



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGOZÓK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS  
FOLYÓIRATA

# ORVOSI HETILAP

115. ÉVFOLYAM 44. SZÁM 2593–2656 OLDAL

BUDAPEST, 1974. NOVEMBER 3.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

# 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 (prímaer 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, depressziós 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**

# 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

\*

44. SZÁM

\*

1974. NOVEMBER 3.

## TARTALOMJEGYZÉK

*Tigyi József dr.:*  
November 7. .... 2595

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Barta Lajos dr., Esztergályos János dr.  
és Szolnoki Judit dr.:*  
Kövér gyermekek cukoranyagcseréje ..... 2607

### KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Fehér Miklós dr., Magyar Éva dr.,  
H. W. Wouters dr. és S. A. den Ouden dr.:*  
Mélyvénás thrombosis klinikai képét utánozó  
ízületi tok elváltozások  
rheumatoid arthritisben ..... 2610

### RITKA KÖRKÉPEK

*Laczay András dr. és Karádi Kázmér dr.:*  
Az orbita-basis kiütéses töréséről ..... 2618

### KAZUISZTIKA

*Csata Sándor dr. és Tankó Attila dr.:*  
Patkóvese köves hydronephrosissal  
és daganattal szövődött esete ..... 2620  
*Vigh Erika dr. és Kopp Miklós dr.:*  
Appendix a bal mellüregben ..... 2623

### HORUS

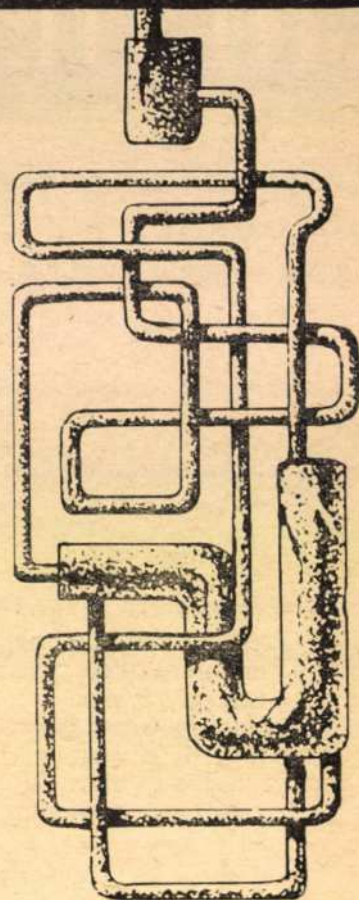
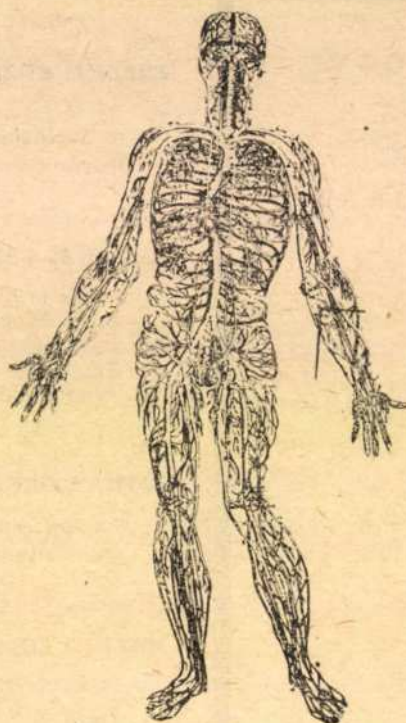
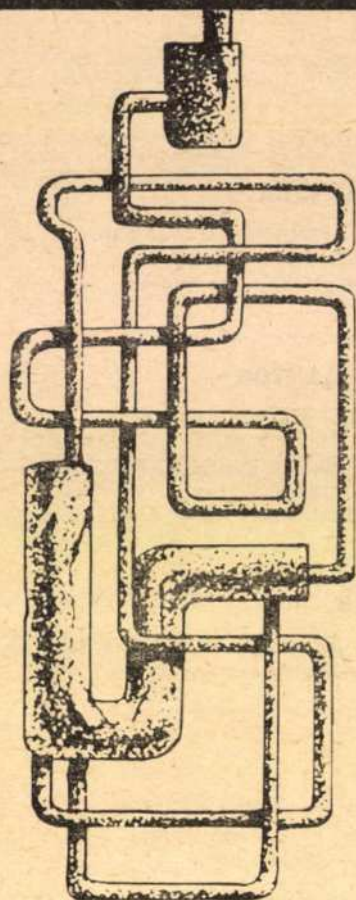
#### Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Szabolcs megye nagy fia: Jósa András ..... 2625  
Kilencven éve született Georges Duhamel ... 2626  
Lazzaro Spallanzani ..... 2627  
Fabricius Hildanus,  
a XVI—XVII. század legnevesebb  
német sebésze ..... 2630  
Hutyra Ferenc ..... 2631  
Elhalálások ..... 2632

*Folyóiratreferátumok* ..... 2635  
*Egészségügyi tájékoztató* ..... 2650  
*Előadások, ülések* ..... 2651  
*Pályázati hirdetések* ..... 2652  
*Megjelent* ..... 2654  
*Hírek* ..... 2656

# STUGERON

tabletta



## OSSZETÉTEL

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 erekben 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  $3 \times 1$  vagy  $3 \times 2$  tablettát hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi  $3 \times 1$  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 javaslatokra rendelhető.

## CSOMAGOLÁS

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

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

# November 7.

## Az orvosképzés új rendszere

### a Pécsi Orvostudományi Egyetemen

Tígyi József dr.

Hazánk felszabadulása 30. évfordulójának ünnepelésére készülünk, a 30. szabad November 7-e méltó alkalmat kínál arra, hogy számot adjunk orvostársadalmunk jövőjének egyik legfontosabb tényezőjéről, orvosképzésünk helyzetéről. Igen nagy megtiszteltetés számunkra, hogy ezt az ünnepi lehetőséget felhasználhatjuk arra, hogy kifejthetjük nézeteinket, elképzeléseinket az orvosképzésről általában és a magyar orvostársadalom elé tárhatjuk a Pécsi Orvostudományi Egyetemen 3. éve folyó oktatási reformunkat.

A legújabbkori történelemben 30 éves távlat már igen jelentős, hiszen a társadalmi és tudományos-technikai forradalom korában az események történési sebessége soha nem látott mértékben felgyorsult. A történések számának ez az exponenciális növekedése a világ minden országában kisebb-nagyobb mértékben lemérhető, mégis ki kell emelni hazánk fejlődésének az elmúlt 30 év alatti speciálisan előnyös helyzetét, hiszen a szovjet hősök felszabadító harca, majd a Szovjetunió és a szocialista országok kezdettől fogva megnyilvánuló baráti segítsége számos olyan előnyhöz juttatta népünket, amelyek lehetővé tették számos társadalmi, gazdasági és kulturális kérdésben a haladás meggyorsítását.

Ezen kedvező körülmények között az MSZMP Központi Bizottsága és kormányzatunk sorra dolgozta ki — különösen az elmúlt 5 év alatt — azokat az igen fontos határozatokat, melyek népünk egészségének megóvása, az egész orvostudomány fejlődése szempontjából hosszú időre meghatározó tényezőként fognak hatni. A Tudománypolitikai Irányelvek (1969), az állami oktatás helyzetéről szóló határozat (1972), az egészségügyi törvény (1972) mind jelentős feladatokat rónak a magyar orvosi és egészségügyi szolgálatra, következtésként az egészségügyi ágazat „orvostermelő nehézipari üzemeire”, az orvosegyetemekre is.

A szocialista tábor példája, de az egész világ társadalmi fejlődése folytán az orvostudomány és az orvosi és egészségügyi ellátással szemben támasztott követelmények is gyökeresen megváltoztak. Érdekesen mérhető le ez a fejlődés az Egészségügyi Világszervezet programjainak átalakulásán. Másfél évtizeddel ezelőtt idegenszerűnek hatott a szocialista egészségügy alapelveinek, a társadalmi és gazdasági tényezőkkel való szoros kapcsolatáról, a preventio fontosságáról stb. beszélni, ma viszont teljesen természetes, hogy minden fontos egészségügyi terv és program a kérdés egész szociális, öko-

nómiai, politikai hátterével és összefüggéseivel kerül megtárgyalásra.\*

A tudományos és technikai forradalom az elmúlt másfél évtized alatt átterjedt a biológiára és orvostudományra is. A kommunikációs és publikációs lehetőségek mérhetetlen növekedése, a naponta születő új biológiai és orvosi tudományos adatok áradata — talán nem túlzás azt mondani, hogy — minőségi változást teremtettek a gyógyító és megelőző orvostudományban is. Logikusan következik mindezekből, hogy a múlt század folyamán kialakult orvosképzési rendszerek gyökeres átalakítása sürgősen megoldandó feladattá vált.

#### I. Az orvosképzési reformtörekvések

Az orvostudomány átalakulásának egyre fokozódó felgyorsulása a 2. világháború utáni időkre tehető, ennek megfelelően különböző országok számos egyetemén indult meg kisebb-nagyobb aktivitás az orvosképzés klasszikus rendszerének reformálására.

Hatását tekintve említésre méltó a clevelandi Western Reserve University rendszere (4), mely elsősorban az amerikai orvosképzésre fejtett ki számottevő hatást, de néhány fejlődő ország új egyeteme is átvette ezt a rendszert, sőt bizonyos szempontból tovább is fejlesztette (pl. az ankarai Hacettepe Egyetem, 11). Az európai helyzetről értékes összefoglaló képet ad az European Public Health Committee jelentése. A Szovjetunió orvosképzésében is számos reformtörekvést látott napvilágot, többek között *Petrov* (8) és *Lavrova* (7) a szociális medicinának a klinikai tárgyaktól való integrálását és complex program kidolgozását sürgetik.

Az Egészségügyi Világszervezet által 1972-ben Koppenhágában rendezett 4. orvosképzési világkonferencia (12) világosan mutatja, hogy forradalmi méretű útkeresés indult meg az orvosképzés rendszerének átalakítására. Az is nyilvánvaló, hogy az orvosképzés megreformálása szorosan összefügg az oktatás és elsősorban az egyetemi oktatás elvi átalakításával, az egész tanulás-tanítási folyamat modernizálásával, mely az UNESCO-nak is állandóan napirenden szereplő problematikája, mégis e cikkben az orvosképzés sajátos kérdéseivel kívánunk foglalkozni.

A hazai orvosképzési reformok múltjáról kiváló összefoglalás jelent meg *Antoni Ferenc* tollából e folyóirat hasábjain (1). A magisteri képesítés tervezete igen figyelemre méltó és feltétlenül segítheti a nálunk hiányzó rendszeres orvostudató-képzést, azonban, mint *Farádi László* és *Lukáts Jenő* nagyon alapos elemzés eredményeként kifejti (2), „csak olyan orvos tud a ma és a jövő követelményeinek eleget tenni, aki korszerű értelemben vett általános orvosi képzettséggel rendelkezik. Orvosegyetemeinknek tehát elsősorban az általános orvos képzését kell célul tűzniük. Ezen elsődleges cél megvalósítása mellett természetesen, hogy minden erővel támogatniuk kell az arra alkalmas orvosjelölteket, hogy az orvostudomány fejlesztésére képes kuta-

\* Pl. Az egészségügyi programok hozzájárulása a szociális és gazdasági fejlődéshez (1972); A sexualisan átvihető betegségek szociális és egészségügyi vonatkozásai (1975).

tökká váljanak". A kutatóorvos-képzés — és ebben teljesen egyetértek Antonival — egyre égetőbben megoldandó problémánk, de ennek kifejtése messze meghaladja értekezésünk határait.

## II. Orvosképzési reformunk

Az orvosképzés reformjára vonatkozó külföldi és hazai tapasztalatok elemző összefoglalását adja a Farádi—Lukáts-tanulmány: „Az egészségügyi felsőoktatás néhány alapvető vonása és továbbfejlesztési irányai”-ról. Ezen elvek alapján, az Egészségügyi Minisztérium inspirálására, tettük meg az első elhatározó lépést 1972 júniusában. Alapos előzetes belső és külső megvitatás után egyetemünk gyökeresen új reform kidolgozására vállalkozott, mely — ha a változás mértékét összehasonlítjuk az előző reformokéval — talán szerénytelenség nélkül érdemli meg a címben feltüntetett „orvosképzés új rendszere” elnevezést.

Az egyetem elhatározását az említett irodalmi és elméleti előkészítő viták és megbeszélések logikai kötelező erején túl az a „külső” tényező is befolyásolta, hogy a dolgozó nép áldozatkészsége és az egészségügyi kormányzat támogatása következtében rekonstruált Pécsi Orvostudományi Egyetem rendelkezik olyan épületadta lehetőségekkel (első-sorban elméleti intézetekkel), mely alkalmas egy ilyen nagyszabású program lebonyolítására. Erkölcsei kötelességünknek éreztük tehát a vállalkozás elkezdését.

Az egyetem professzorai, oktatói és hallgatói egymás között folytatott számos vita, az Egészségügyi Minisztérium és a társegyetemek kiváló szakembereivel folytatott eszmecsere eredményeképpen elkészített első tervezetet az 1972. május 29-én kelt minisztériumi határozat hagyta jóvá. 1972 szeptemberében az I. és III. év már e program szerint tanult, 1973 szeptemberében a II. és IV. évfolyam is csatlakozott, és 1974. szeptembertől kezdve már az V. évfolyamra is kiterjesztettük az új programot.

Nem túl korai talán, ha a magyar orvostársadalom elé tárjuk új orvosképzési rendszerünket, elsősorban azért, hogy minden kolléga, de különösen az általános orvosi gyakorlatot folytatók véleményét összegyűjtve tovább javíthassuk munkánkat.

## III. Az új oktatási rendszer általános alapelvei

1. Az orvosképzés célja: *kommunista világnézetű, kiváló szakmai felkészültségű általános orvosok képzése*. A kommunista világnézet kialakítását nemcsak a Marxizmus—Leninizmus Intézet tárgyainak elsajátításával kívánjuk elérni, hanem minden egyes szak-disciplinában kihangsúlyozzuk az elvi, ideológiai szempontokat. Az I. évfolyam első félévében rendszeresített „Bevezetés a társadalom-orvostanba” című tárgy, továbbá a IV—VI. év Társadalom-orvostan blokkok (akár integráltan, akár különállóan) az orvostudományt a társadalommal, annak politikai, gazdasági és szociológiai tényezőivel összefüggésben tárják a hallgató elé.

Az „általános orvos” fogalmát — Farádi—Lukáts cikkében kifejtetteknek megfelelően — modern értelemben értjük. Az általános orvos nemcsak a medicina legfontosabb elméleti és gyakorlati ismereteinek kell hogy a birtokában legyen, hanem rendelkeznie kell alaptudományok: fizika, kémia, biofizika, biokémia, kolloidtan, fizikai kémia, matematika, biometria, molekuláris és sejtbioológia stb. oly mértékű ismeretével, mely képesíti őt a modern orvostudomány új eredményeinek követésére és alkalmazására. A jó általános orvosnak tehát akár falusi körzeti orvosként, akár szakorvosként fog tevékenykedni, rendelkeznie kell annyi ismerettel és olyan önálló tanulási készséggel, mely lehetővé teszi, hogy tudományunk gyors, dinamikus fejlődése számára mindig hasznosítható legyen.

### 2. Tantárgyorientáció helyett témaorientáció:

A tudományos és technikai forradalom egyik jellemzője éppen az, hogy fellazította a klasszikusan kialakult tudományos diszciplínák kereteit és számos határterületi tudományt fejlesztett ki. (Ki gondolta volna 30 évvel ezelőtt, hogy az információelmélet igen nagymértékben tudja segíteni és megtermékenyíteni a biológiát és viszont!) A medicinában kialakult klasszikus tantárgyak adathalmaza a hagyományos anyagon messze túlmenően elképesztő mértékben megnövekedett, sokszor izoláltan fejlődött, ezért túlspecializálódott. Az új tankönyvek terjedelmének növekedése jelzi ezt a széldület adathalmaz-növekedést. Ennek megfelelően jól kivehető a klasszikus orvosképzésben, hogy — amennyiben az orvosképzés időtartamát nem akarjuk növelni — a hallgatókat maximálisan túl kell terhelnünk a sokszor részletekbe menő, kevésbé jelentős ismeretekkel. Végül is az igen nagy mennyiségű adathalmazban az alapvető és lényeges adatok sajnálatos módon háttérbe szorulnak vagy teljesen kiesnek.

Ha megszokott tantárgyak helyett a legfontosabb témák (blokkok) köré csoportosítjuk az oktatást, és a különböző tantárgyak adatait integráltan tárjuk a hallgató elé, nagyobb eréllyel hangsúlyozódnak ki a probléma fontos adatai és összefüggései, s ugyanakkor a klasszikus tantárgyak hagyományos — sokszor már csak történeti jelentőséggel bíró — és egyéb részletei kiesnek, vagy kisebb mértékben szerepelnek.

3. A témaorientált és integrált oktatási forma szükségessé teszi, hogy a sok szempontból elavult tanszéket mint oktatási egységet a mai élet követelményeinek megfelelően — fokozatosan — átalakítsuk. Az egyes blokkok anyagának jó előkészítése, előadása és gyakorlatainak koordinált vezetése szükségessé teszi, hogy több tanszék oktatóiból hozzunk létre *témacsoportokat* a feladat elvégzésére. Természetesen a témacsoportok kialakításakor az oktatói kvalitások figyelembevételével azokat az oktatókat bízuk meg egy adott téma kidolgozásával, akik a téma kutatásában is a legjáratosabbak.\*

Ily módon az oktató és tudományos munka új,

\* Változatlanul hangsúlyozzuk, hogy aki nem vágez aktív, színvonalas kutatómunkát, előbb-utóbb elmarad a tudomány fejlődéstől és alkalmatlanná válik az oktatói feladatok magas szintű ellátására is.

rugalmas, kisebb csoportjait hozzuk létre, melyek sokkal kisebb tehetetlenséggel tudják követni a téma haladását.

Más részről a témáknak (blokkoknak) az összes évfolyam oktatásában való koordinált és jól szervezett végrehajtása szükségessé teszi a jelenlegi tanszékeken nagyobb oktatási szervezeti képződmények kialakítását. Így pl. a társadalomorvostan előadásának jó megszervezése a közegészségtan, az eü. szervezés, az igazságügyi orvostan és bizonyos szempontból a marxizmus—leninizmus tanszékek integrált együttműködését teszi szükségessé. Hasonló nagyobb egységbe való integrálást tesz szükségessé a klinikai orvostan oktatása.

Hangsúlyozni szeretném, hogy a jelenlegi tanszéki struktúrának még hosszú ideig igen jelentős szerepe marad az oktatásban és kutatómunkában egyaránt, hiszen ez az a szervezeti egység, mely jelentős anyagi önállósággal, tradícióval, műszerparkkal stb. a legfőbb képviselője az általa művelt orvosi disziplínának.

4. A 2. pontban említett értelmetlen túlterhelés csökkentése lehetőséget ad arra, hogy a medicina legfontosabb alapismereteit és -összefüggéseit valóban kihangsúlyozzuk és azokat részletesen kifejtjük a lehetőséget ad arra, hogy a hallgatókat megtanítsuk az *önálló továbbtanulási készség* megszerzésére. Ez a törekvésünk egyik legfontosabb szemléleti változása oktatási rendszerünknek, hiszen — nem kell nagy futurologiai előrelátás annak felismerésére, hogy 10—15 év múlva, amikor a ma hallgatói orvosi gyakorlatuk csúcspontján lesznek, a számítógépek és az automatizáltság olyan fokot ér el, hogy egyre kisebb lesz a haszna az adatok memorizálásának, inkább előtérbe lép a kombinatív készség, az új eredmények és eljárások átvételére való készség, a kritikai értékelés, alkotási tehetőség, valamint a logikus és dialektikus következtetés erejének hasznosítása. Arról nem is beszélve, hogy 1—2 évtized múlva a jelenleg megtanított klinikai diagnosztikai és therapiás eljárások és lexikális adatok nagy része már túlhaladott, sőt elfelejtett módszerré, ill. adattá fog válni.

Különös gonddal ügyelünk tehát arra, hogy az ezeket alaptárgyak legfontosabb összefüggéseit megértessük és olyan elméleti alapot adjunk, mely felruhazza a leendő orvost a továbbfejlődésre való képességgel. Az alaptárgyak gyakorlatait és méréseit is úgy állítjuk össze, hogy önálló munkálkodás révén sajátíthassák el a legfontosabb alaplétszerek működési alapelveit és használatát. Az I. évfolyamon bevezetett biometria keretében pl. a különféle asztali kalkulátorok használatának ismeretése mellett kezdő fokú előkészítést adunk a számítógépek alkalmazásáról, a mérési adatok computerre vivésének kritériumairól és a programkészítés alapelveiről.

A hallgatók önálló alkotásra való nevelését szolgálja az ún. államvizsga dolgozat készítése, melynek témáját a hallgató a IV. év második félévében kapja meg és 2 év alapos munkájával, saját irodalmi munkásság és adatgyűjtés, ill. kiértékelés alapján kell elkészítenie.

5. Fontos célkitűzésnek tartjuk a *gyakorlati oktatás* mennyiségének és színvonalának emelését.

Közismert, hogy a német orvosképzési módszer egyik fontos alapelve a közös, elméleti „nagyelőadás” fontosságának hangsúlyozása volt. Hazai orvosképzésünk ezen alapelvekből nagyon sokat átvett és csak az utóbbi években mutatkozott meg a tendencia a kiscsoportos és gyakorlatibb oktatási elemek előtérbe hozására. Az elméleti nagyelőadásnak is megvan a maga értéke és létjogosultsága, továbbá nagyon ökonomikus is, hogy a jó előadókészségű, gazdag tapasztalatokkal rendelkező professor közvetlenül adhassa át tudását hallgatóságának. Mégis új oktatási rendszerünkben az elméleti előadások, ill. gyakorlatok és kiscsoportos megbeszélések viszonyát 40 : 60% arányban állapítottuk meg. Az alaptárgyakban ez a mérési készség, valamint fizikai, kémiai és fiziológiai műszerhasználati technika alapos elsajátítását célozza, felsőbb években közvetlen betegség melletti, ill. higiénés és eü. szervezési, gyógyító, ill. megelőző orvosi tevékenységet. Ez utóbbi — ha megfelelő intenzitással és hatásokkal kívánjuk szervezni (továbbá a betegek psychés szempontjait is szem előtt tartjuk), legalább 10—15-ször annyi betegágyat igényel, mint a medikusok száma.

Hallgatóink új rendszerű gyakorlati oktatásának eredményes megszervezése céljából kénytelenek voltunk a régiókba eső megyei kórházak segítségét kérni. E helyen is köszönettel és elismeréssel kell szólnunk a régiókba tartozó megyei kórházak igazgatóságának és főorvosi, valamint orvosi karának készséges segítségéről. A szombathelyi, kaposvári, szekszárdi, baranyai és zalaegerszegi megyei kórházak mintegy oktató kórházak, segítenek egyetemünknek az intenzív, programozott és koordinált kórházi gyakorlatok lebonyolításában. Mint a részletes tantervi vázlat táblázatok mutatják, a IV., V. és VI. év folyamán hallgatóink minden félévben legalább 6 hetes kórházi gyakorlaton vesznek részt. Ilyenkor az évfolyamnak csak egyötöde dolgozik klinikáinkon, négyötöde a megyei kórházakban. Ez a megoldás lehetővé teszi, hogy hallgatóink széles skálájú, nagy beteganyagon és a betegek különösebb megterhelése nélkül szerezhessenek konkrét gyakorlati ismereteket. A gyakorlati tevékenységet a kórházak orvosi kara szemináriumszerű elméleti jellegű előadásokkal, ill. megbeszélésekkel irányítja. (Itt teszük a hallgatók a gyakorlati vizsgát is.) A megyei kórházakban végzett betegség melletti gyakorlatokhoz társul a társadalomorvostan gyakorlatainak rendszere is, mely a területi eü. szolgálat, üzemegezésügyi, járványtani és körzeti orvosi munkában való jártasság megszerzését biztosítja az orvosjelöltek számára.

A hallgatóknak a megyei kórházakban való gyakorlati munkája — a 3 éven keresztül való rendszeres visszatérés révén — számos emberi és érzelmi kapcsolatot épít ki hallgatóink és az illető megye orvosai és egészségügyi dolgozói — sőt lakossága között. Sokszor ezen jó kapcsolat eredményeként olyan elhatározásra jutnak hallgatóink, hogy tanulmányaik befejeztével szívesen helyezkednek el a kérdéses megyében. Ily módon segítséget tudunk nyújtani a megyék területi orvosellátottságának megjavításához.

6. Az 1. pontban röviden megemlítettük az új

integrált tárgy, a társadalomorvostan bevezetését. Az új tárgy részletes ismertetését adja *Tényi Jenő* (10) a Felsőoktatási Szemlében. Lényegében a megelőző és gyógyító tevékenység egységének szem előtt tartásával minden klinikai orvostani fejezettel összefüggésben annak társadalomorvostani vonatkozásait is megkapja a hallgató. Ez az új tárgy egyaránt integrált formában tartalmazza az eu. szervezés, a közegészségügyi-járványtani, igazságügyi orvostani, szociológiai, epidemiológiai ismereteket, de rendelkezik önálló — a klinikai orvostannal nem koordinálható — fejezetekkel is (I. tantervi vázlatok). A társadalomorvostan tanítása nagymértékben segíti a leendő orvosok szocialista orvosi szemléletének kialakulását, hiszen a medicina minden fontos kérdését a társadalmi politikai háttérrel való szoros összefüggésben tárgyalja, ily módon fokozza a nép egészségének megőrzése iránti kötelességtudatot és felelősségérzést. A társadalomorvostanra fordított órák száma az össz-óraszám 22 százalékát teszi ki.

7. Mint a 3. pontban említettük, témaorientált rendszerünknek oktatásmódszertani formája az *integrált oktatás*. Ez azt jelenti, hogy a medicina egy-egy fontos fejezetét egységes logikai felépítés alapján a különböző tanszékek legjobb specialistái, együttműködve adják elő. Az integrálás elvét azonban csak ott alkalmazzuk, ahol az logikailag természetes és valóban a téma belső összefüggéseiből következik. Maradtak olyan tárgyak, melyeket nem integrált formában adunk elő, pl. a klinikai tárgyak között fogászat, urológia, bőrgyógyászat, sexologia-venerologia stb.

Az egzakt tudományi diszciplínákat általában szintén nem integrált, hanem csak erősen koordinált formában adjuk elő (kémia, biofizika-biometria, ált. biológia), de az anatómiának és biokémiának is vannak „nem integrálható” részei. A III. évfolyamon a preklinikai tárgyak általános részeit szintén klasszikus módszerrel oktatjuk (3. táblázat, 3. évfolyam, I. félév), de a szervek struktúrájára és funkcióira vonatkozó részét (II. félév) már integrált

formában. Az integrált és nem integrált módszerrel oktatott tárgyak óraszám aránya 59 : 41.

Természetesen a tárgyaknak a belső logika alapján történő természetes integrálhatósága a témák sokszor egyenlőtlen fejlődése miatt állandó változásban van, ezért a tantervek kialakítása mindig különös gondot igényel.

8. Míg a legutóbbi oktatási rendszer szerint az előadás, gyakorlat, ill. a vizsga nem mindig voltak harmonikus összerendezettségben (6), addig rendszerünkben a blokkok integrált elméleti előadásai után sorra kerülő területi periódusban következik a kérdéskomplexum gyakorlati blokkja. Mindkét periódust elméleti teszt-vizsga, ill. gyakorlati egyéni vizsga egészíti ki, ill. fejez be. Régebben a fő klinikai tárgyakból egészen a szigorlóévekig nem volt halasztó hatályú vizsga, eszerint előfordulhatott, hogy hallgatók jutottak el a VI. évig anélkül, hogy a fő klinikai tárgyakból érvényes vizsgájuk lett volna. A jelenlegi rendszer, igaz, hogy nagyobb erőfeszítésre és tervszerű, folyamatos tanulásra kényszeríti a hallgatókat, azonban a fontosabb vizsgák írásbeli volta miatt kisebb psychés megterhelést okoz. A vizsgarendszer (a részletek tárgyalását itt most mellőzni kívánom) azt eredményezi, hogy ha egy hallgató az évközi munkáját rendesen elvégezte, az év végén lényegesen kisebb erőfeszítésre lesz szüksége és sokkal kisebb psychés megterhelésnek lesz kitéve.

#### IV. Részletes tantervi vázlatok

Táblázatokban ismertetjük az I—IV. évfolyam tantervi vázlatait, a blokkok, tárgyak óraszám és vizsgakötelezettség feltüntetésével. Talán nem érdektelen a magyar orvostársadalom számára, ha részletes bepillantást nyerhet az ismertetett általános alapelvek figyelembevételével kialakított tantervünkbe.

Az I. táblázat az első évfolyam tantervi vázlatát tartalmazza. Láthatóan ezen évfolyam oktatása még nem alkalmazza az integráció elvét, hanem csak nagy-

I. évfolyam tantervi vázlata

1. táblázat

T a n t á r g y	I. félév				II. félév			
	óraszám		össz.	vizsgaforma	óraszám		össz.	vizsgaforma
	elm. gyak.	—			elm.	gyak.		
Orvosi kémia .....	90	90	180	szigorlat	—	—	—	—
Bevezetés a társadalom orvostanba .....	30	15	45	beszámoló (jegymegajánlás)	—	—	—	—
Biofizika+biometria .....	45	60	105	beszámoló (jegymegajánlás)	34	51	85	szigorlat
Politikai gazdaságtan .....	30	15	45	beszámoló (jegymegajánlás)	17	17	34	szigorlat
Orosz nyelv .....	—	30	30	—	—	34	34	—
Testnevelés .....	—	30	30	—	—	34	34	—
Honvédelmi ismeretek .....	15	—	15	—	—	17	34	—
Orvosi biológia .....	—	—	—	—	51	85	136	szigorlat
Anatómia szövet- és fejlődéstan	—	—	—	—	30	101	136	beszámoló (jegymegállapítás)
Biokémia .....	—	—	—	—	17	—	17	beszámoló (jegymegállapítás)
<b>Összesen .....</b>	<b>210</b>	<b>240</b>	<b>450</b>		<b>149</b>	<b>339</b>	<b>510</b>	



T a n t á r g y	I. félév		II. félév	
	óraszám	vizsgaforma	óraszám	vizsgaforma
INTEGRÁLT anatómia — biokémia — élettan			INTEGRÁLT anatómia — biokémia — élettan	
I. Belső regulatio	15 (elméleti)		VI. Reprodukció	20
II. Energia-szolgáltatás	55 (elméleti)	(teszt ellenőrzés)	VII. Hormonális szabályozás	20 (teszt ellenőrz.)
III. Anyag szállítás	25 (elméleti)		VIII. Idegi szabályozás	76
IV. Gázcsere	10 (elméleti)		IX. Psycho-fiziológia	20
V. Kiválasztás	15 (elméleti)	(teszt ellenőrzés)	VI–IX. Gyakorlatok	238 KOMPLEX szigorlat
I–V. Gyakorlatok	210 (gyakorlati)		Integrált tárgyak	összesen 374
Integrált tárgyak		jegymegállapítás		34 beszámoló
összesen	330	beszámoló		34 jegymegállapítás
Filozófia	45	jegymegállapítás		34 szigorlat
Orosz nyelv	30	—		34 —
Testnevelés	30	—		17 —
Honvédelmi ismeretek	15	—		

mértékben koordinált formában adja az egzakt alaptudományi ismereteket. Azért választottuk ezt a megoldást, mert a középiskolából hozott természettudományos alapismeretek nivójának igen szórása esetleg eleve sikertelenségre ítéli a hallgatóságnak azt a részét (elsősorban alacsonyabb nivójú gimnáziumból jövők), amelyek nem rendelkeznek az integráció módszerében kiindulási alapként feltételezett ismeretanyaggal.

A táblázatból nem derül ki, ezért külön meg kell jegyezni, hogy az egész év oktatási menete szigorúan előre megszabott és minden elméleti szemináriumi és gyakorlati órán meghatározott program szerint zajlik le. A programot a hallgatók az év elején kézhez kapják.

További új vonások: a biofizika keretében egy féléven át 12 elméleti és 12 gyakorlati órában alapos biometria kurzust adunk.

A kémiát igen intenzív formában 1 féléven ke-

resztül adjuk le és már az első félév végén szigorlatot tesznek a hallgatók.

Az orvosi biológiát hasonlóképpen a II. félévben tanítjuk intenzív formában.

Az a tapasztalatunk, hogy a hallgatóinknak a tárgyakban való elmélyülését segíti az, hogy figyelmüket nem kell többfelé szétszórniuk, továbbá az év végén csak két nagyobb szakmai tárgyból kell egyszerre szigorlatozniuk.

Az első év folyamán anatómiából és biokémiából csak általános bevezető ismereteket adunk, melyek logikai erőszak nélkül nem integrálhatók a II. évfolyamban.

A hallgatók tanulmányi előmenetelének lemerésében a záró vizsga döntő jelentőségét kiküszöböltük, amennyiben az év közben írott tesztek eredménye, a gyakorlatokon és szemináriumokon mutatott teljesítmény együtteséből minden hallgatót a félév utolsó he-

## III. évfolyam tantervi vázlata

## 3. táblázat

T a n t á r g y illetve b l o k k	I. félév			II. félév			
	elm.	óraszám gyak.	vizsgaforma	t a n t á r g y, illetve b l o k k	elm.	óraszám gyak.	vizsgaforma
Mikrobiológia ....	60	60	szigorlat	Cardiovascularis	38	34	integrált teszt + gyak. vizsga
Ált. gyógyszerteran	52	52	szigorlat	Gastroenterologia	31	24	külön-külön integrált teszt + gyak. vizsga
Ált. kórbonctan	40	40	szigorlat	Haematologia	16	18	külön-külön integrált teszt. + gyak. vizsga
Ált. kórélettan	17	2	szigorlat	Nephrologia	26	20	külön-külön integrált teszt + gyak. vizsga
Radiologia	6	12	szorgalmi jegy	Endocrinologia	15	10	külön-külön integrált teszt + gyak. vizsga
Pulmonologia	36	28	integrált teszt	Propedeutika	8	40	külön-külön integrált teszt + gyak. vizsga
Filozófia	15	30	szigorlat	Elsősegélynyújtás — mentőszolgálat	24	80	külön-külön gyakorlati vizsga
				Etika	20	10	beszámoló
Összesen:	226	224		Összesen:	178	236	
Elmélet+gyakorlat	450			Elmélet+gyakorlat	414		

tében értékelünk és az értékelést nyilvánosságra hozzuk (jegymegajánlás). Amennyiben a hallgató az értékelést elfogadja, mentesül az I. félévet záró beszámolási kötelezettségtől. A II. félév végén megállapított jegyet a szóbeli vagy írásbeli szigorlat csak  $\pm 2$  jeggyel módosíthatja. Ily módon a hallgatók egyrészt év közben kényszerítve vannak a folyamatos tanulásra, másrészt kevésbé függenek a záróvizsga (beszámoló v. szigorlat) esetlegességétől.

A 2. táblázatban a második évfolyam tantervi vázlatát adjuk.

Világosan látszik, hogy itt már teljes integrációt valósítottunk meg. Az anatómia, élettan és biokémia anyagát 9 önálló témára bontottuk és ezeken belül a 3 tanszék képviselői meghatározott óraszámokban, egymás előadásaira építve fejtik ki az ismereteket.

Az oktatás integrált formájának megfelelően a vizsgákat is összevont írásbeli teszt, ill. essay módszerrel bonyolítjuk le, de az integrált elméleti vizsgát kiegészíti mindhárom tárgy különálló speciális gyakorlati vizsgája. A hallgató év végi minősítése itt is több komponensből tevődik össze, melyet jól definiált pontozásos rendszerbe foglaltunk: 1. az évközi tesztek eredménye, a gyakorlatokon mutatott aktivitás: 150 pont, 2. az év végi gyakorlati vizsgák: 150 pont; 3. az év végi integrált írásbeli szigorlat eredménye: 200 pont. Összesen maximálisan 500 pontot szerezhet a hallgató és az elégséges minősítés megszerzéséhez általában 275 pont elérése szükséges.

A kissé bonyolult kvalifikációs rendszer alkalmazása elég jól bevált — kisebb kezdeti nehézségektől és bizonytalanságoktól eltekintve — az oktatók és hallgatók nagyobbik fele jobbnak és eredményesebbnek találta, mint a régi rendszert.

A 2. év befejeztével a hallgatók 2 hetes ápolástani gyakorlatot végeznek, mintegy bevezetesként a 3. évfolyam preklinikai stúdiumaihoz.

A 3. táblázat a harmadik évfolyam tantervi vázlatát mutatja.

Ezen az évfolyamon az elmúlt 2 év tapasztalatai alapján egy új elképzelést dolgoztunk ki az évfolyam professzoraival, oktatóival és hallgatóival egyetértésben. A tananyag belső logikáját követve úgy határoztunk, hogy a preklinikum tárgyainak általános részét klasszikus tantárgyorientált formában, részletes — az egyes szervekre, ill. szervrendszerekre vonatkozó — fejezeteit pedig 6 blokkban témaorientáltan oktatjuk.

A számonkérés módszere mindig következetesen az előadás módszerének függvénye.

A propedeutika különállóan csak 8 elméleti és 40 gyakorlati órával rendelkezik, de a 6 blokk keretébe integrálva további 22 elméleti és 20 gyakorlati óra áll rendelkezésére.

A táblázatból nem tűnik ki továbbá, hogy a többi preklinikai tárgy milyen mértékben részesedik a blokkok előadásában, ezért itt külön megadjuk az elméleti és gyakorlati órák számát. Kórbonctan 41—42, kórélet-tan 38—20, gyógyszer-tan 18—8, radiológia 7—14.

Mint új tárgy szerepel az évfolyamon az általános sebészet, elsősegély és mentőszolgálat, összesen 104 órással.

Első pillanatra túlzottan megterhelőnek látszik a négy klinikai előkészítő tárgy egy év alatt való elvégzése. Szeretnénk hangsúlyozni, hogy e tárgyak kialakult teljes anyagát *egyáltalán nem* adjuk elő még az általános rész + a 6 blokkban együttvéve sem. E tárgyak igen jelentős részét a IV—VI. évfolyam integrált tárgyaiba építjük be. Lényegesen nagyobb mértékben csökkentjük — tudatos szervezéssel — a 3 évfolyam tananyagát, mint amennyivel az általános gyógyszer-tan és radiológia előrehozása megnövelné.

A 3. év utáni nyári szünetben egy hónap általános propedeutika-gyakorlat van és ennek befejeztével teszik le a hallgatók a tárgy gyakorlati vizsgáját.

A 4. táblázat mutatja a negyedik évfolyam integrált tantervét.

Tantárgy, illetve blokk	Óraszám			Vizsgaforma
	KOT	TOT	Össz.	
<b>I. félév,</b>				
Egyetemi periódus				
I. Fizikai-kémiai kórokok, fertőző betegségek	72	44	116	teszt
II. Allergia és anyagcsere	46	7	53	teszt
TOT I. Általános bevezetés				
TOT II. Metodikai problémák	—	31	31	teszt
Tudományos szocializmus	—	—	28	—
Honvédelmi ismeretek	—	—	8	—
<b>Összesen :</b>	<b>118</b>	<b>82</b>	<b>236</b>	
<b>Területi periódus (gyakorlatok)</b>				
I—II. blokk	216	36	252	gyakorlati vizsga
<b>Összesen :</b>	<b>334</b>	<b>118</b>	<b>488</b>	
<b>II. félév,</b>				
Egyetemi periódus				
III. Endokrinológia	70	—	70	teszt
IV. Szív és keringés	61	9	70	teszt
V. Légzés	44	13	57	teszt
TOT III.				
A megelőzés	—	—	14	teszt
Szülészeti-családtervezés	39	11	50	szigorlat a területi periódus végén
Ambulans és kis-sebészet	—	—	18	gyakorlati vizsga a területi periódus végén
Fül-orr-gége gyógy.	—	—	11	gyakorlati vizsga a területi periódus végén
Fogászat	—	—	10	gyakorlati vizsga a területi periódus végén
Tudományos szocializmus	—	—	30	gyakorlati vizsga a területi periódus végén
Honvédelmi ismeretek	—	—	15	beszámoló
<b>Összesen :</b>	<b>214</b>	<b>33</b>	<b>345</b>	
<b>Területi periódus</b>				
Szülészeti-családtervezés gyakorlat	50	6	56	szigorlat
Sebészet	—	—	36	gyakorlati vizsga
Fül-orr-gége gyógyászat	—	—	30	gyakorlati vizsga
Fogászat	—	—	12	gyakorlati vizsga
<b>Összesen :</b>	<b>50</b>	<b>6</b>	<b>104</b>	
<b>II. félév</b>	<b>264</b>	<b>39</b>	<b>449</b>	

Ezen évfolyam tantervében — az eddig ismert külföldi próbálkozásoknál merészebben — megpróbáltuk a klinikai tárgyakat is témacentrikusan integrálni. Az így létrehozott ún. blokkokon belül (pusztán szervezeti okokból), elkülönítettük a klinikai orvostant (KOT), ill. a társadalomorvostan (TOT), ezen felül néhány „nem integrálható” disciplínát önállóan tárgyalunk. Az integrált—nem integrált anyagrészek aránya 80 : 20%. Az integrálásnak ilyen mértéke pontos tervezést, szervezést és lebonyolítási fegyelmet igényel.

IV. évfolyam I. sz. blokk részletezése

5. táblázat

Tantárgy	Tantárgyi elemek óraszám	Vizsgaforma	
FIZIKAI-KÉMIAI KÓROKOK; FERTŐZŐ BETEGSÉGEK Klinikai orvostan	Belgyógyászat	4	
	Fertőző betegségek	23	
	Gyermekgyógyászat	7	
	Gyermekgyógy.-fertőző	6	
	Bőrgyógyászat	7	
	Szemészet	3	
	Mikrobiológia	12	
	Ideggyógyászat	6	
	Gyógyszertan	3	
	Konzultáció	1	
	KOT	Összesen: 72	Blokkzáró teszt
	Társadalom orvostan	Közegészségtan	26
Igazságügyi orvostan		10	
Eü. szervezéstán		3	
Szociológia		1	
Etika		1	
Egészségnevelés		2	
Konzultáció		1	
TOT		Összesen: 44	Blokkzáró teszt

A feladat bonyolultságának jellemzésére bemutatom az 5. táblázatot, mely a negyedik évfolyam I. sz. blokkjának részletezését adja. A blokk KOT része 72 órát tartalmaz, melynek előadásában 9 klinika, ill. önálló osztály vesz részt.

A területi periódus alatt a hallgatók kb. 40-es csoportjai más-más megyei kórházban (ill. 1 csoport az egyetemi klinikákon) végzik intenzív KOT, TOT, ill. a nem integrálható tárgyak gyakorlatait. Az elméleti blokkok lezárásakor a hallgatók írásbeli teszt formájában, a gyakorlati periódusok végén gyakorlati vizsgán adnak számot tudásukról.

A 4. évfolyam végén teszik le a szülészeti szigorlatot.

A 6. táblázatban az ötödik évfolyam tantervét foglaltuk össze. Alapelveiben hasonló a negyedik évfolyam tanmenetéhez, csak az integrálás foka még magasabb (94%). A megyei kórházak reális adottságaihoz való alkalmazkodás érdekében ezt az évet területi gyakorlattal kezdjük és az I. félév 2. felében van az egyetemi periódus.

Az ötödik évfolyam új oktatási rendszere csak az év szeptemberében indult meg először, ezzel kapcsolatosan még nem rendelkezünk elegendő tapasztalattal.

V. évfolyam tantervi vázlata

6. táblázat

Tantárgy, illetve blokk	Óraszám			Vizsgaforma
	KOT	TOT	Össz.	
I. félév, Területi periódus				
Endokrinológia	120	—	120	Gyakorlati vizsga
Szív- és keringés	68	8	76	gyakorlati vizsga
Légzés	112	18	130	gyakorlati vizsga
Összesen:	300	26	326	
Egyetemi periódus				
VI. Gyomorbélrendszer	57	4	61	Teszt
VII. Máj-epe-pancreas	38	2	40	Teszt
TOT IV. A gyógyító megelőző ellátás menete	—	17	17	Teszt
VIII. Onkológia	23	8	31	Teszt
Tudományos szocializmus	—	—	30	Szigorlat
Összesen:	118	31	179	
II. félév, Egyetemi periódus				
IX. Neurologia	46	—	46	Teszt
Receptura	15	—	15	Gyakorlati vizsga
X. Pszichiatria	30	20	50	Szigorlat
XI. Neonatológia	27	18	45	Szigorlat
Honvédelmi ismeretek	—	—	20	
Összesen:	118	38	176	
Területi periódus				
VI—XI. blokk gyakorlatai	264	24	288	Gyakorlati vizsga
I—II. félév együtt:	800	119	969	

Az évfolyam végén 1 hónapos területi gyakorlat van. A körzeti orvosi munka megismerése céljából a legjobb körzeti orvosok mellé tervezzük beosztani a hallgatókat.

A 7. táblázat a VI. évfolyam tantervét ábrázolja, amelyben a legnagyobb változás az, hogy az egyéves kórházi gyakorló év (cselédkönyvezés) helyett az első félévben a 4. és 5. évhez hasonló integrált oktatás folyik, területi gyakorlatokkal. Ez az elrendezés érthető, hiszen a legfontosabb, betegség melletti gyakorlati ismeretek megszerzése az előző években is mintegy felét tette ki a stúdiumoknak.

A II. félév nagy részét 3 hónapi szabadon választható, bármely klinikai szak vagy betegellátó intézményben eltölthető gyakorlat tölti ki. Befejezésül néhány áttekintő előadásban a legfontosabb összefüggések megtárgyalása, az időközben keletkezett új eredmények ismertetése történik azért, hogy teljessé tegyük a közvetlen végzés előtt álló orvosok egészségügyi szemléletét.

A 6 éves oktatás államvizsga letételével fejeződik be, melynek két része van: klinikai orvostan- és társadalomorvostan. A klinikai orvostan államvizsga két fő részből áll:

Tantárgy illetve blokk	Óraszám			Vizsgaforma
	KOT	TOT	Össz.	
<b>I. félév,</b> Egyetemi periódus				
Vesebetegségek	49	6	55	Teszt
Urológia	15	—	15	Gyakorlati vizsga
Szemészet	15	—	15	Gyakorlati vizsga
Társadalmi orvostan V. eü. irányítás, tervezés, vezetés	—	15	15	
Haematológia	58	5	63	Teszt
Ortopédia és traumatológia	39	—	39	Gyakorlati vizsga
Bőrgyógy-szex- venerológia	23	—	23	Gyakorlati vizsga
<b>Összesen:</b>	<b>199</b>	<b>26</b>	<b>225</b>	
Területi periódus				
Vese+haematológia	144	—	144	Gyakorlati vizsga
Urológia	24	—	24	Gyakorlati vizsga
Szemészet	12	—	12	Gyakorlati vizsga
TOT klinikai szociológia mentőszolgálat	—	18	18	
Orthopedia, traumatológia	48	—	48	Gyakorlati vizsga
Bőrgyógy-szex- venerológia	12	—	12	Gyakorlati vizsga
Nemibeteg gondozó, egészs. nevelés, eü. igazg.	—	18	18	Gyakorlati vizsga
<b>Összesen:</b>	<b>240</b>	<b>36</b>	<b>276</b>	
<b>II. félév.</b> KÖTELEZŐEN VÁLASZTHATÓ 3 HÓNAPOS GYAKORLAT	Bármely önálló klinikai szak; Mentőápolás; KÖJÁL; Prosectura; Klinikai-kémiai labor; Gondozó Intézetek Megyei Eü. Nevelési Csopt.			450

**DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI  
ÁTTEKINTÉS, ÖSSZEFOGLALÓ  
ELŐADÁSOK, KERESZTAL KONFERENCIÁK 45**

a) elméleti vizsga a IV—VI. év anyagának, az általános orvosi gyakorlat számára alapvető fő kérdéseiből írásbeli formájában;

b) gyakorlati vizsga. Egy belgyógyászati és egy, a többi klinikai tárgyból kisorsolt beteg vizsgálata.

A társadalomorvostan államvizsga szintén két részből tevődik össze:

a) a már említett szakdolgozat (államvizsga dolgozat) téziseinek megvédése;

b) a társadalomorvostan alapvető ismeretei, teszt formában.

A teljes 6 éves tanterv mindenegyes (sokszor fontos) részlete természetesen kimaradt az ismertetésből, mégis remélem, hogy ezek hiányában is sikerült áttekintést adni az új oktatási rendszer lényegéről.

**V. Az új oktatási rendszer feltételeinek biztosítása**

Az évtizedeken keresztül tartó „permanens” orvosképzési reform egyes kis lépéseinek kétes sikere, valamint a nemzetközi törekvések áttekintése alapján, az Eü. Minisztériummal egyetértésben, arra a következtetésre jutottunk, hogy csak akkor van értelme az új orvosképzés rendszere megteremtésének útján elindulni, ha egyszerre, gyökeres alapvető változtatással kezdjük a munkát. Kétségtelen, hogy egyetemünk külső feltételei relatíve jók voltak, az induláskor is, de az összes szükséges feltétel közül még nagyon sok hiányzott. Mindezek ellenére — hasonlóképpen a tsz-szervezéshez — belevágtunk a nehéz vállalkozásba. Akkor is láttuk, hogy az orvosképzés új rendszerének kidolgozása kb. tízéves munkát igényel, mégis egyszerre két évfolyamon indultunk, az 1. és 3. évben, elsősorban azért, hogy a kísérlet eredményeit minél előbb megláthassuk és a többi egyetem minél előbb hasznosíthassa tapasztalatainkat. Professzoraink, oktatóink és az ifjúság vállalva fáradozott a reform lehető legjobb kialakításán. Mindaddig oktatóink és diákjaink közül nagyon soknak az áldozatkész többletmunkája pótolta a hiányzó feltételeket.

A 2 éves munka folyamán kiderült, hogy még a pécsi elméleti tömbben sincs elég gyakorlatozó és szemináriumi terem a megnövekedett számú kiscsoportos gyakorlatok és foglalkozások lebonyolítására. Órarendi trükkökkel ezt egy ideig meg lehet oldani, de csak úgy, hogy hallgatóink vállalták a délutáni gyakorlatokat és szemináriumokat.

Az új tananyag kidolgozása, előkészítése és sokszorosítása szinte megoldhatatlannak látszó többletmunkát rótt oktatóink egyes csoportjaira, mégis biztosítottuk, hogy hallgatóink az integrált tárgyak bázisanyagait (az előadás 5—6 oldalas kivonatát) rendszeresen kézhez kapták. Az országos jegyzetellátó szolgálat átfutási ideje olyan nagy, hogy annak igénybevétele nem jöhetett szóba, ezért a jegyzeteket házi sokszorosító üzemünkben állítottuk elő dolgozóink önzetlen túlórái segítségével. (Arról a többletfeladatról még nem is kívánok említést tenni, amit a bázisanyagok integrált jegyzet, ill. könyv formában való elkészítése fog jelenteni.)

Az oktatói létszám a súlyponti tárgyak tanszékein kevésnek bizonyult és a jelen oktatói normák, ill. állásbetöltést korlátozó intézkedések nagymértékben nehezítik a munkát. Igen nagy segítség volt az oktatásmódszertani és didaktikai csoport engedélyezése, mely 6 fős létszámmal működik, azonban e csoport munkájának eredményei most még nem segítik közvetlenül oktatásunkat, ezek inkább a jövőben fogják éreztetni hatásukat.

Az Egészségügyi Minisztérium kezdettől fogva megkülönböztetett figyelemmel kísérte munkánkat, de többszöri intervenciónk ellenére létszámproblémáinkban — egyéb, más vonatkozású elvi döntések miatt — sajnálatunkra kevés támogatást tudott nyújtani. Lehet, hogy mi sem tudtuk hatékonyan exponálni létszámproblémáinkat mindmáig, és túl sokat vetettünk be belső tartalékainkból, melyek most már kimerülőben vannak. Hangsúlyozni kívánom, hogy egy új oktatási rendszer kialakításához

szükséges oktatói kapacitás legalább másfélszerese a már kidolgozott oktatási rendszer megszokott lebonyolításához szükségesnek.\* Azt hiszem, rendkívüli feladatok esetében nem volna szabad a régi, megszokott oktatási létszámnormákhoz ragaszkodnunk.

Még nagyobbak gondjaink a klinikai oktatás területén. Egyrészt egyetemünk 1300 klinikai ágyából mintegy 500 olyan állapotban van, mely a pár évtizeddel ezelőtti ideiglenes elhelyezéskor is mélyen alatta volt az átlagos kórházi színvonalnak. Másrészt számos probléma vetődött fel az oktatókórházak igénybevételével kapcsolatosan is. E helyen is szeretném hangsúlyozni a nekünk segítséget nyújtó megyei kórházak vezetőinek, az összes kollégának, a megyei párt- és állami szerveknek lelkes, önzetlen és igen sok többletmunkát igénylő segítségét, de sajnálatosan ezen többletmunka ellenszolgáltatásaként mindeddig nagyon keveset tudunk adni oktatókórházainknak. Reméljük azonban, hogy a jelenleg kidolgozás alatt álló kórházi típusműködési szabályzat külön fejezetben fog foglalkozni az oktatókórházak jogi helyzetével és hamarosan rendeződik a kérdés.

Hangsúlyozni szeretném, hogy egyetemünk oktatókollektívája, párt- és állami vezetése az ifjúsággal és az ifjúsági szervezettel karöltve legfontosabb feladatának tekinti az orvosképzés új rendszerének kidolgozását, függetlenül a külső anyagi és személyi támogatástól, de nem hallgatható el, hogy a kedvezőtlen külső körülmények fékezik a munka lendületét, csökkentik határfokát és feleslegesen elnyújtják, ill. lassítják a „nagy kísérlet” kiértékelésének lehetőségét.

#### VI. Az új oktatási rendszer eredményességének vizsgálata

Minden oktatási rendszer értéke és eredménye annak a társadalom szempontjából való hasznosságával mérhető le. Hogy az új rendszerrel képzett orvosok eredményesebben fogják-e segíteni népünk egészségének megőrzését, az legjobb esetben is csak kb. 5 év múlva lesz lemérhető véglegesen. Vannak azonban olyan rövidebb távon használható értékelési módszerek, melyek elég pontossággal tudnak az új oktatási formáról értéktételeket mondani. Ilyen irányú tudományos igényű felmérő munkát elkezdünk. A régi oktatási rendszer összehasonlító szintjének rögzítése céljából, a tavasz folyamán a még régi rendszerben tanuló V. évfolyamot teszteltük le. Már e tanév végén le tudjuk majd bonyolítani az ez évi V. évesekkel az összehasonlító felmérést.

Ezen objektívebb értékelési módok mellett nem elhanyagolható oktatóink, kórházi főorvosaink benyomásainak összegezése. Különösen a kórházi kollégák tapasztalata volt az elmúlt IV. évfolyam felkészültségével kapcsolatosan igen pozitív. Szerintük soha ilyen jól felkészült medikusgárdával nem találkoztak.

Mindenesetre továbbra is keresnünk kell az értékelés módozatait és ebben a testvér orvosegye-

temek segítségét is szeretnénk figyelembe venni. Az Eü. Min. oktatási kollégiuma — nagy örömmel — ez év őszén tűzi napirendre rendszerünknek, a többi egyetem szakemberei részvételével történő, alapos megvitatását.

Az új oktatási rendszer értékeléséről szólva szeretném megemlíteni a Science-ben S. Goldhaber által írt cikket (3), mely a Harvard Egyetem részben integrált orvosképzéséről alkot meglehetősen negatív véleményt. Bátorodom azért is véleményt nyilvánítani e kérdésben, mert az 1964—65-ös tanévet a Harvard Med. School Biofizikai Laboratóriumában dolgozván, magam is jól megismertem rendszerüket. Goldhaber egyik legdöntőbb érve az integrált oktatási forma ellen az, hogy bevezetésének következményeként a Harvard-hallgatóknak a „National Board” vizsgáin elért eredménye a korábbi évekéhez viszonyítva romlott. Nem kívánom itt a Harvard egyetemi reformot értékelni, de elvileg helytelennek tartok bármiféle következtetést levonni az integrált rendszer eredményességéről, ha azt nem témacentrikus vizsgáztatással, hanem a klasszikus tantárgycentrikus vizsgáztatással próbálták lemérni. Mint a sok évtizedes tapasztalat mutatja, az eminens eredményt elért hallgatók még kutatóként sem produkáltak mindig többet, mint a jók vagy közepesek, különösen nem szoros a korreláció az általános orvosok vizsgaeredményei és az életben való eredményes helytállásuk között. Csak arra szeretném a figyelmet felhívni, hogy a vizsga és az élet követelményének egymáshoz való — minél nagyobb fokú — közelítése a vizsgáztatási és értékelési rendszerünk megalkotásának döntő feladata. A helytelen értékelési módszer használhatatlanná tudja tenni a legértékesebb kísérletet is.

#### VII. Az új oktatási rendszer és a tudományos diákköri munka

Kétségtelen tény, hogy az új, a hallgatóktól a réginel sokkal intenzívebb munkát igénylő integrált oktatási rendszer nem kedvez a tudományos szárnypróbálgatásoknak, az intézetekben végzendő tudományos kutatómunkának.

Ez a megoldatlan kérdés joggal vethető fel úgy, mint az oktatási rendszer egyik negatívuma. A kérdés lehető legjobb megoldásának tanulmányozása folyamatban van egyetemünkön, mégis szeretnénk néhány gondolatot ezzel kapcsolatosan kifejtetni.

Mint — Antoni cikkét kommentálva — megemlítettem, hazánkban nem megoldott a hivatásos orvoskutató-képzés. A legutóbbi évekig nálunk a medikusok legjobbjaiból a diákköri tevékenység alatt nőttek ki legjobb orvoskutatók. Ezek a kiváló képességű medikusok rendkívül nagy többletmunkával, sok esetben autodidakta módon sajátították el az eredményes kutatáshoz szükséges alapismereket. Az ilyen elmélyült munkához igen sok időre van szükség. A régi oktatási rendszerben a legkiválóbb hallgató-kutatójelöltek nyugodtan dolgozhattak év közben az intézetben vagy klinikán, hiszen éppen kiemelkedő képességük lehetővé tette, hogy a félév végén pár hét alatt jól felkészüljenek a vizsgáikra. Az új rendszer évközi tesztjei ezt a megoldást most rendkívüli módon megnehezítik.

\* A másfélszeres kapacitás-igényt az oktatókórházakkal együtt és kizárólag a kidolgozási fázisra vonatkozólag értjük.

A tud. diákköri tagok nagyobbik része nem fordított túl nagy energiát a tudományos munkára, heti pár órában dolgozva szerzett egy kis jártasságot a tud. irodalom tanulmányozásában, kisebb kísérletes részfeladatot elvégzett, kazuisztikát elkészített stb.

Míg a végleges megoldást megtaláljuk, a TDK problematika megoldására javaslom az említett két csoportot külön kezelni.

Azon kiemelkedő tehetségű kutatójelöltek számára, akik már értékes kezdeti eredményeket produkáltak, kivételes mentességet kell adni a tanulmányi kötelezettségek egy meghatározott része alól. Számukra mintegy egyéni tantervet kell engedélyezni. A velük való különleges bánásmódot a magyar orvosi kutatás jövője érdekében meg kell tenni és fenn kell tartani mindaddig, amíg a kutató-orvos-képzés valamiféle rendszere kidolgozást nyer. Az ilyen tudósjelöltek számaránya nem nagyobb, mint a hallgatók 2–5%-a.

A kevésbé intenzív és kevésbé eredményes munkát végző tud. diákköri tagok számára egyéni elbírálás alapján kisebb kedvezményeket lehet adni, de az évközi vizsgakötelezettségeknek rendszeresen eleget kell tenniük.

Fel kívánom hívni a figyelmet arra a körülményre, hogy rendszerünk szerint minden egyes hallgatónak kötelessége az utolsó két év alatt egy önálló szakdolgozat elkészítése, ily módon bizonyos kezdő szintű tudományos tevékenységet minden hallgatótól elvárunk. Ily módon lesz olyan nem TDK-tag hallgató, aki értékesebb szakdolgozatot ír, mint a formailag TDK-tag, de ott subintenzív tud.

munkát végző társa. Eszerint gyakran el fog mosódni a határ a két utóbbi csoport képviselői között.

\*

Értekezésemben bemutatni kívántam a Pécsi Orvostudományi Egyetemen folyó új oktatási rendszer legfontosabb jellemzőit. Megpróbáltam a pozitívumokat, nehézségeket, aggályokat és negatívumokat is tárgyilagosan vázolni. Szeretném, ha a témával foglalkozó igen tisztelt kollégák segítő bírálaikkal támogatnák törekvéseinket.

Befejezésül szeretném ismételn hangsúlyozni, hogy legyen akár sikeres, akár eredménytelen próbálkozásunk, azt a lehetőséget, hogy egyáltalán felvethettük egy ilyen nagy vállalkozás kidolgozásának programját, elsődlegesen hazánk — közel 30 év előtti — felszabadulása tette lehetővé. Egyetemünk professzorai, oktatói és hallgatói ennek tudatában fáradoznak legjobb tudásuk szerint, erejüket nem kímélve. Tudják, hogy tevékenységükkel a nagy múltú magyar orvostudomány jövőjének egyik legfontosabb pillérét építik.

IRODALOM: 1. *Antoni F.*: Orv. Hetil. 1974, 115, 723. — 2. *Farádi L., Lukáts J.*: Felsőoktatási Szemle. 1972, 21, 193. — 3. *Goldhaber, S. L.*: Science. 1973, 181, 1027. — 4. *Ham, T. H.*: New Engl. J. Med. 1963, 267, 868. és 916. — 5. *Hultin, H.*: Studies on the Training of Medical Students in Public Health, Strasbourg, 1972. — 6. *Jávor T.*: Felsőoktatási Szemle. 1974, 23, 265. — 7. *Lavrova, Kosztyienko*: Szov. Zdravoo. 1974. 3. sz. 58. — 8. *Petrov*: Zdrav. Rossz. Fed. 1965, 1, 28. — 9. *Szentágothai J.*: Felsőoktatási Szemle. 1970, 19, 65. — 10. *Tényi J.*: Felsőoktatási Szemle. 1973, 22, 659. — 11. *Tigyi A.*: Felsőoktatási Szemle. 1971, 20, 506. — 12. *World Medical Association*: Fourth World Conference on Medical Education, Copenhagen, 1972.

---

*„Nem ajánlhatjuk a tanulóknak, hogy előbb kizárólag csak elméleti ismereteket gyűjtsenek s aztán ezekre építsék a gyakorlatiakat; ez elavult (scholasticus) modor, mely az étellel és az életrevaló tanulással merőben ellenkezik. Egyesítések az elméletet gyakorlattal, mint az életben van és látogassák, ha orvosokká készülnek, mihelyt lehet a kórodákat; tegyenek a beteg körül mindent, mit orvosnak értenie, tudnia kell.”*

*Markusovszky Lajos*

*„Az emberi tudatlanság nem marad el a tudománytól, hanem éppen úgy és lélegzetelállítóan növekszik, mint az.”*

*Stanislaw Jerzy Lec*

# Sandosten<sup>R</sup>-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. Gyermeknek 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. Gyermeknek 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 $\downarrow$ oralis calciumtherapia

### ÖSSZETÉTEL:

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

### JAVALLATOK:

A magas dozizálású, oralis, 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 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





Semmelweis Orvostudományi Egyetem,  
I. Gyermekklinika (igazgató: Gerlóczy Ferenc dr.)  
és Radiológiai Klinika (igazgató: Zsebők Zoltán dr.)

## Kövér gyermekek cukoranyagcseréje

Barta Lajos dr., Esztergályos János dr.  
és Szolnoki Judit dr.

Kövérség esetén gyakori a glucose terhelést követő magas, elhúzódó vércukorgörbe és ezt rendszerint magas vérinsulinszint kíséri (1, 2). Amennyiben diabeteses terheltség nem áll fenn, az anyagcsere ezen sajátossága szoros kapcsolatban van az elhízással (3). Az elhízásos állapot megszűnésével a szénhidrát-anyagcsere rendeződik (4).

Vizsgálataink során két kérdésre kerestünk választ:

1. Gyermekkori kövérségben a terheléses vércukorgörbe milyen gyakran kóros?
2. Milyen összefüggés van a vércukor és a vérinsulinszintjének változása között?

Beteganyagunkban külön csoportosítottuk azokat a gyermekeket, akiknek családjában előfordult diabetes, mert feltételeztük, hogy ezek között a diabeteses megbetegedésre való hajlam gyakoribb, mint azok között, akik családjában az anamnesis szerint diabeteses megbetegedés nem volt.

### Beteganyag és módszer

32 beteg — 16 fiú és 16 leány — adatait dolgoztuk fel. Életkoruk 5—15 év között változott. A testhosszhoz viszonyított súly minden esetben 97 percentil felett volt. A testsúly átlagértéke 52 százalékkal haladta meg a testhossz alapján várható középpértéket.

A kövérség fennállásának időtartama szerint anyagunkat két csoportra osztottuk: 2—5 évig, 5 éven túl. Mindkét csoportban tizenhat esetünk van. A családi adatok gondos felvétele szerint 9 gyermek rokonai között fordult elő diabetes, 2—2 esetben testvér vagy egyik szülő, két esetben mind apai, mind anyai ágon és 3 esetben felmenő vagy oldalágon (nagy szülő, nagybácsi, nagynéni).

A terhelés adagja 1,75 g glucose testsúlykilogrammonként. A vér glucose- és insulinszintjének meghatározása éhomi, majd 60, 120, 180 perccel a cukorbevitel után történt. A vércukor meghatározását capillaris vérből ortotoluidin módszerrel, az insulint meghatározását a Morgan és Lazarow (5), valamint Hales és Randle (6) által leírt kettős antitest szétválasztási methodikát alkalmazó amershami „Insulin radioimmunoassay Kit” felhasználásával végeztük.

Yalow és Berson (7, 8) szerint az éhomi insulin-

Kövérség időtartama	Vércukorgörbe			Insulingörbe	
	normál	enyhén kóros	kóros	normál	kóros
2—5 év . . . . .	3	7	1	2	9
5 év felett . . .	3	4	5	—	12

szint normál értékének szélső határai 0—66 microegység/milliliter ( $\mu\text{E/ml}$ ), 70 kg-os felnőtteken 100 gramm per os glucose terhelés után 60 és 120 perccel a normál értékek:  $139 \pm 14$ , (18—342);  $106 \pm 10$  (21—233). Guthrie és mtsai (9) 40 egészséges gyermek terheléses insulin vizsgálata alapján a következő értékhatárokat adják meg: éhomi 0—42  $\mu\text{E/ml}$ ; 60 perc 60—105  $\mu\text{E/ml}$ , 120 perc 20—89  $\mu\text{E/ml}$ ; 180 perc 0—80  $\mu\text{E/ml}$ . Meghatározták 200 egészséges gyermek vizsgálata alapján a terheléses vércukorgörbe normál értékeit, illetve azok szórását 3—97 percentiles tartományban.

Az éhomi érték 111—56, 60 perces 172—66, a 120 perces 140—64, a 180 perces 120—48  $\text{mg}\%$  között volt.

A vércukorgörbét önkényesen akkor vettük kórosnak, ha a 60—120—180 perces értékek közül — Guthrie és mtsai adataihoz viszonyítva — legalább kettő meghaladta a 97 percentilt. Enyhén kóros, ha két érték magasabb, mint 90 percentil. A terheléses insulingörbét kórosnak tartjuk, ha a 60. perc után az insulinszint emelkedő tendenciát mutat, illetve a legmagasabb érték meghaladja a 100  $\mu\text{E/ml}$  értéket.

### Eredmények

A vizsgálatok első csoportjában olyan kövér gyermekek terheléses vércukor- és insulingörbéi sajátosságait ismertettük (1. táblázat), kiknek családjában diabetes nem fordult elő (23 eset).

A vizsgálatok második csoportjában olyan kövér gyermekek terheléses vércukor- és insulingörbéi sajátosságait ismertettük (2. táblázat), kiknek családjában előfordult diabetes (9 eset).

Ezek az esetek a viszonylag alacsony szám miatt nem bonthatók két csoportra a kövérség fennállásának időtartama szerint.

Egy esetben olyan mérvű rendellenességet tapasztaltunk az insulingörbe lefutásában, hogy azt a fenti csoportosításba beilleszteni nem tudtuk.

Kiindulási érték 270  $\mu\text{E/ml}$  volt és a terhelés folyamán emelkedés nélkül 100  $\mu\text{E/ml}$  esést észleltünk.

A vércukor- és insulingörbék lefutását 3 táblázatban (3., 4., 5. táblázat) mutatjuk be. A harmadik táblázat olyan kövér gyermekek adatait tartalmazza — bontva a kövérség időtartama szerint —, akik anamnesise nem utal diabetes családi előfordulására. Ezekben az esetekben emelkedett insulinérékeket kaptunk, mely emelkedés mértéke össz-

2. táblázat

Vércukor-görbe			Insulin-görbe	
normál	enyhén kóros	kóros	normál	kóros
1	4	4	3	5

3. táblázat

Terhelés utáni változások megoszlása a kövérség időtartamától függően (a családban diabetes nem fordult elő)

Esetek száma	Kövér ség tartama	Vércukorszint-változás mg %-ban			
		éhezési	60'	120'	180'
11	2-5 év	92±5	147±6	130±5	113±4
12	5 évnél hosszabb	101±8	156±13	132±12	118±9
Inzulinszint-változás micro E/ml-ben					
11	2-5 év	40±7	152±29	164±15	111±25
12	5 évnél hosszabb	58±7	248±15	192±19	184±24

szefüggést mutatott a kövérség időtartamával. Rövidebb fennállás — 2-től 5 év — esetén az emelkedés kisebb mérvű volt.

A negyedik táblázatban ugyanezeketől a kövér gyermekektől nyert adatokat a vércukorgörbe le-

4. táblázat

Terhelés utáni változások sajátosságai a minősítéstől függően

Esetek száma	Vércukorgörbék minősítése	Vércukorszint-változás mg %-ban			
		éhezési	60'	120'	180'
6	Normál	88±5	117±6	103±4	101±2
11	Enyhén kóros	105±5	155±9	127±4	113±5
6	Kóros	92±7	176±4	161±10	134±12
Inzulinszint-változás micro E/ml-ben					
6	Normál	54±12	165±47	140±40	160±30
11	Enyhén hóros	44±9	169±25	146±23	110±20
6	Kóros	67±9	273±14	248±39	223±39

futása szerint csoportosítottuk, és azt találtuk, hogy a kóros vércukorgörbe — a másik két csoporthoz képest — emelkedett insulinszinttel társul.

Végül az ötödik táblázatunkban azoknak a kövéreknek a vércukor-, illetve insulingörbét mutatjuk be, akiknek családjában diabetes előfordult. Összehasonlításképpen feltüntetjük a másik csoport összesített értékeit is. Ezen adatok szerint a vércukorgörbék lefutásában jelentős eltérés nincs.

5. táblázat

Terhelés utáni változások sajátosságai a diabetes családi előfordulásától függően

Esetek száma	Diabetes a családban	Vércukorszint-változás mg %-ban			
		éhezési	60'	120'	180'
9	Előfordult	86±13	171±27	149±9	123±7
23	Nem fordult elő	97±6	152±8	131±7	115±6
Inzulinszint-változás micro E/ml-ben					
8	Előfordult	50±7	118±33	160±34	128±42
23	Nem fordult elő	49±7	200±22	178±17	147±24

Az olyan kövérek csoportjában azonban, akiknek családjában diabetes előfordulása kimutatható volt, az insulingörbe laposabb — az emelkedés a hatvanadik percben jelentősen kisebb — és elhúzódozó tendenciát mutat. A kövér gyermekek éhomi insulinszintje a normál érték felső határa felé tolódott.

### Megbeszélés

A kövér gyermekek túlnyomó többségében glucose-terhelés után rendellenes lefutású vércukorgörbét észleltünk. Úgy látszik, hogy azokban az esetekben, amelyekben diabeteses megbetegedés a családban nem fordult elő, az insulinszint emelkedettsége érzékenyebb jelzője a kóros anyagcsere-állapotnak, mint a vércukorgörbe rendellenes lefutása.

Eredményeink tanúsága szerint a kövérséget — már rövid fennállás után — a glucose-terhelést követő magas insulinszint jellemzi. Minél régebbi keltű a kövérség, annál jelentősebb az insulin-secretio fokozódása. Észleléseink szerint normál vércukorgörbe esetében is előfordul az insulinszint kóros emelkedése.

A kövér gyermek a normál vércukorgörbe fenntartásához is feltehetően több insulint igényel, mint az egészséges. A cukorfelhasználás gátoltságát a szervezet fokozott insulintermeléssel ellensúlyozza, amely körülmény azonban nem egyedülálló, hiszen ismerünk más diabetogen hatást is, amelyet a betegek többsége compensálni tud. Akromegáliában pl. a contrainsularis hatás ellenére csupán a betegek egyötöde válik diabetesessé, talán összefüggésben azzal, hogy a lakosságnak egyötöde diabeteses génhordozó.

Más a helyzet az olyan kövérek esetében, akiknek családjában diabetes előfordult. Ezeknél a jelentős vércukor-emelkedést is viszonylag lapos insulingörbe kíséri. Hasonló tapasztalatokról számol be Drash (4), aki azokban a kövér gyermekekben, akikben — a meredek lefutású vércukorgörbe miatt — kémiai diabetet tételezett fel, viszonylag alacsonyabb insulinszintet talált.

A juvenilis diabetes állapotra a csökkent insulinscretio, illetve az insulinválasztás teljes megszűnése jellemző. Cerasi és Luft (10) adatai szerint már a praediabeteses állapotra is jellemző a vércukor-emelkedésre adott csökkent insulinválasz. A praediabeteses állapot megállapítása igen fontos a diabetes esetleges megelőzése szempontjából.

Észleléseink szerint elhízott gyermekekben — glucose-terhelés után — a vártól gyengébb insulinválasz az insulinscretio relatív elégtelenségére utal és e körülményből diabeteses hajlamra lehet következtetni.

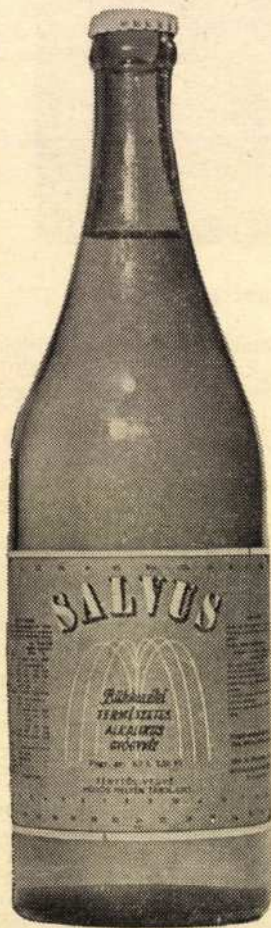
**Összefoglalás.** Szerzők szerint gyermekkori kövérség esetén — glucose-terhelés után — a kórosan magas vércukorértékek jellemzőek. Vizsgálataik azt mutatják, hogy normál vércukorgörbe mellett is előfordul az insulinszint kóros emelkedése. A kövérség időtartamának elhúzódozásával a terhelést követő insulinszint-emelkedés fokozódik. Azon kövér gyermekek között, akiknek családjában diabetes előfordult — az összesített eredmények szerint —

viszonylag alacsonyabb volt a terhelés utáni insulin-secretio.

Szerzők feltételezik, hogy ebben a csoportban több a diabetesre hajlamos egyén és a gyengébb insulinválasz ezzel kapcsolatos.

IRODALOM: 1. Chiumello, G. és mtsai: Diabetes. 1969, 18, 238. — 2. Paulsen, E. és mtsai: Diabetes. 1968,

17, 261. — 3. Schulz, R. B.: Metabolism. 1973, 22, 359. — 4. Drash, A.: Metabolism. 1973, 22, 337. — 5. Morgan, C. R., Lazarow, A.: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1962, 29, 110. — 6. Hales, C. N., Randle, P. J.: Biochem. J. 1963, 88, 137. — 7. Yalow, R. S., Berson, S. A.: J. Clin. Invest. 1960, 39, 1157. — 8. Yalow, R. S., Berson, S. A.: Methods Biochem. Anal. 1964, 12, 69. — 9. Guthrie, D. W. és mtsai: Metabolism. 1973, 22, 337. — 10. Cerasi, E., Luft, R.: Diabetes. 21, Suppl. 1972, 2, 685.



## 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 fekélyfészkek, 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 légszűrőbetegségekben is rendkívül hatásos.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Allami Fodor József Gyógyintézet  
(igazgató: Borsay János dr.),  
Orvostovábbképző Intézet,  
Kórbonctani és Kórszövettani Tanszék  
(tanszékvezető: Juhász Jenő dr.),  
Dr. Daniel den Hoed Kliniek, Rotterdam  
(igazgató: G. Schalijs dr.)

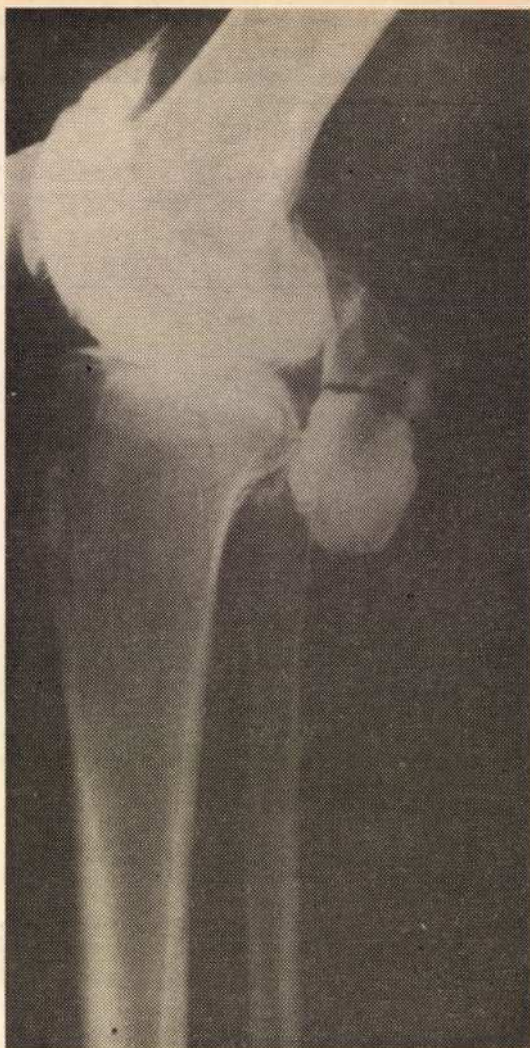
## Mélyvénás thrombosis klinikai képét utánzó izületi tok elváltozások rheumatoid arthritisben

Fehér Miklós dr., Magyar Éva dr.,  
H. W. Wouters dr. és S. A. den Ouden dr.

Fájdalmas lábszárduzzanat, boka- és láb-oedema, pozitív Homan-jel, e tünetek hallatán mindenki-  
ben először a mélyvénás lábszár-thrombosis, throm-  
bophlebitis kórisméje ötlik fel. Így érthető, hogy a  
synovialis herniatio (Baker-cysta) múlt századbeli  
leírása után a synovialis membrán repedéséről —  
mely az említett tüneteket okozza — először csak  
1964-ben közölt hat esetet Dixon (3). E jelenség  
leggyakoribb rheumatoid arthritisben (2, 5, 10), de  
arthrosisban (3) és Reiter-szindrómában (4) is elő-  
fordul. A synovialis repedéshez hasonlóan mélyvé-  
nás thrombosis utánozhat a lábikra-cysta, repedés  
nélkül is. E három kórkép elkülönítése igen fontos,  
hiszen gyógyításuk jelentősen különbözik egymás-  
tól. Dolgozatunkban öt rheumatoid arthritises be-  
teget esetét ismertetjük, akik közül háromban izületi  
tokrepedést, kettőben pedig lábikra-cystát kórís-  
méztünk.

### Vizsgálati módszer

A pontos diagnoszt arthrographia segítségével tud-  
tuk felállítani. A vizsgálatot szigorúan steril körülmé-  
nyek között végeztük. A patella alatt medialisán beha-  
tolva az izületi üregbe először leszívtuk az izületi fo-  
lyadékgyülem egy részét, majd 20 ml 65%-os Urom-  
brine oldatot fecskendeztünk be. Ezekután felszólítottuk  
a beteget, hogy térdét többször hajlítsa be, majd  
pár métert sétáljon. A folyadék nyomása ugyanis néha  
nem elegendő ahhoz, hogy a kontrasztanyag a synovia-  
lis hártya repedésén keresztül a szövetekbe, ill. a gyak-



1. ábra.  
Poplitealis (Baker) cysta arthrographiás képe

ran többszörösen megcsavarodott nyakon keresztül a  
cysta üregébe jusson. Ha ennek ellenére sem észleltük  
a várt elváltozást, vagy ha a kontrasztárnyék nem volt  
elég intenzív, a térd felett szoros pólyakötést helyeztünk  
fel és így végeztettük el a térdgyakorlatokat. Az arth-  
rographia az irodalmi adatok (1, 11) szerint csak ritkán  
okoz enyhe, gyorsan múló melléktüneteket. Egy bete-  
günk panaszolt néhány napig tartó izületi fájdalom-  
fokozódást.

### Esetismertetés

1. eset: 63 éves férfi rheumatoid arthritis 12 évvel  
ezelőtt kezdődött a kezek és lábak kisízületeinek fájd-  
almas duzzanatával. Felvétele előtt 4 évvel jobb térd-  
izületi folyadékgyülem keletkezett, amely néhány hét  
múlva hevenyen kialakuló, fájdalmas jobb lábszár duz-  
zanat felléptével egy időben jelentősen csökkent. A  
lábszárduzzanat 3 napos fektetés után megszűnt. Arth-  
rographiát akkor nem végeztünk, így a felmerült acut  
synovialis ruptura lehetőségét nem tudtuk bizonyítani.  
Felvétele előtt két héttel bal térdében alakult ki hyd-  
rops, egy hét múlva pedig asztaltól felállva hirtelen a  
fossa popliteából kiinduló éles fájdalmat érzett a bal  
lábikrájában, a bal lábszár és láb egyidejű megduzza-  
dásával. Ambulans rendelésen thrombophlebitist kór-  
isméztünk, alvadásgátló kezelést kezdtünk el és fektet-  
tük a beteget. Tíz nappal később változatlan panaszok  
miatt vettük fel osztályunkra.

Felvételekor subfebrilitást, rheumatoid arthritisre  
jellemző csukló és kéz kisízületi duzzanatokat talál-

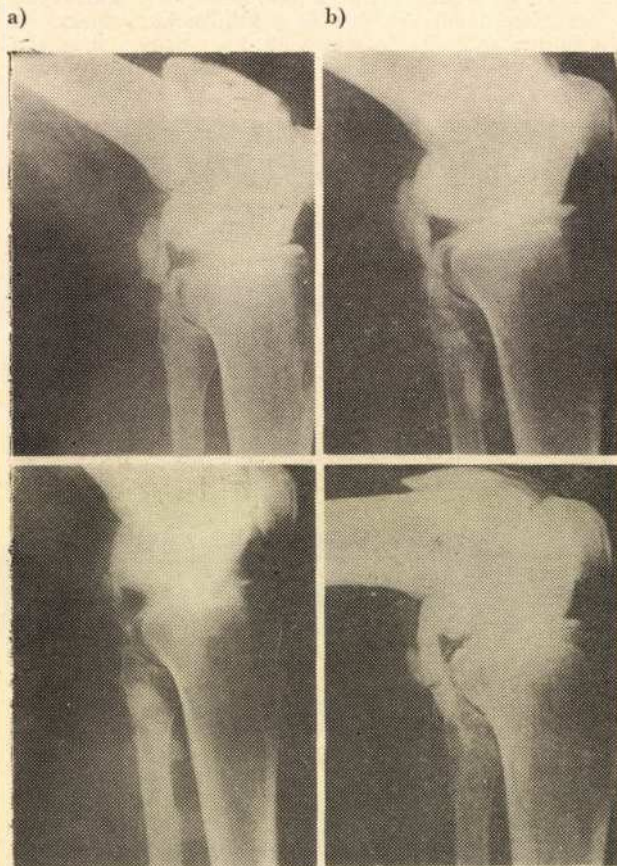
A vizsgálatok a Dr. Daniel den Hoed Kliniek anya-  
gán történtek, 1972-ben, Rotterdamban.

Orvosi Hetilap 1974. 115. évfolyam, 44. szám

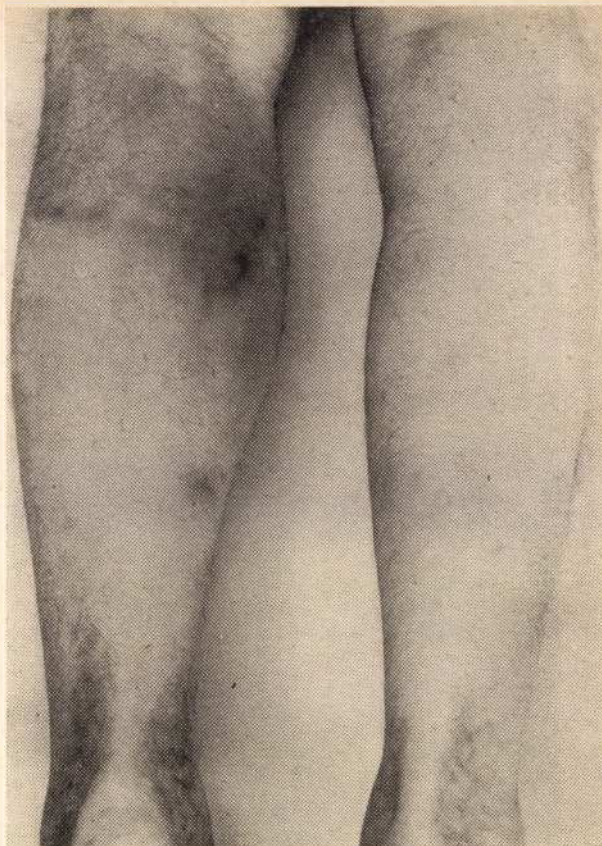
tunk. A jobb térdízületben hydrops, a térdhajlatban Baker-cysta volt tapintható. A bal térd nyomásérzékeny volt, de jelentősebb folyadékgyülemet nem észleltünk. A bal lábszár egészében vastagabb volt (a patella alsó élétől 15 cm-rel mért körfogatkülönbség 4 cm), különösen medialisán, a felső harmadban nyomásérzékeny volt. Praetibialisán és a lábháton oedemat találtunk, a Homan-jel (a láb dorsalflexiója nyújtott végtag mellett) pozitív volt, fájdalmas hosszanti lefutású köteget azonban nem tapintottunk. A röntgenfelvételek a kezek és lábak ízületein Steinbrocker III stadiumnak megfelelő elváltozásokat mutattak. A bal térdről készült felvételen erosio, vagy subchondralis cysta nem volt látható.

A kórkép tisztázására térdízületi arthrographiát végeztünk. Jobb oldalon, a klinikai képnek megfelelően, hatalmas kettős rekeszű Baker-cystát találtunk (1. ábra). Bal oldalon, az első felvételen elmosódott határu kontrasztárnyékot láttunk, mely kis cysta képére emlékeztet (2/a. ábra), 5 perc múlva, térdhajlítások után végzett felvételen a kontrasztanyag az ízületi üregből kilépve lecsorgott a lábszár izomzata közé (2/b. ábra), a járógyakorlatok után pedig kialakult az acut synovialis ruptura típusos képe; inhomogén, elmosódott határu árnyék mutatkozott a lábikra izomzatában (2/c. ábra). Ezekután az anticoaguláns kezelést beszüntettük, a beteget fektettük, majd két hét után fokozatosan mobilizáltuk. A fájdalmas lábszárduzzanat már a 10. nappal megszűnt, a későbbiekben csak enyhe nyomásérzékenység maradt vissza a lábikrában. Az egy év múlva végzett kontroll arthrographia sem rupturát, sem cystát nem mutatott (2/d. ábra).

2. eset: 52 éves férfi, másfél éves rheumatoid arthritises anamnesissel. Betegsége a metatarsophalangealis



2. ábra.  
Acut synovialis ruptura arthrographiás vizsgálata  
a) 5 perccel a kontrasztanyag beadása után,  
b) térdhajlítások után,  
c) járógyakorlatok után,  
d) kontroll arthrographia 1 évvel a ruptura után



3. ábra.  
Thrombophlebitisre emlékeztető klinikai kép baloldali acut térdízületi synovialis ruptura után (hason fekvő helyzetben)

ízületek fájdalmával kezdődött, majd pár hónap múltán a betegség a csuklókra és a kéz kisízületeire is ráterjedt, a bal térdben pedig hydrops alakult ki. A térdízületi folyadékgyülem az ismételt punctiók, intra-articularisan adott corticosteroid ellenére persistált. Felvétele előtt 4 héttel mérsékelt fájdalom kíséretében bal lábszára hirtelen megduzzadt, merev lett. Kórházi felvételekor a bal lábikra duzzadt, tömött tapintatú, a fossa poplitea alatt medialisán nyomásérzékeny volt (3. ábra). E területen subcutan vérzések látszóttak, a bőr meleg tapintatú volt. Praetibialisán és a lábháton oedemat találtunk. A két lábszár körfogatkülönbségét 3,5 cm-nek mértük, a Homan-jel pozitív volt. A szokványos röntgenfelvételek jellegzetes elváltozást nem mutattak. A bal térd arthrographia során először nagy Baker-cysta telődött, majd a kontrasztfolyadék töcsaszerűen a lábikra izomzata közé jutott (4. ábra). Három hét fektetés után az oedema megszűnt, a beteget óvatosan mobilizáltuk, két héttel ezután azonban a praetibialis oedema ismét megjelent, a térdízületben hydrops alakult ki, ezért műtétre szántuk el magunkat. A műtét során két tumorszerű, cystosus tapintatú képletet találtunk. Egyet a térdhajlatban medialisán, a Baker-cysták szokásos lokalizációjának megfelelően, a másikat, közel ökölnyit, ettől distalisán, a lábszári fascia alatt. E cysta falát ventralisan a gastrocnemius perimucularis fasciája alkotta, a dorsalis fal pedig szorosan összenőtt a lábikra izomzatával. A cysta zselészerű, mucoid anyagot tartalmazott. A distalis cysta falát el-távolítottuk, majd kimetszettük a poplitealis cystát is, és térdízületi synovectomiát végeztünk. A szövettani vizsgálat során megállapítottuk, hogy a Baker-cystát plasmasejtekkel és lymphocytákkal beszürt synovialis hártya bélelte, melyet durvarostos kötőszövet vett körül, a lumenben pedig necroticus anyag helyezkedett el. A secundaer cysta falát részben kötőszövet, részben zsírszövet alkotta, a fal állományában vastag falú erek és lymphocytá halmazok voltak. A térdízületi sy-



4. ábra.  
A fossa popliteában Baker-cysta, a lábikra izomzata között pedig kontrasztanyag jelzi a rupturát

novialis membran rheumatoid arthritisnek megfelelő histológiai képet mutatott. A műtét után a bal térd tünetmentes lett.

Osszefoglalva úgy gondoljuk, hogy az első történet az ízületi tok repedése volt, majd a műtéig eltelt idő alatt egy másodlagos cysta képződött, amely a térdízületi hydrops kialakulásával egy időben feltelődött, és így okozott ismét panaszokat.

3. eset: 36 éves férfi, jobb térd első ambuláns vizsgálata előtt egy hónappal fájdalmasan megduzzadt. Ambulanciánkat azért kereste fel, mert egy nappal ezelőtt jobb lábszára — a térdhajlatból kiinduló éles fájdalom kíséretében — hirtelen megvastagodott. Vizsgálatakor a jobb lábszár kerülete 2,5 cm-rel nagyobb volt, lába és bokája oedemás, a Homan-jel negatív volt, a serum húgysav nem emelkedett, a rtg-felvételek normális viszonyokat mutattak. A jobb térdízület kontrasztanyag radiológiai vizsgálata során a folyadék az ízületi üregből kilépve lecsurgott az izomzat közé. Egy hét fektetés után a lábszár vastagodása és az oedema megszűnt. Diagnosisunk „valószínűleg rheumatoid monarthritis”, illetve synovialis ruptura volt.

4. eset: 69 éves nő rheumatoid arthritise 1972 januárjában kezdődött hevenyen. Áprilisban pár napos kórházi kezelés után térdízületi folyadékgyülem alakult ki, bal lábszára megduzzadt, lába, bokája oedemássá vált. Kórisménk akkor thrombophlebitis volt. Fekete

trese az oedema megszűnt, mérsékelt fokú térdízületi hydrops és lábszárvastagodás maradt vissza. Egyéves remissio után a térd duzzanata lassan fokozódott, Baker-cysta alakult ki, majd a bal lábszár hátsó mediális oldalán a térd alatt kb. 10 cm hosszú, orsó alakú, rugalmas fluctuáló, fájdalmas terimenagyobbodás vált tapinthatóvá. Kéthetes ágynyugalom után a hydrops eltűnt, de a lábszár körülírt duzzanata továbbra is fennmaradt, bár panaszt nem okozott. Az elvégzett arthrographia (5. ábra) a lábszár alsó harmadáig terjedő, éles határú lábikra-cystát mutatott. Utólag valószínűsíthető, hogy az első acut történet sem thrombophlebitis volt, hanem a cysta hirtelen kialakulása okozta a tüneteket.

5. eset: 63 éves nő, 20 éves rheumatoid arthritises anamnesissel. Térdjei 15 éve duzzadtak, fájdalmasak. Jobb térd panaszai miatt került felvételre. Felvételekor mind a klinikai, mind a radiológiai vizsgálat Steindler III stadiumnak megfelelő elváltozásokat mutatott. A jobb tibia cystaszerű felritkulása miatt végeztünk arthrographiát. Meglepetésünkre a kontrasztfolyadék egy poplitealis cystán, majd csavart nyakon keresztül hatalmas cystaszerű képletbe jutott. Mivel az árnyék ugyan homogén volt, de nem kifejezetten éles határú, nem voltunk biztosak a cysta diagnosisában. Az arthrographia után térdét pár napig melegnek, fájdalmasnak érezte. Két hét múlva jobb lábszára fokozatosan megvastagodott, bokája, lába oedemássá vált, a lábikra felső mediális részén orsó alakú, mérsékelt fájdalom duzzanatot tapintottunk. A Homan-jel pozitív volt. Belgyógyász consiliariusunk thrombosisra gondolt és anticoagularis therapiát javasolt. Egyhetes fektetés után az oedema eltűnt. A megismételt arthrographia során éles határú, többrekeszes poplitealis és lábikra-cystát találtunk, de a felvételeken lábikra-cysta kiterjedése jóval kisebb volt a klinikailag észlelt orsó alakú duzzanatnál. Feltételezzük, hogy átmenetileg szűntelt a közlekedés a cysta proximalis és distalis része



5. ábra.  
A térdízületi arthrographia során telődött, éles határú lábikra cysta



6. ábra.  
Lábikra cysta percutan kontrasztanyag-feltöltése

között. Három nap múlva megkíséreltük a cysta kontrasztanyag-feltöltését. Először kb. 10 ml sűrű, sanguinolens folyadékot szívtunk le („hála az anticoagulans kezeléseknek”), majd ugyanennyi kontrasztfolyadékot fecskendeztünk be. Most már jól láthatóvá lett a cysta éles határu, homogén árnyékot adó, alsó rekesze is (6. ábra). Az alvadásgátló gyógyszert elhagytuk, a beteget tovább mobilizáltuk.

#### Megbeszélés

Hevenyen fellépő fájdalmas lábszárduzzanatot észleltünk 4 biztos és 1 lehetséges (az Amerikai Rheumatológus Társaság criteriumai szerint) rheumatoid arthritises betegen. A tünetek olyan megtevesztőek voltak, hogy magunk is, akik ezzel a kérdéssel foglalkoztunk, 3 esetben csak a típusos arthrographiás lelet után vetettük el az előzőleg tévesen felállított mélyvénás thrombosis kórisméjét. Az anamnesis, a klinikai kép gondos tanulmányozása azonban legtöbbször arthrographia nélkül is elegendő támpontot ad a differenciáldiagnosishoz (5). A legfontosabb a synovialis ruptura és a thrombophlebitis elkülönítése. A synovialis tok repedése során a lábszár-megvastagodás mindig hirtelen, pillanatok alakul ki, éles, a térdhajlatból lefelé sugárzó fájdalom kíséretében. A thrombophlebitis kezdete lassúbb, gyakrabban jár általános tünetekkel (láz, tachycardia), a vénák lefutása mentén nyomásér-

zékenység, esetleg fájdalmas köteg tapintható, és természetesen hiányzik az ízületi folyadékgyülem. Ruptura mellett értékelhető a térdízületi folyadékgyülem szinte törvénytörő csökkenése a lábszárduzzanat felléptével egy időben. A kórlefolyás is különböző, a synovialis repedés okozta oedema párnapos fektetés után felszívódik, thrombophlebitis esetében ez hosszabb időt vesz igénybe. A mélyvénás folyamatokra jellemzőnek tartott Homan-jel nem jelent segítséget, hiszen gyakran pozitív synovialis ruptura következtében is. A lábikra-cysta elkülönítése a synovialis rupturától akkor okoz nehézséget, ha hevenyen kezdődik, mint saját 4., 5. esetünkben. A 3. betegünknek valószínűleg az acut synovialis herniatio, az ötödiknek pedig a cysta hirtelen feltelődése okozta a tüneteket. Ilyen esetekben a kontraszt arthrographia a perdöntő. A lábikra-cysta kontrasztárnyéka éles határu, szabályos alakú, a ruptura okozta árnyék viszont inhomogén, kevésbé intenzív, bizarr alakú, gyakran többszerű.

Mi az oka a synovialis rupturának, illetve a cysták kialakulásának? Dixon és mtsai (3, 7) feltételezik, hogy incongruentia jön létre a térdízületben kialakuló, esetenként igen magas nyomás és a betegség következtében meggyengült capsula synovialis között. A normálisan 30 Hgmm körüli intraarticularis nyomás erőteljesebb quadriceps contractio hatására 500 Hgmm-ig, térdhajlításkor pedig akár 1000 Hgmm-ig is emelkedhet.

Érdekes, hogy a ruptura jóval gyakoribb férfiakban, bár cadaver kísérletekben a synovialis ruptura létrehozásához férfiakban magasabb nyomásra volt szükség, mint a nők esetében (2). Ennek valószínű magyarázata az, hogy a férfiak combizomzata sokkal erősebb, így contractiójával nagyobb nyomásemelkedést lehet elérni. Az anamnesisben gyakran fellelhető a rupturát megelőző térdmozgás, így az első betegünk asztaltól állt fel.

Kérdés, hogy a hirtelen fellépő magas intraarticularis nyomás mikor vezet rupturához, és mikor herniatiohoz, cystaképződéshez. Rövidebb anamnesisű térdízületi folyamat esetén inkább synovialis repedés várható (rupturás betegeink hydropsa 1 hete, másfél éve, ill. 1 hónapja állt fenn) hosszabb időtartamú betegség után gyakoribb a cystaképződés (6). Feltehető, hogy a késői esetekben a progresszív fibrosis következtében a capsula ellenállóbbá válik, és így megakadályozza a rupturát. A cystaképződés és a ruptura helye megegyezik, a capsula legkevésbé védett helye, a gastrocnemius medialis feje és a biceps ina között. Különösen könnyen sérthetővé válik a capsula hátsó része a nagy erejű quadriceps csoport contractiójakor, amikor az antagonista hajlítók ellazulnak.

A pathomechanizusból következik, hogy a megelőzésben és a gyógyításban is nagy szerepet játszik az intraarticularis nyomás csökkentése, a térdízületi hydrops kezelése. Ha az ismételt leszívások, intraarticularis corticosteroid készítmények adása nem vezet eredményre, anterior synovectomiát kell végezni. Acut synovialis ruptura esetén legtöbbször a beteg párnapos fektetése elegendő a heveny tünetek megszüntetésére, az állandó panaszt

okozó lábikra-cysta kezelésében legjobban az anterior synovectomia vált be, a cysta sebészi eltávolítása ritkán válik szükségessé (8, 9, 10).

**Összefoglalás.** A szerzők 5 rheumatoid arthritises beteg esetét ismertetik, akik közül háromban synovialis ruptura, kettőben lábikra-cysta okozott mélyvénás thrombophlebitist utánzó tüneteket. A differenciáldiagnózisban az anamnesis és a klinikai tünetek mellett a legnagyobb segítséget a kontraszt arthrographia nyújtja. A kórfejlődésben a térdizületi hydrops játszik szerepet, melynek megszüntetése a megelőzéshez és a gyógyításban is fontos.

**IRODALOM:** 1. *Bowerman, J. W., Muhletaler, C.:* J. Ass. Can. Rad. 1973, 24, 24. — 2. *Cowper, R. A., Jayson, M. I. V., Dixon, A. St. J.:* Ann. Rheum. Dis. 1970, 30, 162. — 3. *Dixon, A. St. J., Grant, C.:* Lancet. 1964, I, 742. — 4. *Garner, R. W., Movat, A. G.:* Brit. J. Surg. 1972, 59, 657. — 5. *Hall, A. P., Scott, J. T.:* Ann. Rheum. Dis. 1966, 25, 32. — 6. *Jayson, M. I. V., Swannell, A. J., Kirk, J. A., Dixon, A. St. J.:* Am. phys. Med. 1969, 10, 175. — 7. *Jayson, M. I. V., Dixon, A. St. J.:* Ann. Rheum. Dis. 1970, 29, 415. — 8. *Jayson, M. I. V., Dixon, A. St. J., Kates, A., Pinder, I., Coomes, E. N.:* Ann. Rheum. Dis. 1972, 31, 9. — 9. *Pinder, I. M.:* J. Bone Jt. Surg. 1973, 55—B, 119. — 10. *Solomon, L., Birman, L.:* J. Bone Jt. Surg. 1972, 54—B, 460. — 11. *Tait, G. B.-W., Bach, F., Dixon, A. St. J.:* Ann. Rheum. Dis. 1965, 25, 273.

## Sandosten® DRAZSÉ

antihistaminicum  
antiallergicum

Thenalidinum tartaricum 25 mg drazsénként.

### Hatás

Erős permeabilitásgátló, viszketéscillapító, anticholinerg és serotonin-antagonista hatású antihistaminicum. Egyértelműen javítja az allergiás folyamatoknál meglévő, néha türethetetlen 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
- Rovarcspés
- 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





Az idős beteg a megszokott életritmusából kizökkenve gyakran kirekesztettnak, nélkülözhetőnek, elárvultnak érzi magát.

A korral járó természetes funkcionális zavarokat túlértékeli, lehangolódást, szorongást, nyugtalanságot érez.

# MELLERIL®

Szünteti az izgatottságot és a szorongásos feszültséget, depresszív reakcióban emeli a hangulatot, megkönnyíti az idős beteg kapcsolatteremtését a környezettel.



**JAVALLATOK:** schizophrénia acut és chronikus esetei; psychosis maniacodepressiva; organikus psychosyndromák; depressív állapotban thymoleptikus és anxiolytikus hatáskomponense révén egymagában, valamint antidepressívumokkal kombinálva;

epilepsiás magatartászavarokban a megfelelő anticonvulsiv therapia mellett; neurosisok, psychosomatikus panaszok, alvászavarok megszüntetésére; alkoholelvonó kúrában az elvonási tünetek enyhítésére; nőgyógyászatban a hormonális változásokkal összefüggő feszültségi állapotok enyhítésére; belgyógyászatban az alapbetegséget kísérő psychés feszültség csökkentésére; prae- és postoperatív állapotban a szorongás és feszültség csillapítására.

**ELLENJAVALLATOK:** MAO-inhibitorokkal együtt nem alkalmazható; ezek szedése után, a Melleril-therapia megkezdéséig 3—6 hetes szünetet kell tartani. Comatosus állapotban, súlyos cardialis károsodás esetén, valamint terhességben és gyermekeknek 2 éves kor alatt nem adható.

Phenothiazinokra érzékeny egyéneknek nem ajánlott.

Fokozott intraocularis nyomás, ill. glaucoma esetén csak kis adagokban alkalmazható.

**ADAGOLÁS:** a medicatiót ajánlatos kisebb adagokkal kezdeni, s fokozatosan növelni a kívánt therapiás hatás eléréséig.

**Átlagos adagja felnőtteknek:** ambuláns therapiában 25—50—150 mg naponta, egyenlő részletekben.

Chronikus psychosisok hosszan tartó kezelésére az átlagos napi adag 100—300 mg.

Acut psychosisok intézeti kezelésére napi 100—600 mg.

**Gyermekek** napi adagja 0,5—2 mg testsúlykilogrammonként, egyenlő részletekben elosztva.

A Melleril 200 retard tabl. fokozatos ható-

anyag-leadással mintegy 24 órán át egyenletes vérszintet biztosít.

**FIGYELMEZTETÉS:** a Melleril a fájdalomcsillapítók, az altatók, az alkohol, valamint a narcoticumok hatását potenciálja, ezért együttes adagolásuk óvatosságot igényel.

Melleril-kúra alatt a vérképet és a máj-funkciót rendszeresen ellenőrizni kell.

A gyógyszer bevétele után 8—10 órán belül, vagy folyamatos szedés esetén a kúra tartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, szeszes italt fogyasztani tilos! Ambuláns kezelésben (depressziós suicidium lehetősége!) fokozott óvatosság és szigorú orvosi felügyelet szükséges.

**MEGJEGYZÉS:** társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

A 25 mg-os draszt és a 200 mg-os retard tablettát csak idegbeteg-gondozó intézetek és idegszakrendelések rendelhetik (a retard tablettát csak a nagy pszichiatria körébe tartozó körképek kezelésére). Körzeti, üzemi stb. orvosok a fenti intézetek közvetlen javaslatára rendelhetik, a javaslat keltétől számított két hónapon belül.

A 100 mg-os draszt csak fekvőbeteg-gyógyintézetek részére van forgalomban.

**CSOMAGOLÁS:** 20 draszté à 25 mg 29,50 Ft, 10 tablettá retard à 200 mg 104,— Ft

# VISKEN<sup>®</sup>

**A koszorúér-megbetegedések modern terapiája:  
specifikus beta-sympathicoliticum.**

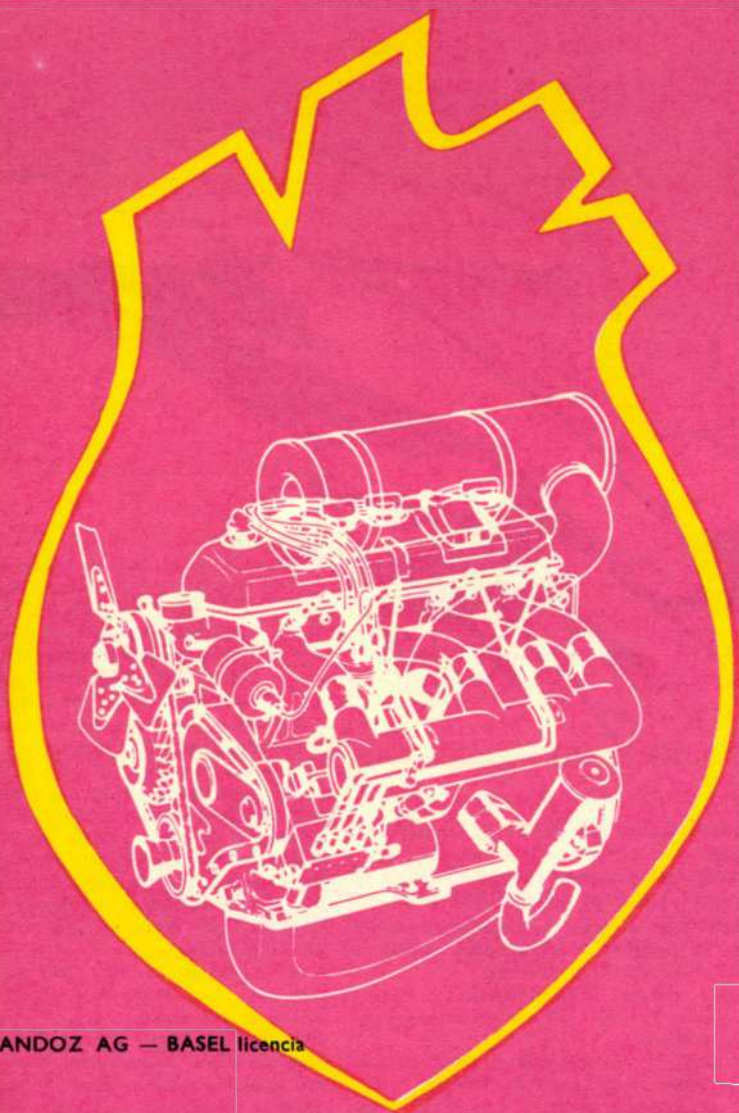
**Specifikusan hat a szívre és terapiás adagokban nem fejt  
ki cardiodepressiv hatást.**

**Csillapítja a sympathikus-ingerlést és a szív munkát nyu-  
galmi állapotban nem befolyásolja.**

**Csökkenti a beta-adrenerg-ingerlékenységet és megszü-  
nteti a szív rhythmus-zavarait.**

**Nagy relatív terapiás szélesség és jó tolerancia mellett  
egyszerűen adagolható.**

**A hypertonia enyhe fokában önmagában adva, közepsúlyos  
és súlyos esetekben salureticumokkal és egyéb, antihyper-  
tensivumokkal kombinálva adható.**



SANDOZ AG — BASEL licencia

**ÖSSZETÉTEL:** tablettánként 5 mg, ampul-  
lánként (5 ml vizes oldatban) 1 mg 4-(2-hy-  
droxy-3-isopropylamino-propoxy)-indol. ha-  
tóanyagot tartalmaz

**JAVALLAT:** angina pectoris, szívrythmus-  
zavarok, sinus-tachycardia, paroxysmalis su-  
praventricularis tachycardia, különböző ere-  
detű extrasystolék, cardioversio hatásának  
fenntartása, essentialis keringési hyperkine-  
sia, cyanotikus rohamokkal járó Fallot-tetra-  
logia, obstructiv cardiomyopathia.

**ADAGOLÁS:** biztos és egyszerű napi ada-  
gok általában: coronaria-insufficienciában  
napi 3—4 tableta, szívrythmus-zavaroknál  
napi 4—6 tableta; vegetatív szív működési  
zavarok esetében gyakran kisebb dosisok is  
elégsek. Parenterálisan, főleg kórházi  
kezelés során folyamatos EKG- és vérnyomás-  
ellenőrzés mellett. Kezdő adag: 2 ml (0,4 mg)  
iv., lassan (kb. 5 perc alatt) befecskendezve.  
Szükség esetén 15—20 percenként további  
1 ml (0,2 mg) adható.

Maximális napi adag: 5—10 ml (1—2 mg).

**ELLENJAVALLAT:** digitalis-refractaer szív-  
insufficiencia, shock-állapot, sinus-bradycar-  
dia (50 min. vagy ez alatti frekvencia), A—V-  
blokk, cor pulmonale, asthma bronchiale és  
légzési elégtelenséggel járó tüdőfolyamatok;  
metabolikus acidosis; aether- és chloroform-  
narcosis.

Noha az állatkísérletek káros teratogen  
hatásra nem utaltak, a készítmény terhessé-  
gben kifejtett hatását még nem tisztázták  
teljes mértékben, ezért a Viskent terhesség  
folyamán lehetőleg ne alkalmazzuk.

**FIGYELMEZTETÉS:** csak elővigyázatosan al-  
kalmazható manifest vagy kezdődő szív-, ill.  
vérkeringési elégtelenségben (megfelelő di-  
gitalizálás után); diabetes mellitusban a vér-  
cukorszintet időnként ellenőriztetni kell.  
Társadalombiztosítás terhére a szakrendelé-  
sek szabadon rendelhetik, illetőleg csak szak-  
rendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javasla-  
tára rendelhető.

30 db 70,50 Ft

5 × 5 ml 18,70 Ft

**Egyt** GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

# 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.

---

## TAROLÁS

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.

Kórház-Rendelőintézeti Egység  
Röntgen- és Sebészeti Osztálya, Komló

## Az orbita-basis kiütéses töréséről

Laczay András dr. és Karádi Kázmér dr.

A hazai irodalomban a közelmúltban több szerző foglalkozott az arckoponya, ezen belül a maxilla töréseivel (1, 2, 10, 11). Ezekben a közleményekben és a közkezen forgó sebészeti, traumatológiai és fül-orr-gégészeti szakkönyvekben (4, 5, 14) nem találunk említést egy töréstípusról, melyet a külföldi irodalomban az utóbbi években ismételtén tárgyaltak (6, 8, 9, 16). A sérülés úgy jön létre, hogy a szemgolyót erő hirtelen, erős, tompa trauma annak rugalmassága folytán áttevődik az orbita csontos falára és azt leggyengébb részén betöri. Erre a mechanizmusra utal az angol nyelvű irodalomban használatos „blow out fracture” megjelölés, mely helyett a továbbiakban „az orbita-basis kiütéses törése” elnevezést alkalmazzuk. Mivel tudomásunk szerint e törésfajtának elfogadott magyar jelölése nincs, javasoljuk e kifejezés használatát.

Mint viszonylag gyenge, praedisponált terület elsősorban a csontos szemüreg basisa és medialis fala törik. Leggyakoribb a basis törése, ritkábban társul ehhez a medialis falé is. Maga a szemgolyó általában sértetlen marad. Ezt rugalmasságával és a tehetetlenség elvével magyarázhatjuk. A mechanizmust érzékelteti az a jól ismert fizikai kísérlet, melynek során két vékony cérnaszálra keresztben hurkapálcát helyezünk, és a pálca közepére hirtelen erős ütést mérünk. Várakozásunk ellenére nem a cérna szakad el, hanem a hurkapálca törik ketté.

Az orbita-basis kiütéses törésének leírását a régebbi külföldi sebészeti, szemészeti és traumatológiai könyvekben (3, 4, 5, 7, 15) is hiába kerestük. Csak az újabb keletű röntgendiagnosztikai (13) és sebészeti (12) kézikönyvekben olvastunk róla. Mivel saját tapasztalatunk szerint ezzel a széles körben nem ismert indirekt törésformával elég gyakran találkozhatunk, célszerűnek látjuk rövid ismertetését.

### Saját eseteink

Mintegy 45 000 főnyi lakosságot ellátó intézetünk beteganyagában az utóbbi öt év során 5 eset-



1. ábra. Summációs felvételen a bal arcüreg felső felében széles lágyrészárnyék látszik. A bal orbita basisának laterális része lenyomottnak tűnik

ben állítottuk fel az orbita-basis kiütéses törésének kórisméjét. Betegeink lényegesebb kórtörténeti adatait röviden az alábbiakban foglaljuk össze.

1. eset. 51 éves férfi ittas állapotban az utcán el-esett, arcát megütötte. Arca duzzadt, az orrcsont mozgáskor crepitál. A bal alsó szemhéj duzzadt, tapintásakor subcutan emphysemára utaló crepitatio érezhető. Röntgenlelet: az orrcsont harántul törött. Mindkét arcüreg fedett. A bal orbita-basis csontkontúria kiszélesedett, részben a sinus maxillarisba nyomott. Szemészeti vizsgálat kórosat nem talált.

2. eset. 26 éves férfit szórakozóhelyen megvertek. arcába több ütést kapott. A bal szem körül duzzanat látszik, a kötőhártyán kis suffusiók vannak. A bal



2. ábra. Ugyanazon beteg rétegfelvétele. A bal orbita basisának csontkontúrája szakadozott, egyenetlen, elmosódott. Az elváltozás különösen szembetűnő, ha összehasonlítjuk az ép jobb oldali orbita-basis szabályos kontúrájával

margo infraorbitalis nyomásérzékeny. Röntgenlelet: a bal arcüreg alsó felét polypoid nyálkahártyapárna tölti ki. Felső fala mentén orsószzerűen kiszélesedett lágyszárnyék látszik, ezen belül néhány kisebb csontszilánknak megfelelő vonalas képlet. Rétegfelvételen az orbita basis egyenetlensége, részbeni lenyomottsága mutatható ki. A beteg első vizsgálata alkalmával kettős látást jelzett. Ez spontán rendeződött, későbbi szemészeti vizsgálat során már nem volt kimutatható.

3. eset. 36 éves férfit ittas állapotban az utcán leütöttek. Bal arcfelét fájdtja. Az orrgyökön, mindkét alsó szemhéj és a felső ajak területén vérzéses duzzanat látható. Röntgenlelet: a bal arcüreg intenzíven fedett. Az orbita basisa részben benyomott. Szemészeti vizsgálat: kettősképek nem mutathatók ki.

4. eset. 31 éves nőbetegét férje családi perpatvar közben ökölrel többször arcul csapott. A jobb halánték-tájon, a felső és alsó szemhéj területén vérzéses duzzanat látszik. Röntgenlelet: a jobb arcüreg légtartalma csökkent, felső részében egyenetlen fedettség van. Rétegfelvételeken a jobb orbita-basis kontúrja egyes rétegekben kiszélesedett, elmosódott. Szemészeti vizsgálat: kettős látás nem mutatható ki.

5. eset. 23 éves férfinak ökölrel több ízben az arcába ütöttek verekedés közben. A bal alsó szemhéj duzzadt, bevérzett. Röntgenlelet: a bal arcüreg felső felében széles lágyszárnyék látható. Az orbita basisának laterális része lenyomott, rétegfelvételen a csontos kontúr megszakadt, elmosódott (1. és 2. ábra). Szemészeti vizsgálatra a rendelőtérben ambuláns ellátott betegen nem került sor, szubjektív látáspanasza nem volt.

### Megbeszélés

Eseteink közös vonása az arcot, a szemgolyót ért hirtelen, tompa erőművi behatás. Négy esetben verekedés, egy esetben ittas állapotban történt esés okozta a sérülést. Négy betegünk férfi volt, egy nő. A férfiak esetében minden esetben ittasság vagy szórakozóhelyi konfliktus szerepelt az előzményben, nőbetegünk esetében családi perpatvar. Légtartó üreg sérülésére utaló fizikális leletet csak 1. esetünkben találtunk subcutan orbitalis emphysema formájában. A kórisme megállapításának alapvető feltétele a megfelelő módon végzett röntgenvizsgálat.

Ha az ilyen sérültet „Cont. faciei. Fract? Kétirányú koponyafelvételel kérünk” szövegű szokványos kéréssel küldik a röntgenbe, és a beteget e törésfajtát ismerő röntgenorvos nem vizsgálja meg, biztos, hogy a helyes kórisme felállítására nem kerül sor. A szokásos kétirányú koponyafelvételel ugyanis az orbita-basis kiütéses törése nem mutatható ki, legfeljebb az érintett oldali arcüreg fedettsége kelthet gyanút. Az arcüreg vizsgálatára használatos occipitodentalis felvétel (10, 14) eldöntheti a problémát, de gyakran ez is csak gyanút kelt, és a kiegészítésként elkészített rétegfelvételek mutatják ki megnyugtató módon az elváltozást. Eseteinkben a kétirányú koponyafelvételel a törés nem volt kimutatható. Occipito-dentalis felvétel 2 esetben volt elegendő a diagnózis kimondásához, 3 esetünkben rétegfelvételeket is kellett készíteni.

Az orbita-basis kiütéses törésének veszélye, hogy a szemgolyó helyzetének kismértékű megváltozása kettőslátást okozhat. Ezért a törést keresni

kell akkor is, ha subcutan emphysema vagy durva periorbitalis haematoma nem utal rá. Arckoponyasérülések vizsgálatakor mindig el kell készíteni az occipito-dentalis felvételt. Ha kimutattuk az orbita basis törését, ismételt szemészeti vizsgálattal kell kettősképeket keresni. A kezdetben meglévő kettőslátás ugyanis átmenetileg rendeződhet, majd újra jelentkezhet (8). Ennek oka, hogy az intraorbitalis vérzés kezdeti kiterjedése, majd felszívódása és a kialakuló fibrosis is megváltoztathatja a bulbus helyzetét. Kettőslátás esetén megfelelő szakintézetbe kell küldeni a beteget, hogy — amennyiben szükséges — a besüllyedt orbita-basis korai műtéti rekonstrukciójával megelőzhető a későbbi fenyegető látásromlás.

Saját anyagunkban verekedés, elesés okozta sérülés fordult elő. A sérülés mechanizmusának ismeretében azonban számolhatunk e töréssel minden olyan esetben, ha hirtelen tompa ütés éri a szemgolyót, így labdajátékoknál, ökölvívóknál, közlekedési és munkahelyi baleseteknél stb. A sérülés nem ritka, anyagunkban gyakoribb volt a durvább, jól ismert maxilla-töréseknél. Nyilván sokszor nem ismerik fel, mert nem gondolnak rá és nem keresik a gyanús esetekben.

**Összefoglalás.** A szemgolyót érő tompa, hirtelen ütés a bulbus sérülése nélkül az orbita-basis kiütéses törését okozhatja. Ez a rutinszerűen készített kétirányú koponyafelvételel nem ismerhető fel, csak occipito-dentalis beállításban vagy rétegfelvételeken. Veszélye, hogy a szemgolyó helyzetének megváltozása kettőslátást okozhat, mely csak korán végzett műtéti correctióval előzhető meg. Ezért fontos ezen indirekt törésfajta ismerete és felismerése. Valószínűleg sokkal gyakrabban fordul elő, mint ahányszor diagnosztizálják.

### Megjegyzés a korrektúránál:

Kéziratunk beküldése után jelent meg F. Uhlich dolgozata (Radiol. Diagn. 1974, 15, 357.), mely a kérdéses kapcsolatban kimerítő irodalomjegyzéket közöl. Ugyanezen időszakban újabb kiütéses orbita-basis törés esetet észleltünk.

**IRODALOM:** 1. Ackermann A. és mtsai: Orv. Hetil. 1972, 113, 303. — 2. Ackermann A., Selymes Z.: Traumatologia. 1972, 15, 65. — 3. Axenfeldt, Th.: Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde. Fischer, Jena, 1949. — 4. Böhler L.: A csonttörések kezelése. Medicina, 1963. — 5. Bugyi I.: Gyakorlati sebészet. Medicina, Budapest, 1960. — 6. Fueger, G. F. és mtsai: Amer. J. Roentgenol. 1966, 97, 614. — 7. Gohrbandt, E., E. v. Redwitz: Lehrbuch der Chirurgie. Fischer, Jena, 1956. — 8. Haverling, M.: Acta Radiol. Diagn. 1972, 12, 347. — 9. Lewin, J. R. és mtsai: Amer. J. Roentgenol. 1960, 83, 628. — 10. Nagy E. és mtsai: Traumatologia. 1971, 14, 23. — 11. Orsós S.: Orvosképzés. 1969, 44, 79. — 12. Pape, H. D.: Verletzung des Gesichtsschädels. In: Spezielle Chirurgie für die Praxis. Band I. Teil 1. Thieme, Stuttgart, 1973. — 13. Sutton, D.: Textbook of Radiology. William and Wilkins, Baltimore, 1969. — 14. Vándor F. és mtsai: Orr-fül-gégészeti röntgendiagnosztika. Medicina, Budapest, 1961. — 15. Wullstein, L., M. Wilms: Lehrbuch der Chirurgie. Fischer, Jena, 1951. — 16. Zigmor, J. és mtsai: Amer. J. Roentgenol. 1962, 87, 1009.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem,  
Urológiai Klinika (igazgató: Babics Antal dr.)

## Patkővese köves hydronephrosissal és daganattal szövőődött esete

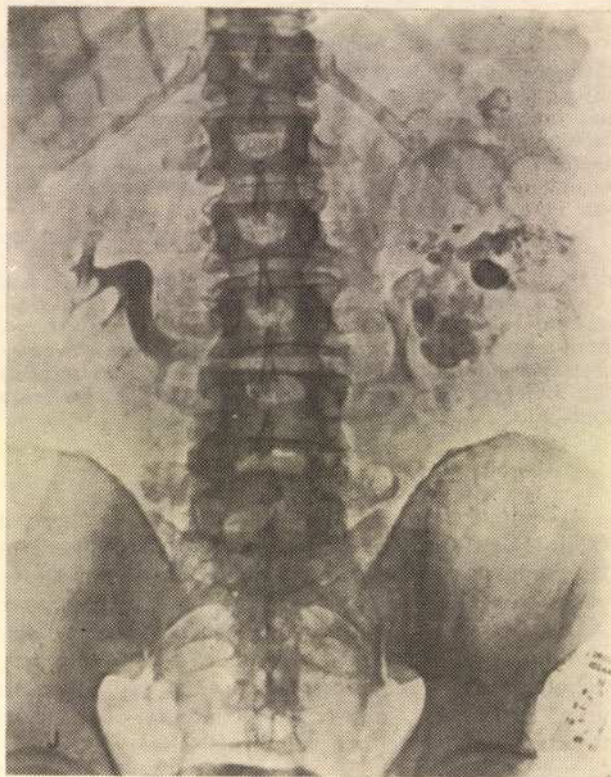
Csata Sándor dr. és Tankó Attila dr.

A patkővese nem ritka fejlődési rendellenesség. A magzati élet 4–6. hetében a két vesetelep egymáshoz közel helyezkedik el, ekkor következhet be a két vesetelep fusiója, az esetek 95<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ában az alsó pólusok között (1). A mechanikus okok mellett teratogén tényezők is felelőssé tehetőek, hiszen a patkővesével gyakran fordul elő az urogenitalis apparatus egyéb részeinek vagy más szerveknek a fejlődési rendellenessége is (2). Az ismertebb chromosoma-abnormalitásokhoz is — Down- és Turner-szindróma — nemegyszer társul patkővese (3). *Campbell* szerint a patkővese előfordulási aránya statisztikai adatok alapján 1 : 800—1 : 1600 között van (4).

A kórképet először *Barenario de Carpi* ismerteti 1522-ben, az első részletesebb leírás *Morgagni*-tól származik 1720-ból (5). Az esetek egy részében tünetmentes, csak mellékleteként kerül észlelésre. Máskor a mögötte elhelyezkedő idegi és érfonatok nyomása által okozott deréktáji panasz, hasi fájdalom hívhatja fel rá a figyelmet, amely esetleg heveny hasi tüneteket is kiválthat, ahogy azt *Rovsing* leírta (6). A rendellenes elhelyezkedés, az üregrendszer deformitása, a szabálytalan vérellátás miatt vizeletelvezetési zavar, pangás, infectio, kőképződés, hydronephrosis, pyonephrosis alakulhat ki a szokásos tünetek kíséretében. Természetesen malignus elváltozás is létrejöhet, gyakrabban az oldalsó veserészekben, ritkábban az isthmusban. Hazánkban patkővese és tumor együttes előfordulásáról először *Babics* számolt be (7). Nincs arra utaló adat, hogy a vesefejlődési rendellenesség malignus elváltozásra hajlamosítana. *Balogh* és *Szendrói* 275 vesetumoros betegéből 13-nak volt fejlődési rendellenessége, közülük 3-nak patkőveséje (8).

A felsorolt szövődmények együttesen is előfordulhatnak, bár a ritkaságok közé tartoznak. Jelen-

leg mintegy 100 az irodalomban ismertetett tumoros patkővesés betegek száma (9). 1962-ben *Shoup* 47-et gyűjtött össze az irodalomból, közöttük csak 6 esetben szerepelt együtt patkőveséből kő és tumor. 4 esetben a daganat urotheliális eredetűnek bizonyult, egy esetben adenocarcinoma volt, egy vesében pedig egyszerre mindkét fajta (10). 1967-ben *Burkovszkij* számolt be patkővesében többszörös kövesség és hypernephroma együttes előfordulásáról (11).

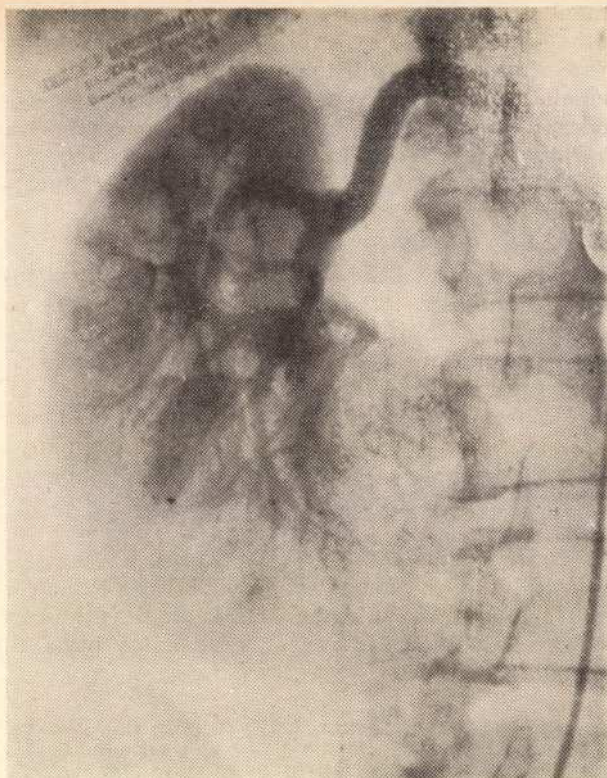


1. ábra.

### Esetismertetés

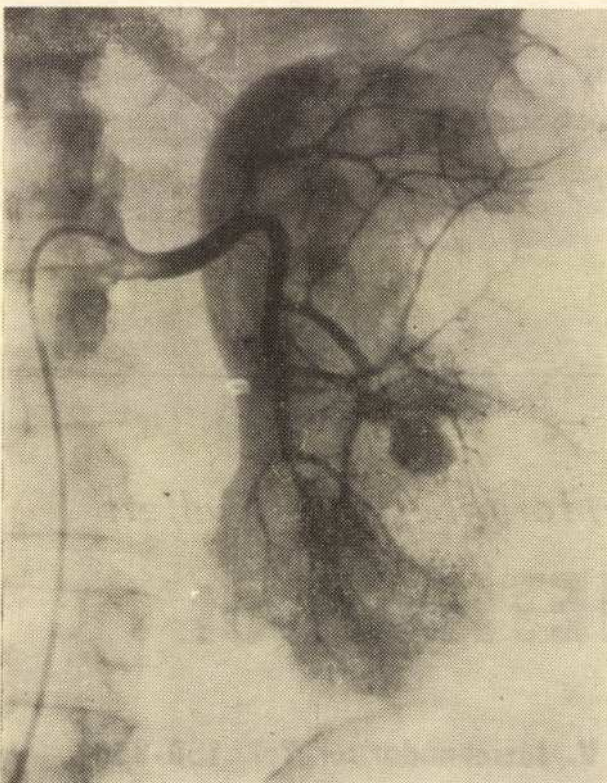
G. I., 54 éves férfi anamnesiséből az alábbiakat emeljük ki: 6 éve vannak deréktáji fájdalmai, amit a legutóbbi időkhöz orthopaediai eredetűnek tartottak. Bizonyos testhelyzetekben, előrehajláskor, mozgásra enyhe hasi fájdalma is jelentkezett. 2 hónappal ezelőtt vérnyomása 200/120 Hgmm-re emelkedett, deréktáji panaszai b. o.-on kifejezettebbé váltak, vizeletét is sötétebbnek látta. Néhány nap múlva munkahelyén veritékezés, szédülés után elájult, emiatt szállították kórházba. Itt már *macroscopos haematuria*t is észleltek. Ezért, valamint a bal hypochondriumban tapintható resistentia miatt iv. urographiát készítettek, amelyen patkővese ábrázolódott, b. felében két mogyorónyi és számos kisebb kő volt látható. Mivel az iv. urographia alapján a bal vesefél laterális kontúrja nem volt biztonsággal megítélhető, és a hasi resistentia mibenlétét teljes bizonyossággal tisztázni nem lehetett, az urológus konziliárius javaslatára a beteget további vizsgálat céljából klinikánkra helyezték át.

*Jelen állapot:* kp. fejlett, kp. táplált férfi. Emphysemás mellkas, sejtes alaplégzés. Szív balra 3 harántujjal nagyobb, rhythmusos, tompább szívhangok. Has puha, betapintható. A b. bordaív alatt a köldöktájig követhető csecsemőfejnyi, mérsékelten érzékeny resistentia tapintható, mely a légzőmozgásokat nem követi. Temp.: 36 °C, pulsus: 78/min. RR.: 160/90 Hgmm. Laboratóriumi leletek: vizelet: fs.: 1023, pH: 6,3, feh.: erős op., genny: neg., c.: neg., ül.: 1–3 gs., 120–150

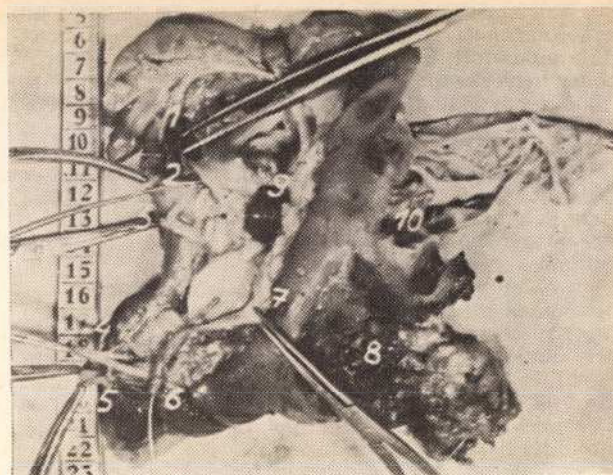


2. ábra.

vt., 1—1 hs. Bact.: E. coli, érz.: Neomycin, Erythromycin. Vér: BUN: 16 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, We.: 30 mm/ó, vvt.: 4,22 M, fvs.: 15 800, hgb.: 12,2 g/100 ml, htk.: 48<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, se. bi.: 0,8 mg/100 ml, thymol: 2,5 E. Mellkas átvilágítás: metastasisra utaló jel nincs. Iv. urographia: patkóvese. J. o. rendes tágasságú kehelyrendszer intenzíven telődik, 10



3. ábra.



4. ábra.

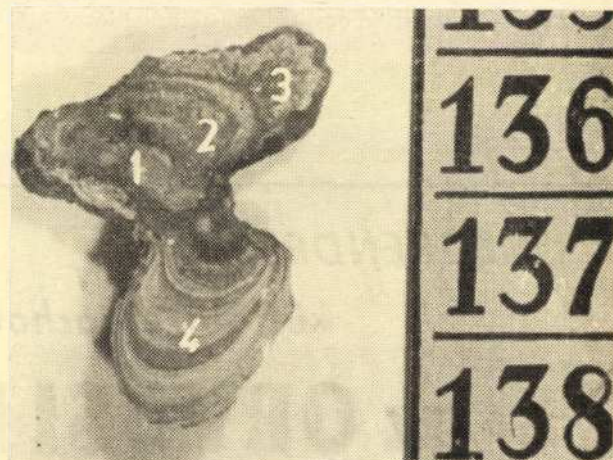
A műtéttel eltávolított bal vesefél

1. thrombotisált vena
- 2-3. centralis vena és arteria
- 4-5. az isthmus rendellenes arteriája és venája
6. ureter
7. pyelum
8. tumor
9. a súlyzó alakú kő pyelum felé eső felszíne
10. hydronephroticusan tágult üregrendszer

percre, a lefolyás szabad. B. o. a középső és alsó tágult kehelyekben, valamint a vesemedencében számtalan kisebb-nagyobb pozitív kő, a felső kehelyekben néhány kő látható. B. o. halvány kiválasztás, hiányos kehelytelődés. A b. vese rendkívül nagy, dudoros, lateralis kontúrja nehezen ítéhető meg (1. ábra).

Jobb és b. o.-i selectiv renovasographia: a j. vese felső pólusának megfelelően mérsékelt fokú chr. pyelonephritisre jellemző érrajzolatot lehet megfigyelni, egyéb elváltozás nincs. A b. vesének megfelelően csecsemőfej nagyságú cystosus képlet rajzolódik ki, amely a b. vese állományának jelentős részét a nyomásos atrophia miatt elpusztította. A b. vese alsó pólusának megfelelően lehet csak működő veseállományt kimutatni (2. és 3. ábra).

A leletek birtokában a b. vesefélben a kövesség mellett hydronephrosis, ill. solitaer cysta lehetősége merült fel, emiatt b. o.-i ferde lumbalis metszésből vesefeltárást végeztünk.



5. ábra.

A súlyzó alakú kő szerkezete (megcsiszolt felszín) és kémiai összetétele

1. organikus alkotórészek
2. calcium-oxalat monohydrat
3. calcium-oxalat dihydrat
4. carbonat-apatit

Műtét során láttuk, hogy a b. vesefél felső és középső harmada hydronephroticusan tágult, parenchymája elpusztult, és az alsó harmadában 5 cm átmérőjű tumor helyezkedik el. Az isthmus b. feléhez az aortából külön érpar haladt. Előzetesen behelyezett parenchyma-öltések között, a 3 cm széles isthmust átvágtuk, majd a b. vesefelet eltávolítottuk. A hilus környékén a nagyerekkel szoros összefüggésben néhány 1—1,5 cm átmérőjű, tumorosan infiltrált nyirokcsomót tapintottunk. A műtét utáni szak zavartalan, s 2 hét múlva a beteget gyógyultan hazabocsátottuk. A műtéti praeparatumot a 4. ábra mutatja.

Szövetani vizsgálat: (H.-E.) microscop alatt a vese állományát infiltráló, vérzésekkel és necrosisokkal tarkított tumorszövet található. A tumor általában papillaris növekedést mutat, sejtjei széles plasmájúak, eosinophil festődésűek. A sejtek atipusosak, polymorphak, közöttük számos magoszlás látható. A tumorszövet eléri a pyelon nyálkahártyáját, és azt bedomborítja. Dg.: papillaris hypernephroma.

#### Megbeszélés

Az újabb vizsgáló eljárások birtokában egyre kisebb számban marad rejtve patkóvese. Rathbun 108 esetéből még csak 25%-ban sikerült műtét előtt helyes diagnoszt felállítani (12). Kölln 105 beteget tárgyaló sorozatában viszont már csak 6 olyan beteg szerepelt, akiben halál után derült ki az elváltozás (13). A vesék tengelyének konvergenciája a sacrum irányába, az elmaradt rotatio miatt előretekintő vesemedencék és az ureterek sajátos lefutása általában nagy bizonyossággal patkóvese mellett szólnak (14). A renovasographiás vizsgálat megerősítheti a diagnoszt, selectiv angiographia egymagában azonban tévútra is vezethet. Az oldalsó veserészeket ellátó centralis ereken kívül ugyanis további edények indulhatnak az aortából a vesébe, de közvetlen ágak jöhetnek az a. iliaca communisból, externából, internából (15). Néha az isthmusnak külön ere van (16). Így volt ez esetünkben is, ahol a kétoldali selectiv vese-angiographia során az isthmus parenchymájába kontrasztanyag nem jutott.

Esetünk további érdekessége, hogy az érintett oldal üregrendszerének felső és középső része hydronephroticusan tágult volt, az ide tartozó parenchyma teljes pusztulásával. Az elváltozást néhány nagyobb kő, közöttük egy súlyzó alakú, idézte elő.

Ennek nagyságát, elhelyezkedését, szerkezetét ábráink jól mutatják (4., 5. ábra). A kő pyelum felé eső része sima volt, az ellenoldali felszín viszont egyenetlen, rücskös, ami megfelelt az egyes részek kémiai összetételének. A kisebb kövek egy részénél a szerkezetvizsgálat szerint a tumorból eredő vérzés indíthatta el a kőképződést, mivel bennük kőmagként véralvadékokat tudtunk kimutatni.

Nehéz megítélni, hogy mi lehetett az első elváltozás, és az elváltozások mennyiben következményei egymásnak. A legnagyobb kő szerkezete és nagysága, valamint az általa okozott hydronephrosis és parenchyma-vesztés mértéke alapján azt kell feltételeznünk, hogy ez hamarabb alakulhatott ki, mint a tumor. A műtét közben felismert malignus elváltozás kiterjedése, a távoli metastasisok hiánya is arra engednek következtetni, hogy a malignus folyamat később kezdődhetett.

**Összefoglalás.** A szerzők patkóvese köves hydronephrosissal és daganattal szövődött esetét ismertetik a magyar irodalomban elsőként. Bevezetőben röviden áttekintik az esettel kapcsolatos hazai és külföldi irodalmat.

**IRODALOM:** 1. Segura, J. W., Kelalis, P. P., Burke, E. C.: J. Urol. 1972, 108, 333. — 2. Boatman, D. L., Kölln, C. P., Flacks, R. H.: J. Urol. 1972, 107, 205. — 3. Ormond, J. K., Drew, D. R., Urwiller, K. L.: Genetics and the Urologist. Springfield, Illinois. Ch. C. Thomas Publisher. 1972. p. 71. — 4. Campbell, M. F.: Campbell and Harrison: Urology. Saunders Co. 1970. Vol. 2. p. 1448. — 5. Lowsley, O. S., Kirwin, T. J.: Clinical Urology. Baltimore. Williams and Wilkins, 1956. p. 99. — 6. Rovsing, T.: Z. f. Urol. 1911, 5, 586. — 7. Babics A.: Orvosképzés. 1941, 31, 642. — 8. Balogh F., Szendrői Z.: Pathologie und klinik der Nierengeschwülste. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1960. p. 156. — 9. Czvalinga I.: Orv. Hetil. 1969, 110, 2383. — 10. Shoup, G. D., Pollack, H. M., Dou, J. H.: Arch. Surg. 1962, 84, 413. — 11. Burkovskii, D. V.: Urol. Nefrol. (Moscow) 1967, 32, 56. — 12. Rathbun, N. P.: J. Urol. 1924, 12, 611. — 13. Kölln, C. P. és mtsai: J. Urol. 1972, 107, 203. — 14. Illyés G.: Urológia. Budapest, 1931. p. 97. — 15. Babics A.: Urológia. Tankönyvkiadó, Budapest, 1972. p. 67. — 16. Farman, F.: Anomalies of the kidney. Encycl. Urol. Ed. Alken és mtsai. VII/1. Berlin—Heidelberg—New York. Springer Verl. 1968. p. 66.

**MEGRENDELHETI**

**külföldre bárhová, forintbefizetés mellett**

**az ORVOSI HETILAP-ot**

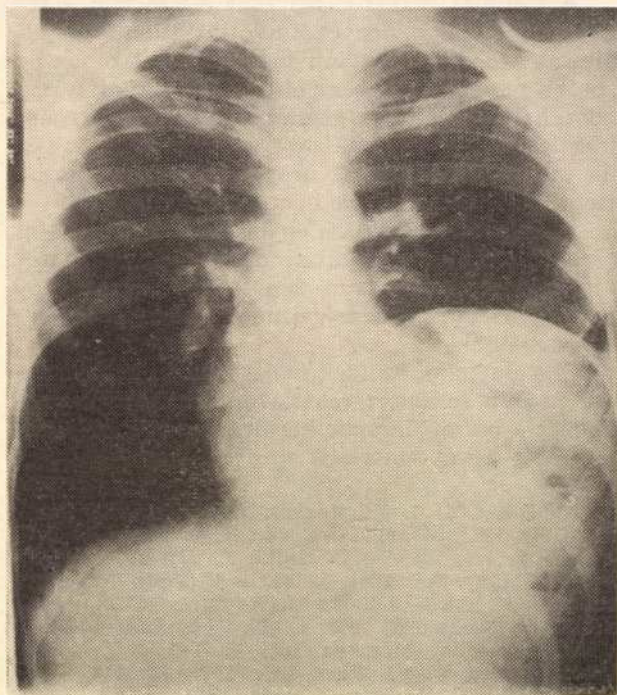
**Posta Központi Hírlapiroda Budapest, V., József nádor tér. Tel.: 180-850**



## Appendix a bal mellüregben

Vígh Erika dr. és Kopp Miklós dr.

A hasi szervek rendellenes helyzete komoly diagnosztikai nehézséget jelenthet. A szokatlan helyen levő és atípusos tüneteket okozó szerv megbetegedése, szövődmény fellépése az életet is veszélyeztetheti, ha a műtéti megoldás késlekedik (1, 6, 7, 9, 11).



1. ábra.  
Műtét előtti summációs mellkas felvétel

Az appendix baloldali elhelyezkedése a hasüregben részleges vagy teljes situs inversus részjelensége, nem különlegesen ritka fejlődési rendellenesség, számos közlemény foglalkozik vele (2, 4, 5, 8, 12).

Mellüregben elhelyezkedő féregnyúlványról a hazai szakirodalomban nem találtunk említést, s az idegen nyelvű közlés is nagy ritkaság. *Nadareishvili* (6) esetében gépkocsi-baleset után 6 évvel derült ki a rekesz-ruptura, és a jobb mellkasfélben levő phlegmonosus féregnyúlványt távolították el. *Nazarkiewicz és mtsai* (7) acut appendicitist észleltek vele született baloldali rekeszsérv esetében.

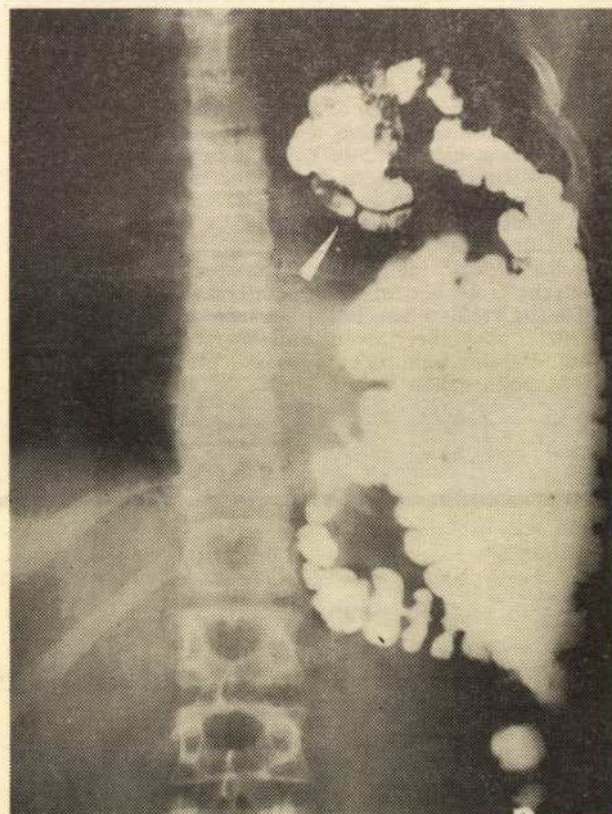
Újszülöttn a szülési trauma hatására létrejövő rekesz-ruptura rendkívül ritka, és az általunk átnézett irodalomban nem is találtunk hasonlót.



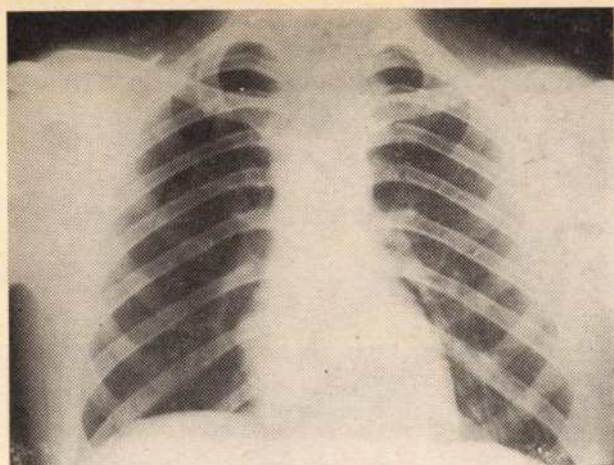
2. ábra.  
Oldalfelkésben a vékony- és vastagbélkacsok zöme a bal mellüregben foglal helyet

### Esetismertetés

T. D., 16 éves fiú (kórlapszám: 134/72.) születése után 2 évvel észlelték, hogy „bal oldalon a rekesz ma-



3. ábra.  
A coecum és az appendix (nyíl) a bal hilus vetületében ábrázolódnak



4. ábra.  
A műteti utáni kontroll mellkas felvétel ép viszonyokat mutat

gasabban áll". Anamnesisében komolyabb trauma nem szerepelt. Több esetben feküdt intézetben, háromszor eredménytelen punctio (!) történt feltételezett pleuritis exsudativa miatt. Egyetlen panasza az enyhe fulladás, mely fizikai megterhelés (labdajátékok) hatására fokozódik. Fizikális vizsgálattal részaránytalan mellkas, pectus carinatum látható, mely a manubrium sternitől balra helyezkedik el. Kopogtatással a bal rekeszfél bő tenyérvívvel magasabban áll, mint a jobb, kb. a scapula csúcsáig terjedő tompulat észlelhető, ugyanitt a légzési hangok nem hallhatók.

Mellkas átvilágítás és p-a. mellkas felvétel szerint (1. ábra) a bal rekeszfél a VII. borda hátsó ívéig ér, a légzőmozgásban elmarad, alatta, a jobbra nyomott szív mellett az inhomogén árnyékoltságot a mellüregben levő bélkacsok adják. A has területén bélgázok nem láthatók. Ha a beteget előrehajoltatva préseltettük és köhöggettük, a belek nagy része a jugulum magasságáig feljutott, míg állva gyorsan visszakerült eredeti helyzetébe.

Gyomor-bél passage alkalmával azt észleltük, hogy a gyomor axialis tengelye körül megfordult, nagygörbülete jobbra, kiscögülete balra tekint. Jobboldali oldalfekvésben (2. ábra) és a beteget előrehajoltatva a hasúri nyomás fokozódása miatt az ileumkacsok és a colon transversum lateralisán elől a többi bélrészlet fölé kerülnek és megközelítik a jugulum szintjét, ezen helyzetüket rövid ideig állva is megtartják, majd visszacsúsznak. A caecum az appendixszel (nyíl mutatja) a bal hilus vetületében, hátul ábrázolódik (3. ábra).

1971. november 24-én műtetre került sor (prof. Kulka). Baloldali thoracotomia és a pleura megnyitása után a mellüregben volt a sigma kivételével a teljes

vastag- és vékonybélrendszer. A belek a centrum tendineum kb. 5 cm hosszú és 2 cm széles repesztett sebén kerültek a mellüregbe. A belek a ruptura széléhez szilagosan kitapadtak. A bal tüdő alsó lebenye hypoplasia, emiatt incongruentia volt a részaránytalanul megnagyobbodott bal mellüreg, a mélyen álló rekesz, ill. a bal tüdő között.

A sérvkapu felszabadítása és megnagyobbítása után vissza lehetett helyezni a beleket a hasüregbe, de előbb a superficialisan gyulladt appendixet eltávolították. A postoperatív kórlefolyás zavartalan volt. A műtét után 2 hónappal kizáródott inguinalis sérv miatt — melynek keletkezésében a normálissá vált hasúri nyomás is közrejátszott — sérvműtetre került sor (Troján dr.). A beteg azóta panaszmentes, a mellkas felvétel normális viszonyokat mutat (4. ábra).

Esetünket azért tartottuk közlésre érdemesnek, mert az anamnesis elemzése alapján a rekesz-ruptura létrejött a perinatalis időszakra tehető, s ez ritka szövődmény, éppenúgy, mint az appendix bal mellüregbe kerülése.

A traumás rekesz-rupturákat elsősorban a rekeszszel egybefolyó, árnyékot adó intrathoracalis elváltozásoktól kell elkülöníteni, de kétes esetben ne a próba-punctio legyen az első diagnosztikus ténykedés, hanem a minden részletre kiterjedő röntgenvizsgálat (3, 10). Az emésztő-tractus röntgenvizsgálata mellett ajánlatos az urographiát is elvégezni, mert a mellkasban a vese is helyet foglalhat (3).

A diagnosis felállítása egyben műteti javallatot is jelent, mert akár sérvkizáródás, akár gyulladásos szövődmény vagy ruptura lép fel, az „observatio” vagy a felismerés nehézségei miatti késlekedés végzetessé válhat.

**Összefoglalás.** Szerzők szülés közben létrejött és csak később felismert rekesz-ruptura következményeként a bal mellüregbe került appendix műtéttel megoldott esetét ismertetik.

**IRODALOM:** 1. Fürstenber, H. S.: Brun's Beitr. Klin. Chir. 1971, 218, 663. — 2. Ján H. és Géczy J.: Orv. Hetil. 1972, 113, 1665. — 3. Kulka F., Botos Á. és Altorjay I.: Magy. Seb. 1961, 5, 285. — 4. Lázár D.: Magy. Seb. 1970, 23, 314. — 5. Löke M., Nagy G. és Völgyi M.: Orv. Közl. (Szekszárd) 1968, 4, 142. — 6. Nadareishvili, G. N.: Khirurgiia. (Moszkva) 1969, 45, 145. — 7. Nazarkiewicz A., és mtsai: Wiad. Lek. 1970, 23, 149. — 8. Owen-Smith, M. S.: Brit. J. Surg. 1969, 56, 233. — 9. Pátkay J. és Csapó G.: Orv. Hetil. 1969, 110, 1209. — 10. Székely O.: Kandidátusi dissz. 1967. — 11. Tamásy S. és Sulyok B.: Magy. Seb. 1973, 26, 48. — 12. Wyndham, N.: Med. J. Aust. 1970, 2, 726.

Nagy veszteség érte a magyar orvostársadalmat. 1974. október 15-én, 85 éves korában elhunyt

## Rusznay István akadémikus

a Magyar Tudományos Akadémia nyugalmazott elnöke. Elnöki tisztét több mint 2 évtizeden keresztül töltötte be.

Munkásságának méltatására legközelebbi számaink egyikében térünk vissza.



# HORUS

ORVOSTUDOMÁNYI  
DOKUMENTÁCIÓS  
SZOLGÁLAT

Szerkeszti  
az Országos Orvostudományi  
Könyvtár igazgatója  
22. szám

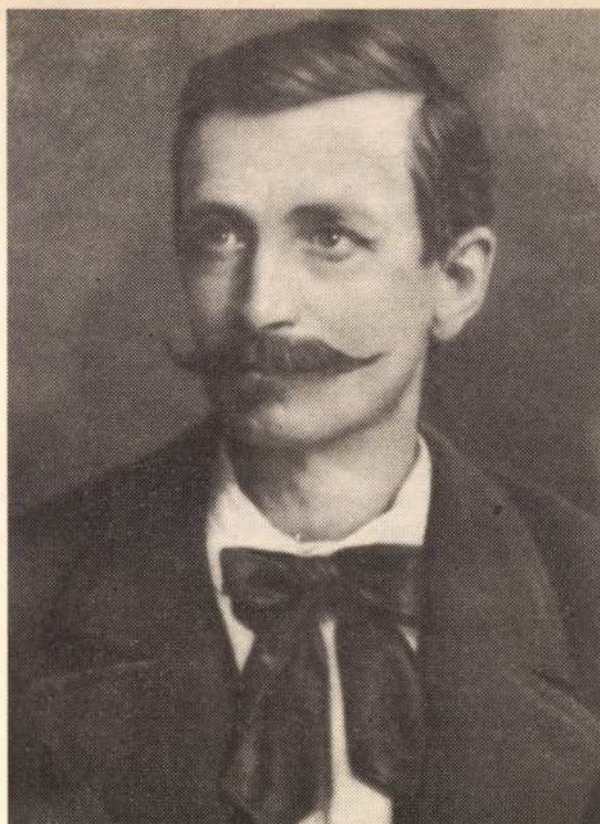
## Szabolcs megye nagy fia: Jósa András (1834–1918)

Jósa András korának kimagasló egyénisége volt. Orvosi, régészeti és újságírói tevékenysége egyaránt maradandónak bizonyult. *Krúdy Gyula* annak idején így méltatta orvosi működését: „... a legjobb orvos fél Magyarországon, akinek csodatetteit bizvást zenghetné lant, sok ezreket megmentvén a korai sírtól, szentanyámat és engem is többször, az ifjúság kihívó és vakmerő korszakában, félig csodatevő fantom, félig elkésett lovag a régi duhaj Magyarországból, zsebkéssel operáló doktor és tudós orvos, aki a Korányiak szülőföldjén vetélkedhetett a legjobb magyar orvos titulusáért”.

Régészeti munkásságát *Kiss Lajos*, Jósa múzeumának későbbi igazgatója ekként summázta: „A Nyírségnek egyetlen olyan intézménye van, amelynek jelentősége túlterjed Magyarország határain, a Jósa-múzeum”.

Újságíróként is nagyon népszerű volt. Elsősorban a nagymúltú „Nyírvidék” c. újságban jelentek meg írásai. Sokan csak azért járták ezt a lapot, hogy Jósa szellemes, magas szintű és mégis közérthető, zamatos magyarsággal megírt cikkeit olvashassák.

Jósa András 1834. november 30-án született Nagyváradon, ahol apja, *Jósa Péter dr.* főispán volt. Érdekes, hogy viszonylag későn, már 26 éves fejjel kezdte el az orvosi stúdiumokat. Ugyanis apja jogi pályára szánta, s így előbb a bécsi egyetem jogi fakultására iratkozott be. Két szemeszter után azonban búcsút mondott a jogászcélnak. Ekkor, 1853-ban a híres magyaróvári Gazdasági Főiskola hallgatója lett. Ismeretei megszerzése után *gróf Széchenyi István* nagycenki birtokán, illetve később apja nagyszántói (Bihar megye) birtokán gazdálkodott. Iparkodott beilleszkedni az akkori nemesség vidéki életébe, azonban a vadászat és mulatozás nem tudta betölteni Jósa örökös mozgásra, tevékenységre beállított életét. Már ebben az időben is sokat fúrt-faragott. Nagy kezűgyességét az esztergály mellett is jól kamatoztatta. A bécsi udvari esztergályostól tanulta el a joghallgató korában a műfogásokat. És ez döntötte el későbbi sorsát is! A sok esztergályozás kapcsán tályog alakult ki a kezén. Egy ügyetlen felcser 43 incisiót végzett, míg végül hosszas fekvés és betegeskedés után kilökő-

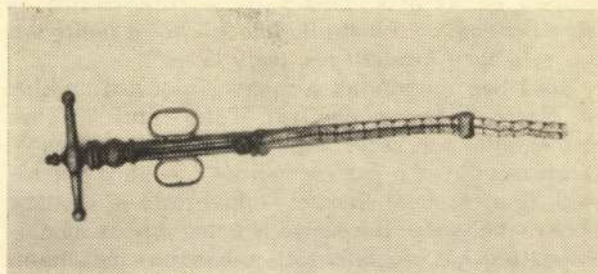


Jósa András

dött az idegentest. Az elviselt sok szenvedés érlelte meg végleges elhatározását: otthagyja eddigi pályáit és orvos lesz, miként nagyapja. Nem csoda, hogy Jósa Andrásnak imponált a nagyapja: *Jósa István dr.* (1756–1839), aki az egész Tiszántúl első mai értelemben vett tisztifőorvosa volt.

A családi adatokból figyelemre méltó még egy orvostörténelmi vonatkozás. Jósa András feleségének a családjában is volt híres orvos, amennyiben *Laner Olga* nagyapja: *Benkő Sámuel dr.*, Borsod megye főorvosa, a párizsi Akadémia és a dijoni Tudós Társaság tagja volt. Ilyen indítékok alapján került Jósa András ismét Bécsbe, s az akkori Európa leghíresebb egyetemén tanult.

1864. évi doktorrá avatása után alorvos volt a döblingi tébolydában, majd a világhírű *Skoda* belgyógyász professzorhoz került asszisztensnek. A beteg *Erzsébet* királyné mellé *Skoda* a tehetséges Jósa-t ajánlotta orvosnak, aki azonban ezen megtisztelő megbízatást nem fogadta el és hazatért Nagy-



Saját tervezésű nőgyógyászati műszere polyp eltávolítására

kállóba. Ugyanis ekkor az apja már Nagykállóban lakott, s lakását átadva Jósa Andrásnak, kiköltözött a közeli Napkor községben levő birtokára.

Jósa András Nagykállóba költözése után nem sokkal hagyta ott a megyeszékhelyt *Korányi Frigyes* (1864. december 27-én), hogy elfoglalja pesti állását. Így történhetett, hogy a *Korányi Frigyes* által 1863-ban alapított és 8 ágygal beindított Szükség-kórházat Jósa András vette kézbe, s 20 éves kórházigazgatói működése alatt folyamatosan 84 ágyasra fejlesztette.

Ezen kórházi igények miatt 1865-ben még azért utazott Bécsbe, hogy orvosi diplomája mellé az előírt legrövidebb időn belül a sebészi szakképesítést is megszerezze.

Ezután operált kizárt sérvet, megnyitott tályogokat és lymphomákat, amputált végtagokat, sőt nagy sikerrel végzett szemészeti műtéteket. De ő volt az első egyike a kontinensen, aki hüvelyen keresztül méhkiirtást végzett (személyes közlés a közelmúltban elhunyt unokájától: *Dohnál Jenő dr.* nyug. kórházi főorvostól, aki szerint e tény *Tóth István* szülész professzor a hallgatósága előtt mindig előadta). Jósa saját maga tervezett műszert polyp, illetve húgykő eltávolítására, s az instrumentu-



A nagykállói volt megyeházát Jósa javaslatára 1895-ben ideg- elmegyógyintézeté alakították át

mokat Berlinben készítette el. Ugyancsak Berlinben tanulta híres hályogműtéteinek technikáját *Graefe* szemész professzortól, s sebészi ismereteit *Langenbeck* sebész professzornál frissítette fel. Két ízben járt *Koch Róbert*-nél is: a *Koch-bacillus*, illetve *tuberculin* felfedezése után. Zseniális orvos az, aki *Koch* méltán világszenzációt kiváltó felfedezéséhez hozzá merte tenni a saját véleményét is, nyomban: „*En részemről csak olyanoknál leszek hajlandó az új gyógymódot (ti. a tuberculint) és csak mint egyik faktort alkalmazni, hol a bántalom vagy még igen kezdetleges, vagy kétes*”.

1884-ben meghívták a megyei főorvosi székbe, már Nyíregyháza székhelyel. Több mint 20 éves egészségügyi szervezői működése alatt a megye közegészségügyét a „kőkorszakból” — ahogyan régész kifejezéssel jellemezte — kivezette, s modern alapokra helyezte. Bevezette a betegségi és halálzási statisztikát, foglalkozott a bábaügy és állami gyermekvédelem kérdéseivel, kb. 400 kutat fűratott a megye területén, s keresztülvitte a szabolcsi gaz-

dasági cselédek lakásának elfogadhatóvá tételét stb. Híres egészségügyi jelentései nemcsak feletteseit, hanem külön nyomtatásban is közzétéve, a lakosság széles körét is informálták.

Szerintem Jósa András orvosi munkásságában éppen az a legnagyobb és egyben legmaradandóbb, hogy már abban az időben felismerte a lakosság egészségügyi nevelésének döntő szerepét az egészségügy fejlesztése és a járványok megelőzése vonatkozásában. Ennek érdekében sok előadást tartott és rengeteg cikket írt. Speciális körülmény, hogy orvosi cikkei (kb. 230 egészségügyi vonatkozású írása volt) szinte kivétel nélkül a nyíregyházi Nyírvidék c. lapban jelentek meg. Ugyancsak e lapban publikálta régészeti dolgozatait, amelyeket még az *Archeológiai Értesítő* is sokszor közvetlenül a Nyírvidékből vett át. Jósa több mint 70 évvel ezelőtt így jelölte meg az egészségnevelés legfőbb feladatát: „*A gyermek felfogási képességéhez mért egészségügyi kátét kell már az elemi iskolában tanítani, mert a felnőttek megkeményedett agyvelejtébe újabb benyomások nehezen hatolnak*”.

Milyen volt ez a híres orvos, régész és újságíró mint ember? Őseihez hasonlóan rebellis magyar, kuruc! Leírta többször, hogy „*nem császár talpnyalása vágyai netovábbja!*”, vagy máshol: a nagykállói főispán „*nem jó szemmel nézett reám, mint aki mindég hazámba, nem pedig Bécsbe voltam szerelmes!*”. Ha megkérdezték, milyen párthoz tartozik, így válaszolt: „*... hát én már csak Jósa-párti vagyok!*” Nemzeti érzése olykor túlzásokra ragadtatta: „*Az lenne a legüdvösebb, ha a közegészségügynek sok anyagi áldozatot követelő kezelése a m. kir. belügyminisztériumból a közös hadügyminiszter hatáskörébe tétetnék át... Így a sorozáskor sokkal több tauglich kerülne ki, ami pedig a legfőbb dolog!*”. Kuruc mentalitását azzal is kifejezte, hogy számos írását így fejezte be: „*De megvirrad még valaha, nem lesz mindig éjszaka!*”. Jósa sem tudta páratlan népszerűsége és szervező képessége ellenére sem minden üdvös elképzelését megvalósítani. Ha szüklátókörség, meg nem értés akadályozta orvosi vagy régészeti munkáját, így írt: „*... nem a mának dolgozunk, majd jön idő, amikor megértik!*”.

Úgy látszik, eljött ez az idő. Még 1918-ban — alapításának 50. évfordulóján — a nyíregyházi Múzeum és 1969-ben a Megyei Kórház is felvette Jósa András nevét. A ma 85 ezer lakosú Nyíregyháza legújabb városnegyedét a lakosság javaslatára pályázat kapcsán nevezték el 1972-ben Jósa-városnak. Igaza volt tehát *Krúdynak*, amikor azt írta Jósa Andrásról: „*No lám, nem mindig közepes a termés a Nyírben, nemcsak a szabolcsi krumpli és a piri-csei árvalányhaj termése van biztosítva, hanem a jeles embereké is!*”  
Fazekas Árpád dr.

## Kilencven éve született Georges Duhamel

*Kosztolányi Dezső* és *Karinthy Frigyes* halálakor tűnődött rezignáltan *Márai Sándor* a magyar irodalom keserű dilemmájáról. Tele van magános

óriásokkal, de nincs jelen a világirodalmi köztudatban, s a nyelvi rokontalanság csak részbeni magyarázat. Az elismerés vigasztaló kivételének egy francia író említ, aki eljött meglátogatni a gingiva cc.-val halálba révülő *Kosztolányit*, hogy elernyedt kezét az európai írók nevében megszorítsa.

A látogató *Georges Duhamel* volt, az Académie Française halhatatlanjainak egyike, a világhíró-világhíró orvos-író.

Franciaországban éppen az ő epés becslése szerint minden második embernek kézirat lapul a zsebében, hogyne lenne hát az hagyományos „foglalkozási betegség” az orvosoknál *Rabelais* földjén? Egyik betűvető hajlamú, de a fonendoszkóp mellett kitartó francia, név szerint *Campan* doktor régi ismerősünk. *Illyés Gyula* találkozott vele a provanszál tájon, és örökítette meg a második világháború utáni franciaországi útijegyzetében. Versfordítását lehetetlen nem idézni:

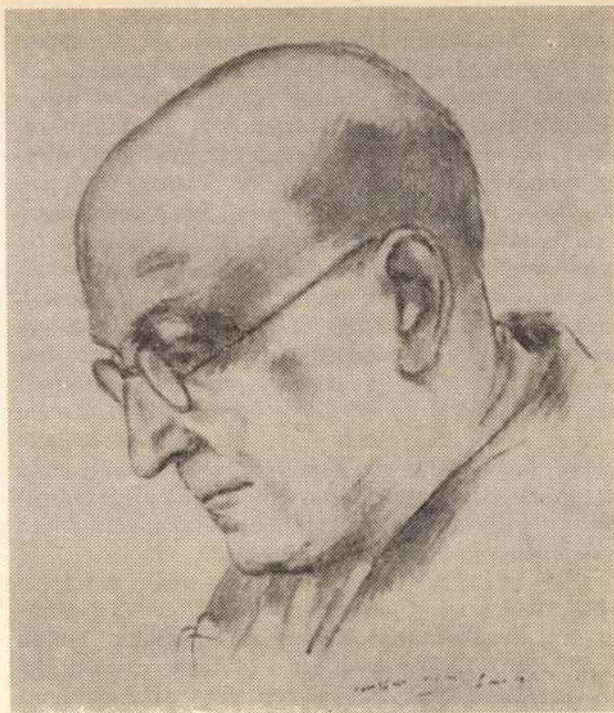
„Dél karmai között fehéren zörög  
a kalász a tág júliusban.  
Hosszan-búsan  
harmónikázik a szél.  
Nagy szalmakarjaival hányja már  
keresztvetéseit a dülőkre a nyár.”

A francia szöveg ismerete híján jogos a gyanú, hogy jobb az eredetnél.

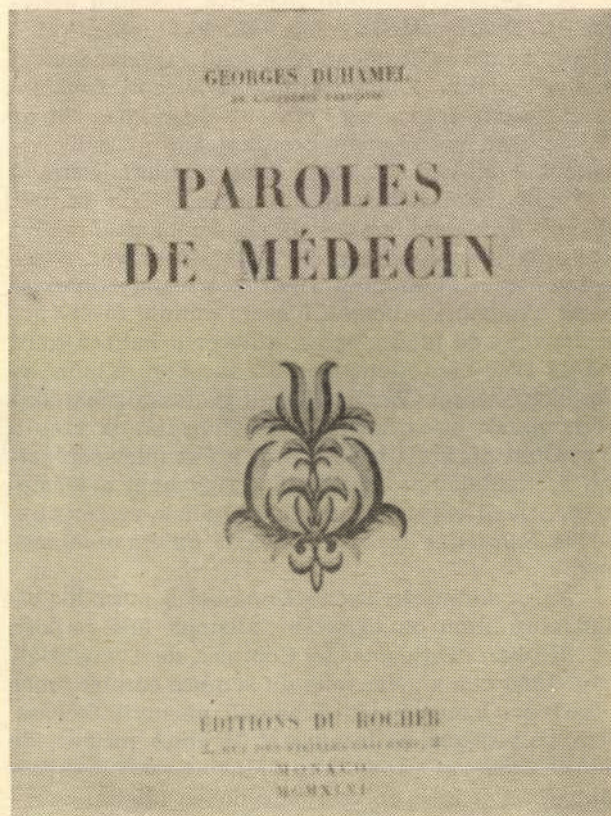
Ha a franciáknál orvos-íróról esik szó, *Rabelais* után *Duhamel* nevére gondolunk. Kilencven éve született Párizsban. Szajna parti szülővárosát jól ismerte, hiszen nyughatatlan családjá évente legalább kétszer változtatott lakást. A századforduló szellemi fővárosa a világkiállítástól, a Dreyfus-per-től és a képzőművészet nagy meghökkentő megújulásától hangos. A bohémek kara és a diákok a nagy szimbolistákat szavalják, s ahány érzékeny fiatal, annyi szárnypróbálgatás. A *Claudél* bűvöletében betűre eszmélő balparti diák, név szerint *Georges Duhamel* már az „unanimisták” között *Jules Romains*, *René Acros*, *Charles Vildrac* társaságában tart a huszadik század felé. Egyszerre iratkozott a medicinára és a parnasszusra. Előbb az utóbbin habilitált 1907-ben egy verses kötettel, majd két évvel később az orvoskaron. Friss orvosi diplomával a *Mercure de France* (*Böloni György* szerint *Ady* kedvenc lapja) vers és színház rovat vezetője lett. Itt találkozott egy szép és tehetséges színésznővel, későbbi feleségével.

Az első világháborúban sebésznek jelentkezett a frontra. Idejét nagyrészt a gázodémások között, azokat ápolva-gyógyítva töltötte. Feljegyzéseiből született az első igazi *Duhamel*-könyv, a „*Vie de martyrs*”. Szegény amputált végtagú „nyomorultjai”: *Lerondeau* és *Carré* nem hősök, hanem áldozatok. A magyar olvasónak egy rokonművész jut az eszébe, a lövészárkok festője, *Mednyánszky László*, aki hasonló erővel és drámaisággal örökítette meg képein a háború névtelen szenvedőit. Ez a könyve több mint száz kiadást ért meg. A következő, a „*Civilisation*” 1918-ban már a Goncourt-díjat, az összefoglaló „*La Possession du monde*” az európai hírnevet biztosította neki.

A húszas-harmincas években egymás után je-



lentek meg nagy regényciklusai, a *Salavin-* és *Pasquier*-sorozat, útibeszámolói, esszéi. *Louis Salavin* vagy *Laurent Pasquier* a műtészek szerint ugyanolyan ismert típus alakja a francia irodalomnak, akár *Tartuffe*, *Jean Valjean* vagy *Jacques Thibault*. *André Maurois* leginkább *Rousseau* és *Dosztojevszkij* hatását véli felismerni írásaiban. Nagy utazó



Az 1946-ban megjelent kötet több mint 30 tanulmánya az orvostudományról és az orvosi gyakorlatról szóló gondolatait foglalja össze

volt, különösen szerette a kis demokratikus országokat, Hollandiát, Dániát, Svájcot. Az amerikai technokrata világtól kifejezetten idegenkedett. Az októberi forradalom tizedik évfordulóján a Szovjetunióba is ellátogatott. Beszámolója „lírai impressziók”, elfogultság- és statisztikamentes bepillantások a nagy ország vajúdó életébe. Viszonzásképpen Párizsban *Majakovszkijt* fogadta. Magyarországra is ellátogatott 1936-ban, a betegágyban kereste fel a „legfranciásabb” magyar író. *Kosztolányi Dezső*-né a következőképpen elevenítette fel: „*Duhamel, francia író, meglátogatja őt a kórházban. Felkorbácsolt izgalommal fogadja ezt a látogatóját, karosszékekben ülve. Megverettségét, elesettségét most még jobban és egyszerre érzi, a kiváló francia kartárs és orvos jelenlétében. És milyen előkelő módon bókol neki, Duhamel legutolsó, már az ő betegsége idején megjelent könyvéből idéz szószerint. A francia író megcsókolja búcsúzóul s künn a folyosón sírva fakad*”.

*Pérelly Imre*, a később tragikus véget ért festő 1931—1939 között Párizsban festett „Fekete-fehér képek” c. albumához *Duhamel* írt meleg hangú ajánló sorokat. „*Ismerem ezt a tömeget, évekig jártam ezeket a sikátorokat, testvéremnek, Salavinak, annak a fájdalmas lénynek társaságában, akinek elmondtam a történetét és akivel Pérelly Imre bizonyosan találkozott, este, a kis boltok világánál, a párizsi ködben*”.

Noha 1937-ben a gépesített szórakoztatóipar még nem élte fénykorát, könyvet írt ellene, a könyvek védelmében. A mozival szemben egyoldalúan elfogult.

A szenvedélyes utazó 1938-ban megállni kényszerült. Nyáron Valmondois vidéki menedékéből kezdte aggódva figyelni a világot. Gyermekeivel zenekart alakít, ő maga kitűnően játszott fuvolán. A „*Positions françaises*” c. könyvében megírta az 1939-es esztendő eseménykrónikáját, a második világháború előestéjét. „*Inter arma caritas*” jelszóval 1940 nyaratól ismét gyakorló orvos. Tagja az írók ellenállási csoportjának, s az akadémia titkáráként képviseli a nagy krízisét élő Franciaországot. A sebzés mellett leginkább a közegészségügy érdekeltte. Az akadémia sebészeti ülésein mindig részt vett. A „*Paroles de médecins*” c. kötetét a háború alatt írta és 1946-ban jelent meg Monacóban. Külön fejezeteket szentel *Charles Nicolle* professzornak, akitől nemcsak bakteriológiát, de filozófiát is tanult. Árnyaltan ábrázolt tudósalakja a Pasquier-sorozatban is megtalálható. Felhívta a figyelmet a természetben levő egyensúly megbontásának veszélyeire, idézve *Sallustius* híres mondását: *quieta non movere*.

Az unanimistán kezdő *Duhamel* a második világháború után az egzisztencializmus felé hajlott. Az 1958-ban megjelent „*Le Complex de Théophile*”, majd 1960-ban a „*Nouvelle du sombre empire*” már a Sartre—Camus hatás duhameli megnyilatkozása. Nem volt stílust és irányzatot teremtő mester, de hatása azokéval vetekedett. *Maurois* szerint csillogásban lehet írni, de becsületesebben aligha. Öregségére ismét a kedves Valmondois családi környezetébe húzódott. Nyolcvankét éves korában hunyt el, 1966-ban.

Furesa-jóságos arca, a kicsit *Bernard Blier* karakterszínészére emlékeztető atyai profil azóta kicsit elmosódott. Népszerűsége-olvasottsága nálunk nem vetekedett a két világháború között *Romain Rolland* avagy *du Gard*, később *Camus*-éval, s ez nem csupán a fajsúlybeli vagy originális különbséggel magyarázható. Meglepő visszpillantani, hogy annak idején a sikeres orvos-írók könyveinek fordítási özönében *Duhamel* milyen szűk helyen szerénykedik. Leglelkesebb híve, *Komor András* fordításában jelent meg az „Éjféli vallomás” 1927-ben, a „Két ember” 1935-ben. Ismertetést is kétszer írt róla a Nyugatban. *Illyés Gyula* 1940-ben a „Napló” címűt fordította le. (*Journal de Salavin*). *Oltványi Imre* posztumusz fordítása „A vigasztaló zene” 1964-ben jelent meg. Ez a fordítási lista elég sovány a mintegy száz kötetből.

Irodalmi konstellációs helyét meghatározni a kilencven éve született írónak nem a mi illetékeségünk. De orvos-etikai írásaiból tellene egy haszonnal forgatható kötetre.

Szállási Árpád

## Lazzaro Spallanzani (1729—1799)

*Lazzaro Spallanzani* olasz természettudós 1729. január 12-én született a lombardiai Scandianóban. A jezsuitáknál nevelkedett Reggio Emiliában, retorikát és filozófiát tanult. Szülei papnak szánták, de nem tudták rávenni erre, csak a kisebb rendekbe lépett be és használta az abbé címet a neve előtt. A bolognai egyetem jogi karára iratkozott be, de érdeklődése a természettudományok felé fordult és diplomáját ezen a karon szerezte meg. 1754-től Reggio Emilia egyetemén a logika, metafizika, a görög és francia nyelv tanára lett, majd metafizikát és fizikát adott elő. 1763-ban a modenai egyetemen nevezték ki a természetrajz tanárává. 1769-ben a paviai egyetemre került, ahol élete végéig a természetrajz professzora volt.

Bár nem volt orvosi végzettsége, számos fontos kísérletével mégis igen nagy szolgálatot tett az orvosi fiziológia fejlődésének. Első fontosabb munkája a heves vitákat kiváltó „*Saggio di osservazioni microscopiche relative al sistema della generazione*” (Modena, 1765), támadás *Needham* és *Buffon* ősnemzés elmélete ellen. Az ősnemzés (archigenesis, generatio spontanea) Arisztotelészig visszavezethető elképzelés, miszerint az élőlények önmaguktól, élettelen anyagból keletkezhetnek: a bomló szerves anyagokban, iszapban, porban, piszokban nemcsak apró férgek, rovarok, kagylók, csigák, de ennél nagyobb állatok is mint halak, békák, egerek vagy angolnák is létrejöhetnek.

Bár *Francesco Redi* (1626—1697) híres kísérlet-sorozatával megcáfolta az ősnemzés elméletét 1668-ban, amikor bebizonyította, hogy a romlott húsban kikelő nyúvek nem önmaguktól keletkeznek, hanem csak akkor, ha a legyek előzőleg hozzáférnek és belerakják petéjüket, s bár *Leeuwenhoek* 1674-ben mikroszkópjával felfedezte az egysejtű állati vég-

lényeket, amely felfedezését 1677-ben közzé is tette — mégis számos tudós arra a kérdésre, hogy honnan erednek az apró élőlények, az ősnemzés elméletével válaszolt. *Georges Louis Leclerc de Buffon* (1707—1788), a felvilágosodás korának egyik legtekintélyesebb természetbölcselője például azt tartotta, hogy valamely élőlény felbomlása „szerves molekulákhoz” vezet, amelyek bizonyos meghatározott körülmények között átcsoportosulnak és új élőlényeket produkálnak. Ezt a koncepciót támogatta *John Turbeville Needham* angol pap és biológus (1713—1781), aki „*New Microscopical Discoveries*” című könyvében (1745) azt állította, hogy sikerült kísérletileg igazolnia az élőlények ősnemzését a rothadó anyagban.

*Spallanzani* gyanakodott, hogy *Needham* gondatlanul és körültekintés nélkül végezte kísérleteit és megismételte őket a lehető legpontosabban és a legnagyobb türelemmel. Végül bebizonyította, hogy *Needham* és *Buffon* tévednek: „Világosan látom — írja —, hogy *Buffon* részben, *Needham* pedig teljes mértékben téved az ősnemzést illetően. *Needham* az »animalculák« eredetét az élő anyag átalakulásából vezeti le, *Buffon* pedig a szerves molekulák átcsoportosulásából, ... Mindketten valamiféle aktív erőt feltételeznek, hogy az élet keletkezésének folyamatát megmagyarázzák és ez nem más, mint a klasszikus ősnemzés-tan felelevenítése, amely kísérletileg nemhogy nem bizonyítható, de cáfolható”.

Az ősnemzés körül folyó vita kapcsán *Spallanzani* számos kísérletet végzett a megtermékenyítéssel kapcsolatban mind az állat-, mind a növényvilágban. *Albrecht von Haller* (1708—1777) preformációs elméletét támogatta, még kísérleteinek elöntmondó eredményei sem győzték meg tévedéséről. Az ovisztikus teória több volt számára munkahipotézisnél: a priori elfogadott igazságként ragaszkodott hozzá. Bár kimutatta az ondószál szerepét a megtermékenyítésben, nem ismerte fel a férfi ivarsejt igazi természetét. A spermatozoont élénk mozgása miatt az ondóban élősködő állatnak tartotta.

Helyes következtetésekre jutott az állati testrészek regenerálásával kapcsolatban végzett kísérletei során. Az e téren kifejtett munkássága alapján a modern kísérleti morfológia előfutárának tekintik. Fontos megfigyeléseket tett a hidegvérűek és a csirkeembrió vérkeringésével kapcsolatban; az elsők között figyelte meg és írta le a vér útját az artériából a vénába a hajszálereken keresztül a hidegvérű állatokban, illetve a csirkeembrióban.

Leghíresebb kísérleteit az emésztéssel kapcsolatban végezte. Megfigyeléseit a „*Dissertazioni di fisica animale e vegetabile*” című művében adta közre (Modena, 1780). Főleg a madarak emésztését tanulmányozta *Francesco Redi* és *Malotti* nyomán, akik előzőleg már kimutatták, hogy a madarak zúzája teljesen szétmorzsolja az igazgyöngyöt vagy a vasat. Tovább folytatta *René Antoine Réaumur* (1683—1757) kísérleteit a gyomornedvre vonatkozóan. *Réaumur*, akinek nevével elsősorban a róla elnevezett hőmérő (1731) és a rovarokról írt kiváló műve (1734—1743) jut eszünkbe, 1752-ben kimutatta a gyomornedv emésztő szerepét és madarakon

végzett kísérletei során sikerült is gyomornedvet nyernie tiszta állapotban. Ezzel megdöntötte a korábbi, iatrofizikai nézetet, amely szerint az emésztés a gyomor izmainak mechanikus, őrlemozgása. Ezekhez a kísérletekhez kapcsolódik *Spallanzani*, aki kimutatta, hogy a gyomor izomzatának mechanikus működése csak elősegíti, de nem lényege az emésztésnek (1782).

*Spallanzani* rájött arra, hogy a gyomornedvet maga a gyomor választja ki és nem más szervekből kerül oda. Az a gyanú is felmerült benne, hogy a gyomornedv szabad sósavat is tartalmaz. Észrevette például, hogy a gyomornedv megalvasztja a tejet, így egy külön fermentumot fedezett fel. Eredményeit úgy foglalhatjuk össze, hogy kimutatta: a gyomornedvnek oldó hatása van és ez az oldó hatás különbözik az erjedéstől. Ezzel *Sylvius* iatrokémiai elképzeléseit is módosított és egy lépést tett afelé, hogy az erjedés és emésztés folyamatait tisztázza. Az emésztés fiziológiájának *Réaumur* és *Spallanzani* által képviselt korszakát egy angol orvos és vegyész, *William Prout* (1785—1850) zárta le, aki elsőként mutatta ki a gyomornedv sósavtartalmát. Az orvosi gyakorlatban először egy amerikai sebész, *William Beaumont* észlelte *in vivo* a gyomor emésztő és kiválasztó működését 1825-ben. Az emésztés, erjedés kérdését végül *Louis Pasteur* (1822—1895) oldotta meg az erjedés bakteriológiai magyarázatával, a tejsavas és vajsavas erjedés mikrobinak felfedezésével.

*Spallanzani* széles körű érdeklődésének bizonyítéka a lélegzés élettanáról írott tanulmánya („*Memorie sulla respirazione*”, Milano, 1803). Lefordította olasz nyelvre és jegyzetekkel látta el *Charles Bonnet* (1720—1793) biológiai műveit, kutatta a denevérek rejtélyes tájékozódási ösztönét.

Sokoldalú tudományos munkásságához számos tanulmányútja is hozzájárul. Rengeteget utazott hazájában és Európa más országaiban. Utazásai alatt növényeket, állatokat, ásványokat gyűjtött a paviai természettudományi múzeum számára. Részletes útleírásokban számolt be élményeiről és tapasztalatairól. Európai körútja során Erdélyben és Magyarországon is járt 1786-ban. Erdélyben megismerkedett *Müller Ferenc József* bányatanácsossal (1740—1825), aki akkortájt fedezte fel a tellur aranyércet. *Müller* megmutatta *Spallanzaninak* az erdélyi ásványokat és elkísérte a híres erdélyi arany- és ezüstbányákba Zalatnán és az Aranyos völgyében fekvő Verespatakon. *Spallanzani* útleírásában részletesen leírja, hogy milyen kezdetleges módon történik az aranybányászás e gazdag lelőhelyeken. Szében közelében sóbányákat látogatott meg, rengeteg ásványt gyűjtött, amit csomagokban küldött Paviába. Hunyad vármegyében Déván szállt meg és kirándulást tett a boicai (kisbányai) aranybányába.

Dobra, Lugos, Rékás, Temesvár állomások következtek, majd ötnapi utazás után Makó, Szeged, Félegyháza, Örkény, Ócsa, Soroksár útvonalon Pestre érkezett. Itt régi ismerősével, *Piller Mátyás* (1733—1788) jezsuita egyetemi tanárral találkozott, akivel régi levelezésben állt. *Piller Mátyás* a nagyszombati egyetemen a természettudományok professzora volt, az egyetem Budára költözésekor 1777-ben ő

is ide került, majd 1784-től a pesti egyetem orvoskarán a különleges természetrajz tanára lett. *Spallanzani* elsősorban *Piller* nagy értékű természetrajzi gyűjteménye érdekelt, és a természetrajz-oktatás problémáiról vitatkoztak. Egyhetes pesti tartózkodása után a Felvidékre, Selmechányára és Körmöcbányára ment. Itt megbetegedett, két hétig ágyban feküdt. Felgyógyulása után sorra látogatta a felvidéki arany- és ezüstbányákat. Erdélyi és magyarországi útjának részletes leírása érdekes adatokat szolgáltat a korabeli arany- és ezüstbányászatról és még figyelemre méltóbbá teszi számunkra *Spallanzani* alakját, aki mint világlátott tudós és külföldi számos bíráló, de méltányoló megjegyzést is fűzött a látottakhoz.

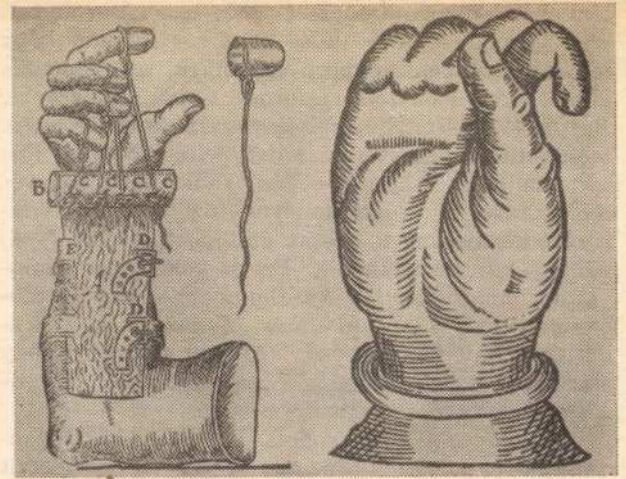
Faludy Anikó dr.

## Fabricius Hildanus, a XVI—XVII. század legnevesebb német sebésze

A XVI—XVII. század fordulójának kiemelkedő sebésze volt *Guilhelmus Fabricius Hildanus*, eredeti nevén *Wilhelm Fabry*. A németországi Hildenben, egy a Düsseldorf melletti falucskában született 1560. június 25-én. Apja bírósági tisztviselő, képzett, iskolázott ember, fiának legjobb tanulási lehetőségét kívánta biztosítani, és *Wilhelm* valóban gondosan tanul görögül és latinul, igyekszik az akkori medicinának szinte alapját képező klasszikus



Fabricius Hildanus



A deformált ízületek megmozgatására készített szerkezet

tudást elsajátítani. Orvosnak készül. A Közép-Európát pusztító bubopestis járvány azonban a családját sem kíméli, apja majd mostohaapja is a pestisnek lesz áldozata. Teljesen elszegényednek és így a sok költséget jelentő egyetemi tanulmányokra nem nyílik lehetőség.

Tapasztalt borbély-sebész mesternél lesz tanuló. Maga is megbetegszik pestisben és csak hosszas betegség és reconvalescentia után kerülhet végre sor elméleti képzésére, gyakorlati tanulására. Betegsége alatt a klasszikus ókor orvosi könyveit bújja és igyekszik az azokban foglaltakat elsajátítani, és a gyakorlatban is alkalmazni. Ez azonban csak kevésbé sikerül, mert a való életben a múlt szabályai, elvei alig voltak alkalmazhatók. Ezért nagy klasszikus műveltsége, a múlt orvosi műveinek ismerete dacára a borbély-sebészek melletti gyakorlat során igyekszik az orvos-sebészi tudást megszerezni. Segítségére szolgál az a körülmény, hogy felesége, *Maria Colinet*, maga is tehetséges sebész és szülész, aki férje méltó párjaként együtt törekszik a felmerülő problémák megoldására. A sebészet történetében arról tesznek említést, hogy sérült szemből mágnus segítségével elsőnek a *Hildanus—Colinet* házaspárnak sikerült vasdarabkát eltávolítania. A pestis azonban *Hildanus* feleségét és két leánygyermekét is elragadja. A magára maradt ember a munkájába menekül és az eddigieknél is önfeláldozóbban igyekszik szenvedő embertársain segíteni.

*Fabry* kitűnő megfigyelő. Minden esetét gon-

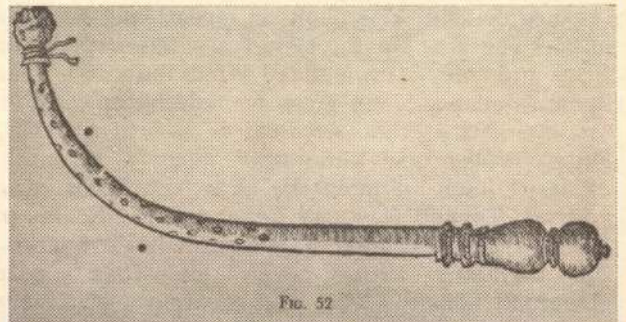


FIG. 52

Hildanus idegtest-szondája



dosan feljegyzí, a betegröl kórlapot vezet. Rögzíti a rajtuk végzett beavatkozásokat és az eredményt. A feljegyzésekben indokolja eljárását és magyarázta azt is, hogy mit miért tett vagy éppen a szokástól eltérően nem tett. Érdekes eseteit pályatársával levélben közli, mintegy azok tanulságaként, de egyben tanácsot kérve a nehezen megoldható esetekben. Levelezőtársai, valamint a mind nagyobb számban köré gyűlt tanítványok kívánságára szá-zanként összegyűjtötte tanulságos eseteit, ezeket előbb százaz gyűjtésben, majd végül a hatszáz leg-érdekesebb esetet hatalmas kötetben összegyűjtve kritikai megjegyzéseivel ellátva jelentette meg. Számos kórtörténetében közli az elhunyt boncolási leleteit is. Munkáját érthetőbbé teszi az a szerencsés körülmény, hogy maga is jól rajzol és sok váz-lattal, képpel illusztrálja a könyvében elmondotta-kat. Nem bizonyos, hogy valamennyi rajzát maga *Hildanus* készítette volna, a szakszerűség, és az, hogy a leglényegesebb mondanivalókat emeli ki, kétségtelenné teszi, hogy a rajzolókat legalábbis az ő közvetlen irányításával készítették el rajzaikat.

*Fabry von Hildanus* jól beszélt latinul és görög-ül. Ismerte, olvasta, sőt rendszeresen forgatta a klasszikus szerzőket. És mégis, vagy talán éppen ezért tudott és mert azoktól függetlenül megfigyelni, észlelni, leírni és eljágni, úgy, ahogyan azt ő maga személyesen tapasztalta. Leírásainak nyelve meglepően egyszerű, világos és a kor cikornyás szakmai leírásaitól eltérően valóban érthető. A se-bészeti tevékenységében is egyszerűen, egyértel-műen és határozottan jár el. Kevés műszert alkalmaz, amelyeket céltudatosan választ ki, készített el a saját elgondolásai szerint. Gyógyszereit, köt-szereit is tudatosan válogatja össze. Pontosan felsorolja művében, hogy milyen gyógyszerek, mű-szerek, eszközök tartoznak a sebész felszereléséhez. Válogatása szerény és minden misztikumtól, babo-nától mentes. *Hildanus* érdeme az első orvosimű-szer-felsorolás, bár felsorolásában egyesek inkább csak az elsősegélynyújtó berendezés alapját kíván-ják látni.

A gangréna volt az egyik orvos-sebészeti problé-ma, amely behatóbban foglalkoztatta. A gangréna miatt az amputációt előírása szerint az egészséges szövetekben kell végrehajtani. A sebészeti vérzések ellátására egyszerű, ötletes műszert készít. Emlőrák esetén már radikális műtétet végez és feltehetően ő az első, aki a gyanús hónalj-i nyirokcsomókat is eltávolítja.

Érdekes ötlete a lenyelt idegentestek eltávolít-ására készített műszere. Egész hosszában lyuka-csos csövet szerkesztett. A cső végére szivacsot sze-relt. Az idegentest eltávolításakor a csövet a ga-ratba, illetőleg a nyelöcsőbe vezette. Ott fel és le mozgatta. Az idegentesteket a cső elmozdította. Sze-rencsés esetben az idegentest a csőnek egy lyukába akadt és így el lehetett távolítani. Az idegentest mindenestre többnyire a gyomorba jutott.

Leírta az ujjak deformálódását és megmozga-tásukra ötletes berendezést szerkesztett.

*Fabricius Hildanus* 1634. június 14-én hunyt el. Nevét szinte teljesen elfelejtették, ámbár tanítá-sai a korszerű orvos-sebészet szerves részévé váltak.

*Bugyi Balázs dr.*

Az állatorvostan a 18. század végén vált empirikus módszerek és gyógyeszközök halmazából tudománnyá. Ez a látszólagosan ugrásszerű fordulat részben a tudományok egyéb ágaiban tapasztalható előretörésekkel volt kapcsolatban (orvostudo-mány, kémia) — az ún. „*Medizinische Polizei*” új diszciplínája kifejezetten az állatokat is a védendő javak közé sorolta — részben a 18. század második felében gyakran és tömegesen fellépő állatjárvá-nyok kényszerítették ki a racionális és rendszeres ellenintézkedéseket. A század második felében a központi hivatalok sorozatosan adtak ki állatorvosi rendeleteket. A párizsi Akadémia kiadványai rend-szeresen vetették fel a kérdést, Bécsben *Wolstein*, Pesten *Tolnay* érdeme, hogy kiemelte a diszciplínát az empiria köréből. A 19. században Magyarorszá-gon bizonyos stagnálás állt be: összefoglaló, előre-mutató művek helyett lokális értékű, gyakorlati munkák jelentek meg (útmutatások a megelőzés és gyógyítás eszközeiről stb.). Ebből a helyzetből len-dítette ki a század vége felé és a 20. század elején az állatorvostant Magyarországon néhány kima-gasló képviselője, közöttük *Hutyra Ferenc* és ál-landó munkatársa, volt tanítványa, *Marek József*.

*Hutyra Ferenc* az anyakönyv szerint, 1860. ok-tóber 7-én (*Szinnyeinél* és másutt tévesen szeptem-ber 6.) született Szepeshelyen (ma *Sivá Brada* né-ven Szepesváralja része). Znióváralján, Egerben és Lőcsén végzett középiskolai tanulmányai után, 1878-tól Budapesten hallgatta az orvostant. Érde-kes, hogy már elejétől fogva az ember tan felől kö-zelítette meg az állatorvostudományt. 1880-tól 1883-ig, amikor doktorrá avatták, az élettani intézetben *Scheuthauernél* a kórbonctani tanszéken gyakor-nokoskodott és ez a hozzáállása: az állat- és ember-orvostan összefüggéseinek tudatos hangoztatása, to-vább kíséri működését. 1906-ban az Orvosi Heti-lapban (33. sz.) fejtette ki erre vonatkozó nézeteit „Vonatkozások az emberorvostan és állatorvostan között” c. cikkében.

*Hutyra* legnagyobb érdemei közé az állatorvo-si kiképzés megreformálása tartozik. Kétévi műkö-dés után — első tanárságát a kórbonctani tanszé-ken — 1886-ban kezdte meg tulajdonképpeni állat-orvostudományi pályafutását. Ebben az évben ad-junktus lett az állatorvosi intézetben. Felkészültsé-gét 1886/87-ben külföldi tanulmányútjain egészít-tette ki és visszatérése után egyenes vonalban ível felfelé szakmüködése: kórbonctant, majd 1888-ban nyilvános rendes tanárként belgyógyászatot és jár-ványtant ad elő, magántanári képesítést szerez ál-latjárványtanból és törvényszéki orvostanból; kül-lönösen a húshigiéne kérdései érdekelték. 1897-ben az állatorvosi akadémia igazgatójának nevezik ki, majd az egyetemi rangra emelkedett Állatorvosi Főiskola rektori tisztjét viseli 1900—1933 között. Működését élénk visszhangot keltő szereplései tar-tikják belföldi és nemzetközi kongresszusokon.

Az évek múlása és az egyre tekintélyesebb rangok és tisztségek mögött nagy eredmények vannak. Elsősorban *Hutyra Ferenc* érdeme, hogy az orvostudományi egyetem mostoha gyermekéből,

az Állatorvostani Intézetből akadémia, illetve 1899-től főiskola lett, amely 1906-ban vált egyenrangúvá az egyetemmel, amikor megkapta a doktorrá avatás jogát. És ezt a keretet tartalommal kellett megtölteni: *Hutyra Ferenc* második nagy érdeme tudományos munkássága, amellyel európai szinten is az első közé emelte a magyarországi állatorvosi főiskolát. Bevezette a hatékony sertéspestis oltást, kimutatta a kórokozó vírus jellegét és kidolgozta az oltóanyag előállításának a módszerét. Jelentős volt az állatjárványok leküzdése terén kifejtett tevékenysége és a legfontosabb állatorvosi törvények és rendeletek előkészítése.

Ki kell emelni a tankönyveit és oktató célú műveit, mert lényegében ezek tették lehetővé egy modern állatorvos nemzedék nevelését: „Útmutatás a marha és vágóhídi szemle megejtésére” (1889); összefoglaló nagy műveit: „Állatorvosi belgyógyászat” (I—III. k., 1894—1898, 2. kiadás 1904) és „Törvényszéki állatorvostan” (1908, 2. kiadás 1925). Tudományos eredményeinek külföldre is kaput nyitott a „Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere” (1904—1905), valamint a magyarul (1914) és németül (1916) megjelent munkája a keleti marhavészről. 1887-től szerkesztette az Állatorvosi Évkönyv köteteit.

73 éves koráig állt az Állatorvosi Főiskola élén, a visszavonulása utáni évben, 1934. dec. 20-án hunyt el.

*Duka Zólyomi Norbert dr.*

## Elhalálozások

*Alföldy Géza dr.* (szül. 1891) nyugdíjas rendelőintézeti nőgyógyász szakorvos Budapesten 1974. július 5-én;

*Ádám Zoltán dr.* (szül. 1904) nyugdíjas körzeti orvos Budapesten 1974. május 5-én;

*Fátrai Ferenc dr.* (szül. 1901) nyugdíjas állami közegészségügyi felügyelő Gyöngyösön 1974. május 17-én;

*Fehér Imre dr.* (szül. 1910) nyugdíjas körzeti orvos Budapesten 1974. május 20-án;

*Fialovszky László dr.* (szül. 1897) nyugdíjas rendelőintézeti reumatológus szakfőorvos Budapesten 1974. június hóban;

*Fodor Pál dr.* (szül. 1894) nyugdíjas üzemi főorvos Budapesten 1974. június 28-án;

*Frenyó Lajos dr.* (szül. 1902) nyugdíjas rendelőintézeti sebész szakfőorvos Tapolcán 1974. június 16-án;

*Gansel Imre dr.* (szül. 1897) nyugdíjas körzeti orvos Budapesten 1974. július 27-én;

*Gazda Lili dr.* (szül. 1899) a BM Korvin Ottó Kórház rendelőintézetének nyugdíjas fogszakorvosa 1974. június 20-án;

*Gömöri Béla dr.* (szül. 1913) a Fővárosi István Kórház gégeszeti osztályának osztályvezető főorvosa 1974. június 18-án;

*Hainiss Elemér dr.* (szül. 1890) nyugdíjas bölcsődei orvos Budapesten 1974. július hóban;

*Hamburger Erzsébet dr.* (szül. 1886) nyugdíjas iskolaorvos Budapesten 1974. június 4-én;

*Hága Gyula dr.* (szül. 1923) a nyíregyházi Megyei Tbc Gondozóintézet vezető főorvosa 1974. május 18-án;

*Holló Tamás dr.* (szül. 1929) az Orvostovábbképző Intézet II. sz. Gyermekgyógyászati tanszékének adjunktusa 1974. július 25-én;

*Imre Ildikó dr.* (szül. 1944) a váci Városi Rendelőintézet fogász szakorvosa 1974. június 26-án;

*Jakubovich Endre dr.* (szül. 1911) körzeti főorvos Hajdúnánáson 1974. május 12-én;

*Jandl Lajos dr.* (szül. 1894) a Lenti Járási Tanács eu. csoportjának állami közegészségügyi felügyelője 1974. június 15-én;

*Kecse Tibor dr.* (szül. 1903) a győri Megyei Rendelőintézet felülvizsgáló főorvosa 1974. május 21-én;

*Kiss Erzsébet dr.* (szül. 1937) körzeti orvos Budapesten 1974. május 25-én;

*Korompay Tihamér dr.* (szül. 1914) a ceglédi Városi Kórház sebészeti osztályának osztályvezető főorvosa 1974. június 12-én;

*Mesterházi Béla dr.* (szül. 1899) nyugdíjas járási főorvos Tahitótfalun 1974. május 5-én;

*Neszmélyi Gyula dr.* (szül. 1899) nyugdíjas körzeti orvos Celldömölkön 1974. május 28-án;

*Paluska Gyula dr.* (szül. 1939) rendelőintézeti körzeti gyermekorvos Hajdúböszörményben 1974. augusztus hóban;

*Pintér József dr.* (szül. 1940) a Fővárosi István Kórház idegosztályának alorvosa 1974. június 22-én;

*Pórszász János dr.* (szül. 1923) egyetemi tanár, a Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyógyszertani Intézetének igazgatója 1974. május 31-én;

*Sallai László dr.* (szül. 1903) nyugdíjas járási főorvos Gyomán 1974. május 9-én;

*Strauss Gyula dr.* (szül. 1904) a balatonboglári rendelőintézet nyugdíjas fogász szakorvosa 1974. június 7-én;

*Szandtner József dr.* (szül. 1936) a szombathelyi Megyei Ideggondozó Intézet vezető főorvosa 1974. június 28-án;

*Vándor Károly dr.* (szül. 1917) üzemi főorvos Budapesten 1974. június 13-án;

*Végh Pál dr.* (szül. 1906) a Pest megyei Tanács Semmelweis Kórházának belgyógyász osztályvezető főorvosa 1974. május 11-én és

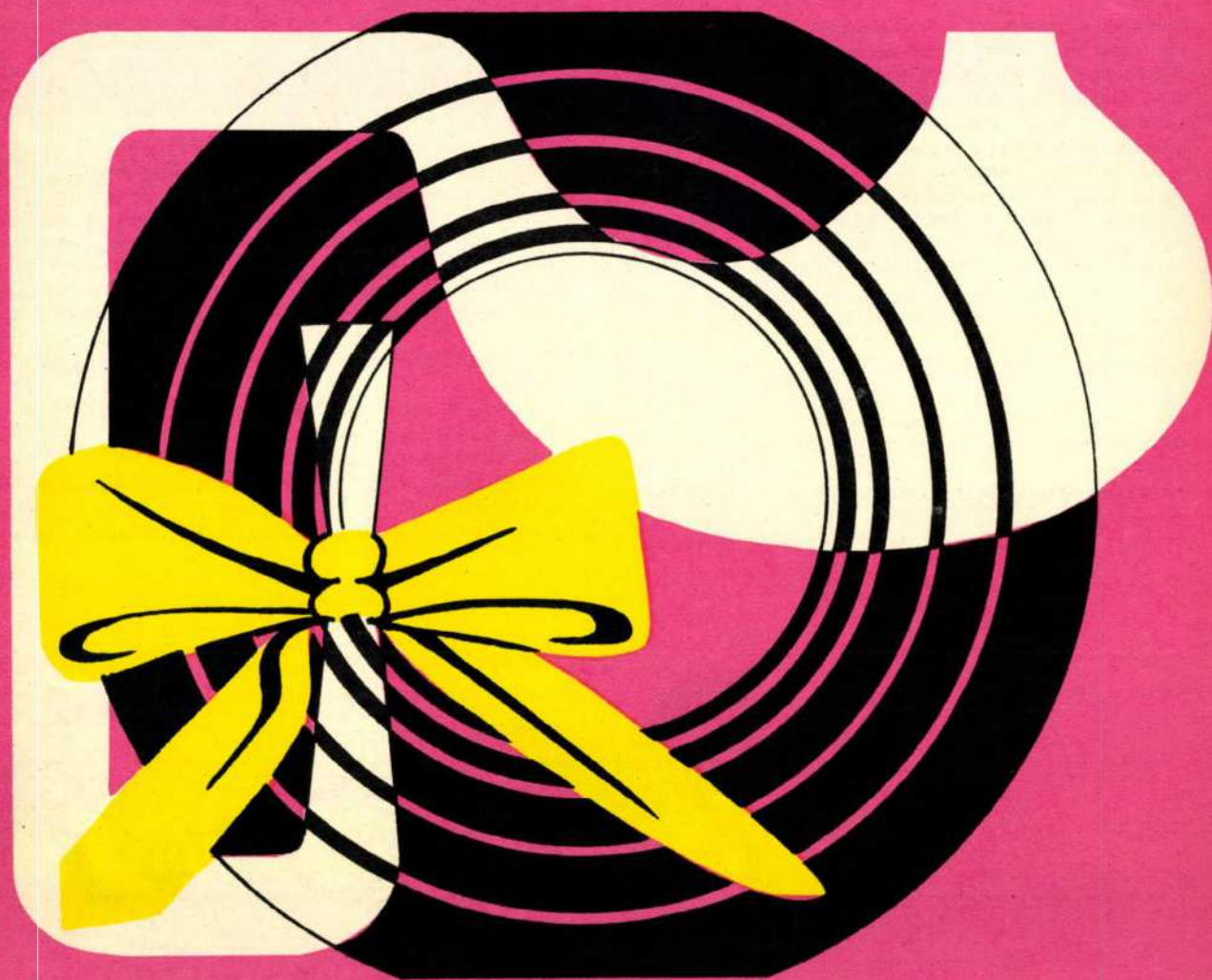
*Vidra József dr.* (szül. 1914) a szolnoki Megyei Kórház belgyógyászati osztályának osztályvezető főorvosa 1974. június 10-én elhunyt.

# QUESIL

**draszé**  
bél-desinficiens

Bacteriostatikus és antimycotikus hatású. Gyors obstipáló hatása mellett nem befolyásolja károsan a fiziológiás bélfloórát, a bél-motilitást és a bél-secretiót.

Jódmentes vegyület lévén, jóderzékeny betegeknek is adható.



**ÖSSZETÉTEL:** 1 draszé 100 mg chlorquinaldolum (5,7-dichlor-8-hydroxy-chinaldin) hatóanyagot tartalmaz.

**JAVALLATOK:** nem specifikus, heveny enterocolitisek, nyári hasmenések, dyspepsiák. A bélrendszer idült gyulladással járó betegségeiben a secundaer infectiók kezelése vagy megelőzése, antibioticumkezelés utáni bélműködési zavarok. Colitis ulcerosában és postcholecystecto-

miás syndromában hatásosan egészítheti ki a szokványos kezelést.

**ELLENJAVALLAT:** ez ideig nem ismeretes.

**ADAGOLÁS:** felnőttek szokásos adagja naponta  $3 \times 2$  draszé étkezés után. **Gyermekeknek** 3 éves korig testsúlykilogrammonként  $\frac{1}{4}$  draszé naponta, 3–4 részletben elosztva, étkezés után.

3–12 éves korig  $3-4 \times 1$  draszé. Folyamatosan legfeljebb 1 hónapig szedhető.

**MELLÉKHATÁS:** alhasi fájdalom, hányinger, szívdobogásérzés szórványosan előfordulhat.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

20 draszé 16,— Ft

*Egyt*

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

# LIDOCAIN SPRAY 10%

## local-anaestheticum

A lidocain-permet a nyálkahártyán kb. 30—60 másodpercen belül és kb. 15 percig tartó felületi érzéstelenítést okoz. Adagolása biztonságos. Egyszeri expositióval 4,8 mg lidocaint tartalmazó permet kerül az érzéstelenítendő felületre.

Egy palackban kb. 800 dosisnak megfelelő hatóanyag van.

**JAVALLAT:** a nyálkahártya vagy a károsodott bőrfelszín érzéstelenítése.

**Fogászat, szájbélszét:** a beszúrási pont érzéstelenítése local-anaesthesia előtt, felületes tályogok megnyitása, mozgó tejfogak, ill. csontszilánkok, nyálkahártyán alkalmazott sebvarratok eltávolítása; koronák, hidak felillesztése előtt. Gingivitis, stomatitis, parodontopathiák kezelésében; depuratio előtt; lenyomat készítésekor (elasztikus lenyomati anyagnál), továbbá röntgenfelvételek előtt a hányinger és a garatreflex kiküszöbölése végett.

**Fül-orr-gégészeti:** orrvérzések kezelésekor az elektrokauteser coagulatio elvégzése, orrsövényműtétek és orrpilip eltávolítása, valamint tonsillectomia előtt a garatreflex kikapcsolása és az injekciós tű helyének érzéstelenítése céljából.

Peritonsillaris tályog megnyitása, továbbá arcüreg-punctio előtt csak kiegészítő érzéstelenítés végett. Arcüregöblítés előtti érzéstelenítésre.

**Endoscopos és műszeres vizsgálat:** különböző szondák orron vagy szájon át való levezetése előtt (duodenalis szondázás és frakcionált próbareggeli előtt is), valamint rectoscopiában, intratrachealis narcosisban, tracheotomia végzése után, ill. kanülcsere esetében.

**Szülészet, nőgyógyászat:** szülészetben a gát érzéstelenítése episiotomia végzése és ellátása során. Varrat eltávolítása céljából. Hüvelyben, ill. portio uterin végzett kisműtétes beavatkozások

érezéstelenítésére. Alkalmazható továbbá incisio, hymenruptura, fonalgennyesedés ellátása során is.

**Bőrgyógyászat:** a bőrfelszínen elhelyezkedő verrucák eltávolításakor, férfi és női külső nemi szerveken végzett kisebb beavatkozásokban, valamint pruritus enyhítésére.

**Ideggyógyászat:** ejaculatio praecox localis kezelése.

**ELLENJAVALLATOK:** 2 évesnél fiatalabb gyermekek szájüregi kezelése. Gipszlenyomat vétele előtt (aspiratio veszélye miatt) szintén ellenjavallt.

**ADAGOLÁS:** átlagosan 1—3 expositio.

Szülészetben 15—20, esetleg több.

A felületre alkalmazható max. dosis 40 expositio.

Gyermekeknek 2 éves kortól fogászati, szájbélszét, orr-fül-gégészeti, bőrgyógyászati adagolása 1, esetleg 2 expositio.

Mivel a garatreflexet hosszabb időre kikapcsolja, az aspiratio veszélye miatt vigyázni kell, hogy a beteg ne nyelje le a spray-t.

**MELLÉKHATÁS:** a befúvás pillanatában enyhe csípő érzés, mely az anaesthesia beálltával néhány másodperc múlva megszűnik.

**FIGYELMEZTETÉS:** ügyelni kell arra, hogy a permet szembe ne kerüljön.

Exponálásakor a palack lehetőleg függőleges helyzetben legyen.

Az üres palackot nem szabad tűzbe dobni!

Társadalombiztosítás terhére nem rendelhető.

Szakrendelések a pro ambulancia szerekre meghatározott módon szerezhetik be.

1 palack (65 g) 74,50 Ft





## Sebészet

**A vagotomiákról.** Eckmann, L. (Chirurgische Universitätsklinik am Tiefenauospital, Bern): Schweiz. Rund. Med. 1972, 61, 1287—1289.

Az ulcus duodeni miatt végzett műtétek eredményeit, a műtétekkel nyert tapasztalatokat viszonylag rövid időközönként át kell tekinteni. Erre a gyakorló orvos, a belgyógyász, a gastroenterologus szempontjából is szükség van, nem beszélve a sebész felelősségéről.

Az utóbbi időben az ulcus duodeni miatt végzett műtéteket gyakran kapcsolják össze a subdiaphragmalis vagus rostok átmetszésével. Ezeket a műtéteket általában mind a vagotomia gyűjtőfogalmába sorolják. Szükségesnek tartja felhívni a figyelmet azokra a pathofiziológiai különbségekre, amelyeket a vagotomiák egyes formáinál ismerni kell.

A vagotomia fiziológiai alapja röviden a következő: a rekesz alatti vaguságak átmetszése secretorikus és motoros khatásokkal jár. A secretorikus vaguság átmetszése az ulcus duodeni gyógyulását szolgálja, és ezért hatása kívánatos. A motorikus effektus kiesése gátolja a praepylorikus kiürítő peristalticát, és ez nem kívánatos. Ezért ezeket a műtéteket ki kell egészíteni egy a gyomor kiürülését biztosító ún. drainage-műtéttel, pylorus plasticával, vagy GEA-val.

Az összes subdiaphragmalis vagus ág átmetszését *totalis*, vagy *truncalis* vagotomiának nevezzük. Ezzel a műtéttel szemben az az elvetés, hogy nemcsak a gyomrot ellátó vaguságakat, hanem az epehólyaghoz, pancreashoz menő ágakat is érinti, ami ezen szervek működésére hátrányos következményekkel jár. Az ezekhez a szervekhez menő ágak megkímélésével végzett vagotomiát *selectiv* vagotomiának nevezzük. Ez utóbbi műtétnak a gyomorra nézve mind secretorikus, mind motorikus szempontból ugyanaz a hatása mint a *totalis* vagotomiának. A legújabb követelmény a nem kívánatos motorikus hatás kiesés elkerülése céljából, hogy csak a fundushoz menő vaguságakat vágják át, az antralis ágakat pedig tartás meg. Ezáltal csak egy izolált secretorikus hatást érünk el. Ezt az eljárást *supraselectiv* vagy *proximalis* vagotomiának nevezik.

Saját tapasztalatok: *Totalis* vagotomiánál, amennyiben a gyomorhoz menő ágak tévedésből épen nem maradnak, az ulcus duodeni minden esetben meggyógyul, a műtéttel

elengedhetlenül drainage műtéttel kell kiegészíteni. A mortalitás igen alacsony (0—1%). A különböző statisztikák szerinti jelentékeny fekély recidivák oka elsősorban az elégtelen vagus átmetszésben keresendő. A helyes technikával végzett műtétekkel a recidiva nem több mint 5%. Sajnos jelenleg a vagotomia teljességének — semmilyen a műtét alatt rutinszerűen végezhető — kontrollja nem áll rendelkezésre. A szerző véleménye szerint ez a beavatkozás ma a nem szövődményes ulcus duodeni gyógyításában nagyon jól használható eljárás.

A *selectiv* vagotomia műtéti technikája alapján véve nagyon hasonló a *totalis* vagotomiához, de az anatómiai variációk főleg kövér egyénekre vagy reoperatív esetek jelentős hibaforrásokhoz vezethetnek. Eppen ezért ennek a meglehetősen igényes módszernek hiányoznak a meggyőző előnyei a *totalis* vagotomiával szemben. A saját kb. 10 évre visszanyúló tapasztalatai alapján nem tudja ajánlani ezt a módszert.

A *supraselectiv*, vagy *proximalis-selectiv* vagotomia hívei feltételezik, hogy a sebész fel tudja ismerni a fundus és az antrum közti határt, és az ezekhez vezető vaguságakat el tudja különíteni egymástól. Ez az elkülönítés élő emberen nagyon is kérdéses. Theoretikusan ezzel az eljárással a drainage műtét szükségtelemné válna. Burge el is hagyta ezen műtétei során a pylorus plasticát, Holle viszont nem. Elméletileg még egy probléma van ezzel a műtéttel, nevezetesen az épen maradt vaguságak nemcsak motoros hatással rendelkeznek, hanem bizonyos mechanikai és kémiai feltételek adottsága mellett megnövekedett gastrin elválasztáshoz is vezethetnek. A gastrin jelentősége pedig a sósav secretiójában még ma sem egészen tisztázott. Az említett okok vezethetnek oda, hogy míg a kezdeti eredmények ezzel a műtéttel — főleg a kezdeményezők részéről — kedvezőek voltak, addig más, jelentős sebészek tapasztalatai kiábrándítóak.

Összegezve: Egy olyan recidivára hajlamos betegségben, mint az ulcus duodeni, csak akkor lehet egyértelmű véleményt mondani bármilyen kezelési módszerről, ha a módszert illetően hosszú évekre terjedő tapasztalatok állnak rendelkezésre. Így annak ellenére, hogy a resectio veszélye kétségkívül nagyobb, mint a vagotomiáé, a resectio ma sem mellőzhető eljárás, kisebb, utána a fekély recidiva gyakorisága, mint vagotomiák után.

Rácz István dr.

**Oesophagus plastica bélsegmentumokkal és megfordított gyomorcsővel.** Groves, L, Silver, G (Cleveland Clinics, Dept. Torac. and Cardiovasc. Surgery, Cleveland, Ohio 44106): Surgery, 1973, 74, 381—384.

Az oesophagus plastica bélsegmentumokkal és megfordított gyomorcsővel ritka műtét, ezért a közlemény is csak 30 betegről, illetve a műtét 31 esetben történt alkalmazásáról számol be 14 év alatt (1958—1972).

1967-ben alkalmazták a Heimlich által népszerűsített megfordított gyomorcsövet, melynek elkészítését az automata varrógép használata még jobban meggyorsította.

Az oesophagus betegség műtéti megoldása az oesophago-gastrikus sphincter resectiójával reflux oesophagitist eredményezhet. Idős, malignus oesophagus betegségben szenvedőkön a választott műtét a radicalis resectio és az egyszerű reconstructio oesophago-gastrostomiával és pylorus plasticával.

Egyéb oesophagus betegségben szenvedőkön a peptikus ulcus és reflux oesophagitis megelőzése érdekében a szerzők egy hatásos antireflux oesophagogastrikus billentyű mechanizmus megvalósítását tartják célszerűnek.

Műtéti indikációként szerepelt benignus oesophagus betegség, cong. defectusok, marásos stricturák, reflux oesophagitis, vagy malignus megbetegedés.

Betegeiket két csoportba sorolták: 1. Fiatal betegek cong. defectussal vagy maró anyagból származó stricturával. 2. Középkorú, dilatációkon és műtéteken már átesett reflux oesophagitis betegek. 27 betegnek volt benignus, 3-nak malignus oesophagus betegsége; 2 esetben jejunalis segmentumot, 10 esetben megfordított gyomorcsövet és 19 esetben hosszú és rövid colon segmentum interpositiót alkalmaztak.

Eredményeik utóvizsgálata azt mutatja, hogy a gyomorcső eljárásnál az átlagos kórházi ápolási napok száma 21 volt; a késői mortalitás 30%. Egy betegük nem nyerte vissza többé nyelési képességét.

A hosszú segmentumú colon interpositió esetek utóvizsgálata 17 ápolási napot adott. Egy betegnél a műtét után 3 évvel vérzés miatt oesophagectomiára volt szükség.

A négy rövid segmentumú colon interpositió betegből 3 panaszmentes éppúgy, mint a 2 jejunalis reconstructió beteg.

Eljárásaik mindegyike lehetővé teszi a benignus oesophagus betegségek bypass-át thoracotomia nélkül. Kiszámú beteganyaguk miatt a közleménynek statisztikai jelentősége nincs, azonban adataik alapján a postop. lefolyás a colon interpositió betegeknél simább.

Horváth Zsuzsanna dr.

**A gyomor izomdaganatai.** Morrissey Kevin, Eun Sook Cho, Gray George. (New York Hospital-Cor-

nell Medical Center): *Annals of Surgery*, 1973, 178, 148—155.

A közlemény 113 gyomor izom-tumor klinikai és szövettani leletéről számol be 1948 és 1970 között. A legtöbb tumor vagy műtéti mellékletként került felismerésre, vagy boncolás alkalmával.

A 113 beteg közül 83-nak volt leiomyomája, 4-nek izom hamartomája, 1-nek hamartomája és leiomyomája, 10-nek leiomyoblastomája és 15-nek leiomyosarcomája.

Az egyes tumorfajták elemzésénél azt találták, hogy a leiomyomák fordultak elő leggyakrabban. A nucleáris túlsúlytal és jelzett pleomorphizmussal megjelenő leiomyomákat „celluláris” leiomyomáknak, a többi „közönséges” leiomyomáknak nevezték. Utóbbi általában nem okozott tüneteket, ha igen, az fájdalomban, esetleg vérzésben nyilvánult meg. Klinikai tünetek esetén a röntgenvizsgálat árnyékkiesést mutatott. A betegek egy részénél egyidejűleg peptikus ulcus, gyomor adeno-ca. vagy epehólyag megbetegedés volt észlelhető. Makroszkóposan a tumorok körülírtak, intramuralis elhelyezkedésűek voltak. Esetenkint ulceratio és centralis necrosis volt látható. Átlag nagyságuk 0,5—2,5 cm volt és a gyomor elülső falára lokalizálódtak. Mikroszkóposan simaizom kötegekből álltak és ritkák voltak a mitotikus alakok. Therápiájuk a localis excisio volt, nagy tumor esetén kiterjedt resectio. Halálesetről vagy recidiváról nem számoltak be.

A cellularis leiomyomás betegeken általánosabb tünet volt a vérzés, és bár a tünettel rendelkező betegeken röntgen pozitivitást találtak, a diagnózis felállítására csak kb. az esetek felében sikerült. Átlag nagyságuk meghaladta a közönséges leiomyomákét és leginkább a fundusban, vagy az antrobiumban helyezkedtek el. Gyakoribb volt a mucosa ulceratiója és a cellularis megjelenési forma, míg a mitotikus alakok ritkák voltak. A választott kezelés localis excisio, vagy ék alakú, illetve partiális gastrectomia volt. Egy betegen találtak localis recidivát, haláleset egy sem volt.

A hamartomák kicsi, 0,5—2,5 cm-es intramuralis tömeget alkottak. Izomkötegeiken belül epithelialis elemeket lehetett látni, melynek felismerése lényeges a diagnózis felállítására szempontjából. Therápiájuk a localis excisio volt.

A leiomyoblastomák egyéb nyomakhoz hasonlítottak; szövettanilag nagymennyiségű cuboidealisejtet találtak világos cytoplasmával, epitheloid vagy vascularis szövettel, mely az angiosarcomához, vagy glomus tumorhoz tette hasonlónak. Csak kisszámú mitosist észleltek. Kezelésük azonos volt a leiomyomákéval; recidivát, vagy halálesetet nem észleltek.

A malignus izomtumorok leggyakrabban a 6—7. évtizedben jelennek meg, azonban a szerzőknek

volt egy 14 éves betegük is. A 16 beteg közül 14-nek volt klinikai tünete (fájdalom, vérzés, súlyvesztés, gyengeség, rgt tünet). Nagyobbak voltak a benignus tumoroknál (2—25 cm); gyakori volt a haemorrhagia és focalis necrosis, valamint más szervekre való áttérjedés. Mikroszkópos megjelenésük változatos volt: cellularis, nuclearis pleomorphizmus és bizarr alakok. Nagyszámú mitosist észleltek. Kezelésük módja a partialis, vagy total gyomor resectio volt. Csupán egy beteg halt meg tumormentesen és egy van még életben két évvel a műtét után.

Tapasztalataik alapján diagnosztikus tévedések elsősorban a cellularis leiomyomáknál fordulhatnak elő. Az észlelt esetek 40%-a okozott tüneteket és ezek többsége benignusnak bizonyult. A legfontosabb diagnosztikai támpont a malignitas és benignitas eldöntésére a megnövekedett mitotikus aktivitás volt, valamint a szövettani vizsgálat eredménye.

*Horváth Zuzsanna dr.*

**Arteriovenosus sipoly a systemás és portalis keringés között gyomor-resectio után.** M. Korobkin és mtsai (University of California, San Francisco, Calif. and Harvard Medical School, Boston, Mass.): *Radiology* 1973, 109, 311—314.

A systemás arteriák és a portalis venák közti sipoly ritka. Az angol nyelvű irodalom 61 esetről tud. Ezek nagyobb része az arteria hepatica vagy lienalis aneurysma rupturájának következménye, vagy pedig lövéses sérülés után alakul ki. Gyomor-resectio utáni arterio-portalis fistulát eddig csak 5 ízben észleltek, ehhez csatolják a szerzők saját 3 esetüket.

Minden esetben vascularis zörej hallatszott a has felett. A kórismét a műtét után 4—20 évvel angiographia tisztázta. Többnyire már a hasi aortographia megfelelő felvilágosítást nyújt, de az éranatomiai viszonyok pontos felderítéséhez selectiv arteriographia lehet szükséges. A systemás arteriovenosus sipolyoktól eltérően ezek nem közvetlenül a szívet terhelik meg, hanem portalis hypertensióhoz vezetnek annak minden következményével. A kórisme tisztázása fontos, mert ilyen esetekben helytelen lenne a portalis hypertensio szokásos shunt-műtéteit alkalmazni. Ehelyett a sipoly eltávolítását kell végezni a tápláló arteria lekövetésével.

A szerzők három esetet ismertettek, bemutatják jellegzetes angiogramjaikat. Mindegyik esetben sikeres műtét beavatkozás történt. Két beteg postoperatív angiogramjával demonstrálják a keringésvizonyok rendeződését.

A sipolyok kialakulását a gyomor-resectio során alkalmazott en masse ligaturákra és átöltő varratokra vezetik vissza. Megelőzésé-

nek módja a helyes műtéti technika, az egyes értörzsek gondos szétválasztása és izolált lekövetése.

*Laczay András dr.*

**Intervallum cholecystectomia időpontjának megválasztása cholelithiasis és lezajlott pancreatitis mellett.** G. Zimmermann és mtsai (I. Chirurg. Abteilung des Landeskrankenhauses Salzburg): *Münch. Med. Woch.* 1973, 115, 1837—1841.

Az epeúrendszer megbetegedése a pancreatitis pathogenesisében jelentős szerepet játszik. A körülményektől függően a múltban is intervallum műtetre törekedtek, choledochus és Vater papilla revisióra.

A műtét időpontjának megválasztásánál alapvető koncepció: a serum és vizelet amylase (diastase) normalizálódása, klinikai javulás, és az esetleges elzáródásos jellegű icterus tüneteinek elvonulása.

11 acut hasi tünetekkel felvett betegen pancreatitist állapítottak meg. A később elvégzett cholecystocholangiographia cholelithiasist mutatott ki. Az intervallumban végzett cholecystectomiánál choledochus revisio, intraoperatív cholangiographia és cholangiomanometria történt. Minden betegen standard vizsgálatokat végeztek: vércukor, SGPT, alkalikus foszfatáza, bilirubin, diastase. A betegeket a nyugalmi szakig konzervatív kezelték. A felvétel után a 6. és 17. nap között — átlagban 11,2 ( $\pm 3,3$ ) napon végezték az intervallum cholecystectomiát. Lezajlott pancreatitisre utaló egyértelmű tüneteket találtak, intraoperatív májpunctiót végeztek. Manometriával normális nyomásviszonyokat találtak. Az intraoperatív cholangiographia kömentes choledochust mutatott. A postoperatív szakban Trasyol védelemben senkin sem lépett fel recidiv pancreatitis. A betegek a 10. és 21. postoperatív nap között — átlagban a 12,3 ( $\pm 3,3$ ) napon jó állapotban távoztak. További 3 esetben a nem tisztá képre való tekintettel choledochotomiát végeztek, és mivel normális viszonyokat találtak T cső drainageval zárták.

Rövid irodalmi áttekintés után saját eseteik értelmezésével levonják a konkluziót, hogy az átlag 11. napon választott intervallum cholecystectomia időpont helyes és nem korai. A normális intraoperatív nyomásviszonyok és az, hogy a T csővel draináltakon az elfolyó epe mennyisége nem emelkedik a normalis fölé, bizonyítja, hogy jók az epelevezési viszonyok a papillán át. A műtét időpontjának kritériuma, hogy a pancreatitis lezajlott legyen.

*Cserhádi Géza dr.*

**A ductus thoracicus drainage szerepe a klinikai orvoslásban.** Bartos, V., Brzek, V. (Medizinische

und Chirurgische Klinik, Hradetz Králové): Der Chirurg 1973, 44, 110—114.

A lymphatikus rendszer fontos szerepet játszik a folyadékháztartás regulációjában. Makromolekulákat, sejtermékeket és a véráramból az interstitium felé haladó anyagokat szállít. A nyirok lassabban áramlik, mint a vér, mennyisége is kevesebb, ezért az anyagok nagyobb koncentrációban szaporodnak fel benne. A ductus thoracicus a hasi szervek nyirkát vezeti, kivéve a subcapsularis májrészletekét. A máj többi része adja a ductus thoracicus lymphájának kb. felét. Ez a nyirok elkerüli a máj inaktiváló, detoxicáló hatását.

A szerzők a ductus thoracicus külső drainage-át alkalmazták (Linder és Blomstrand szerint). A lymphát sterilén gyűjtötték, hogy szükség esetén az egyidejűleg kiperarált j. o. vena jugularisba visszaadhassák. 1961 és 1971 között 316 canülálást végeztek, 11,7%-os szövődménnyel (oedema, nyirokcsomó).

A következő esetekben alkalmazták:

**Pancreas betegségek:** a szoros összefüggés az acinusok és az interstitialis tér között azt eredményezi, hogy a pancreas intraductalis nyomásemelkedése esetén, különösen a pancreas secretio stimulálásakor megnövekszik az enzim transport a lymphában. Pancreas carcinomában secretin stimulációra a lymphában csaknem 100%-os az enzyszint emelkedés. Acut pancreatitisben a pancreas oedema csökkentésére, keringésének javítására, aktív fermentek, vasoactív anyagok elvezetésére alkalmazták. 10 beteg közül 9 azonnal javult. A drainage-t 3—6 napig tartották fenn.

**Májcirrhosis:** májcirrhosisban a máj nyirokutai megszorodnak, a ductus thoracicuson átáramló nyirok mennyisége nő. A transport kapacitást csökkentik a nyirokerek contractilitásának változásai, a ductus thoracicus beszűkülésének szűkülete, a megnövekedett vénás nyomás. A drainage csökkenti az ascitist, de hogy ez csak egyszerű ascites punctiónak felel-e meg, eldöntetlen kérdés. A portalis nyomásra kifejtett hatásáról is ellentmondások a vélemények. Shunt műtétek előtt átmenetileg jó a terápiás hatás.

**Lymphographia:** a drainage-zsal a contrastanyag 45%-a elvezethető, elkerülhető az olajembólia.

**Immunosuppressiv hatás:** a nyirokcsomó, thymus, lép — nyirok — vér — nyirokcsomó, thymus, lép körforgásban a lymphocyták és az antitestek áthaladnak a ductus thoracicuson. Drainage hatására csökken a kis lymphocyták száma a vérben, a nyirokban és a nyirokcsövekben. Megkisebbedik a thymus. A d. thoracicus drainage-a a lymphocyták és immunoglobulinok depletívájával hatásos immunosuppressiv eszköz. Vese transplantatio

után a rejectio ritkábban és később következik be. Autoimmun betegségek kezelésében is alkalmazták. A szerzők eseteiben a therapia-resistens collagenosokos klinikai és laboratóriumi képei javult. A lymphából nyert lymphocytákat antigenként használták antilymphocytás globulin előállításához.

**További felhasználási lehetőségek:** üledékvizsgálat tumorsejtek kimutatására, valamint a bélből való felszívódás kvalitatív és kvantitatív vizsgálata. *Kósa Csaba dr.*

## Ideg- és elmeegógyászat

**Baleseti eredetű intracerebrális haematoma.** Lemberger, U., A. Benini (Neurochirurgisch-Neurologische Klinik des Kantonsspitals St. Gallen): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 169—174.

A szerzők munkahelyük három és fél éves traumás eredetű intracerebrális haematomában szenvedő beteganyagáról számolnak be. 850 koponya-agysérülést vettek fel ezen idő alatt, közülük 28 szenvedett intracerebrális haematomában, ez 3,2%-os előfordulást jelent. Ez a szám magába foglalja az ún. tiszta és a kombinált intracerebrális haematomákat egyaránt. Az utóbbi fogalom alatt azt értik, hogy az intracerebrális vérzéshez valamilyen felületi vérzés, leggyakrabban subduralis vérzés is társult. Un. tiszta eset 10 volt. A sérültek koreloszlása azt mutatta, hogy a legnagyobb számban a hetedik évtizedben levőkön keletkezik, összesen 11 betegük tartozott ebbe a korcsoportba. Az intracerebrális haematomák kevésbé viharos lépnek fel, mint a traumás felületi vérzések, a lucidum intervallum hosszabb szokott lenni az előbbieknél, mint az utóbbiaknál. Rossz prognosztikai jel a mély coma, mely légzészavarral társulhat, az anisokoria, a pyramis-pálya sérülésének jelei, a decerebrációs tónus-fokozódás és az epileptikus rohamok. fellépte. Leggyakrabban temporalis vagy frontális volt az elváltozás localisatiója, de bármelyik lebenyben előfordul. Un. késői traumás apoplexia eseteik között nem fordult elő. A praeparatív diagnosis carotis-angiographia segítségével állítható fel. A műtéti kezelés decompressív craniotomiából, a haematoma kiürítéséből állt. A durát nem varrták soha vissza, a csontlebenyt nem helyezték vissza. 12 betegük halt meg a műtétet követően. A halálozás a klinikai felvételt követő napon halmozódott, a későbbi időben a halálozás csökken. Ez arra enged következtetni, hogy a viharos gyorsasággal kialakuló koponyaűri vérzések prognosisa még megfelelő műtéti ellátás mellett is igen rossz. A hirtelen támadt koponyaűri nyomásfokozódáshoz az agy nem képes alkalmazkodni. Különösen súlyos

prognosztikai jel a balesetet követően azonnal támadt fél- vagy kétoldali mydriasis. Ez agytörzsi károsodás felléptére utal. 16 betegük élte túl a sérülést. Közülük 10 eredeti munkakörben munkaképes, 3 részben munkaképes, 2 beteg teljesen munkaképtelen, egynek a balesete óta csak 3 hónap telt el, így a munkaképességre vonatkozóan nyilatkozni nem lehet. Korai epilepsia közvetlen baleseti szövődmény felléptére utal, mint agyödema, epiduralis empyema, osteomyelitis, meningitis. A késői epilepsia fellépte viszonylag gyakoribb az intracerebrális vérzések után, mint a felületi vérzéseket követően. Utóbbiaknál ugyanis ritkább és kevésbé súlyos az agysérülés, mint az előbbi csoportban.

*Móritz Pál dr.*

**Az agyi aneurysmák mikrosebészete.** J. Cophignon és mtsai: Nouv. Presse Med. 1973, 2, 2935—2938.

Az operációs mikroszkóp 10—25-szörös, maximálisan 40-szeres nagyítást tesz lehetővé, ezért olyan kis kaliberű erek, mint pl. az aa. perforantes is láthatóvá tehető, melyek szabad szemmel nem vehetők ki.

Az első mikroszkóppal történt aneurysma-műtétről 1966-ban Pool és Colton, 1967-ben Rand számolt be. Főleg Rand és Yasargil munkái és a mikroszkópos instrumentáció összeállítása alapozta meg a mikroszkópos technika elterjedését az idegsebészetben.

Előnye a nagyításon kívül a hasonlíthatatlanul jobb megvilágítás a mikroszkóp saját világító rendszerével. A micro-látás micro-mozdulatokat is jelent, amihez bipolaris coagulációs technikát alkalmazva a műtéti eredmények még javíthatók.

A szerzők 50, a circulus arteriosus Willisii elülső részén helyet foglaló aneurysmát operáltak mikroszkópos technikával. Csak a Botterell-f. 5. stádiumba tartozó betegeket hagyták ki a sorozatból. A műtétet az angiographia után minél hamarabb elvégezték, hacsak a beteg súlyos állapota vagy kifejezett spasmus miatt nem kényszerültek várakozásra. A műtét normothermiában történt, de kontrollált hypotensióban, lumbalis drainage mellett. A craniotomia még szabad szemmel történt, a duranyitástól kezdve használtak mikroszkópot, 10—16-szoros nagyítással. A környező kis erek megkímélése, a klip felhelyezése így sokkal biztonságosabban és könnyebben volt elvégezhető és várakozásuk ellenére a manipulatio alatt fellépett esetleges rupturát is könnyebben tudták uralni.

4 betegük halt meg, ebből 2-t írunk a még nem egészen begyakorolt technika rovására. 4 betegnek maradt vissza súlyos neurológiai károsodása, ebből egynek ez már a műtét előtt is megvolt. 4 betegen

jó eredményről számolnak be, minimális tünetekkel. 4 beteg ugyan teljesen tünetmentes volt a műtét után, de az aneurysma nem lett tökéletesen ellátva. 34 beteg esetében mind a beteg állapotát, mind az aneurysma tökéletes kiiktatását tekintve kitűnőnek mondják az eredményt.

19 betegük volt 50 évnél idősebb és csak 2-t vesztek el. A kort bár súlyosbító, de nem kizáró tényezőnek tartják. 42 esetben 14 napon belül végezték el a műtétet.

Végkövetkeztetésük, hogy bár a mikroszkópos technika sem oldja meg az aneurysma-sebészet minden problémáját, de a mortalitási eredmények szempontjából nagy előrelépést jelent, különösen, ha a műtét minél hamarabb megtörténik az újravérzés elkerülése céljából.

Orosz Éva dr.

#### A koponyatető haemangiómája.

P. Krueger. (Idegsebészeti klinika, Hamburg): Chirur 1973, 44, 480—482.

A koponyaacsontok haemangiómáját (H.) többször leírták már. A szerző ritkasága és feltűnő nagyságú kiterjedése miatt ismerteti az esetet.

A koponya H. a koponya daganatai között 0,2%-ban fordul elő, míg a jóindulatú koponya daganatoknak 10%-át adja. Leggyakrabban a homlok- és falcsonton fordul elő, ritkábban a basison is megtalálható. A 3—4. évtizedben találkozunk vele legtöbbször, bár minden korcsoportban előfordulhat; nőknél 2-szer gyakrabban észlelték. Aetiológiája nem bizonyított, gyakori a traumás anamnesis. Nagysága borsónyitól almányiig terjedhet; egy nagyobb góc körül több kisebb tumoros góc lehetséges, tipikus esetben a rtg.-képen kerek világosabb folt vagy foltok alakjában jelentkeznek. Az elváltozás közepe lépes szerkezetű, a trabeculák többé-kevésbé radialisan helyezkednek el. Legtöbbször nem töri át a periosteumot. Differentialdiagnózis szempontjából szóba jön minden egyéb olyan csontdaganat fajta, mely felírhatja a csont szerkezetét. Elsősorban meningeomára, primaer csontsarcomára, primer vagy áttétes Ewing sarcomára, vagy eosinophil granulomára kell gondolni. El kell különíteni esetenként systemás betegségektől, mint pl. plasmocytoma, lymphogranulomatosis. A csont metastasisok közül a pajzsmirigy daganata hasonló leginkább, a spicula képződés és osteolysis miatt.

A szerző leírja egy 46 éves nőbeteg esetét, akinek a homlok jobb oldalán fájdalomtan csontmegnagyobbodás keletkezett, mely röntgennel H.-nak bizonyult. Az elvégzett carotis AG is igazolta a diagnózist. A tumor eltávolítása után ezt a kórismét szövettanilag is igazolták.

Téglásy László dr.

## Iatrogen ártalmak

**A propranolol mellékhatásai intézetben kezelt betegekben.** Greenblatt, D. J., Koch-Weser, J. (The Boston Collaborative Drug Surveillance Program, Boston University Medical Center, the Clinical Pharmacology Unit, Massachusetts General Hospital, Boston): The American Heart Journal 1973, 86, 478—484.

A szerzők 9 kórház anyagát dolgozták fel 1966 óta. Az ápolat 13 349 beteg 2<sup>o</sup>/o-a (268 eset) kapott különféle javallat alapján beta-blokkolókat. A javallatok: myocardialis infarctus (rhythmuszavarral), rheumás szívbetegek, thyreotoxicosis, paroxysmalis pitvari tachycardia, különféle arrhythmiai, angina pectoris, hypertonia. A 268 betegből 7 halt meg kórházban, de propranolollal összefüggésbe hozható halálestet nem történt. Mellékhatást 25 ízben észleltek (a kezelték 9,3<sup>o</sup>/o-a). Életveszélyes reakciót 8 alkalommal láttak; 4 esetben a szer adagolását követő első órán belül. Ezek: bradycardia és shock (3 eset), 3 tüdőoedema, 1 teljes szívblock, 1 súlyos bradycardia és angina pectoris. Nem életveszélyes mellékhatás 17 esetben jelentkezett. Ezek: tünetmentes bradycardia (igen kifejezett), neurologiai rendellenességek, hypotensio és syncope, tünetmentes hypertonia. 2:1-es a-v block, folyadék retentio, epigastralis fájdalom.

A mellékhatások idősebb korban, azotaemiás betegekben, hosszabb ideje kórházban ápolotakon gyakoribbak. Szájon át adva a szert az alkalmazott adag és mellékhatások közt értékelhető összefüggést nem észleltek.

Vizsgálataik szerint tehát a szert intézetben alkalmazva is, a betegek egy részében bizonyos veszélyekkel kell számolnunk, melyek az érintett esetek 1/3-ában igen komolyak. Itt a mellékhatás a cardiodepressiv effektus következménye, mely a frequentia csökkenésében, az a-v vezetés károsodásában, decompensatióban vagy hypotoniában nyilvánul meg. A 17 nem életveszélyes mellékhatás közül 11 szintén e hatás eredménye. 4 ízben neurologiai jellegű mellékhatásokat észleltek. Újabbán egyre gyakrabban irányul a figyelem e szerek psychotropiás és psychotoxikus hatásaira. Állatokon centralis sedativ és anticonvulsiv hatást tudtak kimutatni. Tartós, nagy adag propranolol emberen feltételezések szerint depressiót, suicid kísérleteket eredményezhet. Álmatlanság, hallucinosis, toxikus psychosis is ismeretes propranolol kezelés során.

A 8 életveszélyes reactio közül 7 már viszonylag kis adag (30 mg/die alatti) hatására létrejött. A mellékhatások a szer bevétele után röviddel jelentkeztek, utalva arra, hogy a hatásos beta-blockád viszonylag gyorsan létrejön. Pálóssy Béla dr.

**Osteoporosis és a tartós corticosteroid kezelés.** Hosking, D. J., Chamberlain, M. J.: Brit. Med. J. 1973, 3, 125.

Ma sem teljes biztonsággal eldöntött kérdés, hogy a tartós corticosteroid kezelés során a betegek kisebb részén kifejlődő osteoporosisért mennyiben felelős a gyógyszer és mennyiben az alapbetegség. A szerzők rövid közleményükben először áttekintik az osteoporosis korai diagnosztikájának lehetőségeit és arra következtetnek, hogy napjainkban a legérzékenyebb módszer a teljes test-kalcium meghatározása in vivo, neutron aktivációs analízissel. E módszerrel sorozatban megvizsgálták 5 különböző súlyos gyulladási betegségben szenvedő, corticosteroidokkal kezelt beteg teljes testkalciumát 20—33 hónapon át.

A betegek közül 4 a vizsgálat megkezdésekor ép csontrendszerűnek látszott, az ötödiken azonban a gerincoszlop röntgen képe a vizsgálat kezdetekor enyhe osteoporosisra utalt. A vizsgálatok eredménye szerint az első négy esetben a teljes test-kalcium értékelhetően nem változott. Az ötödik esetben a vizsgálat végén határozott emelkedés volt tapasztalható. A discussióban a szerzők a steroid-osteoporosisra vonatkozó irodalom rövid összefoglalása után ezzel az ötödik esettel foglalkoznak. Nem tartják valószínűnek, hogy a növekvő testkalcium a testűly, illetve a zsírszövet mennyiségének változásából származna. Lehetségesnek tartják, hogy májbetegéről lévén szó, a májbetegségtől függő osteomalaciás componens javulását mérték a steroid-therapia kedvező hatása során, bár a máj állapotának a javulása nem volt nagyfokú. Magyarazatként felvetik azt a lehetőséget is, hogy a beteg általános állapotának javulása miatt immobilisatioja csökkent és ebből származott a kismértékű, de határozott kalciumanyagcsere javulás.

Holló István dr.

**A béta adrenerg blokkoló szerek és hypertonia. A vesefunkciók hirtelen rosszabbodása chronikus veselégtelenségben.** Warren, D. J. és mtsai (Royal Infirmary, Edinburgh): Brit. Med. J. 1974, 2, 193—194.

A béta adrenerg blokkoló szereket a hypertonia kezelésében mind szélesebb körben propagálják és alkalmazzák. Mivel csökkentik a perifériás rezisztenciát, a tenzió csökkentése mellett indirekte a szív percvolumenét is csökkentik. Ép veseműködés esetében e hatásoknak káros következményei nincsenek. Vasodilatatorokkal kombinálva a chronikus vesebetegek hypertoniájának kezelésére különösen ajánlják. Első ízben 1969-ben mutattak rá arra, hogy erősen beszűkült veseműködés esetén a fent



említett hatások a RBF jelentős rosszabbodását, a GFR csökkenését eredményezhetik.

A szerzők három esetet ismertettek. Mindhárom beteg a chronikus veseelégtelenség kompenzált stádiumában volt. Béta-blokkolók alkalmazása során veseműködésük hirtelen rosszabbodott és két beteg chronikus haemodialysises kezelésre kellett az irreversibilis veseelégtelenség miatt áttérni. Úgy vélik a szerzők, hogy 35 ml/min clearance érték alatt a hypertonia kezelésére időült vesebetegeknek nem szabad béta adrenerg blokkoló szereket adni. Berkessy Sándor dr.

**Heveny reakciók urographiás kontrasztanyagokra. Gyakoriság, klinikai jellemzők, viszony a kör-előzményben levő túlrézekénységi állapotokhoz.** D. M. Witten, F. D. Hirsch, G. W. Hartman (Mayo Clinic and Mayo Graduate School of Medicine, Rochester, Minnesota): The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine. 1973, 119, 832—840.

Az urographia során fellépő kontrasztanyag-szövödményekkel széles körű irodalom foglalkozott és foglalkozik nap mint nap, mégis sok a nézeteltérés és az ellentmondó vélemény. Ezért a szerzők a Mayo klinikán 27 hónap alatt végzett 32 964 kiválasztásos urographia tanulmányozása alapján vizsgálták a szövödmények gyakoriságát, jellegét, összefüggését túlrézekénységi állapotokkal. Az anyagban hasonló arányban voltak férfiak és nők a csecsemőkortól 91 éves korig. A vizsgálat előtt 1 ml adaggal intravenás „próba” injectiót végeztek, majd diatrizoat-típusú (Renovist—Squibb) kontrasztanyagból átlag 1 ml/testsúlykg adaggal végezték az urographiát.

Nem észleltek mellékhatást 30 713 esetben (93,2%). Kisebb kellemetlenség — hányás, hányinger, vena-görcs, localis fájdalom — 1683 betegben fordult elő (5,1%). Heveny reakciónak tekintették azokat a szövödményeket, melyek a kontrasztanyag által kiváltott idiosyncrasiás képnek feleltek meg. Ilyen az urticaria minden formája, a bőr és nyálkahártyavizenyő, bronchospasmus, convulsio, hypotensio, shock, szívmegeállás és halál. Ilyen heveny reakció 568 alkalommal lépett fel (1,72%). Súlyos heveny reakciónak 30 esetet értékelték (0,1%). Ezek között leggyakoribb az erythemával kísért shock volt, ezenkívül előfordult ebben a csoportban angioneurotikus oedema, erythemás „rash”, generalizált convulsio, asthmás roham, laryngospasmus. Ebbe a csoportba sorolták az egyetlen halálos szövödményt is. 52 éves férfi a kontrasztanyag beadása közben hányingert, rosszullétet jelzett. Az injectiót abba hagyták, majd a tünetek elmúltá után folytatták. A kontrasztanyag beadása után hirtelen eszméletvesztés, apnoe és szívmegeállás lé-

pett fel. Tracheotomia, szívmassage és gyógyszeres kezelés ugyan eredményes volt, de az eszméletre tért beteg pánikszerűen kitépte trachea-tubusát, infúzióját, és újabb szívmegeállás miatt meghalt.

A szövödmények fellépte, az előzetes „próba” és allergiás körelőzmény között érdemi összefüggést nem találtak. A súlyos reakciók mindig váratlanul léptek fel. Ezért urographiánál mindig készen kell lenni ezek elhárítására.

Laczay András dr.

**Tüdőscintigraphia halálos szövödménye pulmonalis hypertensio esetében.** J. O. Williams (Isotope Department, St. Thomas' Hospital, London): The British Journal of Radiology 1974, 47, 61—63.

A perfúziós tüdőscintigraphiát nyolc éve használják a pulmonalis keringésvizsnyók vizsgálatára. Lényege, hogy az intravenásan injeciált radioaktív izotóppal jelzett albumin macroaggregatum elakad a tüdő capillarisaiban. A megfelelő időpontban készített scintigramm ennek megfelelően hűen ábrázolja a perifériás pulmonalis keringés térképét. Az alkalmazott macroaggregatumok nagyságrendje 10—100 millimikron, a vizsgálathoz szükséges adag 0,5—4 mg. Az egészséges tüdőben ez úgy oszlik el, hogy 200—1000 capillaris közül egy záródik el MAA (= macro-aggregated-albumin) embolia következtében. Ez természetesen semmiféle zavart a pulmonalis keringésben nem okoz. A vizsgálatot veszélytelennek tartják, szövödmény nagyon ritkán fordul elő. Eddig két esetről tud az irodalom, melyben pulmonalis hypertensióban szenvedő betegek perfúziós tüdőscintigraphiája a szűkült erek kiterjedt elzárásával szívelégtelenséget és halált okozott. Ha ugyanis a tüdő érrendszere egészében egyenletesen szűkült, akkor a MAA részecskék proximálisabb szakaszban okoznak elzáródást, és a fentebb ismertetett normális viszonyoktól eltérően a teljes pulmonalis arteriaterület 10%-át blokkolhatják.

A szerző 23 éves nőbeteg esetét ismerteti. Lupus erythematosusnak megfelelő bőrelváltozások, rheumatooid típusú arthritis és scleroderma-jellegű lágyrészeszesedések mellett pulmonalis hypertensio alakult ki. Multiplex pulmonalis embolisatio tisztázása végett 1,5 mg albumint tartalmazó, 1mCi aktivitású <sup>99m</sup>Tc MAA készítménnyel végzett scintigraphia közben hirtelen dyspnoe, cyanosis lépett fel, és a beteg 6 óra múlva minden terapiás kísérlet ellenére meghalt. A boncolás a tüdőarteria-rendszer kiterjedt, súlyos szűkületét igazolta, teljes elzáródással a kisebb erekben.

Vascularis oclusión alapuló pulmonalis hypertensio esetében ezért a MAA alkalmazása veszélyes. Ha szükséges mégis elvégezni a perfu-

ziós scintigraphiát, kis adaggal és 10—30 millimikron nagyságrendű aggregatummal kell óvatosan megkísérelni.

Laczay András dr.

**Bromsulphalein mellékhatások.** Spech, H. J. (Med Univ. Klinik, Würzburg): Med. Klin. 1973, 68, 705—712.

A bromsulphaleinnek (továbbiakban BSP) helyi toxikus és általános allergiás mellékhatásai vannak. Helyi reactio legtöbbször az anyag paravenás adása esetén jön létre, de toxikus érfalkárosodás thrombophlebitis formájában iv. adás esetén is kialakulhat. Tökéletes injectiós technika mellett az esetek 1%-ában kell helyi reactióval számolni. Nagyobb mennyiségű festékanyag beadása után lényegesen gyakrabban alakul ki thrombophlebitis. A helyi szövödményeket heparin, v. human albumin hozzáadásával nem lehet kiküszöbölni. Tévedésből intraarterialisan adott BSP kiterjedt érfalkárosodást és szövetelhalást okoz. A helyi mellékhatások oka feltehetően a festékanyag magasabb helyi concentrációja és a szövetekkel való tartósabb érintkezése következtében kialakuló acut sejt-károsodás, esetleg membrandefectus. A localis szövödmények elkerülhetők jó injectiós technikával és a festékanyag vérvisszaszívásos hígításával. Paravenás adás esetén kedvező a localanaestheticummal történő infiltrálás. Ha a festékanyag arteriába kerül, azonnal prednisolon származékot kell adni a szövetnecrosis csökkentése céljából.

Általános túlrézekénységi reactio urticaria, verejtékezés, hányás, dyspnoe, cyanosis, shock formájában alakulhat ki. Súlyos anaphylaxiás reactio 1:100 000, halálos szövödmény 1:750 000 arányban fordul elő. A szövödmény az esetek túlnyomó részében az injectio beadása után 5 percen belül alakul ki. Elvéte elfordulhat 15 percen túli latentia idő is, 1 órán túl azonban életveszélyes szövödménnyel nem kell számolni. A szövödmények ritkasága a BSP injectio gyakoriságával szemben, a complicatiomentes tolerancia magasabb BSP dosis mellett, a keresztallergia, az allergiás bőrreactio túlélt szövödmény utáni újabb intradermalis adás esetén, valamint az eosinophilia toxikus eredet ellen, allergiás mechanizmus mellett szól. A szövödmények gyakorisága az életkorral nő. Férfiakon sűrűbben fordul elő, ennek oka nem ismeretes. A szövödmények anaphylaxiás eredetűnek elfogadásához alapvető feltétel egy korábbi sensibilizálódás. Ennek bizonyítása vagy kizárása nehéz, emellett lehetséges van más gyógyszerrel szembeni keresztreactióra is. Több szerző számol be BSP és sulfadiazin, ill. tetrachlorphenolphthaleinsulfonat közötti keresztreactióról. A szerző saját ese-

tében anaphylaxiás shock alakult ki a BSP beadása után egy évek óta phenolphthaleines hashajtót szedő nőnél. A szövődményes esetek több mint 30%-ában találtak allergiás dispositiót. Általánosan elfogadott, hogy allergiás hajlamúknál a BSP beadása nagyobb rizikóval jár, bár vannak ellentmondó közlések is.

Megelőzés és gyógyítás: Kis BSP dosisokkal végzett próba a szövődmények elkerülése céljából nem bizonyult megbízhatónak. Így a prophylaxis a vizsgálat indiciójának szigorú körülhatárolására korlátozódik, legalábbis az allergiás dispositiójú betegeken. A keresztallergia lehetőségének szempontjából különösen a szulfonamid túlerzékenység jön szóba. Abszolút contraindicatio a korábban már tapasztalt BSP allergia. Shock esetén plasmaexpander anyagok, steroidok és oxigén adása szükséges. Célszerűek az antihistaminok és sedatívumok. Sympathicomimeticumok értéke vitatott. Súlyos esetekben intubációra, gépi lélegeztetésre és szívmasszázsra is sor kerülhet.

Keszei Nóra dr.

**Septicaemia és teljes parenterális táplálás.** Dillon, J. D. és mtsai: (Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tenn.); JAMA, 1973, 223, 1341—1344.

A súlyos betegek intenzív ellátásában mind nagyobb teret hódít a teljes parenterális táplálás (TPT). Mivel az irodalom a TPT-vel kapcsolatban újabb jelentős mérvű iatrogen septicaemiáról tesz említést, a szerzők 1969 októberétől 1971 novemberéig 122, osztályukon TPT-vel kezelt beteget vizsgáltak iatrogen infectio szempontjából. A TPT-vel közvetlenül összefüggőnek tartották a septicaemiát, ha pozitív haemocultura esetén a katéter csúcsáról legfeljebb 48 óra belül vett mintáról is ugyanaz a mikroorganizmus tenyésztett ki, ezenkívül egyéb infectiós forrást bakteriológiailag nem tudtak identifikálni.

A 122 beteg közül 5 esetben (4,1%) okozott sepsist a TPT: a vérből és katéter hegyéről *Candida*, *Staphylococcus aureus*, ill. *albus*, *Enterobacter* és *Proteus rettgeri* tenyésztett ki. Más fertőző forrás hozta létre a septicaemiát 14 betegen (11,5%): főként Gram-negatív *E. coli*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Pseudomonas*, valamint *Bacteroides* volt kimutatható haemoculturából és egyéb területről, ugyanakkor a katéter csúcsa bakteriológiailag negatívnak bizonyult. 103 betegen nem jelentkezett septicaemia, azonban 67,2%-ban különböző fertőzés volt jelen (sebfertőzés, húgyúti infectio, intraabdominalis abscessus, tra-cheotomiás fertőzés).

Fenti eredmények alapján a TPT-hez felhasznált katétereknek nincs jelentős közvetlen oki szerepük a septicaemiák keletkezésében.

Vutskits Zsolt dr.

**Szerk. megjegyzés:** 122 beteg közül 5 esetben (4,1%) a parenterális tápláláshoz szükséges katéter volt a sepsis oka. Ez a gyakoriság nem minősíthető olyan jelentéktelennek, mint azt a szerző teszi! (l. ref. utolsó bekezdése.)

## Csecsemő- és gyermekgyógyászat

**Idiopathiás arteriális meszesedés a csecsemőkorbán.** Bird, T. (Newcastle General Hospital): Archives of Diseases in Childhood 1974, 49, 82—89.

Generalizált arteriális meszesedés ritka, de talán az occlusiv arteriális betegség legjelentősebb oka a csecsemő és gyermekkorban. Az esetek legtöbbszörében a Ca-só a lamina elastica internában rakódik le, olykor a szomszédos mediára is ráterjed, és subintimalis fibrosus proliferációval kapcsolódik. Csaknem minden esetben a szív is érintett. 1899-ben Durante írta le az első esetet. Legtöbb megbetegedést az USA-ból és Németországból közölték. Angliából eddig csak négyet. Saját 2 esetű 15 év óta az első között eset.

1959-ben Moran és Becker az eseteket 4 csoportra osztotta: 1. Metastaticus calcificatio vesebetegségek következtében. 2. Arteriális calcificatio congenitalis szívbetegséggel kombinálva. 3. D-hypervitaminosis következtében fellépett elváltozás. 4. Idiopathiás csoport.

A legtöbb beteg néhány nap—egy éves kor között meghal, általában az első 6 hónapban. Néhány csecsemőn a gastrointestinalis tünetek állnak a betegség előterében (hányás, táplálék visszautasítás), de leggyakrabban acut keringési és légzési zavar lép fel (cyanosis, tachypnoe, tachycardia). A súlyosan beteg csecsemőn ritkán tudnak vizsgálatokat végezni, s ha mégis meghatározzák a se. Ca-t, normális értéket kapnak. Nincs vesemegbetegésre utaló tünet. EKG-t ritkán készítenek, rajta csak balkamra hypertrophia jelei láthatók, épp így a rtg is csak szívmegegyesítést mutat, mely leletek megtalálhatók endocardialis fibroelastosisban, az arteria pulmonalisból eredő aberrans arteria coronaria sinistra esetében, szívglycogenosisban és interstitialis myocarditisben egyaránt.

A diagnózisban segítséget nyújt, ha a nyakon és végtagokon a rtg-vizsgálat meszesedést tud kimutatni a lágyrészekben.

Vásárhelyi Katalin dr.

**Rh erythroblastosis, AB0 — erythroblastosis és újszülöttkori hyperbilirubinaemia utáni maradandó károsodások.** H. Weber, J. Ströder (Univ. Kinderklinik Würzburg): Klinische Pädiatrie 1973, 185, 383—399.

Ma sem tisztázott teljesen, milyen maradandó károsodást okoz az újszülöttkori hyperbilirubinaemia,

cseretransfusio után. Még kevésbé ismert, van-e különbség aszerint, hogy Rh- vagy AB0 incompatibilitás okozta a hyperbilirubinaemiát, vagy incompatibilitás nélkül alakult ki az erős icterus.

220 gyermeket vizsgáltak meg a szerzők, 5—11 éveseket, akiket újszülött korukban Rh és AB0 incompatibilitás okozta, vagy incompatibilitás nélküli hyperbilirubinaemia miatt kezeltek. Koraszülött nem volt közöttük. 156 gyermek csináltak cseretranszfúziót.

Azokon, akiknek bilirubinszintje a 30 mg<sup>0</sup>/o-t meghaladta, jelentős testfejlődési elmaradást találtak, a többiek testsúlya és testmagassága is normális volt.

Rtg-felvételt készítettek mindkét kézről, 76,4<sup>0</sup>/o-ban kaptak pathológiás eredményt, ez azonban nem volt kapcsolatban a hyperbilirubinaemia fokával. Mivel egy-egy tényező megítélése igen változó, egy minden szempontból hasonló összetételű normál kontroll-csoporttal hasonlították össze a felvételeket, s így csak 45<sup>0</sup>/o-ban volt pathológiás a kéztőcsontfejlődés.

27 gyermeknek (12<sup>0</sup>/o) sárgásan elszíneződtek a tejfogai és 78-nak (34<sup>0</sup>/o) emellett még zománchypoplasiája is volt. 30 mg<sup>0</sup>/o feletti bilirubinszint után gyakoribb a fogelszíneződés és a zománchypoplasiá, de a hyperbilirubinaemia okával nem hozható kapcsolatba.

2 gyermekben találtak tipikus magicterus utáni állapotot, cerebroparesist és athetosis, ezek mind egyike késve érkezett a klinikára (Bi-szint 40—60 mg<sup>0</sup>/o között). Pyramis jeleket 16 gyermekben találtak, ezek 1/3-ának volt 30 mg<sup>0</sup>/o feletti a Bi-szintje.

Az IQ 30 mg<sup>0</sup>/o-os bilirubinszint alatt normális volt. E feletti Bi-szint után a gyermekek 30<sup>0</sup>/o-ának 70 alatt volt az intelligenciaquotiens, 110 feletti IQ pedig nem volt. Kétszer gyakoribb volt e csoportban (30 mg<sup>0</sup>/o Bi-szint felett) a lényegmegragadás és a figyelőkészség zavara, s nagyszámban voltak köztük szorongók, de gátlástalanok, tapadós viselkedésűek is.

A csontos hangvezetés zavarát csak 30 mg<sup>0</sup>/o feletti bilirubinszint után figyelték meg. Ebből a csoportból csak a gyerekek 15<sup>0</sup>/o-a beszélni korán megfelelően. 7 gyermekben centralis, hatban pedig periferiális vestibularis károsodást találtak.

Visus csökkenése 13 gyermeknek volt, strabizmus 8-nak.

Meggyesy Veronika dr.

**Cockayne-syndroma: cachexiás törpenövés, nagyothallással, csökkent látással és oligophreniával.** W. Kosenow, R. Heege-Dohr: Fortschritte der Medizin 1973, 32, 1257.

7 éves leány esetét ismertetik a szerzők, akinél normálisnak tűnő csecsemő- és kisdédkori fejlődés után, második életéve folyamán

gyorsan progrediáló cachexiás törpenövés szymptomája alakult ki. A beteg fájdalmas arckifejezése, mélyen fekvő szemei, fokozódó nagyothallása, csökkent látása (tapeoretinális degeneratio) és egyre erősödő oligophreniája alapján esetüket klasszikus Cockayne-szindrómának tartják. Diagnosizukat a beteg enyhe photosensibilitása, a microcephalia, megvastagodott koponyacsontok, scoliosis, fokozott caries hajlam, s a végtagok relative normális hossza is támogatja. Emellett hydrocephalus internust, liquorfeherje szaporulatot, az alsó végtagok spastikus diplegiáját, ízületi kontrakturát és kézataxiát is találtak.

**Cockayne** 1936-ban és 1946-ban írta le a róla elnevezett szindrómát, melynek legfőbb jelentősége, hogy kezdeti normálisnak tűnő fejlődés után, a 2–3. életév folyamán, cachexiás törpenövés fejlődik ki, nagyothallással, csökkent látással és oligophreniával. A betegek külső megjelenése annyira jellemző, hogy típusos esetben már diagnosishoz vezethet. Természetesen vannak atypusos megjelenési formái is. Eddig kb. 30 esetet írtak le.

A betegség pontos oka nem tisztázott. Heredodegeneratív körképnek tartják. A viszonylag gyakran leírt testvérmegbetegedések recessív öröklődést valószínűsítene. Chromosoma-vizsgálat csaknem minden esetben normális karyogramot mutat.

*Meggyessy Veronika dr.*

**Értelmi szint újszülöttkori ileum resectiót követő hiányos tápláltság után.** Valman, H. B. (Queen Elisabeth Hosp. for Children Hackney Road, London E2 8PS): Lancet, 1974, I., 425–427.

7 újszülöttkorban 45 cm-nél hosszabb ileum-szakasz resectiónak alávetett és emiatt tartósan alultáplált gyermek értelmi szintjét határozták meg 3–14 éves korban és nem találtak eltérést a megfelelő kontroll csoport értékétől. Ezek szerint a születést követő rosszul tápláltság és az értelmi szint fejlődésének visszamaradása közötti — korábban elfogadott — kapcsolat nem nyert igazolást. *Czeizel Endre dr.*

**A Ca- és Mg-felszívódás májbetegségek esetén csecsemőkben.** Kobayashi, A. és mtsai (National Children's Hospital, Tokyo): Archives of Diseases in Childhood, 1974, 49, 90–96.

Egyre több a bizonyíték arra, hogy az epesavak jelentős szerepet játszanak a Ca-, Mg-felszívódásban, egyrészt a D-vitamin, másrészt a zsírabsorpció keretében. Emellett az epesavak közvetlenül is fokozhatják a Ca-absorpciót.

Ca- és Mg-malabsorpció előfordul biliaris obstructio esetén. Állatokon

az epevezeték lekötése Ca-malabsorpciót és csontbetegségeket okozott. Biliaris cirrhosis esetén felnöttekben elhúzódó icterus szintén Ca-malabsorpcióhoz vezetett. A gyermekgyógyászati irodalomban azonban csak nagyon kevés adat áll rendelkezésünkre.

Csecsemőkön az obstructió icterus leggyakoribb okai: biliaris atresia, neonatalis hepatitis, choledochus cysta. Ezekben a betegségekben szenvedő és egészséges csecsemőkön mérték a Ca és Mg bélből történő felszívódását. Egészségesekben a Ca-absorpció 63%, a Mg-absorpció 59% volt. Biliaris atresiában a legfeltűnőbb az absorpció csökkenése: Ca 34%, Mg: 35%. Ezekben az esetekben csak i. m. D-vitamin adás emelte a Ca- és Mg felszívódást. 5 csecsemőn, akiken műtéttel megoldották az obstructiót, csaknem normál értékeket kaptak (Ca 59%, Mg 63%). Neonatalis hepatitisben a malabsorpció foka különböző volt.

Emelkedett a Ca-absorpció, ha kötőanyagként triglyceridet tartalmazó tejet adtak a csecsemőknek. Ez a zsírsavak jelentőségét bizonyítja. *Vásárhelyi Katalin dr.*

**Gyermekek Ca-, Mg-kiválasztása a vizelettel.** Ghazali, S., Barrott, T. M. (Institute of Child Health, London): Archives of Diseases in Childhood, 1974, 49, 97–101.

A szerzők 1973 óta vizsgálják az urolithiasis gyermekeket. Azóta számos hypercalcaemiás beteget észleltek. Szükségesnek tartják ezért a normál adatok megállapítását. 54 egészséges, 1–15 éves gyermek vizelet Ca-ürítése:  $2,38 \pm 0,66$  mg/kg/24 óra; Mg-excretio:  $2,82 \pm 0,79$  mg/kg/24 óra. A második reggeli vizeletben a Ca/creatinin arány:  $0,14 \pm 0,06$ , Mg/creatinin:  $0,21 \pm 0,10$ . A Ca-kiválasztás felső határa 4 mg/kg/24 óra volt.

Lehetséges, hogy a húgykővek genézisében nem a teljes, 24 órás ürítés, hanem a p. o. bevitt Ca utáni nagyobb Ca-kiválasztás a lényeges. Ismeretes, hogy a lactose a Ca-absorpciót serkenti. Ismételt Ca oxalat követ ürítő felnőttek p. o. szénhidrát adás után fokozott mértékben ürítettek Ca-t. Ezért érdemesnek tartották meghatározni, hogy a tej adás (Ca + lactose) milyen hatású. Tej adás után szignifikánsan emelkedett a Ca-excretio, a Ca/creatinin koncentrációs arány, majd 2 órán belül visszatért a kiindulási szintre.

Adataik standardként használhatók a köképződésre hajlamos gyermekek vizsgálatánál.

*Vásárhelyi Katalin dr.*

## Radiológia

**Számítógépes haránt axialis scan (tomographia): I. rész. A rendszer leírása.** G. N. Hounsfield (Central

Research Laboratories of EMI Limited, Hayes, Middlesex): The British Journal of Radiology 1973, 46, 1016–1022.

**Számítógépes haránt axialis scan (tomographia): II. rész. Klinikai alkalmazás.** J. Ambrose (Atkinson Morley's Hospital, London): The British Journal of Radiology 1973, 46, 1023–1047.

**Számítógépes haránt axialis scan (tomographia): III. rész. Dosimetriai vizsgálatok.** B. J. Perry, C. Bridges (St. Georges Hospital, London): The British Journal of Radiology 1973, 46, 1048–1051.

A három közlemény egy technikai újdonságról és annak klinikai alkalmazásáról számol be. Lenyege az, hogy a testen erősen beszűkített röntgensugár nyaláb halad át. A sugárforrás harántirányban mozog a vizsgálandó test felett. Így a választott testsíkon a sugárnyaláb úgy halad át, mint pl. a B típusú ultrahangdetektor impulzusa. Az áthaladó sugár minden pontban az aktuális testvastagság és az érintett szövetek elnyelő képességének függvényében abszorbeálódik. A kilépő sugárzást kristálydetektorral érzékelik, az abban kiváltott impulzusokat mágnesszalagon rögzítik, katódcsővel láthatóvá teszik és polaroid kamerával fényképezik.

Az így nyert kvalitatív képet kiegészíti a computer által készített numerikus scan, mely a vizsgált testkeresztmetszetben belüli absorpció-eloszlást számszerűen fejezi ki. A módszernek a hagyományos rétegfelvételel szemben az az előnye, hogy a lágyrészek sugárelnyelő képessége közti kis különbségeket, melyek a szokásos röntgenfelvételeken nem érvényesülnek, érzékelhetővé teszi. Klinikai alkalmazásra az agyi strukturák vizsgálatában került. A készített képeken meglepő módon kirajzolódnak az egyébként csak kontrasztöltéssel demonstrálható intracranialis képletek, az agykamrák, plexus chorioideus, subarachnoidealis tér, fissura Sylvii, corpus striatum stb. A normál anatómiát ismertető felvételek után számos eset demonstrálja a módszer értékét agytumor, koponyaűri vérzés, metastasis, infarctus kimutatásában.

Phantomon végzett dosimetriai mérések szerint a vizsgálat során a koponya 1–2,5 R sugárterhelésnek van kitéve, és az integráldosis nem több annál, amennyit egy szokásos koponya röntgen felvétel jelent. A gonáddózis 0,1 mrad alatt van.

Az eljárás alapvetően új, eltér a megszokott röntgendiagnosztikai módszerektől. Jelen formájában teljesítményének elsősorban korlátozott feloldóképessége szab határt. Hogy további fejlesztése milyen mértékben helyettesítheti majd a diagnosztikai gyakorlatban a hagyományos vizsgálmódszereket, a jövő kérdése. *Lacza András dr.*

**Conjugált iopanoic-sav (Telepaque) a vékonybélben. Segítség az epehólyag-betegségek kórisémjében.** M. H. Nathan, A. Newman (3604 Wells Fargo, Suite C, Scottsdale, Arizona 85 251): Radiology 1973, 109, 545—548.

Az ismételt per os cholecystographia során nem telődő epehólyagot általában kórosnak tartják, és ez a vizsgálati lelet döntő tényezője lehet a műtét javallat felállításának. Gyakran előfordul azonban, hogy az ilyenkor elvégzett műtét az epehólyagot egészségesnek találja. Ezzel kapcsolatban különböző szerzők 3—10% gyakoriságot említenek. Megfigyelték azonban azt, hogy ha a per os adott kontrasztanyag nem telődő epehólyag mellett kirajzolja a choledochust, a cholecysta minden esetben beteg volt. Ha tehát bármely módon bizonyítható, hogy a kontrasztanyag kiválasztódott a májon keresztül és áthaladt az epeutakon, akkor az epehólyag telődésének elmaradása valóban egyértelmű kórjelnek tekinthető. A choledochus kirajzolódása azonban még a legjobb per os kontrasztanyagokkal is csak mintegy az esetek harmadában várható.

A szerzők megfigyelése szerint a per os a vékonybélbe jutott iopanoic-sav darabos-granularis eloszlásban látszik a röntgen-felvételken felszívódás előtt. Ha azonban felszívódik és a májban történt conjugatio után az epével kerül vissza a bélbe, oldott állapotnak megfelelő homogen kontrasztot ad. Az ilyen kép arra utal tehát, hogy a kontrasztanyag kiválasztódott az epében, következésképpen a nem telődő epehólyag biztosan kórosnak tekinthető. 30 ilyen betegük közül 29 került műtétre, 28-nak epeköve, egynek hegeseést okozó idült epehólyaggyulladás volt. Megfigyelésük helyességét mutatja az is, hogy a iopanoic-sav a bélnedvekben megfelelő pH-jú pufferekben nem oldódik, az ilyen modell röntgenfelvétele az anyag ugyanolyan granularis eloszlását mutatja, mint felszívódás előtt a bélben.

Tapasztalataik alapján nem telődő epehólyag és a bélben kimutatható conjugált iopanoic-sav a cholecysta kóros állapotának biztos jele, ilyen esetben az intravénás vizsgálatot feleslegesnek tartják.

Lacza András dr.

**A duodenalis haematoma radiológiai képe.** P. Warter és mtsai (Service de Radiologie du Pavillon chirurgical, Strasbourg): J. Radiol. Electrol. 1973, 54, 703—709.

Az intramuralis duodenalis haematoma, a magas emésztőtractus elzáródás ritka oka, melynek eredetét eddig szinte kizárólag traumának tartották. Az irodalomban kb. 200 eset ismeretes, a szerzők 7 saját esetről számolnak be. A haematoma a bélfalban helyezkedik el, és spontán vérzés vagy trauma

eredménye. Rendszerint a subserosában, submucosában vagy a muscularis rétegben található, kivételesen azonban réteges dissectiók is előfordulhatnak. A pseudo-aneurysmalis dissectio elnevezést a szerzők a haematoma és a duodenum lumene közötti összeköttetés esetén használják.

A betegség aetiologiája lehet: 1. trauma (leggyakrabban közlekedési balesetek következményeként), 2. akut pancreatitis, 3. véralvadási zavarok, 4. vérző ulcus.

Klinikai kép: 24—28 óra lappangási idő után élénk epigastriális fájdalmak és hányás jelentkezik. Néha tapintással terime észlelhető a duodenalis tájon. A beteg állapota rohamosan romlik.

Radiológiai jelek: nativ felvételen a psoas árnyék fedettsége, a jobb costolumbalis szögletben vízszintes folyadéknyív gázgyülemmel, ritkán a haematomának megfelelő lágyrésztintenzitási árnyék. Kontrasztanyag vizsgálatnál a gyomor felfelé dislokált, de ürülése nem késik, a duodenum részleges, ritkán teljes elzáródás van. A szűkület hosszú szakaszra kiterjedő, segmentális is lehet, nem koncentrikus és néha külső benyomást utánoz (jóindulatú daganat, vagy pancreas pseudocysta képét utánozva). A duodenum nyálkahártyája rendszerint szabálytalan, néha vasokos ujjbenyomatszerű. A poststenotikus szakasz zacskószerűen tágult lehet. A vastagbél dislocatioja is észlelhető.

Az angiographiai vizsgálat az erek dislocatioját mutatja. Az elváltozás sebészi beavatkozást igényel.

Somogyi Jenő dr.

**A pancreasmeszesedés differenciáldiagnózisa.** E. J. Ring és mtsai. (Department of Radiology Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston): Amer. J. Roentgenol. 1973, 117, 446—452.

Régóta ismert a chronikus pancreatitis betegek hajlama hasnyálmirigy-meszesedésre. A jelenséget először Graff írta le 1667-ben, élő emberen pedig — röntgenvizsgálat segítségével — először 1914-ben észlelték. Azóta is ez a leghitelesebb röntgenjel a pancreas pathológiás elváltozásának igazolására.

A szerzők részletesen tárgyalják azokat a klinikai és radiológiai jellemzőket, melyek segítenek a pancreas meszesedéssel járó pathológiai folyamatokat egymástól elkülöníteni.

**Alkoholos pancreatitis:** Az USA-ban leggyakrabban az alkoholisták és az epeköves betegek szenvednek pancreatitisben. Az alkoholos pancreatitis betegek 20—40%-ában, míg az epekövetegységhez tartozó pancreatitiseknek csak 2%-ában fordul elő pancreatolithiasis. A kövek a mirigy ductusában helyezkednek el. Ritkák a soliter kövek, általában nagy számban látjuk a fej és a fark ductusrendsze-

riben. Radiológiailag sok, kicsi, szabálytalan mészrög árnyéka észlelhető a mirigy vetületének megfelelően. Pancreatitis komplikációjaként fellépő pseudocysták a betegek 12—20%-ában meszesednek. A meszesedés típusa hasonló a chronikus pancreatitisben észleltéhez, azonban néha a pseudocysta fala ívalakban elmeszesedik.

**Hereditær pancreatitis:** Fejlődési rendelleneségen alapuló zavar, mely ismétlődő hasi fájdalommal kezdődik már a gyermekkorban és minden kezelés ellenére progrediál. Sok betegben pancreascarcinoma fejlődik ki, és sok esetben észlelni röntgenvizsgálattal hasnyálmirigy meszesedést, mely típusos: kerek, ovális mészrögök, melyek nagyobbak, mint az egyéb pancreas betegségekben észlelhetők.

**Hyperparathyreosis:** Társulhat pancreatitis hyperparathyreosisal, ilyenkor a gyulladás gyakran chronikus lesz és meszesedést lehet kimutatni a mirigyben. Ha nephrocalcinosis, vesekövességet együtt észlelünk pancreasmeszesedéssel, hyperparathyreosis gyanúja merül fel.

**Kwashiorkor:** Alultáplált népek fehérjehiányos étrendje pancreas-betegségek előidézője lehet, és ilyenkor az esetek nagy százalékában meszesedést észlelni. Radiológiai megjelenése nagyon hasonlít az alkoholos pancreatitisben észlelt képhez. Esetenként észlelünk pancreasmeszesedést pancreascystás fibrosissal. Finom mészszemcséket látunk a nativ felvételen ilyen esetekben.

**Idiopathiás hasnyálmirigy-meszesedés:** Némely pancreasmeszesedéssel járó esetben nem tudunk klinikai vizsgálatokkal pancreas-betegséget kimutatni.

**Pancraesmeszesedés és carcinoma:** Chronikus pancreatitishez gyakran társul carcinoma. Ez különösen igaz chronikus alkoholos pancreatitis és hereditær pancreatitis esetén. Ilyenkor általában az ezen chronikus pancreatitisre jellemző meszesedési típust látjuk.

**Tumormeszesedés:** A pancreas adenocarcinómája gyakorlatilag nem jár meszesedéssel. A cystadenomák és cystadenocarcinomák kb. 10%-ában észlelni calcificatiót, melynek radiológiai képe legtöbbször nem specifikus, de ha napsugármintázattal találkozunk, az önmagában nagyon valószínűsíti a diagnózist. A ritka cavernosus lymphangioma is meszesedhet, és ilyenkor phlebolithokat látunk a pancreasban és közvetlen környezetben.

Tatár László dr.

## Folyadék- és elektrolittherapia

**Hypomagnesaemia.** Hall, R. C. W., Joffe, R. J. (University of South Florida College of Medicine, Tampa, and the Johns Hopkins University College of Medicine, Baltimore, USA): JAMA 1973, 224, 1749.

## 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-benzoésav beépülését gátolja.

A kialakuló kettős ferment-blokádján 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 tablettá — 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

A hypomagnesaemia klinikai jelentőségére először *Hirschfelder* (1934) irányította a figyelmet. Azóta számtalan klinikai és kísérletes tanulmányt közölt e témáról az irodalom.

A magnesium a szervezetben elsősorban intracellularisan helyezkedik el főleg a csontokban, lépben, vesékben és az agyban. A serum magnesium-concentrációja — hasonlóan a káliuméhoz — távolról sem pontos mutatója az ion sejten belüli töménységének: pl. komoly hypomagnesaemiás tünetek léphetnek fel normális serum-érték mellett. A magnesium kb. 2,4 mEq/literes koncentrációban active választódik ki a liquorba. Hypomagnesaemia kialakulásához vezethet excessiv gastrointestinalis vagy renalis ionvesztés vagy inadaequat diéta. Tünetei:

a) Pszichiatriai jelek: depressio, agitatio, desorientatio, confusio, hallucinatio (auditív vagy visualis), ingerlékenység, nyugtalanság.

b) Neurológiai jelek: convulsiók (grand mal typosú vagy multifocális), hyperreflexia, pozitív Babinski-tünet, tremor, coma, athetoid és/vagy choreiform mozgások, myoclonus, ataxia, nystagmus, pozitív Chvostek-tünet negatív Trousseau-tünettel, carpedalis-spasmus, fascicularis rángások, vertigo, par-aesthesiák, tetania, EEG-abnormitasok, hyperacusis, kifejezett ijedtségi reakciók, izomgyengeség.

c) Cardiovascularis jelek: low voltage (nem specifikus T-hullám depressio), tachycardia, arrhythmia (kamrai extrasystolia és tachycardia), hypertonia, vasomotor-tünetek.

d) Egyéb jelek: fájdalmas, hűvös végtagok, fokozott izzadákonyság.

Saját betegük 55 éves, akinek az utóbbi 4 évben 3 ízben volt intézeti kezelésre szoruló pepticus ulcusvérzése. Jelen felvétele előtt 2 nappal már epigastriális fájdalma, nauseája és haematemesise volt. Intézetükben jéghideg sóoldattal gyomoröblítést végeztek, majd iv. folyadékpótlást alkalmaztak, káliummal és vitaminokkal. Miután haematokrit-értéke 33%-os volt, kb. 700 ml vér adásával is kiegészítették az eddigieket. Később magnesium- és alumíniumhydroxydot tartalmazó gelt kapott nasogastrikus szondán át, valamint chloralhydrátot és acetaminophent. A beteg 2 napon át jól volt, vérzése szünetelt. Ekkor Sippy-diaetára vették, mely után a beteg puffadásról és hasi fájdalomról, valamint nauseáról számolt be. A következő napon gyomorsecretiója erősen fokozódott. 3 nap múlva ingerlékeny, majd cooperatióra képtelenné vált, izomgörcsről és alsóvégtagi hűvöségről panaszkodott. Másnap már teljesen desorientált volt s meglévő tünetei fokozódtak, majd tachycardia, nystagmus, clonusok léptek fel s hyperprexia alakult ki. EKG-ján low voltage-t és ST-depressiót észleltek; ezenkívül myoclonusai is

voltak, Chvostek-pozitivitással. Laboratóriumi leletei ekkor sem mutattak lényeges eltérést, kivéve liquorának magnesium-szintjét, mely 1,4 mEq/lit. volt (norm. érték: 2,0—2,4). Az ugyanekkor meghatározott serum-magnesiumszint 0,9 mEq/lit. volt. A beteg desorientáltsága továbbra is fennállt — emellett confabulált és visualis hallucinációi is voltak. Az EEG diffuse median és high voltage activitást mutatott 1—4 sec. frekvenciával, míg a median voltage activitás 5—6/sec. gyakoriságú volt. Ezután a betegnek physiologiás sóoldatban (1000 ml-ben) 8 óra alatt 6 g magnesiumsulfatot adtak (= 49 mEq magnesium) s ezt még 2 ízben megismételték, majd 2, illetve 1 g-os magnesiumos infúziókkal folytatták az ionbevitelt. E therapia megkezdése után 36 órával a beteg állapota drámaian javult, serum-magnesium-szintje 1,3 mEq/literre emelkedett, kóros tünetei szépen rendeződtek, s a 12. napra mind klinikailag, mind EEG-tünetek szempontjából gyógyult. Serum-magnesiumszintje ekkor 2,3 mEq/lit. volt.

A hypomagnesaemia fokozza a neuromuscularis ingerlékenységet, mert: a) csökkenti a mozgató idegek ingerküszöbét, b) fokozza a myoneuralis junctiók acetylcholin-érzékenységét, c) növeli az idegimpulsusra felszabaduló acetylcholin mennyiségét, d) közvetlenül is serkenti a myofibrillumok összehúzó-dási erejét.

Lényeges, hogy a hypomagnesaemia önmagában is képes „organikus agyi tünetcsoport” létrehozására.

*Major László dr.*

**Várható-e valódi mellékhatás a glukóz-pótló anyagok infúziójakor?**  
H. Förster: Dtsch. med. Wschr., 1973, 98, 839.

A szénhidrátok jelentősége a parenterális tápláláskor vitathatatlan, legnagyobb a jelentősége természetesen a glukóznak, mint kalória-hordozónak, de ennek a fiziologiás anyagnak az adása sem probléma-mentes. Hiperozmoláris kómához vezethet főleg, ha túl nagy adagban, vagy túl gyorsan infundálják, vagy erre hajlamosító állapotokban (latens, manifest diabetes, narkózis, shock-állapot, gyulladások, súlyos trauma, nagy kiterjedésű égés, intracranialis folyamatok, akut vagy krónikus veseelégtelenség, máj-, hasnyálmirigy-megbetegedések, öregkor, újszülöttek). Oka a fenti állapotokban megzavart májműködés és a cukorhomeosztázis következményes zavara. Kialakulása inzulin egyidejű adásával megakadályozható, de a hipoglikémia veszélyével számolnunk kell.

A glukóz-pótló anyagok — fruktóz, szorbit, xilitol — adásakor hiperglikémiás reakcióval nem találkozhat. Ezek az anyagok, ellentétben a glukózzal, a periférián nem metabolizálódnak, 80%-ban a májban alakulnak át glukózzá és tel-sávvá. Olyan anyagcserezavar, ahol

a fenti anyagok metabolizálódása zavart lenne, nem ismert. A szerző vizsgálja azokat az irodalmi észleléseket, melyek glukóz pótló anyagok „mellékhatásai”-val foglalkoznak.

1. **a laktát-acidózis:** az összes említett cukorféleségek — a glukóz és a galaktóz is — emeli a vér tejsav szintet, a xilitol a legkevésbé, a fruktóz a leginkább. Meglévő laktát-acidózist ronthatnak, azonban önmagukban olyan tejsav szint emelkedést, mely a tejsavas acidózis ismérveinek megfelelően, nem okoznak.

2. **Vér hűgysav szint emelkedés:** fruktóz, xilitol, szorbit, iv. infúziója, sőt még orális adása is megemeli a hűgysav szintet, de ehhez nagy dózisok szükségesek. A glukóz és a galaktóz hasonló hatással nem rendelkeznek.

3. **Májkárosodás:** néhány irodalmi észlelés ismeretes, ahol átmeneti szérumbilirubin és máj-specifikus enzim szint emelkedést írtak le. A megfigyelések hibája, hogy igen súlyos alapbetegség is jelen volt mint májkárosító tényező. A szérumbilirubin emelkedést a szerző is észlelte, de nemcsak a glukóz pótló anyagok nagy dózisa után, hanem glukóz adása után is.

4. **Oxaláturia:** az összes mellékhatások közül a legkevésbé igazolt. A xilitollal kapcsolatban közölt irodalmi adatok nagyon hiányosan dokumentáltak.

Következtetésként megállapítja, hogy a glukóz-pótló infúziók hatásainak és mellékhatásainak vizsgálata — a vér hűgysav szint emelő effektuson kívül — azonos eredményt hoz a glukózzal. Az irodalom eredményeit nem tartja megfelelően dokumentálnak ahhoz, hogy a feltételezett „mellékhatásokat” igazolják. A glukóz-pótló anyagok alkalmazása — akár csak a glukóz infúziók adása — állandó laboratóriumi ellenőrzést igényel.

*Korányi László dr.*

## Vesebetegségek

**Hogyan lehet saját vese nélkül élni.** Antoine, B.: La nouvelle Presse Médicale 1974, 3, 1063.

Chronikus veseelégtelenségben a veseműködést helyettesíteni kell, hogy az életet huzamosan fenntartsuk. Ezt a célt szolgálja az intermitáló művese kezelés és a vese-transplantatio. E tárgyról néhány éve jelentős statisztikai adatok állnak rendelkezésre. A legrészletesebb közlés (E. D. T. A. 1973) 18 750 ún. „vesenélküli” beteg megfigyelését, vizsgálati adatait tartalmazza. Általános, részletes és elemző összehasonlítást tesz a közlemény a dialysált és transplantált betegek eredményei között.

Az élethez a legjobb reményt és a legjobb eredményt az egypetéjű ikrek veséjének átültetése adja. Ez a lehetőség azonban kivételes, hiszen az egész világon 20 év alatt

mindössze 59 ilyen típusú átültetést sikerült megvalósítani. A vese nélküli betegeknek két elterjedt módszer egyenlő esélyt ad: 1. Otthon végzett ismételt dialysisek, 2. élő donor (közeli rokon) veséjének átültetése — esetleg kiegészítve művese kezeléssel. E két esetben a betegeknek közel  $\frac{3}{4}$  része 5 évet túlél. Azonban az élő donortól származó vese átültetésének lehetősége ritka. Nagyon sok feltételtől függ. Figyelembe kell venni többek között azt a veszélyt is, amit a donornak a vese eltávolítása jelent (Franciaországban egy egészséges donor az átültetésre kivett veseműtét következtében halt meg). Az összes feltételek együttesen ritkán adóttak, ezt igazolja az a tény is, hogy Európában 1972-ben azok a betegek, akik élő donortól kapták a vesét, csak 2,6%-át teszik ki azon uraemiás betegeknek, akik életüket művese kezelésnek, ill. transplantációnak köszönhetik. Az élő donor veséjének átültetése, bár kedvező eredményeket adhat, gyakorlatilag csak kivételes lehetőség. Európában 100 (kezelt) uraemiás túlélő betegre mindössze 2 olyan jut, akinek az átültetéshez a vesét szülő adta.

Két másik módszer statisztikai eredménye már nem ilyen jó: 1. dialysáló centrumokban végzett művese kezelések (53%-os az 5 éves túlélés), 2. cadaver vese átültetése, esetleges művese kezelésekkal kiegészítve (47%-os az 5 éves túlélés).

A statisztikai adatok világosan mutatják, hogy a dialysált betegek száma lényegesen nagyobb, mint a transzplantáltaké, és ez az aránytalanság az évek folyamán csak fokozódik. Jelenleg 4 uraemiás beteg közül 3 él jó rendszeres művese kezeléssel és csak egy átültetett vesével. Franciaországban ez az aránytalanság még kifejezőbb: alig 15% a transzplantált betegek és 85% a dialysissal életben tartott (chronikus uraemiás) betegek aránya. A művese tehát az elterjedtebb eszköz, mely ezeknek a betegeknek az életet jelenti. Ugyanakkor a távolabbi cél az élet jobb tétele és a tökéletes, sikeres veseátültetéssel semmi más nem egyenértékű. A periodikus hamodialysis magában foglalja a rendszeres kezelés végtele kötelezettségét.

De hány transzplantált vese működik huzamosan és elegendően? Gondoljunk az immunsuppressio, cortison kezelések — következtében a fertőzésveszélyre. Nem egy „kelően informált” beteg előnyben részesíti a chronikus dialysis rendszeres kööttségét.

Hány beteg élhetne saját vese nélkül, megfelelő „pótlással”? A sok éves megfigyelés és statisztika alapján évente 1 millió lakosra 50 olyan új chronikus uraemiás beteg jut, aki képtelen tovább élni saját vesével (kezelés nélkül). A további statisztikai adatok a gazdaságilag és orvosilag is legfejlettebb nyugati országokra vonatkoznak. Így

Dánia 40—43 új chronikus uraemiás beteget vesz programba évente, 1 millió lakosra számítva. Amerikai becslések szerint 70 új beteg/1 millió lakos az évi növekedés. Franciaországban 1973 szeptemberi adat szerint kb. 3600 beteg él „saját vese nélkül”. Ezenkívül évente 2600 új uraemiás beteggel kell számolni, Franciaországban, akik dialysisre, ill. transzplantációra szorulnának. Mégis 1973-ban mindössze 1000 körül van a kezelésbe vett új betegek száma. Látható, hogy az elmúlt évben több mint 1000 francia beteg halt meg uraemiában, anélkül, hogy valamelyik hatásos kezelést alkalmazhattak volna. Dánia, Sjác, Svédország és néhány amerikai állam, pl. Washington lakói abban a szerencsés helyzetben vannak, hogy náluk egy beteg sem hal meg uraemiában anélkül, hogy ne vehetné igénybe valamelyik kezelési módszert. A francia vesebetegek még hosszú ideig nem indulhatnak ilyen reményekkel. Ha megvalósul a francia egészségügyi miniszter 1973. augusztus 28-i rendelete, mely évente 30 új beteg/1 millió lakos arányszámban rögzítette a meglévő és létesítendő dialysáló állomások által ellátandó beteg létszámot, még akkor is Párizsban csak a rászoruló 68%-át, Franciaország többi részén 83%-át fogják tudni kezelésbe venni. Ez a különbség abból adódik, hogy Párizs művese ellátottsága a lakosság létszámához viszonyítva rosszabb és hosszú ideig az is marad.

Megállapítja, hogy ami az anyagi támogatást illeti az ország gazdasági helyzetét tekintve, aligha lehet reálisan több támogatást várni. A hiányt elméletileg az otthoni dialysisekkel lehetne pótolni, de ez náluk lassan fejlődött és jelenleg az összes dialysált betegnek csak 10%-át kezelik így, míg pl. Nagy-Britanniában 50%-át.

A tudományos kutatások és az erre juttatott összegek egyenlőtlenül oszlanak meg, 5:1 arányban a transzplantatio javára a dialysissal szemben.

Befejezősül idézi Nils Alwall-t, a chronikus veseelégtelenség művese kezelésének úttörőjét, aki azt mondta, az uraemiás betegek kezelési módszereinek fejlődése minden országban fontos politikai kérdés.

Kottász Sándor dr.

**A vese ultrahang vizsgálata: a vesecysta kórisméjének egyik korszerű megközelítése.** G. R. Leopold és mtsai (University of California School of Medicine, San Diego, Calif.): Radiology 1973, 109, 671—678.

Kiválasztásos urographia nem ritkán mutat ki a vesében esetleg teljesen tünetmentes terimét. Az ilyen képletek jellegének további tisztázására műtét előtt általában angiographiát, esetleg punctiót szoktak alkalmazni. Veszélytelensége

és egyszerűsége miatt a szerzők az urographia után elsőként helyesebbnek tartják ultrahang-vizsgálat végzését. A hasonfekvő beteg veséiről haránt és hosszanti irányban készítenek felvételeket B-típusú scannerrel. 105 esetben végezték el vese-terime tisztázása céljából a vizsgálatot. 84 esetben cysta-punctio vagy műtét révén igazolt kórismét hasonlíthattak össze az ultrahang-vizsgálat eredményével. A cysta bennéke echot nem ad, ugyanakkor a solid terime belsejében különböző mértékű visszaverődés van. Ennek alapján lehetséges elkülöníteni a cystát a tumortól és egyéb tömör képlettől. Az ultrahang-vizsgálat 58 esetben cystára utalt. Ez a kórisme helyesnek bizonyult 56 esetben, 2 elváltozás tömör képlet volt. Az echo-kép solid terimére utalt 56 alkalommal. Ebből is 2 eset bizonyult csak cystának. Így végeredményben a vizsgálat 94,5%-ban helyes véleményhez vezetett. Ez a viszonylag kis számú tévedés azonban nem járhat következményekkel. Ha ugyanis az ultrahang-vizsgálat alapján cystára gondolnak, következő lépésként el kell végezni a punctiót, annak eredménye pedig a tévedést kideríti és a beteg sorsát helyes irányba tereli. Ha pedig cystát vélnék az echokép alapján tumornak, az ilyen esetben feltétlenül indikált angiographia helyesíti a kórismét. Ilyen tévedési lehetőség, ha a cystában alvadékok vannak, mert ezek a solid terimékhez hasonló echot adhatnak.

A mintegy 90% helyes vélemény azt jelenti, hogy az esetek döntő többségében a felesleges angiographia vagy punctio elkerülhető, és solid teriméknél értelemszerűen angiographia, cystáknál pedig punctio kerül célzottan alkalmazásra. A punctio elvégzésében is segítséget nyújt természetesen a cysta echogrammon történt lokalizálása.

Laczay András dr.

## Serologia és immunologia

**Az immunhiányos állapotok transfer-factor terapiája.** Szerkesztőségi közlemény: New England J. Med. 1973, 289, 1420.

A transfer-factor a lymphocytákból kivonható, 10 000 alatti molekulásúlyú polyribonucleotida-poly-peptid complex, amely képes átvenni a sejthez-kötött immunítást. Pontos kémiai összetétele, hatásmódja még alig tisztázott. Mivel nem bír antigen-sajátossággal és nem tartalmaz histocompatibilitás antigéneket, alkalmas a celluláris immunhiányos állapotok kezelésére anélkül, hogy az ismételt adást követően a vele szemben kialakuló túlérzékenység veszélye állna fenn; illetve nem akadályozza a későbbi transzplantációs törekvéseket sem. Mégis csak az utolsó 3 évben kezdtek el kiterjedtebben alkalmazni



különböző immunhiányos állapotokban a sejthez kötött immunfunkciók helyreállítására.

A közlemény röviden áttekinti az irodalomban eddig közölt terápiás tapasztalatokat transfer factorral. Mind ez ideig nem ismertettek ilyen kezeléssel kapcsolatos mellékhatást. Bár Ballow és mtsai (J. Pediatrics. 1973, 83, 722.) autoimmun haemolytikus anaemia kialakulását írták le Wiskott—Aldrich-szindrómás beteg transfer-factor terapiája után, az időbeni kapcsolat nem volt egyértelmű, és ismert e körképben a haemolytikus anaemia gyakori előfordulása transfer factor adásban nem részesülő betegekben is.

Gelfand és mtsainak a New England J. Med. ugyanezen számában megjelent közleménye egy olyan esetről számol be, amelynek alapján felvetődik a transfer factor szerepe a malignus lymphoproliferatív betegség kialakulásában. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy ennek a terápiás eljárásnak is lehet nem kívánt következménye. Igen fontos a preparátumok megfelelő tisztítása: esetleges B-sejt mitogen contaminatio is indukálhat B-sejt lymphoproliferációt, főképp súlyos celluláris immunhiányos állapotban. Ajánlatos lenne a transfer-factor terapiával kapcsolatos minden tapasztalatot közölni, beleértve az esetleges mellékhatásokat is. Csak ily módon lehet később a gyakorlati alkalmazást illetően következtést levonni. Addig viszont az látszik helyesnek, ha a transfer factor kezelést a primer immunhiányos állapotokban csak az olyan esetekben alkalmazzák, amelyekben a hagyományos terápiás eljárások nem megfelelőek és más jobb módszerek (pl. compatibilis csontvelő transzplantatio) nem állnak rendelkezésre.

Pár Alajos dr.

**Transplacentárisan szerzett runt betegség.** Beer, A. E., Billingham, R. E. (Univ. of Texas Southwestern Medical School, Dallas, Texas 75 235): Science 1973, 179, 240.

Amint a szerzők a közlemény alcímében feltüntetik: az anyai vérből immunkompetens lymphocyták átjutnak a placentán s az utódban „runt” vagy „graft-versus-host” betegséget okozhatnak. Ez a sorvadáshoz, gyakran halálhoz vezető szindróma azon alapul, hogy az anyai immunocyták az immunológiailag éretlen foetusnak az apától örökölt antigéneivel reagálnak.

Vizsgálataikat Fischer-, Lewis- és D. A.-törzsbe tartozó patkányokon végezték. Az első sorozatban a nőstényeket azonos törzsbe tartozó hímekkel pároztatták s a terhes patkányokat allogén lymphoid sejtekkel immunizálták: intraperitonealisan a Fischer-anyaként a Fischer-antigénnel szemben specifikusan szenzitizált, Lewis-törzsbe tartozó patkányok lymphoid sejt-

jeit adták be. Kontrollként syngeneikus lymphoid sejteket alkalmaztak: idegen, D. A.-törzs antigéneivel szemben szenzitizált, az anyával azonos (Fischer) törzsbe tartozó patkányok lymphoid sejtjeit. Ez utóbbiak teljesen ártalmatlannak bizonyultak, az allogén sejtek beadása után viszont az utódban 91%-ban foetalis runt betegség lépett fel. Ugyanezt a jelenséget más patkánytörzs kombinációk esetén is megfigyelték.

Mivel a további kísérletek során nem szenzitizált sejtek alkalmazásakor az utódban nem vagy alig észlelték runt betegséget, a szenzitizált sejteknek különleges runt előidéző képességet tulajdonítanak. Ennek az lehet a magyarázata, hogy az immunológiailag aktivált sejtek könnyebben átjutnak a placentán vagy pedig ezen sejtek között, a nem szenzitizáltakhoz képest, nagyobb arányban vannak olyan sejtek, melyek a foetus transzplantációs antigéneivel reagálni képesek.

A kísérletek során az anyákban GVH betegség klinikai jelei nem mutatkoztak, ami arra utal, hogy képesek voltak elpusztítani vagy valami módon inaktiválni a számukra potenciálisan káros sejteket. A várakozással ellentétben — újabb lymphoid sejtek bevitelével — a következő terhességből származó utódok között is fellépett runt betegség. Eszerint az anyában az allogén lymphoid sejtek több hétig túlélhetnek.

F<sub>1</sub> hybrid utódban is fellépett a runt-betegség, ha a terhes (Fischer) anyának apai (Lewis vagy DA) antigénnel szemben szenzitizált Fischer-törzsből származó lymphoid sejteket adták be.

Hasonló eredményeket értek el akkor, ha az anyákat a pároztatás előtt aktíve immunizálták, apai törzsből származó bőr átültetésével. Az F<sub>1</sub> hybridokban a transzplantatio időpontjától függően változott a runt betegség gyakorisága. Ilyen szempontból a pároztatás előtt egy héttel végzett transzplantatio volt a leghatásosabb. Ha viszont ugyanekkor apai törzsű (DA) lymphocytákat is beadtak intraperitonealisan, az utódban igen jelentősen csökkent a runt-betegség gyakorisága. Ez a szerzők szerint az anyában termelődő blockoló védő izoantitestek hatására vezethető vissza.

Kísérleti eredményeikből azt a következtetést vonják le, hogy az immunológiailag aktivált sejtek átjuthatnak a placentán s ez az utódban runt-betegség fellépéséhez vezethet. Emberi vonatkozásban ez a mechanizmus szerepelhet az onkogén vírusok aktiválódásában a gyermekkori lymphomák létrejöttében.

Márton Hajnalka dr.

**Polytransfundált súlyos és közepes súlyos haemophiliás gyermekek és ifjakon előforduló Ausztrália/SH-antigen és antitest.** Schwartz, B., Landbeck, G. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1973, 98, 2016.

A hamburgi gyermekklinika haemophilia gondozójának beteganyaga alapján az alábbi kérdésekre kerestek választ:

— Milyen gyakran találunk polytransfundált haemophiliás gyermekekben és ifjakon Ausztrália Au-SH antigen és antitestet.

— Van-e összefüggés az Au-SH pozitivitás és a transzfúziók száma között.

— Hogy alakul a klinikailag manifestált hepatitis, ill. az ún. májfunkciós próbák gyakorisága.

— Milyen következtetések vonhatók le a vizsgálatokból a prophylactikus substitúciós kezelés szempontjából.

Az Au-SH antigen és antitest vizsgálatával egyidejűleg GOT, GPT, se. bi. és thymol meghatározást is végeztek. 100 haemophiliásból 4-ben találtak Au-SH antigenet és 34-ben antitestet. A transzfúziók száma és az Au-SH antigen, ill. antitest megjelenése között nyilvánvaló összefüggést észleltek. Minél több transzfúziót kaptak a haemophiliások, annál gyakrabban találtak Au-SH antigenet, ill. antitestet. 50-nél kevesebb transzfúzió esetén 54 betegből csak 10, 50—100 transzfúzió esetén 16-ból 4, 100—200 transzfúzió esetén 18-ból 13, 200-nál több transzfúzió esetén 5-ből mind az 5 beteg pozitív Au-SH antigen, ill. antitest eredményt adott.

A 100 vizsgált beteg közül csak 12-nél zajlott le a hepatitis manifestáció (hepatitis epidemica lehetőségét azonban ezeknél sem lehetett kizárni). A megbetegedettek túlnyomó többsége inapparens serum hepatitisen esett át, amely szinte mindig szövődésmenyesen zajlott le. Eszerint a gyermekeken a serum hepatitis és következményeinek kockázata kisebb, mint felnőtteken. Bár ezen vizsgálatok alapján még nem lehet a prophylactikus kezelés hepatitis kockázatát illetően végleges következtetéseket levonni, mégis úgy vélik, hogy a prophylactikus substitúció szigorú javallatok alapján és bizonyos időszakokra korlátozva elfogadható. A közlemény nem részletezi, hogy a betegek milyen készítményt (teljes vért, AHP-t, vagy kryo-t kaptak), ill. hogy a transzfúziók mennyiben történtek Au-SH-ra már kivizsgált donorok vérével.

(Ref.: Hasonló nagyságú haemophiliás beteganyagunkon az Au-SH antigen pozitivitás magasabb, az Au-SH antitest gyakorisága azonban hasonló. Az észlelt hepatitisek nálunk is feltűnően enyhe lefolyásúak voltak. Az Au-SH antitest választ adó betegeink túlnyomó többségén nem alakultak ki hepatitisre utaló klinikai tünetek.)

István Lajos dr.

**A lymphocyták.** J. Oehme, D. Gutzeit (Kinderklinik der Stadt Braunschweig): Klinische Pädiatrie 1973, 185, 335—338.



A lymphocyták (ly) funkciójáról csak manapság szerzünk információkat. A csecsemő- és gyermekkorban (6 év körül) fennálló physiologiás lymphocytosist ismerjük. A ly-k a szervezet specifikus humorális és celluláris védelmének effektorsejtjei. A morfológiailag hasonló kétféle ly-populatio a csontvelő törzsejtjeiből származik, de két különböző központ irányítása alatt áll. A thymuson át T-lymphocyták, a bursából B-lymphocyták jutnak a vérbe, ductus thoracicusba és a thymus-irányította nyirokcszövetbe (átpréselődésük módja még nem ismert). Ezek a szervezet védekezésének nagy hatásfokát adják. A T-ly-k a thymus által kormányzott cellularis védekezés tényezői, a B-ly-k a bursa-kormányozta humorális védekezésé.

A továbbiakban a két populatio eredetével, arányával (a vérben található ly-k 65–85%-a T-ly), azok mennyiségi változásával foglalkoznak. Megjegyzik, hogy az ún. „emlékező sejtek” elsősorban T-ly-k, és évekig keringenek a szervezetben. Az ismételt antigen kontaktus esetén gyorsítják a védekezést. Ezzel szemben a B-ly-k rövidebb életűek, kevésbé mozgékonyak, a helyi védekezésben játszanak szerepet. Immunaktív sejtje való átalakulásukban a T-ly-k információ átadásának kooperációja szükséges. Fő tevékenységük az immunglobulinok képzése.

A továbbiakban részletesen felsorolják kompetenciájuk területét, s az egymástól való elkülöníthetőségüket lehetővé tevő vizsgálatokat, amelyek bepillantást engednek az immunológiai történésekbe, és az immunbetegségek gyógykezelésé-

ben selectiv eljárások nyújtására adnak reményt. *Palásthy Géza dr.*

**DDT és immunválasz. I. DDT hatása a vérsavóban levő antitestekre és a tengerimalacok anaphylaxiás shockjára.** Gallicks, J., Ascari, E. M., Yolen, N. (Dept. Biol. Northeastern Univ. Boston, Mass. USA): Arch. Envir. Hlth. 1973, 25, 302–305.

A szerzők DDT-vel kezelt (10–20 mg/testsúlykg DDT, parenteralisan bejuttatva) és kontroll tengerimalacokat immunizáltak diphtheria toxoiddal s összehasonlították a két csoport állatainak védettségét diphtheria toxinnal szemben. A védési kísérletek, az in vitro végzett neutralizációs próbák, valamint a gamma-globulin frakciók meghatározásának eredményei nem mutattak különbséget a két csoport között. Ebből arra lehet következtetni, hogy a DDT bevétele az antitest képzést nem befolyásolja.

Az anaphylaxiás shock nehezebben váltható ki a DDT-vel kezelt állatokon, mint a kontrollokon. Olyan állatok közül, amelyek 3 nappal a reinjectio után DDT-t kaptak, csak 22% pusztult el shock tünetek közepette, míg a kontrollok pusztulása 63%-os volt. A képződött anaphylaxiás antitestek mennyisége a két csoportban nem mutatott eltérést. Feltehetőleg a DDT az anaphylaxiás reakcióra gyakorol hatást.

*Nikodemusz István dr.*

**DDT és immunválasz II. DDT hatása a histamin értékekre és a tengeri malacok anaphylaxiás shockjára.** Ascari, E. M., Gallicks, J. (Dept. Biol. Northeastern Univ. Boston, USA.): Arch. Envir. Hlth. 1973, 25, 306–310.

A szerzők a DDT hatását az anaphylaxiás reakcióra vizsgálták. Meghatározták normál és DDT-vel kezelt (3 × 25 mg testsúlykg-ot kapott; az utolsó adagot 3 nappal a vizsgálat előtt) tengerimalacok tüdejének histamin tartalmát. A DDT-vel kezelt állatok tüdejének histamin tartalma 62–71%-kal kevesebb volt, mint a kontrolloké, az nem volt lényeges, hogy az állatok kaptak-e anaphylaxiás antigént, vagy sem. Ezenkívül a hízósejtek aránya is csökkent 36–67%-kal a kontrollokhöz képest.

Tengerimalac tüdőt és mesenteriumot histaminnak kitéve (10 gamma/ml, ill. 45 gamma/ml) megállapították, hogy a histamin a hízósejtek számát csökkenti, 45 gamma/ml hatására a hízósejtek száma a kontrollokhöz viszonyítva csak 15% lesz, 10 gamma/ml hatására a hízósejtek száma a kontrollokhöz viszonyítva csak 15% lesz, 10 gamma/ml kisebb csökkenést okoz.

Feltehetően a csökkent számú hízósejtekből felszabaduló kevesebb histaminnak tulajdonítható, hogy a DDT-vel kezelt állatokon az anaphylaxiás shock nehezebben váltható ki, mint a kontrollokon.

(Ref.: a DDT közvetett hatásával eddig még kevesen foglalkoztak; a vegyszer egészségkárosító vagy nem károsító képességét a közvetett hatások tanulmányozása fogja eldönteni). *Nikodemusz István dr.*

Rövid határidővel, olcsón, szakszerűen vállaljuk

## **a ROVAROK és RÁGCSÁLÓK irtását.**

Szerződés esetén árendedmény!

„AGROTAP” Önálló Közös Vállalkozás. (Rovarirtó részleg)

Budapest XIV., Lumumba u. 209.

Telefon: 630–985.

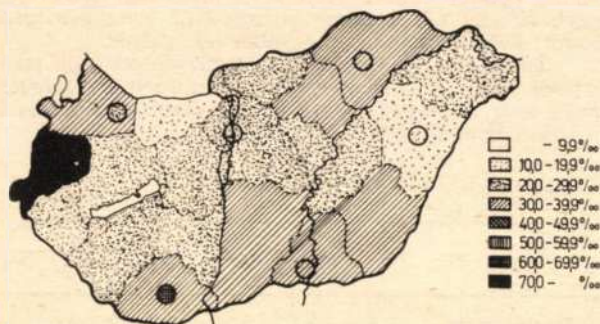


# TÁJÉKOZTATÓ

## A „Vele született Rendellenességek Országos Nyilvántartásá”-nak 1973. évi adatai

1973-ban hazánkban 157 623 születés történt és közülük 1974. III. 31-ig 4251 vele született rendellenességgel sújtottat jelentettek. Így 1000 összes születésre számítva 26,96 ezrelékes vele született rendellenességgel világra jött újszülött-csecsemő gyakoriságot regisztráltunk Magyarországon 1973-ban.

A bejelentett újszülöttek-csecsemők 78,3%-ának egy, 13,8%-ának kettő, míg 7,9%-uknak multiplex rendellenessége volt.



A táblázatban a BNO 3 kódszámjegyű csoportosításában közöljük a vele született rendellenességek gyakoriságát. Összehasonlításképpen bemutatjuk az 1972. évi adatokat is. Az 1973. évi adatok még nem tekintendők véglegesnek, mivel 1974. III. 31. után is várható kisszámú jelentés. A regisztrált 4849 rendellenesség 30,76 ezrelékes születéskori pontprevalenciát jelent és ez nemzetközi viszonylatban magasnak tekinthető. Ennek hátterében minden bizonnyal nem objektíve magasabb hazai rendellenesség-frequencia, hanem a bejelentési rendszer és fegyelem pozitívumai állhatnak.

Az egyes rendellenességek *havi gyakoriságának* vizsgálatakor csak a dongaláb esetén találtunk matematikailag szignifikáns kiugrást augusztus hónapban. Az eset-felhalmozódás jelentőségét és okát egyelőre nem sikerült tisztázni.

A vele született rendellenességek *területi megoszlása* számottevő eltérést (min.: 15,51 ezreléket, max.: 179,64 ezreléket) mutat. Az ok elsősorban a bejelentési fegyelem eltérése lehet. Így 30—40 ezrelékes vele született fejlődési rendellenesség gyakoriságot feltételezve, elégtelenül teljesíti az Egészségügyi Minisztérium által kötelezően elrendelt vele született rendellenesség bejelentést Komárom, Hajdú-Bihar megye és Debrecen város orvosainak bizonyos része. Az elmondottak miatt szükséges a bejelentési fegyelem további fokozása. Kiváló munkát végeztek a bejelentés terén — és ez egyben a diagnosztikai képzettséget, a korszerű szemléletet

A nyilvántartott vele született rendellenességek gyakorisága ‰-ben (1000 összes születésre) számítva

BNO kód-szám	Rendellenesség csoport	1972. év		1973. év	
		szám	‰	szám	‰
740	Anencephalia	170	1,09	136	0,86
741	Spina bifida cystica	192	1,24	167	1,06
742	Cong. hydrocephalia	116	0,81	110	0,70
743	Idegrendszeri egyéb	95	0,63	69	0,44
744	Szem	22	0,15	29	0,18
745	Fül, arc és nyak	146	0,99	115	0,73
746	Szív és nagyerek	566	3,97	532	3,38
747	Keringési rendszer egyéb	124	0,87	100	0,63
748	Légzőrendszer	48	0,31	32	0,20
749	Farkastorok és nyúlajak	247	1,72	242	1,54
750	Felső emésztőtraktus	103	0,70	78	0,50
751	Emésztőrendszer egyéb	138	0,92	130	0,83
752	Nemi szervek	415	2,88	417	2,65
753	Húgyrendszer	83	0,56	86	0,55
754	Dongaláb (cong.)	373	2,60	352	2,23
755	Végtagok egyéb	1209	8,40	1137	7,21
756	Csontváz-izomrendszer egyéb	94	0,61	76	0,48
757	Bőr, haj és körmök	45	0,29	46	0,29
758	Egyéb és k.m.n.n.	26	0,17	43	0,27
759	Multiplex	300	1,97	335	2,13
550	Cong. inguinalis sérv	288	1,89	168	1,07
551	Cong. sérvök egyéb	155	1,07	142	0,90
227	Haemangiómák, lymphangiómák	383	2,67	293	1,86
228	Teratomák	13	0,08	14	0,09
—	Összesen	5349	37,34	4849	30,76

Rövidítések:

BNO: Betegségek nemzetközi osztályozása, VIII. revízió.

k.m.n.n.: külön meg nem nevezett

‰: 1000 összes születésre számítva

és az orvosi lelkiismeretességét is tükrözi — Vas, Csongrád és Heves megyék, Pécs, Szeged és Miskolc orvosai.

1973. I. 1-ével a Vele született Fejlődési Rendellenesség Monitor is működésbe lépett és ennek keretében a környezeti és genetikai ártalmak indikátorának tekinthető vele született fejlődési rendellenességek havonta feldolgozásra kerülnek. Jelentős kiugrást egyik rendellenesség esetén sem észleltünk, bár a nyúlajak—farkastorok gyakorisága júliusban magasabb volt (lényegesebb esetkiugrással a hátsó szájpahasadék esetében).

A VRONY 1973. évi adatairól részletes jelentést is készítünk, amelyet az illetékes szerveknek megküldünk. A VRONY adatait a kutatás és az egészségügyi szervezés céljára az érdeklődőknek természetesen készítenek rendelkezésére bocsátjuk.

Vele született Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY)  
Országos Közegészségügyi Intézet,  
Humángenetikai Laboratórium

### FELHÍVÁS AZ ORVOSI HETILAP CIKKÍRÓIHOZ!

Az Orvosi Hetilap 4 példány összefoglalást kér, amelyek közül 3 példány az idegen nyelvű fordítások célját szolgálja. Ezek terjedelme lehetőleg ne legyen túl hosszú. A külföldi olvasó nem ismeri a cikket, ebből következik, hogy az összefoglalás **rövidítést nem tartalmazhat!**

**Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója  
az 1974. június havi járványügyi helyzetről**

A hónap folyamán több étel útján terjedt *salmonellosis* járvány alakult ki: *S. typhi-murium* a paksi halászcsermelyben egy bankett résztvevői között, a Komárom megyei suri óvodában és a Borsod megyei Mezőkövesden egy családban; vegyes fertőzésként *S. stanley* és *S. infantis* egy balatonyöröki üdülő vendégei és dolgozói között okozott csoportos megbetegedéseket. Hatvanban 9 *S. enteritidis* okozta megbetegedés történt; nem volt kizárható, hogy bakteriálisan erősen szennyezett tasakú tej fogyasztása idézte elő a fertőzéseket. Folytatódott az előző hónapban a Fejér megyei Kálózson, valamint Szombathelyen és környékén kezdődött *S. typhi-murium* járvány, júniusban összesen 29 megbetegedést okozva. A Veszprém megyei pápai kórház újszülöttszályán májusban kezdődött járvány, amely érintette a veszprémi megyei kórház újszülött- és a megyei gyermekkórház csecsemőosztályát is, júniusban befejeződött. A kontakt úton terjedő járvány során 15 megbetegedés történt, 1 halálozással. A betegek kórházi és otthoni környezetében szűrővizsgálatokkal 48 tünetmentes kórokozó-űritőt derítettek fel. A kórokozó *S. panama* volt.

A Heves megyei Átány cigánylakossága között 11 kisgyermek *dysenteriában* betegedett meg, egy 2 éves beteg meghalt.

A Tolna megyei Tengelicen 30, Szarvaskő-Keselyűbércen egy úttörőtáborban 25 *enteritiszes* megbetegedés történt. A megbetegedések kórokozóját és a fertő-

zések terjedésének módját egyik esetben sem sikerült tisztázni.

Budapesten közepesen súlyos tünetekkel *diphtheriában* betegedett meg egy 11 éves gyermek. Az életkora szerint kötelező diphtheria elleni védőoltásokat végig megkapta, kivéve az éppen esedékessé váló di-te oltást.

*Morbilli*. A megbetegedések száma tovább csökkent: a májusinak 60%-a volt, és csupán egyharmada az 1973. évi júniusi esetekének. A járványt már tavaly átvészelt dunántúli megyékben kevés megbetegedés fordult elő. A betegek háromnegyede a még oltatlan korosztályokba tartozott.

*Rubeola*. A betegség szezonálisának megfelelően az esetek száma jelentősen csökkent, kereken fele volt a májusban jelentettekének. A legtöbb megbetegedést Budapesten kívül Fejér és Veszprém megyéből jelentették.

A *parotitis epidemica* megbetegedések száma is csökkent az előző hónapéhoz képest. Az esetek felét Budapesten észlelték.

A bejelentett *meningitis serosa* megbetegedések száma kétszer akkora volt, mint májusban. Az esetek egyharmadát két kullancs-encephalitisz endemiás területről: Zala és Somogy megyéből jelentették.

*Tularemia*. A Hajdú megyei természeti góc területéről újabb 5 megbetegedést jelentettek. A betegek, mint már a májusi esetekben is, fertőzött hörcsögök nyúzása következtében fertőződtek.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon  
1974. június hónap

Betegség	Június hó			Január 1—június 30.		
	1974.+	1973.	Medián 1968—72	1974.+	1973.	Medián 1968—7
Typhus abdominalis	3	8	11	33	56	85
Paratyphus	—	2	4	6	5	10
Salmonellosis	490	674	428	1 810	2 009	1 094
Dysenteria	417	658	688	2 822	3 318	3 801
Dyspepsia coli	124	170	172	575	608	1 167
Hepatitis inf.	467	599	564	4 109	4 395	4 069
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	2
Diphtheria	1	—	—	—	—	2
Scarlatina	923	867	542	9 376	6 388	5 749
Morbilli	2 611	7 620	903	44 617	36 401	5 404
Rubeola	14 299	—	—	104 701	—	—
Parotitis epid.	1 926	—	—	13 734	—	—
Pertussis	2	24	20	23	91	59
Meningitis epid.	4	5	6	21	36	41
Meningitis ser.	52	17	45	146	101	171
Encephalitis inf.	19	19	31	43	46	73
Mononuc. inf.	49	38	38	297	217	228
Keratoconj. epid.	2	1	4	18	24	34
Malaria	—	—	—	1*	3	1
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	49	21	86	159	99	357
Tetanus	4	11	12	29	34	37
Anthrax	—	1	—	—	1	1
Brucellosis	15	11	14	62	76	64
Leptospirosis	1	5	8	15	20	25
Tularemia	6	2	2	19	15	23
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés.	140	120	204	857	894	1 120

+ Előzetes, nagy részben tisztított adatok  
\* Importált eset

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon  
1974. január—június hó<sup>+</sup>

Betegség	Jan.	Febr.	Márc.	Ápr.	Máj.	Jún.
Typhus abdominalis	7	7	6	7	3	3
Paratyphus	1	—	2	1	2	—
Salmonellosis	189	145	215	392	379	490
Dysenteria	475	450	422	471	587	417
Dyspepsia coli	104	65	75	88	119	124
Hepatitis inf.	1 048	692	691	619	592	467
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	1	—	1	—	—	1
Scarlatina	2 054	1 703	1 935	1 352	1 409	923
Morbilli	7 552	10 766	11 554	7 252	4 882	2 611
Rubeola	6 325	9 877	21 683	23 993	28 521	14 299
Parotitis epid.	2 287	2 253	2 687	2 269	2 302	1 926
Pertussis	3	3	5	5	5	2
Meningitis epid.	5	4	5	2	1	4
Meningitis ser.	14	16	12	27	25	52
Encephalitis inf.	6	3	1	2	12	19
Mononuc. inf.	40	38	55	60	55	49
Keratoconj. epid.	8	3	4	—	—	2
Malaria	—	—	—	1*	—	—
Typhus exanth.	—	—	—	—	—	—
Staphylococcosis	18	12	23	38	20	49
Tetanus	1	3	6	8	7	4
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	2	6	15	13	10	15
Leptospirosis	1	3	2	4	4	1
Tularemia	2	—	—	—	10	6
Lyssa-fertőzésre gyanús sérülés	99	151	165	176	126	140

+ Előzetes, nagy részben tisztított adatok  
\* Importált esetek

# ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	Tárgy
1974. november 9. szombat	Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola 2. sz. előadóterme, VIII. Bethlen G. tér 2.	délelőtt 1½ óra	Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédiai Társaság	Prof. Dr. P. Biesalski (Mainz): 1. A későbbi beszédfejlődés differenciáldiagnózisa. 2. Logopédus-képzés az NSZK-ban (német nyelven).
1974. november 12. kedd	Országos Közegészség- ügyi Intézet nagytan- terme, IX. Gyáli út 2–6., „A” épület	délután 2 óra	Országos Közegészség- ügyi Intézet	Kertész Mária, Kisházi Mária, Róna Borbála, Tomai Éva: Aktív és passzív pihentetési formák hatása az egész napos iskolaotthonos első osztályos tanulók teljesítmény-diszpozíciójára.
1974. november 12. kedd	Kékestetői Állami Gyógyintézet előadóterme	délután 3 óra	Kékestetői Állami Gyógyintézet Orvosi Kara	Remenárné Balogh Irén (OKI, Bp.), Remenár László (Orsz. Idegseb. Intézet), Kósa Erzsébet (Kékestető), Niedermüller Ferenc (Bugát Pál Kórház, Gyöngyös): Endocrin ophthalmopathia.
1974. november 14. csütörtök	IX. ker. Szakorvosi Rendelőintézet, IX. Mester u. 45., IV. e.	délután 2 óra	IX. ker. Szakorvosi Rendelőintézet Pavlov Köre	Constantinovits Milán: Szemhéjszéli daganatok.
1974. november 14. csütörtök	Orvostovábbképző Intézet kultúrterme, XIII. Szabolcs u. 35.	délután 2 óra	Orvostovábbképző Intézet Tudományos Bizottsága	Prof. Erdélyi Mihály: A Röntgenológiai Tanszék tudományos munkásságának ismertetése.
1974. november 14. csütörtök	Schöpf-Merei Kórház és Anyavédelmi Központ könyvtára, IX. Bakáts tér 10.	délután 2 óra	Schöpf-Merei Kórház Tudományos Köre	Prof. Sárkány Jenő: A foeto-maternális kapcsolat néhány oldala.

## Téli könyvvásári kiadványaink



ZENEMŰKIADÓ

Barna István: J. S. Bach életének krónikája (Napról napra)	22,— Ft
Bónis Ferenc: Bartók Béla élete képekben és dokumentumokban	140,— Ft
Boros Attila: Klemperer Magyarországon (lemezzel)	43,— Ft
Darvas Gábor: Zenei minilexikon	37,— Ft
Demény János: Bartók Béla a zongoraművész (lemezzel)	46,— Ft
Keszi Imre: Pest-Buda (Muzsikáló városok 2)	48,— Ft
Leonard Bernstein: Hangverseny fiataloknak	32,— Ft
Pándi Marianne: Hangversenykalauz I (Zenekari művek)	48,— Ft
Pándi Marianne: Hangversenykalauz II (Versenyművek)	34,— Ft
Siegfried Borris: A világ nagy zenekarai	44,— Ft
Szabolcsi Bence: A zene története	56,— Ft
Szigeti Kilián: Régi magyar orgonák — Kőszeg	22,— Ft
Ungvári Tamás: A rock mesterei	27,— Ft
Várnai Péter: Oratóriumok könyve	44,— Ft
Várnai Péter: Velence (Muzsikáló városok 3)	48,— Ft
William Ashbrook: Puccini operái	34,— Ft

# PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(609/b)

A Városi Tanács V. B. Egészségügyi és Szociálpolitikai osztálya, Törökszentmiklósi, pályázatot hirdet két **gyermek-körzeti 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

(634)

A Komárom Megyei Tanács Kórháza (Tatabánya) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a III. sz. **belgyógyászati, a szülészet-nőgyógyászati, csecsemő-gyermek, ideggyógyászati, laboratóriumi és kóronctani osztályon üres 1-1 orvosi állásra.** Besorolás végzéstől, ill. szakképesítéstől függően. A laboratóriumi és kóronctani állásokhoz az alapilletményen felül 30% veszélyességi és 1000 Ft munkaköri pótlék jár. Az állásokhoz férőhelyek elhelyezést biztosítunk.

Pályázati határidő 15 nap.

**Sándor József dr.**  
igazgató-főorvos

(635)

A Belügyminisztérium Egészségügyi Osztálya pályázatot hirdet **hygienikus orvosi állásra.**

Pályázhatnak közegészségügyi-jár-ványügyi szakképesítéssel rendelkező, vagy ennek hiányában, a közegészség-ügyi-járványügyi munka iránt érdeklődő orvos. Illetmény a Belügyminisztérium-ban érvényben levő nomenklatura szeri-nt.

A pályázati kérelmet a megjelenéstől számított két héten belül kell benyújtani a BM Egészségügyi Osztályához (1003 Budapest, Postafiók 314.).

A BM Egészségügyi Osztály vezetője

(636)

Pályázatot hirdetek a Föv. Tan. Péterfy S. u. Kórház—Rendelőintézet röntgen-osztályán megüresedett E 108 ksz. **segéd-orvosi állásra.** Illetmény a bérutasítás szerint.

**Forgács József dr.**  
főigazgató-főorvos

(637)

A Fővárosi János Kórház (Bp. XII., Diósárok u. 1.) főigazgató-főorvosa pályázatot hirdet a III. sz. belgyógyászati osztályon betöltésre kerülő **vegyszéi állásra.** A kinevezendő vegyszéi feladatát fogja képezni a klinikai-kémiai labora-tórium vezetése. Analitikai gyakorlat és nyelvtudás kívánatos. Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás-szerint.

**Takó József dr.**  
főigazgató-főorvos

(638)

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Vezető Tüdőgyógyintézet (Miskolc, Csabai kapu 42.) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a mellkassebészeti és tüdőbelgyógyászati osztályokon megüresedett egy-egy **má-sodorvosi állásra.**

Képesítéstől és gyakorlati időtől füg-gően előnyös besorolást biztosítunk. Az alapbérhez 30% veszélyességi pótdíj jár. Szolgálati elhelyezést biztosítunk.

**Sárady Kornél dr.**  
igazgató-főorvos

(639)

A Debrecen Megyei Városi Tanács V. B. II. ker. Hivatal Egészségügyi Osztá-lya pályázatot hirdet E 107/1 ksz. **iskola-orvosi, E 111/1 ksz. gyermekszakorvosi,** valamint újonnan szervezett E 110/1 ksz. **szülész-nőgyógyász szakorvosi állásokra.** Az iskolaorvosi állás betöltéséhez gyer-mekszakorvosi képesítés szükséges. Lakás-megbeszélés tárgyát képezi.

A szabályszerűen felszerelt pályázato-kat a szolgálati út betartásával Debre-cen, Kossuth u. 12—14. I. em. 5. sz. alá kérjük benyújtani.

**Horváth József dr.**  
ker. főorvos

(640)

Komárom Városi Tanács Kórháza, Szöny, igazgató-főorvosa pályázatot hir-det a gyermekosztályon megüresedett **segédorvosi állásra.** Az állás 1974. évi november hó 1-gyel elfoglalható. Béré-zés a 18/1971. EÜM—MÜM együttes uta-sításában megjelölt ksz. szerint a szolgál-ati idő figyelembevételével. Lakás biz-tosítva van.

**Halász Sándor dr.**  
igazgató-főorvos

(641)

Nagykőrös Városi Tanács Kórháza igaz-gató-főorvosa (Nagykőrös, Fáskert u. 1.) pályázatot hirdet a **sebészeti osztályon üres másodorvosi állásra.** Az állásra 1974. év előtt végzetek pályázhatnak. Lakást biztosítunk. Illetmény 18/1971. EÜM—MÜM együttes utasításban foglal-tak szerint a szolgálati időnek megfele-lően.

(642)

Az Ajka Városi Tanács Kórház—Rend-előintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az alábbi orvosi állások betölté-sére:

Kórház—Rendelőintézeti egység kere-tében: **gégész szakorvos 1 fő, szemész szakorvos 1 fő, fogorvos (Tűskevári munkahelyen) 1 fő.**

Kórház **segédorvosi állások: belgyó-gyász 1 fő, baleseti sebész 2 fő, gégészeti 1 fő.**

Ezen segédorvosi állásokat 1974. évben végzett orvosok is pályázhatják.

Fizetés a gyakorlati időnek megfele-lően a 18/1971. EÜM bérutasítás szerint. Az állásokhoz lakást biztosítunk.

**Barankay Bertalan dr.**  
kórházigazgató-főorvos

(643)

Ivancsa Községi Tanács elnöke (2454 Ivancsa, Fő u. 3., Fejér megye) a járási főorvosal egyetértésben pályázatot hir-det az üresen álló **körzeti orvosi állásra.** A pályázók részére háromszobás, kom-fortos lakást, garázzsal biztosítunk. Csa-tolt község nincs.

Községünk Budapesthez közel van, jó közlekedési lehetőséggel. A pályázatot a Községi Tanács elnökéhez kérjük be-nyújtani. Illetmény szolgálati időnek és szakképzettségnek megfelelően a 18/1971. EÜM sz. utasítás alapján.

Házaspár jelentkezése esetén a feleség orvosírnoki állást foglalhat el.

**Horváth Józsefné dr.**  
vb-titkár

(644)

A Szabolcs-Szatmár megyei Tanács Vásárosnaményi Kórházának igazgatója pályázatot hirdet a kórház röntgenosz-tályán nyugdíjazás folytán megürült E 103/C ksz. **főorvosi állásra.** Illetmény a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás-szerint. Mellékállás vállalása lehetséges.

Pályázatot hirdet továbbá a gyermek-osztályon és a belgyógyászati osztályon megüresedett E 109 ksz. 1-1 **segédorvosi állásra.** Bérézés ksz. szerint.

A röntgen főorvos részére egyszobás összkomfortos, központi fűtéses lakást, a segédorvosi állásra pályázók részére or-vosszálláson elhelyezést tudunk felaján-lani. Az állások azonnal elfoglalhatók.

**Pásztor János dr.**  
igazgató-főorvos

(645)

A XV. ker. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 fő **sebész szakorvosi állásra.** Az állás azon-nal elfoglalható. Illetmény ksz. szerint.

**Kádár Sándor dr.**  
igazgató-főorvos

(646)

A Bp. VIII. ker. Tanács V. B. Kállai Eva Kórház igazgató-főorvosa pályáza-tot hirdet az Egészségügyi osztályon 2 fő **sebész szakorvosi, az Utókezelő osztá-**

lyon 1 fő **belgyógyász szakorvosi és 1 fő segédorvosi állásra.** (Ez utóbbit 1974-ben végző orvosok nem pályázhatják).

A kinevezésre kerülő szakorvosok ad-junctusi, ill. alorvosi beosztást is nyer-hetnek, gyakorlati idejüktől függően.

**Bíró István dr.**  
igazgató-főorvos  
c. egyetemi docens

(647)

A XV. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője (XV., Hubai tér 1.) pá-lyázatot hirdet 1 fő **gyermekorvosi állás** betöltésére. Az állás elnyeréséhez gyer-mekgyógyász szakorvosi képesítés szük-séges. Az állás azonnal elfoglalható. Il-letmény a szolgálati időnek megfelelő ksz. szerint.

**Orosz Béla dr.**  
eü. o. vez. főorvos

(648)

Semmelweis Orvostudományi Egyetem rektora (Bp. VIII., Üllői út 26.) pályáza-tot hirdet az Egyetem I. sz. Belkliniká-jának röntgen-laboratóriumában megüre-sedett **adjunktusi állásra.** Az állás be-töltőjének a feladata a röntgen-labora-torium vezetése, a klinika betegeknek dia-gnosztikus és terápiás röntgenológiai el-látása, a röntgen-laboratóriumba beosz-tott orvosok képzése és továbbképzése, részvétel a klinika betegellátó oktató és tudományos munkájában.

Pályázhat olyan röntgenológus szakor-vos, akinek szakorvosi képesítése leg-alább 10 éves, megfelelő klinikai múlttal rendelkezik, oktatási gyakorlata van és tudományos munkát végez. Előnyben részesül az olyan röntgenszakorvos, akinek speciális gastroenterológiai gya-korlata van.

A pályázati kérelmeket a Személyzeti Osztálynak kell megküldeni (Bp. VIII., Üllői út 26.) a megjelenéstől számított 15 napon belül.

**Nász István dr.**  
tud. rektorhelyettes

(649)

Az Általános Orvostudományi Kar dé-kánja pályázatot hirdet a Semmelweis Orvostudományi Egyetem III. sz. Bel-klinikája röntgen-laboratóriumában megüresedett **tanársegédi állás** betölté-sére. Pályázhatnak mindazok, akik a röntgen területén kívánnak dolgozni. Előnyben részesülnek a röntgen szakor-vosi képesítéssel rendelkező pályázók. A pályázó munkahelye a klinika röntgen-laboratóriuma, munkakörét a röntgen-laboratórium vezetője határozza meg.

A pályázati kérelmeket a Dékányi Hi-vatalnak kell megküldeni (Bp. VIII., Üllői út 26.) a megjelenéstől számított 15 napon belül.

**Nász István dr.**  
tud. rektorhelyettes

(650)

A Semmelweis Orvostudományi Egye-tem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet a II. sz. Gyer-mekgyógyászati 2 fő **gyermekgyógyászati orvosi állásra,** egyéves szerződéssel. Pá-lyázatukat nem szakorvosok is be-nyújthatják.

A pályázati kérelmeket a Személyzeti Osztálynak kell megküldeni a megjele-néstől számított 15 napon belül.

**Nász István dr.**  
tud. rektorhelyettes

(651)

Az Általános Orvostudományi Kar dé-kánja pályázatot hirdet a Semmelweis Orvostudományi Egyetem III. sz. Belki-nikáján egy **osztályvezető tanársegédi állásra.** Az állás elnyerésének előfelté-tele belgyógyász szakorvosi képesítés és belgyógyászati osztályon való hosszabb működés.

A pályázónak részt kell vennie egye-temi hallgatók oktatásában. Tekintettel arra, hogy az állás elnyerőjének felada-tai közé tartozik a klinika coagulopatho-lógiai laboratóriumának vezetése is, elő-feltétele, hogy a pályázó e területen megfelelő elméleti és gyakorlati tudás-sal rendelkezzen.

A pályázati kérelmeket a Dékányi Hi-vatalnak kell megküldeni (Bp. VIII., Ü-llői út 26.) a megjelenéstől számított 15 napon belül.

**Nász István dr.**  
tud. rektorhelyettes

(652)

Dunaújravárosi Tanács Kórház igazgató-főorvosa, Dunaújraváros, Korányi S. u. 2. pályázatot hirdet a Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézetnél megüresedő 1 fő szakorvosi állásra.

Orvosházaspárok jelentkezését előnyben részesítjük, a Városi Tanács összkomfortos, távfűtéses szövetkezeti lakást biztosít. Illetmény ksz.-nak megfelelően.

**Fenyőházi Jenő dr.**  
igazgató-főorvos

(653)

Pályázatot hirdetek a III. ker. Szakorvosi Rendelőintézetnél betöltendő **körzeti orvosi** állásra. Illetménye a szolgálati időnek megfelelő kulcsszám szerint. Kérem a pályázatokat a megjelenéstől számított 15 napon belül, szolgálati úton, a III. ker. Szakorvosi Rendelőintézet igazgatóságára (1032 Budapest III., Vörösvári u. 88-96.) megküldeni.

**Láng János dr.**  
igazgató-főorvos

(654)

Pályázatot hirdetek a III. ker. Szakorvosi Rendelőintézetben betöltendő **sebész, bőrgyógyász, gégész, szemész** szakorvosi állásokra. Illetményük a szolgálati időnek megfelelő kulcsszám szerint. Kérem a pályázatokat a megjelenéstől számított 15 napon belül, szolgálati úton, a III. ker. Szakorvosi Rendelőintézet igazgatóságára (1032 Budapest III. Vörösvári u. 88-96.) megküldeni.

**Láng János dr.**  
igazgató-főorvos

(655)

Budapest IV. ker. Tanács V. B. „Újpesti Kórház”-ának igazgató-főorvosa (Bpest. IV., Nyár u. 99.) pályázatot hirdet a kórház I. sz. Laboratóriumában megüresedett **másodorvosi** állásra. A kinevezés szolgálati időnek és szakképzettségnek megfelelő beosztásban történik. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz.

együttes utasítás szerint: alaphér + 30% veszelységési pótlék + munkahelyi pótlék.

**Lazarits Jenő dr.**  
kórházigazgató főorvos,  
az orvostudományok kandidátusa

(656)

Az Országos Mentőszolgálat főigazgatója (1065 Budapest V., Markó utca 22.) pályázatot hirdet a Mentőkórházban betöltendő **röntgen szakorvosi** állásra. Előnyben részesülnek olyan röntgen szakorvosok, akiknek érdeklődése belgyógyászati vagy traumatológiai vonatkozásokra is kiterjed. Az állás azonnal elfoglalható. Javadalmazás a 18/1971. (EÜ. K. jún. rk.) EÜM-MÜM számú együttes utasítás alapján.

**Bencze Béla dr.**  
főigazgató

(657)

Szabadegyháza Község Tanácsa pályázatot hirdet a **megüresedő körzeti orvosi** álláshely betöltésére.

Másodállásként üzemorvosi munkakör ellátása biztosított.

Háromszobás, központi fűtéses szolgálati lakást biztosítunk.

Besorolás a 18/1971. EÜM-MÜM sz. utasítás szerint. Gépkocsival rendelkező részére havi 810,- Ft fuvardíjatalányt fizetünk.

Pályázatokat kérjük a szolgálati út megtartásával — a Községi Tanács elnökéhez 2432 Szabadegyháza címre megküldeni.

(658)

Kapuvári Városi Tanács Kórház—Rendelőintézetének igazgató-főorvosa pályázatot hirdet Kapuvár városi **körzeti gyermekorvosi** állásra. Illetmény kulcsszám szerint. Lakást a városi tanács biztosít.

**Fábián Ferenc dr.**  
mb. városi főorvos  
kórházigazgató

(659)

A kapuvári Városi Tanács Kórház—Rendelőintézetének igazgató-főorvosa pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett **Kapuvár IV. sz. körzeti orvosi** állásra. Csatolt község: Vitnyéd. Illetmény kulcsszám szerint és havi 450 Ft ügyeleti átalány. A csatolt község miatt fuvarátalány van. Lakást a városi tanács biztosít.

**Fábián Ferenc dr.**  
mb. városi főorvos  
kórházigazgató

(660)

A kapuvári Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház sebészeti osztályán megüresedett **alorvosi** állásra. Szakorvosi képesítés hiányában segédorvost alkalmazunk. Lakást a városi tanács biztosít. Illetmény ksz. szerint.

**Fábián Ferenc dr.**  
igazgató-főorvos

(661)

A kapuvári Városi Tanács Kórház—Rendelőintézetének igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **1 fő rendelőintézeti fogorvosi** állásra. Illetmény kulcsszám szerint. Mellékállást tudunk biztosítani. Lakást a városi tanács biztosít.

**Fábián Ferenc dr.**  
igazgató-főorvos

(662)

A kapuvári Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az áthelyezés folytán megüresedett **röntgen osztályvezető főorvosi** állásra. Illetmény kulcsszám szerint. Napi 3 óras mellékállást tudunk biztosítani. Lakás rendelkezésre áll.

**Fábián Ferenc dr.**  
igazgató-főorvos

# DIPIDOLOR

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. Emelygést, hányást nem vált ki. Légzésdepressiót csak túladagolások vagy érzékeny betegek okoz. Analgetikus hatása mellett jó nyugtató hatással is rendelkezik anélkül, hogy a postoperatív érzékelést 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 betegeknek 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 injicálás légzési depressiót okozhat!

**Megjegyzés:** A Dipidolor injekció a kábítószeres csoportjába tartozik. Alkalmazására a kábítószer-törvényben foglalt rendszabályok érvényesek.

**Csomagolás:** 5 ampulla.

**Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest**

**Injekció analgeticum**



PH

2953

## TUBERKULÓZIS ÉS TUDÓBETEGSÉGEK

1974. 8. szám

### MEDICUS UNIVERSALIS

1974. 4. szám

Pataky László dr.: A körzetben folyó munka értékelése.  
 Ürdög Szilveszter dr.—Patoth József dr.—Kövérfenc dr.—Lencse László dr.—E Nagy Mária dr.: Adatok az ulus pepticum pathogenesiséhez.  
 Szabó D. Ottó dr.: Ulcus cruriosus betegek gondozása és gyógykezelése a körzeti orvosi gyakorlatban.  
 Birtalan Gyöző dr.: A modern diagnosztika kialakításának kezdetei.  
 Juhász Béla dr.: Családfa vizsgálatok jelentősége icterus haemolyticus familiaris és paralysis spinalis spastica eseteiben és az öröklődés típusának meghatározásában.  
 Scheirich Alice dr.: A vese- és ureterkőves megbetegedések a körzeti orvosi gyakorlatban.  
 Szántó Endre dr.—B. Lőw Brigitta dr.—Szabó László dr.—Mühlbacher Sylvia dr.: Szűrővizsgálattal fel nem tárt tüdő-tbc-s eseteink részletes elemzése.  
 Körmendi István dr.: Felkészítés az öregkorra.  
 Vajna István dr.: Peroralis anticoncipiens (Infecundin) mellékhatásainak csökkentése magnéziummal és C-vitaminnal.  
 Kőhegyi Imre dr.—Gógl Árpád dr.—Farkas Gyula dr.—Mezey Béla dr.: Dipiridil herbicid — Gramoxone Gomez, Reglone okozta mérgezések.  
 Pogány István dr.—Vondra Hajnalka: A Halidor (Bencyclon) terapia újabb eredményei a végtagok és az agy keringési zavaraiiban.  
 Szudi Idikó dr.—Bukó Mariann dr.: Lidocain spray és kenőcs alkalmazása a konzerváló fogászatban.  
 Tóth Kovács János dr.—Farágó Erika dr.: A Reasec-tabletta antiidiarrhoeás hatásának számítógépes értékelése a körzeti orvosi gyakorlatban végzett széles körű felmérés alapján.

### FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT

1973. 3. szám

Bauer Miklós dr.: A vestibularis neuritomiáról.  
 Deutsch Ottó dr. és Czigner Jenő dr.: A Pécsi Fül-orr-gégeklinika 10 éves (1961—70) gégerákos beteganyagának elemzése és a terápiás eredmények összesítése.  
 Kallay Ferenc dr.: A gége vele született fejlődési rendellenességei.  
 Bozso Gizella dr.: Korszerű rétegvizsgálat szerepe otosclerosis esetében.  
 Novák Emil dr., Fodor János dr. és Bódi Éva dr.: Tonalis audiometria a zenei hallás kutatásában.  
 Alföldy Jenő dr., Möriz István dr. Nagy Györgyi dr.: Plastibond alkalmazása tonsillectomiánál.  
 Szolnoki Andrea dr. és †Jantsek Gyula dr.: Akupunktúrás tapasztalataink a fül-orr-gégészeti analgeszában és terápiában.  
 Tary Erzsébet dr. és Kallay Ferenc dr.: Laryngosocopia csecsemő- és gyermekkorban.  
 Szolnoki Andrea dr. és Götze Árpád dr.: A belsőfülben hirtelen kialakuló vascularis károsodások befolyásolása Rheomacrodex és Xavin együttes adásával.  
 Tolnay Sándor dr. és Kocsis Zoltán dr.: Szokatlan nagyságú, a hypopharynxba is betérjedő chonális polyp.

### NÉPEGÉSZSÉGÜGY

1974. 4. szám

Statisztika: adatok Magyarországon 1973. évi egészségügyi helyzetéről.  
 Greff Lajos dr., Hahn Géza dr., Juvancs Ireneusz dr., Zongor György: Az egészségügyi statisztika szervezete, működése és fejlődésének távlatai. Pályázati felhívás.  
 Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1974. január—február havi járványügyi helyzetről.

Berencsi György, Nagymajtényi László: Adatok a Paraquat „tűdöspecifikus” toxicitásáról.  
 Fodor Tamás, B. Lőw Brigitta, Szabó István: A bakteriológiai vizsgálat indikatívja idült bronchialis fertőzésekben.  
 Czákó Zoltán, Schnitzler József, Juhász István, Szamaránszky Júlia: Az idős-kori rosszindulatú tüdődaganatok gyógyításának időszerű problémái.  
 Bacsa Sándor, Czákó Zoltán, Vezendi Sándor: A mediastinoscopia szövőd-ményei.  
 Somi-Kovács Tibor, Vörös Józsefné: Adatok a tüdő-aspergillosis felismeréséhez és gyógykezeléséhez.  
 Bándi Tamás, Rumpfer Jolán, Goldmann Mária: Megfigyeléseink gyermek-pulmonológiai osztályunk öt éves műtéti anyagának elemzése során.  
 Tullit Cecília: Aspecifikus betegek felkutatása és gondozása.  
 Földes Iván, Nagy Júlia, Gyulai Ernő: Sarcoidosis, thyreoiditis, és hyperthyreosis esetei.  
 Társaságunk III. közgyűlése.  
 Czina Géza: A légzőszervek geriatral problémái.

### MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM

1974. 4. szám

Szerkesztőségi közlemény.  
 Jakab L. dr., Fehér J., Siró I., Szondy É és Székely J.: Serum glycoproteid concentratio változása myokardialis infarctusban.  
 Csata Sándor dr., Tóth Mihály dr., Lég-rády József dr., Verebélyi András dr.: A chronikus — intermittáló — műve-sekkelés néhány kérdéséről.  
 Földes János dr., Kocsár László dr., Merétei Katalin dr., Gesztesi Erzsébet dr. és Takács Ilona: Jelzett-trijód-thyronin és thyroxin viszonyának alakulása euthyreosiss serumban thyreotrophormon-releasing-hormon (TRH) adása után.  
 Horváth Tamara dr., de Chatel Rudolf dr., Huszár Ilona dr., Tamás Gyula dr. és Kelemen Endre dr.: Klinikailag gyógyult Moschowitz-syndroma is-mételt vese-biopszával.  
 Péter Agnes dr.: A liquor leukaemia-sejtjeinek submicroscopos változásai intrathecalis MTX kezelés után.  
 Flautner Lajos dr., Bock György dr., Tamás Gyula dr. jr., Stelker Károly dr. és Papp János dr.: Első eredmé-nveink kísérletes pancreas-transplan-tatióval.  
 Kiss Béla dr. és Tóth Károly dr.: Lég-zés-functio értékek alakulása dohán-nyosokon.

### GYERMEKGYÓGYÁSZAT

1974. 3. szám

Weltner Károly professzor 80 éves.  
 Karmazsin László dr., Makay Anikó dr., Szombathy Gábor dr.: Primaer immun-hiányos állapotok társuló autoimmun-betegségek gyermekkorban.  
 Simkó István dr., Jurányi Róbert dr.: Vizsgálatok az atkák szerepének tisztázására a kisgyermekkorban chronikus és spastikus (asthmaticus) bronchitis eseteiben.  
 Fekete Miklós dr., Halász Margit dr., Járal István dr., Krassy Ilona dr., Mestyán Gyula dr.: A magzat növekedése a harmadik trimeszterben II.  
 Péntek Erzsébet dr., Szendrei Etelka dr.: Congenitalis vitiumok incidenciája és halálózása Pécs-Baranyában.  
 Gács Gábor dr., Kun Erzsébet dr., Czir-besz Zsuzsa dr.: Növekedési hormon plasma-szintje hosszantartó cortico-steroid-kezelés alatt gyermekkorban.  
 Póder György dr., Erdős Zoltán dr., Kelemen József dr., Romhányi Imre dr., Szabó József dr., Székely Áron dr.: Staphylococcus-pneumoniás betegeknek késői utánvizsgálata különös tekintettel a légzés-functiókra.  
 Lukács V. Ferenc dr., Jámbori Mária dr.: Az újszülöttkori sepsis.  
 Koltai Iván dr., Storcz Judit dr., Ötvös Ilona dr., Kustos Gyula dr., Pilsza-

novich Imre dr., Fülöp Tibor dr.: A gyermekek égési sérüléséről.  
 Storcz Judit dr., Ötvös Ilona dr., Geh-ring Gizella dr., Kaiser Eva dr., Fül-öp Tibor dr.: Történt-e változás a gyermekkori mérgezések előfordulá-sában az elmúlt 10 év alatt?  
 Fülöp Tibor dr.: Az 1—4 éves korú gyermekek egészségügyéről.  
 Godó Béla dr., Havass Zoltán dr.: Mel-lekvese-működés vizsgálata gyermek-korban ammóniumklorid-kezelés kap-csán.  
 Horváth László dr., Lányi Irén dr., dr. Horváthné: Valódi coecum-divertic-ulum gyermekben.  
 Gáti Béla dr., Dani Mária dr., Fülöp Tibor dr.: A Blütz-Nick-Salaam-epi-lepsziáról.  
 Papp Zoltán dr., Walawska Joanna dr., Gardó Sándor dr.: Goldenhar-syn-droma egyetűjű lkerpár egyik tag-ján.  
 Kaiser Eva dr., Ambrus Mária dr.: Tar-tós thrombocytopenia, átmeneti IgM-hiány 6 éves fiúban Wiskott—Aldrich-variáns?  
 Péley Iván dr., Varga Levente dr., Ra-lovich Béla dr., Lábaday Miklós dr.: Gyermekkor botulismus.  
 Végh Miklós dr., Kamarás Ilona dr.: Fehérjevesztő gastroenteropathia.  
 Biró Eszter dr., Schláffer Erzsébet dr., Gimes Márta dr.: Wilson—Mikity-syn-droma.  
 Fedák Sarolta dr.: Testvérpár ritka. BCG-oltási reakciója.  
 Mclnár Lajos dr., Bán Éva dr.: A dy-senteria ritka szövőd-ménye: urethritis és vulvovaginitis shigellosa.  
 Kelemen József dr., Simon György dr., Szerdahelyi Éva dr., Szabó Zoltán dr., Bodor Elek dr.: Aorta fejlődési rendel-lenesség, jellegzetes arc és mentalis retardatio együttes előfordulása.  
 Ridegh Ilona dr., Bognár Szilárd dr., Sólyom Éva dr.: Haemophilus para-influenzae okozta meningitis.  
 Burom Éva dr.: Klujber László dr., Ko-vács Tibor dr.: Csecsemőkori dia-gnostizált Sanfilippo-syndroma.  
 Kulcsár Gizella dr., Okonkwo Christo-pher dr., Horváth József dr., Dán Pál dr., Keskeny Sándor dr., Nász István dr., Geck Péter dr., Tasnádi Géza dr.: Lymphocyták vizsgálata gyer-mekkorban acut hasi panaszok esetén.  
 Bognár Ilona dr.: Kétéves gyermek Yersinia enterocolitica okozta enteri-tise.  
 Csanády Miklós dr., S. Nagy Erzsébet dr., Tóth János dr.: A Jervell, Lan-ge—Nielsen-syndroma irányában vé-gzett szűrővizsgálataink eredményéről.  
 Széld Zoltán dr., Tóth Péter dr.: Sil-ber—Russel-syndroma.  
 Véli György dr.: Akceleráció-e a säcu-laris trend?  
 József Imre dr.: Transitorikus hyper-glykaemiás állapot négyhónapos cse-csemőben.

### KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY

1974. 4. szám

Kövérfenc György dr.: A tubularis kalcium és foszfát reabsorbtió vizsgálata a ve-seben mikroinjektívós módszerrel.  
 Kovács E. Irén, Mester Endre, Görög Péter: Laser-sugár hatására keletke-zett fokozott vascularisatio nyúl „ear chamber” kísérletben létesített seb-gyógyulási folyamatban.  
 Stötz Gyula, Szende Béla, Lapis Ká-roly, Tyihák Ernő: E-N-DL-trime-thyl-lysin hatása in vitro human lymphocyta kultúrára.  
 Csaba György, Török Ottília, Zöld Bá-lint, Minárovits János: Histamin-ellenes antitestek hatása a hízósejtekre.  
 L. Weimann Jusztina, Kertai Pál: Vizs-gálatok a Serratia marcescens endo-toxin Reilly-phaenomenon kiváltó hatá-sáról.  
 Keresztes Miklós, Kertai Pál: Újabb adatok az endotoxin-leukocytosis me-chanizmusához.  
 Kertai Pál, Újhelyi Károly: A neuro-endocrin rendszer szerepe az endoto-xin-kiváltotta hypocalcaemiában.  
 Faredin Imre, Czákó László, Tóth Ist-ván: A cortisol-szint fluorimetriás meghatározása emberi serumból.  
 Sólyom János, Németh Marianna, Sik-lós Pál: Tartós, orális kálium-terhelés módjainak és hatásainak vizsgálata patkányban.







A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága 1974. november 11-én, du. 2 órára tűzte ki *Dauda György dr.*: „Funkcionális és morfológiai vizsgálatok a vese renin termelésére és leadására vonatkozóan” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Takács Lajos dr.*, az orvostudományok doktora, *Palkovits Miklós dr.*, az orvostudományok doktora.

A Magyar Nőorvos Társaság 1974. november 4-én, hétfőn délután 2 órakor a Semmelweis OTE II. Női Klinika tantermében (VIII., Üllői út 78/a)

#### A nő- és családvédelem aktuális kérdései

címmel kerekasztal-konferenciát rendez.

A konferencia vezetője: *Prof. Zoltán Imre.*

Résztevői: *Aszódi Imre dr.* (Miskolc), *Batár István dr.* (Női klinika, Debrecen), *Bán Judit* (psychológus (II. Női Klin. Bp.)), *Kovács András dr.* (II. Női Klinika Bp.), *Kovács László dr.* (Női Klinika, Szeged), *Lust Iván dr.* (Orvostovábbképző Intézet, Bp.), *Lux Erika* (psychológus (I. Női Klinika Bp.)), *Molnár László dr.* (Vas megye), *Paska József dr.*

(Női Klinika, Pécs), *Treit Sándor dr.* (I. Női Klinika, Bp.).

A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága 1974. november 12-én (kedd) délután 17 órakor, a Szemészeti Klinika előadótermében tudományos ülést tart.

Üléseknök: *Huszák István dr.*

A II. sz. Sebészeti Klinika ülése

Bemutatás:

*Dóczy Tamás:* Ritka önlövés műtéti kezelése.

Előadások:

1. *Tarjányi János, Fényes György:* Tapasztalataink a brachialis angiographiával.

2. *Ladvánszky Csaba, Huszka Endre, Nemessányi Zoltán:* Az agyi scintigraphiák terén szerzett tapasztalataink.

3. *Huszka Endre:* A felnőttkori occlusiv hydrocephalusok műtéti kezeléséről.

4. *Kiss József:* Az agyi érmalformációk műtéteinek anaesthesiológiai vonatkozásai.

5. *Fényes György dr.:* Az agy mély stukturáiban elhelyezkedő arteriovenosus angiómák műtéti kezeléséről.

A „Korányi Frigyes” Tbc és Tüdőgyógyász Társaság és a Magyar Fül-Orr-Gége Orvosok Egyesülete 1974. november 14-én csütörtökön délután 15 órai kezdettel a Semmel-

weis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.) tudományos ülést rendez.

Üléseknök: *prof. Miskovits G.*

*Prof. Miskovits G.:* Megnyitó.

*Dr. Doc. Petreczky L. (USSR):* Az aerosoltherápia a fül-orr-gégészetben (magyar nyelven).

*Prof. Dr. Zippel R. (NDK):* A felső légutak aerosoltherápiája, különös tekintettel a melléküregekre (német nyelven).

*Prof. Dr. Zippel R. (NDK):* A sinusitisek tanulmányozása modellkísérletekkel és in vivo (film).

#### Szünet

*Nyiredy G. dr., Szücs S. dr.:* A sinobronchialis syndroma.

*Váli F. dr., Spellenberg S. dr.:* A felső és alsó légutak mucolyticus thermoaerosol kezelése.

*Prof. Dr. Messerklinger W. (Ausztria):* Az emberi ornyálkahártya mucociliaris funkciója (film).

A Magyar Atherosclerosis Társaság következő tudományos ülését 1975. januárban tartja.

Az ülés fő témája: *Coronaria betegségek gyógyszeres terapiája.*

E témához kapcsolódó, valamint későbbi üléseken sorra kerülő előadások (melyek az arteriosclerosis klinikumával, terapiájával vagy kísérletes vizsgálatával foglalkoznak) bejelentését kérjük *Bihari-Varga Magdolna dr.* főtitkár címére (1081 Bp., Mező Imre út 17.) eljuttatni.

## FELHÍVÁS SZERZŐ-MUNKATÁRSAINKHOZ!

Az utóbbi időben mind gyakrabban tapasztaljuk, hogy szerző-munkatársaink közül sokan a kefelevonatok javítását pontatlanul végzik el. A szerzők felületes korrektori munkája miatt az utóbbi időben mind több és több hiba került az imprimatúrába. Pedig a hasáblevonatok pontos és gondos korrekciója elsősorban a szerzők érdeke és feladata. **A szerkesztőség és a nyomda a leggondosabb korrektúrát kéri munkatársaitól.** A gondosság feltételezi a dolgozat fejlécének, címének, ábráinak, táblázatainak stb. legalaposabb ellenőrzését, továbbá, az utóbbiak szöveg közötti elhelyezésének megjelölését. Nyomatékosan felhívjuk a figyelmet az ábrák számozásának gondos ellenőrzésére. Kérjük továbbá szerző-munkatársainkat, hogy a kijavított kefelevonatot szíveskedjenek aláírni és ugyanott keltezéssel is ellátni.

Szerkesztőség

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



74.2933 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

# TENDOR<sup>®</sup> Antihypertensivum

tabletta

## ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 20 mg Debrisoquinum sulfuricum (1,2,3,4-tetrahydroisochinolin-2-carboxamidinum sulfuricum) hatóanyagot tartalmaz.

## JAVALLATOK

A hypertensio valamennyi szakának kezelése, ideértve a malignus szakot is.

## ADAGOLÁS

Egyéni megítélést igényel. Az adagolás beállítása lehetőleg intézetben történjék.

**Fekvő betegek** átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta 2-szer 1 tablettával (40 mg). A beteg tűrőképességének figyelembevételével ez az adag 3 napi időközökkel napi 2-szer 1/2 tablettával (20 mg) növelhető az optimális hatás eléréséig.

**Járó betegek** átlagos kezdeti adagja felnőtteknek naponta legfeljebb 2-szer 1/2 tablettával (20 mg), majd 3 napi időközökkel ez az adag napi 2-szer 1/2 tablettával (20 mg) reggel – délután növelhető – az optimális hatás eléréséig.

Későbbiekben a fenntartó adag naponta 2–3-szor 1/2 tablettával.

A napi maximális adag 150 mg-ot nem haladhatja meg!

Több hónapos folyamatos kezelés után a hatás fokozására thiazid típusú diureticummal és szükség szerint más vérnyomáscsökkentővel együtt is adagolható.

## MELLÉKHATÁSOK

Alkalmazása során – főleg túladagolás következtében – nemkívánatos mellékhatások (szédülés, fejfájás, fáradtság, gyengeség, hasmenés, szájszárazság, látászavar, hányinger, orthostatikus collapsus, potentia-zavar, esetleg gyakori vizelés, illetve nycturia) átmenetileg előfordulhatnak, de az adagok csökkentésével a minimumra mérsékelhetők, illetve megszüntethetők.

## FIGYELMEZTETÉS

Veseelégtelenség esetén csak fokozott óvatossággal adagolható. Meleg időben a készítmény hatása fokozottabb, ezért az adagot megfelelően csökkenteni kell.

E gyógyszer alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik!

CSOMAGOLÁS: 50 db à 0,02 g tablettával 17,40 Ft  
500 db à 0,02 g tablettával 142,- Ft

MEGJEGYZÉS: társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

# CHINOIN BUDAPEST

# VIREGYT<sup>®</sup>-K

## KAPSZULA

### antiparkinsonicum

**ÖSSZETÉTEL:** Amantadinum hydrochloricum 100 mg kapszulánként.

**JAVALLAT:** Parkinson-kór és különböző, nem gyógyszeres aetiológiájú Parkinson-syndroma, továbbá minden olyan hypo- vagy akinesis, mely nem a hangulati élet vagy tudatzavar (pl. depressio, somnolentia) talaján alakul ki. Alkalmazása az extrapyramidalis rendszer megbetegedésére visszavezethető mozgászavarok esetében is megkísérrelhető.

**ELLENJAVALLAT:** Centrális idegrendszeri stimulánsokkal végzett egyidejű kezelés, ill. epilepsia. Alkoholisták és psychopharmacont szedő betegek kezelése nagyfokú óvatosságot igényel.

Súlyos psychosis, máj- és vesebetegség esetén, továbbá terhes és szoptató anyáknak nem adható.

**ADAGOLÁS: Kezdő adag:** 100 mg (1 kapszula) pro die, 4–7 napig.

**Fenntartó kezelés:** 200 mg (2 kapszula) pro die.

**Maximális adag:** 300 mg (3 kapszula) pro die, étkezés után.

A tüneti javulás stabilizálódásakor ezt a mennyiséget a hatékony adagig csökkenteni kell. Az adagolást szakorvos határozza meg. A kezelést és a therapiás dosis megállapítását – az első három hétben – naponként biztosított orvosi ellenőrzés mellett vagy fekvőbeteg-gyógyintézetben kell végezni.

Kívánatos anticholinergiás vagy más antiparkinsonos szerekekkel kombinálni.

**MELLÉKHATÁS:** Az ajánlott dosisban komplikációkat nem okoz, a következő mellékhatások azonban előfordulhatnak: a kúra kezdetekor gyomorpanaszok; a kezelés során ritkán szájszárazság, anorexia, nycturia, cutis marmorata. Nagyon ritkán psychés zavarok (paranoid-depressiv jelenségek) jelentkezhetnek. E tünetek a legtöbb esetben néhány nap elteltével megszűnnek, anélkül hogy a Viregyt-K adását abba kellene hagyni; néha azonban az adag átmeneti csökkentése szükséges. Intolerantia, a mellékjelenségek fokozódása esetén – egészen elvétve – szükségessé válhat a kúra megszakítása.

**MEGJEGYZÉS:** 300–400 mg/die vagy ennél nagyobb adag szedése esetén idegesség, álmatlanság, szédülés, részegségérzés, hibás beszéd, ataxia, koncentrációs képtelenség, depressio mutatkozhatnak. Esetenként látási hallucinációt is tapasztaltak, ami idősebbek kezelésekor kisebb adagokra is jelentkezhet. Glomerularis vesebetegségek, továbbá a vizeletben kiválasztandó anyagok retentiója esetén – főleg akkor, ha a serum creatinin-szintje meghaladja az 5 mg<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ot – a filtrációs teljesítmény rosszabbodása, esetleg boka-oedema észlelhető.

**FIGYELMEZTETÉS:** Központi idegrendszeri megbetegedés, agyi arteriosclerosis, görcshajlam esetén a Viregyt-K adagolása fokozott elővigyázatosságot igényel. A gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül, vagy folyamatos szedése esetén a kúra tartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos.

Alkalmazásának ideje alatt szeszes italt fogyasztani nem szabad. Hosszabb adagolás esetén rendszeres májfunkció- és vérképellenőrzés szükséges.

Társdalombiztosítás terhére csak antiparkinsonicumként rendelhető. Szakrendelések rendelhetik, illetőleg csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

**CSOMAGOLÁS:** 30 db 66,— Ft

*Egyt* **GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST**



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGOZÓK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS  
FOLYÓIRATA

# ORVOSI HETILAP

115. ÉVFOLYAM 45. SZÁM 2657—2716 OLDAL

BUDAPEST. 1974. NOVEMBER 10.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,—FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

# ADEBIT

**tabletta**  
**antidiabeticum**

A cukorbetegség gyógyításában előrehaladást jelentett az újabb felfedezés, hogy a sulfonilcarbamid származékok kémiai szerkezetétől és hatásmechanizmusától teljesen eltérő biguanid származék is szájon át adagolva antidiabetikus hatású. Ilyen vércukorcsökkentő készítmény az Adebit tablettá.

**OSSZETÉTEL:** Tablettánként 50 mg 1-Butylbiguanidinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

**JAVALLATOK:** A diabetes mellitus minden olyan típusának kezelésére alkalmazható önmagában vagy sulfonilcarbamid készítménnyel együtt, ahol a saját insulintermelés nem szűnt meg. Ezenkívül bizonyos esetekben insulinnal kombinált alkalmazása indokolt lehet.

Elsősorban **felnttktori**, sulfonilcarbamidra rezisztens diabetesben önállóan, vagy sulfonilcarbamid készítménnyel kombinálva, ha ez utóbbival egymagában a megfelelő anyagcsere-egyensúly nem volt elérhető. Felnttktori diabetesben sor kerülhet elsődleges alkalmazására is, ami igen előnyös lehet sulfonilcarbamid túlérzékenységben.

Fiatalkori és labilis anyagcserejű diabetes jobb kompenzálására, a vércukor-ingadozások csillapítására, insulinnal kombinálva. Tapasztalat szerint várható az insulinszükséglet csökkentése, némelykor az insulinrezisztencia javítása.

**ELLENJAVALLATOK:** Acidosisos anyagcserezavar, így természetesen praecoma és coma diabeticum, fertőzéses, lázas állapot, terhesség, gangraena, veseműködési elégtelenség, májbetegségek (annak ellenére, hogy adagolására visszavezethető májkárosodást nem észleltek). Műtét előtt a beteget insulinnal kell beállítani.

**ADAGOLÁS:** Egyéni megítélést igényel. Az adagolás beállítása, illetve átállítása csak gyógyintézetben, vagy szakorvosi járóbeteg-rendelésen történő állandó orvosi (laboratóriumi) ellenőrzés mellett végezhető.

Helyesen akkor járunk el, ha a kezdeti adagot fokozatosan növeljük az egyéni optimális adag eléréséig. Átlagos kezdeti adag naponta 2-3-szor 1 tablettá (100-150 mg) étkezés után, kevés folyadékkal. A továbbiakban, a beteg állapotától függően 2-4 naponként 1 tablettával növelhetjük az adagot. A maximális napi adag 6 tablettá (300 mg) 3-4-szeri elosztásban. A bevezetés időszakában (10-14 napig) a napi vizeletcukor-ürítés és néhányszor az éhgyomri vércukorvizsgálat elvégzése szükséges, minthogy általában csak a kezelés 10-14. napján dönthető el, hogy a beteg reagál-e a kezelésre. A további időszakban (kb. 2 hónapig) az ellenőrzést 1-2 hetenként végezzük. A vérép, a máj- és vesefunkciók féltékenként ellenőrizendők. Az Adebit tablettá napi fenntartó adagja leggyakrabban naponta reggel 1-2 tablettá és este 1 tablettá. A diéta szigorú betartása természetesen elengedhetetlen. Kombinált kezelés esetén a sulfonilcarbamid készítmény, illetve az insulin adagja az anyagcsere-kontrollnak megfelelően csökkentendő. Amennyiben a normális anyagcsere a kombinált kezelés (pl. 2 tabl. sulfonilcarbamid + 3 tabl. Adebit) alkalmazására helyreáll, megkísérlődő a sulfonilcarbamid készítmény fokozatosan történő teljes elhagyása. Az adag csökkentése, vagy növelése csak megfelelő laboratóriumi ellenőrzéssel történhet.

**MELLEKHATASOK:** A ritkán előforduló mellékhatások (étvágytalanság, hányinger, hányás, hasmenés, fémes szájíz) az adag átmeneti csökkentésére általában mérsékelhetők, illetve megszüntethetők.

**FIGYELMEZTETÉSI** E gyógyszer alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által - az egyéni érzékenységnek megfelelően - előírt adagban szedhetik.

Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani!

**CSOMAGOLÁS:**

40 db à 0,05 g tablettá	6,80 Ft
200 db à 0,05 g tablettá	30,50 Ft

**MEGJEGYZÉS:** Rendelését az insulin és az orális antidiabeticumok rendeléséről, kiszolgáltatásáról kiadott 5/1967. Eü. M. számú utasítás szabályozza.

**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

\*

45. SZÁM

\*

1974. NOVEMBER 10.

## TARTALOMJEGYZÉK

*Kuhn Endre dr., Balogh Ferenc dr.,  
Böhm Klára dr., Molnár Zoltán dr.  
és Than Zoltán dr.:*  
Heredaganatos betegek radiológiai  
kivizsgálása ..... 2659

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Kelemen Zsolt dr., Vajda Lajos dr.,  
Ralovich Béla dr., Henry Francis dr.  
és Vergoz Daniel dr.:*  
GRF szöveti ragasztó alkalmazása vérzékeny  
betegek postextractiós sebellátására ..... 2663

*Mezey Béla dr., Kellényi Loránd dr.,  
Tekeres Miklós dr., Karmos György dr.  
és Lissák Kálmán dr.:*  
A telemetrikus EKG monitorozás  
és a gépi analysis értéke  
myocardialis infarctusos betegeink  
korai mobilizálásában ..... 2667

### KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Dénes János dr. és Léb József dr.:*  
Myelodysplasiás újszülöttek  
szelektív terápiája ..... 2669

### ÚJABB MŰTÉTI ELJÁRÁSOK

*Rehák Gizella dr., Kallay Ferenc dr.  
és Hirschberg Jenő dr.:*  
Teljes egy- és kétoldali  
ajak- és szájpadhasadékos csecsemők  
műtét előtti orthodontiai kezelésével  
szerzett tapasztalataink ..... 2672

### TOXICOLÓGIA

*Mórocz József dr., Adamis Zoltán dr.,  
Somogyi József dr. és Politzer Ágnes:*  
Halálos Gramoxone mérgezés ..... 2675

### RITKA KÓRKÉPEK

*Szabó László dr., Garzuly Ferenc dr.  
és Kádas László dr.:*  
Cerebro-hepato-renalis  
(Zellweger-) syndroma ..... 2681

### KAZUISZTIKA

*Pados Gyula dr., Sántori Ödön dr.,  
Sárdi Ilona dr. és Kusztos Dénes dr.:*  
Műtét előtt kórismézett,  
bronchusba betörő májtályog ..... 2685

*Ba János dr. és Ádám János dr.:*  
Nyelőcső-plastica és szülés ..... 2688

*Beszámolók, jegyzőkönyvek ..... 2691*  
*Folyóiratreferátumok ..... 2693*  
*Könyvismertetés ..... 2707*  
*Hírek ..... 2711*  
*Előadások, ülések ..... 2714*  
*Pályázati hirdetések ..... 2715*

# 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.

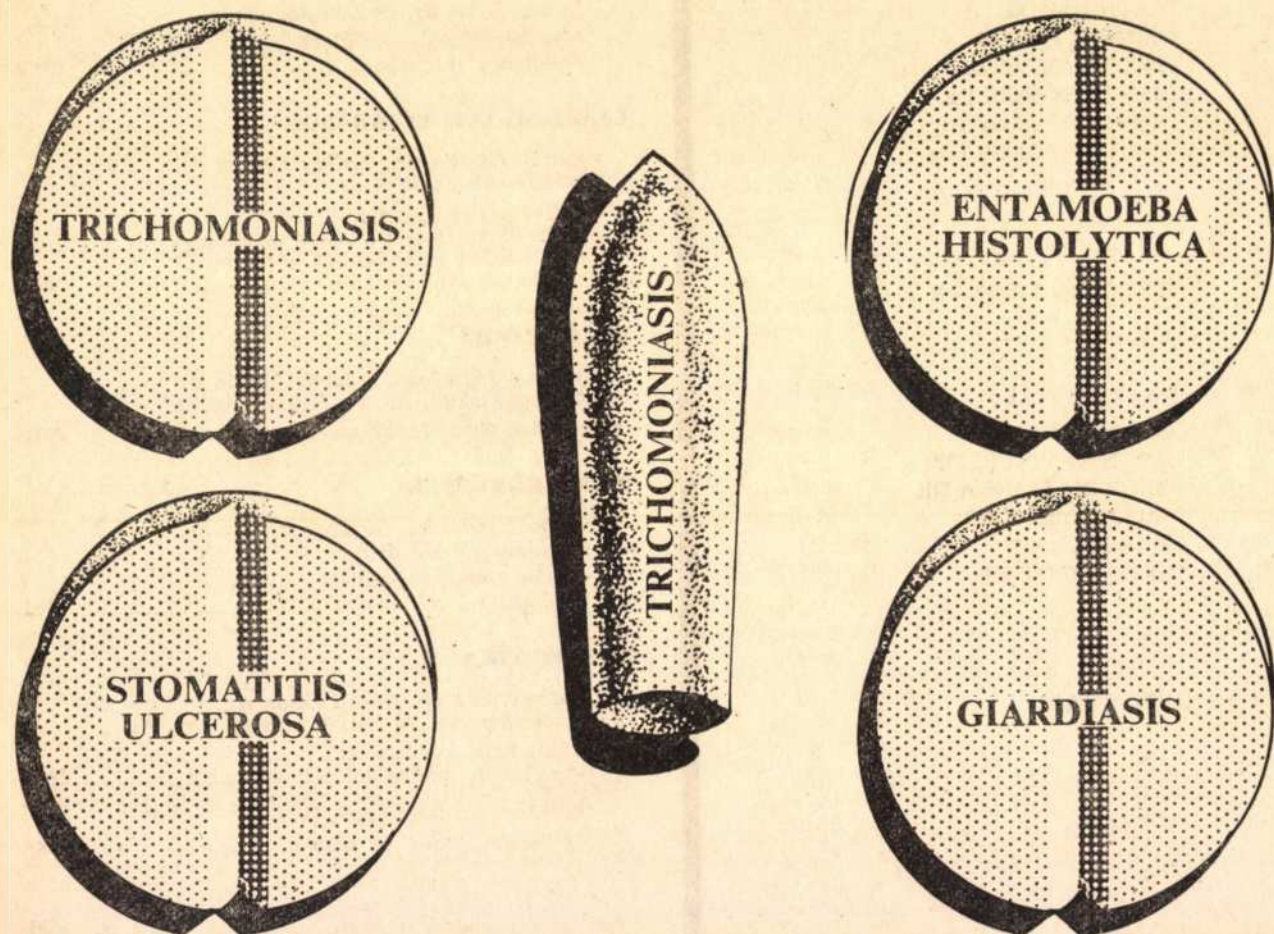
A Klion – mint nitroderivatum – enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

## 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.



## Heredaganatos betegek radiológia kivizsgálása

Kuhn Endre dr., Balogh Ferenc dr.,  
Bóhm Klára dr., Molnár Zoltán dr.  
és Than Zoltán dr.

A heredaganatok gyógyulási eredményei az utóbbi egy-másfél évtizedben jelentősen javultak (1, 4, 6, 7, 11, 12, 14). Ebben két tényező játszik közre: a radiodiagnosztika fejlődése, mellyel a daganat kiterjedése az eddigiéknél sokkal pontosabban állapítható meg, és a megavolttherápia bevezetése, mellyel lehetővé vált még nagy testtérű daganatpusztító dózissal való besugárzása is.

Közleményünkben a radiológiai kivizsgálás elveivel és módszereivel foglalkozunk, 51 általunk észlelt és részben kezelt betegen nyert tapasztalataink alapján.

Köztudott, hogy a rosszindulatú daganat kezelése csak akkor lehet eredményes, ha az elsődleges daganattal együtt a regionalis nyirokcsomókat is ellátjuk, főként akkor, ha a daganat áttételezési hajlama nagy. Ez a megállapítás a heredaganatokra különösen érvényes. Az elsődleges daganat műtéti eltávolítása után a csonk-recidiva ritka, így a beteg sorsát nem a recidiva, hanem az áttétek döntik el, hiszen seminómában átlagosan 40%-os, malignus teratómában 60–70%-os, az igen ritka choriocarcinomában közel 100%-os áttéti gyakorisággal kell számolnunk a regionalis nyirokcsomókban (11, 13).

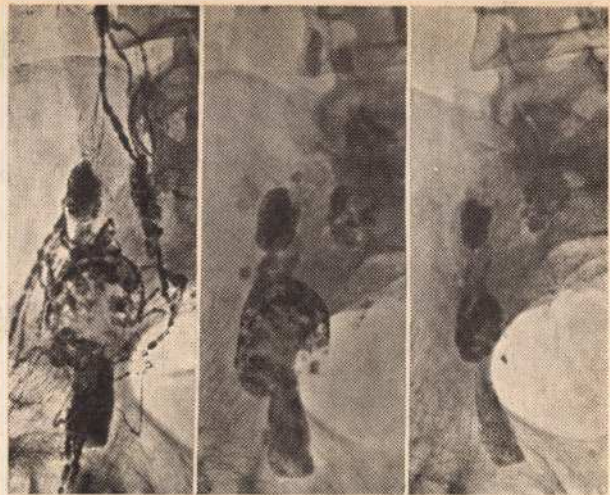
A radiológiai kivizsgálás módszerei akkor érthetők meg, ha ismerjük a daganat biológiai sajátosságait, áttételezésének helyét és útját.

A here nyirkát mindkét oldalt 4–8 nyirokér gyűjti össze, s az art. spermaticával együtt futva a *paraaortikus nyirokcsomók* felső csoportjába üríti. Ezek a nyirokcsomók egyrészt a vese-hilus közelében az arteria és a vena renalis alatt és fölött, másrészt ennél lejjebb az aorta és a vena cava inf. mentén helyezkednek el, tehát az L<sub>1</sub>–L<sub>3</sub> csigolyák magasságában. A két oldal között bőséges nyirokér-összeköttetés van, így áttétek mindkét oldalon várhatók (8).

Ezekon kívül a *parailiacalis nyirokcsomók* is veszélyeztetettek akkor:

- ha a heréből kivételesen nyirokér fut a vena iliaca externa mentén levő nyirokcsomókba;
- ha a daganat ráterjedt a mellékherére, főként annak fejére;
- ha a paraaortikus nyirokcsomókban az áttét nyirokelfolyási akadályt okozva, a keringés megfordul és így az áttételezés retrograd (2, 8, 11).

A *lágycsatorna nyirokcsomókat* csak akkor fenyegeti áttét, ha a daganat áttörte a here burkát vagy ha a nyirokelfolyás akadályozott.



1/a. ábra. 1/b. ábra. 1/c. ábra.  
**Alsóvértág-lymphographia, nyirokérkép.** A telődő nyirokcsomók mellett kanyargós lefutású, változó kaliberű nyirokerek ábrázolódnak

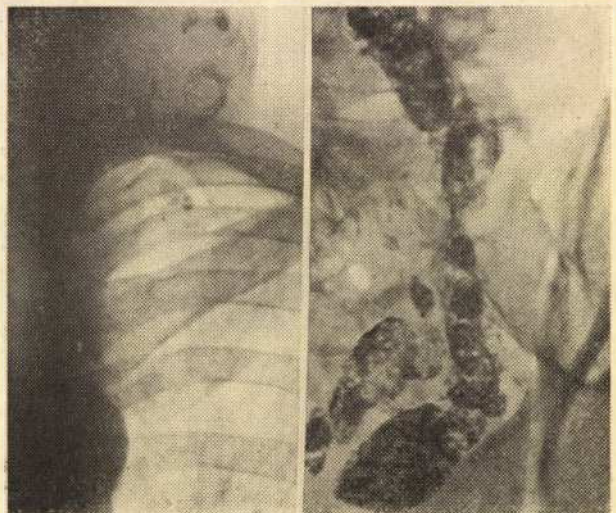
1/b. ábra.  
Tárolási felvétel. A jobb parailiacalis láncban megnagyobbodott nyirokcsomók, az egyik nyirokcsomó felfúj, nagy marginalis defectus látható

1/c. ábra.  
Hat hónappal a 4000 rad dózissal telekobalt besugárzás után a még kontrasztanyagot tároló nyirokcsomó jelentős megkisebbedése, a tumor visszafejlődése látható. A beteg 5. éve tumormentes. A heredaganat seminoma volt

A prograd lymphogen áttételezés még két további nyirokcsomó-regiót veszélyeztet. A *mediastinalis nyirokcsomók* kivételesen a heréből eredő transdiaphragmalis nyirokútból, közvetve pedig a paraaortikus nyirokcsomóláncból „fertőződhetnek” meg (5).

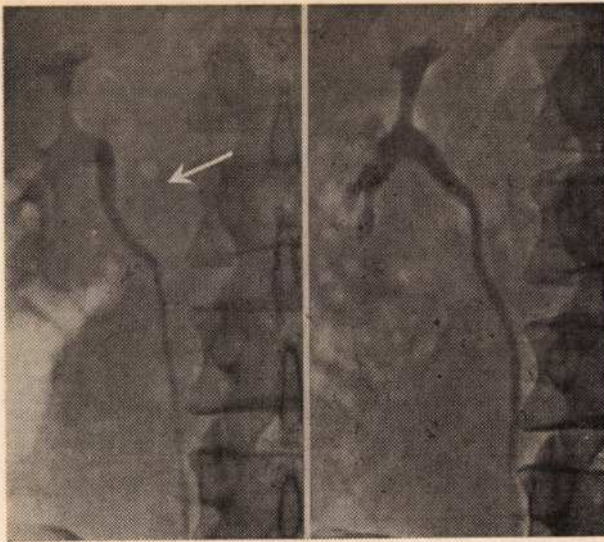
A *supraclavicularis regio nyirokcsomóiba* a ductus thoracicus közvetítésével kerülhetnek a daganatsejtek.

Az eddgiekből kitűnik, hogy a paraaortikus nyirokcsomók állapotának megítélése igen fontos.



2/a. ábra. 2/b. ábra.  
**Alsóvértág-lymphographia** során telődött bal supraclavicularis nyirokcsomó-csoport. Az áttét a nyirokcsomó nagy részét elfoglalja, a megmaradt és kontrasztanyagot tároló ép nyirokszövet az áttétet félhódszerűen veszi körül. Szövetten: tiszta malignus teratóma

2/b. ábra.  
Primaer malignus nyirokcsomó-daganatra emlékeztető seminoma-áttétek a parailiacalis láncban



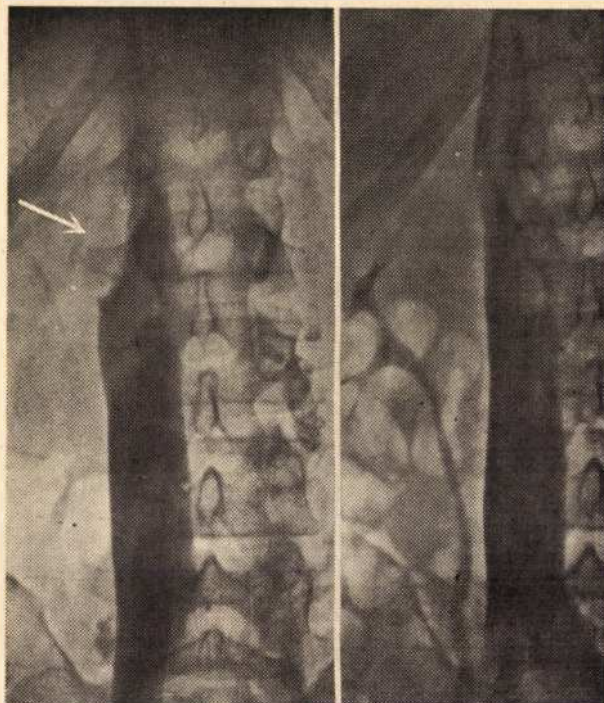
3/a. ábra.

3/b. ábra.

**Iv. urographia.** Jobboldalt a L<sub>2</sub> csigolya melletti nyirokcsomóáttét az ureternek mintegy 4 cm-es szakaszát közvetlenül a pyeloureteralis határ alatt lateral felé téríti ki 3/b. ábra.

Ismételt vizsgálat 4000 rad gócdózisú telekobalt besugárzás után. Az áttét visszafejlődése következtében az ureter dislocatiója gyakorlatilag megszűnt. **Szövetten:** seminoma

Ez a terület a tapintás számára nem hozzáférhető, illetve csak akkor, ha az áttét már tetemes nagyságú. A radiológiai vizsgálatnak két módszere lehetséges: 1. *direkt*, amikor közvetlenül a nyirokcsomókat ábrázoljuk, 2. *indirekt*, amikor a nyirokcsomók környezetében levő szerveken keresünk a



4/a. ábra.

4/b. ábra.

**Alsó cavographia.** A vena cava inferior a L<sub>2</sub> csigolya magasságában laterali felől nyirokcsomóáttét szűkíti be 4/b. ábra.

4000 rad gócdózisú telekobalt besugárzás után az ér kon-túrja és kalibere normális. **Szövetten:** seminoma

nyirokcsomó megnagyobbodására utaló alak- és helyzetváltozásokat.

A direkt módszer a kétoldali alsó végtag kontrasztanyagos lymphographia, melyet minden rosszindulatú heredaganat műtétje után — alapvető jelentősége folytán — elvégezzünk, hacsak nincs a vizsgálatnak ellenjavallata (súlyos tüdő- és szívbetegség, kontrasztanyag-túlérzékenység stb.). A radioizotópos vizsgálatot — minthogy csak durva tájékoztatásra alkalmas — nem tartjuk célszerűnek és ezért nem is végezzük. Meg kell jegyeznünk, hogy az alsóvégtag-lymphographiával nem ábrázolható minden veszélyeztetett paraaortikus nyirokcsomó, ezért javasolják a közvetlen testicularis lymphographiát (3). Mi ilyet nem végeztünk.

A lymphographiás vizsgálat során az érképet és a nyirokcsomók tárolási képét egyaránt értékeljük. A nyirokelfolyás akadályozottsága, a kontrasztanyag pangása, a nyirokerekek szokatlan tágasága, kaliberkülönbsége, az erek rendellenes lefutása, elnyomottsága, a szokatlan collateralisok megjelenése megannyi gyanújele az áttétnek. A nyirokcsomók számának feltűnő csökkenése, a lánc egy-egy szakaszán a nyirokcsomók hiánya, „kiesése”, a nyirokcsomók megnagyobbodása, felfúvottsága gyanúnkat tovább erősíti. Ha a nyirokcsomó tárolási képén 6—8 mm-nél nagyobb széli defectus látható, ezt már az áttét biztos jeleként kell felfognunk (1/a-b ábra). A lágyéki nyirokcsomókban ez nem értékelhető áttétként, az ott gyakran lezajlott banalis gyulladások miatt. Legjellemzőbb az, amikor az áttét a nyirokcsomó nagy részét elfoglalja, s ezt a nem festődő területet a kontrasztanyagot még felvevő rész félholdszerűen veszi körül; az áttét úgy ül a nyirokcsomóban, mint a tojás a tojástartóban (2/a ábra). Az áttétes nyirokcsomó képe olykor a primaer malignus nyirokcsomó-daganatok (malignus lymphomák) lymphadenogrammja emlékeztet: a nyirokcsomó megnagyobbodott, a széli tárolási kiesések mellett a kontrasztanyag foltosan helyezkedik el a nyirokcsomóban (2/b ábra).

Perdöntő jelentősége tehát csak a pozitív lymphographiának van, a negatív természetesen nem zárja ki a mikroszkopikus áttétek lehetőségét. Kicsiny, széli tárolási hiányok megítélése főleg a paraaortikus nyirokcsomókban lehet nehéz, de rétegvizsgálatuk megerősítheti gyanúnkat.

A lymphographia értéke nem teljes, ha a vizsgálat közben mellkasfelvételen nem ábrázoljuk a kontrasztanyaggal telt ductus thoracicus helyzetét, de legfőképpen beszűkítését. Ez csaknem mindig a bal angulus venosus, az esetek 3—4%-ában azonban — rendhagyó módon — jobboldali, 4—5%-ában kétoldali beömlés is előfordulhat (9). Ennek ismerete a később röviden vázolandó sugártherapiás tervezés szempontjából lényeges.

Mivel a nyirokcsomók hosszú ideig tárolják az olajos kontrasztanyagot, a sorozatosan, 2—6 hetenként megismételt felvételen jól megítélhető a besugárzott áttét visszafejlődése, a nyirokcsomó megkisebbedése (1/b-c ábra).

Indirekt vizsgálat módszer az iv. urographia, valamint a vena cava inferior kontrasztanyagos vizsgálata: a cavographia.

Az iv. urographia javallatai a következők:

1. Lymphographiás vizsgálat után végezzük el akkor, ha a) a paraaortikus láncban nyirokcsomó-áttét van; b) a paraaortikus lánc kisebb-nagyobb szakasza nem ábrázolódik, a láncban tehát részleges „kiesés” van; c) lymphovenosus shunt vagy nyirokelfolyási akadály következtében a lánc egyáltalában nem telődik.

2. Ha a beteg felvételekor retroperitonealis tumort tapintunk, lymphographiás vizsgálatot általában már nem végzünk, a daganat kiterjedésének ismerete azonban ilyenkor is lényeges.

3. Minden olyan esetben, amikor a vesék helyzete és nagysága a nativ röntgenfelvételen biztonsággal nem ítéhető meg. A veséket ugyanis — a radiogen nephritis elkerülése érdekében — a sugárterápia alatt ólommal árnyékolunk kell. Ezt mi 2000 rad gócdózis elérése után végezzük, mert mai tudásunk szerint ez a vese tolerancia-dózisa. Ha a vese hilusának környékén is van nyirokcsomó-áttét, a hilust természetesen 2000 rad gócdózis fölött sem árnyékoljuk, de a vese nagyobb részét ilyenkor is védjük.

Az urographiát — ha lymphographia is történik — mindig azt követően célszerű elvégezni. A daganatosan megnagyobbodott nyirokcsomók kibilenthetik a vesét normális helyzetéből, dislocálják az uretert lefutásának bármelyik szakaszán, elfolyási akadály következtében hydronephrosist okozhatnak, teljes lezáródáskor a vesében már kiválasztást sem látunk. A lymphographiával a L<sub>2</sub> csigolya magasságáig ábrázolódnak általában a nyirokcsomók, e fölött a paraaortikus lánc áttétei, főleg jobb oldalon, rejtve maradnak. Ezek kimutatása urographiával válik lehetővé, mert többnyire már a pyeloureteralis határ alatt dislocálják az uretert. A sugaras kezelés eredményességét a megismételt urographia jól jelzi (3/a-b ábra).

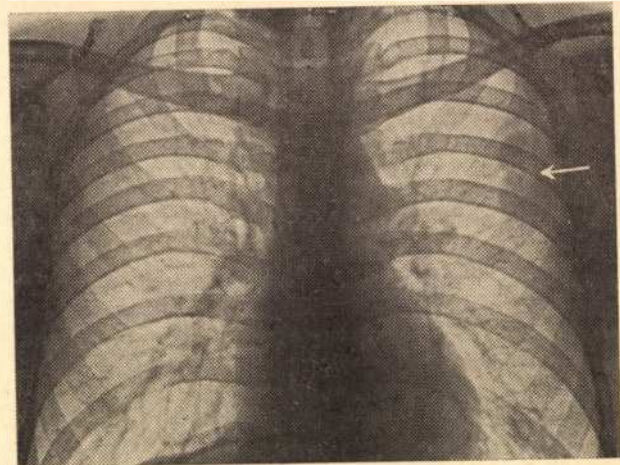
Cavographiára ritkán van szükségünk. Elsősorban akkor javallt, ha a lymphographia magasan fekvő paraaortikus áttéteket talált, vagy ha a lánc felső szakasza nem ábrázolódott és az urographia is negatív. A Seldinger-módszerrel végzett kateteres vizsgálat kimutatja a magasan fekvő paracavalis nyirokcsomóáttéteket. A vena cava inferior viszonylag könnyen deformálódik, a megnagyobbodott nyirokcsomók a vena falán egyszeres vagy többszörös ívelt, éles szélű benyomatot okoznak. Láttuk már a vena cava inferior teljes elzáródását is. A radiotherápia hatása a megismételt cavographiával jól bizonyítható (4/a-b ábra).

Fontos a tüdő-parenchyma és a mediastinalishilaris nyirokcsomók vizsgálata. Az utóbbira különösen azért helyezünk súlyt, mert megfigyeléseink szerint a tüdőáttétek egy része a mediastinalis nyirokcsomóáttét következménye. A paraaortikus láncból a mediastinalis-hilaris nyirokcsomókba került áttét hilifugalisan, a nyirokerekken át hurcolódhat tovább a tüdő-parenchyma megfelelő segmentjébe és ilyenkor ott egy-két körülírt kerekárnyék formájában ábrázolódik (5. ábra). Ezek a solitaer vagy többes, de a tüdőben segmentalisan, egymás mellett elhelyezkedő áttétek hosszabb-rövidebb ideig „localizáltak” maradnak, addig, amíg a nagyvérkörbe való ki-, majd onnan való visszaszórás nyomán kialakul a mindkét tüdőre kiterjedő kerekárnyékok

sokasága. Van der Werf Messing (13) hasonló tapasztalatokat szerzett.

A mindkét tüdőben egy időben megjelenő, típusos haematogen áttétek két módon keletkezhetnek: vagy közvetlen érbetörés eredményeként, ez a ritkább, főleg a choriocarcinomára és a tiszta malignus teratomára jellemző; lehet azonban másodlagos érbejutás következménye is. Ilyenkor a paraaortikus áttétekből a ductus thoracicuson át ömlenek be a daganatsejtek a bal (ritkábban a jobb, esetleg mindkét oldali) angulus venosusba — közben azonban a supraclavicularis árok medialis nyirokcsomócsoportja is beszűrődik, jól tapintható, néha ezek a nyirokcsomók az alsóvégtag-lymphographiával is ábrázolódnak (2/a ábra).

Kilenc tüdőáttétes betegünk között hétnek volt paraaortikus nyirokcsomó-metastasisa. Mediastinalis nyirokcsomóáttétet öt, supraclavicularis áttéteket négy ízben észleltünk, egyszer jobb oldalon. Nyilvánvaló, hogy az áttételezés különböző típusai együttesen is előfordulnak.



5. ábra.

**Mellkas felvétel.** Baloldalt a felső tüdőmezőben közvetlenül a mellkasfal mentén egymás mellett két kerekárnyék látható ( - ), baloldalt a felső mediastinumban megnagyobbodott nyirokcsomó ábrázolódik. Supraclavicularis nyirokcsomó nem volt tapintható, de paraaortikus nyirokcsomói áttétesek voltak. **Szövetan:** seminoma

Az eddigiek remélhetően bizonyítják, hogy a radiológiai kivizsgálás nem a radiológus öncélú polypragmasiája. A táblázatban összefoglaltuk az egyes vizsgálatok számát és az így nyert információkat. Látható, hogy a vizsgálatok pozitivitása, „találati aránya” magas, ez az indiciók megfontoltságát tükrözi. A kontrasztanyag vizsgálatok során szövödményt nem észleltünk.

Kérdés, hogyan befolyásolja kezelési tervünket a radiológiai vizsgálatok eredménye?

1. *Prophylaktikus célú* sugaras kezelést végzünk, ha nyirokcsomóáttétet nem találunk. A besugárzási térfogat a műtéti csonkot, az azonos oldali parailiacalis és a kétoldali paraaortikus nyirokcsomóláncot foglalja magában a rekesz magasságáig. A gócdózis nagysága a daganat szövettani szerkezetétől függ; seminomában általában 2000 rad, seminomával kevert és tiszta malignus teratomában 3000—3600 rad gócdózist adunk. Ezt a prophylacti-

Vizsgálat neve	E r e d m é n y e			Összesen
	pozitív	negatív	gyanús	
Lymphographia	21	10	7	38
I. V. urographia	10	3	0	13
Cavographia ...	3	0	0	3

**Megjegyzés:** A táblázatban csak az első vizsgálatokat tüntettük fel; a kezelés és ellenőrzés során elvégzett vizsgálatok nem szerepelnek.

kus besugárzást minden áttét nélküli beteg kezelésében alapvetőnek tartjuk, mert igen lesújtó tapasztalataink vannak olyan betegekkel, akik — negatív eredményű lymphographia után sugaras kezelésben nem részesülve — disseminált áttétekkel kerültek klinikánkra más intézetekből.

2. *Curatív célú* sugaras kezelésünk — a besugárzandó térfogat nagyságát illetően — attól függ, hogy hol helyezkedik el az áttét. Parailiacalis áttétkor a rekesz, paraaortikus áttétkor a bal (esetleg jobb vagy mindkét) supraclavicularis regio a besugárzandó térfogat felső határa, vagyis az egész veszélyeztetett nyirokterületet, a mediastinumot is beleértve, kezeljük. Ez a kezelési elv a tüdőáttétek prophylaxisát célozza. Ha a paraaortikus áttét terjedelmes, a nyirokerek tágak, pangás, esetleg keringési akadály is van és így a retrograd áttételezés veszélye is fennáll, célszerű a besugárzást az egész kismedencei és mindkét lágyéki nyirokcsomólánra is kiterjeszteni. A gócdózis nagyságát a daganat szövettani szerkezete és az áttétek nagysága egyaránt befolyásolja; ennek részletezése azonban meghaladja közleményünk kereteit. Azokban az esetekben, amikor a mediastinalis-hilaris nyirokcsomókkal együtt regionalis tüdőáttéteket is látunk,

ezek besugárzása után cytostatikus kezelést is végzünk.

Mind a prophylactikus, mind a curatív célú sugaras kezelés, mivel nagy térfogatot érint és ebben homogen dóziseloszlású tumorcid gócdózsit kíván meg, racionálisan csak supervolt-therapia lehet.

Sugaras kezelésünk eredményeiről későbbi közleményünkben kívánunk beszámolni.

**Összefoglalás.** 51 rosszindulatú heredaganatos betegük alapján foglalkoznak a radiológiai kivizsgálás módszereivel. A paraaortikus nyirokcsomók állapotának megítélésére fontosnak tartják a kétoldali alsóvégtag-lympographiát, kellő indicióik alapján kiegészítve azt iv. urographiával és alsó cavographiával. A mediastinalis nyirokcsomók — megfigyeléseik szerint — lymphogen eredetű tüdőáttétek forrásai lehetnek, ezért e regio gondos radiológiai vizsgálata nem mulasztható el. Röviden foglalkoznak a radiológiai kivizsgálás eredményein alapuló prophylactikus és curatív sugaras kezelés elveivel.

**IRODALOM:** 1. Cade, I.: Clin. Radiol. 1973, 24, 385. — 2. Chiappa, S. és mtsai: J. Radiol. Electrol. 1963, 44, 613. — 3. Chiappa, S. és mtsai: Surg. Gynec. Obstet. 1966, 123, 10. — 4. Earle, J. D., Bagshaw, M. A., Kaplan, H. S.: Amer. J. Roentgenol. 1973, 97, 653. — 5. Elke, M., Rutishauser, G.: Fortschr. Röntgenstr. 1967, 107, 224. — 6. Fons, S. D., Otis, P., Ogden, R. T.: Amer. J. Roentgenol. 1964, 92, 152. — 7. Friedman, M.: Testis. In: Fletcher, G. H.: Textbook of Radiotherapy. Lea and Febiger, 1966. Philadelphia. — 8. Hintzen, C. és mtsai: Der Chirurg. 1971, 42, 321. — 9. Jossifow, G. M.: Das Lymphogefäßsystem des Menschen. G. Fischer, 1930. Jena. — 10. Langhammer, H.: Fortschr. Röntgenstr. 1969, 110, 191. — 11. Schavdig, G., Buchelt, L., Hess, F.: Strahlentherapie. 1971, 141, 495. — 12. Schreyer, H.: Strahlentherapie. 1969, 138, 522. — 13. Van der Werf Messing, B.: Clin. Radiol. 1971, 22, 125. — 14. Ytredal, D. O., Bradfield, J. S.: Cancer. 1972, 30, 628.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az **ORVOSI HETILAP**-ot

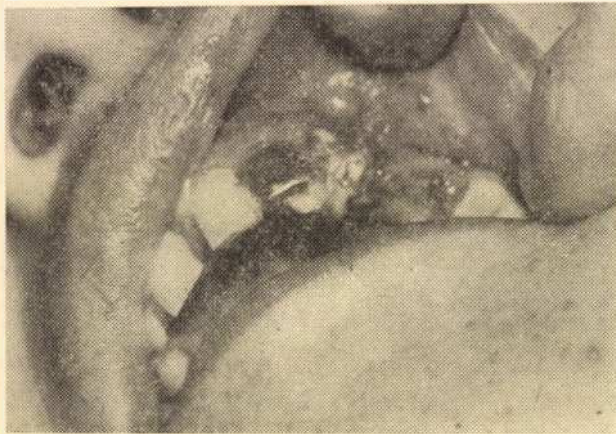
Posta Központi Hírlapiroda Budapest, V., József nádor tér. Tel.: 180-850

Pécsi Orvostudományi Egyetem,  
Urológiai Klinika (igazgató: Balogh Ferenc dr.),  
Stomatológiai Klinika (igazgató: Szabó Imre dr.)  
és Mikrobiológiai Intézet (igazgató: Rauss Károly dr.),  
Stomatologie (igazgató: J. L. Grignon dr.)  
C. H. U. Saint-Antoine, Paris  
es Centre Départemental de Transfusion Sanguine  
(igazgató: R. André dr.), Paris

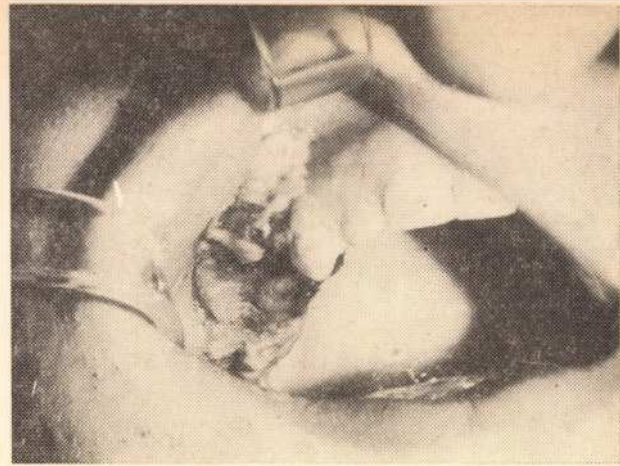
## GRF szöveti ragasztó alkalmazása vérzékeny betegek postextractiós sebellátására

Kelemen Zsolt dr.,\* Vajda Lajos dr.,  
Ralovich Béla dr., Henry Francis dr.  
és Vergoz Daniel dr.

A GRF (zselatin-rezorcin-formaldehid) együttes ragasztó sajátosságát Falb és Cooper (3) írta le, Braunwald (2) és Koehnlein (10) állatkísérletben egyebek között parenchymás szervek vérzéscsillapítására használta. Mi a ragasztó alkalmazásának új módsze-



1. ábra.  
A bal felső 3-as fog extractiója után a ragasztóval frissen borított területről vérzés nincs. I. A., 35 éves, anticoagulans kezelés alatt álló nőbeteg, foghúzáskor prothrombin-szint 38 százalék



2. ábra.  
A jobb felső 4-es és 5-ös fog extractiója után 4 nappal készült felvétel. A ragasztó hézagmentesen zár, a haemostasis tökéletes. C. P., 19 éves férfi, haemophilia A

rét kísérleteztük ki (6), s ennek birtokában, a kedvező állatkísérletes tapasztalatok (7, 8) után alkalmazását az emberi vesesebészetbe is bevezettük (1). Vesesebészeti gyakorlatunkban a GRF ragasztó az alábbi előnyös tulajdonságokat mutatta:

- jó tapadási készség és szakítószilárdság,
- rugalmas szövetrögzítés,
- steril, sőt antisepticus jelleg,
- reszorbeálódási készség,
- kis szöveti toxicitás, 14 hónapos megfigyelési idő mellett cancerogen jelek hiánya.

Mindezek alapján határoztuk el a ragasztó fogsebészeti alkalmazását vérzékeny betegen végzett fog-extractiókat követő vérzéscsillapítás céljából. Első eseteink közvetlen műteti eredményeiről már beszámoltunk (13). Jelen közleményünkben a ragasztó rutin eljárássá vált alkalmazása mellett nagyobb anyagon nyert tapasztalatainkat ismertetjük.

### Módszerünk

A GR (zselatin—rezorcin) oldatot a vérzékeny beteg fogeltávolítása előtt készítjük el. Először a rezorcint oldjuk (5 g kristályos rezorcin + 20 ml steril desztillált víz) szobahőmérsékleten, majd 15 g zselatint adunk az oldathoz, s azt körülbelül 5—10 perc alatt 40—45 °C-os vízfürdőben finoman elkeverjük úgy, hogy légbuborékok lehetőleg ne kerüljenek az oldatba. Az így kapott félfolyékony GR oldat sárgásan áttetsző, méz konzisztenciájú, elkészítés után azonnal, de akár órák múlva is alkalmazható, felhasználásig a vízfürdőben marad.

A ragasztó harmadik összetevője a tömény (37 százalékos) formalin, melynek egy részét foghúzás előtt intracutan túvel ellátott fecskendőbe szívjuk, másik részét széles szájú edénybe helyezük.

Az adrenalinus helyi érzéstelenítő beadása után, közvetlenül az extractio végrehajtása előtt a vízfürdőben tartott GR oldatból 1—2 ml-t fecskendőbe szívunk, továbbá az alveolus lumennek körülbelül megfelelő méretben resorbabilis szivacs- (Spongostan, Surgicel) darabkákat vágunk le, megmártjuk a formalinban és kiprészéljük őket. Jó feltárás mellett a kihúzandó fog környezetében a nyálkahártyát vazelinrel bekenjük, a nyálcsívót behelyezzük, és az extractiót lehetőleg gyorsan és a legkisebb roncólással hajtjuk végre. A fog kiemelését követő pillanatnyi tamponálás után a GR oldat kis mennyiségét fecskendővel az alveolusba juttatjuk, majd a formalinnal átitatott szivacsdarabkát az alveolusba nyomjuk, és vazelinezett gumiujjon át 2

\* Jelenlegi munkahely: Semmelweis OTE, Urológiai Klinika, 1082 Budapest, Üllői út 78/B.

percen keresztül enyhén komprimáljuk. Az áttetsző, mézszerű GR oldat a formalin hozzáadása után lassan megfehéredik, és a 2 perc elteltével a ragasztó eléggé szilárd ahhoz, hogy a beteg a száját öblíthesse (1. ábra). Ellenőrizzük a haemostasist, esetleges vérszivárgáskor a vérző pontoknak megfelelően ismét felviszünk és elterítünk egy kevés GR oldatot, és az injekciós tűn át formalint juttatunk rá.

A formalin külön alkalmazása miatt ragasztási módszerünk bizonyos körülményeket igényel. Lényeges, hogy a formalinnal átitatott szivacsdarabka ne tartalmazzon túl sok formalint. A további adagolás során a formalint ne szabadon cseppentsük, mert így elfolyhat, hanem a tű hegyén előbukkanó parányi formalinmennyiséget a tűt közelítve hozzuk érintkezésbe a GR oldattal s így, felhasználva a folyadékok adhéziós tulajdonságát, a formalint a cseppnél jóval kisebb mennyiségekben felvive egyenletesen teríthetjük el. (A vese-parenchyma sebészetében a nagyobb felszíneken a formalint permet formájában adagoljuk.) Az asszisztens a kötődési reakció végbemeneteléig az ajkat és nyelvet eltartja, a formalingőzők belélegzésének elkerülése céljából a beteg az orron át lélegez be és száján át ki.

### Beteganyag

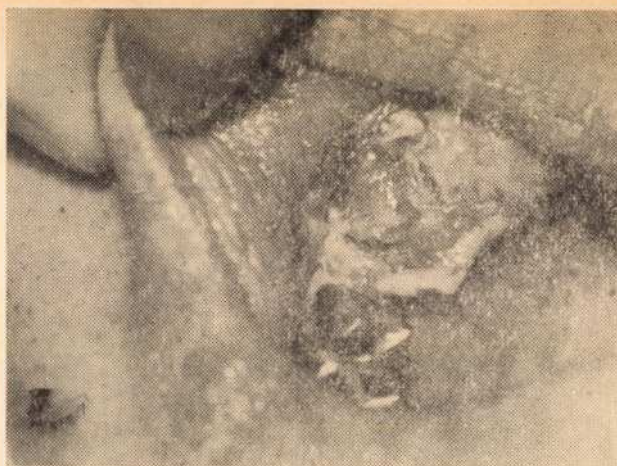
45 vérzékeny betegen végzett 106 fog extractiója után alkalmaztuk módszerünk szerint a GRF ragasztót a tökéletes helyi haemostasis biztosítása céljából. A vérzékenység okainak megoszlása a következő volt:

Anticoagulans kezelés	23 beteg	53 fog-extr.-ja
Haemophilia	14 beteg	36 fog-extr.-ja
Thrombopenia	2 beteg	3 fog-extr.-ja
Glanzmann-f. thrombasth.	1 beteg	2 fog-extr.-ja
Hypoprothrombinaemia	1 beteg	2 fog-extr.-ja
Essent. thrombocytaemia	1 beteg	3 fog-extr.-ja
Anaemia perniciosa	1 beteg	4 fog-extr.-ja
Heveny myeloblastos leuk.	1 beteg	2 fog-extr.-ja
Cirrhosis hepatis	1 beteg	1 fog-extr.-ja

Legfiatalabb betegünk 5 éves haemophiliás fiú, legidősebb anticoagulans kezelés alatt álló 77 éves férfi volt. A 23 anticoagulans kezelés alatt álló beteg az egyes foghúzásokat esetenként 12—48<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os (nagyobbrészt 20—30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> közötti) prothrombin-szint mellett végeztük. Haemophiliás betegeink közül nem egy, korábbi foghúzásait követően súlyos kivérzés állapotába került, és heteket igénybe vevő kórházi kezelésre kényszerült. Thrombopeniás eseteinkben a thrombocytaszám 50 000, ill. 10 000 volt. Hypoprothrombinaemiás betegünkben 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os prothrombin-szint mellett húztunk fogat. Essentialis thrombocytaemiás betegünk thrombocytáinak száma 2 000 000 volt. Anaemia perniciosa esetünkben thrombocytopenia okozta a vérzékenységet. Egy betegünkben máj-cirrhosis miatt állott fenn manifest vérzékenység, egy korábbi foghúzás után súlyos vérzés jelentkezett.

### Eredmények

Bármiféle műtéti elő- vagy utókezelés, a szervezet véralvadási viszonyaiba való beavatkozás nélkül sikerült elérnünk a tökéletes helyi vérzéscsillapítást valamennyi esetünkben. A betegek intézeti elhelyezést nem igényeltek, a foghúzás után otthonukba tértek (2. ábra). Két haemophiliás betegünk (az egyik az 5 éves fiú) a műtét után 1 héttel erő-



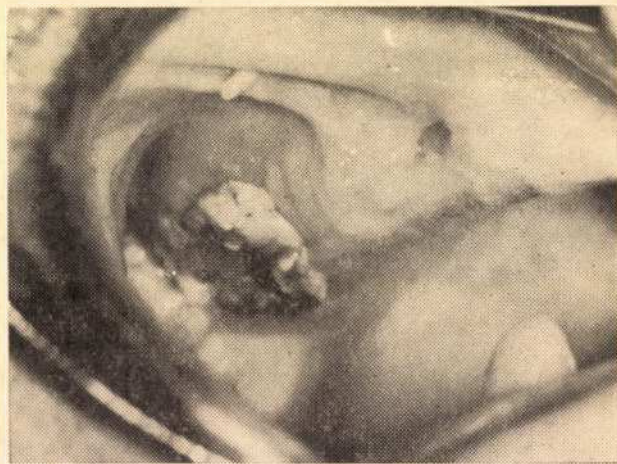
3. ábra.

A jobb felső 3-as fog extractiója és vérzéscsillapítása után, a jobb felső 6-os eltávolítása előtt készült felvétel. A 3-as fog helyét kitöltő ragasztó tökéletes haemostasist biztosít. Zs. A., 64 éves férfi, Glanzmann-féle thrombasthenia

szakkal letépte a még rögzülő ragasztót, vérzés jelentkezett, ezért a ragasztó ismételt felvitelére kényszerültünk. Gyakorlatunk kezdetén három esetben a műtét utáni szakban kis alveolaris denudatiót figyeltünk meg, innen apró sequesterek lökődtek le és végül az egész folyamat 1—2 hónap alatt teljesen gyógyult. Valamennyi többi esetünkben a sebgyógyulás zavartalan volt, 6 hét — 2 hónap elteltével a gyógyult alveolusra fogpótlás volt készíthető (3., 4., 5. ábra).

### Megbeszélés

A vérzékeny betegeken végzett foghúzások utáni vérzéscsillapítás régóta problémája a stomatológusoknak és haematológusoknak egyaránt. A normális véralvadási viszonyok mellett végzett fog-extractiók után még a jelentősebb vérzés is spontán szűnik, legfeljebb átmeneti tamponálásra kényszerülünk. Anticoagulans kezelés, haemophilia vagy egyéb ok miatt fennálló vérzékenység esetén azonban a jelentéktelen capillaris vérzés is katasztrofális



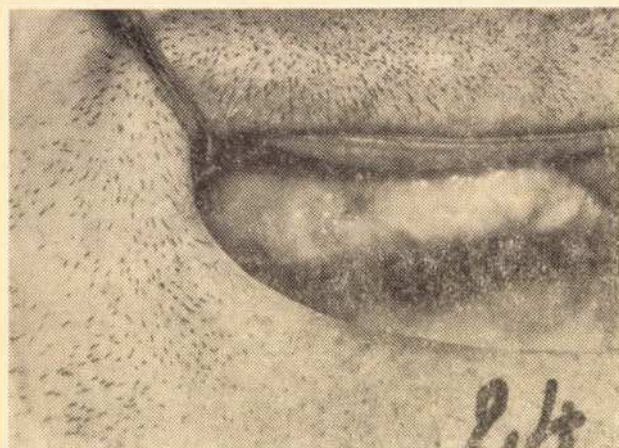
4. ábra.

12 nappal az extractiók utáni kép. A 3-as fog üregéről a ragasztó már levált, helyén kis bemélyedés. A 6-os alveolusát a ragasztó még fedi

lehet, mert több napon, esetleg heteken át fennmaradva, a beteget súlyos kivérzés állapotába viheti.

A tampon csak átmeneti eredményt nyújt, eltávolításakor a felületen thrombusok leszakadnak, a vérzés újra megindul. Az alveolus összevarrása rendszerint nem nyújt kielégítő haemostasist, a szűrőcsatorna további vérzés forrását jelenti. Az azonnal felhelyezett, többrétegű betétek alkalmazása eléggé nehézkes, rendkívül munkaigényes, ugyanakkor a vérzéscsillapítás nem mindig tökéletes (12). A különböző, helyi véralvadást elősegítő anyagokkal (thrombin készítmények) kombinált fedő-, nyomókötések, parenteralisan adott gyógyszerek (Oradexon,  $\epsilon$ -amino-kapronsav) alkalmazása sem mindig oldja meg a kérdést (Gyenes, 1967; Schmid, 1972).

A szervezet egészének véralvadási viszonyai-  
ba való beavatkozás, a vérzékenység átmeneti megszüntetése kétségtelenül eredményes, de nem veszálytelen eljárás. Haemophiliás betegen a fog-extractiók előkészítéseként adott antihaemophiliás



5. ábra.

A fogeltávolítások utáni 24. napon ragasztó már sem a 3-as, sem a 6-os helyén nem látható, mindkét alveolus jól hámosodott.

plasma vagy cryopraecipitatum az inoculációs hepatitis kockázata mellett gátlótestek kifejlődéséhez is vezethet, és ilyenkor egy következő foghúzás vagy bármilyen más okból bekövetkező vérzés esetén a haemostasis biztosítása már csak igen nagy mennyiségű vérkészítménnyel lehetséges (Hollán, 1971). A helyi és transfúziós kezelés együttes alkalmazása esetén is a betegek rövidebb-hosszabb időn át intézeti elhelyezésre és megfigyelésre szorulhatnak.

Az anticoagulans kezelés alatt álló betegeken a kezelés időleges felfüggesztése normalizálhatja ugyan az alvadási viszonyokat, és így könnyen kivitelezhetővé teszi a fog-extractiót, azonban az alapbetegség miatt thromboticus szövődmény kockázatával jár. Egyik betegünk (P. L., 68 éves férfi) éppen akkor kapott újabb infarctust, amikor egy korábbi foghúzása alkalmával a vérzésveszély csökkentése érdekében a prothrombin-szintet megemelték. A GRF ragasztó alkalmazása mellett — az anticoagulans kezelés mérséklése nélkül — a beteg 4 fogát húztuk ki szövődménymentesen.

A módszerünk szerint alkalmazott GRF ragasztóval minden esetben kifogástalan haemostasist tudtunk elérni vérzékeny betegeinken. Eljárásunkat átmetszett vese-parenchyma-felzárkó vérzéscsillapítása során alakítottuk ki, itt a veseerek átmeneti lezárásával és a vese-parenchyma kézzel való összenyomásával vérzésmentes felszint tudtunk biztosítani a ragasztó megkötődésének idejére. A fogsebészetben ilyen lehetőségünk nem volt, mindössze arra a sajátságára támaszkodhattunk, hogy még a súlyos haemophiliás betegek is rendelkeznek a szövetsérülést követően átmenetileg bizonyos haemostasisal, mely csak rendkívül felületen hajszálér-  
vérdugók (thrombusok) képződését jelenti, és a későbbiekben nagyrészt fibrinolysist szenvedve nem nyújt tartós vérzéscsillapítást. A ragasztó mintegy fél perc alatt kötődik meg annyira, hogy az apró vérzéseknek ellen tudjon állni. A formalinba itatott szívacsdarabka alkalmazásának a formalin biztonságos bevitele mellett ezért az is a célja, hogy az alveolus mélyéből jövő erősebb vérzések felszínre jutását addig késleltesse, míg a felületen a ragasztó megszilárdul. Az egyszer már elért haemostasis tartós, a ragasztó lelékődésének idejére az erek már végérvényesen lezáródtak.

A ragasztó tapadási készsége és szakítási szilárdsága a szájüregben is megfelelőnek bizonyult, különösen lényegesnek tartjuk ebben a ragasztó rugalmas voltát. A ragasztó a fogüreg nagyságától, a felhasznált mennyiségétől függően 1—3 hét után lelékődik, alatta gyógyult alveolus marad vissza.

A ragasztó histotoxicitását a rendkívül finom reakciókra képes szöveten, a vese-parenchymán vizsgáltuk kísérletesen. Morphologiai és funkcionális adataink a ragasztó szöveti toleranciáját megfelelőnek mutatták. A GR oldat véd a formalin szövetkárosító hatásával szemben. Csupán 3 kezdeti esetünkben észleltük apró alveolus sequesterek kilökődését, feltehetően a formalin fölös mennyiségben való alkalmazása miatt. A csontdarabkák távozása után a nyálkahártya zavartalanul gyógyult. További betegeinkben — technikánk tökéletesedése folytán — hasonló szövődményünk nem volt.

A ragasztót a szervezet lebontja. Felszívódása a veseszövetből 1 hét után megindul, és rendszerint 100—110 nap elteltével fejeződik be. A szájüregben felületesen alkalmazott ragasztó ilyen irányú felszívódásra alig kerülhet, mivel nagyrészt az 1—3. hét után lelékődik. A sebgyógyulás rendszerint zavartalan, az alveolus 6 hét—2 hónap után fogpótlásra alkalmas.

Beteganyagunkon a módszerünk szerint alkalmazott GRF ragasztó a vérzékenységben szenvedő betegek fog-extractiója utáni vérzéscsillapítás problémáját megoldotta. Feleslegessé tettünk a coagulációs viszonyokba való bármilyen akut, átmeneti jellegű beavatkozást és a betegek ambulans foghúzásait úgy biztosítottuk, hogy a vérzéses szövődmény veszélyét gyakorlatilag megszüntettük.

**Összefoglalás.** A GRF (zselatin-rezorcin-formalin) szöveti ragasztó fogsebészeti felhasználásáról számolnak be a szerzők. Vérzékenység miatt veszélyeztetett 45 betegen 106 fog extractiója után a módszerünk szerint alkalmazott GRF ragasztóval jó és tartós vérzéscsillapítást tudtak elérni. Az anti-

coagulans kezelés, haemophilia és egyéb okok miatt megzavart véralvadási viszonyok ellenére a foghúzást intézeti elhelyezés, bármilyen elő- vagy utókezelés nélkül végezték. Utóvérzés nem fordult elő. Az alveolus gyógyulását hátráltató szövődmenyt csupán 3 kezdeti esetükben észleltek.

Ezúton is köszönetet mondunk *Nagy Ibolya dr.* adjunktusnőnek (Pécsi OTE I. sz. Belgyógyászati Klinika) munkánk haematológiai részében való közreműködéséért.

IRODALOM: 1. *Auvert, J. és mtsai:* J. Urol. Néphrol. 1972, 78, 12 bis 497. — 2. *Braunwald, N. S.,*

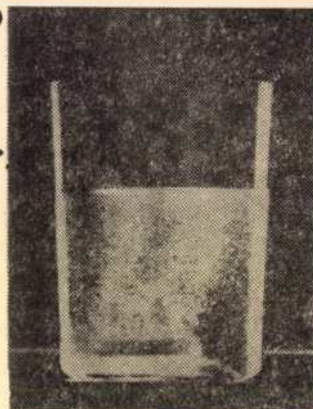
*Tatooles, C. J.:* Surg. Forum. 1965, 16, 345. — 3. *Falb, R. D., Cooper, C. W.:* New Scientist. 1966, 30, 308. — 4. *Gyenes V., Bartha M., Benes G.:* Fogorv. Szle. 1967, 60, 169. — 5. *Hollán Zs., Langfelder M.:* OHVI 1. sz. módszertani levele, 26, Budapest, 1971. — 6. *Kelemen Zs. és mtsai:* Ann. Chir. 1972, 26, 807. — 7. *Kelemen Zs. és mtsai:* J. Urol. Néphrol. 1972, 78, 12 bis 491. — 8. *Kelemen Zs. és mtsai:* Morph. Ig. Orv. Szle. 1974, 14, 145. — 9. *Kelemen Zs. és mtsai:* Előadás a MFE 20. tudományos ülésén, Budapest, 1974. — 10. *Koehnlein, H. E., Lemperle, G.:* Surgery. 1969, 66, 377. — 11. *Schmid, F., Seiler, G.:* Dtsch. Zahnärztl. Z. 1972, 27, 506. — 12. *Szpirgias, H.:* G. M. de France. 1972, 79, 5781. — 13. *Vergoz, D. és mtsai:* La Nouvelle Presse médicale. 1973, 2, 1459.

# Calcium-Sandoz

pezsgőtabletta 500 mg

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

oralis calciumtherapia



## JAVALLATOK:

A magas dozírozású, orális, kúraszerű calciumtherapia indikációi: osteoporosis, calcium-anyagcsereszavarok (tetania, rachitis, spasmophylia), exsudatív gyulladós 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.

## 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 mennyiségét ellenőrizni kell.

## MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére osteoporosis pathológiás esetében csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára rendelhető. A javallatokban feltüntetett egyéb esetekben szakrendelések rendelhetők. Közeti, üzemi, stb. orvosok osteoporosis esetében csak fekvőbeteg-gyógyintézet javaslatára, a javallatokban feltüntetett egyéb esetekben szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhetők.

## CSOMAGOLÁS:

20 db pezsgőtablettát — 54,30 Ft



2666

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR



TISZAVASVÁRI — SANDOZ A. G. BASEL licencia alapján.



SANDOZ



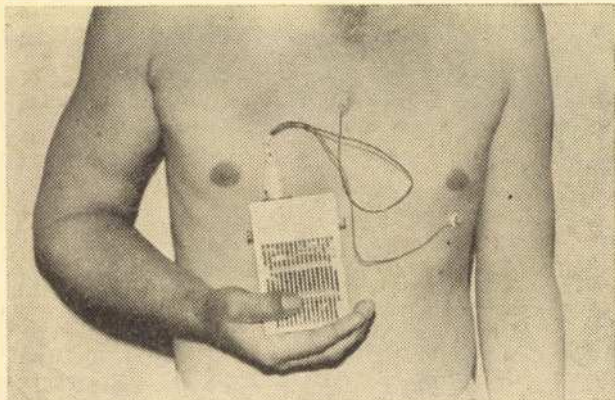
## A telemetrikus EKG monitorozás és a gépi analysis értéke myocardialis infarctusos betegek korai mobilizálásában

Mezey Béla dr., Kellényi Loránd dr.,  
Tekeres Miklós dr., Karmos György dr.  
és Lissák Kálmán dr.

Az acut myocardialis infarctusban (továbbiakban: AMI) szenvedő betegek folyamatos EKG monitorozása az intenzív osztályok rutin feladata és technikailag megoldott probléma. Ezen betegek a mobilizálás kritikus periódusában nélkülözik a monitorozás biztonságát. Az ekkor készített EKG felvételek pedig különösen értékesek. Ezt az igényt legmegfelelőbben a telemetrikus EKG elégíti ki.

Hazánkban eddig nem került forgalomba ilyen berendezés. Csupán szórványos helyi kísérletek ismeretese (13, 14, 25). A tőkés országokban, főként az Amerikai Egyesült Államokban, több orvoselektronikai cég is készít ilyen berendezéseket, bár alkalmazásukat magas árak némiképp ott is korlátozza (1, 10, 12, 22, 24).

Mindezek ellenére a biológiai jelek telemetrikus úton történő továbbítását munkások, sportolók, betegek, asztronauták tevékenysége alatti monitorozásra mind kiterjedtebben alkalmazzák (2, 3, 5, 6, 7, 8, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 26).



1. ábra.  
A telemetrikus adó és a betegre felhelyezett speciális elektródok

Többen hangsúlyozzák a telemetria hasznosságát a terheléses EKG értékelésében (4, 9, 27) és a betegmonitorozásban (8, 11).

Az AMI-on átesett betegek korai felkeltésének gyakorlata tette szükségessé olyan monitorrendszer építését, amely alkalmas EKG és egyéb biológiai jelek telemetrikus továbbítására és ezen jelek mágnesszalagon történő rögzítésére. Az analog formában tárolt információt további, többcélú számítógépes analysisnek vetettük alá.

Jelen tanulmányunkban az egyikünk (Kellényi) által tervezett és készített EKG telemetrikus berendezéssel szerzett tapasztalatainkat foglaljuk össze, különös tekintettel az AMI-on átesett betegek korai mobilizációjára.

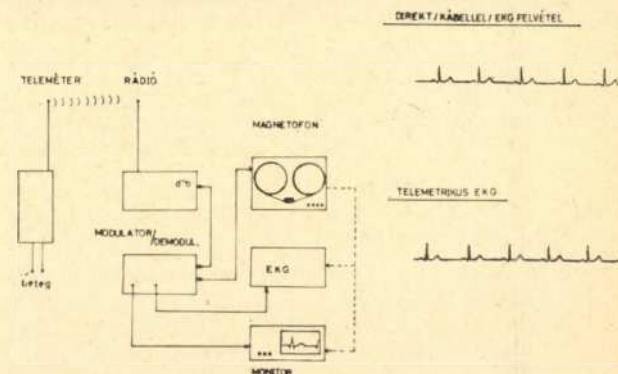
### Beteganyag és módszer

20, teljes mobilizálásig osztályunkon ápolott AMI-os beteget vizsgáltunk (14 férfi és 6 nő). Átlagos életkoruk 58 év volt. Valamennyien a transmuralis myocardialis infarctus kialakulása után néhány órával kerültek az osztályra. A diagnoszt az anamnesis, 12 elvezetéses EKG, Frank szerinti vector-electrocardiogramm és a typosus enzimeltérések (SGOT, CPK, LDH) adatai alapján állítottuk fel. 9 infarctus posterodivagratikus, 2 postero-basalis, 5 antero-septalis és 4 kiterjedt mellősfali lokalizációjú volt. A betegek egyhetes ágynyugalom után először az ágyban passiv majd activ tornagyakorlatokat végeztek. Észlelésünk 9—12. napján az ágy közelében elhelyezett fotelba kerültek. Ezután panasz- és tünetmentesség esetén körtermi séta, korlátlan fennjárás, majd lépcsőn járás következett.

A betegek a 16—24. napon elhagyták a klinikát. A mobilizálás során a szív működésüket telemetrikus EKG segítségével monitoroztuk és a kritikus szakaszokat mágnesszalagon rögzítettük.

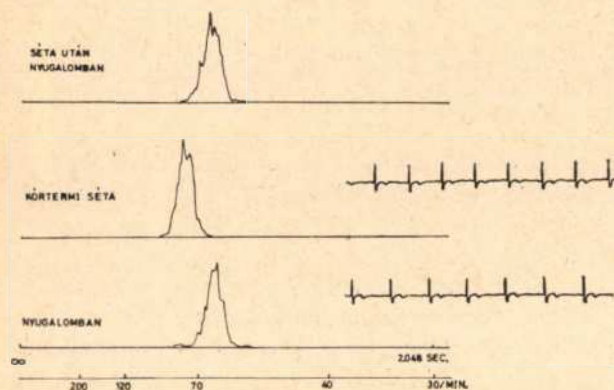
Miniatűrített EKG, előerősítő, bipolaris mellkasi elvezetés jeleit továbbítja kisméretű, 70 MHz tartományban működő, antenna nélkül sugárzó rádióadóba, amely FM/FM módon működik. A zavarmentes jel továbbítás érdekében speciális, Gray—Walter-féle nem polározó, folyadéktöltésű elektródokat rögzítettünk a sternum közepén a II. bordaköz magasságában, és a bal VI. borda felett a medioclavicularis vonal magasságában (1. ábra).

A kisugárzott jeleket automatikus frequentia-követő áramkörrel rendelkező URH sávú hordozható rádiókészüléken vettük. A rádió magnetofon kivezetéséből a jel a konverterbe került, ahonnan szűrés, demodulatio után oscilloscopen megjeleníthető vagy a csatolt egycsatornás direktíró EKG segítségével kiírható. Egyidejűleg a jel visszakódolva 1250 Hz vivő-frequentiaival 4 sávú magnetofonon is tárolható, később innen visszajátszható, ill. számítógépes analysisre felhasználható (2. ábra).



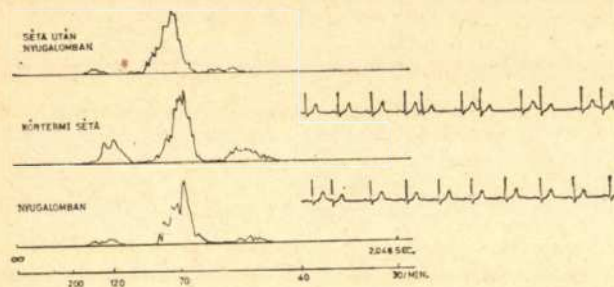
2. ábra.  
Monitor rendszerünk tömbvázlata

Jelen vizsgálataink során a tárolt görbéket NTA—512 Typ. sokcsatornás analysator segítségével vizsgáltuk és az eredményeket histogrammok formájában rögzítettük. Ezek az analysator egy csatornáját 1 mm reprezentálja, a 256 csatorna 2048 msec időintervallumot képvisel. A mobilizálás summált eseményei jól láthatók a histogrammokon.



3. ábra. Anteroseptalis myocardialis infarctuson átesett beteg mobilizálása során készült telemetrikus EKG (15 perces intervallumok) histogrammjai. A felkeltést mérsékelt frequentia-fokozódás kíséri

A frequentia-fokozódáskor gyakorisági maximumok a rövidebb intervallumoknak megfelelően tolnak el; extrasystolék jelentkezésekor a maximumok előtt secundaer csúcsok megjelenése figyelhető meg.



4. ábra. Postero-diaphragmatikus infarctuson átesett betegünkön nyugalomban is gyér supraventricularis extrasystolia figyelhető meg. Az extrasystolék száma terhelés alatt fokozódott. A 440—480 msec intervallumoknak megfelelően észlelhető secundaer csúcsok jelzik az extrasystolék számának növekedését.

A vizsgálatok során betegeink subjectív reakciója kettős volt. Általában mérsékelt aggodalommal fogadták a korai agresszív mobilizálás hírét, amit a jó közérzet és a monitor — amelyet jól hallható akusztikus kijelzéssel is elláttunk — hamarosan nyugodt, bizakodó hangulattá változtatott. Az emissio előtti psychés felmérésük során ápolásuk egyik legjelentősebb eseményeként értékelték a fenti rendszerű mobilizálást. 17 beteg esetében a felkeltés eseménytelenül zajlott. Az első kiültetés után a pulzusszám átlagosan 12/min értékkel, az első séta alatt 16/min értékkel emelkedett. Egyikükön sem észleltünk ischaemiás ST és T elváltozásokat. Két beteg esetén kiültetés alatt 20/min értéket meghaladó frequentia-növekedést észleltünk, subjectív panasz nélkül. Egy betegünkön a körtermi séta során frequens, supraventricularis ES jelentkezett, eny-

he angina kíséretében. Ezen esetekben a mobilizálást néhány napal későbbre halasztottuk. Lépcsőn járás során 5 beteg esetében észleltünk 2—4 mm-es ST szakasz depressiót, subjectív panaszok nélkül, akiket otthoni mobilizálásuk további kiterjesztését illetően óvatosságra intettünk.

A telemetrikusan sugárzott EKG frequentia-és — bizonyos megkötöttségek figyelembevételével — forma-analysisre is felhasználható. A korlátozat nem a rendszer, hanem az elektród pozíció és synchron elvezetések hiánya jelenti.

A telemetria alkalmazásával technikailag megvalósítottuk a mozgás alatti EKG felvételek készítését, amelyre korábban nem volt lehetőségünk. Ily módon biztonságosabbá tehetjük AMI-os betegeink felkeltésének kritikus időszakát. A mobilizálás okozta fizikai megterhelés hatását az EKG segítségével így módon quantitative mértük. Az EKG telemetria bevezetésével és rutinszerű alkalmazásával egyben a korai biztonságos mobilizáció feltételei valósultak meg osztályunkon.

**Összefoglalás.** A szerzők telemetrikus elven működő betegvizsgáló monitort építettek, amely egyben lehetővé tette az EKG mágnesszalagon történő rögzítését és további gépi feldolgozását. Acut myocardialis infarctusos betegek korai mobilizálását elemezték. Kedvező tapasztalataik alapján hangsúlyozzák a telemetria jelentőségét az acut myocardialis infarctusos betegek rehabilitációjában.

**IRODALOM:** 1. Avionics Biomedical Division-Condensed Catalog USA. 5 MCL 12/1973. — 2. Bachmann, K.: in: Biotelemetrie. G. Thieme, Stuttgart, 1970. S. 210. — 3. Bachmann, K. és mtsai: Med. Klin. 1968, 63, 1882. — 4. Bellet, S. és mtsai: Circulation. 1962, 25, 5. — 5. Benchimol, A. és mtsai: Am. J. Cardiol. 1968, 22, 75. — 6. Benchimol, A., Tio St., Gartlan, J. L.: Am. J. Cardiol. 1970, 25, 649. — 7. Benchimol, A. és mtsai: Amer. J. Med. 1970, 48, 303. — 8. Eichler, J.: Prakt. Anästhes. Wiederbelebung, 1967, 2, 270. — 9. Fleisch, A. O.: Schweiz. med. Wschr. 1968, 92, 456. — 10. General Electric Medical System, Kereskedelmi prospektus. — 11. Haan, D.: in: Biotelemetrie. G. Thieme, Stuttgart, 1970. S. 120. — 12. Hellige-Telemetrie system. In: Jubileumschrift. 1970. — 13. Hollós O.: előadás. Magyar Kardiológusok Társasága tudományos ülése, Balatonfüred. 1970. — 14. Hollós O.: Orvos és Technika. 1973, 11, 73. — 15. Hüllemann, K. D., Mayer, H.: Münch. med. Wschr. 1971, 113, 19. — 16. Hüllemann, K. D., Mayer, H., Stahlheber, R.: Münch. med. Wschr. 1971, 113, 1401. — 17. Hüllemann, K. D., Stahlheber, R.: Ztschr. Kreislaufforsch. 1972, 61, 289. — 18. MacKay, R.: Bio-Medical Telemetry. J. Wiley and Sons, London, New York, Sydney, 1968. — 19. Krönig, B. és mtsai: Klin. Wschr. 1972, 50, 899. — 20. Lambrew, C. T., Schuchman, W. L., Cannon, T. H.: Chest. 1973, 63, 477. — 21. Leutschaft, R.: in: Biotelemetrie. G. Thieme, Stuttgart, 1970. p. 96. — 22. Telemetry receiver TMR 016 and radio telemetry. In: Medical Electronics by Simonsen and Weel. Denmark, 1971. 10 0000—5—71. — 23. Nagel, E. L. és mtsai: JAMA. 1970, 214, 332. — 24. Telecust 36. Siemens Aktiengesellschaft, West Germany 47, 110. — 25. Turi P., Maklári L.: előadás. Magyar Kardiológusok Társasága tudományos ülése, Balatonfüred, 1970. — 26. Zerkaw, R., Bachmann, K.: in: Biotelemetrie. G. Thieme, Stuttgart, 1970. S. 202.

XIV. ker. Tanács V. B.

Apáthy István Területi Gyermekkorház

és Gyermekszakrendelő,

I. Gyermeksebészeti Osztály

(osztályvezető főorvos: Dénes János dr.)

## Myelodysplasiás újszülöttek szelekciós terapiája

Dénes János dr. és Léb József dr.

A myelocélék és myelomeningocélék (myelodysplasiák) műtéti javallata az elmúlt 15 évben több ízben is megváltozott, kiterjedt, majd beszűkült aszerint, ahogyan egyrészt bővült az a fegyvertár, mellyel a nyitott gerincsérvet és a hozzá csatlakozó súlyos rendellenességeket gyógyítani tudjuk — másrészt ahogyan a nagyszámú, súlyos beteg életben tartása során olyan tapasztalatokat szereztünk, melyek bizonyos szelekcióra készítetnek bennünket a gyermekek, a szülők és a társadalom érdekében. Ezt a kérdést az elmúlt évben igen sok tudományos értekezés (5, 11) és közlemény (3, 4, 7, 8) vitatta meg és lassan kialakulóban van egy olyan álláspont, mely a pillanatnyi terapiás lehetőségekhez igazodik és természetesen megváltozhat akkor, ha ezek a lehetőségek újabb kezelési eljárásokkal gazdagodnának.

A myelodysplasiás újszülötteket az elmúlt 15 év előtti időszakban vagy sorsukra hagyták vagy csak a gerincsérv zárására szorították. Így az életben maradtak nagy többsége fizikális és pszichicus értelemben is nyomorék maradt vagy későbbi időpontban meghalt a kísérő hydrocephalus szövődésében, ill. a húgyúti fertőzés okozta veseelégtelenségben. Alapvető változást e téren az 1950-es évek vége jelentett, amikor is a myelodysplasiát 70—80%-ban kísérő hydrocephalus gyógyításában új eljárás, a ventriculo-atrialis shunt műtét kezdett elterjedni, mely számos szövődésének ellenére is e téren minőségi változást jelentett a túlélés, ill. a szellemileg többé-kevésbé ép túlélés javításával. Ez a tapasztalat hozta magával a sokoldalú kezelés egyéb problémáinak megjavítását is, így a minél előbbi, korai zárás szükségességét, az orthopaediai kezelés korai bevezetését, a békult hólyag konzervatív és műtéti kezelését és a mozgás-therapia kiterjesztését. Ezeknek a terapiás elveknek első és legerőteljesebb propagálója a sheffieldi iskola (6, 10) volt és nagyszámú eseteik

alapján kialakult kezelési eljárásukat vették át a többi európai és tengerentúli intézetek is. Majdnem egy évtizedre tehető (1960—1970) annak az általánosan elfogadott szemléletnek az elterjedése, amely szerint a myelodysplasiás újszülöttek érdekében számos szakember segítségével minden lehetőséget meg kell tenni életben maradásuk biztosítására. Ezt a szemléletet fogadták el mindazon intézetek, ahol ennek a sokoldalú kezelésnek a feltételei adottak voltak. Az évek során azonban világszerte egyre nagyobb számú túlélő gyermeket tudtak utánvizsgálni és kiderült az, hogy noha a túlélést a halálozás csökkentésével lényegesen növelték, a túlélők tekintélyes része súlyos végtagbénulással, hólyagbénulással és következményeivel; végtag-deformitásokkal, kyphosissal, ismétlődő pathológiás törésekkel és ritkább trophicus fekélyekkel mind a szülőknek, mind a társadalomnak súlyos megterhelést jelentett. Mivel a hydrocephalus korszerű kezelésével e gyermekek nagy része szellemileg ép, ők maguk is tudatában vannak a társadalomból való kirekesztettségüknek. Mindezen tapasztalatok ismeretében éppen a legnagyobb számú esetet utánvizsgáló sheffieldi kórház gyermekgyógyásza, a magyar származású *Lorber János* dolgozott ki 1971-ben (3) olyan szelekciós terapiát, mely szerint a kezelésből kirekesztendők azok az újszülöttek, akikben a bénulás az L<sub>2</sub>—L<sub>3</sub> segmentig vagy e fölé terjed, akiknek a fejkörfogata a 90 percentilt legalább 2 cm-rel meghaladja, akiknek nagyfokú kyphosisuk vagy egyéb súlyos (elsősorban szív-) rendellenességük van. Ezek az összes eseteknek több mint felét jelentik. 1967—68-ban a sheffieldi kórházban 110 ilyen beteget operáltak meg, 50%-uk meghalt, az életben maradtoknak 38%-a volt szellemileg ép, 36%-a kissé retardált és 26%-a súlyosan retardált. Mozgásképességüket illetően fizikálisan valamennyien erősen érintettek voltak. Mindezek miatt javasolta az ismertett szelekciót úgy, hogy a kirekesztendő újszülöttek „semmiféle” kezelésben ne részesüljenek — gyógyszeres kezelésben sem — a szájon át való táplálást és az ápolást kivéve. Két évvel később, 1973-ban (4) beszámolt arról, hogy az osztályán ilyen szelekcióval egy év alatt 37 újszülöttről 25-öt nem részesítettek kezelésben, ezek újszülött- és korai csecsemőkorban valamennyien meghaltak. A kezeltékből csak egy halt meg, a többiek vagy normálisak vagy kismértékben retardáltak. Érdekes megemlíteni, hogy ugyanazon sheffieldi gyermekkorház sebésze, *Zachary*, aki a legtovább tartott ki „valamennyi” myelodysplasiás újszülött teljes, complex terapiája mellett, az elmúlt évben ugyancsak rátért a reménytelennel látszó újszülöttek szelekciójára. Az edinburgh-i gyermekkorházban *Stark* és *Drummond* (8) már régebben végeztek szelekciót. 6 év alatt 163 betegükből ezeknek 48%-át részesítették korai kezelésben, 70%-uk maradt életben, míg a kezelésben nem részesítetteknek több mint 80%-a meghalt. Ez utóbbi, tehát nem kezelt csoportban, ha az életben maradtoknak később hydrocephalusuk fejlődött ki, azt megoperálták.

A szelekció mindezek figyelembevételével követendőnek látszik, azonban kivitele sok nehézségbe és buktatóba, valamint lelkiismereti problémá-

ba ütközik, főleg az átmeneti esetekben. Először is nem mindig könnyű pontosan megállapítani a bénulás határát, ill. magasságát, különösen azokban az esetekben, amikor a beszállítás későn történik és trauma, kiszáradás, fertőzés következtében már egyes, eredetileg mozgásképes izomcsoportok működése kiesett (ezek ugyanis műtét után újra működőképesé válhatnak). Másodsorban nehézséget jelenthet az a probléma is, hogy mi történjék akkor, ha a szülőket (elsősorban az apát) őszintén felvilágosítjuk a gyermek valószínű jövőjéről és mindezek tudatában ragaszkodnak a műtéthez és a gyermek mindenáron való megmentéséhez? A szelekció kérdése tehát semmiképpen sem egyszerű, még akkor sem, ha humanitárius szempontokat és az élet mindenáron való megtartására tett eskünket bizonyos mértékben figyelmen kívül hagyjuk.

Saját kezelési eljárásunk az elmúlt években az alábbi alapelveken nyugodott: minél előbbi, korai zárás, előzőleg bakteriológiai vizsgálat a velőlemezről a későbbi célzott antibioticus kezelés végett. Záráskor elsősorban jól záró durazsák létesítésére törekszünk és nem erőltetjük feltétlenül az izomplasztika elvégzését. Az esetleges dongaláb, illetve contracturák redressióját már az első héten megkezdjük. Hydrocephalus gyanúja esetén minél előbb ventriculographiát végzünk, amikor az agyköpeny vastagságán kívül a liquor-nyomásról, valamint a liquor laboratóriumi és bakteriológiai vizsgálatának eredményéről is tájékozódást kapunk. Agresszív hydrocephalus esetén (általában 15 mm-es agyköpenyvastagság alatt) a shunt műtétet Pudenz—Heyer-ventil segítségével minél előbb elvégezzük. A reoperatiót illetően az agykamrai katéter elzáródása esetén ezt kicseréljük — a szívkatéter elzáródásakor vagy másik oldali újabb shunt műtétet végzünk vagy a meglévő shunt meghosszabbított peritoneális változatát alkalmazzuk. Fertőzőes szövődmények, melyekre eleinte gyakrabban számíthattunk, nagyrészt az újszülöttek korai beküldése következtében egyre ritkábban fordulnak elő. Rutinszerű urographiát is végzünk az első hetekben, esetleges, sebészileg korrigálható urológiai rendellenességek felderítésére. A hazabocsátott csecsemőt rendszeresen visszarendeljük ellenőrző vizsgálatra, amikor is a mozgásképeséget, a hydrocephalust, a végtag-deformitásokat és a húgyúti fertőzöttséget ellenőrizzük. Komolyabb orthopaediai problémát gyermekorthopaed szakemberekkel konzultálunk, illetve kezeljük. A mozgássérültek intézetének értékes segítségét 2—3 éves kortól vesszük igénybe. Ez tornagyakorlatokból és a vizeletkondicionálásából áll, bentlakó vagy bejáró beteg formájában. Két év óta a hólyag elektromos stimulációját a *Katona Ferenc dr.* által (Országos Idegsebészeti Intézet gyermekosztálya) konstruált viscerostimulator (2) segítségével általában 1—2 éves kor után kezdjük el, elsősorban sacralis vagy lumbosacralis localisatiójú esetekben, amikor van bizonyos mozgás-, illetve járóképeség. A 10 napig tartó, naponta végzett és lehetőleg 3 havonként megismételt kezelésektől a vizelet pangás okozta súlyos fertőzések, a veseelégtelenség megelőzését reméljük és azt, hogy ezzel elkerülhetjük a vizelet-elvezető műtéteknek a szükségességét, ill. a vizelet-

gyűjtő tartályoknak a viselését. Kivételesen, pl. teljes hólyagelégtelenség esetén a kezelést már jóval korábban, esetleg újszülöttkorban is elvégezzük. Eddigi tapasztalataink szerint (25 gyermek rendszeres, ismételt kezelése) a kezdeti eredmények biztatóak, különösen ismételt kezeléssorozatok után. A kiindulási intravesicalis nyomás jóformán minden esetben lényegesen emelkedik és az esetek kétharmad részében ezt klinikai javulás is követi, vagyis a hólyag teltségérzetének, ill. vizelet ingernek a jelentkezése, valamint a gyermekeknek 1—4 óráig való szárazon tarthatósága. Van olyan gyermek is, akinél a kezeléssel sugárban való vizeletértünk el. Nem ritkán kényszerültünk pathológiás törések és néha trophicus fekélyek gyógyítására is.

Osztályunkon az elmúlt 17 év alatt mintegy 200 nyitott spina bifidával született gyermeket kezeltünk. Ezeknek csak 10%-a volt meningocele, 90 százalékuk myelo-, ill. meningomyelocele volt. Ez utóbbiak közül 5 év műtéti beteganyagának utánvizsgálatát végeztük el, az 1968 és 1972 között műtötték. Ebben az időben a betegek túlnyomó többségét, 1—2 kivétellel, válogatás nélkül korai műtéttel, majd a kezelés minden egyéb eszközével igyekeztünk életben tartani. Azért választottuk ezt az 5 évet, mert ezen időszakban ventil ellátásunk már folyamatos volt és az 1972-ben operáltak további sorsa is már nagyjából megítélhető volt. Az említett 5 év alatt tehát 110 myelodysplasiás újszülöttet és csecsemőt kezeltünk. Ezek közül 14 sacralis, 57 lumbosacralis, ill. lumbalis, 39 pedig thoracolumbalis elhelyezkedésű volt. Igyekeztünk megállapítani, hogy a 110 újszülöttből mennyit kellett volna kirekeszteni a kezelésből a *Lorber-féle* szelekció alapján. E szelekció szerint a kezelendő és a szelektálandó csoport halálozását az 1. táblázatban adjuk meg. Az életben maradtak fizikai és szellemi képességére pedig a 2. táblázat utal. Így lényeges különbség állapítható meg a 2 csoport halálozása között, de a különbség még szembetűnőbb, ha a túlélők fizikai és szellemi képességét vizsgáljuk.

Saját eredményeink is erősen alátámasztják tehát a szelekciós terapia létjogosultságát, ha nemcsak a túlélők mennyiségét, hanem minőségét is javítani akarjuk. A szelekció gyakorlati kivitele azonban sem etikai, sem egyéb szempontból nem könnyű feladat. A *Lorber-féle* szelekciós sémát igen szigorúnak tartjuk, ez túlságosan sok újszülöttet zár ki a kezelésből. Éppen ezért a jövőben szeretnénk az alábbi gyakorlatot kialakítani: a myelodysplasiás újszülött felvétele után megállapítjuk, hogy az újszülött a kezelendő vagy a szelektálandó csoportba tartozik-e. Szelektálandók lennének a thoracolumbalis kiterjedésű esetek, amelyek teljes alsó végtag bénulással (teljes haránt-laesióval) járnak vagy már születéskor olyan nagy hydrocephalusuk, esetleg egyéb súlyos rendellenességük (szívrendellenesség, vakság, súlyos kyphosis) van, mely a túlélő gyermek jövőjét többé-kevésbé kilátástalanná teszi. Ez a szelekció lényegesen enyhébb kritériumokat tartalmaz a kirekesztendők szempontjából, mint a *Lorber* által ajánlott séma. Szelektálandó esetben igyekeznénk a hozzátartozókat, elsősorban az apát a lehető legrövidebb időn, 24 órán belül „őszintén”

1. táblázat

1968—1972	Betegek száma	Halálozás	Élethben maradt
Kezelendő.....	50 (45,5%)	12 (24%)	38 (76%)
Szelektálandó ..	60 (54,5%)	38 (63%)	22 (37%)
Összesen .....	110	50 (45,5%)	60 (54,5%)

2. táblázat

1968—1972	Önállóan jár	Segítség-géppel jár	Végtagját mozgatója	Teljesen mozgásképtelen	Szellemileg súlyosan retardált
Kezelendő....	13	14	5	6	2
Szelektálandó	0	0	4	18	5
Összesen ....	13	14	9	24	7

felvilágosítani a gyermek jövőjét illetően a túlélés esetére. Kétségtelen, hogy a szülők ilyenkor általában követik az orvos tanácsát, de azt gondoljuk, hogy kellő felvilágosítás után joguk van ezt a tanácsot visszautasítani és ragaszkodni ahhoz, hogy az újszülött életben tartásának érdekében mindenemű therapiás beavatkozást elvégezzünk. Különösen jogos ez a kívánság akkor, ha újabb, egészséges gyermek születésére nincs remény és a szülők a túlélő, csökkent értékű gyermek megfelelő ellátását biztosítani tudják. Ha azonban a világos és őszinte felvilágosítás után a szülők sem kívánják, hogy minden lehető therapiás beavatkozást elvégezzünk, akkor eltekintենék a gerincserv azonnali zárásától, de amennyiben az újszülött életben maradna, természetesen mindent elkövetnénk életének megkönnyítésére.

Ezt az álláspontot a jövőben természetesen meg kellene változtatni akkor, ha a mozgásképtelen gyermekek rehabilitációjában újabb therapiás lehetőség merülne fel. A probléma végleges megoldását azonban csak a megfelelő prophylaxis jelentheti, amikor a terhesség korai szakaszában, intrauterin vagy egyéb diagnosztikai eljárással kellő

időben meg lehet állapítani a myelodysplasia jelenlétét és terhességmegszakítással elejét venni az ilyen gyermek megszületésének. Gondolunk itt az amnion-folyadék alpha-foetoprotein vizsgálatára, mely elég nagy biztonsággal, és az anya savójának hasonló vizsgálatára, mely kisebb biztonsággal képes a 18—20. terhességi hét előtt a spina bifida aperta lehetőségét megállapítani. Ugyanezen vizsgálatok egyébként már csaknem teljes biztonsággal végezhetőek el a spina bifidával aetiologialag közös anencephalia esetében (1, 9). Reméljük, hogy ezek a vizsgálatok hazánkban is minél előbb el fognak terjedni.

**Összefoglalás.** A myelodysplasiás betegek válogatás nélküli, intenzív, sokoldalú kezelése a túlélők számának jelentős megnövekedéséhez vezetett, azonban a kiterjedt bénulással járó elváltozások túlélői között nagyszámban vannak fizikálisan és szellemileg súlyosan retardált betegek, akik komoly terhet jelentenek a hozzátartozóknak és a társadalomnak. Ezért Lorber és azóta több követője olyan szelektációs eljárást dolgoztak ki, mellyel e súlyos eseteket mindennemű kezelésből kirekesztik és ezzel kisebb számú, de minőségileg sokkal jobb állapotban levő túlélőkre számíthatnak.

Szerzők 5 éves (1968—1972) myelodysplasiás beteganyagukon végeztek utánvizsgálatokat, akiket annak idején jóformán válogatás nélkül minden esetben intenzív kezelésben részesítettek. Kiderült, hogy az 54,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ot kitevő szelektálandó esetekben 63<sup>0</sup>/<sub>0</sub> volt a halálozás és a túlélők túlnyomó többsége mozgásképtelen, viszont a kezelendő 45,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> halálózása mindössze 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub> volt és a túlélők közel három negyed része önállóan vagy segítséggel, illetve géppel járóképes. Mindezek alapján fontolóra veszik a jövőben a myelodysplasiás újszülöttek szelektációját, amely természetesen sok problémát is rejt magában.

**IRODALOM:** 1. Brock, J. H. és mtsai: Lancet. 1974, I, 767. — 2. Katona F.: Z. Kinderchir. 1973, 13, 114. — 3. Lorber, J.: Develop. Med. Child. Neurol. 1971, 13, 279. — 4. Lorber, J.: Brit. Med. J. 1973, IV, 201. — 5. Regenbrecht, J.: Z. Kinderchir. 1973, 13, 30. — 6. Sharrard, W. J. W. és mtsai: Arch. Dis. Childh. 1963, 38, 18. — 7. Smith, G. K., Smith, E. D.: Brit. Med. J. 1973, IV, 189. — 8. Stark, G. D., Drummond, M.: Arch. Dis. Childh. 1973, 48, 676. — 9. Waldbrock, N. J. és mtsai: Lancet. 1974, I, 765. — 10. Zachary, R. B.: Lancet. 1968, II, 274. — 11. Vele született rendellenességek IV. nemzetközi konferenciája. Bécs. 1973.

Fővárosi Gyermekfogászati Központ  
(igazgató főorvos: Kovács Zoltán dr.),  
Heim Pál Gyermekkórház,  
Fül-Orr-Gége és Bronchológiai Osztály  
(főorvos: Kallay Ferenc dr.)  
és a XIII. ker. Madarász utcai Csecsemő és Gyermekkórház,  
Fül-Orr-Gége Osztály (főorvos: Hirschberg Jenő dr.)

## Teljes egy- és kétoldali ajak- és szápadhasadékos csecsemők műtét előtti orthodontiai kezelésével szerzett tapasztalataink

Rehák Gizella dr., Kallay Ferenc dr.  
és Hirschberg Jenő dr.

Az ajak- és szápadhasadék kozmetikailag és funkcionálisan súlyosan torzító fejlődési rendellenesség. A korszerű rehabilitáció csak több szakterület együttműködésével oldható meg (1, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 17, 18).

Előfordulása viszonylag gyakori. Hazánkban Czeizel (2) legutóbbi felmérése szerint az ajakhasadék ± szápadhasadék incidenciája 1,17%. Ez az érték lényegében megfelel a WHO-vizsgálatok eredményének. A terhesség utáni fejlődésével és az újszülöttellátás javulásával egyre több az életben tartott, de sokszor csak fejlődési rendellenesség és funkcióhiba mellett megmentett gyermek. Így számolnunk kell a szápadhasadékos gyermekek számának növekedésével.

A teljes ajak- és szápadhasadék az intrauterin élet 5–9. hetéig kialakul. Mégis születéskor a hasadt segmentek a kórkép súlyosságától függően különböző helyzetben helyezkednek el. Az elváltozás súlyosbodását főleg a vomer növekedési ingere okozza, amely a hasadt maxilla esetében nem az egész felső állcsont, csupán a praemaxillára hat és hatását az intakt alveolus és ajkak hiányában ezek féken tartó ellennyomása nem szabályozza. Van Limborg (cit. 4) 1964-ben kimutatta, hogy a proc. pterygoideus a hasadt részen gyakran masszívabb és dorsalisabban helyezkedik el, mint egyébként. Ilyen esetben a segment a hasadt oldalon akár fél centiméterrel hátrább lehet. Végül —

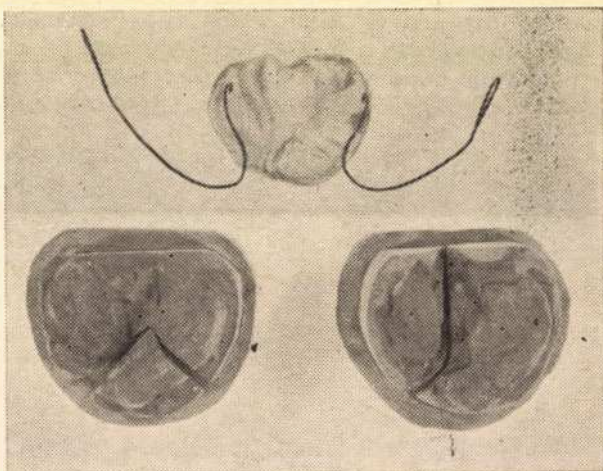
de nem utolsósorban — rendkívül káros hatást fejtenek ki a funkciójukban megzavart izmok és lágyszövetek szabálytalan húzásai.

Ennek a megbomlott forma- és funkcióegyensúlynak helyreállítása az elváltozás súlyosságától függően gyakran kívánja a plasztikus sebész és fogszabályozó korai munkáját.

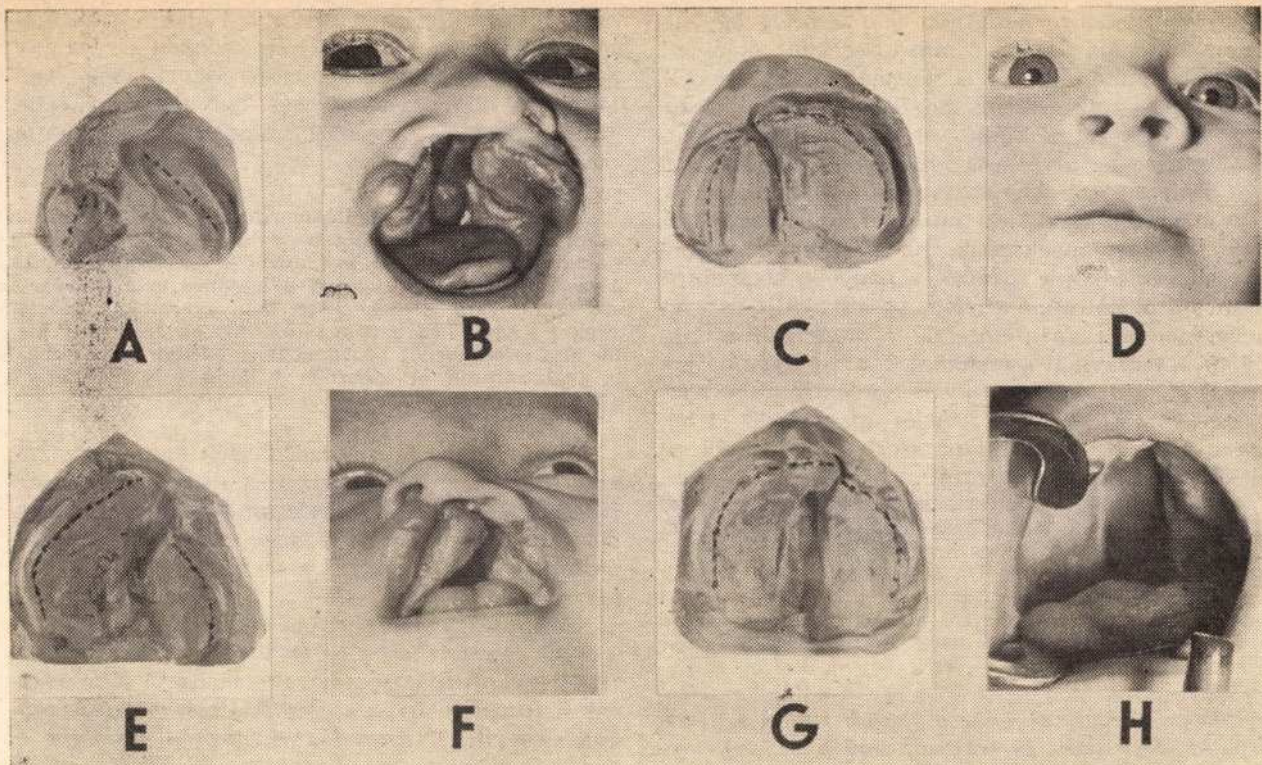
Orthodontiai segédeszközt az ajakműtét eredményének biztosítására először a XVI. sz.-ban alkalmazták, kis rögzítő sapka formájában. A műtét többnyire csak a praemaxilla és a prolabium feláldozásával volt lehetséges. Desault (cit. 18) a XVIII. sz.-ban az előreálló praemaxilla visszaillesztésére tarkótájon megkötött vászonszalagot alkalmazott. A későbbiek folyamán a műtét megoldások tökéletesedésével a fogszabályozási beavatkozások háttérbe szorultak.

A műtét előtti orthodontiai kezelés McNeil (14) 1956-ban közölt eljárása óta újból az érdeklődés homlokterébe került. Az általa ajánlott lemezt mind gyakrabban alkalmazzák, többnyire módosított formában. A jobb rögzítés érdekében kis fejsapkához fixálják és csavarral, ill. drótelemekkel bővítik (3, 5, 6, 7, 11, 13, 19, 20). Bár a kezelési eljárások különböznek, a korai kezelést bizonyos esetekben minden fogszabályozó szükségesnek tartja. Legnagyobb előnye abban rejlik, hogy a hasadt segmentek közelítésével az ajakhasadék operatív egyesítése kevesebb lágyszövet mobilizációjával végezhető el és az így keletkezett kisebb heg a felső állcsont sagittális és transversalis irányú növekedését kevésbé befolyásolja.

1971. október 1. óta tartó közös együttműködésünk alatt egyoldali teljes ajak- és szápadhasadék esetében a műtét előtti orthodontiai kezelést módosított McNeil-lemezzel végezzük. Ez akkor szükséges, ha 1. a hasadék nagyon széles és 2. ha a kisebb segment befelé és a nagyobb segment erősen kifelé rotálódott, úgyhogy az ajakhasadék egyesítése után fennáll az a veszély, hogy a kisebb segment a nagyobb alá csúszik. Ezt a kezelést legelőnyösebb a csecsemő néhány hetes korában elkezdeni. Minden egyoldali teljes hasadék esetében az ajakműtét után 6 héttel rugóval ellátott lemezt

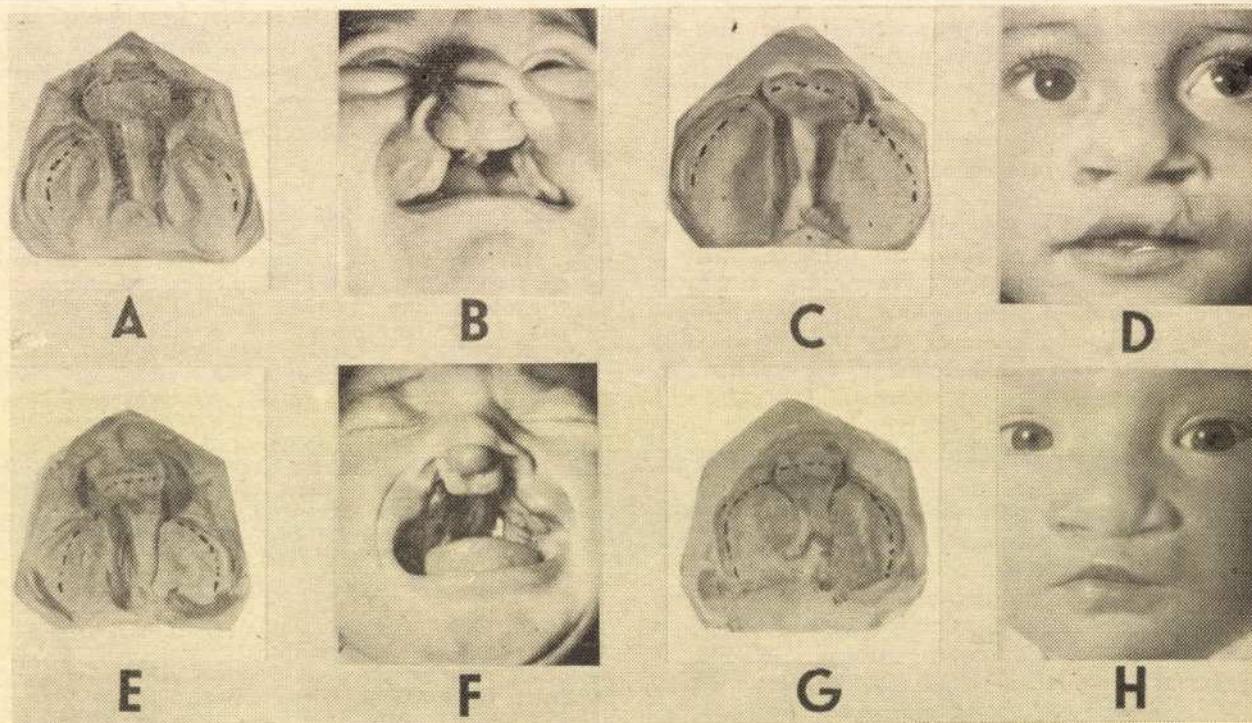


1. ábra.  
A kétféle módon elvágott munkamodell  
és az állcsont-segmenteket szabályozó lemez



2. ábra.  
A-D. D. V. leánysecsemő. Teljes kétoldali ajak- és szájpadhasadék.

E-H. P. G. fiúsecsemő, teljes baloldali ajak- és szájpadhasadékkal. Modell és fényképfelvétel fogszabályozó kezelés, valamint műtét előtt és után



3. ábra.  
A-D. D. V. leánysecsemő. Teljes kétoldali ajak- és szájpadhasadék.

E-H. B. A. leánysecsemő. Teljes kétoldali ajak- és szájpadhasadékkal. Modell és fényképfelvétel fogszabályozó kezelés, valamint műtét előtt és után

helyeztünk a szájba, a helyesen közelített segmentek retencióban tartása végett.

Műtét előtti kezelésünk eljárása a következő. A csecsemő felső állcsontjáról Silodent lenyomatot

veszünk, majd a kiöntött modellt a hasadék mentén szétfűrészeljük. Milliméterpapír segítségével a segmentek eltolásával az ívet a lateralis és antero-posterior síknak megfelelően korrigáljuk. Az így

beállított modellre készítjük el a lemezt. Egy alkalommal maximálisan 3 mm-t tágíthatunk és ezt hetente ismétljük. Ha a segmentek tágitása (ill. szűkítése) — az esetnek megfelelően — befejeződött, következik a kifelé rotált praemaxilla visszaillesztése az alveolaris ívbe Wood (21, 22) szerint. Ehhez újabb lenyomatot veszünk és a modellt a praemaxillo-maxillaris sutura mentén vágjuk el. Ennek helyét megkapjuk, ha a kisebb segment hosszát rámérjük a tubertól a nagyobb segmentre. A suturától hátrafelé a lemez passzív, célja csak az ív retenciója, csupán előrefelé, a praemaxillára aktív. A praemaxillát esetenként 3 mm-t nyomhatjuk befelé (1. ábra). Ezt a folyamatot extraoralis nyomással gyorsíthatjuk. A kezelés átlagosan 3—4 hónapig tart. Ezután Millard szerint elvégezzük az ajakhasadék műtétes zárását.

**Eseteink:** K. P. fiúgyermek rendkívül széles teljes egyoldali ajak- és szájpadhasadékkal született. Az orthodontiai kezelést 6 hetes korában kezdtük és 3 hónapig tartott (2. ábra A—D). P. G. fiúgyermek maxilla segmentjeinek közelítési iránya rendkívül kedvezőtlen volt. A kisebb segment befelé, a nagyobb erősen kifelé rotálódott. Kezelésünket 8 hetes korban kezdtük és 4 hónapig tartott (2. ábra E—H).

A hasadéktípusok legsúlyosabb formája a teljes kétoldali ajak- és szájpadhasadék. A nagyfokban protrudált praemaxilla visszaillesztése az alveolaris ívbe mind a sebész, mind a fogszabályozó számára rendkívül nagy problémát jelent, amelyet egyre újabb és újabb eljárással próbálnak megoldani (12, 15). Mindenesetre ma már elég egységes az az álláspont, hogy a praemaxillát sebészileg reponálni nem szabad, mert annak biztos következménye az esztétikailag rendkívül visszatartó pseudoprogenia.

Teljes kétoldali hasadék műtét előtti orthodontiai kezelése minden esetben kívánatos. Gyakorlatunkban a McNeil-lemez helyett a Georgiade (6) által ajánlott eljárás kisebb módosítással jobbnak és gyorsabbnak bizonyult. Lényege, hogy a praemaxilla visszahúzása intraoralisan gumigyűrűvel történik. A kezelést pár hét alatt befejezhetjük, szemben a lemezzel történő, több hónapig tartó szabályozással. A kezelést leghelyesebb a csecsemő 4—5 hetes korában elkezdni. A praemaxilla és vomer közti varrat 4—6 hónapos korban csontosodik és ezáltal az előbbi helyre vitele lényegesen megnehezül.

Intratrachealis narkózisban a praemaxillába és vomerbe 1,2 mm vastagságú puha ezüstdrótot húzunk, majd ezek visszahajlított horgaiba intraoralisan nagy elaszticitású orthodontiai gumigyűrűket akasztunk. Ezeket — a gumigyűrűk rugalmasságának kimerülése miatt — hetenként cseréljük. A praemaxilla általában 4 hét alatt beilleszkedik az alveolaris ívbe az oldalsó segmentek közé. A készülék eltávolítása után elvégezzük az egyik oldali

majd 6 hét múlva a másik oldali ajakhasadék műtétet Millard szerint. Az ajakhasadékok zárása után az oldalsó segmentek összecsiszásának megakadályozására kis szájpadlemezt hordatunk a teljes szájpadzárásig. A lemez mindhárom segmentet magában foglalja.

**Eseteink:** D. V. leánygyermeken 5 hetes korban kezdtük el a praemaxilla visszahúzását. A készülék 1 hónapig volt számban, ezt követte az ajakhasadékok zárása. A légyszájpadzárást 9 hónapos korban végeztük el (3. ábra A—D). B. A. leánygyermeken kezelésünket 4 hetes korában kezdtük. A jobb eredmény biztosítása érdekében a praemaxillára extraoralis nyomást is gyakoroltunk. A készülék 3 hétig volt számban (3. ábra E—H).

Teljes ajak- és szájpadhasadék esetében a maxilla segmentjei többnyire nem a szabályos fogsorívnek megfelelően, hanem egymástól távol, ill. egymás alá csúszva helyezkednek el. A csak sebészi úton megoldott eseteknél a segmentek szabálytalan ívben egyesülnek. Ezáltal a maxilla transversalis és sagittalis irányú fejlődése erősen akadályozott és a fogak is rendellenes helyzetben törnek át. A műtét előtti helyes alveolaris rekonstrukció a hasadék-műtét funkcionális és kozmetikai eredményét nagyban elősegíti. Nagyon fontos, hogy a szülészek és gyermekgyógyászok a hasadékos újszülöttet minél előbb szakrendelésre irányítsák, mert legtöbb esetben csak korai orthodontiai kezeléssel lehet kielégítő eredményt elérni.

**Összefoglalás.** A szerzők az ajak- és szájpadhasadékos csecsemők orthodontiai kezeléséről számolnak be. Eseteken demonstrálva mutatják be a műtét előtti orthodontiai kezelés fontosságát. Egyoldali teljes hasadék esetén McNeil, kétoldali teljes hasadék fennállásakor Georgiade eljárását alkalmazzák.

**IRODALOM:** 1. Bethmann, W.: Dtsch. Stomat. 1964, 14, 645. — 2. Czeizel E., Tusnádi G.: Gyermekgyógy. 1971, 22, 549. — 3. Flath, I.: Fortschr. Kieferorthop. 1969, 30, 347. — 4. Flath, I.: Die Progenie beim Spaltträger und ihre Ursachen. Habil. Leipzig, 1969. — 5. Flath, I.: Dtsch. Stomat. 1970, 20, 524. — 6. Georgiade, N. G.: Cleft Palate J. 1970, 7, 411. — 7. Hazslinszkyné Tamásy L., Kontor E.: Gyermekgyógy. 1969, 20, 217. — 8. Hirschberg J.: Fül-orr-gégegyógy. 1965, 11, 74. — 9. Hirschberg J., Szabó S.: Gyógypedagógia. 1968, 13, 138. — 10. Hirschberg J.: Gyermekgyógy. 1970, 21, 392. — 11. Hotz, R.: Early Treatment of Cleft Lip and Palate. Huber, Bern, 1964. — 12. Kallay F.: Orv. Hetil. 1964, 105, 49. — 13. Kontor E., Nagy L., Hazslinszkyné Tamásy L.: Orv. Hetil. 1971, 112, 1957. — 14. McNeil, C. K.: Brit. Dent. J. 1956, 101, 191. — 15. Mühler G.: Zbl. Chir. 1967, 26, 993. — 16. Pónyi S.: Fogorv. Szle. 1968, 61, 104. — 17. Rehák R.: Fogorv. Szle. 1967, 57, 14. — 18. Rosenthal, W., Flath, I.: Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferheilk. 1967, 48, 199. — 19. Spira, M., Findlay, S.: Cleft Palate J. 1969, 4, 461. — 20. Taatz, H.: Fortschr. Kieferorthop. 1969, 30, 329. — 21. Wood, B. G.: Am. J. Orthod. 1970, 58, 138. — 22. Wood, B. G.: Am. J. Orthod. 1972, 61, 501.



Városi Tanács Kórháza, Keszthely,  
Kórbonctani és Kórszövettani Osztály  
(főorvos: Mórocz József dr.),  
Országos Munkaegészségügyi Intézet  
(igazgató: Timár Miklós dr.),  
Városi Tanács Kórháza, Tapolca,  
Belgyógyászati Osztály  
(főorvos: Szigethy József dr.)  
és MÉM Toxikológiai Laboratóriuma, Keszthely  
(igazgató: Bordás Sándor dr.)

## Halálos Gramoxone mérgezés

Mórocz József dr., Adamis Zoltán dr.,  
Somogyi József dr.  
és Politzer Ágnes vegyész-mérnök

A Gramoxone rendkívül előnyös agrobiológiai sajátosságokkal rendelkező totális herbicid, mely az elmúlt években világszerte, így hazánkban is egyre nagyobb mennyiségekben kerül felhasználásra. Hatóanyaga a paraquat-diklorid (25%-os oldat), egy dipiridil származék, amely emberen már igen kis mennyiségben is halálos kimenetelű mérgezéseket okozhat (1).

Malone és mtsai (9) szerint 1971-ig 80 halálos mérgezést okozott a Gramoxone, ebből 36 véletlen, 44 suicid eset volt. Chao (3) szerint 1964–1972 között 142 halálos mérgezés történt, 66 suicid, 76 véletlen eset. Hofmann és Froberg (7) 1967–1972. években történt Gramoxone mérgezéseket tekintette át a Német Szövetségi Köztársaságban. A véletlen mérgezések száma 18 volt (ebből 7 halálos), suicid eset 20 (16 halálos). Hazánkban 1971–1973 között dipiridil herbicidek közül a Gramoxone és a Gomez (28% paraquat-dimetilszulfát) 8 esetben (5 halálos), a Reglone (20% diquat-dibromid) 2 esetben (mindkettő gyógyult) okozott mérgezést.

Cikkünkben egy 1974 márciusában bekövetkezett véletlen, halálos Gramoxone mérgezést ismertetünk. Hasonló eset közlésével a magyar irodalomban nem találkozunk.

### Esetismertetés

G. Gy., 50 éves gépi fűrészelőt 1974. március 3-án vesszük fel osztályunkra viszonylag jó általános állapotban növényvédőszer-mérgezés alapos gyanúja miatt. Elmondása szerint munkából hazatérve 3 dl bort ivott, majd egy másik üvegből — melyben feltételezése sze-

rint szintén bort volt — egy jókora kortyot fogyasztott. Annak furcsa ízét érezve dőbben rá, hogy permetezőszert ivott.

Beszállításkor hányingerről, hányásról, szédülésről, fejfájásról tesz említést. Vizsgálatokor elérhető, fájdalmas tapintatú májat, ütögetésre érzékenyebb vesetájat, enyhe dyspnoet észlelünk. Szerves foszforsavészter mérgezésre gondolva gyomormosást végzünk, Atropin, Toxogonin injekciót adunk. Csak másnap reggelre tisztázódik, hogy a megivott gyomirtószert Gramoxone volt. A normális értéket mutató cholinesterase-aktivitási próba is ellene szól szerves foszforsavészter mérgezésnek. Ekkor polyvinylpyrrolidon solutiót adunk. A nyelési panaszai miatt kért gégeészeti consilium az enyhe garat-hyperaemián kívül egyéb eltérést nem talál. Mivel torokfájdalma egyre fokozódik, nyelési panaszok jelentkeznek, ápolása 4. napján ismételt gégeészeti consiliumot kérünk, amelynek eredménye: a nyelv duzzadt, hyperaemiás, fehér lepedékes, a nyelvgyök és az elülső garatív találkozásánál necroticus nyálkahártya. A garat és a gégebemenet nyálkahártyája duzzadt, vérbő. Gége-oedema nincs. A közben elkészült székletvizsgálat Weber pozitív eredménye a gyomor-bél rendszer károsodását mutatja.

Észlelésünk 3–4. napjától máj- és veseműködési zavarok jelentkeznek, amelyek az alkalmazott kezelés ellenére egyre fokozódnak. A 9. ápolási napon súlyos icterus mellett zavarttá válik, egyre nehezebben lélegzik, oliguria alakul ki. Comatosus állapotban a kórházi ápolás 10. napján, március 12-én meghal.

A kórlefolyás vezető tüneteit, a lényeges kóros laboratóriumi vizsgálati eredményeket, valamint az alkalmazott gyógykezelést táblázaton foglaljuk össze.

**Kórbonctani és kórszövettani lelet:** a közepesen fejlett, közepesen táplált férfi holttestének bőre és a szem ínhártyája sárgán elszíneződött. A nyelvgyök és a garat nyálkahártyája erősen vérbő, vörhenyes színű, 2–3 mm vastag, nehezen levonható szürkésárga lepedékkel fedett. A nyelősőv vörhenyes, foltokban fedi a szürkésárga lepedék. A gyomor nyálkahártyája lencsenyi területeken vörhenyesen elszínezett, helyenként durván redőzött, nyálkkal fedett. A vékony- és a vastagbeleben mérsékelt gyulladós jelenségek figyelhetők meg. A duzzadt vesék  $15 \times 10 \times 4$  cm nagyságúak, állományuk törékeny, felszínük sima, a kéregállomány halvány sárgásszürke, élesen elkülönül a barnásvörhenyes velőállománytól. A szövettani vizsgálat során az elsődleges kanyarulat csatornák necrosisát figyelhetjük meg. Gyulladásos elváltozások nincsenek. A máj  $28 \times 12 \times 12$  cm nagyságú, felszíne sima, szokott tömörségű, állománya kissé törékeny, metszlapja zöldes barnásvörhenyes, szerkezete elmosódott. Microscoposan a periportalis terekben, a környezetükben levő májsejtekben epifesték-lerakódás látható. Zsírfejtéssel a lebenyek centralis részén finomcseppes elzsírosodás észlelhető. A tüdők teljes egészében egyenlőtlenül tömött tapintatúak, metszlapjuk vörhenyes, sötétebb vörhenyesen foltozott, kissé nedves, róla nyomásra vörhenyes, habos folyadék préselhető ki. A légutak vérbő nyálkahártyája sárgásszürke, sűrű gennyes váladékkal fedett. Szövettanilag az alveolusokat sok helyen nagy mennyiségű vörsvértest, helyenként oedema-folyadék tölti ki. Az alveolus-fal megvastagodott, oedemán duzzadt, benne fibroblastok és fibrociták is láthatók. A tágult capillarissok vörsvértestekkel teltek. Helyenként vaspigmentet tartalmazó alveolar-macrophagok figyelhetők meg. A szív  $14 \times 12 \times 9$  cm nagyságú, a szívizomzat petyhüdt, halvány barnásvörhenyes, metszlapján a szerkezet elmosódott. A kamrák a szokottnál tágabbak, a bal kamrában a szívbelhártya alatt lánghelvélyszerű vérzések. A szövettani metszetekben több helyen gócos szívizomgyulladás jelei észlelhetők. A mellékvesék kéregállománya elvékonyodott, halványsárga, szövettanilag tubularis degeneratio képet mutatja, zsírfejtéssel a lipoidtartalom nagyfokú csökkenése észlelhető. A fentiekben kívül agyduzzanatot, általános közepes fokú verőér-elkeményedést találtak.

A boncolás során vett szervrészekben meghatározzuk a nem metabolizálódott paraquat mennyisé-

Ápolási nap	Vezető klinikai tünet	Máj nagysága	Se-bilirubin	Vizelet	RN	Terápia
1.	hányás	elérhető				gyomormosás
2.	hasmenés			F: +, G: —, C: —, Ubg: norm. Ül: 6—8 fvs.		Atropin, Toxogonin Polyvidonum, Sirepar Vit. B <sup>1</sup> , B <sup>12</sup> , C.
	hányás torokfájás	1 h. ujjnyi	0,5 mg%			Tetran iv.
3.	torokfájás nehézlégzés	3 h. ujjnyi	0,9 mg%	F: ++, G: —, C: —, Ubg: norm. Ül: 4—5 fvs, 1—1 vvt.	35 mg%	mint előző nap + 2 amp. Depersolon
4.	kezdődő icterus nyelési nehézség	3 h. ujjnyi	4,4 mg%	F: +++, G: —, C: —, Ubg: norm. Ül: 4—5 fvs, 1—1 vvt.	98 mg%	mint előző nap + Strophantin inj.
5.	erős torokfájás fokozódó icterus	4 h. ujjnyi	5,6 mg%	F: +++, G: —, C: —, Ubg: enyhén fokozott Ül: 8—10 fvs, 6—7 vvt.	99 mg%	mint előző nap + Konaktion, Isodex, Ringer infusio,
6.	fokozódó icterus	4 h. ujjnyi	9,6 mg%	F: +++++, G: +, C: —, Ubg: enyhén fokozott Ül: 5—6 fvs, 10—11 vvt.	114 mg%	mint előző nap
7.	icterus	3 h. ujjnyi	10,0 mg%	F: +++++, G: +, C: —, Ubg: fokozott Ül: 10—15 fvs, 5—6 vvt.	110 mg%	mint előző nap
8.	gyengeség icterus	3 h. ujjnyi	12,9 mg%	F: +++++, G: +, C: —, Ubg: fokozott Ül: 8—10 fvs, 15—20 vvt.	120 mg%	mint előző nap
9.	nyelési panaszok, icterus, időnként nehézlégzés	2 h. ujjnyi	15,0 mg%	F: +++++, G: —, C: —, Ubg: fokozott Ül: 8—10 vvt. fs: 10/10	120 mg%	mint előző nap
10.	icterus, fulladás, zavart sensorium exitus	2 h. ujjnyi	15,0 mg%	F: +++++, G: +, C: —, Ubg: fokozott Ül: 20—30 fvs, 10—12 vvt.	156 mg%	mint előző nap

gét. A hullaszervek homogenizátumát 18 n H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>-ben refluxáljuk. A savas extractumot Zeo-Karb 225, SRC 14 típusú, 52—100 mesh kationcserélő gyantaoszlopra viszük fel, majd telített NH<sub>4</sub>Cl-oldattal eluáljuk. A paraquatot 1%-os Na-ditionát 1 n NaOH-os oldatával instabil szabad gyökké redukáljuk. Az intenzív kék színű oldatot 394 nm-en Specord UV-VIS típusú spektrofotométeren mérjük (11). A vizsgált szövetekben milligramm paraquat/1 kg szervsúlyra (ppm) vonatkoztatva az alábbi értékeket kapjuk: tüdő: 0,55 mg/kg; lép: 1,7 mg/kg; szív: 1,70 mg/kg; vese: 0,10 mg/kg; máj: 0,10 mg/kg; vékonybél: 0,10 mg/kg; garat, nyelőcső: 0,10 mg/kg; agy: nem tartalmaz paraquatot.

### Megbeszélés

A Gramoxone olyan — *mindenki számára könnyen hozzáférhető* — növényvédő szer, amely már kis mennyiségekben is halálos mérgezést okozhat. Esetünkben is felismerhető a Gramoxone mérgezéseknél leírt hármas tagozódású klinikai kép. A kezdeti, a mérgeanyag lokális hatásának tulajdonítható jelenségek (torokfájás, hányás stb.) után a harmadik nap kezdődnek a máj- és veseműködési zavarok. A 8—10. naptól, a harmadik fázisban az előbbieket mellett nehézlégzés, fulladás mint a progrediáló tüdő-fibrosisra utaló jelek is mutatkoznak, de a 10. nap bekövetkező halál miatt teljes kifejlődésükre nem kerülhet sor. A halál oka feltehetően a máj és a vese elégtelen működése, de nem hagyhatók figyelmen kívül a gócos szívizomgyulladás vagy a tüdőelváltozások sem. E feltevéseinket a kórbonctani elváltozások, a hullaszervekből kimutatott hatóanyag-maradványok mennyiségi megoszlása is igazolni látszik.

Gramoxone mérgezésekben a halálozási arány igen magas. Ennek oka az, hogy orális úton a szer-

vezetbe kerülve már viszonylag kis mennyiségben is progrediáló tüdőfibrosis kifejlődését idézi elő, és ez vezet halálhoz. A paraquat hatásmechanizmusa nem ismert, specificus antidotuma nincs. Mérgezés esetén a legfontosabb teendő a szervezetbe jutott mérgeanyag gyors eltávolítása (gyomormosás bentonitossal vízzel, magasbél-beöntés az első 24 órában, haemodialysis, később erőltetett diuresis) és szteroidok adása (naponta testsúlykilogrammonként 1 mg Prednisolon) még a tüdőpanaszok megjelenése előtt (2, 4, 5, 6, 8, 10).

Jelentős problémát okoz az, hogy a mérgezetek egy-két korty véletlenül megivott hatóanyagának nem tulajdonítanak jelentőséget, főleg ha tévedésüket „idejében” észreveszik, s bizonyos részt kiköpnek, vagy esetleg utána többször hánynak is. Nem ritka az olyan eset, amikor orvoshoz csak a harmadik-negyedik nap körül megy a beteg torokfájdalom, garattáji panaszok miatt, esetleg oliguriával. Feltétlenül javítani kellene a Gramoxone-nal és Gomexszel dolgozó mezőgazdasági munkások ezzel kapcsolatos egészségügyi felvilágosítását, felhívni figyelmüket, hogy mérgezés esetén az azonnali orvosi ellátás még kis mennyiség lenyelése után is szükséges. Az első ellátást végző orvos, mentő-ápoló a tünetektől függetlenül súlyos mérgezőként kezelje a mérgezettet, a legrövidebb időn belül juttassa kórházba.

Nagy figyelmet kell fordítani a cholinesterase-gátló szerves foszforsavészterekkel és karbamátokkal, valamint a dipiridil herbicidekkel történt akut növényvédőszer-mérgezések differenciálására. *Chao* írja közleményében, hogy Szingapurbán 1970—1972 között 10 esetben diagnosztizálták a Gramoxone



**TURINAL**

# TURINAL



## **Tabletta gestagen hormon**

Per os hatékony szintetikus gestagen, amely megóvja a veszélyeztetett terhességet, különösen progesteron-hiány esetén. A placenta funkcióját stimulálja. Az anyán nem provokál virilisatiós tüneteket, s a leánymagzaton sem okoz masculinizációt.

### **ÖSSZETÉTEL:**

1 tabletta 5 mg allyloestrenolumot tartalmaz.

### **JAVALLATOK:**

Fenyegető vetélés, fenyegető koraszülés, habitualis abortus prophylaxisa.

### **ALKALMAZÁS, ADAGOLÁS:**

Fenyegető vetélés esetén naponta  $3 \times 1$  tabletta 5—7 napon át, a tünetek megszűnéséig. Szükség esetén a napi adag káros következmények nélkül növelhető.

Habitualis abortus esetében napi  $1—2 \times 1$  tabletta az átlagos adag.

A terhesség felismerése után a kezelést azonnal el kell kezdeni, és a kritikus időpont után még legalább egy hónapig nem szabad abbahagyni. Fenyegető koraszülés fennállásakor az adagolást minden esetben célszerű egyénileg meghatározni, sokszor az itt leírtaknál nagyobb adagok alkalmazása szükséges.

### **MEGJEGYZÉS:**

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

### **CSOMAGOLÁS:**

20 tabletta 60,— Ft

100 tabletta 284,— Ft

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST**

mérgezést először tévesen szerves foszforsavészterrel elkövetett mérgezésnek. A legtöbb esetben a szűk pupilla volt félrevezető. Valamennyi eset halállal végződött. A paraquat mérgezést a különböző szerves foszforsavészter származékokkal történt mérgezésektől a következők alapján különíthetjük el:

1. Paraquat mérgezéskor a nyelv-, torok-, garattáján fájdalom, felmaródások jelentkeznek.
2. A vizelet lúgos közegben Na-ditionattal paraquat jelenlétében intenzív kék színt ad.
3. Szerves foszforsavészter mérgezetten lehellete, hányadéka, gyomormosó folyadék általában jellegzetes, fokhagymára, petróleumra vagy rothadó káposztára emlékeztető szagú, paraquat mérgezéskor nem.
4. Dipiridil herbicid (paraquat) mérgezésekben a serum cholinesterase szint kórosan nem változik.

Jelenlegi ismereteink alapján, specifikus terápia hiányában csak a gyors orvosi ellátás, méregeltávolítás, szteroid terápia mentheti meg a mérgezetek életét.

**Összefoglalás.** Szerzők egy véletlen, halálos kiemetenetű Gramoxone mérgezés klinikai és kórcbonctani adatait ismertetik. A dipiridil herbicid (paraquat) mérgezésekben csak az azonnali orvosi ellátás, a mérgező anyag azonosítása után a jelenlegi ismereteink szerint legmegfelelőbb intenzív terápia megkezdése lehet eredményes. Felhívják a figyelmet a szerves foszforsavészter mérgezésektől való elkülönítés fontosságára.

**IRODALOM:** 1. Adamis Z., Horváth D., B. Bodrogi I.: Munkavédelem. 1973, XIX, 35. — 2. Beebejaun, A. R., Beevers, G., Rogers, W. N.: Clin. Toxicol. 1971, 4, 397. — 3. Chao, T. C.: Annals of the Academy of Medicine (N. S.) 1972, 1, 68. — 4. Conning, D. M., Fletcher, K., Swan, A. A. B.: Brit. med. Bull. 1969, 25, 245. — 5. Fisher, H. K., Humphries, M., Bails, R.: Ann. intern. Med. 1971, 75, 731. — 6. Grundies, H., Kolmar, D., Bennhold, I.: Dtsch. med. Wschr. 1971, 96, 588. — 7. Hofmann, A., Fröhberg, H.: Dtsch. med. Wschr. 1972, 97, 1299. — 8. Lanzinger, G., Ritz, E., Franz, H. E., Kuhn, H. M., Klien, H.: Münch. Med. Wschr. 1969, 111, 944. — 9. Malone, J. D. G., Carmody, M., Keogh, B.: J. Irish Med. Ass. 1971, 64, 59. — 10. Matthew, H.: Scot. med. J. 1971, 16, 407. — 11. Pack, D. E.: Paraquat. (Zweig, G.: Analytical methods for Pesticides. Vol. V. 1967, 473.)

**A  
BECKMAN INSTRUMENTS  
GES. M. B. H. AUSTRIA  
A – 1191 WIEN**

**Stefan Esders Platz 4.**

***meghívja Önt  
műszereinek kiállítására***

**A KIÁLLÍTÁS IDŐPONTJA:**

1974. november 18-tól 22-ig,

naponta de. 9 órától du. 18 óráig.

A kiállítás helye: Budapest VI., Lövölde tér 6.

**KIÁLLÍTÁSRA KERÜLNEK:**

a klinikai laboratórium legújabb eszközei

és az orvostudomány elektronikus mérőműszerei

spektrálfotometer

enzym- és szubsztrátumhely-mérők

vérgázanalizátorok (CO<sub>2</sub>, O<sub>2</sub>),

altatáshoz használt gázok)

rheograph a mélyvénás

thrombosis korai felismeréséhez.

# 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.

## MELLEKHATASOK

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.

Vas megyei Markusovszky Lajos Kórház, Szombathely,  
Csecsemő- és Gyermekosztály (főorvos: Cholnoky Péter dr.),  
Központi Ideg- és Elmeosztály (főorvos: Baltavári László dr.),  
Kórbonctani Osztály (főorvos: Kádás László dr.)

## Cerebro-hepato-renalís (Zellweger) syndroma

Szabó László dr., Garzuly Ferenc dr.  
és Kádás László dr.

Az „újszülöttkori hypotonia syndroma” aetiopathogenesis rendkívül változatos és a pontos diagnosis gyakran nehéz. A központi és a környéki idegrendszer vele született és szerzett laesiói, az izomzat önálló vagy endocrin és anyagcsere-rendellenességekhez társuló elváltozásai bő teret engednek a differenciáldiagnosztikának. „Floppy infant”-tal nem ritkán kerül szembe a gyermekgyógyász, de azok az alapbetegségek, amelyekhez a jelenség társul, különbözőek, közülük egyesek igen ritkán fordulnak elő.

Különösen ritka tünetegyüttes a *Bowen és mtsai* (1) által 1964-ben leírt *cerebro-hepato-renalís (Zellweger-) syndroma*, amelyre az izomzat nagyfokú hypotóniáján kívül a jellegzetes arcfelépítés, a magas serum vas szint, vaspigment lerakódása a májban, a vese polycystás elfajulása, főleg a patellában megfigyelhető meszesedés, valamint az agy jellegzetes szövettani képe a jellemző.

Az irodalomban közölt esetek száma nem éri el a harmincat. Európában csupán spanyol (5), francia (23) és belga (18) szerzők írták le. Hazánkban elsőként foglalkozunk a betegség klinikai és szövettani jellegzetességeivel.

### Esetismertetés

W. L. szövődménymentes terhesség és szülés után 3000 gramm súllyal született fiúcssecsemő (1. ábra). Születéskor testméretei: testhossz 50 cm, fejkörfogat 34 cm. Az anya második terhessége volt, az előző terhességből származó leánygyermeké él és egészséges. Értékelhető adat a családfa elemzése során nem derült ki.

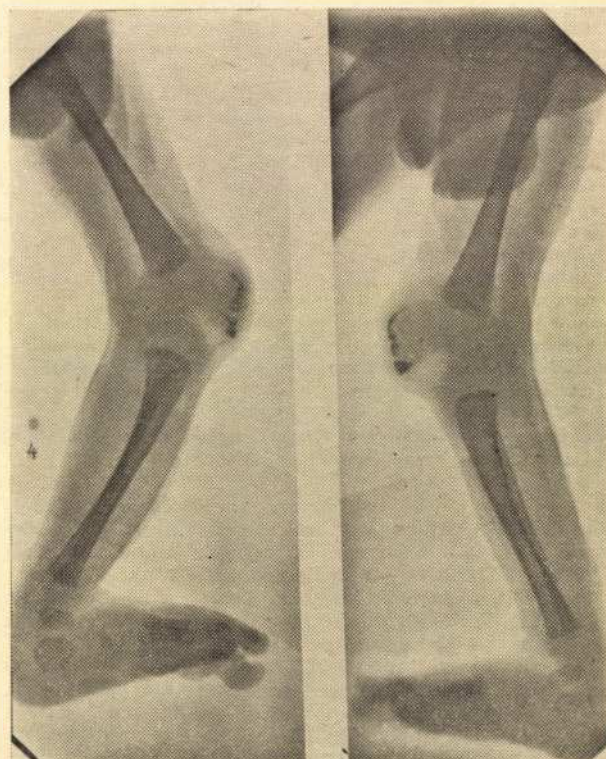
Már közvetlenül születése után feltűnt nagyfokú petyhüdtsége, mozgásszegénysége, erőtlen sírása, renyhe szopókészsége. Az archaikus reflexek hiányoztak, az ínreflexek nem válthatók ki. Bőre sárga, száraz, repedezett, könnyen ráncolható, a tarkóján kétoldalt ránccosan lelóg.

A fej enyhén megnyúlt, a homlok magas, a haj ritka. A koponyacsontok gyengén fejlettek, csaknem az egész koponyatetőt a lágy, kötőszövetes galea apo-



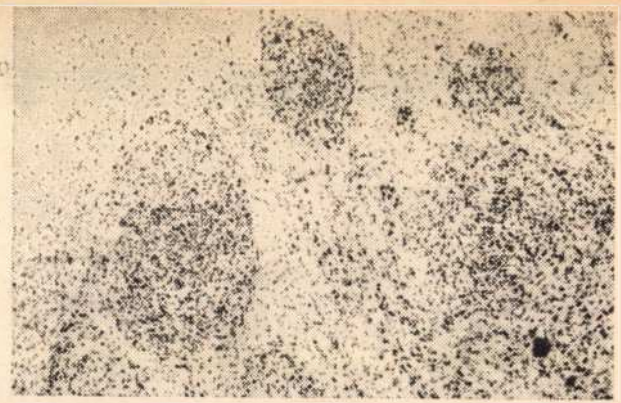
1. ábra.  
Betegünk fényképe

neurotica fedi. A homlokcsont, a halántékcsonok, a falcsontok és a tarkócsont pikkelye csupán a koponya oldalsó falának alkotásában vesz részt. Az orr tömpe,



2. ábra.  
A rgt-felvételen a patella-meszesedés látható

Általános jelek:	nagyfokú hypotonia elhúzódó sárgaság rossz táplálhatóság súlyfejlődés elmaradása
Arc és koponya:	megnyúlt koponya gyengén fejlett koponyacsontok szélesen nyitott varratok nagy fontanellák magas homlok lapos, széles orrgyök ívelt szájpád
Végtagok:	könyök és térd részleges flexióban extensio akadályozott
Bőr:	erősen ráncolható (különösen a tarkótájékon)
Szem:	epicanthus cornea homály
Fül:	deformált fülkagylók
Egyéb:	hepatomegalia



3. ábra.  
A hemisphaerialis velőállomány szövettani képe

ra). Hasonló, de finomabb mésztintenzitású pettyezett-ség figyelhető meg az os occipitale pikkelyének területén is. A koponyacsontok rendkívül gyengén fejlettek és mészszegények. A csontrendszer más tájékairól készített röntgenfelvételeken eltérést nem találtunk.

A szemészeti vizsgálat szerint mindkét cornea diffusan, füstszerűen borús, temporalisan és nasalisán homogen fehéres-szürkés sáv látható a limbóban. A

2. táblázat

A legfontosabb laboratóriumi vizsgálatok eredményei

Haemoglobin .....	17,0 g%
Haematocrit.....	52%
Fehérvérsejtszám .....	4200/mm
Serum Na .....	138 mval/l
K .....	4,5 mval/l
Ca .....	10 mg%
P .....	4,2 mg%
Alkalikus phosphatase .....	15 King-Armstrong E
Cholesterin .....	124 mg%
Creatinphosphokinase (CPK) ....	17,5 E
Aldolase .....	1,9 E
GOT .....	13 E
GPT .....	6 E
Májfunctió próbák.....	normálisak
Fehérje elektroforesis .....	normális megoszlás
Glucagon terhelés (1 mg)/testsúly i.v.) ....	renyhén emelkedő vércukor görbe
Vizelet aminosav ürítés .....	kifejezett glycín, alanin és asparagin szaporulat
Savanyú mucopolysaccharida ürítés*	
összes GAG(glucosaminoglycan)ürítés .....	4,64 µM/die
Heparansav (HA) .....	18,1%
Heparan sulphat (HS) .....	30,2%
Keratan sulphat (KS).....	15,7%
Chondroitin-4 sulphat .....	27,4%
Chondroitin-6 sulphat .....	6,9%
Darmatan sulphat.....	1,7%
Liquor (sejtszám, fehérje, cukor, colloid-görbe) ..	normális
Wasserman.....	negatív
Toxoplasma komplement kötési reakció .....	negatív
Listeria agglutinációs próba .....	negatív

\* A vizsgálat elvégzéséért Klujber László dr.-nak (POTE, Gyermekklinika) ezúton mondunk köszönetet.

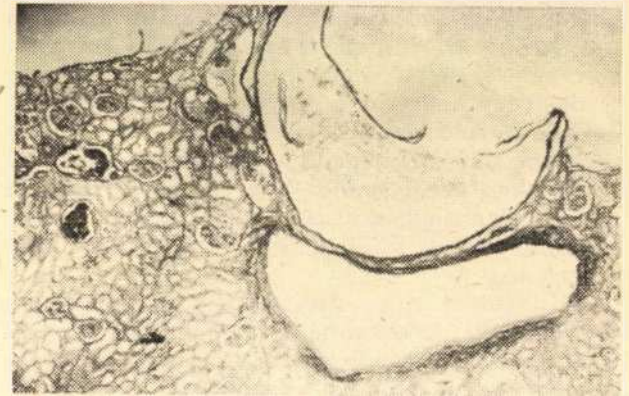
az orrgyök enyhén benyomott, kis epicanthus figyelhető meg. A fülkagylók alacsonyan ülnek és deformáltak. A szájpád ívelt. A corneán mindkét oldalt finom gyöngyházfényű csillogást észleltünk.

Karjait a könyökízületben, lábait a térdízületben mérsékelt flexióban tartja, az extensio akadályozott. A mellkason jól látható a pectus carinatum.

A hasizomzat tónustalan, a máj a bordaív alatt 3 cm-rel tapintható. A herék a scrotumban találhatóak.

A legfontosabb morfológiai jeleket az 1. táblázatban, a laboratóriumi vizsgálatok eredményeit a 2. táblázatban foglaltuk össze. (Serum vas vizsgálat nem történt.)

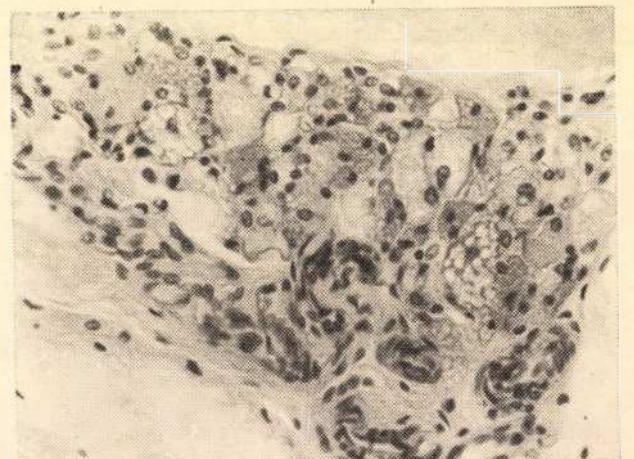
Röntgenvizsgálattal a patellának megfelelően szokatlan félhold alakú mészlerakódást észleltünk (2. áb-



4. ábra.  
A vese szövettani képe

corneák átmérője 8×8 mm, a csarnokok normális mélységűek, a lencse és az üvegtest tiszta, a szemfenék ép (Czigány dr.).

Az EKG felvételen sinus rhythmus látható, perió-



5. ábra.  
A musculus pectoralis major szövettani képe



dustartam: 0,40 sec, frequentia: 150/min. Positiv P-hullámok, a P—Q idő 0,10 sec. A főtengeley jobbra deviál. Depolarisatio során incomplet jobb Tawara-szár block és a III. elvezetésben kissé mélyebb Q-hullám észlelhető. Repolarisatio során főleg a II. elvezetésben mérsékelt ST elevatio és a III. elvezetésben lelapult T-hullám látható (Búzás dr.).

Betegünket születésétől kezdve négyhónapos koráig kezeltük. Mindvégig nehezen volt etethető, par-enteralisán tápláltuk. Súlya nem emelkedett a születési súlyhoz viszonyítva. A halál bronchopneumonia miatt következett be.

A kórboncolás során észlelt legfontosabb elváltozások:

Az agyban diffuse micropolygyriát láttunk, legkifejezettebben a supralimbikus területeken (gyrus cinguli, gyrus parahypocampalis, gyrus fusiformis). A hemisphaerális velőállományban szimmetrikusan elrendezett, elsősorban szalagszerű subcorticalis heterotopias területek helyezkedtek el, de az egész velőállományban megtalálhatók elszórtan a vándorlásukban megrekedt idegsejtek (3. ábra). A kisagy subcorticalis velőállományában golyó alakú heterotopias területek láthatók, amelyek a Purkinje-sejtekre emlékeztető idegsejtekből állnak. Ectopiásan elhelyezkedő Purkinje-sejtek a granuláris rétegben is előfordulnak. A nucleus dentatus és az oliva inferior mindkét oldalt hypoplastikus. A corpus callosum ép, alatta a kamarendszerrel nem közlekedő septum pellucidum cystát találtunk. A nagyagy féltekék velőállományában kezdődő velősődés figyelhető meg, degenerált velős hüvelyek láthatók helyenként a heterotopias területeken belül. A mesencephalonban csak a temporo- és az occipitopontin pályák velősödtek. A gerincvelőben a pyramis-pálya hiányosan myelinizált.

Scharlach-haematoxinin készítményeken elsősorban frontalisán, de occipitalisan is neutralis zsírszemcséket tartalmazó sejtek láthatók a velőállományban, de florid sudanophil le bomlás nem látható.

Az agyban egyéb szabad szemmel látható elváltozást (hydrocephalus externus) nem találtunk.

A vesében közvetlenül subcapsularisan számos kisebb-nagyobb pseudocysta helyezkedett el, helyenként zsugorodott glomerulusok láthatók (4. ábra). Néhol PAS pozitív anyagot találtunk a pseudocystákban, a tubulus hámszövet plasmájában.

A vizsgált harántcsikolt izmok közül a musculus pectoralis major izomrostjaiban körülírt vacuola-képződést észleltünk (5. ábra), míg az intercostalis izmokban, a m. soleusban és a m. quadriceps femorisban kóros eltérést nem találtunk.

A máj szövettani vizsgálatokor enyhe fokú periportalis fibrosist észleltünk. A reticuloendothelialis rendszer sejtjeiben berliniké reakcióval kifejezett vaspigment lerakódás mutatható ki.

Az egyéb szervek részletes feldolgozása során pathológiás elváltozást nem találtunk.

### Megbeszélés

A tünetegyüttes felismerésére vezető legfeltűnőbb jel a hypotonia, amelynek minden bizonnyal a központi idegrendszerben észlelhető elváltozás az oka. Miután a betegek korai csecsemőkorban halnak meg, ezért a histológiai lelet értékelésekor figyelnünk kell arra, nehogy az ebben a korban normális leletet értékeljük kórosnak. A diffus micropolygyria, a szimmetrikusan elhelyezkedő subcorticalis heterotopia (a velőállományban vándorlásukban megrekedt idegsejtek), ha nem is specifikus elváltozások, mégis szabályszerűen megtalálhatók ebben a betegségben. Sokkal nehezebb a velőállomány elváltozásának megítélése. Passarge és McAdams (13) sudanophil leukodystrophiának tartotta, Opitz és mtsai (12) az atypusos velőshüvelyek, az irregularis myelinisatio, a tökéletlenül dif-

ferentiált gliasejtek és a sudanophil anyagokat tartalmazó gliasejtek jelenléte alapján „leukoencephalomyelopathia” névvel jelölte az elváltozást. Véleményünk szerint a velőállományban látható elváltozás persistáló migrációs gliosisal kapcsolatos jelenség (6).

A myelinisatio károsodása nem specifikus jelenség, több enzimdefektussal járó betegségben, különösen az aminosav-anyagcsere zavaraiiban megfigyelhető (phenylketonuria, homocystinuria). A klinikai kép alapján is differenciáldiagnosztikai nehézséget okozhat az oculo-cerebro-renal (Lowe-syndroma) (19), amelynek egyik fő tünete szintén a nagyfokú hypotonia. Bár craniofacialis dysmorphia a Lowe-syndromára is jellemző, de a Zellweger-syndromától eltérő. Ennek, valamint az öröklésment és a laboratóriumi elváltozások különbözősége alapján a két betegség klinikailag is biztosan elkülöníthető egymástól (2, 3). Miután Lowe-syndromában is fellelhető szövettani vizsgálattal a myelinisatio zavara (6), mindkét tünetcsoportban feltételezhetjük a hypotonia supranuclearis eredetét.

A myelinisatiós zavar okát Volpe és mtsai (25) ischaemia következményének tartják. Kohn és Mundel (11) a neurometabolikus defectust tekintik legvalószínűbbnek, ami az idegszövet aminosav-anyagcseréjét érinti.

A tünetegyüttes jellemző laboratóriumi eltérése a serum emelkedett vastartalma (21). Vitale és mtsai (24) a szervezet összvastartalmát is jóval magasabbnak találták, mint egészséges csecsemők szervezetében, különösen a vese és a máj tartalmazott jelentős mennyiségű vasat. Ez a megfigyelés az alapja annak a feltevésnek, hogy a betegség lényegét a vasanyagcsere vele született zavarában keressék. Azonban több eset is ismeretes, ahol emelkedett serum vas értéket nem észleltek (14, 25), így a Zellweger-syndroma és a vasanyagcserezavar közötti kapcsolat bizonyítása nehéz és jelenleg is még csak spekulatív jellegű.

Serum vas vizsgálatot betegünkön nem végeztünk, mivel a tünetegyüttes teljességében csak a beteg halála után, a kórbonctani leletek ismeretekor vált nyilvánvalóvá. A máj Kupfer-sejtjeiben berliniké reakcióval jelentős mennyiségű vasat mutattunk ki. A vas felszaporodása felelőssé tehető a májban észlelhető szövettani elváltozásokért (periportalis cirrhosis), amely functionalis abnormalitásokban is megnyilvánulhat (pl. elhúzódo sárgaság, hypothrombinaemia).

A polycystás vese több más szerv vele született rendellenességének kísérője lehet. Gyakran kapcsolódik a máj és pancreas (9), a csontrendszer (22), de különösen a központi idegrendszer fejlődési zavaraihoz (4, 8). A vese polycystás elváltozása, amennyiben Potter beosztását követjük, a III. típusba sorolható. Bár gyakran megtalálható egyéb fejlődési rendellenességek társaságában is, úgy látszik, a Zellweger-syndroma jellegzetes velejárója, annak ellenére, hogy ismernénk létrejöttének okát, szerepét és kapcsolatát a tünetegyüttes egyéb összetevőivel. Az esetenként talált proteinuriát és aminoaciduriát (15) másodlagosnak, a veseelváltozások következményének kell tartanunk.

Az izomzatban talált elváltozásokat ebben a betegségben még nem írtak le. A jelenség kielégítő magyarázatára szélesebb körű megfigyelések szükségesek.

A tünetegyütteshez jellegzetes röntgenológiai eltérések társulnak. A legjellemzőbb és egyben diagnosztikus értékű a patellákban megtalálható félhold alakú meszesedés. Létrejöttében vascularis eredetű necrosis tételezhető fel, amely másodlagosan elmeszesedik. Meszes göcök más ízületek tájékán is felléphetnek, különösen az acetabulum környékén és a többi nagyízület tájékán is (26). Esetünkben a lambda-varrat mentén láttunk halvány meszes pettyezettséget. Differenciáldiagnosztikai nehézséget okozhat a *Conradi* által leírt *chondrodystrophia calcificans congenita* (16, 20), ahol a pettyezett epiphysisek röntgenképei hasonló eltérést mutathatnak. Ez utóbbiban főleg a hosszú csöves csontok által alkotott ízületek érintettek és gyakran féloldaliak az elváltozások, míg a patella ritkábban mutat eltérést. A két ritka tünetegyüttes klinikai képének összevetése alapján könnyű elkülöníteni egymástól és az aetiopathogenesis különbözőségéhez sem férhet kétség.

A betegség genetikai hátterét nem ismerjük pontosan. Néhány esetben családi halmozódást írtak le (10). Chromosoma-rendellenességet egy esetben sem találtak (17). Feltételezhető, hogy a betegség autosomalis recessiv módon öröklődik. A heterozygoták felkutatására irányuló vizsgálataink nem jártak eredménnyel. A betegünk szülein és testvérén elvégzett, vasanyagcserére vonatkozó (vasfelszívódás, vaskötőképesség stb.), valamint az anya röntgenológiai vizsgálatai normális eredményt adtak. Újabb esetek részletes vizsgálataival talán megismerhetjük e rendkívül ritka és érdekes tünetegyüttes aetiopathogenesisét.

**Összefoglalás.** A súlyos újszülöttkori hypotoniával járó megbetegedések közül az egyik legritkábban előforduló tünetcsoport a cerebro-hepato-

renalis (Zellweger-) syndroma jellegzetes klinikai képét és kórszövettani elváltozásait ismertetik a szerzők. A nagyfokú hypotonia, a jellegzetes arc-felépítés, a májban kimutatható vas-pigment lerakódás, a polycystás vese, a patellában észlelhető meszesedés és az agyban található migrációs zavar és hiányos myelinisatio a tünetegyüttes megszokott velejárói. A differentialdiagnózis a Lowe-syndroma, a *Conradi*-féle betegség és a Zellweger-syndroma között a legjellemzőbb tünetek összevetése alapján nem okoz nehézséget. A betegség kóreredete nem ismeretes. A néhány esetben észlelt családi előfordulás autosomalis recessiv öröklésmentre enged következtetni.

**IRODALOM:** 1. *Bowen P. és mtsai:* Bull. John's Hopkins Hosp. 1964, 114, 402. — 2. *Cholnoky P., Szabó L.:* Pediat. Research. 1970, 4, 19. — 3. *Cholnoky P. és mtsai:* Orv. Hetil. 1970, 111, 307. — 4. *Cela, G.:* Min. Ped. 1966, 18, 1500. — 5. *Cotero, A. és mtsai:* Rev. Esp. Pediat. 1973, 29, 454. — 6. *Garzuly F. és mtsai:* Neuropädiatrie. 1973, 4, 304. — 7. *Garzuly F. és mtsai:* Neuropädiatrie. Közlés alatt. — 8. *Goldston, A. S. és mtsai:* Am. J. Dis. Child. 1963, 106, 484. — 9. *Ivemark, B. I. és mtsai:* Acta Paediat. (Uppsala). 1959, 48, 1. — 10. *Jan, J. E. és mtsai:* Am. J. Dis. Child. 1970, 119, 274. — 11. *Kohn, R., Mundel, G.:* Helv. Paediat. Acta. 1969, 24, 352. — 12. *Opitz, J. M. és mtsai:* Birth Defects. Original Articles Series. 1969, 5, 144. — 13. *Pas-sarge, E., McAdams, S.:* J. Pediat. 1967, 71, 691. — 14. *Patton, R. G. és mtsai:* Am. J. Dis. Child. 1972, 124, 840. — 15. *Poznanski, A. K. és mtsai:* Am. J. Roentgenol. 1970, 109, 313. — 16. *Punnet, H. H., Kirkpatrick, J. A.:* J. Pediat. 1968, 73, 602. — 17. *Smith, D. W. és mtsai:* J. Pediat. 1965, 67, 617. — 18. *Stanescu, B., Dralands, L.:* Arch. Ophthalmol. 1972, 87, 510. — 19. *Szabó L. és Cholnoky P.:* Orv. Hetil. 1967, 108, 2168. — 20. *Szabó L. és mtsai:* Gyermekgyógy. 1972, 23, 65. — 21. *Taylor, J. C. és mtsai:* Birth Defects. Original Articles Series. 1969, 5, 159. — 22. *Tucker, C. C. és mtsai:* J. Med. Genet. 1966, 3, 145. — 23. *Vincens, A. és mtsai:* Semaine des Hôpitaux. 1973, 49, 1923. — 24. *Vitale, L. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1969, 280, 642. — 25. *Volpe, J. J., Adams, R. D.:* Acta Neuropath. (Berlin). 1972, 20, 175. — 26. *Williams, J. P. és mtsai:* Am. J. Roentgenol. 1972, 115, 607.

„Sose menjenek el közönyösen egy szokatlan esemény vagy jelenség mellett; igaz, hogy legtöbbször csak vaklármat jelentenek, de nagyon fontos igazságra is vezethetnek.”

Alexander Fleming

Fővárosi Tétényi úti Kórház,  
I. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Kusztoz Dénes dr.),  
I. Sebészeti Osztály (főorvos: Vas György dr.),  
Radiológiai Osztály (főorvos: Gál Imre dr.)

## Műtét előtt kórismézett bronchusba betörő májtyályog

Pados Gyula dr., Satori Ödön dr.,  
Sárdi Ilona dr. és Kusztoz Dénes dr.

A májtyályog létrejöttében különböző okok játszhatnak szerepet. Leggyakrabban infekciók következtében alakul ki, melyek közül az ascendáló cholangitis a leggyakoribb. *Sherman* és *Robbins* (1) anyagának 43%-ában, *Schwartz* (2) eseteinek 45%-ában cholangitis vezetett májtyályoghoz. Portális infekciók közül régebben az appendicitis szerepe tűnt ki: 1938-ban *Ochsner és mtsai* (3) májtyályog eseteinek még 34%-a, de 1960-ban *Sherman és Robbins* (1) eseteinek már csak 4,7%-a volt appendicitis következménye. A vena hepatica útján a gyomor-bél traktus és kismencedei szervek gyulladással megbetegedése következtében jutnak különböző baktériumok a máj állományába. Septicaemiás állapotokban pedig az arteria hepatica lehet a fertőzés útja, sőt pl. *Cronin* (4) anyagában az ilyen eredetű májtyályog volt a leggyakoribb.

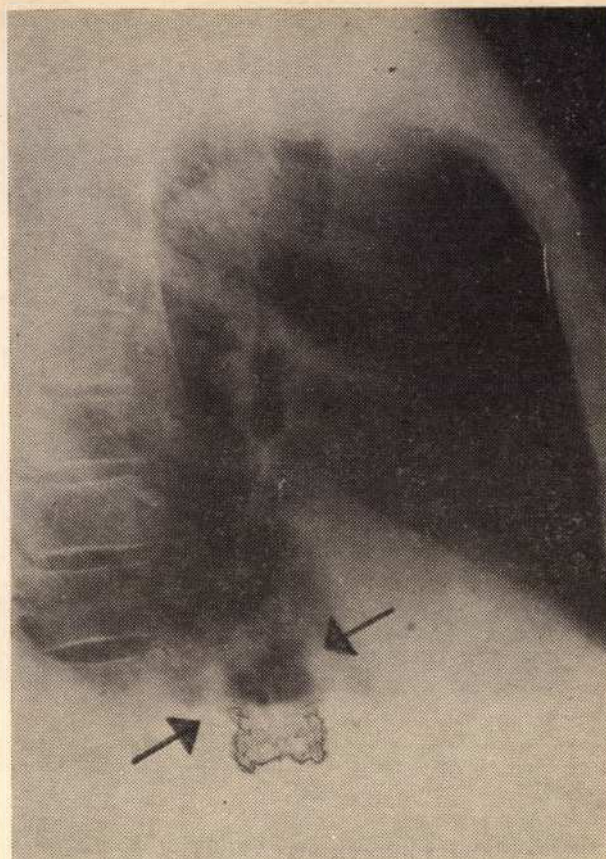
Az amoebás májtyályog az amoebiasis leggyakoribb extraintestinalis szövődménye, elsősorban azonban tropusi, subtropusi vidéken fordul elő, ezzel a szövődménnyel hazánkban ritkábban számolhatunk.

Egyéb ritka lehetőségek májtyályog kialakulására: echinococcus cysta, ascaris lumbricoides, májinfarctus, traumás eredet, áttörés a környezetből.

Az esetek kis részében, 4–8%-ában (1), a primaer góc, az aetiologia ismeretlen maradhat.

A kialakult májtyályog további sorsát komplikációk jelezhetik. Haematogén úton különböző szervekben, agyban, tüdőben, vesében jelentkezhetnek szövődmények vagy pedig a környező szervekbe törhetnek át.

Változatos és érdekes klinikai képet mutatnak ezek közül azok a transdiaphragmatikus sipolyok, amelyek májtyályog tüdőbe történő áttörése következtében jönnek létre. A cholangitises eredetű, epeutakkal kapcsolatban levő biliobronchialis fistulák



1. ábra.  
Oldalirányú mellkas felv.: a rekesz felett zömmel hátul elhelyezkedő pleurális folyadék. Basalisan a gerinc előtt kisalmányi tályogüreg, benne a folyadék vízszintes szintjén helyezkedik el

viszonylag ritkák. 1942-ben *Cooray* (5), 1950-ben *Pollwein* (6), 1955-ben *Adams* (7), 1958-ban *Cleve és Correa* (8), valamint *Hepp* (9) közöltek ilyen érdekes eseteket.

1962-ben hazánkban *Mester* (10) olyan esetet ismertetett, melynek lefolyása esetünkre emlékeztet. Rtg-vizsgálattal fiatalember subphrenicus tályogját diagnosztizálták, mely a végleges műtéti megoldás előtt erős köhögési roham, nagy mennyiségű gennyes köpet kíséretében a tüdőbe tört. A beteg a tályogüreg műtéti drainálásával gyógyult.

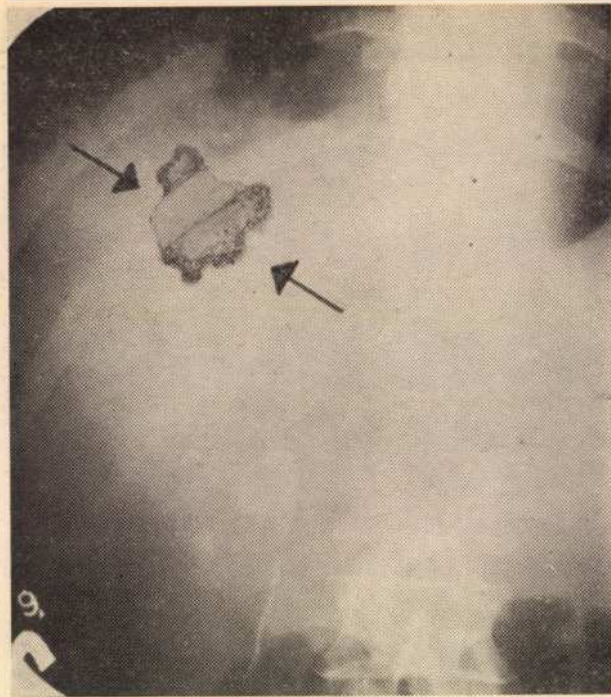
1972-ben *Rovy* (11) amoebás eredetű biliobronchialis fistula esetét közölte, a beteg a műtéttől elzárkózott, antiamoebás kezelés, folyamatos epéköpés mellett végül is a fistula záródott.

*Shahwan* (12) 1973-ban közölt esetében amoebás májtyályog basalis bronchiectasiákba tört át.

### Esetünk ismertetése

R. K., 58 éves árudavezető, férfitbeteg családi anamnesisében említésre érdemes adat nincsen. 1970-ben ulcus duodeni miatt resectio ventriculi et GEA retrocolica anterior műtéten esett át. „Műtét közben a nagyfokú összenövés következtében a lép tokja berepedt, ezért splenectomiát is kellett végezni.”

1973. március 15-i felvétele előtt 3 héttel lázas lett, torokfájás kíséretében. Láza nem szűnt meg, inkább emelkedett és jobb bordaív alatti fájdalom alakult ki. Panaszát Retardillin, Streptomycin, Tetrán nem befolyásolta, közérzete romlott, legyengült, anaemizálódott, boka-oedema jelentkezett.



2. ábra.  
Jobboldalon a máj vetületében zöldreányi, egyenetlen szélű üreg, mely communicál az alsó tüdőlebenyben elhelyezkedő üreggel

Felvételi statusából megemlíthető: sovány férfi-beteg, sápadt bőr, halványabb nyálkahártyák, hyperaemiás, hypertrophiás tonsillák. Tüdő felett érdes légzés, jobb rekesz renyhén tér ki. Máj 3 ujjal haladja meg a bordaívét, nyomásérzékeny, felszíne sima. Felső median lap. hege. Vesetáj ütögetésre nem érzékeny.

Az anamnesis és status alapján cholangitis, cholangiohepatitis lehetősége merült fel. Laboratóriumi leletei közül megemlítenénk: We.: 50 mm/óra, haemoglobulin: 12,3 g%, kontroll: 10,2 g%, vvs.: 3 300 000, fvs.: 22 000, kvalit. vérkép: st.: 10, segm.: 68, ly.: 16, eo.: 2, mo.: 4%. Se. bi.: 1,2 mg% indirect. BSP retentio: 8%. Vizelet ubg.: kissé fok. Se. alk. phosphatase: 6,4 B. E. Electrophoresis: alb.: 45%,  $\alpha_1$ -globulin: 5%,  $\alpha_2$ -globulin: 13%,  $\beta$ -globulin: 13%,  $\gamma$ -globulin: 24%. Összfehérje (refractometer): 5,13 g%. Felvételkor kolloid- és labilitási próbák, SGOT, vércukor, CN, se. kreatinin, ionogramm norm. értékeket mutattak.

Tekintettel lázas állapotára, iv. Tetrán adását kezdtük, majd rtg-vizsgálatokkal igyekeztünk pontosabb diagnózishoz jutni. Időrendi sorrendben: Mellkas rtg: emphysemás tüdők, régi spec. folyamat jobboldali min. maradványa (p-a felvétel). Per os cholecystographia: telődés nem alakul ki. Iv. rátöltés (Endocistobil) során kontrasztanyag sem az epeutakban, sem a belekben nem látható, az egész mennyiség a vesén át távozik. Gyomor rtg: Billroth II. sz. resecált gyomor. A pép a kb. másfél ujjnyi anastomosison át a vékonybelekbe zuhan. Odavezető kacs 2 cm hosszan telődik. Átvilágításkor feltűnő a máj hatalmas jobb és bal lebenye és a bal lebeny által erősen balra dislocált gyomor. Irrigoscopia: colon akadálytalanul feltölthető, egyenletes telődés, conturok épek, haustratio szabályos.

Rtg-vizsgálatok tehát megerősítették feltevésünket, hogy epeút-máj rendszer megbetegedéséről (cholangiohepatitis?) van szó. Azonban a kialakult septikus lázmenetet antibioticumokkal befolyásolni nem sikerült. Kezdetben iv. Tetrán, majd 20 g Chlorocid, majd Binotal kezelést kapott. Haemokultúra, vizelettenyésztés steril volt. Szondával nyert epe bélnedvből coli tenyésztett ki, de ez a Billroth II. resectio miatt nem jelenthetett meggyőző adatot az epeutak bakteriális viszonyairól. Hypoproteinaemia miatt Human Albumin infúziókat, Nerobolilt adtunk.

Allapota azonban nem javult, Binotal kúra után is septikus lázmenete volt, így műtétet terveztünk. Esetleges jobboldali vesefolyamat kizárására azonban még iv. pyelographiát iktattunk be. Az urographia előtti napon erősen köhögni kezdett, láza megszűnt, keserű ízű, sárgás-gennyes köpetet ürített, jobb bordaív alatti érzékenysége is csökkent. Ekkor már valószínűvé vált, hogy az epeút-máj rendszer suppuratív megbetegedésének olyan szövödményével számolhatunk, melynek során a folyamat a jobb tüdőbe, bronchusba tört át s a keserű, epés színezetű gennyes köpet ürítéséhez vezetett. A tervezett pyelographiától azonban nem tekintettünk el, de másnap vele együtt mellkas rtg-felvételt is végeztünk. E vizsgálatok során tisztázódott, hogy a máj vetületében egy zöldreányi, egyenetlen rongyos szélű üreg látható levegővel telten, ezenkívül paracardiálisan is egy abscessus látható, concomittens pleuritissre utaló tünetekkel (vesefolyamat kizárható). Rad. vélemény: „Az elváltozást máj-abscessusnak tartjuk, amely a rekeszen át betört a tüdőbe és concomittens pleuritist tart fenn” (1. és 2. ábra).

A pleuralis exsudátum punctiója után az I. sz. belosztályról műtét céljából I. sz. sebészeti osztályunkra helyeztük át.

Sebészeti osztályunkon 1973. április 16-án exploratio történt. Műtét leírás: paracostalis behatolás után kitűnik, hogy a máj jobb lebenyének convexitása a rekeszfelülettel szemközti területen szélesen összetapadt. A környezetben a peritoneum ép. Az adhaesiók szétválasztása után epés, sűrű pus ürül. A máj állományában kb. 10 cm mélyen tályog-üreg tapintható, melybe draint vezetünk be. A rekeszen át tapintva tüdőállományba jutunk, miközben habos, epés színezett purulens váladék ürül. A rekeszen át is drain-csövet helyeztünk be a tüdőbe. Locálisan antibioticumot alkalmazunk. A cholecysta-duodenalis szögletből nyirokcsomót távolítottunk el. Az epehólyag ép, kőmentes. Szöveti vizsgálatok: tályogfal: lobos, specifikus sarjszövet. Nyirokcsomó: lymphadenitis chr. lymphoid hyperplasiával. A beteg köpetéből coli tenyésztett ki.

A beteg állapota a továbbiakban fokozatosan javult, láza nem tért vissza, panaszmentessé vált. Sebészetről 21 nap ápolás után távozott. Műtét után 3 kontroll mellkas és májtáji felvétel történt (drain-eltávolítás a műtét utáni 16. napon), a rtg-felvételek a jobb rekeszív többszörös adhaesiós csipkein kívül más eltérést nem mutattak. Labor.-leletek távozáskor már nem voltak kórosak.

#### Megbeszélés

A májtályog polymorph klinikai képe s a labor.-leletek változatossága diagnosztikus nehézséget jelent. Esetleges áttörése a környező szervekbe szerencsés esetben a gyógyulás és gyógyítás útjait meghatározva s a diagnózist megkönnyítve kedvező megoldást is hozhat, azonban igyekeznünk kell mielőbbi kórisméhez jutni a szövödmények elkerülésére. Ehhez a rtg-vizsgálat inkább csak gyanújeleket szolgáltat (magas rekeszállás, renyhe kitérés, nagyobb májárnyék, concomittens pleuritis, cholecystographia), pontosabb diagnózishoz splenoportographia, szelektív angiographia (art. hepatica), ultrahang diagnosztika vezethet.

A legkorszerűbb diagnosztikus módszer a máj-scintigramm, mellyel solitaer tályog pontos localisatiója is elérhető ( $^{198}\text{Au}$ ), mely a sikeres műtét (re-

sectio) egyik feltétele is. Ennek a műtétnak a letalitása az utolsó évtizedben — az alapbetegségtől függően — 10% alá esett (13). A májtályog halálózása azonban még mindig 50—90% között van, s melyben a multiplex tályogok nagyobb letalitása is kifejeződik.

Úgy véljük, esetünkben epeútfertőzés szövődménye volt a májtályog. Ennek létrejöttében nem hagyhatjuk figyelmen kívül a gyomor-resectiót, amely után a csökkent savtermelés, odavezető kacs syndroma, hypoproteinaemia miatt tágabb lehetőségek nyílnak epeút fertőzésekre. Betegünk esetében a transdiaphragmalis áttörés, a tályog tartalmának részbeni kiköpése vezetett pontos diagnózishoz, a májtályog localisatiójához, mely cholangitises eredete ellenére szerencsére solitaer volt.

Műtétkor pontosan a radiológus által leírt viszonyokat találtuk, az ezt dokumentáló rtg-felvételek radiológiai ritkaságnak számítanak.

**Összefoglalás.** Szerzők tüdőbe áttört májtályog esetét ismertetik. A korábban Billroth II. szerint

resecált beteg klinikai tünetei cholangitisre utaltak, abscedáló folyamat gyanújával. Exploratio előtt radiológiai diagnosishoz jutottak, mivel a májtályog közben a tüdőbe áttört és a máj s a tüdő vetületében levegővel telt üregként ábrázolódott. A májtályog kiürülése expectoratióval kezdődött, majd műtéti drainálás útján folytatódott a beteg teljes gyógyulásáig. Szerzők foglalkoznak a kórkép aetiologiájával, gyakoriságával és diagnosztikus lehetőségekkel.

**IRODALOM:** 1. *Sherman, J. D., Robbins, S. L.:* Amer. J. Med. 1960, 28, 943. — 2. *Schwartz, S. I.:* Surgical Diseases of the Liver. Chapt. 8. New York, 1964. — 3. *Ochsner, A., DeBakey, M., Murray, S.:* Amer. J. Surg. 1938, 40, 292. — 4. *Cronin, K.:* Gut. 1961, 2, 53. — 5. *Cooray, G. H.:* Ind. Med. Gaz. 1942, 77, 735. — 6. *Pollwein, O.:* Beitr. Klin. Chir. 1950, 31, 181. — 7. *Adams, H. D.:* J. Thor. Surg. 1955, 30, 255. — 8. *Cleve, E., Correa, J. L.:* Gastroenterology. 1958, 34, 320. — 9. *Hepp, J.:* Rev. Int. Hepat. 1958, 8, 207. — 10. *Mester E.:* Orv. Hetil. 1962, 103, 1205. — 11. *Rovy, D. C.:* Chest. 1972, 62, 523. — 12. *Shahwan, M.:* Proc. R. Soc. Med. 1973, 66, 353. — 13. *Esser, G.:* Dtsch. Med. Wschr. 1971, 96, 387.

**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 kórfarmák, posttraumás arthritisek —, valamint myalgiaik 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

PH  
2687

## Nyelőcső-plastica és szülés

Ba János dr. és Ádám János dr.

A lúg évtizedeken át okozott sok balesetet hazánkban, öngyilkossági szándék, vagy gyermekek esetében gondatlanság következtében. Következménye a száj, a nyelőcső súlyos felmaródásai és az utóbbi szükülete következtében táplálkozási képtelenség is lehetett. A mérgezés heveny tüneteinek leküzdése után éppen a nyelési képtelenség megoldása okozott komoly problémát. Különböző módon kísérelték meg az elzáródott nyelőcsövet átjárhatóvá tenni vagy pótolni bőrcső képzése, vastagbél, vékonybél ante- vagy retrosternalis felvitele révén. Szondás tágitás, gyomorsipoly vagy nyelőcsőképzés a beteg életben maradását biztosította. A különböző módon képzett nyelőcsövek a beteg egészségét és munkaképességét javítják. Esetünkben a nyelőcsőképzés antesternalis formáját végezték Roux—Herzen módszere szerint. Ennek a többszakaszos műtétnak a lényegét a következőkben foglaljuk össze (1).

Első alkalommal az oesophagus orális részét a nyak bőrén kivarrják és a táplálás biztosítására gastrostomiát végeznek. Ezzel egy időben egy jejunum kacsot hoznak fel a sternum előtt, de a bőr alatt és proximalis végét az oesophagus-csonkkal szemben szintén kivarrják. A jejunum kacs peristalticája distal felé halad. Amikor a felhozott vékonybél megtapad, azaz érellátása rendben van, a distalis részt a gyomorba szájaztatják és ezzel ezt a jejunumrészt a béltractusból kiiktatják. Az orális részt az oesophagus kivarrt csonkjával összekapcsolják és bőrrel fedik. Ha e műtéti fázis is sikeres, anatómiai és functionalis szempontból egyaránt, akkor a gastrostomiát zárják és a táplálás az újonnan képzett bárzsingon át történik (1).

### Esetismertetés

G. M.-né, 20 éves, 31 hetes terhest 1970. január 30-án idő előtti burokrepedés miatt vettük fel osztályunkra. RR.: 130/80, pulsus: 80/min, T.: 36,6 °C. A labor-leletek normálisak. A kórelőzményből kiderült, hogy 14 éves korában lúgot ivott és ez okból nyelési képtelenség alakult ki, amiért nyelőcső-plasticát végeztek rajta. Jelen terhessége az első, amely az első harmadban fellépő terhességi hányás kivételével eddig zavartalan volt. Január 29-én 23 órától észlel magzatvízcsörgést, fájásai nincsenek. Magzatmozgások rendszerben.

Felvételi statusa: kp. fejlett és táplált terhes. Felső med. laparotomia hege látható, amely a mellkason felterjed a nyakra is, lefelé pedig a köldök alá 3 harántujjal ér. A b. o.-on gastrostomia hege. Uterus fundusa a köldök felett 3 harántujjal van. Előlekvő nagyrész a koponya, amely a bemenet felett balottálható. Jó



szívhangok köldök alatt b. o.-on. Rectális vizsg.: megtartott portio, 1 ujjnyi méhszáj. Tk.: sima portio. A cervixből kp. mennyiségű áttetsző magzatvíz csorog. Labor-vizsgálati eredmények közül a fvs.: 12 000, We.: 92 mm/ó, cervix-váladék bakteriológiai tenyésztés eredménye: vegyes baktériumflóra, sűrű tenyészet. Sebész consiliariust hívunk, aki az állapotot leírja, de beavatkozásra okot nem lát.

Az idő előtti burokrepedés után a negyedik napon, február 2-án 13 órakor indul meg a szülés 3 percnkénti fájásokkal. Rectálisan elsimult portiót, 2 ujjnyi méhszájat találunk, a koponya a bemenetből nem mozdítható ki. Kp. tiszta magzatvíz csorog, jó szívhangok. Szabályos előkészítés szüléshez.

15.50-kor 2 percnként jelentkező jó contractiók. Jó szívhangok. R. v.: 4 ujjnyi méhszáj, a koponya legnagyobb kerületével a medence bemenetén már áthaladt.

16.10-kor tűnőfélben levő méhszájnal toló jellegű fájások jelentkeznek és ezzel egy időben a plasticával képzett nyelőcső és a gyomor extrem módon kitágul, feszes és igen fájdalmas. Ekkor a consiliumba kért sebész gyomorszondát vezet le, de az a gyomor és a bárzsing feszülését, puffadtságát csak átmenetileg mérsékli, ezért a hegrepedés elhárítására haladéktalan sectio caesareát javasol. A műtéttől a közben bekövetkezett heves kitolási szak miatt elálltunk és még a szülés gyors befejezését szolgáló vacuum extractiót sem tudtuk elvégezni, mivel az asszony 16.30-kor élő, kora, leánymagzatot szült. Zavartalan lepényi szak. A nyelőcső puffadtsága ezután is csak igen lassan csökkent és 18 óra múlva is még az ábrán látható mértékű volt, amely a maximális tágulatnak mindössze kb. egyötöde.

### Megbeszélés

Esetünk problémát jelentett, mert hasonló műtét utáni szülésről nem volt tudomásunk. Császármetszésre nem gondoltunk, mivel a tágulási szakban szövődmény nem jelentkezett. A nyelőcső csak akkor kezdett felpuffadni, majd extrém módon

feszessé válni, amikor a tolófájások megkezdődtek. Ekkor nyilvánvaló lett, hogy a mesterséges nyelőcső kézzel való leszorítása, valamint a gyomorszonda nem segít, s a szülést vacuum extractorral vagy fogóval sürgősen be kell fejezni. A szülés azonban olyan gyorsan lezajlott, hogy a műtét elvégzésére nem volt időnk. A hegredés nem következett be és így esetünk szerencsésnek mondható.

Normális körülmények között a nyelés aktív folyamat, amely a nyelőcső összetett működésével jön létre. A gyomortartalom visszafolyását a nyelőcsőbe (nyelőcső-reflux) bonyolult rendszer akadályozza meg, amely a következő fő részekből áll:

A gyomor haránt izomrostjai, amelyek felfutva a cardiáról, átfonják a nyelőcső alsó szakaszát és így sphincterként működnek.

A rekeszizom két szára, amely a nyelőcsövet körülöleli és mély belégzéskor összenyomja azt.

A nyelőcső szöglettörése, valamint az ún. Hiszöglet.

A gyomorlégőhólyag nyomóhatása a nyelőcső hasüregi szakaszára.

A nyelőcső nyálkahártyaredőzete, amely összeilleszkedve segíti a zárást (2).

Normális esetben a szülés tágulási időszakában a méh megkisebbedése miatt csökken a hasüri nyomás és így nem következik be reflux. A záróberendezés jó működése esetén a kitolási időszakban sem következik be hányás, főleg a rekeszizom lumbalis-medialis izomnyalábainak leszorító hatása miatt, mert erőlködéskor a rekeszizom összehúzódik (2). A mesterséges nyelőcsőnek ilyen összetett zárómechanizmusa nincs és ennek következtében a hasüri nyomás fokozódása esetén a gyomortartalom regurgitálhat és nyelőcsőrepedés, aspiratio fenyeget.

Esetünkben a fent leírt mechanizmus alapján a tágulási szak panaszmentesen zajlott le. Probléma a kitolási szakban jelentkezett.

Tapasztalat, illetve irodalmi ismeret hiányában a leírt próbálkozásokkal kísérletet tettünk a kritikus helyzet megoldására, de az idő eltelt és a vacuum extractióhoz való előkészület közben a szülés lezajlott. A leírtakból kitűnik, hogy a kitolási szak a veszélyes, ezért azt el kell kerülni és a szülés megindulása esetén még a tágulási szakban a császármetés elvégzését ajánljuk. Amennyiben a vajúdo már a kitolási időszakban érkezik és a feltételek megvannak, vacuum extractiót vagy fogóműtétet kell végeznünk, hogy e szakot megrövidítsük.

*Szerk. megjegyzés: Egyetlen — még szövődményes eset kapcsán sem lehet ilyen határozott következtetést levonni.*

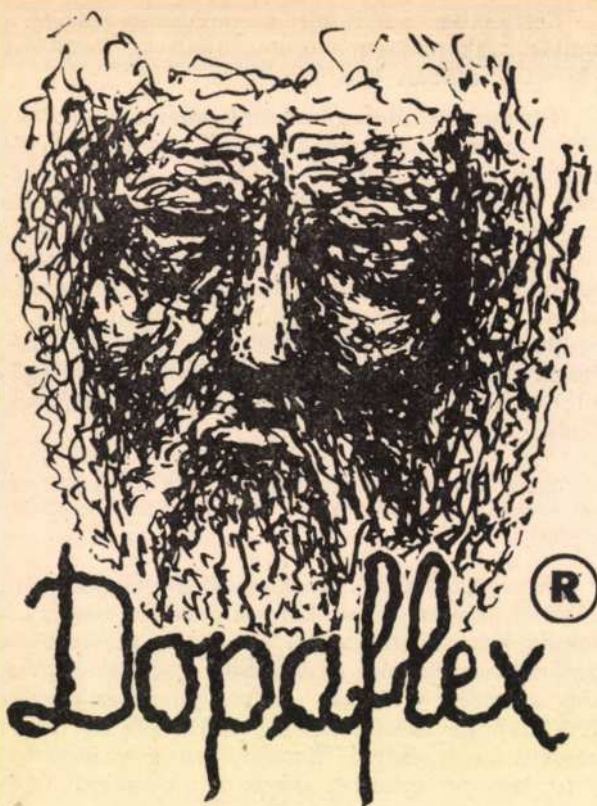
**Összefoglalás.** A szerzők nyelőcső-plastica utáni szülésről számolnak be. Leírják a szülés végén kialakult kritikus helyzetet, amikor a mesterséges nyelőcső hegredése fenyegetett. Tekintettel arra, hogy a veszély a kitolási szakban jelentkezik, ezért elvileg ennek kiiktatását javasolják elective sectio caesarea elvégzésével. Amennyiben a vajúdo kitolási szakban érkezik, akkor ennek megrövidítésére a vacuum extractiót ajánlják.

**IRODALOM:** 1. Bier—Braun—Kümmel: Chirurgische Operationslehre, 1955. Bd. III. S. 389. — 2. Bugyi I.: Gyakorlati sebészet. I. kötet, Medicina, Bp. 1960. 326. — 3. D. M. Haynes: Medical Complications During Pregnancy, McGraw-Hill. 1969. New York, 307. — 4. H. Kyank—M. Gülzow: Erkrankungen während der Schwangerschaft. G. Thieme. Leipzig. 1972. 234.

---

„Amikor a szellemi munka nem a legnemesebb hivatás, akkor a leghitványabb a mesterség.”

Taine



## tabletta antiparkinsonicum

### ÖSSZETÉTEL

Levodopa 500 mg tablettánként.

### JAVALLAT

Elsősorban Parkinson-kór és különböző, nem gyógyszeres aetiológiájú Parkinson-syndroma, továbbá minden olyan hypo- vagy akinesis, mely nem a hangulati élet vagy tudatzavar (pl. depressio, somnolentia) talaján alakul ki.

### ELLENJAVALLAT

Súlyos, decompenzált endocrín, renalis, hepaticus, cardialis és pulmonalis megbetegedésekben, továbbá súlyos neurosis, glaucoma, vér-dyscrasia és psychosis eseteiben.

B<sub>6</sub>-vitammal együtt nem adható (a Dopaflex hatását semlegesíti), továbbá MAO-inhibitorokkal egyidejűleg sem adható. A Dopaflex adagolásának megkezdése előtt 2 héttel a MAO-inhibitor adagolását be kell szüntetni.

A Dopaflex a sympathicomimeticumok effektusát erősíti, ezért az azokkal való kombinálás különös elővigyázatosságot igényel.

Sympathicomimeticumok adásának ellenjavallata esetén, Dopaflex sem adható.

Érzéstelenítés alkalmazása előtt 24 órával a Dopaflex adagolását be kell szüntetni.

### ADAGOLÁS

Az adagok nagyságát szakorvos határozza meg, ezért a kezelést és a therapiás dosis megállapítását – legalábbis az első két hétben – naponkénti orvosi ellenőrzés mellett kell végezni, ha pedig ez nem valósítható meg, akkor fekvőbeteg-gyógyintézetben. Az optimális mennyiséget fokozatosan – lehetőleg a táblázat szerinti óvatos adagolást követve – kell megállapítani úgy, hogy az első hét végére a beteg 1 g-ot (2 tablettát) kapjon.

Idő	Napi adag
1. és 2. nap	250 mg (1/2 tablettát)
3. és 4. nap	500 mg (1 tablettát)
5. és 6. nap	750 mg (1 1/2 tablettát)
7. nap	1 g (2 tablettát)

A tabletták napi mennyiségét kezdetben 4–6, majd 3–4 részletben, **étkezés közben**, lehetőleg étellel vagy némi folyadékkal ajánlatos bevenni.

Célszerű az első napi adagot 2 × 125 mg (2 × 1/4 tablettát) mennyiségben adni. A kezelés második hetében a dosis **fokozatosan tovább növelhető**. Általában 3–4 g/die (6–8 tablettát) mennyiségig. Napi 6 g (12 tablettát) is adható; szükség esetén még ennél is több. Akinesióban általában 1,5 g/die is elégnék bizonyul. Egyéb esetekben a tünetek alakulásától függően kell az optimális fenntartó adagot megállapítani. A Dopaflexszel végzett kezelés substitúciós therapiaként fogható fel, ezért tartósan, kúraszerűen kell alkalmazni.

A kezelés megszakítása vagy újakezdése, csak a napi adagok fokozatos csökkentésével, ill. növelésével történhet.

### MELLÉKHATÁS

Az adagok nagyságától és az egyéni toleranciától függően: hányinger, hányás, álomosság, étvágytalanság, feszültség-érzés, hypotensio. Kivételesen előfordulhat orthostatikus collapsus és szívrythmus-zavar. Túladagolás esetén choreoathetikus mozgászavar, hallucináció és leukopenia jelentkezhet. Ritkábban psychosisra emlékeztető tünetek, depressív paranoid állapot, ill. hypomania (pl. fokozott sexualis ösztönzés).

A mellékhatások a kezelés során néha az adag átmeneti csökkentésével megszűnnek, ill. tolerabilissá válnak. Ellenkező esetben a kúrát fokozatosan félbe kell szakítani.

### FIGYELMEZTETÉS

Terhes, szoptató anyáknak, továbbá 12 éven aluli gyermekeknek a készítmény adagolása nem ajánlatos. Ha a beteg anamnesisében infarctus, coronaria-insufficiencia és rhythmus-zavar szerepel, rendszeres keringési és EKG-vizsgálatot kell végezni.

Antihypertensív készítményekkel – Dopegyttel, reserpinnel, ganglionblokkolókkal – végzett egyidejű kezelés fokozott óvatosságot igényel (hypotonia-veszély). Gyomorfékely, görcskészség esetén is elővigyázatosság szükséges. Más antiparkinsonos készítményekkel együttes kezelés esetén az adagokat nem kell feltétlenül redukálni.

A neurológiai, a psychés és a belgyógyászati statust somatikus és laboratóriumi vizsgálattal időnként ellenőrizni kell (vérkép, máj- és vesefunkció).

E gyógyszer hatása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges; bevétele, ill. alkalmazása után 8–10 órán belül vagy folyamatos szedése, ill. kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni, továbbá szeszes italt fogyasztani tilos!

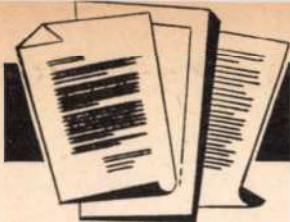
Társadalombiztosítás terhére szakrendelések szabadon rendelhetik, illetőleg csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) javaslatára rendelhető.

### CSOMAGOLÁS

50 db 220,- Ft.

*Egyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST





## BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

**A szocialista országok allergológusainak és klinikai immunológusainak nemzetközi konferenciájáról.** (Prága, 1974. július 1-5.)

A modern orvostudomány minden ágát egy disciplina sem hatja át jobban mint az immunológia és az exact pathophysiologiai bázisokra helyezett allergologia. Erre mutatott rá *Svejcar* (CSSR) és *Ado* (SzU) a kongresszus bevezető és vitaindító előadásában. A vizsgálati módszerek és módszerek tökéletesítése, az automatizálás és izotop technika igénybevétele, a gyógyszeripar fejlődése mind hozzájárulnak ahhoz, hogy a viszonylag új tudományág olyan mérvű haladást mutasson fel, amiről a század elején e tanokat megalapító tudósok nem is álmodhattak. Az ultrastrukturák tanulmányozásának lehetősége feleletet adott csaknem valamennyi intuitíve felállított hypothesisre, az egyes kutatók inventív-készsége mégis olyan részletekért képes tisztázni, melyek integrációja az immunológia és allergologia vitás problémáit megoldhatja a gyakorlati szempontból az egyre növekvő beteganyag prophylaktikus, palliatív és specifikus immunoterápiáját biztosítja. A komplikált és költséges berendezések, a szakemberek kiképzése, az epidemiológiai felmérések egységesítése azonban szükségessé teszik, hogy a nagyjából egy szinten és egyenlő lehetőségekkel dolgozó kutatók munkásságukat koordinálják, a bázisvizsgálatok és bázissterápiák alapjait közös nevezőre hozzák. A szocialista országok immunológiai és allergológiai egyesülése ezt a célt kívánja szolgálni, a kongresszus lényege egy egymással szoros kapcsolatban álló nemzetközi társaság alapkövetétele volt.

Prágában a CSSR és NDK allergológiai-immunológiai társaságainak vezetősége 7 szocialista ország képviselőit látta vendégül, házigazdáink mellett a legnépesebb delegációt hazánk kutatói képezték. A résztvevők centrális elhelyezése lehetővé tette, hogy az üléseken túl is fenn lehetett tartani a konstruktív eszmecserét biztosító folyamatos személyes kapcsolatot.

Mint már címéből is kiténik, az értekezések inkább gyakorlati jellegűek voltak, az immunológusok a klinikumot érintő témákat taglalták, az allergológusok a korszerű diagnosztikához szükséges immunológiai módszerek gyakorlati alkalmazásáról és az újabb terápiás lehetőségekről számoltak be. 18 sectio működött párhuzamosan, az irányvonalat az első nap referatuma, amit felkért előadók tartottak, határozták meg. *Stercl*

(CSSR) a genetikai tényezőkre hívta fel a figyelmet, szerinte ezek direkt vagy indirekt úton befolyásolják az antigent, így pl. vírusinfectióban ugyanolyan shockállapot alakulhat ki, mint serumbetegségben. *Ambrosius* (NDK) az antitestek affinitása és aviditása közti különbséget taglalta; míg az affinitás fokozódása egy jobb kapcsolódási systema következménye, addig bizonyos polyvalens haptének és haptén-komplexusok IgM-gátló hatása az aviditással egyenlő. *Zavázal* (CSSR), *Mackiewicz* (Lengyelország) és *Jäger* (NDK) az experimentalis immunologia és a klinikum egymásrahatását ismertette pathophysiologiai alapon. A klinikai jellegű referátumok közül *Hajós* a légzőszervi allergiás betegségek kialakulását, *Liška* (CSSR) a hyposensibilizálás múltját, jelenét és jövőjét, *Votava* és *Hodek* (CSSR) az immunopathiák és allergosisok modern pharmacoterápiás lehetőségeit, végül *Spíčák* (CSSR) a komplex praeventív és gondozási program jelentőségét tárgyalta.

Az egyes sectiók párhuzamosan tartották üléseiket, így különösen a koordinátoroknak nem állt módjukban valamennyi öket érdeklő beszámolón jelen lenni. Hazánk képviselői közül *Hámori* a nephrológiai sectiót vezette, a pécsi és külföldi kutatók a vesebetegségek immunoallergiás pathomechanizmusát experimentalis és klinikai módszerekkel tisztázták; az előadásokon túl élénk vita keretében sikerült a tematikát még jobban kimélyíteni. *Mosonyi* az immunodeficiens állapotokkal foglalkozó sectión elnökölt, ahol érdekes körképek immunológiai hátterét tárgyalták; a kollektíva és vezetés kitűnő munkáját összefoglaló zárszavában *Zavázal*, a kongresszus elnöke külön kiemelte.

A légzésfunkciós sectio bő anyagát *Zapletal* (CSSR) és *Hajós* koordinálta. A mindvégig igen élénk vitaszellem felszínre hozta, hogy az asthma bronchiale differentialediagnosztikája nem annyira a komplikált eszközök segítségével feltárt morfológiai tüdőelváltozásain, mint a functionalis változások és provocatív allergenanalízis precíz meghatározásán alapszik. Az asthma bronchialeval *Hodek* (CSSR) által vezetett külön munkacsoport foglalkozott, a terápiás lehetőségeket a praeventio és specificitás szempontjából mérlegelték.

A többi ülésszakon az immunologia és allergologia csaknem valamennyi aktuális problémáját érintették. A tematika általában aszerint alakult, hogy lehetőleg tág keresztmetszetet kapjunk az e té-

ren kialakult theoretikus és klinikai elképzelésekről, az egyes részletek további kibontakozása későbbi összefüggések tárgyát fogja képezni. Ez az alakuló, előkészítő konferencia arra szolgált, hogy az egyes országokban folyó kutató és gyógyító módszerekről tájékozódjunk és a nagyjából egyenlő lehetőségekkel és erővel működő társaságok munkásságát összehangoljuk.

Gyakorlati szempontból igen értékes élményt jelentett neves gyógyszergyárak kutatóival való közvetlen megbeszélés lehetősége. Megállapíthattuk, hogy a légzőszervi allergiás betegségek palliatív kezelésében a beta-adrenergicus stimulálók különböző változatainak az adott körülményekhez való adaptálása és a praeventív, egyben corticosteroid-helyettesítő dinatrium-cromoglycatnak van a legnagyobb jelentősége. Ez utóbbinak nasalisan alkalmazható változata (Intal nasale, Rhinacrom) az egyre szaporodó pollinosok megelőzésére szolgál, ezért hazai behozatala szükségesnek látszik. Az exogen, IgE típusú allergosisok immunoterápiájában a helyesen megválasztott allergén depot-kivonat formájában alkalmazzák, az Allpyral készítmények nálunk is ismeretesebbek, a csehszlovák Sevac-gyár is hasonló allergénkivonatok előállítására törekszik.

A kongresszus záróülésén a sectiók koordinátorai részletesen összefoglalták munkacsoportjuk előadásait és az azt követő viták alapján értékelték a kialakult véleményeket; így annak is módjában állt teljes képet alkotnia a kongresszus tudományos anyagáról, aki elfoglaltsága és a szimultán programok miatt nem tudta minden sectio ülést megfigyelni.

A szocialista országok klinikai immunológiai és allergológiai társaságainak egyesülését előkészítő statutumokat *Zavázal* elnök tárta az egyes társaságok vezetői elé; hazánkat *Hámori* és *Hajós*, mint a MAT elnöke és titkára képviselte, az előzetes alaptételek parafálása ünnepélyes keretek közt történt. Az új internationalis társaság megalakulásáról és a kongresszus munkájáról az elnökség a csehszlovák egészségügyi miniszter fogadásán tett jelentést, ezen a társaságok vezetői is résztvettek és alkalmuk nyílt a miniszterrel személyesen beszélgetni.

Az új egyesülés nem kívánja magát izolálni az egyéb európai, illetve nemzetközi allergológiai társaságoktól, sőt *Natvig*, a WHO kiküldöttjének meghívása és beszámolójának programba tűzése által sikerült kapcsolatot teremteni a WHO újonnan megalakult klinikai immunológiai részlegéhez.

Egy kongresszusi beszámoló nem lenne teljes, ha a társadalmi megmozdulásokat nem említenénk. A nagyszámú fiatal résztvevőnek alkalma nyílt prágai intézetek megtekintésére. A Szent György bazilikában eredeti hangszereken göti-

kus és barokk kamarazenét hallhattunk, hangulatos kiránduláson táborház mellett vidám nemzeti jellegű énekvetélkedő alakult ki.

A mind tudományos, mind társadalmi szempontból kitűnően sikerült konferencia, úgy érzem, egy jó kollektív kialakulását jelenti. A tervezett 3 évenkénti, más-más országban tartandó kongresszusok, a nemzeti konferenciákon való részvétel és az egyéni tapasztalatcsere biztosítása kétségtelenül hozzájárulhat ahhoz, hogy a nagy anyagi és személyi áldozatot igénylő immunológiai-allergológiai kutatások koordinálása e tudományág továbbfejlesztéséhez és a báziskutatások, illetve bázistherápia egy-ségesítéséhez fog hozzájárulni.

Végül köszönetet mondok a Csehszlovák Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság vezetésének szíves vendéglátásukért és megkülönböztető elismerésükért, valamint a MOTESZ-nek, hogy a konferencián való részvételüket támogatta.

Hajós Mária dr.

**Az Európai Klinikai Kutatók (Társasága. 8. Kongresszusáról. Rotterdam, 1974. április 25—27.)**

Az „European Society for Clinical Investigation” 8 éve alakult azzal a céllal, hogy összefogja azokat az európai szakembereket, akik klinikai kutatómunkát végeznek. Az alapító tagokat szakirodalmi munkásságuk alapján válogatták össze. Magyar részről hárman képviselhetők hazánkat (Heim T., Menyhárt J., Hankiss J.). A társaság taglétszáma ezután az alapító tagok ajánlása révén adaptált tagokkal évről évre nőtt. Így sikerült több érdemes magyar kollegát bejuttatni a társaságba. Az évenként tartott kongresszusok, az időközben megrendezett kisebb csoportmegbeszélések, a tagok aktivitása révén a Társaság hamarosan előkelő hírnévre tett szert. 8 év alatt Európa legnagyobb orvos-társaságává emelkedett.

Az utóbbi évek nagy eredménye, hogy hosszú próbálkozások után sikerült a társaság folyóiratát is megindítani, amely azóta a Springer kiadásában rendszeresen meg is jelenik.

A szocialista országokkal közösen kialakított összefogás révén országaink tetemesen előrevitték a közös ügyet s biztosították a szocialista országok kutatóinak a Társaságban elfoglalt helyét. Ebben igen nagy szerepe volt annak, hogy egy éven át magyar kutató Heim Tibor dr. vezette a társaságot. 1973-ban választották meg elnöké. A megválasztás ténye mellett, hogy komoly személyes sikert jelent, egyben biztató jele annak a hangulatváltozásnak, amellyel ma Európa-szerte értékeli a szocialista államok tudományos kutatását.

A magyar elnök funkciójába lépése után egy igen fontos előrelépés történt: nevezetesen erre az időre

esik az a döntés, hogy minden szocialista államban dolgozó kutató saját pénzmemében fizetheti be tagdíját. Ezzel kiküszöbölődött az a hátrányos helyzet, (amely csaknem minden más társaságnál fennáll), hogy devizális nehézségek miatt csak mint kültagok szerepelhetnek, döntésekben nem vehetnek részt; de a diszkriminációt akkor is érzik, ha bizonyos társaságokban szóhoz is jutnak. Itt viszont az egyenlőség talaján szólhatunk bele nemcsak a társaság munkájába, hanem célkitűzéseibe, terveibe is.

Nagy eredménynek számít, hogy megteremtődött a precedens devizális nehézségek megoldására, s ezt talán más társaságokban is érvényesíteni lehetne.

Kongresszusunkon 6 magyar résztvevő szerepelt bemutatással, előadással, ami nem kis jelentőségű.

A kongresszust a Rotterdami Orvosegyetem modern új tömbjében rendezték, ahol egymás melletti termekben lehetett tartani nyolc sectio üléseit, emellett társalgó, kiállítási csarnok mind együtt volt.

Mindhárom napon volt plenaris ülés, amelyet sectioülések követtek. Az egészen pontosan betartott menetrend biztosította, hogy mindenki meg tudta hallgatni az őt érdeklő előadásokat.

Különösen értékesek voltak a témát jól ismerő előadók jelenlétében zajló sectio-ülések, ahol valóban érdemi vita, megbeszélés folytatható. Az Antidiuretikus Hormon sectio-ülést ragadnám ki példaképpen. Igen szép elektronmikroszkópos ábrákat láthattunk, több előadás foglalkozott az ADH hatásmechanizmusával. A megbeszéléseken a legújabb eredmények, képek alapján lehetett megvitatni, mi az, amit ma tudunk, s az is kiderült, hol vannak fehér foltjaink, mely pontokon vannak esetleg olyan eredményeink, amelyeket nem tudunk az összképbe kellőképpen beilleszteni.

A plenaris üléseken a hallgatóság száma nagy volt. Minden elismerést megérdemelt a szervezés, s dicséret illeti azokat az előadókat, akik újat hoztak és eredményeikről meg is tudták győzni a hallgatóságot. A vitakészség is élénk volt.

Nagyon nehéz lenne egy-egy előadást kiemelni a rendkívül szerteágazó, lényegében minden fontosabb témakört érintő adatokból. Talán csak szemléltetésképpen emelném ki Gros professzor (Párizs) Boerhaave emlékelőadását az alacsonyabb és magasabb rendű organizmusok génaktivitásának szabályozásáról. Szerző kifejtette saját kísérletei és az irodalom alapján a génkutatás ma legizgalmasabb problémáit. Igen jó sematikus ábrákkal világította meg a bonyolult kapcsolatokat.

Kiemelném a vesével, szívvel, érbetegségekkel foglalkozó munkákat. Több előadás foglalkozott a zsíryanagyserével, főleg az arteriosclerosis vonatkozásában.

Az elhangzott munkákról általában elmondhatjuk, hogy komoly, modern laboratóriumi vizsgálati módszerekre alapultak. Ezek könnyű hozzáférhetősége, és nem a nálunk nagyobb ötletgazdagság alapján születnek — viszonylag kevesebb erőfeszítéssel — tudományos eredményeik.

Itt újra fel kell vetnünk a modern kit-ek beszerzésének fontosságát. (Kit = gyári laborleszt.)

Tudjuk, hogy ennek eddig is kizárólag devizális nehézségek vetettek gátat, de népgazdaságunk fokozatos fejlődése ma már talán lehetővé tenné a továbblépést. Tudósaink, *kutatóink produktivitása, nemzetközi hírneve és versenyképességünk* nagyrészt ezen áll vagy bukik. *Sajnos ma nem az ötlet fényjelez egy munkát, hanem a módszer divatos volta.*

Néhány szót a társadalmi programokról. Az orvosi könyvkiadók adtak egy kisebb fogadást a kongresszusi előcsarnokban. Érdekes, hogy aránylag igen szerény volt az ipar részvétele: néhány vállalat képviseltette magát műszerekkel, s 3—4 gyógyszergyárnak volt pultja, de pl. a szokásos gyógyszermintákat sem terjesztették.

A második este viszont fényes bankettre voltunk hivatalosak egy sétahajón, amely közben végigsiklott Rotterdam kikötőin. Itt baráti beszélgetésekre is sor került.

A kongresszusnak számos közép-európai résztvevője volt, így teljes egyensúly állt fenn az egyes országok képviselői között.

Nem hallgathatom el ennek óriási szakpolitikai jelentőségét, amint erről már a bevezetőben írtam. A szokásos klikkzellemet egyáltalán nem lehetett észlelni. Úgy gondolom, ez nem csupán abból adódott, hogy a résztvevők egy kontinens lakói, hanem a társaság valóban jó szelleméből.

A közgyűlésen hangzott el Heim Tibor dr., a társaság elnökének exposeja is. A többiekre is, rám is nagy hatást tett, hogy egészen újszerűen oldotta meg feladatát; nem a szokásos általánosságokat hallottuk, hanem vetítéssel, grafikonokkal tarkítva mutatta be a társaság 8 éves fejlődését, taglétszámát, az elfogadott és elutasított előadások számának alakulását. Izgalmas betekintést engedett abba a fejlődésbe, amit a kislétszámú alapító tagságtól a mai, mintegy 700 fős nagy társaságig befutott. Időnként humorosan említett meg egy-egy nehézséget, amelyen túljutottunk. A beszéd mindenki előtt világossá tette a szocialista oldal aktív részvételét ebben a munkában.

Csak a legnagyobb elismeréssel nyilatkozhatunk házigazdáink vendégszeretetről és velünk szemben tanúsított magatartásukról, amelyből valóban az egyenrangú félnek kijáró tiszteletet kaptuk meg.

Hankiss János dr.



## Egészségügyi szervezőtudomány

**Döntés első látásra a körzeti orvosi gyakorlatban. Összehasonlító vizsgálat egy nővér és három körzeti orvos között.** Moore, M. F. és mtsai (Department of Psychology, Univ. of Stirling): *Lancet*, 1973, 1, 817—819.

A lap „Általános orvosi gyakorlat kérdései” rovatában jelent meg a cikk. A körzeti orvos idejének tekintélyes részét veszik igénybe a lakásra hívások. Erejét és idejét jobban ki tudná használni, ha a hívásokat „szűrni” lehetne. Erre egy jól képzett egészségügyi szakdolgozó alkalmas lehetne, amennyiben el tudná dönteni, hogy valóban szükség-e a betegnek orvosra és ha igen, milyenre és mikor. Nem orvosi végzettségű eü. dolgozókat sikerrel alkalmaznak a Szovjetunióban, a fejlődő országokban és legújabbban az USA-ban is. A jelen tanulmány egy nővér és három körzeti orvos döntéseit hasonlítja össze, ezzel igyekszik meghatározni a középkáderek teljesítményének felső határát.

Egy nővér elkísérte a körzeti orvosokat 111 új, otthon fekvő beteghez. A nővér kórházi osztályon dolgozott, körzeti gyakorlata nem volt, előzőleg sem az orvosokat, sem a betegeket nem ismerte. A módszer az volt, hogy a nővér és az orvos együtt mentek ki minden beteghez, de azokat külön nézték meg. Ezután minden megbeszélés nélkül, egymástól függetlenül, első látásra, a legjellegzetesebb tünetek alapján el kellett dönteniük, hogy mi a teendő. Véleményüket kérdőíven aláhúzással tüntették fel, a diagnózist csak az orvos írta fel. A kérdőív a beteg adatain kívül a következő döntéseket, illetve intézkedéseket tartalmazta: 1. megnyugtató, 2. azonnal az eü. központba, 3. sebészeti ügyeletre, 4. körzeti orvosi vizit szükséges volt ma, 5. körzeti orvosi vizit elégséges lett volna másnap.

Mint látható, elsősorban az eset súlyosságának, sürgősségének megítéléséről volt szó és a teendőkről kellett dönteni. A nővér döntései egészben sem statisztikai, sem klinikai szempontból nem különböztek szignifikánsan a három általános orvos döntéseitől. Volt azonban 9 beteg, aki számára veszélyt jelentett volna, ha a nővér döntése szerint cselekednek. Ez azonban a cikk szerzői szerint kiküszöbölhető lett volna, ha a nővér olyan utasítást kap, hogy minden 5 évnél fiatalabb és 65 évnél idősebb beteget, valamint azokat, akik mellkasi fájdalomról vagy bármilyen vérzésről

panaszoknál, tekintse sürgős ellátásra szorulóknak.

A szerző elképzelése az, hogy URH készülékkel felszerelt nővérek mennének ki a betegek lakására és ők tájékoztatnák az orvost az eset súlyosságáról, sokkal szakszerűbben, mint a hozzátartozók vagy szomszédok. Valóban sürgős esetekhez az orvos így is — kis késéssel — eljutna, míg a betegek egy részét helyesebb lenne haladéktalanul kórházba szállítani.

Vályi Lajos dr.

**Betegségek az utolsó életévben, korcsoportok szerint.** Santrouček, M.: *Ceskoslovenské Zdravotnictví*; 1974, 1, 1—8.

A világstatisztikákra általában jellemző a betegek elhalálása előtti időszakára vonatkozó adatok hiányossága. Ezért a Társadalom- orvostani és Egészségügyi Szervezési Intézet (Prága) részletes epidemiológiai vizsgálatot végzett, melynek során — az elsődleges, közvetlen halálokokon kívül — kuttatták és elemezték mindazon betegséget, melyek az elhaltak utolsó életévében adódtak. A vizsgálat egységes irányelvek és módszerek szerint történt; egy városi (Prága; 1,1 millió lakos) és egy vidéki (Középcseh Terület; 1,2 millió lakos) település-jellegű területen. A vizsgálati felmérés 1970. február 1-től április 30-ig tartott; az említett két területen egy-egy olyan reprezentatív minta-csoportot képeztek, melynek tagjai a 34—74 közötti életévük valamelyikében haltak meg.

Vizsgálatuk fontosabb eredményeiből az előfordult gyakoribb betegségekkel kapcsolatban, a következőket emelhetjük ki röviden:

**Hypertonia** előfordulásának gyakorisága — mind a városi, mind a vidéki területen — az 55 évnél idősebb nőknél magasabb, az ugyanilyen korú férfiakkal szemben. Magasabb a nők részaránya a vidéki terület 54 éves és az alatti korcsoportjaiban is a férfiakénál.

**Angina pectoris** mindkét területen többségben a férfiakon fordult elő, de ez a férfi túlsúly csak a 49. életévig állt fenn; ennél idősebben a két nem között jelentős különbség nem mutatkozott.

**Acut myocardialis infarctus** — megegyezően a világirodalom adataival — döntő többségben férfiakon fordult elő. Ez a nők javára mutatkozott különbség azonban a 70. évtől felfelé kiegyenlítődik.

**Ischaemiás szívbetegek egyéb formái** tekintetében férfiak és nők között jelentős eltérést nem talál-

tak a vizsgáltak többségénél; kivételt képeznek a 49 év alatti férfiak, akiken az említett betegségek gyakorisága jelentősen magasabb, mint az azonos korú nőknél.

**Cor pulmonale** férfiakon nagyobb számban fordult elő.

**Krónikus cardialis insufficienciák** gyakorisága a fiatal férfi korcsoportoktól eltekintve nem mutatott feltűnő különbséget a két nem között. Egyetlen korcsoportban sem mutatkozott észrevehető differencia férfiak és nők között a **cerebrovascularis és egyéb cardiovascularis** betegségek esetében.

**Diabetes mellitus** túlnyomó többségben nőknél volt bizonyítható minden korcsoportban; a férfiakkal szembeni túlsúly különösen a 65. évnél idősebbekben mutatkozott igen kifejezetten.

**Bronchitis chronica**, valamint az **emphysema pulmonum** viszont a férfiakon volt lényegesen nagyobb gyakoriságú, elsősorban a vidéki területen és az 50. év feletti férfiakon (ez a megfigyelés a már említett cor pulmonalera is érvényesnek látszik). A **pulmonalis megbetegedések egyéb formái** (tuberculosis, asthma, stb.) nem mutatnak a nemek között említésre méltó differenciát.

A hypertonia és a diabetes mellitus nők között észlelt magasabb gyakorisága miatt, a nő populációban ezen két betegségre a jövőben fokozott figyelmet kell fordítani; lévén mindkettő, egyértelműen komoly rizikófaktor az ischaemiás szívbetegek szempontjából.

(Ref.: **Ahol a vizsgáltak lakóhelyének település jellege nincs kiemelve, ott az értékelés a két vizsgált terület összesített anyagára vonatkozik. A vizsgálatot — mint támogatandó témát — a WHO is felvette saját munkatervébe; s lényegében azonos körben és módszerekkel Csehszlovákián kívül — ugyanakkor és ugyanilyen vizsgálatot végeztek még Ausztriában, Bulgáriában, Franciaországban, Nagy-Britanniában és a Német Szövetségi Köztársaságban is. Értékelt eredményekkel eddig azonban csak Csehszlovákia és az NSZK rendelkezik.)**

Cselkó László dr.

**A szívinfarctuson átesett betegek fekvőbeteggyógyintézeti ellátásának szervezési kérdéseihez.** Sezerova, E. Ja., Volodin, V. D. *Szovjetszkoje Zdravoohranenije* 1974, 1, 14—18.

Egyes irodalmi adatok szerint a jól szervezett betegellátás és gondozás feltételei között a szívinfarctus halálozása nem múlja felül a 13—15%-ot, s a betegek 80—82%-a viszonylagos munkaképességét. Ilyen szempontból figyelemre méltó lehet egy egészségügyileg jól ellátott nagyvárosban végzett vizsgálat, melynek során a kórházi ellátás különböző típusainak hatékonyságát hasonlították össze. A lakosság egészségügyi ellátottságának színvo-

nalát az alábbi adatokkal jellemzik: egy körzeti belgyógyászra (therapeutára) 2100—2500 lakos jutott, 1000 felnőttre 2,5 belgyógyászati és 0,25 cardiologiai-rheumatologiai ágy, s a mentőszolgálat a betegek 96%-át a tünetek észlelését követő 24 órán belül (76%-át 3 órán belül) kórházba (klinikára) szállította.

A betegellátás hatékonyságát a fekvőbeteggyógyintézetek osztályok következő típusain tanulmányozták: általános belgyógyászati osztály, általános belgyógyászati osztály intenzív terápiás körtermekkel, cardio-rheumatologiai osztály, kevert típusú — cardio-terápiás-általános belgyógyászati — osztály és cardio-rheumatologiai osztály intenzív terápiás körtermekkel.

A kórházon kívüli tényezők érvényesülése valamennyi betegcsoportban közel azonos volt. Kiemelik azonban ebben a vonatkozásban, hogy a betegek zöme 16—20 óra közötti napszakban került intézetbe, amikor az általános belgyógyászati osztályokon már csak az ügyeletes szolgálat tudta őket fogadni. Éppen ezért nagyobb intézetekben feltétlenül szükség van a betegek osztályozására; az általános belgyógyászati osztályokra csak azok a betegek kerüljenek, akiknek nincs szükségük életmentő beavatkozásra, illetve akiknél az infarctus könnyebb lefolyású. Tapasztalatuk szerint a 60 év felett az infarctus 26%-ban volt halálos kimenetelű, ezzel szemben fiatalabb korban csak 3%-ban. Az általános belgyógyászati osztályok a szívinfarctuson átesett betegek jelentős részének korszerű ellátására nem alkalmasak. A felsorolt szervezeti típusok közül a leghatékonyabbnak az intenzív terápiás részleggel rendelkező, jól felszerelt cardio-rheumatologiai osztályokat találták. A szerzők óvnak attól, hogy ezek a betegek általános reanimációs osztályra kerüljenek, mivel többségük megtartja öntudatát, s psychésen rossz hatással van rá a reanimációs részleg létköre.

Ugyanakkor az említett osztályok státusnormatívái, valamint a lakosságnak az egyes ellátási formákban való szükséglete még kidolgozásra, illetve feltárára várnak.

Varga János dr.

**A betegek egészségügyi ellátásának szervezési kérdései a mitralis stenosis sebészi kezelése után.** Gromova G. V., Petuhova L. V.: Szovjetszkoje Zdravoochranenije, 1974, 1, 18—22.

A keringési rendszer zavarai következtében rokkantak 20%-át a rheumás eredetű vitiumok adják, s ez a betegcsoport zömmel az 50 éven aluliakat sújtja. E betegek kezelésében lényeges előrehaladást jelentettek a sebészi beavatkozások. Közülük legelterjedtebb módszer a mitralis commissurotómia. 1970-ig a Szovjetunióban

32 024 ilyen műtétet végeztek. Számuk az utóbbi években ugrásszerűen megnövekedett. 1956—57-ben a Szovjetunióban 54, 1970-ben már 102 intézetben alkalmazták ezt a műtét beavatkozást.

A műtéten átesett betegek húzamosabb ideig tartó megfigyelése ugyanakkor azt mutatta, hogy az évek teltevel az állapot rosszabodása mind gyakoribbá válik. Az első évben észlelt 80,6%-os arányú kitűnő-jó eredmény 5 év elteltével 60,6, 8 év elteltével 38,5%-ra csökkent. Az okok elemzése alapján arra a következtetésre jutottak, hogy ebben 10—40%-ban a rheumás folyamat fellángolása, 16—30%-ban a pitvarlebegés, 17—40%-ban szervezési-ellátási fogyatékoságok játszanak szerepet.

A betegek 9—17,4%-a a műtétet követően nem került gondozás alá, noha ez egyébként kötelező lenne. A gondozottak és a nem gondozottak körében a kitűnő-jó gyógyeredmény aránya között jelentős eltérést találtak: 73,3%, ill. 26,9%; a gondozási módszer alkalmazása és a gyógyeredmények közötti összefüggés közepes erősségű ( $r = +0,7$ ). Ha a gondozást cardio-rheumatológusok végezték, a kitűnő és jó gyógyeredmények aránya még magasabb volt: 80,3%; amennyiben körzeti orvosok végezték a gondozást, 54,7%-ot tett ki az említettek aránya. Tehát a gondozás hatékonysága még attól is függ, kik végzik a gondozást.

Összefüggést találtak az ellenőrző vizsgálatok gyakorisága és a gyógyeredmények között is. Az ellenőrző vizsgálatok hiánya esetén a kitűnő-jó gyógyeredmények gyakorisága 43,4%-ot tett ki, évente 2—3-szori, vagy ennél többszöri vizsgálat esetén viszont 86,6%-ot. Ennek egyebek között az is a magyarázata, hogy az előbbi csoport nem részesült Bicillin-profilaxisban.

Nem találták kielégítőnek a kórházi és a szanatóriumi beutalások gyakoriságát sem, amivel ugyancsak javíthatók lennének a gyógyeredmények.

Végso következtetésük az, hogy a mitralis commissurotómia jó gyógyeredményeinek tartósításában az egészségügyi hálózat komoly szerepet játszhat azzal, hogy a betegek gondozását teljes körűvé teszi és azt a cardio-rheumatológusokra bízva, akik a legnagyobb jártassággal rendelkeznek e betegség ismeretében és a korszerű ellátás gyakorlásában.

Varga János dr.

## Hygiéne

**Az orvos álláspontja az élelmiszerek növényvédőszer tartalmával kapcsolatban.** Dèmore, M. (Unité Diététique, Univ. Méd. Genève.): Méd. Hyg. 1973, 30, 877—880.

A növényvédőszer az USA-ban évente 250 halálos mérgezést okoz-

nak és a Zürichi Toxicológiai Központ adatai szerint a mérgezések 30%-a háztartási vagy pesticid eredetű. Ezek azonban baleset, gyilkosság, öngyilkosság következtében jönnek létre szerves foszfat vegyületek s nem szerves chlorvegyületek (DDT) miatt. Keletkezhetnek félheveny mérgezések foglalkozási ártalomként. Mi a jelentősége a talajban lassan bomló, az élelmiszertel bejutó s a zsírszövetben lerakódó pesticideknek?

A megállapított napi túrt adagot (0,005 mg/testsúly/kg) eddig nem lépték át, az USA-ban ez a mennyiség 1953—54-ben 0,0025 mg/kg volt, 1970-ben csak 0,0004 mg/kg. A permetező munkások 10—20-szor annyit fogyasztanak, következmény nélkül. A zsírszövet DDT tartalma az NSZK-ban 2,2 ppm, Franciaországban 5,2 ppm, Olaszországban 15,5 ppm, Hollandiában 1,75 ppm, Csehszlovákiában 20,34 ppm. Az egyetlen nyugtalanító tényező, hogy a DDT átmeleg az anyatejbe; eddig 0,009—0,150 ppm-t mértek. Bizonyos mennyiség felett a szervezet a DDT-t átalakítja DDE-re és DDA-ra, majd kiüríti, a DDT mennyiség a zsírszövetben állandó marad.

Kétségtelen, hogy a DDT telítés nem kedvező jelenség; de emiatt eddig még soha káros hatást nem figyeltek meg.

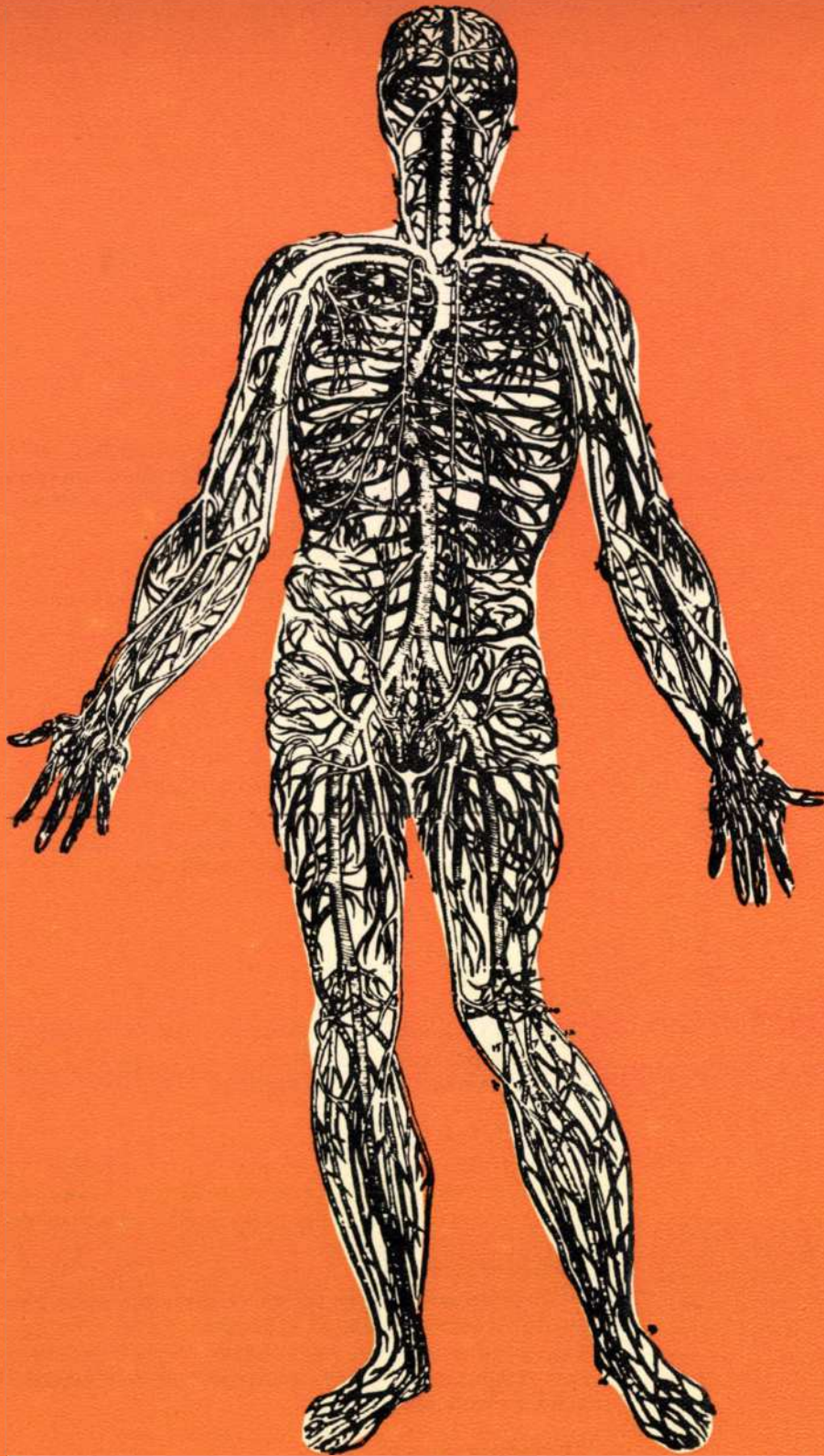
A szerző Baumgartner (Zürich), valamint Borella és Vandekar (WHO toxikológusok) adataira támaszkodva a DDT telítést teljesen ártalmatlannak tartja, nem figyeltek meg emiatt káros elváltozásokat. Ismeretesek Hayes és mtsai kísérletet; az engedélyezett mennyiség 100-, ill. 700-szorosa 18 hónapon át beveve sem okozott károsodást. Az AIDA (Élelmiszerelosztók Nemzetközi Szövetsége) 1971-ben Genfben megállapította, hogy az autómotor égési termékei, valamint a fűtés-termékek és a detergenszek jóval károsabbak, mint a DDT-permetezés.

Ceylonban 1961-re sikerült DDT felhasználásával a maláriát évi 110 esetre leszorítani, amióta abbahagyták a permetezést (1961), újra terjed a betegség (1970-ben 2,5 millió beteg). A DDT-re szükség lesz az élelmiszertermelés fokozása, az éhség legyőzése végett s ezért a nem kellően megalapozott eltiltásokat meg kell szüntetni.

Nikodemusz István dr.

**Járványügyi összefüggések emberi és állati Salmonella ürítők valamint környezetük között a Bodeni-tó környékén.** Pagon, S., Sonnabend, W., Krech, V. (Inst. Med. Microbiol. St. Gallen.): Zbl. Bakter. I. Abt. Orig. Serie B. 1974, 158, 395—411.

A szerzők két év alatt (1969—70-ben) emberek és állatok Salmonella ürítését vizsgálták, továbbá megkísérelték a mikrobák kitenyésztését talaj-, víz- és szennyvízmintákból, továbbá részletes elemző mun-



**STUGGERON**

# STUGERON



**Tabletta**

## **ÖSSZETÉTEL:**

Tablettánként 25 mg cinnarizinumot 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 ezenfelül 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 cerebrocraniális 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  $3 \times 1$ , vagy  $3 \times 2$  tabletta hónapokon keresztül, rendszeresen. Érzékeny betegeknél ajánlatos a kúrát napi  $3 \times 1$  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

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST**

kával (biokémiai viselkedés, anti-biogramm, phagtipizálás) 59 emberi ürítőt találtak (főként *S. typhi* murium és *S. enteritidis*), az általuk kiválasztott serotypusokat az egy *Salmonella* bareillyi kivételével mind megtalálták a szennyvízben; a phagtypusok is messzemenően egyeztek az emberi és a szennyvíz eredetű *Salmonella* törzsek között. Ezenkívül hasonló kapcsolatot sikerült felderíteni állatokból (főleg sirály és teknősbéka), valamint a szennyvízből, ill. az állati takarmánymintákból kitenyészített *Salmonella* törzsek között. A szennyvízből kitenyészített *Salmonella* esetében 46 törzs közül 26 előfordult az állatokban. 996 sirályürülék mintából 6,9% volt *Salmonella* pozitív. Ez az adat felhívja a figyelmet a sirályok jelentőségére a kórokozók átvitelében. A *S. manchester* behurcolását az NSZK északi részéből Svájcba, ahol eddig nem fordult elő, a sirályok vándorlásával lehet magyarázni.

Megvizsgálták a szennyvíztisztító berendezések hatásfokát. Azt találták, hogy sem a régi, sem az újonnan épített tisztító nem alkalmas a *Salmonella* kiküszöbölésére; ezek a tisztítóberendezésen át a felszíni vizekbe, ill. a talajba bejutnak.

Nikodemusz István dr.

**Botulizmus.** Lamagniere és mtsai. (Hop. Bichat, Paris.): *Sem. Hopit.* 1973, 48, 26—32.

A hurkamérgezés (botulizmus, konzervmérgezés) még mindig viszonylag gyakori megbetegedés Franciaországban, 1966 óta az esetek száma emelkedést mutat. A jelenség oka az, hogy nem ismerik a mérgezés megelőzését és lebecsülik a veszélyét. A német megszállás alatt több mint 500 eset, 1000 megbetegedéssel fordult elő Franciaországban, ennek az volt az oka, hogy házi készítmények kerültek — érthető okokból — a feketepiacon forgalomba.

A szerzők 1966—71 között 19 esetet jegyeztek fel s ezzel kapcsolatban felhívják a figyelmet a betegség diagnosztikájára, a tünettanára (gyakori viszonylag az atypusos megbetegedés), valamint a szokásos gyógykezelési eljárásokra) specifikus vagy trivalens A+B+E (antitoxin adása kötelező). Nem jelentkeznek mindig a szájpada benu-lását jelző tünetek s antitoxin kezelés esetén toxin nem mutatható ki a vérből.

(Ref.: *Magyarországon Ralovich végzett értékes megfigyeléseket atypusos botulizmus megbetegedésekkel kapcsolatban; ezek általában akkor kerülnek észlelésre, ha típusos eset is előfordul.*)

Nikodemusz István dr.

## Szív- és érsebészet

**A teljes nagyér-transpositio palliati kezelése.** Thibert, M., Chetochine, L. (Hôpital Parrot, Service de Cardiologie Infantile, Paris): *Arch. Franc. Péd.* 1973, 30, 113—130.

A nagyerek teljes transpositiója-ban a teljes correctiót jelentő Mustard műtét elvégzése ez idő szerint újszülött, illetve fiatal csecsemőkorban még nem javasolt. Mivel azonban a spontán halálozás az első életheletben igen nagy, palliatív beavatkozásra van szükség. Jelenleg két eljárás használatos: a) a Rashkind által bevezetett ballonos katheretrel, thoracotomia nélkül elvégezhető atrioseptostomia, b) a Blalock—Hanlon-műtét.

Mindkét műtét célja azonos: pitvari septumdefectus létrehozásával biztosítani a két, egyébként egymástól teljesen elválasztott vérkör adequat összeköttetését. Hasonlóképpen mindkét módszernek egyaránt vannak előnyei és hátrányai is. A Rashkind-féle atrioseptostomia már a haemodinamikai laboratóriumban, nyomban a szívkateteres és angiographiás vizsgálat után elvégezhető, nem igényel általános anaesthesiát, thoracotomiát. Hátránya, hogy a beavatkozást „vakon” végzik, az ily módon létrehozott defectus gyakran kicsi, a későbbiekben újra beszűkülhet. A Blalock—Hanlon műtét előnye, hogy a szem ellenőrzése mellett, hagyományos eszközökkel, ideális helyen és méretben kialakított pitvari sövényhiány sokkal effectívabban shunt lehetőségét biztosítja, mint a „vakon” elvégzett ballon-septostomia. Egyidejűleg egyéb palliatív beavatkozásra is lehetőség nyílik (az arteria pulmonalis beszűkítése, Blalock-Taussig, Waterston).

A szerzők a két eljárással 198 eset kapcsán szerzett tapasztalataikról számolnak be.

1. 1968 januárjától 1971 decemberéig összesen 83 újszülöttön és csecsemőn végeztek atrioseptostomiát Rashkind módszere szerint. Közülük 18 már az első napon meghalt. A leggyakoribb halálok: szívperforatio, szívmegeállás, rhythmuszavarok, acidosis. Az életben maradt 65 csecsemő közül csupán 6-on ítélték nagyon jónak, 23-on jónak a beavatkozás eredményét. Ezekben az esetekben a cyanosis egyértelműen csökkent, decompensatio nem volt, kielégítően fejlődtek.

Az atrioseptostomia sikertelensége esetén ezen eljárás megismétlése helyett Blalock—Hanlon-műtétet végeztek.

2. Blalock—Hanlon-műtét 1966-tól 1971 júniusáig 139 betegen történt, több mint  $\frac{1}{3}$ -uk (43) volt egy hónaposnál fiatalabb. Beteganyaguk nagyobb része (75 eset) egyszerű nagyértranspositióból adódott. A Blalock—Hanlon-műtétet 72 gyermekben első beavatkozásként, 63-on sikertelen vagy nem kielégítő ered-

ményű ballon septostomia után végezték. 27 esetben a Blalock—Hanlon-műtét mellett egyéb műtét is történt, legtöbbször (19 esetben) az arteria pulmonalis beszűkítése, az úgynevezett „banding”, amennyiben egyidejűleg nagy kamrai septum defectusa is volt a betegnek. A műtét végén az arteriás  $O_2$  saturatio emelkedés átlag 20—30% volt. A beavatkozás sikerét nagymértékben befolyásolja a műtőasztalra kerülő beteg általános állapota (acidosis!). A szövődmények közül a vérzés, szívmegeállás, extrém fokú bradycardiát említik. Műtét közben 5 beteget veszítettek el. A 135 operált beteg közül 52 (38%) halt meg. A meghaltak közül 31-et már a postoperatív időszakban elveszítettek, késői haláleset, több hónappal a műtét után 21 volt. Nem találtak összefüggést a műtét halálozás gyakorisága és a beteg kora között.

83 beteg maradt életben. 16 gyermekben a műtét eredmény nagyon jó, 41-ben jó volt. „Elég jónak” találták a műtét eredményt 15 esetben, 11-ben közepesnek vagy rossz-nak minősült. Végeredményben az esetek  $\frac{2}{3}$ -ában a Blalock—Hanlon műtét jónak vagy nagyon jónak bizonyult, hosszabb megfigyelési idő után is.

Összegezve a két módszerrel elért eredményeket, a szerzők megállapítják, hogy a műtét halálozás közel azonos a két csoportban. A Blalock—Hanlon műtét késői eredményei azonban lényegesen jobbak. Úgy találják, hogy az újszülöttkorban sürgősségi beavatkozásként a Rashkind-műtét indikált. Egy hónapos koron túl viszont a Blalock—Hanlon-műtét elvégzését tartják helyénvalónak. Szélinger Tibor dr.

## Sebészet

**A műtét utáni sebfertőzés összefüggése a hajukban baktériumot hordozókkal.** Dineen, P., Drusin, L. (New York Hospital—Cornell Medical Center): *Lancet* 1973, II, 7839, 1157.

A hajukban baktériumokat hordozók sebfertőzésben játszott szerepéről kevés a közlemény. A legtöbb munka Angliából származik. Summers és mtsai szerint azoknak, akiknek a hajában baktériumokat találtak, az orruk 20%-a tiszta volt. Az egészségügyi dolgozók kb. 50%-a, a fekvőbetegek 60%-a pathogen baktériumokat hordoz a hajában. Ezek közül a leggyakoribb a *Staphylococcus aureus*, de kimutattak *E. coli*t, *Streptococcus viridanus*t, *Proteus vulgaris*t, *Pseudomonas*t, sőt *Streptococcus B-haemolyticus*t is. A kórházi dolgozókból izolált *Staphylococcus* törzsek legtöbbször penicillin és streptomycin resistens volt. A baktériumokat hordozó betegek sokkal gyakrabban kaptak fertőzést, mint azok, akiknek a haját tisztának találták. Kimutatták, hogy a hajból

izolált mikroorganizmusok sokkal hajlamosabbak az antibiotikumokkal szembeni rezisztenciára. Noble adatai szerint gyakrabban hordoznak hajjukban baktériumot azok a betegek, akik már voltak kórházban, mint azok, akik még nem voltak.

Két postoperatív sebfertőzési járvány fordult elő a szerzők intézetében, az egyik általános sebészeti, a másik vesetransplantációs osztályon. A járványok alatt az összes dolgozótól ismételt levett orr- és torokleoltás eredménytelen maradt. Végül a hajról, bőrből és köröm alól vett minták eredménye vezetett. Egy orvos hajából ugyanazt a törzset tudták izolálni, mint az általános sebészeti osztályon előfordult 11 sebfertőzésből. Az orvos ezután naponta Povidane-Iodine sampoot használt, rövidre vágatta a haját és megfelelő sapkát viselt a műtőben. A módszer hamarosan eredményre vezetett, de az előírt életmódot nem folytatta tovább, és így a múlt ősszel ismét 5 sebfertőzést okozott. A második járvány alkalmával egy vesetransplantációs osztályon 10 hét alatt 5 kisebb sebfertőzés zajlott le. 30 egészségügyi dolgozó került kapcsolatba a beteggel. Mindegyiktől haj, köröm, orr- és torokleoltást készítettek. Egy 24 éves nővér haj- és körömleoltásából tenyésztett ki ugyanazt a törzset (coagulase positiv Staphylococcus aureus III. csoport, típus 6, 83A, 47, 53, 85.) ugyanazzal az antibiotikum rezistentiával. Másodnaponta Povidane-Iodine sampooval mosta a haját és naponta háromszor a körmeit. Kezdetben az eljárás sikeres volt, de néhány hét múlva ismét coagulase positiv Staphylococcus aureus tenyésztett ki a fejbőréről, 12 órával a megfelelő sampoo-kezelés után. Ekkor a bőrgyógyászok Bacitracint keverték a megszokott arckréméhez és Selenium-Sulphid sampoot adtak a Povidane-Iodine sampoohoz, seborrhoeás dermatitisének kezelésére. Hamarosan körme és fejbőre is baktériummentes lett.

Mindenki hordoz váltakozó mennyiségű baktériumot a hajában, és sok esetben nagy mennyiségű virulens törzset, mégsem fordulnak elő olyan gyakran sebfertőzési járványok, bár a baktériumhordozók jelen vannak a műtőben. Ez azt mutatja, hogy egyéni faktorok nagy szerepet játszhatnak a fertőzés létrejöttében. Az első járványban vérellátási zavarok (érbe-tegek) csökkentették a lokális ellenállóképességet, a másodikban a legtöbb beteg immunosuppressív állapotban volt, és emiatt csökkent az általános ellenállóképességük.

A járványok óta Rodac contact-lemes technikával meghatározták a hajjukban baktériumokat hordozókon az átlagos csiraszámot, ami sampoohasználat előtt 323 volt, és hajmosás után jelentősen csökkent.

**Postoperatív confusio.** Patkin, M. (Whyalla Hospital, Whyalla, Dél-Ausztrália): Med. J. Aust. 1973, 2, 559.

A legtöbb nagy intézetben egyre komolyabb jelentőségű az idős betegek postoperatív confusiójának problémája. Az ennek kialakulásához vezető tényezők legtöbbje interferál az agyi metabolizmussal, megváltoztatva az oxygenisatiót és a metabolitok koncentrációját; jelentős továbbá az esetleg kimutatható bakteriális toxinok hatása is.

Postoperatív confusióra hajlamosítanak:

a) leggyakrabban: cerebrovasculáris megbetegedések, gyógyszerek (elsősorban barbiturátok és antihistaminikumok), delirium tremens, mellkasi infectio vagy atelectasia, veseinfectio, hasi eredetű sepsis, erősen telt hólyag vagy rectum;

b) ritkábban: anaemia (főleg B<sub>12</sub>-hiányos állapot), idejében fel nem ismert vérvesztés, anoxia egyéb formái, hypothyreosis, máj- vagy veseelégtelenség, subduralis haematoma;

c) pszichológiai tényezők: szenzoriumzavar (főleg háborúban: bombázás vagy nélkülözés kapcsán), alvászavar, depressio, szorongásos állapot, schizophrenia;

d) járulékos súlyosbító tényezők: félelem, dyscomfort, fájdalom, szomjazás, éhezés;

e) végül ritkán: hypoglycaemia, zsírembolisatio, hypernatraemia.

Igen fontos a folyadékháztartás egyensúlya, mert az exsiccosis mind magában, mind súlyosbító tényezőként gyakran okoz confusió állapotot. Máskor a „túlsédálás” hajlamot pneumonia kialakulására, amely ugyancsak hasonló jelentőségű. Ritkábban a faeces-rög által okozott „diarrhoea spuria” áll a háttérben, lényeges tehát a postoperatív confusióban szenvedő betegek rectalis vizsgálata is. Ami a confusió állapot időbeni felismerését jelenti, fontos, hogy az erre hajlamosnak látszó betegeket főleg késő délután és éjjel gondosan figyeljük (alkoholistákat, légzőszervi betegeket, csökkent excretióval rendelkezőket), mert így már az apróbb tünetek is útbaigazíthatnak. Ilyenek: bizonytalanság, motyogás, csipkedő mozgások és minden „oda nem illő” megnyilvánulás. Ez kétszeres jelentőségű, mert így megkíméljük a betegeket az egészen a sensoros desorientatio kialakulásáig terjedő psychés stressztől; emellett a confusio korai kezelést is lehetővé tesz. Ha ezt nem tesszük, pár óra múlva kialakul a teljes kép: a beteg dobálja magát, kiabál, ágyából kiugrik, a benne levő szondákat, kanüloket és cathetereket kitépi, az őt kiszolgáló személyzettel gorombásodik és a többi beteget nagyon zavarja. Ekkor igen fontos a részletes vizsgálat a közvetlen aetiologia kiderítésére (hemiparesis, kétoldali basalis bronchopneumonia, melyhez talán enyhe keringési elégtelenség

is társul, köpetretentio, hasi fertőzéses állapot, veseinfectio, stb.) kizárására. Szükség esetén helyes újabb laboratóriumi, röntgen és egyéb szakvizsgálat igénybevétele is.

A postoperatív confusióban szenvedő beteg gyógykezelése nagyon egyszerű vagy igen nehéz, aszerint, hogy fel tudjuk-e ismerni a közvetlen kiváltó okot. Ha ez sikerült, természetesen igyekszünk azt corrigálni. Általában helyes a sedatívumok mellőzése, de ha a beteg iactál, Seduxen, paraldehyd, vagy chlorpromazin jó szolgálatot tehet. A delirium tremens speciális állapot; kezelése: kevés alkohol vagy konyak, nagy adag B<sub>1</sub>- és B<sub>6</sub>-vitamin és fructose.

Végül leszögezzük, hogy a postoperatív confusióval a jövőben egyre gyakrabban fogunk találkozni, miután egyre több idős ember kerül majd műtetre. Major László dr.

**Vagotomia, vagy resectio a gyomorfelekézésében.** Duthie, H. L., Kwong, N. K. Brit. Med. Jour. 1973, 4. No. 5884, 79.

A szerzők összesen 100 esetet vizsgáltak meg összehasonlítva a Billroth I. szerint resectáltakat a vagotomiás és pylorusplasticás esetekkel. Kezdetben excisiót vettek a fekélyből, később a teljes fekélyt kivágva azonnali szövettani vizsgálatot végeztek. A már kezdetben ulcus carcinomás betegek nem kerültek feldolgozás alá. Truncalis vagotomiát végeztek 41 esetben, selectivét 9 ízben. Mindkét típust kombinálták Heineke—Mikulicz féle pylorusplasticával. A felmérés időpontjában a megelőző beavatkozás típusát nem ismerték. A functionális eredményeket, a fennálló tünetek értelmében Visick beosztása szerint csoportosították. 50-es csoportokat hasonlítottak össze nem, kor, a tünetek fennállási ideje és az utánvizsgálati idő szempontjából. Utánvizsgálatra került 46 resectio és 40 beteg vagotomia után. 3 beteg meghalt a resectio utáni időszakban, ettől függetlenül betegségben, 1 beteget nem lehetett megtalálni. 2 beteg halt meg vagotomián átesett betegekből, ettől független ok miatt, 3 beteg halt meg később kialakult carcinoma következtében, további 4 beteg később resectióra került ugyancsak carcinoma miatt. Resectio után 2 ulcus recidivát észleltek, amiből az egyik prednisolon kezelést kapott egyéb okból. Vagotomia után 5 fekély recidiva alakult ki, ebből 3 esetben resectiót kellett végezni.

A szerzők véleménye szerint a rák megjelenhet a csomban is, ezért a hosszabb megfigyelési időt tartják reálisabbnak. A fekély kiújulása tapasztalatuk szerint sokkal kisebb mértékű, ha eredetileg kimetszik ezt. Az intact pylorus megtartása az eperefluxot csökkenti. Az antralis rész vagalis beidegzését meghagyva elkerülhető a



pylorus plastica (magas selectiv vagotomia, proximalis gastrikus vagotomia). Az utóbbi időben, eredményeiken felbátorodva, a szerzők egyaránt végzik gyomorfe-kély esetén a Billroth I. szerinti resectiót és a fekélykimetszéssel kombinált magas selectiv vagotomiát, pylorusplastica nélkül. Mindkét csoportban kielégítő eredményt kapnak. Arra a következtetésre jutottak, hogy jól alkalmazható a gyomorfe-kély conservatív sebészeti kezelése, mint a Billroth I. szerinti resectio alternatív eljárása, különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy az utóbbi technikailag nehezebb.

Arányi Sándor dr.

**Száz beteg utóvizsgálata 5 évvel duodenalis ulcus miatt történt selectiv vagotomia és drainage után.** Amdrup, E., Jensen, H.-E. (Municipal Hospital, Surg. Dept. 1., Copenhagen.): *Surgery*, 1973, 74, 321—325.

Az ulcus duodeni sebészeti kezelésének megválasztása vitatott. Az első selectiv gastricus vagotomiát (SGV) Griffith és Harkins végezte kutyán, majd Burge és Griffith klinikailag drainagezsal kombinálva. A 60-as években a SGV elterjedté vált, mivel bebizonyosodott, hogy a truncalis vagotomiával szemben elkerülhetővé vált a vagotomiás diarrhoea.

A szerzők 1964 óta 445 betegen végezték el a műtétet és 1964 és 1966 között 134 betegen végeztek utóvizsgálatokat 5 évvel a műtét után.

A műtéti beavatkozást a gyomor kiscsatornáján kezdték, a bal art. gastrica alatt. A gyomor denervációja után a gyomor ascendáló dissectióját végezték el az omentumtól az oesophagusig, átvágva a vagus minor ágait. A drainage módja vagy a Heinecke—Mikulitz, vagy a Finley-féle pylorus plastica volt.

Eredményeik azt mutatják, hogy reoperációra 7 beteg szorult; egy a pylorus plastica stenosisa, 6 pedig recidív ulcus miatt. Szövettanilag 2 beteg az antrumra lokalizált ulcust, 2-n duodenalis ulcust, 2-n pedig antralis és duodenalis ulcust találtak. A műtéti megoldás antrectomia volt, mely után a betegek tünetmentessé váltak.

A postoperatív panaszokat illetően: 5 betegnek volt dumpinges panasz teljes munkaképesség mellett, 2 beteg dumpinges tünetek következtében munkaképtelen volt, 3 beteg enyhe hypoglycaemiás tüneteket, 17-en enyhe dyspepsiát észleltek. 3 beteg a dumpinges roham végén jelentkezett diarrhoea.

2—4 hónappal a műtét után 108 betegen történt insulin teszt: 79%-ban negatív, 21%-ban pozitív eredménnyel. A műtét után 5 évvel 62 beteg végezték II. insulin tesztet, mely százalékos eltérést nem mutatott az első vizsgálat eredményeitől.

Bár a SGV időigényesebb műtéti eljárás és sokan technikailag nehéz

műtétnek tartják, a szerzők eredményesen alkalmazták az electiv sebészetben.

SGV után a dumping előfordulása nem csökkent, csupán a vagotomiás diarrhoea. A dyspepsia szempontjából a műtétek 85%-a kitűnő eredményt adott, 5% volt jó, 10% rossz.

Az ulcus recidiva százaléka azonos volt a truncalis vagotomián át esett betegeken észlelt százalékkal; annál nem volt magasabb. A recidiva oka feltételezhetően inkább a stasis, mint az incomplett vagotomia volt.

A 134 betegből 12 halt meg a későbbi évek folyamán: 1 gyomor-ca. következtében, a többi pedig nem a gyomorral kapcsolatos betegségek folytán.

Horváth Zsuzsanna dr.

**Műtét utáni thromboembolia profilaxis.** K. Lüders és mtsai (Sebészeti Klinika, Tübingen): *Chirurg* 1973, 44, 563—569.

A műtét utáni halált okozó tüdőembólia 0,25—1%-ban, s nem halálos thromboemboliás (te., komplikációk 2—10%-ban jelentkeznek a műtét utáni szövődmények között. A te. profilaxist anticoagulansokkal (AC), dextrannal (D), valamint a kettő kombinációjával végezték a szerzők.

AC csoport: Dick és mtsai 40 hónapon át 13 000 betegen alkalmazták heparinnal és cumarin származékkal (Marcumar). A halálos és nem halálos te.-s komplikáció 1/6-a volt a kontroll csoportnak, míg vérzéses szövődmény 3—4-szer gyakrabban fordult elő. A szerzők szerint az AC-val végzett profilaxis nem mindig kielégítő voltát leginkább a szervezési, valamint a vérzéstől való félelem miatti kontraindikáció kitágítása okozza. A cumarin túladagolását átmeneti kihagyásával, könnyebb vérzéseket Konakion adásával, a masszív vérzéseket pedig transfúziók és a hiányzó alvadási faktorok pótlásával lehet legyőzni. Helyi sebgyógyulási zavarokat — úgy mint osteomyelitis, haematoma, bőrnecrosis — az AC kezelés alatt nem láttak, míg az AC kezelés a tumorsejtek szétáramlását ugyanakkor elősegítik.

D.-al szintén lehet eredményes te. profilaxist létrehozni. Vianer és mtsai szerint a műtét utáni reaktív hypercoagulaemiát a D. megakadályozza. Antithrombotikus hatását a viscositas csökkentésével, valamint a vér alakos elemei suspensio-stabilitásának növelésével éri el. Hátrányait vizsgálva a Svéd Gyógyászatszövetség 1969-es felmérése szerint több ezer esetből 64-szer írtak le D. adása utáni kóros reakciót. Ezekből csupán 1—1 alkalommal fordult elő súlyos shock. A daganatsebészetben óvakodni kell a D. műtét előtti vagy alatti adásától. A D. és AC-vel kezelt csoportokat összehasonlítva a vérzéses szövődmény a D. csoportban

kevesebb, míg a te. profilaktikus hatása az AC. csoportnak nagyobbak tűnt. Ez a különbség a fokozottan komplikációveszélyes műtéteknél (gyomor, bél, mellkas, koponya, urológiai műtétek) szignifikánssá vált az AC. csoport javára. A betegek kora, valamint a te. felépésének ideje tekintetében sem találtak különbséget a két csoport között.

Ebből következik, hogy a D.-vel végzett profilaxis egyes, súlyosabb esetekben kevésbé hatásos, mint a jól vezetett direkt és orális AC. profilaxis.

Mindezeket összetéve a szerzők kombinált AC + D profilaxist vezettek be. Minden műtét alatt 500 ml D.-t adtak, ehhez kapcsolódva a fent említett műtéti csoportokban 10 napig AC. terapiával egészítették ki. A heparinnal folyamatos dosisa 2-szer 10 000 E volt, melyet sc. adtak be, emellett a műtét napján, valamint a következő első, második, negyedik, hetedik napon, ettől kezdve a huszonkettedik napig 3 naponta 500 ml D.-t adtak. A Marcumar dosisát hét napig úgy szabták meg, hogy a Quick érték 15—30% között legyen. Bevezető dosisa nagy mennyiségű volt, majd fokozatosan csökkentve adagolták. Ezen kombinált kezeléssel a szerzők a te. profilaxis hatékonyságának jelentős fokozódását észlelték.

Téglásy László dr.

**A kisdózisú heparinkezelés hatása a postoperatív thromboemboliák gyakoriságára.** Lahnberg, G. és mtsai (Dep. of Surgery, Karolinska Institut, Stockholm): *Lancet*, 1974, I, 325—331.

A nagy sebészeti beavatkozásokat követő mélyvénás thrombosisok és consecutív thromboemboliák megfelelő dózissal adott heparinnal megelőzhetők. A jelentős véráldási idő megnyúlással járó heparinizálás veszélyei sebészeti beavatkozások előtt és után jól ismertek, és sokakat e veszélyek lehetőségére riaszt el a heparinkezeléstől. Számos szerző megfigyelte azonban, hogy kis dózisú heparinizálással („hyperheparinaemia” előidézésével) is csökkenthető a mélyvénás thrombosisok frekvenciája, azonban a thromboemboliák gyakoriságát nem sokan vizsgálták. A szerzők 112 különféle nagy sebészeti beavatkozáson átesett betegen vizsgálták a szövődmények gyakoriságát kis dózisú heparinkezelés kapcsán. A postoperatív időszakban a mélyvénás thrombosisokat radio-jód izotóppal conjugált fibrinogénnel, a pulmonalis emboliákat pulmonalis photoscanning eljárással figyelték.

A heparinizálást a műtét előtt elkezdték oly módon, hogy azt megelőzően 2—5 órával subcutan adtak 5000 E heparint, s ezt a postoperatív időszakban 2 × (12 óránként) adtak subcutan 5000—5000 E-t általában 4 napig.

E módszerrel a mélyvénás thrombosisok és pulmonális emboliák gyakorisága 56%-ról 19%-ra csökkent. A pulmonális emboliák sohasem voltak masszívák, és az esetek 47%-ában a jobb alsó tüdőlebenyre lokalizálódtak. A heparin semmiféle komplikációt nem okozott, a partialis thromboplastin idő minden esetben a normális határok között maradt. Megemlítik, hogy Biggs és mtsai szerint a kis dózisban adott heparin növeli az aktivált X. factor inhibitorának szintjét, de a thrombin-inhibitor hatás nem növekszik jelentősen. Gin és mtsai szerint az aktivált X. factor + X. f. inhibitor complex erőlyes gátló hatást fejt ki a thrombocytákra is, mely hatás szintén nem elhanyagolható.

A szerzők vizsgálatai megerősíteni látszanak azon felfogást, hogy a postoperatív thromboemboliák megelőzésére rutinszerűen és vesztélyes következmények nélkül alkalmazható a lényegében semmiféle laboratóriumi kontrollt nem igénylő kis dózisú heparinkezelés.

Berkessy Sándor dr.

**Gyulladásos vastagbél-megbetegedések sebészeti kezelésének eredményei. Egy kórházi körzet ismételt átvizsgálása.** J. K. Ritchie (St. Mark's Hospital, London): British Medical Journal, 1974, I, 264—268.

A szerző 1967—1972 között a North-east Metropolitan Hospital körzetébe tartozó 34 nem oktató kórházában gyulladásos vastagbél-megbetegedéssel operált 294 eset eredményeit dolgozta fel. A betegeket több mint 60 sebész operálta. Mivel 6 évvel ezelőtt feldolgozta ugyanezen körzet 1955—1966 közötti hasonló beteganyagát, összehasonlításra is mód nyílik ezen előző periódussal.

Anyagába felvett minden acut colitisszel operált beteget, a chronicusak közül pedig azokat, akiknél totalis colectomia történt. Partialis colectomiás, rectalis excisiós stb. eseteket nem vett be. Összesen 294 esetet dolgozott fel. Ebből 38 (12,9%) Crohn betegség volt, a többi colitis ulcerosa. A nő—férfi arány 1,4/1 volt. A nők 50,3%-a 50 éven felüli volt, a férfiak 40,7%-a. A nők átlag életkora az előző periódussal szemben emelkedett.

A betegség súlyossága szerint 4 csoportot állított fel. A: Jó ált. állapot — inaktív colitis. B: jó ált. állapot — enyhén aktív colitis. C: Gyenge ált. állapot és/vagy súlyos aktív colitis. D: Azonnali műtétet igénylő súlyos colitis.

114 esetben totalis proctocolectomiát végeztek egy ülésben, 112 esetben colectomiát és ileostomiát, 31 esetben colectomiát és ileorectalis anastomosist, 34 esetben más műtétet (34 ileostomia és 3 colostomia).

70 postoperatív haláleset volt, 5 eset kivételével valamennyi 28 napon belül. Az összmortalitás 23,7

%. Ezen belül az elektív műtétek (A és B csoport) halálózása 2,1%, a C csoportbeli sürgős műtéteké 37,6%, a D csoportbeli azonnali műtéteké 60,9%.

A C és D csoportbeli betegeken az 50 éven aluli kategóriában 22,9%, az 50 éven felülben 65,7% volt a halálózás. 50 éven felül tehát a mortalitás lényegesen nagyobb. Nem talált összefüggést a panaszok tartama és a mortalitás között.

35 esetben fordult elő a praepoperatív periódusban perforatio. A postoperatív szövődmények közül 22 esetben fordult elő peritonitis. 10 colitis ulcerosás betegen észleltek invazív carcinomát (3,9%). A késői szövődmények közül 272 ileostomiás beteg közül 19-en fordult elő ileus, és 23 esetben kellett később az ileostomiás nyílást korrigáló műtétet végezni. 109 betegen sikerült kideríteni a perineális sebggyógyulási idejét. 51,4%-ban gyógyult fél éven belül, 21,1%-ban egy éven belül és 27,4%-ban egy éven túl.

Összehasonlítva a korábbi periódussal, a totalis proctocolectomia és ileostomiás esetek száma növekedett. A szerző úgy véli, a belgyógyászoknak korábban kellene konzultálniuk a sebészekkel, mivel a sebészeti eredmények a betegség korai szakában lényegesen jobbak, mint a C és D csoportba sorolt súlyos esetekben. Metz János dr.

## Transfusió

**HBAg kimutatására szolgáló solid-fázis radioimmunoassay korlátai a post-transfúziós hepatitisz gyakoriságának csökkentésében.** Hollinger, F. B. és mtsai (Department of Epidemiology and Virology, Baylor College of Medicine, the Department of Medicine, Washington University School of Medicine, the Department of Medicine UCLA Center for the Health Sciences and the Blood Resource Branch National Institutes of Health, Bethesda): New England Journal Medicine, 1973, 289, 385—391.

A vér és vérkészítmények transfúziójának súlyos következménye a posttransfúziós hepatitis kialakulása. A hepatitis B antigen (HBAg) felfedezését követően ennek megelőzésére törekedtek olyan antigen detectáló módszer beállításával, melynek gyorsasága, egyszerűsége és érzékenysége a véradó központok rutinjának megfelelő. Ezt a célt szolgálta a counterelctrophoresis (IEOP), melynek bevezetésével a posttransfúziós hepatitisz előfordulási aránya 25%-kal csökkent. További csökkentés felvetette igényét sensitivebb eljárás kidolgozásának. Ezt a célt szolgálná a közelmúltban licence formájában forgalomba hozott solid-fázis radioimmunoassay kit (Ausria—125, Abbott Radiopharmaceuticals, Inc., North Chicago, Illinois), melynek

rutin eljárás formájában történő bevezetését általánosan szorgalmazták. A módszer használhatóságának pontos felmérése azonban ez idő szerint még nem kielégítő. A szerzők széles körű kooperatív vizsgálatot végeztek annak eldöntésére, hogy az Ausria immunoassay (továbbiakban RIA) megbízható-e, vagyis a RIA eljárással selectált donorvérek transfúziójával előfordulhat-e HB vírus infectio. Vizsgálták az eljárás reprodukálhatóságát, valamint a recipiensben vagy a donorban kimutatható HB antitest protectiv hatását.

1971 aug.—1972 szept. között hat nagy amerikai kórház 204 transfúziót kapott betegét vizsgálták 6 hónapon keresztül az első 3 hónapban 2 hetenként, a 2. periódusban havonként történő vérvétellel. A recipiensok osztályozása icterikus és anicterikus hepatitis és seropositivitas szerint történt (antigenaemia, activ antitest synthesis, a praexistáló antitest titernövekedése).

HBAg vizsgálata és antitest keresés IEOP kit segítségével (Hylland): a negatív véreket tesztelték RIA eljárással, ezen utóbbit részletesen ismertetik. Ausria—125 kit alkalmazásakor HBAg pozitívknak vették azokat a vérmintákat, melyeknek cpm értéke 2,1-szer nagyobb volt a kontrollok cpm átlagánál s 1,5-szer nagyobb ismételt vizsgálatok során. Negatív reakcióról akkor beszéltek, ha a serumok cpm átlaga ismételt vizsgálatok során 1,5-szer kisebb volt a kontrollok cpm átlagánál.

Az IEOP-vel negatív donorok között RIA tesztel 1,2—2,7%-os pozitívítási arányt találtak, ez 10-szer nagyobb incidentiát jelent, mint az Amerikai Vörskereszt Központ IEOP-vel megállapított donor indexe: 0,12%. A RIA pozitív donorvérek csaknem 50%-a ismételt vizsgálatok során kétesen pozitív eredményt adott (cpm átlag 1,5—2,4 között).

204 recipiens IEOP-vel HBAg negatív vért kapott, közülük 189 beteg tudtak vizsgálni RIA eljárással 6 hónapon keresztül. 15 betegen klinikai hepatitis alakult ki (7,9%), ezekből 4 eset bizonyult B hepatitisnek.

139 hepatitis B vírus infectióra fogékony beteg közül 9 kapott RIA pozitív vért, a donorvérekben nem volt HB antitest. Klinikai hepatitis nem alakult ki, átmeneti antigenaemia 4 betegen volt.

10 beteg kapott olyan RIA pozitív vért, mely antitestet is tartalmazott. 1 betegen anicterikus hepatitisz észleltek, 2-n serologiai választ. A betegek adatait összehasonlították azzal a 120 beteggel, akik RIA negatív vért kaptak s kiderült, hogy az utóbbi csoportban 3 betegen B típusú hepatitis alakult ki (2,5%). Ez az arány szignifikánsan nem különbözött a RIA pozitív vért kapott betegek B hepatitis arányától, mely 5,3%-os volt. Feltűnően gyakori serologiai választ észleltek a RIA pozitív vért

kapott betegek között, részben aktív antitest synthesis, részben átmeneti antigenaemia formájában (31,6%). A RIA negatív vért kapott betegek között a serologiai válasz előfordulása csak 6,7%-os volt ( $p < 0,004$ ).

**A recipiens HB antitest pozitívításának protectiv jelentősége:** azon az 50 betegen, akikben a transfúziót megelőzően HB antitestet találtak, nem jött létre hepatitis, holott 9 olyan beteg is szerepelt az anyagban, akik RIA pozitív vért kaptak (ennél a 9 betegnél a donorvér is antitest pozitív volt). Az esetek 10%-ában észleltek a praeeimmunisált recipiensben anamnesztikus antitest reakciót és tünetmentes antigenaemiát. A protectiv hatás a számok tükrében imponáló, összevetve azzal a 154 antitest negatív recipiensevel, akik közül 7 beteg hepatitises lett.

Vizsgálták a HB vírus infectio előfordulását kétesen RIA pozitív donorvérrel történő transfúzió során, tekintettel arra, hogy a pozitív reakciók 50%-a ebben a kategóriában szerepelt. 11 beteg közül ebben a csoportban 1 betegnek hepatitis volt, egyen aktiv antitest synthesis utalt az infectióra.

A RIA teszt reprodukálhatósága kielégítő. A negatív donorvéreknek mindössze 1,6%-a bizonyult a 2. meghatározás során pozitívnak. Ezzel ellentétben azonban a pozitív reakciót adó vérminták 16,4%-a ismétléskor negatív eredményt adott. 76 kétesen pozitív vérmintából az ismételt meghatározás során 5,3% bizonyult pozitívnak, 29,8% ismét kétes eredményt adott, és 64,9% negatív lett.

Ésszerűnek látszott a feltevés, hogy az IEOP-nél sensitívebb RIA teszttel tovább csökkenthető a posttransfúziós hepatitisek száma, ha rutin vizsgálati eljárásnak bevezetjük. Számos megfigyelés ugyanis azt mutatja, ha a donorvér HBAG-t az IEOP detectálási zónája alatti koncentrációban tartalmaz, létrejöhet HB vírus infectio. Ez a felmérés viszont azt mutatta, hogy a hepatitis B infectio előfordulása a RIA pozitív IEOP negatív vért kapott betegek között **szignifikánsan nem különbözött** a RIA negatív vért kapott betegek hepatitis arányától (8,8—2,4%). Figyelemre méltó továbbá, hogy a 189 betegen észlelt hepatitisek 73,3%-a nem bizonyult serologailag B típusú hepatitisnek.

A szerzők vizsgálati eredményei azt mutatják, hogy a posttransfúziós hepatitiseknek több mint a fele nem gátolható meg azzal, ha a költséges Ausria—125 licence rutin alkalmazására állítjuk, bár a serologiai válasz szignifikánsan csökkenni fog. Ennek egyetlen magyarázata, hogy az IEOP negatív, RIA pozitív vérek olyan alacsony antigén koncentrációt jelentenek, mely klinikai megbetegedést nem, csak serologiai választ okoz. A RIA teszt alkalmazásának további korlátai a tévesen pozitív eredmények

magas száma. A szerzők anyagában 9 recipiensből 5 beteg RIA pozitív vér adását követően sem klinikai, sem serologiai választ nem adott.

Míndezek alapján a szerzők úgy vélik, nem áll rendelkezésünkre elegendő bizonyíték arra vonatkozóan, hogy az Ausria—125 licence-et általánosan kötelező szűrőeljárásá tegyünk. Igaz ugyan, hogy a RIA teszt bevezetése csökkenti a B hepatitis átvitelt (bár a különbség nem szignifikáns), ugyanakkor viszont a tévesen pozitív eredmények miatt számos vérkészítmény kárba veszik. Az eljárás további módosítást igényel, melynek eredményeként a sensitivitás megmarad, de a tévesen pozitív reakciók lehetősége lecsökken.

Bajtai Gábor dr.

**Újabb metodikákkal ellenőrzött vér adása utáni poszttranszfúziós hepatitisek.** Koretz, R. L. és mtsai (University of California, Los Angeles, USA): Lancet. 1973, 2, 694.

A poszttranszfúziós hepatitis még ma is igen fontos szövődménye a transzfúzióknak, bár a hepatitis B antigén (HBAG) pozitív vérkészítmények kiszűrésével a poszttranszfúziós hepatitisek gyakorisága lényegesen csökkent. A HBAG kimutatására legelterjedtebben az agar-gél immunodiffúziót és a counter-elektroforézist használják.

A szerzők 6399 counterelektroforézissel HBAG negatívnak meghatározott palack vért vizsgáltak meg haemagglutinatio és radioimmunoassay módszerrel a vérek 2,2%-át HBAG pozitívnak találták. A HBAG pozitív vérről (C. E. P. neg., radioimmunoassay vagy haemagglutinatio pozitív) transzfundált betegek 38%-ában alakult ki poszttranszfúziós hepatitis, 5 beteg vált HbAb pozitívvá, 1 beteg HBAG pozitívvá. A szerzők által vizsgált kontroll csoportban (HBAG negatív vérről történt transzfúzió) 47%-ban (9 esetben) alakult ki hepatitis, és 1 esetben seroconversio. A vérminták többsége (77%) csak radioimmunoassay módszerrel vizsgálva volt pozitív, viszont a poszttranszfúziós hepatitis kialakulásával a pozitív haemagglutinációs teszt mutatott szignifikáns korrelációt. Haemagglutinációval megállapított HBAG pozitív vér transzfundálása után 94%-ban alakult ki hepatitis vagy seroconversio (hepatitis B exposíciót bizonyító HBAG vagy HbAb pozitívítás kialakulása). Haemagglutinációval 36%-ban kaptak tévesen negatív eredményt. Radioimmunoassay módszerrel 52%-ban kaptak tévesen pozitív eredményt.

A radioimmunoassay és haemagglutinációs módszerek összehasonlítása, az előzőt érzékenyebb vizsgálati módszernek, de kevésbé specifikusnak, az utóbbit kevésbé érzékenynek, de specifikusnak tartják.

Mód Anna dr.

**Australia antigen-pozitív vér-adók és recipiensiek vizsgálata különös tekintettel a máj szövettanára.** Reinicke, V. és mtsai (Dept. of Med. Bispebjerg Hospital, Copenhagen): New England Journal of Medicine. 1972, 286, 867—870.

A szerzők 13 300 nyilvántartott dán véradó systemás szűrésénél 22 recipiens kapott vértransfúziót. A retrospectív vizsgálat eredménye egyik recipiensben sem utalt posttransfúziós hepatitisre, és a transfúziót kapott túlélők közül egy beteg sem lett Au-pozitív.

Felvetődik, hogy a posttransfúziós hepatitis elmaradása a recipiensben kapcsolatos azzal, hogy a donoroknak sem volt hepatitisük.

Pár Alajos dr.

## Ideg és elmegyógyászat

**Myasthenia gravis, antitestek és HL-A antigének.** Feltkamp, T. E. W. és mtsai: Brit. med. J. 1974, 1, 131—133.

A myasthenia gravis familiaris előfordulására vonatkozó adatok — valószínűen a betegség ritka előfordulása miatt — végleges állásfoglalást addig nem tettek lehetővé. Bizonyos adatok szerint a HL-A antigének előfordulásának szerepe van vagy lehet a myasthenia előfordulása vonatkozásában.

A szerzők 100 myastheniás beteget, a betegek 441 elsőfokú rokonát és 39 élettársat vizsgáltak autolog antigénnel szembeni antitestek vonatkozásában, valamint a HL-A systema correlatiója vonatkozásában. A vizsgálati módszer indirekt immunofluorescens methodika volt harántcsíktolt izom, thyreoidea, gyomorfalli sejt, adrenocorticalis hámsajt, mitochondriumok és nuclearis factor elleni antitestek vonatkozásában. Az eredményeket 580 kontroll serum eredményéhez hasonlították.

Harántcsíktolt izom elleni antitest 22%-ban fordult elő a betegek között és 2%-ban az elsőfokú rokonokban; mindkét adat szignifikánsan magasabb, mint a kontroll-csoport adatai. Human thyreoidea antigénnel 24%-ban fordult elő a betegeken és 8%-a rokonokon. Kb. hasonló arányú volt az antitestek előfordulása, ha más antigént használtak. A HL-A 8 antigén szignifikánsan ritkábban fordult elő a férfibetegekben, mint a nőkben, míg a HL-A 7 antigén előfordulása a férfiakban volt gyakoribb, mint a nőkben. A HL-A 8 antigén előfor-

dulása azokon a betegeken, akik vázizom elleni antitesteket mutatnak, vagy thymomák voltak, szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a tünetmentes betegekén. Hasonló volt a helyzet 40 év feletti betegek vonatkozásában. A HL-A 2 antigén előfordulása az idősebb betegeken gyakoribb volt, mint a 40 év alatti betegeken.

Thymomás myastheniás betegeken csaknem mindig kimutatható izom elleni antitest, így jelen tanulmányban 12 esetben a 13 thymomás esetből. Ezzel szemben a 43 operált, nem tumoros beteg közül csak kettőnél volt pozitív az izom elleni antitest. A HL-A 8 és HL-A 2 antigén előfordulását a diszcrepantiája lehet korhoz kötött, vagy pedig az immun fenomenhez (thymoma, izom-elleni antitest) kötött. Nem találtak correlációt a HL-A antigének jelenléte és a betegség klinikai jellemzői (thymus-hyperplasia, izom-atrophia, betegség-tartam) között. A HL-A 8 antigén és myasthenia correlációját a betegség genetikus constitúciójára utalhat. A HL-A 8 és HL-A 2 antigén előfordulásának arányából arra a következtetésre jutnak, hogy két-féle myasthenia létezik; az egyik nőknél kifejlődő forma, korábban manifesztálódik, nincs vázizom elleni antitest és thymoma — a másik forma később manifesztálódik, vázizom elleni antitest és thymoma fordul elő.

(Ref.: A vázolt elmélet nem jelent segítséget a myasthenia esetleges vírus-elméletének megvilágítása szempontjából. A myasthenia gravis autoimmun vonatkozásai csupán epiphenomenális jellegűek. A genetikai factorok feltárása és pontosabb vizsgálata szolgálhatja a pathogenesis jobb megértését.)

Szobor Albert dr.

**Lengyelországi súlyos psychosok Parkopan (trihexyphenidyl) bevétel után, gyermekek és fiatalok körében.** Irena Brzezinska, Barbara Walczak: Polski Tygodnik Lekarski 1972, 2068.

Psychiatriai osztályokon egyre több Parkopan által kiváltott psychosist észlelnek, elsősorban gyermekeken, fiatal felnőtteken. A szerzők 27 esetet ismertettek, a legfiatalabb 9 éves, a legidősebb 19 éves volt, átlagéletkor 17 év. A vizsgált fiatalok közül 21 iskolába járt, 3 szakképzés nélkül fizikai munkát végzett, 3 nem volt állásban, nem is tanult. A kórházi megfigyelés és kezelés 5—15 napig tartott. A bevett Parkopan mennyisége 10 és 20 mg között változott. Általában társas összejöveteleken történt a készítmény bevétel. A vizsgált fiatalok motívumként a narcoticumok szedésének dívatját, ill. kíváncsiságukat említették.

(Ref.: A referált közlemények minden vonatkozásban megegyez-

nek a hazai tapasztalatokkal. Alátámasztják azt a megfigyelésünket, hogy a trihexyphenidyl abusus elsősorban a fiatalok körében terjed, s hogy gyakran kombinálódik más drog abususával, továbbá, hogy komoly formában fennáll a keményebb drogokra való áttérés veszélye.)

Kisszékelyi Ödön dr.

**Trihexyphenidyllel és egyéb psychotrop szerekkel való visszaélés.** A. Jakubczyk és mtsai. Psychiat. Pol., Rok. 1972, VI. 249.

1972-ben a Varsói Orvostudományi Egyetem Psychiatriai Klinikáján több Parkopan mérgezéses beteget vettek fel. A vizsgálat során tisztázódott, hogy a betegek nem ismerték a Parkopan hatását, csak annyit tudtak róla, hogy „kábítószert”. Általában társaságban, otthon, iskolában, utcán, szórakozóhelyeken vették be. Az abusus magyarázatoként a kíváncsiságot említették. Elsősorban gyermekek és fiatal felnőttek körében terjed. A közlemény 20 esetéből egy 24 éves, a többiek 15—20 év közötti életkorúak. A felvettek közül 17 volt iskolás, 3 fizikai munkás. Néhányan kevés borral vagy sörrel vették be, az alkoholtól nem észleltek feltűnő hatásfokozódást. A vizsgáltak közül többen korábban valamilyen sedativumot vagy stimulanst szedtek.

Kisszékelyi Ödön dr.

**Benzhexol által indukált hallucinosis.** Hussain, M. Z.: C. M. A. Journal 1971, 104, 420.

A szerző 39 éves polytoxicoman nőbetegéről ír, aki 15 éves korától szedett sedativumokat, tranquillansokat és analgeticumokat. Több ízben kórházi psychiatriai kezelésben is részesült. 1970-ben fluphenazin kezelés mellé napi  $3 \times 2$  mg Artane (trihexyphenidyl) adagolását kezdték. Egy alkalommal 8 óra alatt 12 mg Artane-t vett be, utána élénk színes hallucinációk jelentkeztek. Másnap reggel és délben további 4—4 mg Artane bevétel után látási hallucinációi miatt rendőrségre ment és segítséget kért. Az Artane elhagyása után hallucinációs állapota residuum nélkül megszűnt.

Kisszékelyi Ödön dr.

**Az Artane (trihexyphenidyl) toxicomania helyzete.** Gonin, D. és mtsai: Med. leg. et dommage corp. 1971, 4, 149—151.

1971 júliusában egy Lyon-i kollégium 15-ös létszámú osztálya tanulóinak mintegy fele vett be 12—30 mg Artane-t (trihexyphenidyl). A tanulók 18 évesek voltak. Izgatottság, logorrhoea, zavartság, hallucinációk léptek fel. A közlemény említi egy 22 éves férfit is, aki 30 mg Artane bevétel után a fenti állapotban került detoxicáló állomásra. A szerzők leírják, hogy Franciaor-

szágban főleg Lyonban és Marseilleben terjed az Artane abusus a 15—25 éves fiatalok között. Artane mellett szerepel az aetherrel, egyéb drogokkal és kokainnal való visszaélés is. Hangsúlyozzák a fiatalok feltűnő kötődését a „pop” zenéhez, továbbá „vagabund” magatartásukat.

Kisszékelyi Ödön dr.

## Dermatológia, venerológia

**A bőrbetegségek megismeréséhez vezető jelenlegi és jövőbeni irányzatok.** Hunter, J. A. A., T. J. Ryan, J. A. Savin (Department of Dermatology, The Royal Infirmary, Edinburgh): British medical Journal 1973, 1, 283—284.

Az antibiotikumok és a steroidok megváltoztatták a dermatológiai gyakorlat képét. Angliában ritka a tuberculosis valamint a syphillis, és ugyancsak kevés pyoderma esetet lehet látni. Resistens bacteriumok: pseudomonas és Gram-negatív organismusok ütnek fel a fejüket és az égés betegségek ezek okozzák többnyire a halált. Az elmúlt 20 év alatt jelentős előrehaladás mutatkozott a kezelésben és a módszerek állandóan bővülnek.

A cikkben több bőrgyógyászati kórképpel kapcsolatos újabb ismereteinket foglalják össze. Megemlítik, hogy a psoriasis-sal kapcsolatban több munka foglalkozik a sejtek turnoverjével és ennek regulációjával. Többen azt gondolják, hogy az epidermalis turnover a cyclikus AMP mechanizmusa befolyásolja. Ha ez igaznak bizonyul, úgy újabb lehetőség nyílna a betegség kezelésére. Több irányú kutatás oldhatja meg az acne problémát. Az antiandrogének általános és helyi alkalmazására irányuló törekvések elkerülhetetlenek. A lipase-hiányos Corynebacterium acnes törzseknek a bőrre való recolonizációját a bacteriológiai kutatás egyik iránya lehet. Az atópiás ekzema jelenlegi kezelése csak tüneti. A preventiónak nagyobb a jelentősége. Számos új megállapodással gyarapodtak a dermatitis herpetiformis Duhring-gal kapcsolatos ismereteink. Emelkedett IgA szintet találtak a betegek serumában és jejunális aspiratumban. Nuclearis, thyroidea és gyomor autoantitestek gyakrabban mutathatók ki a kontrollokhoz képest. Az ép bőrben fixált IgA depositumokat, a kóros bőrben C3 komplement frakciót találtak. Keringő antireticulin antitesteket találtak a betegek 20%-ában és ezeknek a glutennel való keresztreakciója magyarázza a bőrtünetek subepidermalis lokalizációját. Az immunológiai kutatás jelentősége növekedni fog és a későbbiekben számos megbetegedés aetiologiájára fog választ adni. Ugyancsak növekedni fog a pharmacologia jelentősége. Lényeges a normális bőr élettanának jobb megismerése. Az öregedés, a bőr atro-

phiája eddig kevés figyelmet kapott. A kutatásnak a jövőben ki kell terjednie a nyirokerekre és a peripheriás idegekre. A szakmák közötti kapcsolatnak nagy szerepe lesz ebben.

A betegek jobb kezelése függ az újabb felfedezésektől, az egészségügyi személyzet magasabb szintű oktatásától, valamint az eü. dolgozók és a közönség szorosabb együttműködésétől. *Schneider Imre dr.*

**Az immunogenetikai hiánybetegségek bőrmifestációi.** Bean, S. F., M. A. South (Department of Dermatology, Baylor College of Medicine, Houston, Texas): *Journal of Investigative Dermatology*, 1973, 60, 503—508.

Az immunológia a bőrbetegségek aetiológiájának kutatásában mind lényegesebb szerepet játszik az utóbbi években. Több, korábban nem immunológiai tekintetű bőrbetegséget az újabb immunológiai technikák révén fedeztek fel. A legtöbb, dermatológust érintő megbetegedés túlérzékenységi eredetű. Növekvő fontosságú az immunopathológiánál egy másik arculata: immunelégtelenség vagy immunhiány, amelyek vagy veleszületettek vagy szerzettek lehetnek.

A szerzők az immuntheoria 2 komponenséről, a T és B lymphocytákról a legfontosabbat foglalják össze, majd a genetikai faktorok által determinált s bőrtünetekkel bíró primer immunhiányos elégtelenségeket tárgyalják a WHO 1971-es felosztása alapján. A primer immunhiányos rendellenességek közül a Burton-féle agammaglobulinaemiát, Swiss típusú agammaglobulinaemiát, thymus alymphoplasziát, ataxia teleangiectasiás immunhiányt, Wiskott—Aldrich syndromát tárgyalják többek között röviden.

A primer immunhiányos rendellenességek bőrtünetei gyakran ennek a kórállapotnak első tünete. A szerzők *Hitzigre* hivatkoznak, aki 61 kombinált immunhiányos betegének 67%-án bőrtüneteket figyelt meg.

A következő bőrtünetek fordulnak elő az immunhiányos megbetegedésekkel kapcsolatban: pyoderma (Staphylococcus, Streptococcus infectio), amely a leggyakoribb tünet. Chronikus mucocutan candidiasis a cellularis immunelégtelenség egyik tünete, s a Swiss-féle agammaglobulinaemiás betegek többségén megtalálható. Ekzema gyakran az agammaglobulinaemiás betegeken figyelhető meg. Progressiv vaccina Burton-féle agammaglobulinaemia és különböző immunhiányos betegeken fordul elő. Herpes infectio, teleangiectasia, ichthyosiform erythroderma stb. ugyancsak megfigyelhetők.

*Schneider Imre dr.*

**A bőrtumorok urea kezelése.** Danopoulos, E. D., I. E. Danopoulos, (Hellenic Anticancer Institute „St. Savvas”, Athens): *Lancet*, 1974, I, 115—118.

A primer és metastatikus májtumorok urea kezelésének kedvező eredményei alapján a szerzők 112 bőrtumoros beteget kezeltek ureának a bőrtumorok környezetébe való fecskendezésével. A kezelés előtt és után szövettani vizsgálatot végeztek. A therapia lényege az, hogy 10% urea oldatot adtak 2—6 ml mennyiségben, 2—4 naponként a tumor környezetében levő szövetbe. Multiplex felületes basalioma esetekben helyi urea kenőcsöt alkalmaztak. Basaliomák esetében a gyakori hegesezés a gyógyulás impressióját adta, s csak a szövettani kép mutatta a folyamat aktivitását. Basaliomák esetében általában 14, spinaliomákban 11 kezelés volt szükséges, amely átlagosan 52, ill. 41 napig tartott. Ha gyulladási tünetek voltak, azokat először megszüntették. Kedvezőtlen volt általában a therapia, ha hegesezés vagy radiotherapia okozta károsodás jelentkezett már. Kiemelkedő tumorok esetében a kezelést oly módon végezték, hogy a tumort lekaparták és urea hintőporral kezelték a felszínt. Az ulcerosus formájú tumorok kedvezőbben reagáltak az urea kezelésre, mint a papillomatosus, vagy verrucosus formájúak. Nem volt összefüggés megállapítható a tumor átmérő és a kezelések száma között. A szerzők a spinaliomás betegek 87%-ában és a basaliomás betegek 80%-ában jó eredményt értek el. Két esetben figyeltek meg orra lokalizálódó tumorok esetében recidívát azoknál, akik nem végezték a tumornak a helyi urea-kenőcsös kezelését az injectio therapia után. A szerzők több szempont alapján javasolják a szer alkalmazását (nem toxikus, nem károsítja a bőrt, stb.), és véleményük szerint az ureának specifikus carcinoma ellenes hatása van, mivel benignus tumorokra nem hat.

*Schneider Imre dr.*

**A prostaglandinok szerepe a viszketésben.** Greaves, M. W., McDonald-Gibson, W.: *Brit. Med. Journ.* 1973, 3, № 5881, 608.

A viszketés a bőrbetegségek előtérben álló tünete. Pharmacologiai mechanizmusa tisztázatlan, kezelése empirikus. A gyulladási bőrben nagyobb mennyiségű prostaglandin van, ezért feltételezhető, hogy indirect módon szerepet játszanak a viszketési küszöb csökkenésében.

A szerzők 26 egészséges egyén alkarjának felületesen scarificált ép bőrén alkalmazott prostaglandin E<sub>1</sub>, histamin és bradykinin hatását vizsgálták a viszketés ingerküszöbére. Megállapították, hogy 1 gamma prostaglandin E<sub>1</sub> az alkalmazás

területében nem vált ki viszketést. 264 gamma/ml dosisú histamin viszketést okozott az alkalmazás helyén. 1 gamma prostaglandin E<sub>1</sub> és különböző hígítású histamin oldatok együttes alkalmazása esetében a histamin küszöbdosisa 115 gamma/ml-re csökkent. A jelenséget összefüggésbe hozták a prostaglandin által okozott nonspecifikus vasodilatációval. 3 egyének az előbbiekhöz hasonló módon 3 gamma/ml bradykinint vittek be az alkar bőrébe. Az alkalmazás helyén kifejezett vasodilatatio alakult ki, miközben a histamin küszöbdosisa, mely viszketést váltott ki az alkalmazás helyén, emelkedett. A megfigyelés alapján valószínű, hogy a prostaglandin E<sub>1</sub> nonspecifikus vasodilatatio kiváltásával csökken-té a histamin küszöbdosisát.

A szerzők feltételezik, hogy a gyulladási bőrben localisan keletkezett prostaglandinok valamint a viszketésérző idegreceptorokra ható histamin és más mediátorok között pharmacologiai synergismus lehetséges.

A gyulladási bőrben keletkező histamin és más mediátorok természetesen prostaglandin hiányában is viszketést okozhatnak. A prostaglandinok azonban a gyulladási bőrben endogen histamin szabadítanak fel. A prostaglandin E<sub>1</sub> és E<sub>2</sub> alacsony koncentrációban nem okoznak viszketést, de vasodilatatiót váltanak ki. A localisan alkalmazott corticosteroidok az emberi bőrben gátolják a prostaglandin biosynthesisét, ezáltal csökkentik a gyulladást és a viszketést.

A szerzők eredményei újabb adatot szolgáltatnak a viszketés pathológiájához. A vizsgálatokat a gyulladási egyéb komponenseivel (vascularis permeabilitás, leukotaxis) kapcsolatban is érdemesnek tartják folytatni. Úgy vélik, hogy a gyulladásban, a küszöbválaszok regulációjában a prostaglandinok fontos, általános szerepet játszanak.

*Daróczy Pál dr.*

## Serologia és immunologia

**Granulocyták serumtól függő funkciói zavarai.** Haferkamp, O. és mtsai (Abt. f. Pathologie d. Universität Ulm): *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1974, 99, 182—188.

A szerzők öt betegben, akiken recidíváló fertőzések és reaktívgyulladásos eredetű nyirokcsomómegnagyobbodások álltak fenn, közös jelenségként, a granulocyták candida-albicans-pusztító képességének serumtól függően csökkent voltát találták. (Egészséges ember serumában tartott granulocytákon a candida-albicans-pusztító képesség defectusa nem lépett fel). A phagocytosis-index, a nitrokek-tetrazolium-reakció és a myelo-peroxydáz vonatkozásában a granulocyták

cyta-értékek a normális értékhatáron belül voltak.

Az 5 közül 3 beteget külön csoportnak tartanak: ezekben a betegekben a zymosannal, vagy kaglyoglykogennel kiváltható chemotactikus granulocita-reakciók serumtól függő gátoltságát találták (a betegek seruma egészséges donortól származó granulocyták chemotactikus aktivitását is gátolta; egészséges serumban a chemotactikus aktivitás normalizálódott). (Ennek megfelelően: teljes vér vagy plasma transfúziója therapiásan hasznosnak mutatkozott!). — Ezekben a betegekben gyerekkoruk óta számos fertőző megbetegedés zajlott le; bennük generalizált nyirokcsomómegnagyobbodások voltak találhatóak sinus-histiocytosisal és sinus-leukocytosisal, egyik esetben nagyfokú hegesezéssel, továbbá lépnagyobbodás több-kevesebb granulocyta-beszűrődéssel, ill. haemophagocytosisal, ezenkívül hepatitis interstitialis (makrophagokból és lymphocytákból álló „granulomákkal” és a Kupffer-sejtek megnagyobbodásával) és nephritis interstitialis (emiatt proteinuria, az üledékben pedig vörös- és fehérvérsejtek, egyik esetben hyalin cylinderok).

Ebből a 3 betegből 2-ben ugyancsak serumtól függő, másik defecus is volt található: ez staphylococcus aureus intracelluláris elpusztítását illette.

A 3 betegből 1-ben (1. eset) mindezeket kívül még „lazy-leukocyte” (ref.: „lusta leukocytá”) syndroma is volt található: granulocytái egészséges serumban sem rendelkeztek chemotactikus aktivitással. (A betegben tehát serumtól függő és serumtól független chemotaxis-defectus is volt!). Ebben a betegben a serum haemolytikus komplement-aktivitása és a C3 is csökkent volt.

E 3 beteg lépét kiirtották, a lépék erősen meg voltak nagyobbodva. Splenectomia után az addig fennálló hypersplenia megszűnt.

Az 5 betegből 2-n (4. és 5. eset) a fertőzések és nyirokcsomó-megnagyobbodások lokalizáltak, hepatomegalia nélkül, és csak felnőttkorban jelentkeztek; bennük a serumtól függő chemotaxis intact volt. A nyirokcsomókban granulomák voltak, melyek mellett a megmaradt nyirokcsomó-parenchyma csaknem areaktív hatást keltett; a sinus-histiocytosis, sinus-leukocytosis és haemo-phagocytosis hiányzott. Ezeket az eseteket mintegy „kontroll”-nak tekintik; egyiket leginkább tuberculosisnak (elsajtosodó, granulomatosus-epitheloid-sejtes lymphadenitis, tbc.-bacillust kimutatni nem sikerült), a másikat (egyik emlőben régebbi mastitis abscedens, azonos oldali hónaljhi nyirokcsomókban: granulomatosus-epitheloid-sejtes lymphadenitis, PAS-pozitív lipochromok által pigmentált makrophagokkal a pulpában) műtétek és diabetes mellitus következményének lehetett tartani.

Végül ezektől függetlenül vizsgáltuk 3 olyan beteget (6.—8. eset), akiknek lepet egyszerű lep-cysta, vagy baleset miatt vettek ki; ezek minden tekintetben normális értékeket mutattak, kivéve a chemotaxis-indexet, mely náluk éppen fokozottnak mutatkozott. Ezeket az eseteket is kontrollnak tekintik.

A 4. és 5. betegben, bár a granulocyták serumtól függő candida-elfőltetés-képességének zavara itt is fennállt, ezt a rendelkezést nem tekintik döntőnek betegségük pathogenesis szempontjából, hanem a jelenséget nem-specifikus kísérőjelenségként értékelik.

A szerzők kiemelik, hogy a granulocyták ezen, serumtól függő funkció-zavarai nem foglalják magukban kötelezően a monocyták funkció-defectusait, mint ahogy ez fennáll pl. a chronikus (septikus) granulomatosisban.

Megemlíti, irodalmi adatok alapján, hogy léteznek chemotaxis gátló anyagok; így pl. a granulocyták granulocyta-immobilizáló faktort képeznek és adnak a sejtnek az a feladata, hogy ezeket a sejteket a gyulladási területen koncentrálja; ez az anyag normális körülmények között is kimutatható a serumban. [Ref.: ezek szerint, úgy látszik, többféle humorális, serumban előforduló anyag befolyásolja a neutrophil granulocyták működését: 1. granulocyta-immobilizáló (= chemotaxis gátló) faktor, 2. chemotaxis elősegítő faktor, 3. a candida albicans intracelluláris elpusztítását elősegítő faktor, 4. a staphylococcus aureus intracelluláris elpusztítását elősegítő faktor!]

Eseteiket azonban, mint megállapítják, éppen nem egy ilyen anyag jelenléte, hanem valamilyen faktor, vagy faktorok hiánya jellemezte; hiszen a chemotaxis egészséges serum hozzáadására állt helyre. — Ezek a faktorok jelenleg még ismeretlenek; lehet, hogy a komplement-rendszerhez tartoznak, és lehet, hogy hiányuk összefügg a proteinuriával. (Komplement-defectus mellett szól: a chemotactikus serum-faktorok hő-labilitása, mert a serum 56 °C-ra történt felmelegítése után zymosannal vagy kaglyoglykogennel chemotactikusan már nem aktivizálható. Ezzel ellentétben: az intracelluláris pusztításban közreműködő serum-faktorok hőállóknak látszanak).

[Ref.: bár a 3 eset egységbe foglalása kissé erőszakoltnak tűnik — mivel az esetek között a serológiai hasonlóságok mellett, elég sok a különbség is — annyi kétségtelen, hogy a granulocyták változatos funkcióinak hiányát nemcsak bennük rejlő okok, hanem serum-faktorok hiánya is okozhatja. A granulocyták saját hibája okozza: a chronikus septikus granulomatosis, a lipochrom histiocytosis, a Chediak-Higashi-kór; a bennük levő myelo-peroxidáz elégtelensége is ide tartozik, továbbá, mint ebből a közleményből is kitűnik, a „lusta-leukocytá”-syndroma; leírták neutrophil granulocyták olyan che-

motaxis-zavarát is, melynek oka a sejtben volt, és ez a congenitalis zavar a migratio-inhibíciós faktor (MIF) képzési lehetőségének hiányával járt együtt; ezek a „neutrophil dysfunctio syndromák”. — Ezek mellett azonban számításba kell eszentül venni serum-faktorok hiánya folytán jelentkező neutrophil dysfunctio syndromák létezését is; a közlemény éppen ezért nagy jelentőségű.

Erdemes még megjegyezni, hogy más irodalmi adatok alapján is, a serumban normálisan is vannak chemotactikus faktorok, mégpedig valószínűleg mások a makrophagok (monocyták), és mások a neutrophil granulocyták számára; továbbá, hogy a specifikusan sensibilizált T-lymphocyták és antigénjük találkozásakor, a lymphocytákból, többek közt, chemotactikus faktor is felszabadul, mely a monoclearis sejteket és granulocytákat a reakció helyére vonzza, őket ott tartja és phagocytosisra serkenti.]

Szönyi Ferenc dr.

**A tisztított és hőinaktivált hepatitis B antigen által kiváltott specifikus lymphocyta stimuláció.** Degast, C. G. és mtsai. (Groningeni Egyetem Orvostudományi Osztályának Haematológiai Részlege): Brit. Med. J. 1973, 4, 707.

Jelenleg nincs tiszta képünk, hogy a B típusú hepatitis gyógyulásában a humorális vagy a celluláris immunitás játsza-e a főszerepet. Bizonyos, hogy egész sor vírusos eredetű megbetegedésben a gyógyulás döntő módon a celluláris immunitás megfelelő tevékenységének az eredménye. Jelentős irodalmi adatok amellel szólnak, hogy a hepatitis B fertőzésben is jelentős szerepe van a gyógyulás folyamataiban a celluláris immunitásnak.

A sejtvesztés védekezés in vitro kvantitatív mérésére kiterjedten használták a lymphocyta stimulációt, ill. a leukocyta vándorlás gátlását. Tenyésztetben ugyan a B és T lymphocyták egyaránt stimulálhatók, de mennyiségileg a T-lymphocyták stimulációja a túlyomó. A stimuláció azt jelenti, hogy a specifikus antigen in vitro ingerére, az antigént már megismert lymphocyták visszaalakulnak lymphoblastokká és élénken osztódnak. Ezt a folyamatot lehet morfológiailag is követni, de kényelmesebb és pontosabb is, ha a radioaktív <sup>14</sup>C-thymidinnek a sejtmagba való beépülését méri. A jelen munkában is ezzel a módszerrel dolgoztak. A vizsgálandó személyek izolált lymphocyta sejtenyészteteinek in vitro stimulációjára, feltételezeten 2. antigén-ingerre, a szerzők többsége HBAG pozitív savót, vagy májszuszpenziót használnak. Az utóbbi HBAG reagens azonban igen sok más antigént és zavaró fehérjét tartalmaznak. A szerzők tisztított és humán fehérvérjével teljesen mentes HBAG-t használtak. A 10 ill. 50 ug/ml protein tartalomra

beállított antigén szuszpenziót 100 °C-on 3 percig inaktiválták.

A 15 kontroll személyből mindössze 2 akadt, akinek lymphocytái az antigén ingerre a pozitívitas határára álló <sup>14</sup>C-thymidin beépítéssel feleltek. 12 akut HBAg pozitív hepatitisből (2–72 héten belül) felépült egyén lymphocytáit vizsgálták. 9 beteg lymphocytái „felismerték” a HBAg-t. Bár a vizsgálatkor ellenanyaga egyiküknek sem volt már, a 9 pozitív közül ötnek volt valamikor ellenanyaga. A negatív 3 beteg gyógyulása óta 2, 3 ill. 56 hét telt el.

12 hepatitiszes vizsgálati anyaggal dolgozó, de soha betegségi tünetet nem mutató laboratóriumi asszisztens közül 5 lymphocytái reagáltak pozitívan az in vitro antigén ingerre; közülük egynek a vizsgálat előtt, kettőnek pedig a vizsgálat időpontjában ellenanyaga is volt. 7 személy reagált negatívan. Közülük kettőnek volt ellenanyaga.

Az eredmények igazolják, hogy a HBAg fertőzés megbetegedés nélkül is aktiválja az ember humorális és celluláris immunapparátusát.

A szerzők ugyanezzel a tisztított, hőinaktivált antigénnel tengerimalacban ellenanyagot is termeltek, vagyis antigénjük alkalmas volt mind humorális, mind celluláris immunreakció kiváltására. A human savóból nyert, inaktivált antigénnek vakcinaként való felhasználásához gyakorlati és elméleti kérdések egész sorát kell megoldani.

Hollós Iván dr.

**Heterophile (birka) hemagglutinin és fibrin/fibrinogen degradációs produktumok vesetranszplantáció után és proliferatív glomerulonephritisben.** Hoq, M. S. és mtsai. Lancet, 1973, I, No. 7811, 1029–30.

Az elmúlt években többen kimutatták, hogy heteroagglutinin mellett egy másik, nem specifikus markere a proliferatív glomerulonephritis aktivitásának és vesetranszplantált betegekben a rejecciónak a fibrin/fibrinogen degradációs produktumok (FDP) koncentrációjának vizsgálata. Sokkal érzékenyebb index a vizeletben, mint a savóban mért FDP koncentráció. Ennek alapján a szerzők a hemagglutinin titereket is a vizeletben vizsgálták. 15 proliferatív glomerulonephritisben szenvedő és 10 vesetranszplantált beteg koncentrált, dialysált vizeletében párhuzamosan vizsgálták a heteroagglutinin titerét és az FDP koncentrációt. Azt találták, hogy a két vizsgálat eredményei között szoros és egyértelmű az összefüggés, ezért a bonyolult és hosszadalmas FDP kimutatás helyett az egy lépésben elvégezhető hemagglutinin titrálat ajánlják, birkavörösvérsejtet használva antigénként.

Surján Lászlóné dr.

**A human choriogonadotropin lehetséges szerepe az anyai lymphocyták immun-suppressiójában.** Adcock III., E. W. és mtsai. (Depart. Pediat., Univ. Colorado Medical Center, Denver 80 220): Science, 1973, 181, 845–847.

Az immunológia régi megválaszolatlan kérdése, hogy minek köszönhető az apai, tehát idegen eredetű szöveteket is tartalmazó magzat anyai szervezetben való 9 hónapos megmaradása. A szerzők igazolták, hogy a human choriogonadotropinok teljesen meggátolják a lymphocyták phytohemagglutinin hatására törvényszerűen bekövetkező reakcióját, proliferációját. A hatás reverzibilis és nem cytotoxicus. E vizsgálat szerint a human choriogonadotropin olyan felületi throbloblast antigént reprezentál, amely megakadályozza az anyai lymphocyták hatását.

Czeizel Endre dr.

## Érbetegségek

**Oedema ellenes kezelés complet intracranialis vascularis attack („stroke”) esetén.** Candelise, L. és mtsai. (Clin. for Nervous and Mental Dis., Univ. of Milano, 20 122 Milano): Lancet, 1974, I, 806.

A milánói szerzők rövid terápiás közleménye a Letters to the Editor rovatban jelent meg a Lancetben, s arra szolgáltat adatokat, hogy az intracranialis vascularis attack során kialakult oedema elleni kezelés javítja-e a betegek életkilátásait. Az agyvizenyő befolyásolását steroidok és osmotikus szerek adásával szokták megkísérelni. Fejtegetéseik szerint a steroidok a sejt anoxiás változására hatnak a lysosomal membrán stabilizálásával, az osmotikumok pedig elsődlegesen a megnövekedett extracelluláris térre.

A szerzők 1967 és 1972 között 169 heveny agyi vascularis károsodást szenvedett beteg túlélési arányát figyelték meg 10 nappal az attack után. A kezelést illetően 3 csoportba osztott betegek között nem volt számottevő különbség sem az életkort, sem a nemet, sem a súlyosbító tényezők közül a diabetest, billentyűbántalmakat, hypertoniát és a felvételtkor észlelt comát tekintve. Az eszméletlen és az öntudaton lévő betegek aránya is nagyjából megegyező volt.

Az első 48 beteg oedema ellenes kezelésben nem részesült, a következő 63 beteg naponta 16 mg dexamethasont kapott iv. 10 napon át, a harmadik csoport, 58 beteg, az első 3 napban 500 ml 20%-os mannitolban 16 mg dexamethasont kapott, utána pedig 7 napon át csak dexamethasont kapott iv. ugyanilyen napi adagban.

Bár az eszméletlen betegek túlélése az öntudaton lévőkhöz viszonyítva szignifikánsan alacsonyabb volt, a 3 csoportban sem az

eszméletlen, sem az öntudaton lévő betegek között nem volt szignifikáns különbség a 10 napos túlélési arányt illetően. A vizsgálatok szerint az oedema ellenes kezelés nem javítja a beteg életkilátásait, de a szerzők elismerték, hogy a 10 napos túlélési idő megválasztása nem okvetlenül bizonyító erejű a terápia eredményességét vagy hatéptalanságát illetően, másrészt azt is hozzáteszik következtetésekhez, hogy még nagyobb anyagon kellene a kérdést eldönteni.

(Ref.: A nálunk is bőséges hasonló beteganyagon reprodukálni lehetne az olasz szerzők terápiás kísérleteit. Mi rendszeresen mannitol, öntudatában lévő betegnek glycerint szoktunk per os adni 1 g per kg napi adagban.)

Iványi János dr.

**Női nemi hormon és vascularis endothel-károsodás.** Irey, N. S., Norris, H. J. (Armed Forces Institute of Pathology, Washington, DC 20 306): Archives of Pathology 1973, 96, 227–234.

A szerzők 14 év (1957–1971) autopiás és biopsiás szövettani anyagából tizenhat olyan esetet gyűjtöttek össze, amelyekben a női nemi hormonok hatásával összefüggésbe hozható érelváltozásokat találtak. Az esetek közül tizennegy 1966 után fordult elő. Hét nő orális fogamzásgátlót szedett, 5 terhes, 4 pedig gyermekágyas volt. Egyik esetben nem tudtak kimutatni thrombosisra, thrombophlebitisre hajlamosító állapotot vagy olyan klinikai, kórbonctani jelet, amely közismerten érelváltozással járó systemás betegség fennállását bizonyította volna.

Elsősorban az arteriákat, ritkábban a vénákat érintő, egyes szervekre lokalizálódó vagy multiplex ér-laesiókat intima-proliferatio jellemezte, súlyos szűkületet és következményes szervváltozásokat okozott. Az intima-megvastagodás olykor sejtűs és stromában szegény, máskor stromában gazdag, myxoid, mucinosus vagy fibrosus volt, gyakran thrombosisal társult. Fénymikroszkóppal nem tudták biztosan megállapítani a burjánzó intima-sejtek természetét; endothel-sejt, fibroblast vagy simaizomsejt egyaránt szóba jött. Az érelváltozások szervei megoszlása a következő volt: az orális fogamzásgátlókat szedett 7 beteg közül a mesenterialis erekben 2 betegben, az art. pulmonalis ágaiiban 2 betegben, cervicalis leiomyomában, inguinalis régióban, továbbá a vena hepaticában és az art. pulmonalisban egy-egy esetben. A terhes nők csoportjában az érelváltozás 2 esetben az art. pulmonalisban, egy-egy esetben uterinalis leiomyomában és a vulva fibroepitheliomájában, egy további esetben pedig disseminált volt. A post partum csoportban az érelváltozások 2 esetben nephrocirrho-

sist okoztak és a betegek 9, illetőleg 11 hónappal szülés után uraemia következtében haltak meg. A másik betegen a coronariák szűkülete myocardialis infarctus és fibrosis útján okozta a halált.

A szerzők feltételezése szerint az érelváltozásokat endogen és exogen nemi hormonok idézték elő. Az érfal oestrogen-reactivitását humán anyagon végzett megfigyelések és állatkísérletek bizonyítják. Így pl. ismeretes, hogy az endometrium spirális arteriáiban és a myometrium ütőereiben terhesség alatt intima hyperplasia és media hypertrophia észlelhető, kísérleti állatokon pedig steroid adagolással hasonló érelváltozások hozhatók létre.

Dömötör László dr.

## Fejlődési rendellenességek

**Menkes-féle Kinky—Hair-syndroma.** G. Dorn és mtsai (Kinderklinik der Universität Erlangen—Nürnberg, Kinderklinik der Justus-Liebig Universität Giessen): Klinische Pädiatrie 1973, 185, 480—489.

1962-ben írták le *Menkes és mtsai*, majd utána többen mások az ún. kinky-hair-syndromát (göndör, csavarodott haj-syndroma), amelynek jellemzői a központi idegrendszer degeneratív megbetegedései, spastikus mozgászavarok, súlyos statomotorikus retardatio, aluszékonyság, epileptiform rohamok, a fejlődésben való visszamaradottság és a névben szereplő, a születéskor még nem látható hajelváltozások: a hajszálok tengelyük körül megcsavarodottak, különböző vastagságúak (pili torti, monilethrix = olvasó szerű haj), finoman hullámosak és acélgyalpú szerűek. A betegek arckifejezése jellemző, ajkaik vastagok, harcsaszájuk van. Hypothermiára hajlamosak, de fertőzések miatt lázas és septikus állapotokkal váltakoznak. Enyhébb csontelváltozások állhatnak fenn: járulékos koponyacsontok, a varratok záródásának késlekedése, a humerus proximalis, a radius és az ulna metaphysiseinek distalis részén kehelyszerű fölfúvódottság és csőrképződés.

A szerzők egyéni megfigyelései szerint az immunglobulin-synthesise zavara is észlelhető. A betegség-

re legjellemzőbb a serum réz szintjének és a coeruloplasmin koncentrációjának nagyfokú csökkenése. A vizelet rézürítése és a szövetek réz szintje alacsony.

Két fiúcase semét ismertetik. Bennük a fölsorolt tünetek zömmel megtalálhatók. Mindkettő arca — bár nem rokonok — rendkívül hasonló. Serum rézszintjük a normális  $110 \pm 20 \mu\text{g}/\%$  helyett 14, ill.  $10-14 \mu\text{g}/\%$ , coeruloplasmin szintjük, az egyéves korban megszokott  $10-20 \text{mg}/\%$  helyett 5, ill.  $2,4-4 \text{mg}/\%$  volt.

**Körtanilag** az elváltozások előterében az érrendszer elváltozásai állnak: az agy, zsigerek és lágyrészek erei kacsakaringósak, kaliberváltozásokat mutatnak, ezért szűkületek és elzáródások léphetnek föl a secunder infarcealódások és necrosisok következtében. Szövettanilag a lamina interna elastikus rostjainak töredezése és az intima megvastagodása állapítható meg. A szürke állomány cystikus degenerációja, az idegsejtek eltűnése, valamint gliosis a jellemző elváltozás.

**Örökléstan.** A családi előfordulás és kizárólag a fiúkon való megjelenése X-chromatinhoz kötött recessiv örökléstípust sejtet. A praenatalis diagnosis felállítását a sejt-kultúra metachromasiája lehetővé teszi. Ez a csupán kevésbé specifikus elváltozás föltehetően a sejtanyagcsere zavarára utal. Gyakoriságát  $1:35\,000$ -re teszik, ami valószínűleg alacsonyabb a tényleges előfordulásánál, mivel az első hajváltás előtt elhaltakon a betegség még nem ismerhető föl.

**Pathogenesis.** Valamennyi említett szervváltozás pathogenesisének direkt és indirekt oka a réz és coeruloplasmin-szint alacsony volta. (A juhok között ismert ún. „hullámoször-megbetegedés”

ugyanezen okokra vezethető vissza). Az alacsony serum-szintekért a bél mucosa réz resorptióis zavara a felelős. A coeruloplasmin hiányát nem a primer képződés elmaradása (mint a Wilson-kórban, amelyben viszont a rézszint mind a vizeletben, mind a szövetekben emelkedett), hanem a szükséglet csökkenése okozza. A rézkiválasztás is csökkent.

**Therapia.** A gyógyítás útja a parenteralis réz substitutio. Az eredményes kezelés nehéz az aránylag

hatásosabb organikus kötésű, orálisan adott rézkészítmények túrési képtelensége miatt. A kezelést tulajdonképpen már intrauterin kellene elkezdeni. Ennek gátat szab a leány réztransport-mechanizmusának zavara. Szükséges a rézanyagcsere és a pathogenetikai összefüggések pontosabb tisztázása.

Palásthy Géza dr.

**Aarskog-syndroma.** J. Kunze, J. Spranger (Universitäts-Kinderklinik, 23 Kiel, Fröbelstrasse 15—17): Klinische Pädiatrie 1973, 185, 490—494.

A syndromát *Aarskog* 1970-ben írta le egy családon belül, majd *Scott* (1971) és *Furukawa* (1972) két további családi előfordulást ismertettek. Az irodalomból összegyűjtött 18 eset főbb ismérveit táblázaton mutatják be a szerzők, amelyek közül a leglényegesebb a facialis dysmorphismus: macrocephalus, hypertelorismus, rövid, fitos orr, az állkapocs hypoplasiája, fülkagyló dysplasia. Igen jellemző a penis tövét körülfogó scrotalis redőképződés. A növekedés alacsony. Számos csontrendszeri, izületeket érintő elváltozást is fölsorolnak.

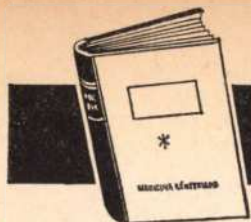
A szerzők 2 biztos és 2 valószínű *Aarskog-syndromás* esetüket ismertetik, a betegek két családba tartoztak. Eseteik közül az egyikben cerebrális görccsrohamok, a másikban családi előfordulású craniosynostosis szerepelnek, mint eddig le nem írt tünet.

**Aetiologia.** Öröklődő megbetegedés, amelynek öröklésmenete még nem tisztázott. A feltűnő scrotalis ránc arra utal, hogy a hímnemhez kötött X-chromosomális, recessiv öröklésű lehet. Mivel a syndroma enyhébb fokban leány családtagokban is fölléphet, ez a nézet nem tartható fenn. A szerzők saját eseteikből levont tapasztalataik szerint inkább autosomális domináns örökléstípusra gondolnak, a női egyedeken csökkentebb expressivitással.

(Ref.: A penis körülfogó ráncot több ízben észleltük, azonban eddig a syndroma fennállásának gondolata nem merült fenn. Újszülött osztályokon érdemes lenne megfigyelni, vajon a többi tünetek is társulnak-e a scrotalis redőhöz.)

Palásthy Géza dr.





## KÖNYVISMERTETÉS

**Haranghy László és Szemenyei Klára: Pathology of Tuberculosis in old age.** Akadémiai Kiadó, 210 old. 66 ábra.

Nem mindennapi szellemi élvezet Haranghy László és Szemenyei Klára könyvének átolvasása. A recensort tulajdonképpen az állítja nehéz feladat elé, hogy a munka számos értéke közül melyiket hangsúlyozza elsősorban, melyiknek a fontosságát domborítsa ki legjobban. Nem lehet megemlíteni nélkül hagyni a boncolt esetek feldolgozásának rendkívüli alaposságát. Ennek illusztrálására hadd emeljem ki csupán azt az egyetlen adatot, hogy a gümős aetiológia igazolása érdekében a szerzők nem elégedtek meg a szövettani vizsgálattal, hanem a metszeteket Ziehl-Neelsen-festéssel is megvizsgálták: ezt a nagyon fontos eljárást a hazai kórbonctani gyakorlatban — sajnos — ritkán veszik figyelembe. Ugyanígy kiemelésre kívánczok, hogy a súlyos tüdőgümőkóros betegek lépét és csontvelejét is rendkívül gondosan megvizsgálták. Nem lehet eléggé dicsérni a munka olvasmányos, egyenesen érdekléssel stílusát.

Mégis mindezeknél többre kell értékelni a könyvből sugárzó szemléletet, amely messze túlmutat a pathologus érdeklődési körén, és egységbe ötvözi a klinikai, epidemiológiai, gerontológiai és patológiai adatok — egyenként sokszor ellentmondó — halmazát.

A könyv az öregkori tuberkulózis jelentőségéről szól. Ugyanígy, ahogyan a hasznos klinikai tudományos munka is a betegágyánál felvetődő problémákból indul ki, ennek az értékes műnek az alapját is az a megdöbbentő boncasztali tapasztalat adta, hogy a tuberkulózis elleni sikeres küzdelem időpontjában sorra kerültek boncolásra olyan idős emberek, akik tuberkulózisban haltak meg, vagy legalábbis egyéb halálok mellett olyan gümőkóros betegségük volt, amely önmagában véve is halálhoz vezetett volna. A könyv gerincét 200 beteg boncolási adatainak feldolgozása képezi, akik 50 éves koruk után betegedtek meg tuberkulózisban. A 200 beteg csaknem 50%-án a gümőkóros diagnózis csak a boncasztalon derült ki.

Haranghy akadémikus régebbi, hasonló jellegű észlelései a magyar olvasó előtt ismertek. A könyv azonban magát az észlelést csak kiinduló pontnak tekinti és a külföldi és magyar irodalom beható elemzése, valamint a szerzők tapasztalatának összevetése alapján igyekszik megadni a választ arra, hogy mi a magyarázat. Valóban

imponáló az a tisztánlátás, amely a könyv szerzőit képessé teszi arra, hogy a számtalan — mint említettük sokszor ellentmondó — adat ingoványában eligazodjanak.

A tanulmány legfontosabb, központi mondanivalóját röviden talán úgy lehetne megfogalmazni, hogy az idős emberek súlyos, halálhoz vezető tuberkulózisa nem ritkaság. Ezek a kórformák klinikailag elég gyakran atypusosak, tünetszegényen jelentkeznek. Részben ezért, részben az idős emberek kivizsgálásában általában kifogásolható felelőtlenség miatt gyakori a diagnosztikus tévedés, a tbc fel nem ismerése. Ez pedig azzal az eredménnyel jár, hogy az öreg ember, aki — Haranghyt idézve — nem öreg kora miatt, hanem valamilyen betegségben hal meg, olyan megbetegedésben pusztul el, amely ma már teljesen gyógyítható. Ezen az sem változtat, hogy a boncolt idős embereken igen gyakran észleltek egyéb súlyos betegséget is, pl. az esetek több mint 20%-ában rosszindulatú daganatot. A halál oka ugyanis mégiscsak az esetek nem kis részében a fel nem ismert, vagy későn felismert tuberkulózis volt.

Haranghy és Szemenyei figyelemztetését, hogy idős korban minden bizonytalan betegségben tuberkulózisra is kell gondolni, annál is komolyabban kell venni, mert pl. Fauszt és munkatársai legutóbb megjelent közlései a 70 éven felüli tüdőbcs betegek korai és késői gyogyeredményeiről azt bizonyítják, hogy megfelelő gondosság esetén a terápiás eredmények idős embereken igen jók.

Mindez arra utal, hogy nagyon jó lenne, ha ezt a könyvet minden klinikus elolvasná, és a tanulságokat a gyakorlatban is érvényesítené.

Az elmondottakhoz talán érdemes hozzátenni, hogy tüdőgyógyászok számára talán meglepőnek hat, hogy a boncolt egyének gümőkórja az esetek túlnyomó részében rendkívül súlyos, sajtos — exsudatív jellegű volt. Nem vitás, hogy ebben az is szerepet játszik, hogy a kórboncnok szükségképpen szelektált beteganyagot észlelt, tehát vagy olyanokat, akiknek tuberkulózisát idejében nem diagnosztizálták, vagy akiknél a gümőkór lefolyása különlegesen rosszindulatú volt. Természetes, hogy az idős emberek között egyáltalán nem ritka a produktív, spontán gyógyuló gümőkór sem. Ez azonban mit sem változtat azon a tényen, hogy a gümőkór súlyos, halálhoz vezető formái idős korban nem kivételesek. Igen nagy nyereség lenne, ha

a könyv elolvasása után a klinikusok leszoknának arról a szemléletről, hogy a 70—80 éves emberek, vagy azoknál idősebbek gyengeségét, fogyását, fáradtságát, egyszerűen az öreg korral, vagy esetleg ki nem mutatott rosszindulatú daganattal magyarázzák.

Rendkívül érdekes adat, hogy Haranghy és Szemenyei eseteik több mint 50%-ában a tüdőmegbetegedés mellett a mellkasi nyirokcsomók sajtos gümőkórját észlelték, sajtos bronchitist pedig 15%-ban, és az említett esetek közül egyetlen egy esetben sem volt friss nyirokcsomó betörés kimutatható. Ez az észlelés cáfolja Ph. Schwartz — eddig is kételkedéssel fogadott — feltételezését, mely a gümőkór fellobanásaiban az ismétlődő nyirokcsomó-betöréseknek döntő szerepet tulajdonít. Emellett az idézett adatok új megvilágításba helyezik a hazánkban is jól ismert idős kori „középlebény-syndroma” pathogenesisét.

A magam részéről teljesen egyetértek azzal a feltételezéssel, hogy a tüdőmegbetegedés nagy valószínűséggel nem a sajtos nyirokcsomó-tbc következménye volt, hanem fordítva: a tüdőből terjedt a nyirokcsomókba.

A tüdőbcsben és egyéb szervekben kimutatható sajtos exsudatív gümőkór mellett a szerzők az esetek többségében a tüdőcsúcsokban régi, fibrotikus gümőkórt is észleltek. Így — adataik és az irodalmi adatok elemzése alapján — azt a jogos következtetést vonják le, hogy az öregkori tuberkulózist általában nem exogen superinfectio okozza (a 200 eset között egyetlen friss primer komplexus volt), de nem is a gyógyult primer komplexus „endogen” reaktivációjával függ össze hanem általában a régi csúcsi gócból indul ki. Ez a kórbonctani megerősítés azért nagyon örömdetes a tuberkulózis elleni küzdelem vezetői számára, mert azt bizonyítja, hogy helyes úton járunk, amikor az időskori gümőkór robbanásszerű kialakulását úgy igyekszünk megelőzni, hogy a régi csúcsi góccok aktivitását gondos bakteriológiai vizsgálattal feltárjuk és az aktív „góchordozókat” gyógyszeres kezeléssel szanáljuk.

Igen figyelemre méltó része Haranghy és Szemenyei könyvének a lép és csontvelő gondos vizsgálata és az ebből levont következtetések. Az észlelt elváltozások ugyanis magyarázatot adhatják az ellenálló képesség idős korban bekövetkező csökkenésének, amelynek a tuberkulózis súlyos endogen exacerbációjában szerepe lehet.

Az öregkori tuberkulózis szigorúan vett kórbonctana tulajdonképpen csupán egy fejezetet ölel fel. Mégis szeretném kiemelni, hogy ez a fejezet — rövidsége ellenére — klasszikus tömörséggel hiánytalanul tartalmazza a tuberkulózis összes kórformáit és a gümős megbetegedés összes elemeit,

tehat mint önálló munka is megállná a helyét.

Befejezésükre szeretném megállapítani, hogy Haranghy és Szemenyei könyvét nemcsak az új adatok, valamint a klinikai, epidemiológiai és pathológiai irodalom komplex elemzéséből levont következtetések logikája teszi lebilincselő olvasmánnyá, de talán még ennél is inkább az a humánus szemlélet, mely a könyv minden sorából sugárzik. A tudós szerző nemcsak kórboncnok, hanem gerontológus is. Ez érthetővé teszi, hogy nemcsak szenvedéllyel törekszik az ellenállásban gyengült, szociálisan sokszor kedvezőtlen helyzetben élő öreg ember életének meghosszabbítására és megkönnyítésére. Az életkor meghosszabbodása a gerontológiai problémákat világszerte elsőrendű jelentőségűvé tette. Számátalan orvosi, pszichológiai, szociológiai, sőt szépirodalmi tanulmány jelenik meg az öreg ember érdekében. Ez a könyv sokban járul hozzá azokhoz a célkitűzésekhez, melyeket — sajnos nem mindig sikerrel — mindenütt egyre jobban sürgetnek.

Böszörményi Miklós dr.

Lazarits I.—Alánt O.—Kothe W.: *Chirurgie bei Diabetes.* — Akadémiai Kiadó, Budapest 1973. 222 old., 11 ábra, 15 táblázat.

Amint a könyv előszavában Rubányi professzor is megállapítja, a diabeteses betegek száma egyre emelkedik és ebből következően a sebész is mind gyakrabban találkozik vele. Az ilyen betegek műtéti előkészítése, anaesthesiájának vezetése valamint a postoperatív kezelés a sebészen kívül a belgyógyász, az anaesthesiologus és laboratóriumi szakember szoros együttműködését teszi szükségessé. A sebészre ilyenkor alig három különleges feladat, miután a műtéti kezelés elvei diabeteses betegen sem mások mint egyébként. Főleg sürgős esetekben azonban nem mindig áll rendelkezésre a fenti team, ilyenkor magának kell döntenie a legsürgetőbb teendőkről. Ezért szükséges, hogy a cukorháztartás zavarásával, annak diagnosztikus és terápiás vonatkozásaival minden sebész behatóan foglalkozzék.

Szerzők a gyakorló sebészek gyors eligazodását kívánták elősegíteni mondanivalójuk rövid, pontokba szedett, világos és határozott tárgyalási módjával, és itt mindjárt meg kell állapítani, hogy ez kitűnően sikerült. A könyv 7 fejezetre tagozódik. Az első fejezet a diabetes pathogenesisét, annak formáit és ezek sebészi jelentőségét tárgyalja. A diabeteses beteg anyagcseréjének labilitásán kívül sebészi szempontból is jelentős érrendszerének állapota. A műtét — és egyéb — trauma a mellékvese stimulálása révén gátolja a peripheriás inzulin hatást és a szénhidrátanyagcsere felborulását eredményezheti. A diabeteses

angiopathia miatt többek között az antibiotikumok helyi hatása csökkent és gyökeresebb feltárás szükséges.

A 2. fejezet a sebészi betegségekben szenvedő cukorbeteg folyadékháztartásának és anyagcseréjének megítélésével foglalkozik. Különösen tanulságosak a diabetes okozta, de sebészi megbetegedést utánzó tünetegyüttesek (pseudoperitonitis diabetica stb.) összefoglalása.

A 3. fejezet a műtéti javallatot és előkészítést tárgyalja. Gyakorlatilag igen helyes, hogy külön választották a heveny- és idült betegségeket, valamint a régen ismert és beállított cukorbetegeket, az egyszűlyben nem levőket és végül azokat, akiknek diabeteze csak a sebészi elváltozással kapcsolatban derült ki. E csoportok kombinációival minden esetben hasznos útmutatást adnak a műtéti javallat és előkészítés kérdéseiben.

A 4. fejezet a műtéti érzéstelenítést tárgyalja. Az inzulin prae- és peroperatív adásán kívül részletesen foglalkoznak az inzulin hatásának változásával a műtét alatt, valamint az intraoperatív metabolikus acidosisal.

Az 5. fejezet a postoperatív szakterápiás kérdéseivel és a cukorbetegeket különösen fenyegető szövődményeivel foglalkozik. Hangsúlyozzák az iv. folyadékbevitel különleges szempontjait és részletes előírásokat adnak a mesterséges (szonda és iv.) táplálásra is. A diabeteseseket különösen fenyegető szövődményként a fertőzést és a thromboemboliát említik. Pontosán még nem tisztázott, hogy a diabetikusok miért hajlamosabbak septicus szövődményekre, de biztos az, hogy ezek kölcsönösen súlyosbítják egymást. A thromboembolia gyakoribb előfordulása az angiopathiával függ össze, prophylaxisa és terápiája nem különbözik a szokásostól.

A 6. fejezet egyes sebészi betegségek és a diabetes összefüggéseit tárgyalja. Az epekőesség cukorbetegeken mintegy 10%-kal gyakoribb és hamarabb okoz szövődményt is. Ezért a szokásos feltételek mellett a műtétet különösen indokoltnak tartják. Gastroduodenalis ulcus esetén ilyen egyértelmű különbség már nem állapítható meg. A gyomorcsomoklás viszont főleg idősebb betegeken diabetesre praedisponáló tényező lehet. Jelentőségének megfelelően részletesen foglalkoznak a cukorbeteg alsó végtagjainak keringési zavarai. Itt különösen a fertőzés iránt megnyilvánuló fokozott hajlamot és az angiopathias érrendszer általános állapotát kell figyelembe venni. E fejezetből említés érdemel még a hyperthyreosis és diabetes tárgyalása.

A 7. fejezetben az antidiabeticumokat foglalják össze, majd a könyv bőséges irodalmi jegyzékkel zárul.

Szerzők hézagpótló munkájukkal nemcsak a hazai, de a külföldi sebészeti irodalmat is jelentősen gaz-

dagították. Tanulmányozása minden sebésznek melegen ajánlható.

Hüttel Tivadar dr.

Goreczky László — Sós József: *Klinikai kémiai laboratóriumi zsebkönyv.* Medicina Könyvkiadó, 1974.

A klinikai laboratóriumi diagnosztika gyors fejlődése évről évre nagyobb segítséget nyújt a klinikusnak. A vérben és más testnedvekben exact módszerekkel mind több anyag határozható meg. Fiziológiai értékeik ismeretében növekedésükből, csökkenésükből vagy hiányukból fontos diagnosztikai és prognosztikai következtetések vonhatók le. A vizsgálati eredmények irányítást adnak a terápiára, az ismételt vizsgálatok esetén észlelt változások pedig a kezelés hatásosságát is ellenőrzik.

A mind nagyobbra növekvő adathalmazból már a normál értékeket sem könnyű fejben tartani, a normálistól eltérő adatok helyes értékelése pedig azért is nehéz, mert gyakran igen különböző kórképekben tapasztaljuk ugyanannak az anyagnak azonos vagy hasonló mértékű mennyiségi változását.

A szerzők nagy szakmai felkészültséggel megírt könyvükkel azt a célt szolgálják, hogy a klinikai kémiai vizsgálatokkal kapcsolatos kérdésekre rövid, de pontos válaszokat adjanak. Az ABC-rendben tárgyalt anyagok biokémiai, életani és kóreltani vonatkozásait lexikonzerű tömörséggel, világosan ismertetik, gondosan ügyelve arra, hogy a magyarázat részletessége arányban álljon a tárgyalt anyag vizsgálatának fontosságával. Így elsősorban a leggyakrabban igényelt és végzett „rutin”-vizsgálatokra térnek ki részletesebben. Ezek közül kiemelten tárgyalják a sok megfontolást igénylő és mindinkább az érdeklődés előterébe kerülő vizsgálati eljárásokat, mint pl. az enzimvizsgálatokat vagy az elektrolyt-forgalom körébe tartozó kérdéseket. A normális és kóros értékeket — ahol ez szükséges — többféleféleképpen is megadják (pl. mg/100 ml, maeq/liter). A legtöbb nehézséget, sőt félreértést az enzimaktivitás mértékének elbírálása okozza a sokféle eljárás használatát miatt. Ezért a szerzők megadják a nemzetközi egységek (IU) mellett a leggyakrabban használt eljárások értékeit is. A szerzők azaz, hogy a gyakorlatban még alig vagy egyáltalán nem vizsgált anyagokról is tájékoztatnak, rámutatnak azokra az újabb lehetőségekre is, melyeket a célzott vizsgálatok nyújthatnak. A könnyebb tájékozódást több, jól összeállított táblázat is szolgálja.

Az igen nagy ismeretanyagot felölelő kitűnő zsebkönyv a Medicina gondos kiadásában, praktikus és szép kiállításban jelent meg.

Hegedűs András dr.

**Mérei Ferenc, Szakács Ferenc:**  
**Klinikai pszichodiagnosztikai módszerek.** Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1974. 199 oldal, 66,— Ft.

Az Országos Ideg- és Elmegógyászati Intézet két vezető pszichológusa a lélektani diagnosztika eszköztárából gyakorlatban alkalmazott teljesítmény- és projektív tesztek mutatja be. Az olvasó nemcsak az egyes eljárásokról kap bővebb tájékoztatást, hanem képet alkothat a klinikai pszichológus munkásságának egyik fontos területéről. A számos lelet gyakorlatban példázta, hogyan kérdezhet célszerűen az orvos, és milyen választ kaphat erre a pszichológustól. A könyv első és negyedik fejezete az orvos és pszichológus együttműködését, a pszichodiagnosztikai lelet felépítését (értelmi szint és struktúra, körlelektani jellegzetességek a képzetáramlásban, alkalmazkodás, kontaktus-készség) részletezi.

A második fejezetben (Szakács) a teljesítményteszték közül az értelempróbák (Binet, Wechsler, Snijder-Oomen, Raven, Bender) és az emlékezővizsgálatok szerepelnek. Mértéktartó áttekintést olvashatunk a pszichometria fontosabb elvi és gyakorlati kérdéseiről. A pszichológiai mérés feltételei, hogy pontosan tudjuk, mit mér a teszt (= érvényesség), milyen pontos a mérés (= megbízhatóság). A teszt-eredmények (pl. IQ) nem műveletek végzésére alkalmas számadatok, hanem az egyén csoportján belül elfoglalt relatív helyzetének mutatói. Az értelempróbák eredménye az életkor előrehaladásával többé-kevésbé hanyatlik. Vajon mennyiben van szerepe ebben az idősebb korosztályok műveltségbeli viszonyainak? Milyen befolyása van az iskolai végzettségnek a teszt-eredményre? A műveltségtől „független” Raven Matrica-tesztről Mérei bizonyította, hogy mennyire függ az eredmény az iskolázottságtól.

A könyv harmadik fejezetében Mérei kitűnő összefoglalást ad projektív módszerekről (Rorschach, Szondi, TAT PFT). Szemben a metrikus teljesítményteszték egyértelmű megoldásával, a projektív teszt strukturálatlansága révén többértelmű felhívást intéz a személyhez, így a válasz közvetlenül nem értelmezhető, de a kivételben — áttételesen — a szakértő számára hasznos információkat ad a személyiségről. A főleg saját kutatásokra és gazdag tapasztalatokra épülő ismertetés egyben a projektív technikák kritikai értékelését is tartalmazza, ez tovább növeli a tömörségében is világos, olvasmányos fejezet értékét.

A szerzőknek elvülhetetlen érdeme a hazai klinikai pszichodiagnosztika alkotó művelése. Ez tükröződik a könyv egészében, ez nagy előnye — egyben korlátja is —, mert főleg az Országos Ideg- és Elmegógyászati Intézet tesztbattériája kapott benne szerepet. Nagy szol-

gálatot tesz a hazai tesztmozgalom egységes arculatának fejlesztésében. Néhány más pszichodiagnosztikai eljárás — így a panasz-leltárok (Eysenck, Brengelmann, Cattel, Cornell Index), vagy az önjellemző és véleményező klinikai skálák (Beck, Zung, Hamilton etc.) — említést érdemeltek volna.

Az egyes tesztek megismerését 31 szöveggömbösi és 17 részben színes kép, 31 „eset” leírása könnyíti meg. A tesztvizsgálatok tájékoztató irodalma zárja a könyvet.

A klinikai lélektan, a pszichodiagnosztika iránt érdeklődő orvos és orvostanhallgató számára is hasznos, élvezetesen megírt olvasmány. A tárgyilagos hangvétel hozzásegít a tesztvizsgálatok reális értékeléséhez, az orvos és a klinikai pszichológus eltérő feladatkörének jobb megértéséhez, és gyümölcsöző együttműködésük megvalósításához.

Ozsváth Károly dr.

**Youth and Drugs. (Az ifjúság és a kábítószer.)** — WHO Techn. Rep. Ser. 1973. № 516. 45 old. WHO kiadás, Genf. — 1 US dollár.

A füzet nemzetközi szakértők csoportjának állásfoglalását tartalmazza. A csoportot orvosok, pszichiáterek, psychologusok, kriminálísták, szociológusok, közgazdászok stb. alkotják.

Meghatározásuk szerint „gyógyszer, drog” (drug) alatt „bármely olyan hatóanyagot értünk, amely a szervezetbe jutva annak egy vagy többfunkcióját módosítja”. A WHO egyik korábbi kiadványa (WHO Techn. Rep. Ser. 1969. No. 407) a definíciót megszorításokkal értelmezi: eszerint csak azokat a hatóanyagokat nevezik gyógyszernek, „amelyek a beteg kizárólagos előnyét, érdekeit szolgálják.”

Dependencia olyan psychés vagy testi állapotváltozás, „amely az élő szervezet és egy hatóanyag kölcsönhatásának következménye, magatartásbeli és más reakciók jellemzik és amely a hatóanyag folyamatos vagy periodikus élvezetére irányuló kényszert is jelenti.” — Részletesen felsorolja ezután a füzet azokat a szereket, amelyek dependenciához vezetnek.

Nem hagyják ugyan említés nélkül a dohányzást és alkoholt sem, a figyelmet azonban inkább a kábítószerekként ismert szerek felé fordítva hangsúlyozzák, hogy azok élvezete az utóbbi évtizedekben túlerjedt alkalmazásuk tradícionális vidékein és korosztályain. A Cannabist, ópiátokat főként egyetemi hallgatók és főiskolás fiatalok élvezik, de elterjedt a serdülőkorú, sőt azt megelőző korosztályokban is. Új jelenség az is, hogy a fiatalok — hangulatuktól függően — több, különböző kábítószert is használnak. Az alkalmazás sorrendje általában stimulánsokkal indul, marihuánával és hasissal

folytatódik, amelyet végül ópiátok követnek.

A dependenciát okozó szerek előzőekben történő alkalmazását egyesek kíváncsisággal indokolják, mások a függetlenségük megnyilvánulásának lehetőségét várják tőle, ismét mások ily módon remélnék új, izgalmas tapasztalatokat, alkotókészségük fokozását, megunt környezetükből „átmeneti menekülést”.

A dependencia kialakulásának okai között egyaránt szerepelhet kóros személyiség szerkezet, öngyógyítási próbálkozás, lázadás a konvenciók vagy a szociális értékek ellen, de lehet szociokulturális elnyomatás következménye is. A felsoroltak közül többnyire több tényező együtthatása felelős a dependencia kialakulásáért. A dependencia kialakulását többnyire elősegíti a környezet, a társadalom megértésének hiánya. Míg a felnőttek inkább a közösségtől elfogadott, eltűrt szereket (pl. alkoholt) fogyasztják, a fiatalok hajlamosak a határozottan tiltott és elítélt szerek (hasis, ópiátok) élvezetére. A társadalom állásfoglalását egy-egy dependenciát okozó szer megítélésében az határozza meg általában, hogy milyen mértékben veszélyezteteti egyedeinek psychés és testi épységét — és ezen keresztül intézményeinek biztonságát, erkölcsi értékrendszerének kiegyensúlyozottságát.

A tennivalók között a megelőzés, ellenőrzés, az okok megszüntetése egyaránt szükséges. A megvalósításnak számos akadálya van. Ezek közül kiemelkedő, hogy a megelőzés érdekében tevékenykedők között nem ritka a megértés hiánya, sőt az ellenséges magatartás a dependenciától szenvedők iránt, amelyre aligha tekinthető kóros válasznak az őszintétlenség és bizalmatlanság. A megelőzés módszereit között szerepel a beszerezhetőség korlátozása, esetleg a teljes betiltás a szigorú ellenőrzés bevezetésével. Ez utóbbi esetben azzal számolhatunk, hogy a betiltott szer helyett más, károsabb hatású szer terjed el. A következmények tehát kiszámíthatatlanok és veszedelmesek lehetnek. Egyesek vitatják a büntetések kilátásba helyezését és foganatosítását a kábítószert élvezőkkel szemben (pl. javító kezelés, elkülönítés, társadalmi újra-besorolás stb.), mások viszont javasolják, hogy a büntetést a dependenciát okozó szereket terjesztők számára kell fenntartani vagy rájuk is érvényesíteni. — Közösségekben hatásos lehet a szerek káros következményeit ismertető tárgyilagos felvilágosítás. A fiatalok számára csábító alternatíva biztosítása lehet eredményes: pl. lehetőség személyiségük kibontakoztatására, alkotási igényük megvalósításához stb.

Az elvonás általában orvosi feladatnak tekintendő, mert a hirtelen, gyors elvonás életveszéllyel

járhat pl. alkohol, barbiturátok, ópiátok esetében. Szükséges más orvosi szolgáltatások bővítése is pl. detoxikáló intézmények, pszichoterápiás rendelések, családi tanácsadás, felvilágosítás stb. Megfontolandó és általában nem helyesíthető az öngyógyító un. önreguláló programok alapján kis közösségek keretein belül (un. mikrotársadalmakban).

Feladatot jelent a dependenciát okozó szerek elterjedése a kutatás számára is: hatásuk objektív-tudományos tanulmányozása mellett foglalkozni kell a megelőző-védőkező módszerek eredményességének ellenőrzésével. — A megelőzés módszerei közül a legjelentősebbnek az epidemiológiai módszer látszik, amely kutatóintézetek és szakértők hálózatával tarthatná szemmel folyamatosan világszerte az egyes dependenciát okozó szerek terjedését és hatásuk módosulását.

Walsa Róbert dr.

**Hársing László dr.: Élettan, kóreléttan gyógyszereszknek, gyógyszerészhallgatóknak.** Öt szerző Dirner Z., Hársing László, Harza T., Horváth I., Spät A.) közreműködésével, Hársing László dr. szerkesztésében. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1973. 689 old. 168,— Ft.

Tankönyv a gyógyszerészképzéshez, gyógyszerész-továbbképzéshez, és a mindennapi gyógyszerészi tevékenységhez szükséges biológiai-orvosi alapismereteket foglalja össze. A szerzők célja ezzel az, hogy a farmakológiai és biofarmáciai ismeretek elsajátításához, majd ezek gyakorlati alkalmazásához megfelelő biológiai, anatómiai, biokémiai, élettani és kóreléttan alapokat adjon a gyógyszerészhallgatók és a gyógyszerészek számára. A tankönyvnek ez a második kiadása, mely a két évvel ezelőtti első kiadást követően, 1973-ban jelent meg. Ez azt igazolja, hogy az említett biológiai-orvosi alapismereteknek a gyógyszerészképzés jelenlegi célja alapján való megfelelő integrálása, s ennek egy tankönyvben történő össz-

szefoglalása jónak és eredményesnek bizonyult. A tankönyv két kiadásában az egyes fejezetek kisebb-nagyobb átdolgozásán kívül lényeges különbség mindössze csak a Táplálkozás és az Endokrinológiai élettani fejezetekben van, melyeknek teljes átdolgozását a szerzők véleménye alapján az utóbbi évtizedben elért biokémiai eredmények, és az alapvetően megváltozott szemlélet indokolt.

A tankönyv tartalmilag két nagy egységre tagolódik. Az első rész az anatómiai, biokémiai és élettani ismereteket (549 old.), a második rész pedig a kóreléttani tananyagot (120 oldalon) foglalja össze. Az első rész hét önálló témakört (fejezetet), míg a kórtani rész egy önálló fejezetet képez.

A tankönyv első fejezete a sejt biofizikai és biokémiai folyamatait, a második fejezet a szövetek strukturális és funkcionális sajátosságait tartalmazza. Ez a két fejezet mind terjedelemben, mind pedig tartalmában a könyv legjelentősebb része. A fehérje, szénhidrát és zsíryanycsere, a fehérjeszintézis, továbbá az enzimműködés ismertetése szervesen kapcsolódik a gyógyszerészhallgatók rendkívül alapos szerkesztéséhez, s ezzel a kémiai alapokat alkalmassá teszi biokémiai összefüggések megértésére és elsajátítására is. A szövettani ismeretekkel együtt így alapját képezik a tankönyv további fejezeteinek, másrészt önállóan is alkalmazhatók számos gyógyszerkészítmény (enzimkészítmény), továbbá diagnosztikai tesztek terápiás, ill. laboratóriumi alkalmazásának megértéséhez. A harmadik fejezet a következő szervek anatómiai és funkcionális sajátosságait foglalja össze: érzékszervek, kültakaró, csont és izület rendszer, izomrendszer. A negyedik fejezet az életfolyamatok idegi szabályozása, melyet a központi és vegetatív idegrendszer anatómiája és funkciója alapján foglal össze. Az ötödik fejezet a nedvkeletre vonatkozó biofizikai, biológiai, anatómiai és élettani ismereteket elemzi, a testnedvek homeostasisát fenntartó mechanizmusok,

a vér funkcionális sajátosságai, továbbá a keringés anatómiájának és regulációs mechanizmusának ismertetésével. Az ezt követő Anyagcsere c. fejezet azokat a folyamatokat foglalja össze, melyek révén a szervezet és környezete közötti anyagki-cserélődés végbemegy. Így a fejezet a légzés, táplálkozás, intermedier anyagcsere és veseműködés anatómiáját és élettanát foglalja magába. A belső elválasztású mirigyek c. fejezet tíz hormontermelő szerv anatómiáját és funkcióját, a hormonok bioszintézisét, fiziológiai és farmakológiai tulajdonságait, továbbá a mirigyműködés kóros elváltozásait tárgyalja. Kiegészítésként a modern endokrinológia néhány olyan hormonnak tekintett anyagát is ismerteti, melyeket nem endokrin mirigy termel. A hormonok ilyen módon való tárgyalása a gyógyszerészképzésben újszerű. A hormonokra vonatkozó, szerteágazó ismereteket megfelelően integrálja, s közvetlenül alkalmassá teszi farmakológiai ismeretek elsajátítására.

Az emberi szervezet kórtana c. fejezet első részében a kórtani alapfogalmakat foglalja össze, melyek felhasználásával tárgyalja a szervezet kóros folyamatait, szervrendszerenkénti bontásban. A kóros elváltozások szervenkénti ismertetését követően „lexikon-szerűen” közli a legjelentősebb betegségeket is, melyek a farmakológiai ismeretek elsajátításához nélkülözhetetlenek, s ilyen formában megértésük nem okoz nehézséget.

A könyv világosan, áttekinthetően szerkesztett, megfelelően rendszerezett ismereteket biztosít. Kihátrálja azokat a lehetőségeket, melyek a gyógyszerészhallgatók fizikai és magasszintű kémiai alapképzése ad; az összefoglalt anatómiai ismeretek elegendők az élettani és biokémiai összefüggések megértéséhez, s ezek együttesen megfelelő alapját adják a kórtani résznek, melyekhez szervesen kapcsolható a gyógyszerek hatása.

A tananyag szemléletességét 334 ábra, számtalan képlet és táblázatos összefoglalás biztosítja.

Zalai Károly dr.

„Az erkölcs szabályai a művészet szabályai is.”

Taine



**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1974. november 18-án, du. 2 órára tűzte ki **Sulyok Endre dr.**: „Az újszülött hősabályozásának direkt kalorimetriás vizsgálata” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Balogh László dr.**, az orvostudományok kandidátusa, **Kiss Szabó Antal dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

**A TMB Klinikai Orvosi Szakbizottsága** 1974. november 19-én, du. 2 órára tűzte ki **Sallai Sándor dr.** ösztöndíjas aspiráns: „A szem lég-sérüléseinek pathohistológiája és klinikuma” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: **Kahán Ágost dr.**, az orvostudományok doktora, **Németh Béla dr.**, az orvostudományok kandidátusa.

Aspiránsvezető **Radnóti Magda dr.**, az MTA levelező tagja.

**Helyesbítés.** **Bánki Ferenc dr.** 1974. október 22-re tervezett kandidátusi értekezésének vitája, mely a Hetilap 1974. október 13-i (41.) számában került közlésre, — *elmaradt*. Új terminus: 1974. november 14., du. 2 óra, MTA Kisteremben.

**Jászberénybe érkező szovjet onkológus-orvosdelegáció** 1974. november 19-én, de. 10 órakor Jászberényben, a Városi Tanács nagytermében (Lehel Vezér tér 18.)

tudományos ülést tart.

Program:

**Figus I. Albert dr.**: Megnyitó.  
**Gavrilov A. N.:** Gyomorrák az Észti SZSZK.-ban.

**Rjátssz V. J.:** A gyomorrák kezdeti formái.

**Belcsikov J. Sz.:** A lakosságnak nyújtott onkológiai segélynyújtás szervezési kérdései az Észti SZSZK.-ban.

**Viirmáa Á. A.:** A duodenoscopia jelentőségéről a rák diagnostikájában.

Hozzászólások

(A hozzászólások ideje: 3 perc.)

**A XX. ker. Tanács Eü. Intézményi Tudományos Bizottsága** a kerületi Egészségügyi Napokon belül

1974. november 18, 19-én

a XX. ker. Tanács tanácstermében (Pesterzsébet, Kossuth tér 1.)

tudományos ülést rendez

1974. november 18, délelőtt 9 óra:

Ünnepélyes megnyitás: **Bojtár László XX. ker. Tanács elnökhelyettese.**

Üléselnökök: **Stojanov Iván dr., Gaizler Gyula dr.**

Titkár: **Kómár József dr.**

1. **Mittler István dr.:** Regionális kórház szerepe az integrált betegellátásban.

2. **Kautzky László dr.:** A XX. ker. járványügyi fejlődésének képe az utolsó 10 év távlatában.

3. **Szabó Irén dr.:** A XX. ker. Élelmezés-egészségügy helyzetének alakulása az elmúlt 5 évben.

4. **Olaszy János dr., Udvarhelyi Miklós dr.:** Infarctuson átesett betegek rehabilitációs kérdései.

5. **Martos Katalin dr.:** A hypertonia korszerű kezelésének irányelvei.

6. **Ószi Rozália dr.:** A guanidinok szerepe az orvostudományban. Vírus eredetű betegségek kezelése Morfgalinnal.

7. **Abafalvi Andrea dr.:** Immunsuppressiók szerepével kezelt betegnél végzett sectio caesarea után fellépő syncope, majd paroxysmusos tachyarrhythmia absoluta és defibrillációs syndroma sikeres kezeléséről (esetismertetés).

Hozzászólások

Szünet

Üléselnök: **Varga Kálmán dr.**

Titkár: **Jaksi István dr.**

8. **Teszár Zoltán dr.:** A gerincbetegségek diagnosztikájáról.

9. **Gaizler Gyula dr., Madarász Judit dr.:** A manuális terápia jelentősége és nemzetközi helyzete. (Beszámoló a prágai IV. Nemzetközi Manuális Medicinalis Kongresszusról.)

10. **Zilahy Gábor dr.:** Phenocetinmentes fájdalomcsillapítók.

11. **Hernold Alajos dr.:** Intézeti légkör — terápiás effectus.

12. **Blazovich Katalin dr.:** Alkoholista betegek gondozása.

13. **Fülöp Tamás dr.:** Az epilepsia gondozás jelentősége és jelenlegi állása a XX. kerületben.

14. **Pálvölgyi Zsuzsa dr., Mittler István dr.:** Az üzemegezségügyi szolgálat szerepe az 1972. évi II. Egészségügyi Törvény szellemében.

Hozzászólások, vita

1974. november 19, délelőtt 9 óra:

Üléselnök: **Kápolnási József dr.**

Titkár: **Udvarhelyi Miklós dr.**

15. **Uskerth Imre dr., Fónyad László dr.:** A terhességmegszakítás ártalmainak népesedés-politikai jelentősége. A megelőzés lehetőségei.

16. **Varga Kálmán dr., Jaksi István dr.:** A prostataglandinok. Új lehetőségek a szaporodási folyamatok szabályozására.

17. **Varga Kálmán dr., Jaksi István dr., Jávorkai Imre dr.:** Terhességmegszakítás prostataglandin F 2a-val.

18. **Kápolnási József dr.:** Betegellátás a XX. kerületi Gyermekkorházban az utóbbi 10 évben.

19. **György László dr.:** Kora- és újszülött pathologia.

20. **Kemenczei Zsuzsanna dr.:** Rachitis a csecsemőkorból.

21. **Puhr László dr., Hollósy Judit dr.:** Terhesek fogászati gondozásának 1 éves eredményei.

22. **Horváth Csilla dr.:** Caries prophylaxis.

23. **Gaizler Gyula dr., Madarász Judit dr.:** A röntgen-vizsgálat szerepe a beteg aktuális panaszainak helyes értékelésében.

Hozzászólások, vita

**A Magyar Gyermekorvosok Társasága**

**Dobszay László hetvenedik születésnapja alkalmából**

1974. november 21-én, csütörtökön, délután 14 órakor, a Semmelweis-teremben (VIII., Szentkirályi u. 21.)

tudományos ülést rendez.

Tárgysorozat:

**Bogárdi Mihály (Újpesti Kh.): Electroencephalographia.**

**Kiss Péter (Apáthy Kh., Bp.): Mellékvesekéreg funkció obesitasban.**

**Czirbesz Zsuzsa (Heim Pál Kh., Bp.): Nephrosis gondozás.**

**Órley Judit (Heim Pál Kh., Bp.): Gyermeknőgyógyászat: 9 év tapasztalatai.**

**Vértes Éva (Himfy u. Csecsemőotthon, Bp.): Morbiditás egy csecsemőotthonban.**

**A Korányi Sándor Társaság**

1974. november 22-én, de. 9 órai kezdettel, a Kereskedelmi Kamara Kongresszusi termében (V., Kossuth L. tér 1.)

kerekasztal-konferenciát tart.

Részvételi díj: 50,— Ft.

1974. november 22. (péntek) de. 9 óra

Főreferátum:

**Farádi László (Orvostovábbképző Egyetem, Bp.):** A gondozás, mint a gyógyító-megelőző ellátás módszere (25 perc).

Koreferátumok:

**Endrőczy Elemér (Orvostovábbképző Egyetem Bp.):** Korszerű technikai feltételek alkalmazása a megelőző ellátásban (15 perc).

**Andor Miklós (II. ker. Körzeti Orvosi Rendelő, Bp.):** Az általános orvos szerepe a gondozásban (15 perc).

**Eckhardt Sándor (Országos Onkológiai Intézet):** A szakgondozás jelenlegi helyzete (15 perc).

**Zoltán Imre (II. Nőgyógyászati Klinika, Bp.):** A növédelem, mint a gondozás sajátos formája (15 perc).

Felkért hozzászólók: **Bognár Zoltán, Kádár Tibor, Károlyi György, Miltényi Miklós, Schönfeld Rózi.**

(A hozzászólások időtartama 5 perc.)

Moderátor: *Farádi László.*

Az előadások után a hallgatóság hozzászólását szívesen vesszük.

*Szünet*

*Vita*

1974. november 22. (péntek)  
du. 14 óra

*Kovács András* (II. Nőgyógyászati Klinika (Bp.): A preconceptionális gondozás (15 perc).

*Schuler Dezső* (II. Gyermekklinika, Bp.): A gondozás genetikai vonatkozásai (15 perc).

*István Lajos* (OVSZ Vas megyei Alközpontja, Szombathely): A terhesség gondozás haematológiai vonatkozásai (15 perc).

*Magyar Imre* (I. Belgyógyászati Klinika, Bp.): Terhesség és diabetes (15 perc).

*Zsolnai Béla* (II. Nőgyógyászati Klinika, Bp.): Terhesség és magasvérnyomás (15 perc).

*Buda Béla* (Országos Ideg- és Elmegyógyintézet): Terhesség és psziché (15 perc).

Felkért hozzászólók: *Gábor György, Király Kálmán, László János, Miskovits Gusztáv.*

(A hozzászólások időtartama 5 perc).

Moderátor: *Zoltán Imre.*

Az előadások után a hallgatóság hozzászólásait szívesen vesszük.

*Szünet*

*Vita*

### A Magyar Anaesthesiológiai és Reanimációs Társaság

1975. szeptember 2—4-ig

Balatonfüreden (a SZOT Szanatóriumban) rendezi meg az

*I. Nemzetközi*

*Anaesthesiologus Kongresszust*

A kongresszus témái:

I. Hibák és szövődmények az anaesthesiológiai gyakorlatban.

II. Hibák és szövődmények az intenzív betegellátásban.

III. Új gyógyszerek és új eljárások az anaesthesiológiában és az intenzív betegellátásban.

A kongresszus hivatalos nyelve: magyar, orosz, angol és német.

A kongresszus ideje alatt szimultán tolmácsolást biztosítunk.

Részvételi díj: 300 Ft (kísérőknek 200 Ft).

*Program:*

*Szeptember 2. (kedd)*, délelőtt: tudományos ülés, este: fogadás hajón.

*Szeptember 3. (szerda)*, délelőtt: tudományos ülés, este: Orgona-hangverseny a Tihanyi Apátság templomában.

*Szeptember 4. (csütörtök)*, délelőtt: tudományos ülés, este: Bankett a Tölgyfa csárdában.

A kongresszus rendezőbizottsága a tudományos ülések ideje alatt a kísérők számára programról gondoskodik.

A szállodai elhelyezésről a Volánturist (1392 Budapest 62, Postafiók 264) gondoskodik az Annabella szállóban, a fizetővendég szobákban, valamint az Autóscampingben.

*Jelentkezés:* 1974. december 15-ig, a MOTESZ Kongresszusi Szervező Irodánál (Bp. V., Kossuth Lajos tér 4., telefon: 124-501, levélcím: 1361 Bp., Postafiók 32.).

### Az Orvostovábbképző Intézet kiadásában megjelent, jelenleg is kapható jegyzetek:

Biológia a higienikus orvosképző tanfolyam számára	16 Ft
Bevezetés a gyógyszerészi biokémiába	15 Ft
A kórházigazgatók továbbképző tanfolyamának jegyzete I. kötet, II. kötet	60 Ft
A munkahygienes pormérés módszerei	14 Ft
Onkológia I. rész	15 Ft
Onkológia II. rész	26 Ft
TBC szakorvosok továbbképző tanfolyamának jegyzete IX. rész	83 Ft
TBC szakorvosok továbbképző tanfolyamának jegyzete X. rész.	25 Ft
Klinikai bakteriológiai diagnosztika	25 Ft

A zajvédelem munkahygienes vonatkozásai	82 Ft
Élelmiszer kémiai-toxicológiai vizsgálati módszerek	22 Ft
Gyermek- és ifjúság-egészségtan	80 Ft
Élelmiszerbakteriológiai vizsgálatok	44 Ft
Szemészeti továbbképző előadások	40 Ft
A gyermekcardiológia aktuális kérdései	62 Ft
A számítógép-programozás elemei	55 Ft
Klinikai elektrophysiológia	53 Ft
A nemfertőző betegségek epidemiológiája és gondozása I. rész	46 Ft
A nemfertőző betegségek epidemiológiája és gondozása II. rész	55 Ft
Tervezés, költségvetés, beruházás	15 Ft
Az iskolai testnevelés orvosi vonatkozásai	28 Ft
Gyógyszerészi kémia I. rész	20 Ft
A szervezési-módszertani osztályok vezetőinek tanfolyama (Válogatott fejezetek) I. rész	38 Ft
A szervezési-módszertani osztályok vezetőinek tanfolyama (Válogatott fejezetek) II. rész	66 Ft
Sebészeti elvek és kompromisszumok a tömegsérülések ellátásában	39 Ft
Humán genetikai tanulmányok	140 Ft
Gyermekgyógyászat határterületei	100 Ft
Orvosi mikrobiológia-parazitológia, fertőtlenítés, sterilizálás, a betegellátás közegészségügye (Iatrogen infekciók)	82 Ft
Háborús sérültek sebészeti ellátása	8 Ft
Továbbképző előadások a glaucomáról	22 Ft
Gyógyszer, egészségügyi anyagellátás és utánpótlás szervezése különleges körülmények között	37 Ft
Neonatalógia-koraszülöttség	130 Ft
Élelmiszerbakteriológiai ismeretek	33 Ft
Orvosi pszichológia	72 Ft

Lapzárta: a kívánt aktuális szám megjelenése előtt 18 nap.

# 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 túladagolásakor 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.

# ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1974. november 12. kedd	István Kórház kulturterme IX. Nagyváradi tér 1.	délután 2 óra	István Kórház Tudományos Tanácsa	1. Erdélyi Gábor, Jánossi Lajos, Szabó Éva: Tolbutamin hatása a postheparin lipoprotein lipase aktivitásra coronariasclerotikus betegekben (10 perc). 2. Medgyasszai Attila, Kálmán Zsuzsa: A chromatikus fúziós perimetria szerepe a neuro-ophthalmológiai diagnosztikában (10 perc). 3. Bugár-Mészáros Károly: Feszültség a Firenzében rendezett IX. Nemzetközi Angiológiai Kongresszusról (10 perc). 4. Hajagos Éva, Bálint György: Keresztezett vesedistopia acut has tüneteit okozó esete (10 perc).
1974. november 14. csütörtök	Zalaegerszeg, Megyei I. Kórház Zrínyi u. 1.	délután 3 óra	Megyei I. Kórház és Tudógyógyintézet Tudományos Bizottsága	1. Degrell I., Tarsoly L., Szalay Z.: Medencei acut vénás elzáródások sebészi kezelése (10 perc). 2. Gasztornyai V., Lékai I.: Szimultán alsó végtag arteriographia mozgó asztalapon (10 perc). 3. Völgyi Z., Bán A.: Thromboembóliás betegségek gyógyszeres kezelése (10 perc).
1974. november 15. péntek	Szájsebészeti Klinika VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	Dr. H. E. Schroeder (Zürich): A gingivitis és a parodontitis kialakulásának szakaszai.
1974. november 15. péntek	Heim Pál Gyermek- kórház orvosi könyvtára VIII. Üllői u. 86.	délután 2 óra	Heim Pál Gyermekkórház	1. Rács Dániel, Dorogi János, Simon László, Koszó Péter: A csecsemő- és gyermekori obstruktív gyermeksebészeti vonatkozásai. 2. Kardos Mária, Tasnádi Géza: Kollagenosisthrombosis. 3. Dorogi János: Beszámoló a hamburgi gyermeksebész kongresszusról (téma: tumorok, a végbél sebészete). 4. Tasnádi Géza, Mészáros György: A myelomeningocele műtéti indikációjának alakulása. 5. Betegbemutató.
1974. november 15. péntek	Központi Állami Kórház könyvtára XII. Kútvolgyi u. 4.	délután 2 óra	Központi Állami Kórház Tudományos Köre	László Előd: Indirekt anticoaguláns terápia mai állása.
1974. november 15. péntek	Debreceni OTE Elméleti Tömb tanterme	délután 4 óra	Debreceni Orvostudo- mányi Egyetem	1. Kovács Tibor: A szívizom ingerületének és kontrakciós kapcsolatának problémái. 2. Surányi Sándor, Veres Lukács, Boros Miklós, Máthé István, Telkes László, Kármendi Ferenc, Prof. Nagy János, Zsigmond Klára: Az időlelőti fűjástevékenység kezelése kis mennyiségű alkohollal. 3. Gósz Lajos (Frederic J. Curie Sugárbiológiai Intézet, Bp.): Furocumarinok genetikai hatása. 4. Kocsis András (Bujfalva): I. Aylhaloidok és alylamin hatása a malignus bőrfolyamatokra. 5. Kis-kóssági Andor (Orsz. Onkológiai Intézet): II. Aylhaloidok és alylamin hatása malignus bőrfolyamatokra. 6. Módos László, Kern Mária: A porcalapállomány öregedéssel járó makromolekuláris változásai.
1974. november 16. szombat	Főv. Pszichoterápiás Módszertani Központ II. Palatinus u. 1.	délelőtt 10 óra	Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ	Szönyi Gábor: A „Maratoni csoport” módszere.”
1974. november 16. szombat	Fővárosi Gyermek és Mentálhygiéniai Központ előadóterme V. Rosenberg házaspár utca 27.	délelőtt 10 óra	Gyermekneurológiai, Psychiátriai és Idegsebészeti Sectio	1. Szénásy József: A gyermekneurológiai, pszichiátriai és idegsebészeti sectio célkitűzéseiről. 2. Parócz Ervin: Adatok néhány újabb módszerről és eredményről a klinikai neurophysiológiai kutatás területén csecsemőkorbán. 3. Balogh Erzsébet, Bendig László: Cardialis elváltozások neuromuscularis betegségeknél. 4. Mészáros Mária: Esetismertetés.
1974. november 18. hétfő	Pécs OTE Központi Épület II. sz. tanterme (Szigeti út 12.)	délután 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	1. Tóth Zoltán, Páli Kálmán, Kummerländer Lajos: Cryocauteres eljárás a portio erythroplakiák kezelésében (15 perc). 2. Simon Lajos, Pórszász János, P. Gibiszer Katalin, Óri László: Izokinolinvázas spazmolitikumok molekuláris hatásmechanizmusa (15 perc). 3. Óri László, Simon Lajos, Pórszász János, P. Gibiszer Katalin: A spazmolitikus és spazmogén hatás, valamint a víz felületén adszorbeált anyagmennyiség közti összefüggésről (15 perc).
1974. november 19. kedd	Orsz. Közegészségügyi Intézet nagyterme IX. Gyáli út 2–6., „A” épület	délután 2 óra	Orsz. Közegészségügyi Intézet	Czirók Éva: Az Escherichia coli enteropathogenitásának vitatott kérdései (továbbképző előadás).
1974. november 21. csütörtök	János Kórház tanterme XII. Diósárok 1.	délelőtt 11 óra	János Kórház Tudományos Bizottsága	1. Födö Nóra: Adatok az endokrin ophthalmopathia klinikumához (10 perc). 2. Nyíredy Géza, Pordán Edit, Takács Anikó: Benignus asbeszt-pleuritis (10 perc). 3. Keszler Pál: A bullosus tüdőemphysema műtéti kezelése (16 mm-es színes, hangos film. Bevezetés: 5 perc, vetítési idő: 20 perc).
1974. november 21. csütörtök	Győr Megyei Kórház	délután 2 óra	Megyei Kórház Tudományos Bizottsága	1. Fekete T.: Endogen psychosik biokémiájáról (30 perc). 2. Piniér Bernadette: A Hodgkin-kór TNM beosztása és terápiaja (20 perc).



# PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(565/a)

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 szobás hálófülkés, olajkályha fűtéssel a község központjában, a másik lakás 3 szobás, központi fűtéssel, garazzsal.

**Szegedi Lajos**  
tanacseink

(579/c)

Közeg Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője — 9/31 Község. 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 szakképzéstől függően a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás szerint kerül megállapításra. Mellékállásokra lehetőség van. Az állások betöltőnek a Városi Tanács V. B. lakást biztosít.

**Fejér Sándor dr.**  
városi főorvos

(632)

Hegykő Községi Közös Tanács elnöke (9437 Hegykő, Soproni járás) pályázatot hirdet.

— a megüresedett körzeti orvosi állásra Hegykő községben. A körzethez tartozó községek: Hegykő, Hideség, Fertőhomok. Illetmény a 18/1971. MÜM—EÜM sz. együttes utasítás szerint, a szolgálati időtől függően, valamint 500 Ft ügyeleti díj + utiátalány.

Az álláshoz 3 szobás szolgálati lakás, garázs, kert tartozik.

Házaspár esetén feleség részére 4 óras orvosnoki állás biztosított.

Pályázatokat a Hegykő Községi Közös Tanács elnökének lehet benyújtani.

(634/a)

A Komárom megyei Tanács Kórháza (Tatabánya) igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a III. sz. belgyógyászati, a szülészet-nőgyógyászati, csecsemő-gyermekek, ideggyógyászati, laboratóriumi és kóronctan osztályon tíres 1—1 orvosi állásra. Besorolás végzetől, ill. szakképzéstől függően. A laboratóriumi és kóronctani állásokhoz az alapilletményen felül 30% veszélyességi és 1000 Ft munkaköri pótlék jár. Az állásokhoz férőhelyes elhelyezést biztosítunk. Pályázati határidő: 15 nap.

**Sándor József dr.**  
igazgató-főorvos

(663)

A kapuvári Városi Tanács Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a kórház sebészeti osztályán 1 fő segédorvosi állásra. Lakást a városi tanács biztosít. Illetmény ksz. szerint.

**Fábián Ferenc dr.**  
igazgató-főorvos  
(664)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot hirdet a II. sz. Neurológiai és Pszichiatriai Klinikán betöltendő E 125 ksz. gyógypedagógus állásra. A kinevezendő gyógypedagógus feladata elsősorban a foglalkoztatási területekben való részvétel lesz.

A pályázat feltétele: gyógypedagógus vagy gyógypszichológus diploma. Az illetményt ksz. szerint állapítják meg.

A pályázatokat a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Személyzeti Osztá-

lyára (Bp. VIII., Üllői út 26.) kell benyújtani.

**Lombos Lajos dr.**  
Rektori Hivatal vezetője

(666)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja a II. sz. Neurológiai és Pszichiatriai Klinika kinevezés során megüresedett egyetemi tanárségi állásra ezúton pályázatot hirdet. A szükséges mellékletek benyújtásával és a szolgálati út beartásával, orvosi diplomával lehet pályázni. Ideg- vagy elmeorvosi szakképzés, valamint az ideg- és emegyógyászatban szerzett laboratóriumi jártasság előnyt biztosít. Pályázati határidő a megjelenéstől számított két hét.

**Lombos Lajos dr.**  
Rektori Hivatal vezetője

(667)

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánja pályázatot biztosít az Ortopédiai Klinikán betöltendő E 125 ksz. pszichológus állásra.

A pályázat elbírálásánál előnyt jelent a gyermek és felnőtt pszichodiagnosztikában és terápiában szerzett gyakorlat. Az illetményt ksz. szerint állapítják meg. A pályázatokat a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Személyzeti Osztályára (Bp. VIII., Üllői út 26.) kell benyújtani.

**Lombos Lajos dr.**  
Rektori Hivatal vezetője

(667)

A Központi Állami Kórház és Rendelőintézet igazgató-főorvosa (Budapest XII., Kutvoilgy u. 2—4.) pályázatot hirdet a borgegyógyászati szakrendelésen heti 36 óras állásra.

Pályázhatnak: borgegyógyász szakorvosok.

Illetmény: a diploma keltétől és a szakvizsgától függő ksz. szerinti bér plusz központi pótlék.

**Heckenast Ottó dr.**  
igazgató-főorvos

(668)

Pályázatot hirdet a Szenté Városi Tanács Kórházánál nyugdíjazás miatt 1975. február 1-en megüresedő alábbi E 103 ksz. osztályvezető főorvosi állásokra az I. sz. belgyógyászati, árt. sebészeti és röntgen osztályon.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmeket a szolgálati út betartásával Szenté Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez (6601 Szenté, Kossuth tér 6.) kérem 1974. november 30-ig benyújtani. Lakás megbeszélés szerint.

**Juhász György dr.**  
éü. oszt. vez.

(669)

Kiskunhalas Városi Tanács Kórház igazgató-főorvosa (Kiskunhalas, Csonak u. 2—4.) pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett 2 fő városi körzeti orvosi állás betöltésére.

Illetmény ksz. szerint, szolgálati időtől, szakképzéstől függően, valamint fuvarátalány. 3 szobás komfortos lakást biztosítunk. Az állás azonnal elfoglalható.

**Makay László dr.**  
kórházigazgató-főorvos

(670)

A balassagyarmati Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet igazgató-főorvosa a Kórház Gyermekosztályán 2 segédorvosi, sebészeti osztályán 1 segédorvosi, Kórszövet-tani Osztályán 1 segédorvosi állást hirdet 2200 Ft alappérral, a Kórszövet-tani Osztályon 30% veszélyességi, valamint 1000 Ft munkahelyi pótlékkal.

Az állások azonnal betölthetők.

Valamennyi felsorolt álláshoz férőhelyet biztosítunk.

**Hatvani László dr.**  
kórházigazgató-főorvos

(671)

A X. ker. Tanács V. B. Szakorvosi Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 1 fő kerületi vezető üzemi főorvosi állásra E 102/B ksz.-mal, 1 fő vezető üzemi főorvosi állásra.

Az állást elnyerők részére lakást biztosítani nem tudok. Illetményük a 18/1971. EÜM—MÜM sz. közös rendeletben foglaltak alapján szolgálati időtől függően lesznek megállapítva.

**Bognár Ottó dr.**  
rend. int. igazgató-főorvos

(672)

Öcsöd Nagyközségi Tanács elnöke (Öcsöd, Kossuth tér 1.) pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett körzeti orvosi állásra. A községben 2 körzeti orvosi állás van. Az ügyeleti szolgálatot az orvos lakásán látja el, hetenkénti váltással.

Illetmény megállapítása a 18/1971. EÜM—MÜM sz. együttes utasítás alapján, utiátalány és ügyeleti díjat biztosítunk. Mellékállás vállalására lehetőség van.

Alkalmazás esetén 3 szobás komfortos, kertes, garázzsal ellátott szolgálati lakást biztosítunk, mely 1974. évben nyert felújítást.

Az állás azonnal betölthető.

**Egyedi Dezső**  
tanacseink

(673)

A Pszichiatriai Rehabilitációs Intézet (Antaháza, up. 9551 Mesteri, Vas megye) pályázatot hirdet 1 fő E 109 ksz. segédorvosi állásra. A pályázó részére 2200 Ft alappérral + 30% veszélyességi pótlékot és az intézet területén 2 szobás komfortos szolgálati lakást tudunk biztosítani.

**Kiss-Vámosi József dr.**  
igazgató-főorvos

(674)

Pályázatot hirdet a Péterfy S. u.-i Kórház—Rendelőintézet fogászati röntgen és gyokerkezezo osztályon megüresedett E 106—107 ksz. fogszakorvosi állásra. Illetmény ksz.-nak megfelelően és 30% veszélyességi pótlék.

**Forgács József dr.**  
főigazgató-főorvos

(675)

A Balassagyarmati Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője pályázatot hirdet a balassagyarmati Városi Tanács Kórház—Rendelőintézet ferfi ideg- és emeozstályon áthelyezés folytán megüresedett osztályvezető főorvosi állásra. Berezés a 18/1971. EÜM utasításnak megfelelően az E 103/B ksz. szerint, valamint 30% veszélyességi és munkaköri pótlék.

Az álláshoz lakást biztosítunk.

A pályázatokat a megjelenéstől számított 30 napon belül lehet benyújtani a Balassagyarmati Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetőjéhez.

**Hatvani László dr.**  
osztályvezető  
városi főorvos

(676)

A Korányi Frigyes és Sándor Kórház főigazgatója (1400 Budapest VII., Alsóerdősor 7.) pályázatot hirdet 1 fő belgyógyász segédorvosi állásra.

Pályázhatnak nem szakorvosok is, kivéve az 1974. évben végzetek. Az állás azonnal elfoglalható.

**Mundi Béla dr.**  
főigazgató-főorvos h.

(677)

Gödöllő Városi Tanács Rendelőintézetének igazgatója pályázatot hirdet 1 felülvizsgáló főorvosi, 1 laboratóriumi, 1 ideggyógyász, 1 röntgen, 1 belgyógyász-cardiológus, 1 sebész és 2 szemész szakorvosi állásra. Mellékállás vállalása lehetséges. Házaspár jelentkezése esetén a helybeli kórházban nőgyógyász szakorvos is alkalmazható.

Az állások Budapestről kijárással is elláthatók, de előzetes megbeszélést igénylő feltételek szerint helyben is megfelelő lakás biztosítható.

**Szabó Gyula dr.**  
igazgató-főorvos

(678)

Városi Tanács Bugát Pál Kórháza, Gyöngyös, igazgató-főorvosa pályázatot hirdet áthelyezés folytán megüresedett körzeti orvosi állásra Gyöngyös városban. Illetmény ksz. szerint. Lakást biztosítani nem tudunk.

Városi Tanács Bugát Pál Kórháza, Gyöngyös, igazgató-főorvosa pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra: 1 fő araesthesiológus, 1 fő ideg-elmegyógyász. Illetmény ksz. szerint. Férőhelyet biztosítunk.

**Mátyus László dr.**  
igazgató-főorvos

(679)

Cegléd Városi Tanács Kórháza igazgató-főorvosa pályázatot hirdet: 1 fő E 108-106 ksz. traumatológiai orvosi, 1 fő E 125-124 ksz. gyógyszerészi, 2 fő E 108-106 ksz. szülész-nőgyógyász orvosi állásokra, valamint a Ceglédi Rendelőintézetnél megüresedett 1 fő E 107-108 ksz. fül-orr-gége szakorvosi, 1 fő E 104 ksz. belgyógyász csoportvezető főorvosi, a ceglédi gyermekkorzetben megüresedett 1 fő E 111-112 ksz. körzeti gyermekorvosi állásokra.

Illetmény szolgálati idő figyelembevételével, a 18/1971. sz. EüM utasítás szerint, ksz.-nak megfelelően. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

**Szabadfalvi András dr.**  
kórh. igazgató-főorvos

(680)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. István Területvezető Kórház főigazgató-főorvosa (Budapest IX., Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet a kórház Kórbonctani-kórszövettani osztályán áthelyezés folytán megüresedett E 108 ksz. segédorvosi állásra. Illetmény ksz.-nak megfelelően.

Az állás azonnal elfoglalható, előnyben részesülnek a gyakorlatiattal rendelkezők.

**Katona István dr.**  
főigazgató-főorvos

(681)

**BÁCS-KISKUN MEGYE.** Az Igazságügyi Minisztérium Büntetésvégrehajtás Országos Parancsnokságának Személyzeti és Oktatási osztálya — az Egészségügyi osztállyal egyetértésben — Budapest V., Steindl Imre utca 8.) pályázatot hirdet **Harta-Allampusza intézetéhez 1 fő alapellátást végző intézeti orvosi állásra.** Bérézés a szolgálati időtől függően. Szolgálati lakás (két szobás összkomfortos) biztosított. Az állás azonnal betölthető.

**CSONGRÁD MEGYE.** Az Igazságügyi Minisztérium Büntetésvégrehajtás Országos Parancsnokságának Személyzeti és Oktatási osztálya — az Egészségügyi osztállyal egyetértésben — Budapest V., Steindl Imre utca 8.) pályázatot hirdet **szegedi intézetéhez 1 fő alapellátást végző intézeti vezető orvosi állásra.** Bérézés a szolgálati időtől függően. Szolgálati lakás (kétszobás összkomfortos) biztosított.

**FEJÉR MEGYE.** Az Igazságügyi Minisztérium Büntetésvégrehajtás Országos Parancsnokságának Személyzeti és Oktatási osztálya — az Egészségügyi osztállyal egyetértésben — Budapest V., Steindl Imre utca 8.) pályázatot hirdet **Dunaujváros-Pálhalma intézetéhez 1 fő alapellátást végző intézeti orvosi állásra.** Bérézés a szolgálati időtől függően. Szolgálati lakás (két és félszobás összkomfortos) biztosított.

komfortos) biztosított. Az állás azonnal betölthető.

**PEST MEGYE.** Az Igazságügyi Minisztérium Büntetésvégrehajtás Országos Parancsnokságának Személyzeti és Oktatási osztálya — az Egészségügyi osztállyal egyetértésben — (Budapest V., Steindl Imre utca 8.) pályázatot hirdet **váci intézetéhez 1 fő alapellátást végző intézeti orvosi állásra.** Bérézés a szolgálati időtől függően. Szolgálati lakás (kétszobás összkomfortos) biztosított. Az állás azonnal betölthető.

Az Igazságügyi Minisztérium Büntetésvégrehajtás Országos Parancsnokságának Személyzeti és Oktatási osztálya — az Egészségügyi osztállyal egyetértésben — (Budapest V., Steindl Imre utca 8.) pályázatot hirdet **márianosztrai intézetéhez 1 fő alapellátást végző intézeti vezető orvosi állásra.** Bérézés a szolgálati időtől függően. Szolgálati lakás (kétszobás összkomfortos) biztosított. Az állás azonnal betölthető.

## FELHÍVÁS

Felhívjuk kedves hirdető feleinket, hogy a pályázati hirdetményeket **2 példányban** az **Ijúsági Lapkiadó Vállalat Hirdetési Osztályára** (1065 Bp., Révay u. 16.) szíveskedjenek küldeni.

## FELHÍVÁS SZERZŐ-MUNKATÁRSAINKHOZ!

Az utóbbi időben mind gyakrabban tapasztaljuk, hogy szerző-munkatársaink közül sokan a kefelevonatok javítását pontatlanul végzik el. A szerzők felületes korrektori munkája miatt az utóbbi időben mind több és több hiba került az imprimatúrába. Pedig a hasáblevonatok pontos és gondos korrekciója elsősorban a szerzők érdeke és feladata. **A szerkesztőség és a nyomda a leggondosabb korrektúrárt kéri munkatársaitól.** A gondosság feltételezi a dolgozat fejlécének, címének, ábráinak, táblázatainak stb. legalaposabb ellenőrzését, továbbá, az utóbbiak szöveg közötti elhelyezésének megjelölését. Nyomatékosan felhívjuk a figyelmet az ábrák számozásának gondos ellenőrzésére. Kérjük továbbá szerző-munkatársainkat, hogy a kijavított kefelevonatot szíveskedjenek aláírni és ugyanott keltezéssel is ellátni.

Szerkesztőség

Kiadja az Ijúsági 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)

Közvelemenül, vagy átutalási postautalványon, valamint átutalással a PKH MNB 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra

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



74.3162 Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

INDEX: 25 674

# MORGALIN

## draszé

### ÖSSZETÉTEL:

Draszéként 1 mg methylhomatrop. brom., 100 mg acid. ascorbse. 100 mg N<sup>1</sup>-,N<sup>1</sup>-anhydro-bis-( $\beta$ -hydroxyaethyl)-biguanid. hydrochlor. hatóanyagot tartalmaz.

### JAVALLATOK:

Herpes zoster, herpes corneae és keratitis kezelése.

### ELLENJAVALLAT:

Glaucoma.

### ADAGOLÁS:

Átlagos adagja felnőtteknek általában naponta 3-szor 2 draszé, gyermekeknek napi 3-szor 1 draszé, 6–8 napon át.

### MELLÉKHATÁSOK:

Kellemetlen mellékhatások egyáltalában nem, vagy csak igen kis mértékben (pl. enyhe gyomorpanaszok, fejfájás, esetleg múló szédülés) fordulhatnak elő.

### CSOMAGOLÁS:

24 db draszé	9,80 Ft	250 db draszé	69,—Ft
--------------	---------	---------------	--------

### MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére csakis herpes zoster, herpes corneae, keratitis esetén rendelhető.

---

# CHINOIN

Budapest, IV., Tó u. 1–5.

*Izom-relaxans + analgeticum*

# Scutamil-C<sup>®</sup>

## draszé

150 mg carisoprodol + 100 mg paracetamol draszénként

**Fájdalmas izom-spasmusszal járó állapotokban:** rheumatoid arthritis, spondylosis, periarthritus humeroscapularis, neuritis n. ischiadici, neuralgiák, lumbago, arthrosisok, bursitis, postfracturás állapotok ún. rheumatológiai szaka, tumor, distortio, subluxatio és luxatio által kiváltott izom-spasmusok, algodystrophiák, reflex-dystrophiák, psychogen rheumatismus, torticollis, Little-kór, tetania, aktív és passzív torna- és mozgásgyakorlatok megkönnyítése.

**Átlagos napi adagja felnőtteknek 3 × 1 draszé, étkezés után.**

Nagyobb adagok alkalmazása esetén ritkán álmoság, bágyadság, gyengeség léphet fel, mely a gyógyszer adagjainak csökkentésére, ill. elhagyására megszűnik.

Gyermekeknek 3 éves kor alatt nem adható.

Járművezetők, veszélyes gépek mellett vagy épületen dolgozók nem szedhetik.

Ha folyamatos szedése 10 napon túl is szükséges, vagy ha gyermek használja, ez csak orvosi ellenőrzés mellett történhet. Az alkohol hatását potenciálja.

**Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!**

20 draszé 11,80 Ft

200 draszé 100,- Ft

*Egyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST



AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGŐZŐK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS  
FOLYÓIRATA

# ORVOSI HETILAP

115. ÉVFOLYAM 46. SZÁM 2717—2780 OLDAL

BUDAPEST, 1974. NOVEMBER 17.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

# Perlepsin tabletta antiepilepticum

A Perlepsin anticonvulsiós hatásával állatkísérletekben kivédi a tetracor, strychnin és az electroshock által kiváltott görcsöt. Klinikai vizsgálatok alapján antiepileptikus hatásúnak bizonyult. Terápiás adagjaiban mentes a barbiturátokra jellemző általános bódító hatástól.

**ÖSSZETÉTEL:** Tablettánként 0,5 g  $\alpha$ -Methyl- $\alpha$ -phenyl-N-morpholinyl-methylen-succinimidum hatóanyagot tartalmaz.

**JAVALLATOK:** Az epilepsia különböző típusai. Elsősorban a petit mal és temporalis rohamokkal, valamint a petit mal és grand mal rohamok együttes előfordulásával jellemzett formáit és az ezzel járó egyéb klinikai tüneteket kedvezően befolyásolja.

Megfelelő adagolással igen gyakran és gyorsan biztosítja a teljes rohammentességet, továbbá a rohamokkal összefüggő klinikai tünetek és a kóros agyi elektromos tevékenységek rendeződését.

Egyéb antiepilepticumok részleges hatásossága esetén adjuvánsként is adható, mint ahogy a Perlepsin adagolás is kiegészíthető egyéb antiepilepticumokkal.

**ADAGOLÁS:** Egyéni megítélést igényel. Az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 3-szor 1 tablettá. Amennyiben a gyógyszer adagolása mellett roham jelentkezik, akkor a napi adagot 3-szor  $1\frac{1}{2}$ , illetve újabb roham esetén napi 3-szor 2 tablettára növeljük.

Intézeti kezelés esetén, különösen, amikor a rohamok halmozódása miatt gyors eredményt kívánunk elérni, az adagolást napi 3-szor 2 tablettával kezdjük, majd a rohammentesség után az adagot lehetőleg csökkentjük.

Gyermekek adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb.

A napi háromszori adagolás lehetőleg a főétkezésekkel egyidőben, az esetleges negyedik adag bevétele este, lefekvéskor történjék. A hatásosság szempontjából a rendszeres és folyamatos kezelés természetesen elengedhetetlen. Egyéb, közbeeső megbetegedések kezelésénél a Perlepsin adagolása nem mellőzhető.

Az adagolás megszüntetése 2 évi rohammentesség esetén, csak szakorvosi és EEG vizsgálat együttes ellenőrzése mellett lehetséges.

**MELLEKHATASOK:** Ritkán előforduló nemkívánatos mellékhatások (enyhe gyomorpanaszok, szédülés) az adag csökkentésével általában megszüntethetők. Ha azonban a melléktünetek az adag csökkentésével sem szűnnek meg, ajánlatos az adagolás megszakítása. Az egyéni túlérzékenység súlyosabb esetében (bőrtünetek, haematuria, agranulocytosis) a további adagolást azonnal beszüntetjük!

Hosszabb gyógyszerkezelés és főleg nagyobb adagok rendelése esetén a vizelet és vérkép rendszeres ellenőrzése feltétlenül szükséges.

**FIGYELMEZTETÉS!** E gyógyszer hatása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges. A gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül vagy folyamatos szedése esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos.

Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani!

#### CSOMAGOLÁS:

20 db à 0,5 g tablettá	45,- Ft
200 db à 0,5 g tablettá	434,- Ft

**MEGJEGYZÉS:** Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

# CHINOIN

**Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára**  
Budapest IV., Tó utca 1–5.

# ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGOZÓK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:  
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

\*

46. SZÁM

\*

1974. NOVEMBER 17.

## TARTALOMJEGYZÉK

*Rauss Károly dr.:*

Az enterális megbetegedések  
megelőzésére alkalmazott orális immunizálás  
elméleti és gyakorlati kérdései ..... 2719

### KLINIKAI TANULMÁNYOK

*Nemes Attila dr., Balogh Ádám dr.,  
Besznyák István dr. és Kudász József dr.:*  
Tapasztalataink a rekeszizom sebészetében ... 2723

*Rüll János dr. és Hargitai Rezső dr.:*  
Laryngitis subglottica kezelése  
Mikronephrin túlnyomásos belélegeztetésével ..... 2727

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

*Horváth Imre dr. és Méhes Károly dr.:*  
A glucose utilisatio vizsgálata  
hypoglycaemia szempontjából veszélyeztetett  
újszülöttekben ..... 2732

### ÚJABB LABORATORIUMI ELJÁRÁSOK

*Málovics Ilona dr. és Ternák Gábor dr.:*  
Membránfilterrel szerzett tapasztalatok  
a bakteriaemiák diagnosztikájában ..... 2735

### A GONDOZÁS KÉRDÉSEI

*Kovalkovits István dr.:*  
A centralizált kézbeteggeltetés megszervezése ..... 2737

### RITKA KÓRKÉPEK

*Szabó László dr.:*  
Eredményesen kezelt hypopituitaer coma ... 2743

### KAZUISZTIKA

*Bíró László dr., Bodor György dr.,  
Kéri Júlia dr. és Magera Judit dr.:*  
Malabsorptio és immundefektus  
vékonybél-resecált betegben ..... 2746

### HORUS

#### Orvostudományi Dokumentációs Szolgálat

Jonas Salk szerepe a polio leküzdésében ..... 2749  
Medicina és költészet ..... 2751  
Batizfalvy Sámuel ..... 2754  
Egy népszerű francia toxikológia  
és két magyar fordítása ..... 2755

Folyóiratreferátumok ..... 2759  
Könyvismertetés ..... 2773  
Előadások, ülések ..... 2775  
Hírek ..... 2776



# CLINIUM

## TABLETTA

Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

**HATÁS:** A Clinium tartós orális adagolása – a coronariaresistentia csökkentésével, a collateralis keringést javítja és a myocardium revascularisatióját is előidézheti.

**JAVALLATOK:** Coronariasclerosis következtében fellépő angina pectoris. Myocardialis infarctus, illetve recidiva profilaxisa.

**ELLENJAVALLAT:** A szív ingerképzési és ingerületvezetési zavarai. Myocardialis infarctus acut szakasza. Terhesség.

**ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS:** A Clinium optimális therapiás hatásának kialakulásához általában 6 hónapos kezelési időtartam szükséges.

A Clinium átlagos napi adagja:  $3 \times 1$  tablettá, azonban célszerű ehhez az adaghoz fokozatosan eljutni. A kezelés első hetében naponta 1 tablettá, a második héten naponta  $2 \times 1$  tablettá, a harmadik héttől kezdve naponta  $3 \times 1$  tablettá, a kúra befejezéséig.

**MEGJEGYZÉS:** A Clinium és szív-glycosidok, diureticumok, ill. mellékhatásként ritmuszavart okozó készítmények együttes rendelése csak különösen körültekintő ellenőrzés mellett ajánlatos.

**MEGJEGYZÉS:** A Clinium és szívglycosidok, diureticumok, ill. mellékhatásként ritmuszavart alig alakulnak ki. Ritkán előfordulhat fejfájás, szédülés, fülzúgás, esetleg átmeneti emésztési zavar.

Rendelhetőségéről a „Tájékoztató” pótlap nyújt felvilágosítást.

**FIGYELMEZTETÉS:** Ha az EKG görbén a Q–T szakasz megnyúlása látható vagy ha kamrai extrasystolék lépnek fel, akkor az adagot csökkenteni kell.

**CSOMAGOLÁS:** 50 tablettá                      200 tablettá

**Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest X.**



## Az enterális megbetegedések megelőzésére alkalmazott orális immunizálás elméleti és gyakorlati kérdései

Rauss Károly dr.

Az orvostudomány történetében nem ismeretlen egyes jelenségek vagy módszerek újrafelfedezése. Így van ez az orális immunizálással is. *Ehrlich* már 1891-ben megállapította, hogy *oralisan* adagolt ricinell és abrinell szemben *resistentia* fejlődik ki. Typhussal és dysenteriával szembeni orális immunizálás lehetőségét *Besredka* már 1918—1920 között kimutatta, de az utánvizsgálók technikai hibái miatt a gazdag dokumentációs anyag feledésbe ment, egész 1950-ig. Ebben az évben élesztette újjá *Raettig* (1) a problémát egy németországi typhus járvány kapcsán, amikor bebizonyította, hogy a mintegy 30 000 oltott közül 4-szer kevesebben betegedtek meg, mint a 42 000 nem oltott között. A továbbiakban állatkísérletekben lépésről lépésre haladva, demonstrálta az orális immunizálás szabályszerűségeit (2).

Az egybehangzó eredmények ellenére a tudományos világ mégis bizalmatlansággal fogadta az orális vaccinálás gondolatát. Ennek főleg két oka volt: az egyik az oltottakban az ellenanyagok hiánya vagy csekély volta, a másik az antigén felszívódásának kétségbe vonása.

A keringő ellenanyagok mennyiségét szokták az immunitás mértékének venni, márpedig az orális immunizálás alig hív életre keringő ellenanyagokat — mégis szilárd immunitás áll fenn az állatkísérletek, de az emberi epidemiológiai megfigyelések szerint is. Érdekes megfigyelés, hogy immunizált állatokban fertőzés hatására hirtelen magasra szökik az ellenanyagszint, az anamnestikus reakció analógiájára (3, 4).

A bizalmatlanság másik oka a felszívódás problémája volt; az ún. *Herbs*-effektus 1894 óta ismeretes. *Volkheimer* (5) 1964-ben megerősítette a feledésbe merült, az orális immunizálás szempontjából döntő fontosságú tünetet. A lényeg, hogy nemcsak oldott anyag, hanem még élesztősejt nagyságú particulák is áthatolnak a bélfalon és bejutnak a nyirok- és véráramba. A különféle jelzett mikroorganizmussal végzett vizsgálatok szerint, a per-

sorptiónak nevezett tünet intercellularisan, főleg phagocyták közvetítésével történik. Függetlenül az organizmusok méretétől és mennyiségétől, az etetés után 30—60 perc múlva a corpusculák megjelennek az áramló vérben és nyirokban és 8 óra múlva tűnnek el. A folyamat fordítottja is fennáll: a corpusculák respiratorikus és alimentaris úton kiválasztódnak, így a gyomorban is fellelhetők, s a persorptió folyamat ismétlődik (6). A persorptio és secretio váltakozása az antigén recirculálását eredményezi, így az antigén az immunapparátussal közvetlenül kapcsolatba kerül, de a bélsatorna kompetens sejtjei közvetlenül is részt vesznek az immunfolyamatban, mint azt *Raettig* *passiv cutan anaphylaxiával* (8) és a bélfalon végzett, ellenanyagtermelő sejtek jelenlétét bizonyító *Jerne*-testtel igazolta. Bebizonyosodott, hogy a lamina propria rendkívül aktív immunológiai szövet, amelyek a bélfertőzéseket elhárító funkcióban jelentős szerepet visznek (6, 7). E *functio* eredményezi a copro-antitesteket. A copro-antitestek (*Burrows*), a bélnyálkahártyán található ellenanyagok, amelyek a lokális fertőzésnek tekinthető dysenteria és coli dyspepsiae fertőzésekben a védekezés fő forrását jelentik, de typhusban sem közömbösek.

Így jutottunk a *Besredka*-féle, annak idején elméleti alapon nyugvó feltételezett lokális immunitás realizálásához.

### 1. Dysenteria

A dysenteria localis, a bélfalra korlátozódó betegség. Ezt igazolja a számos lelet, amelyek szerint dysenteriában elhaltak véráramában és belső szerveiben, kivéve a bélfalt, a kórokozó kimutatása nem sikerült. De igazolják állatkísérletek is, *La Brec és mtsai* (9) szerint tengerimalachban  $CCl_4$  előkezelés vagy éheztetés után Shigellával orális fertőzött és dysenteriaszerű betegségben elpusztult állatok belső szervei sterilek voltak. *Saját* (10) vizsgálataink szerint streptomycinnel előkezelt egér virulens shigellával krónikus ürítővé tehető. A heteken át ürítő állatok az immunitás magas fokát mutatják, de a kórokozó nem lépi át a lamina propria határát. A bélfal gazdag copro-antitestekben, a mucosán való áthatolás tehát megtörtént. A fajlagos megelőzésnek így elsősorban a bélsatornában kell érvényesülnie.

*Besredka* 1918. évi kísérleteit több, eredményesnek látszó orális immunizálás követte, de a gazdag dokumentáció időközben feledésbe ment. Ki kell azonban emelni *Nicoll és Conseil* (11) nevét, akik orális immunizált egyéneket shigellával fertőztek, az egyének védettnek bizonyultak. Ezután közel négy évtizedes szünet következett. *Raettig* (12) 1962-ben közölte állatkísérletben shigellával végzett sikeres orális immunizálásról szóló megfigyelését. Ennek nyomán több, állatokon végzett immunizálási kísérletről jelent meg beszámoló, de emberi oltásról az adatok csak szórványosak. *Grahneis* (13) epidemiológiai felmérésére lehet hivatkozni mindössze, aki kerekén 100 000 1—6 éves gyermeket oltott fagyszttással és olvasztással nyert vaccinával 1 év alatt 3 ízben. A morbiditás csökkenését figyelte meg.

Saját vizsgálataink nyomán mutatok rá a dys-

A XVII. balatoni közegészségügyi napok „A” szekciójának bevezető referátuma nyomán.

enteria elleni orális immunizálás alapjaira. Az előzmények a következők. A *Walter Reed* munkacsoport (14) olyan *Shigella flexneri 2a* és *E. coli* hibrideket állított elő, amelyeknek virulentiája csökkent értékű volt, és embereken minimális reakciót okozott. *Mel* (15) pedig egy str.-dependens törzssel élő állapotban oltott embereket; az eredmény igen kedvező volt, a kisszámú, 382 főt számláló immunizált csoportban egyetlen megbetegedés sem történt.

Előfontónak tartottuk, hogy ezek a virulentiájukban csökkent élő törzsek az előlt vaccinához képest milyen védőértékkel rendelkeznek. A védőértéket saját módszerünkkel az egér infectivitás gátlásával vizsgáltuk, azaz a virulentiájukban csökkent törzsekből készített élő és előlt vaccinák előzetes immunizálás után képesek-e a shigellák bélben való megtelepedését gátolni (16). Az egér infectio — azaz a tartós ürítés — előzetes orális immunizálással egyaránt gátolható volt mind az előlt, mind a különböző virulentiájú, sőt teljesen avirulens élő törzsekkel (17). Ebből arra következtettünk, hogy előlt vaccinával ugyanolyan immunizálási eredmény érhető el, mint a nem teljesen areaktív és a reversio veszélyét magában hordozó avirulens élő törzssel. E megfigyelés megegyezik *Cooper* (18) régebbi és *Raettig* (12) újabb megállapításával. E megállapítást erősíti, hogy egérnek az élő törzsekből ugyanakkora csíraszámú ( $1 \times 10^{10}$ ) vaccinát kell adagolni az azonos nagyságrendű védéshez, mint az előlt vaccinából. *Mel* (15) emberi kísérleteiben  $5 \times 10^{12}$  csíráat adagolt, tizszer többet, mint amennyi saját megfigyeléseink szerint szükséges az immunitáshoz. Ez a megfigyelés felveti a gondolatot, hogy a baktérium tömegéből eredő persorptio az immunitás bázisa.

Ezután szondán etetett egereken tanulmányoztuk az orális immunizálás feltételeit. *Boivin* szerint kivont optimalis antigénmennyiség vagy aequivalens előlt csíramennyiséggel a parenteralis immunitással egyenértékű védettséget értünk el. A védettség tartama igen rövid volt. Kis antigén adagok több napi időközzel történő adagolása azonban az adagolás tartamára kinyújtotta az immunitás időszakát, embereken végzett vizsgálataink szerint is. A copro-antitestek végig demonstrálhatók voltak (17, 19).

Hátra volt embercsoporton ellenőrizni az állatokon elért eredményeket. Az eredmények megfelelték a várakozásnak, mint az a serum ellenanyagok védőértékéből megállapítható volt (20). Sajnos az epidemiológiai megfigyelés nem történt szerezéses körülmények között. Egy gyermekotthonban 2 év alatt végzett immunizálás eredményeiből következtetés nem vonható le, mert a 2 év alatt mindössze 11 megbetegedés fordult elő. Az oltott és kontroll csoportban előfordult megbetegedések számában nem volt olyan szignifikáns különbség, amelyből az immunitás hatékonyságára következtetni lehetne.

Majomkolóniában végzett immunizálás ugyancsak eredménytelen volt. A majmok — a vérsavó védőszintjének vizsgálata szerint — jól reagáltak, de a megfigyelés időtartama alatt sem a kontroll,

sem az oltott majmok között nem fordult elő megbetegedés (42).

A szovjet szuhumi Kísérleti Epidemiológiai Intézetben cooperatiós munka keretében tervbe vettük immunizált majmok mesterséges fertőzésével a kérdés tisztázását.

A nehézségek ellenére reméljük, hogy már a 20-as években eredményeket felmutató eljárás bevonul rövidesen a prophylacticumok közé.

## 2. *Typhus abdominalis*

Senki sem tagadja a parenteralis immunizálás hatékonyságát a ty. megelőzésére, főleg mióta a WHO az észéki kampányban igen nagy körültekintéssel végzett immunizálás vitathatatlan eredményre zárult. És mégis, manapság előtérben áll az orális immunizálás, nemcsak az egyszerűsége és reakciómentessége miatt, hanem amiatt is, hogy alkalmazásának fertőzött területen sincs contra-indicatioja.

Nem kevésbé lényeges momentum a bélnyálkahártyán létrehozott lokális immunitás. Nem vitás ui., hogy a kórokozó nagy részben a bél felől jut a keringésbe, tehát már a behatolási kapuban található védőbarrierrel.

*Besredka* nyomán a 20-as években tekintélyes számú oltottra vonatkozó adatot találunk [*Vaillant*, (1921), *Starzynsky* (1923—25), *Falin* (1927—29), *Hirsch* (1927), *Tron* (1927), *Kumagai* (1928), *Dlujac* (1929), *Inouyi* (1921), *Toyoda* (1931), *Tszumi* (1934)]. A mintegy 300 000 oltottra és megfelelő számú kontrollra vonatkozó adat szerint a megbetegedések száma egynegyed-egyötödére csökkent.

*Raettig* (1) az 1945—48. évi németországi nagy epidémia kapcsán beigazolta objektív felméréssel, hogy az orális vaccinálás a morbiditást lényegesen csökkentette, míg a kommerciális vaccina csak a letalitást szállította alább. 1966-ban újabb adatokat szolgáltatott (*Altenkirchen*) a vaccina hatékonyságáról. Jelentős eredménynek tekinti a kontakt esetek számának erőteljes csökkenését (21).

E kedvező megállapításokat követően, a rendelkezésre álló hely korlátozottsága miatt, nem részletezhető cikkek — főleg román és olasz kutatók tollából — immunitási reakciókkal kísérelték meg igazolni az orális vaccinálás hatékonyságát. Figyelmet érdemlő megállapítás, hogy az immunizálás után vett vér az azonos fajú oltatlan állatban bőrtúlérzékenységhez vezet. *Karolček* (22) acetonos vaccinával a baktericid index emelkedését figyelte meg. *Joó* és *Pusztai* (23) fundamentális tényeket állapítottak meg egerek immunizálásával kapcsolatban. Az orális immunizálás eredményeit elismerik megfelelően készített és kellő csíraszámú vaccina alkalmazása esetén. Kétkedő hangok is jelentek meg az immunitás kisebb értékére vonatkozóan [*Hornick* (24)], ill. az immunitás rövid — 3 hónapos — tartamára vonatkozóan. De újabb keletű kedvező eredményekről is van beszámoló. *Engelhardt* (26) csimpánzokat immunizált orálisan, majd 72 nappal később ugyancsak orálisan masszívan fertőzött. A 9 oltottból és a 3 kontrollból 1—1 állat betegedett meg. *Grahneis* (13) 1971. évi chilei tapasztala-

latai igen meggyőzőek. Kereken 50 000, fenollal előlt vaccinával oltott védettsége 80%-os volt.

Saját vizsgálatainkról is röviden megemlékezem. Formalinnal és acetonnal előlt vaccinával egerekben kedvező védettséget észleltünk. Parenterálisan kb. százszor kisebb csíraszámú értük el az azonos nagyságrendű védettséget, mint orálisan. Hasonló észleléssel találkozunk az irodalomban is. Önként vállalkozókat 3 különböző csíraszámú vaccinával ettünk, s vérsavójukkal különböző időpontokban passzív egérvédési kísérletet végeztünk. Az optimális csíraszám a parenterális konvencionális acetonos vaccinával azonos értékű védettséget adott.

A röviden és vázlatosan felsorolt adatokból megállapítható, hogy orálisan adagolt vaccinával immunizálni lehet typhus ellen. Ezt nemcsak az állatkísérletek és emberen végzett immunizálási vizsgálatok támogatják, hanem epidemiológiai felmérések is. Az irodalmi adatokból és saját megfigyelésekből kialakult az optimális vaccina típusa.  $5 \times 10^{11}$  csíraszámot 3 egymást követő nap kell alkalmazni. A Behringwerke Typhoral készítménye ugyanennyi baktériumot tartalmaz. Az immunitás tartósságára azonban egyetlen kedvezőtlen — 3 hónapos tartam — adaton túl, továbbiakkal nem rendelkezünk. Tapasztalataink szerint 7—10 naponként adott kis antigén mennyiségekkel az immunitás az adagolás idejére fenntartható.

Az előlt vaccinával tehát kedvező stádiumban van az immunizálás széles körű bevezetése. Újabban felmerült a str.-dependens (*Mel*, 28) élő thypus törzssel való immunizálás lehetősége is. A törzs stabilnak bizonyult az eddigi vizsgálatok szerint. Élő törzs esetén a reversio veszélye mégis állandóan kísért. A magam részéről a megbízható előlt vaccina oldalán állok. Az orális vaccina bevezetése természetesen nem jelentheti a konvencionális parenterális vaccinalás teljes kikapcsolását. Az orális vaccina elsősorban közösségek oltására alkalmas, ahol mód van a vaccina bevitelének ellenőrzésére is.

### 3. Csecsemőkori coli-enteritis

*Raettig* (29) *C. dysp. oralis* immunizálással elért sikeres egérvédés hatására több kísérlet történt a csecsemőkori coli-enteritis fajlagos praeventiójának megoldására. Elsősorban állat- (egér) kísérletes adatokkal rendelkezünk, csecsemők immunizálására, epidemiológiai vonatkozásban már kevesebb az adat.

Corpuscularis vaccinával orálisan kezelt egerek egyöntetűen szignifikáns védettséget mutattak az ip. alkalmazott homológ törzssel végzett fertőzéssel szemben [*Lodenkäper* (30), *Piringer* (31), *Torikata* (32)], baktériumkivonattal pedig *Ocklitz és mtsai* (33) mutattak ki védettséget. Egyöntetű megállapítás volt, hogy a fertőzéssel szemben védett állatok vérsavójában ellenanyag alig mutatható ki. Fertőzés után azonban az agglutininszint azonnal magasan felemelkedett. Az immunocyták tehát mintegy készséget nyernek az immunizálástól ellenanyagtermelésre. Csecsemők immunizálására későbbiekben térek rá.

Saját állatvizsgálatainkról röviden kívánok

szólni. Munkánkat bázisvizsgálatokkal kezdtük el, amiből levont elméleti következtetéseinket a gyakorlat is igazolta (34).

Kiindulópontunk egy szopós egérre pathogen coli törzs volt, amely sok vonatkozásban analóg módon viselkedett a *C. dyspepsiae* törzsekkel (35, 36). A kórokozó az elhullott állatokban csak lokálisan volt kimutatható, a lamina proprián túl nem terjedt a fertőzés, hasonlóan a fertőzésben elhalt csecsemőkhöz, immunológiai vonatkozásban pedig kizárólag az orálisan adott immunsavó védte meg az állatkákat. A betegség és az immunitás lokális jellegéből az orális immunizálás jogosultsága következik. Kiegészítő érveként hozható fel, hogy az orálisan aktív immunizálásban részesített felnőtt egerek béltartalmában védő hatású copro-antitestek keletkeztek (34). E vizsgálatokat kivonat — Boivin típusú — antigénnel végeztük.

E hatásos antigénnel többféle dózissal 62, 1—8 hónapos csecsemőt immunizáltunk (37). Az oltóanyag a 3 leggyakoribb hazai törzs kivonatából állt, tablettázott formában. A hatékonyságot serum és copro-antitestek egérvédő hatásának vizsgálatával tanulmányoztuk. Az optimális oltóanyag dózis jelentős (18—55) védőtiter emelkedést eredményezett és copro-antitestek is kimutathatók voltak. Az immunitás csökkenő tendenciát mutatott, de ezt kis antigénmennyiségek hetenkénti adagolásával ellensúlyozni lehet.

E kedvező eredmények hatása alatt egy gyermekosztályon 2 év leforgása alatt 627 csecsemő részesült immunizálásban, a kontroll csoport 1040 csecsemőből állt. Az osztályon 0111B:4 kórházi fertőzés játszódott le. *Kubinyi* analysise szerint az oltott csoportban a fertőzések száma csökkent. Nulla hónapos korban 30,5%, 1—2 hónaposok között 54,8%, e fölött 74% volt a védőhatás. Az átlag 40% volt. A 0 hónaposok gyengébb oltási eredményét az immunitás csökkentésével lehet magyarázni, mert a megbetegedések zöme a 2 hónap feletti korban zajlott le. Megváltoztatott oltási sémával e tényen bizonyosan lehet segíteni. Az epidemiológiai adatokat azért részleteztem, mert összehasonlítási alapul szolgál *Schreiber* (39) észleléséhez. Ő 1102 csecsemőt oltott polyvalens (Behring) vaccinával. Az oltottak között 25, a nem oltottak között 37% volt a morbiditás. A különbség 1,4%, szignifikáns, azonban az általunk tapasztalt 1,7%-os morbiditási átlagkülönbség nívéja alatt áll. Időközben a — nem olcsóbb, mert nagy baktériumtömegre van szükség —, de a kevésbé munkaigényes corpuscularis vaccinat is kidolgoztuk, s megállapítottuk, hogy nagy baktériumszámmal —  $5 \times 10^{11}$  — csecsemőkben ugyanezen serológiai eredmény produkálható, mint a Boivin-antigénnel (40).

Még meg kell emlékezni az élő vaccinárról. *Linde és mtsai* olyan str.-dependens törzset izoláltak, amely gyakorlatilag nem tartalmaz revertánsokat. Sikeres egérvédés után csecsemőket is immunizáltak  $10^{12}$  csíraszámúval. A magas csíraszám azt a gondolatot ébreszti — amit már az élő dysenteria elleni immunizálással kapcsolatban felvettem —, hogy nem is a vaccina élő volta, hanem inkább a magas csíraszám vezet ellenanyagtermelésre. Maguk a szerzők is megemlítik, hogy

ugyanazon törzs állatban előlt állapotban az élővel azonos immunitást okozott. Epidemiológiai adattal nem rendelkezünk. A munkacsoport szerint az eredményességet azon egérkísérlet igazolja, amely szerint élő vaccinával kezelt egerekbe str. kezelés után nem implantálható a dysp. coli, jöllehet ez nem vaccinált egerekben könnyen végbemegy. Saját kísérletekkel mi ezt a fenoment meggyőzően nem tudtuk igazolni. Az élő csírás vaccinálás veszélyét a virulentiát visszanyert revertánsok lehetséges létrejövése mellett a csírák szétszóródása jelenti.

Véleményem, hogy amíg nincs a kezünkben az élő vaccina ártalmatlanságának és magas fokú immunizáló képességének meggyőző bizonyítéka, addig aknázzuk ki az ártalmatlan előlt vaccina előnyeit.

A hazai vaccina tulajdonképpen kész a tömegesebb kivizsgálásra, amire remélhetőleg a közeljövőben sor kerül.

IRODALOM: 1. Raettig, H.: Zschr. Immunforsch. 1950, 108, 165. — 2. Raettig, H.: Ann. Sclavo. 1972, 14, 505. — 3. Buse, A.: Zbl. Bakt. I. Orig. 1967, 204, 221. — 4. Raettig, H., Buse, A.: Zbl. Bakt. I. Orig. 1970, 214, 216. — 5. Volkheimer, G., Wendlandt, H., Wagemann, W.: Path. Microbiol. 1968, 31, 51. — 6. Schlewinski, E. és mtsai: Zbl. Bakt. Hyg. I. Orig. A. 1971, 218, 93. — 7. Lefèvre, H., Necker, W., Blumel, P., Raettig, H.: Zbl. Bakt. I. Orig. 1970, 213, 548. — 8. Rossetini, S. M. O., Levanon, Y., Raettig, H.: Zbl. Bakt. I. Orig. 1968, 208, 16. — 9. LaBrec, E. H., Schneider, H., Magnani, T. J., Formal, S. B.: J. Bact. 1964, 88, 1503. — 10. Rauss K., Kétyi I., Angyal T.: Path et Microbiol. (Basel) 1966, 29, 95. — 11. Nicolle, Ch., Conseil, E.: Ann. Inst. Pasteur. 1922, 36, 579. — 12. Raettig, H., Mamsek, R.: Arch. Immunol et Ther. Exp. 1968,

16, 324. — 13. Grahneis, H.: Zschrft. f. Ges. Hyg. 1973, 19, 661. — 14. Formal, S. B., LaBrec, E. H., Kent, I. H., Falkow, S.: J. Bact. 1965, 89, 1374. — 15. Mel, D. M., Terzin, H. L., Vuksic, L.: Bull. Wld. Hlth. Orig. 1965, 32, 647. — 16. Rauss K., Kétyi I., Angyal T.: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1967, 14, 131. — 17. Rauss K., Kétyi I., Angyal T.: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1967, 14, 143. — 18. Cooper, M. L., Keller, H. M.: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1947, 64, 422. — 19. Rauss K., Kétyi I.: Zschrft. Immunforsch. 1964, 127, 37. — 20. Rauss K., Pusztai S., Joó I., Kétyi I., Máté J.: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1967, 14, 153. — 21. Raettig, H.: Bundesgesundheitsblatt. 1968, 25/26, 370. — 22. Karolček, J.: Zbl. Bakt. Orig. A. 1972, 219, 351. — 23. Joó I., Pusztai S., Csizér Z.: Ann. Immunol. hung. 1971, 15, 27. — 24. Horncik, R. B., Greisman, S. E., Woodward, T. E., Dupont, H. L., Dawkins, A. T.: New England J. Med. 1970, 283, 681, 793. — 25. Cvjetanovic, B., Mel, D. M., Felsenfeld, O.: Bull. Wld. Hlth. Org. 1970, 42, 499. — 26. Engelhardt, H. I.: Ann. Sclavo. 1972, 14, 626. — 27. Rauss, K., Szendrei L.: Nem közölt adatok. — 28. Mel, D. M.: Szóbeli közlés. — 29. Lietz, B., Raettig, H.: Zbl. Bakt. I. Orig. 1967, 204, 543. — 30. Lodenkämper, H.: Wien Med. Wschr. 1969, 114, 860. — 31. Piringer, W. A.: Zbl. Bakt. I. Orig. 1965, 196, 463. — 32. Torikato, R., Imaizumi, M.: Z. Immunforsch. 1938, 94, 342. — 33. Ocklitz, H. W., Mochmann, H., Schmidt, E. F., Hering, L., Markuse, I.: Zbl. Bakt. I. Orig. 1967, 203, 300. — 34. Rauss K., Kétyi I., Szendrei L., Vertényi A.: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1970, 17, 275. — 35. Kétyi I.: Zbl. Bakt. I. Orig. 1964, 194, 332. — 36. Kétyi I.: Zbl. Bakt. I. Orig. 1966, 220, 235. — 37. Rauss K., Kétyi I., Matusovits E., Szendrei L., Vertényi A.: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1970, 17, 333. — 38. Kubinyi L., Kiss I., Lendvai K. G.: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1972, 19, 175. — 39. Schreiber, K. A.: Inaug. Diss. F. U. Berlin. 1968. — 40. Rauss K., Kétyi I., Matusovits E., Szendrei L., Vertényi A., Várbiro B.: Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1972, 19, 19. — 41. Linde, K., Koch, H., Kittlick, M., Kapoli J.: Zbl. Bakt. I. Orig. 1969, 211, 456. — 42. Rudnai O.: Szóbeli közlés.

**MEGRENDELHETI**

**külföldre bárhová, forintbefizetés mellett**

**az ORVOSI HETILAP-ot**

**Posta Központi Hírlapiroda Budapest, V., József nádor tér. Tel.: 180-850**



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,  
IV. Sebészeti Klinika (Szív- és Érbetegségek)  
(igazgató: Kudász József dr.)

## Tapasztalataink a rekeszizom sebészetében

Nemes Attila dr., Balogh Ádám dr.,  
Besznyák István dr. és Kudász József dr.

Számos hazai (3, 4, 6, 9, 10, 11, 13, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 32, 34, 36) és külföldi (1, 2, 27, 30, 31 stb.) szerző foglalkozott a rekeszizom sebészi problémáival. A IV. Sebészeti Klinika mellkassebészeti osztályán 105 rekeszelváltozásban szenvedő kezelését, ill. vizsgálatát végeztük el 1954 és 1974 között. Eredményeinket és tapasztalatainkat három csoportban összegezzük.

Rekeszizom elváltozás miatt észlelt eseteink

1. táblázat

	Operált	Észlelt
Morgagni rekeszsérv .....	23	6
Larrey rekeszsérv .....	1	2
Bochdalek rekeszsérv .....	—	—
Traumás rekeszsérv .....	4	—
Centrum tendineum hiány .....	1	—
Aplasia diaphr. ....	1	1
Hiatus oesophagei .....	18	4
Rekesz relaxatio .....	7	24
Subphrenicus abscessus .....	10	—
Rekesz meszesedés .....	—	1
Rekesz cysta .....	1	—
Rekesz idegentest .....	1	—
Rekeszből kiinduló primaer tu. ....	—	—
	67	38

### 1. A rekeszsérv

A vele született rekeszsérvek gyakoriságát 0,2—0,5 ezrelékben jelöli meg az irodalom (7, 27). A magyar irodalomban Keszler és Leitner (19), valamint Juhász és mtsai (17) tollából jelent meg összefoglaló közlemény. Számos, elsősorban kazuisztikai jellegű közlést ismerünk (3, 11, 13, 18, 23, 33, 34, 35).

A normális fejlődést befolyásoló ismert vagy ismeretlen tényezők különböző fokban hatnak a normális fejlődésre. A rekesz megzavart fejlődésekor létre-

jöhet az egyik vagy mindkétoldali diaphragma teljes hiánya. Ismeretes a centrum tendineum defectusa. A jobboldali trigonum sternocostale helyén kialakult sérveket Morgagni típusúnak, a bal megfelelőjét Larrey típusúnak nevezzük. A trigonum lumbocostale hiánya Bochdalek-sérvhez vezet. Ezen utóbbi három sérvtípusban gyakran csak a dispositio vele született, a sérv csak elhízás, fokozott hasúri nyomás stb. hatására alakul ki (2, 30).

A Morgagni-féle rekeszsérvet az összes sérvféleség 1,9—5,9%-ára teszik (6, 15). Anyagunkban érdekes módon ezen sérvféleség előfordulása a leggyakoribb.

Hedblom (15) anyagában 5,9%, Allegaert (1) szerint 4,5%, Saltzstein (28) szerint 2,6% a Larrey típusú sérv előfordulása a többi sérvfajtaéhoz viszonyítva.

Biztosan szerzett a traumás rekeszsérv, amely tompa erőbehatásra egy- és kétszakaszos formában alakulhat ki. Előbbi közvetlenül a trauma után észlelhető, utóbbi hónapokkal, sokszor évekkel később a sérült rekesz teherbíróképességének csökkenése következtében, kötőszövetes átalakulásakor jön létre (4, 9, 23) (1. és 2. ábra).

Külön helyet foglal el a rekeszsérvek irodalmában a hiatus hernia, amely a rekeszsérvek sajátos formája. A hiatus oesophagein keresztül a mellüregbe kerülő sérvtartalmat nevezzük hiatus herniának. Három formáját különítjük el (14, 36):

1. Brachyoesophagus.
2. Hernia oesophago gastrica.
3. Hernia paraoesophagealis.

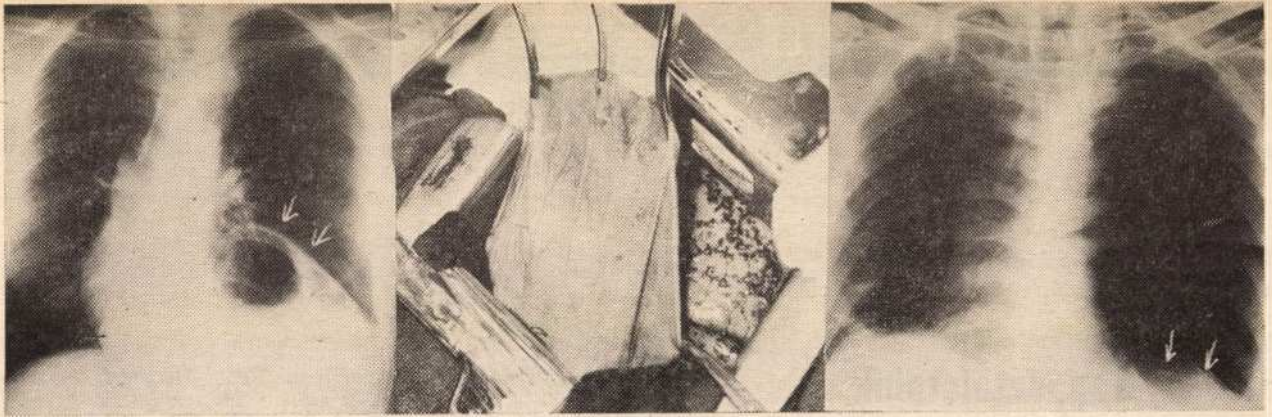
Ez utóbbi kettőt az angolszász irodalom „rolling”, ill. „sliding” typusként nevezi. Wittman (36) 2500 fieber gastroscopiás vizsgálatából 39 esetben talált hiatus herniát.

Az ismertetett rekeszsérv típusokból klinikánkon 61-et észleltünk, 48 beteget operáltunk.

A rekeszsérv valódi sérvnek tekinthető. Elkülöníthető sérvkapu, sérvtömlő, sérvtartalom. Az elváltozás sebészi kórkép, lehetőség szerint operálható. Felnőttkori esetekben — a hiatus herniától eltekintve — thoracotomiából operálunk. Az oesophagus környéki rekeszhiányt laparotomiából oldjuk meg, ugyanúgy operáljuk a csecsemőkori rekeszfejlődési rendellenességet is. Módot ad a rekeszsérvvvel gyakran együttjáró esetleges hasüregi fejlődési rendellenesség kórismézéséhez. Tekintettel a rekeszsérvek komplikációira — melyek felismerése nehéz — törekedünk a műtéti megoldásra. Úgynevezett belgyógyászati contraindicatio esetén azonban observatio mellett dönthetünk.

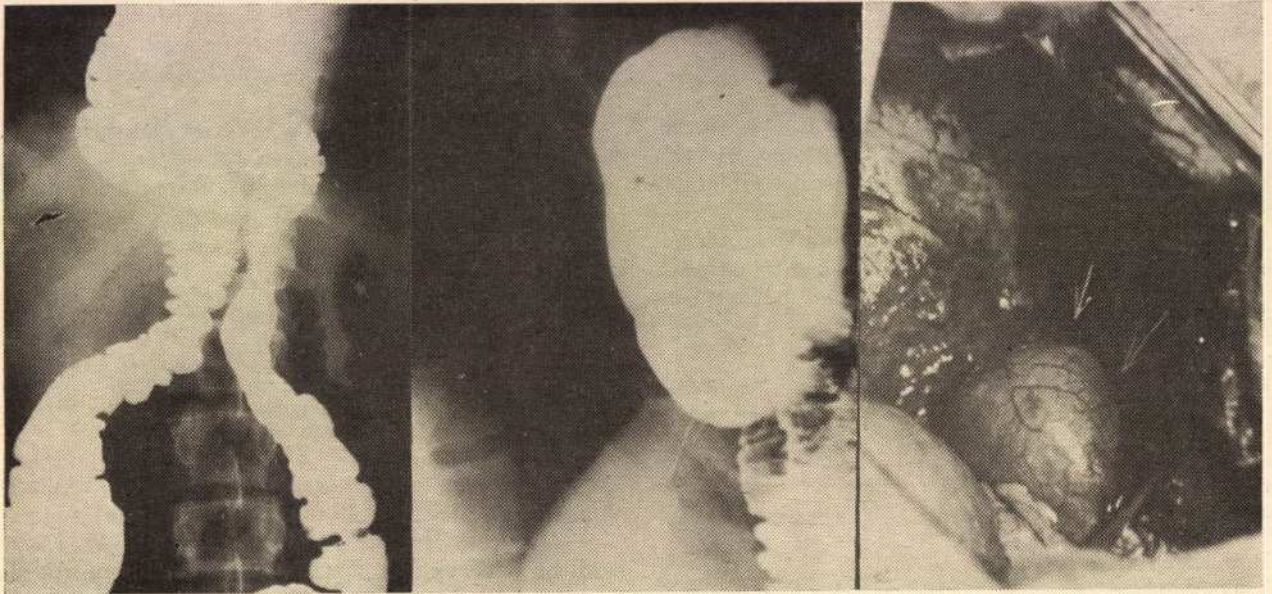
A hiatus oesophagei műtéti indicióját minden esetben a beteg panaszai, illetve a reflux oesophagitis jelei határozzák meg.

Egy betegünket — aplasia diaphragmae miatt operált újszülöttet — veszítettük el. Két sebgyógyulást, 3 serothoraxot, 1 empyemát észleltünk. Recidivánk nem volt. 3 esetben kezeltünk felületes alsóvégtagi phlebitist, 1 alkalommal tapasztaltunk nőgyógyászati vérzést a postoperatív periódusban. Egy betegünkön a műtét után kialakult gyomor-perforatio miatt suturára kényszerültünk. Hiatus hernia miatt operált betegeink közül nem veszítettük el egyet sem. Két alkalommal azonban intraoperatív sérülés miatt splenectomiával fejeztük be a műtétet. Rekeszsérveink e csoportjában szintén 3 postoperatív alsóvégtag-phlebitist észleltünk.



1. ábra.  
Rekeszizomfejlődési rendellenesség volt kétszakasos késői traumás rekeszsérv?

a) Műtét előtti rtg-kép  
b) Műtési lelet.  
c) Műtét utáni kontroll felvétel 2 hónappal később



2. ábra.  
Morgagni típusú rekeszsérv.

a) A-p felvétel irrigoscopia mellett.  
b) Oldalirányú felvétel irrigoscopia mellett  
c) Műtési kép

## 2. Rekesz-relaxatio

A rekeszsérvvel functionalisán azonos kategóriába sorolható polietiológiájú kórkép (5, 16, 20). Megkülönböztetünk primaer, congenitalis és secundaer, tehát szerzett formát. A rekesz-relaxatiók lehetnek egy- és kétoldaliak. Megkülönböztethetünk complett és partialis formát. A partialis formában a relaxatio elhelyezkedhet elöl, középen vagy posterolateralisan.

A rekesz-relaxatio ritka elváltozás. Beck és Mottsay (5) 15 000 szűrővizsgálatából 32-t, Holm (16) 136 000-ből 25-öt, ill. 191 484-ből 42-t talált. Az esetek 80%-a baloldali.

A tünetek között elsősorban a légzés-functio csökkenéséből eredő respirációs zavarokat említjük. Vannak betegek, akik szív táji fájdalomról, nehézlégzésről tesznek említést. Végül nem ritka azon betegek száma sem, akik hasi panaszokkal jelentkeznek. Irodalmi adatok alapján a következő kór-

oktani tényezőket sorolhatjuk fel, amelyek relaxatiohoz vezethetnek:

1. A nervus phrenicus tumora vagy tumoros involvatiója.
2. Trauma vagy műtégi beavatkozás.
3. Központi idegrendszeri károsodás (20).
4. Herpes zooster nervus phrenicust érintő formája.
5. Nyakcsigolyák osteochondrosisa és nyaki discushernia (8, 12).
6. Primaer rekeszizom-károsodás ép nervus mellett.
7. Áramütés következtében kialakult phrenicus sérülés (2).

Az elkülönítő kórismézés nehézségeit mutatja egy esetünk részletesebb ismertetése:

Sz. L., 43 éves férfi nehézlégzés és szív táji fájdalmak miatt került klinikai felvételre. Mellkasi műtete nem volt. 1954-ben — felvétel előtt 12 évvel — bal mellkas felét tompa ütés érte. Röntgenátvilágításkor észleltük, hogy a bal rekesz a hilus magasságában helyezkedik el, légzőmozgást nem végez. A középárnyék

jelentősen jobbra tolt. Az irrigoscopia igazolta, hogy a flexura lienalis a relaxált bal rekesz alatt helyezkedik el. B. o.-i thoracotomia során megállapítható, hogy a bal rekeszfél hártvaszerű tömlőt alkot, amelyben hasi szervek foglalnak helyet. A tömlő megnyitása után látjuk, hogy a rekesz középső háromnegyedét kitevő területen izomelemek nincsenek, jól tapintható azonban egy izmos perem a rekesz tapadásánál körkörösén. A tömlő nyakát harántoltésekkel összehúzzuk. Az izmos széleket egyesítjük. A meghasított tömlőt mint lemez-kettőzetet a rekeszizom-peremre visszafektetjük, rögzítjük. A rekesz így normális helyére kerül. A rekesz centralis, kórosnak tűnő darabjából szövettani vizsgálatra küldünk; mely kötőszövetből áll, *izomelemek*, idegrostok az anyagban *nem található* (Börzsönyi dr.).

Esetünkben eldönthetetlen, congenitalis relaxatio, traumás kétszakaszos rekeszsérv, avagy részleges diaphragma aplasia-e a helyes diagnosis.

A rekesz-relaxatio bal oldalon — anyagunkban is — gyakoribb (20). Intézetünkben a rekesz relaxatiójának diagnosizsakor elsősorban a tumor jelenlétét kívánjuk kizárni. Ha malignus folyamat nem bizonyítható, indokolt lehet a rekesz rekonstrukciója. A rekesz plicatiójának műtétjét az alábbi feltételek mellett tartjuk indokoltnak.

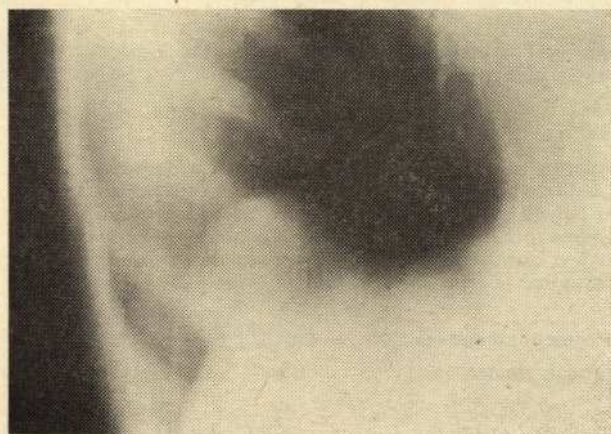
1. A mediastinum dislocalt.
2. Jelentős légzés-füctiós kiesés, amely a beteget mindennapi életében, ill. munkájában gátolja.
3. Rekesz alatti szervek nagyfokú dislocatiója, ezzel kapcsolatos panaszok.

A rekesz plicatióját lateralis thoracotomiából végezzük el.

Ilyen típusú műtét után beteget nem vesztettünk el. Egy esetben észleltünk sebgyenyedést, 1 betegünk-nél fejlődött ki alsóvégtag-phlebitis. Recidivát nem tapasztaltunk.

### 3. Rekeszrelaxatioval összefüggő egyéb kóros elváltozások

Azonos pathológiai csoportba nem tömöríthető rekesz környéki elváltozásokat ismertettünk. 10 subphrenicus abscessus miatt operált betegünk közül kettőt vesztettünk el. Mindegyik esetünkben előrement hasi műtét — 8 betegen akut hasi katasztrófa szerepel az anamnesisben. Egy esetben ismeretlen etiológiájú (pleuritis diaphragmatica?) rekesz körüli meszesedés nem képezett műtéteti indikációt. Megoperáltuk 60 éves nőbetegünket jobboldali rekesz-cysta miatt. Jobb rekeszfélben elhelyezkedő



3. ábra.  
Rekesz-cysta rtg-képe

idegentest — puskagolyó — miatt jobboldali thoracotomiát végeztünk, egy alkalommal. Az utóbbi két esetben szövödményt nem észleltünk (3. ábra).

Klinikánk tüdő-carcinomás anyagában az utolsó 100 — válogatás nélküli — esetéből 5 beteggel kapcsolatos tapasztalataink indítatnak, hogy e helyen is említést tegyünk a rekeszmegegyítés szerepéről. Négy jobb, egy bal alsó lebezy malignus tüdő-tumor esetében negatív hilaris nyirokcsomók mellett, a mellkasi status operabilis stadiumában észleltük a hasüregi (máj, pancreas, aorta környéki nyirokcsomók) metastasis-képződés tüneteit. Sajnálatos módon két esetben a sectio derített fényt a pneumonectomia ellenére kialakult gyors romlás okaira. Három esetben intraoperatív diagnosztizáltuk a máj-metastasis jelenlétét. Mindegyik esetünk anaplasticus tüdő-carcinoma volt. Ajánljuk tehát — elsősorban alsólebezy-folyamatok esetén — a nagy kockázatot nem jelentő rekeszmegegyítést az operabilitás jobb megítélésére.

A rekesz környéki elváltozások elkülönítő kórismézésében hasznosnak tartjuk néhány modern vizsgálat alkalmazását. A rekeszsérvek pontos kórismézéséhez a pneumoperitoneum végzése jó megítélési lehetőséget ad. A hiatus herniák műtéteti indiciójához elengedhetetlennek tartjuk ismerni a gastroscopiás vizsgálat eredményét.

A rekesz-relaxatio diagnosticájában nagy segítséget jelent — különösen jobb oldalon — a máj-scintigraphia, esetleg tüdő-scintigraphia elvégzése.

Ismertetett beteganyagunk 20 év tevékenységéből származik. A rekeszsebészet szemlélete ezen idő alatt sokat változott. Megítélésünk szerint az antibioticus kezelés, az intratrachealis narcosis elterjedése, az intensiv therapia, az indicatio körét általában kiterjesztette. Konzervatívabbak vagyunk azonban a hiatus herniák műtéteti megoldásakor. Mint fent említettük, osztályunkon ezen elváltozást csak nagyfokú panaszok esetén reflux oesophagitis mellett, kizárólag laparotomiából operáljuk. Panaszok nélkül is megoperáljuk azonban — ismert veszélyes szövödményei miatt — a rekeszsérvek egyéb típusait.

**Összefoglalás.** Szerzők 105 rekesz körüli elváltozás klinikai tapasztalatait, eredményeit ismertetik. 48 rekeszsérvet operáltak, 24 rekesz-relaxatio megfigyelése mellett 7 rekesz-plicatiót végeztek. 10 subphrenicus abscessus, egy rekesz-cysta és egy rekesz-idegentest miatt észlelt betegüket megoperálták. 5 operált tüdő-tumoros beteg kapcsán felhívják a figyelmet a rekeszmegegyítés diagnosticus értékére.

**IRODALOM:** 1. Allegaert, W., Gloquiaux, W.: A Magyar Gyermeksebész Sectio II. tudományos ülésorozata. Tihany, 1955. Kézirat. — 2. Bafles, T. G.: Diaphragmatic hernia in Benson, C. D. és mtsai: Pediatric Surgery. Vol. 1. Chicago. 1962. Year Book Med. Publ. Inc. 259. — 3. Baksa J., Vincze J. és Dankó J.: Magy. Sebész. 1968, 21, 217. — 4. Balázs A., Dreziar M., Rátkai I.: Magy. Sebész. 1966, 19, 282. — 5. Beck, W. C., Mottay, D. S.: Arch. Surg. (Chicago) 1952, 65, 557. — 6. Besznyák I. és mtsai: Orv. Hetil. 1971, 112, 29. — 7. Bowers, V. M. és mtsai: J. Thor. Surg. 1951, 4, 21. — 8. Couinaud, C., Jouan, F.: Ann. d. Chir. 1963, 20, 19. — 9. Degrell I., László M.: Magyar Traumatol. 1963, 6, 41. — 10. Erdélyi M., Marton Gy.: Act. Med. Acad. Sci. Hung. 1954, 6, 13. — 11. Forgon M.: Magyar Traumat. 1963, 5, 46. — 12. Grzan, C. J.: Dtsch. Med. Wschr. 1954, 954. — 13. Gyarmati L., Liszka Gy.: Orv. Hetil. 1962, 103, 1138. — 14. Hafter, E.: Radiologie.

1961, 1, 141. — 15. Hedblom, C. A.: Ann. Surg. 1931, 94, 776. — 16. Holm, N., Holm, S., Winge, K.: Acta Tuberc. Scand. 1950, 24, 182. — 17. Juhász I., Kerényi A. és Ungár I.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2412. — 18. Karády Gy. és Szántó I.: Magy. Sebész. 1958, 11, 100. — 19. Keszler P. és Leitner Éva: Magy. Sebész. 1968, 21, 209. — 20. Leitner Éva és Keszler P.: Magy. Sebész. 1968, 21, 221. — 21. Lüscher, M.: Arch. Klin. Chir. 1951, 269, 183. — 22. Mester E.: Orv. Hetil. 1955, 96, 1143. — 23. Mezey K.: Magy. Sebész. 1971, 24, 309. — 24. Neimeier, R.: Ann. Pediat. Basel. 1958, 87, 191. — 25. Pintér E., Bándi T.: Orv. Hetil. 1959, 100, 1303. — 26. Póka L. és Csomor L.: Magy. Sebész. 1955, 8, 220. —

27. Potter, E. L.: Pathology of fetus and newborn. Year Book Publ. Chicago. 1952. — 28. Saltzstein, H. C.: Arch. Surg. 1951, 63, 750. — 29. Schmid, F.: Fortschritte Röntgenstr. 1949, 71, 67. — 30. Snobl, O.: Diagnostik der Zwerchfellhernien im Kindesalter. Acta Univ. Card. Med. Monographia XXIV. Praha 1966. — 31. Spath, F.: Die Chirurgie des Zwerchfells. Enke Verl. Stuttgart. 1958. — 32. Tompa F.: Magy. Sebész. 1968, 21, 169. — 33. Tóth J., Pintér E., Almos S.: Magy. Sebész. 1957, 4, 230. — 34. Varga L.: Honv. Orv. 1952, 4, 267. — 35. Winter L., Bikfalvi A.: Orv. Hetil. 1953, 94, 1413. — 36. Wittman I., Bereti I.: Magy. Sebész. 1971, 24, 372.



# 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.



## Laryngitis subglottica kezelése Mikronephrin túlnyomásos belélegeztetésével

Rüll János dr. és Hargitai Rezső dr.

Az obstructiós tünetekkel járó akut laryngitisek ma is sok gondot jelentenek. Szerinte a világon különböző therapiás kísérleteket végeznek, hogy a fulladás veszélyétől megkíméljék a betegeket.

Megyéinkben az akut laryngitisek száma az utóbbi időben nőtt. Amíg néhány évvel ezelőtt csak ősszel és tavasszal volt időszakosan több megbetegedés, újabban egész évben, nyáron is — habár kisebb számban —, de előfordul súlyos formájában is.

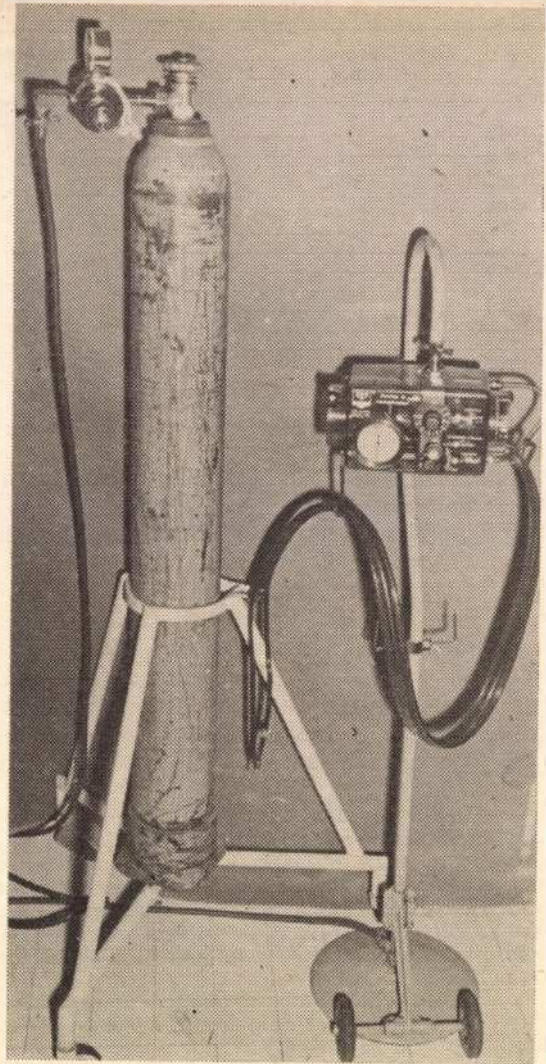
1965-től kezdett emelkedni kórházunkban a laryngitis esetek száma, s 1971-ben érte el a maximumot. Régi gyakorlat alapján a laryngitises csecsemő- és gyermekbetegeket a fertőzőosztály veszi fel szoros együttműködésben a gégeosztállyal. Ez a gyakorlat még a rossz emlékü diphtheriás croup megbetegedések idején alakult ki, amikor minden laryngitis mögött gége-diphtheriát is fel kellett tételezni.

Windorfer és mtsai (7) szerint az elnevezés még mindig nem egységes. Sok helyen ma is croupról és pseudocroupról beszélnek. A régi szokás szerint croup alatt a diphtheria bacillus által okozott gyulladást értették, a laryngitis minden más formáját pseudocroupnak nevezték. Ezt a nomenklaturát túlhaladottnak vehetjük, mivel a diphtheriás croup gyakorlatilag ma már nem létezik. Ezenkívül „az egyéb kórokozók miatt keletkezett croup ugyancsak életveszélyes és halálhoz vezethet, így nem is jogos a „pseudo” szócskával ártalmatlannak feltüntetni”.

Ezzel a véleménnyel főleg abban értünk egyet, hogy a pseudocroup mindenképpen túlhaladott elnevezés.

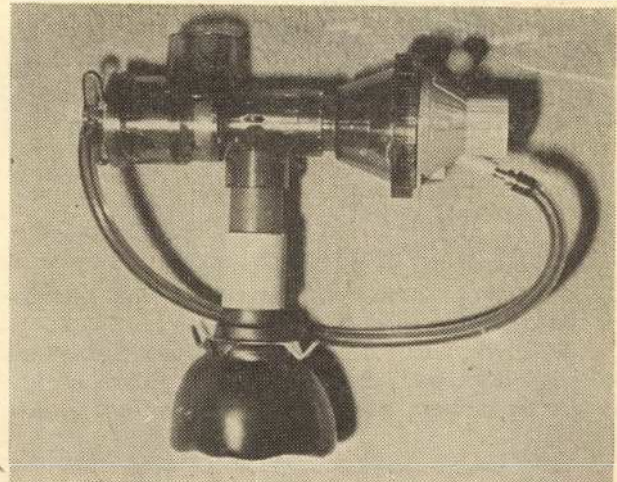
Laryngitis esetén a legnagyobb veszély a légutak elzáródása, ami a beteg fulladásos halálához vezethet. Legfontosabb feladatunk ezt az elzáródást megakadályozni. Ahol nincs mód intenzív therapiára, ott a legbiztosabb módszer obstructiós laryngitisben a légutak felszabadítására ma is a tracheotomia (6).

1971 áprilisáig mi is kizárólag tracheotomiát végeztünk. Ezután egy éven át, 1971. áprilistól 1972. áprilisig elsődlegesen intubáltunk tracheotomia helyett. Az egy év alatt intubált 9 beteg közül 4-en utóbb tracheotomiára is sor került. Igaz, hogy 5 beteg elkerülte a műtétet, de eredményünkkel nem



1. ábra.

voltunk megelégedve. Amikor csak laryngitis subglottica állott fenn, elégséges volt az intubatio. Amennyiben tracheobronchitis vagy pneumonia súlyosbította a képet, sor került tracheotomiára is. Egyébként a legnagyobb gond az intubált gyermek



2. ábra.

Táblázat

Év	Laryng. subgl.	Tracheotomia	Tracheot. %-a
1963	25	5	20,0
1964	33	2	6,3
1965	39	4	10,2
1966	56	5	8,9
1967	51	3	5,8
1968	88	10	11,3
1969	102	4	3,9
1970	112	5	4,4
1971	276	5	3,2
1972	167	(+4 intub.) 6 (+3 intub.)	5,3

ápolása, felügyelete volt. Erről előző dolgozatunkban beszámoltunk (4).

Továbbra is keresnünk kell azokat a módszereket, melyek a legkevésbé megterhelők a kis betegek részére. Ilyen az ún. *intermittáló túlnyomásos lélegeztetés Mikronephrinnel*. *Adair és mtsai* (1), valamint *Jordan és mtsai* (2) írják le ezzel a módszerrel szerzett igen jó eredményeiket. Hazánkban elsőnek *Répay és Jantsek* (3) számoltak be a Mikronephrinnel végzett túlnyomásos lélegeztetéssel elért jó tapasztalatokról.

A módszert *Jordan és mtsai* (2) pontosan leírják, és ezt alkalmazzuk mi is. Ha követjük tanácsait, az eredmény ezeken a levegőért küzdő gyermekeken egészen meglepő. Az intermittáló túlnyomásos lélegeztető terápiához „Bird Mark 8” vagy hasonló respirátor szükséges (1. az 1. ábrát). A készüléket oxigén-nyomás működteti. A lélegeztetés technikája *Jordan és mtsai* (2) szerint:

1. A készüléket kihúzott levegő—oxygen keverővel kell használni, tehát nem tiszta oxigénnel lélegeztetünk.

2. Az ún. áramlásszabályozót gyors ütemre kell állítani, így hamarabb szokja meg a gyermek a készüléket, majd fokozatosan csökkentjük az áramlási sebességet.

3. Az érzékenységszabályozót alacsonyra állítjuk — kb. 5 vízcmm-re —, hogy a kifáradt gyermek könnyen lélegezzék.

4. A nyomásbeállítás szintje általában 15—20 vízcmm legyen, amit növelni, vagy csökkenteni lehet, ha a légzés minősége megkívánja.

5. A speciális porlasztóba (micronebulizátor) 0,5 ml 2,5%-os Mikronephrin\* töltünk 3 ml steril desztillált vízhez keverve, hogy az összmenyiség 3,5 ml legyen (1. a 2. ábrát).

6. A maszkot szorosan helyezük az arcra.

7. A kezelés időtartama 15 perc, mivel legalább 10 perc kell az optimális hatás eléréséig. Pihentetés-képpen ezalatt egyszer-kétszer a lélegeztetés megszakítható. Minden szüneteltetés után célszerű gyorsabb áramlásra állítani a készüléket, majd ismét fokozatosan csökkenteni.

*Jordan és mtsai* (2) két fontos dologra hívják fel a figyelmet, amit a mi tapasztalataink is megerősítenek (5):

1. A hypoxiás, megriadt kisgyermek nem akarja, hogy a maszkot felhelyezzék az arcára és így lélegezzék, hanem ellenkezik. Az ebben gyakorlat-

lan orvos ezen a ponton kísértést érez arra, hogy felhagyjon a beavatkozással, mert úgy érzi, hogy többet árt mint használ, sőt esetleg veszélyezteti a gyermek már amúgy is károsodott oxygenisatióját. Ha viszont türelmesek vagyunk és folytatjuk a be-  
lélegeztetést, az oxygen-ellátás javulásával a gyermek lassan megnyugszik.

2. A másik tapasztalat, amire ügyelni kell, a Mikronephrin használata. (Ez az adrenalin racem formája.) Egyéb adrenalin származékok olyan bronchus-tágítók, melyek vasoconstrictor hatásának megszűnése után reactiv hyperaemia támad és ezért nem csökken az obstructio. (Egyébként a túlnyomásos lélegeztetés önmagában is javít a hypoxiás állapotban, de csak addig, amíg azt folytatjuk).

Hogy osztályaink jobban megértsék egymást, a betegeket súlyosságuk szerint három csoportba osztottuk. Ezt a felosztást a gyakorlati teendők megkívánják és az irodalomban is van erre vonatkozó közlés (7):

I. fokozat (*enyhe eset*): ugató köhögés, a hang jellegzetesen rekedt, de tiszta is lehet. Légzészavar nincs, a beteget megfigyelésre a fertőzőosztály felveszi, a szokásos gyógyszerekkel ellátja.

II. fokozat (*középsúlyos eset*): inspiratorikus stridor, behúzóadás a jugulumban és epigastriumban, tehát légzészavar jelei vannak. Azonnali gyógyszeres ellátás után gégeszeti vizsgálat következik, és amennyiben a gyógyszeres kezelés lényegesen nem javított a beteg állapotán, egyúttal a túlnyomásos Mikronephrin inhalatiót is igénybe vesszük.

III. fokozat (*súlyos eset*): hangos stridor, határozott jugularis és epigastriális behúzóadás, kisebb-nagyobb cyanosis, a gyermek nyugtalan. Ilyen súlyos nehézlégzés esetén a beteg azonnal a gégeszeti műtőbe kerül és túlnyomásos Mikronephrin lélegeztetést alkalmazunk. Régebben ezek jó részén intubatióra vagy tracheotomiára volt szükség.

Kissé hihetetlennek tünnek az irodalmi adatok, mert eddigi tapasztalataink szerint, ha antibioticum, steroidok, antihistamin, sedativum, párasított levegő, oxygen, szükség szerint cardiacumok adása, valamint a folyadék háztartás rendezése nem járt eredménnyel, tracheotomiára vagy intubatióra kényszerültünk. *Adair és mtsai* (1) közlése szerint intézetünkben 1964 óta, a túlnyomásos lélegeztető terapia bevezetése óta egyetlen tracheotomiára sem került sor. Azelőtt a felvett betegek 7%-án végeztek légsömetszést (1970-ben közölt adatok).

*Saját adataink*. 1963. január 1—1972. december 31. között, tehát 10 év alatt 949 laryngitis subglotticás beteg került felvételre. Ebből 49 esetben történt tracheotomia, ill. intubatio. Ez az esetek 5,1 százalékát jelenti. Évekre lebontva is érdemes megtekinteni az adatokat: 1. táblázat.

A tracheotomiák magas százaléka azt mutatja, hogy a súlyos betegek kerültek kórházi felvételre, legalábbis a régebbi években. A gyermekorvosi hálózat kialakulásával mind több gyermek került kórházba, mivel a gyermekgyógyászok már megismerték a laryngitisek veszélyeit: enyhének induló laryngitis kapcsán is igen gyorsan alakulhat ki nagyfokú rosszabbodás, emiatt célszerű a beteget idejében kórházba küldeni.

Osztályunkon 1972 szeptemberében kezdtek először alkalmazni az intermittáló túlnyomásos lélegeztetést Mikronephrinnel. Már az első esetekben meglepő javulást észleltünk. Azóta — tehát 16 hó-

\* A Mikronephrin racém adrenalin készítmény. Jelenleg import útján szerezhető be.

# Sandosten<sup>R</sup>-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 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  $\downarrow$  oralis calciumtherapia

## ÖSSZETÉTEL:

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

## JAVALLATOK:

A magas dozirozású, oralis, kúraszerű calciumtherapia indikációi: osteoporosis, calcium-anyagszerezavarok (tetania, rachitis, spasmophylia), exsudatív gyulladós 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



nap alatt — *subglotticus laryngitis* miatt nem volt szükség intubációra vagy tracheotomiára.

**Eseteink:** 1972. szeptember 1—1973. december 31. között 292 beteget vettünk fel laryngitis subglottica miatt. Ezek közül 48 betegen végeztünk túlnyomással Mikronephrin inhalatiót. Közülük 14 olyan súlyos volt, hogy két vagy több ízben is ismételni kellett a kezelést. Súlyos állapotuk miatt náluk a leírt terapia nélkül biztosan intubációra vagy tracheotomiára került volna sor (292 beteg 4,8<sup>0/0</sup>-a).

A félreértések elkerülése végett hangsúlyozni kell, hogy a laryngitis subglottica nem kizárólag a fent leírt terapiára gyógyul meg. A laryngitises betegek további gondos gyermekgyógyászati gyógyszeres kezelésre szorulnak. *A leírt kezelés csak az akut szakaszon segíti át a súlyos állapotban levő gyermekeket.*

Úgy látjuk, hogy a Mikronephrin túlnyomásos belélegeztetésével sikerült mérsékelni a kórlefolyást. A kezdődő laryngitis súlyosságát és lefolyását megjósolni nem lehet, a beteg nagyon gyorsan életveszélyes állapotba kerülhet, ezért a laryngitis első komolyabb jeleinél elvégezzük a belélegeztést. A további kezelés, megfigyelés a fertőzőosztályon történik. Véleményünk szerint e korai intenzív kezelés az egyetlen lehetőség jelenleg, hogy az életveszélyt elhárítsuk. S mivel eddig káros hatást nem láttunk, az első nyugtalanító tünetek jelentkezése-

kor — gyógyszerekre kellően nem reagáló laryngitisek esetén — hamarabb határozzuk el magunkat a túlnyomásos lélegeztető terapiára.

**Összefoglalás.** A szerzők a csecsemő- és kisgyermekkorú acut laryngitis subglottica kezelésére az ún. intermittáló túlnyomásos lélegeztetést alkalmazzák, Mikronephrin inhalatióval. Ennek segítségével a súlyos nehézlégzéssel küzdő gyermekeket átsegítik az acut fulladásos szakon, úgy hogy sem intubációra, sem tracheotomiára nincs szükség. Ezután lehetőség nyílik a további gyermekgyógyászati kezelésre. A leírt kezeléshez „Bird Mark 8” vagy hasonló respiratorra van szükség. Az 1972. szeptember 1—1973. december 31-ig 48 esetben végzett kezelés mind sikeresnek bizonyult. Ezek közül 14 beteg olyan súlyos volt, hogy e kezelés nélkül minden bizonnyal intubációra vagy tracheotomiára került volna sor.

**IRODALOM:** 1. *Adair, J. C. és mtsai:* Anesth. Analg. Curr. Res. 1971, 50, 649. — 2. *Jordan, W. S. és mtsai:* JAMA. 1970, 212, 585. — 3. *Répay G., Jantsek Gy.:* Előadás a Magyar Fül-orr-gégeorvosok Egyesülete gyűlésén, Budapest, 1972. május 9. — 4. *Rüll J., Hargitai R.:* Orv. Hetil. 1973, 114, 1749. — 5. *Rüll J., Hargitai R.:* Előadás a Magyar Fül-orr-gégeorvosok Egyesületének kongresszusán. Siófok, 1973. szept. 20—23. — 6. *Tarkkanen, J., Kohonen, A.:* Acta Otolaryng. (Stockholm) 1972, 74, 283. — 7. *Windorfer, A. és mtsai:* Dtsch. Med. Wschr. 1964, 89, 416.

## 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 túrheteren 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
- Rovarcsipés
- 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



2731

Győr-Sopron megyei Kórház,  
Gyermekosztály (főorvos: Méhes Károly dr.)

## A glucose utilisatio vizsgálata hypoglycaemia szempontjából veszélyeztetett újszülöttekben

Horváth Imre dr. és Méhes Károly dr.

A vegyes újszülött-populációkban fellépő hypoglycaemiák gyakorisága különböző statisztikák szerint 1–11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ra tehető (5, 13, 29). A hypoglycaemia kialakulása újszülöttkorban acut életveszéllyel járhat, a túlélőkben viszont későbbi idegrendszeri károsodásokat okozhat (2, 7, 14, 28). Ilyen szempontból az újszülöttkorban tünetmentes hypoglycaemia is veszélyes lehet, a cél tehát nem annyira a már kialakult klinikai tünetek vagy laboratóriumi leletek alapján felfedezett hypoglycaemia gyógyítása, hanem a megelőzés.

Ezt figyelembe véve magunk is foglalkozni kezdtünk azzal a kérdéssel, hogy egyszerű eszközeinkkel mit tehetnénk a hypoglycaemia megelőzésére a mindennapi gyakorlatban.

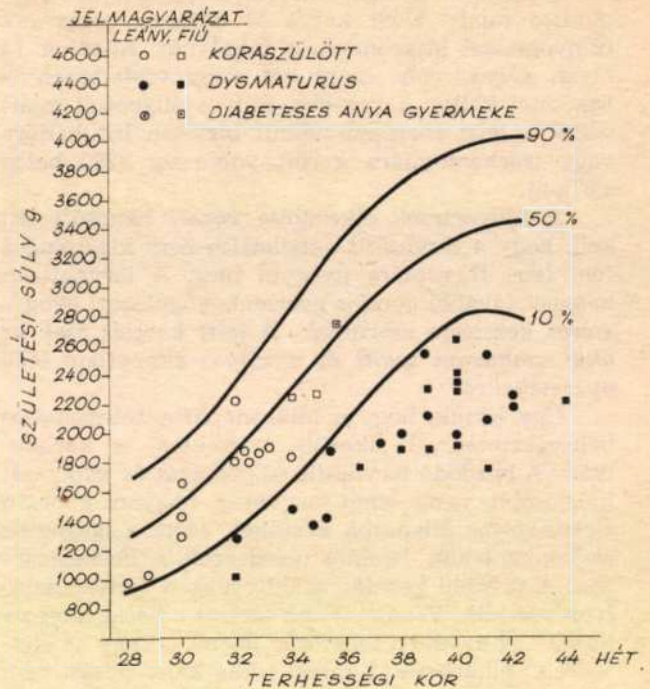
Ennek keretében megvizsgáltuk, hogy az amúgy is szokásos iv. glucose adás standardizálása, és így a glucose utilisatiós constans ( $K_G$ ) számítása mennyiben nyújt segítséget a hypoglycaemia kivédésében.

### Beteganyag és módszer

43, hypoglycaemia szempontjából veszélyeztetett, de tünetmentes újszülöttben közvetlenül a felvétel után végeztük el az iv. glucose terhelést és számítottuk ki a  $K_G$ -t. 15 valódi koraszülött, 26 intrauterin dystrophiás, 2 pedig diabeteses anya újszülöttje volt. A vizsgált újszülöttek terhességi kor és születési súly szerinti megoszlása az 1. ábrán látható. A dysmaturus csoportban, ahová a 10-es súlypercentil alatti újszülötteket soroltuk, 15 leány és 11 fiú szerepel.

A vizsgálatokat válogatás nélkül, a szülést követő 3–6 órán belül, tehát a per os táplálás megkezdése előtt végeztük. Először az éhomi vércukormeghatározáshoz vettünk vérmintát fejvenéből, majd ugyanezen a tűn keresztül 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os oldatból 1 g/kg glucoset fecskendeztünk be 2–3 perc alatt. Ezután 20, 30 és 40 perc elteltével újabb vérmintákat vettünk, melyek értékéből számítottuk ki a  $K_G$ -t.

A  $K_G$  Amatuio és mtsai (1) közleménye óta ismert és azt mutatja meg, hogy iv. glucose terhelést követően a vérpálya glucose tartalma hány százalé-



1. ábra.  
A vizsgált újszülöttek gestatiós kor és születési súly szerinti megoszlása

kal csökkent perccenként. Értékét a  $K = 0,693 \times 100$

$t^{1/2}$   
egyenletből kapjuk, ahol a  $t^{1/2}$  a felezési időt jelenti. A felezési időt úgy tudjuk kiszámítani, hogy 1 g/kg glucose iv. beadását követően a 20, 30 és 40 perces vércukorértékeket olyan semilogaritmikus papíron ábrázoljuk, ahol a vércukorértékek léptéke logaritmikus, a vizsgált időpontoké lineáris. Ahol a kapott értékeket összekötő egyenes metszi az ordinátát, az lesz a beadás pillanatában elért legmagasabb vércukorszint. Ennek a felét vesszük, s ezt vízszintesen a ferde egyenesre, majd innét az abszcisszára vetítjük, ahol megkapjuk percekben a felezési időt.

A vércukormeghatározás perklórsavas tartósítás után orthotoluidines módszerrel történt. A glucose terhelést követően súlyos betegeken az első 24 órában lehetőleg 2 óránként végeztünk vércukormeghatározást, míg a többi esetben általában 6–12–24 óra múlva történt kontroll vizsgálat.

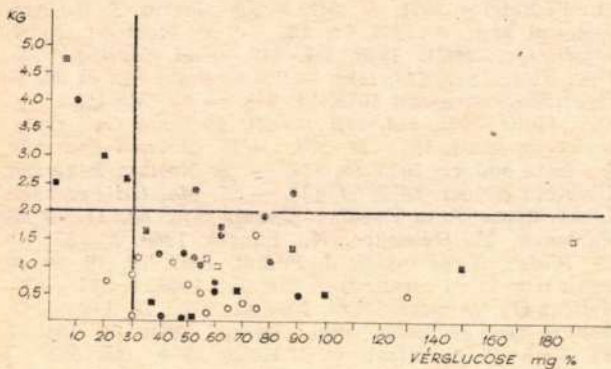
Az újszülöttek per os táplálását 8–10 óras korban kezdtük el 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os glucose és női tej formájában. Hypoglycaemiának a 30 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> alatti vércukorértékeket vettük (18, 29).

### Eredmények

A  $K_G$  érték és a terhelés után észlelt legalacsonyabb vércukorértékek összefüggését a 2. ábrán tüntetjük fel. Amint látható, a 43 újszülöttből hétnek volt a  $K_G$  értéke 2,0-nél nagyobb, s a hétből öt esetben alakult ki hypoglycaemia. Az öt hypoglycaemiás újszülött közül négy dysmaturus, egy pedig diabeteses anya újszülöttje volt. Mindössze egy újszülöttben alakult ki hypoglycaemia, azok közül, akiknek  $K_G$  értéke kisebb volt, mint 2,0. Ezt egy valódi koraszülöttben észleltük. A négy hypoglycaemiás dysmaturus mindegyike tünetmentes,

a diabeteses anya újszülöttje viszont napokon keresztül életveszélyes állapotban volt.

A 3. ábrán külön feltüntettük a két diabeteses anyától származó újszülött vércukorgörbéjének alakulását az élet első négy napjában. Látható, hogy az első esetben a  $K_G = 4,62$  és az újszülöttben súlyos hypoglycaemia alakult ki, míg a másodikban a  $K_G = 1,10$  s ennek megfelelően hypoglycaemia a későbbi órákban sem lépett fel.



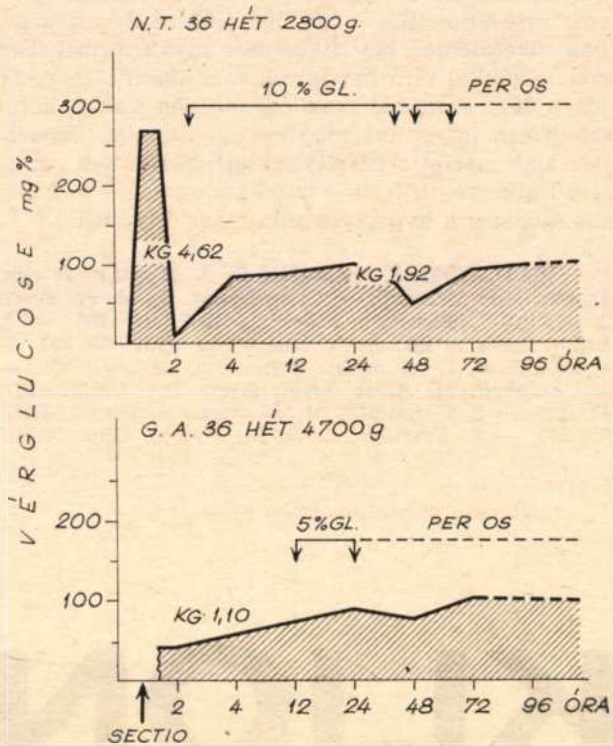
2. ábra. A  $K_G$  érték és a glucose terhelés után észlelt legalacsonyabb vércukorérték összefüggése az egyes újszülöttekben

### Megbeszélés

Számos közleményből ismert, hogy a dysmaturus (3, 18, 20, 11, 13, 29), az iker (29), a túlhordott és a toxamiás (6, 11, 9) vagy diabeteses anyától származó újszülöttek (25, 26, 15) különösen hajlamosak hypoglycaemiára. Újabb vizsgálatok arra mutatnak, hogy az újszülöttkori infekciókhoz (35), az erythroblastosis foetalishoz (27), valamint hypophysis elülső lebeny hiányhoz is (17) igen nagy százalékban társult hypoglycaemia az élet első napjaiban. Ezekben az újszülöttekben a  $K_G$  értékét szignifikánsan magasabbnak találták, mint a normális kontroll csoportban (4, 8, 10, 12, 16, 25, 26, 31, 32), annak ellenére, hogy az esetek nagy részében, így elsősorban a dysmaturusokban, főleg a glycogen raktárak hiánya, és nem a fokozott perifériás felhasználás vezet hypoglycaemiához (23, 30). Ennek megfelelően hangsúlyozza Mestyán (24) is referátumában, hogy a hypoglycaemiás dysmaturusok egy részének  $K_G$  értéke alacsony lehet. Anyagunkban a  $K_G$  értékét magasnak találtuk.

Az újszülöttkori hypoglycaemiák egy része a tünetek alapján felismerhető, bár sokszor ez is problematikus, de még ennél is több gondot okoz a tünetmentes formák felkutatása. Pedig mind a symptomás, mind az asymptomás esetek száma jelentős és ez sok gondot okoz az újszülött-ellátásban (5, 15, 19, 21, 22, 28, 33, 34). Hazánkban Mestyán és mtsai javasolták elsőként a  $K_G$  felhasználását a hypoglycaemia kezelésében (21, 32). A módszernek egyszerűsége mellett komoly diagnosticus, prognosticus és therapiás jelentőségét az általunk végzett 43 vizsgálat is megerősíteni látszik, mivel a hat hypoglycaemiás újszülöttből öt esetben már 3–6 óras korban előre jelezte a fokozott glucose utilitatio miatt várható hypoglycaemiát. Mivel a gyakorlatban a legtöbb újszülöttosztályon amúgy is ad-

nak glucose vagy glucose + bicarbonat oldatot, célszerűnek látszik ezt célzottan, tudatos terhelésként adni. Két vagy három vércukormeghatározás kevés többletmunkát jelent, de ennek révén exact adathoz juthatunk, amelynek prognosticai értéke meggyőzőnek látszik.



3. ábra. Két diabeteses anyától származó újszülött  $K_G$  értékei és vércukorszintjének alakulása az élet első 4 napján

Ennek alapján osztályunkon a  $K_G$  meghatározást minden veszélyeztetett újszülöttön elvégezzük és 2,0 feletti érték esetén infúziós kezelést kezdünk. A glucose adás inditációján túlmenően, hasznos adatokat nyerhetünk a  $K_G$  értékekből az infúzió elhagyását illetően is.

Igy külön ki kell emelni a két diabeteses anya újszülöttjét, ahol a vércukorszintek alakulása a  $K_G$  értékek alapján vártak pontosan megfelelt. Az igen magas  $K_G$  értékű, súlyosan hypoglycaemiás esetben napokon keresztül kellett glucose infúziót alkalmazni, melyet elhagyni csak akkor lehetett, amikor a  $K_G$  érték 2,0 alá esett.

A másik diabeteses anya újszülöttjében a  $K_G$  érték alacsony volt, s infúzióra valóban nem is volt szükség, hypoglycaemia a per os táplálás mellett nem alakult ki.

Összefoglalva, az egyszerű, egy órán belül kivitelezhető teszttel a gyakorlat szempontjából az alábbi megfigyeléseket tettük:

1. 2,0-nél kisebb  $K_G$  érték esetében hypoglycaemiától nem kell tartanunk és ha egyéb ok nem kívánja, az infúziótól eltekinthetünk.

2. 2,0-nél nagyobb  $K_G$  érték mellett nagy a hypoglycaemia valószínűsége, ezért a bizonytalan prognosizú asymptomás hypoglycaemia elkerülése céljából ilyen esetekben glucose infúziót kell adjunk.

3. Hypoglycaemiára tartósan hajlamos újszülöttekben ismételt  $K_G$  meghatározásokkal biztonságosan megítélhető az infusio elhagyásának optimális időpontja.

**Összefoglalás.** 43 tünetmentes, de hypoglycaemia szempontjából veszélyeztetett újszülöttnél hétben találtak az élet 3–6. órájában fokozott glucose utilisatiót ( $K_G > 2,0$ ). Közülük öt dysmaturusban tünetmentes, egy diabeteses anya gyermekében convulsiókkal járó hypoglycaemia alakult ki. A 2,0 alatti  $K_G$  eseteiből csak egy éretlen valódi koraszülöttnél figyeltünk meg hypoglycaemiát. Tapasztalataink szerint a veszélyeztetett újszülöttek rutinszerű glucose utilisatio vizsgálata egyszerű és hasznos módszer a hypoglycaemia megelőzésében.

**IRODALOM:** 1. *Amatuzio, D. S. és mtsai:* J. clin. Invest. 1953, 32, 428. — 2. *Anderson, J. M. és mtsai:* J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1967, 30, 295. — 3. *Blum, D. és mtsai:* Arch. Dis. Child. 1969, 44, 304. — 4. *Bowie, M. D. és mtsai:* Pediatrics. 1963, 31, 590. — 5. *Campbell, M. A. és mtsai:* Arch. Dis. Child. 1967, 42, 353. — 6. *Cornblath, M. és mtsai:* J. Pediat. 1959, 55, 545. — 7. *Ethridge, J. E. jr.:* Pediat. Clin. North

Amer. 1967, 14, 865. — 8. *Euler, U. és mtsai:* Arch. Dis. Child. 1964, 39, 393. — 9. *Farquhar, J. W.:* Lancet. 1963, 2, 941. — 10. *Gentz, J. és mtsai:* Acta Paediat. Scand. 1967, 56, 228. — 11. *Gentz, J. és mtsai:* Acta Paediat. Scand. 1969, 58, 449. — 12. *Gentz, J. és mtsai:* Acta Paediat. Scand. 1969, 58, 481. — 13. *Griffiths, A. D.:* Arch. Dis. Child. 1968, 43, 688. — 14. *Haworth, J. C., McRae, K. N.:* Canad. Med. Ass. J. 1965, 92, 861. — 15. *Horváth I., Tóth P.:* Közl. a Győr-Soproni MT kórházaiból. 1970, 5, 538. — 16. *Isles, T. E. és mtsai:* Pediat. Res. 1968, 2, 198. — 17. *Johnson, J. D. és mtsai:* J. Pediat. 1973, 82, 634. — 18. *Lubchenko, L. O., Bard, H.:* Pediatrics. 1971, 47, 831. — 19. *Martin, J. R.:* New Zealand Med. J. 1972, 75, 287. — 20. *Mestyán Gy. és mtsai:* Orv. Hetil. 1970, 111, 247. — 21. *Mestyán Gy.:* Orv. Hetil. 1972, 113, 1121. — 22. *Mestyán Gy. és mtsai:* Gyermekgyógyászat. 1973, 24, 298. — 23. *Mestyán Gy.:* Orv. Hetil. 1973, 114, 2025. — 24. *Mestyán Gy.:* Gyermekgyógyászat. 1973, 24, 289. — 25. *Mølsted-Pedersen, L.:* Acta endocr. 1972, 69, 174. — 26. *Mølsted-Pedersen, L.:* Acta endocr. 1972, 69, 189. — 27. *Mølsted-Pedersen, L. és mtsai:* Acta Paediat. Scand. 1973, 62, 11. — 28. *Parhonen, Y., Heinonen, K.:* Lancet. 1969, 2, 1251. — 29. *Pildes, R. és mtsai:* J. Pediat. 1967, 70, 76. — 30. *Schwartz, R. és mtsai:* Biol. Neonat. 1966, 9, 287. — 31. *Soltész Gy. és mtsai:* Biol. Neonat. 1971, 19, 118. — 32. *Soltész Gy. és mtsai:* Biol. Neonat. 1972, 21, 184. — 33. *Tóth P. és mtsai:* Orv. Hetil. 1974, 115, 368. — 34. *Vönöczky J., Vitéz Á.:* Dunaújvárosi VT Kórház Evkönyve II. 1973. — 35. *Yeung, C. Y. és mtsai:* J. Pediat. 1973, 82, 486.

\* (glucose utilisatiós constans)

# 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  $2 \times 1$  tabletta, 5 napon át. Entamoeba histolytica esetén  $3 \times 2$  tabletta, 10 napon át.

Stomatitis ulcerosában  $2 \times 1$  tabletta 3–5 napon át. Gyermekeknek 0–1 éves korig naponta  $\frac{1}{2}$  tabletta, 2–4 éves korig naponta 2 tabletta 5 napon át, étkezés után, 2 részre osztva.

Entamoeba histolytica esetén naponta  $2 \times 1$  tabletta.

## MELLEKHATÁSOK

Ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, enyhe hányinger, olykor hasmenés mutatkozhat. Ezek a tünetek a kúra befejezése után maguktól megszűnnek.

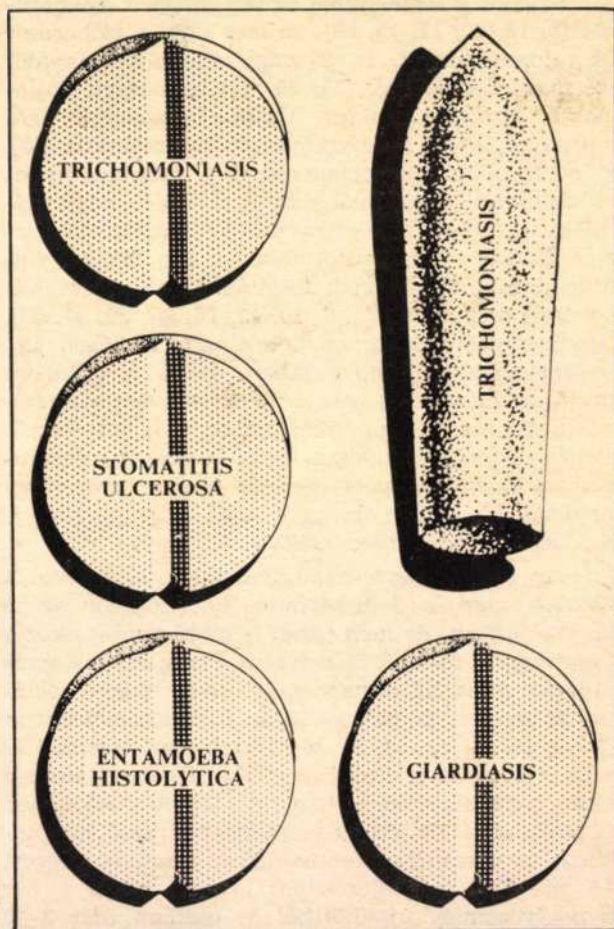
A Klion – mint nitroderivatum – enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

## 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





Pécsi Orvostudományi Egyetem Mikrobiológiai Intézete  
(igazgató: Rauss Károly dr.)  
és a Baranyai megyei Tanács Kórháza,  
Fertőzőosztály (főorvos: Barna Kornél dr.)

## Membránfilterrel szerzett tapasztalatok a bakteriaemiák diagnosztikájában

Málovics Ilona dr. és Ternák Gábor dr.

Jöllehet a nagy hatású antibiotikumok száma egyre nő, a bakteriaemiával járó fertőzések mortalitása ma is 20–25%-os (1, 2).

A beteg sorsát nagymértékben befolyásolja a bakteriaemia gyors és pontos diagnózisa, a baktériumok antibiotikumérzékenysége, az időben megkezdett és megfelelően adagolt antibiotikus terapia.

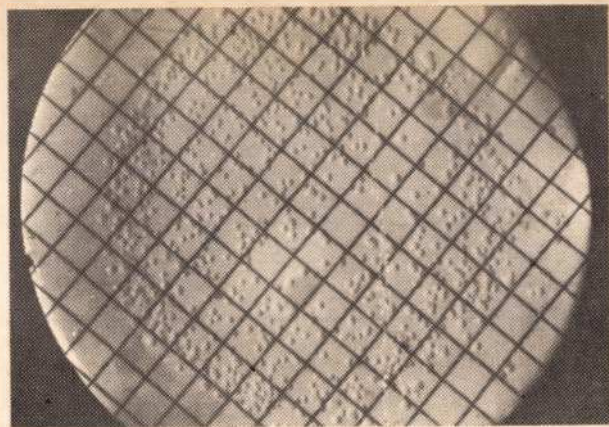
A kórokozó vérből való kimutatását több tényező befolyásolhatja. Így pl. függ a vérvétel időpontjától: leghelyesebb, ha az antibiotikus kezelés előtt a hidegrázás végén, vagy a láz tetőfokán vesszük le a vért a baktérium tenyésztéséhez, naponta többször is. Rontja a vizsgálat sikerét, ha a vérvétel és a tenyésztés között hosszabb idő telik el, mert ilyenkor számolni kell a hőmérséklet és a vérhez kevert anticoagulans gátló hatásával (3).

A baktériumok vérből való izolálására több módszer ismeretes. Mi a rutin laboratóriumunkban alkalmazott eljárást és a membránfilter módszert vizsgáltuk párhuzamosan.

*Braun és mtsa* (4) alkalmazott először haemocultura vizsgálatokhoz membránfiltert, amikor brucellákat izolált vérből.

Módszerének lényege az, hogy alvadésgátlóval kevert vérből a plasmát membránfilteren átszűrte, majd a filterpapírt szilárd táptalajra helyezte és 37 °C-on incubálta. Így már 24 óra múlva pozitív eredményt kapott. *Tidwel és mtsa* (5) nyulak kísérletes bakteriaemiájában alkalmazta a módszert jó eredménnyel. *Winn és mtsa* (1) úgy módosították az eljárást, hogy centrifugálással elválasztották a fvs.-eket, vvs.-eket és a plasmát, ezeket külön vizsgálták membránfilter módszerrel és dúsítással.

Saját vizsgálatainkkal választ kerestünk arra, hogy eddigi rutin módszerünknel gyorsabb-e és megbízhatóbb-e a membránfilteres eljárás.



1. ábra.  
Staphylococcus aureus tenyészet 18 órás inkubálás után membránfilteren

### Anyagok és módszerek

Nátriumcitráttal 1:10 arányban hígított vért a laboratóriumba érkezéskor a következőképpen dolgoztuk fel: a vvs.-ek ülepedése után a sterilen leszívott plasma egy részét a vízbakteriológiában használatos Zsigmondy-féle készülékbe befogott 0,5 μ pórusnagyságú membránfilter papíron átszítettük. Ezután a membránfiltert véres táptalaj közepére helyeztük és 37 °C-on inkubáltuk. Másnap a filter felületén kitenyészett baktériumot identifikáltuk és elvégeztük az érzékenységi vizsgálatot. A főleg vvs.-eket és leukocytákat tartalmazó üledéket az eddig alkalmazott rutin módszerünk szerint Holman-táptalajokba osztottuk szét, 37 °C-on inkubáltuk, 24 órás inkubálás után a táptalajokból véres agarra oltottunk ki. Ha baktérium tenyészett ki, identifikáltuk és elvégeztük az antibiotikumérzékenységi vizsgálatot, ha nem, a haemoculturát 10 napig inkubáltuk és közben 2 naponként kioltottunk véres agarra. (1. ábra)

### Eredmények

Egy év alatt 200 haemoculturát vizsgáltunk meg mindkét módszerrel. Eredményeinket az első táblázatban foglaltuk össze.

A táblázat adatai alapján tehát 19 vérmintából csak dúsítással, 7 mintából pedig csak a membránfilteren tenyészett ki baktérium. Ez utóbbi eredmény eddigi tapasztalataink alapján szennyezésnek minősíthető. A 19 eredményből 6 nem értékelhető, mert többféle baktériummal volt szennyezett, 4

1. táblázat  
A vizsgált 200 haemocultura bakteriológiai eredménye membránfilter módszerrel és a hagyományos dúsítással

Megnevezés	Haemocultura száma	Gyakoriság%
Mindkét módszerrel steril .....	132	66
Mindkét módszerrel baktérium tenyészett ki .....	42	21
Csak dúsítással sikerült baktériumot izolálni .....	19	9,5
Csak membránfilterrel tudtunk baktériumot kitenyészteni .....	7	3,5
Összesen .....	200	100

MÓDSZEREK	IDŐ		
	24 óra múlva poz.	48 óra múlva poz.	72 óra múlva poz.
Membranfilter módszer ...	42	42	42
Dúsítás .....	—	31	11

vérmintából pedig csak 72 órai dúsítás után és akkor is csak egyetlen táptalajból tenyésztett ki baktérium. A fennmaradó 9 pozitív haemocultura eredménye viszont kétségtelen a dúsítás jelentőségét hangsúlyozza.

A 2. táblázatban összefoglalt adatok alapján megállapíthatjuk, hogy a membránfilter használatával az eddigi módszerünkönél korábban kapunk pozitív eredményt.

A haemoculturákból izolált kórokozótípusokat a 3. táblázatban mutatjuk be.

Membránfilterrel 17, dúsítással 14 *Staphylococcus aureus haemolyticus* izoláltunk. 2 esetben a *Staphylococcus aureus haemolyticus* telepein kívül a membránon *Staphylococcus albus* is találtunk. *Staphylococcus albus* membránfilteren 23, dúsítás során 14 esetben tenyésztett ki. Ez a látszólagos különbség elmosódik, ha a dúsítással észlelt „Többféle baktériummal szennyezett” eredményt is hozzáadjuk. A két módszer összehasonlításakor úgy látszik, hogy *Streptococcus alfa haemolyticus* és *Streptococcus faecalis* törzsek dúsítással inkább kitenyészthetők.

Végül *E. coli*-ből 2-vel több törzset izoláltunk dúsítással, mint membránfilterrel. Mivel azonban a baktérium mindkét esetben csak egyetlen dúsító táptalajból tenyésztett ki, felmerül a szennyezés lehetősége.

#### Megbeszélés

Winn és mtsai (1) 100 haemoculturát vizsgált bouillonban dúsítással és membránfilter módszerrel. A dúsított haemoculturából 30, a membránfilteren 20 lett pozitív. Feltételezték, hogy a vérvétel előtt adott antibiotikum a plasma átszűrésekor átítatja a membránt és gátolja a baktérium növekedését, míg a dúsításra szolgáló folyékony táptalajban az antibiotikum felhígul, ezért módosították korábbi eljárásukat. A membránfiltert a plasma átszűrése után 500 ml steril fiz. NaCl oldattal átmosták. Így szaporodott a pozitív haemoculturák száma, a dúsítás azonban még így is valamivel eredményesebb volt. Ugyanez a munkacsoport egy későbbi időpontban 277 haemoculturát vizsgált meg membránfilterrel és dúsítással. Eredményeik megerősítették korábbi véleményüket a membránfilter használatának előnyéről; ezzel a technikával legkorábban tudták a kórokozót a vérből izolálni, ugyanakkor felhívják a figyelmet a dúsítás szükségességére.

Baktériumok megnevezése	Izolált törzsek száma	
	MÓDSZEREK	
	Membránfilter	Dúsítás
<i>Staphylococcus aureus haem.</i> .....	17	14
<i>Staphylococcus albus</i> .....	23	14
<i>Streptococcus alfa haem.</i> .....	—	3
<i>E. coli</i> .....	6	8
<i>Streptococcus faecalis</i> .....	2	5
<i>Klebsiella</i> .....	1	2
<i>Proteus</i> .....	1	2
<i>Ps. aeruginosa</i> .....	4	4
<i>Citrobacter</i> .....	1	1
<i>Acinetobacter</i> .....	2	2
Többféle baktériummal szennyezett ..	—	11

Eredményeink megegyeznek Winn és mtsai adataival. Úgy gondoljuk, hogy a membránfilter alkalmazása a bacteriaemiák diagnosztikájában előnyös, mert ha a membránon kitenyészik baktérium, a vérvételtől számított 30 óra múlva már tájékoztató, legkésőbb 48 óra múlva pedig a baktérium végleges antibiotikumérzékenységét is közölni tudjuk. Az eddig használt dúsító eljárással ugyanannyi idő alatt legfeljebb annyit tudunk megállapítani, hogy van-e bacteriaemia.

A membránfilter azonban önmagában nem teljesen megbízható, mert mint vizsgálatainkból is kiderül, a dúsítás nagyon lényeges előzetes antibiotikum adagolása esetén, alacsony csíraszámú baktérium jelenléte esetén és a streptococcusok izolálásában. Ezért a bacteriaemia gyors és megbízható bakteriológiai diagnosztikája érdekében legjobb a két módszer együttes alkalmazása.

**Összefoglalás.** A szerzők 200 haemoculturát vizsgáltak meg dúsítással és membránfilter módszerrel párhuzamosan. 132 haemocultura steril volt, 42 haemoculturából tenyésztett ki baktérium mindkét módszerrel. 19 vérből csak dúsítással izoláltak baktériumot. 7 vérből a membránfilterrel tenyésztett ki baktérium, dúsítással azonban nem. A membránfilter módszerrel 24 óra múlva, a dúsítással legkorábban 48 óra múlva tenyésztett ki baktérium. Javasolják a membránfilter és a dúsítás párhuzamos alkalmazását.

IRODALOM: 1. Winn, W. R. és mtsai: JAMA. 1966, 197, 539. — 2. Werner, H. P.: Zbl. Bakt. I. Abt. Orig. 1970, 215, 374. — 3. Ellner, P. D., Soessel, C. J.: J. Infect. Dis. 1966, 116, 238. — 4. Braun, W., Kelsh, J.: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1954, 85, 154. — 5. Tidwell, W. L., Gree, L. L.: Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1955, 88, 561. — 6. Finegold, S. M. és mtsai: Appl. Microbiol. 1969, 18, 458.

Heves megyei Tanács Kórháza, Eger,  
Baleseti Sebészeti Osztály (főorvos: Vályi Sándor dr.)  
és Rendelőintézet (főorvos: Németh Ferenc dr.)

## A centralizált kézbetegellátás megszervezése

Kovalkovits István dr.

A kéz sérüléseit és különböző megbetegedéseit speciális módon kell kezelni és ma már az ún. nagy sebészettel foglalkozó szakemberek is jól tudják, hogy a kézsebészet nem kicsi és könnyű sebészet (9).

A kéz gyakori sérülése miatt a fejlett ipari államokban már rájöttek arra, hogy a kézsérülések nem csupán az egyén, hanem az egész népgazdaság problémáját jelentik. Világstatisztikák mutatnak rá arra, hogy a baleseti sérültek mintegy 35—40 százalékát a kézsérülések képezik. Több külföldi államban — felismerve a kézbetegségek nagy társadalmi jelentőségét — külön kézsebészeti intézeteket, osztályokat létesítettek, hogy ezáltal maximális ellátást biztosítsanak a kézbetegek rehabilitációjára (2, 3, 6).

A kézsebészetben indokolt az egységes szemlélet kialakítása. Egyet kell érteni *Bunnell*-lél, aki szerint „a kéz túl kicsiny terület ahhoz, hogy egy-nél több szakember elférne mellette” (2). A kézsebészetben különbözőek az irányzatok, azonban az alapelvek közösek: atraumaticus, mikrotechnikával végzett műtéttel, funkcionális helyzetben történő rögzítéssel, szakmailag irányított utókezelés segítségével a kéz, illetve egyes részeinek a működését minél tökéletesebben és minél rövidebb időn belül kell helyreállítani (1, 2, 3, 9 stb.).

Magyarországon az Orvostovábbképző Intézet szervezésében az Országos Traumatológiai Intézet végzte és végzi az úttörő munkát a sebész és a traumatológus szakorvosok egységes kézsebészeti szemléletének a kialakításában (14). Az intézetek, a kórházak és a rendelőintézetek részére olyan szakképzett orvosokat képeznek, akik megpróbálják emelni a még igen mossa- toha körülmények között történő betegellátás színvonalát. A kórházak különböző sebészeti osztályain, de még inkább a rendelőintézetekben sem idő, sem műszeres felkészültség nincs biztosítva a kézsebészet számára (11). Hiába képzett a sebész a rendelőben, ha a tárgyi feltételek a szakszerű ellátáshoz nincsenek meg (2, 10).

Ezen tapasztalatokból kiindulva 1969-ben megszerveztük a rendelőintézet keretén belül a kórházban funkcionáló *kézsebészeti rendelőt*. Mivel az országban igen jól bevált és komoly tapasztalatokkal rendelkező gondozói hálózat alakult ki az évek során, ezért a kézsebészeti rendelésnek — mint a legfontosabb célkitűzését kifejező — a *kézgondozó* címet adtuk.

### A kézgondozó feladata:

1. a kézbetegek irányítása,
2. a kézbetegek folyamatos ellenőrzése, állapotuk dinamikus kontrollja a végállapot kialakulásáig,
3. a rokkant kezű betegek megfelelő helyre történő irányítása,
4. továbbképzés a körzeti orvosok részére.

1. A kézgondozó beteganyagának nagy részét  
a) a *kézsérültek* képezik. Ezeknek primaer ellátása a traumatológiai osztályok feladata. Részint a kórházi osztályok, részint a kórházi ambulanciák, de nem kis számban a rendelőintézeti szakrendelések irányítják a kézbetegeket a kézgondozóba.

1969. január 1-től 1972. december 31-ig 978 kézbeteget konzultáltunk. Ma már a baleseti sebészeti osztályok személyi és tárgyi feltételei biztosítottak a korszerű ellátáshoz, ezért az osztályok különböző szakproblémájával nem szándékozunk foglalkozni. A kézsérültek elsődleges ellátásuk után akkor kerülnek a kézgondozóba, ha a sérülés szövődéssel járt, vagy ha a betegek későbbi rekonstrukciós műtétre szorulnak. Ezek műtéti előkészítésének a megszervezése, megfelelő időben traumatológiai osztályra, illetve szakintézetbe történő irányítása, majd az utókezelés ellenőrzése a kézgondozó alapvető feladata.

b) Beteganyagunk másik nagy csoportját a *nem baleseti eredetű kézbetegek* képezik.

Ide tartoznak a különböző gyulladások, kontraktúrák, tumorok, congenitális anomáliák, keringési zavarok stb. Sajnos a rheumás kézbetegek ma még kiesnek a sebészet köréből. Ellentétben a traumatológiai betegekkel, elsősorban a szepikus kézbeteg-ellátásban alapvető hiányosságok vannak! Ezen a téren elsőrendű feladatunk, az orvosok korszerű szemléletének a kialakítása, valamint az, hogy a gennyedő kezek sebészeti ellátásában minél előbb tért hódítson a modern kézsebészeti technika. Erre irányuló próbálkozásaink vannak már (11), azonban a régi, elavult módszereket újabbal felváltani igen nehéz.

2. A kézbetegek folyamatos ellenőrzése és dinamikus kontrollja minden olyan esetben sikeres, amennyiben az elsődlegesen ellátó osztály vagy a körzeti orvos szelektálni tudja beteganyagát: meg kell tudni állapítania, hogy melyik beteg szorul gondozásra.

A kézgondozóban 4 év alatt 1500 (= 100%) kézbeteget ellenőriztünk, miközben anyagunkat 7 csoportba soroltuk:

- I. Bőrsérüléseket követő károsodások (279) (18,6%)
- II. Ínsérülések (339) (22,6%)
- III. Idegsérülések (104) (6,9%)
- IV. Csonttörések (134) (8,9%)
- V. Amputációk (83) (5,5%)
- VI. Gyulladások (198) (13,2%)
- VII. Egyéb kézbetegségek (363) (24,2%)

Az összeállításból kiderül, hogy nagyszámú az *inszerűlés* anyagunkban. Ez érthető, mivel ellátásuk még napjainkban sem megoldott (3). 339 betegen a hosszú ujjhajlítói inak sérülése 108, a feszítőinak léziója 231 esetben fordult elő. Ez megfelel azon irodalmi adatoknak, hogy a feszítőinak gyakrabban sérülnek (2, 9, 16).

Anyagunkban a flexorok legtöbbször az V. sugáron sérültek, majd a hajlítók sérülésének a gyakorisága egyenes arányban csökkent a hüvelykujj irányában. Ha összehasonlítjuk a mély hajlítói inak izolált disseciójának számát a komplett, felületes + mély flexorin-sérülések számával, az arány 49 : 48.

A kézzük hosszú feszítőinai, illetve az ujjak extensor aponeuosisa legtöbbször a III., azaz a leghosszabb háromtagú ujjon sérült. A fedett *in-rupturák* igen gyakoriak, az összes extensor-sérülésnek mintegy 61%-át teszik ki. Anyagunkban ilyen típusú sérülés legnagyobb számban az ujjak végpercein fordult elő és 28,5%-ban szövődött a körömpere bázisának a letörésével.

Tapasztalataink szerint az *idegsérülések* — elmentében az *inszerűlésekkel* — későn kerülnek felismerésre, mutatva, hogy az ellátó orvosok a kéz érzőfunkciójának kisebb jelentőséget tulajdonítanak, mint a mozgásnak. Főleg az ujjak érző idegeinek a sérülését nézik el, a nervus medianus, vagy az ulnaris ideg sérülését viszont ritkábban. Statisztikánk szerint az ujjak 73 idegsérülése közül 73%-ban nem volt diagnózis a kézgondozói vizsgálat előtt. A carpalis régióban: 15 esetben a nervus medianus, 10 esetben a nervus ulnaris és 6 esetben mindkét ideg sérült. Az utóbbiak mellett az összes hajlítói in is ledálódott ugyanakkor. A tenyér területén aránylag ritka az izolált idegsérülés, az ujjakon főleg a radiális kézfélén fordul elő.

Szeptikus beteganyagunkban, elsősorban a panaritiumok műtéti kezelése után gyakran jelentkeznek a betegek érzésvárossal. Ezeknek nagy része végleges, mivel a helytelen metszésvezeték sorú a oldalsó ér-ideg köteget és mint iatrogen ártalom eredményeként marad vissza a különböző súlyosságú „vak ujj”. Az esetek kisebb részében közvetlenül nem sérül az ideg, hanem csak a másodlagos sebgyógyulás alkalmával képződött hegsvöet nyomja össze az ideget. A kézsebészet alapszabályainak betartása esetén hasonló panaszokkal ritkábban találkozunk.

A kéz csontos vázának sérülése miatt 134 beteget vizsgáltunk. Főleg ujjperctörések utáni mozgászavarok, nyílt töréseket követő osteomyelitisek, illetve kontraktúrák szerepelnek nagyobb számban. Feltűnő volt, hogy főleg a II. sugáron fordult elő a legtöbb törést követő mozgászavar.

A kézzük *amputációs anyaga* főleg a kórházak ambulanciáiról származott. A 83 eset (5,5%) a technikailag rosszul végzett csonkolásokból adódott, leggyakrabban a feszülő lágyrészek trophicus zavarából, az ujjak idegeinek amputációs neuro-májából, valamint osteomyelitisekből.

A *septikus kézsebészet* a körzeti orvosi rendelőkben kezdődik, majd a rendelőtintézetben folytatódik és számos esetben a kórházi osztályokon fejeződik be; sajnos nemegyszer csonkolással!

Ma még a rendelőtintézetek, de még kevésbé a körzeti rendelők nincsenek felszerelve a legalapvetőbb műszerekkel, így ezeken a helyeken csak az ún. „érlelő terápia”-ra (4), majd „vak incisiók”-ra, csövezésekre, tamponálásokra, gyakori dréncserékre (!), vaktában adott antibiotikumokra alapozzák a panaritiumok ke-

zelését. Kórházi osztályra csak a legsúlyosabb esetek kerülnek, amikor a folyamat annyira előre haladt, hogy a reoperációk már csupán az új esetleges megtartásának a lehetőségét tudják biztosítani.

A 198 gennyedő kéz, melyeket az elmúlt években kezeltünk, többnyire mind elkészetten operált, többszö-  
rösen incidált, rosszul drenált esetekből került ki.

Az *aszéptikus gyulladások* már hálásabb terápiai területnek mutatkoznak. A különböző lokalizációjú tendinitisek, tendosynovitisek stb. megfelelő kezelés esetén jól és hamar gyógyulnak.

A kézgondozó egyik legfontosabb feladata

3. a rokkant kezű betegek *megfelelő munkahelyre történő irányítása*. A rehabilitáció ezen második szakaszát ma már kormányerejű rendelet írja elő, s a kézgondozó itt segítséget nyújthat az intézmények, vállalatok gazdasági vezetésének. A modern automatika korában nem kerülhet nyugállományba az a fiatal, még alkotóképes munkás, akinek a kézfunkciója nem tökéletes. Az új munkakörök helyes megválasztása, direkt rehabilitációs céllal készített munkagépek kialakítása lehetővé teszi a kézsérült beteg részére azt, hogy ne a portások, az éjjeliőrök és a liftkezelők számát szaporítsa, hanem ismét hasznos, termelői munkát fejtesse ki.

Itt kell megemlíteni a kézbetegek *utókezelésének* kérdését; ez a kezelés nélkülözhetetlen része. Kórházunk baleseti sebészeti osztályán évekkal ezelőtt egy önálló, munkáját igen jól végző fizioterápiás részleg működött, melynek munkaterápiás műhelye volt. Sajnos ez az átépítése következtében megszűnt. A kézsérültek egyéni és csoportos tornáztatása, az egyes esetekre speciálisan kidolgozott utókezelési tervek alapján végeztetett gyógytornáztatás azonban szervezetten folyik. A kézgondozói szakfelügyelet rendkívül fontos, s az ott végzett tanácsadói munka és irányítás elengedhetetlen.

Miután a rehabilitált kézsérült az új vagy a régi munkakörében ismét elhelyezkedett, csak azután jelentkezik a sokrétű gondozás. Meghatározott időközökben vissza kell rendelni a volt beteget, hogy az állapotában bekövetkezett esetleges rosszabbodást időben regisztrálhassuk.

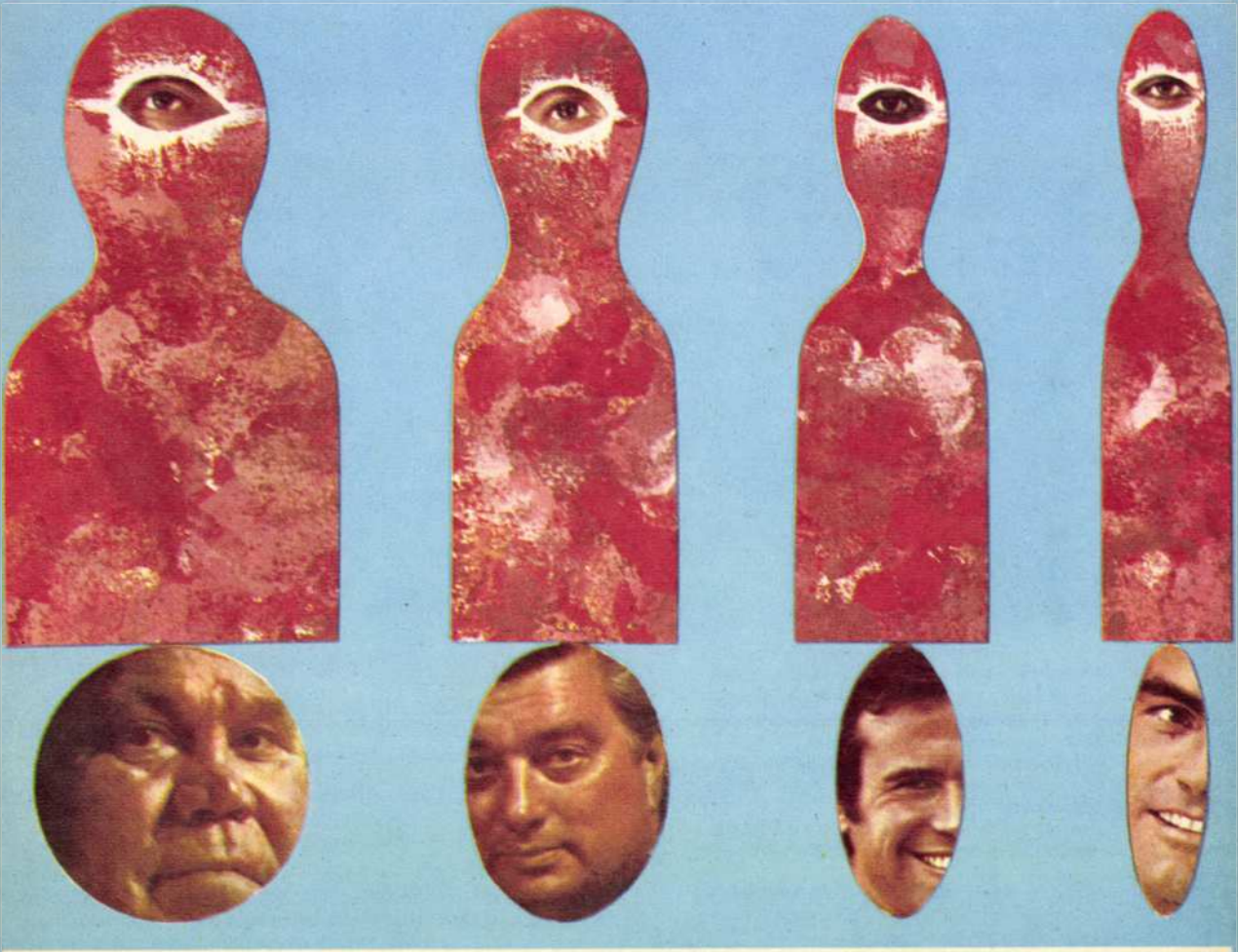
Nemegyszer hónapok után derül ki, hogy egy későbbi rekonstrukciós műtéttel döntő százalékban javítható a kéz funkciója. A gondozás révén jól és pontosan követhetjük a kézbetegek gyógyulását. Ugyanakkor nem szabad elfelejteni, hogy a kézsérültek nagy része „kézcentrikus” és így pszichológiai kezelésük sem hanyagolható el. Túlértékelni bajukat soha nem szabad, mivel a sérülések nagy része üzemi balesetből ered, és emiatt a sérültek „járadék-neurosisra” hajlamosak. A kézsérültek pszichés beállítottságáról külön tanulmányt lehetne írni, ez azonban nem a jelenlegi közlemény célja.

4. Röviden érintenünk kell a kézgondozói munkánk szerves részét: a *továbbképzést*. A megyei és városi kórházakban szervezeten folyik a körzeti és üzemi orvosok továbbképzése. Fontosnak tartjuk az orvosokat felvilágosítani a kézbeteg-ellátás időszervi kérdéseiről. Ez a feladat annál inkább sürgető, mivel a körzetekből jövő és az oda visszatérülő nagyszámú kézsérült csak akkor részesülhet korszerű ellátásban, amennyiben a beteg körzeti

# DESOPIMON®

tabletta  
anorexigenicum

AZ EDDIG ALKALMAZOTT ANOREXIGENICUMOKÉVAL  
ÖSSZEHASONLÍTVA CENTRALIS IZGATÓ HATÁSA MINIMÁLIS.  
ÉTVÁGYCSÖKKENTŐ HATÁSA TARTÓS



**JAVALLAT:** adipositas.

**ELLENJAVALLAT:** kisvérköri hypertensio, cor pulmonale, glaucoma, hyperthyreosis. Terhes, valamint szoptató anyáknak nem adható, továbbá MAO-gátlókkal végzett kezelésekkel egyidejűleg nem alkalmazható.

**ADAGOLÁS:** naponta 2–3x1 tablettát étkezés előtt, kalóriaszegény diéta mellett.

**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 megbetegedés, hypertonia esetén csak óvatosan és állandó orvosi felügyelet mellett alkalmazható.

A dekompenzált betegeket a kúra megkezdése előtt kompenzálni kell. Az érzelmileg labilis, gyógyszer-hozzászokásra hajlamos egyének kezelése fokozott orvosi felügyeletet igényel.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

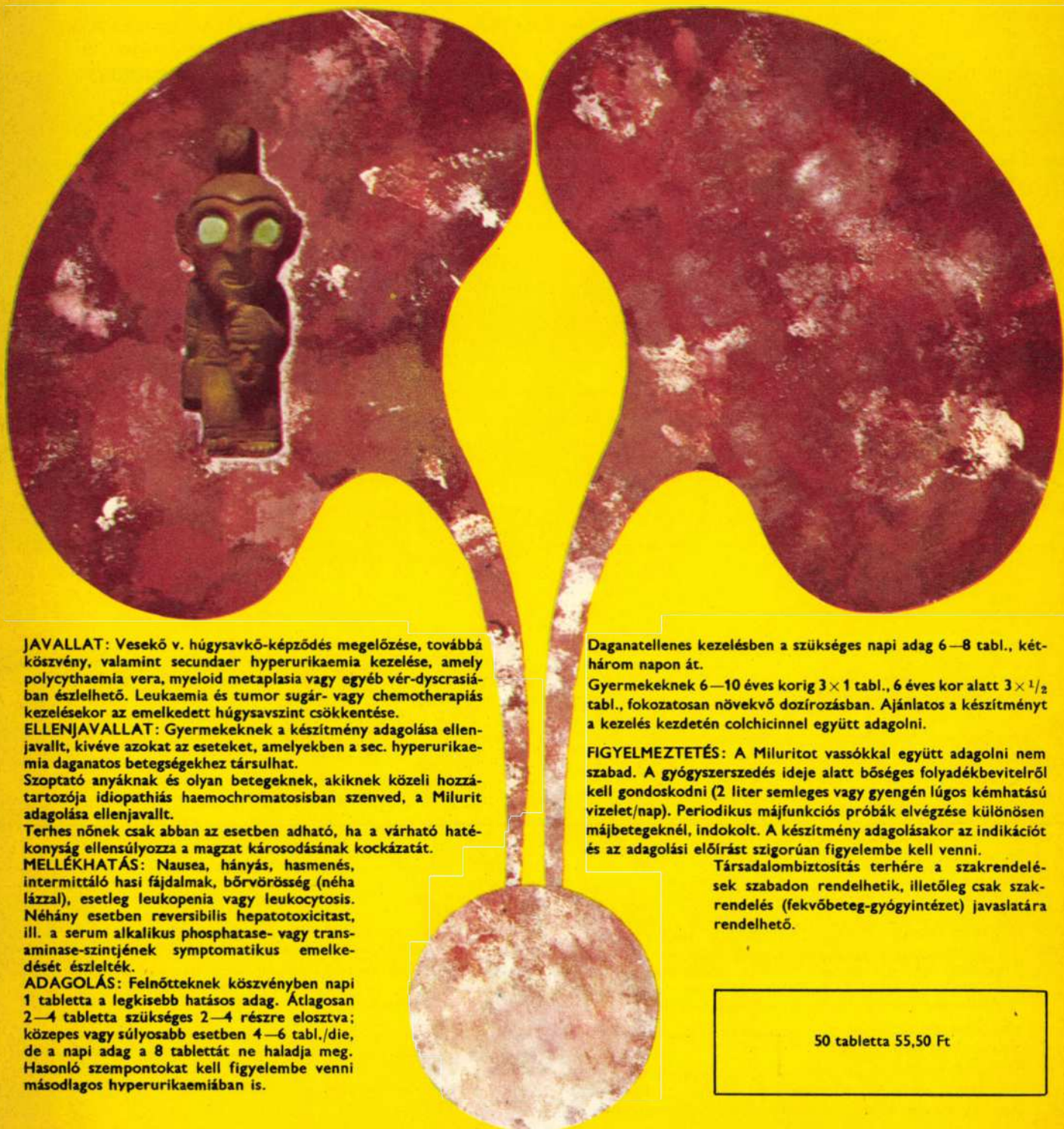
50 tablettát 15,40 Ft

*Egyt*

GYÓGYSZERVEGYSZETI GYÁR, BUDAPEST

# MILURIT<sup>®</sup> tabletta

hyperurikaemia-gátló, xanthinoxidáz-bénító



**JAVALLAT:** Vesekő v. húgysavköképződés megelőzése, továbbá köszvény, valamint secundaer hyperurikaemia kezelése, amely polycythaemia vera, myeloid metaplasia vagy egyéb vér-dyscrasiában észlelhető. Leukaemia és tumor sugár- vagy chemoterapiás kezelésekor az emelkedett húgysavszint csökkentése.

**ELLENJAVALLAT:** Gyermekeknek a készítmény adagolása ellenjavallt, kivéve azokat az eseteket, amelyekben a sec. hyperurikaemia daganatos betegségekhez társulhat.

Szoptató anyáknak és olyan betegeknek, akiknek közeli hozzátartozója idiopathiás haemochromatosisban szenved, a Milurit adagolása ellenjavallt.

Terhes nőnek csak abban az esetben adható, ha a várható hatékonyság ellensúlyozza a magzat károsodásának kockázatát.

**MELLÉKHATÁS:** Nausea, hányás, hasmenés, intermittáló hasi fájdalmak, bőrvörösség (néha lázzal), esetleg leukopenia vagy leukocytosis. Néhány esetben reversibilis hepatotoxicitást, ill. a serum alkalikus phosphatase- vagy transaminase-szintjének symptomatikus emelkedését észlelték.

**ADAGOLÁS:** Felnőtteknek köszvényben napi 1 tabletta a legkisebb hatásos adag. Átlagosan 2–4 tabletta szükséges 2–4 részre elosztva; közepes vagy súlyosabb esetben 4–6 tabl./die, de a napi adag a 8 tablettát ne haladja meg. Hasonló szempontokat kell figyelembe venni másodlagos hyperurikaemiában is.

Daganatellenes kezelésben a szükséges napi adag 6–8 tabl., két-három napon át.

Gyermekeknek 6–10 éves korig  $3 \times 1$  tabl., 6 éves kor alatt  $3 \times 1/2$  tabl., fokozatosan növekvő dóziszban. Ajánlatos a készítményt a kezelés kezdetén colchicinnel együtt adagolni.

**FIGYELMEZTETÉS:** A Miluritot vassókkal együtt adagolni nem szabad. A gyógyszereszedés ideje alatt bőséges folyadékbevitelről kell gondoskodni (2 liter semleges vagy gyengén lúgos kémhatású vizelet/nap). Periodikus májfunkciós próbák elvégzése különösen májbetegknél, indokolt. A készítmény adagolásakor az indikációt és az adagolási előírást szigorúan figyelembe kell venni.

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

50 tabletta 55,50 Ft

*Égyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

vagy üzemi orvosa ismeri a korszerű ellátás lehetőségeit.

A speciális kézbeteg-ellátás szükségessége fellet nincs vita, s ehhez biztosíthatók a személyi és tárgyi feltételek. A megyei tanácsok egészségügyi osztályai, a kórházak igazgatósága, valamint a rendelőintézetek vezetői döntenek el, hogy szükséges-e létrehozni egy megyei székhelyen működő, a kézbeteg-ellátást irányító központot. Az általunk kézgondozónak nevezett szakrendelés létjogosultságát messzemenően bizonyítja a kézsérülések és a kézbetegség egyre növekvő száma. Ezt demonstrálja az a statisztikai kimutatás, amely szerint kórházunk baleseti sebészeti ambulanciáján 1972-ben az összes sérültek 40,4%-a, rendelőintézet sebészeti szakrendeléseiben az összes táppénzes beteg 28%-a volt kézsérült vagy kézbeteg. A sérültek és betegek nagy száma miatt szükséges volt 3 évvel ezelőtt megszerveznünk a kézbeteg-ellátás központosított irányítását és ellenőrzését.

A gondozás révén a sérült majd a leszálalkolt vagy a rokkant kezű beteg nem érzi magát egyedül és így a gyógyulásba vetett hite, a munkára való alkalmasságának biztos tudata segíti elő mielőbbi társadalmi rehabilitációját.

**Összetétel:** Tablettánként 0,5 mg etinodioldiacetátot tartalmaz.

**Hatás:** Folyamatos, megszakítás nélküli szedése az ovulációt általában nem gátolja. A fogamzásgátló hatás, amely a szedés megkezdése után 5–7 nap múlva áll be, főként azon alapul, hogy a cervicalis nyák fiziko-kémiai tulajdonságainak megváltozása miatt a spermiumok átjutása a nyakcsatornán akadályozott. A készítmény oestrogent nem tartalmaz, így mentes azoktól a mellékhatásoktól, amelyek a kombinált és szekvenciális fogamzásgátlók adagolása esetén az oestrogen komponens jelenlétének tulajdoníthatók (thromboembóliás szövődmény, mellfeszülés, émelygés, testsúlygyarapodás).

A Continuin szoptató nőknél nem csökkenti a tejelválasztást, így lactatio alatt is adagolható.

**Adagolás:** Az első tablettát bevételének időpontja a menstruációs ciklus első napja. A továbbiakban napi 1 tablettát kell szedni folyamatosan (menstruációk idején is), azonos napszakban mindaddig, amíg a fogamzásgátlás biztosítása kívánatos.

**Mellékhatások:** A nők többségénél a Continuin szedése panaszt nem okoz. Egyeseknél mellékhatásként köztüvelések következhetnek be. Ezek többnyire csak átmeneti jellegűek és nem indokolják a kúra megszakítását.

**Ellenjavallatok:** Terhesség, pubertas, májműködési zavarok, Dubin–Johnson-szindróma, Rotor-szindróma, anamnesisben szereplő idiopathikus terhességi icterus.

**Megjegyzés:** † Kizárólag orvosi utasításra és rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. Rendelhető a 23/1973. (Eü. K. 17.) Eü. M. számú utasítás szerint.

**Csomagolás:** 42 tablettá.

**Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.**

**Összefoglalás.** A szerző ismerteti a kézbeteg-ellátás centralizált irányítását és ellenőrzését egy vidéki kórházban. Az 1969-ben megszervezett kézgondozó anyagát feldolgozta és tapasztalatait ismerteti. Legfontosabb feladatnak tartja az orvosok korszerű kézsebészeti szemléletének a kialakítását. Véleménye szerint szükség van megyénként kézgondozói hálózat kialakítására.

**IRODALOM:** 1. Böhler, J.: H. Unfallheilk. 1971, 107, 221. — 2. Bunnell, S.—Böhler, J.: Die Chirurgie der Hand. Wien—Bonn—Bern, Wilhelm Maudrich, 1959. 1010. — 3. Buck-Gramko, D.: Chir. prax. 1968, 12, 449. Chir. prax. 1971, 15, 55. — 4. Bugyi I.: Orvosok Lapja. 1949, 22, 732. — 5. Berényi P.: Borsodi Orv. Szemle. 1966, 39, 22. — 6. Flynn, J. E.: Hand surgery. Baltimore, Williams and Wilkins, 1966. 567. — 7. Henye N.: Magyar Traumat. 1966, 9, 319. — 8. Hentschel, M.: Chirurg. 1969, 40, 403. — 9. Kós R.: A kéz sebészete. Budapest, Medicina, 1961. 281. — 10. Kósa Gy.: Magyar Traumat. 1969, 12, 236. — 11. Kovalkovits I.—Fülep L.—Tóth F.: Orv. Hetil. 1972, 113, 1519. — 12. Ladányi J.: Minerva Med. 1970, 61, 71. — 13. Moberg, E.: Dringliche Handchirurgie. Stuttgart, Georg Thieme, 1971. 46. — 14. Manninger J.: Orsz. Traumat. Int. kiadványa. 1966. — 15. Renner A.: Eü. Munka. 1967, 11, 321. — 16. Stockhausen, H.—Hilgenfeldt, O.: Neue Erkenntnisse der modernen Chirurgie der Hand. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1970. 27. — 17. Scharizer E.: Magyar Traumat. 1970, 13, 141.

# CONTINUIN

---

## tabletta



# 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 ajánljuk:

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

**CS** **CHEMAPOL**

Kodaňská 46  
100 10 Praha 10  
Csehszlovákia



Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet  
„B” Belosztálya (osztályvezető főorvos: Fehér László dr.)

## Eredményesen kezelt hypopituitaer coma

Szabó László dr.

Az adenohypophysis (AH) elégtelensége ritkának tartott kórkép, bár *Sheehan* (1), *Kerkhoven* és *Hedinger* (4) ennek ellenkezőjét tapasztalta. Az irodalomban is e kettősség tükröződik: kevés szerző foglalkozik e kérdéssel, kevés esetleírást találunk — ugyanakkor az esetek túlnyomó részének a közlése néhány szerzőhöz fűződik, akik nagyobb eset-számokat ismertetnek (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). Ennek alapján is arra kell gondolnunk, hogy az előforduló esetek száma az ismertnél jóval nagyobb. — *Sheehan* (1) irodalmi áttekintésében 1953-ig összesen 226, élőben diagnosztizált esetet gyűjtött össze, s ebből is 175 eset rövid idő alatt (1949—1953 között) került közlésre.

Az AH súlyosabb destructiója által okozott hypopituitarismus provokáló faktorok hatására, kezelés nélkül általában coma állapotáig jut. Egyes coma-esetek leírása szintén igen ritkán szerepel az irodalomban (1, 3, 4, 10, 11). Ugyanakkor néhány szerző, elsősorban *Sheehan* (1, 2, 3), *Kerkhoven* és *Hedinger* (4) relatíve nagy esetszámokat közöl. *Sheehan* (2) adatai szerint az AH elégtelenségben szenvedők nagy hányada jut el comáig. Ennek mortalitása nagy. Jellemző számadatként említjük, hogy *Sheehan* (2) 96 hypopituitaer betege közül 62 comában halt meg! Későbbi szerzők (13) a coma mortalitását 70%-osra becsülik.

A fatális kimenetel megelőzése a kórkép korai felismerésétől, kifejlődött comában a gyors diagnózistól függ. Ez a súlyos, komplex anyagcsere-katasztrófa azonban sokféle betegség képét utánozhatja (1, 2, 10, 11, 13). A perifériás hormonok hiánya okozta anyagcsere- és hőtermelési deficithez a keringés összeomlása, hypoglykaemia, CO<sub>2</sub>-narcosis, szerv-laesiók társulhatnak, változatos megjelenési formában. A betegek általában „sürgős” beutalással kerülnek kórházba; a vezető tünetek alapján gyakran ideg- vagy elmeosztályra. A kép felismerésében az akut lefolyás és akut tünetek ellenére ezért döntő szerepe lehet a megelőzően kialakult, kevésbé szembetűnő elváltozásoknak.

### Esetismertetés

M. Gy., 65 éves nőbeteg 1970 decemberében, eszméletlen állapotban került felvételre kórházunk ideg-osztályára. Felvétele előtti hónapokban fokozatosan depresszióssá, inaktívvá vált, hiányosan táplálkozott. Eszméletvesztését psychomotoros nyugtalanság, majd zavartság előzte meg.

Neurológiai statusából említésre méltó a vigil coma állapota, hypotoniás izomzat, igen renyhe, kétoldalt egyenlő saját reflexek, kétoldali Babinski-tünet. Egyéb jel, amely primaer organikus idegrendszeri elváltozásra utalt volna, nem volt. Ezért a neurológus belgyógyászati konziliumot kért.

Fizikális vizsgálatából: sovány, sápadt, mozdulatlanul fekvő nő, gyér légzőmozgásokkal. Bőre hűvös, alabástromszerű, vékony, száraz; a típusos helyeken myxoedemás jellegű. Mamillák depigmentáltak. A testfelület egészében szőrtelen. A hajzat megtartott. Nyálkahártyák halványak. Halk, tompa szívhangok. Pulsus: 90/min, RR.: 130/90 Hgmm, légzésszám: 5/min. Hamarosan generalizált convulsiók léptek fel. Vércukor: 28 mg<sup>0</sup>/<sub>100</sub>! Dextrose, corticosteroid, strophantin, keringési-légzési excitansok adása után állapota kissé javult, de tudata nem tisztult fel, nyugtalan lett. Osztályunkra átvettük. Átvétele után ismét hypoglykaemia, majd tensio-esés jelentkezett. Testhőmérséklete 35 °C alatt, rectalisan 37 °C.

Vizsgálati leleteiből: sü.: 29 mm/ó, hgb.: 12,5 g<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, fvs.: 7200. A vizelet, qual. vérkép, májfunkciós próbák, se. K, Na, Ca, P, cholesterin, maradéknitrogén normális. Se. összfehérje: 7,6 g<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, albumin: 3,0 g<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, globulin: 4,6 g<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. SGOT: 318 E. Se. Fe: 150 μg<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Vércukoranalízise kórosat nem mutat. PBJ = 1,5 μg<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Vizelet 17-ketosteroidok (17-KS): 2,1 mg/24 óra, 17-ketogen steroidok (17-KGS): 0,6 mg/24 ó. Thyreoglobulin-ellenes antitestek (praecipitin test): ++++. Szemfenéken rézdrót-arteriák, kanyargós vénák, poz. keresztvezetési tünet. Szabad látótér. EKG görbén: sinus rhythmus, low voltage; a standard II—III. és az V<sub>2-6</sub> elvezetésekben negatív T hullámok. Vércukorterheléses görbe (kezelés után): 57—132—145—103—62 mg<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Shellong-próba pozitív. Mellkas rtg: negatív. Sella normális alakú, nagyságú.

A hypopituitaer coma diagnózisát az anamnesis, a fizikális vizsgálat, a súlyos spontán hypoglykaemia és az EKG lelet adataira alapoztuk. A beteg kezelését Liothyroninnal (T<sub>3</sub>) egészítettük ki, amelyet később Thyrononnal váltottunk fel. A kezelés hatására, az első hét relapsusai után, egyenletes javulást láttunk. Ennek során tudata fokozatosan rendeződött, visszanyerte ép intellektusát és személyiségét. Az EKG görbe T hullámai a V<sub>2-4</sub> elvezetésekben pozitívvá váltak.

Diagnózisunkat néhány hét múlva, az egyértelmű javulás után endokrin funkciós próbákkal igazoltuk. (A hormon-substitútiót előzőtt már korábban, átmenetileg felfüggesztettük.) Az igen lapos izotóp jódtárolásos görbe (2 ó: 1,5% — 6 ó: 1,9% — 24 ó: 5,2% — 48 ó: 4,9%) 2 napig napi 15 NE TSH adására normalizálódott (17,8% — 31,3% — 52,2% — 53,9%), a PBJ értéke 1,75 μg<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ról 2,75 μg<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ra nőtt. Az endogen TSH-reserv meghatározására 8 napig adtunk napi 30 mg Meto-thyrint. A PBJ szintje változatlan maradt (próba előtt: 2,0 μg<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, utána: 2,0 μg<sup>0</sup>/<sub>100</sub>). Endogen TSH-kiáramlást tehát nem lehetett provokálni. Ezek az adatok a pajzsmirigy aktiválhatósága mellett az AH elégtelenségére utaltak.

A corticosteroidok alacsony 24 órás vizeletürítése 40 NE ACTH adására fokozódott (17-KS: 2,1 mg/24 ó-ról 5,2 mg-ra, 17-KGS: 0,6 mg-ról 3,2 mg-ra). Három napig adott napi 40 NE Exacthin hatására az ürítés tovább fokozható (17-KS: 7,0 mg/24 ó, 17-KGS: 4,1 mg/24 ó). A növekedés a fontosabb 17-KGS-ok esetében jelentős, különösen ha figyelembe vesszük, hogy hosszasan fennálló AH elégtelenség esetén nemigen várhatunk frappáns eredményeket (6, 18, 19). A mellékvese tehát stimulálható volt. A Metopiron próba (24 ó alatt 3,0 g Metopiron per os adása utáni vizeletgyűjtés) alatti értékek alacsonyak maradtak (17-KS: 1,5 mg/24 ó, 17-KGS: 0,2 mg/24 ó). Ez pedig az endogen ACTH-reserv hiányát jelentette. Tehát mindkét

endokrin mirigy elégtelensége másodlagos, és mindkét szerv stimulálható. Ugyanakkor a feed-back mechanizmuson alapuló suppressiók próbákkal (Metopiron, Metho-thyrin) endogen ACTH-, ill. TSH-reserv nem mutat-ható ki.

Tudomásunkra jutott később, hogy a betegen már évekkel azelőtt myxoedemát diagnosztizáltak, de ez otthonában kezeletlen maradt.

A beteg 100 napig feküdt osztályunkon. Kibocsá-tása után substitutióként napi 5 mg Prednisolont és 50 mg Thyranont szedett. Ezután 3 év alatt több ízben vizsgáltuk, és fokozatos további javulást láttunk. Hí-zott, a bőr színe és consistentiája normalizálódott. Önálló, aktív életvezetésre képes.

### Megbeszélés

Sheehan a hypopituitarismust gyakoribbnak találja a myxoedemánál és az Addison-kór-nál (1). A sok diagnosztizálatlan eset magyarázatát abban látja, hogy a betegekben kifejlődik a passzivitás, a környezet pedig lemond a betegről. Mások — igen gyakran — a kórképet tévesen diagnosztizálják. Nemritkán a szövödményt kórismézik. Sheehan szer-int minden hypopituitaer comás beteg előzőleg már kórházi, de legalábbis orvosi kezelés alatt állt, betegsége valamelyik tünete miatt. — Az esetek egy részében megállapítják ugyan valamelyik peri-feriás endokrin mirigy elégtelenségét, de ennek centralis eredete tisztázatlan marad. Valloton és mtsai (7) 70 myxoedemás esetéből 41 volt secun-daer eredetű!

A comás betegek anamnesisében jellegzetes a psychés meglussulás, apathia, gyengeség, lassú be-széd, hidegérzékenység, amenorrhoea, később psy-chotikus tünetek. A coma csaknem mindig hideg évszakban lép fel, hetektől akár évekig tartó foko-zatos kifejlődés után. A comát intercurrentis beteg-ség, stressz-hatás, sedativum, a környezet lehülése provokálhatja. A provokáló betegség néha nehezen különíthető el a szövödménytől.

A coma klinikai képében fő szerepe van a pajzsmirigy- és mellékvesekéreg-elégtelenségnek. Megjelenési formája a myxoedemás comához ha-sonlít. (Ebből 1963-ig összesen 87 esetet közöltek) (12). Az elkülönítés elsősorban fizikális jegyeken alapul. A hypopituitaer comás betegen nincs pig-mentatio, gyakran a mamillákon sem; ajakpír hiányzik. A bőr, a myxoedemával ellentétben finom, „alabástromszerű”. Itt is feltűnő a teljes szőr-zethiány, az arc puffadtsága, genitalis atrophia. A haj finomabb, mint myxoedemában. A pajzsmirigy nem tapintható! Hypotensio hypopituitarismusra jellegzetes. Az EKG görbén mindkét esetben low voltage, negatív T hullámok láthatók. Hyperchole-sterinaemia nem jellemző az AH elégtelenségre, hypoglykaemia viszont elsősorban erre utal. Közös tünet a hypothermia, a légzésszám csökkenése. Mindkét formában ritka a bradykardia. Láz infek-ció esetén is hiányozhat.

A szervek pathológiai elváltozásai, pl. a „myx-oedemás szív”, cerebralis laesiók (11, 15) stb., vál-tozatos formában jelentkezhetnek és a képet komp-likálják, egyúttal további szövödmények forrását jelenthetik.

Az AH elégtelenségének kórképe, kifejlődésé-ben eljuthat a szervezet legösszetettebb funkcioná-lis kríziséig. Bár e krízis pathomechanizmusának az

elemei jól ismertek, mégis, összetettsége, ritkasága, a drámai lefolyás miatt sokrétű differenciáldiag-nosztikai probléma merül fel. A kényszerítő gyors döntéshez azonban egyszerűbb vizsgálatok segíte-nek. Esetünkben elégséges volt a fizikális vizsgálat, vércukor és EKG vizsgálata. A fizikális vizsgálat-kor elsősorban a krónikus tüneteknek van szere-pük. A felismeréshez döntő segítséget nyújt a rész-letes heteroanamnesis! Az endokrin funkciós pró-bákat csak a javulás, majd a kezelés átmeneti fel-függesztése után célszerű elvégezni (10, 13). E speciális vizsgálatokra a nálunk általában használatos módszereket alkalmaztuk. Ezek értékeléséhez meg-jegyezzük, hogy a mellékvese-funkció megítélésére legfontosabb a vizelet 17-KGS-ok meghatározása. Az eredmények a klinikai képpel egybevetve diag-nosztikusan megbízhatóak, mivel e frakció a corti-sol metabolitjainak nagy részét tartalmazza (20). A Metopiron próbához kapcsolódva pedig a vizsgá-lat szerepe elsőrendű (21). Úrítésük mértéke azon-ban nem pontos tükre a serum cortisol szintnek, és a határesetek nehezen értékelhetők. (Hozzátesszük, hogy a fontosabb serum cortisol meghatározásakor kapott eredmény is önmagában csupán statikus ál-lapotot tükröz, és nem számol a metabolizmus vi-szonyaival.) A differenciáltabb és pontosabb direkt vizsgálatok (serum cortisol, sexualhormonok, trop-hormonok meghatározása, esetleg hypothalamus-hormonokkal való serkentéssel is egybekötve) el-végzése nálunk még körülményes.

Esetünkben aetiológiai diagnózishoz nem jutot-tunk; nem találtunk granulomás, tumoros vagy anyagcsere-betegséget. Az anamnesisben sem tud-tunk megelőző shock-állapotot, vérzést vagy trau-mát kideríteni.

A hypopituitaer coma kezelésében szükséges-nek tartjuk a kombinált mellékvesekéreg—pajz-smirigy hormon adagolást. Utóbbit T<sub>3</sub>-mal célszerű kezdeni, ennek gyorsan jelentkező hatása miatt — a substitúciónál valamivel nagyobb adaggal. Az általunk alkalmazott kezdeti dózis (60 µg egyszerre, majd 3 × 20 µg naponta) cardialis szövödményt nem okozott. Corticosteroidból kezdetben nagy, far-makológiai hatású adag szükséges, amely később-iekben a fenntartó biológiai dózissal csökkenthető. A coma kezelésében gyakori a therapiás rezisten-cia. A kimenetel függ a kezelés korai kezdésétől és az átgondolt, de határozott gyógyszereléstől. A ja-vulás jelentkezhet órák vagy napok alatt, de elő-fordulhat hónapokig tartó súlyos állapot után is, Betegünk egyértelmű javulást 12 nap múlva mu-tatott.

A sikeres kezelés szempontjából nem döntő a myxoedemás és a hypopituitaer coma gyors elkü-lönítése, mivel therapiájuk lényegében megegyezik.

A coma rossz prognózisával szembe kell állí-tanunk a rendszeres kezelés alatt állók túlélését, amelynek átlaga teljes necrosis esetén 5—15 év (2), de leírtak 44 éves túlélést is (4). Mind az ismét-lődő (1, 14), mind a prolongált coma (11, 13) keze-lése sikeres lehet. Hypoglykaemia nagymértékben rontja a prognózist (6, 12). Esetünkben 3 év után is zavartalan egyensúlyi állapotot láttunk.

Meg kell még említenünk esetünknek egy rend-hagyonak tűnő vonatkozását. A beteg serumában

magas titerben volt thyreoglobulin-ellenes antitest. Ilyen antitestek jelenléte általában differenciál-diagnosztikai jelentőségű és primaer myxoedema mellett szól (7, 8). Esetünkben pedig secundaer myxoedema állt fenn. Goudie és Pinkerton (16), Hume és Roberts (17), majd Valloton és mtsai (7) ismertettek eseteket, amelyekben az „idiopathiás hypopituitarismus” mellett primaer pajzsmirigy-betegség is fennállt. Utóbbiban (7) pajzsmirigy-ellenes antitesteket is kimutattak. Valloton és mtsai, mindezen esetekre hivatkozva, bizonyítottanak látják a lehetőséget, hogy a hypophysis-laesio vagy a „krónikus lymphocytás hypophysitis” (16, 17) mellé immuneredetű, primaer pajzsmirigy-destructio társulhat. Saját esetünkben a pajzsmirigy destructióját funkciós próbákkal nem lehetett kimutatni, így nincs elég alapunk arra, hogy a fentebb említett esetekhez soroljuk. Mégis, figyelemre méltó, hogy a hypophysis-betegség mellett, a jelek szerint immunológiai folyamat érintette a pajzsmirigyet.

**Összefoglalás.** A szerző, tünete alapján felismert, eredményesen gyógyított hypopituitaer coma esetét ismerteti. Irodalmi áttekintés és klinikai kér-

dések taglalása után az eset immunológiai vonatkozását elemzi.

**IRODALOM:** 1. Sheehan, H. L.: Amer. J. Obst. Gynec. 1954, 68, 202. — 2. Sheehan, H. L., Summers, V. K.: Quart. Med. J. 1949, 18, 319. — 3. Sheehan, H. L., Summers, V. K.: Brit. med. J. 1952, 1, 1214. — 4. Kerkhoven, P., Hedinger, Chr.: Schweiz. Med. Wschr. 1967, 97, 263. — 5. Brasel, J. A. és mtsai: Am. J. Med. 1965, 38, 484. — 6. Rosenberg, I. N.: Surg. Clin. North Am. 1968, 48, 353. — 7. Valloton, M. B., Pretell, J. Y., Forbes, A. P.: J. Clin. Endocr. 1967, 27, 1. — 8. Nerup, J. és mtsai: Acta Med. Scand. 1969, 185, 293. — 9. Escamillo, R. F., Lisser, H.: J. Clin. Endocr. 1942, 2, 65. — 10. Perlemutter, M., Cohn, H.: Am. J. Med. 1964, 36, 883. — 11. Blau, J. N., Hinton, J. M.: Lancet. 1960, 1, 408. — 12. Forester, C. F.: Arch. Int. Med. 1963, 111, 734. — 13. Brunner, H. E., Labhart, A.: Der Internist. 1965, 6, 406. — 14. Sheehan, H. L.: Acta Endocr. (Kbhv.) 1965, 48, 40. — 15. Szántó L., Gyulai E.: Magy. Belorv. Arch. 1961, 14, 74. — 16. Goudie, R. B., Pinkerton, P. H.: J. Path. Bact. 1962, 83, 584. — 17. Hume, R., Roberts, G. H.: Brit. med. J. 1967, 2, 548. — 18. Havard, C. W. H. és mtsai: Brit. med. J. 1970, 1, 337. — 19. Greenberg, S.: Lancet. 1969, 1, 834. — 20. Lindholm, J.: Acta Endocr. (Kbhv.) 1973, 72, 20, 80. (Suppl. 172.) — 21. Gláz E.: Belgyógyászati funkcionális diagnosztika (szerk.: Takács L.), Medicina, Budapest, 1965, 322. és 344.

# STUGERON tableta

## ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 25 mg cinnariziumot tartalmaz.

## HATÁS

A Stugeron kifejezetten gátolja a különböző vasoaktiv 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 erek átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus hatást fejt ki az érfal 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-syndroma, diabetes, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paresthesia, trophicus zavarok kezelésére.

## ELLENJAVALLAT

Ez ideig nem ismeretes.

## ADAGOLÁS

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

## MELLÉKHATÁS

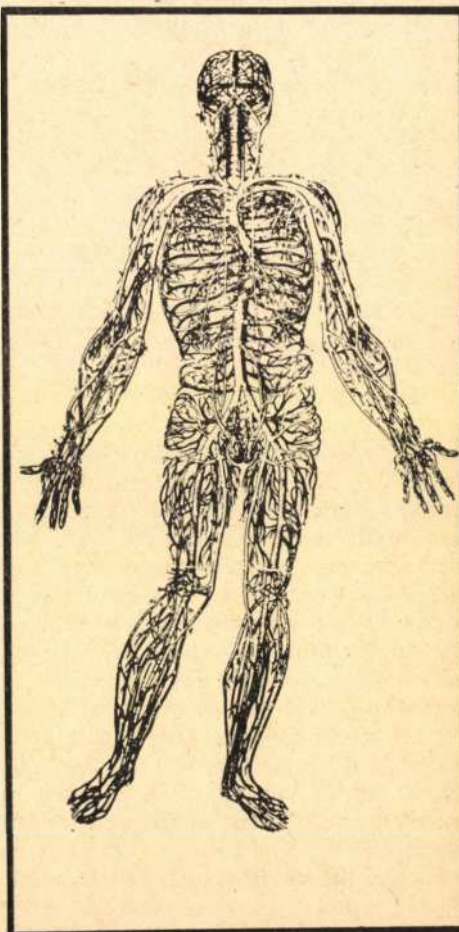
Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

## 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 tableta 26,90 Ft.  
200 tableta 98,70 Ft.



Fővárosi László Kórház,  
II. sz. Felnőtt Fertőző Belosztály  
(főorvos: Bodor György dr.)

## Malabsorptio és immundefektus vékonybél-resecált betegben

Bíró László dr., Bodor György dr.,  
Kéri Júlia dr. és Magera Judit dr.

Az immunsystema feladata a szervezetbe került idegen antigenek (pl. mikroorganizmusok), somatikus mutálódott sejtek (tumorok), testidegen szövetek (transzplantatumok) eliminálása, valamint a fiziologiásan előregedett sejtek lebontása. E rendkívül bonyolult rendszer fejlődését úgy képzeljük el, hogy a pluripotens őssejtekből részben haemopoetikus, részben lymphoid őssejtek keletkeznek. A thymus befolyása alatt differenciálódó lymphoid sejtekből alakulnak ki a T sejtek, a cellularis immunitas hordozói. A B sejtek főleg a humoralis immunitas kialakulásáért, az antitestképzésért felelősek. Érésük emlősökben, valószínűleg az emberben is, a madarak lymphatikus szervével, a bursa Fabriciivel analog szervben, a vékonybél szöveteiben folyik. Fő tömegük a Peyer plaque-okban található. A B sejtek plasmasejteké képesek differenciálódni, az immunoglobulinokat termelik. A két rendszer interakciója, kooperációja biztosítja a teljes immunválaszt (3, 15, 16, 21, 32, 33). A közös őssejt fejlődési zavara a későbbi lymphoid malformatiókra, ill. immunsystema károsodásokra egyaránt lehetőséget nyújt és megmagyarázza esetleges együttes előfordulásukat is. Az immunkompetens systema fejlődése során vagy később valamely betegség vagy ártalom következményeként létrejött károsodás immunhiányos állapothoz vezethet (3, 29). Sérülhet a humoralis, a cellularis immunitas vagy mindkettő együttesen. A fő megjelenési formákon belül több alcsoportot különítenek el (18, 31). Hazánkban az antitesthiány syndromával (továbbiakban ahs) több szerző foglalkozott (4, 5, 6, 12, 22, 23, 24, 30, 36, 37, 42); a secundaeren kialakult immundeficiens állapotokat *Patakfalvi* foglalta össze (27, 28, 29). Lympho- és reticulosarcomát kísérő ahs-ról viszonylag kevés az adat (3, 9, 14, 20,

29). Ezért tartjuk érdemesnek, hogy lymphosarcoma miatt kilenc évvel korábban sikeresen operált betegünk kórtörténetéről beszámoljunk. A műtét óta eltelt idő alatt jelentkező tünetek okaként ismételtelen malignus alapfolyamat recidiváját keresték, az immundeficiens állapot felderítetlen maradt.

### Esetismertetés

K. J., 32 éves nőbeteget 1973 decemberében vettük fel salmonellosis gastroenteritica dg.-sal. Az áthelyező osztályra lázas hasmenés miatt, súlyos általános állapotban került; székletéből Salmonella münchen tenyésztett. A családi anamnesis negatív. Betegünk gyermekkorában parotitis epidemican, morbillin, varicellan esett át. Súlyosabb betegsége 24 éves koráig nem volt. 1965-ben heveny hasi tünetek miatt laparotomia történt, amelynek során kb. 13 cm hosszú vékonybélszakaszt resecáltak, side-to-side entero-entero anastomosiszt végeztek. Dg.: tumor intestini jejuni, ileus. Szöveti lelet: lymphosarcoma intestini tenuis. 3100 r. összdosisú hasi subtotalis besugárzásban részesült. (A klinikai adatokért Hüttl Tivadar dr. főorvosnak, a szövettani leletért Beregi Edit dr. főorvosasszonynak tartozunk köszönettel.) A műtét óta változó intenzitással, szinte állandóan vannak panaszai. Puffad, diffuze, időnként jobb bordaív alatti bizonytalan fájdalmi vannak, étvágytalan. A műtét óta 4–5 kg-ot fogyott. Alkalmanként szédül, vérnyomása alacsony. Általában naponta háromszor nagyobb mennyiségű, hasmenéses jellegű székletet ürít. 1965 óta nem menstruál. Ideges, szívjáji szúrásai vannak. A bemutatott zárójelentések alapján 1965 óta több ízben kezelték különböző osztályokon esetenként lázzal járó súlyos hasmenés miatt. Malignus alapbetegségének recidivájára gondolva ismételtelen végeztek gastroenterológiai kivizsgálást negatív eredménnyel. Tüneti kezelésben részesült. Felvételnél a normálisan fejlett, az átlagosnál gyengébben táplált nőbeteg bőre és látható nyálkahártyái kp. vérteltek. Nyirokcsomó nem tapintható. A szív és tüdő fizikális lelete negatív. Has puha, jól betapintható. Máj I harántujjal nagyobb, puha, lekerekített szélű; enyhe nyomásérzékenység a jobb bordaív alatt. Lép nem tapintható. Vesetájak ütögetésre nem érzékenyek, vesék nem tapinthatók. Végtagjai alakilag és funkcionálisan épek. Sajátreflexek élénkek. Pulsus: 85/min, RR.: 100/70 Hgmm, testsúly: 49,50 kg.

Laboratóriumi leleteiből: vvt.: 3 700 000, hgb.: 11,7 g%, fvs.: 6400, se.: 64%, ly.: 32%, mo.: 4%. Westergreen: 15 mm/ó. Sternumpunctatum: mérsékelt erythropoetikus hyperplasia, normoblastos erythropoiesis. Normális granulopoiesis. Plasmasejt csak igen elvétve figyelhető meg. A reticularis elemek közül a lymphoid elemek szaporulata látható. Se. bi., thymol turb. és flocc., aranyosol, SGPT, alk. foszf., se. és vizelet diastase, prothrombin, thrombocyta, se. öszlipoid, se. Cu, se. Ca, se. P, AST, CRP, RN, se. elektrolitek normális eredményűek. Latex, LE-sejt, Coombs-test: neg. Vércsoport: „A”, Rh pos. Per os terheléses vércukorvizsgálat: 65–90–85–80 mg%. Se. öszfehérje: 6,4 g%, albumin: 4,5 g%, globulin: 1,9 g%. Papírelektroforesis: alb.: 68%,  $\alpha_1$ -glob.: 6%,  $\alpha_2$ -glob.: 12%,  $\beta$ -glob.: 8%,  $\gamma$ -glob.: 6%. Immunelektroforesis: csökkent IgG, alig kivehető IgA, IgM. Csökkent transferrin, sok  $\beta_1$ -globulin, haptoglobin, glykoprotein és orosomucoid. Normális praealbumin. A Humán Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet (Réthy Lajos dr. kand.) leletei: agarelektroforesis: nagymértékű csökkenés a  $\gamma$  és  $\beta_2$  fraktióban. Immunelektroforesis: IgG és IgA nagymértékben csökkent, IgM nem mutatható ki. Immundiffúziós vizsgálat: IgG: 195 mg%, IgA: 22 mg%, IgM: 27 mg%. Ellenanyagvizsgálat: Staph.  $\alpha$ -antitoxin: 0,38 IE/ml. Salm. ty. 0, Salm. ty. 2, Sh. flexneri 2, Sh. flexneri 3, Sh. flexneri 6, Sh. sonnei, E. coli 0 26 és E. coli 0 55 agglutinin nem mutatható ki. Anti-B: 8+-. Komplementkötési vizsgálattal: influenza A, B; adenovírus, mumps: neg. Morbilli HAG: 1 : 20. Widal-reactio: Paty A, B, C; Weil-Felix OX19, Bien-Sonntag-reactio ne-

gativ. Diphtheria antitoxin: 0,03 E alatt. Pertussis ellenanyag: 1:64 (Főv. László Kórház, immunológiai lab.). Tetanus antitoxin: 0,09—0,27 IE/ml (OKI oltóanyag e. o.). Au. antigen: neg. Se. Fe: 50  $\gamma$ /0, se. cholesterolin: 90 mg/0, se. cholesterolin ester: 65 mg/0. Xylose terhelés vizsgálata (25 g D-xylose fogyasztása után 5 órán át gyűjtött vizeletben): 1,62 g (III. sz. Belgyógyászati Klinika, labor., dr. Vándorné). Fracionált próbareggeli: histamin refractaer acidoitas. Széklet pH: 7. Weber: negatív. Széklet emésztettség: sok nativ zsír, zsírsav. Elvétele emésztetlen keményítő és izomrost. (Quantitativ zsírrűftés vizsgálata technikai okból nem történt.) Széklet Salm., Shigella, Giardia lamblia, amoeba, féregpete: negatív. Epitenyésztés: A, B, C epe: E. coli. Mantoux reactio: 1:10 000 higitással pozitív.

EKG és mellkas rtg: negatív. Gyomor-bél rtg (Berkovits László dr. főorv.): nyelés akadálytalan. Cristaig érő, jó tónusú, horgos alakú gyomor; kontúrok épek, perisztaltika végighalad, pylorus spontán ürül. Bulbus, patkó ép. A felső jejunális szakasz erősen tágult, helyenként lefűzött.  $\frac{1}{2}$  hpc.: pép nagy része a felső, középső vékonybélkacsokban. A vékonybelek balra dislocáltak. A középső kacs conglomeratumot képez. A belekben bő secretio. A középső kacs egy szakaszán a bél torquált, fölötte a redő oedemás, a nyálkahártya polypoid jellegű. 1 hpc.: a belek erősen gázosak, pép az ileumkacsokban, amelyek redőzete oedemás, bennük bő secretio. Praecoecalisan az ileumkacs lumene egyenetlen, nyálkahártyája szemcsés szerkezetű. 24 hpc.: a pép a coecumtól a sigmáig. A transversum haustriatioja fokozott. A haustriatumokon pseudodiverticulumok láthatók. Iv. cholecystographia: nagyobb, intenzíven telődő, alig contraháló epehólyag. Kő nem látszik. (A vizsgálatot követően testszerte viszkető, maculosus exanthema jelentkezett, amely néhány nap alatt elmúlt.) Rectalis dig. vizsg.: neg. Irrigoscopia: norm. viszonyok. Rectoscopia: neg. lelet. Rectum-biopsia: a nyálkahártya a szokott képet mutatja, egyes helyeken a szokásos sejtelemek kívül neutrophil granulocyták is előfordulnak. Észlelhető egy-egy nyirokfolliculus is, amely a submucosába is követhető. A centrum germinativum sehol sem kifejezett, de több helyen fellelhető. A folliculusok szomszédságában és néhol a nyálkahártya mirigyek között is található egy-egy plasma-sejt (Kendrey Gábor dr., főo.).

Oesophago-gastro-duodenoscopus vizsgálat (Wittman István dr., Huoránszky Ferenc dr.): a GIF type D eszköz akadálytalanul vezethető a cardián át a gyomorba, majd a pyloruson át a duodenumba, majd teljes terjedelmében (a fogsortól számított 100 cm-es mélységbe), v. s. a jejunum felső szakaszába. Ekkor az eszköz végétől kb. 5—10 cm-re egy, a lument csaknem teljes egészében kitöltő, sima mucosa borítású polypoid képlet kerül látótérbe. Ebben a positurában az excisiós eszköz nem vezethető ki, histológiai anyagvétel elmarad. Oral felé haladva kb. a duodeno-jejunális átmenet magasságában belső anastomosisnak megfelelően 2 vékonybélszakaszba lehet belátni, ill. az eszközt bevezetni. Az eddig említett bélszakaszon a nyálkahártyakép a megszokott, Kerking-redőzet ép. A duodenumban a mucosa granulátnak imponál (lymphoproliferatio?), erről a szakaszról ismételt excisio. A bulbus duodeni ép. Az anastoma mucosája ép, perisztaltika akadálytalanul halad az ép alakú és funkciójú pylorusig. A corpus mellső és hátsó fala, kis- és nagy-görcsületek épek. Ugyancsak ép a cardia- és fornix-táj is. A nyelőcső ép.

Szövetteni lelet (Szentirmay dr.): a vizsgált metasztetekben a nyálkahártya szerkezete felismerhető, azonban stromájában nagy tömegű lymphoid-sejtes beszűrődés van, amivel elkeverve néhány eosinophil leukocyta vagy plasmasejt is megfigyelhető. A lymphoid sejtek mérsékeltten egyenetlenek, helyenként szabálytalanok, nagyobbrészt azonban művileg sérültek, ezért szövetteni vizsgálattal nehezen értékelhetők. Egy helyen nagyobb nyiroktüsző körvonalai ismerhetők fel. A nyálkahártya hámelemei lényegében megtartottak, de maga a nyálkahártya erősen sorvad. A szövetteni kép alapján nem mondható egyértelműen, hogy erős lymphoid hyperplasiáról vagy pedig lymphosarcómás

beszűrődésről van szó, bár az anamnesticus adatok az utóbbit valószínűsítik.

Családtagokban az immunoelektroforesis normális eredményű. Betegünket első észlelésünk óta több alkalommal ellenőriztük, testsúlya gyarapodott, hasi panaszai mérséklődtek. Két alkalommal kapott túlnyomóan IgA-t tartalmazó IgA + IgG készítményt, amelynek rendelkezésünkre bocsátásáért a Humán Oltóanyagtermelő és Kutató Intézetnek ezúton is köszönetünket fejezzük ki.

### Megbeszélés

Betegünk panaszainak előterében az emésztőszervrendszerre vonatkozóak állottak. A széklet jellemző változása, a hasi panaszok, a testsúlycsökkenés figyelmünket felszívódási zavarra irányították, amelyet a laboratóriumi vizsgálatok alátámasztottak (19). A lázzal járó hasmenéses epizódok, a malabsorptiónak megfelelő klinikai kép miatt felmerült az immundeficiens állapot lehetősége is (12). Az irodalom szerint az ahs eseteknek mintegy 10 százalékában komplex vagy részleges malabsorptióis syndroma állhat a kép előterében. Ezen betegekben a béllyálkahártyán a normális képtől a legsúlyosabb károsodásig minden változatot leírtak (1, 10, 11, 13, 35). A morfológiai kép és a felszívódási zavar súlyossága nem mindig áll összhangban (10). *Dobbins* és *Sahba* (13) hat éven keresztül követte ahs-ban szenvedő betegük béllyálkahártyájának morfológiai változását. Ennek során a kezdetben normális nyálkahártya fokozatosan kialakuló súlyos laesionnak adott helyet: a villusok eltűntek, a bél absorptív sejtjei ellapultak, a nyálkahártyát lymphocyták infiltrálták. A szerzett felnőttkori

agammaglobulinaemiások, dysgammaglobulinaemiások között az esetek több mint felében írtak le sprue-szerű tüneteket (24), és ezen betegekben a bél nyirokapparatusa inkább hyperplasiás volt (32, 43). A hasmenés és a malabsorptio oka ahs-ban pontosan nem ismert (24, 38, 41). A laboratóriumi kimutatható immundefektus és a klinikai kép közötti esetleges dyscrepantiát a helyi immunsystema kompenzatorikusan fokozott működése magyarázhatja (26, 41). Az emésztőtractus secretumai-ban mind a három immunoglobulin osztály megtalálható, és mennyiségük nem mutat szoros összefüggést a serum immunoglobulinszintjével (29). A secretoros immunoglobulinok a normális bakteriumflóra fenntartásában szerepelhetnek (26). Ismert, hogy ahs-ban elsősorban a bakterialis infectiók iránti fogékonyság növekszik (7) és a betegekben az antibiotikumok rövid idő alatt rendezhetik a sprue syndromát (34). Betegünk hasmenéses panaszait is antibiotikum mindig jól befolyásolta. Ahs esetén az egyébként steril felső vékonybélszakaszban bakteriumok telepedhetnek meg, amelyek az epesavak, a zsír és szénhidrát átalakítása révén, a só és víz resorptióját gátló és a bél-motilitást gyorsító termékeket hozhatnak létre. A megtelepedett bakteriumok B<sub>12</sub>-vitamint, fehérjét, peptidet, aminosavakat használhatnak fel, a xylose fokozott felhasználása révén kóros terhelési próbát okozhatnak (8). A kóros epesav bomlástermékek szerepét látta igazolva *Glick*, aki hypogammaglobulinaemiához társuló hasmenés esetén a cholestyramint sikerrel alkalmazta (17). A tünetek értelmezése könnyebb,

ha — mint esetünkben is — morfológiai eltérések is kimutathatók, amelyek kialakulásában szerepet kaphatnak az ismételt bakteriális infekciók. Vírusok szerepe is felmerült a nyálkahártya-laesio keletkezésében (13). Varró hangsúlyozza, hogy malignus folyamat miatt végzett műtét esetén már kisebb bélszakasz resectiója is felszívódási zavart okozhat (40). Betegünkben viszonylag rövid bélszakasz eltávolítására került sor, ezért a hasi tünetek keletkezésében az ahs-nak tulajdonítjuk a fontosabb szerepet.

Lymphosarcomában többen írtak le immunoglobulinszint-csökkenést (3, 9, 14, 20, 25, 29). Patakfalvi reticulosisban, lymphoreticulosarcomában szenvedő betegekben lényeges ellenanyag- és immunoglobulinszintézis-zavart nem talált (29). Esetünkben mindhárom immunoglobulin osztály kifejezett csökkenése mellett az ellenanyag-vizsgálatok is bizonyították a humoralis immunitás károsodását. A következő összefüggések ismertek: a lymphoreticularis systema megbetegedéseit ahs kísérheti (3, 29, 30), az immundeficiens állapotokban viszont fokozott hajlam áll fenn lymphoreticularis neoplasmákra (20, 32, 33). A harmadik correlációs lehetőséget Varró ismerteti: lymphoreticularis neoplasmák a bélben sprue szövödményként is felléphetnek (41). Betegünkben a sikeres műtét után több évvel állapítottuk meg az ahs-t. Ismert, hogy a lymphosarcoma sebészi eltávolítása gyógyulást eredményezhet (25). Felmerült annak a lehetősége is, hogy esetünkben az immunhiányos állapot idiopathiás késői formájáról van szó, amely korábban egészséges egyénben a harmadik évtizedben jelentkezik, a csökkenés valamennyi immunoglobulin osztályt érinti. A csontvelőben és egyéb lymphaticus szervekben plasmasejt, a nyirokcsomókban és a lépben csíracentrum nincs; a kevés fellelhető csíracentrum hyperplasiás és hasonlít a nagyfollicularis lymphoblastomában megfigyelhető képhez (9, 18). Betegünk ellenanyaghiányának primaer volta ellen szól a műtéti anyag szövettani lelete, a sternumpunctatum és a rectum-nyálkahártya plasmasejt tartalma és a negatív családi anamnesis. A lymphoplasmocellularis systema károsodása a Peyer-plaque-ok műtéti és sugárártalma következtében ugyancsak szóba jöhet betegünk ahs-ja pathogenesisében. Patakfalvi haemoblastosisokban a röntgen-sugárzásnak nem tulajdonít szerepet az immunhiányos állapot kialakulásában (29), mások a teljestest-besugárzás ezirányú hatását említik (31). A resectio jelentősége ellen szól ebben a vonatkozásban is, rövid terjedelme. A lymphoid malformatio korai fellépte és az utólag megállapított immundefectus együttesen felvethetik a rendszer geneticus érintettségét, ezért betegünkben tumor recidiva, esetleg autoimmun betegség lehetőségével számolni kell (32). A kezelést illetően a fel nem szívódott anyagok substitúcióján kívül esetenként antibiotikumok adása és az immunoglobulinok pótlása jön szóba. Utóbbi mindhárom osztályt tartalmazó anti-

komplementes készítménnyel eredményesebb (39). Az antibiotikus kezelés nehézségeit a bakteriumok resistenssé válása és a haemopoetikus mellékhatások jelentik.

A kórkép felismerésének jelentőségét az adja, hogy állandó ellenőrzés, megfelelő kezelés, ill. prophylaxis esetén a beteg panaszai lényegesen csökkenthetők, és életkilátásai javulnak.

**Összefoglalás.** A szerzők kilenc évvel korábban lymphosarcoma miatt jejunalis vékonybél resectión átesett betegen malabsorptiót és immundefectust észleltek. Tárgyalják a két kórfolyamat egymással, az alapbetegséggel és a műtéttel való összefüggésének lehetőségeit, néhány diagnostikai, ill. therapiás következtetést vonnak le.

**IRODALOM:** 1. Anderson, F. L. és mtsai: Amer. J. Dig. Dis. 1970, 15, 279. — 2. Backhausz R.: Doktori dissertatio. Bp. 1969. — 3. Barandun, S. és mtsai: Das Antikörpermangelsyndrom. Benno-Schwabe Co. Verlag, Basel—Stuttgart, 1960. — 4. Barzo, P. és mtsai: Z. Erkrank. Atm.-Org. 1971, 134, 243. — 5. Bíró I. és mtsai: Magy. Belorv. Arch. 1973, 26, 201. — 6. Bíró L., Csiszár Gy.: Z. Inn. Med. 1964, 19, 425. — 7. Bjernulf, A. és mtsai: Acta med. scand. 1971, 190, 71. — 8. Blum, A. L. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 300. — 9. Brem, T. H., Morton, M. E.: Ann. Int. Med. 1955, 43, 465. — 10. Cattani, D.: Ann. Gastroent. Hepat. 1972, 8, 459. — 11. Corlin, R. F., Pops, M. A.: Gastroenterology. 1972, 62, 473. — 12. Cser A. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 803. — 13. Dobbins, W. O., Sahba, M. M.: Dig. Dis. 1972, 17, 23. — 14. Geller, W.: J. Lab. Clin. Med. 1953, 42, 232. — 15. Gergely J.: Orvosképzés. 1971, 46, Suppl. 12. — 16. Gergely J.: Orv. Hetil. 1973, 114, 726. — 17. Glick, G. J., Hoffmann, A. F.: Amer. J. Med. 1971, 51, 281. — 18. Humphrey, J. H., White, R. G.: Kurzes Lehrbuch der Immunologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1971. — 19. Jávorszky T.: in: Az orvostudomány aktuális problémái. Szerk.: Fischer A. Medicina, Bp., 1971. I. 5. — 20. Kaboth, W.: Med. Klin. 1970, 65, 1862. — 21. Kelemen E.: Magy. Belorv. Arch. 1969, 22, 169. — 22. Kiss G. és mtsai: Orv. Hetil. 1969, 110, 3053. — 23. Koltay M. és mtsai: Gyermekgyógyászat. 1959, 65, 10. — 24. Koltay M.: Kandidátusi dissertatio. Szeged, 1964. — 25. Magyar I., Petrányi Gy.: A belgyógyászat alapvonalai. Medicina, Bp. 1969. — 26. Mészai Zs. és mtsai: Orv. Hetil. 1974, 115, 379. — 27. Patakfalvi A. és mtsai: Orv. Hetil. 1968, 109, 188. — 28. Patakfalvi A. és mtsai: Orv. Hetil. 1969, 110, 882. — 29. Patakfalvi A.: Kandidátusi dissertatio. Pécs, 1971. — 30. Péter K., Schwartz J.: Orv. Hetil. 1971, 112, 1757. — 31. Schöngut L., Rényi I.: in: Autoimmun betegségek (szerk.: Petrányi Gy.) Akadémiai Kiadó, Bp. 1974. — 32. Petrányi Gy.: in: Autoimmun betegségek (szerk.: Petrányi Gy.) Akadémiai Kiadó, Bp. 1974. — 33. Rauss K.: in: Orvosi Mikrobiológia—Immunitástan—Parazitológia (szerk.: Alföldy Z.) Medicina, Bp. 1973. — 34. Riva, G.: Das Serumweißbild. Verlag Hans Huber. Bern—Stuttgart, 1960. — 35. Santini, B. és mtsai: Minerva Peditr. 1972, 24, 133. — 36. Solti F. és mtsai: Orv. Hetil. 1958, 99, 718. — 37. Tompa S., Jobst, K.: Magy. Belorv. Arch. 1957, 10, 97. — 38. Trudeau, W. L., McGuigan, J. E.: Clin. Biochem. 1971, 4, 2. — 39. Tympner, K. D.: Vortrag in der Univ. Kinderklinik in München am 24. 10. 1973. In: Münch. med. Wschr. 1973, 116, 14. — 40. Varró V.: Gastroenterologia. Medicina. Bp. 1964. — 41. Varró V.: Orvosképzés. 1974, 49, 43. — 42. Vizer Gy., Kassay L.: Orv. Hetil. 1972, 113, 1973. — 43. Wolfram, I. I. és mtsai: Amer. J. Roentgenol. 1970, 108, 610.



# HORUS

## ORVOSTUDOMÁNYI DOKUMENTÁCIÓS SZOLGÁLAT

Szerkeszti  
az Országos Orvostudományi  
Könyvtár igazgatója

23. szám

### Jonas Salk szerepe a polio leküzdésében

A közelmúltban jelent meg a New Haven-i Yale egyetem kiadásában egy monográfia a poliomyelitis történetéről. A mű címlapján egy időszámításunk előtt 1400-ból származó egyiptomi reliefen fiatal férfi látható, akinek az alszára a polióra jellegzetes módon sorvad.

A polio első szakszerű leírása *M. Underwood* londoni orvos könyvében olvasható. Az 1789-ben megjelent második kiadásban van egy fejezet, amelynek „Debility of the lower extremities” a címe. Az 1784-ben megjelent első kiadásban ez a fejezet még nem szerepel.

Nagy haladást jelentett *Jacob Heine* cannstatti ortopéd orvos 1840-ben megjelent tanulmánya: „Lähmungszustände der unteren Extremitäten und deren Behandlung”. Ebben leírja a krónikus gyermekbénulást és a gyógyításra szolgáló ortopédiai kísérleteket. Ugyanebben az időben megjelent *C. West* angol orvos „Morning paralysis” c. cikke is. 1851-ben *F. Rilliet* a párizsi *Gaz. med.*-ben írt cikket „Paralysies essentielle chez les enfants” címmel. 1855-ben *Duchenne* boulogne-i orvos felfedezte, hogy a sorvadt izmokban megszűnt az elektromos ingerlékenység.

1860-ban *Jacob Heine* egy monográfiában adta ki további tapasztalatait „Spinale Kinderlähmung” címmel. *Heine* a klinikai kép alapján megsejtette, hogy a kór anatómiai substratuma a gerincvelő szürkeállományának mellső szarvaiban van, ennek hisztológiai bizonyítékát azonban *V. Cornil* adta meg 1882-ben. Szabatosan leírta a mellső szarvak ganglionsejtjeinek pusztulását. *Prévost* és *Vulpian* már korábban, régebben gyógyult betegek sectiója alapján leírta, hogy a mellső szarv és a ganglionsejtek atrophiasak. *Charcot* és *Joffroy* ezt 1870-ben megerősítette. 1872-ben *Charcot* használta első ízben a myelitis kifejezést.

A fertőzéses eredet lehetőségét *A. Strümpel* heidelbergi és *P. Marie* francia belgyógyász vetette fel. 1874-ben *A. Fey* nevezte a betegséget első ízben poliomyelitis anterior acutanak, amit *Kussmaul* népszerűsített, később csak poliomyelitis-nek nevezték, majd az utóbbi évtizedekben a polio rövidített elnevezés terjedt el.

*Wickman* svéd kutató nevezte első ízben *Heine*

—*Medin*-kórnak s ezzel az elnevezéssel emléket állítani *Jacob Heine*-nek, valamint tanítómeszterének, *Medinnek* [*Oskar Medin* svéd gyermekgyógyász (1847—1923)], aki 1890-ben Berlinben a X. nemzetközi orvoskongresszuson 44 esetről számolt be s a polio akut formáinak klasszikus leírását adja. (Közben számos, a civilizáció magas fokán álló országban nagyobb járványok pusztítottak.)

*Bókay János* 1914-ben megjelent rövid monográfiájában írja, hogy a XX. század szomorúan érdekes sajátossága, hogy a polio — eddig ismeretlen körülmények közrejátszása folytán — mindenféle többé-kevésbé kifejezetten járványosan kezd jelentkezni. *Bókay* javaslata alapján elindított adatgyűjtés 1911-ben azt mutatta, hogy Magyarországon is kifejezett járvány volt egyes vidékeken. (A vidékeket nem sorolja fel.) *Bókay* megjegyzi az írásban: szomorú prioritás; ő észlelte az első kórházi fertőzést.

Az előtörténet után foglalkozunk röviden a polio experimentális kutatásával.

1908. XII. 18-án *Landsteiner* és *Popper* arról számol be Bécsben, hogy nyúlón, tengerimalacon és egéren végzett sikertelen kísérletek után sikerült két macacus majmot megbetegíteniük. A fertőzőanyagot intraperitonealisán adták be. Az állatok néhány nap múlva elpusztultak és a gerincvelőben tipikus szöveti kép mutatkozott.

*S. Flexner* a Rockefeller-intézet mikrobiológusa fedezte fel, hogy a vírus átvihető majomról majomra, ugyancsak ő fedezte fel *Landsteinerrel* egyidejűleg, hogy a vírus beoltása után ellenanyagok képződnek, amelyek semlegesítik és hatástalanítják a vírusokat. *C. Levaditi* (1879—1953) a román származású bakteriológus a Pasteur-intézetben mutatta ki, hogy az emberi reconvalescens szérumnak hasonló hatása van.

A reconvalescens savóval végzett humán kísérletek nem hoztak szignifikáns eredményeket sem a diagnosztikában, sem a gyógyításban. Az okot a Nobel-díjas *Sir M. Burnet* tárta fel, akinek virológiai és immunológiai kutatásairól 75. születésnapja kapcsán emlékeztünk meg. Felfedezte, hogy különböző poliovírusok mutathatók ki, és az egyik ellen hatásos reconvalescens savó hatástalan egy másikra. Ezzel szemben *Flexner* minden munkájában tagadta, hogy az egyes polio-törzsek antigén tulajdonságai különbözőek.

A vírus behatolásának helyét illetően is tévesnek bizonyultak később *Flexner* nézetei. Ő ugyanis az ornyálkahártyát tekintette a behatolás helyének. A vírus neurotropizmusa — ami az állatkísérletek nyomán igazolva látszott — sem bizonyult időtállóknak. *Wickman* svéd, valamint *Krause* és *Römer* német orvosok már a századunk első évtizedében az emésztőutakat tekintették a fertőzés helyének, de évtizedekbe tellett, amíg ez igazolódott. És kiderült, hogy cseppinfekció is lehetséges. A székletben 1912-ben *Kling* és *mtsai* találták meg a vírust. Ugyancsak ők mutatták ki a csatornák szennyvizében.

Az első világháború alatt és után az európai tudósoknak nemigen nyílt alkalmuk nagyvonalú állatkísérletekre. A kutatás elsősorban az USA-ban folyt, főleg *Roosevelt* megbetegedése után. Bár az

immunizálási kísérletek is még az első háború előtt különböző vakcinákkal elkezdődtek, az eredmények kiábrándítóak voltak. A vakcina előállítására először hővel próbálkoztak teljesen sikertelenül. Römer megpróbálkozott formalin inaktiválással is, de eredménytelenül. A harmincas években a polio elleni aktív immunizálást majomkísérletben több amerikai tudós is megkísérelte. A vírust a polióban elpusztult állat gerincvelő emulziója tartalmazta.

1935-ben megkísérelték 3000 csecsemő vakcinálását, de valószínűleg voltak tragikus balesetek is, mert később erről a vakcináról nem történt említés — talán igazságtalanul.

Kolmer philadelphiai kutató gyengített — attenuált — vírussal próbálkozott (a kifejezés tőle származik), szintén 6 fatális eset fordult elő s így mindkét irány továbbfejlesztését elvetették. Közben azonban a polio szedte az áldozatait és több kutató klinikai és ortopediai szempontból kísérlete meg az elnyomorodottak megsegítését, amihez nagy ösztönzést nyújtott az a hatalmas anyagi támogatás, amit F. D. Roosevelt juttatott közvetve és közvetlenül a kutatóknak. Így született meg a Harvard egyetemen a Drinker-féle respirátor, közkeletű nevén a vastüdő.

A fordulat éve a polio-kutatásban 1949. Ekkor sikerült ugyanis a Nobel-díjjal kitüntetett kutatóknak (Horus 1968. 8. szám) a polio-vírust szövét-kultúrában kitenyészteniük, illetve a polio-vírus cytopathogenitását kimutatniuk. Ennek is volt előzménye: Gildeemisternek 1933-ban, Berlinben tyúkgagyban sikerült a vírus milliárdos nagyságrendű szaporodását kimutatnia.

Ekkor kapcsolódott be J. Salk, aki első ízben állított elő olyan polio vakcinát, amelyet már milliós nagyságrendben alkalmaztak és ezzel megnyitotta az utat a polio teljes felszámolása felé.

Jonas Salk 1914-ben született Brooklynban, New York szegénynegyedében. Iskoláit előkelőnek egyáltalán nem nevezhető iskolákban végezte. Egyetemi tanulmányait is a New York Universityn folytatta, de már diákkorában egy biokémiai ösztöndíjat nyert el és egy évig biokémiával foglalkozott. Orvosdoktori diplomáját 1939-ben kapta meg. Egy ideig a New York-i bakteriológiai intézetben dolgozott Th. Francis vezetése alatt, később egy kórházban működött, de nem sokáig. Ugyanis Th. Francis (1900—1969) a michigani egyetemre helyezték át, ahol Salk öt évig dolgozott mellette. 1947-ben kapott önálló részleget a pittsburgh-i egyetemen.

A polio-kutatás a II. világháború alatt sem szünetelt az USA-ban. A háború után, 1949-ben mutatták ki a vírus tenyésztetőségét és 1952-ben a polio korai szakában a polioviraemia is beigazolódott. Ugyanakkor kísérletesen bizonyították, hogy kis mennyiségű ellenanyag is elegendő a betegség kitérésének a megakadályozására.

1952-ben a lengyel származású Koprowsky attenuált vírussal elért eredményekről számolt be. Formalinnal inaktivált vakcinálással Howe ért el eredményeket.

A Salk-vakcina formalinnal inaktivált 1, 2 és 3 típusú polio-vírus keveréke. Subcutan adják. Azáltal hat, hogy a szervezetet a polio-vírusokat kö-

zömbösítő ellenanyagképzésre serkenti. Ezek az ellenanyagok rövidebb-hosszabb ideig az oltott egyén vérében feltalálhatók. Salk volt az első, aki 1000 önkéntes jelentkező emberen kísérleteket végzett. Ezenkívül két intézetben 98, illetve 63 csecsemőt oltott be, bár ezt akkor sokan vakmerőségnek tartották.

Salk beszámoló cikke a JAMA-ban jelent meg 1953-ban. Az eredményeket bátorítónak találja, de hangsúlyozza, hogy ezek még nem tekinthetők véglegesnek, vagyis „a practical vaccina is non at hand”. A szakbizottság igen lelkesen fogadta Salk beszámolóját. A következő kísérletet már 5000 gyermekben végezték. Lelkes beszámolók már a „Salk-vakcináról” írnak, de az objektívebbek csak a „Salk-féle inaktivált vakcina” kifejezést használták. Az ENSZ polio bizottsága 1954-ben még mindig nem tartotta alkalmasnak általános használatra, mert nem volt még elegendő adat az ártalmatlanságáról és a hatásosságáról, valamint az immunitás mértékéről és tartamáról. Francis vállalt egy 200 000 csecsemőt felölelő nagyobb és egzakt kísérletet (placebóval) s megállapította, hogy nem fordult elő olyan mellékhatás, amely a vakcinának lett volna tulajdonítható.

Közben Kanadából és Finnországból is befutottak a kedvező jelentések és több gyár kezdett foglalkozni a vakcina előállításával, többek között a Cutter-laboratórium Kaliforniában 1955-ben. Egy szérum-széria tragédiákat okozott: élő vírusok voltak benne, ami 11 halálesetet okozott. A napi sajtó feszít meg-et kiáltozott. Közben azonban befutottak a 860 000 gyermeket felölelő kanadai eredmények. A dán vakcinálási program is eredményesen záródott.

A vakcinálás átütő eredményeket hozott az USA-ban is. 1953-ban 13,9 százaléklék volt a megbetegedési arány, ez 1961-re 0,5 százaléklékre csökkent. Hazánk is részt vett a Salk-vakcina kiterjedt alkalmazásában. Bakács beszámolóját, bár e lap hasábjain jelent meg, mégis bővebben idézzük.

„Ez az oltóanyag egymást követő kétszer egyhónapos időközzel, majd két-kilenc hónappal később beadott harmadszori emlékeztető oltással együtt jelentős védekezést biztosít a poliomyelitis ellen. Salk közlését, vaccinatiója hatásosságát később az egész világon több mint 100 milliós nagyságrendben alkalmazott eredményes Salk-vaccinatio igazolta. Epidemiológiai megfigyelések alapján ma már határozottan tudjuk, hogy a Salk-vakcina kb. 60—80%-os védekezést ad. Ennyit talált Petrilla is az 1957. évi magyarországi Salk-vaccinatio értékelésekor. A Salk-vakcina mindjárt porondra lépésekor sikert aratott, a vakcina védőhatása a poliomyelitis ellen bizonyossá vált, a védőhatás időtartama azonban tisztázatlan maradt. Ezt a hiányosságot az azóta eltelt években — mind nemzetközileg, mind nálunk Magyarországon — sikerült tisztázni.

Talán még sokan emlékeznek rá: 1957-ben Magyarországon nagy kiterjedésű poliomyelitis járvány zajlott le. Egészségügyi kormányzatunk rendelkezésére a járvány emelkedő szárán, 1957 nyarán kb. 1 200 000 gyermeket oltottak be a Salk-féle vakcinával. Az oltások eredményesek voltak. A jár-



vány addig felfelé ívelő tendenciája megtört, a megbetegedések száma rohamosan esett és az epidemia kb. október táján leküzdöttnek volt tekinthető... 1959-ben hazánkban a poliomyelitis ismét felütötte fejét és nagy járványhullámot okozva vonult végig az országon.”

A megbetegedések statisztikai elemzése alapján *Bakács* megállapította, hogy „az 1957. évi poliomyelitis-epidemia a Salk-féle vakcináció alkalmazása nélkül: a) lényegesen kiterjedtebbé vált volna (2300 eset helyett 4500 eset), b) a járvány felhágó szárán alkalmazott tömeges védőoltások országosan kb. 2000 személyt védték meg a megbetegedéstől. Ennyit az 1957. évi poliomyelitis epidemiáról és a védőoltásokról”.

Mi volt a helyzet 1959-ben, amikor ismét felütötte fejét a járványos poliomyelitis? Hogyan következett be alig két évvel az első tömeges Salk-vakcináció után az 1959-es poliomyelitis járvány, annak ellenére, hogy a 20 éven aluli lakosság 70 százalékát immunizáltuk poliomyelitis ellen? Két év alatt kialudt volna a Salk-vakcina védőhatása? A *Bakács* által felvetett kérdéseknek az adott különös aktualitást, hogy hasonló észlelések voltak a többi, *Salk* szerint vakcinált országban is világosra. *Salk* maga — oltóanyaga publikációjakor — vakcinája védőhatását 3—4 évre becsülte. Az oltóanyag tényleges hatásának időtartama azonban ennél rövidebbnek bizonyult.

Az 1959-ben a poliomyelitisben megbetegedetteknek csak 35,4%-a részeseült dokumentálhatóan is mind a három oltásban, 2,7% feltételezhetően (bemondás alapján). A megbetegedettek többsége, kétharmada, oltatlan, illetőleg nem kielégítően oltott volt.

A Salk-féle vakcinálás 1959-ben is még jelentős, kb. 60—70%-os védőhatást fejtett ki, bár a védőhatás kialakuló tendenciát mutatott. Még 1959-ben kb. 1500 poliomyelitis esetet védett ki.

*Bakács* összefoglalója: A Salk-vakcina — hatásos vakcina! Majd a hátrányait sorolja fel. „Mindent egybevetve leszűrhetjük, hogy a Salk-féle vakcina — minden pozitív tulajdonsága ellenére — a poliomyelitis megbetegedéseknek mint a fertőzőeses láncfolyamatnak teljes értékű felszámolására nem alkalmas.”

Azután jött a *Sabin*-csepp és a polio a szocialista országokban gyakorlatilag megszűnt.

Ismertetésünk célja: *Salk* szerepének és jelentőségének kidomborítása, amit a *Sabin*-csepp döntő sikere teljesen elhalványított. Holott *Salk* úttörő tevékenysége kétségtelen.

Kenéz János dr.

## Medicina és költészet

A régi humán gimnázium verses formában sulykolta be a latin nyelvtani szabályokat. A mnemotechnikai fogás elérte célját: az *ante*, *apud*, *ad*, *adversus* és társait még a bukott diák is fújta, bár alkalmazni nem tudta. A természettudományok már régen a prózánál tartottak; *Archimédész* törvényé-

ből csak a diákhumor csinált dalszöveget. Pedig a verses értekezés valaha komoly műfaj volt. Az ősi, de ma is használt kínai gyógyszerkönyv versekben sorolja fel a gyógyszereket és hatásukat. *Titus Lucretius Carus* (i. e. 97—55) könyve, *De rerum natura* verses formában tárgyalt fizikai és természetfilozófiai kérdéseket. Ezzel a költői kifejezésformával a természettudományok régen szakítottak. Nehéz lenne elképzelni, hogy *Einstein* csengő hexameterekben közölte volna gondolatait, és *Erwin Schrödinger*<sup>1</sup> a híres  $\psi$ -hullámfüggvényt ha akarta volna sem foglalhatta volna kecskerímekbe.

„Az egyszeregy, bár meg nem dönthető,  
Képzelmi szósszal bé nem önthető;  
Sem oly igazság, min függ a peres;  
Sem a rideg tan, elvont, rendszeres;  
Vond bár kívülről reá költői mázad:  
A pöre tartalom fejedre lázad;”

Arany János: *Vojtina Ars poétikája*

A költői kifejezésforma gyakorlatilag addig tartott, ameddig a tudomány előtti kor: a tudományban a szubjektum nem cserélhet szerepet az objektummal és a képzelet játéka is igen ritkán egyezik a „rideg” valósággal. A reneszánsz a verses értekezést a többi ókori hagyománnyal együtt fel-támasztotta. *Nostradamus* (*Michel de Nostre-Dame*, 1503—1566) francia orvos és asztrológus híres jóslatai (*Centuries*) versekben maradtak fenn. Orvos és csillagász volt olasz kortársa, *Girolamo Fracastoro* is (1458—1553). Költeményének címe, *De morbo gallico*, világosan arra utal, hogy *Fracastoro* tisztában volt a syphilis kevésbé költői eredetével, sőt, ő már sejtette, hogy a fertőző betegségeket szabad szemmel nem látható élőlények terjesztik. Költeményéből a syphilis név fennmaradt. *Syphilos* pásztor az istenek oltárát szemelte ki találkahelyül, ezért az istenek bosszúja a pásztor syphilisszel sújtotta.

A verses értekezés a medicinában egészen a 18. század végéig megmaradt. Egy német orvos a 18. században pl. a tüdővérzésről és nőgyógyászati megbetegedésekről írt költeményeket. Legnagyobb sikerét azonban verses értekezésével aratta: *Volt-e Ádámnak és Évának köldöke?* A könyv 1752-ben jelent meg Hamburgban és élénk nemzetközi vitát váltott ki, amelyben szenvedélyes nyilatkozatok hangzottak el a köldök létezése ellen és mellett. Európát még járványok pusztították, még voltak boszorkányperek, de már megjelent a francia Enciklopédia és *Newton* műve, a *Principia* régen túl volt az első kiadáson, igaz, hogy prózában.

Hanem ez a költői hagyomány mégsem volt minden haszon nélkül való. A klasszikus medicina nagyrészt kvalitatív fogalmakkal dolgozott, amelyeknek a leírására a hasonlat, képes kifejezés igen alkalmas. Egy találó elnevezés a jelenség lényegéről néha sokkal többet mond, sokkal szemléletesebb, mint a hosszú és bonyolult leírás. Ezek egy része ősrégi, de többségük a 19. században keletkezett, amikor a természettudományok behatolása a medicinába már elkezdődött, de a szemlélet és kifejezés mód még a régi volt.

*Hippokratész* úgy gondolta, hogy a hisztériás

méhe (hystera) „üzekedő vad módjára bejárja az egész testet” — innen a hystera elnevezés. A régi görögök szerint az agy egy nagy mirigy, amely a felszálló páráat lecsapja. A náthás ember orrából ez a pára folyik le, ezért minden európai nyelvben *catarrhus* a hurut neve.

A 19. században és a századfordulón keletkezett képes elnevezések egy részét a mindennapi életből vették: papucsszív, homokóragyomor, hólabdaropogás (a németben bőrnízkorgás — Lederknarren), repedtfazék-hang (bruit de pot félé), csapóajtó-metszés (Falltürschnitt), dobozos kopogtatósi hang, tejeskávéc-arc (visage en café au lait), viaszgyertya-tünet (Wachskerzenphenomän), de akadnak költői hasonlatok is: a tonsillitis follicularis állítólag a csillagos éghez hasonlít. A *collier de Venus* (Vénusz-nyaklánc), mint ismeretes, nem ékszer, hanem szifilisz kiütések füzére a nyak körül.

A zenei hasonlatokat a crescendo-decrescendo jellegű zörej, a timpanikus kopogtatósi hang (tympanon = üstdob), a bűgöcsigazörej, dorombzörej, dobverő ujj stb. képviselik.

A szakácskönyvi hasonlatok különösen a kórbonctanban kedveltek: cukormáz-máj (Zuckergussleber, foie glacé), málnyelv stb. A szifilisz különösen sok hasonlatot ihletett: a primaer affectiót főtt sonkához hasonlítják. A 19. század technikáját a lokomotív-zörej, tűzkő-máj, kalapács-ujj (digitus mallei), az ezüst- és rézdrótartéria képviseli. *Virchow*tól ered a fa-máj és fa-lép elnevezés (Holzleber, Holzmilz). Az építészettől csak a gótikus szájpadot kölcsönözték.

Ugyanúgy, mint a köznyelv, az orvosi nyelv is igen gazdag olyan hasonlatokban, amelyeknek a modellje a nagy *Brehmben* található. Az egyik vesekő típus neve *korallkő*; az üvegtesti homály a betegben olyan érzést kelt, mintha *legyeket* látna repülni (mouches volantes). Az egyik tüdőelváltozást lépesmész-tüdőnek (méhsejt-tüdő, Wablenlunge) nevezik. A *Falstaff* típusú elhízást a magyar *pókhasúnak* mondja; más népek ezt a *békához* hasonlítják: *Froschbauch*, ventre de batracien. A béka még egy orvosi kifejezésben szerepel: *ranula* (*Froschgeschwulst*, *Fröscheingeschwulst*, *grenouillette*, *ranule*). A *rák* ősrégi elnevezés; a *halakat* a halszem és a pontyszáj (*Karpfenmaul*) képviseli. *Madarak*: pingvin-hilus, *pes anserinus* (lúdláb) és tyúkmell. Utóbbit az angolban egyaránt nevezik tyúkmellnek (*chicken breast*) és galambmellnek (*pigeon breast*). *Rágcsálók*: nyúlajak, nyúlszem, ízületi egér. *Canis* nemzetség: farkastorok, vadászkutya-fekvés (a kutyához semmi köze sincs). A szürkületi vakság nálunk farkasvakság. A nőgyógyászok az *erszényesekről* nevezték el a tasakképződést marsupialisatióknak (les marsupiaux = erszényesek). A latin *pes equinus* (lóláb) más országokban faláb (*Stelzfuss*, wooden legs, pied de bois). A párosujjúakat képviseli a *cor bovinum* (marhaszív = sörszív). Szenvedélyes vadász lehetett az *özfejszerű kéztartás szerzője*, mert másutt ezt szülészkéznek nevezik (*Geburtshelferhand*, main d'accoucheur, obstetrician's hand). A kecskemekegés-tünetet (*aigophonia*) *Laënnec* írta le a múlt század elején.

A legtöbb hasonlat modelljéül a *macskafélék* szolgáltak: macskaszem, macskafül, macskadorombolás-tünet, macskanyávogás-betegség (*cat cry disease*), oroszlánarc, tigris rög, tigrisszív. (A tigrisszívet az angol cirmosszívnak nevezi: *tabby cat heart*.) A *főemlősöket* egyedül az apácázörej (*Nonnengeräusch*, *Nonnensausen*) képviseli, de jogtalanul, mert az apácákhoz semmi köze sincs.

A növényvilágból leggyakrabban a málnát idézik: málnyelv, málnaszelé-köpet, *framboesia* (*framboise* franciául málnát jelent), de van rizslés borsólé-széklet, árpa, napraforgó-hályog (*Sonnenblumenstar*), szerecsendió-máj stb. A magyar konyhában a szágó-liszt jóformán ismeretlen, de Németországban, amikor még voltak gyarmatai, gyakran használták. Talán egy reggeli emléke indította *Virchow*t<sup>2</sup> a szágó-lép elnevezésre.

A napóleoni háború emléke a fegyverhasonlatokban él, amelyek mind francia eredetűek: *cancer en cuirasse* (páncélrák), *être couché en chien de fusil* (puskaütőszeg-helyzet; ebből lett a vadászkutya-fekvés), *sclerodermie en coup de sabre* (kardcsapás alakú *sclerodermia*).

A múlt század végén, amikor a francia szimbolizmus virágkorát élte, fellendülőben volt az evezős sport is; a párizsiak kedvelt szórakozása volt a csónakkirándulás a Szajrán. Talán ezzel magyarázható, hogy a francia eredetű elnevezésekben olyan gyakran szerepel a csónak: csónak-szív (*coeur en bateau*), csónak-mellkas (*thorax en bateau*), de nevezik tölcsérszívnak is (*thorax en entonnoir*), csónak-láb, csónak-has stb. A tyúkmellet a francia *thorax en carène*-nek nevezi: la carène a hajó víz alatti része. A gonorrhoea hírhedt kezdő tünetét viszont már csak a tankönyvek nevezik *bonjour-cseppnek*; az élő nyelvben ez ma *goutte militaire*, katonai csepp.

Sok elnevezés országonként változik. Az iris előredomborodását a német kuglóf-irisznek nevezi (*Napfkucheniris*). Ugyanez az angolban esernyő-iris (*umbrella iris*), míg a franciák domború vagy púpos iriszt mondanak (*iris bombé*).

„*Poeta non fit, sed nascitur*” — A költő nem lesz, hanem születik. Sok találó hasonlat mellett szép számmal keletkeztek olyanok is, amelyek már nem is sántítanak, hanem bénák: erőltetettek, nem jelentenek semmit vagy egyenesen félrevezetőek. A medikus szerencsére fokozatosan szokik hozzá, hogy a medicinában a név és a névvel jelzett fogalom között nincs feltétlen összefüggés. A *pyriformis*-nak nevezett képződmények néha valóban hasonlítanak a körtéhez. A kockacsontról (*Os cuboides*, *cuboideum*, *cuboidale*) is még el lehet mondani, hogy van valami köze a kockához. Van rajta (12 helyett) négy (görbe) él, nagyjából tengelyszimmetrikus, de szigorúan véve szabálytalan test. Ám legyen kocka; LSD hatása alatt lehet, hogy dodekaéder. A zsigereknel a medikus azonban arról értesül, hogy a mellékvese úgy borítja be a vesét, mint a *frígiai sapka*. Ezt a fejfédőt valaha a főnőcicaiak hordták, a francia forradalom alatt vált népszerűvé, és ez látható ma is a Francia Köztársaságot jelképező nőalakon is.

„Gewöhnlicht glaubt der Mensch  
wenn er nur Worte hört,  
Es müsse sich dabei doch auch  
was denken lassen”

— mondja Goethe. (Amikor az ember csak szavakat hall, rendszerint azt hiszi, mégis csak kell, hogy jelentsenek valamit.) A medikus tehát szemügyre vesz egy 10 centime-os pénzdarábot, azonban *Marianne* külsején nagyítóval sem látszik semmi, ami mellékesére emlékeztetne. Amikor *Addison* (1793—1860) leírta a róla elnevezett betegséget, aligha a frígiai sapkából indult ki, mint ahogyan ez a fejedő nem jelenthetett semmi hasznos ismeretet a mellékesekéreg-hormonok felfedezői számára sem (*Kendall* biokémikus, *Reichstein* kémikus volt; orvosi Nobel-díjat kaptak 1950-ben.)

Mire a medikus eljut a *mycosis fungoides*hez, már sejti, hogy ennek a betegségnek a nevében azért fordul elő a gomba szó kétszer — egyszer görögül, egyszer latinul —, mert a gombákhoz semmi köze sincs. A *mycosis fungoides* rosszindulatú daganat. Valaha valaki ezt a daganatot gomba-fejhez hasonlónak vélte és ez elég ok volt arra, hogy minden bizonyítás nélkül kijelentsék: gombás bőrbetegségről van szó. Az sem okozott gondot, hogy az erdei gombák és a bőrbetegségeket okozó gombák nem azonosak. Az újabb német irodalom ezeket a daganatokat „rovátkolt olasz paradicsomhoz” hasonlítja (gekerbte italienische Tomaten). Tehát nem elég a gomba, még paradicsom is! A szóban forgó jelenség nyilvánvalóan daganat *sui generis*, amely nem hasonlít semmilyen főzelékféléhez, csupán egy másik, ugyanolyan daganathoz. Ellene lehetne vetni, hogy a nevek csak ismertetőjegyek. Ha valakit Feketének hívnak, attól még lehet szőke is és Kiss lehet 190 cm magas kosárlabdázó. A tulajdonneveket azonban nem a tudományos fogalomalkotás igénye hozta létre.

*Helmholtz* (1821—1894) a természettudományos gondolkozásmódról 1877-ben tartott előadását így fejezte be: „Hogy a Medicina asszony állapotáról tartott konzíliumot szabály szerint az epikrizissel zárjuk, minden okunk megvan, hogy a természettudományos iskola kezelésének hatásával meg legyünk elégedve, és a fiatal nemzedéknek csak ajánlhatjuk, hogy ugyanezt a terápiát folytassa”. *Helmholtz* optimizmusa még korai volt. A 19. század végén, amikor a kopogtatás és a hallgatózás általánosan elterjedt, mindjárt divattá is vált, annak minden túlzásával és kinövésével együtt. A létező zörejek mellett számos nem létezőt is írtak le és a létezők leírására sem a fizikához, hanem a költészethez fordultak: szinte már nem is a zörejt volt a fontos, hanem hogy milyen szavakkal, milyen hasonlattal írják le. Sokszor érzécsalódás áldozatai lettek: ha valaki feszülten vár egy hangra, akkor azt előbb-utóbb hallani véli. A zörejek fizikai elemzésére megvolt ugyan a lehetőség — maga *Helmholtz* is foglalkozott hangspektrumokkal — de a műszeres felkészültség még kezdetleges volt: a fonokardiográfia a 20. század találmánya lett.

A szívhangoknak csak a kisebb része esik a hallható hangok tartományába, 80%-uk a hallás-

küszöb alatt, az infrahangok tartományában van; ezeknek a vizsgálatára akkor még nem volt megfelelő eszköz. Számos plessimetert és kopogtató kalapácsot írtak le, míg végül kiderült az, amit már *Auenbrugger* atyja is tudott: a legjobb plessimeter az ember egyik ujjja és a legjobb kalapács egy másik ujj. Volt, aki úgy akarta kiküszöbölni a levegőnek mint hangvezető közegnek a zavaró (?) hatását, hogy pálcikát dugott a fülébe és azt a mellkasfalhoz szorította. Volt, aki hangvillát nyomott a mellkashoz és azt figyelte, hogy annak a hangja hol változik meg. Mások „farados áramot” bocsátottak a mellkason át, és a betegnek jeleznie kellett, hol és mennyire bizsereg: a szívtompulatot ezen az alapon rajzolták meg. Ismét mások ujjal gyengéden dörzsölték a mellkas bőrét és sztetoszkóppal vizsgálták, hogy hol halkul el a dörzsölés hangja. Vita folyt arról, hogy „centrifugálisan” vagy „centripetálisan” kell-e dörzsölni.

Nem volt véletlen, hogy a zörejek leírására nem fizikai definíciókhoz, hanem szubjektív megjelölésekhez, költői hasonlatokhoz fordultak. A szimbolista költő zenét és hangulatot akart kifejezni szavakkal, a belgyógyász pedig szavakat keresett hangok leírására. Múlt századbéli orvosi folyóiratokban tallózva némelyik költemény misztikus hangulata és bizarr hasonlatai *János jelenéseire* emlékeztet. Pedig ezeket nem a próféta sugallta, hanem nagyon is földi lény, *Rimbaud*, aki kábítószer-mámorának érzécsalódásait *Jelenéseiben* (*Illuminations*) írta meg.

Már a korabeli belgyógyászok közül is — fizikai megfontolásokra hivatkozva — sokan tiltakoztak az ilyen félresiklások ellen. A tiltakozók azonban csendes kisebbség maradt: *Rimbaud* hatása erősebb volt *Helmholtz*nál. A pneumoniában néha hallható jellegzetes zörejt, a *crepitation* (indux, re-dux) eredeti francia elnevezése *crépitation*, ami egyszerűen sercegést, pattogást jelent. Így vették át a németek is: *Krepitation* vagy *Knisterrasseln* (kb.: sercegő pattogás). A józan, tárgyilagos krepitáció Bécsben már *klirrendes Rasselgeräusch*, tehát csörömpölő, pattogó zörejt lett, végül nálunk *csengő szörtyzörejt*. Csengőnek nevezték azokat a zörejeket, amelyek a normálisnál kissé erősebben hallhatók és amelyeknek zenei (?) jelleget tulajdonítottak. „Csengő” zörejt állítólag az aortabillentyű második hangja arteriosclerosisban (hívők számára).

Hogyan lehet egy zörejt csengő? Hogyan lehet egy zörejtnek zenei jellege?

Zenei hangot *harmonikus rezgések* okoznak. A hangszerek ugyan nem tiszta szinuszos hangot adnak, de hangjuk fizikai vagy matematikai módszerekkel (*Fourier*-analízis) szinuszos összetevőire bontható. A csengő hang szintén szinuszos összetevőire bontható *harmonikus rezgés*, ahol az alaprezgéshez valamely magas frekvenciájú rezgés társul. Ezzel szemben a zörejt *szabálytalan rezgés*, szinuszos összetevőire *nem* bontható. A „csengő szörtyzörejt” tehát harmonikus is meg nem is; egyszerre szabályos rezgés és szabálytalan: fából vas-karika.

A „csengés” ezúttal nem is fizikai valóságot jelöl, hanem egyéni, szubjektív benyomást. Az

akusztikában *fehér zajnak* nevezik az olyan zajt, amelynek spektruma a teljes frekvenciatartományban folytonos, és közel azonos amplitúdójú összetevőkből áll. (Az elnevezés onnan ered, hogy a fehér fény hasonló sajátságokkal rendelkezik.) A *zörejekre* viszont éppen az jellemző, hogy spektrumuk szabálytalan és egyenetlen; egyesek mély, mások magas hangokban gazdagok: a *zörej színes zaj*. Amit a medicinában „csengő” zörejnek neveztek el és nem létező „zenei” tulajdonságokkal ruháztak fel, az a valóságban olyan színes zaj, amely magas hangokban gazdag: *sercegés*.<sup>3</sup>) Ebben az esetben azonban a fizikai jelenség és a róla alkotott szubjektív ítélet, az objektív valóság és — *Arany János* szavaival élve — a *képzelti szósz* nem egyezik.

Az elmondottak miatt a zörej ma már Bécsben sem cseng: maradt, ami kezdetben is volt: Krepitation. Ma a fonokardiográfia érzékeny mikrofonokat használ, amelyek speciális széles sávú erősítőkhöz csatlakoznak. Megfelelő eszközökkel a szívhangok kívánt frekvenciasávja kiemelhető, oszcilloszkópon vizsgálható, regisztrálható, computerrel összetevőire bontható stb. A tudomány a szimbolizmust tönkretette.

A költői megfogalmazás olykor időtállóan bizonyult, sőt, néha a tudományos felismerés meg is erősítette. A diabeteses ketózis magyarázatára valaha találó *bon mot* keletkezett: „A zsírok a szénhidrátok tüzeiben égnék el”. Ma már tudjuk, hogy a „szénhidrátok tüze” a *Szent-Györgyi-Krebs-* és a zsírsav-ciklus kapcsolatát jelenti és ismerjük azt a biokémiai folyamatot, amelyben a ketontestek keletkeznek.

A költészet azért még él. 1958-ban a koppenhágai Operaház orvosa a balerinák iránt érzett rokonszenvét úgy mutatta ki, hogy balettet írt a penicillinről. Szereplők: vörösvértestek, fehérvérsejtek, a láz, a halál, a penicillin és (penicillinérzékeny) baktériumok.

Az életjelenségek bonyolultsága nem nyithat tág teret a képzelet csapongásának, hanem éppen ellenkezőleg, a gondolkodás és fogalomalkotás fokozott fegyelmét követeli. Nemrégiben *Kedrov* mutatott rá, hogy az életjelenségek magasabb szerzettségi szintje nincs ellentmondásban azzal, hogy a biológia alapját a kémia és a fizika jelenti. *Németh László* ezt így fogalmazta meg: „Az életet *Harveytől Szent-Györgyig* mindig akkor fejtett meg valamit, ha élettani jelenségeket vegyi és

<sup>1</sup> *Erwin Schrödinger* (1877—1961) Nobel-díjas osztrák fizikus, a hullámmechanika egyik megalapítója. 1943-ban, híres dublini előadásorozatában arra a következtetésre jutott, hogy a genetikai információ hordozójának szerves molekulákból felépülő aperiodikus kristálynak kell lenni. 1953-ban a *Watson-Crick*-modell igazolta, hogy ez a DNS.

<sup>2</sup> *Virchow* nevét nálunk — osztrák mintára — fonetikusán ejtik. Szülőhazájában azonban hiába keresné valaki a *Virchow-Strasset* ezen a néven, mert ott *Fircho* (a német a szó végi w-t nem ejti).

<sup>3</sup> Ugyanígy, magas hangokban gazdag pl. a lemezjátékosok tűzöreje, amely megfelelő — ún. felülvágó — szűrőkkel kiszűrhető. A régi lemezeken ez azért nem lehetséges, mert a zörejjel együtt a zenei hangok magas harmonikusait is kiszűrnék.

fizikai jelenségekre tudott visszavezetni. Ahol a fordított utat járták, vívmányok helyett köd, vagy a legjobb esetben művészet tört be a tudományba”.

Perényi László dr.

## Batizfalvy Sámuel

A múlt század végének orvosi és tudományos közéletének ismert és rokonszenves alakja volt *Batizfalvy Sámuel*, akinek életútja jelképezi a magyar értelmiség útját is a szabadságharctól a dualizmus viszonyaiba való beleilleszkedésig. *Batizfalvy* sokoldalú tehetsége az orvostudományon kívül több természettudományi szakterületen maradandó emléket hagyott, bár egész életében nem fűtötték nagyra törő tervek, csupán a közösség és a tudomány szolgálata.

1826. augusztus 26-án született Rimaszombaton. Eredeti neve *Batizovszky* volt, csak 1861-ben változtatta meg fivérével együtt családnevét *Batizfalvyra*. Gyermekkorát és iskoláit szülővárosában töltötte, majd itt elvégezte az evangélikus teológiát. Életének nagy fordulata az 1848/49-es szabadságharc, amikor a fiatal teológus csatlakozott a honvédsereghez. Honvédfőhadnagyként végigharcolta a szabadságharcot, legmagasabb katonai beosztása dandárségéd volt. A bukás után rövid ideig bujdosott, majd hátat fordítva addigi életének, 1849 őszén beiratkozott a pesti egyetem orvosi karára. A közélettől elfordulva, minden erejét tanulmányainak szentelte és 1855-ben orvosdoktori diplomát szerzett. Még ebben az évben sebész- és szülésmesteri vizsgát tett és a Rókus Kórházba került díjtalan segédorvosnak. Egy esztendő múlva *Balassa János* maga mellé vette tanárségédének és az ő tanácsára kezdett el végtagsebészettel foglalkozni. Ugyancsak *Balassa* és a körülötte csoportosuló orvosok tanácsára 1856-ban közel két esztendeig tartó európai tanulmányútra ment, amelynek során Európa összes jelentős sebészeti intézetét felkereste.



Hazatérése után megvált *Balassa* klinikájától és ezt az elhatározását nem személyi ellentétek eredményezték: úgy látta, hogy tudományos kutatásait saját erejéből alapított intézetben tudja a legmegfelelőbb keretek között folytatni. 1859-ben Sebészeti és Testgyógyászati Magángyógyintézetet alapított és minden vagyonát belefektetve megvásárolta magánkórháza számára az akkori Király és Rózsa utca sarkán állt épületet. Itt negyven ágygal és két orvossal kezdte meg munkáját.

Pályafutásának következő állomása magántanári habilitációja volt: az 1864/65-ös tanévben *Balassa János* klinikáján magántanári képesítést szerzett. Ezután heti három órában saját intézetében adott elő orthopaediát, és munkásságának elismerését jelentette, hogy a Magyar Tudományos Akadémia 1868-ban levelező tagjai sorába fogadta. Egyéni kutatásai általában a gerincoszlop betegségekkel és kezelésének módjaival foglalkoztak, bár általános sebészeti témákból is gyakran jelentetett meg kisebb-nagyobb közleményeket az Orvosi Hetilapban. Figyelme fokozatosan kiterjedt a térdízület betegségeinek tanulmányozására, annak gyógyfürdőztetéssel való kezelésére. Talán ez is a magyarázata annak, hogy 1872-ben intézetét áthelyezte a városligeti Fasorba (mai Dózsa György út 82. sz.), ahol vízgyógyászati részleggel is kibővítette. Ezzel kapcsolatban írta és jelentette meg „A városligeti ártézi kút orvosi méltatása” c. közleményét. Ebben az időben vizsgálatokat végzett orvosi segédeszközök (művégtag, különböző mankók és botok, gyógyágyak és székek) felhasználásáról, maga is szerkesztett hasonlókat. Intézete a maga korában az első ilyen jellegű magyar magánkórház volt, ahol korszerű ellátásban részesítette a hozzá forduló eseteket.

Fő művét, „A gyakorlati testgyógyászat”-et (Pest, 1867) sokáig tankönyvként használták az intézetéből kikerült közleményekkel együtt. Orvosi munkája mellett kivette részét az orvosi és a tudományos közélet minden területén. A Budapesti Orvosegyesületnek 1856-tól volt rendes tagja, majd 1884-től alapító tagjainak sorába is felvették. Hosszú ideig (1872—1901) az Orvosegyesület választmányának is tagja volt, hasonlóan az Orvosi Könyvkiadó Társulatnak is. 1874-ben a Budapesti Orvosi Körnek egyik kezdeményezője és később orvosi szakosztályának elnöke is lett. A Kör a maga korában haladó és konzervatív vonásokat is képviselt a magyar orvosi közéletben, elsősorban az orvosok állami alkalmazásával kapcsolatban. E kérdésben *Batizfalvy* haladó felfogást képviselt, rámutatott a Közegészségügyi Törvény hiányosságaira, elsősorban arra, hogy az orvos ne az illető törvényhatóságnak, hanem az államnak legyen nyugdíjképes alkalmazottja. Ennek érdekében munkálkodott Budapesten is mint a főváros törvényhatósági és egészségügyi bizottságának tagja.

Tevékenységének másik fontos területe az Országos Közegészségügyi Egyesület volt, amelynek alapító és választmányi tagja lett. Ugyancsak fontos funkciókat töltött be a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűléseinek szervezetében, ahol hosszú ideig állandó központi választmányi tag, több alkalommal titkár és alelnök volt. 1886-

ban a Magyar Természetudományi Társulat is titkárává választotta, később örökös tagjainak sorába emelte. Szinte nem volt a magyar tudományos életnek olyan társasága, ahol valamilyen formában ne lett volna jelen, így tagja volt a Budapesti Növény- és Állathonosító Társulatnak, a Magyar Földrajzi Társulatnak és a Nemzeti Tornaegyletnek, amelyeknek hosszú ideig elnöki tisztségét is betöltötte.

Orvosi működésének tapasztalatait használta fel arra, hogy egyik népszerűsítője legyen a rendszeres testnevelésnek és a tornának az iskolai oktatásba történő bevezetésének. Lelkes hívévé vált a nem sportszerű testnevelésnek, ennek érdekében felhasználta a népszerűsítő irodalom minden fórumát. Ezen és sok más területen találkozott véleménye *Fodor József* felfogásával, így segítője lett az iskolaorvosi tanfolyamok megszervezésében, amelyeknek sokáig előadója is volt.

Szinte élete utolsó napjáig fiatalos lendülettel dolgozott, vette ki részét a tudományos közéletből. 1904. november 6-án halt meg Budapesten. Halála után magángyógyintézetét általános jellegű szanatóriummal alakították át, bel-, sebészeti és szülészeti, valamint idegosztállyal egészítették ki, ahol morfium és alkoholelvonó kúrákkal is foglalkoztak. A nagy múltú visszatekintő intézet a második világháború alatt szűnt meg, helyén jelenleg szociális otthon működik.

*Kapronczay Károly dr.*

## Egy népszerű francia toxikológia, és két magyar fordítása

A korszerű orvosi mérgezésstan elsők között a párizsi orvosi egyetemen nyert teljes értékű tanítási jogot. Az eladdig alig rendszerezett ismeretek nagy összegezője, alkalmazója és oktatója a spanyol Minorca-sziget fővárosából a Franciaországba honosult *Orfila* professzor lett, akinek a „*Traité de Toxicologie générale*” c. könyve irányjelző mérföldkő a törvényszéki orvostan történetében. Első kiadása 1818 kora tavaszán jelent meg, s jószerelem már a nyomdából elfogyott. Sikerén felbuzdulva megírta népszerű változatát — és lévén a szőlő leve mediterrán népi ital — a borhamisítás felismerésének egyszerűen elvégezhető elemzési trükkjeivel. Szaktekintélyét megőrizendő, elbírálásra a legilletékesebb orvosi fórum elé bocsátotta. A bizottság tagjai voltak: a nagy elmegyógyász *Pinel*, a kémikus *Vauquelin*, és a kézirattal érdemben foglalkozó *Duméril*. A szakmai argót szándékosan kerülő kacsaringós című kézikönyvet a tekintélyes lektorátus azonnali megjelenésre javasolta, azzal a „szigorú kikötéssel”, hogy nem teheti feleslegessé a „*Traité de Toxicologie générale*” szakemberekhez szóló második kiadását.

Pest orvosegyetemén, noha ez idő tájt *Böhm Károly* adta elő a törvényszéki orvostant az államorvostan féléves studiumaként, *Orfila* népszerű



könyvét mégsem ő, hanem *Schuster János* kémia tanár fordította le 1819-ben — németre. A Schuster-féle német változat magyarra átültetését *Szabó József* orvosdoktor, előbb Abaúj-, majd Szabolcs megye főorvosa találta először szükségesnek.

A fordító *Szabó József*ről főleg *Szinnyei „Magyar Írók Élete és Munkái”* és *Molnár Béla „Kassa orvosi története”* c. könyvéből annyit tudhatunk meg, hogy miskolci születésű, Pesten végzett 1818-ban, előbb Abaúj, majd Szabolcs megye, végül a Nagy-Kun kerület főorvosa. A teljessége mellett megbízhatóságáról is méltán híres *Szinnyei XII.* kötete 222. oldalán olvasható, hogy *Lutheritz* könyvét ő fordította le „Házi-Patika vagy szükségben segítő könyvecske a' nem orvosok számára...” Ezt átvételével *Győry Tibor* bibliográfiája is megerősíti. Téves tehát e könyvecskét *Mádi Szabó Dávid*-nak (1808—1886) tulajdonítani. Különben sem könnyű elképzelni, hogy valaki 22 éves korában megyei főorvosként egy másik megyében könyvet tudjon megjelentetni. Ugyanis *Mádi Szabó Dávid* 1808-ban született, az említett könyv pedig 1830-ban jelent meg. *Szabó József* szabolcsi főorvos a kassai kapcsolatait további fordításokkal gyümölcsoztette. Az említett fordításnak 1835-ben egy második, olcsóbb kiadása jelent meg.

*Orfila*: „Secours a donner aux personnes empoisonnées...” c. könyve negyed század múlva újabb átültetést ért meg, de ezúttal német helyett franciából, Kassa helyett Budán és *Szabó József* helyett *Rosenzweig József* jóvoltából. Szó szerinti fordításnál inkább értelem szerű átírásról van szó. „Orfilát mind tan, mind könnyű írásmódjában lehetőképpen követtem”, írta az előszóban, továbbá „az orvosi vegytani műszavakat többnyire prof.

*Bugát* és *Schedel dr.* urak 1833-ban kiadott orvosi szótár szerint neveztem meg ugyan, de újabb műszavakat is használtam, a latin neveket mindég és némelykor a francia neveket is hozzá adván. Ezt tevém főleg a mérges gombáknál”. *Szabó* és *Rosenzweig* átültetése között, az azonos terjedelem mellett, érthető nyelvi különbségek vagynak. *Szabó* a *Bugát—Schedel* előtti vulgáris popularis elnevezéseket használja, míg *Rosenzweig* az erőltetett túlzásaitól letisztulni kívánó neologizmusokat. A lábjegyzetekben *Szabó* a saját tapasztalataival szembesít, *Rosenzweig* pedig a hatalmas német nyelvű irodalmi tájékozottságával. A *secale cornutum* az ő könyvében már anyarozs, de találhatók benne találó népi kifejezések is. A két fordító lábjegyzeteinek különbségéből kiolvasható, hogy közben huszonöt esztendő haladt az orvostudomány.

Pár szó idézet a borhamisítási fejezetből. A fűzfa (*salix purpurea*) bogójával festett vörös borhoz timsót és szódabicarbónát („alszénsavas hamag”) javasol hozzáadni, s a tűzpiros italból ég-színké, tintaszerű folyadék lesz.

*Rosenzweig* az *Orfila* utáni könyvéhez csatolta a már hét éve néhai *Schuster János* tanár „Mentő Gyógyszertár” c. toldalékát, valamint az Orvosi Tár 1831. évfolyam első felében megjelent „A szabad királyi városokban rendelt halott-kémek által teljesítendő rendszabások. Kiadatott a K. Helytartó Tanácstól ad numerum 29,151.” c. kiadványt.

A fordító-átíró *Rosenzweig József* azonos az Orvosi Hetilap 1874. június 29.-i számában ismertetett *Ágay* (néhol *Ágai*) *Adolf* édesapjával. Azzal a végzett orvos, és orvosi munkát is végzett *Ágayé*-val, akit szorgos lapszerkesztő, avatott tollú sok álnévű gyermekíró, és a legszellemesebb fordítói baki, a *lajterjakab* kitalálójaként ismerünk. A családi életrajzhoz kiegészítésül kívánkozok, hogy a Magyarországra menekült és *Klauzál Gábor* partfogásával orvossá lett *Rosenzweig József* Jánoshalma és Adony között (Alsó) Dabas „hites orvosa és szülész” is volt. A mellékelt, losonci főgimnáziumnak mély tisztelettel dedikált könyvén a neve a saját kézírás módosító illetékességével már *Ágayra* változott.

*Orfila* keresztneveinek kezdőbetűi viszont tévesek, mert *Mathieu Joseph* volt. Azon nagy franciák egyike ő (1787—1853), akik a Pireneusoktól délről jöttek. Méltán lett világhírű a toxikológia egyik fundamentális megteremtőjeként, s ehhez, habár szerény kiterjedésű nyelvterületre korlátozva, de lelkes magyar fordítói: *Szabó József* és *Ágay* (*Rosenzweig*) *József* is hozzájárultak.

Szállási Árpád

# DOPEGYT<sup>®</sup> tableta

*antihypertensivum*



A Dopegyt adagolása olyan középsúlyos hypertensiv betegeknek javallt, akiknek a hypertensiója már hosszabb ideje fennáll, vagy labilis hypertensiójuk sedativ therapiára nem reagál.

A Dopegyt mind álló, mind fekvő helyzetben csökkenti a vérnyomást, a munka közben, ill. reggeli felkeléskor észlelhető vérnyomás-ingadozást kiküszöböli.

A vese működését, a glomerulusfiltratiót nem befolyásolja jelentősen.

**ADAGOLÁS:** 1—8 tableta, kétnaponként emelkedő dozirozásban, majd fokozatos csökkentés a napi 2—3 tabletás fenntartó adagra.

Más antihypertensiv készítmények bevezetése esetén fokozatos áttérés szükséges; egyéb antihypertensivummal, salureticummal kombinálva a hatás additív jellegű lesz.

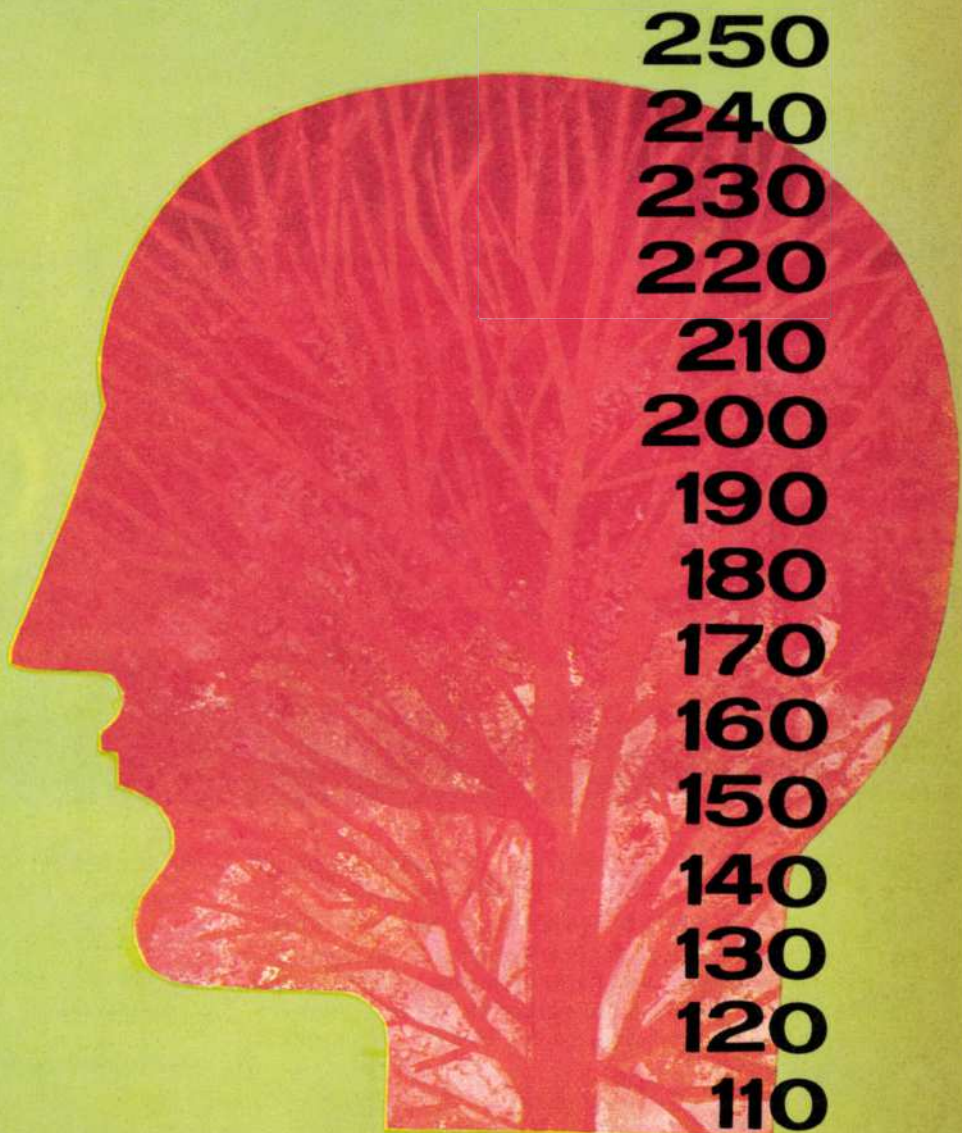
**ELLENJAVALLAT:** phaeochromocytoma, továbbá aktív hepatitis, veseelégtelenség és terhesség.

**MELLÉKHATÁSOK:** átmeneti sedativ hatás; az orthostatikus hypotensio tünetei ritkábbak és enyhébbek, mint az egyéb vérnyomáscsökkentők alkalmazása esetén.

Az esetleges oedema thiazid-származékok alkalmazásával kompenzálható. Átmenetileg enyhe depressio, hallucinatio, szórványosan láz előfordulhat. Ezek a tünetek a gyógyszer megvonása után rövidesen megszűnnek.

**FIGYELMEZTETÉS:** tartós Dopegyt-kúra során célszerű direkt Coombs-teszt- (DCT-) vizsgálattal 1/2—1 évenként az esetleges autoimmun haemolytikus anaemia lehetőségét kizárni. Társadalombiztosítás terhére csak fekvőbeteg-gyógyintézet vagy belgyógyászati szakrendelés javaslata alapján rendelhető, olyan hypertonia kezelésére, mely reserpinre vagy kombinációira kellőképpen nem reagál, illetőleg a beteg nem jól tűri ezeket. A vényen a javaslatot adó gyógyintézetet, illetőleg szakrendelést és a javaslat keltét fel kell tüntetni.

50 × 250 mg 76.— Ft



*Égyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

# plastubol spray

Filmképző műanyag oldat, propellens gázzal keverve, nyomásálló szelepes palackban. A spray alakjában kifecskendezett folyadékból az oldószer elpárolgása után rugalmas hártya marad vissza a bőr felszínén.

**SEBÉSZETBEN:** Zárt műtéti sebek, továbbá elsőfokú égési sérülések fedésére. Hámhorzsolások, frissen hámosodott sebek és ne-

**ELLENJAVALLAT:** Anaerob kórokozókkal fertőzött, valamint mély, tasakos, bőven váladékozó sebek, harmadfokú égési sérülések, továbbá nyomásnak kitett testrészek kezelése.

Alkalmazása a dobozban elhelyezett tájékoztató szerint.

Nyílt sebfelszínen a Plastubol mintegy 30 másodpercig tartó csípő érzést okoz.



hezen köthető bőrfelületek, valamint váladékot ürítő sipolyok, sebek körüli bőr védelmére.

**BŐRGYÓGYÁSZATBAN:** Nem nedvező ekzémák, dermatitisek fedésére (nem zsíros, nem szivódó kenőcsök alkalmazása után is); az ép bőr védelmére, maró hatású ecsetelők alkalmazásakor; érzékeny bőr védelmére, irritáló anyagokkal szemben.

Semmilyen fertőtlenítő, a sebgyulladást elősegítő anyagot, valamint antibiotikumot nem tartalmaz.

Társadalombiztosítás terhére nem, csak a pro ambulancia szerekre meghatározott módon szerzhető be.

Egy palack ára 55,— Ft

*Egyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST





## WHO tájékoztatás

**Nemkívánatos gyógyszerhatásokkal foglalkozó figyelőrendszer.** Royall, B. W.: WHO Chronicle, 1973, 11, 469.

B. W. Royall, az Egészségügyi Világszervezet gyógyszerellenőrzés, gyógyszerértékelés és ellenőrzés vezetője sokoldalú és részletes ismertetést közöl a „Nemzetközi Monitoring Rendszer” szükségességéről, megalakulásáról, működéséről és hatékonyságáról.

Először a gyógyszeres terápia rohamos fejlődésének okaival foglalkozik. Megállapítja, hogy e fejlődés annak tulajdonítható, hogy: a) Jobban megismertük a betegségek kiváltó okait, lefolyását és a gyógyszereknek az emberi és állati szervezetre, egyes szervre, sejtre kifejtett hatását, b) Könnyebbé vált a gyógyszerkutatás a megosztott kutatási költségek folytán.

A közlemény a sok új és hatásos gyógyszert a modern közlekedési eszközökkel hasonlítja össze. Mindkettő előrehaladást jelent, mindkettőnek komoly, megjósolhatatlan nem kívánt hatásai lehetnek és mindkettőnél ezen nem kívánt hatások módszeres tanulmányozása csak lassan fejlődött ki.

Részben jelentéktelenek, de részben igen komolyak és veszélyesek lehetnek ezen nem kívánt mellékhatások. Számba veszi azokat a tényezőket, melyek miatt a gyógyszer biztonsága kétséges marad.

Kiemeli, hogy legveszélyesebbek a legkevésbé várt nem kívánt mellékhatások. Hangsúlyozza, hogy csak az orvosok együttműködésével fedhetők fel a gyógyszerek azon nem kívánt hatásai, amelyek csak széles körű alkalmazásuk során jelentkeznek. A közlemény második része a monitoring-rendszer kialakulását, fejlődését és működését ismerteti. A WHO monitoring programja 1962-ben Genfben a WHO 15. közgyűlésén kezdődött, röviddel a Thalidomid teratogen hatásának felderítése után.

A rendszer hatékony működésének biztosítására a „monitoring”-ot a következő módon határozták meg: „receptre vagy recept nélkül kapható gyógyszerek nem kívánt hatásainak jelentése, regisztrálása és kiértékelése.”

1963-ban 8 országban létesült „monitoring” központ, melyek alkalmilag értesítették egymást a feltárt nem kívánt gyógyszerhatásokról. 1967-ben 10 ország részvételével nemzetközi együttműködési tervet próbáltak ki. Majd 1971-ben a WHO „monitoring” központja megkezdte működését.

Első feladata: a klinikai vizsgálatok alatt rejtve maradt nem kívánt mellékhatások kiderítése. E program alapján olyan határozatot hoztak, hogy ha valamely ország nem kívánt hatás miatt egy gyógyszer forgalomba hozatalát korlátozta vagy betiltotta, azt közölnie kell a WHO-val amely ezt közli a többi tagállammal. 1963 óta 116 gyógyszerrel kapcsolatos figyelmeztetést közölt a nemzetközi központ a tagállammal.

Majd az országos „monitoring” központok szakértőinek tanácsára felállították a gyógyszerek feltételezett nem kívánt mellékhatásának „korai figyelmeztető rendszerét”. E programot 15 ország bevonásával végzi a nemzetközi központ. A nemzetközi központ komputerrel dolgozik. A közleményből megtudjuk, hogy 1973 elejéig több mint 41 000 adat került a komputer „irattárába”.

1972-ben az együttműködő központok kb. 10 000 nem kívánt hatást jelentettek 2248 gyógyszerrel.

A szerző a bejelentések kapcsán történt fontosabb intézkedésekről is beszámol. Pl. az Aminorex készítményt kivonták, miután a bejelentett feltételezett, nem kívánt kisvérkörü magasvérnyomást okozó hatását bebizonyították.

Jelenleg Lengyelországban a végzetes tejsav-acidosis és orális antidiabetikus szerek feltételezett összefüggését vizsgálják. Végeterül a gyógyszerek okozta megbetegedések gazdasági kihatásáról is kapunk felvilágosítást. Figyelemre méltó adat, hogy a gyógyszer okozta megbetegedések kapcsán felmerült költségek többé-kevésbé azonosak azzal, amelyek a tuberkulózis kapcsán merülnek fel.

A szerző tehát kitűnően szemlélteti a Nemzetközi Monitoring Rendszer működését, szükségességét, fontosságát és hatékonyságát, hangsúlyozva a széles körű együttműködés rendkívül nagy jelentőségét.

Ambrus Júlia

**A gyógyszerek károsító hatásai és megelőzésük.** G. Homann: Internist, 1973, 14, 19–24.

Az utóbbi 20 évben intenzíven figyelik a gyógyszerek pozitív hatásain kívül károsító hatásait is. Különösen okot adott erre a gyógyszeripar gyors és hatalmas méretű fejlődése. A gyógyszerek károsító hatásainak előfordulása évről évre fokozódott, de az úgy alapos kivizsgálását a szervezetlenség és üzleti szempontok gátolták. Az első jellemző példa erre a fenotiazin-származékok által okozott súlyos haemolitikus anémiák, melyet fé-

regűző szerek csokoládéban való forgalomba hozatala kapcsán figyeltek meg 64 esetben. A fenotiazinok az NSZK-ban 1964-ig csak receptre voltak kiadhatók, 1965-ben a minisztérium e készítmények egységes előállítását sürgette. A Peteosthor (Thorium X) adása gyermekek esetében a fejlődő csontvelő és porcok súlyos károsodásához vezetett. Rövidesen világgossá váltak az ACTH, a glukokortikoidok és a dextromoramid nevű étvágyjavító szer mellékhatásai is. Az utóbbi szert 1958-tól alkalmazták, a veszélyre figyelmeztették az orvosokat.

Az NSZK-ban 1958 februárjában tervet készítettek a gyógyszerek mellék- és károsító hatásainak vizsgálatára, és a vizsgálatok eredményeit anketon tárgyalták meg. Az Egészségügyi Minisztérium az esetek jelentésére kötelezte a kórházakat és orvosokat. A károsító hatások vizsgálatába bevonták a megfelelő, pl. patológiai és farmakológiai intézeteket is.

Az 1969. évi jelentések szerint a különböző gyógyszercsoportok károsító hatása a következő sorrendben fordult elő: antibiotikumok, kemoterápiás szerek, analgetikumok, keringési gyógyszerek, hormonok, pszicho-farmakonok, kardiotonikumok, anesztetikumok, hipotóniás szerek, szedatívumok, a gyomor-, bélcatornára, anyagcserére ható szerek és spazmolitikumok.

A gyógyszerek károsító hatásainak gyakorisága a következő sorrendben volt észlelhető: allergiás reakciók (beleértve a sokkot), idegrendszeri zavarok, szív- és keringési zavarok, gastrointesztinális zavarok, hematológiai és alvadási elváltozások, pszichés reakciók, végül: bőr-, máj- és veseelváltozások.

A gyógyszerek károsító hatásainak kivizsgálásánál figyelembe vették a WHO által 1962-ben javasolt intézkedéseket.

A közlemény a továbbiakban a gyógyszerek károsító hatásainak leküzdésére irányuló adminisztrációs és szervezeti intézkedésekről számol be. A gyógyszerek károsító hatásainak ellenőrzése a gyártó cég által történő alapos vizsgálattal kezdődik, és a kórházak és orvosok jelentéseivel folytatódik.

Kováts Tibor dr.

## Orvosi deontológia

**A deontológia oktatásának néhány kérdése az orvostudományi egyetemeken.** L. M. Bedrin, M. P. Viljanszkij, V. N. Jemeljanov (Jaroszlavl): Szovjetszkaja medicina 1973, 4, 118–123.

A Szovjetunió Legfelső Tanácsa által hozott egészségügyi törvény nemcsak a szovjet egészségügy alapelveit szögezi le, hanem szabályozza az egészségügyi dolgozók és

a gyógyszerészek tevékenységét, előírja az eskütételt, jogaikat és kötelességeiket, s egész sor olyan kérdés rendezését tartalmazza, melyek kimondottan az orvosi deontológia területére tartoznak. Különösen a „Szovjet orvos esküjének” szövege tartalmazza az orvosi deontológia támasztotta követelményeket, és a deontológia oktatásának is ezekből az elvekből kell kiindulnia az orvostudományi intézetekben.

A társadalmi haladás a szocialista országokban egyre inkább előtérbe állítja az erkölcsöt, a deontológiát, s így az orvosi deontológia elveit is. Ezért tartotta szükségesnek *Petrovszkij* akadémikus, a Szovjetunió egészségügyi minisztere 1969-ben kihangsúlyozni az orvosi deontológia oktatásának a fontosságát, s ennek alapján láttak hozzá a Jaroszlavlvi Orvostudományi Intézetben is ennek az új tudományágának az oktatásához.

Miközben a szerzők részletesen beszámolnak saját tapasztalataikról, említést tesznek arról az alapvető problémáról is, ami az egyes tárgyak deontológiai problémáinak az integrálásában nyilvánul meg. Ebből következik, hogy viszonylag a társadalmi tudományok terén és a határterületeken: marxizmus—leninizmus, politikai gazdaságtan, szociálhygiéne, az orvostudomány története területén a legkönnyebb a helyzet, s itt a deontológia áttekinthető formában jelenik meg az orvostanhallgatók előtt. Ugyanakkor a klinikai diszciplínák zömének oktatási programjában az orvosi deontológia gyakran elsikkad. A nehézség az orvostudomány integratív jellegéből adódott. Ennek áthidalására tanszéki programot dolgoztak ki, s az egyes klinikákon történő deontológiai nevelés koordinálására központi módszertani bizottságot hoztak létre.

A deontológia oktatását már az I. évfolyamon kezdik, amikor az orvostanhallgatókat a bevezető előadások során megismertetik az intézet tradícióival, a szocialista humanizmus lényegével, a szovjet orvos ideális típusával; az anatómián, ahol megmagyarázzák nekik, mire tanítják a holtak az élőket; az állatkísérletek során kialakítják náluk az állatokkal szembeni ésszerű viselkedést; egyes felfedezések ismertetésekor nagy gondot fordítanak a felfedezők pozitív személyi kvalitásainak kihangsúlyozására stb. A 3. szemeszterben a marxista etikából speciális kurzust végeznek a hallgatók; megismerkednek ennek tárgyával, alapvető problémáival és kritériumaival. A politikai gazdaságtan és a történelmi materializmus kurzusán olyan témák szerepelnek, mint a tudományos-technikai forradalom szociális-etikai problémái és ehhez hasonlóak. Az orvostudomány történetének tárgyalásakor előadást tartanak az orvosi etika alakulásáról és változásáról a történelem során.

A III. évfolyam a deontológia oktatása szempontjából különleges

jelentőségű: itt találkoznak a hallgatók először a betegekkel. A belbetegségek propedeutikája és az általános sebészeti keretein belül fogalmat alkothatnak maguknak a psychohygiénés tényezőkről, a betegekhez való viszony normáiról, kifejtik nekik az „orvosi tévedés”, és a „nemtörődőmség”, „hanyagság” fogalmainak tartalmát, s ezek káros voltát. Felhívják figyelmüket a diagnózis közlésének módjára. A III. évfolyamon az orvosi pszichológia a tárgy, amely tágabb teret biztosít a deontológiai elvek kifejtésére. Előadásokat tartanak a személyiség pszichológiájáról, a psychogéniáról és a somatogéniáról, a személyiségnek a betegségre való reagálásáról, a fizikai defektusban szenvedő egyének pszichéjének sajátosságairól, az emócióknak az orvosi tevékenységben játszott szerepéről, a pozitív és negatív emócióknak a betegség lefolyására gyakorolt hatásáról, az egészségügyi intézményekben történő betegellátás szervezésének pszichológiai aspektusairól, a heveny és idült betegségben szenvedők sajátos psychés megnyilvánulásairól — az ijedségről, gyanakvásról, fokozott éberségről.

Ezt követően — a IV., V., majd a VI. évfolyamon — az egyes tárgyak előadása során, a különféle klinikákon az adott ismeretszintnek megfelelően tovább mélyítik az orvostanhallgatók deontológiai ismereteit, s gondot fordítanak ezek gyakorlati alkalmazására. Ezt a tevékenységet az orvosi deontológia tanszéki programja körvonalazza.

Varga János dr.

## Iatrogen ártalmak

**Baktériumszórás párologtató és aerosol-készülékekből.** Covelli, H. D. és mtsai (Rush—Presbyterian—St. Luke's Medical Center, Chicago, Illinois): *American Review of Respiratory Disease*, 1973, 108, 698—701.

Intézetükben a párologtató és aerosol-készülékeket minden használat után desztillált vízzel kimosás és 70%-os alkoholba helyezik. 47 így tisztított készülék levegőjét táptalajra fűjtatták és azon 24 óra múlva 29 esetben, 48 óra múlva 26 esetben, 72 óra múlva 26 esetben, 92 óra múlva pedig 15 esetben *Pseudomonas aeruginosa* telepek jelentek meg. Emellett néhány esetben még *Enterobacter*, *Herella* és *Pseudomonas* alkaligenes is kitenyészett. Számításuk szerint a párologtatók 70%-a óránként 480, 30%-a pedig 12 000 élő organizmust szórt szét.

Többen közölték már, hogy ezek a készülékek felelősek sok esetben egyes kórházakban a Gram-negatív tüdőgyulladás terjesztésében. Tökéletesen kellene tehát fertőtleníteni. Sajnos, biztos módszer erre még nincs. Naponkénti sterilizálá-

suk nehézkes, a kémiai fertőtlenítés nem tökéletes. További vizsgálatok szükségesek e probléma gyakorlati és klinikai jelentőségének a tisztázására.

Pongor Ferenc dr.

**Psoriasisos betegek májának ultrastruktúrája methotrexát kezelés után.** Horváth É., Kovács K., R. C. Ross (Department of Pathology, Toronto): *Archives of Dermatology*, 1973, 108, 427—428.

A methotrexátot kiterjedten alkalmazzák a psoriasis kezelésében és chronikus alkalmazás esetén a szer hepatotoxikus hatásáról, a máj fibrosisának és cirrhosisának kialakulásáról számoltak be.

A szerzők 9, 26—74 év közötti (4 férfi és 5 nő) betegből végeztek percutan májbiopsziát, akik psoriasis miatt különböző ideig részesültek methotrexát kezelésben. A fénymikroszkópos vizsgálat alkalmával főleg steatosis volt megfigyelhető, de nem láttak sem fibrosist, sem cirrhosist. Az elektronmikroszkópos felvételeken a májsejtek cytoplasmájában nagyszámú lipoid szemecse lerakódás, a Golgi-apparatus hypertrophiája és kiszélesedése volt látható. A mitochondriumok, endoplasmás reticulum és Kupffer-sejtek normálisak voltak.

A legfeltűnőbb jelenségnek a hepatocyták és a Disse tér között elhelyezkedő Ito-sejteket találták, amelyeknek ovális magjuk és kevés mitochondrium van. A cytoplasmájukban igen sok zsírszemcse volt látható. A psoriasisos betegek Ito sejtindexe (arányuk 1000 hepatocytára) 81-nek mutatkozott, míg kontrollegyekben 18, alkoholos májkárosodásban 13 volt. Az Ito sejt felszaporodás, a hepatocyták zsírtartalma, a methotrexát kezelés és a psoriasis súlyossága között nem volt összefüggés megállapítható. Az Ito-sejtek funkciója nem ismert. Egyes szerzők szerint az A-vitamin anyagcserében van jelentőségük. Nem lehet határozottan állást foglalni az Ito-sejtek megjelenése, valamint a methotrexát kezelés és a psoriasisos alapbetegség között.

Schneider Imre dr.

**Oxacillin kezelés mellékhatásaként jelentkező májkárosodás.** E. Dismukes (University Station, Birmingham 35294, USA): *Jama*, 1973, 226, 861.

A szerző 3 esetben észlelt átmeneti májkárosodásról számol be. A betegek anamnézisében májbetegség nem szerepel; az oxacillint mindhárom intravénásan kapták (8 ill. 9 g/nap). A mellékhatások a kezelés második és harmadik hetében jelentkeztek: lát, hányinger, hányás, enyhe jobb bordafüv alatti fájdalom. A laboratóriumi vizsgálat az SGOT jelentős emelkedését mutatta, az alkalikus foszfatáze

lényegében nem változott, sárgaság egy esetben sem fejlődött ki. A hepatotoxicitásra utaló eltérések az oxacillin elhagyása után maradéktalanul rendeződtek.

Saját észrevételeit az irodalomból ismert néhány hasonló esettel összevetve, a szerző feltételezi, hogy az átmeneti májkárosodás oka hypersensitiv reakció volt.

Ludwig Endre dr.

**A coronaria arteriographia szövödményei.** Schönbeck, M., Lichten, P.: Helvetica Med. Acta, 1973, 37, 215—220.

A coronaria arteriographia Sones technikával az art. brachialis, Judkins eljárásával az art. femoralison át történik. Mindkét beavatkozás veszéllyel járhat. A szerzők a két eljárást hasonlítják össze, különös tekintettel a szövödményekre.

A tanulmány tárgyát Európa és az Egyesült Államok 18 intézetében végzett vizsgálatok képezik. 1971 decemberéig a vizsgált betegek száma 3429. A betegeket osztályozták nemük, a coronariographia utáni diagnózis és aszerint, hogy történt-e bal ventriculographia. 1203 femoralis és 1370 brachialis behatolásból végzett vizsgálat volt értékelhető.

Az összes szövödmény 226 volt. A beavatkozás következtében 24 beteg halt meg (0,7%). Ezek közül 3-at (0,2%) brachialis, 21-et (1,1%) femoralis technikával vizsgáltak. A halál oka 13 betegen akut myocardialis infarctus, 4-en shock, 3-on asztolia, 2-n agyi embólia, míg 2 esetben az ok nem volt megállapítható.

Nem halálos cardialis szövödmény 28 brachialis és 90 femoralis beavatkozás után jött létre. 62%-ban kamrai fibrillatio, 24%-ban myocardialis infarctus, 8%-ban arrhythmia, 4%-ban embólia fordult elő. A súlyos komplikációk femoralis behatolás után szignifikánsan gyakoribbak. A perifériás artériás ágak megbetegedése mindkét technikával azonos számban fordult elő.

Molnár Margit dr.

**Oralis anticonceptio során fellépő intestinalis infarctus.** Lobello, R., Guerro, G. (Surgery Division and the Clinical Chemical, Microbiological and Pathological Hospital, Empoli, Olaszország): Pan. Med. 1973, 15, 278.

Az orális anticonceptívumok elterjedésével megjelentek az irodalomban az e készítmények alkalmazásakor fellépő thromboembóliás esetekről szóló ismertetések. Ez a szövödmény elsősorban a tüdőt, az agyat és az alsó végtagokat szokta érinteni, s jóval ritkábban a mesenterialis ereket. A szerzők által észlelt beteg ez utóbbi csoportba tartozik.

41 éves betegük kórelőzményében mindössze enyhe fokú oligo-

menorrhoea szerepel, s újabban vérzése rendszertelenné is vált. Emiatt kórházi felvétele előtt 18 nappal orvosa therapiás céllal nosteroid kezelést kezdett (norgestrel + aethinyloestradiol tartalmú készítménnyel).

Intézeti felvételére hirtelen kezdődő, igen erős, s egyre fokozódó, 5—6 órája kialakuló, először dif-fus, majd a jobb fossa iliaca-ra localisálódó, hányással járó hasi fájdalmi miatt került sor. Ekkor széklet és széklet nem távoztak; vizeles, hőmérséklet: rendben, fehérvérsejtszám: 23 000; rectalisan vizsgálva kifejezett jobb oldali nyomásérzékenység. Műtétre „nagy valószínűséggel appendicitis okozta peritonitis” kórismével került. Ekkor az ileocecalis billentyűtől 15 cm-nyire kezdődően egy kb. 20 cm-es ileum-szakaszt nekrotikusnak találtak, és ezt resecálták is. Más kóros elváltozás nem volt. A makroszkopos is véres infarctusosnak imponáló bélszakaszt szövötvileg vizsgálva azt találták, hogy itt a mesenterialis erek tágultak és vörösvértestekkel kitöltöttek voltak, körülöttük pedig főleg lymphocyter, monocyter és részben neutrophil sejtes infiltrációt lehetett kimutatni. A műtét utáni lefolyás egyébként eseménytelen volt s a beteg gyógyultan távozott.

Reed és Coon 1963-ban hasonló esetet ismertettek, de ők betegüket a bélresectio ellenére elvesztették. Kilpatrick és mtsai (1968) hasonló aetiológiájú 2 esetében a nekrosis a kolonban volt.

Az utóbbi években az ilyenfajta közlések száma tovább szaporodott, ezért a British Medical Research Council összeállításában ez a szövödmény is szerepel a per os anticonceptio lehetséges kockázatai között.

Érdekes, hogy az ilyen aetiológiájú bélnekrosis az esetek többségében olyan nőknél alakul ki, akik még aránylag elegendő rövid időn keresztül szedték a fogamzásgátló tablettákat.

Major László dr.

## Onkológia

**Bronchuscarcinoma.** Zeidler, D., Linder, F. (Chirurgische Universitätsklinik, Heidelberg): Dtsch. m. Wsch. 1973, 98, 1099—1104.

A heidelbergi sebészeti klinika 2200 tüdőtmoros betegét dolgozza fel. Azt vizsgálják, hogy mi az oka az első tünetek megjelenése és a bronchuscarcinoma kezelése közötti viszonylag hosszú intervallumnak, másik szempont, hogy ez az idő mennyire befolyásolja a túlélést.

Az első tünetek és az oki kezelés kezdete közötti időszakot két részre osztották fel: 1. Az első tünetektől az első orvosi konzultációig eltelt idő, 2. az első orvosi konzultációtól az első oki kezelés megkezdéséig tartó időköz.

A betegek 86,7%-a a tünetek észlelésétől számított első 3,5 hónap alatt orvoshoz fordult. A therapiá beállításáig újabb 4 hónap telt el, úgyhogy a „fatalis pausa” 7 hónapnak adódott.

A diagnózis felállítása és a halál közötti időt vizsgálva, a betegek közel 60%-a az első fél éven belül meghalt, 5 éves túlélést 5,4%-uk és 10 évest 3,45%-uk élt meg.

A betegek életkora a vizsgált 25 év alatt egy egész évtizeddel eltolódott, a kezdetben felvételre kerültek 50—55 év közöttiek voltak, a jelenlegi beteganyag átlagéletkora 60—64 év.

2200 betegből 1271 inoperabilis volt, 357 esetben csak próbathoracotomiát tudtak végezni és csak 572 resectio történt. A resecált betegek 30%-a átlagosan 2, 17,5%-a 5, és 13%-a 10 évvel élte túl a műtétét. A postoperatív halandóság 31%-ról 5%-ra csökkent.

A beteg számára a bronchuscarcinoma korai diagnosztizálása jelenti az egyetlen lehetőséget. Ennek jelentőségét támasztja alá az a tény is, hogy a rtg-sorozatvizsgálat során véletlenül kiszűrt betegek túlélési százaléka kétszerese a tünetekkel orvoshoz forduló betegekének. A különböző felmérések azt bizonyítják, hogy a „fatalis pausa” túlnyomórészt az orvost terheli. Az újabb diagnosztikus módszerek csökkentették ugyan ezt az időt, de még mindig a betegek 30%-át az első kezelést végző orvos csak symptomatocusan kezelte, mielőtt alaposabban kivizsgáltatta vagy tüdőgyógyászhoz irányította volna.

Dénes Margit dr.

**Adatok a malignus középlebny-syndromához.** Geroulanos, S. és mtsai. (Chirurgische Universitätsklinik, A, Zürich): Dtsch. m. Wsch. 1973, 98, 1095—1099.

A szerzők a zürichi sebészeti klinikán 1962—1971 között 1300 tüdőműtéten átesett beteg, valamint 1600 bronchoscopiás lelet kiértékelése során 73 középlebny-syndromás esetet találtak.

28 alkalommal a syndroma oka bronchuscarcinoma volt, amely tüneteit tekintve azonos az egyéb lokalizációjú tüdőtmorokéval, de kifejezetten rossz prognosisa miatt különleges jelentőségű.

A diagnózis tisztázásához szükséges idő döntő jelentőségű. Azok a betegek, akik az első pozitív rtg-lelet után, 4 héten belül műtétre kerültek, négytöd részben alkalmasak voltak radikális műtétre. A 4—8. hét után thoracotomisáltak már csak háromtöd része volt operabilis.

A malignus középlebny-syndromás betegek radikális műtét utáni túlélését vizsgálva, azt találták, hogy 13 betegből 1 év után 3, 3 év múlva 1, 5 év után senki nem volt már életben.

A diagnózis felállítására szempontjából a rtg.-lelet a legfontosabb. A rtg.-elváltozás annál kifejezettebb, minél inkább az infiltratív komponens jutott érvényre, és annál szégyesebb, minél erősebb a parenchyma zsugorodási tendenciája. A megfelelő technikával végzett tomogrammal gyakran elkerülhető a bronchosopia. A bronchographia többnyire ki tudja mutatni a tumorhatárt, a bronchosopia a középlebény-carcinómák esetében is igen magas százalékban biztosítja a diagnózist. Kiegészítő vizsgálataként a bronchus-secretum citológiai vizsgálata, valamint a trans-bronchialis nyirokcsomó-biopsia javasolható. 28 malignus középlebény-syndromás betegük közül 7 esetében negatív volt a bronchosopia és a klinikai tünetek tisztázása érdekében mediastinoscopiát végeztek. A szerzők leszögezik, hogy a legcsekélyebb carcinomagyánú negatív endoscopos lelet ellenére is thoracotomia indikációját képezi. Ma már a thoracotomia egyre kevésbé veszélyes beavatkozás, és szükség esetén egy ülésben pneumonectomia is elvégezhető.

Összehasonlítva az oki tényezőket, a középlebény-syndroma 1949–1955 között nagyrészt tbc-s eredetű, a beteganyag 4,3%-a carcinómás. A vizsgált 1962–1971-es időszakban 24% a tumoros és elhanyagolható a tbc-s esetek száma.

A legújabb statisztikák szerint valamennyi bronchuscarcinoma 2–10%-a a jobb középlebényből indul ki.

A kor és nem szerinti felosztásban csaknem kizárólag férfiakat találunk. Az évek számával a carcinómás megbetegedések száma is nő, így a 60–69 év közötti középlebény-syndromás betegek esetében kivétel nélkül tumor okozta a tüneteket.

Minden új középlebény-syndromás betegen a legrövidebb időn belül tisztázni kell az okot, és carcinoma gyanú esetén is 4 héten belül operálni kell.

*Dénes Margit dr.*

**A szülők életkorának összefüggése a resecált tüdőrákos betegek „túlélésével”.** Smith Abbey, R. és mtsai. (Cardio-Thoracic Unit, Coventry): *Lancet*, 1973, I, 843–845.

A tüdőrákos beteg resectió utáni túlélési idejét elsősorban a daganattal összefüggő tényezők befolyásolják, mint a szöveti jelleg, a nyirokcsomók érintettsége, metastasisok, stb. Sok klinikai megfigyelés bizonyítja azonban, hogy a beteg tulajdonságai, ellenállása szintén lényegesek. Azonos tulajdonságú daganatok kórlefolyása nem mindig azonos; úgy látszik, hogy egyes betegek szervezete képes felekezni a daganat terjedését, sőt leküzdhetik a kedvezőtlen daganatos tényezőket is. A szerzők ezeket, a resecált tüdőrákos betegek túlélé-

sét befolyásoló tényezőket tették vizsgálat tárgyává.

Egyik betegcsoportjuk 64 olyan betegből állott, akik a resectió műtét után 10 évnél is tovább éltek. Ez a létszám, az irodalmi adatoknak megfelelően, az összes resecáltak 16%-a volt. A másik 60 főnyi csoportot olyan betegek alkották, akik a resectió műtét után két éven belül meghaltak. Az első csoport műtetei tehát 1960 előtt történtek, a második csoporté 1968–69-ben, de a műtetteket azonos indikáció és technika mellett, ugyanaz a sebész végezte. A két betegcsoportot a következő szempontok szerint hasonlították össze: életkor a műtét idején, a műtét kiterjedése, dohányzás, porártalom, a daganat szövettani típusa, volt-e nyirokcsomóáttét, végül a szülők életkora.

A két csoport között három dologban mutatkozott szignifikáns különbség: a szövettani lelet, a nyirokcsomóáttét és a szülők életkora. A 10 évet túlélő csoportban lényegesen kevesebb volt a nyirokcsomóáttét, valamint a szövettanilag rosszabb indulatú microcellularis cc., és lényegesen hosszabb volt a szülők életkora. Érdekes, hogy ebben az anyagban és ezzel a módszerrel vizsgálva, nem mutatkozott különbség a dohányzás vonatkozásában.

Annak eldöntésére, hogy a különbségek reálisak-e vagy egyes tényezők egymásra hatásából adódnak, a szerzők standardizációs technikát alkalmaztak. Az analízis végeredménye az volt, hogy a túlélés szempontjából a döntő tényező a nyirokcsomóáttét, amennyiben egymagában csak ez, a tényezők párosítása esetén pedig a nyirokcsomóáttét és a szülők életkora „együttes” szignifikáns.

A szerzők azt a hypothesisist állítják fel, hogy a szülők életkora és a nyirokcsomóáttét kapcsolatban van, amennyiben idősebb szülők utódaiban ritkábban találtak nyirokcsomóáttétet a műtét során. Ezért szerintünk feltételezhető, hogy a szülők hosszú életkora befolyásolja utódaik rákos megbetegedését. Hypothesisük nem az, hogy hosszú életű szülők gyermekei is sokáig élnek, hanem az, hogy a magas életkorú szülők egy ismeretlen genetikai faktor révén meg tudják védeni leszármazottaikat a carcinomaszóródástól, a nyirokcsomóáttétektől és ezért kedvezőbb a prognózis a műtét után. Ez a feltételezés részben magyarázhatná az ún. rák elleni resistenciát, amelylyel egyes betegek — úgy látszik — rendelkeznek. Ez a resistencia inkább örököltnek, mint szerzettnek tűnik. Végül a szerzők is elismerik, hogy eredményeik többfeleképpen is magyarázhatók és a beteganyag is kicsi. A hypothesis érvényességét ezért nagyobb rákos beteganyagban kellene felülvizsgálni.

*Vályi Lajos dr.*

**A tüdőben elhelyezkedő tünetmentes soliter göbök; műtét utáni túlélés, tumortípus és növekedési ráta.** Steele, J. D., Buell, P. (Berkeley, California, USA): *J. Thorac. and Cardiovasc. Surg.* 1973, 65, 140–151.

A primer hörgőrák sebészi megoldhatóságának feltétele a korai stádiumban történő radiológiai felfedezés. A szerzők 1959 és 1963 közötti időszakban több amerikai kórház beteganyagából összegyűjtötték a tünet- és panaszmentes, 6 cm-nél nem nagyobb átmérőjű soliter tüdőtumoreseteket.

Az összegyűjtött beteganyag 35,6%-a bizonyult malignus tumorra, szám szerint 392 beteg. A malignus tüdőtumorkok 88,6%-a primer hörgőcarcinoma volt. 370 beteg került műtetre (94%). 61 beteg műtete palliatív jellegű volt, 309 volt tehát a curatív, gyökeres műtétek száma (83,5%). Ebben a csoportban az 5 éves túlélés 39%, 7–8 éves túlélés 30% volt. A 61 palliatív resectió betegek között 80%-os volt az 5 éves túlélés.

A szerzők grafikonon szemléltetik az első szűrés kapcsán felfedezettek („prevalence cases”) és az 1 éven belül ismételt szűréssel kiemelt („incidence cases”) túlélési eredményeit. Az utóbbi csoportban találták a rosszabb eredményeket. Az első csoportban nyilvánvalóan a lassan növekedő tumorkok szerepeltek túlnyomó többségben, míg az ismételt szűréssel a gyorsan növekedő tumorkok kerültek szám szerinti többségbe.

Foglalkoznak a tumornövekedés értékelésével, az ún. kettőződési idő („doubling time”) problémájával. Táblázatot közölnek a tumortípus és a kettőződési idő összehasonlításáról. Adataik szerint az adenocarcinoma viszonylag lassúbb növekedési tendenciát mutatott a lap-hámrákhoz és a differenciálatlan sejtes rákhoz képest. A növekedési tendencia prognosztikus értékű. Anyagukban az esetek 80%-ában a „doubling time” 6 hónap vagy annál kevesebb. Így a szerzők a fél-évenkénti szűrést tartják megfelelőnek.

*Pálffy Gyula dr.*

**A Gardner-syndroma.** Kanzler, G., H. Kiefer (Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden): *Medizinische Klinik* 1974, 69, 293–297.

A Gardner-syndroma esetében a polyposis coli familiaris egyik variánsáról van szó. A többszörös osteomák mellett lágyszövetű tumorok (desmoid, epidermoid cysta) mutatkoznak. A vastagbél polypokból 10–15 év után carcinomás elfajulás indul ki; s emellett jellemző még az, hogy a tünetek familiárisan lépnek fel.

A szerzők egy 29 éves nőbeteg kóresetét ismertetik, akinek a nyakáról 19 éves korában egy daganatot távolítottak el, majd később a

hátán 3 tumort excindáltak. A szövettani dg.: desmoid typosus progressiv fibrosis: 26 éves korában a mandibula területéről történt csonteltávolítás s a szövettani kép eburnizált primer osteomának felelt meg. A kórelőzményben a kivizsgálás előtti 6 hónapban többszöri, vizes véres-nyálkás széklet szerepelt. A beteg anyját vastagbélcarcinoma miatt kezelték. Fiatalabb fiútestvérén vézést okozó polypokat távolítottak el a vastagbélből. Anyai nagynénje csontsarcomában halt meg, a másik nagynénjét és egyik nagybátyját mandibuladaganat miatt operálták. A betegnek a homlokán, j. füle előtt és a mandibula jobb oldalán csontdaganat volt tapintható. A hátán a műtéti terület szomszédságában több érzékeny csomó volt észlelhető. A rektoszkopiás vizsgálat alkalmával 15 cm magasságban egy polyposusan elváltozott területen belül 2,5 cm nagyságú gyűrűszerűen növekvő adenocarcinomat találtak. A további vizsgálatok alkalmával a sigma, descendens, caecum területén számos polypust találtak s a gyomor proximális szakaszán sűrű polyposis volt kimutatható. A csontrendszer átvizsgálása során a koponya, a bordák, bal femur és tibia s a csípőlapátok területén többszörös osteomák voltak kimutathatók. A beteget megoperálták és a bélfalat infiltráló, erősen differenciált adenocarcinomat találtak, amely még nem nőtt be a mesenterialis szírszövetbe.

A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy bőr- és csonttumorok, intestinalis panaszok esetén, különösen ha ezek familiarisan lépnek fel, gondolni kell a Gardner-szindróma fennállására.

Schneider Imre dr.

**Coloncarcinoma és vércholesterol.** Rose, G., és mtsai. (Epidem. Dep., St. Mary's Hospital Medical School, London): Lancet, 1974, 1, 181.

Nemzetközileg bizonyított, hogy erős pozitív korreláció áll fenn a coloncarcinoma és a coronariás szívbetegségek mortalitási arányszámai között, ez esetleg közös aetiologiai faktorok lehetőségét veti fel. A vércholesterol-szint a coronaria-betegségek előfordulására vonatkozóan is jó indikátornak bizonyult. A vércholesterolszintje és a betegek zsírfogyasztása között ugyan nem lehetett meggyőző összefüggést kimutatni, azonban számos, e kérdéssel foglalkozó tanulmány arra utal, hogy ilyen kapcsolat igenis fennállhat.

A szerzők ezen megfigyelések alapján azt a hipotézist állították fel, hogy talán a magas vércholesterol-szint és a zsírfogyasztás mértéke összefüggésbe hozható a coloncarcinoma előfordulásával is. Ezért 6 tanulmány adatainak az összesítése alapján 90 coloncarcinomás

férfibetegben analizálták a vércholesterol-szint és a coloncarcinoma kialakulása közti kapcsolatot.

A szerzők, számukra meglepő módon azt találták, hogy az esetek 63%-ában a kezdeti vércholesterol-értékek a várt szintnél alacsonyabbak voltak és nem magasabbak.

Más alimentaris carcinoma (gyomor, pancreas, rectum, máj, epeutak) esetében az alacsony cholesterolértékek felé mutató tendencia általában nem volt megfigyelhető, ez csak coloncarcinomára volt jellemző.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy még további vizsgálatok szükségesek a kérdés tisztázására, a lipid-reguláló étrend, valamint coloncarcinomában az enterális faktorok szerepe, a coloncarcinoma és a coronariabetegségek kapcsolatának jobb megismerésére vonatkozóan.

Kisfalvi István dr.

**Elhúzódó ductus-ürülés: pancreasfejcarcinoma jele endoscopos pancreatographiánál.** A. A. Belsito, G. G. Cramer, P. B. Dickinson (Bethesda Lutheran Medical Center, St. Paul, Minnesota): The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine 1973, 119, 109—114.

A kontrasztanyaggal feltöltött pancreasvezeték röntgenképe idült pancreatitis és pancreastumor esetében gyakran hasonló. Mindkét kórképből a vezeték tágult, egyenetlen lehet. Bizonyos jelek, mint meszesedés vagy pseudocysta inkább pancreatitis mellett szólnak, de ezek nem egyértelműek és gyakran hiányoznak. Operatív pancreatographia során észlelték már, hogy pancreatitisben a ductus ürülése gyorsult, carcinoma esetén inkább elhúzódó. Ezt a dinamikai különbséget eddig a két kórfolyamat elkülönítésére a praeoperatív endoscopos pancreatographiában még nem használták fel.

A szerzők 16 pancreas-carcinoma esetben végeztek duodenoscopiát. 5 ízben a papilla obstrukciója vagy a duodenum tumoros inváziója miatt pancreatographiát végezni nem sikerült. 4 alkalommal a tumor okozta elzáródás miatt a pancreasvezetéknek csak kis kezdeti szakasza telődött. 7 esetben a ductus pancreaticus jól telődött, kismértékű egyenetlen tágulatot mutatott. Ezekben az esetekben a ductus feltöltése után a beteget az ürülés elősegítésére jobb oldalára fektették, és 10, 20, 30 perc és 1 óra múlva is készítették felvételeket. Mivel normális viszonyok között a ductus általában 10 perc alatt ki szokott ürülni, az elhúzódó, 20 percnél tovább tartó telődést pancreasfejtumor indirekt jeleként értékelik. Az utolsó csoportban említett 7 esetükben ez a kórisme helyesnek bizonyult. Észleléseiket jellegzetes röntgenképekkel illusztrálják, összehason-

lítva az ürülési viszonyokat carcinoma és idült pancreatitis esetében. Részletesen két betegük kórtörténetét ismertetik. Műtetre egyiken sem került sor, de a sectio szerint egyik beteg pancreasfejrákja resecálható lett volna.

Laczay András dr.

**A klinikai vizsgálat, mammographia, cytologia, tübiopsiák és lemezes thermographia szerepe a többoldalú emlődiagnosztikában.** Barth, V. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 175—180.

Az emlő klinikai vizsgálata (megtekintés és tapintás), a mammographia, a tübiopsiákkal nyert cytologiai vizsgálat és a lemezes thermographia diagnosztikus értékét hasonlították össze 92 szövettanilag igazolt emlőrák esetében. Az ún. „hármás kórismezés”, amely az emlő tapintási vizsgálatából, mammographiából és tübiopsiás cytologiából áll, 90%-ban tudta megállapítani, hogy jó- vagy rosszindulatú megbetegedésről van-e szó. Azokban az esetekben, amelyekben még a fenti eljárások sem nyújtanak biztos leletet, próbaexcísiót kell végezni. Az aspirációs tübiopsia azért előnyösebb, mint a trokárral végzett tübiopsia, mert a cytologiai vizsgálathoz lényegében ugyanazt az anyagot szolgáltatja, kisebb traumás beavatkozást jelent és az emlőben kisebb terjedelmű elváltozásokban a találati biztonsága nagyobb. A lemezes thermographia igen hasznos és relative olcsó eljárás az emlőmirigyek kóros elváltozásainak felderítésében. A jóindulatú elváltozás és a rosszindulatúság között azonban éppúgy nem tud különbséget tenni, mint az elektronikus thermographia. Kétségtelen, hogy a lemezes thermographia a preventív szolgáló eljárásokat illetően a jövőben nagy fontossággal bírhat, de ezt a kórismezési módot igen nehéz megtanulni.

Az összehasonlító vizsgálatok eredményének értékeléséből a következő tanulságot vonják le: az elengedhetetlen és igen gondos klinikai vizsgálat, valamint a könnyen kivihető mammographia mellett az aspirációs tübiopsia alkalmazása a helyes kórisme felállításához igen nagy segítséget nyújt. Ez a hármás és a beteg számára traumát alig jelentő diagnosztikus beavatkozás a legtöbb esetben a már sebészi beavatkozást jelentő próbaexcísiót nélkülözhetővé teszi.

Takáts László dr.

**Gyógyító jellegű emlőrákbesugárzás <sup>137</sup>Cesium teletherápiával. Első 5 éves kiértékelés.** R. Amalric, J. M. Spitalier (Centre Régional de Lutte contre le Cancer, Marseille): Strahlentherapie 1973, 145, 513—517.

A kizárólag besugárzással kezelt 656 emlőcarcinomás nőbetegéről szá-

molnak be. 244 beteg 3 év után, 113 öt év után van a besugárzás óta. Az ötéves túlélés 79%, 69%-ban a tumor devitalizálását érték el, 8,2%-ban lokális recidiva lépett fel. A dozirozásról és kivitelezéséről részletesen szólnak.

A dozirozás megfelel az utóbbi években elterjedő szempontoknak. Gócdózis 8000 rad, heti 1000 radal. Az Ellis szerinti számolásban 2000—2100 rad egyszeri dózisnak megfelelő fractionálást alkalmaznak.

A <sup>137</sup>Cesium energiája, homogenitása alkalmas a nagyobb bőrkárosodás nélküli kezeléshez. Mellékreakciók előfordulnak, azonban a kezelés után gyorsan elmúlnak.

A diagnózishoz, valamint a kontrollhoz thermográfiát, mamográfiát, klinikai vizsgálatot alkalmaznak. Kieséses esetekben tumorectomiát, vagy a nyirokcsomó eltávolítását elvégzik. Az öt évet túlélt 113 betegből 78 operabilis, 35 inoperabilis volt a kezelés kezdetén. Secunder mastectomiát 47 esetben végeztek, ezekből negatív szövétani eredmény 19, kétes 16 és pozitív 12 alkalommal volt.

Az eredmények alapján a gyógyító cesium-therapia olyan lehetőség, amivel 10 emlőcarcinomás betegből 8 több mint 5 évig secunder mastectomia nélkül vagy azzal gyógyultan élhet.

(Ref.: *Hazánkban cesiumtherapia jelenleg nem működik, a 200 kV-os rtg berendezések tumorölő dózisos leadására a mélyben nem alkalmazsak.*)

Miltényi László dr.

## Élettan

A tüdő vitál és total-kapacitásának új normálértékei. Bühlmann, A. A., Scherrer, M. (A zürichi egyetem Belgyógyászati Klinikája és a berni Orvosegyetem Tüdőgyógyászati Osztálya): Schweiz. med. Wschr. 1973, 103, 660—668.

Anthony 1930-ban közétett spirometriás (VC) kell-értékei óta, a későbbi kutatók fokozatosan egyre magasabb kell-értéket állapítottak meg. Pl. Anthony a 25 éves 180 cm magas és 80 kg súlyú férfiak „kell” VC értékét 4800 ml-ben, Amrein és munkatársai 6120 ml-ben, a szerzők pedig 1972-ben 5820 ml-ben állapították meg. Az első idézett szerző a nőkre vonatkozóan a 25 éves, 170 cm magas és 63 kg súlyú egyének esetében 3300 ml-t, Amrein 1969-ben 4380 ml-t és végül a szerzők Anthony után 42 évvel 4250 ml-t találtak. Ez indította szerzőket jelen munkájuk elvégzésére, melynek során Zürichben 1132 egészséges, válogatott munkakörű dolgozó felnőttön (774 férfi és 388 nő) állva, zártrendszerű spirométerrel a VC-t vizsgálták, Bernben pedig 504 férfit és 346 nőt vizsgáltak. A zürichi beteganyagból 90 férfin (búvárok és evezősök csoportjában), ezenkívül fekvő hélium-

keveredési módszerrel és testplethysmográfiásan residuális volumen (RV) meghatározás is történt. Ezekből a vizsgálatokból a következő eredményekre jutottak:

1. A Miller és munkatársai, továbbá Cotes által meghatározott kívánt VC érték, amelyet az USA-ban, Angliában és Svájcban is használnak, sem a férfiaknál, sem a nőknél nem függ a testmagasságtól 20 és 60 év között, hanem annál kb. 6—10%-kal alacsonyabb, 19 és 42 év közötti aktív és volt élevezősök, továbbá búvárújonok elérik ugyan a középértékben az „Európai Szén és Acéltársulás” által használt kell-értéket; ugyancsak megfelelnek az Amrein és munkatársai által publikált számított VC értékeknek, de már az idősebb és egyéb foglalkozásúak, így pl. egészségügyi dolgozók továbbá a volt élevezősök ezen számított értéke túl magas, éspedig 5%-kal.

2. Kompromisszumként egy nomogramot ajánlanak, mely a nemek, koron, magasságon alapul. Ez a nomogramm nem mutat lineáris összefüggést a kor és testmagasság viszonylatában, eltérően az előbbi és jelenleg használatban levő nomogramoktól. A régi nomogramm éppen megfelel 504 férfi és 346 nő talált értékének abban az esetben, ha semmiféle selectio nem történik (ezek berni vizsgálatok). Ha az átlagosan első sportolók mért értékét nézzük, ez a csoport 2—6%-kal magasabb VC-t mutat, mint a számított érték.

3. Az átlagosnál alacsonyabb test-súlyú sportolók valamivel kisebb VC-sal és valamivel magasabb RV-nel rendelkeznek, mint a megfelelő súlyban levő társaik. Ezek azonban olyan kis eltérések, hogy elhanyagolhatóak.

4. A szerzők új VC kell-értékei lényegében változást nem hoztak, mert a 20%-nál nagyobb VC vagy total kapacitás (TC) kell-értékváltozás független a nemtől, kortól és testmagasságtól és így kórosnak minősül. A relatív secundum kapacitás érték 60%-nál alacsonyabban a mért VC-nál 65 évig szintén kórosnak értékelendő, mert azt jelenti, hogy az erőltetett kilégzés (= FEV<sub>1</sub>; Ref.) akadályozott. RV mérések a korábbi adatoktól alig térnek el.

A vizsgált spirometriás értékeknek főleg betegbiztosítási szempontból van nagy jelentőségük. A szerzők összehasonlító módszerekkel 11 táblázaton ismertetik adataikat.

Entz Albert dr.

A szomjúság és a limbikus rendszer. Fitzsimons, J. T. (The Physiological Laboratory Cambridge, CB2 3EG): Proc. roy. Soc. Med. 1972, 65, 1067—1070.

A supraopticohypophyseális rendszer víz-konzerváló szerepének felismerését követően a hypothalamus és a limbikus rendszer egyéb részei kerültek az érdeklődés közép-

pontjába, mint az agy olyan részei, melyek valószínűleg kapcsolatban állanak a szomjúsággal. Számos közlemény számolt be a septum és a posteroventralis amygdale kísérletes károsítását követő fokozott folyadékfelvételtől. A forinix tájékának elektromos ingerlése hyperdipsiát, míg a lateralis hypothalamus selectiv károsítása hypo-, illetve adipsiát okoz.

Kétoldali lateralis hypothalamus károsítását követően a kísérleti állatnál vízfelvétel csak oropharyngealis faktorok hatására következik be, de a szomjúság szokványos ingerreire — mint vízelvonás, hypertoniás sóoldat injectió — az állat nem reagál. Legutóbb kimutatták, hogy a nigrostriatalis pálya catecholaminergias idegvégkészületeit szelektíven károsító 6-hydroxidopamin injeciálása aphagiát és adipsiát okoz, felvetve a dopaminergias rendszer destructiójának szerepét a lateralis hypothalamikus syndroma létrejöttében. Cellularis dehydratióban a lateralis praeoptikus area osmosensitiv sejtjei vízfelvételt indítanak el, ADH felszabadítása mellett.

Extracellularis dehydratióban a renin-angiotensin rendszer aktiválódik. A renin és angiotensin hatásos intracranialis dipsogének, lehetséges, hogy localis neurotransmitterként hatnak, bár a cerebralis renin-angiotensin rendszer működése még nem tisztázott.

A vízfelvétel drámai fokozódása (kezeletlen diabetes insipidus, diabetes mellitus, súlyos hányás, hasmenés stb.) a „szomjúság központ” teljesen normális válasza a dehydratióra.

A kóros szomjúság példái a következők: diabetes insipidus néhány esetben észlelhető primer polydipsia, a „szomjúság központ” magas plasma renin szintre bekövetkező stimulációja, a „szomjúság neuronok” hypercalcaemiára, vagy hypocalcaemiára történő reagálása, a pangásos szívelégtelenség kezdete-kor jelentkező fokozott folyadékfelvétel.

A folyadékfelvétel fokozódása nem mindig túlzó, és „normális” felvétel néha a szükségletet meghaladó lehet.

Lajtavári László dr.

## Kórélettan

Az alacsony szénmonoxid koncentráció néhány élettani és kortani hatásáról. Astrup, P. (Department of Chemistry, Rigshospitalet, Koppenhága): British Medical Journal, 1972, 4, 447—452.

Természetes és ipari forrásokból évente kb. 250 millió tonna szénmonoxid jut a levegőbe. Ez a mennyiség fokozza az emberi szervezet vérének 0,5%-os carboxihaemoglobin-tartalmát. Mindezt ma úgy tudtuk, hogy a carboxihaemoglobin-tartalom csupán 20% felett okoz klinikai tüneteket. Né-

hány kísérlet alapján azonban sejteni lehetett, hogy ennél kisebb carboxyhaemoglobin koncentrációk sem hatástalanok; a szerző ennek bizonyítására saját és munkatársai kísérleteit foglalja össze.

Az első kísérletsorozatban normál nyulakat gázkamrába helyeztett és annyi szénmonoxidot lélegeztetett be, amely vérük carboxyhaemoglobin-tartalmát 9–10%-ra emelte. Az expozíciót az aorta focalis subendothelialis oedemája követte. Még súlyosabb elváltozást talált 16–18%-os carboxyhaemoglobin tartalomnál és feltűnt, hogy az elváltozások hasonlítanak a hypoxiás nyulakban tapasztalt elváltozásokhoz. Még érdekesebbek a koleszterinrel etetett nyulakon végzett vizsgálatok. Kiderült, hogy a 15%-os carboxyhaemoglobinaemiás nyulak aortájának koleszterin tartalma 2,5-szer nagyobb volt, mint az ugyancsak koleszterinrel etetett, de szénmonoxid expozíciónak ki nem tett nyulaké. Hyperoxia ezzel szemben a koleszterin tartalmát csökkentette. Utolsó kísérletsorozatukban terhes nyulakat különböző koncentrációjú szénmonoxid expozíciónak tettek ki. A 16–18%-os carboxyhaemoglobin tartalom az újszülöttek súlyának csökkenéséhez és azok 24 órán belüli pusztulásának fokozódásához vezetett.

A szerző mindezekből azt a következtetést vonja le, hogy már aránylag kis mennyiségű szénmonoxid expozíció is rizikófaktor az emberi atherosclerosisban, illetve a magzati fejlődési zavarokban. Az erős dohányzókban fellépő hasonló jelenségek — legalább is részben — a dohányfüst szénmonoxid tartalmára vezethetők vissza.

Kertai Pál dr.

**Idült obstructív tüdőbetegek rekeszizmának funkcionális morfológiája.** Ishikawa, S. és mtsai (Boston University School of Med.): American Review of Respiratory Disease, 1973, 108, 135–138.

Idült obstructív tüdőbetegekben a rekeszizom mélyebben áll, lelapult és kisebb kiterésű. Ennek következtében az várható, hogy ezeknek a betegeknek a diaphragmájában az izomréteg — a gerincoszlop izomzatához hasonlóan — az inaktivitási atrophia következtében vékonyabb, sorvadtabb. Ennek az elméletnek a tanulmányozása céljából 27 egyén rekeszizmán pontos morfológiás vizsgálatot végeztek és megállapították, hogy a várakozással ellentétben az idült obstructív tüdőbetegek diaphragmája vastagabb volt. Ezt annak tulajdonítják, hogy az idült obstructív tüdőbetegséghez általában cor pulmonale is társul és a nagy súlyú szívnek állandó dugattyúszerű emelgetése okozná a rekeszizom hypertrophiáját.

Pongor Ferenc dr.

**A pancreas béta sejtjeinek insulin secretagókat felismerő képessége. IV. A szigetek sulfonylurea felvétele.** B. Hellmann, J. Sehlin, I. B. Taljedal: Diabetologia 1973, 9, 210–216.

A tanulmány célja annak a feltevésnek a bizonyítása, hogy a sulfonylureák nem a sejten belül, hanem a béta sejt membránján fejtik ki hatásukat. Ebből a célból obes hyperglycaemiás egerek szigeteit izolálták és <sup>35</sup>S-sel jelölt tolbutamid, <sup>14</sup>C-vel jelölt glibenclamid, illetve <sup>3</sup>H-val jelölt 3-0-methyl-D-glucosallal incubálták. Az utóbbi összehasonlítási alapul szolgált a másik két anyagnak a sejtbe való bejutását illetően. Eltérően a sulfonylureákkal serum albumin hiányában a 3-0-methyl-D-glucose nagy mennyiségben jutott a sejtbe. A kis mennyiségben bejutott sulfonylurea felvétele reversibilis volt, és serum albumin gátolta, míg a glucose, a leucin és a diazoxid hatástalan volt. Az antimycin A, p-chloromercuryphe-nylsulfonsav és a chloprozamin, melyek az anyagoknak az extracellularis térből a sejtbe jutását segítik elő, jelentősen fokozták a tolbutamid és a glibenclamid sejtbe jutását. Ugyanakkor nem befolyásolták ezen anyagoknak a sziget homogenizátum subcellularis particulumaiba való bejutását. Ezen eredmények a szerzők szerint arra utalnak, hogy a sulfonylureák képesek reversibilisen a sejtekhez kötődni a szigetben, de normálisan a sejteken kívül maradnak.

Baráth Péter dr.

**Az ethanol in vitro myelosuppressív és immunosuppressív hatása.** Tisman, G., Herbert, V. (Dept. of Pathology, Bronx Veterans Administration Hospital, New York 10468, and Dept. of Pathology, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York 10032): J. of Clinical Investigation, 1973, 52, 1410–1414.

Az ethanol in vitro hatásait olyan koncentrációkban (1–5 ezrelék) is vizsgálták, amelyek alkoholemérgezéses betegek vérében in vivo általában észlelhetők. Az immunosuppressív hatás kimutatására human perifériás lymphocyták phytohaemagglutininrel és streptolysin 0-val indukált transzformációját alkalmazták. A myelosuppressív hatást két módszerrel vizsgálták: (1) tríciummal jelzett timidinnek az inkubáció 1–4 órája alatt túlélő human csontvelősejtekbe való beépülését mérték és (2) human csontvelősejtekből lágy agar tenyészetekben kifejlődő granulopoetikus és/vagy makrofág kolóniák számát határozták meg.

A túlélő csontvelősejtekbe való timidin-beépülést 4 donortól származó sejteken vizsgálták. Egy ezrelék ethanol ezek közül egy, öt ezrelék kettő és tíz ezrelék három esetben csökkentette a timidin be-

épülését — tehát az ethanol gátló hatása csak nagy koncentrációban jelentkezett és akkor sem minden vizsgált egyénél.

A csontvelősejtek lágy tenyészetekben kifejlődő kolóniák számát a vizsgált két egyén esetében már egy ill. két ezrelék ethanol jelentősen csökkentette. Az ethanol hasonló koncentrációi csökkentették a lymphocyták transzformációját is. E hatást nem lehetett pteroylglutaminsavval ellensúlyozni. Hasonlóképpen nem lehetett kivédeni az ethanol kolóniaképzést csökkentő hatását pteroylglutaminsavval, folinsavval, B<sub>12</sub> vitaminnal, pyridoxal-HCl-dal vagy pyridoxin-HCl-dal.

Az ethanol fenti in vitro hatásai (a lymphocytá transzformáció, a granulopoézis és a makrofágképzés gátlása) egyaránt az immunvédekezést rontják. Hogy e megfigyelésnek van-e kapcsolata az alkoholisták fertőzésekkel szembeni fogékonyságával, azt csak további vizsgálatok tisztázhatják.

Kovács Péter dr.

## Anyagszerebetegek

**A diabeteses gyermekek és ifjak helyzete a Német Szövetségi Köztársaságban.** R. Sachsse, H. Mehnert (Kinderabteilung der Waldklinik Hösels, Forschergruppe Diabetes; III. Med. Abteilung des Städtischen Krankenhauses München — Schwabing.): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 62–65.

Az NSZK-ban 6–8000-re tehető a 15 éven aluli és kb. ugyanannyira a fiatalok (15–21 éves) diabetesesek száma. Az öt éven aluliak az összes eset 15%-át, a 6–10 évesek 40,4 és a 11–15 évesek az említett első csoport 44,6 százalékát alkotják. A betegek nagy részét nem a témában gyakorlott orvos kezeli, és a számítások szerint csak minden ötödik bel- vagy gyermekgyógyászra, ill. általános orvosra esik egyetlen fiatalos cukorbeteg — így némelyik orvosnak esélye sincs arra, hogy gyakorlati alapon diabetest kezeljen. Nincs alkalom arra, hogy pszichológus vagy pszichiáter megvizsgáljon minden cukorbeteg ifjút, holott az adatok szerint számos gyermeknél lenne erre szükség, mert a pszicho-reaktív jelenségek az általánosan lényegesen gyakoribbak ezeken a betegeken.

Az NSZK-ban alkalmazott diéta sokféle. Ritka a „szabad” étrend. Gyakori azoknak a száma, akik szabályos étrendet tartanak, mégis kalóriaszegényen étkeznek. Ez onnan adódik, hogy az orvos az elhízott felnőt diabeteses kosztját rendeli a beteg gyermek számára is. Többször előfordul, hogy — bár a kalória mennyiség megfelelő, de a diéta összeállítása hibás a szülők helytelen számítása miatt. Természetesen számos he-

lyesen és rugalmasan beállított étrendet is találni. Van azonban olyan klinika, ahol a kalória számolás matematikai pontossággal, azaz indokolatlan túlzással történik. A kalória számítás P. White után elfogadott képlete: 1000 kcal. + 100x az évek száma/die. — Más diéta formákban a meghatározás a következő: 4–8 g szénhidrát, 2–2,5 g zsír és 2,5–3 g fehérje/kg/die. Helyes lenne mindent az étkezés egységes kiszámolása.

Az insulin kezelés kapcsán komoly nehézségeket okoz, hogy az újonnan megbetegedettek betegségének az insulin kezelés megindítása utáni tipikus remissióját sokan nem ismerik. Ezért gyakori a hypoglycaemiák száma, amely viszont azt eredményezi, hogy később az orvos egészen kis adag insulint mer csak adni, vagy ami ennél még rosszabb, az insulin kezelést teljesen abba is hagyja. Mivel a szülő ilyenkor gyakran úgy véli, hogy gyermeke betegsége „javult” vagy *diabeteses meggyógyult*, nem hajlandó megérteni, hogy ismét injekciókra — esetenként méghozzá nagy adagokra — van szükség. Ezért a remissio fázisában is helyes 2–6 E insulin adása! Mivel a szülők gyakran kérlelik az orvost, alkalmazzon ritkábban injekciót, ezért az orvos is sokszor nyúl a cink vagy lente formákhoz. Mivel ezen insulin fajták gyakran éjszakai hypoglycaemiákhoz vezetnek, ezért később kénytelen adagjukat csökkenteni, és ezzel a nappali cukorháztartást megzavarja. Erre szükségserűen a diéta megváltoztatása következik. Ily módon alakul ki a circulus vitiosus, holott egy diabeteses gyermek insulin-diétás beállítása betegségének további, esetleg élethossziglani lefutását határozhatja meg! — Az irodalmi áttekintésből kiviláglik, hogy egy-egy nyugat-német gyermekklinán tízvenként kb. 75 cukorbeteg gyermeket kezelnek. Mivel a gyermekszakorvos-képzés ideje négy év, nem biztos, hogy még a klinikákon képzett szakorvosjelölteknek is van-e alkalmuk a diabeteses klinikai képével és számos variánsával megismerkedni?!

Ami a szociális problémákat illeti: a diabeteses gyermek étrendi többletkiadására államilag kiutalt havi 75 márka nem fedezi a plusz költségeket, most tervezik annak havi 100 márkára való emeltesét. Ez az összeg jár ugyanis az NSZK-ban a 70%-os rokkantaknak. Másrészt nehéz a küzdelem a társadalomban uralkodó azon véleményekkel szemben, amelyek szerint a cukorbeteg súlyos testi hiba, amely a beteget tevékenységében erősen korlátozza. Előfordult olyan eset, hogy középiskolába azon indoklással nem akartak felvenni diabeteses tanulót, „mert folyton görcsölni fog”. Gyakran hangzik el olyan panasz, hogy a tanárok félnek iskolai kirándulásra vinni cukorbe-

teg gyereket a hypoglycaemiás rosszullettől való félelmükben. Holott minden pedagógusnak igazság szerint fel kell készülni arra, hogy bármelyik gyermek sérülést szenvedhet egy kiránduláson, méghozzá a hypoglycaemiánál sokkal nehezebben kezelhető sérülést!

Magatartás zavarokban szenvedő diabeteses tanuló sokszor csak azért nem juthat be gyógypedagógiai intézetbe, mert a kollégium „nincs berendezkedve cukorbeteg ellátására.” Nehezen alkalmazkodik az ifjak a legtöbb munkahelyen, még az egészségügyi intézményekben is. Tény az, hogy a fiatalok némelyike kitűnően használja fel lógásra betegségét, gyakran „betegszik meg”, sokat és feleslegesen panaszkodik, és ezzel nagyobb hivatástudattal és munkafegyellemmel rendelkező cukorbeteg társainak is árt. A cukorbeteg bár csak könnyű rokkantak — mégis nehezebb problémáik vannak, mint a súlyos rokkantaknak, mert míg azok zöme otthonokban éli beteg társai életét, addig a cukorbetegnek hátrányos helyzetükben az egészségesek társadalmában kell helyt állniuk.

(Ref.: hasonló helyzet bizonyára Európa valamennyi államában fellelhető.)

Vadász György

**Hyperlipoproteinaemiák.** Levy, R. I. (Molecular Disease Branch, National Heart and Lung Institute, Bethesda, Md.): JAMA, 1973, 226, 648–649.

Az utóbbi tíz évben tisztázódott a lipidek anyagcserejének egész sor kérdése, így ma már ennek segítségével lehetőség nyílik a hyperlipaemiák gyógyszeres befolyásolására.

A plasma lipidek (cholesterin, foszfolipoidok, triglyceridek) vízben oldhatatlanok, így kevés kivétellel csak fehérjéhez kötve keringhetnek az érpályán. Több módon osztályozhatók. Nagyságuk és sűrűségük szerint, attól függően, hogy a fehérje-lipoid arány alapján ultracentrifugálva melyik fractióban separálhatók. Így chylomikronok, igen alacsony sűrűségű (VLDL: very low density lipoprotein), alacsony sűrűségű (LDL: low density lipoprotein) és nagy sűrűségű (HDL: high density lipoprotein) lipoproteinekre választhatók szét. Electrophoresis során fehérje kötésük szerint vándorolnak, így chylomikronokra, prae- $\beta$  (VLDL),  $\beta$ - (VLDL) és  $\alpha$  (HDL)-összetevőkre bonthatók.

A chylomikronok a legnagyobb lipoproteinek, zsírtartalmuk meghaladja a 95%-ot, így a legkisebb sűrűségűek. A táplálékban felvett zsírok ilyen formában szívódnak fel a bélből és jutnak a ductus thoracicusba. A belőle enzimatikus úton felszabaduló szabad zsírsavak egy része energia formájában használdódik el, a másik része raktározódik, vagy a máj veszi fel és alakít-

ja át. A VLDL lipoproteinek ugyancsak magas zsírtartalmuk miatt igen kis sűrűségűek, a májban keletkeznek a táplálék szénhidrátjából, keringő zsírsavakból, gliceridekből. A lipase a VLDL lipoproteineket gyorsan bontja, néhány óra alatt elemekre esnek szét. Közti termékeik, mint VDL, HDL keringenek, raktározódnak, szintetizálódnak.

Az utóbbi időben kiderült, hogy azok a kórképek, amelyeket mint hyperlipidaemiákat ismertünk, a fehérje anyagcsere kóros átalakulása miatt valójában hyperlipoproteinaemiák.

Tisztázódott, hogy a lipidek és lipoproteinek koncentrációja a korral növekszik, étkezés után még tíz óra múlva is fokozott lehet, értékei fiziológiásan is függenek a táplálkozási szokásoktól, gyógyszerektől. Magasak a serum lipoid értékek primeren öröklött genetikai defecusok, másodlagosan néhány betegség fennállása esetén.

A hyperlipoproteinaemiákat általában öt csoportba osztják: az 1. típus lényege a chylomikron koncentráció növekedése. Oka familiaris lipase működési zavar vagy hiány, másodlagosan inzulin hiányos diabetes, dysproteinaemia. Az egyetlen olyan csoport, amelyet eddig gyógyszerrel nem sikerült befolyásolni, így csak zsírszegény diéta lehet eredményes. A 2. típusra LDL növekedés jellemző, ennek oka a képződés fokozódása vagy a lebontás csökkenése. Elsődlegesen familiarisan, másodlagosan myxoedemában, dysproteinaemiában, nephrosiban vagy porphyriában alakul ki. A képződés és lebomlás arányát néhány gyógyszer (cholestyramin-gyanta, thyroxin készítmények, neomycin, salicyl) és cholesterin-szegény, telítetlen zsírsavban relatív gazdag diéta előnyösen befolyásolja. A 3. típusban a lipoproteinek építőköveivel szaporodnak meg úgy, hogy a chylomikronok lebomlása során a folyamat a VLDL—LDL szintjén megakadt. Primer familiaris formája mellett ilyen képet látunk nephrosis, alkoholizmus, diabeteses acidosis esetén. A 4. típusra a VLDL növekedés jellemző. A májban fokozódik a termelés, vagy a periférián csökken a lebomlás primeren, vagy stressz, alkoholizmus vagy diabetes során másodlagosan. Az 5. típusban VLDL és chylomikron felszaporodás együttesen található, a zsírszövet vagy izomszövet anyagcsere révén. Az utóbbi három típusban VLDL és chylomikron felszaporodásról van szó, kalóriaszegény diéta, nicotinsav vagy clofibrat készítmények csökkenthetik a máj VLDL képzését.

Az egyes típusok pontos meghatározásához megfelelő laboratóriumi felszereltség szükséges, de a tájékozódást elősegítheti a másodlagos betegségek felismerése. Ilyenkor egyszerűbb lipid meghatározás is elegendő lehet a diagnózishoz.

Pontos diagnózis esetén az egyes



## 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, gyógyszerexanthema.

Ritkán, múló 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.

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 alanyanyagban.

## **JAVALLATOK**

Degeneratív ízületi elváltozások, spondylosisok, arthrosishoz társuló arthritisek – gyulladásos ízületi kórformák, posztraumás arthritisek –, valamint myalgiák 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

kórformákat specifikusan lehet kezelni. A kezelés szükségességét és eredményességét illetően még eltérőek a vélemények, így a coronaria betegségek esetén alkalmazandó eljárással kapcsolatban sem alakult ki egységes álláspont. Miután a gyógyszereknek mellékhatásai lehetnek és csak hosszantartó alkalmazástól várható eredmény, pontos diagnózisra kell törekedni és ajánlatos a kezelés módját, szükségességét egyénileg mérlegelni.

*Ulbing István dr.*

**Tüszérű cytoplasma zárványok porphyria cutanea tardás betegek májában.** Waldo, E. D., H. Tobias. (New York Veterans Administration Hospital, New York): Archives of Pathology 1973, 96, 368—371.

A szerzők 16 porphyria cutanea tardás (PCT) beteg percutan májbiopsiás anyagát dolgozták fel fény-, elektron-, és fluorescens mikroszkópos módszerekkel. Fény-mikroszkópos vizsgálatra az anyagot Zenker oldatban rögzítették és a vizsgálat során tüszérű kristályokat találtak a cytoplasmában. Ezek vékonyak, elongáltak, sárgás-barna színűek voltak és nem adták a vas-reakciót. Nem voltak kimutathatók a Kupffer-sejtekben. Polarizációs mikroszkóp alatt kettős fénytörést mutattak és a porphyrinre jellemző fluorescenciát mutattak fluorescens mikroszkópos vizsgálat alkalmával. Fesztetlen fagyasztott metszetben emellett a cytoplasmában amorph fluorescenciát mutató anyag volt jelen. Ezenkívül a vizsgálati anyag többségében fibrosis, gyulladáshoz tartozó és néhány esetben granuloma képződés volt megfigyelhető. Az elektronmikroszkópos képen a cytoplasma területén elektronáteresztő, krisztályszerű területek voltak láthatók, amelyeket lysosomának megfelelő képletek vettek körül. Ezenkívül a cytoplasmában a mitochondriumok megnyúltak és egymással párhuzamos kristályszerű struktúrák helyezkedtek el egy részükben. Ezek az ún. paracrystallin zárványok a 8 elektronmikroszkópos vizsgálatra került anyagból 3-ban voltak megfigyelhetőek.

A PCT anyagcsere megbetegedés és az aetiológiában alkohol, oestrogen terápia, postmenopausalis probléma s anticoncipiensek szedése szerepelhet. A fénymikroszkóppal látható kristályszerű struktúrákkal kapcsolatban a szerzők megemlítik, hogy ezeket már leírták és porphyrinogen anyaggal kezelt állatokban is látták. A mitochondriumok kristály szerkezetét normális májban, valamint különböző májbetegségeknél is leírták. A fény és elektronmikroszkópos képen látható cytoplasma tüszérű kristályok valószínűleg egymásnak megfelelnek, de nem tudni, hogy ezek mind porphyrinból állnak-e.

*Schneider Imre dr.*

**Diabetes mellitus remissiója terhesség alatt.** Sheldon, J., Coleman, T. (Royal Sussex County Hospital, Brighton): Brit. Med. J. 1974, 1, 55—57.

Fiatal diabeteses nőknél, rendkívül ritkán, de előfordul, hogy a terhesség alatt diabetesük állapota javul, azonban a glucose-tolerancia teszt normalizálódása rendszerint nem következik be. A szerzők két beteg esetét ismerték, akiknek diabetesa a terhesség során oly mértékben javult, hogy annak gyógyszeres kezelését is fel kellett függeszteni. A glucose-tolerancia teszt mindkét betegen ismételtén is negatív (normális) értékeket adott. Az insulin sensitivitási vizsgálatok az insulin iránti érzékenység fokozódását mutatták.

Vizsgálataik alapján arra következtetnek, hogy betegek béta-sejt funkciója javult a terhesség eredményeként. Mindkét beteg 4000 g feletti súlyú óriásmagzatot szült. A szülést követően mindkettőjük glucose-tolerancia tesztje igen gyorsan rosszabbodott. Az újszülöttek hypoglycaemiája intenzív kezelést igényelt. Az egyik beteg 2. terhessége során diabetesa szintén javult, és kezelést nem igényelt. A 38. héten született 4650 g-os magzat a szülés közben meghalt. Pancreasa és annak insulinái jelentősen hypertrophisáltak, ami azonban nem lehetett oka az anya diabetesa javulásának, viszont eredménye (következménye) lehetett az anya chlorpropamid kezelésének. A szülést követően az anya diabetesa ismét rohamosan romlott.

*Berkessy Sándor dr.*

## Therapiás kérdések

**A Carbenicillin koncentrációi normál és beteg vesékben.** Whelton, A. és mtsai (Renal Division, The Johns Hopkins Hospital, Baltimore Maryland 21 205): Annals of Internal Medicine 1973, 78, 659—662.

A szerzők egy újabb szintetikus penicillinnek (alfa-carboxylbenzylpenicillin) a Carbenicillin (Pfizer) nek szérum és vizelet-koncentrációját, valamint veseszöveti megoszlását vizsgálták kísérleti körülmények között. Eredményeikből gyakorlati terapiás útmutatást reméltek.

A Carbenicillin főleg a pseudomonas és proteus okozta pyelonephritis és egyéb húgyúti infekciók kezelésére alkalmas. Therapiás szempontból fontos tudni, hogy a pathophysiologiás folyamatok hogyan változtatják meg a veseszövetben és a vizeletben ennek az antibiotikumnak koncentrációját és ezzel együtt a hatását. A Carbenicillinre vonatkozóan ilyen vizsgálatok ugyanis még nem történtek.

A szerzők vizsgálataikat egészséges kutyavesékben és bilaterális nephrectomizált emberek kóros ve-

séin végezték. A kutyavesékből nyert adatokat az emberi viszonyokra extrapolálták.

Eredményeik szerint az egy éjszakán át szomjaztatott kutyákból vett (hydropeniás) ép vesékben a cortextól a medullán át a papillaris szövetek felé haladva (szövethomogenizátumokban) 7-, ill. 17<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-szer, a vizeletben pedig több mint 500-szor nagyobb koncentrációban találták a Carbenicillint, mint egyidejűleg a velük érintkező szérumban. Tehát nagy volt a szöveti gradiens és a vizelet koncentráció a szérumhoz viszonyítva.

A tartós infúzióval hydrált ép kutyavesékben — bár a szöveti szint magasabb volt a széruménál — ez a gradiens nem volt megfigyelhető, sem a szövetek, sem a vizelet-koncentráció részéről.

A kóros emberi vesékben a szöveti szint megközelítőleg azonos volt a szérum-Carbenicillin-szinttel (inkább kissé alacsonyabb volt). Itt az egyes szövetek között nem volt különbség az antibiotikum koncentrációban. A beteg vesék által kiválasztott vizeletben a posthaemodialysis állapotában csak 12-szer nagyobb koncentrációt találtak a plazmához viszonyítva, ami igen alacsony vizelet-antibiotikum-koncentrációnak felel meg.

A közölt adatok szerint a Carbenicillin átlagos „szöveti penetrációja” (a corticalis, a medullaris és papillaris koncentrációk összegének átlaga) a beteg vesékben jelentősen romlik, mégpedig számszerűen az ép, hydropeniás kutyavesékhez viszonyítva 14-szer, az ép hydrált kutyavesékhez viszonyítva 4-szer kisebb.

A Carbenicillin penetrációja a súlyosan beteg vesékben hasonló, de lényegesen rosszabb, mint az ampicilliné, hasonló körülmények között.

Mindezek alapján a szerzők therapiás gyakorlat számára a következő tényezők számításba vételét ajánlják.

1. A vesefunkciók romlásával progressive romlik a Carbenicillin szöveti penetrálóképessége.

2. Mivel a beteg vese esetén a veseparenchyma és a vizelet Carbenicillin koncentrációja nagymértékben csökkent, lényegében nem haladja meg a vele érintkező vér (szérum) szintjét, ez a tény „drámailag aláhúzza” a systemás Carbenicillin-koncentráció kellő szinten való tartásának fontosságát, a localis therapiás koncentráció elérése szempontjából.

3. A serum Carbenicillin-koncentráció gondos figyelemmel kísérése (a methodikára a szerző ad irodalmi adatot) rossz vese esetén tájékoztat a szövetekben és vizeletben elért antibioticum koncentrációról. Így lehetővé válik az adequat therapiás szint beállítása és az általános toxikus szint elkerülése.

*Sebők Zsuzsa dr.*

**Substitúciós terapia standard gamma globulin intravenás infúzióval, septikus állapotban.** D. Schwander, A. Wegmann (Berni Egyetemi Klinikák Anaesthesia Részlege és a Svájci Serum és Oltóanyag Intézet Orvosi Klinikai Osztálya, Bern): Schweiz. med. Wschr. 1973, 103, 1184—1188.

Hosszabb ideje ismeretes a human standard gamma-globulin (g. g.) therapiás szerepe súlyos septikus-toxikus állapotokban, elektroforetikus kimutatott g. g. hiány és normál serum g. g. szint esetében egyaránt. Sajnos az iv. adott 16%-os g. g. gyakran vált ki anaphylaxia-szerű reakciókat, különösen olyan betegekben, akik g. g. szintézise defect immunopathia miatt zavart. Az im. adott 16%-os oldat beadása fájdalmas — viszont nagy viscositása miatt csak vastag tűvel adható. Ez a megoldás pedig a gyakran heparinnal is kezelt betegeknel megfontolandó. Másrészt a muscularisan adott g. g. egy része a szűrés helyén marad, és jelentős mennyiség nem szívódik fel, hanem helyileg proteolyzálódik. Az egy idő óta előállított speciális praeparatumoknak az a célja, hogy különböző kémiai módszerekkel tisztítsa a g. g.-t. Kétségtelenül kevesebb a túlérzékenység ezekkel a készítményekkel szemben, de hátrányuk is bőségesen akad: stabilitás csökkenés, részleges antitest aktivitás veszteség a tárolás során, koncentráció csökkenés, továbbá magas ár.

Ezért végeztek kísérletet erősen hígított 16%-os standard g. g. lassú intravenás, infúziós adásával 44 beteg, akiknek életkora 6 és 83 év között volt, és többnyire postoperatív septikus állapotok miatt állottak kezelés alatt. A kezeléseket során beadott g. g. összmenyisége 0,5—5 ml/kg volt. Az infúziós folyadékokban a hígítás foka legkevésbé 16,6-szoros volt. Az adag meghatározása többnyire a betegség képe, valamint a beteg előzőleg meghatározott serum g. g. értéke alapján egyedileg történt. Kizárták a therapiás kísérletből minden olyan beteget, akiben defect immunopathiát állapítottak meg. Az infúziók után szignifikánsan emelkedtek a betegek se fehérje és g. g. értékei. Bár a betegek általános állapotának javulásához természetesen objektív mérce nem lehetséges, — szubjektive valamennyiről az állapítható meg, hogy a prognózisuk lényegesen javult. Kóros reakció egy ízben sem fordult elő.

Vadász György dr.

## Véralvadás, thrombosis

A streptokinase és a heparin hatásának kontrollcsoportos vizsgálata az életet fenyegető tüdő-embolizmus kezelésében. Tibutt, D. A. és mtsai (The Brompton Hospital, London S. W. 3.): British Medical Journal 1974, 1, 343—347.

Tüdő-embolizmus esetén a legtöbb beteg vagy spontán gyógyul, vagy még kezelés előtt meghal. Néha súlyos tünetek jelentkeznek. Egyesek szerint ilyen esetben a streptokinase hatásosabb a heparinnal. 30 betegükön életet veszélyeztető tüdőembolizmus kapcsán ezt a problémát tanulmányozták. Kezelés előtt és után EKG, röntgen, véralvadás, tüdő-angiographiás és haemodinamikai vizsgálatokat végeztek. A tüdő-arteriák elzáródását Miller és mtsai módszerrel nullától 34-ig terjedő számmal jelelték. A kezelést 600 000 egység streptokinast vagy 5000 egység heparint és 100 mg hydrocortisont tartalmazó 100 ml normális konyhasó, vagy 5%-os szőlőcukoroldattal kezdték az arteria pulmonalisba vezetett katéteren át 30 percig. Ezt követően óránként vagy 100 000 egység streptokinast, vagy 2500 egység heparint adtak 72 órán át. Az infúzió 60. órájától kezdve hat hónapon át warfarint is szedtek a betegek laboratóriumi kontroll mellett 25 mg-os adagban.

A kezelést naponta coagulációs próbakkal ellenőrizték. Heparin-kezelés esetén, ha a protamin heparin titratio túlhaladta az 1,5 mg/100 ml értéket, a heparin adagját óránként 500 egységgel csökkentették és a próbát 6 óránként megismételték. Hasonlóan, ha a streptokinase-csoportban a fibrinogen-titer egy alá esett, az adagot 50 000-rel megemelték és a próbát szintén 6 óránként újra elvégezték.

A 30 beteg közül 23 fejezte be a 72 órás kezelést, és pedig 12 a heparin, 11 pedig a streptokinase-csoportban. Előbbiben több volt a férfi, mint a nő, egyébként a betegek életkora és folyamatuk intenzitása mindkét csoportban hasonló volt. Kezelés előtt a heparin-csoportban 8 beteg angiographiás perfúziós indexe 16-nál nagyobb volt, 72 óra múlva ez egy esetben sem javult. Ezzel szemben a streptokinase-csoportban 10 beteg hasonló értéke 72 órával a kezelés után kettő kivételével minden esetben javult. Továbbá a heparin-csoportban négy beteg angiographiás képe vagy változatlan maradt, vagy még rosszabbodott is. Az angiographiás lelet a streptokinase-csoportban 61%-kal, a heparin-csoportban pedig csak 15%-kal javult. Hét beteg nem fejezte be a 72 órás therapiás kísérletet. Egy beteg állapota heparin-kezelésre javult, a 18-ik órában azonban második embolizmus következtében váratlanul meghalt. A többi hat beteg állapota rosszabbodott és hypotonia miatt félbe kellett szakítani a kísérletet. Négy beteg cardiopulmonalis bypass és tüdő-embolizmus műtétet végeztek sikeresen. Mind a hat betegnek magas volt a kezdeti angiographiás perfúziós indexe és alacsony volt a vérnyomása.

11 beteget, négyet a heparin-, hetet a streptokinase-csoportból 6 hónappal később újból megvizsgáltak. Mindkét csoportból egy-egy beteg

terheléskor enyhén dyspnoes volt. Egy betegnek megmaradt a pulmonalis hypertensiója, egy a streptokinase-csoportba tartozó beteg pulmonalis billentyűje felett pedig zörej volt hallható. Hét beteg harmadszor is angiographiás vizsgálatot végeztek és valamennyinek tovább javult az állapota.

Mellékhatást a 72 órás kezelés után a 23 beteg közül 18 beteg, 78%-ban észleltek, és pedig a heparin-csoportban 3 esetben láz, 4 esetben vérzés, 8 esetben haemoglobin-csökkenés, a streptokinase-csoportban pedig 2 esetben allergiás reakció, 8 esetben láz, 3 esetben vérzés és 9 esetben haemoglobin-csökkenés jelentkezett. Ezek a szövődmények azonban átmenetiek voltak.

Tapasztalataik alapján a streptokinast eredményesebbnek tartják a heparinnal a korai tüdő-embolizmus kezelésére és a pulmonalis hypertensio csökkentésére. Megállapítják azonban, hogy ez nem vonatkozik minden tüdő-embolizmus esetre, mert ezeknek a betegeknek a fele a nagy epizódot követő két órán belül rendszerint meghal, ők pedig mind a heparin-, mind a streptokinase-kezelést csak hat óra múlva kezdték el. Klinikai rosszabbodás esetén — a szerzők esetében is — embolizmusra került sor. A műtét 29—57% halálozással jár. Lytikus szerekek csökkenteni lehet az embolizmus indikációját. Ha a beteg vérnyomása 100 hgm, vagy annál alacsonyabb, angiographiás perfúziós indexe pedig 24, vagy több, 70% a valószínűsége annak, hogy a beteg meghal. Ilyen esetben azonnal embolizmusra kell végezni. Kellő mérlegelés alapján azonban heveny, az életet fenyegető tüdő-embolizmus esetén streptokinase adását javasolják.

Pongor Ferenc dr.

**Sűrített levegővel történő, intermittáló külső leszorítás hatása a fibrinolízisre emberben.** Allenby, F. és mtsai. (Experimental Surgical Unit, Hammersmith Hospital and Royal Postgraduate Medical School, London W12 OHS.) Lancet 1973, 2, No 7843. 1412—1414.

1972-ben Hill és munkatársai kísérleteikben bizonyították, hogy műtét után 48 óráig a lábikrákra intermittálva alkalmazott leszorítás nem daganatos betegen, eredményesen megelőzte a vénás thrombosis fellépését. Malignus betegségben szenvedők műtete után ez az eljárás nem nyújtott védettséget. Hatásmechanizmusát nem sikerült kellően megmagyarázni. A szerzők ezt akarták tisztázni részint állatkísérletekkel, részint operált betegekben történő megfigyelésekkel.

Kutyakísérleteikben olyan modellet hoztak létre, amelynek segítségével pontosan regisztrálni lehetett a külső intermittáló levegő-leszorításra fellépő vérátáramlás-változásokat.

Operált betegen technikai nehézségek miatt ezt nem lehetett megoldani. Ezért az intermittáló leszorítás hatását az euglobulinlysis-idővel mérték. Két betegcsoportot alakítottak ki. Nem rosszindulatú folyamat miatt operáltak és malignus betegség miatt műtöttek. Mindkét csoportot válogatás nélkül kétféle osztották, egyik részükön az intermittáló levegő-leszorítást alkalmazták, a betegek másik felét a hagyományos thrombosis-prophylaxisban részesítették (kontroll-csoport).

A két kontroll-csoportban az euglobulinlysis-idő alakulása közel azonos volt, a fibrinolytic progresszív csökkenését lehetett észlelni. Ugyanígy viselkedtek a malignus betegség miatt operáltak is a 48 órás intermittáló leszorítás hatására.

Viszont szignifikáns fibrinolytic-fokozódás mutatkozott a nem malignus betegség miatt operált betegek csoportjában.

A szerzők ismertetik a jelenségnek az irodalomban található magyarázatait. Saját véleményük szerint is a fokozott fibrinolytic a vénafalból felszabaduló plasminogénaktivátor hozza létre. Ennek hatása az izommunkától fokozódik a beteg járatásakor, és ez érvényesül az intermittáló leszorításra is. Mivel a karok vénái nagyobb mennyiségű aktivátort tartalmaznak, remélhető, hogy kellő védőhatást lehet majd elérni a karokra alkalmazott intermittáló leszorítás és megfelelő gyógyszeres kezelés kombinációjával.

*Stekker Károly dr.*

**Kisadagú subcutan heparin szemben az orális anticoagulansokkal a postoperatív mélyvénás thrombosisok preventiójában.** — T. J. M. V. van Vroonhoven és mtsai. (Dept. of Surgery, Univ. Dijkzigt, Rotterdam, Netherlands): *Lancet*, 1974, I, 375—378.

A preventíve adott kisadagú heparin terápia előnyei ismertek a postoperatív mélyvénás thrombosisok gyakoriságának csökkentését illetően, a per os adott anticoagulansok ilyen vonatkozásait viszont még nem hasonlították össze a heparin terápiával. A holland szerzők randomizált műtéti beteganyagot tettek összehasonlítást a két szer között a postoperatív thrombosisok gyakoriságát illetően. A betegek életkora, praedisponáló tényezői (varicositas, elhízás, malignitás, stb.), valamint a műtétek neme (többségükben gyomor, biliaris tractus) nagyjából azonos volt az 50—50 beteget magában foglaló vizsgálati anyagban. A heparint 2 órával a műtét előtt kezdték adni, majd 12 órás időközökben 8 napon át. Sintrom nevű anticoagulans készítményt használtak optimális prothrombin-szintre törekedve, lehetőleg már a műtét napján estétől. A mélyvénás thrombosis kiala-

kulását J<sup>125</sup> fibrinogen teszttel vizsgálták, a Pitman 235 isotop-monitorozást minden másnap végezték 7 napon át.

**Postoperatív mélyvénás thrombosis 10 betegen fejlődött ki, mégpedig 9 a Sintrom-ot kapott csoportban, ez 18%, a heparinos csoportban mindössze 1, ami 2%-ot jelent. A különbség szignifikáns.**

A per os anticoagulansokkal kezelték között a 9 thrombosis a magasabb életkorú, hosszabb műtéti időtartamú és nagyobb vérvesztéses szövődményekkel járó betegeken fejlődött ki és a 9-ből 5 olyan betegen, akiken gyomorműtét történt. A thrombosisok többsége az első 3 nap valamelyikén alakult ki, a kezelést heparinnal folytatták 7 esetben. Tüdőembolia csak 1 betegen alakult ki, ennek kezelését is heparinnal folytatták (intravénás formában).

A kisadagú subcutan adott heparin preventio előnyét a per os anticoagulansokkal szemben ezek a vizsgálatok alátámasztják. Nem szükséges különösebb laboratóriumi kontroll, a heparin adását már a műtét előtt meg lehet kezdeni, azokban az esetekben is alkalmazható, amelyekben a per os anticoagulans adása ellenjavallt (béllezárodás, súlyos májfunctió zavar).

*Iványi János dr.*

## Szív- és keringési betegségek

**A cardiogen shock pathophysiologiaja.** Alonso, D. R. és mtsai (Department of Pathology, The New York Hospital Cornell Medical Center, 525 East 68th Street, New York 10021): *Circulation* 1973, 48, 588—596.

A szerzők 20 esetben a klinikai és kóronctani képet egybevetve vizsgálták a szív-infarctus és a cardiogen shock összefüggését. Kontrollként 10 olyan infarctus esetet szolgált, amelyekben a halál convalescentiában, hirtelen következett be, 2 betegen szívruptura, a többiben pedig szívmegeállás miatt.

A coronariákon postmortalis angiographiát és szövettani vizsgálatot végeztek. Az elhalás vagy a fibrosis kiterjedését constans haránt szívszeletekben, csak a bal kamra szabad falában és a kamrai sövényben határozták meg, és az ennek következtében kiesett myocardium nagyságát ugyanezen terület egészére vonatkoztatott %-ban fejezték ki. Az elhalás korát a szövettani képből meghatározva friss, intermedialis és régi infarctust különböztettek meg.

A cardiogen shock miatt meghalt betegekben mindig nagy kiterjedésű szívmegelhalást találtak, a teljes infarctus a myocardium 51%-át (kontrollban 23%-át), ezen belül a friss elhalás a szívizom 31%-át (kontrollban 12%-át) érintette. A shockos betegek kö-

zül 18-ban, a kontroll-csoportból 3-ban az infarctus endo-pericardialis vagy marginalis terjedését állapították meg, amely a myocardium tömegének 6%-ára vonatkozott. A shock az infarctus terjedését vagy a reinfarctust 7 esetben követte, 6 esetben megelőzte és 6 esetben egybeesett azal.

A shockos betegek közül 16-ban, a kontroll-esetekből 6-ban találtak coronaria-thrombust, azonban ennek jelenléte vagy hosszúsága nem függött össze a shock időtartamával, a túlélés hosszával, az infarctus terjedésének módjával és mértékével. A shock következtében meghalt betegekben mindhárom nagy coronaria-ágban arteriosclerosis volt.

Az infarctus kiterjedése, terjedésének módja és gyakorisága, valamint a coronaria-thrombus hossza közti összefüggést illetően nem találtak különbséget a 24 órán belül meghaltak vagy azon túl élők közt.

A szerzők véleménye szerint a shockból eredő mortalitás az infarctus lépcsőzetes vagy folyamatos terjedésének megakadályozásával csökkenthető.

*Dömötör László dr.*

**Nitroglycerin hatása a megterhelésre jelentkező arrythmiára.** Gey, G. E. és mtsai: *JAMA*, 1973, 226, 287—290.

Ismeretes, hogy ischaemiás szív-betegek munkakapacitását növeli a nitroglycerin. Nagyobb megterhelést viselnek el panasz nélkül, EKG-jukon a hypoxiás ST depresszió később jelenik meg és kisebb, ha nitroglycerint kapnak a betegek. Az is ismeretes, hogy a különböző terheléses vizsgálatok ischaemiás szív-betegek arrythmiakészségét fokozzák. A szerzők jelen munkájukban azt vizsgálták, vajon a nitroglycerin mérsékli-e az arrythmia fellépésének gyakoriságát és súlyosságát coronariabetegen. 94 férfi és 9 nőt beteget választottak ki, ezek egy része klinikailag ischaemiás coronariabeteg volt, másik része korábban myocardialis infarctust szenvedett el, és EKG-jukon fizikai terhelést követően jelentős ST-depresszió jelent meg. Általuk korábban leírt standard megterhelésnek vetették alá a betegeket, közben folyamatosan mérték vérnyomásukat, monitorozták EKG-jukat. Ezt követően fél óra pihenés után 0,4 mg nitroglycerint adtak sublingualisan, majd ismét elvégezték a terhelést. A két periódus alatt fellépett arrythmiákat, fellépésük gyakoriságát és az arrythmia súlyosságának változásait hasonlították össze.

Az arrythmia — szerzők által használt — súlyossági felosztása: 1. egyedülálló pitvari, vagy kamrai Es. 2. vagy több bigeminiás, vagy fúziós Es., és/vagy enormis inger-

vezetés, 3. „R on T” jelenség, pitvarfibrillatio, vagy multifocalis kamrai extrasystolia. 4. Gyors egymás után 3, vagy több kamrai Es.

Megfigyelésük szerint a betegek 59<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a arrhythmias lett vagy a terhelés alatt, vagy közvetlen utána. A leggyakoribb rhythmuszarvar kamrai extrasystolia volt, csupán néhány betegen lépett fel supra-ventricularis extrasystole. A kamrai Es-ek előfordulása szignifikáns mértékben csökkent a nitroglycerin hatására. A gyógyult infarctusosok és angina pectorisok csoportjában egyaránt csökkent az extrasystolek száma, azok súlyossági fokozata azonban csupán az anginások csoportjában enyhült a nitroglycerin hatására. Ennek alapján feltételezik, hogy a két csoportban más a szer hatásmechanismusa. E feltételezésüket részleteiben nem ismertetik.

Érdekes megfigyelésük még, hogy gyógyult szívinfarctusosok ritkábban jeleztek mellkasi fájdalmat a terhelés után, mint az angina pectorisok. Nitroglycerin hatására mindkét csoportban felére csökkent a fájdalmat jelző betegek száma. Hasonlóan valamivel több infarctuson átesett betegükön látták, hogy a terhelésre bekövetkezett EKG-változások közül az ST-szakasz depressziója kisebb volt a nitroglycerin védelmében.

Iskum Miklós dr.

**Az érrendszer disseminált fibromuscularis hyperplasiája.** Wesley, Z., Guerry, R. L., Klavins, J. V. (Department of Pathology, Queens Hospital Center, 82-68 164 th St, Jamaica, NY 11432): Archives of Pathology 1973, 96, 179-182.

A szerzők elsősorban a vénákra, kisebb mértékben az arteriákra és egyes vezetésekre localisálódó fibromuscularis hyperplasiáról számolnak be.

A 17 éves, serdülő fiúgyermeket hepatosplenomegalia miatt ápolták kórházban, ahol hyperspleniát, a jobb felső végtag és a mellkasfal bőrében, továbbá a szemfenékben szabálytalan, tárgult, kanyargós vénákat találtak. A betegen többször flush syndroma fordult elő, de az 5-hydroxy-indolecetsav ürítése normális volt. Szív-katheterezéssel enyhe pulmonalis stenosis derítették ki. A jobb fossa axillarisból megnagyobbodott nyirokcsomót távolítottak el, amelyben errendellenesség volt. Laparotomiánál a hasüregben tág ereket találtak. Az eltávolított nagy lépben jelentősebb eltérést kimutatni nem tudtak. A vizsgálati leletek alapján kezdetben érfejlődési rendellenességet, végül cirrhosishoz vezető subklinikus hepatitist diagnosztizáltak. A beteg halálát duodenalis (steroid?) ulcus perforatiója és peritonitis okozta.

Boncoláskor muscularis, fibromuscularis vagy fibrosus hyperplasiát találtak a vena hepatica és vena portae ágaiban, a hasnyálmirigy, a cseplesz, a vesék, a tüdők és a bőr visszereiben, az epicardialis vénákban, az epehólyag subserosus vénáiban, a pancreas arteriáiban és az art. pulmonalis ágaiban, továbbá az intrahepaticus epeutakban. A májban arterio-venosus fistulákat kimutatni nem tudtak. A máj ereinek betegsége fibrosist, portalis pangást és hyperspleniát, a tüdőerek betegsége cor pulmonalét okozott.

A betegség aetiológiája ismeretlen; hormonalis vagy neuralis impulsus oki szerepét kizárni nem lehet. Dömötör László dr.

**Spondylarthritis ankylopoetica és aorta-vitium.** Bulkeley, B. H., Roberts, W. C. (Section of Pathology, National Heart and Lung Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20014): Circulation 1973, 48, 1014-1027.

A szerzők saját vizsgálatok tapasztalatai alapján a spondylarthritis ankylopoeticahoz társuló cardiovascularis rendellenességek klinikumát és kórbonctanát tárgyalják.

A 9 beteg átlag életkora 46 év volt (34-57 év közt); nőbeteg anyagukban nem fordult elő. A spondylarthritis mellett minden esetben peripheriás arthritist és 1 betegen Reiter syndromát is észleltek. Hat betegen vezetési zavart találtak: megnyúlt P-R, jobb vagy bal szár-block, teljes block. Mind a 9 esetben aorta-insufficiencia alakult ki, amelyre jellemző szívzörejeket 4 betegen az ízületi panaszokkal egyidőben vagy azt követően, 3 betegen a spondylitis rtg-nel történt kimutatása előtt észleltek. Utóbbiakban az ízületi tünetek jelentkezése a billentyűhiba oka rejtett maradt. Az aorta-insufficiencia mindig súlyos, idült, centralis keringési elégtelenséget okozott. Átlag életkorban számolva az arthritist 26, a szívzörejeket 32, a szívelégtelenséget 41 éves korban jelentkezett; az arthritist időtartama 21 év, a billentyűhibáé 16 év, a cardialis decompensatioé 6 év volt. Öt betegen billentyűpótlást végeztek. Ezek közül 4 két hónapon belül, egy pedig 12 hónap elteltével halt meg. A nem operált betegek halálát centralis keringési elégtelenség okozta.

A kórbonctani képet az idült gyulladás jellemezte, amely az aorta kezdeti szakaszában, a Val-salva sinusok mögött és felett, elsősorban a commissurák mentén, az adventitiában és az intimában súlyos fibrosist okozott. A mediában — jelentősebb megvastagodás nélkül — a vasa vasorumok körül enyhe plasmasejtes beszűrő-

dés és fókalis fibrosis volt. A semilunaris billentyűk basalis és distalis része megvastagodott, és a billentyűk a kamra felé dislocálódtak. A fibrosis caudal felé a mitralis billentyű elülső cuspisára és a kamrai sővényre, a pars membranacea-ra terjedt. A myocardium hypertrophisált (a szív súlya 520-1100 g közt volt).

Az aorta insufficienciát a billentyűk megvastagodása, zsugorodása, caudalis dislocációjuk és az aorta gyűrű tágulata, a vezetési zavart a fibrosinak a kamrai sővényre terjedése okozza.

Dömötör László dr.

**Anticardialis antitestek idiopathiás hypertrophiás subaortikus stenosisban.** Das, S. K. és mtsai (Heart Station, University Hospital, Ann Arbor, Michigan 48104, U. S. A.): British Heart Journal 1973, 35, 965-969.

A szerzők 2 éves időszakban észlelt 11 consecutív idiopathiás hypertrophiás subaortikus stenosisban indirekt immunfluorescentiával vizsgálták az anticardialis antitestek (aa) előfordulását. Hét férfi és 4 nő életkora 8 és 58 év között volt. A klinikai diagnózist minden esetben szív-katheterezéssel és egy kivételével mindegyikben cineangiographiával támasztották alá. A betegek közül 7-nek már az első vizsgálat alkalmával is klinikai tünetei voltak. Egy betegen felső légúti hurut előzte meg a szívbetegséget. Négy beteg cardialis statusa ismételt vizsgálatoknál is következetesen stationer volt. Kontrollként 35 congestiv cardiopathia, 17 coronariasclerosis, 11 szívfejlődési rendellenesség, 24 rheumás szívbetegség és 50 egészséges egyén szolgált.

Kilenc betegen találtak aa-t és ez az előfordulási arány szignifikánsan gyakoribb volt, mint kontrollcsoportokban. Az immunfluorescentiának sarcolemmalis és subsarcolemmalis formáját tudták megkülönböztetni, az utóbbi mindig erőteljesebb volt. A vizsgált 3 immunoglobulin-féleség közül — IgG, IgA és IgM — az IgG-nek volt leggyakrabban aa tulajdonsága. A kezelés kapcsán az immunfluorescentia 3 esetben megszűnt, 2-ben pedig csökkent. Az ismétlődő légúti hurutban szenvedő betegen prophylacticus antibioticum terápiát követően a cardialis állapot stabilizálódott és ezzel párhuzamosan az aa eltűntek a vérből.

Az aa termelésének mechanizmusa ismeretlen. Lehetséges, hogy a myocardiumot ért károsodás váltja ki, hasonló más szívbetegségben észleltekhöz. Az autoimmunitás kialakulása vírusinfecióval kapcsolatban állhat.

Dömötör László dr.



## KÖNYVISMERTETÉS

**Endes Pongrác dr.: Pathologia.**  
I—II. kötet (Medicina Könyvkiadó,  
Budapest, 1972.).

A hazai kórbonctan-tankönyvek sorában a legújabb állomás Endes professzor kétkötetes munkája. Ez a sor, sajnos, nem rendelkezik olyan gazdag hagyományokkal, mint ami a kórbonctan az orvosképzésben és az orvosi szemlélet kialakításában fontossága alapján megilletné. Az utolsó 50 évben a nemzetközi szinten is kiváló és elismert hazai pathologusok közül mindössze *Buday, Baló* és *Haranghy* vállalkozott tankönyv írására. *Buday Kálmán* Kórboncolástanának első kiadása 1915-ben, utolsó kiadása 1929-ben jelent meg; máig is kitűnő makroszkópos leírásokat tartalmazó könyvéből több orvos-generáció sajátította el a kórbonctani alapismerteket. A felszabadulás után a gyorsan fejlődő szakma rohamosan gyarapodó új ismereteit először *Baló József* foglalta össze egyetemi tankönyv alakjában. Kórbonctanának általános része 1948-ban, részletes része 1952-ben jelent meg, majd 1961—1962-ben mindkét kötet újra kiadásra kerülve szolgálta az orvostanhallgatók oktatását. 1959-ben jelent meg *Haranghy László* Általános Kórbonctana és Részletes Kórbonctanának I. része, majd 1960-ban a Részletes Kórbonctan II. része. *Baló* Kórbonctanának második kiadása, valamint *Haranghy* háromkötetes műve már a Medicina gondozásában jelent meg, ugyanúgy, mint *Endes* új tankönyve.

A tankönyv I. kötete (341 oldal) az általános kórbonctan kérdéseit tárgyalja (regressív és progressív folyamatok; folyadék- és elektrolytháztartás; gyulladások és daganatok pathológiája, fejlődési rendellenességek). Már az első kötet tartalmazza a részletes kórbonctan két fontos fejezetét: a szív és keringési rendszer, valamint a vizeletképző és elvezető rendszer pathológiáját. A II. kötet a részletes kórbonctan további fejezeteit ismereti (vér és vérvérző rendszer, légzőrendszer, emésztőrendszer, légszervek, támasztó és mozgatórendszer pathológiája, majd a belső elválasztású mirigyek és az idegrendszer pathológiája). A II. kötet három rövid fejezettel zárul, amelyekben a szerző a fertőző betegségek, az avitaminosok és az ionizáló sugárzás okozta ártalmak kórbonctánát foglalta össze.

A két kötet rövid tartalmi ismertetéséből kiderül, hogy az új kórbonctan-tankönyv a hagyományos elveknek megfelelően az általános és részletes szervi — szervrendszeri pathológiai fejezetek alapján nyugszik. Ezt a klasszikus és didaktikai okokból szükséges és hasznos vázat *Endes* funkcionális-pathológiai tartalommal töltötte meg, mindig utalva azokra a klinikai vonatkozásokra, amelyek a struktúra és funkció összefüggését illetően a gyakorlat szempontjából a legjelentősebbek. Az orvosképzés sok didaktikai dilemmája közül egyik legalapvetőbb nehézség az, hogy klinikumot oktathatni nem lehet kórbonctani ismeretek nélkül: kórbonctant oktatni és funkcionális-pathológiai szemléletre nevelni viszont nem lehet a klinikai vonatkozások említése nélkül. A deskriptív kórbonctani és kórszövetani ismeretek tanítása viszont éppen úgy nem mellőzhető, mint az anatómia és histológia oktatása. A jó kórbonctan-tankönyvnek tehát harmonikus egységben kell adnia a deskriptív és funkcionális vonatkozásokat, olyan terjedelemben, amely az orvostanhallgató számára két féléves studium alatt megtanulható és kellő alapot nyújt a klinikai szaktárgyak magasszintű elsajátításához. Az új tankönyv ezt a kívánalmat magas nívón valósítja meg. Szakmai tartalmának korrektségét fémjelzi a szerző több évtizedes gyakorlati tapasztalata és kiváló didaktikus készsége, hosszú egyetemi oktatói munkája és a tanuló ifjúság szeretete, amely könyvének elő- és zárszavából is kicsendül. A szakmai mondanivaló végső formába öntésében, mint lektorok, *Jellinek Harry*, *Lapis Károly* és *Romhányi György* egyetemi tanárok, továbbá munkatársa, a fiatalon elhunyt *Dévényi István* professzor álltak rendelkezésre. Így — mint a szerző a zárszóban említi — a munka három hazai egyetem öt professzora által elfogadott ismeretanyagot és összehangolt szemléletet tükröz.

A tankönyv írójának gyakorlati szemléletét nemcsak a funkcionális-pathológiai szempontok előtérbe helyezése tükrözi, hanem az is, hogy nagyon sok hasznos és megszívlelendő utalást hoz a kórbonctan és klinikus munkakapcsolatára vonatkozóan. A biopsziás vizsgálati anyagok kezelése, fixálása, a kórszövet-

tani diagnózis gyors és megbízható felállításához szükséges információk közlése terén sok nehézség és hiba fordul elő a mindennapi gyakorlatban, a betegellátás rovására. *Endes* több helyen kitér ezekre a problémákra és nagy gyakorlati tapasztalatait kamatoztatva, hasznos tanácsokat és módszereket ismertet, az orvostanhallgatót a későbbi helyes gyakorlatra tanítva.

Az új tankönyv, mint azt a szerző több helyen is hangoztatja, elsősorban tankönyvnek készült, orvostanhallgatók számára. *Endes* oktatói és gyakorlati érzékét dicséri, hogy ezt a szempontot nemcsak hangoztatja, hanem meg is valósította. A kórbonctanban még teljesen járatlan hallgatók számára és érdekében le tudott mondani arról a csábításról, hogy alapozó tankönyv helyett magas tudományos szintű kézikönyvet írjon, amely a harmadéves hallgató előtt csupán nehézség, de vonzóan alig tűnhet. Könyvének ismeretanyaga kellő alapot szolgáltat a hallgató későbbi klinikai tanulmányaihoz és a magasabb szintű kórbonctani-kórszövetani ismeretek megszerzéséhez. A másik pozitív és didaktikus szempontból a mai oktatás kívánalmának eleget tevő vonása a tankönyvnek az, hogy a határterületei nélkül is enormisra növekedett pathomorphológiai szakmai anyagot kelően rövid terjedelemben foglalta össze. Ez a rövid, tömör tárgyalásmód néhány fejezetben eléri azt a fokot, amelyen túlmenni már nem lenne kívánatos; e néhány, túl rövidnek tűnő fejezetet kívül az ismeretek arányosan és a mondanivaló gyakorlati fontosságának megfelelően kerülnek tárgyalásra. A 860 makro- és mikroszkópos ábra — csupán néhánytól eltekintve — kitűnő technikájú és magas didaktikus érzékű válogatásról tanúskodik. Ugyancsak kitűnő és a tanulhatóság szempontjából elsőrendű a könyv nyomdai kiállítása is, ami a Medicina Könyvkiadó magasszintű munkáját dicséri.

*Endes* professzor az orvostanhallgatók számára megfelelő terjedelmű, magasszintű funkcionális-pathológiai szemléletet nyújtó és a gyakorlati szempontokat kiemelő, a klinikai tanulmányokhoz kellő alapot nyújtó és a tanulmányi idő alatt elsajátítható kórbonctan-tankönyvet írt. A pathologia mai állásának megfelelő ismereteket nyújtó munkája írása közben nem feledkezett meg arról, hogy könyve a szakmában még járatlan orvostanhallgató számára készül és biztos, hogy a tanuló ifjúság, jövőbeni orvosgenerációnk sok hasznót fog meríteni belőle.

Juhász Jenő dr.



# SEVAC

## DIAGNOSZTIKAI KÉSZÍTMÉNYEK

**Specifikus savók az emberi  
savó fehérjék ellen —  
(egyzónások), nyúlön (disznón)  
lovon előkészítve  
— Liofilezett precipitáló**

savó az emberi IgG globulin  
ellen

- nyúlsavó RAHu/IgG
- disznósavó SwAHu/IgG

savó az emberi IgD globulin  
ellen

- disznósavó SwAHu/IgD

savó az emberi IgM globulin  
ellen

- nyúlsavó RAHu/IgM
- disznósavó SwAHu/IgM

savó az emberi IgA globulin  
ellen

- nyúlsavó RAHu/IgA
- disznósavó SwAHu/IgA

savó az emberi IgC globulin  
Fab fragmense ellen

- nyúlsavó RAHu/Fab
- disznósavó SwAHu/Fab



### Liofilezett precipitáló

savó a K típusú  
Bence-Jones-protein ellen

- nyúlsavó RAHu/BJK
- disznósavó SwAHu/BJK

savó az emberi L típusú  
Bence-Jones-protein ellen

- nyúlsavó RAHu/BJL
- disznósavó SwAHu/BJL

savó az emberi fibrinogen ellen

- nyúlsavó RAHu/Fbg

savó az emberi albumin ellen

- nyúlsavó RAHu/Alb

savó a beta<sub>1</sub>C globulin ellen

- disznósavó SwAHu/B<sub>1</sub>C

savó az alpha<sub>2</sub> makroglobulin  
ellen

- disznósavó SwAHu/A<sub>2</sub>M

savó az alpha<sub>2</sub> G<sub>0</sub> komponense  
ellen

- lósavó HAHu/Gc

savó a beta<sub>1</sub> transferin ellen

- nyúlsavó RAHu/Trf

savó a coeruleplasmin ellen

- nyúlsavó RAHu/Cpl

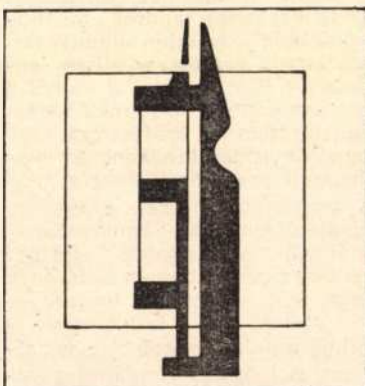
Gyártó:



a Szérumok és Oltóanyagok

Intézete

Prága, Csehszlovákia



Exportálja:



Részvénytársaság

Farmakológiai Osztálya

Kodanská 46, Prága 10,

Csehszlovákia

**E diagnosztikumok megrendelhetők a REANAL cégnél, Budapest 70, postafiók 54.**



# ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

1974. nov. 22. péntek	Szájsebészeti Klinika, VIII. Mária u. 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. <i>Megyeri György, Péro Csaba, Szabó Emília</i> (Nagykanizsa): LE-sejt lelete parodontitisben. 2. <i>Polgár József</i> : Korszerű fogpótlási elvek megvalósulása gyakorlatunkban. 3. <i>Szabó Emília, Megyeri György</i> : Virostatikummal (Keracid) szerzett tapasztalataink chr. recid. aphtásoknál. 4. <i>Megyeri György</i> : Mandibulomaxillaris membran újszülötthen poplitealis pterygium syndromában
1974. nov. 22. péntek	Weil Emil Kórház kulturterme, XIV. Uzsoki u. 29.	du. 1,30 óra	Weil Emil Kórház Tudományos Köre	1. <i>Scholz Magda</i> : Lipoid histochemia a mellékvesekéregben. 2. <i>Fáber Károly, Nagykalnai Tamás</i> : A melanoma-tumoragy szerepe a recidiva és a generalizálódás szempontjából. 3. <i>Balkányi Iván, Scholz Magda, Reiss Mariann</i> : Histochemical és histochemical vizsgálatok diabeteses polyneuritis eseteiben
1974. nov. 22. péntek	Budai Területi Gyermekkórház, II. Bólyai u. 9.	du. 2 óra	Budai Területi Gyermekkórház és János Kórház Gyermekosztály Orvosi Kara	<i>Prof. Sárkány Jenő</i> : Az idegrendszeri károsodások eredete, különös tekintettel az újszülöttkorra
1974. nov. 22. péntek	Debreceni OTE Elméleti Tömb tanterme	du. 4 óra	Debreceni Orvostudományi Egyetem	Megtárgyalásra kerülnek az alábbi esetek: 1. J. E. 29 éves nő, I. sz. Belklinika <i>Klinikai dg.</i> : Glomerulonephritis chr. St. p. nephektomim l. u. Transplantatio renis. Pneumonia l. s. Ulcus duodeni et haemorrhagia intestinalis. Ref.: <i>Dr. Szabó J.</i> 2. Cs. L. 33 éves, I. Sebészeti Klinika, I. Belklinika. <i>Klinikai dg.</i> : St. p. appendicitidem perforativam et peritonitidem diffusam Sepsis. Uraemia. Desseminált intravasalis coagulatio. Ikterus. Haematemesis. Melaena. Ref.: <i>Dr. Mikó T. 3. M. J.-né 72 éves II. sz. Belklinika. Klinikai dg.</i> : Nephrosis syndroma. Nephritis chr. Praeuraemia, Ileus e stangulatione. Hernia femoralis accreta l. u. Diverticum Meckeli Ref.: <i>Dr. Krajczár G. 4. T. I.-né 43 éves, II. sz. Sebészeti Klinika. Klinikai dg.</i> : cysta echinococica permagna hepatis et thiracis l. d. Thrombophlebitis venae brachii et subclavia l. s. St. p. thoracotomiam et marsupialisationem cystae hepatis. Thromboembolisatio cerebri? Ref.: <i>Dr. Takács P.</i>
1974. nov. 25. hétfő	Sportkórház tanácsterme, XII. Alkotás u. 48.	du. 2 óra	Magyar Sportorvosi Társaság és Sportkórház Orvosi Kara	<i>Prof. Láng István</i> : Haszon és kockázat a medicinában
1974. nov. 25. hétfő	Pécsi OTE Központi Épület II. sz. tanterme, Szigeti u. 12.	du. 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoporthja	1. <i>Franz C. Sitzmann</i> : A galactose anyagcsere biokémiája, valamint zavarai (15') 2. <i>Herber Kaloud</i> : A galactose anyagcsere vele született zavarainak klinikuma 15 perc, német). 3. <i>Ilse Teubl</i> : A génkapcsolatok kérdése a vele született enzim defectusok és az erythrocyta — illetve serum-parameterek között (10 perc, német) 4. <i>István Lajos</i> : Összehasonlító genfrekvencia-vizsgálatok (galactokinase és Gal-1-PUT) Közép Európában (10 perc, német). 5. <i>Cholnoky Péter</i> : Ikrek humangenetikai, vércsoport-serologiai és enzimatikum vizsgálati (10 perc, német)
1974. nov. 26. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet nagyterme, IX. Gyáli u. 2—6., „A” ép.	du. 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	<i>Berenesi György</i> : Újabb eredmények a daganatvíruskutató területén (kongresszusi beszámoló)
1974. nov. 26. kedd	Miskolc, Szentpéteri kapu, Megyei Vezető Kórház kulturterme	du. 2 óra	Borsod Megyei Vezető Kórház Tudományos Bizottsága	1. <i>Tass Gyula</i> : A II. Ideg-Elmeosztály és Toxicologiai részleg profilját kialakító beteganyag, személyi és tárgyi lehetőségek az osztály 10 éves fennállása alatt (20 perc). 2. <i>Balog Gizella</i> : Intenzív terapiás tapasztalataink a Toxicologiai részlegen (15 perc). 3. <i>Szeleczky Zita</i> : Az intubálás és gépilegezetés okozta iatrogen ártalmak tapasztalatainak alapján (10 perc). 4. <i>Sági Ilona</i> : A cerebrovasculáris megbetegedések ellátásának kérdései az elmúlt 10 év során osztályunkon (10 perc). 5. <i>Kis Katalin</i> : Adatok osztályunk 10 év során elhalt beteganyagáról (10 perc). 6. <i>Kaiser Etelka</i> : Tapasztalatok az epilepsias rohamok Stazepine befolyásolásának lehetőségeiről (10 perc) 7. <i>Kigyóssy András</i> : A Guillain — Barre syndroma 10 év alatti előfordulása a kezelés és intenzív terapiás lehetőségek osztályunkon (10 perc). 8. <i>Szentmiklóssy Gizella</i> : Osztályunk 10 éves intracranialis compressio anyagának áttekintése (10 perc). 9. <i>Bodonyi Csabáné</i> : A psychodiagnostica lehetőségei és kapcsolódása az orvosi tevékenységhez osztályunkon (10 perc)
1974. nov. 26. kedd	Salgótarján, Megyei Kórház előadóterme	du. 3 óra	Megyei Kórház Tudományos Bizottsága	1. <i>Nádas Ferenc</i> : Az orális fogamzásgátlással kapcsolatos egyedi szövődmény ismertetése (25 perc). 2. <i>Szabó Sándor</i> : Intrauterin fogamzásgátlás (15 perc)
1974. nov. 26. kedd	Semmelweis OTE Gégeklínika tanterme, VIII. Szigony u. 36.	du. 4 óra	Magyar Fül-Orr-Gége- orvosok Egyesülete	Kerekasztalkonferencia. Téma: Az idült középfülgyulladások aktuális kérdései Vitavezető: <i>Prof. Surján László</i>
1974. nov. 26. kedd	O, K. I. Fodor József tanterem IX. Nagyvárud tér 2.	este 7 óra	Heim Pál Gyermekkórház	Dél-Pest terület gyermekorvosai részére továbbképző előadás. Kerekasztal konferencia Téma: Ikervizsgálatok tapasztalatai a fővárosban. (II. rész)
1974. nov. 28. csütörtök	IX. ker. Merényi Gusztáv Kórház-Rendelőintézet kulturterme, IX. Gyáli u. t. 17.	du. 1,30 óra	Merényi Gusztáv Kórház Tudományos Köre	1. <i>Pácz Zoltán</i> : Sjögren-syndroma. 2. <i>Walter János</i> : Az ultragyors fordulatú fogászati fűrőgépek néhány elméleti problémája
1974. nov. 28. csütörtök	Bajcsy-Zsilinszky Kórház tanácsterme, X. Maglódi u. t. 89.	du. 2 óra	Bajcsy-Zsilinszky Kórház Tudományos Bizottsága	1. <i>Horváth Imre</i> : 5 perc aktuális laboratóriumi kérdésekről. 2. <i>Szirtes Mária Herpai Zsolt, Simonyi János</i> : Klinikó-pharmakologiai vizsgálatok Diaphyllinnel és Papaverinnel. 3. <i>Budai Géza, Losonci Péter</i> : Gigantikus T inversio. 4. <i>Prekopp László, Balázs Péter</i> : 1000 rectosopia kapcsán szerzett tapasztalatok



**A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja**

1974. november 19-én (kedd), délután 17 órakor,

a Szemészeti Klinika előadótermében tudományos ülést tart.

Üléselnök: prof Varró Vince.

A Bács-Kiskun Megyei Tanács Kórházának ülése

**Bemutatók:**

1. Schmidt Ilona, Bruncsák András: Insulin-resistentia és hyperlipoproteinaemia.
2. Lesznyák József, Domján Lajos, Lóránd Pál: Gastroscopos biopsiával kórismézett ritka gyomordaganat (neurofibroma) esete.
3. Miklós György, Szentendrei László, Tóth György: Carpal-tunnel szindrómás gyermek esetének ismertetése.
4. Szarvas Dalma, Borka István, Horváth Piroska: Gaucher kóros csecsemő esetismertetése.
5. Schneider Ferenc, Makáry György, Baltás Béla: Peliosis hepatitis.

**Előadások:**

1. Bruncsák András, Faragó Ferenc: Diabetes mellitus a hyperlipoproteinaemia.
2. Domján Lajos: Gastroscopos polypectomiával szerzett tapasztalataink.
3. Domján Lajos, Bruncsák András, Görög Árpád, Mecséry Ilona: A scleroderma gastroenterologiai és endoscopos vonatkozásai.
4. Tóth György, Mihai Klára, Kerekes Attila: Dysmaturus újszülöttek hypoglykaemiájának kezelése osztályunkon.

**A Magyar Sebész Társaság Gyermeksebész Sectiója**

1974. november 23-án (szombat), délelőtt 10 órakor,

az Apáthy István Kórház előadótermében (XIV. Ilka u. 57.) tudományos ülést rendez.

**Műsor:**

1. Bukovinszky J. dr., Szigetváry I. dr.: Csecsemő- és gyermekkori rekeszsérvek (10 perc).
2. Verebély T. dr., Machay T. dr.: Újszülöttkori rekeszsérvek műtét utáni respirációs kezelése (10 perc).
3. Praefort L. dr., Tornósy Sz. dr.: Gyermek műtét közben végzett kontrollált gépi lélegeztetésével szerzett tapasztalatok (10 perc).
4. Altorjai I. dr., Tornósy Sz. dr.: Duhamel műtétet követő recidív megacolon (10 perc).
5. Szilágyi E. dr.: Malrotatio straugulatio ileus és meconium ileus egy újszülöttnél (5 perc).
6. Végh dr., Hirsch dr.: Nehéz fémsók szerepe a korszerű intravénás táplálásban (10 perc).

7. Hirsch dr., Végh dr.: A gyomor teljes colliquatio necrosisával járó ZnCl<sub>2</sub> mérgezett betegünk kezelése kapcsán szerzett tapasztalatok (5 perc).

8. Vajda J. dr.: Dehidrálás idegsebészeti betegségek kezelésében (10 perc).

9. Rác D. dr., Zimonyi dr., Körmenyi dr.: Splenectomiák indikációja (15 perc).

10. Dorogi J. dr., Simon dr., Mérsáros dr.: Congenitalis rhabdomyosarcoma esete (5 perc).

11. Csanaky Gy. dr.: Égett betegünk Oxycort kezelésével szerzett tapasztalataink (10 perc).

12. Pintér A. dr.: Extrahepaticus epeútatresia miatt operált újszülött 8 éves nyomkövetése (10 perc).

13. Léb J. dr.: Prume—Belly-syndroma (10 perc).

14. Dénes J. dr.: Beszámoló az 1974. évi Prágai és Berlieni Gyermeksebész Kongresszusról (10 perc).

15. Dorogi J. dr.: Beszámoló a hamburgi német gyermeksebész kongresszusról (5 perc).

16. Kontor E. dr.: Beszámoló a XXI. BAPS Kongresszusról, Bern (5 perc).

17. Pilaszanovich I. dr.: Beszámoló a „Brémai Nemzetközi Szimpoziumról” (10 perc).

**A Semmelweis Orvostudományi Egyetem**

1974. november 28-án (csütörtök), délután 15 órakor,

a II. Belgyógyászati Klinika tantermében (VIII. Szentkirályi u. 46.) tudományos ülést rendez.

**Tömegesen elterjedt betegségek epidemiológiájának kutatása (7. főirány)**

A venerológia aktuális kérdései. (Börklinika)

Elnök: Babics Antal dr. ny. egyetemi tanár.

**Előadások:**

1. Király Kálmán: Bevezető előadás.
2. Károlyi István: Nemibetegségek epidemiológiai problémái (10 perc).
3. Horváth István: A treponemákkal szembeni immunitás kérdései (10 perc).
4. Biró Judit, Horváth István: A nyúl Treponema pallidum elleni celluláris védekezésének elektronmikroszkópos vizsgálata (10 perc).
5. Daróczy Judit: Syphilitis bőrjelenségek elektronmikroszkópos vizsgálata (10 perc).
6. Faragó Ferenc, Kovács Elek: A gonorrhoea diagnosztikus problémái és néhány klinikai vonatkozása (10 perc).
7. Kovács Elek, Faragó Ferenc: Az urethritis non gonorrhoeica aktuális kérdései (10 perc).

**Az egri Megyei Kórház Igazgatósága és Tudományos Bizottsága**

a „Markhot Ferenc emléklakettet”

ez évben Eckhardt Sándor dr. kandidátusnak, az Országos Onkológiai Intézet igazgató-főorvosának adományozta, aki ez alkalomból 1974. november 29-én, este 7 órakor, az I. sz. Kórház dísztermében emléküladást tart

**„A daganatos betegségek gyógyszeres kezelése” címmel.**

Minden érdeklődőt szívesen lát a Tudományos Bizottság.

**A „Korányi Frigyes” Tbc és Tüdőgyógyász Társaság Észak-magyarországi Decentruma**

1974. november 29-én, 10 órakor

a mezőkövesdi Tüdőgondozó Intézet helyiségeiben, Mezőkövesd Városi Tanács V. B. Tüdőgyógyintézete és Szülőotthona

25 éves fennállása alkalmából ünnepi tudományos ülést rendez.

**Előadások:**

1. Tombác I.: Megnyitó.
2. Simon G.: A mezőkövesdi Tüdőgyógyintézet 5 éves eredményei (1969—1973).
3. Ávéd T.: A gümőkóros betegek gondozásának története Mezőkövesden.
4. Hutás I.: Obstruktív légzésbetegségek.

**Hozzászólások**

**Szünet**

5. Deseő J.: A Szülőotthon 25 éves működése.

6. Argay I.: Újszerű feladatok a szülészet-nőgyógyaszatban.

7. Papp Z.: Genetikai vizsgálatok helye a praeventív szülészetben.

8. Velkey L.: A gyermekvédelem mint a praenatalis védelem alapja

**Hozzászólások**

**Tudnivalók:**

Vetítésre 5 × 5 cm-es diakeretben van lehetőség. Részvételi díj 50,— Ft befizetés a helyszínen. Ebéd a Matyórázsza étteremben. Utána a Kisjankó Bori és a Matyó Múzeum megtekintése.

**A Neumann János Számítógéptudományi Társaság Csongrád Megyei Szervezete és Orvosbiológiai Szakosztálya**

1974. december 2—4-én (hétfő—szerda) Szegeden a Technika Házában rendezi meg V. Számítástechnikai és kibernetikai módszerek alkalmazása az orvostudományban és a biológiában című kollokviumát.

**Felhívás.** A Magyar Eszperantó Szövetség Egészségügyi Szakbizottsága kéri azokat az egészségügyi dolgozókat (orvosok, ápolónők, gyógyszerészek, stb.), akik eszperantóul tudnak, jelenleg tanulnak, vagy érdeklődnek a nyelv iránt, hogy írásban jelentkezzenek. Cím (budapestiek részére): Molnár Lajos dr., 1097 Budapest Gyáli u. 5—7.

Fővárosi László Kórház. Vidékiek: Ferenczy Imre dr., 9002 Győr, Postafiók 143 címre írjanak.

Csütörtök du. 15.00 óra  
A szekció  
Díszterem

#### Kardiologia—rhythmuszavarok

Elnök: Kerkovits Gyula, Juhász István.

7. Morvai V., Böszörményi E., Farsang Cs. (II. Belklinika, Bp.): Kamrai extrasystoles arhythmias betegek kezelése per os és parenterálisan adott Lidocainnal.

8. Horányi P., Strausz I., Kékes E., Barcsák J. (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): Az orálisan alkalmazott Lidocain (EGYT) antiarrhythmias hatásáról.

9. Buday G., Sárman P., Losonci P., Kerkovits Gy. (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Bp.): A sav-bázis eltérések korrekciójának a jelentősége a szív-ütemzavarok kezelésében.

10. Pocsai G., Iványi J. (Megyei Kórház, Gyula): Adatok a Visken hatásához és mellékhatásához.

11. Kenedi I., Rochlitz Z. (Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat és János Kórház, Bp.): Antiarrhythmias gyógyszerek arrhythmogén hatása.

12. Less E., Hermányi I., Bányai A., Kende M. (Korányi Frigyes és Sándor Kórház, Bp.): Vizsgálatok a Lidocain hatásáról a szív rhythmuszavaraiban.

13. Fülöp T., Valenta B. (I. Belklinika, Debrecen): Alprenolol (Gubernál 50) haszna a klinikai gyakorlatban.

14. Rényi-Vámos F., Solti F., Szabó Z., Bodor E., Czákó E., Gyöngy T. (IV. Sebészeti klinika, Bp.): Kombinált elektromos és gyógyszeres terapia a tachyarrhythmias kezelésére.

15. Kékes E., Strausz I., Horányi P., Dékány M., Bányai F. (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): A chinidin-betablockoló kezelés hatásosságának megítélése a pitvar fibrillatio megszüntetésében.

16. Herr Gy., Bódis L. (I. Belklinika, Pécs): Cardioversiót követő ingerképzési zavarok kezelése.

17. Büky P., Szám I. (János Kórház, Bp.): A Nioben aminoketon hatása essentialis keringési hyperkinesisben.

S z ü n e t

Csütörtök du. 17 óra  
A szekció  
Díszterem

#### Kardiologia—rhythmuszavarok

Elnökök: Solti Ferenc, Békés Miklós.

18. Apor P.: (Testnevelési Főiskola Kutató Intézete, Budapest): A fizikai terhelést követő supraventricularis bradyarrhythmia viselkedése egyes gyógyszerek hatására.

19. Matos L., Hankóczy J., Polák Gy., Rausch J. (Országos Kardiológiai Intézet, Budapest): A systole egyes szakaszainak változása gyógyszerek hatására symptomas sinus bradycardiában.

20. Ács É., Préda I., Pruzsinszky P., Schwarczmann P. (Orvostovábbképző Intézet, Budapest): Új beta-adrenotrop készítmény (Moxa) klinikai vizsgálata gyér kamrai frequentiajú ingerképzési és ingervezetési zavarokban.

21. Brenner F., Halmavánszky B. (Megyei Kórház, Tatabánya): Az intensív therapia hatása a myocardialis infarctus halálloki tényezőire.

22. Gara I., Békés M., Gábor Gy. (IV. Belklinika, Bp.): Xylocain intramuscularis alkalmazása a praehospitalis szakaszban infarctus myocardii gyanúja esetén.

23. Kiss B., Harsányi A., Kárpáti P. (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): Myocardialis infarctushoz társuló bradycardiák gyógyszeres kezelése.

24. Harsányi A., Préda I., Ács É. (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): Heveny myocardialis infarctushoz csatlakozó atrioventricularis blokkok gyógyszeres és pacemaker kezelésének eredményei.

Csütörtök du. 15.00 óra  
B szekció  
Nagyterem

#### Emésztőszervi betegségek

Elnökök: Varró Vince, Figus I. Albert.

25. Simon L., Figus I. A., Bajtai A. (Városi Kórház, Jászberény): Colitis ulcerosa betegek immunosuppressív kezelése.

26. Hérics M., Keresztury S., Koláth Z., Sipkás E. (Simmelweis Kórház, Miskolc): Megfigyeléseink activ chronicus hepatitis immunosuppressív terapiájával kapcsolatban.

27. Kendrey G., László B. (Fővárosi László Kórház, Bp.): A gyógyszeres májkárosodás morfológiai, fény és elektronmikroszkópos spectruma.

28. László B., Kendrey G. (Fővárosi László Kórház, Budapest): A gyógyszeres májkárosodások klinikai variánsai.

29. Burger T., Horváth T., Ludány A., Jávora T. (I. Belklinika, Pécs): Vasforgalmi zavarok porphyriában és ezek változása Milurit (allopurinol) kezelés alatt.

Bíró I., Drahotka A., Halász T. (Kállai Éva Kórház, Budapest): Tapasztalataink a „félrenyelés” gyógyszeres megelőzésével a geriatriában.

Összefoglalás.

S z ü n e t

Csütörtök du. 16.40 óra  
B szekció  
Nagyterem

#### Anyagcsere (lipid-szénhidrát)

Elnökök: Kisfaludy Sándor, Bretán Miklós.

31. Góth E., Winkler G. (János Kórház, Bp.): Tapasztalatok anorexigen szerekekkel.

32. Horváth T., Jávora T., Patakfalvi A., Gógl A., Nagy I., Németh Gy., Kovács B. (I. Belklinika, Pécs): Therapiás tapasztalatok N-bisz-

#### A Magyar Belgyógyász Társaság

##### 1974. évi XXV. Nagygyűlését

november 21—22—23-án rendezti, a Magyar Tudományos Akadémia termeiben (Budapest V., Roosevelt tér 9.).

##### Általános tudnivalók:

Délelőttönként referátumok hangzanak el a Díszteremben, melyeket felkért előadók tartanak. Délutánonként a referátumokhoz csatlakozó, bejelentett előadásokra kerül sor, témák szerint csoportosítva, 3 szekcióban (Díszterem, Nagyterem, Felolvasóterem).

Vetítési lehetőség minden teremben van: 5 × 5 cm-es diaposzitiv vetítés céljára.

Kongresszusi iroda november 21-én reggel 8 órakor kezdi meg működését, a Magyar Tudományos Akadémia Képes termében (I. em. jobbra) és a Nagygyűlés bezárásáig a vendégek rendelkezésére áll (129—691). Ezt megelőzően a Magyar Belgyógyász Társaság titkársága (I. Belklinika, Budapest VIII., Korányi S. u. 2/a. T.: 330—360) ad felvilágosítást a szervezéssel és tudományos programmal kapcsolatos minden kérdésben.

Csütörtök de. 9 óra  
Díszterem

A Nagygyűlés megnyitása: Magyar Imre, a Magyar Belgyógyász Társaság elnöke üdvözlő a nagygyűlés előadóit és vendégeit.

##### Referátumok:

Elnökök: Magyar Imre, Léhoczky Dezső.

1. Pataki István (Országos Ideg-és Elmegyógyintézet, Budapest): A gyógyszerkutatás és a gyógyszerek klinikai alkalmazásának elméleti és gyakorlati új irányai.

2. Farkas Elek (Országos Közegészségügyi Intézet, Bp.): A vírusbetegségek chemotherápiája.

3. Magyar Imre (I. Belklinika, Bp.): Emésztőszervi betegségek gyógyszeres kezelése.

S z ü n e t

##### Referátumok:

Elnökök: Petrányi Gyula, Földvári Gyula.

4. Kerkovits Gyula (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Bp.): A szív rhythmuszavaraik gyógyszeres kezelése.

5. Kisfaludy Sándor (I. Belklinika, Bp.): A hyperlipidaemiák gyógyszeres kezelése.

6. Rák Kálmán (II. Belklinika, Debrecen): Anticoagulans (thrombolytikus) kezelés.

Az ülés bezárása.

chlorfenoxi-acetyl-carbamiddal (EGYT 1299-cel).

33. *Romics L., Bretán M., Varsányi-Nagy M.* (III. Belklinika, Bp.): Anabolikus steroid kezeléssel szerzett tapaszlataink IV. típusú hyperlipoproteinaemiában.

34. *Winter M., Cseuz I.* (Városi Kórház, Hódmezővásárhely): Diabetezes acidosis kezelése kis insulin-adagokkal.

35. *Tiszai A., Sepp J.*: Adatok a Niltuvin (-pyridyl-carbinol) szénhidrát-anycscere hatásához.

36. *Bédi J., Kosztovics A., Pálos Á. L.* (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): A pyridinolcarbamát klinikai és laboratóriumi vizsgálata.

**Összefoglalás, az ülés bezárása.**

Csütörtök du. 15.00 óra  
C szekció  
Felolvasóterem

**Anticoagulans-kezelés**

Elnökök: *Rák Kálmán, Burger Tibor.*

37. *Szalontai S.* (Simmelweis Kórház, Bp.): Antithromboticus terapiával szerzett tapaszlataink.

38. *Szatmári É., Paulovics L., Pölöskei G., Szappanos E.* (Weil Emil Kórház, Bp.): Súlyos disseminált intravasculáris coagulopathia eredményesen kezelt esete.

39. *Nagy I., Losonczy H.* (I. Belklinika, Pécs): Krónikus anticoagulans kezelés heriditer antithrombin III. csökkenésében.

40. *Mesko K., Kovács E., Katona K.* (Megyei Balassa Kórház, Szekszárd): Az anticoagulans kezelés veszélyei.

41. *Földváry Gy., Csűrös L., Varga I.* (Megyei Vezető Kórház, Miskolc): Allergiás vasculitisek orális fogamzásgátlók szedése alatt.

42. *Losonczy H., Nagy I., Burger T., Mózsik Gy., Mislai Zs., Alföldi F., Böröcz J., Domino É.* (I. Belklinika, Pécs): Atípusos lefolyású Werlhof-kór diagnosztikus és therapiás problémái.

**Összefoglalás.**

**S z ü n e t**

Csütörtök du. 16.40 óra  
C szekció  
Felolvasóterem

**Klinikopharmakológia**

Elnökök: *Pataky István, Káldor Antal.*

43. *Ludwig E., Perényi T., Farkas L., Benesch L., Gráber H.* (Péterfy Sándor utcai Kórház, Budapest): A chloramphenicol és a thiamphenicol interakciós lehetőségei.

44. *Gráber H., Perényi T., Árr M., Farkas L., Ludwig E.* (Péterfy Sándor utcai Kórház, Bp.): Adatok a chloramphenicol és a thiamphenicol metabolizmusához.

45. *Rétsági Gy., Schwarczmán É.* (III. Belklinika, Bp.): Azidomorfinok: Új lehetőségek a maior analgesiciában.

46. *Marosi J., Szende L., Radó J., Takó J.* (János Kórház, Bp.): I-dea-

moni-8-D arginin vasopressin (DDAVF) klinikai értékelése diabetezes insipidusban.

47. *Szende L., Radó J., Takó J., Nagy O.* (János Kórház, Bp.): Egyszerű fluorometriás módszer spiro-nolacton-metabolit (canrenon) felszívódásának vizsgálatára.

48. *Várnai F., Ecker Á.* (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): Pyrimetamin és malaria-prophylaxis.

49. *Bánhegyi D., Várnai F.* (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): A bilharziasis korszerű kezelése.

**Vita, ülés bezárása.**

Péntek de. 8.30 óra  
Díszterem

**Referátumok:**

Elnökök: *Trencsényi Tibor, Nagy György.*

50. *Hámori Arthur* (II. Belklinika, Pécs): Belgyógyászati vesebetegségek gyógyszeres kezelése.

51. *Petrányi Gyula* (II. Belklinika, Bp.): Autoimmun betegségek kezelése.

52. *Kállai Kálmán* (II. Belklinika, Bp.): A hypertonia-betegség gyógyszeres kezelése.

**S z ü n e t**

Díszterem

**Referátumok:**

Elnökök: *Gábor György, Iványi János.*

53. *Hutás Imre* (Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Bp.): Idült obstructiv pulmonalis kórképek kezelése.

54. *Juvancz Iréneusz* (MTA Biometriai Osztály, Bp.): Katamnesztikus vizsgálatok.

**Külföldi vendégladók.**

**S z ü n e t**

Péntek du. 15.00 óra  
A szekció  
Díszterem

**Haemoblastosisek—  
polycythaemia vera**

Elnökök: *Gráf Ferenc, István Lajos.*

55. *Marton É., István L., B. Egyed Ágnes* (Megyei Markusovszky Kórház, Szombathely): Törekvések a felnőttkori ac. leukaemia korszerű polychemoterapiás kezelésére.

56. *Szabó J., Mód A., Poros A., Hollán Zs.* (Országos Haematológiai és Vértransfúziós Intézet, Bp.): A felnőttkori akut leukaemiák kombinált cytostatikus kezelése — lehetőségek és problémák.

57. *Poros A., Mód A., Szabó J., Hollán Zs.* (Országos Haematológiai és Vértransfúziós Intézet, Bp.): Felnőttkori akut leukaemiás betegek kombinált cytostatikus kezelése.

58. *Farkas E., Szántó J., Döbrentey E.* (Országos Onkológiai Intézet, Bp.): Blastos leukaemiák kezelésében elért eredményeink.

**Általános vita, összefoglalás.**

59. *Goda Cs., Szalka A.* (László

Kórház, Bp.): Haematológiai kórképek kapcsán kifejlődő sepsisek és kezelésük.

60. *Mód A., Poros A., Szabó J., Hollán Zs.* (Országos Haematológiai és Vértransfúziós Intézet, Bp.): Felnőttkori akut leukaemia kezelése során észlelt szövödmények és kezelésük.

**Általános vita.**

61. *Nagy Gy., Leövey A., Léhi M., Petrányi Gy.* (Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálat, Bp.); I. Belklinika, Debrecen; II. Belklinika, Bp.): A Vaquez—Osler-kór korszerű gyógyszeres és sugártherapiája nagy beteganyagán szerzett hosszú megfigyelési idő tapaszlatai alapján.

**Vita**

**S z ü n e t**

Péntek du. 16.55 óra  
A szekció  
Díszterem

**Malignus lymphomák**

Elnökök: *Hollán Zsuzsa, Cserháti István.*

62. *Döbrentey E., Bodrogi I., Farkas E., Eckhardt S.* (Országos Onkológiai Intézet, Bp.): Polychemoterapiával elért eredményeink generalizált Hodgkin-kórban.

63. *Weigl M., István L., B. Egyed Á., Kozáry J.* (Markusovszky Kórház, Szombathely): Cyclophosphamid—Oncovin—Procabasin—Prednisolon polychemoterapiával (COPP-protokollal) lymphogranulomatosisnál szerzett korai tapasztalatok.

64. *Kozáry J., István L., Marton É., Giczay S.* (Markusovszky Kórház, Szombathely): Vincristin—Endoxan—Prednisolon polychemoterapiával (VEP-protokollal) malignus lymphoproliferatív kórképek kezelésében szerzett korai tapasztalatok.

65. *B. Egyed Á., István L.* (Markusovszky Kórház, Szombathely): A malignus lymphomás betegek chemoterapiás kezelése a gondozás időszakában.

66. *Hindy I., István L.* (Markusovszky Kórház, Szombathely): A plasmocytoma chemoterapiája.

67. *Hartai F.* (Országos Onkológiai Intézet, Bp.): Klinikai megfigyelések peptichemio-val.

**Általános vita.**

**Az ülések bezárása.**

Péntek du. 15.00 óra  
B szekció  
Nagyterem

**Coronaria- és Verőér-insufficiencia**

Elnökök: *Urai László, Szám István.*

68. *Strausz I., Kékes E., Bányai F., Dékány K.* (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): A nitroglycerin hatásának vizsgálata kísérletes heveny szívizom ischaemia eseteiben.

69. *Szám I., Kerkovits Gy., Buday G.* (János Kórház, és Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Bp.): Az angina

pectoris kombinált kezelése Pindolol beta receptor-blockolóval és isosorbít dinitráttal. Összehasonlító „kettős vak cross-over” vizsgálat.

70. *Bolla K., Ács É., Harsányi Á., Préda I., Schwarczmann P.* (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): Az EGYT 341 készítmény antianginás hatása.

71. *Polák Gy., Rausch J., Békés M.* (Országos Kardiológiai Intézet, Bp.): Pindolol és isosorbide dinitrate hatásának összehasonlító vizsgálata angina pectoris betegeken.

72. *Széplaki S.* (Fővárosi V. ker. Szakorvosi Rendelő, Bp.): Klinikai adatok az antianginás gyógyszerek hatásmechanizmusához és mellékhatásaihoz.

#### Általános vita, összefoglalás.

73. *Urai L., Farkas P., Káli A., Netkovszky K., Wagner Zs.* (IV. Belklinika, Budapest): Therapiás tapasztalataink PRODECTIN-nel (Pyridinol-carbamát) obliteratív verőérbetegségben szenvedő betegekben.

74. *Tóth E.* (MÁV Kórház, Bp.): Microcirculációs zavarok kezelésének lehetőségei.

#### Vita, összefoglalás.

##### Szünet

Péntek du. 17.00 óra

B szekció  
Nagyterem

#### Hypertonia

Elnökök: *Kállai Kálmán, Lélek István.*

75. *Gachályi B., Káldor A., Kállay K.* (II. Belklinika, Bp.): Beta-receptor gátlás hatása az angiotensin érzékenységre.

76. *Lélek I.* (Városi Egyesített Kórház, Esztergom): Beta-receptor blockolók alkalmazása magasvérnyomás-betegségben.

77. *Juhász I., Székács B.* (II. Belklinika, Bp.): Hypertoniás betegek vaso-reactivitásának viselkedése propranol hatására.

78. *Székács E., Juhász I., Somogyi Gy.* (II. Belklinika, Bp.): Extracellularis-volumen expansiót követő sódiuresis vizsgálata beta-receptor blockoló hatása alatt.

79. *Solti F., Szabó Z., Czákó E., Bodor E., Rényi-Vámos F., Gyöngy T.* (IV. Sebészeti Klinika, Bp.): A carotissinus ideg elektromos ingerlése az intractibilis hypertoniák kezelésére.

80. *Dobi S., Szabó T., Siró B., Petrányi Gy.* (I. Belklinika, Debrecen): Új guanethidin származék használatossága a hypertensio terápiájában.

81. *Török E., Gábor Gy., Jávör T., Szám I.* (Országos Kardiológiai Intézet, Bp.; I. Belklinika, Pécs; János Kórház, Bp.): A beta-adrenerg blokkoló Visken (pindolol, LB 46) anti-hypertensív hatásának vizsgálata enyhe és mérsékelt hypertoniában.

82. *Tényi I., Németh M., Jávör T., Nemes J.* (I. Belklinika, Pécs): Visken kezelés essentialis hypertoniában és kapcsolata a renin-angiotensin rendszerrel.

83. *Mázsár M., Buday G., Sármán P., Losonci P., Kerkovits Gy.* (Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Bp.): A Clopamid szerepe a hypertonia kezelésében.

#### Általános vita, összefoglalás.

Az ülés bezárása.

Péntek du. 15.00 óra

C szekció

Felolvasóterem

#### Idült obstructiv pulmonalis kórkepek

Elnökök: *Hutás Imre, Jakab Lajos.*

84. *Streibel V.* (Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Bp.): A légzőszervi obstructiv syndroma felkutatásának lehetősége.

85. *Miskovits G., Vastag É., Magyar P., Nagy L.* (Tüdőgyógyászati Klinika, Bp.): A hörögobstructio célzott kezelése.

86. *Mándi A., Galgóczy G., Galambos E.* (Országos Munkaegészségügyi Intézet, Bp.): Strophantin momentán hatása súlyos bronchialis obstructióban.

87. *Csernovszky M.* (Állami Tüdőgyógyintézet, Mátraháza): Cor pulmonale chronicum Spirolacton kezelésével szerzett tapasztalatok.

88. *Mózer I., Müller E.* (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): Hyperkapniával járó bronchopulmonalis elégtelenség kezelése.

89. *Németh T., Streibel V., Antmann L., Strohmayr K., Nyárády I.* (Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Bp.): Idült hörghurutos betegek „integrált” gondozásának kérdései.

#### Általános vita, összefoglalás.

##### Szünet

Péntek du. 16.35 óra

C szekció

Felolvasóterem

#### Vesebetegségek — Immunosuppressio

Elnökök: *Hámori Arthur, Böszörményi Ernő.*

90. *Leövey A., Szobor A., Szegedi Gy., Szatmári I., Petrányi Gy.* (I. Belklinika, Debrecen; II. Belklinika, Bp.; Róbert Károly körúti Kórház, Bp.): 10 therapia resistens myasthenia gravisos beteg antilymphocyta-globulin kezelése.

91. *Szegedi Gy., Karmazsin L.* (I. Belklinika, Debrecen): A transferfactorral kapcsolatos therapiás próbálkozás.

92. *Demény P., Wórum I., Kakuk Gy.* (I. Belklinika, Debrecen): Milurit (Allopurinol) adásával szerzett tapasztalatok vesebetegeken.

93. *Radó J., Szende L., Borbély L., Marosi J., Juhos É., Takó J.* (János Kórház, Budapest): Új anti-diabetikum (glibenclamid) diuretikus hatásának mechanizmusa.

94. *Müller E., Demeter J., Mózer I.* (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): Gyógyszer-mellékhatások chronicus veseelégtelenségben.

#### Általános vita Az ülés bezárása.

Szombat de. 8.30 óra  
Nagyterem

#### Gyógyszer-mellékhatások

Elnökök: *Leövey András, Jávör Tibor.*

95. *Jávör Tibor* (I. Belklinika, Pécs): A gyógyszer-mellékhatások keletkezésének elméleti alapjai (Referátum).

96. *Káldor A., Gachályi B., Sebestyén K.* (II. Belklinika, Bp.): Oralis diureticumok „diabetogén” hatásának vizsgálata latens diabetesben.

97. *Juhos E., Radó J.* (János Kórház, Bp.): Vízintoxicatio carbamazepin (Tegretol) és clofibrat (Myscleron) kezelés alatt psychogen polydispsiában.

98. *Varga I., Földváry Gy.* (Megyeyi Vezető Kórház, Miskolc): Próbaívás során kialakult szívinfarcus.

99. *Sumi J.-né Kreisel M.* (Korvin Ottó Kórház, Bp.): Kardiovasculáris jelenségek megfigyelése Disulfiram adagolás és próbatartás során.

100. *Ablonczy P., Páva J., Skaliczki T.* (Járasi Kórház—Rendelőintézet, Bonyhád): Gyógyszerártalmak jelentősége általános belgyógyászati osztály 10 éves anyagának elemzése alapján.

##### Szünet

Szombat de. 10.20 óra  
Nagyterem

#### Gyógyszer-mellékhatások

Elnökök: *Jávör Tibor, Réthly Endre.*

101. *Hun N.* (Fővárosi Tanács Kórháza, Visegrád): A leggyakoribb gyógyszeres iatrogen ártalmak a geriatriában.

102. *Hartai A., Kiss G.* (Weil Emil Kórház, Bp.): Triciklikus antidepressív szerek cardialis mellékhatásairól.

103. *Szalka A., Goda Cs.* (László Kórház, Bp.): Halálos kimenetelű Tetran B okozta agranulocytosis Pseudomonas aeruginosa sepsissel.

104. *Demeter J., Tóth K., Mózer I.* (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): Gyógyszerek nemkívánatos hatása az EKG-ra.

105. *Bódis L., Beró T.* (I. Belklinika, Pécs): A digitalis intoxicatio korai kimutatásának problémái klinikai körülmények között.

106. *Major K., Harsányi Á., Holländer E.* (Orvostovábbképző Intézet, Bp.): Súlyos rhythmus- és vezetési zavarok digitalis intoxicatióban. Klinikai megfigyelések 87 betegen.

#### Általános vita, összefoglalás.

A Nagygyűlés bezárása.

Zárszó: *Magyar Imre.*



**Egészséges,  
nem hizlal,  
könnyen emészthető**

## **a DIÉTÁS KÉTSZERSÜLT**

**Kapható az ország  
élelmiszerüzleteiben**



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 egyszámú szám: 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 átutalással 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



74.3163 Athenaeum Nyomda, Budapest — Ives magasnyomás — Felelős vezető: Soproni Béla vezérigazgató

**INDEX: 25 674**

# SEMICILLIN<sup>®</sup> ANTIBIOTICUM

## kapszula

### ÖSSZETÉTEL

Kapszulánként 250 mg ampicillinum (288 mg ampicillinum trihydricum alakjában) hatóanyagot tartalmaz.

### JAVALLATOK

A húgyutak és légutak krónikus fertőzése, ill. a ráfertőzés megelőzése veszélyeztetett időszakban, súlyos bélfertőzések, valamint az epeutak akut és krónikus fertőzése. Nagy adagokban typhus abdominalis, ill. bacillusürítői kezelésében, ha chloramphenicol nem adható. A gyermekgyógyaszatban is eredményesen alkalmazható hasonló javallatok alapján. Különösen bevált enterococcus, proteus, haemophilus influenzae és listeria monocytogenes okozta fertőzésekben.

### ELLENJAVALLATOK

Penicillinre érzékeny egyéneknek nem adható.

### ADAGOLÁS

Az adagolást nem helyes sematikusan beállítani, mert a gyógyszer nagy terápiás szélessége egyéni megítélést tesz lehetővé. Kisgyermek, különösen csecsemők és újszülöttek aránylag nagyobb adagokat kapnak azért, mert az enterális resorptio csupán 10–20%-os.

Átlagos adagja felnőtteknek a húgyutak fertőzésében 6 óránként 2 kapszula (500 mg), a légutak fertőzésében 6 óránként 1 kapszula (250 mg), ill. a ráfertőzés megelőzésére 12 óránként 1 kapszula, súlyos bélfertőzésekben 8 óránként 2–3 kapszula (500–750 mg), étkezés előtt kb. 1 órával.

Újszülöttek és koraszülöttek napi adagja testsúlykilogrammonként 150–250 mg, csecsemők adagja testsúlykilogrammonként 200–250 mg, kisgyermek és nagyobb gyermek napi adagja testsúlykilogrammonként 150–200 mg 3–4 részre elosztva étkezés előtt kb. 1 órával, a kapszulák tartalmának a megadott adagokra történő pontos és szakszerű szétosztásával. Súlyos fertőzések esetén az átlagos adagok veszély nélkül növelhetők.

### MELLÉKHATÁSOK

Szórványosan előforduló, nem kívánatos mellékhatások (hasmenés, bőrkiütés) rendszerint átmenetiek. A mellékhatások csak ritkán válnak olyan súlyossá, hogy a kezelés megszakítását szükségessé tennék.

### FIGYELMEZTETÉS

A Semicillin a resistens staphylococcusok többségére hatástalan, ezért ilyen esetekben a Meticillin vagy Oxacillin alkalmazása, ha nem ellenjavallt – változtatlanul szükséges.

Májkárosodás és elégtelen veseműködés esetén az adagokat különös gondossággal kell megállapítani. Hosszan tartó kezelés során ajánlatos a máj és vese funkciók vizsgálatának időszakszerű elvégzése és a vérképző rendszer ellenőrzése.

## CHINOIN

### Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára

# SAPILENT<sup>®</sup>

injekció, draszté  
antidepressivum

A Sapilent az imipramin és a levomepromazin – depressio szempontjából legelőnyösebb – hatásait egyesíti magában, vagyis thymoleptikus, antidepressív és gátlásokat oldó hatása mellett kifejezett sedatív szorongáscsökkentő effectusa is van.

**OSSZETÉTEL:** 1 draszté 25 mg trimipramin-hydrogenmaleinat; 1 ampulla (2 ml) 25 mg sósavas trimipramin hatóanyagot tartalmaz.

**JAVALLAT:** jellegzetes és atypusos melancholia, ill. depressio; neurotikus és reactiv depressiók; depressív állapotok, melyeket organikus betegségek, vagy különféle functionalis zavarok okoznak; dysthymiás psychopathiák; psychasthenia; hypochondria.

**ELLENJAVALLAT:** monoaminoxidáz-bénítőkkel együtt és terhességben nem adható.

**ADAGOLÁS:** intézeti kezelés esetén, a betegség heveny stádiumában a szokásos kezdő adag napi 3–4 draszté per os, 2–3 egyenlő részre elosztva. Ez a dosis az állapot súlyosságától függően fokozatosan napi 300 mg-ra – szükség esetén 500 mg-ra is – növelhető.

A fenntartó napi adag 50–200 mg, mely több héten át adható. Parenterális adagja napi 50–100 mg im., 2–4 részletben. A kezelés csak intézetben vegezhető! Az első napokban szigorú ágynyugalom szükséges.

**Ambulanter csak per os alkalmazható!** A kezdő adag 50–75 mg/die, 2–3 részletben, amely napi 150 mg-ig növelhető.

**MELLEKHATÁS:** szédülés, aluszékonyság, szájszárazság, tremor, orthostatikus hypotensio, fejfájás, paraesthesia, epileptiform görcs, kedélyhullámzás, gastrointestinalis izgalom.

**FIGYELMEZTETÉS:** adagolása fokozott óvatosságot igényel glaucomában, hepatitisben, tachycardiában, vesebetegségben, prostata-hypertrophiában szenvedők, továbbá idős egyének és olyan betegek esetében, akiknek az anamnesisében epilepsia, hypertonia, chronikus alkohol-abusus szerepel.

Maniás depressio kezelésekor a maniás fázisba való átváltás első jeleire le kell állítani a készítmény adagolását.

Cardialis decompensatióban a kezelés csak ennek megszűnése után kezdhető. Kellő körültekintéssel arteriosclerosis vagy bármilyen peripheriás érelváltozásban szenvedő beteg is szedheti. Ilyenkor az ambulans kezelés ellenjavallt. Huzamos alkalmazás esetén a vérképet és a májfunkciót időnként ellenőrizni kell.

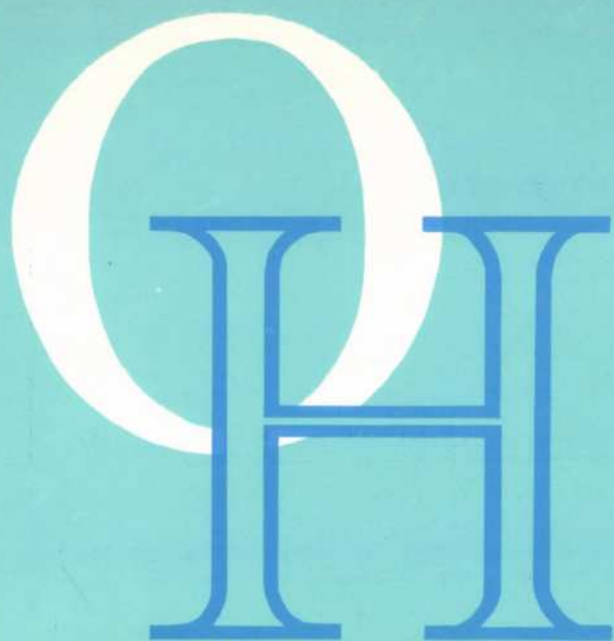
Magasban dolgozóknak és gépjárművezetőknek a készítmény adása nem ajánlatos. Alkalmazásának ideje alatt tilos a szeszes ital fogyasztása!

Társadalombiztosítás terhére idegszakrendelések szabadon; körzeti, üzemi orvosok csak idegszakrendelés javaslatára rendelhetik.

10 × 2 ml amp.	19,80 Ft	50 draszté	20,20 Ft
100 × 2 ml amp.	158,— Ft	500 draszté	166,— Ft

*Egyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST





AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGOZÓK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS  
FOLYÓIRATA

# ORVOSI HETILAP

115. ÉVFOLYAM 47. SZÁM 2781–2840 OLDAL

BUDAPEST. 1974. NOVEMBER 24.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 216,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 4,50 FT

# **SEMICILLIN<sup>®</sup> ANTIBIOTICUM**

## **kapszula**

### **ÖSSZETÉTEL**

Kapszulánként 250 mg ampicillinum (288 mg ampicillinum trihydricum alakjában) hatóanyagot tartalmaz.

### **JAVALLATOK**

A húgyutak és légutak krónikus fertőzése, ill. a ráfertőzés megelőzése veszélyeztetett időszakban, súlyos bélfertőzések, valamint az epeutak akut és krónikus fertőzése. Nagy adagokban typhus abdominalis, ill. bacillusürítői kezelésében, ha chloramphenicol nem adható. A gyermekgyógyaszatban is eredményesen alkalmazható hasonló javallatok alapján. Különösen bevált enterococcus, proteus, haemophilus influenzae és listeria monocytogenes okozta fertőzésekben.

### **ELLENJAVALLATOK**

Penicillinre érzékeny egyéneknek nem adható.

### **ADAGOLÁS**

Az adagolást nem helyes sematikusan beállítani, mert a gyógyszer nagy terápiás szélessége egyéni megítélést tesz lehetővé. Kisgyermekek, különösen csecsemők és újszülöttek aránylag nagyobb adagokat kapnak azért, mert az enteralis resorptio csupán 10–20%-os.

Átlagos adagja felnőtteknek a húgyutak fertőzésében 6 óránként 2 kapszula (500 mg), a légutak fertőzésében 6 óránként 1 kapszula (250 mg), ill. a ráfertőzés megelőzésére 12 óránként 1 kapszula, súlyos bélfertőzésekben 8 óránként 2–3 kapszula (500–750 mg), étkezés előtt kb. 1 órával.

Újszülöttek és koraszülöttek napi adagja testsúlykilogrammonként 150–250 mg, csecsemők adagja testsúlykilogrammonként 200–250 mg, kisgyermekek és nagyobb gyermekek napi adagja testsúlykilogrammonként 150–200 mg 3–4 részre elosztva étkezés előtt kb. 1 órával, a kapszulák tartalmának a megadott adagokra történő pontos és szakszerű szétosztásával. Súlyos fertőzések esetén az átlagos adagok veszély nélkül növelhetők.

### **MELLÉKHATÁSOK**

Szörványosan előforduló, nem kívánatos mellékhatások (hasmenés, bőrkiütés) rendszerint átmenetiek. A mellékhatások csak ritkán válnak olyan súlyossá, hogy a kezelés megszakítását szükségessé tennék.

### **FIGYELMEZTETÉS**

A Semicillin a resistens staphylococcusok többségére hatástalan, ezért ilyen esetekben a Meticillin vagy Oxacillin alkalmazása, ha nem ellenjavallt – változatlanul szükséges.

Májkárosodás és elégtelen veseműködés esetén az adagokat különös gondossággal kell megállapítani. Hosszan tartó kezelés során ajánlatos a máj és vese funkciók vizsgálatának időszakos elvégzése és a vérképző rendszer ellenőrzése.

## **CHINOIN**

### **Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára**

# ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI  
DOLGOZÓK  
SZAKSZERVEZETÉNEK  
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:  
MARKUSOVSKY LAJOS  
1877-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

\*

47. SZÁM

\*

1974. NOVEMBER 24.

## TARTALOMJEGYZÉK

Petrányi Gyula dr.:  
Rusznayák István (1889—1974) ..... 2782

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Murányi László dr., Harsányi Géza dr.  
és Szekeres István dr.:  
A corticosteroidok  
bronchusreaktivitásra gyakorolt hatásának  
vizsgálata gyermekekben  
pharmacocapnographiás módszerrel ..... 2785

Balló Tibor dr., Csabai László dr.,  
Gorácz Gyula dr., Dobolyi Csaba  
és Novák Ervin dr.:  
Gyermekágyasoknak adott  
antibacteriumos antibiotikumok szerepe  
az újszülöttkori candidiasis létrejöttében  
és a nystatinos védelem jelentősége ..... 2789

### KLINIKO-PATHOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Vízkelety Gyula dr., Imre Éva dr.  
és Szabó Ilona dr.:  
Szívkatasztrófák — különös tekintettel  
a szív-rupturákra ..... 2791

### KLINIKAI TANULMÁNYOK

Bekény György dr. és Szirtes Gábor dr.:  
„Stiff man” syndroma ..... 2795

Orbán Imre dr. és Regős János dr.:  
Thrombosis és embolia által okozott  
acut peripheriás arteriás elzáródás ..... 2803

### GENETIKA

Trixler Mátyás dr., Kosztolányi György dr.  
és Méhes Károly dr.:  
XX/XXX mozaicizmus és YY syndroma  
két pszichiátriai eset kapcsán ..... 2807

### RITKA KÓRKÉPEK

Völgyi Zoltán dr., Simán József  
és Bán András dr.:  
Izomdaganatot utánozó  
Waldenström-macroglobulinaemia ..... 2810

### KAZUISZTIKA

Parlagi Gyula dr. és Sellyei Mihály dr.:  
Branchiogen cysta cytologiai diagnosisa ..... 2813

Beszámolók, jegyzőkönyvek ..... 2815  
Folyóiratreferátumok ..... 2821  
Könyvismertetés ..... 2833  
Hírek ..... 2836  
Pályázati hirdetések ..... 2838  
Előadások, ülések ..... 2839

## Rusznay István

1889 — 1974

Búcsúzunk Rusznay Istvántól, a magyar orvostudomány nagy halottjától. Életének 85 esztendeje egybeesik a modern természettudomány fejlődésének nagy korszakával, amelynek műveléséből maga is gazdagon kivette részét. Rá emlékezve legújabbkori orvostörténelmünk jeles fejezetét is írjuk.

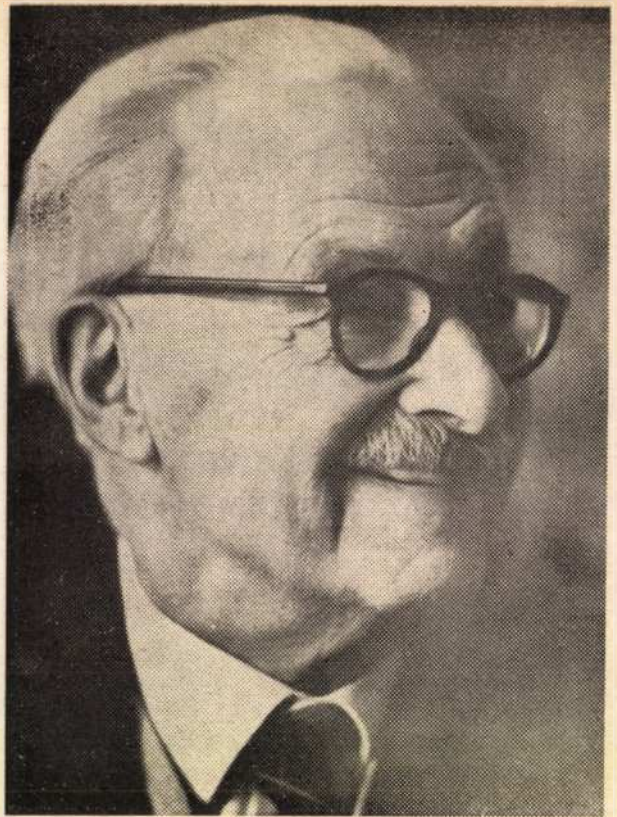
Értelmiségi családban született Budapesten. Orvosi diplomáját is itt szerezte 1911-ben. Már egyetemi éveiben tudatosan készült a kutatói pályára és a Pertik majd Krompfecher professzor vezette II. sz. Kórbonctani Intézetben dolgozott. Orvosi működését a kor szokásának megfelelően díjtalan gyakornokként kezdte a III. sz. Belgyógyászati Klinikán, amelynek igazgatója abban az időben Korányi Sándor volt.

Az I. világháború alatt fertőzőosztályon teljesített szolgálatot, a klinikára 1918-ban került vissza. A proletárdiktatúra idején ismét katona: a Haller utcai Jaurès-laktanya orvosfőnökeként látjuk viszont. Bátor kiállásának következményeitől képességeinek elismerése mentette fel, amely akkor már Korányi Sándor becslését is kivívta.

A Korányi-klinika akkoriban a magyar belorvosi kutatás messzevilágító bástyája volt. A nemzetközi tekintélyű, széles látókörű és nagy tudású Korányi Sándor tanítványait is önálló gondolkodásra nevelte. Az ifjú Rusznay Istvánt serkenti munkájában ez a termékenyítő légkör és a háborúban szerzett orvosi tapasztalatok éppúgy foglalkoztatják, mint a Korányi-klinika kutatásának fő iránya: a vese betegségei. Különösen az oedema keletkezésének okai ragadják meg kutatói képzeletét, jobb módszerek megismerésére törekszik a jobb eredmények elérése érdekében.

A magyar orvostudomány akkori orientációjának megfelelően kutatásának eredményeit — a magyar nyelven kívül — elsősorban németül közölte, amely nevét nemzetközi viszonylatban korán ismertté, munkásságát pedig elismertté tette. Már 52 megjelent tanulmány birtokában terjesztették fel 1926-ban a magántanári címre. Ennek nyomán kapta meg a venia legendit a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi fakultásán. 1928-ban az intézet második embere, klinikai adjunktus lett, 1931-ben pedig id. Jancsó Miklós utódaként, tudományos érdemei elismeréséül, a szegedi egyetem orvosi fakultásának — akkor még egyetlen — belgyógyászati klinikájára nevezték ki igazgatónak.

Az új benyomások, új barátok és munkatársak új inspirációt jelentettek számára a munkához és kutatáshoz, amely mellett azonban a régi szenvedély is olthatatlanul tovább izzott. A 30-as évek végén a fehérjék és oedema összefüggésére vonatkozó kutatásának számos részleteredményét egy nagyon sokat idézett könyv (Bennhold—Kylin—Rusznay:



Die Eiweisskörper des Blutplasma) fejezeteként Plasmaeiweisse und Oedem címmel adta közre, mely azután e tárgy kör alapvető forrásmunkájává vált. Ehhez csatlakoztak Szegeden új kutatási területeként a postoperatív keringésszavar és megelőzése, a kollapszuskészség, a vesebajok extrarenalis tényezői és Szent-Györgyi ihletésére a flavonoidok terápiás alkalmazhatósága, vitamin-szerepük és hatásuk az erek permeabilitására — a „P”-vitamin —, melynek vizsgálatában számos munkatárs működött közre. A szegedi egyetem elismerését jelezte, hogy az 1937—38. tanévre megválasztotta az orvoskar dékánjának.

A II. világháború politikai viharai érzékenyen érintették, hallgatásra kárhóztatták. Az egyetem tekintélye megmentette ugyan a deportálástól, de családjának megpróbáltatásaira fájdalmasan rezonált.

A felszabadulás kitért számára a lehetőségeket, a felfelé ívelő fejlődés, a kutatás gazdag kilátásait. Az új közegben végre feladhatta apolitikus magatartását, belépett a Magyar Kommunista Pártba és csatlakozott a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezetéhez. Résztvetele jelentősen ható tényező lett a belgyógyászok tudományos életének újjászervezésében, melynek hangsúlya kezdetben a továbbképzés volt. Már az újjáépítés legkorábbi időszakában megtisztelő megbízásokat kapott: az 1945-ös, majd az 1949-es választásokon országgyűlési képviselővé választották, 1961-ig pedig tagja volt a Magyar Népköztársaság Elnöki Tanácsának.

A Budapesti Egyetem Orvostudományi Kara 1945 júliusában meghívta előbb a II. sz. Belgyógyászati Klinika vezetésére, 1946 februárjában pedig az I. sz. Belgyógyászati Klinika igazgató tanárává ne-

vezték ki. Ekkor valóban azt érezhette, hogy hazatért és folytathatja egykori professzorának és nagy példaképének, Korányi Sándornak iskoláját. Rusznyák István nevének és célkitűzéseinek hírére a klinika a figyelem középpontjába került. Jöttek az 1936-ban megszüntetett Korányi-klinika még fiatal, lelkes és törekvő tanítványai, a volt szegedi munkatársak, de vonzási körébe került a klinika felszabadulás előtti orvosi kara is.

Amikor néhány héttel halála előtt, betegágyánál tanácsát kértem — mint megannyiszor —, bölcsessége, szervezői képessége most is utat mutatott. Azt mondotta: két ízben vett át tanszéket, de egyszer sem küldött el senkit a klinikáról. Úgy alakult ki mindkét esetben egy-két év alatt a kitűnő munkatársakból álló együttes, hogy spontán morzsolódtak le mindazok, akik nem voltak képesek arra, hogy a nagyvonalú irányítás mellett tehetségük legjavát adják.

Büszke volt rá, hogy szerteágazó, megterhelő és egyre sűrűsödő társadalmi kötelezettségei mellett maradt ideje a klinika vezetésének összetett, egész embert kívánó feladatára, a háború sújtotta klinika újjáépítésének és korszerű felszerelésének megszervezésére. Rövid idő alatt elérte, hogy a Budapesti Orvostudományi Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinikája a magyar orvostudomány egyik élen járó intézete lett. A munka, amelyet vállalt és amelynek maradéktalanul eleget is tett, szakmai és szervezői lelkesedését még jobban megacélozta, új feladatokra sarkallta. 1946—50 között a Magyar—Szovjet Baráti Társaság elnökeként tevékenykedett, 1950-től az Orvos-Egészségügyi Szakszervezet elnökségének tagja volt, főszerkesztője az Orvosok Lapjának, egy ideig az Orvosi Hetilapnak is.

A nagy feladat azonban a Magyar Tudományos Akadémia újjászervezése volt, amelynek 1946-tól tagja, 1949—1970 között pedig elnöke. 1950-ben az új tudományos folyóiratnak, az Acta Medica Hungaricanak szerkesztő bizottsági elnöke, majd főszerkesztője. Úgy látszott, hogy sokszínű, odaadást kívánó tevékenységéhez valamilyen titkos erőforrással rendelkezik. És akik nap mint nap klinikáján láttuk, sejtettük, hogy számára ez az erőforrás a soha meg nem szűnő kutatómunka, intézetének önmaga által teremtett légköre, a bizalom, amely munkatársaiból, tanítványaiból, betegeiből sugárzik feléje.

A klinika laboratóriuma azonban egyre inkább szűknek bizonyult a betegágytól induló és oda visszatérő, szélesen ívelő kutatási koncepciók megoldásához. Ezért olyan klinikai kutatóintézet megteremtésén fáradozott, amelyben szaktudás és eszközök tárháza segíti a klinikust a laboratóriumi vizsgálatok szervezésében és kivitelezésében. Keveseknek adatik meg, hogy nemcsak tanúja lehet álmai megvalósulásának, de évekig valóságos vezetője lehet a testet öltött vágyaknak. Így lett Rusznyák István a MTA Kísérleti Orvostudományi Kutató Intézetének (KOKI) igazgatója, és szoros kapcsolatát az intézettel mindvégig fenntartotta.

Mint a Magyar Tudományos Akadémia elnökét, eredményes kutató, tudománypolitikai és szervező munkássága elismeréséül számos külföldi akadémia

és társaság választotta tiszteletbeli tagjává. Különösen nagyra értékelte oktatói-szervezői tevékenységének első színhelyén, a szegedi egyetemen kapott díszdoktori címet. Munkásságáért két ízben részesült Kossuth-díjban. Államunk nagy megbecsülését jelezte, hogy 1970-ben a Magyar Népköztársaság Zászlórendjének első fokozatával tüntették ki.

Mindvégig megmaradt orvosnak, rendszeresen vizitelt, figyelemmel kísérte problematikus betegeinek sorsát. Munkatársait egyre újabb és újabb kutatásokra sarkallta, fáradhatatlanul tartotta a téma megbeszéléseket és ha sok irányú munkája el is szólította a laboratóriumból, az elvi irányítást soha nem engedte ki a kezéből. Érdeklődésének középpontjában továbbra is az oedema-képződés maradt. Különösnek tartotta, hogy — noha a nyirokkeringést szinte egy időben fedezték fel a vérkeringéssel — a nyirokkeringéssel alig foglalkozott a tudományos kutatás. Figyelme ekkor a nyirokkeringés felé fordult és az első eredmények nyomán egyre nyilvánvalóbb lett, hogy az oedema keletkezése aligha nélkülözheti a nyirokkeringés tényezőinek alaposabb megismerését. A részletes eredmények alapján írta meg — elsőként magyar nyelven 1955-ben — munkatársaival hatalmas monográfiáját „A nyirokkeringés élet- és kórtana” címmel, amelyet néhány éven belül a megjelenés sorrendjében a mű német, orosz, angol és olasz nyelvű kiadása is követett.

Az alkotó munkában elszállt az idő. Hogy fogytakozó erejéből több jusson a gyógyítás nagyobb távlatai, a kutatás, a tudományszervezés és a tanácsadás számára, 1963-ban, 74 évesen lemondott a klinika vezetéséről, majd 1970-ben a tudományos akadémia elnöki tisztségéből is visszavonult. Látása megromlott ugyan, testi ereje is meggyengült, de élnék szelleme fogalomává vált. Az Orvosi Hetilap 1964-ben professzori katedrát elnyert munkatársainak és tanítványaiknak ünnepi tanulmányaival köszöntötte a 75 éves Rusznyák Istvánt. Kilenc tanulmány képviselte a professzurat elnyert tanítványokat.

„Rusznyák István gazdag életműve, közéleti szerepe, társadalmi súlya ellenére sem vált bálványá, hanem megőrizte emberi közvetlenségét” — írta akkor méltatásában az Orvosi Hetilap. Aki olyan sokáig számos vezető állást töltött be, nem mellőzhette, nem is kerülhette el a bírálatot sem. Ha a helyzet reális mérlegelése néha önmagával és lehetőségeivel alkura kényszerítette, az egyéni érdekekkel szemben mindig a megoldandó feladatnak, a haladás ügyének biztosított elsőbbséget. Döntéseit bölcs előrelátás, higgadt megfontolás és humorral átszőtt szelíd emberség jellemezte. Az orvul támadó gondokat soha nem hozta szemébe a klinikára, munkatársai körébe — talán szeméremből vagy tapintatból, ki tudja? — de közvetlen környezete megsejtette, hogy ha szépirodalomra vagy zenére terelte a szót, abban a sokoldalú, gazdag érzésvilágú ember keresett menekülést az élet nehézségei elől.

Rusznyák István életműve befejeződött. Tanításai a változó világban, a tudomány gyorsuló fejlődése során is maradandóan a haladást fogják szolgálni. Hálával és tisztelettel emlékezünk rá most, hogy ragyogó szelleme örökre megpihent.

*Petrányi Gyula*

# CONTINUIN

tabletta



**Összetétel:** Tablettánként 0,5 mg etinodioldiacetátot tartalmaz.

**Hatás:** Folyamatos, megszakítás nélküli szedése az ovulatiót általában nem gátolja. A fogamzásgátló hatás, amely a szedés megkezdése után 5-7 nap múlva áll be, főként azon alapul, hogy a cervicális nyák fiziko-kémiai tulajdonságainak megváltozása miatt a spermiumok átjutása a nyakcsatornán akadályozott. A készítmény oestrogent nem tartalmaz, így mentes azoktól a mellékhatásoktól, amelyek a kombinált és szekvenciális fogamzásgátlók adagolása esetén az oestrogen komponens jelenlétének tulajdoníthatók

(thromboemboliás szövődmény, mellfeszülés, émelygés, testsúlygyarapodás).

A Continuin szoptató nőknél nem csökkenti a tejelválasztást, így laktáció alatt is adagolható.

**Adagolás:** Az első tablettát bevételenek időpontja a menstruációs ciklus első napja. A továbbiakban napi 1 tablettát kell szedni folyamatosan (menstruációk idején is), azonos napszakban mindaddig, amíg a fogamzásgátlás biztosítása kívánatos.

**Mellékhatások:** A nők többségénél a Continuin szedése panaszt nem okoz. Egyeseknél mellékhatásként köztírvérzések következhetnek be.

Ezek többnyire csak átmeneti jellegűek és nem indokolják a kúra megszakítását.

**Ellenjavallatok:** Terhesség, pubertas, májműködési zavarok, Dubin-Johnson-syndroma, Rotor-syndroma, anamnesisben szereplő idiopathikus terhességi icterus.

**Megjegyzés:** Kizárólag orvosi utasításra és rendszeres orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.

Rendelhető a 23/1973. (Eü. K. 17.) Eü. M. számú utasítás szerint.

**Csomagolás:** 42 tablettá.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Szegedi Orvostudományi Egyetem,  
Gyermekeklinika (igazgató: Boda Domokos dr.)

## A corticosteroidok bronchusreaktivitásra gyakorolt hatásának vizsgálata gyermekekben pharmacocapnographiás módszerrel

Murányi László dr., Harsányi Géza dr.  
és Szekeres István dr.

A corticosteroid (továbbiakban CS) terapia kedvező hatása asthma bronchialisban régi klinikai tapasztalat. A kedvező hatást objektív légzésfunkciós módszerrel részben megerősítették (2, 4, 8, 14, 15, 20), részben cáfolták (19), részben pedig egyénileg változó effektusról számoltak be (6). A kísérleti adatok azt mutatták, hogy a CS-ok gátolják az antigen-antitest reakciót (3, 10). Kevés és ellentmondó eredményű vizsgálat ismert azonban a klinikumban arra vonatkozóan, hogy hogyan hatnak a CS-ok az allergennel vagy az asthmás rohamban szerepet játszó mediatorokkal provokált bronchospasmusra (1, 6, 9, 19). Gyermekekben e kérdés tisztázására rendszeres vizsgálatok még nem történtek.

Egy, a klinikánkon észlelt, átmenetileg CS kezelés alatt álló asthmás gyermek sorozatos légzésfunkciós vizsgálata során azt a megfigyelést tettük, hogy CS hatás alatt az acetylcholin (továbbiakban ach) iránti érzékenysége kifejezetten csökkent inhalatív provokáció során. Bár az ach az antigen-antitest reakciónak nem specifikus mediátora, fenti megfigyelésünk és az irodalom kevés és ellentmondó adata nyomán első lépésben rendszeres vizsgálat tárgyává tettük a gyakran használt CS készítmények hatását az inhalatív ach érzékenységre.

### Módszer és beteganyag

Az ach iránti bronchialis reaktivitást az általunk kidolgozott (16) és klinikai-pharmacologiai célra alkalmazott (17) pharmacocapnographiás módszerrel vizs-

Az OMFB támogatásával készült munka.

Orvosi Hetilap 1974. 115. évfolyam, 47. szám

gáltuk. Ultrahanggal porlasztott ach oldatot (asthmás betegnél 0,05%, nem asthmásoknál 0,1% konc.) inhaláltattunk, miközben a kilégzett levegő CO<sub>2</sub> görbáját (capnogram) folyamatosan regisztráltuk az orra helyezett szondán át végezve a mintavételt. A capnogramokat korábbi közleményeinkben ismertetett módon elemeztük és a légzési ciklusok t<sub>1</sub>/t<sub>2</sub> adatát percenként átlagoltuk.

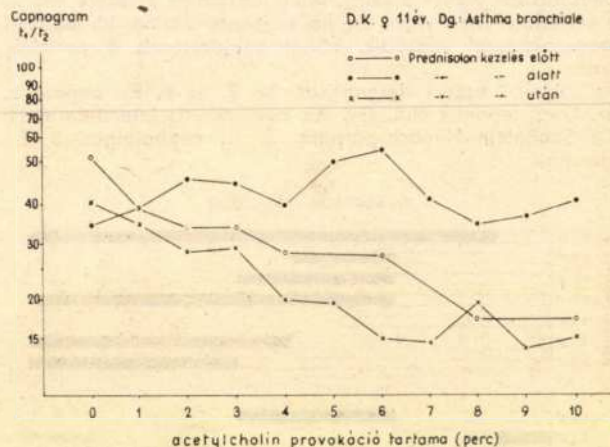
A vizsgálat két periódusból állt. Az első, ún. előperiódusban meghatároztuk azt az időt, amely alatt a capnogramok t<sub>1</sub>/t<sub>2</sub> adatai a kiindulási értékhez viszonyítva 40%-os csökkenést értek el. Több éves tapasztalat alapján ui. ez tekinthető a „pozitív” reakció küszöbének. A második periódus másnap (egyszeri adás esetén) vagy három (per os adás esetén), ill. több nap múlva (tartós kúra esetén), azonos körülmények között (napszak, koncentráció) között végzett vizsgálatból állt.

A következő CS készítményeket vizsgáltuk: Prednisolon 1 mg/kg/die per os, Di-Adreson F aquosum, ill. Depersolon ugyancsak 1 mg/kg egyszeri adag iv. Venás készítmények után a gyógyszer beadását követően 20 perccel, Depersolon esetében 5 gyermekben 2,5–3 mg/kg egyszeri iv. adag után 10 perc, ill. 180 perc múlva végeztük az ismételt provokációt.

Összesen 40 beteget vizsgáltunk. Ezek közül 23 szenvedett asthma bronchialisban. A nem asthmások közül 5 részesült chronicus betegség miatt tartós CS kezelésben. A betegek átlagos életkora 8 év volt. Kiemelendő, hogy 14 betegünk 7 évnél fiatalabb volt.

### Eredmények

A CS-hatás illusztrálására bemutatjuk a bevezetőben említett eset vizsgálati adatait (1. ábra). Látható, hogy az egyébként kifejezett ach érzékeny-



1. ábra.

Asthma bronchialisban szenvedő eset vizsgálati adatai Prednisolon kezelés előtt, alatt és után. Az ábrán a capnogram értékek alakulását látjuk folyamatos inhalatív acetylcholin provokáció során. Jelölés az ábrán

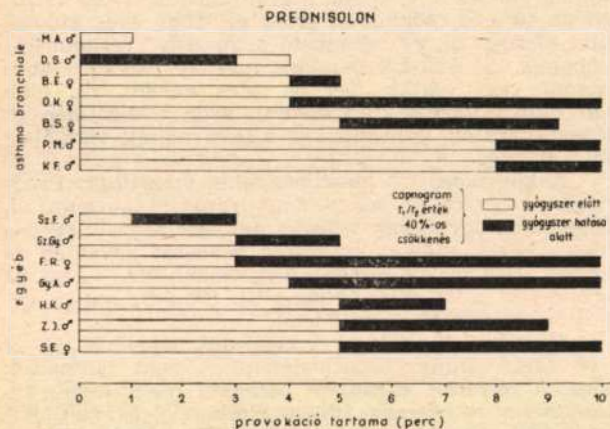
ség Prednisolon hatására csökken (= később következik be a t<sub>1</sub>/t<sub>2</sub> érték csökkenés), majd a gyógyszer elhagyás után visszaállt az eredeti ingerküszöb.

CS-hatás bemutatása a capnogram érték 40 százalékos csökkenésében lemerített hatás alapján

Prednisolon (2. ábra). Az ábrán esetenként láthatjuk a CS protectív hatását. Három asthmás betegben az ach provokációs a Prednisolon teljesen kivédte. Két esetben az érzékenységet csökkentette. További két esetben (M. A. és D. S.) nem befolyásolta. A nem asthmás betegek mindegyikében egy-

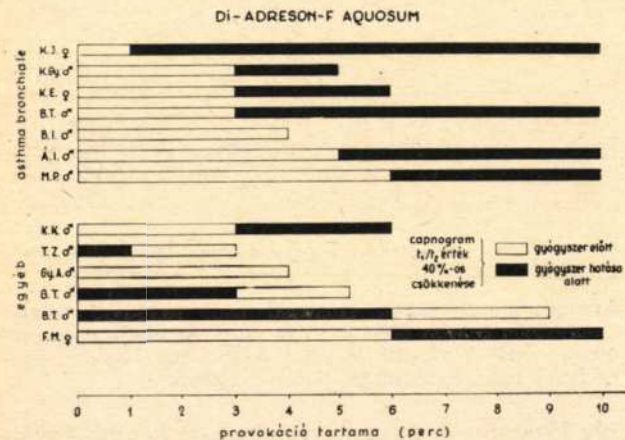
értelműen emelte az ingerküszöböt és 3 esetben itt is teljesen kivédte a provokációt (F. R., Gy. Á., S. E.).

Di-Adreson F aquosum egyszeri vénás adagja, 20 perc múlva a 7 asthmás közül 6 esetben prolongálta a provokáció bekövetkezéséhez szükséges időt, ezek közül 4 esetben teljesen ki is védte az ach provokációt. A nem asthmás esetekben viszont csak



2. ábra. Prednisolon kezelés hatása az acetylcholin inhalatív érzékenységre. A vízszintes oszlopok hossza azt az időt jelzi, amely alatt bekövetkezett a capnogram érték 40 százalékos csökkenése a kiindulási értékhez viszonyítva. Ahol a fekete oszlop hossza meghaladja a fehérét, ott a gyógyszerhatás alatt később, ahol pedig rövidebb, mint a fehér, ott hamarabb következett be a provokáció, mint az előperiódusban (fehér oszlop). Minél hosszabb az oszlop a fehérhez viszonyítva, ill. ha a fekete oszlop 10. percnél megszakítással végződik, annál kifejezettebb a protektív hatás.

Az „egyéb” esetek diagnózisai: Sz. F. és F. R.: nephrosis, Sz. Gy.: nephritis chr., Gy. A.: pneumonitis interstitialis, H. K.: Schönlein-Henoch-purpura, Z. J.: cephalalgia, S. E.: obesitas

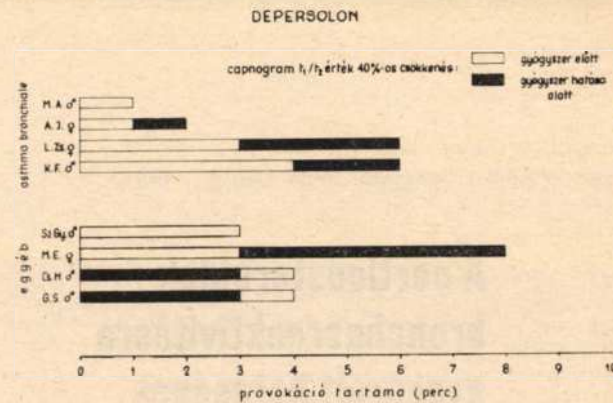


3. ábra. Di-Adreson F-aquosum hatása az inhalatív acetylcholin érzékenységre. Az ábra szerkezete és jelölései azonosak a 2. ábrával. Diagnózisok: K. K.: St. p. eclampsia, T. Z.: nephritis ac., Gy. A.: steril csontnecrosis, G. T.: anorexia, B. T.: chorea minor, F. M.: enteralgia

2 betegben észleltünk ilyen protektív hatást, egy esetben nem változott az ingerküszöb (Gy. A.), 3 esetben viszont rövidült a provokációs idő (3. ábra).

Depersolon (4. ábra). Három asthmás gyermekben itt is protektív hatást észleltünk, a nem asthmás csoport itt sem adott egyértelmű választ. Kli-

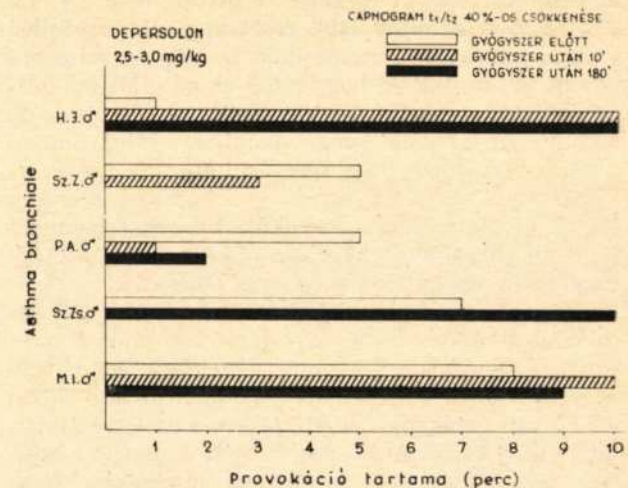
nikai megfigyelések alapján elvégeztük a vizsgálatokat nagyobb (2,5–3 mg/testsúlykg egyszeri iv.) adaggal is további 5 asthmás betegben (5. ábra).



4. ábra. Depersolon (1 mg/testsúlykg adagban iv.) hatása az inhalatív acetylcholin provokáció érzékenységre. (Az ábra szerkezete és jelölései mint a 2. ábrán.) Diagnózisok: Sz. Gy.: nephritis chr., M. E.: bronchitis subacuta, Cs. M.: myocarditis, G. S.: dystrophia

Annak kizárására, hogy a Depersolon 20 percnél hamarabb vagy metabolizálódás miatt esetleg más — későbbi — időpontban fejt ki hatásmaximumát, a gyógyszer beadása után 10 perccel és 180 perccel is végeztünk inhalatív provokációt. Három betegben protektív hatást észleltünk, két esetben ez nem volt igazolható (Sz. Z., P. A.).

CS-hatás bemutatása a capnogram  $t_1/t_2$  értékek statisztikai elemzése alapján a Student-féle egy-mentés  $t$  próba alkalmazásával (1. táblázat).



5. ábra. Depersolon (2,5–3 mg/testsúlykg iv.) hatása az inhalatív acetylcholin provokáció érzékenységre 10, ill. 180 perccel a szer beadása után. (Az ábra szerkezete és jelölései mint a 2. ábrán)

A capnogram értékek számadatait statisztikailag elemezve azt találtuk, hogy a Prednisolon-hatás mindkét csoportban igen kifejezett, ami különösen a vizsgálat 3. percétől kezdve észlelhető. Di-Adreson hatására asthmások között a 7–8., míg nem asthmások között az 5–6. perctől mutatható ki statisztikailag significans különbség. Az emelt adag után végzett vizsgálatokban a 3–4. és 7–8. percben mutatkozott significans protektív hatás.



Gyógyszer	Kórisme	0 perc	1—2 perc	3—4 perc	5—6 perc	7—8 perc	9—10 perc
Prednisolon	Asthma bronchiale	n. s.	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
	egyéb	n. s.	0,05	0,01	0,001	0,01	0,02
Di-adreson F-aquosum	Asthma bronchiale	n. s.	—	n. s.	n. s.	0,02	0,05
	egyéb	n. s.	n. s.	n. s.	0,05	0,05	0,05
Depersolon 1 mg/testsúly kg	Asthma bronchiale	n. s.	—	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
	egyéb	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
Depersolon 2,5—3 mg/testsúly kg	Asthma bronchiale 10'	n. s.	n. s.	0,05	n. s.	0,05	n. s.
	180'	n. s.	n. s.	0,05	n. s.	n. s.	n. s.

n. s. = nem significans

### Megbeszélés

Eredményeink ellentétben állnak azon szerzők adataival, akik kevés számú esetük alapján nem tudták igazolni a protectiv hatást (6) és különösen azokéval, akik a cholinerg inger iránti érzékenység fokozódását mutatták ki CS hatására (1). A különbség nem magyarázható methodikai okokkal, mert jöllehet korábbi szerzők spirometriás (1), illetve légzésmechanikai módszert (7) alkalmaztak, saját capnographiás módszerünk mindkét eljárással, de különösen a totalis pulmonalis resistentiát meghatározó oesophagus ballon technikával igen jó korrelációt ad. Másrészt az atropinnal végzett modellvizsgálataink (17) egybehangzóan megegyeztek a más módszerekkel kapott eredményekkel.

Eredményeink másrészt megerősítik *Geubelle* azon megfigyeléseit (6), hogy tartós CS hatás alatt a kiindulási, tehát alaplégzésfunkciós adatok nem változnak lényegesen.

Van olyan kísérleti adat, amely szerint egyszeri igen nagy adag CS tengerimalacban hisztaminfelszabadulást idéz elő, valószínűleg összefüggésben az egyidejű hyperglycaemiával (11). Emberekben viszont és éppen gyermekekben CS hatására a vérben csökken a hisztaminszint, bár a plazmában változatlan marad, de semmiképpen sem emelkedik (18).

Az utóbbi adat alapján nehezen értelmezhető azon korábbi megfigyelés, hogy a CS-ok fokozzák a mediátorok iránti érzékenységet. Másrészt még arra sem derült fény, hogy milyen mechanizmus révén érvényesül a CS-ok protectiv hatása a bronchialis reaktivitásra.

Kísérleti adatok arra utalnak, hogy a CS-ok fokozzák az anoxia iránti tolerantiát (3). Ismert tény a légúti nyálkahártya-permeabilitásra kifejtett hatás, amely újabb támpontot ad a magyarázatra (transsudatio-csökkenés).

A CS-ok antihisztamin hatását többen vizsgálták, azt igazolták is, de nem találták erősnek és a protectiv hatásért e mechanizmus csak részben tehető felelőssé (10, 12).

A CS-hatás tényezői között rámutattak a „slow reacting substance of anaphylaxis” (SRS-A), bradykinin vagy egyéb mediátorok felszabadulására ki-

fejtett gátlásra (10, 12). További lehetőség a CS-ok gyulladáscsökkentő hatásában a lysosomális enzimek felszabadulásának gátlása (20).

Újabb irodalmi közlés szerint (13) a CS-ok fokozzák az adenylcyclase aktivitást asthmás betegek fehérvérsejtjeiben és helyreállítják az adenylcyclase catecholamin érzékenységét.

Hogy a hatás mennyire komplex, arra azok a vizsgálati eredmények is utalnak, amelyek szerint CS-ok potenciálják az atropin és egyéb bronchodilatatorok hatását, de nem azonos mértékben (22).

Bár vizsgálatainkkal elsősorban a corticosteroid-hatás mechanizmusának egyik részletét kívántuk tisztázni, a nyert tapasztalatok módot adtak arra is, hogy az egyes készítmények között észlelt hatásbeli különbségekre is rámutassunk. A hatás többek között a vízdékonyság és az időtartam függvénye. Kétségtelen azonban, hogy a klinikai gyakorlatban iv. készítménnyel szemben elsősorban a gyors hatás követelményét támasztjuk. Vizsgálataink szerint a Depersolon protectiv hatása a reagáló esetekben 2,5—3 mg/testsúlykg adagban már 10 perc múlva igazolható volt. A Di-Adreson F aquosum mind a reagáló esetek száma, mind az abszolút értékek különbsége tekintetében asthmás beteganyagban 1 mg/testsúlykg iv. adagban is kifejezettebb protectiv hatást mutatott.

Magyar szerzők újabb vizsgálatai szerint a Di-Adreson F aquosum immunspecifikus rosettaképzés gátló hatása kifejezettebb volt, mint a Depersoloné (5). Allergológiai szempontból nem hagyható figyelmen kívül az a körülmény sem, hogy a Depersolon urethant is tartalmaz, amire egyes asthmások érzékenyek lehetnek.

Prednisolon per os 1 mg/testsúlykg adagban már háromnapos kúra után is emelte az inhalatív acetylcholin küszöböt.

A fokozott ach érzékenység gyors visszaállása a CS kezelés befejezést követően, a CS terapia tüneti voltának újabb bizonyítéka.

**Összefoglalás.** A szerzők corticosteroid készítmények hatását vizsgálták az inhalatív acetylcholin bronchusreaktivitásra a CO<sub>2</sub> görbe elemzésén alapuló pharmacocapnographiás módszerükkel. Összesen 40 beteget vizsgáltak (23 asthma bron-

chiale és 17 egyéb betegség). Per os (Prednisolon) és iv. készítmények (Di-Adreson F aquosum, ill. Depersolon) hatása alatt összehasonlították a gyógyszer előtti és utáni capnogramm értékek változásait az acetylcholin inhalatív provokáció során. Megállapították, hogy a corticosteroid készítmények fokozzák az inhalatív acetylcholinnal szembeni resistenciát. Ez a hatás főleg asthmás, de egyéb esetekben is kimutatható volt. A fenti protectív hatás kifejezettebb volt per os adás esetén. A hatás tartós kúra után is reversibilis, tehát tüneti jellegű.

IRODALOM: 1. *Arkins, J. A., Schleuter, D. P., Fink, J. N.*: J. Allerg. 1968, 41, 209. — 2. *Blatman, S., Bravo, L., Permutt, S.*: Am. J. Dis. Child. 1961, 102, 529. — 3. *Bush, I. E.*: Pharmac. Rev. 1962, 14, 317. — 4. *Engström, I.*: Acta Paed. (Stockholm) 1964, Suppl. 155, 1. — 5. *Fekete B. és mtsai*: Orv. Hetil. 1973, 114, 310. — 6. *Geubelle, F.*: Scand. J. Resp. Dis. Suppl. 1969, 68,

31. — 7. *Goadby, P., Smith, W. G.*: J. Pharm. Pharmac. 1964, 16, 108. — 8. *Gold, W. M., Kaufman, H. S., Nadel, J. A.*: J. Appl. Physiol. 1967, 23, 433. — 9. *Herzheimer, H.*: Brit. med. J. 1954, 1, 184. — 10. *Hicks, R.*: J. Pharm. Pharmac. 1970, 1970, 22, 170. — 11. *Kovács, E. M., Suffiad, K.*: Brit. J. Pharmac. Chemoth. 1968, 32, 262. — 12. *Lefcoe, M. D., Neville, M.*: J. Allergy. 1956, 27, 352. — 13. *Logsdon, P. J., Middleton, E. jr., Coffey, R. G.*: J. Allergy Clin. Immunol. 1972, 50, 45. — 14. *Lukas, D. S.*: Am. Rev. Tuberc. 1951, 64, 279. — 15. *Morgan, W. K. C., Rusche, E.*: Ann. Int. Med. 1964, 61, 248. — 16. *Murányi L. és mtsai*: Acta Paediat. Acad. Sci. Hung. 1969, 10, 133. — 17. *Murányi L., Szekeres I., Butor É.*: Int. J. Clin. Pharmacol. 1974, 9, 93. — 18. *Porter, J. F., Young, J. A., Mitchell, R. G.*: Arch. Dis. Childh. 1970, 45, 54. — 19. *Tiffeneau, R., Dunoyer, P.*: Presse med. 1956, 64, 719. — 20. *Veismann, C., Thomas, L.*: Recent Progr. Horm. Res. 1964, 20, 215. — 21. *Votchal, R. E., Magazanik, N. A., Votchal, O. A.*: in: Conferentia Hungarica pro Therapia et Investigatione in Pharmacologia Budapest, 1971. 641.

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 kórformák, 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



2788

# Biogal

XIV. ker. Tanács V. B.  
 Apáthy István Területi Gyermekkorház  
 és Gyermekszakrendelő (igazgató: Kassai Péter dr.),  
 Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Kórtani Tanszéke  
 (tanszékvezető: Göllesz Viktor dr.),  
 Fővárosi Tanács V. B.  
 Heim Pál Területi Vezető Gyermekkorháza  
 (igazgató: Sárkány Jenő dr.)  
 és az Országos Közegészségügyi Intézet  
 (főigazgató: Tóth Béla dr.)

1. táblázat

Gyermekágyas antibiotikumot	Létszáma	Újszülöttjeik	
		sor- száma	%-a
kapott .....	166	86	51,8
nem kapott .....	1174	251	21,4

szignifikancia:  $\chi^2 = 71,5$   $\alpha_{0,1\%} = 10,8$

## Gyermekágyasoknak adott antibacteriumos antibioticumok szerepe az újszülöttkori candidiasis létrejöttében és a nystatinos védelem jelentősége

### Előzetes közlemény

Balló Tibor dr., Csabai László dr.,  
 Gorác Gyula dr., Dobolyi Csaba  
 és Novák Ervin dr.

Tankönyvi adat, hogy az antibacteriumos antibiotikumokkal (továbbiakban antibioticumok) kezelt beteget endogén eredetű következményes candidiasis fenyegeti. Ugyancsak közismert a tejbe történő antibioticum kiválasztás is. A szakirodalom mégis megfelelkezik az olyan újszülöttekről, akiknek anyja vagy női tej „donorja” antibacteriumos kezelésben részesül, pedig ezek az újszülöttek is per os antibioticum-fogyasztók és így soor veszélyeztetettek.

Az újszülöttkorban több okból (táplálási nehézségek, toxicus hatás, disseminálódás veszélye, más fertőzések elősegítése, ill. súlyosbítása stb.) a különösen káros soor oris a higiénés viszonyoktól és egyéb tényezőktől (pl. a gyermekágyasok szájfertőzöttségétől) függően kisebb-nagyobb endemiákat okoz az újszülöttsztyályokon. Létrejöttében, illetve endemiás jelentkezésében számos hajlamosító tényező is szerepel. Ezek között jelentős helyet foglal el, adataink szerint, a gyermekágyasok említett és ebben az összefüggésben figyelmen kívül hagyott antibioticum terapiája. Egy nagyobb felmérésünk idevonatkozó, e tényezőnek az újszülöttek érdekében történő mérséklésével, illetve kivédésével kapcsolatos részét ismertetjük előzetes közlésként.

A soor oris vonatkozásában 1971 kezdetétől gyűjtünk szülő nőkről, ill. gyermekágyasokról és újszülöttjeikről adatokat, ill. végzünk vizsgálatokat. Az első két év közel 2500 gyermekágyas—újszülött párjából választottuk ki az előbbieket alátámasztására az alábbi adatokat:

Az átlagos ápolási idő 5—6 nap volt, a gyermekágyasok penicillint és streptomycint, általában együtt, illetve tetránt kaptak, a „terítés” mértéke pedig a táblázatból kizárt eseteket is figyelembe véve, átlagosan 12,9% volt ez idő alatt. Meg kell jegyeznünk, hogy ebből az összeállításból a valamilyen egyéb terapiában részesülteket kizártuk, és a feldolgozott esetpárok egyikében sem fordult elő, hogy akár az anyja, akár az újszülött antimykotikus kezelésben részesült volna a soor klinikai jelentkezéséig.

A táblázatból az anyja antibioticum kezelésének hajlamosító szerepe nyilvánvaló. A veszély elhárítására 1973-ban szülész kartársaink kérésünkre a lehetőségekhez mérten tartózkodóbban indikálták az antibioticumokat, a veszélyeztetett újszülötteket pedig nystatin praeventióban részesítettük.

Az alábbiakban az újszülötteknek adott praeventív nystatin medicatio eredményéről számolunk be. Megjegyezzük egyrészt, hogy a nystatin praeventióban egyéb hajlamosító tényezők és járványügyi megfontolások miatt több — nemcsak antibioticumok miatt veszélyeztetett — újszülött is részesült, másrészt, hogy az alábbi kiválasztott 2 hónapban rajtunk kívül álló okokból az előző két évi átlaghoz mérten több anyja kapott antibiotikumot, valamint az előző két évben e két hónap soor oris morbiditása az évi átlag felett állt, végül az ápolási idő az előző éveketől nem tért el (2. táblázat).

A 72%-os nystatin prophylaxis mellett tehát egyetlen újszülöttünk sem lett szájpenészes, azok sem (39 eset), akiknek anyja antibiotikumot kapott. Ezen felül a pozitív (colonisalt) újszülöttsztyájak aránya az 1973. februári 85%-ról (ezen belül 29% soor oris) júliusban 8,4, ill. októberben 6,4%-ra csökkent (a lényegesen kisebb csíraszámokról nem is beszélve). Az utóbbi eredmény véleményünk szerint igen kedvező hatású a hazabocsátást követő időszakban is, amit a „területtel” való folytonos kapcsolat során (gyermekorvosok, epidemiológusok, védőnők) nyert értesüléseink is igazolnak.

Az utóbbiak mellett a nystatin kúra további előnye, hogy nemcsak a száj-, hanem a bélnyálkahártya idő előtti gombás colonisatióját is elhárítja, amiről rendszeres székletleoltásaink eredménye mel-

2. táblázat

Időszak	Kontroll 1971—72	1973. júli. és okt.
újszülöttsztyám	1340	223
anyai antib. therap. ....	12%	20%
újsz. nyst. prophyl. ....	0%	72%
újszülött soor oris .....	25%	0%

lett a perianalis soor cutis esetek elmaradása is tanúskodik.

Nystatin praeventiónk keresztülvitele: az 500 000 NE-et tartalmazó dragée egynegyedét tettük egy-egy újszülött napi kb. 100 ml-nyi cukros teájába. A nystatin fényérzékenysége, valamint rossz oldódása miatt a teásüveget ajánlatos alufóliába burkolni és minden teáztatás előtt felrázni.

A nystatinos teás prophylaxis könnyen megvalósítható, a nővérek szívesen alkalmazzák. Két újszülöttsztyálon, ezernél több esetben mellékhatást nem észleltünk és el tudtuk kerülni az ártalmas bőr készítmények rendelését. A reinfectio veszélyének csökkentésére nemcsak az újszülötteknek, hanem az antibioticum kezelésben részesített gyermekágyasoknak is ajánljuk, lehetőleg szopogatás formájában.

**Összefoglalás.** Az antibacteriumos antibioticumokkal kezelt betegeket közismerten candidiasis fenyegeti. Az antibioticumok az anyatejben is kiválasztódnak, így az ilyen tejjel táplált újszülöttek is antibioticum-fogyasztók, tehát soor szempontjából veszélyeztetettek. Anyagukban 1340 anya—újszülött pár megfigyelése során a gyermekágyas anya antibioticumos kezelése esetén az újszülöttek candidiasis oris-át 51,8%-os frequentiával észlelték, míg a control csoportban csak 21,4%-ban ( $\chi^2 = 71,5$ ,  $\alpha_{0,1\%} = 10,8$ ). Az előbbi újszülöttek részére ajánlják a nystatin praeventiót: napjában egynegyed dragée egy-egy újszülött kb. 100 ml-nyi cukros teájába. Az egy éve tartó prophylaxis eredményei igen jók. Mellékhatást nem észlelték és nem szorultak az ártalmas bőr készítmények adására.

## Sandosten<sup>R</sup>-Calcium

pezsgőtabletta  
antihistaminicum, 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, gyógyszerexanthema, 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 céljára. 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 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 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



Fővárosi Területvezető János Kórház-Rendelőintézet,  
VI. sz. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Rochlitz Károly dr.)

## Szívkatasztrófák — különös tekintettel a szív-rupturákra

Vízkelety Gyula dr., Imre Éva dr.  
és Szabó Ilona dr.

Közleményünkben *szívkatasztrófák* alatt gyűjtőfogalmat értünk: a szív, annak különböző képletei, a coronariák és az aorta olyan súlyos anatómiai és ennek következtében haemodynamikai elváltozásai, amelyek beavatkozás nélkül azonnal, vagy rövid idő alatt shockos állapot kíséretében halálhoz vezetnek és az említett képletek többnyire transmuralis laesiójának közvetlen következményei.

A szívkatasztrófák *leggyakoribb fajtája a kamrafal infarctus* következtében beálló *rupturája*, következményes szívtamponáddal és szükségyszerű szívmegeállással. Rupturálhat a kamrafal aneurysmája is. Nem ritka az aorta-aneurysma rupturája, illetve az aneurysma dissecans aortae sem. Egyéb formák lényegesen ritkábban fordulnak elő, pl.: septum perforatio, a musculus papillaris necrosis, illetve rupturája, valamint a chordae tendineae és a billentyűk leszakadása, az arteria coronariák aneurysmája és dissectiója, illetve rupturája, a sinus Valsalvae aneurysmája, valamint ennek rupturája.

Anyagunkat kórtörténetek és sectiók jegyzőkönyvek alapján állítottuk össze és áttekintettük a kérdés irodalmát.

### Sectió anyag

A János Kórház teljes sectió anyag 1969. január 1-től 1971. szeptember 30-ig 4441 boncjegyzőkönyvet foglal magában. Szempontunkból (a koraszülöttek és az egy évnél fiatalabb csecsemők leszámítása után) 3877 esetet értékeltünk. Adataink részleteit a táblázat tartalmazza. 273 ruptura nélküli infarctuson kívül a rupturához vezető infarctusok és egyéb szívkatasztrófák száma összesen 55 volt, ebből a leggyakoribb a kamrafal-ruptura: 36 eset (táblázat B). Az egyéb kórfelműk előfordulása az aorta aneurysma rupturától eltekintve lényegesen kisebb (táblázat C). A kamra aneurysmájának rupturája 2 esetben fordult elő.

A szívkatasztrófák megoszlása sectiós anyagban 1969. I. 1—1971. IX.30.

A

Vizsgált sectiós anyag 3877	Infarctus kamraruptura nélkül		273	7,05%
	Szívka- tasztrófák	Infarctus kamra rupturával	36	0,95%
		Egyéb szív- katasztrófák	19	0,48%
		55	1,47%	

B

Összes infarctus 309	Kamra ruptura nélkül	273	88,35%
	Kamra rupturával	36	11,65%

C

Szívka- tasztrófák	Kamra ruptura	36
	Aorta aneurysma ruptura	13
	Szív aneurysma ruptura	2
	Coronaria ruptura	2
	Papillaris izom necrosis	1
	Septum perforatio	1

### Klinikai megfigyelések

A szívkatasztrófák között *gyakorisága* miatt legnagyobb fontossága az infarctusos betegen fellépő *kamrafal rupturának* van, ezért az erre vonatkozó adatokat részletesebben elemezzük.

A *nem* viszonylatában kamra-ruptura 23 nő és csupán 13 férfi fordult elő. Az *életkor* tekintetében az esetek fele (18) 70 és 80 év között volt, 60—70 év között csupán 10, és 50—60 év között mindössze 2. Minden esetben *friss infarctus* talaján jött létre a ruptura. Legtöbbször az első néhány órában, legfeljebb az első egy-két napon következett be. Egy hét után már csak ritkán észleltük, mindössze 3 esetünkben. Szervült infarctusban egy alkalommal sem találtuk, kivétel a kamra chronicus aneurysmája 1 esetünkben. Az infarctus *localisatioja* szempontjából gyakorlatilag csak a bal kamra jött szóba. Mellsőfali infarctus esetén a ruptura mintegy kétszer gyakoribb volt a hátsófalánál (22 anterior, illetve anteroseptalis és csak 10 posterior). Az interventricularis septumon ritka: 13 anteroseptalis között csupán 1 perforatio. Az infarctus *kiterjedése* tekintetében a rupturát az esetek több mint felében kisebb kiterjedésű laesiók esetén találtuk. Ilyenkor feltűnő volt az is, hogy a rupturát megelőzően többnyire hiányoznak a cardiogén shock tünetei. Az infarctus *klinikai súlyossága* és a szívtamponád gyakorisága között fordított összefüggés látszik. Eseteink mindössze egynegyed részében — ezek mind mellsőfaliak voltak — találtunk súlyosabb shockos állapotot az infarctus fellépése után, akiknél többnyire néhány óra alatt bekövetkezett a letális kimenetel. A többi esetben az initiális shock a ruptura előtt hiányzott. Ha viszont shockos állapot állt fenn, többnyire protrahált jellegű volt. A *fizikai megterhelés* hajlamosító szerepe az esetek

nagy részében határozottan kimutatható (pl. engedély nélküli felkelés). A *hypertonia* szerepe is kétségtelen. Egynegyed részben (9 esetünkben) az infarctus után is határozott hypertensiót észleltek. Az esetek további számottevő hányadában a beteg normo- vagy hypotensiós, de az anamnézisben szerepel a hypertonia. Korábban is hypotoniás beteget alig találtunk. A *myocardium infarctus előtti állapotát* tekintve a rupturált esetekben szinte kivétel nélkül kimutatható a coronariasclerosis és legtöbbször a coronariathrombosis is; sok esetben az anamnézisben már szerepel infarctus. A *therapia* vonatkozásában az anticoagulans kezelés befolyását vizsgáltuk — anyagunkban csupán 3 beteg esetében alkalmazták. Úgy látszik, hogy olykor szerepe lehet a nem megfelelő körültekintéssel alkalmazott presor therapiának.

Saját elemzéseink alapján a 13 *aorta-aneurysm*ás esetben főleg kétféle lefolyási formát lehetett megfigyelni. Egyikben múltó collapsus, stenocardia után relatív jólét közepette néhány nap múlva hirtelen hal meg a beteg, és csak ezután gondolnak aneurysmára, illetve annak rupturájára. (Egy esetben a felvétel napján rutinszerűen végzett mellkasröntgen is kimutatta az aorta ascendens diffúz tágulatát.) A másik lefolyásra súlyos cardiogen shock jellemző, amely gyorsan, legfeljebb néhány óra alatt halálhoz vezet. A thoracicus aorta dissectióját és rupturáját inkább csak a funkcionális és részben topográfiai egység miatt említjük e helyen. A fenti tünetek mellett néha hasi tünetek állnak előtérben, pl. haematemesis, mely miatt nem is merül fel a helyes kórkép gyanúja, inkább hasi elváltozásra gondolnak. Egy-két részletesen observált beteg EKG-ja a kezdeti múltó tünetek után gyorsan kialakuló, nagyfokú bal deviatiót és bal strain mutatott, hátsófalú vagy posterolateralis infarctus képehez hasonló EKG-val.

Mindkét *coronaria rupturás* esetben hirtelen eszméletvesztést, a hónaljvonalig érő szívtopulatot és néhány óra alatt halálhoz vezető súlyos shockos állapotot észleltek. A betegek korábbi EKG-ja megváltozott, friss elülsófalú infarctus képét adta. Az egyik esetben a haemopericardium élőben történt direct igazolása is megtörtént pericardialis punctio révén. Utána a beteget kb. 4 órán át kontaktusképesen életben sikerült tartani.

Az *egyéb* rika kórképek közül anyagunkban egy alkalommal fordult elő az interventricularis septum rupturája, egy esetben papillaris izom-necrosis. Ezeket a különösebb előjel nélküli, rövid idő alatt halálhoz vezető súlyos shock jellemezte. Nem találtunk papillaris izom-rupturát, billentyűszakadást és sinus Valsalvae rupturát. A sinus Valsalvae aneurysmájának rupturáját, amely jelenleg közlés alatt áll, egy esetben 8 évvel ezelőtt észleltük osztályunkon.

Az összes szívkatasztrófák 55 esetéből 16 esetben szerepelt *helyes*, vagy részben helyes *diagnózis*. Egy részükben az évek óta fennálló alapbetegség ismerete (pl. aorta-aneurysma) segíthette a diagnózist, egy-két esetben viszont annak ellenére sem gondoltak rupturára a hirtelen halál bekövetkezőkor. 34 esetben ha nem is helyes, de cardialis kórisme szerepelt, legtöbbször infarctus myocardii, rit-

kábban embolia pulmonum vagy egyéb. Mindössze 5 esetben szerepelt extracardialis diagnózis.

### Megbeszélés

A szívkatasztrófák között relatív gyakorisága miatt legnagyobb fontosságú a *kamrafal-ruptura*, amely a myocardialis infarctus legveszedelmesebb szövödménye (7, 32). Adataink szerint ennek következtében hal meg közel minden *századik boncolt eset* és megközelítőleg minden *kilencedik boncolt infarctusos beteg* (1. táblázat), tehát egyáltalán nem sorolható az ún. *ritka kórképek* közé. A szakirodalomban a szív-ruptura előfordulása megközelítőleg 7—13% között mozog, az utóbbi években emelkedő tendenciát mutat (7, 9, 10, 14, 16, 18, 22, 26, 30, 32, 33, 35, 37). Anyagunkhoz hasonló nagy esetszámot az irodalomban csak *ritkán* dolgoztak fel. Az anyagunkban észlelt 11, 65% közel van az irodalmi átlag *felső* határához. Feltűnő, hogy 1971-ben az előfordulás 17,74%-ra emelkedett (22 eset). Az észlelt 36 eseten kívül a kamra aneurysmájának rupturája két esetben fordult elő, amelyek közül az egyik chronicus volt.

Saját megfigyeléseink alapján kiemelnénk néhány klinikai jellegzetességet. A *kor* tekintetében az idősebb évek hajlamosítanak — ellentétben az infarctus relatíve fiatalabb korban tetőző halálózásával (23) — főleg a szívizom romlása miatt (11, 20, 27, 35, 39). A *nem* viszonylatában jellemző a nők túlsúlya, bár az infarctus előfordulása a férfiak között lényegesen nagyobb (27, 32, 35). Az infarctustól számított *időt* vizsgálva, majdnem kizárólag egy héten belül következett be a ruptura (6, 19, 20). Az infarctus *lokalizációja* szempontjából a bal kamra sérülékenységének oka e szívüreg magasabb nyomása (7, 34, 35). Az *infarctus kiterjedését* vizsgálva feltűnt, hogy — logikusnak látszó módon — nem a nagy kiterjedésű elhalások esetén jön létre ruptura. Kisebb laesiók esetén a kamraizomzat ereje megmarad, a tensio nem, vagy alig esik, ezért shockos tünetek nincsenek. Nagy területű, klinikailag súlyos infarctus esetén a petyhüdtobb kamra nem képes kellő erőt kifejteni, az intraventricularis nyomás is csökken. A *hypertonia* hajlamosító szerepét illetően nemcsak a nyomás szerepére utalnak, hanem kifejtik, hogy a hypertrophia kapcsán az egyedi szívizomsejt megvastagodása miatt könnyebben szenved anoxiás, táplálattási zavarokat (6, 17, 32, 35). Adataink szerint a myocardium infarctus előtti állapota is fontos rizikófactor (35). Az *anticoagulans therapia* viszonylatában az irodalmi adatok ellentmondásosak (1, 7, 30, 35, 38). Anyagunkban 33 esetben *nem* alkalmazták, ez mégsem befolyásolta lényegesen az előfordulást az irodalmi átlaghoz viszonyítva.

A szív-ruptura fizikális és egyéb *diagnosztikája* tankönyvi adat. Saját elemzéseink szerint nyilvánvaló, hogy eseteink legnagyobb részében a diagnózist post mortem állapították meg, mert legtöbbször az előzőleg jó állapotban levő beteg hirtelen halt meg és csak kevés esetben élt fél óránál többet (5, 7, 35). Prodroma vagy specifikus tünet alig van (7). Gyanújelként értékesíthető, ha a shock előtt hirtelen abnormális zörej vagy pericardialis frictio je-

lenik meg, mint néhány esetünkben is (7, 35). *London* és *London* hívták fel a figyelmet arra, hogy a rupturált infarctusok 55<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ában megelőzően ismételt és prolongált stenocardiákat észleltek, míg a nem rupturáltak között csupán 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban (20). Ezt eseteink nagy részében szintén megfigyeltük, gyakran praeshockos állapot kíséretében.

EKG felvétel a lefolyás közben csupán eseteink kb. egynegyed részében készült. Néhány esetben a szokványos infarctus görbét láttuk, többnyire azonban inkább terminalis EKG-t. Két-három megfelelően nyomon kísért esetben bizonyos fokig jellemző EKG elváltozást sikerült rögzíteni: az ST szakaszok ismét eleváltak lesznek, vagy a meglévő eleváltság fokozódik és monofázisos karakter alakul ki. Az EKG *diagnózishoz* értékes adatokat nyújtottak *Holló* és *Szám*, megállapítván, hogy az ismert előző betegségben szenvedő beteg relatív jólét közben hirtelen eszméletét veszti, a légzés és keringés leállása észlelhető, míg az EKG nem asystoliát vagy kamra fibrillatiót mutat, hanem még percekig a bioelektromos aktivitás többé-kevésbé normális EKG jeleit (15). *Unghváry* szerint a klinikailag és az EKG szerint infarctusnak vélt kórkép mögött meghúzódhat aneurysma dissecans vagy sinus Valsalvae aneurysma rupturája is (36). Észlelésünk szerint ez a coronaria rupturára is vonatkozik.

A szívkatasztrófák különleges formáinak ritkaságára jellemző, hogy pl. a musculus papillaris rupturáját 1963-ig mindössze 43 esetben közölték (35), az arteria coronariák dissecáló aneurysmája pedig az egész angol irodalomban csupán 24 esetben fordult elő. Anyagunkban két esetben fordult elő coronaria ruptura, mely az irodalomban egyedülállóan ritka kórkép.

A legutóbbi időkig — főleg az előjelek és a specifikus tünetek hiánya és a gyors lefolyás miatt — a fenyegető szív-ruptura kivédése, ill. terapiája legalábbis kérdésesnek látszott. A növekvő modern, intenzív terapiás és rohamosan fejlődő szívsebészeti lehetőségek alapján ezt az álláspontot korszerűbb, és egyben hatékonyabb szemlélettel kell felcserélni. Jól szervezett cardiológiai centrumok statisztikája bizonyítja, hogy a megfelelő sebészeti beavatkozások a túlélést significansan javítják (25); az újabb sikerek fokozottabb aktivitásra inspirálnak.

A rupturák szoros értelemben vett *oki kezelése*: a repedés elvarrása: cardiopexis (esetleg Dacron folt vagy polyvnyil spongya csíkok felhasználásával) (25). Még súlyos shockos állapot esetén is ideiglenesen, a műtétig fenntartott pericardiocentesissal lehetőség nyílik a beteg életben tartására is (25). Mindezek alapján fokozottabban kellene törekedni *gyors diagnózis* után az ilyen műtétek megszervezésére és kivitelezésére, különös tekintettel arra, hogy ennek megkísérlése nélkül a halálos kimenetel elkerülhetetlen. Egyéb szívkatasztrófák terapiás megközelítése sokkal nehezebb, mégis a külföldi szakirodalomban egyre szaporodnak az erre vonatkozó közlések: coronaria ruptura esetén bypass műtétet végeznek, septum ruptura esetén annak reparációját, papillarizom-ruptura után annulo-plasticát, vagy a mitralis billentyű pótlását (2, 3, 21, 25). A sebészeti beavatkozást szükség esetén intraope-

ratív coronariographia segíti, valamint mesterséges keringés (25, 31). A korai postoperatív szakban intraaorticus ballonpumpa csökkenti a bal kamra terhelését, egyben kiküszöbölve az esetleges re-rupturát (2, 25, 31). A ballonpumpa hatásos septum ruptura esetén, vagy a papillarizom-ruptura okozta mitralis regurgitatio befolyásolásában is (13). Mindehhez megfelelő technikai-műszeres feltételek és állandóan elérhető, felkészült sebészeti team szükséges (25).

A szív-rupturák kezelése mellett nagy fontosságú a *megelőzés*: az infarctus korai diagnózisa, azonnali szigorú ágynyugalom, gondos megfigyelés, a pressortherapia megfelelően óvatos alkalmazása és a lehetséges praedisponáló faktorok kiiktatása (8, 32, 35). A korai felkeltés elve ma világszerte egyre inkább terjed. Ennek gyakorlatában a fentiek alapján a leggondosabb mérlegeléssel és selectióval kell eljárni, eleve kizárva a transmuralis infarctussal, shockkal vagy egyéb szövödménnyel járó eseteket. A hypertensio mint rizikófaktor kiiktatásával — tensio elővigyázatos csökkentése útján — *Gábor* pl. jól tudta befolyásolni a rupturák statisztikai alakulását (12). Az acut revascularisatio (bypass műtét — amelyet 1967 óta alkalmaznak infarctus kezelésében — egyszersmind a ruptura potenciális veszélyét is elhárítja, ugyanúgy, mint a refractaer cardiogen shock esetén alkalmazott infarctectomia (2, 24, 25). Aorta-aneurysmák esetén az idejében indikált műtét a rupturát kivédi és már emiatt is jobb prognózisú (29).

*Összefoglalás.* A szerzők 3877 boncjegyzőkönyvből kiszűrt 57 szívkatasztrófa eset adatai alapján hangsúlyozzák a szív-rupturák — mint a szívkatasztrófák legfontosabb formája — relative gyakori előfordulását. Aláhúzzák a gyors diagnózis és a modern szívsebészeti eljárások fokozottabb alkalmazásának, valamint a preventiónak a fontosságát.

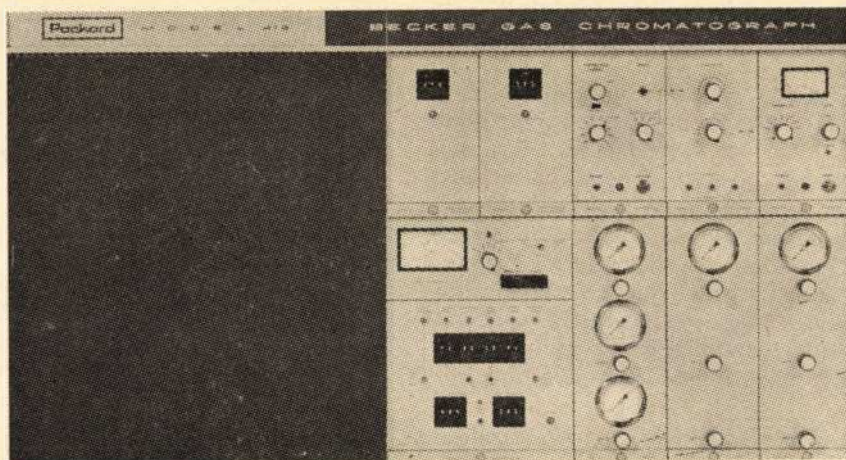
*Köszönetnyilvánítás.* Köszönetünket fejezzük ki *Góth Endre dr., Kálló Antal dr., Korányi András dr., Szám István dr., Takó József dr. és Wittman István dr.* osztályvezető főorvosoknak, hogy a kórtörténeteket és sectiós jegyzőkönyveket feldolgozásra rendelkezésünkre bocsátották.

*IRODALOM:* 1. *Aarseth, K. és Lange, W.:* cit. *Sigler, L. H.:* New York J. Med. 1969, 69, 794. — 2. *Buckley, M. J. és mtsai:* Surgery. 1971, 70/6, 814. — 3. *Cheng, T. O., Bashour, T. és Adkins, P. C.:* Circulation. 1972, 46, 491. — 4. *Claudon, D. G. és mtsai:* Circulation. 1972, 45, 259. — 5. *Dissmann, W.:* Z. Kreislauforsch. 1967, 56, 1067. — 6. *Edmondson, H. A. és Horie, H. J.:* Am. Heart J. 1942, 24, 719. — 7. *Friedberg, C. K.:* Circulation. 1969, 39, IV-252. — 8. *Friedberg, C. K.:* Diseases of the heart. 1958, W. B. Saunders Co., Philadelphia. — 9. *Friedman, S. és White, P. D.:* Ann. int. Med. 1944, 21, 778. — 10. *Fulton, M. N.:* cit. *Friedberg, C. K.:* Diseases of the heart. 1958, W. B. Saunders Co., Philadelphia. — 11. *Gans, R. H.:* Am. Heart J. 1967, 84, 264. — 12. *Gábor Gy.:* cit. *Potondi A. és mtsai:* Orv. Hetil. 1968, 109, 2161. — 13. *Gold, H. K. és mtsai:* Circulation. 1973, 47, 1191. — 14. *Gorokhovskij, cit. Sigler, L. H.:* New York J. Med. 1969, 69, 794. — 15. *Holló J. és Szám I.:* Adatok a szívruptura EKG diagnózisához. Előadás a Magyar Anaesthesiológus és Reanimációs Társaság nyíregyházi vándorgyűlésén, 1969. — 16. *Jetter, W. W. és White, P. D.:* Ann. int. Med. 1944, 21, 783. — 17. *Köpp, H.:* Med. Klin. 1965, 60, 17. — 18. *Lautsch, E. V. és Lanks, K. W.:* Arch. Path. (Chicago) 1967, 84, 264. — 19. *Lodge-Patch, J.:*

Brit. Heart J. 1951, 13, 37. — 20. London, R. E. és London, S. B.: Circulation. 1965, 31, 202. — 21. Manhas, D. R. és mtsai: Circulation. 1971, 43, 688. — 22. Martland, H.: cit. Friedberg, C. K.: Diseases of the heart. 1958, W. B. Saunders Co., Philadelphia. — 23. Master, A. M. és Lasser, R. P.: JAMA. 1969, 209, 672. — 24. Mundth, E. D. és mtsai: Surgery. 1971, 70, 78. — 25. Mundth, E. D.: Circulation. 1972, 46, 427. — 26. Nesvadba, P.: Cardiologia. 1955, 26, 103. — 27. Oblath, R. W. és mtsai: JAMA. 1952, 149, 1276. — 28. Potondy A., Rupnik P. és Rózsa Gy.: Orv. Hetil. 1968, 109, 2161. — 29. Rakonczay Gy., Mikó I.: Orv. Hetil. 1973, 114, 3086. — 30. Roberts, H. J.: Difficult diagnosis. W. B. Saunders Co., 1958, Philadelphia. — 31. Sanders, C. A. és

mtsai: Circulation. 1972, 45, 1292. — 32. Scharfenberg, G. és mtsai: Z. Kreislaufforsch. 1969, 58, 447. — 33. Sievers, J.: Geriatrics. 1966, 21, 125. — 34. Sigler, L. H.: New York J. Med. 1969, 69, 794. — 35. Sigler, L. H.: Am. J. Cardiol. 1960, 5, 14. — 36. Unghváry L.: Klinikai és kísérleti elektrokardiographia. Medicina, 1961. Budapest. — 37. Vilkovsky, A. L., Ostanyuk, F. E. és Makarova, K. A.: Klin. Med. (Moszkva) 1965, 43, 62. — 38. Waldron, D. R., Fennel, R. H. és mtsai: cit. Friedberg, C. K.: Diseases of the heart. 1958, W. B. Saunders Co., Philadelphia. — 39. Zeman, F. D. és Rodstein, M.: AMA. Arch. Int. Med. (Chicago) 1960, 105, 431.

# 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 futatókamrák 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.



Semmelweis Orvostudományi Egyetem,  
I. sz. Neurológiai és Pszichiatriai Klinika  
(igazgató: Horányi Béla dr.)

## „Stiff man” syndroma

Bekény György dr. és Szirtes Gábor dr.

Moersch és Woltman (23) 1956-ban új klinikai tünetegyüttest írt le „stiff man” syndroma (a továbbiakban SMS), vagyis „merev ember” tünetegyüttes néven. A megbetegedést a Mayo Klinika 32 évi beteganyagából 14 esetben észlelték. Eddig mintegy 50 eset került közlésre. A hazai irodalomban e kérdéssel még nem foglalkoztak, ezért szeretnénk egy eset észlelése kapcsán a körképet ismertetni.

A 40–50. év közötti életkorban törzsizomgörcsökkel kezdődik a megbetegedés, mely férfiakon gyakoribb, mint nőknél. A kezdetben múló, fájdalmas görcsök néhány hét vagy hónap után csaknem állandóvá válnak. A dorsalis és lumbalis izomzat, továbbá a hasizmok merevsége a beteg mozgását — főleg az előrehajlást — nagymértékben akadályozza, fabábu- vagy ólomkatonaszerűvé teszi. A merevség a nyak- és proximális végtagizmokat is érintheti. A légzőizmok görcse légzészavart okozhat. Dysphagia csak kivételesen jelentkezik. Az állandó merevséghez percekig tartó fájdalmas izomgörcsök járulnak. E spasmusokat akaratlagos izommozgás, váratlan hang- vagy fényinger, pszichés izgalom (meglepetés, ijedtség, emotionalis igénybevétel) válthatja ki. A heves fájdalmat erős izzadás, tachycardia, nyugtalanság, kivételesen tensioemelkedés kísérheti. Az izompanaszok alvás alatt rendszeren szünetelnek. A tartós merevség gerincdeformitasokat hozhat létre, az erős görcsök kivételesen csonttöréseket okozhatnak. A megbetegedés rendszeren progressiv jellegű és gyakran súlyos mozgáskorlátozottságot eredményez, néha azonban stationær lefolyást mutat.

A betegekben a fent vázolt izomtűneteken kívül neurológiai eltérés nem található. Az SMS sok esetben elvégzett izom-biopsia többnyire negatív volt. Néhány esetben enyhe, nem jellegzetes eltéréseket találtak. Az Asher (2) és Kugelmass (19) által leírt gyulladási izomváltozásokat mellékleletnek tekinthetjük, melyek nem felelősek a klinikai tünetekért. A közölt boncletek (23, 2, 7, 19) gyakorlatilag negatívak, de a gerincvelő feldolgozása csak Cohen esetében történt meg. Trethowan és mtsai (34) 76 éves nőbetegében talált idegrendszeri és izomváltozások senilis jellegűnek tarthatók.

Az SMS obligát tünete az activ innervatio nélkül, „nyugalomban” fennálló *állandó motoros egység aktivitás az electromyogrammon*. A teljesen el nem lazuló, tónusosan megfeszülő izomból normális egységpotenciálokból összetevődő *tevékenység aktivitás az electromyogrammon*. A teljesen Moersch és Woltman (23) is észlelte egy esetben. A későbbiekben ezen EMG elváltozás kimutatása a SMS kórismézésének alapkövetelményévé vált.

A SMS kezelésében és pathomechanismusának megközelítésében nagy jelentőségű volt Howard (13) 1963-beli megfigyelése, mely szerint diazepam (Valium, hazánkban: Seduxen) megszünteti, ill. csökkenti az izomtűneteket és az EMG eltérést.

Klein, Haddow és De Luca (17) 1972-ben egy család 3 generációjából 10 egyénen figyelt meg SMS-ra emlékeztető tünetegyüttest. Eseteikben közvetlenül a születés után tapasztalható volt generalisalt izommerevség, mely az első extrauterin napon jelentősen, továbbiakban az 5. életév végéig fokozatosan csökkent. EMG vizsgálat 2 esetükben történt: a SMS-ra jellemző folyamatos nyugalmi electromos activitas volt kimutatható, mely 5 mg diazepam iv. adására megszűnt.

Klein és mtsai (17) domináns öröklődésű familiáris eseteitől eltekintve a SMS sporadikus előfordulása.

Az izomgörcsök létrejöttének *kórélettani mechanizmusa* még nem teljesen tisztázott. Az EMG-beli folyamatos motoros egység aktivitás és az izommerevség megszüntethető a peripheriás motoros idegrostok procain-blokádjával (38, 11), továbbá myoneuralis blockírozó szerekkel, így succinylcholin (38), vagy tubocurarin (32, 6) és spinalis anaesthesiával (38) egyaránt. Mindez az izomnál és a végkézülnél proximálisabb localisatiójú működészavarra utal SMS-ben.

Az alváshoz hasonlóan a narcosis is megszünteti a SMS-beli rigiditást (25). Ez a központi idegrendszerben feltételezhető zavar mellett szól. Tetanus és strychnin mérgezéssel való analógia alapján Howard (13) a gerincvelő mellső szarv gátló Renshaw-neuronok károsodásában kereste az izommerevség okát SMS-ben. Ennek alapján alkalmazta az eredményesnek bizonyult diazepam kezelést. Olafson, Mulder és Howard (24) a gerincvelői motoneuron és a gátló Renshaw-interneuronok synapsisában ható blockra vezetik vissza a tüneteket.

Gordon és mtsai (11) a procain-blokád izommerevséget megszüntető hatását nem látják spinalis támadásponttal megmagyarázhatónak és a gamma rendszer szerepére gondolnak. A gamma efferensek izgalma révén az intrafusalis izomrostok excessiv tonusos beidegzése okozná az alpha motoneuronok fokozott, állandó kislülését. Mertens és Ricker (21) is a gamma neuronok fokozott ingerlékenységét tételezik fel és „spindle myotonia”-ról szólnak SMS-ban. A gamma rendszer kóros működése magasabb, suprasegmentalis központokból eredő kóros impulzusokon is alapulhat, amint azt Gordon és mtsai (11) is felvetik.

A gamma rendszerre ható suprasegmentalis impulzusok révén magyarázhatjuk az érzékszervi ingerek, pszichés behatások görcskiváltó, ill. fokozó hatását is SMS-ban.

A SMS-ban kedvezően ható gyógyszerek elsősorban, de nem kizárólagosan spinalis támadáspontúak. Stratten és Barnes (31) szerint a gerincvelői reflexaktivitást a praesynapticus gátlás fokozása révén csökkenti a diazepam. A cerebriális strukturák közül elective hat az affectus-szabályozó limbikus rendszerre, így a n. amygdalae-ra, hippocampusra. Tseng és Wang (35) szerint a diazepam elsősorban az agytörzsi reticularis rendszerre hat.

A Mertens és Ricker (21) által ugyancsak jó hatásúnak talált GABA származék, a Lioresal a gerincvelőben a polysynapticus és monosynapticus reflexátvitelt egyaránt gátolja.

### Esetismertetés

40 éves férfi, foglalkozása gépészmérnök. Családjában ideg-, izombetegség nem fordult elő. 41 éves és 28 éves férfitestvérei egészségesek.

1967 nyarán sportolás közben jelentkezett először derékfájdalma. 1968 februárjában lázas influenza alatt mk. o. a paralumbalis izomzatban fájdalmas izomgörcs alakult ki, ami főleg az előrehajlításban akadályozta. Azóta is a lehajlást guggolással kell helyettesítenie. Ezen idő óta alsóvégtagi és nyakizmai is gyakran görcsbe kerülnek. Éjszaka néha e fájdalmas görcsökre ébred. 1970 tavasza óta a görcsök a hasizmokra is ráterjednek és ilyenkor a mély belégzésben akadályozzák.

Panaszait a mozgás megkezdése fokozza, folyamatos mozgás csökkenti. Psyché izgalom, hirtelen, váratlan fény- és hangingerek provokálják a görcsöket. Hídeg időben panaszai fokozódnak.

A 3 év óta folyamatosan előrehaladó panaszokat a legkülönbözőbb kezelési kísérletek nem enyhítették. Bechterew-kór gyanúja miatt végzett gyógyfürdő ke-

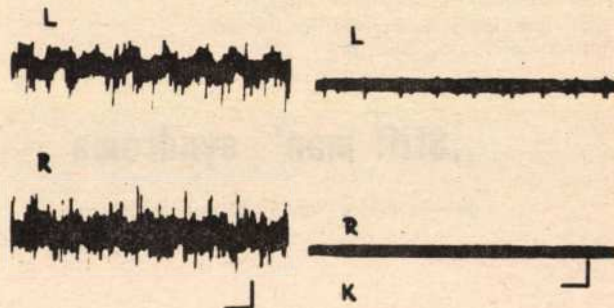


1. ábra.

A háztizmok merevsége miatt az előrehajlás nagymértékben akadályozott a stiff man szindrómában szenvedő betegnél

zelés, Rheosolon szedése nem javított állapotán. Gyógyfűzőt nem tudott viselni.

1971 májusában feküdt klinikánkon. Megtekintéskor feltűnt az erősen fokozott háti kyphosis, mely az alsó háti és a lumbalis szakaszon erős lordosisba megy át. Izomzata testszerte, de főleg az alsó végtagokon hypertrophiás. A lumbalis gerinc gyakorlatilag mozdulatlan, merev, a beteg előrehajlását annyira akadályozza, hogy harisnyáját, cipőjét csak nagy nehézséggel tudja felvenni (1. ábra). Az alsó thoracalis és lum-



2. ábra.

(A) Gyógyszermentes állapotban regisztrált nyugalmi m. erector trunci EMG aktivitás. (B) lv. Seduxen teljes effectusa. Jelölés: L = baloldal, R = jobboldal. Hitel.: 100 msec, 300  $\mu$ V

balis paravertebralis izomzat és a hasizmok nyugalomban sem lazulnak el. Az izmok nyomásra fájdalmatlanok. Fasciculatio nem észlelhető. Az izmok mechanikus ingerlékenysége percussióra normális. A saját-reflexek testszerte élénkek, kétoldalt egyformák. Neurológiai lelete egyébként teljesen negatív.

A laboratóriumi vizsgálatok közül megemlítjük a normális serum enzim, serum electrophoresis leletét. A gerincröntgen a háti szakaszon a VIII. háti csigolya előrefelé ék alakú megkeskenyedését, e területen az intervertebralis rések beszűkülését, ventralis és lateralis peremképződést mutatott. A lumbalis gerincen nagyfokú lordosis, a lumbalis V. csigolya sacralisált, a processus spinosusok között Baastrup-féle megbetegedés jelei láthatók.

A tüneteket magyarázó elváltozást a jobboldali paravertebralis izomzat biopsiájában sem találtunk. Enyhe, nem jellegzetes elváltozásokat láttunk csak: néhány izomrost kisfokú atrophiját, subsarcolemmalis magzaporulattal, elvéve egyes izomrostokon segmentalis necrosist, mérsékelt phagocytosissal, továbbá kisfokú peri- és epimysialis kötőszövet-felzaporodást.

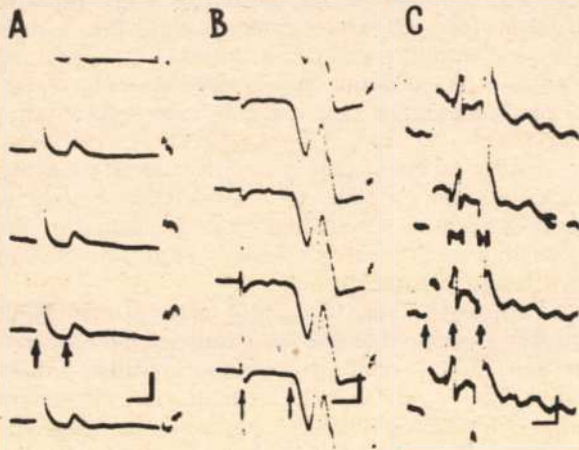
Electromyographiás vizsgálatot concentricus tülélectródák segítségével Galileo-myographon végeztünk. Ideg ingerlés során Galileo-stimulátort és izolátor egységet, valamint DISA felületi electródákat alkalmaztunk.

Első alkalommal a kétoldali m. quadriceps femoris és m. erector trunci gyógyszermentes állapotban történő EMG vizsgálatát végeztük el. A nyugalmi EMG kép vizsgálatakor mind a négy izomban, legkifejezettebben a bal m. quadriceps femorisban folyamatos, alacsony amplitúdójú, normál tartamú és alakú egység-potenciálokból összetevődő nyugalmi EMG aktivitás mutatkozott. Maximalinnervatio során átmeneti aktivitás jelentkezett.

A második alkalommal elvégzett m. quadriceps femoris l. d., l. s. és m. erector trunci l. d., l. s. EMG vizsgálat során is folyamatos nyugalmi EMG aktivitást találtunk, mely több percen keresztül, szakaszos és folyamatos regisztrálási technikával egyaránt követhető volt. Intravénásan bevitt 10 mg Seduxen a jobboldali m. erector trunci nyugalmi aktivitását megszüntette, és minimumra redukálta a bal erector trunciban és a quadricepekben (l. 2. ábrát).

A harmadik vizsgálat során meghatározott n. peroneus maximalis motoros vezetési sebesség normál értékűnek bizonyult. A jobboldali n. tibialis emelkedő ingerfeszültségű, 0,5 msec tartamú négyszögárammal történő stimulációja során a jobboldali m. gastrocnemiusban direkt motoros válasz és H reflexválasz volt

registrálható (3. ábra). A kétoldali m. erector trunci-ban ismét folyamatos nyugalmi EMG activitas volt megfigyelhető. Intravénásan bevitt 0,7 g Evipan a nyugalmi activitást előbb a jobb-, majd a baloldali izomban megszüntette, utóbbiét az alvás bekövetkeztével egy időben (l. 4. ábrát). Az ébredés során a nyugalmi activitas visszatért, előbb a bal oldalon.



3. ábra.

N. peroneus distalis (A) és proximalis (B) pontján végzett electrostimulációt követő m. extensor dig. brevis EMG válasz: 1. nyíl: stimulus artefact kezdete. 2. nyíl: válasz kezdete. Hitel.: 5 msec, 300  $\mu$ V. (C) m. triceps surae direkt motoros (M) és H (reflex) válasz, n. tibialis küszöbfeletti ingerlését követően. Hitel.: 10 msec, 300  $\mu$ V

Esetünkben az EMG vizsgálatok megerősítették a SMS kórisméjét. Ezután lehetőség nyílt az eredményes kezelésre. Seduxen napi 5 tablettás adagja mellett az ágyéki és hátizmok merevsége sokat enyhült, a beteg újból jól fel tudja húzni a cipőjét. Klinikánkról való távozása után a Seduxen adagját 3  $\times$  1 tablettára csökkentve,

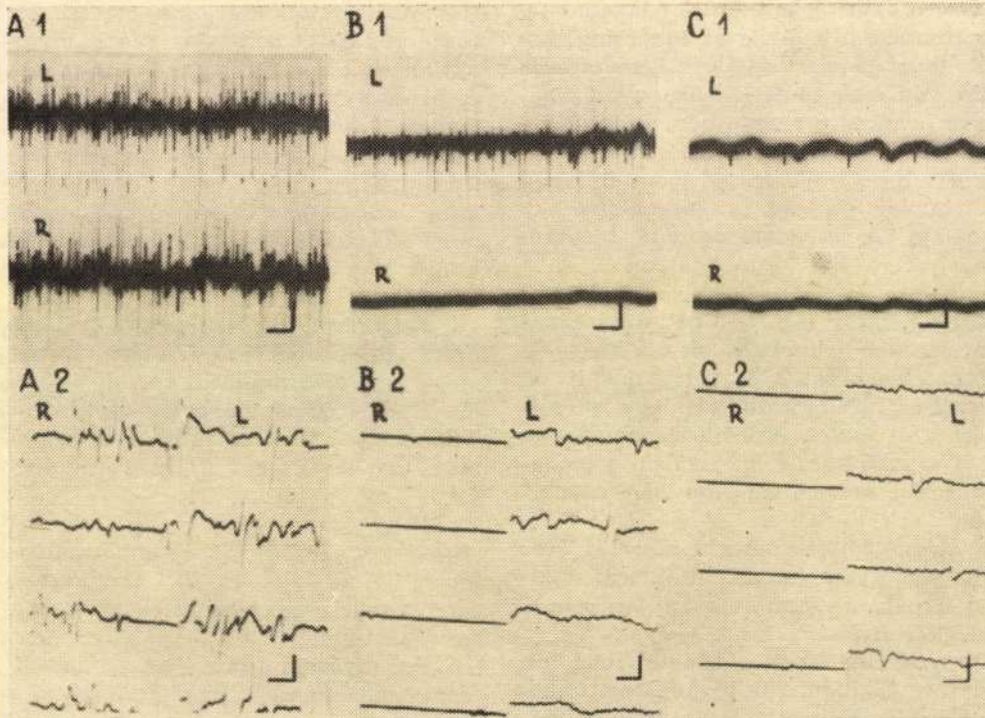
az izomgörcsök kissé fokozódtak. Amantadinum hydrochloricum (Viregyt) szedése 3  $\times$  1 caps./die dosisban hatástalan volt. A Seduxen elhagyását megkísérelve a súlyos izommerevség és görcsök visszatértek. Végül tartósan 5  $\times$  1 tabl./die Seduxen szedésére állítottuk be a beteget, aki e gyógyszerelés mellett jelentősen javult állapotban maradt 1973 nyarán végzett ellenőrző vizsgálatáig.

### Megbeszélés

Esetünk a stiff man syndrome típusos képét mutatta: a paralumbalisán megindult fájdalmas izomgörcsök és merevség fokozatosan ráterjedt az egész törzsizomzatra, továbbá a nyak- és combizomokra. Az EMG folyamatos nyugalmi activitást mutatott, melyet intravenás Seduxen adás, ill. Evipan altatás megszüntetett. Az egyébként negatív neurológiai status, a nem jellegzetes, enyhe elváltozások az izom-biopsziában, továbbá normális motoros ideg vezetési sebesség is megfelelt a SMS kórisméjének. A háti kyphosis és spondylosis feltehetően az alapbetegség következménye volt.

A következőkben röviden néhány olyan körképpel szeretnénk foglalkozni, amelyekről el kell különítenünk SMS esetünket.

A SMS és chronicus tetanus közötti hasonlóságokat már Olafson és mtsai (24), Gordon és mtsai (11), Ambrosetto és mtsai (1) is felvetették. Howard és mtsai (13), Olafson és mtsai (24) a SMS, tetanus (és strychnin hatás) pathomechanizmusát analógnak tartják: az internuntialis Renshaw-sejtek gátló hatása csökken. Megegyezik a SMS és tetanusos állapot abban, hogy az izomgörcsöket fény-, zaj-, váratlan ingerek fokozzák, míg altatás, az ideg novocain blokádja, lumbalanaesthesia, curare, továbbá diazepam adás mindkét kórképben csökkenti, ill.



4. ábra.

(A1, A2): Gyógyszermentes állapotban stiff man syndromára jellemző folyamatos, normális egységpotenciálokból összetevődő, nyugalmi EMG activitas a kétoldali m. erector

trunci-ban. Hitel.: 100 msec, 300  $\mu$ V, ill. 5 msec, 300  $\mu$ V. (B1, B2): lv. Evipan effectus. Hitel.: ua. (C1, C2): lv. Evipan altatásban a jobboldali m. erector trunci activitas megszünt, baloldalt csaknem teljesen szünetel. Hitel.: ua.

megszünteti a görcsöket. Főleg a chronicus, localisált cryptogeneticus tetanus formák jelenthetnek differenciáldiagnosztikus problémát. A tetanus chronicus formája sem tart azonban néhány hónapnál tovább. Fontos elkülönítési jel a trismus jelenléte tetanusban és hiánya SMS-ben.

Betegünk 1952—57 között kézilabdázás közben szerzett sérülései miatt összesen 4 alkalommal kapott tetanus védőoltást, amelyek reactionmentesen zajlottak le. A több mint 3 éven át progrediáló tünetek, továbbá a trismus hiánya alapján esetünkben a tetanusos eredetet kizárhatónak tartjuk.

Continuus izomrost-activitas megjelenését a nyugalmi EMG-ben írta le 1961-ben Isaacs (15) két esetben. A spontán kisülések procain idegblokád után és pentothal altatásban is megmaradtak, de megszűntek az izom procain-infiltrációjára, továbbá curare vagy succinylcholin hatására. Az izommerevség a distalis végtagrészeket és az arcizmokat is érintette, meglassult mozgástempót, beszéd-, rágás-, nyelés- és légzészavart is okozva. Fasciculatio, tachycardia, testhőmérséklet-emelkedés, areflexia jellemezte még e syndromát. A tüneteket diphenylhydantoin megszüntette. A tünetmentesség e gyógyszerrel 10 éven át biztosítható volt Isaacs (16) megfigyelése szerint. Isaacs (15) a spinomuscularis mozgató neuron terminalis elágazódására localisálta a működészavart. Mertens és Zschocke (22) 3 esetet észlelve *neuromyotoniának* nevezték a syndromát, kiegészítve Isaacs megfigyeléseit azzal, hogy lumbalanaesthesia, diazepam nem befolyásolja, viszont carbamazepin (Tegretal) megszünteti a zavart. A neuromyotonia nem szerencsés elnevezés, mert a myotoniától el kell különíteni az Isaacs-syndromától hasonló, de nem azonos mozgászavart. A myotoniás EMG-ben nincs nyugalmi activitas, és jellemző kisüléssorozatokat jelentkeznek beszúrásra, mozgásra, percussióra, továbbá az innervatio befejezése utáni elhúzódó ellazulás alatt. A myotoniás zavart procainamid megszünteti. Isaacs-syndromában percussióra myotoniás reactio nem jelentkezik, myotoniás EMG eltérések nem észlelhetők, és a kóros spontán aktivitást procainamid nem befolyásolja. Ezért találhatóbb Sigwald és munkatársainak (30) szóhasználata, a *pseudomyotonia* elnevezés Isaacs-syndromás betegükkel kapcsolatban.

Legújabbban egy újszülöttön is leírták Isaacs-syndromát Black és mtsai (4). A 33 nap után elhalt csecsemő boncolásakor a lumbalis plexus idegrostjain tengelyfonal-degenerációt és velőtlenedést találtak. Ezenkívül az 1972-ig közölt mintegy 20 esetből csak Welch (37) észlelt érdemleges morfológiai eltérést: a nervus suralis biopsiában segmentalis demyelinisatiót és az izom-biopsiában deneruviós jeleket.

Wallis és mtsai (36) feltételezik, hogy 21 éves férfibetegükön egy gyomirtó szer (diklorofenoxiacetsav, 2,4 D) okozta a syndroma alapját képező peripheriás idegkárosodást.

Az Isaacs-syndroma számos tünete betegünk esetében hiányzott. Elkülönítette továbbá esetünket a diazepam adás, ill. Evipan altatás kedvező hatása is.

Az Isaacs-syndromához hasonló tünetegyütteseket írtak le különböző elnevezések alatt Kny (18)

1888-beli közlése óta. Myokymiak, fájdalmas izomgörcsök, myotoniás zavar, izomsorvadás, hyperhidrosis jellemzi ezeket (Gamstorp és Wohlfahrt, 10). A myokymiak alatt nagyobb izomrészletek lassú, gyakran rhythmusos, hullámzó spontán összehúzó-dásait értjük. Jelentkezésüket az EMG-ben 2—200 identikus motoros egység csoportos vagy repetitív kisülése kíséri, 50/sec-os gyakorisággal (9). A myokymiak bonyolult problematikájával itt nem foglalkozhatunk, utalunk ezzel kapcsolatban Greenhouse és mtsainak (12) e kérdést áttekintő tanulmányára.

Wallis és mtsai (36) a myokymiakat multiplex fasciculatióknak fogják fel, így érthető, hogy az Isaacs-syndroma esetekben hol fasciculatio, hol myokymia vagy esetleg mindkét akaratlan mozgás együttesen jelentkezik.

Pathológiás spontán EMG activitást normális motoros egységekből állóan észlelt Ricker, Mertens és Paal (26) 1971-ben egy polyneuropathiás nőbetegen. A hát-, nyak- és végtagizmok merevsége alapján a klinikai kép SMS-hez hasonló volt. Megnehezítette az elkülönítést az, hogy az idegblokád, spinalanaesthesia, továbbá curare és diazepam hatást illetően nem mutatkozott a két syndroma között különbség. A sajátreflexek kiesése és a zajra való érzékenység hiánya szólt polyneuropathia mellett és SMS ellen.

El kell különítenünk továbbá az SMS-től az igen ritka, Schwartz és Jampel (28) által 1962-ben leírt syndromát. Ezt az autosomalis recessiv öröklődésű megbetegedést csontelváltozásokkal járó alacsony növés, blepharophimosis és izomrendszeri tünetek jellemzik. Utóbbiak izom-hypertrophiában, myotoniában és histologiailag izomrost-degenerációban nyilvánulnak meg. Huttenlocher és mtsai (14) megfigyeltek ugyan nyugalomban is fennálló continuus EMG activitást, mégis myotoniának minősítették a zavart. Taylor és mtsai (33) 11 éves fiú és 51 éves nőbetegükön az állandó izom-contractio mellett folyamatos nyugalmi EMG tevékenységet észleltek, melyet mély altatás sem szüntetett meg. Regionalis iv. curare perfúzióval létrehozott neuromuscularis blokád viszont izomellazulást és a spontán EMG tevékenység megszűnését eredményezte. Ennek alapján a zavart a myotoniától eltérő jellegűnek minősítik.

Ezek azok a kórképek, amelyekben spontán EMG activitas áll fenn és ezért a stiff man syndromától való elkülönítésük komoly nehézséget jelenthet. Számos egyéb megbetegedést is ismerünk azonban, amelyek klinikailag az SMS-hez hasonló képet mutathatnak. Ezeket itt csak röviden tárgyalhatjuk.

*Polymyositis fibrosa* megindulhat fájdalmas görcsökkel, amint arra rámutathattunk (Bekény, Massányi és Pintér, 3). Esetünkben fájdalmas combizomgörcsök jelentették az első és 3 éven át egyedüli tünetet.

*Polymyositis fibrosában* az izmok merevsége, fás, homokzsákszerű tömött tapintata és a mozgáskorlátozottság teheti szükségessé a SMS-től való elkülönítést. Ez annak révén lehetséges, hogy az izomtünetek altatásban, curare, succinylcholin, diazepam hatására, lumbalanaesthesiában, peripheriás

idegblokádra sem szűnnek meg [l. Ricker és mtsai (26) észlelését]. Az EMG continuus spontan activitást nem mutat, hanem csak a myositisnek megfelelő eltéréseket. Az izombiopsia biztosíthatja a myositis felismerését.

Hasonló a problematika a különböző eredetű *myosclerosisok* eseteiben. Az izom-fibrosis jelentkezhet vele született formában, heredodegeneratív *myosclerosis*ként (8, 20). A nagyfokú contracturákkal járó *myosclerosis Seitz* (29) esetében elsődleges izomelváltozásként értékelhető, *Bradley és mtsai* (5) viszont spinalis izom-atrophiás testvérpáron is észlelték. Fájdalmas izomgörcsök a *myosclerosisok*ban nem jelentkeznek. Az SMS-től való elkülönítésükre a polymyositis fibrosánál mondotak vonatkoznak (a kórszövetteni lelet kivételével).

*Myotoniában, tetániában* a görcsök jellegére és az EMG leletre támaszkodunk az elkülönítésben.

A SMS esetekben gyakori tév-diagnózis a *gerinc spondylosis, csípőízületi arthrosis, izom-rheumatismus, myogelosis, lumbago*. Alátámaszthatják e félrevezető kórisméket az esetlegesen jelenlévő radiológiai és laboratóriumi elváltozások. A gerinc és az ízületek arthrosisa ilyenkor gyakran a SMS következménye.

Esetünk is több mint 3 éven át állott orthopaediai, rheumatologiai kezelés alatt. Ennek folyamán eredménytelenül kísérleteztek többek között Rheosolon szedéssel, gyógyfürdő kezeléssel, fűzőviseléssel. Egyes esetekben [így pl. *Asher* (2) esetében 10 éven át] *hysteriás* eredetűnek tartották a SMS-t.

A fenti téves kórisméktől (polymyositis fibrosa, arthrosis, rheumás kórképek, hysteria) való elkülönítésben elsősorban a SMS-ra jellemző EMG-beli continuus nyugalmi aktivitásra és annak diazepamra való megszüntetésére támaszkodhatunk.

**Összefoglalás.** Szerzők a hazai irodalomban elsőként stiff man syndrome esetet ismertetnek. A kórismét az EMG vizsgálat során észlelt folyamatos nyugalmi activitas biztosította, mely diazepam hatására megszűnt. Áttekintik a stiff man syndrome és a continuus nyugalmi EMG aktivitással járó

egyéb kórképek irodalmát. Gyógykezelésként Seduxent alkalmaztak, mely betegük izommerevségét számbavehetően csökkentette.

**IRODALOM:** 1. *Ambrosetto, C., Lugaresi, E., Berti Ceroni, G.:* Giorn. Psychiat. Neuropat. 1966, 94, 511. — 2. *Asher, R.:* Brit. Med. J. 1958, 1, 265. — 3. *Bekény Gy., Massányi L. és Pintér J.:* Orv. Hetil. 1961, 102, 2041. — 4. *Black, J. T. és mtsai:* Arch. Neurol. 1972, 27, 413. — 5. *Bradley, W. C. és mtsai:* J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1973, 36, 651. — 6. *Brage, D.:* Rev. clin. Españ. 1959, 72, 30. — 7. *Cohen, L.:* JAMA. 1966, 195, 222. — 8. *Cordier, J. és mtsai:* Acta Neurol. Psychiat. Belgica. 1952, 52, 422. — 9. *Denny-Brown, D., Foley, J. M.:* Trans. Assoc. Amer. Physicians. 1948, 61, 88. — 10. *Gamstorp, J., Wohlfart, G.:* Acta Psychiat. Scand. 1959, 34, 181. — 11. *Gordon, E., Januszko, D. M., Kaufman, L.:* Amer. J. Medicine. 1967, 42, 582. — 12. *Greenhouse, A. H. és mtsai:* Neurology. 1967, 17, 263. — 13. *Howard, T. M.:* Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 1963, 38, 203. — 14. *Huttenlocher, P. R. és mtsai:* Pediatrics. 1969, 44, 945. — 15. *Isaacs, H.:* J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1961, 24, 319. — 16. *Isaacs, H.:* in: IVth Internat. Congress of Electromyography, 1971, Brussels. — 17. *Klein, R., Haddow, J. E., De Luca, C.:* Amer. J. Dis. Child. 1972, 124, 730. — 18. *Kny, E.:* Arch. Psychiat. Nervenkr. 1888, 19, 577. — 19. *Kugelmass, N.:* New York J. Med. 1961, 61, 2483. — 20. *Löwenthal, A.:* Acta Neurol. Belg. 1952, 52, 141. — 21. *Mertens, H. G., Ricker, K.:* Klin. Wschr. 1968, 46, 33. — 22. *Mertens, H. G., Zschocke, S.:* Klin. Wschr. 1965, 43, 917. — 23. *Moersch, F. P., Woltman, H. W.:* Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 1956, 31, 421. — 24. *Olafson, R. A., Mulder, D. W., Howard, F. M.:* Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 1964, 39, 131. — 25. *Price, T. M., Allott, E. H.:* Brit. Med. J. 1958, 1, 682. — 26. *Ricker, K., Mertens, H. G., Paal, G.:* Europ. Neurol. 1971, 5, 13. — 27. *Ricker, K., Seitz, D., Trostorf, E.:* Europ. Neurol. 1970, 3, 13. — 28. *Schwartz, O., Jampel, R. S.:* Arch. Ophthal. (Chic.) 1962, 68, 52. — 29. *Seitz, D.:* Dtsch. Z. Nervenheilk. 1958, 178, 492. — 30. *Sigwald, J. és mtsai:* Rev. Neurol. 1966, 115, 1003. — 31. *Stratten, W. P., Barnes, C. D.:* Neuropharmacology. 1971, 1016, 685. — 32. *Stuart, F. S., Henry, M., Holley, H. L.:* Arthritis, Rheumat. 1960, 3, 229. — 33. *Taylor, R. G. és mtsai:* Electroencephal. clin. Neurophysiol. 1972, 33, 497. — 34. *Trethowan, W. H., Allsop, J. L., Turner, B.:* Arch. Neurol. 1960, 3, 448. — 35. *Tseng, T. C., Wang, S. C.:* J. Pharmacol. exp. ther. 1971, 178/2, 350. — 36. *Wallis, W. E., Van Poznak, A., Plum, F.:* Arch. Neurol. 1970, 22, 439. — 37. *Welch, Y. et al.:* Neurology. 1972, 22, 161. — 38. *Werk, E. E., Choliton, L. J., Monell, R. J.:* Amer. J. Med. 1961, 31, 647.

„Új jelenséget a magányos kutató fedez fel, de minél összetettebb lesz a világ, annál kevésbé tudunk eljutni mások együttműködése nélkül a sikeres befejezésig.”

Alexander Fleming

A Human Oltóanyagtermelő és Kutató Intézet értesíti az egészségügyi munkatársakat és intézményeket, hogy forgalomba került két új diagnosztikus készítménye a

## **PTERIDIN korong és a LUESZ POZITIV KONTROLL SAVÓ**

A PTERIDIN korong a cholera vibriok gyors differenciálására szolgál. Szilárd táptalajon szelektíve gátolja a klasszikus és elbor biotípusú cholera vibriok növekedését, míg egyéb törzsek szaporodását nem gátolja. Az Országos Közegészségügyi Intézet cholera vibriok diagnosztizálására kiadott Módszertani Útmutatója szerint előírja a

## **PTERIDIN korongok**

használatát.

**Csomagolás:** 6 × 50 db. fiolában dobozolva.

**Tárolás:** 2–10 °C hőmérsékleten, száraz hűvös helyen.

**Ára:** 189,- Ft.

***Közvetlenül a Human Intézettől  
szerezhető be!***

A LIOFILEZETT LUESZ POZITIV KONTROLL SAVÓ pozitív kontrollként alkalmazva nagymértékben fokozza az összes luesz szerológiai reakciók értékelhetőségét.

**Csomagolás:** 1 ml ampullákban.

**Tárolás:** 2–10 °C hőmérsékletű, száraz helyen.

**Ára:** 33,- Ft.

***Közvetlenül a Human Intézettől  
szerezhető be!***



**HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ  
ÉS KUTATÓ INTÉZET**

Értékesítési Osztály

1107 Budapest, Szállás u. 5. Telefon: 284-773.

# GORDOX

## injekció

### 100 000 KIE

1 amp. (10 ml) 100 000 KIE trypsin-kallikrein inhibitor tartalmaz steril isotonias konyhasoldatban.

1 amp. (10 ml) 100 000 KIE trypsin-kallikrein inhibitor fermentet tartalmaz steril isotonias konyhasoldatban.

**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, nonspecifikus postoperatív parotitis. Angioneuroticus oedema. Súlyos shockos állapotok. Kiterjedt és mély szöveti sérülések. Elsődleges hyperfibrinolyticus vérzések és másodlagos hyperfibrinolytissal együtt járó elhasználási coagulopathia.

#### Præoperatív medicatióként:

A pancreas sebészetben, pancreasvizsgálat, sequesterectomia során, pancreas cysta és pancreas fej carcinoma extirpációjában, 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 gyógyintézet felhasználás céljaira.**

Csomagolás:

25 x 10 ml-es ampulla dobozban

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,  
BUDAPEST X.**

# EUNOCTIN

## tabletta

1 tabletta 10 mg nitrazepam.-ot tartalmaz.

**HATÁS:** A limbicus rendszeren, elsősorban a hippocampuson át ható altató, amely ezen központi idegrendszeri functionális központok ingerküszöbét emelve akadályozza az élettani alvást gátló emotionalis ingerek érvényre jutását, így elősegíti a physiológias 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 psychiátriai kórképek, fekvő-beteg-gyógyintézet kiegészítő kezelésére.

**ADAGOLÁS:** Felnőtteknek este  $\frac{1}{2}$ —1 tabletta (5—10 mg), idős, legyengült egyéneknek  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  tabletta (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 tabletta alkalmazása nem ajánlatos. Eunoctin bevétele után 10—12 óráig gépkocsit vezetni, magasban, veszélyes munkahelyen dolgozni nem lehet.

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

**COSMAGOLÁS:** 10 tabletta 11,90 Ft    200 tabletta 200,— Ft

**KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,  
BUDAPEST X.**



## Thrombosis és embolia által okozott acut peripheriás arteriás elzáródás

Orbán Imre dr. és Regős János dr.

Minden heveny peripheriás arteriás elzáródás az érintett végtag funkcióját, illetve életképességét, gyakran a beteg életét is veszélyezteti, ezért sürgős sebészi megoldást igényel. Heveny végtagverőér-elzáródáshoz számos ok vezethet (8, 27, 44). Az elzáródások jelentős része *embolia*, kisebb része degeneratív vagy gyulladáshoz társuló elváltozások talaján fellépő lokális *thrombosis*, illetve *sérülés* következtében jön létre (41, 49, 51).

Az arteriás *emboliák* leggyakoribb forrása a bal szívfél (7, 9, 11, 17, 27, 37, 49). Régebben főleg a rheumás szívbetegségek következtében észlelték (17, 49), az utóbbi időben a coronaria-erek sclerosisához, a szívizom degeneratív elváltozásaihoz, az ingervezető rendszer károsodásához társuló fali vagy pitvari thrombusokból keletkező emboliák gyakoribbak (6, 8, 11, 12, 13, 18, 27, 32, 38). Ritkábban keletkezik embolia szív- és érsebészeti beavatkozások után (4, 5, 33), aorta- vagy peripheriás aneurysmákból, illetve fali thrombusok, atheromatous plaque-ok leszakadása következtében (8, 18, 49), a venás oldalról nyitott foramen ovale mellett (paradox embolia [3, 16]) és a tüdő-venákból (18, 25, 49). Az esetek egy részében (4—26%) az embolus kiindulási helye nem állapítható meg (22, 26, 27, 43, 47, 51, 53). Az embolia mellett az *arteriás thrombosis* által okozott végtagverőér-elzáródás a leggyakoribb (27, 49). Ennek oka általában a sclerotikus intimán létrejövő szűkülethez társuló áramlási zavar (27). Heveny elzáródás *Deterling* (7) szerint a chronicus obliteratív érbetegségben szenvedők 10—30%-ában lép fel.

A *diagnosis* kifejezett ischaemia esetén könnyű. A hirtelen fellépő éles fájdalom, a sápadt, hűvös végtag, valamint az érzés- és mozgászavar biztosan mutatja az arteriás elzáródást. A tünetek kiterjedése, a nem tapintható peripheriás pulsusok alapján az elzáródás magassága is eldönthető, és arteriographiára, ill. egyéb kiegészítő vizsgálatra általában nincs is szükség. Annak eldöntése, hogy az elzáródást embolia vagy heveny arteriás thrombosis okozza, sokszor nehéz (46), és *Fogarty* (11) szerint az esetek 15%-ában nem is lehetséges. A lassúbb kialakulás, az anamnesisben szereplő claudicatio intermittens, hallható érzőerek vagy az ellenkező végtagon a peripheriás pulsus tapintásának hiánya a thrombosis gyanúját vetheti fel, különösen akkor, ha vitium és coronariasclerosis nem sze-

repel az anamnesisben (41). Kétes esetben ajánlatosabb elvégezni az arteriographiát, mely értékes segítséget nyújthat. Az ischaemiás állapot súlyossági fokát illetően különböző beosztások vannak (1, 27, 49). *Vollmar* (49) szerint mind klinikai, mind prognosztikai szempontból célszerű a heveny ischaemiákat két csoportba osztani, amely a súlyossági fokot is jelöli:

- fehér ischaemia. A végtag fehér, hűvös, a vénák kollabáltak;
- kék ischaemia. A végtag cyanotikus, a vénák mérsékelten teltek, és felemelkedéskor nem ürülnek ki.

Ez az állapot a capillarisok stagnációs thrombosisával, ill. a venás törzs elzáródásával magyarázható. Ez esetben még sikeres arteriás recanalisatio esetén is gyakrabban lép fel rethrombosis, ill. venás szövödmény. Súlyos kék ischaemia esetében célszerű a venás törzs átjárhatóságának ellenőrzése is. Az egyidejűleg fennálló mélyvénás elzáródást *Fogarty* (12) anyagának 80%-ában észlelte. Ilyen esetben szükséges az egyidejű venás thrombectomia elvégzése is. Súlyos ischaemia utáni recanalisatiót követően *Blaisdell és mtsai* (2) gyakran figyeltek meg tüdőszövödményeket, melyeket mikroembolisatióval magyarázták, és ezt kísérletesen is bizonyították.

### Kezelés

Minden acut végtagverőér-elzáródás sürgős műtéti beavatkozást igényel (11, 26, 43, 44, 47, 48, 50). Legjobb eredményei a korai, 6—8 órán belül elvégzett embolectomiáknak vannak (1, 19, 37, 44, 47). Az időfaktor azonban egyedül nem döntő, mert leirtak az elzáródás után több nappal, sőt több héttel is eredményes embolectomiákat (23, 24, 36, 46). A műtéti indiciót mindig a végtag állapota, életképessége szabja meg (47, 48). Ez több tényezőtől (collateralis keringés, secundaer thrombus kiterjedése, anticoagulans kezelés stb.) függ, amelyekben nem az időtényező a döntő. Az időfaktornak egyedül a teljes ischaemiájában van jelentősége (főleg sérülések után), mert viszonylag gyorsan vezet irreversibilis szöveti elváltozásokhoz.

Míg régebben a megterhelő direkt műtéti eljárásokat, majd később az indirekt eljárások egyes módszereit (szívás, retrograd flush: az elzárt arteria alsóbb szakaszának feltárása és alulról, nagy nyomással történő átfecskendezése az embolus vagy thrombus eltávolítására) alkalmazták, 1963 óta a *Fogarty*-katheter (10) bevezetésével a műtéti megoldás — az embolus és az appositio, illetve farok-thrombus eltávolítása — lényegesen leegyszerűsödött, és ezzel a műtéti megterhelés is a minimumra csökkent. A tipusos helyen helyi érzéstelenítésben végzett kis, haránt vagy hosszanti arteriotomiás nyílásból a catheterrel az embolus és az appositio, illetve farok-thrombus ortho-, ill. retrograd irányból könnyen eltávolítható. Distalisabb elzáródás esetén más eljárással is kombinálható (retrograd flush). Az arteriotomiás nyílás zárása ép arteriák esetén (embolectomia) direkt varrattal történik, scleroticus arteriák esetén vena-foltal történő fedése javasolt (46). E módszerrel a legjobb statisztikák szerint 90—95%-os eredményt értek el (11, 31, 48). A *Fogarty*-katheter hazai alkalmazásáról először *Löblovics és Markos* (30), majd *Soltész és mtsai* (45), *Rátkai és mtsai* (42), *Mátrai és Günther* (34), *Stefanics és mtsai* (47) és mások (14, 15) számoltak be.

A lokális thrombosis által okozott heveny végtag-  
verőér-elzáródások műtéti megoldása nem mindig egy-  
szerű. Az általában scleroticus szűkület alatt kialakult  
heveny thrombosis után egyrészt nem mindig lehetsé-  
ges, másrészt nem mindig eredményes a Fogarty-  
katheterrel végzett recanalisatio, ezért szükség lehet a  
nagyobb megterhelést igénylő thrombendarterectomiá-  
ra is. Ha az elzáródást biztosan thrombosis okozza,  
Vollmar (49) conservatív terapiát javasol, és recon-  
structiv műtétet csak később végez. Raithe (41) azo-  
kon a betegekben, akiken műtéti contraindicatio nem  
áll fenn, elvégzi a thrombendarterectomiát, mely után  
a rethrombosis előfordulásának gyakoriságát lényege-  
sen kisebbnek találta. Acut arteriás thrombosis esetén,  
ha az ischaemia nem súlyos, ajánlatos megkísérelni a  
konzervatív kezelést, a műtét csak akkor javallt, ha a  
fenti kezeléssel a végtag nem menthető meg.

A keringés időben történő helyreállítása esetén  
a végtag állapota gyorsan rendeződik. Súlyos, előre-  
haladott ischaemia műtéti megoldása után [késői  
thrombectomia, ill. embolectomia: Netzer (37) stb.]  
bizonyos esetekben a keringés újraindítása súlyos  
általános és lokális elváltozáshoz vezethet, ezért az  
ún. „késői stádium” felismerése és megfelelő keze-  
lése rendkívül fontos. Klinikailag ezt az állapotot a  
súlyos fájdalom, az aktív mozgás megszűnése, izü-  
leti és egy vagy több izomcsoportra kiterjedő izom-  
contractura (rigor mortis) jelöli (18). Ez pathophy-  
siologailag az ischaemia következtében meginduló  
rhabdomyolysisnek felel meg. A klinikai kép alap-  
ján — mely még nem utal nyilvánvaló, kiterjedt  
szöveti necrosisra — a recanalisatio lehetősége  
adottnak látszik, de súlyos következményekkel jár-  
hat. Ilyen esetekben Löblovics (29) a szöveti élet-  
képesség megítélésére sikerrel alkalmazta a négy-  
szögáramú elektromos ingerlő készüléket. A súlyos  
ischaemiás végtagon végzett sikeres keringés-  
helyreállítás után azonban az ischaemiás izomtö-  
megből a keringésbe kerülő anaerob anyagcsere-  
termékek, nagy mennyiségű kálium és myoglobin  
heveny acidosishoz, hyperkalaemiához, myoglobin-  
uriához, lokálisan nagyfokú oedemához vezethet.  
Ennek következtében a betegen súlyos, a crush syn-  
dromához nagyon hasonló tünetegyüttes (revascula-  
risatiós syndroma) alakulhat ki, ami a beteg életét  
is veszélyezteti (18, 28, 52). A keringés helyreállí-  
tása ilyen esetekben kockázatosnak látszik, ezért  
egyes szerzők (18, 28, 32, 47) az amputatiót elke-  
rülhetetlennek tartják. Moore és Blaisdell (35) ha-  
sonló esetekben csak anticoagulans kezelést java-  
solnak. Mások (37, 52) megfelelő praeventív és the-  
rapiás eljárások alkalmazása mellett (alkalinizálás,  
a distalis arteria-szakaszba fecskendezett THAM,  
volumenpótlás, fasciotomia stb.) a recanalisatiót el-  
végzik. Fenti syndromát illetően utalunk e kérdé-  
ssel részletesen foglalkozó közleményünkre is (40).

### Saját anyag

Klinikánkon 1967. január 1.—1973. december 31.  
között 62 betegen 69 heveny peripheriás arteriás elzá-  
ródást operáltunk meg. A betegek közül 39 nő és 23  
férfi volt, életkoruk 24—86 év között változott, közü-  
lük 35 volt 60 év felett.

A mitralis vitium következményeként keletkezett  
emboliák száma anyagunkban is viszonylag alacsony, és  
emelkedettebb a coronaria sclerosos, ill. a degeneratív  
szívizom-elváltozások talaján keletkezett emboliák szá-  
ma. Multiplex (peripheriás + visceralis) emboliát 4  
esetben észleltünk. Peripheriás arteriás thrombosis ál-

tal okozott heveny végtag-ischaemia 13 esetben fordult  
elő, közülük nyolcban arteriosclerosis obliterans, há-  
romban peripheriás arteriás aneurysma következmé-  
nyeként lépett fel, kettőben a kiváltó okot nem sike-  
rült megállapítani.

Heberer (20) gyűjtőstatisztikája szerint a végtag-  
verőér-emboliák 87%-ban érintik az alsó és 13%-ban  
a felső végtagot. Anyagunkban ez 90, ill. 10%-nak felel  
meg. Az alsó végtagokon főleg az arteria femoralis el-  
záródása a leggyakoribb (11, 26, 31, 32), ezt betegeink  
48,4%-ában észleltük (1. táblázat).

1. táblázat  
A 62 arteriás thrombosis és embolia  
localisatioja

Aorta bifurcatio ..	5
A. iliaca .....	12
A. femoralis .....	30
A. poplitea .....	9
A. subclavia .....	2
A. axillaris .....	3
A. brachialis .....	1
Összesen: .....	62

### Eredményeink

1968. június 30-ig csak direkt műtétet végez-  
tünk. Összehasonlító eredményeinket a 2. táblázat-  
ban tüntettük fel.

2. táblázat  
62 betegen végzett 69 peripheriás arteriás thrombectomia és  
embolectomia műtéti eredményei

Műtét	Szám	Sike- res	Sikertelen	Amp.	Meghalt
Direkt	14 betegen 17 műtét	9	7 betegen 8 műtét	6	6 beteg
Indirekt	48 betegen 52 műtét	37	12 betegen 15 műtét	11	13 beteg

Sikeres műtéteink száma a katéter-technika  
bevezetése óta 18%-kal emelkedett, és a műtéti  
mortalitás a betegekre vonatkoztatva 15%-kal csök-  
kent.

A 3. táblázaton az elzáródás és a műtét között  
eltelt idő alapján elemezzük a sikeres eseteink  
számát.

3. táblázat  
69 peripheriás arteriás thrombectomia és embolectomia műtéti  
eredményei a tünetek jelentkezése és a műtét elvégzése között  
eltelt idő függvényében

Órák száma	Direkt műtétek		Indirekt műtétek	
	száma	sikeres	száma	sikeres
0—6	7	5	20	18
6—12	5	3	13	10
12—24	2	1	7	5
24—48	2	—	6	2
48 felett	1	—	6	3
Összesen	17	9	52	38

Amíg a direkt műtéti csoportból a 24 órán túl operáltak közül sikeres esetünk nem volt, addig a 12 indirekt módszerrel operált beteg közül ötben sikerült a végtagot megmenteni.

A műtéti eredményeket nagymértékben befolyásolja az érintett végtag ereinek állapota is (27, 37, 39, 47). Előrehaladott arteriosclerosist 40 betegben (64%) találtunk, ezek közül 13 esetben volt szükség amputációra (32%), a viszonylag ép érrendszerrel bírók közül csak négy betegben (18%). A 17 amputált beteg közül tízben arteriás thrombosis miatt történt thrombectomia. Két másik arteriás thrombosis esetében végleges megoldást, a szűkületet okozó plaque eltávolítását, illetve bypass műtétet végeztünk. Mindkét betegben a műtét eredményes volt. Olivier (39) szerint thrombosis okozta heveny végtag-ischaeмиák kezelésében csak végleges megoldással (thrombendarteriectomia, bypass) érhetünk el jó eredményeket. A Vollmar-féle súlyossági felosztást követve, lényeges eltérést találtunk a vénás thromboemboliás szövödmények gyakoriságában a két csoport között. A halálokokat és az életben maradt betegek szövödményeit elemezve azt találtuk, hogy amíg a kék ischaemiás csoportban 42%-ban fordultak elő vénás szövödmények (thrombophlebitis, mélyvénás thrombosis, tüdőembolia), addig a fehér ischaemiás csoportban csak 17%-ban (4. táblázat).

19 betegünket vesztettük el (30,6%). Halálokok analízisekor feltűnő, hogy az arteriás thromboemboliás betegek súlyos cardialis és általános állapota és alapbetegsége miatt oly gyakori keringési elégtelenség mellett ugyanolyan arányban fordult elő a vénás thromboemboliás szövödmény okozta halálok, a tüdőembolia! Ez a tény a thrombosis prophylaxis fontosságát és szükségességét húzza alá a műtét előtt és után, különösen a súlyos, ún. kék ischaemiás csoportban. A halálozást lényegesen befolyásolja a reoperatio, és az eredménytelen thrombectomiát és embolectomiát követő amputatio, mely súlyosan megterheli az amúgy is rossz

általános állapotban levő beteget. Amputatiót követően négy beteget vesztettünk el.

### Megbeszélés

A heveny arteriás thrombosis és emboliás elzáródás kezelésében legfontosabb az időben történő recanalisatio. A végtag sorsának eldöntésében a secundaer thrombosisnak is döntő szerepe van. A direkt thrombectomiák és embolectomiák sikertelenségének gyakorisága is ezzel magyarázható, ui. 10—12 óra elteltével a secundaer thrombus e módszerrel nem mindig távolítható el. Az anyagunkban előfordult öt, 12 órán túli, direkt úton végzett thrombectomiából és embolectomiából csak egy volt sikeres. A Fogarty-katheter alkalmazásával a secundaer thrombusok is könnyen eltávolíthatók, ezért a műtéti eredmények is jobbak. Régebbi, a falhoz szívósan tapadó thrombus leválasztása a Vollmar-féle gyűrűs szonda alkalmazásával sikerülhet, esetleg több nappal az elzáródás után is. Más a helyzet akkor, ha a secundaer thrombosis a kiserekre is kiterjed, mert ez esetben az arteriás törzs recanalisatiója ellenére sem érünk el eredményt. Ezért igen fontos a secundaer thrombosis lehetőségének csökkentése, ill. megakadályozása, ami a diagnosis felállításakor azonnal, iv. alkalmazott 5—10 000 E Heparinnal biztosítható, hiszen a diagnosis felállítása és a műtét elvégzése között esetleg még órák telhetnek el! Sajnos, a betegek legnagyobb része még ma sem érkezik érsebészeti osztályra Heparin adása után. A thrombectomia vagy embolectomia elvégzése után is fontos a lokális thrombosis kivédése, és az újbóli elzáródás megelőzése, ezért a postoperatív szakban is nagy jelentősége van az anticoagulans kezelésnek. A microcirculatio javítására a műtét alatt és után Rheomacrodexet adunk, majd 24 óra elteltével Heparin, ill. Syncumar kezelést kezdünk, amennyiben annak nincs kontraindicatiója, és ezt szükség esetén évekig is folytatjuk (pitvar-fibrillatio, vitiumos betegek). A

4. táblázat

A sikertelen esetek, a halálokok és a túlélők szövödményei az ischaemia súlyossága szerint

Direkt műtét	14* 17**	Amp.	Meghalt	Halálok	Életben maradtakon szövödmény
Fehér ischaemia	8 9	3	1	mesent. thromb.	1 vérzés
Kék ischaemia	6 8	3	5	2 embolia pulm. 2 keringési elégtelenség 1 mesent. thromb.	1 suppuratio
Indirekt műtét	48* 52**				
Fehér ischaemia	29 30	5	7	1 embolia pulm. 4 keringési elégtelenség 1 mesent. thromb. 1 pneumonia	2 embolia pulm. 2 thrombophlebitis 1 bronchopneum. 1 vérzés
Kék ischaemia	19 22	6	6	4 embolia pulm. 1 keringési elégtelenség 1 infarctus myocardii	4 suppuratio 3 mély vénás thr. 1 thrombophlebitis 1 revasc. syndroma 1 suppuratio

\* = betegek száma  
\*\* = műtétek száma

prae- és postoperatív szakban esetleg fellépő vasospasmust sympathicus blokáddal, ill. értágítókkal oldjuk. Betegeink közül 22-ben alkalmaztunk tartós anticoagulans kezelést, háromban a direkt, 19-ben az indirekt módszerrel operáltak közül.

Az arteriális emboliák kezelésében a Fogarty-katheter alkalmazása eredményeink szerint is kétségtelenül technikai haladást jelent, azonban a scleroticus erekben fellépő heveny arteriális thrombosis kezelésében az eredmények javulása nem észlelhető. Az általunk Fogarty-katheterrel operált 13 arteriális thrombosis esetből a thrombectomia csak egy betegen volt sikeres, 10-en a rethrombosis és következményes gangraena miatt amputációt kellett végezni. Két betegen, akiken végleges megoldást alkalmaztunk, a műtét sikerrel járt. Heveny arteriális thrombosisok esetében a műtét eredmények javulása csak az egy ülésben végzett végleges megoldástól (thrombendarteriectomia, bypass műtét) várható, ezért még a műtét előtt pontos diagnózisra kell törekedni. Már a gyanú felmerülése esetén el kell végezni a praeoperatív angiographiát és pozitív esetben, súlyos ischaemiában, ha a beteg állapota megengedi, rekonstruktív műtétet kell végezni. Ha műtét közben derül ki, hogy arteriális thrombosis állunk szemben, peroperatív angiographiával kell tisztázni a műtét megoldás lehetőségét, és annak megfelelően kell eljárni.

A fentebb már említett revascularis syndroma szövödményét (4. táblázat) egy esetben észleltük.

Annak ellenére, hogy a heveny arteriális thrombosis miatt operált betegen az a femoralis superficialis és profunda femoris thrombectomiát a heveny ischaemiás tünetek fellépte után 4 órán belül elvégeztük, az eredménytelennek bizonyult. A súlyosan arterioscleroticus, nephroscleroticus, fixált hypertoniás fiatal betegen, az a femoralis superficialis eredménytelen thrombectomiája ellenére masszív myoglobinuria (0,20 g%) lépett fel, még az amputatio előtt. Az azonnal alkalmazott Na-bicarbonat kezelés mellett a vizeletmennyiség néhány napon át csökkent maradt (400 ml), az RN enyhén emelkedett (45 mg%). A postoperatív 4. naptól kezdve a myoglobinuria megszűnt, a vizeletmennyiség és az RN normalizálódott. A megfelelő kezelés mellett az alapteregségből eredő súlyos veseelváltozás a masszív myoglobinuria ellenére sem romlott. Feltételezzük, hogy a syndroma kialakulásához az a, profunda femoris eredményes recanalizációjára vezetett.

Az a tény, hogy a beteg *kellő időben* került műtetre, és a revascularisatiós syndroma tünetei mégis felléptek, azt bizonyítja, hogy mindig figyelembe kell venni az *ischaemia súlyosságát* az időtényezőtől függetlenül is. A tünetegyüttes felismerésével és a megfelelő időben és módon alkalmazott terapiával az általában súlyos következmények kivédhetők.

Tapasztalataink szerint a heveny peripheriális arteriális emboliák műtét kezelése során a Fogarty-katheter alkalmazása jelentős haladást jelent. Ezáltal a műtét megoldás egyszerűbbé vált, és a műtét megterhelés is lényegesen csökkent. A heveny arteriális thrombosis esetében az eredmények javítása érdekében gyakrabban kell törekedni végleges műtét megoldásra.

**Összefoglalás.** Szerzők 62 betegen végzett 69 peripheriális és arteriális thrombectomia és embolectomia eredményéről számolnak be. Az elzáródást 49 esetben embolia, 13-ban thrombosis okozta. 17 műtétet direkt, 52-t indirekt módszerrel operáltak, és összehasonlítják műtét eredményeiket. A direkt módszerrel 9 esetben, a Fogarty-katheterrel viszont 38 esetben végeztek sikeres műtétet, és a mortalitás 15%-os csökkenését észlelték.

**IRODALOM:** 1. Billig, D. M., Hallmann, G. L., Cooley, D. A.: Arch. Surg. 1967, 95, 1. — 2. Blaisdell, F. W. és mtsai: Arch. Surg. 1966, 93, 776. — 3. Bouchet, A., Bousquet, G.: Ann. Chir. 1968, 22, 1364. — 4. Brewer, L. A.: Prosthetic heart valves. C. C. Thomas, Springfield. 1969, 838. — 5. Cooley, D. A. (ed.): Brewer, L. A.: Prosthetic heart valves.) C. C. Thomas, Springfield, 1969, 530. — 6. Darling, R. C., Austen, W. G., Linton, R. R.: Surg. Gynec. Obstet. 1967, 124, 106. — 7. Deterling, R. A. jr.: Surg. Clin. N. Amer. 1966, 46, 587. — 8. Edwards, E. A.: JAMA. 1973, 223, 909. — 9. Edwards, E. A., Tilney, N. L., Lindquist, R. R.: JAMA. 1966, 196, 133. — 10. Fogarty, T. J. és mtsai: Surg. Gynec. Obstet. 1963, 116, 241. — 11. Fogarty, T. J. és mtsai: Am. J. Surg. 1971, 122, 231. — 12. Fogarty, T. J.: Complications of arterial embolectomy. In: Beebe, H. G.: (ed.): Complications of vascular surgery. J. B. Lippincott Co., Philadelphia—Toronto, 1973, 95. — 13. Fontaine, R. és mtsai: Arch. Mal. Coeur. 1968, 61, 361. — 14. Fontányi S., Rózsa J.: Magy. Seb. 1970, 23, 380. — 15. Frank J., Turbók E.: Orv. Hetil. 1970, 111, 854. — 16. Gill, T., Dammin, G. J.: Amer. J. Med. 1958, 25, 780. — 17. Haimovici, H.: Angiology. 1950, 1, 20. — 18. Haimovici, H.: The surgical treatment of vascular diseases. Lippincott, Philadelphia—Toronto, 1970, 71. — 19. Hamer, J. B.: Brit. J. Surg. 1972, 59, 313. — 20. Heberer, G., Kristen, H.: Therapiewoche. 1965, 5, 217. — 21. Hehrlein, F. W., Mulch, J., Hermann, H.: Dtsch. med. Wschr. 1971, 96, 1489. — 22. Hoferichter, J.: Med. Klin. 1968, 63, 302. — 23. Jackson, B. B.: Surgery. 1964, 57, 358. — 24. Karageorgis, B., Milingos, S.: J. Cardiovasc. Surg. 1963, 4, 312. — 25. Kiss T., Tekerés M.: Magy. Seb. 1967, 20, 364. — 26. Kremer, K., Merguet, H.: Langenbeck's Arch. klin. Chir. 1972, 332, 301. — 27. Kukral, J. C., Paulissian, E. B.: Surg. Clin. N. Amer. 1972, 52, 125. — 28. Larcán, A. és mtsai: J. Cardiovasc. Surg. 1973, 14, 609. — 29. Löblovics I.: Kandidátusi disszertáció, Budapest, 1968. — 30. Löblovics I., Markos Gy.: Magy. Seb. 1967, 20, 371. — 31. Löblovics I. és mtsai: Magy. Seb. 1970, 23, 81. — 32. Mac Gowan, W. A. L., Mooneram, R.: Brit. J. Surg. 1973, 60, 894. — 33. Makin, G. S.: Brit. J. Surg. 1967, 54, 650. — 34. Mátrai T., Gunther T.: Orv. Hetil. 1971, 112, 2947. — 35. Moore, W. S., Blaisdell, F. W.: Curr. probl. Surg. Nov. 1973. — 36. Morris, W. T.: Brit. Med. J. 1972, 3, 631. — 37. Netzer, C. O.: Münch. med. Wschr. 1969, 111, 2142. — 38. Nielsen, B. L., Soholt, P. B., Sorensen, H. R.: J. Am. Geriat. Soc. 1967, 15, 322. — 39. Olivier, Cl.: J. Chir. 1974, 107, 71. — 40. Orbán I. és mtsai: Magy. Seb. 1974, 27, 158. — 41. Raithel, D.: Med. Klin. 1973, 68, 749. — 42. Rátkai I., Dlustus B., Drexler M.: Magy. Seb. 1970, 23, 383. — 43. Schriber, K. és mtsai: Thoraxchir. 1970, 18, 465. — 44. Slaney, G.: Proc. Roy. Soc. Med. 1973, 66, 205. — 45. Soltész L. és mtsai: Magy. Seb. 1968, 21, 9. — 46. Staudacher, M.: Chirurrg. 1971, 42, 421. — 47. Stefanics J. és mtsai: Orvosképzés. 1972, 47, 105. — 48. Thompson, J. E. és mtsai: Surgery. 1970, 67, 212. — 49. Vollmar, J.: Rekonstruktive Chirurgie der Arterien. Thieme Vlg., Stuttgart, 1967, 192. — 50. Vollmar, J., Laubach, K., Gruss, J. D.: Dtsch. med. Wschr. 1969, 94, 2315. — 51. Wilms, H., Spillner, G., Schlosser, V.: Med. Klin. 1973, 68, 952. — 52. Winninger, A. L.: Gaz. Med. France. 1973, 80, 2863. — 53. Young, J. R. és mtsai: JAMA. 1963, 185, 621.

Pécsi Orvostudományi Egyetem,  
Ideg-Elme Klinika (igazgató: Pálffy György dr.)  
és Gyermekklinika (igazgató: Varga Ferenc dr.)

## XX/XXX mozaicizmus és YY syndroma két pszichiátriai eset kapcsán

Trixler Mátyás dr., Kosztolányi György dr.  
és Méhes Károly dr.

*De Grouchy és mtsai* (10) 1961-ben írták le először a 46,XX/47,XXX mozaicizmust. Az általuk közölt beteg, aki klinikailag Stein—Leventhal-syndromának felelt meg, psychopathológiai vonatkozásban nem került ismertetésre. Az azóta eltelt időben *Worling* (28) 1968-ban közölt pszichiátriai megbetegedéssel társult XX/XXX mozaicizmust, valamint több közlemény jelent meg a plusz X chromosoma rendellenességhez társult psychés elváltozásokról. 1965—66 óta nőtt meg az érdeklődés a *Sandberg és mtsai* (26) által 1961-ben leírt 47,XYX syndroma iránt, *Jacobs* (15), *Casey* (7), *Price* (23) és mtsaik közleményei nyomán. Magas termetű, mentálisan subnormális, agresszív bűnözők körében feltűnően magas százalékban találtak YY syndromát. Jóval kevesebb azon esetek száma, amelyekben az YY syndroma és schizoprenia társulása fordul elő (1, 3, 19). Az alábbiakban beszámolunk egy XX/XXX mozaicizmusról, amelyben Stein—Leventhal-syndroma volt észlelhető, valamint egy schizopreniával társult YY syndromáról. A hazai irodalomban közölt esetek kis száma (6, 17, 18), valamint psychopathológiai vonatkozásaik miatt tartjuk őket közlésre érdemesnek.

### Esetismertetések

**1. beteg.** A családban apai ágon egy-egy öngyilkos, homoszexuális és schizopren, anyai ágon egy gyengeelméjű fordult elő. Születése normális lefolyású volt. 12 éves kora óta magasabb kortársainál. 13 éves kora óta menstruál, vérzése rendetlen. Kb. ez idő óta mk. alsó végtagján kifejezett szőrnövést jelentkezett. Mintegy 25 éves kora óta vannak gerincfájdalmi, majd izomgörcsök jelentkeztek végtagjaiban, melyeket viharos, dobáló, csavaró túlmozgások kísértek. Panaszaihoz később tarkótáji nyomás, szédülés, sírógörcs társult, melyek miatt munkáját sem tudta végezni.

**Felvételi status:** kifejezetten magas növésű (186 cm), az arcon, az alsó végtagokon nagyfokú szőrnövést, az emlők jól fejlettek, a fanszőrzet azonban masculin

jellegű. Belsőszervileg negatív, organicus idegrendszeri kórjele nem volt. Myoclonusra, máskor choreiform mozgásra emlékeztető hyperkinesis volt időnként megfigyelhető, mely psychogennek bizonyult. Psychésen demonstratív magatartás, részben infantilis vonások, határozott betegségtudat jellemezte. *Intelligentia-vizsgálatkor* iskolai végzettségének, foglalkozásának megfelelő eredményt nyújtott. A *Rorschach*-teszten a sexualitás elutasítása, alkalmazkodási nehézségek, neurosisra hajlamos személyiségkép voltak felismerhetők. Az anyai jellemzés szerint gyermekkorában jó kedélyű, barátkozó természetű volt, azonban a pubertás után, feltűnően magas alkata miatt, több megjegyzésnek volt kitéve, ami nagyon bántotta. Egy barátnőtől eltekintve nem tudott senkivel sem közelebbi kapcsolatot létesíteni, férfítársasága nem volt, fokozatosan elszigetelődött. A beteg szülei elváltak, édesanyjával él együtt. Az anya domináló, agresszív, irányítani vágyó személyiség, emiatt az anyával való kapcsolata fokozatosan megromlott, tőle érzelmileg elhidegült.

Az ionogramm, liquor normális, az EMG és EEG vizsgálatokkal kóros eltérést nem találtunk. Az endokrinológiai vizsgálatok eredményeit az 1. táblázaton kö-

1. táblázat

A XX/XXX mozaik beteg endokrinológiai vizsgálatának eredményei

	alap	Jayle szerinti terhelés után
oestrogen . . . . .	2,5 ug/24 <sup>h</sup> vizelet	2,5 ug/24 <sup>h</sup> vizelet
oestriol . . . . .	8,0 ug/24 <sup>h</sup> vizelet	4,0 ug/24 <sup>h</sup> vizelet
oestradiol . . . . .	4,0 ug/24 <sup>h</sup> vizelet	— ug/24 <sup>h</sup> vizelet
összesen . . . . .	14,5 ug/24 <sup>h</sup> vizelet	6,5 ug/24 <sup>h</sup> vizelet
pregnandiol . . . . .	2,7 mg/24 <sup>h</sup> vizelet	2,7 mg/24 <sup>h</sup> vizelet
17-ketosteroid . . . . .	4,4 mg/24 <sup>h</sup> vizelet	5,4 mg/24 <sup>h</sup> vizelet
androsteron . . . . .	1,6 mg/24 <sup>h</sup> vizelet	1,4 mg/24 <sup>h</sup> vizelet
etioholanolon . . . . .	2,0 mg/24 <sup>h</sup> vizelet	1,6 mg/24 <sup>h</sup> vizelet

zöljük. Az eredmények alapján a beteg ciklusa monofázisos, a hirsutismus ovarialis eredetűnek tekinthető. A vizsgálati eredmények Stein—Leventhal-syndromával összhangban állanak.

### Cytogenetikai vizsgálatok:

**Sexchromatin vizsgálat:** a buccalis nyálkahártya-kenetek sejtmagjai közül thionin festéssel 35%-ban láttunk női nemi chromatint (Barr-test), ebből 8% ketős női nemi chromatint tartalmazott.

**Chromosoma-vizsgálat:** peripheriás vér lymphocita-tenyésztéssel 15 mitosist tudtunk elemezni. Ezek közül 9 esetben normális női 46,XX karyotípust kaptunk, a további 6 mitosisban 47 chromosoma volt, két esetben világosan felismerhető triplo-X szerkezettel. A fentiek alapján 46,XX/47,XXX mozaicizmust állapítottunk meg.

A beteg *dermatoglyph* képe szintén a triplo-X sejtvonal jelenlétére utal. A jobb kéz I. ujján ulnaris hurok, a II—V-en ív, a bal kéz I. és V. ujján ulnaris hurok, a II—IV-en ív volt megfigyelhető. Az összredőszám igen alacsony (TRC):12.

**2. beteg:** hatgyermekes cigány családból származik, a hiányos családi adatok alapján a családban kóros eltérés nem volt. Szülei a beteg gyermekkorában meghaltak, testvérei nevelték. 5 gyógypedagógiai osztályt végzett, írni, olvasni tud. 2 évig volt nős, majd 4 hónapig élettársi viszonyban élt, gyermeke nem született. 30 éves korában verekedés miatt 3 évig börtönben volt. A börtönben már voltak „ideges” panaszai, emiatt magánzárkában tartották. Szabadulása után furcsán viselkedett, majd nagyzasos téveseszmék, agresszív magatartás miatt rövidesen elmeosztályi felvételt vált szükségessé. Azóta több ízben kezelték különböző

elmeosztályokon, azonban elbocsátása után röviddel pszichésen decompensálódott, emiatt újabb felvételek, végül elme szociális otthoni elhelyezés vált szükségessé.

**Felvételi status:** alacsony termetű (158 cm), a fanszörzet, a külső nemi szervek normálisak. Belsőleg negatív, idegrendszeri eltérések, enyhe faciális aszimmetriától eltekintve, nem volt. Psychésen: mentálisan elmaradott, affectiv élete szegényes, elsivárodott. Gondolkodása incoherens, megalomaniás, vonatkoztatásos, üldöztetési, mérgeztetési, fizikai befolyásoltatásos téveszmék explorálhatók. Időnként depersonalisációs megnyilvánulások, acusticus hallucinációk is megfigyelhetők. Betegségelátása nincs, magatartása fenyegető, agresszív. **Intelligentia-vizsgálat** (MAWI): VQ: 69, PQ: 62, IQ: 63. A **Rorschach-test** alapján értelmi fogyatékos, beszűkült érdeklődésű. Önmaga felé fordult, autisztikus beállítottság, csökkent elaborációs készség, sívár lelki élet, stereotypia jellemzi.

Az ionogramm normális, 17-ketosteroid ürítés: 12,4, illetve 16,8 mg/24 óra a vizeletben. Az EEG vizsgálaton mérsékelt fokú, diffúz működészavar volt észlelhető, mely elsősorban a frontális és centro-temporális régiókat érinti oldaltúlsúly nélkül.

#### **Cytoгенetikai vizsgálatok:**

**Sexchromatin vizsgálat:** a peripheriás vérkenet fluorescens vizsgálatával a lymphocyták 42%-ában egy, 15%-ában két férfi nemi chromatint (Y-test) észleltünk.

**Chromosoma-vizsgálat:** a peripheriás vér lymphocyta-tenyésztés során a 10 elemezhető mitosis mind-egyikében 47 chromosomát találtunk. A négy kifényképezett karyotípusban a plusz chromosoma a G—Y csoporthoz tartozó kicsiny akrocentrikusnak bizonyult. A klinikai kép alapján a Down-kór lehetősége kizárható, a nyugalmi magok 15%-ában észlelt két férfi nemi chromatin (Y-test) alapján a karyotípust 47,XYX-nak tartjuk. A beteg **dermatoglyph** rajzolata: a jobb kéz I—II. és IV. ujján örvény, a III. és V. ujjon ulnaris hurok, a bal kéz I—II. ujján örvény, a III—IV. ujjon ulnaris hurok volt észlelhető. Az összedőszám (TRC): 210. Az „atd” szög j. o. 50°, b. o. 49°.

#### **Megbeszélés**

A XX/XXX mozaik betegünk a hirsutismus, a dysmenorrhoeás panaszok, az anovulációs vérzés alapján klinikailag Stein—Leventhal-syndromának felel meg. Ebben a vonatkozásban feltűnő hasonlóságot mutat *De Grouchy és mtsai* (10) eredeti esetéhez. Ők a Stein—Leventhal-syndromát mint a chromosoma-rendellenesség aktuális phenotypusos megnyilvánulását fogták fel. Alig vannak irodalmi adatok az ilyen betegek magasságára vonatkozóan. *De Grouchy* (10) betege 165 cm magas volt, *Worling* (28) nem közöl adatot betegének magasságáról. Valószínűnek látszik, hogy esetünkben a feltűnő testmagasság nem függ össze a nemi chromosoma-rendellenességgel, hanem örökölt alkati tulajdonságról van szó. Ezt alátámasztja, hogy mindkét szülő magas, az apa 192 cm, az anya 174 cm. Bár az eredeti közlemény psychopathológiai leírást nem tartalmazott, újabban több közlemény (5, 12, 16, 25) is foglalkozik a triplo-X syndroma psychiatriai vonatkozásaival. Elsősorban a schizophrén nőbetegek körében végzett vizsgálatok érdemelnek itt figyelmet; ugyanis az X chromosoma-rendellenesség ezek között az átlagnál jóval nagyobb gyakorisággal, *Polani* (5) szerint ötször olyan gyakran fordul elő. Érdekességgel bír *Filippov* (12) közleménye, miszerint 1333 schizophrén nőbeteg közül 6-ban találtak X chromosoma-rendellenességet, melyek közül 3 XX/XXX mozaik volt. Az általunk észlelt beteg schizophrén jegyek nem voltak

megfigyelhetők. *Kidd és mtsai* (16) 22 triplo-X syndromás beteg psychológiai vizsgálatát végezték el kontroll csoporttal összehasonlítva. Megállapításaik szerint a triplo-X syndromás betegek között szignifikánsan nagyobb zavar volt észlelhető az interpersonális kapcsolatok és a szociális fejlődés területén. A mentális elmaradottság nem volt állandó kísérője a triplo-X állapotnak. A *Worling* (28) által ismertetett XX/XXX mozaik beteg a gyermekkortól kezdődően kimutatható az interpersonális kapcsolatteremtés zavara, idősebb korában pedig paranoid, illetve depressziós állapot kialakulása miatt elmeosztályi kezelésre volt szükség. Esetünkben a pubertást követő időszakról figyelhető meg az interpersonális kapcsolatok területén zavar, mely végül a beteg izolálódásához vezetett. Súlyosbította mindezt az anyától való érzelmi eltávolodás. A beteg magas alkata, amely miatt környezetével számos conflictusnak volt kitéve, az előbbieket mellett szintén közrejátszott a psychoreactiv kép kialakulásában. Betegünk intellektusa a normális átlagnak mindenben megfelelt, inkább átlagon felülnek tekinthető. Eltér ebben a vonatkozásban mind *Worling* (28) esetétől, ahol a normális alsó határán levő intelligentia volt megállapítható, mind *Kiss és mtsai* (17) által említett, mentálisan retardált XX/XXX mozaiktól.

A dermatoglyph kép, az irodalmi adatokkal egybehangzóan (22) a feltűnően sok ívminta és az igen alacsony összedőszám (TRC) alapján az X chromosoma számbeli megnövekedésére utal.

Az XYY syndroma elsősorban cytoгенetikailag definiált, klinikailag még nem egységesen jellemzett (22). Legállandóbb tünetének a betegeknek az átlagot jóval meghaladó, rendszerint 180 cm feletti magasságát tartják. *Bargaonkar és mtsai* (4) fiatalkorú bűnözők vizsgálati alapján azonban nem észlelték egyértelmű összefüggést az YY állapot és a testmagasság között. *Kovács és mtsai* (18) fiatalkorú YY syndromás betege 180 cm magasságú, *Boda és mtsai* (6) által ismertetett XY/XYY mozaik pedig 176 cm-es volt. YY syndromás betegünk az átlag alatti, 158 cm-es magasságával érdekes kivételt képez.

A korábban más szerzők által leírt (8, 11, 19, 24) különböző fejlődési rendellenességek, mint a testicularis fejlődés zavara, congenitális szívbetegség, genu varum, varicositas, adenoma, myopia YY syndromás betegünkön nem voltak észlelhetők. *Daly* (9) 12 YY syndromás beteg neurológiai vizsgálata során 11 esetben talált eltérést. Ezek elsősorban intentiós tremor, végtag-ataxia, adiadochokinesis, ritkábban reflex-anomalia, convulsiv megnyilvánulások voltak. Más szerzők (14) szintén észlelték intentiós tremort, illetve dorsalflexiót, ezt azonban nem tartották jellemzőnek. Hasonlóan az irodalmi adatok nagy többségéhez, YY syndromás betegünkön neurológiai eltérés nem volt. Kérdéses az EEG eltérések értékelése. Több közleményben számoltak be rendszerint enyhe, nem egységes EEG-s elváltozásokról. Tekintettel arra, hogy betegünk több ízben kapott electroconvulsiv és insulincoma kezelést, a leírt EEG-s elváltozások posthypoxiás lehetőségével is számolni kell.

*Sandberg és mtsainak* (26) eredeti közleménye

Szerző	Közlés éve	A vizsgált betegek sz.	Átlag	Határérték
Abdullah S. és mtsai...	1969	1	83	
Nielsen J. ....	1969	8	99	93—120
Falek A. és mtsai .....	1970	1	86	
Clark G. R. és mtsai ..	1970	7	84	52—103
Griffiths A. W. és mtsai	1971	9	95	
Rainer J. D. és mtsai	1972	2	81	80—83
Saját észlelés .....	1974	1	63	

átlagos intelligenciát említ. A közlemények zömében azonban subnormális intelligenciáról írnak (8, 21, 24). A normális átlagtól való eltérés többnyire nem nagy és nem egy esetben észleltek átlagon felüli intellektust is (8, 20, 21). Az alábbiakban irodalmi adatokból összeállított táblázaton közöljük a Wechsler szerinti intelligencia-hányadosokat és összehasonlítjuk saját esetünkkel (2. táblázat). Itt jegyezzük meg, hogy Boda és mtsai (6) által közölt XY/YYY mozaik beteg intellektusa inkább az átlagnál jobbnak vehető.

Jacobs és mtsai (15) vizsgálatai óta terjedt el az irodalomban, talán kissé megalapozatlanul, az a felfogás, miszerint az agresszivitás, a bűnözésre való hajlam az YY syndromára jellemző tulajdonság. Ezt az utóbbi években végzett vizsgálatok alapján több szerző (8, 27) is cáfolja. Találkozhatunk az irodalomban olyan felfogással is, hogy az YY syndromások agresszivitása az esetleges mentális retardációjukkal függ össze. Nagyon figyelemre méltóak azok a szociálpszichiátriai adatok (19), melyek szerint csak a szociálisan elmaradott vagy felbomlott családokból származó YY syndromás betegek válnak agresszívvé és követnek el bűncselekményeket, míg a szociálisan rendezett családi környezetben felnövők nem. YY syndromás betegünk kórelőzményében agresszív bűncselekmény szerepel, a különböző elmeosztályi felvételek alkalmával agresszív magatartás volt észlelhető. Ez a minduntalan visszatérő agresszivitás volt a beteg szociális rehabilitációjának egyik akadály. Ennek kialakulásában a szociális elmaradottság, a család korai felbomlása, a

beteg mentális retardációja minden bizonnyal jelentőséggel bír. YY syndromás betegünkön egyértelműen megállapítható a schizophrénia paranoid formája. Újabban több közlemény jelent meg elmeosztályi szűrések anyagából (1, 3, 19), amelyekben az YY syndroma és a schizophrénia, főleg annak paranoid formája társulásáról írnak. A viszonylag kevés számú adat azonban távolabbi következtetések levonására nem alkalmas.

Az YY syndromás betegek dermatoglyph képeről kevés irodalmi adat van (8, 24). Egységes vagy jellemző képről nem is beszélhetünk. Esetünkben feltűnő a magas összredőszám (TRC) és korábbi szerzőkkel ellentétben (24), az örvényminta gyakorisága.

**Összefoglalás.** A szerzők 46,XX/47,XXX mozaicismust és 47,XYY syndromát ismertetnek. Az XX/XXX mozaicismust klinikailag Stein—Leventhal-syndróma, psychogen mozgászavar jellemzi. Az YY syndromás betegen mentális subnormalitás, agresszivitás és paranoid schizophrénia volt észlelhető.

**IRODALOM:** 1. Abdullah, S. és mtsai: Arch. Gen. Psychiat. 1969, 21, 497. — 2. Anders, J. M. és mtsai: Brit. J. Psychiat. 1968, 114, 1167. — 3. Åkesson, H. O.: Acta Psychiat. Scand. 1969, 45, 37. — 4. Bargaonkar, D. S. és mtsai: Brit. J. Psychiat. 1972, 120, 549. — 5. Polani, P. E.: Nature. 1969, 223, 680. — 6. Boda L. és mtsai: Orv. Hetil. 1969, 110, 1251. — 7. Casey, M. D. és mtsai: Lancet. 1966, II, 859. — 8. Clark, G. R. és mtsai: Amer. J. Psychiat. 1970, 126, 1659. — 9. Daly, R. F.: Nature. 1969, 221, 472. — 10. De Grouchy, J. és mtsai: Lancet. 1961, II, 777. — 11. Falek, A. és mtsai: J. Nerv. Ment. Dis. 1970, 150, 165. — 12. Filippov, Y. J.: Z. Nevropat. Psychiat. 1970, 70, 715. — 13. Griffiths, A. W. és mtsai: Brit. J. Psychiat. 1971, 119, 193. — 14. Harrison, M. J. és mtsai: Brit. J. Psychiat. 1972, 120, 447. — 15. Jacobs, P. A. és mtsai: Nature. 1965, 208, 1351. — 16. Kidd, C. B. és mtsai: Brit. J. Psychiat. 1963, 190, 90. — 17. Kiss P. és mtsai: Acta Paediat. Ac. Scient. H. 1971, 12, 323. — 18. Kovács M. és mtsai: Orv. Hetil. 1973, 48, 2896. — 19. Marinello, M. J. és mtsai: JAMA. 1969, 208, 321. — 20. Molnár S.: Ideggyógy. Sz. 1970, 23, 558. — 21. Nielsen, J.: Brit. J. Psychiat. 1969, 115, 965. — 22. Pelz, L. és Mieler, W.: Klinische Zytogenetik. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena, 1972. — 23. Price, W. H. és mtsai: Lancet. 1966, I, 565. — 24. Rainer, J. D. és mtsai: Brit. J. Psychiat. 1972, 120, 543. — 25. Raphael, T. és mtsai: JAMA. 1963, 183, 1022. — 26. Sandberg, A. A. és mtsai: Lancet. 1961, II, 488. — 27. Welch, J. P. és mtsai: Nature. 1967, 214, 500. — 28. Worling, R. V.: Canad. Psychiat. Ass. J. 1968, 13, 455.

„Aki jól diagnosztizál, jól gyógyít!”  
Baglivi

Zala megyei Tanács I. Kórháza, Zalaegerszeg  
 II. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Bán András dr.)  
 és Vérellátó Alközpont (főorvos: Szilvás Rudolf dr.)

## Izomdagánatot utánzó Waldenström- macroglobulinaemia

### Adatok a kórkép sugárérzékenységéhez

Völgyi Zoltán dr., Simán József  
 és Bán András dr.

Waldenström első leírása óta számos közlemény jelent meg a róla elnevezett macroglobulinaemia különböző megjelenési formáiról. A kórképet lymphoid reticulosisnak tartják, melyre a macroglobulin felszaporodása jellemző. Az esetek 90%-ában 50 éves kor után manifestálódik; férfiakban kétszer gyakrabban, mint nőkben.

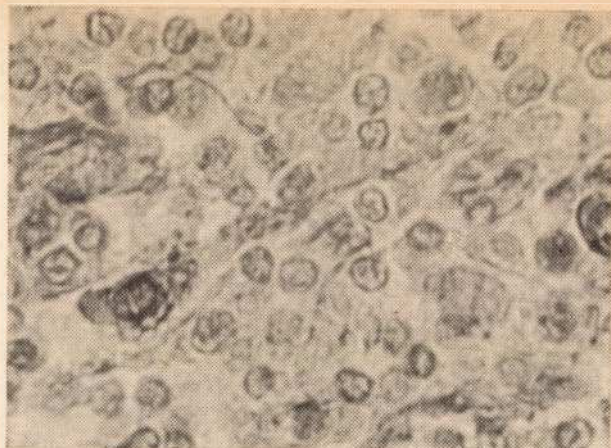
A klinikai tünetek sokfélék lehetnek. Általános tünetek — anaemia, étvágytalanság, asthenia, fogyás — szinte mindig megtalálhatók. Nyirokcsomónagyobbodás 30–60%-ban, nagyobb lép 44–50%-ban, nagyobb máj is az eseteknek mintegy felében észlelhető. Haemorrhagiás tünetek, főleg orrvérzés, gingiva-vérzések 60–80%-ban fordulnak elő, gyakran véztes kimenetelűek, rendszerint megelőzik az általános tüneteket és gyakran hideg hatására manifestálódnak; ezekben az esetekben cryoglobulin mutatható ki (9).

A betegség tumort utánzó formában ritkán jelenik meg. Daganatképződést írtak le a gyomorban, tüdőben, mediastinumban, pleurán, májban és a vesékben (3, 4, 5, 6, 7). Izomdagánatot utánzó megjelenési formát az irodalomban nem találtunk.

#### Esetismertetés

M. Gy., 70 éves férfibeteget először 1972. X. 2-től XI. 3-ig kezeltük osztályunkon. Fő panaszja a hónapok óta tartó étvágytalanság, gyomortáji fájdalmak, hányinger, fogyás, időnkénti hasmenések. Körzeti orvosa hasi tumor gyanújával utalja be.

**Fizikális vizsgálatkor** a bal supraclavicularis árokban babnyi, fájdalomtalan terimét találtunk. A mellkas emphysemás. A tüdők felett dobozos kopogtatási hang, érdes sejtes alaplégzés, diffúze sípolás, bűgás, az alsó lebenyek felett kp. hólyagú szörcsölés hallható. Arrhythmias, tisztá szívhangok. RR.: 140/70 Hgmm, pulzus: 80/min, irregularis et inaequalis. Az epigastrium kitöltött. A jobb hypochondriumban és az epigastrium-

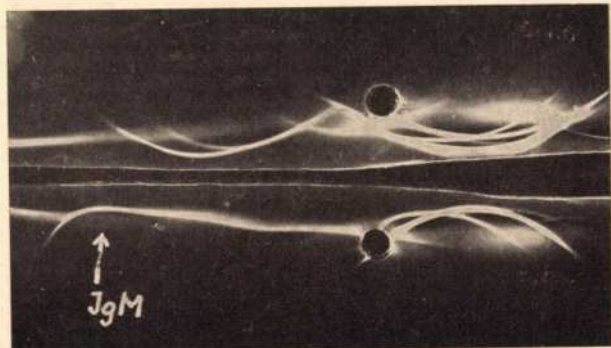


1. ábra.  
 Csontvelőkép (600-szoros nagyítás)

ban kifejezett nyomásérzékenységet jelez. A máj alsó szélé tenyérral haladja meg a bordaívét, tömött tapintatú, sima felszínű, éles szélű. A lép nem tapintható. Prostata tömött, zölddiónyi.

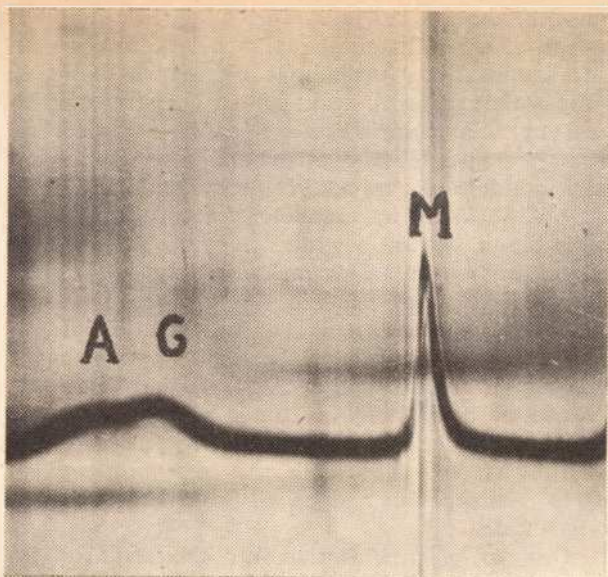
**Laboratóriumi leletek:** vizelet fajsúly: 1016, fehérje: op., pus: +, ubg.: enyhén fokozott, bilirubin: negatív, üledék: rendes. We.: 152 mm/óra, htk.: 28%, hgb.: 8,1 g%, vvt.: 2,3 M, fvs.: 4300/mm<sup>3</sup>. Qualitativ vérkép: stab.: 19, segment: 44, eosinophil: 3, basophil: 2, monocyta: 3, lymphocyta: 23, plasmasejt: 6. Máj-funkciók, carbamid nitrogén, savi és alkalikus phosphatase, vér és vizelet diastase: normálisak. SGOT: 102, SGPT: 12 E. BSP: positiv. Serum vas: 75 µg%, latens vaskötő kapacitás: 555 µg%. Prothrombin: 40%. EKG: pitvarfibrillatio, arrhythmia absoluta. Kóros kamrai repolarisatio. Polytop kamrai extrasystolék. **Szemészeti vizsgálat:** presbyopia. Fundus hypertonicus II. Mindkét funduson elszórtan foltos vérzések és degenerációs göcök. **Mellkas rtg:** inactiv tbc a bal felső lebenyben, emphysemára és cor pulmonalera utaló jelek. Gyomor rtg és irrigoscopia negatív. A csontokról készült felvételek — eltekintve mérsékelt lumbalis scoliosistól — negatívak.

Mivel hasi tumort igazolni nem tudunk, a magas süllyedés és anaemia alapján vérképzőszervi megbetegedés és paraproteinaemia lehetősége merült fel, ezért sternum-punctiót és serum fehérje analysisist végeztünk. Csontvelőt csak ismételt próbálkozással sikerült aspirálni. A csontvelői sejtek 90%-át kereksejtek alkotják, melyeknek zöme lymphocytákhoz hasonló, plasmájuk kissé megnyúlt, magjuk excentrikus. A sejtek biztosan elkülöníthetők a plasmasejtektől. A sejtmag a lymphocyták magjához hasonlít. A csontvelőkép Waldenström macroglobulinaemiára jellemző (1. ábra). Se. összfehérje: 6,9 g%, albumin: 24, α<sub>1</sub>-glob.: 3,2, α<sub>2</sub>-glob.: 4,6, β<sub>1</sub>-glob.: 6,9, β<sub>2</sub>-glob.: 46,0, γ-glob.: 15,3%. Immunoelectrophoresissal monoclonalis IgM paraproteint lehe-



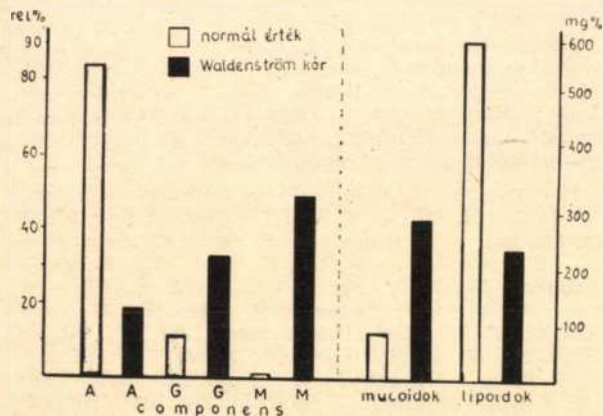
2. ábra.  
 Immunelectrophoresis



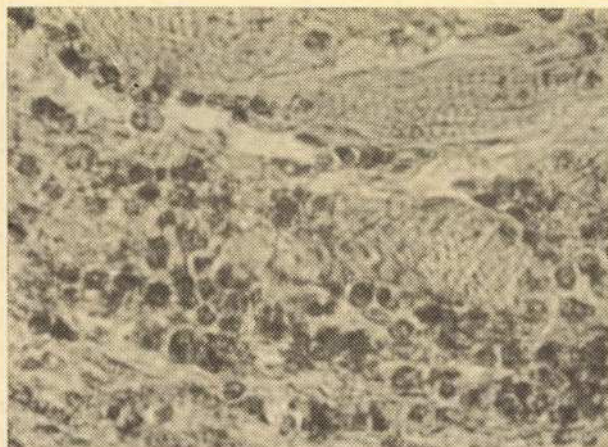


3. ábra.  
Ultracentrifugás kép

tett kimutatni (2. ábra). Számszerűen az IgA 270, IgG: 1700, az IgM pedig 1050 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. A macroglobulint ultracentrifugálással is kimutattuk: A komponens 19, G komponens: 32, M<sub>1</sub> komponens: 48, M<sub>2</sub> komponens: 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (3. ábra). Feltűnő az albumint képviselő A komponens



4. ábra.  
A serumfehérjék, mucoidok és lipoidok értékei Waldenström-kórban és normál serumban



5. ábra.  
A supraclavicularis tumor szövettani képe (400-szoros nagyítás)

csökkenése és az M komponens — mely a macroglobulint képviseli — extrém mértékű felszaporodása. Bence—Jones-fehérjét a vizeletben nem találtunk. Kürten: pozitív, Sia: negatív, cryoglobulin kiválás nem észlelhető. A fehérjevizsgálatokon kívül még a következő laborvizsgálatokat végeztük el: direct és indirect Coombs-reactio negatív. Thrombocyta: 210 000. Se. Ca: 6,9 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, se. P: 10,9 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Se. mucoid: 280 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Összlipoid: 230 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, cholesterolin: 75 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, cholesterolin ester: 32 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, esterifikált zsírsav: 83 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, phospholipoid: 95 mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. A serumfehérjék, mucoidok és lipoidok változásait a normálértékekkel szemben oszlopdiagrammon is ábrázoltuk (4. ábra).

Kórházi kezelése alatt fő panasz az étvágytalanság és fulladás. Digitalist és napi 30 mg Prednisolont kap. Mivel a vvt.-szám csökken, mosott vvt.-suspensiót transfundálunk, melyet a pozitív keresztpróba ellenére jól tolerál. Ezt követően a beteg általános állapota lényegesen javul, cardialisan is compensálódik. Jó általános állapotban bocsátjuk el, otthonra napi 10 mg Prednisolon adását javasoljuk.

Második alkalommal, közel három hónap múlva, 1972. XII. 26-án vesszük fel, és 1973. III. 6-án bekövetkezett haláláig kezeljük. Fő panasz ekkor a fulladás, gyengeség, szédülés, időnkénti szívűrái fájdalmak. Laboratóriumi leletei közül a fontosabbak: htk.: 17<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, vvt.: 1,8 M, fvs.: 2400, thrombocyta: 34 000, We.: 170 mm/óra, se. összfehérje: 9,7 g<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, β<sub>2</sub>-glob.: 61<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Tekintettel a súlyos anaemiára, ismételtelen kap mosott vvt.-suspensiót. Állapota átmenetileg mérsékeltén javul, később diffúz bőr- és nyálkahártyavérzések jelentkeznek. Az alvadási idő 13,5 perc, a retractio minimális.

Megfigyelésünk során a bal supraclavicularis régióban gyorsan növekvő terimét észleltünk, mely rövid idő alatt kétkölnyi nagyságot ért el. Próba-excisio során izomnak imponáló szövetszaporulatot találtunk, mely izomdaganat benyomását keltette. A szövettani képen harántcsíktolt izomzat látható, melyen belül kötőszövet-szaporulat figyelhető meg, atrophias izomrost-maradványokkal. E területen mindenütt igen bőséges, a csontvelőt infiltráló sejtekkel azonos kereksejtes beszűrődést lehet megfigyelni, sok helyen leukocytákkal. Daganatos elváltozás nem látható (5. ábra). További kimelezésekben hasonlóképpen láthatók, azzal a különbséggel, hogy a kötőszövetes tömegek haemosiderinnel zsúfolt phagocytákat is tartalmaznak. A seb gyógyulása után rgt-irradiációt kezdünk. II. 8-tól 19-ig 3000 r, majd II. 20-tól 24-ig további 1000 r, összesen tehát 4000 r sugárdózist kap, melynek hatására a tumor gyakorlatilag eltűnik. A beteg általános állapota viszont egyre romlik, fokozatosan cachectizálódik, és öt hónappal első felvétele után exitál.

Sectiókor feltűnő volt, hogy sem a szervekben, sem az erekben alvadt vért nem találtak, a máj és lép megnagyobbodott, csaknem az összes szervben bevézések voltak láthatók. A lép szövettani leletére a reticularis elemek megszapordása, sajátos nagyobb lymphocyták kialakulása és bevézések jellemzők. A máj alapszerkezete megtartott, a periportalis mezők kiszélesedtek, lymphoid elemekkel zsúfoltak. Egyes helyeken plasmasejtek is láthatók. A sejtes elemek között vannak olyanok, melyekről alig lehet eldönteni, hogy lymphoid vagy plasmasejtek-e. A nyirokcsomók alapszerkezete elmosódott, tüszőit kivenni nem lehet vagy csak sejthetők maradványai. A nyirokcsomó egész állományában sajátos nagyobb lymphoid sejtek és reticularis elemek megszapordása és sok phagocytá látható (Ferenczy Sándor dr. főorvos).

#### Megbeszélés

Az aránylag gyors progressziójú betegség klinikai lefolyásában két szakaszt különíthetünk el. Az első szakaszra a hasi panaszok, a másodikkra a supraclavicularis tumorképződés és a csontvelő-functio elégtelensége a jellemző. A helyes diagnoszt az igen magas Westergreen érték miatt elvégzett se. fehérje és csontvelővizsgálat alapján tudtuk

megállapítani. Waldenström-kórra jellemző monoclonalis IgM szaporulatot agargeldiffúziós és immunoelectrophoresissal, ezenkívül ultracentrifugálásal mutattuk ki. Ez önmagában még nem bizonyítja a Waldenström-kórt, mivel fakultatív módon egyéb betegségekben is kimutatható (1, 2, 8, 12). Ezekben az esetekben azonban a növekedés mérsékeltbb szokott lenni, a Westergreen érték sem éri el a Waldenström-kórnál megszokott mértéket. Ezenkívül a Waldenström-kórban kimutatható ún. primaer vagy obligát macroglobulinaemiát a steroid kezelés nem befolyásolja, míg a secundaer vagy fakultatív esetekben csökkentheti, illetve megszüntetheti (2). További lehetőséget nyújt az elkülönítésre specifikus immunsavóval történő praecipitatio (4). Minden esetben azonban a csontvelőkép a döntő.

Az IgM felszaporodása rendszerint az egyéb serumfehérjék mennyiségének csökkenésével jár. Ennek az lehet az oka, hogy a nitrogéntartalmú anyagok elsősorban az IgM képzéséhez használnak fel, a többi fehérje-fraction synthesise ezáltal csökken vagy katabolismusa nő. Esetünkben csupán az albumin mennyiségének csökkenése volt kimutatható.

Waldenström-kóros betegek serumában a fehérjék csökkenése mellett hypolipidaemia is kimutatható valamennyi lipid-fraction csökkenésével, ami esetünkben is kifejezett. Ennek az lehet a magyarázata, hogy a serum proteinek csökkenésével csökken a lipidok protein kötésének, illetve a lipoprotein képződésének a lehetősége. Más kísérleti adatok a lipoprotein és az IgM molekulák fizikokémiai kapcsolódása mellett szólnak (11).

A Waldenström-kórban leírt serum mucoid szint emelkedését esetünkben is észleltük, keletkezésére vonatkozóan nincsen egységes magyarázat. Ugyancsak nem egységes a majdnem minden esetben megtalálható haemorrhagiás diathesis magyarázata sem. Waldenström első leírásában a hypofibrinogenaemia szerepel. Ezenkívül számításba jön a macroglobulin alvadást gátló hatása, a capillárisfalba való beszűrődése stb. A thrombopeniát általában ritkának tartják (9).

Esetünkben a thrombopeniának és a retractio

elhúzódásának döntő jelentőséget kell tulajdonítani az igen kiterjedt haemorrhagiák keletkezésében.

Diagnosztikus problémát okozott a betegség lefolyásának második szakaszában a gyorsan növekedő supraclavicularis tumor képződése. Elsősorban az alapbetegségtől független malignus izomdaganaatra gondoltunk, mivel Waldenström-kóros betegek 8—12%-ában az alapbetegséghez egyéb daganat is társul (9). Ezt a gyanút megerősítette a műtéti feltárás során talált makroszkópos lelet és az a körülmény, hogy hasonló tumoros manifestációval az irodalomban nem találkoztunk. Tulajdonképpen a szövettani lelet tisztázta, hogy az alapbetegség szokatlan megjelenési formájáról van szó. Tekintettel arra, hogy a tumor elhelyezkedése a besugárzás számára előnyös volt, rtg-irradiációt kezdtünk. 4000 r sugárdózis után a tumor gyakorlatilag eltűnt, ami nagyfokú sugárérzékenysége mellett szólt.

**Összefoglalás.** Szokatlan klinikai formában jelentkező — izomdaganaatot utánzó — Waldenström-macroglobulinaemia ismertetése. A tumor a bal supraclavicularis árokban fejlődött ki, mikroszkóposan harántcsikolt izomzatból állt, melyen belül diffúz lymphoidsejtes beszűrődést lehetett észlelni. Ezek a sejtek azonosak voltak a csontvelő kóros sejtjeivel. Rtg-besugárzás hatására teljes remissio következett be, ami nagyfokú sugárérzékenysége mellett szólt.

#### Köszönetnyilvánítás

Ézúton mondunk köszönetet Patakfalvi Albert dr. klinikai adjunktusnak (Pécsi OTE, I. Belklinika) és Belágyi József dr.-nak a Pécsi OTE Elméleti Tömb Központi Laboratóriuma vezetőjének az ultracentrifugás vizsgálat szíves elvégzéséért.

**IRODALOM:** 1. Sándor P. és Somogyi Gy.: Orv. Hetil. 1973, 114, 511. — 2. Bíró I. és mtsai: Orv. Hetil. 1973, 114, 541. — 3. Kourilsky, R. és mtsai: Sem. Hôp. Paris. 1970, 46, 1343. — 4. Beil, E.: Blut. 1970, 20, 25. — 5. Solignac, H.: Nouv. Presse méd. 1972, 1, 729. — 6. Catton, R. és mtsai: Presse méd. 1960, 68, 837. — 7. Mallarmé, J. és mtsai: Presse méd. 1967, 75, 701. — 8. Zlotnick, A. és Robinson, E.: Israel J. med. Sci. 1970, 6, 365. — 9. Lustman, F.: Acta clin. belg. 1968, 23, 67. — 10. Memin, J., Bouchat, S.: Rev. Rheum. 1970, 37, 309. — 11. Mebavaa, A. és mtsai: Ann. Biol. clin. 1970, 28, 25. — 12. Bíró I. és mtsai: Magy. Belorv. Arch. 1973, 26, 201.

„Az emberek szenvedélyei megannyi nyitott út, amelyen hozzájuk  
férdőzhetünk.”

Vauvenargues

Fővárosi XIII. ker. Róbert Károly körüti Kórház,  
Kórbontani Osztály (főorvos: Sellyei Mihály dr.)

## Branchiogen cysta cytologiai diagnosisa

Parlagi Gyula dr. és Sellyei Mihály dr.

A nyakon jelentkező daganatok különféle eredetűek lehetnek. Számos szerv elsődleges daganatainak áttétei gyakran itt mutatkoznak, de keletkezhetnek jó- és rosszindulatú elsődleges tumorok is. Ezért a nyak daganatainak gyors diagnosisa nagymértékben elősegíti a beteg további helyes kezelését. A branchiogen cysta jellegzetesen a fejbiccentő izom felső harmada mentén kialakuló tömlős képlet, amely rendszerint többrétegű laphámmal bélelt (4). A daganat tömlős volta esetleg tapintással is megállapítható. Ez azonban nem biztos diagnosztikai jel, mivel gümőkóros nyirokcsomók vagy rosszindulatú daganatok is elfolyósodhatnak necrosis nyomán. A differenciáldiagnózisban fontos szerepe lehet a cytologiai vizsgálatnak, ha sikerül kimutatni a punctatumból a branchiogen cystára jellemző laphámsejteket. Erre hívjuk fel a figyelmet alábbi esetünk ismertetésével.

### Esetismertetés

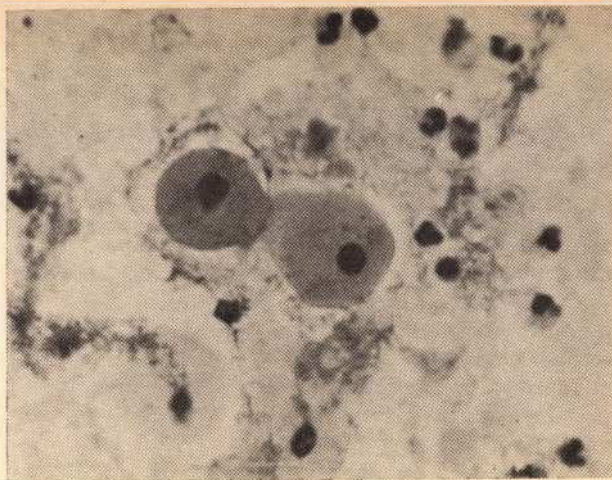
P. Gy., 34 éves férfi nyakának jobb oldalán a fejbiccentő izom felső harmada mögött tojásnyi tumort tapintottak (Fővárosi Onkoradiológiai Intézet). A daganat metastasisnak imponált, de primaer tumort nem találtak. Vékony tüvel percutan biopsiát végeztek, és 50 cm<sup>3</sup>-nyi, zavaros folyadékot szívtak le (1974. VI. 25.). Ebből kb. 10 cm<sup>3</sup>-nyi érkezett hozzánk, amelyből keneteket készítettünk methanol rögzítéssel.

**Cytológiai vizsgálat (1412/74.):** „A kenetekben H.—E. festéssel részben eosinophil, részben basophil, törmelékes anyagba ágyazva nagy mennyiségű granulocytá látható. Ezenkívül megfigyelhetők elszórtan vagy kisebb csoportokban elhelyezkedő laphám jellegű sejtek, amelyek mérsékelt pyknoticus maggal rendelkeznek. A cytoplasma egyes sejtekben homogén eosinophil, más sejtek necroticus jellegűek és szerkezetük elmosódott (1. ábra). Vélemény: A kenetekben malignitásra utaló elváltozás nem látható. A laphám jellegű sejtek branchiogen cystára utalnak”.

A tumort ezek után eltávolították (1974. VII. 19.). Szöveti diagnózis: branchiogen cysta (Scholz dr.) (2. ábra).

### Megbeszélés

A nyaki tumorok között a congenitalis cysták 2—3%-ban fordulnak elő (5). Medialis és lateralis

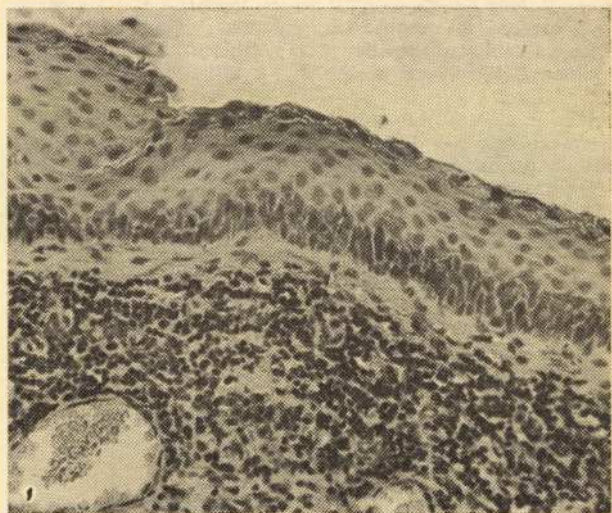


1. ábra.

A branchiogen tömlő punctatumának kenetében lobsejtek és tipusos laphámsejtek láthatók. H.-E. festés, 640 ×

elhelyezkedésűek lehetnek. Az előbbieket a ductus thyreoglossusból származnak (6, 14). A lateralis tömlőket általában a II. kopolyútvívből (2, 9), illetve a ductus thymopharyngeus maradványából származtatják (12, 14). Innen a branchiogen elnevezés is. Több vizsgáló arra hívja fel a figyelmet, hogy a nyelvcsont szintje alatt kopolyútvívből semmiféle képlet sem keletkezik (4, 14). A bizonytalan histogenesis miatt *Bhaskar* és *Bernier* (4) a „benignus lymphoepithelialis cysta” elnevezést javasolja. A branchiogen cysták szövettani képe jellegzetes. Belső felületük többrétegű laphám, igen ritkán többmagos hengerhámmal együtt, alkotja (4, 8). A vasos kötőszövetes falban nyirokszövet található, rendszerint valódi nyiroktüszőkkel és sinusoidokkal. A lateralis nyaki cysták túlnyomó többsége 10 és 30 éves kor között jelentkezik (4, 5, 8).

A cytologiai diagnózis a punctatumban levő jóindulatú laphámsejtek jelenlétén alapul. Ha nyaki daganat punctatumában malignus laphámsejtek vannak, akkor rosszindulatúan átalakult branchio-



2. ábra.

Részlet a branchiogen tömlő falából. A többrétegű laphám-bélés szemölcsöket nem alkot. A basalis sejtrétegen kívül nyirokszövet van. H.-E. festés, 220 ×

gen cystára (7, 10, 11) vagy laphámrák metastasására kell gondolnunk. Cytológiailag megállapított branchiogen cystáról *Sjövall* (13) (egy eset), *Bailey* (3) (nyolc eset), valamint *André* és *Dreyfus* (1) (három eset) számolt be. *Krarup* (8) 23, *Engzell* és *Zajicek* (5) 71 branchiogen cysta cytologiai anyagát dolgozta fel. A hazai irodalomban erre vonatkozó adatot nem találtunk.

*Engzell* és *Zajicek* (5) laphámrákok nyakon keletkezett 100 áttétének és 100 nyaki congenitalis cystának cytologiai leleteit hasonlította össze. A diagnosis a cysták 83%-ában pontos volt. A többi esetben a vizsgálat eredménytelen vagy bizonytalan maradt, de malignitás gyanúja nem merült fel. Laphámrákok szövettanilag is megállapított 100 nyaki metastasisa esetében 95 cytologiai lelet carcinomát igazolt, öt pedig carcinoma gyanúját vette fel. Ugyanezen anyag klinikai adatok nélkül végzett utánvizsgálata során 92 esetben ismét felismerték a carcinomát, két esetben a kenet értékelhetetlen volt, hat esetben azonban a daganatsejteket benignus laphámsejteknek tartották, tehát tévesen ítélték meg. Ez arra figyelmeztet, hogy nyaki tumor punctióját követően excisio és az anyag szövettani vizsgálata is feltétlenül indokolt.

**Összefoglalás.** A szerzők ismertetik 34 éves férfi branchiogen cysta esetét. A helyes diagnosist a punctatum cytologiai vizsgálatával állapították meg, amit később a szövettani vizsgálat igazolt.

Köszönetünket fejezzük ki *Vándor Ferenc dr.* tanár úrnak a klinikai adatokért és *Scholz Magda dr.* főorvosasszonynak a szövettani vizsgálat anyagának átengedéséért.

**IRODALOM:** 1. *André, R., Dreyfus, B.*: Sang. 1951, 22, 595. — 2. *Andreassen, M.*: Acta Otolaryng. Suppl. 1953, 109, 15. — 3. *Bailey, H.*: Brit. J. Surg. 1923, 10, 565. — 4. *Bhaskar, S. N., Bernier, J. L.*: Amer. J. Path. 1959, 35, 407. — 5. *Engzell, U., Zajicek, J.*: Acta Cytol. 1970, 14, 51. — 6. *Herepey-Csákányi Gy.*: Orv. Hetil. 1927, 71, 640. — 7. *Jones, W. C., Snyder, C. C., Dowlen, L. W.*: Amer. Surgeon. 1956, 22, 975. — 8. *Krarup, B.*: Acta Otolaryng. Suppl. 1960, 158, 173. — 9. *Landgraf, J.*: Orv. Hetil. 1923, 67, 584. — 10. *Lane, L. L.*: Amer. J. Surg. 1958, 96, 776. — 11. *Martin, H., Morfit, H. M., Ehrlich, H.*: Ann. Surg. 1950, 132, 867. — 12. *Meyer, H. W.*: Ann. Surg. 1932, 95, 226. — 13. *Sjövall, S.*: Hygiea. 1901, 63, 539. — 14. *Wenglowski, R.*: Arch. Klin. Chir. 1913, 100, 789.

# 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. 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.

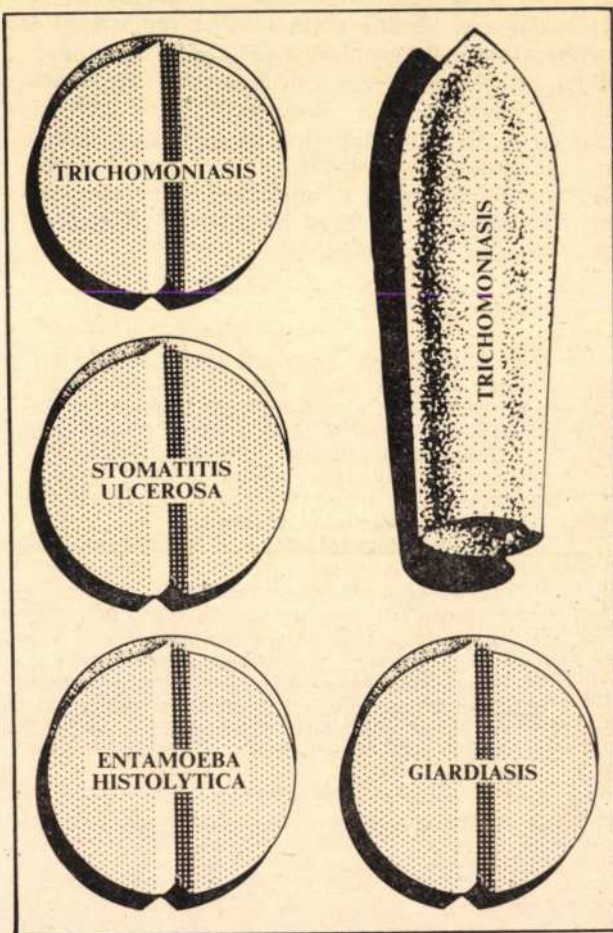
A Klion - mint nitroderivatum - enyhe leukopeniát is okozhat, ezért főként a 10 napos kúra esetén ajánlatos a vérkép ellenőrzése.

## MEGJEGYZÉS

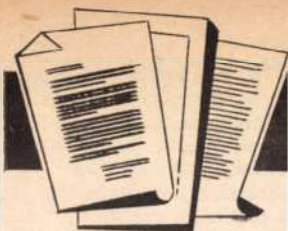
Társadalombiztosítás terhére nőgyógyászati terhesgondozó rendelések, bőr-, nemibeteg gondozó intézetek és urológiai szakrendelések rendelhetik.

## CSOMAGOLÁS

20 tabletta	44,- Ft	250 tabletta	525,- Ft
10 kúp	50,- Ft	100 kúp	470,- Ft



Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.



## BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

**Gondolatok kongresszusi kiküldetés ürügyén.** (VIII. Lengyel Endokrin Kongresszus, 1974. június 27—29.)

A MOTESZ Endokrin és Anyagcseretársaság felkérésére Halász professzorral képviseltük hazánkat a VIII. Lengyel Endokrin Kongresszuson. A kongresszuson a lengyel kutatók mellett francia, keletnémet, osztrák, brazil, egyiptomi és magyar orvosok vettek részt.

A kongresszus kb. száz tagú résztvevő gárdájának Bielowieza lengyel üdülőtelep adott szállást. Az elsőnek elhangzó, nemzetközi előadók által tartott előadások után a kongresszus több sectióban folyt a kis település modern iskolaépületében. Ez a keret alkalmas volt arra, hogy a résztvevőket ne vonja el a tudományos rendezvényekről, valamint arra is, hogy a szünetekben személyes megbeszélésekre, barátságos eszmecserekre is sor kerüljön.

Lengyel vendéglátóink a legközelebbi körökben gondoskodtak rólunk.

Kivittük Jablonnába, ahol az Akadémiai Kutató Intézetet néztük meg francia kollégáink társaságában. Az intézet neve: „Állatphysiologiai és Táplálástudományi Intézet” s ez megszabja munkáját is. Főleg birkákon és szarvasmarhákon folytatnak állatkísérleteket, de stereotaktikus műtéteket végeznek más kísérleti állatokon, így patkányokon, tengerimalacokon is. Nemzetgazdaságilag a nagy haszonállatokon végzett vizsgálataik érdemelnek említést, amelyekkel az állatokat sújtó betegségek okát kutatják.

Vendéglátónk, a lengyel endokrin társaság elnöke, Domansky professzor vezeti az intézet endokrin részlegét. Három munkacsoportot alakítottak ki, fő témájuk a reprodukció hormonális szabályozása. Kiemelkedő szerepet értek el a follicularis vagy cystás ovarium okozta anovulatorikus syndroma leplezésében. A hormon conversio szerepét, az ösztrogén-testoszon átalakulás jelentőségét kutatják. A másik munkacsoport a prolactinsecretiót indukáló faktorokat keresi. Főleg a catecholaminok szerepére kíváncsiak, s arra, hogyan befolyásolják ezek a gonadotropinok elválasztását. Az intézet radioimmun-assay-it *Stupnitzky dr.-nő* végzi, aki az eljárásokat *Martini* prof. intézetében töltött tanulmányútról hozta. Ennek segítségével borjúkon vizsgálják a LH, prolactin és steroid hormonok elválasztását, szintjét a reproductio különböző fázisaiban.

Itt is és később a kongresszuson folytatott beszélgetésekből is azt állapítottuk meg, hogy igen sok lengyel kutató folytat külföldi tanulmányutakat. Tapasztalataikat ügyesen hasznosítják otthon: a kikerült kutatók módszereket, de sokszor alapvető kitéket (gyári laborbeszt) is hoznak haza, összekötéseiket pedig tovább ápolják. Így egy-egy tudományágazatot gyors fejlődésre ösztönöznek.

Ennek köszönhető, hogy endokrinológia vonalán jól állnak. Főleg az Egyesült Államokkal és kisebb mértékben Franciaországgal, szórványosabban Olaszországgal és az NSZK-val vannak tudományos kapcsolataik, de egyre gyakrabban járnak nálunk is. Az Egyesült Államokban nem ritkán két évet töltenek a kutatók. Szinte minden poszton észleltük, hogyan épül be a hazai kutatásba az ösztöndíj idején végzett munka, ill. az elsajátított tapasztalat.

A kongresszuson használt nyelv — a lengyelen kívül természetesen — az angol volt, amelyet sokan meglepően jól beszéltek. Ez a nyelvtudás is nagyrészt a tanulmányutak eredménye volt. Örömei mondhattam el lengyel barátainknak, hogy mi is ezt az utat követjük, s hatásaink egyre inkább könnyítik kutatógárdánk külföldi képzését.

A kongresszus első napján hangzottak el, mint írtam, a meghívott idegen előadók előadásai, köztük a két neves francia hypothalamus kutatóé, Halász professzoré és a sajátom.

A keletnémet kollégák egy későbbi sectióban adták elő radioimmun-methodusokon alapuló vizsgálataikat.

Alkalmunk volt beszélgetni a Poznani Endokrin Klinika professzorával és docensével. Klinikájukon több hormon radioimmun vizsgálata folyik. Fel is ajánlották, hogy fogadnának tőlünk érdeklődő fiatalokat, akik a módszereket ott elsajátíthatnák. Erre azért is térek ki, mert erős meggyőződése, hogy a *modern endokrin methodikák vonalán nemcsak a nyugati országoktól, de a többi szocialista országtól is erősen el vagyunk maradva*. Tény az, hogy nálunk egyetlen radioimmunmódszer sem megy rutinszerűen, klinikai gyakorlatban egyáltalán nem juthatunk hozzájuk. Kutatói vonalon is csak egy-egy kezdeményezés történt. Márpedig ma sem a klinikumban, sem kísérletesen nem juthatunk előre megbízható hormonmeghatározások nélkül. Az irodalom ma főleg a radioimmunassay módszerére alapoz. Ha nem akarunk veszélyesen

lemaradni, revideálnunk kell helyzetünket és a kérdésben gyors megoldást találni. A szükséges kiték nem elérhetetlenek. Több intézet rendelkezik a műszerekkel is. Elsősorban ezekre a bázisokra kellene ráépíteni a methodikák kivitelezését, esetleg még egy-két távolabbi helyen kellene beruházni a mérőműszereket.

Még egyszer kiemelem lengyel kollégáink nagyfokú figyelmét, vendégszeretetét, amelyet a magyar küldöttség élvezett. Érdekesnek és fontosnak tartom azokat a beszélgetéseket, amelyeket lengyel és külföldi kollégáinkkal folytattunk.

Meggyőződésem, hogy mennél több fórumon hangzanak el beszámolóink hazai eredményekről, vagy vesznek részt kutatóink tudományos vitákban, annál jobban fogják értékelni a hazánkban folyó nemcsak tudományos munkát, de az ennek alapját megteremtő gazdasági-politikai hátteret is. Úgy érzem ez az a pont, amelyben kutatóink aktívan közre tudnak működni társadalmi rendszerünk értékeinek közreadásában.

Hankiss János dr.

**Beszámoló a Deutsche Akademie für Psychoanalyse VI. Nemzetközi Szimpoziáról.** 1974. június 9—13. Schloss Weidenkam, Ambach bei München.

A Deutsche Akademie für Psychoanalyse és a Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft ez évi nemzetközi szimpozióját a Münchenhez közel fekvő Starnberger See partján, hatalmas park közepén, egy gyógyüdülőként üzemelő kastélyban rendezte. A szinte előkelő, fényes környezet egészen más volt, mint a korábbi szimpoziók környezete. A rangos nemzetközi rendezvényt ugyanis az előző évben egyszerű, néha falusias feltételek között tartották meg, pajtákból vagy éppen a szabad ég alatt, a délolasz Paestumban vagy a Passau közelében levő Stelzerreut bei Kumreut nevű községben.

A megváltozott környezet azonban nem jelentett változást a nemzetközi szimpozió megszokott rendezési stílusában. Most is viszonylag kis számú résztvevő — kb. 100 ember, 8 országból — volt jelen, a légkör családias volt, a rendezők törekedtek a személyes kapcsolatok és a kreatív párbeszéd létrehozására. A kastély, amely a résztvevők többségének szállást is adott, nagyon alkalmas hely volt erre. A résztvevők egymás felé fordulását még az is elősegítette, hogy a szimpozió öt napja alatt az időjárás rendkívül zord volt, a levegő nagyon lehűlt, szinte megszakítás nélkül ömlött az eső, így a szép környék — a müncheniek kedvenc nyaralóhelye — nem vonta el senkinek a figyelmét.

Mint a korábbi szimpoziókon is volt, most sem csupán az előadások töltötték be a programot, hanem

különböző kis csoportok is üléseztek. Most vitacsoportok tárgyalták meg az előadásokat, ezen kívül a pszichoanalitikus pszichoterápia aktuális kérdéseiről folytak különböző, szabadon választható szemináriumok.

A szimpózium témája ugyanis ebben az évben a *pszichoanalitikus kezelési technika* volt. A témát igen tág, és távolról sem orthodox analitikus értelemben fogták fel, hanem a rendezők — a Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) berlini és müncheni intézetei, a Berlinben működő Günter Ammon vezetésével — éppen arra helyezték a hangsúlyt, hogy az élet a hagyományos pszichoanalitikus kezelési módszer fejlesztését, változtatását, más eljárásokkal való kiegészítését követeli. A szimpózium mottójának a magyar származású David Rapaport mondatát választották: *nem a beteg van a terápiáért, hanem a terápia van a betegért.*

Ez a mottó kifejezi a rendezők, különösen Günter Ammon munkásságának tendenciáját, amelynek lényege a pszichoanalízis továbbfejlesztése, a korszerű csoportterápiás módszerek bekapcsolása a pszichoanalitikus terápiába, a kezelési indikációs területeinek és módszertani változatainak tágítása. Ammon alapvető gondolata az, hogy a mai társadalom változásai átalakították a pszichiátriai betegségek arculatát, az a neuroziszforma, amely Freud korában gyakori volt, és a szexuális elfojtásból eredő tünetek képeiben jelentkezett, az én viszonylagos ép-sége mellett ma ritkább, és helyettük az én fejlődési zavarai léptek előtérbe. Ezek a zavarok a koragyermekkorai énefejlődés, az ún. pregenitális énefejlődés időszakában alakultak ki, a kóros szülő-gyermek kapcsolatok, ill. a kóros családi rendszer hatásaként. Az én fejlődési zavarai sokféle formában jelentkezhetnek, Ammon elmélete szerint különböző — archaikus én-betegségek néven összefoglalható — körképek egész spektruma tartozik ide, kezdve a schizophréniától az ún. határeset-körképeken (borderline-szindrómákon) át egészen a pszichoszomatikus betegségekig és a perverzióig. Ammon koncepciójának jelentősége abban áll, hogy e körképekben közös mechanizmust, az énefejlődés korai zavarát tételezi fel, és a konkrét állapot meghatározójaként részben e zavar súlyosságát állítja, részben pedig más járulékos tényezők konstellációját, amely a vezető tünetek kialakulását segíti elő. A koncepció magyarázatot ad a klinikumban gyakran észlelt konfluenciákra és átcsapásokra e betegségek között. A borderline-tünetanyag, a perverz készlet és magatartás vagy a pszichoszomatikus tünet Ammon szerint az énjében gyenge, károsodott személyiség kompenzációs munkáját fejezi ki, törékeny, kóros egyensúlyi állapotot jelent, amelyet felborítva időleges vagy hosszan tartó dezorga-

nizáció, pszichotikus magatartás és élményreakció következnek be.

Mindezt Ammon a DAP korábbi nemzetközi szimpóziúmain előadta, a *Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry* című, az ő szerkesztésében megjelenő kétnyelvű szaklapban közölte, legutóbb pedig 1973-ban megjelent nagysikerű *Dynamische Psychiatrie* című könyvében foglalta össze. Előadásaiban és közleményeiben utalt a koncepcióból eredő új terápiás konzekvenciákra. Most nyitó referátumában az elméleti alapokat már nem ismételte meg, viszont igen határozottan levonva a következtetéseket maga és iskolája terápiás tapasztalataiból kijelentette, hogy a klasszikus pszichoanalízis módszere, amely a neurotikus kezelésében továbbra is vezető módszer marad, nem alkalmas az archaikus én-betegségek kezelésére. Sőt, mint egy további referátumában kifejtette ennek alkalmazása műhibának tekintendő. A beteg gyenge énjét a pszichoanalitikus folyamat veszélyezteti, dezintegrációra készítheti. Ezzel Ammon plauzibilis magyarázatot ad a pszichoanalitikus folyamatban bekövetkező pszichózisokra. A klasszikus pszichoanalízis helyett Ammon új eljárást ajánl. A beteget pótlólagos énefejlődésre (nachholende Ich-Entwicklung) kell segíteni, ennek eszköze a terápiás csoport, valamint a pszichoanalitikus miliótherápia. Az egyéni terápiának szupportívna kell emellett lennie. A csoportban és az egyéni terápiában nem az értelmezéseké a fő szerep, hanem a konfrontációé, amely nem terheli meg túlságosan a beteg énjét. A csoportban a beteg reális támaszt talál, új viselkedéssémák tanulására van lehetősége, még inkább lehetőséget ad erre a miliótherápia, amely teljesen a realitás síkjában, az „itt és most”-ban zajlik.

A nyitó referátum az új kezelési technika kitűnő ismertetését adta (azóta ez a referátum megjelent a *Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry* 1974. 3. számában). E referátumban igen jól kifejezésre jutott, hogyan tevődik át a koragyermekkorai személyiségfejlődésre a szülők pathológiája és a családi rendszer zavara. Ezzel Ammon sikeresen kapcsolta össze a pszichoanalitikus teóriával a modern családpathológiai, ill. családterápiás ismereteket, valamint a schizophrénia „kommunikációs, ún. „double-bind” („kettős lekötés”) elméletét.

A referátumhoz a berlini és müncheni intézet tagjainak rövid referátumai csatlakoztak. Ezek mindegyike eseteket ismertett, és ezzel igen szerencsésen egészítette ki és illusztrálta Ammon gondolatait, amellyel, hogy az eset középpontjában álló elméleti vetületekről még részletesebb képet és tanulságos irodalmi áttekintést adtak. A pszichoanalitikus kezelés során előforduló műhibák kérdését tárgyalva maga Ammon is eseteket közölt, ta-

nítványai a konfrontációs kezelési technika alkalmazásáról, a viszontindulatátteles reakciók sajátosságairól és ezek megoldásáról (borderline-esetekkel kapcsolatban), egyes ellenállásformák befolyásolásáról, a terápiás technika váratlanul szűk-ségessé váló változásairól, anya és kisgyermek szimultán pszichoanalitikus kezeléséről, stb. számoltak be, igen tanulságos esetek bemutatásával.

Valamennyi esetközlés kiváló volt, és ez azért figyelemre méltó, mert a pszichoterápiás kazuisztika nagyon nehéz műfaj. A gyakran sok száz órán át tartó pszichoterápiás folyamat töménytelen adatát nagyon nehéz összesűriteni az esetismertetés szűk idő-, ill. területi keretei közé, amelyben ráadásul még elméleti szempontokat, elveket is meg kell említeni. Ammon tanítványai igen jól oldották meg ezt a nehéz feladatot. Közülük Jan Pohl, Ursula Keller és Gislinde Bass előadásai tetszettek nekem a legjobban.

A kongresszus külföldi résztvevői is kapcsolódtak Ammon elméletéhez, részben a pszichoanalitikus kezelési technika fejlesztésének kérdéseivel foglalkoztak. Valószínűleg véletlenül alakult ki, hogy a külföldiek többsége is esetek formájában közölte mondanivalóját, így pl. a svájci Graber, a los angelesi Bloch házaspár (akik a posttraumás neurotikus reakciók kezelésének sajátos technikai szabályait ismertették), valamint a genfi Burger-Piaget asszony (Piaget nővére). Három jugoszláv előadás is elhangzott, ezek közül Hubert Pozarnik ljubljanai főorvos előadása emelkedett ki, aki beszámolt 36 pszichogén impotencia behavior-terápiás kezeléséről, és kimutatta, hogy bár közvetlenül a kezelés után a legtöbb esetben javulás állt be, később a tünetek visszatértek, vagy tünetváltás következett be, és csak a pszichoanalitikus pszichoterápiával kombinált kezelés hozott tartós eredményt. Pozarnik is, és több más előadó is ugyanakkor nem tartotta a behavior-terápiákat sem, mint más terápiás eljárásokat sem kizártnak pszichoanalitikus kezelés mellett. Inkább a kombináció mellett foglaltak állást. Ezt az álláspontot képviseltem én is „Stratégia és taktika a csoportpszichoterápiában” c. főreferátumomban, amelyben a betegség és a terápia rendszer elméleti megközelítését hangsúlyozva különböző összetételű, különböző szituációkban és intézmények feltételei között működő és különböző célkitűzésű terápiás csoportok tervezésének és vezetésének sémáit írtam le, és az ide vonatkozó ismeretek rendezésére a stratégia és a taktika koncepciójának analógias felhasználását javasoltam, mindenütt kiemelve a csoportterapeuta módszertani és elvi elkötelezettségét és különféle módszerek és hatásmódozatok alkalmazásának szükségét.

Az előadások közül még kettő érdemel említést, ezek bizonyos fokig elkülönültek a többitől. Egyik Walter Th. Winkler, a neves güterslohi szociálpszichiáter előadása volt, amely ugyancsak ragyogó esetismertetés formájában egy derealizációs és deperszonalizációs szindróma analitikus kezelését mutatta be. A másik az amerikai Leopold Bellak előadása volt, ő az én erősségének kvantitatív meghatározásáról tartott előadást, egy általa kidolgozott skála segítségével. Ez a skála a TAT válaszok speciális értékelésére alkalmas. Bellak a projektív tesztek és schizophrénia körében végzett kutatásairól híres, és legújabb

könyvének schizophrénia-elmélete, az ún. „porcupine dilemma” (a sündisznó dilemmája) a szimpózium párbeszédeinek középpontjában állt. Ez az elmélet a schizophrénia alapvető dilemmájának tartja az egyidejű, ambivalens törekvést az interperszonális közelségre és a távolságtartásra. Ez a dilemma pedig lényegében feloldhatatlan és destruktív.

Nagyon érdekesek és sikeresek voltak a tematikus, szeminárium-szerű munkacsoportok. Kilenc ilyen, párhuzamosan működő kis munkacsoport volt, köztük egyet én tartottam a rövid, intenzív pszichoterápia témájában.

Egészeben a szimpózium most is,

mint a korábbi években, igen kellemes és tanulságos volt. Személy szerint különösen tanulságosnak és ösztönzőnek tartottam. Köszönettel tartozom ezért Günter Ammonnak és a két rendező intézet munkatársainak, akik meghívtak és vendégül láttak, és ezen felül is — a különféle szereplési lehetőségekkel (főreferátum, üléselelnöki tisztség, munkacsoportok vezetése, stb.) — megkülönböztetett megbecsülésben részesítettek, valamint az Egészségügyi Minisztérium Nemzetközi Kapcsolatok Főosztályának, amely részvételemet a rendezvényen engedélyezte és támogatta. *Buda Béla dr.*



## 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 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.





*injekció,  
tabletta  
vasoactiv  
spasmolyticum*

**ÖSSZETÉTEL:** 1 tableta 100 mg, 1 amp. (2 ml) 50 mg bencyclan hatóanyagot tartalmaz.

**JAVALLAT: Vascularis indikáció:** peripheriás verőérmegbetegedés, coronaria-betegség, cephalalgia, agyi angiospasmus, vascularis eredetű szembetegség.

**Visceralis görcsoldás:** gastrointestinalis spasmus, gastritis, enteritis, colitis, tenesmus, cholecystopathia, cholelithiasis, postcholecystectomiás panaszok; hólyag-tenesmus, valamint adjuvánsként nephrolithiasis esetén.

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

**ADAGOLÁS:** Egyszeri adag 1–2 tableta per os, vagy szükség esetén 1–2 ampulla iv., ia., illetve 1 amp. im.

**Kúraszerűen a napi adag:** 3–4-szer 1 tableta, 2–4 héten át.

**ELLENJAVALLAT:** Ez ideig nem ismeretes. A keringés és a légzés súlyos zavara, collapsus-hajlam esetén azonban a parenteralis alkalmazásnál óvatosság ajánlatos.

**MELLÉKHATÁS:** A ritkán előforduló szájszárazság, szédülés, nausea, fejfájás átmenetinek bizonyul. Parenteralisan csak acut esetben és óvatosan alkalmazható, **a beadás helyét lehetőleg váltogatva**, mert localis érzékenységet, esetleg szövetkárosodást (iv. thrombophlebitist) okozhat.

**Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető!**

20 tabl.	14,50 Ft	10 amp.	17,70 Ft
200 tabl.	121,80 Ft	100 amp.	165,— Ft

*Egyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR



# 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 kifejt.

**JAVALLATOK:** Műteti előkészítés, különösen idős vagy leromlott, rossz általános állapotú betegeknél. Súlyos, hosszantartó eszközös vizsgálatok és sebészeti beavatkozások előkészítése. Különböző eredetű intoxicatiók, 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 ½ 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 sebészeti beavatkozásra alkalmas analgesiát biztosít. Hatásereje a morphinénak százszorosa.

A szervezetben gyorsan lebomlik, felületi analgeticus hatása 1—1½ órán át tart. Therapiás 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 localisatorra 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 naponként 2—3-szor vékony rétegben a bőrelváltozás 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.**



## Csecsemő- és gyermekgyógyászat

**Az orrlégzés mesterséges akadályozása által kiváltott újszülöttkori reakció.** P. G. F. Swift, J. L. Emery (Department of Pathology, the Children's Hospital, Sheffield): Archives of Disease in Childhood 1973, 48, 947—951.

A szakemberek előtt széles körben ismert, hogy az újszülött csecsemő képtelen kielégítő szájlegzésre. Ebből arra következtetnek, hogy az orrlégzés akadályozottsága talán oki szerepet játszik a hirtelen, váratlan csecsemőhalálban. Utóbbi — mint tudjuk — az éjszakai órákban jelentkezik, akkor, amikor a csecsemő és környezete is mélyen alszik. Logikusnak látszott a következtetés: vizsgálni kell alvás közben az újszülött egyéni reakciókészségét az orrlégzés mesterséges akadályozására.

110 csecsemőt újszülöttkorban, 66-ot pedig 6 hetes korban észleltek. A következő klinikai csoportosítást végezték a megfigyelés előtt: 1. szabályos, nyugodt alvás, 2. csekély mozgás alvás közben, szemteke-rezgéses alvás (REM), 3. nyugodt ébrenlét, 4. ébrenlét csekély mozgással, 5. ébrenlét aktivitással.

Az orrlégzés akadályozását a következőképpen végezték: a) az orr hegyét a vizsgáló ujjja finoman, de határozottan nyomja 15 másodpercen át, b) felváltva hol az egyik hol a másik orrnyílást zárja el, c) mindkét orrnyílást elzárja, majd figyeli a hatást: amennyiben 25 másodpercen belül nem jelez a csecsemő, a szorítást felfüggeszti, de mintegy 30 másodperc elteltével ugyanezt egyszer-kétszer megismétli.

Az eredmények azt mutatták, hogy az orrhegy érintése, illetve nyomása többnyire nem zavarja az alvó csecsemőt; legfeljebb némi ajakmozgást végez, egyébként a beavatkozás alól nem igen vonja ki magát. A féloldali orrnyílás elzárása sem okoz különösebb aktivitást; olykor a száj, illetve a fej mozog. Nagyon ritkán igyekszik a csecsemő szabadulni ebből a helyzetből is: általában a fél orrnyíláson át is kielégítően lélegzik. Más a helyzet, ha mindkét orrnyílást eltömészik. Így a következő eredményre jutottak: az újszülöttek 5%-a alvás közben is zavartalan, kielégítő szájlegzést végez, 82% végül is sír, avagy levegő után kapkod és csak 13% marad aki meg sem kísérel a szájlegzést. A 6 hetes csecsemők hasonló vizsgálat során különösen nagy jelentőséget tulajdonítottak a REM-stádiumnak. Ebben az állapotban a csoport 44%-a (!) nem jutott el a szájlegzésig orrlesorítást

követően, az újszülötteknek ellenben csak 17%-a mutatta ugyanezt. Feltűnő, hogy az újszülöthöz viszonyítva 6 hetes korra mennyire rosszabbodott a helyzet: az idősebbeknek nemcsak nagyobb hányada marad meg az asphyxia állapotában, hanem a reakció idő is megnyúlt általában, lett légyen az akár légvétel, akár sírás, akár fuldoklás; kielégítő magyarázat erre ma még nincs.

Érdekes dolgot figyeltek meg 5 csecsemő vizsgálatában közben. Ezek alvás alatt cumit kaptak a szájukba, s miközben azt szívták, mellette kielégítő légvételhez jutottak; azonnal jelentkezett azonban a légúti obstrukció tünete, amint a cumit a szájából eltávolították. Itt valószínűleg arról van szó, hogy a cumi a nyelvet a szájpadtól leszorította, s ezáltal oldotta a velolingualis sphinctert. A nyaki szervek magas cephaloid helyzete miatt ugyanis újszülöttben a lágyszájpad szorosan a nyelvhez közelít, de az epiglottis is: az így kialakult állapotot nevezik „velo-lingualis”, illetve „velo-epiglottikus” sphincternek.

Érdekes statisztikai adatok olvashatók az irodalomban; így az egyik szerint: az újszülöttek több mint 50%-a, a 3 hónaposak hozzávetőleg 70%-a, míg a féléves csecsemők 100%-a képes arra, hogy szükség esetén szájlegzést végezzen. Feltételezik, hogy minden 400 csecsemő közül egy — orrlégzés esetén — a megfulladásig eljut, anélkül, hogy védekezne. Eppen ezért a közölt vizsgálatokhoz a szerzők is nem csekély izgalommal fogtak hozzá, hisz' az orrfogás — fentiek szerint — rizikóval jár. A resuscitáláshoz minden szükséges ki is készítették, sőt az orr-elzárás maximális időpontját is fentiek miatt állapították meg a 25 másodpercben.

Kétségtelen, hogy a kérdésnek klinikai jelentősége van. Tartózkodnunk kell azonban a túlzásoktól és semmi esetre sem szabad kategorikusan mindenkit — aki a szájlegzést késve végzi, vagy arra még alig képes — eleve a hirtelen, váratlan csecsemőhalál predestináltjának tekinteni.

Kiss Szabó Antal dr.

**A lymphoreticularis aggregátumok gyakori előfordulása a váratlanul elhalt csecsemők tüdejében.** J. L. Emery, F. Dinsdale (Department of Developmental Pathology, Children's Hospital, Sheffield): Archives of Disease in Childhood, 1974, 49, 107—111.

A csecsemő tüdő lymphatikus szövetének tanulmányozása során a

szerzők vizsgálat tárgyává tették a hirtelen és váratlanul elhalt csecsemők tüdőszövetét is: meglepő felfedezést tettek.

A tüdő lymphoreticularis aggregátumai (l. a.) két csoportba sorolhatók. Az egyik az alveolussal szoros kapcsolatot képez — ez az úgynevezett periferiás forma —, a másik a bronchus, illetve bronchiolus falában helyezkedik el a kötőszövet állományában. Ez a megkülönböztetés azért látszik lényegesnek, mert az előbbi változat kétségtelenül szerzett, az utóbbi csupán a nyirokcsomó fejlődésének korai állapota, tehát természetes fázis.

A periferiás l. a. elsősorban lymphocytákból áll, de találhatók benne plasma-sejtek, eosinophilek, macrophagok és még más sejtek is, szabálytalan hálózatban. Keletkezésében — minden bizonnyal — döntő szerepe van az antigen stimulánsnak. Erre a tényre mintegy 4—5 évvel ezelőtt figyeltek fel újszülött malacokkal végzett kísérletekben. Azt találták ugyanis: amennyiben a malacok steril körülmények között jönnek a világra és utána csiramentes levegőt szívnak be, tüdejükben sohasem fejlődik ki periferiás l. a. Ellenben, ha a malacok fertőző csirákkal terhelt levegőt kapnak, megszületésük után nem sokkal a l. a.-ok megjelennek, és pedig a bevitt csírok számától függően. Amennyiben nem antigen hatású szennyeződést visznek a levegőbe — például szénport — a l. a. képződése elmarad. Egyenesen arra a következtetésre jutottak, hogy a periferiás l. a.-ok fellépése direkt indikátora a környező levegő szennyezettségének.

A vizsgálatok azt is mutatták, hogy a „normál” újszülött tüdeje még mentes a periferiás l. a.-októl, ellenben számuk egyre növekszik, amint a csecsemő életnapjai-hónapjai telnek. Ebben a fejlődésben az egyes élőlények között valami sajátos párhuzamosság látható, így az emberi újszülött és az újszülött malac között is.

A hirtelen elhaltakban talált nagyszámú — a vizsgáltak több mint felében kimutatható volt — periferiás l. a. amellett szól, hogy ezek a csecsemők — megelőzően — erős környezeti antigen hatás alatt éltek; ez lehetett baktérium, vírus, parazita, női tej fehérje, de más környezeti elem is. Újában széles körben feszegetik a tejallergia oki szerepét, míg a vírussal kapcsolatosan az ismételt fertőzés döntő jelentőségét. Ezt a bemutatott elhaltak adatai is sejtetni engedik.

Szó sincs arról, mintha biztos alapunk lenne annak feltételezésére, miszerint a l. a.-ok okai a csecsemő halálának, vagy bármilyen más esendőségének, ezen keresztül azonban a környezeti rossz hygiénés viszonyok és személyi zsúfoltság érvényesülése bizonyítottan látszik.

Az elhalt csecsemők egynegyedének a tüdejében nem volt periferiás I. a.: ezek feltehetően antigen hatás szempontjából tiszta környezetből érkeztek. A felismerés újlag alátámasztja azt, miszerint a hirtelen halál okát nem lehet és szabad csak egyetlen tényezőben keresni.

(Ref.: *Továbbra is nagyon élénk a hirtelen-váratlan csecsemő elhalálozás körüli kutató munka. Értelmetlen fokozott érdeklődést ébreszt ez a tény gyermekorvosi berkekben ezen túlmenően már csak azért is, mert kevés olyan klinikai végállapotot ismerünk a csecsemőgyógyászatban, amely ennyire sajátosan gyakorlati vonatkozású lenne látszólag egyszerűnek tűnő patológiai háttérrel, s amely mégis ilyen nehéz fejtöresre készíti a klinikai kutatókat immár hosszú évek óta.*)

Kiss Szabó Antal dr.

**A gyermekkori asthma spectruma. I. Klinikai és fiziológiai komponensek.** McNicol, K. N., Williams, H. B. (Clinical Unit, Royal Children's Hospital Melbourne, Australia): British Med. Journal, 1973, 4, 7—11.

A teljes gyermekkori asthma „regisztert” reprezentáló 315 gyermeket és 82 kontrollt vizsgáltak meg 7, 10 és 14 éves korukban. A vizsgálatok tünetmentes időszakban történtek (vagy relative tünetmentes időszakban a súlyosan beteg gyermekeknél). Jelen és a következő két közleményben foglalják össze eredményeiket különböző aspektusokból. Négy súlyossági fokozatot különböztetnek meg az asthma spectrumban a 14 éves korig követett gyermekeken észlelt rohamgyakoriság és az asthma persistentiája szerint. Ezen fokozatoknak a klinikai és fiziológiai leletek adnak mélyebb tartalmat.

A súlyos persistens asthmát (C és D fokozat) a következők jellemzik: 3 éves kor előtt szokott kezdődni; már az első éveken nagy a rohamgyakoriság; a légúti obstrukció és pulmonális hyperinfláció klinikai és fiziológiai jelei tartósan jelen vannak; mellkasdeformitás jelenik meg, és a gyermek növekedésében visszamarad.

Ezzel szemben az enyhe asthma (A és B fokozat) a későbbi gyermekkorban kezdődik, rendszerint epizódikusan jelentkezik és kevés jel vagy esetleg semmi sem mutat a rohamok között légúti obstrukcióra. Ide tartozik az összes asthma gyermek  $\frac{3}{4}$ -e. Rohamaik spontán megszűnnek rendszerint 12 éves életkoruk előtt.

Fiúknak négyeszeres az esélye arra, hogy chr. asthmájuk lesz. 40 asthma gyermek közül 1 tartozik a D fokozatba, amely a spectrum nagyon súlyos végét jelenti: majdnem mindegyik gyermeknek itt chr. légúti obstrukciója és sokuknak pulmonális hyperinflációja van.

A legsúlyosabb fokozatba tartozó

gyermekek klinikai és fiziológiai vizsgálata ezeket a jeleket már 7 éves korban is feltárta, de a növekedésbeli visszamaradás akkor még nem volt jellemző.

A szülők beszámolója és vélekedése gyermekük asthmájáról több esetben teljesen inadekvát volt. Eppen a legsúlyosabb asthmás fokozatbeliek esetében csak annyit látott a szülő, hogy a gyermek gyenge, csendes, inaktív. Még a kezelőorvos sem értelte sokszor a kis jeleket: túltágult mellkas, bronchialis zörejek. Így a megfelelő kivizsgálás és terapia elmaradt. Némely túlságosan aggodalmaskodó szülő a gyermekét súlyosan megviselő asthma rohamokról számolt be. A részletes kivizsgálás viszont semmi érdemleges jelet nem mutatott légúti obstrukciónak.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy az objektív besorolási módszer nélkülözhetetlen a klinikus számára a prognosishoz, de különösen a therapiás kísérletek értékeléséhez.

Farkas Mihály dr.

**A gyermekkori asthma spectruma. II. Allergiás komponensek.** McNicol, K. N., Williams, H. E.: British Med. Journal, 1973, 4, 12—16.

Melbourne-ban végzett longitudinális epidemiológiai vizsgálataik allergológiai vonatkozását tárgyalják a szerzők ebben a közleményükben. Klinikai és immunológiai módszerrel feltárható sajátosságokat hasonlítanak össze statisztikailag: széna-nátha, ekzéma és urticaria előfordulása az asthma és nem asthma populációban, továbbá bőrszenzitivitási tesztek, eosinophil sejtszám a vérben és orrváladékban, hisztamin-kötés és serum IgE szint viselkedését. Az asthma csoportjában szignifikánsan magasabb volt az allergiás jelek mind-egyikének előfordulása, de olyan jelet nem találtak, amely egyértelműen elkülöníti az asthmaokat a kontrolltól.

Olyan asthma gyermeket nem találtak, akin 14 éves korig ne jelentkezt volna néhány allergiás sajátosság. Ezért az a konklúziójuk, hogy az asthmaoknak egy általános allergiás immunológiai rendelkezése van, ez tekinthető differenciáló specifikumnak. Az extrinsic (allergiás) és intrinsic astmát valamint a spastikus bronchitist („wheezing bronchitis”) és astmát elkülönült entitásokként kezelő koncepciókat a gyermekkorra vonatkozóan nem tartják megalapozottnak.

Az allergia és asthma viszonyáról úgy vélik, hogy az allergiás faktorok szükségesek, de nem elégséges feltételei a betegségnek. Hangsúlyozzák a bronchialis hyperreaktivitás szerepét is, melyről nem döntöttek még el, hogy allergia következménye-e vagy attól független. Inkább az utóbbit vélik valószínűnek, de ez csak további vizsgálatokkal bizonyítható.

Farkas Mihály dr.

**A gyermekkori asthma spectruma. III. Psychológiai és szociális komponensek.** McNicol, K. N. és mtsai: Brit. Med. J. 1973, 4, 16—20.

Iskolás korú gyermekeken vizsgálták a gyermekkori magatartászavarokat, a gyermek—anya, valamint a gyermek—család kapcsolatot és tanulmányozták a család szociális struktúráját is. Az adatokat pontozóskálán rögzítették gépi feldolgozásra alkalmas formában.

A gyermek magatartásánál pontozott jellemzők: szociális érettség, követelőzés, agresszivitás, szorongás, rossz szokások (ujj szopás, dagogás, enuresis stb.) és antiszociális megnyilvánulások (lopás, iskolakerülés). A D fokozatú asthma csoportjába tartozó gyermekek — akiken a légúti obstrukció foka és az allergiás manifestációk mértéke a legnagyobb volt — szignifikánsan különböztek a kontrollcsoporttól szociális érettség, követelőző magatartás, agresszivitás és szorongásos megnyilvánulások szempontjából. (A kedvezőtlenebb változatot képviselték.)

A súlyosabb fokozatba (C és D) sorolt gyermekek anyja fokozottabban aggódott a gyermek egészségi állapota miatt. A D fokozatú asthma gyermekekkel több probléma volt az évessel kapcsolatban. A legsúlyosabb betegek (D csoport) családjában több volt a feszültség, szülők közti vita, az anya magárahagyottsága a családi problémák megoldásában.

A szocio-ökonomiai feltételek nem különböztek szignifikánsan. A szerzők azt a gyakorlati konklúziót vonják le, hogy a psychológiai és fiziológiai vizsgálatot és a leletek — azaz a beteg állapotának — megfelelő kezelést minden asthma-nál külön-külön el kell végezni. Nem vállalkoznak annak fejtegetésére, hogy a magatartászavarok mennyiben okai vagy következményei az asthma-nak, illetve egyáltalán specifikusak-e rá.

Farkas Mihály dr.

**Az ajak- és szájpadasadásos csecsemők hasonfekvése a szájpádiv kompresszióhoz vezethet.** Előzetes közlemény. W. G. Momma (Universitäts Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie der Westdeutschen Kieferklinik, Düsseldorf): Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1973, 121, 675—678.

Az 1971—72. évben a szerző szájbébeszeti klinikai részlegére feltűnően nagy számban érkeztek olyan csecsemők, akiknek a szájpadasadás — két észlelés között, még műtét előtt — oldalirányú kompresszió következtében torzult, s ez végső soron a szájpádiv közötti hasadtság távolságát — nem kívánatos módon — csaknem teljesen felszámolta. A folyamat hátterében a hasonfekvés tényét gyanítja a szerző; az oki szerep lehetőségét taglalja közleményében.

Látszólag szokatlan, de nem indokolatlan a kérdés: alapvető törvényszerűség-e az, hogy az emberi újszülött — és egyáltalán a csecsemő — csak háti helyzetben feket? Azt kell válaszolnunk erre, hogy még csak nem is szokatlan, mert bárhová nézünk az élővilágban, szinte minden más gerinces a hasonfekvő helyzetet részesíti előnyben: márpedig a természetben nincs semmi logikátlanosság.

A hasonfekvés előnyeire Amerikában figyeltek fel elsőként 1959-ben, s ez — nem sokkal később — Németországban is széleskörűen elterjedt. A gyermekorvosok szerint kedvező, mert a hasi légzést a mellkasi forma váltja fel, a hűléses megbetegedéseket lecsökkenti, az aspiratio lehetősége pedig szinte kizárt.

Úgy látszik azonban, hogy ennek a megkedvelt szokásnak a szájszélesség a jövőben nem fogna túlságosan örülni. Kiderült ugyanis, hogy a hasonfekvés az ajak- és szájpadahasadásos csecsemők számára fölöttébb elnyert: a hasonfekvés ugyanis a csecsemő a hasán fekszik, fejét a processus zygomaticus maxillae-ra és a járomívre támasztja. A fej súlya miatt centrális irányú oldalnyomás nehezdedik a maxillára, amely annak oldalsó lemezét szükségszerűen középirányba igyekszik eltolni. Mivel a hasadás következtében a középső támaszték hiányzik, az oldalsó lemez szabálytalan — centrális irányú — kompressziója lép fel, miközben a vomer a filtrummal együtt kissé elmozdul. Az így kialakult helyzetet a későbbiekben már igen nehéz normalizálni, s ez egyúttal megakadályozza a sikeres műtétet is.

Különösen veszélyes a helyzet azért is, mert az anyát téves illúziókba ringatja: ő ugyanis csak azt látja, hogy a szájpadahasadék hét-ről hétre egyre szűkül; boldog, mert abban reménykedik, hogy a műtét későbbiekben talán már nem is szükséges, esetleg könnyebb is lesz az elenyészővé változott hasadék miatt. Csak a szakember szeme látja, hogy közben helyrehozhatatlan orthopaediai károsodás következett be.

Mindenesetre szerző azt tanácsolja az anyáknak, hogy ajak- és szájpadahasadásos csecsemőiket egyelőre ne fektessék hasra, bármennyire is előnyös lehet ez a helyzet egyéb szempontból. Nincs ugyan a kérdés még tökéletesen lezárva a szájszélesség szempontjából sem — hisz a kérdésre csak most figyeltek fel —, bizonyító erejű lesz azonban, ha az elnyert kompressziós jelenségek egyszeriben megszűnnek egy időben azzal a nappal, amelytől az anyák műtétre váró csecsemőiket kizárólag hátonfekvő helyzetben gondozzák. Kiss Szabó Antal dr.

**Gyermekkori szívbetegségek. Epi-  
demiológiai felmérés speciális gon-**

**dozasi terv készítéséhez.** Ferencz, Ch., Craft, J., Sultz, H. (Department of Pediatrics and of Social and Preventive Medicine, State University of New York at Buffalo): *Pediatrics*. 1973, 52, 395.

A buffalói gyermekkorház a congenitalis vitiumokra specializálódik. A szerzett szívbetegségekkel, főleg a rheumás vitiumokkal, más területi gyermekgondozók, illetve privát orvosok foglalkoznak.

Felmérésüket 1970-ben végezték, 601 16 éven aluli gyermek képezi tárgyát. Az adatokat szívkatéterezéssel, szívűtettel, illetve 1 éves megfigyeléssel nyerték. A 601 gyermek közül 207-nek volt kifejezett szívbetegsége: congenitalis vitium 76,8%, rheumás vitium 11,6%, ingerképességi zavarok 7,2%, más szerzett szívbetegség 4,3%, 394-nek enyhe cardiovascularis eltérésre utaló zörejé és az utaló rheumás láza volt. A 207 szívbeteg közül meghalt 38 (18,4%): a congenitalis vitiumosok 21,4%-a, a rheumás szívbeteg 8,4 és más szívbeteg 22,2%-a. 1 hónapos korig a 47 congenitalis vitiumos közül meghalt 27. 1 éves kor után az 57 congenitalis vitiumos beteg közül a legtöbbnek már nem voltak súlyosabb betegségei. A 207 közül 73 került műtétre.

Táblázatban tüntetik fel a betegek sorsát kor, szívkatéterezés, műtét, illetve halálozás szempontjából. Említésre méltó, hogy 6,6%-os a katéterezés halálozása, de ez csak 6 hónapos kor alatt fordult elő. A műtét halálozása 18,9%, amely magas 1 hónapos korig, alacsony 1—12 hónapos kor között, 1—9 év között nem fordul elő egyáltalán. A spontán halálozás 17,8%, amely kifejezetten magas újszülöttkorban, 5—9 év között nem fordul elő, 1/2 éves—4 éves kor között alacsony.

A 601 gyermek közül 394, a szívbetegség-gyanúsaknak csaknem a 2/3-a nem bizonyult szívbetegnek. A vizsgáltak 28,7%-át a kórházak, 37,8%-át gyermekgyógyászok szolgáltatták. A gyermekgyógyászok által kiszűrt betegek 1/2-ét ezek 1/4-a küldte be, ez rávilágít egyes gyermekgyógyászok kardiológiai érdeklődésének jelentőségére. Említésre méltó, hogy a szívbetegséget az elnyert helyzetű fekete gyermekeken más betegséggel kapcsolatban történt kórházi kezelésnél, míg a fehéreken főleg a gyermekgyógyászok rutin vizsgálatával fedezték fel. A betegségek szociális helyzet szerinti megoszlása azt mutatja, hogy a szívbetegségek előfordulása az alacsonyabb társadalmi osztályokban több mint a kétszerese a legmagasabb társadalmi osztályok gyermekeihez viszonyítva. Legmagasabb a betegek száma a csecsemőkorban és a legalacsonyabb az iskolás kor előtti években. Figyelemre méltó, hogy a 24 rheumás szívbeteg közül 2 meghalt, azaz a rheumás láz csökkenésével

fokozódott a valószínűleg nem idejében felismert és kezelt esetek súlyossága, így jelentősége.

A szerzők megfigyelése szerint a kardiológiai szűrés képezi jelenleg a speciális igényt, az újonnan felfedezendő betegek felkutatásával. A gyermekgyógyászok egyelőre nem elégségesek ehhez. Azonban, tekintettel arra, hogy ezek közül egy csoport nagy gondal selectálta a kardiológiai eseteket, felveti annak szükségességét, hogy gyermekgyógyászok sajátítsanak el nagyobb kardiológiai gyakorlatot a fenti speciális feladat elvégzéséhez. Ugyanis a kardiológusok fő feladatát inkább képezi a szívbeteg el látása, mint a szívbetegség gyanúsak felkutatása. A hátrányos helyzetű fekete gyermekek minőségi ellátottságának hiányossága szükségessé teszi regionális gondozási centrumok működését, ésszerű tervezés alapján. Péntek Erzsébet dr.

**Az alacsony növés okai.** Lacey, K. A., Parkin, J. M. (University Department of Child Health, Newcastle upon Tyne): *Lancet*, 1974, 1, 42.

A szerzők az 1960, 1961 és 1962-ben Newcastle upon Tyne városban született gyermekeket vizsgálták meg 10 é. korukban. Arra kerestek választ, hogy az alacsony növés háttérben milyen gyakran van fel nem ismeri organikus megbetegedés, 1960-ból mindazokat, akiknek magassága a 3-as percentil alatt volt, 1961 és 1962-ből pedig azokat, akiknek hossza több, mint 3 S. D.-val (standard deviatio) volt az átlag alatt, részletesen kivizsgálták.

Az 1960-ban született gyermekek közül 98-at vizsgáltak, közülük 82 alacsony normális gyermeknek minősült, 16-ban találtak organikus betegséget. Utóbbiak közül 13-nak volt már korábban diagnosztizált organikus betegsége, aminek az alacsony növés csak mellékünete. 3 gyerek növekedési elmaradása egyébként tünetmentes organikus elváltozással függött össze. Egyikükben chromosoma anomáliát találtak (karyotypus 47,XX G-trisomia, ennek alapján Down-syndromától megkülönböztethetetlen, I. Q. 66., egyéb klinikai tünetek azonban hiányoztak, magassága —2,7 S. D.) Másikban valószínűleg partialis növekedési hormon hiányt fedeztek fel, magassága —2,6 S. D., de növekedési rátája 3,4 cm/év. A harmadiknak chronikus vesebetegsége volt, melyet röviddel jelen vizsgálat előtt diagnosztizáltak (kétoldali zsugorvесе).

1961 és 1962-ből 19 gyermeket vizsgáltak részletesen. Közülük 7-nek volt súlyos organikus megbetegedése (2 Down-syndroma, 2 súlyos mentális retardatio, 1 spina bifida, 1 Russell-syndroma, 1 arthrogriposis multiplex).

Az 1960-as csoport hasonlóan

alacsony 13 gyermekét hozzávéve, ezen magassági csoport 32 gyermekéből 16-nak (50%) volt organikus betegsége.

Eredményeikből azt a következtetést vonják le, hogy ha valamely alapbetegség konkrét tünetei (pl. anaemia, pyuria stb.) nincsenek jelen, úgy egy alacsony gyermek részletes kivizsgálása organikus betegség kizárása céljából csak akkor indokolt, ha magassága több mint 3 S. D. az átlag alatt, vagy a növekedési ráta nagyon alacsony.

Meggyessy Veronika dr.

**Diabetes insipidus renalis occultus: a láz oka egy csecsemőn.** Kinzel, R. (Lipcse): Kinderärztliche Praxis. 1973, 12, 538—544.

A gyermekorvosi gyakorlatban mindennapos feladat a lázas állapot megítélése és kezelése.

Esetükben egy 11 hetes fiú csecsemőt egy hete tartó lázas állapot miatt vettek fel. Bentléte alatt intermittáló lázat észleltek, gyakorlatilag negatív laboratóriumi leletek mellett. Felmerült a sepsis lehetősége, azonban az erélyes antibiotikus kezelés hatástalan maradt, éppúgy, mint amikor nagy adag prednisonot is kapott mellette. Kezdetben ivásnál mohóságot nem figyeltek meg, az exsiccosis klinikai jelei hiányoztak. A lázas periódusok alatt a beteg nyugtalanságot, jactatio capitiszt észleltek. Végül a helyes dg.-t az alacsony vizeletfajsúly (1008, max. conc. 1012) és a magas se. electrolyt értékek (se. Na 167,6 mEq/l., Cl 129 mEq/l., K 6,4 mEq/l.) alapján tudták felállítani. A fokozott szomjúságérzés csak 7 hónapos korra fejlődött ki. Bőséges folyadékfelvétel (napi 2—2,5 l.) mellett hydrochlorothiazid adással a csecsemő láztalan lett, fejlődésében megindult. Folyadék megszorításra újból belázásodott, 10 hónapos korban bocsátották ki, 3 hónapos testi-szellemi visszamaradással.

Családi anamnézise szerint bátyja 5 hónapos korban meghalt intézetben, ahova gyakori lázas állapotok miatt vették fel. Anyja szomjaztatásos vizelet fajsúlya 1010—1012 volt, de nem fogyasztott sok vizet. Anyai nagyanyja és dédapja feltűnően sok vizet ivott. Később kiderült, hogy 4 másodunoka-testvérén is fennáll a diabetes insipidus renalis (dir).

Csecsemőkorban a dir különleges lefolyású, gyakran hiányzik a polyuria, polydipsia. Fanconi ezért ajánlotta a diabetes insipidus hypersalaemicus occultus elnevezést.

Általában az első tünetek, a láz, hányás, obstipatio, csaknem a szülés után azonnal fellépnek, de legkésőbb 3—6 hónapig, a sóban gazdag táplálék bevezetése után.

Linneweh szerint a magas hőmérséklet a dehydratiókor létrejövő egy, vagy több, az extracellularis térben koncentrált ion, vagy anyag-

cseretermék központi idegrendszerre való hatásának, illetőleg a perspiratio insensibilisnek következménye. A hyperosmolaritas miatt a szomjúságérző centrum reversibilisen károsodik. Irreversibilis azonban az agysejtek anyagcserezavara: extracellularis hyperelectrolytaemia, intracellularis víz elszegényedés a Na koncentráció fokozódásával. Azokon a gyermekeken, akik későn állítják fel a dg.-t, súlyos szellemi elmaradást, egészen az imbecillitásig, okozhat. A somatikus fejlődés zavara felnőttkorig általában rendeződik.

Csecsemőkorban dg. nélkül a betegség halálos. 3 hónapos kor után jobbak az életkilátások, de a víz-háztartás labilitása miatt a beteg mindig elegendő folyadékbevitelt igényel. Különösen veszélyesek a terhelések (intercurrents betegségek, láz, eszméletzavar, műtét, baleset).

Vásárhelyi Katalin dr.

## Orvosi psychologia

**Náci-üldözöttek túlélőinek gyermekei.** J. Kestenberg (Sandspoint, L. I. USA): Psyche. 1974, 28, 249—265.

Több mint negyedszázada annak, hogy a náci haláltáborok túlélői felszabadultak. Az őket ért és az irodalomban többször tárgyalt lelki sérülések most hosszabb idő után újra jelentőséget nyernek: a felszabadulás után született gyermekek felnővőben vannak. Tapasztalatok gyűlnek arról, hogy egyes esetekben a fiatalok lelki struktúrájában a túlélő szülők élményei lecsapódnak. A szerző első konkrét találkozását a problémával egy fiatalkorú páciens képezte, aki igen sajátosan viselkedett: nem táplálkozott, erdőben rejtőzött, a terápiát az indulatátviteles helyzetben üldözönek nézte. Psychosira emlékeztető magatartását a szülők koncentrációs táborbeli reális élményeivel kapcsolatba hozva a tünetek oldódtak. Az analízis azonban idő előtt megszakadt, főleg a szülők ellenállása miatt.

Kb. 1968 óta fordul a figyelem ezen problémákra. A második generációban mutatkozó jelenségek tisztázása céljából az amerikai gyermekanalitikusok társasága előzetes kérdőívet bocsátott ki tagjai között. A szerző beszámol az első tapasztalatokról. 6 kérdésre kértek választ. 1. Adatok. 20 analízált fiatalkorúról érkezett részletes beszámoló. Feltehető, hogy a valóságban több eset került analízisbe, de maguk az analitikusok is ellenállást érezhetnek azzal szemben, hogy feltárják a túlélők szörnyű élményeinek a gyermekeken mutatkozó következményeit.

2. Az analitikusok beállítottsága a közölt esetekben. Széles skálán mozog élénk érdeklődés és mély ellenállás között. Ez utóbbi magya-

rázható a várható súlyos indulatátviteles és viszontátviteles reakciók terének elhárításával. Egyes esetekben a szülők nem viselték volna el a gyermek mélyebb analízisét és így csak a psychotherápiába egyeztek bele.

3. Mutatkozik-e a gyerekek psychés struktúrájában valamilyen jellegzetesség? Egyelőre 1—1 konkrét eset kapcsán nyert észleletekről van szó. Egy esetet jellemzett az infantilis omnipotentia károsodása, az áldozattal való azonosítás, gátolt agresszivitás, megzavart viszonyulás a saját testhez. Más esetben inkább fokozott agresszivitás, csekély affektkontroll, anomia. Az indulatátviteles helyzetben támadó magatartás váltakozott a megtámadottság érzésével. Egyelőre úgy lehet összefoglalni a tapasztalatokat, hogy erős én-nel számolhatunk, amely azonban egy részterületen sérülést mutat; ez irracionális impulzusokban, objektkapcsolatok megszakításában nyilvánul meg. Azonosítás a túlélő szülők elpusztult hozzátartozóival, a szülők élményeivel. Büntudati és szegényreakciók, azonosítás az agresszorral is. Mások büszkeség, önbizalom mint reakcióképződés. A szülők állapotának a gyermekre való kihatásában szerepelhet a felszabadulás utáni totális „sokk”, elgyökértelenedés.

4. Módosítások a terápiás eljárások feltételeiben (paraméterek). Mivel a szülők nem gondolnak kapcsolatra saját élményeik és a gyerekek tünetei között, szükségesé válhat, hogy az analitikus maga adjon információkat, avagy rábeszélje a szülőket, hogy kezdjenek beszélni élményeikről a gyerekeknek a kezelés ideje alatt. Ez ugyanakkor erősítheti a szülők ellenállását, amit a gyerek megérez és a kezelés esetleg megszakad. Esetleg várhat az analitikus addig, míg a gyerek maga kezdi kutatni a szülők élményeit. Mindenképpen szükséges, hogy a szülők is részesüljenek psychés támogatásban a gyerek analízise alatt.

5. Van-e valami jellegzetesség a túlélők psychés struktúrájában azon aspektusból nézve, hogy gyermekek vannak? Erről egyelőre nagyon kevés adat van. Általában sok az ellenállás a szülőkben. Meg kell teremteni a kezelési szükséges feltételeit. Olyan intézmények vagy egyének nyerhetik csak meg a szülők bizalmát, akik mintegy garanciát is adhatnak a gyermek „biztonságáért” és azt nem veszélyeztetik semmivel, még jelképesen sem. Főleg olyan szülők mutatnak ellenállást, akik maguk elvesztették bizalmukat saját szüleikkel szemben, hogy azok számukra biztonságot lettek volna képeknek nyújtani. Egyes tapasztalatok arra utalnak, hogy túlélő anyák gyermekeikkel symbiotikus kapcsolatot alakítanak ki, ami aztán megnehezíti a gyermek önállósulását. Mások túlságosan el vannak foglalva saját gondolatvilágukkal; ismét mások ki-

zárólag anyagi biztonság elérésére töreksznek.

6. Definíciók. Szükséges lesz pontosan meghatározni, mit is értünk „túlélő szülők”, ill. „túlélők gyermekei” kifejezés alatt. Az utóbbi azt jelenti, hogy a gyermek a koncentrációs tábor túlélő szülőktől azok felszabadulása után született, avagy már élt előtte is, de biztonságban vészelte át az üldözést, utána azonban a túlélő szülő nevelte. A „túlélő” definíciónak a jelen vonatkozásában, tehát a gyermekre való kihatás tekintetében számitásba kell vennie, hogy a szülők énje milyen erősséget vagy károsodást mutat. Ha a szülők nem képesek énjüket reorganizálni, a gyerekek számára értékteleneknek bizonyulhatnak; máskor a gyerektől várják el, hogy az különleges teljesítménnyel állítsa helyre a szülők megzavart identitását. Számolni lehet azzal is, hogy a náci időkben kialakult bizarr realitások, szadisztikus fantáziák és destruktív vágyteljesülések formájában persistálódnak és átvivődnek a gyerekekre azonosítások révén.

A lassan gyűlő adalékok általában tarkák, sokrétűek; idő előtt természetesen nem szabad általánosítani. Egyelőre elfoghatónak látszik a következő definíció: „Túlélő” az, aki a náci üldözések alatt mint egy szociális csoport tagja tárgyvesztéseket szenvedett; akinek gyászolni valója van saját énjét, objektjeit, intézményeit illetően, akikre szadomazochisztikus élmények szakadtak, pszichés struktúrájukat károsítván. A túlélőnek mármost az a feladata, hogy a struktúrát helyreállítsa azáltal, hogy új generációt terem, mely mentes marad a túlélők büntudatától.

(Ref.: *A Psyche c. folyóirat azon száma, melyből a referált cikket vettük, még további közleményeket tartalmaz a témakörből. Ezek közül számunkra különösen érdekes egy levél reprodukciója, melyet Hollós István, a magyar analitikus írt Paul Federnnek. Ebben leírja, milyen válságos élményeken ment át, amikor 1944-ben a nyilasok egy hideg téli éjszakán félmeztelenül a Dunához vitték egy csoporttal kivégzés céljából, majd teljesen váratlanul az ő csoportját közvetlenül a kivégzés előtt a gettóba irányították. Sajátos én-változáson ment át. A tragikus jelenetek, emberek szemé előtt történt kivégzése, a biztos halál tudata ellenére és anélkül, hogy észrevésvési funkciói gátlást, skotomizációt mutattak volna, sajátos nyugalomérzés áradt szét rajta. Alapotát álomszerűség és tisztánlátás jellemezte, alapvető belenyugvás helyzetébe, leszámolás az életével, amit kielégítőnek és szépnek ítélt meg. Az elhárítóműködések ezen sajátos akciója révén kialakult állapot utólag teljesen érthetetlen és elképzelhetetlen volt számára.)*

Paneth Gábor dr.

## Intenzív betegellátás

**A ludwigshafeni interdisciplinaris orvosi mentőkocsi működésének egyéves tapasztalatai.** Gillmann, H., Kohlmayer, H. (Mediz. Klin. Rajna-Ludwigshafen). Dtsch. med. Wschr. 1972, 97, 1114—1119.

A Rajna Ludwigshafeni Klinika Intenzív osztályán 25 hónap alatt 2983 betegen szerzett tapasztalatok alapján interdisciplinaris mentőkocsi létesítését határozták el.

Az NSZK-ban a müncheni, kölni, heidelbergi, gummersbachi és frankfurti speciálisan felszerelt orvosi mentőkocsik gyakorlatilag baleseti sebészeti esetek helyszíni ellátását szolgálták (64—87% a sebészeti betegek aránya).

Ennek a túlnyomóan sebészeti orientációnak csak a mainzi orvosi mentőkocsi tapasztalatai szóltak ellene. (A sebészeti betegek 30%-kal, a sürgős belgyógyászati esetek 58%-kal, szerepeltek.) A ludwigshafeni intenzív osztály beteganyaga a mainzi tapasztalatokat támasztotta alá.

Az orvosi szolgálatot egy megfelelően felszerelt mentőkocsiban túlnyomóan a belgyógyászati és sebészeti klinikáról önként jelentkező főorvosok és asszisztensek vállalták, akik belgyógyászati, sebészeti és nőgyógyászati sürgős orvosi ellátásra külön kiképzést nyertek. Az állandó készséget 24 órás szolgálattal biztosították. Az illetékes klinikák vezetői a jelentkező orvosokat mentőkocsira való beosztás időpontjában az azonnali kiszállást akadályozó munkáktól felmentették.

A mentőkocsi gépi, gyógyszeres és egyéb felszerelését a szerzők részletesen ismertetik. A felszereltség a leírás alapján korszerű, az interdisciplinaris sürgősségi esetek ellátására, az életfontos funkciók helyreállítására, ill. pótlására alkalmas.

Az egy év működési adatai (1971. jan. 18.—dec. 31.) igazolták a feltételezést, hogy az orvosi mentőkocsi interdisciplinaris alkalmazása indokolt. A 762 esetből 618 bizonyult indokolt hívásnak. Ebből 68% belgyógyászati, 23% sebészeti, 4% ideggyógyászati, 3% nőgyógyászati és 2% egyéb szakágazat területére jutott. A 618 indokolt esetből 360-ban az alapvető életfunkcióit fenyegető zavar volt a hívás alapja.

A 419 belgyógyászati sürgős esetből 216 igazolt szívinfarctus, ill. egyéb sürgős ellátást igénylő kardiológiai eset volt. Problémát jelentett, hogy ki kérheti a sürgősségi orvosi kocsit, ennek kiküldését általában orvos hívásához kötik. Kivételesen laikus hívást is elfogadtak és a bementásokat egy aránylag egyszerű pontrendszer segítségével értékelték. Általában laikus által is megállapítható 11 tünetet soroltak fel táblázatszerűen, s a tüneteket pontszámmal osztályozták. Ha a bementott tünetek

pontértéke a tízet elérte, akkor laikus hívásra is kiküldték a mentőkocsit.

Megfigyeléseik szerint a bevetések időtartamát nem elsősorban a távolság, hanem a közlekedési körülmények határozták meg.

Tapasztalataik alapján a munkában további eredményt csak az orvosi mentőkocsi számának emelésével, azoknak a város több helyén való telepítésével, az egységes mentőhívás és központi jelzőberendezés kiépítésével lehet elérni. Rendkívül fontosnak tartják, mint elérendő célt a nem orvos mentőszemélyzet kiképzését is.

(Ref.: *A közlemény értékelésénél figyelembe kell venni, hogy az NSZK-ban általában nyugati országokban eltérőek a mentőügyi viszonyok, s valamennyire is egységes mentőellátásról általában nem lehet beszélni, orvosi mentőellátást pedig többnyire önkéntes alapon, egyes fekvőbeteg-intézmények vezetőinek belátásától függően tudnak biztosítani. Ez teszi érthetővé, hogy hazánkban megoldott hálózati, szervezeti, személyzeti, továbbképzési és hírközlési kérdéseket más viszonyok között, mint elérendő célt jelölik meg a szerzők.)*

Maklári Lajos dr.

**A szívinfarctus akut szakaszának kezelése folyamatos monitorozás segítségével egy intenzív egységben.** R. Michaud, E. Leclair, A. Pohn: Arch. Mal. Coeur. 1973, 66, 1009—1016.

Tíz éve vezették be az infarctus kezelésébe az intenzív őrző egységeket. Ezek nagy jelentőségére utal, hogy az infarctus halálozás a kórházon belül az 1963 előtti 30%-ról 18%-ra csökkent: ez az adat hét országból 16 szerző 1962—1972 között kezelt 4900 betegének értékeléséből származik. Az adatok nagy központok, jól felszerelt klinikák közléseiből származnak, ezért jelen dolgozat szerzői felvetik a kérdést, hogy vajon kisebb helyek intenzív őrzői rosszabb orvosi ellátással elérik-e ugyanazt az eredményt.

A szerzők saját kórházának általános intenzív őrzőjében 4 ágy képviselte a coronaria őrzőt és ezek az ágyak monitorral voltak ellátva. A monitorok ellenőrzését folyamatos és szimultán módon nővérek végezték. A nővéreket kioktatták a lehetséges rhythmus-zavarok felismerésére és a szükségessé váló reanimációs beavatkozások kivitelezésére. Ide tartozik a döntés az iv. adandó injecciókról és elektromos defibrillatio alkalmazásáról. A betanított személyzet gyors beavatkozása döntő lehet a beteg életben maradása szempontjából, különösen olyan helyen, ahol nincs mindig orvos a közelben. A speciális kezelési lehetőségek ellenére a szerzők a szívinfarctus kezelés megközelítő standardizálására törekedtek, amely a nővérek munkáját segítette elő.

Ilyen általánosan alkalmazott eljárás volt: 1. valamilyen oldat folyamatos vénás infúziója azért, hogy ha szükséges, azonnal gyógyszer lehessen adni a keringésbe. Az utóbbi 6 hónapban lidocaint adtak prophylactikusan, és a ventricularis arrhythmia határozott csökkenését tapasztalták az első napokban. 2. 4–6 óránként hepárint adtak 48–72 órán át, és ezzel párhuzamosan elkezdték a cumarin készítmény adását, amelyet egész bentfekvés alatt folytattak. 3. A monitorozás mellett naponta EKG-t készítettek, valamint rögzítették az arrhythmákat. 4. 24–48 óránként az ágyban melkás rgt-t végeztek a cardialis elégtelenség gyors felismerése céljából. 5. Három nap egymás után SGOT, SLDH-t és SHDB-t határoztak meg.

A tanulmány 662 heveny infarctus miatt kezelt beteg értékelésén alapszik, akik 1967 és 1971 között feküdtek a coronaria őrzőben. Betegeket itt 4–5 napig tartózkodtak. A kórházi benntartózkodás idején 121 beteg (18%) halt meg és közülük 81 (12%) még az őrzőben.

A coronaria egységben meghalt 81 beteg közül 10 primaer és 71 secundaer szívmegeállásban halt meg. Primaernek nevezik azt a szívmegeállást, amelynek rhythmus-zavar volt az oka és a szívizom gyengeségének semmi jele nem volt kimutatható. A 71 secundaer szívmegeállás közül 56 irreversibilis shock és 15 szívelégtelenség miatt következett be. Ez utóbbival más pathológiás állapotok is kombinálódtak mint vese-, légzési elégtelenség stb. A heveny szakban a dokumentált arrhythmia meghaladta a 90%-ot. Nem sorolták ide azokat az arrhythmákat, amelyek irreverzibilis shockot vagy szívelégtelenséget kísérték és amelyek a resuscitációs beavatkozással jártak együtt. A betegek több mint 80%-ának ventricularis extrasystoliája volt, 22 betegnek complet a-v blockja, 21 betegnek ventricularis tachycardiája, 19 betegnek ventricularis fibrillatioja és 6 betegnek asystoliás epizódjai voltak. A 23 primaer szívmegeállásban reanimációt végeztek, 19 esetben kamrai fibrillatio miatt és 11 élte túl; 4 esetben asystolia miatt és 2 maradt életben. Ez azt jelenti, hogy primaer kamrai fibrillatio esetén a reanimatio 58 százalékban volt eredményes, ugyanakkor cardialis shockban a 42 reanimatio közül egy sem volt eredményes.

A 10 primaer szívmegeállásban meghalt beteg közül 8-nak kamrai fibrillatioja, 2-nek asystoliája volt és 9 hat órán belül (ebből 3 három órán belül) halt meg. Hét esetben hátsófal, 3 esetben mellsófal infarctust találtak.

A további kórházi benntartózkodás során meghalt 40 beteg között mindössze 4 volt olyan, aki coronaria őrzőben esetleg megmenthető lett volna. A többiek, a sectiós leletek szerint, irreversibilis és in-

curabilis szív, illetve általános állapotban voltak.

A szerzők véleménye szerint coronaria őrző egységre minden olyan általános kórháznak szüksége van, amely infarctusos beteget fogad és ezeknek az őrzőknek egyáltalán nem kell csak nagyobb központokra korlátozódnjuk. Ezeknek az őrzőknek elsősorban a a feladatuk, hogy a szívinfarctus első óráiban oly gyakori arrhythmiait ismerjék fel, és így a betegek megterelő kezelésben részesülhessenek.

Széplaki Ferenc dr.

**A mesterséges légzés akut, súlyos bal szívelégtelenségben (tüdőoedemében).** Luckmann, E., Heinz, Hossmann, V. (Med. Univ.-Klinik, 2000 Hamburg 20.): Zeitschr. f. Kardiol. 1973, 62, 862.

A szerzők 40 betegükön tüdővízenyő esetében a mesterséges légzést, a gyógyszeres kezelést megelőzően kezdték el. A betegek diagnózis szerinti megoszlása a következő volt: 29 acut infarctus, 9 decompensált hypertoniás, 2 bal szívelégtelenség. A tüdővízenyőt bizonyította: a mindkét oldalt hallható nedves szőrösülés és a röntgenlelet. A vénás és artériás vér telítettségét oxymeterrel határozták meg, a mesterséges légzést Bennett-respirátorral végezték.

Mind a 40 betegben az alábbi kezelést hajtották végre: 1. Peripheriás vénán keresztül cathetert vezettek fel 50 cm-ig. 2. O<sub>2</sub> meghatározás az art. femoralis és a kateteres véna véréből. 3. I. v. adtak 0,25–0,5 mg atropint, 10 mg diazepamot, és 50–100 mg suxamethoniumot. 4. Rövid ideig tartó lélegeztetés AMBU-ballonnal a relaxatióig s utána intubálás. 5. A mesterséges lélegeztetést 20–30 víz cm-es nyomással kezdték, 100%-os O<sub>2</sub>-vel és 10 perc után átérték 40–60 arányú O<sub>2</sub>-levegő keverékre. A nyomást is redukálták 20 víz-cm-re. 6. A lélegeztetés alatti gyógyszerek: relaxatióra hexacarbacholinbromid 4 mg/óránként, sedativumként diazepam, vagy fentanyl 0,1–0,3 mg kb. 30 percenként. 7. Ha a spontán légzés perctérfogata 8 l/perc fölé, a légzési frekvencia 20 perc alá került, akkor a lélegeztetést befejezték.

Eredményeik azt mutatták, hogy az asszisztált légzés a súlyos hypoxiát azonnal megszüntette. 10 percen belül az átlagos artériás telítettség 74-ről 95%-ra, a vénás 46%-ról 67%-ra emelkedett.

A betegek közül a lélegeztetés alatt 18 halt meg, 7 a későbbiek során. 15 gyógyultan távozott. Megjegyzendő, hogy felvételkor 36 betegben kezdődő vagy manifest cardiogen shockot észleltek.

A szerzők szerint eljárásuk prognosztikai értéke csekélynek látszik, de a hypoxia azonnali megszüntetése mellett még más kedvező hatások is feltételezhetők: 1. Az asszisztált lélegeztetés megtakarítja

az egyébként létrejövő fokozott O<sub>2</sub> felhasználást. 2. Csökken a tüdővéna vénák és az intrathoracalis vérmennyiség, ezáltal tehermentesül a bal kamra. 3. Csökken a lélegeztetés nélkül a hypoxia miatt fellépő hypertónia. 4. Jelen-tős mennyiségű intraalveolaris transsudatum leszívható.

Máté Károly dr.

**Pozitív végső kilégzési légűnyomás súlyos artériás hypoxaemiában.** McMahon, S. M. és mtsai (Departments of Medicine of Duke Hospital and the Durham Veterans Administration Hospital, Durham, North Carolina 27710): American Review of Respiratory Disease 1973, 108, 526–535.

A súlyos artériás hypoxaemiával járó heveny légűteltség fel-nőtt betegekben tisztá oxigénnel való gépi lélegeztetés hatására gyakran nem javul. Ezeknek a betegeknek egy részében a kilégzés közben alkalmazott pozitív nyomásos légzéssel oxigén-tensio emelkedés és klinikai javulás érhető el. Ez a kedvező hatás elmarad azokban a betegekben, akiknek az oxigén-tensiójuk nem változik, vagy alacsony. 27 heveny légűbeteget kezelték végső kilégzési pozitív nyomással. Közülük 14 beteg súlyos hypoxaemiás volt gépi lélegeztetés közben 100 Hgmm-nél alacsonyabb oxigén-tensióval. Az artériás oxigén-tensio 9 betegben emelkedett, halálozási arányuk azonban nem javult. Úgy vélik, hogy a végső kilégzési pozitív nyomásos lélegeztetés eredményes lehet alveolaris blokk kezelésében, hatástalan azonban olyan esetben, amelyben a hypoxaemiát légű-obstructió, vagy pneumonitis okozta.

Pongor Ferenc dr.

## Serológia és immunológia

**A hepatitissel kapcsolatos antígeno (HAA) és a krónikus persistáló hepatitis lehetséges kapcsolata a terápiával Hodgkin-kórban.** Grange, M. J. és mtsai: Gut. 1973, 14, 433–437.

A szerzők Hodgkin-kórban szenvedő betegek serumában vizsgálták a HAA előfordulását, párhuzamosan a májpróbákkal és a máj histológiai elváltozásaival. Együtt tanulmányozták a kóros leletek viszonyát az alapbetegség stádiumaihoz és a terápiához.

A betegek első csoportját 33 olyan Hodgkin-kóros beteg képezte, akik legalább 2 éve teljes remisszióban voltak, előzőleg cytostaticus és radiotherapiában részesültek, a vizsgálat idején gyakorlatilag mentesek voltak a kórfolyamattól.

A második csoportot 128, korábban különböző típusú kezelést kapott beteg alkotta, akik teljes vagy részleges remisszióban voltak 2 éve.



A harmadik csoportban 36 újonnan diagnosztizált beteget vizsgáltak, akik előző kezelést nem kaptak.

**Eredmények:** szignifikánsan magasabb volt a HAA-pozitív betegek aránya a kezelt Hodgkin-kórosok között a nem kezeltkezők képest: az első csoportban 33 közül 16 serumában, a második csoportban 128 közül 42-ben találtak HAA antigént a betegek serumában, míg a harmadik csoportban egy esetben sem. Az átlagos GOT szint magasabb, a BSP-clearance alacsonyabb volt a HAA-pozitív csoportjában a negatívakhoz képest. A 16 biopsiával is vizsgált HAA-pozitív beteg közül 12, míg 17 HAA-negatív beteg közül 5 beteg májszövetében találtak krónikus persistáló hepatitisre utaló histológiai jeleket.

A szerzők véleménye szerint a tartós HAA antigenaemia nem a hosszabb betegség-időtartammal kapcsolatos a kezeltek csoportjában, hanem ez a terapiával függ össze. (Nem észleltek antigen persistentiát hétéves betegség tartam esetén sem a kezelt betegekben, másrészt a gyakori antigenaemiát mutató kezelt csoport betegei már gyakorlatilag Hodgkin-kór-mentesek voltak a vizsgálat idején). A fentiek alapján arra következtetnek, hogy a Hodgkin-kór kezelésében alkalmazott eljárások károsították az immunrendszert, és ez segítheti elő az antigen-persistentiát. Másrészt a statisztikailag szignifikáns társulás a HAA és az emelkedett GOT-szint, ill. a krónikus persistáló hepatitis histológiai bizonyítéka között, azt veti fel, hogy a betegekben az antigen-pozitivitás a krónikus hepatitis jelenlétére utalhat.

Pár Alajos dr.

**Az Australia-antigen fluorescens-serológiai kimutatása a májban.** Müller, R. és mtsai (Abteilung für Klinische Immunologie und Abteilung für Gastroenterologie der Medizinische Klinik und Abteilung für Versuchstierkunde im Zentralen Tierlaboratorium der Medizinischen Hochschule Hannover): Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1973, 98, 93—99.

Az Australia-antigen (Au-antigen) a testnedveken kívül számos szerző a májban is kimutatta fluoresceinnel jelzett antitestek segítségével. Az eddig megjelent közlemények szerint a fluorescáló szemcsék a májsejtek magjában és/vagy cytoplasmájában találhatóak. Az eltérő eredmények miatt tulajdonképpen még eldöntetlen az Au-antigen májon belüli elhelyezkedésének kérdése és a szerzők munkacsoportja ennek tisztázását tűzte ki célul. 45, különböző májbetegségben szenvedő beteg vizsgálatát végezték el direkt fluorescens-serológiai módszerrel.

Az alkalmazott human antisera Au-antitestjeit fluoresceinisothio-

cyanattal (FITC) jelölték. A májpunctiót Menghini-túvel végezték és a máj cylinderekből kryostat metszeteket készítették. A metszeteket a FITC-al jelölt ellenanyaggal festették, majd elvégezték a fluorescens mikroszkópos vizsgálatot. (A módszer részletes leírása megtalálható a cikkben.) A vizsgálat idején nem ismerték sem a klinikai diagnózist, sem a serum Au-antigen meghatározásának eredményét. 12 Au-antigen seropozitív beteg 13 májsejtcylinderében találtak specifikus fluorescenciát, míg 25 Au-antigen negatív beteg kryostat metszeteiben nem tudták felfedezni az antigént. 3 klinikailag egészséges antigen-hordozó és 5 Au-antigen pozitív acut hepatitises beteg metszeteit ugyancsak negatívnak ítélték meg. Az eredményeket táblázatban tüntetik fel.

Vizsgálataik szerint a specifikus fluorescencia kis világító szemcse formájában látható a hepatocyták magjában vagy cytoplasmájában és a májsinusoidok lumenében vagy a sinusoidok sejtsejtyében. A szemcsék mindig többszörösek, gyakran konglomerátumot képeznek.

Tapasztalataik szerint a specifikusan fluorescáló hepatocyták száma igen nagy szóródást mutat és egyes esetekben olyan kevés lehet, hogy „hibásan negatív” eredmények is előfordulhatnak. Ugyanakkor a necrotikus sejtek aspecifikusan festődhetnek s ez pozitív eredménnyel téveszthető össze.

Az utóbbi években az Au-antigennek több antigenhatású alcsoportját fedezték fel („d”, „y”, „x”, „w”, „r” alcsoportok). Az influenza-vírus érési folyamatának analogiájára feltételezik, hogy a fertőzés lefolyása során különböző antigendeterminansok képződhetnek a májsejtek cytoplasmájában és magjában. Lehetségesnek tartják, hogy az Au-antigen azért mutatható ki a hepatocyták különböző részeiben, mert a fertőzés lefolyásának különböző stádiumairól van szó, különböző antigendeterminansok képződésével.

Fogarassy Iboyla dr.

**Polyclonalis gammopathia és lymphoproliferatio transfer factor adása után súlyos kombinált immunhiány-betegségben.** Gelfand, E. W. és mtsai (Hospital for Sick Children, Toronto): New England J. Med. 1973, 289, 1385.

A súlyos kombinált immunhiány-betegségben szenvedő gyermekeknek hiányzik mind a humoralis, mind a cellularis immunitása, és rendszerint meghalnak az első életévben. HL-A azonos donoroktól nyert csontvelő transplantatum néhány esetben az immunfunctio helyreállítását eredményezte, nem HL-A azonos transplantatumok azonban sok esetben fatális graft-versus-host reakciót okoztak.

A szerzők egy súlyos kombinált immunhiány-betegségben szenvedő

gyermek esetét ismertetik, akit transfer factor terapiában részesítettek, mivel nem állt rendelkezésre HL-A azonos csontvelő donor. Az irodalomból már ismert volt, hogy a transfer factor különböző immunhiány-betegségekben visszaállította a cellularis immunfunctiót.

A 10 hónapos csecsemő hypogammaglobulinaemiás volt, lymphopeniája volt, hiányoztak a késői bőrreakciók és a lymphoblastos transformatio specifikus és nem specifikus mitogénekre — nem volt plasmasejt a csontvelőben. Az észlelés 14. napján  $1 \times 10^9$  leukocytából nyert transfer factort adtak. A beteg állapota 2 héten át nem változott, az adás utáni 21. napon azonban lázas lett, lépe, mája megnőtt, a serum IgM koncentrációja 2000 mg<sup>0/0</sup>-ra nőtt, vércsoport isoantitestek jelentek meg. Fehérvérsejt száma néhány nap alatt 117 000-re emelkedett, 95% blastsejttel. Érett plasmasejteket is láttak a vérkeringésben. A beteg anuriás lett, majd 5 nap múlva meghalt. A boncolásnál a súlyos kombinált immunhiány-betegségnek és a társuló lymphoproliferatív kórképnek megfelelő leleteket találtak. A thymus súlya 0,7 g volt, mindössze két nyirokcsomót találtak, a tonsillák és az appendix nem tartalmazott organizált lymphoid szövetet, nem voltak Peyer plakkok — ugyanakkor a lép megnagyobbodott —, a fehér pulpában levő arteriolákat blastszerű lymphoid sejtek vették körül, míg a környező területek teljesen necrotikusak voltak és csak magtörmeléket tartalmaztak. Mindezen szövetek, akár a vese, máj, tüdő, bél és csontvelő, érett lymphocytákkal és plasmasejtekkel infiltráltak voltak. Immunfluorescens vizsgálat arra utalt, hogy a lymphoid sejtek csak IgM-et tartalmaztak.

Az eset kapcsán felvetődik, hogy a transfer factor indukálhatta a malignus („uncontrolled”) B-sejt proliferációt és a polyclonalis gammopathiát. Lehetséges, hogy a lymphoproliferatio nem volt kapcsolatos a transfer factor adással, mivel malignus lymphoproliferatív betegségek kifejlődése ismeretes immunhiányos állapotokban. Ez esetben mégis elképzelhető, hogy a terapia szövödményeként alakult ki a fatális lymphoproliferatio. Talán a transfer factor stimulálni képes a meglévő B-lymphocytá praecursorokat, másrészt a T-sejt regulator functio hiánya teszi lehetővé a kontroll nélküli B-sejt proliferatio kialakulását.

Pár Alajos dr.

**A thymus hormon vizsgálata egerekben a praecursor sejtek in vitro lymphocytákká való átalakulásával.** Komuro, K., Boyse, E. A. (Memorial Sloan — Kettering Cancer Center, New York 10 021. USA): Lancet 1973, I., 740—743.

A csontvelő és lép praecursor sejtjei in vivo a thymusban ala-

kulnak át immunocompetens T-lymphocytákká, melyek a vér-, nyirokkeringésbe, lépbe, nyirokcsomókba jutnak.

Egerekben a részlegesen tisztított thymus kivonat specifikusan előidézi a praecursor sejtek differenciálódását T-lymphocytákká. In vitro körülmények között bizonyítani lehet a lép és csontvelő sejt populáció T-lymphocytá — TL, Ly 1, Ly 2, Th<sub>1</sub> felületi antigénekkel rendelkező — átalakulásban szerepet játszó thymus hormon vagy „inducer” szerepét:

A szerzők lép vagy csontvelő sejt populatio differenciálását equilibrium densitás centrifugálással végezték el. C57B1 (6×A) TL<sup>-</sup> hibrid egerekből (thymocytáik TL-negatívak) thymus, lép, máj, vese szervkivonatot készítettek. A thymus vagy lép extractummal inkubálták a sejteket, majd elvégezték a cytotoxicitási tesztet: anti TL, anti Thy-1, anti Iy antiserummal. (A cytotoxikus index kifejezi azt, hogy a kezelés hatására a sejtek hány százaléka alakult át a kezeléssel a kezeléssel viszonyítva. Minél nagyobb a cytotoxikus index, annál kifejezettebb a hatás.) A TL<sup>+</sup>—T lymphocyták differenciálódása praecursor sejtekből (az A/TL<sup>+</sup> törzsű egereken) thymus kivonat hatására 23<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, illetve 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, lép kivonat hatására 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, illetve 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> volt. A kontroll esetben (az A/TL<sup>-</sup> törzsű egereken) a thymus és lép kivonat hatására a differenciálódás 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> alatti volt. Mindez azt jelenti tehát, hogy thymus kivonat a lépsejtekkel való 30 perces inkubációt követően a lymphocyták T-lymphocytákká való átalakítását indukálja. (Kisebb számú kísérletekben a szerzők csontvelő sejtekkel is hasonló eredményre jutottak.)

Hatásosnak a thymus stroma extractum bizonyult. Az indukciót a fehérje szintézis bénításával gátolni lehetett. Eszerint fehérje szintézisről, új sejt felszíni komponensek szintéziséről lehet szó.

A „hormon” helyett jobb az „inducer” megjelölés, mert itt nem homeostatikus regulációról, hanem egy sejt differenciálódást, gén-aktivitást befolyásoló tényezőről van szó.

Ez a thymus „inducer” vizsgálat, mint modellrendszer alkalmas lehet végül az emlős sejtek differenciálódása genetikai kontrolljának tanulmányozására is.

Godó Béla dr.

**Neuraminidase ellenes antitest és immunitás.** A. S. Monto, A. P. Kendal. (Dept. of Epidemiology, School of Public Health, Univ. of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA): Lancet, 1973, I., 623.

Az influenza vírusnak két felületi, glycoprotein természetű antigénje van: haemagglutinin és neuraminidase. A haemagglutinin ellen termelt ellenanyag, mely a haemagglutinatív gátlás útján hatá-

rozható meg, összefüggést mutat az influenzával szembeni immunitással. A neuraminidase ellen termelt antitest mérésére szolgáló módszereket az utóbbi időben dolgozták ki. Az A. N. antitest hatását eddig csak mesterséges körülmények között vizsgálták, ez az első alkalom, hogy természetes infekciókban nézték a szerepét.

1968-ban az A influenza vírus hongkongi variánsa új haemagglutinin subtypussal jelent meg (H<sub>3</sub>), de a neuraminidase subtypusa a régi ázsiai törzssel megegyező (N<sub>2</sub>). Ezért lehetett 1968-ban a járvány kitörése előtt a hongkongi vírusellenes A. N. antitestet kimutatni. A közlemény az A. N. antitest hatásával foglalkozik az 1968-as hongkongi influenzában.

274 felnőtt serumában (20—45 éves) neuraminidase antitestet (N<sub>2</sub>) 150 esetben találtak (42<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). A járvány idején a fertőzést serológilag igazolták. Megállapították, hogy a fertőzés frekvenciája szignifikánsan csökkent az A. N. antitest szintnövekedésével, ill. a neuraminidase antitesttel rendelkező infekciója enyhébb lefolyású volt. Eszerint az influenza vírus neuraminidaseja ellenes antitest kivédi vagy enyhíti a megbetegedést.

Genetikai manipulációval a vírus neuraminidase mennyisége emelhető. Az ilyen vírustörzsekből készült vaccina alkalmas az A. N. antitestválasz kiváltására, azaz hatékony, aktív immunizálásra. Magas A. N. antitest szint esetén várható, hogy enyhébb influenza epidémia jön létre, ha hasonló antigén hatás jelentkezik a jövőben.

Várkonyi Agnes dr.

**A cellularis immunitás vizsgálata macrophag aggregációval Hodgkin betegségben és sarcoidosisban.** Gotoff, S. P. és mtsai. (Department of Pediatrics and Medicine, Univ. of Illinois, Chicago): J. Lab. Clin. Med. 1973, 82, 682—691.

A szerzők tengerimalac peritonealis exsudatumának a sejtjeivel végzik a módszert. A macrophag aggregációt előidéző faktor in vitro szintetizálódik, ha a lymphocytákat specifikus antigénnel inkubálják. A kapott eredmények korrelációban vannak a késői típusú bőrpróbák eredményével.

Hodgkin-kóros és sarcoidosisos betegeknek végeztek vizsgálatokat. Bőrpróbát a szokásos (PPD, candida, mumps) antigénekkel állítottak be. Ugyanezekkel indukálták a macrophag aggregációt előidéző faktor termelését. A vizsgálathoz a tenyésztet supernatánsát használták. A macrophag suspensióval 5 órán át inkubálják 37 °C-on enyhe rázás mellett. A reakció létrejöttét pelyhes csapadék jelzi. Vizsgálták néhány esetben a lymphocyták DNS szintézisét is. A három módszer korrelációját állapították meg. A vizsgált betegségekben egyértelműen — mindegyik mód-

szerral — a cellularis immunitás csökkenését figyelték meg.

A macrophag aggregatio kimutatása az autoimmunbetegségek és az immundeficitál járó körképek használható új diagnosztikai módszernek látszik.

Hamar Matild dr.

**A sejtkez-kötött immunválasz csökkenése idős korban és immunopathologiai körképekben, lupus erythematodesben, krónikus hepatitisben és rheumatoid arthritisben.** Toh, B. H. és mtsai: Clin. exp. Immunol. 1973, 14, 193—202.

A szerzők idős egyének, krónikus aktív hepatitisben, SLE-ben és rheumatoid arthritisben szenvedők, valamint megfelelően válogatott kontroll egyének *cellularis immunválaszát* vizsgálták candida, mumps, trichophyton, tuberculin, streptokinase és streptodornase antigénekkel végzett *bőrpróbák* és *phytohaemagglutinin* indukált *lymphoblastos transformatio* alkalmazásával.

Eredmények: a pozitív cutan próbák előfordulása szignifikánsan csökkent az életkor előrehaladásával, a válaszkészség ugyancsak károsodott volt mindhárom immunopathologiai körképben, különösen krónikus aktív hepatitisben. A prednisolon kezelés nem okozta a késői túlértékenységi reakciók jelentős csökkenését, azonban a kombinált prednisolon-azathioprin terápiában részesültek között szignifikánsan alacsonyabb volt a pozitív bőrpróbák előfordulási aránya, a kezelésben nem részesülőkhöz képest.

A phytohaemagglutininra bekövetkező transformatio krónikus aktív hepatitisben csökkent volt a kontroll-csoporthoz képest. Adott egyénben nem volt párhuzam a blastos transformatio és a cutan próbák pozitivitása között.

A késői típusú bőrreakciók csökkenése együtt járt a flagellin elleni természetes antitest alacsony titerével és a flagellinnel kiváltott humoralis immunválasz károsodásával.

A vizsgálati eredmények jól tükrözik, hogy a fenti immunopathologiai körképekben a sejtkez-kötött immunválasz károsodott.

Pár Alajos dr.

**Leukocytá migratio gátlás mitochondriummal autoimmun pajzsmirigy-betegségekben.** Wartenberg, J. és mtsai: Clin. exp. immunol. 1973, 14, 203—212.

Brostoff 1970-ben váratlan leletként azt találta, hogy Hashimoto strumitises betegek lymphocytái migratio gátlást mutattak máj mitochondrium fractio hatására. Ezt a jelenséget most tovább tanulmányozták.

Mindenekelőtt a Hashimoto strumitises betegek két alcsoportja volt megkülönböztethető: 1. az *alacsony titerű thyroglobulin* ellenes anti-

testtel bírók, akiknek a serumában microsoma ellenes antitest is kimutatható, és 2. magas titerű thyreoglobulin ellenes antitesttel, magas vagy alacsony titerű microsoma ellenes antitesttel bíró betegek. Az első csoportban jelentős fokú cellularis immunreakciót jelzett a *mitochondrium* fractióra bekövetkező migratio gátlás, a második csoport betegeiben viszont a *mitochondrium* való cellularis válasz sokkal kisebb fokú volt. Szignifikáns *negatív* korrelációt találtak a magas titerű *thyreoglobulin* ellenes antitest és a *mitochondrialis* antigennel szembeni *cellularis immunreakció* között.

Nemcsak a *mitochondrialis*, hanem a pajzsmirigy *microsomal*is antigénjével szemben is észlelték a migratio gátlást. A *leggyengébb cellularis választ* a thyroxin-terápiára rosszul reagáló betegek eseteiben észlelték, és ezt még 4 olyan pajzsmirigy-betegben is tapasztalták, akiknek a serumában a szokásos pajzsmirigy ellenes antitesteken kívül még *mitochondrium* ellenes antitesteket is találtak.

Pár Alajos dr.

## Szív- és keringési betegségek

**Teljes, prophylacticus coronaria gondozás.** Stock, E. (20 Collins St., Melbourne, Victoria 3000, Australia): *American Heart Journal*, 1973, 85, 814—830.

A cikk a myocardialis infarctus (myoc. inf.) preventív kezelési módszerének eredményeivel foglalkozik, amit teljes prophylacticus coronaria gondozásnak nevez. *Célja*, a várható complicatiók kivédése és a fogékony populatio tagjainak védelme. Ez három, egymásba átfolyó és egységes szemléletű periódusra oszlik: a kórházba kerülés előtti, a kórházi és a kórház utáni, rehabilitációs szakaszra. Ezzel a preventív kezelési rendszerrel alacsonyabb mortalitást értek el, mint a coronary care unitokban. Az eredményeket a 4. hét utáni és a 12. hónapos mortalitási arányszámon, a szövődmények sikeres kivédésén és a rehabilitálhatóság mértékén értékelték.

Kilencvenhat beteg 100 myocardialis infarctusát tanulmányozták. Az *átlagéletkor* 59,6 év. Az *infarctus fellépte és a kezelés kezdete közti idő* átlagban 4,8 óra. Az *előzményben* 48%-ban szerepelt angina, myoc. inf. 27%-ban, hypertensio 38%-ban. Az inf. az első vizsgálatkor: 91 volt transmuralis, ebből 48 anterior, 40 posterior és 3 kombinált. Hat volt subendocardialis myoc. inf. Három esetben bal szírblokkot találtak emelkedett enzim értékekkel. *Súlyossági fokozatok*: III, cardiogen shock; II, szívelégtelenség vagy hypotensio vagy mindkettő, és az I. csoportban a fenti complicatiók hiányoztak. Hatvanegy

esetben volt *arrhythmia*: a II—III. csoportban 75%-ban, az I. csoportban 40%-ban. *Számszerint*: 32-n bradyarrhythmia, 29 esetben tachyarrhythmia vagy kamrai irritabilitás, 39-en normális sinus rhythmus.

A kezelést a beteg otthonában kezdték el, a szerzővel történő telefonkonzultáció alapján. A három periódus kezelése standardizált volt, „rutin”-kezelésre és a complicatiók befolyásolására tagozódik.

A *kórházba kerülés előtti* (prehospitalis) fázis rutinkezelése: a beteg szóbeli *megnyugtató*sa betegsége és a kezelési mód természetétől. *Heparint* azonnal adtak: férfiaknak 15—20 000, nőknek 10—15 000 IE-t a beteg súlya szerint, amit férfiaknak napi 30—40 000, nőknek 20—30 000 IE követett dextrose infúzióban, 3 napon át. Klinikailag észlelhető szívelégtelenség hiányában 40 mg *furosemid*et adtak, szívelégtelenségben 80 mg-ot 3 g KCl-dal szájon át. A második napon *phenindion*t adták, amit hosszan tartó kezelésként folytattak. *Sedativum*nak 3×25 mg promethazint adtak. Complicatiók kezelése: *fájdalomcsillapításra* papaveretum (10—20 mg. im.), pethidin (100 mg im.) vagy morphin. Sinus bradycardia, A-V block és bradycardiával fellépő extrasystolék (ES) esetén *atropint*, normális rhythmussal vagy tachycardiával járó ES esetén 100 mg *lidocaint* adtak.

A *második fázis a kórházi kezelés*: arcmaszkon át oxygen. A prehospitalis fázisban elkezdett *therápia* folytatása (heparin infúsió, lidocain infúsió, promethazin). Ha 2,4 mg atropin ellenére másod-, ill. harmadfokú szívblock állt fenn, folyamatos *Isuprel infúziót* adtak. (2 mg/liter, 10—20 cseppszám). Lidocain kezelés ellenére fennálló kamrai tachycardia esetén DC *shock*. Supraventricularis tachycardiát carotis nyomással, oubainnal befolyásolták. *Digoxint* adtak, ha a pitvari fibrillatio szívelégtelenséggel járt. Amennyiben a szívelégtelenség a rutin furosemidre is fennállt, digoxint adtak. A *hypotensiót* oki kezeléssel: fájdalomcsillapítással, a bradycardiára adott atropinnal, antiarrhythmias kezeléssel, szívelégtelenség esetén digoxinnal igyekeztek befolyásolni. *Cardiogen shock* esetén dextrant (40 000), oubaint (0,2 mg), hydrocortisont, Isuprelt adtak. A kórházi kezelés kiegészült az 1500 calóriájú alacsony zsír- és szénhidrát tartalmú étrenddel. Korán mobilizáltak.

A *post-hospitalis fázisban* rutinszerűen folytatódott az anticoagulans kezelés, a fenti diéta, a fokozatos fizikai megterhelés, a dohányzást eltiltották. *Komplikációk kezelése*: nem adtak rutinszerűen antiarrhythmias szert.

Kamrai ES-re 6 óránként 500 mg procainamidot, persistáló pitvari fibrillatio esetén digoxint adtak. Angina esetén nitriteket, ha huzamos volt, és nem volt szívelégtelenség, beta blockolókat.

A 100 myoc. inf. esetből 54 volt monitorozva, 46 nem. A kórházi mortalitas 10%, az egyéves, további 9% volt. Az *arrhythmia*kat 85%-ban, a szívelégtelenséget furosemiddel 77%-ban, digoxin hozzáadásával újabb 12%-kal sikerült befolyásolni. Bradycardiával jelentkező hypotensio 90%-ban, a cardiogen shock 50%-ban volt befolyásolható. A monitorozott betegek 20%-ában alakult ki *arrhythmia*.

A posthospitalizációs complicatio 12 hónapon belül: szívelégtelenség 11%, angina 13%. A betegek felét teljesen rehabilitálták, 80% visszatért a munkába. A monitorozott és a nem monitorozott betegek eredményei nem különböztek egymástól. Következtetésük: a prophylacticus kezelés, ami a prehospitalis gfázisban elkezdődik és egységesen végigköveti a beteget, hatásosan csökkenti a myoc. inf. mortalitását. Ez a módszer akkor is alkalmazható, ha nincs lehetőség monitorozásra.

(Ref.: a terjedelmesebb ismeretét nemcsak az indokolta, hogy az irodalomban az első ilyen jellegű felmérés, hanem az egységes, átfogó módszer is, bár az esetek száma meglehetősen kevés.)

Sirchich Sándor dr.

**„Adrenergias myocarditis” 23 phaeochromocytoma eset kapasan.** J. Marco és mtsai (Service de Clinique Médicale et Cardiologique et de Nephrologie. Hopital Purpan, 31 Toulouse.): *Arch. Mal. Coeur*. 1974, 67, 147—159.

Már eddig is több közlemény számolt be phaeochromocytomában a kóros catecholamin secretio szívmotot közvetlenül károsító hatásáról. A lehetséges tünetek ismerete nagyon fontos, mert valamelyik uralthatja a kórkepet és így félrevezető lehet vagy éppen felhívhatja a figyelmet az atypusos formára.

A szerzők intézetükben 1961 és 1973 között 23 bizonyított phaeochromocytomában szenvedő beteget kezeltek, akik közül 15 nő és 8 férfi volt 10 és 60 év között. 20 betegük volt hypertoniás, közöttük 3 permanens, 2 paroxysmalis formában és 15 esetben a permanens hypertoniát paroxysmusos hypertoniás rohamok kísérték. 3 betegüknek nem volt hypertoniája, illetve egy esetben collapsus fordult elő. 17 betegben még műtét előtt localisáltak a tumort és 4 esetben ez csak műtét során sikerült. 2 beteg diagnózisát a sectio döntötte el. 11 daganat a jobb, 8 a bal mellék-

veséből indult ki és egy esetben volt bilaterális. 3 daganat ectopiás volt. A 21 operált beteg közül 19 gyógyult, 1 postoperatív halálesetük volt és 1 beteg öt év múlva halt meg metastasisban vagy recidiváló tumor következtében.

A szívtünetek értékelése: Az EKG-n 12 esetben kóros auriculo-grammot regisztráltak magas, hegyes P-hullámokkal. Ugyancsak 12 esetben találtak ischaemiás ST-T eltérést és 3 esetben QRS-kiszélesedést. Az ischaemiás repolarizációs zavar nem látszott hypertoniás eredetűnek, mert az érintettek hypertoniája friss keletű és enyhe vagy közepes fokú volt. Közvetlen catecholamin hatásra utal az is, hogy a T-hullám negatívvá válása néha csak a phaeochromocytomán történt manipulációk vagy crisisek során alakult ki és később megszűnt. A műtét után is visszamaradó eltérés tumor metastasis vagy recidiva lehetőségét veti fel.

A ritmuszavarok közül leggyakoribb volt (11 eset) a 110/min. fölötti sinus tachycardia. Kisebbszámúban supraventricularis paroxysmalis tachycardia, supraventricularis heterotop ritmus, ventricularis dysrhythmia, köztük egy halállal végződött kamrai fibrillatio fordult elő. Az életkor vagy a vényomás magassága nem befolyásolta a ritmuszavar gyakoriságát. 3 betegük esetén cardialis elégtelenséget állapítottak meg. A phaeochromocytomás szívelégtelenségek egy része független a hypertoniától. Saját eseteik és más szerzők is jeleznek normotoniás cardialis insufficienciát, amikor a klinikai és haemodynamikai kép idiopathiás cardiomyopathiának felel meg. A tumor eltávolítása után rendeződik a keringés. Előfordul phaeochromocytomában cardialis shock, mint jelen szerzők egy 38 éves nőbeteg esetében. A befolyásolhatatlan shock-állapotban történt felvétel után csak a boncolás derítette ki a phaeochromocytomát, a kezelő orvosok akut myocarditisre gondoltak.

Állatkísérletek során, később emberben is jeleztek degeneratív, necrotikus eltéréseket a szívízomban. 1966-ban Van Vliet részletes, sok esetre kiterjedő munkájában bevezette az „activ adrenergias myocarditis” fogalmát. Erre az állapotra jellemzők a szívízomrostok focalis degeneratív, necrotikus elváltozásai perifocalis gyulladással sejtbeszűrődéssel, amelyen belül a histiocyták vannak túlsúlyban. Időnként diffúz oedemás infiltratio látható. Néhány esetben a kis és közép nagyságú coronaria ágak érintettek intima és media oedemával. A media izomzatát fibrotikus szövet válthatja fel. A kis erek körüli szívízomrostokat is fibrotikus szövet helyettesítheti, amely su-

gár irányba szétterjed. Ezek az elváltozások reprodukálhatók voltak patkányokon kórosan megemelt catecholamin-szint hatására.

A továbbiakban a szerzők irodalmi adatokra támaszkodva részletezik a catecholaminok szívizom-pathogenitását. Kiemelik az oxygen szükséglet és kínálat közötti egyensúlymegbomlást a következményes functionális coronaria insufficienciával, valamint a catecholaminok ismert atherogen hatását. Végül tanulmányok gyakorlati következtetéseként hangsúlyozzák, hogy a phaeochromocytoma ismert tünetei mellett a cardialis jelenségek pontos megfigyelése értékes diagnosztikai eszköz, előfordulhat, hogy a phaeochromocytoma egyedüli tünete. Kiemelik, hogy az igen értékes adrenergias blockolók számának szaporodása nem változtatott a phaeochromocytoma műtéti indicióján; ma is ez a betegség elsődleges megoldási módja.

Széplaki Ferenc dr.

**A myocardium károsodás értékelése akut infarctusban.** Szerkesztőségi közlemény: The New England Journal of Medicine 1974, 290, 158—159.

A myocardium sérülés nagyságának mérésére eddig két módszert ajánlottak.

A kreatinfoszfokináz (CPK) enzimaktivitás sorozatos meghatározása lehetővé teszi, hogy hozzávetőleg felbecsüljük az infarctus elterjedését a szívízom tömegét. Az enzim-szint ismétlődő emelkedése a szérumban a necrosis terjedését, nagyobbodását jelentheti. Tudnunk kell, hogy sok más szerv, így az agy, a tüdő, a vázizomzat, a máj is felelős lehet a CPK kóros értékeiért, viszont myocardium infarctusban e szervek perfúziója csökkenhet. Egyelőre nem ismeretes, hogy kis vázizomtraumák (pl. intramus. injectiók) milyen mértékben befolyásolják a CPK aktivitást. Remélhető, hogy a CPK isoenzimek felhasználása csökkenti majd ezeket a nehézségeket. — A CPK szint az akut epizód után néhány órával már emelkedni kezd és újabb 7 óra alatt éri el a csúcspontját.

A Reid által leírt praecordialis ST elevatio feltérképezést EKG segítségével bármely orvos elvégezheti. Ez a módszer sem ad abszolút értéket a necrotizált zóna nagyságáról. Nem alkalmazható, ha Tawara-szárblock vagy pericarditis társul az infarctushoz, vagy ha a necrosis alsófali. Bajkay Gábor dr.

**A szívinfarctus kiterjedésének mérése a praecordialis ST elevatio révén.** Reid, Ph. R. és mtsai (Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA): The New England Journal of Medicine 1974, 290, 123—128.

28 egészséges embert és 19 mell-sőfali infarctusban szenvedőt vizsgáltak. Naponta 48 elvezetéses EKG készült, 8 elektródával ellátott övvel 6 bordaközéből. Így a praecordialis elvezetésekben fel tudták térképezni az ST eltéréseket. A null-vonaltól való eltérések összegét mérték (1 mV = 20 mm). A szívinfarctusos betegek adatai már felvételkor szignifikáns eltérést mutattak a kontroll-csoportéhoz képest. 13 ápolási napon belül ismét normális értékeket kaptak.

Váratlanul azt találták, hogy 12 betegen a mért számérték átmeneti csökkenés után ismét emelkedett. E csoport 8 tagján a CPK enzimaktivitás is újra megnőtt, bár 4 esetben a standard 6 mellkasi elvezetés változást nem mutatott.

Arra a következtetésre jutottak, hogy az infarctus aktív fejlődése, változása napokig tarthat, tehát az ischaemia csökkentésére irányuló módszerektől eredmény várható több nappal az akut infarctus bekövetkezése után is. Tehát lehetővé válna a reversibilis elváltozások terápiás befolyásolhatóságának értékelése.

Nem zárható ki, hogy a talált eredményt egyes betegeken pericarditis vagy aneurysma kialakulása okozhatta.

Az infarctus terjedése felvetheti a sürgős coronaria bypass mérlegelést. Az említett 12 betegüket nem operáltatták, közülük csak 1 halt meg a megfigyelés alatt, ezért a „terjedő infarctus” sebészi megoldásának további gondos tanulmányozását javasolják.

Bajkay Gábor dr.

**Javaslat a szívinfarctus korai stádiumának kezelésére:** Hauss, W. H. és mtsai (Med. Klin. und Poliklin. der Westfälischen Wilhelms Univ. und Inst. für Arterioscleroseforschung, Münster): Münch. med. Wschr. 1974, 116, 485—490.

A szívinfarctus kezelése az intenzív kutatások ellenére sem fejlődik megfelelően. Az anticoagulans-, antiarrhythmias és fibrinolytikus terápia nem hozott alapvető változást. A cikk szerzői új fajta kezelést alkalmaztak az infarctus korai szakaszában, amelyet igen jó eredményeik miatt közlésre érdemesnek tartanak, bár csak kis beteganyagon szerzett tapasztalataik vannak.

A terápias alapelv kidolgozásakor abból indultak ki, hogy a szívinfarctus klinikai tüneteinek jelentkezésekor a coronariát elzáró thrombus még nem alakult ki. Hivatkoznak Popper és Feiks kutatásaira, akik kimutatták, hogy az elzáró vérrög csak 55%-ban található meg, ha a beteg az infarctus első napján halt meg, ezzel szemben 90%-ban van jelen a 10. napon túl elhaltakban. Wright és Smith megfigyelése szerint az azonnali szívinhalál esetekben csak 7,4%-ban lehet megtalálni a coronaria-thrombust.

Erhardt és mtsai 7 bizonyítottan infarctusos betegnek a panaszok kezdete után 6—47 órával radioaktív jódval jelzett fibrinogent adtak iv. Sectionál az látták, hogy a thrombus minden esetben tartalmazta a jelzett anyagot. Ez azt bizonyítja, hogy a vérrög az injectio után, tehát az infarctus bekövetkezése után keletkezett. Az a feltevés, hogy először tiszta thrombocytá thrombus keletkezne, ez okozná az occlusiót, és ebbe csak órák múlva épülne be a fibrin, kísérletek és tapasztalatok alapján valószínűtlennek látszik.

A szerzők szerint valamilyen noxa (tensio emelkedés, stress, nikotin, stb.) hatására a sclerotikus károsodott ér falban nem specifikus mesenchyma reakció indul meg, amelynek következménye az artériafalban anyagcsere zavar és proliferáció. Ezek miatt egyrészt intima-oedema alakul ki következményes coronaria stenosisal, másrészt endothel-laesio, ami viszont thrombus kialakulásának alapjául szolgál. Az oedema a már egyébként is szűkebb coronariák lumenét kritikus értékre csökkenti, így az adott ér vérellátási területén sejt necrosis következik be.

Erhardt szerint az első hat órában csak reversibilis coronaria-oedema okozza a vérátáramlási zavart. A feladat tehát, hogy a lumen-szűkítő oedemat és az endothel-laesiót megszüntessük, mielőtt a thrombus kialakulna, és a vérellátás megszűnését véglegessé tenné. Állatkísérletek szerint a mesenchyma-reakció nagy adagú glycocorticoiddal jól gátolható. Ennek alapján a szerzők a kezelést methylprednisonnal végezték. Az első napon 1000—2000 mg!-ot adtak iv. A parenterális adagolást az ötödik napig folytatták csökkenő dosissal (naponta kétszer 500, 250, 100, ill. 50 mg). A hatodik napon p. os kezelésre tértek át. A kezelést a 15. napon 2×5 mg-mal fejezték be. Emellett a szokásos dosisban heparint is adtak.

22 beteget kezeltek, ebből négy halt meg, kettő a második, egy a negyedik infarctusában. Mind a négy beteg későn (20 óra, ill. 4—6 nap) a klinikai tünetek jelentkezése után került kezelésre. A szerzők véleménye szerint a thrombus ekkorra már kialakult, tehát a folyamat irreversibilis. Ilyen kezeléssel a letalitás tehát 18% volt, szemben a hagyományos kezelés melletti 30%-kal. A túlélők közül 5 beteg cardiogen shockban, 7 tüdő oedemával került felvételre. Az ilyen esetekben irodalmi adatok szerint 80%-os a halálozási arány. Sok esetben megfigyelték az EKG elváltozás igen gyors visszafejlődését. A kezelés alatt steroid-mellékhatást nem észleltek.

Terápiájukat nagy reményekre jogosítónak tartják, mert a 6 órán belül felvett betegek közül egyet sem vesztek el. *Banai János dr.*

## Endocrinologia

**Életkor és a herék endokrin működése felnőtt férfiban.** Nieschlag E. és mtsai: Dtsch. Med. Wchshr. 1973, 98, 1281.

Kinsey és mtsai statisztikai módszerekkel bizonyították azt az általánosan ismert tényt, hogy az öregedő férfiak szexuális aktivitása a korról arányban általában csökken. Ennek okát keresve igen ellentmondó irodalmi adatokat találhatunk. A herék általt termelt legfontosabb androgen hormon: a tesztosteron idős férfiakban, egyes szerzők szerint ugyan csökken, mások szerint azonban normális, azaz a fiatalabbakéval egyező mennyiségben található. Az állásfoglalást megnehezíti, hogy a tesztosteron a plazmában napszakos ingadozásokon megy keresztül, így azok az eredmények, melyek napi egyszeri és nem meghatározott időben levett vérből származnak, csekély értékűek. A napi ingadozások figyelmen kívül hagyása lehet az ellentmondó adatok egyik oka. Egy másik oka lehet az ellentmondó adatoknak, hogy plasma tesztosteronszint aktivitása csak a szabadon maradt (fehérjéhez nem kötött) állapotú hormonnak van. Többen közlik, hogy biológiai aktivitást, a célszerv receptoraihoz való kapcsolódást csak a szabad tesztosteron fejt ki.

Egy személy androgen statusáról úgy kapunk világos képet, ha tudjuk, hogy mennyi a tesztosteron összkoncentráció, és annak hány százaléka van fehérjéhez kötve. Mint a mellékvesekéreg hormonok esetében, a testisek — közelebről a Leydig sejtek — működéséről legmegfelelőbb felvilágosítást nem az alapértékek, hanem a trop hormon adása után talált értékemelkedések nyújtanak.

A szerzők 35 egészséges férfi (20—60 év közt: 19; 61—90 év közt: 16) testisének hormontermelését vizsgálták. Meghatározták az alaptesztosteron, majd a gonadotrop hormon stimulálás után kapott értékeket. A meghatározások I. és IV. napján 8 és 18 órákor vettek vénás vért. Az I—III. napon 18.30-kor 5000 iv. HCC-t (human choriongonadotropin) adták im.

A tesztosteront radioimmun módszerrel határozták meg. A Leydig sejtek akciókészségének meghatározásához azt a koeficientet használták fel, amelyet a IV. nap 2 értékének középarányosából (Ts) kaptak, miután azt elosztották a bázis értéket jelző I. nap 2 érték (Tb) középarányosával. Ezeket kívül meghatározták az I. nap reggel vett vérből a tesztosteron kötődés százalékos arányát (aequilibrium dialysis segítségével). Az első napi 2 értékből meghatározták végül a plasma LH és FSH szintjét.

Eredményeikből kitűnik, hogy az összes paraméterek a korról változnak, de 20—60 között még elég konszistensak, csak később áll be lényeges változás. A plasma tesztosteron kon-

centráció a kor előrehaladtával csökken, ugyanakkor a kötött tesztosteron százalékos értéke emelkedik. A szabad tesztosteron szint csökkenéssel párhuzamosan emelkedik az LH szint a plazmában. A Leydig sejtek reakciókészsége HCC-re a kor előrehaladtával csökken. A paraméterek változását a szexuális aktivitás csökkenése kíséri, ami a 60. életévtől nyilvánul meg mind biokémiai, mind biológiai tüneteivel.

Mint azt Vermeulen és mtsai (1972) kimutatták, a csökkent tesztosteron termelést csökkent „metabolic clearance rata” kíséri. Ez a magyarázata annak, hogy idős korban a vizelettel történő tesztosteron kiválasztás erősebben csökken, mint a plasma tesztosteron koncentrációja.

*Komor Károly dr.*

**Cyproteronacetát a devians szexuális magatartású férfiak kezelésére.** Fährdrich, E. (Psychiatrische Klinik II. der Freien Universität, Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 234—242.

Sexualdeliquensek „kezelése”, nevezetesen a visszaesés elkerülése érdekében régebben részben a castratiót, részben az analitikus psychotherápiát ajánlották, az előbbi több, az utóbbit kevesebb eredménnyel. Neurolepticumok, tranquillánsok sem bizonyultak eléggé hatásosnak. A szerző egy újabb eljárásról, a cyproteronacetát bevonásáról beszámolt. E szer (Androcur—Schering) hatásmechanizmusa abban áll, hogy az androgének a centralis, hypothalamikus és a periferiás, a gonádokban levő receptoroktól távol tartja. Ily módon a szexuális ösztönt redukálni, ill. paralizálni képes, azaz a férfi szexuális aktivitást receptorsíkon befolyásolja.

A szerző 24 férfibeteget (19—62 év között) részesített fél—három éven át e terápiában. Általában 2×50 mg-ot kaptak naponta, de az adagolást a reakciók szerint módosította, csökkentette, pl. napi 2×25 mg-ra, ill. szüneteket iktatott közébe. Utóbbiakra a kb. kéthetenkénti beszélgetések módját adták. Ez az állandó konzultációs kapcsolatot a gyógyszerelés mellett is elengedhetetlen. A normális nemi élet fenntartására ügyelt, a spermagramot kontrolláltatta. Indikációként szerepelt 1. szexuálisan téves, ferde magatartás, 2. fennálló, bántó problémátudat és 3. fenyegető bűnvádi eljárás. Ellenjavallatként tekintette a homosexualitást, transvestitizmust, fetisizmust, valamint a büntetés-végrehajtás alóli kibúvási szándékot.

Biztosan eredményes volt a kezelés 11 betegen, 12-n ez még nem ítéltető meg egyértelműen, 1-en sikertelen maradt. Eredményesnek akkor könyvelte el a hatást, ha 1. a beteg devians szexuális viselkedését megszüntette, 2. ha lényegesen jobban érezte magát a kúra után, mint

előtte és 3. ha megfelelő sexualis életet tudott már folytatni.

(Ref.: *érdekes lett volna e férfiak karyogrammját ismerni, nevezetesen a „dupla” Y vonatkozásában.*)

Molnár Jenő dr.

**Az elsődleges hyperparathyreoidismus. A klinikai, biokémiai és radiológiai manifestációk összehasonlító elemzése.** H. K. Genant és mtsai. (The University of Chicago Hospitals and Clinics and the Franklin McLean Memorial Research Institute, Chicago, 111.): Radiology 1973, 109, 513—524.

A laboratóriumi technika fejlődése lehetővé tette az elsődleges hyperparathyreoidismus felismerését korai szakban, még a durva csontrendszeri elváltozások kialakulása előtt. Nagy népcsoportok szűrőjellegű laboratóriumi vizsgálata sokkal több ilyen esetet derített fel, mint a korábbi ismeretek alapján várható volt. Ezért szükséges a körképpel kapcsolatban a radiológiai vizsgálóeljárások teljesíthetőségének kritikus újraértékelése is.

A szerzők 7 év alatt 65 műtéttel igazolt elsődleges hyperparathyreoidismus esetet észleltek. Ezek között volt 15 adenoma, 14 hyperplasia, 34 adenoma és hyperplasia együtt, végül 2 carcinoma. Az anyagban veseelégtelenség vagy malabsorptio nem fordult elő. A klinikai tünetek előterében 33 esetben vesekő okozta panaszok álltak. Kisebbségben fordult elő hypertensio, peptikus fekély, psychés rendellenesség, csontzületi betegség, pancreatitis. 25 betegük klinikailag teljesen tünetmentes volt. Legértékesebbnek a kórisme felállításában a laboratóriumi vizsgálatok bizonyultak: csak két esetben találtak ismételt normális serum Ca- és P-szintet. A betegek recidív vesekő miatt kerültek vizsgálatra, és szövetten igazolta mindkét esetben az enyhe mellékpajzsmirigy hyperplasiát. A betegek 50%-ában pozitív eredményt adott a csontok mesztartalmának kvantitatív radiológiai meghatározása. Ezt speciális készülékkel végezték, <sup>125</sup>J izotóp gamma sugárzásának felhasználásával mérték az ujjpercekben történt absorpciót. A módszert hasznosnak tekintik, mert alkalmas a kórlefolyás követésére is, pl. műtét után a javulás ellenőrzésére. A szokásos csontrendszeri röntgenfelvételek csak a durva, előrehaladott szerkezeti elváltozások kimutatására alkalmasak, értékük ezért a betegség felfedezésében és a folyamat követésében egyaránt csekély. Jobb eredmény érhető el finomszemcsés filmre fólia nélkül készített felvételek optikai nagyításával. Ezekben a képeken a finomabb elváltozások is tanulmányozhatók, megítélhető a műtét utáni regressio.

Laczay András dr.

**Az insulin elválasztás gátlása somatostatinnal.** K. G. M. M. Alberti és mtsai (Sec. Univ. Clin. Int. Med. Aarhus, Denmark.): Lancet, 1973, 2, 1299—1301.

Brazeau és mtsai 1973-ban izolálták a növekedési hormon elválasztást gátló tényezőt (somatostatin) és jelen szerzők felfigyeltek ennek a plasma insulin szintet csökkentő hatására. Munkájukban vizsgálták a somatostatin hatását a glucose által indukált insulin elválasztásra. 5 egészséges, 25—39 éves orvoson kétszer 25 g glucose-iv. terhelést végeztek és egy órán át ellenőrizték a vércukor és insulin szintet. Az egyik terhelés során, a cukor beadása előtt 250 µg somatostatin fecskendeztek a vénába. In vitro kísérletben pedig izolált kutyahanyálmirigyet áramoltattak át és a folyadékhoz glucose-t valamint somatostatin-t adtak.

Megállapították, hogy a somatostatin minden esetben gátolja a cukorterhelésre bekövetkező insulin választ és 4 esetben a glucose eltűnés is késett, amelyre az alacsonyabb K értékek utaltak. A perfúziós kísérletben is egyértelműen bizonyították a somatostatin insulin-elválasztást gátló hatását. A szerzők megállapítják, hogy ez a hatás hasonlít ahhoz, amelyet mannoheptulose vagy catecholamin adására mások megállapítottak. Az in vivo és in vitro somatostatin effektus nem tekinthető fiziológiasnak, miután ilyen koncentrációban nem valószínű, hogy bármikor felszaporodhat a keringésben. Mindenképpen számításba kell azonban venni, ha esetleg gyógyszerként használják az akromegalia kezelésében, mert esetleg a meglévő diabetes mellitust hátrányosan befolyásolja.

(Ref.: *Úgy látszik a somatostatin újabb principium, amely a cukorháztartást befolyásolja, de nem csak az STH suppressiója útján, hanem közvetlenül is hat a pancreasra. Az insulin elválasztásra kifejtett hatás ellentétes a növekedési hormonéval, így felmerül annak a lehetősége, hogy az STH-nak is van közvetlen pancreas-stimuláló hatása.*)

Széplaki Ferenc dr.

**Thyreotoxicosis okozta halál.** J. L. W. Parker, D. H. Lawson. Lancet, 1973, 2, 894.

A szerzők a Glasgow-i Department of Medicine, Western Infirmary 1961—1970 között előfordult, 33 thyreotoxicosis okozta halálestéről számolnak be. Az esetek felében a halálestet a kórházi kezelés első két hetében történt. A meghalt betegek közel fele 60 évnél fiatalabb volt. A halál közvetlen okaként cardialis decompensatio, bronchopneumonia, embolisatio, cerebrovascularis történes, diabetes mellitus szerepelt, melyet a sectiós lelet is igazolt. Eseteik 15%-ában váratlan, hirtelen halált észleltek, de a halál okaként pulmonalis embolisatiót,

myocardialis infarctust kimutatni nem sikerült. 18%-ban embolisatiót (pulmonalis, femoralis, mesenterialis) találtak.

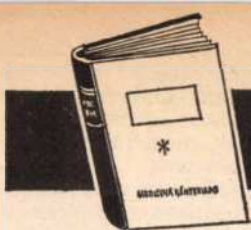
A radiojód-terapia gyakran kerül alkalmazásra olyan esetekben, ahol thyreotoxicosis mellett cardialis eltérés észlelhető. A szerzők 21%-ban észleltek halálestet a radiojód-terapia kezdete utáni harmadik héten belül, *Sandler és Wilson* anyagában radiojód-terapia kapcsán halálest nem fordult elő. *Lamberg* és munkatársai 144 toxikus göbös golyvás beteget kezeltek radiojóddal, és 11%-ban észleltek átmeneti recidív thyreotoxicosist. Véleményük szerint az exacerbatio preformált pajzsmirigy-hormon felszabadulás következménye, de ezt az elképzelést a kutatók egy része még nem látja igazoltnak. A szerzők véleménye szerint az antithyreoid szerek radiojód-terapia előtt és után alkalmasak arra, hogy az exacerbatiókat kivédjék.

Teleki Kálmán dr.

**A thyreotoxicosis kezelése lithiummal.** Gerdes, H. és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1973, 98, 1551—1554.

1968 óta terjedt el a lithium-sók alkalmazása mániás betegek kezelésében. Mellékhatásként nem egy esetben golyvát észleltek — ezért kezdtek vizsgálni hatásukat a pajzsmirigyműködésre is. Tisztázták, hogy a hatás lényege: a pajzsmirigyből történő hormonkiáramlás blockolása. Ezt valószínűleg a TSH ciklikus AMP-re gyakorolt hatásának gátlásával érik el, így gátolt a koloid-csepp képződéséi illetve a thyreoglobulin hydrolysisé a pajzsmirigy epithelsejtjében. Ugyanakkor a lithium-sók nem befolyásolják a pajzsmirigy-hormonok szintézisét: az intrathyreoidális jód-pool megnő, s a felszaporodó pajzsmirigy-hormonok a leadás gátját áttörik. Ezért nem fejtenek ki a lithium-sók egymagukban tartós terápiás hatást — viszont már rövid idő alatt befolyásolják a súlyos thyreotoxicosist is. Már 12 órával beadásuk után jelentősen csökken a vér összthyroxin tartalma, a vér PBJ-131 szintje, és a vizeletben ürülő J-131. A thyreotoxicosis súlyos klinikai képét már az első 36 órában drámai módon befolyásolják. Hatásuk a már említett ok miatt nem tartós, ezért célszerű a lithium-sókat methimazol (Favistan) kombinálni. A két szer hatása, a hormonszintézis és a hormonleadás gátlása, előnyösen adódik össze. A lithium-sók gyors hatásuk miatt elsősorban a thyreotoxicus krízis kezelésére ajánlhatók. Mivel megnyújtják a pajzsmirigyben az izotóp-jód felezési idejét, radiojód-kezelés adjuvánsként is felhasználhatók, segítségükkel csökkenthető az izotópszükséglet. Lényeges előnyük, hogy terápiás adagban nincs mellékhatásuk.

Katona Mária dr.



## KÖNYVISMERTETÉS

**Kurt Kühn: Ärzte an der Seite der Arbeiterklasse.** VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1973. Ára: 22,20 M.

Szocialista társadalmunk orvosaitól a kiváló szakmai felkészültség mellett társadalmi rendszerünk iránti elkötelezettség vállalását is igényli. Ennek az elvárásnak a realizálásához hosszabb történelmi időszakra, a szocialista társadalmi viszonyok mind teljesebb kibontakozására van szükség. Az idő múlása, a társadalmi viszonyok formálódása önmagában azonban még nem szüli meg a kívánt eredményt. Sokoldalú nevelőmunkára is szükség van. Ennek az ideológiai nevelő munkának természetesen fontos része a marxizmus—leninizmus tételszerű kifejtése és terjesztése. Önmagában azonban még ez sem elegendő.

A tudat formálásában nagyon jelentős szerepe volt mindig, és van ma is a történelemnek, a hagyományoknak. Az elődök példája nagy meggyőző erővel bír, nagy hatásfokkal formálja az új nemzedék életfelfogását.

Bármilyen messzire is lapozunk vissza a múltba, a történelem bármelyik korszakánál állunk is meg, mindenütt találkozunk olyan orvosokkal, akik a maguk korában a társadalmi haladás élvonalához tartoztak, a nehézségektől, akadályoktól meg nem rendülve küzdöttek az emberiség boldogulásáért. A szocialista társadalmak megszületése előtt is éltek, dolgoztak és harcoltak olyan orvosok, akik felismerték a munkásosztály történelmi szerepét, kommunistákká váltak, együtt harcoltak a munkások legjobbjával a szocializmusért, az emberiség leg-humánusabb társadalmi rendszeréért. Az orvosok legjobbjai a forradalom élvonalában harcoltak, majd a szocializmus építésének kevésbé látványos hétköznapijaiban is szorgosan tevékenykedtek. Részt vettek a szocialista egészségügy megszerzésében, a gyógyító és megelőző munkában, új orvosok nevelésében és az élet számos más területén is dolgoztak.

A ma élő utódok megtisztelő kötelessége annak megakadályozása, hogy ezeknek a nagyszerű embereknek életútja a feledés homályába süllyedjen. E szép feladat teljesítéséhez hangyaszorgalommal végzett kutatómunkára és gondos feldolgozásra van szükség. Ilyen munka tudjuk, itthon is folyik, de úgy érezzük intenzitása nem kielégítő. Nagyon kevés feldolgozást lát napvilágot. Orvosainknak, medikusainknak csak ritkán adódik arra alkalma, hogy hazai és külföldi nagy elődeik társadalmi, politikai tevékenységé-

vel ismerkedjenek. Ezzel magyarázható az is, hogy orvostanhallgatóknak jelentkező, érettségizett fiatalok igen gyakran nem ismernek egyetlen magyar kommunista orvosforradalmárt sem. Tények bizonyítják, hogy ez az elszomorító jelenség nem az érdeklődés hiányából fakad. Ha valamelyik orvos egyetemen meghirdetésre kerül általános orvostörténeti, vagy magyar orvosok XX. századbeli tevékenységét taglaló speciálkollégium, akkor mindig sok az érdeklődő. Ilyesmire azonban ritkán kerül sor, mivel kevés az olyan feldolgozás, amely az ilyen kurzusok meghirdetéséhez elegendően szükséges.

A Német Demokratikus Köztársaságban 1973-ban megjelent „Ärzte an der Seite der Arbeiterklasse” c. kötet tanulsága szerint a német kutatók előbbre tartanak mint mi. Felkutatták számos orvosforradalmár, antifaszista, kommunista orvos életútját, feldolgozták azoknak a társadalmi, politikai szervezeteknek a történetét, amelyekben orvosok a társadalmi haladás előbbrevitele érdekében munkálkodtak.

Úgy hisszük, hogy a kötettel való megismerkedés fokozni fogja a magyar orvostörténészek ambícióját. E mellett igen hasznos olvasmánya lesz mindazoknak, akik érdeklődnek az orvostörténet iránt, kíváncsiak arra, hogy századunk nagy sorsfordulóinál az orvosok milyen szerepet játszottak.

A kötet főbb megállapításai és néhány tanulmányok a részletesebb ismertetésével a hazai olvasók érdeklődését szeretnénk felkelteni.

A bevezetővel együtt 19 tanulmányt tartalmazó kötet kollektív munka. A szerzők többsége a drezdai „Carl Gustav Carus” Orvosi Akadémia Marxizmus—Leninizmus Intézetének és a berlini Humboldt Egyetem Orvos- és Természettudomány-történeti Intézetének munkatársa. A szerzői gárda másik része gyakorló orvos. A könyv bizonyíték arra, milyen eredményesen művelhető a kutató és feldolgozó munka orvosok és társadalomkutatók közös részvételével.

Az első tanulmányok az orvosok és a munkásosztály kapcsolatát a kapitalizmus időszakában vizsgálják. A továbbiakban a népi demokratikus forradalom folyamatában, és a fejlett szocialista társadalom megteremtésének éveiben kísérik nyomon e kapcsolat alakulását. Minden tanulmány kifejezésre juttatja a szerzőknek azt a meggyőződését, hogy az értelmiség és a munkásosztály szövetségi kapcsolata az érdekek objektív egybeesésén alapul, és hogy ezt nem szabad hagy-

ni elhomályosodni. Ugyanakkor azt is kiemelik, hogy az egymásra utaltságból csak akkor lesz tartós és szervezett együttműködés, ha a munkásosztálynak van forradalmi pártja, amely a marxizmus elméletére alapozva kidolgozza az adott korszak szövetségi politikáját és irányítja annak megvalósítását.

A kötet az orvostársadalmat úgy ábrázolja, mint az értelmiségnek azon csoportját, amelyre erős hivatástudat, humanizmus, a társadalmi kérdések iránti érdeklődés a jellemző. Az orvosok épp ezért természetes szövetségesei a munkásosztálynak. A burzsoá társadalomban a hivatalos politika viszont mindig arra irányult, hogy megakadályozza az egymásra találást. Az orvosokban a „társadalom felettség” hamis tudatát igyekezett kialakítani. Ahhoz, hogy az orvosok és a munkásosztály szövetsége létrejöhön, az érdekek objektív egybeesésének felismerése mellett szét kellett zúzni a burzsoázia ideológiai, politikai befolyását is, be kellett bizonyítani, hogy az orvosi humanitás olyan jellemzője az orvostársadalomnak, amely a munkásosztályhoz, a szocializmushoz fűzi.

Az első két tanulmány az I. világháború után, a Weimari Köztársaság idején tárgyalja az orvosok és a munkásosztály között kialakult kapcsolatokat. Az egyik szerző a Német Szocialista Orvosok Egyesületének történetével ismert meg. Rámutat azokra az okokra, amelyek hatására az I. világháború után a német orvosok saját politikai jellegű szakmai szervezetet hoztak létre.

Megismerkedünk a szervezetnek a reakciós Betegpénztárral vívott küzdelmeivel. Figyelemmel kísérhetjük azt a folyamatot, ahogyan a csatározások során a szervezet mind közelebb került a Kommunista Párthoz, és végül is „az egészségpolitika alapvető kérdéseiben a kommunistákkal teljesen azonos nézeteket képviselt”. (33. old.) A szervezet egyik kiemelkedő vezetője Georg Benjamin volt, aki sok évtizeden át gyógyította a munkásokat és gyermekeiket.

Egy másik tanulmány az Önkéntes Munkás Betegsegélyző Pénztár történetével foglalkozva a haladó orvosok újabb csoportjával ismereti meg az olvasót. Ezek az orvosok a szervezetet arra használták fel, hogy a gyógyító munka mellett a munkások küzdelmeit a maguk eszközeivel mindig támogassák.

A kötet nagyon fontos részét képezik azok a tanulmányok, amelyek a fasizmus korszakában vizsgálják az orvosok és a munkásosztály kapcsolatát. A szerzők a kérdést több oldalról is megközelítik és nagyon figyelemre méltó következtetéseikig jutnak el. A kötet szerkesztője, K. Kühn, saját tanulmányában arra keresi a választ, hogy hogyan tudta a fasizmus az orvosok többségét a maga oldalára állítani. Véleménye szerint „az orvosok többségének apolitikus beállítottsága tette ezt

lehetővé." (70. oldal.) A folyamatot tovább vizsgálva még egy érdekes megállapításhoz jut. Úgy találja, hogy „a hagyományos apolitikus orvosmentális kezdetben ugyan a fasizmus ideológiai manipulációinak kedvezett, de ahogyan kibontakozott és eluralkodott a fasizmus terrorja, úgy ebben az apolitikuságban felerősödött a humanista elem, amely kedvező feltételeket teremtett az antifaszista meggyőződés kialakításához”. (75. old.) Érdekes szerkesztői megfontolásból a következő írás a Német Szövetségi Köztársaság mai orvospolitikáját tárgyalja. Természetesen az antifaszista küzdelmek bemutatása is helyett kapott a kötetben. Megismerhetjük a munkásosztálynak és pártjának azokat az erőfeszítéseit, amelyekkel az orvosértelmiséget leválasztotta a fasizmus oldaláról és bevonta az antifaszista ellenállásba. Az egyik írás a spanyol polgárháború nemzetközi brigádjaiban tevékenykedő orvosokról szól. Ugyanakkor a szerzőnek másik írása pedig a „Szabad Németország” mozgalomnak a szovjet hadifogolytáborokban végzett antifaszista nevelő munkájával foglalkozik. Nyomon kísérhetjük azt a nehéz, de felemelő küzdelmet, és vívódást, ahogyan az orvosi hivatásukat szerető, de a társadalmi előlételektől megbénított katonaosztrókókból aktív antifaszisták váltak. A német orvosoknak az antifaszista ellenállásban betöltött szerepéről rajzolt kép azzal válik teljesebbé, hogy a kötet tartalmazza Karl Gelbke és Walter Krämer kommunista orvosforradalmárok, Rainer Fetscher, Georg Groscurt, Fritz Gietzeit, Wolfgang Kühn és Johannes Kreiselaier antifaszista orvosok életrajzát.

1945 a német munkásosztály és minden haladó erő számára új korszak kezdetét jelentette. A Német Kommunista Párt a politikai pártok közül elsőként, 1945. június 11-én konstruktív programmal fordult az ország lakosságához. A munkásosztály egy olyan széles szövetségi rendszer kiépítésére törekedett, amelynek a német imperializmus, militarizmus, náciizmus szétzúzása, és antifaszista-demokratikus rendszer megteremtése volt a célja. A kommunisták számításba vették, hogy a bűnös hitlerista háború okozta fásultságot, a faszista ideológia hatását csak fokozatosan lehet megszüntetni. Tisztában voltak azazal is, hogy „az értelmiséget csak a közös munkában lehet megnyerni és csak akkor, ha a munkáspárt képviseli az összes politikai erő közül a legdemokratikusabb, leghumánusabb alternatívát. Ennek megfelelően dolgozták ki az egészségügy újjászervezésének programját”. (258. oldal.) A program alkalmas volt arra, hogy a hivatásukat szerető orvosok kiláboljanak a fasizmus veresége után rájuk nehező fásultságból. A járványok megelőzéséért, az egészségügyi ellátás megszervezéséért, a hiánybetegségek

gyógyításáért vívott küzdelem igen sok orvost állított a munkásosztály és a formálódó új hatalom oldalára.

A kötet további tanulmányai a szocializmus építésének időszakában vizsgálják a munkásosztály és az orvosok kapcsolatának alakulását. Megismerjük a Népi Kamara 1949 és 1954 között hozott egészségpolitikai döntéseit, a Német Szocialista Egységpárt orvospolitikáját. „Az orvosok mindennapi tevékenységük során tapasztalták, hogy a munkásállamnak valóban nagyon fontos az emberek egészsége, meggyőződtek arról, hogy a szocializmusban valóban legfőbb érték az ember. Ez a felismerés az orvosok jelentős részét a szocializmus irányába fordította.” (310. oldal.)

A magyar olvasók számára különösen figyelemre méltó az 1960-as Weimari Egészségügyi Konferencia feldolgozó tanulmány. Az ott felvetett és megvitatott kérdések sokban hasonlítanak a magyar egészségügy mai problémáihoz és így azok megoldásához is segítséget kínálnak.

A gyűjteményes kötetben megtaláljuk még a drezdai „Carl Gustav Carus” Orvosi Akadémia rövid történetét is, és a NSZEP VIII. kongresszusán 1970-ben elfogadott 5 éves terv egészségügyi előirányzatait és a megvalósítás első eredményeit.

Tóthné Tóth Irén dr.

**Friedrich Karl Kaul: Nazimordaktion T4. Ein Bericht über die erste industriemässig durchgeführte Mordaktion des Naziregimes.** 1973. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 234 old. ára = 4,9 M.

A német fasizmus egyik nagy bűntettéről, a gyengeelméjűek, gyógyíthatatlan betegek és elmebetegek szervezett kiirtásáról már sokat írtak, Kaul professzor, a problémában jártas jogász azonban új oldalról közelít a kérdéshez. Arra mutat rá, hogy az euthanasia örve alatt elkezdett, nagyonis észszerűnek feltüntetett első tömeges emberirtási akció lényegében a főpróbája, kisebb nagyságrendben elvégzett szervezési kísérlete és mintája volt a későbbi nagy tömeggyilkosságoknak. Szégyenletes vonása ennek az első kísérletnek, hogy orvosok kezdeményezték, és többnyire ők is hajtották végre. A korszak biológusztikus, fajmélettől fertőzött orvosi gondolkodásában könnyen kaptak lábra az olyan nézetek, amilyen a „T4 akció” jelmondata: Vernichtung lebensunwerten Lebens. Először csak ez a gondolat terjedt el, majd egy gyermekgyógyász a szülők kérésére halálos adag gyógyszert adott egy gyengeelméjű gyereknek, később pedig belügyminisztériumi rendelet intézkedett, hogy ennek az első gyilkosságnak példájára oldják meg a gyengeelméjű vagy gyógyíthatatlan fejlődési rendellenességben szenvedő gyerekek kiirtását. Hatalmas apparátus indult

meg, óvintézkedések történtek, hogy a gyerekek halála ne legyen feltűnő, különböző szomatikus halállokokat adtak meg, meghamisítva a kórtörténeteket és jegyzőkönyveket, majd pedig a szülőknek együttérző értesítéseket küldtek. A jól titkolt, „kisipari” emberirtás később „nagyüzemi” méreteket öltött, külön telepeken, gázkamrában ölték meg a gyerekeket és betegeket.

Kaul dokumentumok, adatok alapján mutatja be ezt a folyamatot. Sok korabeli jegyzőkönyvet, iratot idéz, tanúk vallomásait közli. Megdöbbentő része könyvének, amelyben az orvosok képmutatása és rideg közönye domborodik ki, amikor arról ír, hogyan vezették félre szakvéleményekkel, megnyugtató nyilatkozatokkal az aggódó szülőket. Megdöbbentő, hogy alig tiltakozott valaki az orvosi karból az akció ellen, sőt, az orvosok egymással versengve vettek részt abban. A korszak vezető német neurológusai is tudtak az akcióról, és elérték, hogy az áldozatok egy részének agyát megkapták feldolgozásra.

A könyv voltaképpen újságróli jellegű munka, az összefüggések mélyére a szerző nem tekint. Egy embertelen korszakba enged azonban érdekes bepillantást és felhívja a figyelmet az orvosi szaktekin-téllyel való visszaélés veszélyeire.

Buda Béla dr.

**Recent Developments of Neurobiology in Hungary.** Vol. IV. — **Results in Neuroanatomy, Neuroendocrinology, Neurophysiology and Behaviour Neurophysiology.** (A neurobiologia újabb fejlődése Magyarországon. IV. köt. Eredmények a neuroanatómiában, neuroendokrinológiában, idegélettanban és magatartásban, neuropathológiában.) — Szerk. Lissák K. — Akadémiai Kiadó, Budapest 1973, 265 o. — Ára: Ft 180.

A kötet nyolc közlést tartalmaz; közülük 1 a budapesti I. Anatómiai Intézetből, 5 a pécsi Orvostudományi Egyetem és 1 a szegedi Természettudományi Kar Élettani Intézetéből származik, 1 pedig a szegedi Orvostudományi Egyetem Élettani Intézetének s Ideg- és II. Belklinikájának együttes munkája. Így a dolgozatok túlnyomó része élettani természetű. Közös vonásuk, hogy — részben még nem publikált vizsgálatokon alapuló — saját eredményeiket általánosabb áttekintés keretében szövik be. Csaknem valamennyi szerző dolgozott külföldi laboratóriumokban és a most közölt munkák közül több részben tanulmányutakon (London, Montreal, Mexico City, Tbilisi) végzett vizsgálatokon alapul.

Morphológiai problémát tárgyal Hámori J., aki a sajátmaga, ill. a budapesti I. Anatómiai Intézet



vizsgálatainak összefoglalása mellett áttekintést nyújt a dendritek postsynaptikus specializációjának fejlődési morfológiájáról. Neuroendokrinológiai természetűek. Vértés M. és R. J. B. King valamint Korányi dolgozatai, a szoros értelemben vett idegrendszeri elektrophysiológia körébe vág Fehér O. tanulmánya. Molnár P.-nek a könyv csaknem egyharmadát kitevő áttekintése a hippocampus szerepéről a motivációs jelenségekben számos új vizsgálati eredményt hoz, amelyek jórésze a Georgiai Akadémia Élettani Intézetéből származik, s emellett részben áttekinti és egyes vonatkozásokban modifikálja Grastyán és munkatársai ezen a téren mintegy 15 év óta végzett munkájának eredményeit. A dolgozat néhány szemponjtól és eredményétől a klinikum is nyerhet indítékot. Obál és munkatársai dolgozataiból, amely a nyaki nyirokutak elzáródásának hatását tárgyalja az agyműködésre, főleg az elektroencephalogramra, reméljük, hogy az ismeretes, jó 10 éve vitatott kérdések tisztázásához hozzájárul; éppen ezért kívánatos lett volna, hogy a szövettani képek jobbák és a klinikai adatok részletesebbek legyenek. Igen figyelemreméltó az elektroencephalogramm értékelésére kidolgozott módszerük.

A könyv kiállítása megfelel a legkényesebb követelményeknek.

Környey István dr.

**Felix Anschütz: „Die körperliche Untersuchung“.** (A test vizsgálata.) Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1973. 194 oldal, ára: DM 14,80,—

A mű — melynek összeállításában H. Marx és B. Strahringer is segédkezett — a Heidelberger Taschenbücher-sorozat 94. köteteként jelent meg. Célkitűzését az előszóban igen szemléletesen összefoglalja, mely szerint az orvostudomány alapjait taglaló „Heidelbergeri Kézikönyv”-sorozat e tagja olyan kórképekkel foglalkozik, amelyek aetiopathogenesis szempontjából betegség-egységek, tünetei hasonlóak s így könnyen felismerhetők és emiatt oki kezelésükre sor kerülhet. Felismerésük alapjához, a fizikai vizsgálathoz — melyet minden orvosnak uralnia kell, aki a kórismét meg akarja állapítani és helyes kezelést akar bevezetni —

óhajt e könyvecske segítséget nyújtani.

Az orvosképzés a klinikum előtti tanulmányokkal kezdődik. Így később a klinikai tárgyak elsajátítása kapcsán érthető, hogy a pathophysiológia és az orvostechnikai vizsgálatok alkotják majd a kezdő orvos fő érdeklődési körét. A legtöbb országban a pontos kórelőzményfelvételt és a közvetlen betegvizsgálatot nem kielégítően oktatják, illetve, olyan arányban hanyagolják el, amennyire a technikai vizsgáló módszerek jelentősége növekszik. Ezzel együtt ugyanis sok régi fizikai vizsgáló mód történelmivé válik (pl.: amphoras légzés kóris-mézési értéke a cavum felismerésében). Ugyanakkor le kell szögezni, hogy a fizikai vizsgálat értéke mégis megmarad és az általa kapott információkat továbbra is tudatosan fel kell használni. Vannak olyan elváltozások, melyeket csak így lehet felismerni (pl.: tapintható nyirokcsomók). Az anamnesist sem helyettesítheti semmiféle technikai vizsgálmódszer, mert előbbinek a kórisme megállapításának útján minden más adatot meg kell előznie. Ezenkívül végszükségben — heveny megbetegedésekben — nem egyszer minden technikai segítség nélkül mielőbb meg kell a kórismet állapítani s elkezdni az azonnali — lehetőleg hatásos — gyógykezelést. Az anamnesis felvétele és a fizikai vizsgálat az orvost (a subjectumot) a szenvedő beteggel (az objectummal) közvetlen szellemi és testi közelségbe hozza, s erről egyetlen orvos sem mondhat le.

A kórelőzmény-felvétellel kapcsolatban tudatosítani kell az orvosokban, hogy gyakori a „nem-intelligens” beteg! Emellett fontos, hogy semmiféle idegen, előzetes diagnoszist nem szabad kritikátlanul elfogadni. A beteggel anyanyelvén kell beszélgetni (ugyanis, neki nem „dyspepsiás dyscomfort-érzése” van, hanem arról számol be, hogy felsőhasi panaszai vannak és nem „dyspnoes”, hanem, nem kap levegőt, stb.). Amire a beteg nem tér rá, azt az orvosnak kell célzott kérdésekkel tisztáznia. 11 kötelező kérdés van, mely egyetlen kórelőzményből sem hiányozhat: súlyállandóság, étvágy, szomjazás, alvás, székelés, vizelet, köhögés, esetleges éjjeli izzadás, nőknél a menses, továbbá a gyógyszeresedés és az élvezeti szerek használata. Lényeges a psychés állapot tisztázása is.

Fontos, hogy a fizikai vizsgálat különböző testhelyzetben és mindig teljesen meztelenül történjék. Ehhez hozzátartozik a rectalis (és nőknél még a vaginalis-) vizsgálat is, továbbá a szemtükrözés és az esetleges váladékvétel. A nők mamáinak részletes áttapintása sohasem mellőzhető. A szív hallgatásakor egyszerre csak 7—10 szívösszehúzóást érdemes észlelni s kis szünet után folytatni a vizsgálatot. A hasban figyelemmel kell lenni az esetlegesen megtalálható „uterus masculinus”-ra (= telt húgyhólyag), valamint a skybalák differenciáldiagnoszitikai jelentőségére; utóbbi esetben ugyanis a vizsgálatot célszerű pár nap múlva megismételni. A prostata tüzetes vizsgálata 50 éves kor felett mindenképpen kötelező.

Külön fejezet foglalkozik a nemidegyógyász által elvégzendő *neurológiai vizsgálat* jelentőségével.

A könyvecske befejező részének tárgya az *életveszélyben levő betegek vizsgálata*. E betegek hovatartozása nem egyszer vitatható, mert betegségük gyakran a belgyógyászat és az idegyógyászat határterületére esik. E tájékoztató jellegű vizsgálat ne tartsan tovább 2—3 percnél. Lényeges ekkor a fontos adatok (személyi-, esetleges diabetes fennállása) tisztázása, valamint a légzés-tüdők, a keringés-szív, a tudatállapot-központi idegrendszer és a has állapotának gyors áttekintése. E fejezet vége az esetleges halál felismerését hivatott megkönnyíteni, részletezve annak gyanú- és biztos jeleit.

E kézikönyvnek igen nagy érdeme könnyű áttekinthetősége, melyet szemléltető rajzok, széljegyzetek, valamint a fő mondanivaló színes papíron történt kiemelése és részletes tárgymutató segít elő. Jók a röntgenképek és a schematikus EKG—PKG-ábrák is, valamint a szerző intézetében rendszeresen használt anamnesis- és status-típusnyomtatványok, továbbá, az életveszélyben levő beteg gyors vizsgálatához szükséges típus-vizsgálati lap.

A könyv szemlélete modern és követendő, elve: „az orvostudomány alapja az etika”. Kiállítása a Springer kiadótól megszokott minőségű. Nemcsak belgyógyászoknak, körzeti- és üzemorvosoknak ajánlható, hanem, orvostanhallgatóknak is, sőt, minden orvosnak, aki közvetlenül részt vesz a betegellátásban.

Major László dr.

**A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága** 1974. november 28-án du. 2 órára tűzte ki *Kovács Margit dr.*: „Cytogenetikai vizsgálatok az igazságügyi orvostanban” c. kandidátusi értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Schuler Dezső dr.*, az orvostudományok doktora, *Kósa Ferenc dr.*, az orvostudományok kandidátusa.

Aspiránsvezető: *Somogyi Endre dr.*, az orvostudományok doktora.

**A TMB Elméleti Orvosi Szakbizottsága** 1974. november 29-én du. 2 órára tűzte ki *Telegdy Gyula dr.*: „A reprodukcióval kapcsolatos steroidhormonok szekréciójának és szintézisének sajátosságai különböző endokrin szervekben” c. doktori értekezésének nyilvános vitáját az MTA Kistermében.

Az értekezés opponensei: *Koref Oszkár dr.*, az orvostudományok doktora, *Szontágh Ferenc dr.*, az orvostudományok doktora, *Mányai Sándor dr.*, a biológiai tudományok kandidátusa.

**A Szegedi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja** 1974. november 26-án (kedd) délután 17 órakor a Szemészeti Klinika előadótermében tudományos ülést tart.

Üléselnök: *prof. Szenes Tibor.*

**Bemutatók:**

1. *Várkonyi Ágnes, Mónus Zoltán, Gyurkovits Kálmán, Joó Imre* (Gyermekklinika, Kórbonctan, Szemészeti Klinika): Tangier betegség és mucoviscidosis együttes előfordulása.

2. *Virág István, Turi Sándor, Román Ferenc* (Gyermekklinika): Újszülöttkori hyperviscositas szindróma.

3. *Tornyos Szabolcs, Altörjay István* (Gyermekklinika): Nyílt felkartörés utáni n. radialis laesio késői műtéti megoldása.

**Előadások:**

1. *Csiszér Előd, Fábíán Magdolna* (Makói Kórház): A mammographia szerepe az emlő ritka kórképeinek felismerésében.

2. *Fábíán Magdolna, Csiszér Előd, Fehér Iona* (Makói Kórház): Mammographiás vizsgálataink értékelése a szövettani leletek tükrében.

Felkért hozzászólás: *Takáts László.*

3. *László Aranka, Németh Ilona, Havass Zoltán* (Gyermekklinika): Diagnosztikus enzimvizsgálatok metacromaticus leukodystrophiás betegeken és családtagjaikon.

4. *Bélády Mária, Uhl Károly, Eck Erna, Praefort László* (Gyer-

meklinika): A csökkent plazma pseudocholinesterase aktivitásáról, elhúzódó succinylcholin hatással járó eseteik kapcsán.

**A Magyar Rehabilitációs Társaság és a Magyar Angiológiai Társaság** 1974. november 30-án, szombat reggel 1/29 órakor az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Semmelweis-termében (VIII., Szentkirályi u. 21.) ankétot rendez.

**Program:**

*Mosolygó Dénes dr.*: Megnyitó előadás.

1. *Okos Gizella dr.*: Verőérrendszeri megbetegedésben szenvedők rehabilitációja a belgyógyász szemszögéből (15 perc).

2. *Papp Sándor dr.*: Verőérrendszeri megbetegedésben szenvedők rehabilitációja érsebészeti beavatkozás után (15 perc).

3. *Borsay János dr.*: Verőérbetegek amputációja és a rehabilitáció (15 perc).

4. *Bonyhádi Katalin dr., Hámos Elemérné*: Verőérbetegség miatt amputáltak járóbetegeként történő rehabilitációja (15 perc).

5. *Papp András dr.*: Hemiplégiás betegek rehabilitációja (15 perc).

**Felkért hozzászólók:**

1. *Károlyi Márta dr.*: Amputáltak rehabilitációjának egyes kérdései (5 perc).

2. *Meskó Éva dr.*: Subclavian—steal syndroma miatt operáltak rehabilitációja (5 perc).

3. *Irányi Jenőné dr.*: Hozzászólás a hemiplégiás betegek rehabilitációjához (5 perc).

4. *Bonczos László dr.*: Verőérbetegek foglalkozási rehabilitációjának lehetőségei üzemen belül (5 perc).

5. *Bényi Pál dr.*: Verőérbetegség miatt amputáltak korszerű művégtag ellátása (5 perc).

6. *Rajz György dr.*: A verőérbetegek szociális rehabilitációja (5 perc).

Felhívjuk társaságunk tagjainak és valamennyi érdeklődőnek a figyelmét, hogy az eddigiektől eltérően ezt a tudományos ülésünket az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Semmelweis-termében (VIII., Szentkirályi u. 21.) tartjuk. Míg a következő tudományos ülésünket **december 20-án, péntek este 7 órakor**, a szokásos helyen, az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Weil-teremben (V., Münnich Ferenc u. 32.) fogjuk megtartani. Kérjük a jövőben is az előadásokat *Urai László dr.* főtítkárhoz beküldeni, bejelenteni. 1450 Bp. Pf. 88. Telefon: 130-832.

**A Magyar Gyermekorvosok Társasága és a Magyar Kardiológusok Társasága** 1974. évi november hó 30-án, szombaton 10 órakor,

a Weil-teremben (V., Münnich Ferenc u. 32.)

**Gyermekcardiológiai Gondozási Ankétot** rendez.

**Tárgysorozat:**

*Öry Imre dr.* (Egészségügyi Minisztérium): A gyermekcardiológiai gondozás helye a gyermek-egészségügyi szolgálatban (30 perc).

*Kamarás János dr.* (Orsz. Kard. Int.): Megoldott és megoldatlan feladatok a gyermekcardiológiai gondozásban (20 perc).

*Buzás Emil dr.* (Szombathely): A gyermekcardiológiai gondozás kórház—rendelőintézeti modellje (10 perc).

*Nánássy Endre dr.* (Eger): Mennyiben tükrözi a megyei gyermekcardiológiai gondozó nyilvántartása a reális helyzetet. (10 perc).

**Szünet**

*Péntek Erzsébet dr.* (Pécs): A gyermekcardiológiai gondozó szerepe a pályaalkalmassági vizsgálatokban (10 perc).

*Polgár Ferenc dr.* (Szekszárd): A gyermekcardiológiai gondozó szerepe az iskolaérettség megállapításában (10 perc).

*Szentendrei László dr.* (Kecskemét): A megyei gyermekcardiológiai gondozó kapcsolata a városi és járási gyermekcardiológiai gondozókkal (10 perc).

*Mészáros Márta dr.* (Szolnok): Iskolai szűrővizsgálatokkal szerzett tapasztalataink (10 perc).

*Simon Tamás dr.* (Semmelweis OTE Szervezési Tanszék): A gyermekcardiológiai gondozás feladata az egészségügyi felvilágosításban (10 perc).

Az előadásokat vita követi.

## PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

**Az Alkotó Ifjúság mozgalomban való részvételre.**

A KISZ Központi Bizottsága felhívással fordult a fiatalokhoz, hogy jó munkával, kiemelkedő alkotásokkal járuljanak hozzá az MSZMP XI. Kongresszusa és hazánk felszabadulása 30. évfordulójának méltó megünnepléséhez.

Annak érdekében, hogy a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége keretében tartozó tagegyesületek fiataljai is részt vegyenek a mozgalomban; annak érdekében, hogy kibontakozzék az orvosi- és gyógyszerészeti szakterületeken dolgozó fiatalok alkotó készsége, gyarapodjanak ismereteik, kiemelkedő és hasznosítható kollektív és egyéni alkotások szülessenek, a MOTESZ meghirdeti Alkotó Ifjúság Pályázatát.

**A pályázat általános feltételei a következők:**

— A pályázaton egyénileg, vagy csoportos pályamunkával részt ve-

hetnek azok az orvosok, kik 30 évnél nem idősebbek, vagy ha idősebbek, oklevélük megszerzése óta legfeljebb 5 év telt el, és tagjai a MOTESZ valamelyik tageszerveletének;

— orvostanhallgatók (gyógyszerészhallgatók), kik vagy ifjúsági tagjai valamelyik tageszerveletnek, vagy valamelyik orvostudományi egyetem Tudományos Diákkörében aktív tevékenységet fejtenek ki.

— Pályázni a jelen pályázati felhívás függelékében felsorolt pályatípusokra lehet. Pályázatként önálló, még nem publikált tudományos tanulmányok nyújthatók be. A terjedelem felső határa 50 gépelt, normál oldal (ábrákkal együtt).

— A pályázat jelleges. A pályázó adatai (név, munkahely) zárt borítékban csatolandók. A zárt borítékra fel kell tüntetni a pályamunka alapjául választott *pályatétel* szerinti meghatározott szöveget. A nem díjazott pályázatok jellegesek maradnak, így kerülnek megőrzésre.

— A pályamunkákat 1975. január 31. napjáig a MOTESZ Elnöksége címére (1361 Budapest, Pf. 32.) kell eljuttatni.

— A pályaművet a pályatétel témája szerint illetékes tudományos egyesület szakbizottsága bírálja el, és az egyesület elnöksége tesz javaslatot a pályamunka jutalmazására (díjazására). A döntést — a beérkezett javaslatok fellett — a MOTESZ Elnöksége hozza meg.

#### — A pályázat díjai:

— 1 db I. díj: külföldi tanulmányút, vagy kongresszuson való részvétel;

— 4 db II. díj: egyenként 3000,— Ft pénzzutalommal;

— 5 db III. díj: egyenként 2000,— Ft pénzzutalommal.

Értékelés a 30. évforduló alkalmából, eredményhirdetés és a pályázati díjak átadása 1975. április 4-ig.

A díjazott és a közlésre alkalmas pályázatok megjelentetésre kerülnek.

A Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége felkéri a tageszerveletei és az orvostudományi egyetemek vezető szerveit, hogy segítsék elő a mozgalom sikeres lebonyolítását.

#### Az Alkotó Ifjúság Pályázat pályatípusai:

1. A krónikus aktív hepatitisz pathogenezeise és terápiája.

2. A hipertireózis modern diagnosztikája.

3. A nembetegségek mai helyzete és gondozása hazánkban.

4. A lakosság egészségi állapotára vonatkozó vizsgálatok (pl. a kardiovaszkuláris betegségek epidemiológiája; a gondozás szükségessége morbiditási-mortalitási adatok alapján).

5. Az egészségügyi ellátás szervezési, vezetési, hatékonysági vizs-

gálatai (pl. a számítástechnika alkalmazásának lehetőségei és szükségessége az egészségügyben; a szociológiai vizsgálatok helye a társadalom-orvostudományban).

6. Az egészségügy közgazdasági kérdései.

7. Az epilepsziás klinikai és elektrofiziológiai jelenségek összefüggésének elemzése az epilepszia egy választott területén.

8. A serotoninergias rendszer szerepe a környezethez való alkalmazkodásban.

9. A serotoninergias rendszer szerepe a kortikoszteroidok által létrehozott magartartási változásokban.

10. Kábító fájdalomcsillapítók dependencia-kapacitását mérő módszerek értékelése.

11. Az Ausztrália-antigén és ellenanyag diagnosztikus jelentősége akut hepatitisben.

12. Enterális fertőzések diagnosztikus problémái.

13. Iskoláskor előtti gyermekek tejfogazatának állapota (saját vizsgálat).

14. A paradentium állapota a 15—20 éves korcsoportban (saját vizsgálat).

15. A foghiányok és pótlásuk helyzete az 50—60 éves korcsoportban (saját vizsgálat).

16. Beszédhibák és hangképzési zavarok perinatális károsodás következtében.

17. A leggyakoribb fül-orr-gégyógyászati betegségek epidemiológiája néhány rendelőintézet beteganyaga alapján.

18. A fekély-betegség aetiológiájának és terápiájának mai koncepciója.

19. A gyomorrák korai felismerésének lehetőségei és perspektívái.

20. Radioizotóp felhasználása az emésztőszervek diagnosztikájában.

21. A munka jelentősége az öregedés profilaxisában.

22. A vesefunkció vizsgálatának újabb módszerei a gyermekgyógyászati nefrológiában.

23. Újabb növényi hatóanyagok kutatása.

24. Rokonszerkezetű gyógyszervegyület csoport tagjainak egymás melletti kimutatása, ill. meghatározása.

25. A vérszegénység epidemiológiája.

26. A védőoltások jelentősége és eredményei Magyarországon a fertőző betegségek elleni küzdelemben.

27. A depressziók felosztása és kezelésük eredményeinek ellenőrzése laboratóriumi (biokémiai) alapon.

28. Pszichiátriai intézményekben ápolt pszichotikusok hosszútávú katamnesztikus vizsgálata.

29. Epilepsziás tünetek jó- és rosszindulatú agydaganatok esetiben.

30. Szubmikroszkópos módszerek alkalmazása az igazságügyi orvostanban.

31. Az iskolai testnevelési órák

helyes felhasználása az ifjúság testi fejlesztése szempontjából.

32. A szív ritmuszavarainak korszerű gyógyszeres vagy elektromos kezelése.

33. Felnőttkori karditiszek differenciál-diagnosztikájának problémái.

34. A szérum kreatinin meghatározást befolyásoló endogén és exogén tényezők.

35. A fogamzásgátlás kérdései.

36. A daganatok operabilitása és az áttétképződés kérdése.

37. A születésszabályozás alakulása hazánkban az új népesedéspolitikai rendelkezések óta.

38. A máj szerepe a szervezet környezeti, vegyi ártalmaktól való védelmében és az ezzel kapcsolatos májelváltozások.

39. A vírusok szerepe állati és emberi daganatok aetiológiájában.

40. A degeneratív mozgásszervi betegségek megelőzése.

41. A hazai pajzsmirigykutatás fejlődése.

42. A környezeti ártalmak elleni védekezés története hazánkban.

43. A magyar neurológia múltja.

44. Korszerű radiológiai vizsgálati módszerek értéke a pankreasz betegségek diagnosztikájában.

45. Újabb ortopéd-sebészeti eljárások szerepe a mozgásszervi rehabilitációban.

46. Az orvosilag rehabilitált egyén beilleszkedése a társadalomba. Sikeres és sikertelen kísérletek analízise.

47. A kórházi higiéné mai követelményei és nehézségei a sebészetben.

48. Markusovszky Lajos szellemi hagyatékának sorsa a szocialista egészségügyben és felsőoktatásban.

49. A szem és környékének daganatai csecsemő- és gyermekkorban.

50. A táplálás szerepe a daganatos betegek pre- és posztoperatív terápiájában.

51. A táplálékkal a szervezetbe jutó szerves és szervesetlen kötésű higány egészségügyi jelentősége.

52. Az obstruktív tüdőbetegségek korai felkutatása.

53. Traumás eredetű shockot követő korai tüdőszövődmények.

54. Spinalis shock aetiológiai és terápiás problémái a nyaki gerincbénulással járó sérülések esetén.

55. Súlyos közlekedési balesetek arányának alakulása az utolsó évtizedben.

56. A kézsérültek késedelmes végleges ellátásának táppénz és munkakiesés összefüggései.

57. Citosztatikus és röntgenkezelés indikációi és eredményei hólyagtumoros betegeknél.

58. Kriminális abortuszok következtében kialakult heveny veseelégtelenség sajátosságai és kezelésének elvei.

59. A pollen allergének szerepe a felnőttkori atópiás ekcéma fellebbanásaiban.

60. A körzeti orvos szerepe az epidemiológiai vizsgálatokban.

61. Az inzulinellenes antitestek jelentősége a diabétesz gyógyításában.

62. A farmako-szcintigráfias vizsgálatok szerepe a pajzsmirigy diagnosztikában.

63. Az enzimpátiák gyakorisága és az enzimpátiák vizsgálatának helyzete hazánkban.

64. Antilipómiás szerek klinikai farmakológiai vizsgálata.

65. Epidemiológiai vizsgálatoknál talált idült sokizületi gyulladási index-betegek előző gyógykezelésének feldolgozása a kórelőzményi adatok alapján.

66. Idült sokizületi gyulladási és csigolyaízületi gyulladási index-betegek kor, nem és foglalkozás szerinti megoszlása.

## PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(692)

A Szabolcs-Szatmár megyei Tanács „Jósa András” Kórháza pályázatot hirdet Nyíregyházán feülvizsgáló főorvosi, szemész szakorvosi (nem szakorvosi), fogszakorvosi, fül-orr-gége szakorvosi, ideggyógyász szakorvosi, sebész szakorvosi (baleseti sebészetre), röntgen szakorvosi (nem szakorvosi), kórcbonnan szakorvosi (nem szakorvosi), közegészségügyi és járványügyi ellenőri, a tiszalöki Rendelőintézetben szemész szakorvosi, gyermekgyógyász szakorvosi állások betöltésére.

Pályázatot hirdet továbbá Nagyhalász községben fogszakorvosi állás betöltésére.

Valamennyi állás azonnal betölthető. Besorolás a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításban foglaltak szerint.

Nyíregyházán átmenetileg orvosszablonban biztosítunk férőhelyet (lakást a későbbiek során, a jövő évben elbírálás alapján biztosítunk).

Tiszalöknön megegyezés alapján 2. ill. 3 szobás összkomfortos lakást. Nagyhalászban orvosi rendelővel egybeépített 3 szobás félkomfortos, garázzsal ellátott szolgálati lakást biztosítunk.

**Uray György dr.**  
igazgató-főorvos

(693)

Pályázatot hirdet a Kazincbarcikai Kórház-Rendelőintézet II. sz. edelényi egységénél megüresedett, illetve betöltetlen 1 fő rtg szakorvosi, 1 fő labor. szakorvosi, 4 fő fogorvosi (2 edelényi, 1 kuriványi, 1 jósvafői telephelyen), 1 fő bányaiüzemi orvosi állásokra.

Illetménymegállapítás a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes bérutasítás alapján a szakképzettség és a szolgálati idő figyelembevételével történik. Az állások azonnal elfoglalhatók. Lakást biztosítunk.

**M. Szabó László dr.**  
munkahelyvezető

(694)

Budapest Főváros III. ker. Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Bp. III., Fő tér 3.) pályázatot hirdet a III. ker. Szakorvosi Rendelőintézetben 1975. január 1-vel nyugdíjazás folytán megüresedő **körzeti orvosi** állásra. Illetmény megállapítása a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes utasításnak megfelelően, szolgálati időtől függően.

A pályázati kérelmeket a szolgálati út

betartásával a hirdetmény megjelenésétől számított 15 napon belül kérem benyújtani.

**Ferencai Erzsébet dr.**  
ker. főorvos eü. oszt. vezető

(695)

A Ssemelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának Dékánja pályázatot hirdet az I. sz. Női Klinikán levő **tudományos segédmunkatársi** (914. ksz.) állásra. A pályázat során előnyben részesülnek azon fiatal szakorvos jelöltek, akik szülészeti osztályon eltöltött gyakorlattal, koruknak megfelelő oktatói tapasztalattal rendelkeznek, valamint a tudományos munkában való jártasságuk bizonyítható.

A jelentkezés határideje a megjelenéstől számított 15 napon belül a Ssemelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karának Dékán Hivatalában (Bp. VIII., Üllői u. 26.)

**Lombos Lajos dr.**  
a Rectori Hivatal vezetője

(696)

Gyulafirátót Község Tanácsa pályázatot hirdet a gyulafirátóti **körzeti orvosi** állásra. Székhelyközség Gyulafirátót, bekapcsolt község Kádárta. Berezés megfelelő kategória szerint és háromszobás komfortos lakás biztosítva.

A község 4 km-re fekszik Veszprémtől.

**Pintér János**  
vb-titkár

(697)

A Ssemelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karának dékánja pályázatot hirdet a II. sz. Gyermekklinikán egy 913 ksz. **tudományos munkatársi** állás betöltésére.

Pályázati feltétel: biológus szakképzettség. Humán-genetika területén gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A pályázati kérelmeket a Kar dékánjához kell benyújtani, a megjelenéstől számított 15 napon belül.

**Lombos Lajos dr.**  
a Rectori Hivatal vezetője

(698)

Gödöllő Városi Tanács V. B. Kórházának igazgató-főorvosa pályázatot hirdet **újonnan szervezett kórház poliklinikai** állására a **szülészeti-nőgyógyászati** osztályon.

Előnyben részesülnek a közelmúltban szakorvosi vizsgát tett pályázók, de pályázhatnak szakvizsga előtt álló orvosok is. Fizetés a képesítéstől függően. Esetleges lakásigény kérdése a közeljövőben megoldható. Pályázati határidő: 2 hét.

**Klacsman László dr.**  
ig.-főorvos

(699)

A Ssemelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karának dékánja pályázatot hirdet a II. sz. Sebészeti Klinika Röntgenosztályán megüresedett 5004 ksz. **tanársegédei** állásra. A pályázók előnyben részesülnek a radiológiai gyakorlattal rendelkezők.

A pályázati kérelmeket a Kar dékánjához kell benyújtani, a megjelenéstől számított 15 napon belül.

(700)

Debrecen m. Városi Tanács Felöltő Ideg- és Elmeegondozó Intézet (4024 Debrecen, Béke u. 13.) főorvosa pályázatot hirdet 1 fő 107/2 ksz. **ideg-elmeszakorvosi** állásra. Illetmény a ksz.-nak megfelelően.

**Szabó Pál dr.**  
int. vez. főorvos

(701)

Soproni Állami Szanatórium igazgató-főorvosa (9401 Sopron, Vári ut. 2.) pályázatot hirdet 6 fő szakképzett **segédorvosi** állásra a Soproni Állami Szanatórium újonnan létesített balfi gyógyfürdő reumatológiai intézetébe. A reumatológiai szakképesítéshez szükséges belgyógyászati gyakorlat a sanatórium belgyógyászati osztályán eltölthető. Illetmény a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együt-

tes utasítás szerint a szolgálati időnek megfelelő ksz. bértétele alapján. Férőhelyes elhelyezést az intézet biztosít. Az állások azonnal elfoglalhatók.

**Nagy László dr.**  
igazgató-főorvos

(702)

A Békéscsabai Városi Tanács Kórház igazgató-főorvosa pályázatot hirdet a békéscsabai Rendelőintézetben megüresedő levő állásokra: 1 fő 6 óras **főfoglalkozású sportorvosi** állásra, 2 fő 6 óras **főfoglalkozású fogorvosi** állásra. Illetmény a szolgálati éveknek megfelelően, ksz. szerint.

A fenti állásokhoz lakás biztosítása személyes megbeszélés tárgyát képezi.

**Sonkoly Kálmán dr.**  
kórházigazgató

(703)

A MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet igazgató-főorvosa — 1062 Budapest VI., Rudas L. u. 111. pályázatot hirdet a Rendelőintézetben megüresedő 6 óras főállású **szemész szakorvosi** állás betöltésére. Szakvizsga előtt álló szakorvos jelölt is benyújthatja pályázatát. Mellékállás lehetősége adott.

Illetmény megállapítása a 18/1971. EÜM-MÜM sz. együttes bérügyi utasítás alapján, a szakképzettség és a szolgálati idő figyelembevételével történik.

**Vajda György dr.**  
főigazgató-főorvos,  
az orvostudományok kandidátusa

(704)

Dunaújvárosi Tanács kórházigazgató főorvosa (Dunaújváros, Korányi S. u. 2.) pályázatot hirdet a Dunal Vasmű Nagyüzemi Egészségügyi Szolgálatánál nyugdíjazás folytán megüresedett 1 fő **rtg szakorvosi** állásra. Illetmény ksz.-nak megfelelően, valamint 1100 Ft munkahelyi pótlék és 30% veszélyességi pótlék. Másodállás vállalása lehetséges, üzemi nyereségrészesedés biztosítva, lakást az üzem biztosít.

**Fenyőházi Jenő dr.**  
igazgató-főorvos

(705)

A Heves megyei Tanács V. B. Eü. Gyermekotthona, Eger, Ráczhegy, Pf. 156. pályázatot hirdet az intézetben megüresedett **sakorvosi** állásra.

Az állás betöltéséhez gyermek pszicháter vagy pszicháter szakvizsga szükséges. Illetmény a szolgálati időtől függően, ksz. szerint. Egyszobás összkomfortos szolgálati lakás biztosítva. Házaspár jelentkezése esetén az Egri Idegbe-tengondozó Intézetnél egy főállás biztosítva.

**Fodor Erzsébet dr.**  
igazgató-főorvos

(706)

A balassagyarmati Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató-főorvosa pályázatot hirdet 2 fő alorvosi állásra a kórház gyermekosztályán, 1 fő alorvosi állásra a kórszövetan osztályon, 1 fő alorvosi állásra a női ideg- és elmeosztályon.

Berezés a 18/1971. EÜM sz. utasítás szerint. A kórszövetan, valamint a női ideg- és elmeosztályon veszélyességi + munkaköri pótlék.

Szakorvosi képesítéssel nem rendelkezők is pályázhatnak. Az állásokhoz lakást biztosítunk.

**Hatvani László dr.**  
osztályvezető  
városi főorvos

(707)

A balassagyarmati Városi Tanács V. B. Egészségügyi Osztály vezetője pályázatot hirdet a Városi Tanács Kórház-Rendelőintézetnél 2 fő **felülvizsgáló főorvosi** állás betöltésére. (Belgyógyász szakorvosi képesítéssel rendelkező pályázók előnyben részesülnek.)

Berezés a 18/1971. EÜM-MÜM utasítás szerint, valamint munkaköri pótlék. Az állásokhoz lakást biztosítunk.

**Hatvani László dr.**  
osztályvezető  
városi főorvos

# ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1974. nov. 27. szerda	Balassagyarmat, Városi Kórház nagyterme (II. em., Női Idegoszt.)	du. 2 óra	Városi Kórház Tudományos Bizottsága	Rohánszky Mihály (Orsz. Vezetőképző Intézet): Vezetépsi pszichológia
1974. nov. 28. csütörtök	Tétényi úti Kórház ebédlője, XI. Tétényi u. 14–16., „A” ép.	du. 2,15 óra	Tétényi úti Kórház Tudományos Köre	1. Szányi István: A cytotaticumok hatásmechanizmusa modell kísérletek alapján. 2. Dobos Enikő: Többközös agyi arteriovenosus aneurisma esete. 3. Frits Ferenc—Sátori Ödön: Acut hasi katasztrofa tüneteit okozó retroperitonealis cysta
1974. nov. 28. csütörtök	Semmelweis OTT Idegklinikák cs. adóterme, VIII. Balassa u. 6.	du. 5 óra	Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága	1. Mátyus Adorján, Veres Éva, Halász Adrienne (Heim Pál Kórház): A sclerosis tuberosa szerepe a gyermekkori epilepsia phatogenesisében. 2. Nyáry István, Dóra Eörs, Sándor Péter, Kovács Arisztid, Reisch Martin (Klinikák Kísérleti Kutató Labor., Bp.): Az agykeringés és anyagcsere vérezetése hypotenzióban és shockban. 3. Nyáry István, Kuhl David E., Reisch Martin, Alavi Abbas (Klinikák Kísérleti Kutató Labor., Bp.): Az agy vértérfogat-eloszlás háromdimenziós mérése
1974. nov. 29. péntek	Szajsebészeti Klinika, VIII. Máriau 52.	déli 12 óra	Magyar Fogorvosok Egyesülete	1. Lelkes Kornél: Gócbetegség és immunitás. 2. Balogh Gyöngyi, Stelly Katalin (Vörösvári úti Rendelőint.): Stomato-onkológiai szűrővizsgálatok
1974. nov. 29. péntek	Weil Emil Kórház kulturterme, XIV. Uzsoki u. 29.	du. 1,30 óra	Weil Emil Kórház Tudományos Köre	1. Polgár Sándor: Uterus sarcoma különleges localisatiojú esete. 2. Bottyán Erik, Lukács György: Tapasztalataink intrauterin pessáriummal. 3. Moricz Károly, Paulovics Lajos, Polgár Sándor, Lukács Gyögy: Terhességi oestrogen vizsgálataink
1974. nov. 29. péntek	XXI. ker. Kórház kulturterme, Déli u. 11.	du. 2 óra	Csepeli Orvosok Tudományos Köre	Kerekasztal konferencia. Vitavezető: Molnár Lajos. Téma: Acut has IV.
1974. nov. 29. péntek	Heim Pál Gyermekkórház orvosi könyvtár, VIII. Üllői u. 86.	du. 2 óra	Heim Pál Gyermekkórház	1. Kapu Emília: Pityriasis rose. 2. Katona Mária: Az ún. gyermekkori toxicodermákról. 3. Török Éva, Örley Judit, Gorácz Gyula: Lichen sklerosus et atrophicus vulvae gyermekeknél. 4. Bemutatók
1974. nov. 29. péntek	Debreceni OTE Elméleti Tömb tanterme	du. 4 óra	Debreceni Orvostudományi Egyetem	1. Prof. Kövér Béla: Bevezető. 2. Prof. Karmassin László, Makay Anikó, Oláh Éva, Szivócs Margit: Gyermekkori autoimmun betegségek diagnosztikus és terápiás problémái. 3. Csorba Sándor, Szabos Márton, Jeserniczky Judit, Kávai Mária, Szabó Béla: Új adatok a gliadin fizikokémiai és immunológiai sajátosságaihoz, valamint a coeliakia aetiopathogenesisében játszott szerepéhez. 4. Bereszszi Gyula, prof. Kövér Béla, Jeserniczky Judit, Sári Bálintné Kirilina Svetlana, Kovács Ilona, Sulyok Katalin, Baranyi Enikő, Tóth Judit: Aetiopathogenetikai vizsgálatok recidiváló spasticus bronchitisben. 5. Ludmány Konrád, Dobo Ildikó, Cseryánszky Hedvig, Csákó György: Lipoproteinfrakciók megoszlása különböző kórállapotokban. 6. Keszés József, Knöchel Renate, Gyurkó Márta, Oroszlán György, Baranyi Enikő: Koraszülöttek sav-bázis háztartásának sajátosságai az első életheteken. 7. Ambró Irma, Oláh Éva, Jeserniczky Judit: A szénhidrát-anyagcsere újszülöttkori problémái
1974. nov. 29. péntek	Semmelweis OTE I. Szemklinikai tanterme, VIII. Tömö u. 25–29.	du. 4 óra	Szemorvosok Társasága	1. Prof. Sárkány Jenő: Bevezető. 2. Pajor Rezső: Gyermekszemészeti gondozás a fővárosban (referátum). Felkért hozzászólók: Sternberg Alíz (Bp.), Sáfáry Stefánia (Salgótarján), Kozma Zsuzsa (Veszprém), Seres Géza (Debrecen)
1974. nov. 30. szombat	Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ, II. Palatinus u. 1.	de. 10 óra	Fővárosi Pszichoterápiás Módszertani Központ	Hidas György: A Bálint-csoport módszere és technikája a pszichoterápia szolgálatában
1974. dec. 2. hétfő	Pécsi OTE Központi Épület II. sz. tanterem (Szigeti u. 12.)	du. 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	Az Onkológiai Főiránybizottság beszámolója. II. 1. Kuhn Endre: Bevezetés (5 perc). 2. Lajos László: Az adenohypophysis functio változásának jelentősége malignus chorioidalis tumorokban (20 perc). 3. Kuhn Endre: Az új sejtkinetika ismeretek hasznosítása a radiotherápiában (20 perc). 4. Kellermayer Miklós, Jobst Kázmér: A daganatsejtek magfőhéjének sajátosságairól (20 perc). 5. Kett Károly, Csere Tibor, Nyárádi József: Besugárzás hatására létrejövő aktivitásváltozás vizsgálata regionalis nyirokcsomókban (20 perc)
1974. dec. 3. kedd	Országos Közegészségügyi Intézet nagyterme, IX. Gyáli u. 2–6. „A” ép.	du. 2 óra	Országos Közegészségügyi Intézet	Harváth Amanda: Talajok kis mennyiségű arzéntartalmának meghatározása
1974. dec. 3. kedd	Semmelweis OTE Gerontológiai Kutató Csoport könyvtára, VIII. Somogyi B. u. 33.	du. 2,30 óra	Magyar Gerontológiai Társaság	1. Szemeyei Klára: Öregedő patkányok tüdőereinek elektronmikroszkópos vizsgálata. 2. Károlyi György és mtsai.: Az idős lakosság szakosított alapellátásának modellkísérlete
1974. dec. 4. szerda	Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet, II. Frankel L. u. 17–19.	reggel 7,30 óra	Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet Orvosi Kara	1. Gyalogh Mária: Digitalis intoxicáció. 2. Cseus Regina: Diabeteses angiopathia néhány aktuális klinikai és kísérleti vonatkozása. 3. Zaka János: Az ingerképzés zavarai. 4. Kiss Gabriella: Pacemaker-EKG változásai friss infarctus hatására

# ELŐADÁSOK – ÜLÉSEK

Dátum	Hely	Időpont	Rendező	T á r g y
1974. dec. 5. csütörtök	Péterfy S. utcai Kórház tanásterme, VII. Péterfy S. u. 14., IV. em.	du. 2 óra	Péterfy S. u. Kórház- Rendelőintézet Tudományos Bizottsága	1. Sipos Katalin: Néhány megfigyelés őrzőszobánkból. 2. Ternovszky Éva: Együttműködésünk a kerületi gondozóhálózzal. 3. Ludwig Endre: Klinikai farmakológiai vizsgálatok a betegágy mellett. 4. Perényi Tibor: A vegyész szerepe a klinikai farmakológiában. 5. Arr Magdolna: Mikrobiológiai módszerek felhasználása a klinikumban. 6. Gráber Hedvig: Összefoglaló (az előadások időtartama 10–10 perc)
1974. dec. 5. csütörtök	Pécsi OTE Központi Épület II. sz. tantereme, (Szigeti u. 12.)	du. 5 óra	Pécsi Orvostudományi Egyetem Tudományos Szakcsoportja	Az Idegrendszeri Főiránybizottság beszámolója. III. 1. Pálffy György: Bevezetés (5 perc). 2. Gaszner Péter: Az atropin coma módszere és eredményei (20 perc). 3. Trixler Mátyas, Károlyi György, Kosztolányi György: Nemi chromosoma rendellenességek vizsgálata férfi elmebetegek körében (20 perc). 4. Szirmai Imre, Boldizsár Ferenc, Kerényi László, Fischer János, Molnár Márk: Az elektroshock hatása az agy anyagcserejére. Adatok az epilepsziás görcs kóreltánához (20 perc)

## STUGERON tableta

### 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 erekben átáramló vér mennyiségét, javítja a szövetek vérellátását, spasmolytikus 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-syndroma, diabetes, acrocyanosis) a claudicatio intermittens, paresthesia, trophicus zavarok kezelésére.

### ELLENJAVALLAT

Ez ideig nem ismeretes.

### ADAGOLÁS

Naponta  $3 \times 1$ , vagy  $3 \times 2$  tableta hónapokon keresztül, rendszeresen. Erzékeny betegeknek ajánlatos a kúrát napi  $3 \times 1$  tablettával kezdeni és fokozatosan emelni az adagot.

### MELLÉKHATÁS

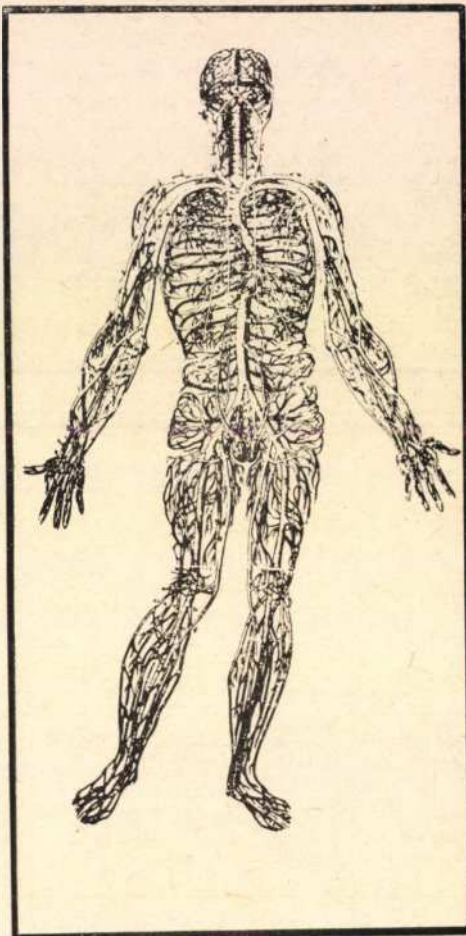
Az átlagosnál nagyobb adagok alkalmazásakor előfordulhatnak: enyhe somnolentia vagy gastrointestinalis zavarok, amelyek az adag csökkentésére néhány nap múlva spontán megszűnnek.

### 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 tableta 26,90 Ft.  
200 tableta 98,70 Ft.



## Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

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 egyszámlasszám: 69.915.272-46

Terjeszti a Magyar Posta. Elfizethető 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 PKH MNB 215-06162 pénzforgalmi jelzőszámra

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



74.3164 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 vesekőkólikák, cholecystopathiával kapcsolatos görcsök, cholelithiasis, cholecystitis, nephrolithiasis, pyelitis, továbbá a műszeres vizsgáló eljárásokkal kapcsolatos simaizomgörcsök stb. A gyomor-bélhuzam görcsös állapotai: ulcus ventriculi és duodeni, cardia és pylorospasmus, obstipatio spastica, proctitis, tenesmus. Hypertoniások akut vérnyomásingadozásai – a szokásos egyéb vérnyomáscsökkentővel együtt adagolva. Angina pectoris, coronaria-görcs, továbbá dysmenorrhoea, a terhes méh ingerlékenységének csökkentése, szülés alatti méhszájgörcs, elhúzódó tágulás, utófájások, fenyegető vetélés stb., valamint műtét utáni szélkólika esetében.

**ADAGOLÁS:** Átlagos adagja felnőtteknek naponta  $3 \times 1-2$  tablettá, illetve naponta  $1-3 \times 2-4$  ml subcután, intramusculárisan, vagy heveny kórohamok megszüntetésére  $2-4$  ml szokásos módon lassan, intravénásan befecskendezve. Peripheriás érzésküllet esetén intraarteriálisan is adható. Gyermekek az életkornak és test-súlynak megfelelően arányosan kevesebb adagot kapnak. Fekélybetegeknek célszerű atropinnal vagy atropin-hatású gyógyszerekkel együttesen adagolni.

## CSOMAGOLÁS

20 db à 0,04 g tablettá	5,60 Ft
100 db à 0,04 g tablettá	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 Vegészeti Termékek Gyára  
Budapest IV., Tó utca 1–5.

# PERITOL<sup>®</sup>

## TABLETTA

### antiallergicum

Histamin- és serotonin-antagonista.  
Étvágyjavító és súlygyarapító hatású.

#### OSSZETÉTEL

1 tableta 4 mg cyproheptadinum hydrochloricum hatóanyagot tartalmaz.

#### JAVALLAT

Urticaria, serum-betegség, rhinitis vasomotorica, gyógyszer-exanthea, pruritus, ekzema, ekzematoid dermatitis, contact-dermatitis, neurodermatitis, angioneurotikus oedema, rovarcsípés.

Vascularis típusú fejfájások (migraine, histamin-cephalalgia).

Étvágytalanság (ideges és idiopathiás anorexia).

Leromlott állapot.

#### ELLENJAVALLT

Glaucoma, oedema-kesztség és vizelet-retentio esetén, továbbá terhességben.

#### ADAGOLAS

Felnőttek szokásos adagja naponta  $3 \times 1$  tableta. Chronikus urticaria esetén  $3 \times \frac{1}{2}$  tableta elegendő.

Gyermekeknek 2–6 éves korig a kezdő adag napi  $3 \times \frac{1}{2}$  tableta.

#### MELLÉKHATÁSOK

Atmeneti jellegű álmoság. Ritkábban szájszárazság, mentális confusio, ataxia, visualis hallucinatio, szédülés, nausea, bőrkiütés, nyugtalanság.

#### FIGYELMEZTETÉS

Járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységnak megfelelően előírt adagban szedhetik.

A fájdalomcsillapítók és altatók hatását potenciálja.

A kúra alatt a szeszes ital fogyasztása tilos!

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

20 tableta 12,30 Ft

200 tableta 71,50 Ft

*Egyt* GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST