűnek múltja, jelene és jövője.
Iványi Jenő dr. és Tarnóczy Mária dr.: A gyógy-szaunáról.
Kempelen Imre dr. és Weisz Mária dr.: Nitrofurantoin okozta pneumoniák.

ORVOSKÉPZÉS

1974. 4. szám

Császár Gyula dr.: A gyógyítás, mint interpersonalis folyamat.
Szántó György dr.: Tömeges sérültek ellátása. II.
Juvansz Iréneusz dr.: A szóródás (dispersio) orvosi jelentősége, mérése és okai. I.
Szemere György dr.: Újabb lehetőség a genetikai vizsgálatokban: A somatikus sejt hybridisatio.
Rodé Iván dr.: Az onkoradiologia feladatai az onkológusok továbbképzésében.
Onody Klára: A lymphocyták mitogenek által kiváltott blastos transformációjának jellemzői.
Tóth Árpád dr. és Tamási Piroška dr.: Sclerodermás betegek fogazati állapota.
Hervei Sraolta dr.: Az újszülöttkori haemolytikus betegség okozta késői anaemia.
Sólyom János dr.: Az aldosteron-secretio szabályozása egészséges emberben.
Bornemisza György dr.: Műanyagok alkalmazása a sebészetben.

MAGYAR SEBÉSZET

1974. 4. szám

Tapolcsányi Lajos, Malák György: A Paget-kór helye az emlőrákok között és elhanyagolásának okai.
Tóth Tihamér, Göncz László, Harka István: A pancreas-pseudocystákról.
Ihász Mihály, Ungváry György, Koiss István, Hudák Aranka: Kísérletes truncalis vagotomia okozta histokémiai elváltozások az emésztő-tractus különböző szakaszain.
Gardó Sándor, Megyeri László, Papp Zoltán: Gynaecocastias betegek cytogenetikai vizsgálata.
Sátori Ödön, Grandtner Gábor: Alfa-sympatholyticumok és folyadékkezelés hatása patkányok tourniquet-shockjában.
Balázs György, Uray Éva, Nagy Tibor: Elvégezhető-e a megkezdett műtét intraoperatív szívmegeállítás és sikeres resuscitatio után?
Székely Zsigmond: Situs inversusszal szövődött coecum-volvulus.
Csata Sándor, Szegedi István: Oliguria, uraemia ritka oka solitaer vesebetegen.
Csaba István: Septikus shock esetében eredményesen alkalmazott sorozatos peritonealis dialysis.
Kondás József: Leukoplakia konzervatív műtéti megoldása pyelon-resectióval.
Tóth József, Köves Sándor: Az uretervég-a-véghez anastomosisa.
Pintér József, Szokoly Viktor, Szporny Gyula: Ureter-neoimulatio extravesicalis tunelkészítéssel.
Váry László: A here és függelékeinek torsiója.

FOGORVOSI SZEMLE

1974. 8. szám

Gera István dr.—Sallay Kornélia dr.: A palatum papillaris hyperplasiája.
Holló József dr.: Gyökértömő anyagok összehasonlító vizsgálatainak eredménye.
Bence Jolán dr.: A fájdalom és stomatológiai vonatkozása.
Tarján Ildikó dr.—Schlotthauer Mária dr.: A fogzománc átjárhatóságának vizsgálata „schlieren”-technika alkalmazásával.
Tóth Anna dr.—Mária Mária dr.: A MOD-betetek készítésének jelentősége alapján.
Ivánkievics Dénes dr.—A. András dr.: Adalék az odontogen eredetű gyulladások problematikájához.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1974. okt. 24. csütörtök	Tétényi úti Kórház éhszállója, XI. Tétényi u. 14–16., „A” épület	du. 2,15 óra	Tétényi úti Kórház- Rendelőintézet Tudományos Köre	1. Szabó Zoltán: Ideiglenes pace-maker kezelés indikációi. 2. Oszwald Péter, Hegyi Lajos, Szabó Zoltán, Ligeti János, Farkas András: Tapasztalataink ideiglenes pace-maker kezeléssel
1974. okt. 25. péntek	Szajsebészeti Klinika, VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	Rajmon János (Székesfehérvár): Az állkapocstörések kombinációi más törésekkel
1974. okt. 25. péntek	Budai Területi Gyermekkórház II. Bólyai u. 9.	du. 2 óra	Budai Területi Gyermekkórház, János Kórház gyermekosztály orvosi kara	Osváth Pál: Az asthma bronchiales betegek területi ellátásának problémái
1974. okt. 25. péntek	Semmelweis OTE I. Szemklinikai, tanterme, VIII. Tömő u. 25–29.	du. 4 óra	Magyar Szemorvostársaság	Hirschler emlékülés. 1. Czeizel Endre: Genetikai problémák a szemészetben. 2. Bíró Imre: Schulek Vilmost 100 évvel ezelőtt neveztek ki pesti professzornak. 3. Hirschler Ignác emlékérem átadása
1974. okt. 28. hétfő	Sportkórház tanácsterme, XII. Alkotás u. 48.	du, 2 óra	Sportkórház Orvosi Kar	Péter Márton; Tapasztalataim Amerikában
1974. okt. 29. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet nagyterem, IX. Gyáli u. 2–6., „A” ép.	du. 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	Erdős László, Fornos Ferenc, Adamis Éva, Schisler Mária: Kanyaró elleni folyamatos védőoltás
1974. okt. 31. csütörtök	Merényi Gusztáv Kórház-Rendelőintézet kulturterme, IX. Gyáli u. 17.	du. 1,30 óra	Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre	1. Marton Margit: Paracarcinomás idegrendszeri kórképek. 2. Kultsár Barnabás, Nádas Károlyné: Polyakrylamid gél liquor ELFO és LDH egyes neurológiai kórképekben
1974. okt. 31. csütörtök	Semmelweis OTE Idegklinikák előadóterme, VIII. Balassa u. 6.	du. 5 óra	Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága	Schaffer Károly emlékülés. Grastyán Endre (Élettani Intézet, Pécs): Kísérlet a hippocampus működésének értelmezésére

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban
A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató
Telefon: 116–660

MNB egyszámúszám: 69.915.272–46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál
(Budapest, V., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül, vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215.96162 pénzforgalmi jelzőszámára

Szerkesztőség: 1363 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



74.2931 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

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 azért, hogy serkenti a fibrinolysist. Szabályozza a cholesterolinszintet, javítja a collateralis keringést, a szöveti anyagcserét és a haemokinetikus hatást.

ÖSSZETÉTEL: Ampullánként (2 ml) 300 mg és tablettánként 150 mg Xantinolum nicoticum (7-(2-hydroxy-3-(N-methyl-β-hydroxyethylamino)-propyl)-theophyllinum nicoticum) 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 tablettá, amelyet kevés folyadékkal egészben kell lenyelni. Szükség esetén az átlagos adag naponta 3-szor 2–4 tablettára is növelhető, a beteg állapotának gondos ellenőrzésével. Későbbiek során a klinikai állapot javulásával, elégséges, ha a kezelést az egyénenként megállapított – naponta 2–3-szor 1 tablettá – fenntartó adagokkal folytatjuk.

Heveny vérellátási zavarok esetén az injekciós kezelést részesítjük előnyben. A kívánt hatás szükségességének megfelelően felnőtteknek naponta 1–3-szor 2 ml intramusculárisan, azonnali hatás elérésére intravenásan 1–2-szer 2 ml igen lassú befecskendezéssel, lehetőleg fekvő helyzetben, majd naponta 1–3-szor 2 ml intramuscularisan.

Az injekciós kezelés hatásának fokozására egyidejűleg naponta 3-szor 2 tablettát is adagolhatunk.

Az injekciós kezeléssel elért eredményt az egyénenként megállapított fenntartó adagokkal (napi 2–3-szor 1 tabl.) hosszabb ideig biztosíthatjuk.

A tabletták bevétele vagy az injekciók befecskendezése után egyes esetekben az arcon, esetleg más testrészekben, a készítmény rövid ideig tartó, égő érzéssel járó kipirulást okozhat. Súlyos esetek klinikai kezelésére előnyösen alkalmazható a tartós cseppinfúzió, amikor 5-ször 2 ml-es ampulla tartalmát (1500 mg) 500 ml infúziós oldathoz elegyítjük. Az infúziós oldatot olyan percnkénti cseppszámmal infundáljuk, hogy legalább 3–4 órán át tartson. Az oldat elkészítésénél az aseptikus körülményekre szigorúan ügyeljünk.

CSOMAGOLÁS:

50 db à 0,15 g tablettá
200 db à 0,15 g tablettá
10 × 2 ml à 0,3 g ampulla
100 × 2 ml à 0,3 g ampulla

MEGJEGYZÉS: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára

Budapest IV., Tó utca 1–5.

TEPERIN [®] *draszé,
injekció*
antidepressivum

Az imipraminnál bizonyos esetekben hatásosabb, kevésbé toxikus, jó és gyors thymolepticumnak bizonyult.

ÖSSZETÉTEL: Ampullánként 2 ml vizes oldatban 50 mg, draszénként 25 mg amitriptylinum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Endogen depressio, psychosis maniaco-depressiva depressiv fázisa, involutiós, kimerüléssel, psychoreactiv, neurotikus és organikus depressio; schizopren folyamatok depressiv tünetei.

ELLENJAVALLATOK: Glaucoma, vizelet-retentio, cardialis és veseelégtelenség, valamint prostata-hypertrophia. MAO-gátlókkal együtt nem adható; az azokkal végzett kezelések befejezése után 3–6 hetes szünet tartandó.

Te-hesség esetén alkalmazása nem ajánlatos.

ADAGOLÁS: Átlagos napi adag felnőtteknek 3×1 draszé (75 mg); szükség esetén ez a mennyiség 25 mg-onként napi 150 mg-ig növelhető.

Súlyosabb esetek (különösen az agított formák) intézeti kezelését célszerű parenterális adagolással kezdeni (100 mg/nap im.) és csak pár nap után áttérni az orális adagolásra. A Teperin kezelés electroshockkal kombinálható.

A beteg állapotának rendeződése után a gyógyszer adagja csak fokozatosan redukálható. Utókezelésben napi 25–100 mg fenntartó adagot legalább 4–8 héten át célszerű adni.

MELLEKHATÁSOK: Leggyakrabban szájszárazság és szomjúság mutatkozik. Továbbá előfordulhat: tremor, izzadás, fáradtság, gyengeség, kábultság, szédülés, obstipatio, vizelet-retentio, oedema, étvágytalanság, fejfájás, nausea, accommodatiós zavarok, tachycardia, a nyelv- és az ajakmozgás incoordinációjával összefüggő beszédhiba, ritkán bőrkiütés. Parenterálisan alkalmazva vérnyomáscsökkenést okozhat.

FIGYELMEZTETÉS: Idős, valamint olyan betegek Teperin-kezelése, akiknek anamnesisében epilepsia, chronikus alkohol-abusus, organikus agyi károsodás szerepel, különös gondot és feltétlen hospitalizálást igényel. Barbiturátokkal, más sedativumokkal v. hypnoticumokkal együtt csak óvatosan adható, és ez esetekben a napi Teperin-adagot csökkenteni kell. Ambulans kezelésben (depressiós suicidium lehetősége) fokozott óvatosság és szigorú orvosi felügyelet szükséges. A vérnyomáscsökkentők (főleg a Sanotensin) hatását antagonizálja, ezért együttes alkalmazásuk elővigyázatot igényel. A vérképet és a májfunkciót, huzamosabb alkalmazás esetén, időnként ellenőrizni kell.

Járművezetőknek, magasban vagy veszélyes gépen dolgozóknak a készítmény szedése tilos. Teperin-kúra ideje alatt szeszes italt fogyasztani tilos!

Társadalombiztosítás terhére idegszakrendelések szabadon, körzeti, üzemi orvosok csak idegszakrendelés javaslatára rendelhetik a javaslatban meghatározott időtartamra, de legfeljebb a javaslat keltétől számított 3 hónapon belül történő gyógykezelés céljából.

A javaslatot adó szakrendelést és a javaslat keltét a vényen fel kell tüntetni.

CSOMAGOLÁS

10 \times 2 ml	32,70 Ft	50 db draszé	40,- Ft
100 \times 2 ml	253,- Ft	500 db draszé	363,- Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS
FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

115. ÉVFOLYAM 43. SZÁM 2533—2592 OLDAL

BUDAPEST, 1974. OKTÓBER 27.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

Furosemid

tabletta

Salureticum

- Osszetétel:** Tablettánként 40 mg Furosemid (acid. 4-chlor-N-(2-furylmethyl)-5-sulfamoyl-anthranilic.) hatóanyagot tartalmaz.
- Javallatok:** Cardialis, renalis és peripheriás eredetű oedemák minden formája. Szívelégtelenség, máj-cirrhosis, vagy mechanikus lezáródás következtében kialakult ascites. Terheségi oedema a hatodik hónap után. Tüdő- és agy-oedema. Barbiturát mérgezés. Eclampsia. Hypertonia enyhe és közepes súlyos formája.
- Ellenjavallatok:** Akut veseelégtelenséggel járó anuria. Coma hepaticum. Electrolyt-hiányállapotok. A terhesség korai stádiuma. Furosemid túlérzékenység. Vízelési zavaroknál csak kellő óvatossággal adagolható.
- Adagolás:** Átlagos adagja felnőtteknek naponta 1 tablettá, lehetőleg a reggeli órákban. Szükség esetén a napi adag 2–3-szor 1 tablettára is növelhető, megfelelő elosztásban. A fenntartó adag általában másodnaponként 1 tablettá. Gyermek adagja az életkornak megfelelően arányosan kevesebb, naponta testsúlykilogrammonként 1–3 mg peroralisan különösen indokolt esetben.
- Mellékhatások:** Alkalmazása során nemkívánatos mellékhatások (émelygés, hányás, hasmenés, bőrpír, viszketés, paraesthesia, homályos látás, hypotensio) előfordulhatnak. A fokozott hatású diuresist néha szédülés, levertség, izomgyengeség, szomjúság és gyakori vizeletelés inger is követheti. Hosszabb időn át történő adagolás során, az erőteljes saluretikus hatás és az esetlegesen egyidejű digitalis kezelés miatt – a hypokalaemia (izomgyengeség, idegrendszeri tünetek, jellegzetes EKG) megelőzésére – szükséges az electrolytűrités, így elsősorban a vér káliumszint laboratóriumi ellenőrzése. Elhúzódó kezelés esetén fontos a bőséges káliumbevitel (gyümölcs, főzelék, csokoládé stb.) mellett esetleg naponta 1–5 g kálium chloratum, ill. a jobb ízű kálium citricum adagolása. Hypertonia kezelésében fokozhatja az egyidejűleg adott más vérnyomáscsökkentők hatását, cukorbetegség kezelésénél néha vércukoremelkedést okozhat.
- Csomagolás:** 20 db à 0,04 g tablettá 23,60 Ft 100 db à 0,04 g tablettá 110,— Ft
- Megjegyzés:** Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik. Körzeti, üzemi orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartam, de legfeljebb a javaslat keltétől számított két hónapon belül történő gyógykezelés céljából. A javaslatot adó szakrendelést (osztályt) és a javaslat keltét a vényen fel kell tüntetni.

CHINOIN BUDAPEST

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

*

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

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
BTAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.

*

115. ÉVFOLYAM

*

43. SZÁM

*

1974. OKTÓBER 27.

TARTALOMJEGYZÉK

Ihász Mihály dr.:
A postvagotomiás dysphagiáról 2535

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kaiser Éva dr., Weisenbach János dr.,
Rubecz István dr., Ötvös Ilona dr.
és Bodor András:
Vele született részleges térdficam
újszülöttkorban 2539

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Rozsos István dr. és Barton Attila dr.:
Gyomorcsonkolás során alkalmazott
jejunum-interpositio röntgenképe 2542

TOVÁBBKÉPZÉS

Faragó Ferenc dr.:
A gonorrhoea szövődményeiről 2545

RITKA KÖRKÉPEK

Korányi György dr. és Rajk András dr.:
Sphingomyelin lipoidosis 2548
Tasi István dr., Gombkötő Béla dr.
és Besznyák György dr.:
Appendix és coecum diverticulosis 2552

DIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK

Tóth Péter dr., Klujber László dr.
és Méhes Károly dr.:
A galaktosaemia diagnózisáról 2559

KAZUISZTIKA

Földes Gyula dr., Frank Kálmán dr.
és Török János dr.:
Splenectomizált kisgyermek
necrotizáló purpura fulminansa 2561
Asztalos Béla dr., Singely István dr.,
Varga Tibor dr. és Bodrogi László dr.:
Megfigyeléseink a lepényvese kórismezésében 2565

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2567
Folyóiratreferátumok 2573
Könyvismertetés 2585
Hírek 2587
Előadások, ülések 2592

KLION

tabletta,
hüvelykúp

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 0,25 g metronidazolom-ot, 1 hüvelykúp 0,5 g metronidazolom-ot tartalmaz.

JAVALLAT

Férfi és női húgy-ivarszervi *Trichomonas infestatio*. *Giardia lamblia* fertőzések. *Stomatitis ulcerosa*. *Entamoeba histolytica*.

ADAGOLÁS

*Trichomoniasis*ban reggel-este 1–1 tabletta 10 napon keresztül. Nők egyidejűleg 10 napon keresztül 1–1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe.

Giardia lamblia fertőzésben 2×1 tabletta, 5 napon át. *Entamoeba histolytica* esetén 3×2 tabletta, 10 napon át.

*Stomatitis ulcerosa*ban 2×1 tabletta 3–5 napon át. Gyermeknek 0–1 éves korig naponta 1/2 tabletta, 2–4

éves korig naponta 2 tabletta 5 napon át, étkezés után, 2 részre osztva.

Entamoeba histolytica esetén naponta 2×1 tabletta.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

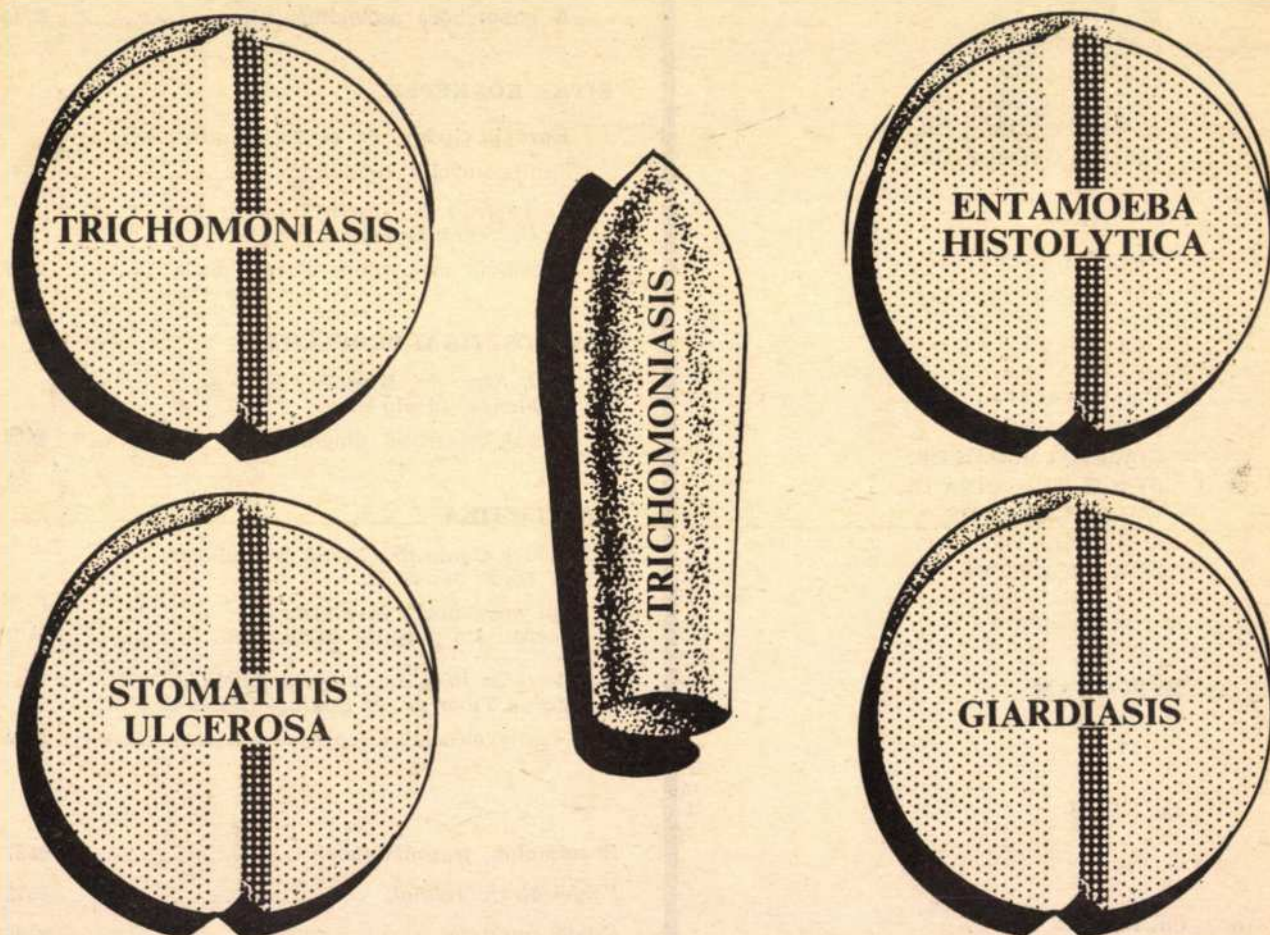
A Klion – mint nitroderivatum – enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére nőgyógyászati terhesgondozó rendelések, bőr-, nemibeteg gondozó intézetek és urológiai szakrendelések rendelhetik.

CSOMAGOLÁS

20 tabletta	44,- Ft	250 tabletta	525,- Ft
10 kúp	50,- Ft	100 kúp	470,- Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

A postvagotomiás dysphagiáról

Ihász Mihály dr.

A dysphagia nem tartozik a vagotomia gyakori szövődményei közé, és ennek megfelelően az irodalom nem foglalkozik vele olyan részletesen, mint pl. a vagotomia utáni gyomor- és bélmotilitási zavarokkal. Elnevezése sem egységes. A közleményekben a dysphagiát „achalasia”, „cardiospasmus”, „vestibular spasmus” névvel is jelölik, mintegy kifejezve, hogy az oesophagus abdominalis szakaszának izomcontractiója vagy annak beidegzése károsodott, amely a vagus idegek átvágásának lenne a következménye.

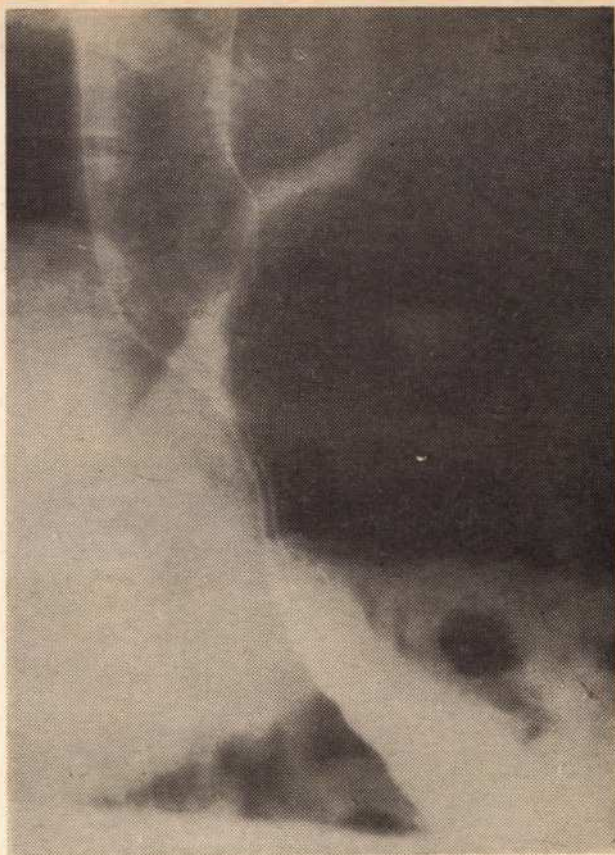
A vagotomia utáni dysphagiát elsőként *Moses* (22) írta le 1947-ben. E közlemény megjelenése után — de főleg az utóbbi időben — más szerzők is foglalkoztak a vagotomia ezen szövődményével (1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 19, 23, 24, 25).

A dysphagia gyakoriságára vonatkozóan az irodalom nem egységes. Előfordulását 0—37% között adják meg. Elfogadott nézet, hogy gyakrabban lép fel transthoracalis, mint transabdominalis vagotomia után. *Grimson és mtsai* (14) 21 ilyen esetről számolnak be 57, baloldali transthoracalis behatolásból történt vagotomia után. Transabdominalis vagotomiát követően *Hendry* (18) 2,9%-ban, *Postlethwait és mtsai* (25) 3,6%-ban, *Beattie* (2) 15%-ban, *Williams és Woodward* (26) 17%-ban, *Bruce és Small* (5) 14%-ban, míg *Dagradi és mtsai* (9) 1300 esetből 14, *Anderson és mtsai* (1) 1298 esetből 9, *Pierandozzi és Ritter* (24) 200 vagotomia után 3 alkalommal észleltek dysphagiát. Az irodalmi adatok alapján tehát megállapítható, hogy a tüneteket okozó dysphagia gyakorisága általában kevesebb mint 10%.

A budapesti II. sz. Sebészeti Klinikán 1966. január 1-től 1974. április 30-ig 274 transabdominalis vagotomiát végeztünk, és ezt a komplikációt két betegen észleltük. Ennek megfelelően saját anyagunkban az előfordulás 0,73%.

Esetismertetés

1. L. S., 49 éves férfibeteg 6 év óta fennálló, belgyógyászati kezelésre nem reagáló duodenalis ulcus miatt truncalis vagotomiát és antrektomiát végeztünk. Anatómiai variáció miatt a nyelőcső alsó szakaszának — a szokásostól eltérően — kiterjedt mobilizálását végeztük. A postoperatív szak 18. napján szilárd táplálék fogyasztása után a mellkas alsó harmadában fájdalom lépett fel, nehézlégzés és bőfűgés kíséretében. A röntgenvizsgálat (1. ábra) az oesophagus alsó szakaszának tágulását mutatta. (A szűkült szakaszt a gyomorléghólyag fedi.) Az oldalirányú felvételen (2. ábra) a nyelőcső alsó szakasza tölcészerűen beszűkült.



1. ábra.

Az oesophagus alsó szakasza tágult. Az egyenletesen beszűkült szakaszt a gyomorléghólyag fedi. (Anterior-posterior felvétel)

Arsotonin, Tinct. Belladonna és sedativum adása, valamint folyadék és folyékony pépes étrend alkalmazása mellett a beteg fokozatosan javult és 22 nappal később panaszmentes lett. Az egy héttel később készült felvételen (3. ábra) az oesophagus alsó szakasza még szűk, de könnyen átjárható.

2. V. J., 23 éves férfibeteg 5 év óta fennálló, időnként vérző fekélye miatt truncalis vagotomiát és Heinecke—Mikulitz-féle pylorus plasztikát végeztünk. A postoperatív szak 13. napján szilárd táplálék fogyasztásakor nyelési nehézség, enyhe mellkasi fájdalom lépett fel. A röntgenvizsgálat (4. ábra) az oesophagus alsó szakaszának szűkületét és a szűkület feletti rész enyhe tágulását mutatta.

Az említett therapiát alkalmazva a beteg feltűnően javult, és 11 nappal később panaszmentesen távozott.

A postvagotomiás dysphagia aetiologiai vonatkozásban három csoportra osztható, melyek a következők:

1. Az oesophagus distalis szakaszának vagalis denervációja.

2. Perioesophagealis inflammatio oedemával, vérzéssel, néha obstructiót okozó fibroticus elváltozással.

3. Postoperatív oesophagitis okozta dysphagia.

Ad 1. *Hwang és mtsai* (20), valamint *Jefferson és mtsai* (21) korábbi kísérletes munkáiból ismeretes, hogy kutyákban a tüdő-hilus magasságában végzett vagotomia után az oesophagus alsó szakaszának peristalticája elvész és a cardiospasmushoz vagy az achalasiához hasonló állapot fejlődik ki. Azon állatokon, ahol az idegeket a rekesz alatt vág-



2. ábra.

A nyelőcső alsó szakasza tölcészerűen beszűkült. A szűkület feletti rész tág. (Oldalirányú felvétel)

ták át, még átmeneti cardiospasmus sem fejlődött ki. *Hwang és mtsai* (20) kísérleti eredményei egyben azt is igazolják, hogy a cardiához menő vagusrostok az aortaívénél lépnek be az oesophagus falába, és itt lefelé haladva érik el a cardiát. *Elabuate és mtsai* (12) — akik az oesophagus manometriás technikáját kifejlesztették — szintén a sphincter területének átmeneti spasmusát észlelték, és azt a következtetést vonták le, hogy a spasmus nem az elsődleges idegi károsodás, hanem a műtéti trauma átmeneti következménye. *Carveth és mtsai* (6) vagotomia utáni manometriás méréssel szintén csak minimális változást észleltek a cardia sphincter területén. Ezen vizsgálati eredmények is arra engednek következtetni, hogy a transabdominalis vagotomia utáni dysphagia kialakulásában nem a vagalis denervatio károsodása az elsődleges factor. *Orlando és Bozymski* (23), *Blackman és mtsai* (4) klinikai beteganyagban, valamint *Binder és mtsai* (3) majmokon végzett vizsgálataik alapján szintén kétségbevonják a neurogén factor elsődleges szerepét, és nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a nem finom műtéti technika következtében létrejött oedemának és egyéb szöveti károsodásnak.

Szerzők többsége azonban egyetért abban, hogy a dysphagia kialakulásában az oesophagus alsó szakaszának beidegzési károsodása jelentőséggel bír. Az a tény, hogy a dysphagia a transthoracalis vagotomia után lényegesen gyakoribb, mint a subdiaphragmalis vagotomia után, szintén az idegi károsodás

dás elsődleges szerepe mellett bizonyít. *Guillory és Clagett* (15) véleménye szerint is a dysphagia leggyakoribb oka az oesophagus alsó szakaszának vagalis denervációja. *Harris és Miller* (17) azon esete is, ahol a dysphagia a postoperatív szak 34. napján lépett fel, sokkal inkább a sympathicus és parasympathicus beidegzési egyensúly megbomlásának mint a localis oedemának a következménye.

A vagalis denervatio okozta dysphagiás esetek száma csökkenthető, ha a vagotomiát — *Griffith* (13) javaslatának megfelelően — nem az oesophago-gastricus szöglet felett, hanem annak magasságában végezzük, mert így a sphincter működése nem vagy csak minimális károsodást szenved.

Ad 2. A dysphagia ezen formája a sebészi traumával hozható összefüggésbe. A nem kíméletes műtéti technika okozta szöveti oedema, oesophagus körüli vérzés, műtéti nehézséget okozó anatómiai variációk, mind olyan tényezők, melyek a dysphagia ezen formájának kialakulásához lehetőséget teremtenek (5, 7, 9, 17). Néha az a kiváltó ok, hogy a sebész — a komplett vagotomia elvégzése céljából — rutinszerűen kutat a nyelőcső falában húzódó kis vagusrostok után, és az oesophagus distalis szakaszát hosszú időn át és ismételten, erőteljesen lefelé húzza. Ez az intenzív és néha durva manőver nagyobb postoperatív reakciót vált ki, beleértve az oedemát és a vérzést is.

A fentiek arra figyelmeztetnek, hogy a sebész a vagotomia végzésekor kíméletesen és óvatosan



3. ábra.

A panaszok megszűnése után egy héttel készült felvétel. Az oesophagus alsó szakasza még kissé beszűkült, de könnyen átjárható



4. ábra.
A nyelőcső alsó szakasza egyenletesen sima széllel beszűkült, a kontrasztanyag számára könnyen átjárható

dolgozzon, mivel az *erőltetett vagotomia mintegy előfeltétele a postoperatív dysphagiának!*

Ritkán, de előfordulhat, hogy a dysphagia oka a *perioesophagealis fibrosis*, mely az oesophagus alsó szakaszának kiterjedt mobilizálása és idegi károsodása következtében jön létre. Az első ilyen szövdmény ismertetése Bruce és Smalltól (5) származik. A későbbiekben Postlethwait és mtsai (25), Guillory és Clagett (15), valamint Hoyumpa és mtsai (19) számoltak be hasonló komplikációról. Guiney és Mac Dermott (16) olyan esetet ismertetnek, ahol az oesophagus alsó szakaszának fibroticus obstrukciója a vagotomia után három évvel fejlődött ki. A műtét során lument szűkítő hegszövetet találtak. A szövettani vizsgálat idegentest-granulatiót mutatott, mely a lekötésre használt fonalakból származott, a nervus vagusok és a fibrosus szövet proliferációjával.

Ad 3. A vagotomia utáni oesophagitis okozta dysphagia ritka (15, 25). Kialakulása a következő tényezőkre vezethető vissza: nem kíméletes műtéti manipulatio az oesophagogastricus szögletben, beidegzési károsodás, huzamosabb időn át alkalmazott nasogastricus szonda a postoperatív szakban. Természetesen, ha a vagotomia következményeként hiatus hernia fejlődik ki — főleg, ha a vagotomia incomplett volt — reflux oesophagitis okozta dysphagia is lehetséges. A hiatus hernia azonban megelőzhető, ha a cardiát és a kiscső proximalis szakaszát a jobb rekeszsárhoz néhány öltéssel levarrjuk.

A dysphagia kiváltó oka lehet az is, ha a hiatus herniától való félelem miatt a reconstructiót túlzottan szorosan végezzük.

A postvagotomiás dysphagia *diagnózisa* részben a klinikai tünetek, másrészt a röntgen-, az oesophagoscopos és a manometriás vizsgálatok alapján lehetséges.

Klinikai tünetek: különös és jellemző sajátosága ezen komplikációnak, hogy a postoperatív szak 7. napja után, általában a 7—21. napon lép fel. Az is feltételezhető, hogy a dysphagia a műtét után azonnal kialakul, de a betegek addig nem panaszkodnak, amíg a nyelőcső nagyobb mértékben nincs használatba véve. Az első és legjellemzőbb tünet a *nyelési nehézség*, amely gyakran az első szilárd táplálék fogyasztása után lép fel. A későbbiekben a folyamat progrediálhat, és a folyadék nyelése is akadályozott lehet. Ez mindenkor függvénye a dysphagia súlyosságának és fajtájának. A teljes nyelési képtelenség ritka, főleg perioesophagealis fibrosis okozta dysphagia után fordul elő. A nyelési nehézséget kisebb vagy nagyobb fokú *fájdalom* vagy nyomásérzékenység kíséri a substernalis régióban, mely általában addig tart, amíg a lenyelt táplálék áthalad a szűkült szakaszon. A vagalis denervatio okozta dysphagia esetén a fájdalom enyhébb vagy hiányzik, és a dysphagia ezen formája viszonylag rövid idő alatt oldódik.

A nyelési nehézség és a fájdalom időtartama — a dysphagia fokától függően — néhány hét vagy néhány hónap.

A *röntgenvizsgálat* a nyelőcső alsó szakaszának, különböző hosszúságú, de általában rövid szakaszának, szűkületét és felette annak tágulatát mutatja. A sima szélek jellegzetes beszűkülése hasonló az achalasia képehez. A szűkült szakasz átjárhatósága összefüggésbe hozható a tünetek súlyosságával. A lumen széle — kivéve az oesophagitis okozta dysphagiát — sima felszínű, nyálkahártya-gyulladásra jellemző röntgentünetek nem láthatók.

Az *oesophagoscopos vizsgálat* során az érintett terület szűkülete látható, melynek átjárhatósága a dysphagia fajtájától és fokától függ. A vagalis denervatio okozta szűkület viszonylag könnyen, míg a perioesophagealis inflammatio vagy a perioesophagealis fibrosis következtében kialakult szűkület nehezen vagy egyáltalán nem átjárható. A nyálkahártya — az oesophagitis okozta dysphagiát kivéve — gyulladástmentes, normális macroscopos képet mutat.

Az *oesophagomanometriás vizsgálat* a nyelőcső motilitási zavarának regisztrálásán keresztül teszi lehetővé a dysphagia diagnosizálásának megerősítését. Segítségével a beidegzési zavar okozta dysphagia könnyen elkülöníthető annak egyéb fajtájától. Mivel ezen vizsgáló eljárással kapcsolatban sem kísérletes, sem klinikai tapasztalatokkal nem rendelkezünk, utalunk az idevonatkozó irodalomra (1, 3, 4, 6, 11, 12, 23).

A postvagotomiás dysphagia *kezelése* és *prognosisa* attól függ, hogy az neurogen ok vagy perioesophagealis oedema, haematoma vagy fibrosis következtében jött-e létre. A vagalis denervatio okozta dysphagia gyakran spontán megoldódik. Néha diéta (folyadék vagy folyékony pépes étrend

ülő helyzetben való fogyasztása), esetleg gyógyszeres kezelés (Tinct. Belladonna, Oxine, Cardilate, Xylocain stb.) vagy a ganglion coeliacum blokádja válhat szükségessé. A reflux oesophagitis okozta dysphagia esetén ezen therapia Antacid tablettával való kiegészítése kívánatos. Tágitásra csak ritkán kerül sor. Műtéti beavatkozás a dysphagia ezen fajtájánál nem ismeretes.

A perioesophagealis inflammatio vagy haematomia okozta dysphagia már komolyabb kezelést igényel. A diéta és az intenzív gyógyszeres kezelés mellett gyakran csak tágitással, de néha csak műtéti beavatkozással érhető el eredmény.

A postvagotomiás dysphagia legsúlyosabb formáját a perioesophagealis fibrosis okozza. Itt a gyógyszeres kezeléstől nem sok eredmény várható. A tágitás sikeres lehet, de néha csak átmeneti javulást okoz. Sikertelenség esetén egyedüli megoldás az újabb műtét, melynek a következő formáit alkalmazhatjuk: az oesophagus szűkült szakaszát a hegszövetrel együtt resecáljuk. A folytonosságot oesophagogastricus anastomosis készítésével állítjuk helyre. A praeparálást nagyon kíméletesen kell végezni, mivel a hegszövet az aortával is összekapcsolódik. A másik műtéti megoldás: a hegszövetet részben eltávolítjuk, és kiterjesztett Heller-féle myotomiát végzünk.

A postvagotomiás dysphagia egyelőre nem tartozik a gyakori szövödmények közé, de mivel a vagotomia a pepticus fekélyek sebészi kezelésében egyre inkább tért hódít, ezen komplikáció gyakoribb előfordulásával kell számolnunk. Éppen ezért e rövid közlemény célja, hogy felhívja a figyelmet az erőltetett vagotomia egyik nem kívánatos szövödményére, és a kíméletes sebészi technika fontosságára.

Összefoglalás. Szerző a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Sebészeti Klinikáján 274 vagotomizált betege közül két alkalommal észlelt panaszokat okozó postvagotomiás dysphagiát. Esetei

ismertetése és a rendelkezésére álló irodalom alapján foglalkozik a kórkép aetiológiájával, tüneteivel, diagnosisival és therapiájával. Felhívja a figyelmet a finom sebészi technika fontosságára, mely egyik előfeltétele a postvagotomiás dysphagia megelőzésének.

IRODALOM: 1. Anderson, H. A., Schlegel, J. F., Olsen, A. M.: *Gastroint. Endosc.* 1966, 12, 13. — 2. Beattie, A. D.: *Canad. Med. Ass. J.* 1955, 72, 510. — 3. Binder, H. J., Bloom, D. L., Stern, H., Solitare, G. B., Thayer, W. R., Spiro, H. W.: *Surgery.* 1968, 64, 1075. — 4. Blackman, A. H., Rakatansky, H., Nasrullah, M., Thayer, W. R.: *Ann. Surg.* 1971, 102, 6. — 5. Bruce, J., Small, W. P.: *J. Roy. Coll. Surg. Edinb.* 1959, 4, 170. — 6. Carveth, S. W., Schlegel, J. F., Code, C. F., Ellis, F. H.: *Surg. Gynec. Obstet.* 1962, 114, 31. — 7. Clark, C. G., Murray, J. G., Slessor, I. M., Wyllie, J. H.: *Brit. Med. J.* 1964, 2, 900. — 8. Clarke, S. B., Penry, J. B., Ward, P.: *Lancet.* 1965, 2, 824. — 9. Dagradi, A. E., Stempien, S. J., Seifer, H. W., Weinberg, J. A.: *Arch. Surg.* 1962, 85, 955. — 10. Dahm, K.: *Zbl. Chir.* 1968, 93, 1717. — 11. Edwards, D. A. W.: *Lancet.* 1970, 11, 90. — 12. Elabuete, E., Kelley, M. L., Schwartz, S. I.: *Surg. Gynec. Obst.* 1966, 123, 326. — 13. Griffith, C. A.: *Abdominal Operations.* Aphton—Century—Crofts Education Division. Meredith Corp. 1969. — 14. Grimson, R. S., Baylin, G. J., Taylor, H. M., Hesser, F. H., Rundles, R. W.: *JAMA.* 1947, 134, 985. — 15. Guillory, J. R., Clagett, O. T.: *Surg. Clin. N. Amer.* 1967, 47, 833. — 16. Guiney, E. J., Mac Dermott, E. N.: *J. Int. Coll. Surg.* 1960, 33, 297. — 17. Harris, J., Miller, C. M.: *Surgery.* 1960, 47, 568. — 18. Hendry, W. G.: *Surgery of the Stomach and Duodenum.* Edit.: Harkins, H. N., Nyhus, L. M., Little, Brown and Comp., Boston, 1969, 571. — 19. Hoyumpa, A. M., Morrison, J. T., Moskovitz, M.: *Amer. J. Gastroent.* 1972, 57, 133. — 20. Hwang, K. E., Hiram, E., Mann, F. C.: *Am. J. Physiol.* 1947, 149, 429. — 21. Jefferson, N. C., Phillips, C. W., Proffitt, M. M., Necheles, H.: *Am. J. Dig. Dis.* 1951, 18, 217. — 22. Moses, W. R.: *New Eng. J. Med.* 1947, 237, 603. — 23. Orlando, R. C., Bozymski, E. M.: *Am. J. Surg.* 1973, 126, 683. — 24. Pierandozzi, J. S., Ritter, J. H.: *Am. J. Surg.* 1966, 111, 356. — 25. Postlethwait, R. W., Kim, S. K., Dillon, M. L.: *Surg. Gynec. Obstet.* 1969, 128, 481. — 26. Williams, J. A., Woodward, D. A. L.: *Surg. Clin. N. Am.* 1967, 47, 1341.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az **ORVOSI HETILAP**-ot

Posta Központi Hírlapiroda Budapest, V., József nádor tér. Tel.: 180-850



Pécsi Orvostudományi Egyetem,
Gyermecklinika (igazgató: Varga Ferenc dr.)

Vele született részleges térdficam újszülöttkorban

Kaiser Éva dr., Weisenbach János dr.,
Rubecz István dr., Ötvös Ilona dr.
és Bodor András

Az intrauterin életben jelentkező kedvezőtlen mechanikai tényezők, valamint localis szalaggyengeség következtében jöhet létre. Relatív ritka fejlődési rendellenesség.

A kórképet 1834-ben írták le először. Különböző súlyossági fokok szerint genu recurvatum congenitum, subluxatio — luxatio genus congenita néven említik, mások szerint ezek az elváltozások ugyanazon fejlődési anomáliának különböző megjelenési formái. Egyes szerzők (1, 8, 10) kétoldali térdízületi ficamról írnak. Az esetek többségében egyéb fejlődési rendellenességgel, leggyakrabban vele született csípőficammal, 10⁰/₀-ban a láb fejlődési anomáliáival kombinálódhat (7).

A lányok arányát *Drehmann* (5) magasabbnak találta, *Niebauer* (15) 12 betege közül kilenc lány volt.

Magyar szerzők, *Forgon* és *Szentpétery* (6) három esetet ismertettek.

Aetiológiájával több szerző foglalkozott. Mechanikai tényezőként anyai trauma, kevés amnion folyadék, szűk intrauterin tér, a foetus kedvezőtlen fekvési helyzete, kényszertartása szerepelnek (5). A quadriceps femoris izomszövetének degenerációját a histológiai vizsgálatok igazolják. Helyi szalaggyengeség is szerepelhet a kiváltó okok között (17). Szóba jöhet a ligamentum cruciatum hiányának és a térd-flexorok bénulásának lehetősége. *Rechmann* (16), *Meyer* (14) a vele született térdelváltozást primaer képződménynek tartják. *Kopits* (11) szerint elsődleges az ízület hibás fejlődése, a mechanikai okok másodlagosak, éppen úgy, mint a luxatio coxae congenitában.

Az öröklés jelentőségét nehéz bizonyítani. *Niebauer* (15) 12 betege közül kettőben hasonló deformitásokra utaló családi történet szerepelt. *Magnus* (12), *McFarland* (13) több testvérben írtak le hasonló elváltozásokat, mely familiáris előfordulás és constitutionális ok mellett szólhat.

A térdízületben jellegzetes deformitás jön létre: a tibia előrecsúszik a femurhoz képest. Rotatoricus vagy laterális subluxatio kisebb-nagyobb mér-

tékben előfordulhat. A lábszár tengelye a femur tengelyéhez viszonyítva 20 fokos hyperextenzióban van. Amennyiben a patella kifejlődött, nem tapintható, ugyanis nemcsak fejletlen, hanem dislocált is. A musculus gastrocnemius teljes egészében laterálisan és distálisan helyezkedik el. Az idegek és erek funktiója nem zavart. Fibrosis is kialakulhat és a collateralis szalagok zsugorodása következtében a deformitás fokozódik.

Therapiásan *Niebauer* (15) konzervatív kezelést alkalmazott, húzatást, repositiót. A részleges ficamokban a repositio után a 45 fokban hajlított térdre körkörös gipszrögzítést alkalmaznak, a bőr maximális védelme mellett. Súlyos esetekben operatív beavatkozás is szóba jön, mely Kirschner-dróttal történő rögzítésben és in-plasticában valósulhat meg. Nem reponálható luxatiók esetében a quadriceps femoris reductióját végzik el, az esetek súlyosságától függően a térd egyes szalagjain és inain különböző plasticai műtéteket hajtanak végre (1).

Betegismertetés

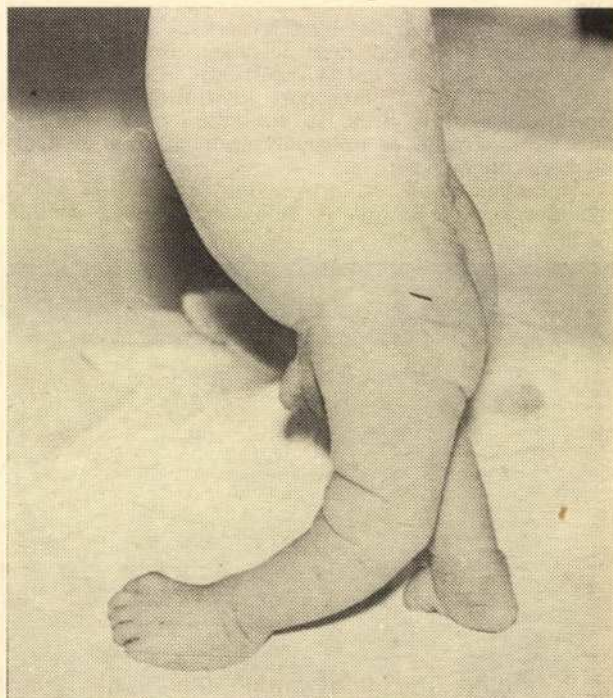
A. fiú a mater I. zavartalan graviditásából a 41. gestatiós hétre spontán szülésből 2920 g súllyal született. A súly és hossz percentilis értékei 10⁰/₀ alatt vannak. Családi anamnesisben vele született térdficamról nem tudnak.

A dysmaturus újszülött physicalis statusában a mellkasi, hasi szervek részéről kórosat nem találtunk. A bal térd anteflectált helyzetben van, az ellenkező oldalnál sorvadtabbnak látszik (1. ábra).

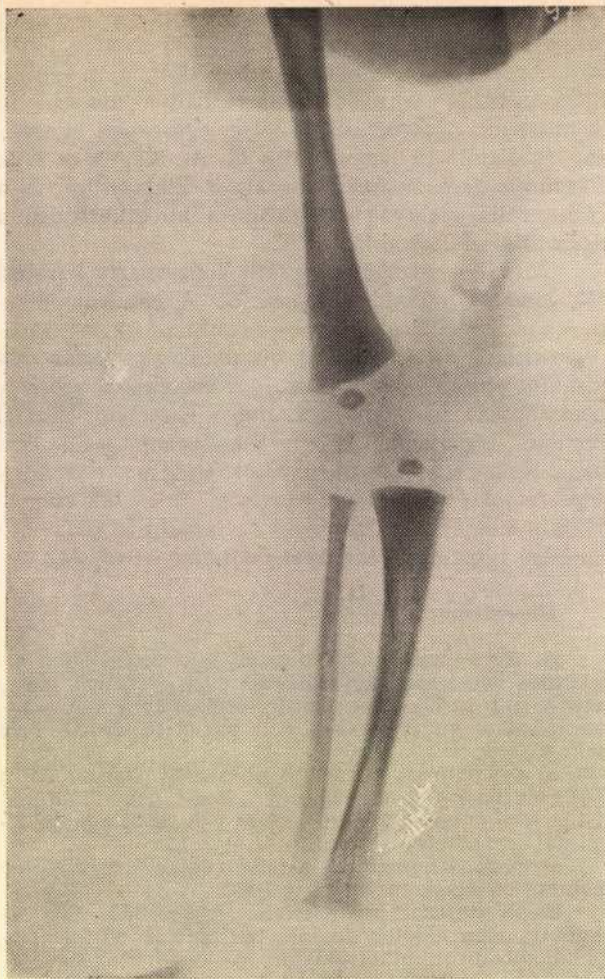
Orthopaed konzilium: a felső végtagok és a gerinc alakilag rendben, mozgások teljeseek.

Csípő statusa: aszimmetriás combredők. Lorenz-abductio jobb oldalon 70 fok, bal oldalon 50 fok. Ortolani negatív mindkét oldalon.

A bal térdben 10 fokos hyperextenziós tartás. Hyperextensio 50 fok. Flexio 30 fok. A tibia a femurhoz viszonyítva előrefelé sublaxált helyzetben tapintható, a sublaxált helyzet passzív zökkenés kíséretében megszüntethető.



1. ábra.

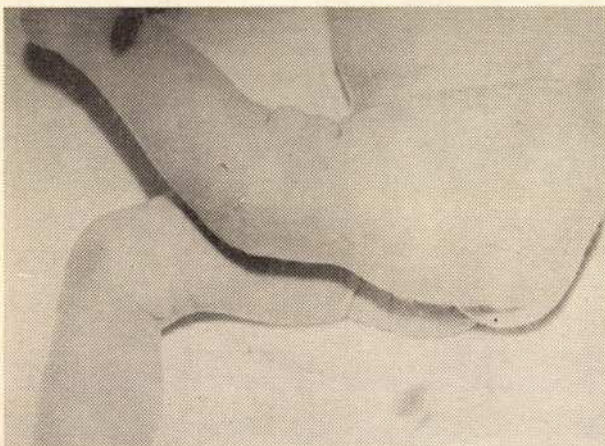


2. ábra.

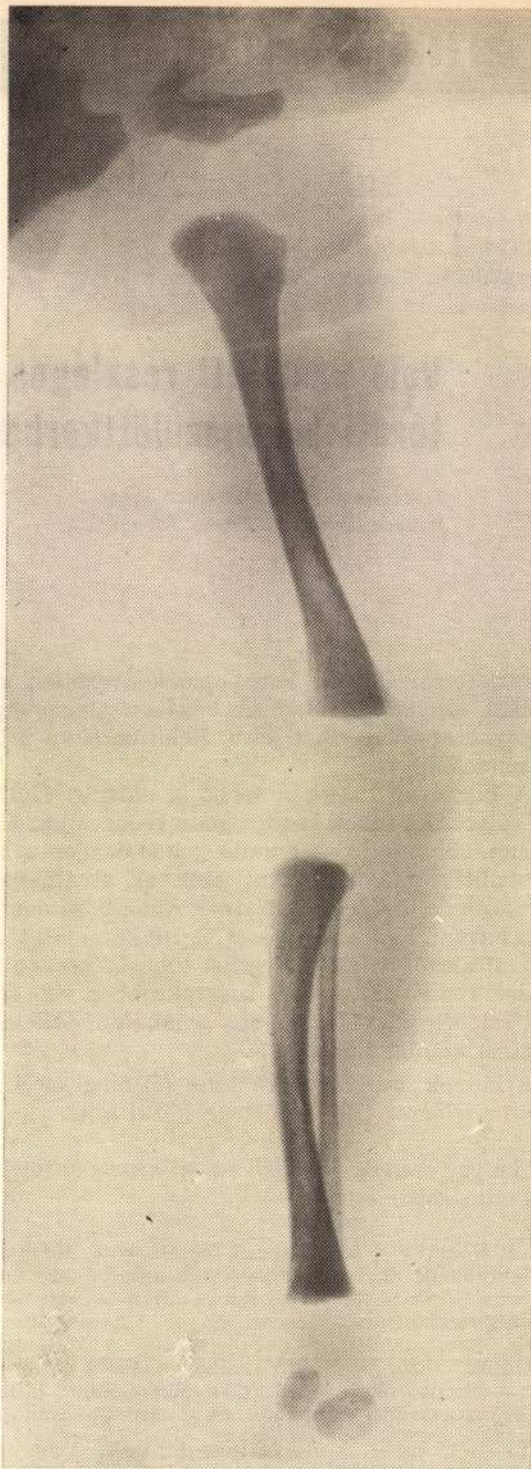
A bal patella felett a comb elülső felszínén két hártirányú bórredő látható (Pécsi OTE, Orthopaediai Klinika).

Neurológiai kórjel nincs. A vérkép, a vér biochemiai állandói kórosat nem jeleznek. Immundiffúziós vizsgálattal mindhárom vizsgált fő immunglobulint (IgG, IgA, IgM) a korcsoport kontrollnak megfelelő koncentrációban találtuk. A vizeletben hydroxyprolin, glucosaminoglucan és mucopolysaccharidok nem ürültek kóros mennyiségben.

A csípők rtg-vizsgálatakor mindkét ízületi vápát hypoplasiásnak találtuk. A jobb térdízületben a tibia



3. ábra.



4. ábra.

proximalis epiphysis magja normális helyzetben van. A bal térdízületben a tibia proximalis epiphysis magja, illetve a tibia előrefelé sublaxált helyzetben látható. A lábszár kifelé rotált helyzetben helyezkedik el (2. ábra).

Az újszülöttet kezelés céljából a Pécsi OTE Orthopaediai Klinikájára helyeztük át.

Cs. leány a mater II. toxamiás graviditásából spontán született 3050 grammal. Percentilis értékei: súly: 25—50%, hossz: 50%, fejkörfogat: 10% alatt. Hasonló megbetegedésről a családban nem tudnak.

Orthopaed konzilium:

A csípő-status: aszimmetriás combredők.

Tünetek	Veleszületett térdficam	Arthrogryposis multipl. cong.	Traumás lux., epiphyseolysis	Ehlers-Danlos (Dermatorrhexis)	Larsen syndroma
Jellemző arckifejezés	—	—	—	—	+
Szalaggyengesség	localis	—	—	általános + cutis laxa	általános
Ízületi mozgás és mozgathatóság	érintett térdben fokozott	korlátozott	kóros mozgathatóság minden irányban	általánosan fokozott	általánosan fokozott
Ficam	localis	több ízületre terjedő contractura	—	—	általánosan ±
Izomhypoplasia	—	+	—	—	—
Gerinc fejlődési rendellenességek	—	±	—	—	+

A bal alsó végtag rövidebbnek tűnik, kirotatióban van. Lorenz-abductio a bal csípőben 50 fok, a jobb csípőben 75 fok. Mindkét trochanter tömegesebb tapintatú. Ortolani-tünet mindkét oldalon negatív, a csípőkre vonatkoztatva.

A jobb térd negatív, kóros mozgás nincs.

A bal térdben 30 fokos hyperextensio vihető ki, flexio teljes. A bal térd felett a comb alsó distális harmadában elől harántirányú bőrredők. A tibia proximális része előrefelé irányuló sublaxált helyzetben tapintható (Pécsi OTE, Orthopaediai Klinika) (3. ábra).

Az újszülött physicalis vizsgálata során egyéb szervek részéről kóros eltérést nem találtak.

A csípők rgtg-vizsgálatakor mindkét csípőízületi vápát, különösen a baloldalt laposnak, síkját meredekebbnek találtuk.

A bal térd rgtg-vizsgálatakor a térdízületben a tibiát ventrális irányban luxált helyzetben és befelé rotált helyzetben találtuk (4. ábra).

A lágyrészek rgtg-vizsgálatakor az izomkötegek és a subcutis árnyékának szélességét normálisnak észleltük.

A rutin laboratóriumi vizsgálatokkal normális értékeket kaptunk, hasonlóan a kor szerinti normális határon volt a hypdroxyprolin-, glucosaminoglucan- és a mucopolysaccharida-ürítés. A serum három fő immunoglobulinjának vizsgálata nem utalt perinatalis infectióra. Kezelés céljából a Pécsi OTE Orthopaediai Klinikájára helyeztük.

Megbeszélés

A vele született térdficam relatív ritkasága miatt elsősorban az elkülönítő kórisme miatt jelenthet problémát már az újszülöttkorban. Néhány fontosabb kórképtől kell elkülönítenünk, melyeket táblázatban foglaltunk össze.

Az ismertetett két újszülött családjában familiáris előfordulást igazolni nem tudtunk. Az öröklődés szabályszerű jelenségéről nem számolnak be az irodalomban, de egyes szerzők egy család több tagján is hasonló elváltozásokat észleltek (3, 12, 15).

Mindkét esetünkben a vele született részleges térdficam egyoldali volt, mindkettőben hypoplasia coxae társult a térdfejlődési anomáliához. Más ízületben és csonton elváltozás nem volt, egyéb fejlődési rendellenesség sem fordult elő.

A mucopolysaccharidok, a hypdroxyprolin és a glucosaminoglucan-ürítésben kórosat nem észleltünk, ez is annak bizonyítéka, hogy nem általános jellegű kollagenanyagcsere-zavarról van szó. Barta és mtsai (2) még általános szalaggyengességgel járó Larsen-syndromában sem találták ezeket fokozottnak.

A kórkép részletes therapiás lehetőségeit a szakirodalom tárgyalja (4, 6, 9, 14, 15). Ismertetett két betegünk kezelését a Pécsi OTE Orthopaediai Klinikája végezte. A therapiás eredmények csak később mérhetők le.

Összefoglalás. Szerzők két újszülöttben vele született részleges térdízületi ficamot észleltek. Röviden áttekintették a kórkép irodalmát.

IRODALOM: 1. Baker, H. F.: Lancet. 1951, 2, 1881. — 2. Barta O., Bellyey A., Kránicz J.: Orv. Hetil. 1973, 114, 2723. — 3. Bloch, Cl., Peck, H. M.: J. Mount Sinai Hosp. 1965, 32, 607. — 4. Clayburgh, B. J., Henderson, E. D.: Proc. Mayo Clin. 1955, 30, 396. — 5. Drehmann, G.: Z. Orthop. Chir. 1900, 7, 459. — 6. Forgon, M., Szentpétery J.: Arch. Orthop. Umfall-Chir. 1961, 52, 599. — 7. Giordani, G.: Minerva ortop. (Torino) 1958, 9, 326. — 8. Grossman, J.: Med. J. and Rec. 1927, 125, 189. — 9. Guiswold, A. S.: J. Bone Jt. Surg. 1927, 9, 628. — 10. Keizer, P. R.: Nourisson. 1933, 21, 359. — 11. Kopits, E.: Arch. orthop. Umfall-Chir. 1925, 23, 593. — 12. Magnus, F.: Dtsch. Z. Chir. 1905, 78, 555. — 13. McFarland, A. G.: Brit. J. Surg. 1947, 34, 388. — 14. Meyer, M.: Z. Orthop. Chir. 1908, 22, 563. — 15. Niebauer, J. J., King, E.: J. Bone Jt. Surg. 1960, 42—A, 207. — 16. Rechmann, L.: Arch. orthop. Umfall-Chir. 1914, 13, 227. — 17. Verth, T.: Dtsch. Z. Chir. 1910, 102, 584.

Somogy megyei Tanács Kórháza, Kaposvár,
Sebészeti Osztály (főorvos: Dettre Gábor dr.)
és Röntgenosztály (főorvos: Iliev Ilia dr.)

Gyomorcsomkolás során alkalmazott jejunum-interpositio röntgenképe

Rozsos István dr. és Barton Attila dr.

Kirekesztett jejunum-kacs gyomorsebészeti felhasználására korábban már történtek próbálkozások, alkalmazásának reális feltételeit azonban a műtéli kockázat csökkenése teremtette meg. Napjainkban e módszert a gyomor teljes kiirtása után, a gyomor csomkolásával egyidejűleg (1, 2, 5, 8, 9) és az úgynevezett postresectiós panaszok orvoslására alkalmazzák (4, 6). Jejunum-interpositióval végzett gyomorcsomkolás röntgenképe a „hagyományos”-tól eltérő viszonyokat mutat. A röntgenes jól ismeri a Billroth-műtétek utáni jó, vagy nem kielégítő működés radiológiai vonatkozásait, nemegyszer azonban a műtéli leírás részletes ismerete nélkül kénytelen a már operált gyomor vizsgálatát elvégezni. A gyomorcsomkolás során alkalmazott jejunum-interpositio ma még nem sorolható a rutin műtétek közé és e körülmények miatt látszott érdemesnek e módszer után kialakult radiológiai vonatkozású adatok ismertetése.

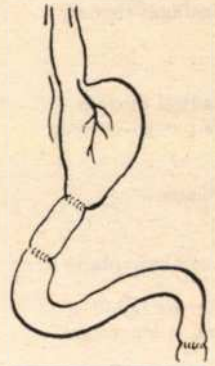
A gyomorcsomkolás alkalmazásában az ötvenes évekig alapvető változás nem történt. A nagy számú műtéli módosítás lényegében nem tért el a billroth-i alapelvektől. *Moroney* (5) 1951-ben a harántvastagbél, *Henley* (3) pedig a jejunum kirekesztett szakaszát a gyomorcsomk és nyombél közé ültette. E megoldás teremtette meg a pótlásos gyomorcsomkolás alapjait, amelynek előnye, hogy kiiktatja a Billroth-műtétek hátrányait és egyesíti azok előnyeit. Nevezetesen e módszer nem szab hátrált a csomkolás kiterjesztésének és ugyanakkor a tápcsatorna folytonosságát a nyombél kiiktatása nélkül állítja helyre. E kérdés klinikai vonatkozásaival nem kívánunk most foglalkozni, hanem csak az osztályunkon alkalmazott műtétek radiológiai vonatkozásait ismertetjük. Az 1. ábrán osztályunkon alkalmazott műtéli megoldások vázlatos rajzát tüntettük fel. Az utolsó két megoldás saját módszer, amit szükség szerint vagotomiával kombinálunk (8).

Esetismertetés

A *Szutrély* és *Máriaföldey* (9) által végzett Henley-műtét radiológiai vonatkozásait *Réthelyi* (7) ismertette, ezért e kérdéssel nem foglalkozunk. A Henley- és Hedenstedt-műtét lényegében csak abban különbözik,



HENLEY

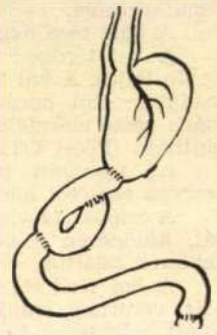


HEDENSTEDT



SAJÁT

1. ábra.



SAJÁT

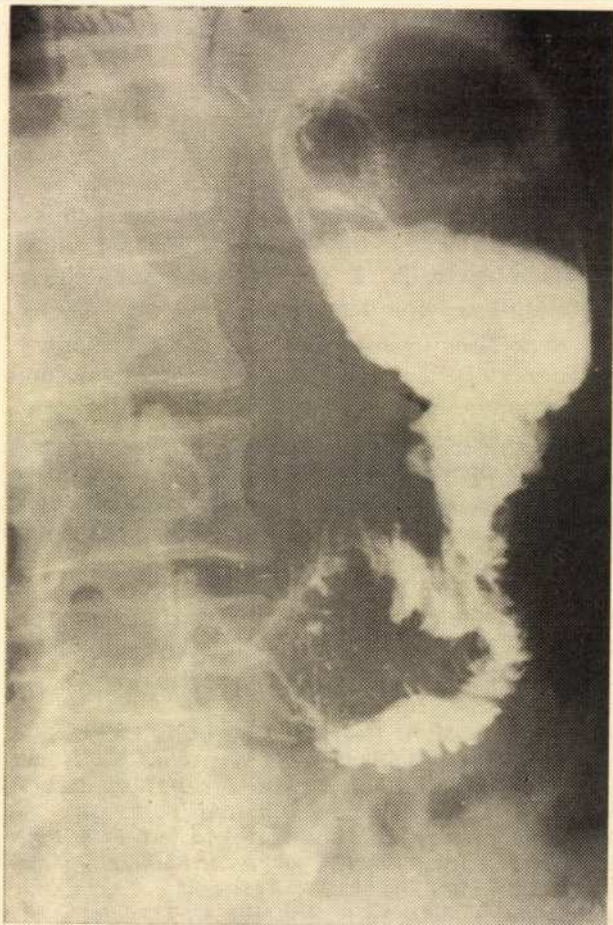
hogy utóbbi a jejunum interpositióval egyidejűleg vagotomiát végez. Hedenstedt-műtét után 3 évvel készült felvételt mutat a 2. ábra. A felvételen jól megítélhető a kontrasztanyag folyamatos ürülése az interpositumba, majd onnan a nyombélbe. Az elfogyasztott három deciliter kontrasztanyag a vizsgálat alatt a csomkból és az interpositumból folyamatosan kiürült.

A nyombél ritmikus telítődésének biztosítására és a gyomorcsomkból történő ürülés lassítására a Henley-műtétet nyombél előtti hurokképzéssel módosítottuk (8). A továbbiakban e műtéli megoldással operált beteganyagból néhány röntgenképet mutatunk be.

T. J., 55 éves férfibeteg műtét előtti kórisméje ulcus ventriculi volt. A műtét után készült felvételt a 3. ábra mutatja, a röntgenvizsgálat lelete a következő volt: gyomor-resectio utáni állapot. A His-szög megtartott. A gyomorcsomk és nyombél között jejunum-interpositum, melynek distalis harmadán hurkot képeztek. A hurok alsó szakasza isoperistalticus. A pép a csomkból azonnal ürül: egy része az interpositum alsó száján keresztül a duodenumba jut, a másik része a hurok felső — antiperistalticus — szakaszán keresztül az alsó szájba kerül. A jejunum-hurok előtti részben a pép a vizsgálat alatt kisebb-nagyobb mennyiségben tárolódik és szakaszosan jut tovább a hurokba. A duodenum telődése szakaszos. A három deciliter báriumpép elfogyasztása után 30 perccel elvégzett ürülésviz-



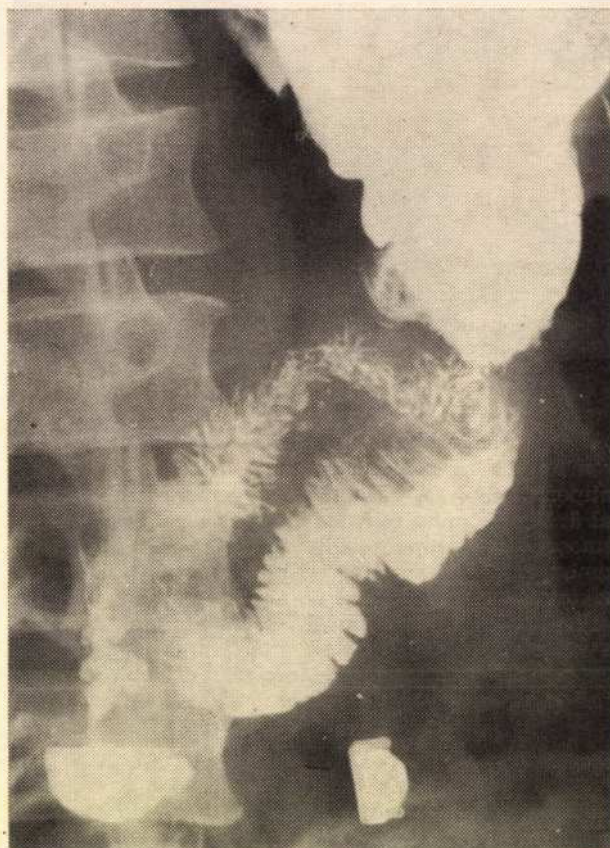
2. ábra.



3. ábra.

gálat során a kontrasztanyag egyharmad része a gyomorcsoncban helyezkedik el. Az interpositum hurok részében még bárümpép figyelhető meg.

S. J., 42 éves férfi, műtét előtti dg.: ulcus duodeni. Gyomor rtg-vizsgálat. Gyomor-resectio utáni állapot. A His-szög nem változott. A gyomorcsonc és nyombél közé mintegy 30 cm hosszú jejunum-kacsot interponáltak úgy, hogy a hurok cranialis szára iso-, caudalis szára anti-peristalticus. A kontrasztanyag a csoncból a jejunum felső isoperistaltikus szakaszába jut, ott hosszabb ideig stagnál. Két-három korty pép elfogyasztása után sem figyelhető meg a duodenum telődése. Az interpositum a kontrasztanyagot jól tartja. Később az isoperistaltikus részből az antiperistaltikus hurokrész telődik, a duodenumban csak ezután jelenik meg a pép. A hurokrészben jól megfigyelhető a pép circulations mozgása, a hurok előtti jejunumban kifejezett tárolás látható. A duodenum telődése ritmikus. (4. ábra). A 30 perces ürülés vizsgálata során a három deciliter bárümpépnek kb. a fele a gyomorcsoncban helyezkedik



4. ábra.

el. Az interpositum hurokrészének antiperistaltikus szakaszában kontrasztanyag figyelhető meg.

B. J., 36 éves férfi, műtét előtti dg.: ulcus duodeni. Gyomor rtg-vizsgálat: gyomor-resectio utáni állapot jejunum interpositióval. Normális His-szög. A csonc és a duodenum közé interponált jejunumot hurok alakban képezték ki. A pép a gyomorcsoncából az interpositum alsó isoperistaltikus szakaszába, onnan részben a hurok felső antiperistaltikus részébe; részben szakaszosan a duodenumba jut. Az interpositum a kontrasztanyag cirkulációját előidézve, bizonyos mértékig tároló funkciót mutat (5. ábra). A három deciliter kontrasztanyag elfogyasztása után 30 perccel a bárümpép mintegy egyharmad része a gyomorcsoncban helyezkedik el. Az interpositumban relief-telődésnél több, a duodenumban relief-telődést mutató kontrasztanyag látható.

K. J.-né, 60 éves nőbeteg, műtét előtti dg.: carcinoma ventriculi. A gyomorcsonc és a duodenum közé



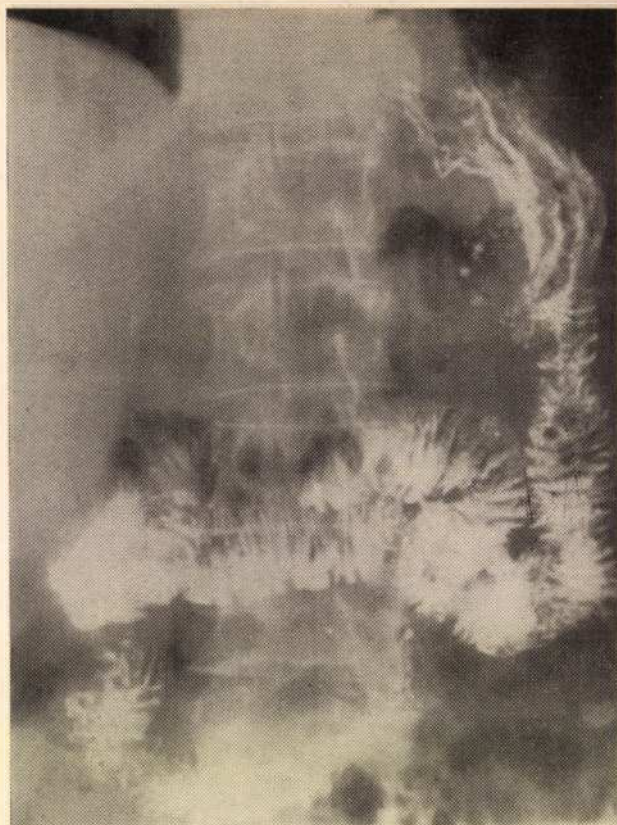
5. ábra.

kb. 20—25 cm-es jejunumszakaszt interponáltak, amelyen hurkot képeztek. A hurok alsó szára iso-, a felső antiperistaltikus. A bárümpép a gyomorcsomkból azonnal ürül a jejunum felé, majd annak alsó szárában huzamosabb ideig tartózkodik. Innen részben a duodenumba, részben az antiperistaltikus szárba jut. A duodenum telődése szakaszos (6. ábra). A három deciliter bárümpépből 30 perc múlva a csomkban csak minimális mennyiség található. Az interpositum hurokrészének mindkét szára relief-telődés alatt bővebb mennyiségű kontrasztanyagot tartalmaz.

Megbeszélés

„Pótlásos gyomorcsomkolás” után a has nativ átvilágításkor a gastro-jejunalis anastomosis tájékán néha diónyi levegősapka figyelhető meg. Ez nem varratelégtelesség jele, hanem olyan esetekben fordul elő, amikor a gyomor és interpositum között „vég az oldalhoz” anastomosis készült (6. ábra). Kiemelendő, hogy a gyomorvizsgálatok a His-szöget minden esetben változatlanul találták. Az interpositum hurok előtti szakasza gyakran tároló jellegű működést mutatott, ennek ellenére refluxot nem észleltünk. A duodenum előtti hurok az ürülést lassította és a pépet szakaszosan juttatta a duodenumba. A műtét utáni szakban varratelégtelességet, anastomosisra utaló radiológiai tüneteket nem észleltünk. Vizsgálataink során egy esetben sem figyeltük meg, hogy az interpositum antiperistaltikus hurokrésze orális irányból telődött volna.

A pótlásos gyomorcsomkolás előnye, hogy alkal-



6. ábra.

mazása nem szab határt a csomkolás kiterjesztésének, a tápesatorna folytonossága pedig a nyombél kiiktatása nélkül állítható helyre. A nyombél eredeti helyzetében marad és a His-szög nem széleseedik ki. A nyombél előtt képzett bélhurok a kontrasztanyagot szakaszosan juttatja a nyombélbe, a táplálék jobb keveredését és a nyombél ritmikus telődését biztosítva. Ugyanakkor a gyomor kiürülése lassúbbá válik. E szempontok érvényesülését bemutatott eseteink demonstrálják.

A pótlásos gyomorcsomkolás a „hagyományos” módszerektől eltérő viszonyokat mutat. Mivel a pótlásos gyomorcsomkolás nem sorolható a rutinszerűen végzett műtétek közé, e műtétek utáni radiológiai viszonyok nem széles körben ismertek. Ezért érdemesnek látszott néhány esettel illusztrált közlemény formájában ismertetni a pótlásos gyomorcsomkolás röntgenképét.

Összefoglalás. Szerzők a kaposvári kórház sebészeti osztályán alkalmazott pótlásos gyomorcsomkolás radiológiai vonatkozásait ismertetik.

IRODALOM: 1. Hedenstedt, S.: Acta Chir. Scand. 1959, 117, 295. — 2. Hedenstedt, S.: Acta Chir. Scand. 1963, 125, 518. — 3. Henley, F. A.: Brit. J. Surg. 1952/53, 40, 118. — 4. Herrington, J. L.: Ann. Surg. 1965, 162, 789. — 5. Moroney, J.: Lancet. 1951, 1, 993. — 6. Poth, E. J.: Ann. Surg. 1964, 160, 448. — 7. Réthelyi J.: Magyar Radiol. 1959, 11, 88. — 8. Rozsos I.: Acta Chir. hung. (közlés alatt) — 9. Szutrély A., Máriaföldy M.: Magy. Seb. 1958, 11, 241.

Országos Bőr és Nemikórtani Intézet
(igazgató: Király Kálmán dr.)

A gonorrhoea szövődményeiről

Faragó Ferenc dr.

A gonorrhoea (go) kezelése a szulfonamidok és antibiotikumok felfedezése óta gyakorlatilag megoldott, a megbetegedések száma mégis emelkedik, a terjedést elősegíti, hogy gyakran tünet-, ill. panaszmentes a fertőzés.

A hosszú ideje fennálló go nemcsak a környezet, ill. szexuális partnerek számára jelent veszélyt, hanem a kórokozó szóródásának lehetősége miatt a beteg számára sem közömbös. A go secundaer manifestációinak vizsgálatáról mind több közlemény számol be. Nagy beteganyagban végzett felmérés szerint a go-s betegek 1,9 százalékában találták meg a disseminatio tüneteit. A tüneteizény go főleg nőknél fordul elő, így érthető gyakoribb másodlagos megbetegedésük (nők 3,0, férfiak 0,7%) (3).

A rendszerint jóindulatú betegség diagnózisának felállításához elengedhetetlenül szükséges az egyes szakterületek specialistáinak és a venerológusoknak együttműködése (3, 13). Gyakori a téves diagnózis, így például ismeretlen eredetű benignus bacteriaemia, vírus infectio, benignus reumás láz, reumatoid arthritis, SLE stb. (3, 19). Go-s etiológiára kell gondolnunk jellegzetes klinikai kép esetén, vagy ha az egyéb kórokokat kizártuk.

A betegek fertőzésükről csak ritkán tudnak, így az anamneszticus adatokból a betegség eredetére felvilágosítást nem mindig kapunk!

Az alábbiakban röviden összefoglaljuk a gonococcus septicaemia manifestációit, melyek közül több is előfordulhat egy betegen.

Bőrelváltozások

A bőrelváltozások a szóródó gonococcus infectio következményei, hypersensibilisatio vagy septicus embolisatio következtében jönnek létre (1, 2, 4, 16, 19). Praedilectiós helyei a végtagok distalis ízület feletti területein vannak, számuk rendszerint 2—9 között változik, egyidejűek vagy visszatérők. Az elsődleges elváltozás erythemás vagy haemorrhagiás papula, amelyen vesicula vagy pustula alakul ki. Az elváltozás centruma nekrotizálódik, majd pigmentációval gyógyul.

A friss folyamat szövettani képe intraepidermális pustula az epidermális sejtek nekrozisával, a dermális gyulladást neutrofil, lymphocytá, hystiocytá infiltratio jellemzi (11).

A go következtében kialakuló bőrelváltozásokhoz gyakran intermittáló láz és arthralgia társul, ezt a tünetegyüttest „gonococcus dermatitis syndromának” nevezik (9).

Arthritis

Az arthritis már régóta közismert komplikációja a go-nak. Létrejöttében szerepet játszik a rendszerint genitális focusból szóródó baktérium, ill. baktérium antigen. A go-s arthritisnek ezért két típusát különböztetjük meg (17).

1. *Monoarthricularis típus*: fájdalmas ízületi duzzanat, purulens exsudatummal, melyből a gonococcus kitenyészthető (az esetek kb. 25%-a) (7).

2. *Polyarthricularis típus*: az ízületi fájdalmakat csak minimális duzzanat kíséri, a punctatumból kórokozót kitenyészteni nem sikerül.

A tünetek kialakulását elősegíti a menstruáció, melynek rendszerint első-harmadik napján, ill. a terhesség, melynek a harmadik trimesonjában sokkal gyakoribb a disseminatio (7, 15).

Kismencedei gyulladás

A gonococcus infectio a cervixből az uterusba terjedve átmeneti endometritist okoz, melynek következtében rendetlen menses alakult ki. A gyulladás, rendszerint bilaterálisan, a tubákba terjed tovább.

A fertőzés további terjedésével a kórokozók kijutnak a peritoneumra és peritonitist idézhetnek elő (24).

Gyakran képződik abscessus, melynek két típusa van:

1. a Douglas-üregben levő folyamatnak nincsenek jellegzetes tünetei, a hőmérséklet emelkedett, fizikálisan fluktuáló resistencia észlelhető.

2. A tubo-ovariális abscessus lehet egy- vagy kétoldali, az acut salpingitis tüneteivel.

Az acut salpingitis az esetek többségében go-s eredetű. A kétoldali folyamat — különösen elégtelen kezelés esetén — oka lehet a sterilitásnak.

Carditis

A szív érintettsége a go disseminációjának leg-súlyosabb, gyakran életveszélyes complicációja. A virulens gonococcus cardialis károsító hatása a staphylococcus, pneumococcus és a haemolizáló streptococcus eredetű acut fulminans endocarditissnél enyhébb, de súlyosabb a Streptococcus viridans által okozott chronicus folyamatnál.

A gonococcalis endocarditis szerencsére ritkán fordul elő, de viszonylag gyakori az EKG eltérés (15).

Conjunctivitis

A go-s conjunctivitis elsősorban az újszülöttek betegsége, felnőtteknél ritkán fordul elő. A fertőzés

rendszerint a szülés alatt következik be. [Hazánkban is előfordul! (21).] A go-s conjunctivitist többnyire diagnózis nélkül kezelik. Az inkubációs idő általában három nap, de egy és tizenhárom között változhat (26).

Stomatitis

A gonococcus pharyngealis előfordulása közismert. Orális fertőzéssel kapcsolatosan stomatitises váladékból is sikerült kimutatni a gonococcust mint a megbetegedés okát (25).

Az első tünetek néhány nappal a fertőzés után jelentkeznek. A száj nyálkahártyáján viszkető, égő érzése támad a betegnek, majd erodált területek alakulnak ki a buccalis áthajlásban és a gingiva facialis oldalán, melyek sárga lepedékkel fedettek.

A gonococcus pharyngealis előfordulása alapján feltételezhető, hogy a go-s stomatitis gyakoribb, mint az eddig közölt néhány eset alapján gondolnánk.

Meningitis

A gonococcus eredetű meningitis hasonló az egyéb baktériumos meningitisekhez és gyakran utánozza a meningococcus infectio tüneteit (5, 27). Az elkülönítés csak laboratóriumi módszerekkel lehetséges (cukorbontás, serologia).

Perihepatitis

A nők kismencedei megbetegedését követően alakul ki a perihepatitis. A fertőzés következtében többnyire adhaesiók képződnek a máj és a parietalis peritoneum között. Tünetei a has nagyfokú érzékenysége az epehólyag és a májszél fájdalmassága, átmeneti cholecystographiás és máj-functió elérések (9, 10, 18, 20).

Az etiológia igazolása

A kórokozó kimutatása történhet mikroszkopos vizsgálattal, tenyésztéssel és immunfluorescens módszerrel.

Mikroszkopos vizsgálat a diagnózis felállításának legegyszerűbb és legkevésbé megbízható módszere, mivel a tüneteire csak ritkán találunk. A Gram-festés feltétlenül indokolt. Megbízhatóbb módszer hiányában *tenyésztés* a viszonylag egyszerű és eredményesen alkalmazható eljárás a gonococcus kimutatására. Fontos a megfelelő táptalaj kiválasztása, mivel a társflóra gyakran túlnövi a kisszámú kórokozót, különösen chronicus megbetegedések, illetve rectalis vagy pharyngealis váladékok esetén.

Három táptalajtípust különböztetünk meg:

1. Antibiotikummentes szilárd táptalajra többnyire közvetlenül oltjuk a genitális váladékot (pl. Amies).

2. Antibiotikumot tartalmazó táptalajra a társflórával erősen szennyezett rectalis, pharyngealis és esetenként a genitális váladékot (pl. Thayer—Martin).

3. Transzport táptalaj lehet antibiotikum nélküli, mely a baktériumokat életben tartja (Stuart)

és antibiotikumot tartalmazó (Transgrow), melyen a kórokozó megfelelő hőmérséklet esetén szaporodik.

Az *immunfluorescens* módszer speciális berendezést igényel, különösen a kórokozó bőrelváltozásból történő kimutatása esetén van nagy jelentősége, amikor egyéb módszerektől csak ritkán várhatunk eredményt.

A gonococcus kimutatása

A kórokozó kimutatásának feltétele, hogy a vizsgálati anyagot olyan helyről vegyük, ahol a gonococcus valószínűleg található.

A complicatio létrejöhet:

1. Közvetlen fertőzés
2. lokális góc haematogen szóródása a) gonococcus, b) gonococcus antigénjei.

1. A conjunctivitis és stomatitis esetén közvetlen érintkezés útján jön létre a fertőzés, így a kórokozót elváltozásból vett váladékból mutatjuk ki. A stomatitissel kapcsolatban már említettük, hogy a gonococcus pharyngealis előfordulása közismert, oro-genitalis contactus útján jut oda. A fertőzött nők 10,0—11,3, a heterosexuális férfiak 5—7, a homosexuális férfiak 25 (!) százalékának a torkából sikerült a kórokozót kimutatni, sőt az esetek 14,5 százalékában csak ott, gyakran tünetmentesen vagy lázas tonsillitis okaként (6, 22).

2. A szövődményeket okozó lokális gócot rendszerint az ano-rectalis vagy urogenitalis régióban találjuk meg (15). A fertőzés a nők 60—90, a férfiak 5—15 százalékánál tüneteire csak tenyésztéssel igazolható (19, 23). A gonococcus szóródása esetén az elváltozásokból és a vérből rendszerint sikerül a kórokozót kitenyészteni. A gonococcus antigének szóródása után kialakult szövődményekből természetesen nem tudunk kimutatni baktériumot.

Az utóbbi években genitális váladékból és „steril” synovialis exsudatumból sikerült kitenyészteni a gonococcus L formáját (11, 14). Ezen megfigyelések a továbbiakkal megerősítve kérdéssé tehetik, ill. kiegészíthetik a go-s szövődmények kialakulásának pathomechanizmusáról alkotott eddigi elképzeléseinket (15).

Terápia

A go kezelésére a penicillin jól bevált — bár a dózist egyre fokozni kell — napjainkban is eredménnyel adható.

A chronicus, ill. tüneteire go szövődményeinek kezelésére napjainkban is penicillint adunk, a beteg állapotától függően napi 2—10 M E-et a teljes klinikai, ill. bakteriológiai gyógyulásig. Penicillinérzékeny betegek rendszerint tetracyclint kapnak (első adag 1,5 g, majd napi 2 g). A penicillinre való gyors gyógyulás go-s szövődmények esetén diagnosztikus jelentőséggel bír.

Összefoglalás. Panaszmentes gonorrhoea a fertőzött nők 60—90, a férfiak 5—15%-ában fordul elő. A betegek fertőzésükről nem tudnak, így környezetüket veszélyeztetik, és lehetőség van szövődmény kialakulására. Irodalmi adatok szerint az összes go-

norrhoeások 30%-ában találhatók meg a komplikációk (bőrelváltozások, arthritis, kismencedei gyulladás, carditis, conjunctivitis, stomatitis, meningitis, perihepatitis). Az egyéb etiológiai tényezők kizárása után gondolni kell a gonococcusos eredetre.

A gonococcus kimutatása ezekben az esetekben többnyire csak tenyésztéssel sikerül. A terápia nagy dózísú penicillin (2–10 M E naponta a gyógyulásig) vagy túlérzékenység esetén tetracyclin.

A gonorrhoea szövödményeinek felderítése csak akkor sikerül, ha az egyes szakterületek orvosai megfelelően együttműködnek a venerológussal.

IRODALOM: 1. Abu-Nasser, H. és mtsai: Arch. Intern. Med. 1963, 112, 145. — 2. Ackerman, A. B. és mtsai: Arch. Dermat. 1965, 91, 227. — 3. Barr, J., Danielsson, D.: Brit. Med. J. 1971, 1, 482. — 4. Bjönberg, A., Gisslen, H.: Brit. J. vener. Dis. 1966, 42, 100. — 5. Branham, S. E. és mtsai: JAMA. 1938, 110, 1804. — 6. Bro-Jorgensen, A., Jensen, T.: Brit. J. vener. Dis.

1973, 49, 491. — 7. Cooke, C. L. és mtsai: JAMA. 1971, 217, 204. — 8. Curtis, A. H.: JAMA. 1930, 94, 1221. — 9. Danielsson, D., Michaelsson, G.: Acta Dermatovener. 1966, 46, 257. — 10. Fitz-Hugh, T.: JAMA. 1934, 102, 2094. — 11. Fred, H. L. és mtsai: Arch. Intern. Med. 1965, 115, 191. — 12. Gnarpe, H., Wallin, J.: Brit. J. vener. Dis. 1973, 49, 505. — 13. Harris, J. R. W. és mtsai: Brit. J. vener. Dis. 1973, 49, 42. — 14. Holmes, K. K. és mtsai: New Eng. J. Med. 1971, 284, 318. — 15. Holmes, K. K. és mtsai: Ann. Intern. Med. 1971, 74, 979. — 16. Kahn, G., Danielsson, D.: Arch. Dermat. 1969, 99, 421. — 17. Keiser, H. és mtsai: New Eng. J. Med. 1968, 279, 234. — 18. Kinball, M. W., Knee, S.: New Eng. J. Med. 1970, 282, 1082. — 19. Király K.: WHO/VDT/RES/GON/73. 81. — 20. Lassus, A., Kousa, M.: Brit. J. vener. Dis. 1973, 49, 48. — 21. Lengyel B.: személyes közlés. — 22. Ödegaard, K., Gundersen, T.: Brit. J. vener. Dis. 1973, 49, 350. — 23. Pariser, H.: Med. Clin. N. Amer. 1972, 56, 1127. — 24. Rankin, J. S.: Mod. Treatment. 1970, 7, 756. — 25. Schmidt, H. és mtsai: Acta Derm.-Venereol. (Stockh.) 1961, 41, 324. — 26. Schofield, C. B. S., Shanks, R. A.: Brit. Med. J. 1971, 1, 257. — 27. Swierczewski, J. A. és mtsai: Amer. J. Clin. Path. 1970, 54, 202.

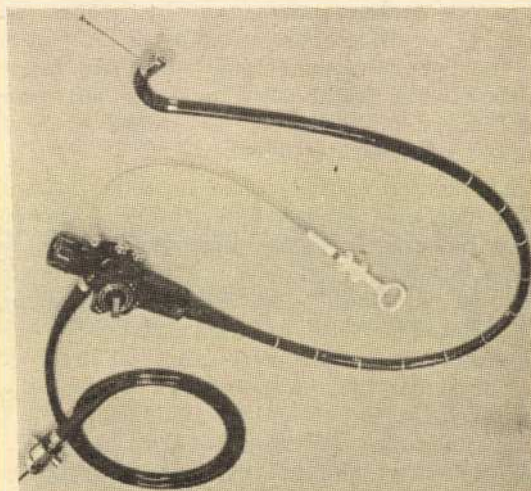
CARL ZEISS, MLW, PACKARD, OLYMPUS és PZO gyártmányú

kórházi laboratóriumi műszerek esetenkénti és garancián túli javítása.
Rendszeres féléves karbantartásra szerződés köthető.
SPEKOL, VSU-1, VSU-2, SPECORD UV-VIS fotométerek.
Régi és új típusú (FLAPHOKOL) lángfotométerek.
Elektroforézis futtatókamrák és ERI-10, ERI-65 kiértékelők.
Mikroszkópok, polariméterek stb.
OLYMPUS gyártmányú gastroendoszkópiai vizsgáló műszerek garanciális és garancián túli javítása, karbantartása.



Carl Zeiss szerviz

Megrendeléssel forduljon központunkhoz:
1053 Budapest, V., Kossuth Lajos u. 17.



Fővárosi Tanács Péterfy Sándor u. Kórház-Rendelőintézete,
Csecsemő- és Gyermekosztály (főorvos: Korányi György dr.)

Sphingomyelin lipoidosis

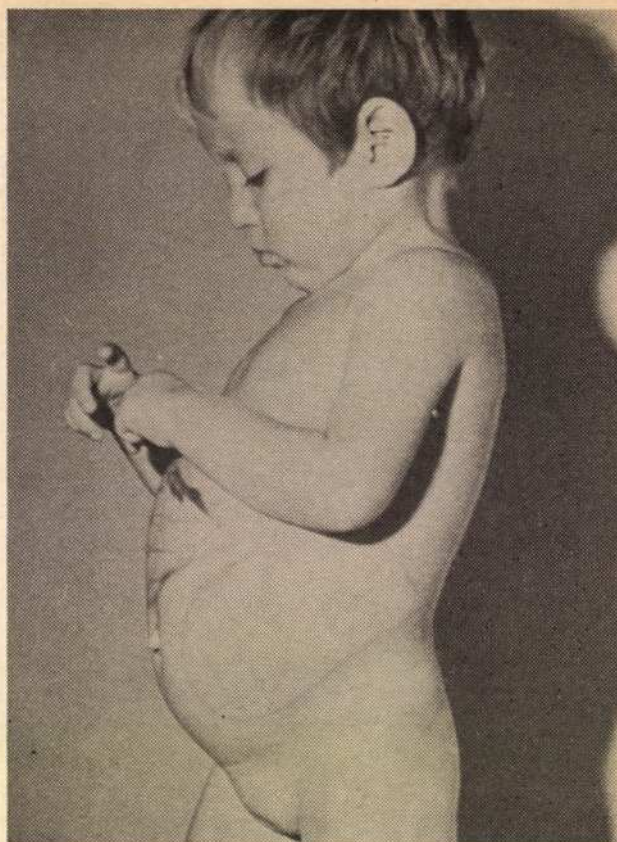
Korányi György dr. és Rajk András dr.

Niemann első 1914-es esetismertetése és Pick 1933-ban történt részletes pathológiai leírása óta Fredrickson 1966-ban már 165 sphingomyelin lipoidosis esetet gyűjtött össze az irodalomból (3, 8, 9), Crocker és Farber 1958-ban egyszerre 18 esetről számoltak be (2). Azóta a közölt esetek száma egyre szaporodott.

Hazánkban Gálfi, Bata és Imhof 1967-ben (11), valamint Környei 1968-ban közöltek egy-egy esetet (13). Kerényi, Romhányi és Póder 1968-ban a Niemann—Pick-beteg nyirokcsomójának ultrastrukturájával, Sebestyén a betegség szemészeti vonatkozásaiával foglalkoztak közleményeikben (12, 14).

Mióta a klinikai és pathológiai vizsgálatok kiégyesültek az ultrastrukturák morfológiai és biokémiai vizsgálataival és ez kiterjedt a genetikai kutatásokra is, a tárolási betegségekről tudjuk, hogy a vele született anyagcsere-betegségek, enzimopathiák egyik csoportját alkotják. A lysosoma az a ma ismert morfológiai structura, melynek működészavara, katabolikus enzimjeinek hiányzó vagy hiányos működése áll a tárolási betegségek kóros történéseinek tengelyében.

A biokémiai és molecularis genetikai vizsgálatok azonban még jobban fellazították a klasszikus tárolási betegségek egyre bizonytalanabban definiálható kereteit. A szaporodó atypikus esetismertetések, az „átmeneti”, „késői” formák felismerése egyre nehezebbé tette az eligazodást a betegségcsoportosítás útvesztőiben. A genetikai heterogenitás és az isoenzyme megismerése egyebek között némi magyarázattal szolgált az egyes közölt kórfarmák nagyfokú változatosságára. Ma már az újabb esetismertetéseknél nem az a fontos, hogy az eset beilleszthető-e vagy ellenkezőleg, nem illik be egy klasszikusan ismert betegség keretei közé, hanem az eset minél szélesebb körű, pontos, klinikai, morfológiai és biokémiai diagnosztikai leírása. A korrekt biokémiai és histológiai vizsgálatok hiányában sok régebbi esettel kapcsolatban válik kérdésessé e csoportba tartozásuk.

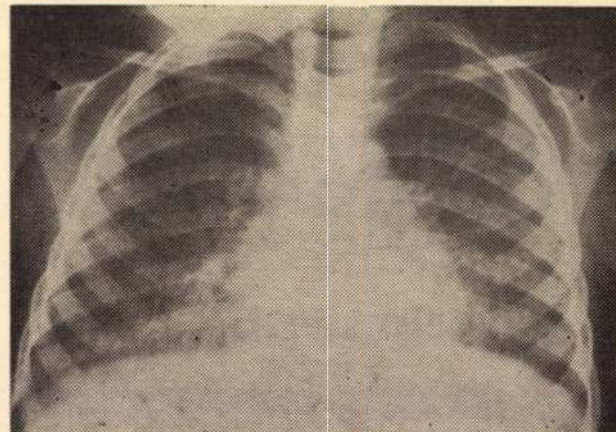


1. ábra.
Feltűnően nagy, elődomborodó has, máj- és lépmegegyesültség

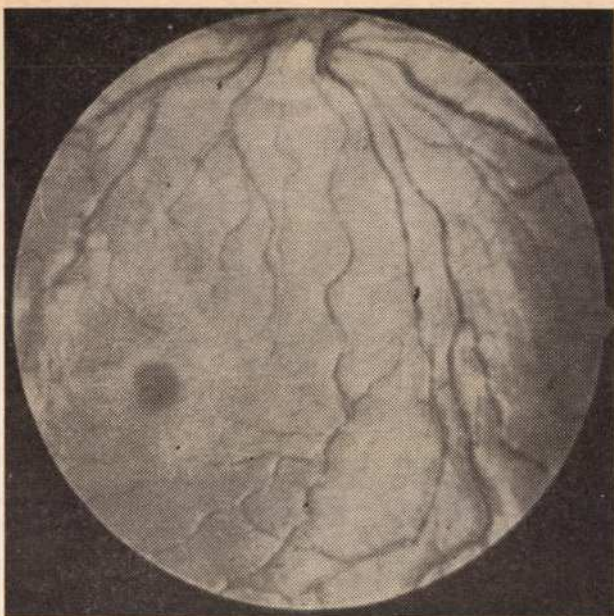
Esetismertetés

M. Zs., 3 éves 3 hónapos leánygyermeket első ízben 1971 szeptemberében vettük fel osztályunkra hepatosplenomegaliája miatt, máj-punctio elvégzése céljából. A körelőzményből következőket emeljük ki:

Szülei nincsenek egymással vérokonságban. Apai ágon nagypapjának és az apa egyik testvérének volt icterusa, bizonytalan májbetegsége. Anyai ágról heredodegeneratív betegségről nem tudnak. Apja egészséges, anyjának kétszer volt icterusa; mindkét alkalommal graviditása alatt, betegünk intrauterin életének 7. hónapjában is. Testvére 7 éves leány, egészséges.



2. ábra.
Az egész tüdőben, de főként az alsó és középső lebenyben finom reticularis rajzolat látszik

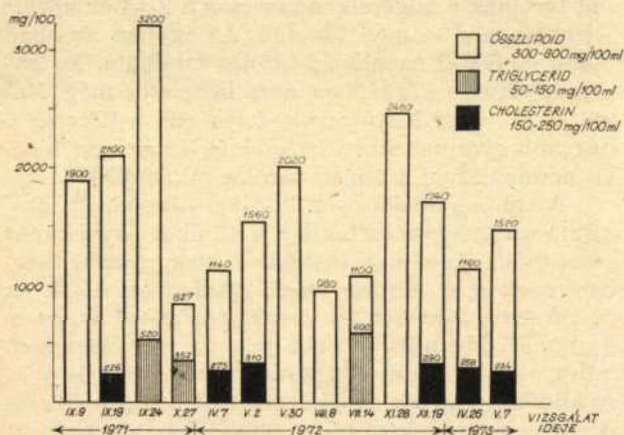


3. ábra. Szemfenéki kép: a macula körül kb. fél papillányi szélességben a retina fehér, fibroticus, közepén a macula-tő kifejezetten piros (Retinofot – Balthazár E. dr.)

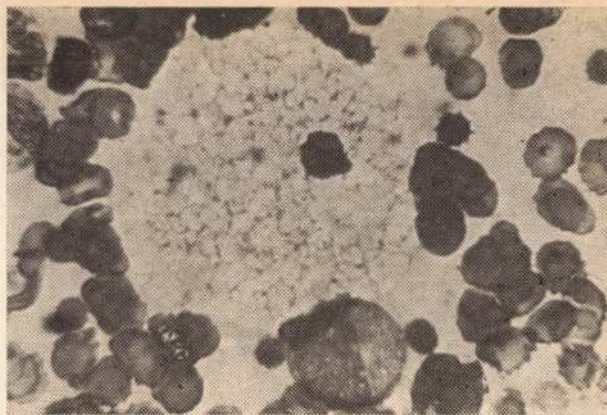
Betegünk második terhességéből, 2800 g-mal, 9. hónapra, sima szüléssel született. Ekkor anyja 30, apja 32 éves volt. Öthónapos korától észlelték, hogy nagyobb a hasa, és ez azóta egyre növekedett. Bár mozgásfejlődése zavartalan volt, somaticusan nem fejlődött kielégítően. Gyakran volt hígabb széklete. Statusából a következőket emeljük ki:

Gyengén fejlett, alacsony növésű, kp. táplált, piknikus alkatú. Testmagassága 82 cm (ez 10 cm-rel a 3 percentil alatt van), súlya 11 kg (ez 1,25 kg-mal van a 3 percentil alatt). Végtagjai jól proportionáltak. Hasa erősen elődomborodó, háskörfogata 53 cm (1. ábra).

Kültakaró ép, kóros bőrjelenségek nincsenek. A kéz és láb körmei enyhén cyanoticusak, dobverő ujjhoz hasonlóan kiskokban óraüvegszerűek. Haja sötétszöke színű. Tüdők felett fizikális vizsgálattal kóros nem észlelhető. Szíve nem nagyobb, szívhangjai tiszták, ritmikusok, keringése kompenzált. A máj 10 cm-rel tapintható a jobb bordaív alatt, kemény, sima felszínű, éles szélű. A lép 8 cm-rel a bordaív alatt tapintható, kemény. Ascites nem kopogtatható, nyirokcsomók nem nagyobbak. Röntgenvizsgálattal a csontokon alaki, szerkezeti eltérés nincs. A kéztőcsontok száma alapján csontkora egyéves elmaradást mutat. Legfeltűnőbb elváltozást a tüdőben találtuk, ahol az alsó és középső



4. ábra. M. Zs. összlipoid, triglycerid és koleszterin értékei



5. ábra. A csontvelőkenetben látható nagy, puffadt, habos plasmájú, lipoidszerű anyagot tároló sejt

lebenyekben mindkét oldalon finom hálózatos reticularis tüdőrajzolat volt látható, mely „kenyérbélyszerű” szerkezetet mutatott (2. ábra).

Nyelési vizsgálattal az oesophagusban vénatágulat nem volt látható.

Az EKG-ban ismételten észlelt kiscsök low voltage mellett szabályos görbét regisztráltunk.

Neurológiai vizsgálattal kóros eltérés nem volt. Psychésen: erősen gátolt, nehezen vizsgálható, negatíviztikus magatartású, gyermektársaságban azonban feloldódik. Rövid mondatokban beszél, játéktevékenysége utánzó jellegű, korához viszonyítva enyhén elmaradott. A budapesti Binet-test szerint az IQ = 0,78.

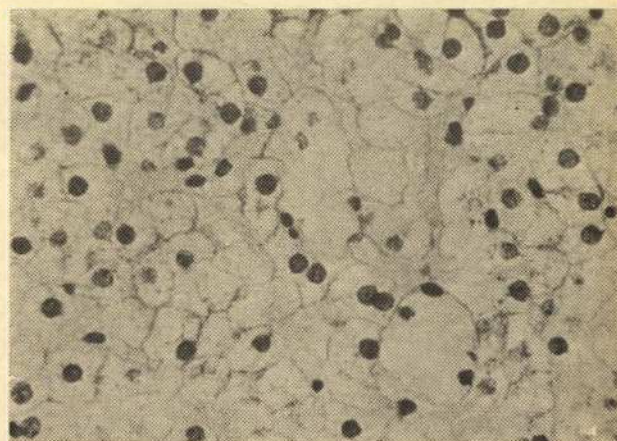
Szemészeti vizsgálat tiszta töröközegeket mutatott, fundusán mindkét oldalt éles határú papillák voltak láthatók. A macula körül kb. fél papillányi szélességben a retina fehér, fibroticus, közepén a maculatáj kifejezetten piros (3. ábra).

A laboratóriumi vizsgálatok adatai: a vérkép, súlylyedés, vizelet kóros eltérés nélkül. A vizeletben nem volt kóros mucopolysaccharida ürítés. A thrombocytaszám, prothrombin szint, ionogramm normális értékű.

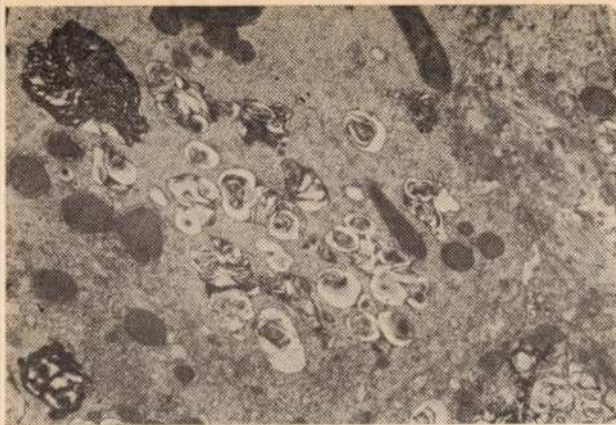
Máj-funciós próbái közül az SGOT, SGPT szint emelkedett, a colloidalabilitási próbák pozitívak. A bromsulfoleín próba 10–19%-os retentiót mutat; a serum bilirubin szintje ismételten normális.

A 4. ábrán a sorozatosan végzett összlipoid, triglycerid és koleszterin mennyiségét mutatjuk be oszlopdiagrammon (4. ábra).

Következésképpen emelkedett a vér lipoidok és a koleszterin szintje. Immunelektroforézissel kissé emelke-



6. ábra. Duzzadt, világos vagy finoman pelyhes cytoplasmájú májsejtek. Baloldalon fent: összeolvadó cytoplasmájú puffadt mesenchymalis sejtek (H.-E., 720 X-os nagyítás)



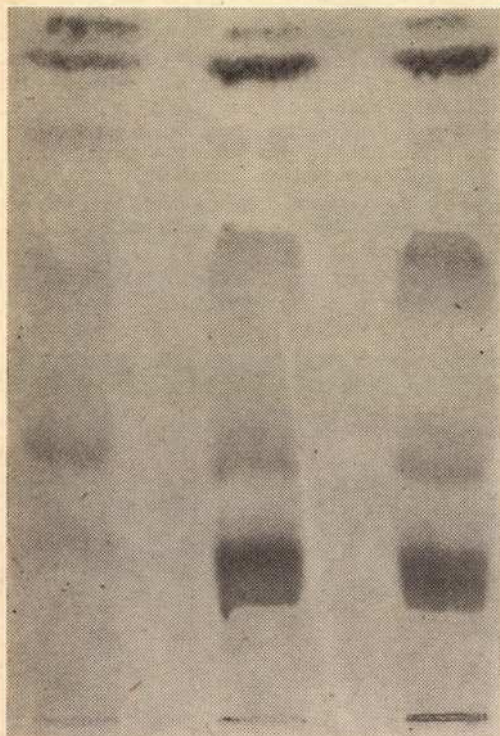
7. ábra.
Májsejt cytoplasmájának részlete. Membránnal körülvett vacuolumokban lamellaris szerkezetű lipid-inclusiók (15 000 X-es nagyítás)

dett az IgA, IgM és IgG szint, valamint az alfa-lipoproteinek mennyisége. A csontvelő a normális myeloid elemeken kívül nagy, puffadt, habos plasmájú, lipoid-szerű anyagot tároló sejteket nagyszámban tartalmazott (5. ábra).

Au antigen nem volt kimutatható.

Ezekután a máj és lép morfológiai viszonyait vizsgáltuk. Scintigráfias és ultrahang vizsgálatnál diffúz hepatopathiát állapítottunk meg cirrhosisra utaló jelek nélkül. A lépmegnagyobbodás is egyenletesnek bizonyult, hypersplenia jelei nem voltak. Csak ezekután került sor a máj tű-biopsziás vizsgálatára. A két alkalommal tű-biopsziával nyert májszövetben azonos elváltozások látszóttak (6. ábra).

A májsejtek duzzadtak, cytoplasmájuk halvány, pelyhes szerkezetű vagy víztiszta. A májsejtek közt és



Contr. M. Zs. W.

8. ábra.
A májszövetkivonat vékonyréteg-chromatogrammja a sphingomyelin fractio nagymértékű felszaporodását mutatja. (M. Zs. = betegünk; Contr. = kontroll; W = azonos angliai beteg)

a sinusoidokban elszórtan feltűnően nagy, habos cytoplasmájú sejtek helyezkednek el, egyesével vagy kis csoportokban. E sejtek PAS reactio után élesen kirajzolódnak. A glycogen tartalmú májsejtek erősen PAS pozitívak. Ezekről élesen elkülönülnek a habos cytoplasmájú sejtek, melyekben a PAS reactio negatív. A portalis kötőszövet mérsékelten felszaporodott és finom kötegek formájában a lebenyek közé is beterjed.

Elektronmikroszkópos vizsgálat: a májsejtek cytoplasmája számos sötét lipoidzárványt tartalmaz. Ezek nagysága és alakja változó. A lipoid lemezes szerkezetű (7. ábra).

Az osmiophil lemezek lazán, egymással párhuzamosan rendeződnek. A lemezes szerkezetű anyag membránnal körülvett vacuolumokban helyezkedik el.

A fény- és elektronmikroszkópos vizsgálat csak bizonyította a tárolási betegség tényét, de nem nyújtott kielégítően pontos adatokat a tárolt anyag természetére vonatkozóan. A histo- és biokémiai vizsgálatokat a londoni Great Ormond Street Hospitalban B. D. Lake dr. volt szíves elvégezni, ugyancsak máj-biopsziás anyagból. Vizsgálatai szerint a tárolt anyag *sphingomyelinnek* bizonyult (8. ábra).

Ez arra utal, hogy betegünk a sphingomyelinase enzim defectusának következtében létrejövő sphingomyelinosis vagy Niemann—Pick-féle betegség.

Megbeszélés

Esetünkkel kapcsolatban a következőket jegezzük meg. A klasszikus Niemann—Pick-féle megbetegedés tünetei közül betegünkben megtalálható volt a sphingomyelin tárolás, a hepatosplenomegalia, a somaticus retardatio, a ritkábban észlelhető cseresznyepiros folt a maculán és az igen ritka tüdőelváltozás, de hiányoztak az idegrendszeri tünetek: a súlyos oligophrenia, ill. dementia, valamint az autosomalis recessiv öröklés adatai.

A legújabb vizsgálatok szerint a Niemann—Pick-betegség sem egységes körkép. Jelenleg Crocker négy csoportját különbözteti meg (2). A klasszikus „A” csoportba az esetek 85%-a tartozik, ez autosomalis recessiv formában öröklődik és zsidó családokban gyakori. A leglényegesebb pathológiai elváltozások az agyban és a retinán találhatók.

A „B” csoportban vagy chronikus formában a betegek idegrendszeri tünetektől mentesek, de masszív visceralis tárolás észlelhető májban, lépben, tüdőben, csontvelőben. Úgy gondoljuk, bár atypikus formában, de esetünk is e csoporthoz áll legközelebb.

A „C” csoportba tartozó betegek sphingomyelint tárolnak a zsigerikben és csak a 2—4 év között jelennek meg az agyi tünetek. Az agyban azonban GM-2 és GM-3 gangliosid-tárolás található. Az enzimdefectus e körképben nem ismeretes még. Végül a „D” vagy Nova Scotia formában a tünetek a nagyobb gyermekekben kezdődnek és az agyi tárolás dominál, míg a zsigeri tárolás minimális.

A sphingolipoidosisok klinikai tüneteinek vizsgálata során egyes esetekben a klinikai tünetek már csecsemőkorban, más esetekben csak gyermekkorban vagy még később manifesztálódnak. Csak az utolsó évtized biokémiai vizsgálatai igazolták, hogy a „késői” juvenilis formák jelentős részében nem teljes, csak részleges enzimhiány észlelhető (1, 6, 7). A klinikai tünetek megjelenésének ideje a felszaporodó anyag biokémiai jellemzőitől és az akkumuláció helyétől függ. Más és más az egyes szövetek toleranciája a részleges enzimhiánnyal szemben.

sphingomyelin

A tolerancia fokozatos megszűnésével progrediál a szöveti tárolás. Ezért még egy családon belül is előfordulhatnak különböző formák (10).

Vizsgálatokat végeztünk betegünk édesanyján is, de sem hepatosplenomegaliát, sem máj-funkciós eltérést, sem szemészeti vagy idegrendszeri tüneteket nem találtunk. Kérdéses továbbra is, hogy a szülők heterozygotaként adták-e át a kóros gént gyermeküknek vagy az anya graviditás alatti májbetegsége során szenvedett a foetus olyan lysosomális károsodást, mely az enzimdefectust létrehozta. Az enzimdefectus ismeretében kézenfekvő lenne a substitúciós kezelés, erre azonban sajnos mind ez ideig nincs lehetőség.

Egyesek cytostaticus, insulin-, illetve radiológiai kezeléssel próbálkoztak, sajnos eredménytelenül. A léпкиirtás, bár több éves túlélés követheti (11) a betegséget nem befolyásolja. Ez idő szerint tehát hatásos therapiás lehetőségünk nincs. Éppen ezért a praenatalis kórismzés elsődleges jelentőségű a családon belüli megelőzésben. Erre már vannak reményt keltő adatok (15, 16).

Összefoglalás. Szerzők 3 3/12 éves leány esetét ismertetik, akit hepatosplenomegaliája miatt vizsgáltak. A máj-, lépmegnagyobbodáson kívül sajátos tüdőelváltozást, a vér lipoidjainak felszaporodását, jellemző szemfenék-elváltozást, a csontvelőben és a májsejtekben lipidot tároló sejteket találtak. A Niemann—Pick-sphingomyelin lipoidosis diagnosi-

sát percutan máj-biopsia útján nyert szövettanilag elektronmikroszkópiai és biokémiai vizsgálatának segítségével erősítették meg.

Az eset tisztázása számos szakember közreműködését tette szükségessé. Elsősorban köszönettel tartozunk *prof. Bartók István* főorvosnak és kórszövet-tani laboratóriumunknak, valamint *Schuller Dezső dr.* docensnek és *B. D. Lake dr.*-nak a csontvelőkép és biokémiai vizsgálatok elvégzéséért.

IRODALOM: 1. *Brady, R. O.*: Chem. Phys. Lipids. 1970, 5, 261. — 2. *Crocker, A. C., Farber, S.*: Medicine (Baltimore) 1958, 37, 1. — 3. *Fredrickson, D. S.*: Sphingomyelin lipoidosis: Niemann—Pick disease. Stanbury, I., Wyngaarden, I. and Fredrickson, D. S. (eds.). The metabolic basis of inherited disease, ed. 2. New York, McGraw-Hill, 1966. — 4. *Hager-Malecka, B. és mtsai*: Z. Kinderheilk. 1973, 115, 71. — 5. *Hers, H. G.*: Gastroenterology. 1965, 48, 625. — 6. *Jatzkewitz, H., Mehl, E., Sandhoff, K.*: Biochem. J. 1970, 117, 6. — 7. *Menkes, I. H.*: Metabolic disease of the nervous system. Brennenmann—McQuarrie: Practice of Pediatrics Volume IV. Chapter 6. Hagerstown, Maryland, Harper and Row P. 1970. — 8. *Niemann, A.*: Jahrb. f. Kinderh. 1914, 79, 1. — 9. *Pick, L.*: Am. J. M. Sc. 1933, 185, 601. — 10. *Wiedemann, H. R. és mtsai*: Z. Kinderheilk. 1972, 112, 187. — 11. *Gálfi I., Bata G., Imhof S.*: Acta Paed. Acad. Sci. Hung. 1967, 8, 355. — 12. *Kerényi T., Romhányi J., Póder Gy.*: Morph. és Igazságü. Orv. Szle. 1968, 8, 25. — 13. *Környey I.*: Orv. Hetil. 1968, 109, 1475. — 14. *Sebestyén J., Gálfi I.*: Ophthalmologica. 1969, 157, 349. — 15. *Nadler, H. L.*: Pediatrics. 1968, 42, 912. — 16. *Milunsky, A. és mtsai*: Ann. Rev. Med. 1972, 23, 57.

Új készítmény!

Arthrofluor

kenőcs

Antirheumaticum



ÖSSZETÉTEL: 1 tubus (25 g) 0,025 g natrium fluoratumot tartalmaz hydrophyl kenőcs alapanyagban.


JAVALLATOK: Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek – gyulladásos ízületi kórfarmák, posttraumás arthritisek –, valamint myalgiaák esetében therapiás kiegészítésként.

ADAGOLÁS: Naponta egy vagy több (2–3) alkalommal a fájdalmas testrészt (izület) és környékét vékonyan bekenni és a kenőcsöt bedörzsölni.
A kezelés legalább egy héten át folytatandó.

FIGYELMEZTETÉS: Kenőcsös kézzel a szemhez nyúlni nem szabad!

MEGJEGYZÉS: †† Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 1 tubus (25 g) 6,70 Ft

Biogal 
2551

Appendix és caecum diverticulosis

Tasi István dr., Gombkötő Béla dr.
és Besznyák György dr.

Egy-egy ritkább kórkép közlése látszólag nem nagy jelentőségű, mivel napjainkban a szakirodalom a csak elvétve előforduló eseteknek is százait tartja nyilván. Eltekintve azonban attól, hogy minden esetben megvan a maga sajátos tanulsága, az észlelő orvos számára egy-egy ritkasággal való találkozás mindig érdekes. Kevés pl. azoknak a sebészeknek a száma, akik előzetesen felismert appendix diverticulosis miatt végeztek műtétet. Ritka lehet még olyan formában is, amint azt egyesek feltételezik, hogy sokszor a sebész vagy a pathológus által sem észlelt diverticulitis a tulajdonképpeni előidézője a féregnyúlvány gyulladásának. Lényegesen ritkábban találkozunk a kórképpel a röntgenológus. A tüneteket okozó esetekben rendszerint appendicitis a diagnosis, s mint ilyen, csak kivételesen kerülhet kontrasztos vizsgálatra. Így érthető, hogy a radiológiailag felismert appendix diverticulosisok száma esetünkkel együtt is csak megközelíti a húszat.

A diverticulum a vastagbélrendszer gyakori kóros elváltozása. Gyakorisága az életkor előrehaladásával növekszik (2, 10, 12, 22, 28, 29, 31). A férfiak és nők aránya 2 : 1. A diverticulum panaszokat rendszerint csak a következményes elváltozások jelentkezésekor okoz. Reichman és Watkins (22) utal arra, hogy a diverticulumok 20—25%-ában fejlődik ki diverticulitis és az utóbbiak kb. 15%-ában válik sebészi beavatkozás szükségessé. A diverticulitis kezdetben conservative is jól kezelhető és a sebészi beavatkozást rendszerint csak a további szövődmények jelentkezése teszi szükségessé. A diverticulumban pangó és besűrűsödő bélsár nyomása elősegíti a kifeléyeresedést, az elhalást, s ezáltal a vérzés vagy a perforatio lehetőségét. A gyulladásos tumor kialakulása szűkületet, bélelzáródást okozhat. A perforált diverticulum sipolyképződéshez vezethet. Ritka szövődmény a diverticulum rupturája következtében létrejövő subcutan emphysema (15). A károsító hatások az évek múlásával, a gyulladás gyakoribbá válásával, érthető módon fokozódnak (11).

Kórbontanilag valódi és ál-diverticulumot különböztetünk meg. Ezek ismérvei közismertek. A szerzett vagy pseudodiverticulumot a valami ok folytán létrejövő intraluminalis nyomásfokozódás hozza létre a bélfal gyengébb pontjain (gyulladás-



1. ábra.

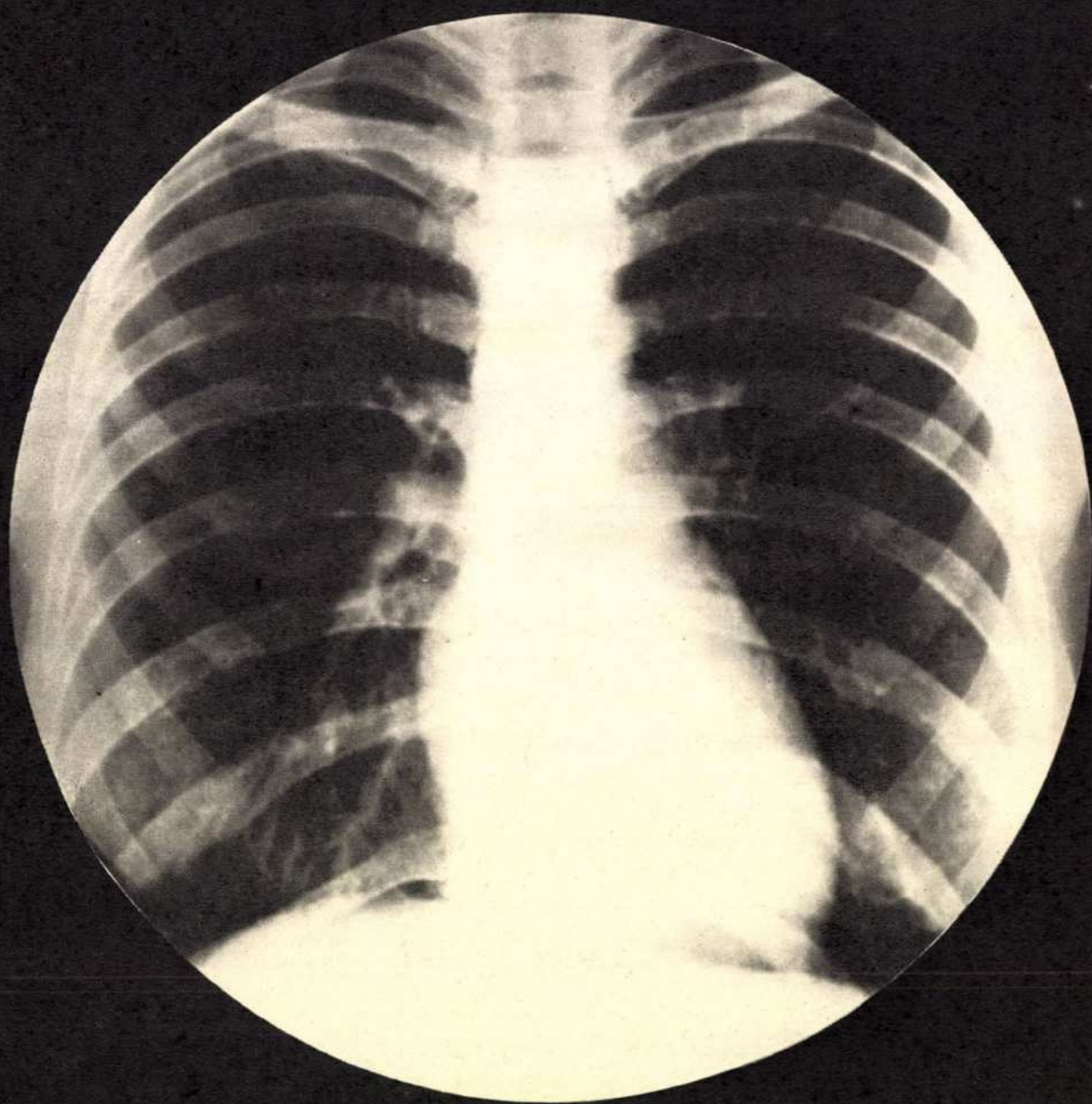
Az appendix cranialis szélén néhány kisborsónyi diverticulum van. A caecum medialis oldalán, a Bauhin-billentyű felett és alatt 2-2 diverticulum látható

sos defectus, az erek belépési helye stb.). Nissenbaum és mtsai (19) hivatkoznak Gant kísérletére, aki a belet gázzal túlfeszítve diverticulumot idézett elő. Reilly (23) a rectosigmoidalis sphincter görcsének vagy izomtúltengésének tulajdonít előidéző szerepet. A környező összenövés, a heges-kötegek okozta vonulás az ún. tractiós diverticulumot eredményezi, s ez mint secundaer elváltozás, szintén szerzett, annak ellenére, hogy a bélfal minden rétegét tartalmazhatja. Az appendectomiás csont környékén észlelt caecum diverticulum valószínűleg szintén hasonló eredetű (17).

Az elváltozás leggyakrabban a sigmában jelentkezik, de a vastagbél bármelyik szakaszán előfordul. Ritka a colon ascendensben és a coecumban. Az előbbi az összes diverticulumok 4%-ában, az utóbbi pedig csak 2%-ában fordul elő (3, 10, 15, 29, 31). A rtg-vizsgálattal megállapított colon diverticulumok közül csak minden 20. észlelhető az ascendensben vagy a coecumban (12). Fifield cit. (19) 10 167 sectio során egy caecum diverticulumot sem látott. A hazai irodalomból is ismeretes néhány caecum diverticulum eset (17).

A caecum gurdély az esetek többségében 1,5—2 cm-re a Bauhin-billentyű alatt helyezkedik el, s leggyakrabban a caecum anterolateralis, ill. posteromedialis részén található. Rendszerint solitaer (18, 24) és vele született (3, 17). Keletkezésében jelentőséget tulajdonítanak a 6 hetes embrio coecumának csúcsán még meglévő „appendixszerű” képződménynek, amely általában a 7. hét vége felé atrophisál, ha nem, diverticulum képződhet belőle (12, 19, 21). Mások szerint az enterogen cysták keletkezéséhez hasonlóan az intestinalis entoderma szabálytalan vacuolisatiója ad alkalmat a diverticulum képződésére (1, 12, 19, 21, 31).

A coecum diverticulumok nyaka keskeny, ami pangásra hajlamosít, ez is egyik oka gyakori gyulladásuknak. Irodalmi adatok szerint mintegy 400 operált eset ismeretes (1, 10, 12, 15, 18, 31). A betegek többsége appendicitis gyanúja miatt kerül műtétre. A két kórkép között csak finom eltérések vannak és ezekre a vizsgáló orvos rendszerint fel sem figyel. Az olykor előforduló melaena és az eseteknek kb. egyharmadában észlelt ileocecalis



Tebeform

Tebeform draszté

Összetétel: 1 draszté 250 mg prothionamidumot tartalmaz.

Javallatok: A tuberculosis pulmonalis és extrapulmonalis acut, subacut, és chronikus, más antituberculosicumok iránt resistens esetei. Egyéb antituberculosicumokkal szemben fennálló intolerantia.

Ellenjavallatok: Graviditásban használatát nem ajánljuk. Heveny gyomorbetegség, gyomor-, nyombélfekély, colitis ulcerosa. Máj-cirrhosis. Heveny májgyulladás.

Alkalmazás és adagolás: (Kombinációs szerként bármely más antituberculosicum alkalmazható.) Célszerű az adagolást az egyéni érzékenység és tűrőképesség figyelembevételével esetenként meghatározni. A készítmény effectusát legalább három hónapos kúra után lehet lemérni.

Szokásos adagja felnőtteknek naponta: 0,5—1 g.

Gyermekeknek naponta testsúlykilogrammonként: 20—25 mg.

Mellékhatás: Neurotikus tünetek. Ritkán acne és enyhe gastrointestinalis panaszok.

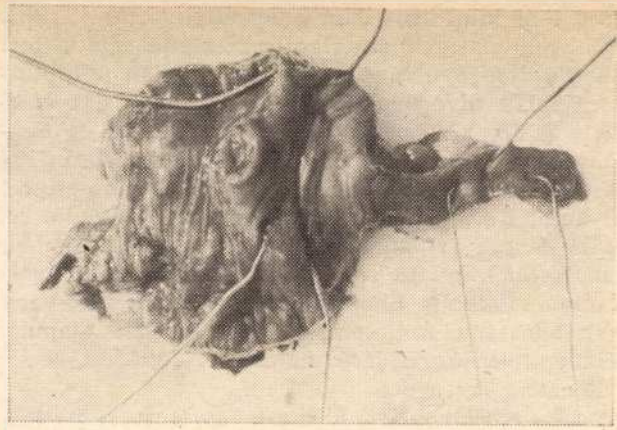
Megjegyzés: Orvosi vényen Tebeform nem rendelhető. A járóbetegek Tebeformmal történő kezelését az illetékes tüdőgondozó intézet végzi.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

resistentia sem kórjelző (18, 31). Aszerint, hogy a panaszok és a vizsgálati leletek közül a gyulladós jelenségek vagy inkább az érzékenység nélküli resistentia, melaena stb. áll előtérben, az appendicitis mellett egyéb betegségekre is gondolhatunk (nem spec. gyulladás, ill. fekély, idegentest-perforatio, Meckel-diverticulitis, tbc, actinomycosis, Chron-betegség, invaginatio, carcinoma, carcinoid, nőgyógyászati, epe-, vesebetegségek). A felismerést az előzetes appendectomia megkönnyíti.

A kórkép tisztázása a diverticulum kontrasztos ábrázolása révén rtg-vizsgálattal lehetséges, de csak akkor, ha a heveny tünetek a vizsgálat elvégzését nem contraindicálják (chr., ill. subac. stadium). A műtéti praeparatumok több mint felében széklet-rögöket találtak (3, 12, 19, 31), ezek a jobb colon-félben való fokozottabb vízfelszívódás miatt megszilárdulnak, el is meszesedhetnek. Ilyenkor nativ felvételen a bélsárkő meszes hasi nyirokcsomót utánozhat, de a diverticulum gyanúját is felkeltheti (3, 17).

A coecumot magában foglaló, sokszor tömeges tumor miatt az *intraoperativ diagnostica* sem mindig könnyű, gyakran periappendicularis beszűrődést vagy tályogot utánoz. Az irodalomban közölt kettős appendix esetek nagy része valószínűleg szintén idetartozik (12, 32). A rák és a gyulladós folyamat elkülönítése is problémát jelent. *Wagner* és *Zollinger* (31) 318 operált irodalmi esetet elemzett:



3. ábra.

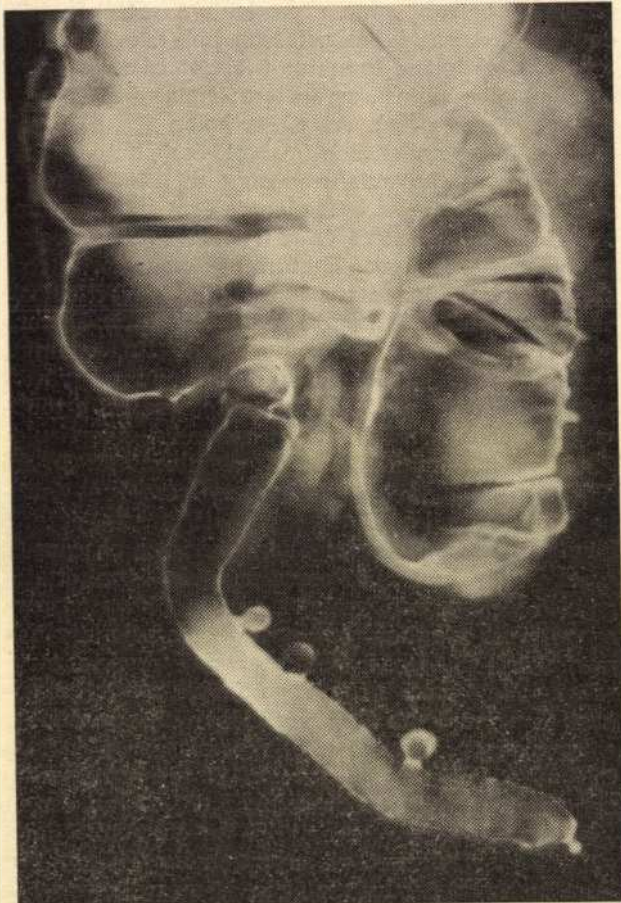
A felvágott resecatum a diverticulumok nyílásaiba helyezett szondákkal

62⁰/₀-ban volt helyes, 6,6⁰/₀-ban bizonytalan a kórisme, és 31,4⁰/₀-ban pedig a rák gyanúja merült fel. *Lauridsen* és *Ross* (16) nagy anyagában 29,3⁰/₀-ban volt téves és kb. az eseteknek csak a felében volt helyes a diagnózis.

A sebészi megoldás a pillanatnyi helyzetnek, a progressio mérvének megfelelően különböző lehet. A tályognyitás, az egyszerű befordítás, esetleg kimetszés mellett szóba jöhet a részleges vagy a kiterjedtebb vastagbélresectio. *Reilly* (23) a megacolon kezelésére *Saegesser* által ajánlott (9) enteromyotomiával ért el jó eredményeket. Az eljárás a *Ramstedt*-műtétéhez vagy a *Heller*-plasticához hasonló és lényege a rectosigmoidealis szakaszon a taenia libera 10—15 cm hosszú, nyálkahártyáig terjedő bemetszése. Így a műtét, bár ez *Reilly* rövid beszámolója alapján legfeljebb csak sejthető, elsősorban a baloldali colon diverticulitiseinek kezelésére alkalmas.

A *féregnyúlvány gurdély* keletkezésében az előzőekben már említett vele született tényezők és az élet során szerzett behatások szerepelnek. Az idült székrekedés létrejöttüket megkönnyíti. Az appendixben lezajló gyakori gyulladás a lumen helyenkénti beszűkülését hozza létre, s a heges szűkület mögött pangó béltartalom az izomtevékenységet stimulálva nyomásemelkedést okoz, ami a diverticulum képződésének kedvez (4, 6, 7, 24, 26, 35). Az appendix ürterét szűkítő bármilyen folyamat, *Wilkie* (34) és *Rozsos* (26) esetében pl. a lumenben növekvő carcinoid szintén fokozza az intraluminalis nyomást, s így szerepet játszik a diverticulum előidőzésében. Régóta ismert, hogy a szűkület mögött felhalmozódó mucin mucokele kialakulásához, a következményes nyomásfokozódás diverticulum-képződéshez, majd annak perforációjához vezethet (4, 12, 14, 35). Ezért gyakori a mucokele appendicis, a peritonealis pseudomyxoma és az appendix diverticulosis együttes előfordulása (2, 12, 20).

Az appendix diverticulum lehet solitaer, bár többnyire multiplex és leggyakrabban a féregnyúlvány distalis felében, a mesenteriolum tapadása mentén helyezkedik el. Az első harmadban csak kivételesen fordul elő. A diverticulumok nyaka szűk, nagyságuk 3—7 mm között váltakozik. Az irodalom-



2. ábra.

A műtéti praeparatum kettőskontrasztos rtg-képe. Az appendix csúcán a kölesnyi kis diverticulum is jól látható

ban több mint 300 esetet ismertettek (5, 12). Collins (2) 32 év alatt 250 amerikai sebész által eltávolított 50 000 féregnyúlvány vizsgálata alapján 691 esetben talált diverticulomot (1,38%), ebből 684 szerzett (1,37%), 7 pedig valódi volt (0,014%). Deschenes és mtsai (5) 37 861 appendectomia során 127 esetben észlelt diverticulomot (0,33%). Több esetről a hazai irodalomban is beszámoltak (8, 24, 25, 26, 30). Favara (7) adata szerint a világirodalomban kevesebb mint 40 congenitalis, multiplex diverticulum található. Ebből 8 esetben kimutatott vagy feltételezett chromosoma-rendellenességen alapuló, életképtelenséggel járó, halmozott fejlődési rendellenesség szerepel.

A praeeoperatív diagnózis szerencsés esetben rtg-vizsgálattal biztosítható. A radiológiailag kimutatott esetek száma igen kevés. Ochsner (20) 1961-ig csak 17 irodalmi esetet gyűjtött össze. Ezt követően újabb közléssel nem találkoztunk.

A sebészi beavatkozás az esetek nagy részében acut appendicitis feltételezése miatt történt. Deschenes és mtsai (5) 61 acut appendicitis és 61 heveny féregnyúlvány diverticulitis klinikai képének összehasonlításával próbálták megállapítani a két kórkép közötti különbséget. Az eseteket gondosan elemezve az alábbi, inkább csak elméleti jelentőségű eltéréseket észlelték. A féregnyúlvány gyulladása általában fiatalabb életkorban jelentkezik (appendicitis esetében 19,5 év az átlag a 38,8 év diverticulitises átlaggal szemben). A heveny diverticulitises fájdalom aránylag hosszabb időre, átlag 7 napra terjed és a fájdalom recidiváló jellege a legjellemzőbb. A környéki gyulladás diverticulitisben gyakoribb, ezért a betegek ápolási ideje is hosszabb.

Az alábbiakban ismertetjük műtét előtt röntgenvizsgálattal felismert, rendkívül ritka coecum + appendix diverticulosis esetünket.

Esetismertetés

K. K., 42 éves férfi 1973. VIII. 14-én került felvételre hasi panaszok miatt a II. sz. belgyógyászati osztályra. Kórelőzmény: 1961 óta kb. félévenként ismétlődő jobb alhasi fájdalom, melyet rendszerint hőemelkedéssel járó átmeneti hasmenés kísért. A panaszok a kezelő orvos által alkalmazott antibioticus-spasmolyticus kezelésre rövid idő alatt megszűntek, de hat hónap óta fokozódtak. A jobb alhasban általában erősebb, ritkán enyhébb, de úgyszólván állandó fájdalmat érzett és naponta többször volt széke. Az utóbbi időben 10 kg-ot fogyott.

Jelen állapot: kp. fejlett és táplált férfi. *Cor, pulmo:* eltérés nélkül. A has puha, betapintható, de ileo-coecalis nyomásérzékenység és bizonytalan kiterjedésű resistentia érezhető. Laboratóriumi leleteiből kiemeljük: *We.:* 22 mm/6, *fvs.:* 14 600. *Fractionált próbareggeli:* anacid. *Weber:* neg. *Irrigoscopia:* a vakbelet csak részlegesen sikerült feltölteni, kifejezetten spasticus, a kontrasztanyagot gyorsan kiüríti. *Per oralis passage:* a kontrasztanyag elfogyasztása után 2 óra múlva összefüggő telődés a terminalis ileumkacsokban, a colon ascendensben és transversumban. A medial felé tekintő, kb. 12 cm hosszú kanyargós appendix inhomogénen telődik, cranialis szélén néhány kisborsónyi diverticulum ábrázolódik. A coecum medialis oldalán, a Bauhin-billentyű felett és alatt 2—2 babnyi diverticulum van, e terület nyomásérzékeny (1. ábra). 24 óra múlva a belek teljesen kiürültek, a diverticulomok azonban izoláltan kontrasztanyaggal teltek. *Rtg: dg.:* coecum és appendix diverticulosis.

Megfelelő vastagbél-előkészítés után VIII. 27-én

műtét a II. sz. sebészeti osztályon. A coecum medialis fala az ileo-coecalis beszájadzás felett gyermektenyérszerű területen tömött, beszűrt. A normálnál hosszabb és vastkosabb appendix medial felé csapott, megtekintésre rajta diverticulum nem látható, ill. csúcsán kölesnyi szemcse formájában sejtethető. Tekintve a kimutatott appendix és coecum diverticulosis, a coecum-fal kiterjedt beszűródését, j. o.-i colon resectiót végzünk és ileo-transversostomiát készítünk. A műtét praeparatúról a felvágás előtt készült kettőskontrasztos rtg-felvétel a diverticulomokat jól ábrázolja (2. ábra). Felvágás után a coecumban 4, az appendixben a mesenteriolum tapadása mentén 3 jól szondázható diverticulum-nyílást találtunk (3. ábra). Tág átmenet az appendix és a coecum lumene között.

Kórszövettani vizsgálat (2671/73.): a coecum-nyálkahártya megtartott, itt néhány magányos tüsző. Hasonló a nyálkahártyája a diverticulomoknak is. A bél-fal körül a zsírszövetben bevérzések, gömbsejtes, leukocytás beszűrdések, helyenként idegentest típusú óriássejtek láthatók. Az egyik helyen a bél nyálkahártyája kifeléyesedett, sarjszövettel fedett, a sarjszövetben baktériumfelhők és idegentest részletek találhatók. Az appendix szöveti szerkezete megtartott, falában szabályos nyálkahártyával bélelt diverticulomok mutathatók ki. Izomréteget sem a coecum, sem az appendix diverticulomok fala nem tartalmaz, így azok áldiverticulomoknak felelnek meg. *Dg.:* typhlitis ulcerosa-granulomatosa. Peridiverticulitis coeci. Diverticula appendicis (Haraszi A. dr. főorv.).

A postoperatív szak szövödménymentes. A beteg a 17. napon gyógyultan távozott, azóta is panaszmentes.

Megbeszélés

Esetünk egyik érdekessége a diverticulomok localisatiója. Smith és Christensen (29) 222 irrigoscopiával igazolt colon diverticulum esetéből 49% egy körülírt vastagbélszakaszon helyezkedett el és 51%-ban észleltek kombinált elváltozást. Mindkét csoportban a sigma szerepelt a legnagyobb gyakorisággal (össz. 80%). Az egész colon 9%-ban volt érintve, a descendensben 8% volt észlelhető, csak a coecumra, az ascendensre vagy a transversumra összesen 2%, míg az ascendensre és a transversumra, ill. a descendensre és a transversumra megközelítően 1—1% esett. Esetünkhöz hasonló, a coecumra és az appendixre localisálódó diverticulosis az irodalomból még kettő ismeretes (13, 33). Ugyancsak ritka a sigma és a transversum (10), valamint az appendix és a bal colon diverticulum együttes előfordulása (4). Az irodalmi adatok szerint a többszörös coecum gurdély, de az appendix diverticulosis túlnyomó része is szerzett elváltozás (2, 3). Az általunk észlelt ritka kombináció létrejöttét feltehetőleg valamilyen vele született adottság tette lehetővé. Berry (14) vizsgálatai szerint a coecum és az appendix közötti tölcészerű, tág összeköttetés az első életévekben gyakori, ami később a coecum excentrikus tágulása, az appendix beszájadásának medial felé tolódása következtében rendszerint megszűnik. Valószínű, hogy esetünkben a két bélszakasz diverticulosisa nem egy időben keletkezett. Az előrehaladott környéki gyulladás alapján a coecum folyamat látszik elsődlegesen. Az izgalmi jelenségek által kiváltott nyomásfokozódás — az észlelt tág összeköttetésen keresztül — a coecumból közvetlenül terjedhetett át az appendixre, s így jött létre a féregnyúlvány falában is másodlagosan az elváltozás.

Az irodalmi megállapítások egyöntetűen hangsúlyozzák a diverticulitises panaszok recidiváló jel-

legét. Esetünkben ez kétségtelenül kimutatható, ugyanígy a hasmenés is, ami egyes szerzők szerint az appendicitisben gyakori hányingerrel és hányással szemben a diverticulitisre jellemző (21, 31). A recidiváló fájdalmak segítségünkre lehetnek a kórkép felismerésében, feltéve, ha egyáltalában gondolunk a diverticulitis lehetőségére, s ha a beteg nem heveny stádiumban jelentkezik és így a rtg-vizsgálat elvégezhető. Esetünkben is ilyen módon tisztáztuk a megbetegedést. Ajánlatos — mint esetünk is bizonyítja — az irrigoscopia mellett a gyomor-bél passage vizsgálatot is elvégezni. A felső passage során az appendix és a caecum diverticulumok is jól feltelődtek, ugyanezt irrigoscopiával nem tudtuk elérni, valószínűleg azért, mert az irritabilis, gyuladt bélszakaszban a beöntés spasmust váltott ki. A két vizsgálat azáltal, hogy kimutatta a diverticulosis és valószínűsítette a diverticulitist, segítségünkre volt a műtéti terv felállításában. A kiterjesztett műtét lehetőségére eleve gondolnunk kellett, így a beteget megfelelően előkészítve a vastagbél-resectiót nyugodtan elvégezhetjük.

Összefoglalás. Szerzők röntgenológiai felismert és operált appendix és caecum diverticulosis esetét ismertetik. Az együttes localisatio ritka, az irodalomban két hasonló eset közlése található. Részletesen tárgyalják a caecum és appendix diverticulumok keletkezésének módját, előfordulási gyakoriságát, a klinikai tüneteket és a therapiás lehetőségeket.

IRODALOM: 1. Bahabozorgui, S., DeMuth, W. E., Blakemore, W. S.: Amer. J. Surg. 1968, 115, 295. — 2.

Collins, D. C.: Surg. Gynec. Obstet. 1955, 101, 437. — 3. Daniels, V. C., Wood, E. H.: JAMA. 1960, 172, 101. — 4. DeRojas, J. F., Irons, H. S.: Arch. Surg. 1968, 96, 429. — 5. Deschenes, L., Couture, J., Garneau, R.: Amer. J. Surg. 1971, 121, 706. — 6. Esparza, A. R., Pan, C. M.: Surgery. 1970, 67, 922. — 7. Favara, B. E.: Amer. J. Clin. Path. 1968, 49, 60. — 8. Fáykiss, F. v.: Zbl. Chir. 1925, 52, 2647. — 9. Gombkötő B.: DOTE Évkönyve. 1956—57, 14. — 10. Heberer, G., Brehm, H. v., Hirschfeld, J.: Chirurg. 1970, 41, 252. — 11. Horner, J. L.: Am. J. Digest. 1958, 3, 343. — 12. Hultén, J.: Acta Chir. Scand. 1962, 124, 340. — 13. Kadrnka, S., Sarasin, R.: Bull. et mém. Soc. de radiol. méd. de France. 1932, 20, 321. — 14. Kirschner, M., Nordmann, O.: Die Chirurgie 2. Aufl. Bd. VII. Die Chirurgie des Wurmfortsatzes. Berlin, Wien, 1942. — 15. Korsten, J. és mtsai: Radiology. 1973, 106, 555. — 16. Lauridsen, J., Ross, H.: Arch. Surg. 1952, 64, 320. — 17. Magyarai F.: Orv. Hetil. 1961, 102, 747. — 18. Nicholas, E. E., Frymark, W. B., Raffensperger, J. R.: JAMA. 1962, 182, 157. — 19. Nissenbaum, J., Sparks, A. J., Ellison, G. R.: Amer. J. Roentgenol. 1955, 73, 596. — 20. Ochsner, S. F.: Radiology. 1961, 77, 100. — 21. Pierce, W., Rosato, F. E., Rosato, E. F.: Amer. Surg. 1971, 37, 408. — 22. Reichman, H. R., Watkins, J. B.: JAMA. 1962, 182, 1023. — 23. Reilly, M.: Proc. R. Soc. Med. 1964, 57, 556. — 24. Rozsos I.: Magy. Seb. 1964, XVII, 306. — 25. Rozsos I.: Acta Chir. 1965, 6, 41. — 26. Rozsos I., Szabó Gy.: Orv. Hetil. 1965, 106, 1857. — 27. Schaaf, J.: Chirurg. 1957, 28, 36. — 28. Schinz, H. R. és mtsai: Lehrbuch der Röntgendiagnostik Bd. V. 1965. Thieme Verl., Stuttgart. — 29. Smith, C. C., Christensen, W. M. R.: Amer. J. Roentgenol. 1959, 82, 996. — 30. Temesvári A.-né: Magy. Seb. 1956, IX, 73. — 31. Wagner, D. E., Zollinger, R. W.: Arch. Surg. 1961, 83, 436. — 32. Waugh, T. R.: Arch. Surg. 1941, 42, 311. — 33. Weiner, M. E., Jenkinson, E. L.: Amer. J. Roentgenol. 1957, 78, 679. — 34. Wilkie, J.: Brit. J. Surg. 1921, 8, 392. — 35. Wilson, R. R.: Brit. J. Surg. 1950—51, 35, 65.



SALVUS alkalikus gyógyvíz

Évről évre emelkedik az egész világon a gyomorbetegség száma. A gyomorbetegségek keletkezésének megelőzésében, illetve kezelésében értékes segítséget nyújt a Salvus gyógyvíz.

A tapasztalatok szerint a Salvus gyógyvíz a gyomor fokozott savértékét közömbösíti. Étkezés előtt két órával fogyasztva csökkenti a gyomornedv-elválasztást. Gyomorhurut esetében a Salvus gyógyvízzel végzett ivókúra hozzájárul a panaszok megszűntetéséhez.

Ha a gyomorhurut kezelését elhanyagolják, akkor a folyamat aktiválódik és előbb-utóbb sor kerülhet a fekély megjelenésére.

A fekélybetegség rendkívül elterjedt. Gyógyítására sokféle gyógyszert ajánlottak. Nagy részük az idők folyamán feledésbe ment.

A Salvus gyógyhatások kiértékelésére klinikai vizsgálat után kerültek a betegek egy gyógyintézetbe. Négy hétig álltak ápolás alatt, gyógyszert nem szedtek, ulcusos étrendet kaptak. 3-szor napjában Salvus gyógyvizet fogyasztottak. 28 beteg adatai szerint 16 esetben eltűnt a fekélyfészek, a panaszok elmúltak és a betegek súlyukban gyarapodtak. Megállapítható, hogy a Salvus gyógyvízzel végzett ivókúra terápiás eredménye — a gyógyulások arányszáma — nem marad el egyéb kezelési eljárások mögött.

A Salvus gyógyvíz a légcsőhurutos megbetegedésekben is rendkívül hatásos. Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.



HIGANYT, AMALGÁMOT HIGANYVEGYÜLET HULLADÉKOT

elhasználódott kis- és nagyméretű

Nikkel kadmium
Nikkel vas- és ólom alapú
akkumulátor hulladékot

minden mennyiségben átveszünk

BUDAPESTI



VÁLLALAT

Átvétel:

a vállalat nedves kohászati üzemében,
Budapest, X., Gránátos u. 1-3.
Hétfőtől péntekig 7-15.30-ig.

Ügyintéző: Kontra Jánosné

Telefon: 475-790/69 m.

Érdeklődőknek készséggel ad felvilágosítást
a vállalat kohászati osztálya.

Telefon: 475-790/13 m.



Galaktosaemiás gyermek	8,1 InU/g.Hb
Apa	80,1 InU/g.Hb
Anya	220,0 InU/g.Hb
Egészséges kontrollok	308—475,0 InU/g.Hb

Győr-Sopron megyei Tanács Kórház,
Gyermekgyógyászat (főorvos: Méhes Károly dr.)
és Pécsi Orvostudományi Egyetem,
Gyermekklinika (igazgató: Varga Ferenc dr.)

A galaktosaemia diagnózisáról

Tóth Péter dr., Klujber László dr.
és Méhes Károly dr.

A galactosaemia jelentőségéről és a korai kezelés eredményességéről a kiterjedt nemzetközi tapasztalatok mellett a magyar irodalomban is ismételtelen olvashattunk (3, 6, 9, 10, 11, 12). Míg a korábbi közlemények többségében az enzimopathiát galactose terheléssel bizonyították, Székessy és Grodzka (13) eseteiben részben más indirekt bizonyítékok, részben az enzimaktivitás meghatározása vezetett a kórkép felismeréséhez. Ez a törekvés megfelel azoknak az újabban egyre inkább hangsúlyozott irodalmi adatoknak, amelyek a galactose-terhelést károsnak és kerülendőnek tartják (1, 5, 7). A terhelés egyrészt súlyos hypoglycaemiát és általánosan további károsodást okozhat a valóban galactosaemiás betegben, másrészt az enzimhiba természetéről sem ad felvilágosítást és így a csak terhelésen alapuló diagnózisokat utólag nem egyszer korrigálni kell (4, 8). A galactose-terhelés hátrányos voltát kívánjuk demonstrálni alábbi esetünkkel.

Esetismertetés

H. O., másfél éves kisedet az 1972-ben született győri dysmaturusok (14) utánvizsgálati programjában rendeltük be kontroll vizsgálatra.

A szülők egészségesek, rokonházasság kizárható. A gyermek anyja harmadik terhességéből származik. Az első terhességéből 2250 g-os gyermek született, akin újszülöttkorban vércsere történt, majd héthónapos korában tüdőgyulladásban meghalt. Második terhesség: 2750 g-os gyermek, aki nem sárgult be, egészséges.

Betegünk 38 hetes gestatio után született. Súlyja 2500 g, hossza: 50 cm, fejkörfogat: 33 cm. Négynapos korára erős icterus alakult ki (se. bi.: 21 mg%, direkt reakciót nem ad). Májja elérhető, lépe nem tapintható. Anya és gyermeke között 0—B incompatibilitás állt fenn, de isoimmunisatio nem volt kimutatható. Konzervatív kezelésre (infusio, human albumin) az icterus fokozatosan csökkent, lassú súlygyarapodás indult meg. Galactosaemia irányában vizsgálatok nem történtek.

Másfél éves korában a kontroll vizsgálat idején súlya 7300 g, hossza: 75 cm, fejkörfogat: 46 cm. Első foga 8 hónapos korban tört át, mozgásfejlődése nor-

mális, szavakat mond. A szülők elmondása szerint csecsemőkorától kezdve elutasítja a tejet, tejes ételeket. Dystrophiája miatt kivizsgálás céljából felvettük osztályunkra. Felvételnél mája 1,5—2 cm, normális tapintatú, lépe nem tapintható. Vérvkép: normális; májfunkció: negatív; transaminase értékek normálisak. Serum fehérjék, cholesterin, összlipoid, sav-bázis értékek nem mutattak eltérést. Széklet emésztettség: normális. Hajnali vizeletében cukor nem mutatható ki, két-dimenziós vékonyréteg-chromatographiával generalisalt hyperaminoaciduriát észleltünk. Az etetés előtt majd etetés után fél órával nézett vércukorértékek: 80 mg%, illetve 73 mg% voltak. Ennek alapján merült fel a cukoranyagcsere zavarának lehetősége.

Lactose-terhelés (2 g/kg): éhomi: 80 mg%; 30 perc: 66 mg%. 60 perc: 68 mg%, 90 perc: 68 mg%. 120 perc: 60 mg%. Saccharose-terhelés (2 g/kg): éhomi: 58 mg%, 30 perc: 75 mg%; 60 perc: 104 mg%; 90 perc: 91 mg%; 120 perc: 98 mg%. Míg a lactose- és saccharose-terheléskor a vércukrot o-toluidin módszerrel határoztuk meg, a 2 g/kg galactose-val történt terhelés során a glucose + galactose-t kifejező o-toluidin módszer mellett párhuzamosan a csak glucose-t mutató glucose oxydase meghatározást is elvégeztük. Az eredményeket az 1. ábrán mutatjuk be.

A galactose-terhelés alatt az 50. perc körül mintegy negyedórát tartó hideg verejtékezés, elsápadás, tremor jelentkezett. A terhelés után a vizelet pozitív Nylander reakciót adott és galactose volt kimutatható benne. Serum bilirubin emelkedést a terhelés után nem észleltünk, a májfunkciós próbák negatívak.

Szemészeti vizsgálat kóros eltérést nem talált. Az EEG az életkorhoz viszonyítva épnek vehető electrogenesisist mutatott.

A diagnózis megerősítése érdekében enzim-vizsgálatokat végeztünk Beutler és Baluda (2) módszerével. A galactose-1-phosphat uridyltransferase aktivitása betegünkben gyakorlatilag hiányzott, míg szüleiében a heterozygota állapotnak megfelelően csökkent értékeket mutatott (1. táblázat).

A leletek alapján a gyermeket galactose-mentes diétára állítottuk be. Ennek hatására étvágya javult, súlyfejlődése megindult, a diéta első 2 hónapjában 900 grammot hízott.

Megbeszélés

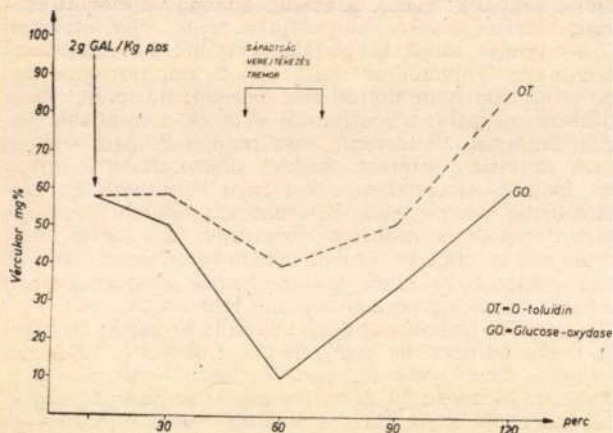
Enzymvizsgálatokkal igazolt esetünk is meggyőzően bizonyította a galactose-terhelés káros voltát. A kialakult hypoglycaemia acut rosszullétet eredményezett, de a chronicus ártalom szempontjából feltehetőleg még kedvezőtlenebb volt a galactose-1-phosphat nagyfokú felszaporodása a vérben. A diagnózis szempontjából ezért Székessy és Grodzka (13) véleményéhez hasonlóan az alábbi vizsgálatokat javasoljuk.

1. Vércukor meghatározás éhomi és a csecsemő szokásos minőségű és mennyiségű adagjának elfogyasztása után fél órával. Ez az egyszerű, a csecsemő saját tápszerével történő „terhelés” tapasztalataink szerint igen hasznos a cukoranyagcsere-zavarok szűrésében.

2. A vizeletcukor chromatographiás vizsgálata, ha pozitív redukciós próbát kapunk. A galactos-

aemiás betegek túlnyomó többsége következetesen ürít galactose-t, egyes esetekben azonban, mint betegünkben is, főleg éhezés idején a vizelet redukciós próbák negatívak lehetnek.

3. Enzym-vizsgálatok, amelyekkel egyúttal a „klasszikus” galactose-1-phosphat uridyltransferase hiánytól a galactokinase hiány is elkülöníthető (9), de a Duarte típus a „klasszikus” galactosaemiás heterozygotától nem különböztethető meg (4).



1. ábra. Betegünk galactose terhelésének eredményei

4. Enzym-vizsgálatok lehetőségének hiányában is therapiás, de egyben diagnosztikus jelentőségű lehet az ex juvantibus beállított tejmentes étrend.

Betegünk még egy fontos tényre hívja fel a figyelmet, amennyiben a galactosaemia nem feltétlenül manifestálódik az ismert súlyos újszülöttkori vagy fiatal csecsemőkori tünetekkel. Betegünk állapotát sem a szülő, sem kezelőorvosa nem tartotta kórosnak és a galactosaemia felfedezésére csak a systematicus utánvizsgálat során feltűnt dystrophia nyomán került sor.

Összefoglalás. Másfél éves transferase hiányos galactosaemiás betegünkben galactose-terhelés során súlyos hypoglycaemiás rosszullét jelentkezett. Ez ismét arra hívja fel a figyelmet, hogy a terheléses vizsgálatot kerülni kell és a galactosaemia diagnózisát enzym-vizsgálatokkal és cukor chromatográfiával kell tisztázni.

IRODALOM: 1. Averbach, V. H. és DiGeorge, A. M.: in: Textbook of Pediatrics (Nelson, W. E., Vaughan, V. C., Mc Kay, R. J., Eds.) W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1969. 438. — 2. Beutler, E., Baluda, M. C.: Clin. Chim. Acta. 1966, 13, 369. — 3. Cholnoky P. és mtsai: Orv. Hetil. 1968, 109, 809. — 4. Donnell, G. N.: J. Pediat. 1973, 83, 515. — 5. Evans, P. R.: Lancet. 1965, 1, 721. — 6. Frey, J., Stuber, A.: M. Pediater. 1971, 5, 41. — 7. Komrower, G. M. és mtsai: Arch. Dis. Child. 1956, 31, 254. — 8. Mayes, J. S. és mtsai: J. Pediat. 1973, 83, 476. — 9. Rubecz I. és mtsai: Orv. Hetil. 1971, 112, 3051. — 10. Sárkány J.: Orv. Hetil. 1973, 114, 63. — 11. Stuber A.: Orv. Hetil. 1972, 113, 870. — 12. Szabó L.: Congenitalis enzymopathiák. In: Czeizel E., Dénes J., Szabó L.: Veleszületett rendellenességek. Medicina, Budapest, 1973. — 13. Székessy V., Grodzka Z.: Orv. Hetil. 1973, 114, 3071. — 14. Tóth P. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 368.

DEPERSOLON

kenőcs (0,25%-os)



A Depersolon kenőcs localisan alkalmazható, gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatású glyocorticoid hormonkészítmény.

Jó eredmény érhető el az ekzema különféle formáinál – allergénre és localisatióra való tekintet nélkül –, valamint a dermatitis különféle változatai esetén.

1 tubus (10 g) 0,025 g depersolonum hydrochloricumot tartalmaz, lemosható kenőcsalapanyagban.

MEGJEGYZÉS

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.



Orvostovábbképző Intézet, Budapest,
 II. Gyermekgyógyászati Tanszék
 (tanszékvezető: Frank Kálmán dr.)
 és Heim Pál Megyei Gyermekkórház, Veszprém
 (igazgató főorvos: Török János dr.)

Splenectomizált kisgyermek necrotizáló purpura fulminansa

Földes Gyula dr., Frank Kálmán dr.
 és Török János dr.

A purpura fulminans ritka, igen súlyos, 40—50%-ban halálozással járó kórkép, amely rendszerint banális bacterialis (pl. streptococcus) vagy vírusfertőzések (pl. varicella) után, általában kisgyermekkorban fordul elő (5, 6, 8, 10, 15, 20). A betegség súlyosságát nem csupán az órák alatt kialakuló és igen gyorsan progrediáló bőrvérzések, ill. necrosisek mutatják — amelyek leggyakrabban az alsó végtagokra localizálódnak —, hanem a consumptiv coagulopathia is (2, 3, 6, 9, 11/a, 19). A kórkép létrejöttében immunológiai tényezőknek is jelentős szerepet tulajdonítanak (6, 14, 19), ezért a folyamat pathomechanizmusát nagymértékben befolyásolhatja, ha előzőleg splenectomia történt.

Bár hazai szerzők (14, 15, 19) ismételen foglalkoztak a megbetegedéssel, a kórkép kialakulása előtt egy évvel splenectomizált saját betegünk ismertetését indokoltta teszi az a tény, hogy splenectomia után észlelt purpura fulminans esetekről világszerte csupán elvétve jelentek meg eddig közlések (1, 11, 12).

Esetismertetés

N. Gy. (szül.: 1967. szeptember 18.) állami gondozott kisfiút 1970. november 21-én igen súlyos, hyperpyrexialis állapotban, pneumonia gyanúja miatt vettük fel a Veszprémi Gyermekkórházba. Az anamnesis adatai szerint — amelyek a beteg állami gondozott volta miatt hiányosak — jelen felvétele előtt 18 hónappal testszerte fellépő purpura miatt került először az egyik fővárosi kórház gyermekosztályára. Akkor betegségének első hónapjaiban haematuriót, thrombopeniót, változó nagyságú és megújuló bőrvérzéseket találtak. A klinikai kép *morbus Werlhof*-nak felelt meg, ezért steroid és EAC kezelést, valamint transfúziókat alkalmaztak, majd a fél éven át folytatott konzervatív terapia elégtelensége miatt splenectomiát végeztek. Az eltávolított lép kórszövettani vizsgálata megerősítette a kli-

nikai diagnózist. A beteg állapota a műtétet követően rövidesen rendeződött.

Egyévi tünet- és panaszmentesség után, 1970. november 20-án — családi kihelyezés során — hirtelen megbetegedett a kisfiú, akit a következő napon igen súlyos hyperpyrexialis állapotban, pneumonia klinikai tüneteivel, jelentősen exsiccált állapotban szállítottak a Veszprémi Gyermekkórházba. Felvételkor légzése, szív működése szapora, sensoriuma zavart volt, testszerte közepes fokú cyanosist lehetett észlelni. Ezt követően a keringési viszonyok gyorsan romlottak, és állapota iv. Dextrose—Ringer infusio, cardiacumok, majd transfusio alkalmazására is csak átmenetileg javult.

A következő napra a légzési és keringési zavar gyakorlatilag állandósult, a sensorium csak néhány percre tisztult fel, időnként motoros izgalmi jelek mutatkoztak. A felvételét követő első 24 óra végén a *végtagokon* majd a *törzsön kiterjedt ecchymosisok* alakultak ki, ezért a már megkezdett antibiotikus és glucocorticoid kezelést Heparin (100 E/testsúlykg iv. 4 óránként) terapiával egészítettük ki. A mellkas röntg-felvételén jobboldalt csecsemőtenyérynai alsólebenypneumonia látszott, a fvs.-szám 54 000/mm³ volt, nagyfokú balratolódással (stb.: 11%, segment: 78%, ly.: 10%, mo.: 1%) és toxikus granulatióval. Alvadási idő: 1 perc 30 mp, Quick-test 60%, prothrombin felhasználás: 95% felett, fibrinogen: 300 mg% felett, thrombocytaszám: 60 000. A liquor vizsgálata negatív eredményt adott, a haemokultúra sterilnek bizonyult, a vizeletben fehérje: opalescál, üledékben 8—10 vvt., 3—4 fvs., a CN 13 mg% volt. Ionogramm: se. K: 4,8 maeq/l, se. Na: 127 maeq/l, se. Cl: 102 maeq/l.

A következő napon a vérzések tovább terjedtek, a lábfejekon szimmetrikusan *kezdődő gangraena* jelei mutatkoztak, az általános állapot változatlanul igen súlyos maradt. Ekkor — az esetleg szükségessé váló korai sebészi beavatkozás lehetővé tétele és további belgyógyászati kezelés céljából — pneumonia, sepsis és azzal szövődött purpura fulminans, ill. coagulopathia diagnózissal a Veszprémi Gyermekkórház kérésére került a gyermek az Orvostovábbképző Intézet II. Gyermekgyógyászati Tanszékére.

Az eddigi kezelést — a Heparin alkalmazásának kivételével tovább folytatva — a fennálló acidosis (vér-pH: 7,22) miatt natriumbicarbonat (4,2%) és Dextrose (20%) keverék alkalmazásával egészítettük ki. A gyermek állapota lassan javult, a vér-pH értéke a következő napon már 7,34-ra kompenzálódott, 7 napig tartó eszméletlensége, a 3—4 napon át észlelt melanája megszűnt, lázai mérséklődtek. Újabb vérzés nem



1. ábra.

jelentkezett. Ekkorra laboratóriumi leletei (vérkép, vi-zelet, ionogramm stb.) normalizálódtak, kivéve a thrombocytaszámot, amely 20 000—40 000 között ingadozott és csak hetekkel később emelkedett 100 000 fölé. Immunoelectrophoresis: normális viszonyok. 1971 áprilisában — már jó klinikai állapotban — a kórelőzményben szereplő morbus Werlhof kontrollja, a tartósan alacsony thrombocytaszám, a megakaryocita-képzés állapotának tisztázása miatt sternum-punctiót végeztünk. Ennek eredménye: fokozott leukopoesis, csökkent erythropoesis, néhány nem besorolható sejt, aránylag sok megakaryocita, legtöbbször éretlen. Immunthrombocytopenia lehetőségét az ismételt elvégzett Steffen-reakció eredménye kizárta. A bőrnek és subcutisnak a testfelület kb. 40%-át kitevő vérzései — amelyek sok helyütt necrotizálódtak — fokozatosan demarkálódtak, majd hegesen, az alsó végtagokon jelentős contracturával gyógyultak (1. ábra).

A contractura oldása a korán megkezdett fizikoterapiás kezelés eredményeként csaknem teljesen sikerült. Csak a térdhajlatokban levő hegesedés igényelt plasztikai műtéti megoldást, ami egy évvel később, 1972 őszén zavartalanul megtörtént. A gyermek azóta is egészséges, jól fejlődik, felsőlégúti hurutokon kívül más betegsége nem volt, bőrvérzések nem alakultak ki. Thrombocytaszám: 180 000.

Megbeszélés

Purpura necrotica, haemorrhagica, gangraenosa vagy fulminans helyett talán helyesebb lenne *postinfectiosus, gangraenával járó thrombosisról* beszélni (9, 11/a). Experimentális adatokból, de a human pathológiából is ismert, hogy bacterialis endotoxinok az alvadási mechanizmust aktiválják és thrombocytopeniát is okozhatnak (16). Különösen a tisztított staphylococcus alfa-toxin képes a sejtmembrán permeabilitásának megváltoztatásával haemolysist, egérben a thrombocyták agglutinációját és lysist előidézni, de kevésbé tisztított formában az emberi thrombocytákat is agglutinálja (16). Disseminált intravascularis coagulopathiát (DIC) újabban vírusbetegségekkel kapcsolatban is leírtak (9, 10, 13, 20) és a coagulopathia okaként közvetlen thrombocytá és capillaris endothel károsító hatást tételeznek fel, amely thrombosiszt okozva az alvadási kapacitást kimeríti (16).

Irodalmi adatokból az is ismeretes, hogy meningococcus vagy pneumococcus fertőzések kapcsán *gyakrabban alakulnak ki septikus állapotok, ha előzőleg splenectomia történt.*

A lép az antitestképzésben ugyanis jelentős szerepet játszik. *Whitaker* (21) kísérleti állaton mutatta ki, hogy splenectomia után a pneumococcus fertőzés sepsist okoz. Egereknek iv. adott antigen hatására splenectomizált állatokban kisebb mértékű antitestválaszt figyeltek meg (17). Bár ezt a megfigyelést *Saslav* (18) majmokon végzett kísérletei nem erősítették meg, a lép immunológiai jelentőségét klinikai megfigyelések az emberi pathológiában is valószínűvé teszik. Így *Bisno* és *Freeman* (4) véleménye szerint *Waterhouse—Friderichsen-syndroma* gyakrabban fordul elő aspleniás betegekben, mint ahogy azt a közhiedelem tartja. Előbbi szerzők egyike pneumococcus fertőzés kapcsán kialakult *Waterhouse—Friderichsen-syndromában* szenvedő felnőtt betegének sectiója során derült ki, hogy a betegnek csökevényes lépe volt. Figyelemre méltó, hogy az irodalomból összegyűjtött 17 halálos kimenetelű pneumococcus fertőzéshez társult

Waterhouse—Friderichsen-syndromás betegből 14-nek sectióval bizonyított léphiánya vagy hypospleniája volt (4). Az elmondottakkal jól összeegyeztethetők azon megfigyelések, amelyek szerint *splenectomián átesett gyermekeken sokszor fordulnak elő súlyos bacterialis fertőzések* (11, 12), és egyre gyakrabban észlelnek e fertőzésekhez társuló disseminált intravascularis coagulációt is (11). Egyes megfigyelések szerint ilyen súlyos, gyakran halálhoz vezető szövödmény még évek múlva is jelentkezhet és a RES részvételével nem járó betegségek (pl. congenitalis sphaerocytosis vagy traumás ruptura) miatt végzett splenectomia után is kialakulhat (11).

Ezzel szemben *Eraklis* és *Filler* (7) nagyobb anyag feldolgozásakor szerzett tapasztalata alapján a splenectomia, illetve a további kilátások (betegség, szövödmény) szempontjából három csoportba osztja a betegeket:

1. ha a lépeltávolítás *Werlhof-kór* vagy *trauma* miatt történik, *nincs fokozott kockázat*;
2. ha *aplastikus vagy hypoplastikus anaemia* az alapbetegség, a kilátások csak *minimális* rosszabbodnak;
3. ha *Wiskott—Aldrich-syndroma*, *Cooley-anemia*, *histiocytosis* a splenectomia oka, *nagy kockázattal* számolhatunk.

Saját tapasztalataink ellentétesnek látszanak *Eraklis* és *Filler* (7) véleményével. Betegünkön ugyanis igen súlyos általános állapottal és nagy kiterjedésű bőr-necrosisokkal járó tipusos purpura fulminans alakult ki — bár a splenectomia *Werlhof-kór* miatt történt. Ha egyes esetekből akarunk általános következtetéseket levonni — bármennyire indokolt az óvatosság — mégis úgy érezzük, hogy betegünk gyógyulása valójában *Eraklis* és *Filler* (7) véleményét támasztja alá, és azt a felfogást látszik bizonyítani, hogy a *morbus Werlhof* miatt végzett *splenectomia* nem rontja a *purpura necroticában* szenvedő betegek *életkilátásait*. Talán így értékelhető az a tapasztalatunk is — amelyet hasonló eset kapcsán más is észlelt (1) —, hogy betegünkön a kórkép gyógyulása óta eltelt több esztendő alatt újabb súlyos bacterialis fertőzések vagy purpura nem alakult ki.

Összefoglalás. Egy két éves korban morbus Werlhof miatt splenectomizált kislány mütét után egy esztendővel igen súlyos általános állapottal és több mint egy hétig tartó eszméletzavarral járó purpura fulminans (necrotica) alakult ki. Bár a bőrelváltozások a testfelület kb. 40%-ára vonatkoztak, több hónapos ápolás után a beteg meggyógyult.

A kedvező kimenetel azt a felfogást támogatja, amely szerint a morbus Werlhof miatt végzett splenectomia a betegek további életkilátásait nem befolyásolja hátrányosan.

IRODALOM: 1. *Adner, M. M. és mtsai:* JAMA. 1970, 213, 1681. — 2. *Allen, D. M.:* Pediatrics. 1966, 38, 211. — 3. *Antley, R. M., MacMillan, C. W.:* New Engl. J. Med. 1967, 276, 1287. — 4. *Bisno, A. L., Freeman, J. C.:* Ann. Int. Med. 1970, 72, 389. — 5. *Charlas, J. és mtsai:* Ann. Pédiat. 1970, 46, 553. — 6. *Eger, H. és mtsai:* Med. Welt. 1970, 47, 2015. — 7. *Eraklis, A. J.,*

Filler, R. M.: J. Pediat. Surg. 1972, 7, 382. — 8. Feigin, R. D. és mtsai: Pediatrics. 1969, 44, 120. — 9. Fondu, P. és mtsai: Acta Paed. Belgica. 1968, 22, 187. — 10. Hattersley, P. G.: Am. J. Dis. Child. 1970, 120, 467. — 11. Hilgartner, M. W., Lanzkowsky, P.: Am. J. Dis. Child. 1970, 119, 192. — 11/a. Little, J. R.: JAMA. 1959, 169, 36. — 12. McCracken, G. H., Dickermann, J. D.: Am. J. Dis. Child. 1969, 118, 431. — 13. McKay, D. G., Margaretten, W.: Arch. Int. Med. 1967, 120, 129. — 14.

Palásthy G.: Gyermekgyógyászat. 1963, 14, 278. — 15. Páll G., Kollár K.: Gyermekgyógyászat. 1968, 19, 82. — 16. Rahal, I. J. és mtsai: Ann. Int. Med. 1968, 69, 35. — 17. Rowley, D. A.: J. Immunol. 1950, 65, 515. — 18. Saslaw, S. és mtsai: New Engl. J. Med. 1959, 261, 120. — 19. Schäfer J. és mtsai: Orv. Hetil. 1972, 113, 1608. — 20. Smith, H.: Med. J. Austr. 1967. I. 685. ref. Zbl. Kinderhik. 1968, 105, 381. — 21. Whitaker, A. N.: J. Path. Bact. 1966, 95, 111.

Sandosten^R-Calcium

pezsgőtabletta
antihistaminicum, antiallergicum



● **HATÁS:**

Erős permeabilitásgátló, viszketéscillapító, anticholinerg és serotonin-antagonista hatása mellett gyulladáscsökkentő és exsudatiogátló.

● **ÖSSZETÉTEL:**

Thenalidinum tartaricum 0,025 g
calcium lacticogluconicum 1,373 g pezsgőtablettánként.

● **JAVALLATOK:**

Akut allergiás folyamatok (urticaria, Quincke-oedema, szénanátha, gyógyszer-exanthema, asthma bronchiale), ekzema, rovarcsípés, allergiás, essentialis és symptomaticus pruritus.

● **ADAGOLÁS:**

Akut esetben felnőtteknek naponta 3–4×1–2 tablettát. Gyermekeknek 1–3 éves korig 4×1/2 tablettát, 3–6 éves korig 4×1/2, ill. 5×1/2 tablettát, 6–10 éves korig 2×1, súlyosabb akut esetben 3×1 tablettát, 10 éven felül 3–4×1 tablettát, teában vagy vízben feloldva.

Krónikus esetben kúraszerű adagolásnál felnőtteknél 3×1–1 1/2 tablettát adása cél-szerű. Gyermekeknek 1–6 éves korig 2×1/2 tablettát, 6 éves kor felett 3–4×1/2 tablettát, 10–14 éves korban a felnőtt adag, teában vagy vízben feloldva.

● **MELLÉKHATÁSOK:**

Az akut esetben alkalmazott magasabb dózisok mellett múló fáradtságérzés, ritkán álmoság léphet fel.

● **FIGYELMEZTETÉS:**

A gyógyszer alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által — az egyéni érzékenységnél megfelelően — előírt adagban szedhetik. Altatókkal lehetőleg ne szedjék együtt. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani!

● **MEGJEGYZÉS:**

Társadalombiztosítás terhére kizárólag 3 éven aluli gyermekek részére rendelhető.

● **CSOMAGOLÁS:**

10 db pezsgőtabletta — 28,60 Ft



GAPONTA[®] INJEKCIÓ, TABLETTA

Spasmolyticum + parasympatholyticum +
tranquillans

	Halidor +	Gastrixon +	benactyzin
Injekció	50 mg	0,5 mg	–
Tabletta	150 mg	1,0 mg	1 mg

JAVALLAT: az ulcus-betegség különböző, főként hyperaciditással járó formái, ennek heveny és idült szakaszai; hypermotilitással járó gastrointestinalis megbetegedések, pl. colitis spastica, enterocolitis, cholecystopathia; húgyúti simaizomspasmusok, ill. köves rohamok.

ELLENJAVALLAT: glaucoma, myasthenia gravis, hypotonia, prostatahypertrophia.

ADAGOLÁS: acut kezelés esetén a szokásos napi adag $3 \times 1-2$ tablettá, közvetlenül étkezés után.

Prompt hatás céljából vagy ha az orális alkalmazást hányinger, hányás stb. akadályozza, napi 1-2-szer $\frac{1}{2}-1$ ampulla adható im., iv., a beadás helyét változtatva, mert localis érzékenységet, esetleg szövethárosodást (iv. thrombophlebitist) okozhat. A keringés és légzés súlyos zavarában, collapsus-hajlam esetén a parenteralis adás óvatosságot igényel.

Chronikus kezeléskor az első napokban $3 \times 1-2$ tablettá a szokásos adag, közvetlenül étkezés után, majd – szájszárazság jelentkezésekor – a gyógyszer addigi mennyiségét felére, harmadára kell csökkenteni. Ilyenkor általában napi 2-3-szor $\frac{1}{2}$ tablettá is elegendő.

NEM KÍVÁNT HATÁS: száj- és torokszárazság, mydriasis; ritkábban: tensio-csökkenés, álmatlanság, accommodatiós zavar, mérsékelt tachycardia és palpitiatio cordis; kivételesen: hólyag-tenesmus, obstipatio, erythema és nausea.

FIGYELMEZTETÉS: Gapona kezelés során az alkoholfogyasztást kerülni kell. Magasban dolgozók és gépjárművet vezetők a Gapona tablettát kizárólag orvosi ellenőrzés mellett, az egyéni érzékenység figyelembevételével megállapított adagban, óvatosan szedhetik.

A terhesség első harmadában a készítmény alkalmazása nem ajánlatos.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

10 amp. à 2 ml	11,50 Ft
100 amp. à 2 ml	105,80 Ft
20 db tabl.	17,90 Ft
200 db tabl.	167,70 Ft

HCL

HCL

HCL

HCL

HCL

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR

Megfigyeléseink a lepényvese kórismézésében

Asztalos Béla dr., Singely István dr.,
Varga Tibor dr. és Bodrogi László dr.

A vesék normális fejlődése helyett bizonyos esetekben sajátos rendellenességek jöhetnek létre. A két vese egymáshoz való viszonyának egyik ismert, nem egyszer komoly diagnosztikai és intraoperatív problémát okozó formája az úgynevezett patkóvese, melyben a vesék alsó, igen ritkán a felső pólusa egymással összenőtt.

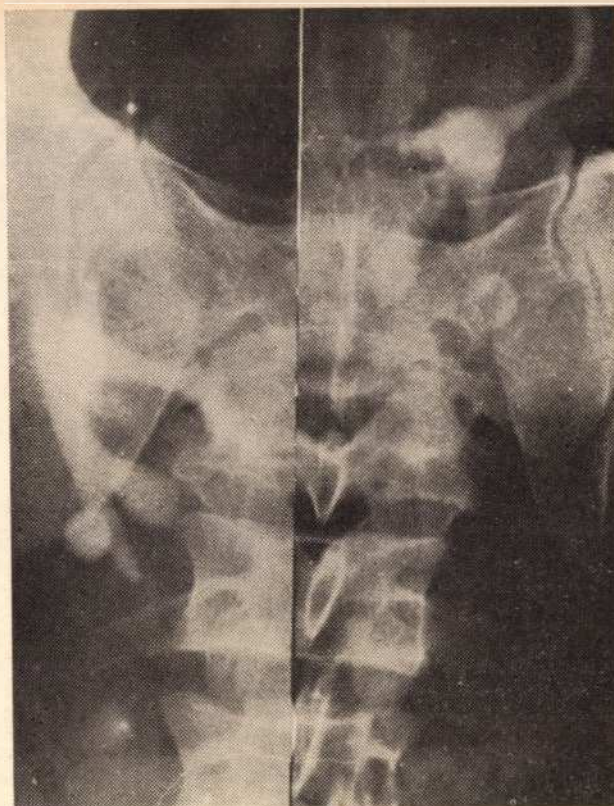
A két vese fúziójának ritkább formája az úgynevezett discus vagy lepényvese, mely *Gerard* besztása szerint a patkóvese aszimmetriás típusához tartozik (2). A lepényvesére vonatkozó sectiós statisztika: *Campbell* szerint 51 880 boncolásra 3 lepényvese esik (1).

Az Orvosi Hetilapban *Kovácsi László* számolt be 1944-ben egy lepényveséből eltávolított kő esetről (5).

A fejlődésileg rendellenes vese locus minoris resistentiae-t képez és megbetegedésekre hajlamosít. Leggyakoribb szövődmény a vizeletpangás, vizeletfertőződés és kőképződés. Daganatok fellépése ennél az anomáliánál nem gyakoribb, mint a normális vesénél. De más komplikációk is adódhatnak. *Schwesinger és mtsa* egy patkóvese jobb felének anaemiás infarctusáról számolnak be (7).

Egyes szerzők a patkóvese diagnosztizálására jellegzetes tünetegyüttest próbáltak összeállítani, melyek közül kiemelendő a *Rovsing—Botez-symptoma* komplexum, mely nervosus panaszokra, emésztési (bőfögés) zavarokra, valamint az alsó testfélben jelentkező és nyugalomra megszűnő fájdalmakra támaszkodik. *Lernitte* ezekhez még vizeletpangásokat is csatol. Ezeket a tüneteket a gerincvelő mellső ideggyökeire gyakorolt nyomással hozták összefüggésbe. Az angolszász irodalomban e tünetegyüttest a „horseshoe kidney disease” névvel foglalják össze. További tünetek a hypertonia, albuminuria és a haematuria. A panaszok nagyon sokrétűek és bizonytalanok lehetnek, ritkán gondolunk bizonytalan hasi—deréktáji panaszok esetén erre az elváltozásra. Az ilyen beteg nemegyszer *aggravatio* benyomását keltheti.

A klinikai vizsgálatkor hangsúlyozzák a tapintás fontosságát (patkóvesénél a zsíros tok gyengébben fejlett), de ez csak nagyon vékony betegen, jól áttapintható has esetén segíthet. Egyesek fontosnak

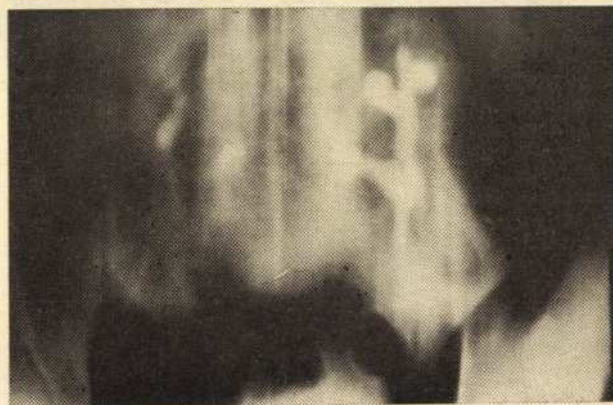


1. ábra.

tartják a palpatio utáni albuminuriát, az elmozdíthatatlanságot (légzéskor a patkóvese nem mozog) és a vesék hiányát a costovertebralis szögletben.

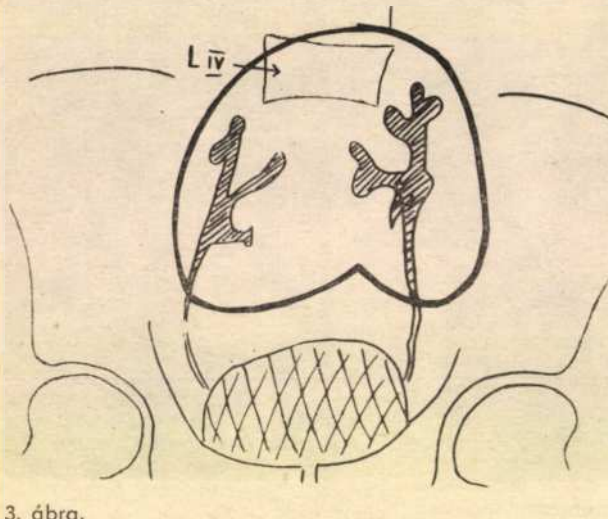
A kiválasztásos urogramm és retrograd pyelogramm a legfontosabb eszköz a diagnózis megállapításában. Egyesek ajánlják az intravénás urographia kombinálását pneumoretroperitoneummal, ugyanis így az isthmus szélessége jobban kimutatható, el lehet különíteni a patkó- és lepényvesét. A zavaró bélárnyékok kiküszöbölésére, az isthmus localisatiójára, szélességének megállapítására (amiből esetleg következtethetünk parenchymás vagy kötőszövetes isthmus jellegre) feltétlenül ajánlatos a pneumoperitoneum készítése rétegfelvételekkel kiegészítve.

A diagnózis felállítása, amint alább ismertettett esetünk is bizonyítja, nem könnyű.



2. ábra.

P. I., 39 éves férfibeteg 2 hónap óta egyre fokozódó deréktáji fájdalmak miatt jelentkezik az urológiai szakrendelésen. Kubikos munkakörben dolgozik, pontosabb kikérdezéskor derült ki, hogy enyhébb derékpanaszai már évek óta fennállnak. Néhányszor előfordult, hogy vizeletét vörösesnek találta. Felvételi statusából: a hasat áttapintva resistentia nem észlelhető. A bal vesetáj ütögetésre enyhén érzékeny. RR.: 130/70 Hgmm. Vizelet: f.: Ø, g.: Ø, vizeletüledékben sarjadzó gombák. We.: 4 mm/ó. Vérkép: lényeges eltérés nélkül. Endogén kreatinin clearance 125 ml/min. Vizelet spontán fajsúly: 1018. Cystoscopia: enyhe süllyesztéssel bevezethető az eszköz. Általában ép hólyagnyálkahártya, ép,



3. ábra.

résszerű ureterszájadékok. Indigót jobboldal 4 percre, jó intenzitással, baloldal előbbihez hasonló intenzitással 5 percre választ ki. A lumbalis gerinc rtg-felvételen körjelző elváltozás nem látható. Intravénás urographia: a vese-conturok a sacroiliacalis rések vetületében helyezkednek el. Baloldalon jó kontraszt kiválasztás, az ureter rövid. Jobboldalon értékelhető kontraszt kiválasztás nincs. A jobb vese anatómiai helyzetének, üregrendszerének tisztázására infúziós, compressziós urographiát végzünk, melyen az intravénáshoz hasonló információt kapunk; a jobb vesének megfelelően ismét nincs telődés. Így retrograd pyelographiát végzünk; az ureterkatéter kb. 10 cm-ig vezethető fel. A vizsgálat alátámasztja a feltételezett vesefejlődési rendellenességet (patkóvese).

A diagnózist a bal vese intravénás urographiás ábrázolásából, valamint a jobb vese retrograd pyelogrammából együttesen állítottuk fel, a két röntgenfilm megfelelő oldali felét a középvonalban egymás mellé állítottuk (1. ábra). Ezen jól látható a két vese tengelyének iránya, valamint a patkóvesésre jellemző kehelyrendeződés.

A kapott elváltozás, a röntgenfilmek elemzésekor kíváncsiak voltunk a patkóvese isthmusának

milyenségére is. Ezért nem elégedtünk meg az eddig elvégzett vizsgálatokkal, retroperitonealis befűvést végeztünk 1800 ml levegővel, mely után 12 órával infúziós urographiát is beállítottunk. Az ekkor készített röntgenfelvételek meglepő eredményt hoztak: a két vese korong-, ill. lepényszerűen egymással összefügg (2. ábra). A rétegfelvételeket sémas rajzon összesítettük (3. ábra), mivel az egyes tomo-s felvételek fotodokumentációra nem voltak teljesen megfelelőek.

A beteg panaszait a talált elváltozással magyarázni tudtuk, műtéti beavatkozás szükségessége nem merült fel, hazabocsátottuk. Féléves kontrollnál deréktáji panaszai nem múltak el teljesen, a haematúria nem ismétlődött. Munkáját változtatlanul ellátja, időnként néhány napig enyhe görcsoldót kellett szednie.

A lepényvese legtöbbször bizonytalan hasi resistentia próba-laparotomiája során kerül megfigyelésre vagy sectiókor talál rá a kórboncnok. Solitaer dystopiás vese eltávolítása esetén, ha műtét előtt nem történt részletes urológiai kivizsgálás, urographia — a beteg életével fizethet.

Betegismertetésünk kapcsán szeretnénk a figyelmet felhívni arra, hogy bizonytalan hasi panaszok esetén gyakrabban gondoljunk fejlődési rendellenességre, így esetleg urogenitalis eredetűre is és vegyük igénybe az intravénás urographia, valamint az urológus consiliarius segítségét. A pontos diagnózis felállításához elengedhetetlenül szükséges az egyes szakmák együttes közreműködése, a klinikus és radiológus szakorvos közös diagnosztikus tevékenysége.

Megjegyzés a korrektúránál: A kézirat beküldése és a kefelenyomat megérkezése között a beteg kontroll vizsgálaton jelent meg. Időközben a Budapesti Urológiai Klinikán feküdt, zárójelentését magával hozta (szám: 79636/74.). Az ott elvégzett aortographia is igazolta diagnózisunkat és a vizsgálatainkkal kimutatott különleges vesealakzatot azonos módon ábrázolta.

Összefoglalás. A szerzők lepényvesés férfibetegük ismertetése kapcsán tárgyalják a diagnózis felállításának körülményeit, nehézségeit. Felhívják a figyelmet e ritka fejlődési rendellenességre.

IRODALOM: 1. Campbell, M.: Urologie. Philadelphia—London, W. B. Saunders Co. 1954. — 2. Gutierrez, R.: The clinical management of horseshoe kidney. New York, P. Hoeber, 1934. — 3. Hajós E.: Magyar Radiológia. 1968, 5, 257. — 4. Kollias, G., Lenz, P.: Med. Welt. 1973, 24, 1211. — 5. Kovácsi L.: Orv. Hetil. 1944, 88, 268. — 6. Marton K.: Zschr. f. Urol. 1958, 51, 218. — 7. Schwesinger, G., Novak, W.: Zschr. f. Urol. 1973, 66, 305.

Beszámoló a XXII. Nemzetközi Szemészkongressusról.

1974. május 26—31. között rendezték meg Párizsban a XXII. Nemzetközi Szemészkongresszust, melyen 71 országból mintegy 2500 szemorvos vett részt.

Az ünnepélyes megnyitón a Marseillaise hangjai után a kongresszus elnöke, Brégeat professor üdvözölte a résztvevőket, elmondotta, hogy a szemorvosok nemzetközi kongresszusa a legrégebb eredetű a nemzetközi orvos kongresszusok között. Beszédében hangsúlyozta, hogy az orvosi hivatás elválaszthatatlan a békétől, a humánus gondolatától, hogy a kutatás és gyógyítás sohasem válhat öncélúvá. Ez után a Nemzetközi Szemorvostársaság elnöke, Prof. Jules François négy nyelven elmondott üdvözlő beszéde következett, majd a különböző kontinensek képviselőitében prof. Harms (Európa), Newell (Észak-Amerika), Boyd (Latin-Amerika), Nakajima (Ázsia), Diallo (Afrika), Cahill (Óceánia) köszöntötték a kongresszust. A francia köztársaság elnöke helyett a szenátus elnöke Alain Poher üdvözölte a vendégeket. Ez alkalommal nyújtották át a Gonin aranyérmét David Cogan (USA) professornak.

A kongresszusnak két fő témája volt: 1. a retinopathia diabetica, 2. a veleszületett anyagcsere-zavarok szemészeti vonatkozásai. A főreferátumon kívül 360 előadás hangzott el, melyek egy része a fő témákhoz, főleg a diabeteshez kapcsolódott, a többi pedig (kb. 250 előadás) szabad előadásként a szemhéjak, cornea, lencse, üvegtest, retina, orbita, glaukoma, fejlődési rendellenességek, refractio, iskolaszemészeti vonatkozások, vizsgálmódszerek, műtéti megoldások problémáit tárgyalta. Több mint 60 filmet vetítettek, melyek túlnyomóan műtéti tárgyak voltak. Az előadásokat általában 4—5 sectióban tartották. A kongresszus 3 hivatalos nyelve a német, angol, francia volt, szimultán tolmácsolás valamennyi teremben 3 nyelven folyt.

A retinopathia diabetica klinikumát prof. Brégeat, Regnault és Amalric (Franciaország) referálták. A pathológiát prof. Ashton (London), a terápiát Urrets-Zavalía (Argentína) ismertette. Kiemelkedő volt ezen az ülésen Brégeat professor filmje. Kezelésként jelenleg főleg a photocoagulatio és laser jön szóba, hangsúlyozták azonban, hogy a profilaxis a döntő, mert a már kialakult elváltozások fejlődésükben csak meglassíthatók, meg nem gyógyíthatók. A vizsgálmódszerekkel kapcsolatban a fluorescein angiographia elengedhetetlen az ellenőrzések során. Szabad előadá-

sokban számos szerző számolt be retinopathia diabetica esetében végzett elektronmikroszkópos vizsgálatok eredményéről.

A vele született anyagcsere-zavarok szemészeti vonatkozásainak referensei: prof. Jules François (Belgium), Auricchio (Olaszország), Prader (Svájc), Lenz (NSZK) voltak. A zsiranyagcsere-zavarokkal kapcsolatos szemészeti elváltozásokat prof. François, az aminosav és mucopolysaccharida zavarokkal összefüggő szemelváltozásokat Auricchio, a gyermekgyógyászati vonatkozásokat Prader, a biokémiai és genetikai problémákat pedig Lenz referálták.

A filmek közül a műtéti tárgyak, a trabeculotomiával, trabeculectomiával, vitrectomiával és a lencse extractio phakoemulzifikációs módszerével foglalkozók voltak kiemelendők.

A kongresszushoz kapcsolódóan ülésezett a Nemzetközi Trachoma ellenes Szervezet és Liga. Az ülés fő témája a trachoma immunológiai vonatkozása volt, ehhez csatlakozott még 13 előadás. Ezen az ülésen adta át Brégeat professor mint a kongresszus elnöke prof. Radnót Magda dr. -nak, a Chibret aranyérmét.

Prof. Jayle és prof. Dubois-Poulson szervezésében egy napon keresztül tanácskoztak meghívás alapján a különböző országok vezető szemészei a szemorvosok folyamatos képzésének lehetőségeiről 24 előadás keretében. Nagy-Britannia, Svájc, Franciaország, Magyarország, Canada, Észak- és Dél-Amerika, Japán, India, Ausztrália, Afrika jelenlegi helyzetéről és a tervekről hallottunk. Magyarország ilyen vonatkozású eredményeiről Radnót Magda professor asszony számolt be.

A kongresszust megelőzően számos szimpóziumot rendeztek Párizsban és vidéki városokban, melyeknek rövid összefoglalását a kongresszus utolsó napján hallottuk.

A cornea physiopathológiájáról szóló szimpózium Párizsban tartották május 23—24-én. Prof. Offret a szövettani vonatkozásokat, prof. Pouliquen a különböző dystrophiákat, prof. Payrau a cornea konzerválásának módjait ismertette. A glaukomáról szóló szimpózium eredményeit Etienne foglalta össze. A szem immunológiai és immunopathológiai vonatkozásaival kapcsolatos szimpózium Strasbourgban tartották május 20—22 között. Laser szimpóziumot Amalric professor szervezett Albiban május 20—24 között. Legrand professor Nantesban rendezett szimpóziumot május 21—23-án a microsebészetről. Mar-

seille-ben május 21—24 között Jayle professor a látótérről és színlátásról vezetett szimpóziumot. Clermont-Ferrandban május 20-tól, május 22-ig ülésezett a Nemzetközi Elektroretinográfiai Társaság, Lyonban a Nemzetközi Contactlencse Társaság, Párizsban a Gonin-Club prof. Guillaumat vezetésével.

Az ünnepélyes záróülésen Brégeat professor búcsúzott a résztvevőktől, majd a különböző kontinensek képviselői mondtak köszönetet a nemzetközi vezetőség és a rendezőség munkájáért. Ezután nyújtották át a Axenfeld-díjat és Javal érmet prof. J. Françoisnak a Nemzetközi Szemorvostársaság elnökének.

A kongresszust Párizsban az új kongresszusi palotában tartották, ahol ez alkalommal rendeztek először nemzetközi kongresszust. Több mint 110 cég mutatta be műszereit, könyveit, 10 ország rendezésében pedig 55 tudományos kiállítást láthattunk, valamint egy történeti kiállítást, mely a franciaországi szemészet történetét ismertette a római kortól napjainkig.

A kongresszuson 11 magyar szemorvos vett részt, öten előadást tartottak, 1 filmet mutattak be.

A társadalmi rendezvények közül megemlítenő az első estén a kongresszus elnökének fogadása. A résztvevők két színházi program közül választhattak: az Operaházban balettet, a Comédie Françaiseban az Ūrhatnám Polgárt láthatták. A Párizs környéki Chateau de Chantillyben rendezték a bankettet. Ezenkívül még számos rendezvény volt, többek között esti kirándulás a kivilágított versailles-i kastélyba.

A következő XXIII. Nemzetközi Szemészkongresszust 1978-ban Japánban, Kyotóban rendezik.

Trux Erzsébet dr.

Az NDK Pszichoterápiás Társaság szimpóziuma. Schloß Reinhardsbrunn, 1974. május 2—5.

Az elmúlt években a pszichoterápia fejlődése a szocialista országokban felgyorsult. A társadalmi átalakulás, a tudományos-technikai forradalom egyre inkább az egészségügyi ellátás középpontjába helyezi magát az embert, a betegségcentrikus gondolkodás helyébe a beteg-központú gondolkodás lép.

1974 márciusában a prágai pszichoterápiás tétizsek megfogalmazták a pszichoterápia fejlődésének irányát, és idén áprilisban a Magyar Ideg és Elmeorvosok Társasága is elfogadta ezeket a tételeket. A pszichoterápia fejlődésének egyik ma népszerű és a gyakorlat által igazolt alternatívája a „pszichoterápiás szisztéma”, amely a Maxwell Jones által kreatívan kidolgozott terápiás közösség elvére épül és annak különböző körülmények közt megvalósítható valamilyen variációját jelenti. A pszichoterápiás szisztéma az egészségügyi ellátás-

ban jelenleg nélkülözhetetlen pszichoterápiás osztályokon, illetve intézetekben valósul meg, amelyek alkalmasak a környezetükből különböző okok miatt kiemelt páciensek intenzív pszichoterápiás kezelésére. Ezt igazolja az is, hogy Európában egyre újabb ilyen intézeteket létesítenek különböző olyan országokban is, ahol jelentős ambulans pszichoterápiás gyógykezelés is történik.

Az NDK Orvosi Pszichoterápiás Társasága éppen ezeknek az aktuális feladatoknak kívánt eleget tenni, amikor ez évi szimpóziumának témájául a „komplex pszichoterápia” problémáját választotta.

A Társaság az NDK egészségügyében jelentős szerepet játszik, vezetői közt jeles belgyógyász, pszichiáter professzorok és olyan intézmények igazgatói vannak, mint a berlini „Haus des Gesundheit” vagy a DDR Tudományos Akadémiájának cerebrális kutató központja.

Az NDK Pszichoterápiás Társaságának jelenleg kb. 700 tagja van, hat szekcióban tevékenykednek: 1. viselkedés (behavior)-terápia; 2. csoportpszichoterápia; 3. autogéntréning és hipnózis; 4. klinikai pszichológia; 5. gyermekpszichoterápia; 6. zeneterápia. Szervezésükben jelenleg évente egyszer csoportpszichoterapeuták számára kéthetes saját elményen alapuló tréninget szerveznek, amely a terapeuták továbbképzését szolgálja. Ebben az évben már a nemzetközi együttműködés jegyében például csehszlovák tréner is részt vesz ezen a rendezvényen.

Reinhardsbrunn Friedrichroda része, ahol egy szép kastélyszálló és egy modern szálloda állt a szimpózium rendelkezésére a thüringiai erdő fenyőerdői és a halastavak festői környezetében. A szimpóziumnak 187 résztvevője volt, sok jelentkezőt helyhiány miatt nem fogadhattak. Ez a létszám és a teljes körű rendezés: előadások, vitacsoportok, a csoportok vezetőinek beszámolója az egész szimpózium előtt lehetővé tették, hogy a rendelkezésre álló idő alatt a résztvevők egymással személyes kapcsolatba kerüljenek és alkotóan tudjanak részt venni a szimpózium munkájában.

Erdemes megemlíteni, hogy az előadók jelentős része az NDK különböző pszichoterápiás osztályain dolgozik, egyetemi klinikákon, kórházakban, tudományos intézetekben, rendelőintézetekben. Ez a tény is mutatja, hogy az NDK-ban az egészségügy területén a pszichoterápia jelentős intézményes támogatásban részesül és fejlődik.

Részt vettek a szimpóziumon előadók Ausztriából, Bulgáriából, és Magyarországról is.

A szimpózium témáját Klumbies professzor körvonalazta megnyitó előadásában. Erdemes meg-

említeni, hogy Klumbies professzor a Jenai egyetem belgyógyászati tanszékének vezetője, klinikáján külön pszichoterápiás osztály működik, amelyet Schaeffer dr. vezet. Gondolatmenetének lényege a következő: a magas színvonalú modern betegellátás, amely személyiség- és nem betegségcentrikus, azelőtt a feladat előtt áll, hogy különböző pszichoszociális háttérű zavarokat oldjon meg pszichoterápiás módszerekkel. Az adott lehetőségek és a követelmény arra készítetik a gyakorló orvosokat és a velük együtt dolgozó klinikus pszichológusokat, hogy megkíséreljék rendelkezésükre álló különböző pszichoterápiás módszereket komplex módon alkalmazni, ettől remélve megküzdeni azzal a súlyos nyomással, amelyet az „idő” gyakorol rájuk. A szimpóziumon minduntalan felbukkant ez a két kifejezés: „Zeitdruck” és „Zeitökonomie”, mint a realitás olyan tényezői, amelyek a terapeutát, aki a tudattalan időtlenségéből származó hatásokkal birkózik a kezelése során, újabb és újabb kreatív próbálkozásokra készítessék. Klumbies nyitott álláspontja felvázolta a különböző megoldatlan konfliktusokat, amelyek a pszichoterápiás gyakorlat során adódnak. Ilyenek: lehet-e a pszichoterápiás páciens szomatikusan is vizsgálni és kezelni ugyanannak a terapeutának. Szerinte az álláspontok jogosan különbözőek ebben a kérdésben is. Másik ilyen konfliktus a csoportpszichoterápia kapcsán jelentkező igény a páciensnél, hogy kétszemélyes kapcsolatba lépjen terapeutával. A konfliktus itt is valóságos, a megoldási lehetőségek különbözőek, kombinálható egyéni és csoportpszichoterápia; csak csoportpszichoterápia végezhető a konfliktus analitikus feldolgozásával, hiszen a társas együttélés kezdettől magába foglal intim párkapcsolatot és csoportkapcsolatot, gyakran konkurrenssal és rivalizálva is.

A klinikai gyakorlat kérdéseire tartozik például az is, hogy kombinálható-e analitikus pszichoterápia és szuggesztív terápia. Itt emlékeztetek Freud híres, Budapesten tartott előadására a pszichoanalitikus terápia útjairól, amelyben ezt a kérdést pozitívan válaszolta meg, továbbá Ernst Kretschmer két sínpárú standard módszerére, amely az analitikus feltárást kombinálja az autogén tréning változatával. Problémát jelent a mindennapi gyakorlatban a pszichofarmakonok és a pszichoterápia kombinációja és ennek határai.

Klumbies emlékeztetett arra, hogy az NDK-ban kezdettől fogva tanították az egyetemeken a pszichoanalízist is.

Katzenstein professzor 500 esszenciális hipertóniás fiatal személyt vizsgált és kezelte komplex pszichoterápiával. Két évvel a kezelés után katamnesztikus vizsgálatot végeztek, Komplex pszichoterá-

piájuk 6 komponensből tevődött össze: 1. bizalmas beteg—orvos kapcsolat, 2. szuggesztív tüneti ráhatás, 3. negatív anticipációk tudatosítása, 4. rendszeres tréning pozitív anticipációkra, 5. aktivitás, öntudatfokozás, 6. autogén tréning hetero-szuggesztíval. A csak gyógyszerrel kezelt kontrolcsoporttal összehasonlítva a komplex pszichoterápia eredményei jobbak.

Geyer, az erfurti Orvosi Akadémia idegklinikája pszichoterápiás osztályának vezetője a WHO keretében 40—45 éves szívzominfarctus veszélyeztetett férfiak profilaktikus személyiségváltoztató tréning-programjáról számolt be. 10 × 2 órás csoportüléseken tematikus és szabad interakciós stílus kombinálva törekedtek a csoporttagok személyiségének „labilizálására”. Vizsgáltuk hosszú távú és jelenleg azon dolgoznak, hogy hogyan lehet a veszélyeztetett, de pszichoterápiára kevésbé motivált embereket kezelni.

Donalis doktornő arról a munkájáról számolt be, amelyet Berlinben (DDR) végez börtönből szabadult fiatal bűnözőknél, akik visszaesés veszélyeztetettek. Az egyéni pszichoterápiás kezelés a szabadulás után azonnal kezdődik, heti 3 órás ülésekkel indul. A fő problémát a kezelésre való motiváltság hiánya és a bizalmatlanság képi. Az egész program, amelyet a Humboldt egyetem igazságügyi-elmeorvosi részlege indított, az NDK 1968. évi büntetőtörvénykönyvének 16. és 27. §-án alapul és még kezdeti fázisában van.

Ezek a megnyitó előadások mutatják, hogy a pszichoterápiát ma a medicina különböző területein alkalmazták és valóban helyes a prágai pszichoterápiás tézisek azon megállapítása is, hogy a pszichoterápia interdiszciplináris tudományág.

Az előadások után a rendezők a résztvevőket négy nagy csoportba osztották, és ekkor kérték fel a csoportok vezetőit is. Ez a rögtönzötté igen előnyösen szolgálta az informális légkör kialakulását. A felvetődő problémák hasonlóak minden pszichoterapeuta problémáival, aki fejlett ipari társadalomban dolgozik. A páciens és a terapeuta pszichoterápia motiváltságának kérdése: lehetséges-e a rendelkezésre álló sokszor csak rövid kezelési idő alatt a személyiség szerkezetében változást létrehozni. (Ezek a kérdések merülnek fel Bálint M., Ornstein fokális pszichoterápiával foglalkozó könyvében, erről a kérdéstről folytattunk vitákat Frankfurt am Mainban, a S. Freud intézetben.)

A szimpózium következő napján a csoportok vezetői számoltak be a diskussziós csoportok témáiról: hogyan lehet a páciens élmény szinten konfrontálni. Sokan fontosnak tartották azt a kérdést, hogyan lehet a betegben tudatosítani azt, hogy a pszichoterápia segített rajta.

Ez különösen a gyógyszeres kezelésekkkel való kombinációkban válik problematikusá. Témaként vetődött fel ismét az a centrális kérdés, mi történik a pszichoterápia folyamán. (Ez ma világszerte központi kérdés, a pszichoterápiás folyamat kutatás ma a szakma érdeklődésének egyik gyújtópontja. A szimpozionum a berlini „Haus der Gesundheit” vezetője OMR Dr. Höck ismét felvetette a tudományos kooperáció lehetőségét a hazánkban folyó csoportpszichoterápiás folyamat kutatását végző team-mel (Főv. Pszichoterápiás Módszertani Központ).

Leonhard professzor igen aktívan vett részt a vitákban, gyakran kifogásolta a pszichoterápiás határidőket, úgy tűnt a hosszú tartamú pszichoterápiákat tekinti csak pszichoterápiának.

Igen érdekes volt Peper dr. beszámolója, aki aktív katonai repülővel folytat pszichoterápiát, gyógyszerek nélkül kezeli a pácienseket, autogén tréninget, zeneterápiát, mozgásterápiát, tematikus csoportterápiát vezet. Osztályán szoros napi terápiás program van. Betegei fiatal repülők, a panaszok jelentkezése után azonnal felvételre kerülnek. Átlagos ápolási idejük 23 nap. 83%-os panaszmentességet érnek el Peper dr. osztályán.

Sok előadás hangzott el különböző pszichoterápiás osztályok, pszichoterápiás ambulanciák működésének egészéről vagy egyes módszereiről, illetve azok kombinációjáról. Az osztályok a pszichoterápiás szisztémák kiépítésén dolgoznak, nagy súlyt fektetnek az osztályok demokratikus, kölcsönös segítségen alapuló légkörének kialakítására. Bentfekvő intézetekben szinte mindenütt folytatnak különböző csoportterápiákat, csoportpszichoterápiát. Úgy tűnik az NDK-ban az autogén tréning a legtöbb pszichoterápiás kombinációhoz hozzátartozik. Igen népszerű a zeneterápia, a mozgásterápia is. Szívesen kombinálják sok helyen a csoportterápiákat egyéni pszichoterápiával,

amelyet igen sokan analitikusnak neveznek. Egyesek min pl. Crodel dr. (Halle) igen magasan szervezett felvételi szekciók lehetőségéről számolt be. Saját belosztályuk által neurotikusnak diagnosztizált, kivizsgált beteget veszik fel a pszichoterápiás osztályukra csoportokban. Meghatározott ideig vannak a csoportok az osztályon, viszonylag zárt csoportokban, jól strukturált egész napos terápiás programmal és az egész team a terápiás közösség alapelveit igyekszik megvalósítani.

Crodel dr. helyzete nem általános, sokan szeretnék megvalósítani a közeljövőben a pszichoterápia hatékonyságát növelő egységes diagnosztikus és terápiás beutaló, bentfekvő és utógondozó rendszert.

OMR. Höck hangsúlyozta a pszichoterápiás rendszerek kiépítésének nagy terápiás jelentőségét az intézményekben. Az általa vezetett berlini „Haus der Gesundheit”-ben ergoterápia, művészetterápia, reggeli sport, kommunikatív mozgásjátékok, pszichojátékok, zeneterápia, csoportpszichoterápia alkotják a szisztéma összetevőit, a súlypont a csoportpszichoterápián és a terápiás közösségen van. Nagy jelentőséget tulajdonítanak a pszichoterapeuták vizsontindulatáttételes problémáinak, ezeket a team megbeszéléseken vitatják meg. Betegeik 6 hétig vannak az osztályon, utána másfél évig ugyanannál a pszichoterapeutánál vannak még csoportpszichoterápiában. A beteg felvétele előtt lehetőségük van előzetes szelekcióra.

Teusch a krakkói egyetemi ideg-és elmeklinika neurozis osztályán szintén a terápiás közösség elveit igyekszik megvalósítani, azonban osztálya beágyazottsága a hagyományos pszichiátria szemléleti környezetébe jelentős akadályokat termel, ugyanígy az is akadályozza a pszichoterápiás munkáját, hogy a felvételre kerülő betegeket nem tudják szelektálni a reájuk nehezedő külső nyomás miatt.

A referáló előadása a vizsontindulatáttétel témájáról időszerű volt,

érintette mindazokat a kulcspontokat, amelyek az orvos—beteg kapcsolat, a terápiás közösség és az asszimmetrikus domináns intézeti hierarchia területén fontosak és az egyéni és társaslélektan felől megvilágíthatók.

Kremser doktornő a bécsi egyetem pszichoterápiás tanszékének munkatársa mélylélektani- és viselkedés-terápiás módszerek kombinációjáról számolt be házaspárok szexuális zavarainak kezelésénél. Előadása elegáns volt, mind az ismertetett technikát, mind az elméleti alapokat illetően. Egyéni és páros interjúkat folytattak, utóbbiakat az előadó férjével végezte. Interakció-analízist folytattak a magnetofon és képmagnó segítségével. Interakció-analízisük a Palo Alto-i iskolára támaszkodik, terápiás céljuk deszenzibilizálással és az egyes pszichodinamikusan fixált reakciók lebontásával a kialakult pozitív feed-back köröket megszüntetni. Terápiájuk, bár egyes ülések négy órát is tartanak, viszonylag rövid idő alatt jó eredményhez vezetnek.

Több előadás számolt be katamnesztikus vizsgálatokról, így Venner doktornő a jeni egyetem belgyógyászati klinikájáról.

A szimpozionum tanulsága a referáló számára az, hogy ma a pszichoterápiát szükségelők száma egyre nő, ezt a szükségletet csak egyre magasabban szervezett, összefüggő, egymással jól kommunikáló és interaktív pszichoterápiás intézményszerrel lehet megoldani, amelynek integráns és aktív tényezője egy pszichoterápiás társaság is. Ambuláns és fekvőbeteg intézetek egymást kiegészítik, a pszichoterápia egyes fázisaiban szükségességek. A pszichoterápiákat differenciáltan lehet alkalmazni és kombinálni.

Köszönetemet fejezem ki az NDK Orvosi Pszichoterápiás Társaságának, elsősorban Klumbies professzornak szíves meghívásukért, vendégszeretetükért, a MOTESZ-nak és a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társaságának, hogy utamat lehetővé tették.

Hidas György dr.

„Ahhoz, hogy tudjuk, vajon új-e valamely gondolat, nem kell más, csak igen világosan kifejezni.”

Vauvenargues

Rheomacrodex 10%

izotóniás NaCl oldatban

ÖSSZETÉTEL

Dextran RMI (átlag mol. súly 40 000)	50,0 g
Natrium chloratum pro inf.	4,5 g
Aqua destillata pro inj.	ad 500,0 ml

JAVALLATOK

Shock, égés, zsírembólia, pancreatitis, peritonitis, paralyticus ileus alkalmával, csökkent kapilláris keringés esetén.

Thrombosis, thrombophlebitis, ulcus cruris, Raynaud-kór alkalmával, nem megfelelő artériás és vénás keringés esetén.

A thrombosis prophylaxisa céljából a postoperatív szakban.

A lokális keringés javítására és a transzplantátumban a thrombosisveszély csökkentésére az ér- és plasztikai sebészeti esetekben.

A perfúziós folyadékok alkotórészeként extrakorporális keringetéssel végzett műtétek esetén.

ADAGOLÁS

Az adagolás az eset természetétől és annak klinikai lefolyásától függ.

MELLÉKHATÁSOK

A Rheomacrodex 10% alkalmazása során nem képződik a szervezetben antitest. Spontán túlérzékenység előfordulhat, jele pl. bőrpír, urticaria stb. Műtét alatt, vagy közvetlenül a postoperatív szakban adott Rheomacrodex 10% infúziója nyomán anaphylaxiás reakciók igen ritkán lépnek fel. Ha allergiás reakciót észlelünk, az infúzió adását leállítjuk és antiallergiás kezelést kezdünk.

ÓVATOSSÁGI RENDSZABÁLYOK

A Rheomacrodex 10% hyperonkotikus kolloid oldat, ezért minden olyan esetben óvatosan kell alkalmazni, amelyben valószínűsíthető a dekompenzált szívgyengeség, veseelégtelenség és polycythaemia. A teljes adag és az infúzió gyorsasága a beteg klinikai állapota alapján, valamint az artériás és centrális vénás nyomás értékeinek figyelembevételével ítéltethető meg.

A Rheomacrodex 10% infúzióval együtt egyéb kristalloid infúziós oldatok olyan mértékben adhatók, hogy azok a folyadék- és az elektrolytegyensúlyt helyreállítsák és fenntartsák.

ELLENJAVALLATOK

Vérzékenységre való hajlam, pl. thrombocytopenia esetén.
Súlyos dekompenzáció.

Anuriával járó veseelégtelenség.

CSOMAGOLÁS

500 ml-enként infúziós palackokban.

TÁROLÁS

A Dextrán RMI kristályosodásra hajlamos, ha hőmérséklet-ingadozásnak van kitéve, vagy ha magasabb szobahőmérsékleten hosszabb időn át tároljuk. Felhasználásig tehát állandó, 25 °C-nál nem magasabb hőmérsékleten kell tárolni.



**Human Oltóanyagtermelő
és Kutató Intézet**

2101 Gödöllő, Táncsics Mihály u. 82.



Turinal

Turinal tabletta

1 tabletta 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

Hatás:

A Turinal a terhesség megtartására orálisan adható progesteron készítmény. Terhességmegtartó hatását a készítmény placentotrop aktivitása magyarázza. A Turinal növeli a trophoblast endocrin aktivitását, serkenti a placenta csökkent működését. Különösen olyan esetekben hatásos, ahol a terhesség megszakadását hormonalis dysfunctio okozza.

A Turinal nem okoz anyai virilisatiót, sem magzati masculinisatiót. Nem gátolja sem a gonadok, sem a mellékvese működését, a szervezet electrolyt egyensúlyát nem befolyásolja. Gastrointestinalis panaszokat nem okoz.

Javallat:

Fenyegető vetélés, szokványos vetélés, fenyegető koraszülés.

Alkalmazása és adagolása:

Fenyegető vetélés: naponta 3×1 tabletta 5—7 napon át, ill. a tünetek megszűnéséig. Szükség esetén az adag emelhető.

Szokványos vetélés: napi 1—2 tabletta a kritikus időpont után még legalább 1 hónapon keresztül.

Fenyegető koraszülés: az adagolást minden esetben egyénileg célszerű meghatározni, sokszor fentieknél magasabb adagok alkalmazása szükséges.

Megjegyzés:

Társadalombiztosítás terhére szakrendelések (gondozóintézetek) szabadon rendelhetik. Közzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés (gondozóintézet, fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik.

Csomagolás: 20 tabletta ára: 60,— Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.



A resuscitáció kérdései

A resuscitatio oktatása általános iskolákban. Lind, B. (Akershus Central Hospital, Oslo.): *Anaesthesist* 1973, 22, 464—465.

A norvég általános iskolákban 1922 óta kötelező az elsősegélynyújtás oktatása. A mesterséges lélegeztetést 1939-től gyakoroltatják. A legelterjedtebb a Holger—Nielsen módszer volt, amelyet 1961-ben a befúvásos lélegeztetés oktatásával váltottak fel.

A képzés országos méretű programját az Anaesthesiologusok Szövetségének javaslata alapján dolgozták ki azzal a céllal, hogy a tanárok néhány év alatt képesek legyenek 130 000 gyermek oktatására. A tanárokat, közvetve vagy közvetlenül, anaesthesiologusok képezték ki a szájból szájba lélegeztetés módszerére. Nagy segítséget nyújtott a programhoz a Norvég Biztosító Bankok adománya, amely 580 gyakorló baba (Resusci Anne) beszerzését tette lehetővé.

A gyakorlás jelentőségét egy előző felmérés is mutatta. Ennek során 8000 12—15 éves gyermekkel végeztették el a lélegeztetési gyakorlatot. Azoknak a gyerekeknek, akik gyakorló babán gyakoroltak, 73%-a megfelelően lélegeztetett; ezzel szemben azok közül, akiket csak film bemutatásával oktattak, csupán 37%-a gyakorlata volt megfelelő.

A szerző jelen vizsgálatát egy 300 000 lakosú megyében végezte, ahol 148 iskola van. Arra kerestett választ, hogy a 10—16 éves gyermekek milyen eredménnyel végzik a szájból szájba való lélegeztetést, mik az oktatás legfontosabb tapasztalatai és gondoljai?

248 gyermek lélegeztetési gyakorlatát tesztelték. 143 gyermek közül, akik gyakorlati kiképzést is kaptak, 71%-a végezte megfelelően a gyakorlatot. A 105 gyermek közül akiknek csak bemutatták az eljárást, 43 (41%) gyakorlata volt kielégítő.

A legnagyobb gond a lélegeztetés oktatásában az, hogy kevés a gyakorló eszköz. Bár a gyakorló babák száma időközben 700-ra növekedett, ezeket 4000 általános iskola közt kell megosztani, amelyeknek fele olyan kicsi, hogy az elosztásba nehezen vonható be.

Az oktatásban nem találtak lényeges hibát, de megemlíti, hogy sok helyen még mindig centrális helyet foglal el a mesterséges lélegeztetés oktatásában, a szoros ruhák megoldása, aminek a szájból szájba lélegeztetésnél természetesen nincs jelentősége.

A resuscitatio oktatása Norvégiá-

ban két úton folyik: 1. Csoportok és egyének *esetenkénti* oktatása. Ebben igen sokat segít a rádió és különösen a tv, amely 1—2 évenként másorra tűzi a resuscitatio oktatását. Nagyon fontos a társadalmi szervezetek és az újságok ismeretterjesztő munkája is. 2. Nagyobb csoportok *rendszeres* oktatása. a) Más országokhoz hasonlóan újabban Norvégiában is szükségessé tették a resuscitatio alafogalmak ismeretét a gépkocsivezetői jogosítvány megszerzéséhez. b) A katonai kiképzés részeként a resuscitatio oktatására és gyakorlására kézenfekvő alkalom a kötelező katonai szolgálat ideje. c) Az előzőeknél *eredményesebb a resuscitatio már a gyermekeknek az általános iskolákban kötelezően oktatni.*

Ehhez az szükséges, hogy a tanárokat megfelelően kiképezzék erre a feladatra; az oktatás a gyakorlatot is foglalja magába; a gyakorlás legyen rendszeres; a gyakorlatokat időnként szakembereknek kell ellenőrizni.

Barna Béla dr.

Kórházi resuscitációs oktatás hatékonyságának vizsgálata. Lind, B. (Akershus Central Hospital, Oslo.): *Anaesthesist* 1973, 22, 460—463.

Oslo egyik 550 ágyas kórházában 1962 óta oktatják a resuscitatio a kórház valamennyi olyan dolgozójának, akik a betegekkel bentfekvésük során kapcsolatba kerülhetnek (orvosok, középkezelők és laikusok is). A kiképzés alapja egy alkalmanként két órás előadás és gyakorlatsorozat, melyet kéthetente tartanak rendszeresen, egy alkalommal maximálisan 20 fő számára. Az első évben két ízben, ezután évente egyszer mindenkinek kötelező részt venni az oktatáson. Orvosok, intenzív terápiás osztályon és ébredő szobában dolgozó nővérek számára hosszabb és részletesebb kiképzési programot dolgoztak ki.

A kiképzéseken való megjelenés vizsgálatok kiderült, hogy a szóba jövő résztvevőknek 78%-a jelent meg az oktatáson, ami jó aránynak mondható. Ezen belül azonban az orvosok körében csak 46%-os volt a megjelenés. Az orvosok ilyen mértékű negligenciája meglepő. Viselkedésüket a vizsgálatok során tapasztalt eredmények nem indokolják.

A resuscitációs gyakorlat végrehajtását a Recording Resusci Anne oktató baba segítségével ellenőrzik, amely az előző típusú fantomnál annyival nyújt többet, hogy szimultán regisztrálja a lélegeztetési volument, a mellkas-depressio mér-

tékét, a compressio és a befúvásos lélegeztetés közti viszonyt, egy színes fényjelzéssel pedig jelzi, hogy a gyakorlat eredményes vagy hibás.

Az ellenőrző vizsgálatot külön értékelték az orvosok, a nővérek és a laikus kórházi dolgozók csoportjában. A szájból szájba lélegeztetés hatékonyságát tekintve jelentős különbséget nem észleltek a három csoport között. 65—69% végezte helyesen a gyakorlatot. A leggyakoribb hiba a rosszul végzett gyakorlatok során a fej hátrahajtásának elmulasztása volt. Ezzel szemben a compressio szívmassage eredményességében lényeges különbség mutatkozott az egészségügyi és a laikus kórházi személyzet gyakorlatában. A laikus csoport a többiekhez képest csak fele arányban végezte helyesen a gyakorlatot. Leggyakoribb hibájuk a compressio helyének pontatlan megválasztása volt. Minthogy mások is hasonló sikertelenségről számolnak be a szívmassage laikusoknak való oktatásában, kétséges, hogy van-e értelme ezt a laikusok körében oktatni. Talán itt is az volna a helyes út, ha korábban kezdenék az oktatást, még az általános iskolában, hisz az általános iskolások a szájból szájba való lélegeztetést is jobb eredménytel végezték, mint a jelen felmérés bármelyik csoportja.

Barna Béla dr.

Orvostanhallgatók resuscitációs vizsgájának tapasztalatai. Végértékek változása szájból szájba és ballon-maszkkal végzett lélegeztetés alatt. Takki, S., Tammisto, T. (University Central Hospital, Helsinki.): *Acta anaesthesiologica Scandinavica* 1973, 17, 57—62.

A Helsinki Egyetemen 1969 óta az orvostanhallgatóknak államvizsgájuk előtt gyakorlati vizsgán kell számot adni resuscitációs készségükről. A mesterséges lélegeztetésben való jártasságukat altatott betegeken mutatják be, az anaesthesia bevezetése idején. A gyakorlat közben hallgatók által vétett hibákat lyuk-kártyán regisztrálták. Ezek elemzésekor kiderült, hogy a hallgatók 94%-a képes a beteget ventilálni szájból szájba lélegeztetéssel, de csak 54%-uk nem követ el hibát. Ballon-maszkkal végzett lélegeztetésnél 89% végezte el a gyakorlatot, de csak 25% hibátlanul. Ha a fej hátrahajtásán kívül egyéb műfogásra is szükség volt a légutak átjárhatóságának biztosítására, akkor csak a medikusok 47%-a tudta lélegeztetni betegét.

A szerzők 14 hallgató lélegeztetési gyakorlata alatt percenként vizsgálták az arteriális vér oxigén és széndioxid tenzióját, majd mérték az intubáláshoz szükséges időt. A kapott eredményt 10 kezdő szakorvos-jelölt hasonló körülmények közt mért adatával hasonlították össze.

A narkózist 3—5 mg/kg thiobar-

biturattal vezették be, majd 1 mg/kg succinylcholinrelaxálták betegeiket. A spontán légzés megszűnté után vették az első vérminimát és elkezdtek a szájból szájba lélegeztetést. Három percig lélegeztettek így, ezután három percig 100% oxigént adva ballonnal-maszkkal végezték a ventilálást, és csak ezután intubálták a betegeket.

Azoknak a betegeknek a csoportjában, akiknek a légúti egységében a fej hátrahajlásával szabaddá váltak a szájból szájba lélegeztetés alkalmával, a vizsgált két csoport eredményei nem mutattak lényeges különbséget. Az anaesthesiológiai gyakorlattal rendelkező szakorvos-jelöltek azonban egyszerűen eredményesebben végezték ilyen módon a lélegeztetést azoknak a betegeknek, akiknél a légutak átjárhatóságához a mandibula sublaxatioja is szükségessé vált. A ballonnal lélegeztetési módszert a betegek mindkét csoportjában sikeresen alkalmazták a szakorvos-jelöltek. Nekik az intubáláshoz mindkét beteg csoportban elegendő volt 20 másodperc, a medikusoknak 40, illetve a betegek utóbb említett csoportjában 50 másodpercre volt szükségük.

A vérgáz értékek vizsgálatakor egy váratlan adatot találtak. Az orvosok által ellátott betegeknek abban a csoportjában, amelyikben a fej reclinálásán kívül egyéb műfogásra is szükség van a légutak átjárhatóvá tételéhez, a szájból szájba végzett lélegeztetés alatt a megfelelő oxigenizáció mellett hypercapniát (50 Hgmm körüli pCO_2 -t) észleltek. A medikusok hasonló beteganyagán kevésbé jó ventiláció és kevésbé jó oxigenizáció mellett sem észleltek ilyen elváltozást. Felvesszük, hogy különleges légúti anatómiai viszonyok esetén, talán mégis van bizonyos szerepe a resuscitációt végző elsősegélynyújtó kilégzett levegőjének a betegek pCO_2 -jának alakulásában.

Végül levonják a következtetést, hogy a resuscitatio oktatásában több gondot kell fordítaniuk a medikusok gyakorlati képzésére.

Barna Béla dr.

Resuscitatio oktatása orvostanhallgatóknak. Szerkesztőségi közlemény. *British Medical Journal* 1974, 5907, 530—531.

Figyelemre méltó annak a 800 orvosnak a működése a 23 000 brit általános orvos közül, akik önként vállalták, hogy ellátják a közúti balesetek életveszélyes sérültjeit. Ezek az orvosok elsajátították és begyakorolták a resuscitatio során szükséges eljárásokat és a célnak megfelelően felszerelték magukat.

A resuscitációval és az elsősegélynyújtással kapcsolatos szervezetlenség okának tisztázása céljából felmérést készítettek arról, hogy hogyan oktatják a medikusoknak a súlyos sérültek ellátását és a resus-

citációt. A felmérést követő beszámoló 22 ország 74 egyetemének adatai alapján készült, és az alábbi tanulságokkal szolgált:

Az elsősegélynyújtás legyen az orvostanhallgatók tananyagának önálló tárgya. Az oktatást kéthetes kurzusban a második elméleti évben kellene kezdeni. Az első klinikai évben két hét, a másodikban két hónap, a harmadikban kilenc hét gyakorlat lehetőségét kellene biztosítani. Az elméleti oktatást bizonyára szívesen vállalnák a pathológusok, a physiologusok, anaesthesiologusok, cardiologusok és a sebészek. Legrészletesebben természetesen a resuscitatio kérdéseivel kell foglalkozni a képzés során. Kétségtelen, hogy nehéz az új tárgyat a medikusok túlterhelése nélkül bevezetni, bizonyos azonban, hogy az általános orvosnak kevesebb szüksége van a sérültek definitív ellátásának részletes ismeretére, mint az életmentés gyakorlatában való jártasságra. Szükséges lenne, hogy az orvostanhallgatók a gyakorlatokon ellenőrzés mellett, de bizonyos felelőséggel végezzék a munkát. Vegyenek részt a hétfégi és az éjszakai ügyeletben is. Az intenzív terápiás osztályokon való munka mellett a felvételi osztályokon végzett aktív tevékenységet tartják különösen fontosnak. Ahol megoldható, mentős gyakorlattal is bővíteni kell a kiképzést.

Barna Béla dr.

Egy kórházcsoporthoz ellátó resuscitációs szolgálat szervezésének és működésének elemzése. Price, D. G. (Royal Berkshire Hospital, Reading RG1 5AN): *British Journal of Anaesthesia* 1973, 45, 388—390.

Kétségesnek tartották, hogy a blokk-kórházakéhoz hasonló hatékonyságú resuscitációs szolgálatot lehet szervezni olyan kórházcsoporthoz (vagy pavilon rendszerű kórházban), ahol az anaesthesiológiai osztály centralizálva a kórházcsoporthoz központjában helyezkedik el. 1970-ben mégis megszervezték a resuscitációs szolgálatot és igen jó eredményt értek el. A szerzők cikkükben az első év tapasztalatait elemzik. Ez alatt a szolgálatot 174-szer hívták: a betegek 48%-a gyógyultan távozott a kórházból, átmeneti sikerrel resuscitáltak további 21%-ban. 62 szívmeállítás szenvedett betegből 15 gyógyult meg (25%). 106 esetben volt a hívás oka légzési elégtelenség.

A szolgálat megszervezésekor abból a tényből indultak ki, hogy minimálisan 10—20 perc szükséges ahhoz, hogy az anaesthesiologus eljusson a kórházcsoporthoz legközelebbi pavilonjába. Ezért az egész egészségügyi személyzetet, orvosokat, asszisztenseket, ápolókat, segédápolókat kiképezték egy standard resuscitációs eljárásra, és azt rendszeresen gyakoroltatták is velük. Arról is gondoskodtak, hogy a

kórházhoz kerülő minden új dolgozó elsajátítsa a módszert. Az osztályokon, részlegeken, kezelőkben szaporították a már meglévő resuscitációs készletek számát. A kórházcsoporthoz három legfontosabb pontján helyezték el a szükséges nagyobb készülékeket: oscilloscopot, DC-defibrillátort stb. Ezeket a pavilonosok viszik a resuscitatio helyszínére a szükséges pillanatban. A riasztás koordinálását a telefonközpontosok végzik. A szerző ezekben a tényezőkben látja eredményeik kulcsát, amit bizonyít, hogy a távolabbi pavilonok sikeres resuscitációinak aránya nem volt rosszabb, mint a központban levő kórházban. Kiemeli az ügyeletet adó orvosok és nővérek képzettségének fontosságát, mert a resuscitációs csoport megérkezéséig ők végzik az újraélesztést.

A megbeszélésben a szerző megjegyzi, hogy az összes beteg 77%-ában volt szükség endotrachealis intubálásra. Ha ezt nem anaesthesiologus végezte, igen nagy arányban került a tubus az oesophagusba, ami az adott körülmények közt nem meglepő. Ezért úgy véli, hogy helyesebb, ha az intubálásban nem járatos elsősegélynyújtó a ballonnal való hatásos lélegeztetésre koncentrálna a hypoxia veszélyével járó intubációs kísérletek helyett.

A betegek és a végzett beavatkozások részletes elemzése után a szerző bátorítja a hasonló adottságú kórházakat a resuscitációs szolgálat megszervezésére.

Barna Béla dr.

A beteggyógyítás mellett alkalmazható egyszerű eljárás az agyi keringés kimutatására a cerebális halál megállapítása céljából: 34 súlyosan comatosus beteg vizsgálata alapján. P. Braumstein és mtsai (New York University Medical Center, Bellevue Hospital, New York): *The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine* 1973, 118, 757—767.

Régebben a halál beálltát a szív-működés megszűnésének észlelése alapján állapították meg. Ez már nem kielégítő, mert a modern resuscitatio módszereivel hosszas időn át fenn lehet tartani a keringést a spontán szív-működés megszűnése után is. Ezért szükségessé vált a halál beálltának pontosabb kritériumait megállapítani nemcsak tudományos, hanem morális és jogi követelmények figyelembevételével is. Mivel az ember személyiségében csak addig tekinthető élőnek, míg agya életképes állapotban van, az egyéni halál megállapításában döntő jelentőségű az agy életképes vagy életképtelen voltának az eldöntése. Ha az agy halott, akkor az egyén halottnak tekinthető akkor is, ha egyes szervei még mutatnak életjelenségeket és transzplantálva képesek tovább működni. Az agyi halál időben való

megállapításának kettős gyakorlati jelentősége van. Egyrészt elkerülhetővé teszi a már felesleges, idő és költségrabló resuscitációs erőfeszítéseket, másrészt fontos esetleges szervtranszplantatio idejének meghatározásában.

Az agyi halál klinikai és EEG vizsgálatokkal való megállapítása időigényes, bonyolult és néha bizonytalan. Legbiztosabb kritériuma az agyi keringés teljes megszűnése, ennek vizsgálatához azonban legalábbis kétoldali carotis angiographia szükséges. Helyettesítheti ezt a scintigraphia, de ennél is probléma a súlyos állapotban levő beteg mobilizálása. Ezért a szerzők az agyi keringés vizsgálatára betegágy mellett alkalmazható szerkezetet használtak. ^{99m}Tc per technetát iv. injekciója után a homlokra helyezett detectorral az agyi, az egyik a femoralisra helyezett második detectorral a perifériás keringés aktivitását regisztrálják görbén. Élő egyénben mindkét detector görbéjén az átáramló izotóp-nak megfelelően egyértelmű pozitív hullám látható. Agyi halál esetén csak a femoralis felett mutatható ki ez a hullám, az agyi görbe lapos marad. 34 súlyosan comatosus beteg közül 15-ben tudták igazolni így az agyi halál beálltát, és csak 5 esetben nem kaptak egyértelmű eredményt.

Laczay András dr.

Orvosi kibernetika

A sav-bázis zavarok oktatása és diagnosztikája komputer segítségével. Goldberger, M. és mtsai (Renal-Elektrolyte Section, Department of Medicine and the Johnson Research Foundation, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia.): JAMA, 1973, 223, 269—275.

A szerzők a sav-bázis egyensúly oktatásának és diagnosztikájának megkönnyítésére komputer programot fejlesztettek ki. Alapja egy sav-bázis térkép, amelyet klinikai tapasztalataik alapján állítottak össze, illetve tökéletesítették. A térkép 6 alapvető elváltozást jelöl sáv-szerűen: acut és chronikus respiratiós acidosis, metabolikus alkalosis, acut és chronikus respiratiós alkalosis, metabolikus acidosis, — a pH, P_{CO₂}, HCO₃ értékek összefüggése szerint. A programozás és differenciál-diagnostica érdekében további több, mint 30 area van feltüntetve.

A kiértékelés dialógus formában zajlik le a kezelő és a komputer között. A válaszok írott formában rögzíthetők, vagy scopus szerkezeten láthatók és televízióra kivetíthetők nagy létszámú hallgatóság számára.

A komputer kérdéseket tesz fel, amelyekre igen-nem válaszokat ad a kezelő, numerikus értékeket táplál be, vagy felsorolásból kiválasztja a megfelelő választ. A komputer

megkérdezi a vér szükséges laboratóriumi értékeit, volt-e respiratiós terapia, diuretikus terapia, kapott-e a beteg savanyító, vagy alkalizáló terapiát, légzésre ható gyógyszert, van-e konkrét anamnesztikus adat az acidosis, ill. alkalosis eredetére. A soron következő kérdést a komputer mindig aszerint adja fel, hogy a megelőző kérdésre igen vagy nem volt a válasz.

A komputer által készített felmérés tartalmazza a differenciál-diagnostikai listát, a sav-bázis térkép alapján, az actualis értékek összefoglalását, a kalkulált értékeket is, a normál értékekkel összehasonlítva, a legvalószínűbb diagnózist, a feltételezhető alternatív diagnózisokat, a feltehető diagnózisok összetevőinek megbeszélését és a kezelési utasításokat.

A program használatának előnyei: összeállítja a differenciál-diagnostikus listát, a beteg értékeinek összefoglalása révén kiválasztható a legvalószínűbb diagnózis, a programot sikeresen használhatják különböző képzettségi fokon állók. Oktatásban és klinikai gyakorlatban egyaránt használható, a különböző sav-bázis zavarok előfordulási arányszáma könnyen áttekinthető.

A program nyelve olyan, hogy bármely komputerhez adaptálható. A program demonstrálására egy konkrét esetet is ismertetnek.

Uray Éva dr.

Az acut légzési elégtelenség kezelése komputer program segítségével. S. J. Menn és mtsai (Pulmonary Division, Department of Medicine, University of California School of Medicine, San Diego and the Respiratory Unit, Anesthesia Laboratories and Laboratory of Computer Science, Massachusetts General Hospital, and Harvard Medical School Boston.): JAMA, 1973, 223, 308—312.

Az acut légzési elégtelenségben szenvedő betegek kezelésére komputer programot fejlesztettek ki a Massachusetts General Hospital Anaesthesiológiai Osztálya respiratiós egységében. A kezelés szempontjait a fiziológiás értékek és 10 éves tapasztalataik alapján állították össze. A kiértékelés dialógus formában zajlik le a kezelő és a komputer között. A kérdések, valamint a válaszok táblázat formájában jelennek meg. A készülék összeállítja a beteg respiratiós profilját, amely tartalmazza a legfontosabb mért és kalkulált respiratiós paramétereket. Kiegészítő kérdéseket tesz fel a mesterséges lélegeztetés módjáról, időtartamáról, a respirator beállítás értékeiről, a légutak szabadontartásának módszeréről, az öntudat állapotáról, valamint az aspiratio előfordulásáról és a haematokrit értékről. A vér-gáz értékeket a kezelő numerikusan táplálja be, ezeket a komputer értékeli aszerint, hogy a beteg

spontán légeztet, vagy gépi mesterséges lélegeztetést végeztek.

A kiértékelés 5 fő területen történik: 1. Oxygen, — a szükséges szint elérésének legcélszerűbb konkrét módja. 2. Sav-bázis egyensúly. 3. Szükséges ventilatio a CO₂ eliminálására. 4. A „leszoktatás” kérdésében 3-féle tanácsot adhat: a beteg a mesterséges lélegeztetésről nehézség nélkül leszoktatható, megfontolással leszoktatható, vagy a mesterséges lélegeztetés tovább szükséges. 5. Légúti kezelés: a légút szabadontartás adott módszere mennyi ideig és hogyan alkalmazható.

A program hasznossága: 43 kezelő személy által végzett 286 eset alapján történő felmérés szerint a program 68%-ban hasznos volt a terapia irányítása szempontjából, 26% csak oktatási célból volt értékes, 6%-ot minősítették időpocsékolásnak. Ezen esetek zömében azonban a komputert helytelenül kezelték.

Veszélye: fiatal orvosok túlságosan ráhagyatkoznak, kritika nélkül. Továbbá helytelen vagy hiányos adatok betáplálása esetén a várt választ a computer nem adja meg.

A program nyelve olyan, amelyet más kórházak, ill. komputer is felhasználhatnak.

Uray Éva dr.

A hasi fájdalom hagyományos és computer diagnosztikája: beszámoló a klinikusok szerepének hangsúlyozásával. de Dombal, F. T. és mtsai: Brit. Med. Jour. 1974, 1, No 5904. 376—380.

A Leeds University Centre for Computer Studies munkatársai 552 beteg értékelésével vizsgálatosorozatot végeztek 1971-1972-ben. Első lépésként a computeres diagnosztika lehetőségeit, és az adequat rendszer kialakítását tanulmányozták. Második szakaszban, melyről jelen tanulmányukban számolnak be, javított módszerüket ismertetik, másrészt a klinikusok magatartását és egy relevans klinikus team létrehozásának lehetőségeit körvonalazzák. A beteganyag válogatása az alábbiak szerint történt: 1. a beteg panasza hasi eredetű volt, 2. a fájdalom egy hete állott fenn, 3. a betűalás sürgősséggel történt, 4. egy beteg csak egyszer került értékelésre, 5. a beteg beszámolt a panaszairól, 6. a diagnózis nem ütötte a kór-előzményt (pl. appendicitis dg. appendectomy után). Nemcsak a műtéti diagnosist, hanem a műtéti leletet is figyelembe vették. A computer diagnosist az orvosokkal csak saját döntésük után közölték, de akkor az eredményt megvitaták.

A computer diagnosist találati aránya 91,5% volt, szemben a tapasztalt klinikusok 81,2% eredményével. A klinikusok találati aránya a kísérlet első és második szakaszát összevetve 79,6%-ról 81,3%-ra javult. Kiemelik az appendicitis-

sek csoportját, ahol a kísérlet előtti évben 40%-ban volt perforatio és tályogosodás, amíg a beteg a műtőasztalra került, a kísérlet alatt ez 4–5%-ra esett vissza, majd a következő évben ismét 20%-ra emelkedett. A negatív laparotomiák 25%-ról 6–7%-ra estek vissza. A computernek kétségtelenül szerepe volt ezekben az eredményekben vagyis az orvosok munkájának javulásában a kísérlet alatt, a munkafegyelem javulása, a klinikai adatok gondos összegyűjtése, az adatok megbízhatóságának tudatosítása, és az állandó, gyors önellenőrzés lehetősége révén.

Balázs Péter dr.

(Szerk. megj.: Az appendicitis 40%-os perforatio- és tályogképződés aránya hihetetlenül magas, de még a 20% is alig érhető.)

Computerek a medicinában. „Klinikai diagnosztikus folyamat: Egy elemzés.” Leaper, D. J. és mtsai (University Dept. of Surgery, General Infirmary, Leeds LS 1 3 E X): Brit. Med. J. 1973, 3, 569–574.

Az elektronikus digitális computerek megjelenésekor a szerzők megállapítják, hogy még keveset tudunk az útról, melyet a klinikusoknak meg kell tenniük, hogy kellően megítélhessék az automata rendszer diagnosztikai képességeit. Ezért sok tanulmányra van szükség. Igen nagy nehézség az, hogy amint a megfigyelő helyzetet módosít, annak a természeté is megváltozhat. Az eszközök jelenléte befolyásolja mind a klinikust, mind a beteget. A szerzők munkájukhoz az egyszemélyes emberi megfigyelést választották. Igyekeztek objektív, megismételhető adatokat rögzíteni. 1970 április és 1972 szeptember között 28 klinikus 1307 diagnosztist figyelt. (Ebből 503 eset a való életből: 221 hasi casus, 282 heveny hasi panasszal beszállított beteg. Ezenfelül: 804 szimulált eset.) A klinikusok, akik a beteget felkeresték, 10–30 kérdést tettek fel. Az idősebb szakemberek általában kevesebb, de alkalmazkodóbb kérdéssel szerepeltek. A vesély-helyzetű betegekhez a regisztrálók szintén kisebb számú és alkalmazkodóbb jellegű kérdést intéztek. A szimulált körülmények között az egyébként magas diagnosztikus pontossággal működők ezen tulajdonságukat nem ismételték.

A szerzők megállapítják, hogy a valóságban nem létezik egy egységes diagnosztikus folyamat. A feltett kérdésekben az első általában még nem bizonyult „hasznos”-nak. Egy appendicitises beteg esetében a 4. kérdésre kapott diagnosztikai értelemben szilárd választ a klinikus. Az ezt követő kérdések már nem annyira a diagnosztist, mint inkább a beteg további ellátását szolgálták. Felteszik a kérdést, hogy

szükséges-e egy embert 5 éven át képezni, hogy ilyen kérdéseket a betegnek feltehesse — vagy mindent elvégezhethetne egy asszisztens? Válaszuk: Ha egy klinikus életét adományozza azért, hogy ítéleteket mondjon, olyanokat, melyektől mások élete függ, akkor az nem nagy ár, ha fejlesztjük képességeit az ítéletalkotásban. Tapasztalást kell neki adni a relative fiatalabb korban, ha fejlesztjük képességeit az ítéletalkotásban. Tapasztalást kell neki adni a relative fiatalabb korban, ha fejlesztjük képességeit az ítéletalkotásban. Tapasztalást kell neki adni a relative fiatalabb korban, ha fejlesztjük képességeit az ítéletalkotásban. Tapasztalást kell neki adni a relative fiatalabb korban, ha fejlesztjük képességeit az ítéletalkotásban.

(Ref.: A téma korunk egyik izgalmas kérdése. A technikai fejlődés egyre inkább betör a diagnosztikába. A cikk nagyon helyesen a jól képzett, jó megfigyelő-syntetizáló, helyes ítéleteket alkotó orvos döntő és aktív szerepét hangsúlyozza.)

Kanyó János dr.

Gastroenterologia

Új utak a fekély kezelésében.

Blum, A. L. (Medizinische Klinik des Stadtspitals Triemli, Zürich): Schweizerische medizinische Wochenschrift, 1973, 103, 179–187.

A fekély kezelése az utóbbi 20 évben nem fejlődött túlságosan, az új munkák alig különböztek a régebbiektől. Doll szerint a kezelés még mindig „a XIX. század medicinája a XX. második felében”. Mindennek az oka nem az érdeklődés hiánya, hanem a fekély aetiológiájának ismeretlen volta, néhány kivételtől eltekintve (pl. Zollinger—Ellison syndroma). Az ulcusbetegség pathogenesisében sok factort tartanak fontosnak: sósav, pepsin, mucus, epesók, sejtregeneratio, nervus vagus, stb. Nehéz a terapiás eredmények értékelése (spontán remissio lehetősége, stb.). Szempontok: 1. ulcus gyógyulási ráta, 2. szövödmények gyakorisága, 3. recidivák száma, 4. panaszok javulása. Ezen kritériumok vizsgálata nehéz (ulcus nagyságának pontos mérése, szövödmények relative kis száma, stb.). A recidivák évtizedes követése nehéz. A subjectiv panaszok „mérése” lehetetlen.

Traditionalis kezelés. 1. Hospitalisatio, nicotin-abstinentia. Gyomorfekély tekintetében mindkettő egyértelmű. A kórházi ellátás psychés hatású is, kedvezően befolyásolja a gyógyulást. Nyombélfe-

kély esetén mindkettő kérdéses (?). 2. **Diaeta.** Előnyös a szubjektív panaszokra. Fontos a gyomor ürülésének biztosítása. Betartandó: a napi kalóriabevitel 6–7 étkezésre legyen osztva, alkohol és fűszer kerülendő, egyebekben a beteg ízlése döntsön. Zsírok inkább ajánlhatók, mint eltiltandók. 3. **Antacidák.** Szuverén hatásúak a fájdalomra. A konkrét szer kiválasztása a beteg-től függ, mindegyik rendelkezik mellékhatásokkal: a calciumcarbonat gázképződéshez vezet, obstipatiohoz, nagy dosisban hypercalcemiaiához, gátolja más szerek resorptióját (pl. egyes antibioticumokét), „acid rebound” áll fenn, a gyomorból kiürülve fokozódik a savsecretio. Napi 50 g-os dosis felett gátolja a laxans magnesium-oxiddal együtt.

Az antacida-kéverékek és zselék nem jelentenek előnyt. Javaslat: calciumcarbonat és magnesium-oxid keverék, 4 g keverék 1 órával étkezés után fogyasztandó, a fekély gyógyulása vagy a panaszok remissiója esetén a kezelés megszakítása. 4. **Anticholinergicumok.** Gátolják a vagust és ezáltal a secretiót. Ezért „logikus” szereknek nevezik ezeket. Sokak szerint a nyombélfekély fájdalmaira nem hatnak. Ezen kezelés sikertelensége több tényezőre vezethető vissza: nem bizonyított, hogy a secretio gátlása a fekélybetegség javulásához vezet; nem a productio ráta, hanem a fekély területében a sósav és a pepsin concentratioja döntő, a secretio gátlás nem vezet a concentratio eséséhez. Anticholinergicumok, antacidák és diaeta: csak a neutralisatio jelentéktelen meghosszabbodásához vezetnek. A legolcsóbb anticholinergicum a tinctura belladonnae. Biztonsággal nem válaszolható meg, hogy a synthetikus szerek csak drágábbak vagy jobbak is. Optimális lenne olyan szer, amely csak a gyomrot gátolja, más parasympathicus beidegésű szerveket nem. Egyesek, mint a Poldinum, Probanthine, Nodapton vonatkozásában említenek specifikus hatást, de ezek is „még mindig inkább mások, mint optimálisak”.

A továbbiakban a közlemény áttekinti az új, az „elfelejtett” és az „elfelejtendő” szereket. Ezek részletes ismertetése nem szükséges, csak utalunk pl. a prostaglandinokra (klinikai tapasztalat még nem elegendő), cholecystyraminra, sedativumokra, psychopharmacokra.

(Ref.: A közlemény igen kitűnő és részletes összefoglalást nyújt, utal a problémákra. A fekély-kérdés megközelítése azonban csak úgy lehetséges, ha szem előtt tartjuk: psycho-somatikus betegségről van szó.)

Vértes László dr.

Oesophagusfal-sclerotizálás, mint a vérző oesophagus varixok terápiája inoperabilis betegeken. Kapp, F., Buess, H. J. (Med. Universitäts-

klinik, Basel): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 2465—2469.

A vérző oesophagus varixok sclerotizáló injectióval történő kezelését először Crafoord és Frenchner írta le. Azóta többen beszámoltak különböző technikájú sclerotizálással elért eredményeikről. A cikk szerzői által alkalmazott módszer a következő volt. Az acut vérzést csillapították, majd a garat helyi érzéstelenítése után az oesophagusba vezették az Olympus EF típusú flexibilis fiberoscopot. A korábban alkalmazott merev oesophagoscópokkal szemben ennek előnye, hogy nem szükséges a beavatkozást narcosisban végezni. A műszer biopsiás csatornáján keresztül speciális injectiót tű vezethető le, mellyel állandó szemkontroll mellett a varixok köré a mucosába sclerotizáló anyagot, Natriumtetracyclisulphatot (Thrombovan) fecskendeztek. Így intramucosus „quaddli”-k keletkeznek, melyek a vérző, subepithelialis fekvő véredényt komprimálják. A Thrombovan hatására fibrosis indul meg, és az újonnan keletkezett kötőszövet védőréteget képez az oesophagus-epithel és a varixfal között. Így a ruptura veszélye csökken, viszont a vena átjárható marad, ellentétben avarral a módszerrel, mikor a sclerotizáló anyagot magába a varixba adják. A collateralis keringés szintjén megmarad. A beavatkozást annyiszor kell elvégezni, amíg megfelelő sclerotizációt nem érünk el, tehát a felületen fekvő, kékesen áttűnő vénák el nem tűnnek.

A cikk szerzői 14 inoperabilis betegen 2 éves észlelési idő alatt összesen 50 sclerotizálást végeztek. Az átlagos túlélési idő az első beavatkozástól számítva 33 hét volt. 7 beteg az észlelési idő alatt meghalt, de csak kettőn volt a halál oka varixvérzés. 7 beteg 2—75 héttel (átlag 49 hét) túlélte a két éves periódust. Összehasonlítást olyan betegcsoporttal választottak, akiket a megelőző két évben kezeltek, amikor a sclerotizálást még nem alkalmazták. A 14 kontroll-betegből a két éves észlelés végén csak kettő élt, ebben a csoportban 9 beteg halt meg acut varixvérzésben. Az átlagos túlélési idő az első vérzéstől számítva 8 hét volt.

A szerzők bár hangsúlyozzák, hogy csak viszonylag kis számú betegen szerzett tapasztalataik vannak, a módszert eredményesnek tartják. A súlyos alapbetegséget figyelembe véve eredményeik figyelemre méltóak. Külön ki kell emelni a fiberoscop alkalmazásának előnyeit, mivel így az ismételt narcosist el lehet kerülni, ami a beavatkozás kockázatát nagy mértékben csökkenti, és a sclerotizálás hente többször is elvégezhető.

Banai János dr.

Gastritis varioliformis fehérjevesztéssel. Filippini, L., Isliker, K.

(Medizinische Klinik, Kantonsspital Luzern): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 1892—1894.

A szerzők két beteg esetét ismertetik. Mindkét esetben nagyfokú enterális fehérjevesztés okát keresték. Gasztroszkópiát végeztek és varioliformis gastritist diagnosztizáltak. Ennek a betegségnek más elnevezése: krónikus gyomor-erosio, komplett erosiókkal járó gastritis. Endoszkóppal főleg az antrumban szürkés eruptiók láthatók, melyek szövettanilag a muscularis mucosae-ig terjedő erosiók. A betegség aetiologiája nem ismert. Gasztroszkópos vizsgálatok során néhány százalékos gyakorisággal fordul elő. Röntgenvizsgálat alkalmával vagy nem veszik észre, vagy határozott röntgenlelet esetén malignus elváltozásnak diagnosztizálják. Felhívják a figyelmet arra, hogy béleredetű fehérjevesztés esetében mindenképpen indokolt gasztroszkópia elvégzése. A fehérjevesztő gastropathiák differenciáldiagnózisában a gastritis varioliformis lehetősége is mérlegelendő.

Kovács Ágota dr.

Cholechocele per os, endoscopos elektrobeszési eltávolítása. Deyhle, P. és mtsai (Department für Innere Medizin und Röntgendiagnostisches Zentralinstitut der Universität Zürich): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 71—72.

Az első fiberendoscopos sebészi beavatkozás 1971-ben történt. Ma már rutin eljárás a gyomor- és colon-polypos endoscopos eltávolítása. Nemrégben ismertették a gastroskopos hurokbiopsiát, mely a mucosára és részben a submucosára is kiterjed. A szerzők fiberduodenoscoppal elsőnek távolítottak el egy cholechocele-t.

Részletesen ismertetik az esetet, a kivizsgálás menetét, ill. a cholechocele eltávolítását. Olympus-Panedoscop GIF-D típusú készüléket használtak diathermiás hurokkal. 2 nap után a beteg teljesen panaszmentessé vált a későbbi vizsgálatok ép viszonyokra utalva.

A cholechocele nagyon ritka. Epe- vagy pancreas-nedv feltelődés következtében intermittáló duodenum-stenosis, következményes fájdalmat okoz. Endoscopos retrograd pancreatoholangiografiával a dg. könnyen tisztázható. A cholechocele eltávolítása eddig nagy sebészeti beavatkozást igényelt, mely a fiberendoscop birtokában kis, fájdalommentes beavatkozással helyettesíthető.

Papp Sándor dr.

Étkezés utáni gyomorsav-secretió és a gyomor puffertartalma normál egyéneknél és nyombélfékelyesekben. Fordtran, J. S. Walsh, J. H. (Dep. of Int. Med. The University of Texas, Dallas): J. Clin. Invest. 1973, 52, 645—657.

A szerzők egy új módszert írnak le, melynek segítségével mérni lehet emberben étkezés után a puffertartalmát és a tiszta gyomorsav-secretiót. Az elfogyasztott étel áll 5 uncia főtt húsból, melyet sóval és borssal fűszereztek, 1 kávéskanálnyi vajjal bekenve 2 szelet pirított kenyérből és 360 ml vízből. Ez az étel 39 g fehérjét, 30 g szénhidrátot és 30 g zsírt tartalmaz, teljes volumene 500 ml, homogenizálás után pH-ja 5,5.

10 óras éhezés után a vizsgált egyének röntgenellenőrzés mellett szondát nyeltek le, melyhez még egy kis polyvinyl katheter is hozzá volt erősítve. Ezeket úgy helyezték el a gyomorban, hogy a szonda nyílásai az antrumra és a gyomorcorpusának alsó részébe nyuljanak, a polyvinyl katheter nyílása pedig a corpus felső szakaszában legyen. A szondát gyomornedv leszívására, a műanyag kathetert pedig Na bicarbonat infundálására használták fel. A szondán át nyert 2—3 ml gyomornedv pH-ját meghatározták, majd a mintát a szondán át visszajuttatták a gyomorba, ha ennek pH-ja 5,5 alatt volt, Na bicarbonatot (0,3 N) infundáltak a műanyag kathetereken át addig, ameddig az ismételt levett gyomornedvminták nem adtak stabilan pH 5,5 értéket. Ennek elérése után a vizsgált egyének alapos rágással 20—30 perc alatt elfogyasztották a fenti ételt. Étkezés alatt és után is gyakran elvégezték a gyomortartalom pH mérését, majd a gyomortartalom-mintákat visszajuttatták a gyomorba. A Na bicarbonat-infúziót 4 órán át úgy szabályozták, hogy a gyomorbennék pH-ja állandóan 5,5 legyen. Az óráként infundált Na bicarbonat milliequivalensei a tiszta gyomorsav-secretió mennyiségét jelezték (mEq HCl/óra).

A gyomorban a pufferoló kapacitást úgy határozták meg, hogy egy másik alkalommal étkezés után engedték, hogy a savelválasztás következtében a gyomortartalom pH-ja spontán csökkenjen, szükség esetén ezt 0,1 N HCl-infúzióval idézték elő. Amikor étkezés után 2 órára a gyomorban a pH 2,5 alá süllyedt, 0,3 N Na bicarbonatot infundáltak a gyomorba, amíg a gyomortartalom pH-ja 6,0-ig emelkedett. A gyomor puffertartalmát, a pufferkapacitást a titrálási görbe alapján határozták meg.

Ezzel a módszerrel szerzők azt találták, hogy húsételre nyombélfékelyesekben a savsecretió mennyisége kétszer olyan magas volt, mint egészséges egyéneknél, ezenkívül nyombélfékelyesekben az ételre elválasztott sav mennyisége nagyobb (116%), normál egyéneknél pedig kisebb volt (86%), mint a maximális s. c. dosisú histaminallal kiváltott savválasz. A szerzők ebből arra következtettek, hogy a nyombélfékelyesekben a parietalis sejtek fogékonyabbak az étkezésre, mint egészséges egyéneknél. A gyomor puffertartalmának a mérése azt mutatta, hogy nyombélfékelyesek-

ben étkezés után, 2 órára fele annyi puffertartalom maradt a gyomorban, mint egészségesekben. Nyombélfekélyben ez a gyomor gyorsabb ürülésére utalt.

(Ref.: Az új módszer nagy jelentősége abban van, hogy lehetővé teszi az emberben az étkezésre jelentkező savválasz és a gyomortartalom pufferoló kapacitásának a mérését. Az étkezés utáni savválaszt eddig ugyanis csak különböző típusú kisgyomorral ellátott állatokon lehetett vizsgálni.)

Kisfalvi István dr.

Szüléset—nőgyógyászat

A peripheriás plasma progesteron-tükrök csökkenése és az oestradiol-tükrök emelkedése a szülés megindulása előtt human terhességben Turnbull, A. C. és mtsai (Nuffield Dept. of Obstet. and Gynec., John Radcliffe Hosp., Headington, Oxford): Lancet, 1974, I, 7848, 101.

A szerzők meghatározták 33 egészséges terhes nő peripheriás vérében a plasma progesteron és 17 β -oestradiol szintjét a terhesség 20., 24., 28., 34. és 36. hetében, ill. ezt követően hetenként a szülés megindulásáig és a szülés alatt is.

A plasma progesteron szintjének meghatározásához a módosított Morgan és Cook, a 17 β -oestradiol-szint meghatározásához Hotchkiss és mtsai radioimmun módszerét használták fel.

A plasma progesteron szintje a terhesség 20. hetétől 36. hetéig mintegy háromszorosára növekedik, és átlagosan 156 $\mu\text{g/ml}$ -es koncentrációt ér el. A 36.-tól a 40. terhességi hétig viszont a progesteron-tükrök meredek esése figyelhető meg (a 40. héten átlagosan 105 $\mu\text{g/ml}$; a csökkenés erősen szignifikáns).

A plasma 17 β -oestradiol koncentrációja a 20. és a 36. terhességi hét között mintegy megkétszereződik 4,7 $\mu\text{g/ml}$ —10,3 $\mu\text{g/ml}$, majd a terhesség hátralevő néhány hete alatt a plasma oestradiol-szintje tovább emelkedik, és a 40. héten eléri a 21,0 $\mu\text{g/ml}$ -es átlagértéket. A terhesség utolsó hónapja során észlelt koncentráció-növekedés szignifikáns.

Tekintve, hogy az utolsó szabályos menstruatio alapján számított gestációs idő nem minden esetben megbízható, ésszerűnek látszik a hormonszint változásának vizsgálata a szülés megindulásának napja vonatkozásában. E szerint a szülést megelőző 5 hét során a plasma progesteron szintje szignifikánsan csökken, míg 17 β -oestradiol koncentrációja, ugyancsak szignifikánsan emelkedik. A szülés előtti utolsó héten mért adatok és a szülés kitolási szakában észlelt értékek között nincs különbség.

Az eredmények jól érzékeltetik a terhesség utolsó heteiben a hormonok plasma-szintjében végbemenő

drámai változásokat. A szerzők véleménye szerint a plasma progesteron szintjének csökkenése nem jelenti a lepényi functio romlását, hisz az oestradiol, amelynek koncentrációja az előbbi csökkenésével egyidejűleg növekedik, szintén a lepény terméke (megjegyzendő továbbá, hogy a vizsgált esetekben sohasem észlelték a magzatok fejlődésének intrauterin retardációját). Érdekes, hogy az említett hormonális változásokkal egyidejűleg, tehát a terhesség 36. hete után növekedik a magzatvíz F_2a -prostaglandin koncentrációja is.

A szerzők úgy vélik, hogy a plasma progesteron szintjének csökkenése, a 17 β -oestradiol koncentrációjának növekedése a terhesség utolsó heteiben szabályozó szerepet játszhat a szülés megindulásában.

Gellén János dr.

A terhességek közötti intervallum hatása a terhesség kimenetelére. Fedrick, J., Adelstein, P. (Unit. Clinic. Epid., Unit. Oxford, Oxford OX3 7LF): Brit. Med. J., 1973, 4, 753—756.

Az 1958 március első hetében születettek sorsát nyomon követő ún. British Perinatal Mortality Survey (16 994 élveszületés és 7117 halvaszületett és újszülött halott) adatait használták fel annak tanulmányozására, hogy a terhességek közötti intervallum hogyan befolyásolja a második terhesség kimenetelét. (Az intervallumot az első terhesség születési időpontjától a második terhességet megelőző utolsó mensesis számolták.) A terhességek közötti intervallumot az első terhesség kimenetele, a szociális helyzet és az anyai életkor számottevően befolyásolta. Az intervallum milyensége a halvaszületések gyakoriságát alig befolyásolta. Viszont a 6 hónappal rövidebb intervallum után az újszülött halálozás szignifikánsan magasabb volt. A családtervezésnél tehát a terhességek közötti időtartamra is súlyt kell helyezni.

Czeizel Endre dr.

Mesterséges megtermékenyítés friss és fagyasztott spermával. E. Steinberger, K. D. Smith (University of Texas Medical School at Houston): JAMA 1973, 223, 778—783.

A szerzők a fagyasztott spermiummal végzett inseminatio irodalmi áttekintése után beszámolnak saját munkájukról, amelyben összehasonlítják a fagyasztott és friss spermával végzett megtermékenyítések eredményeit.

74 asszonyon végeztek inseminatiót, mert a férjük súlyos oligo- vagy azoospermiaiban szenvedtek. A beavatkozás a házastársak közös kérésére történt a 74 recipiens összesen 107 alkalommal.

A feltételezett ovulatio idején

naponként vagy másnaponként végezték az inseminatiót és ezt szükség esetén több cikluson át megismételték. A friss és fagyasztott spermával való inseminatiohoz találmokra válogatták a betegeket. A friss spermát egészséges, fiatal férfiktól masturbációval nyerték. A spermiumok számát, motilitását és morfológiáját kettős vakmódszerrel határozták meg. A friss spermiumot egy-kettő és fél órán belül használták fel. A fagyasztott spermát $-195,5^\circ\text{C}$ -on 1—51 hónapig tárolták. A 107 inseminációs kísérlet után 71 terhesség következett be, 35 esetben friss, 36 esetben fagyasztott spermával történő megtermékenyítést követően.

A 71 terhesség sorsa: 59 szülés, 1 tubalis terhesség, 11 abortus. A született gyermekek 61%-a fiú volt. A friss sperma alkalmazásakor általában az első két ciklusra, míg a fagyasztott sperma esetén a harmadik-negyedik ciklus idejére esett a conceptio.

36 asszony inseminációja — átlagosan 9,6 cikluson át — eredménytelen volt. Közülük 13 esetben culdoscopiával polycystás ovariumot, két esetben tuba rendellenességet észleltek, 3 esetben mindkettő együttesen fordult elő.

A szerzők saját tapasztalataik alapján megerősítik, hogy a friss spermával történő inseminatio alkalmával valamivel magasabb a conceptio rata. Ezt az eltérést a magasabb spermiumszámmal és az erősebb initialis motilitással magyarázzák.

Az 51 szülésből egyetlen gyermeknek volt fejlődési rendellenessége. A fagyasztott spermát általában 6 hónapnál tovább nem tárolták. Egy alkalommal az 51 hónapig tárolt spermával történt inseminatiót követő terhesség a 8. héten megszakadt.

A fagyasztás esetleges genetikai következményeit és a tárolás időtartamának az inseminatio sikerét befolyásoló hatását illetően a szerzők, viszonylag kisszámú saját esetük és az irodalmi adatok alapján, nem tudnak állás foglalni.

Gellén János dr.

A plasma aldosteronszintje orális contraceptio alatt. Beckerhoff, R. és mtsai (Depart. Medicine, Univ. Zürich, Switzerland): Lancet. 1973, I, 1218—1220.

10 egészséges asszonyban a klaszikus: oestrogen—progesteron orális anticonceptio első 3 hónapjában vizsgálták a plazma aldosteronkoncentrációját. A gyógyszereszedés első hetében szignifikáns emelkedést észleltek (83 pg/ml-ről 183 pg/ml-re). Ezt követően, a harmadik hónap végéig, az aldosteron szint tovább emelkedett (229 pg/ml-re). Ezzel párhuzamosan a plazma reninaktivitás is jelentősen emelkedett, míg a plazma reninkoncentrációja mintegy 50%-ára esett. A renin—angiotensin—aldosteron

rendszer feltűnő aktiválódása általában jól kompenzált, de bizonyos, érzékeny nőkben feltétlenül szerepet játszhat a hipertensio kifejlődésében.

Domány Zoltán dr.

A szénhidrát- és a zsírsavanyagcsere vizsgálata az orális anticonceptívot követően hipertóniássá váló nőkben. Mason, B. és mtsai (Alexander Simpson Lab. for Metabolic Research, St. Mary's Hospital Medical School, London W2): Brit. Med. J. 1973, 3, 317—320.

Száz, a klasszikus ösztrogén—progeszteron kombinációjú orális anticonceptívot követően hipertóniássá váló asszony anyagcsere értékeit hasonló életkorú és orális anticonceptívot nem alkalmazó nők megfelelő értékeihez hasonlították. Az orális anticonceptio során jelentkező abnormis értékek (megváltozott glukóz tolerancia, emelkedett vér piruvát szint és serum lipid koncentráció) a hipertóniás csoportban (akiknek a diastolés értéke 110 Hgmm felett volt) sokkal gyakoribban (33%) és súlyosabban jelentkeztek. A hipertóniássá válók ugyanakkor öregebbek, kövérebbek, magasabb paritásúak voltak, és terhességeikben a toxæmia gyakrabban fordult elő, mint a két kontroll csoportban. Tehát a vérnyomás emelkedés és az abnormis anyagcsereértékek között korreláció van és mindezek bizonyos intrinszik faktorokkal (genetikai adottságok, életkor, testsúly stb.) függnek össze. Ismeretük elősegíteti megelőzhetőségüket is.

Domány Zoltán dr.

EEG eltérések és epileptikus rohamok proglaglandin F_{2a} intraamniális alkalmazását követően. Lyneham, R. C. és mtsai (Dept. of Obstet. and Gynecol., King George V. Memorial Hospital, Sydney): Lancet. 1973, II, 1003—1005.

A proglaglandin F_{2a}-t kiterjedten alkalmazzák a 2. trimeszterben levő terhességek megszakítására. Az alkalmazás egyik módja a szer intraamniális beadása. Az ily módon alkalmazott proglaglandin a vér proglaglandin szintjét is megnöveli, sok esetben hányingert, hányást, émelygést, hőhullámot idéz elő. Az esetek 50%-ában figyeltek meg EEG abnormalitásokat, melyek létrejöttének hatásmechanizmusa bizonytalan. Feltételezik, hogy hat a sejtmembránra, cerebraalis vasoconstrictiót idéz elő és csökkenti az agyi véráramlást. A szerzők 300 esetben végeztek terhességmegszakítást ily módon, hogy transzabdominálisan katéteren át 30 mg proglaglandin F_{2a}-t injiciáltak. Ha az abortus 24 óra alatt nem indult meg, újabb 15 mg-ot juttattak az amniális ürbe.

Az ily módon kezelt 300 beteg között 5-ön typosus epileptikus rohamot észleltek. Egyik betegnek sem volt az anamnesisében semmi jel, ami latens epileptiára utalt volna. A rohamok az AB előtt 11, ill. utána 1 órával zajlottak le. Egyik betegem sem észlelte a kezelés elkezdése előtt EEG eltérést, noha ezt rutinszerűen végezték. Feltételezik, hogy a roham létrejöttében a valódi epileptiának jelentős potenciáló szerepe lehet.

Berkessy Sándor dr.

Tüdőgyógyászat

A sarcoidosis prednison kezelésének kontrollcsoportos vizsgálata. Israel, H. L. és mtsai (Departments of Medicine and Preventive Medicine, Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania 19107): American Review of Respiratory Disease. 1973, 107, 609—614.

1961 és 1966 között 90 klinikai, laboratóriumi és szöveti vizsgálattal igazolt sarcoidosisos betegen kontrollcsoportos vizsgálatot kezdtek a prednison kezelés hatásának a megállapítása céljából. Uveitis, hypercalcaemia vagy heveny légútelégtelenség esetén a placebo adását kockázatosnak minősítették, ezért ezeket kizárták a vizsgálatból, valamint a már kezeltet és azokat is, akiknek nyilvánvalóan irreversibilis fibrosisuk volt. 83 beteg fejezte be a kezelést és az 1—11 éves megfigyelési idő eredményéről számoltak be.

Kettős vak kísérletben a betegek 3 hónapig naponta 15 mg prednison, vagy placebót szedtek. 37 betegnek hilus lymphadenopathiája, 46 betegnek emellett tüdőfolyamata is volt, 7 betegnek pedig csak tüdőfolyamata volt. Javult közvetlenül a 3 havi kezelés után az I. stádiumbeliek közül a steroid csoportban 59%, a kontroll csoportban 35%, a különbség nem szignifikáns. A II. és III. csoportbeliek közül javult a steroid csoportban 53%, a kontroll csoportban pedig csak 17 százalék. Ez a különbség már szignifikáns.

1—10 évi — átlag 5,2 évi — megfigyelés után javult az I. stádiumbeliek 70%-a, a kontroll csoportbeliek pedig 53%-a. Normális lett a mellkasfilmje 10 kezelt és 5 nem kezelt betegnek. További corticosteroid kezelés volt szükséges a kezelték 20%-ában, a nem kezelték 30%-ában. E csoportban egy beteg sem halt meg, 2 beteg állapota rosszabbodott.

Átlag 5,3 évi megfigyelés után határozottan javult a II. és III. csoportbeliek közül a kezelték 48%-a és a nem kezelték 44%-a. Rosszabbodott a kezelték 38%-a és a nem kezelték 16%-a. Változatlan maradt a kezelték 15%-a és a nem kezelték 40%-a. Normális lett 6 kezelt és 10 nem kezelt beteg mellkasfilmje. To-

vábbi corticoid kezelést igényelt a kezelték 29%-a és a nem kezelték 44%-a. Rosszabbodott e két csoportból 12 beteg és sarcoidosis okozta szív-tüdő elégtelenségben meghalt 2 beteg. Végeredményben a kezelték és a nem kezelték arányában különbséget nem észleltek. Tüdőelváltozás esetén a kórjósolat rosszabb volt, mint a nyirokcsomó-folyamat esetén.

Együttesen tehát a 83 kezelt és nem kezelt sarcoidosisos beteg közül több mint 5 éves megfigyelési idő után gyógyult 37%, javult 16%, rosszabbodott 17% és változatlan maradt az állapota 30%-nak. Közel hasonló eredményt láttak az Egyesült Államokban hathavi vagy rövidebb ideig tartó és nagyobb — esetleg 60 mg-os — adaggal végzett prednison kezelés után is. Úgy látják, hogy a prednison hatása palliatív és nem akadályozza meg a tüdő-fibrosist vagy a sarcoidosis mellkason kívüli súlyosabb szövődéseit. Ezért nem szükséges a sarcoidosisot rutinszerűen prednisonnal kezelni, hacsak egyéb körülmény — szemtűnet, hypercalcaemia — nem indokolja. Nagyobb adag alkalmazása nemcsak etikai-lag indokolatlan, hanem gyakorlatilag megvalósíthatatlan is, már csak a prednison káros mellékhatásai miatt is.

Ez az anyag reprezentálja Amerikában a sarcoidosis epidemiológiáját. 31 beteg röntgen szűrővizsgálattal, 2 beteg csontelváltozással, 5 beteg szemfolyamattal, 9 bőrbetegséggel, 34 pedig légúti tünetekkel került kóriszűzésre és csak egy betegnek volt erythema nodosum. Európában gyakoribb az erythema nodosum és ezek prognózisa jobb is. Azoknak a betegeknek a sorsa, akiknek tüdőelváltozása nem volt, lényegesen kedvezőbb alakult, bár nyirokcsomó-folyamatos betegek nem gyógyultak olyan mértékben, mint Európában. Lehet, hogy ennek etnikai oka van, bár újabb adatok szerint a néger és a fehérek sarcoidosis-halálozásában különbséget nem találtak.

Váratlan volt anyagukban a sarcoidosis idült formájának a magas frekvenciája. Betegek egyharmada 5 év folyamán se nem javult, se nem rosszabbodott. I. stádiumbeli betegek egyharmadának változatlan maradt a nyirokcsomó-folyamata, változatlan tünetekkel és légzésfunkcióval. A tüdőbeszűréssel felvettek egyhatodának sem javult az állapota 5 év folyamán, bár lehet, hogy ezek egy része később meggyógyul, vagy rosszabbodik. Mindenesetre többségüknek idült vagy nagyon torpid a sarcoidosisa.

Két betegük halt meg sarcoidosis okozta szív-tüdő elégtelenségben. Egy betegben többes cryptococcistályog keletkezett, ami amphotericinre jól reagált. Két betegnek aspergillomája lett, az egyik beteg cor pulmonaleban meg is halt. Daganatot, autoimmun betegséget vagy súlyosabb baktériumfertőzést

nem láttak. Nyolc beteg chloram-bucil kezelést kapott. Mivel ezek nagyon súlyos, prednisonra már nem reagáló betegek voltak, feltű-nő volt, hogy közülük három telje-sen meggyógyult, egy pedig lénye-gesen javult, kettő nem javult, ket-tő pedig rosszabbodott. Ezek alap-ján az immunosuppressiv kezelé-sel való kísérlet folytatását ajánl-ják.

Pongor Ferenc dr.

Kapcsolat a tüdő artériás nyo-mása és fiziológiás holttere között obstructív tüdőbetegekben. Rebuck, A. S. és mtsai (Thoracic Unit, Royal North Shore Hospital of Sydney and the Department of Medicine, University of Sydney, New South Wales, Australia): American Re-view of Respiratory Disease 1973, 107, 423—428.

Már régóta kutatják azokat a té-nyezőket, amelyek idült obstructív tüdőbetegekben a cor pulmonale keletkezését elősegítik. Elsősorban hypoxiára és légútobstrukcióhoz, vagy thromboemboliához, esetleg mindkettőhöz társuló tüdőérháló-zat-obliteratióra gondoltak. Ezzel kapcsolatban azt tapasztalták, hogy egészséges, függőleges testhelyzet-ben levő emberek kétharmadában a tüdő felső részének a vérellátása relative fokozott, egyharmadában pedig ez a változás nem jelentke-zett. Ennek a különbségnek szere-pet tulajdonítottak az obstructív tüdőbetegség kialakulásában. Ob-structív tüdőbetegek kétharmadán azt is megfigyelték, hogy oxigén-lélegeztetés közben a széndioxid ürítése csökken, a fiziológiás holt-ter és az alaplégzés hányadosa ($V_D:V_T$) pedig emelkedett. Ezt a rosszul szellőzött tüdő fokozott vérellátásával és az oxigén értágító hatásával magyarázták, de csak azokban a betegekben, kik légút-obstrukció hatására létrejött gyen-gült ventilációra érzékülettel rea-gáltak. Más szavakkal: érreakto-rokban a perfusio és a ventiláció egyensúlyban maradt a tüdőben az érzékszintencia és a jobb szív ter-helés emelkedése terhére. A nem érreaktorokban viszont a vérgáz-tensio rosszabbodott. Jelen munká-jukban azt az elméletet vizsgálták, hogy vajon a tüdőben az artériás nyomás, vagy az érzékszintencia, vagy mindkettő nagyobb-e az ér-reaktorokban, vagyis azokban, akikben oxigénlégzés közben a fi-ziológiás holtter-alaplégzés hánya-dosa emelkedik.

Vizsgálataikat 13 idült obstructív tüdőbetegegen végezték. Bár a fizio-lógiás holtter-alaplégzés hányadosa alapján el lehetett különíteni az ér-reaktorokat a nem érreaktoroktól, mégis ez a funkcionális státus nem volt kapcsolatos a tüdőben az ar-tériás nyomással, vagy az érzékszintenciával. Jelentős összefüggés volt viszont az érreaktivitás mértéke és a tüdőben az artériás nyomás kö-zött oxigénlégzés közben. Ebből ar-ra következtettek, hogy a tüdőben az artériás nyomás és az érelenál-

lás abszolút értékének nincs jelen-tősége nyugalomban a korai jobb-szívelégtelenségben érreaktorokban obstructív légútbetegség esetén. Nagyobb szerepe van ebben az ar-tériás nyomás ingadozásának oxi-génlélegeztetés közben.

Pongor Ferenc dr.

A sarcoidosis családi előfordulása. British Thoracic and Tuberculosis Association: Tubercle 1973, 54, 87—98.

A téma vizsgálata céljából ret-rospectív vizsgálatot végeztek: 641 szakorvosnak kérdőívet küldtek. Közülük 27% válaszolt és 38 orvos számolt be 59 olyan családról, ahol 2 vagy több sarcoidosis esetet ész-lelt. Az esetek száma összesen 121, a nő/férfi arány 1,6:1. Három család-ban volt 3—3 eset.

Az előfordulás típusa szerint 5 ikerpár (4 egyetétű, 1 kétetétű), 28 testvérpár, 22 szülő-gyermek és férj-feleség. A testvérek között és a szülő-gyermek típusban az azonos neműek domináltak (28-ból 22, il-letve 22-ből 18), ugyancsak túlsúly-ban volt az anya-gyermek kapcsolat (19) az apa-gyermekhez viszonyítva (3).

A diagnoszt 70 betegen igazolták szövettanilag. Két eset kivételével valamennyit a vizsgálatot megelőző 20 éven belül kórismézték. A csa-ládtagok megbetegedésének kezdete között 2 évnél rövidebb idő telt el az esetek csaknem a felében. Nem találtak korrelációt a családi elő-fordulás típusa és a betegség kli-nikai-radiológiai jellegzetessége kö-zött.

A családi kapcsolat magyarázata lehet genetikai tényező (egyetétű ikrek), de szóba jöhet egy meghatá-roztatlan fertőző ágens is. A közle-mény a korábban publikált esetek részletes elemzését is tartalmazza.

Vadász Imre dr.

Heveny tüdő-histoplasmosis új-rafertőzés. Powell, K. E. és mtsai (Ecological Investigation Program, Center for Control Disease, Health Services and Mental Health Admi-nistration, Public Health Service, U. S. Department of Health, Educa-tion, and Welfare, Kansas City, Kansas): American Review of Res-piratory Disease 1973, 107, 374—378.

Epidemiológiai megfigyelések és állatkísérletek szerint a histoplas-ma capsulatummal történt fertő-zés bizonyos fokú immunitást hagy maga után. Ezért azt ajánlják, hogy az e gombával fertőzött területen csak histoplasmin-positív egyén vé-gessen munkát. Ennek ellenére elő-fordul, hogy az ilyen egyén akár endogen, akár exogen reinfectio útján histoplasmosisban ismét meg-betegedjék. 6 hasonló esetről szá-molnak be. Valamennyien sere-gélytelep felszámolásában végeztek munkát, napokon át a histoplasma capsulatummal fertőzött trágyaport

lélegezték be, és tüdejükben rövid lappangási idő után heveny histo-plasmosis keletkezett. Ennek kap-csán 4 beteg szérum-complement fixatiós titere kétszeresre emelke-dett, 2 betegnek diffus tüdőbeszű-rődése lett, egy beteg tüdejének egy részét eltávolították és a specimen-ben histoplasma capsulatumot ta-láltak.

Pongor Ferenc dr.

Tüdőbetegek alfa₁-antitrypsin vérszintje. Holeysovská, H. (Vyzk. Ustav. Tbt. Resp. Nem. Praha—Bu-lovka): Studia Pneumol. (Praha) 1973, 33, 270—276.

Részletes irodalmi áttekintés után a következőkben foglalja ösz-sze a szerző a kérdéssel kapcsolatos véleményét.

Az „alfa₁-antitrypsin” elnevezés helytelen; helyesebb „alfa₁-trypsin” inhibitorról beszélni. Ennek hiánya csak predispónáló faktor az emphy-sema kifejlődésére, nem pedig fel-tétel; több faktor, köztük öröklet-es és környezeti tényezők együt-tes hatása is szükséges. Előfordul-hat az is, hogy az emphysema la-tens, csak speciális vizsgálatokkal deríthető fel. Tünetmentes fiatalok esetében, ha hiányzik az alfa₁-in-hibitor, számolni lehet az emphy-sema későbbi kialakulásával.

Gyakorlati szempontból fontos, hogy alfa₁-inhibitor hiánya esetén nem helyes az aerosol kezelés pro-teolytikus enzimekkel, tilos a do-hányzás, kerülendő a gázos, gőzös, poros munkahely, esetleges légúti fertőzéssel járó foglalkozás. Pro-filaktikusan, az ilyen munkát vál-lalók előzetes orvosi vizsgálatának ki kellene terjednie az alfa₁-trypsin inhibitor kimutatására is, tekintve, hogy a népesség 10%-a alfa₁-inhi-bitor deficitese.

Fauszt Imre dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

A 7 éves gyermekek beszédhibái: országos szűrővizsgálat alapján. Neville R. Butler, Catherina Peckham, Mary Sheridan: (National Child-ren's Bureau, London), Brit. Med. Journal 1973, 1, 48—58, 253.

A közlemény 1958. március 3. és 9. között Angliában született gyer-mekek vizsgálatának eredményeit közli. Az országos vizsgálat (a szü-letéssel kezdődően) módszerei sze-rint gyakorlati jelentőségű szűrő-vizsgálat volt orvosok és pedagó-gusok számára. A vizsgálatokat 7 éves korú gyermekeken tanév köz-ben végezték. Nevelési, szociológiai és orvosi jellegű kérdőíveket töltöt-tek ki, pedagógusok, védőnők, isko-laorvosok 14 064 gyermekről. Ennek alapján a gyermekek 13,5%-ának beszédét minősítették a teljesen ért-hetőtől eltérőnek, ebből 1,6%-nak igen súlyos beszédhibája volt. A részletes feldolgozás a normálisan halló gyermekek adatait tartalmazza. A vizsgált beszédhibák: hang-

képzési, kiejtési zavarok és a dadogás voltak.

A beszédhibásnak talált gyermekek nagyobb aránya született, a 37. terhességi hétnél korábban. Születési súly, pathológiás terhesség, pathológiás szülés és a perinatalis káros történések tekintetében nem volt különbség. A nemek közti eloszlás szerint túlsúlyban voltak a fiúk (2:1). A gyermekek gyakran nagy családok fiatalabb szülőitől voltak, elsőszülött kevesebb volt. Szociális helyzet szerint: minden vizsgált területen nagyobb arányban fordult elő rossz szociális helyzetű, kétkezi munkások gyermekei. Csökkent látóképesség háromszor gyakoribb volt a beszédhibásokon, mint a kontrollcsoporton és a mozgás koordinációs zavarok enyhé vagy kifejezettebb formáit hasonló arányban lehetett megfigyelni. Tanulmányi előmenetelükben: olvasni 32,4% nem tudott az előírt szinten (kontroll 2,4%), számolni 32,1% (kontroll 3,5%). A rajz-másolási készség csökkent volt a beszédhibás csoportban 8-szoros növekedést mutatott a kontrollhoz képest. (Ezekből a vizsgálatokból kimaradtak azok a gyermekek, akik ez idő tájt kisegítő iskolába jártak, vagy szellemi fejlettségük miatt arra is alkalmatlanok voltak.)

A beszédhibásnak talált gyermekeknek csak 1/40-ed részét konzultálta logopedus 7 éves korig.

A vizsgálatok tanúsága szerint a komplex szűrésre szükség van, bár felvetődik a kérdés, hogy a súlyos beszédhibás gyermekeket nem korábban kellene-e felfedezni a jobb terápiás lehetőségek miatt. A található járulékos hibák gyakorisága következtében a látás-, hallásvizsgálatok szükségesek, neurológiai, pszichológiai konziliumok mellett, mivel a beszédhibák egy része idegrendszeri diszfunkciókkal is lehet kapcsolatos.

A gyógyítás irányát, lehetőségeit orvos, logopedus, pedagógus kell, hogy megállapítsa, a szülőkkel együttműködésben.

Márkus Vera dr.

A chronikus veseelégtelenség kezelése gyermekekben rendszeres dialysissel és transzplantációval. Cameron, J. S. (Guy's Hospital, London): *Nephron*. 1973, 11, 221—251.

A szerző a bevezetőben leszögezi, hogy az eddigi tapasztalatok alapján a dialysis és transzplantáció technikája 5—15 éves gyermekeken is sikeresen alkalmazható és a túlélés még jobb lehet, mint felnőttekben.

Statistikák szerint 1 millió lakosra számítva évente 2 gyermek hal meg chronikus veseelégtelenségben. A kettőből 1 alkalmas dialysis-transzplantációs programba vételre. Gyermekeken 5—15 év között a dialysist el kell kezdeni, ha a szérum kreatinin 10 mg% felett van, ez 5—7 ml/min/1,73 m² test-

felszín kreatinin clearance-t jelent. Hypertensio esetén még korábban is szóba jön a dialysis megkezdése. A dialysis elkezdésével az osteodystrophia és a növekedésvisszamaradás veszélye csökkenthető és a diéta is szabadabb.

A Scriber- vagy Kjellstrand-shunt, illetve a subcutan arteriovenosus anastomosis alkalmazásának lehetőségeit tárgyalja a szerző, majd a különféle dialysatorok alkalmazásának lehetőségeivel foglalkozik. Betegeit általában hetente négyszer, 30 óra/hét dialysis idővel dialysálta.

20 kg testsúly felett a só-vízháztartás, ultrafiltráció és vérnyomás kontroll problémái a felnőttekéhez hasonlóak. Megoldatlan kérdések a növekedési retardatio, a kalória- és nitrogénbevitel mértéke, a renalis osteodystrophia kezelése, a sexualis érés és fertilitás.

A kórházi dialysisekkel ellentétben a gyermekek otthoni dialysisével még csak 5—15 beteg nagyszámrendben vannak adatok az USA-ban és Angliában is. 200 feletti esetszámból gyermekeken rendszeres dialysissel 83%-os túlélésről számolnak be. 4 éven túl még csak 2 rendszeresen dialysált beteg volt.

A vesetranszplantáció az 5—15 éves korcsoportban eredményesen alkalmazható módszer. Az USA-ban 1971 végéig több mint 200 gyermek részesült transzplantációban. A technikai problémák közül a fejlődési rendellenességek transzplantáció előtti korrekciója okoz nehézséget (pl. reflux esetén bilaterális nephro-ureterectomia, hólyagrendellenesség esetén ileum elvezetéssel kapcsolt transzplantáció).

Gyermekek transzplantációjának oxalosis, cystinosis, Fanconi-szindróma esetén az új vesében is kifejlődhet a betegség. Extracapillaris, mesangialis proliferatív glomerulonephritis, focalis glomerulosclerosis szintén veszélyeztethetik az új vesét.

Ami a transzplantációs donorok kérdését illeti, Európában főleg cadaver-vesét ültetnek át gyermekeknek, pedig élő donorok veséjével az eredmények jobbak. A két éves túlélés 45,2% cadaver-vesével a 6—10 éves korcsoportban, szemben az élő donor 75,3% eredménnyel. Felnőtt donor-vese gyermekeknek 3 éves korig alkalmas. A 2—3 éves gyermek cadaveres veséje viszont alkalmas gyermekek, sőt felnőttek transzplantációjához.

Külön probléma az 5 éves életkor, 20 kg testsúly alatti gyermekek dialysis és transzplantációja. 10 kg testsúlyig lehet standard Kiil vagy fél felnőtt coil dialysator használni. 10 kg testsúly alatt AB Gambro, Mini-D készülékek használhatók. A só-vízháztartás, osmolaritás, hőreguláció pontos beállítása igen fontos a nagy extracelluláris volumennel rendelkező kisgyermekeknél. Veseátültetés már 9 hónapos gyermekben is történt sikeresen. 26 csecsemőkori recipiensből 9 beteg volt túlélő.

(Ref.: Az Országos Csecsemő és Gyermekegészségügyi Intézet 1971—1972. évekre végzett felmérése szerint hazánkban 21 gyermek halt meg chronikus veseelégtelenségben a jelzett időszakban. Ezek közül 14 beteg dialysis-transzplantációs programra alkalmas lett volna. Ezen 14 beteg mellett 8 még élő beteg is dialysis-transzplantációt igényelt volna. A fentiek alapján hazánkban is átlag évi 11 chronikus veseelégtelenségben szenvedő gyermek kezelésével kell számolni. Ez a szám megfelel a referált cikkben szereplő statisztikai adatnak. Indokoltnak látszik Magyarországon is gyermek haemodialysis centrum beindítása.)

Marosvári István dr.

Bizonyos szempontok idiopathikus tüdőhaemosiderosis kapcsán. O. H. Braun, U. Keppler: (Pforzheimer Városi Kórház Gyermekklinika). *Klin. Pädiatrie* 1974, 186, 14—22.

A betegség aetiológiájának, klinikumának és terápiájának rövid áttekintése után két saját esetük kapcsán nyert tapasztalataikat ismertetik. Míg egyik betegük serumából igen nagy hígításban tudtak tehéntej ellenes complementkötő antitesteket kimutatni, addig a másik gyermekben ez nem sikerült. A tejmentes diéta nem hozott eredményt. Kétes a splenektomia használata is. Immunsuppressív terápiának (azathioprin) sem egyedül alkalmazva, sem prednisonnal kombinálva nem látták átütő sikerét. A remissiók és exacerbatiók ideje és tartama kiszámíthatatlan és okkal feltételezhető, hogy nem az aktuális gyógyszerektől függenek. Valószínűnek látszik azonban, hogy a prednisonon kezelés megrövidíti a krízisek idejét.

Ugyancsak valószínűnek tartják, hogy a betegség általában csecsemőkorban kezdődik és különválasztandó az ún. *Goodpasture syndromától* (tüdőhaemosiderosis progressiv glomerulonephritissel), amely fiatal felnőttek betegségé.

Vadász György dr.

Az idiopathikus tüdőhaemosiderosis intermittáló immunsuppressív kezelése. V. Schöck: (Gyermekkórház Bethel, NSZK): *Mscr. Kinderheilk.* 1974, 122, 81—84.

Csecsemőkorban diagnosztizált idiopathikus tüdőhaemosiderosis esetében a néhány hetes prednisonon kúra eredménytelen volt. Ezért egy alkylézó anyaggal, új foszphamid-esterrel az *Iphosphamid*-dal végeztek kísérletet immunsuppressív kezelés céljából. A készítményt másfél évig naponta adták. Kiagyása után néhány hónap múlva azonban az addig visszafejlődött tünetek ismét kiújultak. Ettől kezdve az *Iphosphamid*-ot heti két alkalommal alkalmazták — sikeres állatki-sérletekre való hivatkozással. Az intermittáló kezelés egyéves tartá-

ma alatt a beteg teljesen tünetmentes.

Recidivára természetesen így is van lehetőség, másrészt ismeretes az is, hogy a betegségnek *spontán remissiói* is vannak; ez esetben a tünetmentesség nem a gyógyszer javára lenne írandó.

(Ref.: *Mindkét dolgozat irodalmában örömmel olvastuk a betegség immunosuppressív elméletét elsőként felvető Steiner Béla, valamint Nábrády nevét.*)

Vadász György dr.

Haematologia

Az acut leukaemia kezelése. Junge, W. F.: Schweiz. Med. Wschr. 1973, 103, 1310—1314.

Egerekben 10^9 , emberen 10^{12} a minimális blast sejt, ami kezelés nélkül halálhoz vezet. A leukaemiás sejtek lassabban oszlanak, mint a normálisak. A leukaemia lefolyása attól függ, hogy mennyit sikerül ezekből a sejtekből a kezelés segítségével elpusztítani. A leukaemiás sejtek a nyugalmi (G_0 phasis) szakban a kezelés számára hozzáférhetetlenek. Ha a tumorsejtek 99,9 százalékát elpusztítjuk, a sejtszám 10^{12} -ről 10^9 -re csökken, a tumor mennyisége 1 kg-ról 1 g-ra redukálódik. További lökéskészletekkel a sejtszám tovább csökkenthető, 10^5 , ill. 10^6 -ra. A megmaradó sejteket nem lehet elpusztítani. Klinikailag tünetmentességet lehet elérni és azt, hogy a blast sejtek nem mutathatók ki. Ezen kritikus sejtszám alatt az immunvédekezés fokozásától várható, hogy a megmaradó sejtek elpusztuljanak. A cél az ismételt lökéskészlettel a blastok számának a kritikus érték alá szállítása és a beteg remissióban való tartása. Ebben az időszakban meglévő leukaemiás reservoirokat bizonyítják (központi idegrendszerben, a reticulo-endothelialis systemában) a hirtelen fellépő recidivák.

Az antileukaemiás gyógyszerek az összes oszlo sejtet érintik. Ez magyarázza a mellékhatások sokaságát. A terápiás chance abban van, hogy a blastoknál gyorsabban osztódó normális csontvelősejteknek csekély előnyt adunk.

A modern leukaemia kezelés stratégiája. A támadás három phasisban zajlik: I. Inductiós phasis, két-három lökéskészlet, cytostatikus kombinációval, a csontvelő teljes remissiójáig (blastok és promyelocyták együttesen 10^9 alatt). II. Consolidációs phasis. Új kombinációs és/vagy reinductiós lökéskészlet a további sejtszökkenésig. III. Fenntartó kezelés.

Teljes remissio elérése esetén remélhető az élet meghosszabbítása. A recidivákat úgy kell kezelni, mint a primaer manifestációkat. *Freireich és mtsai* kimutatták, hogy a prognózis szempontjából a kor fontosabb, mint a sejt típus, 50 év alatt

75% -ban, 50 év felett 15% -ban érhető el remissio.

Antileukaemiás szerek. 1. Anti-metabolitok: amethopterin, 6-mercaptopurin, 6-thioguanin, cytosin-arabinosid, hydroxyurea. 2. Orsó-mérgek: vincristin. 3. Antibiotikumok: daunomycin, adriamicin. 4. Alkyláló szerek: cyclophosphamid, BCNU, CCNU. 5. Enzyme: L-asparaginase. 6. Corticosteroidok.

E fenti szerek kombinációjával a megfelelő sejt-cyclusra való hatás érhető el és az erősebb toxicitás kiküszöbölhető. A kombinációs kezeléssel elérhető teljes remissio százalékban: Acut lymphoid leukaemia: VCR/Pred. 84% , 6-MP/Pred. 82% , L-ASP/DNR/VCR/Pred. 87% , VAMP. 94% , DNR/VCR/Pred. 100% százalék. Acut myeloid leukaemia: VAMP. 38% , 6-TG/ARA-C 50% , HU/6-TG/ARA-C 66% . COAP (Cyclophosphamid.—Vincristin—Cytosar—Prednisolon) 44% .

Acut gyerekkori lymphoid leukaemia. A kezelés alapja a vincristin és a prednisolon. Gyakran kombinálják daunomycinnel és asparaginaseval. A fenntartó kezelést amethopterinre és 6-MP-ra szorítják. Az agyhártyák érintettsége igen gyakori. A meningosis leukaemiát intrathecalisan methotrexáttal vagy besugárással kezelik. A 4—5 éves recidivamentes intervallum gyakori. Az optimálisan kezelt gyerekek esetében a gyógyulás az esetek egyharmadában remélhető.

Felnöttek acut leukaemiája. Az acut lymphoid leukaemia felnőttkorban szintén jól reagál, de gyorsan recidivál. Kevésbé jók az eredmények az acut myeloid és a myelomonocytaer leukaemiában. Közel 50% -os remissiókat lehet elérni. A legfontosabb szer a cytosin-arabinosid, amely folyamatos iv. (infúzióban) adás esetén a leghatásosabb. Jól alkalmazható a purin-antagonista 6-thioguanin. Igen jó eredmények láthatók a cyclophosphamid, vincristin, cytosin-arabinosid és a prednisolon (COAP) négy kombinációjától.

A nem specifikus (BCG vaccina) és a specifikus (előkezelt leukaemiás autolog sejtekkel) történő immuntherapiának egyelőre még csak experimentalis jellege van. Csak a teljes remissio elérésekor van értelme az immuntherapia alkalmazásának.

Tüneti kezelés. A thrombopenia pótlással megoldható. A cellularis védekezés gyengesége functióképes sejtek bevitelével kiküszöbölhető. Vérsajt-separáló készülékek segítségével a szükséges 10^{10} sejt nyerhető a donoroktól, a sejtek főleg granulocyták. *Patakfalvi Albert dr.*

Az acut myeloid leukaemia kezelése a Hammersmith eljárás szerint. Paolino, W. és mtsai: Brit. Med. J. 1973, 3, 567.

A szerzők a Hammersmith kórház eljárása szerint egyéves keze-

lés eredményeit közlik, amit *Spiers* vezetett be az acut myeloid leukaemiás betegek kezelésére. A 27 beteg közül 18 új beteg volt, 9 más kezelés alatt állott. Az utóbbi betegeket azért vonták be a kezelésbe, mert az első remissio után relapsus következett be. A betegek kora 10—80 év között váltakozott.

A kezelést a *Spiers* által bevezetett módosított formában végezték: thioguanint 120 mg-os adagban per os 5 napon át, rubidomycint az első napon 40 mg-os mennyiségben, 150 mg cytarabint iv. és 50 mg prednisolont per os 5 napon át adták (T. R. A. P.). A kúrát 6 alkalommal ismételték meg, 9 napos szünetekkel. Két esetben, ahol az EKG súlyos eltérést mutatott, a kezelést C. O. A. P.-vel (cytoxan, oncovin—vincristin, cytarabin és prednisolon) végezték. Az EKG normalizálódása esetén T. R. A. P. kezelésre tértek át. Az első hat kezelés után, amit a remissiót indukáló periódusként jelöltek, a kezelést T. R. A. P. és C. O. A. P. kezelésre változtatták. Tüneti kezelésként teljes vért, thrombocyta-szuppressiót és antibiotikumokat adtak.

A remissiót komplettnek ítélték, ha a beteg klinikailag tünetmentessé vált, a csontvelő normalizálódott, nem volt anaemia, a fehérvérszám 2000 felett volt, több mint 1000-es neutrophiliával; inkomplett volt, ha a klinikai kép normalizálódott, de esetenként blast sejtek voltak a vérben, súlyos neutropenia és thrombopenia kíséretében.

Komplett remissiót 13 ($48,1\%$), inkomplett remissiót 5 ($18,5\%$) esetben értek el. A közlés idejéig 17 beteg halt meg, az átlagos túlélési idő 5,2 hónap volt. Az élők esetében valószerűleg hosszabb lesz a túlélés, mivel azok közül 9 esetben teljes remissiót értek el. A leggyakoribb mellékhatások hányinger, leukopenia, alopecia és az arc bőrén kiütések voltak. A hányingert a metoclopramid jól befolyásolta. A kezelést hypercellularis csontvelő esetén alacsony fehérvérszám esetén is alkalmazták. Cardiotoxicitást nem észleltek. 30 perccel a rubidomycin előtt 0,4 mg cedilanidot adtak iv. *Patakfalvi Albert dr.*

Endocrinológia

A mellékvesekéreg functionális állapota thyreotoxikus betegek konzervatív kezelés, valamint radioactív jód-therapia után. Sz. M. Burleva (Naucsno-izledovatyelszkij insztyitut krajevoj megycini minyisztversztva zdravoochranenija uzbekszkij SZSZR, Taskent): Problemi endocrinologii, 1973, 19, 24—28.

A szerző által vizsgált beteganyag megoszlása a következő volt: 20 könnyű, 62 középsúlyos és 20 súlyos thyreotoxikus beteg, 20 és 70 év közötti életkorban. Adataikat 20

egészséges egyén leleteivel hasonlították össze. Betegeik zömét (80 eset), a „szokásos” konzervatív kezelés után, melyet az esetek egy részében napi 15 mg-tól 5 mg-ig csökkenő adagolásban prednisolonnal is kiegészítették, egy éven át kísérték figyelemmel. — Isotop jódterápiában 25 közepesen súlyos és 20 súlyos betegüket részesítették.

Mind a fentiekben részletezett terápiás eljárások előtt, mind pedig azok befejeztével a következő kéregfunkciós vizsgálatokat végezték el: 1. 17-oxycorticoidok meghatározása a vizeletben, Silber és Porter módosított eljárása szerint, továbbá 2. az aldosteroné, valamint a nátriumé és a káliumé, a plasmában, a vörösvérsejtekben és a vizeletben. A mellékvesekéreg funkcionális tartalmát 24 E ACTH beadása révén vizsgálták.

Eredményeik a következők voltak:

A kezelés megkezdése előtt is normális volt a könnyű esetekben a kéregműködés. — A közepes súlyosságúakban a glycocorticoid funkció emelkedett a funkcionális tartalék egyidejű csökkenése mellett. Ugyanakkor a mineralocorticoid működés emelkedő irányzatot mutatott. — A súlyos betegek megfelelő parameterei hasonló jellegű változásokat tükröztek, mint a középsúlyos betegek adatai, de lényegesen kifejezettebb mértékben.

Az alkalmazott (corticosteroid nélküli) konzervatív terápia után középsúlyos esetekben a mellékvesék corticosteroid aktivitása csökkent, funkcionális tartalékaik kissé emelkedtek, de nem érték el az egészséges egyénekből álló kontrollcsoport megfelelő adatait. Az aldosteron-kiválasztás nem változott. Az elektrolit-anyagcsere egyéb mutatói valamit javultak. A súlyosabb formákban csak jelentéktelen nagyságú változás volt megfigyelhető a normalizálódás felé, mind a glyco-, mind pedig a mineralocorticoid funkció vonatkozásában.

Ha a konzervatív terápiát corticosteroidokkal egészítették ki, a parametereknek az előzőekben részletezett, kezelés utáni javulása kifejezettebb volt, de a súlyos esetekben még így is csak szerény fokú maradt.

Isotop jód-terápiát követően, 1 éven belül a középsúlyos betegek kéregfunkciója teljesen rendeződött, a súlyos betegekben azonban csak tendencia volt a javulás irányában megfigyelhető. *Vereckei István dr.*

A parathormon hatása a vese 25/OH/D-1 hydroxylase aktivitására.
D. R. Fraser, E. Kodicek (Dunn Nutritional Laboratory, Univ. of Cambridge and Medical Research Council, Milton Road, Cambridge): *Nature New Biology* 1973, 241, 163.

A vékonybél Ca-absorptiójának szabályozásában a D-vitamin metabolitjának, az 1,25-dihydroxy-cholecalciferolnak [1,25(OH)₂D₃] jelen-

tős szerepe van. Ez anyag kísérletesen vizsgálva háromszor aktívabb a D-vitaminnal.

A steroid hormonok és az 1,25(OH)₂D₃ közt sok a hasonlóság (kémiai struktúra, hatásmechanizmus), azonban az utóbbi hatással van a proteinsynthesisre is. Ezek alapján úgy gondolják, hogy az 1,25(OH)₂D₃ steroid hormonként hat a Ca-transport-mechanizmus géntranscriptio szintjén. A hormonszerepet támasztja alá, hogy a 25(OH)₂D₃ csak a vesében hydroxylálódik 1,25(OH)₂D₃-á, s így mint egy secretumként kerül a keringésbe, továbbá, hogy kötődik-e a célsejtekhez vagy nem, ez a Ca-egyensúly vese által szabályozott endocrinológiai kontrolljától függ.

Ezután a szerzők kísérletekkel bizonyítják, hogy az 1,25(OH)₂D₃ termelődése a vesében — a 25-hydroxy-cholecalciferol-1 hydroxylase aktivitással összefüggésben — parathormon hatása alatt áll. Vesemitochondriumnak 1-hydroxylase aktivitását mérték in vitro. A vizsgálat lényege: a tritiummal jelölt 25(OH)₂D₃-ból az enzyaktivitás arányában képződik 1,25(OH)₂D₃ + nehézvíz. A 25(OH)₂D₃-1-hydroxylase aktivitást annyi nanogrammban adják meg, amennyi 25(OH)₂D₃ a kísérlet első 60 percében 1,25(OH)₂D₃-á alakul.

További kísérletekkel mutatnak rá, hogy az enzyaktivitást nem közvetlen az ionizált Ca-szint szabályozza, így eljutnak a parathormon vizsgálatához, s bizonyítják, hogy a PTH direkt stimulusa az enzyaktivitásnak.

Az elmondottak szerint egy ún. endocrinológiai kör vázolható fel, melyben a Ca-szint esési tendenciája PTH-secretiót okoz, ez stimulálja a veseeredetű 1,25(OH)₂D₃-t, erre bekövetkezik a Ca-szint emelkedés, ami viszont leállítja, ill. gátolja a parathormont. *Tekulics Péter dr.*

Belső elválasztású mirigyek biológiailag frustran hyperfunktóájának és hypertrophiájának indukálása az effektor hormonnal szembeni aktív immunizálás által.
E. Niesschlag és mtsai: *Dtsch. med. Wschr.* 1973, 98, 469.

Az endokrin kórképeket általában véve a belső elválasztású mirigyek fokozottabb vagy csökkentebb működése jellemzi. A ható hormonnal szemben kialakuló perifériás resistencia — melyet az utóbbi években ismertek fel — egy további pathogenetikai mechanizmus lehetőségét jelenti. A szerzők úgy vélik, hogy az endogen hormonoknak aktív immunizálással történő inaktiválásával, — amely a hormontermelő mirigy és a föléje rendelt centrum hyperfunktóáját és hypertrophiáját hozza létre — egy újabb pathogenetikai mechanizmus felismeréséhez jutottak.

Kísérleteiket nyulakon végezték. Antigénként fehérjéhez kötött testo-

steron, majd thyroxin (T₄) és trijódthyronin (T₃) mikrogrammos dózisait adták intracután az immunizálandó állat hátába. Testosteronnal hím nyulakat immunizáltak, s a 7, valamint a 14 hét múlva elvégzett különböző vizsgálataik során azt találták, hogy a serumban a testosteron-concentratio mintegy 100-szorosra nőtt, a hormon fehérjéhez kötött része azonban egyidejűleg 90%-ról közel 100%-ra emelkedett. A herék súlya nagyobb lett. A Leydig-sejtek száma meg-háromszorozódott, s e sejtek magvolumene — az aktivitás jeleként — 30%-kal nőtt.

A talált elváltozásokat szerzők a következőképpen magyarázzák:

A hypophysis és a herék között fennálló, a testosteron és a LH által kontrollált kapcsolatot a testosteron-antitestek keletkezése nagymértékben megzavarja. A testosteron összconcentrációjának jelentős emelkedése ellenére — mivel a hormon fehérjéhez nem kötött, biológiailag aktív része csökkent — a hypophysis-hypothalamus rendszer androgen-érzékeny receptorai a testosteron hiányát regisztrálják, s ezáltal a hypophysis LH-secretiója növekedik, amire a Leydig-sejtek fokozott hormon-termeléssel reagálnak. E megfigyelésekből szerzők szerint az a következtetés vonható le, hogy az endogen testosteron az aktív immunizálás inaktiválja, s mindez a hypophysis és a herék biológiailag effektív hyperfunktóáját eredményezi.

Vizsgálataikat ezután a hypophysis-pajzsmirigy rendszerre is kiterjesztették, és ekkor az elmondottakhoz hasonló elváltozásokat találtak: az állatokban a fehérjéhez kötött T₃- vagy T₄-el való aktív immunizálás után a cirkuláló pajzsmirigyhormonok koncentrációja jelentős mértékben emelkedett, s pajzsmirigyükben megtalálhatók voltak a szervaktivitás morfológiai jelei. Az immunizált állatok „klinikailag” euthyreoid állapotban voltak, ez tükrözte vissza a szabad T₄ abszolút mennyisége is.

A szerzők véleménye szerint a cirkuláló pajzsmirigy-hormont az aktív immunizálás folytan képződött antitest lekötötte és inaktiválta. Az aktív pajzsmirigyhormon hiánya a TSH-secretio megnövekedéséhez és a pajzsmirigy hyperfunktóájához vezetett.

Végezetül ismét kijelentik, hogy kísérleteikkel új pathogenetikai mechanizmust ismertek fel. További vizsgálatok döntik majd el, hogy a mechanizmusnak van-e közvetlen klinikai jelentősége, e mechanizmus experimentalis alkalmazása mindazonáltal új impulzust adhat az endocrinológiai kutatásnak.

Katona András dr.

Az emberi herében antiandrogen-kezelés folyamán kialakuló elváltozások.
Städtler, F., Horn, H. J. (*Path. Inst. und Inst. f. gerichtli-*

che Psychologie und Psychiatrie der Univ. des Saarlandes, Homburg/Saar): Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 1013—1019.

A leghatásosabb antiandrogen szerek egyike a Cyproteron (szintetikus steroidhormon), amelynek két támadáspontja van: egyrészt a herére kiterjedt direkt hatás formájában gátolja a spermiogenezist, másrészt a hypothalamuson át érvényesülő gestagen hatással rendelkezik. Előnyös tulajdonságai miatt több szakág is igénybe veszi: sexualpsychiatria, gyermekgyógyászat (pubertas praecox) nőgyógyászat (hirsutismus, virilismus), bőrgyógyászat (akne vulgaris, alopecia), urologia (prostata cc.). A herére gyakorolt hatás morfológiai manifesztációról emberi vonatkozásban csak nagyon szegényes adatok állnak rendelkezésre és erősen vitatott a hereelváltozások reverzibilitásának kérdése.

A szerzők tartós sexualpsychiatriai kezelésben részesülő 33 (16—68 éves) betegen ismételt herebiopsziákkal igyekeztek megfelelő adatokat nyerni. Az egyedi napi adag 50—200 mg között mozgott, a kezelési idő pedig 6 hó—4,5 év között. A kezelés megkezdése előtt, majd utána fél évvel és ezt követően minden következő évben, összesen 77 kétoldali herebiopsziát végeztek. Az anyagot histológiai, histometriai (herecsatornácskák átmérő nagysága) és részben histochemiai eljárásokkal vizsgálták. Napi 50 mg a spermiogenesis jelentős csökkenését eredményezte, nagyobb adagok hatására pedig a folyamat a spermatoocya fázisban megrekedt. A herecsatornácskák keresztmetszetének középértéke szignifikánsan csökkent. A Leydig sejtek inaktív, atrophias jellegűekké váltak. Az enzimhistochemiai vizsgálatok során általában nem tapasztaltak el-

térést, eltekintve a 3-béta-hydroxysteroid-dehydrogenasetől, melynek aktivitása a kezelés során jelentősen csökkent, vagy megszűnt. Egyes ritka esetekben a morfológiai elváltozások alig kifejezettek voltak, noha kielégítő klinikai therapiás effektust tapasztaltak. E jelenség oka egyelőre nem ismert. A napi adag csökkentését a spermiogenesis határozott fokozódása követte. Ez évekig tartó kezelés után is megfigyelhető volt. A kezelés megszakítására egyetlen esetben sem került sor, így az elváltozások reverzibilitásának kérdését közvetlenül nem tudták vizsgálni, az előbbi megfigyelés alapján azonban joggal feltételezhetőnek tartják emberi vonatkozásban is a Cyproteron-acetat okozta irreversibilis herekárosodás kizárhatóságát. Utóbbi állatkísérletben egyébként bizonyított.

Kádas István dr.

Verospiron tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 25 mg spironolactonum.-ot tartalmaz micronizált formában.

HATÁS: a Verospiron az aldosteron antagonistá csoportba tartozó diureticum. Az aldosteron a distalis tubulusokban szabályozza az iontransport folyamatot, felszaporodása Na-retentiót okoz. Az aldosteron antagonistá hatású Verospiron kompetitív antagonizmus útján gátolja az aldosteron és desoxycorticosteron effectust, azaz fokozza a nátrium- és vízkiválasztást, diuresist okoz és ezáltal elősegíti az oedemák kiürülését.

JAVALLATOK: máj-cirrrosis ascitissal, cardiális és renális oedema, idiopathicus oedema. Ascitissal és oedemával járó daganatos megbetegedések. Hypertóniában antihypertensív kezelésként rauwolfiával, illetőleg salureticumokkal kombinálva. Súlyos égési sérülés, hypokalaemiás és myastheniás eredetű paroxysmalis izombénulás. Portocavális shunt műtét utáni állapot.

ELLENJAVALLAT: Hyperkalaemiával járó veseelégtelenség.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: a diagnózis és a klinikai kép súlyosságának megfelelően az adagot esetenként kell meghatározni.

MELLÉKHATÁSOK: gastrointestinalis panaszok, ritkán reversibilis, gynecomastia, menstruációs zavarok.

FIGYELMEZTETÉS: Verospiron adása magas se. K-szint esetén csak kivételes esetben rendelhető. Bár a vegyülettel kapcsolatos magzati károsodás ez ideig nem ismert, alkalmazását a terhesség első harmadában nem ajánljuk. Huzamos Verospiron kezelés során a se. Na- és K-szint időszakos ellenőrzése javasolt. Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik.

CSOMAGOLÁS: 20 tabletta 76,- Ft
100 tabletta 370,- Ft



The work of WHO 1973. (Az Egészségügyi Világszervezet munkája az 1973. évben.) Official Records of the WHO, No. 213.; Geneva, 1974.

Az Egészségügyi Világszervezet (továbbiakban Szervezet) könyv alakban is kiadta évi jelentését tevékenységéről. A jelentés az anyagát 323 oldalon 3 ábrával, 5 táblával és 14 függelékkel, három részben ismerteti.

I. rész: Fertőző betegségek

A Szervezet heti tájékoztatásokkal segítette az országok járványvédelmi szolgálatainak munkáját. Járványsújtotta területeken a gyakorlati segélynyújtás mindig biztosítva volt. — A himlő esetek száma az előző évinek kerekén kétszeresére emelkedett az indiai szubkontinensen lezajlott epidémiák következtében. Azon országok száma, ahol a himlő endémias, az 1967. évben még 30 volt, de 1973-ban már 4-re csökkent (Bangladesh, Etiópia, India, Pakisztán). Az év folyamán 15 tagállam — köztük Magyarország is — értékes adományokkal (felszerelés, oltóanyag, stb.) segítette a himlő ellenes harcot. Ismét nagy energiát kötött le több regio területén az influenza. Ezt a betegséget, akárcsak a vírus hepatitiszt, s a Sabin oltóanyag alkalmazása következtében kedvezően alakuló poliomyelitist is, komolyan kell venni. Elénk tevékenység folyt még az egyéb vírusbetegségek, rickettsiosisok, treponematosisok kutatása, regisztrálása és visszaszorítása terén. **Nemi betegségek** közül a friss syphillises és gonorrhoeás fertőzések számának emelkedése tovább folytatódott; visszaesett viszont a veleszületett és a késői sy. esetek száma. A gonococcusok antibioticum-rezisztenciája egyre tovább szélesedik. Emelkedik a száj-garatúri és a végbélbeni gc. fertőzések száma. Terjed a go. az ifjúság körében, egyre fiatalabb korcsoportokat érint; a lefolyása viszont enyhébb lett, késői szövődésményei már inkább csak fejlődő országokban, vagy elmaradottabb falusi vidékeken voltak megfigyelhetők. A „minor” venerás betegségek — ulcus molle és lymphogranuloma venereum — a fejlett országokból gyakorlatilag eltűntek. A tuberculosis főleg a fejlődő országokban, de a technikailag fejlett országok néhányában is, súlyos problémákat okozott. Halálózása világszerte lecsökkent, bár egyes fejlett országokban is még jelentős halálok maradt. 1973-ban a gümőkóros fertőzések száma

mintegy 15—20 millióra tehető. Egyértelműen csökken a lepra betegek és az újonnan felfedezett esetek száma. Újabb országokra terjedt ki a cholera; Ázsia és Afrika érintettségé ismertén magas maradt. Európában 25 behurcolt esetről tudunk. Pestis eseteket a legnagyobb számban a Vietnami Köztársaság jelentett; más helyekről (Tanzania, Zaire, Líbia) góccok fellángolását jelezték. Részprogram volt a — különösen trachoma és onchocerciasis eredetű — vak-ságok megelőzése.

Malaria és egyéb parazitás betegségek

A megmaradt európai góccok (Törökország, Görögország, Szovjetunió egyes területei) felszámolása jó ütemben haladt.

Vectorok biológiája és ellenőrzése

Változatlan intenzitású volt a vectorok biológiájának, ökológiájának és genetikájának tanulmányozása. Kutatócsoportok foglalkoznak laboratóriumi és intézeti szinten a pesticid anyagok vizsgálatával.

A nem fertőző betegségek

Fejlett országok többségében a legfontosabb halál- és rokkantsági okot a **cardiovascularis betegségek** — elsősorban a szív ischaemiás betegségei — adták; iparilag kevésbé fejlett országokban a coronaria-betegségek ritkábbak. Felmérések szerint a Föld felnőtt lakosságának mintegy 15—20%-a hypertóniás; az apoplexiák aránya 1,3-ről 3,2 ezrelékre emelkedett. Több kontinensen követik-vizsgálják az infarktus-problémát (ebben Magyarország is részt vesz); más kutatócsoportok az atherosclerosis 18 000 eset kórbontani feldolgozásával vizsgálják. Kiterjedt szűrővizsgálatok történtek a rheumás szívbetegségek és a cor pulmonale vonatkozásában. A rák gyakorisága miatt szélesítésre került a kutató- és szűrővizsgálatok szakintézeti hálózata. Nemzetközi csúcscsúszerv fogja össze a rák kór-oktanára, immunológiájára, hystológiájára, lokalizációjára és kezelésére, valamint a rákkeltő anyagok vizsgálatára irányuló munkát. Nagy erőket kötöttek le az **elmeegészségügyi** kérdések, a **toxicomania** és az **alkoholizmus**. Emelkedett a fiatalok kábítószer-fogyasztók és alkoholizálók száma; egyre több fiatal követ el öngyilkosságot. A **fogászati egészségügy** területén nagyszámú felmérés történt; vizsgálják a különféle megoszlásokat, a fogfelszín, fogkörnyék és fogíny betegségeit, a dentofacialis anomáliákat, s igyekeztek fel-

mérni a fogpótlási igényeket. A **human genetika** kutatásainak előterében a cytogenetika és a haemoglobinopathiák állottak. **Immunológiai** munka elsősorban a fertőző betegségek elleni védetség kialakításának szemszögéből folyt.

Környezeti egészségügy

1973-ban 61 országban végeztek felmérést, s megállapították, hogy a lakosságnak legalább 75%-a nélkülözi az adequat hygienés berendezéseket (ez az arány egyes falusi településekben a 92%-ot is elérte!). Világszerte továbbra is súlyos maradt a helyzet a vizek szennyezettsége terén. Fejlődő országokban a vezetékvesztés elételtelensége és a csatornázás hiánya a fő gond, fejlett országokban pedig a vizek kémiai, technikai szennyezettsége. Alig kisebb probléma a különböző eredetű szilárd hulladékok megfelelő kezelése és eltávolítása. Nem javult lényegesen a helyzet a levegő szennyezése tekintetében. A vizek szennyezése elleni harcban az európai államok között is kiemelkedő munkát végez Csehszlovákia, Magyarország és Románia; a levegő szennyezettség témáján több kontinens összesen 14 országa, egységes módszerekkel, összehangoltan dolgozik. Külön program szerinti vizsgálatok foglalkoznak az élelmiszerek hygienéjével; továbbiak pedig a sugáregészségügy kérdéseivel, s a munkaegészségüggyel is.

Az egészségügyi szolgálatok megszilárdítása

Az egészségügy tervezésére, működésére és fejlesztésére vonatkozóan a Szervezet számos ajánlást tett közzé, több technikai vitát rendezett. Az egyes régiók területén kísérleti ellátási modelleket alakítottak ki, az elméleti kutatások eredményeinek gyakorlati kipróbálására. Több ország dolgozik az egységes, összehasonlítható információrendszer létrehozásán.

Egészségügyi statisztika

A Szervezet a tárgyalat évben több mint 60 tervet támogatott, melyek részben a vitál-statisztika, részben pedig az egészségügyi statisztika korszerű szervezetére és módszereire vonatkoztak. Tovább folytak a Betegségek Nemzetközi Osztályozása kilencedik revíziójának előkészületei.

Család-egészségügy

Súlyponti kérdés volt az anyai és a csecsemőhalálozás csökkentése; fejlődő országokban bővült a szakintézeti hálózat. Több, mint 50 országban átvették a Szervezet által készített családtervezési ajánlásokat. Elénken foglalkozik a Szervezet a táplálkozási hiánybetegségekkel.

Az egészségügyi személyzet fejlesztése

Az orvosi és eü. szakdolgozó létszám tervezéséről számos tanulmány készült, s több konferencia,

symposion került megrendezésre az egyes régiókban. Az év folyamán a Szervezet 72 tagállamba (többségben fejlődő országok), államokként 1—16 fő, összesen 283 szakoktatót küldött ki. Orvosképzési tárgyú konferenciákat 3 régió (Európai, Amerikai, Kelet-Földközi tengeri) rendezett. Nagyon jelentős volt a továbbképző tevékenység is; a Szervezet 1973-ban 5940 egyéni tanulmányutat szervezett és támogatót, s 3467 tanulmányi ösztöndíjat adott ki, az ösztöndíjas továbbképzések 58%-a szervezési témájú volt.

Profilaktikus és terápiás anyagok

Külön program szerint folyt a kémiai és biológiai készítmények, illetve anyagok értékelő vizsgálata (minőség, kockázat, hatásosság, stb.) a klinikai alkalmazás előtt és annak során. Tovább fejlődtek a gyógyszerkészítmények és drogok bevizsgáló módszerei, szélesedett az utóbbiak felügyeleti hálózata.

Az orvostudományi kutatások koordinálását

az Orvostudományi Kutatások Felügyelő Bizottsága végzi.

Kapcsolat más szervezetekkel

Jellegükből adódóan a legszorosabb az együttműködés azokkal a szervezetekkel, melyek az ENSZ keretében működnek, mint például az UNESCO, UNICEF, FAO, UNDP; azután az olyan témaköröket képviselő testületek, szervek, mint az emberi jogok, a világűr békés felhasználása, menekültek ügye, kábítószer ellenőrzés, a környezet, a vízi- és légi közlekedés, atomenergia felhasználása, a bal-esetek, bűnözés megelőzés, stb.

A tájékoztatás

A vizsgált évben a Központ és a 6 régió összesen 200 különféle tárgyú kiadványt hozott forgalomba. A Központ kerekén 500 — egyenként 15 perces — programot készített rádióközvetítési célokra 15 nyelven. Két új 10 perces tv-film is készült.

Alkotmányos, jogi, pénzügyi és szervezeti fejlődés

1973-ban a szervezet 3 országot (Swazi-föld, Német Demokratikus Köztársaság, Koreai Népi Demokratikus Köztársaság) vett fel sorába, ezzel a tagállamok száma 138-ra emelkedett.

Újabb jogszabályok léptek hatályba olyan fontos témákkal kapcsolatosan, mint a művi vetélés, fogamzásgátlás, szövet- és szervátültetés, környezetszennyeződés, elmebetegügy, stb.

Költségvetés tekintetében jelentős nehézségeket okozott a dollárleértékelés és nemzetközi pénzügyi instabilitás. A jóváhagyott 1973. évi költségvetés összege 111 882 690 US dollár volt; ebből felhasználásra került 96 682 900, — US dollár.

A Szervezet alkalmazottainak létszáma 3813 fő volt (az előző évinél 1,5%-kal magasabb).

II. rész az egyes régiók tevékenységét ismerteti; a III. rész pedig a megoldott, illetve folyamatban levő tervfeladatokat az egyes régiók tagállamai szerint részletezi.

(Ref.: A kiadvány a Szervezet tevékenységét szövegesen ismerteti, hiszen nem más, mint a Vezérigazgató évi jelentésének szóazonos, in extensio szövege. A működés számszerű adatai a Szervezet évi Statisztikai Jelentésében és részkiadványaiban található.)

Cselkó László dr.

STUGERON tabletta

ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnariziumot tartalmaz.

HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktív anyagok (adrenalin, noradrenalin, dopamin, angiotensin, vasopressin, histamin, serotonin, bradikinin, nicotín) hatását. Ezen anyagok ismétlődő érszűkítő aktivitásának fontos szerepet tulajdonítanak az atherosclerosis kialakulásában. A Stugeron ezen felül fokozza az erek átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolitikus hatást fejt ki az érfa simaizomzatára. A vérnyomást gyakorlatilag nem befolyásolja. Csökkenti a labirintus ingerlékenységét.

JAVALLATOK

A cerebrális keringés zavarai: arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebrocraniális sérülések utókezelésében, egyensúlyzavarok, migraine. A perifériás erek megbetegedéseiben (Buerger-kór, Raynaud-szindróma, diabetes, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paresthesia, trophicus zavarok kezelésére.

ELLENJAVALLAT

Ez ideig nem ismeretes.

ADAGOLÁS

Naponta 3 × 1, vagy 3 × 2 tabletta hónapokon keresztül, rendszeresen. Erősen betegeknek ajánlatos a kúrát napi 3 × 1 tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

MELLÉKHATÁS

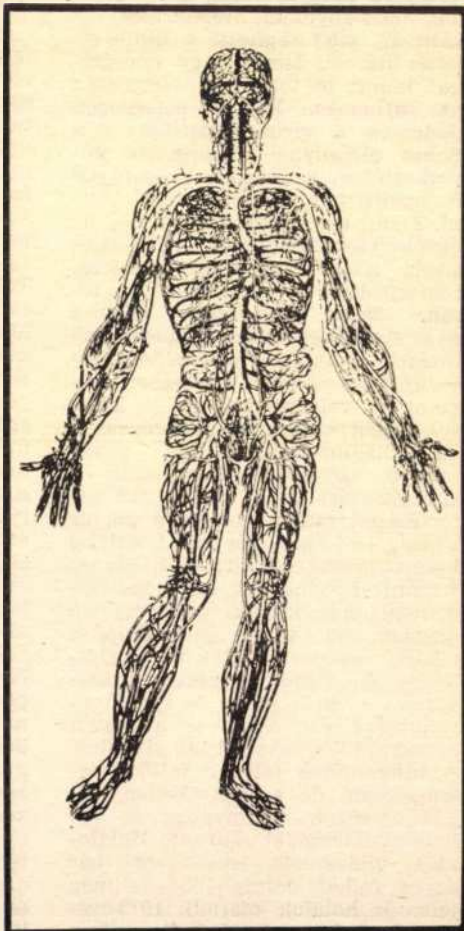
Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

MEGJEGYZÉS

† Társadalombiztosítás terhére arteriosclerosis cerebri, apoplexia és cerebrocraniális sérülések utókezelésére fekvőbeteg-gyógyintézetek javaslatára rendelhető. Egyéb agyér-megbetegedésben és a perifériás erek megbetegedésében szakrendelések rendelhetik, illetőleg javaslatukra rendelhető.

CSOMAGOLÁS

50 tabletta 26,90 Ft.
200 tabletta 98,70 Ft.



A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1974. november 4-én, du. 2 órára tűzte ki **Barankay András dr.**: „A szívűtétek anaesthesiológiájának néhány kérdése” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Szántó Katalin dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Bacsa Sándor dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1974. november 5-én du. 2 órára tűzte ki **Orosz László dr.**: „A heparin és az insulin kölcsönhatásának vizsgálata az atherogenesis szemléletében” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját a Ssemelweis OTE II. Belklinika tantermében (VIII., Szentkirályi u. 46.).

Az értekezés opponensei: **Kocsár László dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Lélek István dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

Aspiránsvezető: **Gerő Sándor dr.**, az orvostudományok doktora.

A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága 1974. november 6-án, du. 2 órára tűzte ki **Mundi Béla dr.**: „Steroidok jelentősége a hyperthyreosis sebészetiében” című kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Stefanics János dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Policzer Miklós dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

Aspiránsvezető: **Rubányi Pál dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

A Baranya megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztálya és az Orvos Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének Baranya megyei Bizottsága

Baranya megye felszabadulásának 30. évfordulója alkalmából

1974. november 4—5-én

Pécsett, az Orvostudományi Egyetem Központi Épület tantermeiben rendezi meg a

IV. Baranyai Orvosnapokat

Közreműködnek: az Egészségügyi Szevezők Tudományos Egyesületének Dél-dunántúli Tagozata, a MÁOTE Dél-dunántúli Szervezete, a Magyar Gyermekeorvosárság Dél-dunántúli Csoportja, a Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Dél-dunántúli Csoportja.

Főtémák:

Népbetegségek elleni küzdelem aktuális problémái, különös tekintettel napjaink tömeges morbiditására.

A népesedéspolitikai feladatokkal kapcsolatos egészségügyi teendők.

Az urbanizáció, környezet és az egészség társadalom- orvostani kérdései.

A megelőzés és ellátás kérdései az általános orvosi gyakorlatban.

1974. november 4-én, 9 óra

Orvostudományi Egyetem Aulája

Kóbor József dr. megyei főorvos megnyitja az orvosnapokat.

Tigyi József dr. Pécsi OTE rektora üdvözlő a jubileumi orvosnapok résztvevőit.

Medve László dr. egészségügyi miniszterhelyettes: Egészségügyünk fejlődése, és legfőbb egészségpolitikai célkitűzéseink.

Korányi Frigyes Tbc és Tüdőgyógyász Dél-dunántúli Csoportjának előadásai:

1974. november 4., de. 10.00 óra

A Sectio

I. sz. Tanterem

Elnök: **Hutás I.**

Titkár: **Bánhidi E.**

1. **Böszörményi M.** (OTKI Tüdőgyógyászati Tanszéke): A tüdőrák elleni küzdelem célkitűzései Magyarországon.

2. **Hutás I.** (Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet): Az ernyőténykép állomásokhoz kapcsolódó komplex szűrővizsgálatok hatékonysága a tömegesen elterjedt betegségek felkutatásában.

3. **Miskovits G.** (Tüdőgyógyászati Klinika, Bp.): Az obstructiv syndromáról.

4. **Háber J.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Pécs): A 10 éves Megyei Tüdőgyógyintézet feladatai a tömegesen előforduló idült légzőszervi betegek ellátásában.

5. **Kancsár L.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Pécs): A tüdőgondozó intézet feladata a nem tbc-s mellkasi betegségek feltárásában és kezelésében.

6. **Kövesi Gy.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Pécs): Az idült aspecifikus tüdőbetegségek gyógykezelése.

7. **Petrovits E., Zoltán I., Varga A., Karbuczky Zs., Bánhidi E.**: (Megyei Tüdőgyógyintézet, Pécs): A sinobronchiális syndroma intézetünk beteganyagában.

8. **Borsiczky M., Schreiner M., Palotai I., Meskó S., Kövesi Gy.** (Megyei Tüdőgyógyintézet, Pécs): A gümőkóros és nem gümőkóros tüdőbetegségek megoszlása egy 100 ágyas tüdőosztály anyagában.

9. **Mészáros I.** (Városi Kórház, Mohács): Interlobalisan elhelyezkedő transsudatum. Cardiális decompensatio.

10. **Zörényi I., Takács P.** (Megyei Kórház, Zalaegerszeg): Ötéves (1969—73) infarctus halálozás tanulmányai Zala megyében.

11. **Károly L. (Mózs), Torondy J.** (Bonyhád): Az időskori hypertonia és a rizikofaktorok. Epidemiológiai vizsgálatok.

Vita

E béd szü net

1974. november 4., du. 15.00 óra

Elnök: **Bohenszky Gy.**

Titkár: **Rauth J.**

12. **Törő M., Bohenszky Gy., Borkor Zs.** (Megyei Kórház, Pécs): Újabb diagnosztikus lehetőségek a cor pulmonale chronicum felismerésében.

13. **Márg B., Lelkes I., Kiss T.** (II. Sebészeti Klinika, Pécs): Plethysmographiás vizsgálatok diagnosztikus értéke vénás megbetegedésekben.

14. **Hrabovszky T.** (Börgyógyászati Klinika, Pécs): A vénás keringés elégtelensége; következmények.

15. **Ágg Z., Gulás I.** (Kórház, Mohács): A retina scleroticus macula degenerációjára osztályunk 10 éves anyagában.

16. **Rácz P.** (Szemklinika, Pécs): Érendszeri eredetű látásromlások.

17. **Kincses J., Götz F., Schmidt A.** (Egyesített Egészségügyi Intézmények, Pécs): Az urogenitális trichomoniasis.

18. **Angyal T.** (Egyesített Eü. Int., Pécs): A járóbetegellátás kapcsán nyert bakteriológiai vizsgálatok tapasztalatai.

19. **Tihanyi L., Simovits M., Csontos F., Szendrei L.-né, Békefi J.** (Komló, KÖJÁL, Pécs): Kísérletek az ascariasis gyógyszeres megelőzésére rossz közegészségügyi viszonyok között élő gyermekeknek.

20. **Szepes E.** (Börgyógyászati Klinika, Pécs): Gombafertőzések alakulása az elmúlt években; terápiája és megelőzési lehetőségei.

Vita

Szü net, 15 perc

Elnök: **Csete B.**

Titkár: **Szücs E.**

21. **Fülöp K., Hargitai F.** (Városi Kórház, Pécs): A rosszindulatú daganatok megbetegedések morbiditásának és mortalitásának változása, ezzel kapcsolatos problémáink Baranya megyében és Pécsen.

22. **Karátson A., Juhász I., Köves S., Tirk I.-né, Balogh F.** (Urológiai Klinika, Pécs): Az acut és chronicus veseelégtelenség morbiditása és mortalitása a nemzetközi statisztika és hazai adatok tükrében.

23. **Ujlaki E., Gróf P.** (Börgyógyászati Klinika, Pécs): A gyógyszerérzékenység gyakorisága és gyakorlati vonatkozásai.

24. **Vincze R.** (Eü. Szolgálat, Pécs): A spondylosis deformans gyakorisága az ércbányászok között.

25. **Péntek E.** (Gyermekekórház, Pécs): A mitrális insufficiencia hallgatózási leletének spontán és experimentális változása.

26. **Szilárd Z.** (Egyesített Eü. Int. Pécs): Az osteoporosis pathogenezi-sének új szemlélete.

27. **Horváth G.** (Egyesített Eü. Int. Pécs): Az osteoporosis új irányjai.

Vita

1974. november 4., de. 10.00 óra

B sectio

II. sz. Tanterem

Elnök: *prof. Sárkány J.*

Titkár: *Bátor M.*

1. *Páli K., Pejtsik B., Thán N.* (Megyei Kórház, Pécs): A gestatióval kapcsolatos anyai halálozás alakulása Baranya megyében 1957—1973 között.

2. *Jáni L., Pejtsik B., Klujber L.* (Gyermekekórház, Megyei Kórház, Gyermekekórház, Pécs): Újszülöttkori anyagserebetegségek szűrése Baranyában. (Program és szervezés.)

3. *Klujber L., Pejtsik B., Jáni L.* (Gyermekeklinika, Megyei Kórház, Gyermekeklinika, Pécs): Újszülöttkori anyagserebetegségek szűrése Baranyában. (Laboratórium és diagnos.)

4. *Várbiro B.* (Központi Nő- és Gyermekvédelmi Intézet, Pécs): Újabb adatok az abortus és koraszülés kérdéséhez.

5. *Kardos S., Görcs J., Breila I.* (Városi Kórház, Pécs): A népesedéspolitikai határozat végrehajtásának hatása a gestatióval összefüggő eseményekre Pécsen.

6. *Sápszky V., Pejtsik B., Páli K.* (Megyei Kórház, Pécs): A valódi spontán abortusok előfordulásának gyakorisága a kívánt terhességekkel kapcsolatban.

7. *Horváth Gy., Nyitrai F.* (Komló): Kolpocytológiai leletek értékelése terminus túllépés esetében.

8. *Erdélyi M., Pejtsik B., Muska S.* (Gyermekekórház, Megyei Kórház): Nem meghatározás magzatvízből nyert női nemi chromatin segítségével.

9. *Károlyi Gy., Szücs R., Kosztolányi Gy.* (Gyermekeklinika, Pécs): YY chromosomaösszetétel szűrése a Bólyi Állami Egészségügyi Gyermekotthonban.

10. *Szücs R., Károlyi Gy., Kosztolányi Gy.* (Gyermekeklinika, Pécs): Az X chromosoma számbeli rendellenességeinek szűrése a Bólyi Állami Egészségügyi Gyermekotthonban.

11. *Lázár A., Klujber L., Nagy L., Major L.* (Gyermekeklinika, Gyermekekórház, Pécs, Gyermekotthon, Bóly): Az anyagsere öröklődő hibáinak szűrése a Bólyi Állami Egészségügyi Gyermekotthonban.

Vita

E b é d s z ü n e t

1974. november 4., du. 15.00 óra

Elnök: *Horváth M.*

Titkár: *Járai I.*

12. *Domány Gy., Pánovits J.* (Komló): Koraszülött mortalitásunk alakulása.

13. *Horváth M., Fekete M., Járai I.* (Gyermekeklinika, Női Klinika, Pécs): Toxaemiás terhességből született koraszülöttek születési súlya, terhességi kor- és intrauterin tápláltsági állapot.

14. *Major L., Nagy L., Farkas G.* (Gyermekekórház, Pécs): Szakosított ellátás kapcsán

szerzett tapasztalataink a Bólyi Gyermekotthonban.

15. *Farkas G., Horváth Z.* (Gyermekekórház, Pécs): Új szempontok a mentálisan retardált gyermekek rehabilitálhatóságának megítéléséhez.

16. *Gyenge E.* (Gyermekekórház, Pécs): Neurotikus tünetek alakulása a gyermekkorban.

Vita

S z ü n e t , 15 p e r c

Elnök: *Páli K.*

Titkár: *Pejtsik B.*

17. *Zernik F., Preisz J., Kóbor Gy., Gáti I.* (Női Klinika, Pécs): A magyar IUD szerepe a modern családtervezésben.

18. *Tóth Z., Pejtsik B.* (Megyei Kórház, Pécs): Baranya megye 14 éves spontán abortus anyagának biometriai elemzése.

19. *Piukovich I.* (Zalaegerszeg): A széles körű adatgyűjtés jelentősége a reprodukciós történet megítélésében.

20. *Kenderes M., Kádas I.* (Megyei Kórház, Pécs): Az orális anti-concipiensiek iatrogen veszélyei.

21. *Kiss Gy., Mutschler F., Tóth L.* (Dombóvár): A méhüri pesszárium szerepe a sokgyermekes cigánylakosság körében.

Vita

Egészségügyi Szervezők Tudományos Egyesülete Délnyugat-dunántúli Tagozatának előadásai:

1974. november 4., de. 10.00 óra

C Sectio

III. sz. Tanterem

Elnök: *prof. Tényi J.*

Titkár: *Végi J.*

1. *Tényi J.* (Egészségügyi Szervezők Intézet, Pécs): A falusi lakosság egészségügyi ellátásának aktuális kérdéséről.

2. *Kóbor J., Bódi Gy., Jeges S.* (Egészségügyi Szervezők Intézet, Pécs): Matematikai-statisztikai eljárás alkalmazása a koraszülés oki tényezőinek vizsgálatánál.

3. *Budai J., Zelles M.* (Egészségügyi Szervezők Intézet, Városi Tanács Eü. Osztálya, Pécs): A lakosság nyilvántartásadatainak felhasználása az egészségügyi alapellátás szervezéséhez.

4. *Ozsváth K.* (3. Honvédkórház, Pécs): Psychiatriai epidemiológiai vizsgálatok önjellemző panaszleltár tesztekkel.

5. *Reményi J., Buda J., Ozsváth K.* (Kórház, Mohács, Egészségügyi Szervezők Intézet, 3. Honvédkórház, Pécs): Neurotikusok előfordulási gyakorisága a rendelőintézet betegeit vizsgálva során.

6. *Jeges M., Buda J., Ozsváth K.* (Egészségügyi Szervezők Intézet, 3. sz. Honvédkórház, Pécs): Neurotikus megbetegedések szociológiai vizsgálata új matematikai-statisztikai módszerrel.

7. *Szilárd I., Buda J., Ozsváth K., Nagy J.* (Egészségügyi Szervezők

Intézet, 3. sz. Honvédkórház, Belgyógy. Klinika, Pécs): Psychoszociális tényezők vizsgálata a vesebetegségben.

8. *Plechl A., Pöröcz A.* (Egyesített Eü. Int., 3. sz. Honvédkórház, Pécs): Dohánygyári dolgozók psychometriai és psychiatriai szűrővizsgálata.

9. *Györi L., Plechl A.* (3. sz. Honvédkórház, Egyesített Eü. Int., Pécs): Dohánygyári dolgozók neurosis szűrő és psychiatriai vizsgálata.

10. *Zolnai K., Török Z.* (3. sz. Honvédkórház, Pécs): Thermicus sérültek psychometriai vizsgálata.

Vita

E b é d s z ü n e t

1974. november 4., du. 15.00 óra

Elnök: *Bank J.*

Titkár: *Wesselits V.*

11. *Lencse L., Tényi J., Ozsváth K.* (Orvosi Rend, Tevel, Egészségügyi Szervezők Intézet, 3. sz. Honvédkórház, Pécs): Tevel község általános morbiditási és forgalmi adatai különös tekintettel a neurosis kérdésre.

12. *Kilár S.* (Egyesített Eü. Int., Pécs): A neurosis szociálpszichológiai vizsgálata.

13. *Székesi M.* (Központi Nő- és Gyermekvédelmi Intézet, Pécs): 10 éves iskolaorvosi tapasztalat az uránvárosi iskolákban a tanulók psychés megfigyelésével kapcsolatban.

14. *Kovács M.* (Mohács): Neurotikus betegek rehabilitációjának problémáiról különös tekintettel a szociálpszichológiai szempontokra.

15. *Kóczán Gy., Ozsváth K.* (Marxizmus—Leninizmus Intézet, 3. sz. Honvédkórház, Pécs): Szellemileg fejletlen gyének Baranya megyei Szociálpszichológiai vizsgálata.

16. *Buda J., Zelles M.* (Egészségügyi Szervezők Intézet, Városi Tanács Eü. Osztálya, Pécs): A gondozási munka helyzete Pécs öt városi körzetében.

17. *Tahin T., Buda J.* (Marxizmus—Leninizmus Intézet, Egészségügyi Szervezők Intézet, Pécs): A lakosság véleménye az alapellátás néhány kérdéséről.

18. *Várbiro B.* (Központi Nő- és Gyermekvédelmi Intézet, Pécs): A körzeti gyermekorvosi munka fontosabb mutatóinak komplex értékelése.

Vita

S z ü n e t , 15 p e r c

Elnök: *Jáni L.*

Titkár: *Horváth E.*

19. *Hartman Gy.* (Egyesített Eü. Int., Pécs): Atherosclerotikus szívbetegségek kialakulásának gondozási problémái.

20. *Balogh I., Varga F.* (Siófok): K—5 M peremlyukkártya használhatósága a körzeti orvos gyakorlatában.

21. *Zelles M., Buda J.* (Városi Tanács Eü. Osztálya, Egészségügyi Szervezők Intézet, Pécs): A rendelőintézetben elhelyezett és a ren-

delőintézetten kívüli általános orvosi körzetek összehasonlító vizsgálata.

22. Szilasi A., Buda J., Breila I. (Városi Tanács Eü. Osztály, Egészségügyi Szervezési Intézet, Pécs): A munkaerőgazdálkodás jelentősége a rendelőintézeti munkaszervezésben.

23. Lomb S., Molnár S. (Egyesített Eü. Int., Pécs): Keresőképzetlenség elbírálása a körzeti orvosi gyakorlatban.

24. Pozsgai J. (Zalaegerszeg): Betegszemléleti különbségek az intézeti és körzeti gyakorlatban.

25. Kaszás T., Csídei E. (Siófok): Milyen körismével kerülnek kórházi felvételre az üdülő gyerekek.

Vita

1974. november 5., de. 8.30 óra

III. sz. Tanterem

Elnök: Kóbor J.

Titkár: Orbán I.

26. Tóth I., Angyal T. (Egyesített Eü. Int., Pécs): Adatok a vörösvértest szám vizsgálatának és értékelésének praktikájáról.

27. Lencse L. (Tevél): Ulcus-betegség jellemzői egy mezőgazdasági községben.

28. Marx György (Zalaegerszeg): Morbiditás az 1973/74-es tanévben egy középiskolai leánykollégiumban.

29. Kummerländer L., Hargitai F., Görcs J. (Megyei Kórház, Városi Kórház, Pécs): Az urbanizáció; az emlő és a genitális carcinomák közötti összefüggés.

30. Török Z., Bajusz B., Lux O. (3. sz. Honvédkórház, Pécs): A thermicus sérülése epidemiológiájának, mortalitásának és prognózisának néhány aspektusa.

31. Zelles M. (Városi Tanács Eü. Osztály, Pécs): A táppénzes helyzetet befolyásoló tényezők vizsgálata egy városi kerületben.

32. Szilasi A., Áller M. (Városi Tanács Eü. Osztály, Egyesített Eü. Intézmények, Pécs): A munkaerő újratermelésének népgazdasági jelentősége.

Vita

Szűnet, 15 perc

Elnök: Breila I.

Titkár: Szilasi A.

33. Papp D., Dános L., Pál T. (3. sz. Honvédkórház, Mecseki Szénbányák Üzemeü. Szolg.): Szénbányászok szemészeti eltérései és munkaalkalmasságuk elbírálása.

34. Dános L. (Mecseki Szénbányák Üzemeü. Szolg.): Rehabilitációs tevékenység bányaüzemeknél.

35. Debreczeni L. (Mecseki Szénbányák Üzemeü. Szolg.): Hypertoniások gondozása Zobák bányaüzemben.

36. Gál L. (Városi Tanács Eü. Osztály, Szombathely): Rehabilitáció egy textil üzemben.

37. Faust F., Vincze R., Krommer I., Kött B. (Üzemeü. Szolg., Pécs): Vibráció okozta károsodások az ércbányászatban.

38. Sándor J., Meláth F., Fehérvári O., Simon L. (Egyesített Eü. Int., KÖJÁL, Pécs): Benzolárthatalomnak kitétt dolgozóink laboratóriumi vizsgálataival szerzett tapasztalataink.

Vita

Ebéd szűnet

1974. november 5., du. 15.00 óra

Elnök: prof. Péter J.

Titkár: Kienle E.

39. Tóth Á., Keszthelyi B., Novotny S., Vári L., Köves S., Gellért M. (Eü. Szolg., Urológiai, Ideg-Elme Klinika, Pécs): Káliumvesztés meghatározása egésztest-számlálásal.

40. Debreczeni J. (Mohács): Üzemi zaj hatásának audiológiai vizsgálata.

41. Farkas E. (Városi Tanács Eü. Osztály, Pécs): Úttörők személyi higiéniés ismereteinek és magatartásának objektív vizsgálására végzett modellkísérletek tapasztalatai.

42. Kienle E. (Közegészségtani Intézet, Pécs): Irodai dolgozók egészségvédelme a morbiditási vizsgálatok tükrében.

43. Pintér E., Czirner Gy. (Közegészségtani Intézet, Pécs): A POTE Szülészeti Klinika újszülött osztályának komplex higiéniés mikrobiológiai vizsgálata.

44. Somogyi I., Péter J., Járai I-né (Közegészségtani Intézet, Pécs): A POTE Központi sterilizálójának komplex egészségügyi vizsgálata.

45. Tóth E., Péter J. (Közegészségtani Intézet, Pécs): Kiállítási csarnok bioklíma vizsgálata.

Vita

Szűnet, 15 perc

Filmbemutató:

A Baranya megyei Tanács V. B. Eü. Osztály Egészségnevelési Csoportjának filmstúdiója bemutatja: 1. Baranya megyei krónika. 2. Janus Pannónius. 3. Ház az erdőszélén. 4. Nem Ön lesz a 18.? 5. Büntethetetlen bűn (ARMA). 6. Oszintén (EFK film) c. kisfilmeket.

1974. november 4., de. 10.00 óra

D Sectio

IV. sz. Tanterem

Elnök: prof. Hámori A.

Titkár: Süle T.

1. Gróf P., Ujlaki É. (POTE Bőrgyógyászati Klinika, Pécs): A gyógyszerallergia bizonyításának lehetőségei.

2. Goman L., Süle I., Németh L., Szilárd I., Hámori A. (II. Belgyógyászati Klinika, Pécs): Az allergiás vesebeteg gondozásának újabb szempontjai.

3. Bokor Zs., Bohenszky Gy., Maros M., Szabó R. (Megyei Kórház, átesett betegek rehabilitációjának Pécs): Adatok a szívinfarktuson kérdéséhez.

4. Götz F., Schmidt A., Kincses J. (Egyesített Eü. Int. Pécs): A veseköves betegek gondozásának jelentősége.

5. Makó J., Vári L. (POTE Urológiai Klinika, Pécs): Chronicus haemodialysis programra váró betegek morfológiai gondozása.

6. Köves S., Makó J. (POTE Urológiai Klinika, Pécs): Haemodialysis program előtt álló betegek nephrológiai gondozása során felmerülő gyógyszer dosirozási problémák.

7. Ruppert F., Örkényi M., Pados É. (Gyermekeklinika, Egyesített Eü. Int., Pécs): Nephrosis syndroma jellegzetességei és lefolyása a Gyermekklinika beteganyagában.

8. Vastagh E. (Gyermekekórház, Pécs): Vesebeteg gyermekek utógondozása.

Vita

Ebéd szűnet

1974. november 4., du. 15.00 óra

Elnök: Schwartz J.

Titkár: Andik Gy.

9. Tóth K. (Bp.): A körzeti betegellátást segítő és hátráltató tényezők.

10. Angyal B., Horváth L. (Siklós): Szívbeteg gondozása a siklói járási kórházban.

11. Csullag J. (Bonyhád): Cardiovascularis betegek ellátása és gondozása körzeti orvosi gyakorlatban.

12. Gyenei M. (Mohács): Cukorbeteg gondozása insulin és moderperoralis antidiabeticumok alkalmazásával.

13. Fónay K. (Üzemeü. Szolg., Pécs): Hypertoniás és diabeteses betegek gondozása komplex szűrővizsgálat alapján.

14. Rajczy A., Schwartz J., Jegenyész I. (Városi Kórház, Pécs): Zsíranyagcsere zavarak diabetes mellitus betegéknél a lipid elektrophoretikus bontás alapján.

15. Berki L., Fehér B., Hoppa E. (Sikonda): A mecseki bányászág utókezelése a sikondai szanatóriumban.

Vita

Szűnet, 15 perc

Elnök: prof. Takács I.

Titkár: Csobó D.

17. Poór Gy., Lakatos M. (Mohács): Különös kórokú intracerebralis steal.

18. Kovács B. (Szemklinika, Pécs): A diabeteses retinopathia photocoagulációs kezelése.

19. Borbás A. (Központi Nő- és Gyermekvédelmi Intézet, Pécs): Az amblyopia prophylaxisának és gyógyításának jelentősége gyermekkorban.

20. Barabás Zs. (Szemklinika, Pécs): A glaukomás roham felismerésének jelentősége, differentialdiagnosisa a betegség prognosisa szempontjából.

21. Vastagh O. (POTE Szemklinika, Pécs): A szem vegyi és egyéb sérülései.

22. Szilvássy I., Pintér E. (POTE Szemklinika, Pécs): Az ideghártya leválás korai észlelése, praedisponáló tényezők.

Vita

1974. november 5., e. 8.30 óra

Elnök: Márton Z.

Titkár: Seres G.

23. Gösfay S., Gersei E., Körömy Z. (Egyesített Eü. Int., Pécs): Cholecysto-cholangiographiával elért eredményeink a rendelőintézeti gyakorlatban.

24. Seres G., Sápsszky V., Muska S. (Megyei Kórház, Pécs): Nőgyógyászati műtétek és a fertőzés.

25. Muska S., Seres G., Sápsszky V. (Megyei Kórház, Pécs): Császármetszés és a fertőzés.

26. Mayer F., Pongrácz Gy., Jara bin I. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): A Z SO₂ alkalmazásáról a sebészetben.

27. Mayer F., Molnár J. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): A végbél-polyposus betegek gondozása.

28. Légányi J. (Mohács): A reanimációs szükségkörülmények között.

Vita

Szünet, 15 perc

Elnök: Keszthelyi B.

Titkár: Faust F.

29. Keszthelyi B., Tóth Á., Novotny S., Jávor T., Past T., Sallai Á.-né (Eü. Szolg., I. Belklinika, Pécs): Egésztestszámiló alkalmazási lehetőségei a klinikai gyakorlatban.

30. Kovács M. (Mohács): A parkinsonos betegek kombinált terápiájának értékéről.

31. Sohár E., Gogev C., Gász J., Hormay M. (Városi Kórház, Pécs): A végbél megbetegedései (gyulladás, nodus, vérzés, daganat) az ál-

32. Zolnai K., Nagy G., Pál T. (3. talános orvosi gyakorlatban.

sz. Honvédkórház, Mecseki Szénbányák Üzemei. Szolg., Pécs): Petőfi akna bányászainak neuro-radiológiai vizsgálata.

33. Nagy I., Losonczy H. (I. Belgyógyászati Klinika, Pécs): A Thromboembolia-megelőzés néhány problémája az orvosi gyakorlatban.

34. Bors Gy., Kisbenedek L., Köves S., Karátson A. (Urológiai Klinika, Pécs): A hólyagtumorkok morbiditása — szűrővizsgálatok alapján Baranya megyében.

Vita

Ebédészünet

1974. november 5., du. 15.00 óra

Elnök: Háber J.

Titkár: Zibotics H.

35. Görös J., Breila I., Hargitai F., Faluhelyi Zs. (Városi Kórház, Pécs): A méhnyakrák korai felismerése, a rákveszélyezettek metafilarixia szakrendeléseinken rutinszerűen végzett kolpocytológiai vizsgálatok alapján.

36. Wächter W. (Nyögér): Szűrővizsgálatok egy Vas megyei falusi körzetben.

37. Kovács E., Pál T., Dános L. (3. sz. Honvédkórház, Mecseki Szénbá-

nyák Eü. Szolg.): Stomatológiai vizsgálatok bányász populáción.

38. Úrmösi J. (Dunaújváros): Szájüregi daganatokkal kapcsolatos preventív feladatok a területi betegellátásban.

39. Faluhelyi Zs., Görös J., Breila I. (Városi Kórház, Pécs): Trichomoniasis és mycosis előfordulásának változása a rutinszerűen végzett kolpocytológiai vizsgálatok alapján.

Vita

Szünet, 15 perc

Magyar Gyógyszerészeti Társaság
Baranya megyei Szervezete
előadásai:

Elnök: Elmer J.

Titkár: Kenderes M.

40. Dávid M. F. (Pécs): A klinikai és kórházi gyógyszerellátás egyes munkaszervezési kérdései.

41. Halmai L.-né (Pécs): Vasanyagcsere — vastherápia.

42. Jagicza A. (Pécs): Az infúziós oldat ellátás problémái és perspektívája Baranya megyében.

43. Sziójártó T. (Pécs): A gyógyszerészet szerepe az orvos egyedi terápiás elképzeléseinek megvalósításában.

Vita

1974. november 5., de. 8.30 óra

E Sectio

I. sz. Tanterem

Elnök: prof. Gróf P.

Titkár: Szepes É.

1. Hrabovszky T., Gróf P. (Bőrgyógyászati Klinika, Pécs): A varicositas és lábszárfekély helyi kezelésének korlátai; a korszerű terápia.

2. Szepes É., Hrabovszky T. (Bőrgyógyászati Klinika, Pécs): A vénás és nyirokerek keringésetelenség és a megelőző fertőzések bakteriális, mykotikus pathogenetikai összefüggése.

3. Dvorszky K. (Megyei Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézet, Pécs): Intézetünk 10 éves munkája statisztikai adatok tükrében.

4. Varga E., Schmidt P. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): A staphylococcusok antibiotikum-resistentiájának változásai. (15 éves klinikai anyag elemzése).

Vita

Szünet, 15 perc

Elnök: prof. Kiss T.

Titkár: Nemerei P.

5. Mayer F., Molnár J. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): Fibercolonoscopia szerzett gyakorlati tapasztalataink.

6. Czurkó G., Horváth K. (Siklós): Epehólyag carcinoma eseteink az epék műtétek tükrében.

7. Lelkes J., Márk B., Kiss T., Molnár L. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): Adatok az ún. „magas claudociatióról”.

8. Nemery P., Márton Z., Hor-

váth J. (Megyei Kórház, Pécs): A próbahasmetszés jelentőségéről.

9. Lelkes J., Márk B., Kiss T. (II. Sebészeti Klinika, Pécs): Verőér elzáródás az alsó végtagokon fiatalokban.

10. Karlinger Gy., Kontróhr T. (Megyei Kórház, Pécs): A hasúri tályogok diagnosztikai és terápiás kérdései.

11. Rauth J., Zentai A., Solt J., Ósz E., Miklán K. (Megyei Kórház, Pécs): Gyomornedv ion összetételének változása Kay-test során.

12. Strenger J., Simon M., Hal T., Pál I. (Szigetvár, Megyei Kórház, Pécs): Gyomornedv ion összetétel-lésváltozása; papillaris izomruptura.

Vita

Ebédészünet

Magyar Gyermekorvos Társaság
Dél-Dunántúli Csoportjának
előadásai:

1974. november 5., de. 8.30 óra

F Sectio

II. sz. Tanterem

Elnök: prof. Vargha F.

Titkár: Nagy L.

1. Sárkány J. (OTKI II. sz. Gyermekgyógyászati Tanszék): Magyarország csecsemőhalálzásának strukturális változása.

2. Horváth M., Péley I. (Gyermek kórház, Pécs): A megyei Gyermek kórház 20 éves.

3. Nagy L., Schwalm M., Horváth M. (Gyermek kórház, Pécs): Adatok a csecsemőkori anaemia jelentőségéhez.

4. Péley I., Kádas I., Ambrus M., Varga L. (Gyermek kórház, Megyei Kórház, Pécs): A neonatalis hepatitis területünkön észlelt sajátosságai.

5. Gódi K., Szücs Gy., Jáni L. (Gyermek kórház, KÖJÁL, Pécs): Herpes vírus fertőzések beteganyagunkban.

6. Kollmann E., Pump K. (Gyermek kórház, Pécs): Gyermek kórház toxicologiai esetek tanulságairól.

Vita

Szünet, 15 perc

Elnök: Barla László J.

Titkár: Péley I.

7. Jáni L., Horváth M. (Gyermek kórház, Pécs): Veszélyeztetettség tényezők és okok a csecsemő és gyermekkorban.

8. Kopcsányi I., Hiszek V. (Gyermek kórház, Pécs): A gyermek radiológia fejlesztésének szervezési távlatai a Megyei Gyermek kórház Röntgen-osztályának 10 éves betegforgalma alapján.

9. Timár T., Eklies J. (Gyermek kórház, Pécs): Helyi kezelés csecsemők és kisgyermek arcüreg-gennyedésében.

10. Teész J., Halmos L. (Gyermek kórház, Pécs): A gyermek kórház kriptogen peritonitisről.

11. Kovács B., Jáni L., Sebes L. (Szemészeti Klinika, Gyermek kór-

ház, Pécs): Szemészeti consiliariusi tapasztalatok a Gyermekkorházban.

Vita

Ebédszünet

1974. november 5., du. 15.00 óra

Elnök: prof. Mestyán Gy.

Titkár: Pump K.

12. Csordás J., Kovács S. (Szekszárd): Az aminonitrogén-kreatinin hányados értékének alakulása újszülöttekben.

13. Rubecz I., Horváth M. (Gyermekklinika, Pécs): Oxigenisatiós rendszer újszülöttek respirációs kezelésében.

14. Várady S., Weisenbach J., nika, Polách Mihály Múgkq. Vée Vargha F., Jankó L. (Gyermekklinika, Pollách Mihály Műszaki Főiskola, Pécs): A telectasiák és dystelectasiák előfordulása és megoszlása csecsemő és gyermekkorú resporotoricus megbetegedésekben.

15. Horváth M., Pinterics M., Nagy L., Bóna I. (Gyermekkorház, Pécs): Koraszülött és kissúlyú csecsemők kórházi gondozásának eredményei.

16. Péntek E., Szendrei E., György K. (Gyermekkorház, Pécs): Néhány adat a Gyermekszívbeteg Gondozó congenitális vitiumos beteganyagából.

Vita

Szünet, 15 perc

Elnök: Csordás J.

Titkár: Kopcsányi I.

17. Ruppert F. (Gyermekklinika, Pécs): A gyermekkori struma modern diagnosisa és terápiája.

18. Dobák E., Soltész Gy., Bakó M. (Kórház, Mohács, Gyermekklinika, Pécs): Csecsemőkori hypercaemia: megfigyelések egy ikerpár mindkét tagján.

19. Pinterics M., Eklies J., Timár T. (Gyermekkorház, Pécs): Subglotticus halszájka 6 hónapos csecsemőben.

20. Varga L., Bárdosi L., Rajnai E., Péley I. (Gyermekkorház, Kórbontani Intézet, Pécs): A postinfektív thrombopeniás purupura.

21. Pávkovics M., Gáspár, Dobák E. (Mohács): A hirtelen halál szindrómáról két eset kapcsán.

Vita

Tudnivalók:

Részvételi díj: 100,— Ft. Befizetési határidő: november 1.

Az előadások időtartama 10 perc, a hozzászólásoké 3 perc.

Vetítés: normál dia 5×5 cm-es méretben.

A diaposzítiveket vetítésre alkalmas állásban, elől a jobb felső sarokban sorszámokkal kell ellátni és a névvel ellátott dobozt a vetítőnek az előadás előtt leadni.

Szállást jelentkezés alapján a Városi Idegenforgalmi Hivatal biztosít.

Étkezés egyénileg.

November 4-én társas vacsora a Nádor Szálló éttermében a la carte.

Információ: Megyei Kórház igazgatósága Pécs, Rákóczi u. 2. Levél cím: 7601 Pécs, Pf. 172. Telefon: 12-222.

Megyei Gyermekkorház 7624 Pécs, Nyár u. 8. Telefon: 13-144.

Megyei Tüdőgyógyintézet, Mecsek-Mandulás, levél cím: 7601 Pécs, Pf. 107. Telefon: 13-755.

A Kazincbarcikai Városi Tanács Kórház és Rendelőintézetének Tudományos Bizottsága

1974. november 20—21-én,

a Városi Kórház—Rendelőintézet kultúrtermében, városunk 20 éves jubileumi ünnepségei keretén belül tudományos ülést rendez.

A tudományos ülést megnyitja: Takács István, a városi tanács elnöke.

Előadások:

XI. 20-án, 9 órakor

Elnök: Dohányos Pál dr.

1. Balogh E. dr., Károlyi L. dr.: Kazincbarcika város komplex lakosság szűrésének megszervezése.

2. Balogh E. dr., Károlyi L. dr.: Kazincbarcikai komplex szűrés tapasztalatai a beteggyanús egyének kivizsgálásának feltételei.

3. Oláh E. dr., Fedor I. dr., Melles Z. dr., Balogh E. dr.: Kazincbarcika város 14 éven felüli lakosságának cukorbeteg szűrése, kivizsgálása.

4. Fedor I. dr., Oláh E. dr., Rácz J. dr., Melles Z. dr.: Városunk cukorbeteg szűrött anyagának elemzése.

5. Oláh E. dr., Fedor I. dr., Melles Z. dr.: Cukorbeteg gondozás Kazincbarcikán.

6. Farkas J. dr., Földvári M. dr., Károlyi L. dr.: Lakosságszűrés kapcsán észlelt peripheriás érbetegségek.

7. Topscher Z. dr., Kocsis Zs. dr.: A kazincbarcikai lakosok között végzett öt éves gynecologiai szűrések eredményei.

8. Fedor I. dr., Szücs L. dr., Mikola J. dr.: Gondozási tapasztalataink rhythmus-reversiois betegeinknél.

9. Váczi J. dr., Garay Z. dr.: Chronicus beteggondozás osztályunkon.

Hozzászólások

XI. 20-án, 14 órakor

Elnök: Balogh Ernő dr.

1. Melles Z. dr., Institoris I. dr.: Magnézium pótlás jelentősége a graviditásban.

2. Institoris I. dr., Melles Z. dr., Ablonczy L. dr., Balázs G. dr.: Adatok a graviditás élettanához.

3. Váczi J. dr., Melles Z. dr., Matesz I. dr.: Újszülöttek és csecsemők ion tükrének alakulása.

4. Farkas J. dr., Melles Z. dr.: Ion egyensúly alakulása nagy hasi műtétek kapcsán.

5. Kocsis Zs. dr., Keresztes A. dr., Institoris I. dr.: Az 5 év alatt végzett portio conisatiók klinikopathologiai értékelése.

6. Bánhegyi A. dr., Keresztes A. dr.: Eklampsiás eseteink.

7. Institoris I. dr., Balázs G. dr., Ablonczy L. dr.: Népesedés-politikai helyzet alakulása Kazincbarcika anyagában.

Hozzászólások

XI. 21-én, 9 órakor

Elnök: Károlyi László dr.

1. Gál F. dr., Varga Gy. dr., Dienes M. dr.: Penicillinaminnal szerzett tapasztalatok az újszülöttkori hyperbilirubinaemiák kezelésében.

2. Horváth S. dr., Károlyi L. dr.: Choledochoduodenostomias anyagunk utánvizsgálata.

3. Tolnay S. dr., Kőszegi I. dr., Wolf Z. dr.: Idült középfülgyulladás miatt műtetre került betegeink adatainak elemzése.

4. Rácz J. dr.: Módosított intermarginoplastica trichiasisnál.

5. Varga Gy. dr., Váczi J. dr.: Glukagon szerepe a cardialis insufficiencia kezelésében és a cardialis resuscitatióban.

6. Papp L. dr., Károlyi L. dr., Kovács I. dr.: Tüdőembóliás szövődmények syncumar prophylaxisa.

7. Horváth J. dr.: Végtagi arteriographia osztályunkon alkalmazott módszere.

8. Nagy R. dr., Tóth M. dr.: Az 1971—73-as influenza-járvány a fertőző osztály tükrében.

9. Varga Gy. dr., Gál F. dr.: Csecsemőkori légúti megbetegedések és a levegőszennyezettség közötti összefüggés.

10. Tolnay S. dr., Kőszegi I. dr., Wolf Z. dr.: Ketalar anesthésiával szerzett tapasztalataink csecsemő- és kisgyermekkorban végzett fül-orr-gégészeti műtétekben.

Hozzászólások

XI. 21-én, 14 órakor

Elnök: Csontos János dr.

1. Barna R. dr., Kapui M. dr.: Gastrobiopsiás vizsgálataink értékelése.

2. Bacskárdi É. dr., Rácz J. dr.: Bormalignomáknál talált vércépzési zavarokról.

3. Károlyi L. dr.: Szívsérülések osztályunk anyagában.

4. Boldizsár J. dr., Nagy R. dr.: Neomycin adása után kialakult vesekárosodás következményes uraemiával.

5. Kapui M. dr.: Osler-kór esete.

6. Mikola J. dr., Tóth L. dr.: Narancs ileus.

7. Mészáros M. dr., Balogh A. dr., Farkas J. dr.: Diagnosticus nehézséget okozó carcinomás eseteink.

Hozzászólások

Tájékoztató:

A tudományos ülés résztvevői számára előzetes bejelentés esetén szállást és ebédet biztosítunk a kórházban. A bejelentést Károlyi László dr. seb. oszt. vez. h. kórház-igazgató címére kérjük.

ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1974. okt. 30. szerda	Balassagyarmat, Városi Kórház nagyterme (Női Idegoszt., II. em.)	du. 2 óra	Városi Kórház Tudományos Bizottsága	1. Sasváry Erzsébet: Pánarteriitis nodosa. 2. Bartal Gábor: Steroid therapia. 3. Balogh Gábor: Az autoimmun betegségek kiegészítő kezelése
1974. nov. 1. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Tamás Ferenc (Kecskemét): Nervus facialis elektromos ingerléses vizsgálatok. 2. Simon Gábor: Az audiovizualis képzés nélfány lehetősége a fogorvostanhanglatók szájsebészeti oktatásában
1974. nov. 1. péntek	Heim Pál Germekórház orvosi könyvtár, VIII. Üllői u. 85.	du. 2 óra	Heim Pál Gyermekórház	1. Torma Ilona, Ivády Gyula, Baranyai Pál: A phenoxymethyl-pencillin-dibenzyl- α -etylondiamin klinikofarmakológiai vizsgálata. 2. Lipták Márta, Torma Ilona: Adatok a reticuloendotheliosis körképéhez. 3. László Vera, Madarász Judit: A D-hyerpervitaminosisról. 4. Horváth Szabolcs: Praematurus telarche. 5. Páldy László, Ivády Gyula: Az interstitialis pneumonia röntgen-diagnosisa
1974. nov. 1. péntek	Miskolc, Szentpéteri kapu, Megyei Vezető Kórház Kultúrterme	du. 2 óra	Borsod Megyei Vezető Kórház Tudományos Bizottsága	1. Prof. Alberti Béla (Szemklinika, Debrecen): A keratoplastica elméleti és gyakorlati kérdései (30 perc). 2. Zujács Magda (Szemklinika, Debrecen): A hyalokeratopathia gyógyítási lehetősége vitrektomiával (20 perc). 3. Kincses Éva: (Szemklinika, Debrecen): Vascularis szembetegségek korszerű kezelése (20 perc). 4. Hatvani István (Szemklinika, Debrecen): Klinikai tapasztalatok immun pozitív uveitisekkel kapcsolatban (15 perc). 5. Mailáth László (Szemklinika, Debrecen): Ocularis nystagmus műtéti kezelésének lehetőségeiről (15 perc)
1974. nov. 1. péntek	Debreceni OTE Szülészeti Klinika tanterme	du. 4 óra	Debreceni Orvos tudományi Egyetem	1. Szabó Imre: A koronáriák architektúrája post mortem angiographia alapján. 2. Szláv László: A célzott koronarographia. 3. Gömörly András, Szláv László, Makári Lajos, Naszladi A.: Az aorta-coronariás bypass műtétről. 4. Pohánka János, Török Imre, Balogh Bálint: A koraszülés kérdés aktuális problémái. 5. Rigó János: A keringés jelentősége a mozgásszervi sérültek kezelésében
1974. nov. 2. szombat	Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ, II. Palatinus u. 1.	de. 10 óra	Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ	Lust Iván: A „warming up” fázis gyorsítása a pszichoterápiában
1974. nov. 5. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet, IX. Gyáli u. 2-6. „A” ép., nagyterem	du. 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	Molnár Erzsébet: A rubeola vírus szerepe a vele született rendellenességekben (továbbképző előadás)
1974. nov. 8. péntek	Semmelweis OTE Fül-Orr-Gégeklinika tanterme, VIII. Szigony u. 36.	du. 4,30 óra	Magyar Fonetikai, Foniatríai és Logopédiai Társaság, a Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete	Prof. Dr. P. Bielsalski (Mainz): A pedoaudiológia újabb eredményei (német)

(Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt 18 nappal!)

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, 1374 Budapest VI., Révay u. 16. Megjelenik 15 000 példányban

A kiadásért felel Dr. Petrus György igazgató

Telefon: 116-660

MNB egyszámúszám: 69.915.272-46

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál,

a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál

(Budapest VI., József nádor tér 1., Postacím: 1900 Budapest)

közvetlenül, vagy átutalással postautóványon, valamint átutalással a PKHI MNB 215.96162 pénzforgalmi jelzőszámára

Szerkesztőség: 1363 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



74.2932 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

INDOMETACINUM

kapszula és végbélkúp

kapszula 25 mg, végbélkúp 50 mg és 100 mg.

ANTIPHLOGISTICUM

Az Indometacinum hormonhatástól mentes, antiphlogistikus, analgetikus és antipyretikus tulajdonságú gyulladásgátló vegyület.

OSSZETÉTEL Kapszulánként 25 mg és végbélkúponként 50 mg, illetve 100 mg Indometacinum (acidum 1-/p-chlorbenzoyl/-5-methoxy-2-methylindolyl-3-aceticum) hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK Gyulladásos és nem gyulladásos eredetű ízületi, izom- és heveny lágyrész megbetegedések, úgymint: polyarthritís chronica progressiva (primaer chronikus polyarthritís), arthrosis inflammata, arthrosis deformans, osteoarthrosis, spondylarthrosis, coxarthrosis, spondylarthritís ankylopoetica (morbus Bechterew), arthritís urica, valamint periarthritís humeroscapularis, bursitís, tendinitís, tendovaginitís, synovítís stb. esetében.

ELLENJAVALLATOK Ulcus ventriculi és duodeni. Terhes, szoptató anyáknak és gyermekeknek nem adható. Olyan betegeknek, akik korábban a gyomor-bélhuzam súlyos megbetegedésében szenvedtek, továbbá epilepsia, Parkinson-kór, emotionalis és pszichiátriai kórképekben az adagolás fokozott óvatossággal történjék.

ADAGOLÁS Egyéni megítélést igényel, a beteg tűrőképességének figyelembevételével. Átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta 2–3-szor 1 kapszula, vagy 2-szer 1 kapszula (délben és este) étkezés közben, vagy közvetlenül az étkezések után, majd éjszákára 1 végbélkúp 50 mg, vagy szükség esetén 100 mg. Heveny köszvény esetében a kezdeti adag naponta 2-szer 2 kapszula (délben és este) étkezés közben, vagy közvetlenül az étkezések után, az akut rohamok megszűnéséig, valamely húgysavürítést fokozó készítménnyel együtt, majd éjszákára 1 végbélkúp 100 mg. Szükség esetén az adag fokozatosan, kapszulánként, 25 mg-os adagokkal növelhető. Általában 150–200 mg-os napi összadag megfelelő terápiás hatást eredményez.

MELLÉKHATÁSOK Az adag nagyságától függően, vagy egyéni érzékenység esetén nem kívánatos, illetve káros mellékhatások (fejfájás, szédülés, gyomor-bélpanaszok, étvágytalanság, hányinger, hányás, hasmenés, az epigastrium nyomásérzékenysége) allergiás jellegű bőrkiütés, fülzúgás, hallási zavarok, hyperglykaemia, ritkábban a központi idegrendszer elváltozásának kísérőjelenséggel (aluszékonyság, zavartság, hallucinatio, convulsiók, depressiós állapotok, vagy más psychés zavarok előfordulhatnak. Az adag csökkentésére, vagy átmeneti megvonására a mellékhatások rendszerint elmúlnak.

FIGYELMEZTETÉS Az Indometacinum kezelés elfedheti az Intercurrens fertőző folyamatok jeleit és tüneteit, vagy aktiválhatja a latens bacterialis folyamatokat. Ezért, ha a kezelés alatt fertőzőes tünetek jelentkeznek, vagy ritka kivételként leukopenia, thrombocytopenia, granulocytopenia, illetve gastrointestinalis vérzés előfordulásának veszélye áll fenn, a készítmény adagolását azonnal be kell szüntetni. Látási zavarok esetén csak fokozott óvatossággal adagolható.

CSOMAGOLÁS

30 db à 0,025 g kapszula	37,70 Ft
300 db à 0,025 g kapszula	348,— Ft
10 db à 0,05 g végbélkúp	24,40 Ft
5 db à 0,1 g végbélkúp	17,40 Ft

MEGJEGYZÉS Társadalombiztosítás terhére szakrendelések rendelhetik, körzeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés vagy fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartam, de legfeljebb a javaslat keltétől számított hónapon belül történő gyógykezelés céljából.

CHINOIN — BUDAPEST

BRINALDIX[®]

TABLETTA

salureticum

ÖSSZETÉTEL

20 mg clopamidumot tartalmaz tablettánként.

A Na⁺ és Cl⁻ ionok tubularis resorptiójának gátlásával növeli a diuresist. Mivel a K⁺ ionok kiválasztását alig fokozza, nem zavarja az elektrolitháztartást, ill. a savbázis egyensúlyt.

Hatása fokozatosan fejlődik ki és tartós: a bevétel után 1–2 órával kezdődik, 8–10 órán át fokozódik és 24 óra múlva megszűnik. A diuresis intenzitása az adagolással jól befolyásolható.

Általános oedema-szüntető effectusa leginkább szívelégtelenség kezelésekor érvényesül. Hypertoniás betegek vérnyomását csökkenti, a normotoniát nem befolyásolja. Jól kombinálható más diureticumokkal, cardiotonicumokkal és vérnyomáscsökkentőkkel, hatásukat jelentősen fokozza.

JAVALLATAI

Szívelégtelenség okozta, terhességi, nephrosisos, postthromboticus oedemák; májcirrhosis okozta ascites, praemenstruációs zavarok és elhízás bizonyos esetei; hypertoniában egyedül vagy más szerekekkel kombinálva; tartós corticosteroid kezelés okozta folyadék-retentio.

ELLENJAVALLATAI

Fennálló hypokalaemia, hyponatraemia, hypochloraemia, acut glomerulonephritis, uraemia, súlyos vesekárosodás.

ADAGOLÁS

Gondos orvosi ellenőrzés mellett egyéni megítélést igényel. Átlagos adagja felnőtteknek napi 1–2 tablettá reggel, evés után. Fenntartó adagja másodnaponta 1–1 tablettá.

MELLÉKHATÁSOK

Nagyon ritkán jelentkeznek. Nausea, fejfájás, gastrointestinalis panaszok, bőrpír, enyhe fáradtságérzés előfordulhat.

FIGYELMEZTETÉS

Bár a káliumvesztés csekély, hosszan tartó kezelés, májbetegség és diabetes esetén a káliumszintet, a vércukrot és a napi cukorürítést tanácsos ellenőrizni.

Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik. Közeti, üzemi stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetik, a javaslatban meghatározott időtartamú gyógykezelésre.

15 tablettá

45,50 Ft

100 tablettá

290,- Ft

Egyt GYÓGYSZERVEGYSZETI GYÁR, BUDAPEST